

Cas clinique

Colloque 15.12.2020

Dr Simon Joufflineau

Homme 50 ans (consultation 13.11.2020)

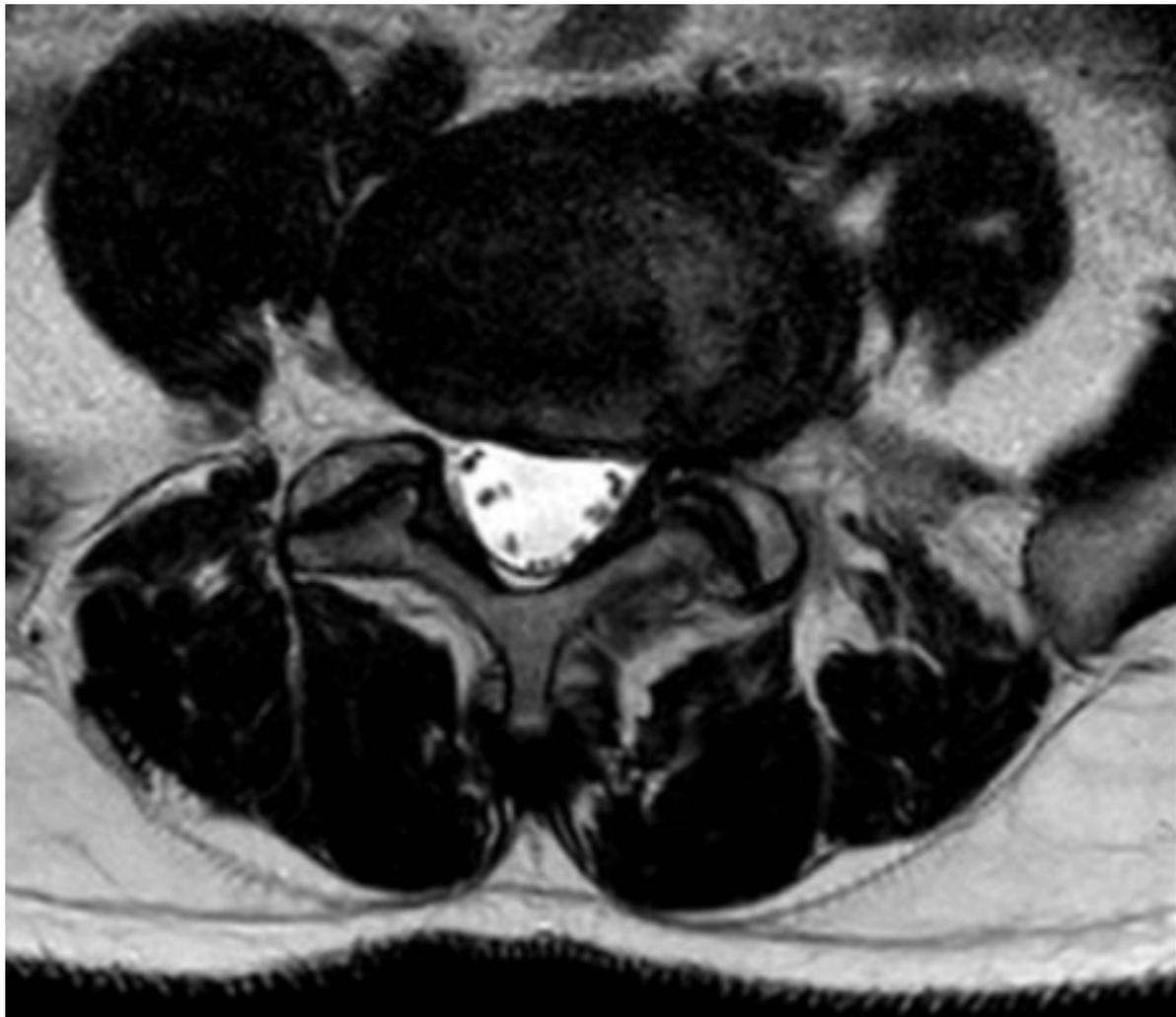
- Douleurs fesse et cuisse gauche depuis 05.2020
 - Pas de traumatisme
 - Apparition progressive, douleur constante
 - Marche avec béquilles
 - MT a prescrit 9 séances de physio
-
- ATCD: HTA, tabagisme actif 30 UAP, lombalgies
 - Infiltration facettaire lombaires en 2018 (peu efficace)

Examen clinique

- Boiterie Duchenne (côté de la douleur)
- Lombalgies basses, irradiation cuisse, jamais sous la TTA
- Lasègue négatif bilat
- Hanche gauche RI 5° douloureuse, reste normal
- Psoitis
- Reflexes distaux symétriques

Examens complémentaires?

