

EXAMEN DE LA HANCHE

PLAN

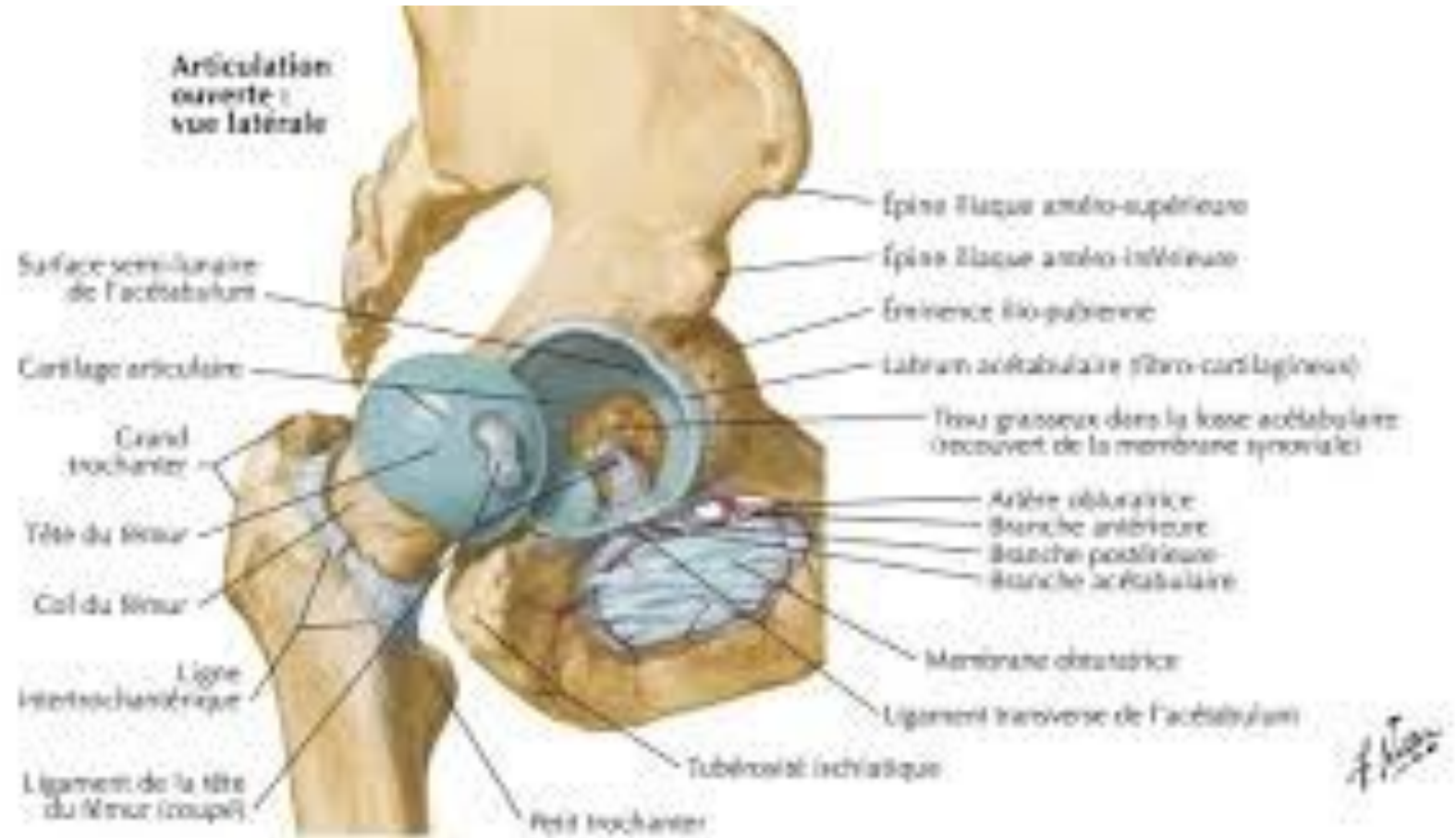
I-INTRODUCTION:

II-INTERROGATOIRE:

III-SIGNES FONCTIONNELS:

IV-SIGNES PHYSIQUES:

V-CONCLUSION:



I-INTRODUCTION:

*articulation coxo-fémorale.

