

# Examen de la hanche

**ALBAN SADIKU, SARAH NICOLLIER**

## Table des matières

<b>Introduction</b>	02
<b>Contexte clinique</b>	02
<b>Examen clinique</b>	02
1. Inspection	03
2. Palpation	04
3. Mobilité et force	05
4. Examens spécifiques de la hanche	06
<b>Carte de synthèse</b>	09

## PROFILES

Ce document a pour objectif de soutenir l'apprentissage des étudiants en présentant et expliquant les outils nécessaires à la réalisation d'un examen de la hanche, compétence clinique à acquérir en vue du diplôme fédéral et de l'assistantat, et définie selon les Entrustable Professional Activities (EPA) | PROFILES auquel nous vous référons.

Attention, effectuer un examen exhaustif n'est pas toujours possible en clinique. Selon les informations obtenues du patient, il est attendu de votre part de réaliser les éléments pertinents de l'examen.

## INTRODUCTION

Les maladies musculo-squelettiques peuvent atteindre les différentes structures osseuses, musculaires, cartilagineuses, tendineuses ou encore ligamentaires.

On considère que 5 à 10% des hommes entre 20 et 50 ans souffrent de coxalgies. Ce chiffre augmente à 15% entre 50 et 80 ans. Chez les femmes, pour les mêmes tranches d'âge, on retrouve respectivement 10-15% et 15-20% de coxalgies. Les causes peuvent être traumatiques, infectieuses, néoplasiques, dégénératives, etc.

L'examen ostéo-articulaire sera très souvent complété par des examens complémentaires (radiographie, IRM, etc.) en fonction du diagnostic différentiel.

## CONTEXTE CLINIQUE

Avant de commencer l'examen, il est essentiel de s'assurer que l'environnement est adapté. **On se présente au patient** avant de débiter l'examen, on lui demande son accord et on lui fournit des explications sur le déroulement. Mettre le patient à l'aise est une priorité et permet aussi de renforcer l'alliance

thérapeutique. L'examen clinique en est d'autant plus facilité.

Les règles d'hygiène prescrivent **une désinfection** des mains en entrant et en sortant de la pièce, avant et après contact avec le patient et après contact avec l'environnement du patient. Elles prescrivent également le port de gants lors de contact avec des liquides biologiques.

Pour l'examen de la hanche, on demande au patient d'**enlever le bas** en lui expliquant qu'il est essentiel d'avoir accès aux deux membres inférieurs dans leur intégralité. L'examen du patient se fait à la station debout et couchée.

## EXAMEN CLINIQUE

L'articulation principale de la hanche (articulation fémoro-acétabulaire) est une articulation entre la tête du fémur et l'acétabulum du bassin.

Elle relie le squelette axial aux extrémités inférieures et sert à supporter le poids statique (par exemple, la position debout) et dynamique (par exemple, la marche, la course).

Cette articulation est donc une énarthrose qui permet les mouvements de flexion et extension, rotation interne et externe, abduction et adduction. La combinaison de ces mouvements entraîne une circumduction.

Il existe plusieurs structures ligamentaires, osseuses, cartilagineuses et tendineuses qui forment cette articulation:

- La capsule articulaire est une capsule fibreuse qui s'attache au bord de l'acétabulum, au ligament acétabulaire transversal et au col du fémur au niveau de la ligne intertrochantérienne du grand trochanter antérieurement ainsi que sur la crête intertrochantérienne postérieurement.
- L'acétabulum est une structure en forme de coupe sur la face latérale du bassin osseux

qui s'articule avec la tête fémorale ronde. Il est couvert par le labrum acétabulaire qui est un anneau de cartilage qui fournit une surface articulaire pour la tête fémorale. L'acétabulum est stabilisé par les ligaments ilio-fémoral, pubofémoral et ischiofémoral qui limitent respectivement d'hyperextension – rotation interne, abduction – extension et extension – rotation interne. Elle reçoit l'artère circonflexe médiale, l'a. circonflexe latérale, les aa. obturatrices, l'a. glutéale supérieure et l'a. glutéale inférieure.

