

AU SUJET DES TROCHANTERITES ET PSEUDO-TROCHANTERITES (Traitement moderne et original)

Claude ALTIERI

Lorsque l'on cherche dans la littérature ou sur internet des informations sur la trochantérite, qualifiée aussi de "tendinite du moyen fessier", et sur son traitement, la bibliographie est pauvre, qu'il s'agisse de l'explication ou du traitement de cette pathologie.

En fait, la vraie tendinite du moyen fessier est une douleur latérale de la hanche. Le point douloureux exquis se situe sur le grand trochanter, point d'attache du tendon du muscle, au niveau duquel il faut palper profondément pour déclencher la douleur. Le muscle moyen fessier est important dans la station debout, c'est le muscle de la boiterie. Cette tendinite se révèle par une douleur à l'appui et à la marche. Elle concerne des personnes ayant une activité sportive ou de marche très importante, ou des personnes marchant mal du fait d'une autre pathologie: malformation du bassin et du membre inférieur, maladies musculaires, suites d'interventions chirurgicales (raccourcissement d'un membre), de paralysie.

Le traitement consiste bien entendu à essayer d'améliorer la boiterie s'il y en a une. La tendinite elle-même peut être traitée par massage et physiothérapie. Le traitement le plus spectaculaire est l'infiltration locale de cortisone, une à trois peuvent être nécessaires, bien ciblées sur le point douloureux.

Il faut dire, que la vraie tendinite de surmenage de ce muscle est rare et que la plupart du temps la cause est plus insidieuse, il s'agit le plus souvent d'une douleur projetée ou d'une douleur, que l'on ne doit pas attribuer au tendon du moyen fessier, mais à celui des rotateurs de hanche, muscles obturateur interne et/ou pyriforme ayant des insertions voisines. C'est la raison même de cet article.

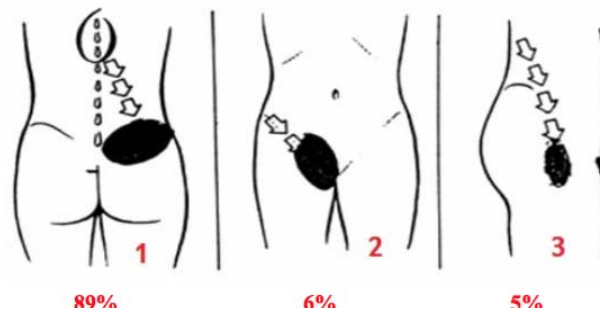
Douleur projetée de la charnière thoraco-lombaire

Elle fait partie de la triade douloureuse décrite par Robert Maigne dans son syndrome de la charnière thoraco-lombaire (1).

La racine L1 du plexus lombaire, donne une branche postérieure pour la région cutanée lombaire basse et deux branches antérieures; le nerf ilio-inguinal (ex petit abdomino-génital) et le nerf ilio-hypogastrique (ex grand abdomino-génital). Ce dernier est un nerf mixte qui passe entre le grand psoas et le carré des lombes et plonge ensuite entre le muscle transverse de l'abdomen et le muscle oblique de l'abdomen. Il chemine le long de la crête iliaque et se divise en trois branches au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure (2).

- a. Une branche perforante latérale cutanée pour la région glutéale antéro-supérieure.
- b. Une branche abdominale, qui longe le ligament inguinal.
- c. Une branche inguinale, qui se dirige vers l'avant entre les deux obliques de l'abdomen, pour rejoindre le canal inguinal.

Dans 5% des cas, la douleur siège dans la région trochantérienne. Elle est augmentée par la marche et irradie parfois dans l'aîne. Cela simule une douleur de hanche d'autant qu'à l'examen, les mouvements de flexion/adduction de la hanche et parfois d'abduction peuvent être douloureux (1).



Le plus souvent le diagnostic de tendinite du moyen fessier est généralement posé, mais dans ce cas les infiltrations locales sont sans effet car ce n'est pas le tendon ou le trochanter qui sont douloureux dans ce cas mais le plan cutané qui le recouvre. La compression de ce dernier simule parfaitement la douleur trochantérienne et bien que la douleur soit superficielle, le sujet la ressent comme profonde.



1 : rameau postérieur – 2 : Branche perforante latérale cutanée pour la région glutéale antéro-supérieure – 3 : Rameau inguinal.

