

HANCHE DOULOUREUSE

Remarque : les articulations les plus touchées par les rhumatismes sont l'épaule, la hanche, le genou ++ et le rachis +++ : lorsque les douleurs sont disséminées au sein du **squelette axial**, il faut craindre des **métastases**. En revanche, les métastases sont rares dans le squelette périphérique.

Une histoire vraie :

- En montant en avion à Nice, tout va bien. A Orly : la patiente boîte, puis à Paris elle ne peut presque plus marcher : **prudence** du fait de l'évolution très rapide.

Examen clinique et para clinique :

- **Hanche algique à la mobilisation**, ganglions durs dans l'aîne
 - **Scintigraphie osseuse positive**, hyperfixation disséminée dans le squelette
 - **IRM positive** → structure osseuse hétérogène
 - **Biopsie osseuse** affirme la présence de métastases.
 - Remarque: si micro-traumas sur les métastases → micro-fractures sur le cotyle → douleur intense et impotence absolue.
-
- Ostéopathie reconnue, les patients consulteront directement l'ostéopathe : impérativement le diagnostic médical doit précéder le diagnostic ostéopathique → **COMPÉTENCE INDISPENSABLE**

I – DIAGNOSTIC POSITIF

1) Topographie de la douleur :

- Aîne le plus souvent
- Irradiation antéro-interne jusqu'au genou
- **Genou seul, c'est un piège**
- Fesse avec parfois Pseudo-sciatique qui ne dépasse pas le genou
- Grand trochanter ou rétro trochantérienne avec parfois des irradiations vers le genou
- Douleur obturatrice interne
- On peut avoir 2, 3 ou toutes les douleurs à la fois mais en général l'une d'entre elles est prédominante.

Remarque :

* **La douleur trochantérienne ressemble à la douleur de tendinite du moyen fessier**. La tendinite du moyen fessier est à la fois un diagnostic différentiel et parfois elle est associée à la pathologie de la hanche (coxarthrose souvent).

* **La douleur fessière descend parfois en arrière de la cuisse**, on parle alors de **pseudo-sciatique**.

*Les spasmes du **pyramidal** provoquent des « fausses sciatiques » qui rarement descendent jusqu'au pied. Dans n'importe quelle pathologie de la hanche, le pyramidal peut se contracter, alors il y a compression du sciatique et des irradiations descendantes.

2) Impotence fonctionnelle :

Le PM : périmètre de marche, s'asseoir sur les toilettes, enfiler ses chaussettes

3) *examen clinique* :

- Très souvent limitée en amplitude :
 - * active
 - * passive (+++, plus facile à examiner)
- Atrophie de la cuisse (peu fréquente sauf la tuberculose de hanche qui donne une amyotrophie importante) utilité du mètre de couturière.
- **Boiterie fréquente** mais les patients s'en plaignent peu.
- **Palpation / symétrique** : on recherche des points douloureux en avant, sur le grand trochanter, en arrière sur le pyramidal, palpation du tendon du moyen fessier et du petit fessier. On recherche aussi des adénopathies et, debout, une hernie à la toux.
- **Flexum de hanche et RE** → debout et allongé (attitude antalgique spontanée)

4) *Radio* :

- **Face debout + faux profil de Lequesne** : les pôles de hanche ne se superposent pas l'une sur l'autre donc c'est un faux profil.
- **Interlignes** : pas facile à interpréter parce qu'ils sont d'épaisseur variable selon les patients (de 3 à 5 mm). Généralement plus large en externe qu'en interne → examen comparatif gauche / droite.
- **Os sous-chondral** : si c'est de l'arthrose : os sous-chondral densifié dans la zone portante +++. Sa densification se fait là où se trouve le poids → dans la partie sup +++.
Quand le cartilage souffre, l'os sous-chondral se densifie → cela crée un *soutien* là où le cartilage est faible, dans les zones de pression et d'amincissement du cartilage.
- **Cotyle et ses angles** : souvent dysplasique donc pb depuis la naissance → insuffisance cotyloïdienne (insuffisance de couverture externe + obliquité du toit exagérée)
- Tête et sphéricité : taille, forme de la tête, sphéricité parfois diminuée (exemple des coxarthroses et coxa plana) (→ sommet de la tête déformé, aplati). Dans le cas de l'ostéonécrose aseptique, la partie sup présente un méplat.
- **Grand trochanter** : calcification (exprime la souffrance du tendon, calcification qui peut être asymptomatique). Ce n'est pas la calcification dans le tendon qu'il est douloureuse.
- **Col et fracture** : chez les personnes âgées, fractures de col (+++). Certaines de ces fractures se font en 2 temps :
 - La personne tombe, douleur, boiterie mais radio normale → en général les radios ne montrent pas les fractures **non déplacées** : pas d'intervalle entre les 2 os (pendant les 15 premiers jours comme dans les cas de fractures de fatigue). Puis la personne déplace les deux fragments et la fracture devient visible à la radio accompagnée de l'impotence totale.

