

Les ressauts de hanche

Jean-François KOUVALCHOUK

Chirurgien Orthopédiste - Ancien chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologie du sport.

Hôpital Foch. 92150 Suresnes - jfkouvalchouk@orange.fr

Introduction - Généralités

Les ressauts de hanche (coxa saltans ou « snapping hip ») ne sont que de simples manifestations cliniques ressenties par le patient comme des phénomènes de claquement ou d'accrochage. Ils sont extra-articulaires et dus au passage brutal d'une structure tendineuse ou aponévrotique sur un relief osseux lors d'un mouvement actif. Le tonus musculaire est en effet indispensable à leur production, expliquant le fait qu'ils ne sont pratiquement jamais retrouvés lors d'une mobilisation passive. Simple constatation, asymptomatique par ailleurs le plus souvent, ils peuvent devenir douloureux, notamment chez le sportif, du fait de leur répétition, probablement par réaction inflammatoire des bourses séreuses entourant la structure responsable du ressaut. Si le diagnostic positif du ressaut, incontestable, ne se pose donc jamais, deux problèmes en revanche existent toujours :

- les douleurs alléguées sont-elles réelles ? Il faut se méfier d'une participation psychologique chez l'adolescent, avec auto-entretien relevant parfois même d'un véritable tic, ou dans les suites d'un accident de travail à l'origine de revendications. A ce titre toute prise en charge thérapeutique « médicale » ou, a fortiori, chirurgicale ne doit être envisagée qu'avec beaucoup de prudence et laisser parfois la place à une prise en charge psychologique.

- les douleurs alléguées sont-elles dues au ressaut ? Avant de pouvoir l'affirmer, un examen complet s'impose, complété des examens complémentaires adaptés, afin de pouvoir formellement éliminer toute autre cause locale ou régionale.

La preuve étant faite de la responsabilité du ressaut, le traitement est d'abord « médical » par anti-inflammatoires par voie locale et exercices kinésithérapiques d'étirement de la structure responsable puis, en cas d'échec, rarement chirurgical pour en obtenir la détente.

Deux types de ressauts sont à décrire : les ressauts latéraux et les ressauts antérieurs.

Les ressauts latéraux

Ce sont les plus fréquents (2,5% sur 200 sportifs examinés par Weyer) et connus depuis le milieu du 19^{ème} siècle.¹

Anatomopathologie - Etiopathogénie

Ils sont dus au passage brutal de la bandelette ilio-tibiale sur le relief formé par le trochanter major. La bandelette ilio-tibiale est une épaisse lame aponévrotique qui va de la crête iliaque au tubercule de Gerdy. Après avoir recouvert le gluteus medius elle passe sur la face latérale du trochanter major dont elle est séparée par une bourse séreuse et se confond ensuite avec

le fascia lata. Elle reçoit en avant le tenseur du fascia lata et en arrière les fibres superficielles du gluteus maximus. Elle est en arrière du trochanter en extension et peut « sauter » brutalement lors de la flexion active surtout si celle-ci s'accompagne d'une adduction.

Parmi les étiopathogénies évoquées, on peut retenir des causes acquises (fracture trochantérienne), statiques (inégalités de longueur des membres inférieurs) ou anatomiques (anomalies d'insertion du gluteus maximus ou coxa vara).²

Clinique

Le ressaut est visible et palpable en station debout en passant de la position neutre à une position « hanchée » (statue grecque) ou en decubitus en flexion et adduction actives. Mais l'examen ne saurait s'arrêter à cette constatation. Il convient de rechercher toutes les causes pouvant expliquer des douleurs alléguées avant de les attribuer trop facilement au ressaut : locales (trochantérites de quelque nature qu'elles soient ou tendino-bursopathies), régionales (coxopathies) ou à distance (origine rachidienne, syndrome de Maigne).

Examens complémentaires

Ils n'ont aucune place pour le diagnostic. En revanche, ils peuvent être nécessaires pour la recherche de pathologies susceptibles

d'expliquer les douleurs, qu'il s'agisse d'examen radiologiques ou d'échographie.

