

L2



Date : Lundi 19 Mars
Professeur : Dr Roux
Nombre de pages : 12

UE Appareil locomoteur

Ronéo n° : 25

Intitulé du cours : Sémio : Rhumatologie du membre inférieur

*Corporation des
Carabins Niçois*

Chef Ronéo : Sarah Iacono

Binôme : Caroline et Manon

UFR Médecine
28, av. de Valombrose
06107 Nice Cedex 2
www.carabinsnicois.com
vproneo@gmail.com



BNP PARIBAS

RHUMATOLOGIE DU MEMBRE INFÉRIEUR

« Lors du dernier cours nous avons vu la sémiologie de l'arthrose du genou et de la hanche, aujourd'hui nous allons passer rapidement sur l'arthrose du membre supérieur (de la main en fait) puis je vous parlerai de la rhumatologie du membre inf »

I) L'arthrose du membre supérieur

Au niveau du membre sup, l'arthrose de l'épaule est plutôt rare mais l'arthrose digitale est particulièrement fréquente.

Définition de l'arthrose digitale : arthrose touchant la **base du pouce**, les **articulations interphalangiennes distales** et moins souvent les articulations interphalangiennes proximales. Elle est plus volontiers associée à une arthrose du genou ou à une arthrose diffuse.

A) 2 types d'arthrose au niveau de la main :

- L'arthrose digitale touchant les **interphalangiennes distales** et parfois les interphalangiennes proximales (touche surtout la femme et possède un *terrain génétique héréditaire*)
- L'arthrose trapézo-métacarpienne ou rhizarthrose touchant la **base du pouce**. *Localisation fréquente de l'arthrose et souvent bilatérale*, elle est favorisée par les micro-traumatismes répétés (couturières qui font la « pince » avec leurs aiguilles, travaux mécaniques...)

B) Facteurs épidémiologiques de l'arthrose de la main :

- Age, sexe, **facteurs génétiques**, facteurs mécaniques, le **rôle systémique de l'obésité** (synthèse des adipocytokines par les adipocytes qui favorisent le développement de l'arthrose au niveau des mains)

C) Quand faut-il évoquer le diagnostic de l'arthrose digitale ?

- Développement à bas bruit de **tuméfactions nodulaires** au niveau des interphalangiennes *distales (nodules d'Heberten)* et *proximales (nodules de Bouchard)*. « pour le retenir : B c'est avant H dans l'alphabet donc B => proximal et H => distal »
- Ces tuméfactions sont parfois douloureuses et donnent des déformations importantes

D) Quand faut-il évoquer le diagnostic de rhizarthrose ?

- **Douleurs** à la mobilisation du pouce au niveau de sa racine
- **Tuméfactions** situées au même endroit qui traduisent très souvent un petit épanchement

Ces 2 diagnostics sont cliniques : dans les $\frac{3}{4}$ du temps, il n'y a pas besoin de faire de radiographies.

Il existe tout de même des signes radio classiques pour l'arthrose digitale : le pincement, l'ostéophyte et la géode.

E) Quel pronostic et quelle évolution ?

Très hétérogènes. L'arthrose est une maladie qui peut évoluer lentement comme très rapidement. Cependant il y a toujours une *constante* : lorsque ça évolue, c'est douloureux et au moment du **stade final**, on observe 1. une fusion totale de l'articulation qui ne bouge plus et qui devient indolore, 2. une déformation et 3. une absence de liquide synovial.

F) Formes évolutives un peu particulières :

- **Forme érosive** (celle que l'on craint le plus) : le patient va avoir des arthroses douloureuses qui vont évoluer très vite et qui font penser à ce qu'on voit dans la polyarthrite rhumatoïde, c'est-à-dire la destruction des articulations atteintes.

