

LA MALADIE LUXANTE *DE LA HANCHE*

DR AOUDA

MEDECIN SPECIALISTE PRINCIPAL EN
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE



DROIT

GÉNÉRALITÉS

LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE SE DÉFINIE COMME LE DÉPLACEMENT DE LA TÊTE FÉMORALE HORS DU COTYLE IL VAUT MIEUX PARLER DE LA MALADIE LUXANTE DE LA HANCHE QUI REGROUPE:

LA LUXATION : ON DIT QUE LA HANCHE EST LUXÉE LORSQUE LA TÊTE FÉMORALE EST COMPLÈTEMENT SORTIE DE LA CAVITÉ COTYLOÏDIENNE

LA SUBLUXATION : LA HANCHE EST SEULEMENT SUBLUXÉE LORSQUE LA TÊTE EST À LA FOIS LATÉRALISÉE ET ASCENSIONNÉE SANS ÊTRE COMPLÈTEMENT SORTIE DE L'ACÉTABULUM.



- EMBRYOLOGIE ET ANATOMIE DE LA HANCHE

PÉRIODE EMBRYONNAIRE: 2 PREMIERS MOIS
VIU MOMENT OU LA RÉGION COXO-FÉMORALE SE
DIFFÉRENCIE (HANCHE TOTALEMENT STRUCTURÉE)

- PÉRIODE FŒTALE : PÉRIODE DE CROISSANCE
RAPIDE

- PÉRIODE D'IMMOBILITÉ RELATIVE: DERNIÈRES
SEMAINES DE GROSSESSE : OU IL EXISTE UN
CONFLIT FOETO-MATERNEL OU LA GENÈSE DE
LA LCH EST LA PLUS PROPICE

PATHOGENIE

FAIT INTERVENIR DEUX FACTEURS

- 1- LES FACTEURS GÉNÉTIQUES :
- INCONSTANTS ET ENTRAÎNERAIENT UNE HYPERLAXITÉ LIGAMENTAIRE OU UNE INSUFFISANCE DE PROFONDEUR ACÉTABULAIRE

- 2- LES FACTEURS MÉCANIQUES
- UN APPUI DIRECT ET PROLONGÉ SUR LE GRAND TROCHANTER D'UN FÉMUR EN POSTURE LUXANTE: ADDUCTION ET ROTATION EXTERNE



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- ANOMALIE CAPSULOLIGAMENTAIRE
- ANOMALIE COTYLOÏDIENNE
- ANOMALIE FÉMORALE

ANOMALIE CAPSULOLIGAMENTAIRE

- LA CAPSULE : - ÉTIRÉE
 - SIÈGE D'UNE BOURSOUFLURE, VOIRE D'UNE VÉRITABLE POCHE HERNIAIRE FORMANT LA CHAMBRE DE LUXATION.
- LE LIGAMENT ROND : EST ALLONGÉ OU ÉLARGI OU ATROPHIQUE OU ABSENT.

- **ANOMALIE COTYLOÏDIENNE**
- **LA CAVITÉ COTYLOÏDIENNE** DÉFORMÉE: OVALAIRE
. TRIANGULAIRE TOUJOURS MOINS PROFONDE OU MÊME SANS PROFONDEUR UN NÉO COTYLE POSTÉRO SUPÉRIEUR.
- **LE REBORD COTYLOÏDIEN OU LIMBUS** EST PARFOIS ABSENT,
- LE PLUS SOUVENT DÉFORMÉ SOIT EN DEHORS (ÉVERSÉ)
SOIT EN DEDANS (INVERSÉ)

- **ANOMALIES FÉMORALES**

- **LA TÊTE FÉMORALE** APLATIE À CAUSE DES PRESSIONS ANORMALES SUBIES HORS DE LA CAVITÉ COTYLOÏDIENNE.
- **LE COL FÉMORAL**
 - - L'ANGLE CERVICODIAPHYSAIRE EST D'ENVIRON 140°
 - - L'ANTÉVERSION DU COL EST SOUVENT AUGMENTÉE DE FAÇON VARIABLE MAIS ELLE EST PARFOIS NORMALE, VOIRE DIMINUÉE (RÉTROVERSION).

