

ETUDE D'UNE FRACTURE DE FATIGUE DU BASSIN DANS UN CONTEXTE DE SYNDROME DOULOUREUX PUBIEN AUTOUR D'UN CAS CLINIQUE

Fenech Noémie, Hazan Michael et Zaghdoun Grégory (Paris)

INTRODUCTION

Le concept de pubalgie regroupe un faisceau d'étiologies diverses qu'on généralise sous le terme de «maladie pubienne». En effet, les régions pubo-abdominale et inguino-crurale peuvent être le siège d'affections multiples. Elles sont particulièrement sollicitées dans la pratique sportive où elles représentent près de 10 % des motifs de consultations. La pubalgie demeure ainsi un syndrome douloureux difficile à interpréter en raison de la complexité anatomique de la région pubienne.

Par ailleurs, l'enchevêtrement des multiples pathologies locorégionales complique la pose d'un diagnostic de certitude face à une douleur de la région inguino-pubienne. Celle-ci est trop souvent étiquetée à tort «pubalgie». Ce symptôme impose une démarche rigoureuse, la pubalgie devant être considérée comme un diagnostic d'élimination.

En effet, un des diagnostics différentiels de la maladie pubienne est représenté par la fracture de fatigue. Celle-ci est trop souvent sous estimée alors qu'elle représente 10 % des lésions liées aux sports dont 95% concernent les membres inférieurs. Le caractère ubiquitaire des irradiations douloureuses retarde souvent le diagnostic. Il est impératif d'envisager cette possibilité, particulièrement lorsque le patient est un sportif.

Pour affiner son diagnostic, le médecin peut avoir recours à des examens complémentaires permettant ainsi de mettre en place une stratégie thérapeutique ciblée.

ETUDE D'UN CAS CLINIQUE

Présentation

Mr M... âgé de 45 ans, présente une douleur inguinale gauche évoluant depuis Mars 2014 (depuis environ 4 mois). Il pratique la course à pied régulièrement avec 3 sorties par semaine de 60 min et le beach volley. Il n'a pas d'antécédent médico-chirurgical particulier. Il s'agit d'une douleur diffuse de la région inguinale gauche irradiant vers le pubis et vers l'insertion des adducteurs du même côté.

Les douleurs surviennent à l'effort et sont d'horaire mécanique. Aucun facteur déclenchant n'est retrouvé.

Il ne peut plus courir et se sent gêné dans la vie de tous les jours avec une EVA au repos à 4 et 10 à l'effort.

La survenue des douleurs, durant l'activité sportive malgré la prise d'AINS, le pousse à consulter le Dr De-

nis Laurens en juillet 2014 soit 4 mois après l'apparition des symptômes.

Mr M... mesure 1.75cm pour un poids de 75 Kg soit un IMC de 24.

L'examen clinique retrouve une douleur diffuse de la région inguinale gauche irradiant vers le pubis et une douleur à l'insertion des adducteurs du même côté. La douleur à la palpation des insertions des adducteurs est évaluée à 3,5/4, il ne présente par ailleurs pas de douleur à la palpation des muscles grands droits, obliques et transverses. La douleur au testing isométrique des muscles adducteurs retrouve une cotation de 4/4 et une douleur sur les grands droits, obliques et transverses cotée à 0/4.

Le diagnostic de pubalgie est posé et un traitement par mésothérapie est alors débuté associé au traitement classique de la pubalgie:

Repos et arrêt des activités sportives.

Bilan podo-postural avec semelle si nécessaire.

Le traitement par mésothérapie associée en technique mixte:

- Mélange 1 dans l'aîne gauche par MPS + IDP (Intra Dermique Profond):

Etamsylate (2cc) + Piroxicam (2cc) + Calcitonine 100UI (1cc)

- Mélange 2 sur les adducteurs en intra épidermique (IED):

Thiocolchicoside (2cc) + Lidocaine 1% (1cc) + Magnésium (2cc)

Le rythme des séances de mésothérapie proposé est J1, J8 et J15 avec des mélanges identiques.

Le patient est réévalué le 15 Septembre après avoir bénéficié de ses 3 séances de mésothérapie, soit 1 mois et demi plus tard sans qu'une amélioration de son état douloureux puisse être objectivée. Le patient restant toujours aussi algique, une IRM pour réorienter le diagnostic est réalisée le 6 Octobre.

L'IRM conclut à une fracture de fatigue de la branche ischio pubienne gauche.

Un nouveau traitement par mésothérapie spécifique aux fractures de fatigue est alors réalisé comprenant:

- Mélange dans l'aîne gauche par MPS + IDP:

Gluconate de calcium (2cc) + Vit D3 (1cc) + calcitonine 100UI (1cc)

Les séances de mésothérapie sont réalisées tous les 15j sur une période de 6 semaines avec des mélanges iden-

tiques.



