

# AFFECTIONS DU PSOAS ET DE L'ILIOPSOAS

## DÉFINITION

Le muscle psoas (y compris le grand psoas et le petit psoas, le cas échéant) s'étend vers le bas de chaque côté de la colonne lombaire, à travers le bassin et la région abdominale où il se joint au muscle iliaque pour former le muscle iliopsoas. Une fois réunis, ces deux muscles s'attachent au petit trochanter de l'articulation de la hanche par l'intermédiaire du tendon de l'iliopsoas. Une grande bourse séreuse se trouve entre l'articulation de la hanche et l'attache du tendon.

Les muscles psoas et iliaque sont des fléchisseurs de la hanche qui ramènent la cuisse vers la poitrine lors d'activités telles que la marche, la course et le saut. Lorsque leur extrémité distale est fixe, stabilisant ainsi l'articulation de la hanche, ces muscles agissent pour plier le tronc vers l'avant à partir de la position allongée.

En outre, lorsqu'il se contracte d'un seul côté, le psoas produit une flexion latérale de la colonne vertébrale inférieure (lombaire).

Les pathologies affectant l'iliopsoas sont les suivantes

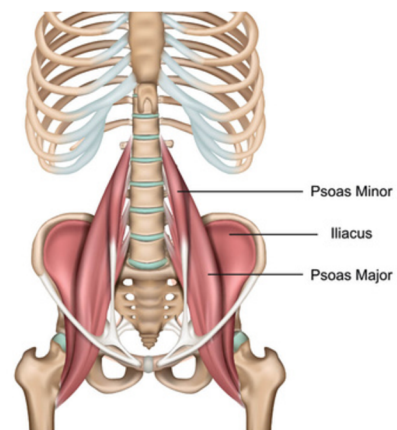
- Tendinite de l'iliopsoas
- Bursite de l'iliopsoas

La tendinite et la bursite de l'iliopsoas, dont les traitements sont similaires, coexistent souvent et peuvent être difficiles à distinguer. Ces deux affections résultent souvent de blessures dues à une surutilisation et sont plus fréquentes chez les

## PATIENT INFORMATION FACT SHEET

coureurs à pied ainsi que chez les athlètes pratiquant des sports de frappe, la danse et le saut en hauteur.

La tendinite de l'iliopsoas peut également être une complication des tissus mous survenant après une arthroplastie totale de la hanche, lorsque le tendon s'enflamme en raison de la mise en place de la prothèse de la hanche. Le mouvement de la hanche implantée en extension (en amenant la jambe derrière le corps) peut provoquer des changements inflammatoires dans les tissus mous environnants, y compris le tendon de l'iliopsoas, provoquant un conflit et une tendinite.





Chez les personnes atteintes de dysplasie de la hanche, où la fonction de l'articulation est compromise par des anomalies osseuses, les muscles qui stabilisent le bas du dos et la hanche, tels que le psoas, l'iliaque et les muscles fessiers profonds, peuvent être surmenés. Cela augmente le risque de blessures dues à une utilisation excessive et de problèmes associés au niveau de ces muscles et tendons.

### **SIGNES ET SYMPTÔMES**

- Douleur à l'aîne
- Douleur pouvant irradier vers l'avant de la cuisse jusqu'au genou
- Claquement ou clic audible pouvant être associé au syndrome du claquement interne de la hanche
- Douleur antérieure du genou causée par une tendinite rotulienne résultant d'une contraction du muscle iliopsoas
- Au fur et à mesure que l'affection progresse, toute douleur intermittente peut devenir plus constante et durer aussi bien pendant l'activité que pendant le repos
- La douleur est aggravée par des mouvements spécifiques tels que mettre des chaussettes et des chaussures, se lever d'une position assise, monter des escaliers et des pentes
- Peut s'aggraver en cas de flexion répétée du tronc accompagnée d'une flexion de la hanche

### **TRAITEMENT NON CHIRURGICAL**

Le traitement non chirurgical vise à réduire la douleur, les spasmes et l'enflure. Ce traitement est suivi d'un retour progressif aux activités de la vie quotidienne. Les options de traitement peuvent inclure:

- Médicaments, notamment des anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS)
- Glace
- Repos
- Physiothérapie comprenant des étirements doux, une modification des activités, des exercices visant à améliorer progressivement la stabilité, la mobilité, la force, l'endurance et la proprioception.
- Injections de corticostéroïdes guidées par l'image

### **TRAITEMENT CHIRURGICAL**

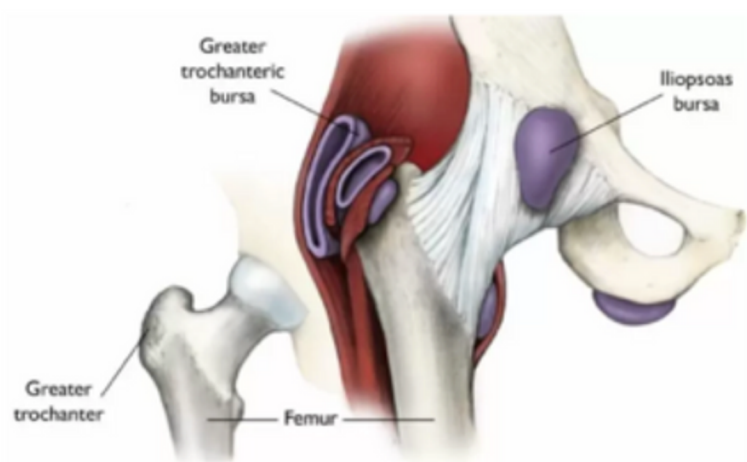
Ce traitement est rarement nécessaire car les traitements non chirurgicaux donnent souvent de bons résultats. Lorsque les symptômes persistent, une chirurgie arthroscopique, ouverte ou mini-invasive peut s'avérer nécessaire pour traiter les lésions des tendons affectés. Si la douleur du psoas est secondaire à une prothèse totale de la hanche, une ténotomie (relâchement) arthroscopique du psoas ou un repositionnement des composantes de la prothèse de la hanche peuvent être nécessaires.

### **À QUOI S'ATTENDRE APRÈS L'OPÉRATION**

La récupération après une chirurgie arthroscopique est généralement plus rapide qu'après une intervention ouverte et la reprise des activités est donc également plus facile. La reprise du sport dépendra également des résultats de l'opération, et des conseils seront donnés par le chirurgien spécialiste de la préservation de la hanche et le physiothérapeute.

Il peut y avoir des limitations de la mise en charge et des activités pendant les premiers stades de la convalescence, qui varient d'un chirurgien à l'autre et dépendent des résultats de l'opération et des techniques utilisées.

La physiothérapie peut commencer après l'opération, avec une progression graduelle de l'amplitude des mouvements, de la stabilité, de la force, de la mobilité et de la fonction sur une période pouvant aller jusqu'à six mois, selon l'intervention réalisée et les objectifs individuels.



### **DIAGNOSTIC**

Le diagnostic peut être difficile et long à confirmer. Il est essentiel d'éliminer les autres causes, car les symptômes peuvent imiter d'autres affections de la hanche et du bassin. L'imagerie constituera une part importante du processus de diagnostic, de même que l'utilisation d'injections diagnostiques utilisant un anesthésique local pour confirmer la localisation et, ainsi, la cause probable des symptômes. La radiographie, l'échographie et l'IRM sont souvent nécessaires.

**For further information about ISHA - The Hip Preservation Society, how to find an experienced hip preservation surgeon or physiotherapist, or to make a donation, visit [www.ishasoc.net](http://www.ishasoc.net). Charity registered in England and Wales, number 199165.**