

# OSTÉOCHONDRITE PRIMITIVE DE LA HANCHE

*L'ostéochondrite de hanche peut se définir comme étant une nécrose (mort) de la tête du fémur de l'enfant.*

## CAUSES ET CONSEQUENCES DE LA MALADIE

Cette pathologie survient le plus souvent chez l'enfant d'âge moyen (entre 3 et 10 ans). Certains facteurs de risques sont reconnus (garçon, obésité, turbulence).

Cette maladie est due à des oblitérations successives d'une artère qui passe à la face postérieure du col du fémur. De ce fait, le sang ne peut plus arriver à la tête du fémur qui va se nécroser de façon plus ou moins importante. Ensuite de l'os nouveau va remplacer l'os mort donc la tête va se reconstruire, mais plus ou moins bien.

Les signes cliniques de l'ostéochondrite de hanche sont habituellement discrets. Chez un enfant en excellent état général, une douleur de hanche ou une boiterie vont attirer l'attention. Ces signes sont en général peu importants et fugaces. C'est leur répétition qui amène le plus souvent à consulter. Il faut savoir que parfois la douleur irradie à la face antérieure de la cuisse voire au genou.

L'examen clinique va retrouver une raideur de la hanche. On observe également souvent une diminution de volume des muscles de la cuisse du côté atteint. L'enfant est en excellent état général, et en particulier il n'a pas de fièvre.

Le diagnostic de l'ostéochondrite est affirmé par la radiographie. Celle-ci va retrouver des signes de souffrance de la tête de fémur. Il y a plusieurs stades radiologiques suivant l'évolution de la maladie. La radio va donc déterminer le stade évolutif mais également l'importance de l'atteinte de la tête. Dans les cas difficiles, notamment au début de l'évolution, on peut s'aider d'exams plus sophistiqués tels que la scintigraphie ou l'I.R.M.

## TRAITEMENT

L'ostéochondrite est une maladie longue (12 à 18 mois le plus souvent, parfois jusqu'à 2 ou 3 ans). La tête fémorale se reconstruit toujours. Le problème est que pendant cette période de reconstruction, l'os nouveau est "mou" et que la tête peut donc se déformer, ce qui peut entraîner de l'arthrose plus tard. Le traitement va donc consister à obtenir un recentrage ou un "emboîtement" de la meilleure qualité possible de cette tête dans le bassin, afin qu'elle puisse se remodeler correctement pendant sa reconstruction. Pour ce faire nous avons plusieurs traitements possibles.

Il existe tout d'abord des traitements orthopédiques. Le recentrage de la tête est obtenu par des appareils. Le traitement commence par une mise en traction (on met des poids au bout des jambes) qui permet d'assouplir la hanche. Au bout d'un certain temps (en général quelques semaines) la hanche est assouplie et l'on peut alors mettre en place l'appareil qu'on appelle orthèse. Il en existe plusieurs types. Ces orthèses permettent à l'enfant de déambuler tout en protégeant sa hanche. Ceci va donc permettre à l'enfant de mener une vie familiale aussi proche que possible de la normale. Le problème de ces appareils est leur caractère encombrant, mais les enfants s'y adaptent remarquablement bien. Parallèlement, on entretient les mobilités de la hanche par de la rééducation. L'enfant est régulièrement vu en consultation (en moyenne tous les 4 mois) avec des radiographies, et ce jusqu'à la guérison de la tête fémorale. Ceci impose un port d'orthèse prolongé.

Dans certains cas la maladie peut malheureusement évoluer de façon défavorable même sous appareil. Dans ces cas il faut discuter un traitement chirurgical. Celui-ci repose sur des ostéotomies (on sectionne l'os pour le réorienter). Ces ostéotomies peuvent porter sur le fémur le bassin ou les deux. Elles accélèrent en général le cours évolutif de la maladie. Il s'agit du seul recours quand la tête "déborde" en dehors du bassin. Elles sont suivies d'un plâtre puis l'enfant pourra reprendre progressivement l'appui.

Il faut savoir que même quand la maladie est "guérie", il faut suivre l'enfant jusqu'à la fin de la croissance. Ceci permet de vérifier que l'architecture de la hanche reste satisfaisante et qu'il n'apparaît pas une inégalité de longueur (en effet le membre atteint peut grandir moins vite que l'autre du fait de la maladie). Si tel est le cas, cette inégalité peut nécessiter également un traitement.

MAJ 28/01/2004

Dr E. LENEVEU