

Le ressaut antérieur de hanche

« *Le moins fréquent des ressauts de hanche* »

Docteur François Prigent

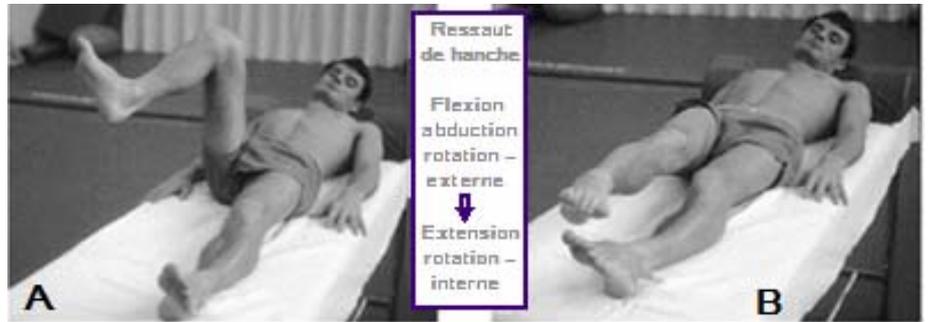
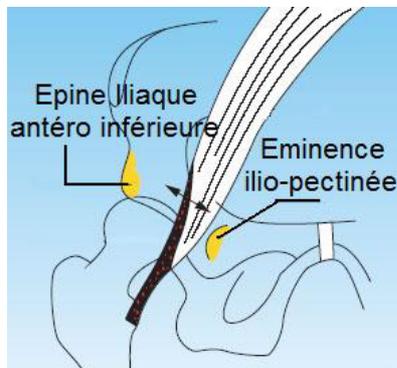
- La clinique :

Le symptôme est un claquement sourd, profond, situé dans le creux inguinal lors des mouvements actifs de la hanche, mouvements de flexion vers l'extension.

La douleur est variable, majorée par la répétition des efforts. Le mode de début est soit brutal, soit progressif. La douleur peut précéder le ressaut. Il n'y a pas de douleur en passif.

L'examen clinique est simple. On contrôle en premier lieu la mobilité complète de la hanche. On reproduit le ressaut lors de mouvements effectués de manière active.

Le ressaut s'effectue en demandant au patient de porter sa hanche de la flexion à l'extension
A/ En flexion de hanche, la cuisse écartée, le pied tourné vers l'extérieur : flexion + abduction - rotation externe. **B/ Le déclic dans l'aîne** se produit lors du passage en extension - rotation int. Le mouvement est actif. Il n'existe aucun ressaut si la manœuvre est effectuée en passif. La palpation au niveau du pli de l'aîne permet habituellement de repérer la corde du psoas.



- Physiopathologie

Dans la majorité des cas, il s'agit du ressaut du tendon du psoas sur l'éminence ilio-pectinée. Ce ressaut, s'explique par la tension du tendon du psoas, sa direction et sa réflexion sur le bord antérieur du bassin. Cette zone représente un véritable chevalet pour le tendon du psoas.

- L'imagerie permet d'éliminer d'autres causes

La radiographie permet de dépister des corps étrangers radio-opaques ou une dysplasie.

L'échographie permet de visualiser directement le ressaut : examen réalisé en priorité.

L'arthrographie et la bursographie élimine une chondromatose, une lésions du bourrelet.

- Le traitement ne s'envisage que s'il existe une gêne fonctionnelle.

Le traitement médical est toujours utilisé dans un premier temps.

La kinésithérapie utilise les étirements pour tenter de diminuer la tension du psoas.

Le déficit fréquent des rotateurs, pousse à un renforcement spécifique.

Les injections de corticoïdes dans la bourse séreuse, semblent plus efficaces.

Le traitement chirurgical : La décision chirurgicale n'est pas facile à prendre.

C'est une section de la lame aponévrotique postérieure en fonction de la place du ressaut. Certains préconisent la section du tendon, avec une diminution de la force de flexion de hanche. Globalement, les résultats post-chirurgicaux sont bons.

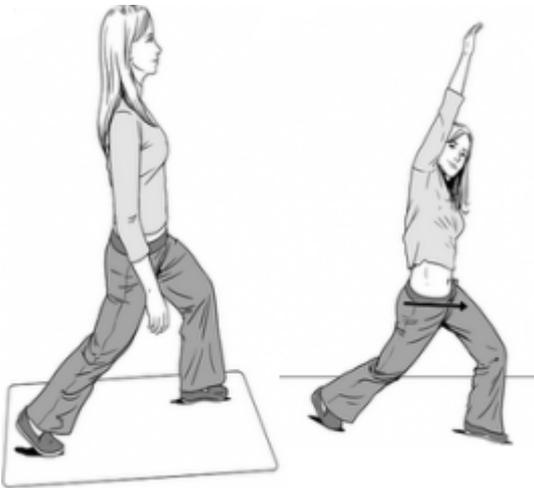
La reprise de l'activité sportive est habituellement possible dans un délai de 1 à 8 mois.

Etirement du Psoas

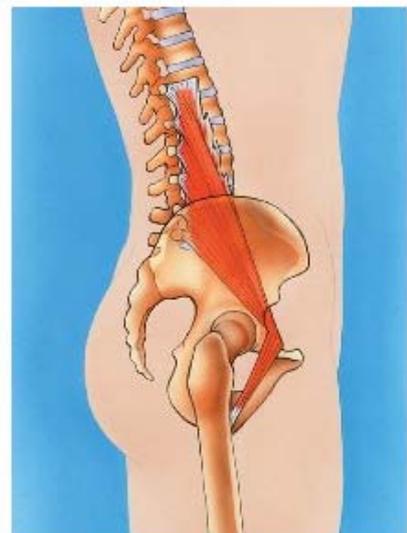
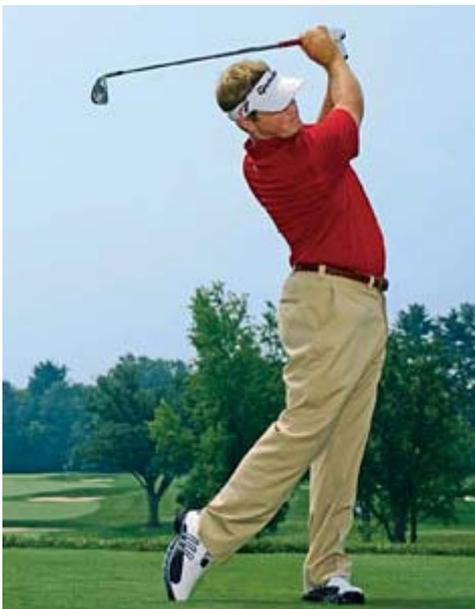
COUCHER :



DEBOUT : L'étirement du psoas est accentué en contractant le fessier de la jambe arrière et en élevant le bras du même côté vers le ciel, tout en expirant !



GOLF : le drive



soit

Douleur de hanche : www.hanche.org