

Présentation

Les douleurs autour de la hanche du sujet jeunes ont une cause souvent sous diagnostiquée que l'on connaît pourtant bien depuis plus de 15 ans maintenant : **le conflit fémoro-acétabulaire ou conflit de hanche.**

Ce conflit entre la face antéro-supérieure du col du fémur avec le pourtour du cotyle lors des mouvements de la hanche à grande amplitude est responsable de lésions du labrum « le ménisque de la hanche », puis de lésions cartilagineuses et donc d'arthrose précoce.



Causes

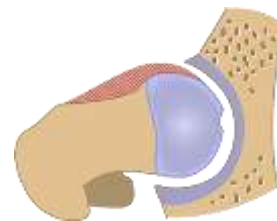
Cette pathologie nécessite pour être symptomatique la présence de facteurs favorisant et de facteurs anatomiques prédisposant.

Les facteurs favorisant sont la pratique d'activité sportive ou professionnelle entraînant des mouvements de grandes amplitudes au niveau de la hanche (arts martiaux, danse, football..) ou la survenue d'un traumatisme de la hanche.

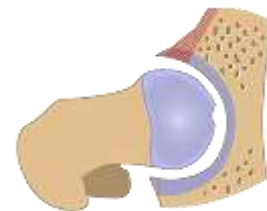
Les facteurs anatomiques prédisposant sont des variations dans la formes du col du fémur ou du cotyle à l'origine de ce conflit et permettent de définir 3 types de conflit :

- **Le conflit came :** présence d'une déformation à la jonction entre le col et la tête fémorale entraînant une butée osseuse

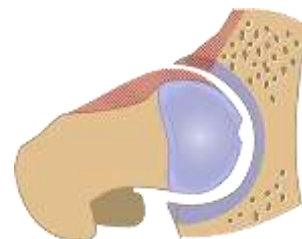
en flexion/rotation interne contre le labrum et le cotyle responsable de douleur, déchirure labrale et lésions du cartilage aboutissant à moyen terme à une arthrose polaire supérieure de la hanche.



- **Le conflit pince (ou tenaille) :** excès de couverture de la tête fémorale par le cotyle notamment en avant et en externe (rétroversion cotyloïdienne) limitant la flexion et l'abduction et venant véritablement prendre en pince le labrum entre le cotyle et le col du fémur.



- **Le conflit mixte :** association d'une conflit came + d'un conflit pince



Symptômes

Le principal symptôme est la douleur au niveau de la hanche. Cette douleur n'est pas permanente au

départ mais provoqué lors des mouvements d'hyper-flexion \pm rotation interne. Cette douleur peut être inguinale trochantérienne ou fessière.

Il existe également des sensations de dérangement articulaire de la hanche, de ressaut, ou de craquement.

Le praticien s'attachera à l'examen clinique à reproduire par des tests de conflit ces symptômes :

- FADRI test : Flexion-Adduction-Rotation Interne souvent positif pour l'effet came.



- FABER test : Flexion-Abduction-Rotation Externe



- ERE test : Extension-Abduction-Rotation externe souvent positif dans les conflit pince



Examens complémentaires

Un bilan radiographique comportant une radio du bassin debout de face, un faux-profil de Lequesne, et un profil axial du col fémoral (Dunn ou Frog leg) est indispensable.

Il permettra de rechercher par des mesures (coxométrie) des éléments en faveur du conflit.

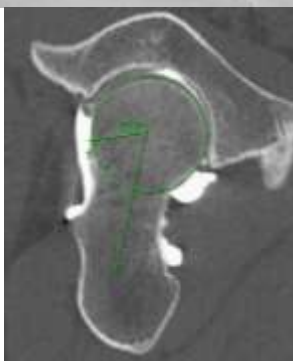
- Sur la radio du bassin de face : on mesure l'angle de couverture cotyloïdienne externe (VCE) qui doit être compris entre 25° et 30°. Inférieur à 20° il existe une dysplasie de hanche, supérieur à 35° cela est un faveur d'un conflit par effet Pince (ou tenaille). On cherchera également une rétroversion cotyloïdienne en faveur d'un effet pince : signe du croisement et épines sciatiques.



