

# Le « Hanche » douloureuse & le médecin généraliste

Dr Simon Mouchel, Praticien Hospitalier



AHFMC le 15/10/20

# clinique

- contexte de survenue

- siège de la douleur
  - face interne
  - inguinale
  - face latérale / région trochanterienne
  - face postérieure / fesse

- examen:
  - marche / boiterie ; Appui monopodal (AMP)
  - mobilisation coxale ; mobilisation genou
  - Lasègue / radiculations



# etiologies

articulaires



- coxarthrose
- CAFA

osseuses



- ONA
- fractures

parties molles



- tendinopathies des fessiers
- labrum
- déchirures myotendineuses
- pathologie pariétale

dlr projetée ?



- rachis
- fémur

douleur / boiterie  
AIGUE  
post traumatique

appui & marche « possible »

# déchirure(s) myo tendineuses

=> muscles BI articulaires



**m. ischio jambiers**



**m. adducteurs**



**quadriceps: m. droit fémoral**

protocole G.R.E.C.

glaçage, repos, élévation, contention; antalgiques; kiné douce à 3e semaine

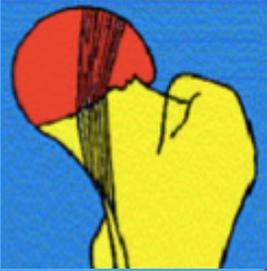
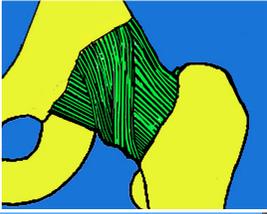
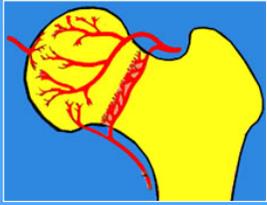