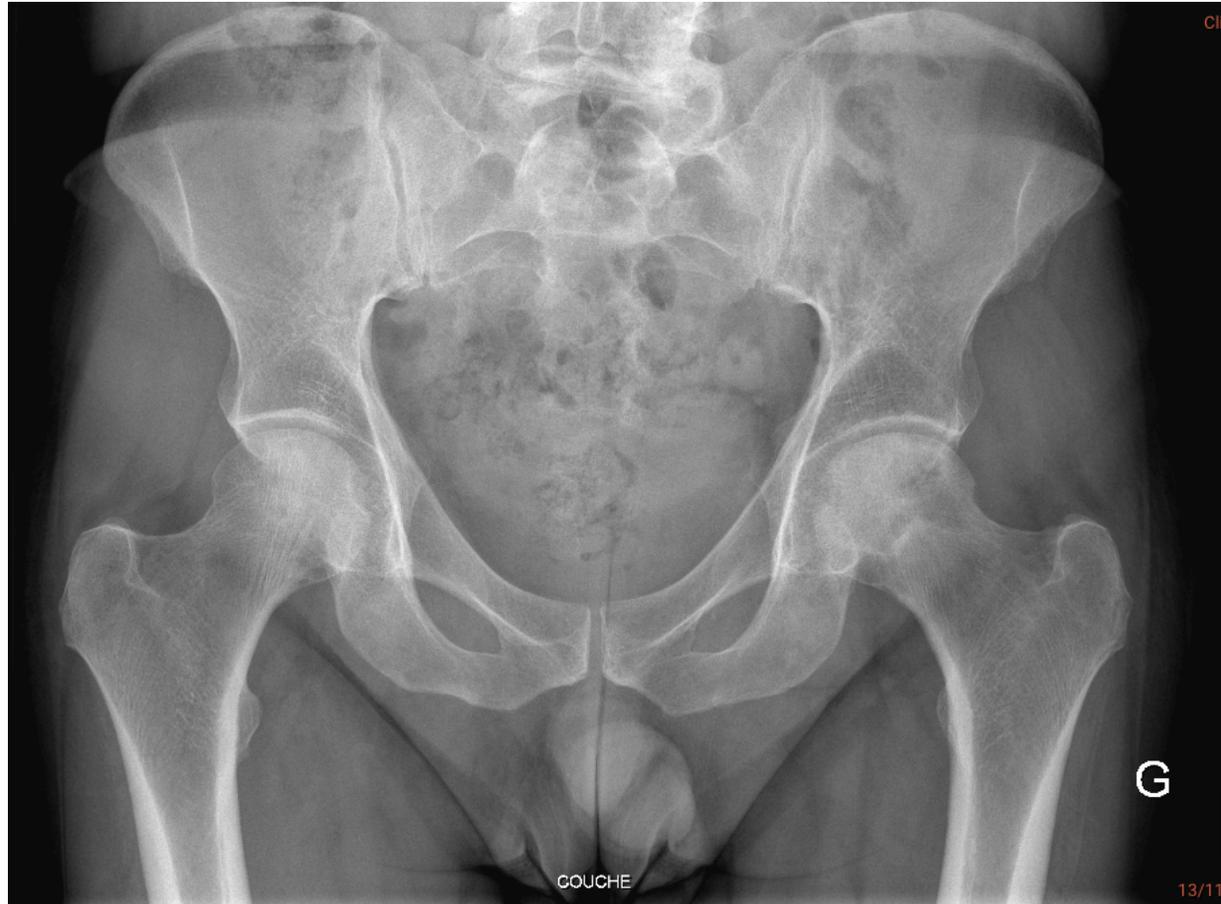
IRM Lombaire en 08.2020



IRM Lombaire

- Discopathie L5-S1 avec débord discal récesso-foraminal gauche pouvant créer un conflit sur le trajet récesso-foraminal de la racine L5 gauche.
- → Infiltration lombaire sans effet

