

# HANCHE



- **PR THAO PHAM, DR JEAN-CAMILLE MERIC**
  - Université de Provence - Aix-Marseille I
  - Rhumatologie, Hôpital Sainte Marguerite, Marseille
- **DR JÉRÔME RENOUX**
  - Radiologie générale, GH Pitié-salpêtrière, Paris

## I – INTRODUCTION

## II – EXAMEN PHYSIQUE

II.1 – Interrogatoire/Anamnèse

II.2 – Évaluer le retentissement fonctionnel

II.3 – Inspection

II.3.1 – Aspect des téguments

II.3.2 – Attitudes vicieuses

II.3.3 – Amyotrophie du quadriceps

II.4 – Palpation

II.4.1 – Principaux repères anatomiques

II.4.2 – Recherche d'une douleur provoquée

II.5 – Mobilisation

II.5.1 – Mobilisation passive

II.5.2 – Mobilisation active

II.5.3 – Examen dynamique

II.6 – Examen vasculaire

II.6.1 – Les structures vasculaires

II.6.2 – L'examen proprement-dit

II.7 – Examen neurologique

II.7.1 – Les structures nerveuses

II.7.2 – L'examen proprement-dit

## III – DOULEURS PROJÉTÉES : DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

III.1 – Douleur d'origine radiculaire L3 ou L4 (cruralgie)

III.2 – Névralgie du nerf fémoro-cutané

III.3 – Douleur d'origine rachidienne liée à une atteinte articulaire postérieure

III.4 – Douleur d'origine rachidienne liée à une atteinte de l'articulation sacro-iliaque

III.5 – Autres douleurs

## IV – EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES

IV.1 – Examens biologiques

IV.2 – Examens morphologiques - Imageries

IV.2.1 – Imageries de 1<sup>ère</sup> intention

IV.2.2 – Imageries de 2<sup>ème</sup> intention

IV.3 – Ponction articulaire

## V – SYMPTÔMES & SYNDROMES

V.1 – Hanche douloureuse à radiographie normale

V.1.1 – Hanche mécanique

V.1.2 – Hanche inflammatoire

V.1.3 – Hanche « mixte »

V.2 – Hanche douloureuse à radiographie anormale

V.2.1 – Hanche mécanique

V.2.2 – Hanche inflammatoire

V.2.3 – Hanche « mixte »

○ ÉVALUEZ VOS CONNAISSANCES

## I - INTRODUCTION

- **La hanche, ou articulation coxo-fémorale, est une articulation congruente qui unit le fémur à l'os iliaque.**
- **C'est une articulation portante, dont le bon fonctionnement est capital pour la marche et la mobilisation des membres inférieurs.**
- **Les pathologies de hanche sont très fréquentes, il est donc important de bien connaître l'examen de cette articulation.**
- **De manière générale, le terme de hanche désigne l'articulation coxo-fémorale et les structures péri-articulaires.**



## II - EXAMEN PHYSIQUE

- **Comme souvent en Rhumatologie, l'examen physique s'attachera à faire la distinction entre d'un côté des pathologies « bénignes » (qui sont les plus nombreuses) et de l'autre des pathologies « graves » (représentées principalement par la pathologie infectieuse, la pathologie néoplasique, et la pathologie fracturaire).**

### II.1 – Interrogatoire/Anamnèse

- **En plus des éléments d'interrogatoire classiques (mode de vie, antécédents, allergies, traitements), l'interrogatoire devra rechercher certains éléments précis.**
- **Circonstance de survenue des symptômes :**
  - *existence et mécanisme d'un traumatisme,*
  - *mode d'installation : brutal ou progressif,*
  - *activité ayant précédé les symptômes,*
  - *signes généraux très importants : altération de l'état général, fièvre,*
  - *symptômes associés.*
- **Siège de la douleur, irradiation :**
  - *3 grandes zones : pli inguinal, grand trochanter, fesse.*
- **Facteur déclenchant ou aggravant des douleurs, rythme des douleurs (mécanique ou inflammatoire).**
- **Facteur d'amélioration des symptômes, position antalgique.**
- **Traitement(s) déjà tenté(s) et traitements en cours.**
- **Antécédents de douleurs identiques.**

Rythme des douleurs	
Rythme mécanique	Rythme inflammatoire
Plus de 10 jours consécutifs de douleurs persistantes pour un déplacement du membre	Mécanisme traumatique, douleur post-traumatique
Plus de 10 jours consécutifs de douleurs persistantes pour un déplacement du membre	Mécanisme traumatique, douleur post-traumatique
Douleur apparaissant au réveil, et surtout par le matin	Douleur inflammatoire, douleur post-traumatique
Douleur apparaissant la nuit	Douleur inflammatoire, douleur post-traumatique

Rythme des douleurs

### II.2 – Évaluer le retentissement fonctionnel

- **Le retentissement fonctionnel est évalué par la recherche d'une limitation du périmètre de marche (en durée ou en distance), et de la limitation de certains gestes de la vie courante (marcher, s'asseoir sur un siège bas, faire ses lacets, se mettre debout en appui).**
- **Lorsque la mobilisation active de l'articulation est impossible, on parle d'impotence fonctionnelle.**

## II - EXAMEN PHYSIQUE

### II.3 – Inspection

#### II.3.1 – Aspects des téguments

- Tuméfaction, hématome, érythème.

#### II.3.2 – Attitudes vicieuses

- Impossibilité d'extension complète de la hanche : flessum de hanche.
- Impossibilité de flexion complète de la hanche (position assise impossible).
- Rotation externe irréductible.

#### II.3.3 – Amyotrophie du quadriceps

- Doit être évaluée par la mesure bilatérale et comparative du diamètre des quadriceps 15 centimètres au dessus du bord supérieur de la patella.



Flessum de hanche



VIDÉO

Impossibilité de flexion complète



VIDÉO

Rotation externe irréductible



Amyotrophie quadriceps droit

## II - EXAMEN PHYSIQUE

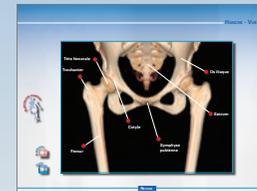
### II.4 – Palpation

#### II.4.1 – Principaux repères anatomiques

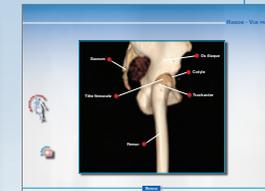
- **Quatre régions d'intérêt :**
  - *pli inguinal,*
  - *grand trochanter,*
  - *fesse,*
  - *rachis lombaire.*

#### II.4.2 – Éléments à rechercher

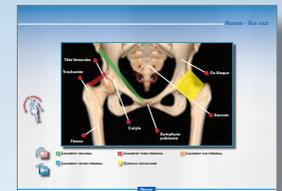
- **Zones douloureuses à la palpation.**
- **Zone « gâchette » :**
  - *la palpation de cette zone recrée la douleur décrite par le patient.*
- **Tuméfaction :**
  - *hématome, bursite trochantérienne, adénopathie.*



Structures osseuses  
de face



Structures osseuses  
de profil



Structures périarticulaires  
de face



VIDÉO

Régions d'intérêt

## II - EXAMEN PHYSIQUE

### II.5 – Mobilisation

#### II.5.1 – Mobilisation passive

- **L'examen des mobilités passives de hanche se fait selon 3 axes, avec donc 6 mouvements possibles :**
  - *Flexion / Extension / Abduction / Adduction / Rotation externe / Rotation interne.*

- **Impérativement bilatéral et comparatif.**

#### - **Flexion**

- Amplitude normale :  $130^{\circ} \pm 10^{\circ}$ .
- Technique de recherche :
  - *décubitus dorsal,*
  - *flexion du membre inférieur,*
  - *une main sous les fesses pour empêcher la flexion du rachis.*

#### - **Extension**

- Amplitude normale :  $10^{\circ}$  à  $30^{\circ}$ .
- Technique de recherche :
  - *décubitus ventral,*
  - *soulever le membre inférieur, en appuyant sur les fesses pour maintenir le bassin.*



Examen de la flexion passive de hanche



Examen de l'extension passive de hanche

## II - EXAMEN PHYSIQUE

### - **Abduction**

- Amplitude normale : 45°.
- Technique de recherche :
  - *décubitus dorsal,*
  - *bloquer le bassin avec une main sur l'épine iliaque antéro-supérieure controlatérale.*

### - **Adduction**

- Amplitude normale : 30°.
- Technique de recherche :
  - *décubitus dorsal,*
  - *bloquer le bassin avec une main sur l'épine iliaque antéro-supérieure homolatérale.*

### - **Rotation externe**

- Amplitude normale : 45°.
- Technique de recherche :
  - *décubitus ventral genou fléchi à 90°, ou décubitus dorsal hanche et genou fléchis à 90°,*
  - *porter le pied en dedans.*

### - **Rotation interne**

- Amplitude normale : 30°.
- Technique de recherche :
  - *décubitus ventral genou fléchi à 90°, ou décubitus dorsal hanche et genou fléchis à 90°,*
  - *porter le pied en dehors.*



Examen de l'abduction passive de hanche



Examen de l'adduction passive de hanche



Examen de la rotation externe passive de hanche



Examen de la rotation interne passive de hanche

## II - EXAMEN PHYSIQUE

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

- *permet de mobiliser la coxo-fémorale sans mobiliser le bassin et le rachis.*
- *Faire rouler le membre inférieur à l'aide de vos mains, en décubitus dorsal, ce qui correspond à faire une alternance de rotation interne et rotation externe de hanche.*



Signe de la clé

### II.5.2 – Mobilisation active

- **Il est parfois nécessaire de mesurer en plus les mobilités actives de la hanche, dans les mêmes 6 axes que décrits ci-dessus.**

### II.5.3 – Examen dynamique

- **Recherche d'une boiterie. Trois types :**

- ***Boiterie d'esquive du pas***

- Témoigne d'une douleur lors de l'appui sur un des membres inférieurs.
- Lors de la phase d'appui monopodal (= passage du pas) sur le membre inférieur atteint, le sujet se penche du côté du membre inférieur sain et accélère cette phase de la marche ce qui diminue le poids supporté par le membre inférieur touché.
- Attention : une douleur du rachis irradiée au membre inférieur ne donne quasiment jamais de boiterie d'esquive.