II) Sémiologie rhumatologique du membre inférieur

A) Généralités

Affections médicales de l'appareil locomoteur : pathologies *osseuses, musculaires, nerveuses périphériques, périarticulaires et articulaires* (1. arthrites = inflammatoire/nocturne, 2. arthrose = mécanique/journée et 3. arthropathies diverses)

1) Caractères généraux de l'arthrite

- Touche le **tissu synovial**
- Etiologies variables : infections (urgence rhumatologique), pathologies immunologiques (*polyarthrite rhumatoïde* ou *spondylarthrite ankylosante*), pathologies microcristallines (*la goutte*)
- Survient à tout âge
- Possède des **signes inflammatoires** : Douleur, chaleur, rougeur et gonflement
- **Horaire inflammatoire** : douleur qui réveille en 2^{ème} partie de nuit avec un dérouillage matinal.
- Signes biologiques : vitesse de sédimentation et la CRP sont **augmentées**
- Atteint une ou plusieurs articulations
- Evolution : ça évolue par poussées et il peut y avoir des rémissions. Le patient va vers la guérison ou la chronicité

2) Caractères généraux arthrose:

- Atteint le cartilage et même l'ensemble de l'articulation
- Processus dégénératif: quels facteurs ? l'âge, les troubles mécaniques (ménisectomie, genu varum), les traumatismes...
- Rare avant 40 ans (à l'inverse de l'arthrite) et la fréquence augmente avec l'âge
- **Pas de caractère inflammatoire** (*dans de rares cas, il peut y avoir de petites poussées inflammatoires*)
- Atteint une ou plusieurs articulations voire le rachis
- Evolution chronique

3) Pathologies nerveuses périphériques:

- Atteintes radiculaires : sciatique, névralgie crurale, névralgie cervico-brachiale
- Atteintes tronculaires
- Syndromes canaux : par ex, compression du *nerf médian* au niveau du canal carpien

B) Interrogatoire

HDLM, ATCD, Signes fonctionnels (articulaires, osseux, musculaires) :

1) Signes fonctionnels articulaires

a) Douleur : très important !

- **Siège et irradiation** (se faire montrer d'un doigt) : douleur de hanche pouvant irradier dans la cuisse
- **Chronologie** : *ancienneté, horaire* (mécanique ou inflammatoire),
- **Nature et intensité** : variable et subjective: échelle visuelle analogique)
- **Variations** : circonstances d'apparition, excitée par, calmée par (position antalgique, traitement...)

Application clinique : patient qui vient parce qu'il a eu brutalement mal au dos en soulevant son lit, pas de souci, c'est une rupture mécanique. Patient qui vient pour mal au dos mais dont la douleur a été progressive, nocturne et sans facteur déclenchant, là il faut s'inquiéter : c'est peut être une infection ou une pathologie tumorale. → donc interrogatoire important !

b) Raideur et limitation mouvements (liées à l'arthrose et à la douleur)

- Enraidissement
- Blocages : 2 formes : 1. Le vrai blocage lors d'une atteinte méniscale (il faut carrément débloquer le genou) 2. Le pseudo-blocage = sensations de blocage que l'on retrouve dans l'arthrose (car la congruence est moins bonne)
- Ressauts : dans l'arthrose au niveau des genoux
- Craquements : idem
- Instabilité : ++ au niveau du genou surtout s'il y a une atteinte ligamentaire
- Boiterie : très présente dans la pathologie de la hanche, c'est pour ça qu'en premier on fait les marcher les patients quand on les examine

Coxarthrose: indice algofonctionnel de Lequesne

Douleur ou gêne	La nuit	Non	0	
		Seulement en remuant ou selon la posture	1	
		Même immobile	2	
	Lors du dérouillage matinal	Moins d'une minute	0	
		De 1 à 15 minutes	1	
		Plus de 15 minutes	2	
	Lors de la station debout	Non	0	
		Oui	1	
	Lorsque vous marchez	Non	0	
		Seulement après une certaine distance	1	
Très rapidement, de façon croissante		2		
Votre hanche vous gêne-t-elle si vous restez assis longtemps	Non	0		
	Oui	1		
Périmètre de marche maximale	Aucune limitation	0		
	Limité mais supérieur à 1 km	1		
	Environ 1 km soit 15 minutes	2		
	500 à 900 m	3		
	300 à 500 m	4		
	100 à 300 m	5		
	Moins de 100 m	6		
	Une canne ou une béquille nécessaire	+1		
Deux cannes ou béquilles nécessaires	+2			
Difficultés dans la vie quotidienne	Pas de difficulté = 0 Possible avec une petite difficulté = 0,5	Mettre ses chaussettes par devant	0 à 2	
		Ramasser un objet à terre	0 à 2	
	Possible mais très difficilement = 1,5 Impossible = 2	Monter ou descendre un étage	0 à 2	
		Sortir d'une voiture ou d'un fauteuil profond	0 à 2	
	Total			
	Résultats: -0 à 4 points: handicap modeste -5, 6, 7 points: handicap moyen -8, 9, 10 points: handicap important -11, 12, 13 points: handicap très important -14 points et plus: handicap extrême, insupportable L'indication chirurgicale est portée à partir de 10 points environ			

