

Paraosteoarthropathie des hanches suite à une immobilisation prolongée

Paraosteoarthropathy of the hips secondary to extended immobilization

M. Diomandé*, C.L.E. Kouakou, B. Ouali, M. Gbané-Koné,
E. Eti, M. N'zué Kouakou

Service de Rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Un patient de 54 ans, sans antécédents particuliers, était hospitalisé dans notre service pour une dorsalgie inflammatoire invalidante non déficitaire suite à un mal de Pott des T9-T10 traité par un traitement antituberculeux prévu pour un an. Ce patient a été perdu de vue pendant 9 mois. Il disait être resté longtemps immobilisé dans un fauteuil pendant toute cette période. Progressivement, il avait constaté que ses 2 hanches devenaient douloureuses et s'enraidissaient. Il a été réhospitalisé 9 mois plus tard pour explorer cette raideur douloureuse des 2 hanches.

A l'examen de ce patient invalide, il était noté un syndrome rachidien dorsal avec une douleur à la palpation des épineuses à hauteur de T9-T10. Il n'y avait pas de syndrome radiculaire ni de déficit neurologique. Les 2 hanches étaient bloquées en flexion de 45 degré.

Les bilans biologiques habituels (NFS, VS, CRP, bilan phosphocalcique, rénal, hépatique) ne révélaient aucune anomalie. La radiographie du bassin a montré un processus d'ossification péri trochantérienne bilatérale (Figure 1). La tomodensitométrie (TDM) du bassin retrouvait les images révélatrices d'une paraosteoarthropathie des 2 hanches (Figure 2).

Ne pouvant bénéficier d'une intervention chirurgicale pour des problèmes financiers, le patient a été transféré en kinésithérapie-rééducation. Après plus de 15 séances, il n'y a pas eu de gain d'amplitude notable des 2 hanches.

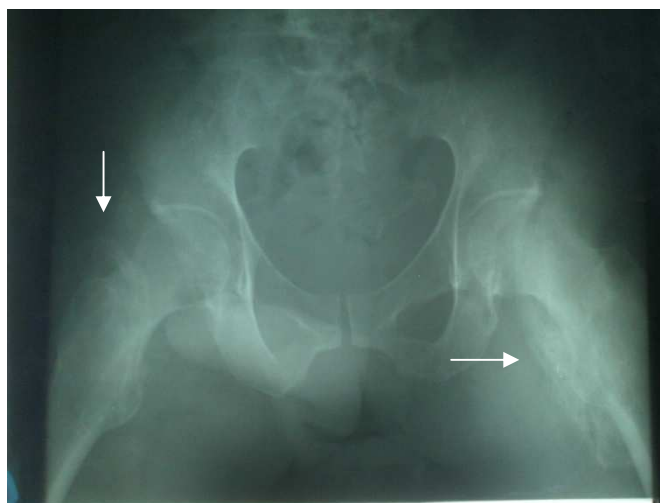


Figure 1. Radiographie du bassin. Ossifications péri trochantériennes bilatérales.

Les paraosteoarthropathies sont des ossifications ectopiques qui se développent au pourtour des articulations en les respectant [1]. La physiopathologie du processus d'ossification reste peu claire et une prédisposition génétique est même discutée [2]. La majorité des auteurs s'accordaient sur le fait que l'évènement responsable incluait toujours une métaplasie des cellules mésenchymateuses du tissu conjonctif dans le sens d'une différenciation en précurseurs ostéoblastiques [3]. Les paraosteoarthropathies sont liées à un grand nombre de conditions cliniques dont le dénomi-

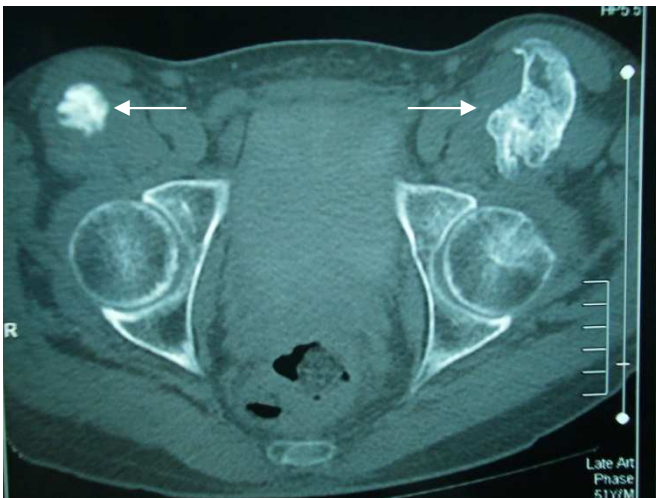


Figure 2. TDM du bassin. Paraostéopathie des 2 hanches.

nateur commun est généralement une immobilisation prolongée [4]. La hanche est la localisation la plus fréquente [1] provoquant ainsi un handicap fonctionnel important en raison de l'ankylose articulaire. La scintigraphie osseuse est l'examen de choix pour le diagnostic précoce [5]. La radiographie standard permet de suspecter le diagnostic et la TDM ou l'imagerie par résonance magnétique confirme ce diagnostic en pré-

cisant le siège et le type d'ostéome [4]. Le traitement est multidisciplinaire, basé sur les biphosphonates, la rééducation précoce et le traitement chirurgical notamment l'arthrolyse avec exérèse de l'ostéome [4].

Les paraostéopathies des hanches s'avèrent très handicapante pour les patients. Toute immobilisation prolongée doit bénéficier d'une rééducation précoce des articulations afin de combattre cette pathologie et lutter contre l'ankylose articulaire.

Références

1. Rafai M, Tahiri N, Koulali K, *et al.* Les paraostéopathies neurogènes de la hanche. *Rev Maroc Chir Orthop* 2005; 23: 36-41.
2. Kerdoncuff V, Sauleau P, Petrilli S, *et al.* Paraostéopathies dans le syndrome de Guillain-Barré. *Ann Readapt Med Phys* 2002; 45: 198-203.
3. Buring K. On the origin of cells in heterotopic bone formation. *Clin Orthop* 1975; 110: 293-302.
4. Uebelhart D. Les paraostéopathies nerveuses: mise au point à destinée rééducative. *Ann Readapt Med Phys* 2002; 45: 181-7.
5. Kim SW, Wu SY, Kim RC. Computerised quantitative radionuclide assessment of heterotopic ossification in spinal cord injured patients. *Paraplegia* 1992; 30: 803-7.