

# Douleurs de hanche

## RÉSUMÉ | SUMMARY

Les causes de douleur de hanche sont multiples. Dans cet article, celles-ci sont décrites en fonction de leur origine articulaire ou non articulaire.

Certains diagnostics, souvent méconnus, sont évoqués : la lésion du bourrelet chez le jeune sportif, le syndrome du pyramidal, le ressaut antérieur du psoas, la névralgie de Maigne.

*There are multiple causes of hip pain. In this article these causes are described in relation to their articular or non-articular origin.*

*Certain diagnoses which are often poorly understood are evoked such as a labral lesion in a young sportsman, piriformis syndrome, anterior psoas snapping syndrome and Maigne neuralgia.*

## Dr François PRIGENT

Membre de la Société française d'orthopédie  
Clinique Saint-Louis  
Poissy (78)

L'auteur déclare ne pas avoir un intérêt avec un organisme privé industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté

## MOTS CLÉS | KEYWORDS

► Douleur de hanche ► Syndrome de Maigne  
► Lésion du bourrelet cotyloïdien ► Syndrome du pyramidal

► Hip pain ► Maigne's syndrome  
► Lesion of the acetabular labrum ► Piriformis syndrome

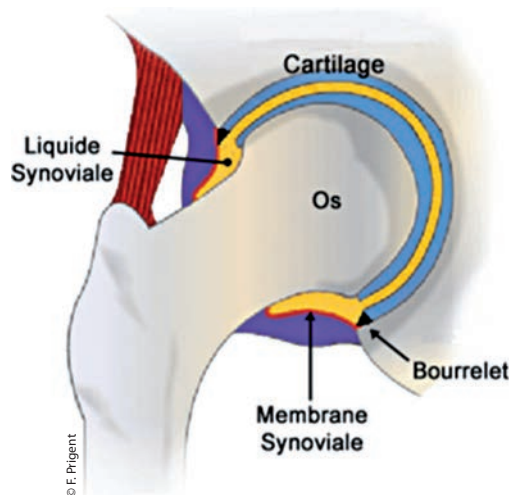
Cet article répond à une préoccupation fréquente de nos patients : le mal de hanche. Chaque diagnostic et son traitement y sont résumés et présentés en deux tableaux selon leur origine : douleur articulaire et douleur non articulaire. De nombreuses causes y sont évoquées de la banale coxarthrose à la lésion du bourrelet chez le jeune sportif, de la tendinite du moyen fessier au syndrome du pyramidal. Chacune de ces étiologies est détaillée sur le site [www.hanche.org](http://www.hanche.org).

## DOULEURS DE HANCHE D'ORIGINE ARTICULAIRE

Quatre éléments constituent l'articulation : le cartilage, l'os, le bourrelet et la synoviale (fig. 1).

En cas d'atteinte, deux signes cliniques caractérisent l'origine articulaire des douleurs : la mobilité de la hanche est limitée, et la mobilisation passive de l'articulation induit une douleur dans l'aîne.

Dans ce tableau, le diagnostic d'atteinte du cartilage ou de l'os est souvent facile. Ils seront évoqués en second. Celui de la lésion du bourrelet ou de la synoviale est à la fois difficile et important car d'une prise en charge rapide dépend l'avenir d'une hanche jeune.



