

DIAGNOSTIC D'UNE HANCHE DOULOUREUSE CHRONIQUE DE L'ADULTE

OBJECTIFS :

- 1- Reconnaître l'origine articulaire de la douleur
- 2- Eliminer une douleur de la région ne trouvant pas son origine dans la coxo-fémorale
- 3- Savoir analyser une radiographie standard du bassin de face
- 4- Savoir analyser un faux profil de Lequesne
- 5- Connaître les angles de la coxométrie
- 6- Savoir hiérarchiser les examens complémentaires
- 7- Raisonner devant les données de la radiographie standard

PRE-REQUIS ANATOMIQUE :

- ARTICULATION COXO-FEMORALE :
Ostéologie – Myologie – Vascularisation – Innervation
- Articulation profonde
- Articulation portante

Objectif 1 : RECONNAITRE L'ORIGINE ARTICULAIRE DE LA DOULEUR

ANALYSE DE LA DOULEUR :

Sa topographie :

- Douleur inguinale à possible irradiation crurale antérieure,
- Douleurs de la région trochantérienne pouvant irradier à la face externe du membre inférieur.
- Douleur fessière à irradiation crurale postérieure
- ***Douleur siégeant exclusivement au niveau du genou. Toute douleur du genou doit faire examiner la hanche.***

Ses caractères : mécanique ou inflammatoire

EXAMEN CLINIQUE

Inspection :

- Difficulté à se chausser
- Boiterie par perte du pas postérieur
- Attitude vicieuse du membre inférieur en rotation externe

Recherche d'une limitation des amplitudes articulaires :

Amplitudes normales :

AMPLITUDE	Valeur normale en degrés	AMPLITUDE	Valeur normale en degrés
Flexion	130	Abduction	60
Extension	30	Adduction	30
Rotation externe	60	Rotation interne	40

Orientation diagnostique en fonction des résultats de l'examen clinique :

MOBILITE ACTIVE	MOBILITE PASSIVE	SIEGE
Normale	Normale	Genou, sacro-iliaque, rachis
Limitée	Normale	Lésion juxta-coxo-fémorale
Limitée	Limitée	Atteinte coxo-fémorale

Evaluation du retentissement physique :

- Boiterie: elle traduit une souffrance aiguë ou une lésion sévère :

Elle doit faire évaluer la trophicité musculaire :

Tester la force des *abducteurs* et des *adducteurs* en s'opposant à leur action (sur un sujet couché sur le côté ou sur le dos).

Tester la force du psoas iliaque en s'opposant à la flexion de la cuisse sur le tronc.

Tester la force du *grand fessier* sur un patient couché à plat ventre. Rechercher une insuffisance des fessiers, notamment du moyen fessier :

- o Normalement au cours de la marche, le bassin reste horizontal, grâce à l'action musculaire et notamment la trophicité des moyens fessiers ;
 - o *signe de Trendelenbourg par insuffisance des fessiers* : le bassin s'incline du coté opposé aux fessiers faibles, pendant que le rachis et les épaules compensent
- Manœuvre de Thomas: la flexion de la hanche saine supprime la lordose lombaire et fait apparaître un flexum controlatéral
 - Appui monopodal douloureux

Evaluation du retentissement fonctionnel :

Indice algofonctionnel de sévérité des coxopathies de Lequesne (annexe 1)

- Douleur ou gêne
- Périmètre de marche maximal
- Port ou non de canne
- Difficulté de la vie quotidienne

SCORE Points	GENE FONCTIONNELLE
1-2-3-4	Modeste ou minime
5- 6 -7	Moyenne
8- 9-10	Importante
11-12-13	Très importante
> 14	Extrême

Objectif 2 :

ELIMINER UNE DOULEUR DE LA REGION NE TROUVANT PAS SON ORIGINE DANS LA COXO-FEMORALE :

