

Michael Wettstein

Service d'Orthopédie et de Traumatologie, Département de l'Appareil Locomoteur, CHUV et UNIL, 1011 Lausanne

Indications au traitement chirurgical

Résumé

La connaissance approfondie du diagnostic différentiel des douleurs inguinales est primordiale pour la prise en charge de ces lésions étant donné que le choix du traitement dépend du diagnostic.

Le traitement chirurgical doit être soigneusement choisi en fonction du diagnostic et en connaissant les alternatives ouvertes ou endoscopiques afin d'imposer le geste le moins invasif possible mais permettant simultanément le traitement optimal.

Mots clés

Hanche – traitement – chirurgie – indication

Summary

A detailed knowledge of the differential diagnosis of inguinal pain is mandatory for treating these lesions, as the type of treatment depends on the proper diagnosis.

The best surgical treatment must be carefully selected, depending on diagnosis and knowing the open or endoscopic alternatives to choose the less invasive treatment, but the one which simultaneously allows the optimal treatment.

Key words

Hip – treatment – surgery – indication

Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 58 (1), 16–19, 2010

Introduction

Les douleurs de la région inguinale sont un problème fréquent chez des sportifs souffrant d'un traumatisme, d'une surcharge chronique ou d'une pathologie préexistante (Holmich 2007; Lynch, Renstrom 1999).

Une anamnèse ainsi qu'un examen clinique méticuleux sont la base d'un diagnostic précis étant donné que le diagnostic différentiel des pathologies de la région inguinale est très vaste (Holmich, Dienst 2006; Wettstein et al. 2007a). Le bilan radiologique complémentaire s'oriente en fonction du type de lésion recherchée étant donné que le même examen n'est parfois pas aussi spécifique pour différentes pathologies (Armfield et al. 2006; Weil et al. 2008; Wettstein et al. 2007b).

Le traitement proposé dépendra principalement du diagnostic, mais devra également tenir compte dans la mesure du possible du niveau sportif ainsi que des contraintes extérieures chez les sportifs professionnels.

Le but de cet article est d'apporter un aperçu des indications et alternatives thérapeutiques en fonction du diagnostic chez les patients sportifs.

Pathologies articulaires

Corps libres intra-articulaires

Fractures ostéochondrales

Les lésions ostéochondrales accompagnent classiquement les fractures de la tête fémorale ou du cotyle ou les luxations traumatiques de la hanche. Ce type de lésions nécessite un traitement spécifique, mais il convient de toujours rechercher des corps étrangers intra-articulaires qui nécessitent une ablation, en général effectuée lors du traitement de la fracture. Rarement, la fracture primaire ne nécessite pas de traitement chirurgical et il faudra alors enlever les fragments isolément (Keene et al. 1994). En cas de fragments de petite taille posés sur le pulvinar et n'interférant pas avec la tête fémorale, ils peuvent être laissés en place.

Une situation spécifique aux sportifs a été décrite par Byrd (Byrd 2001). Lors d'une chute latérale avec impact sur le grand trochanter, un cisaillement articulaire peut arracher un fragment ostéochondral de la tête fémorale. Les patients gardent des douleurs mécaniques persistantes et invalidantes. Dans ce contexte traumatique, il convient de penser à une lésion ostéochondrale et de la rechercher spécifiquement sur une imagerie par arthro-scanner ou -IRM (Wettstein et al. 2007b). Le traitement consiste en une excision arthroscopique qui permet de résoudre le problème mécanique. Le pronostic à long terme dépend de l'étendue de la lésion cartilagineuse et de son influence sur la surface de charge de la tête fémorale. Les patients doivent être informés de l'évolution arthroscopique potentielle.

Chondromatose

La chondromatose ou ostéochondromatose est une tumeur synoviale bénigne produisant des chondromes intra-articulaires. Initialement de petite taille, ces corps étrangers ne posent pas de problème et sont dès lors souvent diagnostiqués tardivement. A ce moment, il n'est pas rare que certains chondromes soient ossifiés en leur centre, devenant alors visible sur les radiographies standard. Il est toutefois nécessaire de réaliser une imagerie par arthrographie afin de pouvoir évaluer précisément la localisation et le nombre de chondromes intra-articulaires.

En cas de symptômes, l'ablation des chondromes est indiquée. Dans les cas précoces, l'arthroscopie est le traitement de choix, même en présence de chondromes ossifiés ou de taille plus grande puisque ceux-ci peuvent être morcelés (Boyer, Dorfmann 2008). En cas de nombreux chondromes ossifiés et de grande taille, une excision ouverte par luxation chirurgicale est préférable (Schoeniger et al. 2006).

