

The background is a solid dark blue color. In the four corners, there are decorative white line-art elements that resemble circuit traces or a stylized tree structure. These elements consist of thin lines that branch out and terminate in small circles, creating a sense of connectivity and technology.

COXODYNIES

B. MORATTEL
19.01.2021

COXODYNIE \neq COXALGIE

Coxalgie = Tuberculose articulaire de la hanche



ANAMNÈSE

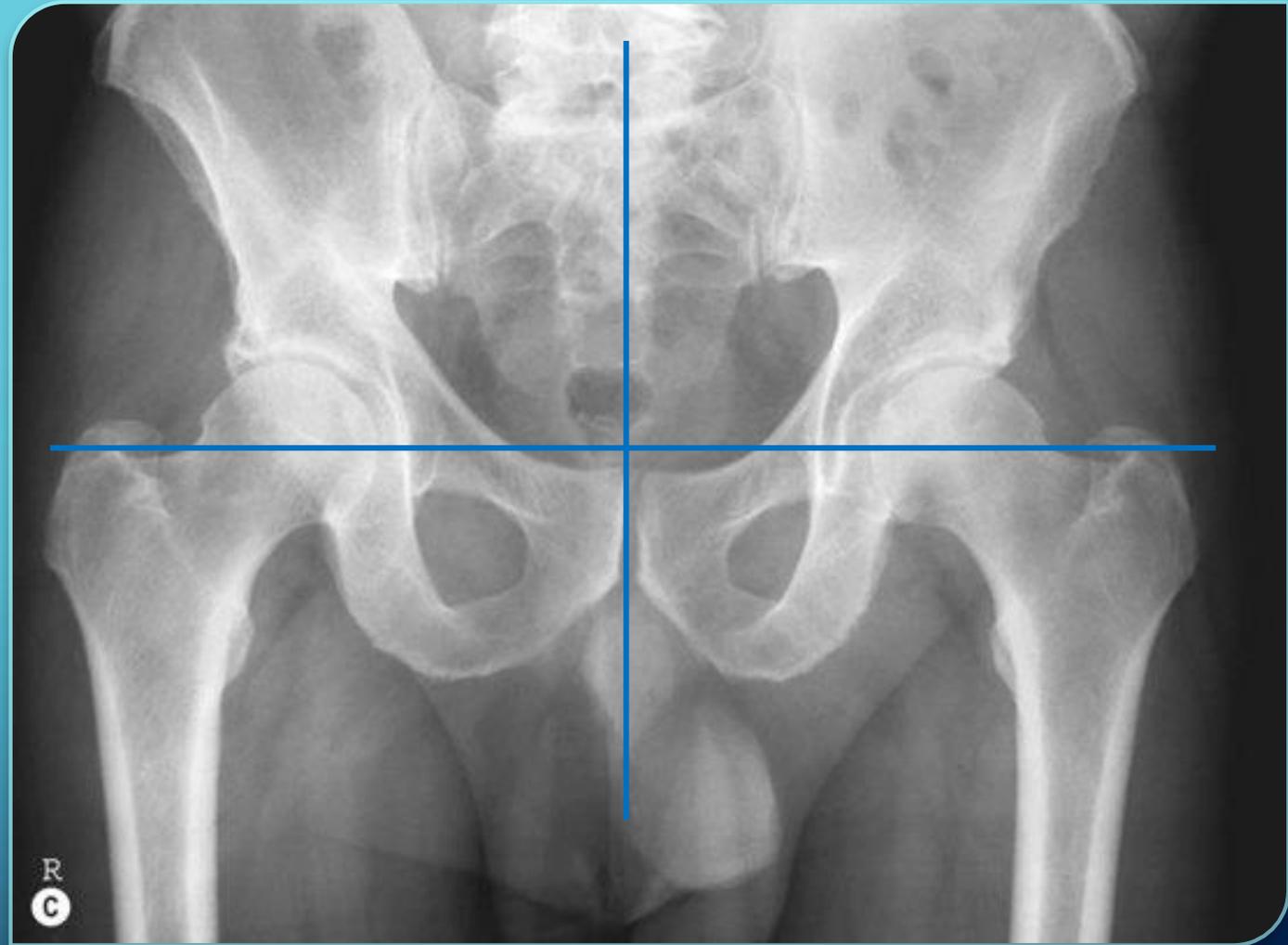
- Anamnèse générale et familiale, antécédents
- Activités quotidiennes / sportives
- Durée des symptômes, début brutal
- Périmètre de marche
- Escaliers, chaussage, position assise
- Éternuement

EXAMEN

- Marche (boiterie, Marche en canard/en dedans, symétrisation ...)
- ILMI
- Mobilité (F/E/RI/RE/Abd/Add)
- FRI – FRE – ERE – Faber – Drehmann - Lequesne
- Psoas – MF – TFL – Piriforme – Adducteurs
- Laxité (score de Beighton)
- Rachis

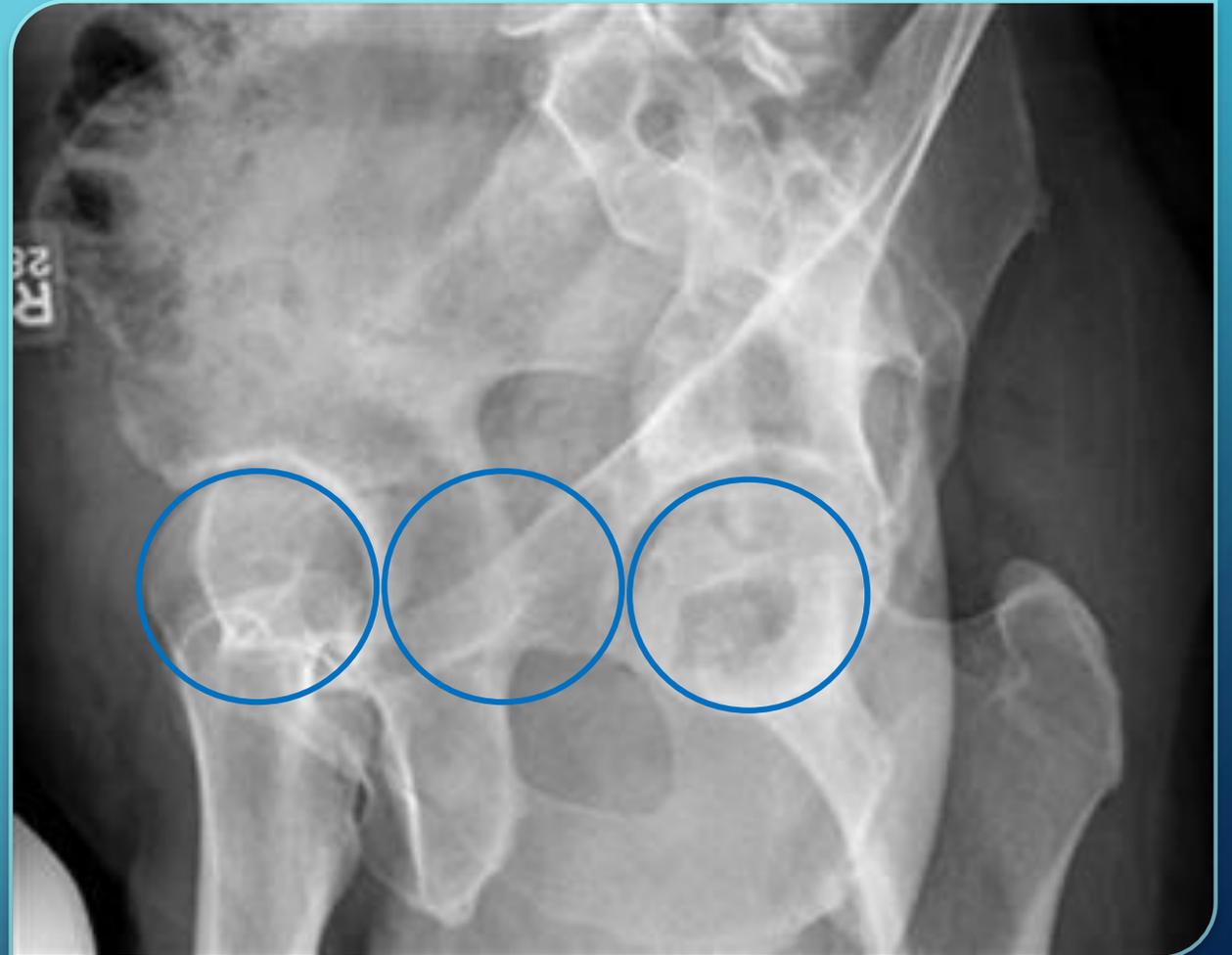
INTERPRÉTATION RADIOLOGIQUE – BASSIN DE FACE

- DEBOUT!!!
- Symphyse alignée sur les épines
- Centré sur les têtes fémorales



INTERPRÉTATION RADIOLOGIQUE – FAUX PROFIL DE LEQUESNE

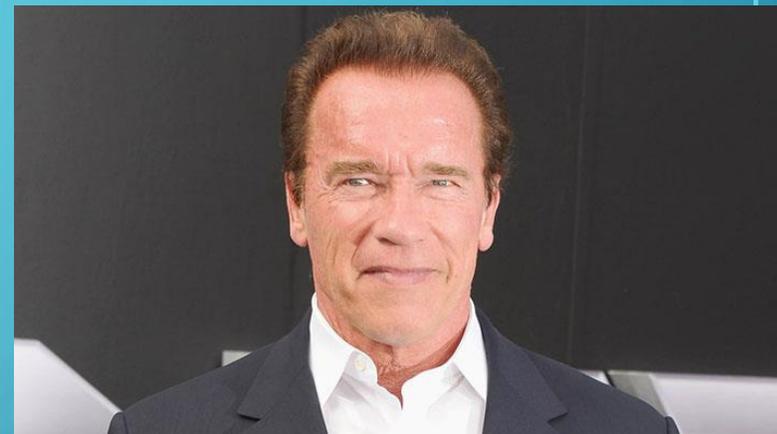
- Debout
- Espacement d'une tête entre les 2 têtes



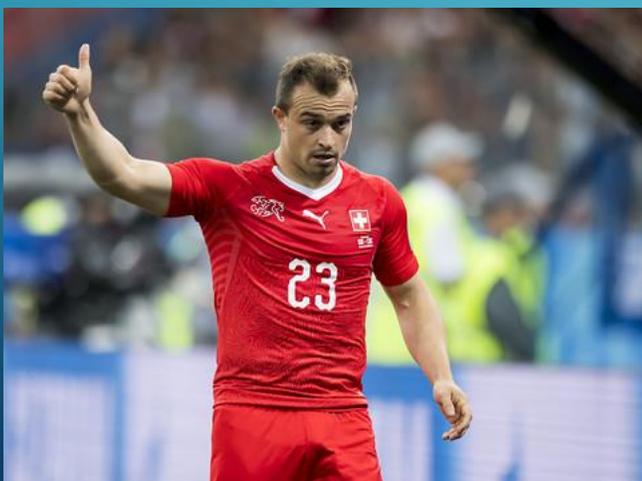
INTERPRÉTATION RADIOLOGIQUE – AXIALE DE HANCHE / PROFIL DE DUCROQUET-DUNN

- Axiale = permet de voir la partie antérieure et postérieure du col
- Ducroquet Dunn = (hanche 45° flexion, 20° abduction rotation neutre) permet de voir la partie antéro-sup du col





SALLE D'ATTENTE: 5 PATIENTS



GUY PARMELIN

- Douleurs depuis 2 ans
- Péjoration progressive
- Périmètre de marche 400m
- Mobilité diminuée

- Diagnostic le plus probable ... ?