- L'architecture de l'os mieux visible au scanner qu'à la radio. Même si le trait de fracture n'est pas visible, on voit, après 10 à 15 j, une déminéralisation des berges fracturaires)

Remarque : Fracture consolidée = trait blanc et fracture déplacée = trait noir

- **lésion lytique** :
 - on recherche obstinément une lyse, parfois difficile à voir, en général métastatique ou Myélome

- **lésion condensante**

une condensation du bassin peut révéler :

- * maladie de Paget surtout si la ligne innommée est condensée
- * métastase de cancer de la prostate
- * un banal îlot condensant bénin

une condensation d'une lombaire : **vertèbre d'ivoire** peut révéler :

- * une métastase
- * un lymphome
- * une infection de la vertèbre

Remarque : l'IRM montre très mal le cartilage mais très bien les ligaments.

5) *Diagnostic différentiel* :

- **Radiculalgie** : * L3 – L4 → cruralgie
* L5 – S1 → sciatique
- **Méralgie** = cruralgie paresthésique :
Touchant le nerf fémoro-cutané (uniquement sensitif). Le nerf se trouve étranglé entre les 2 épines iliaques (notamment si prise de poids) ; (le ligament se sclérose un peu). Cela se traduit par une douleur à la face antéro-latérale de cuisse avec une sensation de moins bonne sensibilité.
- **Problème au niveau du pubis, articulation sacro-iliaque ou lombaire** (articulation post) : par tendinite des adducteurs qui se répercute sur l'os (IRM +++ → hyposignal au niveau osseux)
(une pathologie sacro-iliaque particulière qui donne des fessalgies qui peuvent irradier à la face post de la cuisse : arthrite inflammatoire des SI : maladie spécifique = arthrite bilatérale rhumatoïde = pelvi-spondylite → commence toujours radiologiquement par une arthrite bilatérale)
 - Syndrome de Maigne :
* Articulaires post de la région D12 – L1 qui irrite le nerf qui va jusqu'à la fesse → douleur la plus intense à la fesse alors que l'irritation se trouve au niveau de D12 – L1
 - Autres douleurs en rapport avec les rameaux post et articulaires post.
* Articulaires des niveaux sous-jacents L1 – 2 – 3 → douleur latérale et antérieure
* L5 – S1 → douleur à type sciatique, possibilité d'irradiation jusqu'au talon

- **Hématome du psoas** : (sous anti vitamine K) échographie, TDM, scanner. Il peut donner une cruralgie par compression du N crural dans la gaine du psoas.
- **Os du bassin** :
Ces os sont à examiner **indépendamment** de l'articulation coxo-fémorale.
 - tumeur osseuse primitive, métastases, myélome
 - Fractures, fissures de fatigue
 - Ostéite (infectieuse ++),
 - Paget (scintigraphie – IRM) → coxarthrose pagétique. Elle est souvent symptomatique lorsqu'elle touche une articulation
 - ostéomalacie
 - Atteinte des sacro-iliaques, arthrose, arthrites
- **Douleurs viscérales** projetées du petit bassin et de la fesse et rénales
- **Artérite** = claudication d'effort (très rare) : fréquente dans le mollet, rare dans la hanche.

Remarques :

- *Devant une douleur de hanche, l'IRM montre très bien l'**œdème osseux**
- Gado (produit d'injection qui modifie les contrastes → sensibilise l'IRM)
- Le Gado fait disparaître l'œdème simple, ce qui permet de voir si une pathologie est sous-jacente à l'œdème.

- *Fracture du col chez les personnes âgées :
- Déplacement parfois dans un deuxième temps
- Impotence absolue
- Raccourcissement
- RE

Même si pas de trait à la radio, craindre les fractures non déplacées.