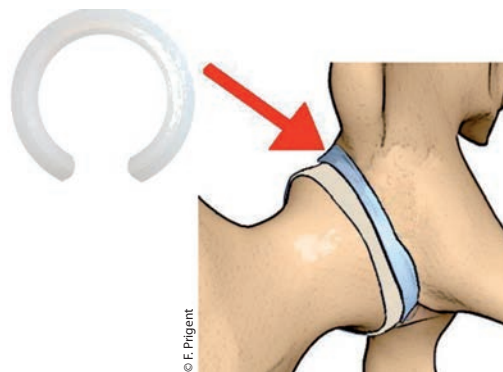
► Figure 1

Anatomie de la hanche

## ■ Lésion du bourrelet (labrum) —

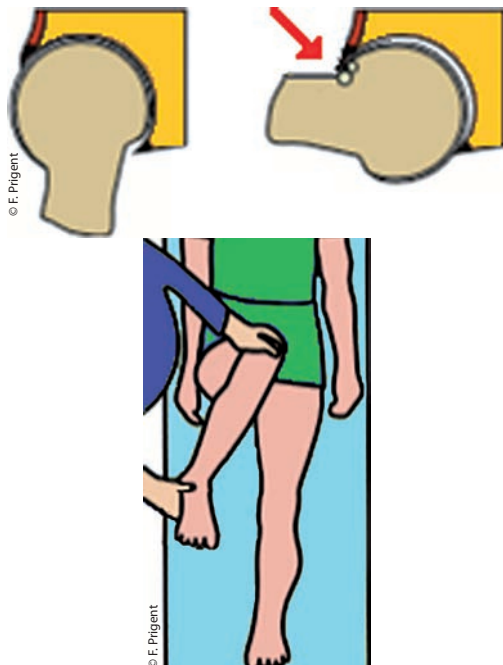
Le bourrelet est un anneau fibro-cartilagineux qui s'enroule autour du cotyle formant « un véritable joint » (fig. 2). Une lésion entraîne avec le temps une coxarthrose.

Il n'est pas rare d'observer chez des patients arthrosiques de la cinquantaine, opérés d'une prothèse, une lésion du bourrelet négligée de longue date [1].



► **Figure 2**

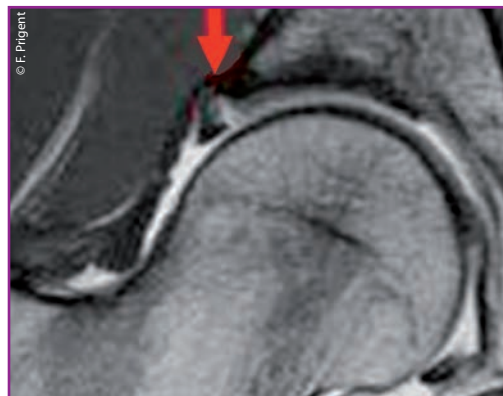
Bourrelet cotyloïdien



► **Figure 3**

En haut : conflit col-bourrelet

En bas : testing en flexion/adduction/rotation interne



► **Figure 4**

Arthro-IRM montrant une lésion du bourrelet

Dans la pratique, il s'agit d'une douleur isolée, siégeant dans l'aine, accentuée lors des mouvements extrêmes en adduction et rotation interne, chez un patient jeune et sportif (saut de haie).

L'examen clinique reproduit la douleur dans l'aine lors de la mobilisation passive de la hanche en flexion/adduction/rotation interne (fig. 3). Le diagnostic de lésion du bourrelet est confirmé à l'arthro-IRM (fig. 4).

En cas de lésion avérée, une suture du bourrelet s'impose sous arthroscopie [2, 3].

En conclusion, il faut rechercher des signes radiologiques de lésion du bourrelet (labrum) chez un adulte jeune et sportif qui se plaint d'une douleur dans l'aine à la flexion/adduction/rotation interne.

## ■ Synoviale : chondromatose

Cette pathologie rare de la synoviale produit des corps étrangers cartilagineux, puis ostéo-cartilagineux qui se détachent et flottent librement dans l'articulation (fig. 5). Elle touche plus souvent l'homme que la femme (2/1) dans la tranche d'âge de 30 à 60 ans.

Le tableau clinique est lent à s'installer. En règle générale, la maladie évolue sur 2 ans. La douleur induite est de type mécanique avec blocage et/ou boiterie. Plus le nombre de corps étrangers est important, plus la mobilité articulaire est diminuée.

