

Echographie et Ceinture Pelvienne

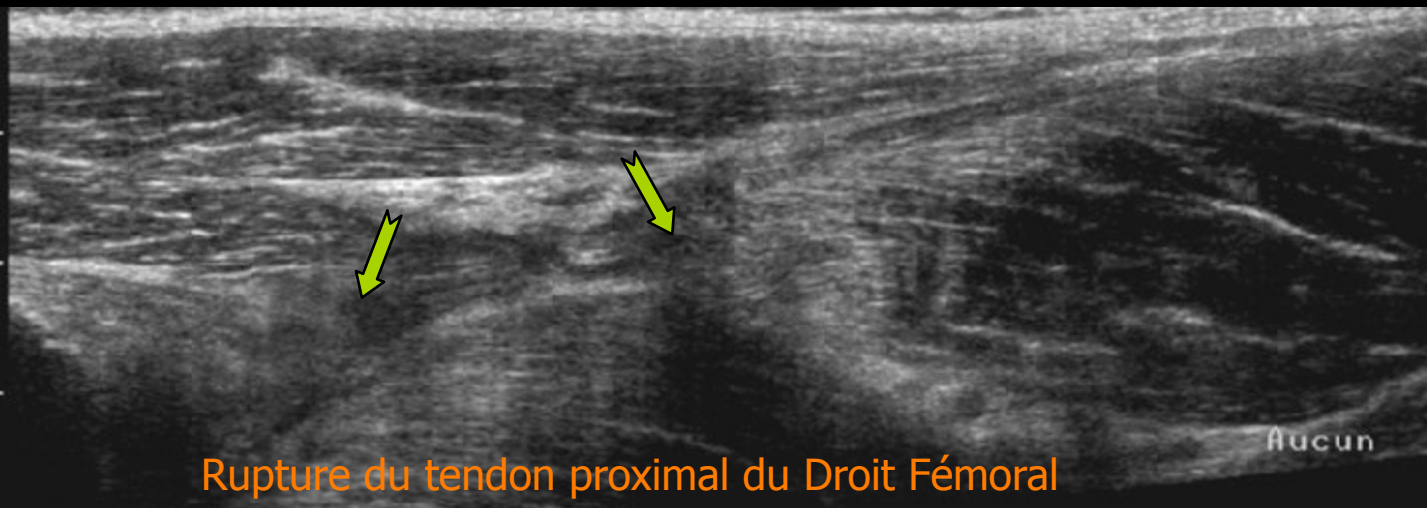


**Centre d'imagerie ostéo-articulaire
Clinique du sport de Mérignac**

Philippe MEYER
avril 2005

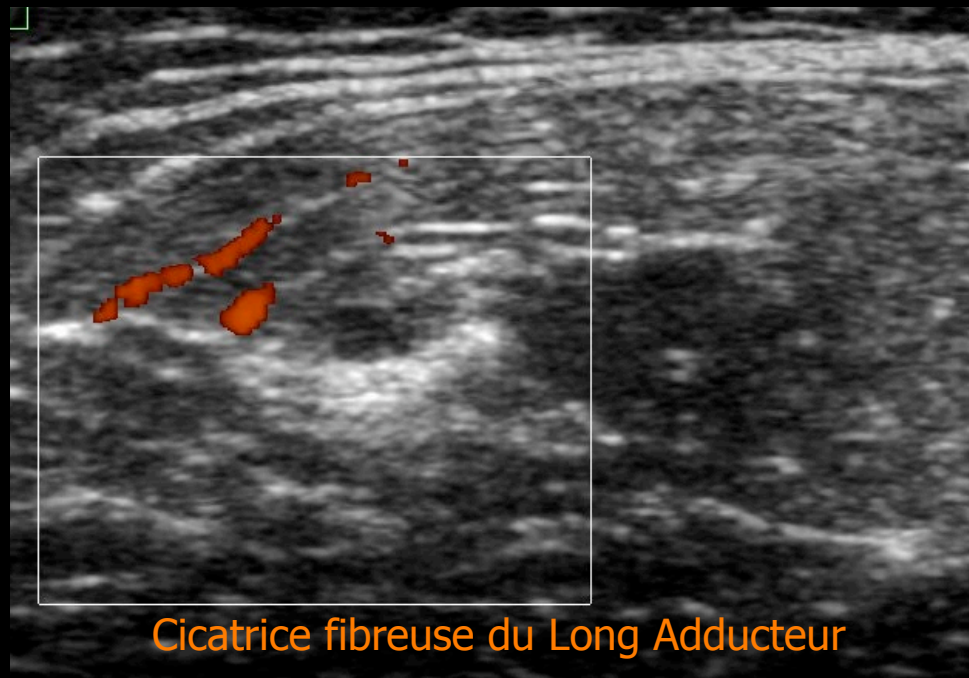
Echographie et Ceinture Pelvienne

- En complément du bilan radiographique
- Bilatérale et comparative
- Difficulté du fait de la profondeur des structures à étudier
 - Sonde de 7,5 et 10 Mhz
 - Adapter la focale
 - Compression modérée (doppler)



Echographie et Ceinture Pelvienne

- Tendinobursites trochantériennes.
- Ressauts de Hanche
- Pathologie Proximale des Adducteurs.



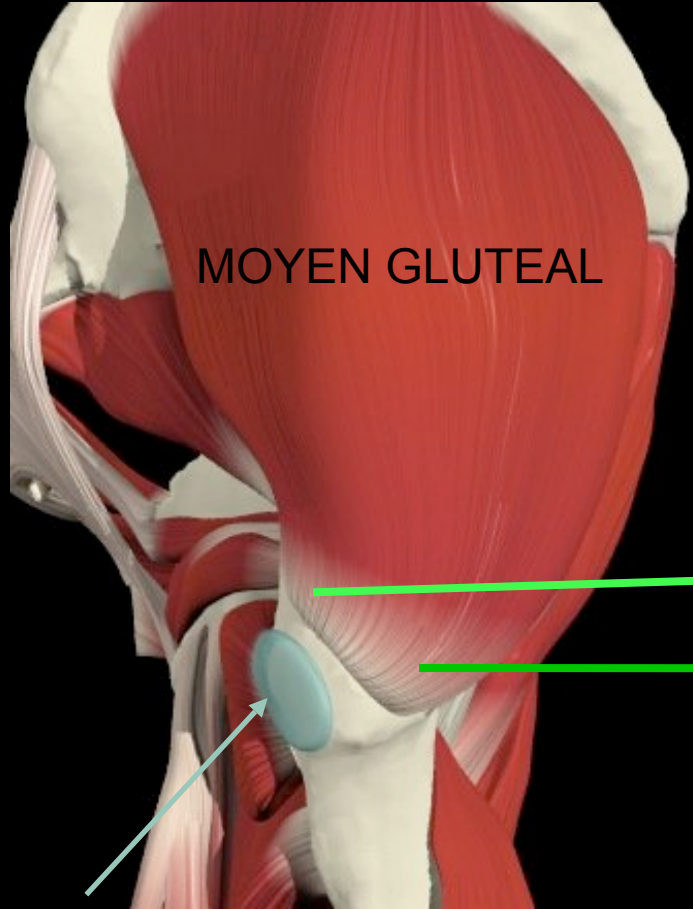
Tendinobursites Péritrochantériennes



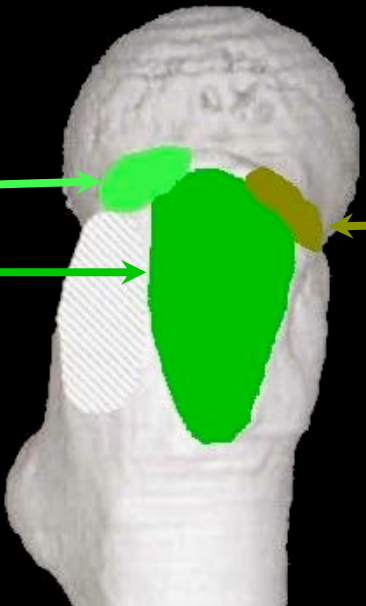
Tendinobursites Péritrochantériennes

- = Atteinte de l'enthèse du moyen et/ou du petit glutéal
- Fréquentes, 90 % de ♀, entre 40 et 65 ans.
- Douleur progressive, partie postérieure et supérieure du grand trochanter.
- Marche en terrain irrégulier.
- Lors du décubitus latéral du côté douloureux

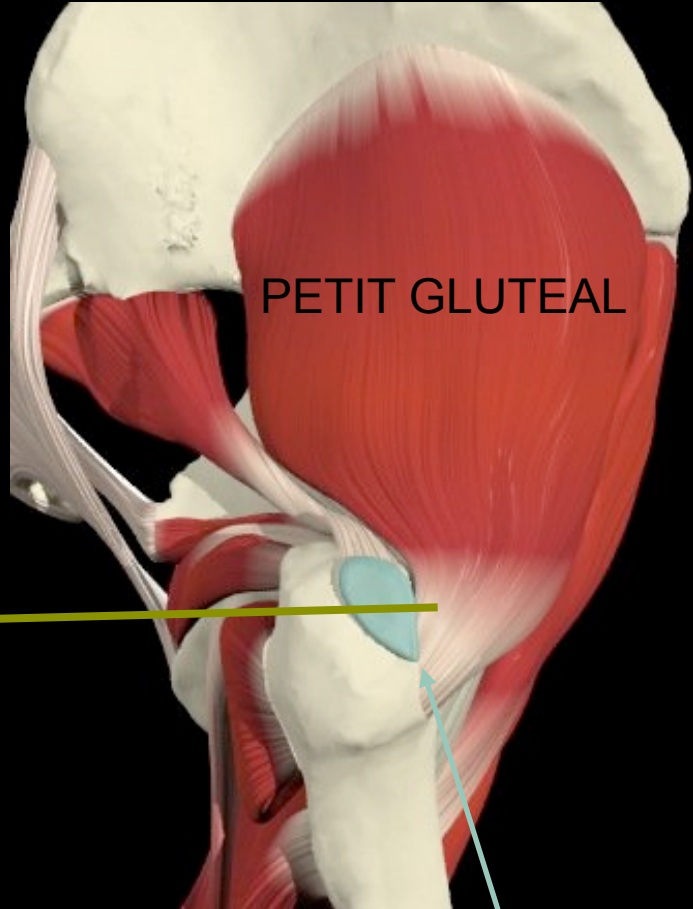
Tendinobursites Pérित्रochantériennes



Postérieur



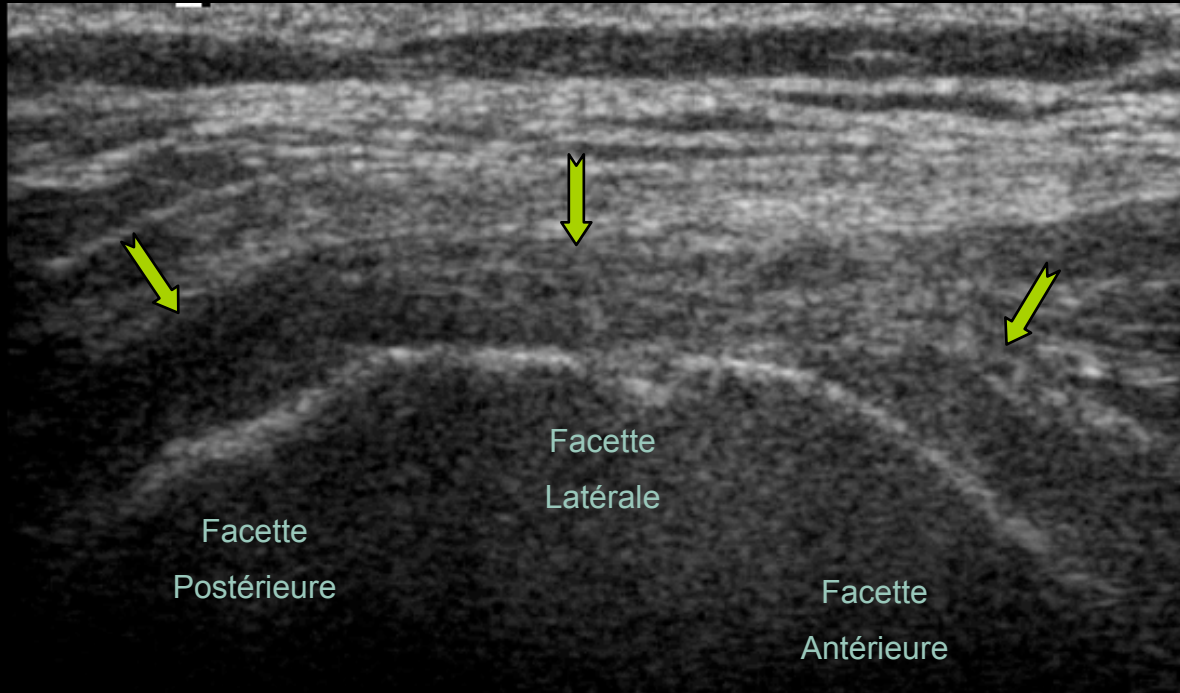
VUE LATÉRALE



Antérieur

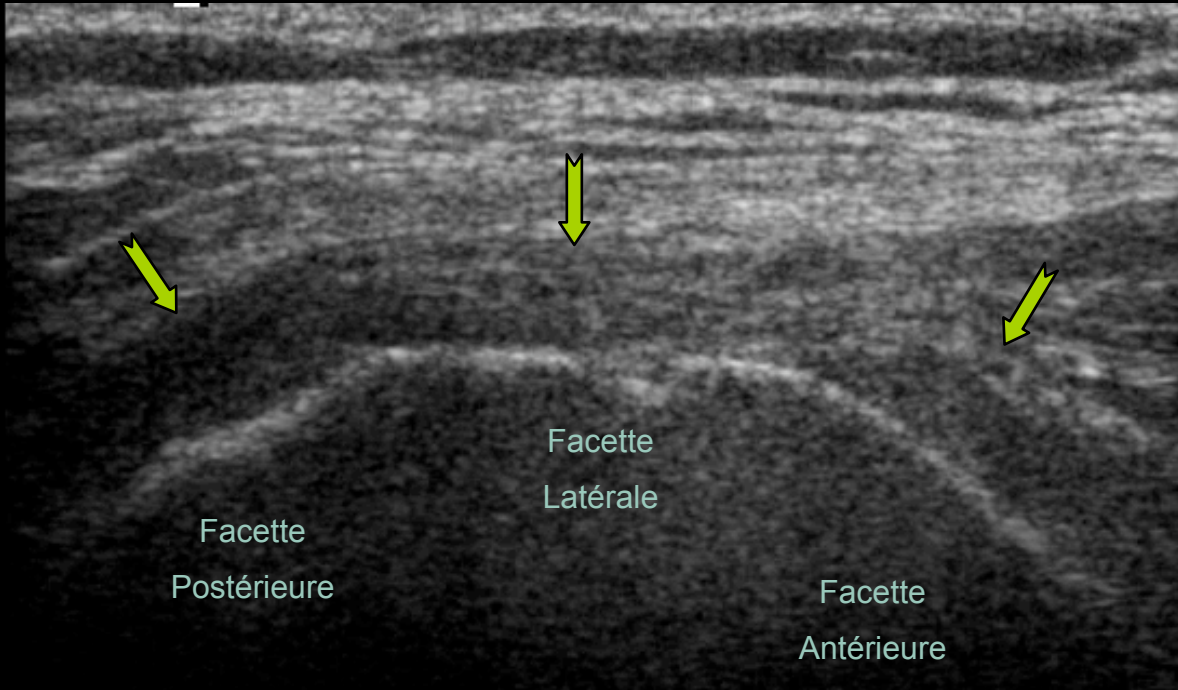
Tendinobursites Péritrochantériennes

- Echographie comparative en décubitus dorsal et rotation interne.

