



15^{ème} CONGRÈS SFMES-SFTS

Congrès national
de médecine
et traumatologie du sport

14 > 16
SEPTEMBRE
2022

NANCY

Centre Prouvé

www.congres-sfmes-sfts.com

Recueil des abstracts

Communications flash



www.congres-sfmes-sfts.com

CF1

Comparaison d'une nouvelle technique de réparation de Bankart augmenté (Recenter) à une technique classique de réparation Bankart.

Paul Vedrenne*¹, Kevin Picard², Jean-David Werthel¹, Thomas Bauer¹, Alexandre Hardy³

¹ CHU Ambroise Paré, Boulogne Billancourt,

² CHU Saint Antoine APHP,

³ Clinique du Sport, Paris, France

Introduction : La réparation arthroscopique des lésions de Bankart pour le traitement de l'instabilité gléno-humérale antérieure conduit à un taux de récurrence élevé. Le Recenter est un bloc métallique dessiné pour servir d'étau à la réparation du labrum. Cette étude évalue les résultats précoces du Bankart augmentés par le Recenter en comparaison avec la technique habituelle de Bankart arthroscopique. L'hypothèse était que la technique de réparation de Bankart augmenté permettrait de diminuer l'incidence des récurrences.

Méthodes : Une étude rétrospective multicentrique a été menée. Les patients traités par un Bankart avec Recenter entre 2016 et 2017 ont été revus avec un recul moyen de 3 ans. Les patients opérés dans les mêmes centres avant ou après cette période, d'un Bankart simple, ont été revus également, avec un recul moyen de 6 ans. Les scores fonctionnels de Walch Duplay et SST ont été recueillis ainsi que la récurrence des luxations.

Résultats : Vingt-sept patients ont été revus dans le groupe Recenter et 48 dans le groupe Bankart seul. Un seul patient s'est reluxé dans le groupe Recenter soit 3,7% contre 16,7% dans l'autre groupe ($p=0,026$). De même, sur le score de Walch Duplay, il existe une amélioration significative du Recenter $75,9 \pm 8,1$ par rapport au Bankart seul $64,2 \pm 8,0$ ($p=0.026$). Les scores SST étaient également différents, respectivement $90,6 \pm 5,1$ et $81,5 \pm 5,5$ ($p=0.01$). Il n'y a pas eu de complications directement liées à l'implant.

Conclusion : À court terme, la réparation des lésions de Bankart, augmentée par une butée métallique mise en place sous arthroscopie, restaure efficacement la stabilité de l'épaule et donne de bons résultats cliniques.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clés : arthroscopie, épaule, instabilité

CF2

Impact indirect du premier confinement lié à la Covid-19 sur le taux de commotions cérébrales des jockeys

Charlotte Lestoquoy* ¹

¹ CH Cholet, Cholet, France

Introduction : En 2020, l'organisation de la saison des courses hippiques a été bouleversée par la crise sanitaire liée à la COVID-19. La période de confinement du 17 mars au 11 mai 2020 a modifié la préparation des jockeys et décalé leur retour sur les hippodromes. Ces deux mois d'arrêt de courses hippiques ont-ils eu un impact sur l'accidentologie des jockeys lors de la saison 2020 ? En particulier, les jockeys ont-ils été plus sujets aux commotions cérébrales ?

Méthodes : L'étude porte sur le nombre et l'analyse des « chutes » de jockeys, ayant eu lieu lors des saisons de courses hippiques de 2018, 2019, 2020 et 2021, sur l'hippodrome de l'Isle Briand de la ville du Lion d'Angers (49220) et sur l'hippodrome de la carrière des Rairies de la ville de Durtal (49430). Le critère de jugement principal est le nombre de jockeys ayant chuté et ayant souffert d'une commotion cérébrale.

Résultats : Au cours de l'année 2020, le nombre de commotions cérébrales a quadruplé, malgré une diminution du nombre de courses, alors que la moyenne du nombre de chutes par réunion et par course est resté stable au cours des années 2018, 2019, 2020 et 2021.

