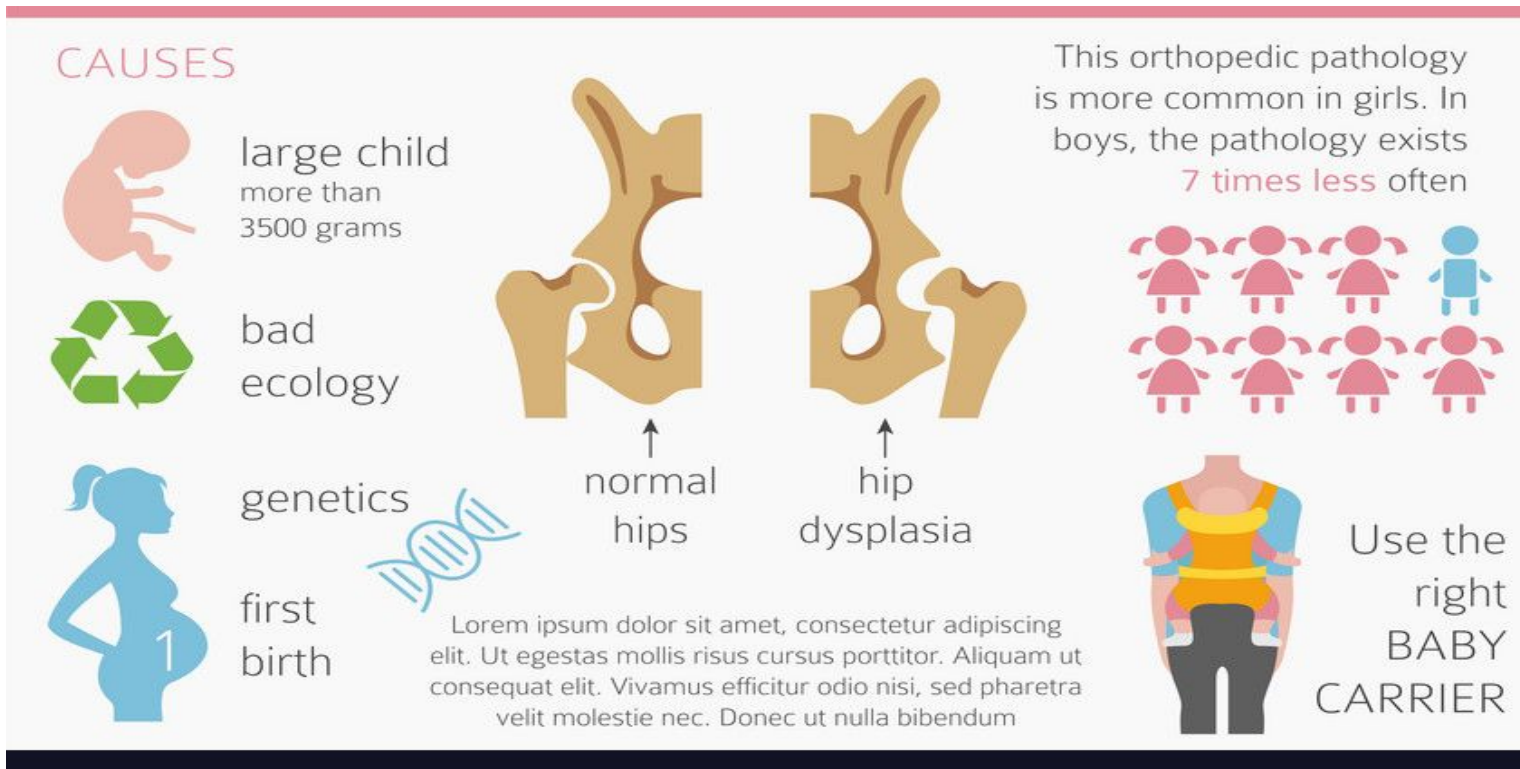


Luxation congénitale de hanche



DR.N.Rouag Maitre assistant en chirurgie orthopédique et traumatologique
EHS SALIM ZEMIRLI EL HARRACHE

DEFINITION

- C'est une **anomalie du positionnement de la tête fémorale dans la cotyle** qui se traduit par une dislocation partielle ou complète de la hanche



- **conséquence** d'une **anomalie de développement anténatal de la hanche** qui se manifeste à la naissance par une instabilité de l'articulation (très rarement par une luxation vraie).

Définition:

Pathologie congénitale, générée en période anténatale.

Fréquente: 6 à 20 pour 1000 enfants.

Différentes formes:

- Luxation: la tête fémorale est complètement sortie de l'acétabulum (cotyle).
- Subluxation: la tête fémorale est ascensionnée, extériorisée sans être complètement sortie de l'acétabulum.
- Dysplasie: déformation de l'acétabulum.

Epidémiologie

Les filles sont plus atteintes 5F/ 1G.

Formes familiales.

Les formes unilatérales sont plus fréquentes.

Le côté gauche est 2X plus touché que le côté droit.

Une fréquence élevée de la LCH bilatérales est retrouvée dans la présentation de siège.

Anatomie pathologique

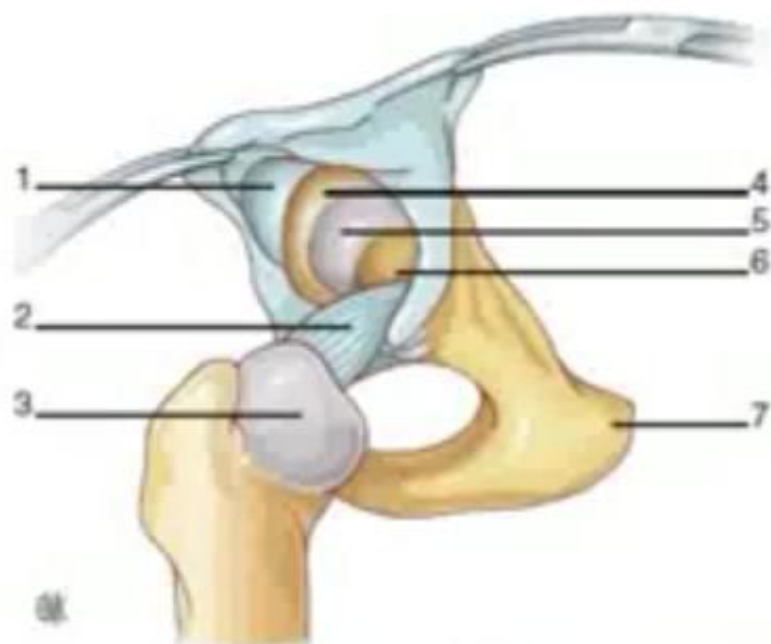


Figure 7. Déformations de l'acétabulum et anomalies capsulolimbiques d'une luxation de la hanche droite à la naissance (vue latérale): acétabulum ovalaire, limbus éversé et chambre capsulaire postérieure et supérieure. La tête fémorale a été déplacée vers le bas pour mieux voir l'acétabulum (d'après Seringe^[11]). 1. Poche capsulaire; 2. ligament rond; 3. tête fémorale; 4. limbus éversé; 5. croissant articulaire; 6. arrière-fond; 7. pubis.

Anatomie pathologique

- LCH postéro supérieure ou postérieure: exceptionnellement antérieure.
- La capsule est étirée dans sa partie postéro-supérieure (véritable poche herniaire formant la chambre de luxation).
- Le ligament rond est allongé, élargie, parfois atrophique voire absent.
- La cavité acétabulaire est constamment déformée, ovalaire et sans profondeur.
- Parfois il existe un néo-acétabulum bien structuré indiquant que la tête fémorale est sortie de sa vraie cavité depuis assez longtemps.
- Le rebord acétabulaire ou le limbus (éversé, inversé).
- La tête fémorale le plus souvent aplatie.

Anatomie pathologique

Les lésions acétabulaires sont cartilagineuse, et donc les lésions osseuses n'ont pas encore eu le temps de se constituer.

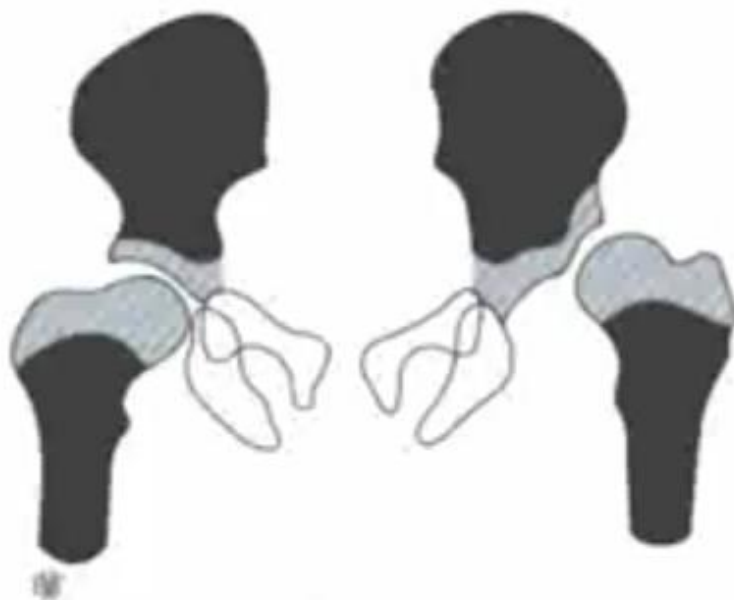


Figure 6. Schéma correspondant à une radiographie du bassin d'un nouveau-né porteur d'une luxation congénitale de la hanche gauche. La dysplasie acétabulaire est seulement cartilagineuse. En noir, les parties ossifiées de l'ilion et du fémur. En hachuré, les parties cartilagineuses.