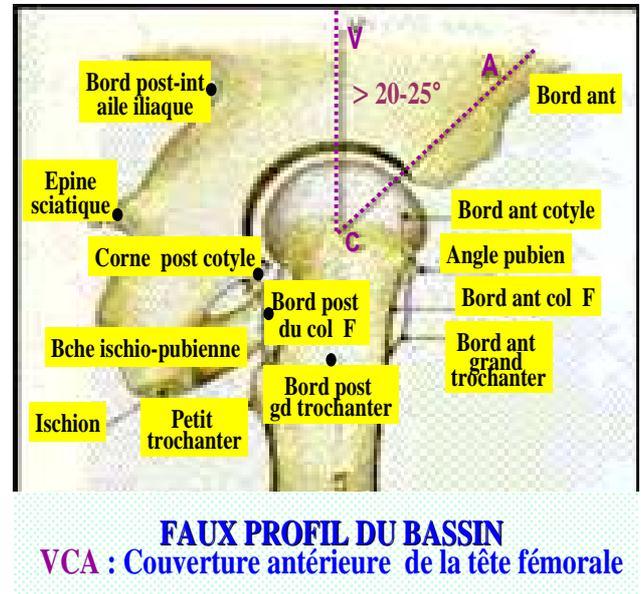
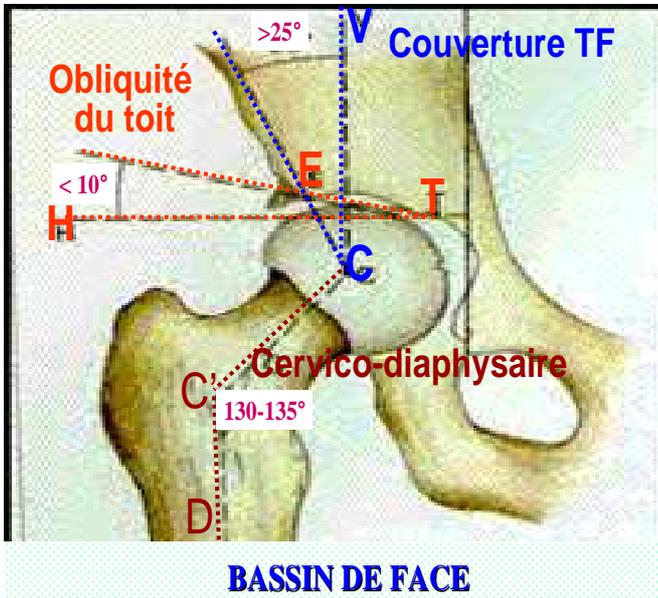
1. Douleurs projetées L2-L3-L4
2. Articulations voisines
3. Tendinites calcifiantes : tendinite du moyen fessier « périarthrite de hanche »
4. Enthésopathies inflammatoires
5. Os :
 - a. Quelle que soit la localisation
 - b. Lésion du toit du cotyle: clinostatisme

Objectifs 3 - 4 : SAVOIR ANALYSER

- **RADIOGRAPHIE STANDARD DU BASSIN DE FACE**
- **UN FAUX PROFIL DE LEQUESNE**

Exercice de lecture de radiographie conseillé ;

Objectif 5 : SAVOIR FAIRE UNE COXOMETRIE



Objectif 6 : AUTRES EXPLORATIONS

RADIOLOGIE :

Si la radiographie conventionnelle n'est pas contributive

- IRM
- TDM
- Echographie et Echo-Doppler : Bursite du psoas – Hydarthrose- Corps étranger
 - Arthrographie
 - Arthroscanner
 - Scintigraphie

BIOLOGIE :