# FRACTURE(S)

cadre obturateur



ttt antalgique & fonctionnel



# FRACTURE(s) cervicale vraie garden 1



douleur / boiterie  
SUB AIGUE  
ou CHRONIQUE

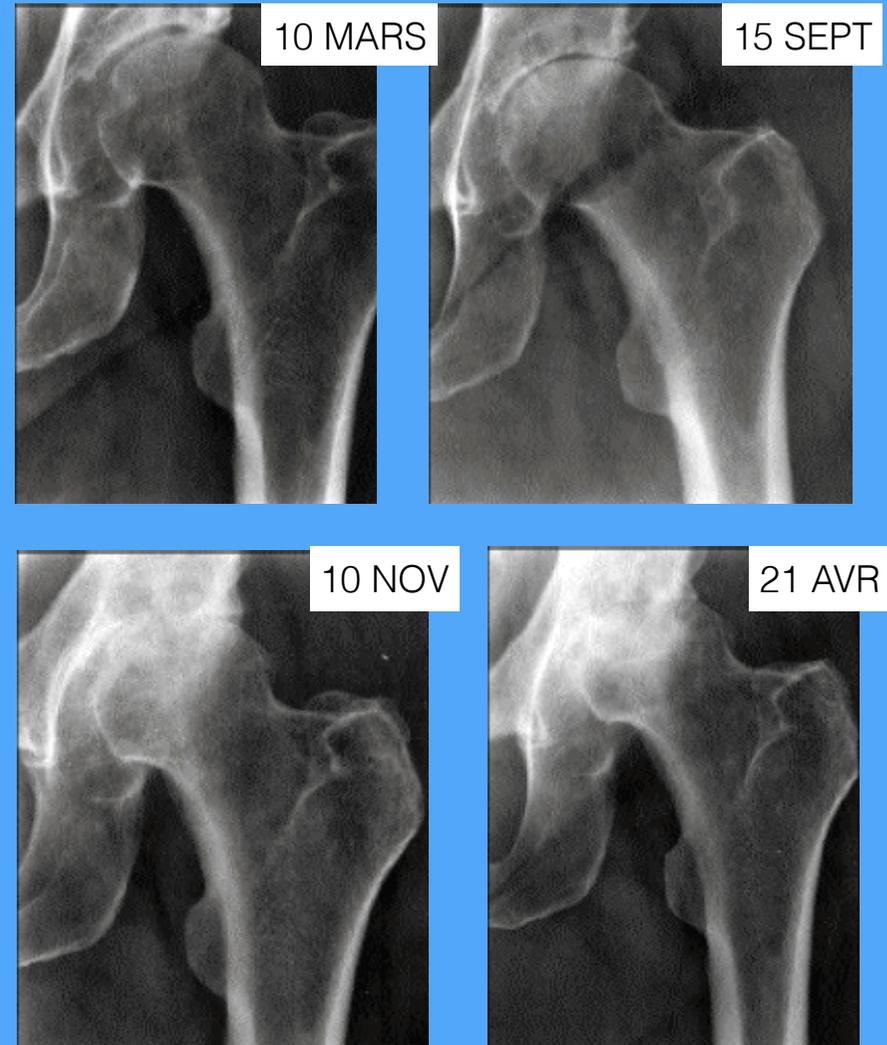
# coxarthrose

- dlr mécanique
- roulé coxal  
douloureux  
(flexion/RI)
- évolution lente,  
progressive
- radiographie  
standard

