

**UE 18 Appareil locomoteur****ENSEIGNANT : Dr. Quere****DATE : 24/09/2024****GROUPE : RENAUD Ewen et MALENGREAU Elouan****REMARQUES :**

Sémiologie de la hanche

Table des matières

Partie 2 : Sémiologie de la hanche

I) Rappels anatomiques ++

- A) Arthrologie
- B) Myologie 3

II) Introduction

III) Examen clinique

- A) Interrogatoire
- B) Examen physique
 - 1) Inspection
 - 2) Mobilisation
 - Mobilisation passive
 - Mobilisation active
 - 3) Autres structures
 - Structures vasculaire
 - Structure nerveuse

IV) Diagnostic différentiel

V) Examens paracliniques

- A) Imagerie
- B) Ponction articulaire

VI) Hanche douloureuse

- A) Radiographie normale
- B) Radiographie anormale

VII) Conclusion

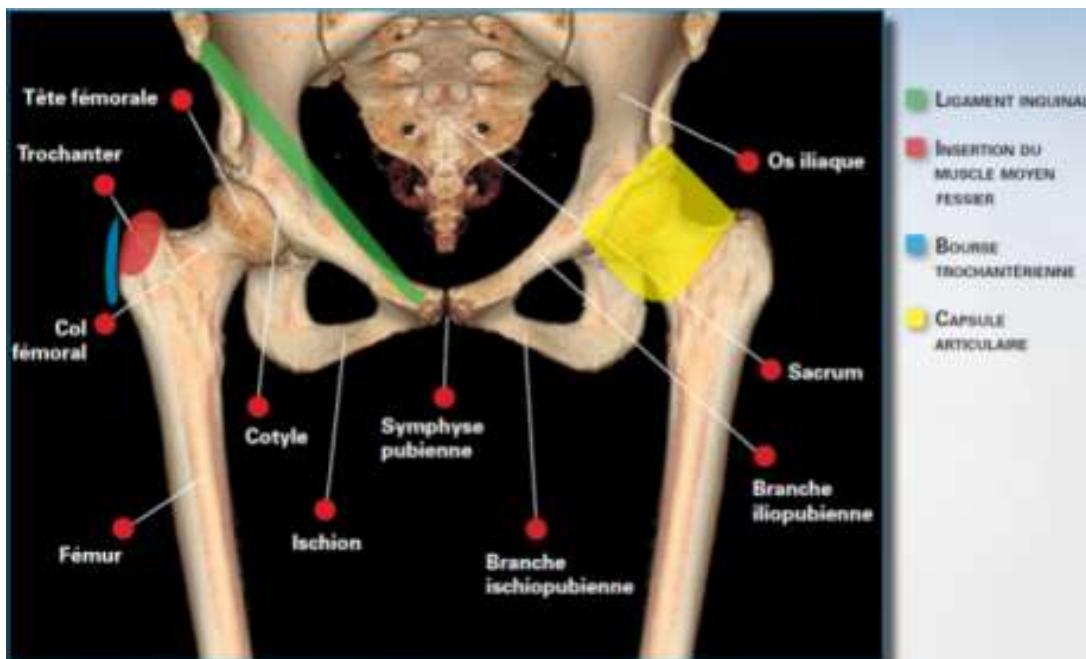
VIII) QCMs (1 à 4)

Partie 2 : Sémiologie de la hanche



I) Rappels anatomiques ++

A) Arthrologie



Vue de face

Hanche = articulation coxo-fémorale + structures péri-articulaires

Articulation **congruente** (contrairement à l'épaule) = tête + cotyle

Congruente → la tête **s'insère** dans le cotyle, image d'un oeuf à la coque contrairement à l'épaule qu'on peut comparer à une bille sur une surface plane (faible congruence).

Description du schéma ci-dessus :



- Le cotyle reçoit la tête fémorale.
- L'os iliaque porte l'aile iliaque qui est palpable.
- Le sacrum est postérieur.
- Insertion du muscle moyen fessier sur la partie plutôt **latérale du grand trochanter**.
- Plusieurs bourses trochantériennes, superficielle et profonde, retenir juste qu'il y a une bourse trochantérienne qui permet de faire coulisser le muscle moyen fessier.
- Capsule articulaire "vide" à l'état naturel et qui peut gonfler lors des épisodes D'épanchement intra-articulaire, que ces épisodes soient **mécanique** dans le cadre d'une **arthrose** ou **inflammatoire** dans le cadre d'une **polyarthrite rhumatoïde**.



