



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


LETTRE À LA RÉDACTION

Rupture du tendon du long adducteur



Adductor longus tendon rupture

1. Introduction

Les ruptures proximales du tendon du long adducteur sont une pathologie rare [1] dont le traitement n'est pas codifié. Nous rapportons ici un cas de rupture, et étudions les modalités de diagnostic et de thérapeutique médicale selon les données de la littérature.

2. Observation clinique

Lors d'une séance de musculation sur un appareil de type presse à cuisse, M. B. ressent une douleur brutale du pli inguinal droit, suite à un faux mouvement en abduction forcée de hanche. Il s'agit d'un patient de 29 ans, militaire, avec une pratique régulière et intense de sport (10 h par semaine minimum). Pas d'antécédent de douleur inguinale. Aux urgences, le diagnostic de déchirure musculaire est posé. Un traitement antalgique, une contention et un arrêt de travail sont prescrits. Lors de la consultation à j4, le patient est toujours très algique, avec une boiterie à la marche. L'examen clinique retrouve une douleur à la palpation et à la contraction isométrique des adducteurs. On ne palpe pas de défaut musculaire et il n'y a pas d'hématome. L'échographie réalisée retrouve une rupture de la jonction myotendineuse au niveau de l'insertion du tendon du long adducteur sur la branche ischiopubienne de $14 \times 7 \times 13$ mm (Fig. 1 et 2). Quatre semaines après le traumatisme, le patient se plaint d'une douleur sus-pubienne latéralisée à gauche. Initialement masquée par la douleur inguinale, celle-ci est passée progressivement au premier plan. L'échographie retrouve une désinsertion partielle du muscle grand droit de l'abdomen.

Il bénéficie de 6 semaines d'arrêt de travail et de prise d'antalgiques. La marche est autorisée, avec une canne anglaise à but antalgique et de décharge. Une prise en charge par un kinésithérapeute est également initiée avec ultrasons et cryothérapie. À 4 semaines, le travail musculaire est débuté et progressivement augmenté. Il consiste en de la mobilisation passive et active de hanche, du vélo sans puis avec résistance, du renforcement

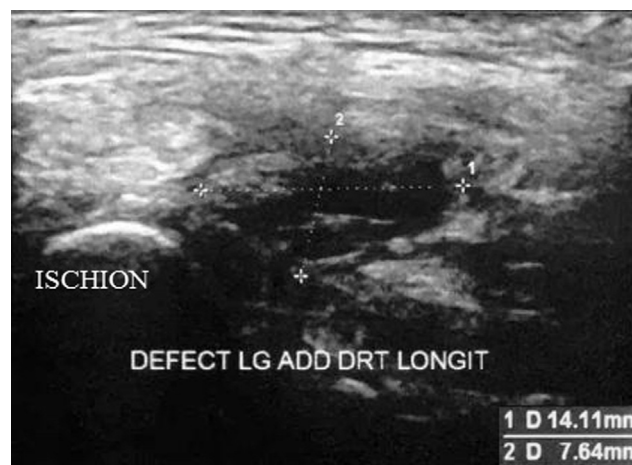


Figure 1 Échographie montrant la déchirure du tendon du long adducteur au niveau de son insertion sur la branche ischio-pubienne.

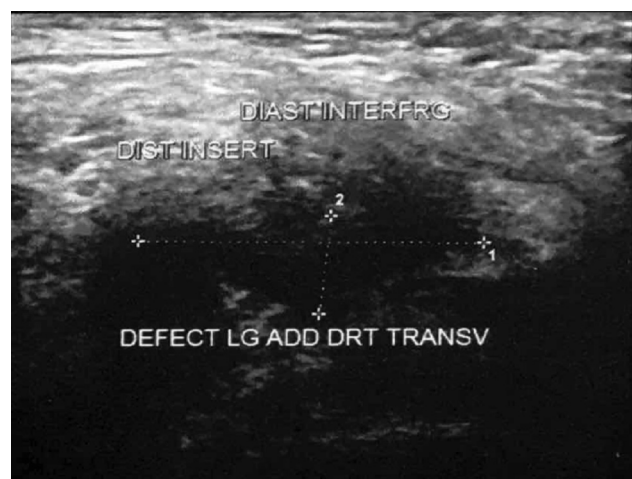


Figure 2 Échographie montrant la déchirure du tendon du long adducteur (diastasis inter-fragmentaire).

musculaire d'abord isométrique et des étirements. La station debout est possible et indolore à 8 semaines. À 11 semaines, le patient marche et fait du vélo sans aucune contrainte. La course à pied est reprise à 16 semaines. À 20 semaines, le patient a retrouvé des amplitudes

articulaires symétriques au coté gauche, et une force musculaire à 5/5. À 24 semaines, il est projeté en mission et n'a pas à se plaindre de cet événement. Un an et demi après la lésion, il n'a aucune plainte fonctionnelle.

Le long adducteur est tendu du pubis au tiers moyen du fémur. Il a un rôle d'adducteur et de rotateur externe de la cuisse sur le bassin.

La rupture de l'extrémité proximale du tendon du long adducteur est une pathologie rare [2]. Le mécanisme en cause est une contraction excentrique dépassée. Il s'agit d'une lésion musculaire de stade 4 de la classification de Durey et Rodineau [3]. La rupture sur tendinopathie chronique est beaucoup moins fréquente.