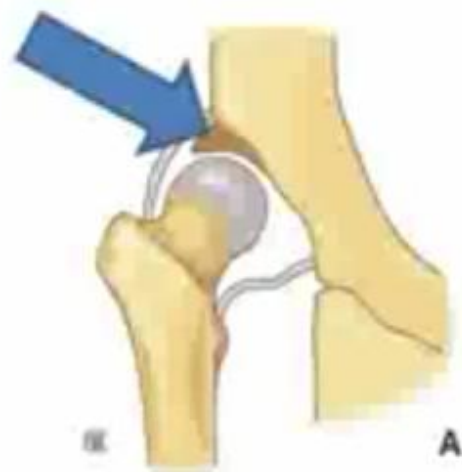
Anatomie pathologique

Classification anatomique: selon « Seringe »

Grade I: subluxation avec limbus éversé. (A)

Grade II: luxation intermédiaire avec limbus en partie éversé, en partie inversé. (B)

Grade III: luxation complète avec limbus inversé. (C)



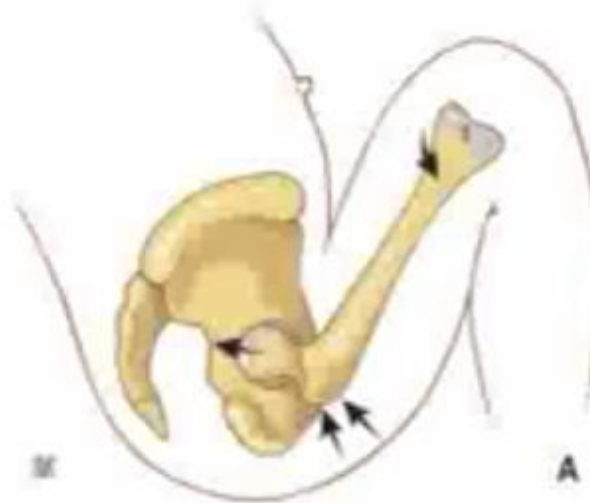
Etiopathogenie

- Facteurs génétiques:

Fréquence de la LCH sexe féminin, des ATCD familiaux, contexte racial ou géographique, une hyper laxité ligamentaire.

- Facteurs mécaniques intra utérin: +++

Posture luxante, abduction faible, une contrainte mécanique sur le grand trochanter.



Etio-pathogénie:

Risque de LCH bilatérale



A



B



C

Risque de LCH unilatérale



D



E



F

Clinique:

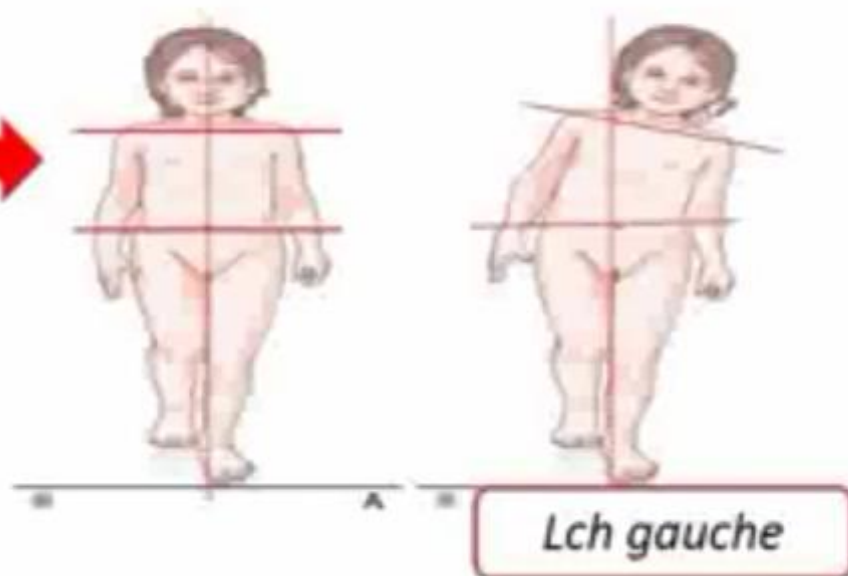
Interrogatoire: doit rechercher;

Gros poids de naissance, gsse gémellaire, présentation siège, oligoamnios, ATDS familiaux de LCH, sexe féminin, un utérus cicatriciel ou malformé.

Examen clinique: doit rechercher;

Postures ou plis asymétriques, ILMI, limitation de l'abduction, hypertonie des adducteurs.

Boiterie à l'âge de la marche →

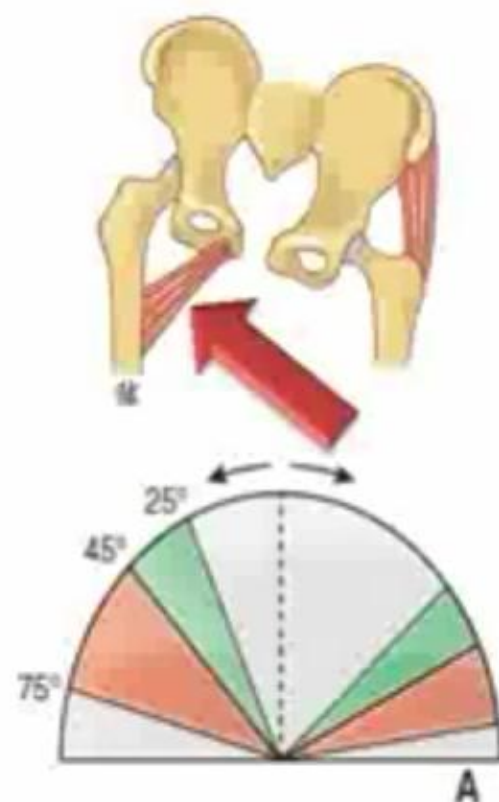


- **DEUX SIGNES FONDAMENTAUX !!!!**

- 1) INSUFISANCE D'ABDUCTION

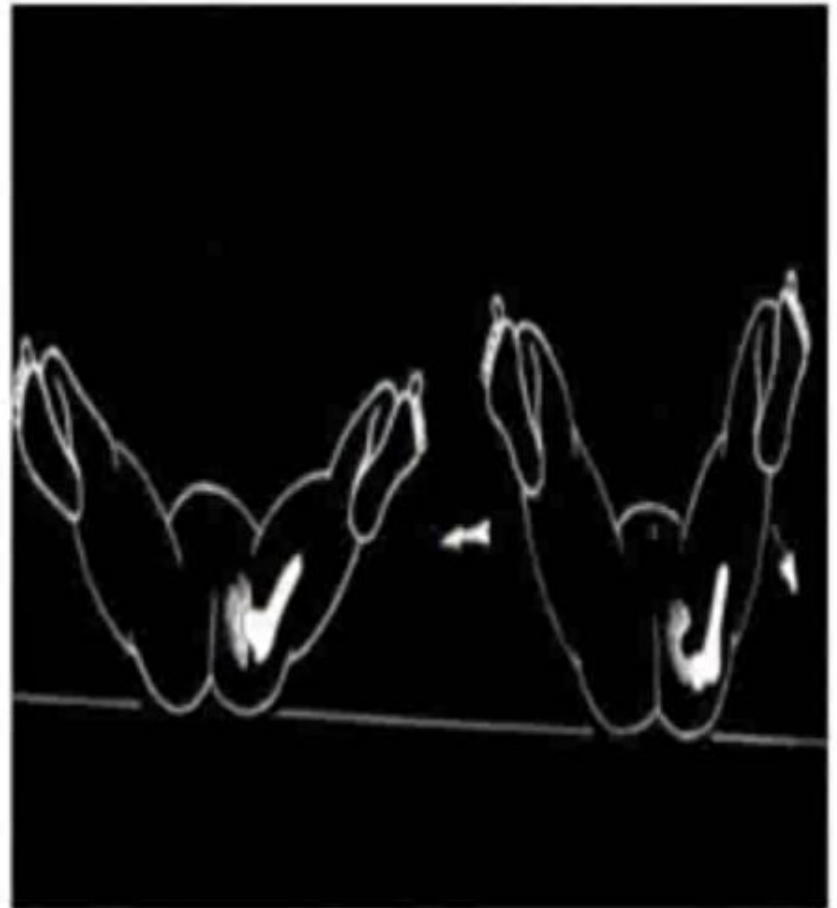
- 2) INSTABILITE DE HANCHE (ressaut)

