

3^{ème} congrès de la SOFMMOO
Orléans 23-24 mai 2008

Pathologies de l'iliopsoas

Jehan Lecocq

Service de Médecine physique
et de Réadaptation
CHU de Strasbourg

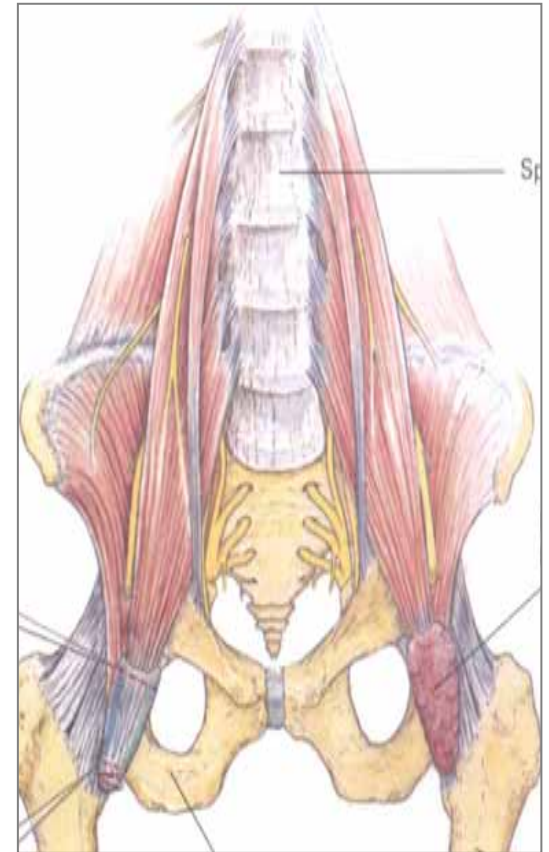


*Les Hôpitaux
Universitaires
de STRASBOURG*



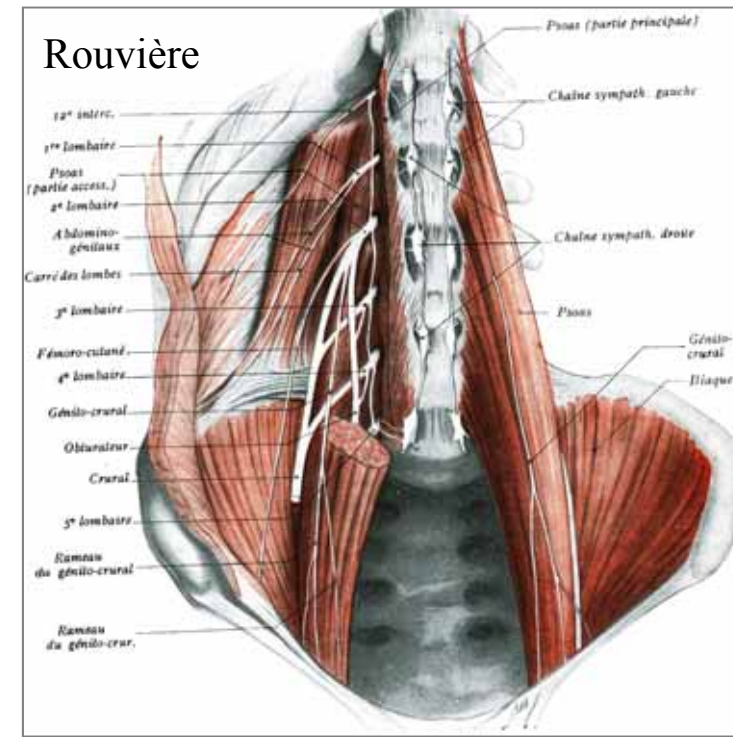
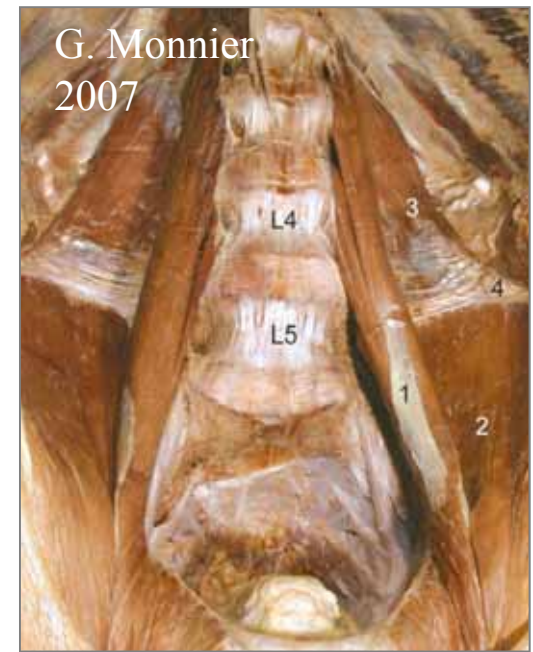
Psoas : muscle-clé,

