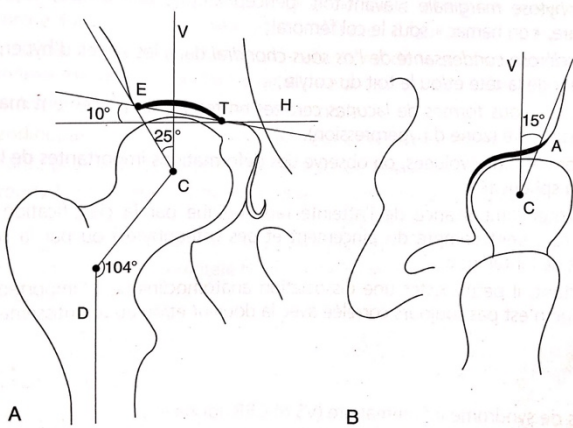
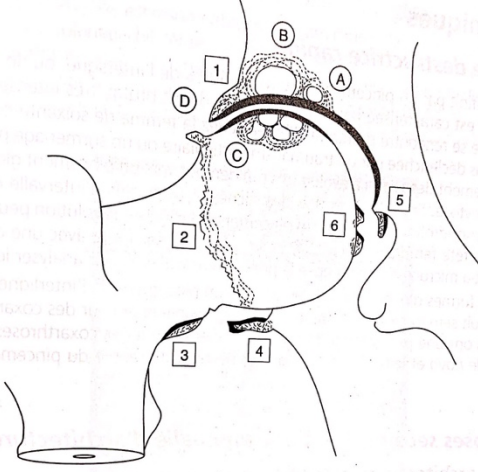


Item 125 - Arthrose

Coxarthrose (⇔ art° coxofémorale)							
Epidémiologie	40-75 ans - F>H - Favorisée 50% cas par anomalie						
Diagnostic	Douleur pli aine, +/- irradiation face ant cuisse iu antéro-int +/- douleur projetée au genou, +/- douleur grand trochanter, postérieures de la fesse - Horaire mécanique Retentissement fonctionnel : HOOS, WOMAC, indice de Lequesne +/- boiterie, +/- fessum vicieux - Douleur lors mobilisation 						
Radiographie	Bassin de face Faux profil de Lequesne Classification de Kellgren et Lawrence Pincement localisé interligne (supéro-ext +) Ostéophytose marginale : avant-toit, péricéphalique, céphalique post-inf, en hamc sous le col fémoral Ostéosclérose condensante de os sous chondral Géodes en lacunes inversées - Formes évoluées : perte sphéricité de tête fémorale  Fig. 9.3. Coxarthrose polaire supérieure. A. Pincement articulaire supéro-externe. B. Ostéocondensation sous-chondrale. C. Géodes sous-chondrales. D. Ostéophytose. 1. cotyloïdienne; 2. péricapitale; 3. cervicale inférieure; 4. sous-capitale; 5. de l'arrière-fond du cotyle; 6. périfovéale.						
Biologie	Pas de SIB - Examen liquide synovial inutile (< 1000 éléments/mm³, absence de microcristaux)						
Formes cliniques	<u>Coxarthrose destructrice rapide</u> : - Pincement interligne > 50% ou 2 mm en 1 an (forme très rapide) / 1mm/an (forme semi-rapide) - Douleur brutale, intense ++, recrudescence nocturne, +/- déclenchée par trauma articulaire ou surmenage physique - F 65 ans, obèse - Evolution vers pincement global ou vers ostéolyse de tête fémorale - Si doute avec coxite => ponction articulaire <u>Coxarthrose secondaire à anomalie architecturale</u> : <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Vices architecturaux congénitaux</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dysplasie supéro-ext ou dysplasie luxante</td><td> - Fréquence ++, dépistage à naissance → Anomalie extrémité sup fémur (coxa valga : à cervico-diaphysaire > 140° + coxa antetorsa : antéversion anormale) → Dysplasie toit du cotyle ++ : insuffisance de couverture toit du cotyle VCE et VCA < 20° - Différents degrés de dysplasie : dysplasie simple, subluxation du cintre, luxation complète </td></tr> <tr> <td>Dysplasie interne ou protrusion acétabulaire</td><td> 5% des coxarthroses - F>H, bilatérale - Début + tardif, évolution + lente </td></tr> </tbody> </table>	Vices architecturaux congénitaux		Dysplasie supéro-ext ou dysplasie luxante	- Fréquence ++, dépistage à naissance → Anomalie extrémité sup fémur (coxa valga : à cervico-diaphysaire > 140° + coxa antetorsa : antéversion anormale) → Dysplasie toit du cotyle ++ : insuffisance de couverture toit du cotyle VCE et VCA < 20° - Différents degrés de dysplasie : dysplasie simple, subluxation du cintre, luxation complète	Dysplasie interne ou protrusion acétabulaire	5% des coxarthroses - F>H, bilatérale - Début + tardif, évolution + lente
Vices architecturaux congénitaux							
Dysplasie supéro-ext ou dysplasie luxante	- Fréquence ++, dépistage à naissance → Anomalie extrémité sup fémur (coxa valga : à cervico-diaphysaire > 140° + coxa antetorsa : antéversion anormale) → Dysplasie toit du cotyle ++ : insuffisance de couverture toit du cotyle VCE et VCA < 20° - Différents degrés de dysplasie : dysplasie simple, subluxation du cintre, luxation complète						
Dysplasie interne ou protrusion acétabulaire	5% des coxarthroses - F>H, bilatérale - Début + tardif, évolution + lente						

