

**Formation Continue Médicale “La pubalgie d’origine capsulaire coxo-fémorale”**  
Conférence ECM - Gènes, 3 décembre 2005 ; Bologne 10 décembre 2005 - SOLÈRE R, VACCARO R, CASALI D.

D’une façon générique, la **pubalgie** est définie comme un syndrome douloureux de la région inguino-pubienne provenant d’une **pathologie de surmenage**. On la rencontre particulièrement chez les sportifs et presque exclusivement chez les athlètes masculins [1]. Le diagnostic différentiel est très large, il doit éliminer d’entrée une pathologie infectieuse ou d’organe (état fébrile, symptomatologie urinaire...) avant de parler de pathologie de surcharge musculo-tendineuse. La pubalgie représente toujours un problème pour le sportif et très souvent un problème pour le thérapeute. Il y a de toute évidence plusieurs sortes de pubalgies !

Il existe de multiples formes de dysfonctionnements mécaniques pouvant être à l’origine d’une manifestation de type pubalgie. Cet exposé traite d’une cause peu connue : la **pubalgie d’origine capsulaire coxo-fémorale...** Pour ce genre d’affection, les examens radiologiques ne sont pas d’un grand intérêt diagnostique et l’examen clinique est peu évident : la douleur de hanche n’est pas signalée par le patient, le handicap coxo-fémoral n’est pas majeur. L’approche par l’ostéopathie a un grand intérêt : cette affection qui n’a aucun lien direct avec un problème orthopédique ou rhumatismal peut causer le déséquilibre dans les différentes fonctions de la hanche (Flexion-Extension, Adduction-Abduction, Rotation interne-Rotation externe). La Méthode de RÉÉQUILIBRATION FONCTIONNELLE ® permet de déterminer **par trois tests effectués en dynamique**, l’indication **d’une normalisation spécifique** ainsi que l’évaluation de son effet mécanique au niveau de l’articulation de la hanche. Ce gain incontestable dans la **circumduction de hanche** s’accompagne d’une disparition des souffrances qui caractérisent cette forme de pubalgie [2].

Contrairement à la capsulite rétractile de la scapulo-humérale qui fait l’objet de traitements codifiés en physiothérapie, celle de la coxo-fémorale est peu connue. La littérature médicale parle peu de la capsulite rétractile de la coxo-fémorale ; cette affection est rare, il existe plus souvent au niveau de la hanche **une simple rétraction de la capsule coxo-fémorale**.

Cette affection bénigne, peu invalidante, n’est presque jamais considérée au niveau thérapeutique, sauf à son terme, lorsque le thérapeute soigne une coxarthrose. Dans le contexte particulier des sportifs qui sollicitent intensément leurs membres inférieurs, cette rétraction capsulaire de la coxo-fémorale peut perturber la répartition des contraintes, modifier les lignes de force et diminuer l’efficacité des amortisseurs iliaques. Ce phénomène mécanique représente une cause physique dans la **souffrance de la symphyse pubienne** qui dès lors, peut se manifester par une pubalgie. Dans certains cas, cette même manifestation peut inclure dans le mécanisme de ce schéma postural en dysfonction, une **souffrance du ligament axile** de la sacro-iliaque.

Rappelons que la population sportive est soumise à des déséquilibres importants pour les fonctions physiologiques articulaires de la coxo-fémorale. Par exemple, lors des entraînements ou des compétitions, la structure articulaire subit très souvent une sollicitation musculaire très intense en même temps qu’une accumulation de gestes sollicitant un même mouvement. Ces efforts dépassent souvent les seuils de tolérance mécanique de la structure ligamento-musculo-squelettique et le déséquilibre de cette « poutre composite » favorise la **rétraction de la capsule**.

La capsule coxo-fémorale est un manchon fibreux constitué d’un nombre important de fibres de différentes formes et directions. Sa forme cylindrique est renforcée par trois faisceaux ligamentaires importants : le ligament ilio fémoral de Bertin, le ligament pubo-fémoral, le ligament ischio-fémoral. La rétraction de ces ligaments est mise en évidence par un **déficit de la circumduction**.

