

# Décentrage de hanche ou pubalgie : bilan clinique

Coordonné par Franck Lagniaux

**D**urant de nombreuses années, le décentrage de hanche et la pubalgie étaient confondus. En effet, à l'évocation de douleurs de la région pubienne, le diagnostic de pubalgie était prononcé. La pubalgie, dont on retrouve des descriptions dans la littérature dès les années 1930, est un syndrome douloureux locorégional.

Les travaux de Brunet dans les années 1980 [1] ont participé à établir un consensus quant aux différentes formes de pubalgie. Il retrouvait 4 origines possibles : une faiblesse de la paroi abdominale, une atteinte de la symphyse pubienne, une tendinopathie des adducteurs et une arthropathie coxo-fémorale. Les formes qui relèvent uniquement d'une de ces étiologies sont relativement rares. Le masseur-kinésithérapeute sera plus souvent confronté à un tableau clinique mixte.

Les résultats du traitement kinésithérapique sont parfois décevants. Une des explications peut être un manque d'identification des facteurs causatifs lors de l'examen clinique entraînant un traitement mal adapté ou incomplet.

Depuis quelques années, des publications décrivent le décentrage de hanche [2]. La bonne compréhension de la physiologie et de la biomécanique nous permet de mieux appréhender cette anomalie cinématique. Devant des douleurs de la région pubienne, un interrogatoire précis et un examen clinique rigoureux devront être réalisés afin de ne pas s'engager dans un traitement inadapté, au risque d'être confronté à un échec.

## Biomécanique et physiopathologie de la pubalgie

L'articulation coxo-fémorale et la symphyse pubienne font partie de la même structure : l'anneau pelvien. Ce dernier est la base de la colonne vertébrale et donne insertion à certains de ses muscles stabilisateurs. Par ailleurs, ce carrefour de force a pour double

rôle de recevoir l'énergie cinétique du buste pour la transmettre aux membres inférieurs, et d'absorber les réactions au sol de chaque membre inférieur lors de la course et de la marche.

Mais la transmission des contraintes n'est pas rectiligne. La giration des ceintures pelvienne et scapulaire lors de la marche et de la course à pied met en évidence la capacité de l'anneau pelvien à rediriger les forces verticales en contraintes horizontales. La forme hélicoïdale des ailes iliaques renforce cette notion d'orientation des forces. Les forces de cisaillement qui s'exercent au niveau de cet anneau sont donc importantes comme l'avait démontré Pauwels [3].

Lors de la marche, l'alternance d'appuis avec un membre en charge et l'autre en suspension permet de comprendre cette notion de cisaillement de la symphyse. Les muscles obliques externes et internes remplissent le rôle de stabilisateurs du rachis dans le plan horizontal. Les muscles mono-articulaires de la hanche participent eux aussi à cette stratégie de stabilisation.

L'équilibre des forces entre muscles sus et sous-pubiens permet de limiter les contraintes néfastes au bon fonctionnement de la symphyse pubienne. La diminution de tonicité de la sangle abdominale entraîne une majoration de la raideur active des adducteurs et ainsi une surcharge fonctionnelle douloureuse.

## Biomécanique et physiopathologie de la hanche

La conformation anatomique de la hanche lui permet de supporter le poids du corps tout en autorisant des mouvements sur une infinité d'axes tout en étant en appui. Contrairement à la symphyse pubienne, l'articulation coxo-fémorale est capable de réaliser des mouvements de grande amplitude, comme l'illustre une figure de circumduction de hanche dans l'ouvrage de Kapandji [4].

### Arnaud CONSTANTINIDES

Kinésithérapeute  
Centre de rééducation  
Orthosport Étoile  
Castelnau le Lez [34]

### Stéphane FABRI

Kinésithérapeute  
Centre de rééducation  
Orthosport Plan  
des 4 Seigneurs  
Montpellier [34]

# Décentrage de hanche ou pubalgie : bilan clinique

Il existe deux morphotypes de hanche : protrusive et expulsive, différenciées par leur angle d'antéversion qui est plus faible pour la hanche protrusive.

La hanche est considérée comme une articulation très congruente avec un cotyle couvrant la tête fémorale. Cependant ces deux pièces anatomiques ont des rayons de courbures différents. Cette asymétrie autorise des micromouvements de glissement multidirectionnels permettant la bonne cinématique articulaire. La détérioration de ces micromouvements est à l'origine du décentrage articulaire. Un déséquilibre de tension entre les muscles rotateurs de hanches en faveur des rotateurs externes peut engendrer ce défaut de glissement articulaire.

Par ailleurs, une raideur active trop importante des muscles polyarticulaires sous-pubiens a une influence sur la bascule du bassin dans le plan sagittal. Ce déséquilibre perturbe la cinématique de l'articulation coxo-fémorale. Sohier [5] a décrit cette notion de décentrage, source de limitation d'amplitudes.

## Bilan clinique

La pubalgie et le décentrage de hanche se situent en regard de la partie antéro-latérale de l'anneau pelvien. Cependant, les tableaux cliniques de ces deux syndromes sont différents. Lors du bilan initial, l'examineur devra mener un examen clinique et un interrogatoire complet afin de définir le traitement le plus adapté.

