



Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la coxarthrose en milieu hospitalier à Ouagadougou (Burkina Faso)

Osteoarthritis of hip: diagnostic and therapeutic aspects in Ouagadougou (Burkina Faso).

Kaboré F*, Sougué C, Zongo YE, Sompougoudou C, Tiendrébéogo BE, Tiendrébéogo WSJ, Ouédraogo DD

Service de rhumatologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Bogodogo

* **Auteur correspondant:** Service de rhumatologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Bogodogo

Email: kaborefulgence@yahoo.fr

Tel:

Reçu le 14 juin 2017, accepté le 31 décembre 2017 et mise en ligne le 31 août 2021

et article est distribué suivant les termes et les conditions de la licence CC-BY

(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>)

Introduction: décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques de la coxarthrose.

Matériels et méthodes: il s'agissait d'une étude transversale à partir d'une collecte rétrospective de dossiers de patients reçus entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2017. Les patients répondant aux critères de l'American College of Rheumatology (ACR) de la coxarthrose ont été inclus.

Résultats: cinquante-cinq (55) patients ont été répertoriés. Le sex-ratio était de 1,1. L'âge moyen était de 41,49 ans. Les principaux facteurs de risque de la coxarthrose étaient dominés par l'ostéonécrose de la tête fémorale (52,3%) ; suivi de l'ostéoartrite (22,7%), des traumatismes de la hanche (13,6%), les dysplasies de hanche (11,4%). La hanche droite était la plus touchée (38,2%). Les médicaments les plus prescrits étaient les antalgiques (90%) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (54,5%). Le traitement chirurgical a consisté à la pose de prothèse totale de hanche (54,5%).

Conclusion: la coxarthrose touche surtout l'adulte jeune de sexe masculin. Le facteur de risque majeur est l'ostéonécrose de la tête fémorale. Le traitement est surtout chirurgical et consiste en la pose d'une prothèse totale de hanche.

Mots-clés: Coxarthrose, Prothèse totale de hanche, Burkina Faso, Afrique.

Background and Purpose: to describe the diagnostic and therapeutic aspects of hip osteoarthritis.

Methods: this was a cross-sectional study based on a retrospective collection of patient records received between January 1, 2013 and December 31, 2017. Patients who have the ACR criteria for hip osteoarthritis were included.

Results: Fifty-five (55) patients were included. The sex ratio was 1.1. The average age was 41.49 years old. The main risk factors for hip osteoarthritis were osteonecrosis of the femoral head (52.3%); followed by osteoarthritis (22.7%), hip trauma (13.6%), hip dysplasia (11.4%). The pain was most localized at the right hip (38.2%). The most prescribed drugs were analgesics (90%) and nonsteroidal anti-inflammatory drugs (54.5%). The surgical treatment consisted of total hip arthroplasty (54.5%).

Conclusions: hip osteoarthritis mainly affects young adults and men. The major risk factor was osteonecrosis of the femoral head. The treatment was mostly surgical and consisted of total hip replacement.

Keywords: Hip osteoarthritis, Total hip arthroplasty, Burkina Faso, Africa.

1. Introduction

La coxarthrose est la deuxième localisation de l'arthrose des membres, après la gonarthrose [11]. Elle représente 0,8% des patients reçus en consultation de rhumatologie à Ouagadougou [12]. Elle peut être primitive ou secondaire. La fréquence des coxarthroses primitives varie en fonction des séries ; elle a été évaluée à 20% en 2009 à Ouagadougou [13]; elle est cependant plus élevée selon la littérature allant de 50% à 80% [1-3]. La coxarthrose secondaire est

associée à l'évolution dégénérative d'une pathologie de l'enfance ou d'une anomalie architecturale du fémur ou du cotyle. Ainsi en Occident, la dysplasie de la hanche est la première cause de coxarthrose suivie de l'épiphysiolyse fémorale supérieure [5, 6]. En Afrique noire, l'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale constitue le principal facteur de risque de coxarthrose [7, 13]. Très peu d'études existent sur la coxarthrose au Burkina Faso. Le but de ce travail était d'étudier les aspects diagnostiques et thérapeutiques de la coxarthrose à Ouagadougou.