R. Maigne, dans sa description parle d'une DIM (Désordre Intervertébral Mineur) mais notre expérience prouve qu'il s'agit la plupart du temps d'une DDI (3) dont l'évaluation et la normalisation nécessite des techniques particulières et représenteront le traitement de choix de ce genre de douleur pseudo-trochantérienne.

Douleur intéressant les insertions des rotateurs externes de hanche

Nous voulons surtout parler de deux des rotateurs un peu particuliers que sont le pyriforme et l'obturateur interne. En effet ces deux muscles présentent une particularité commune, celle de s'insérer à l'intérieur du bassin.

Le pyriforme s'insère sur la face antéro-latérale du sacrum entre les 2^e et 3^e foramens sacrés antérieurs et sur la face interne du grand ligament sacro-sciatique. De là, il se dirige latéralement, antérieurement et inférieurement, traverse la grande échancrure ischiatique qu'il partage en deux espaces supérieur et inférieur et rejoint la région fessière. Il s'insère par un tendon sur le bord supérieur du grand trochanter.

Il fait partie des muscles qui forment le pelvis pour séparer les viscères du pelvis de la racine des membres inférieurs.

L'obturateur interne : il s'insère autour du trou ischio-pubien (ancien foramen obturé, d'où son nom), et sur la face interne de la membrane obturatrice, au ligament sacro-tubéral et à la membrane qui le recouvre.

Le corps musculaire, triangulaire à base ventrale, voit ses fibres se diriger postérieurement et latéralement, puis se réfléchissent à angle droit dans la petite échancrure ischiatique, sur le bord postérieur de l'ischion, qui lui sert de poulie et dont il est séparé par une bourse séreuse. Il va se terminer sur la face médiale du grand trochanter dans la fossette qui porte son nom.

Ce genre de problème survient surtout chez les personnes d'âge mur, surtout de sexe féminin, aux alentours de la cinquantaine, voire plus. En effet, à cette âge le plancher pelvien et le muscle transverse ne permettent souvent plus de maintenir une pression abdominale suffisante : *« Comme c'est une région que l'on travaille peu et qui subit beaucoup d'étirements, les années passant, les grossesses rajoutant des pressions et des distensions, quand on fait des dissections chez les femmes décédées vers soixante ans, on ne trouve souvent plus de fibres musculaires mais de la fibrose. Cette structure ne permet plus le mouvement de rentrer le bas du ventre » (4).*

Cette état de fait va favoriser la diminution de la pression intra-abdominale et favoriser la ptose intestinale.

Il est facile de mettre en évidence une atonie du muscle transverse de l'abdomen : il suffit de faire tousser le sujet. Si le ventre rentre, on pourra dire que le transverse joue son rôle. Si par contre il ressort c'est qu'il y a atonie de celui-ci et début de ptose intestinale.

Cette ptose intestinale pourra aller perturber l'obturateur interne et/ou le muscle pyriforme qui répondront à cette agression par une mise en tension de leurs fibres et éventuellement par une douleur d'insertion de leur tendon. Nous assistons toujours dans ces cas, à une diminution de la rotation interne de la hanche vérifiable par le test de la clé.

Traitement

Le traitement consistera à normaliser le cardan thoraco-lombaire perturbant la balistique diaphragmatique (5), à mobiliser le diaphragme et la masse intestinale et de faire une rééquilibration viscérale, une manœuvre viscérale générale, de mobiliser les anses intestinales et/ou le sigmoïde en deux manœuvres ; l'une en décubitus, l'autre en latérocubitus.

Description des manoeuvres

- **La rééquilibration viscérale**

Il s'agira de poser délicatement les mains sur l'abdomen du sujet, allongé en position de décubitus dorsal, et de sentir si la masse viscérale est équilibrée ou si elle part plus d'un côté que de l'autre. Dans le second cas il faudra la rééquilibrer, c'est-à-dire la mobiliser afin de la faire retourner à la norme.

Le même protocole sera ensuite répété au niveau du petit bassin, juste au-dessus du pubis.

Une autre technique consiste à saisir de sa main caudale les deux genoux du patient, l'autre main étant fixe sur l'abdomen maintenant la masse viscérale et faisant contre-appui. C'est en balançant doucement le bassin à l'aide du levier des membres inférieurs que l'on rééquilibrera la masse abdominale.