B) Myologie



vue ANT



vue POST



Loge ANT :

Elle contient le **quadriceps** qui est le muscle de la loge antérieure avec ses différents chefs (droit fémoral, vaste médial, vaste latéral, vaste intermédiaire), le **tenseur du fascia lata** qui est un muscle plutôt antérieur, et le **sartorius**.

Loge POST :

Elle contient le **grand fessier**, le **moyen fessier** et le **petit fessier** (un tout petit peu plus antérieur).

Les **adducteurs**, les **ischios-jambiers**, le **biceps fémoral**, le **gracile**...

II) Introduction

Les pathologies de hanche sont très fréquentes, il est donc important de bien connaître l'examen de cette articulation.

Repérez la pathologie sur cette radiographie :

Réponse : Pas de tête fémorale D

Une dame venue voir le prof en hospitalisation, cela fait 30 ans qu'elle marche comme ça, ostéonécrose de la tête fémorale D, elle arrive à se débrouiller chez elle, donc aucune intervention n'est pratiquée.



("est-ce que c'est la bonne chose à faire, je ne sais pas")

Il existe **4** types de pathologies principale :

- Pathologies **bénignes** (ex : *arthrose*)
- Pathologies **néoplasiques** (maligne) (ex : *tumeurs primaires osseuses, tumeurs secondaires dans le cadre de métastases*)
- Pathologies **infectieuses** (ex : *infections ostéo-articulaires, peuvent être complexes dans le cas des arthropathies coxo-fémorale*)
- Pathologies **fracturaires** (ex : *fracture du col fémoral chez les personnes âgées*)

III) Examen clinique

A) Interrogatoire

- Eléments classiques : *âge, sexe, antécédents, habitus (métier, loisirs, sédentaire ou sportif), traitements (per os, infiltration, kiné), allergies, etc*

- Circonstances de survenue : traumatisme, brutal ou progressif (important) ? Activité ayant précédée les symptômes ?
- Zones douloureuses : **pli inguinal**, grand trochanter (partie latérale), fesse ?

/!\ Si “Mal de hanche” = mal au **pli de l’aîne**, alors il s’agit d’une pathologie coxo-fémorale (PAS au grand trochanter) \rightarrow typique d’une atteinte de la hanche
Par contre si douleur latérale, au grand trochanter, PAS une atteinte de l’articulation coxo-fémorale (donc pas la hanche) mais une atteinte du **moyen fessier**.

- Rythme des douleurs : mécanique (*douleur à l’activité*) ou inflammatoire (*douleur nocturne, douleur qui réveille le matin, verrouillage matinale, douleur qui s’estompe à l’activité*)
- Signes associés : fièvre, sueurs, perte de poids
- Facteurs favorisants (*quelles activités sportives améliorent ou favorisent les douleurs*), facteurs améliorants
- Retentissement fonctionnel : *Impact sur la vie ? Le travaille ? Les loisirs ?* EVA (= *échelle visuelle analogique, échelle de 1 à 10*) ? Périmètre de marche +++ ? Limitation des activités quotidiennes ?
- Traitement(s) déjà tenté(s) et traitements en cours (*résistance ou non de la douleur aux traitements déjà entrepris*)

B) Examen physique

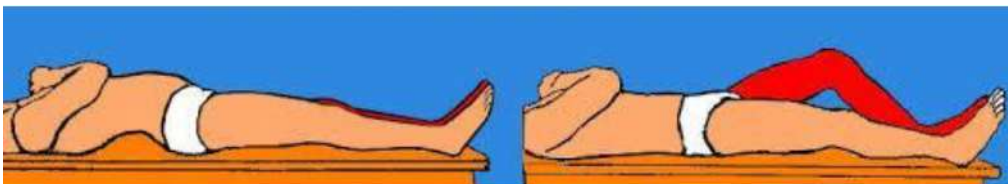
1) Inspection

Aspects des téguments : hématome, tuméfaction, affections cutanées.



Attitudes vicieuses :

- **Flessum de hanche** (extension complète de la jambe impossible) \rightarrow il persiste une légère flexion de la hanche
- **Flexion difficile** (position assise impossible)
- **Rotation externe irréductible**



/!\ La **trophicité musculaire** (quadriceps +++) est un bon indice, si on observe une amyotrophie sévère, le patient ne marche surement plus depuis longtemps à cause de ses douleurs de hanche.