- Coxarthrose

- Traitements possibles:

- (infiltration)

- Physio – antalgiques

- PTH

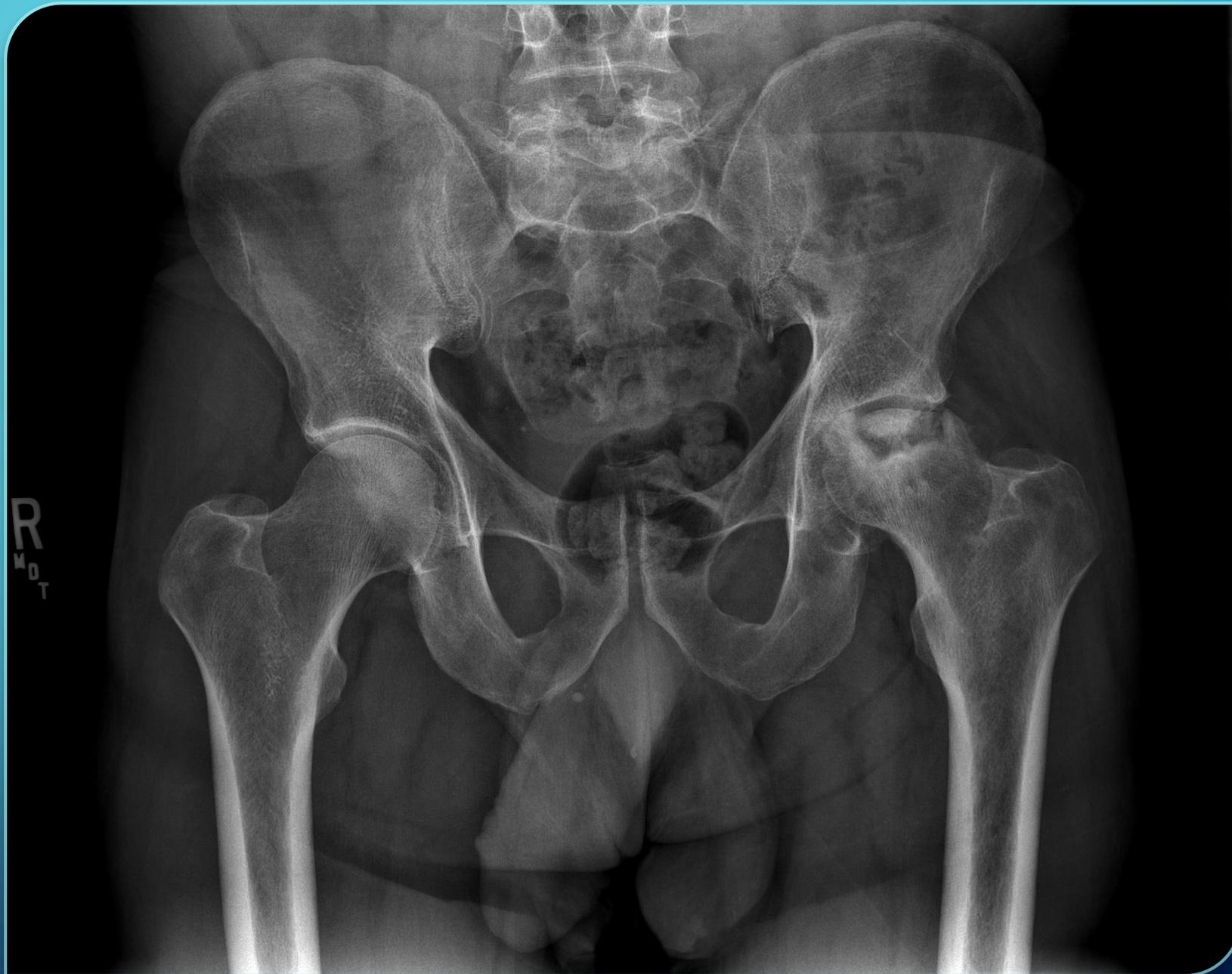


SÉBASTIEN JAQUET

- Douleurs depuis 2-3 mois
- De plus en plus invalidantes
- Apparition progressive, ne se rappelle plus s'il a chuté

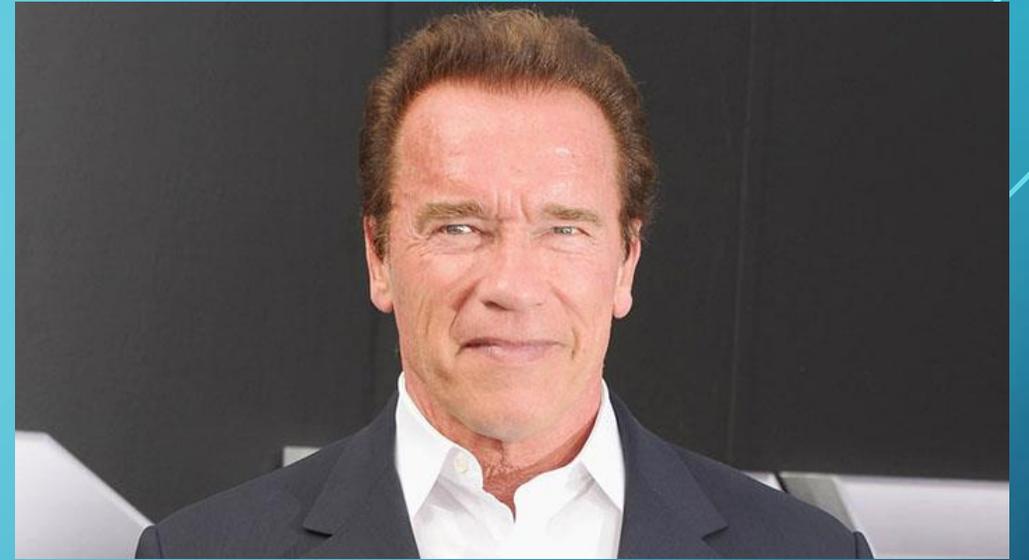


- AVN
- Traitement:
 - (Décharge)
 - (Core decompression)
 - PTH



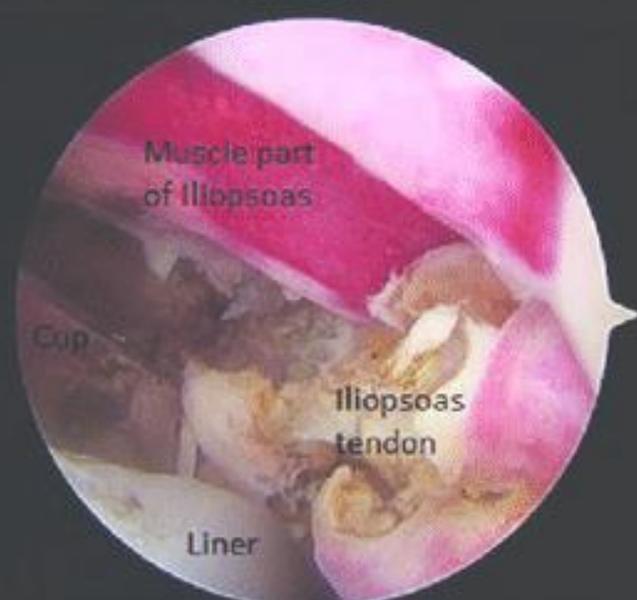
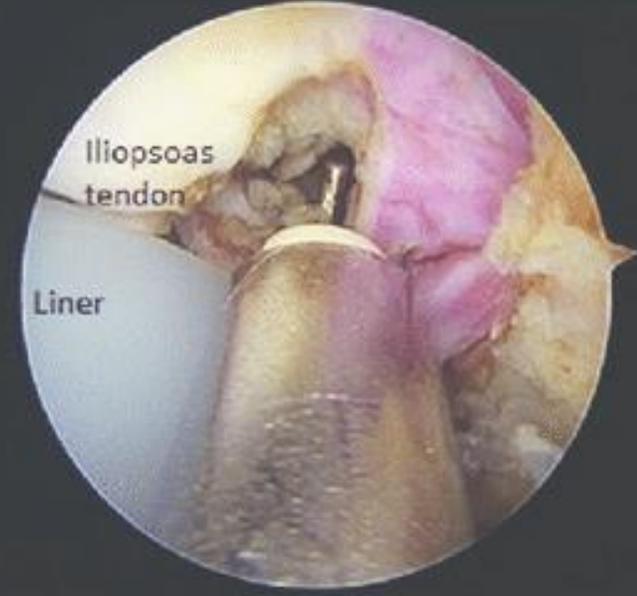
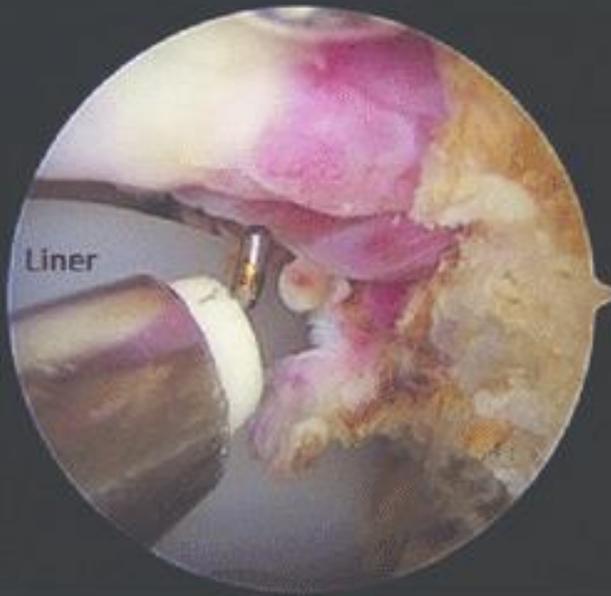
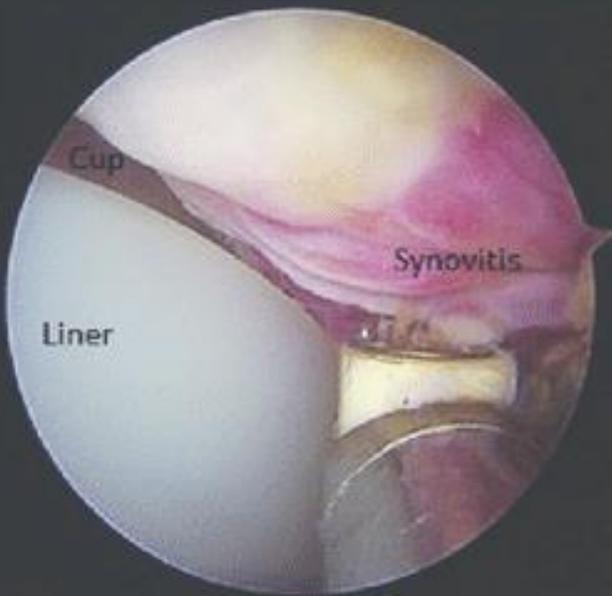
ARNOLD SCHWARZENEGGER

- s/p PTH D en 2002
- Douleurs antérieures D apparues 3-4 mois après la chirurgie
- A fait des années de physio sans amélioration
- Douleurs en sortant de la voiture et dans les escaliers



- Tendinite du psoas
- Traitements:
 - Physio / antalgiques
 - Tenotomie arthroscopique





XHERDAN SHAQIRI

- Douleurs surtout après les match depuis 2 ans hanche G
- Pic douloureux lorsqu'il fait de longues transversales
- A fait 2h de physio depuis 2 ans sans amélioration
- Douleurs le long du piriforme





Conflit fémoro-acétabulaire



Conflit pince

- plus douloureux (lésion labrale → os acétabuli)
- Peu arthrogène
- Souvent dû à une rétroversion acétabulaire (signe croisement, signe des épines)
- Mieux visible sur le bassin de face
- Péjoré si rétroversion du col, EIAI stade II à III
- Cupule / Herniation Pitt

Conflit Came

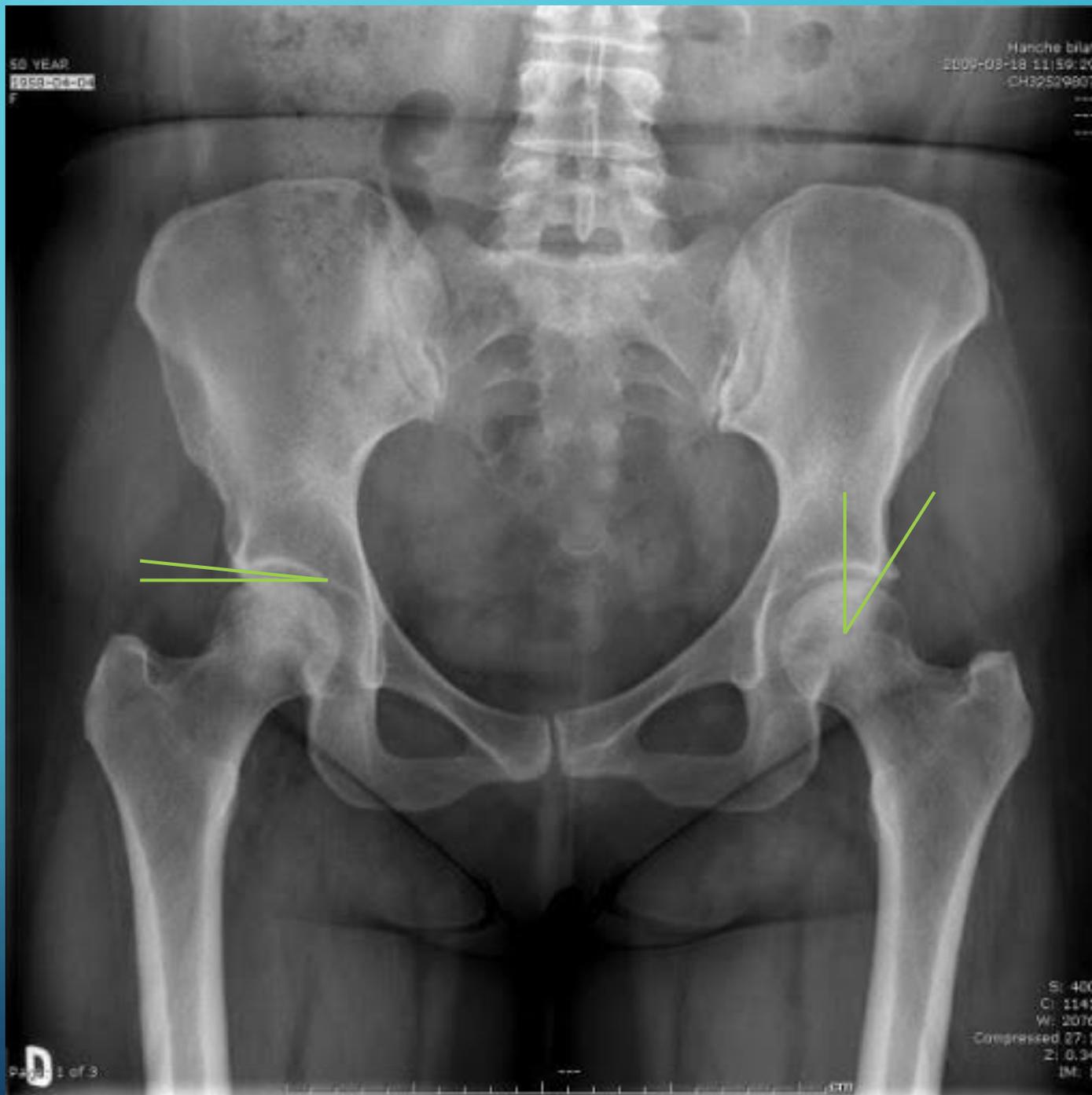
- Peu douloureux
- Arthrogène ++ (décollement cartilagineux / Wave sign)
- Peu de lésion labrale
- Mieux visible sur l'incidence de Dunn

