



L'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (ONTF)

Des signes cliniques au traitement - Fiche

patient

Dr Maxime-Louis Mencière - juillet 2015



Définition

L'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (ONTF) est une pathologie mécanique fréquente de la hanche. Il s'agit de la mort d'une portion plus ou moins volumineuse de la tête du fémur secondaire à des troubles de la vascularisation osseuse, entraînant progressivement une déformation de l'articulation et, à terme, une arthrose secondaire de la hanche (coxarthrose secondaire).

L'ONTF peut être primitive (c'est-à-dire qu'on ne retrouve pas de cause) ou secondaire à un ou plusieurs facteurs de risque comme

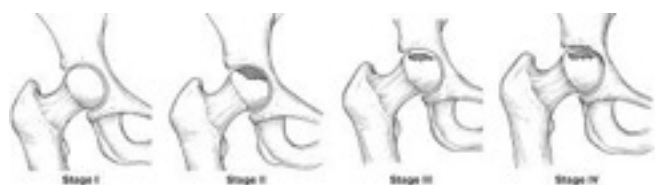
- les traumatismes (fracture de la tête ou du col du fémur, luxation de hanche...)
- certains médicaments comme les corticoïdes
- certains toxiques notamment alcool
- certaines pathologies: maladie des caissons hyperbares, maladie de Gaucher, Radiothérapies, Chimiothérapies, hypertriglycéridémie...

Symptômes (signes cliniques)

L'ONTF de la hanche est une pathologie évoluant progressivement avec des épisodes de poussées douloureuses. Les douleurs siègent le plus souvent au niveau du pli de l'aîne mais peuvent également être plus latérales. Elles surviennent lors des activités physiques comme le sport, la marche, la montée/descente des escaliers ou même lors des activités sexuelles.

Diagnostic / Classification

Le diagnostic d'ostéonécrose de la tête fémorale est fait le plus souvent sur les examens radiographiques standards. Il peut être nécessaire de recourir à l'IRM de hanche dans les cas débutants au cours desquels les radiographies sont normales. L'avantage de l'IRM est également de dépister une éventuelle ostéonécrose sur la hanche controlatérale qui peut être asymptomatique (sans qu'aucun signe clinique ne se fasse ressentir).



L'ONTF évolue en plusieurs stades radiologiques correspondant à la classification de FICAT (ci-contre).

- St I: radiographies normales (ONTF visible seulement à l'IRM)
- St II: ONTF visible à la radiographie et sphéricité de la tête fémorale conservée.
- St III: perte de sphéricité de la tête fémorale
- St IV: coxarthrose secondaire à l'ONTF.

Traitement médical

Le traitement médical de l'ONTF ne permet pas de limiter la progression de la maladie, il est donc réservé aux patients ayant des contre-indications à l'anesthésie ou chez lesquels une intervention chirurgicale pourrait être trop risquée. Il est également de mise dans l'attente de l'intervention chirurgicale.

Le traitement de l'ONTF repose essentiellement sur le traitement de la douleur et sur la mise en décharge de l'articulation. Pour cela, le patient doit marcher avec des cannes anglaises en limitant au maximum l'appui sur sa hanche pathologique pour éviter qu'elle ne se déforme d'avantage. Cette mesure n'est utile que dans les stades précoces de la maladie (St I et II de FICAT) pour lesquels un traitement chirurgical conservateur est envisagé.

Le traitement de la douleur repose sur les antalgiques (paracétamol, tramadol, codéine, morphine...) et sur des cures courtes d'anti-inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) lors des poussées douloureuses.

Traitement chirurgical



- Dans les stades I et II de FICAT, lorsque la tête fémorale est encore sphérique, et dans les ONTF de petite taille, le traitement chirurgical est conservateur. Il est possible d'effectuer un Forage du col du fémur afin de rétablir une néo-vascularisation de la tête fémorale et de diminuer la pression intra-articulaire de la hanche. Ce forage s'effectue le plus souvent sous anesthésie générale. La cicatrice se situe à la face latérale de la cuisse, le forage est effectué sous contrôle radiographique et doit aboutir dans la zone de nécrose de la tête fémorale. Il est possible d'effectuer un forage simple ou associé à une greffe de moelle osseuse ou d'os spongieux au sein de la zone de nécrose.

