

# LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

## PLAN

- I. GENERALITES-DEFINITION
- II. ANATOMIE DE LA HANCHE du NOUVEAU NE
- III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE
- IV. ETIOPATHOGENIE
  - A. EPIDEMIOLOGIQUES
  - B. THEORIES PATHOGENIQUES
- V. DIAGNOSTIC CLINIQUE
- VI. IMAGERIE
  - A. ECHOGRAPHIE
  - B. RADIOGRAPHIE
- VII. TRAITEMENT
- VIII. COMPLICATIONS/PRONOSTIC
- IX. PREVENTION
- X. CONCLUSION

Objectifs du cours : Reconnaître une luxation dans les premiers mois de vie  
Connaître les modalités de prise en charge précoces

## **I. GENERALITES:**

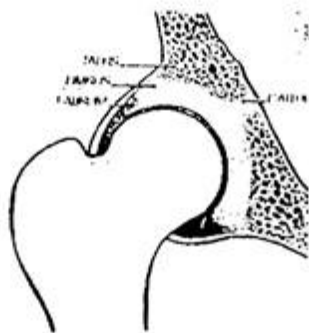
- La Luxation Congénitale De La Hanche (l.c.h.) constitue un véritable problème de santé publique par sa fréquence et par les implications économiques du diagnostic et du traitement
- Ce traitement n'est pas banal. IL est spécifique à chaque tranche d'âge voir à chaque situation sociale, le pourcentage de complications reste élevé, d'où la Nécessité d'une prise en charge spécialisée.

### **A. DEFINITION :**

Luxation de hanche, Hanche luxable et Sub-luxation de hanche, définissent les lésions anatomopathologiques d'une même maladie. La tête fémorale est totalement ou partiellement en dehors du cotyle, ou peut en sortir.

## **II. ANATOMIE DE LA HANCHE A LA NAISSANCE :**

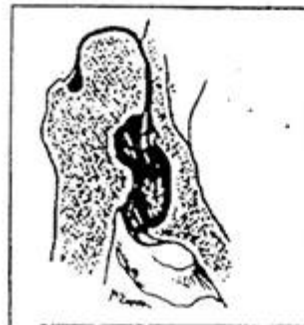
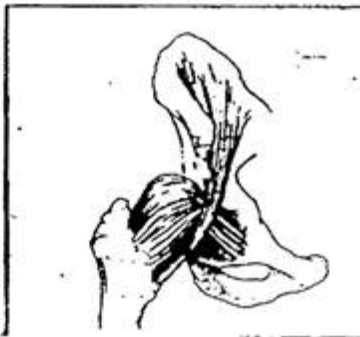
1. A la naissance, l'extrémité supérieure du fémur est cartilagineuse.
2. Le noyau apparaît entre le troisième et le sixième mois de vie.
3. La vascularisation est assurée de façon égale par les artères circonflexes
4. L'artère circonflexe postérieure passe entre tendon du psoas et du pectiné, avant d'aborder la face inférieure de la capsule à la base du col.
5. La compression et l'étirement des vaisseaux nourriciers sont à l'origine d'ostéonécrose post-réductionnelle après traitement en abduction forcée rotation forcée ou traction agressive.



### III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

- les luxations sont le plus souvent postéro-supérieures

1. **La capsule** est distendue à sa partie postéro-supérieure pouvant former une poche, véritable chambre de luxation.
2. **Le ligament rond** est soit allongé aplati ou hypertrophié, parfois atrophié ou absent .



3. **Cotyle** :Le rebord cotyloïdien postéro-supérieur du vrai cotyle (palléo-cotyle) peut être absent ou déformé.
4. **La tête fémorale** est souvent aplatie.
5. **le col** est court

### IV. ETIOPATHOGENIE :

#### 1. ELEMENTS EPIDEMIOLOGIQUES :

- 1 **Fréquence** : varie 0.17 à 20 pour mille. 6 à 20000 cas/an
- 2 **Répartition géographique** : rare chez les noirs, fréquente chez les indiens.
- 3 **Antécédents familiaux** : risque plus élevé pour les proches parents .

