

SÉQUELLES DE LA MALADIE D'OSGOOD-SCHLATTER À L'ÂGE ADULTE

DR FURGAN OZCAN¹, DR ADELARD DE BACKER¹, PR FILIP VANHOENACKER², AVEC UN COMMENTAIRE DU DR DENIS LANGINIER (CENTRE MÉDICAL DU SPORT, CHEM SITE NIEDERKORN; CMDS.LU)

1. Service de radiologie, UZ Brussel

2. Service de radiologie AZ Sint-Maarten Mechelen, UZ Antwerpen et Universités d'Anvers, de Gand, de Louvain et de Bruxelles

Cet article décrit des séquelles de la maladie d'Osgood-Schlatter à l'âge adulte. Cette affection touche habituellement les adolescents sportifs, qui présentent alors une douleur et une tuméfaction au niveau de la tubérosité tibiale, disparaissant après la puberté. Dans de rares cas, un noyau osseux secondaire persiste à l'âge adulte au niveau de l'attachement distal du tendon rotulien et, à la suite d'un traumatisme, se détache et devient douloureux.

ANTÉCÉDENTS CLINIQUES

Un homme de 25 ans se présente pour une douleur persistante dans la partie antérieure du genou droit. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) montre un épaississement du tendon rotulien et des séquelles d'une maladie d'Osgood-Schlatter à un plus jeune âge, avec un noyau apophysaire détaché persistant au niveau de la tubérosité tibiale ainsi qu'un léger œdème médullaire à l'intérieur.

Trois mois plus tard, le patient présente une douleur dans la partie antérieure du genou à la suite d'une chute en trottinette. La radiographie standard confirme les séquelles de la maladie d'Osgood-Schlatter avec la présence d'un arrachement osseux corticalisé au niveau de la tubérosité tibiale antérieure (Figure 1). Une

nouvelle IRM montre à présent un épaississement du tendon rotulien distal, un œdème du paquet adipeux de Hoffa, un œdème médullaire dans le fragment osseux détaché, ainsi qu'une bursite infrapatellaire (Figure 2).

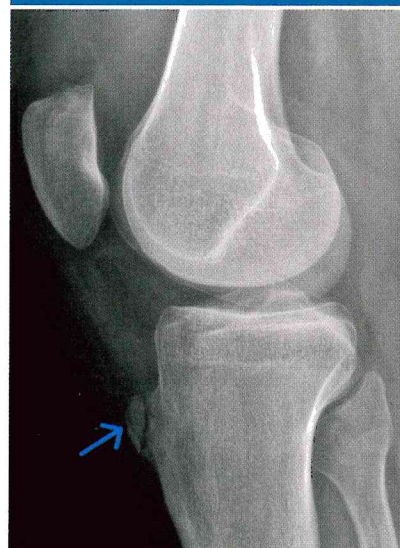
Le diagnostic de maladie d'Osgood-Schlatter persistante (*unresolved*) avec exacerbation post-traumatique aiguë est posé.

COMMENTAIRES

Définition, pathogenèse et démographie

La maladie d'Osgood-Schlatter (*Osgood-Schlatter disease, OSD*) est une affection qui se manifeste par une douleur au niveau de l'attachement du tendon rotulien au tibia. Elle est causée par des tractions répétées du tendon rotulien distal

Figure 1: Le cliché de profil de la radiographie standard du genou droit montre un fragment osseux corticalisé au niveau de la tubérosité tibiale (flèche bleue).