c) Impotence fonctionnelle

- Marche (périmètre, canne), mouvements usuels (toilettes, repas, travail...), instruments et activités

Les moyens d'évaluation

⇒ Ex : indice pour la coxarthrose :

L'indice de Lequesme va permettre d'évaluer l'atteinte fonctionnelle du patient mais également son suivi car à chaque visite le score renseignera sur une éventuelle aggravation ou amélioration.

⇒ L'EVA : échelle visuelle analogique

Allant de 0 à 10

Absence de douleur (0) → *la pire douleur* (10) (très subjectif)

Je tiens à préciser qu'à partir de là, il est passé très rapidement sur ses diapos et ne les a (presque) pas lues...

2) Signes fonctionnels osseux

- a) Douleur
 - Siège et irradiation
 - Chronologie : ancienneté, horaire
 - Nature et intensité
 - Variations : circonstance d'apparition, ce qui augmente ou diminue
- b) Signes généraux (tumeur)
- c) Signes locaux (déformation)
- d) Impotence fonctionnelle

3) Signes fonctionnels musculaires

- Fatigabilité, myalgies, crampes, impotence fonctionnelle

C) L'examen physique

Les 4 C : **Complet**, **Comparatif** (dans le temps, dans l'espace), **Chiffré** (en angles, en centimètres), **Calme**
Il doit également être daté et signé !

- Sur malade **entièrement dévêtu** ! (« ne pas oublier culotte et soutien-gorge pour les filles et slip pour les garçons...»)
- Inspection, palpation, étude des mouvements statiques et dynamiques
- Examen somatique complet indispensable **toujours à droite du patient** !

1) Examen articulaire

a) Inspection

- Téguments : pâleur..
- Modifications de forme et de volume (tuméfaction articulaire)
- Position antalgique
- Attitudes vicieuses (ex: valgus/varus, flessum..)

b) Palpation

- Peau
- Repères osseux : par ex, ds l'examen du genou on repère la rotule et les différents angles de la rotule
- Plans cutané, sous cutané, musculaire, capsulo-ligamentaire
- Synoviale : points douloureux ? volume ? consistance ? épanchement ? (distension, fluctuation, choc rotulien)

c) Etude des mouvements :

- 3 sortes de mouvements: *actifs* (le patient fait un mouvement), *passifs* (le médecin fait bouger les membres du patient qui lui n'oppose aucune résistance), *actifs contrariés* (le patient fait un mouvement contre résistance)
- Position de référence (position 0)
- Mouvements élémentaires (flexion, extension, abduction, adduction, rotations)

- Mouvements combinés (ex: circumduction)
- Mouvements globaux (action réalisée)
- Mesures d'amplitude: appréciation *subjective* ou *objective*, en *angles* ou en *distances*
- Interprétation des résultats: il peut y avoir des variations individuelles. L'interprétation doit être comparative (au *côté opposé* et aux *normes*) → si un patient vient pour douleur au genou, on commence toujours par examiner le genou sain.
- Perturbations des mouvements physiologiques: Douleurs, ressauts, blocages, limitations, laxité
- Mouvements anormaux : Latéralité, tiroir, rotation, piston

2) Signes physiques osseux

Tuméfaction, déformation, fractures sur os sain ou os pathologique (déplacement ?), douleur provoquée, état des parties molles sus jacentes.

3) Signes physiques musculaires

Modifications de volume :

- atrophie (ex: gonarthrose)
- hypertrophie : topographie, mensurations comparatives
- Modifications de consistance : hypotonie, hypertonie
- Fasciculations
- Troubles neurologiques associés? motricité, sensibilité, réflexivité...

