

La hanche examens paracliniques et traitements adéquats ?

2

Richard Blanchet

Vrai ou faux ?

1. Le meilleur traitement de la bursite de la hanche demeure l'infiltration.
2. La radiographie simple est utilisée comme examen de base dans les cas d'arthrose.
3. La radiographie simple est employée comme examen de base dans les cas d'accrochage fémoro-acétabulaire.
4. La radiographie simple n'est d'aucune utilité dans les cas de tendinopathie des adducteurs.
5. L'examen d'IRM est privilégié dans les lésions du labrum.

L'ANATOMIE ne change pas, mais avec l'avènement de l'imagerie par résonance magnétique et de l'arthroscopie, on connaît mieux la cause des syndromes douloureux de la hanche. On parle de syndrome douloureux parce que l'origine de la douleur, si on exclut un trauma précis important, est souvent multiple. Et c'est logique ! Le bassin, de forme ovale, est composé entre autres de structures qui peuvent bouger, soit la symphyse pubienne sur la face antérieure et les articulations sacro-iliaques du côté postérieur, sur lesquelles s'appuie la colonne lombosacrée. Les articulations coxo-fémorales reçoivent toute la charge qui vient d'en haut ! Quant aux structures musculaires (les adducteurs en médial, les abducteurs en latéral, les fléchisseurs en antérieur et les extenseurs en postérieur), ils doivent aussi s'harmoniser dans ce carrefour. Un léger dérèglement d'une de ces structures, alimenté par une activité physique (ou simplement la marche), provoquera les symptômes de nos patients.

Comme le précise l'article précédent du D^r Germain Thériault intitulé : « La hanche : un « carrefour » de maladies... à bien démêler ! », la bursite de la hanche (douleur latérale) s'appelle désormais le « syndrome douloureux du grand trochanter » (SDGT) et est associée à une faiblesse du moyen fessier, principal abducteur de la hanche, et à une rétraction du tractus iliotibial qui écrase, sur son trajet, le grand trochanter.

La tendinite des adducteurs (en médial) fera penser à l'atteinte des adducteurs bien sûr, mais aussi à celle du grand droit de l'abdomen, à cause de leur continuité anatomique, attachée à la symphyse pubienne, maintenant connue. Une chaîne d'événements peuvent s'en suivre, tels qu'une atteinte du muscle iliopsoas (fléchisseur de la hanche) ou de la partie antérieure (symphyse pubienne) ou postérieure (articulation sacro-iliaque) de l'anneau pelvien. Un problème de l'articulation de la hanche serait en cause dans la moitié des cas¹, entraînant une rétraction du muscle iliopsoas et, secondairement, une augmentation de la pression sur les adducteurs.

Le D^r Richard Blanchet, omnipraticien, exerce à la clinique médicale Pierre-Bertrand, à Québec, ainsi qu'à la clinique de médecine du sport de l'Université Laval.

Réponses
1. faux ; 2. vrai ; 3. vrai ; 4. faux ; 5. faux.

La douleur provenant de l'articulation de la hanche est surtout antérieure, mais peut aussi produire une douleur latérale, fessière ou dans la partie supérieure de la cuisse.

Après avoir appris ces notions dans l'article précédent, vous voulez maintenant savoir quoi évaluer, le cas échéant, comment traiter judicieusement et quand orienter en temps opportun vers le bon spécialiste.

Cas n° 1

Vous êtes au service de consultation sans rendez-vous. Un homme de 62 ans s'y présente pour une douleur inguinale droite depuis la fin de sa saison de golf il y a deux semaines. Il a même de la difficulté à attacher ses lacets. Il n'éprouve pas de douleur nocturne, n'a pas d'antécédents de cancer, mais ressent une raideur matinale qui s'estompe quelques minutes après le lever. À l'examen, vous notez une obésité abdominale, un manque de souplesse et une diminution de la rotation médiale du côté atteint. Vous retenez donc le diagnostic d'arthrose coxofémorale.

Dois-je demander des examens paracliniques ?