Traitement

Dans la très grande majorité des cas, aucun traitement n'est justifié, surtout si un contexte psychologique existe. Seules, les formes authentiquement douloureuses et après avoir formellement éliminé toute autre cause relèvent d'une prise en charge.

- « médicale » toujours d'abord. Physiothérapie, massages transverses profonds et, surtout, infiltrations locales de corticoïdes. Kinésithérapie pour exercices d'étirements posturaux régulièrement répétés par le patient. Ce traitement conservateur est, le plus souvent suffisant avec, par exemple, 90% de succès pour Brooker.³

- chirurgicale, en dernier recours et dès lors qu'il n'existe aucun doute sur la responsabilité du ressaut. De nombreuses techniques ont été proposées : soit fixation de la bandelette ilio-tibiale sur le trochanter (mais avec des échecs allant jusqu'à 50%), soit plutôt son allongement par des méthodes variables (résection ovalaire, section oblique, section en croix, plastie en Z), mais là encore des échecs ont été enregistrés. C'est la raison pour laquelle, nous avons choisi de réaliser non seulement une large section en croix, suffisamment prolongée vers l'arrière, mais aussi la fixation des lèvres sur le trochanter (fig. 1).⁴ Nous n'avons ainsi observé aucun échec, mais le petit nombre de cas ainsi traités ne permet pas une étude statistique valable.

Les ressauts antérieurs

Ils sont moins fréquents et plus récemment décrits par Nunziata et Blumenfeld en 1951.⁵ Dans la majorité des cas ils sont dus au passage de la lame aponévrotique postérieure du muscle psoas iliaque sur l'éminence ilio-pectinée. D'autres causes ont été décrites : elles seront envisagées plus loin.

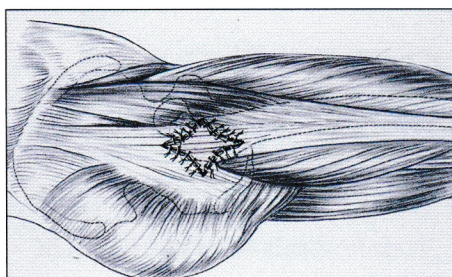


Fig. 1 : ressaut latéral. Traitement chirurgical : section en croix de la bandelette ilio-tibiale et fixation. (Kouvalchouk JF, Ressauts de hanche. *Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris) Appareil locomoteur, 14-320-C-10, 2003*).

Anatomopathologie - Etiopathogénie

Le tendon du psoas fait suite à une large lame aponévrotique naissant haut à la face postérieure du muscle. Le ressaut s'explique par sa tension, sa direction et sa réflexion sur le bord antérieur du bassin. Nos études cadavériques en apportent l'explication illustrée sur une vue anatomique latérale (fig. 2 a et b) : le corps musculaire monte depuis la profondeur des apophyses transverses lombaires avant de replonger vers le trochanter minor en se réfléchissant sur le bord antérieur du bassin qui représente une véritable « poulie de réflexion ».⁶ On comprend très bien ainsi que c'est lors de l'extension active de la cuisse que se produit le ressaut au moment où l'augmentation de la tension du muscle sur ce chevalet provoque son déplacement brutal au-dessus de l'éminence ilio-pectinée qui se traduit par un claquement audible (fig. 3). Parfois, mais parfois seulement, il s'accompagne de douleurs, dues vraisemblablement à une réaction inflammatoire de la bourse séreuse qui sépare la lame aponévrotique postérieure du relief osseux.



Aucune explication d'ordre anatomique n'a été mise en évidence. En revanche, très souvent le ressaut est apparu brutalement dans les suites d'un mouvement particulièrement ample et violent (danse, karaté) ou, au contraire, progressivement par la répétition d'efforts intenses de flexion-extension de la hanche (talonneur au rugby chez l'un de nos patients) et dans ce cas le ressaut est souvent précédé de douleurs.