Limitation de l'abduction < 60 degrés



**Amplitude normale =
70 à 85 degrés**

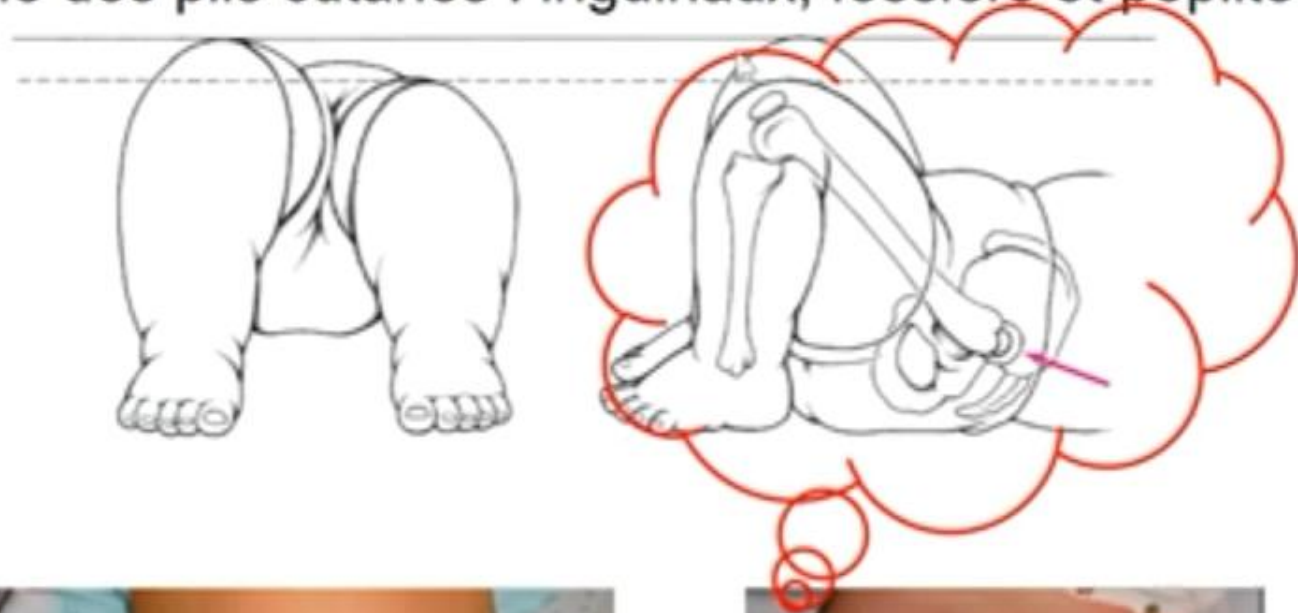
Limitation de l'abduction



Asymétrie des plis

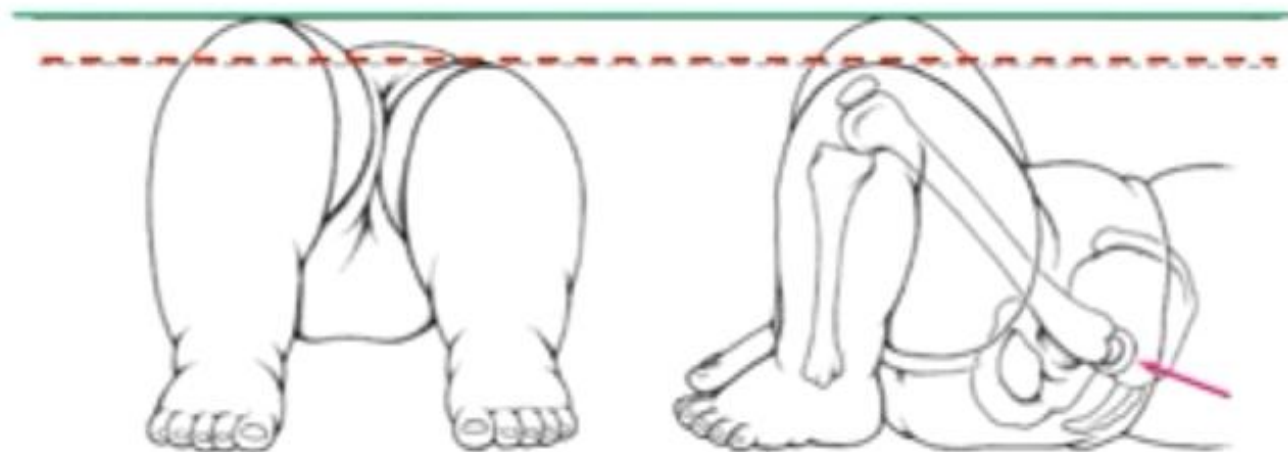


- Asymétrie des plis cutanés : inguinaux, fessiers et poplités

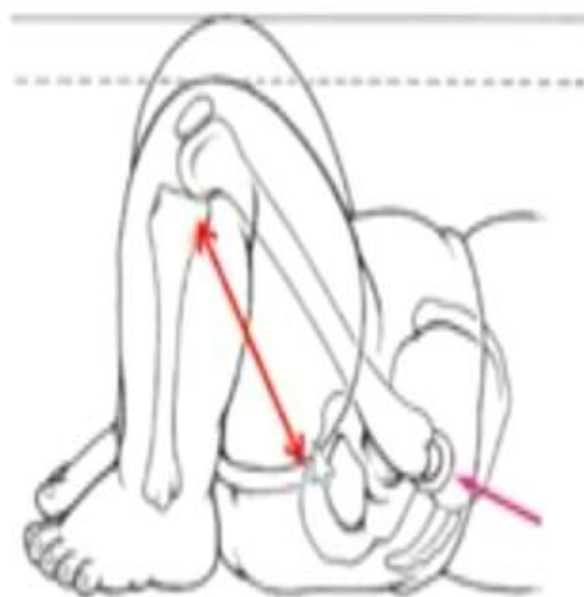


• SIGNES INDIRECTS :

- Raccourcissement de la cuisse : signe de Galéazzi



- Asymétrie des angles poplités : RETRACTION DES ISCHIO JAMBIERS



Technique de recherche de l'instabilité de la hanche selon « Barlow » +++

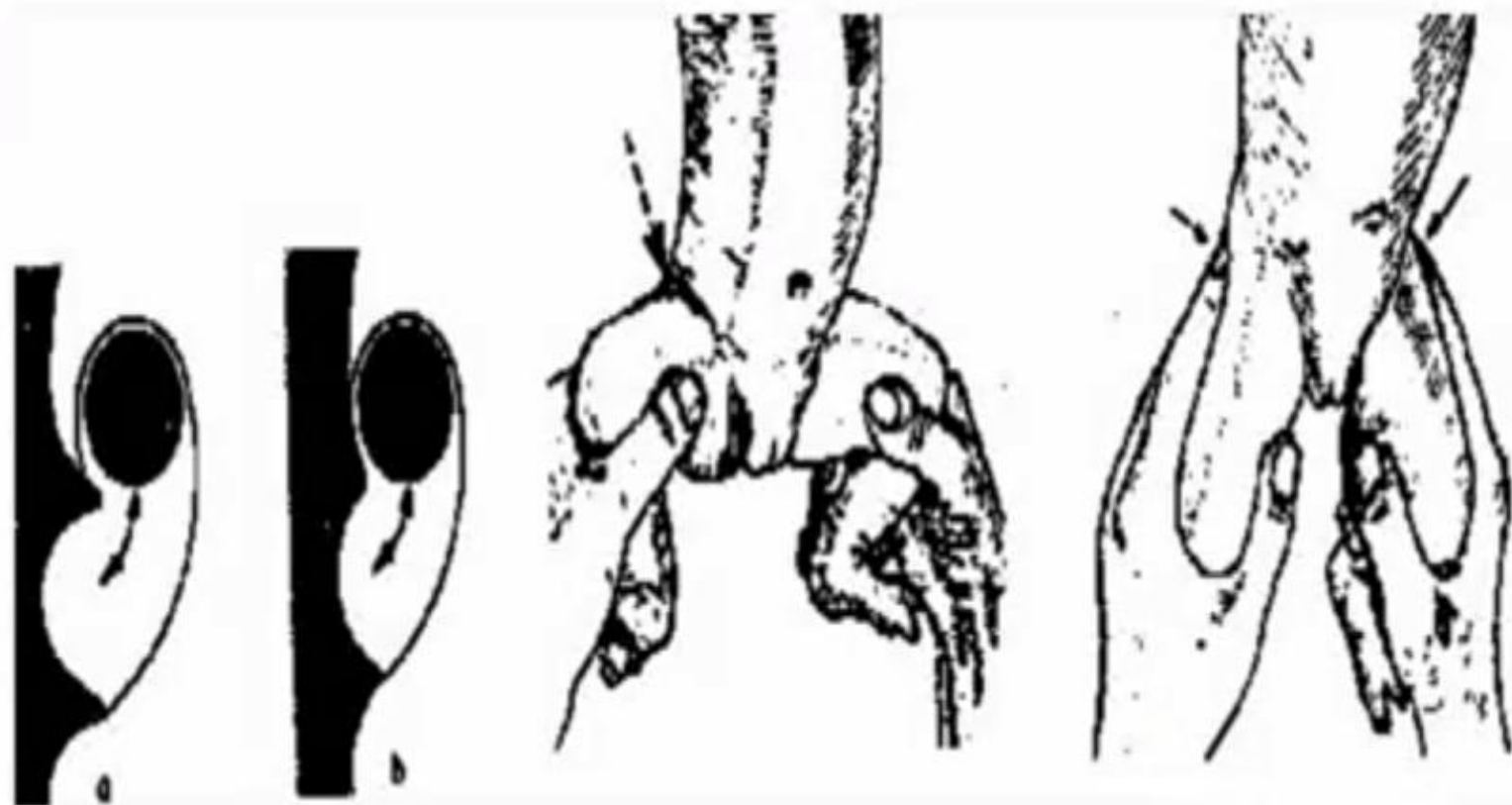


Figure 16. Technique de recherche de l'instabilité (selon Barlow^[22]).

A. Une main bloque le bassin avec le pouce sur le pubis, l'autre tient la partie proximale du fémur en empaumant la jambe hyperfléchie sur la cuisse.

B. C'est surtout un petit mouvement de pronosupination de la main qui permet d'apprécier la stabilité de la hanche en recherchant un éventuel déplacement antéro-postérieur ou postéro-antérieur.