D) La sémiologie du genou

1) Les signes fonctionnels

- Douleur:

Siège, irradiations, chronologie: (*ancienneté* (depuis 15 ans ou récent ?), *horaire*), Nature et intensité, Circonstances de survenue (spontanée ou après un traumatisme ?)

- Impotence : permanente, paroxystique (blocage ? déroboement ?)

2) L'inspection : les signes physiques



Tuméfaction à l'inspection : à la radio c'est un épanchement.



a) La statique : normale (avec alignement de la tête fémorale, genou et cheville), anormale : *genu varum* (les genoux ne se touchent pas), *genu valgum* (les chevilles ne se touchent pas), *genu recurvatum* (genou à l'envers).

b) La dynamique à la marche :

- Angle du pas = 10 à 15° symétrique
- Bascule du genou (lié à arthrose=tardif, ligamentaire=apparition précoce)

c) Aspect du genou :

- Normal
- Pathologique : Epanchement du genou pouvant entraîner une tuméfaction s'étendant au-delà de la cavité du genou (tumeur?). On regarde radiologiquement ce qui se passe.



Genu recurvatum

d) Autres signes à l'inspection du genou



1. Kyste de l'articulation péronéo-tibiale



2. Kyste ménisque externe



3. Encoche sus-rotulienne : rupture du tendon du quadriceps



4. Gros hygroma pré-rotulien

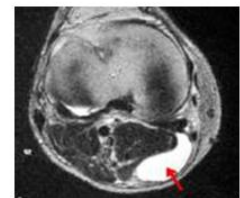
5. Amyotrophie : que ce soit pour l'arthrose fémoro-patellaire ou fémoro-tibiale, il y aura très souvent une amyotrophie associée.

- ⇒ Donc toujours mesurer le périmètre du quadriceps en cas d'arthrose du genou.
- ⇒ 1^{ère} prise en charge de l'amyotrophie : la rééducation

3) La palpation

- Tous les plans (du plus superficiel au plus profond)
- Permet de connaître l'état de la synoviale
- Rechercher un éventuel choc rotulien qui traduit souvent un épanchement
- Points douloureux : rotule, interligne, condyles, tendons, ligaments
- Creux poplités : à la recherche éventuelle d'un kyste poplité qui traduit en fait un épanchement intra-articulaire (qui se résorbe, se solidifie et donne un kyste poplité)
Puis on prend les **mesurations** du genou

Kyste poplité



Recherche d'un choc rotulien : on attrape le membre inférieur au niveau de la cuisse et avec le doigt, on appuie sur la rotule.

4) Etude des mouvements du genou

- **Flexion /extension**

- ⇒ Se mesure en prenant l'extension complète = 0 (jambe allongée)
- ⇒ Flexion complète = 150° (talon poussé à la fesse)
- ⇒ Flexion active (réalisée par le patient) ne dépasse pas 135° (Goniomètre)



- ⇒ Examen comparatif
- ⇒ L'extension doit être complète sinon c'est un flexum
- **Rotations**
- **Mouvements contrariés**

Les mouvements anormaux au niveau du genou :

1. Le syndrome de laxité ligamentaire:

- On vérifie la *stabilité transversale* du genou (atteinte des ligaments interne/externe ?) et la *stabilité antéro-postérieure* (tiroirs antérieurs / postérieurs : atteintes des ligaments croisés ant/post ?)



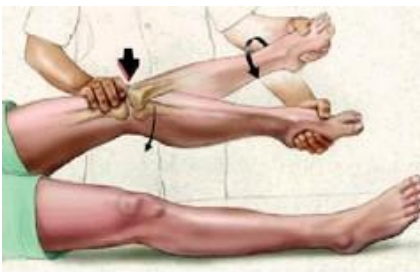
Recherche d'une atteinte des ligaments interne ou externe :

Etude de la **laxité interne** : on empaume la cheville et on pousse sur le genou
 Etude de la **laxité externe** : même chose mais de l'autre côté



Recherche d'une atteinte des ligaments croisés antérieur ou postérieur :
 Etude de la **laxité antérieure** : signe de Lachman-Trillat et le Jerk-test

Signe de Lachman-Trillat : Genou déverrouillé à 20° de flexion. Le talon repose sur la table d'examen. L'examineur empaume le tibia, le pouce étant placé sur la Tubérosité Tibiale Antérieure. L'autre main maintient la cuisse quelques centimètres au-dessus de la rotule. La main tibiale imprime subitement une translation tibiale antérieure.

