

Programme
3^e Congrès National
de la SOFMMOO

(Société Française de Médecine Manuelle
Orthopédique et Ostéopathique)

Domaine des Portes de Sologne - ORLÉANS

Hanche et Médecine
Manuelle Ostéopathie
(M.M.O.)

Vendredi 23 Mai 2008



M.M.O. et Ostéoporose
M.M.O. et Sport
Ateliers pratiques de M.M.O.

Samedi 24 Mai 2008



23 & 24 Mai
2008



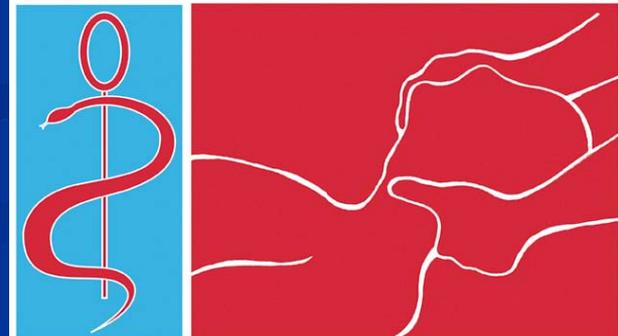
<http://www.sofmmoo.com>



**CONFLIT DU LABRUM ACETABULAIRE
(bouffret cotyloïdien) TRAITE EN
THERAPIE MANUELLE PAR LA
CEINTURE PELVIENNE
Docteur Jean-Marie SOULIER**

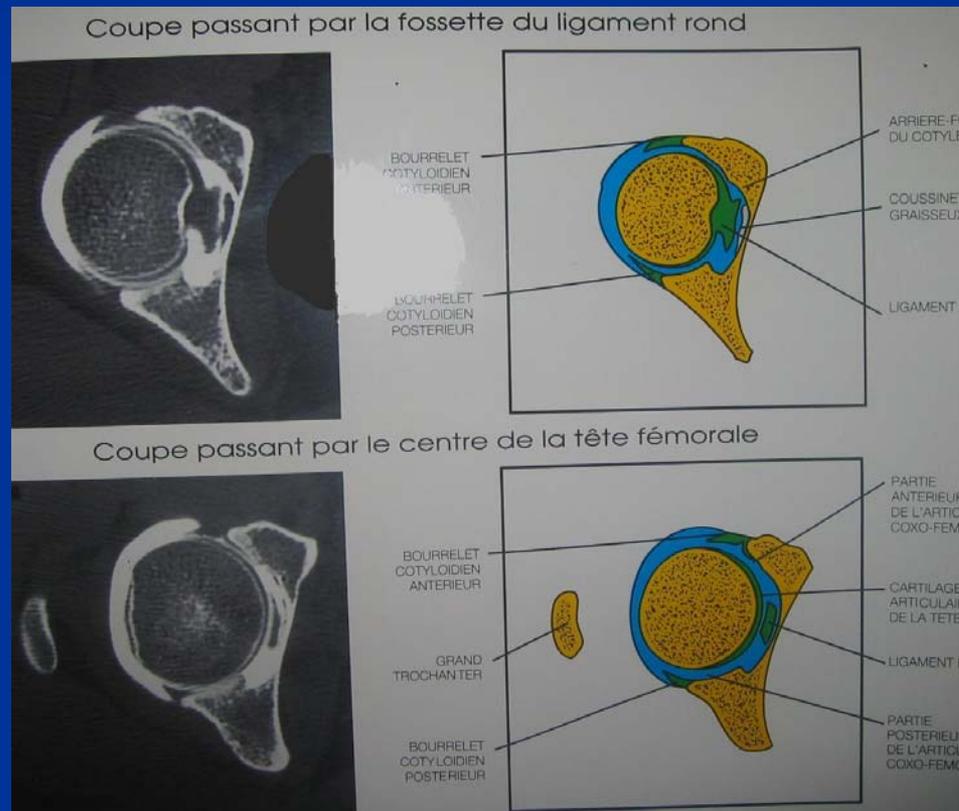
**Cabinet médical Spécialiste MMO-MPR,
4 rue Goscinny, 34130 SAINT-AUNES
Tel : 04 67 87 11 17 / fax : 04 67 87 25 20
Email : jean-marie.soulier@wanadoo.fr**

