

Avertissement : notes prises au vol... erreurs possibles... prudence !

Mardi 30 avril 2019

Hôpital cantonal de Genève

Périarthrite de la hanche : quoi de neuf en 2019 ?

Dr Michael Nissen

La périarthrite de la hanche c'est aussi ...

- La bursite trochantérienne
- Le Syndrome du trochanter
- Le SDGT pour Syndrome douloureux du grand trochanter
- Le GTPS pour Greater Trochanteric Pain Syndrom
- La coiffe des rotaterus de la hanche...

Effectivement, comme pour l'épaule, il peut y avoir un conflit sous acromial, au niveau de la hanche il peut y avoir un conflit entre la bandelette ilio-tibiale les muscles fessiers (petit et moyen...).

Demandez au patient de montrer avec le doigt où ça fait mal...

Tableau 4. Diagnostic différentiel d'une douleur de la région de la hanche
SDGT : syndrome douloureux du grand trochanter.

Douleurs postérieures (fesse)	Douleurs latérales (périhanche)	Douleurs antérieures (aine)
SDGT (parfois)	SDGT (souvent)	SDGT (rarement)
Lombalgie basse (L4-S1) irradiant dans la fesse	Pathologie de la bandelette ilio-tibiale	Pathologie de l'articulation coxo-fémorale: arthrose, ostéonécrose aseptique, fracture, lésion du labrum, arthrite
Syndrome de Maigne (irradiation de la charnière dorso-lombaire)	Syndrome de Maigne	Syndrome de Maigne
Atteinte sacro-iliaque (dysfonction, inflammation)	Méralgie paresthétiqu	Bursite de l'iliopsoas
Syndrome radiculaire L5 ou S1 «tronqué»		Radiculopathie L1-L2-L3
Syndrome du piriforme		Tendinopathie du muscle droit antérieur

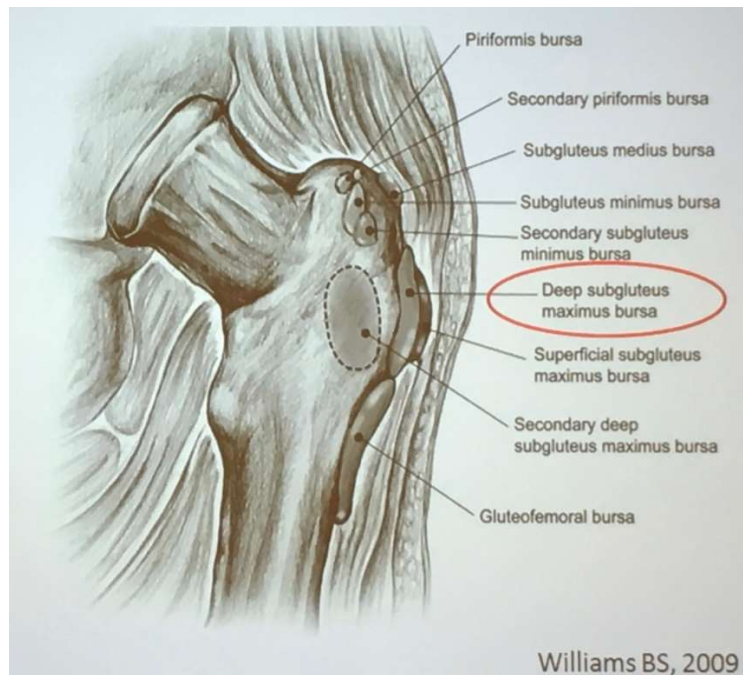
Nissen MJ & Genevay S, RMS, 2015

Le SDGT peut faire des douleurs postérieures, latérales (le plus souvent), ou antérieures.

Les autres causes de douleurs latérales étant une pathologie de la bandelette ilio-tibiale, un syndrome de Maigne, ou une méralgie paresthétiqu...

Le syndrome de Maigne est plus spécifiquement la conséquence d'une irritation des nerfs émergeant au niveau des vertèbres T12 (12ème vertèbre thoracique) et L1 (1ère vertèbre lombaire). De façon plus rare, il peut s'agir d'une irritation au niveau des nerfs émergeant des vertèbres T11-T12, L1-L2 et T10-T11.

Il y a de multiples bourses autour du trochanter susceptibles de s'enflammer...



Un syndrome douloureux du grand trochanter, peut-être donc dû à une bursite, mais aussi à une tendinite, ou une rupture partielle du moyen ou du petit fessier, ou encore d'une anomalie de la bandelette ilio-tibiale.

