

LUXATION CONGENITALE DE LA HANCHE

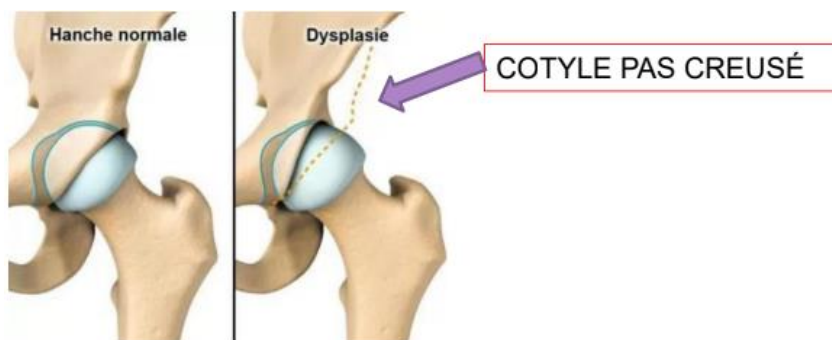
- I. **DEFINITION** : C'est une anomalie du positionnement de la tête fémorale dans la cotyle.
- II. **INTRODUCTION** : Luxation congénitale de la hanche rebaptisée MALADIE LUXANTE ou DYSPLASIE LUXANTE.
- III. **INTERET DE LA QUESTION** :
- Fréquence.
 - Urgence fonctionnelle.
 - Diagnostic précoce = traitement simple = chance de guérison +++
 - Intérêt de dépistage.

IV. **ETHIOPATHOGENIE** :

1. FACTEURS ENDOGENES :

A. Dysplasie acétabulaire :

- CONSTITUTIONNELS.
- Evolution vers le creusement du cotyle.
- Dysplasie secondaire à la luxation de la hanche



B. Excès d'antéversion du col fémoral : assimiler à une rotation externe du fémur.

C. Hyperlaxité : Perturbation génétique du tissu conjonctif ,ligament,capsule et labrum.

2. FACTEURS EXOGENES : mécaniques +++

A. Posture luxante : position de siège.

B. Appuis direct sur le grand trochanter.

C. Faible résistance de la capsule et du limbus.

Langeage en « quilles » ne crée pas la luxation mais s'opposent à la réduction spontanée.

Bébé jambes écartées sur le dos des maman dans certaines ethnies africaines.....évitent la luxation.

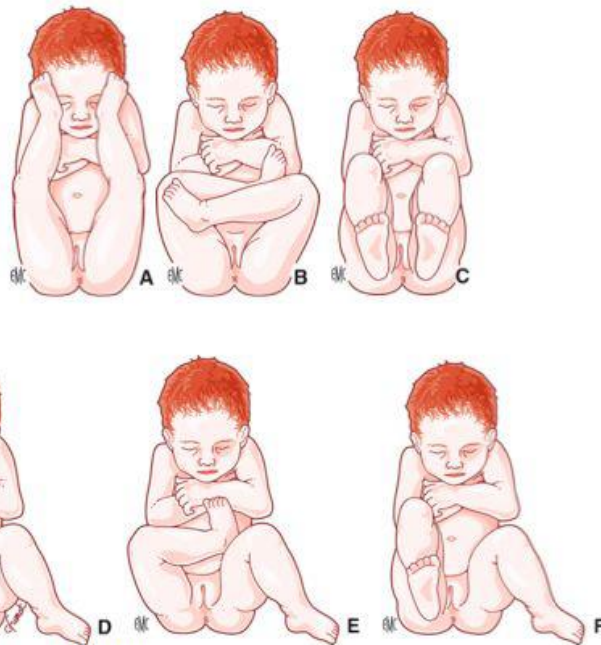


Figure 4 : Postures luxantes chez le fœtus.

A à C. Risque de luxation bilatérale. C : dans cette posture en hyperflexion directe, sans rotation latérale, le risque de luxation n'existe que s'il y a une antétorsion fémorale très exagérée.