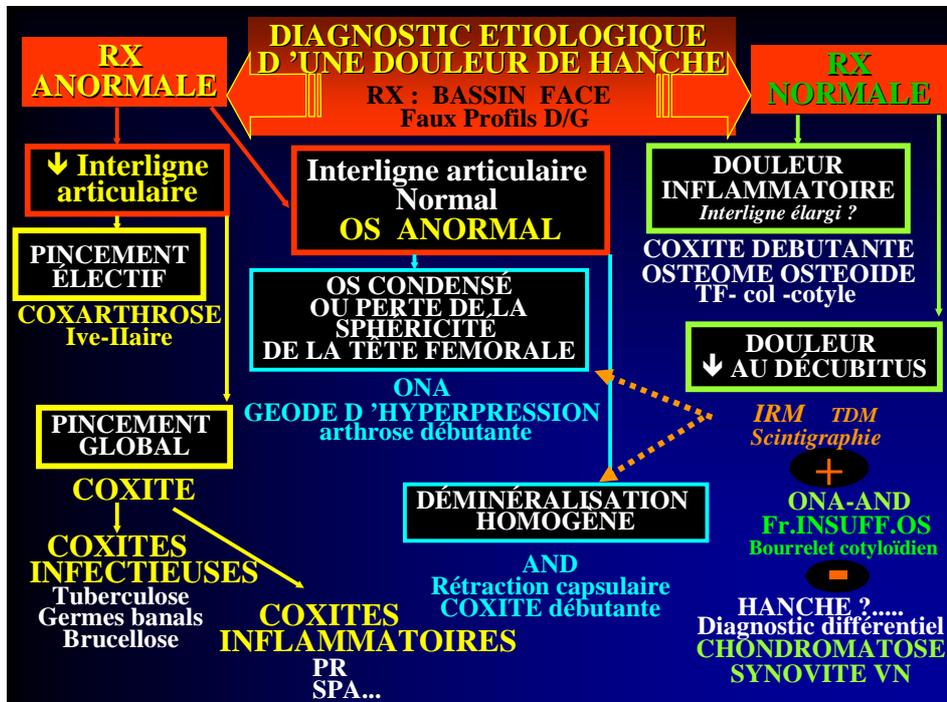
- VS
- Autres explorations seront fonction de l'orientation étiologique

PONCTION ± BIOPSIE si inflammation **ASEPSIE RIGOREUSE +++**

- Analyse du liquide articulaire
- Histologie

Objectif 7 : SAVOIR RAISONNER DEVANT LES DONNEES DE LA RADIOGRAPHIE STANDARD

Suivre le raisonnement animé, pendant le cours



A DEVELOPPER :

- COXARTHROSE :

COXOMETRIE

Recherche d'une dysplasie

CC 'D

- < 130° : coxa vara
- > 135° : coxa valga

VCE et VCA < 25° : insuffisance de couverture de la tête fémorale

HTE > 10° : obliquité trop importante du toit du cotyle

- ALGONEURODYSTROPHIE DE LA TÊTE FÉMORALE :

Etiologies :

- Traumatismes
- Facteurs iatrogènes
- Affections cardiovasculaires
- Affections respiratoires
- Affections neurologiques
- Grossesse normale ou pathologique

Clinique et biologie : Revoir le cours d'introduction ; hanche : douleur et limitation

Radiologie :

Standard : aspect fantomatique de la tête fémorale de Lequesne

IRM : signal hypo-intense en T1 et hyper-intense en T2 traduisant l'œdème médullaire

Diagnostic différentiel : Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale

Dès la suspicion du diagnostic : décharge

- LA RETRACTION CAPSULAIRE entraîne une limitation globale des mouvements de la hanche, sans modification radiologique. Dans certains cas, il s'agit d'une forme particulière d'algodystrophie à comparer à la rétraction capsulaire de l'épaule ; dans d'autres cas, elle est associée à une autre pathologie de hanche (par exemple chondromatose).

- OSTEONECROSE ASEPTIQUE DE LA TÊTE FÉMORALE :

Modifications radiologiques :

Les modifications radiologiques ont fait l'objet de diverses classifications dont celle d'Arlet et Ficat qui demeure la plus utilisée.

Stade 1 : aspect radiologique normal.

Stade 2 : déminéralisation segmentaire et hétérogène de la tête avec condensation périphérique. **La tête fémorale, l'interligne articulaire et le cotyle sont normaux.**

Stade 3 : **perte de la sphéricité céphalique**: ovalisation ou aplatissement localisés décrochage du pourtour céphalique ; clarté linéaire sous-chondrale: image en coquille d'oeuf ; hyperclarté ovalaire ou triangulaire, plus ou moins étendue, cernée à sa partie inférieure par une bande d'ostéosclérose concave en haut ; **intégrité de l'interligne articulaire et du cotyle.**

Stade 4 : aplatissement céphalique ; dissection de l'os nécrosé ; **évolution vers la coxarthrose**; cette coxarthrose d'origine ischémique possède des caractères différents de ceux de la coxarthrose primitive:

pincement de l'interligne articulaire dans son segment supérieur (pincement global ou supéro-interne), ostéophytose peu importante, remaniement scléro-géodique céphalique et cervical.

