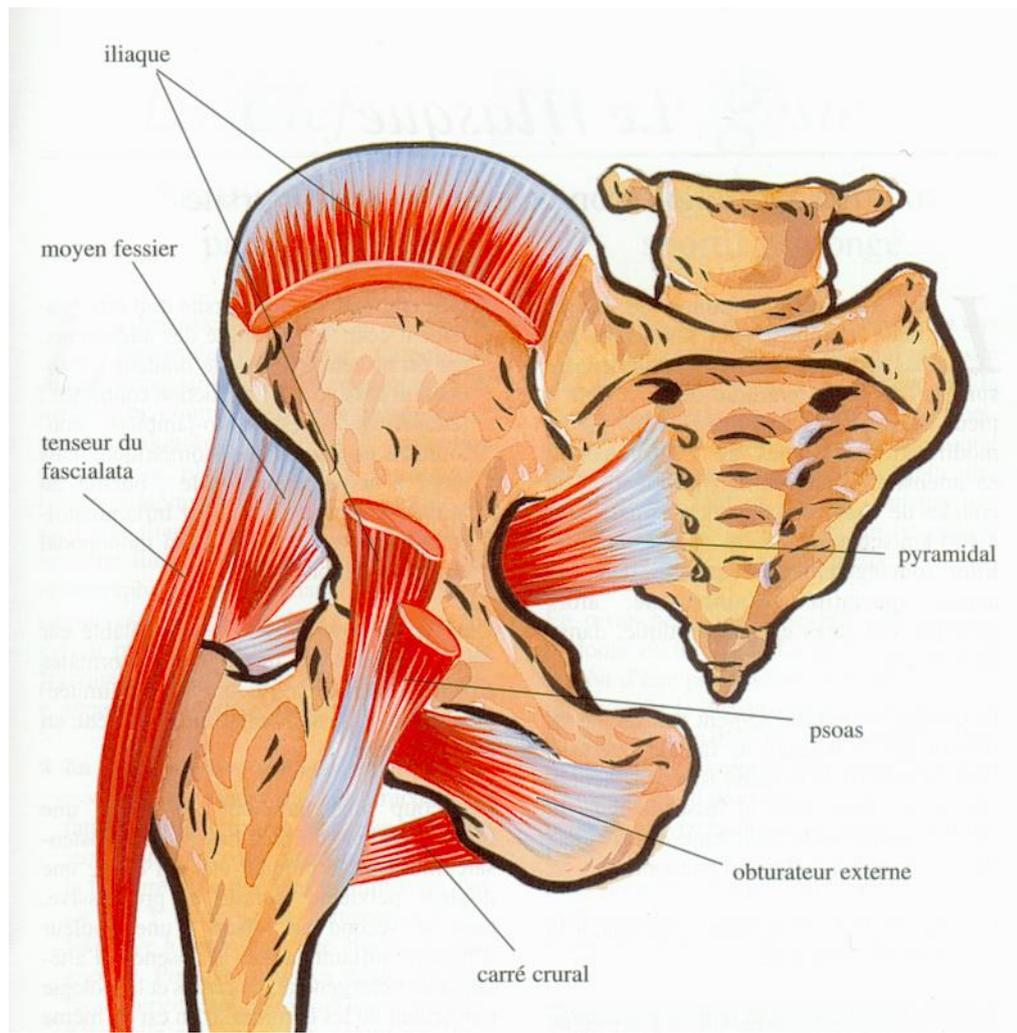


LES COXALGIES

Par le Docteur ESTEVE-LOPEZ Bruno

D.I.U. de Mésothérapie Bordeaux 2



PLAN

I/ Coxalgies et non indication de la mésothérapie

II/ Coxalgies et indication de la mésothérapie

1/ Tendinopathie du moyen fessier

2/ Hanche à ressaut

3/ Algodystrophie de la hanche

4/ Chondrocalcinose de la hanche

5/ Coxarthroses

A/ Coxarthroses secondaires

B/ Coxarthroses primitives

1/ Clinique

2/ Explorations radiologiques

3/ Formes cliniques

4/ Evolutions

III/ Traitement des coxalgies en mésothérapie

I) Coxalgies et non indication de la mésothérapie :

- Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale :

Adulte jeune ++

3 fois sur 4 il s'agit d'un homme d'âge moyen, souvent pléthorique, éthylique et parfois goutteux

Elle est parfois primitive.

Elle peut aussi être secondaire à un traumatisme, une corticothérapie intense et prolongée, un accident de décompression, une drépanocytose ou une maladie de Gaucher.

Le traitement est chirurgical : PTH

- Coxites rhumatismales

Contexte inflammatoire clinique et biologique

- Coxites infectieuses (Tuberculose, gonococcies et brucellose)

Contexte infectieux avec fièvre et syndrome inflammatoire

- Coxopathie pagétique du sujet âgé

Diagnostic radiologique

- Pathologie métastatique

Contexte clinique et diagnostic radiologique : scanner, IRM et scintigraphie osseuse

- l'arthropathie tabétique

- la coxopathie de l'hémophile

- la hanche radiothérapique

- Artériopathie des membres inférieurs

Contexte clinique, palpation des pouls++

- Phlébite ilio-cave

II) Coxalgies et indications de la mésothérapie :

- **Lombalgie L5-S1 à irradiation dans la hanche et l'aine**
Voir le cours sur les lombo-sciatiques

- **Blocage de la sacro-iliaque avec irradiation douloureuse**
Voir le cours sur les lombo-sciatiques

- **Tendinopathie du moyen fessier**



On trouve une symptomatologie douloureuse de la face externe de l'articulation avec des douleurs à la palpation de l'insertion tendineuse du grand trochanter et à l'abduction contrariée.

Les radiographies montrent inconstamment une calcification ou un aspect hérissé de l'apophyse.

- **La « hanche à ressaut » :**

Anomalie bénigne : c'est l'accrochage lors de certains mouvements du tenseur du fascia-lata sur le grand trochanter.

Claquement et légère douleur composent la symptomatologie.

- **Algodystrophie de la hanche**

Diagnostic à la scintigraphie osseuse.

- **Chondrocalcinose**

Contexte très inflammatoire clinique et biologique avec possibilité de fièvre.

Diagnostic radiologique (radiographies de la hanche, genoux et poignet retrouvant les calcifications caractéristiques de cette maladie)

L'évolution peut se faire très rapidement vers une coxarthrose destructrice.

- **LES COXARTHROSES**

A) Les COXARTHROSES secondaires

Contrairement aux coxarthroses primitives à début tardif, les coxarthroses secondaires *débutent plus précocement* d'environ 10ans.

1) Les malformations congénitales se mesurent (30%)

Luxation et subluxation :

- **Dysplasie** simple surtout du type de *coxa valga* (angle cervico-diaphysaire $>140^\circ$), une *insuffisance cotyloïdienne* (insuffisance de couverture de la tête), un *excès d'anteversion de la tête*, qu'il faut rechercher systématiquement devant toute coxarthrose polaire supérieure, et beaucoup plus rarement *protrusion acétabulaire*.

2) Les séquelles de dystrophie de croissance

- **Coxa plana** sur *ostéochondrite juvénile*.
- **Coxa vara et retrorsa** sur *épiphysiolyse* de l'adolescent.
- Beaucoup plus rarement sur **déformation complexe** d'une
- *poliomyélite* ou d'une dysplasie *poly-épiphysaire*.

3) Les causes traumatiques

- Traumatisme de hanche (fracture du col)
- *Sport de compétition*
- Trouble statique et dynamique majeur

B) LES COXARTHROSES PRIMITIVES

I) LA CLINIQUE

Prévalence :

- clinique : 0,7% après 55 ans
- radiologique : 3%

1. Les circonstances de découverte :

- facile mais souvent tardif
- douleur de la hanche, cuisse ou du genou
- lombalgie

2. La douleur maître symptôme :

- c'est une douleur mécanique (à la marche et cède au repos, stations debout et assise prolongées douloureuses)
- douleur inguinale
- irradiations à la face antérieure de la cuisse
- irradiation au genou
- boiterie (diminution de l'appui du côté malade)
- par limitation précoce de mobilité, de l'extension de hanche

3. **Mobilité diminuée :**

- abduction et rotation interne précocement diminuées
- amyotrophie du quadriceps
- recherche d'une hyper-lordose lombaire compensatrice
- réduction du périmètre de marche

INDICE DE LEQUESNE

	Points
<u>Douleur ou gêne</u>	
La nuit au lit	
- aux mouvements, ou selon posture	1
- même immobile	2
Le matin lors du dérouillage	
- pendant 1 à 15 minutes	1
- pendant plus de 15 minutes	2
Lors de la station debout ou du piétinement	
- pendant environ 1/2 heure	1
Lors de la marche	
- seulement après quelque distance	1
- ou très rapidement et de façon croissante	2
Lors de la station assise prolongée (2 heures)	1
<u>Périmètre de marche maximale</u>	
Limité mais > 1 km	1
Environ 1 km (environ 15 minutes)	2
500 à 900 m (environ 8 à 15 minutes)	3
300 à 500 m	4
100 à 300 m	5
moins de 100 m	6
Une canne ou une canne-béquille	+1
Deux cannes ou cannes-béquilles nécessaires	+2
<u>Difficultés de la vie quotidienne</u>	
Mettre ses chaussettes	0 à 2
Ramasser un objet à terre	0 à 2
Monter et descendre un étage	0 à 2
Sortir d'une voiture, d'un fauteuil profond	0 à 2

Cotation : Pas de difficulté : 0 ; possible avec difficulté : , (ou 0,5 ou 1,5 suivant le degré de difficulté) : impossible : 2

4. Les facteurs de risque

- Primitive dans 50% des cas, + dysplasie dans 50% des cas
- l'âge : >40 ans et < 70 ans
- facteurs anatomiques : dysplasie cotyloïdienne, coxa-valga et coxa-vara
- maladie protrusive de hanche
- facteurs mécaniques : traumatismes de hanche, sports de compétition, ostéonécrose aseptique de hanche, ankylose
- facteurs génétiques : chondrodysplasies, anomalies du procollagène
- pathologies inflammatoires : coxites des rhumatismes inflammatoires, chondrocalcinose

II) LES EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES :

3 clichés de base :

- bassin de face
- faux profils de chaque hanche

III) FORMES CLINIQUES

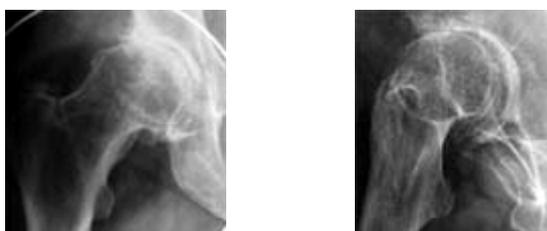
1. La coxarthrose inféro-interne



2. La coxarthrose supéro-interne



3. La coxarthrose supéro-externe



III) EVOLUTION :

Comme dans toute localisation d'arthrose, la coxarthrose évolue vers l'aggravation lentement progressive.

Schématiquement *après 10ans d'évolution, 40% des sujets relèvent d'une indication chirurgicale* si elle n'a pas été posée avant.

Il faut savoir que:

- la *coxarthrose supéro-externe* est moins bien tolérée que la coxarthrose interne
- chez la *femme âgée*, l'aggravation peut être beaucoup plus rapide

Il faut individualiser maintenant une forme évolutive particulière qui représente 2% des coxarthroses: la **coxite destructrice rapide**. Elle se caractérise par une *destruction rapide de l'interligne à la vitesse de 2mm/an complète en 2ans*, alors que la vitesse habituelle est de 1/2mm/an.

III/ TRAITEMENT EN MESOTHERAPIE DES COXALGIES

Produits et mélanges utilisés :

- Procaine 2% ou Lidocaïne 1% + Pentoxifylline + Ethamsylate en nappage IDS (*mélange A*)
- Pentoxifylline + Calcitonine en nappage IDS (*mélange B*)
- Magnésium + Diazépam en IDS (*mélange C*)
(Attention à la sédation, ½ ampoule)
- Un AINS (Piroxicam ou Méloxicam (Mobic^o) + Lidocaïne 1% en IDP ou IHD (*mélange D*)
- Dans au moins deux seringues

1. La tendinopathie du moyen fessier

La mésothérapie est une bonne alternative aux infiltrations.

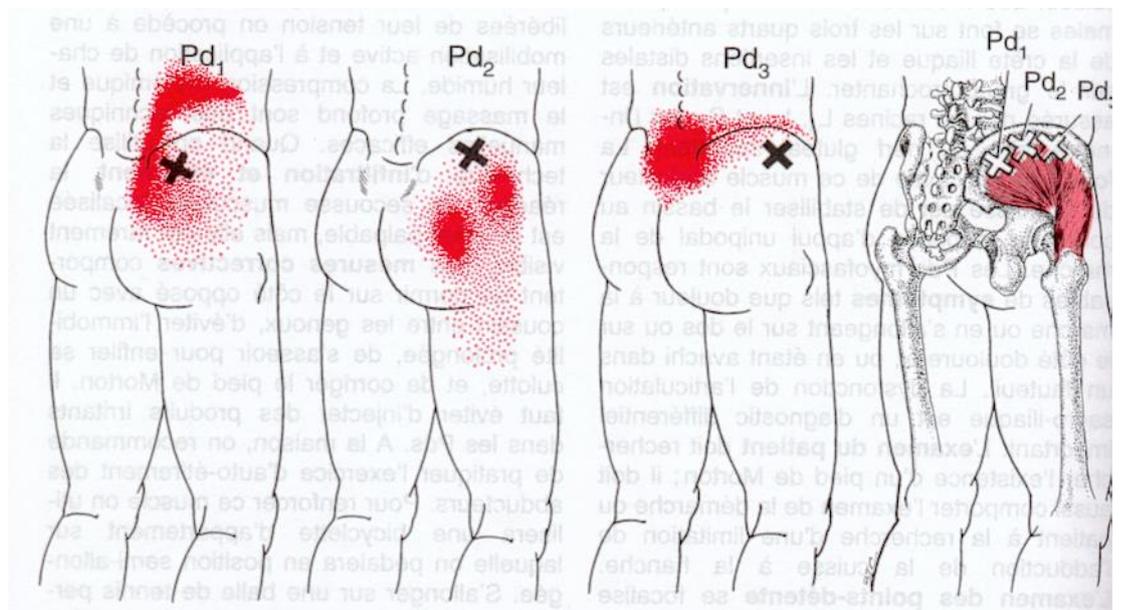
Mélanges : A, C et D

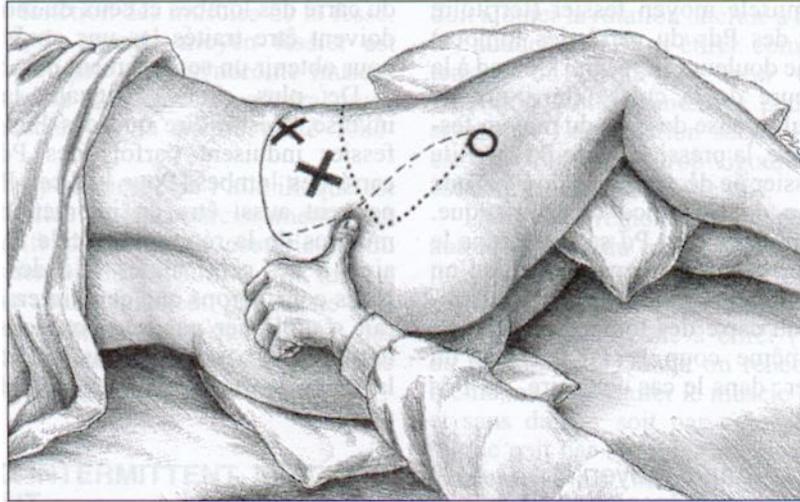
Aiguilles utilisées :

- 4 ou 6mm/0,30
- 13 mm/0,30

Sites et profondeurs d'injection :

- en regard du grand trochanter : 2 à 3 points à 13 mm (mélange D) + points détente musculaires (TRAVELL)
- nappage IDS du grand trochanter à l'aile iliaque sur toute la masse fessière des mélanges A ou B et C (nappage à 4 mm) et du rachis lombo-sacré.





Rythme et espacement des séances :

2 à 3 séances espacées de 8 à 10 jours suffisent.

2. La « hanche à ressaut »

Produits et mélanges utilisés :

Mélanges A et D

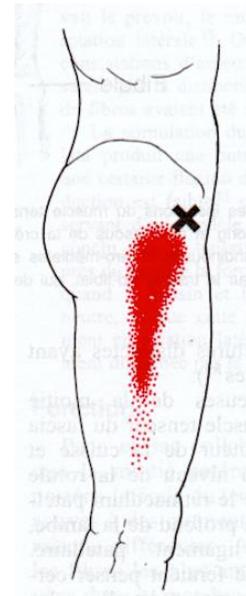
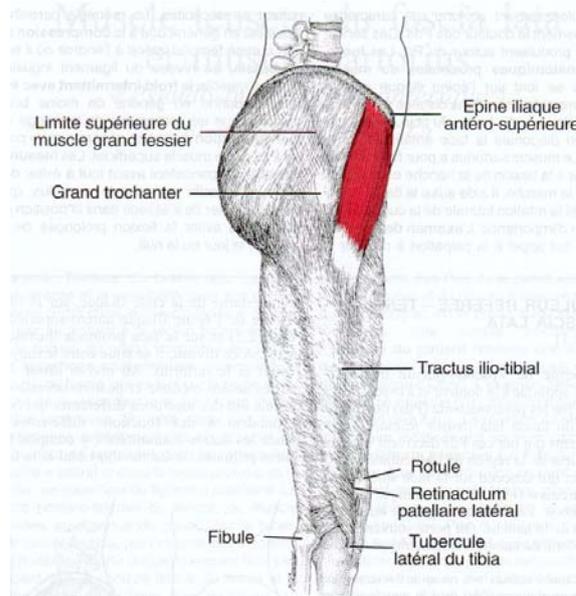
Dans au moins deux seringues

Aiguilles utilisées :

- 4 ou 6mm/0,30
- 13 mm/0,30

Sites et profondeurs d'injection :

- en regard du Fascia-Lata : 2 à 3 points à 13 mm (mélange D)
- nappage IDS le long du trajet du Fascia-Lata (mélanges A et B)



Rythme et espacement des séances :

1 à 2 séances espacées de 8 à 10 jours suffisent.

3. L'algodystrophie de la hanche

Produits et mélanges utilisés :

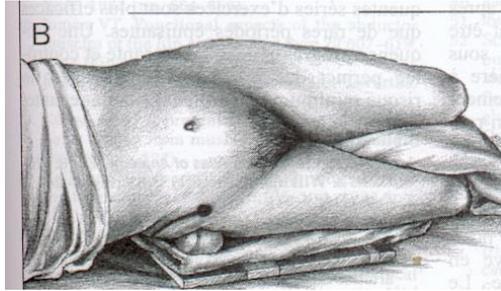
Mélanges B

Aiguilles utilisées :

- 4 mm/0,40

Sites et profondeurs d'injection :

- nappage IDS du grand trochanter, pli de l'aîne, cuisse et fesse avec le mélange B



Rythme et espacement des séances :

4 à 6 séances espacées de 8 à 10 jours.

4. La Chondrocalcinose

Produits et mélanges utilisés :

Mélanges A et D

Dans au moins deux seringues

Aiguilles utilisées :

- 4 ou 6mm/0,30
- 13 mm/0,30

Sites et profondeurs d'injection :

- en regard du grand trochanter et dans le pli de l'aîne : 2 à 3 points à 13 mm du mélange D
- nappage IDS du grand trochanter, pli de l'aîne, cuisse et fesse des mélange A et B

Rythme et espacement des séances :

2 à 3 séances espacées de 8 jours.

5. La coxarthrose

- Classique :
 - Médical : antalgiques, AINS, kinésithérapie, crénothérapie, « anti-arthrosiques »
- Hygiène de vie : éviter port de charge, canne du côté sain, perte de poids, chaussures amortissantes, semelles orthopédiques
- Place de la mésothérapie
- Chirurgical : PTH

Place de la mésothérapie dans la coxarthrose

Indications de la mésothérapie dans la coxarthrose :

- non indication selon certains
- coxarthrose modérée à sévère
- si arthrose rachidienne associée
- si péri-arthrite de hanche associée

Produits utilisés :

Produits et mélanges utilisés :

Mélanges A et D

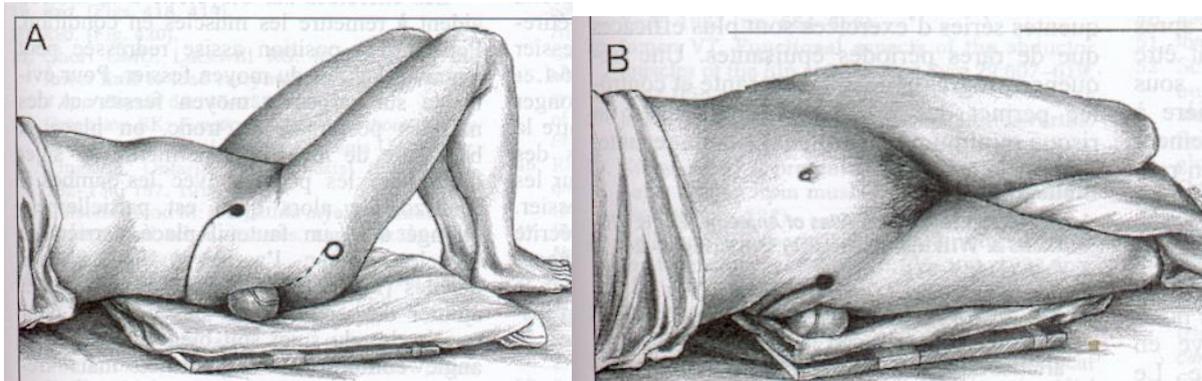
Dans au moins deux seringues

Aiguilles utilisées :

- 4 ou 6 mm/0,30
- 13 mm/0,30

Sites d'injection :

- en regard du grand trochanter
- pli de l'aîne
- face antérieure de la cuisse jusqu'au genou
- le rachis lombaire



Profondeurs d'injection et mélanges:

- Nappage IDS sur les différents sites avec mélanges A et B
- IDP ou IHD avec mélange D sur grand trochanter, aîne et rachis lombaire

Espacement des séances :

- poussée aiguë inflammatoire : 2 à 3 séances espacées de 8 à 15 jours le premier mois puis selon évolution avec les mélanges A, B ou D
- traitement d'entretien : mensuel pendant 3 mois puis tous les 3 à 4 mois avec mélange A

Résultats : (expérience personnelle)

- deux tiers de bons résultats
- un tiers de stabilisation du processus en attente de chirurgie

Conclusion :

Il faut essayer la mésothérapie dans la coxarthrose quelque soit le stade car soit on soulage le patient durablement, soit cela permet d'attendre la chirurgie dans de meilleures conditions.