



Les tendinopathies de la région de la hanche

23^e Symposium romand
d'ostéopathie et de physiothérapie

14.11.2024

Anjali Vaswani



Introduction

- Evolution de la terminologie
 - Actuellement = **tendinopathie du moyen fessier et/ou du petit fessier**
 - Autre appellation: syndrome douloureux du grand trochanter
 - Anciennement : bursite trochantérienne

Sports Med (2015) 45:1107–1119
DOI 10.1007/s40279-015-0336-5

REVIEW ARTICLE

Gluteal Tendinopathy: A Review of Mechanisms, Assessment and Management

Alison Grimaldi¹ · Rebecca Mellor² · Paul Hodges³ · Kim Bennell⁴ ·
Henry Wajswelner⁵ · Bill Vicenzino²

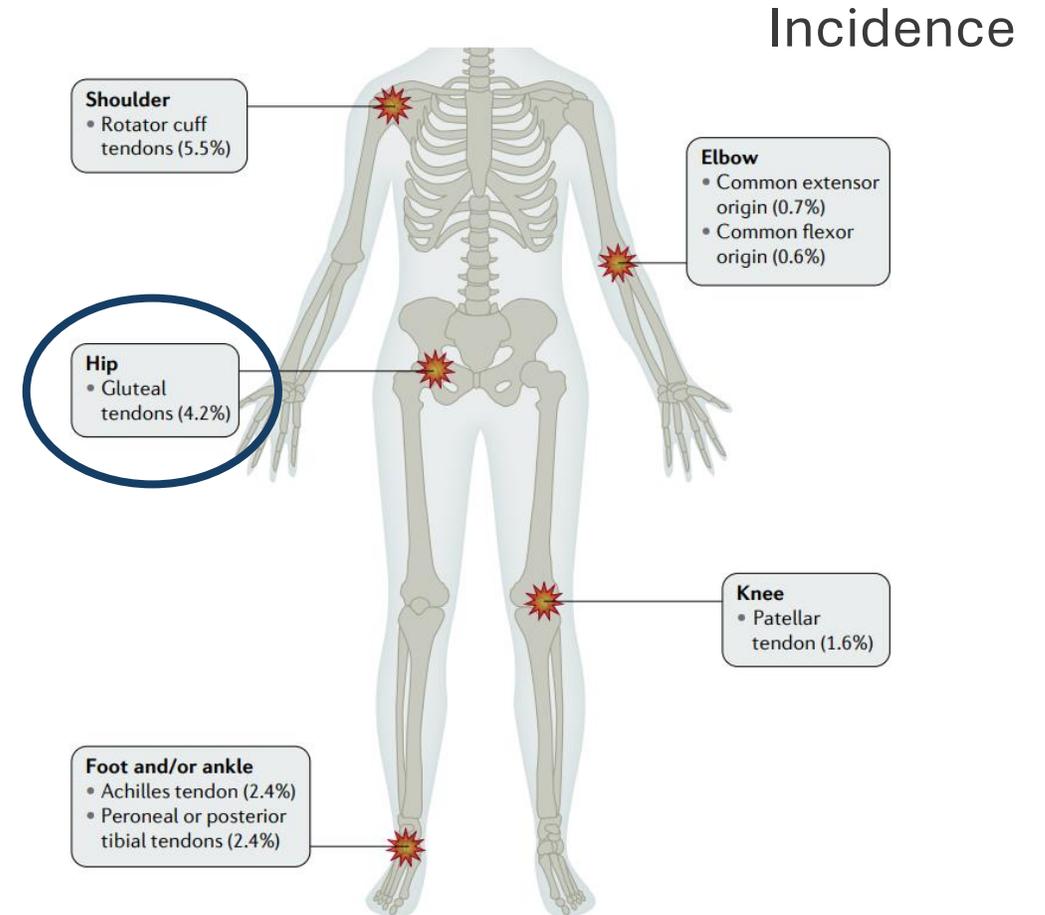


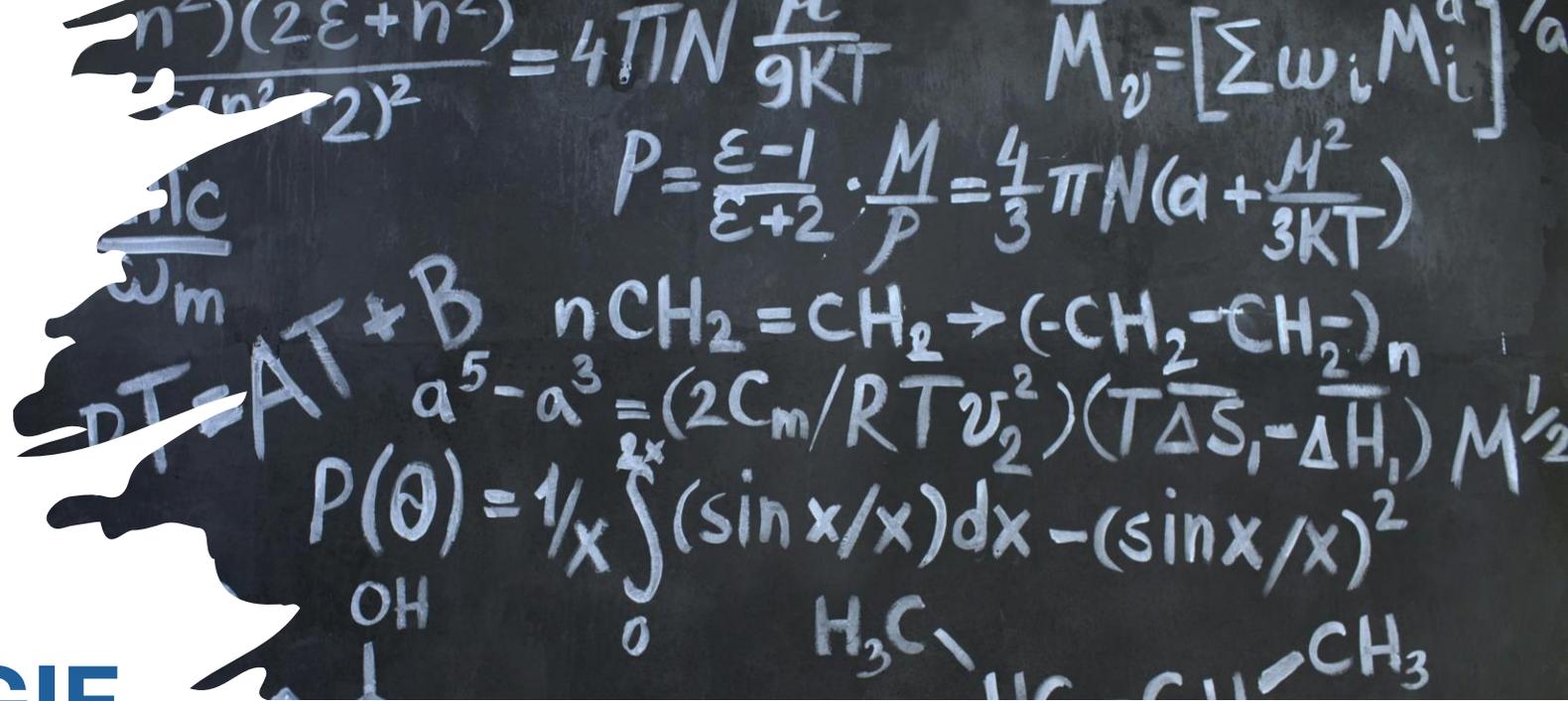
Introduction

- Problématique fréquente

Prévalence chez les 50 – 79 ans :

- Jusqu'à 23,5% chez les femmes
- Jusqu'à 8,5 % chez les hommes





PHYSIOPATHOLOGIE



Tendinopathie

- Caractéristiques
 - Changements structurels retrouvés dans les tendons pathologiques
- Conséquences
 - Douleur et diminution de fonction
- Mécanisme
 - Sollicitations imposées >> tolérance à la charge du tendon