Rx bassin et hanche gauche





- Très discret pincement coxo-fémoral gauche débutant, en région antéro-supéro-externe, associé à de minimes remaniements ostéophytaires en miroir. Les deux têtes fémorales restent bien sphériques et en place au sein des cavités acétabulaires.
- Pas de signe d'ostéonécrose.
- Pas de fracture sous-chondrale.

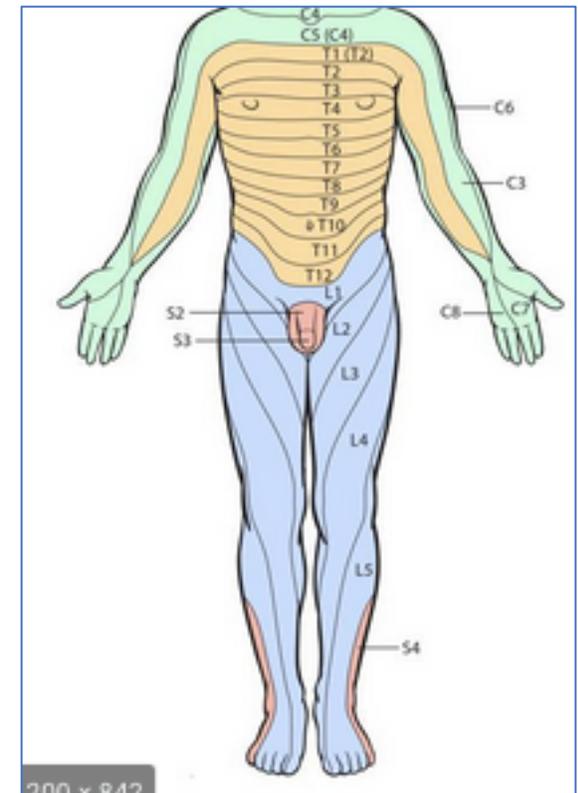
Consultation rx-clinique (20.11.2020)

- Douleur en légère amélioration après 2 séances de physio
- Examen clinique strictement identique à la semaine précédente

