

**LES RESSAUTS DE
HANCHE**

J.F. KOUVALCHOUK

* DEFINITION :

Passage soudain d'une structure tendineuse ou aponévrotique sur un relief osseux

* EXTRA ARTICULAIRE

A différencier des ressauts intra articulaires

* AUTRES APPELLATIONS :

- . Coxa saltans*
- . Snapping hip*

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

*LE PLUS SOUVENT,
AUCUN TRAITEMENT N'EST
JUSTIFIE*

- . Ni médical*
- . Ni chirurgical*

ATTENTION
au profil psychologique (tic, hystérie)

**LE RESSAUT
EXTERNE**

- * *Décrit en 1859 par*
PERRIN et MOREL LAVALLEE
- * *Incidence : 2,5% des hanches examinées*
(Meyer)
- * *Age moyen : 29 ans*
- * *Sexe : 3 femmes / 1 homme*
- * *Début :*
 - 1/4 connus depuis l'enfance*
 - 1/2 début progressif*
 - 1/4 début brutal (sport)*

SYMPTOMATOLOGIE

- * *Tout se résume à un ressaut externe*
 - . *audible*
 - . *visible*
 - . *palpable*

*en passant de la position neutre
à la position « hanchée » (statue grecque)*
- * *Très rarement douloureux*

parfois par hyperutilisation (bursite)





*Presque jamais
retrouvé en
mobilisation
PASSIVE*



Parfois, une douleur est retrouvée

- à la palpation : bursite

- à la contraction résistée :

tendinopathie du moyen fessier



EXAMEN CLINIQUE

- *Seul problème :*

Affirmer la responsabilité du ressaut dans la symptomatologie douloureuse

- **TOUJOURS** *rechercher d'autres causes*

- *de douleurs*

- *de gêne fonctionnelle*



EXAMEN CLINIQUE COMPLET
EXAMENS RADIOLOGIQUES

METHODES THERAPEUTIQUES

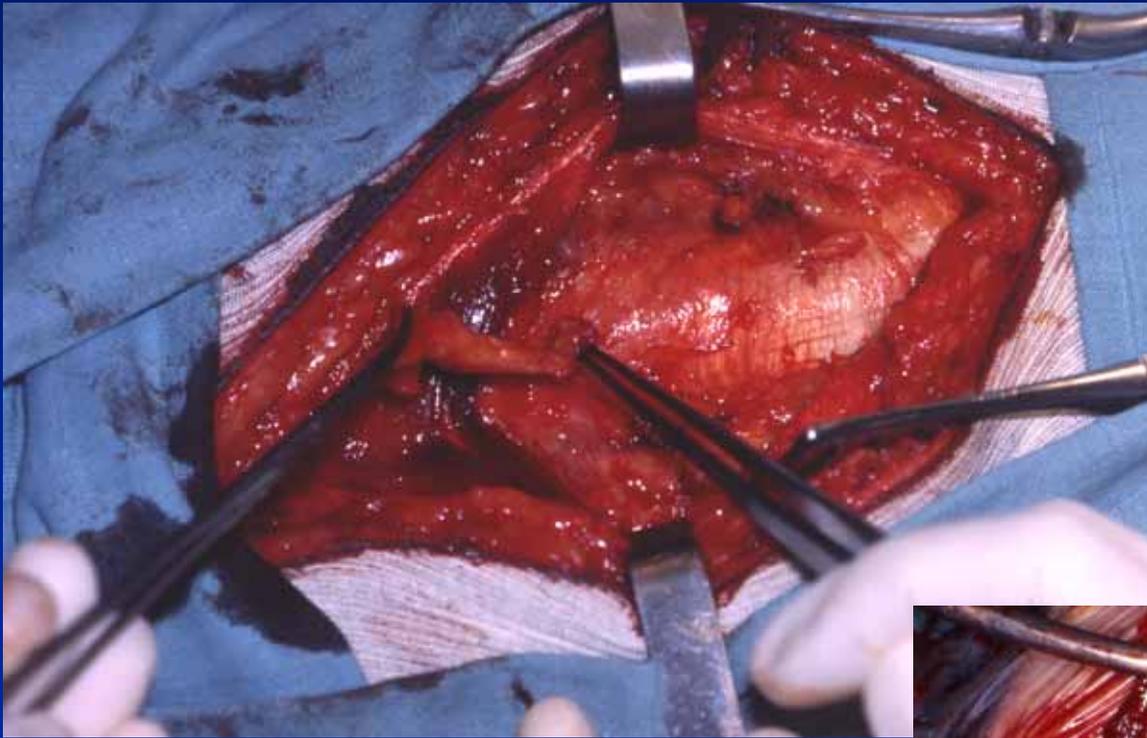
En cas de justification absolue seulement

** Traitement « médical »*

- . Infiltration de la bourse séreuse*
- . Etirements du fascia lata*
- . Massages transverses profonds*
- . (prise en charge psychologique)*

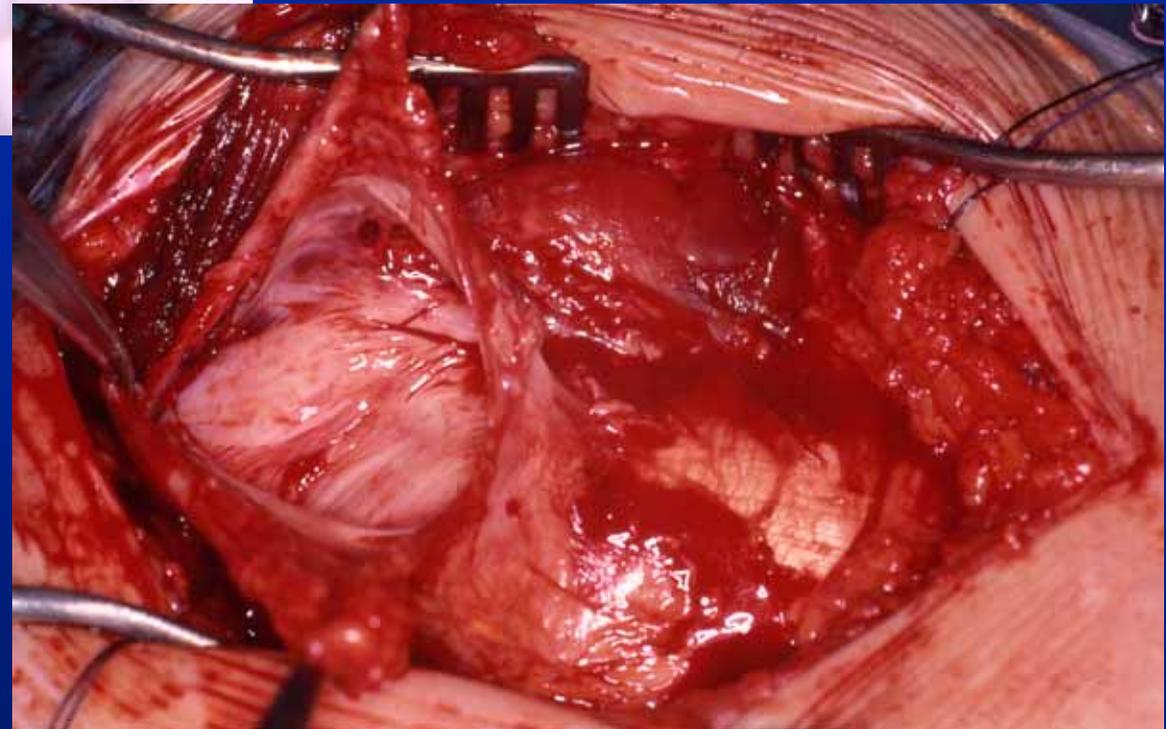
** Traitement chirurgical*

- . Détente de la bandelette ilio - tibiale*

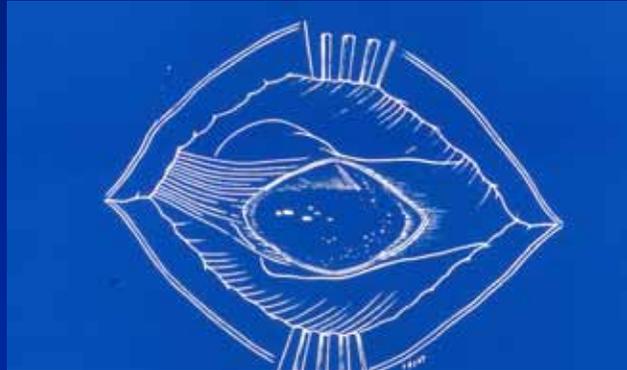


*Parfois
bourse séreuse :
- épaissie
- inflammatoire*

Excision



Méthodes de détente de la bandelette ilio - tibiale

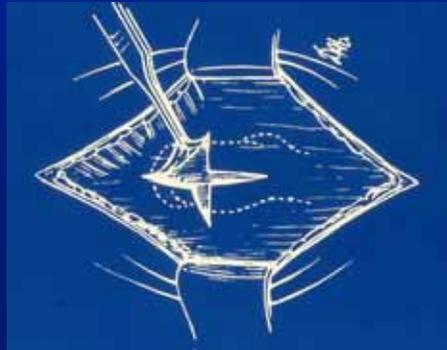
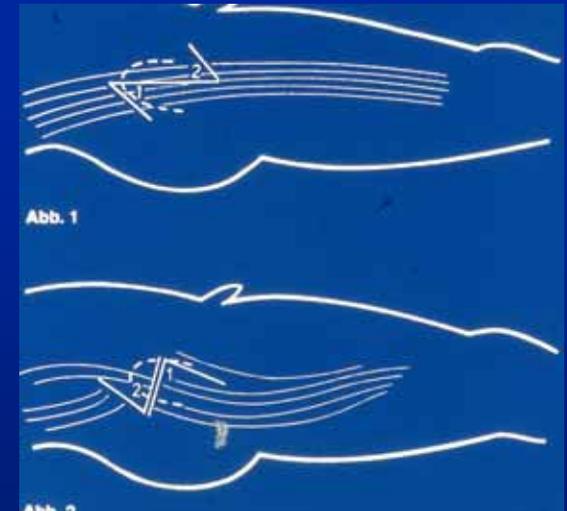