Boiterie d'esquive du pas

## II - EXAMEN PHYSIQUE

- **Boiterie de perte du pas postérieur**

- Témoigne d'une limitation de l'extension de la hanche homolatérale.
- Lors de la marche normale, juste avant de lancer le pied en avant la hanche est en extension.
- Lorsque l'extension d'une hanche est limitée, le sujet ne peut avoir son pied homolatéral en appui en arrière de son tronc.

- **Boiterie de Trendelenburg**

- Témoigne d'une insuffisance musculaire du moyen fessier.
- Le muscle moyen fessier permet de se tenir debout en équilibre sur un pied, empêchant le poids du corps de faire tomber le sujet du côté du membre sans appui.
- La boiterie de Trendelenburg se caractérise lors de la marche par une bascule du bassin du côté controlatéral au côté atteint (à cause de l'insuffisance du muscle moyen fessier).

- **Manœuvres contre résistance :**

- *Rotation interne contrariée, ou dérotation externe contrariée*

- Patient en décubitus dorsal, hanche et genou fléchi à 90°. Mettre la hanche en rotation externe (pied en dedans), et demander au patient de remettre sa jambe dans sa position d'origine, contre résistance (rotation interne contrariée).



Boiterie de Trendelenburg



Rotation interne contrariée

## II - EXAMEN PHYSIQUE

### - *Salut coxal*

- Patient en décubitus dorsal, membre inférieur tendu et décollé du lit selon un angle compris entre 0 et 45°. Le salut coxal est dit résisté lorsque le sujet peut maintenir la position contre une résistance modérée, et douloureux lorsque cette manœuvre déclenche une douleur.

### • **Clinostatisme :**

- *Le malade, placé en décubitus dorsal, n'arrive pas à décoller le membre inférieur du plan du lit.*



Salut coxal

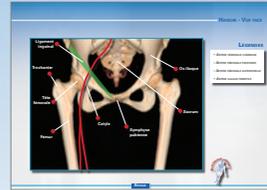
## II - EXAMEN PHYSIQUE

### II.6 – Examen vasculaire

#### II.6.1 – Les structures vasculaires

#### II.6.2 – L'examen propement-dit

- Palpation des pouls fémoraux et des pouls périphériques.
- Recherche d'un souffle vasculaire (aortique, iliaque, ou fémoral) à l'auscultation.



Structures vasculaires  
de face



## II - EXAMEN PHYSIQUE

- **Attention** : lorsque la manœuvre de Lasègue déclenche une douleur du rachis lombaire mais pas de douleur du membre inférieur on parle de Lasègue lombaire mais il ne s'agit pas du « vrai » signe de Lasègue.

- **Recherche d'un signe de Léri :**

- sujet en décubitus ventral. La flexion passive du genou déclenche une douleur dans le territoire du nerf crural du membre inférieur homolatéral (face antéro-externe de cuisse), la douleur devant être décrite comme identique à la douleur ressentie spontanément et pour une flexion du genou inférieure à 90°.

- **Recherche des réflexes ostéo-tendineux (ROT) rotuliens :**

- sujet en décubitus dorsal, genou du patient fléchi entre 60° et 90° et soutenu par une main de l'examineur, on tape sur le tendon rotulien. La réponse est une contraction du quadriceps (qu'il faut donc regarder !).

- **Recherche des réflexes ostéo-tendineux (ROT) achilléens :**

- sujet en décubitus dorsal, hanche en légère flexion et rotation externe, genou légèrement fléchi, cheville légèrement en flexion passive pour mettre en tension le tendon achilléen, on tape sur le tendon achilléen. La réponse est une flexion plantaire du pied.

- **Recherche des réflexes cutanés plantaires (RCP) :**

- on frotte le bord externe de la face plantaire du pied en partant du talon jusqu'à la base de l'hallux avec une pointe mousse. La réponse est une flexion de l'hallux et des orteils ou une absence de mobilité (RCP en flexion ou indifférent). En cas de lésion pyramidale, l'hallux effectue une extension « lente et majestueuse », c'est le signe de Babinski (ou RCP en extension).



Signe de Léri



ROT rotulien



ROT achilléen



Réflexe cutané plantaire

## III – DOULEURS PROJÉTÉES : DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

### III.1 – Douleur d'origine radiculaire L3 ou L4 (cruralgie)

- Localisée à la face antérieure de cuisse, hypoesthésie face antérieure de cuisse, signe de Léri, déficit moteur du psoas et/ou du quadriceps, diminution ou abolition du ROT rotulien, douleur à la palpation du rachis.

### III.2 – Névralgie du nerf fémoro-cutané

- Douleur isolée d'une zone « en raquette » face externe de cuisse, hypoesthésie isolée de cette zone.

### III.3 – Douleur d'origine rachidienne liée à une atteinte articulaire postérieure (notamment de la charnière dorso-lombaire (D12-L1) :

- Douleur plutôt de la fesse, avec cellulalgie, douleur à la palpation du rachis et à sa mobilisation (surtout en hyper-extension et rotation).



Zone d'hypoesthésie en raquette

### III – DOULEURS PROJÉTÉES : DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

#### III.4 – Douleur d'origine rachidienne liée à une atteinte de l'articulation sacro-iliaque

- Douleur de la fesse homolatérale à la sacro-iliaque atteinte, douleur à la palpation de la sacroiliaque.

#### III.5 – Autres douleurs

- **Lombosciatique tronquée :**
  - douleur du rachis, de la fesse +/- de la partie postérieure de la cuisse
- **Atteinte ostéo-articulaire de proximité (bassin et fémur) :**
  - tumeurs, fractures, ...
- **Douleurs viscérales projetées (digestives et uro-génitales).**

## IV – EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES

### IV.1 – Examens biologiques

- Un examen biologique n'est pas obligatoire pour toute douleur de hanche. Les examens demandés dépendront du contexte et de la symptomatologie, mais on dosera notamment la vitesse de sédimentation et la protéine C réactive à la recherche d'un syndrome inflammatoire.

### IV.2 – Examens morphologiques - Imageries

#### IV.2.1 – Imagerie de 1<sup>ère</sup> intention

- Des clichés radiographiques sont indispensables, 2 incidences minimum (1 face et 1 des profils ci-dessous selon le tableau clinique) et toujours bilatéral et comparatif.

- **Bassin de face :**

- permet de visualiser de façon comparative les 2 coxofémorales de face sur un même cliché.

- **Faux profil de Lequesne :**

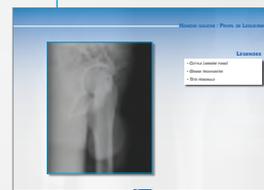
- permet de bien visualiser la partie postéro-inférieure de la coxofémorale.

- **Profil chirurgical d'Arcelin :**

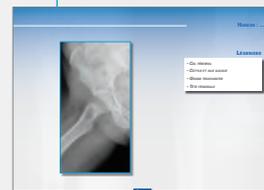
- en cas de suspicion de fracture du col fémoral. Permet de bien visualiser le col fémoral.



Bassin de face



Faux profil de Lequesne



Profil chirurgical d'Arcelin

# IV – EXPLORATIONS COMPLÉMENTAIRES

## IV.2.2 – Imagerie de 2<sup>ème</sup> intention

- **Échographie articulaire**

- L'échographie ne permet pas d'analyser correctement la hanche. Elle permet surtout d'étudier les structures péri-articulaires (tendons / ligaments, vaisseaux, nerfs), de rechercher un épanchement articulaire et de guider une ponction articulaire.

- **Scanner, arthro-scanner**

- Le scanner et surtout l'arthro-scanner permettent de très bien étudier les structures osseuses, le bourrelet articulaire, et les tissus mous péri-articulaires. C'est l'examen clé dans le cadre des pathologies mécaniques.

- **IRM**

- L'IRM permet également d'étudier les structures osseuses, mais de façon un peu moins précise. En revanche, elle permet d'étudier de façon plus précise les lésions inflammatoires, œdémateuses, et nécrotiques. C'est l'examen clé dans le cadre des pathologies infectieuses, inflammatoires, tumorales et dans la recherche d'une ostéonécrose, algodystrophie ou d'une fracture de fatigue.

- **Scintigraphie osseuse**

- La scintigraphie osseuse a une très bonne sensibilité dans les pathologies de hanche, mais sa spécificité est très mauvaise.



Échographie de hanche



Arthro-scanner



IRM



Scintigraphie osseuse

### IV.3 – Ponction articulaire

- En cas d'épanchement articulaire, la ponction et l'analyse du liquide sont indispensables.
- Les principaux éléments analysés sont :
  - **Bactériologie standard (examen direct et cultures)**
    - Examen systématique pour toute ponction articulaire sauf situations particulières.
  - **Examen anatomopathologique**
    - Nombre et caractérisation des cellules. Permet de faire la différence entre un liquide mécanique (leucocytes  $< 2\ 000 / \text{mm}^3$ ) et un liquide inflammatoire (leucocytes  $> 2\ 000 / \text{mm}^3$ ).
    - Recherche de microcristaux (pyrophosphate de calcium, urate de sodium, hydroxyapatite).

- **On fera la distinction entre :**

- *Hanche mécanique et hanche inflammatoire : distinction basée essentiellement sur le rythme des douleurs, et la présence ou non d'un syndrome inflammatoire biologique.*
- *Hanche à radiographie normale et hanche à radiographie anormale.*

### V.1 – Hanche douloureuse à radiographie normale

#### V.1.1 – Hanche mécanique

- Douleur péri-articulaire : tendinobursite trochantérienne (le plus fréquent)
- Douleur projetée (cf. supra)
- Chondromatose débutante

#### V.1.2 – Hanche inflammatoire

- Coxite débutante : infection, rhumatisme inflammatoire, rhumatisme microcristallin
- Synovite villonodulaire débutante
- Localisation tumorale

#### V.1.3 – Hanche « mixte »

- Algodystrophie
- Ostéonécrose

- **ATTENTION**

- Le diagnostic d'arthrose est radiologique. Si les radiographies sont normales, on ne peut pas parler de coxarthrose (sous réserve que les clichés soient de bonne qualité et que les incidences nécessaires aient été réalisées).
- Le terme de coxalgie ne désigne pas une douleur de hanche mais une tuberculose de la coxo-fémorale.