Clinique

Les signes fonctionnels se résument presque toujours au seul ressaut sous forme d'un claquement sourd et profond au pli de l'aîne lors des mouvements actifs d'extension de la hanche, dans un secteur proche de l'extension complète. Il peut n'être présent que par « crises » séparées d'intervalles libres. Il s'accompagne rarement de douleurs soit lors du ressaut lui-même, soit, plus souvent, sous la forme d'une gêne douloureuse profonde, d'allure plus chronique. Il peut exister des irradiations vers la face médiale de la cuisse. Elles se produisent volontiers sur des mouvements d'hyperextension de la hanche, limitant le pas postérieur ou, au contraire, sur des mouvements actifs de flexion, très évocateurs d'une pathologie liée au psoas.

L'examen perçoit le ressaut par la palpation profonde du pli de l'aîne, bien qu'il ne soit pas palpable au vrai sens du terme ni visible. Il se produit toujours dans le même secteur d'extension, parfaitement stéréotypé. Gruen et al. ont précisé que la pression profonde en réduit l'intensité en interdisant le déplacement du tendon ce qui permettrait

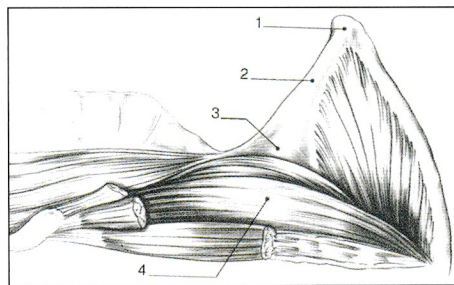


Fig. 2 : ressaut antérieur. A – Vue anatomique latérale : franchissement par le psoas du bord antérieur du bassin. B – Schéma correspondant : 1 : symphyse pubienne, 2 : bord antérieur du bassin, 3 : éminence ilio-pectinée, 4 : psoas (Kouvalchouk JF, Ressauts de hanche. *Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris) Appareil locomoteur, 14-320-C-10, 2003*).

d'en affirmer la nature extra-articulaire.⁷ Il n'est pas retrouvé lors des mouvements passifs, encore que d'après Dobbs et al. on puisse parfois le reproduire en passant de la flexion-abduction-rotation externe à l'extension-adduction.⁸ Les tests d'examen du psoas sont toujours à réaliser (en decubitus, élévation du membre inférieur genou en extension contre résistance ou, en position assise en bord de table, flexion active contrariée de la cuisse).

Comme pour le ressaut latéral, tout le problème est de rechercher une autre cause aux douleurs avant d'affirmer la responsabilité du ressaut. C'est là un « formidable diagnostic challenge » tant sont nombreuses les pathologies qu'il convient d'évoquer.⁸ Elles peuvent être extra articulaires : lésions tendino-musculaires de l'aîne, pubalgies, hernies inguinales ou crurales, fracture de fatigue de la branche ilio-pubienne, syndromes neurologiques canaux, sans oublier les pathologies viscérales. Elles peuvent être aussi intra-articulaires : coxarthrose débutante, dysplasie devenue douloureuse chez l'adulte jeune, nécroses avasculaires et plus difficile encore les ressauts intra-articulaires s'accompagnant de douleurs : corps étrangers articulaires de quelque nature qu'ils soient, franges synoviales hypertrophiques dont Hélénon et al. ont décrit une forme particulière (repli synovial supra cervical)⁹ ou, encore, toutes les pathologies du labrum maintenant bien connues grâce à l'arthroscopie et dont les premières descriptions sont dues à Ikeda et al.¹⁰

Examens complémentaires

Ils ont un triple but :

- authentifier le ressaut du psoas, ce qui ne peut être réalisé que par un examen dynamique. Schaberg et al. ont proposé une bursographie,¹¹ mais cet examen invasif doit être maintenant remplacé par une échographie : lors du ressaut, il apparaît un artefact (streak artefact) sous la forme d'une bande hyperéchogène striée verticale.¹²