- **Trait d'union entre rachis, bassin et hanche**
(complexe lombo-pelvi-fémoral)
 - Interagit sur les 3 structures
 - → symptômes au niveau des 3 structures
 - → participe à la pathologie des 3 structures
- **Mais**
 - Muscle profond → palpation directe impossible
 - nombreuses étiologies de douleur de la racine du membre inférieur et/ou de la région lombaire
 - Nombreuses structures anatomiques difficiles à individualiser cliniquement
- → **diagnostics difficiles**
 - → imagerie +++
 - Rare ou méconnu ?
- **Traitements locaux complexes et variés**



Psoas : rappel anatomique

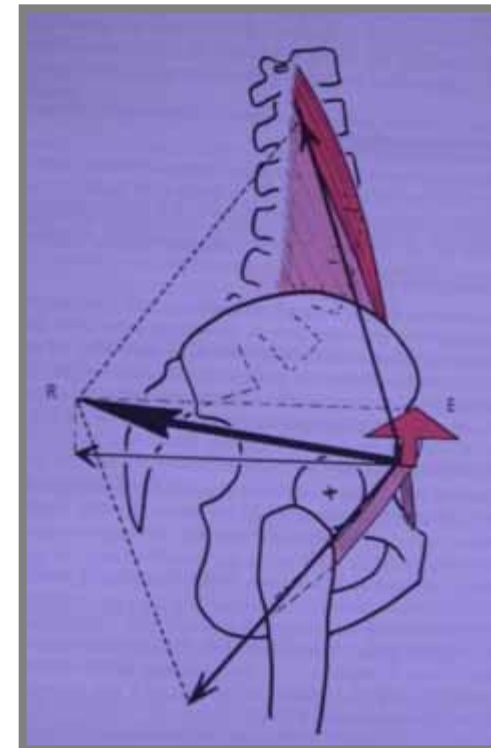
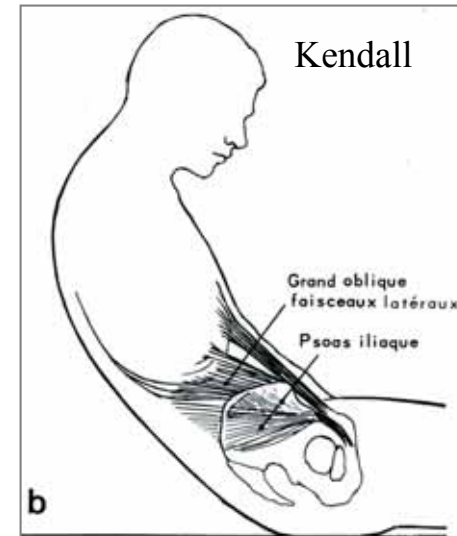
- **(Grand) Psoas**
 - T12 à L5 :
 - bord antérieur de l'apophyse transverse
 - Face latérale du corps vertébral et du disque intervertébral
 - Petit trochanter fémoral
- **Iliaque**
 - 2/3 sup face ant. aile iliaque
 - Tendon du psoas et petit trochanter
- **Petit psoas** (inconstant : 1/2)
 - T12-L1 ± L2 → branche ilio-pubienne



Actions et fonctions de l'iliopsoas

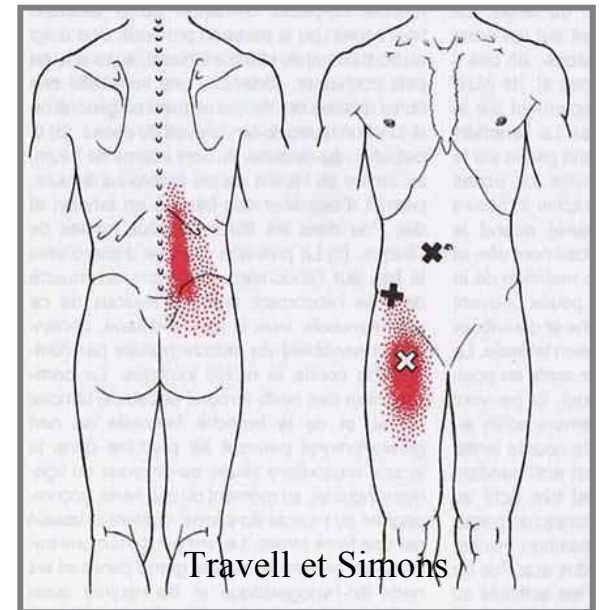
■ Actions

- **Hanche** : fléchisseur (au-delà de 30° , max $\geq 90^\circ$), \pm légère rotation externe et adduction en fonction position hanche
- **Tronc** : controversé
 - Flexion bassin / cuisses = anteversion
→ flexion tronc / cuisses avec les autres fléchisseurs abdominaux du tronc
 - → rachis lombaire : lordosant (debout, décubitus et flexion MI) [Kendall, Travell]
 - Effet de poutre composite sur le rachis avec les muscles spinaux [Rabischong]



Signes d'appel des lésions de l'iliopsoas

- **Douleur**
 - Inguinale ± cuisse proximale
 - Para-lombaire (verticale)
- **Modes de survenue de la douleur :**
 - debout (psoas actif en permanence),
 - marche → boiterie (flexion douloureuse, perte extension ou flexum de hanche : psoïtis)
 - couché → assis
 - assis (flexion du tronc) → debout
- **Ressaut antérieur**