CLASSIFICATION ANATOMIQUE DE DUNN:

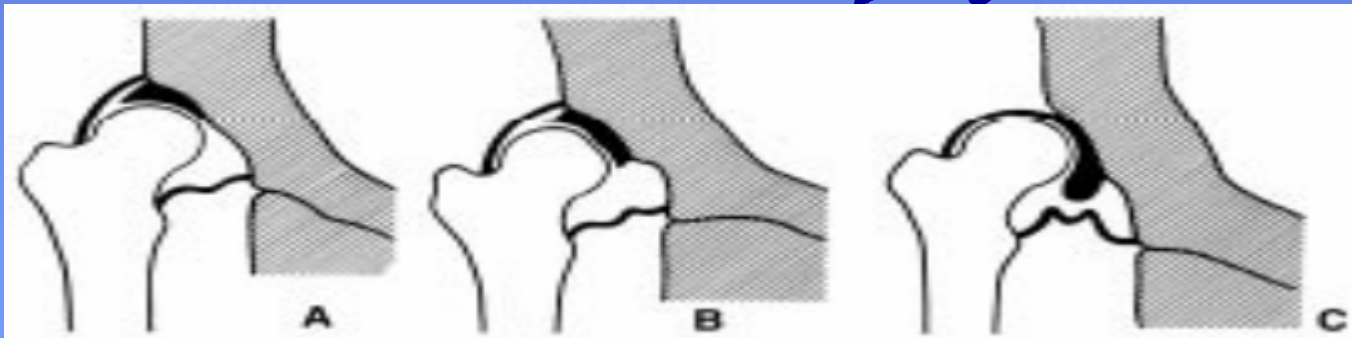
SELON

L'IMPORTANCE DES LÉSIONS
ANATOMOPATHOLOGIQUES

GRADE I : SUBLUXATION AVEC LIMBUS ÉVERSÉ ;

GRADE II : LUXATION INTERMÉDIAIRE AVEC LIMBUS EN
PARTIE ÉVERSÉ, EN PARTIE INVERSÉ ;

GRADE III : LUXATION COMPLÈTE AVEC LIMBUS
INVERSÉ.



HISTOIRE NATURELLE DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE HANCHE

▪ MOMENT DE LA LUXATION

LA LUXATION EST IMPOSSIBLE PENDANT LA PÉRIODE EMBRYONNAIRE TANTQUE LA FENTE ARTICULAIRE N'EST PAS OUVERTE

;ELLE EST POSSIBLE DURANT TOUTE LA PÉRIODE FOETALE ET PLUS PARTICULIÈREMENT DURANT LE DERNIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE QUI EST LA PÉRIODE D'ÉLECTION ; C'EST PENDANT CETTE PÉRIODE QUE S'INSTALLE LE CONFLIT MÉCANIQUE FOETOMATERNEL :

- AUGMENTATION RAPIDE DU POIDS FOÉTAL
- DIMINUTION DE LA QUANTITÉ DE LIQUIDE AMNIOTIQUE
- DIMINUTION DES MOUVEMENTS FOËTAUX

- COMMENT SE CONSTITUE LA LUXATION ?

IL SEMBLE QUE

- LA POSTURE LUXANTE QUI ASSOCIE ; HANCHE HYPERFLÉCHIE - UNE ABDUCTION FAIBLE OU NULLE (VOIRE UNE ADDUCTION) - UNE ROTATION EXTERNE _S'OBSERVENT DANS LA POSTURE DU SIÈGE
- PATHOGÉNIE DE LA DYSPLASIA COTYLOIDIENNE
_ C'EST UNE DYSPLASIE D'ORIGINE MÉCANIQUE PAR MAUVAIS APPUI DE LA TÊTE FÉMORALE. .QUANT À LA DYSPLASIE PRIMITIVE DU COTYLE, C'EST UNE ENTITÉ A PART

CLINIQUE

L'INTERROGATOIRE : RECHERCHE LES SIGNES DE
RISQUE:

EN FAVEUR D'ÉLÉMENTS MÉCANIQUES:

- GROS POIDS DE NAISSANCE- GROSSESSE GÉMELLAIRE -
- ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE - PRÉMATURITÉ-
- OLIGOAMNIOS - DISPROPORTION FŒTO-MATERNELLE

EN FAVEUR D'ÉLÉMENTS GÉNÉTIQUE:

- ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE LCH
- SEXE FÉMININ DE L'ENFANT

LA RECHERCHE D'UNE INSTABILITÉ

- DEMEURE LE TEMPS FORT DE L'EXAMEN CAR SA MISE EN ÉVIDENCE PERMET D'AFFIRMER LA LUXATION CEPENDANT, D'AUTRES SIGNES DOIVENT ÊTRE RECHERCHÉS:

- . UNE ASYMÉTRIE DES PLIS CUTANÉS.
- . UNE LIMITATION DE L'ABDUCTION.
- . UNE HYPERTONIE DES ADDUCTEURS.

LA SENSATION DE RESSAUT

N'EST QU'UN SIGNE D'ACCOMPAGNEMENT INCONSTANT DE L'INSTABILITÉ.

C'EST UNE SENSATION PALPABLE ET VISIBLE LIÉE AU FRANCHISSEMENT PAR LA TÊTE FÉMORALE DE L'OBSTACLE QUE

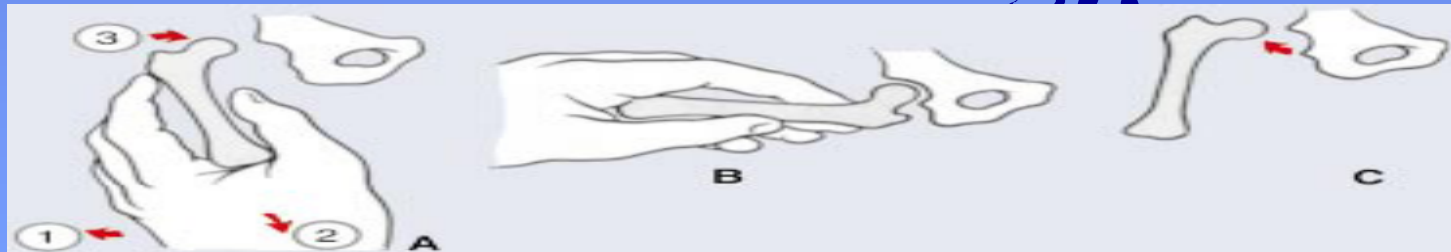


- **L'INSTABILITÉ :**

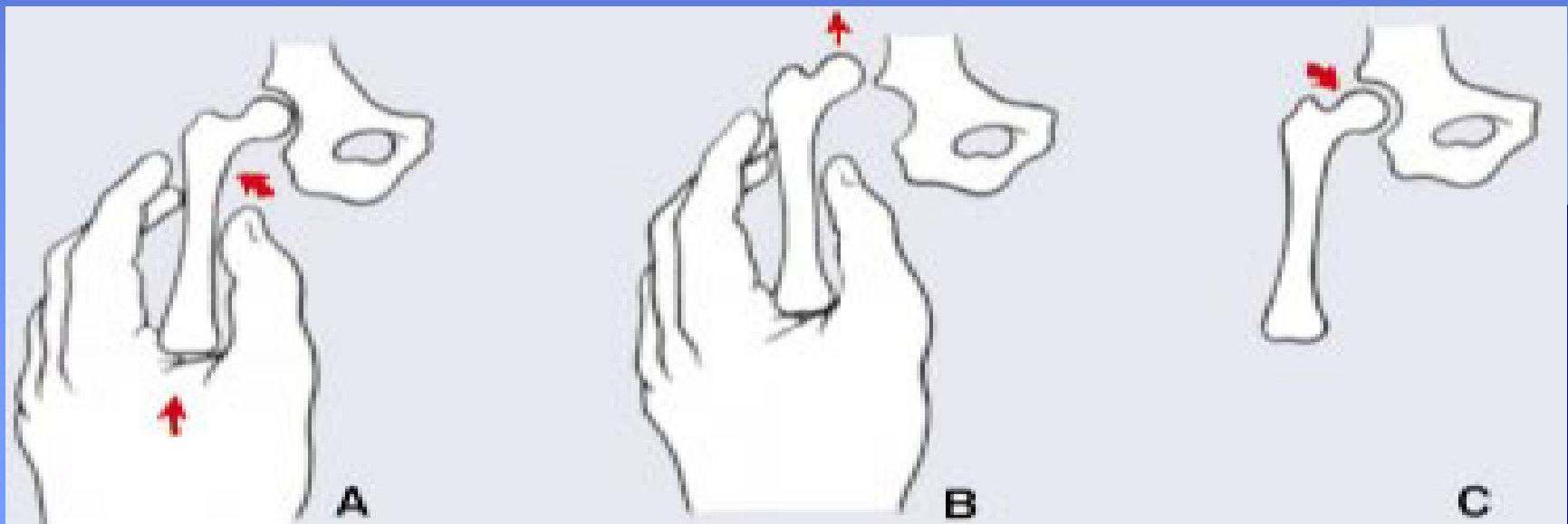
- **DÉFINITIONS** : UNE HANCHE EST INSTABLE LORSQUE LA TÊTE EST SORTIE OU PEUT SORTIR EN PARTIE OU EN TOTALITÉ DE LA CAVITÉ COTYLOÏDIENNE.

