

Ostéonchondrite de hanche

De quoi s'agit-il?

L'ostéonchondrite primitive de hanche est une nécrose ischémique de la tête fémorale en croissance.

La tête fémorale fait partie de l'articulation de la hanche. C'est la partie du fémur qui s'articule avec le cotyle (partie du bassin).

Pour garder ses propriétés mécaniques, un os doit être irrigué par du sang. La nécrose ischémique signifie que l'os meurt du fait de l'absence d'irrigation sanguine. Il est important de noter que cette maladie survient chez un sujet qui grandit car la nécrose de la tête du fémur qui survient chez l'adulte n'évolue pas du tout de la même manière. Il faut donc bien distinguer ces deux maladies.

Cette maladie touche en moyenne quatre garçons pour une fille entre l'âge de 3 et 10 ans. Son origine est encore inconnue.



Ostéonchondrite de hanche droite au stade de condensation et fragmentation

Comment fait on le diagnostic?

Le motif de consultation est généralement une boiterie. On ne retrouve pas de traumatisme initial marquant. La boiterie apparaît soudainement sans raison. La douleur est variable d'un sujet à l'autre et dans le temps. Elle est classiquement située au niveau de la hanche mais elle

est parfois située au niveau du genou. La douleur peut être absente. Il arrive parfois que l'enfant continue de marcher, voire de courir, tout en boitant.

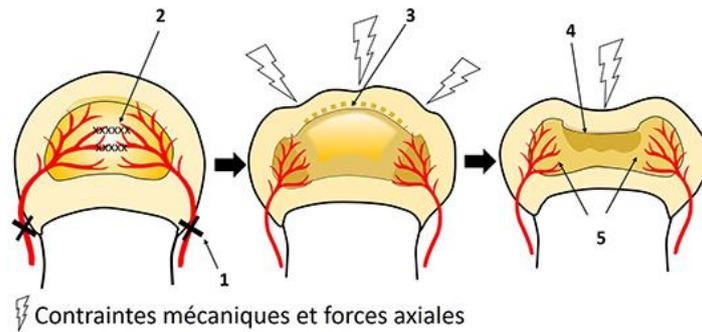
A l'examen, on retrouve souvent une atrophie musculaire du quadriceps, c'est-à-dire que le muscle de la cuisse est plus fin que de l'autre côté du fait d'une sollicitation moins importante de cette jambe. La hanche est moins souple que de l'autre côté, pouvant même parfois être très raide.

Les radiographies du bassin de face et des hanches de profil montrent des anomalies de la tête du fémur. Il faut pourtant savoir que pendant les premiers mois d'évolution de la maladie les radiographies peuvent être normales. L'aspect de la tête fémorale passe par différentes phases:

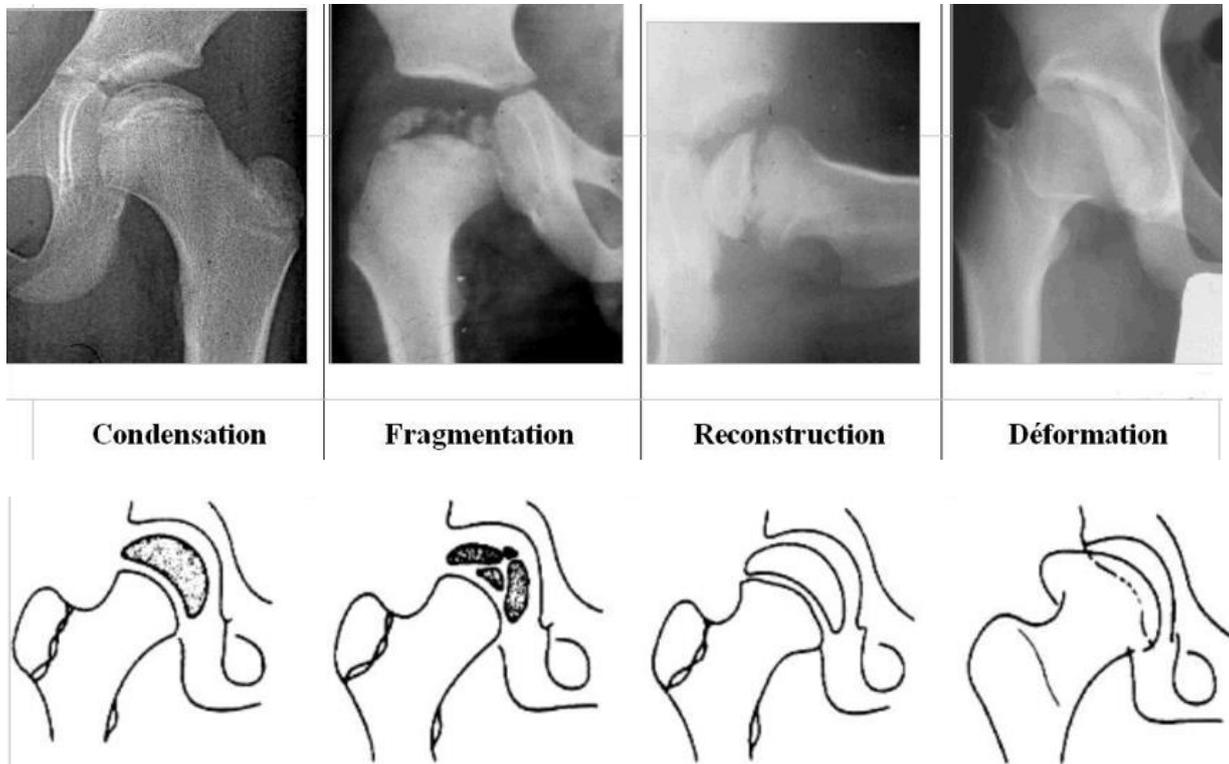
- Radiographie normale: cette phase peut durer durant les deux premiers mois de la maladie;
- Coup d'ongle sous chondral ou image en coquille d'œuf: c'est un signe fugace, que l'on voit rarement;
- Condensation: cette phase peut durer plusieurs mois (6 à 18 mois) et représente la nécrose de la tête fémorale;
- Fragmentation: cette phase fait suite à la condensation. L'os nécrosé est fragile et cela peut entraîner, dans un deuxième temps, des fractures qu'on appelle fractures sous-chondrales (l'os qui est couvert par le cartilage se fracture). On observe un effondrement de la tête et une déformation, ce qui entrave le fonctionnement de la hanche, car l'articulation n'est plus congruente (La boule déformée ne s'adapte plus à son moule). Ce stade a une durée variable (moyenne de 9 mois);
- Reconstruction: la tête fémorale se reforme progressivement. Cela permet à l'épiphyse fémorale de reformer de l'os, de se réossifier. Ce stade est nommé le stade de ré-ossification. Pendant ce stade l'enfant est peu symptomatique, voire pas du tout.
- Remodelage : Le dernier stade de la maladie est le stade de remodelage, c'est à ce moment-là que la hanche va trouver sa forme finale.

