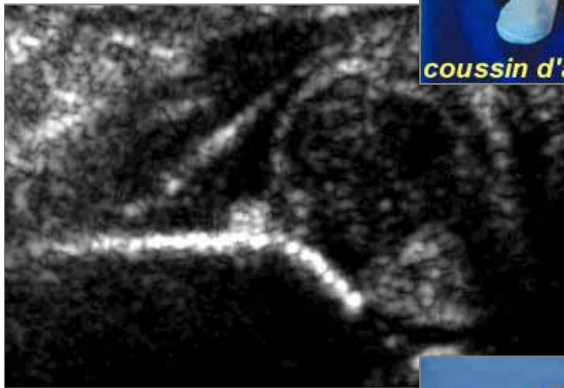


LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Organisation du dépistage et de la prise en charge



Plan

- **Historique**
- **Dépistage**
- **Examen clinique**
- **L'imagerie de la MLH**
- **Les différents tableaux cliniques**
- **Les indications thérapeutiques**

Historique

Hippocrate : luxations de naissance et « acquise »

Ambroise Pare : laxité ligamentaire et profondeur du cotyle

XIX^{ème} siècle : la véritable reconnaissance de la luxation congénitale

Paletta de Milan 1820

Anatomie pathologique NN de 15 j



Dupuytren 1826

origine posturale
maladie incurable



Historique Première moitié du XX^e siècle

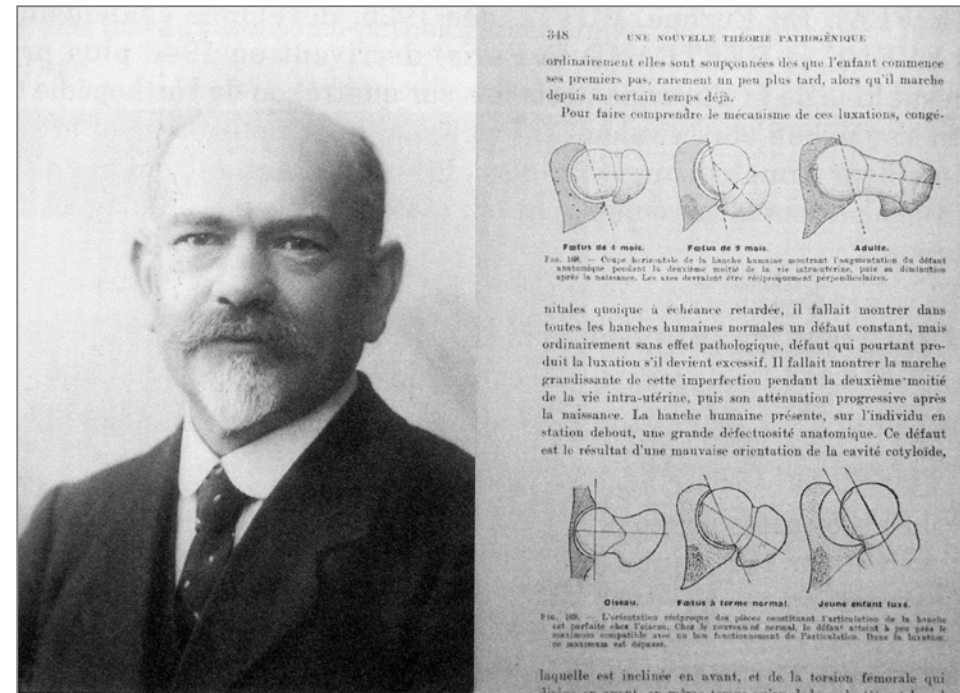
Découverte de la radiographie 1895

Premières descriptions du ressaut

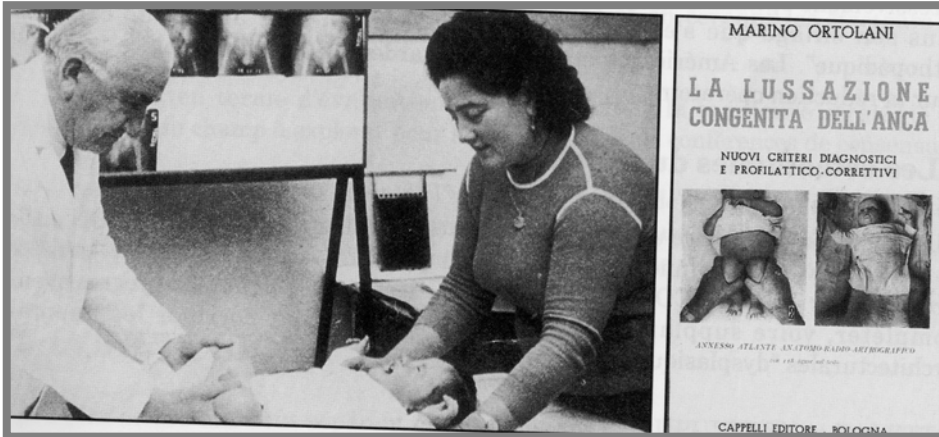
Roser 1863

Froelich de Nancy 1864

Le Damany de Rennes 1912



Historique la période moderne



Marino Ortolani

- Somerville
- Petit
- Chiari 1953
- Salter 1961
- Pol Lecoœur 1965
- Barlow 1968**

