

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.