CONFLIT PINCE

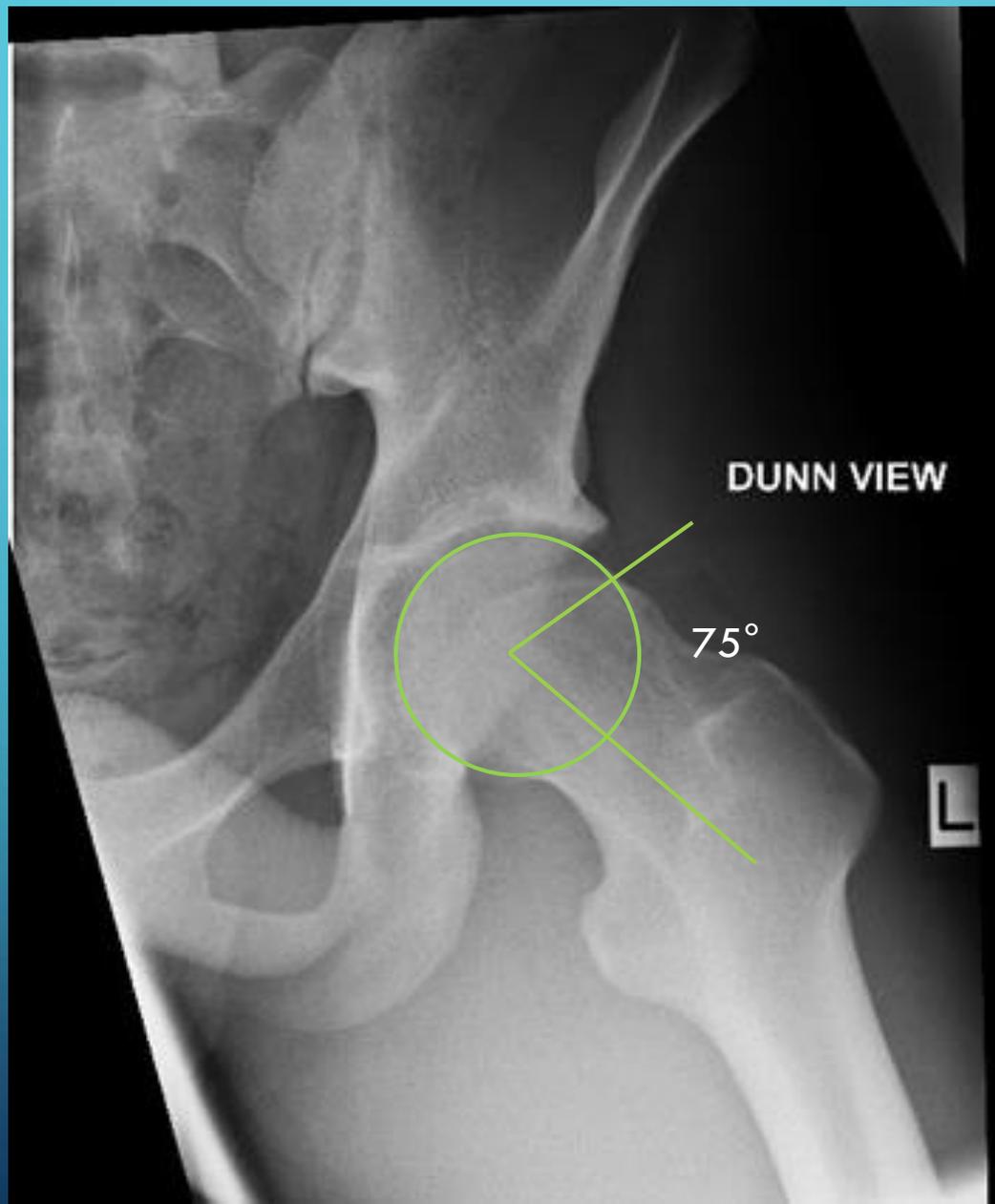


Angle de Tönis – HTE
- Norme: 8-12°

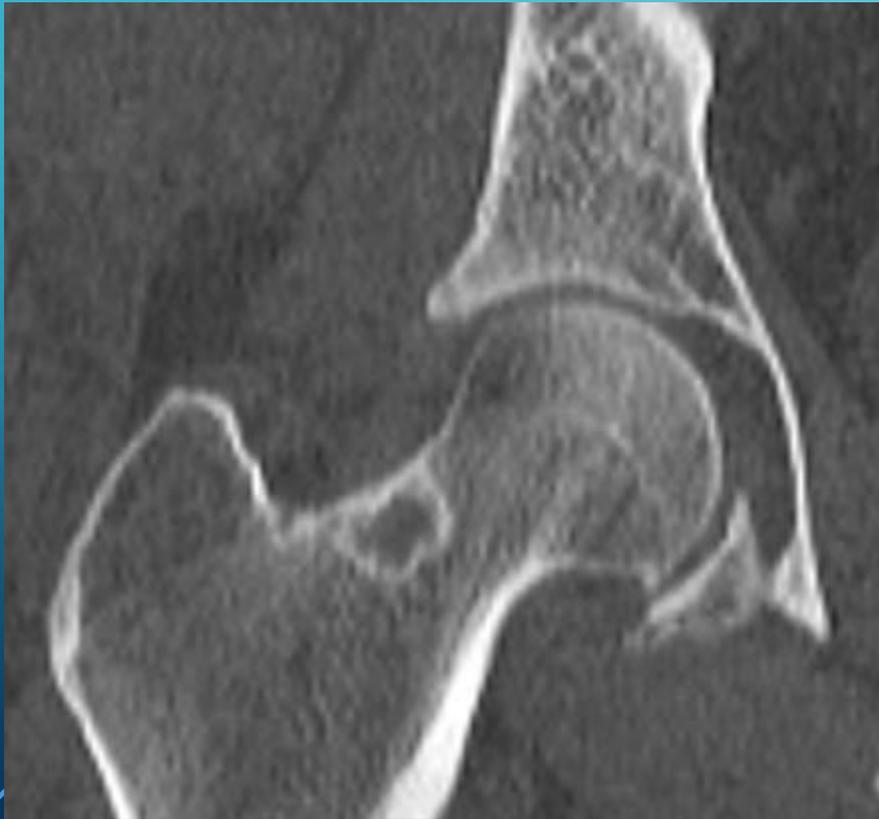
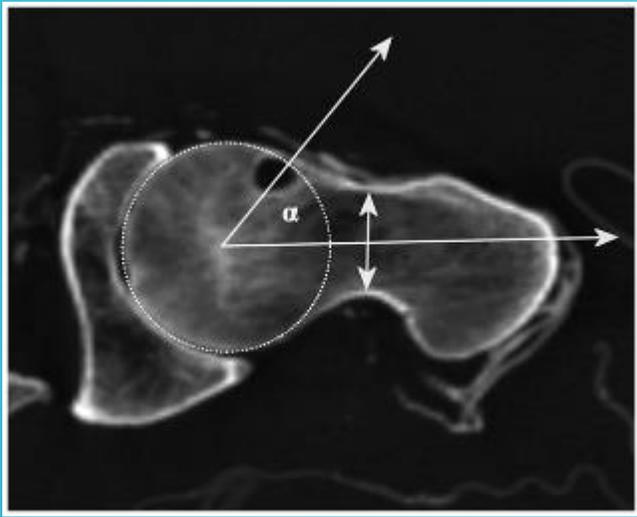
Angle de Wiberg – VCE
- Norme 25-35°
(2/3 de la tête doit être
couverte)



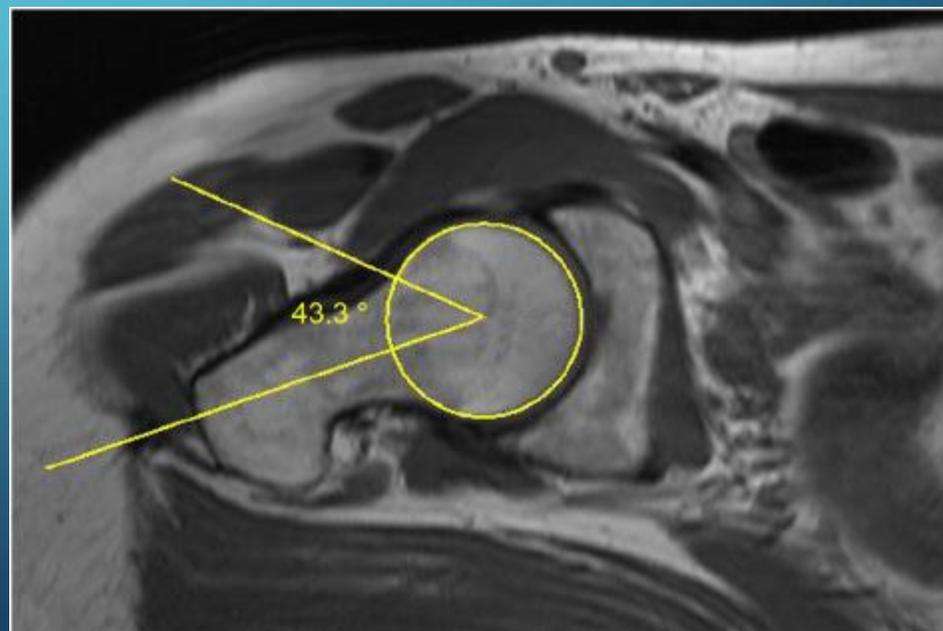
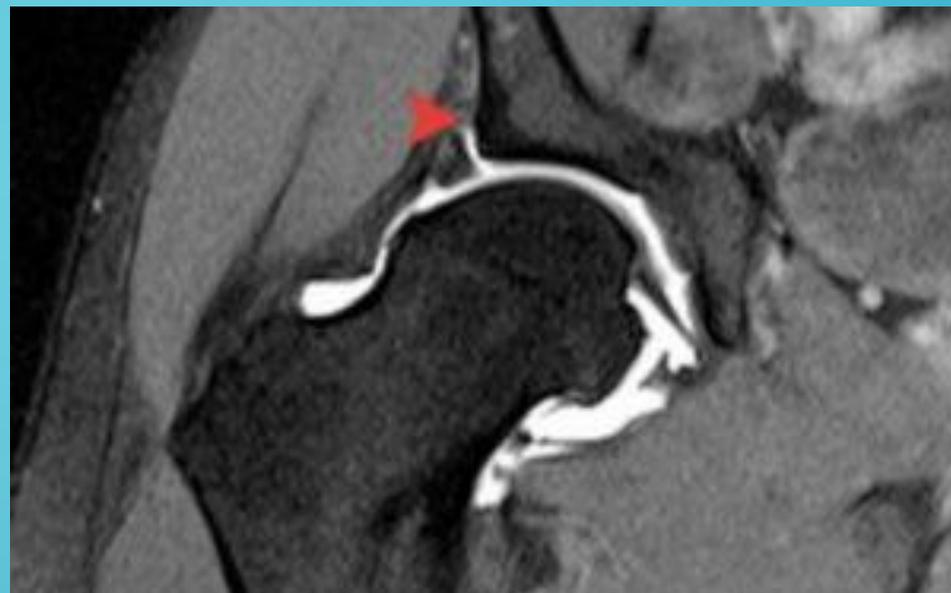
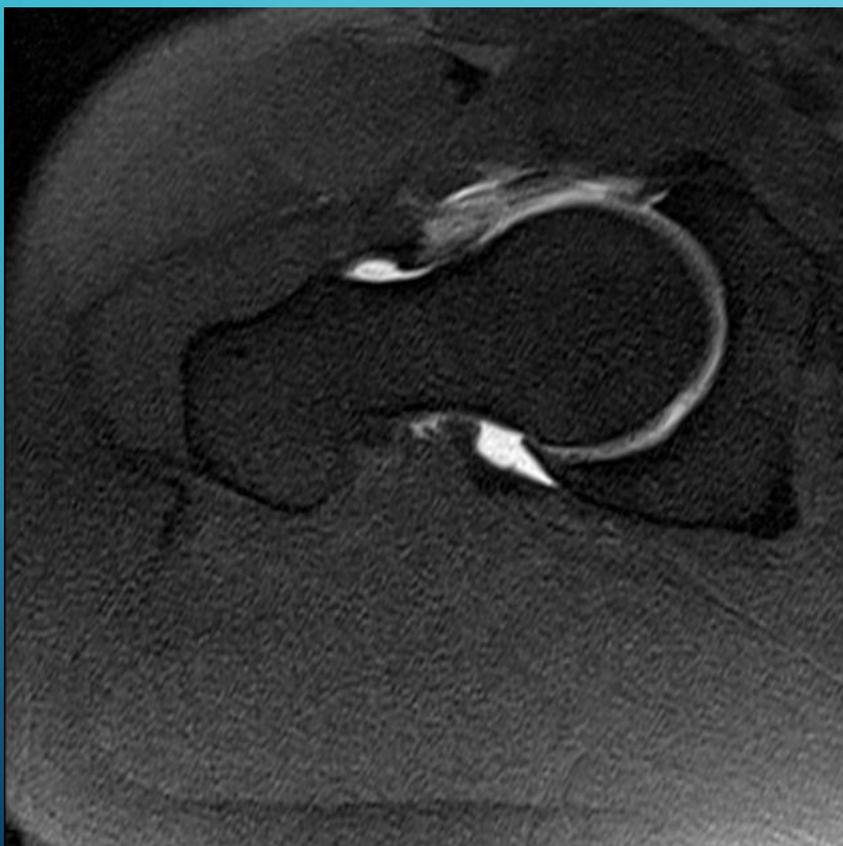
● Angle alpha (norme $<55^\circ$)



