

Présentation générale de la patiente

Mme Y est une femme de 35 ans, secrétaire pour un comptable. Elle travaille à 100% depuis 20 ans. Elle vit avec son mari et n'a pas d'enfants.

Elle pratiquait auparavant une activité de fitness, mais a été blessée à plusieurs reprises. Ces expériences l'ont conduite à arrêter le sport et à développer une appréhension importante à l'idée de reprendre une activité physique, par peur de se blesser à nouveau.

Mme Y se décrit comme stressée par son travail et rapporte des troubles du sommeil. Elle a peu de loisirs et part rarement en vacances, en raison de contraintes financières et d'un faible attrait pour les déplacements lointains.

Dans ses antécédents, elle rapporte des douleurs lombaires qu'elle décrit comme des « blocages », survenus à plusieurs reprises après des séances de fitness. Ces épisodes ont renforcé sa crainte de « mal faire les mouvements » et de se blesser.

Depuis environ un an et demi, Mme Y présente des douleurs localisées sous la fesse, irradiant parfois à l'arrière de la cuisse. Elle a déjà bénéficié de 48 séances de physiothérapie, incluant des traitements par ondes de choc, une infiltration et plusieurs protocoles d'exercices. Ces prises en charge n'ont entraîné que des améliorations transitoires. Elle refuse toute nouvelle infiltration en raison de douleurs importantes survenues après la première injection réalisée un an auparavant.

Mme Y se dit découragée et exprime la crainte de devoir vivre durablement avec cette douleur. Elle tolère difficilement la position assise prolongée au travail et doit se lever régulièrement pour pouvoir tenir la journée.

Elle exprime un sentiment d'inefficacité de la physiothérapie et d'absence de solution médicale adaptée. Sa principale motivation est de pouvoir marcher et s'asseoir sans douleur. L'orientation vers un physiothérapeute spécialisé par un médecin du sport est perçue comme une « dernière chance ».

Récemment, son médecin de famille l'a adressée à un nouveau centre de médecine du sport et lui a recommandé un nouveau cycle de neuf séances de physiothérapie. Mme Y accepte cette nouvelle prise en charge, motivée par un fort espoir d'amélioration.

Activités et participation

Mme Y travaille comme secrétaire, un emploi impliquant des positions assises prolongées devant un écran. Elle décrit son travail comme ennuyeux et répétitif, sans envisager actuellement une reconversion professionnelle.

Elle se déplace principalement en voiture et a cessé ses marches quotidiennes, qu'elle considère comme aggravant ses symptômes.

Sur le plan social, Mme Y est plutôt isolée. Elle a peu d'amis et voit rarement sa famille, pourtant domiciliée proche de chez elle. Elle partage peu d'activités avec son mari, situation qui s'est accentuée depuis l'apparition des douleurs. Les promenades communes ont été complètement arrêtées. Elle ressent un besoin important de repos durant les week-ends.

Localisation et distribution des symptômes

La douleur est localisée sous la fesse, décrite comme un « nœud » au niveau du pli fessier. Elle est principalement locale mais peut irradier à l'arrière de la cuisse lors d'activités provocatrices, notamment la marche en montée. La patiente décrit une sensation de tiraillement et d'inflammation.

Body chart (représentation corporelle de la douleur)

Le body chart complété lors de l'anamnèse met en évidence une zone douloureuse au niveau de l'insertion proximale des ischio-jambiers, correspondant au tendon du biceps fémoral.



Caractéristiques de la douleur

Mme Y décrit une douleur de type brûlure lors des positions assises prolongées. La douleur est exacerbée par la marche rapide, la marche en montée et les mouvements de flexion du tronc avec le genou en extension.

L'intensité douloureuse est évaluée à 7/10 lors des épisodes les plus intenses, avec une douleur quotidienne fluctuante entre 3 et 4/10 sur l'échelle visuelle analogique (EVA).

Le questionnaire VISA-H révèle un score de 40/100 (Le score maximal d'une personne asymptomatique est de 100. Théoriquement, le score minimal est de 0).

Fonctions et activités affectées

La patiente présente des difficultés lors de la flexion antérieure du tronc. Les mouvements de fente et de squat deviennent douloureux au-delà de 40° de flexion. Elle éprouve des difficultés à se relever après une position assise prolongée et tolère mal la position assise sur des surfaces dures.

Examen clinique et tests pertinents

Les tests fonctionnels sollicitant la mise en charge du tendon du biceps fémoral sont douloureux. En décubitus ventral, la flexion de genou contre résistance provoque une douleur modérée en course interne (90°) et une douleur marquée en course externe (30°), avec reproduction des symptômes.

Les tests d'étirement (Puranen-Orava, bent-knee stretch test et modified bent-knee stretch test) reproduisent les symptômes.

