

E1.3 –La hanche inflammatoire

1) Définition :

Il s'agit d'une synovite inflammatoire de l'articulation coxo-fémorale. La membrane synoviale est malade, elle gonfle, sécrète un liquide inflammatoire et provoque une tension douloureuse dans la capsule articulaire.

2) Signes cliniques :

Elle est marquée par des douleurs vives d'origine inflammatoire, c'est à dire survenant n'importe quand, au repos ou en action, d'apparition aiguë ou progressive chez des patients souvent jeunes. Ces douleurs se situent autour de la hanche, donc dans le pli inguinal, la région trochantérienne (le coté de la hanche) la fesse haute ou basse, la cuisse face antérieure ou profonde vers le dessus du genou. Elles surviennent spontanément, durent des heures parfois des jours et sont calmées plus ou moins bien par les anti-inflammatoires. Ces douleurs limitent les activités physiques

Les patients sont parfois connus pour présenter une maladie inflammatoire (polyarthrite, maladie de système : connectivite, vascularite), une infection ou une pathologie microcristalline (chondrocalcinose, goutte).

Le handicap fonctionnel est variable selon l'importance de la douleur, d'une gêne permanente discrète coté à 1-2 sur 10 points à une boiterie forte nécessitant une canne pour marcher jusqu'au handicap majeur avec impotence fonctionnelle complète, hospitalisation et repos strict au lit.

La raideur est passagère mais proportionnelle à la douleur et surtout à la tension articulaire due à l'importance de l'épanchement de synovie. L'amyotrophie du quadriceps est rapide et importante

3) Les examens complémentaires :

a) La biologie :

Une simple prise de sang veineux permet d'apporter des informations utiles et importantes. On retrouve un syndrome inflammatoire important : augmentation de la Vitesse de Sédimentation à plus de 50 , augmentation des globules blancs (des polynucléaires), augmentation de la CRP.

Dans les maladies rhumatismales on est amené à chercher des facteurs spécifiques de polyarthrite en dosant des immunoglobulines :

- IgM anti IgG animales (test de Waaler Rose) < 30
- IgM anti IgG humaines (test de Latex) < 20

Ou en recherchant des anticorps

- anti nucléaires (noyau cellulaire) titré sur des cellules Hep 2000 dont le taux doit rester en deçà de 80 et qui est considéré comme élevé au dessus de 320.
- Anti ADN natif (<5 UI OMS/ml)

- Anti peptides citrullinés cyclisés (CCP2) (<15 kU/l)
- Anti streptolysine O (ASL) (< 300 kUI/l)

On recherche une atteinte rénale par dosage de la protéinurie (<0,20g/l) et de la glycosurie des leucocytes et des hématies dans les urines.

b) La radiographie :

Elle reste normale assez longtemps, elles peuvent montrer progressivement un pincement flou et régulier de l'interligne articulaire.

Sur le plan osseux on peut observer une déminéralisation de la tête fémorale et du toit cotyloïdien. Part contre on tient compte des signes négatifs d'arthrose, c'est à dire l'absence d'ostéophytes et de condensation de l'os sous chondral.

Un aspect caractéristique est l'aspect en timbre poste de l'interligne dans les stades plus évolués.

c) La scintigraphie osseuse au technétium 99 :

Cet examen plus performant analyse la présence de zones inflammatoires dans le corps.

Elle prend tout son intérêt en montrant dès le début des images d'hyperfixation, associées à un syndrome inflammatoire.

d) Les examens invasifs :

d1 - La ponction articulaire :

Faite sous contrôle radioscopique, échographique ou scanner par un radiologue habitué.

Elle permet de recueillir un liquide inflammatoire dont on apprécie la quantité, le caractère limpide ou trouble, la couleur jaune clair, jaune foncé, rouge hémorragique ou lactescent trouble.

La couleur d'un liquide donne une idée du type d'inflammation.

L'analyse au laboratoire recherche le nombre de cellules témoignant de l'importance de l'inflammation, le type de globules blancs, l'importance des globules rouges associés en cas de saignement associé.

On recherche aussi la concentration de protéines témoignant de l'importance de l'inflammation.

La plupart du temps on associe de principe une analyse bactériologique pour vérifier l'absence d'infection chronique pouvant expliquer certaines inflammations.

Un liquide inflammatoire contient généralement plus de 2 000 globules blancs , et le taux de protéides est supérieur à 40g/l.

d2 - La biopsie synoviale :

Réalisée à l'aiguille, elle montre un tissu épais rouge inflammatoire, il s'agit d'une synovite ce qui veut seulement dire que la membrane synoviale de l'articulation est épaissie, richement vascularisée mais la cause de cette inflammation est fonction de l'étiologie. Elle est généralement peut utile et utilisée sauf si la recherche de facteurs immunologiques est nécessaire. (maladie rhumatismale à facteurs immunologiques).

d3 - L'arthroscopie de hanche

Exceptionnellement utilisée pour une analyse étiologique (recherche de la cause) d'une inflammation de hanche et non justifiée pour un traitement. Elle s'inscrit dans la nécessité d'une biopsie bien dirigée et pour faire le constat des lésions. Mais il s'agit d'une intervention faite sous anesthésie générale et même si elle se fait en hospitalisation ambulatoire les conséquences ne sont pas nulles.

4) Les étiologies :

a) Les maladies rhumatismales :

1 La coxite rhumatismale de la **polyarthrite rhumatoïde**.

La douleur inflammatoire de hanche survient souvent dans un contexte de maladie déjà connue. En plus de la douleur et de la raideur clinique, la radiographie est assez caractéristique car elle montre une arthrose qui s'enfonce dans le cotyle, on dit qu'elle est **protrusive**.