CT



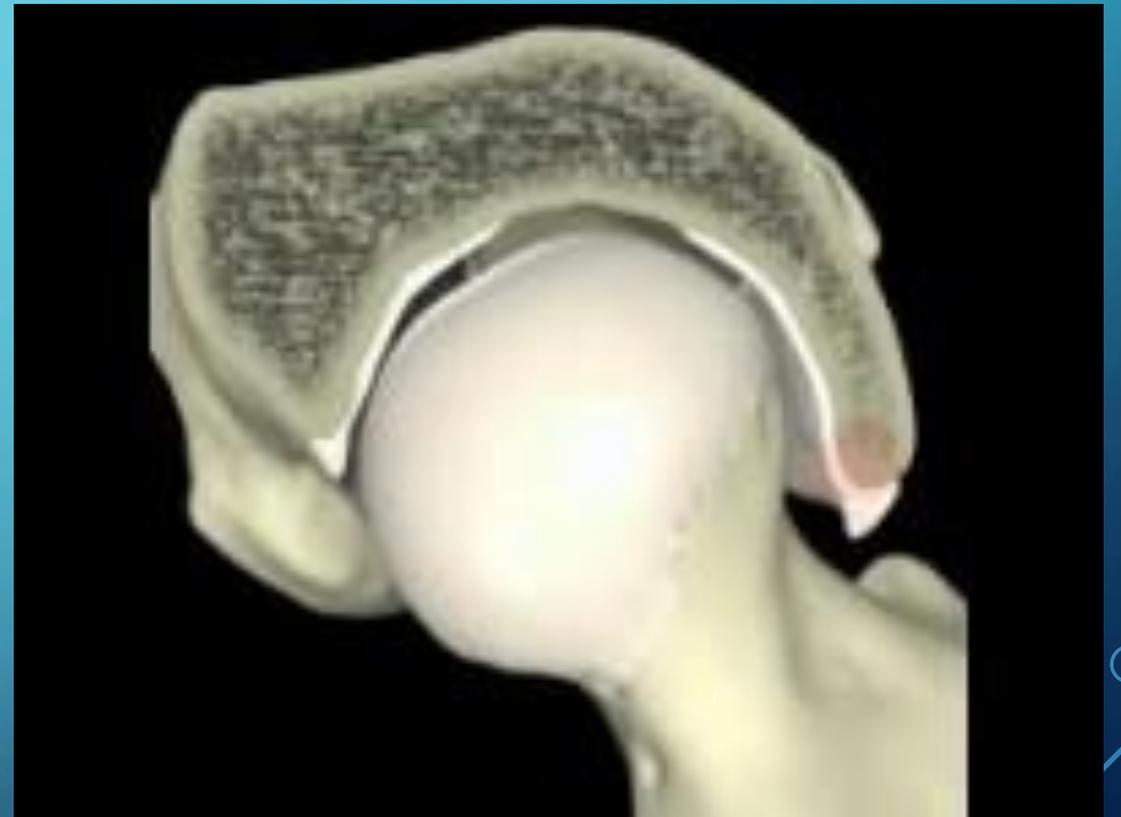
(ARTHRO) - IRM



CAM : Délamination du cartilage

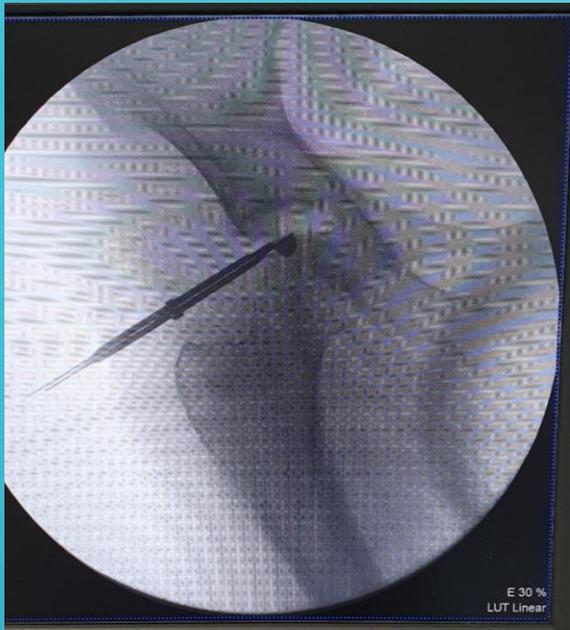


Pincer: Lésion du labrum



TRAITEMENTS:

- SEULEMENT SI SYMPTOMATIQUE!
- Physio: Décoaptation, gainage, étirement du psoas
- (Luxation chirurgicale)
- Arthroscopie: si espace articulaire $>2\text{mm}$ sur le bassin de face
 - - Recontournage cervico-céphalique (Came)
 - - Acétabuloplastie – résection/réinsertion du labrum
 - - Débridement / microfractures sur lésions cartilagineuse focales
 - - Résection de l'os acétabuli



GIULIA STEINGRUBER

- Douleurs latérales à la marche depuis 2 ans
- Marche avec les membres inférieurs en varus-rotation externe
- Laxe (Beighton 7/9)



ACD: 147°

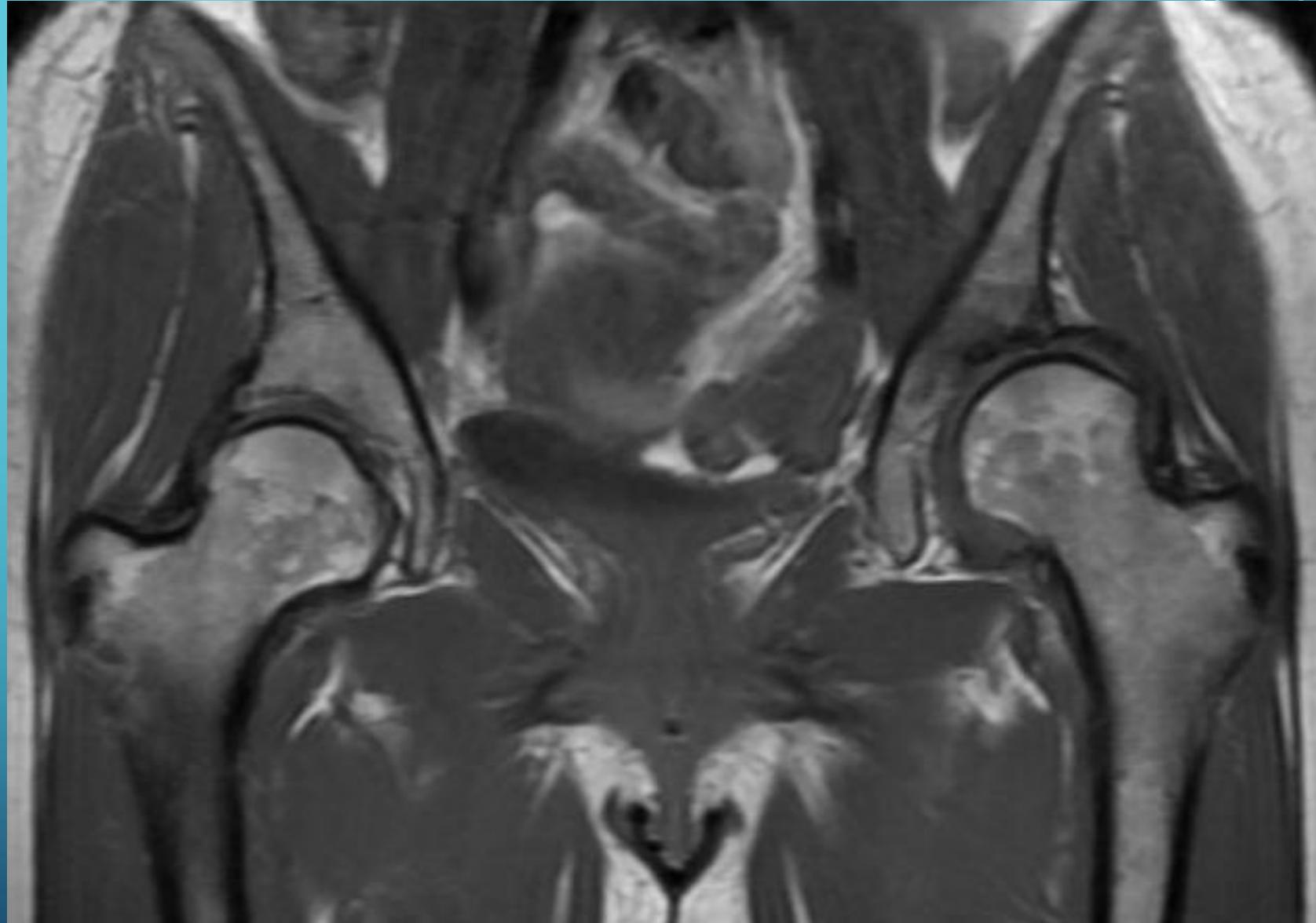
VCE: 12°

HTE: 20°

→ Dysplasie!



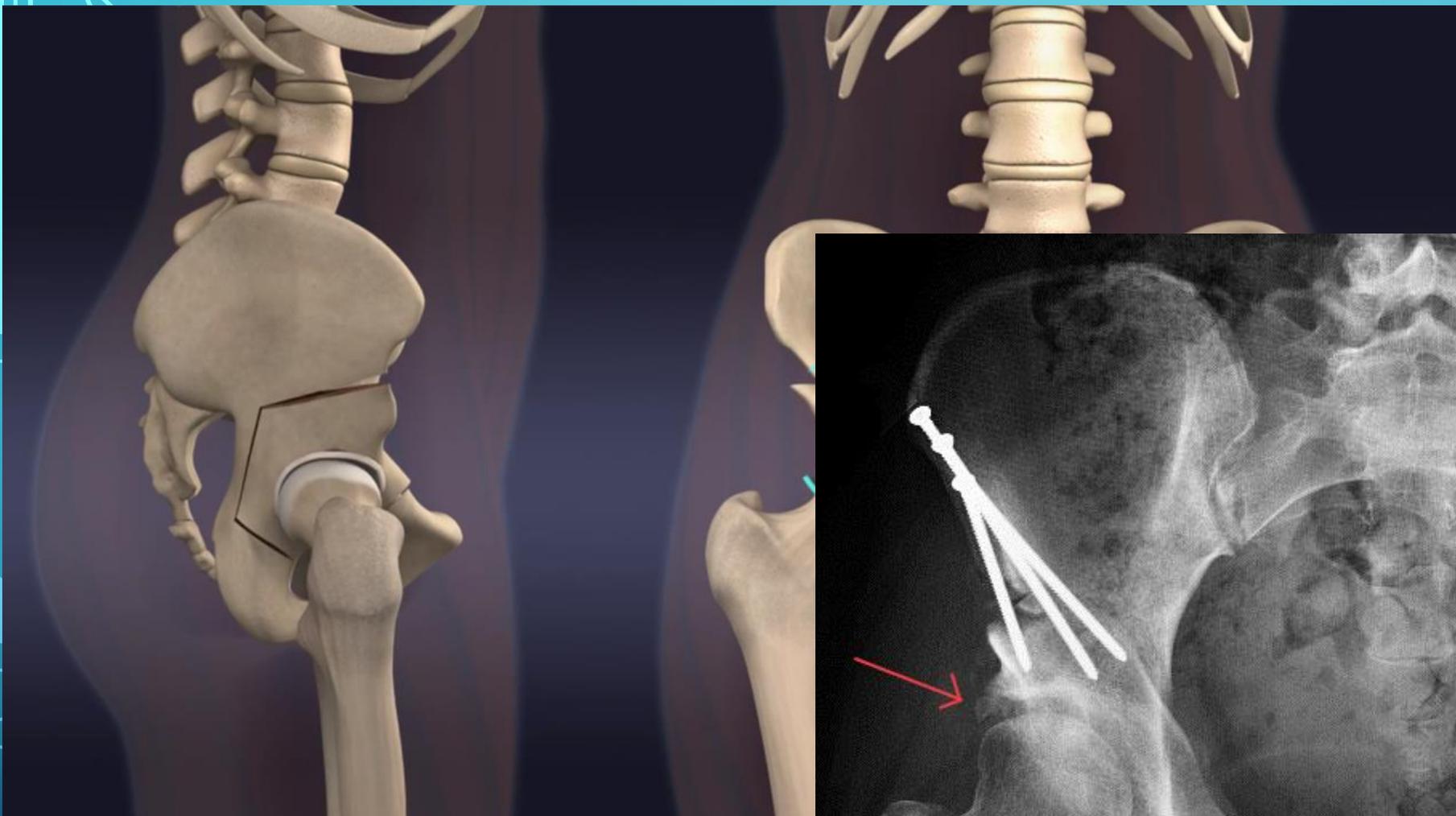
- Usure précoce cartilage
- Recrutement +++ musculaire (douleurs)
- 48% des PTH avant 50 ans!
- Volumineux labrum
- Hypertrophie TFL