Fig 1: IRM Bassin

Ce nouveau schéma thérapeutique est alors très efficace et permet de constater une nette amélioration des signes cliniques et radiologiques puisque l'IRM de contrôle réalisée le 9 Février, soit quatre mois après la réalisation de l'IRM, montre une amélioration avec consolidation du trait de fracture qui reste cependant visible.

Le patient bénéficie de deux nouvelles séances de mésothérapie avec le même protocole. La réévaluation au cours de la consultation du 21 Mars retrouve une sédation complète des douleurs de repos avec une EVA à 0 et une franche diminution des douleurs à l'effort avec une EVA à 1,5. La palpation de l'aîne retrouve une légère douleur et les tests isométriques sont négatifs. Le patient se dit satisfait du résultat.

Le patient est autorisé à reprendre progressivement la course à pied en respectant la règle de la non douleur.

Discussion

Le cas clinique rencontré illustre bien la difficulté de poser un diagnostic de précision à partir de l'examen clinique, face à une douleur de la région pubienne.

En effet, le patient présentait un tableau clinique orientant davantage vers une pubalgie à type de tendinopathie des adducteurs puisque l'examen retrouvait une douleur à la palpation des insertions tendineuses des adducteurs et une douleur au testing isométrique musculaire (étirements douloureux, triade de Rodineau positive). Ces douleurs sont quasi constantes dans la pubalgie à forme de tendinite des adducteurs alors qu'elles sont très variables lors de fracture de fatigue du bassin.

L'anamnèse de la douleur pouvait aussi bien faire penser à une pubalgie qu'à une fracture de fatigue du bassin, puisqu'elle retrouvait une douleur mécanique qui s'est progressivement majorée pour rester présente même au repos.

L'interrogatoire n'a pas retrouvé de modification récente quantitative (augmentation de la durée ou de la fréquence, nouvelle activité) ni qualitative (modification du matériel, du sol, de l'environnement...) de l'activité, pourtant fréquemment retrouvée comme facteur déclenchant dans l'apparition des fractures de fatigue.

L'inefficacité du traitement par mésothérapie a permis de réévaluer le diagnostic initial et la réalisation d'une imagerie.

Nous pouvons considérer que l'imagerie a été réalisée un peu tardivement. En effet, la diversité des douleurs inguinales (allant de la simple douleur réveillée par la

marche, à des douleurs intenses interdisant l'appui et entraînant une position anormale du membre inférieur), correspond à de très nombreuses lésions anatomopathologiques. Seul un examen clinique très précis et un bilan d'imagerie guidé permettent de faire le diagnostic lésionnel.

Finalement l'IRM finit par démasquer une fracture de fatigue de la branche ischio-pubienne gauche...

Dans la littérature un autre témoignage comparable est rapporté. Il s'agit du cas présenté par le Dr J.-L. ZIL-TENER intitulé «pubalgie chez le sportif: pas toujours si simple...» dans la revue médicale suisse {1} Il décrit le cas d'une coureuse à pied régulière qui présente une douleur de type mécanique dans la région inguinale gauche irradiant vers le pubis et les adducteurs homolatéraux. Il ne retrouve pas de facteur déclenchant. Après plusieurs consultations, il constate une exacerbation des douleurs s'exprimant même au repos devenant quasi permanentes. Au bout de 6 mois il retrouve à l'examen clinique une douleur élective à la palpation de la branche ischio-pubienne gauche qui le conduit à la réalisation d'un TDM révélant une double fracture de fatigue de la branche ischio-pubienne.

Nous n'avons pas trouvé, en effectuant une recherche PUBMED, de publication supplémentaire relatant la pose d'un diagnostic initial de pubalgie qui s'avère être finalement une fracture de fatigue.

En revanche, plusieurs publications traitent de la difficulté diagnostique devant une douleur de la région inguino-pubienne, particulièrement chez le sportif.

Dans un article paru dans le British Journal of Sports Medicine {2}, l'auteur souligne l'importance de rechercher une hernie avant la pose du diagnostic de pubalgie.

Un autre article paru dans le Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy {3} décrit un athlète de 18 ans qui présentait une douleur inguinale dont le diagnostic aura été établi qu'au bout de 3 ans. Cet article illustre clairement la difficulté diagnostique même chez un sportif, d'où la nécessité d'avoir une équipe avisée et formée à ce type de pathologie dans les centres d'entraînement sportif.

Un autre article paru dans le british journal of general practice {4} relate également cette difficulté diagnostique. Les auteurs de cet article proposent un algorithme afin de diagnostiquer le plus précocement possible la pubalgie et l'adresser à un spécialiste. Nous pouvons noter que l'IRM n'est réalisée que devant un diagnostic incertain.