Au niveau musculaire:

- La flexion de la hanche est assurée par le quadriceps, composé des muscles vastes médial, vaste latéral, vaste intermédiaire et droit antérieur. Ils sont innervés par le nerf fémoral. Cela représente le compartiment antérieur de la cuisse. Le muscle tenseur du fascia lata, ilio-psoas et sartorius sont aussi des fléchisseurs accessoires de la hanche
- L'extension de la hanche est assurée par les ischio-jambiers, composés des muscles biceps fémoral, semi-tendineux et semi-membraneux. Ils sont innervés par le nerf sciatique. Cela représente le compartiment postérieur de la cuisse. Le muscle grand fessier est un extenseur de la hanche aussi.
- L'adduction de la hanche est assurée par les muscles grand adducteur, long adducteur, court adducteur, pectiné et gracile. Ils sont innervés par le nerf obturateur. Cela représente le compartiment médial de la cuisse. La portion distale du muscle grand fessier s'occupe aussi de l'adduction.
- L'abduction de la hanche est assurée par la synergie des muscles grand fessier et tenseur du fascia lata représentant le « deltoïde de la hanche » Ils sont innervés respectivement par le nerf glutéal inférieur et le nerf glutéal supérieur. Les muscles moyen fessier et petit fessier, innervés par le nerf glutéal supérieur, le muscle piriforme, innervé par le plexus sacré, ainsi que le sartorius, innervé par le nerf fémoral s'occupent aussi de l'abduction.

- La rotation interne de la hanche est assurée par les muscles tenseur du fascia lata, moyen fessier, petit fessier.
- La rotation externe de la hanche est assurée par les muscles grand fessier, piriforme, obturateur interne, obturateur externe, jumeau supérieur, jumeau inférieur et carré fémoral. Le nerf du muscle obturateur interne innerve l'obturateur interne, le nerf obturateur innerve l'obturateur externe, les jumeaux et le carré fémoral sont innervés par le nerf glutéal inférieur. Le sartorius participe aussi à cette rotation externe.

Il existe cependant d'autres articulations au niveau de la hanche qu'on peut aussi tester cliniquement:

- La symphyse pubienne
- L'art. sacro-coccygienne stabilisée par les lig. sacro-coccygiens antérieur, postérieur et latéral
- L'art. sacro-iliaque stabilisée par les ligaments sacro-iliaques antérieur et postérieur
- L'art. lombosacrée stabilisée par les ligaments iliolumbaires

On commence toujours par **l'inspection** du patient avec la marche. Ensuite, viennent, dans cet ordre, **la palpation, la mobilité, la force et les examens spécifiques de la hanche**

## 1. Inspection

On observera premièrement la marche du patient.

On se rappellera que les anomalies de la marche peuvent être liées à des pathologies de différents organes (rachis, genou, pied, affection neurologie etc.) et ne sont pas spécifiques d'une atteinte de la hanche.

On observe une boiterie, on pensera à diverses étiologies:

- Une étiologie infectieuse telle qu'une arthrite septique, une ostéomyélite

- Une étiologie inflammatoire telle que l'ostéochondrite disséquante, la synovite transitoire de hanche, la maladie de Legg-Calvé-Perthes, l'épiphyseolyse
- Une étiologie néoplasique telle que l'ostéome ostéoïde, etc.
- Une boiterie de Trendelenburg sur une insuffisance du moyen fessier, à une boiterie de Duchenne sur une insuffisance chronique du moyen fessier
- Dans certaines pathologies neuromusculaires comme la myopathie de Duchenne de Boulogne, une spasticité, une dystonie, un trouble cérébelleux, l'athétose, etc.
- Une raideur articulaire sur paralysie spastique, des malformations de type coxa vara, des séquelles d'ostéochondrite, d'épiphyseolyse, d'un trauma ou d'une infection
- Une inégalité des membres inférieurs dans la luxation congénitale de hanche, un coxa vara ou encore des séquelles d'une fracture, d'une ostéochondrite primitive, d'une épiphyseolyse, d'une arthrite, d'une ostéomyélite ou d'une poliomyélite, une hémiplégie cérébrale, un syndrome de Klippel-Trenaunay, etc.
- Une étiologie dégénérative telle que la coxarthrose, le conflit fémoro-acétabulaire, un conflit fémoro-acétabulaire

Puis, on observera l'allure de la hanche. On le fera de manière symétrique et systématique. On s'attardera sur la position du patient, les éventuelles déformations, la présence de lésions cutanées, la trophicité musculaire, la présence de fasciculations, la longueur des membres inférieur.

