

E1.8 Les lésions capsulaires et les lésions du Labrum de la hanche

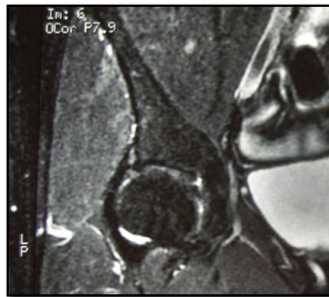
Introduction :

La pathologie du bourrelet cotyloïdien est une pathologie peu fréquente, peu connue et peu recherchée. Sa meilleure connaissance a été rendue possible par l'avènement de l'arthroscanner et de l'IRM.

L'arthroscopie de hanche a permis ces dernières années de réaliser un démembrement et une classification des lésions ainsi qu'une ébauche de traitement. Sa réalisation reste difficile et réservée à peu de cas mais elle a permis de mieux comprendre certaines douleurs de hanches survenant chez le sportif de façon aiguë ou chronique et permettant une meilleure approche thérapeutique.

Définition :

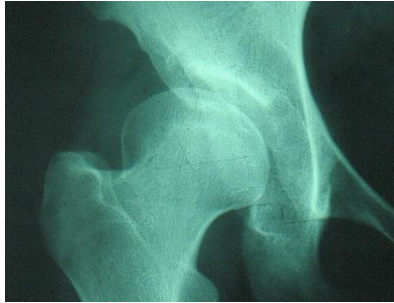
Le bourrelet cotyloïdien est un fibrocartilage en forme annulaire adhérent au sourcil cotyloïdien et réagissant un peu comme le bourrelet glénoïdien de l'épaule ou comme le ménisque externe du genou. Il continue la surface portante du cartilage articulaire du cotyle et permet l'accrochage de la capsule articulaire très épaisse sur sa face externe convexe.



capsule articulaire de la hanche bien visible en IRM

Il possède un rôle mécanique d'amortisseur et de répartition des contraintes articulaires mais également un rôle proprioceptif du fait de la nombreuse présence de corps de *Golgi* et de *Paccini*.

Sa pathologie est connue dans les *dysplasies de hanche* et dans la *maladie luxante de la hanche* du fait d'un étirement de ses fibres et il intervient alors comme une véritable casquette couvrant la tête fémorale dans la sub-luxation ou dans l'insuffisance cotyloïdienne.



Insuffisance cotyloïdienne nécessitant une butée

On distingue les lésions :

- Fissures radiales
- Fissures longitudinales
- Bourrelets hyper-mobile
- Anse de seau
- Languettes traumatiques

Circonstances :

Aigües :

Les lésions du bourrelet cotyloïdien surviennent essentiellement lors d'accidents sportifs chez les sportifs de compétition à l'occasion de la pratique du football, du rugby, du hand de l'athlétisme mais il peut survenir également chez des patients peu sportifs à l'occasion de mouvements brutaux en pivot ou en extension de hanche.

Chroniques :

La forme chronique se caractérise plus par des pseudo-blocages avec des douleurs épisodiques et éphémères situées dans le pli inguinal qui peuvent être très algiques comme un coup de poignard ou faiblement algiques comme des pointes douloureuses et qui peuvent survenir en particulier dans la descente des escaliers et dans les mouvements de flexion de hanche.

L'examen clinique :

Effectué sur table, il retrouve une douleur inguinale à l'effort en résistance contrariée et une douleur en attitude de flexion rotation interne adduction dans le pli inguinal.

Ces douleurs peuvent évoquer un début de coxarthrose, un surmenage articulaire, une tendinite du psoas, une tendinite du droit antérieur ou une hernie inguinale.

C'est la palpation précise et la recherche de douleurs en manoeuvres contrariées qui permettra d'orienter le diagnostic.

Examens complémentaires :

La radiographie du bassin de face et de profil permet de réaliser une *coxométrie* pour rechercher une insuffisance de couverture antérieure et/ou externe, rechercher des signes osseux de micro-géodes du bord externe du cotyle au niveau du sourcil cotyloïdien.



micro géodes sur le bord du cotyle

L'arthrographie de hanche doit être réalisée couplée à un arthroscanner en cas de doute diagnostique car c'est l'examen le plus performant. Les images permettent d'apprécier l'épaisseur du bourrelet et sa séparation de la capsule par une fine spicule de produit de contraste que l'on appelle *l'épine de rose*.



