

A PROPOS DE 23 CAS D'ENTHÉSITES FÉMORALES DU GRAND ADDUCTEUR



Brahim Baba - Alger

RÉSUMÉ

La tendinite d'insertion fémorale de l'adducteur est une affection rare, peu connue, souvent retrouvée après plusieurs échecs thérapeutiques.

Rencontrée surtout en traumatologie du sport et dans certains métiers.

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 10 ans, portant sur 23 cas de patients consultant pour gonalgie unilatérale de type mécanique, sans notion de traumatisme sportif, sans diagnostic précis, rebelle au traitement classique.

Il s'agit en fait d'une enthésite fémoral du grand adducteur.

La Mésothérapie s'avère une technique intéressante, également comme épreuve de thérapeutique et diagnostique.

Parfois les techniques myotensives suivies des séances de médecine manuelle peuvent être utile.

SUMMARY

About the 23 cases of femoral tendinitis insertion of the large adductor

The femoral tendonitis insertion of the large adductor is very rare, not much known, found mostly after medical treatments and mostly in sports injuries and in certain jobs.

The information is based on a retrospective study spanning a period of 10 years and including 23 patients with pain on the superior, medial aspect of the knee, without any sport trauma, without a precise diagnosis and resisting standard treatment.

It proved in fact to be a femoral tendonitis at point of insertion.

Mesotherapy proved to be a useful technique as a means of treatment and of diagnosis.

In some cases myotensive techniques followed by physical manipulation are indicated.

La tendinite d'insertion fémorale de l'adducteur est une affection rare, rencontrée surtout en traumatologie du sport dans certains métiers.

1/ INTRODUCTION :

Il s'agit d'une étude rétrospective sur 10 ans, portant sur 23 cas de patients consultant pour gonalgie unilatérale de type mécanique, sans diagnostic précis, rebelle au traitement classique. Il s'agit en fait d'une enthésite fémorale du grand adducteur.

2/ RAPPEL ANATOMIQUE :

Le grand adducteur est le plus profond et large, il est formé par 3 faisceaux et va de la ligne ischio-pubienne au fémur pour les faisceaux supérieurs et moyens, et de la tubérosité ischiatique pour le faisceau inférieur au tubercule du grand adducteur au fémur.

Il permet l'adduction de la hanche, la rotation externe de la cuisse par rapport au bassin.



a/ Définition

Mono articulaire, il comprend plusieurs faisceaux :

- Supérieur
- Moyen
- Inférieur

b/ Situation

Partie antéro-médiale de la cuisse, c'est le plus postérieur, le plus large et le plus étendu ; il couvre toute la hauteur de la cuisse.

La revue de Mésothérapie

c/ Insertion - Trajet

- Supérieur et moyen s'insèrent sur le bord inférieur de la branche ischio pubienne par une courte lame aponévrotique. Chacun de ces faisceaux est tordu sur lui même.
- Inférieur : partie la plus inférieure de la tubérosité ischiatique, en avant des ischio jambiers par un court tendon. Le faisceau inférieur descend verticalement en passant à la face postérieure des faisceaux supérieur et moyen.

d/ Terminaison

- Supérieur : partie postérieure du fémur entre les branches latérale et moyenne de trifurcation de la ligne âpre.
- Moyen : entre les 2 lèvres interne et externe de la ligne âpre.
- Inférieur : tendon individualisé sur le tubercule du grand adducteur, au dessus de l'épicondyle médial.
- Entre moyen et inférieur, il existe une arcade aponévrotique sous laquelle s'engage l'artère et la veine fémorale qui deviennent poplitées.

e/ Action

Adduction de la cuisse sur la jambe.

3/ CLINIQUE :

Parmi nos 23 patients, tous de sexe masculin, dont l'âge varie de 21 à 70 ans, il y a 13 sportifs au total, 12 pratiquent le football et un seul pratique la marche.

1^{er} cas : S. A (footballeur) 22 ans:

A consulté pour gonalgie droite, avec souffrance du compartiment interne. Plusieurs diagnostics ont été évoqués (péri méniscites, tendinite rotulienne, Syndrome fémoro-patellaire). Des traitements ont été institués sans résultats probants : physiothérapie, rééducation, antalgiques et AINS.