(signe du croisement et épines sciatiques)

- Sur le faux profil de Lequesne : on mesure l'angle de couverture cotyloïdienne antérieure (VCA) qui doit être également compris entre 25° et 30°. Une couverture inférieure à 20° signe une dysplasie de hanche, une couverture supérieure à 30° est en faveur d'un conflit par effet pince.

- Sur le profil de col : on recherchera la came fémorale (déformation à la jonction cervico-céphalique), un défaut d'offset cervico-céphalique (absence de creux à la face antérieure du col), et on mesurera l'angle alpha de Notzli (angle entre axe du col et le rayon de la tête lorsqu'il augmente) normalement supérieur à 50-55°.



Angle alpha radiographique et TDM

Il faudra bien évidemment, en cas de conflit avéré, compléter ces radios par une imagerie en coupe permettant d'évaluer les lésions secondaires à ce conflit : il faut donc évaluer le cartilage et le labrum. Pour cela un arthroTDM est le plus souvent réalisé.

Il est préféré à la réalisation d'une IRM car il est plus accessible, permet un bilan précis du cartilage et du labrum, et permet également un geste thérapeutique par la réalisation d'une infiltration d'anti-inflammatoire associée si besoin.

Traitements

Le traitement du conflit de hanche se réalise actuellement sous arthroscopie, c'est à dire avec 2 ou 3 petites incisions cutanées de 1 cm qui permettent de travailler avec des instruments adaptés et une caméra dans l'articulation.

Il s'agit d'une chirurgie permettant de traiter les lésions labrales et cartilagineuses mais aussi de traiter leurs causes c'est à dire de corriger les anomalies anatomiques responsables du conflit.

Le but du traitement est donc de soulager la douleur et d'améliorer le fonctionnement de l'articulation mais aussi de ralentir l'évolution vers une arthrose de la hanche.

Avant d'arriver à la chirurgie, un traitement médical par de la rééducation, et des infiltrations d'antiinflammatoire ou des visco-supplémentations doit être proposé au patient mais cela ne doit pas retarder une prise en charge chirurgicale car l'efficacité du traitement dépend de l'importance des lésions arthrosiques.

Technique chirurgicale

Le patient est installé sur une table orthopédique permettant de décoapter l'articulation de façon à ce que le chirurgien puisse y travailler dedans.



Une fois l'exploration de l'articulation faite, et le bilan des lésions labrales et cartilagineuses réalisé, le chirurgien procédera au traitement de ces lésions. Le labrum peut être réséqué ou réinséré si cela est possible. Les lésions cartilagineuses peuvent être focalement réséquées ou donner lieu à des microperforations permettant la formation d'un néo-cartilage (fibro cartilage) voire être traitées si elles sont plus étendues par des greffes de membrane de collagène (AMIC).

Conflit de Hanche



En cas d'effet pince, une acétabuloplastie, c'est à dire une résection de l'excès de couverture osseuse au niveau du cotyle sera réalisée.

En cas d'effet came, un fraisage de la jonction cervico-céphalique permettant de recréer une bonne sphéricité de la tête sera réalisé.

L'amélioration des symptômes est très progressive et longue et les résultats définitifs ne sont attendus qu'au bout de 8 à 10 mois après l'opération.



Post opératoire

Cette chirurgie se fait sur une nuit d'hospitalisation voire en ambulatoire. La marche peut être reprise immédiatement avec l'aide de béquilles pendant quelques jours dans la grande majorité des cas. Une rééducation est débutée dès la sortie avec pendant les 6 premières semaines un rodage articulaire avec un travail de la flexion principalement. A la suite de cela, un travail de l'abduction et des mouvements de rotation sera débuté.