Docteur Jean-Marie SOULIER



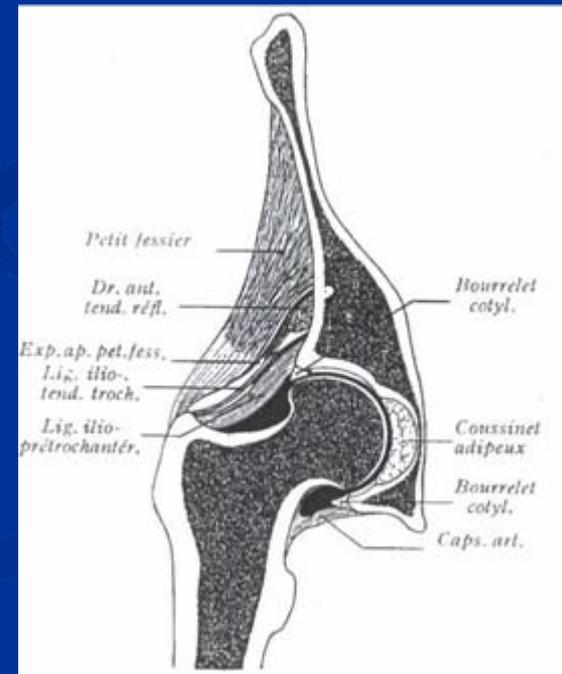
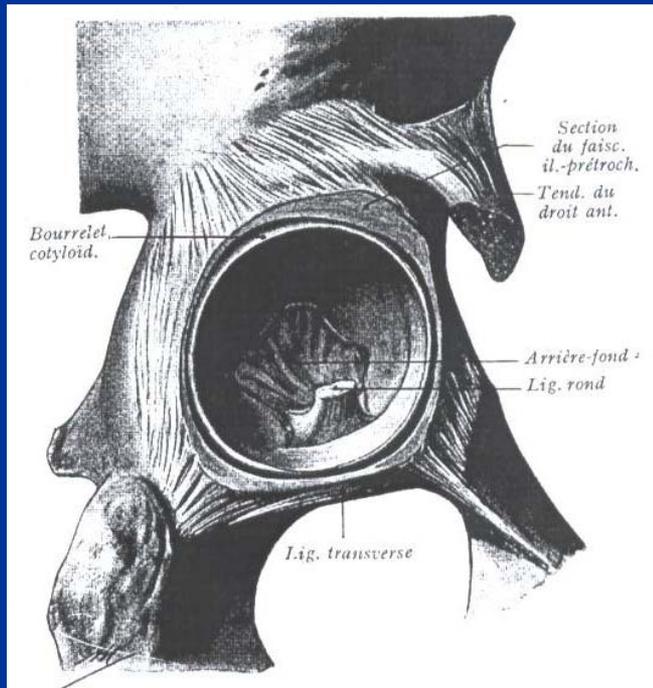
Rappel Anatomique : La coxo fémorale

- La tête du fémur : 2/3 de sphère recouverte de cartilage (excepté le ligament rond)
- Le cotyle : sa surface cartilagineuse est une **BANDE CARTILAGINEUSE** stabilisée par le système de joint souple étanche périphérique.



Rappel Anatomique : Le labrum normal

- Prisme triangulaire incurvé en forme d'anneau qui passe en pont au dessus de l'échancrure ischio-pubienne.



BILAN DU CONFLIT

- Interrogatoire : recherche un trauma de hanche (grand écart), sports à risque, danse, sports de combats.
- Douleur mécanique : irradiations inguinales, trochantériennes fessières, crurales.

Gêne fonctionnelle : de très modérée à totale.