## V. Examen clinique :

### A. L'interrogatoire :

- Circonstances obstétricales : inadéquation entre le fœtus et l'utérus,
- Postures luxantes:siège complet ou décompleté.
- Syndrome postural : torticolis malposition vicieuse pieds, bassin asymétrique.

### B. L'examen clinique : Examen attentif rigoureux et répété

#### NOUVEAU-NE ET NOURRISSON

Rechercher :

#### a. Les signes de probabilité (malformation probable) :

1. Asymétrie des plis fessiers cutanés
2. Raccourcissement de la cuisse
3. Limitation de l'abduction
4. Rétraction vraie des adducteurs.
5. Syndrome postural

#### b. Les Signes de malformation certaine = Diagnostic =instabilité

**LE RESSAUT** = maître symptôme =traduit le franchissement durebord cotyloïdien par l'épiphyse fémorale

De dehors en dedans = hanche luxée

De dedans en dehors = hanche luxable

- IL existe Différentes techniques pour le rechercher : Ces techniques nécessitent un apprentissage et un entraînement.

- Manœuvres à répéter à toutes les occasions de rencontre entre un enfant de moins de 4 mois et un médecin.

**La Manœuvre d'Ortolani** : les deux hanches sont examinées en même temps. L'examineur empaume le genou avec le pouce sur la face interne de la cuisse, l'index sur la face externe, Genou et hanche fléchis. Une légère pression sur le grand trochanter de dedans en dehors associée à une abduction entraîne un ressaut qui témoigne de l'entrée de la tête dans la cotyle. C'est une hanche luxée. Le mouvement inverse fait ressentir un ressaut de sortie de la tête fémorale.

**La Manœuvre de Barlow** : Les hanches sont examinées séparément avec une prise plus proximale et une main qui bloque le bassin.

\* LE PISTON : c'est la perception d'un va et vient de l'épiphyse lors de la traction sur le membre.

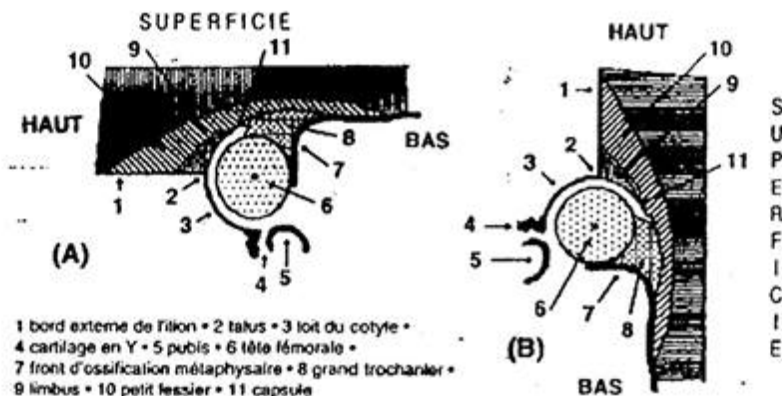
Le grand enfant: à partir de l'âge de la marche, le diagnostic est facile, hyper lordose lombaire, limitation de l'adduction, Boiterie des épaules.

## VI. IMAGERIE :

A. L'ECHOGRAPHIE : examen operateur dépendant Sonde de 7.5 /10mhz.

- Elle permet une étude dynamique de l'instabilité. Indiquée à partir de la IV<sup>e</sup> semaine, jusqu'au III<sup>ème</sup>, IV<sup>ème</sup> mois), \*\*^i.

