

Tendinite des Adducteurs

Docteur Janssen

36 Bvd St Marcel – 75005

Centre Medico-chirurgical, Paris V

Tél. 33-(0)1-40 79 40 00

Les **lésions des adducteurs** sont redoutées en raison de leur possible passage à la **chronicité et des accidents aigus**.

Le **suivi médical**, en consultation et sur le terrain, des **sportifs de haut niveau** depuis près de 20 ans a permis de démembrer les différentes composantes de la **pathologie des adducteurs**. Une attitude diagnostique, thérapeutique et préventive de cette pathologie

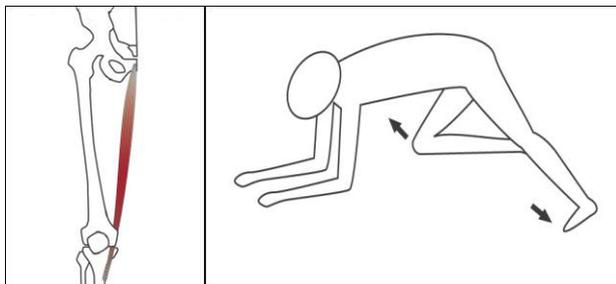
RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

Les **muscles adducteurs** constituent les principaux éléments de la loge **interne de la cuisse**. Ils sont au nombre de cinq et jouent, outre **un rôle d'adducteur**, **un rôle de rotateur voire de flexion**. Il faut préciser qu'il existe trois « **rideaux** » successif de muscles internes **adducteurs de la cuisse**.

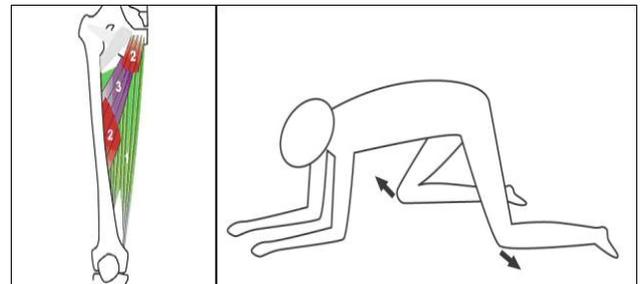
Le 1er rideau, le plus superficiel, est le **muscle gracile** (droit interne). Il est aussi fléchisseur de jambe. Il s'insère sur la face antéro-inférieure de la surface angulaire du pubis. Il se termine par un long tendon sur la sur la face interne du tibia où il constitue l'un des trois éléments de la patte d'oie.

Le 2ème rideau est le plus puissant. Il est **adducteur et rotateur externe de cuisse**.

- un plan profond : le grand adducteur (1)
- un plan moyen : le court adducteur (3)
- un plan superficiel : le long adducteur (2) et le muscle pectiné (4).

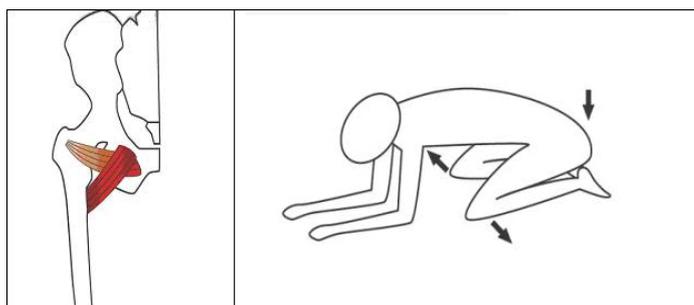


Premier Rideau



Deuxième rideau

Le troisième rideau plus haut et plus profond est constitué des **muscles pelvitrochantériens**. Ils ne sont pas à proprement parler des adducteurs, ils sont rotateurs et permettent la coaptation de la hanche. Leur lésion rend douloureuse l'adduction.



Troisième rideau

Ces **muscles de la loge interne de la cuisse** participent à la coaptation de la **hanche** et au verrouillage du **bassin** (avec l'aide des muscles larges de l'abdomen) lors de l'**appui unipodal démarrage et les contre-pieds**. Lors de la frappe ces muscles sont en **contraction** d'un côté (jambe d'appui) et en **extension brutale de l'autre** (jambe de frappe), ce qui explique que leur **lésion est doublement invalidante**.