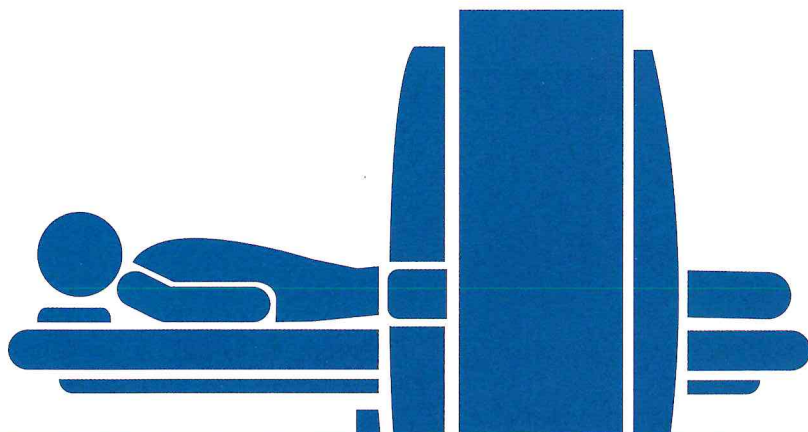
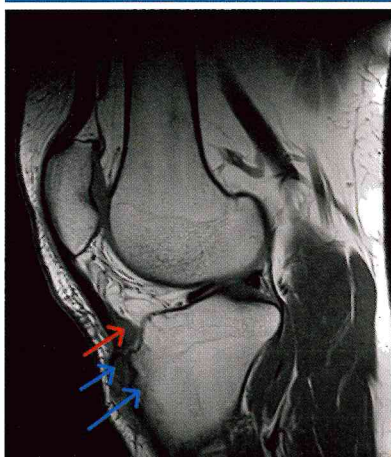


Tableau 1: Diagnostic différentiel de l'OSD.

Affection	Présentation clinique	Imagerie
Ostéochondrite disséquante	Douleur dans la partie antérieure/ face antéro-médiale du genou	Lésion ostéochondrale antéro-médiale
Sinding-Larsen-Johansson	Douleur à la pointe inférieure de la rotule	Fragment osseux à l'apex de la rotule, altération du tendon rotulien proximal
Bursite infrapatellaire	Douleur antérieure du genou, tubérosité tibiale non douloureuse	Radiographie normale; l'échographie et l'IRM montrent un épanchement dans la bourse infrapatellaire
Maladie de Hoffa	Douleur supéro-latérale contre le tendon rotulien	Radiographie normale, œdème à l'IRM
Chondromalacie rotulienne	Douleur fémoro-patellaire, craquements à l'extension et à la flexion	Lésions cartilagineuses à l'IRM
Tendinite rotulienne	Douleur antérieure du genou	Tubérosité tibiale normale; épaississement du tendon rotulien, signal hypoéchogène à l'échographie et augmentation du signal en T2 à l'IRM
Ostéomyélite proximale du tibia	Symptômes systémiques, douleurs lors des activités physiques et au repos, bilan inflammatoire	Tuméfaction des tissus mous, œdème médullaire et réaction périostée, abcès
Fracture de la tubérosité tibiale	Traumatisme passé, douleur	Ligne de fracture

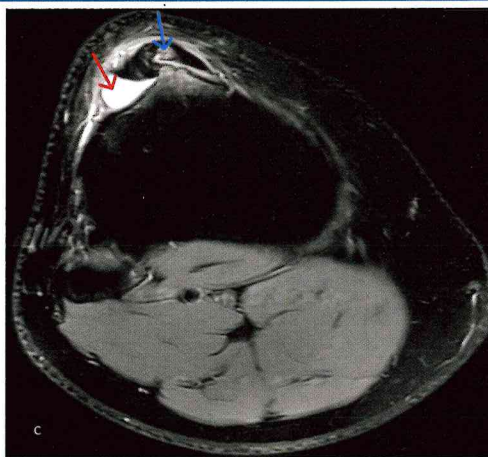
Figure 2: IRM.



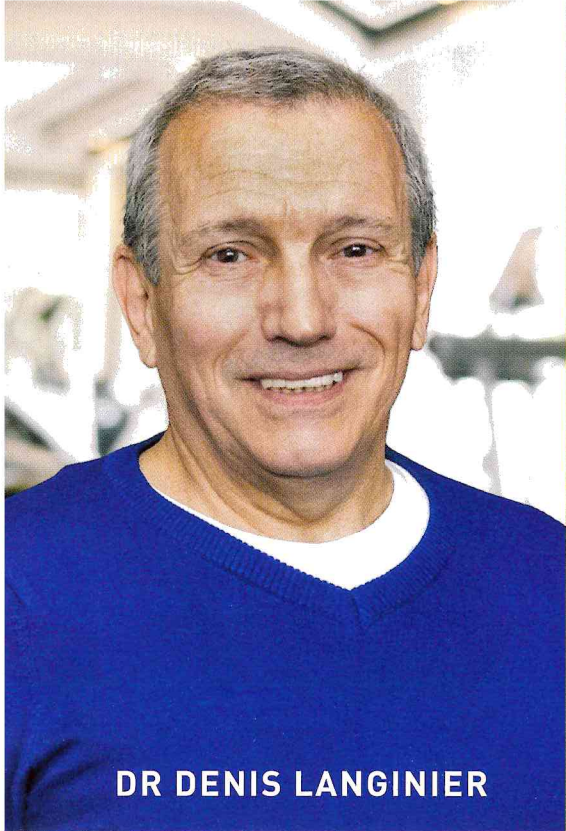
A: En plus d'une irrégularité corticale au niveau de la tubérosité tibiale, la coupe sagittale pondérée en T1 montre un signal hypo-intense dans le fragment osseux et une tubérosité tibiale (flèches bleues) ainsi qu'un gonflement de la bourse infrapatellaire profonde (flèche rouge).



