



Le conflit fémoro-acétabulaire

Des signes cliniques au traitement - Fiche patient

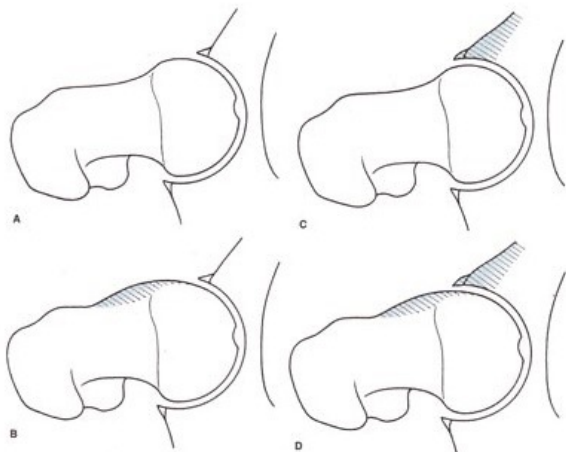
Dr Maxime-Louis Mencière - juillet 2015

Définition

Le conflit fémoro-acétabulaire (CFA) se traduit par un contact anormal et prématuré entre le col du fémur et l'acétabulum (partie du bassin s'articulant avec le fémur pour former la hanche) lors de certains mouvements (flexion-rotation interne++). Il s'agit d'une pathologie retrouvée le plus souvent chez le patient jeune et sportif (athlétisme, sports de combat, foot, hockey sur glace, rugby...). Cette anomalie est à l'origine d'une grande partie des arthrose de hanche (coxarthrose) du sujet jeune et sa prise en charge adaptée permet de retarder l'usure de la hanche.

Il existe deux grands types de CFA.

L'effet came (cf figure B) est dû à une « bosse » (ou « bump ») présente sur le col du fémur ou à un défaut de sphéricité de la tête fémorale. Cette excroissance se trouve sur la partie antérieure et supérieure du col du fémur et entraîne des lésions de délamination du cartilage sur la partie haute de l'acétabulum ainsi que des lésions du bourrelet glénoïdien. L'effet Tenaille (ou effet Pince) est secondaire à un rebord anormalement important de la paroi antérieure de l'acétabulum (cf figure C) qui est alors trop recouvrante sur la tête



fémorale. Le contact prématuré entre la partie du cotyle et la tête du fémur entraîne des lésions postérieures sur le cartilage de la tête fémorale (lésions dites de contre-coup) à l'origine des arthroses postérieures de la hanche. En réalité, dans la plupart des cas, les deux types de CFA sont réunis (cf figure D).

Causes du CFA (étiologies)

Plusieurs pathologies peuvent être à l'origine d'un CFA. L'effet came peut être dû à:

- une ostéochondrite primitive ou secondaire de la tête fémorale (maladie de Legg Perthes Calvé)
- une épiphysiolyse (glissement de la tête fémorale sur le col pouvant survenir à l'adolescence)

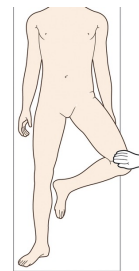
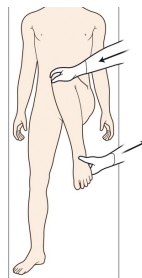
L'effet Pince est souvent secondaire à une malformation de l'acétabulum:

- la rétroversion acétabulaire (orientation postérieure de l'acétabulum alors qu'il devrait être orienté vers l'avant).
- la coxa profunda (acétabulum trop profond).

Certains pensent qu'il pourrait y avoir une origine génétique au CFA mais cette hypothèse n'est pas vérifiée.

Symptômes (signes cliniques)

Le CFA est une pathologie du sujet jeune et sportif. Les douleurs sont provoquées par la flexion et la rotation interne de la hanche (lors du saut de haie, coup de pied haut...) ou en flexion - abduction - rotation externe. Les douleurs siègent au niveau du pli de l'aine ou en regard de la face latérale de la hanche et entraînent une diminution progressive des activités sportives.



Traitement médical

Le traitement médical du conflit fémoro-acétabulaire consiste en un traitement antalgique adapté à l'intensité de la douleur du patient. Il est également possible de recourir à des infiltrations d'anti inflammatoire sous contrôle échographique ou scanner. L'arrêt de l'activité responsable du conflit est de mise.

Le traitement médical du CFA est réservé aux patients présentant déjà des signes d'arthrose de hanche mais restant insuffisants pour recourir à une prothèse de hanche.

