

# LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA CEINTURE PELVIENNE DU SPORTIF

H. NIELENS, S. LAMBRECHT, M. VAN CAUTER,  
P.-L. DOCQUIER, B. VANDE BERG

## INFORMATIONS CLEFS

- L'âge du sportif est un élément capital à prendre en compte car il détermine considérablement la nature de la lésion et le traitement à mettre en œuvre,
- Le niveau du sportif (récréatif, professionnel...) est également un élément important à considérer car il influence la nature de la lésion, la stratégie diagnostique ainsi que thérapeutique,
- Chez l'enfant, l'adolescent, les accidents insertionnels (arrachements) prennent une forme particulière puisqu'ils s'accompagnent fréquemment d'un arrachement osseux apophysaire (fracture-avulsion).

## CONTENU

Parmi les lésions traumatiques aiguës les plus fréquentes, on retrouve les contusions de la région de la ceinture pelvienne, les accidents (arrachements) insertionnels des enfants, des adolescents et des adultes et, enfin, des fractures qui ne seront cependant pas exceptionnelles dans certaines disciplines sportives. Plus rarement, certains traumatismes de la hanche occasionneront des lésions du labrum qui constituent une entité clinique difficile à mettre au point ainsi qu'à traiter.



Figure 1 - Arrachement de l'épine iliaque antéro-inférieure (fracture avulsion) chez un joueur de football de 14 ans (flèche)

## CONTUSIONS DE LA CEINTURE PELVIENNE

### DÉFINITION-PATHOGÉNIE

Les contusions au niveau de la ceinture pelvienne sont très fréquentes dans de nombreux sports. La lésion est occasionnée par une chute, un contact, un coup direct au niveau de la ceinture pelvienne.

La plupart des contusions sont des accidents bénins dont l'évolution est spontanément favorable en quelques jours et le sportif ne consultera pas dans ce cas. Souvent, une ecchymose et/ou une abrasion cutanée nécessitant des soins cutanés seront présentes.

Un traumatisme plus important engendrera une impotence fonctionnelle plus ou moins importante généralement due à la contusion musculaire. Un hématome intra-musculaire ou sous-cutané par décollement peut se développer immédiatement après l'accident. Dans ce cas, il donnera lieu à une ecchymose plus ou moins étendue, visible dans les jours qui suivent. Dans la plupart des cas, l'impotence fonctionnelle restera cependant modérée et le sportif sera toujours capable de marcher.

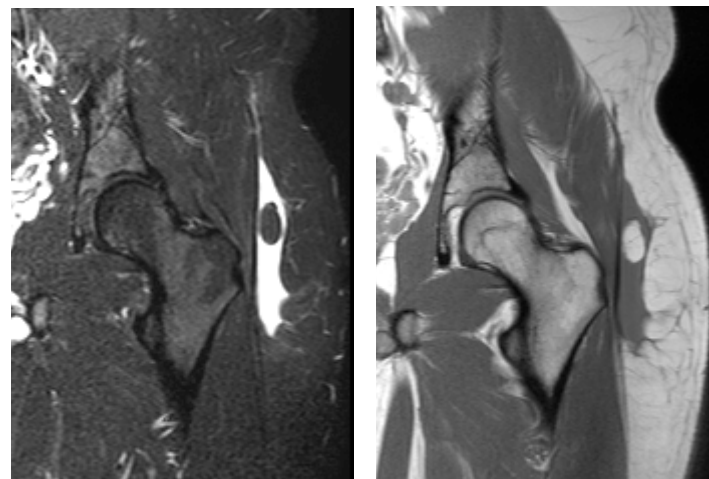
### DIAGNOSTIC ET VARIANTES

À l'examen clinique, on s'assurera que le sportif est capable de maintenir la position debout, de marcher et de maintenir l'appui sur les deux membres inférieurs. Les hanches doivent être normalement mobiles et indolores. On vérifiera la bonne mobilité globale de la colonne lombaire, en position debout.

Si le patient n'est pas capable de maintenir une position unipodale sur chacun de ses membres inférieurs, s'il n'est pas capable de marcher ou si la mobilité de ses hanches est douloureuse, on réalisera au minimum une radiographie du bassin. Cet examen doit être complété de clichés standards des hanches en cas de suspicion clinique d'une lésion de la hanche.

Une échographie pourra être demandée dans le cadre du diagnostic et de l'évaluation de l'importance d'un hématome.

Un cas particulier est celui du décollement de Morel-Lavallée qui correspond à un décollement par cisaillement entre la graisse hypodermique sous-cutanée et l'aponévrose musculaire sous-jacente au niveau de la face latérale de la hanche. Il s'agit d'une lésion provoquée par une chute sur la face latérale de la hanche avec mouvement de glissement tangentiel (ski, cyclisme, roller, etc.). Une collection hémorragique parfois importante se forme rapidement au niveau de ce décollement (FIG. 2).