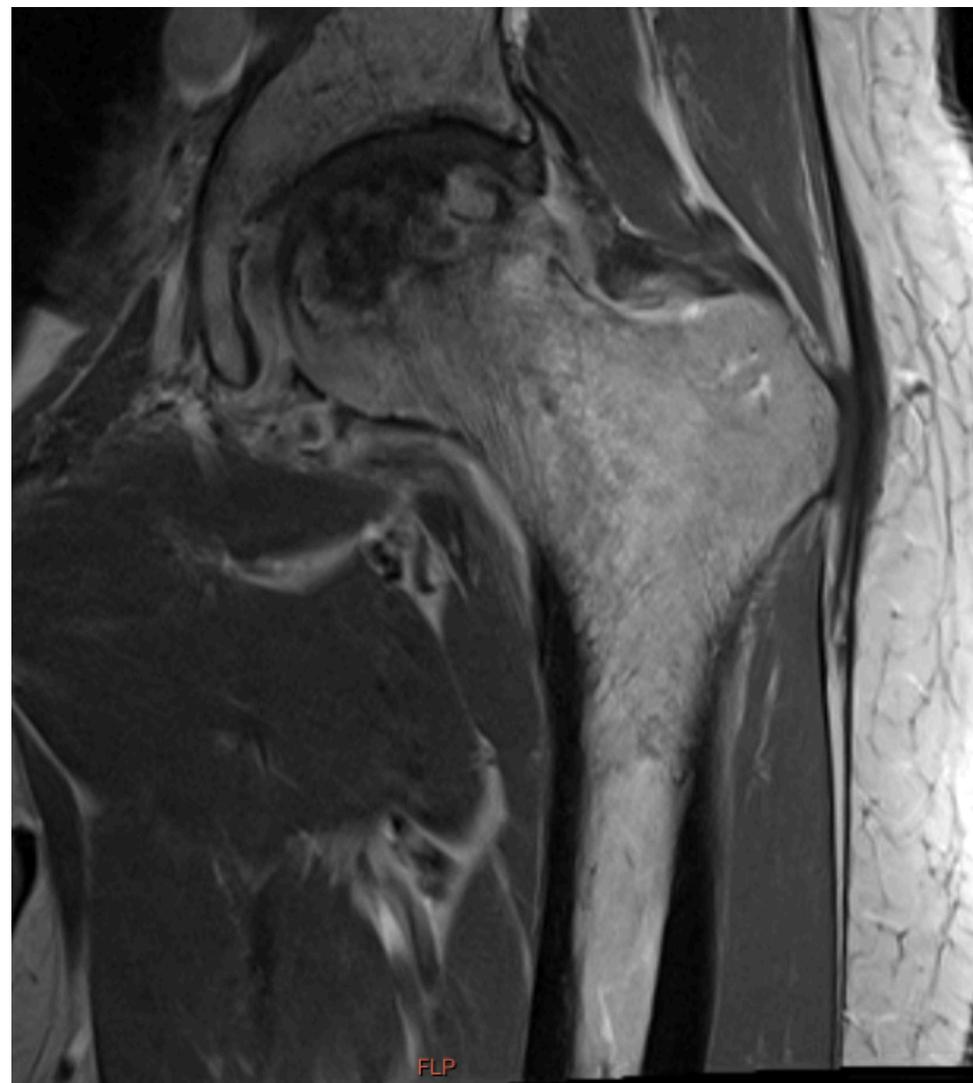
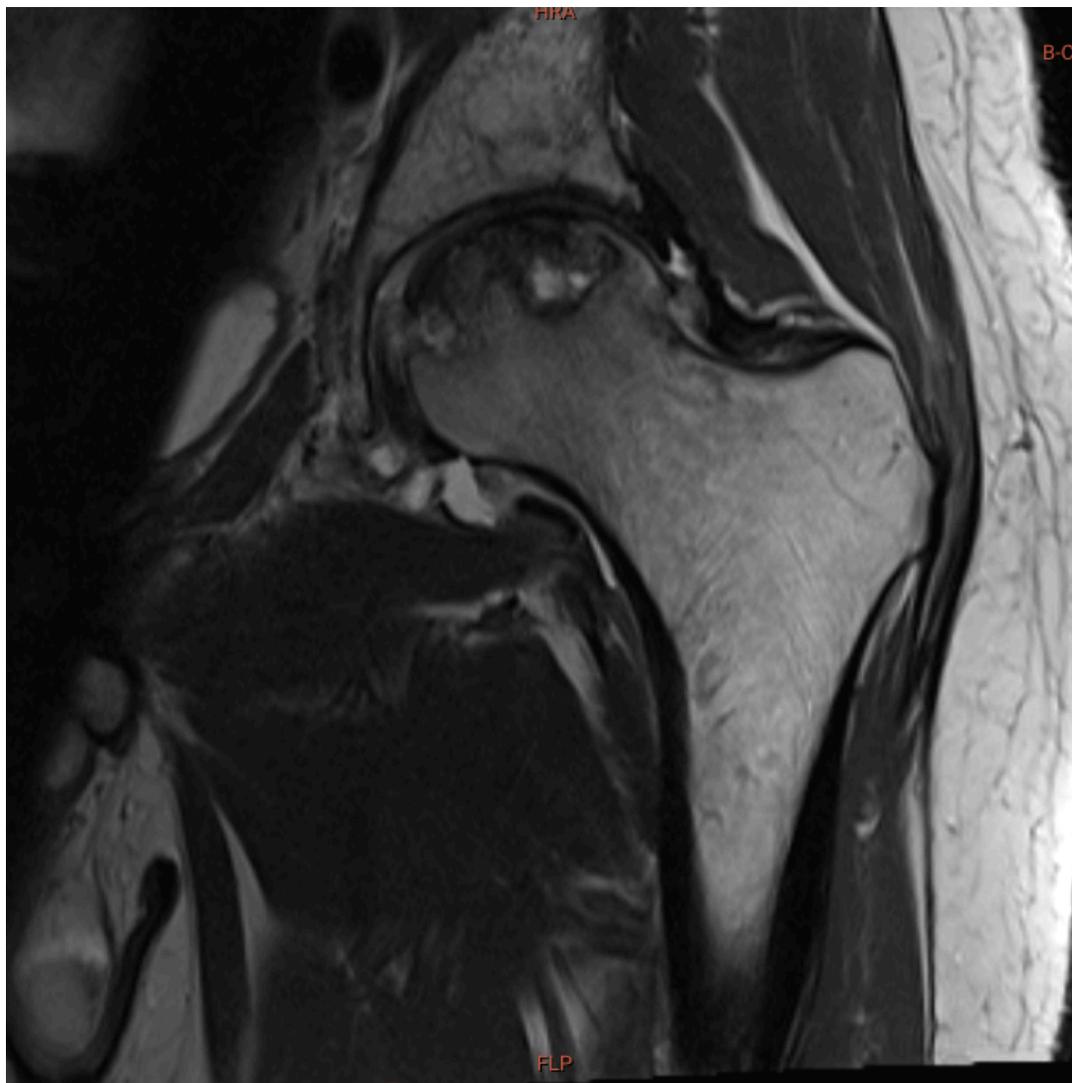
- Diagnostic ?
- Prise en charge ?
- Bilan complémentaire ?