- **Les tests**
- **Interprétation des tests**
- **Raisonnement à partir des tests**
- **Objectifs de la manœuvre**
- **Technique de la manœuvre**
- **Conclusion**
- **Orientation pour la recherche et les thèses**

*Nota : la démonstration réalisée lors de la conférence est remplacée dans cet article par des photographies.*

## Les tests

### 1- Test fonctionnel de la coxo-fémorale (dit « Faber »)

Test réalisé en décubitus dorsal avec la hanche en position de Flexion + abduction + rotation externe (d'où le sigle anglophone F.ab.er). C'est en positionnant le talon sur le genou opposé que l'on combine ces trois mouvements. Cette technique utilisée dans le test de Patrick est exactement la même, mais son interprétation est différente, la douleur déclenchée ne concerne pas la sacro-iliaque. **Ce test met en évidence les trois limites fonctionnelles de la coxo-fémorale** : musculaire, ligamentaire ou osseuse. Lorsque l'une de ces butées est douloureuse, la douleur provoquée révèle le problème et permet de l'identifier en différenciant l'origine musculaire, ligamentaire ou osseuse. Cette différenciation correspond à trois sortes de résistances que le thérapeute peut discerner en positionnant une main sur l'EIAS opposée, et en pressant avec l'autre main sur le genou du membre en abduction. La résistance musculaire est élastique (rebond) ; la résistance capsulo-ligamentaire est au-delà de cette élasticité et il est possible de gagner en amplitude (fluage) ; la résistance osseuse soulève la main opposée en appui sur l'EIAS (butée). (*Cahier de laboratoire n°77- SOLÈRE R.*). Sur le plan pragmatique la fiabilité de ce test est incontestable : une butée osseuse **douloureuse** correspond radiologiquement à un problème orthopédique ou rhumatismal ; un frein musculaire **douloureux** disparaît ou diminue après un traitement musculaire ; un frein capsulo-ligamentaire **douloureux** disparaît ou diminue après un traitement adapté, notamment par la manœuvre spécifique décrite dans cet exposé. Ce test est parfaitement reproductible et répond aux conditions d'intra et d'inter fiabilité. (*voir photo 1*)

### 2- Test de circumduction

Test réalisé en décubitus dorsal en effectuant une circumduction passive au niveau de la hanche. Il met en évidence l'amplitude fonctionnelle de la coxo-fémorale. Pratiqué avant et après une série de manœuvres, ce test permet d'évaluer l'efficacité d'une normalisation sur les dysfonctions de la coxo-fémorale. (*Cahier de laboratoire n°78- SOLÈRE R.*). Sur le plan pragmatique la fiabilité de ce test est incontestable : la différence d'amplitude appréciée avant et après la normalisation, notamment la manœuvre spécifique décrite dans cet exposé, est très significative. Aucun des observateurs n'a besoin d'un goniomètre pour être en parfait accord avec les observations du thérapeute. (*voir photos 2a et 2b.*)

### 3- Test de la sacro-iliaque

Test réalisé en décubitus dorsal en effectuant différents mouvements combinés au niveau de la hanche. Dans cette position, le sujet ne subit plus au niveau des sacro-iliaques les forces ascendantes et descendantes liées à l'homme debout. Cette technique utilisée dans le test de Downing est exactement la même, mais son interprétation est différente, elle ne signifie pas une rotation d'iliaque. **Ce test met en évidence la fonctionnalité du ligament axile dans son rôle d'ouverture ou de fermeture de la sacro-iliaque** en contrôlant avant et après le test le positionnement des talons lorsque les membres sont allongés sur le plan de la table. (*Cahiers de laboratoire n°66, 67, 68- SOLÈRE R., JOLLY A.*)