Examen clinique psoas

- **Testing : force, douleur**
= Flexion cuisse
 - Assis : 90°
 - Décubitus dorsal : 30°



Examen clinique psoas

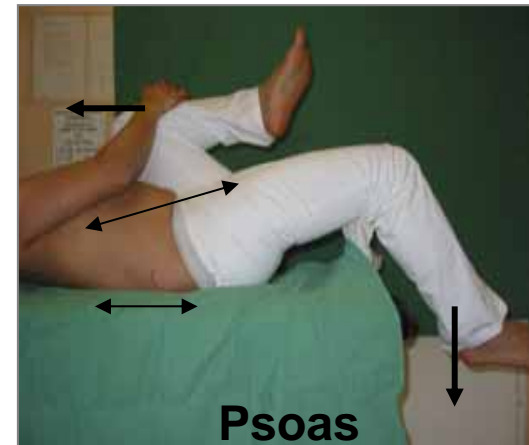
- **Extensibilité : « rétraction », douleur : + + +**

- Décub. dorsal :

- \sphericalangle ext. ou flession hanche (= psoïtis)
- lordose lombaire
- \neq droit fémoral : genou reste fléchi

- Décub. ventral :

- extension de hanche non possible
- anteversion + lordose



- **inspection** : debout, marche

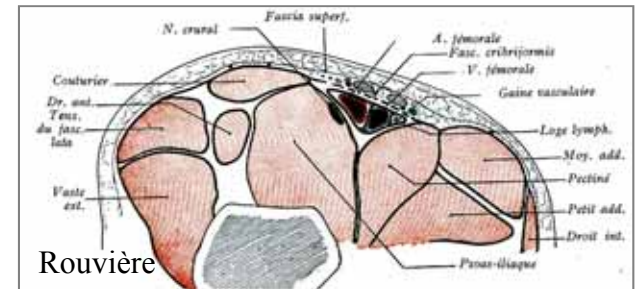
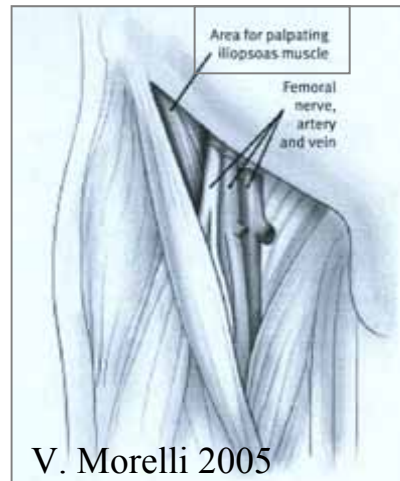
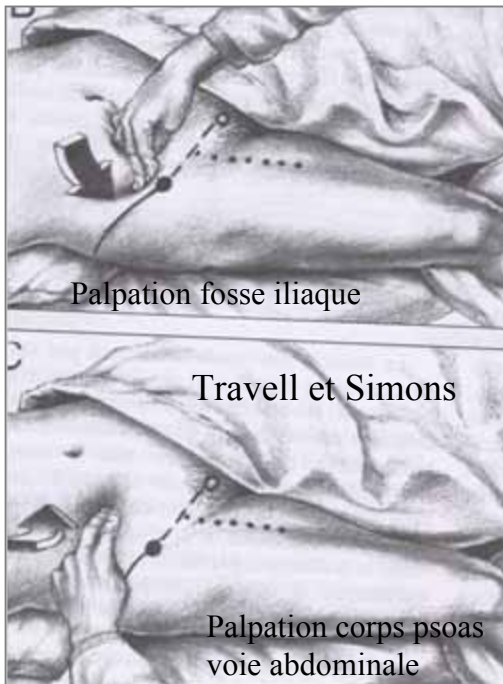
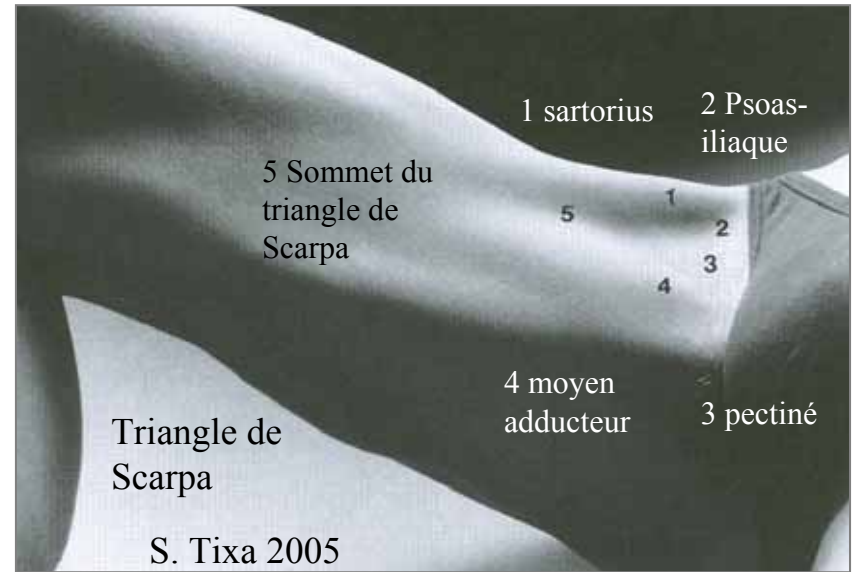
car psoas actif + +