SELON LES SITUATIONS :ON AURA UNE HANCHE LUXÉ ET UNE HANCHE LUXABLE

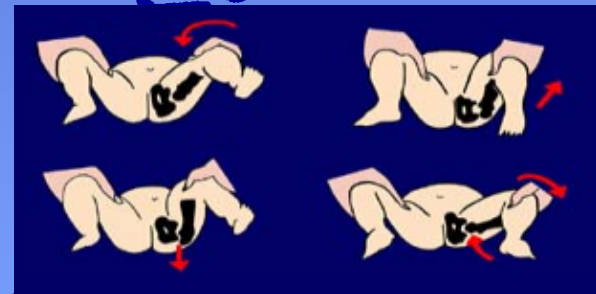
- **HANCHE « LUXÉE RÉDUCTIBLE »** : LA TÊTE FÉMORALE, LUXÉE EN PERMANENCE, VA ÊTRE RÉDUITE PAR L'EXAMINATEUR (A, B), EN COMBINANT UNE ABDUCTION (1), UNE LÉGÈRE TRACTION (2), ET UN APPUI SUR LE GRAND TROCHANTER (3). LORSQUE L'EXAMINATEUR RELÂCHE SA PRESSION, LA TÊTE SE RELUXE D'ELLE-MÊME (C).



- HANCHE « LUXABLE » : C'EST L'EXAMINATEUR QUI FAIT SORTIR LA TÊTE FÉMORALE EN ARRIÈRE (A, B) ET LORSQU'IL RELÂCHE SA PRESSION, LA TÊTE RÉINTÈGRE SPONTANÉMENT LE COTYLE (C).



- TECHNIQUE DE RECHERCHE D'UNE INSTABILITÉ ON A 02 MÉTHODES :
- **MÉTHODE D'ORTOLANI** EN DÉCUBITUS DORSALE, L'EXAMINATEUR PORTE EN FLEXION À 90 ° ET ABDUCTION À 90° , LES HANCHES SYMÉTRIQUEMENT TOUT EN IMPRIMENT UNE POUSSÉE AXIALE VERS LA TF QUI SE TRADUIT PAR UN RESSAUT
- **MÉTHODE DE BARLOW** NNÉ EN DÉCUBITUS DORSAL, LA CUISSE EST POSITIONNÉ EN FLEXION À 90 ° ET ÉCARTÉE (20 -40 °) UNE MAIN SAISIT LE BASSIN POUR L'IMMOBILISER ET L'AUTRE LA PARTIE PROXIMALE DE LA CUISSE, LA MAIN « FÉMORALE » RECHERCHE UN DÉPLACEMENT ANTÉRO- POST OU POST- INF DE LA TF AU COURS DE LA MANŒUVRE IL FAUT EXERCER UNE LÉGER PRESSON AXIALE SUR LE FÉMUR POUR QUE LA TF GARDE LE CONTACT AVEC L'OS ILIAQUE.



