

Tendinopathie de la hanche en médecine générale

Clara Selves

HIP TENDINOPATHY IN GENERAL MEDICINE

Greater trochanteric pain syndrome is a degenerative disorder of the tendons surrounding the greater trochanter, trochanteric bursitis may or may not be present. Sometimes referred to as the "false sciatica", pain may radiate to the knee, but has a mechanic clinical presentation. History taking and clinical examination are key to the diagnosis, revealing painful palpation of the peritrochanteric region. Paraclinical exams should be reserved to unusual clinical presentations.

Treatment consists in physiotherapy, with eccentric reinforcement of the gluteal muscles and shock wave therapy applied to the involved tendons. Corticosteroid infiltrations should be proposed in case of therapeutic failure of physiotherapy.

Snapping hips are a benign condition, due to a conflict during the passage of the fascia lata over the greater trochanter (external snap) or during the passage of the psoas muscle over the ilio-pectineal eminence or the small trochanter (anterior snap). The diagnosis should also be clinical, based on a detailed history taking and clinical examination. Patients are often able to reproduce the snapping, which helps to confirm the diagnosis. There is no causal treatment. Patients should be reassured regarding the benign nature of the condition and, in the rare cases when snapping is symptomatic, be proposed with physiotherapy sessions and be advised to avoid sports revealing the snapping.

KEY WORDS

Greater trochanteric pain syndrome, trochanteritis, hip tendinopathy, snapping hip

La périrochantérite de hanche est une affection dégénérative des structures tendineuses s'insérant sur le grand trochanter, associée ou non à une bursite trochantérienne. Appelée parfois « fausse sciatique », les douleurs peuvent irradier jusqu'au genou, avec néanmoins une présentation clinique de type mécanique. L'anamnèse et l'examen clinique sont les clés du diagnostic, avec une palpation douloureuse de la région périrochantérienne. Les examens paracliniques devraient rester exceptionnels. Le traitement à proposer en premier lieu est la kinésithérapie avec renforcement excentrique de la musculature fessière et application d'ondes de choc radiales sur les tendons impliqués. Les infiltrations de corticoïdes peuvent être proposées en deuxième intention.

Les hanches à ressaut sont des affections bénignes, dues à un conflit lors du passage du fascia lata sur le relief osseux du grand trochanter (ressaut externe) ou du muscle psoas sur l'éminence ilio-pectinée ou sur le petit trochanter (ressaut antérieur). Le diagnostic est également clinique et se base sur une anamnèse détaillée et un examen clinique des hanches qui est normal. Les patients sont souvent capables de reproduire le ressaut, ce qui aide à confirmer le diagnostic. Il n'y a pas de traitement causal. Nous nous devons de rassurer le patient quant au caractère bénin de l'affection et, éventuellement, lors des rares cas symptomatiques, de proposer des séances de kinésithérapie et l'éviction de certains sports révélateurs du ressaut.

PÉRIROCHANTÉRITE DE HANCHE

« Docteur, j'ai mal à la hanche ». Ces mots, fréquemment entendus en consultation, doivent nous mettre la puce à l'oreille, surtout lorsqu'il s'agit d'une dame âgée de 40-60 ans. Les douleurs sont d'allure mécanique : s'aggravant à la marche, à la montée des escaliers et lors de la station debout prolongée. Néanmoins, elles ont la particularité d'être souvent présentes la nuit, notamment lorsque le patient dort en décubitus latéral, du côté algique. L'épicentre des douleurs se situe en regard de la région périrochantérienne, mais les patients décrivent parfois des irradiations jusqu'au genou, dites en « couture de pantalon », ce qui vaut à l'affection le nom de « fausse sciatique ».

L'examen clinique orthopédique de la hanche est strictement normal. Dans certains cas, les patients présentent des douleurs lors des rotations extrêmes, en regard de la région périrochantérienne. En effet, le signe pathognomonique est la douleur exquise réveillée lors de la palpation du grand trochanter. L'étirement du muscle moyen fessier (lors de la flexion-adduction de la hanche) est souvent douloureux, de même que la palpation de la musculature fessière. Il a été décrit une association entre périrochantérite et syndrome facettaire lombaire bas (charnière lombo-sacrée), parfois attribuée à un syndrome de Meigine, se caractérisant par des lombalgies basses.

L'examen paraclinique est peu contributif et le diagnostic reste avant tout clinique. En cas de doute sur une éventuelle coxarthrose, de présentation clinique atypique ou de mauvaise réponse au traitement, une radiographie simple, centrée sur la hanche et le bassin, peut s'avérer utile. Cette dernière permettra de visualiser des signes d'arthrose ou de calcifications éventuelles du tendon du muscle moyen fessier. Une échographie de la structure musculo-tendineuse s'insérant sur le grand trochanter (muscle tenseur du fascia lata, muscle piriforme, muscles petit et moyen fessiers, muscles jumeaux et obturateur interne) permettra de confirmer une éventuelle tendinopathie, lorsque la clinique fait défaut. Des examens tels que la résonance magnétique nucléaire (à la recherche de pathologies rhumatismales inflammatoires ou de fissures musculo-tendineuses non visualisées à l'échographie) et le CT-scan (pour la visualisation de la structure osseuse en plus grand détail), sont à réserver aux cas les plus atypiques.