Si la douleur s'atténue avec l'analgésie et le repos relatif, les examens paracliniques ne sont pas nécessaires. En cas d'incertitude diagnostique ou d'évolution non favorable, la radiographie simple sert d'examen de base pour toutes les douleurs de la hanche² (encadré). Facile et peu coûteuse, elle peut confirmer le diagnostic et exclure d'autres types de lésion osseuse. Il est souhaitable de bonifier le tout chez le patient ambulatoire par une vue antéro-postérieure du bassin debout (permettant de comparer les deux hanches), ainsi que par un cliché en incidence de Lauenstein (*frog leg view*) et en incidence latérale (aussi appelée vraie oblique) de la hanche malade qui nous permettra de constater ou de soupçonner des anomalies de la tête du fémur de type came (*cam*) ou de la cavité acétabulaire (de type tenaille ou *pincer*). Bref, de mieux évaluer la présence potentielle d'anomalies osseuses. L'article du D^r Sylvain Boutet

intitulé : « L'arthrose de la hanche : oui, on peut aider beaucoup ! », dans le présent numéro, est entièrement consacré à l'arthrose et aux dernières modalités thérapeutiques. Notez que l'activité physique « progressive », dans le respect de la douleur, et la perte de poids font toujours partie du traitement.

Cas n° 2

Une dame de 56 ans ayant un léger excès de poids se plaint d'une « bursite » récidivante de la hanche « depuis qu'elle a marché plus qu'à l'habitude ». Elle vous mentionne que son ancien médecin de famille, maintenant retraité, lui faisait des infiltrations de cortisone lorsqu'elle avait trop mal. Elle vous propose, gentiment mais avec assurance, de la « piquer » pour qu'elle puisse marcher sans inconfort ! Fort de vos nouvelles connaissances, vous savez maintenant qu'il ne s'agit pas d'une simple bursite, mais plutôt d'un syndrome douloureux du grand trochanter. Vous reproduisez facilement sa douleur à la palpation périrochantérienne et à l'appui sur une jambe du côté douloureux pendant trente secondes de même qu'à l'abduction résistée de la hanche douloureuse. Le résultat de la manœuvre de Trendelenburg est négatif.

Examens paracliniques ?

Si la douleur de la patiente est identique à celle qu'elle a toujours eue, la radiographie simple n'est pas nécessaire. S'il y a un doute diagnostique, la radiographie simple pourrait révéler la présence de calcifications au niveau des tissus mous, soit dans la bourse prérochantérienne ou plus haut, dans les bourses des petit et moyen fessiers ou dans leur insertion tendineuse supratrochantérienne. L'arthrose, une avulsion osseuse ou un signe d'accrochage fémoro-acétabulaire peuvent être visibles³. En cas d'évolution non favorable, la radiculopathie L2-L3 et l'atteinte lombaire facettaire sont parmi les entités qui ressemblent le plus au syndrome douloureux du grand trochanter. La radiographie de la colonne lombosacrée serait alors indiquée. La scintigraphie détectera une fracture de fatigue ou une autre maladie osseuse sous-jacente⁴. L'IRM, rarement utile, apportera

La radiographie simple sert d'examen de base pour toutes les douleurs de la hanche.

Repère

Encadré

Radiographie simple

Pour la radiographie simple, le patient est couché sur le dos et un cliché est pris en incidence antéropostérieure et en incidence de Lauenstein (*frog leg view*) prise avec la hanche en abduction et en rotation latérale comme dans la manœuvre de FABER.

Chez le patient ambulateur, on peut bonifier le tout en demandant une incidence antéropostérieure du « bassin debout » et une incidence latérale et de Lauenstein de la hanche malade qui nous permettra de comparer les deux hanches, de soupçonner une inégalité des membres inférieurs alors que la vue latérale, aussi nommée « vraie oblique », faite en décubitus dorsal avec la hanche en extension et en rotation médiale nous permet de mieux voir l'aspect antérieur du col du fémur. L'incidence de Lauenstein nous donne une meilleure vue de la partie antérolatérale du col du fémur et des anomalies de la cavité acétabulaire.

Propos recueillis auprès du D^r Étienne Belzile, orthopédiste et spécialiste de la hanche au CHUQ

une plus grande précision sur l'état des tissus mous, permettant le diagnostic de la tendinose, de la rupture tendineuse et d'une atteinte osseuse. L'échographie, de plus en plus à la mode, possède une valeur prédictive positive très élevée pour les anomalies périrochantériennes, mais avec le même bémol que pour l'échographie musculosquelettique, soit un résultat qui dépend grandement de l'expérience de l'échographiste³.