### V.2 – Hanche douloureuse à radiographie anormale

#### V.2.1 – Hanche mécanique

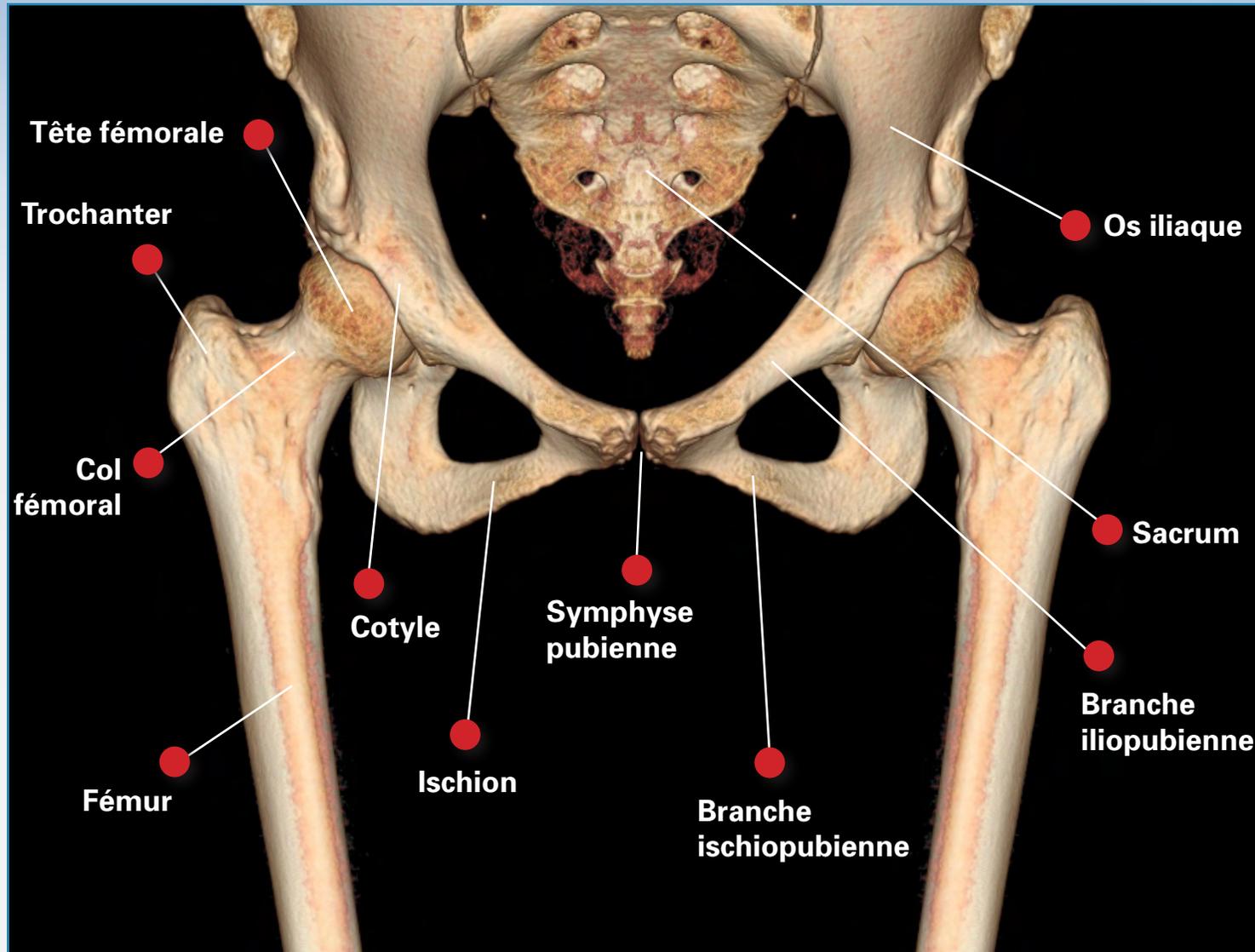
- Coxarthrose (le plus fréquent)
- Ostéonécrose évoluée
- Coxopathie pagétique
- Arthropathie destructrice de la chondromatose ou de la synovite villonodulaire