AU TERME DE L'EXAMEN CLINIQUE ON PEUT CONCLURE :

- HANCHE CLINIQUEMENT NORMALE
- LCH UNILATÉRALE OU BILATÉRALE (CAR INSTABILITÉ RETROVÉE): RÉDUCTIBLE OU IRRÉDUCTIBLE
- LA HANCHE À RISQUE
- LA HANCHE SUSPECTE :SIGNES CLINIQUES DE SUSPICION MAIS HANCHE STABLE

CRITÈRES DE HANCHE À RISQUE.

- - ANTÉCÉDENT FAMILIAL DE LCH - PRÉSENTATION DU SIÈGE
- - AUTRES POSTURES ÉVOCATRICES : GENU RECURVATUM, TORTICOLIS
- - ABDUCTION LIMITÉE (INFÉRIEURE À 60°)- ABDUCTION DIFFICILE (HYPERTONIE DES ADDUCTEURS)
- - ABDUCTION ASYMÉTRIQUE (BASSIN ASYMÉTRIQUE CONGÉNITAL)

EXAMENS PARACLINIQUE:

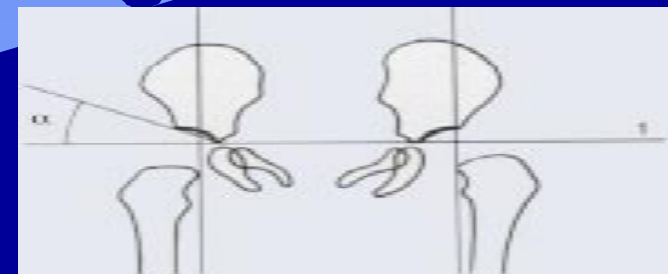
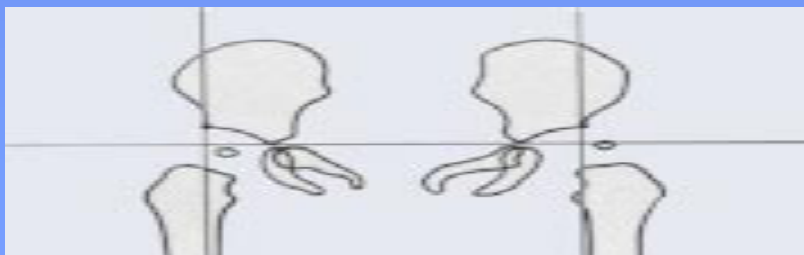
- BASSIN DE FACE

- - CRITÈRES DE LECTURE L'ANALYSE

LORSQUE LES POINTS D'OSSIFICATION DES TÊTES FÉMORALES NE SONT PAS APPARUS.

- LIGNE DE PUTTI, PERPENDICULAIRE À LA LIGNE DES Y, TANGENTE AU BORD INTERNE DE LA MÉTAPHYSE FÉMORALE. CETTE LIGNE DOIT COUPER LE TOIT DU COTYLE DANS SA MOITIÉ INTERNE. (HANCHE DROITE). SI ELLE COUPE LE TOIT DANS SA PARTIE EXTERNE OU PLUS EN DEHORS, LA HANCHE EST EXCENTRÉE (HANCHE GAUCHE).
- - L'ANGLE ALPHA MESURE L'OBLIQUITÉ COTYLOÏDIENNE (NL: 20-25°).

- LORSQUE LES POINTS D'OSSIFICATION DES TÊTES FÉMORALES SONT APPARUS. LA LIGNE D'OMBRÉDANNE, PERPENDICULAIRE À LA LIGNE DES Y ET PASSANT PAR L'ANGLE EXTERNE DU TOIT COTYLOÏDIEN, DÉLIMITE AVEC LA LIGNE DES Y QUATRE QUADRANTS.