TRAITEMENTS:

- Physiothérapie de «tonification» de la coiffe de la hanche, gainage, rodage
- (Butée)
- (Ostéotomie de Dega, Shelf, Pemberton, Salter → pédiatrie)
- (Dysplasie limite 20-25°: Arthroscopie de retension de la capsule)
- Ostéotomie péri-acétabulaire





92% survie à 10 ans
10% de complications!



Image 4

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DES COXODYNIES

- Tendinite du moyen fessier
- Syndrome du piriforme
- Pubalgies
- Tendinite des adducteurs
- Conflit ischio-fémoral (antéversion du col)
- Lésion labrale traumatique
- Lésion labrale sur rétroversion du col
- Epiphysiolyse
- Avulsion des ischio-jambiers
- Perthes
- Avulsion d'une épine iliaque
- Bursite péri-trochantérienne
- Ressaut (TFL-Psoas) → snapping hip
- Fracture de fatigue (col/acétabulum)
- Arthrite septique de hanche
- Onco (meta, OS, CS, PVNS, KA, kyste, ...)
- Lombosciatalgie
- Hernie crurale

CAS CLINIQUE

- 17 ans
- Coxodynie G (inguinales) avec boiterie et PM 30 min
- Morphotype normal, 63Kg, 1m80
- Début suite à un trauma en hyperflexion de la hanche
- ROM: 110/0/45/10/45/20
- Impingement test ++, Faber ++
- ILMI +10 à G

Unusual apical femoral head deformity treated by hip arthroscopy and tunnel drilling through femoral head: A case report

Boris [Morattel](#), Nicolas Bonin

Background

Femoro-acetabular impingement (FAI), first described by Ganz in 2003 [1] is the result of an abnormal morphology of the hip joint, femoral head-neck junction deformity creating the cam effect, acetabular retroversion or overhang creating the pincer effect and both deformities creating the mixt effect. Open surgery used to be the gold standard for FAI treatment, but the evolution and progress of arthroscopic techniques makes it possible to manage almost all FAI pathology.

On the femoral side, the head [sphericity](#) can be measured by the alpha angle, described by [Notzli](#) [2]. Normal alpha angle on X-rays doesn't exclude [asphericity](#) of the femoral head and should be measured on a [multiplanar](#) modality on Computed tomography or MRI [3]. Several authors have suggested that an alpha angle greater than 50° is considered pathological on computed tomography or MRI [3-4]. However, some particular cephalic [asphericities](#) can make it difficult to correctly position the circle and therefore to measure the alpha angle, which can lead to a diagnostic trap. A precise analysis of the [sphericity](#) of the femoral head on the [multiplanar](#) modality can sometimes reveal unusual deformations. While in the classic cam effect, the deformity is peripheral and can be treated by reaming, a central or apical deformity remains a therapeutic challenge.

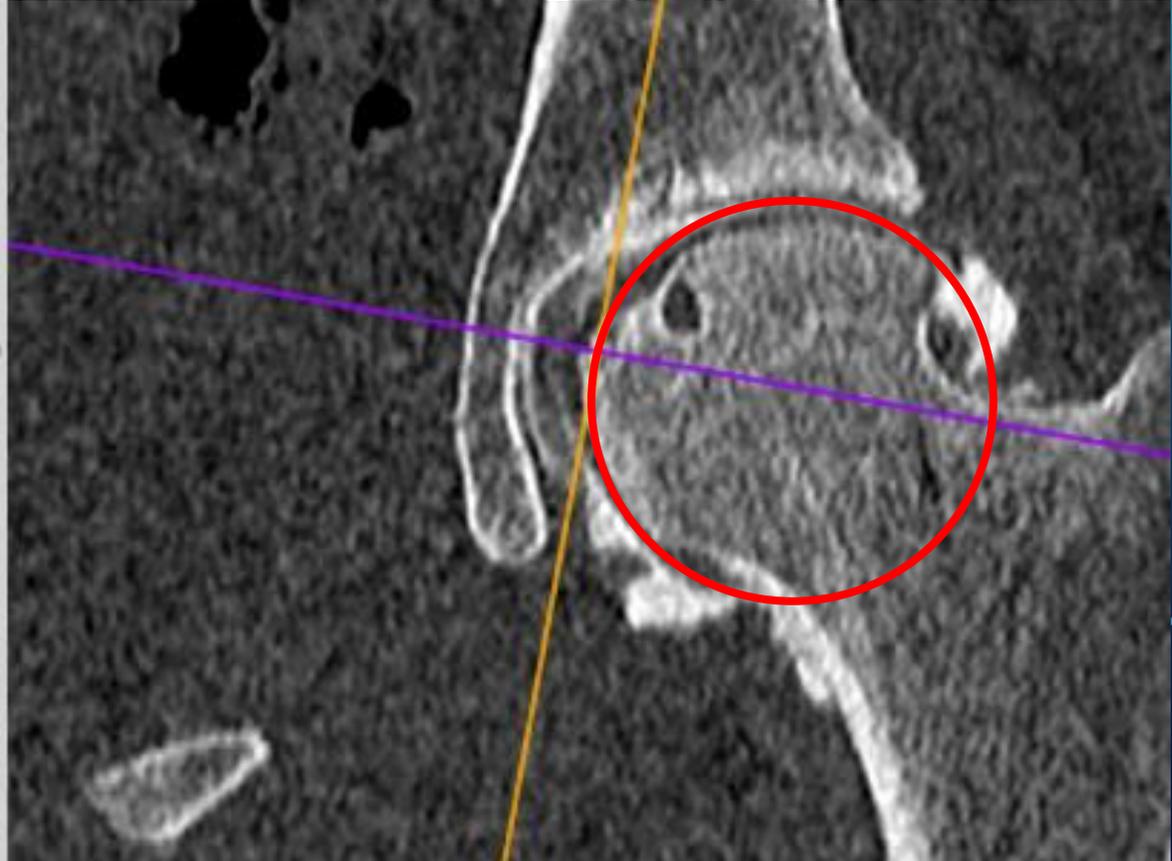
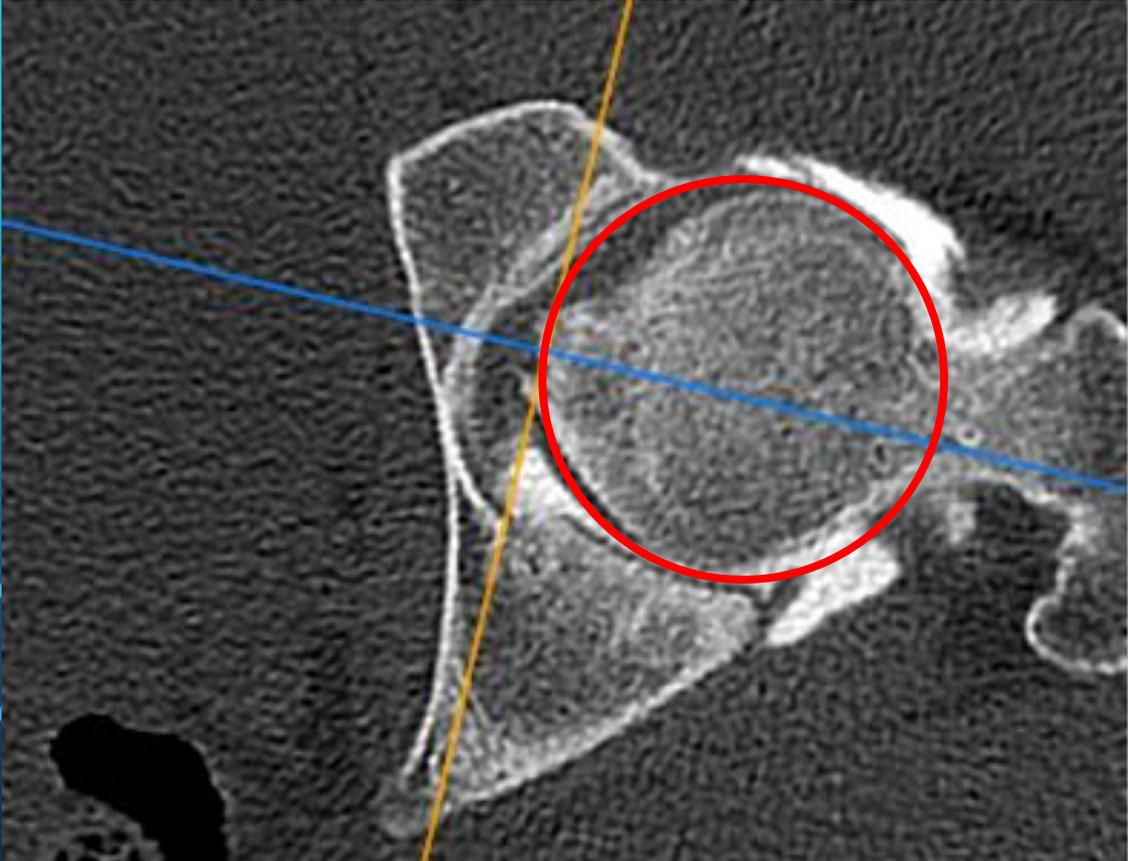
We want to report a case of a young male patient with an unusual apical femoral head [asphericity](#) treated under arthroscopy. To our knowledge, no other central deformity decompression under arthroscopy has been reported yet.

- Rx:
- - VCE 30°
- - HTE 0°
- Alpha: 105° !?