L'apprentissage est long et rigoureux, d'où la nécessité d'un couple orthopédiste échographiste



*orientation de l.  
tête par rapport au  
cotyle .....  
+ étude dynam  
en tps réel de  
l'instabilité*

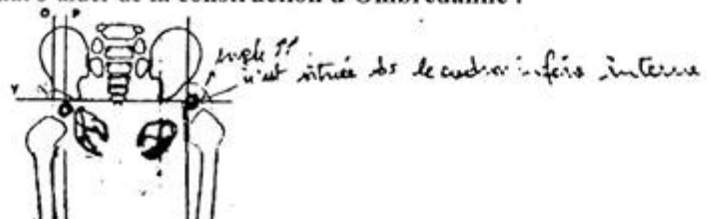
## B RADIOGRAPHIE :

- De réalisation difficile chez le nouveau-né et le nourrisson.
- La mauvaise réalisation technique est la première cause de diagnostic excessif ou errant.

### Critères d'un cliché de face :

- 1-La largeur des ailes iliaques doit être égale des deux côtés.
- 2-La verticale passant par le milieu du sacrum doit passer par la symphyse pubienne.
- 3-Le cartilage en Y doit être bien **dégagé**.
- 4-le bord supérieur des ossifications de l'ischion et du pubis doivent être tangents ou presque.
- 5-Les axes des diaphyses fémorales doivent être perpendiculaires à la ligne des Y.

Chez le Nné et le nourrisson, il faut s'aider de la **construction d'Ombredanne** :



L'horizontale passant par les cartilages en Y et la perpendiculaire passant par le point le plus externe du toit du cotyle déterminent quatre cadrans au niveau de chaque hanche. Les deux tiers internes de la métaphyse cervicale et le noyau d'ossification de la tête pile sont apparus et doivent se situer dans le cadrant inféro-interne.

Indications: à partir du quatrième mois.

## VII. TRAITEMENT :

**A. BUT :** réduction et maintien (stabilisation) de la tête fémorale dans le cotyle + correction de la dysplasie (éviter une relaxation)

La survenue d'une ostéonécrose est le risque commun à toutes les méthodes thérapeutiques (ostéochondrite post réductionnelle).

### B. METHODES ORTHOPEDIQUES :

Le traitement orthopédique a une place prépondérante dans le traitement de la LCH.

#### 1-Méthodes ambulatoires

- Langes et culottes d'abduction (éviter les culottes à baleines);  
Le langage permet d'augmenter la largeur progressivement
- Harnais en flexion (Pavlik) réduction par mise en flexion et abduction progressives/  
Le serrage est progressif tous les 2 jours jusqu'à 90° de flexion, 40° d'abduction et rotation interne neutre
- Attelles hanches libres: attelles de Petit;
- Attelles de VON ROSEN :

#### 2 Méthodes nécessitant l'hospitalisation:

##### a. La Traction :

- Traction au zénith (avant 10/12 mois)
- Traction dans le plan d'ulit (Sommerville-Petit):

Après 12 mois (enfant en début de verticalisation) (âge de la marche)

Après échec d'une traction au zénith / La traction vise l'abaissement progressif de la tête en extension, puis la réduction par abduction et rotation interne avec contrôle radiographique en présence d'un médecin

- Le plâtre pelvi-pedieux réalisé sous anesthésie générale, sera maintenu 04 mois suivi de 02 mois d'attelles à hanches libres avec une radiographie par mois en moyenne.

### C. METHODES CHIRURGICALES : après l'âge de la marche.

- C'est une chirurgie délicate qui ne donne jamais une hanche normale.
- Abord antérieur ilio-fémorale (Smith-petersen), ténotomie des adducteurs
- Adducteurs, Couturier, Droit antérieur. Tenseur du fascia- lata, Psoas ;
- Capsulotomie ; résection du ligament rond, du ligament transverse de l'acétabulum, nettoyage du cotyle. ; Résection capsulaire postéro supérieure.
- Réduction de la tête fémorale dans le cotyle. Sa stabilisation étant assurée par suture capsulaire.

