

Bonus7-ostéonécrose aseptique et ostéochondrite disséquante

Objectifs CNCI		
- Item bonus: intervient dans fractures (C°) et douleur des articulations		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: Douleurs des membres et des extrémités - COFER	- Ostéonécrose < 10mm = ostéochondrite - Alcool / corticoïdes / fractures / drépanocytose - Liseré / ostéocondensation / aplatissement - Liseré hypoT1 / nécrose hypoT2	- Horaire mécanique - IRM pose le diagnostic - Décharge absolue ≥ 6S

Ostéonécrose aseptique

Définition

- **Ostéonécrose** = mort osseuse par ischémie. Elle peut être secondaire:
 - à une cause systémique (ostéonécrose de hanche ++)
 - à une cause mécanique (ostéonécrose de genou ++)
- **!! Remarques**
 - Par définition: ostéonécrose concerne **l'épiphyse** (sinon: infarctus osseux)
 - Si ostéonécrose < 10mm: on parle d'ostéochondrite disséquante (cf infra)

Etiologies

- **Troubles lipidiques (embolies graisseux)**
 - **Ethylisme** +++ (aigu et chronique)
 - **Corticoïdes** (fortes doses)
 - Dyslipidémie / pancréatite (!) / IRC
 - Maladie de Cushing / lupus / grossesse
- **Mécaniques / traumatiques**
 - **Fractures** (ex: col du fémur en coxa vara pour OATF)
 - Compression mécanique (ex: gonarthrose)
 - Microtraumatismes répétés (ex: os du carpe)
- **Autres étiologies**
 - Hémoglobinopathie: **drépanocytose** ++
 - Infection: VIH (par virus per se et antirétroviraux)
 - Maladie de surcharge (lysosomiales: M. de Gaucher)
- **Remarque: pathologies associées (mais non causales)**
 - Hyperuricémie / goutte / diabète

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - **Quelle que soit la localisation**
 - Douleur d'horaire **mécanique** / aspécifique
 - Installation aiguë voire brutale +++
 - Impotence fonctionnelle / boiterie
 - Limitations des mobilités articulaires
 - **Formes cliniques**
 - Ostéonécrose de la tête fémorale (OATF)
 - Ostéonécrose du condyle interne au genou
 - Ostéonécrose de la tête humérale à l'épaule
 - Ostéonécrose des os du carpe
- **Examens complémentaires**
 - **Pour diagnostic positif**
 - **Radiographies standards et stades évolutifs**
 - stade 1 = radiographie normale (apparition tardive: IRM ++)
 - stade 2 = déminéralisation et **ostéocondensation** hétérogène en regard
 - stade 3 = **liseré** radiotransparent sous-chondral (en « coquille d'oeuf »)
 - stade 4 = **aplatissement** de la tête / méplat voire effondrement

- stade 5 = arthrose secondaire
- stade 6 = destruction totale de la tête
- **IRM +++**
 - !! Systématique devant douleur mécanique sans arthrose à la radio
 - **Signe pathognomonique: liseré en hyposignal T1** de corticale à corticale
 - **Autres: hyposignal T2** de la nécrose / oedème péri-lésionnel en hyperT2
- **Autres**
 - **TDM:** uniquement pour suivi / affaissement et fracture de l'os
 - **Scinti:** hyperfixation de la nécrose non spécifique: aucun intérêt si IRM
- **Pour diagnostic étiologique**
 - EAL: CT-HDL-LDL et TG (cf dyslipdémie)
 - NFS (VGM) et BHC (GGT) (cf éthylisme)
 - Sérologie VIH (avec accord): systématique !
 - EP de l'Hb / AAN et anti-DNA: sur point d'appel
 - Glycémie et uricémie (bilan du terrain)

Complications

- **Fractures:** affaissement de l'épiphyse / perte de congruence articulaire
- **Arthrose:** évolution de la déformation: arthrose de progression rapide +++
- **Autres:** infection du segment nécrosé / ostéochondromatose

Traitement

- **Mise en condition:** hospitalisation selon contexte socio-familial
- **Mise en décharge +++ : décharge absolue** du membre pendant **6 semaines**
- **Traitement symptomatique:** antalgique adapté à la douleur (paracétamol +/- AINS)
- **Traitement des facteurs étiologiques ++ :** arrêt alcool ou corticoïdes, etc.
- **Traitement chirurgical:** si C°: décompression, ostéotomie, reconstruction de la tête...
- **Kinésithérapie:** apprentissage béquillage / rééducation au décours
- **Mesures associées:** HBPM (cf décharge) / adaptation professionnelle, etc.
- **Surveillance:** Cs de contrôle à 6S avec radiographies

Ostéochondrite disséquante

Définition

- Nécrose osseuse épiphysaire (// ostéonécrose aseptique)
- mais fragment nécrosé (séquestre) < **10mm**

Diagnostic

- **Examen clinique**
 - Asymptomatique +++ / à tout âge mais souvent entre 10-20ans
 - Signes aspécifiques: douleur mécanique / accrochages / blocages articulaires
 - **Formes cliniques**
 - Genou: condyle fémoral interne (portion inféro-externe) +++
 - Cheville: face supérieure du talus (= astragale)
 - Autres: condyle huméral / face interne de la rotule, etc.
- **Examens complémentaires**
 - **Radiographies standards**
 - Lacune sous-chondrale avec séquestre dedans: aspect « d'os dans l'os »
 - Si rupture: séquestre libre dans articulation
 - **IRM +++**
 - **Liseré en hyposignal T1** (// ostéonécrose) +/- oedème péri-lésionnel
 - Séquestre visible dans l'image lacunaire ou articulation si rompu
 - **Arthroscanner**
 - Bilan pré-thérapeutique: recherche rupture du cartilage +/- séquestre

Evolution

- !! Si lacune (« niche ») non rompue (recouverte par cartilage): asymptomatique +++
- **Si rupture de la lacune:**
 - Migration du séquestre dans l'articulation = blocages (inconstants)
 - Incongruence articulaire: risque évolutif = arthrose +++

Traitement

- **Immobilisation/décharge:** si lacune non rompue / peu symptomatique
- **Traitement chirurgical:** en cas de rupture et migration du séquestre
 - → curetage ou fixation du séquestre / greffe pour réfection lacune, etc.