**Figure 2** - Décollement de Morel-Lavallée au niveau de la face latérale de la hanche gauche. Coupes coronales STIR et T1 de la hanche gauche obtenues après une chute. Collection liquidienne localisée à l'interface entre la graisse hypodermique et l'aponévrose profonde. Nodule graisseux isolé en son sein.

Les douleurs sont importantes au début. Une tuméfaction parfois assez volumineuse est visible, qui correspond à la collection. Après quelques jours, la tuméfaction devient indolore.

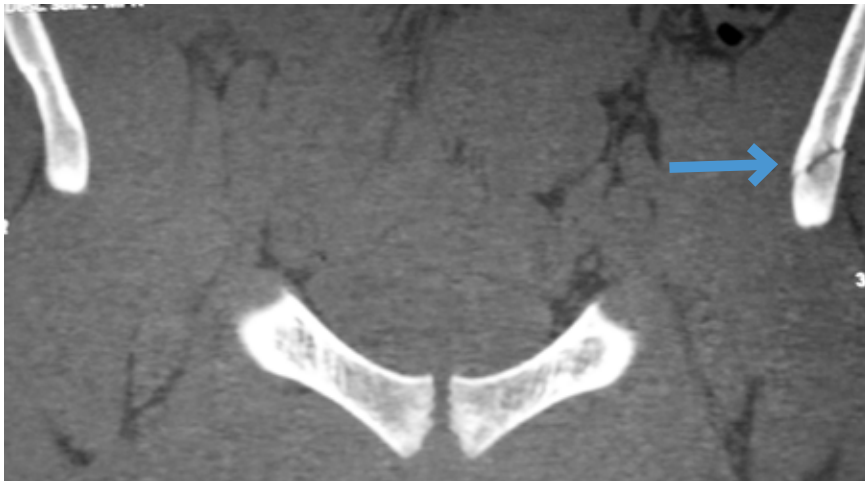
### TRAITEMENT

Les lésions cutanées de type abrasion nécessitent une désinfection suivie de l'application d'une crème antiseptique et d'un pansement dont la nature variera en fonction de la localisation et du sport pratiqué si la reprise du sport est autorisée

avant la guérison de la plaie.

Les contusions quant à elles ne nécessitent que très rarement de traitement spécifique puisque leur évolution est généralement rapidement favorable. Si l'impotence fonctionnelle est très importante et après avoir exclu une lésion osseuse, l'utilisation de deux béquilles peut être préconisée avec reprise de l'appui à la marche de façon progressive en fonction des symptômes.

En cas de contusion sévère avec impotence fonctionnelle importante sans lésion osseuse mise en évidence lors de l'évaluation initiale, il est recommandé de revoir le sportif environ une semaine après l'accident. À ce moment, il doit être capable de marcher pratiquement normalement, sans douleur. En cas d'évolution clinique défavorable (impossibilité d'appui, etc.), de nouveaux examens cliniques peuvent s'avérer nécessaires afin de rechercher une éventuelle lésion (fracture, etc.) passée inaperçue lors de l'examen initial (FIG. 3).



**Figure 3** - Fracture de l'aile iliaque gauche chez un joueur de football, ayant reçu un coup direct violent au niveau de la face latérale de la hanche gauche. Au départ, il présentait une impotence fonctionnelle importante : incapacité de marcher. Les radiographies du bassin prises le jour de l'accident étaient négatives. Une semaine après, l'impotence fonctionnelle restait très importante. Le scanner réalisé montre une fracture de l'aile iliaque gauche (flèche). Le trait fracturaire se limitait à l'aile iliaque sans extension à l'articulation de la hanche.

En cas de fracture, le traitement sera adapté à la nature de la lésion avec une attention particulière aux traits fracturaires s'étendant jusqu'à l'articulation de la hanche.

La reprise du sport peut être autorisée rapidement dans la plupart des cas en fonction des symptômes. Il faut cependant être attentif en cas de contusion musculaire importante chez des sportifs pratiquant des sports à démarrage ou changements de directions rapides (sports collectifs, sprint, etc). En effet, en cas de reprise trop précoce d'efforts intenses, la contusion peut donner lieu à une déchirure musculaire. En fonction de la gravité de la contusion, du muscle touché et du sport pratiqué, la reprise complète de l'activité sportive (compétition) ne pourra être autorisée avant un à deux mois. Dans ces cas, il pourra être utile de proposer au sportif une réathlétisation progressive sous le contrôle d'un kinésithérapeute spécialisé dans le domaine.