D à F. Risque de luxation unilatérale. F : même remarque que pour C.

3. FACTEURS DE RISQUE :

- Antécédants familiaux.
- Présentation : siège.
- Posture asymétrique : métatarsus, adductus, genu recurvatum, torticollis, PBVE, polydactylies...
- Autres : fille, gemellité, primiparité, gros poids de naissance, origine géographique..

V. EXAMEN CLINIQUE :

DEUX SIGNES FONDAMENTAUX :

1. INSUFISANCE D'ABDUCTION (inspection et palpation) :
signe d'alerte.
2. INSTABILITE DE HANCHE (ressaut/piston) :
(palpation) :signe pathognomonique.

A. INSUFISANCE D'ABDUCTION :

1. INSPECTION : Gesticulation du nouveau né et attitude spontanée.

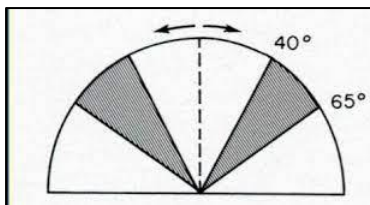


SYMETRIQUE en ABDUCTION

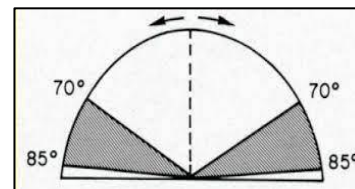
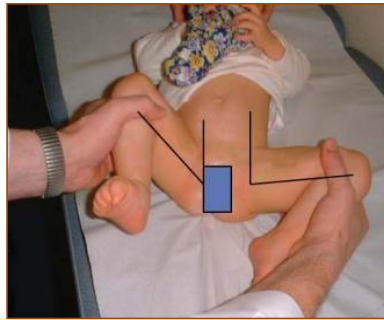