- NORMALEMENT, LE NOYAU DE LA TÊTE DOIT ÊTRE DANS LE QUADRANT INFÉRO INTERNE(HANCHE DROITE). S'IL EST DANS L'UN OU L'AUTRE DES QUADRANTS EXTERNES, LA HANCHE EST EXCENTRÉE.

▪ L'ÉCHOGRAPHIE:

L'ÉCHOGRAPHIE CONSTITUE UNE BONNE MÉTHODE D'AIDE AU DÉPISTAGE DE LA LCH, MAIS ELLE N'EST QU'UN --
COMPLÉMENT DE L'EXAMEN CLINIQUE QU'ELLE NE DOIT JAMAIS REMPLACER.

- QUI ÉCHOGRAPHIER LES ENFANTS QUI PRÉSENTENT DES SIGNES CLINIQUES ET/OU DES FACTEURS DE RISQUE (HANCHES À RISQUE).
- QUAND ÉCHOGRAPHIER AVANT LA FIN DU PREMIER MOIS PARCE QUE LE TRAITEMENT EFFECTUÉ AVANT CETTE DATE EST PLUS SIMPLE, PLUS EFFICACE

▪ TRAITEMENT

BUTS

- - RÉDUIRE LA TÊTE FÉMORALE DANS LE COTYLE
- - STABILISER LA HANCHE
- - CORRIGER LA DYSPLASIE COTYLOÏDIENNE ASSOCIÉE

PRINCIPES DE LA REDUCTION

- - RÉDUCTION DOUCE
- - SURVEILLANCE ATTENTIVE DE LA BONNE RÉDUCTION AVEC UN CONTRÔLE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE RÉGULIERS
- - DÉPISTÉ LES COMPLICATIONS NOTAMMENT L'OSTÉOCHONDRITE POST-RÉDUCTIONNELLE



- RÉDUCTION ORTHOPÉDIQUE
- 1/ MÉTHODES AMBULATOIRES
- 2/ MÉTHODES NÉCESSITANTS UNE HOSPITALISATION

MÉTHODES AMBULATOIRES

- AVANTAGES:
 - - ÉVITE L'HOSPITALISATION
 - - UTILISE UN APPAREILLAGE LÉGER ET SIMPLE
 - - *ON DISTINGUE:*
 - MÉTHODE AMBULATOIRE AVEC ABDUCTION IMMÉDIATE
 - MÉTHODE AMBULATOIRE AVEC ABDUCTION PROGRESSIVE



METHODE AMBULATOIRE AVEC ABDUCTION PROGRESSIVE

DÈS QU'IL Y A UNE HYPERTONIE DES ADDUCTEURS LA MISE EN ABDUCTION DOIT ÊTRE PROGRESSIVE.

- LE HARNAIS DE PAVLIK

EST FORMÉ D'UN HARNAIS THORACIQUE ET DE SANGLES MAINTENANT LES PIEDS ET LES JAMBES

- SON PRINCIPE EST LA LA MISE EN FLEXION DES HANCHES QUI ENTRAINE UNE ABDUCTION CETTE ABDUCTION EST SPONTANÉE ET PROGRESSIVE CE QUI ENTRAINE LA REDUCTION DE LA LUXATION

- LES ATTELLES D'ABDUCTION À HANCHES LIBRES DE PETIT

- RESTENT TRÈS UTILISÉES, SURTOUT DANS LES SUITES D'UN TRAITEMENT PRÉALABLE PAR TRACTION ET PLÂTRE OU PAR HARNAIS DE PAVLIK.
- ELLES PERMETTENT UN RÉGLAGE DE L'ABDUCTION ET DE RI A LA DEMANDE EN LAISSANT LIBRE LA FLEXION-EXTENSION .



METHODE AMBULATOIRE AVEC ABDUCTION IMMEDIATE

LANGAGE EN ABDUCTION

- - DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UNE VÉRITABLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DE L'INSTABILITÉ QUI S'ADRESSE AUX NOUVEAU-NÉS.