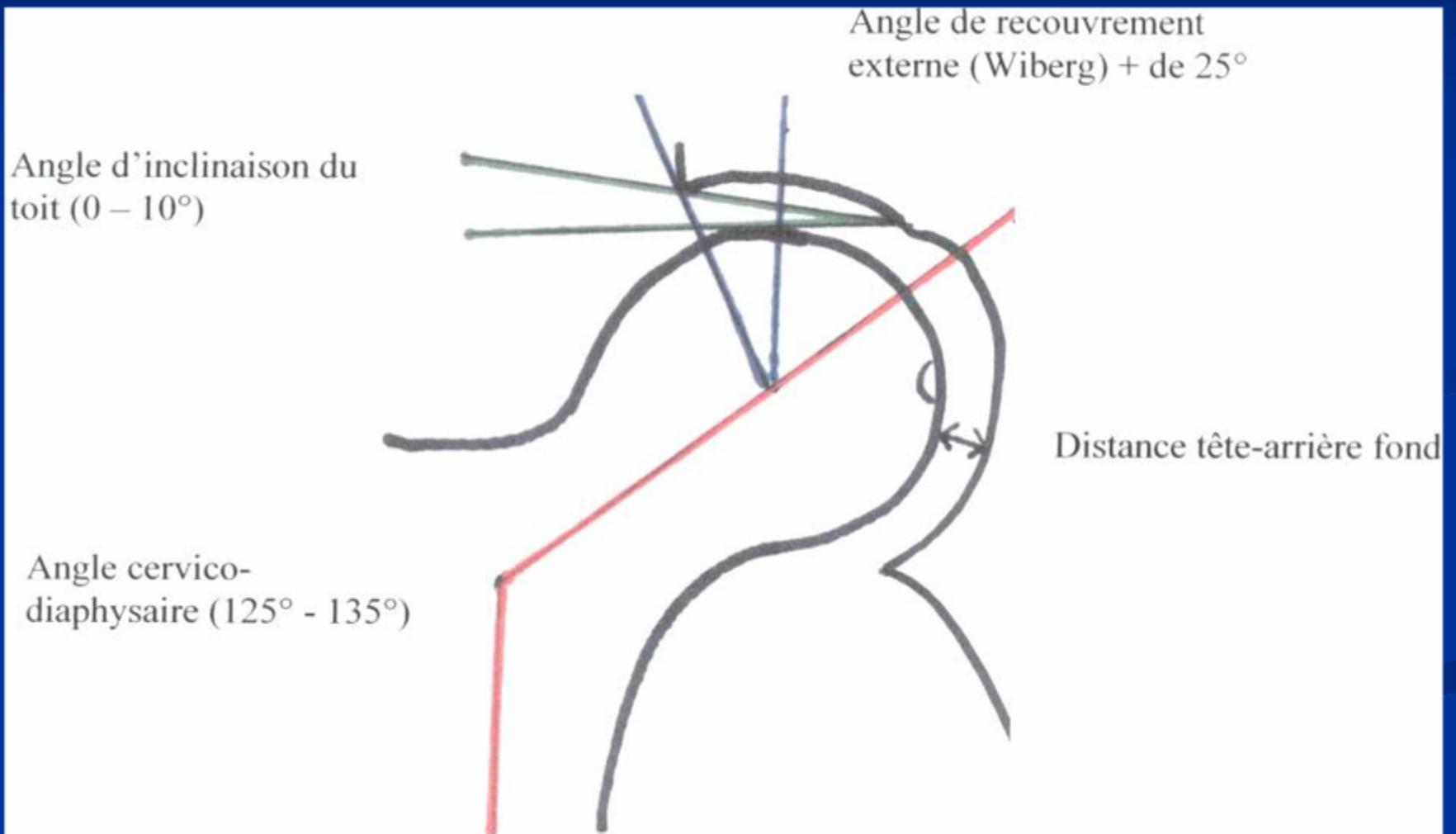
Parfois craquements, pseudo blocages.

Bilans Complémentaires

- Arthroscanner, Arthro-IRM



Schéma des angles



Bilan radiologique : la coxométrie de la hanche normale dans le plan frontal.

