

Sémiologie ostéo-articulaire

Hanche

Rédacteur pour le COFER

Pr Thierry Lequerré

CHU – Hôpitaux de Rouen, Université de Rouen, Service de Rhumatologie, Rouen

Les QR codes sont à votre disposition pour accéder aux vidéos des différents tests à connaître pour préciser l'origine du problème rhumatologique et vous aider à comprendre plus facilement l'examen clinique.

Utilisez-les à l'envie !

Vous pouvez également retrouver l'ensemble des vidéos sur le site du COFER

<http://www.lecofer.org/semiologie.php>

Plan :

I Rappels anatomiques

II Interrogatoire

III Examen physique de la hanche

III.1 Inspection

III.2 Palpation

III.3 Mobilisation

III.3.1 Mobilisation passive de la hanche

III.3.2 Mobilisation active de la hanche

III.3.3 Examen dynamique

IV Examen régional (autour de la hanche)

IV.1 Examen vasculaire

IV.2 Examen neurologique

V Les douleurs projetées : diagnostics différentiels

V.1 La douleur d'origine radiculaire L3 ou L4 (cruralgie)

V.2 La névralgie du nerf fémoro-cutané

V.3 La douleur d'origine rachidienne liée à une atteinte articulaire postérieure

V.4 La douleur d'origine rachidienne liée à une atteinte de l'articulation sacro-iliaque

V.5 Autres douleurs

VI Explorations complémentaires

VI.1 Examens biologiques

VI.2 Examens morphologiques - Imageries

VI.2.1 Imageries de première intention

VI.2.2 Examens de deuxième intention

VI.3 Ponction articulaire

VII Orientation diagnostique

VII.1 Hanche douloureuse à radiographie normale

VII.1.1 Hanche mécanique

VII.1.2 Hanche inflammatoire

VII.1.3 Hanche mixte

VII.2 Hanche douloureuse à radiographie anormale

VII.2.1 Hanche mécanique

VII.2.2 Hanche inflammatoire

VII.2.3 Hanche mixte

VIII Du symptôme à la maladie

VIII.1 La cruralgie sur hernie discale

VIII.2 L'arthrose de hanche ou coxarthrose

VIII.3 L'arthrite de hanche

VIII.4 Les tendinites de la racine de cuisse

VIII.4.1 La tendinite du moyen glutéal

VIII.4.2 La tendinite des adducteurs

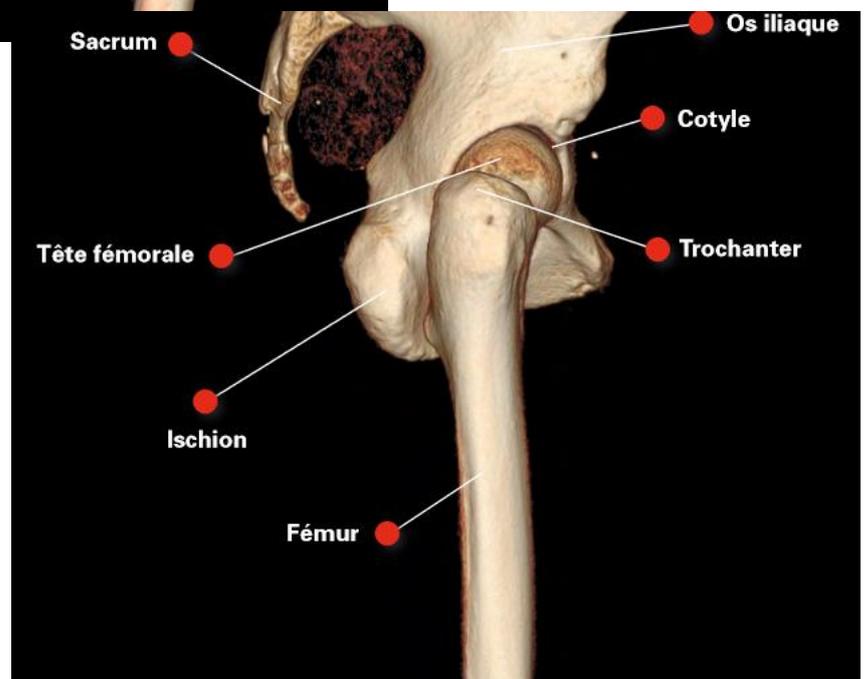
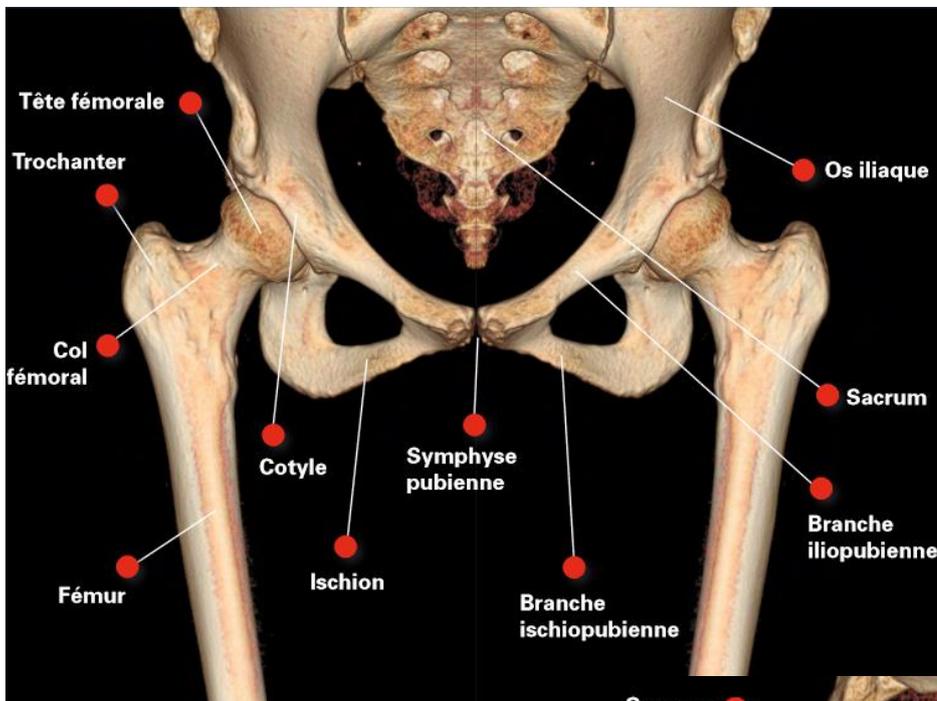
Introduction

La hanche, ou articulation coxo-fémorale, est une articulation congruente qui unit le fémur à l'os iliaque. Il s'agit d'une articulation portante, dont le bon fonctionnement est capital pour la marche et la mobilisation des membres inférieurs.

