DOI : https://doi.org/10.67869/2w8v9038
Check for updates

Journal Sahélien des Sciences de la Santé (JSSS)

Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la coxarthrose de l'adulte à l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo de Niamey

Diagnostic and therapeutic aspects of hip osteoarthritis in adults at the Amirou Boubacar Diallo National Hospital, Niamey

Dalatou MMMH[1], Altiné IM[1]*, Moussa NA[1], Ngarledjé TO[2], Abdoulmoutalabi AAA[3], Idi WA[1], Abdoul Wahab AM[3]

Reçu le 16/09/2026 Accepté le 23/11/2026 Publié le 24/11/2026

Mots-clés
coxarthrose ; ostéonécrose de la tête fémorale ; drépanocytose ; arthroplastie de hanche ; Niger.

Résumé

Introduction : La coxarthrose est un processus dégénératif du cartilage de l'articulation coxo-fémorale. Objectif : décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs de la coxarthrose de l'adulte à l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo (HNABD) de Niamey.

Matériels et méthodes : étude rétrospective descriptive des dossiers des patients âgés d'au moins 18 ans pris en charge pour coxarthrose du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2021 ; évaluation radiologique selon Kellgren et Lawrence et fonctionnelle selon le score de Postel et Merle d'Aubigné (PMA).

Résultats : Cinquante-huit patients ont été inclus. Les hommes représentaient 55,17%. L'âge moyen était de 34,67 ans. La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 24,77 mois. La douleur était présente chez tous les patients. Le score PMA était médiocre chez 30 patients. Le périmètre de marche était limité chez 52 patients. Selon la classification radiologique de Kellgren et Lawrence, 42 patients étaient au stade IV. La forme secondaire représentait 62,07% des cas, dominée par l'ostéonécrose aseptique drépanocytaire de la tête fémorale (27/36 formes secondaires, soit 46,55% de l'effectif). L'arthroplastie était réalisée chez 32 patients. Sept complications (12,07%) ont été relevées pendant le suivi hospitalier. Au dernier recul (20 patients revus) : 3 cotyloïdites sur prothèse intermédiaire, 2 descellements de cupule sur prothèse totale et un score PMA très bon chez 13 patients.

Conclusion : la coxarthrose de l'adulte à l'HNABD touche des sujets jeunes, est le plus souvent secondaire, principalement à l'ostéonécrose drépanocytaire, et est diagnostiquée à un stade avancé ; l'évaluation de ses résultats thérapeutiques nécessite un suivi prospectif structuré.

Keywords
hip osteoarthritis; femur head necrosis; sickle cell disease; hip arthroplasty; Niger.

Abstract

Introduction: Coxarthrosis is a degenerative process of the cartilage of the hip joint. Aim: to describe the epidemiological, clinical, radiological, therapeutic and outcome features of hip osteoarthritis in adults at the Amirou Boubacar Diallo National Hospital (HNABD), Niamey.

Materials and methods: retrospective descriptive study of the records of patients aged 18 years or older treated for hip osteoarthritis from 1 January 2017 to 31 December 2021; radiological assessment according to Kellgren and Lawrence and functional assessment with the Postel and Merle d'Aubigné (PMA) score.

Results: a total of 58 patients were included. Male patients accounted for 55.17%. The mean age was 34.67 years. The mean duration of symptoms was 24.77 months. Pain was present in all patients. The PMA score was poor in 30 patients. Walking distance was limited in 52 patients. According to the Kellgren and Lawrence classification, 42 patients were at stage IV. Secondary osteoarthritis accounted for 62.07% of cases, mainly due to sickle cell-related aseptic osteonecrosis of the femoral head (27/36 secondary forms, i.e. 46.55% of all patients). Arthroplasty was performed in 32 patients. Seven complications (12.07%) were recorded

during hospital follow-up; at last follow-up, 3 cotyloiditis after hemiarthroplasty and 2 cup loosenings after total hip arthroplasty were found. At the last follow-up, the PMA score was very good in 13 of the 20 patients reviewed.
Conclusion: hip osteoarthritis in adults at HNABD affects young patients, is mostly secondary, mainly to sickle cell osteonecrosis, and is diagnosed at an advanced stage; assessment of treatment outcomes requires structured prospective follow-up.