En cas de décollement de Morel-Lavallée, une ponction (éventuellement à répéter), suivie de l'application d'un bandage compressif, peut être réalisée. Si l'hématome est important ou persiste, un drainage chirurgical sera réalisé.

## COMPLICATIONS

Les complications sont rares : infection d'une plaie de type abrasion, déchirure musculaire en cas de reprise sportive trop précoce, persistance de douleurs à l'effort au niveau d'un muscle qui a été le siège d'une contusion ayant saigné, absence ou retard de résorption spontanée d'un hématome sous-cutané.

En cas de persistance de douleurs inexplicables, une IRM peut s'avérer nécessaire. Si des séquelles cicatricielles sont mises en évidence au sein d'un muscle, le patient pourra bénéficier d'un traitement de kinésithérapie spécifique.

## FRACTURES-AVULSIONS DU BASSIN ET DE LA HANCHE DU JEUNE SPORTIF

Les fractures-avulsions au niveau des sites insertionnels des muscles les plus puissants s'insérant sur le bassin et au niveau de la hanche sont des lésions survenant chez des jeunes sportifs pratiquant des sports comme le football, la gymnastique, l'athlétisme.

### DÉFINITION-PATHOGÉNIE

Chez l'enfant et l'adolescent, dans des sports nécessitant des contractions musculaires de grande puissance, les tensions générées peuvent dépasser la résistance mécanique de certaines insertions encore immatures et fragiles et des fractures-avulsions par arrachement de noyaux d'ossification peuvent survenir.

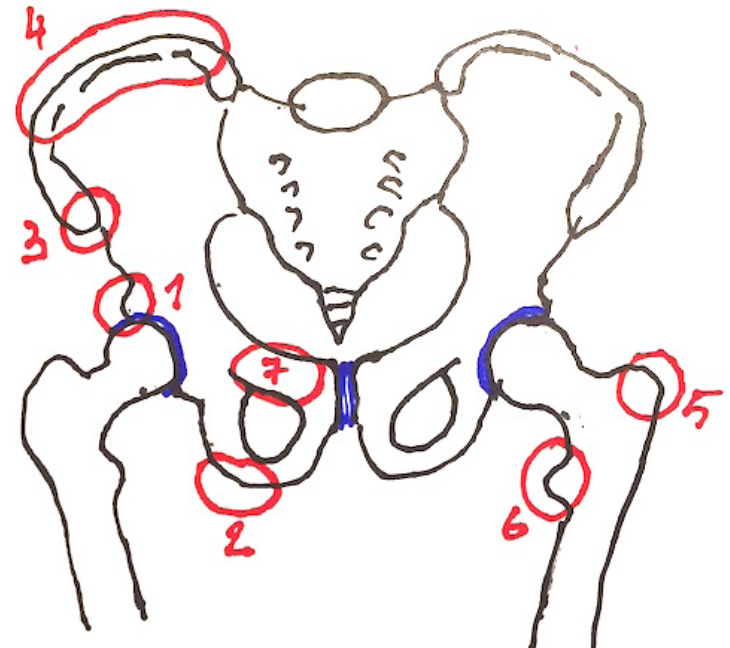
Les principaux noyaux d'ossification correspondant aux muscles s'insérant au niveau de la ceinture pelvienne terminent leur ossification et donc leur incorporation au squelette osseux du bassin et du fémur durant l'adolescence. On peut donc considérer qu'une avulsion de l'un de ces noyaux est possible jusqu'à l'âge de 16 à 18 ans pour la plupart de ces noyaux.

### DIAGNOSTIC ET VARIANTES

Une suspicion de fracture-avulsion chez un jeune sportif repose essentiellement sur les éléments anamnestiques suivants : douleur brutale et majeure suivie d'une impotence fonctionnelle importante survenue au cours d'un mouvement très puissant (saut, sprint, shoot, etc.) dans un sport comme le football ou la gymnastique. Le sportif est brutalement immobilisé par la douleur intense en plein effort. Généralement, il n'est plus capable de marcher.

À l'examen clinique, le sportif indique aisément le site principal de la douleur qui correspond aux sites insertionnels classiquement touchés (FIG. 4).

Dans nos contrées, en rapport avec les sports qui y sont les plus souvent pratiqués, c'est la fracture-avulsion du rectus femoris au niveau de l'épine iliaque antéro-inférieure (EIAI) qui est de loin la plus fréquente (Rossi, 2001). Elle survient



**Figure 4** - Localisation des fractures-avulsions du jeune sportif.

Par ordre de fréquence décroissante :

1. épine iliaque antéro-inférieure (rectus femoris)
2. tubérosité ischiatique (ischio-jambiers)
3. épine iliaque antéro-supérieure (sartorius et fascia lata)
4. crête iliaque (oblique externe de l'abdomen et moyen fessier)
5. grand trochanter (moyen fessier)
- 6; petit trochanter (psoas)
7. branche pubienne (adducteurs)

le plus souvent chez le jeune footballeur au moment d'un shoot sur la balle ou d'un démarrage.