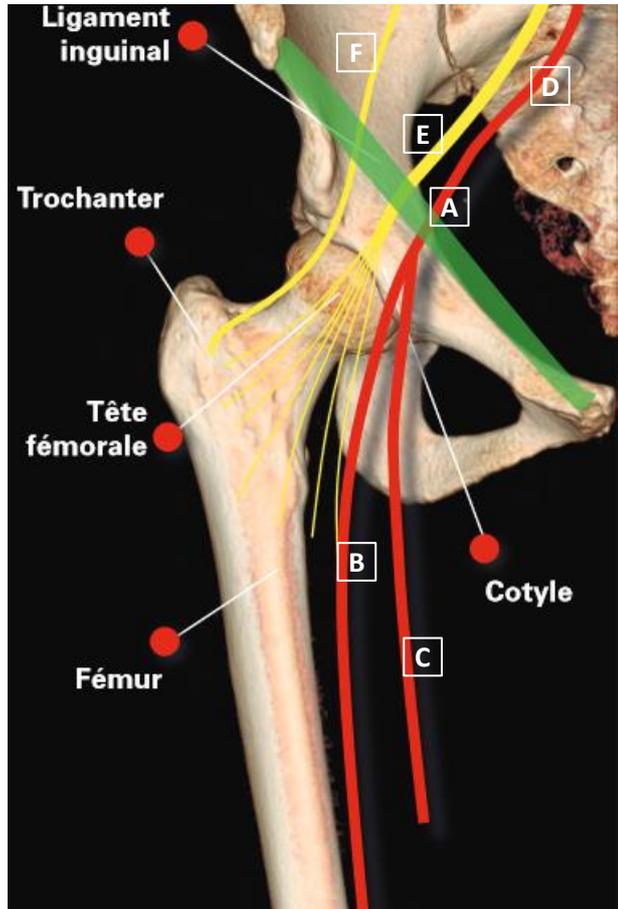
Les pathologies de hanche sont très fréquentes d'où l'importance de bien connaître l'examen de cette articulation. Elles s'intègrent dans les douleurs de la racine des cuisses qui peuvent être d'origine rachidienne, coxo-fémorale, tendino-musculaire ou artérielle.

Comme souvent en Rhumatologie, après un **interrogatoire précis et indispensable**, l'examen physique s'attachera à faire la distinction entre d'un côté des pathologies « bénignes » (qui sont les plus nombreuses) et de l'autre, des pathologies « graves » (représentées principalement par la pathologie infectieuse, la pathologie néoplasique, et la pathologie fracturaire).

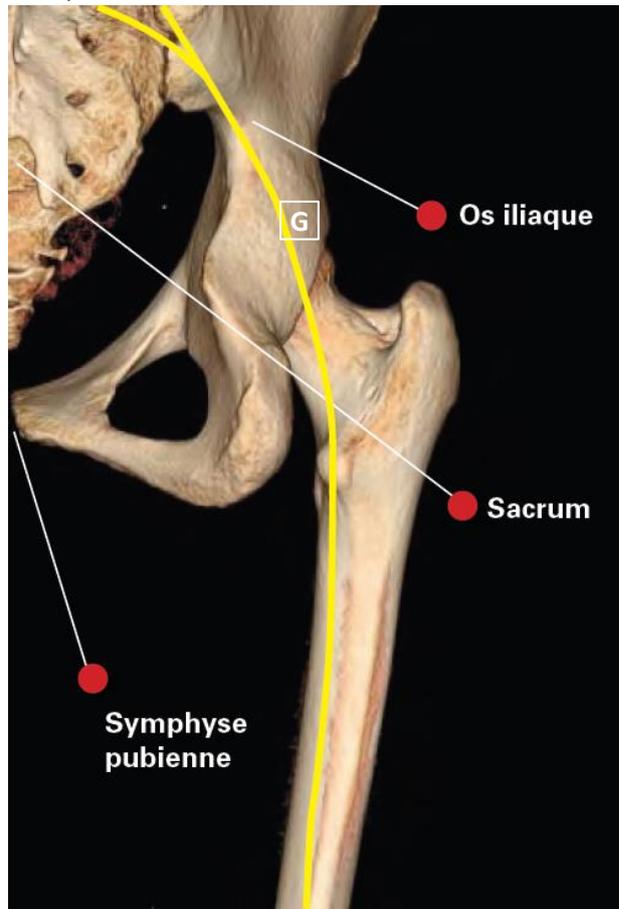
I - Rappels anatomiques



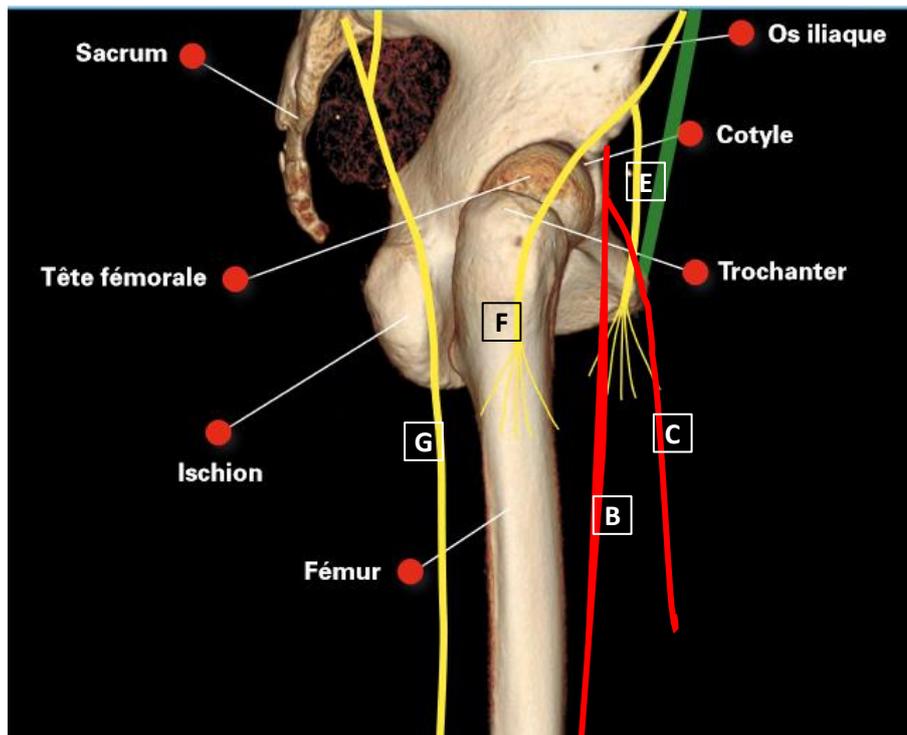
Vue antérieure



Vue postérieure



Vue latérale



- A – Artère fémorale commune
- B – Artère fémorale profonde
- C – Artère fémorale superficielle
- D – Artère iliaque primitive
- E – Nerf fémoral
- F – Nerf fémoro-cutané
- G – Nerf sciatique (ischiatique)

II/ Interrogatoire

En plus des éléments d'interrogatoire classiques (motif de consultation, mode de vie, antécédents, allergies, traitements), l'interrogatoire devra rechercher les principaux signes fonctionnels concernant la hanche: douleur, raideur, boiterie, impotence fonctionnelle. **C'est une étape indispensable et fondamentale pour orienter le diagnostic.**

L'interrogatoire permet de caractériser ces signes fonctionnels et d'établir l'histoire de la maladie conduisant ensuite à des hypothèses diagnostiques.

L'anamnèse de chaque signe fonctionnel devra préciser :

- **le siège de la douleur et son irradiation** : pli inguinal, grand trochanter, fesse.

Les patients utilisent le terme « hanche » pour désigner la région lombo-fessière d'où l'importance de leur faire montrer avec le doigt le siège exact de leur douleur. Par ailleurs, la hanche peut donner des douleurs projetées au niveau du genou d'où l'importance d'examiner systématiquement le rachis et le genou en cas de douleurs de hanche. **Toute gonalgie nécessite d'examiner la hanche. Les douleurs de hanche peuvent irradier à la face antérieure de la cuisse.**

- **l'horaire ou rythme de la douleur** : mécanique ou inflammatoire.