On observe la démarche du patient. Si celle-ci n'est pas symétrique on s'intéresse surtout à la phase d'appui. La plupart des pathologies de la hanche s'expriment pendant cette phase lorsque le poids du patient est supporté par la hanche.

On observe une hanche rouge, tuméfié et/ou chaud. On pense à une arthrite septique, une

arthrite micro-cristalline, trauma, une ostéochondrite disséquante, une spondylarthropathie, une épiphyseolyse de la hanche, une synovite transitoire de la hanche, une bursite, etc.

On observe une atrophie musculaire. On pensera à une atteinte neuromusculaire, une décharge antalgique sur trauma, etc.

On observe des cicatrices cutanées. On pensera à d'anciennes interventions d'ostéosynthèse ou de chirurgie réparatrice du genou, etc.

On observe une asymétrie de la longueur des membres inférieurs. On pensera à une fracture du col du fémur si une rotation externe y est associée, à une luxation de la hanche sur une rotation interne y est associée, une dysplasie osseuse, etc.

On observe la posture du patient en position debout. On observe une déformation de type cyphose, lordose ou scoliose. On pense à de l'ostéoporose, un trauma, une condition congénitale.

On observe si le patient n'arrive pas à étendre complètement la jambe à la station couchée, on parle de flexum. On pense à un épanchement sur cause traumatique, infectieuse, etc. Pour apprécier un flexum, il est important que le dos du patient soit bien à plat. En effet, le patient pourrait compenser le flexum par une lordose lombaire.

## 2. Palpation

La palpation se fait de manière symétrique en palpant systématiquement les différentes structures anatomiques. On palpera le grand trochanter, l'épine iliaque antérosupérieure, la tubérosité ischiatique, la crête iliaque, la symphyse pubienne ainsi que la bandelette iliobasale. On recherchera les zones douloureuses, les déformations, les voussures, etc.

On palpe une zone douloureuse au niveau du grand trochanter. On pensera à une fracture,

**FIG 1**

**Palpation  
des épines iliaques  
antéro-supérieures**



une infection, une tendinite, une bursite, au syndrome de l'essuie-glace, etc.

On palpe une zone douloureuse au niveau de la bandelette ilio-tibiale. On pensera à un syndrome de l'essuie-glace.

On palpe une zone douloureuse au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. On pensera à une lésion du sartorius.

On provoque une douleur à la palpation de la tubérosité ischiatique. On pensera à une lésion des ischio-jambiers.

On palpe une zone douloureuse au niveau de la crête iliaque. On pense à une fracture, une ostéoporose, une tendinopathie, etc.

On palpe une zone douloureuse au niveau de la symphyse pubienne. On pense à un processus traumatique, dégénératif, rhumatismale ou traumatique, tels que la spondylarthrite ankylosante, l'ostéoporose, une dystrophie osseuse.

### 3. Mobilité et force

On distingue deux types de mobilité: la mobilité active, ou le mouvement est effectué par le patient seulement, et la mobilité passive, ou le mouvement est effectué par l'examineur.

L'examen de la mobilité active et passive du genou la flexion et l'extension

La flexion est testée en demandant au patient de ramener ses genoux vers son torse.

L'extension est testée en décubitus ventral en demandant au patient de lever sa jambe tendue au maximum.

L'abduction est testée en demandant au patient d'écartier sa jambe au maximum.

L'adduction est testée en demandant au patient de croiser sa jambe par-dessus l'autre.

Les rotations interne et externe sont testées en demandant au patient de ramener son pied respectivement vers l'extérieur et l'intérieur en partant de 90° de flexion de hanche et de genou.

Tous ces mouvements peuvent être testés contre résistance en appliquant le mouvement contraire afin de tester la force.

