

Sémiologie clinique de la hanche et florilège d'erreurs en coxologie

The painful hip interviewing and physical examination anthology of mistakes

Michel Lequesne

Cabinet de rhumatologie, 31-33, rue Guillemainot, 75014 Paris, France

Accepté le 23 juin 2008

Disponible sur Internet le 21 janvier 2009

Mots clés : Hanche ; Interrogatoire ; Examen physique ; Coxopathies ; Tendinopathies péricoxofémorales

Keywords : Hip diseases; Interviewing; Physical examination; Hip periarticular tendinopathies

Un minimum de discipline est requis dans l'interrogatoire et l'examen d'un sujet consultant pour une douleur de la hanche, cela pour trois motifs : la confiance médecin-malade, le choix des moyens complémentaires de diagnostic et celui des armes thérapeutiques.

La confiance du patient est-elle la même à l'égard du médecin qui prescrit d'emblée un ou plusieurs examens coûteux sans faire d'examen physique et à l'égard de celui qui, visiblement, pèse ses décisions d'imagerie ou de traitement après un temps raisonnable d'interrogatoire et d'examen ? Le choix optimum d'imagerie et de biologie dépend de la qualité de l'enquête clinique préalable. Il faut examiner pour décider : ainsi, le premier complément valable sera-t-il une radiographie, un scanner, une échographie, une IRM ou une scintigraphie selon la ou les hypothèses majoritaires formées au terme du premier examen. Et quel que soit le diagnostic, il faut savoir évaluer le niveau de la douleur et de la gêne fonctionnelle pour choisir le meilleur traitement et assurer une base valable au suivi ultérieur.

1. L'interrogatoire

« J'ai mal à la hanche ». Nombre de lombalgies à projection basse plus ou moins latérales sont ainsi baptisées par nos patients. En rhumatologie, toute consultation doit commencer par un geste du patient debout à qui l'on demande de désigner du doigt la région douloureuse et les éventuelles irradiations. On sait qu'une douleur issue de la hanche est le plus

souvent antérieure ou latérale, souvent rétrotrochantérienne, rarement purement postérieure (fessière) ou interne (obturatrice), et qu'elle irradie souvent à la cuisse, au genou, sites parfois ressentis comme seuls atteints. On fera préciser son mode de début, son ancienneté, son évolution (intermittente ou quotidienne et depuis quand ?), son rythme, son soulagement par tel ou tel traitement déjà tenté.

Enfin, dans le recueil des antécédents, on peut déjà s'enquérir d'un possible fil d'Ariane étiologique (cf. les articles correspondants) :

- facteurs de risque de coxarthrose : cas familiaux connus, durée et niveau des pratiques sportives et/ou des efforts professionnels, âge, malformation de hanche connue ;
- facteurs de risque d'ostéonécrose : éthyliisme, corticothérapie, dyslipidémie, drépanocytose, traumatisme ;
- facteurs de risque de fracture de contrainte par insuffisance osseuse : âge, ostéoporose connue ou probable, corticothérapie, maigreur, sollicitations anormales (boiterie, effort, PTH. . .).

2. L'examen physique

L'examen physique se fait successivement sur le sujet debout, marchant et en décubitus. Debout, on recherche une attitude vicieuse irréductible en flexum ou rotation externe de cuisse, plus rarement en abduction ou adduction et l'on évalue la trophicité musculaire de fesse et de cuisse. Sur le sujet en marche, outre telle ou telle boiterie (esquive, inclinaison du tronc ou boiterie de Trendelenburg, par exemple), il faut dépister la possible perte

Adresse e-mail : mlequesne@noos.fr.

ou la réduction du pas postérieur, qui diminue l'amplitude des enjambées.

En décubitus, on recherche la limitation et la douleur lors de la mobilisation passive de la hanche dans tous les azimuts et/ou des signes spéciaux évoquant tel ou tel diagnostic particulier. L'examen doit être bilatéral, comparatif.