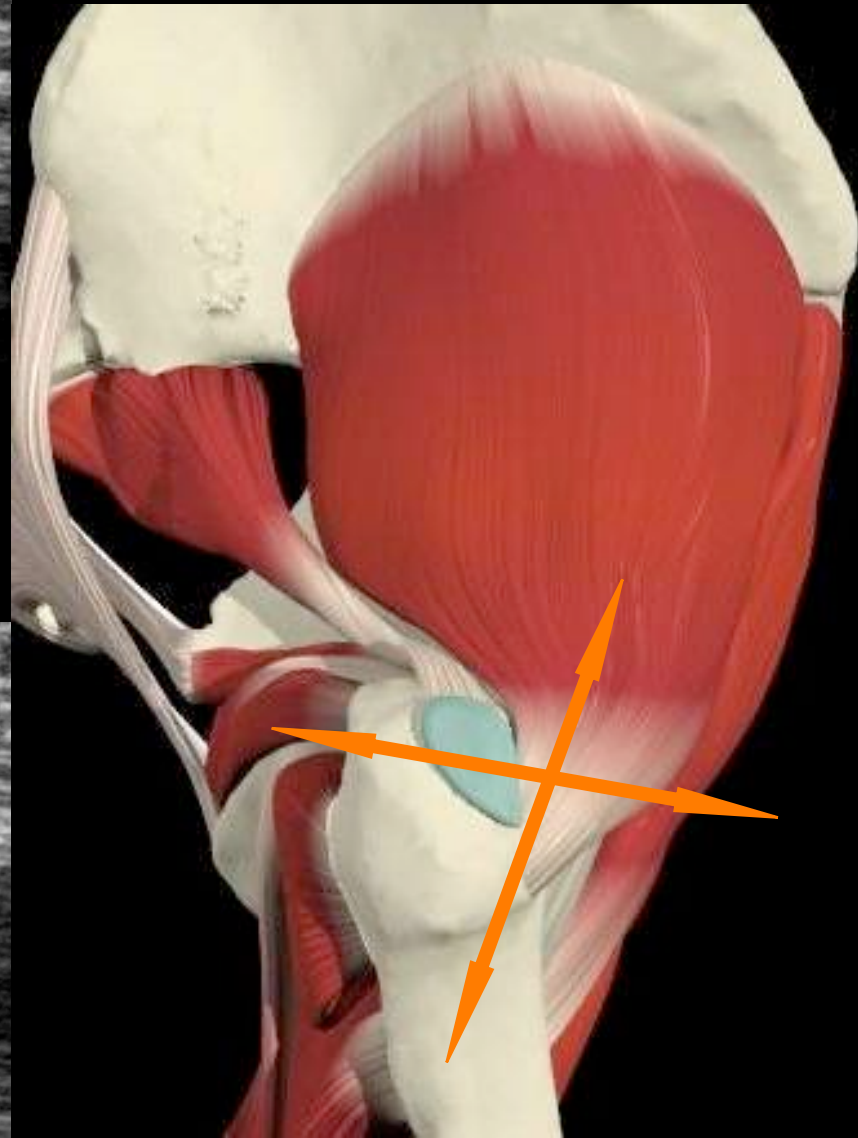
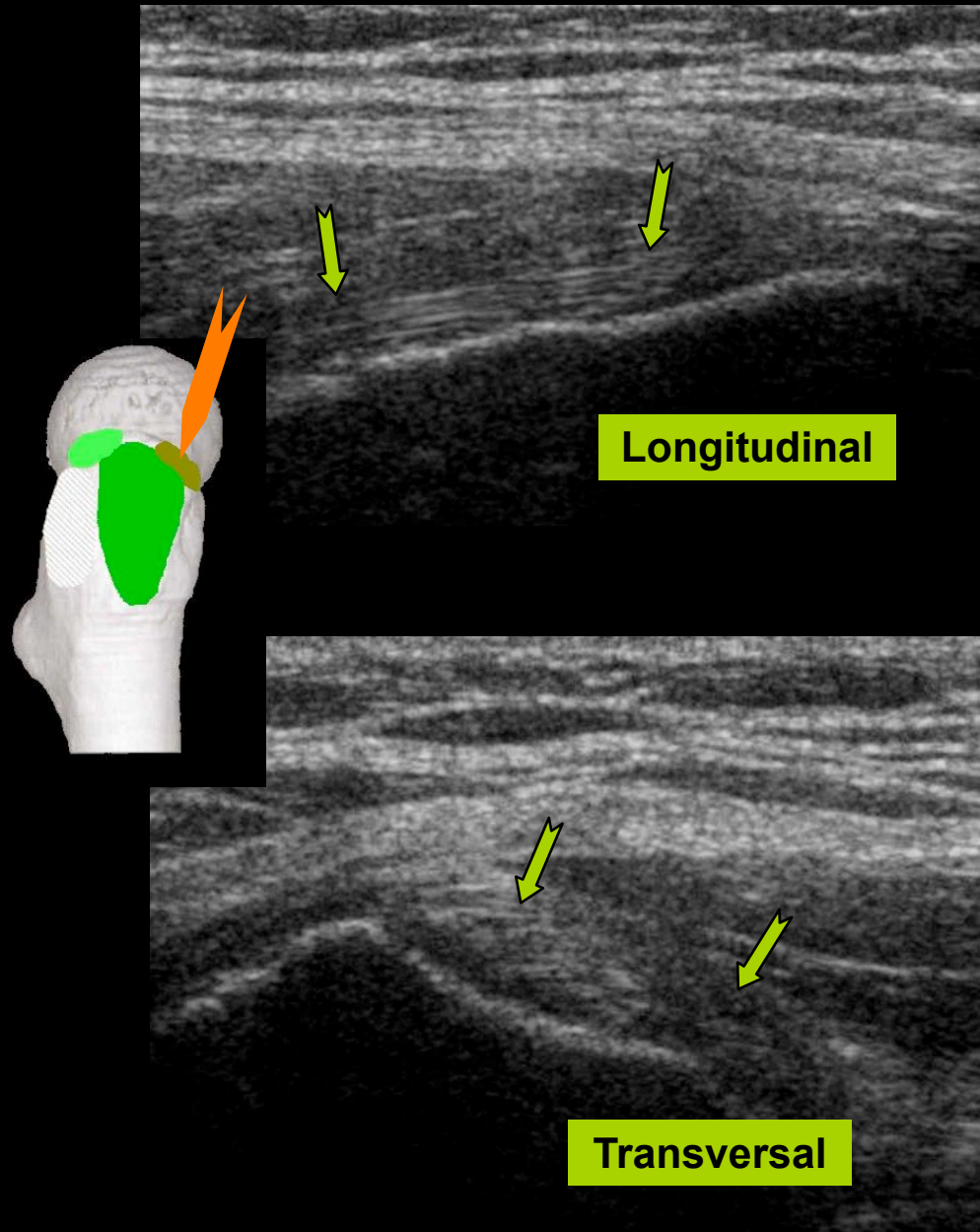


Tendinobursites Péritrochantériennes

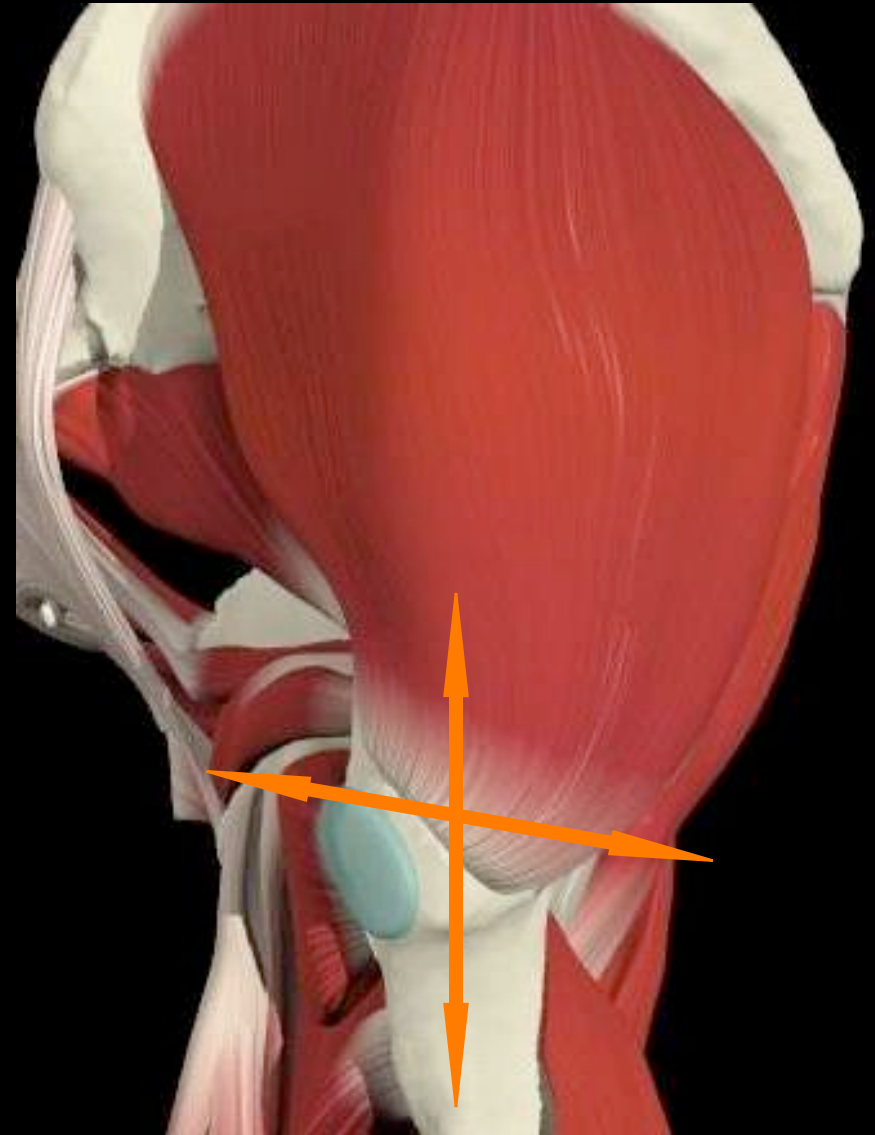
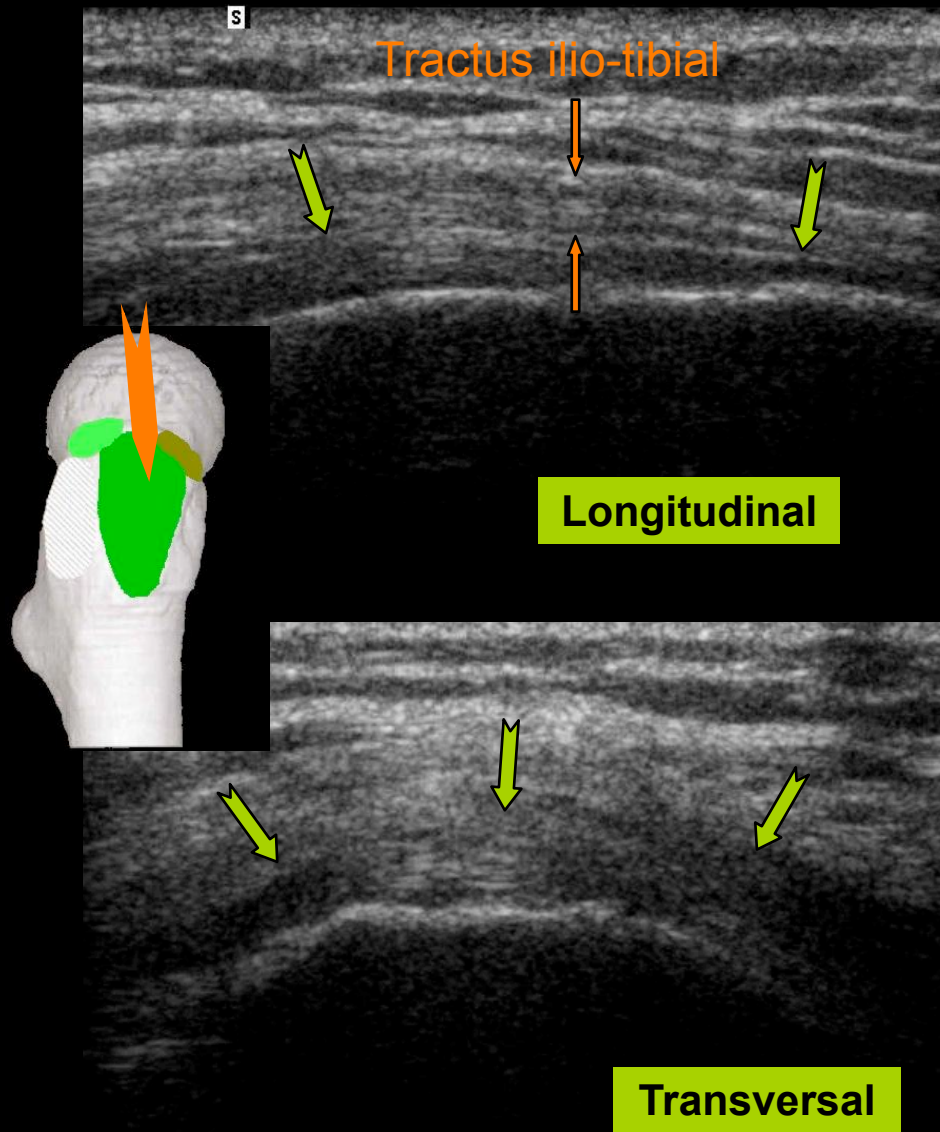
- Echographie comparative en décubitus dorsal et rotation interne.



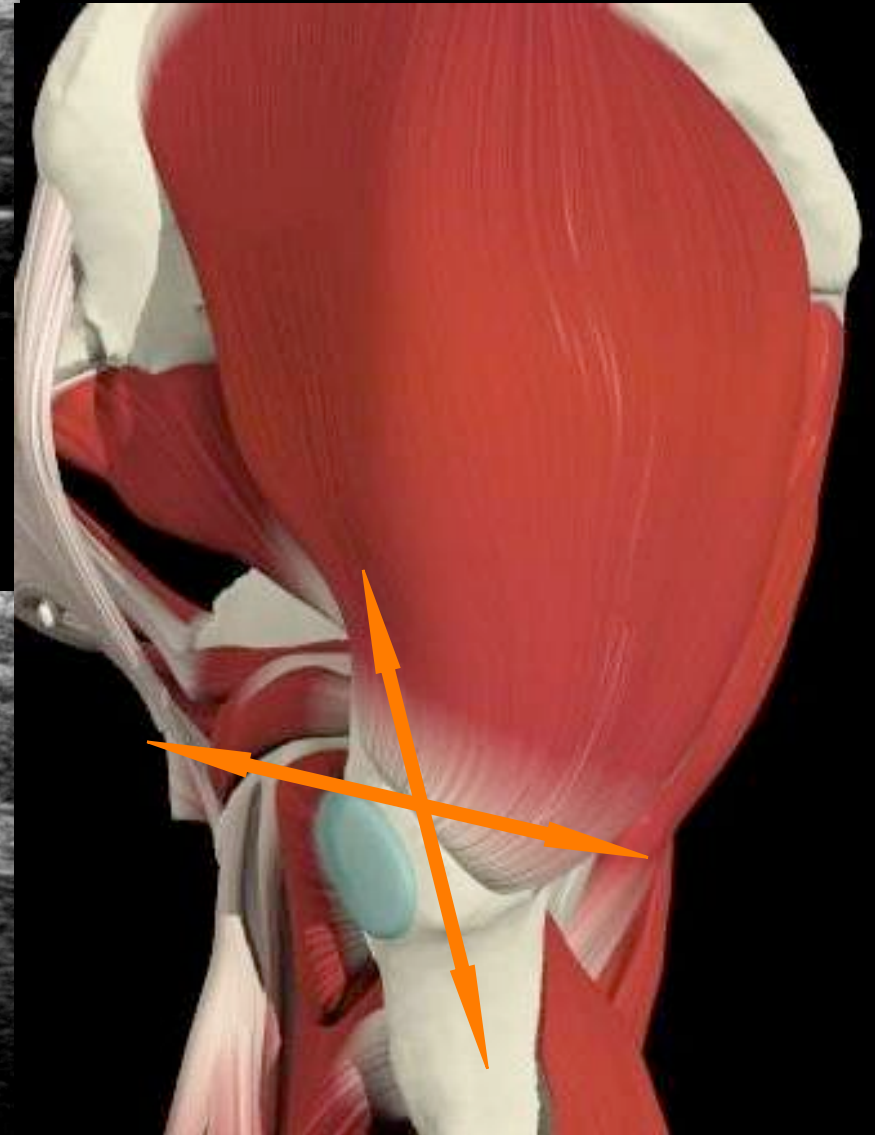
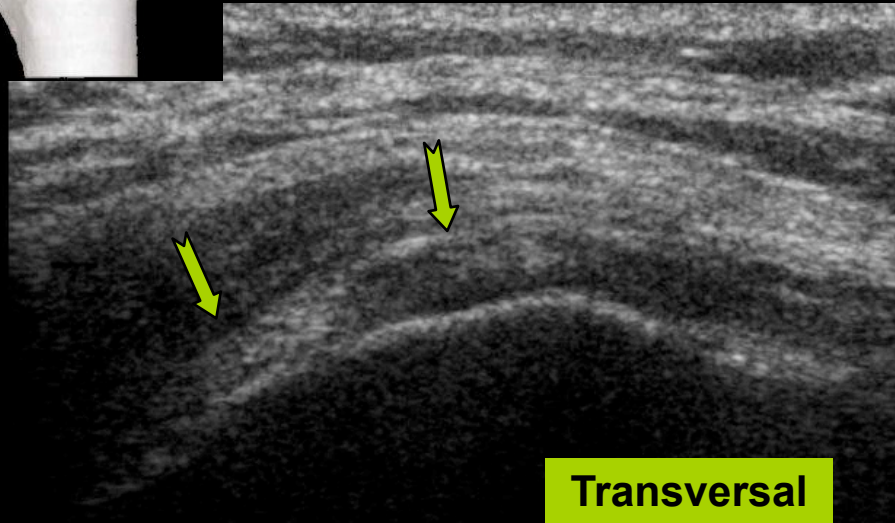
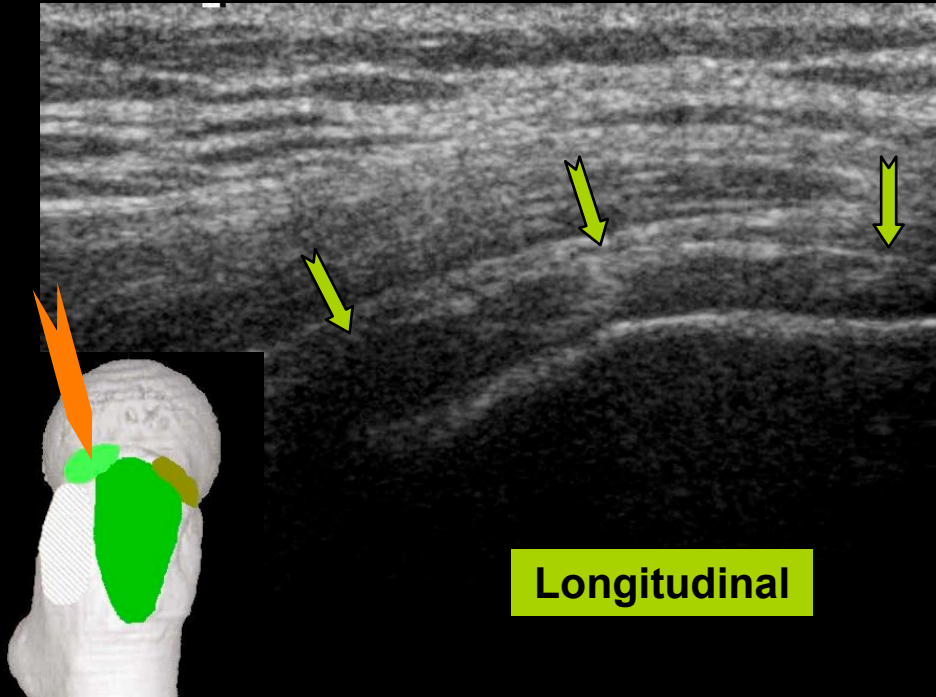
Petit Glutéal



