

La hanche un « carrefour » de maladies... à bien démêler!

Germain Thériault

M. Rosario, 55 ans, est un adepte du golf. Il consacre au moins 60 journées à la pratique de ce sport durant la période estivale. Cependant, depuis six mois, il ressent une douleur vague à l'aîne, accompagnée d'une certaine boiterie dans ses déplacements pédestres de plus de 2 km, le forçant à réduire sa mise en charge du côté douloureux lors d'une posture stationnaire debout. De plus, le matin, sa hanche douloureuse tend à être moins souple. Toutefois, sa douleur à la hanche s'est vraiment accrue depuis une semaine, lorsqu'il a chuté sur le côté du bassin. Sa douleur antérieure à l'aîne s'est aussi amplifiée et se propage maintenant sur le côté et même à l'arrière du bassin. À votre avis, que se passe-t-il ?

EN EXAMINANT M. Rosario, le médecin peut poser plusieurs diagnostics pour tenter d'expliquer la douleur : synovite post-traumatique coxofémorale sur fond d'arthrose, fracture de l'acétabum ou du col du fémur, déchirure du labrum acétabulaire, contusion et hématome de la bourse trochantérienne, contusion musculaire du moyen ou du grand fessier, entorse sacroiliaque, entorse et dérangement vertébral lombaire avec irradiation au bassin et à la fesse. Le cas de M. Rosario témoigne du degré de complexité que peuvent atteindre les douleurs à la hanche et surtout du défi diagnostique qu'elles représentent pour le médecin de première ligne. Le présent article vise justement à mieux différencier les problèmes les plus fréquents entraînant une douleur à la hanche à partir de leurs éléments cliniques distinctifs (anamnèse et examen physique) pour mieux les diagnostiquer et ainsi être capable d'élaborer un plan de traitement adéquat.

La hanche, cette articulation méconnue... jusqu'à tout récemment !

Comme le montre l'image radiologique (photo 1), le bassin est un « volumineux » anneau osseux supporté

Le Dr Germain Thériault, omnipraticien, est directeur de la Clinique de médecine du sport de l'Université Laval, à Québec, et est responsable de la formation clinique en médecine du sport (programme de résidence en médecine familiale). Il exerce aussi à la Clinique médicale Saint-Louis.



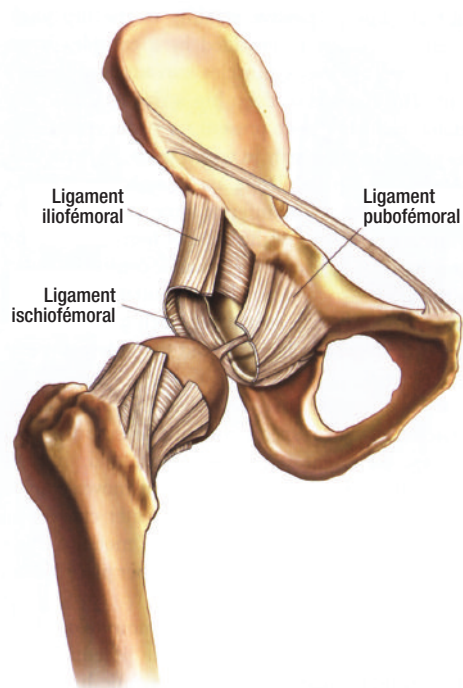
Photo 1. Le bassin et ses cinq articulations : les articulations coxofémorales et sacroiliaques et la symphyse pubienne

par deux articulations « maîtresses », les articulations coxofémorales. Cependant, ce n'est que depuis l'arrivée de l'imagerie par résonance magnétique et de l'arthroscopie que notre compréhension de ces articulations s'est vraiment améliorée.