PATHOLOGIQUE !! limitation de l'abduction spontanée

2. PALPATION : Limitation du volet d'abduction :



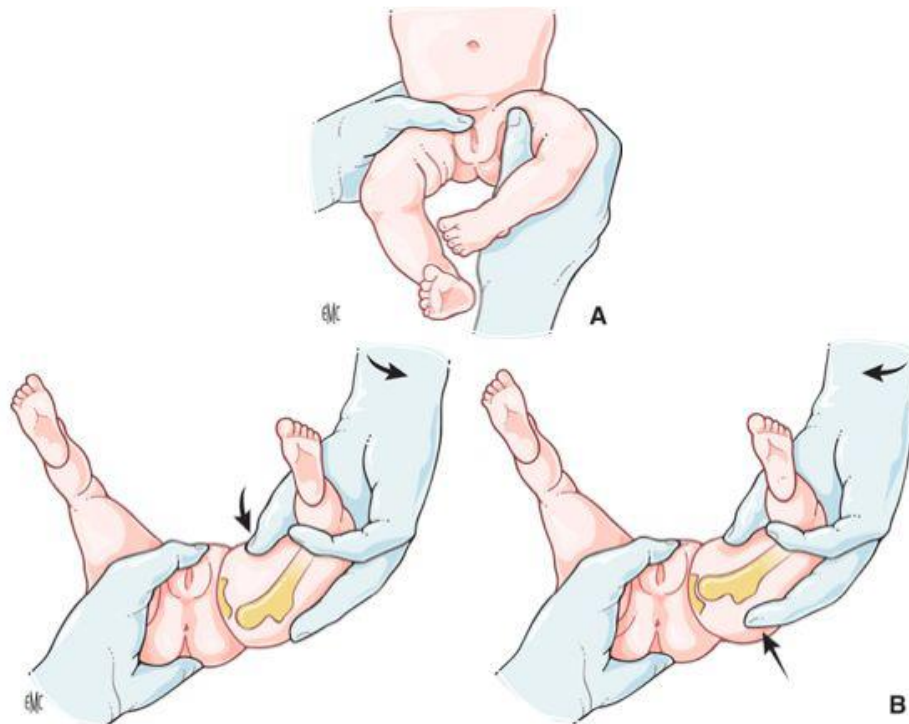
ANGLE RAPIDE
Tonus des adducteurs



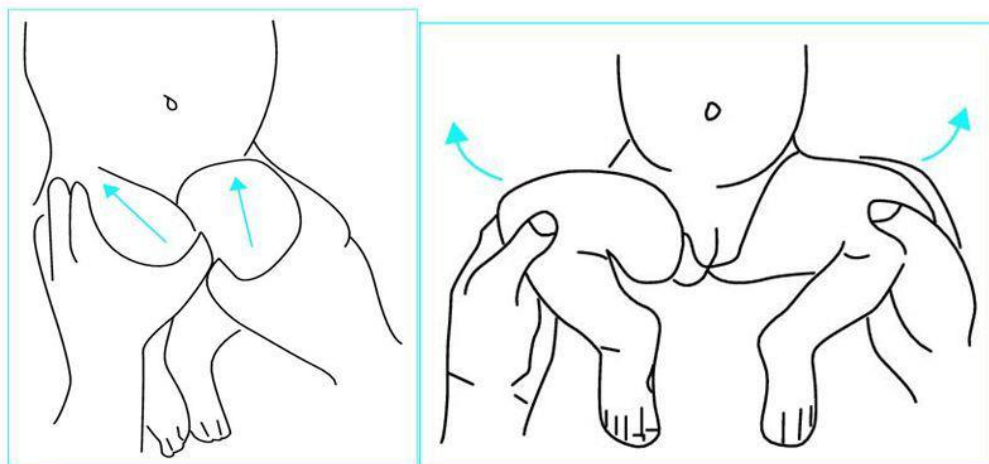
AMPLITUDE MAXIMALE
Rétraction des adducteurs

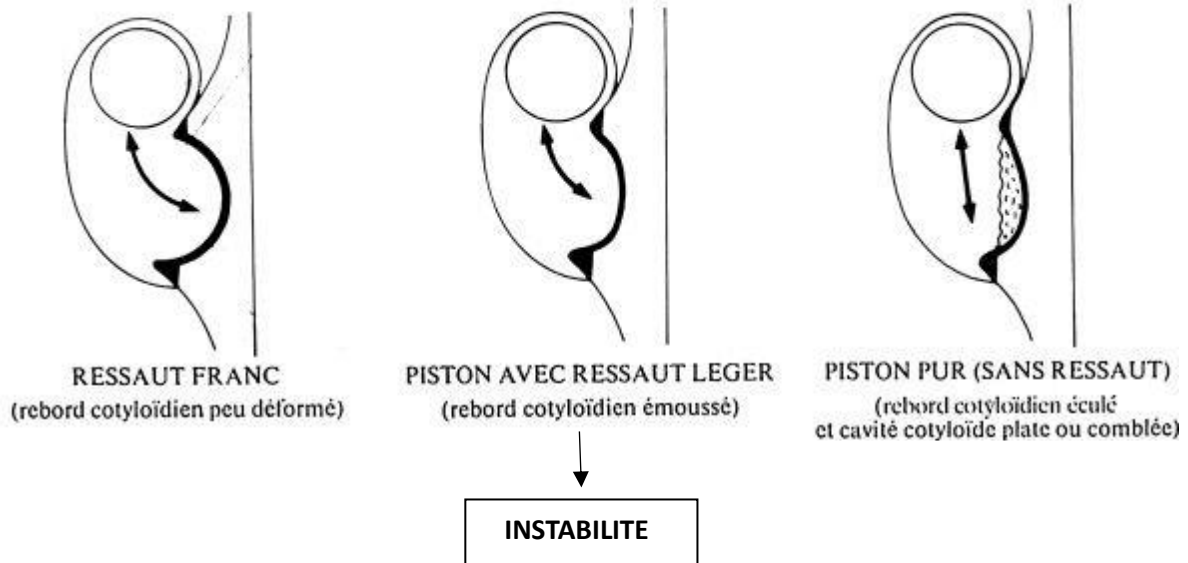
B. INSTABILITE DE HANCHE (ressaut/piston) : signe direct d'instabilité +++++