- Dissociation radio clinique pour l'IRM lombaire
→ Cruralgies L3L4 clinique et conflit L5 gauche radiologique

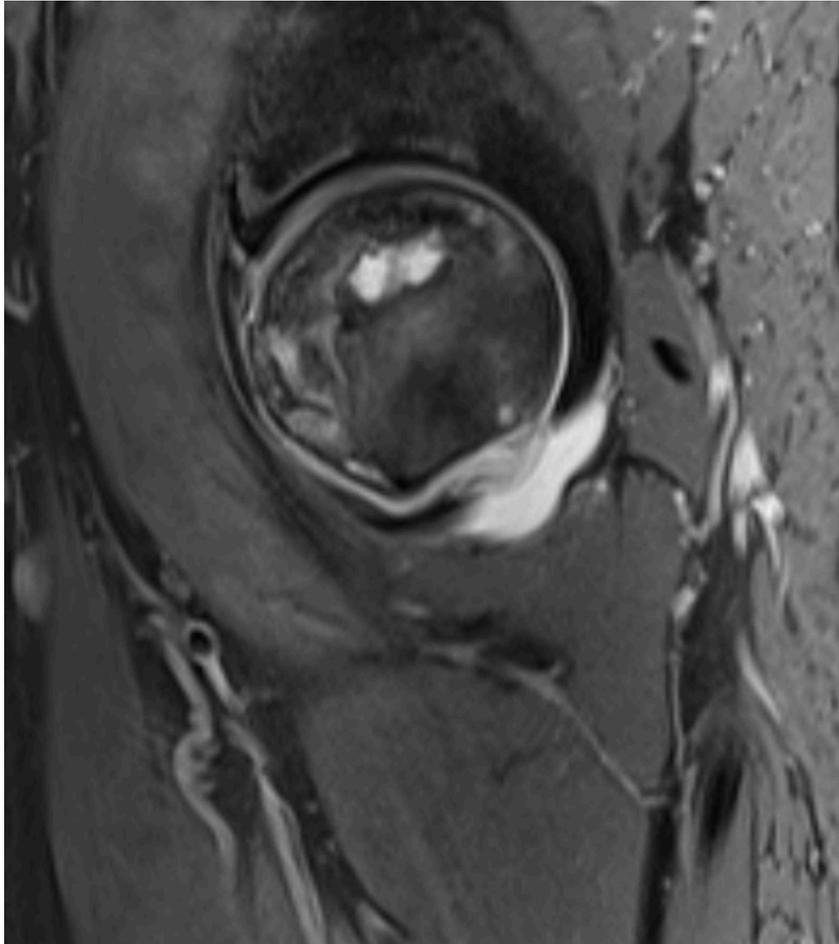
- Dissociation radio clinique pour la Rx hanche
- Mobilité hanche gauche < droite avec Rx normales