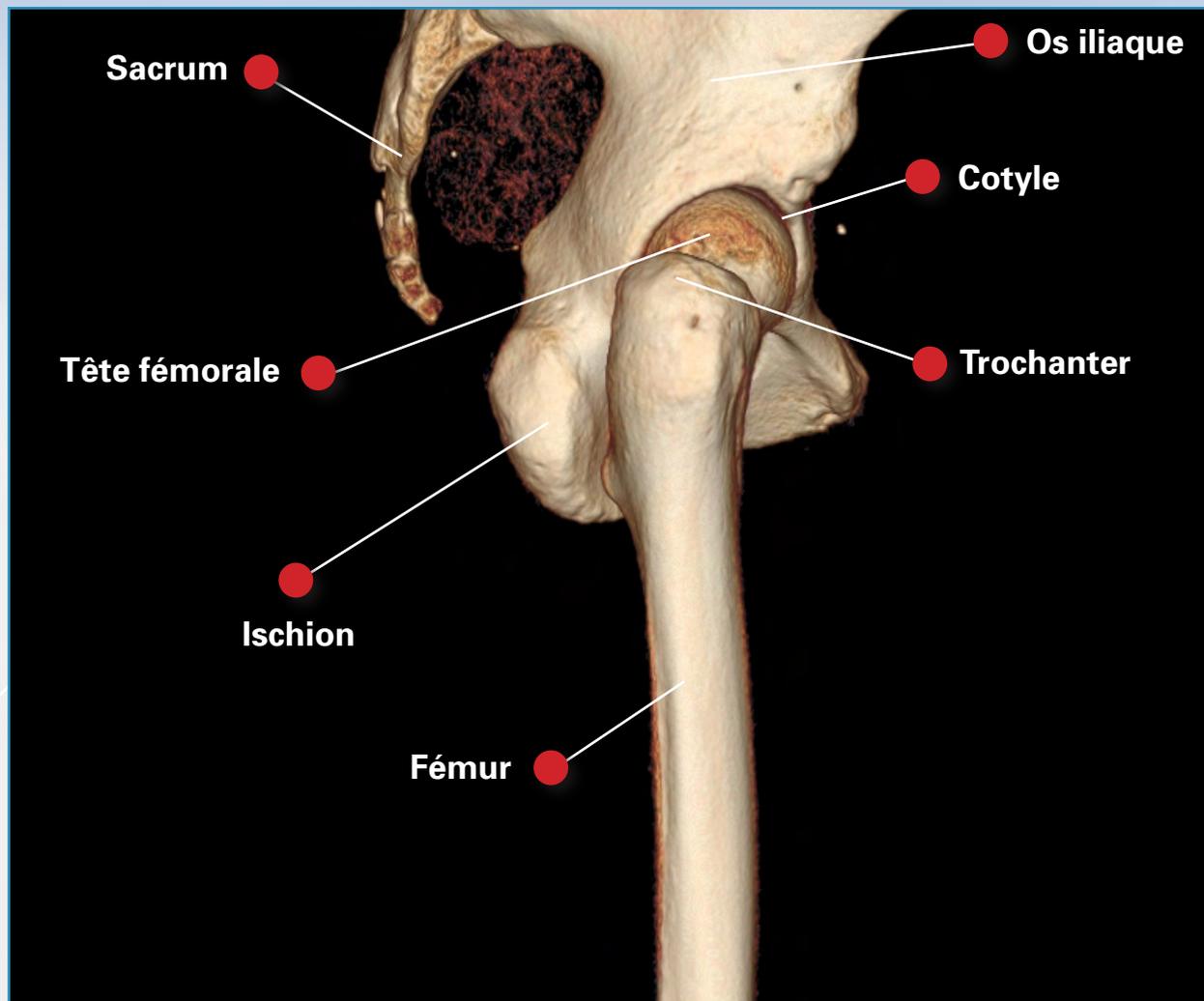
#### V.2.2 – Hanche inflammatoire

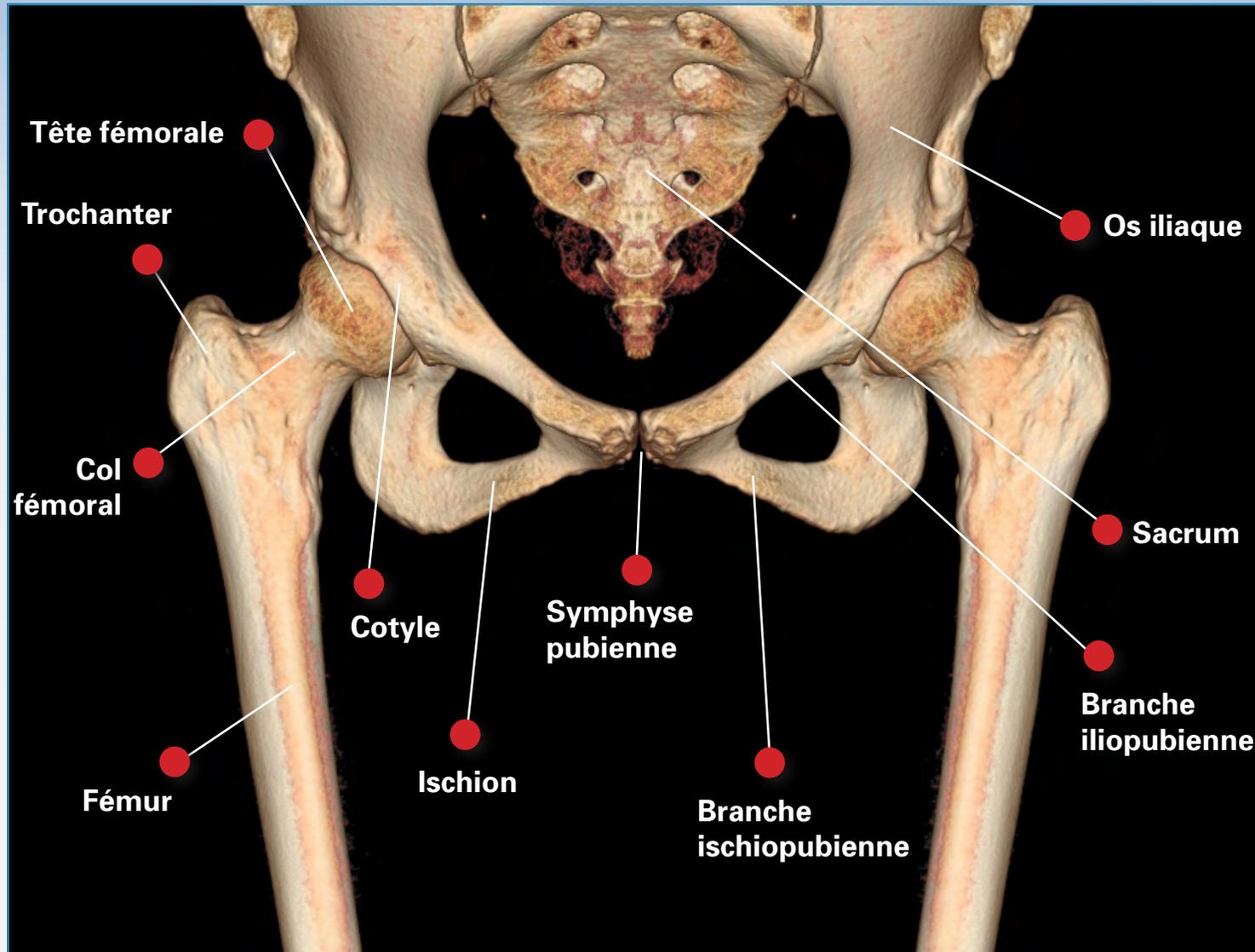
- Coxite septique
- Coxite au cours d'une polyarthrite rhumatoïde
- Coxite au cours des spondylarthropathies
- Coxite au cours d'autres rhumatismes inflammatoires
- Coxite microcristalline (chondrocalcinose, hydroxyapatite, goutte)
- Localisation tumorale

#### V.2.3 – Hanche « mixte »

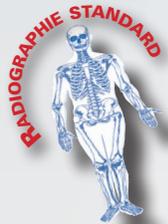
- Algodystrophie (à un stade tardif)

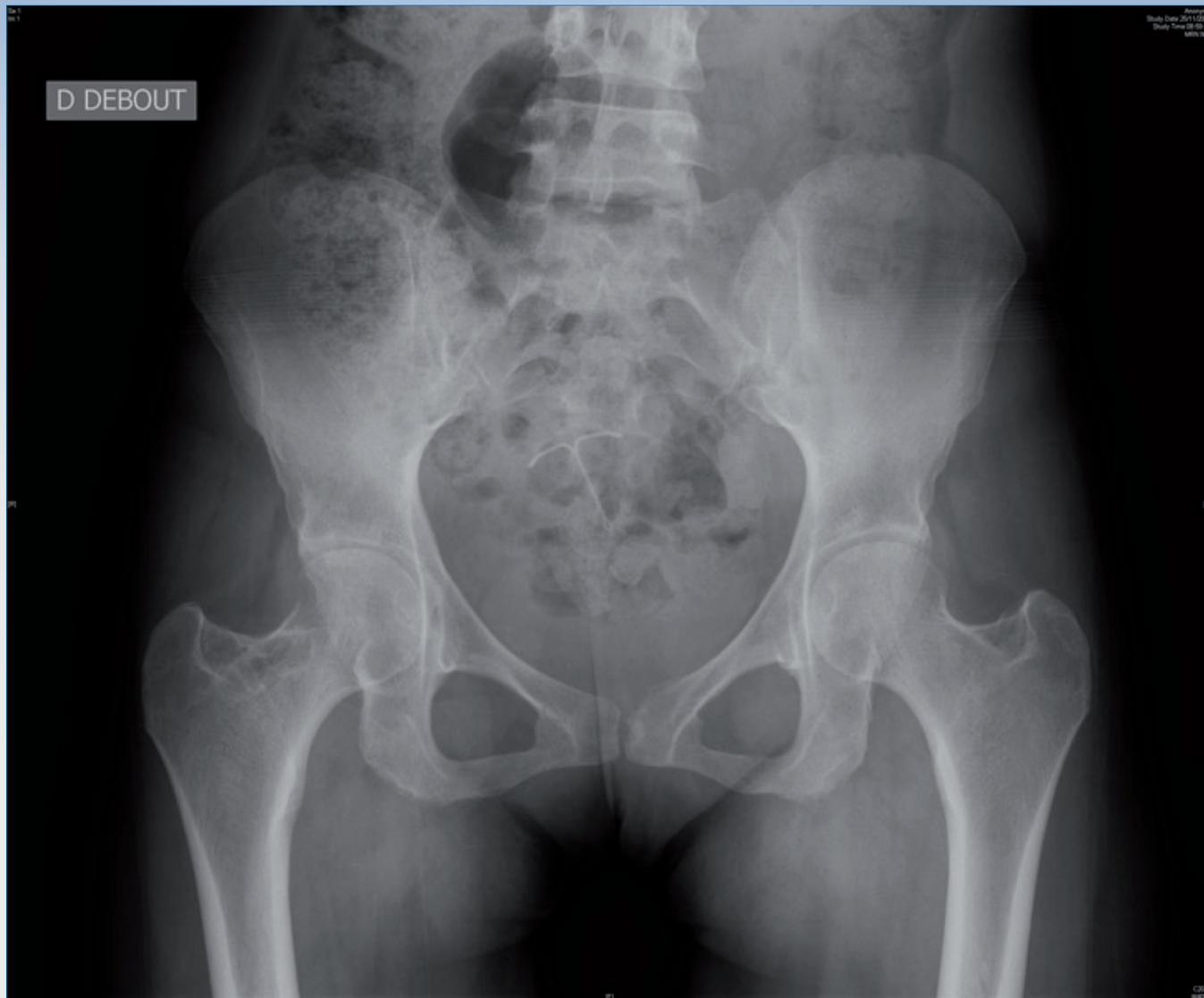






-  LIGAMENT INGUINAL
-  INSERTION DU MUSCLE MOYEN FESSIER
-  BOURSE TROCHANTÉRIENNE
-  CAPSULE ARTICULAIRE





## LÉGENDES

- *AILE ILIAQUE GAUCHE*
- *COL FÉMORAL*
- *COTYLE*
- *GRAND TROCHANTER*
- *TÊTE FÉMORALE*



## LÉGENDES

- *COTYLE (ARRIÈRE FOND)*
- *GRAND TROCHANTER*
- *TÊTE FÉMORALE*



### LÉGENDES

- *COL FÉMORAL*
- *COTYLE ET AILE ILIAQUE*
- *GRAND TROCHANTER*
- *TÊTE FÉMORALE*

## HANCHE : ARTHROSCANNER (EXEMPLE D'UNE COUPE FRONTALE)



### LÉGENDES

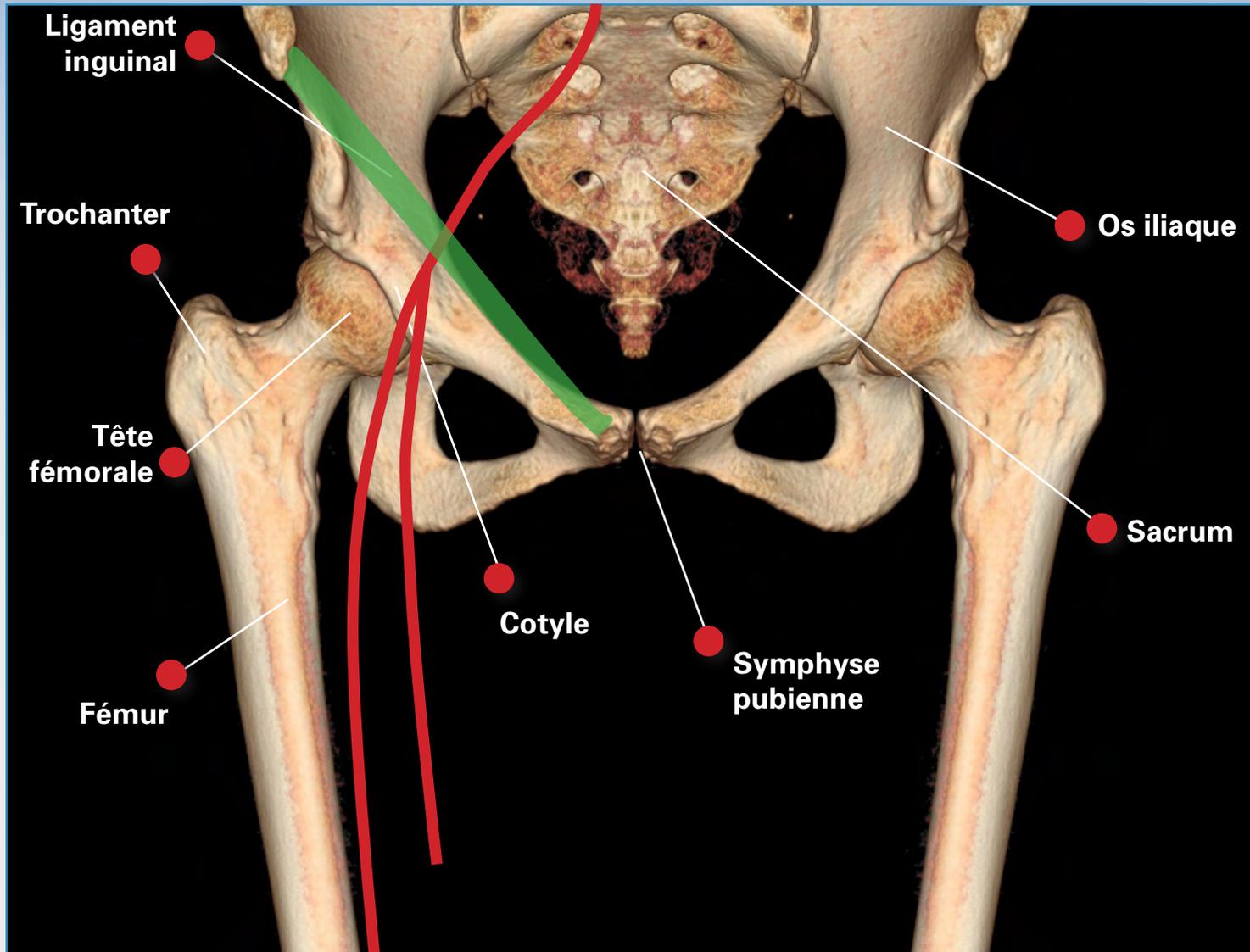
- ***BOURRELET COTYLOÏDIEN***
- ***CARTILAGE DU COTYLE***
- ***CARTILAGE DE LA TÊTE FÉMORALE***
- ***COTYLE***
- ***GRAND TROCHANTER***
- ***PRODUIT DE CONTRASTE INJECTÉ EN INTRA-ARTICULAIRE***
- ***TÊTE FÉMORALE***