- Dépistage
- Lien entre ressaut et luxation congénitale
- Diffusion de la technique d'examen

Historique la période contemporaine

Meilleure connaissance des bases fondamentales

Graf :
échographie de hanche

Dépistage systématique obligatoire : 1975

La simplification des moyens thérapeutiques

L'histoire naturelle de la luxation congénitale



Notions épidémiologiques

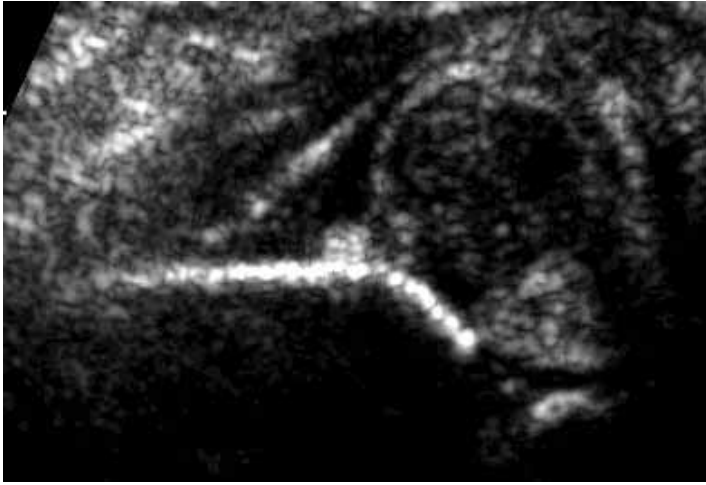
- **3 à 20 pour 1000**
- **5 à 7 F / 1G**

- **posture anténatale : siège**
- **antécédents familiaux : 12%**

- **G : 60% , D : 20%, B : 20%**

La justification du dépistage

- **Meilleur résultat**
- **Traitement**
 - plus simple
 - ambulatoire
 - moins coûteux

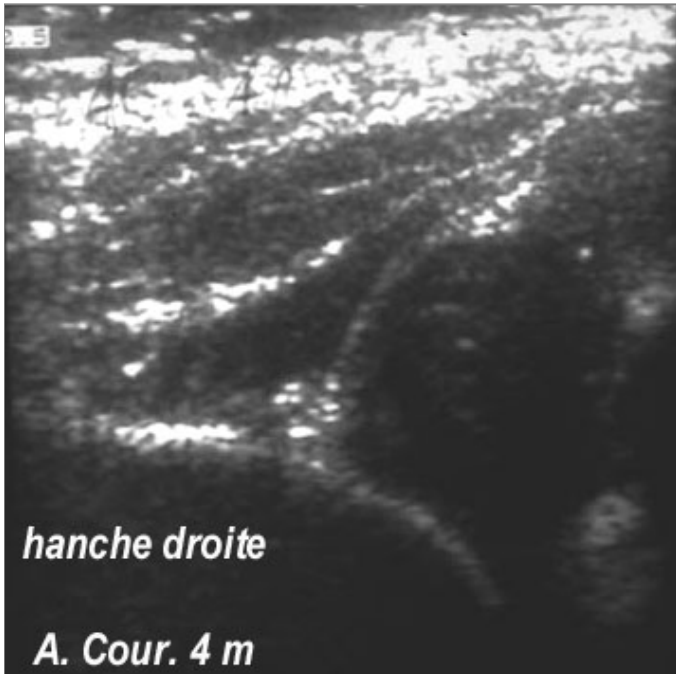


Traitement ambulatoire

4 mois

Excellents résultats

Limitation de l'abduction



Harnais de Pavlik (5 mois)



Attelles de P. Petit (3mois)



Diagnostic à 5 mois



Échecs du traitement orthopédique



Réduction chirurgicale





Dépistage

Quand ?

- J1
- J5
- à chaque visite médicale jusqu'à l'âge de la marche

le dépistage ne s'arrête pas à la maternité

Dépistage

Comment ?

Clinique ?
Échographique ?
Radio du 4^{ème} mois ?