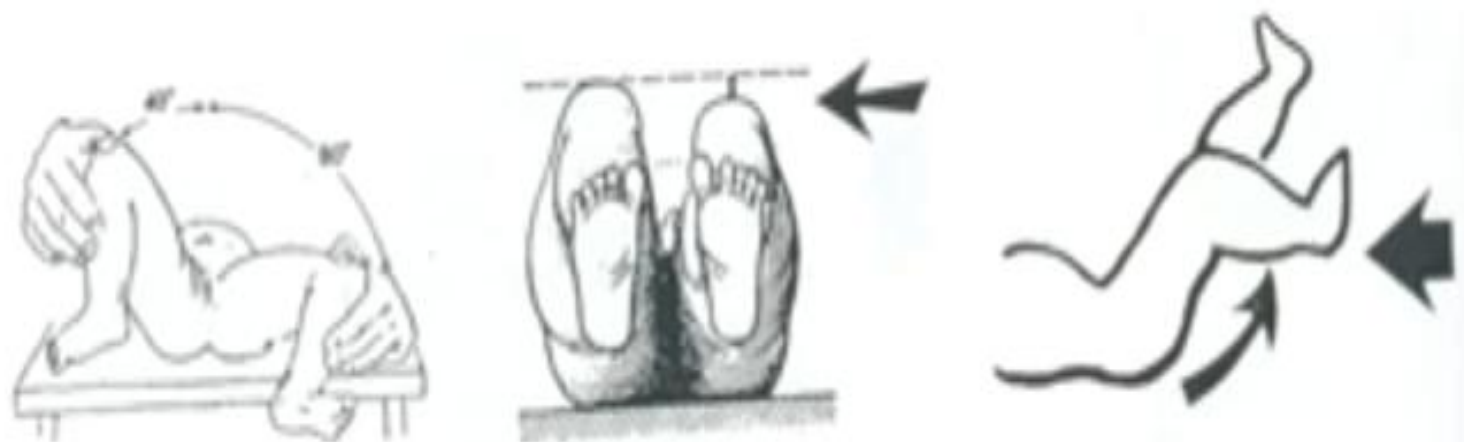
Méthode d'Ortolani



Signe d'Ortolani : ressaut

APRES L'AGE DE 2 MOIS

L'instabilité (ressaut) est plus rare à mettre en évidence



Examens complémentaires

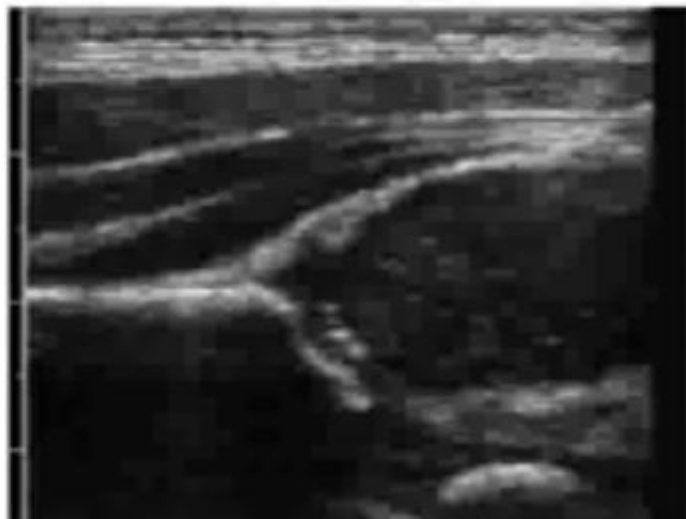
Echographie; à l'âge de 1 mois; technique de Graf et technique de Couture.

Aide au diagnostic en cas de signe d'alerte ou d'instabilité à la période néonatale.

Objective les structures cartilagineuses, la capsule, les plans musculaires.

Echographie statistique: dysplasie acétabulaire.

Echographie dynamique: instabilité de la hanche au cours des manœuvres de luxation.



Examens complémentaires

Radiographie du bassin; à l'âge de 4 mois.

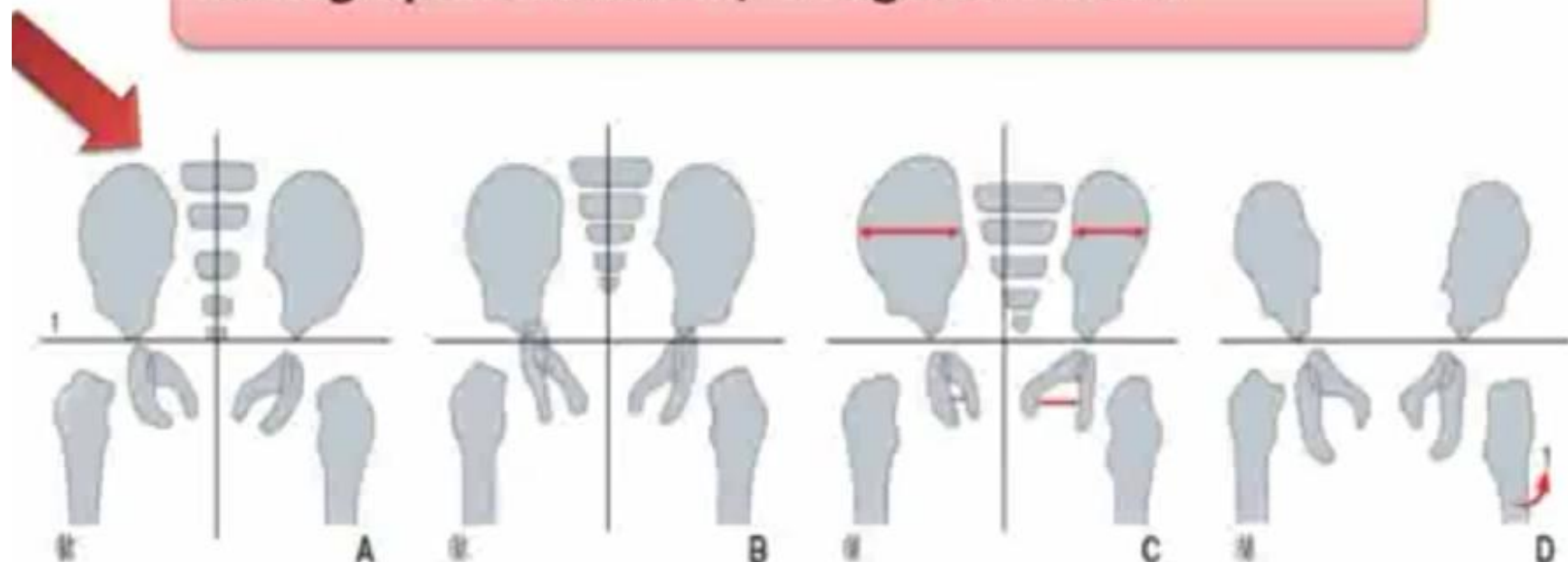


Figure 21. Le cliché est-il interprétable ?

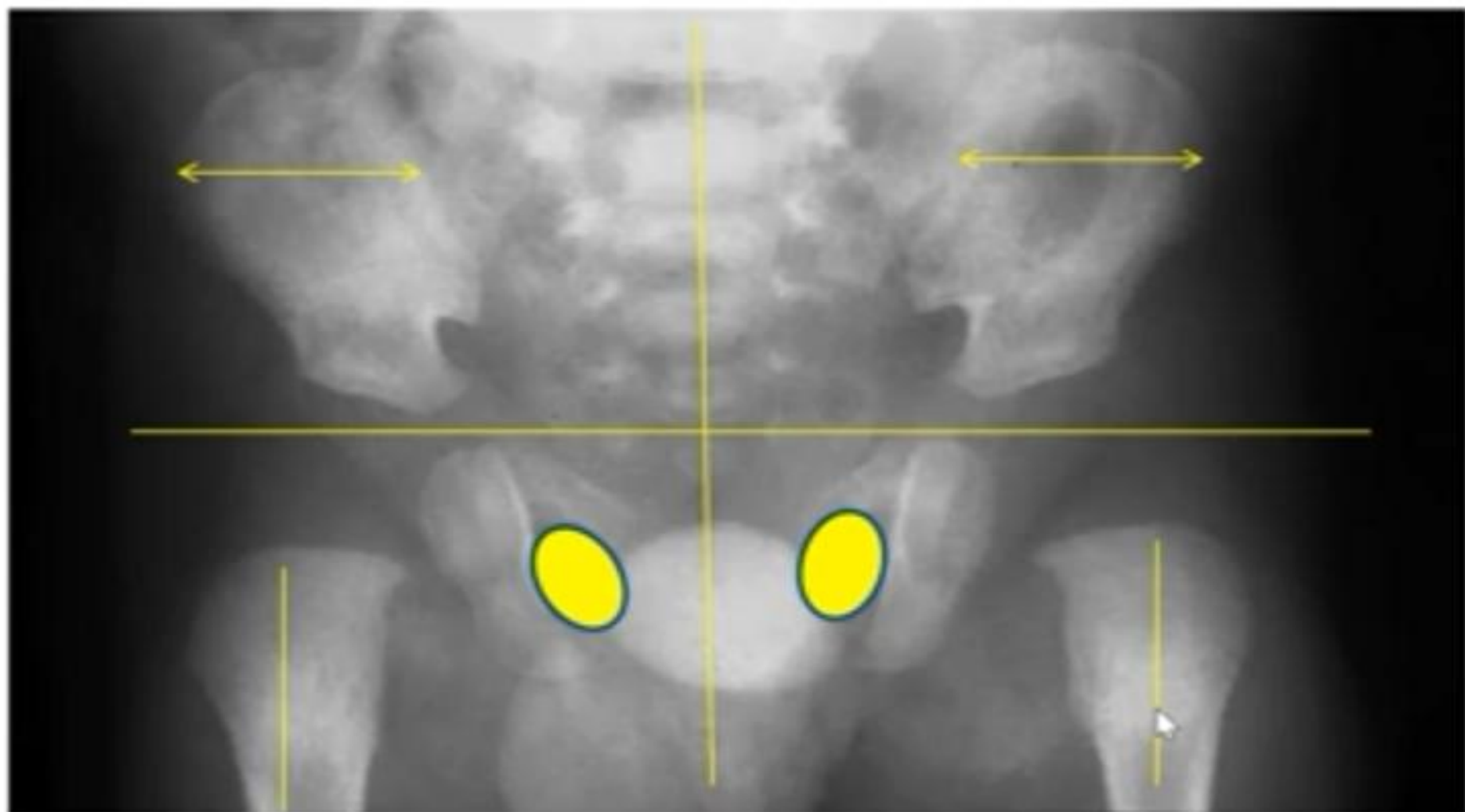
A. Radiographie techniquement réussie interprétable. 1. Ligne des Y.

B. Radiographie techniquement mauvaise, non ou difficilement interprétable car l'enfant a été radiographié en position de lordose lombosacrée : la pointe du sacrum est remontée et il y a superposition de l'ilion et de l'ischion.

C. Radiographie techniquement mauvaise à cause d'une rotation autour d'un axe vertical : inégale largeur des ailes iliaques et des trous obturateurs.

D. Cliché techniquement mauvais car du côté gauche le membre inférieur a tourné en rotation latérale (1), ce qui peut suffire à expliquer l'image d'excentration de la tête fémorale.

RADIOGRAPHIE



Cliché de face stricte, selon les règles...

