

Frédéric Laude



Le conflit fémoroacétabulaire

Femoroacetabular impingement

Résumé

La notion de conflit antérieur repose sur un faisceau d'arguments :

- **cliniques** : douleur inguinale et son exacerbation en flexion, adduction et rotation médiale, diminution de la rotation médiale éventuellement, claquement ou craquement. Douleurs en position assise ;
- **sur la radio de face** : tête asphérique, coxa vara, rétroversion du cotyle, coxa profunda ;
- **sur le profil de Dunn** : absence d'*offset*, méplat à la jonction tête-col, voire tuméfaction ;
- **scanner** : rétroversion de la partie supérieure du cotyle, faible antéversion du fémur ;
- **arthroIRM** : modification de signal sur le col du fémur à la jonction tête-col, lésion du bourrelet, modification du signal de l'os sous-chondral sur la partie antérieure du cotyle ou sur la corne postérieure.

Niveau de preuve : non adapté

MOTS-CLÉS

Hanche – Conflit fémoroacétabulaire – Sport – Cartilage – Labrum – Arthroscopie

Définition : le conflit fémoroacétabulaire de hanche

Le conflit fémoroacétabulaire de hanche se caractérise par l'existence d'un conflit entre la partie antéroinférieure de la tête du fémur et la paroi antérieure du cotyle en flexion de hanche. Ce conflit entraîne principalement des lésions cartilagineuses sur la partie antérieure du cotyle. Des lésions du labrum peuvent survenir, mais elles ne doivent pas occulter les lésions cartilagineuses intracotyloïdiennes. L'évolution naturelle se fait vers la coxarthrose précoce à moyen ou long termes.

Auteur correspondant :
Frédéric Laude
Clinique Paris V
36, bd Saint-Marcel
75005 Paris
flaude@mac.com

L'auteur a déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

Article commandé le : 01/12/10
Article reçu le : 23/07/11
Article accepté le : 27/10/11

Summary

Anterior impingement is an entity based on a group of arguments:

- **clinical presentation:** groin pain that worsens with flexion, adduction and medial rotation, potentially limitation of medial rotation or cracking. Pain in the sitting position;
- **on the AP x-ray:** non-spherical head, coxa vara, acetabular retroversion, coxa profunda;
- **the Dunn view rules out offset, flat head-neck junction or tumefaction;**
- **CT-scan:** retroversion of the superior portion of the acetabulum, minimal femoral anteversion;
- **MRarthrogram:** modification of the femur neck signal at the head-neck junction, rim lesion, modification of subchondral bone signal from the anterior portion of the acetabulum or the posterior horn.

Level of evidence: not applicable

KEYWORDS

Hip – Femoroacetabular impingement – Sport – Cartilage – Labrum – Hip arthroscopy

Épidémiologie

Nous n'avons pas encore beaucoup de données épidémiologiques, mais une étude scandinave rapporte 17 % de tête fémorale asphérique chez les hommes et 4 % chez les femmes sur une population de 3 202 patients [1]. Une étude de la *Swiss National Science Foundation* portant sur des conscrits a montré que plus de 10 % des jeunes gens de 20 ans, à qui l'on fait une IRM de hanche, présentent des lésions articulaires évocatrices de conflit de hanche.

L'étude la plus intéressante que nous ayons lu provient encore de Suisse (non publiée et encore sous presse) : les auteurs comparent les hanches d'adolescents sportifs et non sportifs. Un sportif adolescent aurait 10 fois plus de chance de développer un conflit fémoroacétabulaire qu'un non-sportif, du fait de la pratique intensive du sport liée à la compétition.

Anatomopathologie

Selon Ganz, le chirurgien Suisse qui a mis en évidence le conflit dans les années 1990, on décrit 2 types de conflits [2, 3].

Le conflit par effet came (*cam effect*)

La tête du fémur n'est pas parfaitement ronde (*figure 1*) : à sa partie antérieure il existe une augmentation du rayon de courbure de la tête du fémur. Il existe donc une « bosse » et un méplat à la jonction tête-col qui vient en flexion de hanche créer une zone d'hyperpression localisée sur le cartilage de la paroi antérieure du cotyle. Les mouvements de flexion répétés (associés à une rotation) sont à l'origine d'une délamination puis de clapets mobiles du cartilage antérolatéral ou latéral du cotyle. Ces lésions cartilagineuses peuvent s'accompagner d'un kyste du bourrelet ou d'un kyste intraosseux.