B: La coupe sagittale pondérée en T2 montre un signal hyper-intense dans le fragment osseux détaché et une tubérosité tibiale (flèches bleues) correspondant à un œdème médullaire. Le gonflement et le signal intense en T2 élevé au niveau de la bourse infra-patellaire (flèche rouge) indiquent une bursite. Remarquez également l'épaississement du tendon rotulien ainsi que le signal hyper-intense en T2.



C: La coupe axiale pondérée en T2 montre un épanchement dans la bourse infrapatellaire profonde (flèche rouge) et un œdème médullaire dans le fragment osseux détaché (flèche bleue) et la tubérosité tibiale.



DR DENIS LANGINIER

UNE HISTOIRE DE CHASSE!

D'APRÈS L'INTERVIEW DU DR DENIS LANGINIER (CENTRE MÉDICAL DU SPORT, CHEM SITE NIEDERKORN; CMDS.LU)

La maladie d'Osgood-Schlatter (OS) est une apophysite de croissance, fréquente chez les adolescents, en particulier les sportifs pratiquant des activités sollicitant intensément les genoux (saut, réception, accélération). Malgré sa prévalence, les séquelles graves nécessitant une intervention chirurgicale restent (très) rares, reflétant souvent un suivi médical inadapté. Le Dr Langinier explore l'évolution de la prise en charge de cette pathologie, mettant en lumière les avancées cliniques et les recommandations actuelles.

ÉVOLUTION DES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE

Historiquement, le repos sportif strict était la norme pour les jeunes souffrant d'OS ou d'autres pathologies de croissance similaires. Cette approche, bien que répandue il y a plus de deux décennies, a progressivement été abandonnée. Aujourd'hui, un repos relatif est préconisé: l'enfant réduit son activité uniquement lors des épisodes douloureux, reprenant ses activités habituelles dès la disparition des symptômes. Cette

stratégie favorise une meilleure gestion de la douleur tout en maintenant le bien-être psychologique et social du patient.

RÔLE DE LA VITAMINE D DANS LA PRISE EN CHARGE

La supplémentation en vitamine D3 (associée à la vitamine K2 pour optimiser l'absorption) est essentielle dans le traitement des pathologies de croissance. Un apport quotidien de 3.000 à 5.000UI peut être recommandé pour pallier les déficits fréquents chez les jeunes patients en période de croissance rapide. La mesure systématique des taux sériques, bien que possible, n'est pas jugée indispensable dans ce contexte, la supplémentation prophylactique étant considérée comme sûre.

DIAGNOSTIC ET PRÉVENTION DES SÉQUELLES

Le diagnostic clinique repose sur l'identification de douleurs localisées à la tubérosité tibiale antérieure (TTA), que l'on n'abordera qu'après avoir examiné les membres (inégalité de longueur, chevilles...) et la colonne (scoliose...).

L'instabilité du genou, liée à des morphotypes particuliers (valgus, varus, patella alta), peut prédisposer à une sollicitation excessive de la TTA. En cas de douleurs intenses ou persistantes, un suivi radiologique et échographique permet d'évaluer le risque de séquelles, telles que des séquestres osseux ou des déformations significatives.

«Le diagnostic d'Osgood-Schlatter est clinique. Néanmoins, une radio peut être réalisée pour objectiver les lésions et les montrer aux parents et au patient.»