Bien que nous connaissions depuis longtemps les fonctions de base de l'articulation coxofémorale, c'est-à-dire l'initiation de la mobilité de l'ensemble du membre inférieur (flexion/extension : 125°-0°-20°, abduction/adduction : 45°-0°-25° et rotation externe/interne : 50°-0°-40°) ainsi que la transmission/dissipation des charges entre le tronc et les membres inférieurs et la stabilité corporelle (posture debout fixe, déplacements et sauts),

Figure 1a

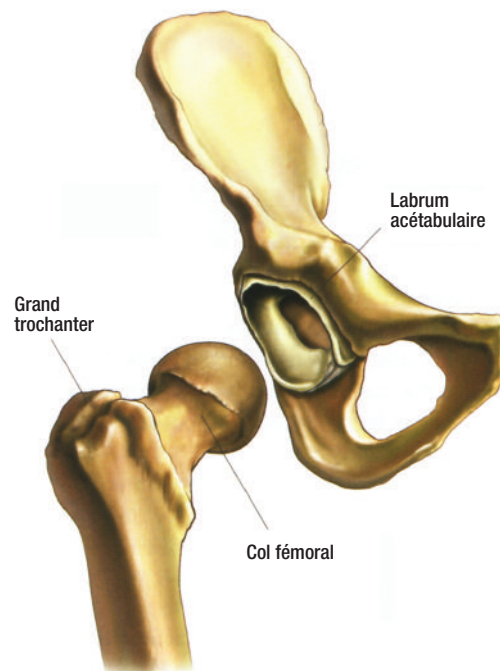
Principales structures ligamentaires de l'articulation coxofémorale



Source: Kemp J, Crossley K, Schache A et coll. Hip-related pain. Dans : Bruchner P, Khan K, rédacteurs. *Clinical Sports Medicine*. 4^e éd. Sydney : McGraw-Hill ; 2012. p. 510-44. Reproduction autorisée.

Figure 1b

Labrum acétabulaire



Source: Kemp J, Crossley K, Schache A et coll. Hip-related pain. Dans : Bruchner P, Khan K, rédacteurs. *Clinical Sports Medicine*. 4^e éd. Sydney : McGraw-Hill ; 2012. p. 510-44. Reproduction autorisée.

nous sommes maintenant davantage en mesure de reconnaître le rôle crucial que peuvent jouer les quatre variables suivantes sur la qualité de sa congruence articulaire :

- ④ Une modification, congénitale ou acquise, de l'axe angulaire (trop antérieur, trop postérieur) entre la cavité acétabulaire et l'ensemble structurel « col et tête du fémur ».
- ④ Les interfaces articulaires (cavité acétabulaire/tête-col du fémur) d'allure dysplasique : cavité acétabulaire trop profonde ou col du fémur trop large (conflit fémoro-acétabulaire) (voir l'article du D^r Claude Tremblay intitulé : « Le conflit fémoro-acétabulaire : qu'en est-il vraiment ? », dans le présent numéro).
- ④ Les structures ligamentaires périarticulaires (*figure 1a*)¹ et surtout le labrum (anneau de fibrocartilage composé de tissu conjonctif dense attaché tout autour du rebord osseux acétabulaire, *figure 1b*)¹, comme structures de stabilisation passive et de protection du cartilage articulaire.

À cet égard, nous savons maintenant, grâce à l'arthroscopie, que la déchirure du labrum est un problème très fréquent (de 90 % à 100 % des cas) chez les sportifs ou les personnes très actives qui se plaignent d'une douleur chronique à la hanche. Les fonctions du labrum ressemblent énormément à celles du ménisque dans le genou et les répercussions d'une déchirure sont similaires.

- ④ Les muscles profonds entourant l'articulation coxofémorale, comme stabilisateurs dynamiques de la hanche, sont maintenant reconnus comme étant identiques à ceux de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Ils rapprochent la tête du fémur dans la cavité acétabulaire, la centrent et préviennent les pressions anormales sur le labrum, tout en facilitant les divers mouvements de la hanche selon leur axe de travail (rotation externe/interne, abduction/adduction, flexion/extension).

Le *tableau I* résume les principales causes d'anomalies coxofémorales et celles provenant du membre inférieur pouvant à la longue causer une lésion à l'articula-

Tableau I**Causes mécaniques de coxalgie**

1. Antéversion/rétroversion fémoro-acétabulaire
2. Variantes fémoro-acétabulaires d'allure dysplasique avec conflit (acétabulum trop profond, col du fémur trop large, etc.)
3. Hyperlordose lombaire
4. Rétraction du psoas
5. Déséquilibre musculaire des stabilisateurs profonds de la hanche (faiblesse, rétraction)
6. Genou valgum, pied hyperpronateur
7. Postures statiques ou dynamiques exigeantes (ex. : style papillon du gardien de but, posture assise ou debout « déhanchée », etc.)
8. Surcharge aiguë (fracture de fatigue du col du fémur) ou chronique (arthrose)

Tableau de l'auteur.

tion. À noter qu'elles sont toutes facilement repérables à l'examen physique ou à l'aide d'un bilan radiologique.

