

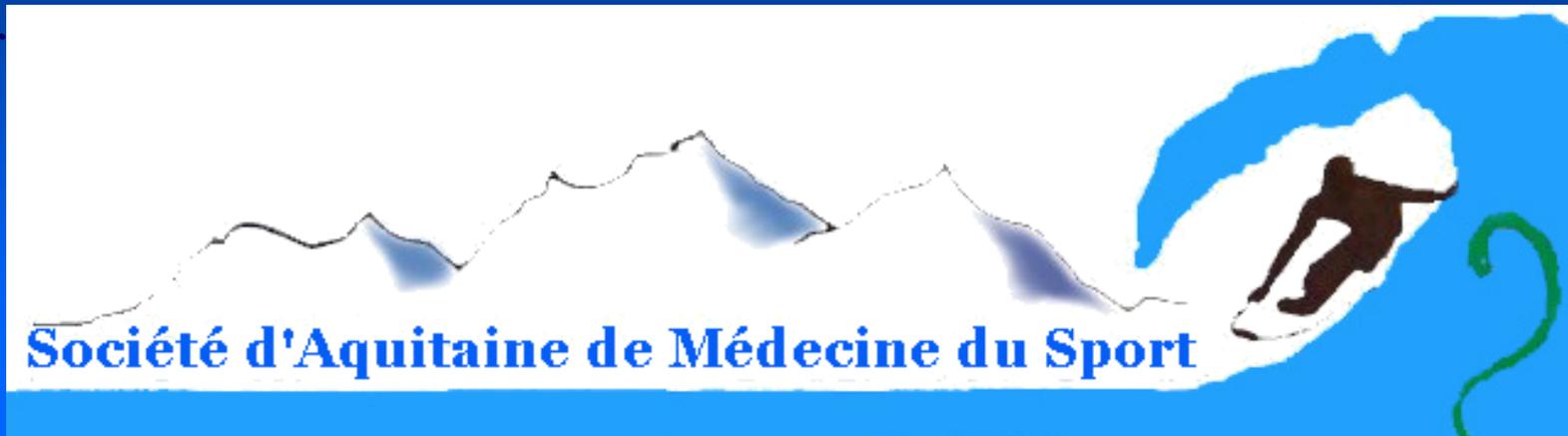


Centre de Biologie et Médecine du Sport de PAU

Actualités sur le Cartilage en pathologie du sport

Docteur Renaud LEBLEYS

Docteur





Centre de Biologie et Médecine du Sport de PAU

