

Fracture d'Osgood-Schlatter de découverte post-traumatique : à propos d'un cas

Magloire N. Nkombo ¹, Didier Y. Mulunda ¹

¹ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

La fracture d'Osgood-Schlatter consiste en une lésion-arrachement progressive de la tubérosité tibiale antérieure rencontrée chez le jeune adolescent, dans la plupart des cas sportif, tel le sujet que nous présentons, l'un des rares cas rapportés dans notre milieu, et ayant subi un forage tibial comme traitement.

Mots-clés : Fracture, Osgood-Schlatter, Post-traumatique, Adolescent.

Introduction

Aussi dite « Apophysose », la fracture d'Osgood-Schlatter est une dystrophie de croissance qui consiste en une lésion-arrachement progressive de la tubérosité tibiale antérieure immature de l'adolescent (4 %) dont 20 % sportifs [1]. Elle apparaît entre 10 et 15 ans et est habituellement unilatérale, avec un sex ratio en faveur des garçons, le temps que les filles deviennent plus actives au sport [2]. C'est une lésion mécanique qui fait suite à une traction tendineuse rotulienne excessive sur le noyau osseux tubérositaire du tibia avant l'ossification définitive. Son diagnostic est essentiellement clinique, la radiographie n'intervient qu'en cas de doute, et la biologie n'a pas toujours sa place. Le traitement, conservateur, repose sur la mise au repos du membre concerné et l'administration des antalgiques, suivis d'une kinésithérapie. Pourtant, la chirurgie est évoquée selon les cas, surtout anticipativement en évitant des complications telles la chronicisation de la lésion ou encore un genou recurvatum [3,4].

Observation Clinique

Patient M.G., âgé de 14 ans, de sexe masculin, avait consulté au Centre Médical Bushok de la Kamalondo pour gonflement douloureux juste en dessous du genou droit avec gêne à la pratique sportive. Tout remontait à environ 3 mois de la présente consultation, par un faux mouvement qu'il a connu à la descente d'un saut en

hauteur, alors qu'il jouait au basket-ball. Pour calmer cette gonarthralgie, il s'était automédiqué aux antalgiques par voie orale et en application locale. Ses antécédents révèlent une pratique intensive du basket-ball depuis environ 2 ans.

Au complément d'anamnèse, nous notions une voussure en regard de la tubérosité tibiale antérieure droite, associée à une douleur accentuée par la pratique du sport, et calmée au repos, interdisant la position accroupie.

A l'examen locorégional, nous avons eu une tuméfaction sensible au niveau du plateau tibial antérieur droit avec sensibilité esquissée au centre de l'apophyse tibiale antérieure, n'entravant pas la marche, mais limitant la flexion de la jambe sur la cuisse homolatérale.

Par présomption, nous avons évoqué un traumatisme ancien du plateau tibial antérieur droit.

A la radiographie standard du genou droit incidence profil, nous avons eu une image de fracture-arrachement de l'apophyse tibiale antérieure.

Avec certitude, le diagnostic de fracture d'Osgood-Schlatter a alors été évoqué.


L'attitude conservatrice nous a emmené à l'immobilisation du membre concerné pendant 6 semaines, soit un bandage compressif en croix du genou droit soutenu par une attelle plâtrée cruro-pédieuse, associée à un antalgique per os.

Correspondance:

Magloire N. Nkombo, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
Téléphone: +243 816 912 168 - Email: dr.magloire2015@gmail.com

Article reçu: 13-10-2020 Accepté: 27-10-2020

Publié: 03-11-2020

 Copyright © 2020. Magloire N. Nkombo *et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Le non amendement des signes à l'ablation de la composante conservatrice a fait indiquer la chirurgie, et la technique de forage en timbre-poste de l'apophyse tibiale antérieure a été choisie, avec deux broches de Kirchner équidistantes d'un demi-centimètre, introduites à une profondeur d'environ un demi-centre de la tubérosité tibiale antérieure. Et un pansement compressif aseptique a été posé, le sujet libéré au 5e jour.



Figure 1 : Image radiologique montrant une fracture-arrachement de l'apophyse tibiale antérieure

À la quatrième semaine post-opératoire, le patient a été revu et la rééducation basée sur les exercices d'étirement a été indiquée. Six mois après chirurgie, la récupération est bonne, notre sujet a déjà repris avec ses entraînements sportifs sans aucune plainte.