## HANCHE DROITE : IRM (EXEMPLE D'UNE COUPE FRONTALE)

### LÉGENDES

- *BOURRELET COTYLOÏDIEN*
- *COL FÉMORAL*
- *CORTICALE OSSEUSE (DIAPHYSE FÉMORALE)*
- *COTYLE*
- *GRAND TROCHANTER*
- *MOELLE OSSEUSE*
- *TÊTE FÉMORALE*

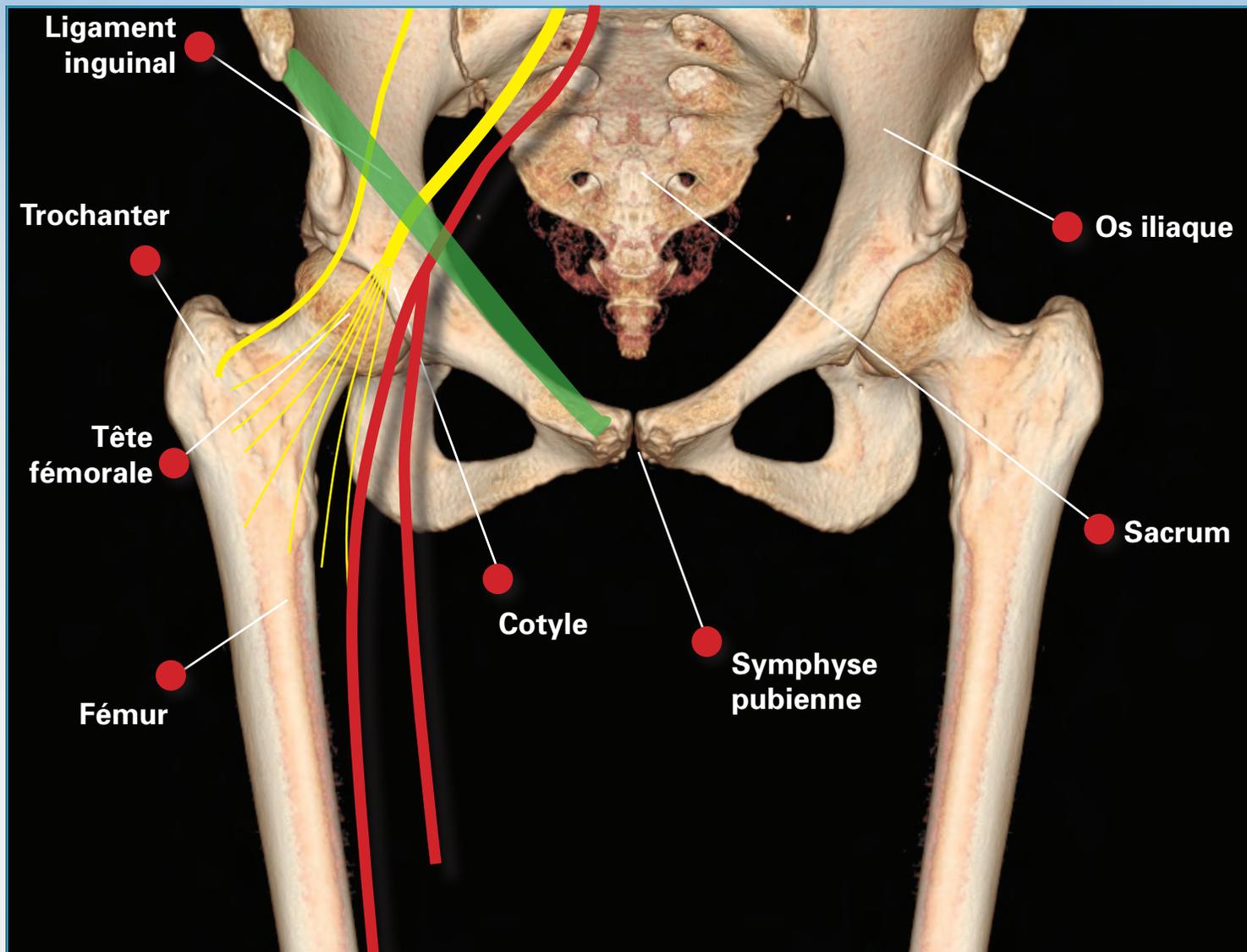




## LÉGENDES

- ARTÈRE FÉMORALE COMMUNE
- ARTÈRE FÉMORALE PROFONDE
- ARTÈRE FÉMORALE SUPERFICIELLE
- ARTÈRE ILIAQUE PRIMITIVE





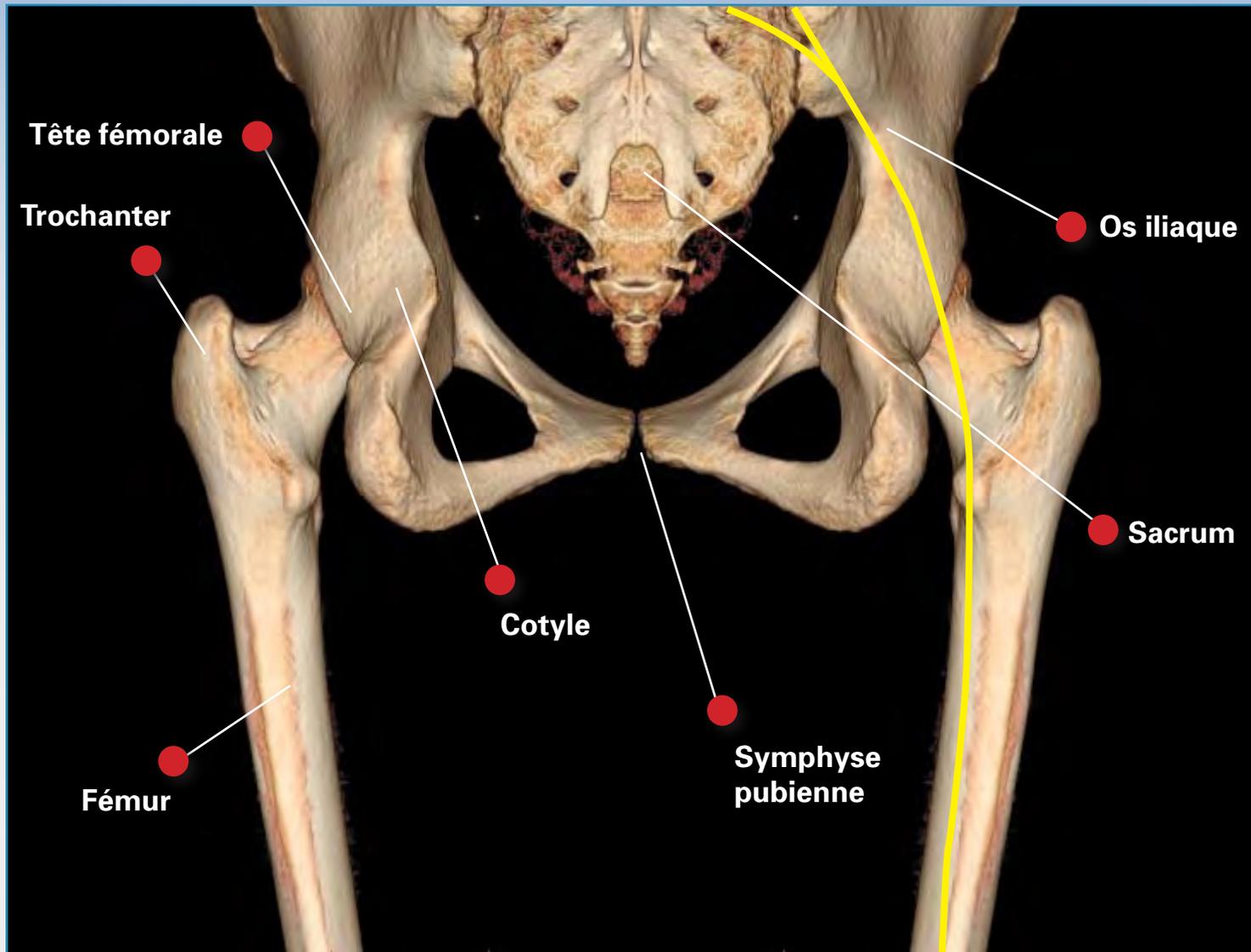
## LÉGENDES

- *ARTÈRE FÉMORALE COMMUNE*
- *ARTÈRE FÉMORALE PROFONDE*
- *ARTÈRE FÉMORALE SUPERFICIELLE*
- *ARTÈRE ILIAQUE PRIMITIVE*
- *NERF FÉMORAL*
- *NERF FÉMORO-CUTANÉ*