Les douleurs de la hanche : comment les repérer ?

a) La douleur articulaire coxofémorale

Quel que soit le problème en cause (arthrose, chondropathie, déchirure du labrum, etc.), les éléments décrits par le patient à l'anamnèse (*tableau II*) aident à orienter le clinicien vers une douleur provenant de l'articulation coxofémorale.

Quant à l'examen physique (*tableau III*), il doit permettre d'évaluer les capacités de mise en charge et de déplacement du patient initialement en posture debout, puis de rechercher la présence ou non d'un « patron » capsulaire, en particulier une diminution de la rotation interne et de la flexion (voir les manœuvres de FADIR et de Thomas : *photos 2 et 3*), qui confirme automatiquement une atteinte articulaire. Enfin, deux

Tableau II**Profil d'une douleur articulaire (coxofémorale) à l'anamnèse**

Antécédents personnels (trauma, chute ou douleur durant l'enfance ou l'adolescence)	Possibles
Antécédents familiaux (arthrose, arthrite, etc.)	Possibles
Signaux d'alerte (ostéoporose, infection, tumeur)	Possibles
Type de travail ou de sport avec mise en charge soutenue	Fréquent
Gain pondéral	Fréquent
Douleur croissante à la mise en charge (debout, marche, course à pied, pivot)	Fréquente
Boiterie	Fréquente
Siège de la douleur : aine, fesse, cuisse en antérieur	Fréquent
Raideur matinale	Fréquente
Tendance à une diminution de la souplesse	Fréquente
Douleur vive en fin de mouvement (rotation interne ou externe, adduction ou abduction)	Fréquente
Dérangement mécanique (accrochage, blocage, etc.)	Fréquent

Tableau de l'auteur.

manœuvres complémentaires, soit celles de Patrick (FABER) et la compression en 4 points, *photos 4 et 5*) indiquent en général une atteinte articulaire lorsque la douleur provoquée survient dans le territoire de l'articulation coxofémorale. À noter qu'un résultat positif à plusieurs de ces manœuvres renforce le diagnostic. Pour voir des vidéos illustrant les techniques d'examen de la

Nous savons maintenant, grâce à l'arthroscopie, que la déchirure du labrum est un problème très fréquent (de 90 % à 100 % des cas) chez les sportifs ou les personnes très actives qui se plaignent d'une douleur chronique à la hanche. Les fonctions du labrum ressemblent énormément à celles du ménisque dans un genou et les répercussions de sa déchirure sont similaires.

Repère

Tableau III

Examen physique : manœuvres permettant de dépister une affection coxofémorale

- A. Debout**
- ⦿ Douleur à la marche, saut ou boiterie
 - ⦿ Incapacité de mise en charge
 - ⦿ Transfert antalgique du poids corporel sur le membre sain
- B. Décubitus**
- ⦿ Présence d'un « patron capsulaire »
 - ⦿ Diminution de la rotation médiale de la hanche (posture allongée)
 - ⦿ Diminution de la mobilité passive de la hanche par flexion, adduction, rotation médiale (FADIR) (photo 2)
 - ⦿ Manœuvre de Thomas : limitation et douleur en flexion (photo 3)



- ⦿ Manœuvres complémentaires
 - ⦿ Manœuvre de Patrick (FABER) (photo 4)
 - ⦿ Compression coxofémorale (4 points cardinaux) (photo 5)



Tableau et photos de l'auteur.

hanche, allez au www.fmoq.org/fr/training/toolbox/videos/Lists/Billets/Post.aspx?ID=7.

