

DIAGNOSTIC D'UNE HANCHE DOULOUREUSE

Il est en règle facile parce qu'il s'agit le plus souvent d'une **coxarthrose** que l'on reconnaît sur la radio simple. Il faut néanmoins savoir qu'une douleur de hanche ne correspond pas toujours à une atteinte de la coxo-fémorale et que des arthropathies autres que l'arthrose peuvent être en cause.

DIAGNOSTIC POSITIF

C'est reconnaître l'origine articulaire de la douleur. Ce n'est pas toujours évident puisque par exemple aux USA environ 10% des prothèses sont posées sur des hanches normales. Le diagnostic repose sur un ensemble d'arguments :

1. Topographie de la douleur :

Evocatrice :

* douleur du pli de l'aîne, irradiant souvent à la face antéro-interne de la cuisse vers le genou (et pas en dessous du genou).

Moins fréquente et moins évocatrice :

- * **isolée** au niveau du **genou**
- * sur le grand trochanter ou la fesse
- * face postérieure de la cuisse, simulant une sciatique

2. Des signes d'examen clinique

- * Limitation douloureuse des mouvements de la hanche
- * Flexum de hanche, à distinguer d'un pseudo-flexum par flexum du genou, d'un Laségue permanent et d'un psoitis.
- * Syndrome clinostatique : impossibilité de soulever le membre inférieur étendu chez un sujet en décubitus dorsal.
- * Atrophie de la cuisse sans modification du réflexe rotulien
- * Boiterie

3. La radiographie du bassin de face.

C'est l'étape principale du diagnostic.

Le plus souvent elle montre des lésions de la **coxo-fémorale** qui permettent le diagnostic étiologique.

DIAGNOSTIC D'UNE HANCHE DOULOUREUSE

Ou bien elle montre des lésions osseuses du cotyle, du fémur ou d'une branche pubienne :

Fracture, **lésions lytiques ou condensantes généralement métastatiques.**

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il ne se pose que si la radiographie est **normale**. Il faut alors, pour orienter correctement les examens complémentaires, discuter les possibilités suivantes :

- * La simple **irradiation d'une arthrose lombaire** (des articulaires postérieures en particulier).
- * **Une sciatique, une cruralgie ou une méralgie paresthésique** (atteinte du fémoro-cutané avec hypoesthésie et paresthésie du bord externe de la cuisse)
- * **Une tumeur du petit bassin ou de la fesse.**
- * Une lésion osseuse décelable seulement par la scintigraphie ou l'IRM.
 - Une **artérite** (rare).

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- * Il est généralement fait sur la clinique et la radiographie simple, complétées au besoin par des examens biologiques et une ponction articulaire.
- * La liste des possibilités est limitée : (1)coxarthrose, (2)coxite, (3)ostéonécrose aseptique de la tête fémorale, (4) tendinite du moyen fessier, (5)algodystrophie, (6)tumeurs synoviale (chondromatose, synovite villonodulaire hémopigmentée, synoviosarcome).
- * Si la radiographie est normale, le diagnostic reposera sur l'**IRM** qui est l'examen de choix et qui tend à remplacer la **scintigraphie** suivie de la **tomodensitométrie**. L'arthrographie n'a plus d'intérêt aujourd'hui. La biopsie synoviale sous arthroscopie ou arthrotomie est rarement nécessaire.

A. La coxarthrose

Le diagnostic repose sur la **radiographie simple** (en s'assurant qu'il s'accorde avec la clinique et la biologie car la coxarthrose est banale et **peut être asymptomatique**).

Le cliché montre la coxarthrose, son stade évolutif, la topographie du pincement et éventuellement des lésions favorisantes (dysplasie et subluxation, protrusion acétabulaire, séquelle d'épiphysite ou d'épiphysiolyse, Paget..)

Une radiographie simple normale permet d'éliminer une coxarthrose.

DIAGNOSTIC D'UNE HANCHE DOULOUREUSE

La seule exception à cette règle est la **coxarthrose destructrice rapide où la radio peut être normale au début**. Le tableau clinique est celui d'une **coxite**, avec même souvent une légère élévation de **la VS et de la CRP**. L'IRM montre alors un **épanchement articulaire** qui se révèle **mécanique** à la ponction, ce qui permet le diagnostic. (CDR)

B. Coxite

* Le diagnostic est le plus **souvent évident** car la coxite survient **dans le cadre d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'une spondylarthropathie connue**.

* **Le problème n'existe que pour une coxite isolée**. On la reconnaît sur les douleurs inflammatoires, éventuellement la fièvre et les frissons, l'élévation de la VS et la CRP, la radiographie qui montre le **pincement articulaire diffus ou supéro-interne**, l'ostéoporose épiphysaire avec éventuellement **érosions** et géodes osseuse et avec la ponction articulaire qui montre **un liquide inflammatoire**.

* Si la radiographie est normale : l'arthrite ne peut être affirmée que par la ponction articulaire précédée d'une échographie ou d'une IRM pour visualiser l'épanchement.

* S'il s'agit **d'une coxite infectieuse**, le contexte, la bactériologie du sang et du liquide synovial sont généralement suffisants.

