



NÉCROSE AVASCULAIRE (AVN)

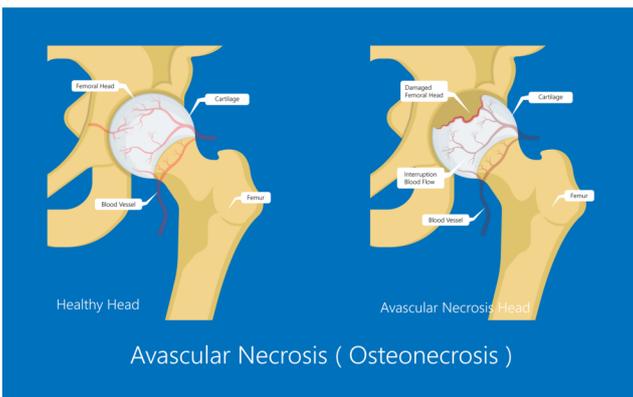
DÉFINITION

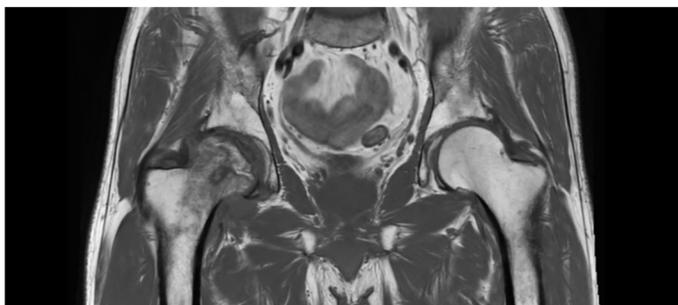
L'interruption temporaire ou permanente de l'irrigation sanguine de la tête fémorale peut entraîner des lésions plus ou moins graves. En l'absence d'apport sanguin, les cellules osseuses ne peuvent survivre et, par conséquent, une destruction de l'os (ostéonécrose ou nécrose avasculaire) peut se développer. La tête fémorale commence à s'affaisser et à s'aplatir, perdant sa forme arrondie normale, et l'articulation de la hanche est alors incapable de bouger normalement, ce qui se traduit par des douleurs et des raideurs. Lorsque les cellules osseuses ont été détruites, le cartilage qui les recouvre peut également commencer à s'user, ce qui peut entraîner une arthrose sévère. Le seul traitement possible est la pose d'une prothèse totale de la hanche.

PATIENT INFORMATION FACT SHEET

L'AVN est plus fréquente chez les hommes et, si elle touche le plus souvent la tête du fémur, elle peut également affecter le genou, le talon et la tête de l'humérus (épaule), ainsi que, très rarement, le poignet et la mâchoire. Un diagnostic précoce est essentiel pour éviter l'effondrement de la tête fémorale, qui nécessiterait une prothèse totale de la hanche. La nécrose avasculaire peut survenir à tout âge et, lorsqu'elle est observée chez l'enfant, elle est mieux connue sous le nom de "maladie de Legg-Calve-Perthes" (ou simplement "maladie de Perthes"). Chez les enfants, cependant, l'interruption de l'apport sanguin finit par se rétablir spontanément, le processus prenant entre deux et cinq ans.

La cause de l'AVN n'est généralement pas claire, mais il existe certains facteurs de risque connus, notamment un traumatisme récent, l'utilisation de corticoïdes, une maladie auto-immune, la drépanocytose, l'abus d'alcool, le tabagisme et la radiothérapie. Plus récemment, le COVID-19 a été identifié comme une cause possible.