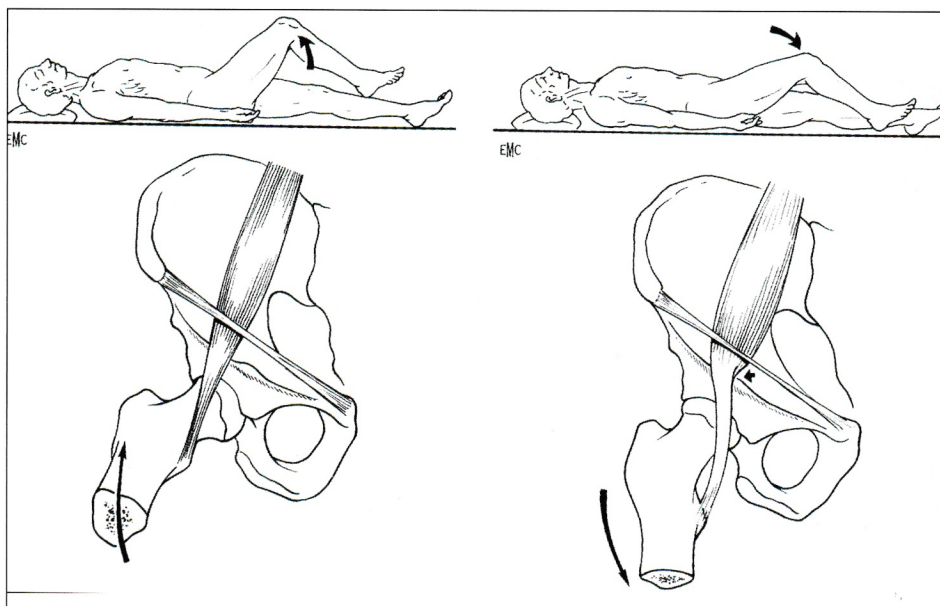


Fig. 3 : ressaut antérieur. Ressaut du psoas sur l'éminence ilio-pectinée lors des mouvements actifs d'extension de la hanche. (Kouvalchouk JF, Ressauts de hanche. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris) Appareil locomoteur, 14-320-C-10, 2003).

- authentifier la responsabilité du ressaut. Ce n'est possible que si la douleur se produit très précisément au moment du ressaut enregistré par l'échographie. Dans de très rares cas, il existe des remaniements à type de fibrose ou d'adhérences entourant le tendon (fig. 4). L'échographie doppler couleur peut également être performante.
- éliminer toute autre pathologie et, à ce titre, radiographies standard, scanner, IRM ou arthro-IRM, arthrographie voire arthroscopie ont leur place.

Traitement

Point n'est besoin de répéter qu'il ne doit s'envisager que sur des éléments de certitude. Si tel est le cas, il peut être « médical » ou chirurgical.

Il est toujours logique de l'entreprendre dans un premier temps. Il repose sur la kinésithérapie pour des séances d'étirement auto-répétés qui peuvent avoir leur efficacité après 6 ou 8 semaines d'exercices.¹³ Les infiltrations locales de corticoïdes dans la bourse séreuse radioguidées après opacification donnent dans la série de Gruen et al. 63% de résultats satisfaisants.⁷

Le traitement chirurgical ne se justifie là encore qu'avec beaucoup de réserve et après échec avéré du traitement conserva-

teur poursuivi 3 mois au moins. Son but est l'allongement de la structure responsable. Elle peut s'effectuer par vois inguinale^[13] ou ilio-inguinale^[7], mais l'exploration régionale risque de méconnaître les autres causes de ressaut antérieur (cf infra). Taylor et Clarke^[14] se contentent d'une section du tendon, proche de son insertion distale, technique critiquable pour plusieurs raisons : méconnaître les autres causes, ne pas assurer la détente au niveau du conflit et, surtout, diminuer la force du muscle. Ces différentes critiques nous ont amené à proposer une technique personnelle^[4-6], en partant de deux principes : d'une part, le ressaut dû au psoas n'est pas la seule cause de ressaut antérieur, il faut donc pouvoir réaliser une exploration complète et, d'autre part, le ressaut ne pouvant se produire que lors