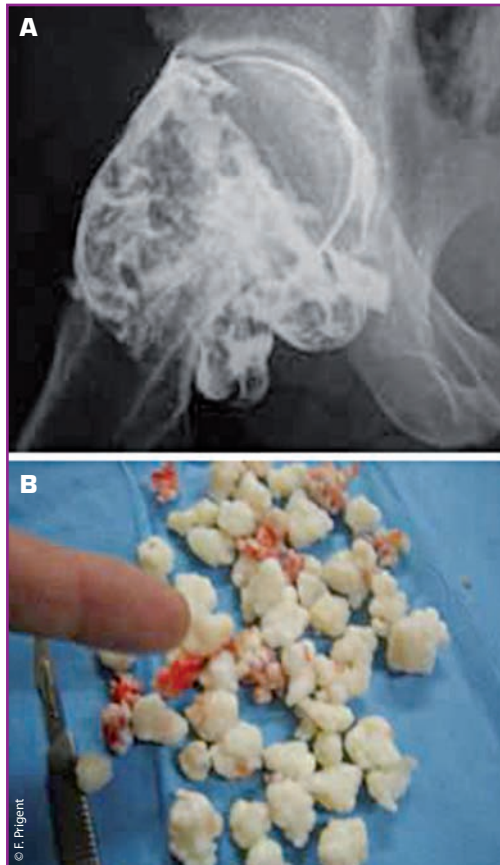
À la radiographie standard, les ostéochondromes sont visibles chez 70 % des patients (calcifiés). Dans 30 % des cas, lorsqu'ils sont radio-transparent, l'arthro-scanner est l'examen de choix.

Les difficultés diagnostiques ne doivent pas retarder l'arthroscopie évacuatrice [4] qui est le seul moyen d'éviter la coxarthrose secondaire par conflit mécanique [5].

## ■ Cartilage

L'arthrose est la cause la plus fréquente de douleur de hanche [6]. L'autre grande cause d'atteinte cartilagineuse est la coxite rhumatismale (PR) [7].

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, sur l'examen clinique et les radiographies de face et de profil [8]. La douleur est de type mécanique,



► **Figure 5**

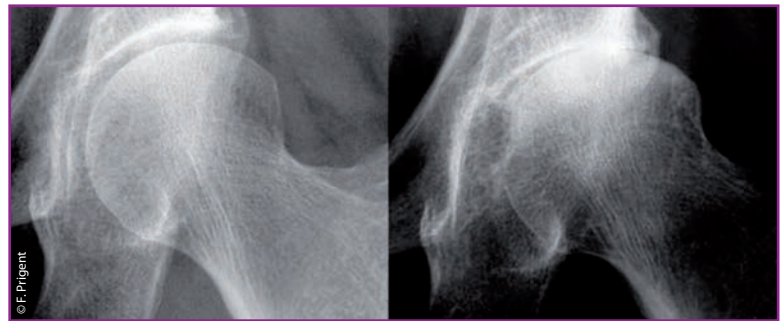
A- Arthro-IRM : calcifications  
B- Calcifications après ablation chirurgicale

accentuée à l'effort. Elle siège le plus souvent au pli de l'aîne et irradie sur la face antérieure de la cuisse jusqu'au genou.

Les pièges diagnostic sont l'arthrose rapide (fig. 6) où l'interface cartilagineuse peut disparaître en 6 mois [9], la coxarthrose postérieure (fig. 7), seulement visible sur le cliché radiographique de profil, et la PR débutant par une monoarthrite de hanche inaugurale où il faut impérativement éliminer une coxite infectieuse [10].

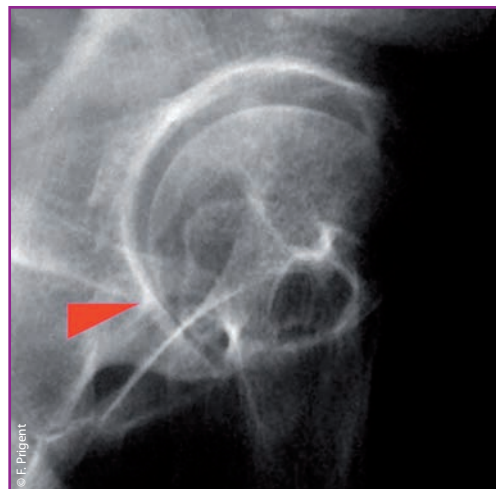
Le traitement des dégradations cartilagineuses arthrosiques ou rhumatismales est, dans un premier temps, médical. À terme, une intervention prothétique est discutée lorsque l'atteinte du cartilage est importante et que la qualité de vie du patient se dégrade.