Traitement du SDGT

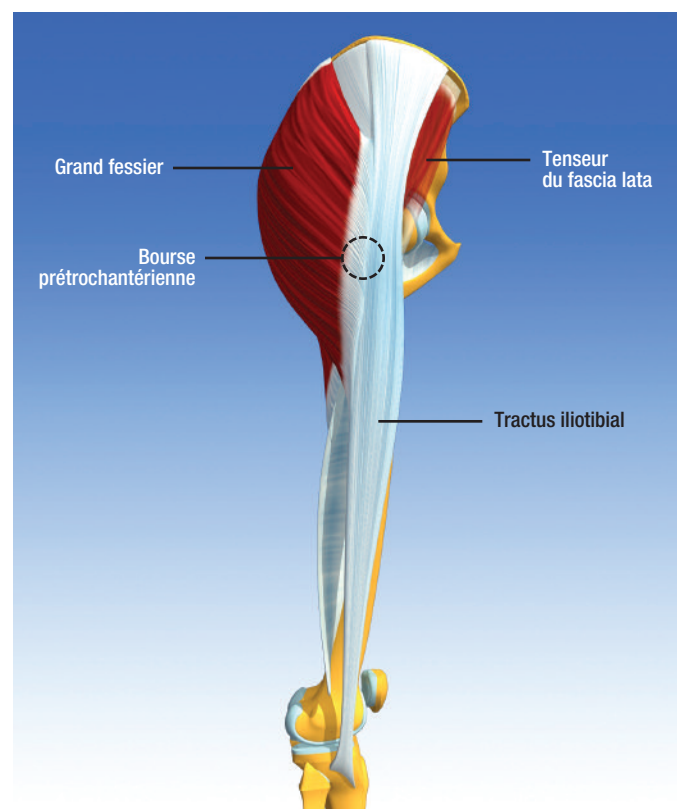
L'infiltration de la bourse trochantérienne serait-elle encore indiquée? Ce serait une option possible. Toutefois, expliquer à la patiente que cette douleur pourrait disparaître si elle faisait quelques exercices « pour ses muscles », surtout le moyen fessier, serait une solution encore meilleure. Et vous pourriez ajouter qu'elle marcherait plus librement pendant encore plusieurs années! Par contre, lors d'un trauma direct de la face latérale de la hanche avec douleur reproduite directement sur la bourse pré-trochantérienne, sans atteinte des muscles fessiers, l'infiltration pourrait être un très bon choix⁵.

Comme dans le *tableau IV* de l'article du D^r Germain Thériault dans ce numéro, les facteurs de risque du syndrome douloureux du grand trochanter sont, notamment, la faiblesse des muscles abducteurs, surtout du moyen fessier, la rétraction du tractus iliotibial, l'inégalité des membres inférieurs ainsi qu'une anomalie du pied amenant une rotation interne accrue de la hanche. La faiblesse résultante du moyen fessier, associée à la rétraction du tenseur du fascia lata (partie proximale du tractus iliotibial) provoquera une compression de la région de la bourse trochantérienne (*figure 1*).

Le but de notre traitement sera d'abord la réduction de l'inflammation de la bourse par l'arrêt des mouvements provoquant la douleur et par des médicaments

Figure 1

Siège de la bourse pré-trochantérienne



Source : Thiriet P et Rastello O. Site Internet : <http://anatomie3d.univ-lyon1.fr>.
Reproduction autorisée.

analgésiques ou anti-inflammatoires, puis la correction des anomalies sous-jacentes. La prévention des récurrences referme la boucle de notre traitement⁶.

Dans le syndrome douloureux du grand trochanter, la faiblesse des muscles fessiers, surtout du moyen fessier, principal abducteur de la hanche, est l'anomalie la

Figure 2

Exercice de renforcement des muscles fessiers

Position de départ

- ⦿ Allongez-vous sur le côté non douloureux
- ⦿ Pliez la jambe du dessous et gardez la jambe du dessus allongée
- ⦿ Gardez le pied du dessus légèrement pointé vers le bas tout au long de l'exercice
- ⦿ Portez une attention particulière à ce que votre bassin demeure bien droit en tout temps, sans être penché vers l'avant ni vers l'arrière