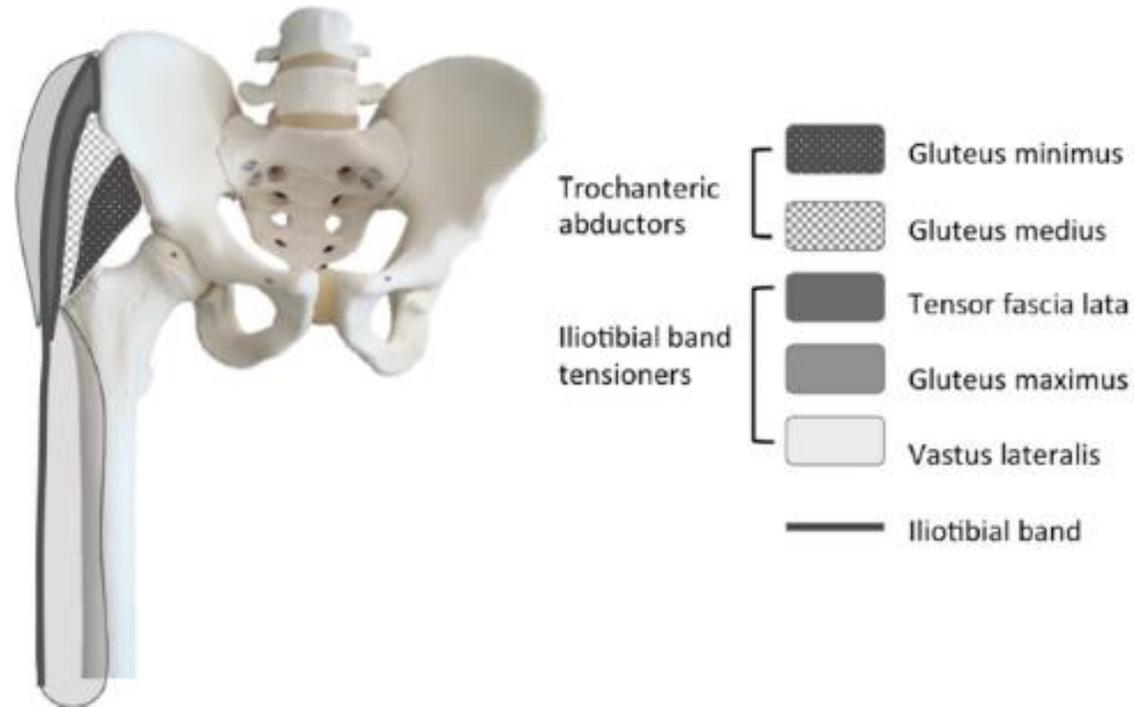
Tendinopathie

- Réaction du tendon à différents types de contraintes

Type of tendon load	Biological response	Outcome
Compression (transverse)	Catabolic	Reduced tensile strength
Tension (longitudinal)	Catabolic and anabolic	Load dependent
Less than normal load (stress deprivation)	Catabolic	Reduced tensile strength
Normal, regular load	Catabolic = anabolic	Homeostasis
Slightly greater than normal load	Net anabolic	Increased tensile strength
Much greater than normal load	Net catabolic	Failure to adapt

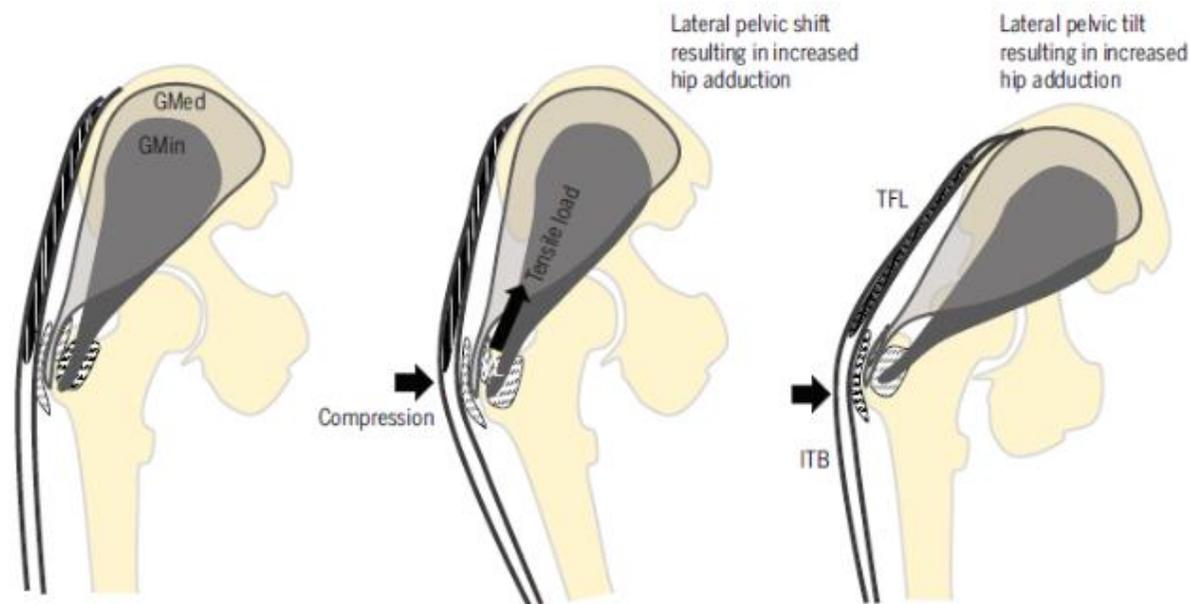
Tendinopathie MF/PF

- Contraintes imposées aux tendons MF/PF



Tendinopathie MF/PF

- Influence de l'adduction
 - Compression des tendons MF/PF au niveau du grand trochanter par la bandelette ilio-tibiale augmentée en adduction de hanche



Tendinopathie MF/PF

- Influence de la flexion
 - Compression des tendons MF/PF par la bandelette ilio-tibiale dont la tension augmente en fin de flexion de hanche en raison de l'étirement du fascia glutéal et du fascia thoraco-lombaire