LÉGENDES

- NERF SCIATIQUE (ISCHIATIQUE)



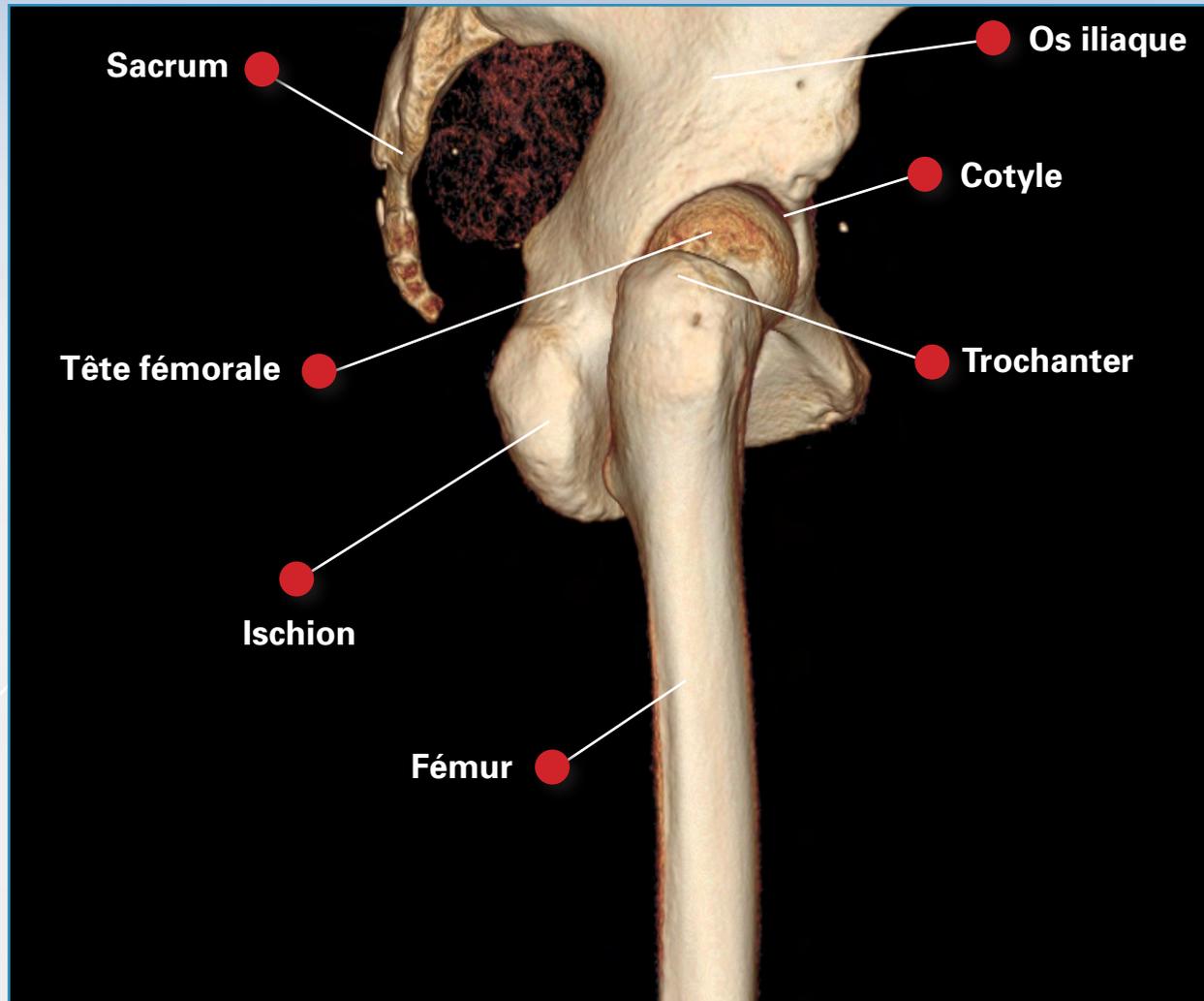
## HANCHE - VUE PROFIL

### LÉGENDE

- ZONE EN « RAQUETTE »



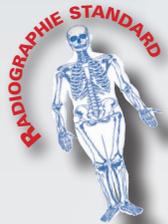
RETOUR



 **LIGAMENT INGUINAL**

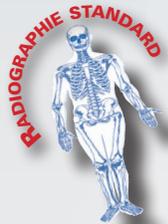
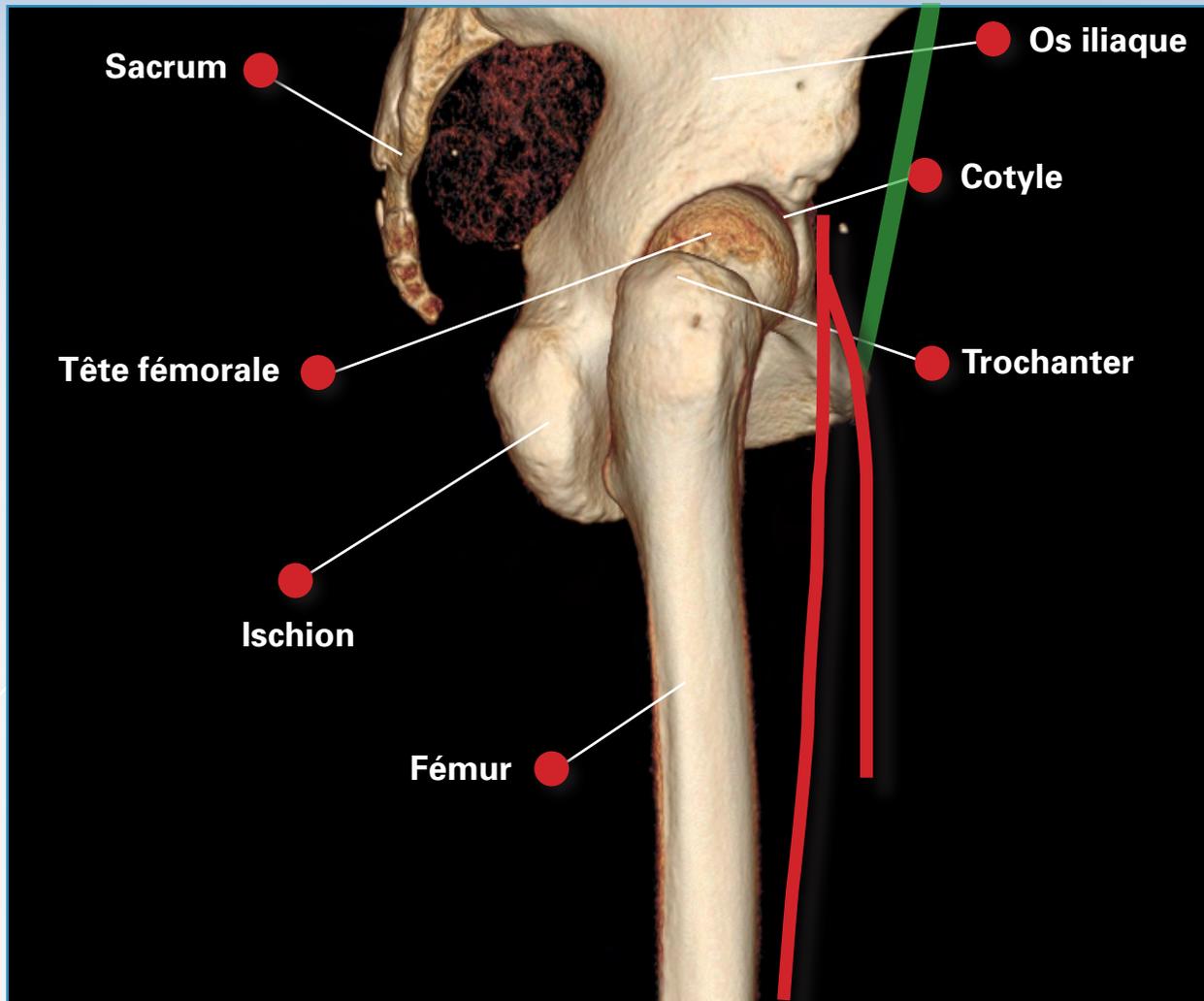
 **INSERTION DU MUSCLE MOYEN FESSIER**