Moyen Glutéal : lame tendineuse latérale

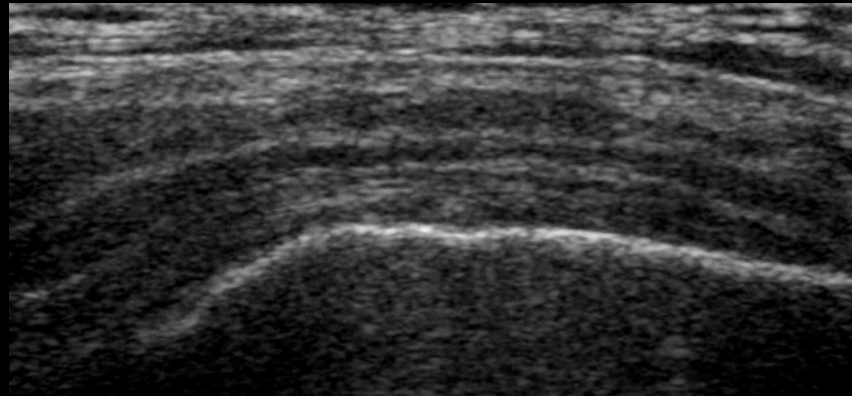


Moyen Glutéal : tendon postérieur



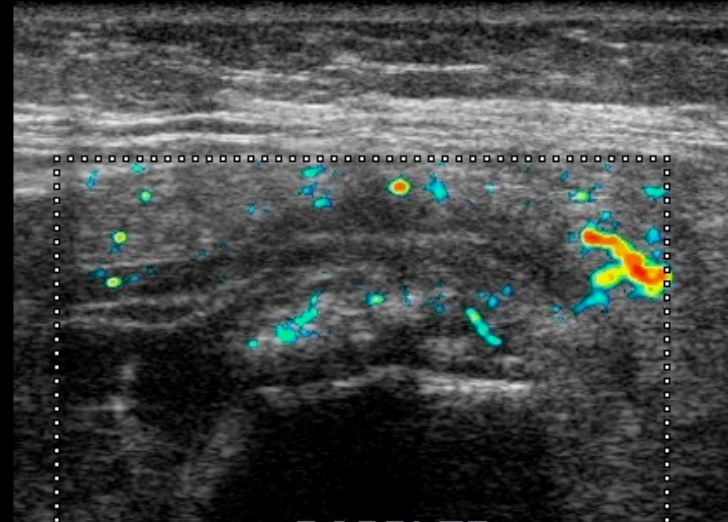
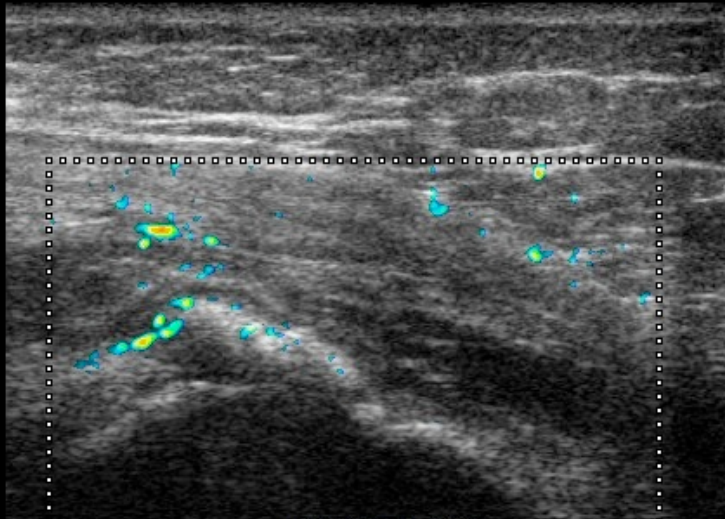
Tendinobursites Pérित्रochantériennes

- Echographie comparative en décubitus dorsal rotation interne.
- Analyse :
 - Corticale du grand trochanter.
 - Les tendons du moyen et du petit glutéal (2 plans)
 - ☞ recherche de calcifications, d'une hyperhémie
 - Recherche une bursite.



Douleurs Péritrochantériennes

- Tendinopathies simples +++
 - Irrégularités de la corticale, calcifications
 - Epaissement du tendon / côté opposé
 - Hyperhémie au doppler



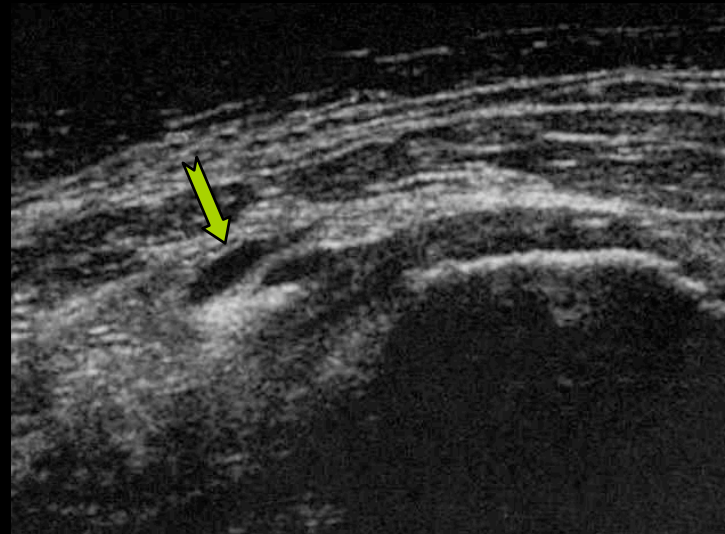
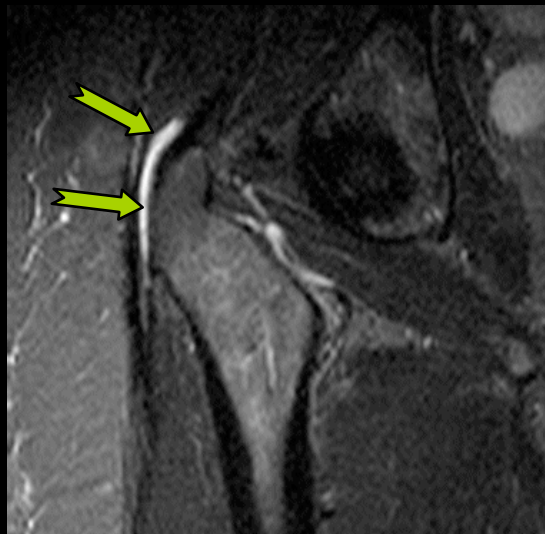
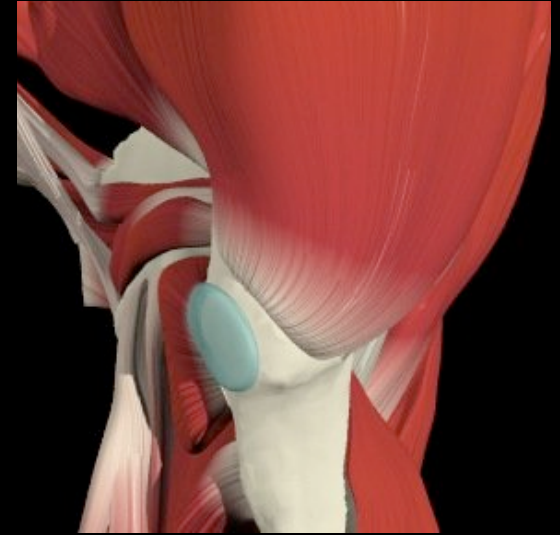
Douleurs Péritrochantériennes

- 3 Types de bursite :
 - La bursite trochantérienne superficielle
 - La bursite du moyen glutéal
 - La bursite du petit glutéal



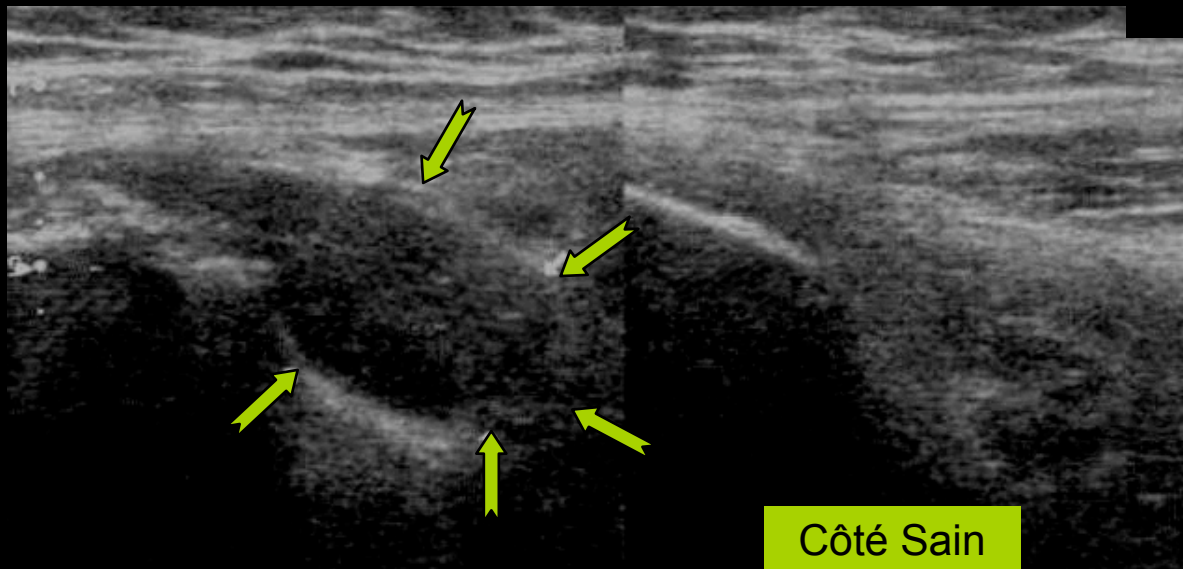
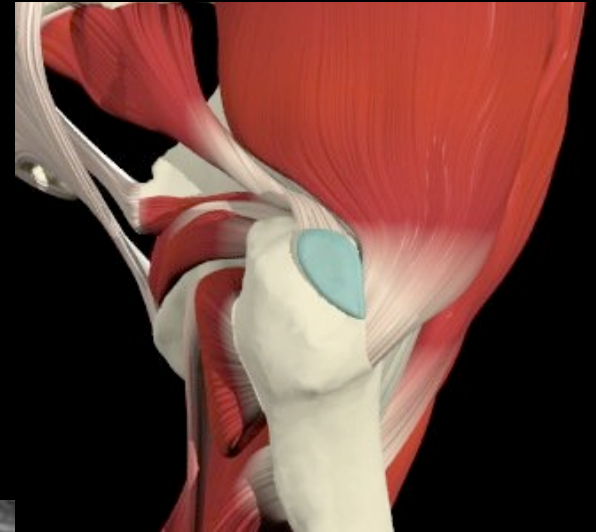
Bursite trochantérienne superficielle

- La plus fréquente.
- Secondaire au balayage de la facette postérieure du grand trochanter par le grand glutéal = conflit mécanique.



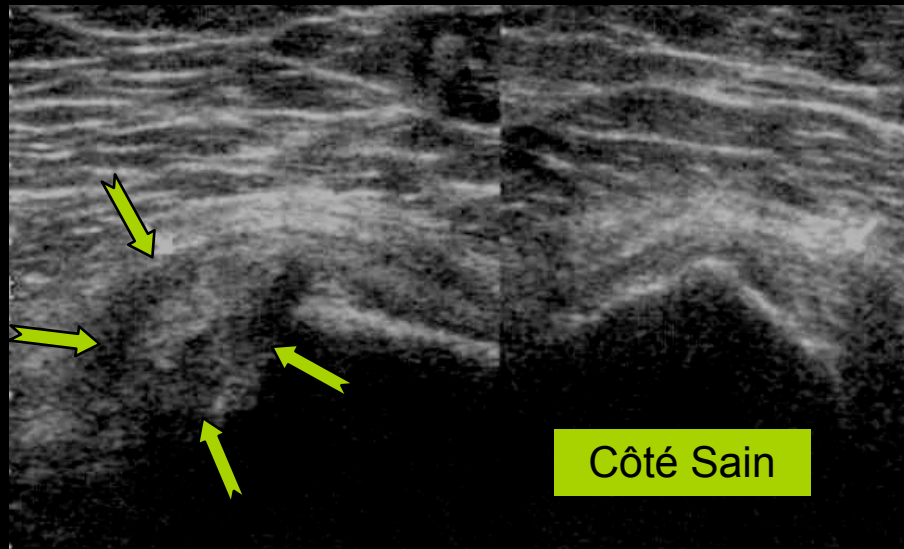
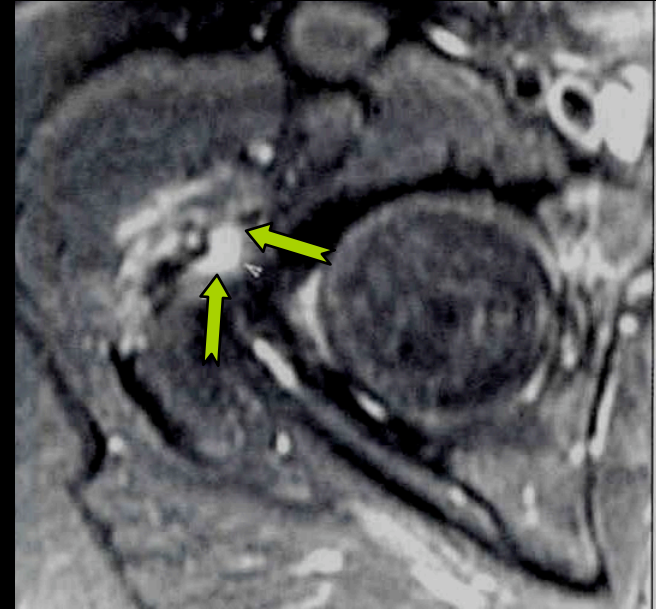
La bursite du Moyen Glutéal

- Située entre le moyen glutéal et la facette latérale du trochanter.
- Souvent contemporaine d'une tendinopathie
- Communique de façon physiologique avec la bourse du petit glutéal.



La Bursite du Petit Glutéal

- Epanchement liquidien antérieur entourant le tendon du petit glutéal.
- Souvent contemporaine d'une tendinopathie

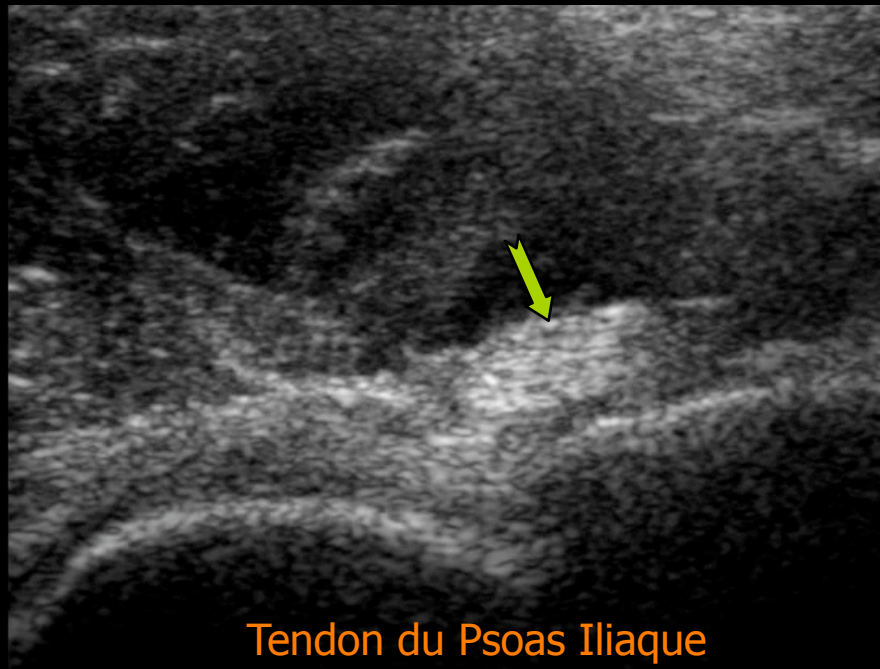


Ressauts de Hanche



Ressauts de Hanche

- Les ressauts latéraux : bandelette ilio tibiale +++
- Les ressauts antéro médiaux : ilio psoas +++
- (Les ressauts postérieurs : biceps fémoral.)



Tendon du Psoas Iliaque

Ressauts de Hanche

- Population souvent féminine, jeune (20 ans)
- Ressaut antéro médial \Rightarrow danse
- Pas de notion de traumatisme
- Peut se voir chez le non sportif

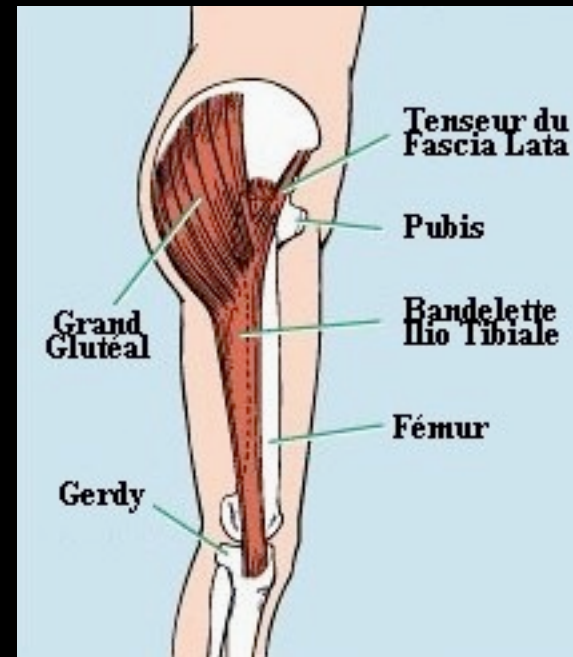


Ressaut Externe

- En temps normal :
- Tractus ilio-tibial + portion antérieure Grand Glutéal :
 - Flexion \Rightarrow déplacement antérieur harmonieux / Grand Trochanter
 - Extension \Rightarrow déplacement postérieur harmonieux / Grand Trochanter