La mobilisation de la hanche est généralement douloureuse. La contraction contrariée du muscle dont l'insertion est touchée reproduit la douleur du sportif ; cette manœuvre de contraction contrariée doit être réalisée avec prudence afin de ne pas aggraver un éventuel déplacement de l'apophyse avulsée. La palpation du site insertionnel touché reproduit la douleur élective du sportif.



**Figure 5A** - Fracture avulsion de l'épine iliaque antéro-inférieure gauche chez un joueur de football de 15 ans.

**Figure 5 B** - Fracture avulsion du petit trochanter (insertion du psoas) chez un adolescent de 14 ans. La radiographie initiale est normale. Le suivi radiologique réalisé à 8 mois objective une avulsion du noyau apophysaire du petit trochanter. Le suivi radiologique à 17 mois démontre une incorporation du fragment avec déformation résiduelle de l'apophyse

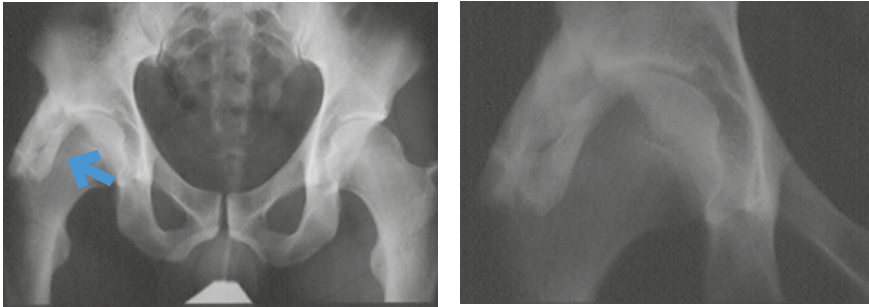
La confirmation du diagnostic est généralement aisément obtenue par un examen radiographique standard (FIG. 5 a et b) qui doit être réalisé dans tous les cas où une telle lésion est suspectée. Parfois, l'une ou l'autre incidence plus spécifique est nécessaire afin de mettre en évidence la lésion. L'examen radiographique est en outre nécessaire afin d'évaluer l'importance du déplacement. L'échographie peut également se montrer utile, particulièrement chez les enfants et jeunes adolescents chez qui on souhaite minimiser l'irradiation. On aura exceptionnellement recours à l'IRM dont il faut se méfier car, dans ce type de lésions, l'imagerie en IRM peut évoquer l'existence d'un processus évolutif inquiétant si l'on ne tient pas compte du contexte clinique.

## TRAITEMENT

Dans le cas de fracture-avulsion de noyaux apophysaires du jeune sportif, le traitement sera le plus souvent conservateur et l'évolution favorable dans la très

grande majorité des cas. En cas de douleurs et d'impotence fonctionnelle importantes, on proposera une période de décharge partielle avec marche avec deux béquilles, le sportif étant autorisé à poser le pied au sol. Des antalgiques oraux (paracétamol) peuvent être prescrits durant les premiers jours. Une dizaine de jours après l'accident, une rééducation comprenant des mobilisations progressives passives puis actives peut être instaurée. La rééducation sera de plus en plus active et intégrera du renforcement concentrique au début, puis excentrique de façon progressive ainsi que de la proprioception. Ce traitement de rééducation en cabinet de kinésithérapie sera suivi par un traitement de réathlétisation progressive commençant un à deux mois après l'accident en fonction de sa gravité. La reprise du sport et des compétitions pourra être programmée deux à trois mois après l'accident en fonction de sa gravité et de l'évolution. Le sportif sera revu régulièrement en consultation.

Il existe une controverse dans la littérature quant à l'attitude thérapeutique à



**Figure 6** - Ossification secondaire suite à l'avulsion de l'épine iliaque antéro-inférieure chez un joueur de football. Un examen radiographique du bassin réalisé dans le cadre d'une mise au point d'une lombalgie chez un joueur de football adulte de quarante ans mène à la découverte fortuite d'une volumineuse ossification (flèche) au niveau de l'insertion proximale du muscle rectus femoris. L'ossification est mieux visible sur le cliché de droite centré sur l'ossification. Le sujet qui était asymptomatique au niveau de cette hanche droite avait poursuivi la pratique du football pendant de nombreuses années sans gêne particulière après son accident insertionnel initial.

adopter face aux avulsions apophysaires sévères avec plus de deux centimètres de déplacement de l'apophyse avulsée. Dans ce cas, certains auteurs proposent une fixation chirurgicale après réduction. Cette option, bien que très rarement adoptée, doit certainement être envisagée dans les grandes avulsions de l'apophyse ischiatique en rapport avec le fait que l'ensemble des muscles ischio-jambiers s'y insèrent et qu'une non union à ce niveau peut entraîner un déficit fonctionnel significatif en termes de force de flexion du genou ainsi que des douleurs chroniques.