Introduction

La coxarthrose ou arthrose de la hanche est un processus dégénératif du cartilage de l'articulation coxo-fémorale [1]. Elle constitue la 2e localisation de l'arthrose des membres après le genou [2]. Elle peut être primitive ou secondaire à un vice architectural de l'articulation d'origine congénitale ou acquise [1]. La douleur est le maître symptôme de cette affection [3]. En Occident, la coxarthrose primitive est plus fréquente qu'en Afrique noire [2,4]. Les premières publications africaines rapportaient la rareté de la coxarthrose primitive en Afrique subsaharienne, expliquée en partie par une population jeune et dominée par les étiologies secondaires [5]. Très peu de données existent sur la coxarthrose au Niger, en particulier sur la part de l'ostéonécrose drépanocytaire et sur les résultats de sa prise en charge chirurgicale. L'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs de la coxarthrose de l'adulte prise en charge au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo (HNABD) de Niamey.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive monocentrique menée sur une période de 5 ans (du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2021) au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'HNABD de Niamey. Étaient inclus dans l'étude les dossiers des patients âgés d'au moins 18 ans admis pour coxarthrose uni- ou bilatérale et ayant été pris en charge dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'HNABD. N'étaient pas inclus les patients dont le dossier était inexploitable (absence de cliché radiographique pré- ou postopératoire, d'observation médicale, de fiche de traitement ou de compte rendu opératoire), ainsi que les patients sortis contre avis médical. L'unité d'analyse était le patient, y compris en cas d'atteinte bilatérale. La coxarthrose était dite secondaire lorsqu'une étiologie était retrouvée dans le dossier, et primitive dans le cas contraire. Sur le plan radiologique, les patients étaient classés selon Kellgren et Lawrence [6], d'après les données radiologiques consignées dans les dossiers ; cette classification, utilisée dans le service pour toutes les coxarthroses, a également été appliquée aux coxarthroses compliquant une ostéonécrose, sans stadification spécifique de Ficat-Arlet ou ARCO (Association Research Circulation Osseous). L'évaluation fonctionnelle était faite selon le score de Postel et Merle d'Aubigné (PMA) [7] : le score préthérapeutique était coté sur 18 (douleur, mobilité, marche) ; au dernier recul, le résultat fonctionnel absolu (douleur et marche, coté sur 12) et le résultat relatif ont été déterminés. La force musculaire du moyen fessier était cotée de 0 à 5. La CRP était considérée comme élevée au-delà de 6 mg/L et la VS comme accélérée au-delà de la valeur normale corrigée pour l'âge et le sexe (âge/2 chez l'homme et (âge + 10)/2 chez la femme, en mm à la première heure) [8].

Affiliations :
1- Hôpital National Amirou Boubacar Diallo (HNABD), Niamey, Niger
2- Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni, Niamey, Niger
3- Hôpital Général de Référence (HGR), Niamey, Niger

***Auteur correspondant : Dr Altiné Inno Maliki,** interne des Hôpitaux du Niger, résident en chirurgie orthopédique et traumatologique, Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni, Niamey, Niger. Téléphone : +227 91 98 27 17. Courriel: malick14ma@gmail.com

Le traitement orthopédique (traction collée) était indiqué aux stades I et II, et le traitement chirurgical aux stades III et IV. Le choix du geste chirurgical reposait sur l'âge, l'état de l'acétabulum, le niveau d'activité et le coût pour le patient. L'arthrodèse était proposée aux patients aux moyens limités. L'abaissement du moyen fessier était réalisé chez des patients jeunes présentant un moyen fessier faible (force musculaire < 2/5) et/ou une ascension du grand trochanter. La technique consistait en une ostéotomie du sommet du grand trochanter, incision en VY du tendon et des fibres distales des muscles fessiers, abaissement et latéralisation, puis fixation par vis spongieuses de 3,5 mm de diamètre sur rondelle. Une rééducation active et passive suivait, en vue de préparer une prothèse totale ultérieure. Les prothèses totales étaient impactées ou cimentées selon l'état osseux ; les prothèses intermédiaires étaient bipolaires ou totalisables; une prothèse de Moore était posée selon les moyens financiers du patient. Les patients ont été convoqués pour une évaluation clinique et fonctionnelle au dernier recul. Les complications étaient dites précoces de 0 à 3 mois postopératoires, secondaires de 3 à 6 mois et tardives au-delà de 6 mois.