Les sports les plus fréquemment en cause sont le football et le hockey sur glace [4].

Le diagnostic est clinique avec un mécanisme évocateur et une douleur aiguë de survenue brutale. Elle est située dans la région antéro-médiale de la partie proximale de la cuisse. On retrouve une boiterie à la marche. Il peut s'y associer un hématome, une ecchymose et la palpation d'un défaut musculaire [1]. On retrouve une douleur à la palpation, à l'étirement et lors des tests isométriques. L'examen retrouve un déficit d'adduction du membre inférieur. Il est testé en décubitus latéral, membre inférieur à tester contre la table. Le membre sain est tenu en abduction à 25°. On demande au patient de faire une adduction contre résistance (main du médecin en amont du genou sur le membre à tester). Lorsque l'amplitude d'adduction est complète (les 2 jambes se touchent), la force musculaire est cotée 5/5 en cas de résistance maximale, à 4/5 en cas résistance modérée et à 3/5 en absence de résistance. Dans les autres cas, la force musculaire est testée en décubitus dorsal, l'examineur soutient le membre à tester à la cheville et palpe les adducteurs à la partie proximale de la cuisse. La force est de 2/5 si le patient fait une adduction, de 1/5 si une contraction est palpable et de 0/5 sinon [5].

Le *testing* musculaire manuel est cependant opérateur dépend et il est peu fiable pour détecter les petites baisses de force musculaire.

La clinique peut être confirmée par de l'imagerie. La radiographie permet d'éliminer un arrachement osseux.

L'échographie confirme le diagnostic positif de rupture du tendon du long adducteur. En effet, elle permet de différencier les ruptures partielles des ruptures totales. Elle permet également de localiser la rupture et de mesurer la rétraction des fragments tendineux [6]. La ponction d'hématome sous échographie, si celui-ci est volumineux, est controversée.

En cas de doute à l'échographie, une IRM peut être réalisée. Elle permet de différencier plus facilement les tendons du court et du long adducteur, ainsi qu'une rupture partielle et totale.

Le traitement est soit médical, soit chirurgical, avec une absence de consensus à ce jour [1].

Un traitement initial de type GREC (Glaçage, Repos, Élévation, Contention) est recommandé. Le repos doit être partiel, pour une durée de 7 à 15 jours [7], au moyen si besoin de cannes anglaises. Une thérapeutique antalgique par du paracétamol doit être associée, en évitant initialement les AINS.

La rééducation par un kinésithérapeute doit ensuite commencer, selon le principe de l'indolence. Initialement,

on associe cryothérapie et physiothérapie à du travail statique. Puis, on ajoute des exercices d'étirement et de renforcement musculaire statique puis dynamique avec travail concentrique. La kinésithérapie doit avoir pour objectif de récupérer des amplitudes articulaires, par des étirements passifs puis actifs, et de restaurer la force musculaire. Vers la 8^e semaine, on peut commencer à intensifier le renforcement musculaire avec du travail excentrique. La réalisation de tests isocinétiques permet de suivre la rééducation et la récupération de la force musculaire. La reprise de l'entraînement sportif peut alors avoir lieu progressivement, jusqu'au retour à la compétition. Les différentes études montrent que le temps de récupération est variable [4].

3. Conclusion

Le traitement d'une rupture proximale du tendon du long adducteur nécessite un repos initial puis de la kinésithérapie. La prise en charge doit être adaptée au patient, à sa douleur et à ses objectifs sportifs ou professionnels.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Schlegel TF, Bushnell BD, Godfrey J, Boublik M. Success of nonoperative management of adductor longus tendon ruptures in National Football League athletes. *Am J Sports Med* 2009;37(7):1394–9.
- [2] Aerts BRJ, Plaisier PW, Jakma TSC. Adductor longus tendon rupture mistaken for incarcerated inguinal hernia. *Injury* 2014;45(3):639–41.
- [3] Rodineau J, Durey A. Le traitement médical des lésions musculaires. *JAMA* 1990;20–2.
- [4] Thorborg K, Petersen J, Nielsen MB, Hölmich P. Clinical recovery of two hip adductor longus ruptures: a case-report of a soccer player. *BMC Res Notes* 2013;6:205.
- [5] Hislop H, Avers D, Brown M, Pillu M, Viel E. Le bilan musculaire de Daniels et Worthingham. 9th ed. Elsevier Masson; 2015 [520 p.].
- [6] Bianchi S, Cohen M, Jacob D. Les tendons : lésions traumatiques. *J Radiol* 2005;86(12):1845–56.
- [7] Coudreuse J-M, Bryand F. Conduite à tenir devant une lésion musculaire du sportif. *Sci Sports* 2010;25(3):168–72.

E. Sahuguet^{a,*}

J.-C. Murison^b

^a 3^e Antenne Médicale - Célestins, 1^{er} CMA - Paris, 18, boulevard Henri-4, 75004 Paris, France

^b Service de chirurgie orthopédique et traumatologique, HIA Percy, 101, avenue Henri-Barbusse, 92140 Clamart, France

* Auteur correspondant. 25, rue Miollis, 75015 Paris, France.

Adresse e-mail : emilie.murison@gmail.com (E. Sahuguet)

Reçu le 24 juillet 2018

Accepté le 7 mai 2019

Disponible sur Internet le 17 septembre 2019