- première évaluation avec la hanche en position de **Flexion + adduction + rotation externe**. Cette mise sous tension provoque une modification de la position de départ et le membre inférieur testé se trouve plus en avant que son homologue une fois cette manœuvre réalisée. Cet « allongement » met en évidence la **possibilité d'ouverture** de la sacro-iliaque et non pas une rotation antérieure de l'iliaque. (*voir photos 3a et 3b.*)

Note : une manœuvre d'annulation des tensions doit être effectuée entre les deux tests. Le membre inférieur fléchi au niveau du genou et de la hanche est maintenu contre le thorax où il est immobilisé quelques secondes. (*voir photo 4.*)

- deuxième évaluation en décubitus dorsal avec la hanche en position de **légère Flexion + abduction + rotation interne**. Cette mise sous tension provoque une modification de la position de départ et le membre inférieur testé se trouve plus en arrière que son homologue une fois cette manœuvre réalisée. Ce « raccourcissement » met en évidence la **possibilité de fermeture** de la sacro-iliaque et non pas une rotation postérieure de l'iliaque. (*voir photos 5a et 5b.*)

## Interprétation des tests

NORME	FABER		
	Musculaire	Capsulaire	Osseux
douloureux			
non douloureux	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

*Exemple d'une dysfonction capsulaire:*

DYSFONCTION	FABER		
	Musculaire	Capsulaire	Osseux
douloureux		<b>X</b>	
non douloureux	<b>X</b>		<b>X</b>

*Exemple d'une variante ayant la même signification:*

DYSFONCTION	FABER		
	Musculaire	Capsulaire	Osseux
douloureux	<b>+</b>	<b>+++</b>	<b>+</b>
non douloureux			

*Exemple d'une pathologie articulaire:*

PATHOLOGIE	FABER		
	Musculaire	Capsulaire	Osseux
douloureux	<b>+++</b>	<b>+++</b>	<b>+++</b>
non douloureux			

NORME	Tests sacro-iliaques – technique DOWNING	
	Allongement	Raccourcissement
sur le membre testé		
valeur numérique en cm.	≈ 2 cm	≈ 1,5 cm
résultante algébrique	<b>A &gt; R ≠ 0</b>	

*Exemple d'une dysfonction de la sacro-iliaque (bloquée en ouverture):*

DYSFONCTION	Tests sacro-iliaques – technique DOWNING	
	Allongement	Raccourcissement
sur le membre testé		
valeur numérique en cm.	≈ 2 cm	0 cm
résultante algébrique	<b>A &gt; R = 0</b>	

*Exemple d'une dysfonction de la sacro-iliaque (bloquée en fermeture):*

DYSFONCTION	Tests sacro-iliaques – technique DOWNING	
	Allongement	Raccourcissement
sur le membre testé		
valeur numérique en cm.	0 cm	≈ 1,5 cm
résultante algébrique	<b>R &gt; A = 0</b>	

*Exemple d'une pathologie articulaire:*

PATHOLOGIE	Tests sacro-iliaques – technique DOWNING	
	Allongement	Raccourcissement
sur le membre testé		
valeur numérique en cm.	0 cm	0 cm
résultante algébrique	<b>A = R = 0</b>	

## Raisonnement à partir des tests

- 1- Si le test Faber révèle une dysfonction, le test de la circumduction sera limité.
- 2- Il est possible d'évaluer la limitation de la circumduction en effectuant le test bilatéralement. Dans d'autres cas, le gain d'amplitude après la normalisation montre que le test de circumduction effectué préalablement témoignait la limitation.
- 3- Si le test Faber révèle une pathologie articulaire, le test de la circumduction sera limité et le test de Downing sera contre indiqué.
- 4- Si la dysfonction Faber n'est pas osseuse, il sera possible d'envisager une normalisation, celle-ci sera effective si le test de la circumduction révèle le gain d'amplitude.
- 5- Si la dysfonction Faber existe, il sera possible d'envisager une dysfonction surajoutée au niveau sacro-iliaque et pour certifier cette éventualité le test de Downing sera nécessaire. Deux éventualités justifieront l'une ou l'autre des possibilités de dysfonction :  $A > R = 0$  , ou  $R > A = 0$  . Le retour à la norme  $A > R \neq 0$  signifiera la normalisation sacro-iliaque.
- 6- Si le test Faber ne révèle aucune dysfonction, le test de la circumduction ne sera pas limité et le test de Downing sera nécessaire pour mettre en évidence une éventuelle dysfonction sacro-iliaque.
- 7- La pathologie sacro-iliaque est signifiée par l'absence totale de mobilité, dans ce cas, le test révèle  $A = R = 0$ .

