

Douleurs de la hanche – quelles causes ?

Supports de cours

Update Rhumatologie 2017



Diagnostic différentiel des douleurs dans la région de la hanche

Articulaires

- Coxarthrose (dégénérative) (p. 4)
- Conflit fémoro-acétabulaire (p. 5)
- Coxite (p. 7)
 - *Non infectieuse (arthropathie cristalline, maladie rhumatismale inflammatoire)*
 - *Infectieuse (staphylocoques, gonocoques, borrélioses, virus)*
- Douleurs après pose d'une prothèse totale de la hanche (p. 9)
- Maladies osseuses (p. 11)
 - *Fractures spontanées et fractures d'insuffisance (y compris acetabulum)*
 - *Nécrose de la tête fémorale (glucocorticoïdes, consommation d'alcool, maladie des caissons)*
 - *Traumatisme de la hanche (lésion du labrum, ostéochondrite disséquante)*
 - *Algoneurodystrophie (maladie de Sudeck, Complex Regional Pain Syndrome I = CRPS I)*
 - *Tumeur osseuse (métastases, ostéome ostéoïde, etc.)*
 - *Ostéoporose transitoire (souvent pendant la grossesse)*
 - *Maladie de Paget*
 - *Ostéomyélite*
 - *Ostéomalacie*
 - *Chez l'enfant: maladie de Perthes, épiphysolyse*

Cave : Les douleurs articulaires de la hanche sont majoritairement inguinales.

Périarticulaires (p. 13)

- Douleurs myofasciales (points gâchette, etc.)
- Tendinopathies d'insertion (ruptures partielles ou totales (muscle moyen fessier notamment))
 - Bursite trochantérienne : douleur au niveau du grand trochanter
- Secondaires en cas de coxarthrose, de syndrome lombospondylogène, de troubles de la posture (obliquité du bassin), de mauvais points d'appui et de fibromyalgie (plutôt centrales, fonctionnelles)
- Bursites (trochanterica, iliopectinea, ischioglutealis)
- Syndrome du muscle piriforme
- Dépôts cristallins dans les structures périarticulaires (hydroxyapatite)
- Coxa saltans (hanche à ressaut)

Région pelvi-fémorale (p. 14)

- Ostéite pubienne (chez les footballeurs)
- ASI (syndrome de l'articulation sacro-iliaque, sacro-iliite, spondyloarthrite)
- Fractures de fatigue (sacrum, os pubis)
- Polymyalgia rheumatica
- Hernie (fémorale, surtout chez les femmes, inguinale)
- Causes viscérales :
 - *Pathologie de l'aorte (inflammatoire / anévrisme)*
 - *Maladie du pancréas*
 - *Gynécologiques (endométriose, troubles de la menstruation)*
 - *Urologiques (néphrolithiase, prostate, vessie)*
 - *Intestinales*

Douleurs dans la région de la hanche partant de la colonne vertébrale : spondylogènes (referred pain) – neurogènes (p. 15)

1 Coxarthrose

1.1 Étiologie

Primaire : sans cause identifiable

Secondaire (arthrose centrale, signes radiologiques généralement ultérieurs) :

- Métabolique : arthropathies cristallines, hémochromatose, obésité (métabolique, pas seulement mécanique), etc.
- Mécanique : dysplasie de la hanche, épiphysiolyse, malposition (coxa vara, coxa valga), post-traumatique, ostéonécrose, conflit fémoro-acétabulaire, etc.
- Post-inflammatoire : en cas de pathologies telles que la polyarthrite rhumatoïde, la maladie de Bechterew, l'arthrite psoriasique, l'arthrite réactionnelle, l'arthrite infectieuse, etc.

1.2 Symptômes

- Phase de dérouillage, douleurs à l'effort, douleurs au repos en cas de coxarthrose avancée
- Localisation des douleurs : dans l'aïne, irradiation sur la face antérieure de la cuisse jusqu'au genou, plus rarement également dans les fessiers
- Perte de mobilité

1.3 Examen clinique

- Boiterie de Duchenne : à la marche, boiterie de décharge avec inclinaison latérale du tronc du côté de l'articulation atteinte lors de la charge de la hanche atteinte
- Signe de Trendelenburg : en position debout monopodale bascule du bassin en raison d'une insuffisance des muscles fessiers
- En position debout, accentuation de la lordose lombaire, bascule du bassin en avant et flexion du genou en raison d'une extension réduite de la hanche
- Laxité articulaire réduite, en particulier en rotation interne. Lors de la flexion de la hanche, on observe simultanément une rotation externe (rotation externe forcée).
- Tests de provocation de la douleur, principalement par pression axiale sur l'aïne avec flexion et rotation interne simultanées
- Douleur par pression axiale