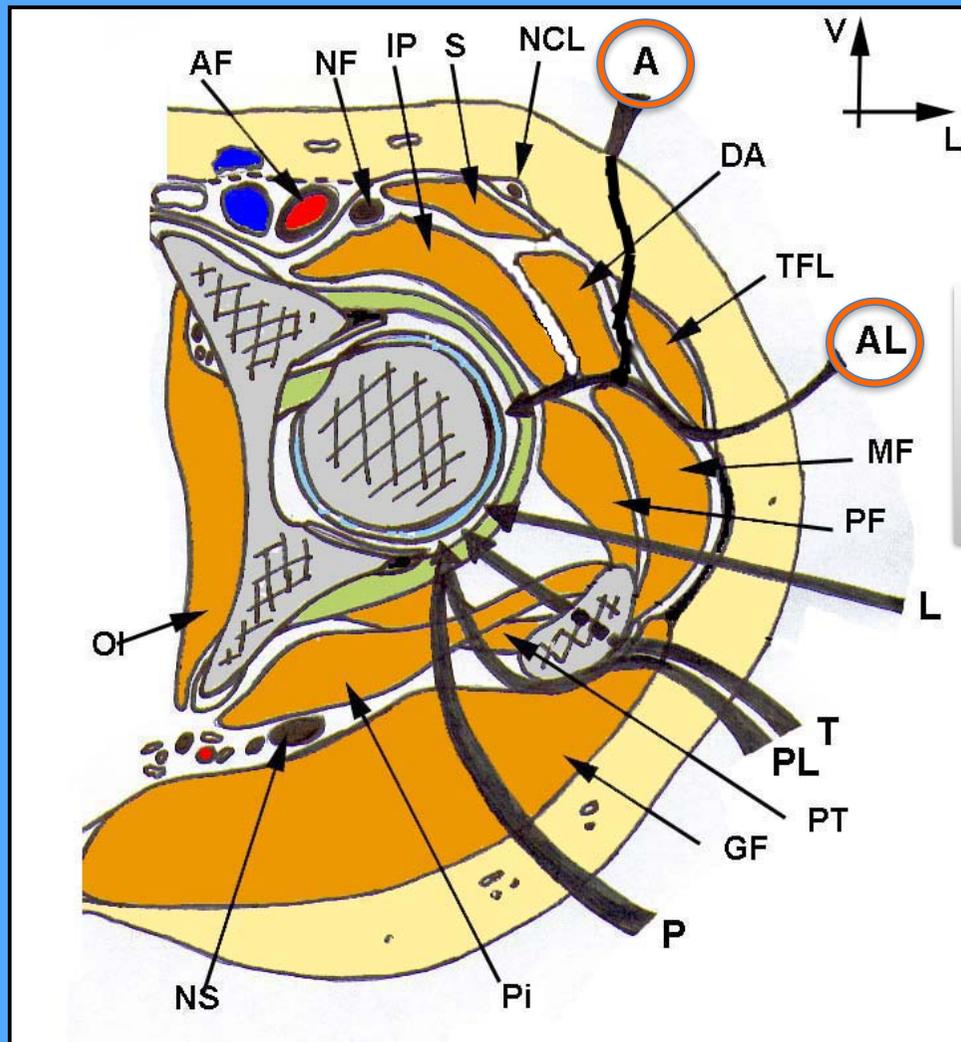


# coxarthrose destructrice rapide (CDR)

- variante: évolution rapide  
(2mm/an; >50%/1an) 6 mois
- radiographie standard
  - atteinte bi polaire: tête  
fémorale **&** acétabulum
- chirurgie



# coxarthrose: les évolutions du traitement actuel



## voies d'abord SANS section musculaire

- ★ antérieure (Hueter)
- ★ antéro-latérale (Röttinger)
- ★ postérieure mini invasive

**Bertin KC, Röttinger H.** Anterolateral mini-incision hip replacement surgery: a modified Watson-Jones approach. Clin Orthop. 2004;(429):248-255.

**Röttinger H.** Minimally invasive anterolateral approach for total hip replacement. Oper Orthop Traumatol. 2010;22(4):421-430.

**Duparc F, Duparc J.** Voies d'abord de la hanche pour arthroplastie prothétique de première intention. Open Approach Prim Hip Replace Surg Engl. cover date 2004;85:19-47.

**Lustig S, Selmi TAS, Michel M, Jacquot L.** Chirurgie prothétique de la hanche par voie mini-invasive. EMC - Tech Chir - Orthopédie - Traumatol. janv 2008;3(2):1-10.

**Duncan C, Toms A, Masri B.** Minimally invasive or limited incision hip replacement: clarification and classification. Instr Course Lect. déc 2005;55:195-197

# coxarthrose: les évolutions du traitement actuel



couple: Métal / PE  
= GOLD STANDARD



couple: céramique / céramique  
→ meilleure longévité (?)  
→ autres complications  
(squeaking, impingement, bris...)

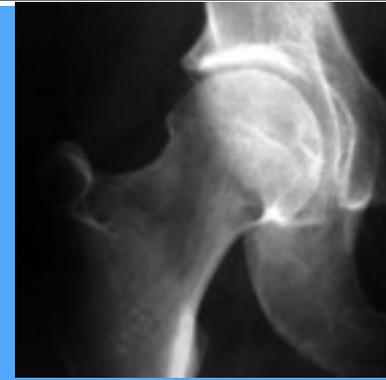


double mobilité

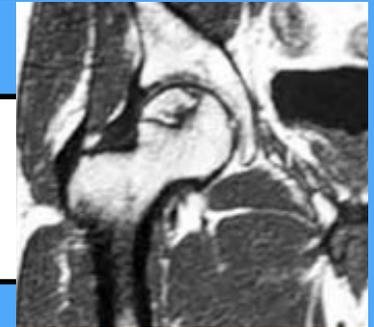
# OstéoNécrose Aseptique de la tête fémorale (ONA)

(adulte jeune)

- OH, tabac, corticothérapie, drépanocytose, barotraumatisme, ATCD traumatique, patho métabolique (diabète, dyslipidémie....)
- radiographie standard
  - atteinte mono polaire (tête fémorale)
- IRM
- chirurgie ?