Note : Alors que les signes radiologiques d'altérations des articulations sacro-iliaques ne sont pas présents au début de la maladie, le test qui révèle  $A = R = 0$  peut être significatif, surtout si l'antigène HLA-B27 existe chez ce patient. D'autre part, si le test  $A = R = 0$  est bilatéral et que la pathologie sacro-iliaque se confirme par des radiographies (flou articulaire en regard des articulations sacro-iliaques), il y aura des syndesmophytes vertébrales. D'où l'intérêt de ce test préalablement à toute investigation vertébrale. Lorsque la pathologie sacro-iliaque ( $A = R = 0$ ) est unilatérale ou bilatérale chez un adulte jeune, il est utile de rechercher l'existence d'une douleur lombaire basse chronique survenue sans raison apparente, manifestée le matin au lever et accompagnée de douleurs diffuses et sourdes au niveau cervical et dorsal (T4). Ce tableau clinique associé à l'atteinte des sacro-iliaques doit faire immédiatement penser en priorité à une spondylarthrite ankylosante. L'établissement d'un diagnostic précoce est d'une grande importance, car plus le traitement approprié est administré tôt plus on a de chances d'éviter l'invalidité et les difformités.

## Objectifs de la manœuvre

Il s'agit de pratiquer une manœuvre combinée en six positions différentes et successives. Le but de chacune de ces six manipulations est de solliciter la capsule coxo-fémorale lorsque celle-ci se trouve mise en tension. La normalisation résulte de la sommation des impacts successifs sur le système capsulo-ligamentaire de la coxo-fémorale. Les différentes positions fonctionnelles (Flexion, Extension, Adduction, Abduction, Rotation interne, Rotation externe) justifient les six manipulations. Cette manœuvre combinée en six manipulations est exercée sans forcer dans un enchaînement. Cet enchaînement peut être réitéré deux à trois fois dans la même séance [3]. La déficience au niveau de la physiologie du mouvement global est rapidement récupérée. Pour obtenir cet effet, chaque manipulation doit se terminer par un thrust (geste sec et court, de haute vélocité et de très faible amplitude) lorsque la tension est maximale. Le test de circumduction prouve de façon très significative cette amélioration fonctionnelle. (*Cahier de laboratoire n°79- Modèle thérapeutique référence NA.50 - SOLÈRE R.*)

Note : La hanche n'est pas particulièrement sujette à des dysfonctions ostéopathiques isolées. Dans les suites mécaniques du membre inférieur, il est tout simplement conseillé d'utiliser cette manœuvre composée de l'ensemble des six manipulations.

## Technique de la manœuvre

**Le déroulement de cette manœuvre suit un protocole d'exécution en quatre étapes dans lesquelles le sujet est dans des positions différentes sur la table de manipulation :**

- A- position du sujet « *décubitus dorsal* » : manipulations A-1 et A-2
- B- position du sujet « *décubitus latéral* » : manipulations B-3 et B-4
- C- position du sujet « *décubitus ventral* » : manipulation C-5 + manœuvre générale [4].
- D- position du sujet « *assis* » : manipulation D-6

**Dans chacune de ces positions (A, B, C, D) le thérapeute exerce une mise sous tension de la capsule coxo-fémorale, selon 6 manipulations différentes et successives (1 à 6).**