Conclusion : La diminution des entraînements, l'annulation des premières courses sur hippodromes, l'impact psychologique lié à ce contexte sanitaire et la diminution collatérale des revenus des jockeys peuvent être des facteurs expliquant une prise de risque plus importante chez les jockeys, avec des chutes plus graves et donc une augmentation du nombre de commotions cérébrales au cours de l'année 2020.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : commotion cerebrale, COVID, jockeys

CF3

L'Ankle Go Test est un test valide dans l'aide à la prise de décision pour la reprise du sport après entorse grave de la cheville

Alexandre Hardy*¹, Brice Picot², Francois Fourchet³, Ronny Lopes⁴

¹ Clinique du Sport,

² Federation Francaise de Handball, Paris, France,

³ Hopital de La Tour , Meyrin, Switzerland,

⁴ Polyclinique Atlantique, Nantes, France

Introduction : Le délai post entorse grave du plan externe de la cheville est actuellement le critère principal utilisé pour la décision de retour au sport après rééducation de la cheville. L'évaluation objective de l'état fonctionnel de la cheville ainsi que l'état psychologique sont fondamentaux pour aider à la décision de retour au sport. Cette étude avait pour but de valider un score composite appelé Ankle Go Test chez les patients après rééducation pour entorse grave du plan externe de cheville.

Hypothèse: L'Ankle Go Test remplit les critères statistiques de validation pour évaluer la capacité de retour au sport après rééducation pour entorse grave du plan externe de cheville.

Méthodes : Cinquante patients (à M2 et M4 de leur entorse grave) et 20 contrôles ont passé l'Ankle Go Test. Ce test était composé de deux questionnaires (FAAM et ALR-RSI) ainsi que 4 tests fonctionnels Single Leg Stance, Side Hop Test, Figure of 8 et version modifiée du Single Excursion Balance Test. La validation de l'Ankle Go Test reposait sur sa validité de construction, sa capacité discriminante, sa consistance interne, sa fiabilité sa reproductibilité et sa faisabilité.

Résultats : Les 6 composants de l'Ankle Go Test apportaient tous des informations complémentaires ($0.01 \leq |r| \leq 0.59$). L'Ankle Go Test montrait une bonne reproductibilité ($ICC > 0.75$), pas d'effet plafond ou seuil et une forte capacité discriminative et de détection des changements. L'Ankle Go Test était significativement plus faible dans le groupe patient à M2 et 4 par rapport au groupe contrôle ($p < 0.01$). Une augmentation significative était retrouvée entre M2 et M4 ($p < 0.05$).

Conclusion : L'Ankle Go Test est valide pour évaluer l'état fonctionnel de la cheville après entorse grave du plan externe de la cheville et aider à la prise de décision dans les critères de retour au sport.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : Cheville, Reprise du sport

CF4

Les chutes graves du 33ème Tour Cycliste International du Faso : bilan et perspectives

Abdoul Rahamane Cissé* 1, 2

¹ Institut des Sciences du Sport et du Développement Humain,

² Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo, Ouagadougou, Burkina Faso

Introduction : L'engouement des populations africaines pour le cyclisme est grandissant. L'organisation du 33ème Tour du Faso dans le contexte d'insécurité visait à renforcer la résilience du peuple burkinabè face au terrorisme. Malheureusement cette dernière édition a été marquée par des chutes graves nécessitant parfois une prise en charge chirurgicale. Cette étude avait pour but de faire le bilan de la prise en charge des coureurs gravement accidentés afin de dégager des perspectives pour une meilleure couverture médicale des tours cyclistes en Afrique.

Méthodes : Il s'est agi d'une étude prospective. Les circonstances des chutes, les lésions et la prise en charge ont été analysées. Tous les coureurs victimes de chutes avec abandon et /ou ayant nécessité une prise en charge hospitalière ont été inclus.