Sur le fémur, il existe une irritation du cartilage au niveau de la tuméfaction qui peut, à la longue, devenir un ostéophyte. Les lésions du bourrelet ne surviennent qu'après, et témoignent déjà de lésions avancées.

Il est important de bien se souvenir qu'au début de l'évolution, tout le dôme de la tête fémorale et la ma-

jeure partie du cartilage du cotyle sont intacts. La « bosse » qui est à l'origine du problème n'est pas un ostéophyte mais une véritable dysplasie de la tête fémorale. Les ostéophytes ne surviendront qu'après pour majorer le conflit. La lésion de la partie antérieure du cartilage cotyloïdien s'aggrave ensuite, la tête du fémur se subluxue, puis les signes d'arthrose se précisent. L'évolution finale est une coxarthrose avec pincement polaire supérieur et une subluxation antérieure bien visible sur le faux profil de Lequesne.

Le conflit par effet tenaille (*pincer effect*)

L'existence d'une paroi antérieure cotyloïdienne trop couvrante (*figure 2*) peut être aussi un facteur déclenchant. Cette paroi trop couvrante favorise logiquement une limitation de la flexion de hanche et contribue à l'apparition du conflit antérieur. La coxa profunda et la « rétroversion » de la partie supérieure du cotyle (le cotyle regarde normalement vers l'avant, en cas de rétroversion il regarde plutôt vers l'arrière) sont les principales causes de conflit par effet tenaille. La flexion est limitée par la paroi antérieure du cotyle et le col vient buter sur le labrum. Les lésions sur le cartilage sont plus diffuses, mais pénètrent peu dans la cavité acétabulaire.

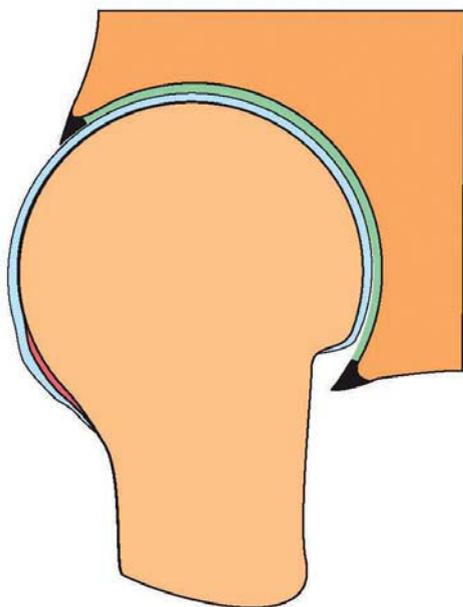


Figure 1. Effet came : il existe à la face antérieure de la tête du fémur, à la jonction tête-col, une « bosse » (en rouge ici) qui entraînera en flexion de hanche une hyperpression sur le cartilage du cotyle. Cette hyperpression localisée entraîne des lésions du cartilage, d'abord à l'intérieur du cotyle, puis sur le cartilage recouvrant la « bosse ».

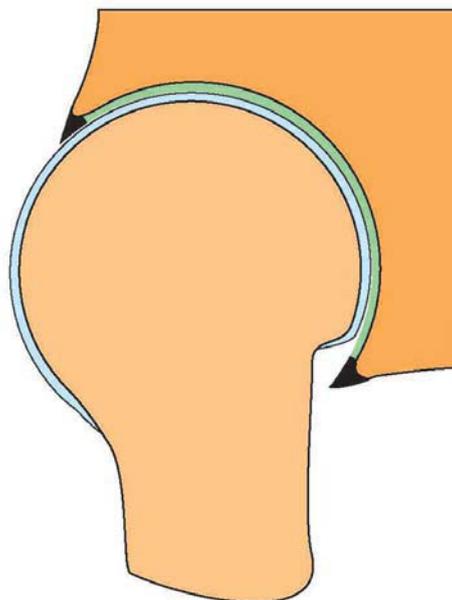


Figure 2. Effet tenaille : la tête du fémur est bien ronde. Dans les mouvements extrêmes, le col du fémur vient buter violemment sur la partie antérieure du cotyle et écrase le bourrelet cotyloïdien. La tête peut se décoapter en hyperflexion et lors de la remise en extension de la hanche, entraîner des lésions par « contre-coup » sur la paroi postérieure du cotyle ou sur la tête du fémur. On peut trouver dans ces formes des clapets cartilagineux assez volumineux sur le sommet de la tête du fémur.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2623504>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2623504>

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