

Présentation générale de la patiente

Mme P, 45 ans, est sans emploi. Elle a travaillé quelques années comme infirmière avant d'interrompre son activité professionnelle lorsqu'elle a rencontré son mari. Elle a eu deux grossesses rapprochées avec une prise de poids importante, suivie d'une reprise d'activité physique pour retrouver son poids antérieur. Elle pratique actuellement la course à pied de manière régulière, le Pilates une fois par semaine et le ski en saison hivernale. Elle apprécie particulièrement la course à pied, qu'elle pratique avec des amies.

Depuis six mois, Mme P présente des douleurs latérales de la fesse, progressivement aggravées. Les douleurs perturbent le sommeil et nécessitent l'utilisation d'un coussin entre les jambes en décubitus latéral. Un traitement par anti-inflammatoires pendant deux mois n'a apporté aucune amélioration. Son médecin a évoqué une bursite et prescrit de la physiothérapie. Elle a suivi 18 séances sans amélioration, comprenant notamment des ultrasons et des exercices d'étirement. Mme P a poursuivi la course à pied, rapportant peu de douleurs pendant l'activité. Elle est persuadée que la course à pied l'aide à soulager ses douleurs.

Face à l'absence d'amélioration, elle change de physiothérapeute en espérant avoir une prise en charge différente. Le sommeil est de plus en plus perturbé et la patiente se montre impatiente. Son mari l'encourage à consulter un autre médecin pour un nouvel avis diagnostique.

Activités et participation

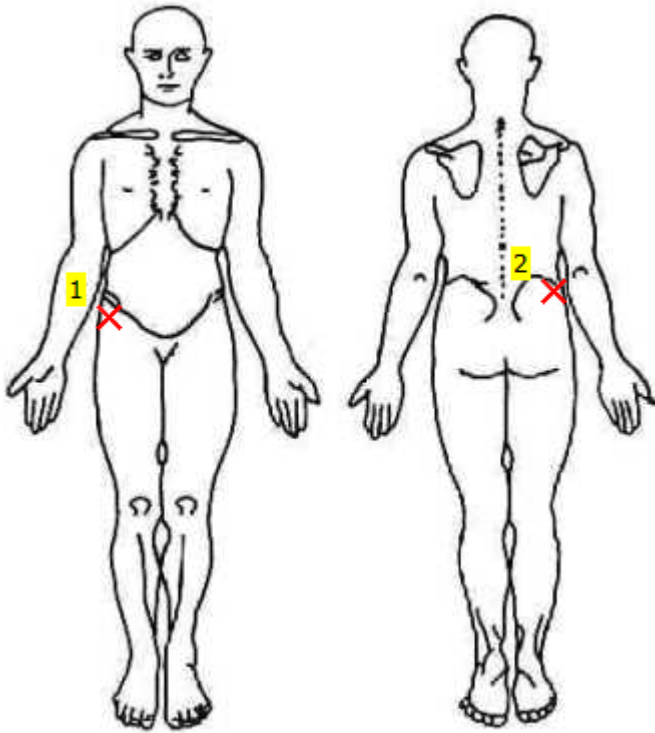
Mme P est socialement active, entretient de bonnes relations familiales et participe à des activités bénévoles. Son mari travaille beaucoup mais ils arrivent à passer beaucoup de temps ensemble en montagne. Elle est très active au quotidien, pratique la peinture et s'engage régulièrement à l'épicerie solidaire Caritas.

Elle surveille strictement son alimentation et pratique intensivement la course à pied. Elle rapporte ne pas être particulièrement stressée, mais se sent incomprise. Elle évite les positions assises prolongées et la station debout prolongée en raison de douleurs latérales lancinantes insupportables.

Localisation et distribution des symptômes

La douleur est localisée sur la face latérale de la fesse, au niveau du grand trochanter. Elle reste strictement locale, sans irradiation.

Body chart (représentation corporelle de la douleur)



Caractéristiques de la douleur

La patiente décrit une sensation de tiraillement associée à des brûlures latérales de la fesse. La douleur est majorée en décubitus latéral sur le côté douloureux et en fin de journée lors du repos.

L'intensité maximale de la douleur est évaluée à 5/10.