La synovectomie reste controversée, mais semble nécessaire dans les zones de remaniement visible de la synoviale afin de diminuer le risque de récurrence. Une synovectomie étendue par arthroscopie n'est pas possible et est plus aisée par voie ouverte, tout en sachant que la zone de synoviale couvrant le col latéral ne doit en aucun cas être lésée pour éviter une nécrose de la tête fémorale.

Synovite

Diagnostic différentiel

Les pathologies synoviales primaires liées à une maladie rhumatismale sont plutôt rares chez les sportifs, mais peuvent survenir. Il convient d'investiguer ces pathologies et l'arthroscopie peut être utile pour effectuer une biopsie à but diagnostique et éventuellement procéder à une synovectomie permettant de diminuer la quantité de tissu inflammatoire afin de tenter de préserver l'articulation.

Synovite villo-nodulaire

Une pathologie rare, mais qui doit rentrer dans le diagnostic différentiel des pathologies articulaires douloureuses, même chez les sportifs, est la synovite villo-nodulaire. Il s'agit d'une tumeur synoviale bénigne produisant des nodules synoviaux de taille variable et pouvant provoquer des douleurs mécaniques selon leur localisation et taille. Le diagnostic repose sur une imagerie par arthro-IRM. Une excision arthroscopique avec synovectomie localisée au niveau des altérations pathologiques est indiquée, mais avec les mêmes réserves que pour les cas de chondromatose (Gonzalez Della Valle et al. 2001). Si les lésions articulaires sont plus avancées avec une destruction cartilagineuse significative, seule l'implantation d'une prothèse totale de hanche permettra de traiter le patient adéquatement.

Arthrite septique

En cas de suspicion clinique d'arthrite septique, une ponction permettant de prélever du liquide articulaire pour examen microbiologique est primordiale afin de confirmer le diagnostic. Ce geste n'est toutefois pas suffisant pour traiter efficacement l'infection et il est connu de longue date que seul un drainage chirurgical permet de diminuer la charge bactérienne et l'épanchement articulaire afin de préserver l'articulation (Broy, Schmid 1986). L'arthroscopie est un outil parfait pour le diagnostic du stade infectieux qui détermine le type de traitement: simple lavage pour le stade 1, lavage et débridement des dépôts de fibrine pour le stade 2 et résection des adhérences/synovectomie pour le stade 3. Le stade 4 correspondant à une destruction osseuse nécessite une chirurgie ouverte (Stutz et al. 2000).

L'infection articulaire est une pathologie sérieuse, pouvant détruire l'articulation et nécessitant un repos articulaire associé à une antibiothérapie prolongée avant la reprise des activités sportives.

Lésion du labrum

La lésion du labrum acétabulaire est un diagnostic très à la mode. Il est toutefois important de savoir si c'est réellement cette pathologie qui est à l'origine des symptômes ou s'il s'agit d'une autre problématique. Il est en effet connu que le labrum subit une dégénérescence naturelle au cours du vieillissement et que des lésions de divers degrés peuvent être parfaitement asymptomatiques (Abe et al. 2000)! Le diagnostic d'une lésion du labrum est donc essentiellement clinique, l'imagerie ne servant qu'à évaluer l'importance des lésions (Wettstein et al. 2007a).

Comme pour toute lésion du labrum, il convient d'évaluer l'étiologie de la lésion et de traiter la cause sous-jacente et non seulement le labrum qui ne représente souvent que la «pointe de l'iceberg». Les causes les plus fréquentes sont le conflit fémoro-acétabulaire, la dysplasie de hanche et chez les sportifs une étiologie traumatique, le plus souvent par distorsion de la hanche (Costa, Villar 2006).

Le traitement dépend de l'étiologie sous-jacente: en cas de lésion traumatique ou de certains cas de conflit fémoro-acétabulaire il peut être arthroscopique, en cas de dysplasie une ostéotomie de réorientation acétabulaire est nécessaire, éventuellement précédée par une arthroscopie afin de débrider le labrum et d'évaluer l'état du cartilage articulaire (Wettstein 2009).

Lésion du ligament rond

Une lésion du ligament rond peut survenir suite à une distorsion de la hanche, une luxation ou une dysplasie de hanche. Cliniquement,

une douleur survenant aussi bien lors des mouvements de rotation interne qu'externe est évocatrice. L'arthro-IRM n'est pas toujours conclusive mais permet d'évaluer la présence concomitante d'autres lésions articulaires. Dès lors, une suspicion clinique doit suffire pour poser l'indication à une arthroscopie permettant de confirmer le diagnostic et de procéder à une résection partielle ou complète du ligament rond selon le type de rupture (Lampert 2009).