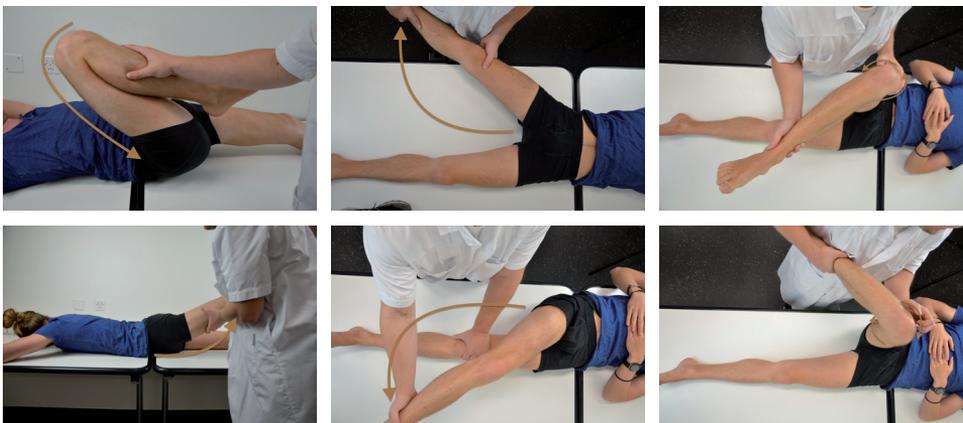
En cas de diminution de l'amplitude articulaire au mouvement actif, l'examineur procédera au mouvement passif.

Il est important de tester la mobilité en actif et en passif, car le diagnostic différentiel change. Le patient arrive à effectuer tous ces mouvements en actif sans douleur, on exclut de manière sûre une pathologie de la hanche.

Le patient présente un déficit ou des douleurs au mouvement actif, mais sans déficit passivement, on pense à une atteinte musculaire ou neurologique spécifique au mouvement déficitaire:

- Si la flexion est en cause, on pensera à un déficit du nerf fémoral
- Si l'extension est en cause, on pensera à un déficit du nerf glutéal inférieur
- Si l'abduction est en cause, on pensera à un déficit du nerf glutéal supérieur
- Si l'adduction est en cause, on pensera à un déficit du nerf obturateur

<b>FIG 2</b>	<b>Mobilisations passives de la jambe</b>
--------------	-------------------------------------------



Le patient présente un déficit au mouvement actif et passif, on pense à une atteinte articulaire ou ligamentaire dans un contexte traumatique, inflammatoire, etc.

On demande au patient de s'accroupir et de se relever. Le patient le fait de manière fluide sans s'aider de ses mains. On exclut de manière globale un manque de force des membres inférieurs et de la ceinture pelvienne. Pour se lever, le patient s'appuie sur ses cuisses et utilise les mains pour essentiellement «marcher» le long du corps jusqu'à ce qu'il soit en position debout, on parle du signe de Gower. On pensera à une dystrophie de Duchenne, une dystrophie de Becker, une dermatomyosite, etc.

#### 4. Examens spécifiques de la hanche

Il existe encore différents tests pour examiner les différentes structures de la hanche afin de pouvoir discriminer une atteinte de ces dites structures. On évaluera donc le labrum, l'art- sacro-iliaque, la présence d'un flexum de hanche, une laxité ligamentaire, etc.

L'examineur met la hanche du patient à 90° de flexion, en adduction et en rotation interne. C'est ce qu'on appelle le test de FADIR (Flexion – Ad-

duction – Internal Rotation). Le patient ressent une douleur au niveau de la hanche ou du pli de l'aîne, on considère le test comme positif. On pensera à une déchirure du labrum ou un conflit fémoro-acétabulaire. Une asymétrie de la rotation se voit aussi dans les atteintes arthrosiques

L'examineur met la hanche du patient à 90° de flexion, en abduction et en rotation externe. C'est ce qu'on appelle le test de FABER (Flexion – Abduction – External Rotation) ou le test de Patrick. Le patient ressent une douleur au niveau de la hanche ou du dos, ou alors la mobilité est limitée, on considère le test comme positif. On

<b>FIG 3</b>	<b>Manœuvre de FADIR</b>
--------------	--------------------------



<b>FIG 4</b>	<b>Manœuvre de Faber</b>
--------------	--------------------------



pensera à une atteinte de l'iliopsoas, une lésion intra-articulaire ou encore une sacro-élite.