Tendinite	<ul style="list-style-type: none"> • Moyen fessier (<i>gluteus medius</i>) • Petit fessier (<i>gluteus minimus</i>)
Bursite	<ul style="list-style-type: none"> • Piriformis • Subgluteus medius • Deep subgluteus maximus • Superficial subgluteus maximus • Gluteofemoral
Rupture (partielle ou complète)	<ul style="list-style-type: none"> • Moyen fessier (<i>gluteus medius</i>) • Petit fessier (<i>gluteus minimus</i>)
Anomalie de la bandelette ilio-tibiale (tenseur du fascia lata)	<ul style="list-style-type: none"> • Inflammation • Rupture

Source: Nissen MJ, RMS, 2015

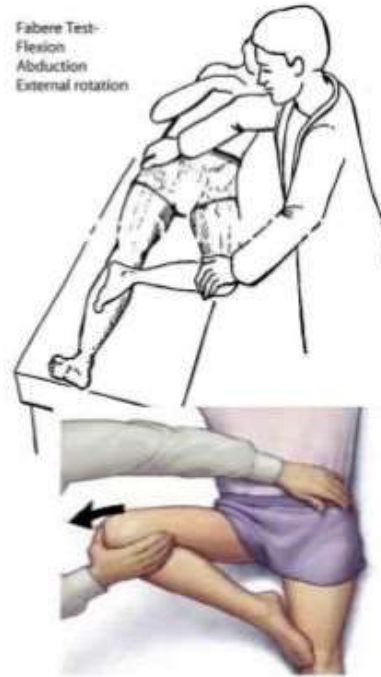
C'est fréquent (15% > 50 ans), 4 femmes pour 1 homme ; 36% reste symptomatique après 1 an, 29% encore symptomatique après 5 ans.

On recommande le test de FABER (ou Patrick's test) pour Flexion/ Abduction/ External Rotation déclenchant une douleur ...

- Antérieure si pathologie coxo-fémorale
- Latérale si périarthrite de la hanche
- Postérieure (fesse) si origine sacro-iliaque, ou postérieure (dos) si lombalgies.