## COMPLICATIONS

Il arrive parfois que l'insertion lésée demeure douloureuse lors de gestes sportifs spécifiques durant plusieurs semaines, voire plusieurs mois après l'accident. Dans ce cas, un traitement de kinésithérapie spécifique semblable à celui que l'on propose aux tendinopathies insertionnelles viendra le plus souvent à bout des douleurs.

Exceptionnellement, l'avulsion et l'hématome qui en résulte donneront lieu à

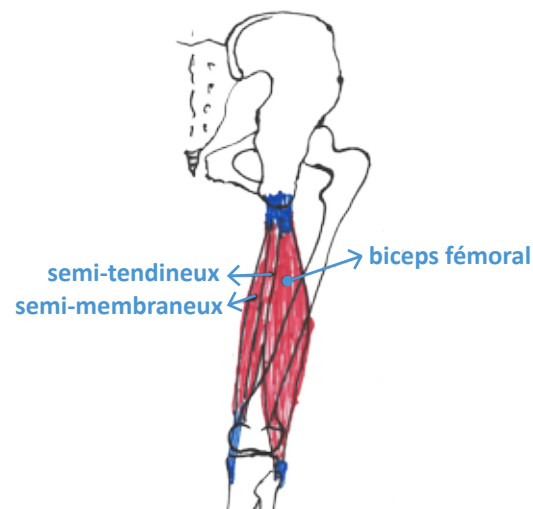
une ossification locale qui demeurera le plus souvent asymptomatique. Il s'agit de connaître ce phénomène car il peut prendre un aspect radiographique surprenant sur une radiographie standard prise des années après l'accident (FIG. 6).

## LÉSIONS DE L'INSERTION PROXIMALE DES MUSCLES ISCHIO-JAMBIERS CHEZ L'ADULTE SPORTIF

Dans cette section, nous nous limiterons à la description des lésions de l'insertion proximale des muscles ischio-jambiers sur la tubérosité ischiatique du bassin car elles sont relativement fréquentes. Le raisonnement décrit ci-dessous concernant la mise au point diagnostique ainsi que le traitement de ces lésions peut être appliqué aux autres accidents insertionnels du bassin de l'adulte, beaucoup plus rares.

## ANATOMIE

Les muscles ischio-jambiers sont constitués de 3 muscles : biceps femoral, semi-tendineux et semi-membraneux (FIG. 7). Proximalement, ils s'insèrent sur la tubérosité ischiatique en un épais tendon fusionné dénommé tendon conjoint des ischio-jambiers.



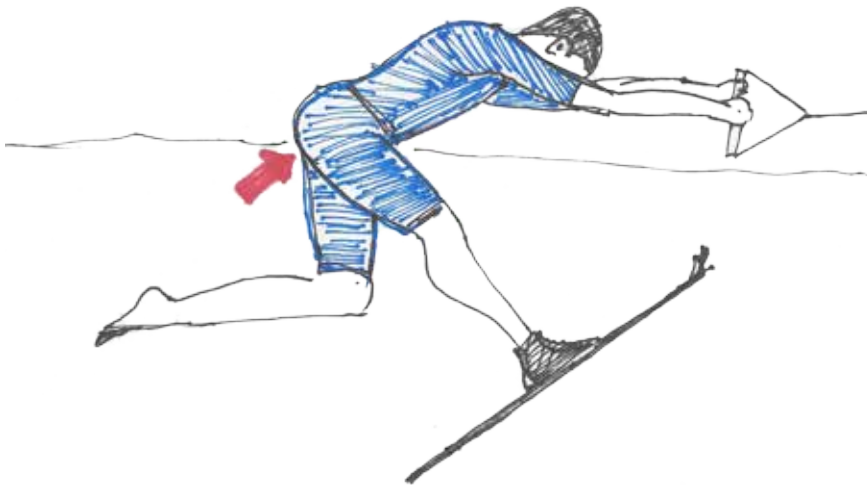
**Figure 7** - Anatomie de l'insertion proximale des muscles ischio-jambiers (vue postérieure)

Ce puissant groupe musculaire est extenseur de la hanche et fléchisseur du genou. Il s'agit donc d'un groupe musculaire bi-articulaire.