Zoltan :
Résection elliptique



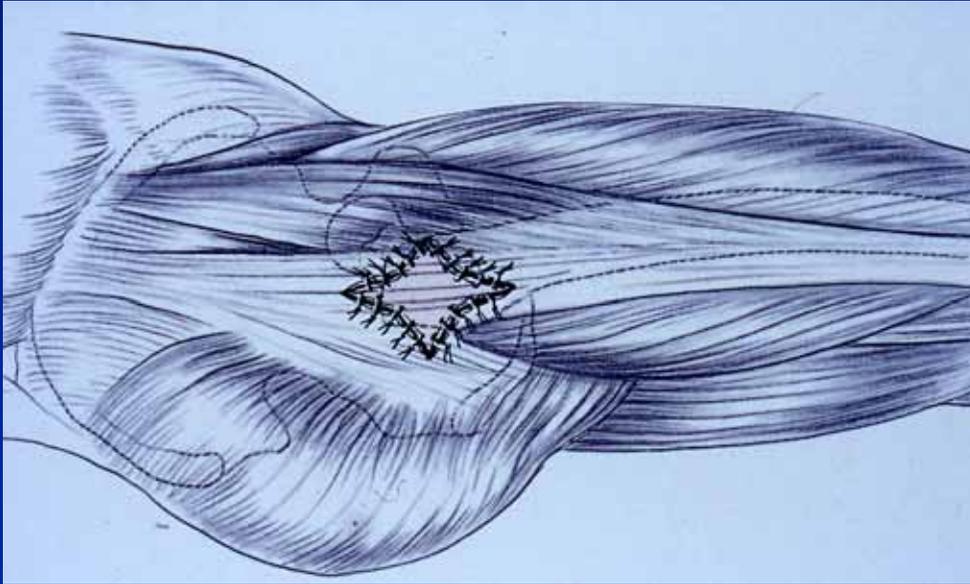
Brückl :
Section oblique

Diederich
Plastie en Z



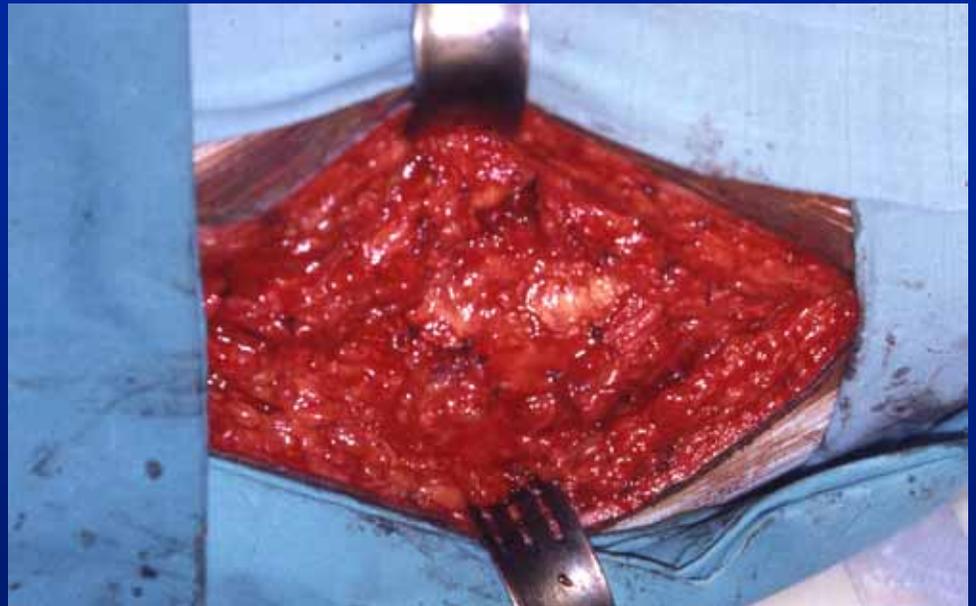
Brooker
Section en croix

Méthodes de détente de la bandelette ilio - tibiale



Technique personnelle
1/ section en croix
2/ fixation des berges
sur le trochanter

*Seul moyen d'éviter
les récurrences*



LE RESSAUT ANTERIEUR

PAR LE TENDON DU

PSOAS

* *Décrit en 1951 par*

NUNZIATA et BLUMENFELD

* *Claquement :*

. profond mais ni visible ni palpable

. au niveau du pli de l'aîne

*. pendant la mobilisation **ACTIVE***

. de la flexion vers l'extension

* *Connu du patient*

* *Presque toujours indolore*

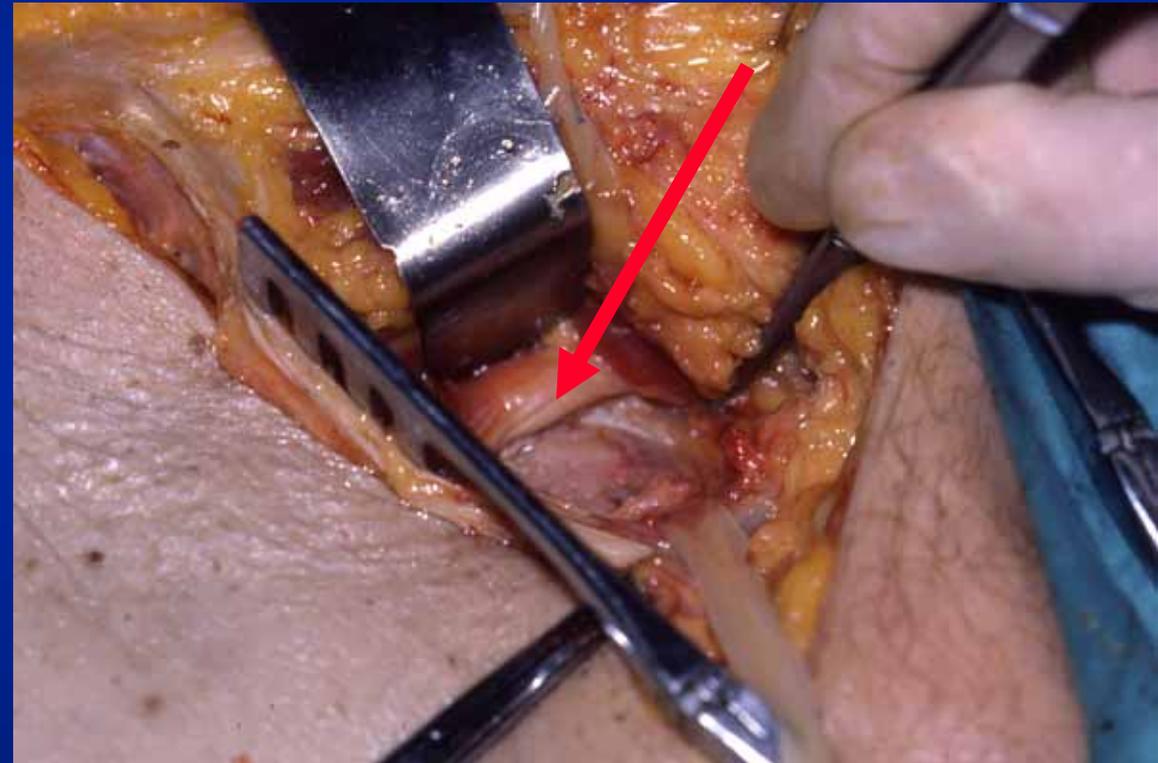
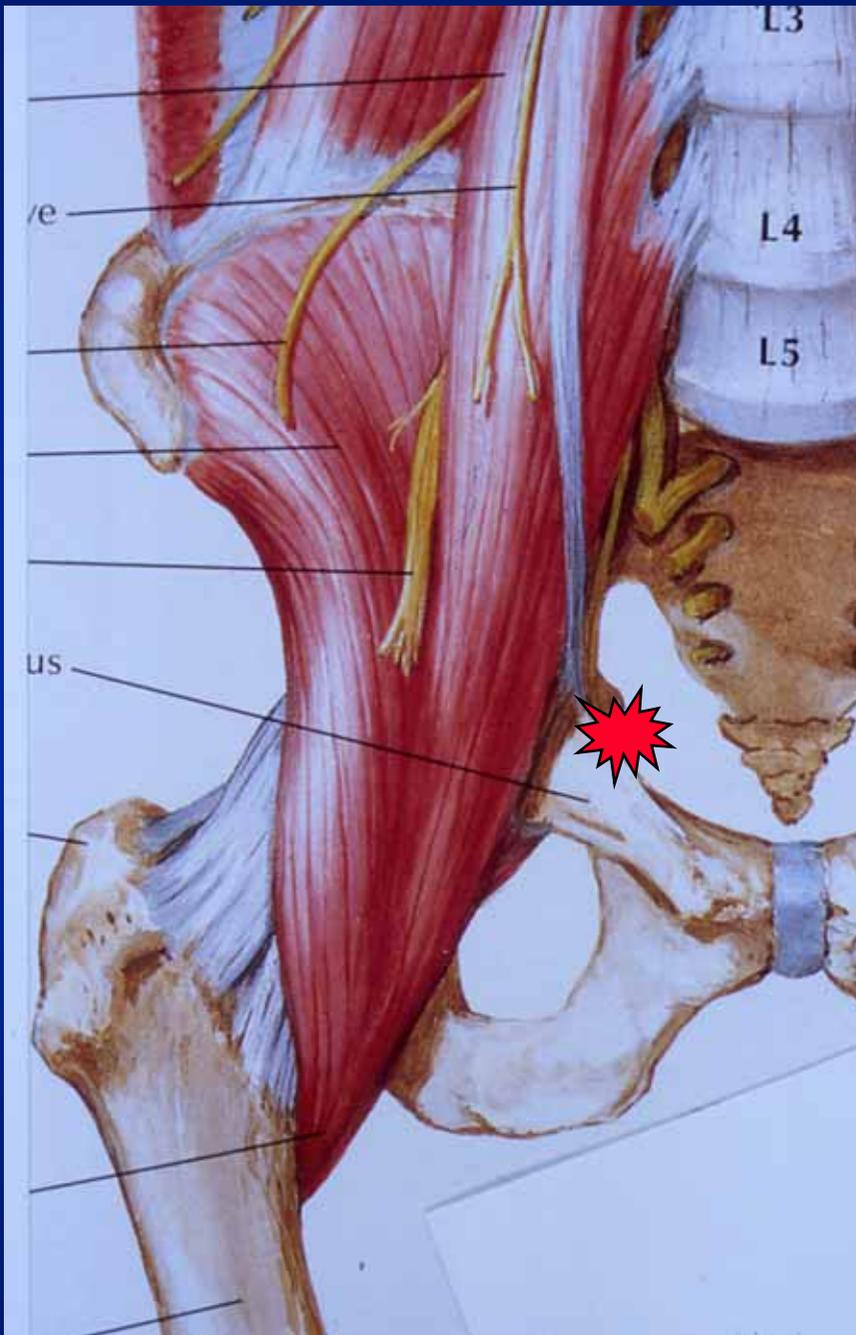
ANATOMOPATHOLOGIE

