

Conduite à tenir devant une douleur de la hanche avec une radiographie normale

Erick Legrand
CHU et Université, Angers

Situation clinique

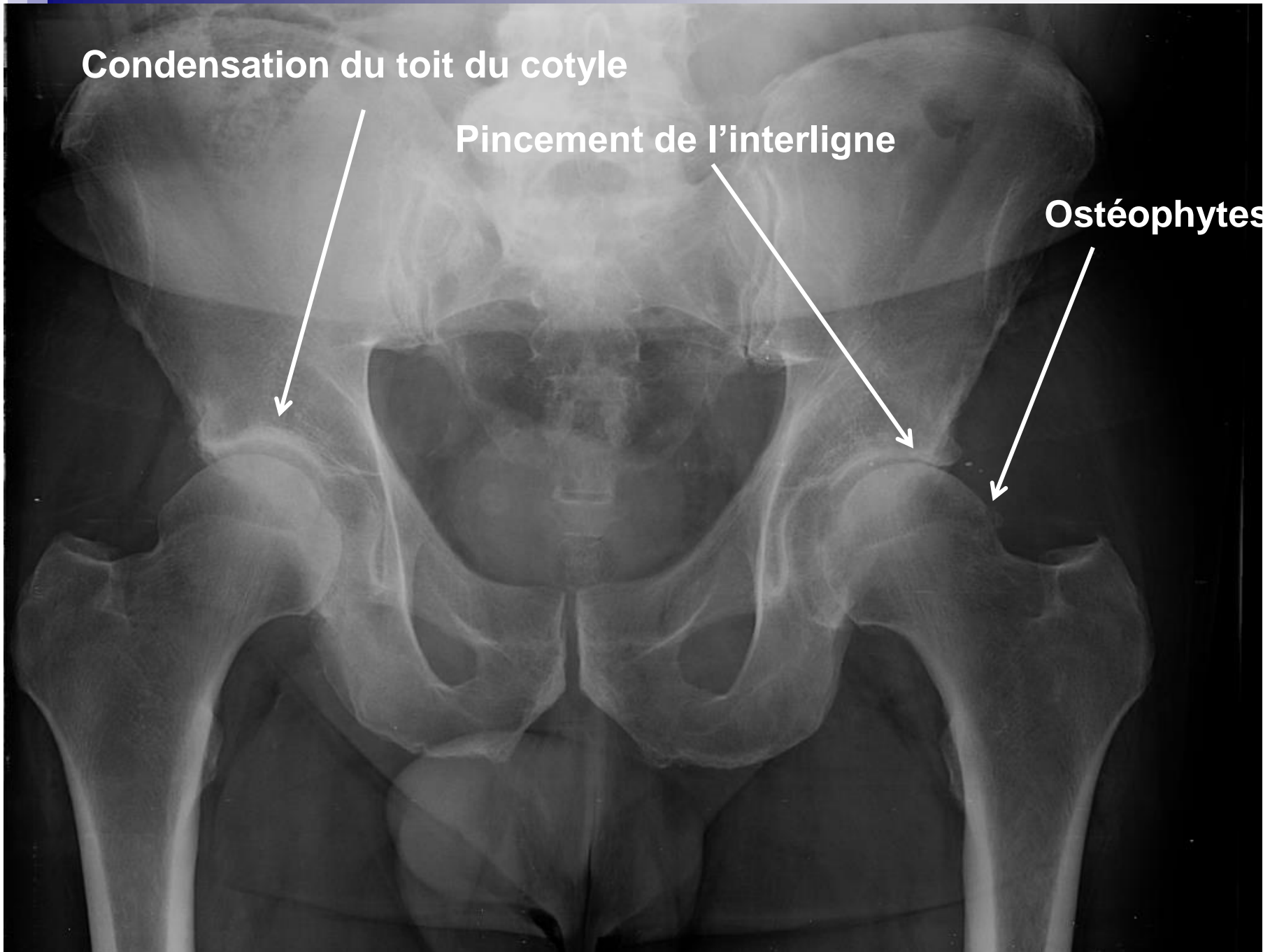
- ❑ Une femme de 65 ans, sans ATCD majeur
- ❑ Tabagisme 30 PA, ménopause 44 ans, 3 enfants, retraitée
- ❑ Douleur de la hanche gauche, d'horaire mécanique, sans fièvre, sans AEG, sans signes neurologiques
- ❑ Avec un PM de marche d'environ 800 à 1000 m, brutalement réduit à 200 m
- ❑ Quelques réveils nocturnes, couchée sur le côté gauche