2. Patients et méthodes

Il s'est agi d'une étude transversale à partir d'une collecte rétrospective de dossiers de patients reçus entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2017. Ont été inclus les patients reçus en consultation de chirurgie orthopédique et générale chez qui le diagnostic de coxarthrose a été posé. L'hémogramme sanguin, la vitesse de sédimentation et la C reactive Protein (CRP) ont été réalisés chez tous les patients. Tous répondaient aux critères de l'American College of Rheumatology (ACR) [4]. La radiographie du bassin de face et de la hanche malade (face et profil) ont été systématiquement réalisées. La classification de Kellgren et Lawrence a été utilisée pour évaluer les stades radiologiques [8]. L'indice algofonctionnel de Lequesne était utilisé pour évaluer la gêne fonctionnelle [9]. Les coxites inflammatoires, infectieuses ou néoplasiques n'ont pas été incluses. Les données sociodémographiques, les signes cliniques, les signes à l'imagerie et l'évolution ont été recueillies grâce à une fiche de collecte. Les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel de statistiques SPSS version 22.0.

3. Résultats

Cinquante-cinq patients ont été colligés durant la période d'étude. L'âge moyen était de 41,49 ±14,4 ans avec des extrêmes 18 et 76 ans. La population d'étude était représentée par 29 hommes (52,7%) et 26 femmes (47,3%) soit un sex ratio de 1,1. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 5,21 ans avec des extrêmes de 1 à 11 ans. Le type d'hémoglobine était précisé chez 53 patients parmi lesquels 13 cas (25%) de drépanocytose étaient recensés. Onze patients (20%) avaient une coxarthrose primitive contre 44 patients (80%) qui avaient une coxarthrose secondaire. Parmi les coxarthroses secondaires, l'ostéonécrose de la tête fémorale était notée chez 23 patients (52,3%), et la dysplasie de hanche chez 5 patients (11,4%) (Tableau 1).

Tableau 1: répartition des patients en fonction des pathologies associées à la coxarthrose (n=44)

	Effectif	Pourcentage
Nécrose de la tête fémorale	23	52,3
Dysplasie de hanche	05	11,4
Traumatisme de la hanche	06	13,6
Ostéoarthrite	10	22,7
Total	44	100

Tous les patients (100%) présentaient une douleur de hanche. La hanche droite était concernée chez 21 patients (38,2%), la hanche gauche chez 19 patients (34,5%). L'atteinte était bilatérale chez 15 patients (27,3%). La douleur était mécanique chez 31 patients (56,4%). Selon l'indice algo-fonctionnel de Lequesne, 25 patients (46%) avaient un handicap important (Figure 1).