Ces **muscles** sont sollicités dans l'**équitation, la danse, la corde et les sports de combats**. Au **rugby** ils sont sollicités comme au **football** dans les démarrages, les contre-pieds et les cadrages débordements. Au football dans la **conduite de balle et les tirs de l'intérieur du pied**.

▶ CIRCONSTANCES DE SURVENUE ET MECANISME LESIONNEL

La forte charge de travail, la **répétition des matchs** et l'**absence d'étirement** après l'effort entraînent progressivement les **tendinites** d'insertion (enthésite), les **tendinites vraies**, les **lésions de l'interface musculotendineuse et les élongations**.

Un tendon ne peut s'étendre que de 4% de sa longueur en extension : c'est lors de sa contraction ou de son extension brutale qu'interviennent les accidents aigus, rupture tendineuse, claquage musculaire voire une déchirure.

En dehors de la localisation de la pathologie sur le corps **musculaire** (insertion, tendon, interface muscle) qui va permettre le traitement local de la **lésion**, il importe de bien connaître le **groupe musculaire** incriminé afin de pratiquer des **étirements bien ciblés**.

▶ L'EXAMEN CLINIQUE

L'**interrogatoire** va préciser : la place du joueur sur le terrain, la charge de travail, le rythme des entraînements et des matchs, enfin, les circonstances de survenue de la douleur.

La **localisation de la douleur** sera montrée par le sportif et recherchée par la palpation.

Dans un premier temps il faudra **éliminer une douleur de hanche** en imprimant, chez le sportif allongé en décubitus dorsal, une flexion-rotation interne forcée de cuisse sur le thorax qui peut reproduire la douleur. Premier examen important car le patient est souvent traité de longue date pour ses « **adducteurs** » alors qu'il s'agit d'une **déchirure d'un pelvitrochantérien ou du pectiné** qui a cicatrisée sans être étirée et qui reste douloureuse.

Pour les premier et deuxième **rideaux musculaires**, les **étirements** jambe tendue puis jambe fléchie vont montrer la **localisation de la lésion**, en déclenchant la **douleur**.

▶ LE DIAGNOSTIC LESIONNEL

Lésions chroniques

Les muscles le plus souvent touchés sont le **gracile** et le **long adducteur** au niveau de leurs insertions pubiennes. La palpation du fin tendon du gracile provoque la douleur et parfois perçoit des nodules voire une rupture partielle au ras du pubis.

Une lésion de l'interface **musculotendineuse** du faisceau inférieur du **grand adducteur** sera palpée en haut et en dedans sous la masse musculaire du **gracile**.

Lésions aiguës

Les **accidents aigus** sont principalement marqués par la **rupture tendineuse** et le **claquage**.

Le **claquage** peut survenir lors d'une contusion sur un muscle en hyper extension (shoot) ou lors d'une contraction aiguë. Il touche le plus souvent le faisceau inférieur du grand adducteur ou le court adducteur.

Ce **claquage** entraîne une douleur vive et une impotence immédiate. Dans un premier temps on peut palper la solution de continuité rapidement masquée par l'œdème et l'hématome. Puis l'ecchymose aura tendance à descendre vers le genou.

La **rupture tendineuse** entraîne aussi une douleur vive sous pubienne avec impotence immédiate. L'examen clinique va retrouver la solution de continuité avec un moignon sous pubien. L'examen ici est rarement gêné par un hématome. Cette rupture survient le plus souvent après un long passé douloureux avec de nombreux traitements et infiltrations de corticoïde.

▶ LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La **radio** montre un arrachement osseux d'une insertion, une calcification d'un hématome ancien.

L'**échographie** peut montrer un tendon épaissi, un œdème osseux ou tendineux, un épanchement péri-tendineux, un aspect flou de l'expansion aponévrotique du tendon.