L'examineur roule la cuisse du patient en décubitus dorsal afin d'imprimer des mouvements de rotations internes et externes de la hanche. C'est ce qu'on appelle le log roll test. On observe que les mouvements de rotation sont plus importants dans une hanche par rapport à l'autre, on pensera à une laxité ligamentaire ou capsulaire. L'examineur ressent une espèce de « clic » lors de ce test, on pensera à une déchirure du labrum.

Le patient se positionne en décubitus dorsal avec une jambe dépassant de la table d'examination, à 90° de flexion de genou et hanche à 0°, et l'autre membre inférieur que l'on va fléchir au maximum.

<b>FIG 5</b>	<b>Log roll test</b>
--------------	----------------------

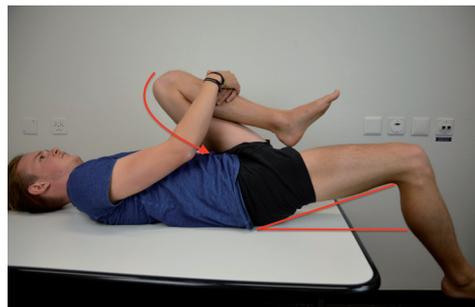


C'est ce qu'on appelle le test de Thomas. Lors de cette manœuvre, la hanche contralatérale se fléchit. On pense à un flexum de hanche, une contracture d'un fléchisseur de la hanche (ilio-psoas, droit fémoral), etc.

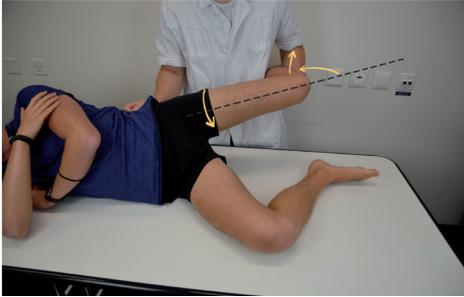
On place le patient en position latéral avec le côté supposément atteint supérieurement et l'autre jambe en flexion. L'examineur va exercer une extension de la hanche avec une abduction. Puis il laisse la jambe revenir en adduction. C'est ce qu'on appelle le test d'Ober. Le patient n'arrive pas à effectuer le mouvement d'adduction, on considère le test comme positif. On pensera à une atteinte de la bandelette ilio-tibiale.

On met le patient en décubitus dorsal. Le patient effectue une flexion de hanche contrariée à

<b>FIG 6</b>	<b>Manœuvre de Thomas</b>
--------------	---------------------------



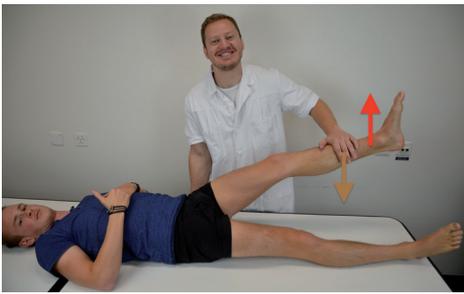
<b>FIG 7</b>	<b>Manœuvre d'Ober</b>
--------------	------------------------



<b>FIG 9</b>	<b>Manœuvre de Mennel</b>
--------------	---------------------------



<b>FIG 8</b>	<b>Flexion de la hanche contre résistance</b>
--------------	-----------------------------------------------



<b>FIG 10</b>	<b>Manœuvre de Gaenslen</b>
---------------	-----------------------------



30-45° alors que le genou est en extension. Le patient ressent une douleur lors de cette manœuvre au niveau de la hanche ou du genou. On pense à une pathologie intra-articulaire de la hanche.

On met le patient en décubitus ventral. On exerce une extension passive de hanche avec fixation de la hanche à l'aide d'une main. On parle du test de Mennel. Le patient ressent une douleur au niveau du bassin postérieur. On pense à une sacro-iliite sur spondyloarthropathie ankylosante, etc.

Il est possible de différencier le niveau d'atteinte en procédant à cet examen en 3 étapes:

- On fixe le bassin au niveau du cotyle avec extension passive, une douleur provoquée par cette manœuvre nous signale une atteinte de l'articulation fémoroacétabulaire.

