

## **TENDINOPATHIES DES MUSCLES FESSIERS**

Les tendinopathies des muscles fessiers intéressent principalement le tendon du moyen fessier voire celui du petit fessier. On parle souvent de rhumatisme abarticulaire.

Ces tendons s'insèrent sur le grand trochanter, qui est le relief palpable situé la face latérale haute de la cuisse à l'extérieur de la hanche.

La bourse péri trochantérienne permet le glissement des tendons fessiers par rapport au tissu fibreux en regard du trochanter appelée bandelette du fascia lata.

En cas de lésion du tendon du moyen fessier, il y a une réaction inflammatoire entraînant un épaissement de la bourse de glissement appelé bursite, provoquant les douleurs (Figure 1).

Ces douleurs peuvent se situer dans la fesse, sur le côté au niveau du trochanter, et éventuellement à la racine de la cuisse en avant. La position debout prolongée, assise prolongée, la position sur le côté pour dormir, le lever d'un siège, la montée des escaliers, et certains changements de direction vont déclencher les douleurs qui peuvent être bilatérales.

### **Quels sont les signes cliniques permettant de faire le diagnostic ?**

L'interrogatoire recherche des antécédents chirurgicaux des hanches. Le traitement chirurgical d'une fracture du fémur (clou, vis) peut entraîner un conflit douloureux du matériel d'ostéosynthèse avec les muscles fessiers. Les patients porteurs de prothèses de hanche peuvent également avoir une tendinopathie douloureuse des fessiers.

A l'examen, il existe plusieurs manœuvres de provocation des douleurs.

L'appui monopodal du côté douloureux pendant 1 minute peut reproduire les douleurs.

La palpation (douleur exquise) des facettes du grand trochanter permet de préciser la douleur : moyen fessier, fascia lata, petit fessier.

L'abduction de la hanche contre résistance peut reproduire les douleurs.

La manœuvre de dérotation contrariée lorsque la hanche est fléchie en rotation interne est un autre signe.

Le diagnostic est clinique, l'imagerie permet de préciser les lésions.

### **Quels examens réaliser pour confirmer le diagnostic et faire le bilan des lésions ?**

Les radiographies standards du bassin de face et des hanches de profil sont réalisées en premier. Elles permettent d'analyser la morphologie des hanches, d'analyser les zones d'insertion tendineuses, et de rechercher la présence de calcifications tendineuses ou de leur zone d'insertion.

L'échographie permet de visualiser la bursite, et d'explorer l'insertion des muscles fessiers sur le trochanter.

L'IRM permet d'analyser l'infiltration graisseuse des muscles fessiers en cas de ruptures tendineuses chroniques. Elle met en évidence la bursite, mais reste imprécise pour l'analyse de la lésion tendineuse en cas de rupture partielle.

## Quels traitements envisagés ?

Le traitement médical est en première ligne avec repos, antalgiques et anti inflammatoires. Les infiltrations écho-guidées de cortisone dans la bourse peuvent être efficaces. En cas d'effet transitoire, elles permettent d'affirmer le diagnostic si elles entraînent l'indolence. La rééducation consistant à étirer et renforcer les muscles fessiers doit être tentée. Le traitement chirurgical peut être proposé après échec d'un traitement médical de 6 mois.

## En quoi consiste le traitement chirurgical ?

Le traitement chirurgical se fait volontiers par arthroscopie, par 3 incisions de 10 à 15 mm en général, il consiste à décompresser l'insertion du moyen fessier en sectionnant le fascia lata et en réalisant une bursectomie (Figure 2). Puis, toujours par arthroscopie, les insertions tendineuses du petit et du moyen fessier sur le trochanter sont analysées, débridées et réparées en cas de lésion transfixiante.

Les lésions partielles, notamment de la face profonde des tendons, peuvent être difficilement visibles, elles sont repérées par palpation puis réparées.

La réparation consiste à réaliser une réinsertion trans osseuse du tendon sur des ancrs.

L'installation sur la table d'opération dépend de l'existence ou non de lésions associées à celle des tendons fessiers.

En cas de lésion isolée des fessiers, le patient est placé en latéral. En cas de geste associé en intra articulaire (Figure 3), le patient est positionné sur le dos, permettant de réaliser l'ensemble des gestes chirurgicaux par arthroscopie sans changer d'installation.

Les suites opératoires nécessitent de marcher avec 2 cannes pendant 4 à 6 semaines en fonction des gestes effectués et des impératifs de cicatrisation. En cas de rupture tendineuse importante avec rétraction tendineuse nécessitant une réparation avec des sutures en tension, l'appui n'est pas autorisé pendant 6 semaines.

La rééducation est débutée en post opératoire, elle est adaptée aux lésions traitées. L'intervention chirurgicale entraîne une amélioration immédiate sur les douleurs, le résultat définitif est obtenu 4 à 6 mois après l'intervention.

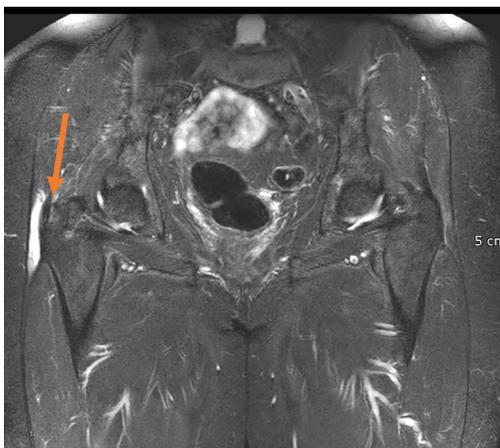


Figure 1

IRM du bassin de face. Bursite péri trochantérienne droite.

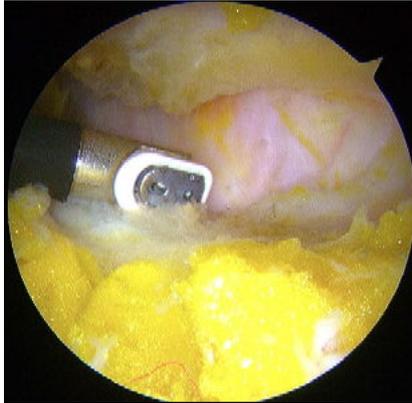


Figure 2

La section du fascia lata permet d'exposer la bourse péri trochantérienne qui sera excisée ensuite.  
La sonde est posée sur la bourse, qui est épaisse et inflammatoire.

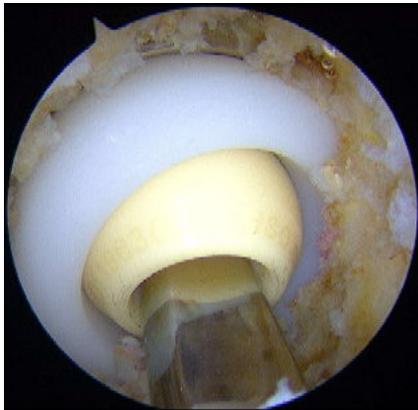


Figure 3

Temps d'exploration articulaire avant réparation d'une lésion du tendon du moyen fessier.  
Le temps articulaire a permis de réaliser une arthrolyse sur prothèse de hanche avec résection de fragments osseux intra articulaires.