stade 1:  
Rx normale  
IRM\*\*\*



stade 2:  
« coquille d'oeuf »  
(liseré sous chondral)  
condensation segmentaire  
+/- géodes



stade 3:  
affaissement



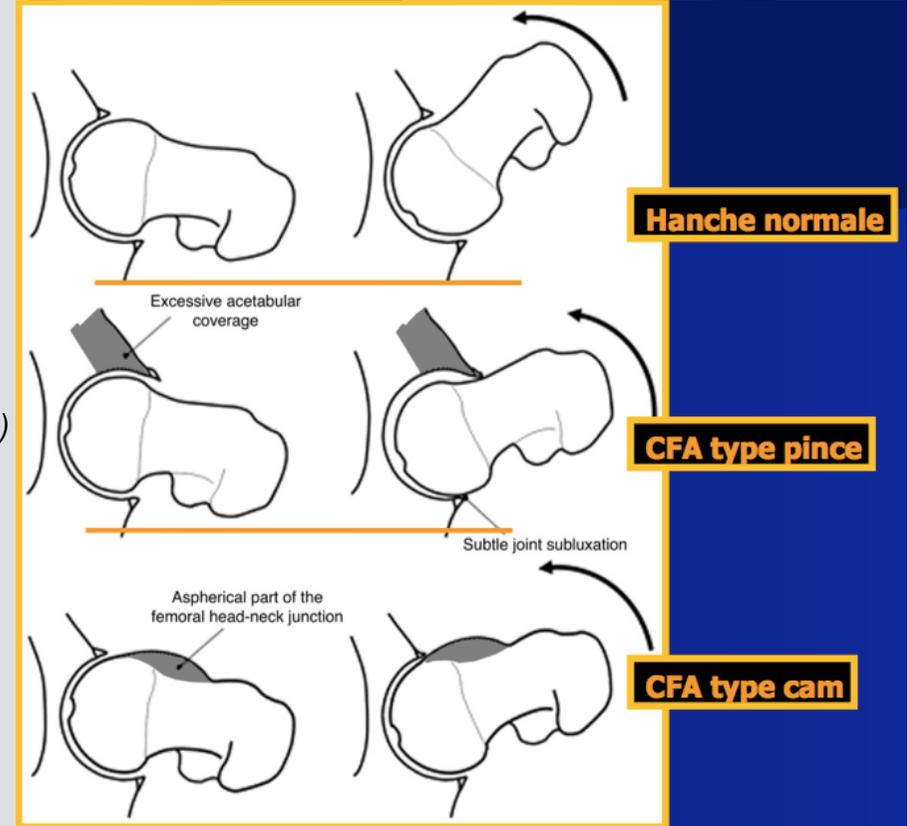
stade 4:  
coxarthrose secondaire

# conflit coxo fémoral

(adulte jeune)

- CAFA: conflit antérieur fémoro acetabulaire
- pince tenaille (*cotyle profond, retroversion*)
- « came » (*déformation jonction tête-col, tête asphérique*)
- radiographie standard
- **TDM**
- (*cadre nosologique discuté*)

Effet pince



Déformation tête, aplatissement

# lésion labrale (rareté)

- traumatisme, micro traumatisme répété
- dégénératif (dysplasie)
- conflit de hanche

patient jeune  
sportif  
absence d'arthrose

chirurgie arthroscopique

/

si radio: arthrose associée  
—>traitement de l'arthrose



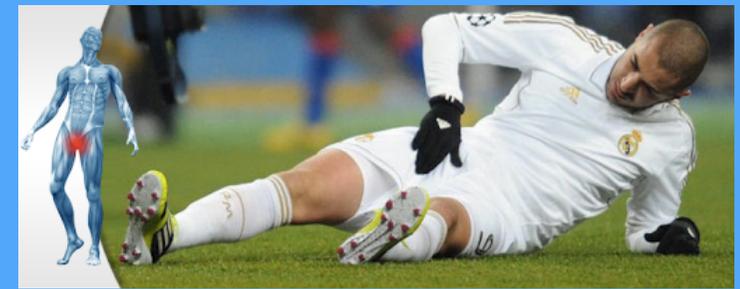
# pubalgie

- syndrome douloureux du carrefour pubien
- révélée par:
  - douleurs abdominales
  - douleurs au niveau des adducteurs