1.4 Examens complémentaires

- Radiographie conventionnelle (bassin a.p., debout, cliché centré sur la symphyse) : amincissement de l'interligne articulaire, ostéophytes, sclérose sous-chondrale, kystes
- Échographie (épanchement)
- Test d'infiltration
- IRM en cas de suspicion d'ostéonécrose

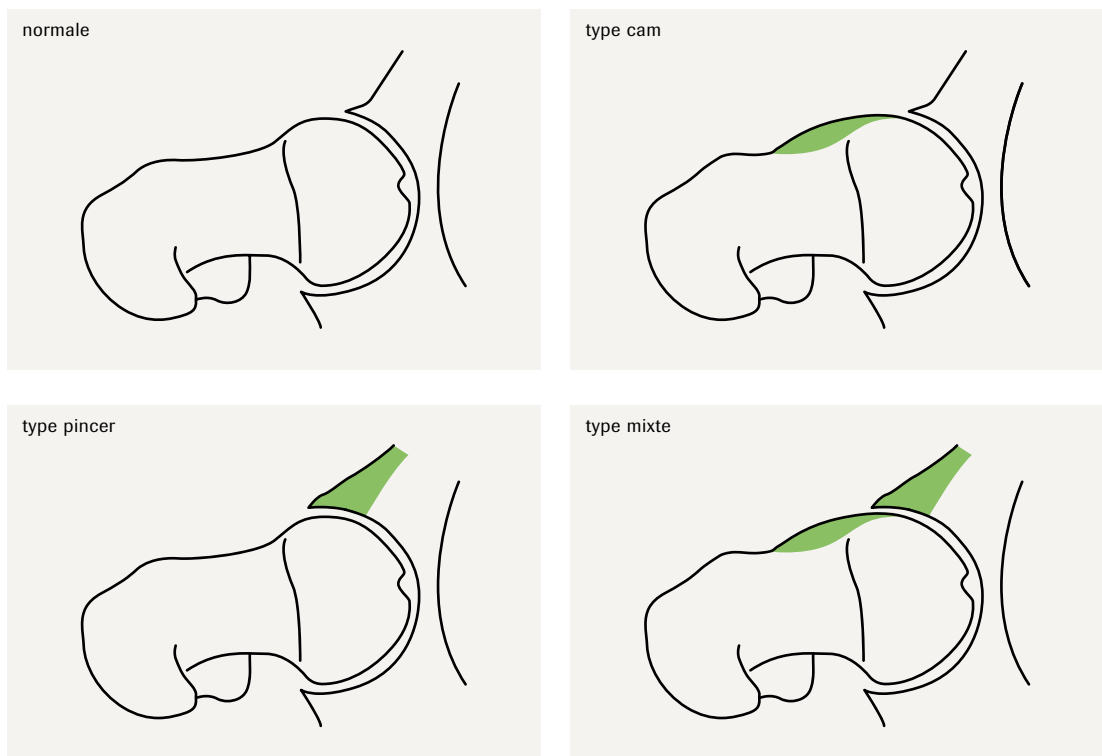
1.5 Traitement

- Adaptations ergonomiques
- Médicamenteux
- Physiothérapie
- Béquilles
- Semelles orthopédiques amortissantes
- Prothèse

2 Conflit fémoro-acétabulaire (CFA)

2.1 Aetiologie und prädisponierende Faktoren

- Conflit mécanique entre le bord antérieur du cotyle (avec le labrum) et le col du fémur : contact / choc entre le col du fémur et le cotyle de la hanche à la flexion, la rotation interne et l'adduction de la hanche
- On distingue deux formes :
 - *CFA de type cam* : défaut d'offset avec sphéricité imparfaite ou épaissement osseux de la tête fémorale
 - *CFA de type pincer* : excès de couverture de la tête fémorale (ou cotyle trop profond) et / ou malposition de l'acetabulum (rétroversion)
- Localisation le plus souvent antérieure, rarement postérieure
- Les CFA par effet cam ou pincer uniquement sont relativement rares, on rencontre le plus souvent une combinaison des deux types (voir illustration « Projection axiale : conflit fémoro-acétabulaire »)
- Lésions du labrum et du cartilage articulaire consécutives aux chocs entre le col du fémur et le cotyle, puis développement d'une coxarthrose
- Fréquent dans les sports du type « stop and go » impliquant une flexion maximale de la hanche, p. ex. le hockey sur glace



2.2 Symptômes

Tests de provocation de la douleur dans l'aîne ou, plus rarement dans les fessiers :

- Au démarrage et à l'effort
- À la montée d'escaliers et à la montée en montagne
- En cas de position assise prolongée, en particulier si la hanche est fortement fléchie

Attention : envisager un conflit chez les sujets jeunes souffrant de douleurs de la hanche à l'effort.