### DÉFINITION-PATHOGÉNIE

Lors d'un mouvement forcé combinant une flexion passive puissante de la hanche, genou en extension et contre-résistance des muscles ischio-jambiers, l'insertion proximale des muscles ischio-jambiers peut être lésée. Cette lésion survient généralement soit lors d'activités sportives spécifiques comme le ski nautique (Blasier, 1990) ou le ski alpin, le plus souvent chez le novice (FIG. 8). Elle peut aussi survenir à la suite d'une chute en « grand écart ».

La lésion est généralement partielle. En cas de désinsertion complète, soit seul le tendon conjoint est arraché de son insertion, soit le tendon emmène un bloc osseux bien visible sur la radiographie standard (fracture-avulsion).



**Figure 8** - Mécanisme lésionnel classique menant à l'arrachement de l'insertion proximale des muscles ischio-jambiers

### DIAGNOSTIC

Le diagnostic clinique est généralement aisé et repose sur les éléments suivants : circonstances de survenue, localisation de la douleur au bas de la fesse (pli fessier), palpation et contraction contrariée douloureuse. Malheureusement, il n'est pas rare qu'une lésion relativement grave soit reconnue plus tardivement.

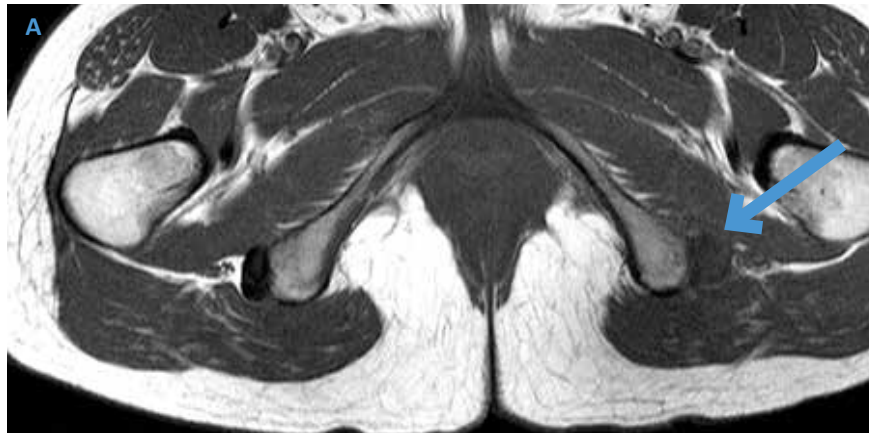
Le sportif décrit la survenue d'une douleur très vive, en « coup de poignard », au bas de la fesse, au niveau de la tubérosité ischiatique. Le sportif est capable de localiser précisément le siège de la douleur au niveau de la tubérosité ischiatique. L'impotence fonctionnelle dépend de l'importance de la lésion. En cas de désinsertion complète le sujet ne sera généralement plus capable de marcher.

La palpation de l'insertion des muscles ischio-jambiers est très douloureuse et la contraction contrariée idéalement réalisée en décubitus ventral. Il est important de réaliser une palpation minutieuse afin de déterminer si les tendons ischio-jambiers sont toujours en place et attachés à la tubérosité ischiatique lors de la manœuvre de contraction. En cas de désinsertion complète, on ne retrouve pas ces tendons à la palpation. La face postérieure du haut de la cuisse apparaît comme molle et facilement dépressible par comparaison avec le côté contra-latéral sain. Dans les jours qui suivent l'accident, une ecchymose apparaît à la face postérieure du haut de la cuisse (FIG. 9) ; elle pourra s'étendre à l'ensemble de la face postérieure de la cuisse dans les jours suivants.

**Figure 9**  
Ecchymose suite à arrachement partiel de l'insertion proximale des muscles ischio-jambiers du côté gauche (vue postérieure)



L'échographie permet de visualiser la lésion dans la plupart des cas. Lorsque la lésion est importante et certainement en cas de suspicion de désinsertion complète, une radiographie du bassin sera demandée afin de rechercher l'existence d'un fragment osseux avulsé. En cas de lésion grave, une IRM sera demandée afin de documenter précisément les caractéristiques (rétraction, hématome, etc.) de la lésion afin de pouvoir déterminer le traitement optimal (FIG. 10 a et b).



**Figure 10 - Désinsertion complète du tendon conjoint des muscles ischio-jambiers.**  
**A - Coupe transverse T1 des ischiens.** L'enthèse ischiatique droite est normale avec tendons de signal très faible. À gauche, aspect moins hypodense des tendons (flèche) et infiltration de la graisse.  
**B - Coupe coronale T2.** Rétraction distale des tendons gauches associée à une collection liquidienne (flèche).

