Pratique clinique

Une cuisse qui ne manque pas de ressort

Q. VUILLEMIN[(1)], J. LACHAUX[(2)], S. COSTE[(3)], C. BARAZA[(4)], T. COLLÉONY[(5)]

(1,2) 6e Centre Médical des Armées, 60e Antenne Médicale, Valdahon
(3,4) École du Val-de-Grâce, Département Formation Initiale Spécialisée, Paris
(5) Écoles Militaires de Santé de Lyon-Bron, École de Santé des Armées, 1er bataillon, Bron

Auteur correspondant : thomas.colleony@yahoo.fr

Open access DOI
10.17184/eac.8862

Reçu
le 6 décembre 2022

Accepté
le 10 octobre 2023

Publié
le 5 septembre 2024

Conflit d'intérêt
Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt.

Résumé :
La hanche à ressaut ou coxa saltans peut entraîner un ressaut significatif comme représenté dans l'iconographie jointe de ce cas clinique, dû au passage brutal de la bandelette ilio-tibiale sur le grand trochanter. Il se produit aux mouvements actifs de marche en pente ou de déhanché sans test passif spécifique. Un tableau douloureux doit faire rechercher une bursite, une coxopathie (dysplasie, fracture négligée) ou une dysfonction ostéopathique dorsolombaire associée. Le diagnostic est clinique et une anomalie au cliché radiographique oriente vers un diagnostic différentiel ou intra-articulaire. L'échographie dynamique permet en général de confirmer le diagnostic et l'étiologie. Le traitement proposé peut inclure du repos, un glaçage, des anti-inflammatoires pour soulager la douleur, ainsi que de la kinésithérapie pour la bandelette ilio-tibiale et le grand fessier. En cas d'échec, une infiltration radioguidée et une IRM sont recommandées. Des indications chirurgicales existent.

Mots-clés : Bandelette ilio-tibiale. Coxa saltans. Hanche à ressaut. Médecine d'armée.

Abstract:
SNAP-A-HIP
Snapping hip syndrome is characterized by a snapping sensation, confirmed through X-ray examination as shown in the pictures attached to this clinical case. It occurs when the iliotibial band brutally glides back and forth over the greater trochanter. It can be replicated when walking downhill or during passive motion of circumduction movement. Pain requires further investigations to rule out bursitis, hip osteoarthritis or dorsolumbar osteopathic dysfunctions. A clinical diagnosis showing X-ray anomalies suggests differential or intra-articular diagnosis. A dynamic ultrasound exam-

ination is usually sufficient to confirm both diagnosis and etiology. Treatment regimen can include physical rest, icing, anti-inflammatory medication to ease the pain, and physiotherapy to work on the iliotibial band and gluteus maximus. If unsuccessful, a radioguided infiltration and MRI can be prescribed. Surgical intervention is possible.

Keywords: Iliotibial band. Coxa saltans. Snapping hip. Military medicine.

1 Vignette clinique

Un patient de 21 ans consulte pour une hanche droite qui « saute » reproductible, non algique et isolée apparue suite à de longues marches. Il a fortement augmenté son activité sportive depuis un mois. L'examen clinique passif du membre inférieur droit et du rachis dorsolombaire est sans particularité. Le test d'Ober retrouve une Bandelette ilio-tibiale (BIT) hypoextensible. À chaque mouvement actif de circumduction (flexion-ABDuction-extension – ADDuction) du bassin, un ressaut latéral est visible et palpable (figure 1).



Fig. 1 : Mouvement de circumduction du bassin avec visualisation du ressaut

Les radiographies coxofémorales et du bassin sont sans anomalie. Un coxa saltans (ou *snapping hip* / hanche à ressaut) est diagnostiqué et traité par l'étirement de la BIT et un renforcement musculaire excentrique du grand fessier avec un kinésithérapeute.

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533

2 État des connaissances

Principalement extra-articulaire et latéral (1), le ressaut de hanche ou coxa saltans est dû au passage brutal de la BIT sur le trochanter major (2).
En général paucisymptomatique (5 à 10 % de la population), il apparaît soit brutalement après un traumatisme, soit progressivement par hypersollicitation, comme c'est le cas pour les danseurs, gymnastes, jeunes adultes longilignes ou nouveaux randonneurs. Il se produit uniquement suite aux mouvements actifs de marche (notamment en pente) ou de flexion/extension de hanche répéteés, sans test passif spécifique (3).

Ce tableau type syndrome douloureux du grand trochanter (4) doit faire rechercher une bursite, une coxopathie (dysplasie, fracture négligée) ou une dysfonction ostéopathique dorsolombaire associée (5). Une instabilité « vraie » de hanche est, quant à elle, un autre cadre nosologique qui nécessite un bilan radiologique et un avis spécialisé systématique orthopédique ou MPR (1). Le ressaut étant palpable, parfois visible, le diagnostic est clinique (3).

Une anomalie au cliché radiographique oriente vers un diagnostic différentiel ou intra-articulaire (6). L'échographie en dynamique permet en général de confirmer le diagnostic et l'étiologie.

En cas de symptôme, il est traité par un étirement et renforcement excentrique de la BIT et du *gluteus maximus* avec rééquilibrage musculaire du membre inférieur dans les différents plans (4). Le traitement conservateur est efficace dans 90 % des cas (4). Le repos, le glaçage et les anti-inflammatoires soulagent la douleur. En cas d'échec, après exploration par IRM, un traitement par onde de choc puis une infiltration corticoïde radioguidée peuvent être proposés. Des indications chirurgicales existent (1,3,4,6,7).

Financements

Néant

Remerciements au linguiste relecteur : Pierre-Alexandre Clerc.

Références bibliographiques

1. Giai Via A, Fioruzzi A, Randelli F. Diagnosis and Management of Snapping Hip Syndrome : A Comprehensive Review of Literature. Rheumatology. 2017 ;7(4). doi :10.4172/2161-1149.1000228
2. Winston P, Awan R, Cassidy JD, Bleakney RK. Clinical examination and ultrasound of self-reported snapping hip syndrome in elite ballet dancers. Am J Sports Med. 2007 ;35(1) :118-26. doi :10.1177/0363546506293703
3. Walker P, Ellis E, Scofield J, Kongchum T, Sherman WF, Kaye AD. Snapping Hip Syndrome : A Comprehensive Update. Orthopedic Rev (Pavia). 2021 ;13(2) :25088. doi : 10.52965/001c.25088
4. Reid D. The management of greater trochanteric pain syndrome : A systematic literature review. J Orthop. 2016 ;13(1) :15-28. doi : 10.1016/j.jor.2015.12.006
5. Maigne R. Le syndrome de la charnière dorso-lombaire. Lombalgies basses, douleurs pseudo-viscérales, pseudo-douleurs de hanche, pseudo-tendinite des adducteurs. Sem Hop. 1981 ;57(11-12) :545-54.
6. Grumet RC, Frank RM, Slabaugh MA, Virkus WW, Bush-Joseph CA, Nho SJ. Lateral hip pain in an athletic population : differential diagnosis and treatment options. Sports Health. 2010 ;2(3) :191-6. doi : 10.1177/1941738110366829
7. Randelli F, Mazzoleni MG, Floruzzi A, Giai Via A, Calvisi V, Ayeni OR. Surgical interventions for external snapping hip syndrome. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2021 ;29(8) :2386–93. doi : 10.1007/s00167-020-06305-w

Published in : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES, - (dir.), *Médecine et Armées Vol.50 No.3*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005533, doi : 10.17184/eac.9782813005533