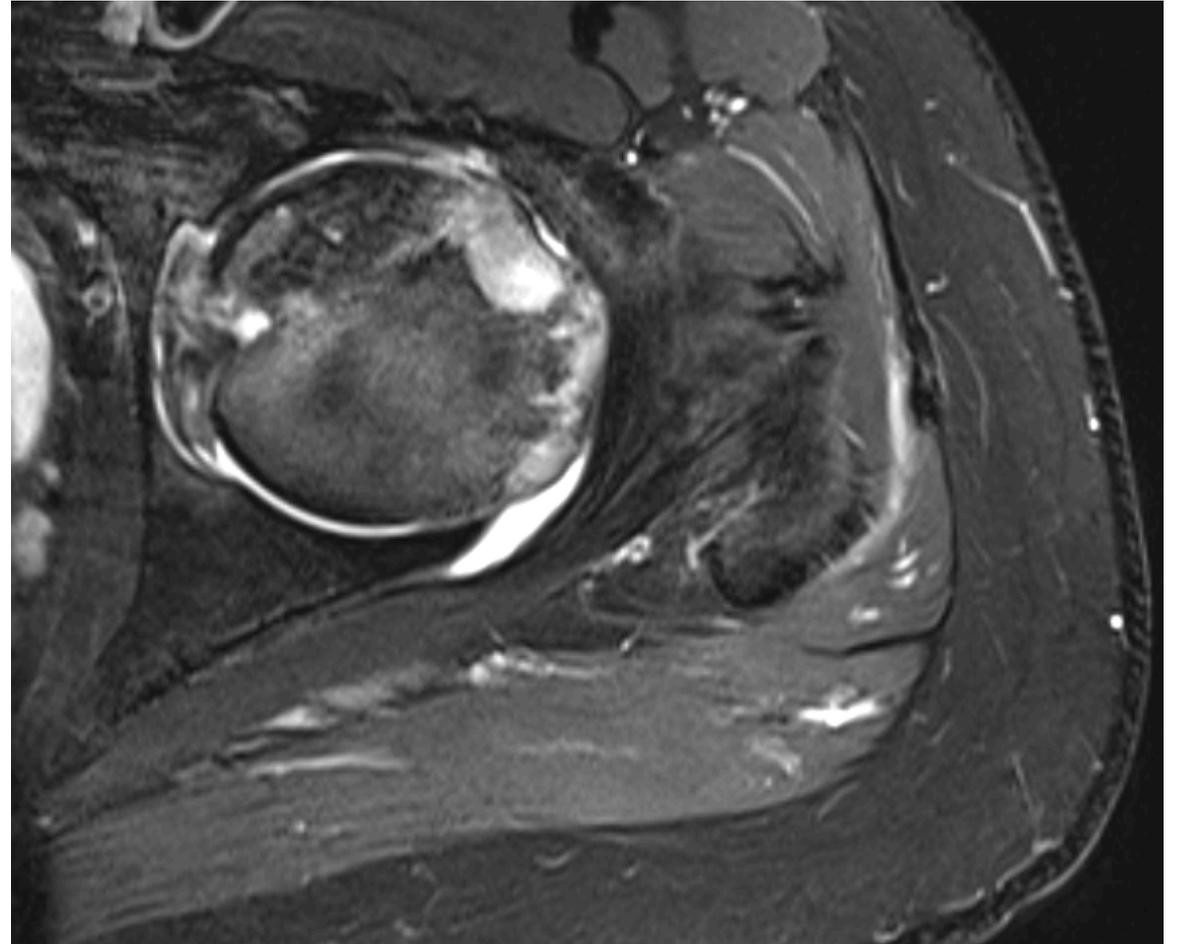
IRM hanche gauche 01.12.2020



Coupe sagittale



Coupe coronale



Ostéonécrose de la tête fémorale

- ONA, nécrose avasculaire...
- Idiopathique (20% des cas)
- Post traumatique (luxation de hanche)
- Alcoolisme chronique
- Corticothérapie (longue durée OU bolus haute dose)
- RxThérapie, baro-traumatisme, drépanocytose...
- Tabac et obésité FR pour les ON atraumatiques

