

Introduction :

La maladie osseuse de Paget (MOP) peut être à l'origine de diverses complications ostéo-articulaires. Elle se complique souvent d'une arthropathie contigüe à l'os atteint et l'arthropathie pagétique la plus fréquente est celle de la hanche. L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques cliniques et radiologiques de la coxopathie pagétique avec revue de la littérature.

Matériels et Méthodes :

Etude rétrospective des cas de coxopathie pagétique colligés dans le service de rhumatologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir entre 1997-2018.

Résultats :

Parmi 18 patients atteints de MOP, quatre avait une coxopathie pagétique. L'âge moyen de nos patients était de 53,5 ans [29-69] (sexe ratio =1). La douleur était constante chez tous les patients et l'atteinte était unilatérale dans 3 cas avec une prédominance gauche (2/3 des cas). L'EVA moyenne de la douleur était à 2,75 [2-4]. Les radiographies standard avaient confirmé le diagnostic dans tous les cas montrant une protrusion acétabulaire et une coxa profunda dans 2 cas chacun. Ces signes étaient associés aux signes radiologiques caractéristiques de la MOP à savoir une hypertrophie, une ostéocondensation osseuse et un épaississement cortical au niveau cotyloïdien dans 3 cas et au niveau fémoral dans un cas. Une dédifférenciation corticomédullaire et un aspect fibrillaire étaient notés dans 75% des cas chacun (**Figure 1**). Une TDM du bassin était faite dans un seul cas confirmant la coxopathie pagétique. (**Figure 2**) montrant Déformation en varus de la tête fémorale avec un angle coxo-fémoral mesuré à environ 115°. Trame osseuse anarchique avec hypertrophie des travées et dédifférenciation cortico médullaire. Pas de trait de fracture. Absence de lésion osseuse traumatique du cadre obturateur et du sacrum. Coxarthrose protrusive avec pincement de l'interligne prédominant en polaire inférieure et postérieure à gauche associée à une coxa profunda et coxa plana.



Figure 1 : Aspect typique d'une atteinte pagétique de l'aile iliaque gauche avec coxopathie homolatérale associée.

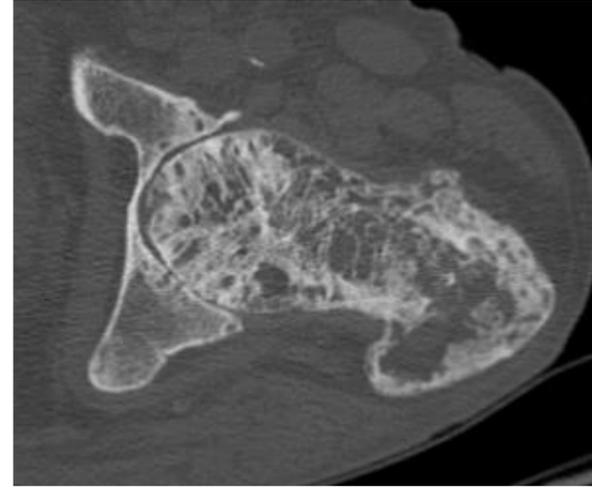


Figure 2: Aspect scannographique d'une coxopathie pagétique

La scintigraphie osseuse était faite dans tous les cas montrant une atteinte monostotique dans 3 cas et polystotique dans un cas.

Le traitement par bisphosphonates était indiqué dans tous les cas : perfusion d'acide zolédronique Aclasta® dans 3 cas et une perfusion de Pamidronate (Arédia®) puis relais oral par Risédronate sodique (Actonel®) dans un cas.

Discussion :

La MOP se complique souvent d'une arthropathie contigüe à l'os atteint. L'absence de congruence entre les éléments qui forment l'articulation, l'altération de la mécanique articulaire secondaire à la déformation, l'hypervascularisation et la rigidité de l'os sous-chondral, expliquent l'évolution vers l'arthropathie pagétique [1].

Des études épidémiologiques [1] ont montré, par comparaison entre un groupe témoin et un groupe de patients atteints par la MOP de mêmes âges, que ces derniers ont un risque estimé à 3.1 fois plus de développer une coxopathie et de subir un remplacement prothétique au niveau de la hanche, et 1.7 fois plus de risque de recourir à une prothèse du genou.

L'arthropathie pagétique est plus fréquente au niveau de la hanche qu'au niveau du genou [1]. Les deux complications ont été associées dans deux cas. Aucune corrélation n'a été retrouvée entre la survenue de complications articulaires et le sexe, l'âge, la forme de la maladie, l'élévation des PAL et les autres complications de la MOP.

Elle est asymptomatique dans 50 % des cas, révélée par des douleurs dans 40 % des cas et par un enraidissement modéré sans douleur dans 10 % des cas [2]. La douleur et la raideur sont très proches de celles qui sont secondaires à la coxarthrose [3]. Les rotations sont d'abord touchées puis l'abduction alors que la flexion reste longtemps normale [3]. Dans notre étude, la douleur de la hanche était constante dans tous les cas.

Sur le plan radiologique, elle se manifeste par une protrusion acétabulaire qui s'associe souvent à une hyperostose intéressant le toit du cotyle et la corne postéroinférieure du croissant articulaire qui paraissent épaissies et denses. Les branches ischio et ilio-pubiennes peuvent être hypertrophiées et élargies. Le pincement de l'interligne coxo-fémoral est inconstant [3].

La coxopathie pagétique, lorsqu'elle est suffisamment invalidante, peut être une indication au remplacement prothétique de la hanche. Un traitement préalable par bisphosphonates doit être instauré afin d'éviter le saignement per-opératoire du fait de l'hypervascularisation de l'os [4]. Les résultats sont excellents dans 75 à 85 % des cas évalués selon l'échelle de la douleur et de la fonction [5,6]. Aucun de nos patients n'avait bénéficié d'un remplacement prothétique de la hanche.

Conclusion :

Le traitement par bisphosphonates est indiqué devant toute coxopathie pagétique en dehors de contre indication. Mais lorsqu'elle est suffisamment invalidante, cette coxopathie peut être une indication au remplacement prothétique de la hanche afin d'améliorer le pronostic fonctionnel.

Bibliographie :

- [1]. Van Staa TP, Selby P, Leufkens HG, Lyles K, Sprafka JM, Cooper C. Incidence and natural history of Paget's disease of bone in England and Wales. *J Bone Miner Res.* 2002; 17:465-71.
- [2]. Mazières B, Arlet J. La coxopathie pagétique. In: Simon L, Sebert JL, Hérisson CH, editors. *La maladie osseuse de Paget.* Paris: Masson;1989.
- [3]. Kuntz D. Maladie de Paget: complications ostéo-articulaires et prise en charge chirurgicale. *Rev Rheum.* 2003; 70:641-3.
- [4]. Corral-Gudino L, Borao-Cengotita-Bengoia M, Del Pino-Montes J, Ralston S. Epidemiology of Paget's disease of bone: A systematic review and metaanalysis of secular changes. *Bone.* 2013; 55:347-52.
- [5]. Merkow RI, Pellici PM, Hely DP, Salvati EA. Total hip replacement for Paget's disease of the hip. *J Bone Joint Surg.* 1984; 66:752-8.
- [6]. McDonald DJ, Sim FH. Total hip arthroplasty in Paget's disease. *J Bone Joint Surg.* 1987; 69:766-72.