* Dans les autres cas il s'agit soit d'une **tuberculose** soit d'un **rhumatisme inflammatoire chronique débutant**. Le diagnostic peut être fait avec la biologie (Latex et Waaler Rose, anticorps anti-nucléaires, recherche de BK dans crachats et urines), la radio des poumons et l'aspect des sacro-iliaques. **Dans le cas contraire, la biopsie synoviale sera nécessaire**.

C. L'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (ONA).

C'est une nécrose osseuse ischémique du pôle supérieur de la tête fémorale.

- **On la reconnaît sur la radiographie simple** : l'os nécrosé prend un aspect condensé **très difficile à voir sur la radio au début**. Il se sépare de l'os sous-chondral donnant un aspect en **coquille d'oeuf très caractéristique**. L'affaissement du séquestre osseux entraîne un **aplatissement** localisé du contour de la tête fémorale et un **élargissement localisé de l'interligne articulaire**. La nécrose entraîne soit une arthrose secondaire soit plus rarement une évolution destructrice rapide.
-
- **Au début, les signes radiographiques peuvent être absents ou très difficile à affirmer. On fait alors le diagnostic sur l'IRM** qui montre un signal spécifique, et qui a remplacé le scanner précédé ou non d'un scintigraphie (cette dernière montrait une hyperfixation de la hanche avec parfois une zone centrale hypofixante évocatrice).
-

DIAGNOSTIC D'UNE HANCHE DOULOUREUSE

- Les signes cliniques sont ceux d'une arthrose avec parfois un début précis correspondant à la fracture du séquestre. Il n'y a pas de signes biologique particulier.
-
- * L'ONA peut être primitive ou secondaire (**éthylisme, corticothérapie, fracture et luxation de hanche, radiothérapie, maladie des caissons, drépanocytose, maladie de Gaucher**).
 - La pathogénie est mal connue : embols graisseux ou compression de la microcirculation par métaplasie adipeuse de la moelle osseuse.
 -
- * Le traitement est celui de la coxarthrose. A un stade très précoce, certains utilisent un forage du séquestre à travers le col fémoral.

D. La tendinite du moyen fessier (ou trochantérite ou périarthrite de hanche)

- * Elle se traduit par une douleur au niveau du **grand trochanter**, pouvant **irradier vers la face externe de la cuisse**, augmentée par la marche (**escaliers surtout**), le **décubitus latéral**, l'**abduction forcée**.
- * La mobilité de la hanche est normale, parfois douloureuse.
- * La radiographie est normale ou montre une calcification au niveau du grand trochanter.
- * Pas de signe biologique d'inflammation.
- * L'infiltration avec un corticoïde retard, sur le point douloureux, apporte la guérison qui est toujours favorable en quelques mois.
- * Possibilité de **bursite aiguë simulant une coxite avec élévation de la VS**.

E. Algodystrophie

- * Rare au niveau de la hanche. Idiopathique ou sur traumatisme ou grossesse.
- *

Elle se manifeste par des douleurs plus ou moins vives, causant une impotence et une boiterie importantes contrastant avec un faible enraidissement de la hanche .

- * Le diagnostic repose (1) sur la radiographie simple qui montre une ostéoporose souvent impressionnante de l'épiphyse fémorale sans pincement de l'interligne, et (2) une VS normale.
- *

Au début la radio est souvent normale.

Le diagnostic est alors fait sur l'**IRM** qui montre un signal assez spécifique (et l'absence d'autres causes possibles). Elle remplace la scintigraphie (hyperfixation) suivie du scanner.

- * Elle guérit sans séquelle en 2 à 6 mois. (OU 3 ANS)

DIAGNOSTIC D'UNE HANCHE DOULOUREUSE

F. La chondromatose synoviale (ou ostéochondromatose)

* C'est une **métaplasie cartilagineuse** puis **osseuse** de la synoviale, avec des **nodules qui tombent dans la cavité articulaire** et finissent par engendrer une **arthrose**.

* Très rare, Elle se manifeste chez l'adulte jeune par des douleurs mécaniques avec des **épisodes de blocage**.

* Sa cause est inconnue. Il n'y a pas de signes biologiques inflammatoires ou autres.

* La radiographie est **normale** ou montrent un **chapelet de chondromes ossifiés**.

* Quant la radio est normale, le diagnostic est fait par l'IRM ou le scanner arthroscanner, rarement par la biopsie synoviale.

* Le traitement est d'abord symptomatique (avec des infiltrations intra-articulaires de corticoïde), puis chirurgical avec la synovectomie ou la prothèse.

G. La synovite villonodulaire hémopigmentée.

* Extrêmement rare. Elle correspond à un pannus inflammatoire polymorphe qui envahit la cavité articulaire et l'os sous-chondral aux points d'insertion osseuse de la synoviale, provoquant une arthrose secondaire.

* Elle se révèle chez l'adulte jeune par des douleurs mécaniques avec des épisodes aiguës correspondant à des blocages ou une hémarthrose. A un stade évolué, la radio montre des encoches et des géodes osseuses marginales souvent volumineuses. Au début le diagnostic repose sur l'IRM qui montre un signal assez spécifique (à cause du fer) et la biopsie synoviale. Le traitement repose sur la synovectomie et la synoviorthèse isotopique.