

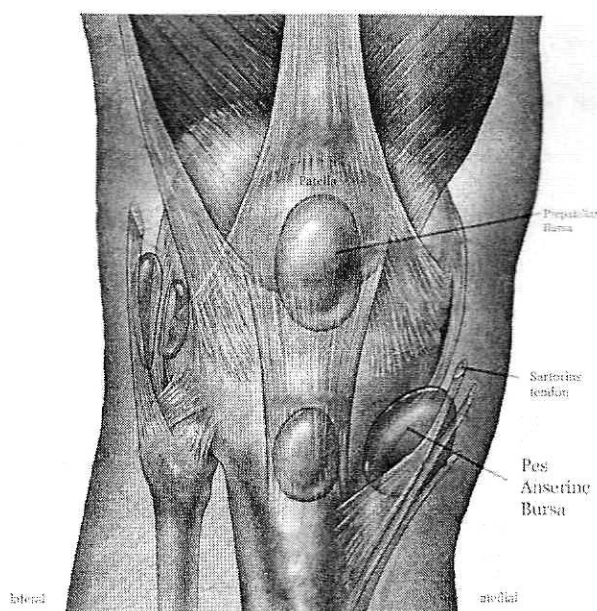
SYNDROME DE LA PATTE D'OIE OU BURSITE ANSÉRINE

Présenté par le Dr Aroussen Laflamme, Chiropraticien, CCSP ([Certified Chiropractic Sports physician](#))

Les problématiques de sur-utilisation du genou forment un groupe de conditions régulièrement diagnostiquées par les professionnels de la santé. Dans une chronique précédente, nous avons abordé l'aspect latéral du genou avec le syndrome de la bandelette ilio-tibiale. Cette fois nous nous attarderons sur une pathologie de l'aspect médial du genou qui est malheureusement sous-diagnostiquée; le syndrome de la patte d'oie. Une prise en charge optimale de cette pathologie est tributaire d'un diagnostic exact et précis. Pour ce faire, une connaissance étendue de l'anatomie et des pathologies touchant le genou est nécessaire. Le traitement varie selon que la condition est aiguë ou chronique.

ANATOMIE

Avant de d'aborder le syndrome de la patte d'oie (SPD), un bref rappel anatomique est de mise. La patte d'oie est constituée de l'attachement tendineux de trois muscles bi-articulaires (qui croisent deux articulations) de la cuisse. Ces muscles sont tendus de l'os du bassin jusqu'à l'aspect médial du tibia, nommé la patte d'oie. Ils croisent donc l'articulation de la hanche et du genou, deux articulations offrant une amplitude de mouvement généreuse. Rappelons que les muscles bi-articulaires sont plus sujets aux blessures que les muscles qui ne croisent qu'une articulation lors d'étirement actifs du muscle (le muscle travaille pour ralentir l'étirement du muscle).^{8,9} Les trois muscles en question sont le sartorius, le gracile et le semi-tendineux.¹



Sous la patte d'oie se trouve la bourse ansérine, un petit sac lubrifié localisé entre les tendons des trois muscles cités ci-dessus et l'aspect médial supérieur du tibia, tout près du tubercule tibial (la bosse sur la partie supérieure du tibia). Entre autre action, ce groupe musculaire participe à la flexion et à la rotation interne du genou. Normalement, la bourse n'est pas palpable. Son rôle est de diminuer la friction entre les tendons et l'os.

Le SPD est une condition assez commune chez les patients ou les athlètes se présentant avec des

Fig. 1. *Pes anserine bursa.*

douleurs au niveau de la partie antérieure du genou. Elle correspond à une inflammation de la bourse ansérine. Lorsque les ischio-jambiers sont tendus, ou lorsque la bourse subit un traumatisme direct, les cellules synoviales qui tapissent l'intérieur de la bourse secrètent plus de liquide. Ceci est la première étape menant au processus inflammatoire communément appelé bursite.²

ÉTIOLOGIE

La principale cause du SPD est une tension trop importante des muscles de la patte d'oie. Cette tension engendrerait une pression exagérée sur la bourse qui résulterait en l'irritation de cette dernière. Une sur-utilisation de l'articulation peut aussi en être la cause.⁵ Toute perte de la biomécanique normale entre le bassin, la hanche et le genou peut déclencher le problème.