<b>Manipulation A-1</b>	<i>(voir photo A-1.)</i>
<b>sujet est en décubitus dorsal</b>	
la <b>hanche</b> et le genou sont fléchis	
le <b>thérapeute</b> exerce avec une main un contre appui sur l'EIAS opposée, il tracte avec l'autre main vers le haut le segment pour provoquer 3 à 4 fois successives, <b>une tension de flexion</b>	
la <b>manipulation</b> se termine par un « thrust » lors du dernier mouvement de mise sous tension	
<b>Manipulation A-2</b>	<i>(voir photo A-2.)</i>
<b>sujet est en décubitus dorsal</b>	
le membre inférieur en rectitude est soulevé pour que la <b>hanche</b> soit légèrement fléchie	
le <b>thérapeute</b> saisit la cheville avec une main et soutient le segment de cuisse avec l'autre main, il focalise dans la coxo-fémorale une poussée postérieure en rotation interne du membre inférieur pour provoquer 3 à 4 fois successives, <b>une tension d'extension</b>	
la <b>manipulation</b> se termine par un « thrust » lors du dernier mouvement de mise sous tension	
<b>Manipulation B-3</b>	<i>(voir photo B-3.)</i>
<b>sujet est en décubitus latéral (homolatéral)</b>	
le membre inférieur en rectitude est soulevé pour que la <b>hanche</b> soit en adduction	
le <b>thérapeute</b> positionne une main dans le pli de l'aîne et prend en berceau la cuisse avec son autre main pour provoquer 3 à 4 fois successives, <b>une tension d'adduction</b>	
la <b>manipulation</b> se termine par un « thrust » lors du dernier mouvement de mise sous tension	
<b>Manipulation B-4</b>	<i>(voir photo B-4.)</i>
<b>sujet est en décubitus latéral (controlatéral)</b>	
le membre inférieur en rectitude est soulevé pour que la <b>hanche</b> soit en adduction	
le <b>thérapeute</b> positionne une main sur le grand trochanter et prend en berceau la cuisse avec son autre main pour provoquer 3 à 4 fois successives, <b>une tension d'abduction</b>	
la <b>manipulation</b> se termine par un « thrust » lors du dernier mouvement de mise sous tension	
<b>Manipulation C-5</b>	<i>(voir photo C-5.)</i>
<b>sujet est en décubitus ventral</b>	
le membre inférieur est fléchi au genou et soulevé pour que la <b>hanche</b> soit en extension	
le <b>thérapeute</b> positionne une main sur le grand trochanter et prend en berceau la cuisse avec son autre main pour provoquer 3 à 4 fois successives, <b>une tension de rotation interne</b>	
la <b>manipulation</b> se termine par un « thrust » lors du dernier mouvement de mise sous tension	
<b>Manipulation D-6</b>	<i>(voir photo D-6.)</i>
<b>sujet assis</b> les 2 bras déportés du côté opposé à la hanche traitée, mains en appui sur la table	
le talon repose sur le genou opposé pour que la <b>hanche</b> soit en rotation externe	
le <b>thérapeute</b> positionne une main dans le pli de l'aîne et pousse avec son autre main sur le genou pour provoquer 3 à 4 fois successives, <b>une tension de rotation externe</b>	
la <b>manipulation</b> se termine par un « thrust » lors du dernier mouvement de mise sous tension	

**Le test de circumduction permet d'évaluer le gain et de décider s'il est utile de réitérer la manœuvre.**

Pubalgie d'origine capsulaire coxo-fémorale : TEST et NORMALISATION (en six manipulations)