 **BOURSE TROCHANTÉRIENNE**  
*(superficielle par rapport à l'insertion du moyen fessier)*



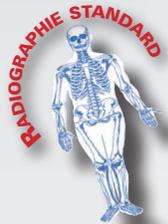
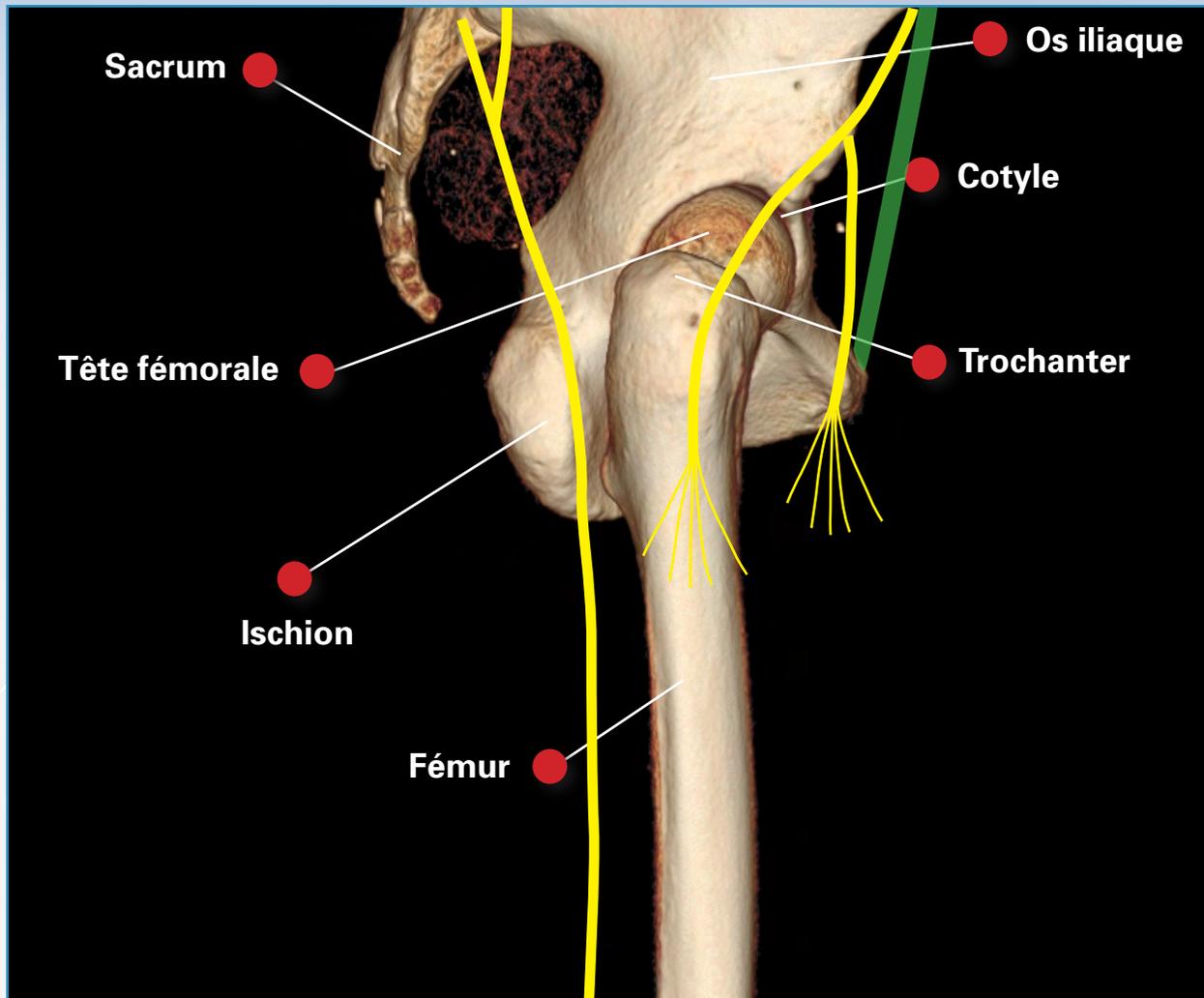
## LÉGENDES

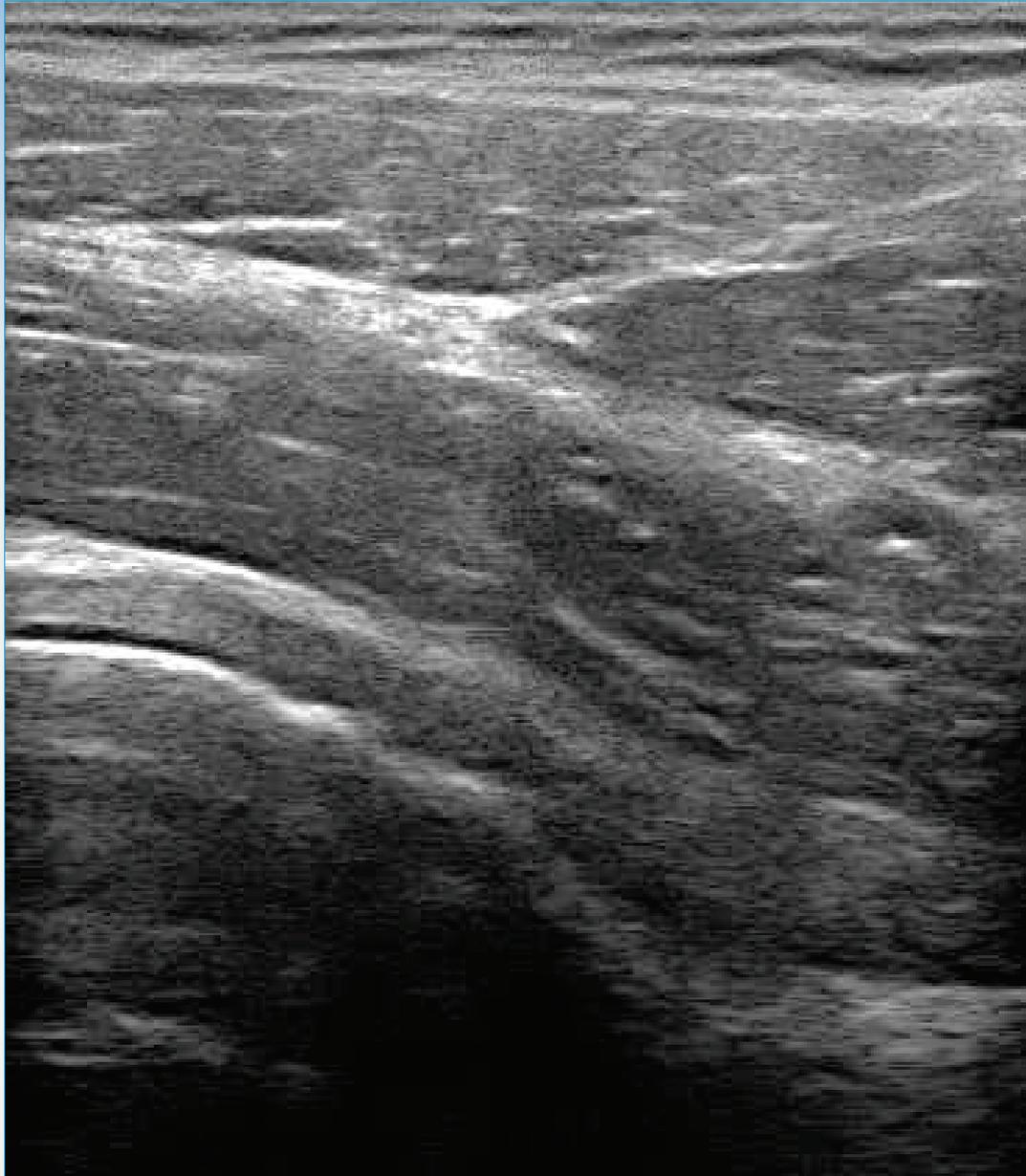
- *ARTÈRE FÉMORALE COMMUNE*
- *ARTÈRE FÉMORALE PROFONDE*
- *ARTÈRE FÉMORALE SUPERFICIELLE*



## LÉGENDES

- *NERF FÉMORAL*
- *NERF FÉMOROCUTANÉ*
- *NERF SCIATIQUE*





## LÉGENDES

- *COL FÉMORAL*
- *MUSCLE PSOAS-ILIAQUE*
- *TÊTE FÉMORALE*



- **PLACEZ CORRECTEMENT LES CADRES CORRESPONDANT AU TYPE DE RYTHME :**

Rythme mécanique	Rythme inflammatoire
Pas de dérouillage matinal (< 15 min)	Dérouillage matinal supérieur à 30 min
Douleur prédominant le soir	Douleur prédominant le matin
Douleur prédominant la journée	Douleur prédominant la nuit

• Cliquez sur la légende de votre choix, puis bougez la souris pour la déplacer et la positionner **dans la case de votre choix**. Cliquez à nouveau pour la fixer.

• Vous pouvez à nouveau modifier le positionnement d'une légende en cliquant dessus, puis en la déplaçant avec la souris.

• Après avoir placé toutes les légendes cliquez sur le bouton « Validez ».



- ASSOCIEZ LA MOBILITÉ TESTÉE À CHACUNE DES VIDÉOS SUIVANTES :



.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Cliquez sur la légende de votre choix, puis bougez la souris pour la déplacer et la positionner **dans la case de votre choix**. Cliquez à nouveau pour la fixer.

• Vous pouvez à nouveau modifier le positionnement d'une légende en cliquant dessus, puis en la déplaçant avec la souris.

• Après avoir placé toutes les légendes cliquez sur le bouton « Validez ».

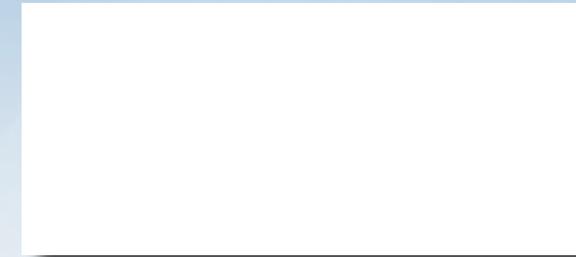
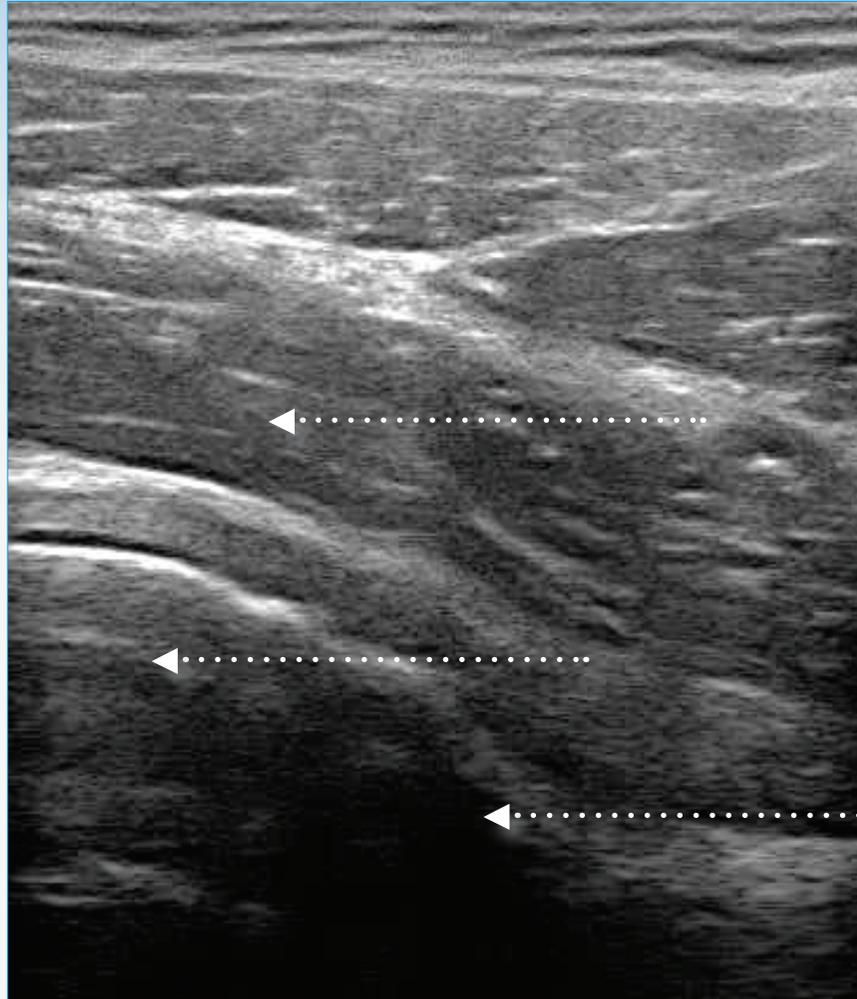