On sait que la séquence des mouvements passifs explorés de la hanche n'est pas la même chez les rhumatologues et chez les chirurgiens orthopédistes, ce qu'il faut savoir lorsqu'on communique avec eux. Les rhumatologues évaluent successivement la flexion –et trop rarement l'extension–, la flexion croisée ou flexion-adduction, les rotations externe et interne, la cuisse étant à 90° de flexion sur le bassin, enfin l'abduction et l'adduction, la cuisse fléchie à 45°. Ces quatre derniers mouvements sont explorés en extension par les orthopédistes. Douleur et limitation peuvent être dissociées. Rappelons que la nécrose de la tête fémorale, les fractures de contrainte et la coxarthrose destructrice rapide (CDR) peuvent ne comporter que peu ou pas de réduction de mobilité, mais la douleur lors de tel ou tel mouvement passif est généralement présente. Nous terminons par la manœuvre du salut coxal, qui crée une hyperpression coxofémorale souvent algogène dans les coxopathies ou les épanchements (articulation ou bourse du psoas) : le membre inférieur (MI) tendu à environ 30° au-dessus du plan du lit doit être maintenu par le patient, d'abord sans contre-pression, puis en résistant à la pression de l'examineur sur la face antérieure de la cuisse successivement à 30, puis 20 et 10°. Fréquemment, mais non constamment, la douleur connue du patient est recréée lors de l'un des temps de la manœuvre, surtout le dernier (salut coxal « cranté »). Percuter le talon en direction axiale sur le MI tendu (test d'Anvil) est une autre façon de susciter la douleur de la hanche à la racine du membre.

Dans la mobilisation passive pluridirectionnelle, une limitation douloureuse dans tous ou presque tous les azimuts fait supposer une coxopathie : arthrose, nécrose fémorocapitale, synoviopathie. . . Mais, à l'opposé, si la douleur et/ou la limitation est majoritairement, électivement ou même exclusivement recréée par une seule manœuvre d'examen, cela soulève des hypothèses différentes :

- si seule (ou presque) la rotation externe, cuisse en flexion à 90°, est douloureuse, il faut envisager, surtout chez les femmes d'âge mûr, une tendinobursite trochantérienne dont on recherchera les signes assez sensibles et spécifiques suivants : debout, reproduction de la douleur par l'appui monopodal maintenu 30 secondes ; en décubitus dorsal, douleur par la dérotation externe active contrariée (Fig. 1) [1] et, en décubitus latéral, douleur lors de la pression de la région trochantérienne et de l'abduction active puis contrariée à zéro, 45 et 90° de flexion de la cuisse (cf. l'article de Bard, et al. « tendinobursites trochantériennes et ruptures du moyen glutéal » dans cette double monographie) ;
- si aucune des manœuvres sus-décrites ou combinaison de manœuvres n'est positive ou convaincante, il faut envisager des hypothèses moins courantes et tester :
 - la flexion avec rotation interne associée,



Fig. 1. Rotation externe active contrariée.

- l'élévation active du MI tendu au-dessus du plan du lit,
- la déflexion lente, autofreinée du MI tendu de 70 à 0°,
- la pression du pli inguinal et de tout l'environnement osseux de la coxofémorale.

La flexion avec rotation interne de la cuisse (Fig. 2a et b) et/ou adduction est souvent électivement douloureuse dans le conflit antérieur fémoroacétabulaire (Cafa) [2]. Il faut toujours y penser, surtout chez l'adulte de moins de 50 ans, fréquemment mais non toujours sportif (cf. l'article de Lequesne et Gédouin « conflit antérieur fémoroacétabulaire » dans cette double monographie). C'est une manœuvre non spécifique, mais très évocatrice si les autres mouvements passifs sont peu ou non douloureux.

L'élévation active du MI tendu au-dessus du plan du lit est impossible dans le syndrome clinostatique du MI. Cette pseudo-paralysie, classiquement mais non toujours indolore, s'observe dans les malignités osseuses péricoxofémorales, notamment les métastases du cotyle. Elle n'est pas spécifique : elle peut s'observer dans les coxopathies.

La déflexion lente, freinée du MI tendu est à rechercher si l'on soupçonne une tendinite du psoas ou surtout un conflit entre tendon du psoas et matériel de prothèse totale de hanche [3]. Dans ce dernier cas, le patient partant d'une flexion de 70° du MI tendu sur le bassin, la douleur survient vers 45 ou 30° et elle

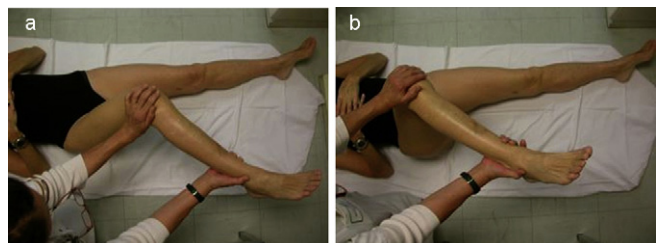


Fig. 2. a : flexion avec rotation interne de la cuisse ; b : idem, plus ample.

varie en intensité selon que la déflexion a lieu dans l'axe ou avec une abduction ou une adduction associée.