** Ressaut de l'aponévrose postérieure du
psoas
sur l'éminence ilio - pectinée*

** Autres étiologies possibles :*

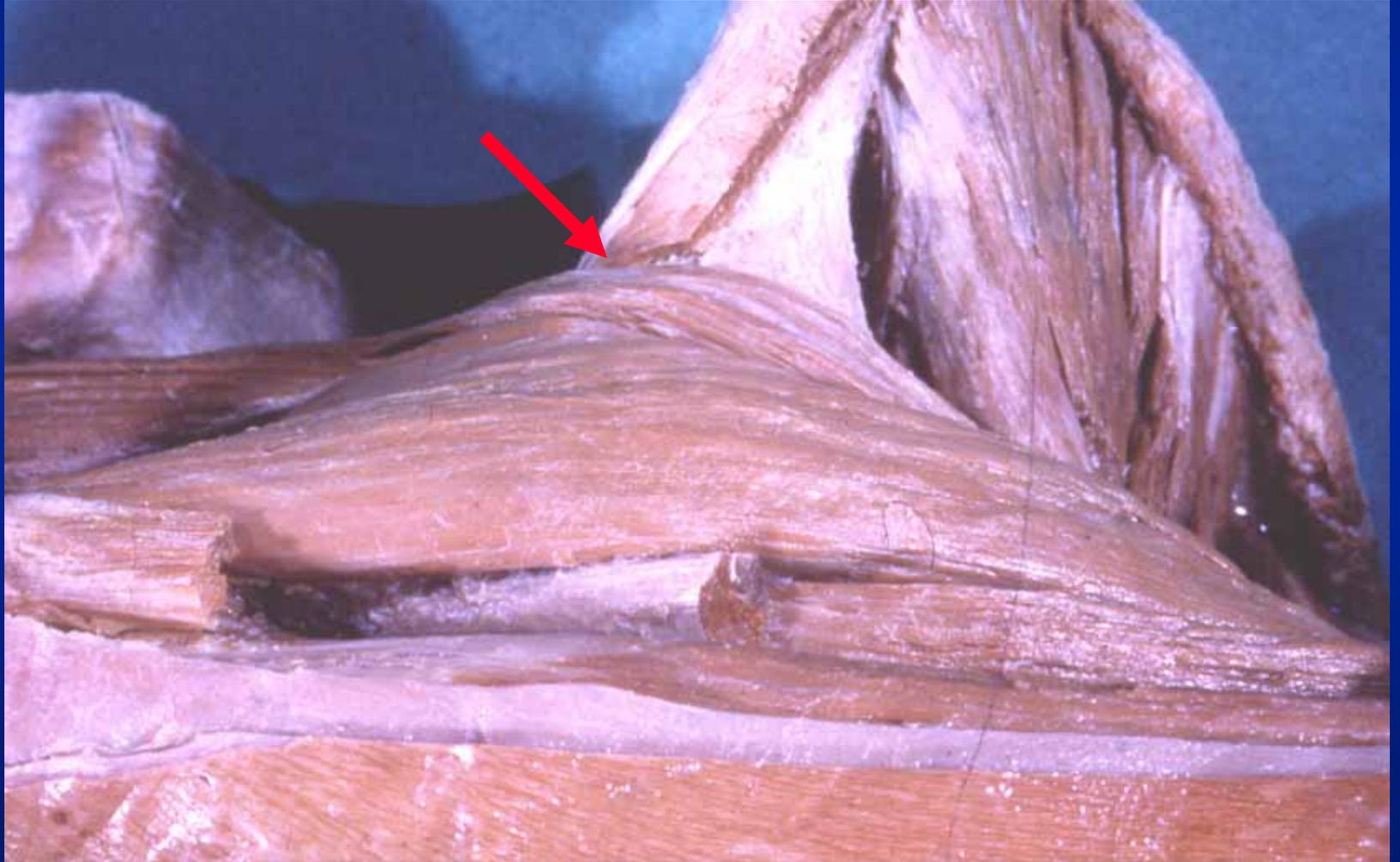
- au niveau du petit trochanter*
- les ligaments ilio - fémoraux sur
la tête fémorale (House)*

*Ressaut de l'aponévrose
postérieure sur l'éminence
ilio - pectinée*



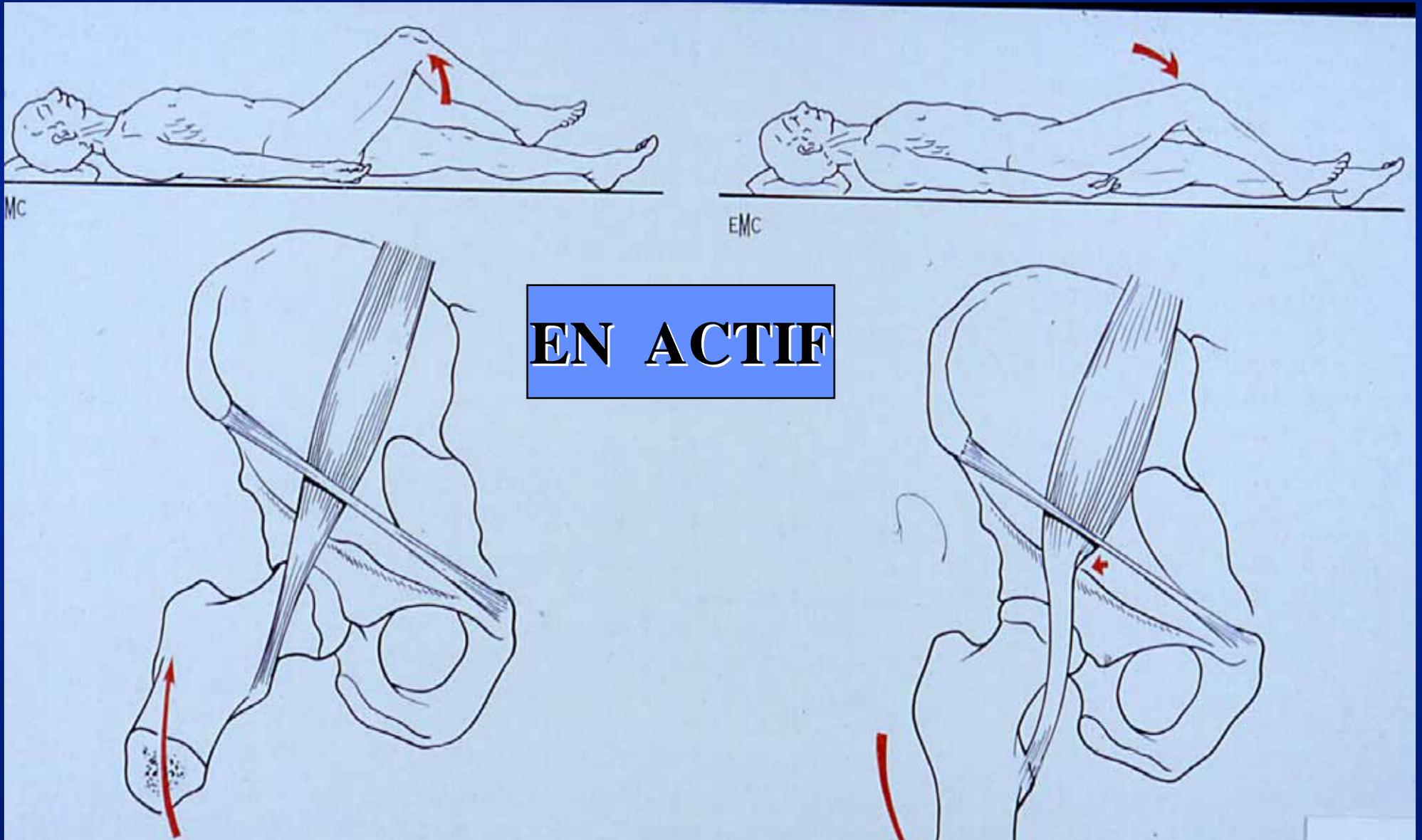
*Aponévrose postérieure
du psoas*

*Le passage du psoas sur le relief du rebord
antérieur du bassin au niveau de l'éminence
ilio - pectinée*