		- VCE > 35°, HTE 0-5°, débordement de la ligne acétabulaire ne dedans de la line ilio-ischiatique
	Vices architecturaux acquis	
	Coxa plana	- Séquelles d'ostéochondrite de l'enfance (maladie de Leggs, Perthes et Calvé) - Garçons 5-10 ans - Fragmentation noyau céphalique => déformation en « béret basque » de tête fémorale (à l'âge adulte)
	Coxa retorsa	- Séquelle épiphysiolyse de adolescent - Garçon 10-16 ans, bilatérale, obésité - Glissement de tête fémorale en bas et en arrière + ostéophytose du col fémoral sup
	▪ <u>Coxarthroses 2aires à une autre pathologie de hanche</u> : fractures du cotyle ou du toit cotylien, ostéonécroses de la tête fémorale, coxites évoluées 2aire à une maladie destructrice, maladie de Paget, inégalité des MI	
Diagnostics différentiels	▪ Cruralgie ▪ Ostéonécrose aseptique de tête fémorale ▪ Tendinopathie du moyen fessier ▪ Fissure ostéoporotique du bassin (sacrum ou hanche) ▪ Algodystrophie de hanche (T3 de grossesse) ⇒ +/- IRM, arthroscanner	
Pronostic	▪ Grandes variations interindividuelles : pincement articulaire 0,2-0,3 mm/an	
Traitement	▪ <u>Tt médical</u> : ménagement de art° douloureuse, rééducation douce, antalgiques, AINS (poussées) ▪ <u>Chirurgie</u> : ○ <i>Tt chirurgical conservateur</i> : chirurgie préventive (sujet < 50ans, dysplasie luxante douloureuse) => correction précoce d'une malformation subluxante (ostéotomie fémorale sup de varisation si coxa valga ou butée cotyloïdienne / ostéotomie du bassin de type Chiari si insuffisance de couverture de la tête) ○ PTH : durée de vie de prothèse 20 ans ▪ <u>Complications</u> : hématome, phlébite, arthrite septique précoce, retard de cicatrisation, luxation de prothèse, descellement prothétique précoce, détérioration cotyloïdienne, fissure périprothétique, ossification périprothétique	

Gonarthrose (↔ art° genou)		
	Arthrose fémorotibiale	Arthrose fémoropatellaire
Epidémiologie	▪ La plus fréquente du MI ▪ 40-75 ans ▪ Arthrose fémoro-patellaire, arthrose fémoro-tibiale (interne +++, externe) ▪ Favorisée par trb statique des MI (genu varum ou valgum)	▪ F> H ▪ > 40 ans ▪ Bilatérale et symétrique ▪ Compartiment ext ++ ▪ FdR : dysplasie fémoropatellaire, chondromalacie rotulienne, luxations de rotule
Diagnostic	▪ Raideur du genou ▪ Douleur diffuse et globale du genou, horaire mécanique (poussées inflammatoires) ▪ Retentissement fonctionnel : KOOS, WOMAC, indice de Lequesne ▪ +/- boiterie, craquements audibles, épanchement intra-articulaires (choc rotulien, signe du glaçon), tuméfaction du creux poplité (kyste poplité), amyotrophie du quadriceps ▪ Si arthrose évoluée : aspect globuleux, flessum	▪ Douleur face ant du genou, déclenchée par descente des escaliers, station assise prolongée, agenouillement, extension contrariée de jambe, pression rotule sur genou fléchi, à la palpation de rotule, lors manœuvre du rabot, manœuvre de Zohlen ▪ +/- signes d'accrochage douloureux, épanchements
Radiographie	<u>Genou F/P</u> <u>Défilé fémoropatellaire</u> <u>Cliché en schuss</u>	<u>Incidences axiales</u> <u>incidences F/P en charge</u>