## diagnostic d'exclusion

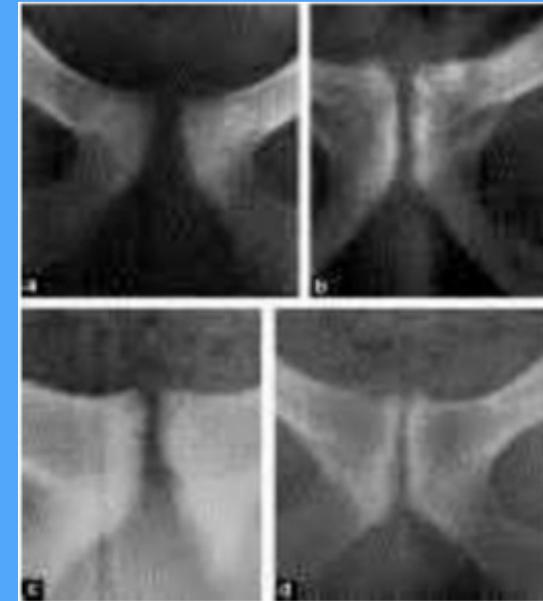
- tendinites des adducteurs de la cuisse
- pathologie pariétale abdominale (hernie; téninopathie gr droit)
- ostéo-arthropathie pubienne / ostéite, symphysite
- conflit fémoro-acétabulaire & lésion labrale antérieure associée

traitement conservateur (3mois): suppression cause, kiné, antalgiques +/- AINS & infiltration  
traitement chir si échec: ttt cause CAFA / labrum / Plaque pariétale

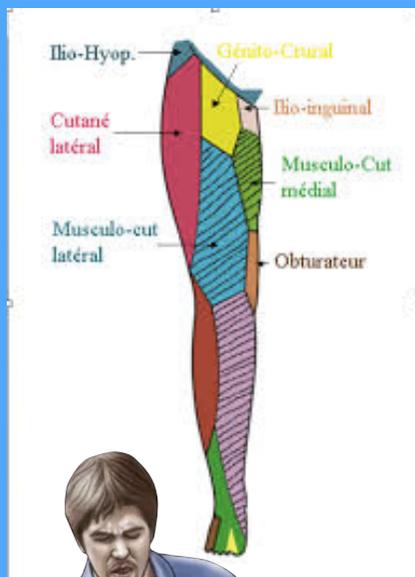


sportif (surentrainement / mauvais geste ou matériel/ intersaison)

radiographie  
IRM



# neuralgie nerf obturateur



- **lésion du nerf obturateur**
- douleur en face interne de cuisse
  - paresthésies / brûlures
- **post traumatique** (accouchement; fracture; balistique)
- **compression:** abcès, hémorragie, néoplasie
- **iatrogénie** (PTH / ciment; bandelette urologique)

