

# Examen clinique de la hanche

Henri Nielens

## Clinical examination of the hip

Hip examination traditionally includes history taking, as well as an assessment of the patient's gait pattern and joint mobility. If the patient is unable to stand following a trauma or a fall, a deformity (shortening, rotation of the lower limb) must be searched for, as it may indicate a fracture. Common tendinopathies must also be searched for through palpation, especially at the greater trochanter that is a common painful site in older overweight female patients.

### KEY WORDS

Hip examination, lameness, mobility, palpation

L'examen de la hanche comprend une anamnèse spécifique, l'observation de la marche à la recherche d'une boiterie ou, si le patient n'est pas capable de se tenir debout suite à un accident, la recherche d'une déformation (raccourcissement, rotation d'un membre inférieur). Au cours de l'anamnèse, il s'agit de demander au patient de montrer précisément la localisation de ses douleurs. Vient ensuite l'examen des mobilités de la hanche. Les rotations sont examinées en extension et en flexion de hanche. L'examen se poursuit par la palpation des sites des principales tendinopathies comme le grand trochanter qui est fréquemment le siège de phénomènes dégénératifs douloureux chez la femme de la soixantaine (« péritrochantérite »).

L'examen de la hanche comprend une anamnèse orientée, une observation de la ceinture pelvienne au repos en position couchée et debout ainsi que lors de la marche (si le patient en est capable). Eventuellement, en fonction du contexte, des mouvements actifs spécifiques seront demandés au patient afin d'identifier mouvement spécifiquement douloureux.

## ANAMNÈSE

Le premier élément à relever lors de l'anamnèse est le caractère traumatique aigu, accidentel (chute...) ou non traumatique de la survenue de la douleur. En cas d'accident, de chute, le patient peut ne plus être capable de mettre sa hanche en charge, de se tenir debout, de marcher. Il s'agit dans ce cas d'une situation nécessitant obligatoirement une mise au point radiographique, surtout si une attitude vicieuse est observée au niveau du membre inférieur concerné (rotation, raccourcissement) car elle traduit l'existence d'une lésion grave comme une fracture du col fémoral ou une luxation après un accident à haute énergie.

En cas de douleur survenue progressivement, sans traumatisme particulier, il faut commencer l'examen en demandant au patient d'indiquer précisément la localisation des douleurs ainsi que des irradiations douloureuses. Une douleur d'origine articulaire (coxarthrose) se caractérise généralement par une localisation inguinale, irradiant parfois à la face antérieure de la cuisse jusqu'au genou. En cas de douleur articulaire, le patient indique parfois la localisation douloureuse en prenant l'articulation de sa hanche entre le pouce et l'index de sa main homolatérale qu'il maintient en forme de C (signe du C). Une douleur localisée à la face latérale de la hanche dans la région du grand trochanter est suggestive d'une tendinopathie d'insertion au niveau du grand trochanter (« péritrochantérite »).

## DOULEURS RÉFÉRÉES

Une série d'autres affections peuvent occasionner des douleurs dans la région de la hanche. Une douleur d'origine lombaire avec ou sans irritation radiculaire est fréquemment accompagnées d'une douleur fessière. Dans ce cas, les mobilités de hanches sont normales et indolores et la présence éventuelle de signes de conflit disco-radiculaires permet d'orienter vers le diagnostic de douleur d'origine lombaire. Une arthropathie sacro-iliaque peut également engendrer des douleurs fessières. Dans ce cas, une fois de plus, les mobilités de hanches sont normales et indolores et les manœuvres de mises en tension des articulations sacro-iliaques reproduiront la douleur du patient.

## OBSERVATION DE LA MARCHÉ

On observera ensuite la marche du patient qui peut se caractériser par une boiterie souvent spécifique de l'affection présente au niveau de l'articulation. La boiterie de Trendelenbourg est causée par une insuffisance du muscle moyen fessier. Elle peut être uni ou bilatérale et se traduit par un abaissement du bassin du côté opposé à la hanche dont le moyen fessier est faible. On observe ainsi un déhanchement du côté atteint lors de la marche. Paradoxalement, le phénomène inverse peut se produire et le patient peut anticiper ce phénomène et basculer l'ensemble de son tronc au-dessus de la hanche anormale afin de réduire la force de stabilisation imposée au moyen fessier lors de la phase d'appui monopodal. Ce type de boiterie, parfois appelée, Trendelenbourg inversé ou boiterie de Duchenne de Boulogne, s'observe dans les insuffisance chronique des muscles moyens fessiers comme dans certaines maladies neuro-musculaires par exemple (maladie de Duchenne de Boulogne).