Le score au questionnaire HAGOS (Copenhagen Hip and Groin Outcome Score) est de 60, indiquant une atteinte des activités sportives et du sommeil.

Fonctions et activités affectées

La station assise prolongée, notamment jambes croisées, est difficile. La station debout prolongée est également mal tolérée.

Examen clinique et tests pertinents

La palpation du grand trochanter est douloureuse et reproduit les symptômes.

L'appui unipodal est douloureux après environ 20 secondes du côté atteint et difficile à maintenir, alors qu'il est bien toléré du côté controlatéral. La mobilité de hanche est conservée. Les tests de compression sacro-iliaque sont négatifs.

Le test d'abduction de hanche contre résistance reproduit les douleurs et met en évidence une faiblesse marquée du moyen fessier en décubitus latéral.

Hypothèse diagnostique

Tendinopathie du moyen fessier associée à une bursite trochantérienne. Ce diagnostic est étayé par la symptomatologie rapportée et par l'amélioration des douleurs à l'échauffement, fréquemment observée dans les tendinopathies des membres inférieurs.

Précautions et contre-indications

Les étirements du moyen fessier sont déconseillés.

Facteurs contextuels et contributifs

La patiente n'a pas réduit son niveau d'activité physique et a même augmenté ses entraînements, l'échauffement diminuant temporairement la douleur.

Mme P exprime un découragement important, une faible confiance dans la physiothérapie et une faible perception de contrôle sur sa douleur. Elle anticipe une évolution chronique et une adhésion difficile aux adaptations de la course à pied.

Prise en charge proposée

La prise en charge initiale repose sur plusieurs axes complémentaires :

- Éducation thérapeutique : information sur la tendinopathie du moyen fessier, la diminution de la capacité de charge du tendon, l'amélioration des symptômes à l'échauffement et l'augmentation des douleurs lors des mouvements compressifs comme les étirements.
- Douleur et facteurs contextuels : information sur l'influence des facteurs émotionnels et contextuels sur la perception de la douleur.
- Adaptation de la course à pied : proposition de réduire la fréquence des entraînements de six à trois sorties par semaine, avec intégration de jours de repos.
- Remise en charge progressive : mise en place d'un programme d'exercices de renforcement isométrique du moyen fessier en appui unipodal, incluant des montées de bassin contre swiss ball et des positions de fente bulgare, de préférence en unipodal, maintenues 30 à 40 secondes.

Pronostic

L'évolution est incertaine en raison de la chronicité des symptômes, de la faible confiance de la patiente envers la physiothérapie et des difficultés anticipées d'adhésion aux adaptations de l'activité sportive.

Durabilité forte

Un raisonnement clinique intégrant la durabilité forte consiste à concevoir une prise en charge efficace, mais aussi soutenable dans le temps pour la patiente, le·la professionnel·le et le système de soins. Il vise à éviter la surmédicalisation, les interventions redondantes et les protocoles irréalistes, au profit d'une prise en charge proportionnée, contextualisée et favorisant l'autonomie. La durabilité forte ne constitue pas une contrainte externe au soin, mais un critère de qualité du raisonnement clinique.

Références conseillées

Almoussa, S. et al. (2023) 'An EDucation and eXercise intervention for gluteal tendinopathy in an Irish setting: a protocol for a feasibility randomised clinical trial (LEAP-Ireland RCT)', *HRB Open Res*, 6, pp. 76.

Cook, J. L. and Purdam, C. (2012) 'Is compressive load a factor in the development of tendinopathy?', *British Journal of Sports Medicine*, 46(3), pp. 163.

Fearon, A. M. et al. (2024) 'ICON 2020-International Scientific Tendinopathy Symposium Consensus: the development of a core outcome set for gluteal tendinopathy', *Br J Sports Med*, 58(5), pp. 245-254.

Grimaldi, A., Ganderton, C. and Nasser, A. (2025) 'Gluteal tendinopathy masterclass: Refuting the myths and engaging with the evidence', *Musculoskeletal Science and Practice*, 76, pp. 103253.

AUTEURES

Clémence Artières, PhD candidate (Haute École de Santé – Vaud)

Emmanuelle Opsommer, PhD (Haute École de Santé – Vaud)