- \sphericalangle ext. ou flession hanche
- anteversion et lordose



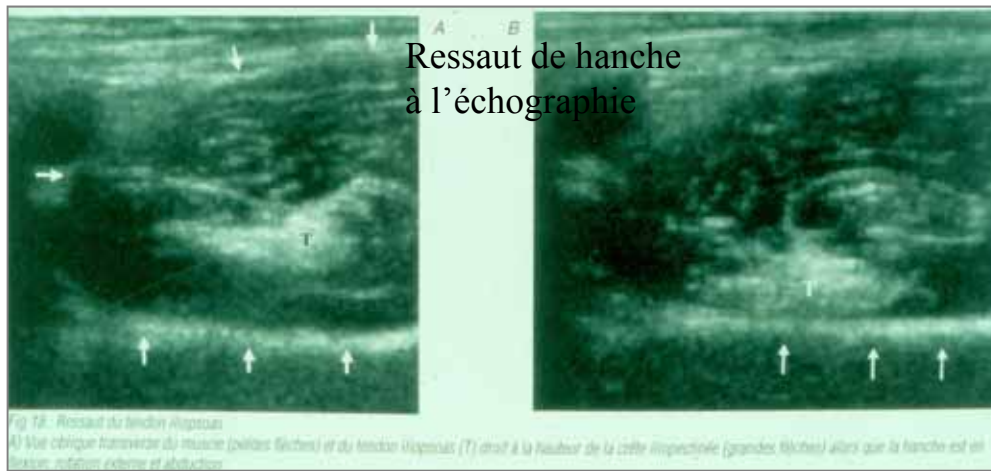
Examen clinique psoas

- **Palpation ?** Muscle profond
- Tuméfaction inguinale (kyste)
- Manœuvre recherche ressaut
- Ex. neuro (nerfs au contact psoas)



Imagerie importante car pas d'examen clinique direct du psoas

- **Echographie** + + +
- **IRM** [Bui 2008]
- TDM, arthro-TDM
- ↗ fréquence des diagnostics de pathologie du psoas
- Diagnostics différentiels (Dg ≠)



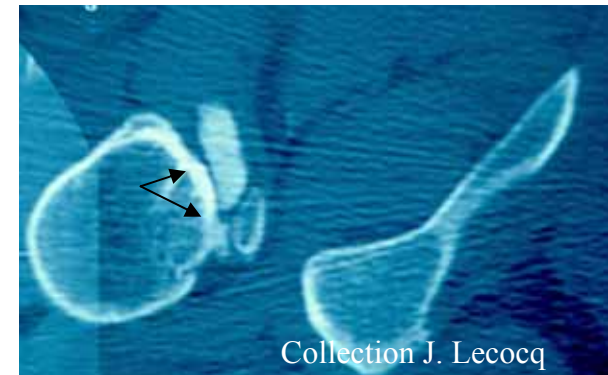
Lésions objectives du corps musculaire iliopsoas

- **Localisation variable de la douleur**
 - Lombalgie
 - Douleur abdominale
 - Douleur inguinale
- **Lésions nerveuses**
- **Hématome** : traitement conservateur
 - hémophilie : fréquence \searrow [Dauty 2007]
 - anti-coagulants
- **Abcès** : chirurgie
 - spondylodiscite,
 - grossesse [Gezer 2004, Sokolov 2007]
- **déchirures traumatiques** : rare traitement conservateur
 - Sports [Bouvard 2002 : rugby]



Tendinopathies *[Johnston 1998]*

- **corporéales**
- **d'insertion** (\pm arrachement osseux)
- **étiologies**
 - Activités physiques et sportives : surmenage : course à pied, football, athlétisme, aviron, danse classique *[O'Connor 1933 !, Ritter 2003]*
 - Prothèse totale de hanche (PTH) : fréquence \nearrow *[Lequesne 1991, Ala 2001, Grosclaude 2006, Fish 2007]*



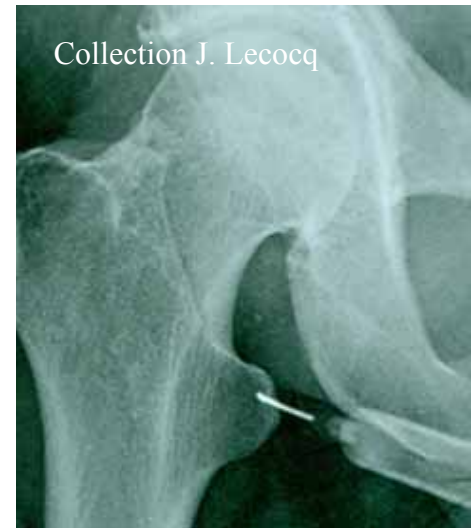
Tendinopathies

• Clinique

- douleur inguino-crurale
 - d'effort
 - à contraction isométrique
 - à l'étirement
 - à la palpation : problème + + +
- ± rétraction (flessum, antéversion)
- (parfois ressaut et signes bursite)
- Parfois lombalgie [*Little 2008 : cyclisme*]