Le recueil et l'exploitation des données ont été réalisés de façon anonyme, dans le respect de la confidentialité des patients, après autorisation de recherche de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université Abdou Moumouni et autorisation de la direction de l'HNABD. Les patients revus au dernier recul ont donné leur consentement éclairé après information sur les objectifs de l'étude.

Analyse statistique

Les données ont été saisies sur Microsoft Excel 2019 et analysées avec le logiciel Epi Info version 7.2.5.0. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage, et les variables quantitatives en moyenne avec valeurs extrêmes. Les principales proportions sont accompagnées de leur intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), calculé par la méthode de Wilson. Aucun test statistique comparatif n'a été réalisé.

Résultats

Données démographiques

Durant la période d'étude, 6450 patients étaient admis dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique dont 58 cas de coxarthrose, soit une fréquence hospitalière de 0,90% et une moyenne de 11,6 cas par an. Le sexe masculin était le plus fréquent avec 55,17% (n=32). Le sex-ratio (H/F) était de 1,23. La moyenne d'âge était de 34,67 ans (18 ; 70). La tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus représentée (n=19 ; 32,76%), suivie de celle de 31 à 40 ans (n=18 ; 31,03%). Les cultivateurs étaient les plus représentés (n=17 ; 29,31%), suivis des sans-emploi (n=13 ; 22,41%) et des élèves (n=12; 20,69%).

Données cliniques

La hanche droite était concernée chez 27 patients (46,55%), la hanche gauche chez 22 patients (37,93%). L'atteinte était bilatérale chez 9 patients (15,52%). L'arthrose était secondaire chez 36 patients (62,07% ; IC 95 % : 49,2–73,4), et primitive chez 22 patients (37,93%). L'étiologie secondaire la plus fréquente était l'ostéonécrose aseptique drépanocytaire de la tête fémorale chez 27 patients (46,55% de l'effectif ; 75,0% des formes secondaires), suivie des traumatismes chez 9 patients (15,52%) (**Tableau I**). L'ensemble des patients (100%) avaient une douleur à l'admission. La durée moyenne d'évolution des symptômes était de 24,77 mois (3 ; 132). La douleur était mécanique chez 53 patients (91,38%). Selon le score PMA, 30 patients (51,72%) avaient un score médiocre (inférieur à 12), 27 patients (46,55%) un score compris entre 12 et 14 et 1 patient (1,72%) un score compris entre 15 et 18. Les signes physiques à l'examen étaient la limitation des mouvements et la boiterie retrouvées respectivement chez 43 patients (74,14%) et 56 patients (96,55%). Une inégalité de longueur des membres inférieurs était notée chez 26

patients (44,83%). La quasi-totalité des patients, soit 89,66% (n=52), avaient un périmètre de marche inférieur ou égal à 500 m (**Tableau I**).

Tableau I : Répartition des 58 patients selon l'étiologie, le périmètre de marche avant traitement et le stade de Kellgren et Lawrence

Caractéristiques	Effectif	%
Étiologie		
Coxarthrose primitive (idiopathique)	22	37,93
Coxarthrose secondaire à une ostéonécrose drépanocytaire	27	46,55
Coxarthrose secondaire post-traumatique	9	15,52
Périmètre de marche avant traitement (m)		
0–100	2	3,45
101–200	22	37,93
201–300	3	5,17
301–400	8	13,79
401–500	17	29,31
> 500	6	10,34
Classification de Kellgren et Lawrence		
Stade II	3	5,17
Stade III	13	22,41
Stade IV	42	72,41

Chaque rubrique porte sur l'ensemble des 58 patients.