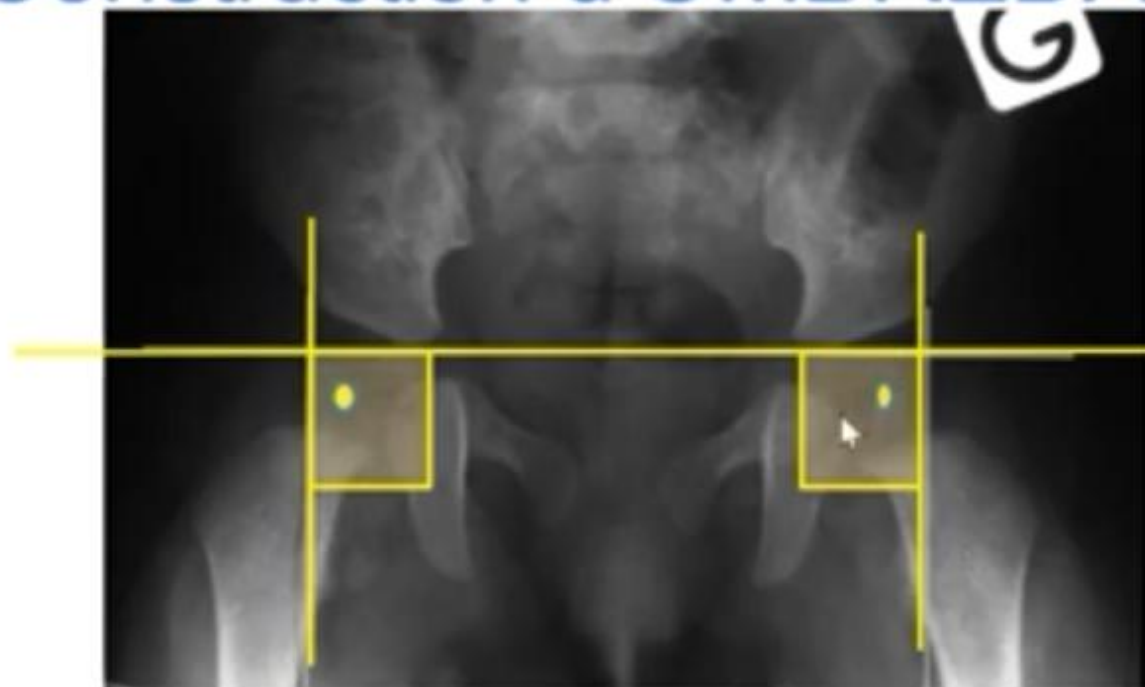
AVANT L'APPARITION DES NOYAUX ÉPIPHYSAIRES

Construction de PUTTI



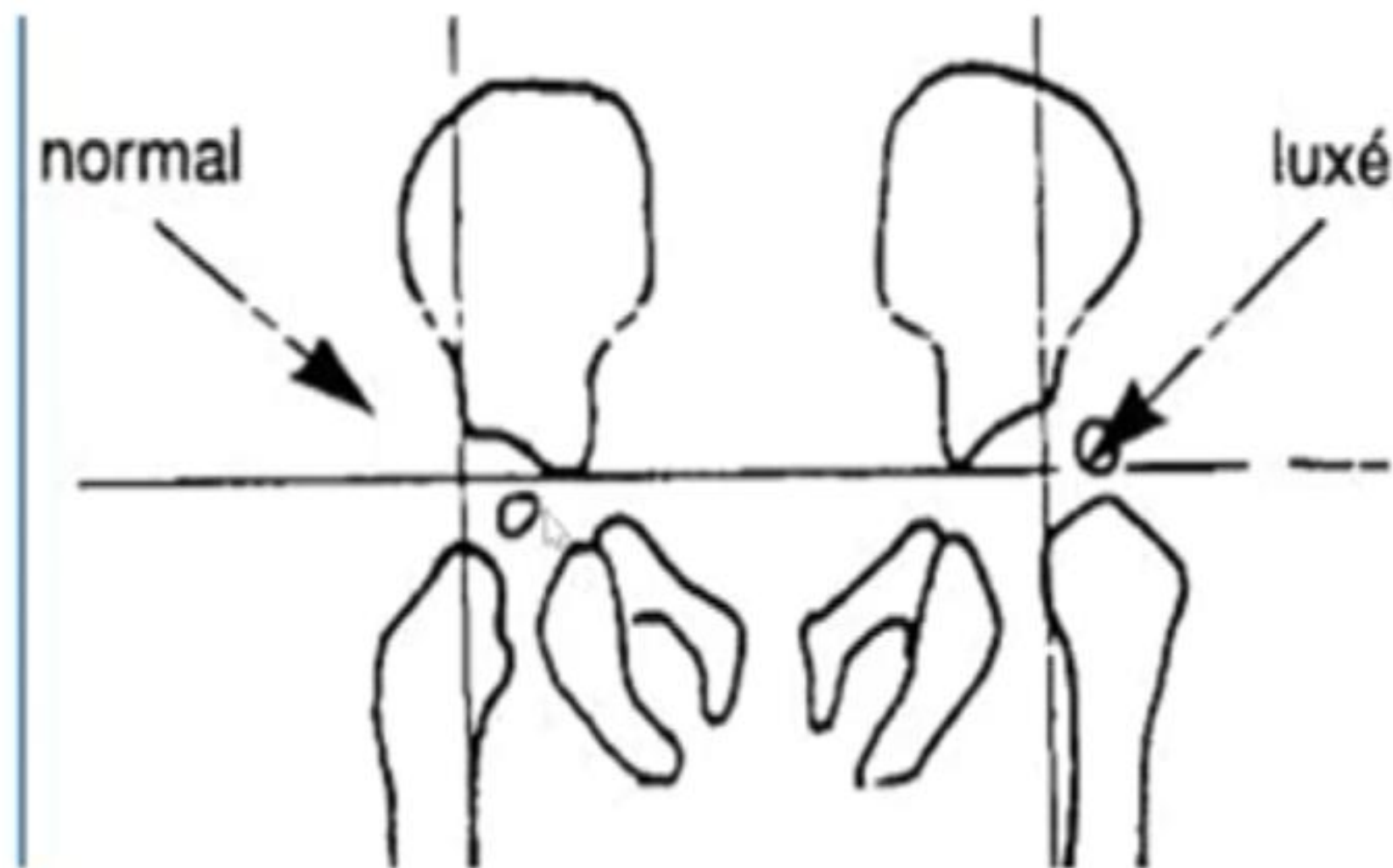
APRES L'APPARITION DES NOYAUX ÉPIPHYSAIRES

Construction d'OMBREDANE



- Ligne des Y
- Ligne verticale passant par le point « E » le plus externe du toit du cotyle
- noyau dans le quadrant inféro-interne

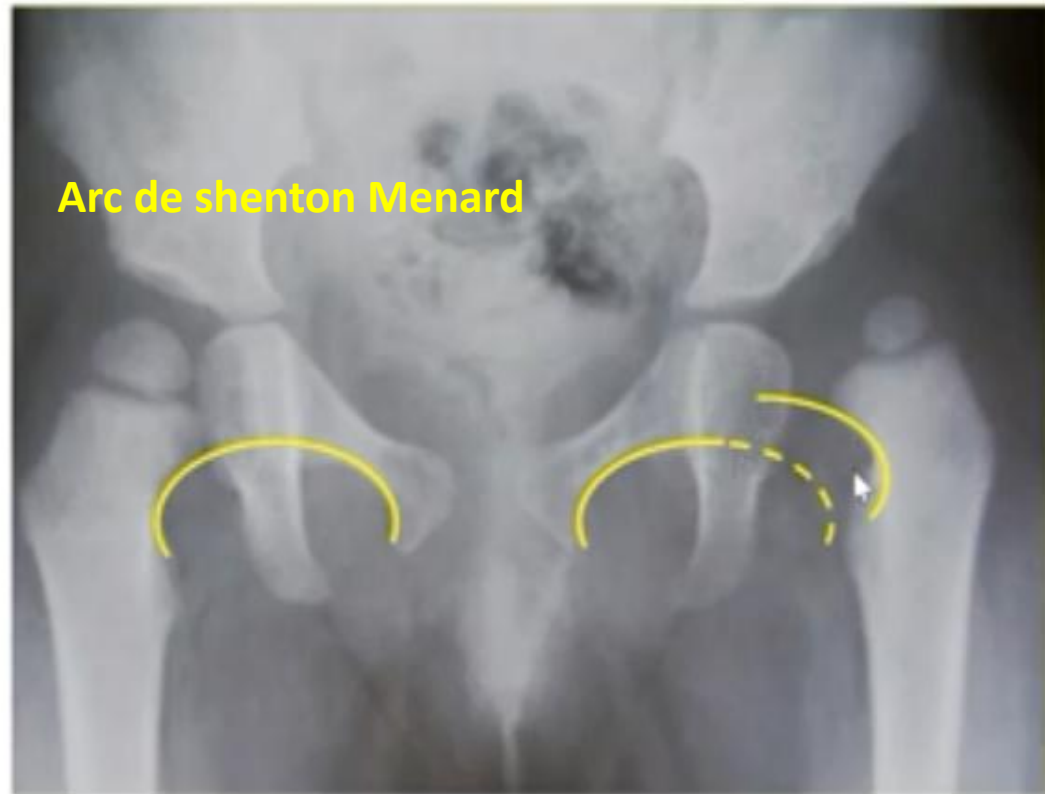
Construction d'OMBREDANE



AGE PLUS AVANCÉ

- COTYLE DEHABITE
- RUPTURE DU CINTRE CERVICO OBTURATEUR
- DYSPLASIE ACETABULAIRE

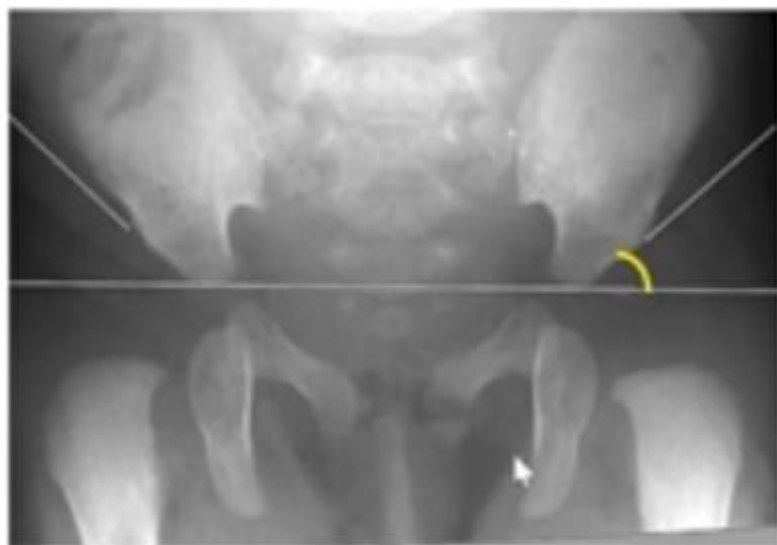
CINTRE CERVICO OBTURATEUR



LCH : RUPTURE du CINTRE CERVICO OBTURATEUR



DYSPLASIE ACETABULAIRE



Angle α

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, diminuant de deux degrés par mois jusqu' à 6 mois