Exercice



- ⦿ Lentement, élevez la jambe du dessus le plus haut que vous le pouvez
- ⦿ Gardez la jambe dans cette position de trois à cinq secondes
- ⦿ Redescendez lentement la jambe jusqu'à la position de départ
- ⦿ Répétez de dix à quinze fois

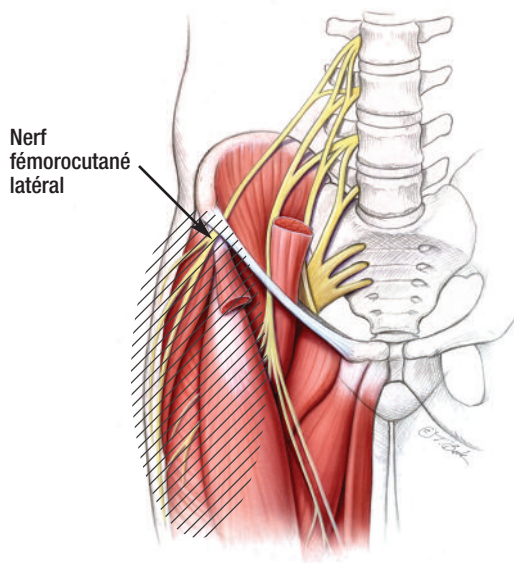
Prenez un repos d'une ou deux minutes, puis répétez la séquence une deuxième fois.

Cet exercice peut engendrer une légère douleur, mais qui ne devrait jamais persister au-delà de trente à soixante minutes après la fin de l'exercice.

Source : Tremblay JL. *L'examen de la hanche. L'examen musculosquelettique*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal ; 2009. Reproduction autorisée.

Figure 3

Siège de la paresthésie de la méralgie paresthésique



© Todd Buck Illustration, Inc. Site Internet : www.toddbuck.com. Reproduction autorisée.

plus fréquente et devra être corrigée¹. La *figure 2*⁴ montre le renforcement des muscles fessiers (moyen et petit), qui devra s'effectuer lentement et sans douleur. Lorsque c'est possible, la physiothérapie active sera d'une aide précieuse. Quelques visites sont en général suffisantes, le but étant que le physiothérapeute explique et supervise les exercices à faire.

L'inégalité des membres inférieurs est cliniquement significative à plus de 10 mm et devra être recherchée en se rappelant que la mesure, autant manuelle que radiologique, n'est pas entièrement fiable⁷.

La méralgie paresthésique (*figure 3*) est une atteinte du nerf fémorocutané latéral qui provoque surtout une paresthésie, parfois une douleur, sur la face antérolatérale de la cuisse. L'atteinte de ce nerf uniquement sensitif est principalement causée par le port d'une ceinture serrée, l'obésité, la grossesse ou une maladie intra-abdominale qui augmente la pression intrapelvienne. Quatre-vingt-onze pour cent des patients voient leurs symptômes disparaître par le traitement courant⁸ (AINS, application locale de glace et correction de l'élément déclencheur).

Cas n° 3

Monsieur Lafleur, 31 ans, vient vous voir parce qu'il s'est blessé à l'aîne gauche hier et n'a pu terminer son match de hockey. Il vous mentionne qu'il ressent des inconforts depuis plusieurs mois, mais qu'il réussissait à jouer au hockey « une fois réchauffé ». Sa douleur est reproduite à l'adduction résistée du côté gauche, mais non à la palpation de la symphyse pubienne. La contraction des grands droits de l'abdomen provoque une légère douleur et vous notez une rétraction du muscle iliopsoas à la manœuvre de Thomas. Le patient ne présente aucun signe de patron capsulaire, c'est-à-dire que la rotation médiale passive de la hanche est normale. Le diagnostic retenu est celui de tendinopathie des adducteurs.