Conflit fémoro-acétabulaire (impingement, FAI)

Le conflit fémoro-acétabulaire est un diagnostic très à la mode. Il peut être d'origine acétabulaire ou fémorale, les déformations osseuses étant visibles sur les radiographies standard (Wettstein et al. 2007b). Il convient toutefois de rappeler que, comme pour les lésions du labrum, ce diagnostic est clinique et non radiologique. Les patients ne doivent donc pas être opérés sur la base de l'imagerie uniquement et alors que la clinique ne correspond pas à celle du conflit. Pour cette raison, on doit toujours garder à l'esprit le diagnostic différentiel très large des douleurs inguinales (Wettstein et al. 2007a). En cas de doute diagnostique, une infiltration anesthésique intra-articulaire permet de différencier une pathologie articulaire d'une pathologie para-articulaire. Notre expérience personnelle montre que seul un tiers des patients adressés pour conflit est finalement opéré (Fig. 1).

Si le diagnostic de conflit est confirmé, son traitement doit être chirurgical uniquement afin d'éviter la progression des lésions articulaires, principalement du cartilage. Chez les patients sportifs, le premier choix consiste en un traitement arthroscopique étant donné que cette technique est moins invasive que le traitement ouvert. Le choix définitif dépend toutefois du type de conflit afin de corriger les altérations morphologiques de façon optimale. Les déformations purement fémorales sont plus aisément accessibles à l'arthroscopie alors que les déformations acétabulaires significatives justifient plutôt un traitement ouvert (Dienst et al. 2009).

Les résultats dépendent de l'étendue des lésions cartilagineuses. Aussi bien le traitement par luxation chirurgicale que par arthroscopie ont fait leurs preuves chez les patients sportifs, mais nécessitent chacun une rééducation spécifique dépendant du type d'activité sportive du patient (Bizzini et al. 2007; Philippon et al. 2009; Philippon et al. 2008). Aucune différence significative n'a pu être trouvée entre ces deux formes de traitement en ce qui concerne la durée de rééducation (Hächler 2008).



Figure 1: Patiente de 14 ans, escrimeuse de haut niveau se plaignant de douleurs inguinales bilatérales lors de la pratique du sport ainsi que dans la vie quotidienne. Les douleurs sont localisées en région inguinale interne et l'impingement test est négatif alors que les tests du psoas sont positifs, posant le diagnostic de tendinopathie du psoas bilatérale. Malgré l'aspect radiologique montrant une discrète surcouverture acétabulaire antéro-supérieure (↓) ainsi qu'un défaut d'offset cervico-céphalique antérieur (↑), il n'y a dès lors pas d'indication actuelle à un traitement chirurgical d'un conflit. Après rééducation musculaire, la patiente a repris ses activités sportives de haut niveau avec succès et sans aucune douleur ou gêne résiduelle.

Pathologies para-articulaires

Tendinopathies

Les tendinopathies de la musculature de soutien de la hanche sont très fréquentes. Elles proviennent souvent d'un déséquilibre de l'unité fonctionnelle lombo-pelvienne et peuvent être isolées ou multiples. La tendinopathie du psoas est la plus fréquente, suivie des adducteurs, des fessiers et du pyramidal (Holmich 2007). L'examen clinique est en général suffisamment évocateur pour poser le diagnostic, mais la présence concomitante d'une pathologie articulaire est toujours possible. En cas de doute, une infiltration anesthésique permet d'aider à établir le diagnostic correct.

Le traitement des tendinopathies est conservateur. Il faut rééduquer spécifiquement le ou les muscles lésés (stretching du psoas, des adducteurs et du pyramidal, tonification des fessiers) avant de travailler l'équilibre lombo-pelvien qui est à l'origine des problèmes. Il s'agit d'un traitement de longue durée mais qui est primordial pour éviter une récurrence.

Dans de rares cas, lors de l'échec thérapeutique après six mois de traitement bien conduit, un traitement chirurgical peut être indiqué. Les techniques ouvertes de ténotomie sont le standard au niveau des adducteurs et du pyramidal, mais les techniques arthroscopiques sont actuellement préférées pour le psoas (Wettstein et al. 2006). Ce type de traitement doit bien entendu être discuté avec les patients, surtout sportifs, en raison du risque de diminution de la force du muscle ténotomisé.