1. MANŒUVRE DE BARLOW :



2. MANŒUVRE D'ORTOLANI :





C. SIGNES INDIRECTS :

1. Asymétrie des plis cutanés : inguinaux, fessiers et poplités :



2. Signe de Galéazzi : Raccourcissement de la cuisse



3. Asymétrie des angles poplités : RETRACTION DES ISCHIO JAMBIERS :



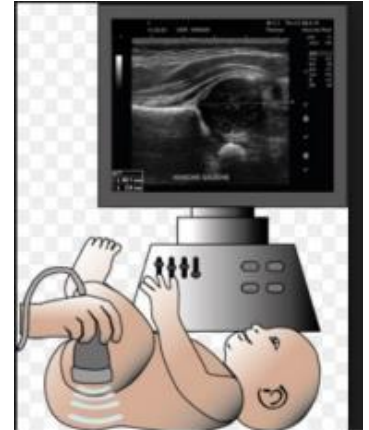
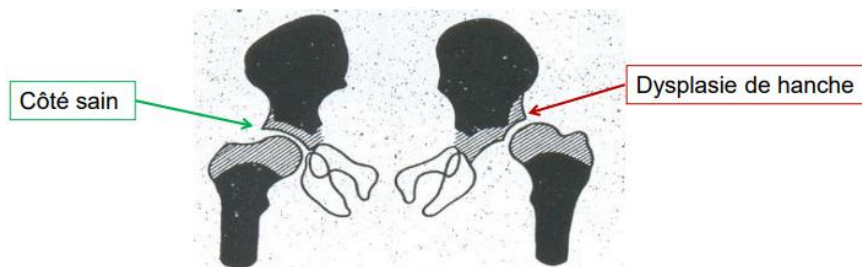
RESULTATS MANŒUVRES

- Hanche luxable
- Hanche luxée réductible
- Hanche luxée irréductible

VI. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

A. ECHOGRAPHIE :

- Dépistage précoce : avant 4 mois.
- Nécessite un bon échographiste.
- Met en évidence la luxation en dynamique et statique!!!
- Dysplasie cartilagineuse.

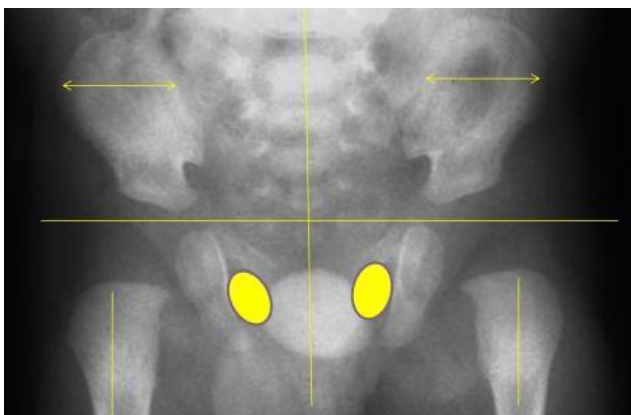


B. RADIOGRAPHIE :

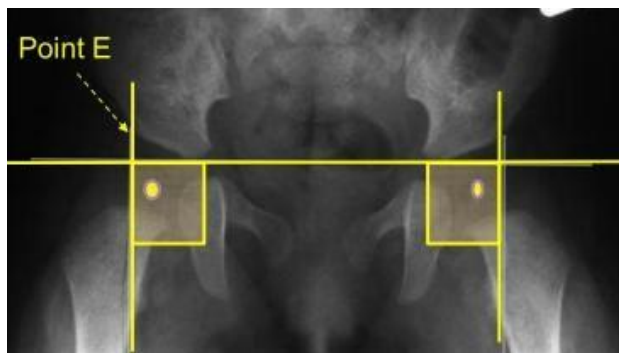


ELEMENTS A RECHERCHER !!!!