• Traitement

- curatif “classique”
 - Infiltrations radioguidées : insertion, tendon et bourse [*Blankenbaker 2006, Adler 2005*], corps musculaire (tox botul. [*Fish 07*])
 - AINS, antalgiques, Physiothérapie
 - Stretching
 - Renforcement, “rééquilibration” musculaire
 - Correction gestes et postures
- Traitements de Médecine manuelle (MM)



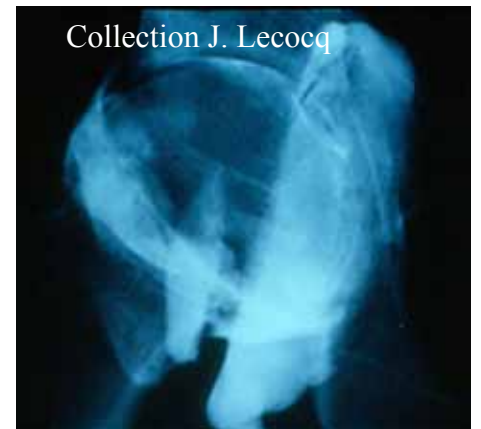
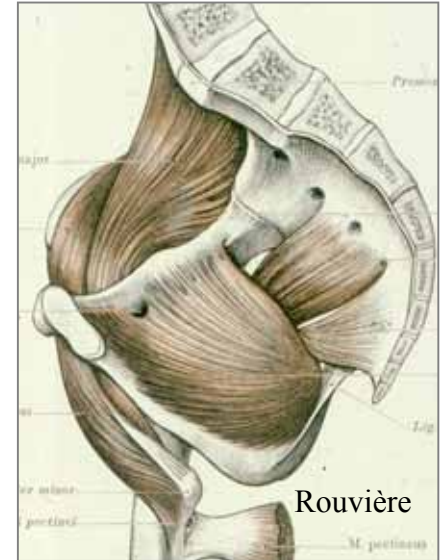
Bursite et kyste synovial

- **Bourse séreuse**

- entre tendon et artic. coxo-fémorale/éminence ilio-pectinée (→ conflit par forte tension ant.-post.)
- Constante
- 15% communication avec artic. (↗↗ si coxopathie)

- **Clinique :**

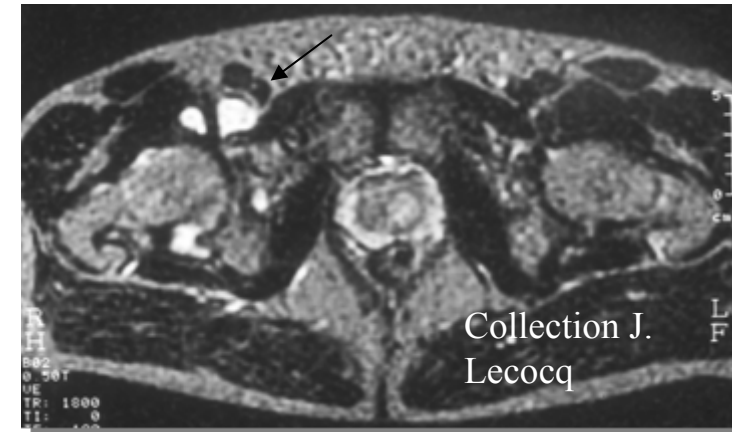
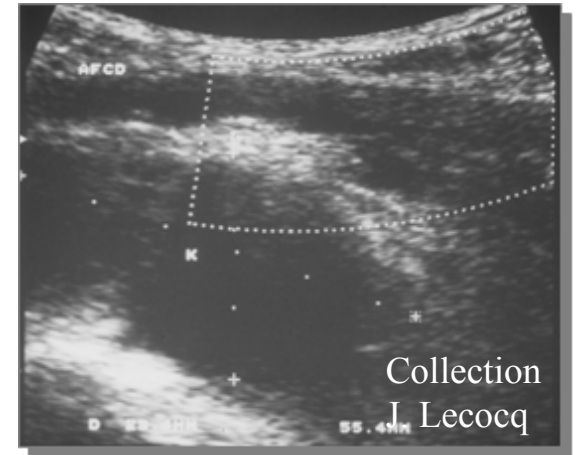
- signes de tendinopathie psoas
- ± signes coxopathie
- ± tuméfaction inguinale
- → Dg ≠ + + +
 - Retard Dg \cong 1 an
 - → imagerie et ponction



Bursite/kyste du psoas

- **Imagerie :**

- masse liquidienne,
- hors vaisseaux,
- \pm communiquant avec artic. (= kyste)
- guide ponction/infiltration