La force musculaire (moyen fessier) était diminuée chez 56 patients (96,55%). La marche avec aide était retrouvée chez 38 patients (65,52%) suivie de la marche sans aide avec 31,03% (n=18). L'impossibilité de marcher n'était présente que chez 2 patients (3,45%). L'ensemble des patients présentaient des lésions radiographiques, dont le pincement de l'interligne articulaire et la condensation sous-chondrale étaient présents chez tous les patients (100%). Les autres lésions étaient les géodes chez 50 patients (86,21%) et les ostéophytes chez 44 patients (75,86%). Une nécrose de la tête fémorale était visible chez 29 patients (50%) (**Figure 1**). Selon la classification radiologique de Kellgren et Lawrence (Tableau I ; **Figures 2 et 3**), 42 patients (72,41% ; IC 95 % : 59,8–82,2) étaient au stade IV, 13 patients (22,41%) au stade III, et 3 patients (5,17%) au stade II. Un bilan inflammatoire comprenant la protéine C-réactive (CRP) et la vitesse de sédimentation (VS) a été réalisé chez tous les patients. La CRP était élevée chez 5 patients (8,62%). La VS était accélérée chez 2 patients (3,45%). L'intradermoréaction à la tuberculine (IDR), réalisée à la recherche d'une tuberculose de la hanche, était normale chez tous les patients.

Données thérapeutiques

La majorité des patients, soit 94,83% (n=55), avaient bénéficié d'un traitement chirurgical : chirurgie non prothétique dans 39,66% (n=23) des cas et arthroplastie dans 55,17% (n=32), dominée par la prothèse totale de hanche (PTH) chez 19 patients (32,76%), puis par la prothèse intermédiaire de hanche (PIH) chez 12 patients (20,69%) (**Tableau II**).

Tableau II : Répartition des patients selon le traitement réalisé

Traitement	Effectif	%
Chirurgie non prothétique	23	39,66
Arthrodèse	16	27,59
Ostéotomie péri-acétabulaire	6	10,34
Abaissement du moyen fessier	1	1,72
Arthroplastie	32	55,17
Prothèse totale de hanche (PTH)	19	32,76
Prothèse intermédiaire de hanche (PIH)	12	20,69
Prothèse de Moore	1	1,72
Total chirurgie	55	94,83
Traitement orthopédique (traction collée)	3	5,17
Total	**58**	**100**

Seulement 3 patients (5,17%) avaient bénéficié d'un traitement orthopédique par traction collée. La quasi-totalité des patients opérés, soit 92,73% (n=51/55), l'avaient été sous anesthésie

locorégionale. La voie d'abord postéro-latérale était la plus pratiquée (n=34 ; 61,82%), suivie des voies antérolatérale (n=18 ; 32,73%), externe (n=2 ; 3,64%) et antérieure (n=1 ; 1,82%). Le drain de Redon était placé chez tous les patients opérés. La durée moyenne d'hospitalisation était de 14,67 jours (5 ; 47). La rééducation fonctionnelle a été réalisée chez tous les patients; sa durée et ses modalités n'étaient pas précisées dans les dossiers.

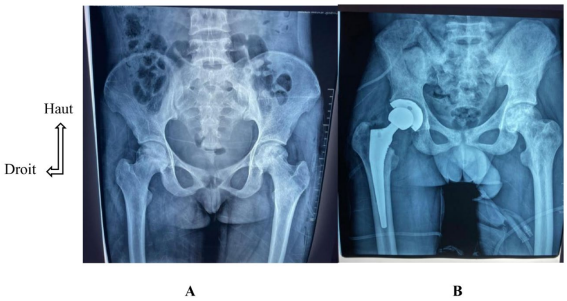


Figure 1 : Radiographies du bassin de face d'un patient drépanocytaire de 28 ans pris en charge pour une ostéonécrose bilatérale de la tête fémorale. A : ostéonécrose aseptique bilatérale de la tête fémorale à un stade avancé. B : contrôle postopératoire immédiat montrant une prothèse totale de hanche droite.

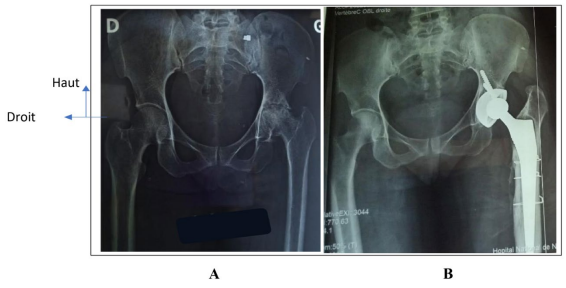


Figure 2 : Radiographies d'une patiente de 36 ans prise en charge pour une coxarthrose gauche. A : bassin de face préopératoire montrant, à gauche, un pincement de l'interligne articulaire, une condensation sous-chondrale, des ostéophytes, des géodes et une nécrose avancée de la tête fémorale (stade IV de Kellgren et Lawrence) ; hanche droite normale. B : bassin de face postopératoire montrant une prothèse totale de hanche gauche avec une ostéosynthèse fémorale associée.