En tout, ce processus dure en moyenne de 2 à 5 ans.

Selon la sévérité de l'atteinte de la tête fémorale au cours des trois premiers stades, la forme finale de la tête peut être plus ou moins ronde.



1. Interruption de la vascularisation sanguine
2. Nécrose avasculaire de la tête fémorale
3. Fractures sous-chondrales dues aux contraintes mécaniques
4. Déformation de l'épiphyse de la tête fémorale
5. Rétablissement de la vascularisation

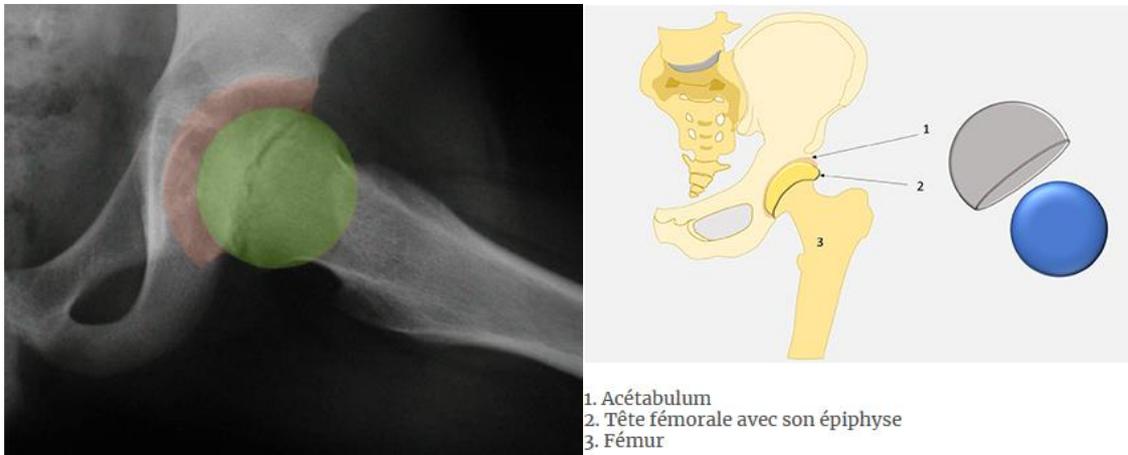


Les différents stades évolutifs radiologique de la maladie

Quel est le traitement?

Cette maladie a la particularité de guérir toute seule. Après quelques mois de nécrose, le sang va revenir irriguer la tête fémorale et celle-ci va se reconstruire progressivement. Nous n'avons à l'heure actuelle aucun moyen d'accélérer ce processus. Notre rôle est d'essayer de

minimiser au maximum les séquelles en gardant une tête fémorale ronde qui s'adapte au cotyle qui est un moule sphérique. Cela s'appelle la congruence articulaire. L'absence de congruence articulaire entraîne à plus long terme de l'arthrose.



