

Défaut de fusion des noyaux d'ossification : Patella bipartite

Failure of fusion of ossification centers: Bipartite Patella

O.H. Rakotonirainy (1)*, Z. Andrianadison (2), M.O. Andrianiana (1),
L.N. Rakotonirina (1), R.F. Rapelanoro (3)

(1) Service de Rhumatologie-Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo

(2) Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo

(3) Service de Rhumatologie-Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta Befelatanana, Faculté de Médecine, Université Antananarivo

* Auteur correspondant : O.H. Rakotonirainy (olivahenintsoa@yahoo.fr)

Observation

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 51 ans prise en charge dans le service de Rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire Befelatanana Antananarivo pour une patella bipartite supéro-latérale de découverte fortuite lors d'une prise en charge de douleur mécanique intermittente chronique du genou droit. Elle présentait une douleur à la face antéro-latérale du genou droit intermittente, évoluant depuis 5ans, déclenchée surtout par la mise en charge et l'utilisation des escaliers. La douleur était peu invalidante ne limitant pas le périmètre de marche. Elle ne rapportait pas de sensation de blocage du genou à la marche. Elle ne notait pas d'antécédent de traumatisme du genou. A l'examen physique : indice de masse corporelle (IMC) à 24,6 (poids 62 kg, taille 160 cm) ; pas de déformation articulaire, ni d'épanchement articulaire, ni de syndrome fémoro-patellaire, le manœuvre de grinding test d'Apley ne provoquait pas de douleur ni craquement du genou, testing musculaire du quadriceps normal, genoux stables. La radiographie standard des genoux en incidence de face retrouvait une solution de continuité au niveau du tiers supéro-latérale des deux genoux. Cette anomalie était retrou-

vée également au cliché en incidence fémoro-patellaire du côté droit. Il n'y avait pas des signes radiologiques d'arthroses associées aux incidences ra-

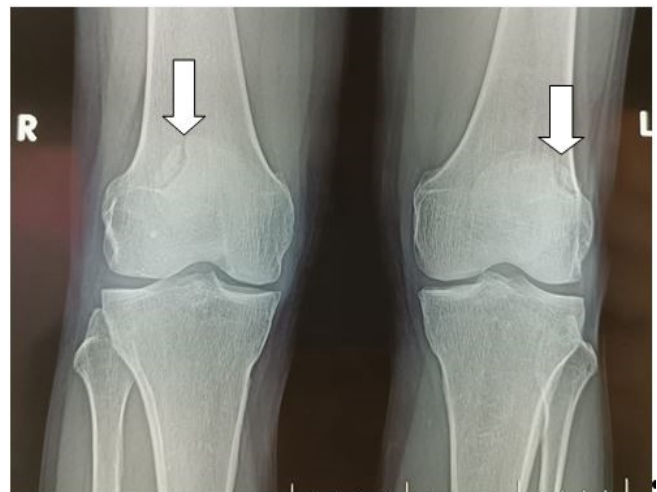


Figure 1. Cliché radiologique des genoux, incidence de face debout montrant une solution de continuité (flèches blanches) bilatérale au niveau supéro-externe séparant la patella en deux parties : une petite partie supéro-latérale et une grosse partie inféro-médiale. La solution de continuité est homogène et sans opacité des parties molles.

diologiques réalisées dans la limite de possibilité de la patiente.

Etant donné que l'examen clinique du genou était nor-

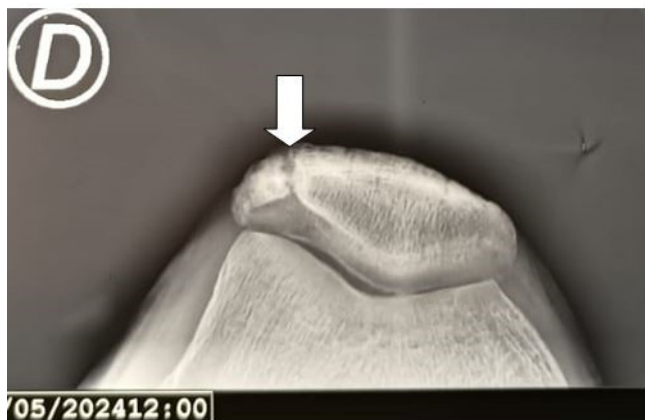


Figure 2: Cliché radiologique du genou droit en incidence de face montrant la solution de continuité homogène (flèche blanche) au niveau supéro-externe séparant la patella en deux parties : une petite partie en latérale et une grosse partie en médiane.

mal, aucune exploration d'imagerie complémentaire notamment IRM du genou est indispensable.

Commentaires

La découverte d'une solution de continuité osseuse, après la fin de croissance, nous fait penser tout de suite à une fracture. Au niveau de la patella, la prévalence de la fracture est de 1% [1]. En absence de traumatisme, une maladie plus bénigne peut donner une image de solution de continuité à la radiographie. C'est

la patella bipartite (BP). Il s'agit d'un défaut de fusion des noyaux d'ossification de patella durant la période de croissance [2]. Elle concerne 2% de la population générale [3]. Cette anomalie est bilatérale dans 40% des cas. Oohashi *et al* proposait quatre types selon la localisation du défaut de la fusion et le nombre des fragments osseux. La PB supéro-latérale, la BP latérale, la patella tripartite supéro-latérale et latérale, la patella tripartite supéro-latérale-[4]. La localisation supéro-latérale est la forme la plus fréquente [5]. La PB se distingue facilement de la fracture par sa topographie évocatrice, le caractère mousse des contours de l'interruption et l'absence d'hémarthrose aux imageries [3]. Dans le cas de la patiente, l'absence d'épanchement articulaire clinique et le granding test négatif n'obligent pas à réaliser plus d'exploration para clinique davantage.

Références

1. Larsen P, Court-Brown CM, Vedel JO, *et al.* Incidence and Epidemiology of Patellar Fractures. *Orthopedics* 2016;39:e1154-8.
2. McMahon SE, LeRoux JA, Smith TO, *et al.* The management of the painful bipartite patella: a systematic review. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2016;24(9):2798-805.
3. Parlier-Cuau C, Genah I, Sibileau É, *et al.* Images bénignes autour du genou qu'il ne faut pas biopsier. *Rev Rhum Monogr* 2016;83(3):150-7.
4. Oohashi Y, Koshino T, Oohashi Y. Clinical features and classification of bipartite or tripartite patella. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2010;18(11):1465-9.
5. Werner S, Durkan M, Jones J, *et al.* Symptomatic Bipartite Patella: Three Subtypes, Three Representative Cases. *J Knee Surg* 2012;26(S 01):S072-6.