→ La radiographie du bassin découvre une coxarthrose

Condensation du toit du cotyle

Pincement de l'interligne

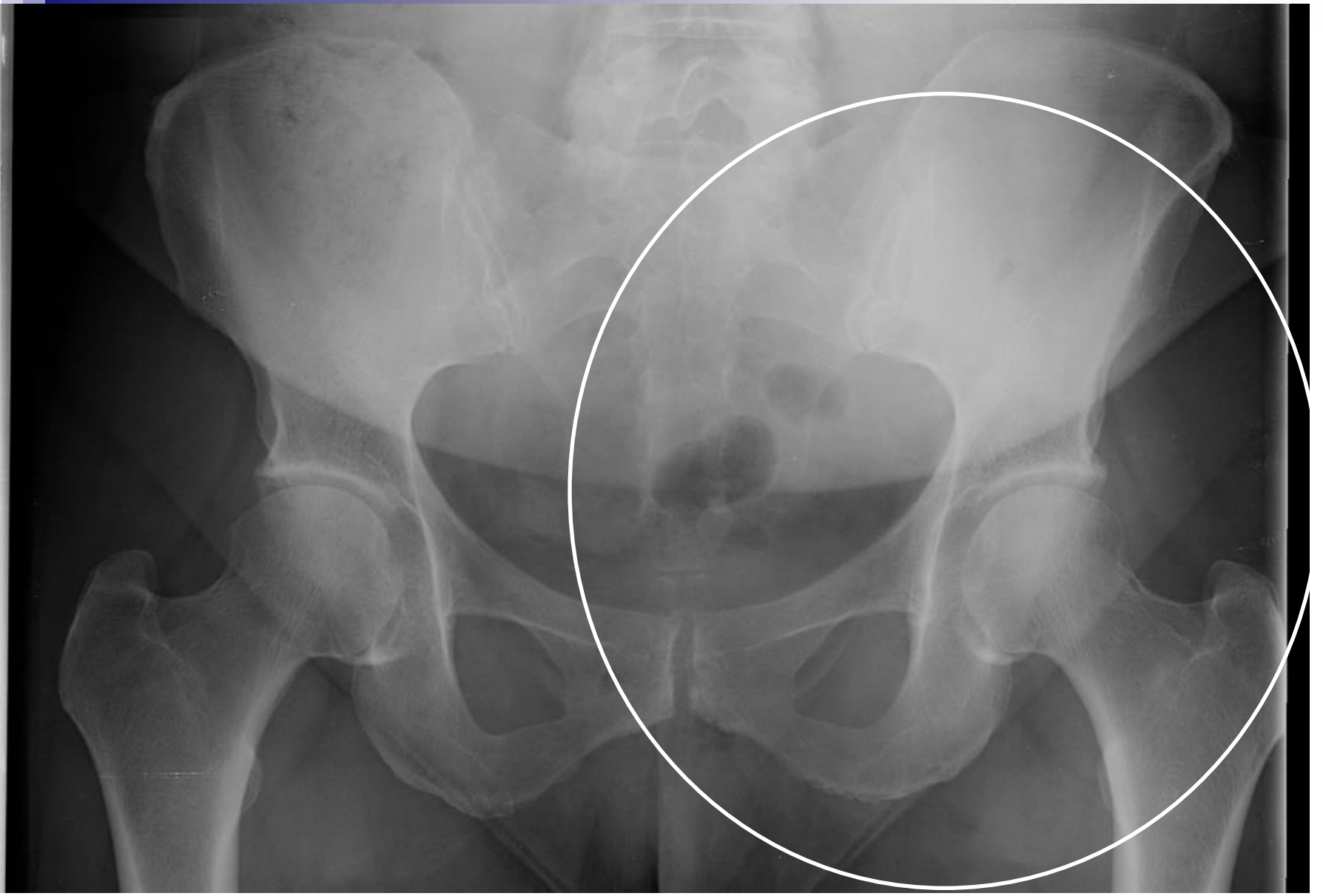
Ostéophytes



Situation clinique

- ❑ Une femme de 65 ans, sans ATCD majeur
- ❑ Douleur de la hanche gauche, d'horaire mécanique, sans fièvre, sans AEG, sans signes neurologiques
- ❑ Avec un PM de marche d'environ 800 à 1000 m, brutalement réduit à 200 m
- ❑ Quelques réveils nocturnes, couchée sur le côté gauche

→ La radiographie du bassin est normale



Que prescrivez vous en première intention?

- **CRP et VS**
- **Calcémie, créatininémie**
 - **Hémogramme**
 - **IRM hanche**
- **Arthro-scanner hanche**
 - **CS rhumatologue**
- **CS chirurgien orthopédiste**
- **Séances de kinésithérapie**
- **Scintigraphie osseuse**

Que prescrivez vous en première intention?

- CRP et VS
- Calcémie, créatininémie
- Hémogramme
- IRM hanche
- Arthro scanner hanche
- CS rhumatologue
- CS chirurgien orthopédiste
- Séances de kinésithérapie
- Scintigraphie osseuse

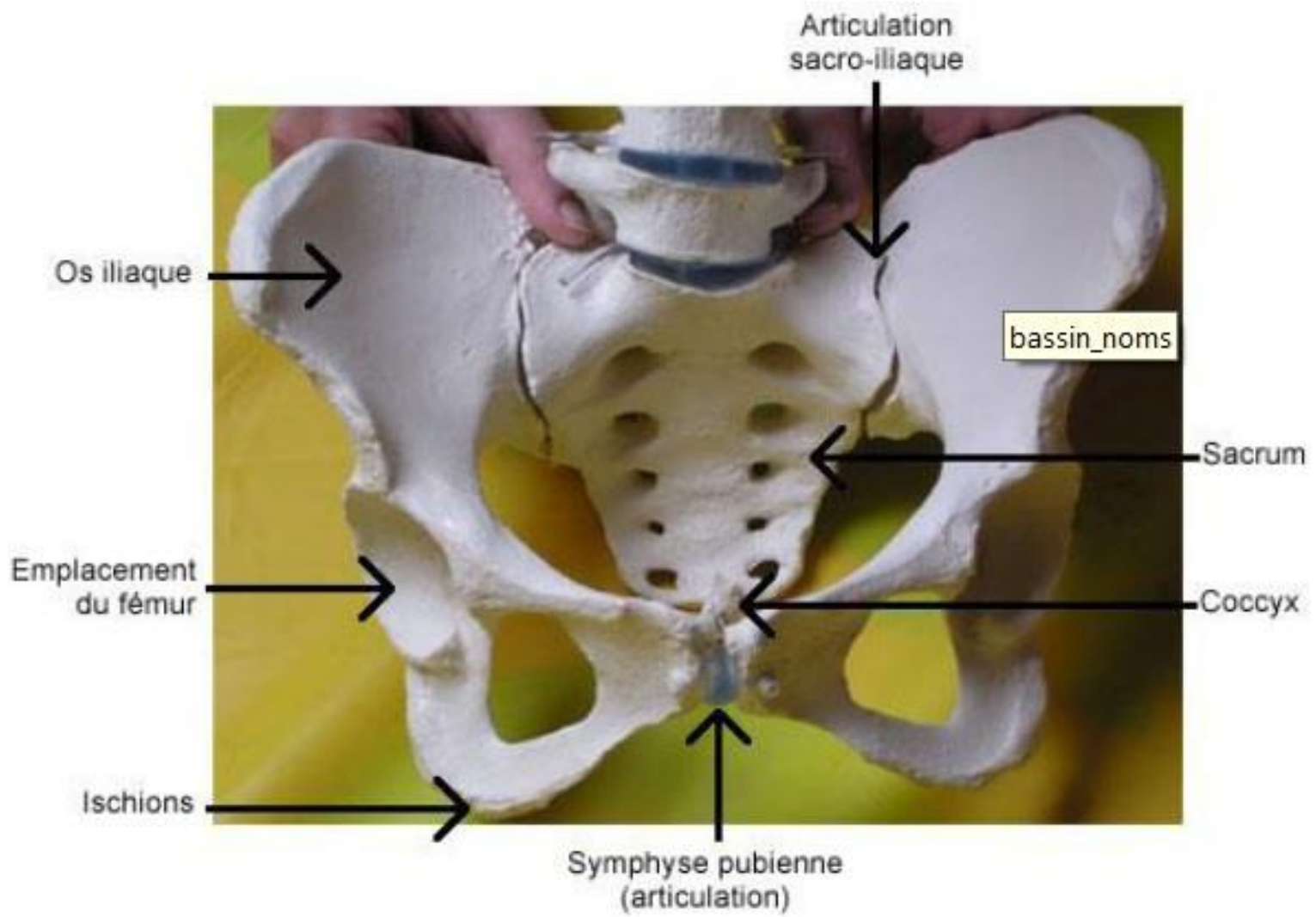
**Il ne faut rien prescrire mais reprendre l'examen
clinique de la patiente**



