



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



NOTE DE CONGRÈS

Les lésions ostéochondrales du dôme du talus[☆]

The osteochondral lesions of the dome of the talus

Au cours de la 35^e Journée de traumatologie du sport de la Pitié-Salpêtrière, F. Gaudot a présenté une communication sur le thème des lésions ostéochondrales du talus : leur démembrement, leur évaluation et leur traitement. Cette note de congrès est destinée à en rappeler les principaux points et à les compléter par un Addendum.

Les nombreuses publications consacrées aux lésions ostéochondrales du dôme du talus (LODT) ont semé une certaine confusion quant à l'étiopathogénie de cette lésion.

Il est fondamental de distinguer d'emblée :

- les lésions fracturaires où l'on retrouve toujours avec certitude une notion traumatique (récente ou ancienne) ;
- les lésions chroniques avec apparition d'une ostéonécrose sous-chondrale plus ou moins étendue, décrites dans la littérature sous différentes terminologies (ostéochondrite, ostéochondrose, ostéonécrose).

Cette distinction paraît essentielle car l'étiologie, l'aspect radiographique, le traitement et le pronostic de telles lésions sont totalement différents.

1. Étiopathogénie et classifications

En 1922, Kappis, à propos d'un cas de lésion ostéochondrale de l'astragale (talus) avait repris le terme d'ostéochondrite disséquante décrite par Koenig au niveau du condyle fémoral interne.

1.1. Classification de Berndt et Harty

À partir d'une expérience biomécanique (survenue d'une fracture parcellaire du talus à la suite de mouvements forcés sur la cheville de membres amputés), Berndt et Harty [1] concluaient à une origine traumatique de toutes les lésions ostéochondrales du dôme qui, dans leur description princeps, ne concernaient en fait que les localisations externes de la joue talienne :

- stade I : simple tassement trabéculaire sous-chondral ;

- stade II : lésion ostéochondrale incomplète avec cartilage ouvert fissuré ;
- stade III : lésion ostéochondrale complète avec fragment complètement détaché, mais en place dans sa « niche » ;
- stade IV : lésion ostéochondrale complète avec migration ou retournement du fragment.

Cette classification « historique » reste peu intéressante sur le plan pratique ; de nombreuses images radiologiques n'y retrouvant pas leur place. L'existence de formes familiales, diffuses, bilatérales ou atraumatiques devait évoquer d'autres hypothèses diagnostiques.

1.2. Classification FOG

En France, en 1995, à l'occasion d'une étude multicentrique de la Société orthopédique de l'Ouest (série de 169 cas), Doré et Rosset [2] ont proposé une classification radiologique, plus proche de la réalité qui, sans tenir compte de l'étiologie, reposait sur l'aspect de la lésion (séquestre, géodes, trame du fragment) et sur ses rapports avec le corps du talus (situation par rapport à la surface articulaire, condensation autour du fragment). Ils distinguaient trois types de lésions ostéochondrales du talus :

- forme F (comme fracture) : il s'agissait d'un fragment sans modification de la trame osseuse sous-jacente, sans condensation, ni géode. Cette forme pouvait être récente ou ancienne (avec dans ce dernier cas, un aspect parfois discrètement lytique). Ces formes F siégeaient de manière prédominante sur le versant antéro-latéral du talus. Un antécédent traumatique était constamment retrouvé et correspondait au stade II de Berndt et Harty [1]. Dans leur série, cette forme F représentait près de 20 % des cas ;
- forme O (comme ostéonécrose) : la lésion se présentait comme un séquestre avec une trame osseuse sous-jacente condensée associée à des micro-géodes. Ce type de lésion siégeait surtout au niveau de la région postéro-médiane du dôme, sans notion traumatique retrouvée 3 fois sur 4. Dans leur série, cette forme O représentait 75 % des cas ;
- forme G (comme géode) : la lésion était caractérisée par l'absence de fragment ostéochondral libre ou de séquestre. On notait, en fait, une image radiotransparente plus ou moins importante évoquant une lésion kystique dont l'étiologie pouvait être de nature variée : synovite villonodulaire, kyste synovial intra-osseux, ischémie par microtraumatismes répétés, hyperpression localisée favorisée par une déviation en varus de l'arrière-pied. Il s'agissait d'une entité rare (7 % des cas) à

[☆] 35^e Journée de traumatologie du sport de la Pitié-Salpêtrière qui a eu lieu le 4 novembre 2017 à Paris dont le thème était « le cartilage dans tous ses états ».

rapprocher des lésions kystiques décrites par Kouvalchouk et Rodineau [3].

1.3. Autres classifications

Les classifications précédentes ne tenaient pas toujours compte de l'état du cartilage qui pourtant conditionne le traitement et le pronostic.

Ferkel et al. [4] ont proposé une classification fondée sur les résultats de l'arthroscanner car ce dernier permet une analyse fine de l'état cartilagineux et de l'extension sous-chondrale de la lésion :

- stade I : surface articulaire intacte et géode(s) sous-chondrale(s) ;
- stade II a : cartilage ouvert et géode(s) sous-chondrale(s) ;
- stade II b : cartilage ouvert et fragment non-déplacé ;
- stade III : cartilage ouvert, fragment non-déplacé et géode(s) sous-chondrale(s) ;
- stade IV : fragment déplacé.