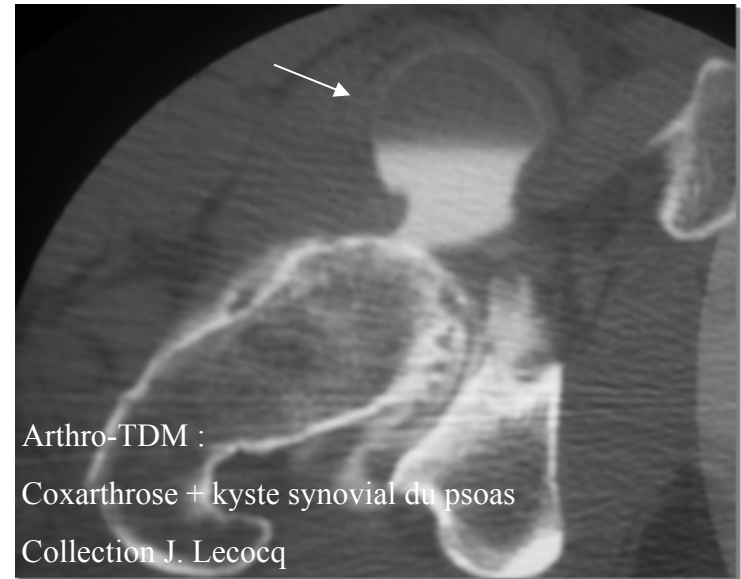
Bursite/kyste du psoas

- **Étiologies**

- Coxopathies
 - arthrite rhumatoïde [*Fournié 1994, Tokita 2008*]
 - Coxarthrose [*Lecocq 1998*]
 - PTH,...
- Traumatisme direct ou indirect
- Microtraumatismes
 - PTH
 - tendinopathies
 - Ressaut

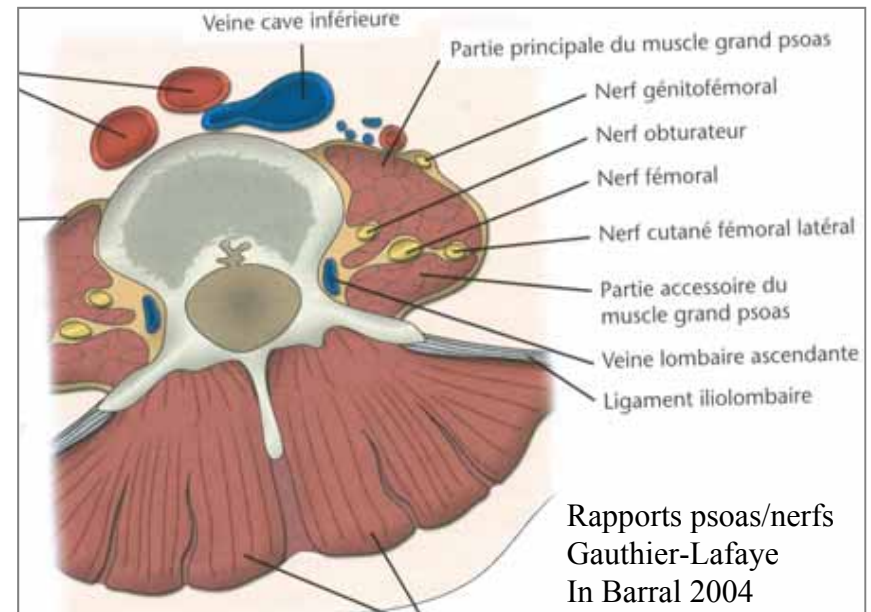
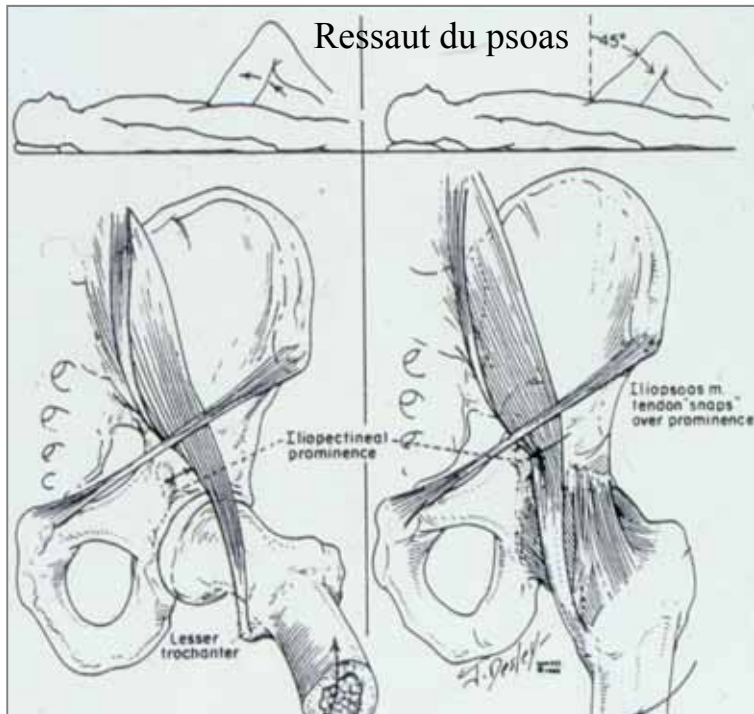
- **Traitement**

- étiologie : coxopathie, tendinopathie
- infiltration corticoïde
- chirurgie rarement