Discussion

Au-delà du fait que la maladie d'Osgood-Schlatter soit une ostéochondrose, nous avons opté pour le terme « fracture » pour notre cas, vu les circonstances de survenue post-traumatique immédiate et le type de lésion rencontrée. Cette dernière, de type arrachement, probablement déclenchée par une mise en contraction brutale du quadriceps fémoral droit de notre patient, alors que son tendon rotulien homolatéral était en

extension maximale. Ainsi, nous nous logeons derrière Mechchat *et al.* [5], évitant les termes d'ostéochondrite, ainsi que ceux d'épiphysite ou d'apophysite.

Vargas *et al.* [1] trouvent que le diagnostic est surtout clinique, et les examens d'imagerie ne sont pas nécessaires pour le diagnostic. En ce qui nous concerne, la radiographie standard du genou droit a pris une part importante dans la pose du diagnostic de certitude tout en décrivant la lésion, peut-être parce que cliniquement nous doutions encore sur la pathologie. Toutefois, nous estimons que si à la longue nous ne ferons plus recours d'emblée aux examens d'imagerie, ceux-ci auront toute leur place quand il s'agira de la chronicisation et la persistance d'une symptomatologie gênante.

Le traitement chirurgical n'est pas de premier recours en cas de fracture d'Osgood-Schlatter. Pourtant, trois faits nous ont poussés à ce choix : la chronicisation et la persistance d'une symptomatologie gênante, l'échec du traitement conservateur, et le type de la lésion (arrachement partiel d'un fragment osseux unique non fragmenté). Ainsi, comme Ngowe *et al.* [6] à Yaoundé, nous avons opté pour le forage de la tubérosité tibiale antérieure sans pose de plâtre, vu les avantages liés à la technique ; notamment, l'efficacité et l'efficacité, le raccourcissement de la durée d'hospitalisation, et sa facilité d'exécution quel que soit la qualité du plateau technique. Beaubois *et al.* [7] nous proposent de corriger les troubles biomécaniques de sur-contraintes et de permettre à l'enfant de pratiquer des activités sportives non douloureuses bien qu'il n'existe pas de consensus pour traiter la pathologie.

Conclusion

La fracture d'Osgood-Schlatter est une pathologie des jeunes adolescents sportifs et son diagnostic repose sur la clinique, mais compléter par la radiographie en cas d'incertitude. La chirurgie a une place dans une certaine mesure pour seconder le traitement conservateur.

Conflicts d'intérêt : Aucun.

Références

1. Vargas B, Lutz N, Dutoit M, Zambelli P-Y. Maladie d'Osgood-Schlatter. Rev Med Suisse 2008; 4:2060-2063.
2. Pessler F. Maladie d'Osgood-Schlatter, Helmholtz Center for Infection Research & Hannover Medical

School, Dernière révision totale, Germany, mars 2019.

3. Bacquaert P. Maladie d'Osgood-Schlatter ou Douleur de croissance du genou, Institut de recherche du bien-être de la médecine et du sport santé, Dernière révision 2018. Accessible sur : <https://www.irbms.com/maladie-d-osgood-schlatter/>
4. Léonard JC, Albecq JF, Lecllet H, & Morin C. Complications de la maladie d'Osgood-Schlatter: les pièges d'une maladie réputée banale. *Science & sports*. 1995;10(2):95-101.
5. Mechchat A, Bensaad S, Elidrissi M, Shimi M, Elibrahimi A, Elmirini A, Une cause inhabituelle de gonalgie chez l'adulte : des séquelles de la maladie d'Osgood-Schlatter, Cas clinique, Service d'orthopédie et de chirurgie traumatologique B4, Hôpital Hassan-II, Fez - Maroc, In : *La Lettre du Rhumatologue*. 2015;(417):31-33.
6. Ngowe MN, Eyenga V, Bahebeck J, Tangnym CP, Mahop JB, Ndjolo A, Sosso AM. La maladie d'Osgood-Schlatter : A propos de 2 observations commentées. *Mali Médical* 2007 ; 22(4): 52-53.
7. Beaubois Y, Dessus F, Boudenot A. Maladie d'Osgood-Schlatter: de l'arrêt sportif vers la gestion des troubles biomécaniques. *Kinésithérapie, la Revue*. 2016;16(175):2-6.