### ■ La pubalgie

Il existe trois formes de pubalgie : sus-pubienne, pubienne arthropathique, et sous-pubienne. Dans chacune d'entre elles, les douleurs décrites par le patient sont des douleurs d'efforts. Elles se manifestent lors de la pratique sportive, augmentent avec le temps d'activité et diminuent à l'arrêt. L'examen clinique recherche à la palpation, les points douloureux spécifiques à chaque forme de pubalgie.

Dans sa forme sus-pubienne, l'insertion basse des abdominaux peut se révéler douloureuse par une faiblesse pariéto-abdominale. La mise en évidence de cette faiblesse se fait par un break test des muscles obliques externes (fig. 1).



► Figure 1  
Break test



► Figure 2  
Contraction contre résistance des adducteurs

Lorsqu'il s'agit de la forme pubienne arthropathique, les douleurs apparaissent lors de mouvements comme la frappe au football, au changement de direction, ou plus généralement sur tout mouvement entraînant un cisaillement au niveau du bassin. Le siège des douleurs peut être au niveau de la symphyse pubienne, ou bien en regard de la partie inférieure de la branche ischio-pubienne, pouvant irradier vers la face interne de la cuisse. La compression des ailes iliaques déclenche la douleur décrite spontanément par le patient.

Dans le cadre d'une pubalgie sous-pubienne, l'abduction de hanche est douloureuse en regard des adducteurs qui présentent une tendinopathie. L'adduction contre résistance est aussi responsable de l'apparition des symptômes (fig. 2).

### ■ Le décentrage de hanche

La symptomatologie douloureuse de la hanche décentrée s'exprime au pli de l'aine à deux tra-



► **Figure 3**

Test de flexion-adduction :  
hanche saine adduction en zone 1,  
et hanche décentrée ou pathologique adduction  
limitée aux zones 2 et 3

vers de doigts en dedans et en dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. La douleur ressentie par le patient à la palpation est due à l'inflammation de la bourse séreuse interposée entre le psoas et la partie antérieure du cotyle.

Lors de l'examen clinique, le patient en position allongée présente un pied orienté vers l'extérieur, traduisant une rotation externe de hanche importante. Les amplitudes en flexion, adduction et rotation interne sont limitées. À l'interrogatoire, le patient décrit une gêne lors du dérouillage matinal, au passage de la position assise à la position debout, lors de la station debout prolongée ou bien encore sur un siège trop bas.

Parfois, certains patients décrivent des douleurs la nuit selon la position. Ces critères devront être utilisés lors d'un questionnaire initial du type Score de Womac. Il sera nécessaire de réaliser le test de flexion-adduction (fig. 3) afin de mettre en évidence un conflit coxo-fémoral, ainsi que le Faber test (fig. 4) pour déterminer la présence d'une lésion du bourrelet cotyloïdien [6].

Les manifestations cliniques douloureuses peuvent aussi être indirectes. Le décentrage de hanche, par le déficit de mobilité qu'il occasionne et le report sur le rachis lombaire, est potentiellement à l'origine de lombalgie chronique. D'autre part, en cas de déséquilibre de tension au niveau



► **Figure 4**

*Faber test*

des rotateurs de hanche, la cheville peut se révéler douloureuse par une supination compensatoire.

Il est à noter que le décentrage atteint préférentiellement les hanches expulsives. La douleur déclenchée au niveau du pli inguinal peut induire en erreur le praticien et l'orienter vers une pubalgie. Dans le cadre d'une hanche protrusive, les douleurs apparaissent plutôt au niveau de la fesse.

## Conclusion

Les douleurs au niveau du pli inguinal orientent trop souvent le praticien vers une pubalgie. L'évaluation clinique proposée souligne l'importance de la compréhension biomécanique de l'articulation coxo-fémorale et des tests qui permettent de mettre en évidence un décentrage de hanche. Ainsi, le test de flexion-adduction et le *Faber test* seront réalisés en première intention afin de proposer le traitement le mieux adapté à la pathologie rencontrée. ✘



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Brunet B, Brunet-Guedj E, Genety J, Comtet J. À propos du traitement des pubalgies. *J Traumatol Sport* 1984;1:51-5.
- [2] Ganz R, Parvizi J, Beck M, Leunig M, Nötzli H, Siebenrock KA. Femoroacetabular impingement: A cause for osteoarthritis of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 2003;417:112-20.
- [3] Pauwels F. *Biomécanique de la hanche saine et pathologique*. Berlin-Heidelberg-New York : Springer-Verlag, 1977.
- [4] Kapandji IA. *Physiologie articulaire. Membre inférieur*. 5<sup>e</sup> édition. Paris : Maloine, 1989.
- [5] Sohier R. *Kinésithérapie analytique de la hanche*. La Louvière : Kiné-Sciences, 1974.
- [6] Pereira Y, Marc T. Le recentrage articulaire de hanche : intérêt de la prévention du conflit antérieur fémoro-acétabulaire (CAFA) et de la coxarthrose ? *Kinésithér Scient* 2011;521:23-31.