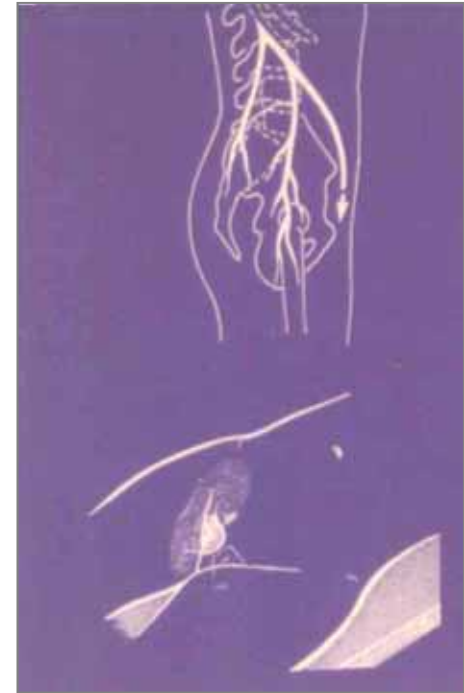
« hanche à ressaut »

syndromes canaux



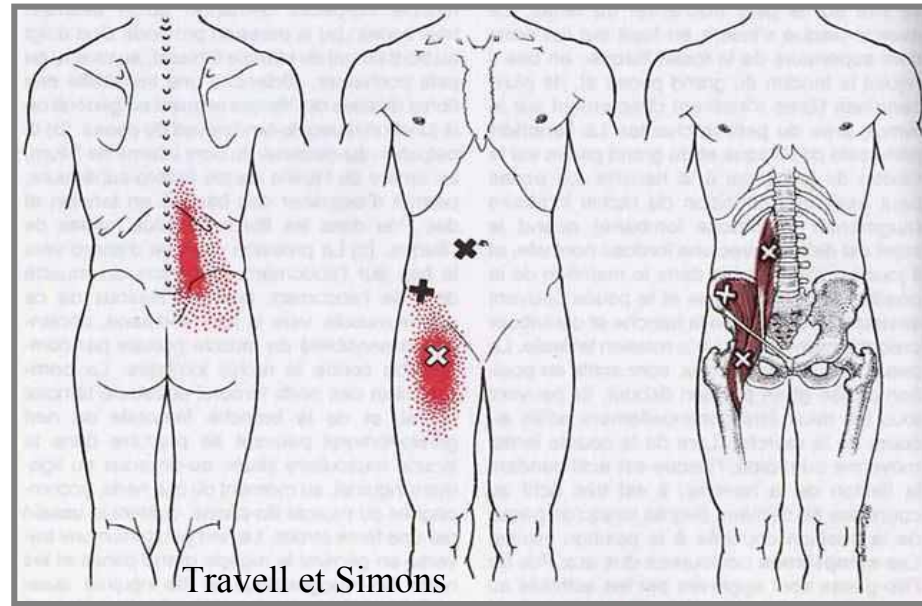
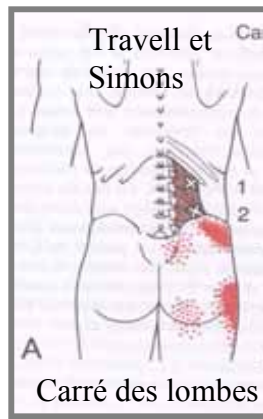
Douleurs projetées d'origine vertébrale

- **Syndrome cellulo-teno-myalgique par dérangement intervertébral mineur (DIM) de la charnière dorso-lombaire [R. Maigne]**
- Psoas innervé par plexus lombaire : (L1), L2, L3, (L4)
- Douleurs
 - inguino-pubo-crurale
 - lombaires basses
- \pm boiterie [Tortel 1987]
- **Associer le traitement des DIM par MV à celui des tendinopathies du psoas**



Syndrome myofascial (SMF) de l'iliopsoas [Travell et Simons]

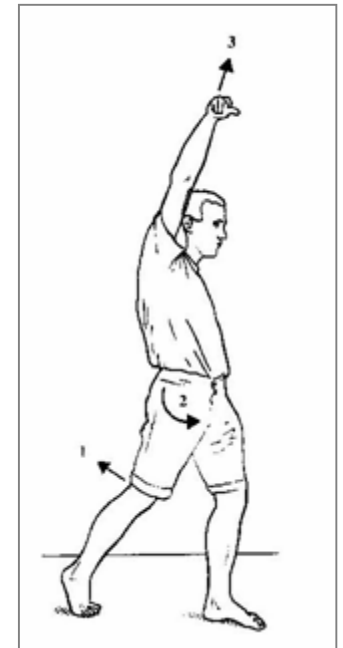
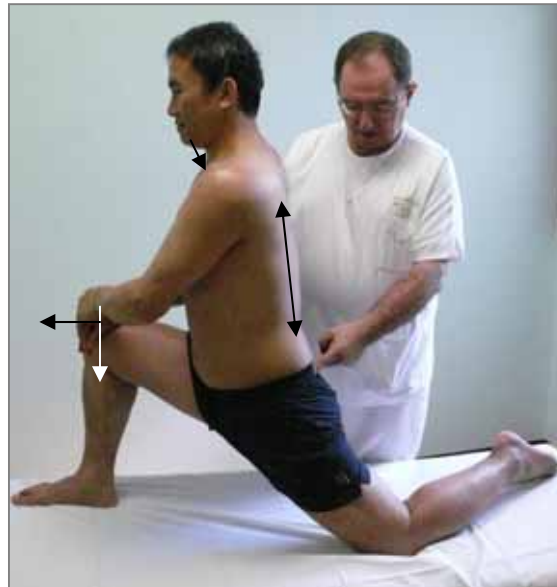
- Association non systématique :
 - Lombalgie « verticale » [Ingber1989]
 - Douleur inguino-crurale
- Palpation difficile des points-détente
- souvent associé à SMF d'agonistes et antagonistes
- Souvent bilatéral mais asymétrique
- lombalgie transversale
- + signes de tendinopathie
- → Dg difficile