Ces interventions sont réalisées par voie mini invasive, sans section musculaire, et sont suivies d'une « guérison » en 30 jours.



► **Figure 6**

Coxarthrose rapide :  
évolution sur 6 mois



► **Figure 7**

Coxarthrose postérieure

La prothèse mise en place est volontiers à couple céramique, ce qui redonne une hanche normale pour 20 à 30 ans.

## ■ Os

L'ostéonécrose [11] induit des douleurs dans l'aîne, irradiant vers le genou, d'installation progressive. Ces douleurs, isolées au début, sont suivies d'une gêne fonctionnelle qui s'aggrave progressivement.

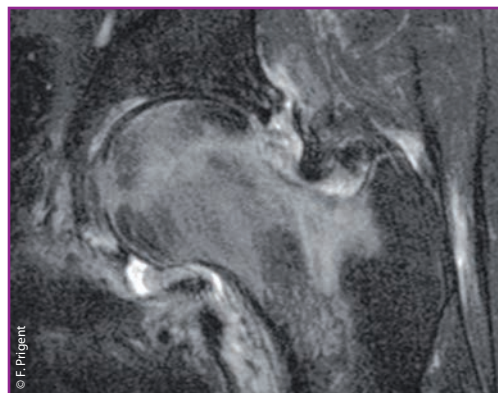
Dans les formes débutantes, le diagnostic est difficile. Au stade I, les radiographies standards sont normales. Sur l'IRM, l'atteinte osseuse est bien visible, limitée en zone apicale (fig. 8) [12].

Une autre cause d'atteinte osseuse, plus rare, est l'algodystrophie de hanche. À la différence de l'ostéonécrose [13], son installation est rapide et les douleurs, de type mécanique, sont très vives. En 3 semaines, le patient s'aide d'une canne. Cette



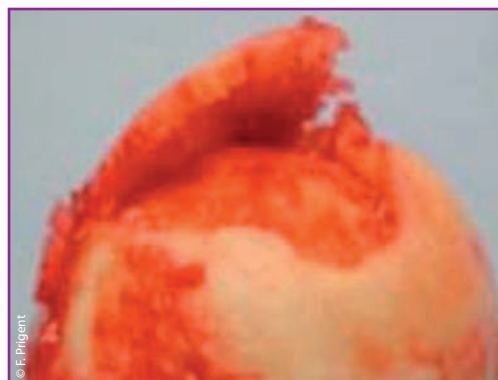
► **Figure 8**

IRM d'un ostéonécrose de hanche



► **Figure 9**

IRM d'une algodystrophie de hanche



► **Figure 10**

Ostéonécrose au stade 3 :  
« coquille d'œuf »

impotence contraste avec une mobilité articulaire subnormale.

L'IRM fait la différence en montrant un œdème modéré de la tête fémorale qui diffuse vers le col (fig. 9) [12].

Le traitement repose, dans les deux cas, sur une mise en décharge du membre inférieur associée à un traitement général : AINS, antalgiques. Cette gestion de la douleur est, en soi, le traitement de fond de l'algodystrophie.

À l'opposé, pour l'ostéonécrose, une prise en charge chirurgicale est très vite discutée. Au stade de début, lorsque la tête est toujours sphérique, un forage osseux est proposé pour diminuer la pression intra-céphalique et permettre la reperméabilisation de certains petits vaisseaux. Il peut s'y associer une autogreffe. À un stade plus évolué (fig. 10), lorsqu'il existe une nécrose constituée, la prothèse totale est l'intervention la plus fiable.