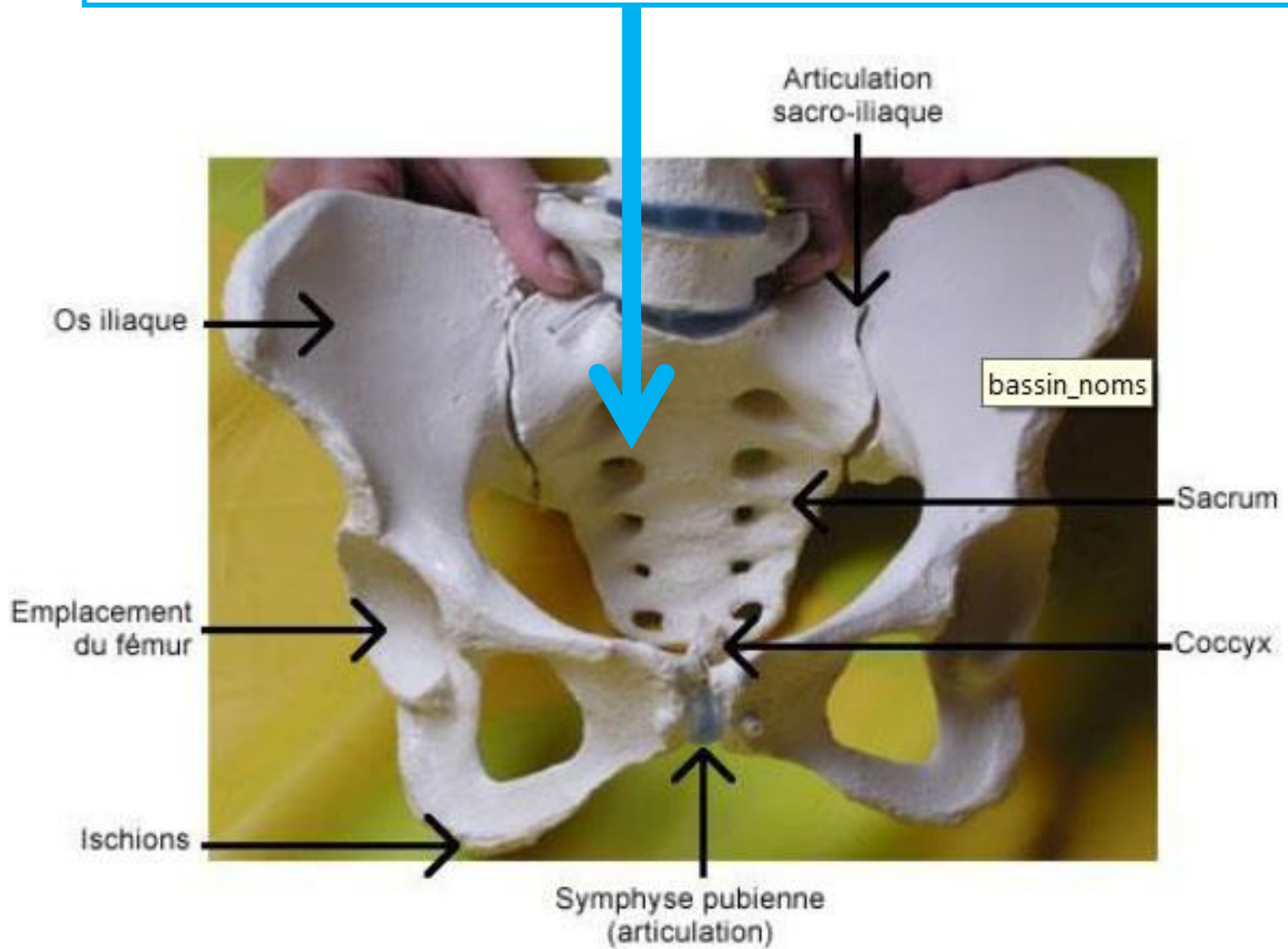
Car la région de la hanche est bien vaste!