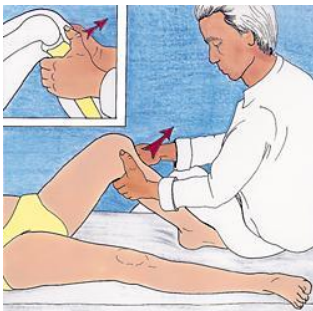


Jerk-test

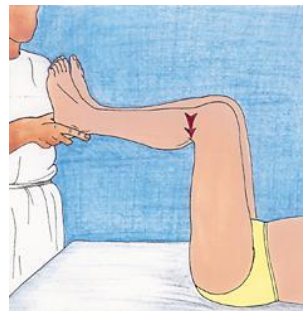
Patient en décubitus dorsal. La cuisse est fléchie à 45° (elle par à 45° par rapport à l'alignement du corps). Le genou est à 90° et la jambe en rotation interne. La main gauche saisit le pied qu'elle met en rotation interne tandis que la main droite exerce une contrainte en valgus sur l'extrémité supérieure de la jambe.

La définition mécanique du Jerk test est un changement brutal du rapport des deux surfaces, ce qui apparaît lors de la réduction de la subluxation en fin d'extension.

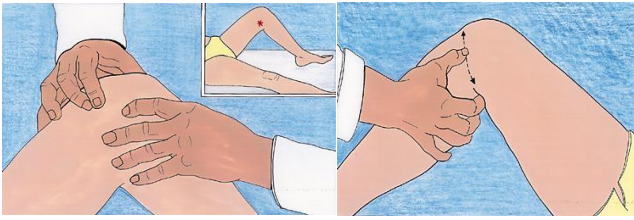
Recherche d'un tiroir antérieur ou postérieur (tjrs à cause d'une atteinte des ligaments croisés)



Recherche d'un tiroir ant



Recherche d'un tiroir post : signe de Godfrey (exercer une pression sur les genoux)



2. Syndrome méniscal

- Recherche points douloureux au niveau de l'interligne méniscale
- Cri du ménisque : douleur quand on appuie sur le ménisque
- Etude à l'aide : du signe de Mac Murray, du signe d'Apley (Grinding test) et du signe de Generty

La douleur méniscale est réveillée par la pression, on met donc le genou à 90°.

On appuie ensuite sur l'interligne méniscale afin de rechercher une douleur du ménisque.



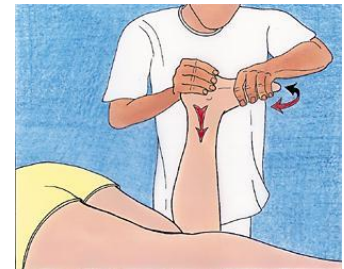
La manœuvre de Mac Murray :

Flexion forcée, le pied en rotation externe avec compression de l'interligne interne → réveille la douleur du ménisque interne.

Signe d'Apley (Grinding Test)

Decubitus ventral. Jambe à 90°. On appuie sur le talon tout en faisant une manœuvre de rotation

⇒ Appuie sur le ménisque et réveille la douleur



Signe de Generty : Decubitus ventral : on fait dépasser de la table les jambes du patient et on appuie sur les talons → réveille la douleur méniscale

3. Le syndrome rotulien:

- Signes fonctionnels
- Douleurs à la percussion
- Douleur au palper rotulien
- Signe du rabot
- Douleur à l'extension contrariée
- Signe de smillie



Palpation rotulienne



Signe de smillie

L'examen doit toujours être complet !

E) **Sémiologie de la hanche**

La hanche est une articulation profonde et donc difficile à appréhender.