Résultats : Le peloton du 33ème Tour Cycliste International du Faso étaient composé de 82 coureurs venus d'Europe et d'Afrique. La moyenne d'âge était de $26,9 \pm 6,2$ ans avec des extrêmes de 19 et 48 ans. Un peu plus de la moitié avaient une dizaine d'année de pratique du cyclisme de compétition. Vingt-quatre cas de chute ont été enregistrés dont 6 cas graves. Parmi ces derniers, 2 ont terminé la compétition. Pour les 4 autres, on notait 2 cas de commotions cérébrales 2 cas de fracture de clavicule dont l'un a été prise en charge chirurgicalement.

Conclusion : La traumatologie sportive liée au cyclisme peut comporter des lésions graves nécessitant parfois une prise en charge hospitalière et chirurgicale. La logistique médicale se doit d'envisager toutes les éventualités lors des tours cyclistes.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : Chute, Cyclisme, Tour

CF5

Epidémiologie et facteurs de risque des blessures traumatiques chez les lutteurs de haut niveau en France : étude rétrospective sur 1 an

Charlotte Logiou*¹, Valérie Wieczorek¹, Marianne Groc²

¹ Hopital Swynghedaw - CHU Lille, Lille,

² INSEP, Paris, France

Introduction : La lutte, avec ses 16492 licenciés en France sur la saison 2018-2019, est l'un des sports de combat olympique les plus vieux qu'il existe. Il s'agit d'un sport de contact avec un risque potentiellement élevé de blessures. La lutte gréco-romaine est exclusivement pratiquée par les hommes, la lutte libre à la fois féminine et masculine. Les études épidémiologiques des blessures et de leurs facteurs de risque portent essentiellement sur les lutteurs du championnat américain scolaire (NCAA). Très peu d'études sont réalisées sur le suivi d'équipe de haut niveau et, à notre connaissance, aucune en France. Le but de cette étude est de faire un état des lieux de l'épidémiologie et les facteurs de risque déclaratifs des blessures chez les lutteurs et les lutteuses de haut niveau français afin, in fine, d'améliorer la prévention.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de données collectées prospectivement monocentrique sur les 30 lutteurs de haut niveau de l'INSEP sur la saison 2021-2022. Les données sur caractéristiques des blessures et des facteurs de risque ont été recueillies lors de la consultation avec le médecin en charge des athlètes à l'INSEP. Les analyses statistiques ont consisté au calcul de la moyenne de blessures traumatiques et en des analyses descriptives des blessures et de leurs facteurs de risque.

Résultats : Notre population se compose de 30 lutteurs : 11 femmes et 19 hommes dont 10 de style libre et 9 de style gréco-romaine. Sur ces 30 lutteurs, 18 ont été blessés sur 6 mois (soit 60% de l'effectif), 6 féminines sur 11 (54,5%), 9 hommes de style libre sur 10 (90%) et 3 hommes de style gréco-romaine sur 9 (33%). Il y a eu au total 29 blessures, représentant une moyenne de 0,97 blessures/lutteur (allant de 0 à 3 blessures). Ces blessures sont survenues pour 79% d'entre elles lors d'un entraînement, sur une période à forte charge de travail (dans 62% des blessures). Ces blessures concernent à quasi part égale le tronc, les membres supérieurs et inférieurs, avec une durée moyenne d'arrêt de l'entraînement de 4 semaines (0-14 semaines). Il s'agit pour la quasi-totalité des cas (90%) de lésions macro-traumatiques : entorses (35%) puis lésions tendineuses (21%) et musculaires (17%). Ces blessures sont traitées principalement par rééducation (93%) associée à une prise médicamenteuse (62%). En ce qui concerne les facteurs de risques la fatigue physique et/ou psychique (52%) et la sensation de déshydratation (52%) étaient les plus représentés.