La compréhension de l'étiopathogénie de la périrochantérite a évolué dans le temps. La bursite trochantérienne a originairement été mise en cause, mais celle-ci n'est présente que dans un certain nombre de cas. À l'avant plan est la tendinose du muscle moyen fessier, mais celle-ci peut concerner tous les tendons s'insérant sur le grand trochanter. Il s'agit d'un phénomène de dégénérescence tendineuse, avec une désorganisation de la structure et de l'agencement des fibres de collagène, responsable d'une structure tendineuse fragile et désorganisée. Il s'agit donc d'une affection le plus souvent chronique du tendon, avec des remaniements de la structure de celui-ci, d'où parfois le caractère récidivant et difficile à traiter de cette affection. En effet, la terminologie anglo-saxonne pour désigner la périrochantérite est : « syndrome douloureux du grand trochanter » (*greater trochanteric pain syndrome*).

Le traitement consiste, en première intention, en de la kinésithérapie. La base de cette prise en charge thérapeutique est constituée d'étirements des muscles abducteurs et rotateurs externes de la hanche et de renforcement excentrique de ceux-ci. Ce dernier est l'élément indispensable du traitement de toute tendinopathie subaiguë ou chronique (souvent réunies sous le terme de « tendinites »). Une autre technique de kinésithérapie assez répandue est l'application d'ondes de choc radiales (*shock wave therapy*). Cette technique

applique des ondes de choc au tendon siège de tendinose, dans l'objectif de créer des microlésions permettant ainsi au tendon une meilleure cicatrisation.

Des infiltrations de corticoïdes peuvent être proposés en cas d'échec de la prise en charge de kinésithérapie. Longtemps, ces infiltrations ont été réalisées d'emblée, notamment sous guidance échographique pour viser la bourse séreuse périrochantérienne. Des études comparatives sur des techniques « à l'aveugle » et sous guidance échographique, ne montrent pas de supériorité de ces dernières. Il est important de garder à l'esprit les effets secondaires multiples des injections de corticoïdes, non seulement au niveau systémique (patients diabétiques, ...) mais également au niveau locorégional. Dans le décours d'infiltrations répétées, il peut être observé un affaiblissement de la structure tendineuse même, la rendant plus fragile au long cours de même que plus susceptible d'être le siège de récidives. Des revues de la littérature récentes suggèrent que les infiltrations de corticoïdes présentent une supériorité sur la réduction des douleurs à court terme (jusqu'à 3 mois), mais sont moins efficaces que la kinésithérapie et les ondes de choc radiales sur le long terme (1 an – 1.5 ans).

En cas de périrochantérite hyperalgique, des antalgiques de palier I peuvent être proposés, de même qu'une cryothérapie locale. Une modification des habitudes de sommeil (éviter la position de décubitus latéral) et éventuellement un changement de matelas peuvent être nécessaires.

HANCHES À RESSAUT (« SNAPPING HIPS »)

Nettement moins fréquentes que la précédente, mais aussi l'apanage des femmes, les hanches à ressaut, ou *snapping hips* pour les anglo-saxons, se divisent en ressauts externes et antérieurs. Il s'agit d'une affection bénigne qui concerne le plus souvent des femmes jeunes (entre 20 et 30 ans). En cause, un défaut de glissement d'un élément musculo-tendineux sur un élément osseux, provoquant un « clic » audible par le patient.

RESSAUT EXTERNE

Il correspond au passage du fascia lata, ou bandelette ilio-tibiale, sur le relief osseux du grand trochanter. Ce ressaut est toujours audible ou palpable lorsque le sujet est mince. Il survient lors de mouvements de flexion, adduction et rotation interne de la hanche, en décubitus controlatéral. Il peut également apparaître en position debout, dite hanchée. Ce ressaut est quasi toujours indolore.

RESSAUTS ANTÉRIEURS

Ces ressauts concernent les muscles psoas ou, plus rarement, droit antérieur. Le ressaut se produit lors du passage sous tension du muscle psoas sur l'éminence ilio-pectinée ou sur le petit trochanter. Il survient lors

du passage de la position en flexion-abduction-rotation externe de hanche à l'extension complète de celle-ci, en décubitus dorsal. Cela peut également survenir lors de mouvements de rotations de hanche en flexion-abduction de celle-ci. Ce ressaut est toujours plus profond et n'est pas toujours audible par autrui. Il reste également la plupart du temps indolore.

L'examen clinique met en évidence des mobilités de hanche normales et indolores et ne réveille pas de douleur à la palpation. Souvent le patient est capable de le reproduire. Les examens paracliniques ne sont pas

nécessaires, sauf en cas de doute sur le diagnostic.

Le traitement consiste principalement à rassurer le patient et à lui expliquer la physiopathologie de cette affection. Il est opportun d'expliquer qu'il ne s'agit nullement d'une luxation récidivante, que ce ressaut n'affecte en rien l'articulation et que la pratique du sport n'est pas contreindiquée. Dans des cas plus récalcitrants, ou lorsqu'il existe une gêne douloureuse, une prise en charge en kinésithérapie, avec des étirements adaptés des muscles concernés peut être proposée.

RÉFÉRENCES

1. Barratt PA, Brookes N, Newson A. Conservative treatments for greater trochanteric pain syndrome: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2017;51(2):97-104.
2. Henning PT. The running athlete: stress fractures, osteitis pubis, and snapping hips. *Sports Health.* 2014;6(2):122-7.
3. Danowski R-G, Chanussot J-C. *Traumatologie du sport.* Elsevier Masson; 2005.

CORRESPONDANCE

Dr. CLARA. SELVES

Cliniques universitaires St-Luc, UCL
Service de Médecine Physique
Avenue Hippocrate 10
B-1200 Bruxelles