L'**IRM** précise les lésions de l'interface musculotendineuse.

Son intérêt est majeur dans les claquages importants pour poser l'indication de l'évacuation par ponction ou chirurgie car l'on sait les délabrements musculaires qu'entraînent l'ablation, dans un deuxième temps, d'une calcification « en os de seiche » d'un volumineux hématome.

▶ LE TRAITEMENT

Le **repos est nécessaire** dans un premier temps quelque soit la lésion.

Dès que la douleur s'atténue, la **pratique du vélo** dans l'axe est une préparation aux **étirements**.

Les **tendinites d'insertions et les tendinites vraies**, qui intéressent le plus souvent le gracile et long adducteur, peuvent bénéficier de **traitements locaux**, froid, ondes de choc, ionisation, MTP, contracté-relâché, mésothérapie associant anti-inflammatoires et anesthésiques et de traitements généraux : AINS, voire corticoïdes oraux.

Tous ces **traitements** doivent être entourés **d'étirements bien ciblés sur un muscle chaud**.

Pour les enthésites si ces traitements sont inefficaces on peut lui proposer une infiltration de corticoïde dans le périoste au niveau de l'insertion. La douleur disparaît en 8 jours et la reprise peut être envisagée en trois semaines dans un contexte d'étirements.

Si l'**infiltration** n'apporte pas le résultat escompté et ce d'autant que le sportif et en fin de carrière on peut lui proposer une **ténotomie**. Il s'agit d'une **section du tendon** le plus antérieur et interne (gracile ou long adducteur) à ½ centimètre de son insertion sous anesthésie générale.

Il faut, dans le même temps sous A.G. imprimer un grand écart facial jambes tendues et jambes fléchies dans l'espoir de voir partir le muscle dans sa position basse définitive.

Après cette intervention l'opéré se trouve dans une situation équivalente au patient qui s'est rompu spontanément le tendon : **le tendon est rompu et le muscle est resté en place**.

Habituellement, la **douleur** et l'entourage imposaient trois semaines de repos : immanquablement, à la reprise, le muscle à la première contraction vive repartait vers sa position définitive entraînant douleur, hématome, impotence et désarroi du blessé.

En conséquence après **rupture spontanée ou ténotomie**, il faut absolument reprendre les **contractions, les étirements, voire les électrostimulations** dès que la douleur est devenue tolérable pour que le muscle descende rapidement à sa position définitive, entraînant la guérison sans diminution notable de la **force musculaire**.

Les **élongations** doivent être pratiquées rapidement afin **d'éviter une cicatrice non élastique, rétractée et douloureuse**.

Les **claquages** importants vont bénéficier de l'IRM et d'une éventuelle indication d'évacuation. Le plus souvent le traitement consiste dans un premier temps en **l'application en alternance de froid et de contention** pour obtenir une vasoconstriction et diminuer l'importance de l'hématome et de l'œdème. Le traitement par voie orale, en dehors des **antalgiques**, reste discuté (AINS, myorelaxant) en raison du risque hémorragique. Plus tard seront mis en route : **une contention, une immobilisation, une physiothérapie** douce sans mis en tension des **fibres musculaires**. Dès que possible des **étirements doux** empêcheront une cicatrisation vers une rétraction engendrant des douleurs résiduelles importantes.

▶ LA PREVENTION

La prévention de ces pathologies commence par le **dépistage des causes classiques des musculotendinopathies** et de la bonne pratique de la **muscultation et des étirements**.

▶ Les causes classiques ;

- les **causes mécaniques** sont en particulier les entraînements sous la pluie et le froid, les efforts vifs à froid et les surfaces dures.
- les **causes infectieuses** pour rappeler que l'existence de toute infection peut favoriser l'apparition d'une tendinite, d'où l'intérêt du dépistage d'un éventuel foyer dentaire et du traitement des plaies suppurantes négligées.
- les **causes alimentaires** : de l'intérêt d'un suivi diététique et d'une rééquilibration hydroélectrolytique avant, pendant et après l'effort (hydratation).
- les **causes médicamenteuses** notamment les fluoroquinolones.
- les **causes métaboliques** : un dosage de l'acide urique peut montrer une hyperuricémie primitive qui justifierait d'un traitement à l'allopurinol.