Données évolutives

L'évolution précoce de tous nos patients était favorable. L'évolution secondaire et tardive était en revanche émaillée de complications. Pendant le suivi hospitalier, 7 complications (12,07% ; IC 95 % : 6,0–22,9) ont été relevées dans les dossiers : 3 complications secondaires (1 luxation et 2 infections) et 4 complications tardives (2 luxations, 1 descellement prothétique et 1 fracture). Les 3 luxations et le descellement concernaient des arthroplasties ; les dossiers ne précisaient pas le type d'intervention en cause pour les infections et la fracture. Aucune complication n'était mentionnée dans les dossiers de 51 patients (87,93%). Au dernier recul, 20 patients (34,48%) étaient revus avec un recul moyen de 26,8 mois (11 ; 60). Les autres patients n'ont pas pu être revus, notamment en raison de l'absence de numéro de téléphone dans le dossier ou de leur éloignement géographique. À ce stade, l'évolution était favorable chez 14 patients (70%) et défavorable chez 6 patients (30%) : 3 cotyloïdites, 2 descellements de la cupule et 1 décès. Les cotyloïdites (**Figure 3**) concernaient 3 des 12 patients traités par PIH (25,00% ; IC 95 %: 8,9–53,2) et les descellements de la cupule 2 des 19 patients porteurs d'une PTH (10,53%).

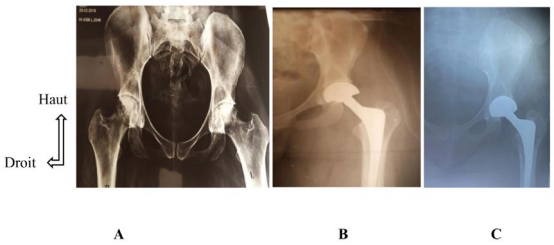


Figure 3 : Radiographies d'une patiente de 32 ans prise en charge pour une coxarthrose bilatérale. A : bassin de face montrant un pincement articulaire, une condensation sous-chondrale et une ostéophytose bilatérale, avec des géodes et une nécrose avancée de la tête fémorale à gauche (stade IV de Kellgren et Lawrence à gauche, stade II à droite). B : hanche gauche de face en postopératoire montrant une prothèse intermédiaire de hanche. C : même hanche au dernier recul : pincement de l'espace entre la prothèse et le cotyle par amincissement du toit du cotyle, traduisant une cotyloïdite.

Le patient décédé avait succombé à un traumatisme consécutif à une chute ; la date du

décès et le délai postopératoire n'étaient pas précisés. Au total, 12 complications ont été relevées (7 pendant le suivi hospitalier et 5 au dernier recul) ; le nombre de patients concernés ne peut être précisé, un même patient ayant pu en présenter plusieurs. Selon le score PMA au dernier recul, 13 patients (65% ; IC 95 % : 43,3–81,9) avaient un très bon résultat fonctionnel absolu, tandis que 7 patients (35%) restants se répartissaient entre un résultat mauvais (n=4, 20%), faible (n=1, 5%), moyen (n=1, 5%) et bon (n=1, 5%) (**Tableau III**). Cet effectif inclut le patient décédé, dont la cotation n'a pas pu être vérifiée dans les dossiers. Selon le résultat relatif, qui rapporte l'état au dernier recul à l'état préthérapeutique, l'amélioration était grande chez 14 patients (70%), significative chez 1 patient (5%) et faible chez 4 patients (20%) ; un échec était noté chez 1 patient (5%).