→IRM

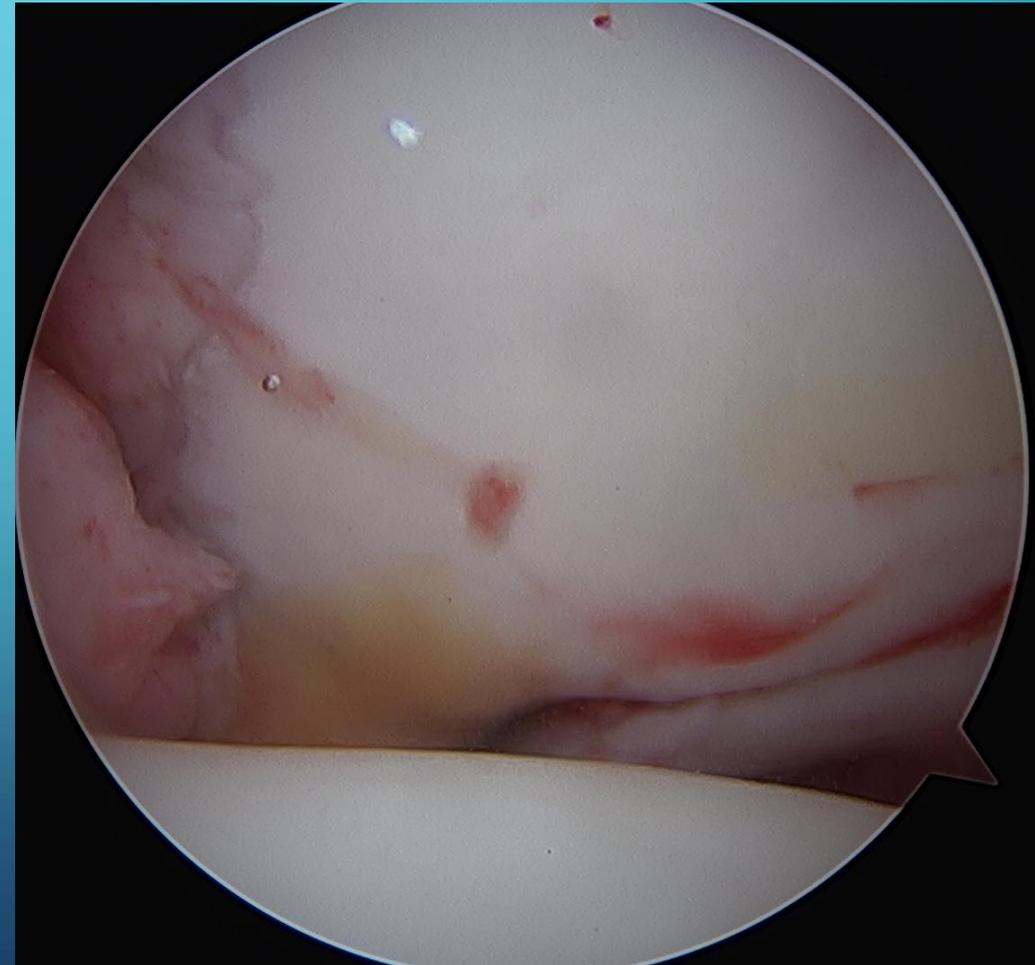
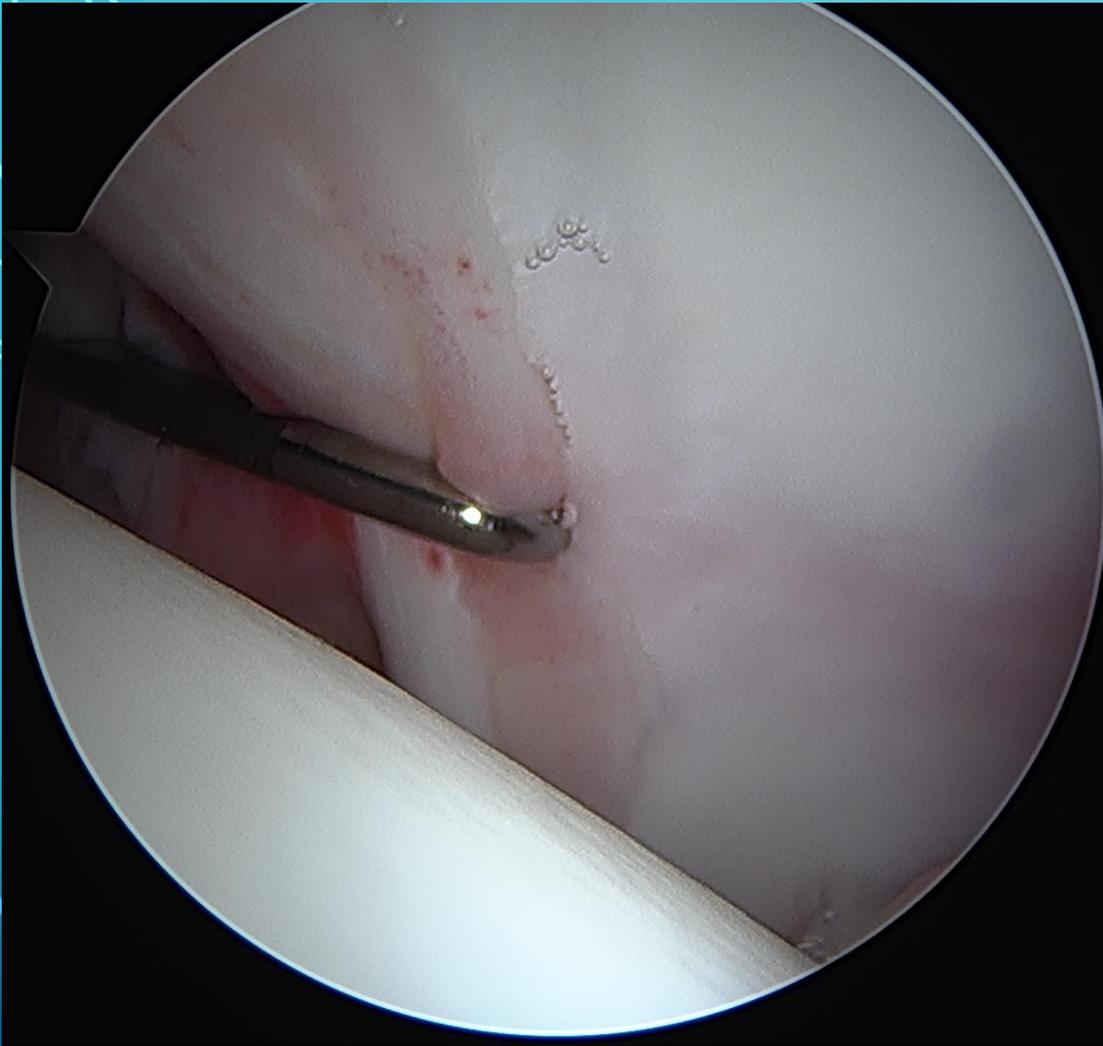
- Aplatissement supérieur
- Tête fémorale asymétrique
- Souffrance chondrale proche de la fovea

ARTHRO-CT



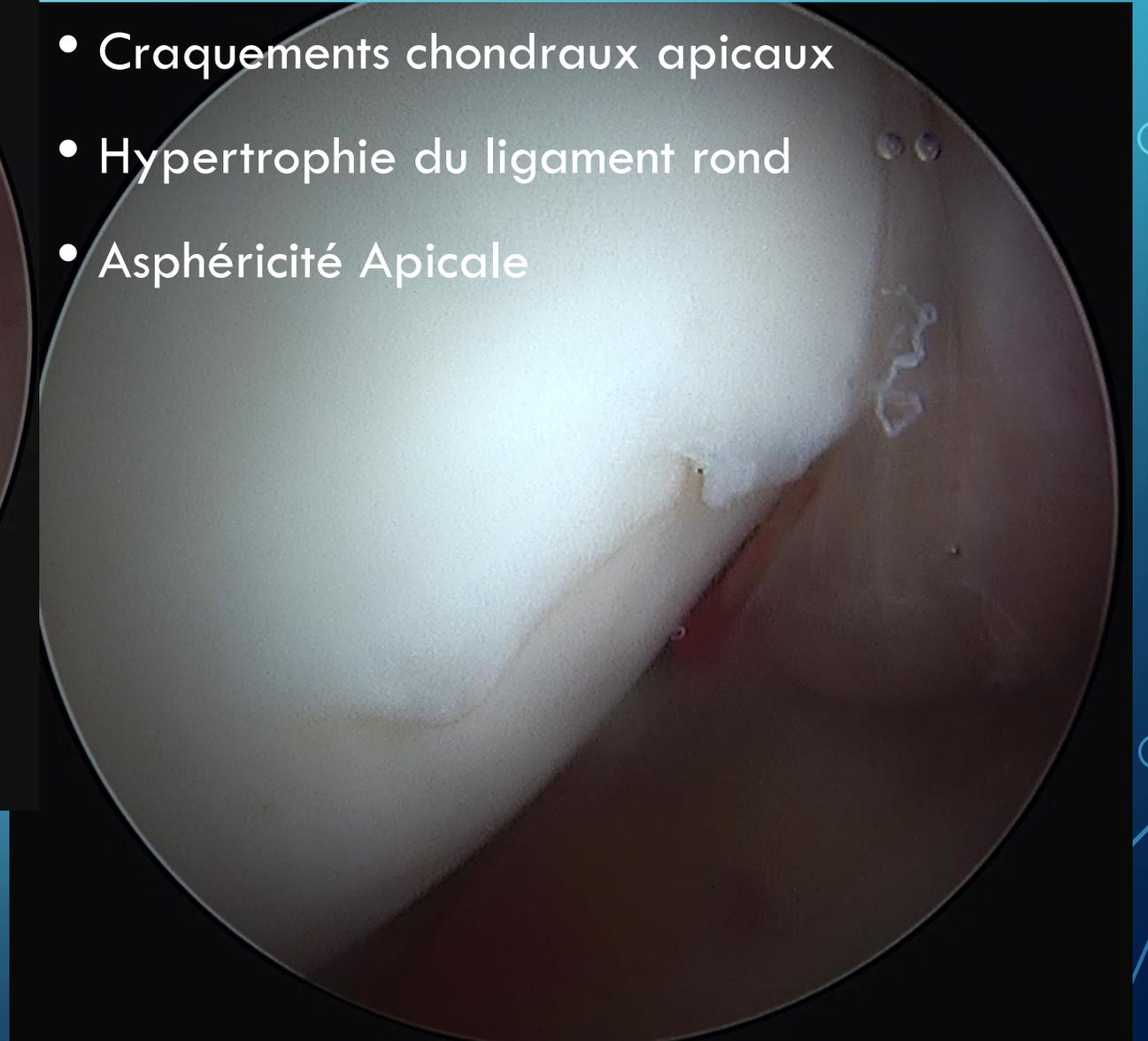
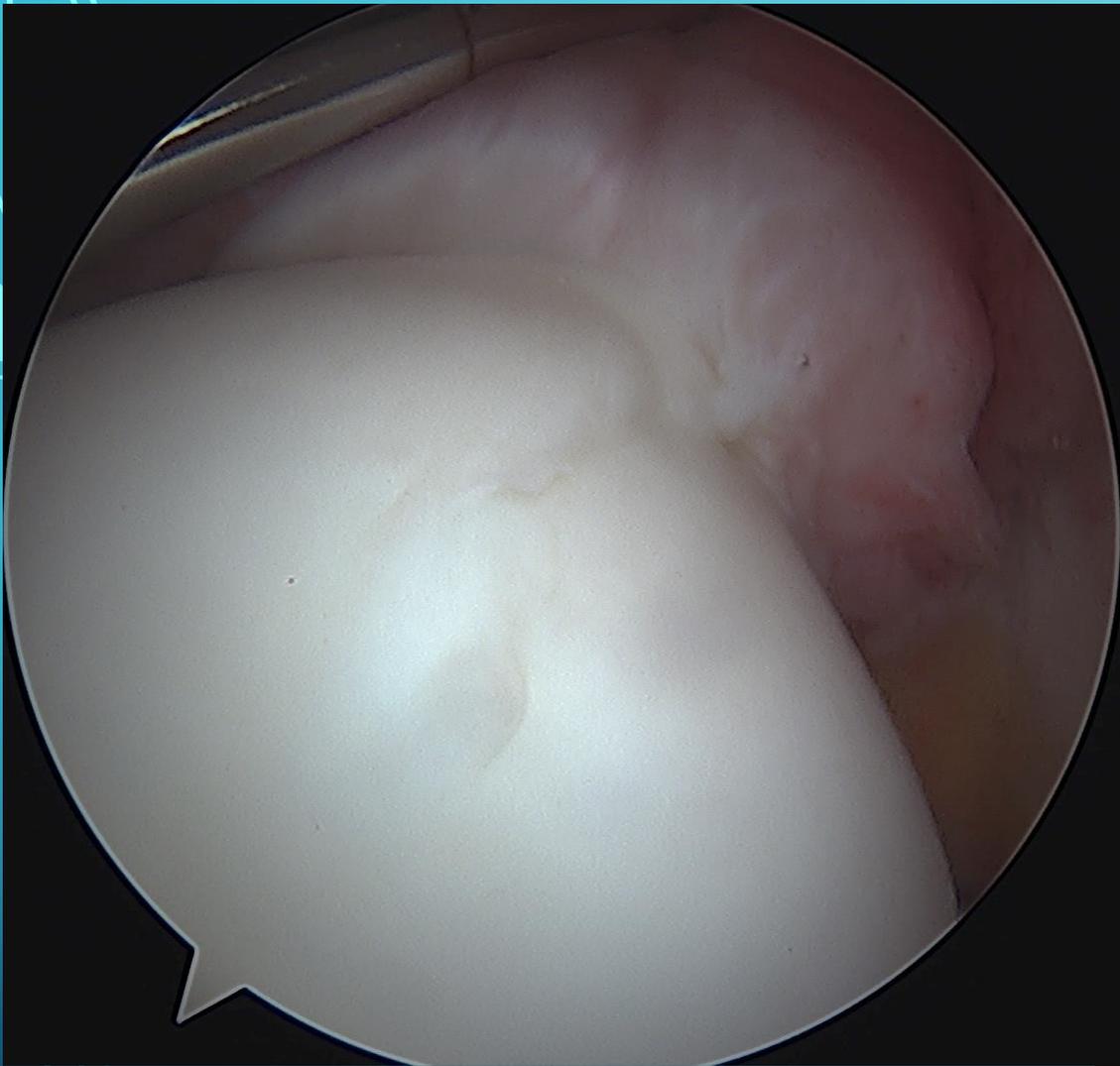
EXPLORATION ARTHROSCOPIQUE