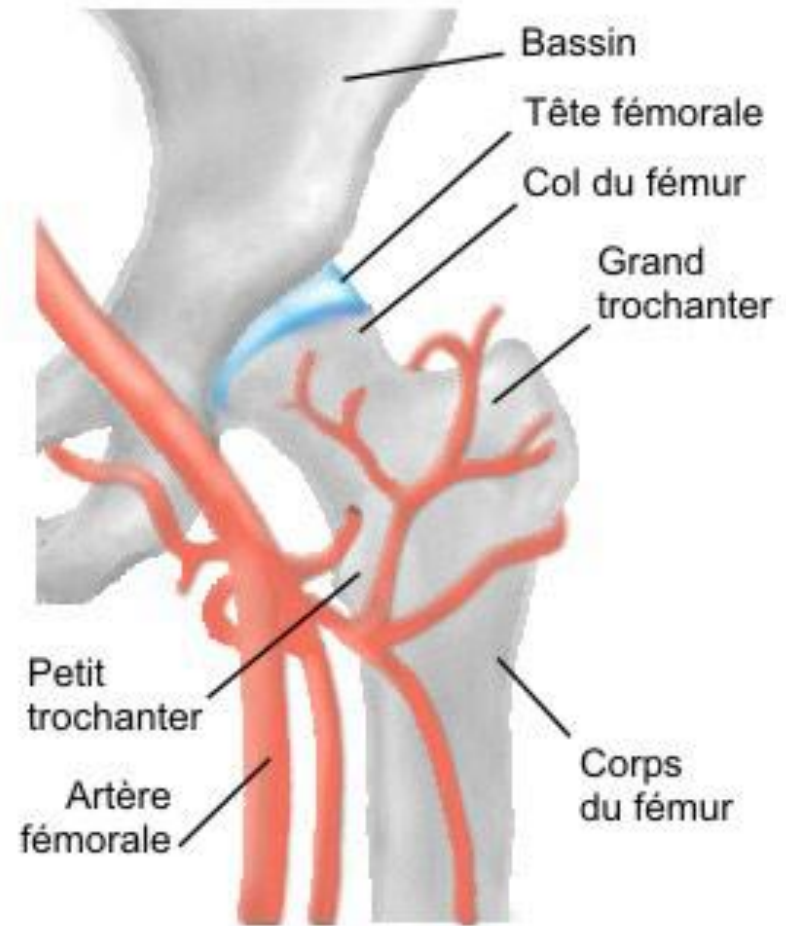
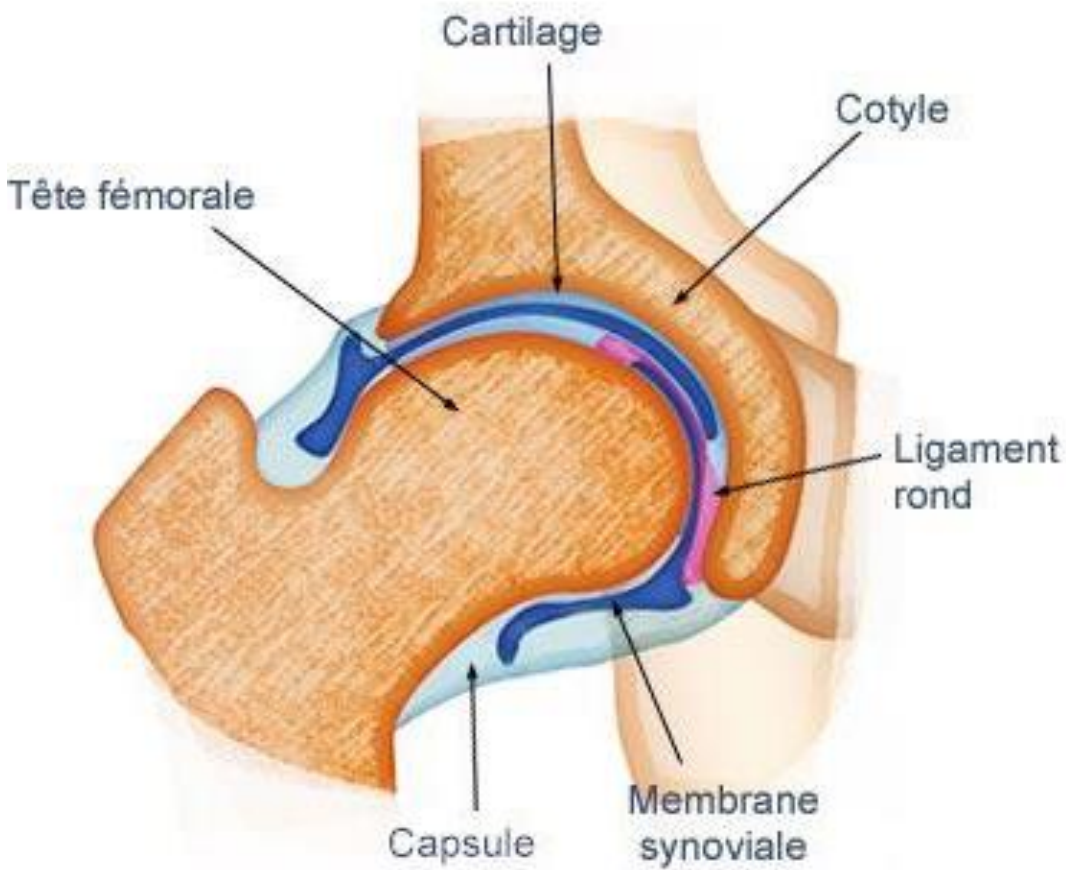


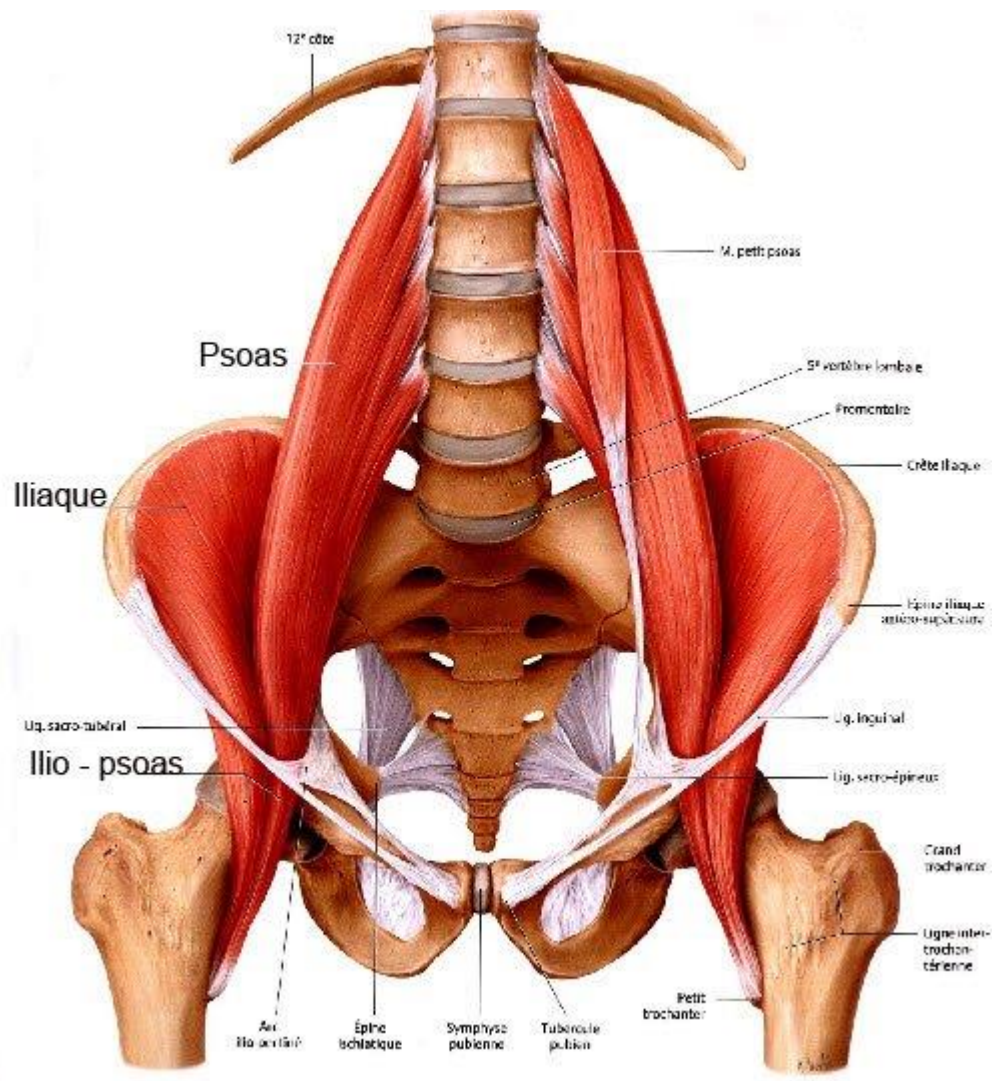
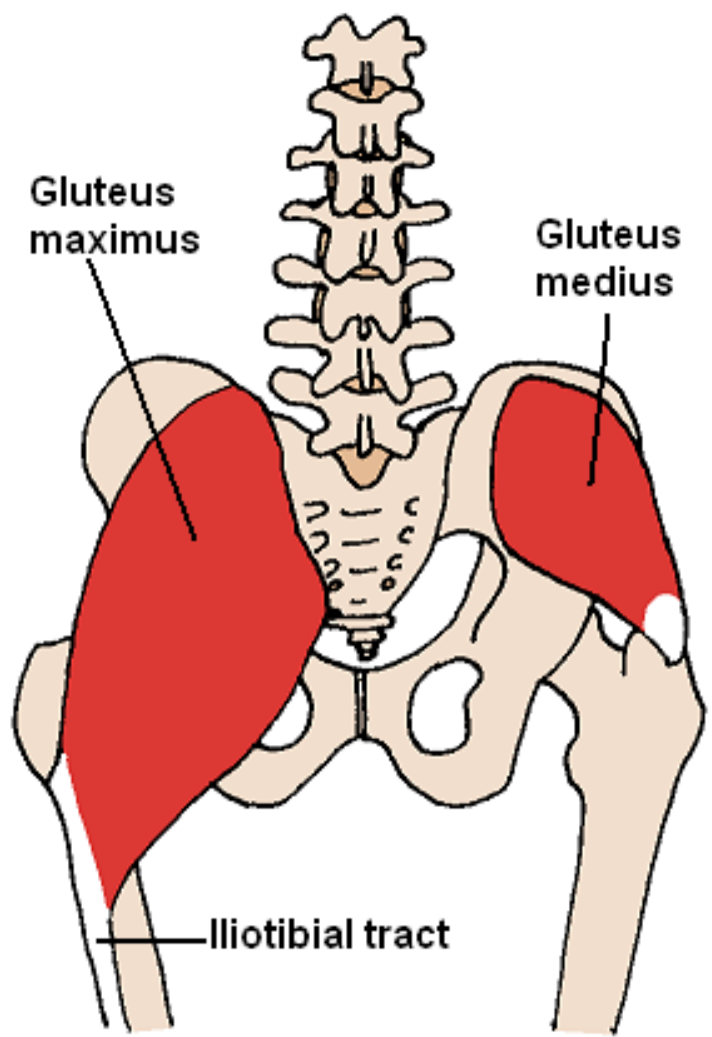
**Elle représente un carrefour osseux, musculaire,
vasculaire, neurologique et viscérale**