1. Noyaux épiphysaires (3mois)
2. Situation des noyaux (construction).
3. Toit du cotyle (dysplasie)



Cliché interprétable ++++++



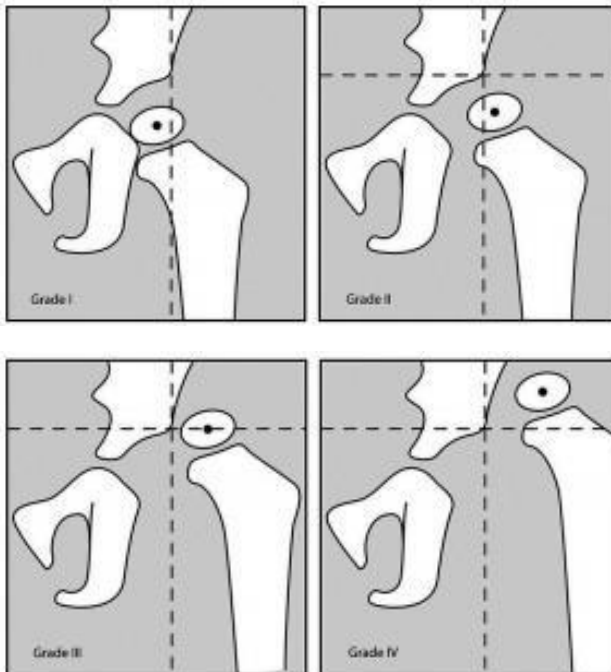
CONSTRUCTION D'OMBREDANE

- Ligne des Y
- Ligne verticale passant par le point « E » le plus externe du toit du cotyle.
- Après l'apparition des noyaux épiphysaires (4 quadrants).
- Noyau dans le quadrant inféro-interne.



CONSTRUCTION DE PUTTI

- Avant l'apparition des noyaux épiphysaires.
- Ligne de perkins.



CLASSIFICATION DE TONNIS

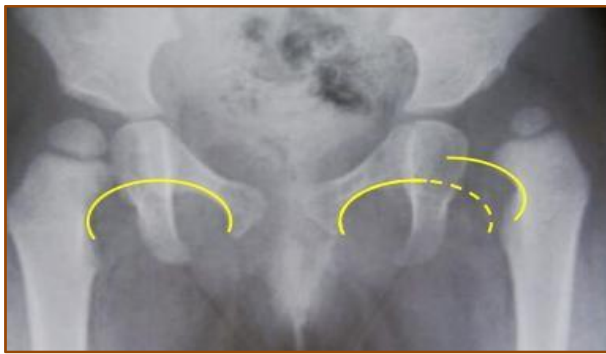
- Grade I : le centre d'ossification de l'épiphyse capitale est médial à la ligne perpendiculaire du bord supérolatéral de l'acétabulum (ligne de Perkin).
- Grade II : le centre d'ossification de l'épiphyse capitale est latéral à la ligne de Perkin, mais en dessous du bord supérolatéral de l'acétabulum (ligne SMA).
- Grade III : le centre d'ossification est au niveau du bord supérolatéral du cotyle.
- Grade IV : le centre d'ossification est au-dessus du bord supérolatéral du cotyle.

SIGNES INDIRECTS ++++ :



4. Ligne latérale (corticale de l'arrière-fond).
5. Ligne médiale (surface quadrilatère).
6. Fond (sommet du foramen obturé).

Est-ce que la tête a déjà habité le cotyle????



CINTRE CERVICO OBTURATEUR



DYSPLASIE ACETABULAIRE

Angle α .

Mesuré entre la ligne des Y et la ligne joignant l'extrémité médiale et latérale du toit de l'acétabulum.