## imagerie

- radiographie
- IRM

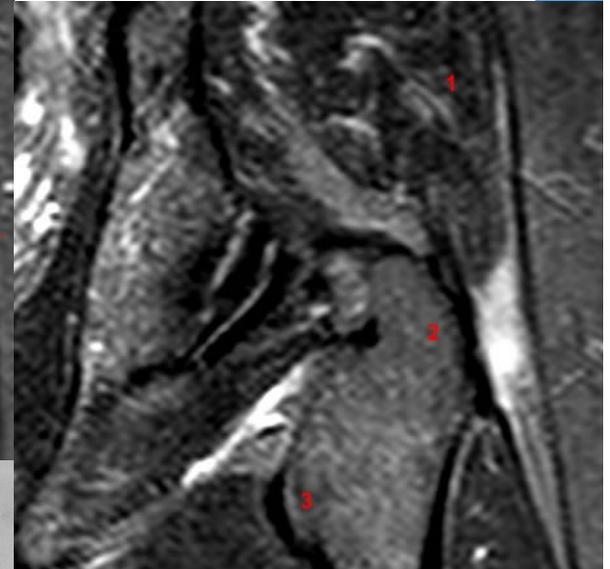
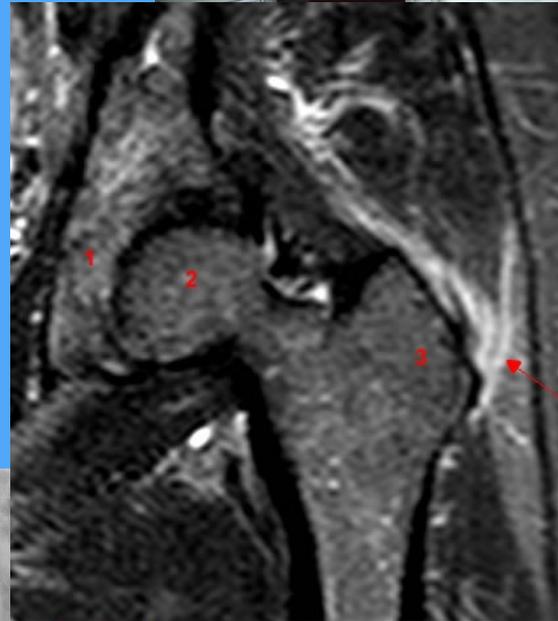
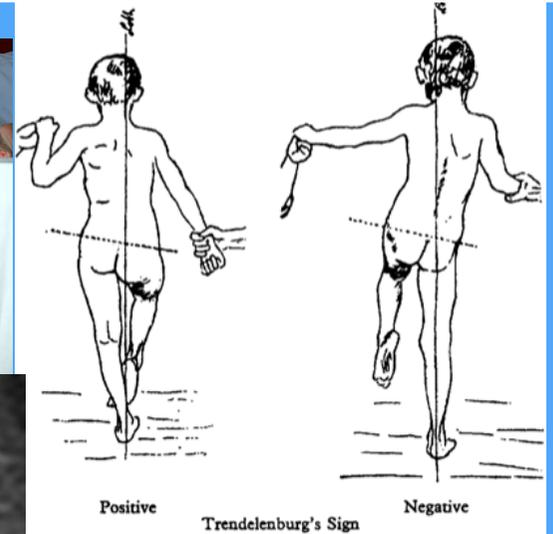
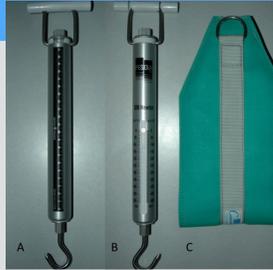
## traitements

- suppression de la cause (?)
- infiltration xylocaïne & dérivés corticoïdes
- chirurgie (neurolyse / neurectomie)

# tendinopathie des fessiers

(adulte âgé)

- « la coiffe de la hanche »
- perte de force (abd)
- boiterie Trendelenburg direct
- appui monopodal
- radiographie standard: Nle
- IRM\*\*\*
- chirurgie ?



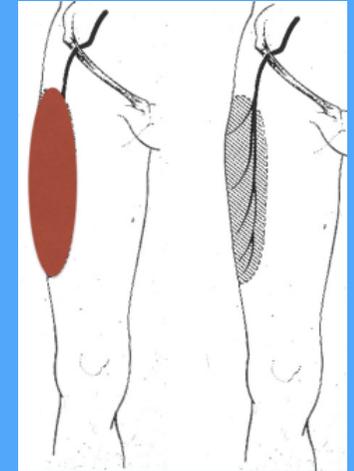
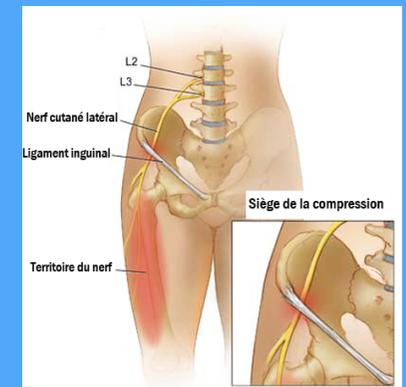
# face externe