Traitement chirurgical

Lorsque des signes d'arthrose avancée de hanche sont présents, la prise en charge chirurgicale du conflit est la même que celle d'une arthrose de la hanche (coxarthrose) et consiste en une arthroplastie totale de hanche (prothèse totale de hanche). Les modalités de cette intervention sont expliquées dans le chapitre concernant *la coxarthrose*.

Le traitement chirurgical du CFA sans signe d'arthrose, consiste en une correction des déformations du col fémoral ou du cotyle à l'origine du conflit. Pour cela, le chirurgien a la possibilité « d'aborder » la hanche par une cicatrice située en avant



d'environ 5 à 8cm. La deuxième possibilité est de réaliser ces corrections sous arthroscopie. Pour cela, une caméra est placée dans l'articulation de la hanche par le biais d'une incision cutanée d'1cm et les instruments sont introduits dans la hanche par d'autres incisions de taille similaire pouvant être multiples afin d'accéder et d'explorer toute l'articulation.

Durant l'intervention, une traction peut être exercée sur le membre inférieur afin de distraire la hanche et d'y permettre l'introduction des instruments et de la caméra. Cette traction est rendue possible par le biais d'une table orthopédique, le pied du patient est placé dans une chaussure de traction et un contre-appui est placé sur le périnée. Le chirurgien peut également utiliser un

amplificateur de brillance permettant de contrôler la position de ses instruments en faisant des radiographies pendant l'intervention.

Suites opératoires et rééducation

Après le traitement arthroscopie du CFA, les soins de pansement sont à faire réaliser par une infirmière deux fois par semaine et les fils sont souvent résorbables (il n'est pas nécessaire de les retirer), sinon il faut les retirer au 15ème jour postopératoire. Les suites opératoires sont assez simples. Vous pourrez marcher avec des béquilles dès le soir même de l'intervention qui est le plus souvent en ambulatoire.

La rééducation après la prise en charge d'un CFA consiste principalement à mobiliser la hanche pour éviter les adhérences articulaires et l'enraidissement de la hanche opérée. Le renforcement du psoas est contre-indiqué pendant 6 semaines. Le

travail proprioceptif progressif pourra être entrepris par votre kinésithérapeute dès que possible ainsi que l'entretien des muscles fessiers.

La reprise du sport devra être progressive en commençant par la natation et le vélo à partir du 2ème mois postopératoire. Le reste des activités sportives seront autorisées à partir du 3ème mois de manière progressive et en respectant le seuil de la douleur avec une gêne qui va limiter votre niveau de manière aléatoire selon le type de geste mais aussi selon les patients et un niveau de sport qui va augmenter progressivement par la suite.

Les complications.

Comme toute intervention chirurgicale, il existe des risques à la réalisation d'une arthroscopie de la 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.

- Les troubles de sensibilité de la face antérieure ou latérale de la cuisse sont la complication la plus fréquente. Ils sont liés à la lésion d'un nerf sensitif (le nerf cutané latéral de la cuisse) lors de la mise en place des instruments dans la hanche. Le plus souvent, il s'agit d'une complication réversible mais il est possible que ces troubles persistent.

- Les lésions du périnée et des nerfs honteux. Elles sont secondaires à la traction qui est exercée sur le membre inférieur pendant l'arthroscopie. Les lésions du périnée peuvent aller de la simple rougeur à la lésion profonde pouvant nécessiter des soins de pansement prolongés. La lésion des nerfs honteux entraîne une perte de sensibilité des grandes lèvres chez la femme ou de la verge chez l'homme avec des troubles de l'érection. Ce risque est fortement diminué par l'utilisation d'un contre appui de gros diamètre (> 9cm) et bien protégé et par la limitation de la durée de traction lors de l'intervention. Les conséquences de ces lésions sont le plus souvent complètement réversibles.

- 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.

- La fracture du col du fémur est un risque en cas de résection de « bump » dans le conflit par effet came. Il est limité par la marche sans appui en postopératoire.

- La raideur de la hanche peut survenir en cas d'absence de mobilisation en postopératoire. La prévention de ce risque est le principal but de la rééducation.

- L'infection de la hanche (arthrite de hanche) est un risque très faible devant la petite taille des incisions cutanées et par l'utilisation d'un flux constant d'eau.

- L'hématome sous cutané peut être secondaire à une plaie d'une petite veine ou artériole lors de la réalisation d'une des voies d'abord. Sa prise en charge consiste à prendre des antalgiques et à appliquer de la glace sur l'hématome.

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