Cet élément d'interrogatoire est fondamental car il permet de distinguer les douleurs mécaniques des douleurs inflammatoires.

Douleur d'horaire mécanique	Douleur d'horaire inflammatoire
Pas de réveil nocturne (réveil possible si déclenchée par un changement de position)	Réveils spontanés nocturne en deuxième partie de nuit
Douleur apparaissant au mouvement et calmée par le repos	Douleur disparaissant dans la journée ou au mouvement, réapparaissant après l'effort ou au repos
Pas de dérouillage matinal (< 15 min)	Dérouillage matinal (> 30 min)
Douleur aggravée par les efforts	Douleur aggravées par le repos
Douleur prédominant le soir	Douleur prédominant le matin
Douleur prédominant la journée	Douleur prédominant la nuit

- **le type de douleur** : nociceptive, neuropathique, nociplastique
- **l'intensité de la douleur** sur une échelle visuelle analogique entre 0 et 10
- **les circonstances d'apparition** :
 - l'existence d'un traumatisme et son mécanisme: chute, accident de la voie publique...
 - le mode d'installation du symptôme: brutal ou progressif
 - l'activité physique ayant précédé le symptôme
- **le mode évolutif** du symptôme (aggravation, en voie d'amélioration ou permanent)
- les facteurs qui améliorent ou qui aggravent la douleur ou le symptôme, les positions antalgiques
- les antécédents de douleurs ou de symptômes identiques
- l'effet des traitements déjà tentés ou en cours
- les signes généraux très importants : altération de l'état général, fièvre, prise de poids, amaigrissement, grossesse...
- les symptômes associés de l'appareil locomoteur ou extra-articulaire

L'interrogatoire devra aussi évaluer le **retentissement fonctionnel**. Le retentissement fonctionnel est évalué par la recherche d'une limitation du périmètre de marche (en durée ou en distance), et de la limitation de certains gestes de la vie courante (marcher, s'asseoir sur un siège bas, faire ses lacets, se mettre debout en appui, se couper les ongles des pieds). Lorsque la mobilisation active de l'articulation est impossible, on parle d'impotence fonctionnelle. L'indice de Lequesne permet d'évaluer par exemple le retentissement de la coxarthrose sur les gestes de la vie quotidienne. Un seuil ($\geq 10-12$) incite à discuter l'indication de prothèse totale de hanche.

Indice fonctionnel des coxopathies de Lequesne (à titre indicatif).

	Évaluation	Cotation
<i>Douleur ou gêne :</i>		
Douleur nocturne	Aucune	0
	Seulement aux mouvements et dans certaines postures	1
	Même immobile, sans bouger	2
Dérouillage matinal	Aucun ou inférieur à une minute	0
	Pendant quelques minutes	1
	Plus d'un quart d'heure	2
Douleur lors du stationnement debout ou du piétinement pendant une demi-heure	Aucune	0
	Des douleurs	1
À la marche	Aucune	0
	Après quelque distance	1
	Dès les premiers pas et allant croissant	2
Gêne lors de la station assise prolongée	Aucune	0
	Douleur	1
<i>Marche maximale :</i>		
Aucune limitation		0
Plus de 1 km mais limitée		1
Environ 1 km (environ 15 minutes)		2
500 à 900 mètres (environ 8 à 15 minutes)		3
300 à 500 mètres		4
100 à 300 mètres		5
Moins de 100 mètres		6
Avec une canne ou canne-béquille*		+ 1
Avec deux cannes ou cannes-béquilles*		+ 2
<i>Difficultés pour :</i>		
Enfiler une chaussette ou un collant par devant		0 à 2**
Ramasser un objet à terre		0 à 2
Monter et descendre un étage		0 à 2
Sortir d'une voiture		0 à 2
Retentissement sur l'activité sexuelle		0 à 2

Le domaine chirurgical commence lorsque le score est supérieur ou égal à 10-12 points.

* L'utilisation de 1 ou 2 cannes-béquilles majore le score obtenu.

** Cotation : 0 : sans difficulté ; 0,5 : assez facilement ; 1 : avec difficulté ; 1,5 : avec beaucoup de difficulté ; 2 : impossible.

III Examen physique de la hanche

L'examen physique permettra de confirmer ou d'infirmer certaines hypothèses diagnostiques et d'écarter des diagnostics différentiels. L'examen de la hanche est bilatéral et comparatif. L'examen physique de la hanche sera complété par l'examen physique des genoux et du rachis lombaire pour s'assurer que le symptôme provient bien de l'articulation-coxo-fémorale ou de sa région.

III.1 Inspection

Aspects des téguments : tuméfaction, ecchymose, hématome, érythème, marbrures

Attitudes vicieuses :

- Attitude en rotation externe, raccourcissement et adduction du membre inférieur

Cette attitude doit faire rechercher systématiquement une fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

- Impossibilité d'extension complète de la hanche : fessum de hanche.

L'existence d'un fessum de hanche doit faire rechercher par exemple une arthrite de hanche ou un psoïtis (flexion douloureuse irréductible de la cuisse sur le bassin en rapport avec une masse comprimant le nerf crural (épanchement sanguin, abcès ou tumeur, hématome du psoas)

- Impossibilité de flexion complète de la hanche (position assise impossible).
- Rotation externe irréductible.



Amyotrophie du quadriceps ⇒ mesure bilatérale et comparative du diamètre des quadriceps 15 centimètres au-dessus du bord supérieur de la patella.

L'existence d'une tuméfaction de la cuisse peut traduire par exemple un hématome profond de cuisse.

III.2 Palpation

Il existe 4 régions d'intérêt : le pli inguinal, le grand trochanter, la fesse et le rachis lombaire.



La palpation permettra de rechercher dans chaque zone d'intérêt :

- une zone douloureuse
- une zone gâchette : la palpation de cette zone recrée immédiatement la douleur décrite par le patient
- une tuméfaction : hématome, adénopathie

La palpation permet d'orienter le diagnostic topographique.

La palpation de l'articulation coxo-fémorale n'est pas possible car l'articulation est trop profonde. En revanche, la palpation en dehors au niveau du grand trochanter ou en dedans au niveau de la symphyse pubienne peut orienter vers l'origine de la douleur.

III.3 Mobilisation de la hanche

III.3.1 Mobilisation passive de la hanche

Amplitudes de hanche en passif :

L'examen **bilatéral et comparatif** des mobilités passives de hanche se fait selon 3 axes, avec par conséquent 6 mouvements possibles : flexion, extension, abduction, adduction, rotation externe, rotation interne. C'est le médecin qui effectue les mouvements chez un malade relâché.

Mouvement	Amplitude normale	Technique de recherche	Vidéo
Flexion	130° +/- 10°	en décubitus dorsal, flexion du membre inférieur avec une main sous les fesses pour empêcher la flexion du rachis	
Extension	10° à 30°	en décubitus ventral, soulever le membre inférieur, en appuyant sur les fesses pour maintenir le bassin.	
Abduction	45°	en décubitus dorsal, bloquer le bassin avec une main sur l'épine iliaque antéro-supérieure controlatérale.	
Adduction	30°	en décubitus dorsal, bloquer le bassin avec une main sur l'épine iliaque antéro-supérieure homolatérale.	
Rotation externe	45°	en décubitus ventral genou fléchi à 90°, ou décubitus dorsal hanche et genou fléchis à 90°, porter le pied en dedans	
Rotation interne	30°	en décubitus ventral genou fléchi à 90°, ou décubitus dorsal hanche et genou fléchis à 90°, porter le pied en dehors.	