### DOULEURS DE HANCHE D'ORIGINE EXTRA-ARTICULAIRE

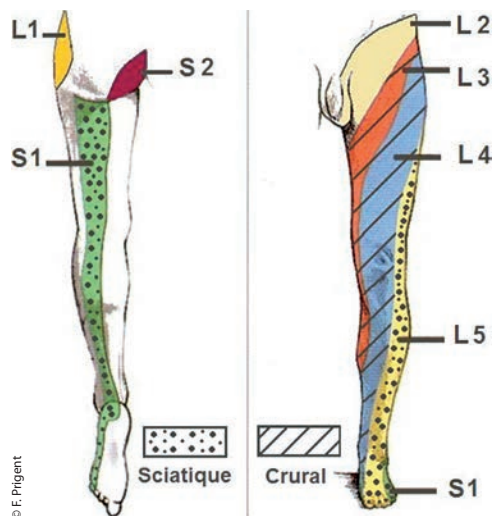
Quatre origines peuvent être évoquées. Les plus fréquentes sont les douleurs d'origine tendineuse et les douleurs d'origine nerveuse. Viennent en suite les douleurs musculaires et les hernies digestives douloureuses.

Cliniquement, les douleurs de hanche d'origine extra-articulaire s'accompagnent d'une bonne mobilité de la hanche.

Dans ce tableau, le diagnostic de tendinite ou de cruralgie est souvent facile. Celui de syndrome du pyramidal chez un sportif ou de névralgie projetée dans l'aîne chez un patient qui souffre du dos (syndrome de Maigne) est plus difficile. Il est toutefois important de savoir les évoquer chez des patients qui souffrent depuis longtemps sans réponse diagnostic.

#### ■ Douleurs d'origine nerveuse —

Les douleurs projetées d'origine nerveuse correspondent aux métamères L5-S1 pour la sciatique et L3-L4 pour les cruralgies (fig. 11). Ces douleurs sont bien connues. Plus difficile est le diagnostic du syndrome de Maigne : T12-L1-L2.



► **Figure 11**  
Douleurs d'origine nerveuse

### ■ Syndrome de Maigne [14]

Les névralgies projetées (fig. 12) à partir de la charnière dorso-lombaire T12-L1-L2 (syndrome de Maigne) se localisent [15] soit au niveau lombaire (89 %), soit dans l'aîne (3 %) ou en regard du grand trochanter, sur le bord externe de la hanche (5 %). Le diagnostic en est difficile et long chez des patients qui ne présentent que peu ou pas de douleur au niveau de la charnière dorso-lombaire.

Le signe clinique essentiel est une cellulalgie localisée que révélera la manœuvre du pincé-roulé (fig. 13) dans une zone précise de la partie inférieure de l'abdomen ou de la partie supéro-interne de la cuisse [16].

Le traitement de choix est la manipulation vertébrale du segment thoraco-lombaire responsable.

### ■ Atteintes aponévrotiques et tendineuses

Il s'agit soit d'un accrochage d'une aponévrose sur un relief osseux, soit d'une tendinite par inflammation du tendon. Le syndrome du pyramidal sera évoqué à part (conflit du nerf sciatique avec le muscle).

Les **ressauts** de hanche sont au nombre de deux [17] ; observés lors de certains mouvements actifs, ils sont, en règle générale, peu ou pas douloureux.



► **Figure 12**  
Névralgies projetées

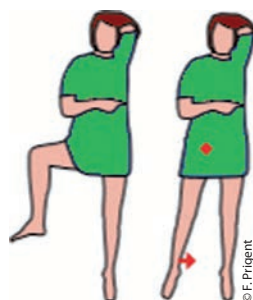


► **Figure 13**  
Manœuvre du pincé-roulé

- **Le ressaut externe** correspond à l'accrochage de la bandelette ilio-tibiale sur le grand trochanter lors du passage actif de la position neutre à la position « hanchée » (statues grecques).
- **Le ressaut antérieur**, plus rare, est dû au passage difficile de l'aponévrose postérieure du psoas sur l'éminence ilio-pectinée en avant du bassin (fig. 14). Il est perçu lors du passage actif de la flexion-abduction de hanche à l'extension-adduction.