Organes intra pelviens : colon, rectum, utérus, ovaire, vessie

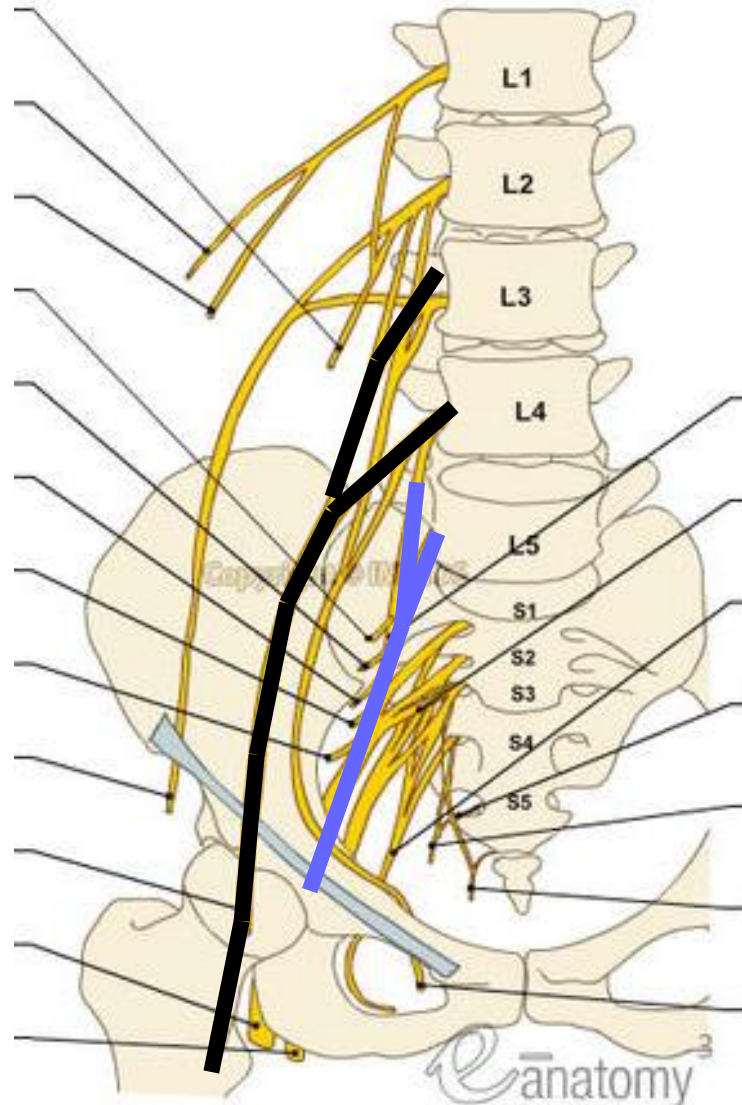






**Racines Crurales
L3 et L4**

**Racines Sciatiques
L5 et S1**





Les diagnostics apportés par la clinique

Tendinopathie du moyen fessier (fréquente)



- Douleur de la face externe de la hanche vers la cuisse
 - trajet pseudo sciatique L5
- Non impulsive à la toux, parfois sensation de brûlure
- Parfois nocturne, **lors des changements de position**
- Réveillée par la palpation du grand trochanter (face externe hanche)
- Réveillée par l'abduction active ou active contrariée

Abduction contrariée de la hanche



Tendinopathie du moyen fessier

Conduite à tenir

- Relire la radiographie
calcification, ossification
sur l'insertion du tendon
sur le grand trochanter
- 
- 
- Rassurer : pathologie douloureuse mais d'évolution favorable
 - Arrêt sport : 1 à 4 semaines
 - Supprimer les talons hauts (> 3 cm) ++++
 - Paracétamol, infiltration de corticoïdes en seconde intention

Abcès de la fesse (rare)

- Douleur de la fesse, bien localisée
- 2 à 5 jours après une IM
- Douleur constante diurne et nocturne, souvent fébrile
- **L'inspection et la palpation de la fesse retrouve une masse**
- **Confirmer par échographie si nécessaire puis ponction**

Lombalgie avec irradiation à la fesse (fréquente)

- Le patient arrive en disant qu'il a une «douleur de la hanche»
- Douleur lombaire très basse, irradiant vers la fesse et la cuisse
- L'antéflexion ou l'extension du rachis réveille la douleur
- Parfois contracture paravertébrale
- Parfois, point douloureux lors de la palpation rachidienne
 - en L5 / S1
 - en T12 / L 1 (syndrome de Maigne)