Aspect sphérique de la tête fémorale dans le cotyle

Il existe plusieurs traitements qui vont de la simple surveillance à la chirurgie. Le but est donc de garder une hanche souple et congruente.

Parfois, une surveillance est suffisante mais si la hanche a tendance à s'enraidir on prescrit de la kinésithérapie.

- Dans un premier temps, le médecin pourra préconiser une décharge du membre inférieur concerné. En fonction de son âge, l'enfant doit utiliser des cannes ou un fauteuil roulant pour se déplacer. Un arrêt complet du sport, pendant les deux premiers stades de la maladie est également souvent nécessaire.

Ces mesures peuvent être lourdes pour l'enfant et sa famille et demandent de nombreuses adaptations dans la vie quotidienne. Elles sont toutefois recommandées car une décharge prolongée permet de limiter les fractures sous-chondrales qui sont amplifiées par les forces appliquées au niveau de la hanche, lors de la course, de sauts etc. Moins il y a d'impact et de charge sur l'épiphyse de la tête fémorale, plus on a de chance de diminuer l'étendue des fractures sous-chondrales et la déformation de la tête fémorale, qui sont à l'origine de la déformation de la tête fémorale.

- Durant toute l'évolution de la maladie, il est important que la hanche garde une certaine souplesse. La physiothérapie fait donc partie intégrante du traitement de la

maladie afin de maintenir les amplitudes articulaires (mouvements et souplesse de la hanche). La physiothérapie est prescrite par le médecin qui suit l'enfant, après confirmation du diagnostic. Elle a lieu 1 à 2 fois par semaine, dans un cabinet de physiothérapie et en piscine éventuellement.

- Lorsque la hanche est très raide, il est parfois nécessaire de mettre l'enfant en traction, c'est-à-dire que l'on tire doucement sur les jambes par l'intermédiaire de poids suspendus à des bandes qui entourent les jambes. Dans ce cas, le traitement est fait en hospitalisation dans le service, pour nous permettre d'adapter quotidiennement la traction et les poids. La durée moyenne d'hospitalisation est de 15 jours. Nous réaliserons avant la sortie de votre enfant un plâtre en A qu'il gardera pour une durée de 1 mois, afin de garder la souplesse qui a été gagnée avec la traction.

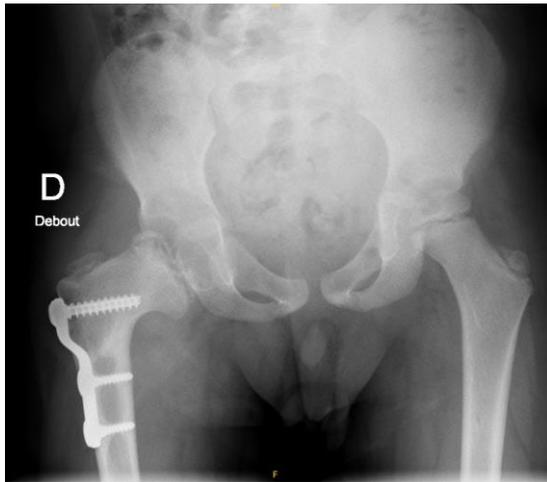


Traction au lit



Plâtre en A

- Dans le pire des cas, lorsque la tête fémorale a tendance à sortir du cotyle, on propose une intervention chirurgicale au niveau du bassin pour remettre la tête fémorale dans le cotyle et améliorer la congruence articulaire.



Chirurgie de recentrage de la tête fémorale par ostéotomie de varisation

Quelle est l'évolution?

Comme nous l'avons vu plus haut, cette maladie a la particularité de toujours guérir spontanément. Toutes les hanches se réossifient à long terme mais le risque est que la tête fémorale se déforme. Elle peut s'aplatir, c'est ce que l'on appelle une coxa plana (tête plate), devenir plus grosse ou coxa magna.

Lorsque la tête fémorale se déforme, l'articulation n'est plus congruente et le risque est l'apparition d'arthrose à un âge relativement jeune. Le traitement de l'arthrose est la prothèse totale de hanche. Plus on est porteur d'une prothèse de hanche jeune, plus elle risque de s'user et plus on risque de devoir la changer dans l'avenir. C'est pour cette raison que l'on cherche à avoir une articulation la plus congruente possible en fin de croissance pour retarder au maximum l'apparition de douleur et d'arthrose chez l'adulte.

La grande majorité des enfants atteints de la maladie de Perthes guérissent sans chirurgie. Il est cependant important que tous les enfants soient suivis régulièrement par un médecin spécialisé, durant tous les stades de la maladie. Des rendez-vous ont lieu généralement tous les 3 à 4 mois, pour un examen de contrôle et des radiographies. L'objectif est de surveiller l'évolution de la maladie et de s'assurer que la tête fémorale reste bien centrée dans l'articulation.

De cette manière, les enfants qui présentent un risque plus important de devoir recourir à la chirurgie sont identifiés et traités en conséquence.

Les parents sont invités à essayer de limiter les activités physiques de leur enfant et en particulier les sports de contact et d'impact.