Arthrographie montrant une spicule sur le rebord du cotyle



Arthroscanner montrant une spicule sur la face articulaire du labrum

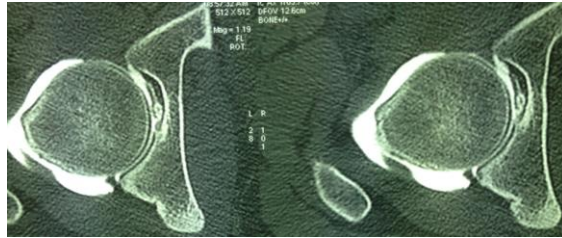
On peut également rechercher une ulcération du bord interne artulaire, une fissure, une anse de seau, une désinsertion complète et peut également retrouver une fuite du produit de contraste dans le tendon du droit antérieur.

On recherchera également les signes de surmenage artulaire comme une condensation de l'os sous chondral du toit du cotyle et du sourcil cotyloïdien ainsi que des micro-géodes.

L'IRM est un examen moins performant pour analyser le bourrelet cotyloïdien car les images sont de petites tailles et la lésion est rarement retrouvée.

Par contre, l'aspect du bourrelet peut être visualisé en IRM sous quatre formes :

- bourrelet triangulaire,
- arrondi
- aplati
- absent.



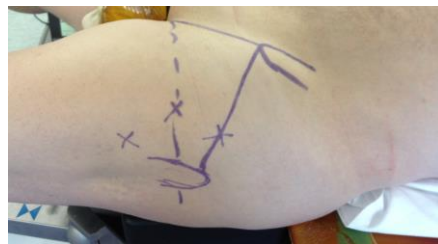
L'arthroscopie de hanche est l'examen le plus performant mais de réalisation plus difficile car elle nécessite une hospitalisation en ambulatoire pour être pratiquée sous anesthésie générale avec table de traction.

Dans un premier temps l'arthroscopie analyse la périphérie du bourrelet puis il faut appliquer une traction importante sur une table spéciale pour pénétrer dans la cavité articulaire.

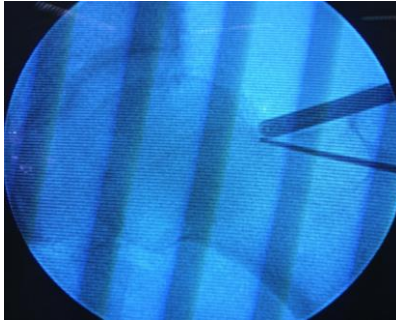
On analyse alors la face articulaire du bourrelet en même temps que l'état articulaire de la tête fémorale.

A l'aide d'un palpateur par un deuxième abord, on peut rechercher un décollement, une fissuration, ou une anse de seau de ce bourrelet. On recherche des lésions articulaires associées et des corps étrangers articulaires.

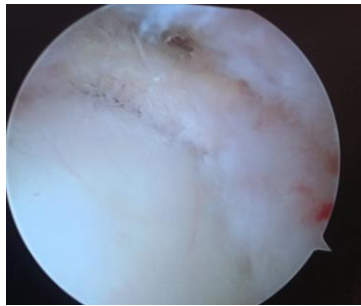
On peut traiter ces lésions dégénératives ou traumatiques par des résections, des réinsertions ou sutures.



Arthroscopie de hanche



Repérage sous scopie du labrum de la hanche



Vue d'un labrum dégénératif sous arthroscopie de hanche

Conclusion :

La pathologie du bourrelet cotyloïdien est une pathologie assez rare mais de mieux en mieux codifiée et traitée par un nombre croissant de chirurgiens.

Elle est mieux connue et répertoriée parmi les douleurs de hanches du sujet sportif.

L'examen le plus performant est la réalisation d'un arthroscanner en coupe frontale et transversale voire en coupe passant par le col fémoral.

En cas de lésion avérée du bourrelet cotyloïdien et malgré une mise au repos l'indication la plus performante est la réalisation d'une arthroscopie pour faire l'excision partielle ou la suture du bourrelet au niveau de la lésion. (Comme un ménisque du genou).

L'absence ou la négligence du traitement de ces lésions peut amener secondairement à une ossification de la capsule articulaire et à la constitution progressive d'une ostéophytose. Dans ce cas le conflit articulaire entre le bourrelet et le col du fémur peut constituer une pré-arthrose.