- **La manœuvre viscérale générale**

Il s'agit avec cette manœuvre de mobiliser la masse viscérale vers le haut.

- ✓ Position du sujet : décubitus dorsal, le plan de table incliné.
- ✓ Position du praticien : à la tête du sujet,
- ✓ Position des mains : l'opérateur place ses mains en berceau, va recueillir la masse viscérale au-dessus du pubis en ayant soin de prendre un "crédit de peau", il va doucement tracter cette masse abdominale en demandant au sujet une expiration lente et profonde, puis tout en maintenant la position haute lui sollicitera de celui-ci 2 ou trois inspirations profondes. La manœuvre sera répétée trois ou quatre fois.



- **Manoeuvre sur les anses intestinales en décubitus**

- ✓ Position du sujet : décubitus, jambes repliées et tête relevée.
- ✓ Position de l'opérateur : debout à côté de la table, faisant face caudalement, à hauteur des épaules du sujet et du côté controlatéral à la zone à traiter.
- ✓ Position des mains : les mains sont l'une à côté de l'autre, sur la zone sous ombilicale et les majeurs en direction de la zone inguinale du sujet.
- ✓ Action : après avoir pris un crédit de peau sous la zone ombilicale du sujet, il saisit délicatement de ses doigts, légèrement repliés, la masse intestinale située au niveau de la zone sus-inguinale opposée. Il la tracte et la mobilise doucement médialement et cranialement. Il répète la manœuvre plusieurs fois.

- **Manoeuvre sur les anses intestinales en latérocubitus**

- ✓ Position du sujet : latérocubitus du côté opposé à la zone à traiter, tête légèrement relevée.
 - ✓ Position de l'opérateur : debout derrière le patient, le genou caudal posé sur la table
 - ✓ Position des mains : de son bras caudal il saisit en berceau le membre inférieur du sujet, haut situé. Il pose sa main craniale entre la zone pubienne et l'ombilic du patient. Il la déplace vers le haut de manière à obtenir un crédit de peau.
 - ✓ Action : de ses éminences thénar et hypothénar il repousse la masse intestinale médialement et cranialement. Il répète la manœuvre plusieurs fois.
- **Manœuvre sur le sigmoïde**
 - ✓ Position du sujet : décubitus, jambes repliées et tête relevée.
 - ✓ Position de l'opérateur : debout sur le côté gauche de la table, à hauteur du bassin du sujet.
 - ✓ Position des mains : les doigts des deux mains sont posés sur le muscle iliaque gauche côté médial de l'iliaque gauche.
 - ✓ Action : le praticien enfonce doucement ses doigts vers l'arrière, puis pousse le côlon sigmoïde médialement, puis vers l'ombilic. Il place ensuite ses doigts sur le côté médial du sigmoïde et le tracte en direction de la hanche du sujet (6).

Ce traitement devra être complété par des exercices tendant à renforcer, autant que faire se peut, le muscle transverse de l'abdomen et le plancher pelvien.

Ce sont nos résultats cliniques qui nous ont poussé à écrire cet article, résultats positifs sur des sujets en souffrance pour la plupart depuis plusieurs mois, voire plusieurs années.

Bibliografia

1. MAIGNE R. Le syndrome de la charnière dorso-lombaire. Lombalgies basses, douleurs pseudo-viscérales, pseudo-douleurs de hanche, pseudo-tendinite des adducteurs. Sem. Hôp. Paris 1981, 57, 11-12, 545-554
2. ROUVIERE H. DELMAS A. Anatomie Humaine Tome 2. Masson Paris.1992. 13^{ème} édition. P 259
3. ALTIERI C. Biomeccanica Funzionale Dinamica. Trattamento osteopatico della colonna cervicale e toracica. Edi-ermes Milano. 2015. (7) 129-132.
4. DE GASQUET B. Abdominaux, arrêtez le massacre. 2005, Robert Jauze édit. (3) 32.
5. ALTIERI C. Biomeccanica Funzionale Dinamica. Trattamento osteopatico della colonna cervicale e toracica. Edi-ermes Milano. 2015. (7) 134.
6. HEBGEN E. Ostéopathie viscérale. Maloine Paris. 2005. (9) 156