Il existe d'autres classifications. Dans toutes ces classifications, les premiers stades se manifestent par des modifications structurales minimales, peu symptomatiques et en théorie réversibles.

L'apparition d'une **fracture sous-chondrale** ou d'un **aplatissement céphalique** même minime, traduit le passage inexorable vers le **collapsus** progressif et la **coxarthrose**.

Lorsque survient le stade 4, la lésion articulaire est irréversible.

90% des ostéonécroses sont diagnostiquées par les radiographies standard au stade 3.

Importance actuelle du diagnostic très précoce par l'IRM +++

Étiologies

- traumatisme
- barotraumatismes
- corticothérapie +++
- lupus
- drépanocytose
- radiothérapie
- troubles métaboliques : hypercholestérolémie, alcoolisme...

Dans l'algoneurodystrophie et l'ostéonécrose de hanche, **mise en décharge dès la suspicion du diagnostic.**

LA PATHOLOGIE DU BOURRELET ACETABULAIRE

Il s'agit de fissures du bourrelet cotyloïdien donnant des douleurs de hanche mécaniques, ou de kystes du bourrelet cotyloïdien. Cette pathologie peut être secondaire à des activités sportives ou associée à une dysplasie de hanche. Le diagnostic est fait par arthroscanner, plus rarement par IRM.

LA SYNOVITE VILLONODULAIRE :

- Pseudo-tumorale
- Récidive locale +++
- Douleurs mixtes
- Liquide articulaire rouille
- IRM +++

COXOPATHIES PLUS RARES

- Maladie de Paget
- Tabès
- Hémophilie

Annexe 1. Indice algo-fonctionnel de hanche de Lequesne.

	<i>Points</i>
I . Douleur ou gêne	
A. Nocturne	
- seulement aux mouvements ou dans certaines postures	1
- même sans bouger	2
B. Dérouillage matinal	
- moins d'un quart d'heure	1
- plus d'un quart d'heure	2
C. Rester debout ou piétiner une demi-heure augmente-il la douleur?	1
D. Douleur à la marche	
- après quelque distance	1
- ou dès le début et de façon croissante	2
E. Douleur ou gêne à la station assise prolongée (2 heures) sans se relever	1
II . Périmètre de marche maximale (y compris en souffrant)	
- Limité, mais supérieur à 1 km	1
- Environ 1 km (environ 15 minutes)	2
- 500 à 900 m (environ 7 à 15 minutes)	3
- 300 à 500 m	4
- 100 à 300 m	5
- Moins de 100 m	6
- Une canne ou une canne-béquille nécessaire	+ 1
- Deux cannes ou cannes-béquilles nécessaires	+ 2
III . Autres difficultés*	
- pouvez-vous enfiler vos chaussettes par devant ?	0 à 2
- pouvez-vous ramasser un objet par terre ?	0 à 2
- pouvez-vous monter et descendre un étage ?	0 à 2
- pouvez-vous sortir d'une voiture, d'un fauteuil profond	0 à 2

* Cotation : 0 = facilement ; 1 (ou 0,5 ou 1,5) = oui mais avec plus ou moins de difficulté ; 2 = impossible

CAS CLINIQUE :

Discuté pendant le cours.

LECTURES CONSEILLEES :

Révision générale de Rhumatologie

CONFERENCE HIPPOCRATE

Cas clinique de révision générale

<http://www.laconferencehippocrate.com/formatio/rhumaqcm.asp>

SITE DU COFER (Collège Français des Enseignants en Rhumatologie)

<http://basic.shsmu.edu.cn/kejian/rhumatologie/index.htm>