Syndrome myofascial de l'iliopsoas : traitements

- **Intrication** fréquente aux autres pathologies du psoas
- → intérêt + + + d'y associer les **traitements** du SMF et ceux de MMO

1. étirements (stretching) ± cryothérapie



SMF de l'iliopsoas : traitements

2. Levées de tension (contracter-relâcher, myotensif, Lewitt,...) psoas et agonistes



Contraction isométrique max. du psoas gauche → relâchement du psoas controlatéral (droit)



Contraction isométrique max. des antagonistes droits (grand fessier, ischio-jambiers) → relâchement du psoas homolatéral (droit)



Levée de tension du sartorius gauche



Levée de tension du droit antérieur

SMF de l'iliopsoas : traitements

3. Tender points de Jones : strain counterstrain

- Point du psoas iliaque [*JJ. Debroux*] :
 - dans fosse iliaque à 4 travers de doigt en dedans de l'EIAS.
 - Décub dorsal, genoux fléchis, pieds croisés
 - Mvt passif de flexion $> 90^\circ$, rotation externe, abduction
- Points antérieurs lombaires [*JJ. Debroux*] :
 - A1L, A2L, A3L, A4L, A5L
 - Au niveau du bassin antérieur : EIAS, EIAI, symphyse

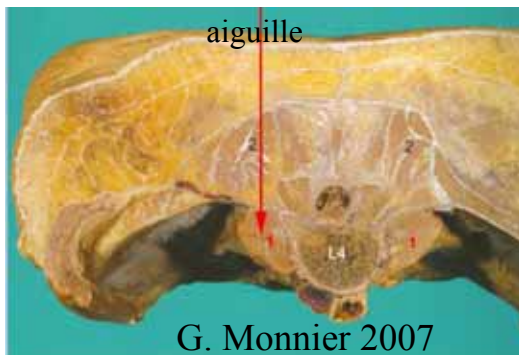
SMF de l'iliopsoas : traitements

4. Infiltrations musculaires

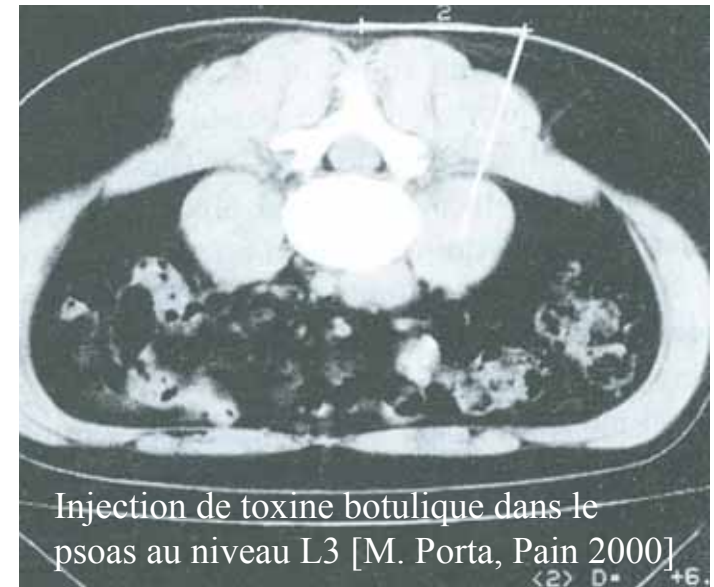
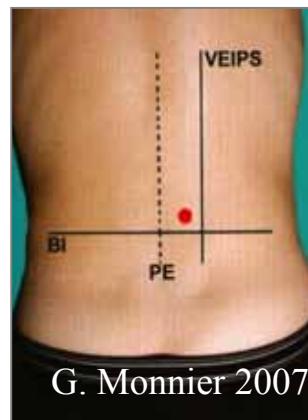
- **Produit :**
 - sérum physiologique, anesthésiques, corticoïdes : pas d'évaluation,
 - toxine botulique A (\cong spasticité) : évaluation + dans SMF [*Porta 2000 n=7, De Andres 2003 n= 22, Fish 2007 n=1*]



- **Localisation**
 - Distales (risques) [*Travell*]
 - Para-lombaires radio-guidées [*Monnier 2007, Von Coelln 2008,...*]



COUPE TRANSVERSALE DE LA PAROI POSTÉRIEURE AU NIVEAU DE L4
(Vue supérieure du segment inférieur de la coupe).
1 : M. grand psoas.



Conclusion

1. Muscle **complexe**
2. Examen clinique **complexe**
3. Pathologie **multiple**
4. **intérêt des traitements physiques de kinésithérapie et de médecine manuelle et ostéopathique**