Pubalgie (*osteitis pubis*)

Inflammation de la symphyse, des branches pubiennes et des muscles abdominaux et adducteurs liée à un déséquilibre des muscles antagonistes provoquant un cisaillement au niveau de la symphyse (Mandelbaum, Mora 2005). Des douleurs sacro-iliaques peuvent également être associées. Le traitement est conservateur en rééduquant la musculature et en travaillant l'équilibre de la musculature abdomino-pelvienne. En cas d'absence d'amélioration, une arthroscopie de la symphyse peut être discutée, mais uniquement comme «ultima ratio».

Hernies de la paroi abdominale

Les hernies inguinale ou crurale peuvent survenir suite à une surcharge musculaire et doivent être évoquées en fonction de la localisation des douleurs. La hernie crurale est plus difficile à diagnostiquer cliniquement et souvent seule l'inspection endoscopique permet de confirmer ce diagnostic et de traiter simultanément la pathologie.

Dans ce contexte, on doit également penser à la pubalgie athlétique qui est une micro-déchirure des muscles droit abdominal, oblique ou transverse abdominal suite à une charge excentrique de ces muscles comme lors du lancer du javelot. Le traitement antalgique et de repos doit être maintenu jusqu'à la disparition complète des symptômes en raison du risque de récurrence et de chronification. Lors de douleurs chroniques, une révision et réparation chirurgicales peuvent être indiquées (Ahumada et al. 2005).

Fractures de l'anneau pelvien

Les fractures sont le plus souvent de type A selon la classification de Tile, c'est-à-dire ne déstabilisant pas l'anneau pelvien. Il s'agit d'arrachements des apophyses (épine iliaque antéro-supérieure ou -inférieure, tubérosité ischiatique) qui sont traités conservativement. Si l'apophyse est déplacée de plus de 2 centimètres ou si une perte de fonction musculaire significative peut être attendue chez un sportif d'élite, une refixation chirurgicale doit être envisagée.

Les lésions instables de l'anneau pelvien peuvent survenir, mais uniquement dans des sports à haute énergie. Le traitement, en général chirurgical, dépend du type de lésion.

Fractures de fatigue

Les fractures de fatigue surviennent le plus fréquemment chez des sportifs d'endurance. Ce diagnostic doit surtout être évoqué, mais pas uniquement, chez les femmes présentant la «triade de la sportive»: troubles alimentaires, aménorrhée et ostéoporose. L'IRM est l'examen de choix étant donné que les radiographies standard ne montrent des altérations qu'après quatre semaines.

La majorité de ces fractures est traitée conservativement par une charge partielle jusqu'à diminution des douleurs, mais les fractures du col fémoral sont traitées par une ostéosynthèse précoce afin d'éviter un déplacement entraînant un risque de nécrose de la tête fémorale.

Conclusion

Les indications thérapeutiques des lésions de la «hanche» dépendent avant tout du diagnostic, chez les sportifs comme chez les autres patients. Celui-ci doit donc être posé très précisément en gardant à l'esprit le diagnostic différentiel très large afin d'éviter un traitement abusif ne permettant pas de régler le problème du patient.

Le traitement conservateur des problèmes de tendinopathie est souvent de longue durée et il convient d'en informer le patient afin d'éviter une reprise trop précoce des activités sportives risquant d'entraîner une récurrence. Il faut également penser à rééquilibrer l'unité fonctionnelle lombo-pelvienne dont le déséquilibre est souvent la source de la pathologie tendineuse dont le patient souffre.

En cas d'indication chirurgicale, le choix du traitement dépend du diagnostic, en se rappelant que la chirurgie arthroscopique permet de proposer une solution moins invasive que la chirurgie ouverte dans certaines situations, mais dont la durée de rééducation n'est pas significativement plus courte et dépend avant tout de la pathologie traitée.

Adresse pour la correspondance:

MER Dr Michael Wettstein, Médecin associé, Service d'Orthopédie et de Traumatologie, Département de l'Appareil Locomoteur, CHUV-UNIL, Rue du Bugnon 46, CH-1011 Lausanne, Tel. +41 213 142 793, Fa +41 213 142 755