- Lors de l'examen de la hanche, on s'intéresse à la morphologie et aux repères
- Recherche antécédents:
 - ⇒ Antécédents pédiatriques (ressaut de hanche, rhume de hanche, arthrite septique, ostéochondrite, épiphysiolyse,...),
 - ⇒ Antécédents familiaux de luxation congénitale,
 - ⇒ Provenance géographique (Bretagne ++),
 - ⇒ Antécédents traumatiques,

- ⇒ Préciser s'il existe un diabète, une hyperlipidémie, la prise de corticoïdes, un éthyisme connu, une hémopathie → car risque ++ d'ostéonécrose
- ⇒ Traitement médical en cours ou antérieur (corticoïdes)

1) Signes fonctionnels:

- **Douleur** : siège (peut être la fesse, le pli inguinal..) et irradiation (face ant de la cuisse souvent), chronologie (ancienneté et horaire), nature et intensité, circonstances (apparition progressive ou après traumatisme).
- **Boiterie** : rarement un motif de consultation, souvent secondaire à la douleur
- **Raideur** : motif de plainte surtout chez les sujets âgés, avec difficultés à enfiler les chaussettes
- **Impotence fonctionnelle** : score algofonctionnel

2) Signes physiques :

a) **Inspection**

- **Debout**
- **à la marche** (face, dos, profil) : recherche d'une boiterie (une douleur, une raideur de hanche, un raccourcissement d'un membre inférieur, une insuffisance des muscles fessiers uni ou bi-latérale, luxation)
- **couché** : bascule bassin (inégalité membres, position vicieuse en abduction ou adduction hanches, scoliose), attitude vicieuse (membre tourné vers le dehors), tuméfaction, amyotrophie muscles fessiers.

Exemple anomalie de la hanche recherchée: La boiterie de Trendelenbourg

Elle traduit une insuffisance des muscles fessiers : le bassin s'incline du côté opposé au fessier faible pendant que le rachis et les épaules compensent en s'inclinant du côté des fessiers faibles, alors que normalement le bassin et les épaules restent horizontaux.

- ⇒ Etiologies : 1) Paralysie des fessiers (séquelles de polyomyélite), 2) Insuffisance des muscles fessiers provoquée par des douleurs de hanche, 3) Coxa vara : l'angle du col fémoral est diminué, ainsi le bras de levier est modifié et les fessiers sont détendus et deviennent moins efficaces.

b) **Palpation**

- Rechercher des points douloureux
- Consistance d'une tuméfaction : difficile à trouver car hanche = articulation profonde
- Recherche d'adénopathies (pouvant être liées à une douleur au pli inguinal)
- Prendre les mesurations
- État musculaire

Palpation des points douloureux en avant :

- L'épine iliaque antéro-supérieure et le pubis. Le canal inguinal se trouve entre ces deux repères.
- Le muscle Couturier (sartorius) et le muscle long adducteur (aductor longus) sont palpables.
- L'artère fémorale peut être palpée : elle passe au centre du triangle formé par le muscle Couturier, le long adducteur, et le canal inguinal, se projetant juste en avant de la tête fémorale (attention à ne pas léser l'artère fémorale si on fait une infiltration de hanche)
- La tête fémorale est difficilement palpable sous le ligament inguinal à côté de l'artère fémorale. Il faut imprimer des petits mouvements de rotation de la hanche, le patient étant allongé pour essayer de mieux percevoir cette tête fémorale.

Il n'a pas lu ce que j'ai mis dans le cadre mais j'ai quand mm préféré vous le mettre vu que c'était sur les diapos

- En avant et en dedans les insertions proximales du long adducteur peuvent être douloureuses à la palpation. Cette douleur peut être le témoin d'une élongation musculaire chez les sportifs, dans l'arthrose de hanche les adducteurs peuvent être rétractés et douloureux.
- Le tendon du psoas iliaque est difficilement palpable. Il passe en avant de la hanche, glisse sur une bourse séreuse avant d'aller s'insérer sur le petit trochanter. La palpation de cette région peut être douloureuse quand la bourse séreuse est enflammée. Le patient peut présenter une attitude antalgique avec une hanche en flexion et douloureuse : on parle alors de psoïtis.
- Le petit trochanter est profond et plus difficile à palper. Il faut mettre le membre en rotation externe et abduction de hanche pour ramener le petit trochanter en avant et mieux le palper. L'insertion distale du psoas peut être douloureuse lors d'arrachement traumatique ou d'élongation du psoas chez les sportifs.