Roulé de hanche ou signe de la clé :

Cette manœuvre consiste à faire rouler le membre inférieur à l'aide de vos mains, en décubitus dorsal, ce qui correspond à faire une alternance de rotation interne et rotation externe de hanche. Elle permet de mobiliser la coxo-fémorale sans mobiliser le bassin et le rachis. La reproduction de la douleur avec cette manœuvre permet de la rapporter à une coxopathie.



Ces manœuvres permettront d'orienter le diagnostic. Par exemple, une limitation de la rotation interne peut orienter vers une coxarthrose (première amplitude à être limitée dans cette pathologie). A l'inverse, une limitation de toutes les amplitudes peut orienter vers une arthrite. Elles permettront aussi de suivre l'évolution de certaines pathologies comme la coxarthrose par exemple au cours de laquelle la réduction d'amplitude est progressive au fil du temps.

III.3.2 Mobilisation active de la hanche

Il est parfois nécessaire de mesurer en plus les mobilités actives de la hanche, dans les 6 axes que décrits ci-dessus.

La mobilisation active permet parfois de reproduire la douleur ou de trouver un ressaut de hanche déclenchée par certains mouvements.

III.3.3 Examen dynamique

A la marche ou en orthostatisme :

L'examen dynamique consiste à faire marcher le patient afin d'identifier une boiterie. Il existe 4 types de boiterie :

- la boiterie d'esquive du pas : elle témoigne d'une douleur lors de l'appui sur un des membres inférieurs. Lors de la phase d'appui monopodal (= passage du pas) sur le membre inférieur atteint, le sujet se penche du côté du membre inférieur sain et accélère cette phase de la marche ce qui diminue le poids supporté par le membre inférieur touché.



Remarque : une douleur du rachis irradiée au membre inférieur ne donne quasiment jamais de boiterie d'esquive.

- la boiterie de perte du pas postérieur : elle témoigne d'une limitation de l'extension de la hanche homolatérale. Lors de la marche normale, juste avant de lancer le pied en avant la hanche est en extension. Lorsque l'extension d'une hanche est limitée, le sujet ne peut avoir son pied homolatéral en appui en arrière de son tronc.
- La boiterie par insuffisance du quadriceps



- la boiterie de Trendelenburg : elle témoigne d'une insuffisance musculaire du moyen fessier. Le muscle moyen fessier permet de se tenir debout en équilibre sur un pied, empêchant le poids du corps de faire tomber le sujet du côté du membre sans appui. La boiterie de Trendelenburg se caractérise lors de la marche par une bascule du bassin du côté controlatéral au côté atteint (à cause de l'insuffisance du muscle moyen fessier ou par perte de l'action stabilisatrice de ces stabilisateurs latéraux).



L'appui monopodal et/ou le sautillement sur le membre pathologique peut être douloureux et/ou impossible à réaliser ou à maintenir. Si cet appui monopodal reproduit la douleur, c'est un signe d'atteinte coxo-fémorale.

Les manœuvres dynamiques en décubitus dorsal sont le :

Signe du salut coxal : le patient est en décubitus dorsal, membre inférieur tendu et décollé du lit selon un angle compris entre 0 et 45° pendant 10 à 15 secondes. Le salut coxal est dit résisté lorsque le sujet peut maintenir la position contre une résistance modérée, et douloureux lorsque cette manœuvre déclenche une douleur.



Clinostatisme : le malade, placé en décubitus dorsal, n'arrive pas à décoller le membre inférieur du plan du lit. L'impossibilité de relever le talon du lit signe une lésion cotyloïdienne.

Les manœuvres contre résistance :

- Rotation interne contrariée, ou dérotation externe contrariée
- Patient en décubitus dorsal, hanche et genou fléchi à 90°. Mettre la hanche en rotation externe (pied en dedans), et demander au patient de remettre sa jambe dans sa position d'origine, contre résistance (rotation interne contrariée).
- Douleur contre résistance à l'abduction jambe tendue: le patient est en décubitus latéral coté normal contre la table d'examen et membre inférieur à tester tendu. L'examineur stabilise le bassin d'une main en maintenant l'EIAS et de l'autre exerce une poussée vers la table d'examen avec la main contre la malléole latérale de la cheville. La manœuvre est positive si la douleur est reproduite. Elle traduit une tendinopathie du moyen glutéal.
- Douleur contre résistance à l'adduction en décubitus dorsal. Cela signe une tendinite des adducteurs.



IV – Examen régional (autour de la hanche)

IV.1 Examen vasculaire

Palpation des pouls fémoraux et des pouls périphériques.

Recherche d'un souffle vasculaire (aortique, iliaque, ou fémoral) à l'auscultation.

IV.2 Examen neurologique

Recherche d'une zone d'hypoesthésie cutanée en raquette à la face latérale de la cuisse.

Recherche d'une hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse. *Elle indique une souffrance de la racine de L3.*

Recherche d'une cellulalgie de la fesse : douleur au palper / rouler de la graisse sous-cutanée.



Testing moteur des psoas-iliaques et des quadriceps : le sujet est assis au bord de la table d'examen, jambes pendantes. Demander au sujet de fléchir la hanche contre résistance pour tester le muscle psoas-iliaque et de réaliser une extension du genou contre résistance pour tester le quadriceps. *Le testing permet d'évaluer la force musculaire des psoas-iliaques et des quadriceps innervés par les racines L1, L2 et L3.*



Recherche d'un signe de Lasègue : le sujet est en décubitus dorsal. Relever progressivement un des membres inférieurs qui doit rester en extension (sauf la hanche qui réalise un mouvement de flexion passive). La manœuvre de Lasègue est dite positive lorsqu'elle déclenche une douleur dans le territoire du nerf sciatique au membre inférieur homolatéral, et ce pour une flexion de hanche inférieure à 70°.



Le signe de Lasègue traduit l'existence d'un conflit disco-radicalaire L5 ou S1.

Remarque : lorsque la manœuvre de Lasègue déclenche une douleur du rachis lombaire mais pas de douleur du membre inférieur, on parle de Lasègue lombaire mais il ne s'agit pas du « vrai » signe de Lasègue.

Recherche d'un signe de Léris : sujet en décubitus ventral. La flexion passive du genou déclenche une douleur dans le territoire du nerf crural du membre inférieur homolatéral (face antéro-externe de cuisse), la douleur devant être décrite comme identique à la douleur ressentie spontanément et pour une flexion du genou inférieure à 90°.



Le signe de Léris traduit l'existence d'un conflit disco-radicalaire L3 ou L4.

Recherche des réflexes ostéo-tendineux (ROT) rotuliens : sujet en décubitus dorsal, genou du patient fléchi entre 60° et 90° et soutenu par une main de l'examineur, on tape sur le tendon rotulien. La réponse est une contraction du quadriceps (qu'il faut donc regarder !).



