



<b>Biologie</b>	<p>Absence de syndrome inflammatoire  Epanchement articulaire ⇒ ponction ⇒ formule mécanique  Macroscopie: visqueux en blanc d'oeuf  Microscopie: mécanique - pauvre en cellules &lt; 2000/mm<sup>3</sup> dont moins de 50% PNN  - pauvre en protides (&lt; 30 g/l)  Recherche de microcristaux et germes: négative</p>	<p>Absence de syndrome inflammatoire  Epanchement articulaire ⇒ ponction ⇒ formule mécanique  Macroscopie: visqueux en blanc d'oeuf  Microscopie: mécanique - pauvre en cellules &lt; 2000/mm<sup>3</sup> dont moins de 50% PNN  - pauvre en protides (&lt; 30 g/l)  Recherche de microcristaux et germes: négative</p>
<b>Radiographie</b>	<p>Incidences Face + profile en charge  Incidences axiales à 30 et 60°  Incidence de Schuss (à 30° flexion)  Pincement de l'interligne articulaire  Ostéosclérose (condensation) et géodes sous chondrale  Formation d'excroissances osseuses périphériques appelées « ostéophytes » marginales.  Hypertrophie des épines tibiales  Dysplasie fémoro patellaire à rechercher</p>	<p>Bassin face debout, membres inf en rotation interne de 15°  Faux profil de Lequesne, droit et gauche  <b>Pincement de l'interligne</b> : apprécié de façon comparative, supéro-externe (+++), supéro-interne, supérieur global. Rarement interne ou inférieur et postérieur sur le profil.  <b>Ostéocondensation sous chondrale</b> : siège de part et d'autre du pincement (tête et cotyle).  <b>Géodes</b> : dans les formes évoluées, au sein des condensations.  <b>Ostéophytose marginale</b> : du cotyle ou de la tête fémorale</p>
<b>Etiologies</b>	<p><b>Facteurs de risque :</b>  <b>Facteurs généraux :</b>  - vieillissement  - sexe féminin (après 50 ans)  - facteur héréditaire (susceptibilité génétique) → maladie arthrosique :  <b>Facteurs biomécaniques :</b>  - surcharge pondérale (obésité)  - troubles statiques du membre inférieur : déviations axiales en genu varum (++) et valgum , dysplasies rotuliennes et trochléennes  <b>Traumatismes du genou :</b>  - ménisectomies++, lésions méniscales.  - rupture du LCA  - fractures articulaires  - microtraumatismes et surutilisation : sport (football, rugby), profession à risque (flexion répétée des genoux et port de lourdes charges)  - arthrites inflammatoires ou microcristallines (chondrocalcinoïse)</p>	<p>Coxarthrose primitive (&gt; 50 ans)  Coxarthrose secondaire  - Dysplasie et subluxation congénitale  - Protrusion acétabulaire  - Ostéochondrite de la hanche : Coxa plana (5-10 ans)  - Caput varum (ex-coxa vara des adolescents ou coxa retorsa) 10-15 ans =&gt; coxarthrose vers 30-50 ans  - Dymorphie fémorale ou cotyloïdienne  - Autres  * Traumatismes: fracture du cotyle, contusion du cartilage  * Activités sportives de compétition, travail à fort impact sur les hanches  * Inégalité de longueur des membres inférieurs  * Séquelles de coxites: évoluées ,infectieuses ou rhumatismales  * Maladie de Forrestier  * Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale  * coxopathie pagétique</p>
<b>Forme destructrice</b>	<p>- terrain : femmes, âge &gt; 65ans.  - évolution anatomique vers la destruction complète de l'articulation.  - en un an, abrasion de plus de 50% de l'épaisseur du cartilage.  - chondrolyse suivie par la destruction des épiphyses osseuses.  - vu sa rapidité, la condensation sous-chondrale et les ostéophytes n'ont pas le temps de se constituer.  - pronostic fonctionnel : perte totale de la fonction articulaire en 18 mois à 2 ans.</p>	<p>Terrain : femme, âge : 45-80 ans (moy 65 ans)  Vitesse de pincement de l'interligne &gt; à 2 mm/ an ou &gt; 50% en 1 an  Unilatérale, bilatérale dans ¼ des cas.  Douleur brusque, intense.  VS modérément élevée (20-40)  Pincement <b>global</b> de l'interligne, ostéophytose absente ou modérée</p>

Hygiène	<p>↓ Poids  Eviter le surmenage articulaire : en période douloureuse.  A un stade avancé ⇒ éviter la marche ou la station debout trop prolongées, la station assise en flexion, le port de charges lourdes.  Port d'une canne du côté sain  S'opposer à un varus/valgus : semelles  Aménagement d'un poste adapté  Proscrire les sports violents (tennis, football),  Conseiller : natation, gymnastique aquatique, marche sur terrain plat (en dehors des poussées congestives).</p>	<p>↓ poids  Eviter : - marche, - stations debout prolongées - port de charges lourdes.  Périodes de repos, à plat ventre de 30-60 min, plusieurs fois par jour pour éviter le fessum.  Port d'une canne (du côté sain)  Corriger tout raccourcissement (semelles ou souliers)</p>
Traitement médical	<p><b>Traitement antalgique:</b>  Paracétamol (jusqu'à 4g/J)  AINS : - si réponse au paracétamol non satisfaisante ou signes d'inflammation  - toxicité gastro-intestinale, CI (sujets âgés)  <b>Gestes thérapeutiques locaux:</b>  - Infiltrations cortisoniques.  -Viscosupplémentation : infiltration intra articulaire d'un produit lubrifiant à base d'acide hyaluronique ⇒ ↓ douleur et amélioration de la mobilité  - lavage articulaire.  <b>Traitements anti-arthrosiques à effet différé:</b>  « Traitement de fond » de l'arthrose  Action différée, prescription de façon prolongée en cure, car leur effet est retardé (2 mois) et rémanent (6 mois).  Bonne tolérance, notamment digestive</p>	<p><b>Traitement antalgique:</b>  Paracétamol (jusqu'à 4g/J)  AINS : - toxicité gastro-intestinale, CI (sujets âgés)  Tramadol, paracétamol codéiné    <b>Antiarthrosiques d'action lente</b>  « Traitement de fond » de l'arthrose  ↓ consommation d'AINS.  Ex : chondroïtine sulfate; insaponifiable d'avocat et de soja, diacérhène</p>
MPR	<p>Rééducation  Cure thermale</p>	<p>Douce, au mieux la balnéothérapie, pour maintenir la mobilité articulaire, la trophicité musculaire et éviter la constitution du fessum.</p>
Chirurgie	<p>Conservatrice ⇒ ostéotomie de réaxation  Palliative ⇒ PUC (prothèse unicompartmentale)  ⇒ PTG: arthrose globale, très avancée.</p>	<p>Conservatrice ⇒ coxarthrose débutante sur dysplasie ou subluxation, doit être précoce, chez un jeune.  Palliative ⇒ arthrose douloureuse, invalidante, ne cédant pas au traitement médical ⇒ Prothèse totale de hanche (PTH)</p>