	- Pincement interligne - Ostéophytose marginale externe ou interne - Ostéophytose des épines tibiales - Ostéophytose située en avant et en arrière du tibia, face post du condyle, au-dessus de la trochée - Ostéosclérose sous-chondrale avec des géodes	- Diminution ou disparition de interligne externe - Ostéophytose rotulienne trochléenne externe - Translation rotulienne en dehors par usure du cartilage
Biologie	▪ Pas de SIB	▪
Formes cliniques	▪ <u>Gonarthrose destructrice rapide</u> : - Aggravation rapide du pincement articulaire : > 50% en 1 an - Surtout chez patients avec épanchements chroniques du genou - Rechercher existence d'une chondrocalcinose articulaire associée ▪ <u>Gonarthroses secondaires</u> à : arthrite chronique (PR, spondylarthrite, arthrite septique, arthropathie métabolique), ostéonécrose, maladie de Paget. => souvent atteinte tri-compartimentale	▪
Diagnostics différentiels	▪ Atteinte coxo-fémorale projetée ▪ Atteinte méniscale isolée ▪ Arthropathie microcristalline évoluant à bas bruit ▪ Ostéonécrose d'un condyle fémoral ▪ Fissure d'un plateau fémoral	▪
Pronostic	▪ Grandes variations interindividuelles ▪ Si épanchement synovial à répétition => mauvais pronostic	▪ Variable ▪ Association fréquente à amyotrophie du quadriceps, épanchement articulaire, +/- kyste poplité
Traitement	▪ <u>Tt médical</u> : ménagement de art° douloureuse, perte de poids, rééducation douce, antalgiques, AINS locaux ou per os (poussées), infiltrations de corticoïdes (épanchements) / acide hyaluronique (gonalgies mécaniques sans épanchements), orthèse, crénothérapie ▪ <u>Chirurgie</u> : ○ <i>Tt chirurgicale conservateur</i> : Ostéotomie de réaxation (de valgisation ou de varisation) : avant 65 ans sur genou stable sans laxité avec gonarthrose peu évoluée ○ Prothèse de genou : PTG ou prothèse unicompartmentale	▪ <u>Tt médical +++</u> : kiné + antalgiques, infiltrations corticoïdes lors poussées, rééducation ▪ <u>Chirurgie</u> (transposition de la tubérosité tibiale, patellectomie, arthroplastie totale de la rotule)

Arthrose digitale	
Epidémiologie	▪ Base du pouce ++, articulation interphalangienne distale +++++ (interphalangienne proximale) ▪ Association à arthrose des genoux ++ ▪ Favorisée par microtraumatismes répétés ou vice de la statique du 1^{er} métacarpien
Diagnostic	▪ Tuméfactions nodulaires => déformations importantes (nodules d'Heberden aux interphalangiennes distales, nodosités de Bouchard aux interphalangiennes proximales) ▪ Rizarthrose : douleurs de la racine du pouce et partie ext du poignet, mobilisation trapézométacarpienne douloureuse, articulation hypertrophiée, +/- petit épanchement. Si forme évoluée : pouce adductus + amyotrophie loge thénar
Radiographie	- Pincement interligne - Ostéophytose latérale => nodosités - Géodes sous-chondrales
Formes cliniques	<u>Arthrose digitale érosive</u> : ▪ Poussées inflammatoires locales congestives des articulations des doigts ▪ Douleurs intenses, inflammatoires, réveils nocturnes ▪ Rx : érosions avec géodes et pincement tptam (aspect en aile de mouette)
Pronostic	▪ Retentissement : indice de Dreiser, score AUSCAN ▪ Régression et une diminution des douleurs dans le temps mais installation de nodules
Traitement	▪ <u>Tt médical</u> : rééducation, antalgiques, AINS, infiltrations cortisoniques, orthèse ▪ <u>Chirurgie</u> : exceptionnelle. Réaxation, blocage de articulation (arthrodèse) ou remplacement prothétique ▪ <u>Chirurgie de la rhizarthrose</u> : trapézectomie, prothèse trapézométacarpienne, arthrodèse

	Omarthrose	Arthrose de cheville
Epidémiologie	▪ Scapulo-humérale +++	▪ 2aire : post-traumatique, nécrose de astragale, chondrocalcinose, maladie de surcharge (hémochromatose)
Diagnostic	▪ Douleur mécanique, longtemps bien tolérée => enraidissement	▪ Douleurs mécaniques en orthostatisme et à la marche ▪ Déficit de extension
Radiographie	- Pincement interligne - Condensation os sous-chondral - Ostéophytose (partie inf de glène ++, en « battant de cloche ») - Si omarthrose excentrée : + diminution de espace sous-acromial voire néoarticulation acromiohumérale	
Formes cliniques	▪ <u>Omarthrose excentrée</u> : 2aire à rupture de coiffe ▪ <u>Omarthrose centrée (primitive)</u> : rechercher une cause 2aire (PR, chondrocalcinose)	▪
Traitement	○ Tt médical symptomatique ○ Si omarthrose excentrée R au Tt : prothèse inversée ○ Omarthrose centrée et pas de rupture de coiffe : prothèse totale d'épaule	▪ Mesures orthopédiques ▪ Arthrodèse si cas extrêmement invalidant