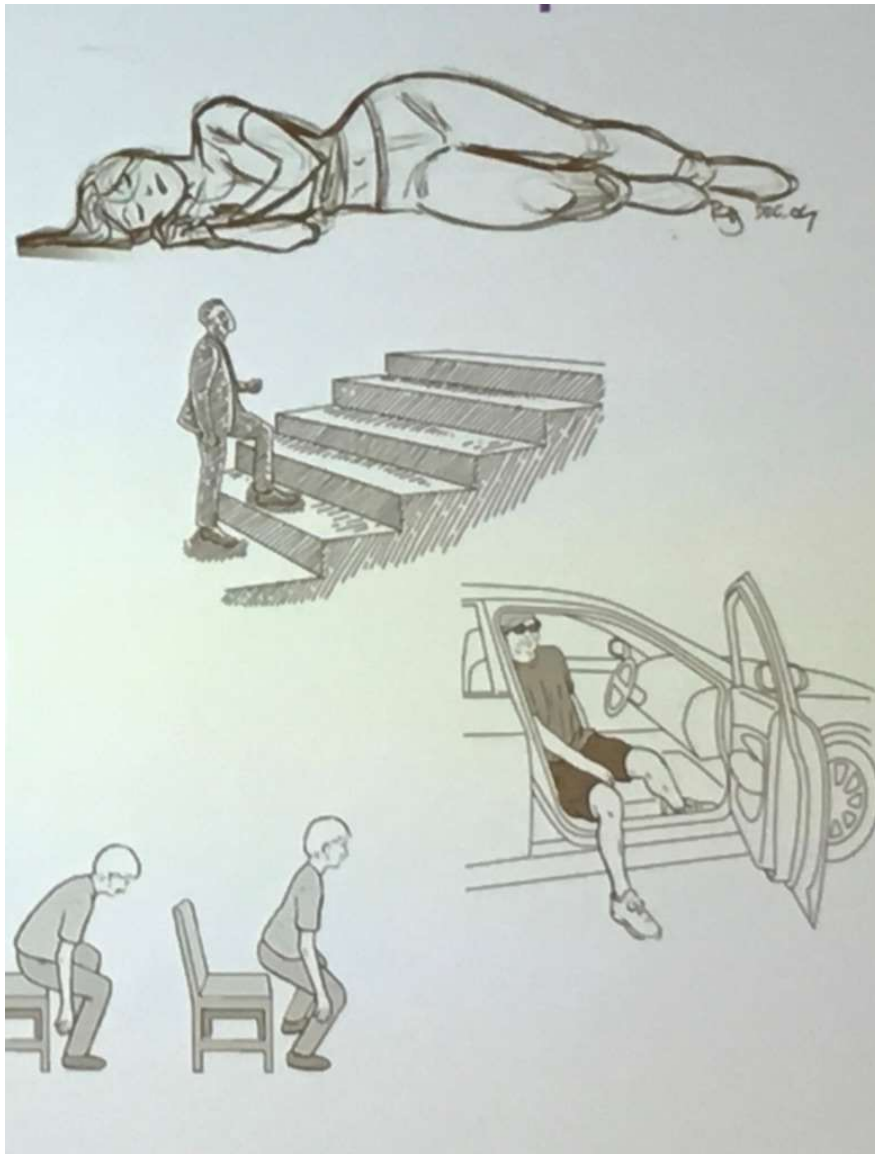
Patrick's test or FABER test

- The test is performed by having the tested leg flexed, abducted and externally rotated. If pain results, this is considered a *positive Patrick's test*.



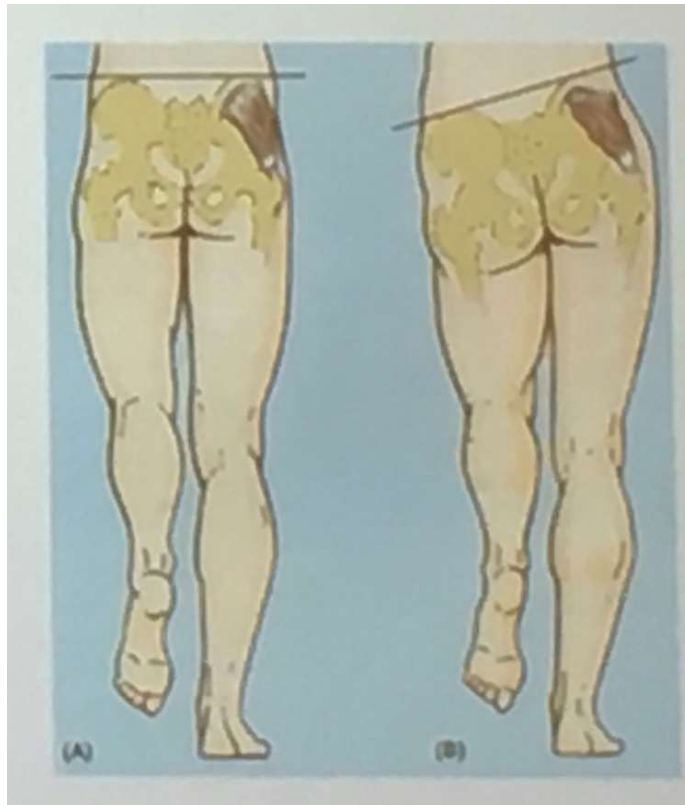
Le test de Faber a une bonne spécificité mais est peu sensible...

Les autres éléments anamnestiques sont la douleur en décubitus latéral, la douleur en montant les escaliers, la douleur en sortant de la voiture et la douleur en se relevant de la position assise...



(Contrairement à l'atteinte coxo-fémorale, pas de difficulté à lacer ses chaussures ou à enfiler ses chaussettes).

En cas de rupture du moyen fessier, on aura un Test de Trendelenburg positif (image B)



Il y a toute une série de pathologies associées à un SDGT...qu'il faudra rechercher...

Tableau 2. Conditions associées à un syndrome douloureux du grand trochanter

- Lombalgies (de toutes causes) et syndrome lombo-vertébral non spécifique
- Pathologie de la hanche: mécanique ou inflammatoire
- Pathologie du genou (surtout gonarthrose)
- Inégalité de longueur des membres inférieurs
- Pieds plats
- Postopératoire: lombaire, prothèse de la hanche, amputation du membre inférieur
- Obésité
- Fibromyalgie

Nissen MJ 2015, Segal NA 2007, Williams BS 2009

Pour ce qui est de l'imagerie, la RX n'amène pas grand-chose (exostoses, enthésophytes), l'échographie permet de voir une bursite, ou une tendinopathie calcifiante, reste l'IRM qui montre un hypersignal en STIR et/ou une bursite dans la région trochantérienne.