*photo 1 test Faber*



*photo 2a test Circumduction (limitation)*



*photo 3a Downing : test allongement (A)*



*photo 3b (première évaluation : A)*



*photo 4 (annulation des tensions)*



*photo 5a Downing : test raccourcissement (R)*



*photo 5b (seconde évaluation : R)*



*photo A1 (Manipulation 1)*



*photo A2 (Manipulation 2)*



*photo B3 (Manipulation 3)*



*photo B4 (Manipulation 4)*



*photo C5 (Manipulation 5)*



*photo C5 (Variante A2, B3, B4, C5, D6)*



*photo D6 (Manipulation 6)*



*foto 2b Circumduction (gain d'amplitude)*

Lorsque le thérapeute rencontre des difficultés pour effectuer cette suite de manipulations (sujet volumineux ou membre trop lourd), il est conseillé d'ajouter à ce même protocole, une autre manipulation. Celle-ci est facilement réalisable par tout thérapeute lorsque le sujet est en décubitus ventral. Dans cette même position, le thérapeute peut effectuer différentes mises sous tensions en positionnant son coude sur le grand trochanter, son avant bras et sa main, sur la face postérieure de la cuisse du sujet. En mobilisant avec son autre main le segment jambier en flexion, il peut recréer plusieurs effets qui s'accumulent aux impacts préalablement effectués sur la capsule. (voir *photo C-5.variante : manœuvre générale*)

## Conclusion

Une étude pratiquée par le kinésithérapeute de la Fédération Française d'Athlétisme montre qu'une Rééquilibration fonctionnelle avec normalisations articulaires de la coxo-fémorale agit sur ce « conflit de hanche ». En appliquant ce modèle thérapeutique non médicamenteux sur 10 athlètes masculins souffrant de pubalgie il a été observé très rapidement des résultats convaincants. Est-ce la cause principale des pubalgies ? Certainement pas. La récupération rapide différencie cette forme de pubalgie des autres sortes de pubalgies. Nous pensons que la manœuvre utilisée qui combine plusieurs impacts au niveau de la capsule mise sous tension, libère très rapidement le phénomène de restriction capsulaire qui était la seule étiologie de cette sorte de pubalgie.

## Orientation pour des sujets de mémoire ou de thèse

Sachant que les athlètes féminines sont épargnées de pubalgies et constatant que la circumduction de hanche de la femme est physiologiquement bien plus importante que celle de l'homme, il serait intéressant de programmer une étude sur *« l'incidence d'un déficit de circumduction de la coxo-fémorale dans les composantes d'une pubalgie et évaluation de la prévalence de la rétraction coxo fémorale lors de cette affection »*.

[1] La première description de cette pathologie est faite en 1932 par l'Italien Spinelli qui publie un article sur une nouvelle maladie sportive : la pubalgie de l'escrimeur. Pour cet auteur, l'origine de ce syndrome vient des sollicitations du pied arrière en abduction et rotation externe. Depuis, de nombreux auteurs se sont intéressés à cette pathologie typique du sportif et un certain consensus se détache de la littérature pour parler d'une pathologie dont l'expression est principalement une douleur inguino-pubienne survenant chez le sportif de pratique intensive dans un contexte anatomique particulier.

[2] Une étude pratiquée par le kinésithérapeute de la Fédération Française d'Athlétisme montre qu'une Rééquilibration fonctionnelle avec normalisations articulaires de la coxo-fémorale agit sur ce « conflit de hanche ». En appliquant ce modèle thérapeutique non médicamenteux sur 10 athlètes masculins souffrant de pubalgie il a été observé très rapidement des résultats convaincants : 8 des 10 athlètes ont vu leur problème disparaître en une seule séance.

[3] Le modèle thérapeutique non médicamenteux que nous utilisons pour cette forme de pubalgie est également indiqué dans le protocole de traitement des perturbations circulatoires endo-pelviennes qui, en l'absence de lésions organiques, mettent en évidence des incontinenances urinaires, des aménorrhées ou dysménorrhées fonctionnelles. (Cahier de laboratoire n° 148- Modèle thérapeutique référence NV.9 - SOLÈRE R.)

[4] Lorsque les manipulations paraissent difficiles à réaliser (sujet trop volumineux par rapport au thérapeute), il est conseillé d'ajouter à ce même protocole, une autre manipulation. Celle-ci est facilement réalisable par tout thérapeute lorsque le sujet est en décubitus ventral, elle est d'ordre général et elle augmente l'effet des impacts préalablement effectués.