Cas typique d’une fracture du col fémoral :

- raccourcissement de jambe homolatérale (*à droite*)

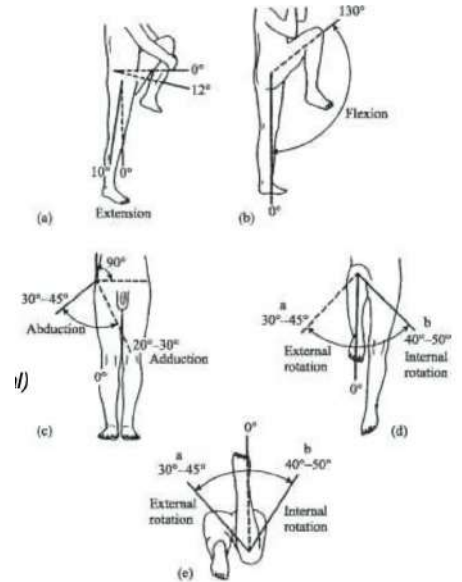


- rotation externe de la jambe homolatérale (*la jambe n'est plus maintenue par le col dans son axe*)

2) Mobilisation

→ Mobilisation passive = 6 mouvements possibles :

- Flexion
- Extension
- Abduction
- Adduction
- Rotation externe
- Rotation interne



L'examen doit se faire de façon bilatérale et comparative

→ Les amplitudes articulaires :

(DV = décubitus ventral, DD = décubitus dorsal, DL = décubitus latéral)

- Flexion : 130 +/- 10° (DD)
- Extension : 10 à 30° (DV)
- Abduction : 45° (DD)
- Adduction : 30° (DD)
- Rotation externe : 45° (DD ou DV, genou à 90°)
- Rotation interne : 30° (DD ou DV, genou à 90°)

➤ **Mobilisation passive :**

• **Roulé de hanche ou signe de la clé :**

• Permet de mobiliser la coxo-fémorale
Sans mobiliser le bassin et le rachis

• En décubitus dorsal (DD), faire rouler le membre inférieur à l'aide de vos mains, ce qui correspond à faire une alternance de rotation interne et rotation externe de hanche



Rappel : Examen bilatéral et comparatif

• **Test de FABER/FABRE**

- Flexion
- Abduction
- Rotation externe



On demande au patient de mettre son pied sur son genou et ça fait les 3 gestes en même temps.

Si positif : (càd douleur)

- **Pli de l'aîne : hanche ? (= coxo-fémoral !!)**
- **Fesse : Sacro-iliaque ?**
- **Lombaire : Rachis ou hanche ?**

➤ **Mobilisation active :**

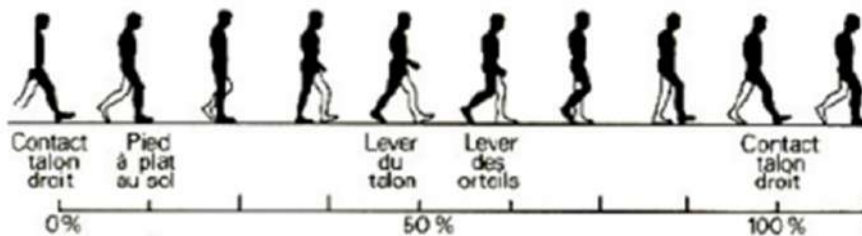
Un peu en même temps que l'inspection, +++ regarder la démarche du patient dès son entrée.

• Rechercher une boiterie :

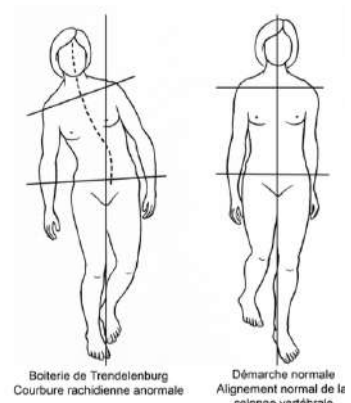
• **Boiterie d'esquive du pas** = douleur à l'appui (= au passage du pas) sur le membre inférieur concerné, le sujet se penche du côté « **sain** » (*pour diminuer l'appui du côté douloureux*) et accélère la phase de marche

• **Boiterie de perte du pas postérieur** = limitation de l'extension de hanche

(Schéma ci-dessous correspond à une démarche normale, la dernière phase est celle qu'il manque dans la boiterie de perte de pas postérieur, l'extension de la hanche étant limitée)