Ces phénomènes de ressaut externe ou antérieur sont habituellement bien connus du patient et ne nécessitent, le plus souvent, aucun traitement.

En cas de gêne avérée, des séances d'étirements peuvent être prescrites. En complément, une infiltration est parfois discutée.



► **Figure 14**  
Ressaut antérieur au passage actif de la flexion-abduction à l'extension-adduction



► **Figure 15**

Siège de la douleur de la tendinite du moyen fessier



► **Figure 16**

Siège de la douleur antérieure crurale de la tendinite du psoas



► **Figure 17**

Douleur par mise en tension des adducteurs

**Les tendinites** sont à l'origine de plus de la moitié des douleurs extra-articulaires de hanche [18]. Ces douleurs sont avivées par la palpation tendineuse et reproduites, lors des mouvements contrariés, quand le tendon est mis en tension. L'examen clinique ne retrouve pas de limitation articulaire et la radiographie est normale.

### ■ Tendinite du moyen fessier

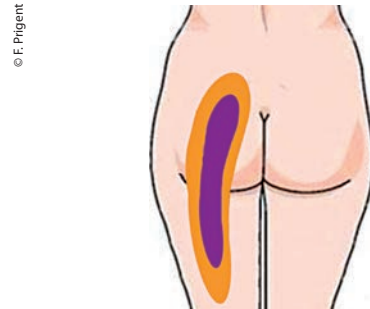
Les douleurs sont sus-trochantériennes, de type mécanique (fig. 15), accentuées à la marche et dans les escaliers. Elles sont avivées par la palpation du sommet du grand trochanter et exacerbées par l'abduction contrariée de hanche.

### ■ Tendinobursite du psoas iliaque (fig. 16)

Les douleurs sont inguino-crales antérieures accentuées par la mise en tension du psoas lors de la flexion active contrariée de hanche au-delà de 90°. Le patient prend volontiers sa cuisse pour s'aider à monter en voiture.

### ■ Tendinopathie des adducteurs (fig. 17)

La tendinite des adducteurs est un des éléments de la pubalgie du sportif. Les douleurs siègent à la



► **Figure 18**

Territoire douloureux dans le syndrome du pyramidal

face interne de la cuisse, à la palpation des insertions pubiennes de l'un ou de plusieurs des cinq muscles adducteurs de la hanche (grand, long et court adducteurs, droit interne et pectiné). Elles sont induites par l'adduction contrariée et/ou lors de certains mouvements.

D'un point de vue thérapeutique, la prise en charge des tendinites débute systématiquement par une période de repos associé à une correction des technopathies. Dès que la douleur s'atténue, le relai est pris par des traitements locaux, froid, ondes de choc, ionisation, MTP, contracté-relâché, mésothérapie, associés à des traitements généraux : AINS, antalgiques. Ces traitements sont entourés d'étirements ciblés sur un muscle chaud. Si ce traitement est inefficace, une infiltration peut être proposée en zone d'insertion tendineuse. Ce geste est volontiers réalisé de première intention pour les tendinites du moyen fessier.

Lors de la reprise de la vie active, il faut garder à l'esprit qu'un muscle agoniste fonctionne en équilibre harmonieux avec son antagoniste et que le volume d'un tendon et sa surface d'insertion sont propres à chacun. Une surcharge entraîne une tendinite.

### ■ Syndrome du pyramidal

C'est une douleur profonde de la fesse qui irradie à la face postérieure de la cuisse sans participation lombaire (« fessalgie ») (fig. 18) [19].

Cette sciatique tronquée, qui ne déborde pas la partie haute de la fesse, est induite par la compression du nerf sciatique par le muscle pyramidal. Ce conflit peut être dû à un traumatisme musculaire (chute) ou à une particularité anatomique du nerf sciatique (20 %) qui passe en partie ou totalement

à travers le muscle pyramidal (fig. 19). Les douleurs sont déclenchées par les marches de longue durée et la position assise prolongée. La course à pied ainsi que la bicyclette peuvent être des facteurs favorisants.