*Bassin vu
de profil*

Ressaut en passant de l'extension vers la flexion



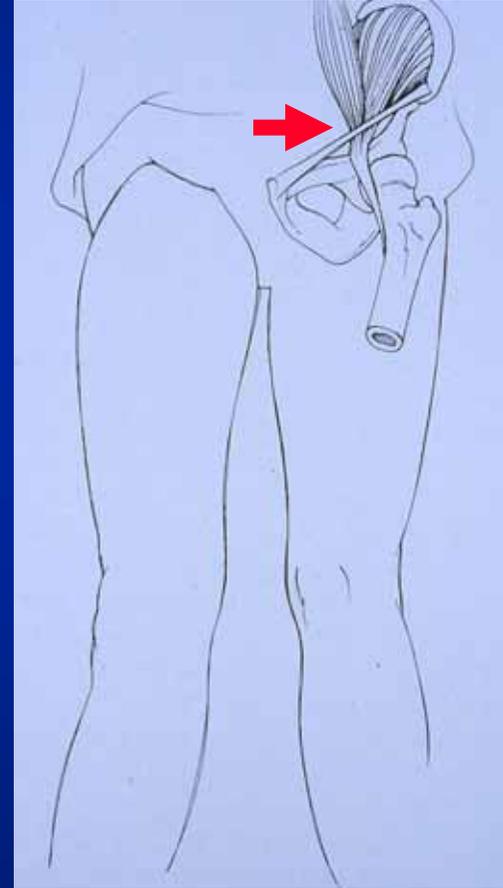
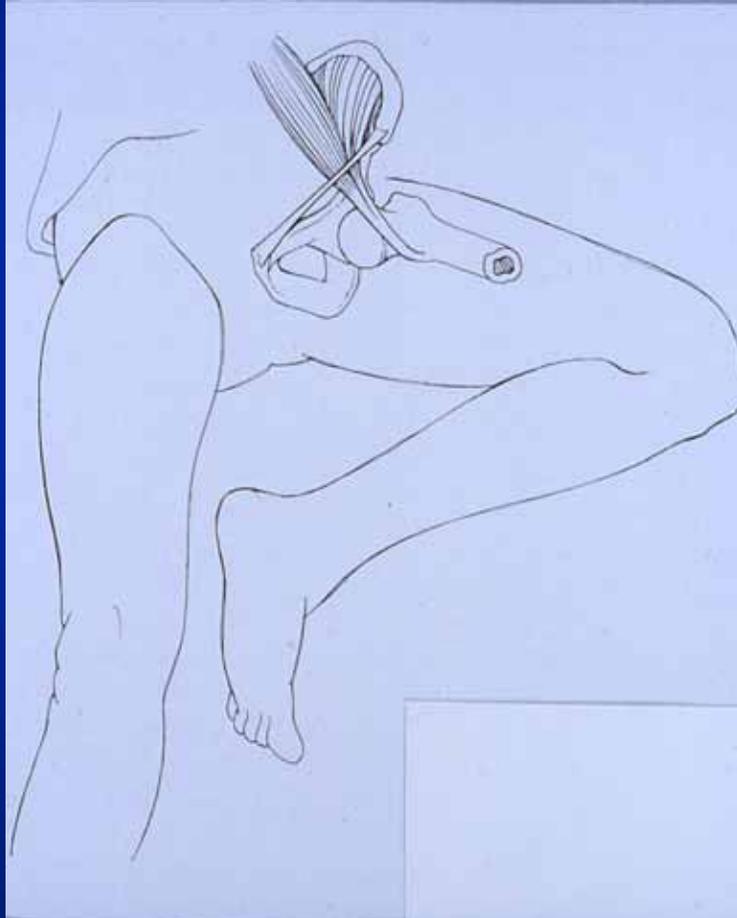
EXAMEN CLINIQUE

- * *Le ressaut est reproduit*
 - *pendant le mouvement ACTIF*
 - *de la flexion vers l'extension*
- * *Presque jamais retrouvé en PASSIF*
(absence de tonus musculaire)
- * *Parfois, reproduction de la douleur*
par la répétition du ressaut

*Reproduction du
ressaut en
mobilisation
ACTIVE*



Parfois mieux retrouvé en passant de
- la flexion abduction
- à l'extension axiale



Dobbs

*Exceptionnellement
retrouvé lors de
la mobilisation
PASSIVE :
absence du tonus
musculaire*



EXAMEN CLINIQUE

MAIS tout le problème est d'affirmer la responsabilité du ressaut dans la symptomatologie douloureuse



* *Examen complet*

* *A la recherche d'autres étiologies de douleurs inguinales :*

- *articulaires*

- *musculo tendineuses*

- *viscérales*

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1 - Pour éliminer d'autres pathologies

- . Radiographies standard*
- . Scanner, arthro scanner*
- . I.R.M.*

- Dysplasie de hanche, arthrose*
- Corps étrangers articulaires*
- Lésion du labrum*
- Replis synoviaux*



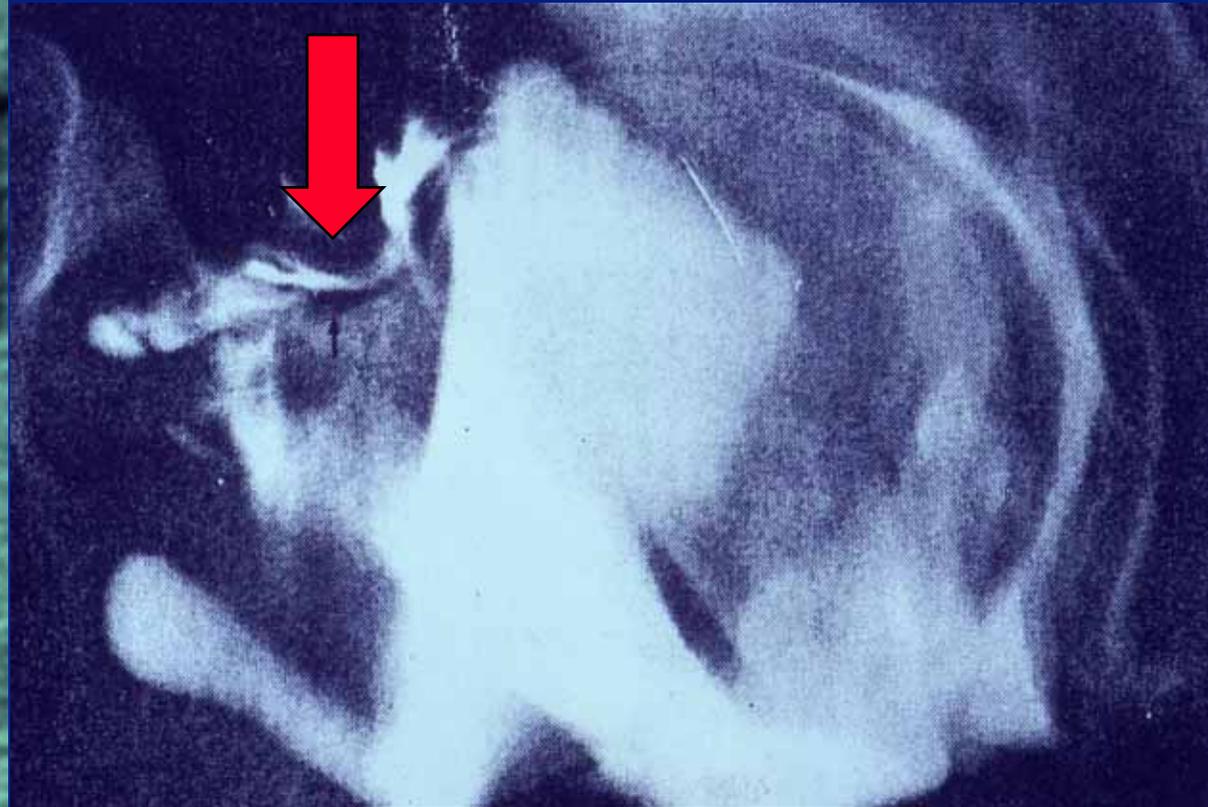
Coxarthrose débutante



*Ostéocondromatose à
corps étrangers
radio - transparents*



*Corps étranger
articulaire*



*Replis synoviaux
articulaires*

*Lésion du
labrum :*

- *rupture*
- *fissuration*
- *désinsertion*



Kyste du labrum



Arthroscanner



I.R.M.