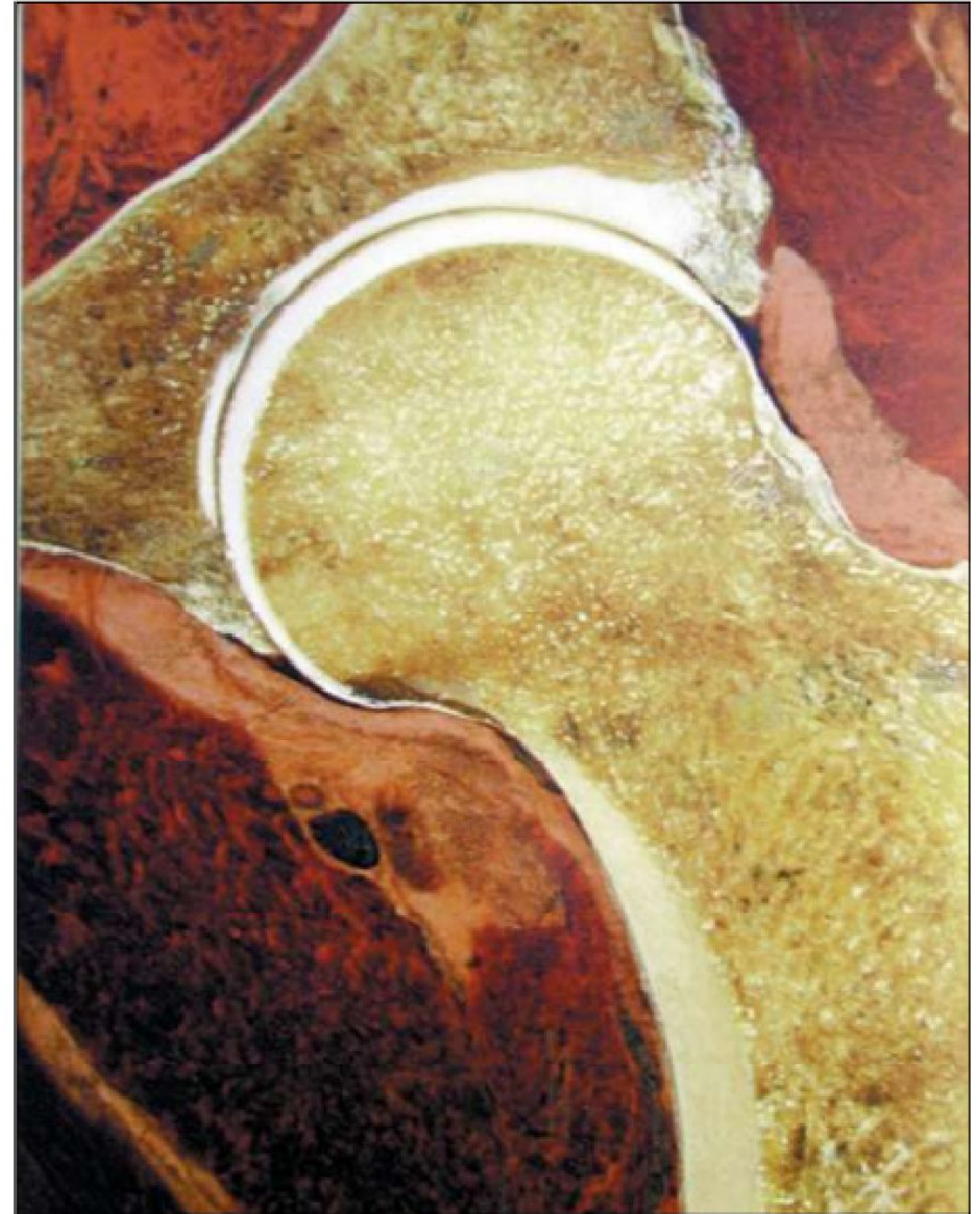
*énarthrose multiaxiale.

*stabilité maximum:

-insertion profonde tête fémorale dans
cavité cotyloïde.

-forte capsule.

-muscles puissants.



II-INTERROGATOIRE:

*Recherche antécédents:

>>> Pédiatriques:

-Ressaut de hanche, rhume de hanche, arthrite septique , ostéochondrite, épiphysiolyse fémorale supérieure...

>>>Familiaux de luxation congénitale.

>>>Personnels

-Traumatiques

-Diabète, dyslipidémie, corticothérapie, éthyisme chronique , hémopathie...

>>>Traitement:



III-SIGNES FONCTIONNELS:

>>> Douleur:

- Siège et irradiation;
- *Chronologie : chronique/aigüe;
- Nature et intensité;
- *Circonstances;
- *mécanique/inflammatoire.



DOULEUR

INFLAMMATOIRE

- *douleurs nocturnes.
- *douleurs de repos.
- *amélioration par l'activité.
- *réveils nocturnes.
- *raideur matinale prend 1-2 heures.

MECANIQUE

- *douleurs d'utilisation.
- *douleurs diurnes.
- *aggravées par les mouvements.
- *douleurs nocturnes aux mouvements seulement.
- *dérouillage , mais pas de raideur; mise en route difficile mais va rapidement mieux.

>>>Boiterie:

*Rarement un motif de consultation, souvent secondaire à la douleur.

>>>Raideur:

*Motif de plainte surtout chez les sujets âgés, avec difficultés à enfiler les chaussettes.

>>>Impotence fonctionnelle:

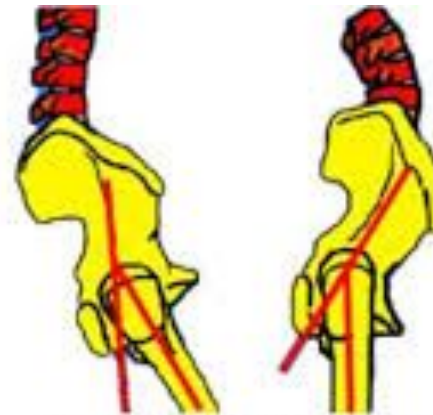
*Score algofonctionnel.