EVALUATION

Tableau Clinique

- Patients à risque
 - Femmes >> hommes
 - Age > 40 ans
 - Individus sédentaires ou sportifs (fréquent chez les coureurs)
 - Contraction MF/PF en position d'adduction de hanche

Anamnèse

- Douleur
 - Localisée sur la face latérale de la hanche
 - Apparition progressive et tendance à la péjoration
 - Facteurs \nearrow : mise en charge (surtout unipodale), postures en adduction de hanche, décubitus latéral, ...
 - Facteurs \searrow : repos (sauf dans les cas avancés)
 - Conséquences : \searrow qualité de vie \rightarrow limitations fonctionnelles et perturbation du sommeil

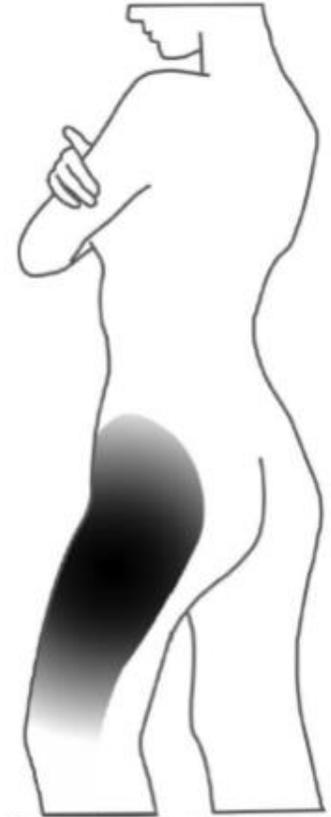


Figure 2. The typical pain referral pattern in greater trochanteric pain syndrome. The most common referral pattern extends from the darkest to the lightest regions. Drawing by Olive Chung.

Examen Clinique

- Tests diagnostics
 - Single Leg Stance Test
 - FADER Test + FADER-R Test
 - ADD Test + ADD-R Test
 - FABER Test



Single Leg Stance Test



- Réalisation
 - Le patient se tient debout en appui unipodal du côté symptomatique durant 30 secondes avec appui des MS
- Interprétation
 - Positif en cas de reproduction de la douleur au niveau du grand trochanter durant le test
- Validité
 - Sensibilité = 38%
 - Spécificité = 100%

FADER Test (Hip flexion, adduction, external rotation)



- Réalisation
 - Amener la hanche à 90° de flexion puis en adduction et rotation latérale complètes
 - FADER-R: ajouter une contraction isométrique en rotation médiale si FADER négatif
- Interprétation
 - Positif en cas de reproduction de la douleur au niveau du grand trochanter
- Validité sans / avec résistance
 - Sensibilité = 30% / 44%
 - Spécificité = 86,7% / 93,3%

ADD Test (Passive hip adduction in side lying)



- Réalisation
 - Amener passivement la hanche en fin d'amplitude en adduction
 - ADD-R: ajouter une contraction isométrique en abduction si ADD négatif
- Interprétation
 - Positif en cas de reproduction de la douleur au niveau du grand trochanter
- Validité sans / avec résistance
 - Sensibilité = 20% / 38%
 - Spécificité = 86,7% / 93,3%

FABER Test (Hip flexion, abduction, external rotation)



- Réalisation
 - Amener la hanche en flexion/ abduction/ rotation latérale en plaçant la malléole latérale au-dessus du genou controlatéral + fixer le bassin
- Interprétation
 - Positif en cas de reproduction de la douleur au niveau du grand trochanter
- Validité (tendinopathie)
 - Sensibilité = 42%
 - Spécificité = 80%

Examen Clinique

- Observation statique
 - Attitude antalgique, adduction de hanche, trophicité musculaire, ...
- Observation dynamique
 - Mouvements douloureux (marche, escaliers, course, sauts, ...) → observer la qualité du mouvement et rechercher un phénomène de compression
- Bilan musculaire
 - ∨ force MF/PF avec pic de force déplacé vers la position longue du muscle
 - Hypertrophie du TFL

Examen Clinique

- Palpation
 - Insertion distale MF/PF douloureuse (sensibilité 80% et spécificité 46,7%)
- Facteurs contribuant
 - Atteinte articulaire (hanche, rachis Lx)
 - Hypoextensibilités
 - Déficits de contrôle moteur
 - ...