## diagnostic clinique

- **Meralgie paresthésique / névralgie fémoro cutanée**
  - lésion du nerf cutané latéral de la cuisse
  - douleur en face externe de cuisse en raquette, engourdissements / picotements
  - tinel arcade crurale / EIAS

## traitements

- suppression de la cause (?)
- infiltration dérivés corticoïdes
- chirurgie (neurolyse / neurectomie)



## • **syndrome canalaire**

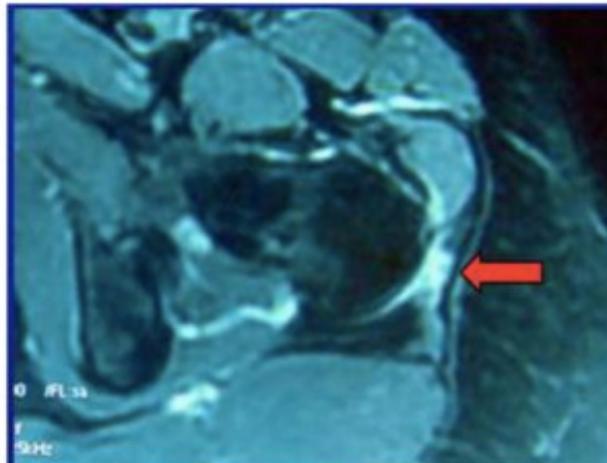
- marathon, vêtements trop serrés, amaigrissement trop rapide, obésité gynoïde

## • **iatrogénie:**

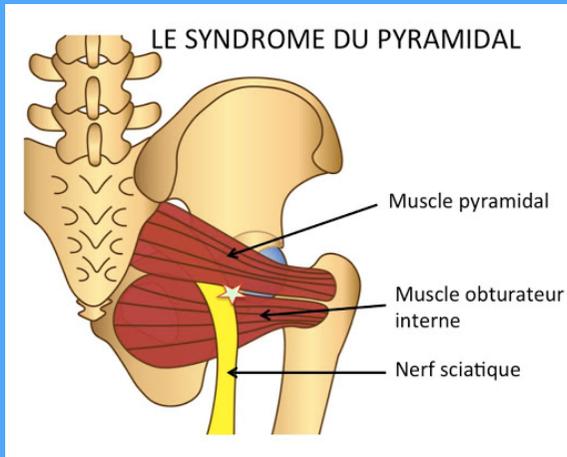
- corset orthopédique
- prise de greffon iliaque
- voie d'abord chirurgicale antérieure de Hueter

# ressaut de hanche / snapping hip / coxa saltans

- profil psychologique
- ressaut du GT sur le TFL
- ressaut du PI sur éminence ilio pectiné ( antérieur)



# syndrome du pirifome



- compression du nerfs sciatique sous le pirifome
- passage du nerfs dans le muscle (variante)

diagnostic d'exclusion

## Signes positifs :

- **Fessalgie seule ou sciatalgie irradiant à la face postérieure de la cuisse , ne dépassant pas le genou le plus souvent.**
- **Facteurs aggravants :**
  - **Station assise prolongée**
  - **Montée d'escaliers**
  - **Marche sur terrain irrégulier**

## Signes négatifs :

- **Absence de lombalgie et de syndrome rachidien**
- **Douleur non impulsive à la toux**
- **Pas de signe de Lasègue**