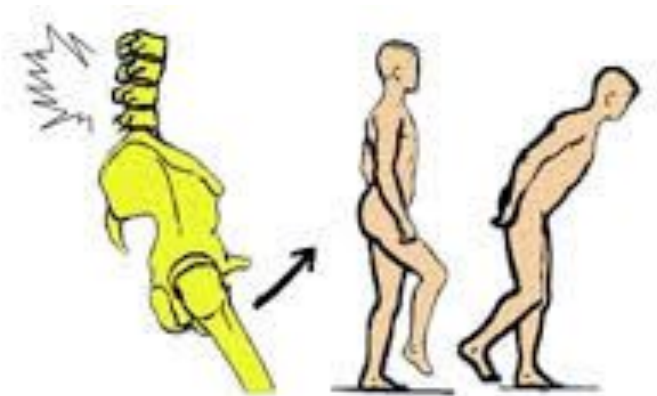
Marche équilibrée



Boiterie de Trendelenbourg par insuffisance des fessiers



Raideur en flexion : Flexum



Flexum : marche en salutation

Tableau 5.1. Indice fonctionnel des coxopathies de Lequesne.

<i>Douleur</i>	Douleur nocturne selon mouvements ou posture ou même immobile	1 2
	Lors du « dérouillage » matinal pendant quelques minutes ou durant plus d'un quart d'heure	1 2
	Lors de la station debout ou du piétinement pendant une demi-heure	1
	Lors de la marche au-dehors seulement après quelque distance ou dès les premiers pas et allant croissant	1 2
	Gêne lors de la station assise prolongée	1
<i>Marche maximale</i>	Plus de 1 km mais limitée	1
	Environ 1 km (environ 15 minutes)	2
	500 à 900 mètres (environ 8 à 15 minutes)	3
	300 à 500 mètres	4
	100 à 300 mètres	5
	Moins de 100 mètres	6
	** avec une canne ou canne-béquille	+1
	*** avec 2 cannes ou cannes-béquilles	+2
<i>Difficultés pour :</i>	Enfiler chaussette ou collant par devant	0 à 2
	Ramasser un objet à terre	0 à 2
	Monter et descendre un étage	0 à 2
	Sortir d'une voiture	0 à 2
	Retentissement sur l'activité sexuelle	0 à 2

Le domaine chirurgical commence vers 10 à 12 points.

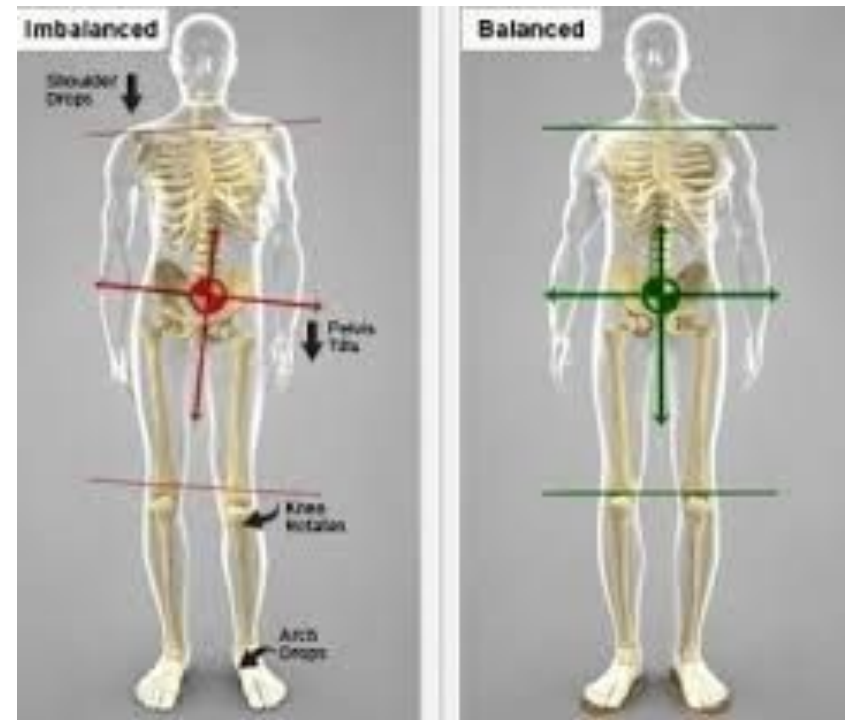
IV- SIGNES PHYSIQUES:

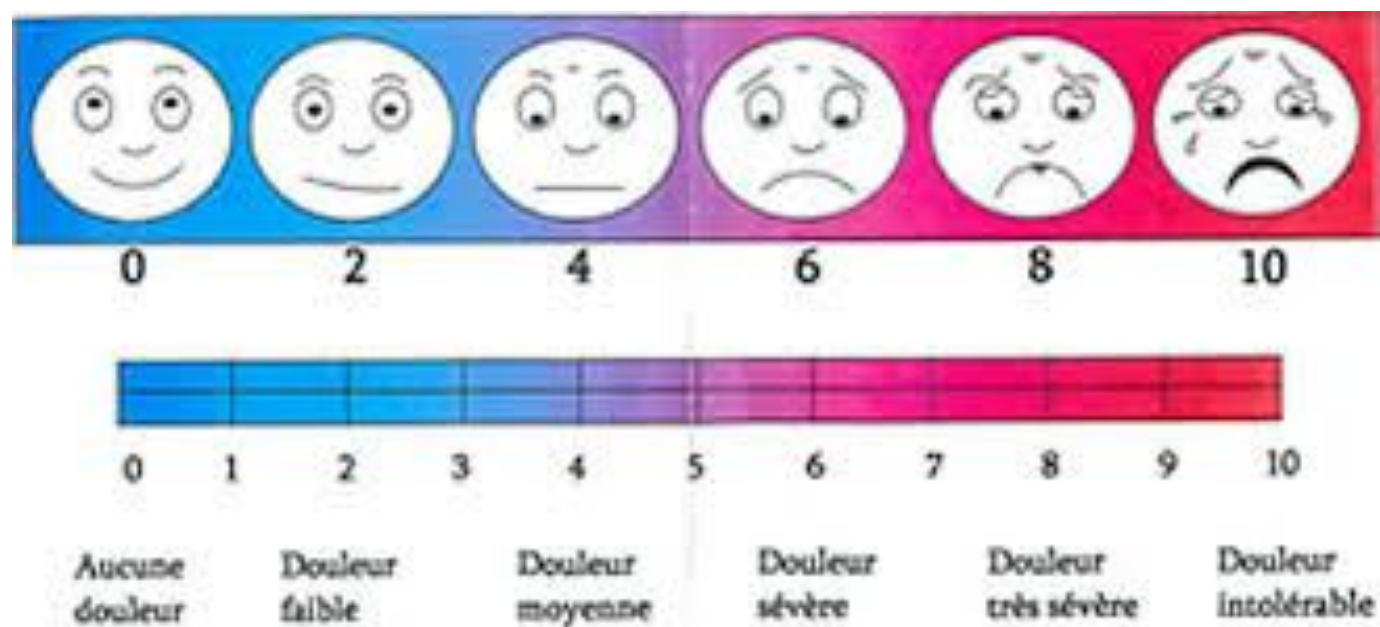
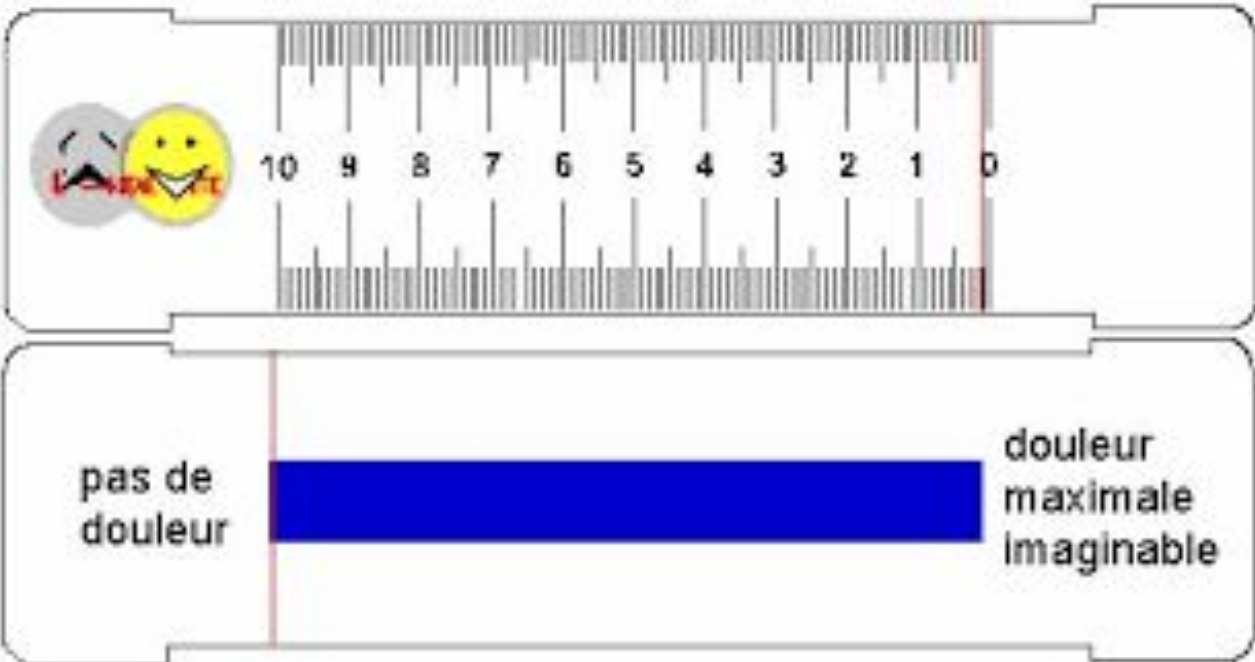
>>>Inspection:

- Debout, marche, décubitus

- *Bascule du bassin

- *Inégalité membres, position vicieuse en abduction ou adduction hanches, scoliose



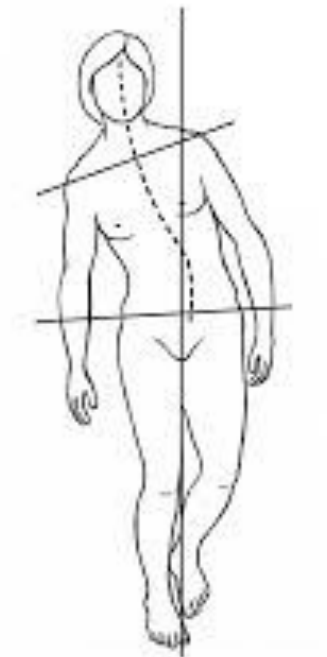


>>> Boiterie:

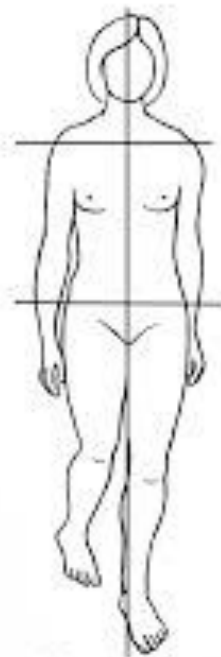
*Douleur, raideur, raccourcissement d'un membre inférieur,

*insuffisance des muscles fessiers uni ou bilatérale, luxation.