Examen Clinique

- Diagnostics différentiels possibles
 - Atteinte de l'articulation coxo-fémorale
 - Atteinte du rachis lombaire
 - Atteinte de l'articulation sacro-iliaque

TRAITEMENT



Traitement

- Recommandations pour le traitement de la tendinopathie
 - Education
 - Gestion de la charge
 - Graded loading programme
- Selon évaluation : traitements adjuvants + facteurs contribuant



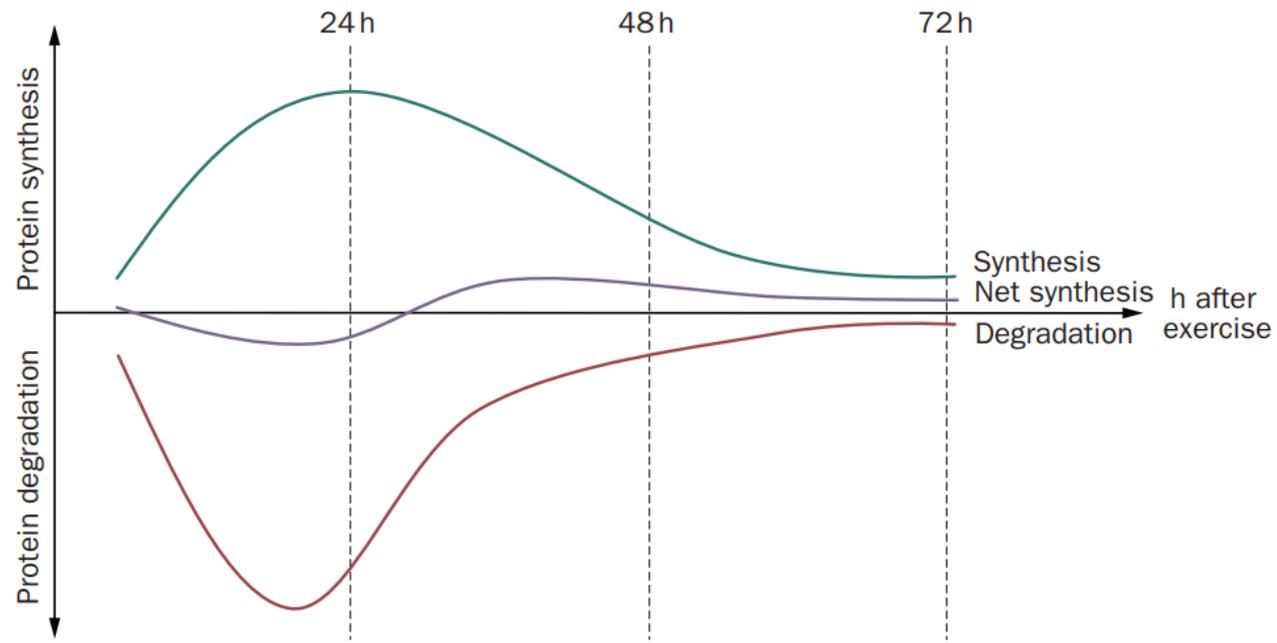
Tendinopathie MF/PF → éviter l'adduction de hanche pour diminuer le phénomène de compression (surtout en début de progression)

Traitement

- Education
 - Expliquer la problématique
 - Présenter les principes de traitement et le pronostic
 - Modifier les postures/ mouvements pouvant entretenir l'irritation
 - Proposer des modifications du mode de vie selon la situation

Traitement

- Gestion de la charge
 - Adapter la durée, la fréquence et l'intensité des activités



Tendinopathie

- Graded loading programme

Type of tendon load	Biological response	Outcome
Compression (transverse)	Catabolic	Reduced tensile strength
Tension (longitudinal)	Catabolic and anabolic	Load dependent
Less than normal load (stress deprivation)	Catabolic	Reduced tensile strength
Normal, regular load	Catabolic = anabolic	Homeostasis
Slightly greater than normal load	Net anabolic	Increased tensile strength
Much greater than normal load	Net catabolic	Failure to adapt

