

## CONGRES SASPAS

# MALADIE D'OSGOOD-SCHLATTER : DIAGNOSTIC et PRISE EN CHARGE

### 1) DEFINITION

Il s'agit d'une ostéochondrose de croissance, au niveau tibiale antérieur. ( peut-être appelée également apophysose).

Cela correspond à une souffrance de l'insertion basse du quadriceps au niveau de la tubérosité tibiale antérieure (TTA).

Touche plus facilement les garçons de 10 à 16 ans.

C'est une pathologie fréquente, touche 4% des adolescents et 20% des adolescents sportifs.

#### Rappel histologique :

La TTA apparaît pendant la période foétale à partir de l'extrémité proximale du tibia entre 12/15ème semaine.

Elle reste cartilagineuse pendant l'enfance.

Elle apparaît radiologiquement à partir d'un centre d'ossification.

La fin de l'ossification s'effectue vers 15 ans chez les filles, et 17ans chez les garçons.

L'ossification commence entre 7 et 9 ans et se fait de façon centrifuge.

Il y a un front d'ossification qui va à la rencontre du foyer distal.

Entre les 2 persistera un mince pont cartilagineux (pseudo fracture).

Enfin les plaques de croissance se ferment, d'abord entre métaphyse et épiphyse puis au niveau de la tubérosité.

## **2) ETIOLOGIES**

Inconnues, floues.

Il existe plusieurs hypothèses :

- Croissance brutale et déséquilibrée du fémur par rapport aux tendons et muscles.
- Micro fractures de la zone d'insertion du tendon pendant la phase d'ossification du noyau ; entraînant une série d'arrachement et de cicatrisation
- Parfois un ossicule se sépare de la TTA et un tissu cicatriciel s'interpose entre ossicule et tubérosité.

## **3) CLINIQUE**

Il existe une douleur qui est retrouvée lors de la palpation de la TTA.

Il s'agit d'une douleur d'allure mécanique, augmentée lors de l'effort ou après l'effort, retrouvée à l'extension contrariée, diminuant au repos.

La douleur peut-être unilatérale ou bilatérale, c'est à dire ne toucher qu'un genou ou les deux.

Il peut exister également une voussure, une tuméfaction de la TTA, mais ce n'est pas systématique.

## **4) DIAGNOSTIC**

Le diagnostic est clinique.

Il n'y a aucun apport de l'imagerie si la clinique est typique !

Imagerie uniquement si :

- Atypie clinique (douleur inflammatoire, ne diminuant pas avec le repos, impotence fonctionnelle majeure)
- Apparition d'une douleur aiguë après un effort intense (Arrachement de la TTA)
- Doute clinique
- Diagnostic différentiel : Fracture de fatigue, tumeur.

## **5) TRAITEMENT**

Le principal traitement est le **REPOS SPORTIF +++** .  
Peut aller de 0 à 6 mois, à réévaluer régulièrement.

On peut associer un traitement symptomatique :

**-Antalgiques** : Paracétamol/AINS  
**-Etirements/Physiothérapie** : Si raideurs retrouvées à l'examen du Quadriceps et des Ischio-Jambiers.

**-Immobilisation** : n'a pas montré de réel intérêt car entraîne raideur et amyotrophie.

Uniquement si douleurs majeures et rebelles. (Zimmer 1 mois ou plâtre cruro pédiex)

**-Chirurgie** : Place exceptionnelle ; en fin de croissance; risque de récurvatum. Technique décrite par Thomson : résection de l'ossicule et du tissu excessif de la Tubérosité.

## **6)COMPLICATIONS**

Elles sont plutôt rares.

- Arrachement
- Esthétique à l'âge adulte (tuméfaction persistante)
- Chronicisation de la douleur

- Rétraction du tendon rotulien, avec syndrome douloureux rotulien

MAIS excellent pronostic, arrêt des douleurs à la fin de la croissance.

#### Bibliographie :

- [Osgood-Schlatter **disease**]. Vargas B, Lutz N, Dutoit M, Zambelli PY. Rev Med Suisse. 2008 Sep 24;4(172):2060-3.