La coxite de la **polyarthrite rhumatoïde** évolue en 4 stades radiologiques :

- | |
|--|
| I -Pincement diffus |
| II -Pincement important + érosion de l'interligne |
| III -Disparition de l'interligne + érosion et agrandissement du cotyle |
| IV -Protrusion acétabulaire |

La biologie est souvent connue à ce stade, montrant la présence de facteurs rhumatoïdes.

2 La coxite de la **spondylarthrite ankylosante**.

Elle présente une forme engainante et densifiante qui enveloppe l'articulation d'une gaine osseuse, ou une forme synostosante provoquant une fusion de l'articulation coxo-fémorale. Les dosages biologiques de l'antigène HLA B27 orientent le diagnostic.

3 La coxite de la **pseudo-polyarthrite Rhizomélique**.

Elle est présente surtout chez les patients de 50-60 ans plutôt de sexe féminin associant une atteinte habituelle des ceintures (épaules-cou et hanches-lombaires) avec parfois des myalgies (myosites) des muscles du cou et des épaules. Elle s'accompagne de signes généraux d'amaigrissement de fatigue et d'anorexie (perte appétit) et parfois même une petite augmentation de la température. Le syndrome biologique inflammatoire est marqué (VS>100). On distinguera l'absence de positivité aux tests Latex et Waler Rose.

4 La coxite du **Rhumatisme Psoriasique**.

La hanche est habituellement non atteinte, il s'agit plus souvent d'une atteinte des articulations de

la sacro-iliaque, ou d'une atteinte axiale mais surtout des doigts au niveau des inter-phalangiennes distales est fréquente. Plus inconstante est la présence de plaques de psoriasis cutané ou chevelu.

5 La coxite des **connectivites**.

Elle est rare et survient également dans un contexte de maladie connue.

6 La coxite goutteuse

La hanche est en général épargnée. Son atteinte ne survient que dans les formes chroniques.

Le diagnostic repose sur la ponction dont le liquide montre alors des microcristaux d'urate de sodium à bouts pointus, biréfringents en lumière polarisée.

7 La coxite sur chondrocalcinose

Localisation rare, qui lorsqu'elle existe, est souvent associée à celle du genou.

La hanche évolue vers une coxarthrose destructrice plus ou moins rapide avec une disparition de la tête fémorale où le col restant s'articule dans un cotyle évasé et détruit.

La ponction retrouverait des microcristaux de pyrophosphate de calcium en forme de bâtonnets parallélépipédiques à bouts carrés peu biréfringents en lumière polarisée.

La **maladie de Wilson** et l'**Hémochromatose** peuvent être responsables de chondrocalcinose secondaire.

8 Les coxites septiques :

a) A germe communs.

Il s'agit de l'apparition aiguë d'une violente douleur de hanche avec impotence fonctionnelle majeur avec hyperthermie, impotence fonctionnelle, flexum de hanche.

Les étiologies sont :

- Chez le nourrisson : une ostéo-arthrite de hanche par greffe hématogène (les germes passent dans le sang et s'installent dans la hanche).

- Chez l'adulte l'infection de la hanche se porte par le sang à la suite d'une porte d'entrée cutanée.

Les germes sont du groupe "BBGGSS" : Brucella - BK - Gram négatifs - Gonocoque - Streptocoque - Staphylocoque++.

-Il est important de réaliser rapidement une ponction pour obtenir un prélèvement bactériologique et commencer le plus tôt possible un traitement antibiotique parentéral qui n'attendra pas le résultat de l'antibiogramme. Il est souvent nécessaire de recourir à un lavage de hanche ouvert ou sous arthroscopie.

Le traitement de l'infection articulaire est une **urgence** à prendre dans les 24 heures. Le plus important est la **connaissance du germe**. Il ne faut absolument pas que le médecin traitant donne

des antibiotiques qui masqueront une partie des symptômes et risque de nuire à la découverte du germe. La meilleure attitude est de contacter en urgence un centre spécialisé comportant des spécialistes de l'infectiologie, des orthopédistes et un laboratoire spécialisé pour la meilleure prise en charge possible car les séquelles peuvent être importantes, voire définitives. En cas de terrain cardiaque le pronostic vital peut-être engagé.

b) La coxite tuberculeuse : " COXALGIE "

Le terme de coxalgie ne s'adresse qu'à la seule pathologie de *tuberculose de la hanche*. Il s'agit d'un faux ami. On doit parler de douleur de hanche ou de douleur coxale ou d'algie coxo-fémorale mais pas de coxalgie lorsque l'on parle de douleur en dehors d'une tuberculose.

Il s'agit donc de l'atteinte lente et progressive de la hanche par le bacille Koch surnommé BK.

Il faut rechercher une notion de terrain (immigration, transplantation, SIDA et autres déficits immunitaires, conditions d'hygiène insalubre, foyers, SDF clandestins...).

La biologie peut rester normale et même la ponction de hanche peut rester négative car ce germe est fragile et difficile à identifier.

C'est là que repose la nécessité de faire une biopsie synoviale pour le diagnostic (recherche de BK) par une arthroscopie de hanche. (meilleure fiabilité du prélèvement, centre spécialisé, laboratoire prévenu du prélèvement, conditions de transport des prélèvements dictées par le laboratoire).

9 La Synovite Villo-Nodulaire Hémopigmentée (SVNH)

Elle s'apparente à une véritable tumeur bénigne, rarement localisée à la hanche, dont l'aspect radiologique, normal au début de la maladie, montre ensuite des géodes volumineuses, polycycliques, multiples, communiquant parfois avec la cavité articulaire située en dehors des zones d'hyperpression.

La ponction montre un liquide sérosanglant.

Le diagnostic se fait par l'examen anatomopathologique de la biopsie synoviale par une arthroscopie de hanche.