- Labrum normal
- Epanchement articulaire



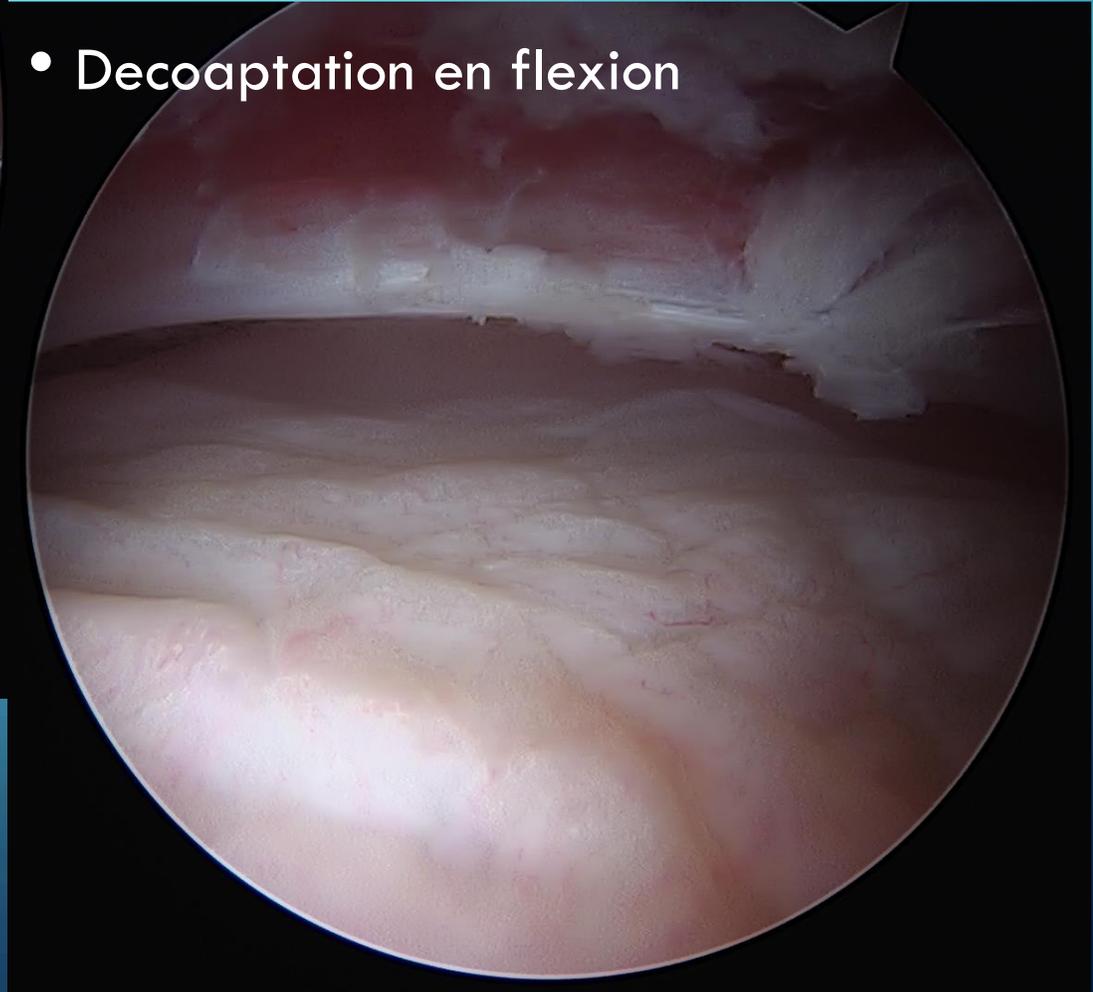
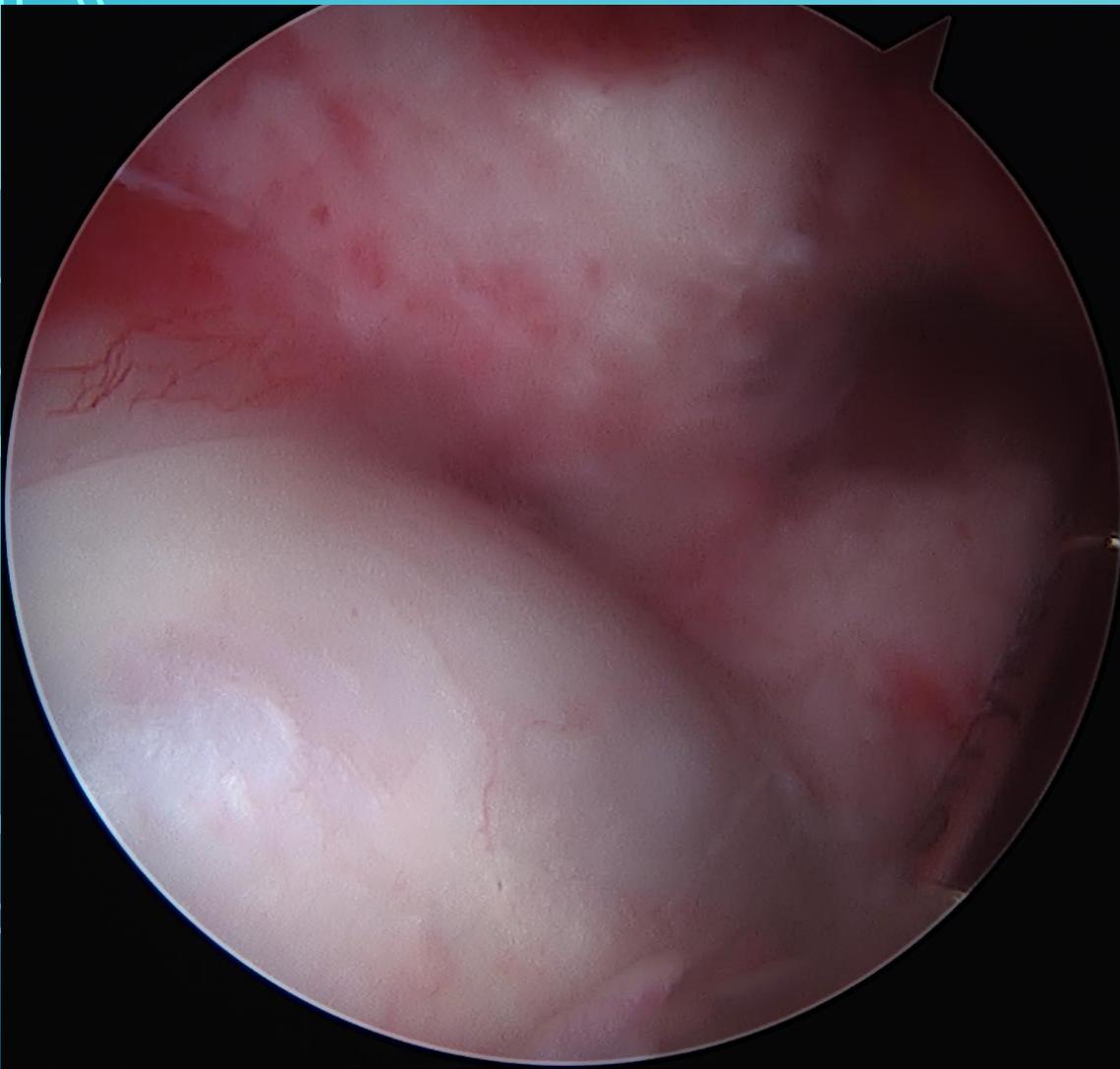
EXPLORATION ARTHROSCOPIQUE

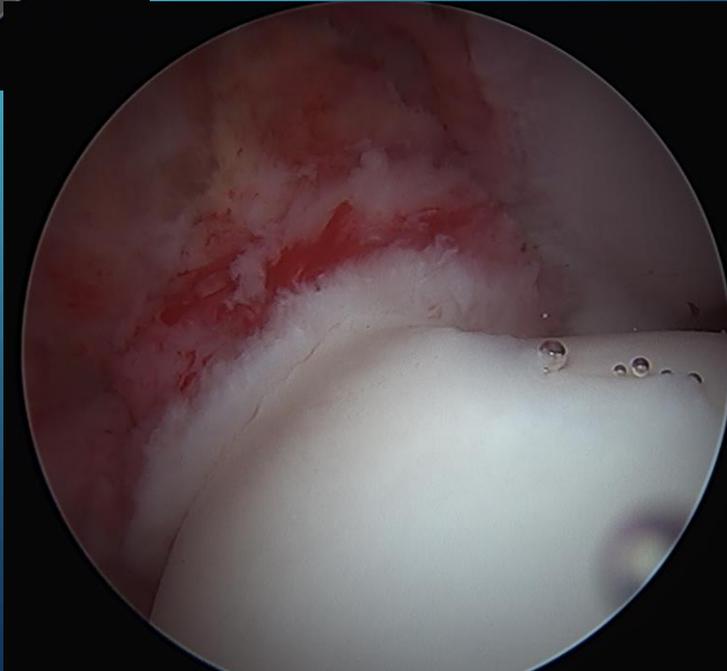
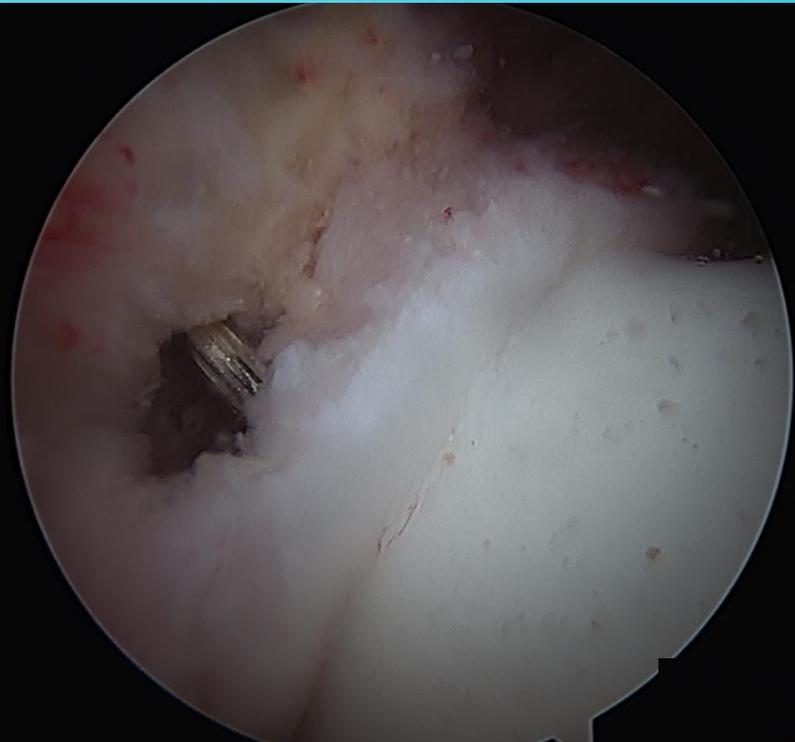
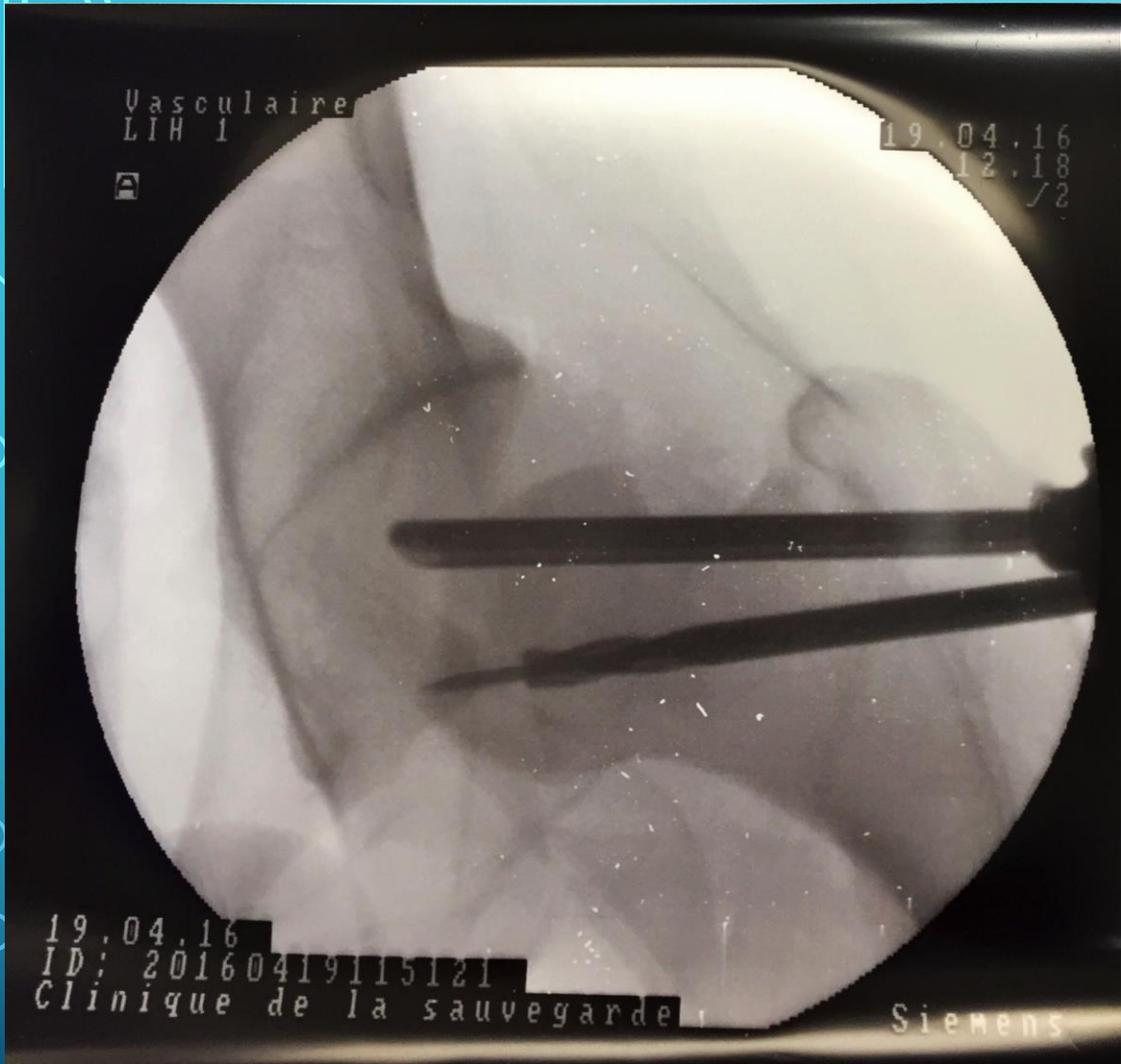
- Craquements chondraux apicaux
- Hypertrophie du ligament rond
- Asphéricité Apicale