*types de boiterie:



Boiterie de Trendelenburg
Courbure rachidienne anormale



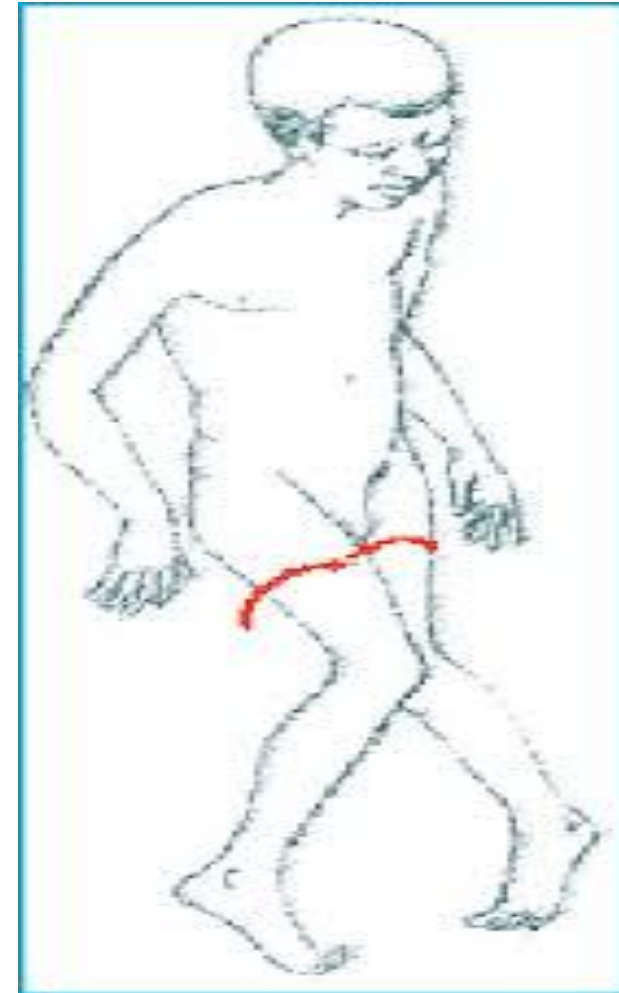
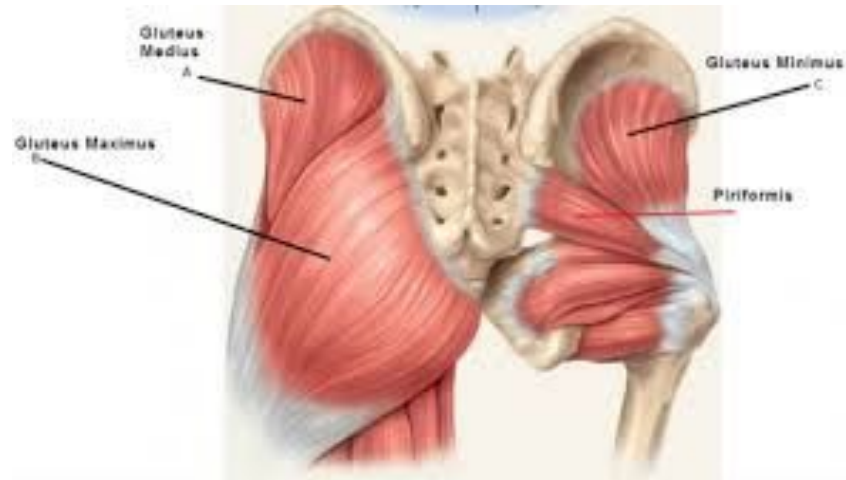
Démarche normale
Alignement normal de la
colonne vertébrale



>>>Attitude vicieuse:

*Tuméfaction.

*Amyotrophie muscles fessiers.



>>>Palpation:

*Points douloureux

*Consistance d'une tuméfaction

*ADP

*Mensuration



Ganglions inguinaux
- groupe horizontal
- groupe vertical



*État musculaire:

-Amyotrophie du quadriceps:

- Mesure objective comparative par la mesure du périmètre de cuisse au même niveau.



Amyotrophie
du quadriceps

-Testing de la force musculaire
comparativement au côté sain:

- Moyen fessier : par la manœuvre d'abduction contrariée, décubitus latéral sur le côté opposé (Déficit est côté entre 0 et 5).