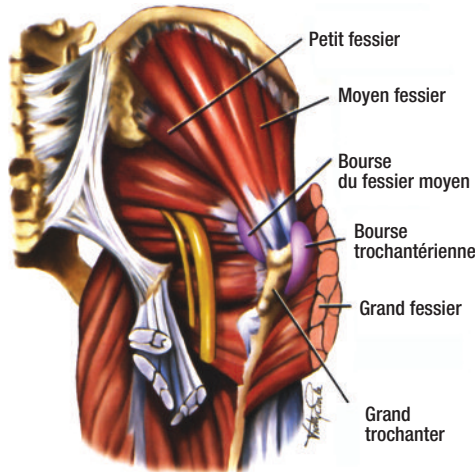
b) La douleur en face latérale de la hanche

L'entité pathologique la plus fréquente de ce siège anatomique, longtemps considérée en quasi-exclusivité comme le territoire de prédilection de la bursite trochantérienne, porte maintenant l'appellation de « syndrome douloureux du grand trochanter », qui rend plus justice

à l'affection. En effet, la douleur occupe fréquemment une zone assez diffuse et provient d'une atteinte des tendons du moyen et du petit fessier et classiquement d'une des deux bourses locales, selon le schéma anatomique de la *figure 2*¹. Une publication récente² indique même jusqu'à huit bourses dans ce territoire, qui ont toutes le potentiel d'être responsables de ce syndrome. Les auteurs signalent également que dans les cas de syndrome douloureux chronique du grand trochanter, des études

Figure 2

Muscles et bourses au pourtour du grand trochanter



Source : Kemp J, Crossley K, Schache A et coll. Hip-related pain. Dans : Bruchner P, Khan K, rédacteurs. *Clinical Sports Medicine*. 4^e éd. Sydney : McGraw-Hill ; 2012. p. 510-44. Reproduction autorisée.

Tableau IV

Facteurs de risque du syndrome douloureux du grand trochanter

Modifiables

- ⦿ Obésité
- ⦿ Faiblesse musculaire des abducteurs (moyen fessier)
- ⦿ Rétraction du tractus iliotibial
- ⦿ Inégalité des membres inférieurs
- ⦿ Anomalie d'arche plantaire (hyperpronation > pied creux)
- ⦿ Souliers de marche ou de course à pied usés
- ⦿ Surface de marche ou de course à pied instable, plan incliné

Non modifiables

- ⦿ Sexe féminin
- ⦿ Âge > 40 ans
- ⦿ Bassin plus large
- ⦿ Arthrose (hanche ou genou)

Tableau de l'auteur.

histologiques ont révélé l'existence d'une dégénérescence tissulaire mettant en cause surtout les tendons, voire les muscles abducteurs de la hanche (plus le moyen fessier que le petit) de même que le tractus iliotibial à son passage au niveau du grand trochanter, sans avoir mis en évidence une modification inflammatoire des bourses.

Ce constat met donc en lumière un fait important : les douleurs chroniques en face latérale de la hanche ne sont habituellement pas des bursites, mais s'apparentent plutôt davantage à une tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Il faudrait donc également les traiter de façon similaire en tentant de corriger les facteurs de risque modifiables (tableau IV).

Comment diagnostiquer le syndrome douloureux du grand trochanter ?

À l'anamnèse, le patient évoque une douleur dans la région du grand trochanter, soit après une chute, soit de façon insidieuse après ou durant l'exercice (marche,

course à pied, danse). À caractère tantôt discret et diffus, tantôt vif, cette douleur peut irradier sur la face latérale de la cuisse ou même ressembler à une sciatgie d'origine fessière. Elle est classiquement exacerbée la nuit en décubitus latéral sur le côté symptomatique, par le croisement de cette même jambe en posture assise ou dans une activité nécessitant une flexion-extension répétée de la hanche.