Conclusion : La lutte pratiquée à haut niveau est donc un sport de combat pouvant entraîner un risque certain de blessures mais de gravité moyenne et avec un taux de blessures plus élevé dans le style libre. Le style de lutte (lutte libre), la déshydratation et la fatigue psychologique et/ou physique sont des facteurs de risque déjà décrits.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clés : Blessures traumatiques, Epidémiologie, Lutte Olympique

CF6

Quand un hématome cache un sarcome : un cas clinique

Etienne Fellous*¹, Guillaume LOTZ², Amandine HELFER¹, Christine STAUBITZ¹, Charles PRADEAU¹, Marie-Eve ISNER-HOROBETI¹

¹ Pôle Médecine Physique et Réadaptation IURC,

² Pôle Radiologie, Strasbourg, France

Introduction : Le sarcome pléomorphe indifférencié (UPS) est une pathologie rare, avec une incidence d'environ 1 nouveau cas pour 100.000 individus/an en Europe. La tumeur touche principalement les hommes entre 50 et 70 ans. Les UPS osseux primaires surviennent préférentiellement à la partie distale du fémur et à la partie proximale du tibia, de l'humérus ou du fémur.

Méthodes : Nous rapportons le cas d'un patient de 57 ans, sans antécédent notable, qui a présenté une vive douleur au mollet gauche lors d'un effort de soulèvement d'une poutre durant des travaux domestiques.

A l'examen clinique, le mollet gauche est induré sur environ 11 cm de diamètre, sans modification de l'aspect cutané. Les résultats du bilan d'imagerie demandé par le médecin traitant sont les suivants :

- Le scanner avec injection met en évidence une collection homogène ne prenant pas le contraste.
- L'IRM et l'échographie objectivent un hématome encapsulé.

Deux mois après le traumatisme, il est adressé à un chirurgien orthopédique pour évacuation de l'hématome. L'examen clinique du chirurgien retrouve, en plus du tableau initial, une hypoesthésie de la face latérale du pied, de survenue récente.

Une relecture des imageries est faite par le chirurgien orthopédique. Il conclut à la présence d'une collection d'aspect tissulaire. Il propose donc une biopsie du muscle soléaire gauche ainsi qu'une évacuation partielle de l'hématome.

Résultats : Les résultats d'anatomopathologie mettent en évidence un sarcome pléomorphe indifférencié de grade III.

Le bilan d'extension montre plusieurs formations ganglionnaires juxta-centimétriques inguinales et iliaques externes gauches sans signe d'atteinte viscérale secondaire aux étages thoracique ou abdomino-pelvien.

La RCP préconise la réalisation d'une chimiothérapie par ADRIAMYCINE-IFOSFAMIDE avec radiothérapie néoadjuvante avant la chirurgie puis une nouvelle chimiothérapie.

Cependant, l'IRM du membre inférieur de réévaluation à 3 mois met en évidence une augmentation de la taille de la masse qui mesure 23x14x10 cm contre 11x8x5 cm initialement. Compte tenu de ces résultats, il est conclu à une inefficacité de la chimiothérapie.

Dans ce contexte, et devant une tumeur jugée inopérable, une nouvelle RCP préconise une amputation transfémorale gauche à mi-cuisse qui sera réalisée 2 mois après le début de la chimiothérapie.

Rapidement après l'intervention, le patient est transféré, dans un service de rééducation spécialisée en appareillage. Il en sortira après 2 mois avec une prothèse fémorale et en étant autonome pour les actes de la vie quotidienne.

Discussion : Dans notre cas, le contexte post-traumatique a mené à un retard diagnostique significatif de la tumeur et à une perte de chance pour notre patient. Bien qu'exceptionnel, l'UPS doit être évoqué face à une masse supérieure à 5 cm de diamètre, persistant dans le temps, chez un homme de cet âge. Ce cas souligne l'importance, pour le médecin spécialiste, de ne pas se limiter à relecture du compte-rendu d'imagerie mais d'être en mesure d'interpréter lui-même les examens d'imagerie qu'il prescrit.