LA CULOTTE D'ABDUCTION

- - FABRIQUE SUR MESURE MÊME PRINCIPE DE
MAIS MEILLEURE FIXATION GRÂCE AUX BRET



MÉTHODES NÉCESSITANT L'HOSPITALISATION

- - IL S'AGIT DE L'EXTENSION CONTINUE AU LIT DE SOMMERVILLE ET PETIT, QUI ASSOCIE UNE TRACTION, UNE ABDUCTION PROGRESSIVE ET UNE ROTATION INTERNE.
- - DEUX MÉTHODES UN PEU DIFFÉRENTES SONT POSSIBLES SELON L'ÂGE :
- . *LA RÉDUCTION EN FLEXION (TRACTION AU ZÉNITH) CHEZ TOUT JEUNE ENFANT*
- . *EN EXTENSION (TRACTION HORIZONTALE) CHEZ LE PLUS GRAND ENFANT*



- 1- PHASE DE REDUCTION
- - CEST UNE TRACTION PAR DES BANDES D'ELASTOPLASTE QUI SERONT COLLEES AU 2 MB INF
- LA TRACTION AU ZÉNITH VERTICALE INDIQUÉ CHEZ LE NOURRISSON DE 3 À 10 MOIS
- LA TRACTION HORIZONTALE DANS L' AXE DU CORPS INDIQUÉ CHEZ ENFANT DE +10 MOIS
- . L'ABDUCTION PROGRESIVE EST COMMENCÉE DÈS QUE LA TETE EST ORIENTÉE VERS LE COTYLE

DUREE 3 A 5 SEMAINE

GESTES OPÉRATOIRES POUVANT FACILITER LA RÉDUCTION :

- LES TÉNOTOMIES
- LE RACCOURCISSEMENT FÉMORAL



- 2- LA STABILISATION APRÈS RÉDUCTION LENTE PAR TRACTION, UN PLÂTRE PELVIPÉDIEUX EST CONFECTIONNÉ SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE APRÈS AVOIR TESTÉ CLINIQUEMENT ET RADIOLOGIQUEMENT LA HANCHE EST IMMOBILISÉE DANS LE PLÂTRE BIEN MODELER DANS UNE POSITION IDENTIQUE À CELLE OBTENUE EN FIN DE TRACTION (MÊME DEGRÉ D'ABDUCTION ET DE ROTATION INTERNE)
- RX DE CONTROLE LE LENDEMAIN ET A J8
- DUREE 3A 6 MOIS



- ***GESTES OPÉRATOIRES PERMETTANT LA STABILISATION D'UNE HANCHE :***

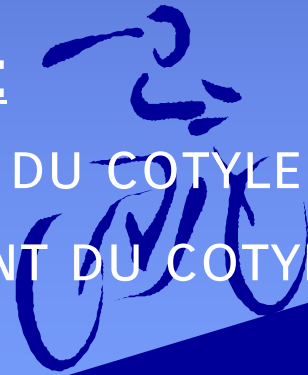
- **CAPSULORAPHIE**

ELLE CONSISTE À RÉSÉQUER LA POCHES CAPSULAIRE DE LUXATION SON RISQUE EST L'ENRAIDISSEMENT DE LA HANCHE

- **OPÉRATIONS DE CORRECTION DE LA DYSPLASIE COTYLOÏDIENNE**

- LES OSTÉOTOMIES PELVIENNES:**

- 1) OSTÉOTOMIE DE REORIENTATION DU COTYLE
 - 2) OSTÉOTOMIES D'AGRANDISSEMENT DU COTYLE
 - 3) ACÉTABULOPLASTIES



▪ INDICATIONS

ELLES DÉPENDENT DE:

- - L'ÂGE DE L'ENFANT, DE SA TAILLE ET DE SON POIDS,
- - DES CONSTATATIONS CLINIQUES (RÉDUCTIBILITÉ FACILE, DIFFICILE, IMPOSSIBLE, RÉTRACTION DES ADDUCTEURS...)
- - LA RADIOGRAPHIE (IMPORTANCE DE L'EXCENTRATION, DE L'ASCENSION, DEGRÉ DE LA DYSPLASIE COTYLOÏDIENNE, IMPORTANCE DE L'ANTÉTORSION FÉMORALE)

- CHEZ LE NOUVEAU-NÉ: 4 POSSIBILITÉS

- **1-EN CAS DE HANCHE LUXÉE IRRÉDUCTIBLE**

- - ATTENDRE L'ÂGE DE 4 À 6 MOIS, RÉDUCTION PROGRESSIVE PAR EXTENSION CONTINUE.

- **2-EN CAS DE HANCHE LUXÉE RÉDUCTIBLE:**

- - LANGEAGE TRÈS STRICT.
- - CULOTTE D'ABDUCTION OU UN HARNAIS DE PAVLIK PENDANT 3 À 4 MOIS - SURVEILLANCE PAR EXAMEN CLINIQUE RÉPÉTÉ ET CONTRÔLE ÉCHOGRAPHIQUES SONT UTILES
- - RX DE CONTRÔLE A L'ÂGE DE 4 MOIS

- **3-EN CAS DE HANCHE LUXABLE**

- - LA TENDANCE ACTUELLE EST SIMPLEMENT DE SURVEILLER LES HANCHES, CAR BEAUCOUP D'ENTRE ELLES SE STABILISENT SPONTANÉMENT.

- **4-EN CAS DE HANCHE DYSPLASIQUE,**

- - C'EST-À-DIRE SANS INSTABILITÉ MAIS AVEC DES SIGNES ÉCHOGRAPHIQUES DE DYSPLASIE, L'ATTITUDE LA PLUS LOGIQUE EST LA SURVEILLANCE AVEC UN NOUVEL EXAMEN CLINIQUE ET UNE NOUVELLE ÉCHOGRAPHIE QUELQUES SEMAINES PLUS TARD.

CHEZ LE NOURRISSON DE 4 MOIS

- - EN CAS DE LUXATION IRRÉDUCTIBLE 'C'EST LA TRACTION
- - EN CAS DE LUXATION RÉDUCTIBLE , HARNAIS DE PAVLIK
- - EN CAS DE SUBLUXATION , ATTELLE DE PETIT OU HARNAIS DE PAVLIK DONNE DE TRÈS BONS RÉSULTATS.
- - EN CAS DE DYSPLASIE ACÉTABULAIRE SANS TROUBLE DU CENTRAGE, SURVEILLANCE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE CAR LA MAJORITÉ DES CAS S'AMÉLIORENT RAPIDEMENT

À L'ÂGE DE LA MARCHÉ

- - HOSPITALISATION POUR TRACTION CONTINUE PENDANT 4 À 5 SEMAINES + IMMOBILISATION PLÂTRÉE SOUS CONTRÔLE RADIOLOGIQUE
- - RÉDUCTION CHIRURGICALE S'IMPOSE EN CAS D'ÉCHEC DU TRAITEMENT ORTHOPÉDIQUE COMPLÉTÉE PAR DES OSTÉOTOMIES FÉMORALE ET PELVIENNE

▪ LES COMPLICATIONS DU TRAITEMENT

- - OSTÉOCHONDRITE
- - ÉCHEC DE RÉDUCTION
- - RELAXATION.
- - SUBLUXATION RÉSIDUELLE
- - FRACTURE DU FÉMUR
- - RAIDEUR DE HANCHE
- - INÉGALITÉ DE LONGUEUR



CONCLUSION

- - LA RECHERCHE D'UNE INSTABILITÉ DE LA HANCHE DOIT FAIRE PARTIE DE L'EXAMEN SYSTÉMATIQUE DE TOUS LES NOUVEAU-NÉS CAR **DÉPISTAGE PRÉCOCE = UN TRAITEMENT**
 - **PLUS SIMPLE**
 - **AMBULATOIRE**
 - **MOINS COÛTEUX**
- DONC REDOUBLER L'ATTENTION POUR LE DÉPISTAGE
 - EN LE FAISANT BIEN
 - EN LE RÉPÉTANT
 - EN S'AIDANT DE L'ÉCHOGRAPHIE

