

EVOLUTION NATURELLE DES OSTEONECROSES DE LA TETE HUMERALE ET LEUR TRAITEMENT

Ph. HERNIGOU, A. POIGNARD, O. MANICOM, P. FILIPPINI

Service d'Orthopédie Hôpital Henri Mondor — 51 avenue Marechal de Lattre de Tassigny –
94010 CRETEIL Cedex

INTRODUCTION

L'ostéonécrose de la tête humérale est la seconde localisation en fréquence des ostéonécroses non traumatiques. Dans certaines étiologies, comme la drépanocytose, sa fréquence est à peu près égale à celle de la tête fémorale. Cependant, peu de publications ont été rapportées sur cette pathologie et sur son évolution naturelle. Le but de cette étude est de préciser l'évolution naturelle des ostéonécroses de la tête humérale, de définir un certain nombre de critères prédictifs de son évolution et de présenter les thérapeutiques possibles.

MATERIEL ET METHODE

Le diagnostic d'ostéonécrose de la tête humérale a été porté chez 424 patients suivis à l'hôpital Henri Mondor entre 1981 et 2001. Le recul minimum est de trois ans et le recul maximum de 23 ans. L'évaluation a été effectuée sur l'évolution clinique des patients et en particulier leur nécessité d'une intervention chirurgicale en raison de douleurs ou d'impotence fonctionnelle. L'évaluation radiologique a été effectuée à partir des radiographies de face et de profil des patients et de leur suivi radiologique dans le temps (radiographies tous les ans ou tous les deux ans). L'étendue de l'ostéonécrose a été mesurée sur les IRM lorsqu'elles étaient disponibles, c'est-à-dire après 1985. La classification en stade a utilisé une classification proche de celle de Arlet et Ficat

pour les hanches et adaptée, pour la circonstance, à l'étude des épaules. Le stade I a été défini comme une ostéonécrose de la tête humérale visible sur l'IRM et non diagnostiquée sur les radiographies. Le stade II correspondait à une ostéonécrose visible radiologiquement. Au stade III, l'ostéonécrose de la tête humérale faisait apparaître sur les radiographies une dissection sous chondrale sans perte de la sphéricité. Au stade IV il y avait une perte de sphéricité de la tête humérale, mais arthrose visible. Le stade V était caractérisé par l'existence d'un remaniement arthrosique sur la tête et la glène.

RESULTATS

1) Epidémiologie.

Les ostéonécroses étaient bilatérales chez 82 % des patients sans prévalence de sexe. L'âge moyen, au moment du diagnostic, était de 32 ans (de 18 à 57 ans). L'étiologie la plus fréquente est la drépanocytose (307 patients) suivie par la prise de corticoïdes (80 patients). Les autres étiologies étaient beaucoup plus rares : abus d'alcool, maladie de Gaucher, hyperlipidémie... Ces ostéonécroses de la tête humérale étaient rarement isolées et étaient le plus souvent associées à d'autres ostéonécroses, en particulier de la hanche et du genou. Elles sont donc survenues dans un contexte d'ostéonécrose multifocale.

2) Evolution naturelle.

Parmi les patients pour lesquels le diagnostic d'ostéonécrose a pu être fait à la phase non symptomatique (scintigraphie ou IRM pratiquée dans le cadre de patients présentant des ostéonécroses multifocales), l'évolution montre qu'il y a habituellement une période moyenne de trois ans entre le diagnostic IRM et l'apparition des douleurs. Dans 46 % des cas, l'apparition des douleurs s'est faite au stade I avant l'apparition des signes radiologiques. Dans 54 % des cas, le passage au stade II a précédé l'apparition des douleurs. Un délai de 6 ans a été nécessaire pour que toutes les ostéonécroses diagnostiquées à un stade non symptomatique, deviennent symptomatiques. Les facteurs ayant une influence sur la vitesse d'évolution des stades radiologiques sont les suivants : l'étiologie, la taille des ostéonécroses, l'existence et la vitesse des ostéonécroses des autres localisations (hanche et genou). La perte de sphéricité de la tête humérale s'est faite en moyenne 4 à 5 ans après le diagnostic et l'évolution arthrosique de l'articulation survient vers la 7^{ème}, 8^{ème} année.

3) Traitement.

41 % des patients suivis ont eu besoin à un moment donné d'une intervention chirurgicale. Ces interventions chirurgicales ont été des forages avec des greffes de moelle osseuse, des cimentoplasties, de simples ablations de séquestres, ou des prothèses d'épaule (humérales simples ou totales). Les indications de prothèses d'épaule ont été réservées aux patients présentant des arthroses gléno-humérales. L'ablation du séquestre a été effectuée sur de petites ostéonécroses ayant perdu leur sphéricité et étant douloureuses. La cimentoplastie a été effectuée sur des ostéonécroses ayant perdu leur sphéricité mais n'ayant pas d'arthrose gléno-humérale. Enfin, les forages avec greffes de moelle osseuse ont été effectués au stade précoce de la pathologie (stade I ou II). L'étude montre que si l'évolution de l'ostéonécrose de la tête humérale est péjorative à long terme, la nécessité de passer à une prothèse d'épaule reste relativement rare. D'autres alternatives thérapeutiques permettent d'éviter ou de retarder la chirurgie de la prothèse d'épaule chez ces patients souvent très jeunes.