Recherche des réflexes ostéo-tendineux (ROT) achilléens : sujet en décubitus dorsal, hanche en légère flexion et rotation externe, genou légèrement fléchi, cheville légèrement en flexion passive pour mettre en tension le tendon achilléen, on tape sur le tendon achilléen. La réponse est une flexion plantaire du pied.



Recherche des réflexes cutanés plantaires (RCP) : on frotte le bord externe de la face plantaire du pied en partant du talon jusqu'à la base de l'hallux avec une pointe mousse. La réponse est une flexion de l'hallux et des orteils ou une absence de mobilité (RCP en flexion ou indifférent). En cas de lésion pyramidale, l'hallux effectue une extension « lente et majestueuse », c'est le signe de Babinski (ou RCP en extension).



V – Les douleurs projetées : diagnostics différentiels

V.1 – La douleur d'origine radicaire L3 ou L4 (cruralgie)

Localisée à la face antérieure de cuisse, hypoesthésie face antérieure de cuisse, signe de Léris, déficit moteur du psoas et/ou du quadriceps, diminution ou abolition du ROT rotulien, douleur à la palpation du rachis.

V.2 – La névralgie du nerf fémoro-cutané

Douleur isolée d'une zone « en raquette » face externe de cuisse, hypoesthésie isolée de cette zone.

V.3 – La douleur d'origine rachidienne liée à une atteinte articulaire postérieure (notamment de la charnière dorso-lombaire (D12-L1))

Une douleur d'origine lombaire avec ou sans irritation radicaire est fréquemment accompagnées d'une douleur fessière. Dans ce cas, les mobilités de hanches sont normales et indolores et la présence éventuelle de signes de conflit disco-radicalaires permet d'orienter vers le diagnostic de douleur

d'origine lombaire. Les douleurs de la fesse, avec cellulalgie et la douleur à la palpation du rachis et à sa mobilisation (surtout en hyper-extension et rotation) orienteront vers une origine rachidienne.

V.4 – La douleur liée à une atteinte de l'articulation sacro-iliaque

Une arthropathie sacro-iliaque peut également engendrer des douleurs fessières. Dans ce cas, une fois de plus, les mobilités de hanches sont normales et indolores et les manœuvres de mises en tension des articulations sacro-iliaques reproduiront la douleur du patient. La palpation de la sacro-iliaque pathologique induira une douleur.

V.5 – Autres douleurs

Lombosciatique tronquée : douleur du rachis, de la fesse +/- de la partie postérieure de la cuisse

Atteinte ostéo-articulaire de proximité (bassin et fémur) : tumeurs, fractures, ...

Douleurs viscérales projetées (digestives et uro-génitales)

VI – Explorations complémentaires

VI.1 – Examens biologiques

Un examen biologique n'est pas obligatoire pour toute douleur de hanche. Les examens demandés dépendront du contexte et de la symptomatologie, mais on pourra doser notamment la vitesse de sédimentation et la protéine C réactive à la recherche d'un syndrome inflammatoire.

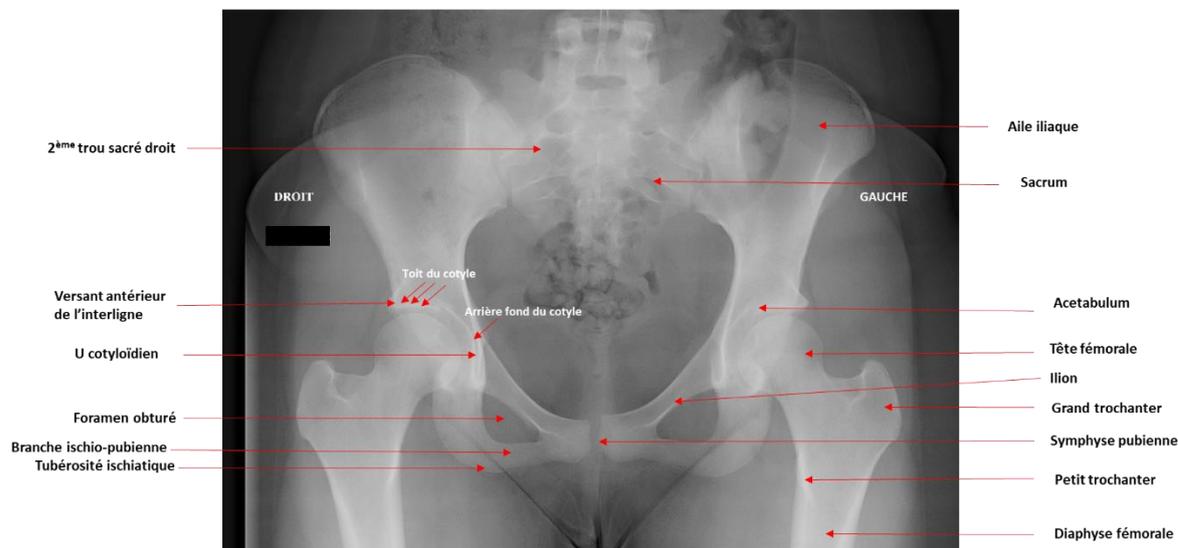
VI.2 – Examens morphologiques - Imageries

VI.2.1 Imageries de première intention

Des clichés radiographiques sont indispensables, 2 incidences minimum (1 face et 1 des profils ci-dessous selon le tableau clinique) et toujours bilatéral et comparatif.

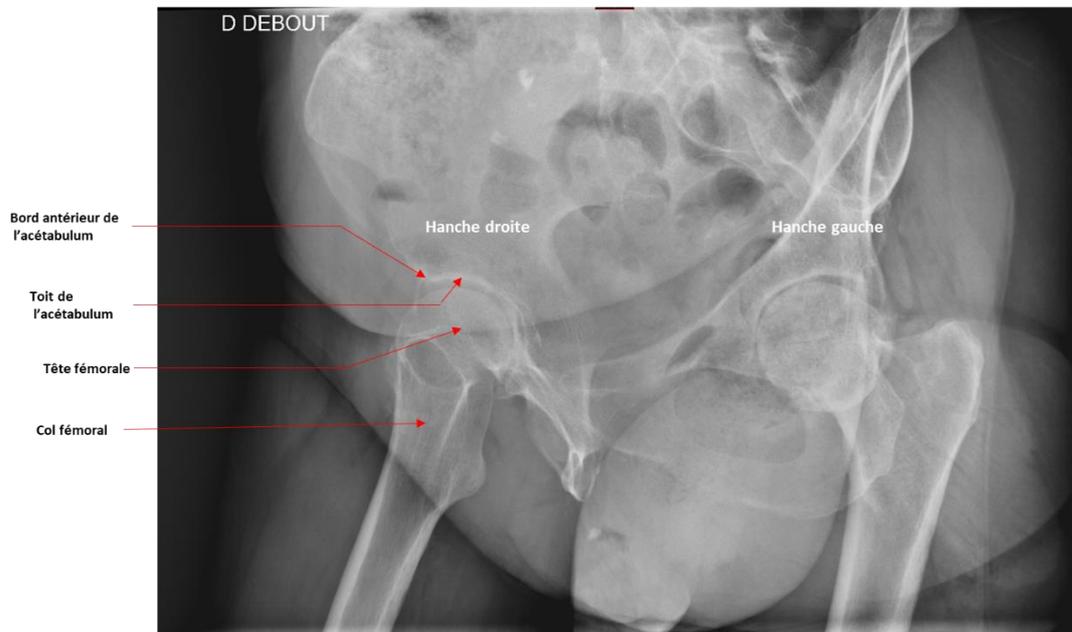
- **Bassin de face** : permet de visualiser de façon comparative les 2 coxofémorales de face sur un même cliché.