Une bursite antérieure du psoas peut donner les mêmes signes et, de plus, une vive douleur à la pression du pli inguinal.

Enfin, la pression osseuse sur l'ischion, la branche ischio-et/ou iliopubienne, le pubis, le trochanter doit être systématique à la recherche d'une fracture de contrainte, d'une enthésopathie, voire d'une néoformation osseuse.

Au terme de cet examen, c'est presque toujours une radiographie qui sera demandée dans un premier temps : cliché du bassin de face et de faux profil, toujours comparatif droit et gauche, incidence qui peut montrer un pincement antérosupérieur ou postérieur invisible de face dans les coxarthroses peu évoluées. Ce complément peu coûteux évite bien des IRM de paresse demandées devant un cliché du bassin de face non décisif [4].

Lorsque ces radiographies sont normales ou non contributives, les données du terrain (âge, sexe, indice de masse corporelle), de l'interrogatoire, y compris les pistes étiologiques, et de l'examen mènent à des hypothèses de probabilité inégale, en fonction desquelles on choisira l'imagerie de deuxième intention (cf. l'article d'Anne Cotten).

3. Évaluation de la douleur et du déficit fonctionnel

Les décisions thérapeutiques dépendent de multiples facteurs : âge, sexe, profession, antécédents, comorbidité, etc., mais deux de ces facteurs ont une importance particulière, notamment pour le choix entre traitement conservateur et chirurgical : la douleur et la gêne fonctionnelle et leur persistance éventuelle sous traitement médical correct. La douleur est évaluée sur l'échelle visuelle analogique (EVA) de dix millimètres, bien classique et cotée de zéro à 100. La gêne fonctionnelle peut être mesurée soit par l'indice algofonctionnel, soit par le Womac, soit par une échelle écrite de handicap auto-évalué à 12 items [5]. L'avantage du Womac est qu'il peut être renseigné par le patient par écrit, mais après explications.

L'avantage de l'indice algofonctionnel est sa valeur pour l'indication opératoire : à 12 ± 2 points, malgré un traitement conservateur valable, la prothèse totale de hanche est justifiée [5]. L'échelle écrite à 12 items que nous utilisons couramment (Tableau 1) doit être lue par le malade qui choisit l'item adéquat. Son niveau de « handicap » peut moduler ou relativiser le score de l'indice algofonctionnel, selon les composantes de la vie personnelle de chaque patient. Elle est préférable à l'EVA de handicap sur 100 mm parce que le fait de remplir successivement deux EVA, douleur et handicap, crée un biais d'interprétation et de notation chez bon nombre de patients. Selon notre expérience, les patients perçoivent mieux la différence entre niveau de douleur et niveau du handicap si les présentations d'échelles sont différentes : l'une visuelle, l'autre écrite.

En conclusion, la démarche sémiologique proposée, qui s'étend en général sur deux ou trois consultations si le malade est dépourvu de clichés au départ, permet de prendre les décisions d'imagerie et de biologie complémentaires ainsi que de stratégie thérapeutique optimale au meilleur coût. Cette

Tableau 1

L'échelle écrite de handicap auto-évalué [5] à faire cocher par le patient.

Compte tenu de votre gêne dans votre vie de travail, de loisirs, de famille, votre handicap vous paraît-il :

- Nul
- Minime
- Entre minime et modeste
- Modeste
- Entre modeste et moyen
- Moyen
- Entre moyen et important
- Important
- Entre important et très important
- Très important
- Entre très important et extrême
- Extrême

dernière composante est hélas souvent négligée. Cependant, il est de notre devoir d'en tenir compte.

4. Les erreurs courantes à éviter

4.1. Interrogatoire

Les erreurs courantes à éviter pendant l'interrogatoire sont :

- le site de la douleur : se contenter de la dénomination verbale du patient crée une incertitude initiale souvent très dommageable : il faut se faire montrer du doigt le siège et les irradiations ;
- l'imprécision chronologique : « hanche douloureuse depuis x mois » ne suffit pas ; il faut distinguer la douleur intermittente (depuis quand ? déclenchée par quoi ?) et la douleur quotidienne (ancienneté ? cause déclenchante ?), faire dire si les deux se sont succédées. Exemple : dans le Cafu, il est fréquent que la douleur ait été intermittente ou à accès espacés pendant des mois ou des années ;
- le mode de vie : efforts physiques professionnels et performances sportives ; laisser dans l'ombre l'ancienneté, la durée, l'intensité (nombre d'heures par semaine), le niveau (sports de compétition ?), les variétés (quels sports et depuis quel âge ?) empêcherait de les juger comme facteurs de risque plausibles ou non.