Pour les traitements :

Antalgie : paracétamol, AINS

Repos

Physiothérapie : massage, stretching, renforcement musculaire,

Electrothérapie : ondes de choc

Infiltrations : Corticostéroïdes (CS) ou PRP (plasma riche en plaquettes)

Chirurgie

Une étude (Home Training, Local Corticosteroid Injection, or Radial Shock Wave Therapy for Greater Trochanter Pain Syndrome The American Journal of Sports Medicine 37(10):1981-90) comparant infiltration de CS, physio et ondes, a montré qu'après 1 mois, le groupe CS est nettement mieux que les 2 autres...mais qu'après 4 puis 15 mois c'est les ondes de choc et la physio qui vont mieux...

Une récente étude genevoise « Glucocorticoid injections for greater trochanteric pain syndrome: a randomised double-blind placebo-controlled (GLUTEAL) trial. Nissen MJ, Clin Rheumatol. 2019 Mar;38(3):647-655 » compare l'injection de CS + anesth. locale(traitement actif) avec l'injection de NaCl (placebo).

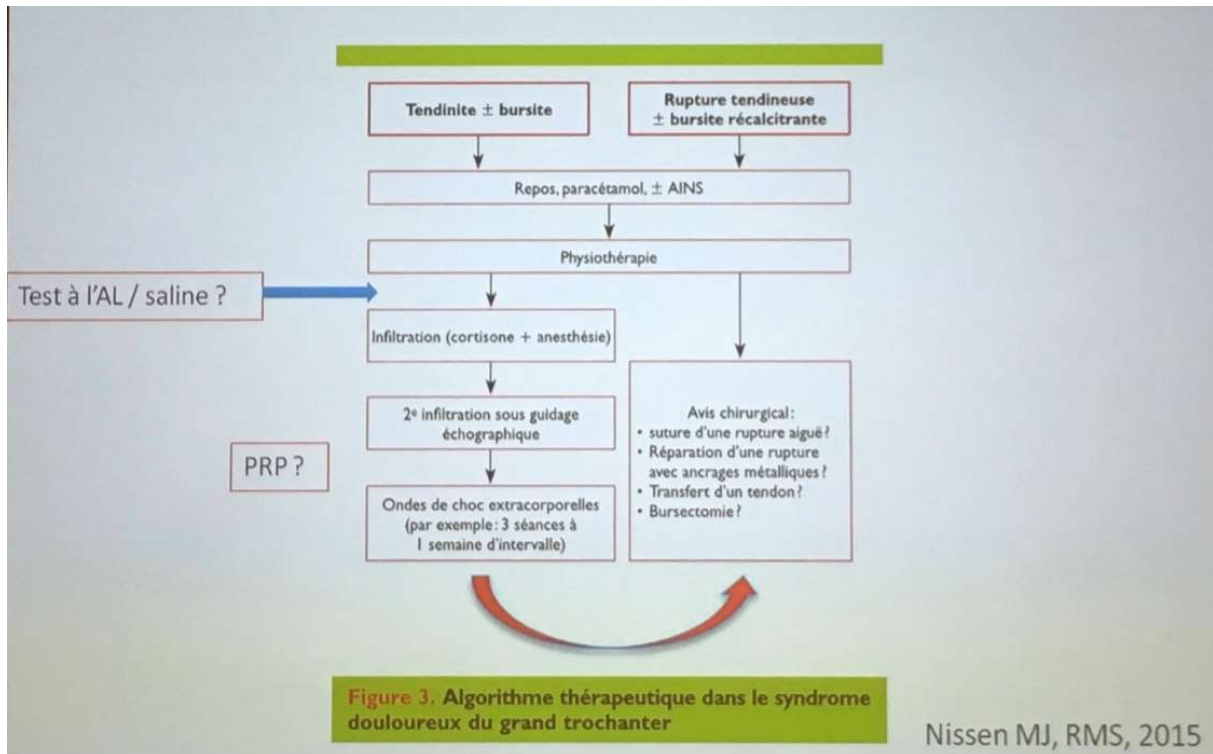
Étonnamment il semble ne pas y avoir de différence à 1 mois entre les 2 groupes, ce qui parle donc nettement en défaveur des infiltrations de CS pour les SDGT...