FLEXION



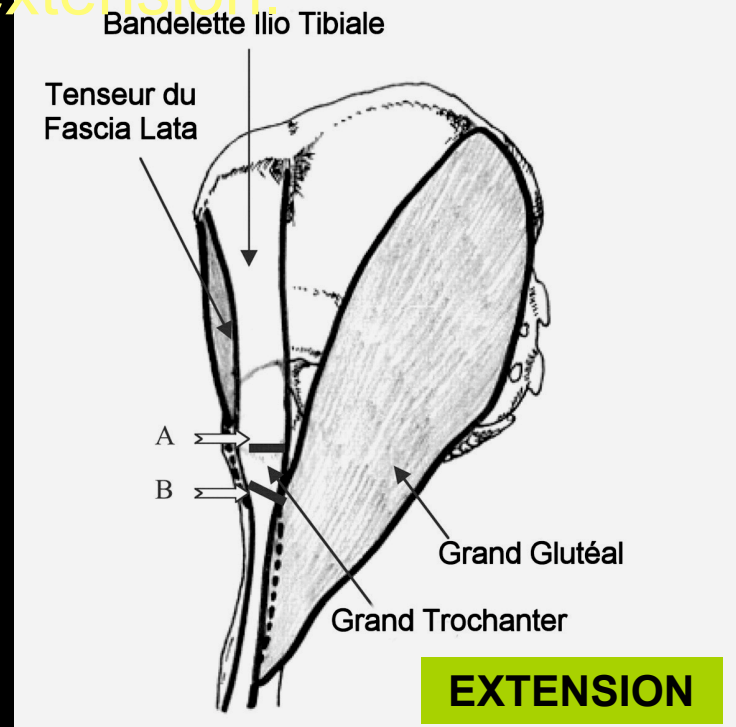
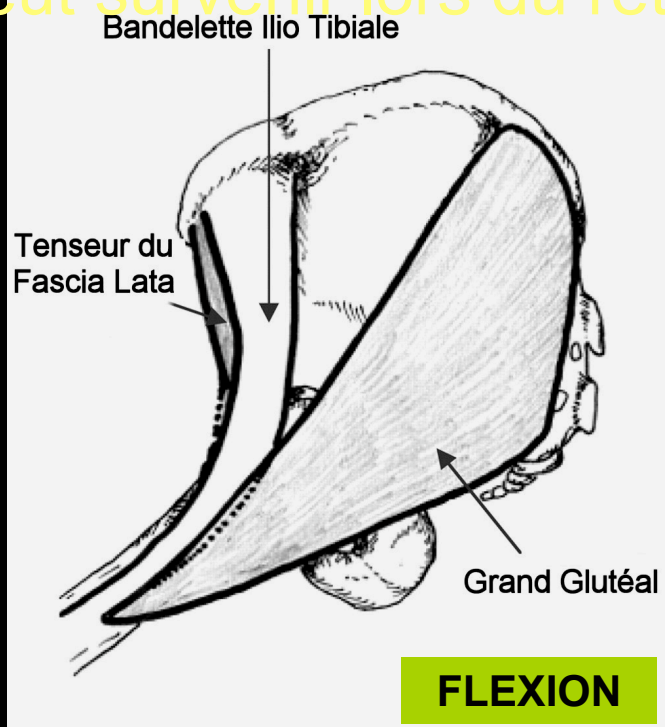
EXTENSION

Ressaut Externe

- Flexion ⇒ tension du tractus ilio-tibial +/- Grand Glutéal
- ⇒ relâchement brusque avec
claquement douloureux

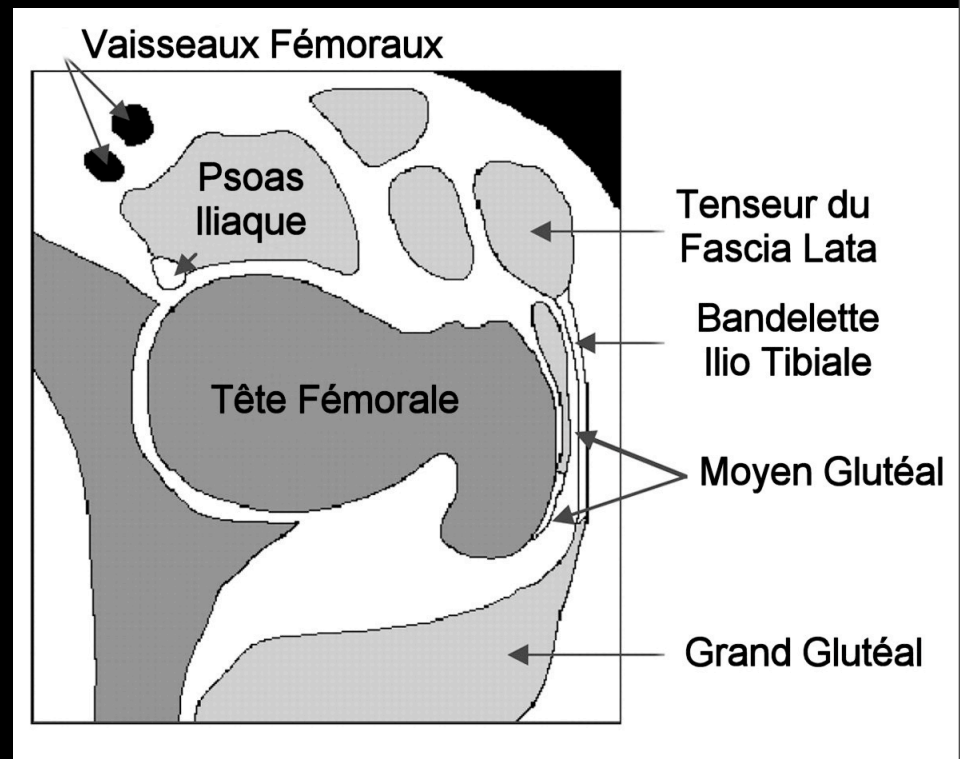
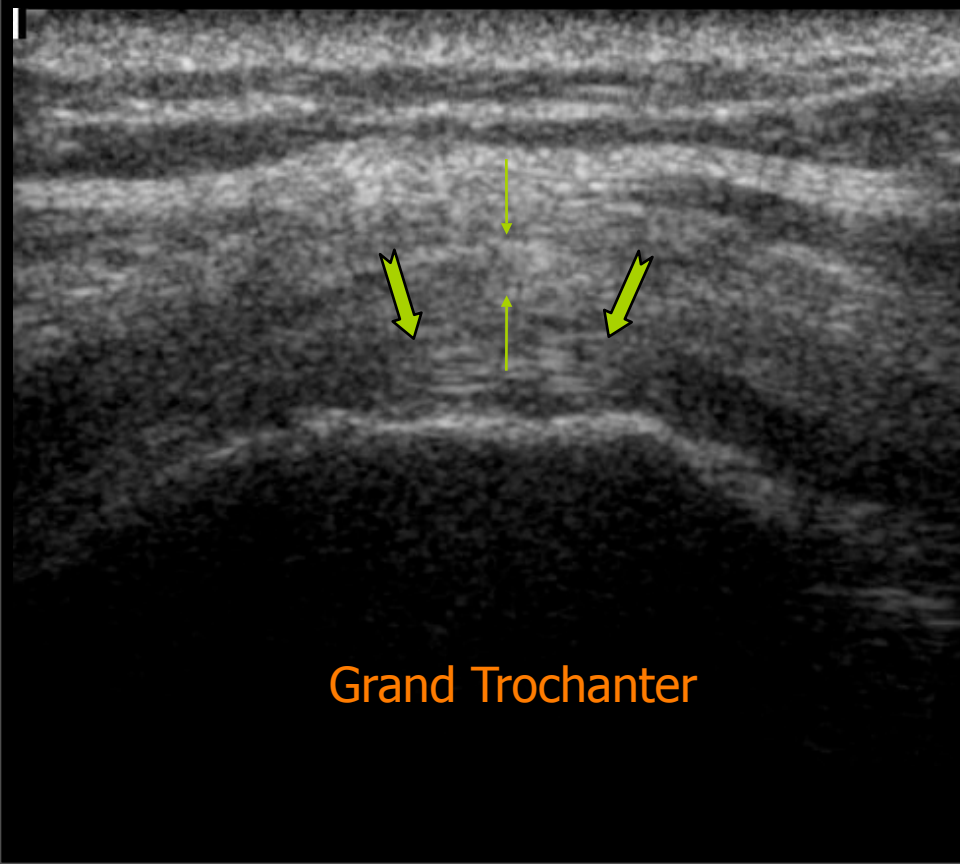
audible

- Peut survenir lors du retour en extension



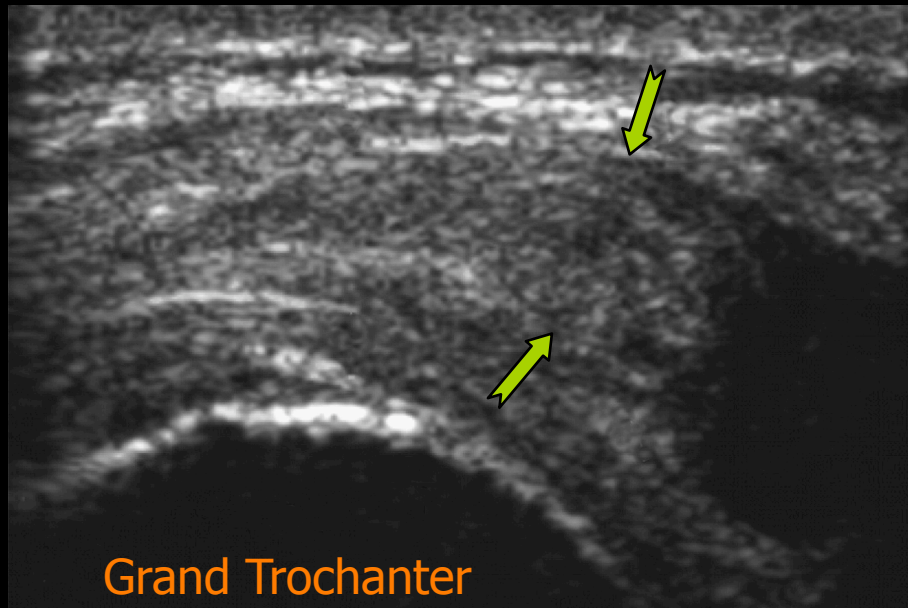
Ressaut Externe

- Décubitus latéral sur côté asymptomatique.
- Exploration en coupes transversales sur le grand trochanter lors des mouvements de Flexion / Extension

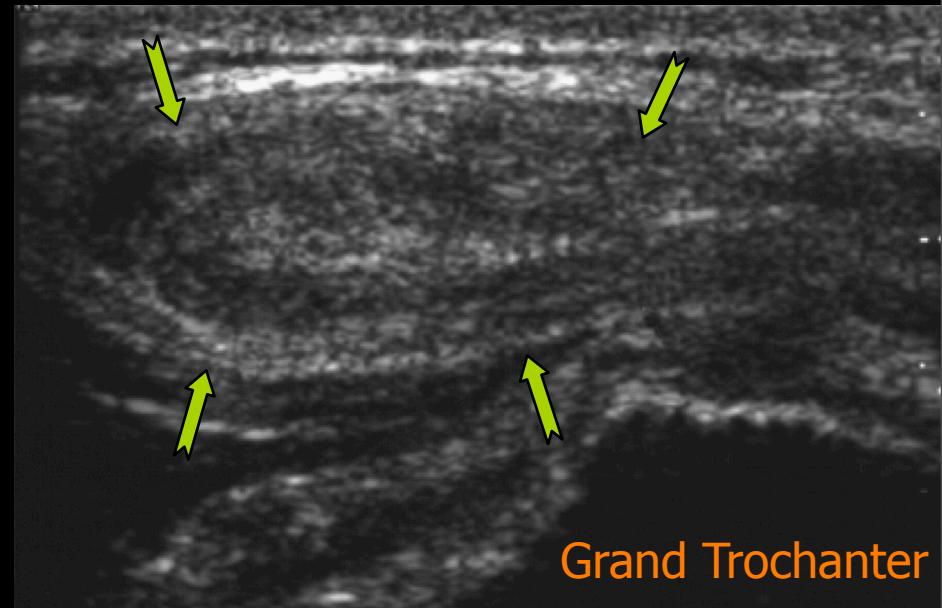


Ressaut Externe

- Epaissement du tractus ilio tibial / côté opposé.
- Reproduction du ressaut douloureux en dynamique.



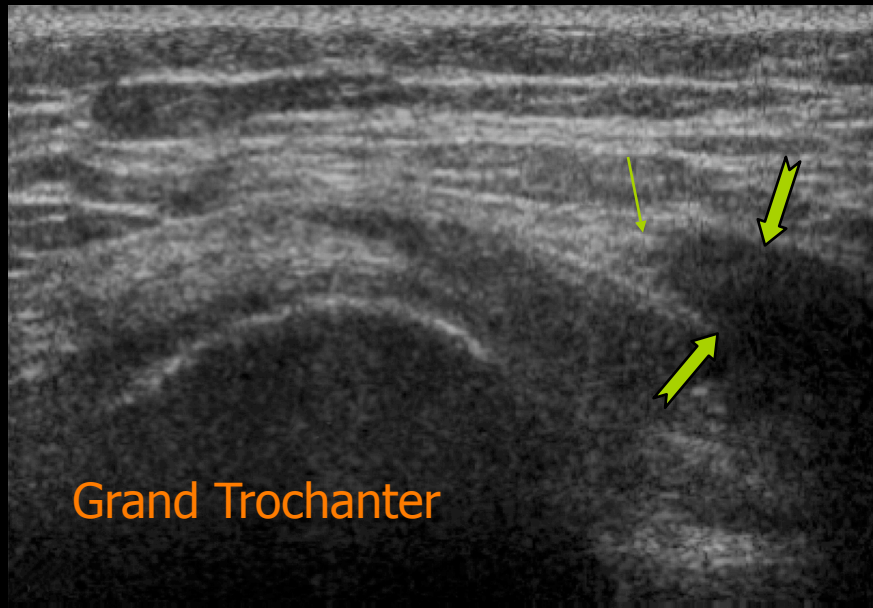
EXTENSION



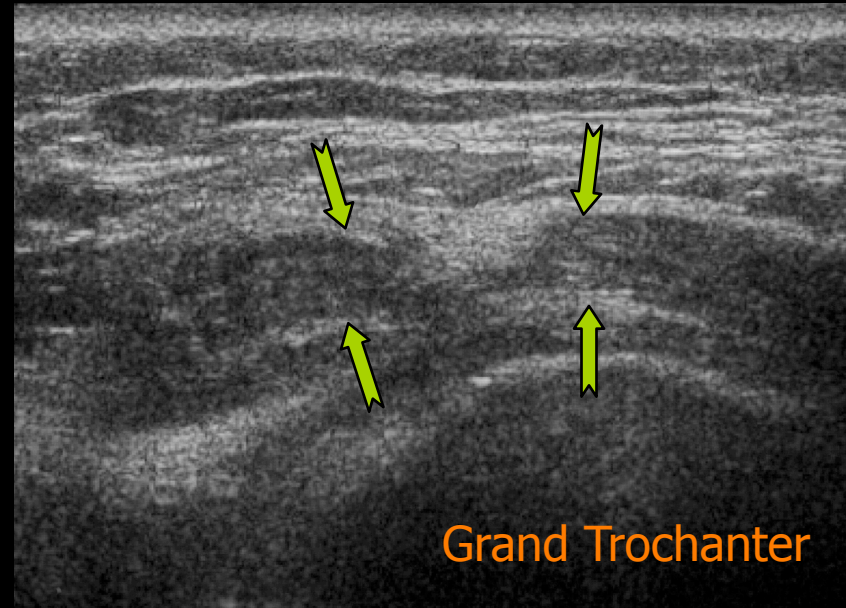
FLEXION

Ressaut Externe

- Pas de pression excessive sur le Grand Trochanter.
- La reproduction du ressaut douloureux en dynamique peut nécessiter la station debout.



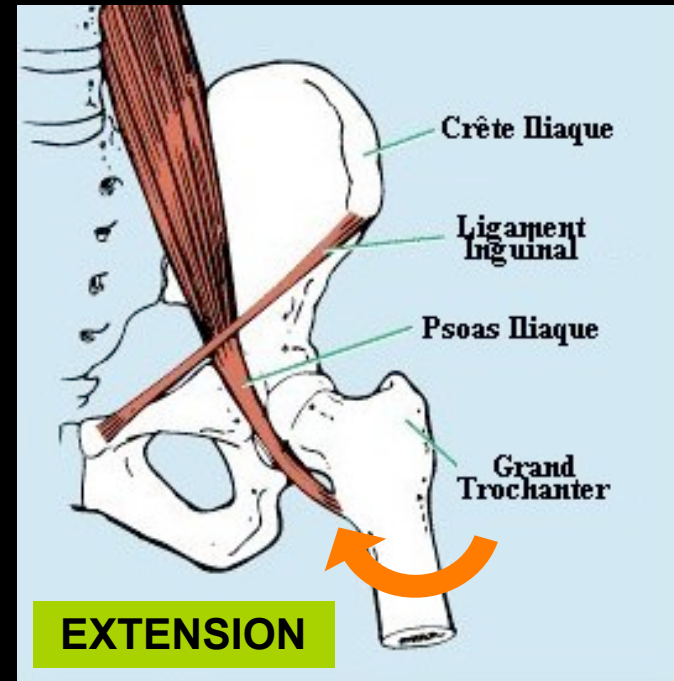
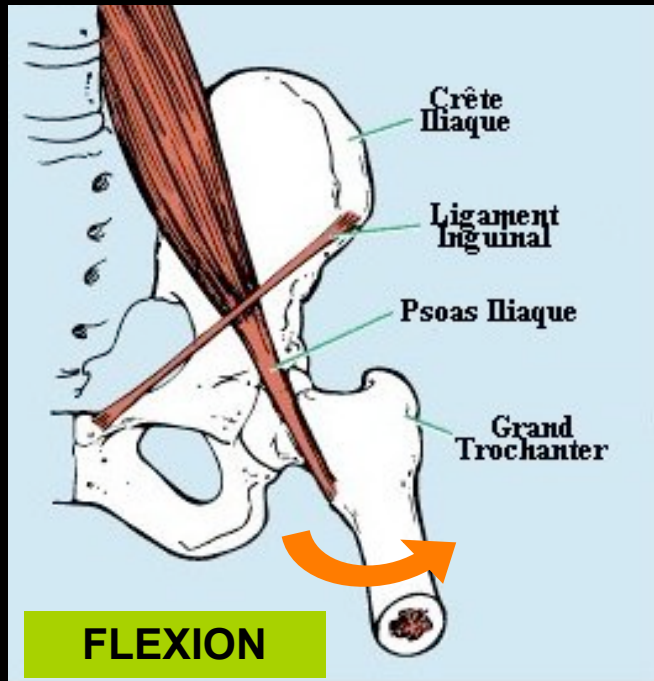
EXTENSION



FLEXION

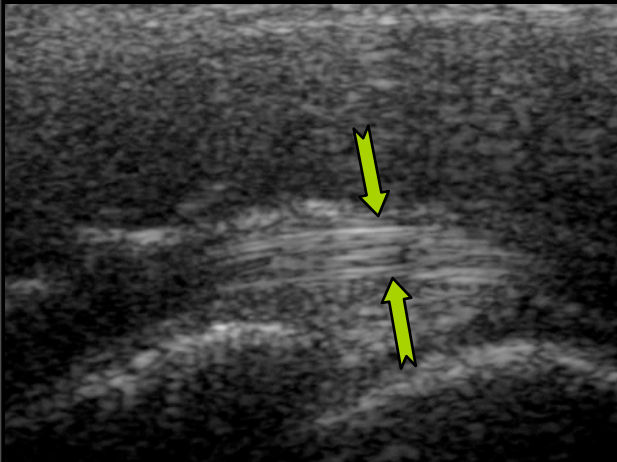
Ressaut Interne

- En temps normal mouvement de balancier du tendon du psoas iliaque :
 - Flexion \Rightarrow déplacement latéral harmonieux vers l'épine iliaque antéro-inférieure
 - Extension \Rightarrow déplacement médial harmonieux vers l'éminence iliopectinée

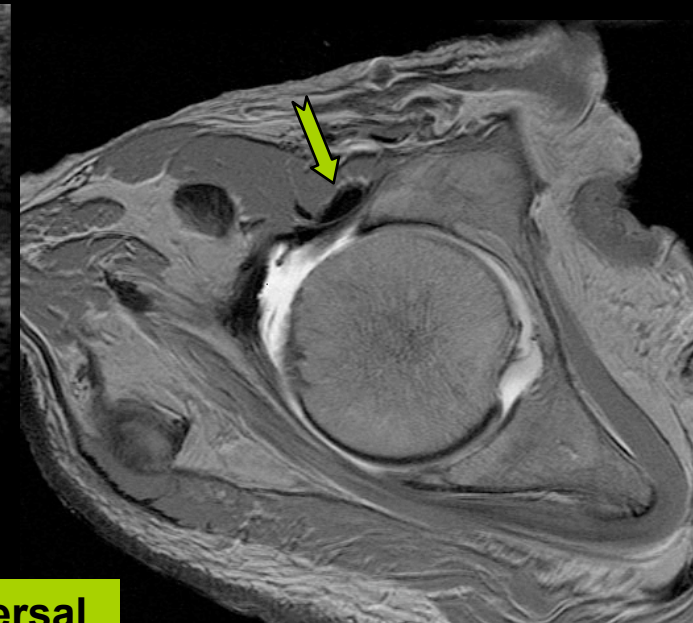
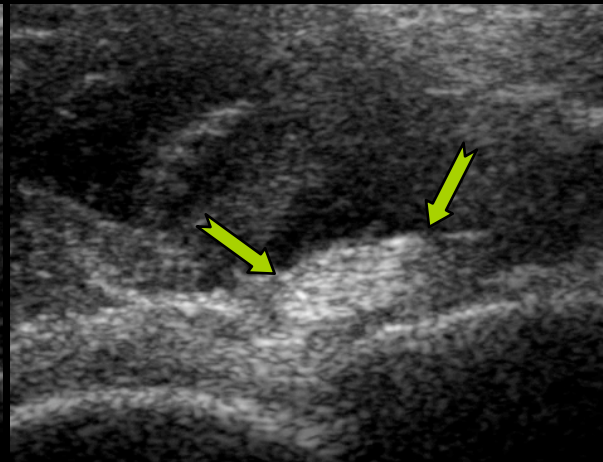


Ressaut Interne

- Décubitus dorsal \Rightarrow repérage du tendon en avant de l'articulation coxo-fémorale.
 - Coupes axiales.
 - Coupes longitudinales



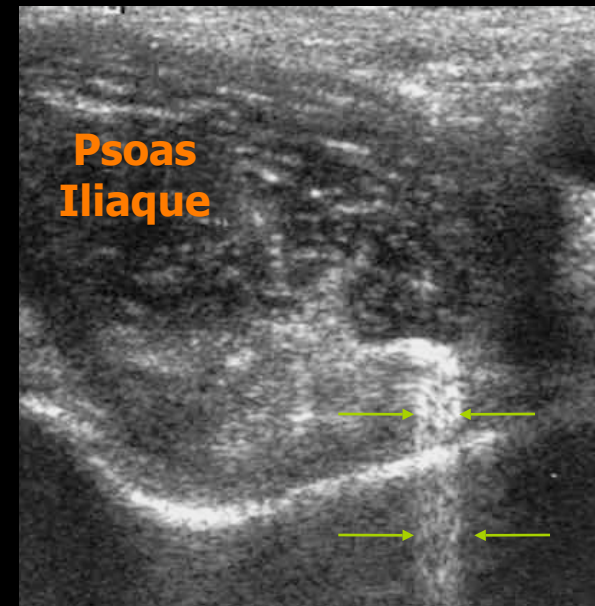
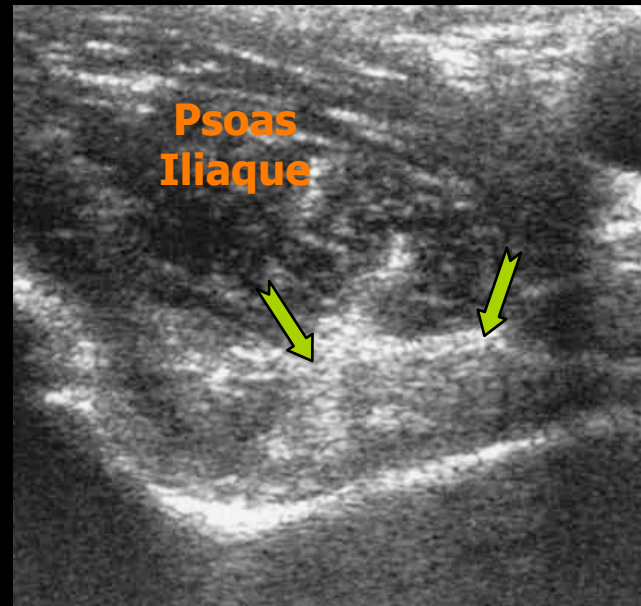
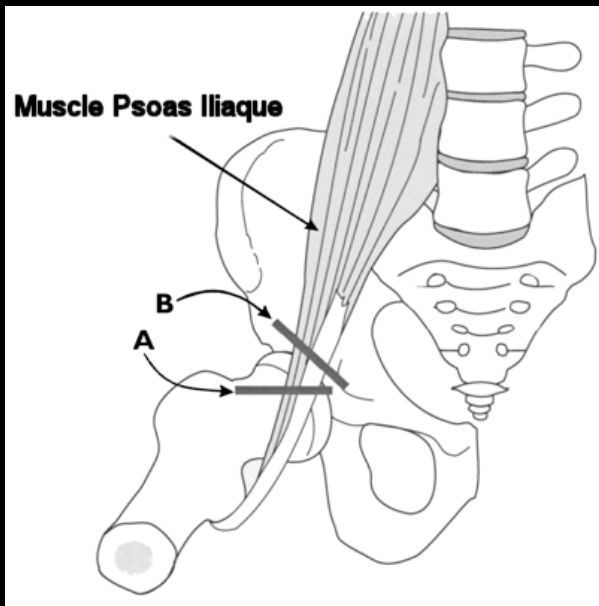
Longitudinal



Transversal

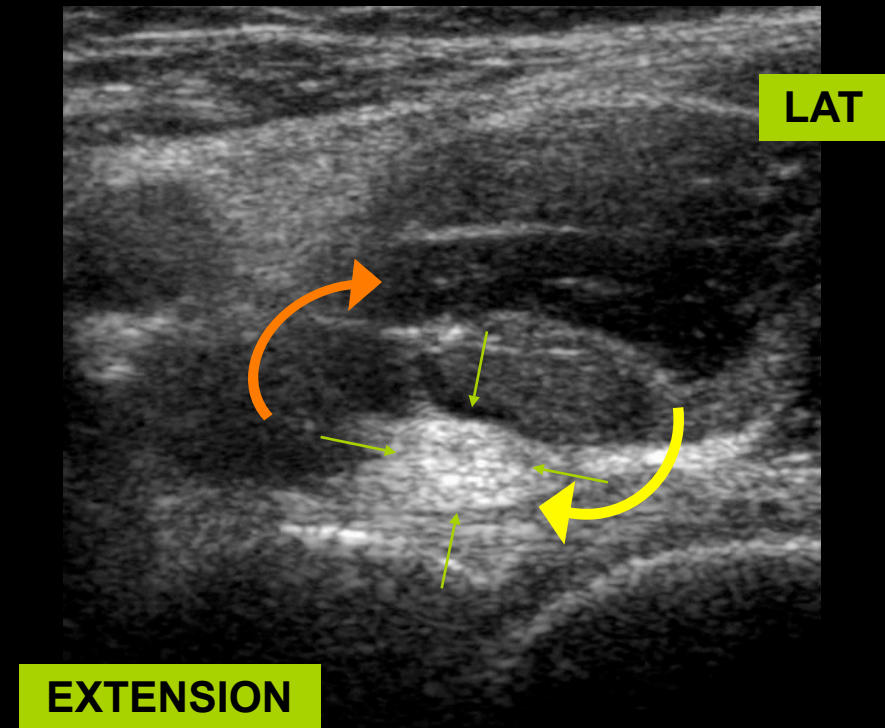
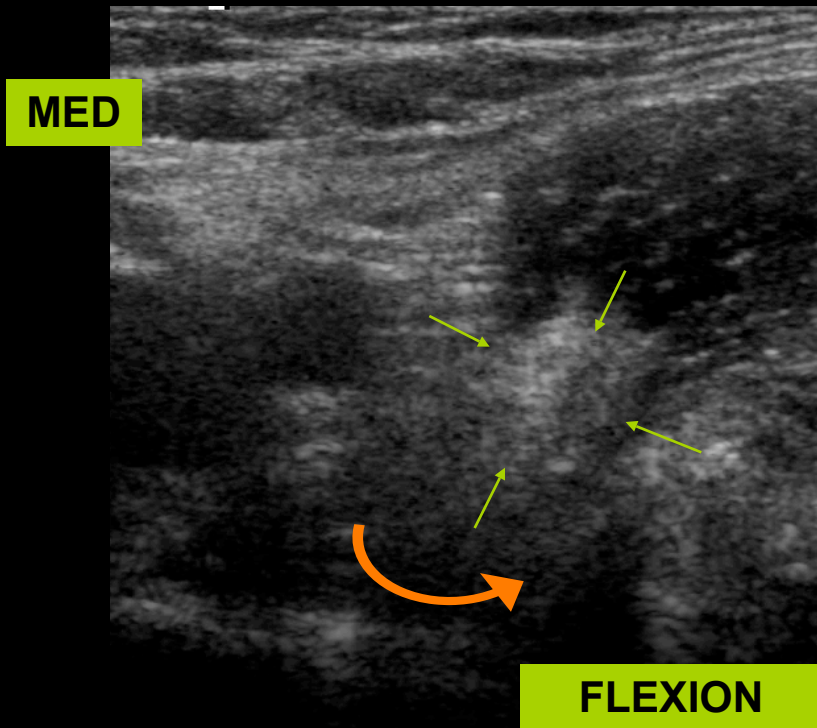
Ressaut Interne

- Exploration dynamique en coupes axiales +/- obliques.
- Position de départ : Flexion – Abduction – Rotation Externe (batracien) \Rightarrow position latérale du tendon.
- Passage en Extension \Rightarrow déplacement médial brusque avec claquement audible douloureux.
- Possibilité d'un « streak artifact » lors du ressaut

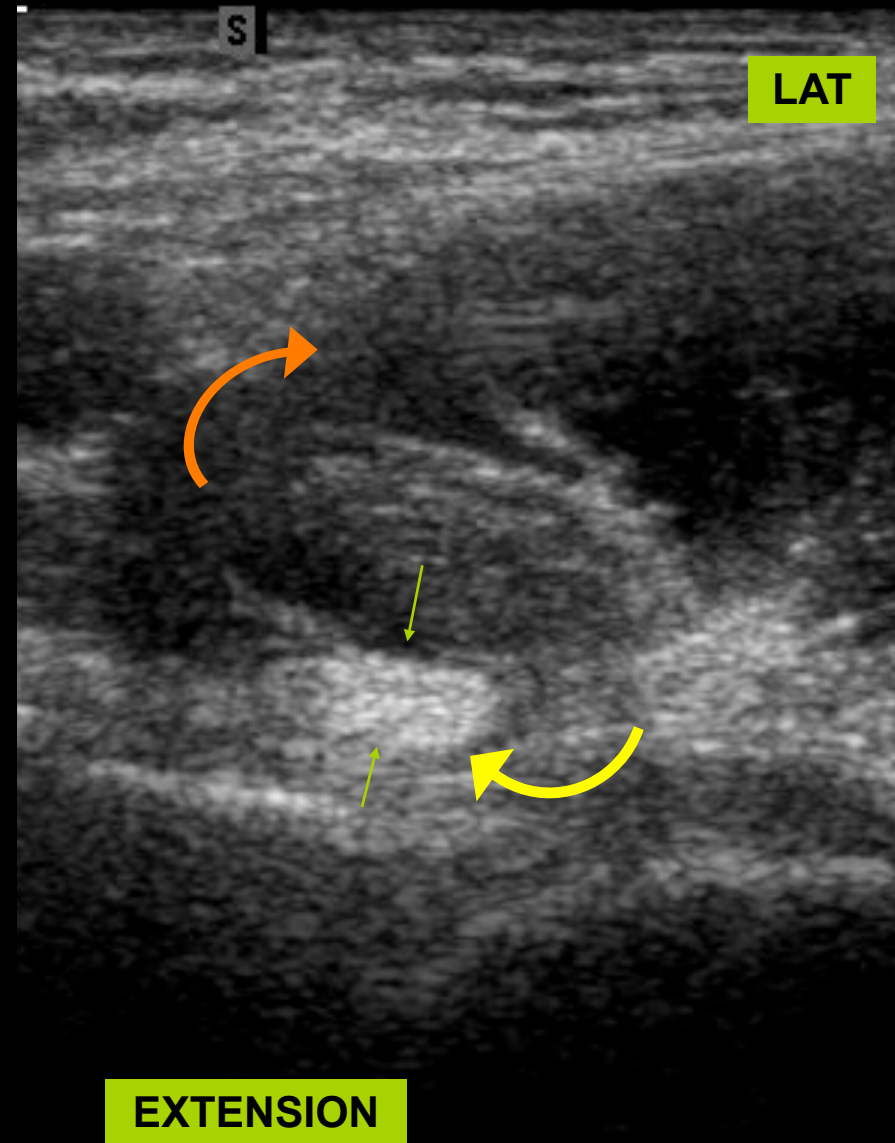
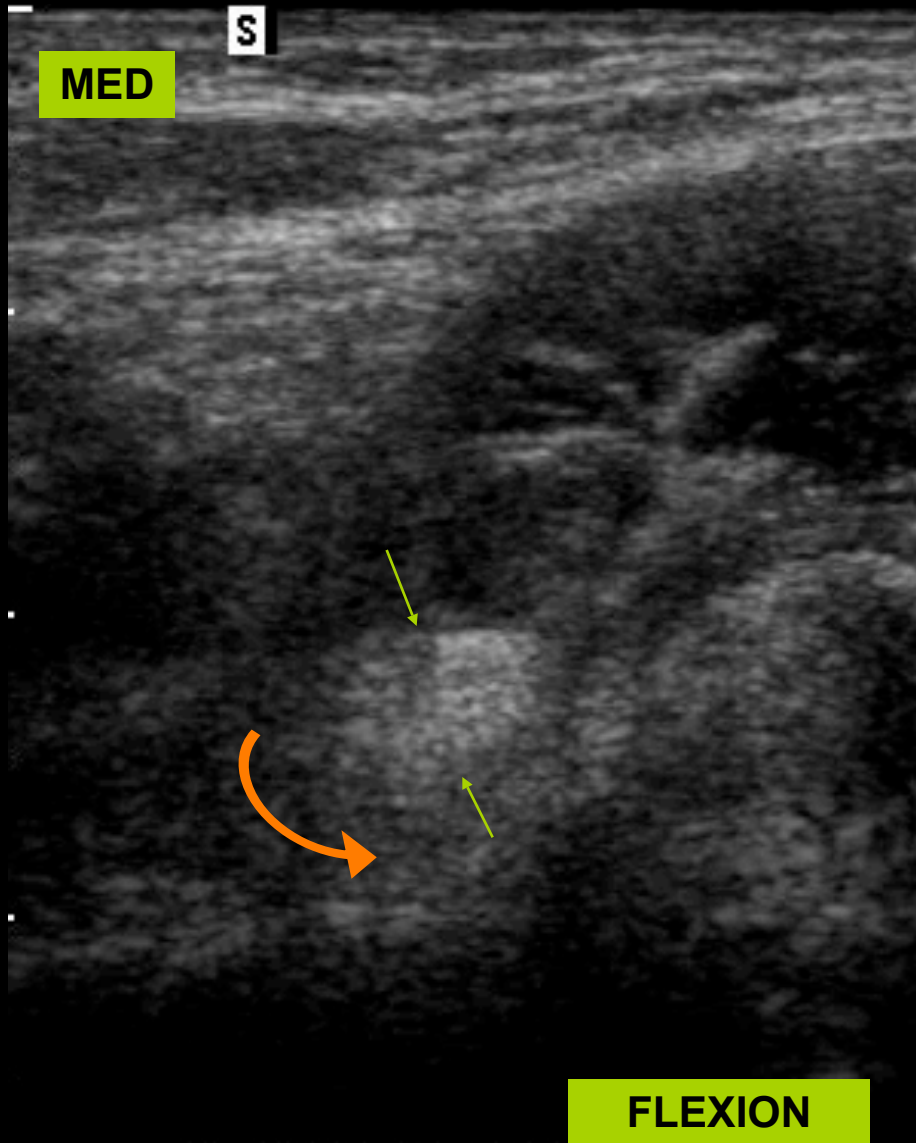


Ressaut Interne

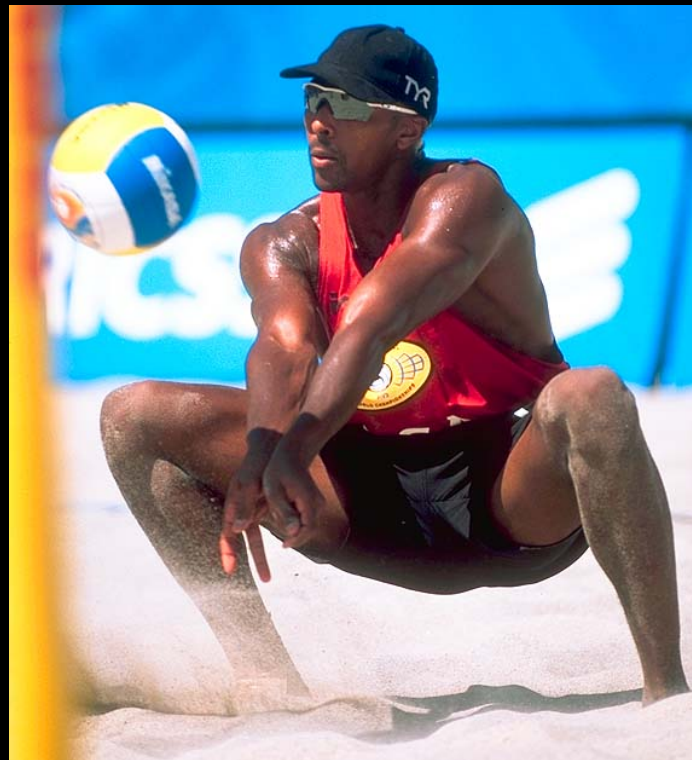
- Roulement du muscle psoas iliaque autour de son tendon :
 - En flexion abduction rotation externe le corps musculaire se glisse entre le tendon et l'anneau pelvien.
 - En extension \Rightarrow translation médiale du tendon qui passe brusquement sous le muscle et vient « claquer » sur l'anneau pelvien.



Ressaut Interne

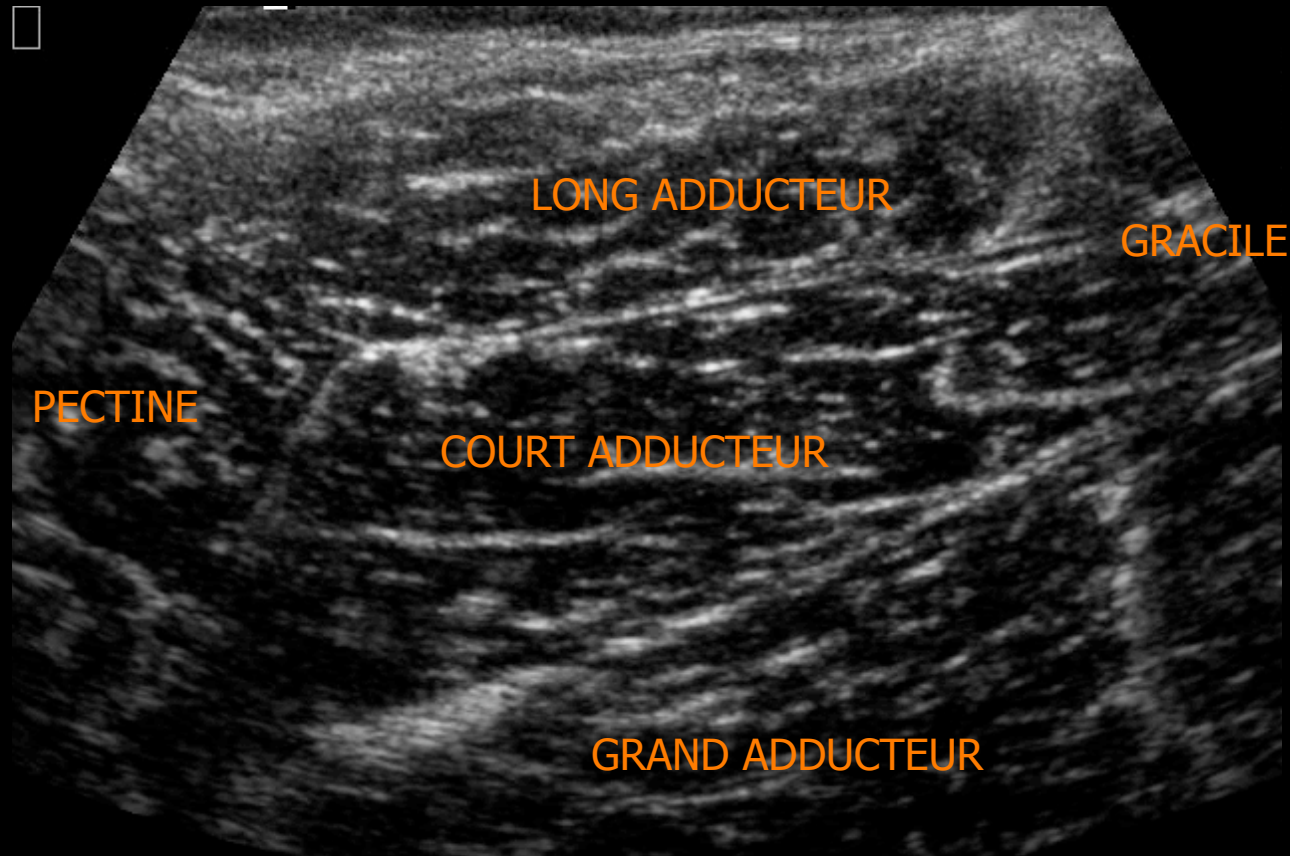


Pathologie Proximale des Adducteurs



Pathologie Proximale des Adducteurs

- Le groupe musculaire médial est organisé en 3 plans :
 - Le plan superficiel : Pectiné, Long Adducteur et Gracile.
 - Le plan moyen : Court Adducteur
 - Le plan profond : Grand Adducteur