Conduite à tenir

- **radiographies du rachis incluant la charnière T11, T12, L1**
- Paracétamol
- TT de la cause

Lombocruralgie L3 ou L4

Le tableau clinique est **habituellement très différent de la coxarthrose**

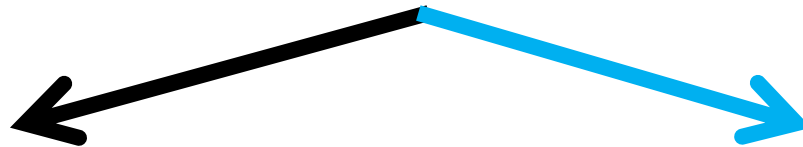
- Douleur lombaire irradiant vers la face interne ou antérieure de la cuisse
- De survenue soudaine ou brutale, souvent impulsive à la toux
- Intense, nocturne, inquiétante, persistante au repos
- L'antéflexion ou l'extension du rachis réveille la douleur
- **Abolition du R Rotulien**
- **Hypoesthésie de la face interne ou antérieure de la cuisse**

Conduite à tenir

- **Radiographies du rachis incluant la charnière T11, T12, L1**
- Paracétamol
- TT de la cause : la cruralgie de survenue brutale est le plus souvent **commune** (Hernie discale ou arthrose)

Pathologie du Psoas (plus rare)

- Douleur lombaire irradiant vers la face interne ou antérieure de la cuisse
- Ressemblant à une lombocruralgie
- **Avec un Psoititis** : le patient, en décubitus dorsal, ne peut étendre son membre inférieur et reste en semi flexion de hanche



Patient sous AVK
Souvent déséquilibré

Hématome du psoas

- Hospitaliser
- Hémogramme
- Coagulation
- Echo ou Scanner urgent

Patient diabétique ou immunodéprimé ou fébrile

Abcès du psoas

- Hospitaliser
- Hémogramme
- Coagulation
- Echo ou Scanner urgent



Arthrite de la hanche (rare)

- Douleur de la fesse, de la face antérieure de la cuisse ou du pli inguinal
- De survenue soudaine
- **Cliniquement Inquiétante**
 - Très intense ou nocturne, persistante au repos
 - Fièvre ou grands frissons
 - Infection récente ou chirurgie récente (pelvienne)
- Mobilisation de la hanche **impossible ou très difficile**
- Pas de signes inflammatoires locaux car articulation profonde

Conduite à tenir


- **Téléphoner au rhumatologue +++**
- CS spécialisée rapide
 - dans la journée si fièvre, dans les 3 jours si apyrétique
- Echographie et ponction par le rhumatologue

Artérite fémorale (plus rare, piège +++)

- Terrain vasculaire fréquent : tabac, diabète, Sd métabolique
- Douleur de la fesse irradiant vers la cuisse et le mollet, pouvant ressembler à une sciatique L5 ou cruralgie L4
- Non réveillée par la mobilisation de la hanche ou le Lasègue
- PM de marche avec amélioration rapide lors de l'arrêt
- Pâleur inconstante du membre inférieur
- **Abolition de certains pouls artériels ou souffle fémoral +++**

Conduite à tenir

- **Doppler artériel**
- **Urgent si pâleur ou disparition du pouls fémoral**

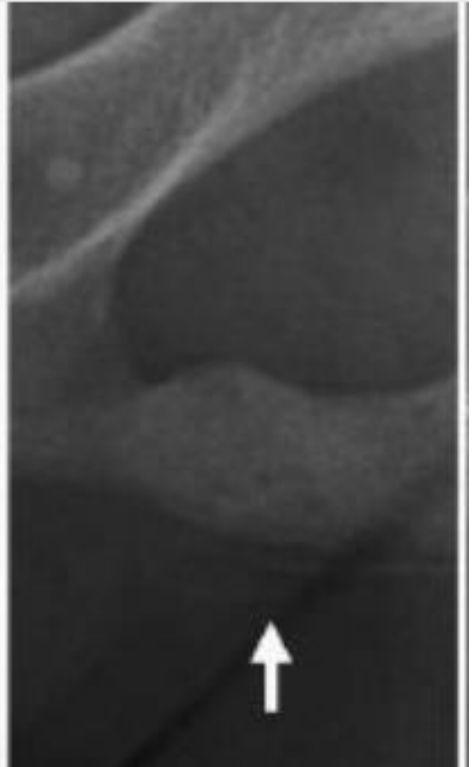


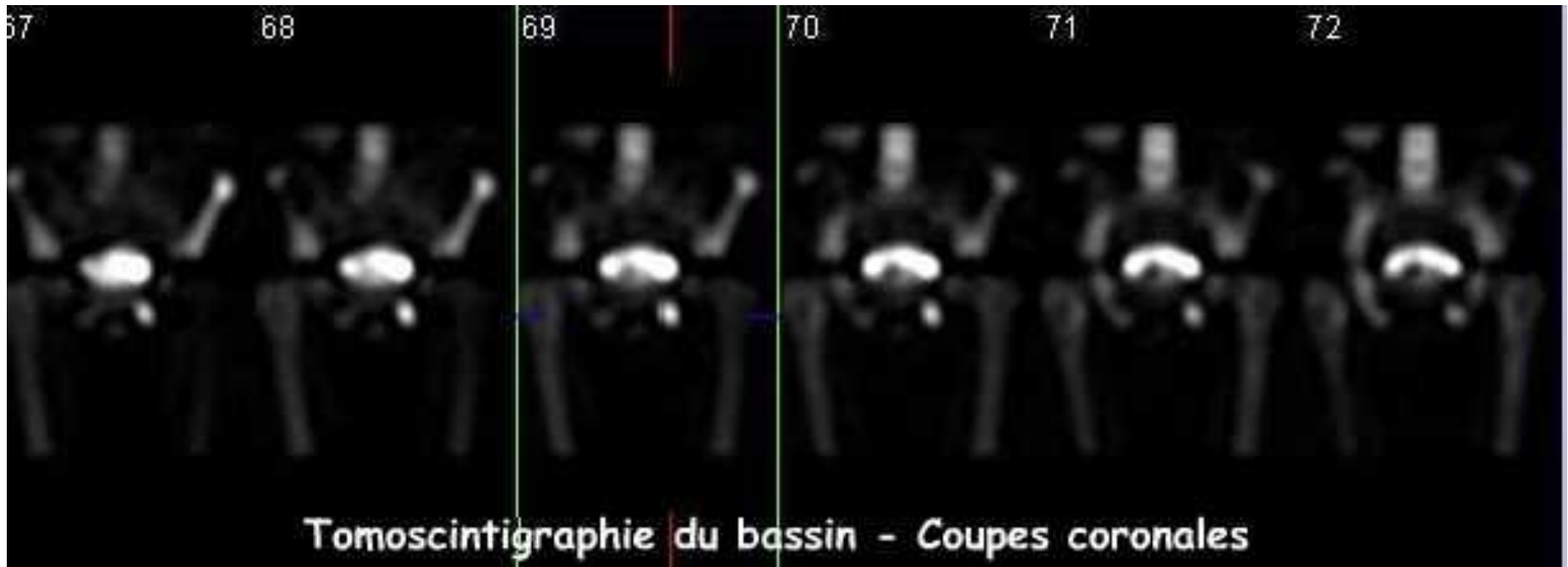
**Les diagnostics suspectés par la clinique
mais apportés par les examens
complémentaires**

