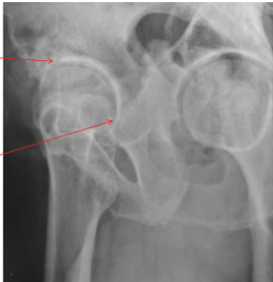
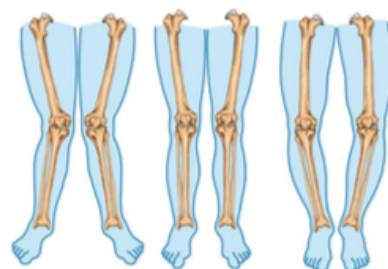
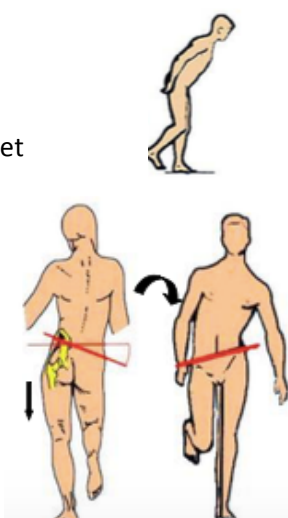
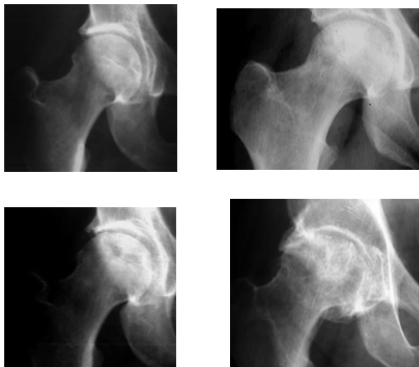
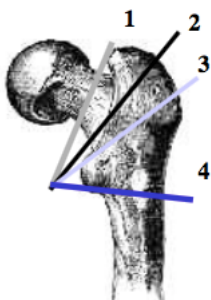
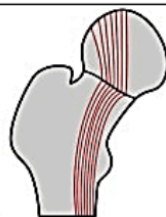
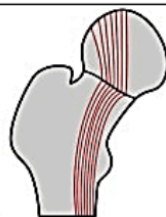
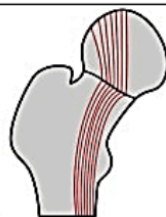