A l'examen on retrouve une douleur exquise de la partie supérieure du condyle interne, sur la ligne âpre. La pression comparative sur le trajet du faisceau inférieur du grand adducteur est douloureuse.

Les testings isométriques propres au grand adducteur sont positifs. La flexion du genou et de la hanche en abduction et rotation externe de la hanche déclanche la douleur.

L'échographie du genou était sans particularité (axée essentiellement sur le compartiment antérieur)

2^{ème} cas : M.A. (étudiant footballeur) 23 ans:

Après plus de deux mois de repos pour gonalgie, avec douleur diffuse irradiant sur la partie antérieure, les symptômes ont persistés malgré les différents traitements entrepris.

Mon examen a retrouvé une vive douleur sur le condyle interne à 4 cm en moyenne au dessus de l'interligne articulaire (ligne âpre).

Cette douleur est retrouvée tout le long du faisceau inférieur du grand adducteur avec des crépitements à la pression et aux mouvements de flexion extension du

genou en abduction et rotation externe de la hanche. L'échographie du genou était sans particularité.

3^{ème} cas : D.M. Marche : 40ans :

Opéré d'une lésion méniscale depuis plus d'une année, le patient consulte pour la réapparition de la même symptomatologie d'avant la méniscectomie.

Le malade signale la survenue de douleur après une demi heure de marche, surtout dans les pentes.

À l'examen nous ne retrouvons pas de douleur de type méniscale, mais, seulement une douleur supra condylienne interne sur la ligne âpre.

L'IRM était en faveur d'un petit processus meniscal.

4^{ème} cas : K.H. 70 ans :

Douleur après 20 minutes de marche et aux mouvements de flexion extension lors de la prière.

L'examen ne retrouve pas de douleur de l'interligne articulaire, ni de la fémoro-patellaire, mais un point douloureux sur la partie supérieure du condyle interne, le long de la ligne âpre.

La pression du faisceau inférieur de l'adducteur est sensible.

4/ TRAITEMENT :

Vu que tous nos patients avaient déjà pris des AINS par voie générale sans aucun résultat, le traitement par mésothérapie a été entrepris dès le départ, suivi de séances d'étirements et du myotensif du grand adducteur.

J0, J7, J14 :

→ 1^{ère} seringue

Anesthésique, calcitonine, AINS

- Lieu de puncture : insertion fémorale du faisceau inférieur du grand adducteur
- Technique : IDP : 4 à 5 points

→ 2^{ème} seringue :

Anesthésique, vaso-actif, décontracturant

- Lieu de puncture : le long du faisceau inférieur du grand adducteur
- Technique : IDS (nappage)

J30, J45 et J60 :

→ 1^{ère} seringue

Anesthésique, calcitonine, vaso-actifs

- Lieu de puncture : insertion fémorale du faisceau inférieur du grand adducteur
- Technique : IDP, IDS

→ 2^{ème} seringue :

Anesthésique, vaso-actif, décontracturant

- Lieu de puncture : le long du faisceau inférieur du grand adducteur
- Technique : IDS (nappage)

Les techniques d'étirements du myotensif de l'adducteur sont pratiquées d'une façon régulière durant toute la période du traitement.

5/ RÉSULTATS :

Dans 90% des cas les résultats n'ont été probants qu'à partir de la 4^{ème} séance. Les sportifs n'ont pu reprendre leur activité normalement qu'après 4 semaines de traitement.

Le reste des patients ne s'est bien rétabli qu'au bout de 6 séances.

6/ COMMENTAIRES :

Difficulté de diagnostic, donc tardif.

Les échographies sont rarement axées au départ sur cette insertion.

Mésothérapie efficace seulement après la 3^{ème} séance

La calcitonine, médicament de choix dans cette affection.

Les étirements du myotensif sont un complément thérapeutique intéressant.

Associer, si nécessaire, un traitement ostéopatique de la sacro-iliaque, de la coxo-fémorale et même du genou.