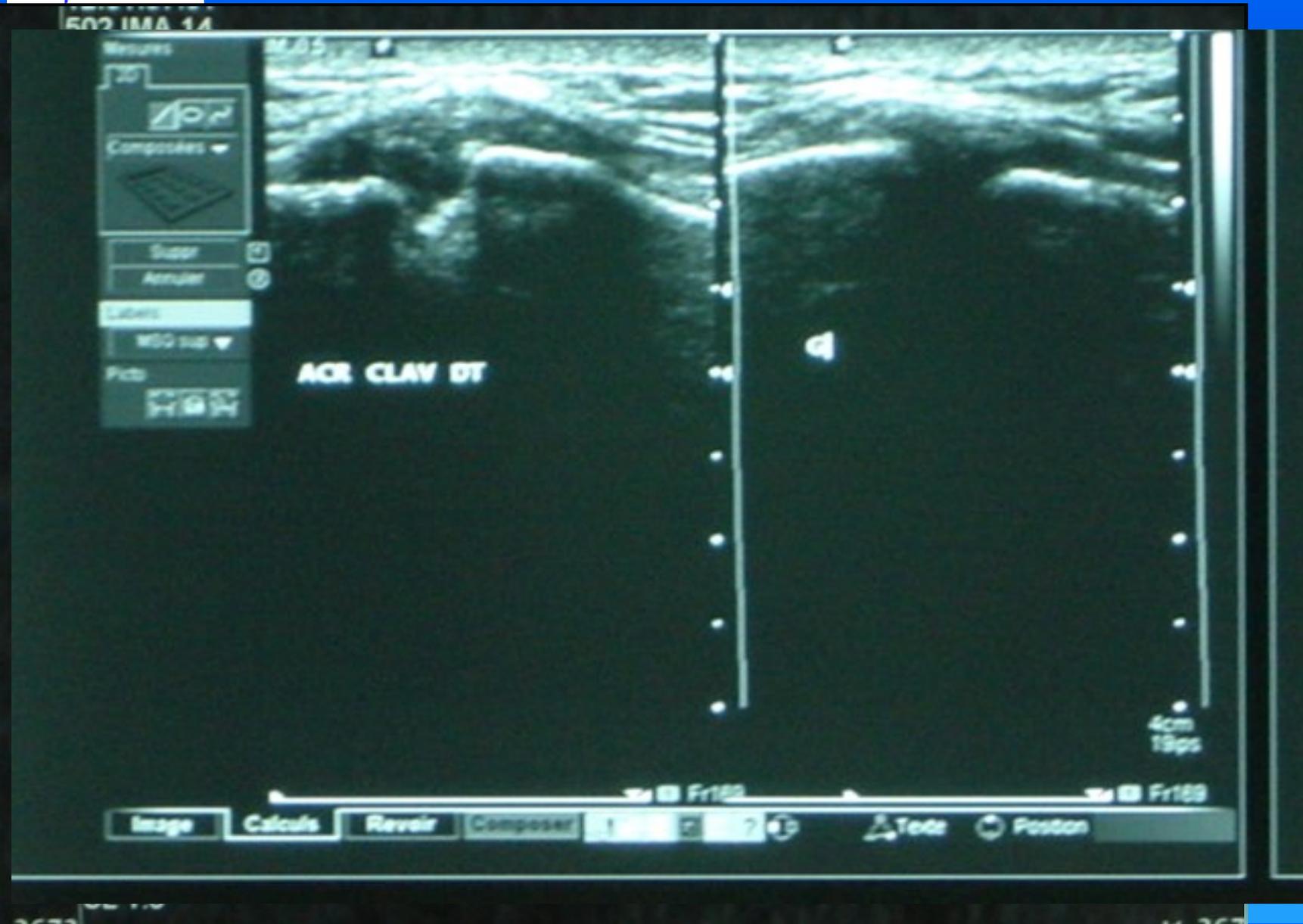


L'Alface



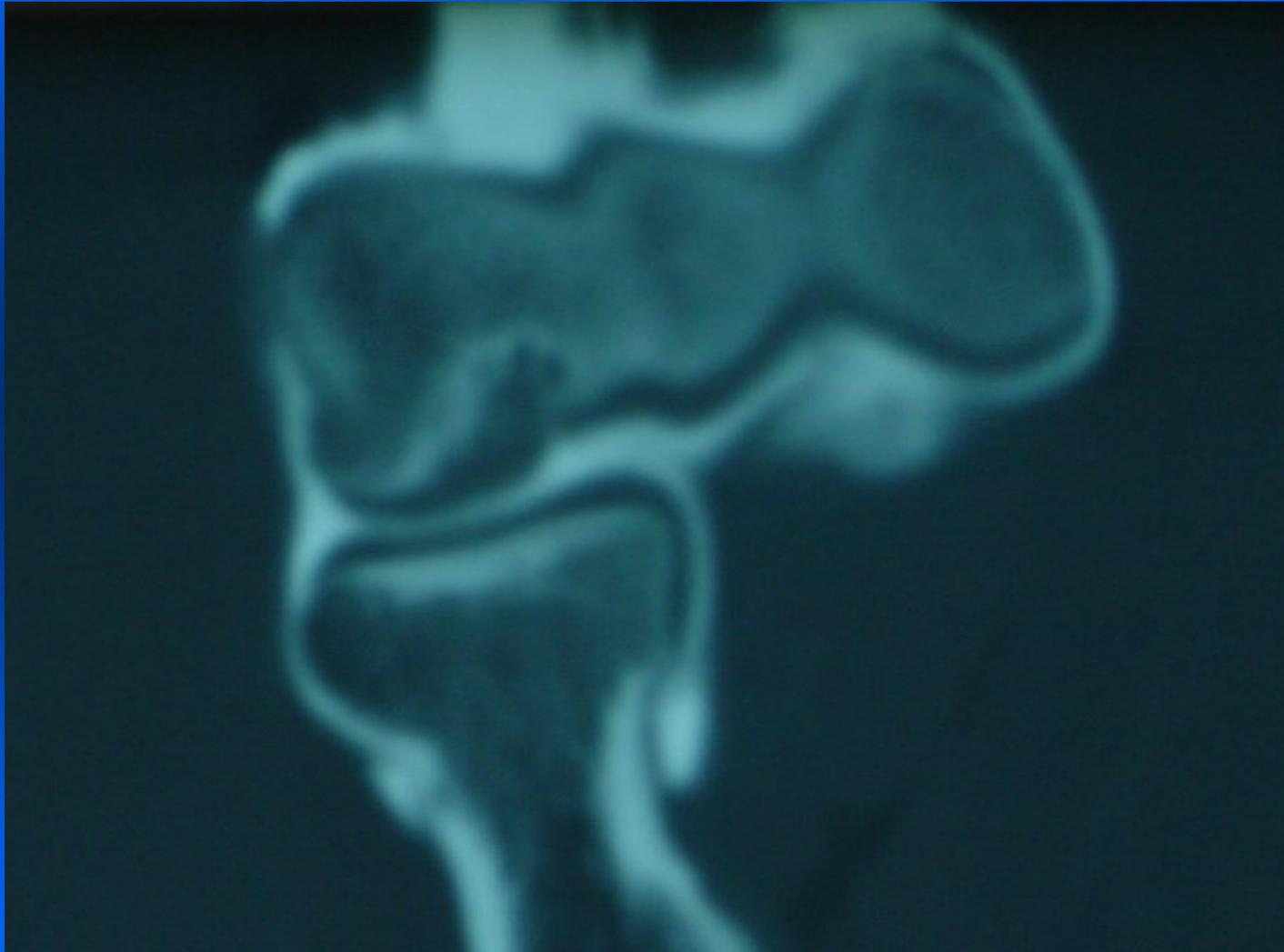


Centre de Biologie et Médecine du Sport de PAU



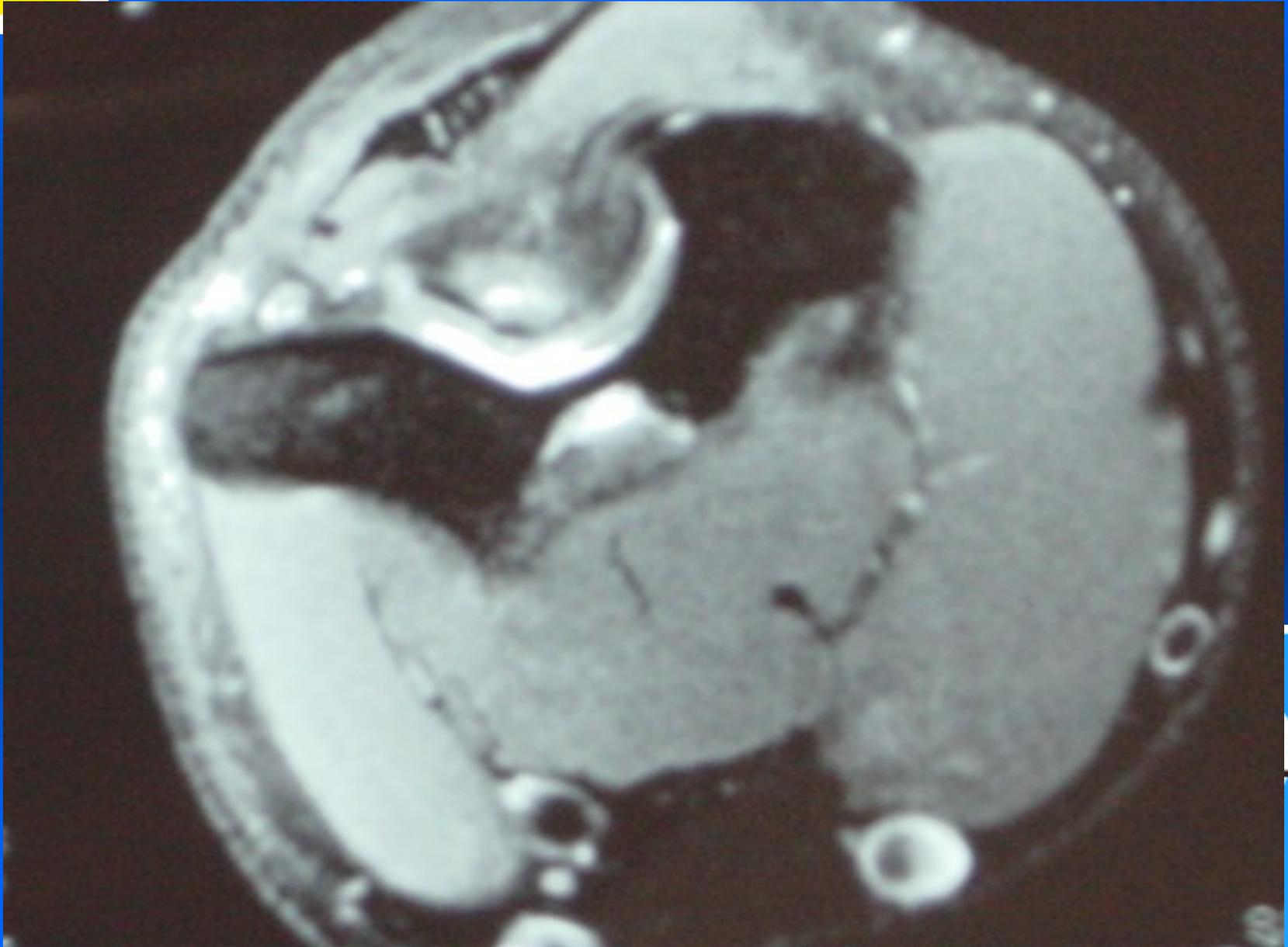


Centre de Biologie et Médecine du Sport de PAU