Radiographie de bassin de face



- **Faux profil de Lequesne** : permet de bien visualiser la partie postéro-inférieure de la coxofémorale. C'est le vrai profil de l'articulation coxo-fémorale qui permet de visualiser l'acetabulum et la tête fémorale en position debout. C'est le profil qu'il faut réaliser dans les coxarthroses, car il met bien en évidence le pincement de l'interligne dans sa partie antéro-supérieure ou plus rarement postérieure.

Radiographie de hanche droite : faux profil de Lequesne



VI.2.2 Examens de deuxième intention

L'échographie de hanche ne permet pas d'analyser correctement la hanche. Elle permet surtout d'étudier les structures périarticulaires (tendons, ligaments, vaisseaux, nerfs), de rechercher un épanchement articulaire et de guider une ponction articulaire.

Le scanner et surtout l'arthro-scanner permettent de très bien étudier les structures osseuses, le bourrelet articulaire, et les tissus mous périarticulaires. C'est l'examen clé dans le cadre des pathologies mécaniques.

L'imagerie par résonance magnétique permet également d'étudier les structures osseuses, mais de façon un peu moins précise. En revanche, elle permet d'étudier de façon plus précise les lésions inflammatoires, œdémateuses, et nécrotiques. C'est l'examen clé dans le cadre des pathologies infectieuses, inflammatoires, tumorales et dans la recherche d'une ostéonécrose, d'une syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie) ou d'une fracture de fatigue.

La scintigraphie osseuse a une très bonne sensibilité dans les pathologies de hanche, mais sa spécificité est très mauvaise. Elle est de moins en moins utilisée pour la hanche du fait de l'apport de l'IRM.

VI.3 Ponction articulaire

En cas d'épanchement articulaire, la ponction et l'analyse du liquide sont indispensables. Les principaux éléments analysés sont :

- Cytologie : nombre et caractérisation des cellules. Permet de faire la différence entre un liquide mécanique (leucocytes < 2 000 / mm³) et un liquide inflammatoire (leucocytes > 2 000 / mm³).
- Bactériologie standard : examen direct, mise en culture et antibiogramme si culture positive.
- Examen anatomopathologique : recherche de microcristaux (pyrophosphate de calcium, urate de sodium, hydroxyapatite).

VII – Orientation diagnostique

On fera la distinction entre :

- Hanche mécanique et hanche inflammatoire : distinction basée essentiellement sur le rythme des douleurs, et la présence ou non d'un syndrome inflammatoire biologique.
- Hanche à radiographie normale et hanche à radiographie anormale.

VII.1 – Hanche douloureuse à radiographie normale

VII.1.1 – Hanche mécanique

- Douleur péri-articulaire : tendinobursite trochantérienne ou du moyen glutéal (le plus fréquent)
- Douleur projetée (cf. supra)
- Chondromatose débutante
- Ostéonécrose aseptique

VII.1.2 – Hanche inflammatoire

- Coxite débutante : infection, rhumatisme inflammatoire, rhumatisme microcristallin
- Synovite villo-nodulaire débutante
- Localisation tumorale

VII.1.3 – Hanche « mixte »

- Algodystrophie : inflammatoire au début, puis mécanique

Remarques : Le diagnostic d'arthrose est radiologique. Si les radiographies sont normales, on ne peut pas parler de coxarthrose (sous réserve que les clichés soient de bonne qualité et que les incidences nécessaires aient été réalisées).

Le terme de coxalgie ne désigne pas une douleur de hanche mais une tuberculose de la coxo-fémorale.

VII.2 Hanche douloureuse à radiographie anormale

VII.2.1 – Hanche mécanique

- Coxarthrose (le plus fréquent)
- Ostéonécrose évoluée
- Coxopathie pagétique
- Arthropathie destructrice de la chondromatose ou de la synovite villo-nodulaire

VII.2.2 – Hanche inflammatoire

- Coxite septique
- Coxite au cours des rhumatismes inflammatoires : polyarthrite rhumatoïde, spondyloarthropathies, autres rhumatismes inflammatoires
- Coxite microcristalline (chondrocalcinose, hydroxyapatite, goutte)
- Localisation tumorale

VII.3 – En résumé

Coxopathies mécaniques	Coxopathies inflammatoires
Coxarthrose	Coxite infectieuse
Ostéonécrose	Coxite microcristalline
Algodystrophie	Coxite inflammatoire
Tendino-bursite moyen glutéal	
Bourrelet	

VIII – Du symptôme à la maladie

Quelques exemples de douleurs de la racine de cuisse ou de la cuisse sont présentés ci-dessous.

VIII.1 – La cruralgie sur hernie discale

La lombocruralgie, moins fréquente que la lombosciatique, affecte une des racines du nerf crural L3 ou L4. L'une des étiologies est la hernie discale, c'est-à-dire la compression de la racine nerveuse par un fragment herniaire.

L'interrogatoire identifiera le siège et le trajet de la douleur. La topographie de la douleur est la suivante :

- **L3** : partie supérolatérale de la fesse, région trochantérienne, face antérieure de la cuisse au tiers moyen, face médiale de la cuisse au tiers inférieur et à la face médiale du genou.
- **L4** : partie moyenne de la fesse, face latérale de la cuisse à sa partie moyenne, tiers inférieur de la face antérieure, face antérieure du genou, face antéromédiale de la jambe le long de la crête tibiale, pour se terminer parfois à la face antéromédiale du cou-de-pied et au bord médial du pied.

La douleur est souvent d'installation brutale, intense, avec des dysesthésies (brûlures, broiement) ; une recrudescence nocturne peut être observée même dans les formes communes de lombocruralgie. Elle survient généralement à la suite d'un effort et chez un patient ayant un passé lombalgique.

A l'examen physique, on cherchera :

- Un signe de Léry (qui remplace le signe de Lasègue de la lombosciatique) : sur le patient en décubitus ventral, la douleur à la face antérieure de la cuisse est reproduite lors de la flexion du genou à 90° et de l'extension de la cuisse sur le bassin
- Une abolition (ou diminution) du réflexe patellaire. Elle ne distingue pas une atteinte L4 ou L3.
- Une hypoesthésie superficielle à la face antérieure de la cuisse
- Un déficit du quadriceps
- Une amyotrophie de la cuisse

L'interrogatoire et l'examen physique devront chercher un déficit moteur et/ou un syndrome de la queue de cheval qui sont des signes de gravité et de prise en charge urgente en milieu chirurgical.

Biologiquement, la vitesse de sédimentation et la protéine C réactive sont normales (pas de syndrome inflammatoire).

VIII.2 – L'arthrose de hanche ou coxarthrose

La coxarthrose est l'arthrose de l'articulation coxofémorale. Elle survient chez l'homme ou la femme après 40 ans. A l'interrogatoire, le diagnostic est évoqué devant :

- Terrain : âge > 40 ans, facteurs de risque (obésité, traumatisme articulaire...).
- Douleur du pli de l'aîne, pouvant irradier sur la face antérieure ou antéromédiale de cuisse mimant une cruralgie (douleur crurale). Les douleurs peuvent être postérieures dans la fesse ou totalement « projetée » en regard du genou, ce qui peut être trompeur ⚠.
- D'horaire mécanique : augmentée à l'effort, calmée par le repos et ne réveillant pas le malade la nuit (sauf aux changements de position), possibilité de dérouillage matinal possible mais < 15 minutes.
- Douleur d'apparition progressive sur plusieurs mois ou années.
- Raideur de hanche.