- On fixe le bassin au niveau de l'art. sacro-iliaque avec extension passive, une douleur provoquée nous signale une atteinte de l'art. sacro-iliaque.
- On fixe le bassin au niveau de la colonne lombaire avec extension passive. Une douleur provoquée nous oriente sur une atteinte de la colonne lombaire.

On met le patient en décubitus dorsal, il fléchit un des deux membres inférieurs au maximum. En parallèle, l'examineur amène l'autre membre inférieur passivement en hyperextension en dehors de la table. On parle de la manœuvre de Gaenslen. Le patient ressent une douleur lors de cette manœuvre. On considère le test comme positif, on pense à une atteinte sacro-iliaque.

## CARTE DE SYNTHÈSE

Cette carte de synthèse reprend sous forme de liste à puces les outils nécessaires à la réalisation d'un examen de la hanche. Elle vous servira comme support visuel rapide et intuitif en situation clinique comme rappel des outils à disposition et vous permettra de vous auto-évaluer.

Vous trouverez l'ensemble des cartes de synthèses que nous proposons sous la section relative de notre plateforme en ligne.

### Contributeurs

Nous tenons à remercier tous les partenaires impliqués dans la réalisation de ce document et plus particulièrement, leurs auteurs et illustrateurs ainsi que les partenaires de projet impliqués dans la lecture et la publication des documents.

La propriété intellectuelle revient à qui de droit.

© Association des Étudiantes en Médecine de Lausanne  
30.04.2021

### Ressources bibliographiques

Ce chapitre présente les ressources bibliographiques qui ont été utilisées en vue de la rédaction du document. La validité scientifique de l'information proposée a été soumise pour correction et validation à notre partenaire, La Revue Médicale Suisse.

- 1 Verte LS. [En ligne]. PROFILES | Home [cité le 16 novembre 2020]. Disponible: <https://www.profilesmed.ch/>
- 2 Cleland, J., Koppenhaver, S., & Netter, F. H. (2011). Netter's orthopaedic clinical examination: An evidence-based approach. Philadelphia, Pa: Saunders/Elsevier.
- 3 Citation Dutton M. Dutton M (Ed.), Ed. Mark Dutton. (2012). Dutton's Orthopaedic Examination, Evaluation, and Intervention, 3e. McGraw-Hill.
- 4 Update Rhumatologie 2020. Douleurs de la hanche – quelles causes? Ligue suisse contre le rhumatisme
- 5 Philippe Furger. INVESTI-MÉD©. Editions D&F
- 6 Tran, C., Chen, Y. A., Shah, R., & Vaisman, A. (2011). The Toronto notes 2011: Comprehensive medical reference and review for the Medical Council of Canada Qualifying Exam Part 1 and the United States Medical Licensing Exam Step 2. Toronto: Toronto Notes for Medical Students, Inc.

### Références

- Figure 1: Palpation des épines iliaques antéro-supérieures 05  
 Figure 2: Mobilisations passives de la jambe 06  
 Figure 3: Manœuvre de FADIR 06  
 Figure 4: Manœuvre de Faber 07  
 Figure 5: Manœuvre de Thomas 07

- Figure 6: Log roll test 07  
 Figure 7: Manœuvre d'Ober 08  
 Figure 8: Flexion de la hanche contre résistance 08  
 Figure 9: Manœuvre de Mennel 08  
 Figure 10: Manœuvre de Gaenslen 08

## AUTEURS

### ALBAN SADIKU

Association des étudiantes en médecine de Lausanne  
1011 Lausanne

### SARAH NICOLLIER

Association des étudiantes en médecine de Lausanne  
1011 Lausanne

## ILLUSTRATIONS

### Dessin

#### JULIA BALDWIN

Association des étudiantes en médecine de Lausanne  
1011 Lausanne

### Photographie

#### VALENTIN TAMMARO

Association des étudiantes en médecine de Lausanne  
1011 Lausanne

#### JONATHAN RIGBY

Association des étudiantes en médecine de Lausanne  
1011 Lausanne

## REVIEWING

### PROF. JEAN-FRANÇOIS BALAVOINE

Ancien vice-doyen associé en charge de la formation postgrade et en médecine de premier recours à la Faculté de médecine de Genève – UNIGE, enseignant de la sémiologie clinique, de la médecine psychosociale, de l'éthique et des infections  
1205 Genève