Il semble qu'il y ait quand même certains patients qui répondraient mieux que d'autres aux CS, et qu'on pourrait les identifier si la douleur disparaît après une simple anesthésie locale(?).

Pour ce qui est des infiltrations de PRP... une étude « The Effectiveness of Platelet-Rich Plasma Injections in Gluteal Tendinopathy: A Randomized, Double-Blind Controlled Trial Comparing a Single Platelet-Rich Plasma Injection With a Single Corticosteroid Injection. Fitzpatrick J, Am J Sports Med. 2018 Mar;46(4):933-939. "a montré que le PRP est meilleur que les CS à 12 mois (pas de différence à 2 et 6 mois).

Pour ce qui est de la chirurgie, on parle de bursectomie, d'allongement de la bandelette ilio-tibiale, de suture lors de rupture d'un muscle etc...

L'algorithme de prise en charge est donc le suivant...



Pour ce qui est des ondes de choc, on précise qu'il est inutile de faire plus que 2-4 séances...

Avant de passer à l'infiltration de CS on fera un test avec un anesthésique local, pour déterminer si le patient fait partie des « répondeurs »,

et pour conclure....

Conclusions

GTPS - il faut **y penser** !

Rôle d'infiltration (xylocaïne / NaCl) comme aide diagnostique ?

Le recours à la chirurgie doit rester plutôt exceptionnel

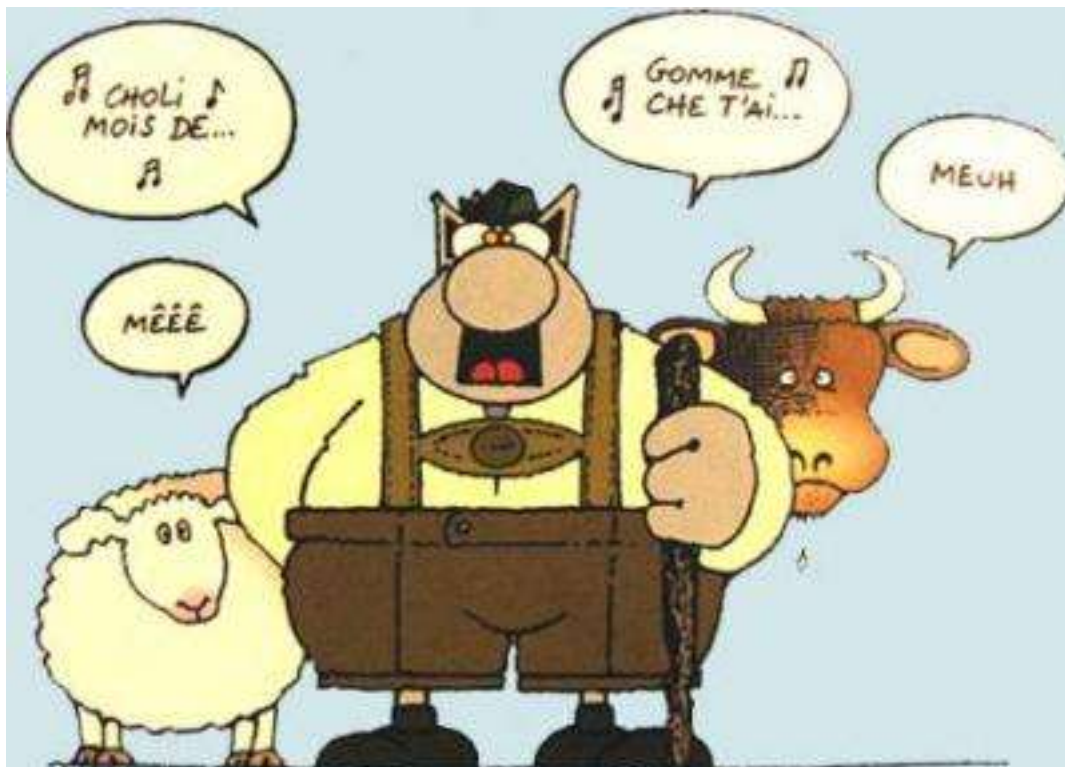
Le **diagnostic** est surtout **clinique**

Douleur latérale de la hanche +
FABER = GTPS

Le traitement doit souvent être « multifactoriel »

Court terme: infiltration CCS

Moyenne terme: ondes de choc + physiothérapie +/- PRP



Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan
ericbdh@bluewin.ch

transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch