



Fig. 9 : Décroché osseux sous-chondral de la CDR :

- a) Franc méplat supérolatéral (*flèche fine*) de la tête fémorale sur la radiographie de face.
- b) Fin liseré en asignal (*flèche creuse*) de la tête fémorale sur une coupe IRM-T1 sagittale. La flèche est en regard de l'intervalle libre entre liseré et corticale céphalique antérosupérieure : cette discontinuité permet d'écarter le diagnostic différentiel de liseré d'ostéonécrose ischémique, qui serait ininterrompu.
- c) Prise de contraste (*tête de flèche*) de la plage lésionnelle circonscrite par le liseré sur une coupe d'IRM-T1 après injection IV de gadolinium : la prise de contraste atteste la vitalité de l'os lésé, qui est fracturé mais non ischémique.

Biologie

La vitesse de sédimentation est supérieure à 20 mm dans 20 à 30 % des cas [6], la CRP est normale mais serait supérieure à celle qu'on observe dans la coxarthrose commune [16].

Le liquide synovial a une formule mécanique paucicellulaire (< 1000 éléments/cc). La recherche de cristaux de pyrophosphate de calcium y est systématique, elle est en principe négative, mais 30 % des diagnostics de CDR correspondraient en fait à une chondrocalcinose articulaire [8] et, surtout, les cristaux peuvent aussi tout simplement provenir de la lyse de l'os sous-chondral qui suit sa dénudation cartilagineuse, ce qui explique que leur présence soit courante aussi dans les coxarthroses communes évoluées [17].

Le liquide synovial et le tissu osseux de la tête fémorale sont riches en marqueurs biochimiques de la résorption osseuse [13].

Anatomie pathologique

Les données anatomopathologiques sont abondantes en raison du terme chirurgical quasi-constant de la CDR (*cf. infra*).

Le cartilage en zone antérosupérieure est, selon les cas, aminci ou disséqué en fragments [18]. Les lésions chondrales, majeures, peuvent déborder la zone de contrainte mais, fait remarquable, une grande partie du cartilage à distance conserve un aspect normal avec des chondrocytes viables [13, 18], ce qui suggère l'absence de chondrolyse primitive généralisée, à l'inverse de la CCA ou de l'arthrite rhumatoïdale ou infectieuse.

Le tissu osseux sous-chondral est marqué par de petits foyers de perte de substance ainsi que par de petits foyers de nécrose osseuse qui n'ont cependant pas les caractères de la nécrose ischémique. L'association est très fréquente entre la CDR et la présence de fissures osseuses sous-chondrales de la tête fémorale [13, 14]