(35 ° à la naissance, 23° à 6mois puis 10°vers l'âge de 10 ans).

Résultat de l'examen radio clinique :

- Hanche normale.
- Laxe.
- Subluxable.
- Subluxée.
- Luxable.
- Luxée reductible.
- Luxée irréductible.
- Hanche dysplasie.

VII. TRAITEMENT :

1. PRINCIPES DE TRAITEMENT :

- Réduction.
- Stabilité.
- Correction de la dysplasie.

2. TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE AMBULATOIRE :

FLEXION HANCHE 90° + ABDUCTION 70° + ROTATION NEUTRE



CULOTTE
D'ABDUCTION



LANGAGE EN
ABDUCTION



HARNAIS DE
PAVLICK



ATELLES D'ABDUCTION
HANCHES LIBRE DE PETIT

3. TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE EN HOSPITALISATION :



TRACTION AU ZENITH



TRACTION DANS L'AXE

PHASE D'ABAISSEMENT : traction continue par des poids progressifs (4SEM).

PHASE DE RECENTRAGE : on commence l'abduction+ rotation interne (1SEM).

PHASE DE PENETRATION : diminution du poids (1 SEM).

4. TRAITEMENT CHIRURGICAL :

- Ténotomie des adducteurs
- Capsulorraphie
- Reposition chirurgicale
- Ostéotomie du bassin
 - Réorientation cotyloïdienne
 - Acétabuloplastie
 - Agrandissement cotyloïdien
- Ostéotomies fémorales.

VIII. INDICATIONS :

1. AVANT 4 MOIS :

En cas de hanche luxable, deux attitudes peuvent être proposées :	trt orthopédique en ambulatoire en abduction :	<ul style="list-style-type: none">– lange câlin, coussin d'abduction) ou par harnais de Pavlik s'il existe une limitation de l'abduction.– Le traitement est poursuivi jusqu'à stabilisation de la hanche et correction de la dysplasie (3 à 4 mois).
	simple surveillance (stabilisation spontanée)	<ul style="list-style-type: none">– Une surveillance rapprochée .– Un contrôle clinique et échographique à 1 mois.– En cas d'anomalie lors de cet examen (instabilité persistante, anomalie échographique), un traitement sera nécessaire (coussin d'abduction, harnais de Pavlik).
En cas de hanche luxée réductible	<ul style="list-style-type: none">– Le traitement en abduction stricte (coussin d'abduction).– Urgent.– Nécessité de contrôles cliniques et échographiques rapprochés. <p>Cas limitation d'abduction, on préférera un traitement par harnais de Pavlik. La durée du traitement est de 4 mois à temps plein puis 2 à 3 mois de traitement nocturne pour corriger la dysplasie cotyloïdienne.</p>	

Hanche luxée irréductible,	Traction en hospitalisation. Plâtres. (généralement l'âge de 3-4 mois pour que l'enfant puisse supporter cette hospitalisation)
-----------------------------------	---

2. DE 4 MOIS À L'ÂGE DE LA MARCHÉ :

Subluxation,	un traitement en abduction est nécessaire, soit par attelles de Petit, soit par harnais de Pavlik s'il existe une limitation de l'abduction.
Luxée réductible	Harnais de Pavlik pour une durée de 3 à 6 mois.
Luxée irréductible	Traction puis plâtres.

3. APRÈS L'ÂGE DE LA MARCHÉ :

TRACTION.

- L'échec de la traction conduira à réaliser une réduction chirurgicale.
- En revanche, une luxation haute bilatérale de découverte tardive (après 6 ans) pourra être respectée dans la mesure où la tolérance fonctionnelle est généralement bonne et que le traitement chirurgical est difficile et source de complications.

IX. CONCLUSION :

« On ne trouve que ce que l'on cherche. On ne cherche que ce que l'on connaît. »

- L'examen clinique est le fondement initial, primordial et obligatoiredu dépistage
- IMPORTANCE DU DEPISTAGE PRECOCE!!!!