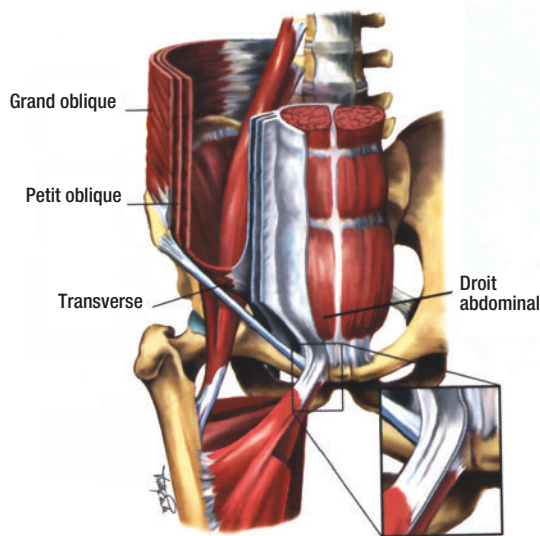
À l'examen physique, il faut rechercher une douleur à la palpation du grand trochanter, mais aussi à l'arrière et au-dessus de celui-ci. La manœuvre de Patrick peut l'éveiller, mais non la manœuvre de FADIR (atteinte articulaire coxofémorale). Les manœuvres résistées des muscles moyen et petit fessier (abduction de la hanche, fléchie à 45° ou en complète extension, en position de décubitus latéral) et celles de Trendelenburg ou en appui unipodal de trente secondes sont des incontournables compte tenu de la fréquence des lésions musculaires et des tendinopathies du moyen et du petit fessier.

Les douleurs chroniques en face latérale de la hanche ne sont habituellement pas des bursites, mais s'apparentent plutôt davantage à une tendinopathie dégénérative de la coiffe des rotateurs de l'épaule.

Repère

Figure 3

Continuité anatomique entre les structures musculaires au pourtour de la symphyse pubienne



Source : Holmich P, Bradshaw C. Groin pain. Dans : Bruchner P, Khan K, rédacteurs. *Clinical Sports Medicine*. 4^e éd. Sydney : McGraw-Hill ; 2012. p. 545-78. Reproduction autorisée.

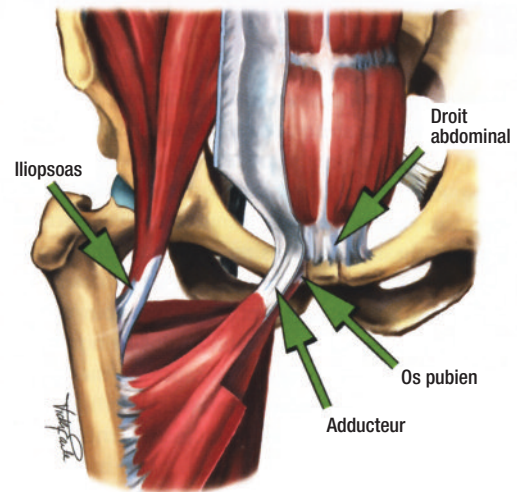
La manœuvre de Thomas (*photo 3*) peut aussi permettre de déceler une rétraction du tractus iliotibial, une structure parfois en cause. Le patient étant couché sur le dos, on amène le genou du côté opposé à la douleur sur sa poitrine. En cas de rétraction du muscle ilio-
psoas, le genou du côté malade, maintenu en extension sur la table d'examen, s'élèvera spontanément de quelques centimètres.

Enfin, deux manœuvres dynamiques peuvent aussi aider à mettre en évidence un dysfonctionnement (douleur, faiblesse) des muscles moyen et petit fessier :

1. la montée ou la descente de marches d'escalier sur le côté ;
2. l'action de « pédaler » (flexion-extension répétée de la hanche à une dizaine de reprises) en décubitus latéral.

Figure 4

Structures anatomiques en cause dans quatre affections fréquentes dans le territoire antéromédian de la hanche (Holmich)



Source : Holmich P, Bradshaw C. Groin pain. Dans : Bruchner P, Khan K, rédacteurs. *Clinical Sports Medicine*. 4^e éd. Sydney : McGraw-Hill ; 2012. p. 545-78. Reproduction autorisée.

Les douleurs à la face latérale de la hanche proviennent aussi souvent de la colonne lombaire ou de l'articulation sacro-iliaque. Le dépistage de ces douleurs irradiées sera traité dans la section suivante. Pour voir des vidéos des techniques d'examen de la hanche, allez au www.fmoq.org/fr/training/toolbox/videos/Lists/Billets/Post.aspx?ID=7.

c) La douleur en face antéromédiane de la hanche

À l'instar de la bursite trochantérienne de la face latérale de la hanche, l'affection la plus fréquente du territoire antéromédian de la hanche (aine) est la tendinopathie des adducteurs. Elle est « traditionnelle » perçue comme une affection isolée. Cependant, les travaux de l'orthopédiste danois Per Holmich³ en ont amené une vision beaucoup plus globale.