Conclusion : Savoir lire un compte-rendu d'imagerie c'est bien, savoir lire une imagerie c'est mieux.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : Hématome, Imagerie, Sarcome

CF7

Le noeud de Henry. Place dans les douleurs plantaires.

Jacques Rodineau* ¹

¹., Paris, France

Introduction : Une lésion du tendon du long fléchisseur de l'hallux ou une fibrose d'une noeud de Henry peuvent être observées après des mouvements d'hypertension répétés de l'articulation métatarsophalangienne de l'hallux. Lésions au niveau du noeud de Henry. Le noeud de Henry constitue la zone de fixation, le moyen de stabilisation des tendons long fléchisseur de l'hallux et long fléchisseur des orteils au niveau de leur croisement sous l'os naviculaire.

LES MÉCANISMES TRAUMATIQUES : C'est un syndrome d'intersection qui survient dans les suites d'une tendinopathie ou de la déchirure d'un de ces deux tendons à la suite de cause variée : flexion dorsale violente de l'hallux au cours du ski de fond, propulsions répétées sur demi-pointes ou sur pointes lors de la course à pied et surtout de la danse et parfois choc direct, notamment lors d'une chute.

Méthodes : LE DIAGNOSTIC CLINIQUE : l'interrogatoire est peu concluant, voire trompeur et peut faire évoquer une fasciite plantaire ou un syndrome du tunnel tarsien ou une banale « tendinite ». Les symptômes se résument à une douleur locale plantaire et une sensibilité de la voûte plantaire médiale ou comme une douleur posteromédiale de la cheville ou comme un trigger hallux, c'est à dire un épaississement du tendon du LFH. En position debout : la montée sur demi-pointe est difficile et douloureuse.

La course est le plus souvent impossible. En décubitus dorsal : la flexion dorsale de l'hallux provoque également une douleur de même que la flexion plantaire isométrique de l'hallux. A la palpation, on retrouve une douleur localisée à un travers de doigt en-dessous de la tubérosité de l'os naviculaire. EN IMAGERIE : l'analyse de la région est délicate. On met parfois en évidence une ténosynovite qui nécessite en échographie que les faisceaux d'ultrasons soient perpendiculaires aux tendons. Mais la lésion du noeud de Henry n'est pas aisée à détecter. En IRM, le noeud de Henry est mieux vu sur les plans coronaires en utilisant une imagerie dédiée du medio-pied et de l'avant pied.

Résultats : LE TRAITEMENT : il est souvent chirurgical car les protocoles conservateurs sont souvent des échecs. La tenolyse permet souvent le retour à une activité physique régulière mais l'intervention nécessite une dissection étendue car le noeud de Henry est une structure profonde.

Conclusion : C'est une pathologie qu'un faut savoir évoquée devant une douleur vive du mediopied à proximité de l'os naviculaire.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : Débridement, Master knot of Henry, Tendinopathies

CF8

L'Ankle Go Test est une aide valide dans l'aide à la décision de retour au sport après stabilisation latérale de cheville

Alexandre Hardy*¹, Brice Picot², Francois Fourchet³, Ronny Lopes⁴

¹ Clinique du Sport,

² Federation Francaise de Handball, PARIS, France,

³ Hopital de La Tour, Meyrin, Switzerland,

⁴ Polyclinique de l'Altantique, Nantes, France

Introduction : Le délai post chirurgie est actuellement le critère principal utilisé pour la décision de retour au sport après stabilisation du plan externe de la cheville. L'évaluation objective de l'état fonctionnel de la cheville ainsi que l'état psychologique sont fondamentaux pour aider à la décision de retour au sport. Cette étude avait pour but de valider un score composite appeler Ankle Go Test chez les patients après stabilisation latérale de cheville.

Hypothèse: L'Ankle Go Test remplit les critères statistiques de validation pour évaluer la capacité de retour au sport après stabilisation latérale de cheville.