Tableau III : Répartition des patients selon le résultat fonctionnel absolu du score PMA au dernier recul (n = 20, incluant le patient décédé)

Résultats fonctionnels absolus	Effectif	%
Mauvais	4	20
Faible	1	5
Moyen	1	5
Bon	1	5
Très bon	13	65
Total	**20**	**100**

Résultat fonctionnel absolu selon Merle d'Aubigné (douleur et marche, cotées sur 12) : très bon = 11–12 ; bon = 10 ; moyen = 9 ; faible = 8 ; mauvais ≤ 7.

Discussion

La prédominance masculine (55,17%) retrouvée dans cette série pourrait s'expliquer par la profession de nos patients, qui étaient le plus souvent des cultivateurs (29,31%), hypothèse qui reste à confirmer. Elle était rapportée par la plupart des études subsahariennes sur la coxarthrose [2,9,10].

La durée moyenne d'évolution des symptômes, d'environ 2 ans (24,77 mois), se retrouve dans la majorité des séries sur la coxarthrose en Afrique noire [2,9,10]. Cela pourrait s'expliquer par le retard de consultation lié au recours à l'automédication et à la pharmacopée traditionnelle, hypothèse qui n'a toutefois pas été évaluée dans notre série. À cela pourrait s'ajouter l'insuffisance des centres et du personnel qualifié dans la prise en charge de la coxarthrose, dont les chirurgiens orthopédistes.

Le symptôme douloureux mécanique présent chez la quasi-totalité de nos patients (91,38%) s'explique par la physiopathologie de la maladie en question [3]. En effet la coxarthrose se caractérise par une destruction progressive du cartilage des surfaces articulaires de la hanche aboutissant au stade ultime à un pincement de l'interligne articulaire et l'ostéocondensation sous-chondrale [1,3]. Ces derniers signes étaient présents chez tous nos patients (100%). Le score PMA médiocre (51,72%), la boiterie (96,55%), la limitation du périmètre de marche (89,66%), la faiblesse du moyen fessier (96,55%), traduisent la sévérité clinique. Cette sévérité clinique s'accompagnait d'une atteinte radiologique avancée selon la classification de Kellgren et Lawrence, les stades IV et III étant les plus fréquents avec respectivement 72,41% et 22,41% ; ces stades sont toutefois à interpréter avec prudence pour les hanches ostéonécrotiques, que cette classification ne décrit pas. Tous ces résultats seraient en rapport avec le retard de consultation et ses corollaires et se retrouvent dans les études récentes sur la coxarthrose en Afrique noire [2,9,10].

L'arthrose secondaire observée chez plus de la moitié des patients de cette étude (62,07%) pourrait s'expliquer par leur jeune âge. En effet, l'âge moyen de nos patients était de 34,67 ans (18 ; 70), et la tranche prédominante était de 21 à 30 ans. Cette prédominance de l'arthrose secondaire se rapporte aux données de la littérature subsaharienne [2,9–11]. À l'inverse, une étude marocaine de 2013 rapportait une fréquence plus élevée de la coxarthrose primitive (73% des cas) [12]. L'ostéonécrose aseptique de la tête fémorale dans le cadre de la drépanocytose retrouvée comme principale cause de la coxarthrose secondaire (75% de ces

formes) pourrait s'expliquer par la fréquence élevée de la drépanocytose en Afrique noire. Celle-ci était rapportée comme principal facteur de risque par Kaboré et al. [2] (52,3% des patients) et par Ouédraogo et al. [11] (59,37% des facteurs de risque identifiés).

Les indications thérapeutiques étaient posées en s'inspirant des recommandations récentes analysées par Choueiri et al. [13]. La principale indication chez nos patients était la chirurgie (94,83%) en raison du diagnostic fait aux stades tardifs (III et IV) de la coxarthrose chez la quasi-totalité des patients (94,83%). Cela était rapporté par la plupart des études africaines [2,9,11]. L'arthroplastie était réalisée chez 32 des 58 patients (55,17%), soit 58,18% des 55 opérés. Ce résultat est superposable à celui de Kaboré et al. [2] qui rapportait 54,5% d'arthroplastie. La différence entre cette étude et celle de Kaboré et al. [2] réside dans le fait qu'il n'a rapporté aucun cas de chirurgie non prothétique ni d'arthroplastie intermédiaire. Cela pourrait s'expliquer par le coût de la chirurgie dans une population relativement démunie et par les extrêmes d'âge de nos patients. En effet, dans notre étude, une chirurgie non prothétique était réalisée chez 39,66% (n=23) des patients. Cela était également rapporté dans la série d'Ibrahima et al. au Cameroun en 2011 [9].