- Lorsque la tête fémorale n'est plus sphérique ou que la zone de nécrose est trop volumineuse, il est nécessaire de réaliser une arthroplastie totale de hanche (prothèse de hanche) visant à remplacer l'articulation de la hanche. La prothèse est constituée d'une tige fémorale implantée à l'intérieur du fémur, d'une cupule acétabulaire placée dans le cotyle pouvant être en céramique ou en poly-éthylène (plastique dur) et d'une tête fémorale pouvant être en céramique ou métallique (alliage de chrome et de cobalt).



Cette intervention chirurgicale est réalisée le plus souvent sous anesthésie générale mais est également possible sous rachianesthésie (similaire aux péridurales effectuées

lors accouchements lors desquelles seules les jambes dorment) et nécessite une hospitalisation de 3 à 5 jours dans la majorité des cas.

La voie d'abord utilisée (chemin emprunté par votre chirurgien pour aller jusqu'à votre hanche) peut être postérieure (dans la majorité des cas) ou antérieure. La voie postérieure nécessite entre-autre de couper des muscles situés à l'arrière de la hanche qui seront alors réinsérés en fin d'intervention. La conséquence de cette section est un risque de l'ordre de 1 à 2% de luxation de la prothèse (les deux éléments de la prothèse se déboitent) nécessitant de la réduire sous anesthésie générale au bloc opératoire lors d'une hospitalisation courte. Ce risque de luxation est diminué par l'utilisation de tête fémorale prothétique de plus grand diamètre (32 ou 36mm au lieu de 22 ou 28mm) ou de cotyle dit à double mobilité. La voie antérieure a l'avantage de ne couper aucun muscle mais à l'inconvénient d'être de pratique plus difficile chez certains patients selon la forme de leur hanche (coxa-vara, col fémoral court, arthrose protrusive) ou chez les patients musclés (hommes jeunes). Le risque de luxation lors de cette voie d'abord est quasiment nul et cela représente son avantage le plus important.

Suites opératoires et rééducation

Les forages de hanche sont réalisés lors d'une hospitalisation courte ou en ambulatoire lorsque les conditions sont optimales. Les soins de pansement sont à effectuer par une infirmière deux fois par semaine et les agrafes sont à retirer au 15^{ème} jour postopératoire. L'appui est soulagé par deux cannes anglaises pour une durée de 1 mois afin de diminuer le risque de fracture du col du fémur. Une anticoagulation préventive (piqûres contre les phlébites) est mise en place pour cette période (avec un contrôle hebdomadaire du taux de plaquettes à fournir à votre médecin traitant) et la mobilisation n'est pas limitée. Si de la rééducation est nécessaire, celle-ci sera prescrite par votre chirurgien lors de la consultation de contrôle 1 mois après l'intervention.

Après une prothèse totale de hanche, un drain est laissé en place 24 à 48 heures pour éviter les hématomes postopératoires et les perfusions sont également retirées à ce moment. Le premier lever est réalisé le soir de l'intervention ou le lendemain matin. La marche en appui complet est reprise dès le premier lever sous couvert de cannes anglaises initialement qui seront abandonnées très rapidement. La montée et la descente des escaliers sont réalisées lors de l'hospitalisation avec le kinésithérapeute.

Les fils ou agrafes sont à garder 15 jours en moyenne après l'intervention, les pansements sont à faire refaire par une infirmière deux fois par semaine et doivent être maintenus au propre et au sec pendant toute la durée de la cicatrisation. Si la plaie devient rouge, chaude et qu'un écoulement se produit durant cette période, vous devez prendre contact rapidement avec votre chirurgien pour qu'il contrôle votre pansement.

Vous sortirez d'hospitalisation avec une ordonnance d'antalgiques (pour la douleur) et d'anticoagulant à effectuer de manière quotidienne pendant 6 semaines avec un contrôle hebdomadaire du taux de plaquettes à fournir à votre médecin traitant.

L'essentiel de la rééducation est de marcher au maximum avec une canne initialement afin d'éviter les chutes puis sans canne. Votre kinésithérapeute vous apprendra à effectuer de manière sûre les gestes de la vie quotidienne.

Certains patients arrivent à reprendre une activité sportive après prothèse totale de hanche comme le vélo, la natation, la course à pied ou le golf. Le sport est autorisé à la condition d'être repris de manière progressive et sans douleur. En cas de douleur brutale ou de craquement inhabituel, vous devez consulter un chirurgien orthopédiste afin de contrôler votre prothèse par un examen clinique spécialisé et des radiographies de votre hanche.