Comme il y a une continuité anatomique entre le long adducteur et le grand droit de l'abdomen, tous deux accrochés à la symphyse pubienne, une faiblesse de ces muscles pourra éventuellement provoquer une faiblesse de l'iliopsoas (principal fléchisseur de la hanche). Chez les sportifs atteints d'une douleur inguinale, une affection prenant son origine dans l'articulation coxofémorale, présente dans la moitié des cas¹, pourra entraîner une rétraction de l'iliopsoas et, secondairement, des adducteurs. C'est ce qui a pu causer un terrain prédisposant chez monsieur Lafleur ! Enfin, comme les adducteurs sont accrochés à la symphyse pubienne, il est possible que cette dernière devienne douloureuse et pathologique. Comme la symphyse pubienne est la partie antérieure de l'anneau pelvien, son dérèglement pourrait occasionner un dérèglement de la partie postérieure de cet anneau, soit l'articulation sacro-iliaque. C'est ce qui peut se produire dans les cas de douleur chronique. Un peu complexe, mais très logique !

Dois-je procéder à des examens paracliniques ?

Le point de départ est toujours le même ! La décision de procéder à des examens paracliniques ne doit se prendre qu'après une décision clinique reposant sur

une anamnèse et un examen physique appropriés où un diagnostic de base est établi et où l'évaluation confirmera notre opinion diagnostique. Dans le cas de monsieur Lafleur, la réponse est oui, surtout parce qu'il signale des inconforts depuis plusieurs mois. La radiographie simple est alors l'outil à employer². Elle nous permettra de détecter une fracture, de l'arthrose ou des signes radiologiques d'accrochage fémoro-acétabulaire présents chez 94 % des sportifs éprouvant une douleur chronique des adducteurs¹ ou encore ayant des anomalies morphologiques, comme une dysplasie coxo-fémorale ou d'autres problèmes osseux ne devant pas être manqués (glissement épiphysaire, nécrose avasculaire ou tumeur). L'échographie permet d'effectuer une évaluation dynamique et est donc utile pour confirmer les ruptures musculaires totales ou partielles ou encore les hématomes ou encore pour guider une infiltration intra-articulaire. La scintigraphie osseuse servira, quant à elle, en cas de présomption de fracture ou de nécrose avasculaire que la radiographie simple n'aura pas détectée ou lorsque l'IRM n'est pas disponible ou est contre-indiquée. Enfin, l'examen d'IRM est privilégié pour confirmer une atteinte des tissus mous ou une lésion osseuse non décelée sur la radiographie simple. L'arthro-IRM est préférable pour les lésions du labrum.

Traitement de la tendinopathie des adducteurs

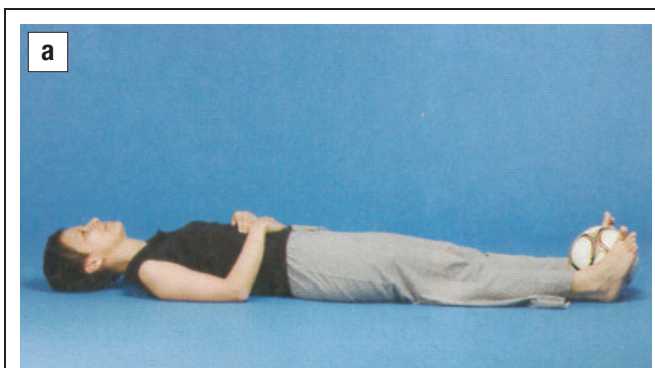
Si la cause de la blessure est repérable et provient d'une abduction exagérée, sans antécédents de douleur dans les mois précédents, l'analgésie habituelle, les anti-inflammatoires de courte durée et le repos relatif sont de mise. Ce dernier permet les activités ne causant pas de douleur, telles que le vélo stationnaire ou la marche sur une surface stable. Si la douleur apparaît, l'activité ne doit pas nécessairement être cessée, mais plutôt modifiée (pédaler un peu moins vite avec moins de tension sur le vélo, marcher moins vite ou s'asseoir un peu pour repartir plus lentement ensuite). Le travail de bureau ou même les travaux légers ne sont pas contre-indiqués ! Le patient doit toutefois respecter la douleur. Une faiblesse de l'important muscle iliopsoas,

L'examen d'IRM est privilégié pour confirmer une atteinte des tissus mous ou une lésion osseuse non décelée sur la radiographie simple. L'arthro-IRM est préférable pour les lésions du labrum.