- angle cervico-diaphysaire 125° - 135° .
- angle de recouvrement extérieur (Wiberg) : 25° minimum
- angle d'inclinaison du toit : 0° à 10°
- distance tête-arrière fond : de 7 mm

Bilan radiologique : la coxométrie des hanches à tendance dysplasique.

HANCHE	Expulsive	Protrusive
Angle cervico-diaphysaire	Valga $>135^\circ$	Vara $<125^\circ$
Angle de recouvrement extérieur (WIBERG)	- de 25°	
Angle d'inclinaison du toit	+ de 10°	$0^\circ <$
Distance tête-arrière fond	>10 mm	<5 mm

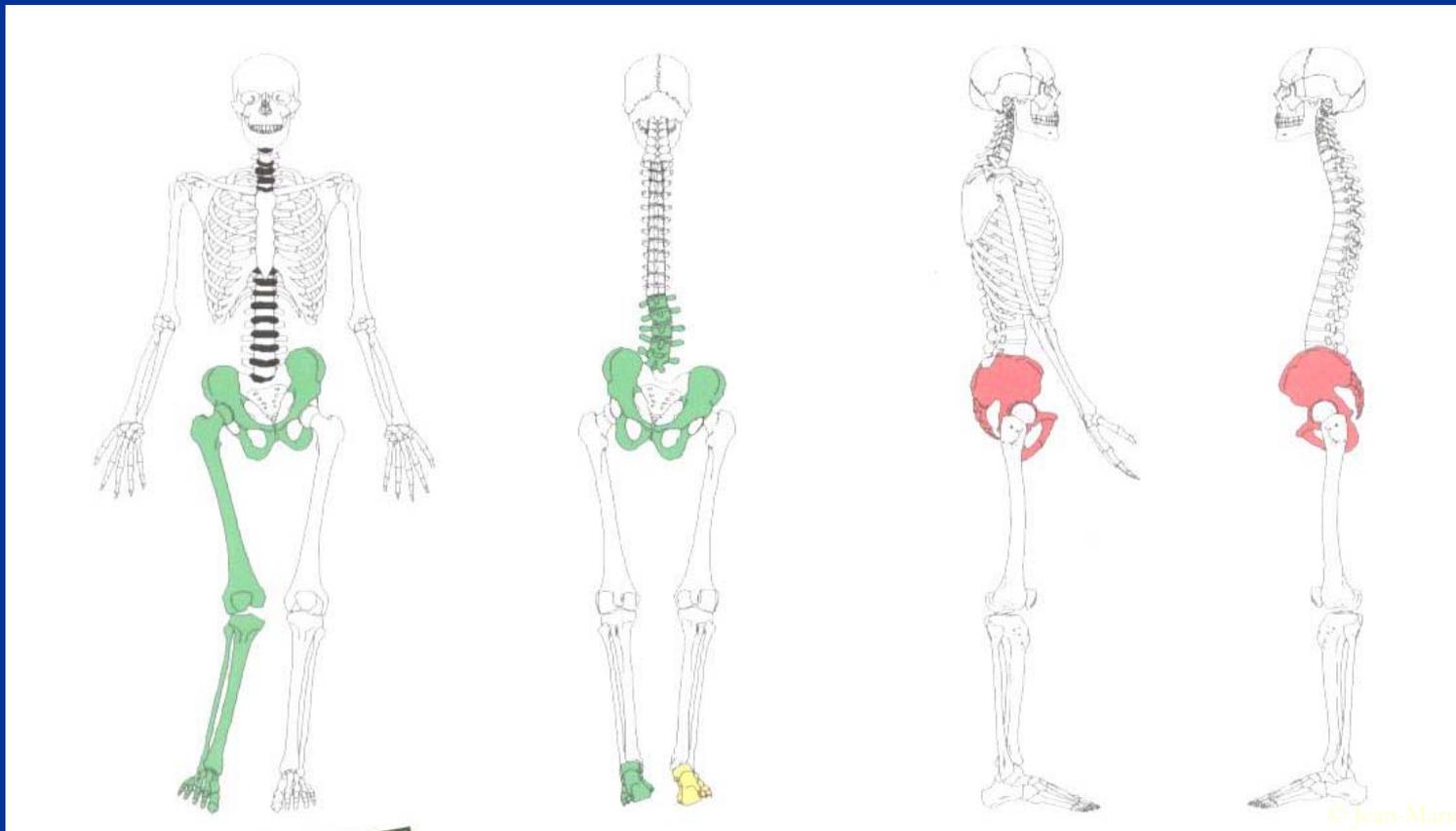
- La bascule pelvienne dans le plan frontal.