Scintigraphie : toujours image importante au niveau de la vessie → produit éliminé par les urines.

6) Diagnostic étiologique :

a) Sans inflammation :

- **VS et CRP normales , causes fréquentes** :
 - Trauma
 - Coxarthrose : très fréquente
 - Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale = ONATF
 - Maladie de Paget
 - Tendinite du moyen fessier : très fréquente, souvent signe associé d'une autre pathologie (coxarthrose ++)
- **VS et CRP normales causes rares:**
 - Chondromatose + ostéochondromatose
 - Algodystrophie

- Spasmes du pyramidal : qui peut s'accompagner de fausses sciatiques
- Pathologie du bourrelet glénoïdien
- Tumeur de la synoviale : Synovialome
- Synovite villonodulaire
- Dystrophie de croissance
 - * coxa plana = ostéochondrite
 - * coxa retrorsa = épiphysiolyse
- Ostéome ostéoïde : tumeur bénigne avec sensibilité à l'aspirine

b) Avec inflammation :

- Coxite rhumatoïde PR
- Coxite de la SPA
- Coxite infectieuse à germes banals
- Coxite infectieuse à bacille de Koch = « coxalgie »
- Coxite microcristalline (CCA, Hydroxyapatite)

II – LES COXARTHROSES

1) *Signes fonctionnels : la douleur*

- Inguinale +++
- Trochantérienne ++
- Fessière +
- Obturatrice +
- Gonalgie isolée

2) *Irradiations* : jusqu'au genou maximum

- Face ant de cuisse
- Face lat de cuisse
- Face post de cuisse
- Face interne de cuisse

✓ PSEUDO RADICULAIRES

✓ GONALGIE ISOLEE

3) *Horaires : mécanique*

- Dérouillage matinal **bref** → douleur aux 1ers pas
- Augmentation de la douleur à la marche
- Diminution de la douleur au repos
- Pas de douleur nocturne (contrairement aux pathologies inflammatoires).
- Deux exceptions :
 - Pas de douleur nocturne... sauf si mouvement pour changer de position de sommeil.
 - Lors des poussées congestives d'arthrose, le sujet présente un recrudescence nocturne de la douleur.

4) *Limitation de l'amplitude*

- **Limitation RI**, à 90° de flexion + appui dans l'axe du fût
- Faber positif, cheville / genou opposés, difficultés d'abd.
- Limitation Genou → épaule opposée

5) Radio

• Signes d'arthrose :

- Ostéophytes (dans les zones non portantes).
- Pincement de l'interligne (dans les zones portantes) souvent supéro-ext.
- Condensation (de part et d'autre du pincement), condensation surtout sur le cotyle.
- Géodes sous-chondrales (stades plus tardif ; grosses géodes contrairement à l'arthrite).
- Déformation de la tête (après 10 – 20 ans d'évolution).

Présentation de radiographies :

- *Radiographie d'une coxarthrose polaire interne* : Le plus souvent elles sont polaires externes.

- *IRM d'une chondrolyse rapide CDR de hanche* : Le cartilage disparaît en 18 mois (dans les cas lent, il met 10 – 20 ans à disparaître) → œdème osseuse sous-chondral et profond lors des formes rapides.

Si lors de l'injection de Gadolinium, les taches noires au niveau du cotyle disparaissent → c'était donc bien de l'œdème osseux.

Un triangle noir au niveau de la tête indique une souffrance, un œdème de l'os (hyposignal).
Épanchement présent dans la CDR: rare dans les formes lentes d'arthrose.

- *Radiographie d'une hanche*: Ilot condensant bénin (os cortical au sein du spongieux) ; très fréquent sur le trochiter.

- *Radiographie d'une poussée de coxarthrose congestive* : « inflammatoire » ; épanchement intra-articulaire (rare).

• **Malformations préexistantes** dans 50 % des cas de coxarthroses:

- Responsables d'arthroses beaucoup plus rapides que chez les sujets sains.
- Maladie luxante ++ (le toit du cotyle est plus étroit et couvre moins de surface de la TF)
- Epiphysiolyse de la TF : coxa retrorsa
- Ostéochondrite de la TF : coxa plana
- Protrusion acétabulaire (c'est le contraire d'une maladie luxante. De plus, la tête pénètre au cœur du bassin)
- Fractures du cotyle

Présentation de radiographies :

- *Radiographie d'une pathologie luxante* : avec dysplasie et déformation.