- **COCHEZ LES BONNES RÉPONSES :**

- Un flessum de hanche correspond à l'impossibilité de fléchir complètement la hanche.....
- On parle de clinostatisme lorsque le sujet placé en décubitus dorsal est incapable de décoller le membre inférieur du plan du lit.....
- Une cellulalgie de la fesse est souvent liée à une atteinte articulaire postérieure L5-S1 du rachis.....
- Beaucoup de douleurs de hanche ne nécessitent pas d'examen, autre que l'examen clinique.....
- Le seuil utilisé pour différencier un liquide mécanique d'un liquide inflammatoire est de 20 000 leucocytes/mm<sup>3</sup>.....



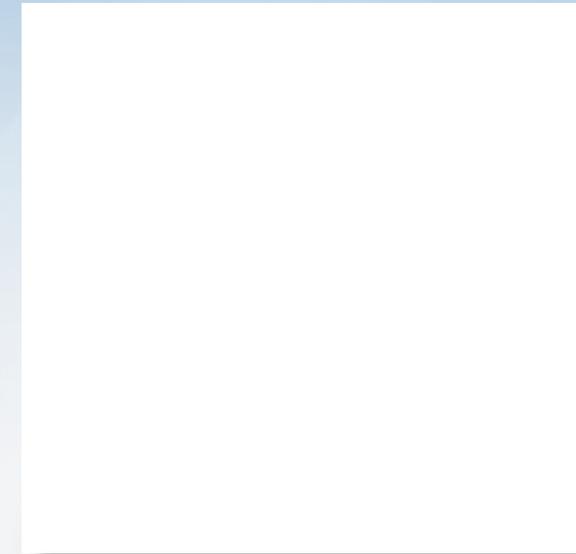
- LÉGENDEZ L'ÉCHOGRAPHIE :



- Cliquez sur la légende de votre choix, puis bougez la souris pour la déplacer et la positionner **dans la case de votre choix**. Cliquez à nouveau pour la fixer.
- Vous pouvez à nouveau modifier le positionnement d'une légende en cliquant dessus, puis en la déplaçant avec la souris.
- Après avoir placé toutes les légendes cliquez sur le bouton « Validez ».



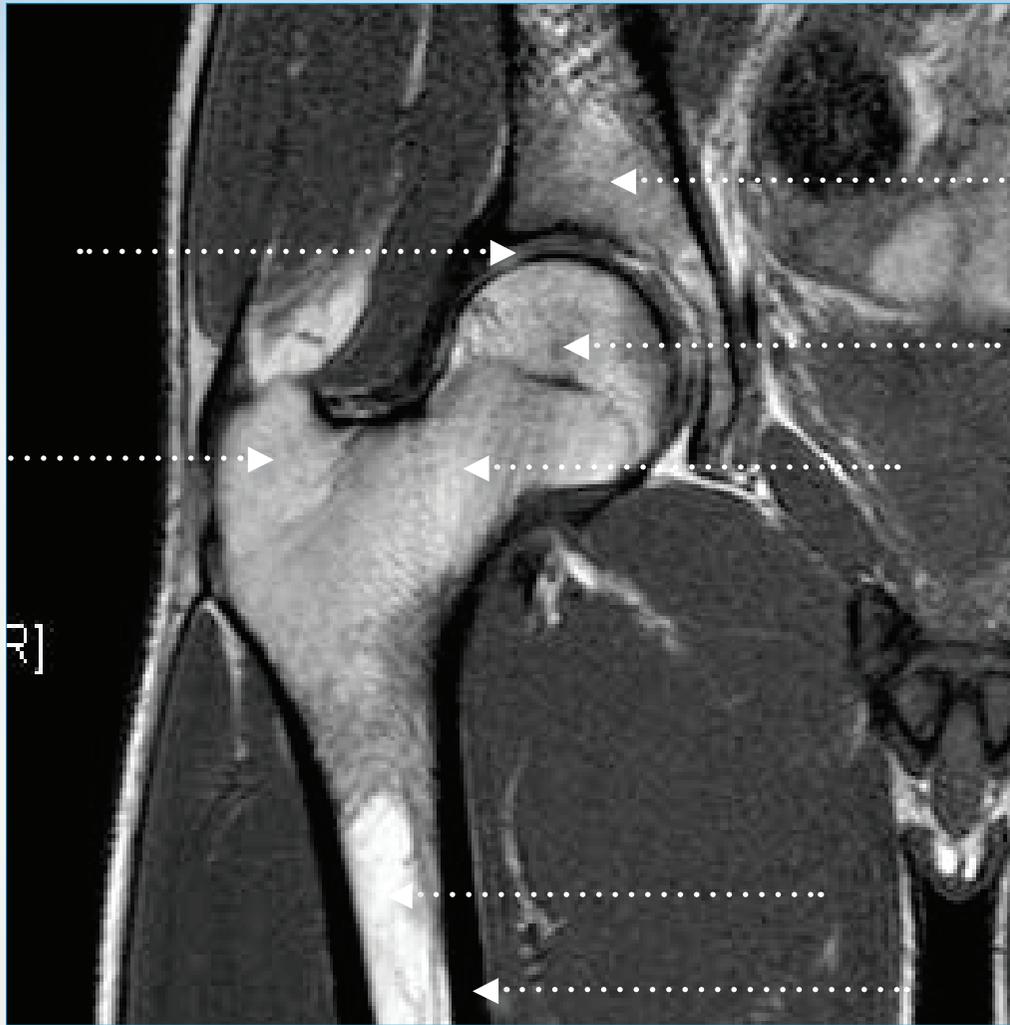
- LÉGENDEZ L'ARTHROSCANNER :



- Cliquez sur la légende de votre choix, puis bougez la souris pour la déplacer et la positionner **dans la case de votre choix**. Cliquez à nouveau pour la fixer.
- Vous pouvez à nouveau modifier le positionnement d'une légende en cliquant dessus, puis en la déplaçant avec la souris.
- Après avoir placé toutes les légendes cliquez sur le bouton « Validez ».



- LÉGENDEZ L'IRM :



• Cliquez sur la légende de votre choix, puis bougez la souris pour la déplacer et la positionner **dans la case de votre choix**. Cliquez à nouveau pour la fixer.

• Vous pouvez à nouveau modifier le positionnement d'une légende en cliquant dessus, puis en la déplaçant avec la souris.

• Après avoir placé toutes les légendes cliquez sur le bouton « Validez ».



- **PLACEZ LES DIAGNOSTICS SUIVANTS DANS LA BONNE CASE :**

	Radiographie normale	Radiographie anormale
Douleur mécanique		
Douleur inflammatoire		

• Cliquez sur la légende de votre choix, puis bougez la souris pour la déplacer et la positionner **dans la case de votre choix**. Cliquez à nouveau pour la fixer.

• Vous pouvez à nouveau modifier le positionnement d'une légende en cliquant dessus, puis en la déplaçant avec la souris.

• Après avoir placé toutes les légendes cliquez sur le bouton « Validez ».

# Conduite à tenir devant une hanche douloureuse

## Douleurs non coxo-fémorales, projetées

- Névralgie crurale, fémoro-cutanée, sciatique
- Arthropathie sacro-iliaque
- Douleurs osseuses pelviennes
- Rachialgies projetées (dorsolombaires)
- Douleurs viscérales

Interrogatoire  
Examen clinique

## Douleurs péri-articulaires

- Tendinobursite trochantérienne

Hanche  
mécanique  
enraidie

RX

- Coxarthrose
- Ostéonécrose évoluée
- Autres coxopathies destructrices
- Coxopathie pagétique

Hanche  
inflammatoire  
enraidie

RX - Ponction

- Coxites :
  - infectieuses
  - inflammatoires (PR, SPA)
  - microcristallines (CCA, hydroxyapatite)

Hanche  
douloureuse  
à radiographies  
normales

Scintigraphie  
IRM  
Arthroscanner

- Ostéonécrose débutante
- Algodystrophie débutante
- Coxites débutantes
- Chondromatose ou synovite villonodulaire débutante
- Coxopathie destructrice rapide débutante

Diagnostic  
précoce

Globalement et surtout pour l'ostéonécrose et l'algodystrophie, l'examen clé est l'IRM

Pour la pathologie synoviale (chondromatose), l'arthroscanner peut être utile

RETOUR

## HANCHE - VUE PROFIL

### LÉGENDE

- ZONE EN « RAQUETTE »



RETOUR