Méthodes : Cinquante patients (à M4 et M6 de leur opération) et 20 contrôles ont passé l'Ankle Go Test. Ce test était composé de deux questionnaires (FAAM et ALR-RSI) ainsi que 4 tests fonctionnels Single Leg Stance, Side Hop Test, Figure of 8 et version modifiée du Single Excursion Balance Test. La validation de l'Ankle Go Test reposait sur sa validité de construction, sa capacité discriminante, sa consistance interne, sa fiabilité sa reproductibilité et sa faisabilité.

Résultats : Les 6 composants de l'Ankle Go Test apportaient tous des informations complémentaires ($0.01 \leq |r| \leq 0.59$). L'Ankle Go Test montrait une reproductibilité intra observateur excellente ($ICC > 0.75$), pas d'effet plafond ou seuil et une forte capacité discriminative et de détection des changements. L'Ankle Go Test était significativement plus faible dans le groupe patient à M4 et 6 par rapport au groupe contrôle ($p < 0.01$). Une augmentation significative était retrouvée entre M4 et M6 ($p < 0.05$).

Conclusion : L'Ankle Go Test est valide pour évaluer l'état fonctionnel de la cheville après stabilisation chirurgicale du plan externe de la cheville et aider à la prise de décision dans les critères de retour au sport.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : Cheville, Retour au sport

CF9

Reprise du sport après traitement chirurgical des ruptures du tendon rotulien dans la ville de Yaoundé

Olivier Kennedy Muluem*¹, Loic Fonkoue¹, Marie Ange Ngo Yamben², Sylvain Nguimkia³, Jean Bahebeck³

¹ Hôpital Général de Yaoundé,

² Centre National de Réhabilitation des personnes handicapées,

³ Hôpital Central de Yaoundé, Yaoundé, Cameroon

Introduction : La rupture du tendon rotulien est une solution de continuité siégeant sur le ligament situé entre la pointe de la rotule et la tubérosité tibiale antérieure. Elle est responsable d'une impotence fonctionnelle grave du membre inférieur chez le sportif. Le seul traitement d'actualité est la chirurgie avec multiples techniques qui permettent généralement une reprise du sport. Notre objectif était d'évaluer l'impact de la chirurgie des ruptures du tendon rotulien sur le taux et le délai de reprise du sport à Yaoundé.

Méthodes : Nous avons mené une étude de cohorte rétrospective sur cinq ans. Nous avons inclu les patients âgés de 18 à 65 ans opérés d'une rupture du tendon rotulien survenue pendant le sport. Le résultat fonctionnel avec l'amplitude du genou, le niveau de satisfaction, les scores de Lysholm, VISA-P et la reprise du sport ont été évalués.

Résultats : Vingt un ruptures du tendon rotulien ont été étudiés. L'âge médian de notre série était de 36 ans (18-63). Tous les patients étaient des hommes. Neuf (42,9 %) ruptures sont survenues pendant le football, 8 (38,1 %) pendant le Basketball, 4 (19 %) pendant les autres disciplines sportives. Seize (76 %) patients étaient des sportifs de loisir et 5 (24 %) patients étaient des professionnels. Dix-huit (85,7 %) ruptures étaient totales et 3 (14,3 %) ruptures étaient partielles. Tous les patients ont bénéficié d'une suture tendineuse directe avec du fil résorbable de taille 2. Un cadre de protection au fil d'acier a été placé après réparation du tendon rotulien dans 13 (70 %) cas. Les scores fonctionnels médians étaient satisfaisants, soit 90/100 (25—100) et 98/100 (40—100) pour le VISA-P et le Lysholm respectivement.

Discussion : Nos résultats sont comparables à ceux rapportés par Beranger en France en 2020 qui a obtenu de bon résultats en utilisant le cadre de protection; tandis que Boublick aux USA en 2011 a obtenu 100% de reprise sportive sans usage du cadre de protection après chirurgie des ruptures du tendon rotulien.