• **Boiterie de Trendelenburg** = insuffisance musculaire du moyen fessier (*le patient penche du côté **malade***)

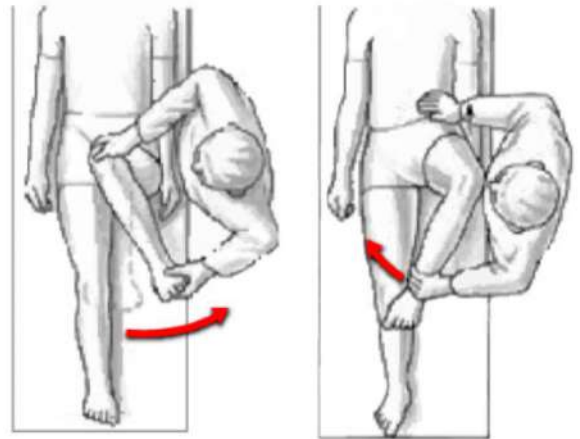


Rappel de P1: moyen fessier = stabilisateur principal de la marche

- /\ Clinostatisme : Patient en DD, impossibilité de décoller le membre inférieur malade du lit

- Manœuvres contre résistance :
 - Rotation interne contrariée

Test interne contrariée ou dérotation externe contrariée -> Conflit fémoro-acétabulaire ?



- Salut coxal = Membre inférieur tendu et décollé du lit contre résistance

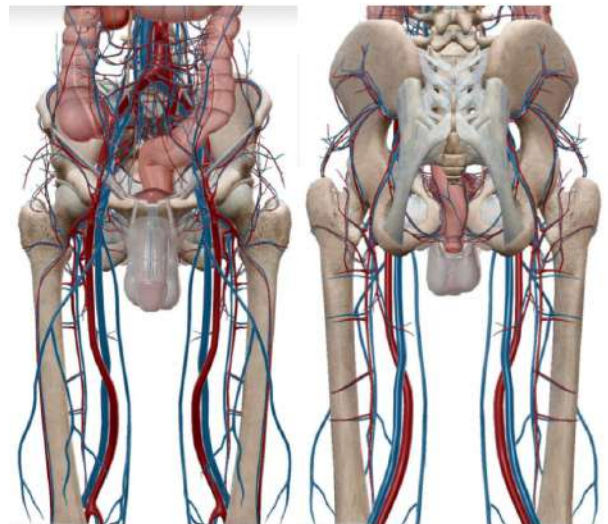
!/\ Application, on repart toujours de la base :

- Si le patient à mal quand il pose le pied on s'oriente plutôt vers une boiterie d'esquive du pas, il diminue alors le temps passé en appui sur le membre douloureux
- S'il a une douleur à l'extension, que l'on retrouve pendant l'examen clinique, on s'oriente vers une boiterie de perte du pas postérieur

3) Autres structures

➤ Structures vasculaire :

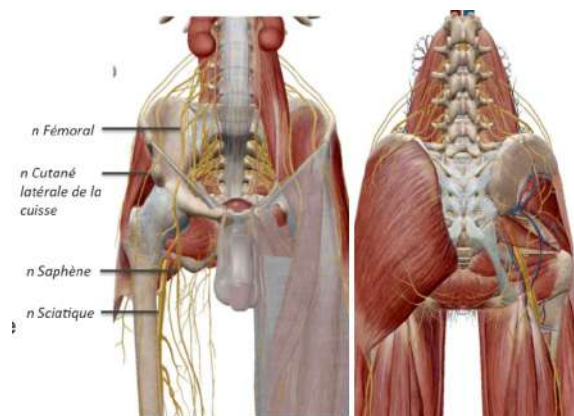
- Palpation des pouls fémoraux et pouls périphériques
- Recherche d'un souffle vasculaire
- Aorte abdominale
- Artère iliaque commune
- Artère iliaque externe
- Artère fémorale
- Artère fémorale profonde et artère circonflexe



fémorale latérale (passent juste en avant du col fémoral) ++

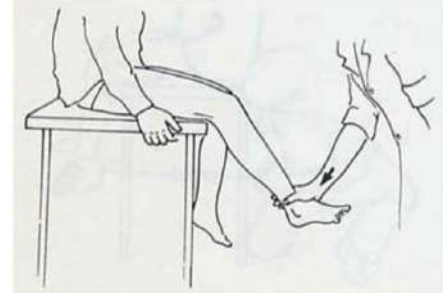
➤ Structure nerveuse :

