

Fissures sous-chondrales de la tête fémorale : à propos de 7 cas

I. Legroux Gérot, X. Demondion, A. Bera Louville, B. Delcambre, B. Cortet, Service de Rhumatologie - CHRU de Lille

But : rechercher les facteurs de risque des fissures sous-chondrales.

Observations : elles concernent 7 patients, 2 hommes et 5 femmes, dont l'âge moyen était de 50 ans lors du diagnostic (37 à 76 ans). Deux patients présentaient une atteinte bilatérale. On retrouvait un antécédent traumatique chez une patiente (chute de sa hauteur). La symptomatologie se caractérisait par des douleurs mécaniques localisées au pli de l'aîne, avec parfois des poussées pseudo-inflammatoires.

Le principal facteur de risque était la déminéralisation osseuse que ce soit une ostéoporose post-ménopausique pour deux cas (dont une précoce par castration à l'âge de 30 ans) ou par une imprégnation cortisonique : 2 ostéoporoses cortisoniques chez deux greffés (hépatique et allogreffe médullaire), un adénome corticotrope et une ostéopénie fémorale chez un patient sous corticoïdes locaux pour un eczéma. Enfin, chez une patiente, on notait une ostéopénie et un tabagisme.

Le bilan phosphocalcique était normal ou était en faveur d'une hypocalciurie isolée et pour un cas une tubulopathie proximale modérée avec un diabète calcique.

Tous les patients ont bénéficié d'une IRM. Le diagnostic de fissure sous-chondrale de la tête fémorale n'a pas été retenu d'emblée dans 3 cas. Le diagnostic évoqué était une ostéonécrose de la tête fémorale pour deux patients et une algodystrophie pour un patient. C'est l'IRM de contrôle réalisée à 2 mois qui a rectifié le diagnostic. Sur l'IRM, on mettait en évidence un trait de fracture linéaire sous-capitale sous forme d'une bande d'hypo-signal T1 et T2 entourée d'une zone plus ou moins étendue hypo-signal T1, hyper-signal T2, se rehaussant au gadolinium et correspondant à un œdème médullaire.

Le traitement a consisté en une décharge complète pendant six semaines, associée à un traitement symptomatique. Un traitement vitamino-calcique a été introduit chez 6 patients. Un traitement étiologique a également été instauré, soit un traitement par bisphosphonates lors de déminéralisation osseuse (3 patients), soit un traitement par diurétiques thiazidiques et phosphore pour le patient présentant une tubulopathie.

L'évolution a toujours été favorable, avec régression des images à l'IRM de contrôle à 2 mois. On n'a noté aucune ostéonécrose secondaire. Aucun patient n'a bénéficié d'une arthroplastie de hanche. Le recul est de 2,4 ans (11-39 mois).

Conclusion : plusieurs cas de fissures sous-chondrales sont rapportés dans la littérature et concernent souvent des patients âgés. Notre moyenne d'âge est plus faible. L'insuffisance osseuse est toujours retrouvée comme facteur de risque principal. Ces fissures négligées peuvent évoluer vers une ostéonécrose et expliqueraient les ostéonécroses des sujet âgés, des éthyliques et des patients sous corticoïdes.