Bibliographie

- Abe I., Harada Y., Oinuma K., Kamikawa K., Kitahara H., Morita F., Moriya H. (2000): Acetabular labrum: Abnormal findings at MR imaging in asymptomatic hips. *Radiology* 216: 576–581.
- Ahumada L.A., Ashruf S., Espinosa-de-los-Monteros A., Long J.N., de la Torre J.I., Garth W.P., Vasconez L.O. (2005): Athletic pubalgia: definition and surgical treatment. *Ann. Plast. Surg.* 55: 393–396.
- Armfield D.R., Towers J.D., Robertson D.D. (2006): Radiographic and MR imaging of the athletic hip. *Clin. Sports Med.* 25: 211–239, viii.
- Bizzini M., P. N.H., Maffiuletti N.A. (2007): Femoroacetabular impingement in professional ice hockey players. A case series of 5 athletes after open surgical decompression of the hip. *Am. J. Sports Med.* 35: 1955–1959.
- Boyer T., Dorfmann H. (2008): Arthroscopy in primary synovial chondromatosis of the hip: Description and outcome of treatment. *J. Bone Joint Surg.-Br.* 90-B: 314–318.
- Broy S.B., Schmid F.R. (1986): A comparison of medical drainage (needle aspiration) and surgical drainage (arthrotomy or arthroscopy) in the initial treatment of infected joints. *Clin. Rheum. Dis.* 12: 501–522.
- Byrd J.W.T. (2001): Lateral impact injury: a source of occult hip pathology. *Clin. Sports Med.* 20: 801–816.
- Costa M.L., Villar R.N. (2006): [The acetabular labrum. Arthroscopic diagnosis and therapy of degenerate and traumatic lesions]. *Orthopäde* 35: 54, 56–58.
- Dienst M., Kusma M., Kohn M.D. (2009): Femoroacetabuläres Impingement. *Arthroscopie* 22: 312–321.

- Gonzalez Della Valle A., Piccaluga F., Potter H.G., Salvati E.A., Pusso R. (2001): Pigmented villonodular synovitis of the hip: 2- to 23-year follow-up study. *Clin. Orthop. Relat. Res.*: 187–199.
- Hächler C. (2008): Le conflit fémoro-acétabulaire: Activité physique après la rééducation. Diplôme en Sciences du Sport Faculté des Sciences Sociales et Politiques. Université de Lausanne, pp. 1–40.
- Holmich P. (2007): Long-standing groin pain in sportspeople falls into three primary patterns, a «clinical entity» approach: a prospective study of 207 patients. *Br. J. Sports Med.* 41: 247–252.
- Holmich P., Dienst M. (2006): [Differential diagnosis of hip and groin pain. Symptoms and technique for physical examination]. *Orthopade* 35: 8, 10–15.
- Keene S.G., Villar N.R. (1994): Arthroscopic loose body removal following traumatic hip dislocation. *injury* 25: 507–510.
- Lampert C. (2009): Läsionen des Lig. capitis femoris. *Arthroskopie* 22: 293–298.
- Lynch S.A., Renstrom P.A. (1999): Groin injuries in sport: treatment strategies. *Sports Med.* 28: 137–144.
- Mandelbaum B., Mora S.A. (2005): Osteitis pubis. *Oper Techn. Sports Med.* 13: 62–67.
- Philippon J.M., Weiss R.D., Kuppersmith A.D., Briggs K.K., Hay J.C. (2009): Arthroscopic labral repair and treatment of femoroacetabular impingement in professional hockey players. *Am. J. Sports Med.* epub. 4.12.2009.
- Philippon J.M., Yen M.Y., Briggs K.K., Kuppersmith A.D., Maxwell B.R. (2008): Early outcomes after hip arthroscopy for femoroacetabular impingement in the athletic adolescent patient: a preliminary report. *J. Pediatr. Orthop.* 28: 705–710.
- Schoeniger R., Naudie D.D., Siebenrock K.A., Trousdale R.T., Ganz R. (2006): Modified complete synovectomy prevents recurrence in synovial chondromatosis of the hip. *Clin. Orthop. Relat. Res.* 451: 195–200.
- Stutz G., Kuster M.S., Kleinstuck F., Gächter A. (2000): Arthroscopic management of septic arthritis: stages of infection and results. *Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc.* 8: 270–274.
- Weil Y.A., Hierholzer C., Sama D., Wright C., Nousiainen M.T., Kloen P., Helfet D.L. (2008): Management of persistent postpartum pelvic pain. *Am. J. Orthop.* 37: 621–626.
- Wettstein M. (2009): Arthroskopie bei Hüftdysplasie. *Arthroskopie* 22: 273–278.
- Wettstein M., Jung J., Dienst M. (2006): Arthroscopic psoas tenotomy. *Arthroscopy* 22: 907 e901–904.
- Wettstein M., Mouhsine E., Borens O., Theumann N. (2007a): [Differential diagnosis of groin pain]. *Rev. Med. Suisse* 3: 2882–2884, 2886–2888.
- Wettstein M., Penalba Arias P., Moushine E., Theumann N. (2007b): [Inguinal pain in sportmen: clinical and radiological examinations]. *Rev. Med. Suisse* 3: 1776–1782.