Le scanner ou l'IRM peuvent montrer l'hypertrophie du muscle pyramidal.

L'électromyogramme est l'examen décisif. Il doit être précis.

Avec le repos sportif total et la correction des technopathies, le traitement repose sur les techniques d'étirement. En complément, en cas de douleur récalcitrante, une infiltration locale peut être discutée [20].

Le traitement chirurgical est exceptionnel. La section du tendon du muscle pyramidal parfois associée à la neurolyse du nerf sciatique n'est réalisée qu'en cas de certitude diagnostique, face à un échec du traitement médical.

## ■ Douleurs musculaires

**Les myalgies** localisées à la hanche sont habituellement de diagnostic facile. La fiche douleurs musculaires sur le site [www.hanche.org](http://www.hanche.org) illustre le trajet de la douleur propre à chaque muscle de la hanche.

À l'examen clinique, ces douleurs sont avivées par la palpation appuyée et accentuées par la mise en tension du muscle. Il n'existe pas de limitation articulaire. Une fois le diagnostic établi, le traitement repose sur une période de repos habituellement suivie de massages et d'étirements.

## ■ L'origine digestive des douleurs

Elle doit parfois être évoquée.

**Les hernies inguinale et crurale** peuvent induire des douleurs dans l'aîne. L'échographie confirme le diagnostic. Un avis chirurgical est alors souhaitable.

## CONCLUSION

La chirurgie de la hanche a fait d'énormes progrès ces dernières années. Nous avons appris à diagnostiquer et traiter des lésions, jadis inconnues,



► Figure 19

Conflit sciatique-pyramidal

comme celle du bourrelet chez le jeune sportif où à poser des prothèses par voie mini invasive sans section musculaire suivi d'une « guérison » en 30 jours.

Cependant le geste n'est pas tout. La réussite du traitement dépend en premier lieu d'un diagnostic précis. Devant une douleur antérieure d'origine inconnue, il faut savoir évoquer une lésion du bourrelet, une rare chondromatose, une tendinite du psoas, voire un syndrome de Maigne. Une douleur externe peut relever d'une tendinite du moyen fessier, d'un ressaut externe ou d'une névralgie dorsolombaire projetée. Devant une « fessalgie », de diagnostic difficile, on recherchera un syndrome du pyramidal.

La hanche reste une articulation bien gardée où chaque élément a son rôle et ses faiblesses.

Cet article, en lien avec le site [www.hanche.org](http://www.hanche.org), devrait permettre de démêler cet écheveau parfois complexe. ✕