Conclusion : La réparation chirurgicale des ruptures du tendon rotulien du sportif donne de bons résultats fonctionnels notamment sur le taux et le délai de reprise du sport quel que soit la technique utilisée. L'utilisation d'un cadre de protection métallique peut être réservé aux réparations tendineuses dont la solidité est relative.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : cadre de protection, reprise sportive, tendon rotulien

CF10

Evaluation de protocole diagnostique pour les douleurs projetées aux membres inférieurs chez le sportif.

Loïc Chimot*¹, Justine Blay¹, Léa Lemonnier¹

¹ CNAES, Nantes, France

Introduction : Certains sportifs viennent en consultation pour échec de traitement de douleurs des membres inférieurs (cuisse, fesse, pubis, hanche), sans diagnostic ou avec celui de tendinopathie réfractaire (ischio-jambier ou moyen glutéal principalement). Des douleurs projetées d'origine vertébrale peuvent donner ce type de symptomatologie : la dysfonction sacro-iliaque, le syndrome de Facet lombaire, le syndrome du piriforme et les néo-articulations transverso-sacrées.

Nous avons émis l'hypothèse que ces douleurs d'origine non locales sont mal étiquetées et tenté de standardiser une démarche diagnostique : diagnostic négatif de causes locales, élimination de pathologies radiculaires, confirmation du trouble responsable.

Méthodes : Les causes locales sont éliminées cliniquement et radiologiquement. L'élimination d'une pathologie radiculaire se fait cliniquement puis avec une IRM et un EMG. On complétait le bilan par une échographie (lésion musculo-tendineuse). On confirme le diagnostic par des blocs test (anesthésique local + corticoïde) en fonction de la clinique. Pour les néo articulations transverso-sacrée : méga-apophyse en radiographie, douleurs limitées dans l'environnement. Pour les douleurs postérieures ou au pubis : douleurs à l'extension du rachis, à la palpation des apophyses postérieures, à la position assise prolongée ou au piétinement et fessalgie haute pour le syndrome de Facet, douleurs à la palpation de la région de l'épine iliaque postéro supérieure, pic douloureux au passage position assis-debout pour la dysfonction sacro-iliaque. Pour piriforme : fessalgie basse, irradiation en aval et absence de point d'appel rachidien.

Le diagnostic est affirmé si la symptomatologie disparaît. Sinon, on procède à un autre bloc test. Si la douleur diminue d'au moins 50 %, on considère que le problème est multi territoires et l'on procède à un autre bloc test.

Résultats : La démarche a été évaluée en rétrospectif sur l'année 2021. 19 patients avaient les critères de sélection (âge 44+/-16 ans, femme 68%). La durée moyenne de symptômes était de 17+/-18 mois (min 2, max 72). 5 patients sont venus en primo consultation et 4 avaient vu d'autres praticiens sans diagnostic établi. Ils avaient eu un bilan radiographique pour 63%, une IRM pour 21%, un scanner pour 26%, une échographie pour 11% et aucun EMG. Les symptômes des patients sans diagnostics étaient : 3 douleurs inguinales, 2 fessalgies, 2 douleurs de genou, 2 douleurs de mollet, 1 douleur de hanche, 1 douleur d'ischio jambiers. Pour les autres, 3 patients atteints de coxarthrose présentaient des fessalgies résiduelles après infiltration articulaire efficace, 1 venait pour tendinopathie du petit et moyen glutéal et périostites, 5 pour lombalgies avec douleurs fessières, 1 était classé comme douleurs psychologiques.

Tous des patients ayant une suspicion de néo articulation transverso sacrée ont eu une efficacité du bloc test. Les 14 autres ont bénéficié de blocs sacro iliaques avec 64% de réussite. 3 ont eu un bloc de Facet dont 2 positifs. L'un avait une association avec une dysfonction sacro iliaque. 3 ont eu un bloc pyramidal avec 1 positif.

Conclusion : Au total, tous les patients ont pu être reclassés en diagnostic avec ce protocole.

Conflits d'intérêts : Pas de conflit déclaré

Mots clefs : diagnostic, Douleur, Tendinopathie