Christel et Kelberine [5], au cours de la revue de dossiers de la SFA (312 dossiers exploitables) avaient proposé, dans les lésions chroniques, une classification fondée sur les constatations arthroscopiques. Cette classification ne fait que confirmer les lésions analysées à l'arthroscanner. Elle permet d'envisager le traitement des lésions :

- cartilage fermé délimité par un sillon, cartilage plus ou moins oedémateux et malacique ;
- cartilage ouvert et fragment en place ;
- séquestre libre ;
- nécrose et géodes taliennes.

2. Démarche diagnostique

Les séquelles post-traumatiques douloureuses de la cheville sont fréquentes, révélées par une symptomatologie clinique plus ou moins riche et variée au cours de l'exercice sportif, voire dans la vie quotidienne.

C'est l'examen clinique qui doit guider les examens complémentaires dans le but de préciser le diagnostic lésionnel complet mais surtout la lésion responsable de la symptomatologie.

On peut multiplier les examens complémentaires : radiographies standards, toujours nécessaires pour analyser les rapports ostéo-articulaires, voire la statique de la cheville et du pied ; échographie pour l'analyse des plans capsulo-ligamentaires et des tendons ; arthrographie pour l'analyse des surfaces articulaires ; tomographie simple pour localiser arrachements osseux, corps étrangers ou lésions ostéochondrales.

En fait, actuellement, après la réalisation de clichés standards et éventuellement en stress, l'arthroscanner permet un bilan complet en un seul examen, (en attendant le développement de l'arthro-IRM), car il permet une meilleure analyse des lésions chondrales, ostéochondrales, la localisation précise des corps étrangers et souvent une visualisation des tendons par fuite du produit de contraste dans les brèches capsulo-ligamentaires. Associé à la réalisation dans le même temps d'une infiltration-test par dérivés cortisoniques, on peut noter l'effet traitement positif ou non de l'infiltration sur une synovite réactionnelle secondaire, parfois seule responsable de la symptomatologie clinique.

2.1. Les signes cliniques

Le délai moyen de diagnostic de la lésion ostéochondrale entre le traumatisme initial et la découverte de la lésion est variable : de 0 à plusieurs mois, voire années.

2.1.1. L'interrogatoire

Il revêt une importance fondamentale car si la gêne fonctionnelle est notable dans plus de 80 % des cas amenant à l'arrêt de l'activité sportive, on peut découvrir la lésion ostéochondrale à l'occasion de clichés standards « systématiques » réalisés au décours d'un traumatisme récent. Il faudra donc bien analyser les caractères d'imagerie de la lésion découverte car la LODT découverte peut ne pas être liée au traumatisme récent (intérêt médico-légal) et il faut essayer de retrouver la notion de traumatisme initial pouvant être en cause dans la survenue de la LODT diagnostiquée.

La douleur est quasi-constante, habituellement invalidante, plus souvent antérieure que postérieure et latérale que médiale, mais toutes les associations restent possibles et on observe parfois même des douleurs diffuses et mal systématisées.

Dans près de la moitié des cas, la douleur est accompagnée d'un gonflement de la cheville à l'effort. Dans 10 % des cas, l'épanchement peut être le seul signe révélateur.

Des blocages de la cheville peuvent être retrouvés. On note parfois une simple notion de craquements dont il faut essayer de faire préciser le mécanisme de survenue.

Dans certains cas, le patient décrit des accidents d'instabilité, souvent étiquetés « entorse à répétition ».

2.1.2. L'examen physique

Même lorsqu'il est comparatif et complet, il n'apporte pas d'éléments spécifiques dans le cadre des LODT. Il s'intègre plus dans l'analyse de pathologies associées relativement fréquentes dans le « pied du sportif » et joint aux données de l'interrogatoire, essaie de faire la part des choses dans l'analyse de la gêne fonctionnelle.

Le morphotype statique et dynamique du pied et de l'arrière-pied est analysé en charge : analyse de la marche, pied creux varus relativement plus fréquent chez les sportifs que le pied plat valgus.

Dans le cadre des LODT, les lésions antéro-latérales (souvent de forme fracturaire) surviennent plus souvent sur des morphotypes en varus alors que les lésions postéro-médianes (souvent de forme ostéonécrotique) se voient plus fréquemment sur des morphotypes en valgus.

La mobilité active et passive est mesurée (enraidissement relatif dans plus de 20 % des cas de LODT) tant au niveau de la tibio-talienne qu'au niveau de la sous-talienne et de l'ensemble du médio-pied et de l'avant-pied.

L'appréciation clinique de la stabilité de la cheville est bien appréciée par les manœuvres classiques de varus et de tiroir et sera complétée, en cas de doute, par une analyse radiographique comparative. Plus que la technique des varus et des tiroirs antérieurs effectués par le radiologue, le bilan Télos, voire mieux les manœuvres d'auto-varus effectuées par le patient en appui soulagé sur le bord externe du pied sont beaucoup plus fiables. Une différentielle significative entre côté sain et côté lésé incite à tenir compte de cette laxité dans le traitement et ce, d'autant que nombre de LODT peuvent se manifester cliniquement par de pseudo-accidents d'instabilité sans laxité significative.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/11021935>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/11021935>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)