Qu'est-ce que cela représente pour le cycliste? Simplement que toute condition mettant un stress indu sur l'un des trois muscles de la patte d'oie est à éliminer. En termes de positionnement, l'alignement des cales vers l'extérieur est à proscrire, tout comme une selle trop haute qui étire les muscles ischios-jambiers. Une sur-utilisation du sartorius peut apparaître chez quelqu'un qui pédale les genoux vers l'extérieur ou qui tire trop sur les pédales. Le gracile est rarement en cause chez le cycliste.

Un traumatisme direct sur la bourse, la présence du syndrome d'Osgood-Schlatter, des plica supra-patellaires et une ostéoarthrite du genou peuvent constituer des facteurs de risque de l'apparition de ce syndrome. De plus, les personnes ayant des pieds plats valgus, et par le fait même une hyperpronation du pied, sont plus à risque notamment s'ils sont des adeptes de la course à pieds.³

Épidémiologie et fréquence

Le SPD est souvent observée chez les individus d'âge moyen et chez les femmes avec une surcharge pondérale ou encore chez les jeunes femmes sportive.⁵ Cette prévalence chez les femmes peut s'expliquer par un bassin plus large qui modifie l'angle entre le genou et le tibia (angle Q). La prévalence augmente entre après 50 ans en associée à ation avec l'arthrose du genou.

La littérature révèle que cette pathologie est sous-diagnostiquée et est présente chez 2,5% des étude d'IRM du genou.^{3,6} Selon Glencross et al., les bursites de tous types représentent 0.4% des visites chez un professionnel de premier contact. Il ajoute que cette proportion peut atteindre 10% chez les coureurs.⁵

De plus, le SPD est fréquemment observé en association avec d'autres pathologies. Ainsi, 91% des femmes diabétiques en sont atteintes, contre 9% des hommes.⁵ Dans un rapport clinique, 41 des 68 patients diagnostiqués avec de l'arthrose du genou présentent en fait un SPD.⁵

L'histoire de cas révèle parfois une histoire d'activités sportives intenses. Les activités à risques incluent des mouvements latéraux ou de croisement des jambes (basket-ball, soccer, sports de raquette).

L'incidence du SPD est plus élevée parmi les représentants des groupes suivants :

- Chez les sportifs : joueurs de tennis, sauteurs, footballeurs. Les cyclistes n'y échappent pas toutefois, notamment en présence de mauvais positionnement.
- Chez la femme après la ménopause, surtout en présence de surplus de poids. Elle peut survenir isolément ou en association avec une arthrose du genou.
- Chez les personnes présentant de l'arthrose du genou.⁷

Signes et symptômes

La condition se manifeste par une douleur siégeant à la face supéro-médiale du tibia correspondant à l'emplacement de l'insertion tendineuse. Des irradiations sont souvent perçues à l'aspect médial de la jambe ou de la cuisse. Elle survient surtout pendant l'exercice physique ainsi qu'à la montée ou la descente des escaliers et peut se faire sentir la nuit. La douleur est suscitée par la pression de l'insertion tendineuse, où l'on retrouve parfois une légère tuméfaction (bleue) locale.

Les signes et symptômes les plus fréquemment observés sont :

- Une sensibilité et une douleur focale à environ 6 cm sous l'articulation du côté médiale du genou
- Parfois un engourdissement en dessous de la patella.
- Une augmentation de la douleur lors d'exercice.
- L'absence d'œdème ou d'effusion au niveau de l'articulation.
- Présence d'inflammation locale

Examen radiologique

La prise de radiographies, est de mise pour éliminer les conditions telles que la fracture de stress, l'arthrose du genou et une ostéochondrite disséquante. Ces conditions peuvent induire une tension au niveau des muscles de la patte d'oie et conséquemment une irritation de sa bourse.³

L'utilisation de la résonance magnétique est un outil diagnostique intéressant pour cette condition. Son utilisation permettrait de diminuer le nombre de cas faussement diagnostiqués comme une lésion méniscale et ainsi réduire les chirurgies exploratrices inutiles. Toutefois son utilisation est limitée au Québec pour ce type de condition.

Traitement

En présence d'un athlète atteint du SDP, le clinicien doit porter une attention particulière aux méthodes d'entraînement et à l'altération de la démarche.⁷ Le point le plus important est de limiter les tensions au niveau des muscles de la patte d'oie afin de permettre la résorption de l'inflammation et d'empêcher sa récurrence. Pour ce faire, une réduction des activités et une modification des habitudes d'entraînement est primordiale.