Société d'Aquitaine de Médecine du Sport







Centre de Biologie et Médecine du Sport de PAU





Centre de Biologie et Médecine du Sport de PAU



Société d'Aquitaine de Médecine du Sport





Centre de Biologie et Médecine du Sport de PAU

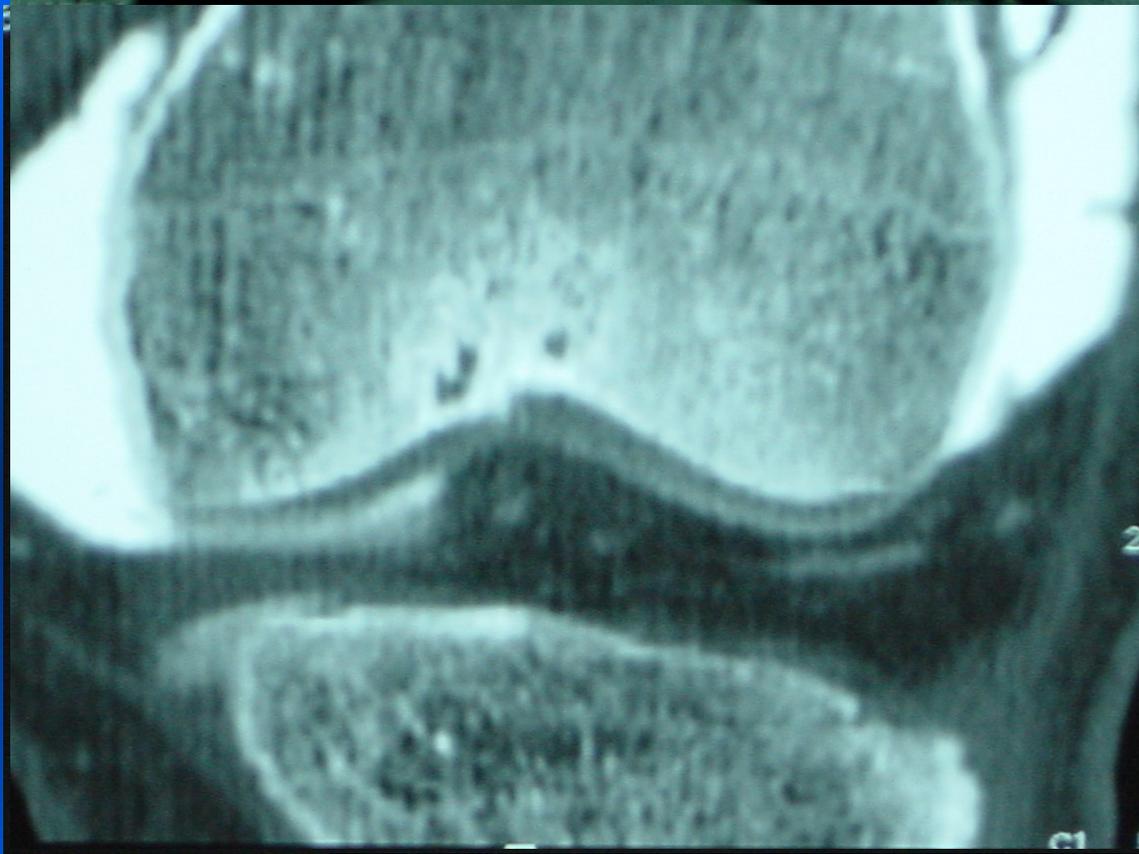


Centre de Biologie et Médecine du Sport





Centre de Biologie et Médecine du Sport de PAU

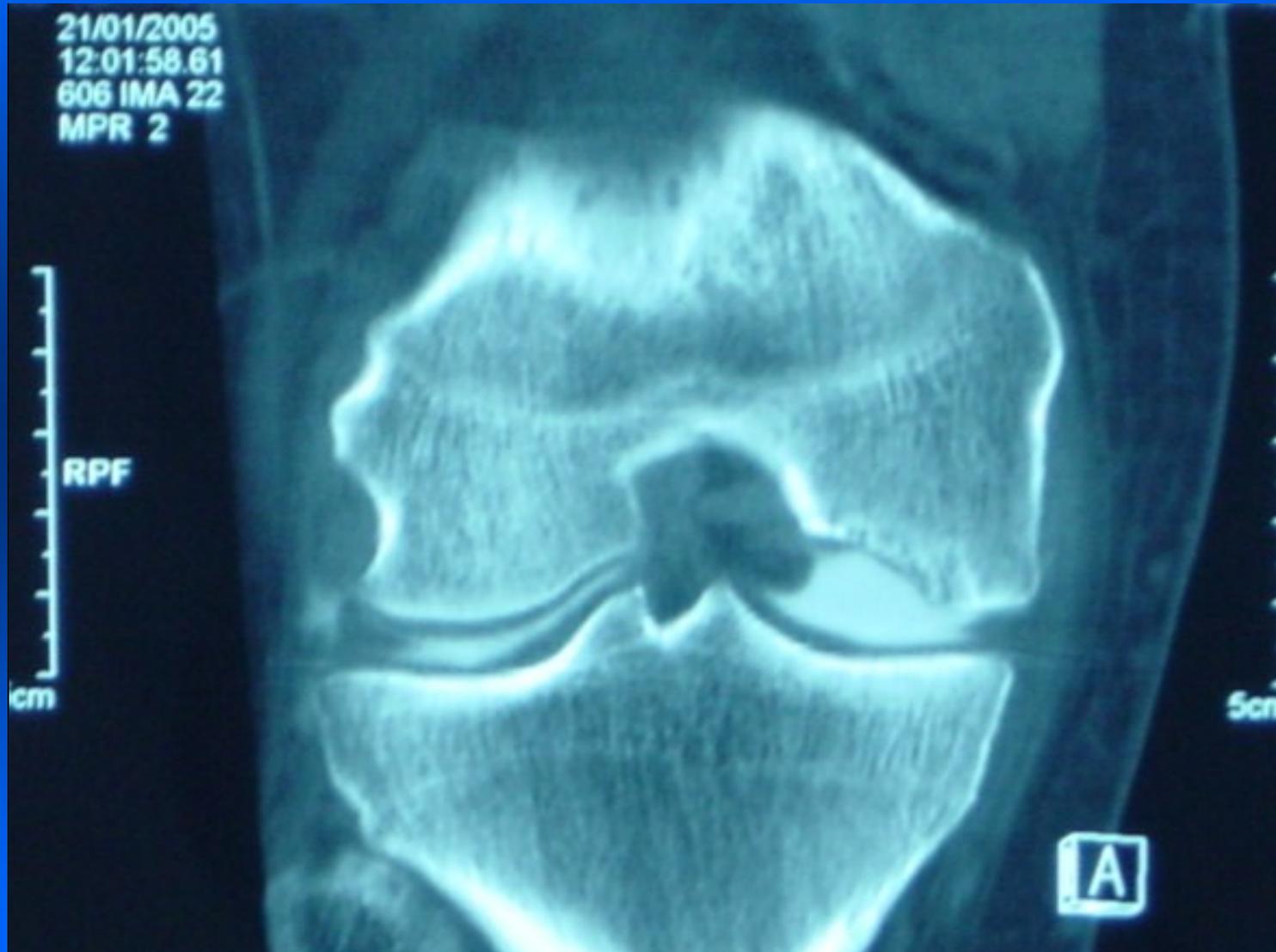


Société d'Aquitaine de Médecine du Sport



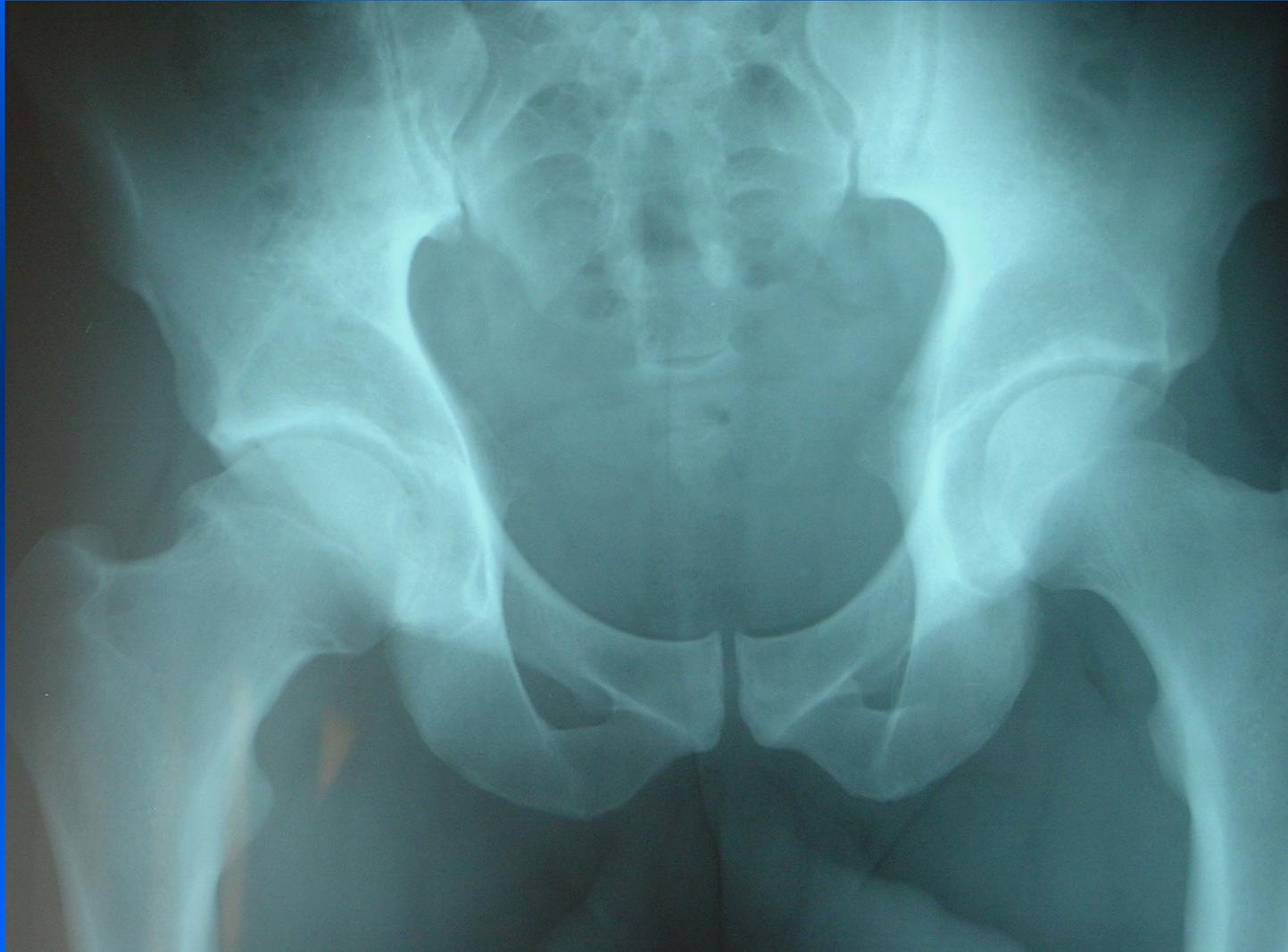


Centre de Biologie et Médecine du Sport de PAU





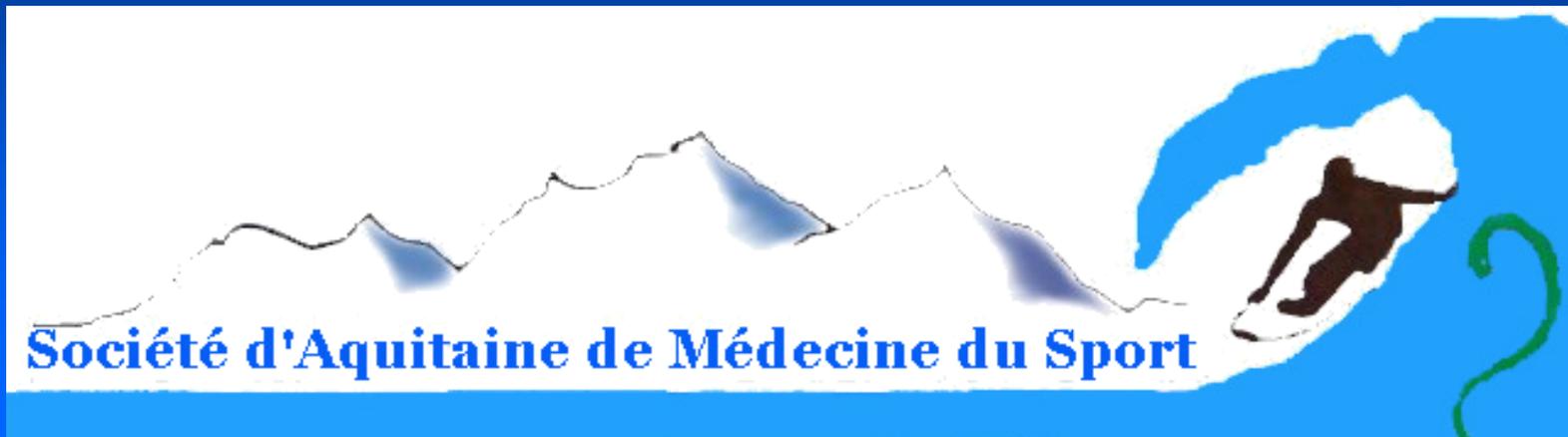
Centre de Biologie et Médecine du Sport de PAU



