

QUIZ

QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ? What is your diagnosis ?

Ouattara J¹, Garba I², N'Dri K³

Service de radiologie de l'Hôpital Houphouët Boigny d'Abobo, Abidjan – Côte d'Ivoire

Service de radiologie du CHU d'Angré, Abidjan – Côte d'Ivoire

Service de radiologie du CHU de Bouaké

OBSERVATION

Patiente de 38 ans, drépanocytaire AS, résidant à Abengourou a été adressée pour une douleur de la hanche droite d'horaire mécanique, évoluant depuis 2 ans. L'examen clinique ne note pas de notion de fièvre. La numération formule sanguine objective une anémie normochrome normocytaire à 10 g/dl. La radiographie de la hanche concernée de face et de profil (figure 1) ainsi qu'une tomодensitométrie (figure 2) ont été demandées

QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

- Fracture épiphysaire de la tête fémorale droite
- Coxarthrose débutante droite
- Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale droite
- Arthrite de la hanche droite

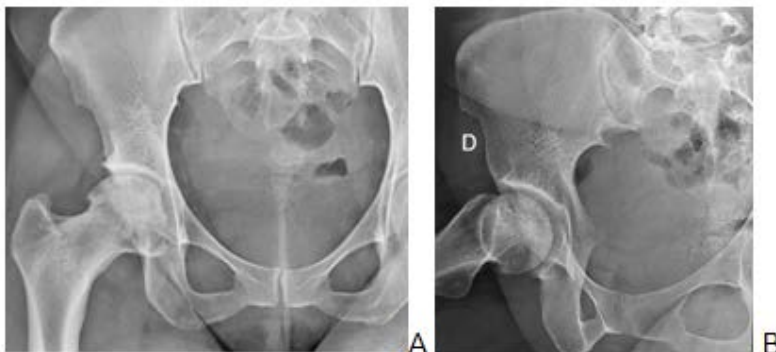


Figure 1 : Radiographie de la hanche droite en incidence de face (A) et de Profil (B)



Figure 2 : Scanner du bassin en fenêtre osseuse en coupe axiale (A) et reconstruction coronale (B)



QUIZ

RESULTAT

RESULT

DIAGNOSTIC

Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (ONATF) droite stade IIb de Ficat et Arlet

ANALYSE RADIOLOGIQUE

Il existe une modification de la minéralisation osseuse de la tête fémorale avec Image radio transparente cerclée d'un fin liseré d'ostéosclérose en quartier sur la radiographie de la hanche de face (Flèche) correspondant au signe du croissant

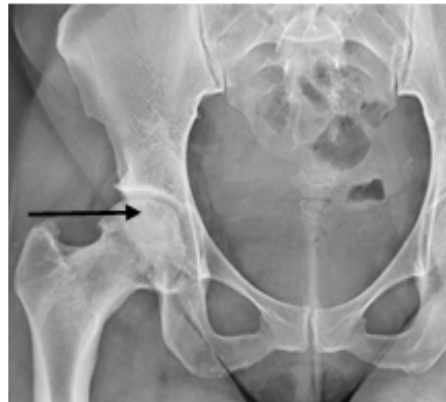


Figure 1

Cette image est mieux visualisée au scanner (flèche) sur les coupes coronales qui montrent la présence de séquestre osseux entouré par l'ostéosclérose correspondant avec exactitude au « cressent sign » anglosaxon