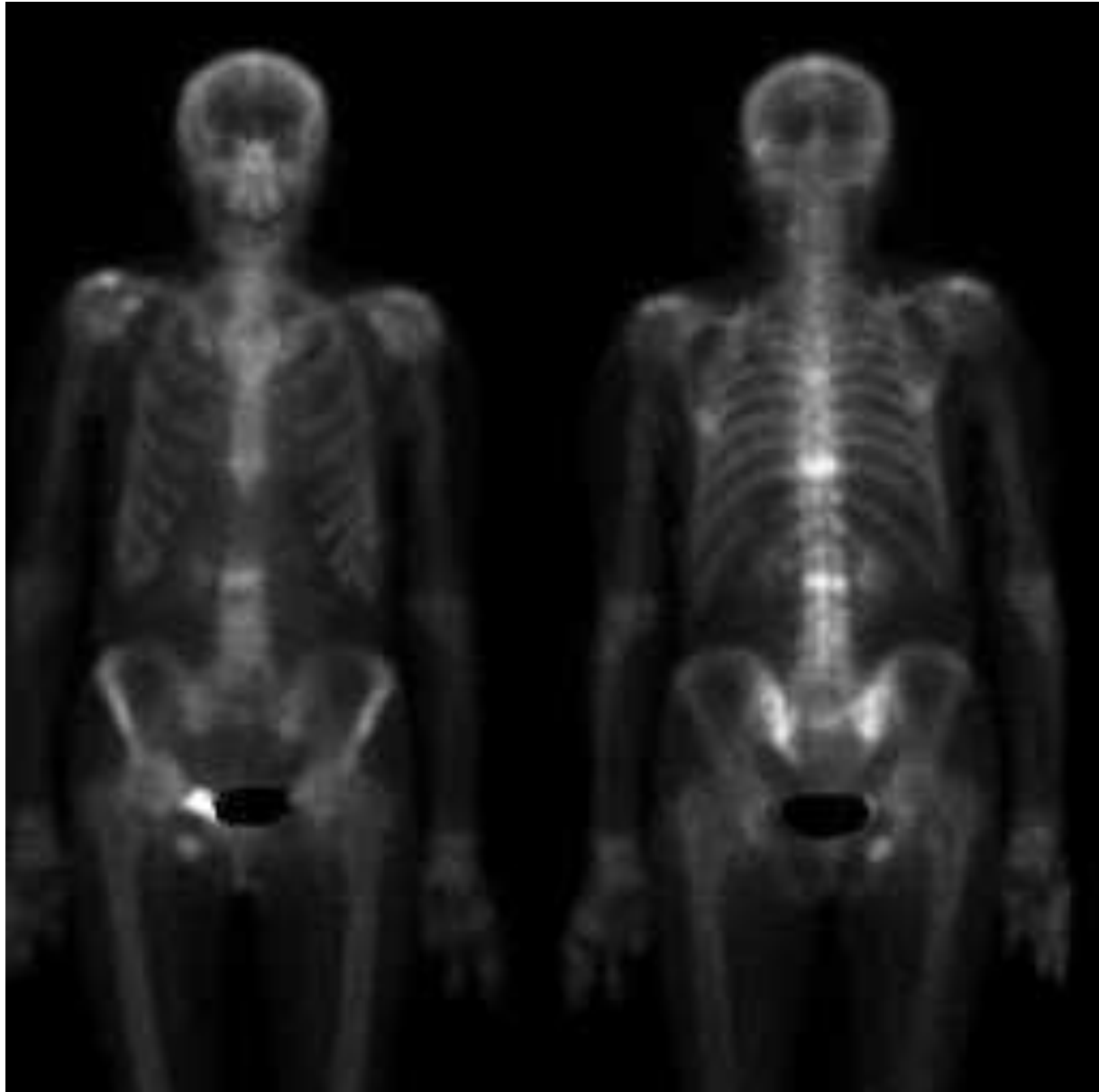
Fracture du cadre obturateur

- Douleur inguinale irradiant vers la face interne ou antérieure de la cuisse
- De survenue soudaine après une chute de sa hauteur ou spontanée
- Terrain : ostéoporose, corticothérapie prolongée, alcoolisme
- Point douloureux sur la symphyse pubienne
- Marche très difficile avec esquive du pas
- Appui monopodal le plus souvent impossible
- La flexion de hanche, prudente et douce, est conservée
- La radiographie **est normale au départ** pendant 2 à 4 semaines puis on voit le cal osseux apparaître
- Cause : **Ostéoporose** (95%), myélome ou métastase osseuse (5%, pas de cal, douleurs qui s'aggravent au fil des jours)









Conduite à tenir devant une fracture du cadre obturateur (en l'absence de traumatisme grave)

Pour le diagnostic

- **Scintigraphie osseuse** (si radio normale et clinique évocatrice)
- Bilan biologique de l'ostéoporose
- Densitométrie

Pour le traitement

- **Repos** au lit pendant 3 à 10 jours
- Reprise progressive de la marche, retour à la normale en 2 mois environ
- Antalgiques et Anticoagulant à dose préventive
- **Traitement de fond de l'ostéoporose**, dans le mois qui suit
- Le pronostic vers 75 ans, est proche de celui de la fracture de l'ESF :
15 à 20% de mortalité à un an

Ostéonécrose de la tête fémorale de la hanche (rare)

- Terrain : **corticothérapie, alcool, tabagisme, plongée sous marine**
- Douleur de la fesse, de la face antérieure de la cuisse ou du pli inguinal
- De survenue soudaine ou rapidement progressive
- **Intense mais restant mécanique : soulagée par le repos**
- Mobilisation de la hanche facile mais appui monopodal très douloureux
- Tableau clinique de fracture, sans fracture sur la radiographie

Conduite à tenir

- **Scintigraphie osseuse ou IRM (en fonction du délai)**
- Mise en décharge par cannes béquilles
- **Avis du rhumatologue semi urgent** : Ostéonécrose? Simple fracture trabéculaire de la tête fémorale? Algodystrophie?