## – Examen

- a) Patient allongé, jambes tendues, rotation interne passive des membres inférieurs
- b) Elévation jambe tendue dans les trois positions de rotation du membre inférieur.
- c) Cuisse fléchie à 90° sur le bassin puis mise en adduction passive de la cuisse réveillant la douleur avec amplitude diminuée côté atteint et recrudescence douloureuse en rotation externe de cuisse (augmentation de la tension du muscle pirifome)



Fig. 2 - Rotation interne des membres inférieurs

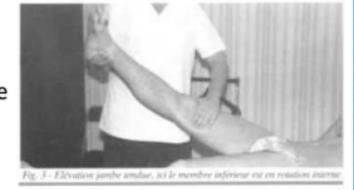


Fig. 3 - Elévation jambe tendue, et le membre inférieur est en rotation interne.

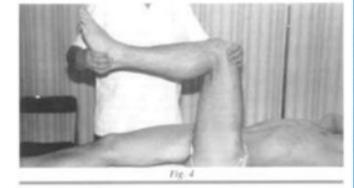


Fig. 4



Fig. 5 - Mise en adduction de la cuisse

## Manœuvre de FREIBERG

Décubitus dorsal

Amener la hanche en flexion-adduction-rotation médiale



# Examens complémentaires

## 1. RADIOS STANDARDS:

rachis lombaire , bassin de face , hanches

## 2. TDM ou IRM du rachis lombaire

## 3. EMG +++

c'est le meilleur examen bien qu'il existe des faux négatifs .

## Electromyogramme

### • Résultats

- Meilleur critère d'atteinte : retard du réflexe H
- Sensibilisé par la mise en tension du muscle (flexion-adduction-RI)
- +/- signes de dénervation chronique du muscle pyramidal , des muscles fessiers voire des muscles distaux .
- Pas d'anomalie sur les muscles paraspinaux
- Confirme l'atteinte nerveuse tronculaire et non radiculaire

douleur projetée:  
rachis lombaire?

# rachis

- *lombalgie*
- **radiculaire**
- **ischémie radiculaire (signe d'effort)**
- **+/- déficit neurologique**
- **+/- déficit sphinctérien**

pas de chirurgie

- Hernie ?
- sténose ?
- instabilité ?  
(spondylolisthésis)

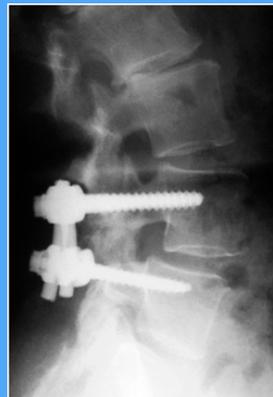
chirurgie ?

- libération canalaire
- et/ou stabilisation



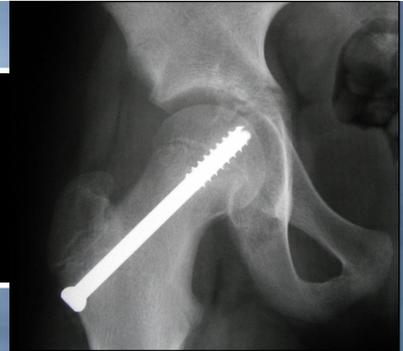
Exemple de spondylolisthésis  
dégénératif L4-L5

Exemple de libération des étages L3-L4, L4-L5, L5-S1



Adolescent

# n'oubliez pas...



Boiterie mécanique

Douleur genou

Limitation de la RI

Reste de l'examen est normal  
bio: inutiles

**Epiphyseolyse Fémorale  
Supérieure**

jusqu'à preuve  
du contraire

Hospitalisation  
Repos au lit  
Fixation rapide

**direction du glissement:**

d'abord postérieur  
puis inférieur



**Rx de Face: stade début:  
ligne de Klein Normale**

**On suspecte l'EFS sur la face et**

**on la confirme sur le profil**



MERCI