- *Coxa vara*: Elle est héréditaire et congénitale. L'angle cervico-diaphysaire est inférieur à 120° → Favorisation de la coxarthrose. Déficit de la couverture du cotyle, sourcil cotyloïdien condensé → signes d'arthrose.

- *Epiphysiolyse ancienne = coxa vara ou retrorsa*: La tête est tombée (glissée) en dedans et en arrière. Elle survient chez le jeune et ensuite il y a création d'arthrose puisque la TF n'a pas sa forme normale.

6) Etiologies des coxarthroses secondaires :

-DYSPLASIE CONGÉNITALE LUXANTE , insuffisance cotyloïdienne ++

-Sub-luxation +

-Protrusion acétabulaire +

-PAGET +

-ONATF +

- Epiphysiolyse = Coxa vara ou retrorsa (problème de cartilage)
- Ostéochondrite = Coxa plana (nécrose de l'os)
- Post-traumatique (fracture, luxation)
- Post-infectieux (arthrites)
- Post-coxites inflammatoires
- CCA chondrocalcinose

Toute pathologie de hanche peut finir par s'arthroser.

Présentation de radiographies :

- Radiographie de l'intégrité du cartilage chez un enfant en position de grenouille :

Angle VCE:	Age	Angle minimal physiologique
	5-8	19°
	9-12	12-25°
	13-20	26-30°

- Radiographie d'une coxométrie de face: HTE excessif et VCE diminué.

Angle CC'D du col = 130-135 ° (normal inf à 120 ° si cliché en rot int de 20°)

Angle HTE 20° (normal = 12°)

Angle VCE 10° (normal= 25 °)

- Radiographie d'une douleur mécanique de hanche chez une femme de 30 ans : Au départ on a une butée suivie quelques années après d' une prothèse de hanche (PTH).

Remarque : au scanner on peut mesurer l'angle d'antéversion des cotyles et d'antéversion du col = 30°.

- Radiographie d'arthrose au niveau de la coxo-fémorale : On remarque une dysplasie cotyloïdienne (angle HTE > 10°) et une insuffisance cotyloïdienne (VCE < 125°).

- Radiographie de dysplasie chez l'enfant : On observe une distance entre le trou obturateur et le col ainsi qu'entre la TF et l'iliaque (la TF monte en haut et en dehors).

- *Radiographie d'une protrusion acétabulaire* : VCE = 35-40°. Il y a une limite de mobilité et une coxarthrose : principalement un pincement interne (mieux accepté que l'externe). L'interligne est no conservée.

- *Radiographie de coxarthrose et Paget*: Il y a épaissement de la corticale interne, dédifférenciation cortico-spongieuse et pincement.

Angle VCA (ant) = VCE (externe)

Parfois le déficit est ant et externe. Il existe par ailleurs des coxarthroses à pincement post que l'on ne voit qu'au scanner.

Remarque : lorsque l'on a une hanche douloureuse, on regarde les SI et le dos.

7) Pathologies chez l'enfant :

Il en existe 2 principalement :

- Epiphysiolyse = coxa vara ou coxa retrorsa (problème du cartilage de conjugaison)
- Ostéochondrite = coxa plana (pseudo-ostéonécrose de la TF chez l'enfant)

a) Epiphysiolyse (très rare) : coxa retrorsa

- Touche principalement les garçons, 2 garçons pour 1 fille
- En période pré pubertaire
- Se bilatéralise dans 20% des cas
- Concerne une LESION DU CARTILAGE DE CONUGAISON
- Qui se manifestera soit par un glissement progressif soit par un glissement brutal

Présentation de radiographies :

- *IRM montrant l'aspect du cartilage de conjugaison à l'adolescence* : Il est penché en bas et en avant. Lorsque le patient est debout 2 forces s'opposent : le poids du corps appuyant sur la tête et la résistance au sol qui constitue une force de cisaillement qui fait que si le cartilage n'est pas solide, la tête glisse en dedans et en arrière.

- *Schéma de la ligne de Klein* : La ligne physiologique coupe normalement le sommet de la tête et la distance du vecteur entre le cartilage et le sommet de la tête est à prendre en compte. Dans les cas pathologiques : la ligne ne coupe plus la tête et la hauteur du vecteur diminue.