Sept complications (12,07%) ont été relevées pendant le suivi hospitalier ; au moins 4 d'entre elles (3 luxations et 1 descellement) concernaient des arthroplasties, soit 12,50% des 32 arthroplasties. Ce résultat est à rapprocher de ceux de Laktaibi [12] à Marrakech et de Manga et al. [14] à Yaoundé, qui rapportaient respectivement 13,33% et 15,65%. Ce taux est probablement sous-estimé du fait du nombre élevé de perdus de vue (65,52%) ; chez le drépanocytaire, les complications après prothèse totale de hanche atteignent 42% dans une méta-analyse récente [15].

Chez le patient drépanocytaire, l'arthroplastie de hanche expose à un risque accru de complications médicales (crises vaso-occlusives, syndrome thoracique aigu) et chirurgicales (infection, fracture peropératoire, descellement aseptique), justifiant une préparation périopératoire multidisciplinaire (hydratation, réchauffement, oxygénation, protocole transfusionnel) [15,16]. Par ailleurs, la cotyloïdite observée chez 3 des 12 patients porteurs d'une prothèse intermédiaire (25%) traduit l'usure progressive du cartilage cotyloïdien au contact de la tête prothétique, particulièrement chez des sujets jeunes et actifs dont l'atteinte acétabulaire est souvent déjà présente au moment de l'intervention. La prothèse totale était dès lors préférable lorsque son coût le permet [17]. Les 2 descellements de la cupule après prothèse totale, constatés au dernier recul, rappellent la nécessité d'une surveillance radiologique prolongée de ces patients jeunes [15]. Enfin, le recours fréquent à l'arthrodèse (16 patients), réservée aux patients aux moyens limités, s'explique par le coût et l'accessibilité limitée des implants dans notre contexte : elle procure une hanche indolore et stable, au prix d'une raideur définitive et d'un retentissement à long terme sur le rachis lombaire et les articulations voisines [18]. Le décès, consécutif à un traumatisme par chute, n'a pas pu être rattaché à l'intervention, la date et le délai postopératoire n'étant pas documentés.

Cette étude comporte plusieurs limites. Son caractère rétrospectif, monocentrique et purement descriptif, sans test statistique comparatif, restreint la portée des conclusions. Le taux important de perdus de vue est la principale limite : seuls 20 patients sur 58 (34,48%) ont pu être revus au dernier recul, ce qui réduit la fiabilité des résultats évolutifs et fonctionnels rapportés à long terme et pourrait introduire un biais de sélection en faveur des patients les plus satisfaits ou les plus accessibles. Par ailleurs, le recueil à partir des dossiers expose à un biais d'information ; la classification de Kellgren et Lawrence, conçue pour l'arthrose, a été appliquée aux ostéonécroses, qui relèvent plutôt de la classification ARCO [19], et les clichés n'ont pas pu être relus ; la cotation relevée est d'ailleurs

discordante avec la présence d'ostéophytes (44 patients sur 58 classés aux stades II à IV), ce qui suggère que le stade reposait surtout sur le pincement articulaire et la déformation céphalique ; enfin, l'hétérogénéité des procédures chirurgicales limite l'interprétation des résultats fonctionnels. De plus, les dossiers ne permettaient ni de rattacher chaque complication au type d'intervention, ni de savoir si les complications constatées au dernier recul concernaient des patients déjà comptés, ni de vérifier la cotation PMA du patient décédé, ni de préciser la hanche retenue en cas d'atteinte bilatérale. Une étude prospective avec un suivi structuré et un plus grand effectif permettrait de mieux préciser le pronostic fonctionnel de la coxarthrose dans notre contexte.