**Bibliographie et quiz page suivante**



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ganz R, Leunig M, Leunig-Ganz K, Harris WH. The etiology of osteoarthritis of the hip an integrated mechanical concept. *Clin Orthop* 2008;466:264-72.
- [2] Philippon MJ, Briggs K, Yen YM, Kuppersmith D. Outcomes following hip arthroscopy for femoroacetabular impingement with associated chondrolabral dysfunction. *J Bone Joint Surg [Br]* 2009;91-B: 16-23.
- [3] Beck M, Leunig M, Parvizi J *et al.* Anterior femoroacetabular impingement. Midterm results of surgical treatment. *Clin Orthop* 2004;418: 67-73.
- [4] Combe B, Krause E, Dossa J, Sany J. Intérêt de la synovectomie sous arthroscopie dans le traitement des synovites persistantes des rhumatismes inflammatoires chroniques. *Rev Rhum* 1987;54:633-6. 1987;73(Suppl 2):122-5.
- [5] Locker B, Hulet C. Synovectomie arthroscopique : technique. In: Société française d'arthroscopie. *Arthroscopie*. Paris : Elsevier, 1999 : 231-4.
- [6] Richard S, Vignon E. Coxarthrose. *La Revue du Praticien* 1999;49: 5-12.
- [7] Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Roux CH, Fardellone P, Le Bihan E *et al.* Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Ann Rhum Dis* 2005;64:1427-30.
- [8] Lequesne M. Coxopathies chroniques de l'adulte : diagnostic et traitement. *Encycl Méd Chir*, 14-308-A-10.
- [9] Lequesne M, De Seze S, Amouroux J. La coxarthrose destructive rapide. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1970;37(11):721-33.
- [10] Haute autorité de santé. *Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - Aspects médico-sociaux et organisationnels*. HAS - Service des recommandations professionnelles - Service Évaluation médico-économique et Santé publique, mars 2007 : 264 p.
- [11] Ficat P, Arlet J, Pujol P, Vidal R. Traumatisme, dystrophie réflexe et ostéonécrose de la tête fémorale. *Ann Chir* 1971;25:911.
- [12] Malghem J, Van de Berg B, Maldague B. Suspicion de nécrose ou d'algodystrophie de la tête fémorale : les réponses du radiologue. In: *Évaluation de l'imagerie de l'appareil moteur*. Montpellier : Sauramps Médical, 1994 : 107-20.
- [13] Arlet J. Histopathologie comparée de la nécrose de la tête fémorale et de l'algodystrophie sympathique réflexe de la hanche. *Rhumatologie* 1979;10;XXXI:377-8.
- [14] Maigne R. Sémiologie des dérangements intervertébraux mineurs. *Ann Med Phys* 1972;15:277-89.
- [15] Maigne R. Le syndrome de la charnière dorso-lombaire. Lombalgies basses, douleurs pseudo-viscérales, pseudo-douleurs de hanche, pseudo-tendinite des adducteurs. *Sem Hôp Paris* 1981;57:11-2, 545-54.
- [16] Maigne JY, Lazareth JP, Guérin-Surville H, Maigne R. The lateral cutaneous branches of the dorsal rami of the thoraco lumbar junction. An anatomical study on 37 dissections. *Surg Radiol Anat* 1986;8:251-6.
- [17] Kouvalchouk JF. Les ressauts de hanche. *Lettre Med Reeduc* 2000;55: 34-6.
- [18] Kouvalchouk JF. Tendinopathies de hanche. *Encycl Méd Chir* 2003, Appareil Locomoteur, 2003, 14-320-C15 : 7.
- [19] Kouvalchouk JF ; De Mondenard JP. Une cause de sciatgie tronquée : le syndrome du pyramidal. *Rev Med Orthop* 1998;51:26-30.
- [20] Kouvalchouk JF, Bonnet JM, De Mondenard J. Le syndrome du pyramidal. *Rev Méd Orthop Rép App Mot* 1996;82(7):647-57.



## QUIZ

Réponses page 65

- 1. Une douleur de l'aîne accentuée à la flexion/ adduction de hanche chez un jeune sportif, fera rechercher :**
  - A- une tendinite du psoas
  - B- une lésion du bourrelet cotyloïdien
  - C- une ostéonécrose de hanche
  - D- une hernie inguinale
- 2. Une douleur à la manœuvre du « pincé-roulé » en regard du grand trochanter fera évoquer :**
  - A- une tendinite du moyen fessier
  - B- un ressaut de hanche externe
  - C- une ostéonécrose de hanche
  - D- un syndrome de Maigne externe
- 3. Une douleur du genou associée à une diminution de mobilité de hanche fera rechercher :**
  - A- une coxarthrose
  - B- une algodystrophie de hanche
  - C- une cruralgie
  - D- une tendinite des adducteurs
- 4. Une douleur dans la fesse, chez un sportif, vous fera évoquer :**
  - A- une tendinite du moyen fessier
  - B- une coxarthrose débutante
  - C- un syndrome du pyramidal
  - D- une lésion du bourrelet cotyloïdien
- 5. Une douleur de hanche à prédominance nocturne, calmée par l'aspirine, fera rechercher :**
  - A- une coxite rhumatismale
  - B- un ostéome ostéoïde
  - C- une ostéonécrose de hanche
  - D- une ostéochondromatose