Enfin, nous pouvons parler de la méta-analyse d'Orchard {5}, qui met aussi en évidence la difficulté diagnostique, mais laisse entrevoir un espoir grâce à une méthode de diagnostic échographique.

Ainsi, ces différentes études démontrent la difficulté diagnostique de pubalgie devant une douleur de la région pubienne. Le recours à une imagerie plus précoce aurait permis dans ces différents cas de poser le diagnostic. La question reste de savoir si nous pouvons gé-

néraliser ceci à toutes les douleurs de la région pubienne et pratiquer une IRM de manière plus systématique.

Nous constatons que l'utilisation du traitement par mésothérapie avec des mélanges non adaptés à la physiopathologie a été inefficace pour notre patient. En effet, les premiers mélanges associant l'étamsylate, le piroxicam et la calcitonine 100UI n'ont pas permis d'améliorer les douleurs ressenties par le patient.

Cette inefficacité du traitement par mésothérapie à jouer un rôle important dans la remise en question du diagnostic. Il est intéressant de noter que l'absence d'amélioration des douleurs après 2-3 séances doit systématiquement remettre en cause notre orientation diagnostique.

Par ailleurs, nous remarquons qu'une fois le diagnostic de fracture de fatigue établi, le traitement par mésothérapie a été d'une efficacité remarquable puisqu'au fur et à mesure des séances le patient en ressentait les bienfaits avec une diminution significative des douleurs et une cicatrisation objective de la fracture visible à l'IRM de contrôle. Le traitement par mésothérapie a permis de raccourcir le temps de cicatrisation et d'en améliorer la qualité. Ce traitement occupe donc une place judicieuse et complémentaire.

CONCLUSION

Bien que le concept de mésothérapie soit ancien dans l'Histoire de la Médecine, cette technique a été reconvenue tardivement.

Son utilisation s'est généralisée à diverses pathologies, aussi bien organique que psychologique, grâce à la diversification des produits actifs utilisés.

Les progrès médicaux actuels s'orientent de plus en plus vers des traitements localisés et utilisant des doses adaptées, afin de diminuer les effets secondaires et nuire le moins possible.

Ce mémoire a mis en évidence, la conduite à tenir face à une douleur de la région pubienne en prenant soin de détailler les différences entre pubalgie et fracture de fatigue à la lumière d'un cas clinique rencontré.

Le traitement par mésothérapie a une place importante dans la prise en charge de ces pathologies et son efficacité est largement démontrée par des études pragmatiques.

La mésothérapie reste avant tout un traitement complémentaire et d'appoint des techniques médicales ou

chirurgicales.

Ce travail original et peu abordé dans la littérature met en évidence la difficulté à poser un diagnostic précis devant une douleur de la région pubienne. Il apporte une donnée supplémentaire, à partir d'un cas clinique concret, sur la nécessité de préconiser un examen d'imagerie en plus d'un examen clinique rigoureux dans le cadre de la pathologie pubienne et ce, afin d'éviter le retard au diagnostic et de permettre de diminuer le temps d'arrêt de compétition ou d'activité sportive des différents patients. En effet, pour notre patient, il s'est écoulé environ 3 mois entre la première consultation et la réalisation de l'IRM qui a permis de poser le diagnostic, et environ 7 mois pour qu'il puisse reprendre l'activité sportive. Depuis la première douleur jusqu'à la quasi guérison il se sera écoulé près d'une année.

Il reste difficile de proposer une IRM systématique à tous les patients se présentant pour une pubalgie; nous devons cependant probablement avoir recours à l'IRM plus fréquemment.

De plus, ce travail montre, une fois de plus, l'intérêt de proposer un traitement par mésothérapie en association au traitement médical usuel, aux patients présentant une fracture de fatigue objectivée.

BIBLIOGRAPHIE

- {1} J.-L. Ziltener and al.: «Pubalgie chez le sportif: pas toujours si simple...» . Rev Med Suisse 2012; 8 :210-212
- {2} R.-G. Hackney British and al.:«The sports hernia: a cause of chronic groin pain». Br J Sp Med 1993; 27
- {3} C.-A. Unverzagt and al.:«Differential diagnosis of a sports hernia in a high-school athlete». J Orthop Sports Phys Ther. 2008 Feb; 38(2):63-70
- {4} A. Brown and al.: «Sports hernia: a clinical update» Br J Gen Pract. 2013 Mar; 63(608): e235-e237
- {5} J.W. Orchard and al. : «Groin pain associated with ultrasound finding of inguinal canal posterior wall deficiency in Australian Rules footballers» Br J Sports Med. 1998 Jun; 32(2):134-9.
- {6} D. Laurens and al.: «Traitement de la maladie pubienne par mésothérapie: enquête épidémiologique descriptive à propos de 51 cas». La revue de mésothérapie N°136. Janvier 2010