▶ Les bonnes pratiques

La musculation doit être surveillée en gardant en mémoire deux évidences :

- l'équilibrage des agonistes et des antagonistes,
- les surfaces d'insertion des tendons ne changent pas et une surcharge entraîne une enthésopathie.

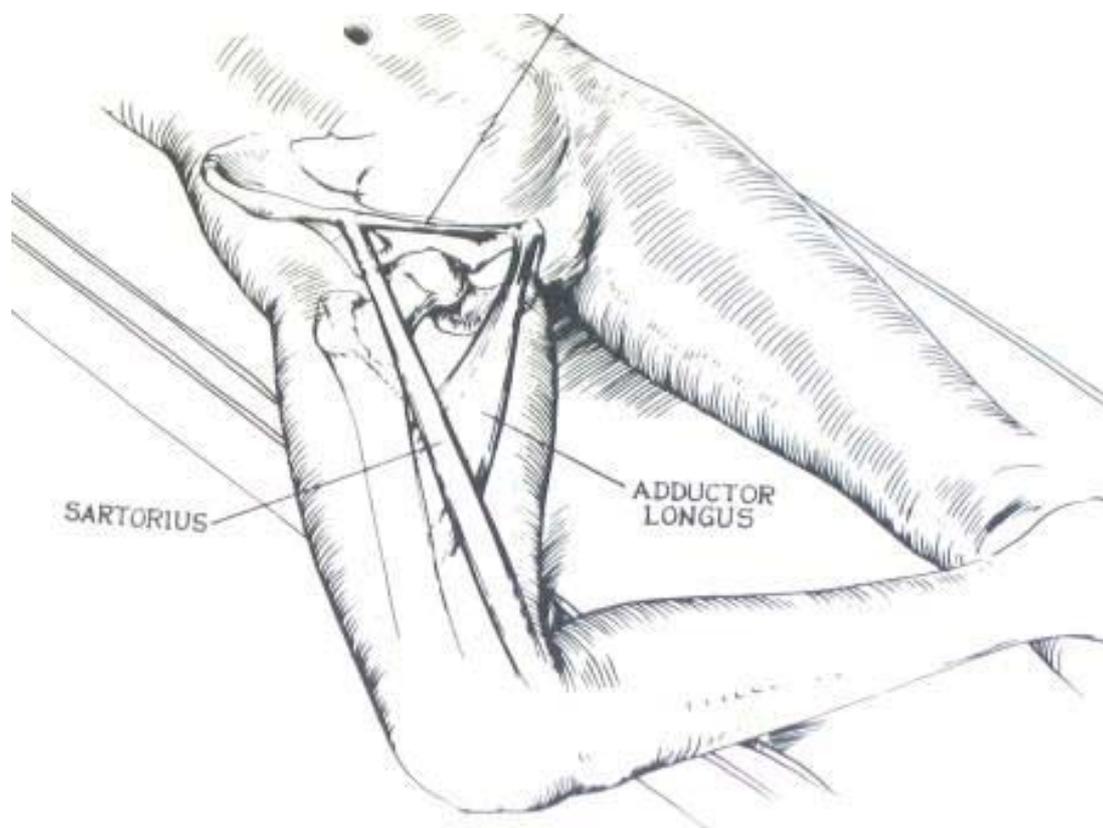


Illustration N°20

- 1 - Grand fessier
- 2 - Tenseur du fascia lata
- 3 - Vaste externe
- 4 - Vaste interne
- 5 - Droit antérieur
- 6 - Crural
- 7 - Couturier (sartorius)
- 8 - Pectiné
- 9 - Grand adducteur
- 10 - Petit Adducteur
- 11 - Moyen adducteur
- 12 - Biceps fémoral
- 13 - Illaque
- 14 - Psoas
- 15 - Droit interne