• Glissement progressif :

- Diagnostic plus difficile
- Douleur PROGRESSIVE
- +/- BOITERIE
- **FLEXION LIMITEE** (parce que la tête est partie en arrière, et se retrouve donc déjà en position de flexion)
- Plus limité en RI qu'en RE

• Glissement brutal :

- Equivalent à une « fracture » du col
 - **IMPOTENCE TOTALE**
 - Adduction
 - Raccourcissement
 - RE
- **Radio :**
 - Métaphytose isolée = aspect FEUILLETE du cartilage
 - **La tête glisse en bas par rapport au col**
 - **Et en arrière sur le profil de hanche**

Présentation de radiographies :

- *Radiographie en position de grenouille = position de Lauenstein* : Dans cette position, on vérifie l'intégrité des cartilages (lignes des cartilages en Y, ligne faisant le tour de la tête → continuité des lignes dans un cas sain).

- *Radiographie d'épiphyse d'une hanche droite d'une enfant de 13 ans* : Elle aura un handicap définitif puisque la TF glisse en dedans et en arrière (si 1 glissement est d'1 cm en arrière, la patiente peut se mettre en Lauenstein mais si le glissement est total c'est impossible). Pour éviter l'aggravation, on met une vis des 2 cotés (car la maladie est très souvent bilatérale).

Entre 2 et 3 ans, on doit la suspecter si une hanche est douloureuse et si boiterie.

b) Ostéochondrite : coxa plana

- A l'inverse de l'épiphyse, elle touche à 80% les garçons et à 20% les filles
- C'est la version infantile de l'ostéonécrose aseptique de la TF
- Touche les enfants de 4 à 12 ans
- Bilatérale dans 10% des cas
- Physiopathologie : **NECROSE** ischémique du noyau épiphysaire fémoral sup (cette pathologie concerne tout le noyau de la tête ; à contrario elle ne concerne qu'1/3 ou 1/4 de la TF chez l'adulte)

Présentation de radiographies :

-*Radiographie d'une TF normale*: Elle est homogène, sphérique.

-*Radiographie d'une TF pathologique*: Elle est inhomogène, molle donc la TF est aplatie à cause du poids du corps = méplat.

- Signes fonctionnels :
 - Douleur progressive
 - Boiterie / fatigue
 - Limitation → extension
→ abduction

→ rotation

-*Radiographie en Lauenstein:*

Sujet sain : la tête est ronde.

Sujet pathologique : elle a perdu sa rotondité

On observe une continuité de la ligne cartilagineuse autour de la tête : pas de glissement de la TF mais dans les deux cas, il existe une différence de hauteur de la TF.

-*Radiographie d'une pathologie lente :* L'évolution se fait sur 30 mois sur 4 phases :

1- **INTERLIGNE conservée voire augmentée** (car la TF s'aplatit). +/- aspect en coquille d'œuf dans certains cas : désolidarisation de l'os et du cartilage. En effet, lorsque l'os se tasse et que le cartilage reste en hauteur, il arrive qu'une partie de l'os reste collé au cartilage → coquille d'œuf.

2- **CONDENSATION**

3- **FRAGMENTATION** : la TF devient hétérogène (certaines zones sont denses et d'autres non).

4- **REPARATION : PLANA** (Si non diagnostiqué → coxarthrose et prothèse de hanche entre 20 et 30 ans).

c) *Rhume de hanche :*

8) Pathologies chez l'adulte :

a) **ONA TF = ostéonécrose aseptique :**

- **Signes fonctionnels au début :**

- DOULEUR le plus souvent

- **Début AIGU dans 1/3 des cas :**

- * + à la toux

- * + **LA NUIT**

(C'est une des rares pathologies qui a une recrudescence nocturne sans être infectieuse ou inflammatoire ; en effet AVS, CRP et EG non altérés).

- **Début PROGRESSIF dans 2/3 des cas :**

- * Douleur mécanique

- * + **LA NUIT**

- Dans quelques cas, il y a parfois une latence = pas de douleur ni signes fonctionnels

- **Examens au début :**

- hanche peu ou non limitée et douloureuse.