- Le raccourcissement fémoral est presque constant.
- Les ostéotomies pelviennes peuvent s'avérer nécessaires
  - Avant **05 ans** : ostéotomie simple.
  - Après **05 ans** : ostéotomie triple.

## D. INDICATIONS :

### Nouveau-ne:

- Luxation irréductible : rare — surseoir jusqu'au **4<sup>eme</sup>** mois ;
- Luxation réductible : langage en abduction flexion, culotte non baleinée, si adducteurs fortement rétractés : à partir du deuxième mois mettre en harnais de Pavlik pendant **21 jours** :
- Hanche luxable : langage
- Hanche dysplasique ou suspecte : surveillance. Le langage en abduction systématique peut être nocif si l'abduction est importante ; mais il a l'avantage de lutter contre le langage en quille.

### Nourrisson : traitement plus complexe :

- harnais de Pavlik
- traction au zénith
- traction collée + ténotomie
- chirurgie : capsulorrhaphie et/ou ostéotomie

Plusieurs méthodes thérapeutiques envisageables :

De **02-03 ans** : traitement orthopédique par traction douce ou traitement chirurgical.

De **03 - 08 ans** : le traitement est chirurgical. Après **08 ans** ; si Ich bilatérale,

l'**abstention** est préférable ; si la Ich est unilatérale : ostéotomie triple avec un pronostic médiocre.

## VIII. COMPLICATIONS PRONOSTIC :

### A. COMPLICATIONS :

1. Difficulté de réduction de causes diverses
2. Relaxation: imposent la reprise du traitement ou Le passage au degré supérieur
3. Subluxations après traitement orthopédique : savoir attendre car des améliorations sont possibles.
4. Fractures du fémur : ne sont pas exceptionnelles.
5. Raideur de hanche jamais après traitement orthopédique, le risque de raideur est plus important quand le geste articulaire est agressif.
6. Ostéonécrose post réductionnelle.



Colmann : 42.7% jumeaux homozygotes 28 % jumeaux dizygotes

- 4 **Eléments maternels** : primiparité, présentation de siège, oligoamnios  
gémellité.
- 5 **Eléments infantiles** : 50 à 87 % ; poids de naissance supérieur à 04 kg, côté gauche,  
association de métatarsus varus et de torticolis (Morrison 14 %)

## 2. THEORIES PATHOGENIQUES :

(1) **Théorie traumatique**: écartée déjà par Hippocrate

(2) **Théorie génétique** : basée sur les faits épidémiologiques.

La configuration anatomique de la hanche serait polygénique et la laxité ligamentaire mono génique.

(3) **Théorie mécanique** :

- Oppose la rapidité de développement en taille et volume à la moindre plasticité tissulaire et une mobilité croissante du fœtus durant le troisième semestre, de grossesse. La pression axiale sur la hanche fléchit la tête en arrière.
- Wilkinson en 1983 décrit les 05 postures luxantes.
- Puis apparaît la notion de hanche à risque: (1-siège, 2-génu-récurvatum, 3-torticolis, 4-métatarsus varus adductus, 5-talus).

(4) **Théorie uniciste** :

- Seringe 1990. Associe les théories génétique et mécanique.
- Les facteurs génétiques sont inconstants, mais indéniables (hyperlaxité, cotyle peu profond).
- Les facteurs mécaniques sont déterminants : la pression sur le grand trochanter de la hanche fléchit en rotation externe luxant la tête en haut et en arrière. Ceci est corroboré par la ; plus grande fréquence de LCH gauche. L'appui trochantérien est réalisé par le rachis maternel, le fœtus ayant le plus souvent le dos à gauche (Dunn 1976). La luxation se produit dans les dernières semaines de vie foetale, période où la mobilité foetale est réduite alors que le tonus utérin augmente.

Cependant : 16% de N né avec LCH n'ont aucun facteur de risque (Dimiglio 1992).