Traitement

- Graded loading programme

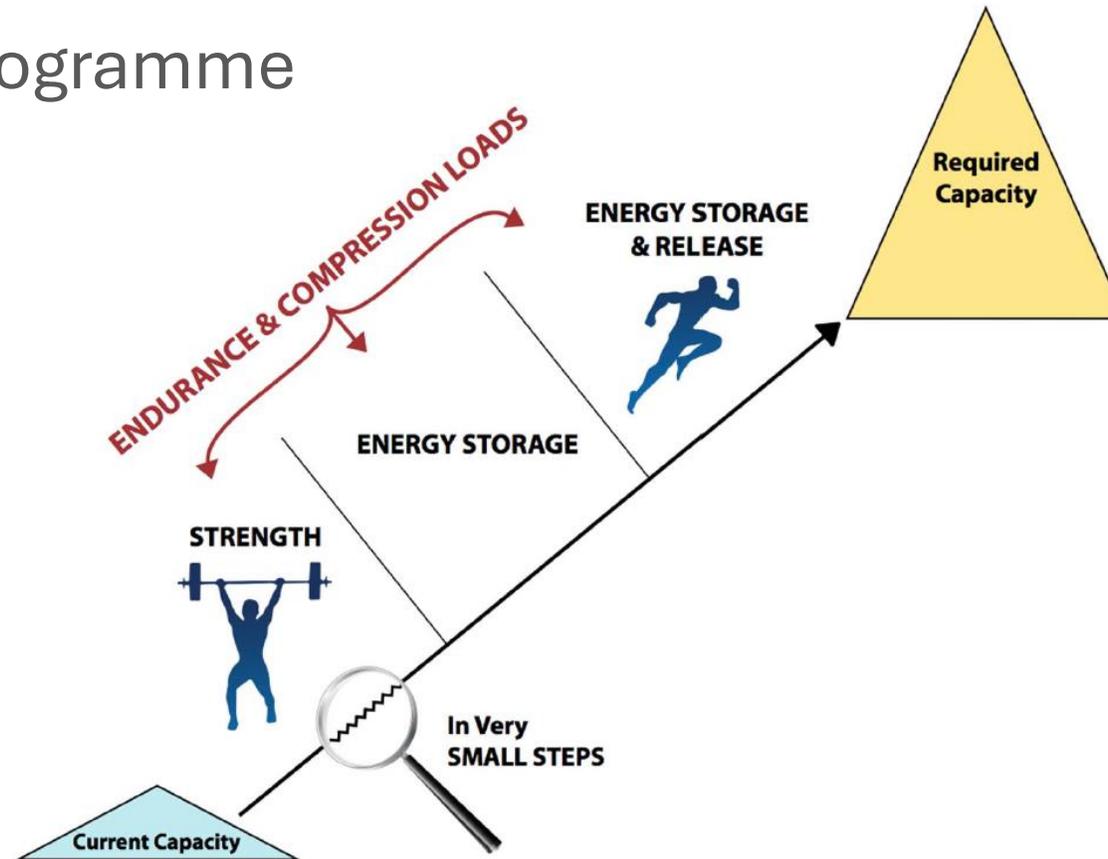
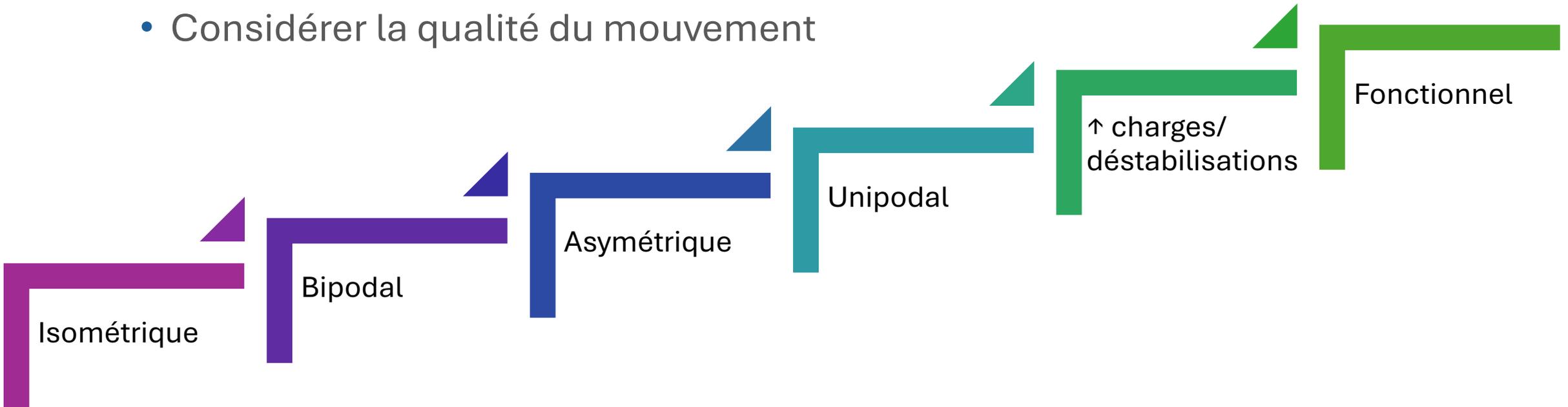


Figure 1 Schematic of tendon rehabilitation, improving tendon capacity with progressive loads. Introduction and progression of endurance and compressive loads are critical within each stage. The start and end points of rehabilitation will vary between individuals.

