



Closed meeting n°12

«Les lésions ostéochondrales du genou chez le jeune sportif »

Vendredi 11 octobre 2013
SOPHIA-ANTIPOLIS

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr Fabrice Bryand, Médecine du sport, Carquefou
Dr Jean-Marie Coudreuse, Médecine Physique et Réadaptation, Hôpital Salvator, Marseille
Dr Olivier Fichez, Rhumatologie, Saint Raphael
Dr Marc de Vellis, Médecine du sport, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris

PARTICIPANTS

Dr Yoann Bohu, Paris
Dr Fabrice Busnel, Ploemeur
Dr Loïc Geffroy, Nantes
Dr Philippe Iscaïn, Marseille
Pr Pierre Lafforgue, Marseille
Dr Yvan Protoy, Gap
Dr Abderahmane Sbihi, Marseille

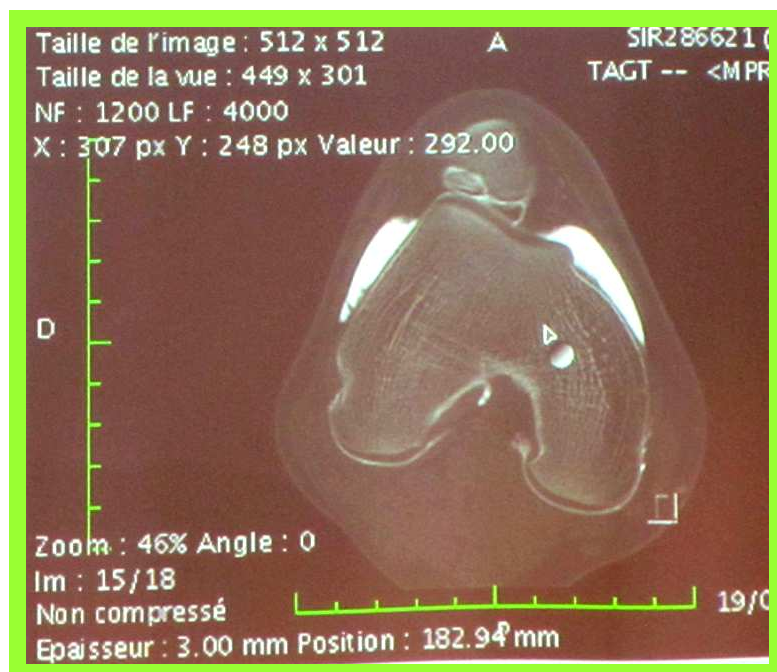
Rencontre organisée avec le soutien des Laboratoires Genévrier

INTRODUCTION

Les **lésions ostéochondrales du genou chez le jeune sportif** constituent le thème central choisi pour le Closed Meeting de cette année. Le comité scientifique qui encadre ces réunions propose un plan général de la discussion et propose d'aborder ce thème dans l'ordre suivant :

- I. Classification : Quelle classification utiliser ? Importance de la localisation
- II. Origine et étiologie des lésions ostéochondrales
- III. Evaluation clinique, imagerie
- IV. Traitement : médicamenteux / mise en décharge / rééducation / infiltration / chirurgie / autre
- V. Pronostic
- VI. Les autres sites possibles : talus, coude, ...

Les organisateurs précisent également que le plan est un support et que la discussion reste ouverte et libre. Le compte-rendu qui suit, non exhaustif, est rédigé dans l'ordre de la discussion qui s'est, de fait, déroulée dans cet esprit.



CLASSIFICATION : LAQUELLE UTILISER ?

Dans la pratique chirurgicale, la classification utilisée pour les lésions ostéochondrales est généralement celle de l'International Cartilage Research Society (ICRS), classification arthroscopique qui permet de déterminer le type d'atteinte, en particulier pour des lésions en profondeur. Les classifications topographiques utilisées par les rhumatologues peuvent aussi être intéressantes.

Pour ce faire, dans la démarche diagnostique, en l'absence d'une imagerie plus précise, on utilisera l'imagerie classique en charge et l'arthroscopie, ces deux types d'approche diagnostique étant souvent complémentaires.

Outre cette vision anatomique, la lésion ostéochondrale devrait aussi être envisagée d'un point de vue plus biochimique et rhumatologique, avec un autre type de classification, en particulier chez les sportifs de 18 à 55-60 ans, pour qui on utilise l'acide hyaluronique ; si pour les plus âgés la lésion est de type arthrosique, pour les sportifs plus jeunes (30-35 ans) avec lésions non fissurées ou tendues (pré-arthrose ?) il faudrait peut-être une classification plus biochimique. En pratique, outre le cartilage traumatisé, on voit des microtraumatismes et lésions subtraumatiques avec dégradation lente de l'articulation, parfois assez tôt (footballeurs de 28-30 ans avec genou détruit et synovite).

Faudrait-il envisager une classification pronostique ?

ORIGINE / ÉTIOLOGIE

A quoi est due la lésion ostéochondrale ? A une impaction ostéochondrale ayant entraîné une apoptose cellulaire en dessous, puis une nécrose, ou s'agit-il d'un banal défaut épiphysaire ?

Point de vue du pédiatre : il n'y a pas de cause reconnue à l'ostéochondrite en elle-même. Certes on en voit plus souvent chez le jeune avec une grande activité sportive, par conséquent davantage susceptible de lésions microtraumatiques (un jeune de 10 ans qui fait 10 à 12 heures de tennis / semaine est potentiellement menacé d'ostéochondrite du genou, du talus et du coude), mais on en voit aussi chez des non sportifs, surtout chez les enfants, pour qui on sait que l'ostéochondrite à cartilage ouvert va évoluer favorablement. La notion de cartilage ouvert ou non est capitale dans la prise en charge d'une lésion ostéochondrale.

Il y a deux cas totalement différents dans la lésion ostéochondrale du sportif :

- La lésion ostéochondrale résultant d'un traumatisme unique qui a entraîné une lésion principalement cartilagineuse, actuellement impossible à appréhender au stade précoce (impossible à voir, mesurer, en évaluer le pronostic) ;
- L'ostéochondrite : autre topographie. La physiopathologie est totalement ignorée pour le moment mais il y a un consensus pour dire qu'il s'agit de microtraumatismes entraînant une ischémie osseuse. Dans ce cas, la lésion est osseuse et le cartilage n'est qu'une « victime collatérale ». S'il n'y a pas de libération du séquestre, on peut voir des lésions osseuses manifestes alors que la surface cartilagineuse est intacte.

Il y a aussi des ostéochondrites de l'enfant ou du pré-adolescent, complètement asymptomatiques. Un cartilage de croissance ouvert laissé au repos et sans douleur évolue favorablement (IRM à 6 mois) ; sinon, on est dans une catégorie plus difficile à gérer, il faut penser à un autre type de lésion et dans ce cas l'évolution n'est pas favorable.

La question est de déterminer si la lésion est arthrosique ou non arthrosique.

Il existe 3 cas :

1. l'accident aigu, traumatique,
2. l'ostéochondrite (autre mécanisme),
3. le cas fréquent chez les sportifs dès 30 ans de la lésion pré-arthrosique qui évolue vers l'arthrose.

Lésion ostéochondrale et arthrose : os ou cartilage ?

- Selon Cohen-Solal, dans les lésions ostéochondrales il y a une augmentation de la résorption ostéoclastique (« *microcracks* ») qui entraîne une apoptose réactionnelle du cartilage ; il s'agit donc véritablement de **maladie ostéochondrale**.
- Concernant le cas n°3, « arthrose précoce, non post-traumatique », plusieurs hypothèses s'affrontent ou se complètent : pour certains le point de départ de l'arthrose est osseux tandis que pour d'autres il est cartilagineux, avec autant d'arguments pour chacun des points de vue. Néanmoins, en clinique, l'arthrose est envisagée non comme un résultat d'imagerie mais du point de vue des symptômes qui en découlent, gonflements, douleur, etc., donc dus pour la plupart à l'anomalie sous-chondrale.

Lésion ostéochondrale et douleur

- La douleur est présente chez l'enfant avec lésion ostéochondrale, intervenant selon le cas, de façon précoce (cas n°1) ou de façon plus tardive (cas n°3) ; on peut toutefois rencontrer une arthrose prématurée comme en cas de surmenage d'une articulation, la douleur apparaissant précocement mais à un stade anatomiquement évolué.
- En médecine sportive, hors cas de séquestre, il y a de jeunes sportifs qui continuent à pratiquer leur activité après arthroscopie en dépit d'importantes lésions cartilagineuses et *a contrario*, il y a le cas de jeunes sur le terrain incapables de reprendre le sport alors que l'arthroscopie n'a pas montré de lésion importante. **Un paramètre biochimique serait-il corrélé à la douleur ?**
- La douleur peut être générée par les parties molles, les extrémités nerveuses au contact de médicaments, ou l'os sous-chondral. Seul le cartilage n'est pas générateur de douleur, sauf de façon très tardive en cas de cartilage arthrosique (ostéoblastose) après innervation et vascularisation du cartilage qui devient sensible.

Lésion ostéochondrale et *bone bruise*

- Il y a des phases évolutives dans la progression potentiellement arthrosique des lésions ostéochondrales du jeune sportif, raison pour laquelle il est conseillé d'intervenir en traitant l'os par perfusions de bisphosphonates ou anticorps monoclonaux par exemple, dès les phases initiales, pour prévenir le pronostic péjoratif d'une apoptose cellulaire et éviter le genou pathologique. Le traitement par denosumab est intéressant à utiliser systématiquement en cas de *bone bruise*.
- Dans cette perspective, dans les suites immédiates de la rupture du croisé on traite immédiatement l'œdème osseux et la souffrance sous-chondrale.

- On signale des études où le *bone bruise* n'est pas lié aux conséquences cartilagineuses de la lésion mais dans la pratique on observe que le pronostic est globalement statistiquement péjoratif. Le *bone bruise* peut être associé à une douleur mais ce n'est pas toujours le cas. En fait, on déplore un manque d'études incluant une imagerie complète à proximité de l'accident et des suivis réguliers « qui permettent de voir chez qui apparaît quel type de lésion ». Il est parfois très difficile d'expliquer les hyper-signaux en IRM et de faire la part de *bone bruise* et celle d'une lésion cartilagineuse secondaire.
- Des études chez l'animal (rat et lapin) ont montré que le traitement d'une arthrose expérimentale avec *bone bruise* et lésion ostéochondrale, versus non traitement au niveau osseux, donne des résultats stupéfiants (étude à l'hôpital Lariboisière en 2011).
- On peut s'interroger sur l'intensité du *bone bruise* et se demander si certains *bone bruise* ne vont pas évoluer vers la lésion chondrale pour des raisons locales d'hyper-pression. Cela pourrait constituer un facteur de risque. Il n'existe pas d'écueil ni de iatrogénie potentielle à traiter par perfusion ce premier choc ostéochondral chez le sportif > 22 ans pour inhiber la résorption ostéoclastique et éviter ensuite les «microcracks». L'œdème est certainement inducteur d'une hyper résorption ostéoclastique et d'une fragilité potentielle, donc potentiellement inducteur de «microcracks» puis d'apoptose.
- Avec le *bone bruise* il y a souffrance osseuse, mais on peut se demander s'il y a proportionnalité entre la souffrance du cartilage lors du choc et la souffrance osseuse. Si l'os a absorbé le choc il a probablement protégé le cartilage et vice-versa. Cependant, si cet os est fragilisé, il y a aggravation potentielle et possibilité de «microcracks».
- Du point de vue du patient, un *bone bruise* est générateur de douleur, mais cela permet de donner au patient l'explication de sa douleur et de lui affirmer que certes elle va durer, mais que par ailleurs, « ça guérit toujours ».
- La fracture épiphysaire de fatigue est aussi une lésion «microcrack» et il est suggéré de la traiter également par inhibiteur de résorption ostéoclastique.
- Dans le mécanisme lésionnel du LCA, un *bone bruise* avec cartilage intact n'est pas inquiétant, mais quand on voit à la fois un *bone bruise* et une petite lésion sur le cartilage, on peut penser qu'en termes pronostiques il y aura probablement destruction totale.
- Evolution de la douleur et évolution lésionnelle : le caractère étendu de l'œdème ne serait-il pas plutôt rassurant par le fait que les transmissions de forces ayant été moins focales, il y aura peut-être moins d'évolution de la lésion ?
- Si on parle d'un choc qui a pu déclencher à la fois *bone bruise* et peut-être traumatisme du cartilage qu'on n'arrive pas à voir immédiatement à l'imagerie, l'os a effectivement un rôle plus important à jouer que dans l'arthrose non post-traumatique où c'est le contraire, avec l'os victime des lésions du cartilage. Ce qu'on appelle « arthrose et lésions ostéochondrales » rassemble tout un ensemble de notions hétérogènes. En post-traumatique, l'os a un rôle plus important à jouer.
- Globalement, ce ne sont pas les mêmes maladies selon que la lésion et la souffrance osseuse est tardive ou récente. « L'orage ostéo-cartilagineux » devrait être traité immédiatement, par exemple par injections sous-cutanées de denosumab, produit qui présente moins d'effets secondaires que les bisphosphonates.

Localisation / lésion associée

- Plus la localisation est portante, plus important est le danger. La patella est une localisation difficile, en particulier la lésion traumatique de la patella avec image IRM (rééducation particulièrement compliquée) ou l'ulcération de la crête patellaire.
- On pose le problème de la **rotule douloureuse** de l'adolescente, problème fréquent. L'instabilité en plus de la douleur est-elle une indication pour un geste chirurgical ? le critère est-il la luxation ? l'âge ? l'occurrence ? En cas de douleur et d'instabilité post-traumatique majeure qui persiste avec une imagerie qui montre un genou abîmé, la chirurgie peut être recommandée, mais il n'y a pas de véritable consensus sur l'indication chirurgicale. Il existe deux types d'instabilité de la rotule chez le jeune :
 1. Un enfant peut consulter parce qu'il tombe par déficit du quadriceps et il décrit ceci comme des douleurs ; à l'examen on constate des défauts d'engagement de la rotule (qui se positionne latéralement, puis réintègre le fond de la trochlée quand on plie le genou). Dans ces cas, on a de gros défauts d'axe et un ligament fémoro-patellaire médial (MPFL) isolé ne fonctionne pas, il faut également une réaxation de l'appareil extenseur. La reconstruction du MPFL est devenue la pierre angulaire de la chirurgie de la rotule.
 2. Chez l'adolescent et le sportif, on aura plutôt un important traumatisme aigu avec lésion ostéochondrale associée. Après un premier épisode avec fracture, on envisage d'opérer mais dans les autres cas on attend le deuxième épisode. Généralement la MPFL est satisfaisante.
- Les lésions associées sont un facteur aggravant.
- Les lésions ont une interprétation différenciée selon la morphologie du membre inférieur ou le morphotype (normoaxe, genu varum, genu valgum, flexum, recurvatum).
- Les deux grandes indications opératoires chez l'enfant sont la lésion méniscale et l'instabilité.
- En ce qui concerne le ligament croisé de l'enfant, la tendance aujourd'hui est d'opérer. Toutefois, chez un sujet très jeune (8-9 ans) sans lésion méniscale, ce sera de préférence une surveillance en IRM, le ménisque étant asymptomatique chez l'enfant ; on essaiera d'attendre un an à un an et demi pour effectuer le geste chirurgical. En cas de rupture totale du croisé, il faut néanmoins opérer. La technique actuelle est plutôt la transphysaire. La reprise du sport se fait à un an.

ÉVALUATION CLINIQUE

- Pour le clinicien, dans les ostéochondrites, pas d'évaluation clinique particulièrement typique. Les enfants ne s'expriment pas beaucoup. Ils consultent soit pour un épisode d'épanchement (« j'ai le genou qui gonfle »), soit pour une douleur. La douleur est pour eux plus gênante que le gonflement. Le stade de pseudo-blocage avec un corps étranger arrive plus tard. Il existe une sorte de triade : une douleur atypique, une douleur à l'accroupissement, et comme la douleur est souvent localisée au niveau du condyle, une douleur latérale qui suggère une ostéochondrite.
- Le chirurgien voit l'enfant surtout pour un blocage et en vue d'une opération.
- Un signe majeur est le caractère unilatéral de la douleur ostéochondrale chez l'enfant ou le préadolescent. Le caractère bilatéral est moins inquiétant. L'ostéochondrite bilatérale représente 20 à 25% des cas.

IMAGERIE, IRM, RADIO, ARTHROSCANNER

Diagnostic de la lésion ostéochondrale

Discussion sur le cas d'un **enfant de 13-14 ans qui se présente avec une douleur du genou** : symptomatologie clinique mécanique avec douleur condylienne interne et radio normale ; après élimination d'un Osgood Schlatter, d'un Johansson, sans instabilité rotulienne, que peut-on évoquer à part l'ostéochondrite ? Diagnostic ? Imagerie ?

- Jusqu'à preuve du contraire, s'agit-il d'une ostéochondrite ? **Il faut au moins la rechercher**
- Faut-il l'évoquer systématiquement ? **oui**
- Radiographie et examen normaux mais douleur : faut-il évoquer une ostéochondrite ? **oui, surtout si la triade est présente et si la douleur est unilatérale**

La question de l'IRM

- A partir de quand faut-il faire une IRM ? **pas de consensus : « immédiatement » pour le généraliste, après quelque temps voire après 6 mois pour d'autres experts si la radio est normale.**

Plusieurs arguments sont évoqués :

- L'IRM se justifie s'il s'agit d'un traumatisme mais pas si la découverte est fortuite et que le hasard fait que l'enfant est en période douloureuse.
- Si la probabilité de trouver une ostéochondrite chez un jeune avec douleur unilatérale est faible, faire une IRM ne se justifie pas.
- Il y a deux situations : l'élément traumatique avec un impact ostéochondral et la douleur mécanique sans histoire de choc, de pivot rotatoire, de chute ou de fracas ; dans ce dernier cas, la probabilité d'une ostéochondrite n'est pas négligeable et il ne faut pas passer à côté.
- En cas de douleur persistante depuis plusieurs semaines, non globale, localisée avec un point d'appel précis surtout non fémoro-patellaire, la probabilité est élevée.
- A un stade précoce, la visite pour avis est peu fréquente, l'enfant est vu plus tard, quand la douleur persiste et dans ce cas la radio est déjà normale. Le dépistage doit passer par les éléments intra-articulaires (épanchement ou non) et la topographie ; en l'absence de ces éléments topographiques et en l'absence d'épanchement, la radio est suffisante.

- Dans les critères d'instabilité il y a la notion du liseré en hyper-signal de l'interface (séquence standard) fin et plutôt grossier. La question est de savoir si c'est un liseré liquidien ou autre chose ; selon certaines publications il pourrait s'agir de tissu de granulation de l'interface en hyper-signal et qui *a contrario* pourrait évoquer un début de cicatrisation du séquestre. Une injection de gadolinium pourrait permettre de voir s'il y a rehaussement sur cette ligne en hyper-signal qui irait dans le sens du tissu de granulation. Cela permettrait aussi de voir s'il y a un rehaussement du séquestre qui peut être un signe de revascularisation laissant une potentialité évolutive plus favorable. La taille du séquestre est aussi un critère. L'anomalie de signal cartilagineux reste assez aspécifique. Un critère d'instabilité est aussi la ligne qui doit être de 5 mm au moins. Enfin, le dernier critère d'instabilité est le décalage.
- Seule l'IRM permet de diagnostiquer les pathologies associées.
- L'autre étiologie de la douleur condylienne interne chez l'enfant de 14 ans est la croissance. On n'évoque pas l'étiologie de la croissance en cas de douleur unilatérale, on pense à la douleur de croissance quand la douleur est bilatérale et nocturne. Il peut arriver que cette douleur soit unilatérale, si elle est aussi nocturne, une scintigraphie doit être demandée (tumeur ?).
- Différencier l'élément tumoral, n'est-ce pas une raison de plus pour une IRM ? **La scintigraphie est particulièrement sensible et les délais d'IRM plus longs.**

La question de la radiographie et de l'arthroscanner

- **Comment voit-on sur le bilan radiologique standard s'il y a ostéochondrite ?** Il faut chercher les points habituels les plus fréquents : antéro-latéral sur le côté médial ou sur la patella aux deux tiers inférieurs pour différencier la lacune dorsale de la patella. En cas d'ostéochondrite il y a des signes d'instabilité sur la radiographie. Il peut y avoir ossification (plus le volume en est important plus c'est mobile) ; la densification du fond de la niche est un critère qui a aussi été décrit comme un risque d'instabilité. Il faut également bien analyser le contour du condyle : s'il y a un petit décalage on peut déjà affirmer une instabilité.
- **Place de l'arthroscanner ?** Quand l'IRM ne montre rien et en cas de gros fragment douloureux, l'arthroscanner est intéressant. Néanmoins, il faut mobiliser et faire marcher le patient pour que le produit « passe ». Dans l'ostéochondrite, l'arthroscanner est le *gold standard* pour déterminer s'il y a une instabilité. Quand un traitement chirurgical est indiqué, cet examen est également à pratiquer. En revanche, il ne l'est pas dans la démarche diagnostique des autres cas. **L'arthroscanner n'est jamais un examen à visée diagnostique et n'est pas pratiqué en première intention.** Il ne sert qu'à préciser certains points.

Quelle imagerie utiliser pour le suivi thérapeutique ?

- **IRM vs. arthroscanner :** l'IRM normale permet de voir s'il y a des irrégularités du cartilage. Il arrive qu'une IRM ne montre rien alors que l'arthroscanner a montré un défaut ce qui sera utile pour l'arthroscopie. Si une image radiologique montre un gros fragment qui a bougé, l'arthroscanner doit être pratiqué parce qu'il permet de bien visualiser l'état osseux (microfractures, fragment libéré à refixer,...).
- **Scanner vs. arthroscanner :** En cas de lésion traumatique, un scanner permet d'éviter le côté invasif de l'arthroscanner et est parfois suffisant.
- **L'échographie** est intéressante sur des articulations d'enfants ; en périphérique elle permet notamment de visualiser de petits fragments, de différencier une lamelle corticale, etc. Elle ne permet pas un bilan exhaustif de l'articulation mais bien pratiquée elle est très intéressante et ne représente qu'un faible coût. Cet examen n'est néanmoins pas vraiment adéquat pour le genou.

TRAITEMENT

Lésion ostéochondrale post-traumatique :

- Les suppléments calciques sont sans intérêt, la supplémentation en vitamine D également sauf en cas de pathologie avec fracture visible et fragilité osseuse constitutionnelle (rare chez les jeunes). On signale un problème sur l'interprétation des dosages de vitamine D. Normalement il y a 3 niveaux : la carence (<10 ng/ml) doit être corrigée parce qu'il y a conséquences sur la santé, l'insuffisance (10-30 ng/ml) sachant que la plupart de personnes sont entre 20 et 30 ng/ml, et les apports recommandés (30 à 70 ng/ml). Un dosage à plus de 30 ng/ml révèle une maladie osseuse. S'il y a un petit trait de fracture spongieuse ou fracture de fatigue, il est souhaitable de supplémenter l'enfant en vitamine D pour la prévention de futurs épisodes, mais la supplémentation n'aura aucune action dans la consolidation.
- **Mise en décharge** dans le cas d'un œdème osseux traumatique ou d'un impact ostéochondral croisé, avec ménisque ou non, et *bone bruise* en IRM. La mise en décharge est importante dans l'œdème sous-chondral pour soulager la souffrance cartilagineuse, surtout si le patient a un *genu varum*. Globalement, quelle que soit l'image IRM, s'il n'y a pas de douleur à l'appui, le patient marche avec une attelle ; en revanche s'il y a douleur à l'appui, on le met en décharge le temps de la douleur.
- Il faut veiller à la reprise progressive de l'activité après la mise en décharge.
- **Rééducation** : le genou cartilagineux dans le contexte traumatique, avec gonflement chronique qui engendre une amyotrophie est à rééduquer à la différence du genou sec, mécanique et douloureux n'est pas à rééduquer ou du moins n'a pas le même profil de rééducation. Il faut savoir guider le kinésithérapeute pour un travail secteur par secteur et le préciser au patient.
- **Infiltration** dans le contexte traumatique : jamais en 1^{ère} intention mais ne pas attendre trop longtemps.
- L'infiltration est une thérapeutique sur laquelle les experts sont partagés et conviennent que les études, les évaluations et les certitudes manquent, notamment sur les produits d'infiltration eux-mêmes et sur les indications bien qu'actuellement cette thérapeutique soit considérée comme la panacée ...
- **Chirurgie** : indication rare pour des lésions < 1 cm² ; entre 1 et 4 cm² on choisira entre microfractures et mosaic plastie selon la profondeur des lésions et l'atteinte osseuse (en cas d'atteinte osseuse on fera plutôt des microfractures, dans le cas contraire une mosaic plastie) ; à plus de 4 cm² les indications sont plus complexes.
- Aujourd'hui, en termes de reconstruction cartilagineuse, la reconstruction méniscale ouvre de nombreuses possibilités (substituts, allogreffe, etc), de même que la reconstruction ligamentaire.

Ostéochondrite :

- Au minimum, **arrêt des activités** et **restriction des appuis** (ne pas sauter, par exemple) - plutôt que décharge - pendant 6 semaines, sans besoin d'un traitement médicamenteux. En revanche, on mettra le patient en décharge en cas de très grosse douleur, à but fonctionnel. En cas d'impact ostéochondral avec *bone bruise* et dissection, une décharge complète et un traitement médicamenteux sont requis.
- **Rééducation** : très intéressante dans le genou et le rachis mais il est important de bien connaître le kinésithérapeute. L'activité physique (natation, vélo) est recommandée, plus rarement la rééducation. La re-musculation pour compenser la perte de force est plus adéquate avec un bon kinésithérapeute qu'avec de l'exercice en piscine ou du vélo.
- **Infiltration** : intéressante dans la lésion chondrale, le genou dégénératif, non dans l'ostéochondrite.
- **Chirurgie** : mêmes indications qu'en cas de lésion traumatique. Il serait intéressant de pouvoir comparer l'effet d'une mosaic plastie versus ne rien faire sur un gros défaut dans l'ostéochondrite.