- 2 principaux nerfs :
 - Nerf fémoral (nerf ANT)
 - Nerf sciatique (nerf POST)



- Examen physique :

- Recherche d'une zone d'hypoesthésie cutanée en raquette à la face latérale de la cuisse (*on en reparle juste en dessous*)
- Recherche d'une hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse
- Recherche d'une cellulalgie de la fesse



- **Testing moteur :**

- psoas-iliaques (*flexion hanche*)
- quadriceps (*extension hanche*)

/!\ On cote toujours la force de 0 à 5

Faire le lien entre les insertions des muscles et leurs mouvements pour comprendre aisément le but des manipulations (ex : quadriceps → extension car insertion sur la face ANT du bassin et sur la patella)

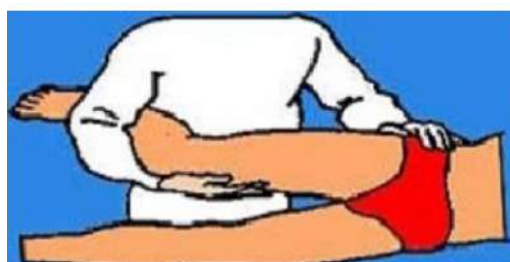


- Recherche d'un signe de **Lasègue et Léri** (= signes de pathologies rachidiennes) : *Images des 2 tests non issues du diapo du professeur, données à titre illustratif ;)*

- **Lasègue** : Patient en DD, on laisse la jambe tendue, si ça déclenche une douleur dans un territoire radiculaire donné → positif dans le cadre d'une sciatique



- **Léri** : Patient en DL, on ramène sa jambe en extension, si ça déclenche une douleur à la face ANT avec une radiculalgie → le patient à une **cruralgie**



- **Réflexes ostéotendineux (ROT)**
 - Tendon patellaire → racine L4
 - Tendon achilléen → racine S1
- **Réflexe cutané-plantaire (RCP)**
 - **Babinsky** si positif = syndrome pyramidal (ex:AVC)

IV) Diagnostic différentiel

Douleurs d'origine rachidienne : L3 et L4 (= cruralgie) (nerf crural=nerf fémoral)

- douleur face antérieure de la cuisse
- hypoesthésie
- signe de Léri
- +/- déficit moteur
- diminution ou abolition du ROT
- signe de la sonnette (*on appuie sur le dos du patient et si ça déclenche une radiculalgie, alors le signe de la sonnette est positif*)

• Douleurs des articulations sacro-iliaques : **pygalgies** (=douleurs à la fesse)

• Névralgie du nerf fémoro-cutané : douleur face externe → de cuisse en raquette

• Autres radiculalgies tronquées

• Atteinte locales : bassin et fémur

• Douleurs viscérales projetées (urologique ou digestif)
Ex : hernies inguinales → douleurs du pli de l'aîne à la palpation



V) Examen paraclinique

A) Imagerie

- En 1^{ère} intention : **Radiographies** (normales)



Face



Faux profil de Lequesne

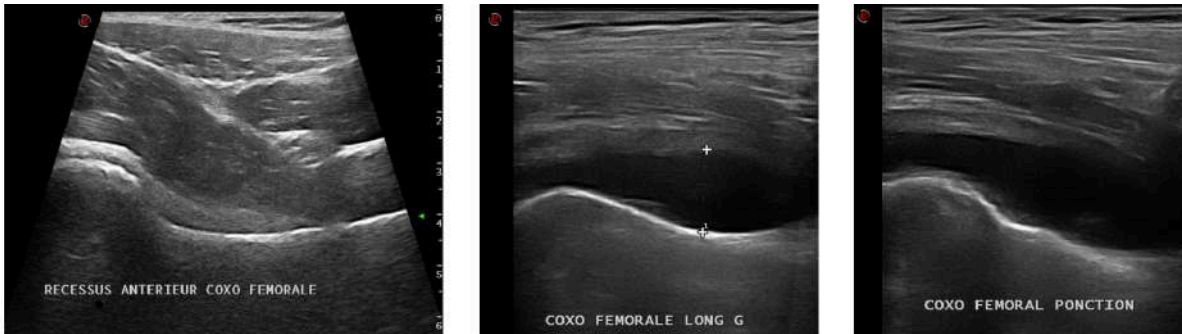


Profil chirurgical d'Arcelin

• En 2ème intention : **Échographie articulaire**

Ne permet pas de bien voir l'os car en échographie l'os crée un cône d'ombre.