Conclusion

La coxarthrose de l'adulte prise en charge à l'HNABD touche des sujets jeunes, est le plus souvent secondaire, principalement à l'ostéonécrose drépanocytaire de la tête fémorale, et est diagnostiquée à un stade avancé, source d'un handicap fonctionnel important. La chirurgie, majoritairement prothétique, en constitue le principal traitement. L'évaluation de ses résultats fonctionnels et de ses complications, limitée ici à 20 patients revus, nécessite une étude prospective avec un suivi structuré.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Katz JN, Arant KR, Loeser RF. Diagnosis and Treatment of Hip and Knee Osteoarthritis: A Review. JAMA. 2021;325(6):568-78.
2. Kaboré F, Sougué C, Zongo YE, Sompougoudou C, Tiendrébéogo BE, Zabsonré/Tiendrébéogo WJS, et al. Aspects diagnostiques et thérapeutiques de la coxarthrose en milieu hospitalier à Ouagadougou (Burkina Faso). Rhumatol Afr Francoph. 2019;2(2):10-4.
3. Lagorce T, Buxeraud J, Guillot X. Comprendre l'arthrose. Actual Pharm. 2016;55(555):18-22.
4. Nelson A. Epidemiology of Hip Osteoarthritis: The Johnston County Osteoarthritis Project. HSS J. 2023;19(4):413-7.
5. Ouédraogo DD, Nacoulma EWC, Kafando E, Ouédraogo A, Tiéno H, Koulidiaty J, et al. Pathologies rhumatologiques et hémoglobinopathies à Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Pathol Exot. 2010;103(2):80-3.
6. Kohn MD, Sassoon AA, Fernando ND. Classifications in Brief: Kellgren-Lawrence Classification of Osteoarthritis. Clin Orthop Relat Res. 2016;474(8):1886-93.
7. Merle d'Aubigné R. Cotation chiffrée de la fonction de la hanche. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 1990;76(6):371-4.
8. Miller A, Green M, Robinson D. Simple rule for calculating normal erythrocyte sedimentation rate. Br Med J (Clin Res Ed). 1983;286(6361):266.
9. Ibrahima F, Ngandeu SM. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la coxarthrose. A propos de 80 cas. Rev Afr Chir Spec. 2011;5(1):13-7.
10. 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(10–11):1096.
11. Ouédraogo DD, Ouédraogo T, Tiéno H, Zabsonré-Tiendrébéogo J, Pédro C, Draho J. Semiological features and risk factors associated with osteoarthritis of the hip in Ouagadougou (Burkina Faso). Med Sante Trop. 2015;25(1):102-4.
12. Laktaibi F. L'intérêt de la prothèse totale de la hanche dans le traitement de la coxarthrose évoluée (A propos de 60 cas) [Thèse de médecine n° 95]. Marrakech: Université Cadi Ayyad; 2013.
13. Choueiri M, Eymard F, Chevalier X. Des recommandations sur la prise en charge de la coxarthrose : lecture critique. Rev Rhum Monogr. 2019;86(4):271-7.
14. Manga A, Ngo Yamben MA, Kolontchang L, Ashu M, Mokom P, Ibrahima F. Traitement Chirurgical de la Coxarthrose par Arthroplastie Totale de Hanche au Centre National de Réhabilitation des

Personnes Handicapées de Yaoundé. Health Sci Dis. 2018;19(4) :114-8

15. Alfaya FF, Ghazy RM, Hammouda EA, Mahfouz AA, Faya HK, Asiri MAM, et al. Total Hip Arthroplasty Complications in Sickle Cell Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Med. 2024;13(14):4129.

16. Hernigou P, Housset V, Pariat J, Dubory A, Flouzat Lachaniette CH. Total hip arthroplasty for sickle cell osteonecrosis: guidelines for perioperative management. EFORT Open Rev. 2020;5(10):641-51.

17. Moon NH, Shin WC, Do MU, Kang SW, Lee SM, Suh KT. High conversion rate to total hip arthroplasty after hemiarthroplasty in young patients with a minimum 10 years follow-up. BMC Musculoskelet Disord. 2021;22(1):273.

18. Callaghan JJ, Brand RA, Pedersen DR. Hip arthrodesis. A long-term follow-up. J Bone Joint Surg Am. 1985;67(9):1328-35.

19. Yoon BH, Mont MA, Koo KH, Chen CH, Cheng EY, Cui Q, et al. The 2019 Revised Version of Association Research Circulation Osseous Staging System of Osteonecrosis of the Femoral Head. J Arthroplasty. 2020;35(4):933-40.