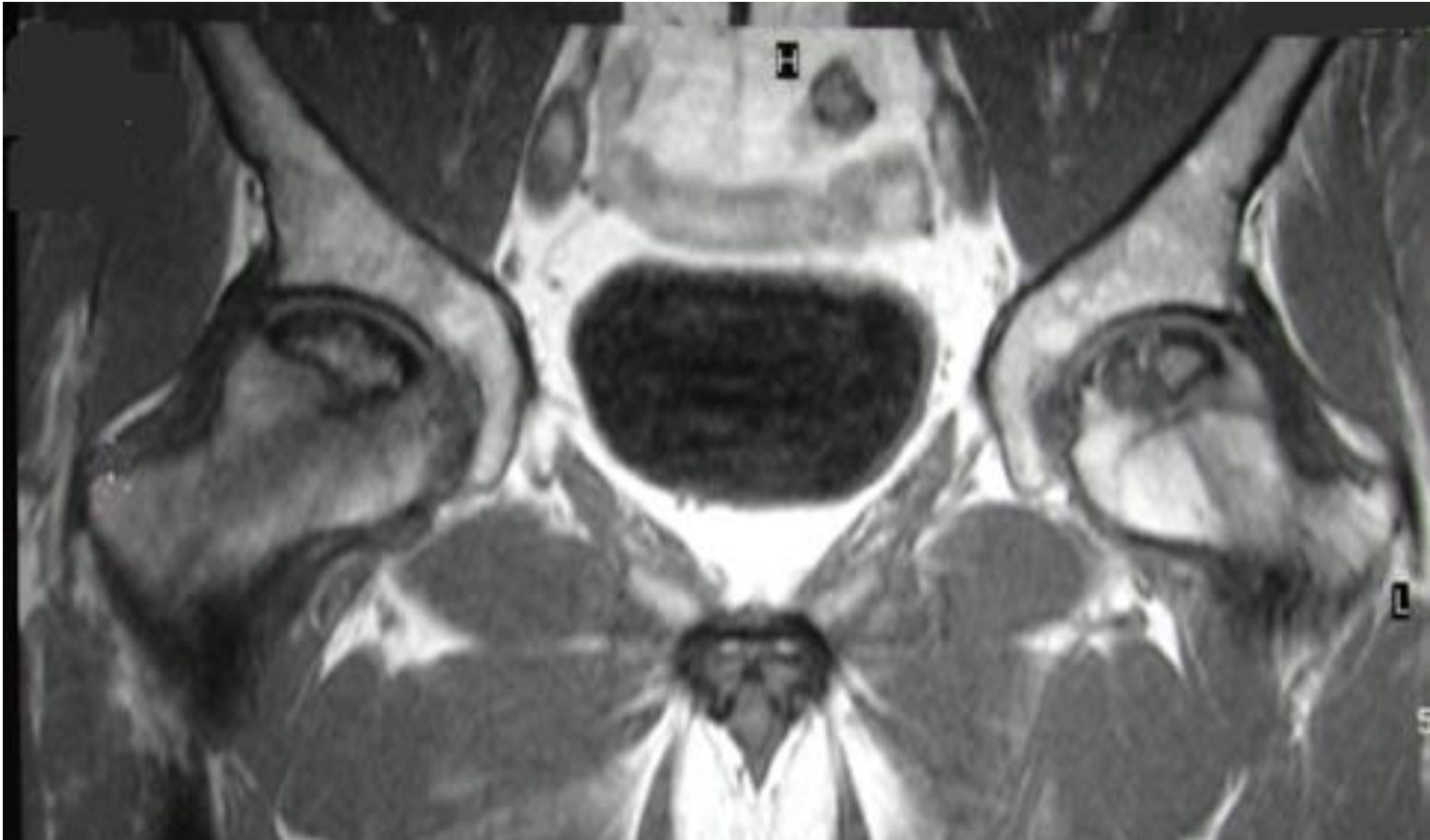
Radio initiale



2 mois plus tard



Homme de 45 ans, plongeur professionnel
douleur de hanche à droite puis à gauche d'horaire mécanique
avec une radiographie normale



Tumeurs pelviennes

Rares, cliniquement trompeuses mais conséquences graves

- Tumeurs : ovaire, rectum, utérus, vessie
- Terrain : femme âgée, homme et femme de plus de 45 ans, tabac et/ou alcool, contexte de cancer familial
- Douleur de la fesse, de la face antérieure de la cuisse ou du pli inguinal
- Localisation peu claire, **mais fixe, ressentie comme profonde**
- D'évolution progressive avec **aggravation au fil des semaines**
- **Sans vrai répit**, améliorée par les antalgiques mais revient dès l'arrêt

Tumeurs pelviennes : Conduite à tenir

Examen clinique

- Cette douleur n'impacte pas la marche
ce qui doit faire évoquer une cause viscérale
- La mobilisation de la hanche est facile et l'appui monopodal non douloureux
ce qui doit faire évoquer une cause viscérale
- **Amaigrissement, anorexie, selles noires, saignement génital**
- Touchers pelviens

Examens para clinique

- Biologie : anémie ou CRP élevée ou hyperleucocytose ou normale
- En fonction du contexte : **scanner pelvien ou écho pelvienne ou coloscopie**

Douleurs de la région de la hanche → Se poser 3 questions!

Question 1 : quelle est la structure anatomique lésée?

- Examen clinique viscéral puis vasculaire
- Examen clinique neurologique puis hanche

Douleurs de la région de la hanche → Se poser 3 questions!

Question 1 : quelle est la structure anatomique lésée?

- Examen clinique viscéral puis vasculaire
- Examen clinique neurologique puis hanche

Question 2 : quels sont les signes de gravité?

- **Infection** : douleur post opératoire, fièvre, frissons, CRP élevée
- **Tumeur** : amaigrissement, anorexie, signes viscéraux +++
- **Fracture** : perte de la marche

Douleurs de la région de la hanche → Se poser 3 questions!

Question 1 : quelle est la structure anatomique lésée?

- Examen clinique viscéral puis vasculaire
- Examen clinique neurologique puis hanche

Question 2 : quels sont les signes de gravité?

- Infection : douleur post opératoire, fièvre, frissons, CRP élevée
- Tumeur : amaigrissement, anorexie, signes viscéraux +++
- Fracture : perte de la marche

Question 3 : quels examens complémentaires en première intention?

- Douleur « ostéo-articulaire simple » : radiographie standard
- Douleur « fracturaire » avec radio normale : scintigraphie (ou scanner)
- Douleur d'allure viscérale ou profonde (psoas) : scanner ou écho