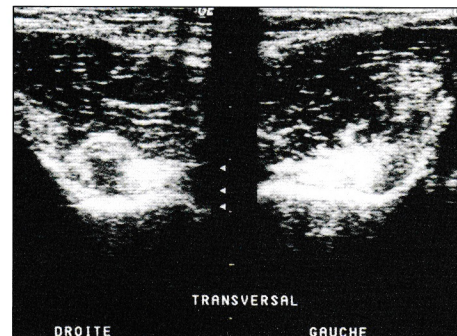


Fig. 4 : échographie objectivant, du côté gauche, fibrose et adhérences entourant le tendon du psoas. (Kouvalchouk JF, Ressauts de hanche. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris) Appareil locomoteur, 14-320-C-10, 2003).

d'une mobilisation active sous l'effet du tonus musculaire il ne peut être reproduit sous anesthésie générale, empêchant de juger l'efficacité du geste réalisé.

Selon nous, l'intervention doit être conduite sous anesthésie péridurale sensitive, conservant la motricité active et permettant la mobilisation active de la hanche en per-opératoire. La voie d'abord est antérieure, partant de l'épine iliaque antérieure. En fléchissant la hanche, l'aponévrose postérieure du muscle apparaît au niveau du bord antérieur du bassin (fig. 5). Elle est sectionnée mais en respectant totalement les fibres musculaires. La mobilisation active de la hanche permet de vérifier la disparition du ressaut. Si tel n'est pas le cas, l'exploration doit se poursuivre en distal, au niveau des ligaments ilio-fémoraux et de l'insertion terminale du psoas sur le trochanter minor (cf. infra : les autres causes de ressaut antérieur). Sur 15 ressauts ainsi opérés, au recul de 1 à 13 ans, 12 fois ressaut et douleurs ont totalement disparu et 3 fois (correspondant au début de notre expérience) le ressaut persiste mais de façon discrète, irrégulière et totalement indolore.

Les autres causes de ressaut antérieur extra-articulaire

De rares observations ont montré que le ressaut pouvait être dû aux ligaments ilio-fémoraux sur la tête fémorale (Howse [15]) et dont nous avons un cas personnel, au rectus femoris sur l'épine iliaque antéro-supérieure [11] ou, encore, au tendon distal du muscle sur le trochanter minor. C'est la



Fig. 5 : ressaut antérieur. Vue anatomique montrant l'aponévrose postérieure du psoas en regard du bord antérieur du bassin.

raison pour laquelle nous pensons que l'anesthésie péridurale sensitive et la voie d'abord antérieure sont nécessaires afin de poursuivre l'exploration si la section de l'aponévrose postérieure n'a pas entraîné la disparition du ressaut.

Il est enfin une cause très particulière décrite par Lequesne et al. [16] : le conflit après prothèse totale de hanche soit par un débord antérieur de la cupule cotyloïdienne (fig. 6), soit par un fragment de ciment proéminent. Il serait responsable de 4,3% des arthroplasties douloureuses [17] du fait de lésions tendineuses du psoas et d'une bursopathie réactionnelle. A noter toutefois que ce conflit est plus souvent responsable de douleurs que de ressauts.

Conclusion

Les ressauts de hanche ne sont pas à proprement parler des « pathologies ». Ce

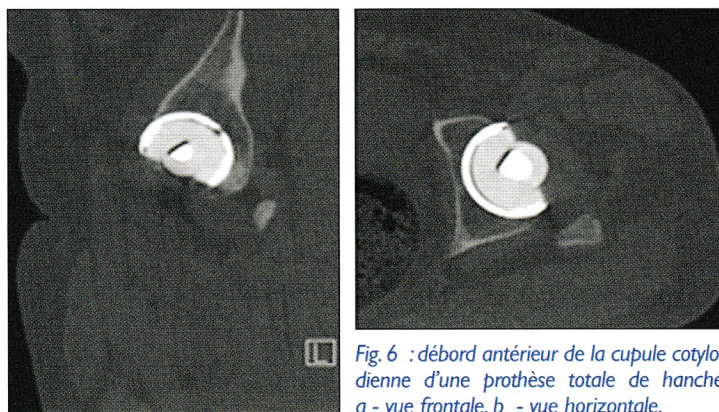


Fig. 6 : débord antérieur de la cupule cotyloïdienne d'une prothèse totale de hanche. a - vue frontale. b - vue horizontale.