RÉÉDUCATION ET APPROCHE FONCTIONNELLE

La rééducation fonctionnelle est au cœur du traitement des séquelles d'OS. Elle inclut des exercices visant à restaurer la proprioception, la posture, la gestuelle sportive et l'équilibre musculaire. Les patients présentant des séquelles importantes bénéficient souvent d'un

«Les maladies de croissance sont liées à une hypersollicitation; il suffit donc de réduire légèrement cette sollicitation pour que la croissance résolve naturellement le problème.»

suivi pluridisciplinaire associant kinésithérapie, ostéopathie et, si nécessaire, correction de facteurs exogènes (chaussures, semelles orthopédiques...). Les désordres métaboliques sont d'autant plus fréquents que le niveau d'activité physique est élevé, rendant une alimentation «normale», même bien conçue et à base de produits de qualité, souvent insuffisante. Il devient alors pertinent de rechercher et de corriger ces désordres métaboliques, comme un déficit en chrome, zinc ou manganèse, ce qui peut également s'avérer utile dans le cadre d'un syndrome d'OS.

«Entre une alimentation normale et une hyper-supplémentation, il existe un juste milieu: une supplémentation coordonnée et raisonnée, capable de produire des résultats concrets.»

GESTION DES CAS RÉFRACTAIRES

En cas de séquelles invalidantes, une intervention chirurgicale peut être envisagée. Celle-ci consiste généralement en l'ablation des séquelles osseuses ou

un peignage tendineux, suivi d'une rééducation rigoureuse. Cependant, ces cas restent l'exception, soulignant l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée.

IMPLICATIONS POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Le médecin généraliste joue un rôle crucial en tant que premier interlocuteur. Il doit différencier l'OS des autres causes de gonalgies chez l'adolescent, identifier les drapeaux rouges (douleurs intenses, risque de séquestre) et impliquer activement les parents dans la prise en charge. Une approche éducative et collaborative est essentielle pour garantir l'observance du traitement et éviter des décisions excessivement restrictives, telles que l'arrêt définitif des activités sportives.

«Un traitement local peut aider. Je pense davantage à l'application de froid qu'à un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien, que l'on sait inopérant sur une structure tendineuse.»

CONCLUSION

La maladie d'Osgood-Schlatter illustre l'importance d'une prise en charge multidimensionnelle, intégrant les aspects biomécaniques, métaboliques et psychosociaux. Une surveillance clinique attentive, associée à des interventions précoces et adaptées, permet de minimiser les séquelles à long terme et de maintenir une qualité de vie optimale pour ces jeunes patients. ▣

«Inévitablement, les parents se tourneront vers le web après l'annonce du diagnostic et reviendront avec leurs idées et croyances, qu'il sera ensuite utile d'explorer, voire de corriger.»

exercées sur le cartilage de conjugaison du noyau apophysaire de la tubérosité tibiale [1]. L'OSD survient généralement en plein pic de croissance, lorsque les tendons grandissent moins vite que les os, et est plus fréquente chez les garçons. La prévalence chez les enfants et les adolescents âgés de 9 à 15 ans est d'environ 10% [1-3]. La pratique intensive d'un sport est un facteur prédisposant. Les symptômes disparaissent généralement après la puberté, lorsque les cartilages de conjugaison sont refermés. Dans environ 10% des cas, le noyau apophysaire persiste à l'âge adulte avec une douleur et un gonflement persistants [1, 2]. Ce noyau osseux peut même se détacher à la suite d'un traumatisme.

Présentation clinique

Les symptômes de l'OSD comprennent une douleur antérieure du genou, principalement au niveau de la tubérosité tibiale. La douleur est déclenchée par une sollicitation excessive de l'appareil extenseur (courir, s'agenouiller, monter les escaliers, etc). L'examen clinique montre une protubérance douloureuse sur le tibia juste en dessous du genou. L'affection est généralement unilatérale, mais peut aussi être présente des deux côtés [1, 3].

Les complications liées aux séquelles de l'OSD surviennent principalement à la suite d'un choc direct [2].

Imagerie

La radiographie standard montre une tubérosité tibiale proéminente ou irrégulière, une apophyse non soudée et un léger gonflement des tissus mous adjacents [4].

L'échographie montre un épaissement du tendon rotulien, une tuméfaction des tissus mous pré-tibiaux et un éventuel gonflement des bourses infrapatellaires superficielles et profondes [4].