(23° à 6mois puis 10°vers l'âge de 10 ans)

LA DYSPLASIE HANCHE : c'est AUGMENTATION ANGLE α

Hanche normale

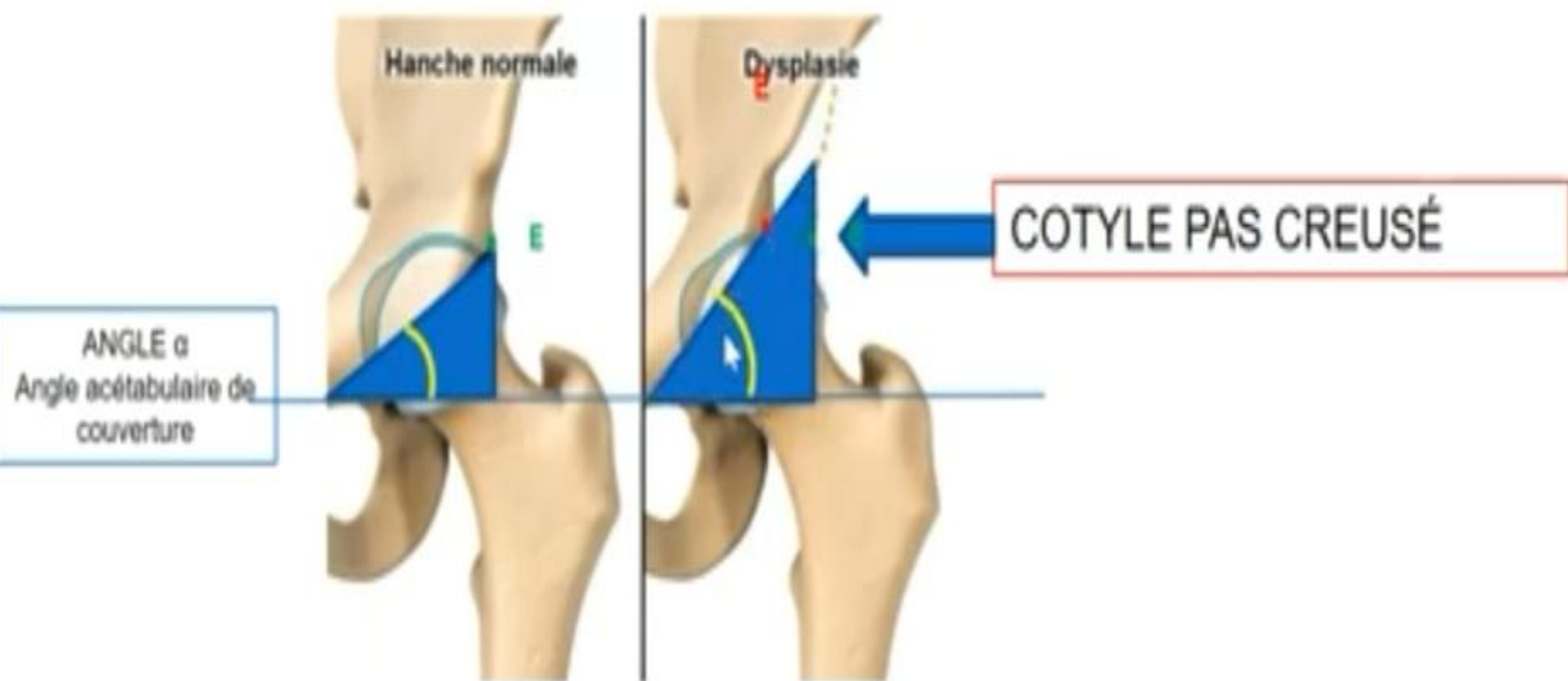
Dysplasie

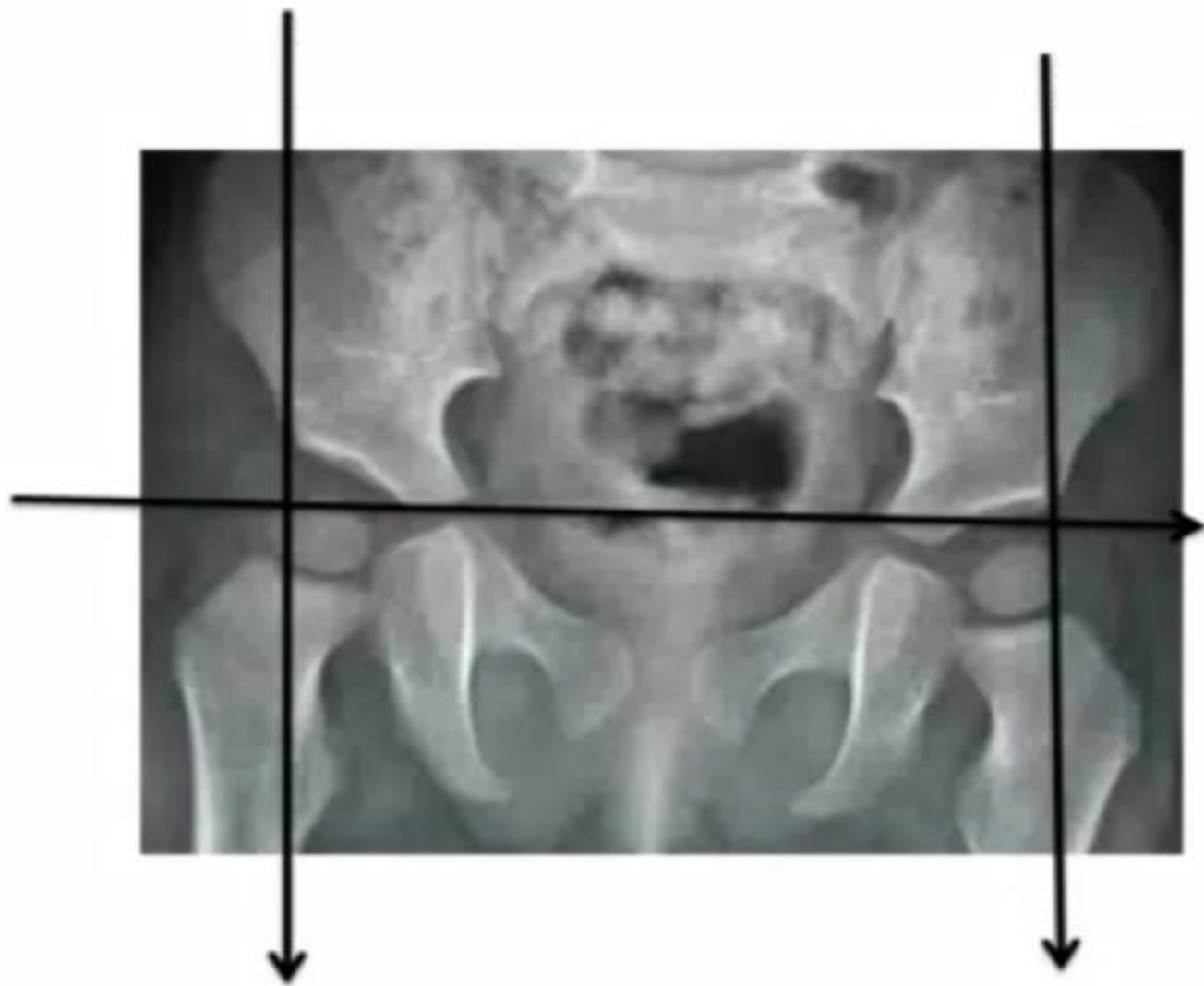
COTYLE PAS CREUSÉ

ANGLE α

Angle acétabulaire de
couverture













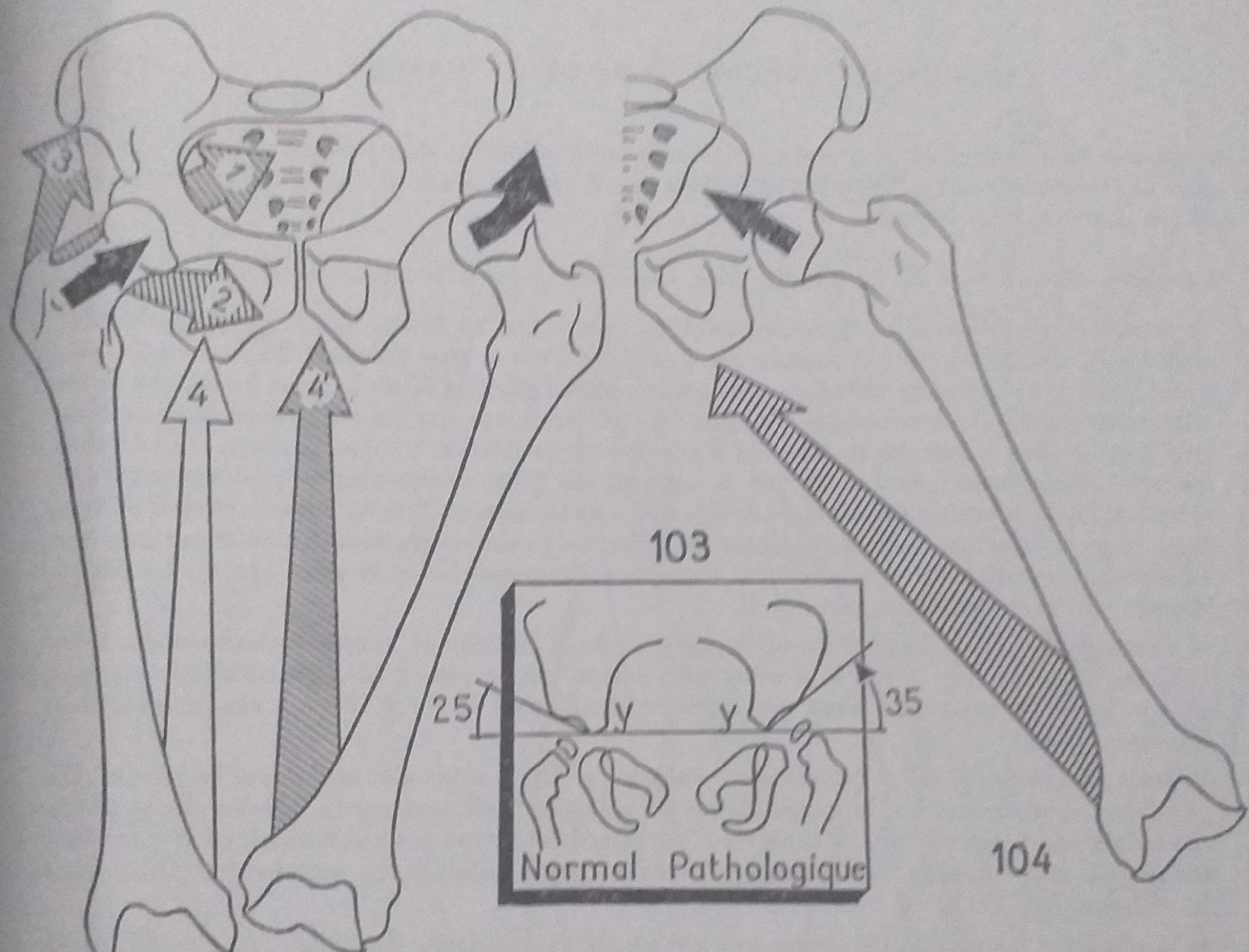
Traitement

Buts:

Réduction douce de la tête fémorale ds le cotyle

Stabilisation de la hanche

Correction de la dysplasie cotyloïdienne



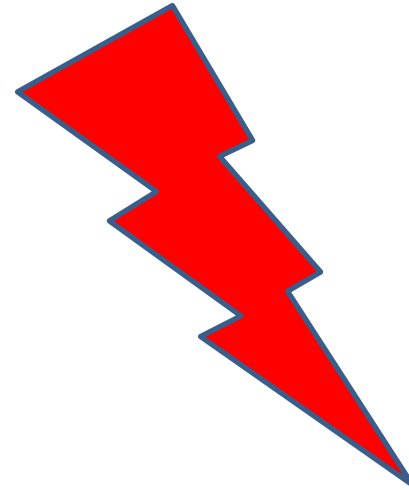
TRT Orthopédique

- Langeage en abduction-flexion: 4 mois à temps plein puis quelques semaines la nuit.
- Culotte d'abduction.





**Langage en « quilles »
Est à proscrire**



TRT Orthopédique

- Harnais de pavlik: chez le nourrisson de 2 à 6 mois.



TRT Orthopédique

- Attelles à hanche libre de pierre petit.



TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE EN HOSPITALISATION



TRACTION AU ZENITH



TRACTION DANS L'AXE

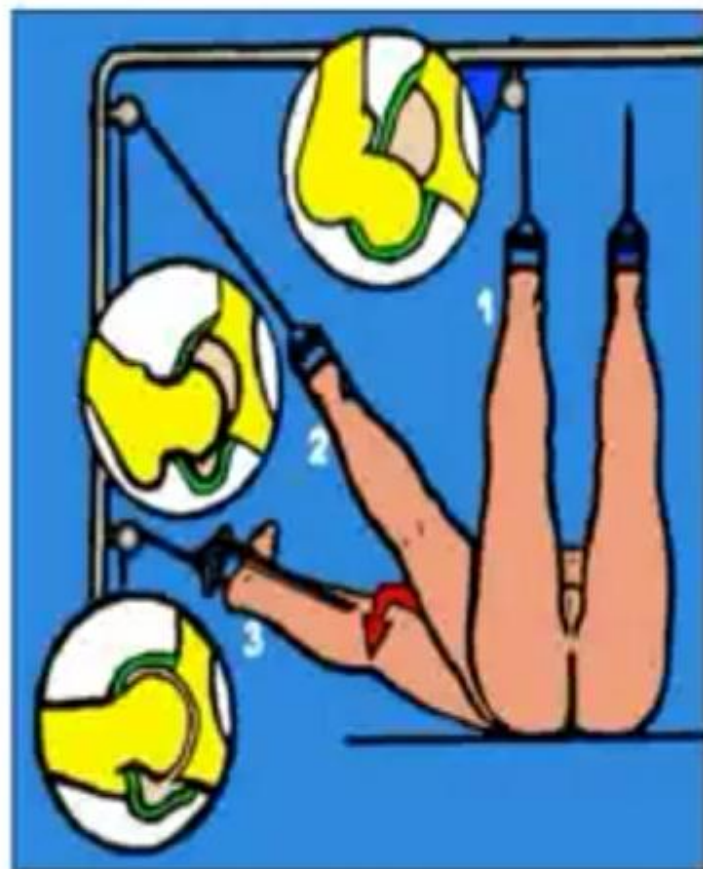