sont simplement des manifestations cliniques le plus souvent totalement asymptomatiques par ailleurs. Il faut donc toujours se méfier de l'interprétation qui en est faite par le patient et ne pas leur attribuer trop vite et trop facilement les douleurs ressenties et décrites. C'est pourquoi toute prise en charge thérapeutique ne peut s'envisager qu'après avoir formellement éliminé toute autre cause des douleurs alléguées, qu'elles soient locales, régionales voire irradiées à partir d'une pathologie à distance. Pourtant, le ressaut peut être authentiquement responsable de douleurs. Dès lors, son traitement s'impose, d'abord conservateur et, très rarement, chirurgical. ●

Bibliographie

1. Weyer R, Tönnis D. Eire Untersuchungsmethod zum Nachweis der schh-nappenden Hüfte. Z Orthop 1980;118:895-96
2. Larsen E, Johansen J. Snapping hip. Acta Orthop Scand 1986;57:168-70
3. Brooker AF. The surgical approach to refractory trochanteric bursitis. John Hopkins Med J 1979;145:98-100
4. Kouvalchouk JF. Ressauts de hanche. Encycl Med Chir Appareil locomoteur (Elsevier SAS, Paris, 14-320-C-10 2003;8 p
5. Nunziata A, Blumenfeld I. Cadera a resorte. A proposito de una variedad. Prensa Med Argen 1951;38:1997-2001
6. Kouvalchouk JF, Guyot J, Boisaubert B, Watin-Augouard L, Paszkowski A. Les ressauts antérieurs de hanche liés au psoas-iliaque. Rev Chir Orthop 1998;84:67-74
7. Gruen GS, Scioscia TN, Lowenstein JE. The surgical treatment of internal snapping hip. Am J Sports Med 2002;30:607-13
8. Dobbs MB, Gordon JE, Luhmann SJ, Szymanski DA, Schoenecker PL. Surgical correction of the snapping iliopsoas tendon in adolescents. J Bone Joint Surg AM 2002;84:420-24
9. Hélénon C, Bergevin H, Aubert JD, Lebreton C, Hélénon O. Le repli synovial supra-cervical. J Radiol 1986;67:737-40
10. Ikeda T, Awaya G, Suzuki S, Okada Y, Tada H. Torn acetabular labrum in young patients. Arthroscopic diagnosis and management. J Bone Joint Surg Br 1988;70:13-16
11. Schaberg JE, Harper MC, Allen WC. The snapping hip syndrome. Am J Sports Med 1984;12:361-65
12. Bureau NJ, Cardinal E. Echographie des ressauts tendineux. In Tendons et Enthèses, Getroa 2003, Opus XXX, Ed. Sauramps :333-45
13. Jacobson T, Allen WC. Surgical correction of the snapping iliopsoas tendon. Am J Sports Med 1990;18:470-74
14. Taylor GR, Clarke NM. Surgical release of the "snapping iliopsoas tendon". J Bone Joint Surg Br 1995;77:881-83
15. Howse AJ. Orthopaedists and ballet. Clin Orthop 1972;89:52-63
16. Lequesne M, Dang N, Montagne P, Lemoine A, Witvoet J. Le conflit psoas-prothèse totale de hanche. Rev Rhum Mal Ostéoartic 1991;58:559-64
17. Bricteux S, Béguin L, Fessy MH. Le conflit ilio-psoas-prothèse dans les arthroplasties de hanche douloureuses. Rev Chir Orthop 2001;87:820-25