Les manœuvres résistantes et celles de Trendelenburg ou en appui unipodal de trente secondes sont des incontournables compte tenu de la fréquence des lésions musculaires et des tendinopathies du moyen et du petit fessier.

Repère

Tableau V**Examen physique en présence d'une douleur à la hanche : les deux meilleures manœuvres par territoire⁵**

Territoire évalué	Meilleures manœuvres
Lombaire	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Mobilité générale* (flexion, extension, etc.) ⦿ « SLUMP » (tripode renforcé)[†]
Sacro-iliaque	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Compression en 4 points → médiane (Lesage) (photo 5) ⦿ Patrick (FABER) (photo 4)
Latéral	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Trendelenburg, appui unipodal de 30 s (pour le syndrome douloureux du grand trochanter) ⦿ Abduction résistée (hanche fléchie à 45° ou en complète extension) en décubitus latéral
Antérieur (coxo-fémoral)	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ FADIR (photo 2) ⦿ Patrick (FABER)
Antéromédian (adducteurs/iliopsoas, droit de l'abdomen)	<ul style="list-style-type: none"> ⦿ Étirement passif ⦿ Mouvement résisté

* Douleur somatique (mécanorécepteurs). † Douleur neurogène (radiculaire).

Les points clés du diagnostic selon Holmich

Il y a une continuité anatomique réelle entre le muscle grand adducteur et le muscle droit de l'abdomen sur la zone de la symphyse pubienne (figure 3)³. Ceci reflète bien la réalité clinique puisque la douleur est souvent diffuse dans ce territoire.

Dans la même veine, témoignant d'une continuité dans l'interaction des structures autour de la boucle pelvienne, un lien anatomique existe également entre le muscle droit de l'abdomen et les muscles grand oblique et transverse de l'abdomen (deux muscles stabilisateurs profonds importants de la ceinture lombaire).

Selon Holmich, quatre affections (plutôt qu'une) sont fréquentes dans ce territoire : les tendinopathies du grand adducteur et du droit de l'abdomen ainsi que les atteintes du muscle iliopsoas et de la symphyse pubienne (figure 4)³. Elles ont fréquemment des causes communes et parfois elles cohabitent dans un même cas clinique.

Ces affections résultent très fréquemment d'un problème de la hanche (jusque dans la moitié des cas selon une étude londonienne (Bradshaw et coll.)⁴) ou même d'une atteinte lombaire ou sacro-iliaque. Elles entraînent alors une rétraction du muscle iliopsoas et, secondairement, une augmentation de la tension sur les adducteurs. C'est ainsi que se met en marche le processus pathologique.

Enfin, cette vision met en lumière le fait que pour diagnostiquer et traiter correctement la tendinopathie des adducteurs, il faut aussi considérer l'examen des structures clés pouvant nuire à l'intégrité de « l'anneau osseux » qu'est le bassin, soit les articulations coxo-fémorales, sacro-iliaques et de la région lombaire, et le « marqueur » par excellence d'un dysfonctionnement de ces articulations, soit le muscle iliopsoas. Pour voir des vidéos des techniques d'examen de la hanche, allez au www.fmoq.org/fr/training/toolbox/videos/Lists/Billets/Post.aspx?ID=7.

Comment dépister les affections de la hanche ?

Le problème de la hanche se manifeste habituellement de façon insidieuse par une douleur pointée à l'aîne ou autour du pubis, initialement unilatérale, mais possiblement aussi localisée dans la région inguinale ou abdominale inférieure. Une activité nécessitant une abduction/adduction brusque de la hanche tend à l'aggraver, tout comme un déplacement latéral vigoureux du membre inférieur (pas de danse, frappe au soccer, élan au golf ou tout changement rapide de direction). Un grand pourcentage de ces cas tendent à se chroniciser malgré les périodes de repos ou les traitements courants.