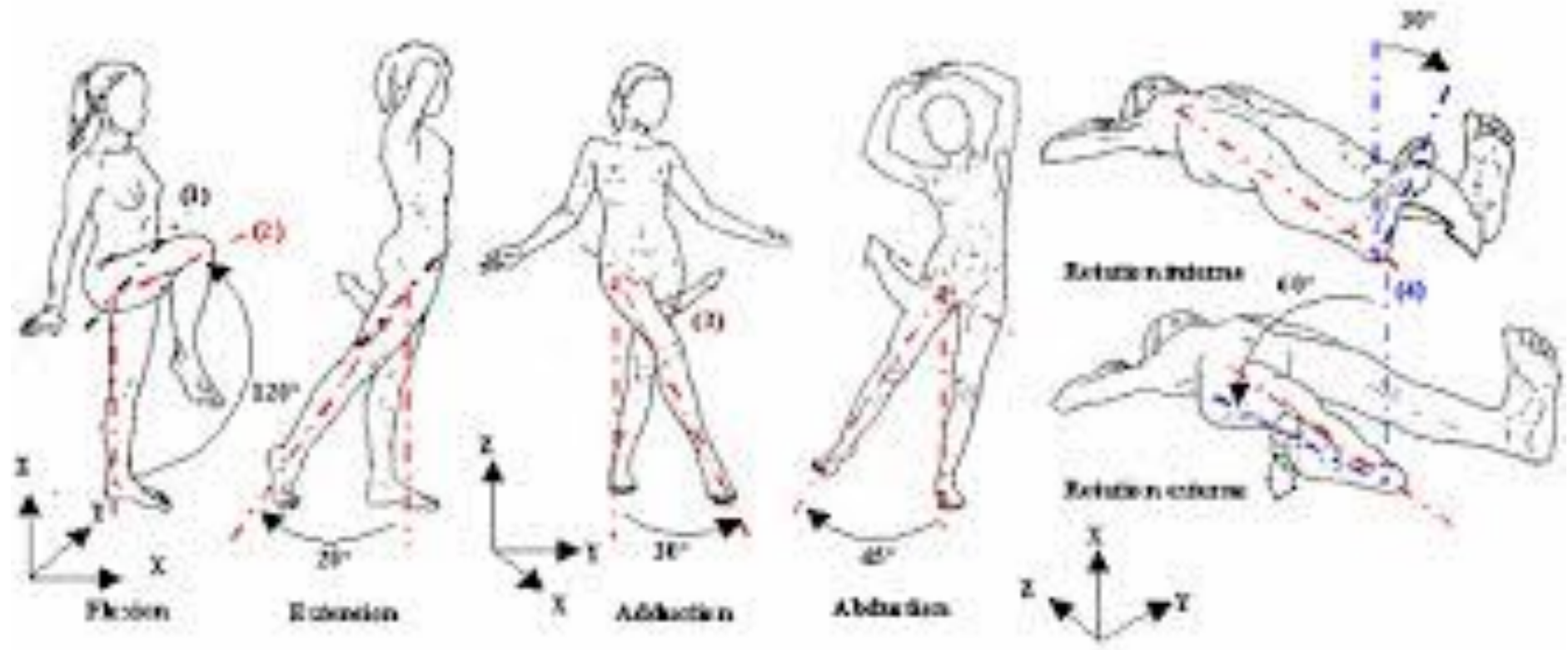


>>> Étude des mouvements:

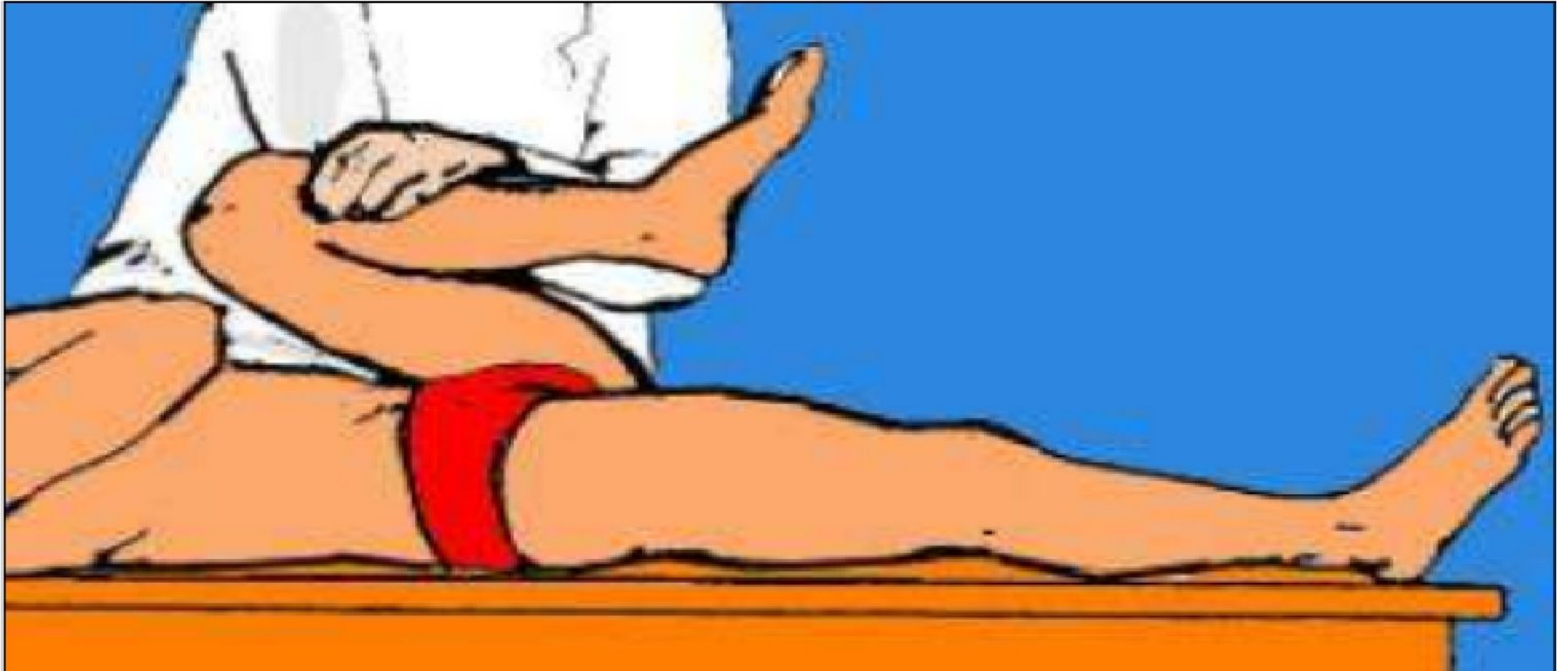
* Actifs.