**Le dépistage
est et
doit rester clinique**

aidé par l'échographie



Examen clinique

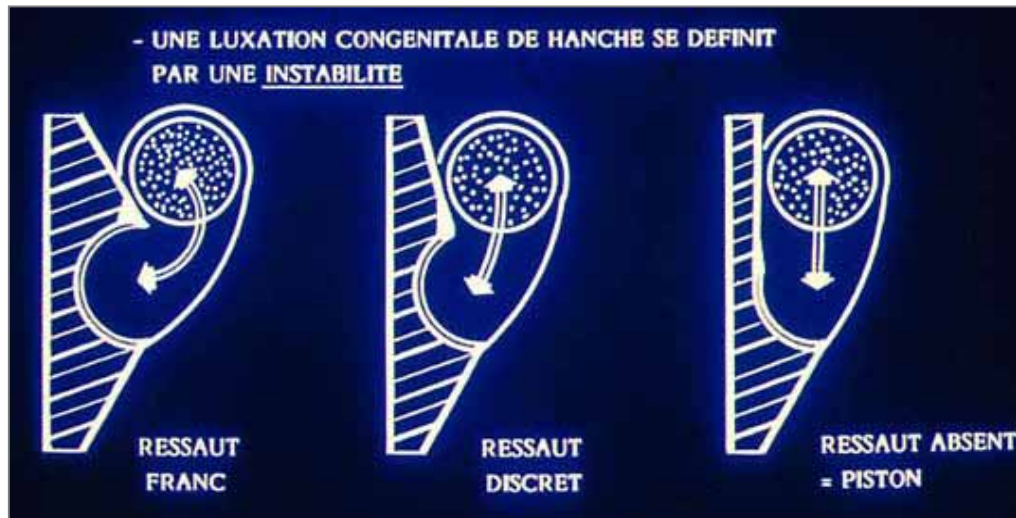
notions de base



- Exceptionnellement antérieures
- Rarement postérieures pures
- **Elles sont postéro-supérieures**

Examen clinique

notions de base



**L'instabilité de la hanche
ne se manifeste pas
obligatoirement par
un ressaut franc**

Examen clinique

notions de base

**La sémiologie de la MLH
évolue avec l'âge**

**limitation de
l'abduction**



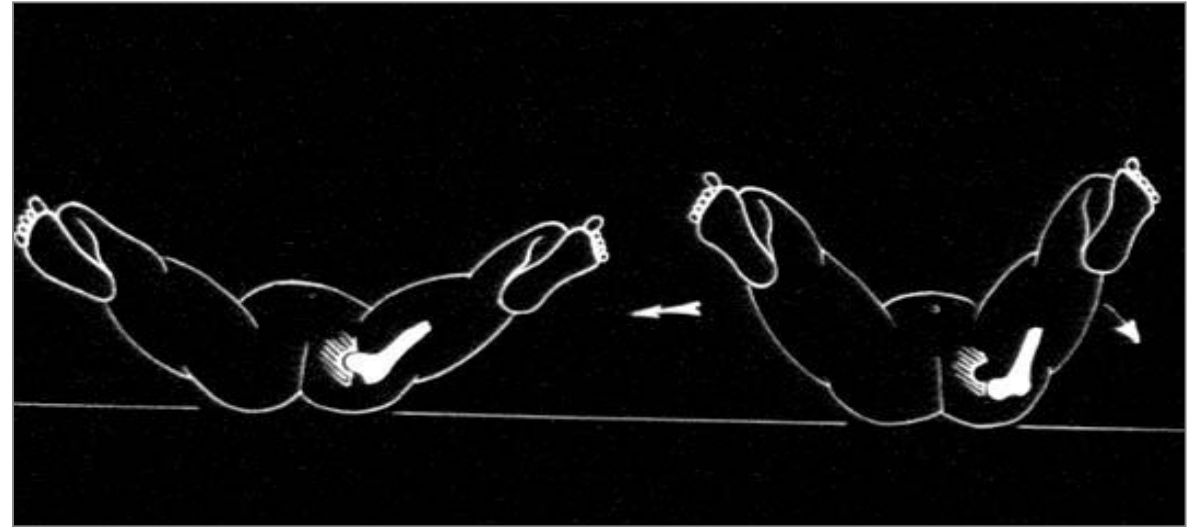
Limitation de l'abduction



- asymétrie des plis
- pseudo ILMI



Limitation de l'abduction



Limitation de l'abduction



Luxation congénitale de hanche jusqu'à preuve du contraire

Examen clinique

Conditions de l'examen

- **plan dur**
- **relâchement musculaire**
- **éviter les spasmes musculaires**



Examen clinique



- **Attitude spontanée : asymétrie de l'abduction**
- **Reconstitution de la posture fœtale +++**
- **Étude de l'abduction**
 - bassin bien à plat
 - hanches fléchies à 90°
 - abduction normale : 60 à 85°
 - < 60 ° : hanche suspecte, hanche à risque

Examen clinique

La recherche d'une instabilité de la hanche

La méthode de Barlow

- **plus sensible (ressaut et piston)**
- **examine chaque hanche à la fois**
- **palpation de la hanche**