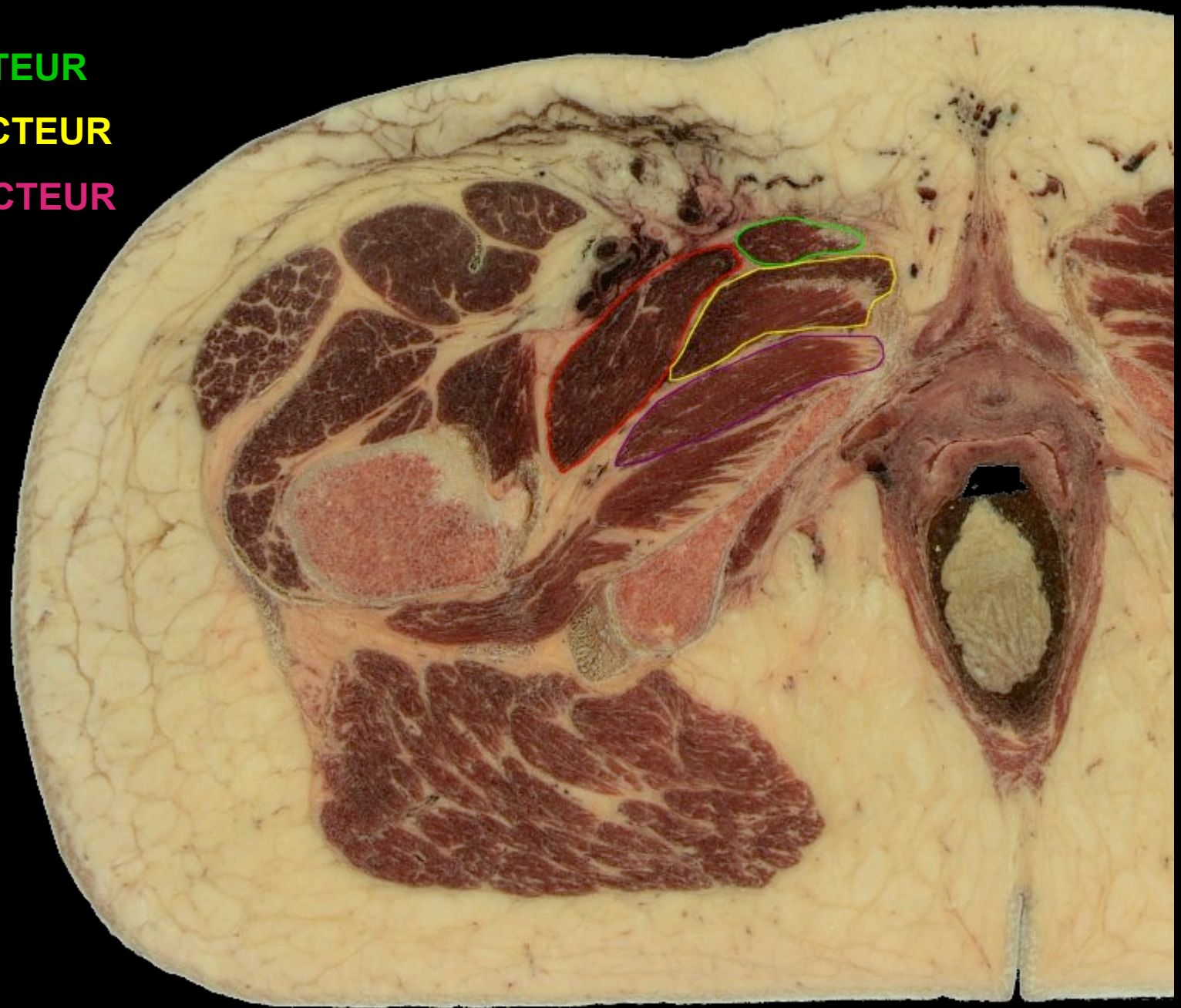


PECTINE

LONG ADDUCTEUR

COURT ADDUCTEUR

GRAND ADDUCTEUR



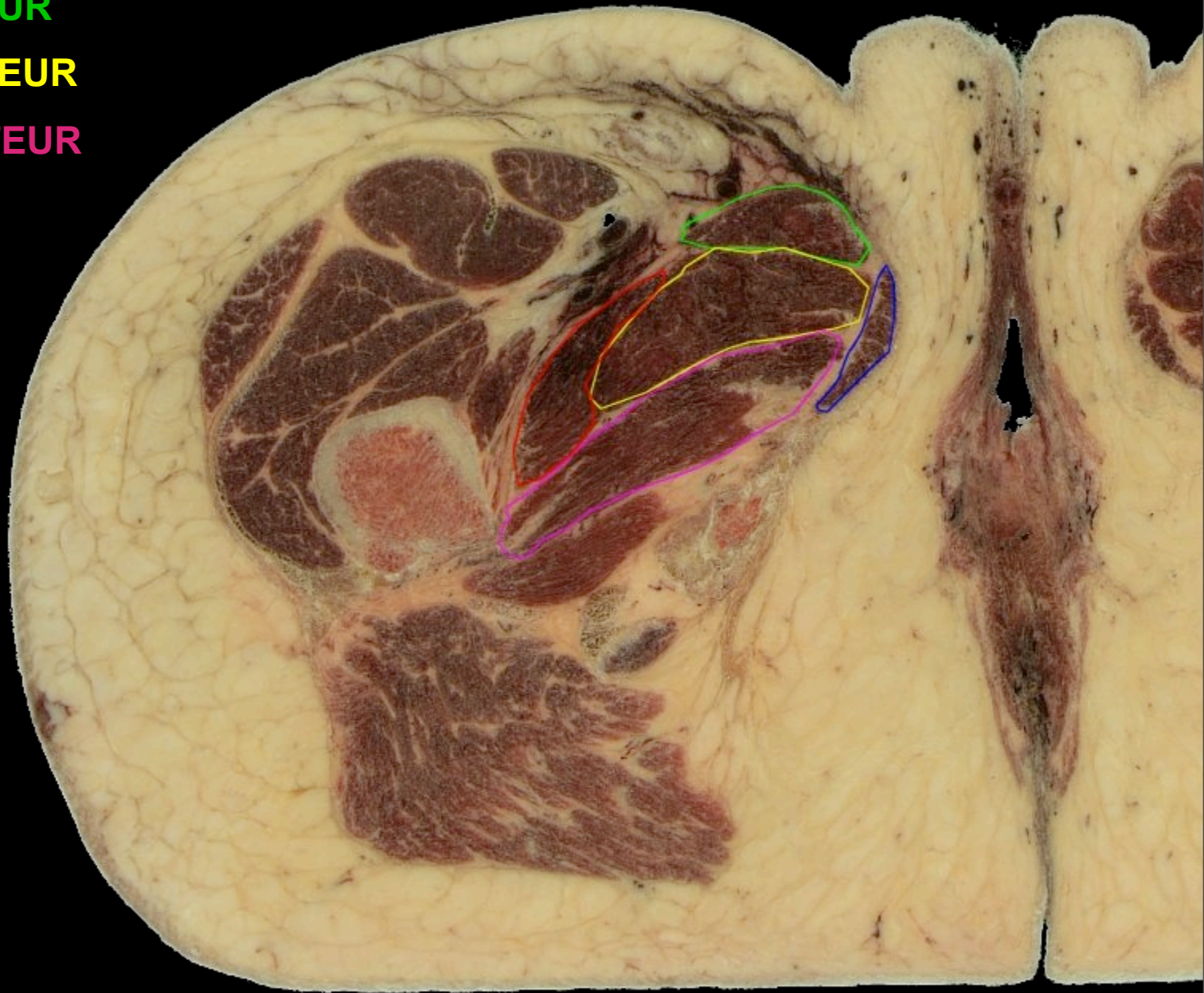
PECTINE

LONG ADDUCTEUR

COURT ADDUCTEUR

GRAND ADDUCTEUR

GRACILE



LONG ADDUCTEUR

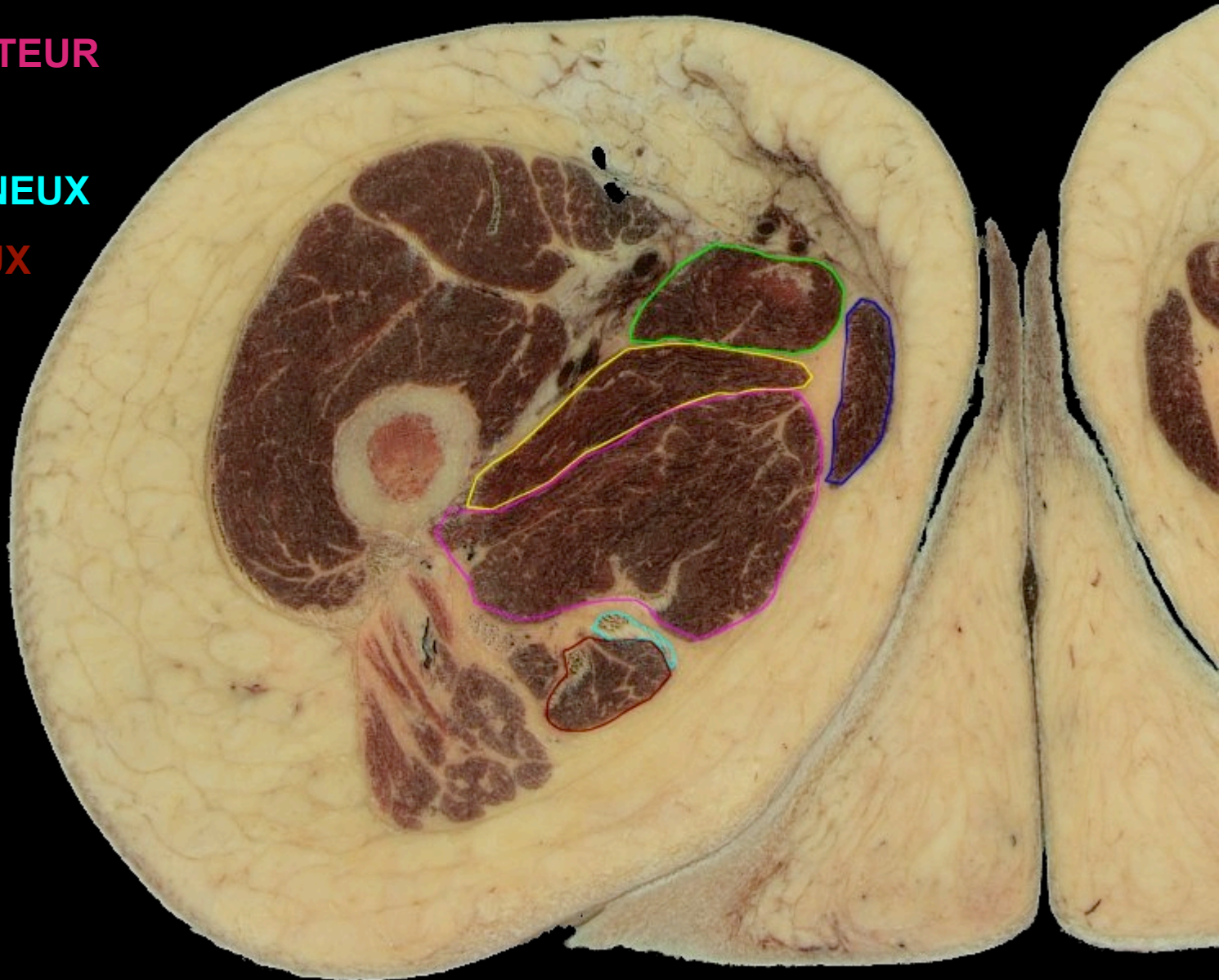
COURT ADDUCTEUR

GRAND ADDUCTEUR

GRACILE

SEMI MEMBRANEUX

SEMI TENDINEUX



LONG ADDUCTEUR

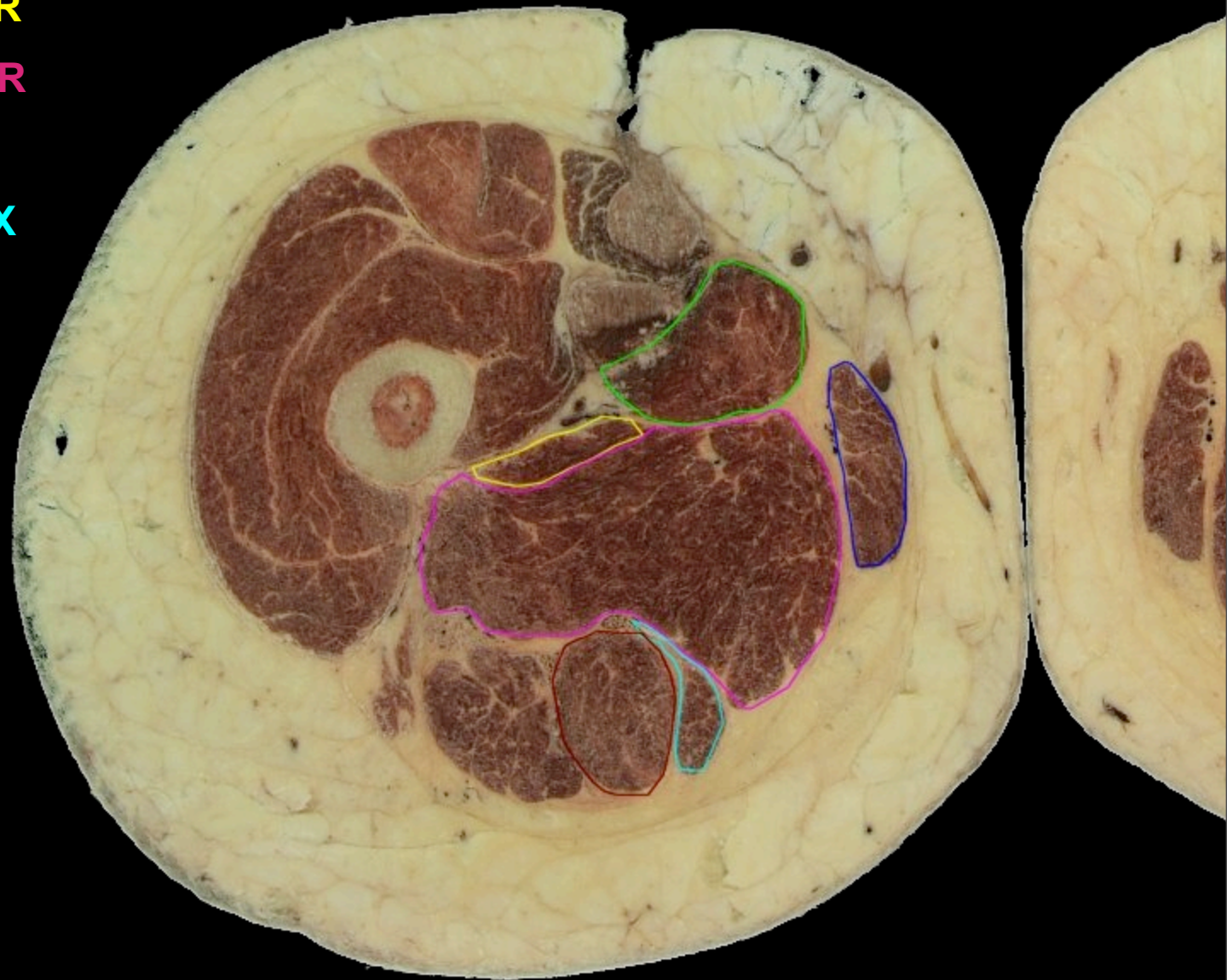
COURT ADDUCTEUR

GRAND ADDUCTEUR

GRACILE

SEMI MEMBRANEUX

SEMI TENDINEUX



LONG ADDUCTEUR

COURT ADDUCTEUR

GRAND ADDUCTEUR

GRACILE

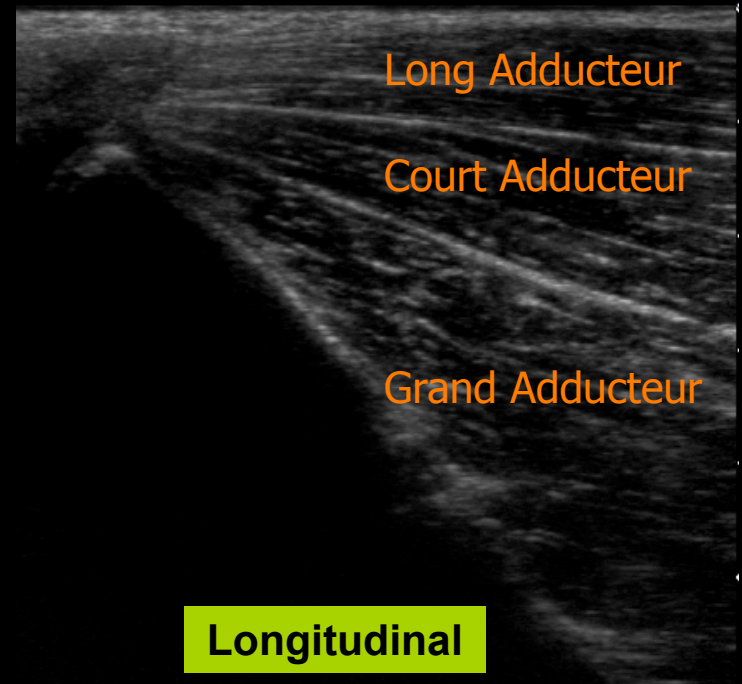
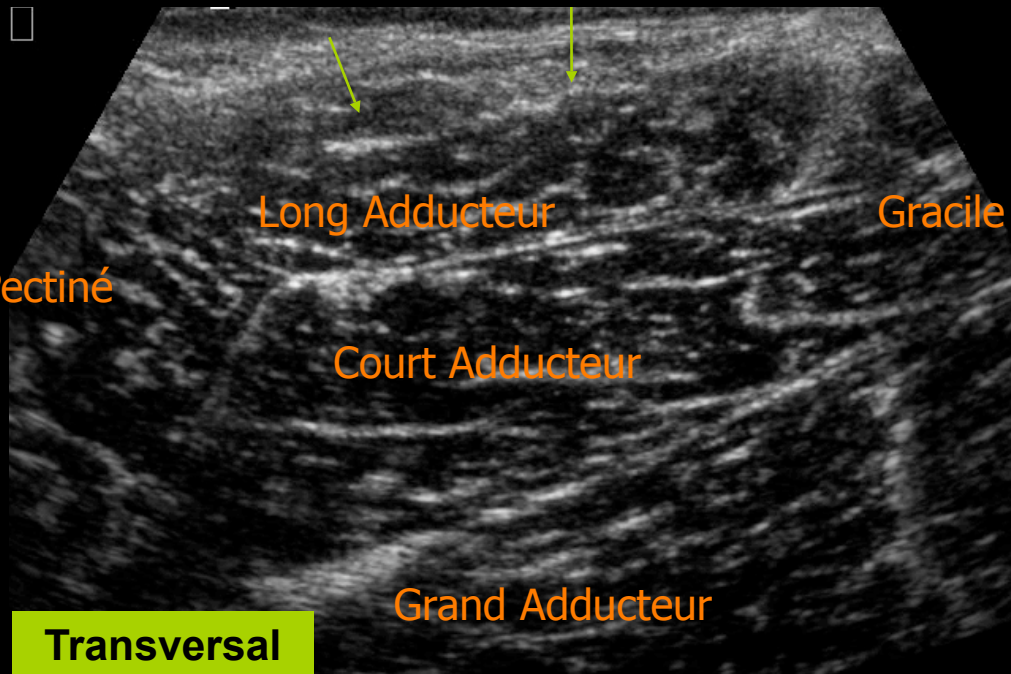
SEMI MEMBRANEUX

SEMI TENDINEUX



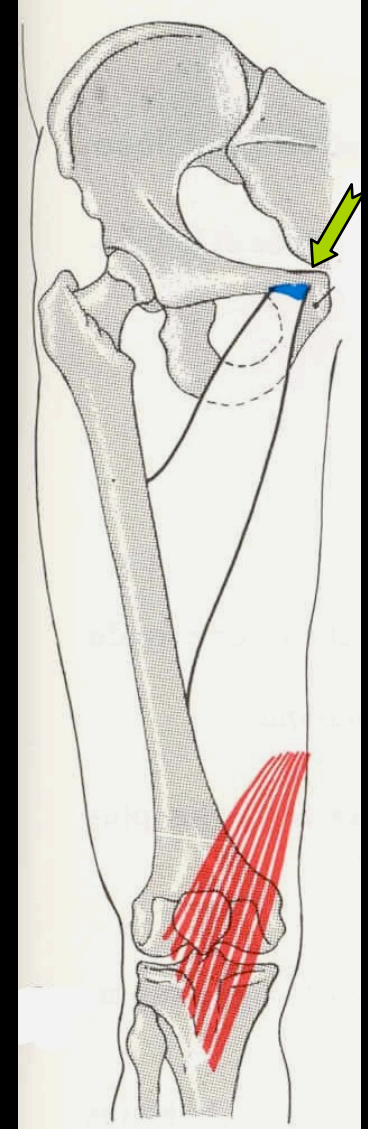
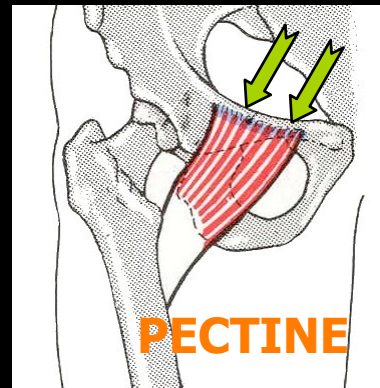
Anatomie Echographique des Adducteurs

- Décubitus dorsal, abduction de la cuisse, flexion du genou
- Dans l'axe et perpendiculaire au long adducteur



Pathologie Proximale des Adducteurs

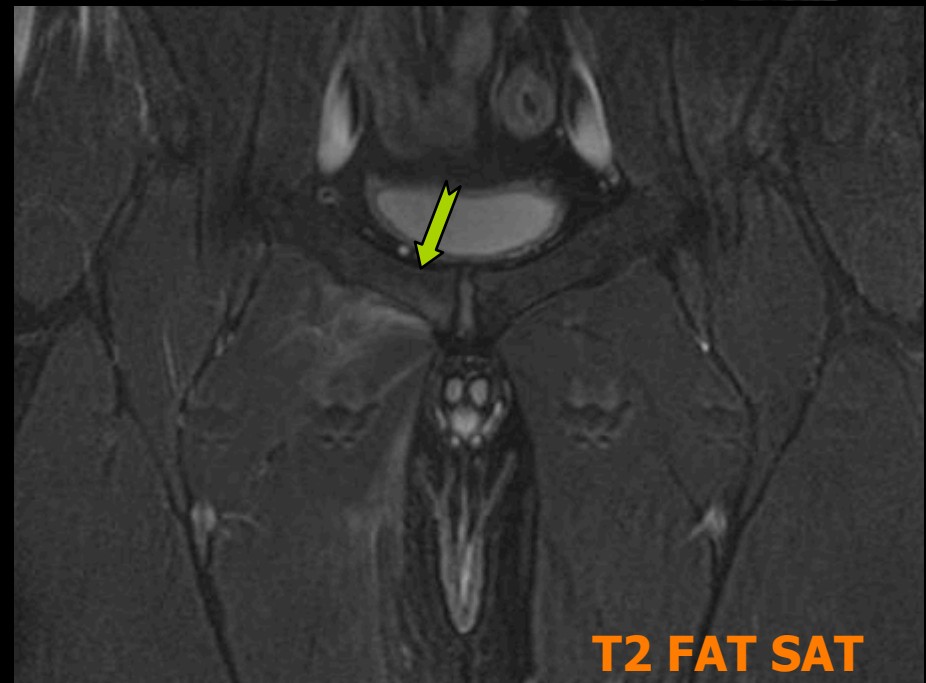
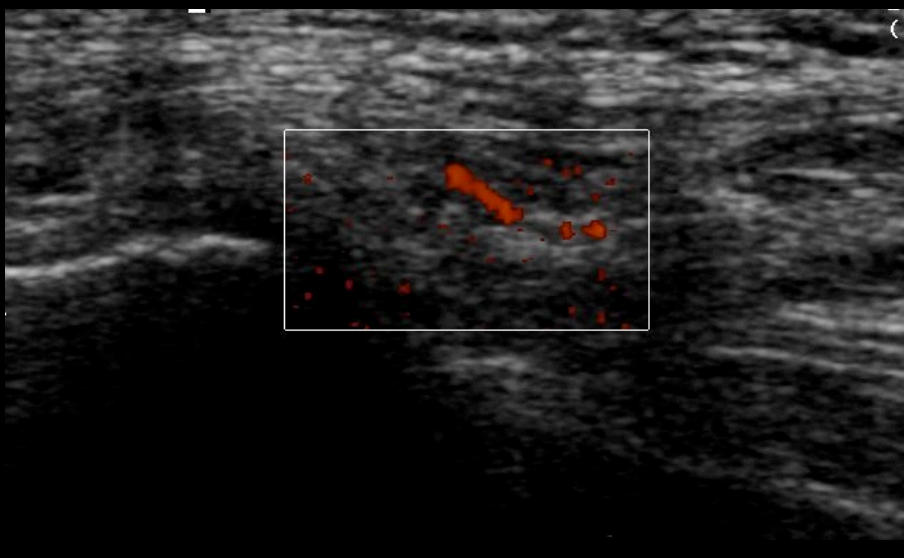
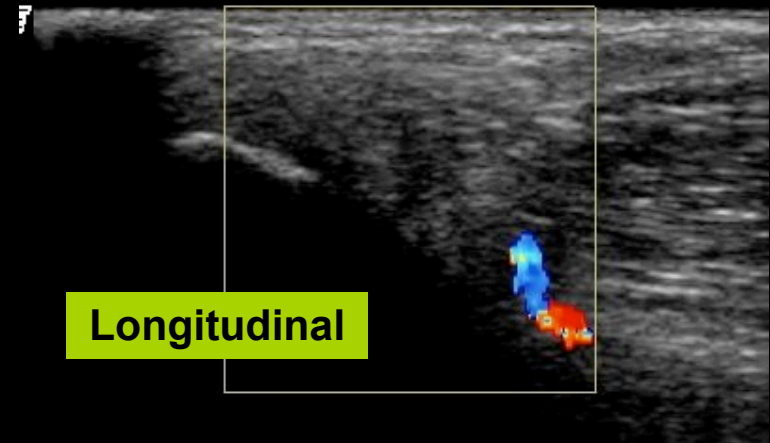
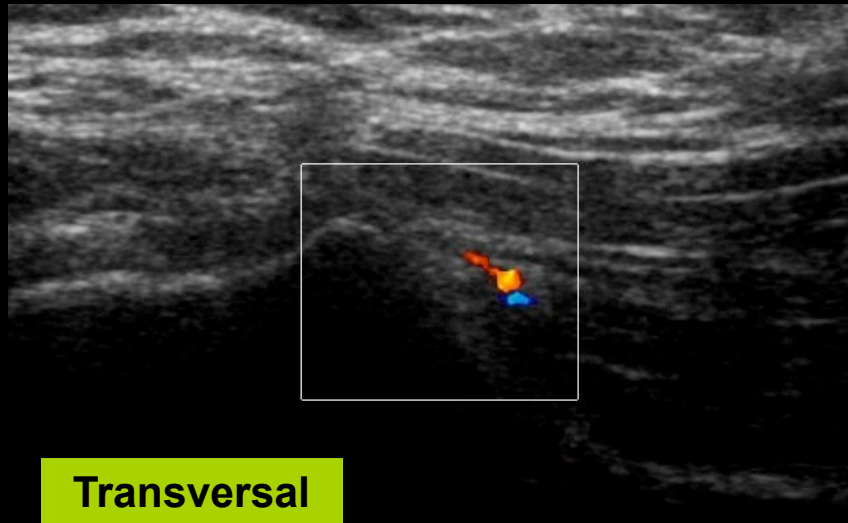
- Les pathologies sont essentiellement :
 - Micro-traumatiques (enthésopathies)
 - Traumatiques.
- Le long adducteur est le plus souvent en cause : zone d'insertion peu étendue.



L'enthésopathie micro-traumatique d'insertion des adducteurs

- Pathologie sportive très fréquente (pubalgie).
- Long adducteur +++
- Diagnostic = clinique
- Imagerie échographique pauvre :
 - Remaniements corticaux
 - Calcifications
 - Hyperhémie au doppler couleur ++

L'enthésopathie micro-traumatique d'insertion des adducteurs

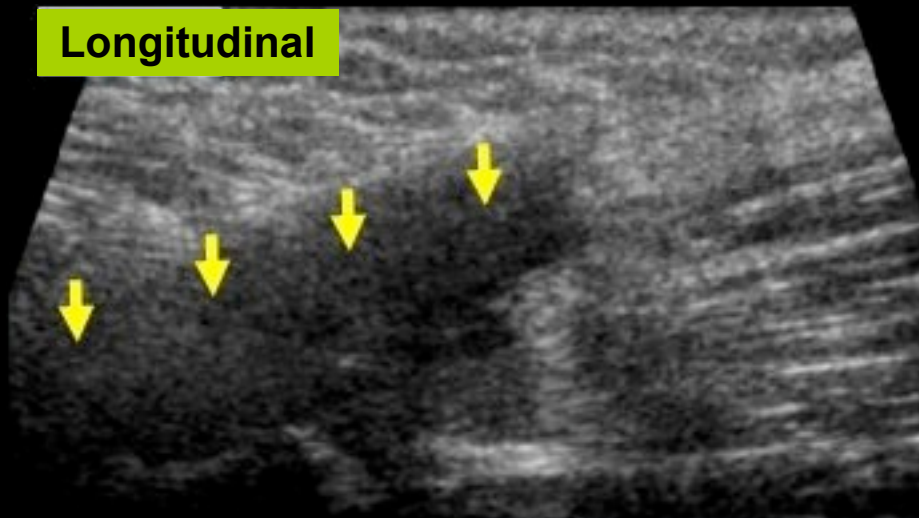


Pathologie Traumatique Proximale des Adducteurs

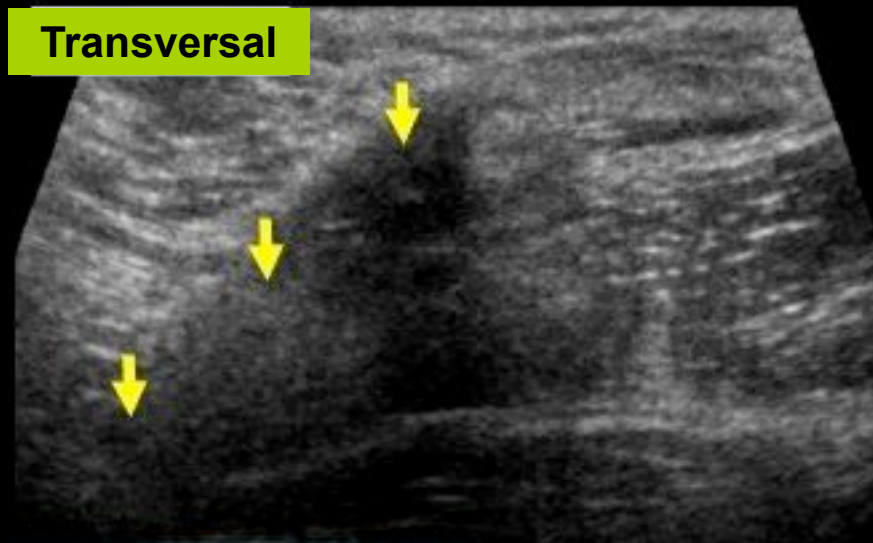
- Désinsertion (traumatisme violent)
- Décollement myo-aponévrotique :
 - Périphérique
 - Centrale (lame tendineuse intramusculaire)
- Signes échographiques :
 - Collection péri tendineuse
 - Suffusion hémorragique échogène des masses musculaires de voisinage.
 - Aspect flou et échogène de la lame tendineuse intramusculaire
 - Hyperhémie au doppler couleur +