Certaines dysplasies fréquentes des hanches peuvent également se traduire par des anomalies de la marche : une diminution de l'antéversion du col fémoral se traduira par une marche pieds en rotations externes alors qu'un excès d'antéversion pourra occasionner une marche pieds légèrement en dedans.

Il existe bien entendu d'autres boiteries ; en particulier celles qui sont causées par la coxarthrose qui enraidit considérablement les hanches lorsqu'elle est très évoluée.

## EXAMEN DES MOBILITÉS

S'ensuit l'évaluation des mobilités passives qui peut se faire en flexion de hanche, le patient étant allongé en décubitus dorsal ou en extension de hanche, soit en décubitus dorsal, soit en décubitus ventral. L'examen des mobilités en extension de hanche est plus physiologique puisque la cette position correspond à la position debout qui est celle dans laquelle la hanche est en charge et le plus souvent douloureuse. Cet examen des mobilités en extension de hanche peut se faire en décubitus dorsal. Dans ce cas, les genoux sont en extension et les rotations

passives de hanche peuvent être imposées à partir des genoux ou des chevilles et pieds. L'examen des rotations passives en extension de hanche peuvent également être examinées en décubitus ventral ce qui permet des mesures goniométriques plus aisées.

Concernant les mobilités passives des hanches, la flexion maximale doit atteindre environ 120°, l'extension 10 à 20°, l'abduction 45°. Les mobilités sont plus variables : la rotation externe en flexion de hanche doit atteindre 30 à 45° et les rotations internes 10 à 30°. Une anomalie de mobilité s'évaluera donc essentiellement par estimation du caractère symétrique des mobilités lorsque l'on suspecte une anomalie au niveau d'une seule hanche.

## PALPATION

En fonction du tableau clinique, on procédera à une palpation de certains sites d'insertion tendineux. Le tableau le plus classique et fréquent est celui de la « périrochantérite » de la femme de la soixantaine qui se plaint d'une douleur de la face latérale de la hanche au niveau de l'insertion du tendon du moyen fessier sur le grand trochanter. Cette douleur locale est classiquement aggravée par la position couchée sur le côté lors du sommeil et s'accompagne fréquemment d'une irradiation douloureuse latérale au niveau du membre inférieur pouvant atteindre la cheville et constituant un diagnostic différentiel avec une sciatique. Dans le cas de la « périrochantérite », les mobilités rachidiennes lombaires et de hanche sont cependant strictement normales et indolores. C'est la palpation du grand trochanter qui reproduira la douleur spécifique de la patiente de façon généralement intense. Cette affection peut évidemment survenir chez l'homme également.

## LA HANCHE DU SPORTIF

Le sportif présente occasionnellement des tendinopathies de la région de la hanche pour lesquelles la localisation précise de la douleur et la palpation sont importantes. Il peut ainsi présenter une « périrochantérite » de hanche, généralement unilatérale et en rapport avec un sport comme la course à pied. En cas de sport à démarrages et sprints ou comprenant des « shots » comme le football, il pourra présenter des tendinopathies du muscle droit antérieur du quadriceps au niveau de son insertion proximale au niveau de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Dans ce cas, il localisera sa douleur au niveau de la région inguinale. La palpation de cette insertion et les mouvements de contractions contrariées de flexion de hanche reproduiront la douleur. Certaines disciplines sportives comme le football, la course à pied peuvent également occasionner des tendinopathies des insertions proximales des muscles adducteurs et/ou des insertions sur le pubis des muscles grands droits de l'abdomen. Cette affection est souvent dénommée « pubalgie » du joueur de football. Dans ce cas, c'est la palpation des insertions associée à la contraction contrariée de ces muscles qui aboutira au diagnostic essentiellement clinique chez un sujet jeune le plus souvent de sexe masculin.

## RÉFÉRENCES

1. Byrd, J. W. Thomas. "Evaluation of the Hip: History and Physical Examination." *North American Journal of Sports Physical Therapy : NAJSPT* 2.4 (2007): 231–240.
2. Dupré JP, Bhyssenne D, Keller G et Poitou N. Bilan articulaire de la hanche. In *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 1999.
3. Magee DJ. Hip. In : *Orthopedic Physical Assessment*, Elsevier Saunders, St Louis, Missouri, USA, 6<sup>e</sup> édition, 2014

## CORRESPONDANCE

**Pr. HENRI NIELENS**

Université catholique de Louvain  
Cliniques universitaires Saint-Luc  
Service de médecine physique  
Avenue Hippocrate 10  
B-1200 Bruxelles