* Passifs.

-Flexion, extension, abduction, adduction, rotation externe, rotation interne.



Flexion : 135° ou plus

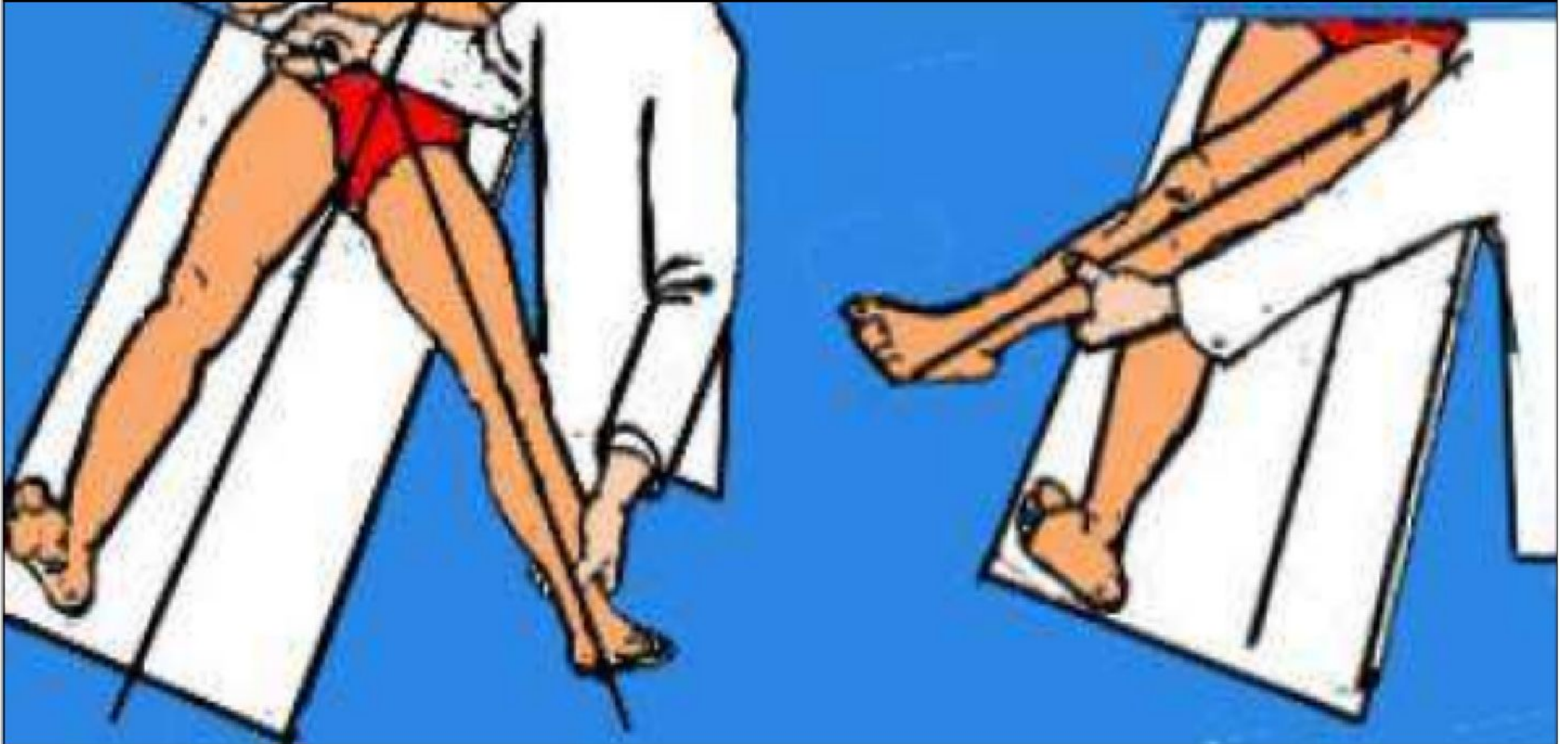


Extension:0-30°



* Abduction = 45°

* Adduction = 30°



*Rotation interne 45 °

*Rotation externe 35°

Secteurs de rotation de hanche

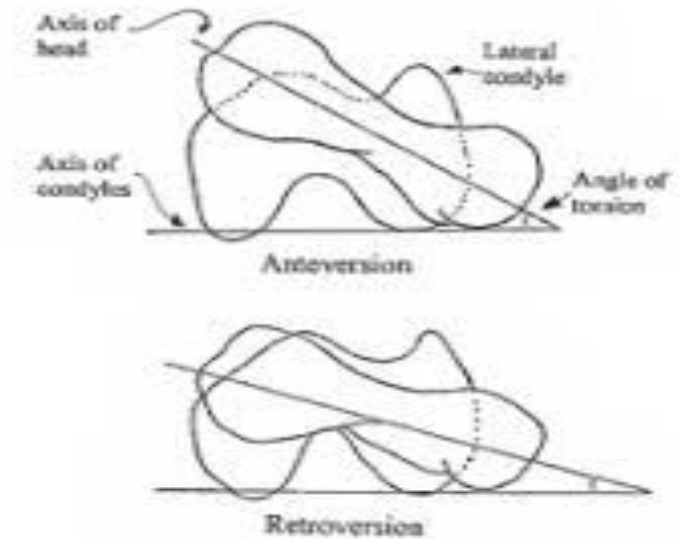
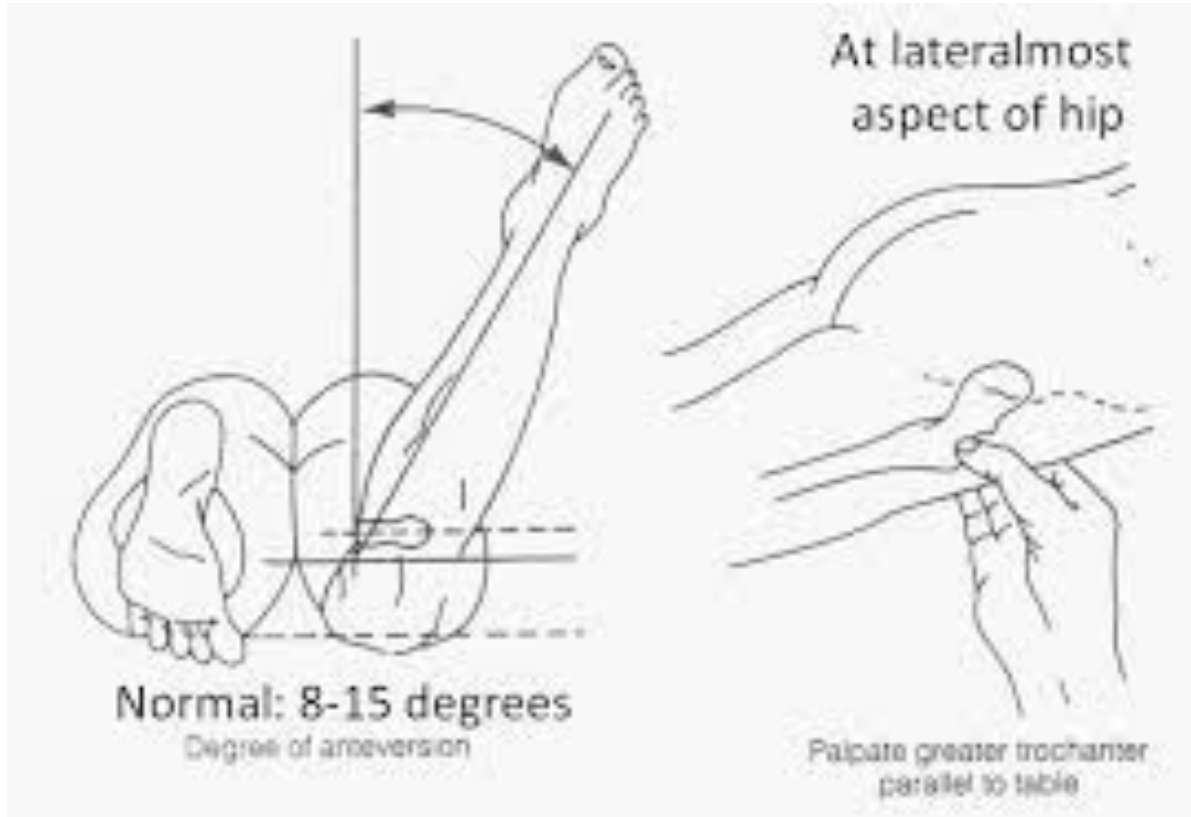


Rotation interne
très ample

Rotation externe
peu ample

Antétorsion fémorale

*l'orientation du col fémoral est de 15° en avant par rapport à l'axe des condyles fémoraux.



V-CONCLUSION:

*Un minimum de discipline est requis dans l'interrogatoire et l'examen d'un sujet consultant pour une douleur de la hanche, cela pour trois motifs :

- la confiance médecin–malade,
- le choix des moyens complémentaires de diagnostic,
- et celui des armes thérapeutiques.

*quelque soit le diagnostic, il faut savoir évaluer le niveau de la douleur et de la gêne fonctionnelle pour choisir le meilleur traitement et assurer une base valable au suivi ultérieur.

MERCI