Figure 2

DISCUSSION

Les ostéonécroses aseptiques constituent une pathologie fréquente, responsable de douleurs et d'incapacité fonctionnelle affectant principalement des sujets jeunes. Elles correspondent à une nécrose osseuse épiphysaire, secondaire à des mécanismes ischémiques et/ou cytotoxiques. Elles peuvent être unilatérales, bilatérales ou multifocales, témoignant alors du caractère systémique de leur origine et de l'importance des facteurs généraux impliqués dans leur survenue. Plus de 75 % des ostéonécroses aseptiques concernent la tête fémorale. L'ostéonécrose aseptique étant irréversible, de nombreux facteurs de risque sont à rechercher, tels que la corticothérapie au long cours, l'éthylisme, la dyslipidémie ou la drépanocytose (1-2). Dans notre contexte le patient est drépanocytaire AS. Il s'agit d'une forme hétérozygote d'expression clinique souvent mineure. L'imagerie médicale constitue l'élément essentiel du diagnostic radiologique d'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (3). Parmi les 4 examens d'imagerie dans l'exploration de l'ONA à savoir la radiologie standard, la scintigraphie, le scanner et l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), la radiologie standard est toujours en retard par rapport aux autres méthodes d'imageries (4). C'est ainsi que plusieurs auteurs classent ces différentes techniques dans le diagnostic précoce de l'ONA par ordre de performance en IRM, Scanner puis scintigraphie osseuse et enfin radiographie standard. A l'heure

actuelle, l'IRM est la technique la plus précoce et la plus sensible dans le dépistage de l'ostéonécrose. Le signe le plus constamment décrit est un liseré de bas signal limitant complètement la zone de nécrose et dont les extrémités atteignent la lame osseuse sous-chondrale. Le liseré matérialise l'interface entre le séquestre et l'os sain (4) Dans notre cas, ce liseré est visible à la fois sur la radiographie standard et le scanner. Il est important de classer le stade évolutif de la maladie. La classification la plus utilisée est celle de Ficat et Arlet qui comporte 5 stades (Tableau I). Elle a un intérêt pronostic et thérapeutique. En Afrique subsaharienne elle est découverte au stade tardif (1,5).

Tableau I : Classification Ficat et Arlet modifiée

Stade	Radiographie
0	Pas d'anomalie visible
I	Anomalie légère avec quelques régions opaques.
IIa	Anomalies évidentes, avec lésions locales ou diffuses. Hétérogénéité au sein de la tête fémorale
IIb	Fracture sous-chondrale : signe du croissant. Présence d'un liseré de condensation délimitant une zone polaire.
III	Perte de la sphéricité de la tête fémorale (dépression en marche d'escalier) : image de coquille d'œuf.
IV	Apparition de signe d'arthrose : pincement articulaire, ostéophytose, géodes et condensation du toit du cotyle

CONCLUSION

Les ONATF sont des affections fréquentes dans nos contrées à cause de la drépanocytose mais également des traumatismes mineurs de la hanche. Ce sont des affections qui mettent en jeu le pronostic fonctionnel de la hanche que le diagnostic au stade précoce permet d'améliorer. Devant la faiblesse de la sensibilité de la radiographie standard (seule modalité parfois disponible), le radiologue doit être sensibilisé à rechercher les signes mineurs et à

s'aider de la TDM voire de l'IRM surtout lorsque le terrain s'y prête.

RÉFÉRENCES

1. Pijnenburg L, Felten R, Javier R.-M. Ostéonécroses aseptiques, une revue générale des ostéonécroses de la hanche, et au-delà. *La Revue de Médecine Interne* 2020 ; 41 (1) : 27-36
2. N'Dri K, Ahoure AM, Zunon-Kipre E, Konan A, N'Zi PK, Etti E, Burdin-Mensah G, Abby CB. Aspects radiographiques et tomodensitométriques de la nécrose de la tête fémorale chez le drépanocytaire. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé* 2010 ; 10(1) : 27-30
3. Traore O, Moussali N, Wakrim S, Amrris O, El Benna N, Gharbi A, Sidibe S. Intérêt de l'IRM dans l'ostéonécrose la tête fémorale à propos de 3 cas. *Le Mali médical*. 2016; (1):25-33
4. Loukil H, Frikha F, Snoussi M, Ben Salah R, Bahloul Z. Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale chez une patiente atteinte d'artérite de Takayasu [Aseptic necrosis of the femoral head in a patient with Takayasu arteritis]. *Pan Afr Med J*. 2014;18:203.
5. Akakpo-Numado GK, Gnassingbe K, Sakiye KA, Boume MA, Amadou A, Tekou H. Les ostéonécroses aseptiques de la tête fémorale chez l'enfant drépanocytaire. *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé* 2008 ; 18 (4) : 231-3