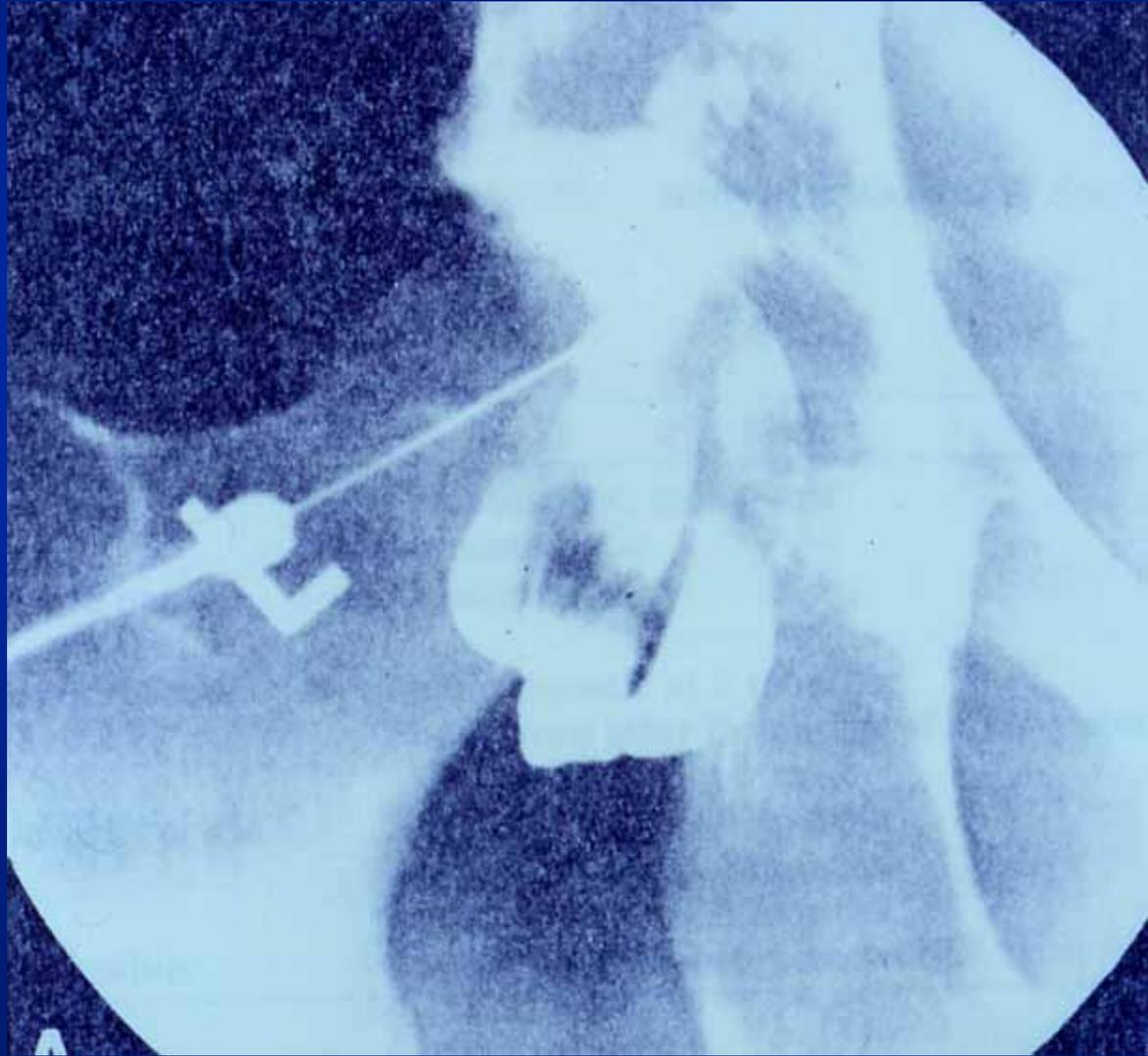
EXAMENS COMPLEMENTAIRES

2 - Pour prouver le ressaut

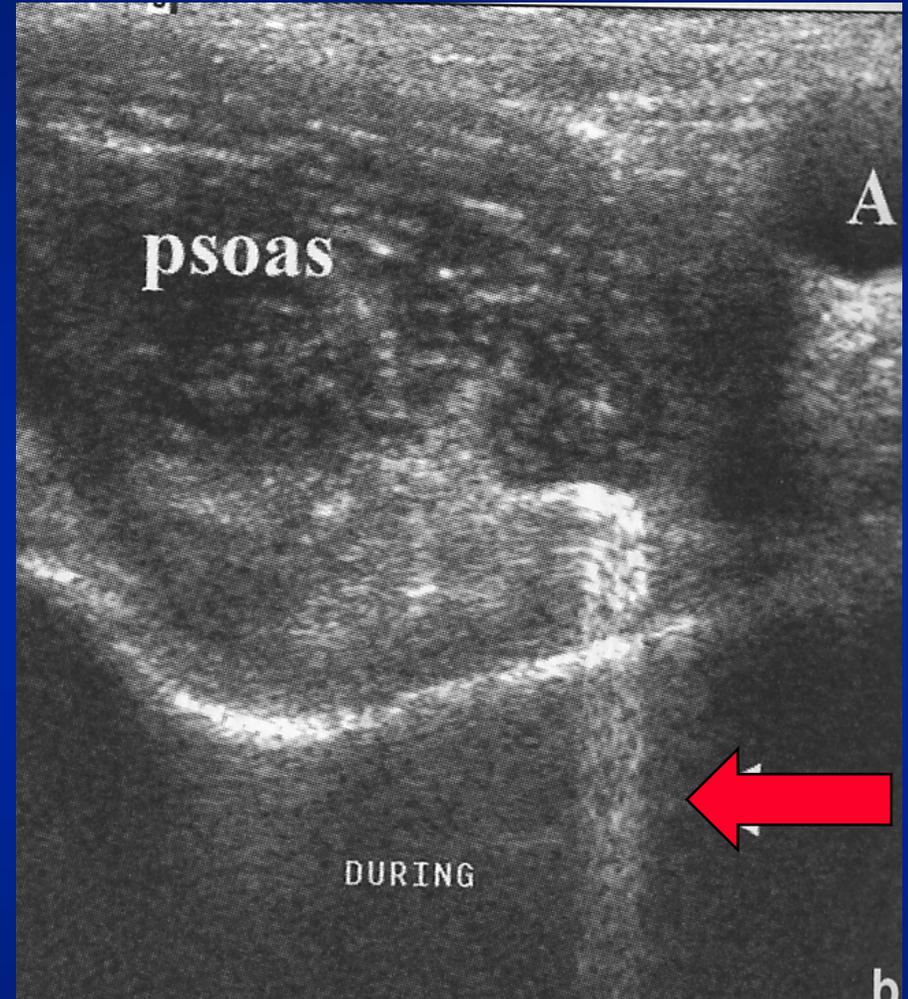
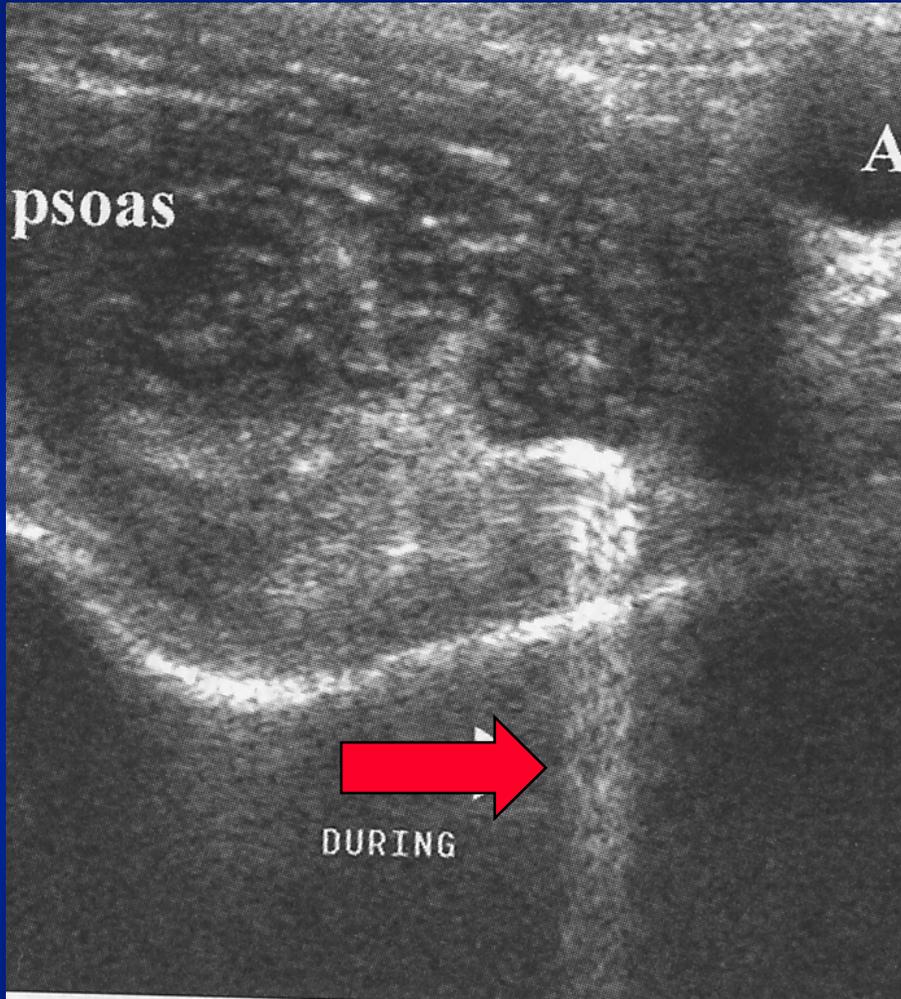
- . Bursographie par opacification de la bourse séreuse en arrière du psoas*
- . Echographie*
- . Echographie dynamique*