D'autres modalités de traitements sont à conseiller tel que ^{3,4,7}

- L'application de glace à des intervalles réguliers 3 à 4 fois/jour, pour 12 minutes.
- Des thérapies musculaires et tendineuses afin de relâcher les adhérences et promouvoir un alignement idéal des fibres de collagène
- Des anti-inflammatoires (aspirine ou ibuprofène), toutefois la médication orale peut ne pas se concentrer suffisamment dans cette bourse isolée
- Des ajustements du genou ou de la hanche en présence de restrictions de mouvements articulaires.
- Éviter les squats et les pressions directes sur la bourse (mettre un oreiller entre les jambes la nuit)
- Éviter de croiser les jambes
- Limiter les flexions répétées des genoux
- Injection de cortisone après 6-8 semaines de traitements infructueux.

Réhabilitation en phase aiguë :

Le patient présentant le syndrome de la patte d'oie doit idéalement suivre un programme d'exercice qui va lui permettre d'étirer les ischio-jambiers tout en renforçant les quadriceps. Il est important d'étirer souvent les ischio-jambiers durant la journée. Il est également utile de faire un massage de glace sur la région douloureuse quelques fois par jour. En 6 à 8 semaines, si le programme est suivi de façon rigoureuse et que les troubles biomécaniques sont réglés, la douleur devrait être totalement disparue.

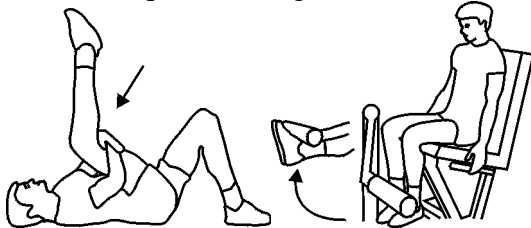


Figure 2 : Exercices d'étirement et de renforcement des muscles de la cuisse.

Réhabilitation en phase de recouvrement:

Même si la douleur n'est plus présente, la poursuite du programme d'exercice est recommandée. Le retour au niveau d'activités physique pré-blessure doit se faire progressivement en respectant la règle du 10% par semaines. En simultanée, le renforcement en extension du quadriceps dans les 5 à 20 derniers degrés d'extension est réalisé.

Après avoir regagné une amplitude de mouvement complète et sans douleur ainsi qu'une force musculaire d'au moins 90%, il est conseillé d'améliorer l'endurance musculaire. Le recouvrement de la stabilité de l'articulation est important et peut être réalisé par des sauts latéraux ou des courses en huit dans le cadre d'un programme de réhabilitation spécifique.

Réhabilitation en phase de maintenance:

En phase de maintenance le patient est encouragé à continuer son programme d'étirement et de renforcement.

La SPD est une condition généralement auto-limitante. Des complications sont possibles si le patient persiste dans la douleur et omet de régler la source du syndrome. Dans la plupart des cas, un soulagement complet est obtenu dans une période de temps relativement courte. Il faut toutefois se méfier des erreurs diagnostiques, car cette condition est particulièrement mal reconnue.

Références

- 1- Valley VT, Shermer CD « Use of musculoskeletal ultrasonography in the diagnosis of pes anserine tendinitis : a case report » *J Emergency Med* 2001; 20(1); 43-5
- 2- Uson J, Aguado P, Bernad M, Moyordomo L, Naredo E, Balsa A, Martin-Mola E. « Pes anserinus tendino-bursitis: what are we talking about ? » *Scand J Rheumatol* 2000; 29: 184-9
- 3- LaPrade RF, Flinn SD. « Pes anserine bursitis » [www.emedicine.com]
- 4- Gnanadesigan N, smith RL. « Knee pain: osteoarthritis or anserine bursitis » *JAMDA* 2003; 5: 164-6
- 5- Glencross M, Little JP. « Pes anserine bursitis » *eMedicine J* 2001
- 6- Rennie WJ, Saifuddin A. Pes anserine bursitis: incidence in symptomatic knees and clinical presentation. *Skeletal Radiol.* 2005 Jul;34(7):395-8.
- 7- Bruce C Anderson. Knee bursitis UpToDate, 2006
- 8- Thelen DG, Chumanov ES, Sherry MA, Heiderscheit BC. Neuromusculoskeletal Models Provide Insights into the Mechanisms and Rehabilitation of Hamstring Strains. *Exerc Sport Sci Rev.* 2006;34(3):135-41.
- 9- Petersen J, Hölmich P. Evidence based prevention of hamstring injuries in sport. *Br J Sports Med.* 2005 Jun;39(6):319-23.