En arrière :

- La crête iliaque, le grand trochanter, et l'ischion peuvent être palpés.
- L'ischion peut être le siège d'arrachement traumatique des insertions survenant chez les sportifs surtout en période de croissance.
- Le nerf sciatique est difficilement palpable. Il passe à mi-distance entre l'ischion et le grand trochanter dans la gouttière sciatique. On peut réveiller une douleur sciatique par compression à ce niveau

- l'État musculaire :

- ⇒ Il faut noter une amyotrophie du quadriceps éventuelle à l'inspection et la coter objectivement par la mesure objective comparative par la mesure du périmètre de cuisse au même niveau. (rééducation : on demande au patient de remuscler leur quadriceps)
- ⇒ La force musculaire doit être testée comparativement au côté sain. La recherche d'un déficit musculaire s'effectue en contrariant l'action du muscle étudié : l'atteinte du moyen fessier (ou de son tendon) est évaluée surtout par la manœuvre d'abduction contrariée, le patient étant en décubitus latéral sur le côté opposé. Le déficit est coté entre 0 et 5 (0 équivaut à aucune contraction musculaire et 5 équivaut à une contraction musculaire normale).

c) Etude des mouvements :

- Actifs
- Passifs : flexion, extension, abduction, rotation externe, rotation interne (manœuvres effectuées en decubitus dorsal le plus souvent)



Flexion de la hanche : 135°
ou plus



Extension de la hanche : 10- 15°



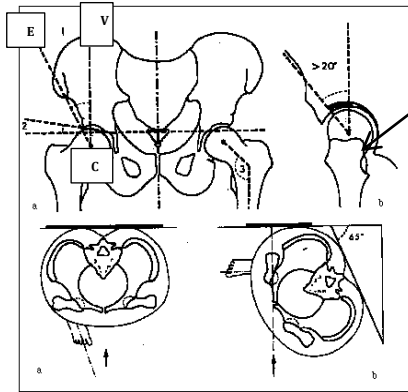
Abduction 45° Adduction 30°

- Rotations internes 45°
- Rotations externes 35°

3) La coxométrie

- Elle permet d'évaluer objectivement une dysplasie de hanche éventuelle.
- Valeurs normales:

⇒ Couverture de la tête par le cotyle : est apprécié par l'angle de Wiberg = *angle VCE* (devant être $\geq 25^\circ$) sur
 1) la radiographie de face : entre la verticale passant par le centre de la tête et la ligne passant par le rebord du cotyle ou 2) sur un faux profil de Lequesne.



Faux profil de Lequesme

⇒ Obliquité du toit: HTE $\leq 15^\circ$

⇒ Angles cervicaux diaphysaires : C'est l'angle délimité par l'axe du col (ligne joignant le centre de la tête du fémur et le milieu de la base du col) et l'axe de la diaphyse fémorale. Cet angle est de 128° chez l'homme en moyenne, et de 127° chez la femme (Coxa valga quand angle cervico-diaphysaire est supérieur à 130° / Coxa vara quand angle cervico-diaphysaire est inférieur ou égal à 125° .)

Diagnostics d'une douleur de la région de la hanche de l'adulte	
<i>Topographie Principales étiologies</i>	<i>Topographie Principales étiologies</i>
Douleurs articulaires	Maladies inflammatoires (si douleur nocturne ac dérouillage matinal) Polyarthrite rhumatoïde Spondylarthropathies Pseudo polyarthrite rhizomélique Maladies dégénératives Arthrose Maladies métaboliques ChondrocalcinoSe Infections : arthrite septique de la hanche Tumeurs synoviales Bénignes (chondromatose, synovite villo-nodulaire) Malignes (synovialosarcome) Maladies osseuses métaphysaires (intra-articulaires) Tumeurs bénignes (ostéome ostéoïde, dysplasie fibreuse) Tumeurs malignes (sarcomes, myélome, métastases) Maladie osseuse de Paget Ostéoporose (fracture du col fémoral) Ostéonécrose de la tête fémorale Algodystrophie sympathique réflexe Hyperparthyroïdie
Douleurs périarticulaires	Bursites (trochantérienne, psoas-iliaque) Tendinites (trochanter, adducteurs)
Douleurs projetées	Origine dorso-lombaire/ Origine abdominale ou rétro-péritonéale/ Origine herniaire (hernie crurale, hernie inguinale)/ Origine neurologique/ Origine vasculaire