2.3 Examen clinique

- Tests de provocation de la douleur par flexion, rotation interne et adduction simultanées
- Signe d'une coxarthrose secondaire (une limitation de la rotation interne est généralement la première manifestation)

2.4 Examens complémentaires

- Radiographie conventionnelle :
 - CFA de type cam : appositions osseuses au niveau du col du fémur (*pistol grip deformity*)
 - CFA de type pincer : excès de couverture de l'articulation de la hanche accru en cas de protrusion acétabulaire ou de coxa profunda et / ou de rétroversion du cotyle de la hanche (*ischial spine sign, posterior wall sign et crossover sign*) → voir notice 2017 «L'essentiel pour le médecin praticien»
- IRM ou arthro-IRM : lésion du labrum et du cartilage en plus des modifications anatomiques susmentionnées
- Infiltration d'un anesthésique local dans l'articulation de la hanche

2.5 Traitement

- Conservateur : AINS, injections intra-articulaires, physiothérapie
- Intervention chirurgicale :
 - Arthroscopie de la hanche : traitement ou soulagement durable des symptômes et prévention / ralentissement possible du développement d'une coxarthrose, indication principale CFA par effet cam, CFA par effet pincer difficile d'accès par arthroscopie
 - Luxation ouverte de la hanche avec correction du défaut d'offset
 - Ostéotomie de déplacement

3 Coxitis

3.1 Étiologie

Non infectieuse

- Arthropathies microcristallines
- Polyarthrite rhumatoïde
- Spondyloarthropathies (dans la maladie de Bechterew, la hanche est l'articulation la plus fréquemment touchée en dehors de la colonne vertébrale)
- Collagénoses / vascularites

Infectieuse

- Bactérienne (p. ex., staphylocoques, streptocoques, agents pathogènes à Gram négatif, *Neisseria gonorrhoeae*, *Borrelia burgdorferi*, *Mycobacterium tuberculosis*)
- Virale (p. ex., coxitis fugax de l'enfant)

Attention : la suspicion d'une arthrite septique est une urgence, le patient doit être immédiatement hospitalisé. Traitement antibiotique empirique seulement après ponction à but diagnostique. Sans traitement, l'articulation peut être détruite en quelques jours !

3.2 Symptômes

- Boiterie d'appui
- Douleurs au repos et lors des mouvements

3.3 Examen clinique

- Douleur lors de la pression axiale du fémur
- Douleur inguinale à la pression
- Fièvre
- Perte de mobilité (pas toujours !)

3.4 Examens complémentaires

Analyses de laboratoire

- Analyses de base: VS ou CRP, formule sanguine, y compris comptage leucocytaire, créatinine, analyse d'urine, sérologie des chlamydiae et, le cas échéant, recherche de gonocoques par PCR
- Analyses complémentaires: analyses chimiques complémentaires, en particulier immunologie (p. ex. ANA, facteur rhumatoïde, sérologie (en premier lieu borrelies, autres sérologies seulement après discussion avec les spécialistes))

Examens d'imagerie

- Radiographie conventionnelle: négative au stade précoce, peut être non spécifique par la suite
- Échographie, y compris ponction
- IRM seulement dans des cas particuliers

Ponction articulaire

En cas de suspicion d'une arthrite bactérienne, une ponction articulaire de diagnostic (de préférence, guidée par échographie) est obligatoire !

- Numération cellulaire (« inflammatoire » si $Lc > 2000/\mu l$; « mécanique » si $Lc < 1000/\mu l$)
- Cristaux (pyrophosphate de calcium en cas de CPPD, acide urique en cas de goutte, hydroxyapatite)
- Culture bactérienne, recherche de borrélias par PCR uniquement en cas de sérologie positive

Attention : la poussée d'arthrose est la cause d'épanchement non inflammatoire la plus fréquente.