TESTING ARTHROSCOPIQUE

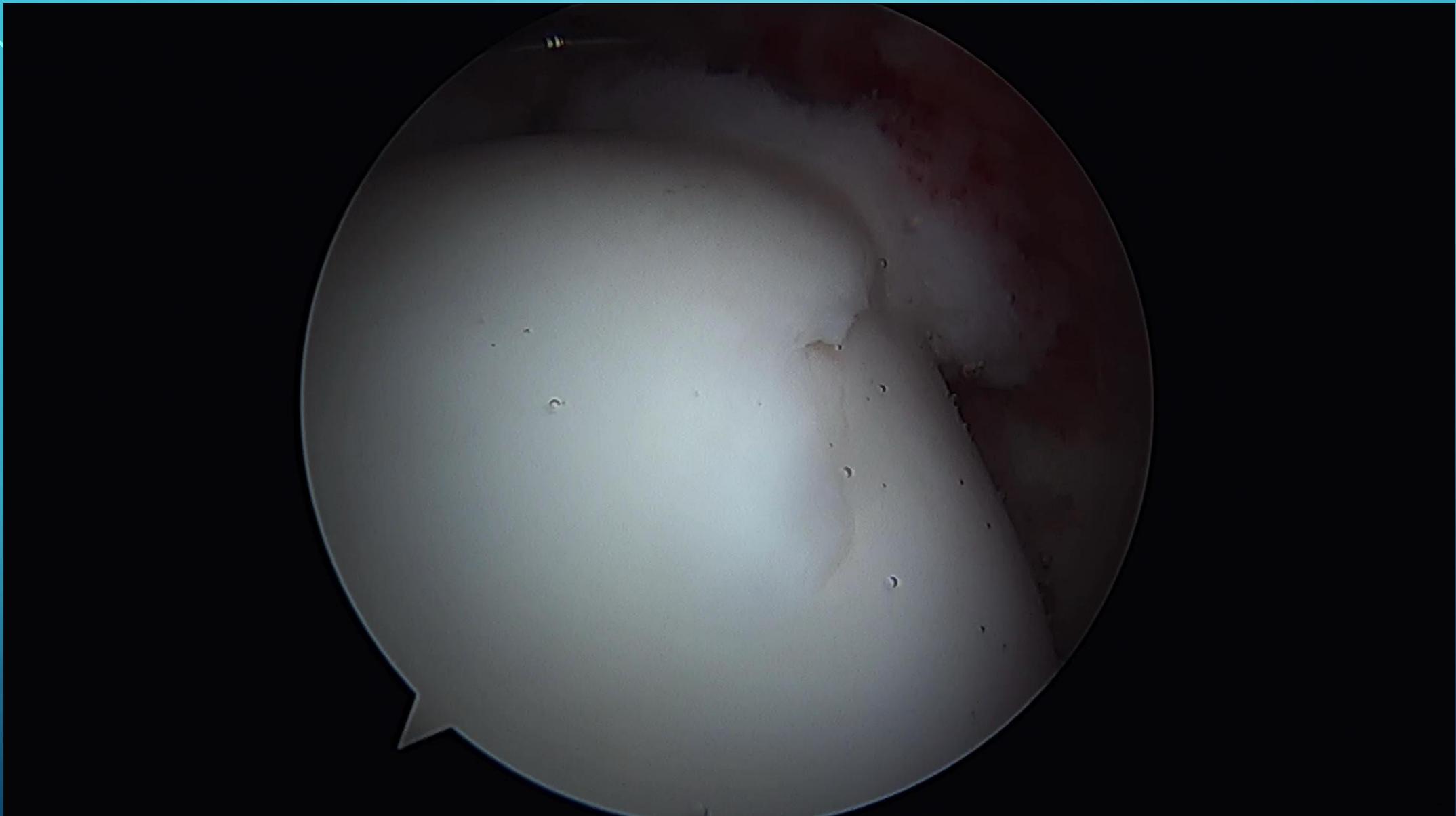
- Normal en extension
- Pas d'effet CAM
- Decoaptation en flexion



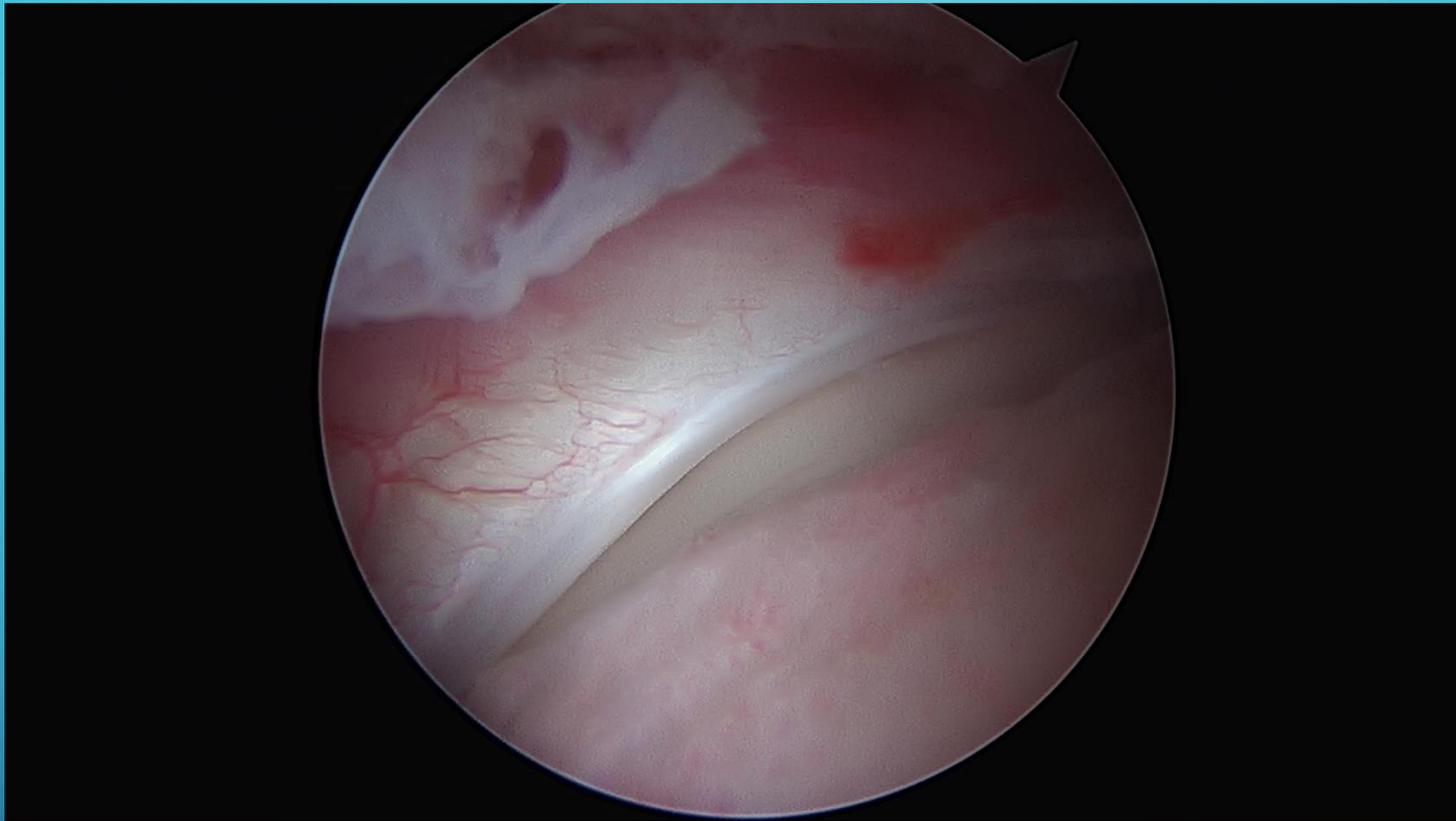


TRAITEMENT ARTHROSCOPIQUE

- Broche guide puis mèche 6 -8mm à travers le col



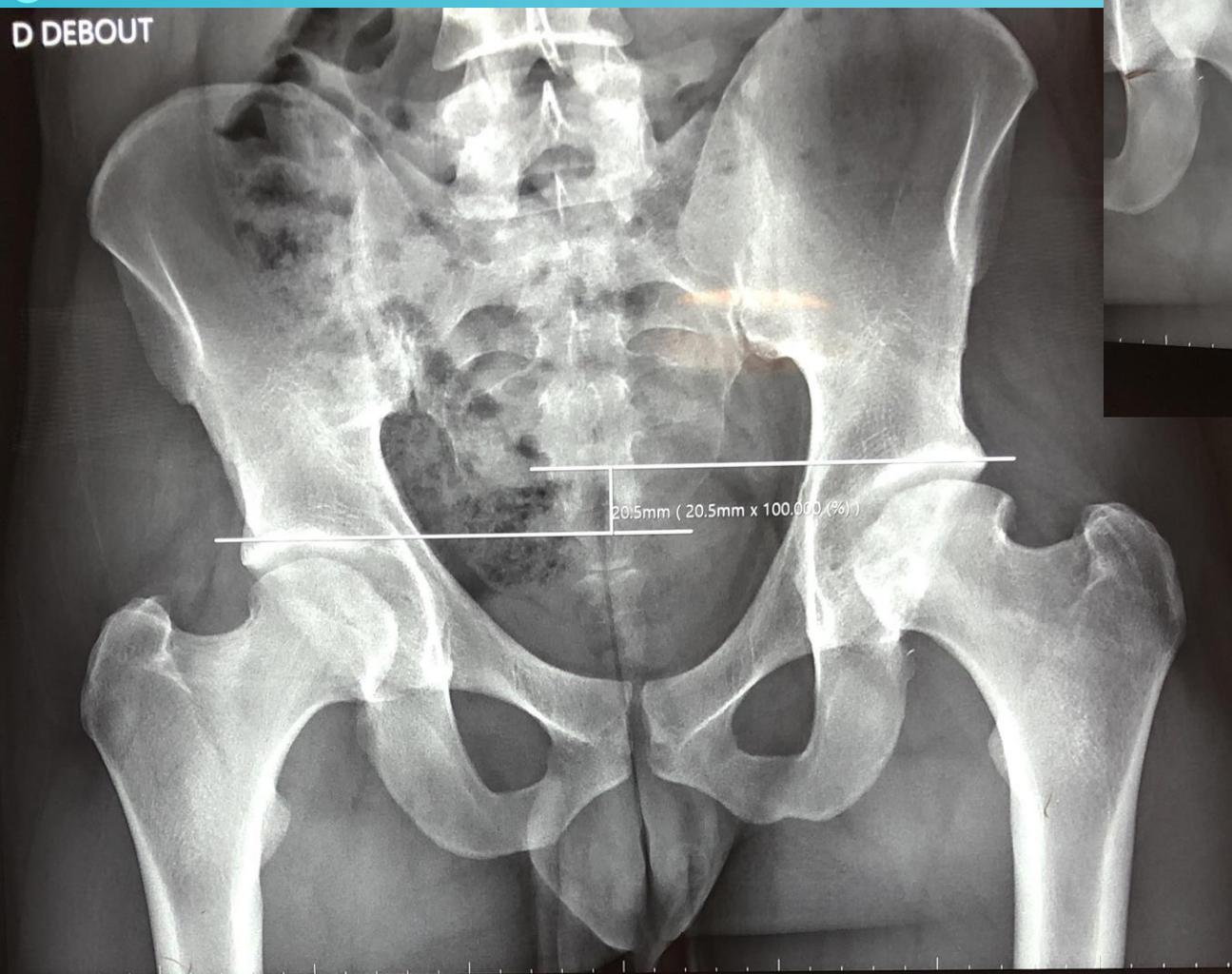
Subsidence chondrale par pression directe



Plus de décoaptation en flexion

Rx à 4 ans

D DEBOUT





MERCI DE VOTRE ATTENTION