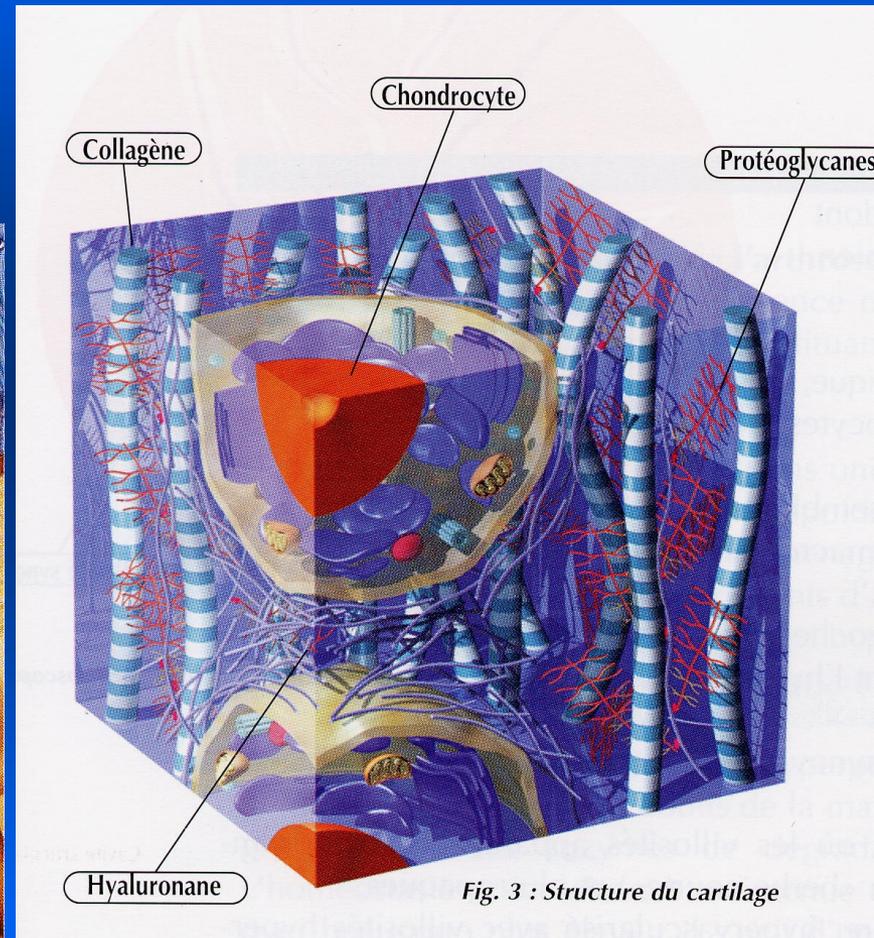
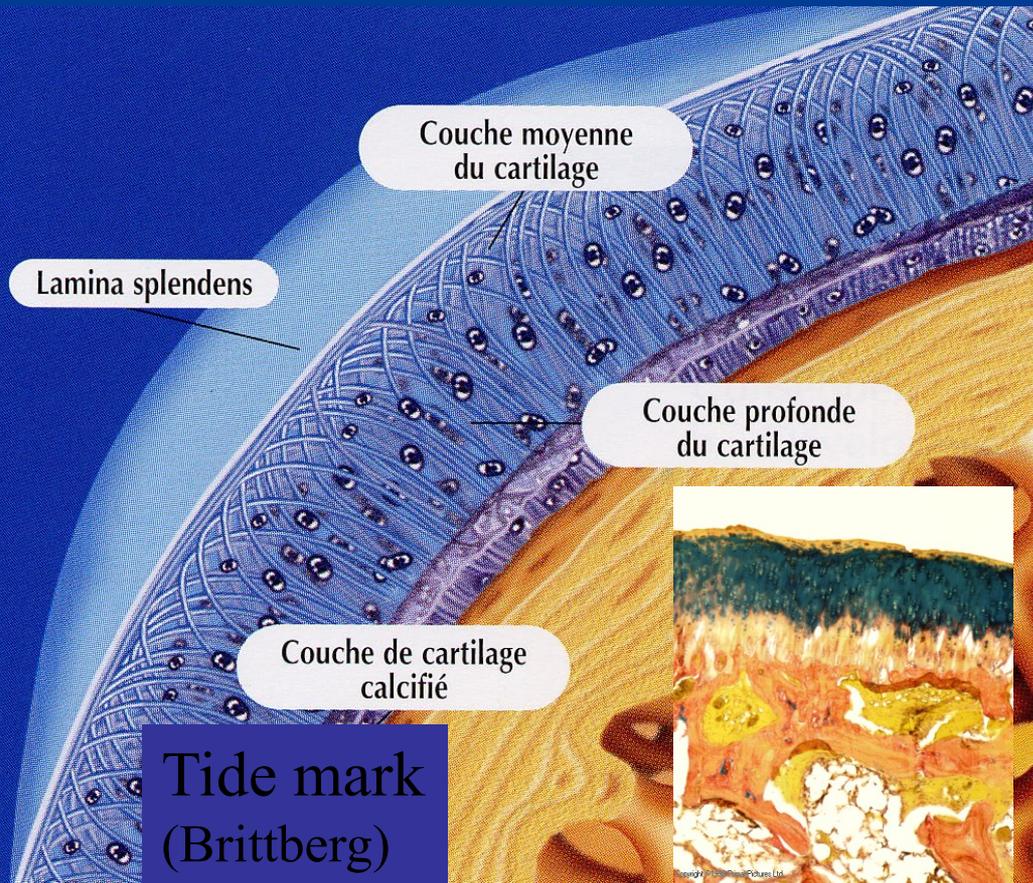