Votre prothèse de hanche nécessite une surveillance régulière par un chirurgien orthopédiste afin de diagnostiquer précocement les complications pouvant survenir. Il est important de vous présenter à tous les rendez-vous qu'il vous donne même si tout va bien.

Les complications.

Comme toute intervention chirurgicale, il existe des risques à la réalisation d'un forage de la tête fémorale ou à la mise en place d'une prothèse totale de hanche. Vous trouverez ici une liste des complications les plus fréquentes mais **cette liste ne peut être exhaustive**.

- Les risques liés à l'anesthésie vous seront expliqués par l'anesthésiste en consultation de pré-anesthésie.

COMPLICATIONS DU FORAGE DE HANCHE:

- La fracture du col du fémur est le risque le plus important du forage de hanche. Cette fracture peut survenir en cas de chute ou de traumatisme de la hanche, ce pourquoi la marche doit être protégée par deux cannes anglaises durant un mois en postopératoire.

- L'infection du site opératoire est un risque qui est évité au maximum par les mesures d'hygiène encadrant votre intervention mais il ne peut être nul.

- L'os étant une structure bien vascularisée, il est possible qu'un hématome postopératoire se constitue dans les suites d'un forage de hanche. Il nécessite alors de soulager la douleur par les antalgiques et d'appliquer de la glace sur la hanche. En cas d'hématome volumineux, il peut être nécessaire de l'évacuer lors d'une nouvelle intervention chirurgicale.

COMPLICATIONS DE LA PROTHÈSE TOTALE DE HANCHE

- La luxation a déjà été abordée plus haut dans cette fiche.

- L'infection de la prothèse est un risque de l'ordre de 1%. Son traitement consiste en un lavage de la prothèse (nouvelle intervention chirurgicale) et une antibiothérapie prolongée (6 à 12 semaines). Il est possible que votre prothèse soit changée pour la prise

en charge de l'infection (en 1 seul temps opératoire ou en deux temps opératoires séparés d'un intervalle de 6 à 8 semaines en fonction du type de bactérie ou du type d'infection). Pour réduire le risque d'infection, vous devrez réaliser un bilan de dépistage pour traiter une éventuelle contamination des urines ou du nez par des bactéries résistantes aux antibiotiques (les résultats sont à donner à l'anesthésiste en consultation). L'infection peut survenir après un délai de plusieurs années après la mise en place de votre prothèse. Dans ces cas, les bactéries viennent du sang à partir d'une infection autre comme un abcès dentaire ou une bronchite, un panaris... Il est donc très important de ne pas laisser trainer ce type d'infection et de consulter rapidement votre médecin en cas d'infection de ce type.

- La compression (par un hématome) ou l'étirement du nerf sciatique est un risque de la voie d'abord postérieure. Elle entraîne une incapacité à relever le pied et les orteils et nécessite la mise en place d'une attelle sur mesure pour marcher. Cette paralysie récupère très lentement (6 mois à 1 an) et la récupération peut rester incomplète.

- L'hématome postopératoire est un risque qui est diminué grâce au drain laissé en place 24 à 48 heures après votre intervention. Son risque est augmenté si vous prenez un traitement anticoagulant (traitement fluidifiant le sang) pour une autre pathologie. En cas de survenue, il sera nécessaire de l'évacuer lors d'une nouvelle intervention.

- La thrombose veineuse profonde (ou phlébite) et l'embolie pulmonaire est une complication rare dont le risque est diminué par le traitement anticoagulant qui vous est administré par injection quotidienne par une infirmière pendant 6 semaines après l'intervention.

- Suite à la mise en place d'une prothèse totale de hanche, il peut exister une inégalité des deux jambes entraînant une légère boiterie. Cette inégalité est souvent inférieure à 1 centimètre.

- Le descellement de la prothèse correspond au moment où la prothèse n'est plus ancrée dans l'os. Cela entraîne des douleurs de plus en plus invalidantes. Ce descellement peut être dû à l'usure de votre prothèse qu'il est nécessaire de surveiller lors de consultations régulières. En cas de descellement, il est nécessaire de changer toute ou une partie de votre prothèse (voir la fiche Reprise de prothèse totale de hanche). Le descellement survient en moyenne entre 15 et 20 ans en fonction de votre type de prothèse mais peut survenir plus tôt en cas de traumatisme, de fracture, de luxations...

- D'autres complications plus rares sont possibles. Pour plus d'information, vous pouvez consulter votre chirurgien orthopédiste.