## TRAITEMENT

Il n'existe pas d'unanimité quant au meilleur traitement des accidents aigus au niveau de l'insertion proximale des muscles ischio-jambiers (Reurink, 2011 ; Pas, 2015). Le traitement des lésions partielles doit rester conservateur : repos sportif, rééducation et reprise progressive des activités physiques et sportives. Les sports à risque ne peuvent être repris qu'après 2 à 3 mois en fonction de la gravité de la lésion partielle. Parfois des douleurs persistent au niveau de cette insertion lors de mouvements sportifs spécifiques. Dans ces cas, un nouveau traitement de rééducation sera prescrit qui comprendra des étirements, des massages transversaux profonds (méthode de Cyriax), des renforcements progressifs (contractions concentriques puis excentriques) ainsi qu'une réathlétisation. En cas d'échec et de façon exceptionnelle, on aura recours à l'une ou l'autre infiltration *loco dolenti* de dérivés corticoïdes, de préférence radio-guidée.

En cas de suspicion de lésion complète, la mise au point paraclinique doit préciser si la lésion est complète, si l'arrachement du tendon conjoint a emmené un bloc osseux et, enfin, évaluer aussi précisément que possible l'importance de la rétraction des muscles ischio-jambiers. En cas de désinsertion complète un geste chirurgical doit être réalisé et de préférence dans les 3 semaines qui suivent la rupture. Le patient est installé en décubitus ventral, hanche fléchie à 20° et genou fléchi à 90° pour relâcher les ischio-jambiers. L'incision est verticale partant du pli fessier et de 5 à 8 cm de longueur. La réinsertion se fait à l'aide d'ancres. La dissection doit être prudente afin de ne pas léser le nerf sciatique. Une immobilisation bloquant l'extension du genou à - 30° est maintenue pendant 6 semaines post-opératoires, l'appui partiel est autorisé. L'intervention sera suivie d'une rééducation spécifique relativement longue ( $\pm$  3 mois), entre la 16<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> semaine, la reprise du sport est autorisée. En cas de lésion complète non opérée, on assiste généralement à une atrophie progressive des muscles ischio-jambiers qui se traduit par une diminution de force de flexion de hanche significative. Si ce déficit n'occasionne généralement que peu d'incapacité fonctionnelle chez des personnes peu ou non sportives, il peut donner lieu à une nette baisse de performance dans certains gestes et mouvements (démarrages, etc.) propres à certains sports.



## FRACTURES DU COL FÉMORAL DU SPORTIF

### DÉFINITION-PATHOGÉNIE

Certains sports comme le cyclisme sur route peuvent donner lieu à des fractures du col du fémur à un âge encore jeune. Cela s'explique par le fait que sur des bicyclette de compétition, les pieds sont attachés sur des pédales de sécurité capables de libérer le pied en cas de mouvement rotatoire survenant lors d'une chute (FIG. 11 a et b).



Figure 11 - Pédales de sécurité.

**A** - Pédale de sécurité. **B** - Chaussure avec cale

La figure de gauche montre une pédale de sécurité qui peut être comparée à une fixation de ski. La figure de droite montre une chaussure munie d'une cale au niveau de la semelle. Cette cale s'insère dans la pédale et maintient très solidement le pied à la pédale. En cas de mouvements rotatoires, le système de ressorts réglables intégrés dans la pédale libère la chaussure comme une fixation de ski bien réglée libère la chaussure en cas de contrainte excessive.

Ces pédales se sont généralisées à partir de 1985 et, actuellement, elles équipent la plupart des vélos de route ainsi que les VTT utilisés pour l'entraînement et la compétition des cyclistes. Dans certains cas, si le ressort de la pédale est trop serré, le pied ne sera pas libéré et le cycliste tombera de la hauteur de la bicyclette directement sur la face latérale de la hanche, ce qui peut occasionner une fracture du col fémoral.

### DIAGNOSTIC

Les circonstances de survenue, l'importance de l'impotence fonctionnelle, l'attitude du membre inférieur généralement en rotation externe ainsi que raccourci mènent à une haute suspicion clinique. Le diagnostic sera confirmé par un examen radiographique standard du bassin et de la hanche.

### TRAITEMENT

Le traitement ne différera pas de celui d'une fracture du col de l'adulte jeune non sportif. Une ostéosynthèse avec réduction anatomique devra être réalisée le plus rapidement possible afin de minimiser le risque de nécrose secondaire de la tête fémorale.

### COMPLICATIONS

La principale complication de la fracture du col de l'adulte jeune est la nécrose secondaire de la tête fémorale pouvant survenir dans les mois voire les années suivant l'accident. Il s'agit d'une complication majeure pour un jeune sportif puisqu'une seconde intervention sera le plus souvent nécessaire (ostéotomie, prothèse céphalique, etc.) et que la pratique sportive sera largement compromise.