Désinsertion Proximale du Long Adducteur

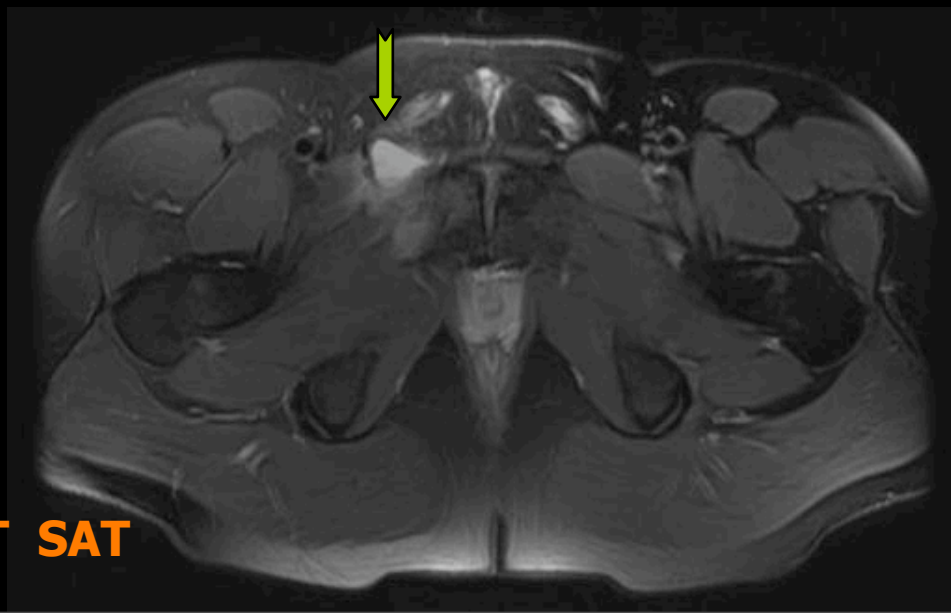
Longitudinal



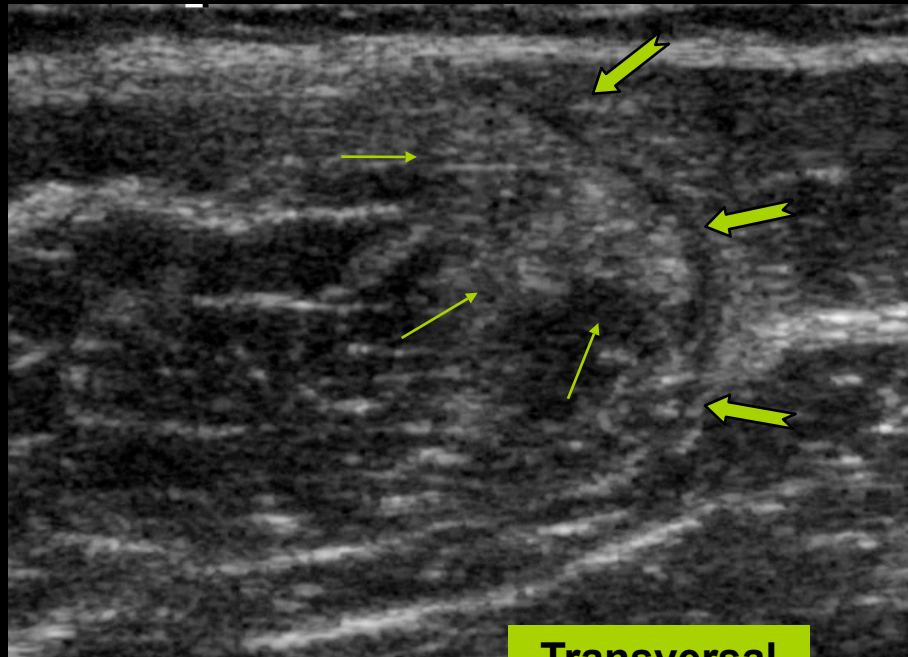
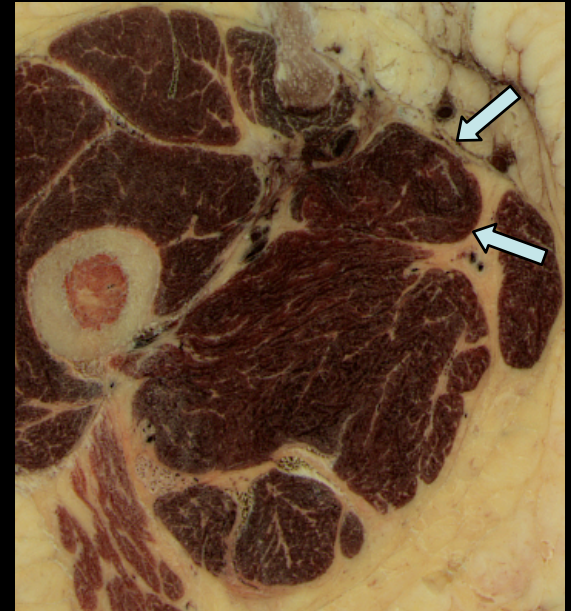
Transversal



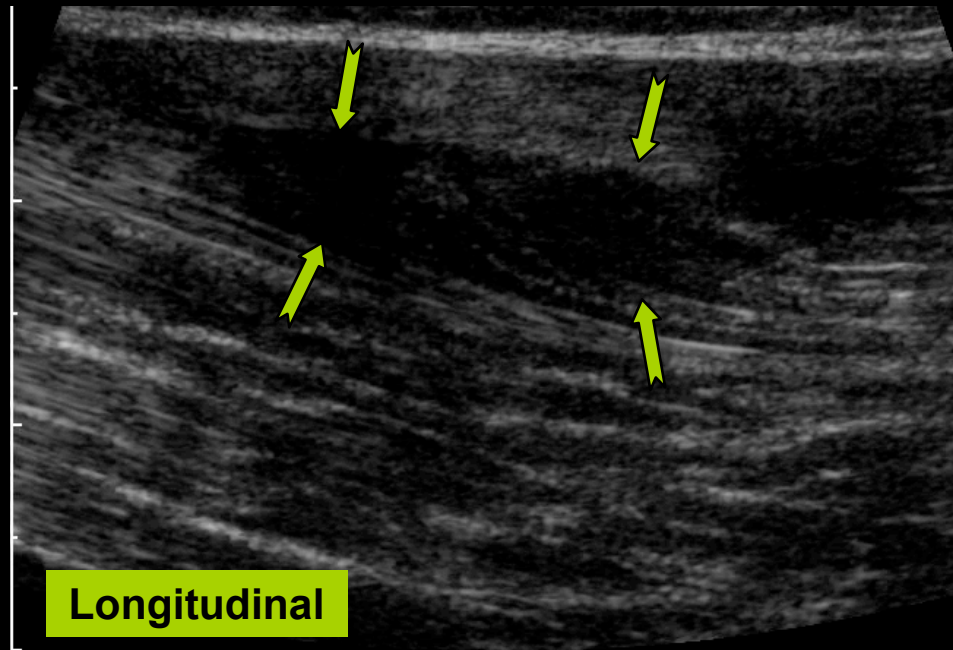
T2 FAT SAT



Décollement myo apoévrotique

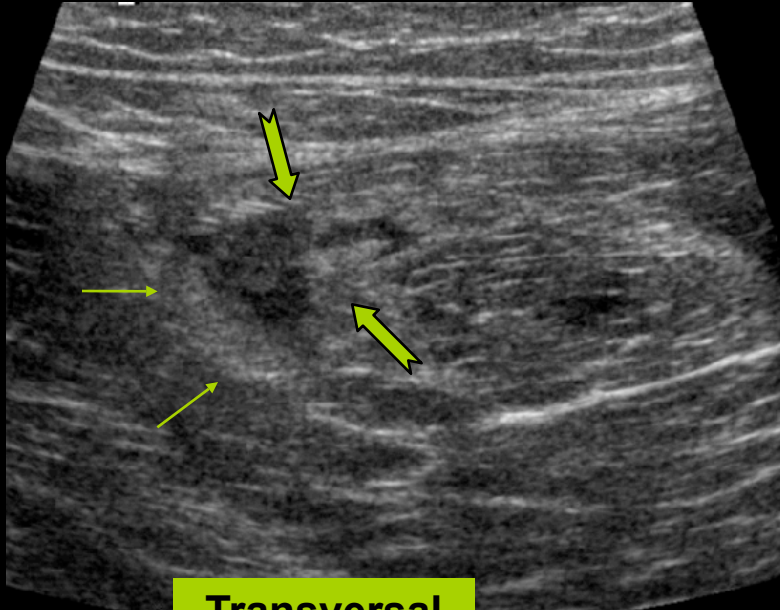


Transversal

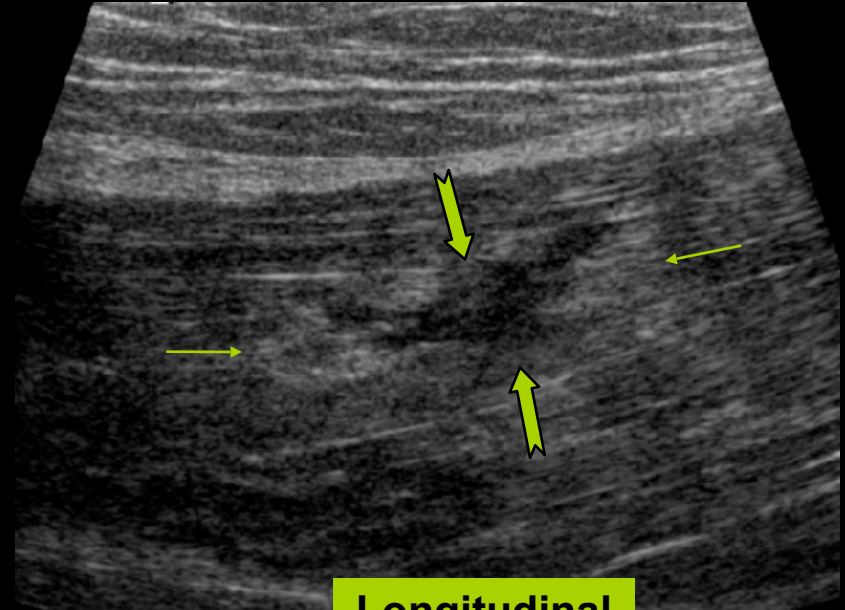


Longitudinal

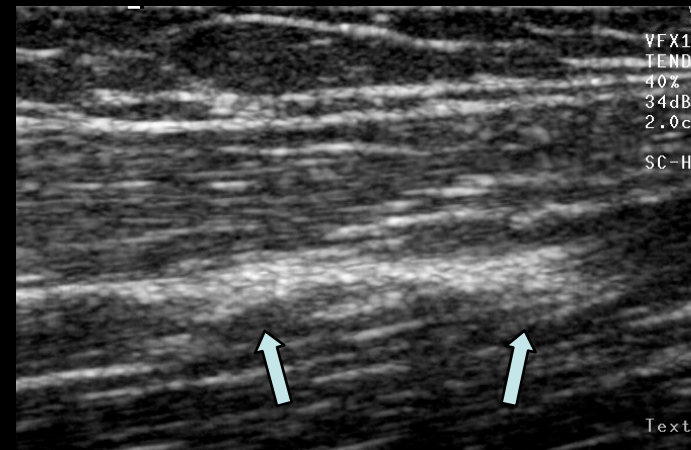
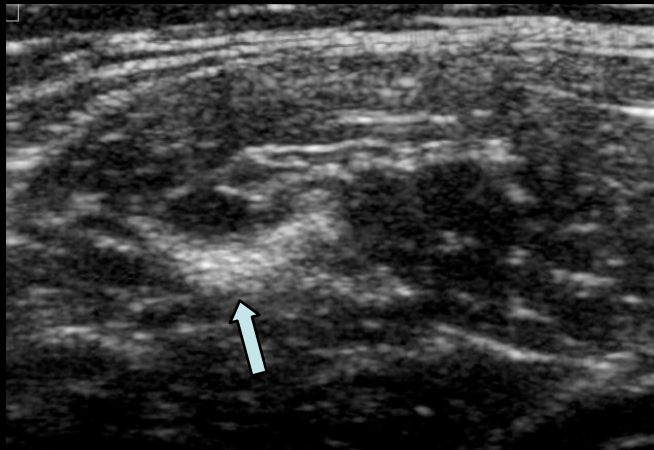
Décollement myo apoévrotique centrale du Long Adducteur



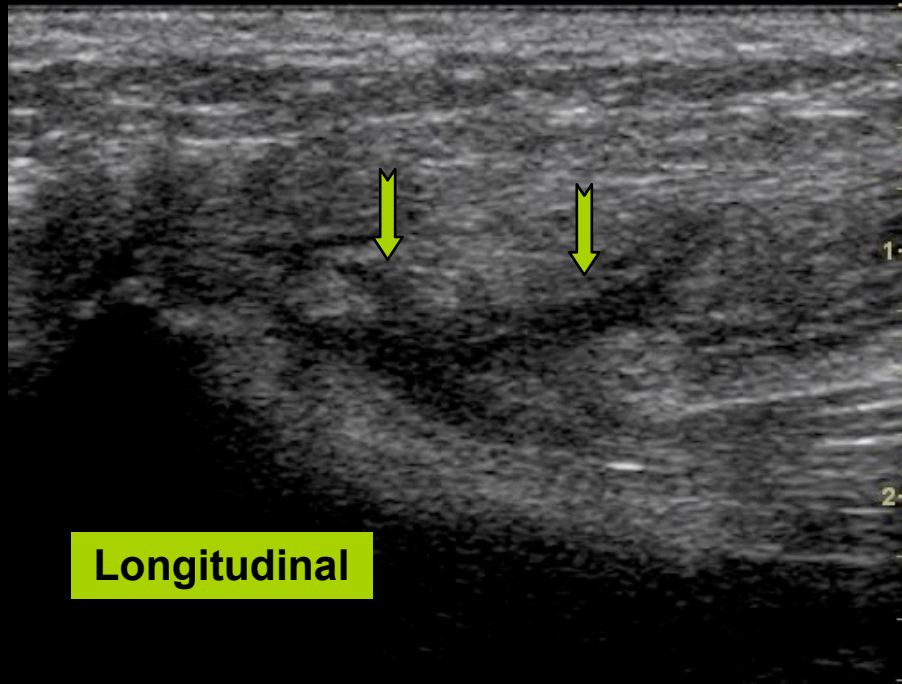
Transversal



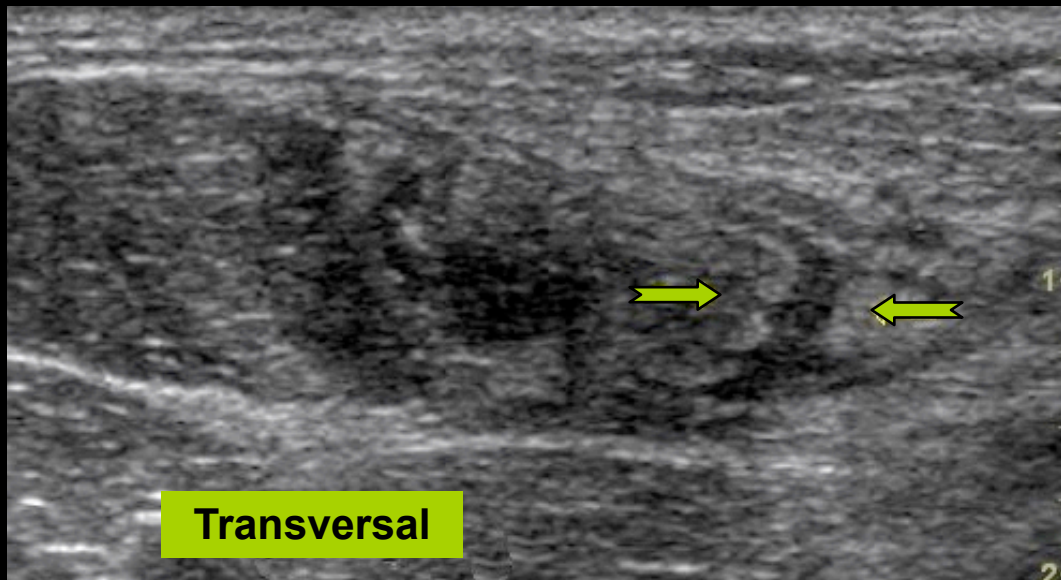
Longitudinal



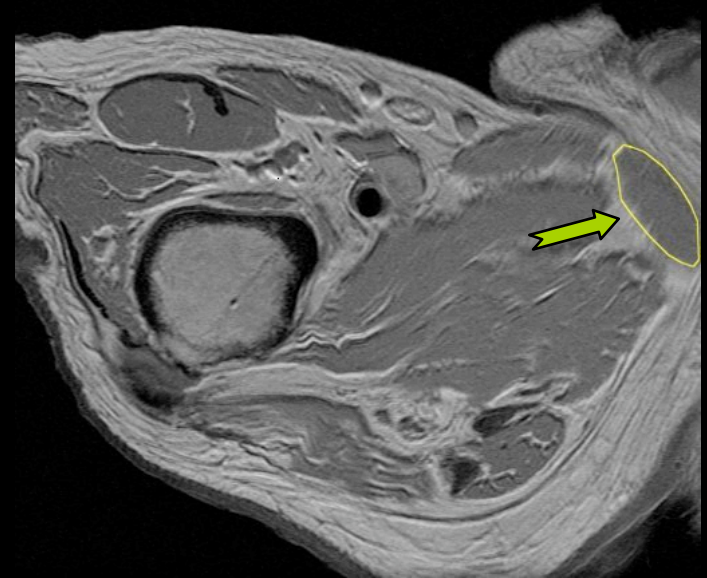
Décollement myo aponévrotique du



Longitudinal



Transversal



T1



FIN