Sémiologie de la hanche

Examen clinique													
Examen statique	Examen dynamique												
▪ Rachis, bassin, membres inférieurs – appui mono et bipodal ▪ Scoliose, courbures accentuées ▪ Obliquité du bassin, équilibre ▪ Inégalités de longueur des membres inférieurs ▪ Axes des membres (genu varum, valgum) ▪ Déformations fixées ▪ IMC	▪ Amplitudes articulaires (passif et actif) ▪ Force musculaire ▪ Analyse de la marche ▪ Type de boiterie : esquive ▪ Stabilité ▪ Aides : canne, chaussures orthopédiques, semelles, orthèse												
Origine traumatique ou non ?													
<u>Examens complémentaires :</u> ▪ Imagerie : Rayons X, IRM, Ultrasons, Isotopes ▪ Biologie ▪ Electrophysiologie : EMG, potentiels évoqués ▪ Anatomopathologie : biopsies	▪ Imagerie de 1^{ère} intention : radio : de face, faux profil de Lequesne (cf en dessous), Profil d'Arcelin/chirurgical ▪ Radio spécifiques : - Coxométrie : Couverture externe : 25° ; " ant : 25° , à cervico-diaphysaire 120-135°, obliquité du toit du cotyle : 10° - Clichés dynamiques... Bord antérieur du cotyle Partie postéro-inférieure de l'articulation 												
Antécédents (hanche)													
▪ Pédiatriques : pathologie de la hanche, chirurgie (cicatrices) ▪ Familiaux : LCH ou dysplasie de hanche, zones géographiques ▪ Traumatiques ▪ Maladies ▪ Traitements													
Douleur													
<i>Siège</i>	▪ Fesse, trochanter, pli inguinal ▪ Irradiation vers la cuisse, genou ▪ Projetée au genou												
<i>Survenue</i>	Mode d'apparition, facteurs déclenchant/aggravant/atténuation, position antalgique, aigue/chronique, permanente/intermittente												
<i>Horaire/rythme</i>	<table><tr><th>Rythme mécanique</th><th>Rythme inflammatoire</th></tr><tr><td>Pas de réveil nocturne</td><td>Réveils nocturnes, plutôt en 2^{ème} partie de nuit</td></tr><tr><td>Pas de dérouillage matinal</td><td>Dérouillage matinal > 30 min</td></tr><tr><td>Douleur apparaissant au mouvement et calmée par le repos</td><td>Douleur disparaissant dans la journée ou a mouvement, réapparaissant après l'effort ou au repos</td></tr><tr><td>Prédominante le soir</td><td>Prédominante le matin</td></tr><tr><td>Prédominante la journée</td><td>Prédominante la nuit</td></tr></table>	Rythme mécanique	Rythme inflammatoire	Pas de réveil nocturne	Réveils nocturnes, plutôt en 2 ^{ème} partie de nuit	Pas de dérouillage matinal	Dérouillage matinal > 30 min	Douleur apparaissant au mouvement et calmée par le repos	Douleur disparaissant dans la journée ou a mouvement, réapparaissant après l'effort ou au repos	Prédominante le soir	Prédominante le matin	Prédominante la journée	Prédominante la nuit
	Rythme mécanique	Rythme inflammatoire											
	Pas de réveil nocturne	Réveils nocturnes, plutôt en 2 ^{ème} partie de nuit											
	Pas de dérouillage matinal	Dérouillage matinal > 30 min											
	Douleur apparaissant au mouvement et calmée par le repos	Douleur disparaissant dans la journée ou a mouvement, réapparaissant après l'effort ou au repos											
	Prédominante le soir	Prédominante le matin											
Prédominante la journée	Prédominante la nuit												
<i>Retentissement fonctionnel</i>	▪ Activités : quotidiennes, loisirs, professionnelles ▪ Périmètre de marche : terrain, escaliers, modifications via traitements /canne ▪ Limitation des gestes de la vie courante : raideur, difficultés à l'habillage, toilette, rapports sexuels, s'asseoir, se relever												
Examen physique													
▪ Inspection : - Téguments : tuméfaction, cicatrice, hématome, érythème - Déformations : rachis-bassin-membres - Attitudes vicieuses : bassin oblique, hanche - Inégalités de longueur des membres : mesure EIAS-malléole interne - Amyotrophie : quadriceps, glutéaux - Morphotypes : genu varum / valgum													



- Palpation : - Articulation difficilement accessible à la palpation directe - Variations morphologiques Repères osseux palpables : EIAS, EIPS, EIAI/pubis, grand trochanter, processus épineux du sacrum - Recherche : zone douloureuse, poulx, ganglions, tuméfaction, déformation	
Amplitudes normales de la hanche	
- Flexion : 130° - Extension : 10-30° - Abduction : 45° - Adduction : 30° - Rotation externe : 45° - Rotation interne : 30°	- Examen de la mobilité du genou - Recherche d'un blocage ou ressaut - Douleur au « roulé de hanche », signe de la clé - Examen actif, contre résistance : - Salut coxal : mb inf décollé en extension entre 0 et 45° ; traduit le + souvent une coxopathie - Clinostatisme : impossibilité de décoller le mb inf du lit ; traduit le + souvent une pathologie du cotyle
Examen de la marche	
- De face, dos et profil : en silp, pied nu, chaussé - Etude du pas : angle, symétrie, longueur et largeur	
Boiterie : 3 causes principales : douleur, raideur en extension de hanche, faiblesse musculaire Boiterie d'esquive du pas : - Traduit une douleur à l'appui - Lors du passage du pas, bascule vers le côté sain pour accélérer la phase d'appui et diminue l'epoids supporté Boiterie de perte du pas postérieur : - Raideur en flexion de hanche, limitation en extension - Marche en salutation, le pied ne peut être en appui en arrière du tronc Boiterie de Trendelenburg : - Insuffisance musculaire du moyen glutéal - Cause neurologique - Inhibition réflexe douloureuse - Caractérisée par le signe de Trendelenburg	
	