## LÉSIONS TRAUMATIQUES AIGÜES DU LABRUM CHEZ LE SPORTIF

### DÉFINITION-PATHOGÉNIE

Le système capsulo-ligamentaire de l'articulation coxo-fémorale est d'une grande stabilité. L'apparition d'une lésion labrale peut donc soit être secondaire à un accident aigu isolé de forte intensité, soit à un traumatisme mineur mais répété. Le type de lésions est souvent lié au type de sport. Les macrotraumatismes sont plus souvent rencontrés dans les sports à impacts (football, rugby), les microtraumatismes sont souvent rencontrés dans les positions en flexion répétitive (joueur de hockey) ou sport à amplitude extrême (danse) ou encore lors de rotations répé-

tives en charge comme au football. La présence d'une dysplasie cotyloïdienne (défaut de couverture antéro-supérieure de la tête fémorale) est un facteur de risque à l'apparition d'une lésion labrale.

### DIAGNOSTIC

L'examen clinique est rarement spécifique, caractérisée par une gêne ou une douleur au niveau du pli inguinal, lors de l'activité sportive principalement, parfois au repos. L'examen clinique ressemble à celui rencontré dans le conflit fémoro-acétabulaire, une lésion du labrum isolée est cependant plus rare (voir chapitre : *Dysplasie de hanche*).

Un bilan radiologique standard doit être réalisé : bassin de face, profil de hanche et faux profil de Lequesne afin d'exclure un « bump » au niveau du col fémoral ou un effet pince au niveau cotyloïdien.

En cas de suspicion de lésion labrale, un arthro-scanner de l'articulation est nécessaire pour en faire le diagnostic.

Un arthro-RMN peut également être demandé, il a l'avantage de mettre en évidence la lésion labrale ainsi que l'œdème osseux qui peut être associé. Il peut également mettre en évidence un kyste mucoïde (intra-labral ou positionné juste au dessus) qui accompagne occasionnellement ces lésions.

Les lésions labrales sont le plus souvent localisées dans la région antérieure ou supérieure de l'articulation fémorale. En cas de traumatisme à haute intensité en hanche fléchie, une lésion labrale postérieure et/ou inférieure peut également être rencontrée. De façon exceptionnelle, une lésion en anse de seau (plus souvent rencontré dans les lésions méniscales du genou) peut également être observée.

### TRAITEMENT

Les kystes mucoïdes peuvent être responsables de réveils douloureux aigus et répondent bien aux infiltrations de corticoïdes. C'est la seule indication de traitement conservateur.

Une chirurgie conservatrice est réalisable en cas d'absence d'arthrose coxo-fémorale.

En cas de déchirure labrale isolée, le traitement consiste à réaliser une arthroscopie de hanche. En fonction de l'étendue de la lésion, il sera réalisé une suture labrale ou une résection partielle de ce dernier. S'il existe une malformation associée de type pince ou « bump », la correction sera faite lors de l'arthroscopie.

En cas de dysplasie cotyloïdienne avérée et absence d'évolution arthrosique, une ostéotomie de réorientation cotyloïdienne (ostéotomie péri-acétabulaire de Ganz) devra être envisagée.

En cas d'arthrose évoluée, une indication de prothèse totale de hanche devra être retenue. Chez le jeune patient, des infiltrations de hanche (dérivés corticoïdes, acide hyaluronique, etc.) peuvent être occasionnellement réalisées afin de temporiser l'arthroplastie, les résultats sont variables.

### COMPLICATIONS

L'absence de prise en charge chirurgicale en cas de lésion labrale va mener à une persistance des douleurs et une arthrose prématurée.

Les complications post-opératoires sont les complications classiques rencontrées dans tout acte chirurgical et les complications propres en fonction de l'acte qui a été réalisé (voir chapitre *Arthroscopie hanche et Arthroplastie hanche*).

### RÉFÉRENCES

1. Blasier RB, Morawa LG. **Complete rupture of the hamstring origin from a water skiing injury**. Am J Sports Med. 1990 Jul-Aug;18(4):435-7.
2. Brukner P, Khan K. **Clinical sports medicine**. Third edition. Mc Graw Hill, Sydney, 2007.
3. Frontera WR, Herring SA, Micheli LJ, Silver JK. **Clinical sports medicine : Medical management and rehabilitation**. Saunders Elsevier, 2007.

4. Reurink G, Goudswaard GJ, Tol JL, Verhaar JA, Weir A, Moen MH. **Therapeutic interventions for acute hamstring injuries: a systematic review.** Br J Sports Med. 2012 Feb;46(2):103-9.
5. Rossi F, Dragoni S. **Acute avulsion fractures of the pelvis in adolescent competitive athletes: prevalence, location and sports distribution of 203 cases collected.** Skeletal Radiol. 2001 Mar;30(3):127-31