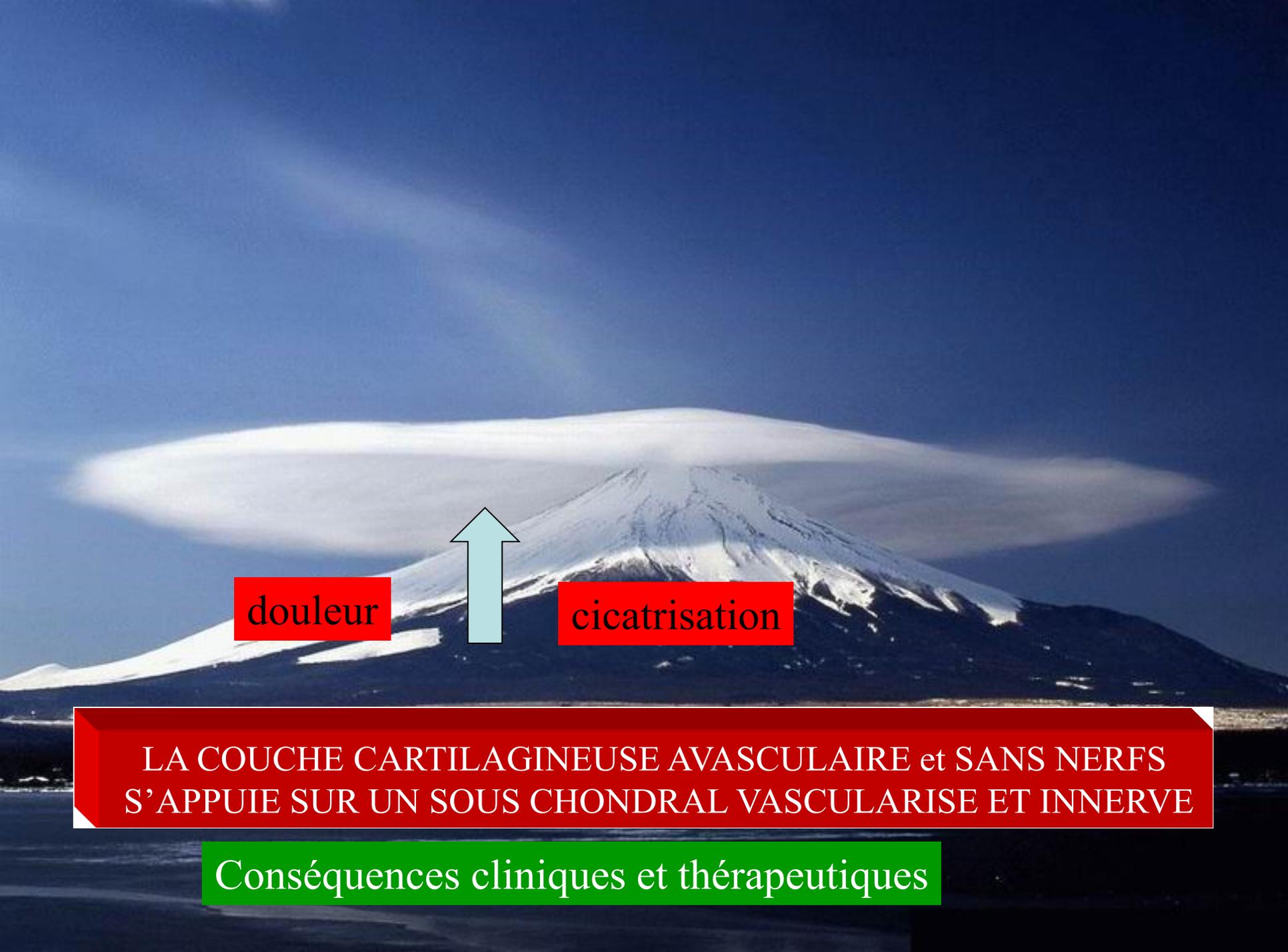
Centre de Biologie et Médecine du Sport de PAU

Deux ou Trois choses à propos de 732 patients visco-supplémentés



Comprendre la lésion à partir de la structure





douleur

cicatrisation

LA COUCHE CARTILAGINEUSE AVASCULAIRE et SANS NERFS
S'APPUIE SUR UN SOUS CHONDRAL VASCULARISE ET INNERVE

Conséquences cliniques et thérapeutiques

CONSEQUENCE

Traumatisme

Lésion cartilagineuse initiale

Apoptose des chondrocytes et rupture des molécules

Produits toxiques
Substances inhibant la synthèse des protéoglycanes

Fragilisation du cartilage aux traumatismes
et microtraumatismes
Atteinte du cartilage sain