6 semaines

- PHASE D'ABAISSMENT : traction continue par des poids progressifs
- PHASE DE RECENTRAGE : on commence l'abduction
- PHASE DE PENETRATION : diminution du poids

TRT Orthopédique

Réduction par traction progressive poids 1/10 du poids de l'enfant avec abduction et rotation interne.

Nourrisson après 6 mois.



- **6-12 mois:** traction au zénith pd 3 semaines ensuite plâtre pelvipédieux pendant 2 X 2 mois.
- **A partir de 12 mois:** traction dans l'axe, puis abduction progressive, une fois la réduction obtenue, immobilisation par pelvipédieux pendant 2 X 3 mois.

Plâtre pelvi pédieux pour le maintien de la réduction



TRT Chirurgical

Gestes facilitant la réduction:

- Ténotomie des muscles adducteurs, psoas.
- Ostéotomie fémorales de raccourcissement, derotation et varisation.

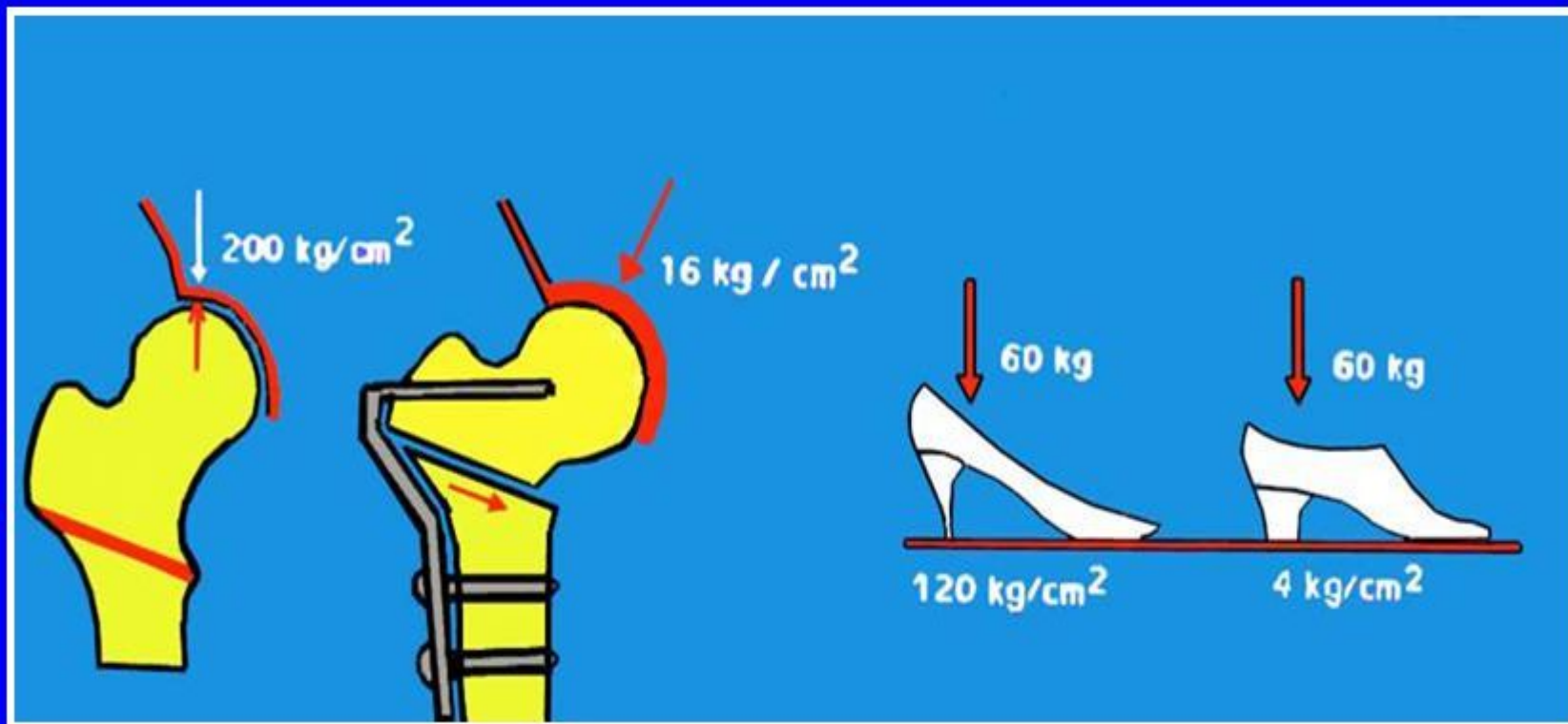
Geste pour la réduction et la stabilisation de la hanche:

Capsulorraphie

Gestes pour corriger la dysplasie cotyloïdienne:

Ostéotomies pelviennes

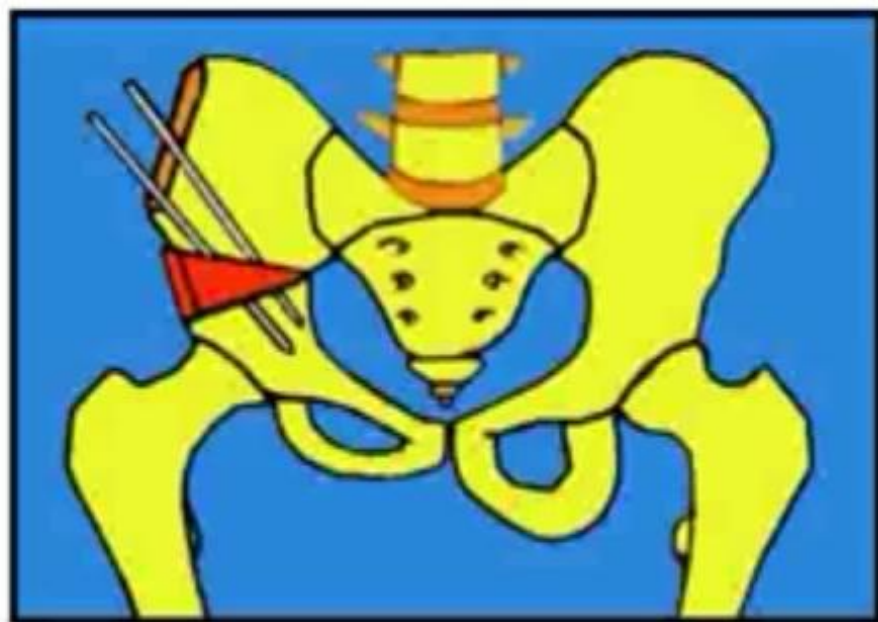




**L'ostéotomie agrandit la surface portante donc diminue les pressions.
On peut passer de pressions de l'ordre de 200 Kg/cm^2 à 16 kg/cm^2**

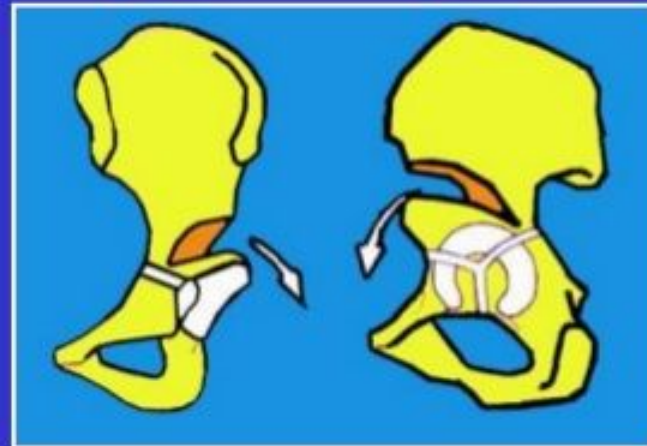
Prévention de l'arthrose

Ostéotomie Salter



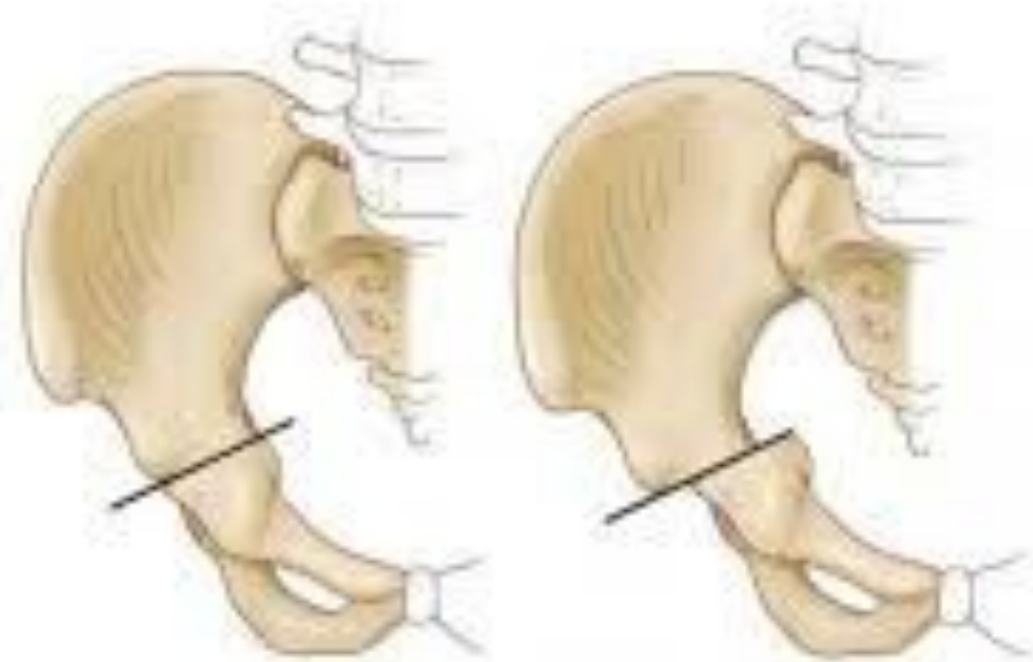
Acétabuloplasties chez l'enfant

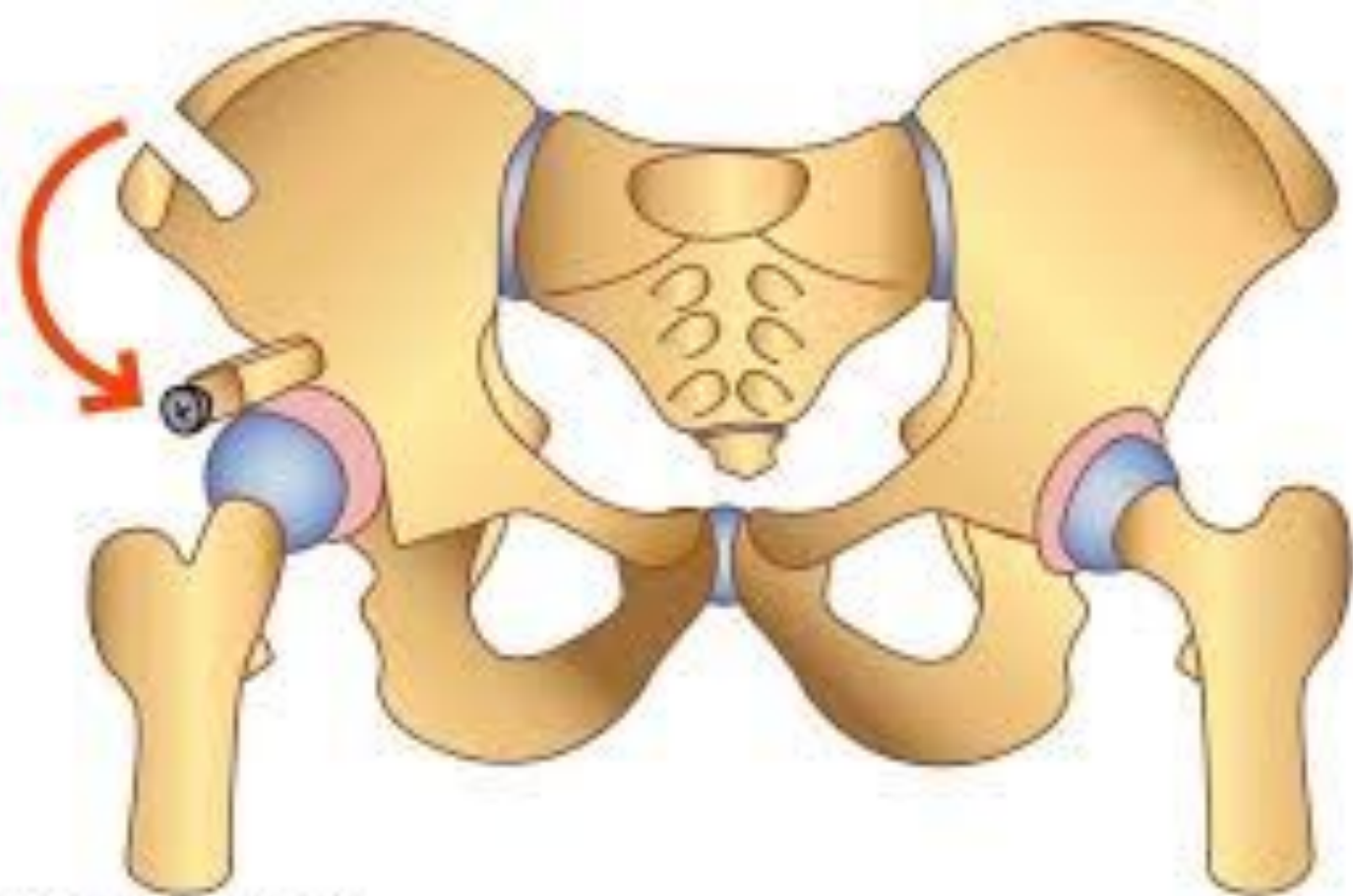
Le but est de recouvrir la tête



Pemberton

Ostéotomie d'agrandissement de Chiari





Butée de hanche

INDICATIONS

Nné:

- ☐ Luxation irréductible: ne rein faire jusqu'au 3-4 mois pour TRT, traction de 3 semaines puis PP.
- ☐ Luxation réductible: langage en abduction ou Pavlik.

Nourrisson:

- ☐ Luxation irréductible: traction puis PP.
- ☐ Luxation réductible ou subluxation: harnais de pavlik.
- ☐ Dysplasie isolée: surveillance du développement de la hanche.

Enfant après l'âge de la marche:

- ☐ Avant 5 ans: préférer le TRT orthopédique, si échec TRT chirurgicale.
- ☐ Après 5 ans: TRT chirurgicale.

Complications

- Osteochondrite de hanche →
- Echec de réduction
- Reluxation après TRT
- Raideur de la hanche
- ILM



Conclusion:

Le maitre mot de la fin est « le dépistage précoce ».