MAIS ils ne permettent pas de prouver la responsabilité du ressaut dans la symptomatologie douloureuse

Bursographie



Echographie dynamique



*Bande hyperéchogène verticale lors du ressaut
« streak artifact » (N. Bureau 2003)*

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

3 - Pour prouver la responsabilité du ressaut

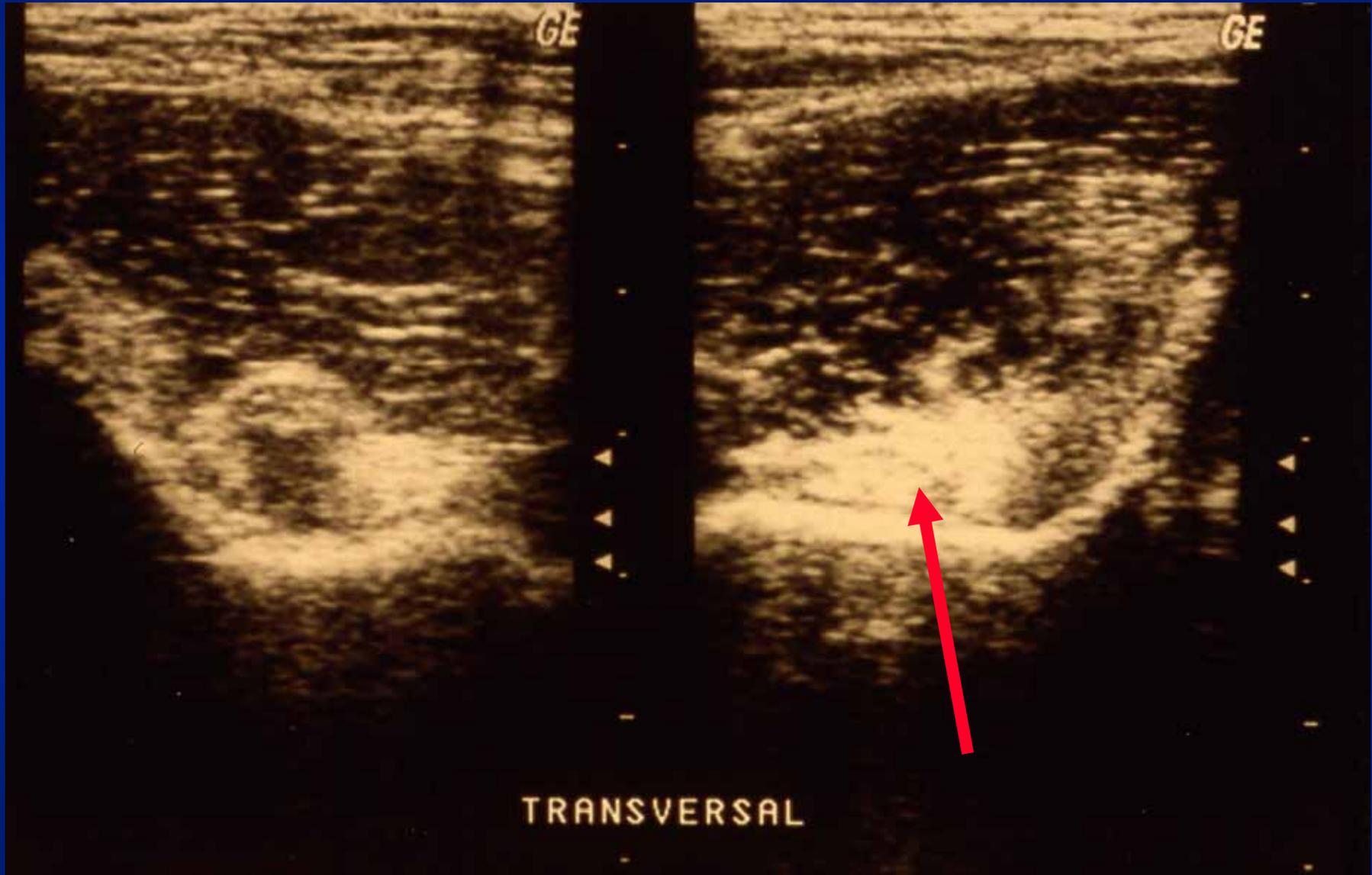
. Echographie

*qui peut exceptionnellement montrer
une fibrose locale*

. Echo – doppler

*qui peut montrer une inflammation
locale*

Fibrose locale en échographie



METHODES THERAPEUTIQUES

* *Traitement « médical » :*

- . *Infiltration de la bourse séreuse*
- . *Etirements du psoas*



METHODES THERAPEUTIQUES

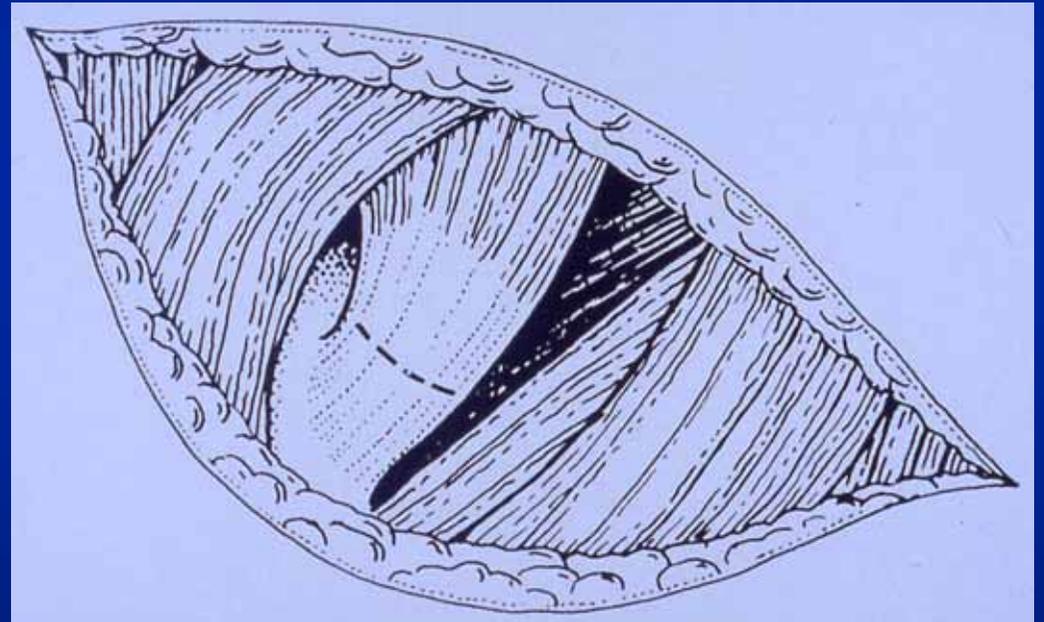
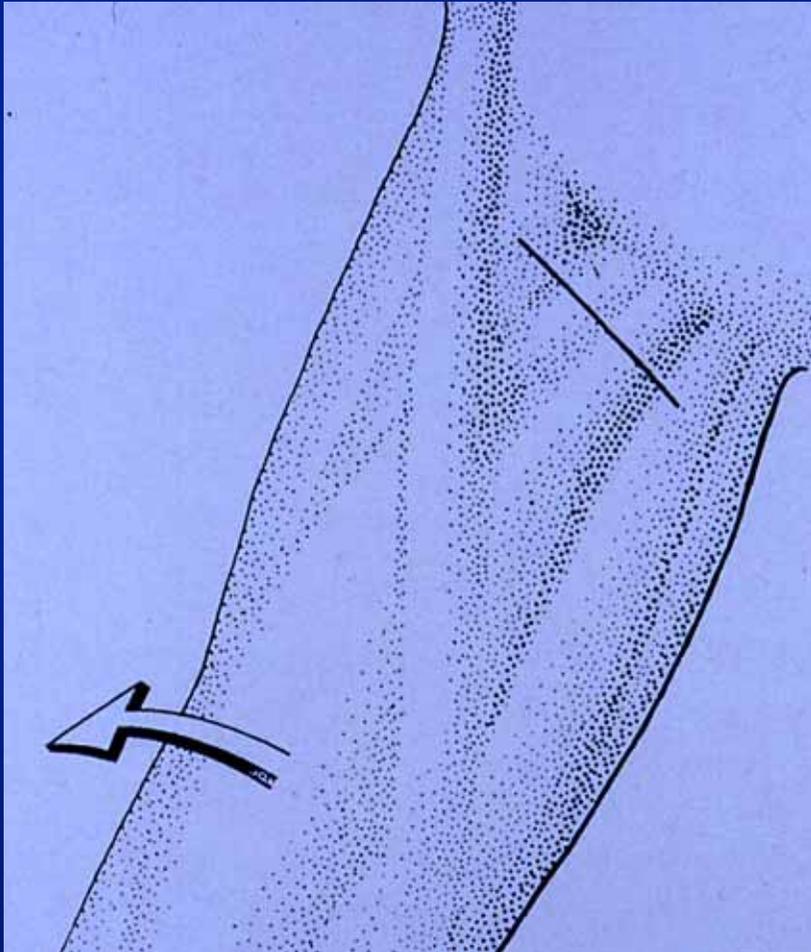
SI échec et SI l'indication est justifiée :