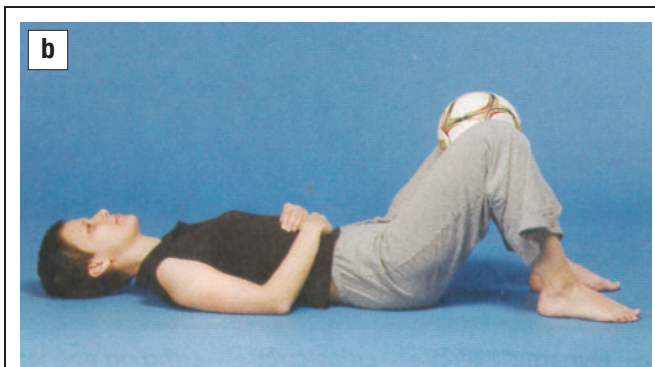
Repère

Figure 4

Exercices statiques et dynamiques pour renforcer les muscles stabilisant le bassin et les articulations de la hanche



Exercice statique : adduction pendant trente secondes contre un ballon de soccer placé entre les pieds



Exercice statique : adduction pendant trente secondes contre un ballon de soccer placé entre les genoux, le patient étant couché sur le dos avec les genoux et les hanches fléchis à 45°

Source : Holmich P, Bradshaw C. Groin pain. Dans : Bruckner P, Khan K, rédacteurs. *Clinical Sports Medicine*. 4^e éd. : Sydney ; McGraw Hill Education : 2012. p. 516, 538 et 551. Reproduction autorisée.

comme nous l'avons décrit plus tôt, est trop souvent présente dans la tendinopathie des adducteurs. Deux exercices de renforcement des muscles stabilisateurs

du bassin et des hanches (figures 4a et 4b)⁹ peuvent être montrés au patient qui n'a pas accès à la physiothérapie active. La durée du traitement est variable et dépendra de la durée d'inconfort antérieur du patient. De quatre à six semaines d'exercices réguliers régleront la majorité des problèmes.

En cas d'évolution non favorable, on peut diriger le patient en physiatrie ou en médecine du sport. L'orthopédiste, bien qu'il s'intéresse surtout au volet chirurgical dans les rares cas de rupture musculotendineuse, pourrait dans certains milieux agir comme consultant pour orienter le traitement.

Cas n° 4

Mathieu, 21 ans, vient vous voir en désespoir de cause, parce qu'il a « encore mal à la hanche gauche » ! Vous lui demandez s'il peut identifier un élément déclencheur et il vous répond qu'il a fait l'ascension d'une montagne avec des amis dans Charlevoix ! Il n'a fait aucune chute et ses amis « eux » n'ont pas de douleur. Fin renard, vous voulez savoir s'il a mal depuis longtemps. Il vous raconte avoir souvent mal aux deux hanches, « en avant et à l'aine », depuis deux ou trois ans, qu'il a l'impression que sa hanche « lâche » à l'occasion, et qu'il ne peut plus faire d'exercices vigoureux. Il court et patine moins vite et moins longtemps qu'avant en raison de la douleur. Il ne peut plus suivre les autres. Il n'a jamais consulté pour ce problème et, inquiet, il vous mentionne que son père a été opéré pour une hanche avant 60 ans et qu'il ne veut pas subir le même sort.

À l'examen, il présente une légère boiterie, une mobilité lombaire qui vous semble normale, mais surtout une manœuvre de FADIR (acronyme de *Flexion Adduction Internal Rotation*) qui reproduit ses symptômes.

Vous vous doutez bien qu'il y a une affection sous-jacente et vous avez raison ! Quatre-vingt-quatorze pour cent des patients ayant une douleur chronique aux adducteurs ont des anomalies radiologiques d'accrochage fémoro-acétabulaire et de 90 % à 100 % des sportifs

En cas d'évolution non favorable, on peut diriger le patient en physiatrie ou en médecine du sport. L'orthopédiste, bien qu'il s'intéresse surtout au volet chirurgical de rares cas de rupture musculotendineuse, pourrait dans certains milieux agir comme consultant pour orienter le traitement.

Repère

Summary

Hip Pain: Proper Investigation and Treatment. Hip conditions are complex. Lateral pain (greater trochanteric pain syndrome, GTPS), medial pain (adductors) and coxofemoral joint pain all have a variety of underlying causes. Femoro-acetabular impingement (FAI), a new entity, is now more widely recognized in athletes. A simple X-ray is used as the basic method of investigation for all causes of hip pain. Magnetic resonance arthrography is the best means of detecting labral tears. Active physiotherapy is of great benefit; alternatively, a few exercises are described in this article. Patients requiring surgery will be referred to an orthopedist.

présentant une douleur chronique à la hanche ont une lésion du labrum¹ !