Etude des structures « péri-articulaires » et de recherche d'un épanchement intra articulaire
 +/- guider une ponction

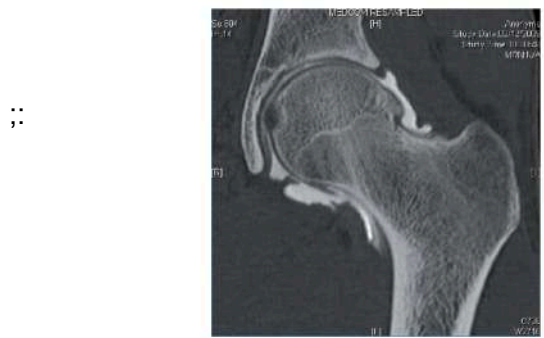


Sur la première image on voit le récessus antérieur coxo-fémoral (on place l'onde parallèle au col fémoral), au-dessus on voit le passage du muscle psoas.

Sur les 2ème et 3ème images on voit un épanchement liquidien important (en noir) qui refoule la capsule articulaire et le psoas vers le haut, on peut venir ponctionner ce liquide.

Radio et écho sont complémentaires, la radio pour visualiser l'os, les fractures et l'échographie pour les structures non-articulaires et les épanchements.

• En 2ème intention : Scanner – Arthroscanner – IRM - Scintigraphie (*voire 3ème intention*)



Structures osseuses – bourrelet articulaire
 Tissus mous péri-articulaires
pas ouf pour les structures tendineuses



Structures osseuses (+/-)
 Lésions inflammatoires, oedémateuses, nécrotiques

B) Ponction articulaire

• Ponction articulaire :

En cas d'épanchement intra articulaire, la ponction et l'analyse du liquide sont indispensables.

- 2 tubes :
 - Examen anatomopathologique : (1 tube dans chaque examen)
 - Cytologie :
- si leucocytes < 2000/ mm³ = liquide **mécanique** → **arthrose**
- si leucocytes > 2000 /mm³ = liquide **inflammatoire** → continuer les examens complémentaires (infection ? rhumatisme inflammatoire ?...etc)
- Microcristaux → (goutte, hydroxyapatite, chondrocalcinose... peuvent faire des épanchements articulaires)
 - Bactériologie standard (rechercher l'infection, ex : *staphylocoque aureus*)

VI) Hanche douloureuse

A) Radiographie normale

Radiographie normale donc pathologies le plus souvent débutantes car non visibles à l'imagerie.

- Hanche **mécanique**
 - Douleur péri-articulaire : tendinobursite trochantérienne (le plus fréquent, douleur plutôt latérale ++)
 - Douleur projetée (cf. supra, *douleurs rachidiennes, cruralgies, sciatiques*)
 - Chondromatose débutante
- Hanche **inflammatoire**
 - Coxite débutante : infection, rhumatisme inflammatoire, rhumatisme microcristallin • Synovite villonodulaire débutante (plus rare)
 - Localisation tumorale bénigne ou maligne (plus rare)
- Hanche « **mixte** »
 - Algodystrophie
 - Ostéonécrose