Sémiologie de la hanche	
Causes des douleurs de hanche	
- Coxopathies : arthrose, ONA, algodystrophie - Arthrite infectieuse ou inflammatoires - Périarthrites de hanche (tendinites) - Fractures de contrainte (terrain)	Causes différentielles : - Douleurs sacro-illiaques ou rachidiennes - Radiculopathies (cruralgie et sciatiques) - Hernies inguinales (orifices herniaires) - Pathologie artérielle oblitérante - Thrombose veineuse profonde
Radiculalgie ou douleur de hanche ? - Trajet douloureux identique (L4), âge similaire (>50 ans) - Examen du rachis - Signes contraires à un diagnostic de radiculalgie : attitude antalgique statique ou dynamique, douleur à la palpation des épineuses, manœuvre de Léri positive, mobilisation du rachis reproduit la douleur spontanée du patient	
Pathologies	
Arthrite septique de hanche	- Douleur inflammatoire, aigue, insomniente - Mobilisation douloureuse ++ - Début brutal, impotence fonctionnelle est d'emblée importante - Tuméfaction locale est rare : épanchement articulaire, ponction - Signés généraux : fièvre, altération de l'état général - Signes biologiques : NFS, VS, CRP - Imageries : signes radiologiques tardifs, IRM
Coxarthrose	- Douleur mécanique à l'aine le + souvent, irradiation à la face ant de la cuisse - Evolution progressive - Raideur + douleur

	▪ Age, antécédents ▪ Examen clinique +++ : appui monopodal difficile, boiterie, amyotrophie du quadriceps ou des glutaux, perte de l'hyper-extension précoce, attitude vicieuse e, flexion-abduction-rotation externe est un signe de gravité ▪ Radiographie : pincement interligne (supéro-externe ++), ostéophytes marginales, géodes en miroir, oséto-condensation												
Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (ONA°	▪ Douleur de hanche diurne et nocturne ▪ Radiographies normales au début, puis : perte de sphéricité, densification, effondrement, image de séquestre ▪ Homme de la cinquantaine +++ ▪ Terrain +++ : - Traitements (corticoïdes) - Pathologies (alcool, lipides) - ATCD traumatiques - Profession (caisson) - IRM +++ 												
Fracture fémur proximal	▪ Sujet âgé >> jeune ▪ Fracture de fragilité ▪ Localisation : intracapsulaire (col du fémur, ATTENTION risque de nécrose et troubles de la consolidation), extracapsulaire (trochantérienne) ▪ Membre inférieur en rotation externe, raccourci et en adduction ▪ Diagnostic clinique (suspicion) : douleur, impotence fonctionnelle, déformation du membre inférieur ▪ Diagnostic radiologique (confirmation) : Cf classification de Garden pour les fractures du col du fémur ▪ On peut aussi avoir des fractures du massif trochantérien : nécessitent traitement urgent  • intracapsulaire (1) - cervicale - class. de Garden - obliquité du trait • Extracapsulaire (2, 3, 4) - inter-trochant. (2) - per-trochant. (3) - sous-trochant. (4) <table><tr><th colspan="4">Fractures de Garden</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Type I : fracture incomplète (corticale inférieure du col non rompue), « tiltée » en position postéro-latérale, engrénée en valgus</td><td>Type II : fracture complète, engrénée, non déplacée</td><td>Type III : fracture complète, engrénée en varus, risque de nécrose d'environ 50%</td><td>Type IV : fracture complète avec déplacement des fragments qui sont désolidarisés, le fragment inférieur bascule en rotation externe et en adduction, risque de nécrose important</td></tr></table>	Fractures de Garden								Type I : fracture incomplète (corticale inférieure du col non rompue), « tiltée » en position postéro-latérale, engrénée en valgus	Type II : fracture complète, engrénée, non déplacée	Type III : fracture complète, engrénée en varus, risque de nécrose d'environ 50%	Type IV : fracture complète avec déplacement des fragments qui sont désolidarisés, le fragment inférieur bascule en rotation externe et en adduction, risque de nécrose important
Fractures de Garden													
													
Type I : fracture incomplète (corticale inférieure du col non rompue), « tiltée » en position postéro-latérale, engrénée en valgus	Type II : fracture complète, engrénée, non déplacée	Type III : fracture complète, engrénée en varus, risque de nécrose d'environ 50%	Type IV : fracture complète avec déplacement des fragments qui sont désolidarisés, le fragment inférieur bascule en rotation externe et en adduction, risque de nécrose important										
Luxations de la hanche	▪ Liées à un traumatisme à haute énergie ▪ Luxations postérieures (75% des cas) : suite à un choc antérieur sur une hanche en flexion, risque de fracture du rebord postérieur du cotyle, mb inf raccourci, en flexion et rotation interne ▪ Luxations antérieures (25% des cas) : mb inf en rotation externe-flexion-abduction ▪ Recherche de complications : nerveuse (sciatique) ou vasculaire, fractures associées 