côté bas = protrusive, côté gauche = expulsive

- Cliché faux profil (faux plan sagittal) : «angle de recouvrement» normal = 25°

postéro bascule = diminue l'angle de recouvrement

Anté version = augmente l'angle de recouvrement



Diagnostic différentiel radiculaire et tronculaire

- obturateur
- crural
- sciatique
- méralgie

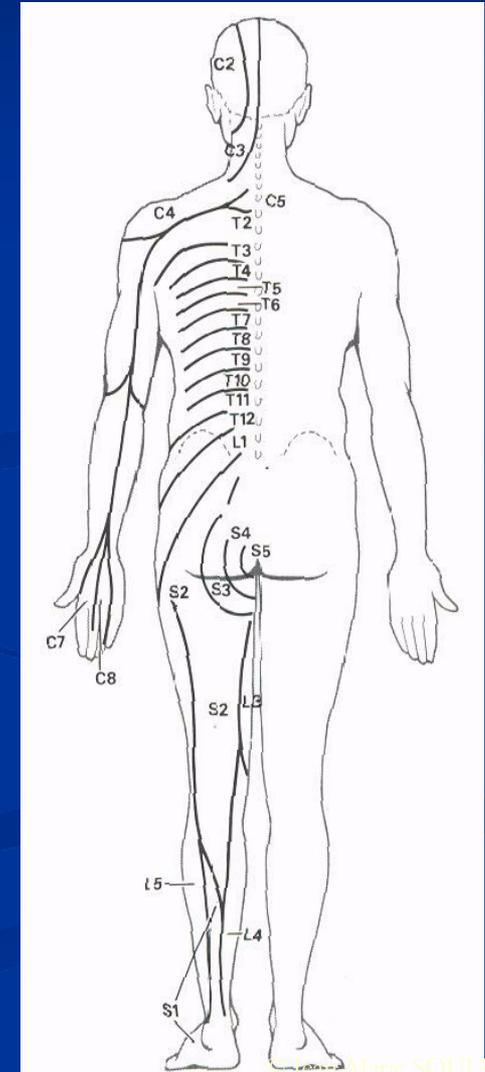
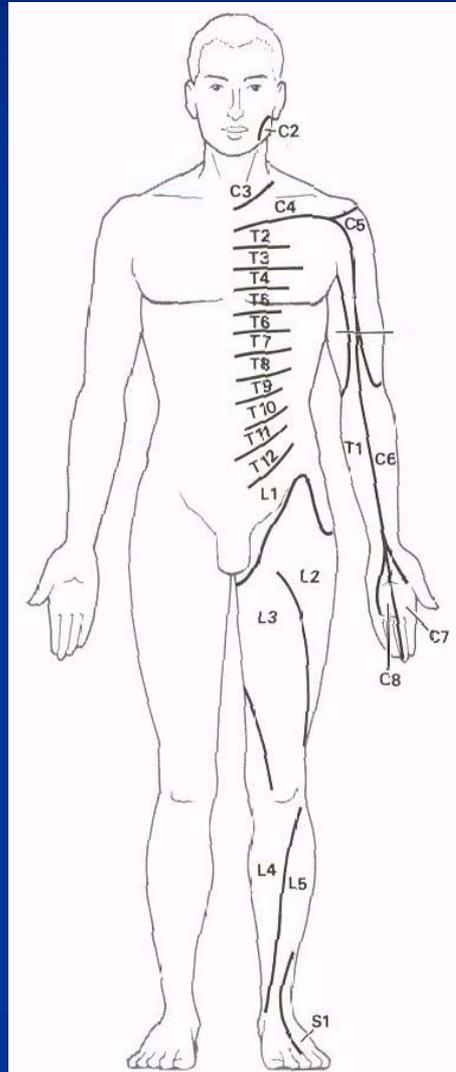
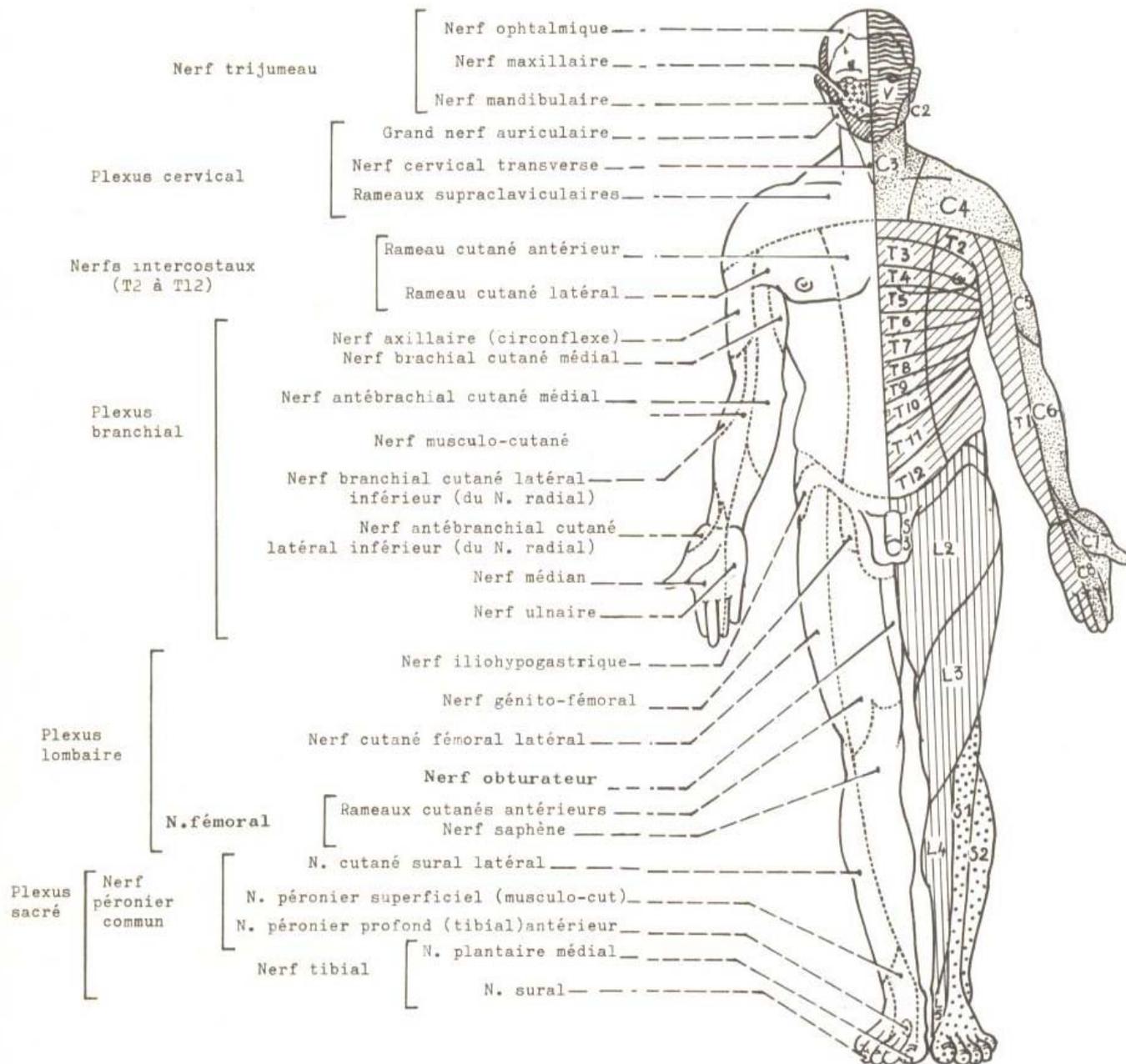
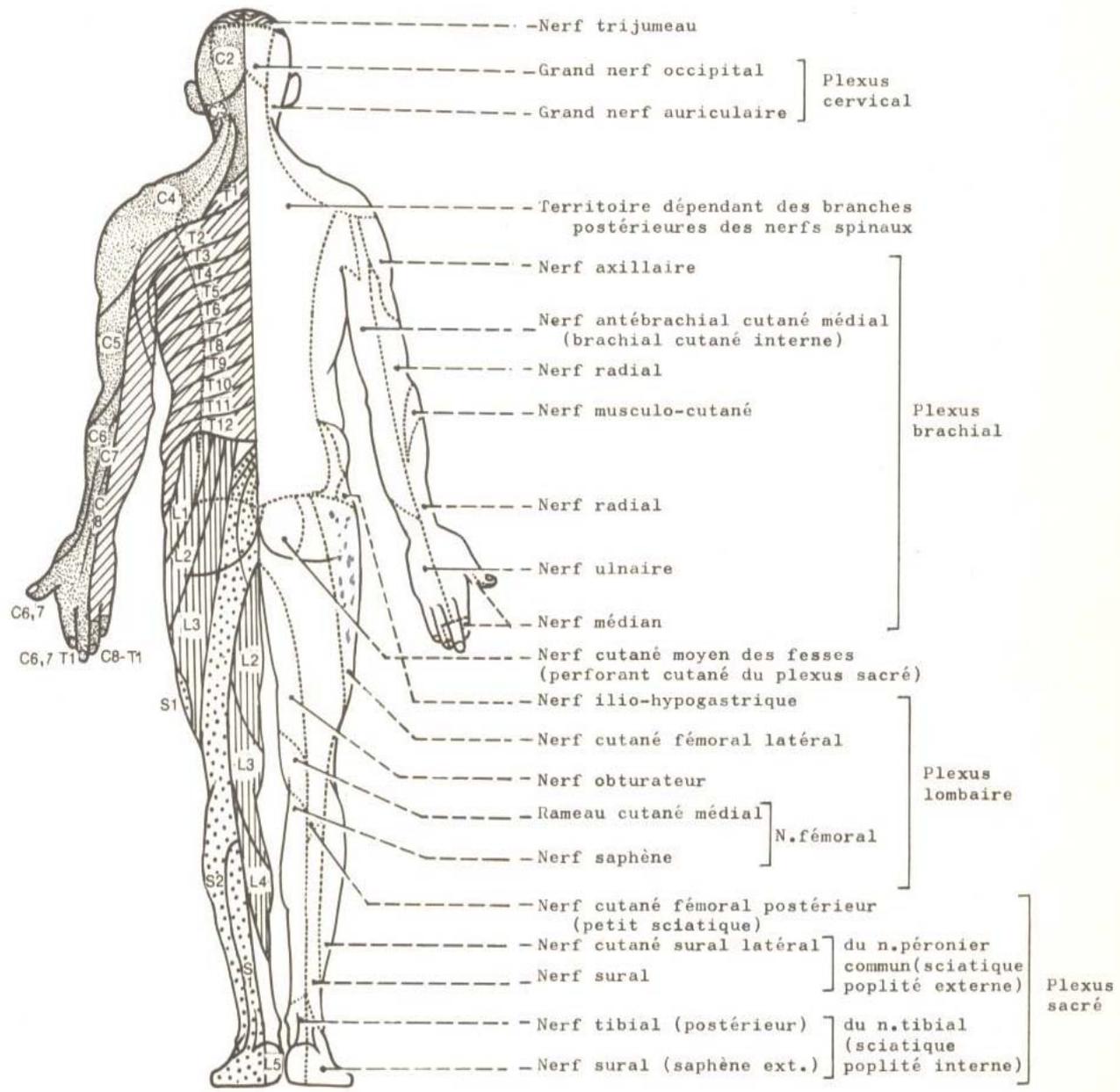