- Retentissement fonctionnel : limitation du périmètre de marche, difficultés à mettre des chaussettes, à enfiler un collant, à s'accroupir, à sortir de voiture, ou retentissement sur la vie sexuelle.

L'examen physique doit être bilatéral et comparatif, se faire debout, à la marche puis en position couchée.

- Inspection : recherche d'une boiterie d'esquive, d'un flessum de hanche (impossibilité d'extension complète de hanche) ou d'une attitude vicieuse en rotation latérale, d'une amyotrophie des muscles de la loge antérieure de cuisse (psoas, quadriceps).
- Palpation et mobilisation :
 - douleur et/ou limitation douloureuse lors de la mobilisation de la hanche ; au début, les mouvements sont peu limités et la limitation concerne principalement la rotation médiale et l'extension ;
 - palpation et mobilisation des genoux à la recherche d'une gonarthrose associée ;
 - absence de syndrome rachidien, signe de Léry négatif (si doute sur une cruralgie).

Biologiquement, la vitesse de sédimentation et la protéine C réactive sont normales (pas de syndrome inflammatoire).

Les radiographies standards suffisent pour confirmer le diagnostic évoqué cliniquement. L'examen radiographique comprend un cliché de bassin debout de face et un faux profil de Lequesne de chaque hanche. Il évalue l'interligne articulaire en avant et en arrière ; l'interligne articulaire normal croît d'arrière en avant.

Fait important, il peut exister une dissociation anatomoclinique : l'importance de l'atteinte radiologique n'est pas toujours corrélée à la douleur et/ou au retentissement fonctionnel. Il existe quatre signes cardinaux de l'arthrose qui ne sont pas forcément tous présents :

- le *pincement localisé de l'interligne articulaire* apprécié de façon comparative. Sur la face, il est le plus souvent supérolatéral (photo gauche), plus rarement supérieur global ou supéromédial (photo centre). L'interligne sur le cliché de face peut être normal dans les formes débutantes, d'où l'intérêt du cliché de profil (faux profil, photo droite);



- l'*ostéophytose marginale* : avant-toit, péricéphalique, périfovéale, céphalique postéro-inférieure, « en hamac » sous le col fémoral ; c'est un signe spécifique de l'arthrose ;
- l'*ostéosclérose condensante de l'os sous-chondral* dans les zones d'hyperpression, le pôle supérieur de la tête et/ou le toit du cotyle ;
- des *géodes sous forme de lacunes cerclées* en regard du pincement maximal de l'interligne articulaire (zone d'hyperpression).

La ponction de hanche est rarement utile et nécessaire pour faire le diagnostic de coxarthrose.

VIII.3 – L'arthrite de hanche

L'arthrite de hanche peut être d'origine inflammatoire (coxite rhumatoïde dans la polyarthrite rhumatoïde ou coxite de spondyloarthrite), microcristalline (présence de microcristaux d'urate de sodium pour la goutte ou de pyrophosphate de calcium pour la chondrocalcinose) ou infectieuse (septique = présence de bactéries dans l'articulation). Attention, le terme de coxalgie est exclusivement réservée à l'arthrite tuberculeuse.

A l'interrogatoire :

- Terrain : immunodépression (diabète par exemple) pour l'arthrite septique, antécédent de goutte ou de chondrocalcinose pour l'arthrite microcristalline, antécédent de polyarthrite rhumatoïde ou de spondyloarthrite pour les coxites rhumatismales.
- Fièvre et/ou frissons si arthrite septique
- Douleur du pli de l'aîne, pouvant irradier sur la face antérieure ou antéromédiale de cuisse mimant une cruralgie (douleur crurale).
- D'horaire inflammatoire : douleur améliorée par les efforts, aggravées par le repos, réveils nocturnes en deuxième partie de nuit de façon spontanée, déroutillage matinal > 30 min.
- Douleurs d'installation rapidement progressif sur quelques jours.
- Raideur de hanche et boiterie +++.
- Retentissement fonctionnel majeur : le patient est généralement très limité pour la marche avec parfois un appui sur la hanche très douloureux voire impossible.

L'examen physique doit être bilatéral et comparatif, se faire debout, à la marche puis en position couchée.

- Inspection : recherche d'une boiterie d'esquive, d'un flessum de hanche (impossibilité d'extension complète de hanche) ou d'une attitude vicieuse en rotation latérale, d'une amyotrophie des muscles de la loge antérieure de cuisse (psoas, quadriceps).
- Palpation et mobilisation :
 - douleur et/ou limitation douloureuse à la moindre mobilisation de la hanche ; les mouvements sont très limités dans toutes les amplitudes.
 - clinostatisme et signe du salut coxal
 - palpation et mobilisation des genoux à la recherche d'une gonarthrose associée ;
 - absence de syndrome rachidien, signe de Léry négatif (si doute sur une cruralgie).

Biologiquement, l'hémogramme peut monter une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles. La vitesse de sédimentation et la protéine C réactive sont élevées.

Selon l'étiologie de l'arthrite, l'uricémie peut être élevée en cas de goutte ; les hémocultures peuvent être positives en cas d'arthrite septique.

L'examen radiographique comprend un cliché de bassin debout de face si possible sinon en décubitus. Il évalue l'interligne articulaire et on recherchera des érosions non cernées.

Fait important, il peut exister une dissociation anatomo-clinique : la radiographie peut être normale au début de la maladie.

Il existe quatre signes cardinaux de la coxite (pas forcément tous présents au début) :

- le *pincement global de l'interligne articulaire* apprécié de façon comparative
- Les érosions c'est-à-dire une rupture de la corticale
- la *déminéralisation de l'os sous-chondral*
- des *géodes non cerclées*

VIII.4 – Les tendinites de la racine de cuisse

VIII.4.1 – La tendinite du moyen glutéal

La tendinite du moyen glutéal est une affection de l'insertion du moyen glutéal au niveau du grand trochanter.

Le diagnostic d'une tendinopathie est clinique (+++). L'interrogatoire recherche des facteurs favorisants : gestes répétitifs sportifs ou professionnels ou gestes traumatiques. La douleur est mécanique. Le patient décrit une douleur de la face externe de la cuisse en regard du trochanter.

L'examen physique repose sur une triade :

- douleur à l'insertion ou à la palpation du moyen glutéal
- douleur à la contraction contre résistance du moyen fessier
- douleur à l'étirement du moyen fessier

À l'inverse, la mobilisation douce de l'articulation est indolore.

La biologie est inutile car elle est normale.

La radiographie standard de l'articulation douloureuse permet de rechercher un facteur favorisant, une calcification tendineuse ou un diagnostic différentiel (cause osseuse ou articulaire).

VIII.4.2 – La tendinite des adducteurs

La tendinite des adducteurs concernent les adducteurs de la cuisse impliqués dans un mouvement d'adduction de la cuisse, c'est-à-dire de rapprochement vers l'axe du corps. Elle peut correspondre à une atteinte des muscles adducteurs au niveau de l'insertion sur l'os (enthésopathie d'insertion), au niveau du tendon (tendinopathie d'insertion), au niveau de la jonction tendon-muscle (déchirure musculo-tendineuse).