Une IRM est pertinente pour évaluer les altérations des tissus mous et les anomalies du tendon rotulien. Au cours de la phase active, on observe un gonflement de la bourse infrapatellaire ainsi qu'un œdème dans le corps adipeux de Hoffa, un épaissement et un signal anormal du tendon rotulien, mais aussi un œdème médullaire dans la tubérosité tibiale et le noyau apophysaire [4, 5].

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le **tableau 1** résume le diagnostic différentiel de l'OSD [3].

TRAITEMENT

Une approche conservatrice est le traitement à privilégier: application de glace, immobilisation et repos. Pour réduire les symptômes aigus, des anti-inflammatoires non stéroïdiens sont indiqués. Un traitement chirurgical peut être nécessaire chez les patients dont les symptômes ne

disparaissent pas à l'âge adulte. Les possibilités comprennent l'excision du noyau osseux secondaire, une tuberculoplastie et la réparation du tendon rotulien [6].

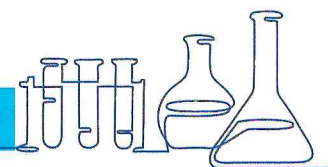
CONCLUSION

L'OSD résulte d'une lésion à la suite d'une sollicitation excessive pendant le pic de croissance et disparaît généralement lorsque le squelette ne grandit plus. Il arrive parfois qu'à l'âge adulte, un noyau apophysaire subsiste et que des symptômes persistants se déclenchent en cas de traumatisme. ■

Références

1. Haines M, Pirlo L, Bowles K-A, Williams CM. Describing frequencies of lower-limb apophyseal injuries in children and adolescents: a systematic review. Clin J Sport Med 2022;32(4):433-9.
2. Circi E, Atalay Y, Beyzadeoglu T. Treatment of Osgood-Schlatter disease: review of the literature. Musculoskelet Surg 2017;101(3):195-200.
3. Vaishya R, Azizi AT, Agarwal AK, Vijay V. Apophysitis of the tibial tuberosity (Osgood-Schlatter disease): a review. Cureus 2016;8(9):e780. DOI 10.7759/cureus.780
4. Aparna J. Osgood-Schlatter Disease Imaging. Medscape 2022; <https://emedicine.medscape.com/article/411842-overview?form=fpf>
5. Hirano A, Fukubayashi T, Ishii T, Ochiai N. Magnetic resonance imaging of Osgood-Schlatter disease: the course of the disease. Skeletal Radiol 2002;31(6):334-42.
6. Weiss JM, Jordan SS, Andersen JS, Lee BM, Kocher M. Surgical treatment of unresolved Osgood Schlatter disease: ossicle resection with tibial tubercleplasty. J Pediatr Orthop 2007;27(7):844-7.

EN DIRECT DE L'INDUSTRIE



Disponibilité de Mounjaro® au Grand-Duché de Luxembourg depuis le 2^{er} février

Eli Lilly annonce que Mounjaro® (tirzépateide)[®] un traitement du diabète de type 2 (DT2) et de l'obésité[®] est à présent disponible au Grand-Duché de Luxembourg. Cet agoniste du GIP et du GLP-1 est destiné aux adultes atteints de DT2 et à ceux souffrant d'obésité ou de surpoids (indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m²) et d'une comorbidité liée au poids (en plus du régime alimentaire et de l'exercice physique)[®]

Le DT2 et l'obésité posent d'importants problèmes de santé publique[®] tant par leur prévalence

croissante que par les complications qui leur sont associées[®]. Au Luxembourg[®] environ 2,2 millions d'adultes vivent avec le diabète[®] ce qui représente 12% de la population totale. L'obésité quant à elle touche 24% de la population luxembourgeoise[®] tandis que 22% de la population vit avec un excès de poids[®].

Les essais cliniques[®] notamment le programme SURMOUNT réunissant plus de 2200 participants[®] ont démontré l'efficacité de ce traitement[®]

L'introduction de Mounjaro® se fera par étapes afin d'en garantir la disponibilité[®]. À partir du 2^{er} février[®] les doses KwikPen de 2,5mg et 5mg seront disponibles[®] suivies des doses de 7,5mg et 11,25mg au cours du 3^e trimestre[®]. Les doses de 15mg et 22,5mg seront introduites plus tard en 2023[®]. ■

2^e Fédération Internationale du Diabète (FID) / Luxembourg
2^e Obésité dans le monde (WGO) / Observatoire mondial de l'obésité / Luxembourg