- **Radio au début :**

- RETARD RADIO pendant 1 à 4 mois : NORMALE

- Intérêt IRM

- **Radio ensuite :**

- Densification TF sauf bande claire (démérialisée) séparant la zone nécrosée du reste de la TF

- Enfoncement, décroché, méplat

- Cotyle normal

- Interligne normale
- +/- coquille d'œuf

Présentation de radiographies :

-*Radiographie d'une hanche mécanique normale ou presque* : penser à l'ONA TF, algodystrophie, coxopathie débutante, chondromatose, fracture de fatigue du col.

-*Radiographie d'une nécrose confirmée* : Cotyle normal, interligne normale ou augmentée, absence d'ostéophytes, bande claire, ostéocondensation, méplat, décroché, coquille d'œuf.

-*IRM d'ONA TF* : Avantage : nécrose (diagnostic précoce) immédiatement visible en 24h – le liseré de limitation de la nécrose est visible quand elle est anfractueuse).

Décroché + méplat → l'ensemble réalise un enfoncement.

Géodes = signe fonctionnel de coxarthrose

Pas de signes d'ostéophytose : souvent sur le cotyle alors que normalement c'est un stade précoce de la coxarthrose.

-*IRM d'ostéonécrose bilatérale*:

→ Signal inflammatoire d'un côté

→ Signal graisseux de l'autre

-*Scanner* : La TF perd de sa sphéricité, elle est hétérogène.

- **Evolution** :

- Bilatéralisation ++
- Stabilisation dans 50% des cas en 2 ans de décharge par cannes anglaises
- Coxarthrose IIr dans 50% des cas (2^e cause après la dysplasie)
- Greffe osseuse avant l'installation du Méplat

a) **Autres causes de coxarthrose adulte** : Coxarthrose favorisée par : le sport, l'hérédité (possiblement), les coxites infectieuses et rhumatoïdes, la protrusion acétabulaire, l'algodystrophie.

IV – COXOPATHIES PAGETIQUES

1) clinique

- 50 % de latence
- 50 % douleur **mécanique** progressive
- A l'examen : * limitation modérée des amplitudes
* +/- respect des rotations

2) Radio :

PAGET sur le cotyle et /ou sur la TF
Pincement de l'interligne plutôt **interne**

Tendance à la protrusion acétabulaireOstéophytose **nulle ou faible**Os mou → **déformations****Présentation de radiographies :**

-Radiographie d'une coxarthrose pagétique : On aura plus la tendance protrusive quand le cotyle est atteint plutôt que la TF. Le 1^{er} signe est l'épaississement de la ligne ilio-ischiatique ; le cotyle est mou → la tête rentre à l'intérieur → protrusion.

V – COXITES

C'est une pathologie inflammatoire.

Il en existe 3 types :

- 1)Aigue infectieuse
- 2)Tuberculeuse = coxalgie (chronique)
- 3)Rhumatismale isolée

INTERET BIOPSIE**1) Coxite à germes banals :**

- **Signes fonctionnels :**

- **Syndrome INFECTIEUX BRUTAL 39 ou 40°**
- **Syndrome ARTICULAIRE AIGU**
- Douleur insomniante
- Impotence totale

- **Position antalgique :**

- Flexum
- Abduction
- RE

- **BIOLOGIE :**

- **VS, CRP, PNN augmentent**
- HEMOCULTURE recherche le germe, mais ne le trouve pas toujours
- PONCTION → germes et + de 2000 à 3000 éléments/mm³, PNN altérés

- **STAPHYLO : +++ le plus fréquent**

Mais aussi : Gonocoques Entérocoques Brucella

- **Radio au début :**

- **Normale » 2 à 4 semaines** : il y a des signes mais minimes, par exemple la dilatation des tissus mous est un signe d'épanchement intra-articulaire.
- **IRM ou échographie : épanchement**

- **Radio évoluée :**

Déminéralisation diffuse régionale

- **Radio plus évoluée:**
 - Aspect grignoté de l'os sous-chondral
 - Pincement de l'interligne
- **Et tardivement :** Coxarthroses secondaires

Présentation de radiographies :

-Radiographie d'une coxite et d'un problème de symphyse chez un sujet âgé : On remarque le pincement **complet** par rapport à l'arthrose.