SIGNES ET SYMPTÔMES

Chez l'adulte, une douleur plus ou moins intense peut être le premier signe d'un problème. Les autres symptômes peuvent être les suivants

- Boiterie
- Difficulté à monter les escaliers
- Difficulté à se tenir debout et à marcher
- Raideur et réduction de l'amplitude des mouvements



DIAGNOSTIC

Après une anamnèse détaillée, des examens d'imagerie seront nécessaires. Aux premiers stades de la maladie, les radiographies ne révèlent aucune modification de l'os ou de l'articulation, c'est pourquoi l'IRM peut être un examen très utile pour détecter les débuts de la nécrose.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Certaines procédures de préservation de la hanche peuvent s'avérer utiles aux premiers stades de la maladie :

Décompression du noyau- forage de la zone osseuse endommagée pour stimuler la circulation sanguine, ce qui peut favoriser la régénération osseuse. Cette intervention est parfois combinée à l'utilisation de moelle osseuse prélevée sur le patient, où les cellules souches peuvent stimuler davantage la cicatrisation osseuse. Cette intervention peut être complétée par une arthroscopie.

Ostéotomie fémorale- intervention ouverte qui consiste à repositionner la tête du fémur afin de supprimer la pression de la zone de destruction osseuse.

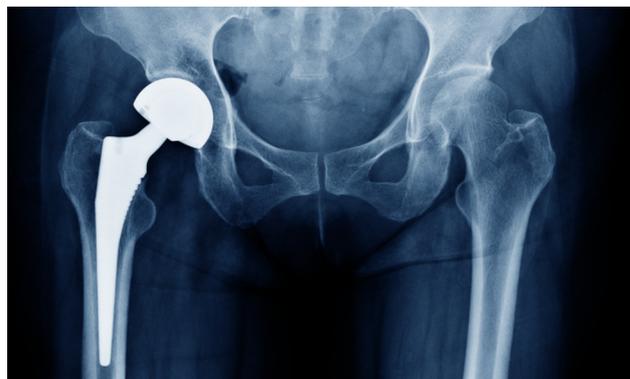
Prothèse totale de la hanche -

Dans les cas suivants, le remplacement total de la hanche est le traitement privilégié :

- Lorsque l'état est jugé irréversible en raison de l'affaissement de la tête fémorale.
- Échec de procédures antérieures de préservation de la hanche
- Chez les patients plus âgés présentant des lésions plus importantes de l'os et du cartilage ayant entraîné le développement d'une arthrose.
- Chez les patients plus jeunes présentant des lésions importantes de la tête fémorale et de l'acétabulum.

TRAITEMENT NON CHIRURGICAL

Les thérapies non chirurgicales peuvent mettre un certain temps avant de soulager la douleur, c'est pourquoi la plupart des patients optent pour une intervention chirurgicale. Les recherches impliquant des essais médicaux sur l'utilisation de l'acide alendronique et des bisphosphonates dans le but de prévenir l'effondrement de la tête fémorale et donc de retarder la progression de la maladie ne sont pas encore concluantes. On pense qu'ils agissent en stimulant le métabolisme osseux et en guérissant ainsi la nécrose.



À QUOI S'ATTENDRE APRÈS L'OPÉRATION ?

- Les suites varient en fonction de l'opération pratiquée et des préférences et recommandations du chirurgien.
- Après un forage de la tête fémorale, la mise en charge et les activités seront probablement limitées pendant les six premières semaines au moins. Un programme d'exercices sans mise en charge et de balnéothérapie peut être conseillé et supervisé par un physiothérapeute pendant cette période. Un retour progressif à une mobilité et à des activités complètes sera ensuite possible, avec des exercices visant à restaurer le mouvement, la force et la fonction.
- Après une ostéotomie fémorale, la mise en charge et les activités sont limitées pendant les deux ou trois premiers mois. Cela varie d'un chirurgien à l'autre et dépend de ce qui a été découvert pendant l'opération et des techniques utilisées. La physiothérapie peut commencer après l'opération, en augmentant progressivement l'amplitude des mouvements, la stabilité, la force, la mobilité et la fonction, le temps

For further information about ISHA - The Hip Preservation Society, how to find an experienced hip preservation surgeon or physiotherapist, or to make a donation, visit www.ishasoc.net. Charity registered in England and Wales, number 199165.