Le diagnostic est clinique avec une douleur mécanique du pli de l'aîne avec une exacerbation des douleurs lors de l'adduction de la cuisse.

L'examen physique repose sur une triade :

- douleur à l'insertion ou à la palpation des adducteurs
- douleur à la contraction contre résistance des adducteurs
- douleur à l'étirement des adducteurs

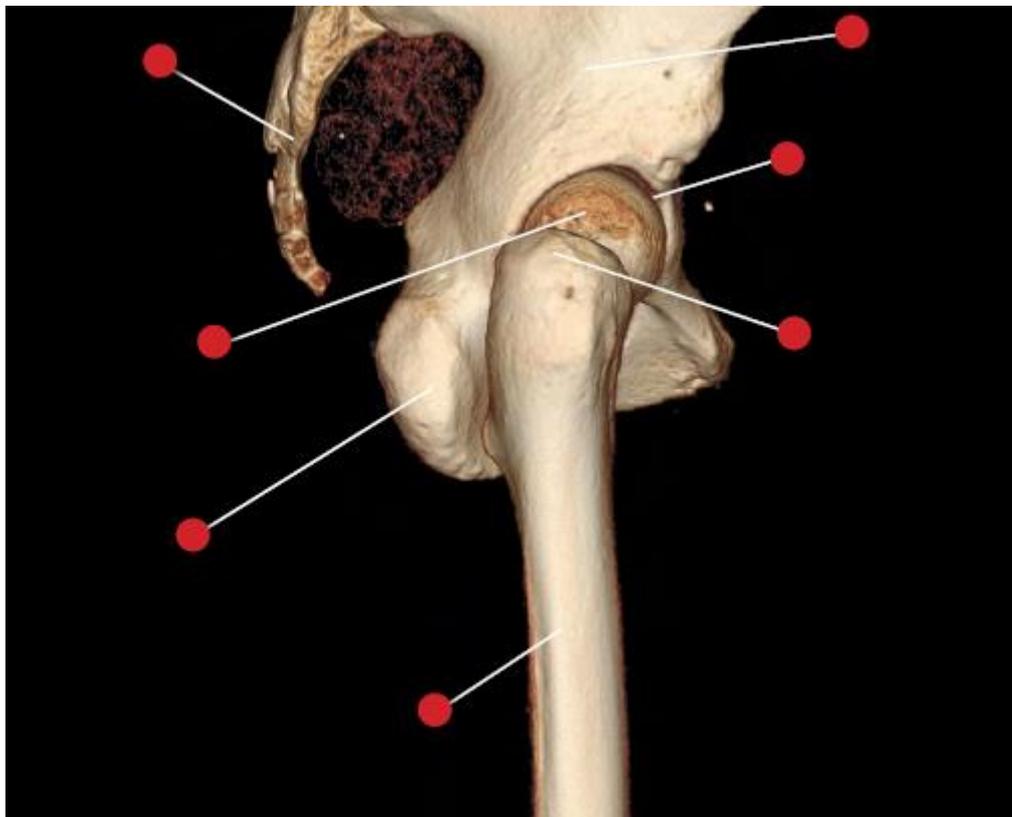
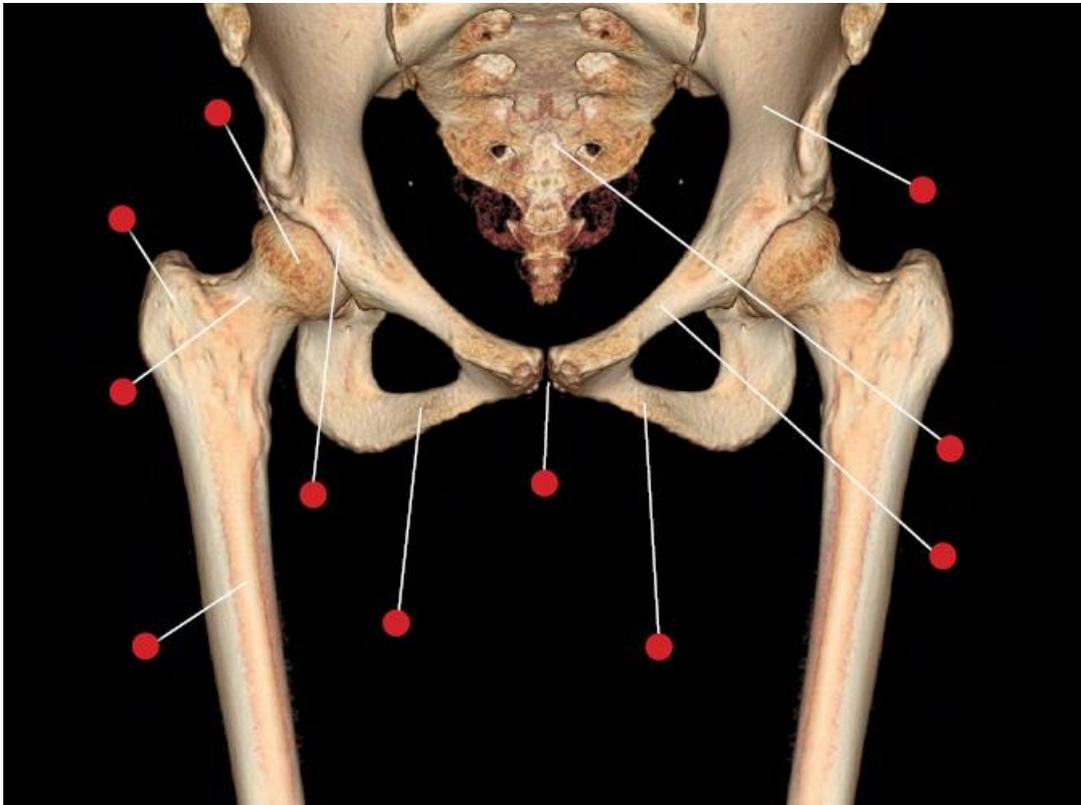
À l'inverse, la mobilisation douce de l'articulation est indolore.

La biologie est inutile car elle est normale.

La radiographie standard de l'articulation douloureuse permet de rechercher un facteur favorisant, une calcification tendineuse ou un diagnostic différentiel (cause osseuse ou articulaire).

AUTO-EVALUATION

I - Nommez les repères anatomiques cliniques sur les 2 images ci-dessous



QCM

1. Quelles sont les bonnes réponses ?

- A. Un flessum de hanche correspond à l'impossibilité de fléchir complètement la hanche
- B. On parle de clinostatisme lorsque le sujet placé en décubitus dorsal est incapable de décoller le membre du plan du lit
- C. Une cellulalgie de la fesse est souvent liée à une atteinte articulaire postérieure L5-S1 du rachis
- D. Beaucoup de douleurs de hanche ne nécessitent pas d'examen, autre que l'examen clinique
- E. Le seuil utilisé pour différencier un liquide mécanique d'un liquide inflammatoire est de 20 000 leucocytes/mm³

2. Une coxarthrose évoluée est responsable :

- A. d'une douleur inflammatoire à radiographie anormale
- B. d'une douleur mécanique à radiographie anormale
- C. d'une douleur mécanique à radiographie normale
- D. d'une douleur mixte à radiographie anormale