** Traitement chirurgical :*

*. Objectif : obtenir la détente du psoas par
APONEVROTOMIE ou TENOTOMIE*

Technique de Taylor

Sous A. G. Voie d'abord crurale basse
Section complète du tendon distal

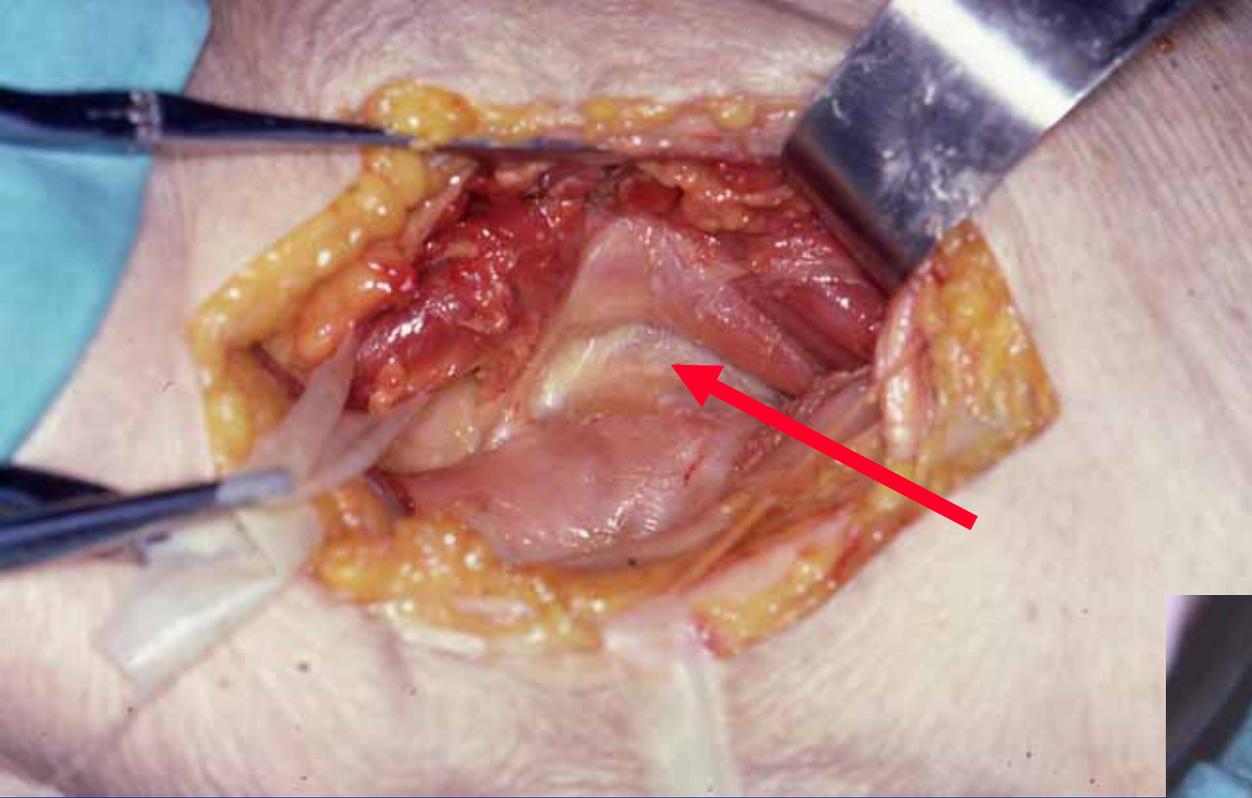


METHODES THERAPEUTIQUES

Technique personnelle (1998)

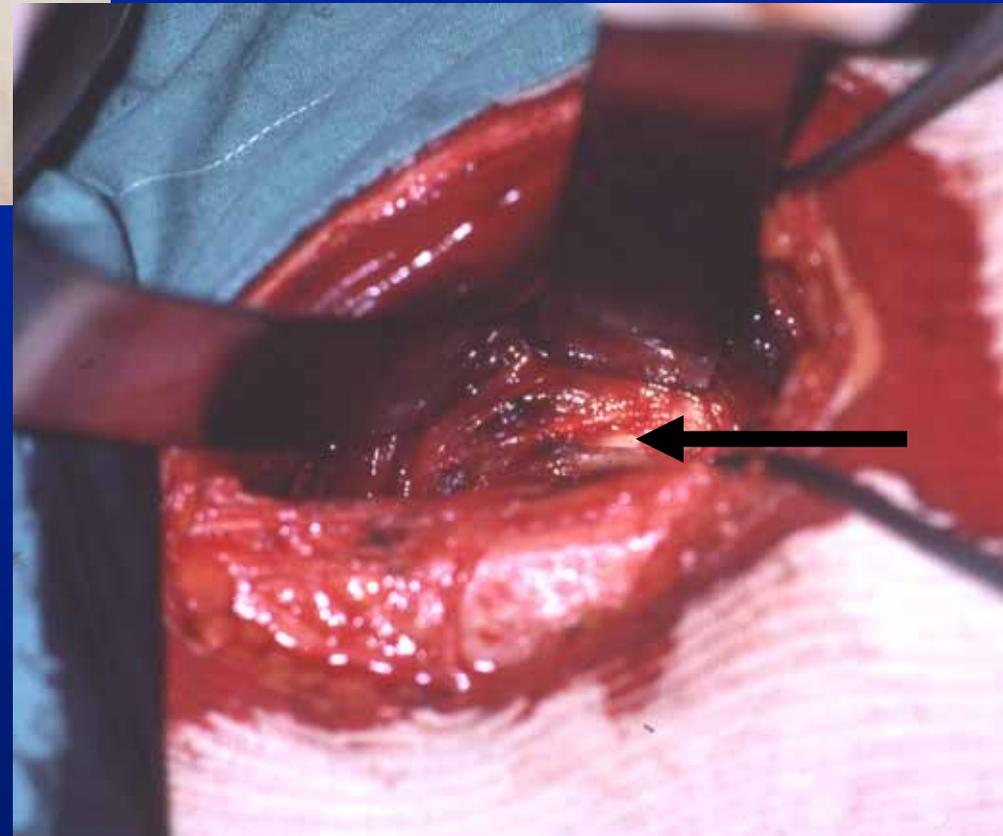
- * *Anesthésie épidurale SENSITIVE*
 - *mobilisation active per opératoire*
- * *APONEVROTOMIE du psoas*
 - *au bord antérieur du bassin*
 - *SANS couper les fibres musculaires*
- * *Si le geste n'est pas efficace :*
 - *poursuite de l'exploration*
(ligaments ilio – fémoraux)

*Vue anatomique :
abord de la face
profonde du psoas
et de la lame
aponévrotique*

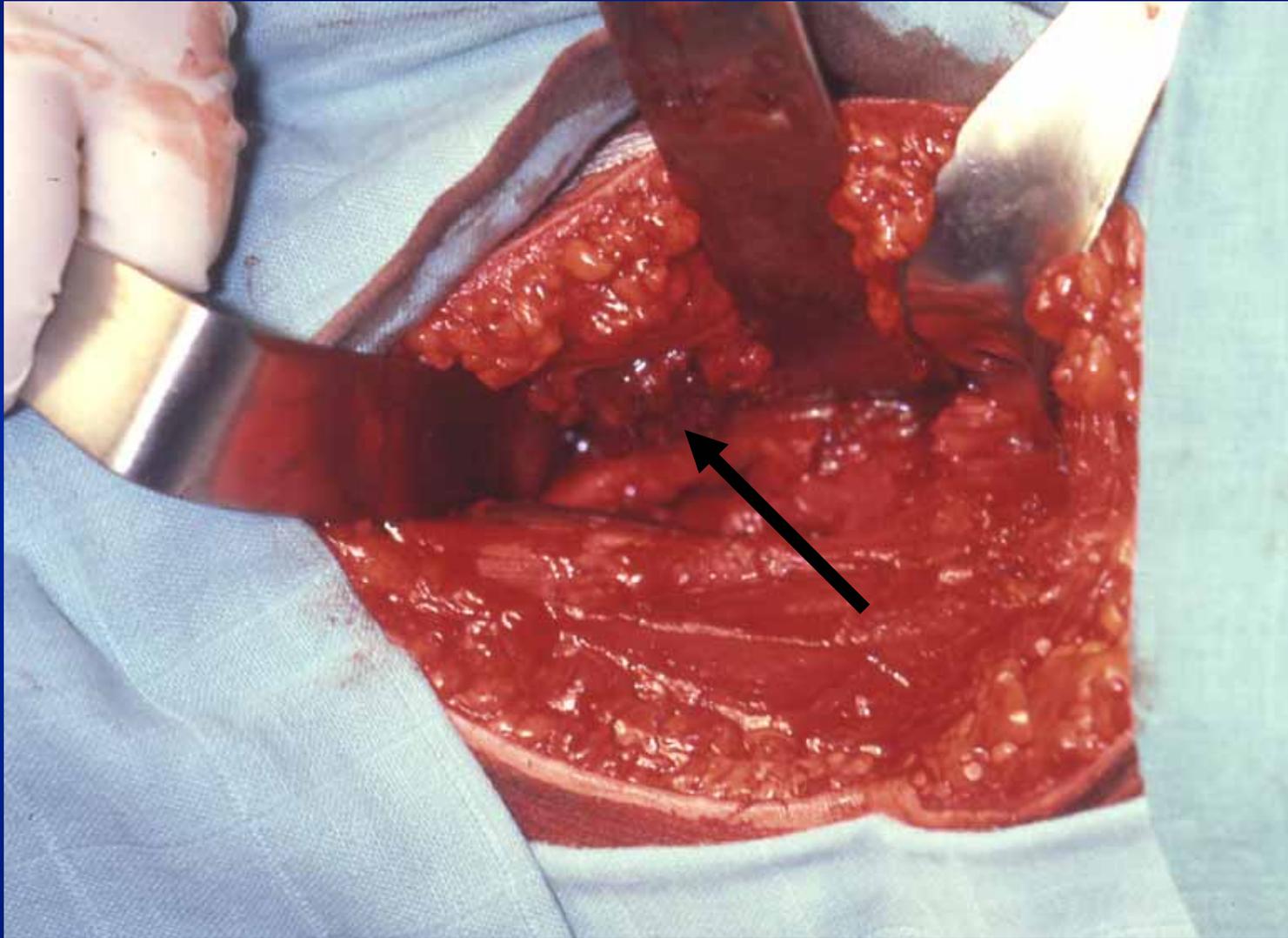


*au niveau du rebord
antérieur du bassin*

Vue opératoire



Section de la lame aponévrotique



SANS sectionner les fibres musculaires

Mécanismes :