Schéma des dermatomes





Bilan du «Conflit Fémoro-labro-acétabulaire»

=

Celui en traumatologie du sport du «Conflit gléno-huméral»

- principe du « Roulement-Glisement»

- bilan de «Fin d'amplitude» avec arrêt dur ou amorti.

Premier Conflit « LABRAL ANTERO-SUPERIEUR »

Bilan 1 : recherche d'une flexion limitée



Technique 1 :

Premier temps : étirement cranio-caudal



Deuxième temps : pression antéro-postérieur



Le bilan de contrôle en fin de traitement permet de suivre l'évolution du gain de flexion.

Deuxième conflit «LABRAL EXTERNE» ou «FEMORO-LABRO-ACETABULAIRE EXTERNE»

NB : décrit par les arthroscopistes

Souvent couplé avec une HANCHE dite « EXPULSIVE » (coxa Valga $>135^\circ$ et recouvrement $<25^\circ$)

Bilan 2 : recherche d'une abduction limitée



Technique 2 :

Premier temps : étirement cranio-caudal

Deuxième temps : poussée en dedans et vers la tête du patient dans l'axe du col fémoral.

Le bilan de contrôle permet de suivre l'évolution du gain de l'abduction.



Troisième conflit «LABRAL ANTERO-INTERNE» ou «CONFLIT FEMORO-LABRO-ACETABULAIRE ANTERO-INTERNE»

NB : il est symétrique en rotation interne du conflit gléno-huméral postéro supérieur en rotation externe au membre supérieur.

Bilan 3 : recherche d'une rotation interne limitée



Technique 3 : gagner l'amplitude de la rotation interne.



Le bilan de contrôle permet de suivre l'évolution du gain en rotation interne.

Quatrième conflit : «LABRAL MULTIDIRECTIONNEL» ou «FEMORO-LABRO-ACETABULAIRE MULTI DIRECTIONNEL»

Souvent couplé à une HANCHE PROTRUSIVE (coxa vara $<125^\circ$).

Bilan 4 : recherche d'une limitation de la flexion-adduction



Technique 4 :

Premier temps : dégagement par étirement axial



Deuxième temps : étirement transversal médio-latéral + simultanément mini vibrations.



Le bilan de contrôle permet de constater le gain d'amplitude «Multidirectionnel» et spécifiquement en Flexion-Adduction.

En cas de persistance d'une limitation d'amplitude de fin de course :

- a) essai d'inversion de technique : conflit fémoro-labro-acétabulaire externe (expulsive)/fémoro-labro-acétabulaire multidirectionnel (protrusif).

- b) bilan des sacro-iliaques : technique en deux temps SIA(sacro iliaque antérieur) ou SIP (sacro iliaque postérieur).

- c) nouveau bilan du rachis : recherche d'un DIM

- d) bilan de la ceinture pelvienne et des articulations sous jacentes –
Genou – Cheville.

Conclusion

- les lésions vraies du labrum sont rares.
- les pathologies de «conflit» fémoro-labro-acétabulaire sont fréquentes.
- l'imagerie par la coxométrie permet de prévoir le surmenage sélectif soit supéro externe (expulsive) soit multidirectionnel (protrusive).
- le traitement complet inclut la ceinture pelvienne.

- les TNF (techniques non forcées) trouvent ici une indication privilégiées.

- la chirurgie doit rester exceptionnelle

Conflit labral antéro-supérieur

**Nous vous remercions de votre
attention**



**Cabinet médical Spécialiste MMO-MPR,
4 rue Goscinny, 34130 SAINT-AUNES
Tel : 04 67 87 11 17 / fax : 04 67 87 25 20
Email : jean-marie.soulier@wanadoo.fr**

Docteur Jean-Marie SOULIER