3.5 Traitement

Selon la maladie de base

4 Douleurs après pose d'une prothèse totale de la hanche

4.1 Infection sur prothèse

4.1.1 Étiologie

- 0,5–2% pour les prothèses du genou ou de la hanche, plus fréquente chez les porteurs de prothèse immunodéprimés, en cas de psoriasis vulgaris et après deux ou plusieurs opérations de changement de prothèse.
- Distinction :
 - *Infection précoce* = inoculation peropératoire
 - *Infection tardive* = contamination hématogène > 3 mois

Agents pathogènes

- *Infection précoce* : staphylocoques coagulase négatifs
- *Infection tardive* : staphylocoque doré, streptocoques, agents pathogènes à Gram négatif
- Champignons et mycobactéries chez les sujets immunodéprimés, év. flore mixte

4.1.2 Symptômes / examen clinique

- Infection précoce : fièvre, érythème, fistule primaire, douleurs
- CRP, leucocytose, hémocultures, frottis de plaie
- Infection tardive : relativement non spécifiques, principalement douleurs articulaires, signes de descellement de la prothèse, les marqueurs inflammatoires peuvent être négatifs

**Attention : envisager systématiquement une infection en cas d'évolution lente !
Renvoyer immédiatement le patient vers le chirurgien !**

4.1.3 Examens possibles

- Scintigraphie, la scintigraphie au technétium ne permettant cependant pas de distinguer l'infection du descellement. Plus spécifique : scintigraphie aux leucocytes
- SPECT-CT
- PET-CT (non remboursé par les caisses-maladie, requiert une garantie de paiement préalable)
- Ponction
- Arthroscopie à but diagnostique

4.1.4 Traitement

- Normalement, pose d'une prothèse en deux temps
- En cas de dépistage précoce ou d'infection précoce, l'antibiose suffit parfois
- En cas d'inopérabilité, antibiose, év. suppression définitive
- Durée du traitement antibiotique 2–4 semaines parentéral, au moins 6 semaines au total

4.2 Descellement de la prothèse

- Douleurs à l'effort, douleurs lors des mouvements
- Lyse périprothétique visible à la radiographie conventionnelle
- Enrichissement visible à la scintigraphie
- DD : infection à bas bruit (low-grade)

4.3 Ossification hétérotopique

Traitement év. chirurgical, prophylaxie avec AINS ou radiothérapie

4.4 Problèmes liés aux parties molles

- Hématomes
- Conflit avec le psoas iliaque
- Insuffisance musculaire
- Douleurs myofasciales (points gâchettes)
- Irritation de la bourse (grand trochanter)
- Raccourcissement des tendons musculaires (psoas iliaque)
- Hernie musculaire (muscle vaste latéral)

4.5 Problèmes de statique

Différence de longueur des membres inférieurs.

5 Maladies osseuses

5.1 Fractures

- Le plus souvent en cas d'ostéoporose

Attention fractures de fatigue :

- **Fractures d'insuffisance (solicitation normale, résistance réduite de l'os (p. ex. en cas d'ostéoporose), fractures du fémur atypiques sous traitement aux bisphosphonates de longue durée)**
- **Fractures spontanées (solicitation accrue, p. ex. en cas d'entraînement inadéquat, résistance normale de l'os)**
- **En cas de fracture dans la région du bassin / de la hanche en l'absence de traumatisme adéquat, toujours penser à l'ostéoporose et pratiquer des examens complémentaires.**
- **Un résultat négatif à la radiographie conventionnelle n'exclut pas une fracture (IRM ou scanner complémentaire selon la problématique)!**

5.2 Nécrose de la tête fémorale (nécrose osseuse aseptique)

5.2.1 Facteurs de risque

Traitement aux stéroïdes, arthrose, alcoolisme, diabète sucré, troubles du métabolisme lipidique, lupus érythémateux disséminé, greffe de rein, infection VIH, hémoglobinopathies, maladie des caissons, etc.

5.2.2 Symptômes

Apparition la plupart du temps de manière progressive et lente avec douleurs au repos et à l'effort

5.2.3 Diagnostic

- La radiographie conventionnelle ne fait souvent rien apparaître → une IRM est généralement nécessaire et très sensible
- Évolution à la radiographie conventionnelle : dans un premier temps, déminéralisation et zone de compression en forme de bande, puis ligne de fracture sous-chondrale et, finalement, aplatissement de la tête jusqu'au collapsus avec destruction secondaire de l'articulation. Le pronostic est d'autant meilleur que l'intervention a lieu tôt. La pose d'une prothèse est souvent inévitable.