QUESTIONS DE PRONOSTIC ET DEVENIR SPORTIF

- La notion de cartilage ouvert ou non est capitale dans la prise en charge d'une ostéochondrite chez l'enfant. Le jeune sportif de 12 ans dont le cartilage est bien refermé (IRM) risque-t-il réouverture du cartilage s'il reprend le sport ? Si chez le sportif souffrant d'ostéochondrite et dont le cartilage est fermé on fait arrêter le sport quand il a mal, d'un point de vue pronostic doit-on décider la reprise de l'activité sportive lorsqu'il n'a plus mal ?
- **Concernant la carrière sportive :** y a-t-il beaucoup de joueurs qui arrêtent le sport pour ostéochondrite ou ce problème est-il globalement marginal ? L'expérience clinique montre que l'ostéochondrite est souvent découverte fortuitement à la faveur d'examens faits pour éliminer d'autres pathologies. Chez les sportifs, l'ostéochondrite est souvent asymptomatique et quand ils consultent ce n'est pas pour ce problème. Chez les jeunes, la prise en charge est toujours longue et compliquée et la reprise cause toujours une anxiété mais deux ans plus tard, quand ils consultent à nouveau, ce n'est jamais pour le même problème. D'expérience, de jeunes sportifs en situation de surveillance (en non chirurgicale) n'ont pas eu à arrêter le sport pour ce problème.
- En grande majorité, les jeunes sportifs moyennement ou peu douloureux qu'on a laissés maîtres de leur décision de reprendre le sport en fonction de leur ressenti de douleur ont repris sans problème.
- Chez le jeune sportif de 15-17 ans, il faut arriver à faire passer l'idée que dans plusieurs cas « il est urgent d'attendre » et que l'os a besoin de temps pour se refaire, jusqu'à 6 mois, sans traitement et selon le problème (probablement moins pour une lésion ostéochondrale). Mais il faut savoir qu'à 25 ans, la carrière d'un sportif est compromise s'il faut qu'il respecte 6 mois d'arrêt, de même pour le plus jeune qui construit sa carrière et est dans une filière pour atteindre le haut niveau.
- Il faut aussi compter avec les coaches qui mettent la pression et veulent faire reprendre le jeune à 15 jours. Une idée est proposée : indiquer au jeune une échéance lointaine, à 6 mois par exemple, en lui disant qu'il y aurait des chances qu'on puisse raccourcir ce délai au fur et à mesure que la douleur va s'atténuer et qu'il ne va pas sortir du terrain pour autant puisqu'il va devoir se « réathlétiser ». La clé est dans l'accompagnement (visites intermédiaires fréquentes) ; cette démarche est intéressante en particulier pour les lésions ostéochondrales, plus difficile pour une lésion tendineuse ou une fracture.

EN CONCLUSION

Les experts réunis pour ce Closed Meeting autour des **lésions ostéochondrales du genou chez le jeune sportif** soulignent la nécessité de reconsidérer la vision, jusque là anatomique, de la lésion ostéochondrale. Si pour les sportifs les plus âgés la lésion est de type arthrosique, pour les plus jeunes avec lésions non fissurées ou tendues il faudrait envisager une **classification plus biochimique et rhumatologique** (cartilage traumatisé + micro-traumatismes et lésions subtraumatiques avec dégradation lente de l'articulation).

En termes de carrière sportive, l'expérience montre que l'ostéochondrite, généralement asymptomatique, est souvent découverte fortuitement à la faveur d'examens faits pour éliminer d'autres pathologies. Les jeunes sportifs en situation de surveillance (non chirurgicale) n'arrêtent généralement pas le sport pour ce problème ; la plupart de ceux, moyennement ou peu douloureux, qu'on a laissés maîtres de leur décision de reprendre le sport en fonction de leur ressenti de douleur ont repris sans problème. Il faut arriver néanmoins à convaincre le jeune sportif que souvent « il est urgent d'attendre » et que l'os a besoin de près de 6 mois pour se refaire tout en sachant qu'à 25 ans, la carrière d'un sportif est compromise s'il faut qu'il respecte 6 mois d'arrêt, de même que le plus jeune qui construit sa carrière et est dans une filière pour atteindre le haut niveau. La clé est dans l'accompagnement (visites intermédiaires fréquentes).