À l'examen physique, en plus de la recherche de douleur à la palpation des quatre points décrits ci-dessus (figure 4³ : adducteurs, droit de l'abdomen, iliopsoas et

Summary

Hip Pain: A Puzzling Diagnostic Challenge. This article presents new concepts in the understanding of common hip disorders that have emerged from recent advances in radiologic imaging (ultrasound and MRI) and hip arthroscopy. It also discusses the main clinical signs identified by medical history and physical examination that help differentiate the most common sources of hip pain (i.e., lumbar spine, sacroiliac joint, coxofemoral joint and pelvic soft tissue). Furthermore, it provides physicians with a sound methodological approach to perform accurate and comprehensive hip assessments.

symphyse pubienne), la mise sous tension des structures musculaires suivantes devrait être effectuée :

- adducteurs : abduction passive* et adduction résistée* ;
- iliopsoas : extension passive et flexion résistée* (manœuvre de Thomas, *photo 3*) ;
- droit de l'abdomen : flexion résistée du tronc (position de demi-redressement assis).

Sans oublier la douleur irradiée !

Étant donné que la douleur indiquée par le patient dans le territoire de la hanche et de la fesse provient aussi souvent de la région lombaire ou de l'articulation sacro-iliaque, le *tableau V* propose une approche méthodique d'évaluation globale de la hanche, mais comprenant au plus deux manœuvres par territoire (les plus sensibles et les plus spécifiques!)⁵. Évidemment, le but recherché est de reproduire la douleur que le patient a mentionnée à l'anamnèse ! Notons ici qu'un très haut pourcentage des douleurs irradiées à la fesse et à la hanche en provenance de la région lombaire ne sont pas d'origine radiculaire ou sciatique, mais proviennent plutôt d'une irritation des mécanorécepteurs nociceptifs anormalement stimulés par une affection habituellement discal ou facettaire.

À la lumière du présent article, il est possible de « démêler » les origines fréquentes d'une douleur à la hanche en se rappelant que l'articulation coxofémorale fait partie d'un ensemble (anneau osseux du bassin) qui, lui, est influencé à la fois par la colonne lombaire et par l'activité des membres inférieurs (au-dessus et au-dessous).

La clef de la réussite repose donc sur la qualité de l'anamnèse et sur la capacité d'effectuer correctement et

* Une douleur reproduite du côté atteint lorsque la manœuvre est aussi effectuée en controlatéral évoque une atteinte grave et réellement incapacitante.

de façon méthodique quelques manœuvres couvrant l'ensemble des structures habituellement en cause lorsque notre patient nous indique une douleur à la hanche.

QUANT À M. ROSARIO, un examen méthodique a confirmé qu'il souffrait d'un début de patron capsulaire (manœuvre de FADIR positif) associé à une arthrose modérée à la radiographie simple, d'une contusion des tissus mous de la hanche avec une atteinte du muscle moyen fessier (abduction résistée de la hanche douloureuse) et d'un dérangement lombaire mineur en territoire L3-L4 (mobilité douloureuse en extension). Le plan de traitement suggéré devrait lui permettre de renouer prochainement avec son sport préféré! 🏆

Date de réception : le 28 mars 2013

Date d'acceptation : le 21 juin 2013

Le Dr Germain Thériault n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Kemp J, Crossley K, Schache A et coll. Hip-related pain. Dans : Bruchner P, Khan K, rédacteurs. *Clinical Sports Medicine*. 4^e éd. Sydney : McGraw-Hill ; 2012. p. 510-44.
2. Keung Ho GW, Howard TM. Greater trochanteric pain syndrome: more than bursitis and iliotibial tract friction. *Curr Sports Med Rep* 2012 ; 11 (5) : 232-8.
3. Holmich P, Bradshaw C. Groin pain. Dans : Bruchner P, Khan K, rédacteurs. *Clinical Sports Medicine*. 4^e éd. Sydney : McGraw-Hill ; 2012. p. 545-78.
4. Bradshaw CJ, Bundy M, Falvey E. The diagnosis of longstanding groin pain: a prospective clinical cohort study. *Br J Sports Med* 2008 ; 42 (10) : 851-4.
5. Pelletier M, Fernandes J, Khoury V et coll. Dans : Bergeron Y, Fortin C, Leclair R, rédacteurs. *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*. 2^e éd. Saint-Hyacinthe, Paris : Edisem-Maloine ; 2008. p. 775-810.