Dois-je procéder à des examens paracliniques ?

Absolument ! Encore une fois, on commence par une radiographie de base. Chez un patient ambulatoire, une vue antéropostérieure du bassin en position debout et un cliché en incidence de Lauenstein (*frog leg view*) et latérale¹⁰ de la hanche malade est recommandée. Cette radiologie de base sert de guide selon la présence ou l'absence d'autres anomalies osseuses déjà décrites dans cet article. L'arthro-IRM constitue l'examen de choix pour établir la présence d'une lésion du labrum².

Traitement du conflit fémoro-acétabulaire

Lorsque les symptômes invalidants ne sont pas soulagés par le repos, les analgésiques, les anti-inflammatoires de courte durée et la physiothérapie, l'orthopédiste doit corriger les anomalies osseuses (effet de type tenaille ou *pincer* ou encore de type came ou *cam*) ou du labrum. L'article du D^r Claude Tremblay intitulé : « Le conflit fémoro-acétabulaire : qu'en est-il vraiment ? », dans le présent numéro, est consacré à cette nouvelle entité qu'on appelle aussi « syndrome d'accrochage de la hanche ».

PAS FACILE la hanche ! Mais en séparant le tout en trois entités cliniques, soit la douleur latérale (SDGT), la douleur médiale (adducteurs) et la douleur de l'articulation coxofémorale, on simplifie notre démarche clinique. La radiographie simple est l'évaluation de base pour toutes les causes de douleur à la hanche. Pour le traitement, des exercices d'étirement et de renforcement des structures touchées peuvent être expliqués au patient. Au besoin, la physiothérapie active est d'une

aide précieuse. L'orthopédiste est utile uniquement lorsque la chirurgie est envisagée, comme dans les cas d'arthrose, de conflit fémoro-acétabulaire ou de lésion du labrum. 🦶

Date de réception : le 1^{er} avril 2013

Date d'acceptation : le 4 juin 2013

Le D^r Richard Blanchet a été conférencier pour Pfizer et Sanofi en 2012-2013, pour AstraZeneca en 2012 et pour Lilly en 2013.

Bibliographie

1. Kemp J, Crossley K, Schache A et coll. Hip-related pain. Dans : Bruckner P, Khan K, rédacteurs. *Clinical Sports Medicine*. 4^e éd. Sydney : McGraw Hill; 2012. p. 510-44.
2. Jude CM, Modarresi S, Chmerling RH et coll. Radiologic evaluation of the painful hip in adults. *UpToDate*. Topic 1816; Version 8.0 : 1. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 18 octobre 2012).
3. Ho GW, Howard TM. Greater trochanteric pain syndrome: more than bursitis and iliotibial tract friction. *Curr Sports Med Rep* 2012; 11 (5) : 232-8.
4. Tremblay JL. *L'examen de la hanche. L'examen musculosquelettique*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal; 2009.
5. Bêliveau P, Parent R. *Infiltrations*. Montréal : Éditions sciences et cultures; 2007. p. 20-1.
6. Anderson BC. Trochanteric bursitis. *UpToDate*. Topic 7760; Version 4.0 : 2. Site Internet : www.uptodate.com (Date de consultation : le 18 octobre 2012).
7. Brêtas DA, Faria Nogueira JV, Carneiro MV et coll. Analysis of intra-examiner reliability of the tape method measure to leg length discrepancy. *Fit Perf J* 2009; 8 (5) : 335-41.
8. Haim A, Pritsch T, Ben-Gakim P et coll. Meralgia paresthetica: A retrospective analysis of 79 patients evaluated and treated according to a standard algorithm. *Acta Orthop* 2006; 77 (3) : 482-6.
9. Holmich P, Bradshaw C. Groin pain. Dans : Bruckner P, Khan K, rédacteurs. *Clinical Sports Medicine*. 4^e éd. Sydney : McGraw Hill Education; 2012. p. 563.
10. Clohisy JC, Hunt DM, Harris-Hayes M. Clinical presentation with symptomatic anterior hip impingement. *Clin Orthop Relat Res* 2009; 467 (3) : 638-44.