Traitement

- Graded loading programme
 - Travail progressif de renforcement
 - Considérer la qualité du mouvement



Exemple de progression

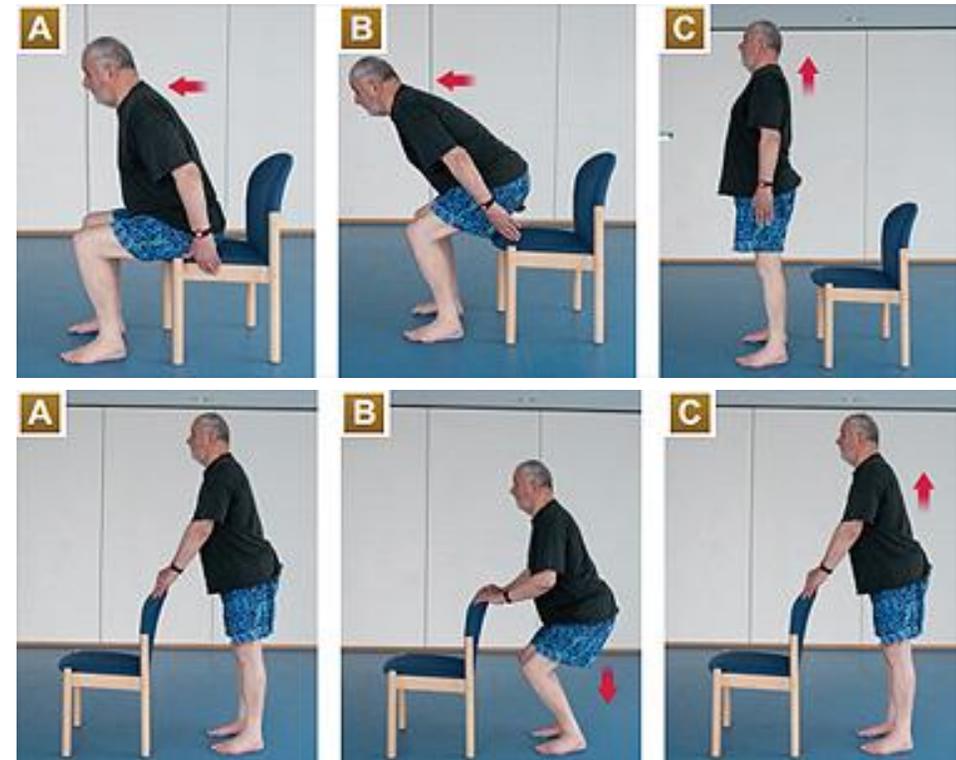
- Exercices isométriques

Side-lying abduction exercise. Leg is supported on pillows in neutral position. Lift 1-2 cm off pillow. Hold for 10, repeat 10 times, 2-3 times per day.



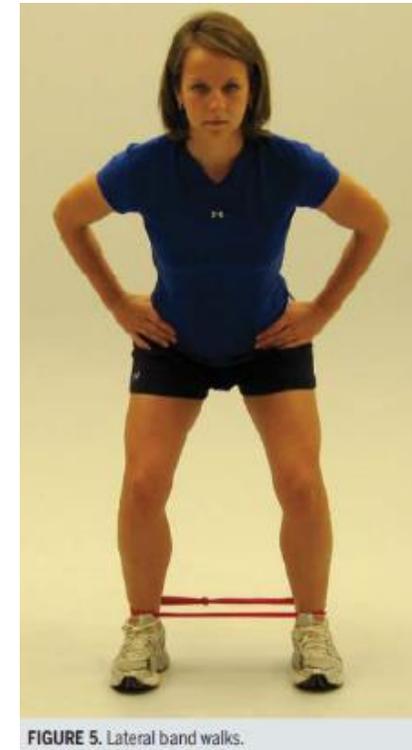
Exemple de progression

- Travail bipodal



Exemple de progression

- Transition bipodal – unipodal



Exemple de progression

- Travail unipodal

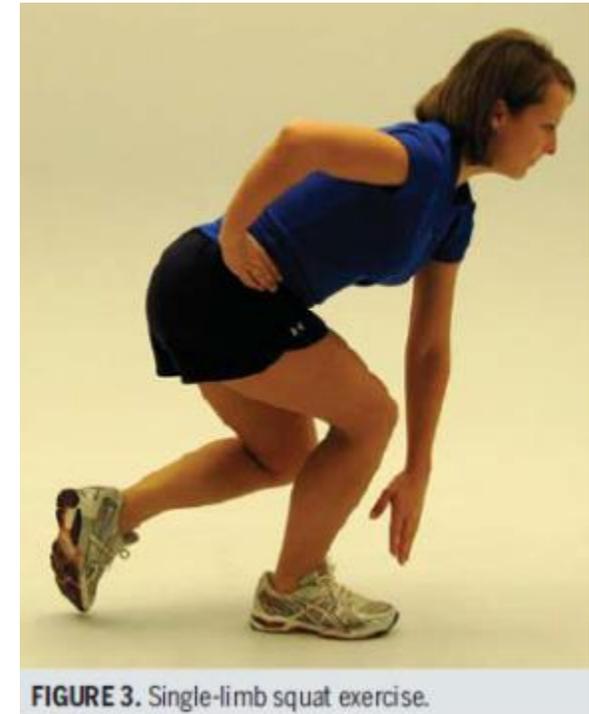


FIGURE 3. Single-limb squat exercise.