4.2. Examen

Ne pas examiner la hanche controlatérale parce qu'elle est indolore, c'est risquer de méconnaître qu'elle est peut-être déjà limitée (début de bilatéralisation ?) ou au contraire hypermobile, ce qui peut faire découvrir une hyperlaxité généralisée (examen du rachis et des autres articulations).

Oublier de mesurer et de suivre l'enraidissement et le déficit musculaire... Or, ils peuvent, autant que l'impotence douloureuse et sont invités à une PTH sans trop tarder.

Tendons facilement méconnus. Une boiterie ou une douleur postérieure peuvent ressortir à une tendinopathie, une calcification, voire une rupture partielle des ischio-jambiers : la douleur

est recréée par la mise en tension passive (manœuvre de Lasègue) et surtout active des ischio-jambiers : le MI tendu à 80 à 90° au-dessus du plan du lit, la flexion contrariée du genou (en extension au départ) tire électivement sur l'insertion ischiatique des tendons. De même, frotter le pied d'avant en arrière sur le sol met en lumière douleur ou faiblesse (signe du paillason).

4.3. Décisions d'examen complémentaires

Un test utile pour évaluer les meilleures hypothèses est sous-utilisé : c'est l'injection intra-articulaire de hanche radioguidée, soit de procaïne : « bloc anesthésique », soit d'un cortisonique ; ce test est généralement positif (rémission franche de la douleur) dans la coxarthrose infraradiographique, les synoviopathies (synovite villonodulaire, coxite inflammatoire) et négatif dans les affections osseuses pseudoarticulaires : nécrose fémorocapitale, fracture de contrainte cotyloïdienne ou céphalique, ostéome ostéoïde. . .

Le faux profil limité à la seule hanche douloureuse est une fausse économie. Le côté indolore est indispensable comme étalon de comparaison pour déceler un pincement modeste ou atypique, une géode, un ostéophyte du côté atteint.

On voit trop souvent des IRM de hanche conseillées trop tôt sans discernement. Exemple : la douleur est inguinale, la radiographie est normale : pourquoi une IRM en 2^e intention ? L'échographie, peu coûteuse, non irradiante, peut déceler non seulement une bursite, une tendinite du psoas, mais encore une

hernie inguinale ou crurale, hernies dont la fréquence est fort sous-estimée (J.-L. Brasseur). Autre exemple : la douleur est trochantérienne, la radiographie et l'échographie peuvent suffire à confirmer la tendinobursite glutéale.

La scintigraphie peut passer avant l'IRM pour cibler la zone d'intérêt dans les fractures de contrainte, l'algodystrophie, l'ostéome ostéoïde. . .

Au terme de l'examen clinique, a-t-on bien mis en œuvre les imageries pertinentes peu ou non irradiantes avant de demander un arthroscanner ? Celui-ci, certes souvent irremplaçable, inflige une dose de sept à neuf milisieverts (radiographie standard : 1,8), ce qui compte, surtout à l'égard des ovaires.

Références

- [1] Lequesne M, Mathieu P, Vuillemin-Bodaghi V, et al. Gluteal tendinopathy in refractory greater trochanter pain syndrome: diagnostic value of two clinical tests. *Arthritis Rheum (Arthritis Care Res)* 2008;59:241–6.
- [2] Ganz R, Parvizi J, Beck M, et al. Femoroacetabular impingement. A cause of osteoarthritis of the hip. *Clin Orthop* 2003;417:112–20.
- [3] Mathieu P, Lequesne M, Bonnat D, et al. Le conflit psoas-matériel de prothèse totale de hanche (PTH). Aspects cliniques, imagerie, tomodensitométrie (TDM). In: Lequesne M, Nordin JY, Chevrot A, et al., editors. *Imagerie de la hanche*, Getroa, opus XXVI. Montpellier: Sauramps; 1999. p. 331–6.
- [4] Lequesne M. The false profil of the hip. Role, interest, economic considerations. *Joint Bone Spine* 2002;69:109–13.
- [5] Lequesne M, Maheu E. Clinical and radiological evaluation of hip, knee and hand osteoarthritis. *Aging Clin Exp Res* 2003;15:380–90.