- *hyperextension brutale (danse, gym, judo, karaté)*
- *hyperextensions répétées (talonnage au rugby)*



SERIE PERSONNELLE

RESULTATS : *recul moyen 6 ans 1/2*

* **RESSAUT** :

. *Disparition complète* : 12

. *Discret, indolore, irrégulier* : 3

* **DOULEURS** :

. *Disparition complète* : 15

* **SPORT** :

. *Niveau antérieur* : 8 / 8

UNE FORME CLINIQUE

CONFLIT ANTERIEUR APRES PTH

Lequesne (1991)

4,3% des arthroplasties douloureuses

Bricteux (2001)

ETIOLOGIE :

- débord antérieur de la cupule cotyloïdienne*
- saillie en avant d'un fragment de ciment*

CONFLIT ANTERIEUR APRES PTH

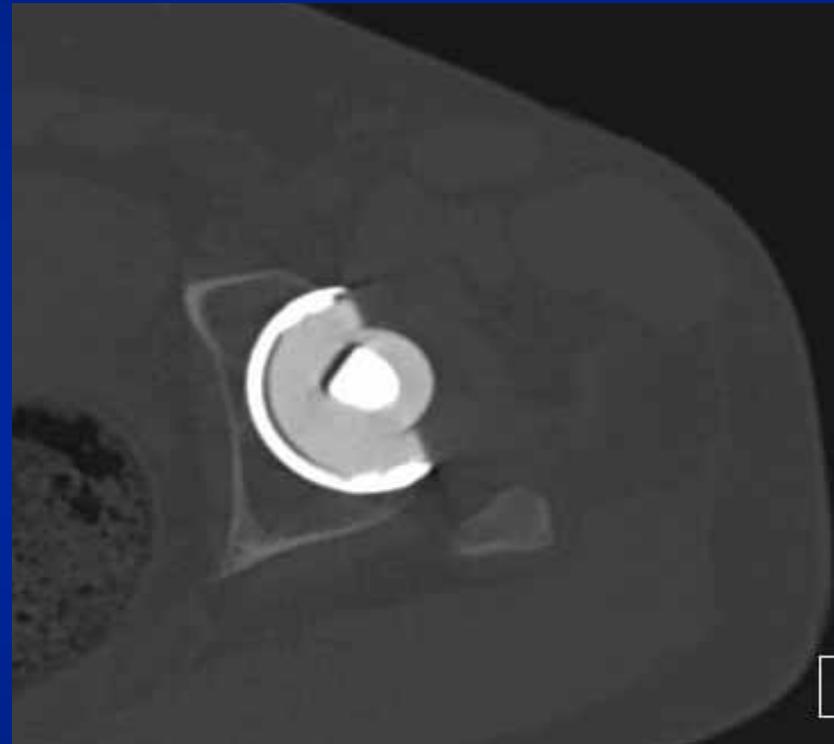
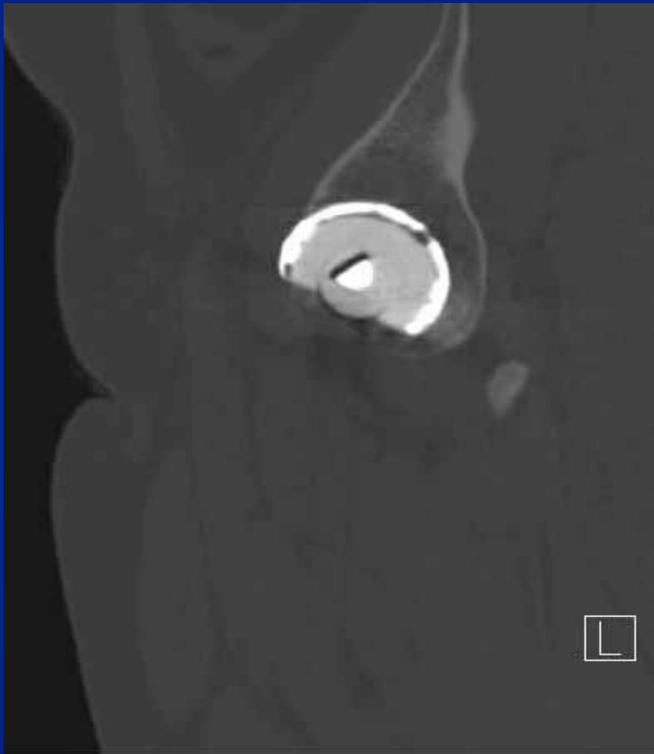
SYMPTOMATOLOGIE :

- plus souvent tendinopathie et bursopathie***
- que ressaut véritable***

TRAITEMENT :

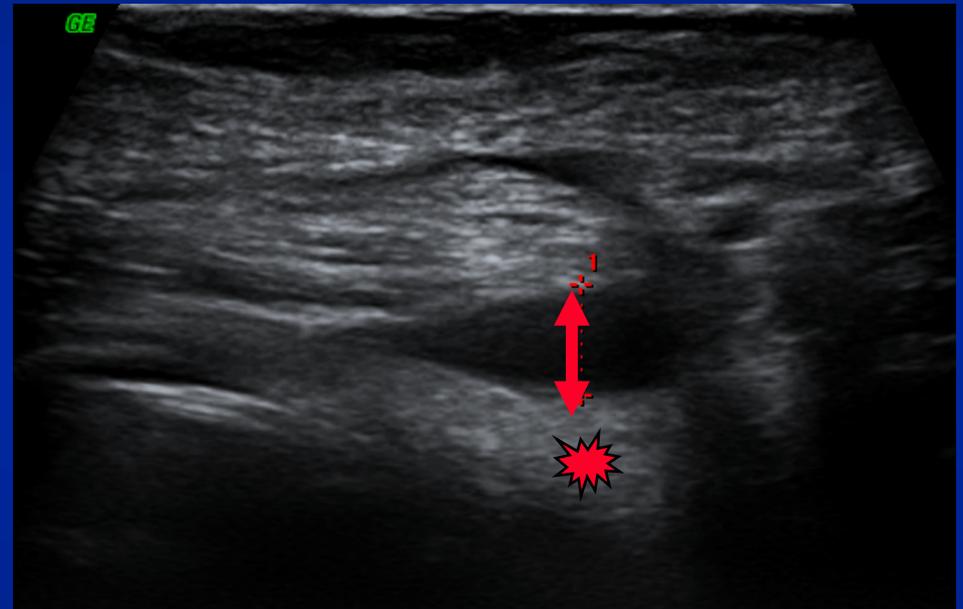
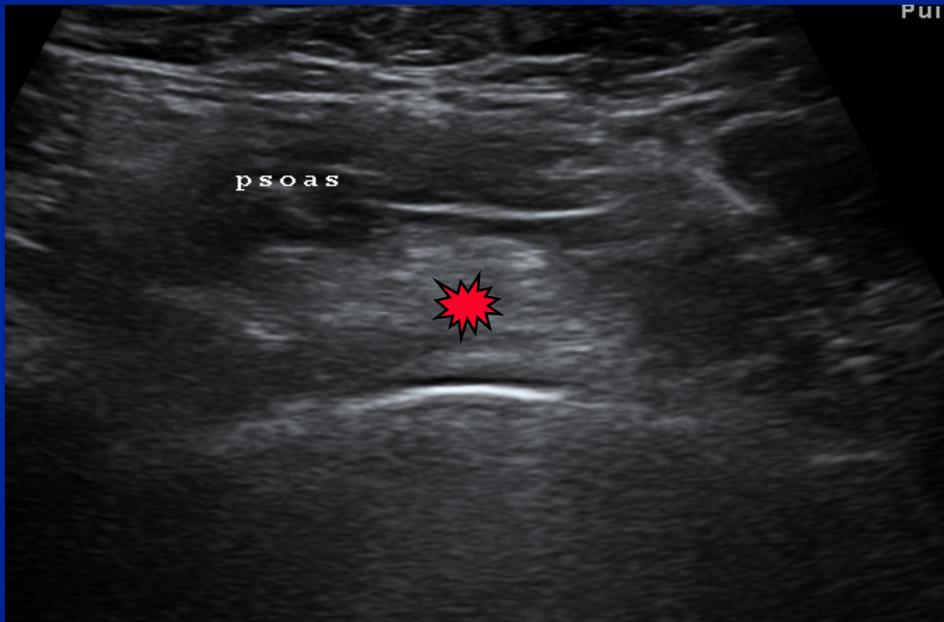
- ablation du fragment de ciment***
- changement de la cupule cotyloïdienne***

CONFLIT ANTERIEUR APRES PTH



Débord antérieur de la cupule cotyloïdienne

CONFLIT ANTERIEUR APRES PTH



Bursite causée par un fragment de ciment