5.2.4 Traitement

- Analgésiques
- Décharge, cannes anglaises
- Év. forage-décompression
- Traitement des causes si elles sont connues
- Traitement médicamenteux (calcitonine, bisphosphonates possibles, mais non évalués scientifiquement)
- En cas de nécrose avancée de la tête fémorale, la pose d'une prothèse est le plus souvent nécessaire

5.3 Autres maladies osseuses

- Traumatisme de la hanche (lésion du labrum, ostéochondrite disséquante)
- Algodystrophie (maladie de Sudeck, Complex Regional Pain Syndrome I = CRPS I)
- Tumeur osseuse (métastases, ostéome ostéoïde, etc.)
- Ostéoporose transitoire (souvent pendant la grossesse)
- Maladie de Paget
- Ostéomyélite
- Ostéomalacie
- Chez l'enfant : maladie de Perthes, épiphysiolyse

6 Douleurs périarticulaires

6.1 Définition

Divers syndromes non articulaires dans la région de la hanche pouvant entraîner des douleurs dans les fessiers, autour des hanches ou dans l'aîne. Autrefois, également appelées périarthrite de la hanche.

6.2 Pathogénèse

- Douleurs myofasciales (points gâchette, etc.)
- Tendinopathies d'insertion (ruptures partielles ou totales (muscle moyen fessier notamment))
→ Bursite trochantérienne : douleur au niveau du grand trochanter
- Secondaires en cas de coxarthrose, de syndrome lombospondylogène, de troubles de la posture (bascule du bassin), de mauvais positionnements et de fibromyalgie (plutôt centrales, fonctionnelles)
- Bursites (bursite trochantérienne, bursite iliopectinée, bursite ischiatique)
- Syndrome du muscle piriforme
- Dépôts cristallins dans les structures périarticulaires (hydroxyapatite)
- Coxa saltans (hanche à ressaut)

6.3 Symptômes

Douleurs au niveau du grand trochanter et dans la région du fessier avec irradiation dans la cuisse (douleur sciatique atypique), pas seulement lors des mouvements, mais aussi la nuit lorsque le patient est allongé sur le côté atteint.

6.4 Examen clinique

- Douleur à la palpation et à la pression, souvent signe d'une tendinopathie d'insertion (grand trochanter), douleur lors de la flexion passive et de l'abduction de la hanche
- Faiblesse des abducteurs de la hanche (abaissement du bassin lors de la phase d'appui)

6.5 Examens complémentaires

- Radiographie conventionnelle
- Échographie
- IRM

6.6 Traitement

Traitement personnalisé selon la cause, en premier lieu conservateur avec physiothérapie, médecine manuelle et, le cas échéant, infiltration de stéroïdes dépôt. À partir de 50 ans, envisager éventuellement une radiothérapie anti-inflammatoire si la maladie est ne répond pas aux traitements.

7 Région coxo-fémorale

7.1 Dysfonctions de l'articulation sacro-iliaque (ASI)

7.1.1 Étiologie

- Les dysfonctions de l'ASI sont souvent secondaires à des troubles de la colonne vertébrale lombaire
- Instabilités de l'anneau pelvien (post-traumatiques et pendant la grossesse)
- Sollicitation excessive après une spondylodèze lombaire ou en présence d'une insuffisance des abducteurs de la hanche
- Arthrose de l'ASI
- Fracture du sacrum chez un sujet souffrant d'ostéoporose
- Sacro-iliite, en particulier en cas de spondyloarthrite axiale
- Différence de longueur des jambes

7.1.2 Symptômes

- Symptôme principal : douleurs au niveau des lombaires et des fesses
- Douleur pseudo-radiculaire irradiante sur la face postérieure de la cuisse et dans l'aine
- Apparition des symptômes souvent après un traumatisme léger
- Tests de provocation de la douleur par changements de position (p. ex., de la position assise à la position debout) et sollicitations « asymétriques » (p. ex., roller)
- Atténuation de la douleur par soulagement des fessiers du même côté en position assise
- Douleurs nocturnes et raideur matinale (si origine inflammatoire)

7.1.3 Examen clinique

- Douleurs à la pression au-dessus de l'ASI
- Signes positifs, p. ex. signe de Mennel, test de Patrick et test lors de la flexion du tronc (attention : l'ASI est souvent ankylosée chez les patients âgés)
- Test de Lasègue négatif
- Pas de troubles neurologiques