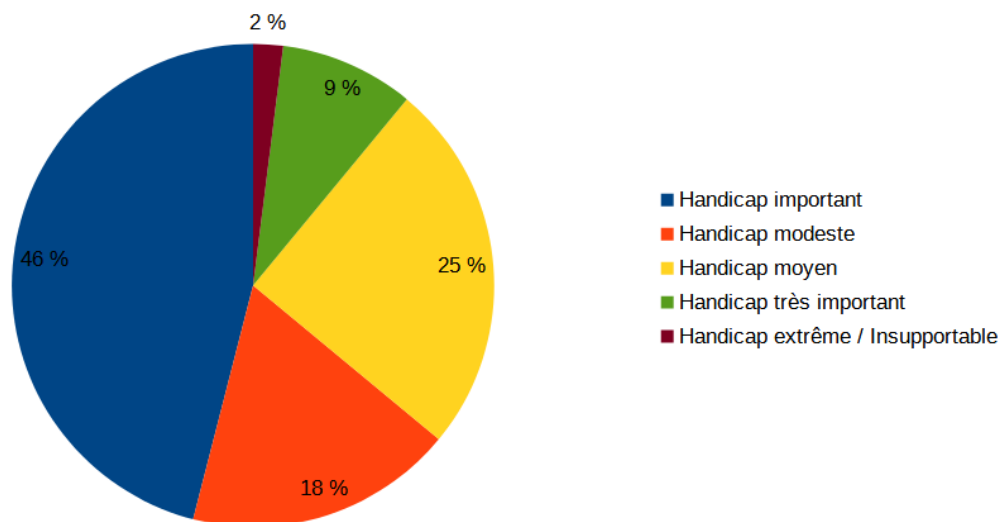


Figure 1: Répartition des patients en fonction du handicap fonctionnel selon l'indice algo-fonctionnel de Lequesne

Les signes physiques à l'examen étaient la limitation des mouvements et la boiterie retrouvées respectivement chez 50 patients (91%) et 36 patients (65,5%). L'inégalité de longueur des membres inférieurs était notée chez 28 patients (51,9%). L'ensemble des patients présentaient des lésions radiographiques. Le pincement de l'interligne articulaire était présent chez tous les patients (100%). Les autres lésions étaient l'ostéocondensation chez 49 patients (89, 1%), les géodes chez 29 patients (52,7%) et les ostéophytes chez 44 patients (79,6%). Vingt-huit patients (51%) étaient au stade IV de coxarthrose suivant la classification de Kellgren et Lawrence, et 13 patients (23,6 %) étaient au stade III (Tableau 2).

Tableau 2: répartition des patients en fonction des stades radiologiques selon Kellgren et Lawrence (n= 55)

	Effectif	Pourcentage
Stade I	2	3,6
Stade II	12	21,8
Stade III	13	23,6
Stade IV	28	51
Total	55	100

Le traitement médical conservateur était proposé chez 25 patients (45,5%) et un traitement chirurgical à type de prothèse totale de hanche était réalisé chez 30 patients (54,5%). La rééducation était réalisée chez 21 patients (38,18%). Le traitement médicamenteux utilisait les antalgiques chez 49 patients (90%) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez 30 patients (54,5%). Quatre patients (7,3%) recevaient des infiltrations locales de corticoïdes. L'acide hyaluronique était associée aux antalgiques et aux AINS au début chez 3 patients (5,3%).

4. Discussion

La coxarthrose secondaire représentait 80% dans notre série. Ces résultats sont similaires à ceux de la littérature [7, 13] et pourraient s'expliquer par le retard au traitement des pathologies causales. Par ailleurs, certains patients, en plus de l'automédication surtout aux corticoïdes, se réfèrent aux tradipraticiens pour le traitement de pathologies telles que les traumatismes de hanche et les hémoglobinopathies. Ce qui pourrait favoriser l'évolution ultérieure vers la coxarthrose [10]. La principale pathologie associée à la coxarthrose était : l'ostéonécrose de la tête fémorale. La drépanocytose est fréquente dans notre contexte et constitue la principale cause d'ostéonécrose de la tête fémorale [7, 13]. La douleur était le maître symptôme et était d'horaire mécanique dans 56% des cas. La douleur de la coxarthrose est classiquement