Désordres histochimiques
Processus inflammatoire

Rupture du LCA
Troubles de l'axe
Lésion méniscale

Lésion secondaire
cartilagineuse

Système nerveux
Secrétion de
neuropeptides

Synovite - capsulite

ARTHROSE AUTO-AGGRAVEE

ANALYSE de la LÉSION

AXE

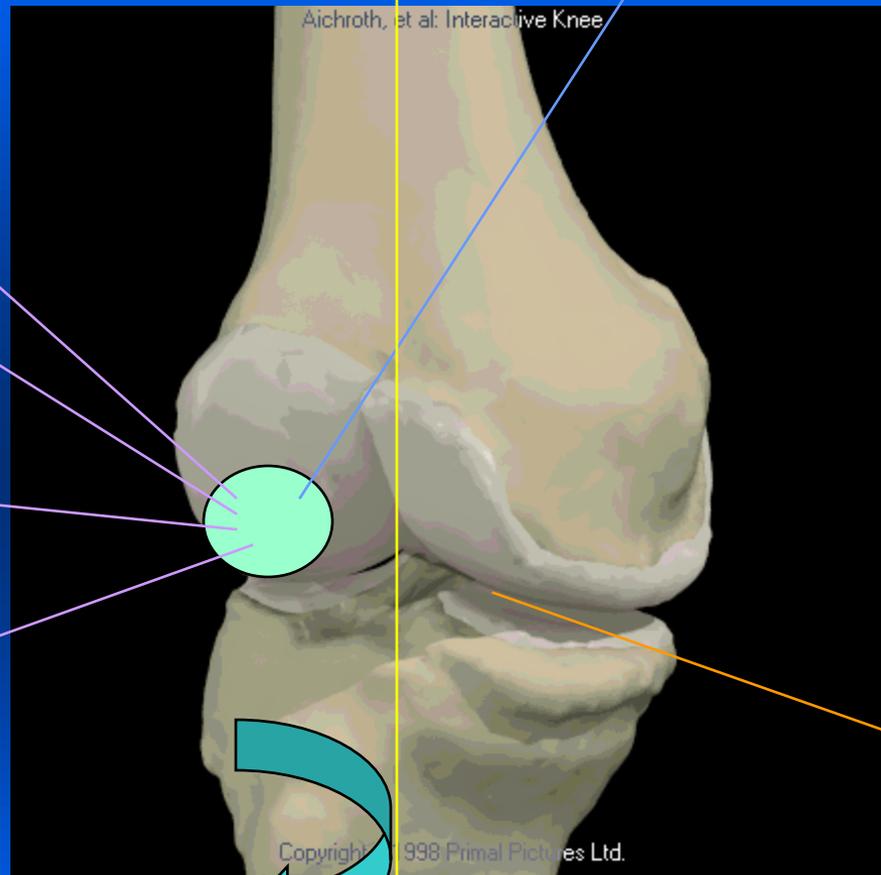
Topographie

Grade

Ancienneté

Surface

Profondeur



Association
lésionnelle

STABILITE

TECHNIQUE DE MICROFRACTURE : SCHÉMAS DESCRIPTIFS D'APRÈS JACQUES BAHUAUD

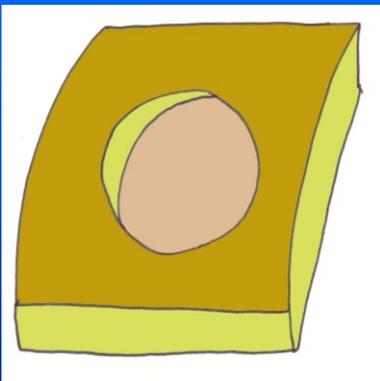


Schéma 1 : Préparation à la microfracture: bords verticalisés et stabilisés. Découverte complète de la plaque sous-chondrale calcifiée

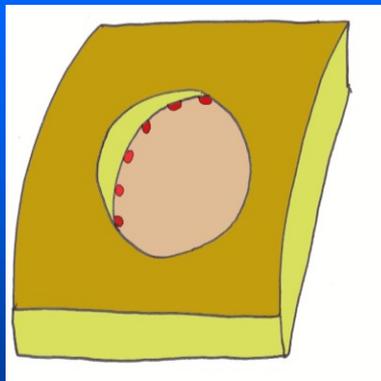


Schéma 2 : On commence la microfracture par la périphérie avec une distance entre les trous de 3 mm

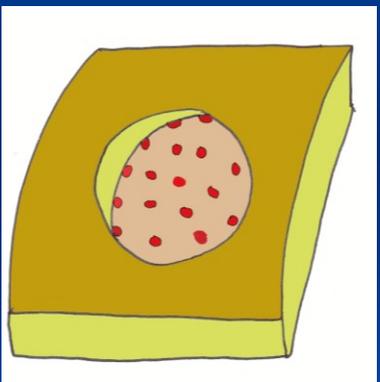


Schéma 3 : On revient au centre et on travaille de façon radiaire.

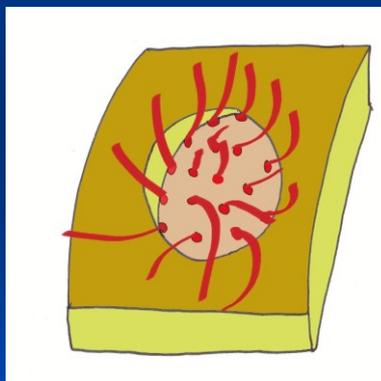


Schéma 4 : Au lâchage du garrot et à l'arrêt du fluide : saignement à travers les trous, gage de l'efficacité. Avant cette opération, les trous avaient émis des globules graisseux du sous-chondral.



Schéma 5 : Avant clotting

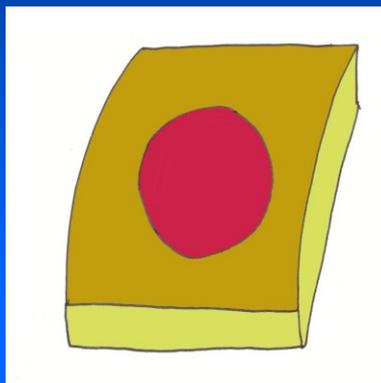
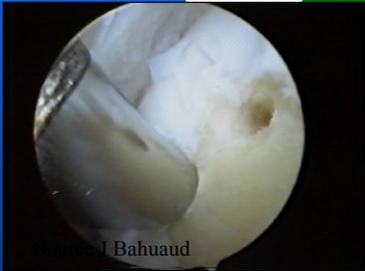


Schéma 6 : Clotting stabilisé

PLACE DE LA MICROFRACTURE DANS LES TECHNIQUES DE REPARATION



Microfracture
Greffe ostéocondrale
Autotransplantation de chondrocytes cultivés

La plus superficielle
La moins risquée
La plus économique

Pour des lésions au dessous de 3 cm²

A proposer plus souvent dans un premier temps

ESSAIS D'INDICATIONS

Fonction de la lésion

Au dessous de 3cm²:

Superficiel: microfracturing +++ ou OATS

Profond: mosaïcplasty si possible OATS sauf OCD

Au dessus de 4cm²: plutôt ACI

Fonction de la technique

*La vraie question: bases biologiques et les limites
ECONOMIE +++ et LEGISLATION +++*

PROPOSITION D'UNE STRATEGIE THERAPEUTIQUE

SYNDROME CARTILAGINEUX

I.R.M

Lésion du cartilage

SYMPTOMATIQUE :
syndrome cartilagineux

ASYMPTOMATIQUE :
découverte per-opératoire ou IRM

Microfracture préventive que si lésion < 3cm²

Lésion < 3cm²

3cm² < Lésion < 4cm²

Lésion > 4cm²

Sous-chondral
LESE

Sous-chondral
INTACT

Mosaïcplastie ouverte

A.C.I

+/- greffe osseuse
(fonction de la profondeur)

Mosaïcplastie endoscopique

Microfracture

Echec

Microfracture 2

Echec

A.C.I

Mosaïcplastie endoscopique

Attitude progressive

1^{er} temps opératoire

2^{ème} temps opératoire

3^{ème} temps opératoire