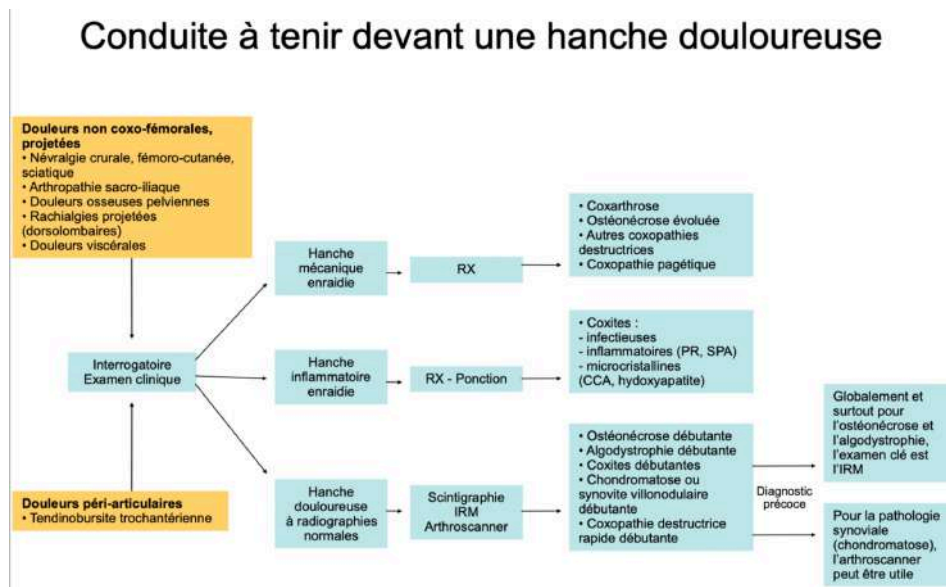
B) Radiographie Anormale

- Hanche **mécanique**
 - Coxarthrose (le plus fréquent)
 - Ostéonécrose évoluée (*septique ou aseptique*)
 - Coxopathie pagétique
 - Arthropathie destructrice de la chondromatose ou de la synovite villonodulaire (*stade évolué*)
- Hanche **inflammatoire**
 - Coxite septique
 - Coxite au cours d'une polyarthrite rhumatoïde

- Coxite au cours des spondylarthropathies
- Coxite au cours d'autres rhumatismes inflammatoires
- Coxite microcristalline (chondrocalcinose, hydroxyapatite, goutte)
- Localisation tumorale

- Hanche « mixte »
 - Algodystrophie (à un stade tardif)

VII) Conclusion



VIII) QCMs (il aime bien l'anatomie)

QCM 1

Concernant les rappels anatomiques :

- L'articulation coxo-fémorale est non congruente.
- Le muscle biceps fémoral est un muscle de la loge antérieure.
- Le muscle droit fémoral est un muscle de la loge antérieure.
- Le muscle sartorius est un muscle de la loge postérieure.
- Le tubercule majeur est le lieu d'insertion du moyen fessier.

QCM 2 (pas fait)

Concernant les rappels anatomiques :

- Le ligament ilio-inguinal permet de différencier l'artère iliaque commune et l'artère iliaque externe.
- Le ligament ilio-inguinal permet de différencier l'artère iliaque externe et l'artère fémorale.

- C) Le nerf sciatique ne peut être comprimé qu'au niveau du rachis lombaire.
- D) Le nerf sciatique se divise en nerf tibial et en nerf saphène.
- E) Le nerf cutané latéral de la cuisse est uniquement un nerf sensitif.

QCM 3

- A) La boiterie d'esquive ne se présente pas dans les pathologies mécaniques de l'articulation coxo-fémorale.
- B) Le salut coxal signe une atteinte dégénérative du rachis lombaire.
- C) Le signe de Léry permet de rechercher une cruralgie.
- D) La boiterie de Trendelenburg est typique d'une atteinte du psoas.
- E) Le test de Yocum est un test permettant de rechercher un conflit fémoro-acétabulaire.

QCM 4

- A) La radiographie n'est pas utile pour rechercher une pathologie « inflammatoire ».
- B) L'arthroscanner est l'examen de référence pour les pathologies « mécaniques ».
- C) L'IRM permet de rechercher une atteinte précise de l'os.
- D) L'échographie permet de guider une ponction articulaire.
- E) L'IRM permet de guider une ponction articulaire.

Correction :

QCM 1 : réponse C

- A) Elle est **congruente**.
- B) C'est un muscle de la loge **postérieure**.
- C)
- D) C'est un muscle de la loge **antérieure**.
- E) C'est le **grand trochanter**.

QCM 2 : réponse B,E

- A) Pas évoqué dans le cours...Mais visiblement à maîtriser
- B)
- C)
- D) En nerf tibial et en nerf **fibulaire**.
- E)

QCM 3 : réponse C

- A)
- B) Il signe une atteinte de l'articulation coxo-fémorale.
- C) ++
- D) MOYEN FESSIER

E) Test de Yocum c'est pour **l'épaule**.

QCM 4 : réponse B,D

A) Pas forcément au début de la pathologie mais à terme on peut voir.

B) ++, ce n'est pas pareil que l'examen de **1ère intention** qui est bien la **radiographie**.

C) On peut voir l'os mais ce n'est pas l'examen le plus précis pour cette utilisation.

D)

E) Ce qui est métallique ne rentre pas dans l'IRM...