2) *Coxite tuberculeuse = coxalgie :*

DIAGNOSTIC DIFFICILE

Touche les africains ++

- **Signes fonctionnels :**
 - Trompeurs : biopsie souvent indispensable
 - Insidieux : * douleur de hanche, +/- genou
 - * Inflammatoire ou mécanique
 - * EG SOUVENT CONSERVE
- **Signes physiques :**
 - **Diminution de l'HYPER-EXTENSION**
 - Raideur douloureuse en fin de course
 - Evoquer une coxite devant : amyotrophie du quadriceps
- **Radio :**
 - **En RETARD de plusieurs mois sur la clinique**
 - Donc : * échographie → ponction
 - * scanner
 - * IRM
 - * **BIOPSIE** chirurgicale si doute
- **Au stage évolué :**
 - Pincement de l'interligne +++
 - Géodes sous-chondrales +
 - Déminéralisation +++
 - Donc le BK est très **DESTRUCTEUR**

Présentation de radiographies :

-Radiographie d'une coxite tuberculeuse : pincement complet et important ; déminéralisation de toute la région ; géodes comparables à celles retrouvées dans les coxarthroses évoluées.

3) *Coxite rhumatismale isolée :*

- **Diagnostic d'exclusion** après avoir éliminé :
 - * coxites infectieuses décapitées / AB (antibiotiques)
 - * coxites tuberculeuses
 - * CDR (coxarthrose destructive rapide)
 - * ONA TF à pincement rapide

- **Signes fonctionnels :**
 - Douleur de rythme **INFLAMMATOIRE**
 - Intense
 - Nocturne
 - Dérouillage **LONG**
 - Enraidissement rapide
 - Impotence rapide
 - AEG fréquente

- **Signes physiques :**
 - **LIMITATIONS +++**
 - Rapides, majeures
 - Surtout en FLEXION
 - Flexion inférieure à 90° en 4-5 ans

- **Radio :**
 - 1) **PINCEMENT +++**
 - * dès la 1^{ère} radio
 - * GLOBAL plus souvent que PARTIEL
 - * disparition du cartilage en quelques mois
 - 2) **Micro-géodes sous-chondrales**
 - 3) Déformation de la TF et du cotyle

Présentation de radiographies :

-Radiographie d'une coxite rhumatismale chez une femme de 56 ans : disparition du cartilage et aspect enfractueux et petites géodes.

- **Biologie :**
 - Echographie
 - IRM → **Epanchement**
 - **PONCTION**

BIOLOGIE du liquide de ponction → **Liquide inflammatoire : albumine et leucocytes sup à 2000 ou 3000 mm³**

- * **stérile**
- * **sans micro-cristaux**
- * **VS et CRP augmentées**

- **Evolution :**

PSR ++ (SPA) = spondylarthrite ankylosante (débuté souvent par le rachis)

PR (PCE) = polyarthrite rhumatoïde (débuté le plus souvent par les extrémités)

Rhumatisme psoriasique

(Coxite rhumatismale primitive : elle reste isolée)

Présentation de radiographies :

-Radiographie d'une SPA débutante : sacro-iléite unilatérale: pseudo élargissement de l'interligne et érosions, géodes. Si on ne voit rien à la radio, on fait un scanner.

-Radiographie d'une spondylarthrite ankylosante rentrant dans le cadre d'une SPA: pincement (progressif), raideur, disparition complète des SI (soudure, après des années), les sacro-iléites de la SPA se bilatéralisent toujours.

VI – TENDINITE DU MOYEN FESSIER

- **Douleur :**

Grand trochanter

Face latérale de cuisse

Augmente à la marche, en général dans les escaliers

Augmente en décubitus latéral : difficulté à dormir

Augmente en abduction contrariée

Irradiation de cuisse peut orienter vers :

- * sciatique
- * coxarthrose et autres
- * spasme du pyramidal
- * souffrance des SI

Remarque : la tendinite du moyen fessier est souvent associée à une tendino-bursite ; l'inflammation est visible à la radiographie par un tendon blanc. Autrement dit, la tendinite est parfois isolée, mais elle accompagne le plus souvent une pathologie.

Présentation de radiographies :

-Radiographie de calcification du grand trochanter :

VII – BURSITE AIGUE DU GRAND TROCHANTER

- Tuméfaction fluctuante

- **Impotence quasi-totale**

- **VS augmentée**

- Diagnostic différentiel : coxites

Remarque : on voit la bursite à l'échographie.

Présentation de radiographies :

-Radiographie d'une tendino-bursite bilatérale des moyens fessiers: le moyen fessier écrase la bursite à la marche et provoque une douleur.