7.1.4 Examens complémentaires

- Radiographie conventionnelle : signes d'une arthrose de l'ASI, d'une instabilité (clichés du bassin en appui monopodale : déplacement de la symphyse) ou d'une arthrite de l'ASI
- IRM en cas de suspicion de sacro-iliite (attention : œdème osseux sous-chondral non spécifique)

7.1.5 Traitement

- Manipulation de l'articulation sacro-iliaque
- Antalgiques
- Infiltration articulaire / périarticulaire

7.2 Hernies

- Hernie inguinale
- Hernie fémorale
- Hernia obturatoria
- Hernia ischiadica

7.3 Syndrome de Maigne

Douleur spondylogène projetée à partir de la jonction dorso-lombaire

8 Douleurs dans la région de la hanche partant de la colonne vertébrale: spondylogènes (referred pain) et neurogènes

8.1 Définitions

Douleur spondylogène (douleur projetée, douleur pseudo-radiculaire, « referred pain »)

Les douleurs n'irradient pas dans un territoire correspondant à un dermatome, troubles provenant de la colonne vertébrale

Diversité des troubles au niveau de la sensibilité, moteurs, vasomoteurs ou végétatifs.

Douleur neurogène (radiculaire)

Douleur ayant pour origine une pathologie nerveuse avec irradiation dans le dermatome du nerf touché, év. accompagnée de troubles de la sensibilité et / ou de la motricité.

8.2 Causes

8.2.1 Causes possibles des douleurs spondylogènes

	Symptômes principaux	Examen clinique
Syndrome discogène	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la douleur à la flexion ou en position assise • Douleur à la toux localisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Tests de provocation de la douleur par flexion de la colonne vertébrale • Tests de provocation de la douleur au moyen du test sit-up (relevé du tronc à partir de la position en décubitus dorsal sans aide des bras)
Syndrome facettaire	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la douleur à l'extension, la rotation et la inclinaison latérale de la colonne vertébrale • Nature de la douleur parfois similaire aux douleurs provoquées par les poussées d'arthrose (douleurs au repos, soulagement lors des mouvements) • Irradiation vers les fessiers, l'aîne ou, plus rarement, la face postérieure de la cuisse 	<ul style="list-style-type: none"> • Tests de provocation de la douleur par extension, rotation et inclinaison latérale • Tests de provocation de la douleur par relevé du tronc à partir de la position en décubitus ventral
Syndrome d'instabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Tests de provocation de la douleur par secousses et mouvements brusques • L'irradiation ne va généralement pas au-delà des fessiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Rythme spinal anormal ou réflexe d'appui sur les cuisses lors du redressement du tronc à partir de la position en flexion du tronc

8.2.2 Causes possibles des douleurs neurogènes

- Hernie discale
- Canal spinal étroit (hyperplasie des articulations interfacettaires et du ligament jaune, hernies discales, spondylolisthésis)
- Spondylophytes
- Déchirure de l'anneau fibreux
- Arachnoïdite, adhérences épidurales et hernies récidivantes en cas de « failed back surgery syndrom »
- Radiculite (p. ex., zona, polyradiculonévrite à borréliés, neuropathie fémorale en cas de diabète)
- Syndrome de la queue de cheval
- Neuropathies par compression en dehors de la colonne vertébrale
 - *N. ilioinguinalis*, *N. genitofemoralis*, *N. cutaneus femoris lateralis* (méralgie paresthésique)

→ Vous trouverez de plus amples informations sur les douleurs dorsales dans les supports de cours Update Rhumatologie 2011.

Demande du PDF à la Ligue suisse contre le rhumatisme,
e-mail : update@rheumaliga.ch / tél. : 044 487 40 00.

Impressum

Responsabilité scientifique 2017

Dr. med. Thomas Langenegger, Baar (direction)

Dr. med. Wolfgang Czerwenka, Wettingen

Dr. med. Adrian Forster, Winterthour

Secrétariat

Valérie Krafft, directrice, Ligue suisse contre le rhumatisme

Simone Schnyder, Ligue suisse contre le rhumatisme

Organisateur

Ligue suisse contre le rhumatisme

Josefstrasse 92, 8005 Zurich

Tél. 044 487 40 00

Fax 044 487 40 19

update@rheumaliga.ch



**Ligue suisse
contre le rhumatisme**
Notre action – votre mobilité