Exemple de progression

- Ajout de déstabilisations



Exemple de progression

- Augmentation de la charge



FIGURE 9. Landing position for multiplanar hop exercises.

Sauts en bipodal/
unipodal dans toutes
les directions.

Traitement

RESEARCH

Education plus exercise versus corticosteroid injection use versus a wait and see approach on global outcome and pain from gluteal tendinopathy: prospective, single blinded, randomised clinical trial

Rebecca Mellor,¹ Kim Bennell,² Alison Grimaldi,³ Philippa Nicolson,² Jessica Kasza,⁴ Paul Hodges,⁵ Henry Wajswelner,⁶ Bill Vicenzino¹

CONCLUSIONS

For gluteal tendinopathy, education plus exercise and corticosteroid injection use resulted in higher rates of patient reported global improvement and lower pain intensity than no treatment at eight weeks. Education plus exercise performed better than corticosteroid injection use. At 52 week follow-up, education plus exercise led to better global improvement than corticosteroid injection use, but no difference in pain intensity. These results support EDX as an effective management approach for gluteal tendinopathy.



Traitement

EJP

European Journal of Pain

ORIGINAL ARTICLE

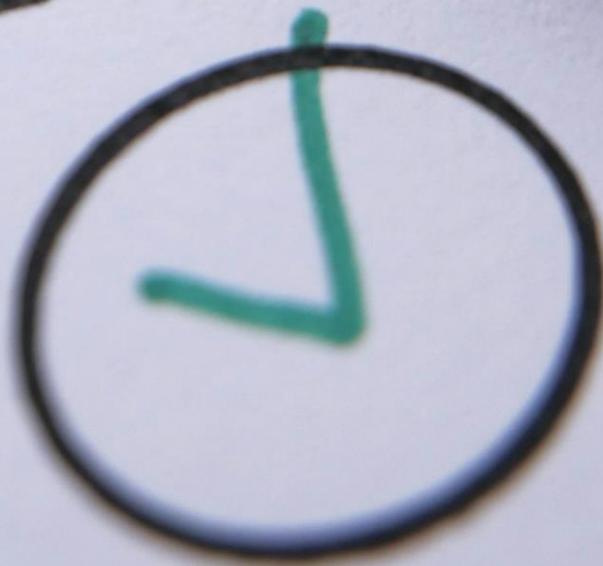
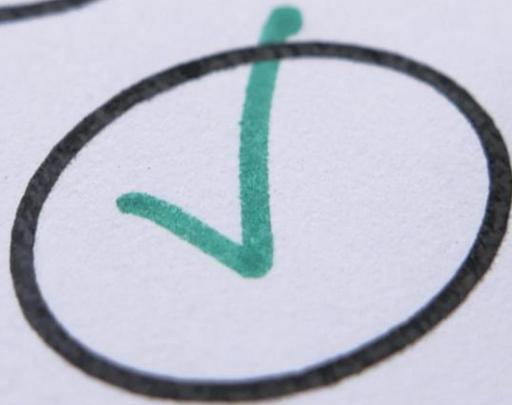
Psychological factors not strength deficits are associated with severity of gluteal tendinopathy: A cross-sectional study

M.L. Plinsinga¹, B.K. Coombes², R. Mellor¹, P. Nicolson³, A. Grimaldi^{1,4}, P. Hodges⁵, K. Bennell³, B. Vicenzino¹

Significance: Patients with severe gluteal tendinopathy exhibit greater psychological distress, poorer quality of life and greater waist girth and BMI when compared to less severe cases. This implies that clinicians ought to consider psychological factors in the management of more severe gluteal tendinopathy.



**TAKE HOME
MESSAGE**



Synthèse

- Evaluation

- Douleur sur la face latérale de la hanche
- Diminution de force MF/PF
- Tests diagnostics positifs (spécificité élevée)
- Palpation insertion distale MF/PF douloureuse

- Traitement

- Augmenter la tolérance à la charge du tendon → programme de renforcement progressif + éducation + gestion de la charge
- Individualiser le traitement en fonction des caractéristiques du patient

**Merci de votre
attention 😊**

**Place aux
questions.**