Ostéonécrose de la tête fémorale

- Zone polaire, zone de charge
- Fracture sous chondrale
- Image en coquille d'œuf caractéristique



Classification

Rmn stade précoce

Rx stade tardif

Stade IIB selon Arlet, III selon ARCO (Association Research Circulation Osseous)

Stage III - presence of trabecular bone changes and subchondral fracture (crescent sign or subchondral bone collapse); preserved joint space

- clinically: symptoms present

ARLET ET FICAT MODIFIÉ		ARCO	
STADE	SIGNES RADIOGRAPHIQUES	STADE	DESCRIPTION DIAGNOSTIC
0	Pas d'anomalie visible	0	Histologie positive Radiographie négative
I	Anomalie légère avec quelques régions opaques.	I	RMN positive CT, RX négative
IIA	Anomalies évidentes, avec lésions locales ou diffuses. Hétérogénéité au sein de la tête fémorale.	II	Apparition de modifications au niveau de la tête fémorale radiologiquement visibles.
IIB	Fracture sous-chondrale : signe du croissant. Présence d'un liseré de condensation délimitant une zone polaire.	III	Sur RX : signe du croissant
III	Perte de la sphéricité de la tête fémorale (dépression en marche d'escalier) : image de coquille d'œuf.	IV	Aplatissement de la tête fémorale
IV	Apparition de signe d'arthrose : pincement articulaire, ostéophytose, géodes et condensation du toit du cotyle	V	Diminution de l'interligne articulaire
		VI	Altération de l'articulation : ostéophytes, géodes...

Traitement

- Médical: décharge, antalgiques... pour découvertes fortuites
 - Anticoagulation, vasodilatateurs, biphosphonates...
 - Oxygénothérapie hyperbare: pour stades très précoces, $x3atm = x4$ diffusion O2 dans les capillaires
→ Efficacité discutée
 - Chirurgical
 - Forage cervico-céphalique: stade I et II +/- greffe +/- C souches +/- DBM
→ Résultats très divergents en fonction des séries (40 à 100%), efficace si stade précoce
 - Reconstruction précoce: après effondrement du séquestre +/- cimentage
→ Décharge prolongée, demande technique... Obsolète
- Ostéotomies fémorales
→ Complique la PTH future!

Traitement chirurgical de préservation

- Angiographie pré opératoire recommandée (patient jeune, peu symptomatique...)
- Greffe vascularisée (périoste iliaque + br ascendante circonflexe lat, grand trochanter + art du moyen fessier, fibula...) dans stades III si peu symptomatique, patient jeune

Traitement

- Chirurgical

- PTH: dès 30% atteinte de la tête fémorale, privilégier sans ciment

Attention aux FR associés (diabète, alcool, tabac, obésité) et garder en tête la reprise chirurgicale ultérieure.

Références

- Ostéonécrose de la hanche et coxarthrose destructrice rapide (CDR) – Maité Van Cauter
- Une nouvelle approche de l'ostéonécrose aseptique. J.-P. Hauzeur N. Franchimont M. Malaise Rev Med Suisse 2004; volume 0. 23990
- ARCO classification of osteonecrosis. Dr Magdalena Chmiel-Nowak *et Al*
- Osteonecrosis of the Hip: A Primer. Michelle J Lespasio, Nipun Sodhi and Michael A Mont. [Perm J](#). 2019; 23: 18-100.

- Guidelines for clinical diagnosis and treatment of osteonecrosis of the femoral head in adults (2019 version) Dewei Zhao,^{a,*} Feng Zhang,^b Benjie Wang,^a Baoyi Liu,^a Lu Li,^a Shin-Yoon Kim,^c Stuart B. Goodman,^d Philippe Hernigou,^e Quanjun Cui,^f William C. Lineaweaver,^b Jiake Xu,^g Wolf R. Drescher,^h and Ling Qin . J Orthop Translat. 2020 Mar; 21: 100–110.