

Dr Imen BENCHARIF
Maître-assistante
Rhumatologie

ARTHROSES

I- Définition- Généralités:

- Selon l'OMS: « l'arthrose est la résultante des phénomènes mécaniques et biologiques qui déstabilisent l'équilibre entre la synthèse et la dégradation du cartilage et de l'os sous-chondral. Ce déséquilibre peut être provoqué par plusieurs facteurs : génétiques, congénitaux, métaboliques et traumatiques »

II- Epidémiologie :

La + fréquente des affections rhumatologiques

-- L'arthrose "radiographique" = 50-80 % population adulte → 40-60 % symptomatiques

Pb de santé publique → couteuse +++

Augmente avec l'âge: la moitié de sujets > 65 ans

Sexe :

Hommes = femmes avant la ménopause

Hommes < femmes après la ménopause

GONARTHROSE

■ **DEFINITION:** ACR 3 des 4 critères

1. Age > 50 ans
2. Douleurs mécaniques du genou
3. ostéophyte ou pincement de l'interligne fémoro-tibial ou fémoro-patellaire
4. VS < 20 mm

II- Epidémiologie:

- La plus fréquente des arthroses

- Pourquoi le genou?

• constituée de 3 compartiments partiellement autonomes : fémoro-tibiaux int et ext, et fémoro-patellaire

• stable grâce à un appareil ménisco-ligamentaire complexe et fragile

• Superficielle : exposée aux traumatismes

• Portante +++ : supporte le poids du corps en totalité lors de l'appui monopodal au cours de la marche

-Topographie : AFP: 35%; AFT interne : 45-50%; AFT externe moins fqte

L'AFP associée à AFT:15-20 %; Association habituelle : AFT int + AFP

III- Facteurs de risque :

Facteurs généraux : vieillissement; sexe féminin (après 50 ans)
Facteurs biomécaniques : surcharge pondérale (obésité); déviations axiales en genu varum (++)
Traumatismes du genou : ménissectomie++; lésions méniscales; microtraumatisme; profession à risque (flexion répétée des genoux et port de lourdes charges)

IV- arthrose fémoro-patellaire :

A- Clinique : un syndrome rotulien

- douleur à la face antérieure du genou, mécanique, à la montée et descente d'escaliers ++
- **signe du rabot** : craquement à la mobilisation de la rotule plaquée sur le fémur - évolue par poussées avec rémission de durée variable, parfois poussées congestives avec hydarthrose.

B- Biologie :

- VS et CRP normales
- En cas d'épanchement → ponction : liquide mécanique: liquide visqueux, jaune citrin, formule mécanique (<2000éléments/mm dont moins de 50%de PN), absence de cristaux de Ca^{++} ou d'urates, recherche de germes négative

C- Radiologie :

* Les radiographies standards : Incidences de face et profil en charge et incidences axiales à 30 et 60°.

- ostéophytose rotulienne;
- pincement fémoro-patellaire externe
- malposition externe de la rotule

V- Arthroses fémoro-tibiales :

touche les compartiments fémoro-tibiaux interne et externe

A- Clinique :

- Douleur antérieure, antéro-interne ou externe, plus rarement postérieure, mécanique (à la marche)
- La palpation déclenche une douleur à la pression de l'interligne interne ou externe ou sur l'insertion des ligaments latéraux
- Déviation axiale des membres inférieurs : genu valgum ou varum
- Parfois augmentation du volume du genou : soit par hydarthrose soit du fait du pannicule adipeux péri rotulien ou par hypertrophie des extrémités osseuses
- L'AFT externe est plus lente et mieux tolérée que l'AFT interne

B- Biologie : Idem AFP

C- Radiologie:

- * clichés de face en charge, incidence schuss (à 30° de flexion) qui détecte un pincement même minime
- pincement fémoro-tibial interne ou externe
- ostéocondensation et géodes sous chondrales du plateau tibial
- Ostéophytose marginale, tibiale et condylienne du côté du pincement avec hypertrophie des épines tibiales

VI- Traitement :

- 1- Hygiène de vie et rééducation fonctionnelle :
 - réduction de la charge pondérale
 - Proscrire les sports violents (tennis, football)
 - Conseiller : natation, gymnastique aquatique, marche sur terrain plat (en dehors des poussées congestives)
 - Rééducation : renforcement du quadriceps
- 2- Traitement antalgique : selon les paliers de l'OMS +/- AINS courte durée
- 3- Traitements anti-arthrosiques à effet différé: bien tolérés, prescrits au long cours. Piasclédine, Chondroïtine sulfate
- 4- Viscosupplémentation : infiltration avec un produit visqueux afin de diminuer les contraintes intra-articulaires
- 5- Traitement chirurgical :
 - ostéotomie de réaxation
 - Prothèse totale du genou

COXARTHROSE

: eupiniil -A

■ **DEFINITION:** ACR 3 des 4 critères

1. Age > 50 ans
2. Douleurs mécaniques de la hanche
3. ostéophyte ou pincement de l'interligne coxo-fémorale
4. VS < 20 mm

A- CLINIQUE:

- **Douleurs mécaniques**, irradiant à l'aine jusqu'au genou, calmées par le repos, accrues par la marche, station assise prolongée, accroupissement, **montée** des escaliers
- **gêne pour lacer les chaussures, se lever d'un siège ou sortir de voiture**
- **raideur articulaire** fréquente à la marche, bref dérouillage matinal
- Évolution lente, progressive, parfois poussées inflammatoires

EXAMEN CLINIQUE COMPARATIF:

Limitation douloureuse des mobilités: **EXTENSION+++**, **ROTATION INT**, **ABDUCTION**,
FLEXION active et passive longtemps conservée
Atrophie musculaire: quadricipitale, fessière

B-RADIOGRAPHIES: Bassin de face debout (coxo-fémorales en RI à 15°), faux profil de Lequesne debout

- ✓ **Pincement Localisée**
- ✓ **Osteocondensation sous-chondrale + Géodes**
- ✓ **Ostéophytose**

} PLOGO

C- ETIOLOGIES:

• **Coxarthrose primitive:** 40%
F>H, 60- 70 ans, obèse, uni ou bilatérale

• **Coxarthrose secondaires:** 60%

Dysplasie congénitale luxante, protrusive, polyépiphysaire, trauma, coxite, ostéonécrose

ostéochondrite de l'enfant: maladie de Legg-Perthes _ Calvé: coxa plana

Epiphysiolyse de l'enfant: coxa rétorsa et coxa vara