La fente avant avec tronc fléchi à 20–30° entraîne une augmentation de la charge tendineuse et des douleurs, majorées lorsque la vitesse du mouvement augmente.

La palpation de l'insertion du tendon reproduit les symptômes.

Les tests de provocation neurologique sont négatifs (SLUMP test).

Les tests articulaires de hanche sont négatifs (FABER, FADIR).

La patiente présente un déconditionnement global avec instabilité du bassin, faiblesse marquée du moyen fessier, déficit de gainage du tronc, faiblesse de la ceinture abdominale ainsi que des quadriceps et des ischio-jambiers.

Un déficit de mobilité en flexion de hanche est observé, associé à une raideur des ischio-jambiers et du grand fessier du côté douloureux.

Précautions et contre-indications

Lors de la première séance, aucun déficit sensitif ni perte de force majeure n'est observé au niveau du membre inférieur concerné. Une imagerie antérieure met en évidence un remaniement tendineux compatible avec l'hypothèse clinique.

Facteurs contextuels et contributifs

Mme Y présente une peur importante du mouvement et évite les activités qu'elle associe à la douleur. Elle rapporte un manque de temps et de motivation pour réaliser des exercices et exprime une perte de confiance dans la thérapie active, tout en étant en attente d'une approche « différente ».

Hypothèse diagnostique

L'ensemble des éléments cliniques (localisation de la douleur, caractéristiques des symptômes, tests de provocation positifs et douleur à la palpation) est compatible avec une tendinopathie proximale des ischio-jambiers, impliquant le tendon du biceps fémoral. Cette hypothèse est renforcée par les résultats de l'imagerie.

Prise en charge proposée

La prise en charge initiale repose sur plusieurs axes complémentaires :

- Éducation thérapeutique : explication de la tendinopathie comme une diminution de la capacité de charge du tendon, de la durée estimée de la prise en charge (3 à 6 mois) et du principe d'adaptation tissulaire.

Recommandation de limiter les étirements des ischio-jambiers (arrière de la cuisse) et de privilégier une détente musculaire par foam roll (au fitness), en évitant la compression de la zone douloureuse.

- Douleur et facteurs contextuels : information sur l'influence des facteurs émotionnels et contextuels sur la perception douloureuse.
- Adaptation des activités quotidiennes : discussion autour de la reprise de l'activité physique. Introduction de la marche sur terrain plat, 10 à 15 minutes, avec augmentation progressive. Proposition d'un support sur la chaise de travail afin de limiter la flexion de hanche et la compression du tendon au niveau de la zone douloureuse.
- Remise en charge progressive : mise en place d'un programme d'exercices spécifique et progressif, distinct des exercices précédemment réalisés : pont fessier bipodal ciblant les ischio-jambiers (3 séries de 8 répétitions), demi deadlift unipodal au poids du corps, presse à une jambe avec flexion limitée à 100°, renforcement du moyen fessier en appui unipodal sur step (genou légèrement fléchi), avec recherche d'une charge adaptée et tolérable pour la patiente.

Pronostic

Mme X présente une douleur chronique évoluant depuis un an, associée à des facteurs contextuels et psychosociaux importants.

L'évolution est susceptible d'être lente. Le pronostic est considéré comme favorable, avec une amélioration attendue des capacités fonctionnelles lors de la remise en charge progressive et spécifique. L'évolution de la patiente est dépendante de son adhérence au traitement proposé et de la tolérance à la charge.

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.

Éléments volontairement laissés ouverts dans ce cas clinique

Ce cas clinique a été conçu de manière à soutenir le raisonnement clinique des étudiant·es. Certains éléments sont volontairement laissés ouverts, notamment :

- Le côté atteint (droite/gauche) n'est pas précisé.
- Aucun objectif chiffré ou critère de succès n'est explicitement formulé.

Références conseillées

Cacchio, A., De Paulis, F. and Maffulli, N. (2014) 'Development and validation of a new visa questionnaire (VISA-H) for patients with proximal hamstring tendinopathy', *British Journal of Sports Medicine*, 48(6), pp. 448.

Goom, T. S. et al. (2016) 'Proximal Hamstring Tendinopathy: Clinical Aspects of Assessment and Management', *J Orthop Sports Phys Ther*, 46(6), pp. 483-93.

Jayaseelan, D. J., Moats, N. and Ricardo, C. R. (2014) 'Rehabilitation of proximal hamstring tendinopathy utilizing eccentric training, lumbopelvic stabilization, and trigger point dry needling: 2 case reports', *J Orthop Sports Phys Ther*, 44(3), pp. 198-205.

Martin, R. L. et al. (2018) 'Accuracy of 3 Clinical Tests to Diagnose Proximal Hamstrings Tears With and Without Sciatic Nerve Involvement in Patients With Posterior Hip Pain', *Arthroscopy*, 34(1), pp. 114-121.

AUTEURES

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

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