décrite comme une douleur mécanique en rapport avec les contraintes mécaniques exercées au niveau de l'articulation coxofémorale [10, 13]. La durée moyenne d'évolution de la coxarthrose était de 5,21 ans ce qui est long. Cette longue durée d'évolution pourrait s'expliquer par le retard à la consultation. De plus, dans notre contexte les populations font d'abord recours à l'automédication par les antalgiques et anti-inflammatoires pour soulager la douleur, et surtout à la médecine traditionnelle. Il n'y a donc pas de prise en charge adaptée et efficace de l'étiologie de la coxarthrose. En plus, le manque de personnel qualifié retarde le contact du patient avec le médecin de façon générale et surtout les spécialistes que sont les chirurgiens, les orthopédistes et les rhumatologues qui sont en nombre réduit au Burkina. Les stades radiologiques permettent d'évaluer la sévérité radiologique de la coxarthrose. Les stades radiographiques les plus représentés au cours de notre étude étaient les stades IV et III selon la classification de Kellgren et Lawrence avec des taux respectifs de 51% et 23,6%. Cette prédominance des stades radiologiques avancés dans notre contexte pourrait s'expliquer par le retard à la consultation. Le traitement médicamenteux, associé aux mesures générales et à la kinésithérapie étaient prescrits chez 45,45% des patients. Le traitement chirurgical était prédominant avec 54,55% des cas. Ce résultat pourrait s'expliquer par notre cadre d'étude qui est un service de chirurgie et d'orthopédie qui reçoit en majorité les patients nécessitant une prise en charge chirurgicale associée.

5. Conclusion

La coxarthrose est une pathologie fréquente de l'adulte jeune et est à l'origine d'une symptomatologie douloureuse et d'une altération de la fonction de l'articulation gênant les activités de la vie courante et surtout les activités professionnelles. Elle est en majorité secondaire dans notre contexte, liée à l'ostéonécrose de la tête fémorale. Le traitement non chirurgical reste le plus souvent un traitement symptomatique en attente d'une éventuelle chirurgie dont l'indication est fonction de l'âge et du degré du handicap fonctionnel. Des études ultérieures seraient importantes pour mieux évaluer l'efficacité du traitement de la coxarthrose ainsi que les aspects de la coxarthrose associée à l'ostéonécrose de la tête fémorale.

Conflits d'intérêts : aucun

Références

1. Agossou Voyèmè K. Radiology morphometry of the hip in beninese black children. *J radiol* 2000 ; 81(9):959-63
2. Ali-Gombe A, Croft R, Silman J. Osteoarthritis of the hip and acetabular dysplasia in Nigerian men. *J Rheumatol* 1996;23(3):512-5
3. Alonge TO, Shokunbi WA. The choice of arthroplasty for secondary osteoarthritis of the hip joint following avascular necrosis of the femoral head in sicklers ; *J Natl Med Assoc.* 2004;96(5):678- 81
4. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum.* 1991;34(5):505-14
5. Aronson DD, Carlson WE. Slipped capital femoral epiphysis. A prospective study of fixation with a single screw. *J Bone Joint Surg Am* 1992;74:810-9
6. Exner GU, Schai PA, Notzli HP. Treatment of acute slips and clinical results in slipped capital femoral epiphysis. *Orthopade.* 2002; 31:857-65
7. Kakpovi K, Oniankitan O, Fianyo E, Tagbor K, Houzou P, Mijiyawa M. Facteurs de risque de la coxarthrose chez des patients togolais. *Rev Rhum* 2007;74:1096 Abstract 137.
8. Kellgren JH. Atlas of standard radiographs: the epidemiology of chronic rheumatism. Oxford: Oxford University Press; 1963
9. Lequesne M. osteoarthritis of the hip. *Rev Prat* 2002;52:605-10

10. Murphy NJ, Eyles JP, Hunter D. Hip Osteoarthritis: Etiopathogenesis and Implications for Management. *Adv Ther* 2016;33:1921–46
11. Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin N Am* 2013;39(1):1–19
12. Ouédraogo DD, Ntsiba H, Tiendrébéogo/Zabsonré J, Tiéno H, Bokossa LIF, Kaboré F. Clinical spectrum of rheumatologic diseases in a department of rheumatology in Ouagadougou (Burkina Faso). *Clinical rheumatology* 2014;33(3):385-9
13. Ouédraogo DD, Ouédraogo T, Tiéno H, Zabsonré / Tiendrébéogo J, Pédro C, Drabo J. Caractéristiques sémiologiques et facteurs de risque associés à la coxarthrose à Ouagadougou (Burkina Faso). *Med Santé Trop* 2015;25:102-4