Examen clinique

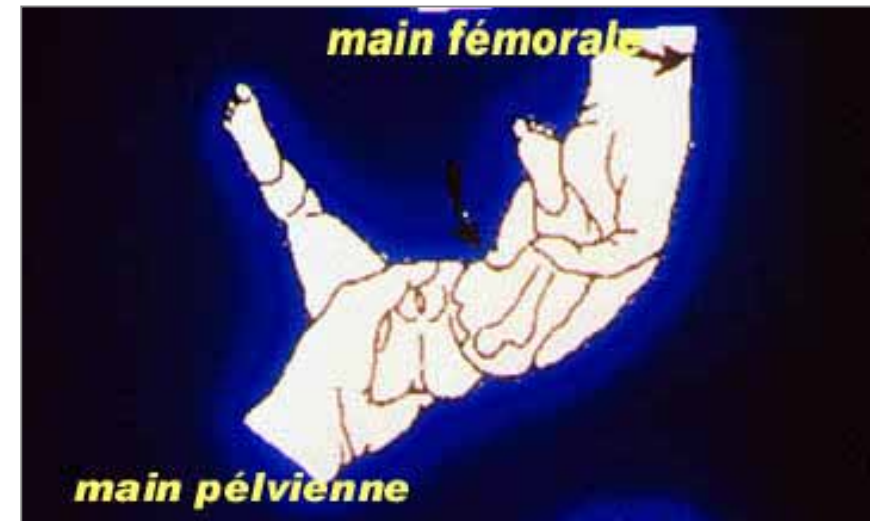
Méthode de Barlow

- **Main « pelvienne »:**

stabilise le bassin le pouce au niveau du pubis et les quatre doigts au niveau du sacrum

- **Main « fémorale »:**

empaume le genou, cuisses et genoux fléchis. Index et majeur au niveau du grand trochanter, le pouce au niveau de la face interne de la cuisse



Examen clinique

Méthode de Barlow

Pour provoquer la luxation

- **pression axiale sur le fémur**
- **adduction + pression par le pouce**
- **rotation externe**



Examen clinique

Méthode de Barlow

Pour provoquer la réduction

- **traction axiale**
- **rotation interne**
- **abduction + pression par l'index et le majeur**



Echographie de hanches

Coupe longitudinale externe



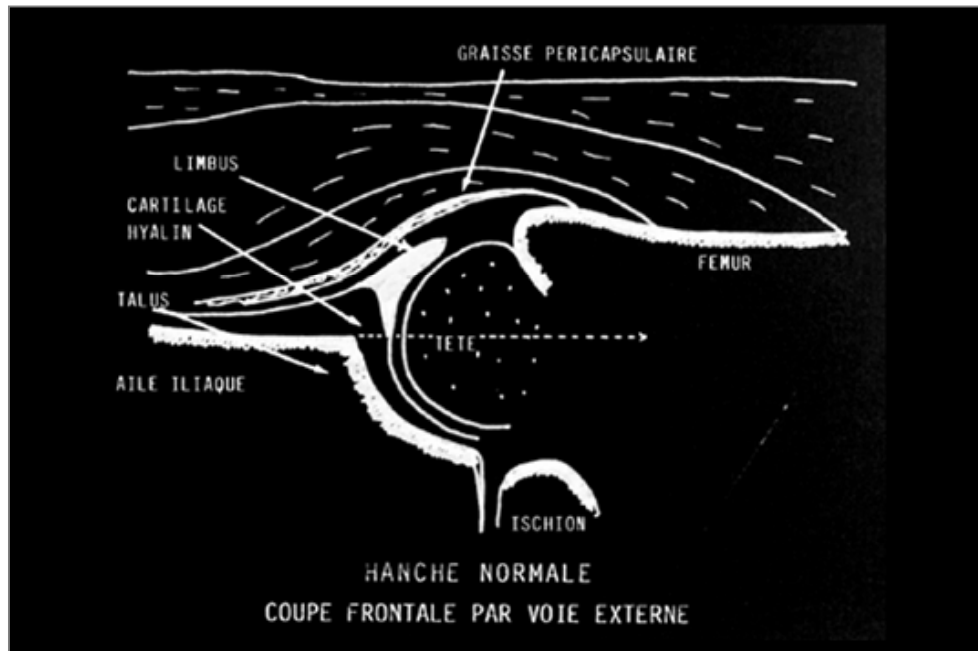
- **Technique en décubitus latéral**
- **Technique en décubitus dorsal**



Echographie de hanches

Critères de réussite

- Aile iliaque rectiligne, parallèle au plan cutané
- Talus angulaire
- Fond de cotyle bien visible
- Bonne pénétration des ultrasons



Echographie de hanches

Critères de normalité

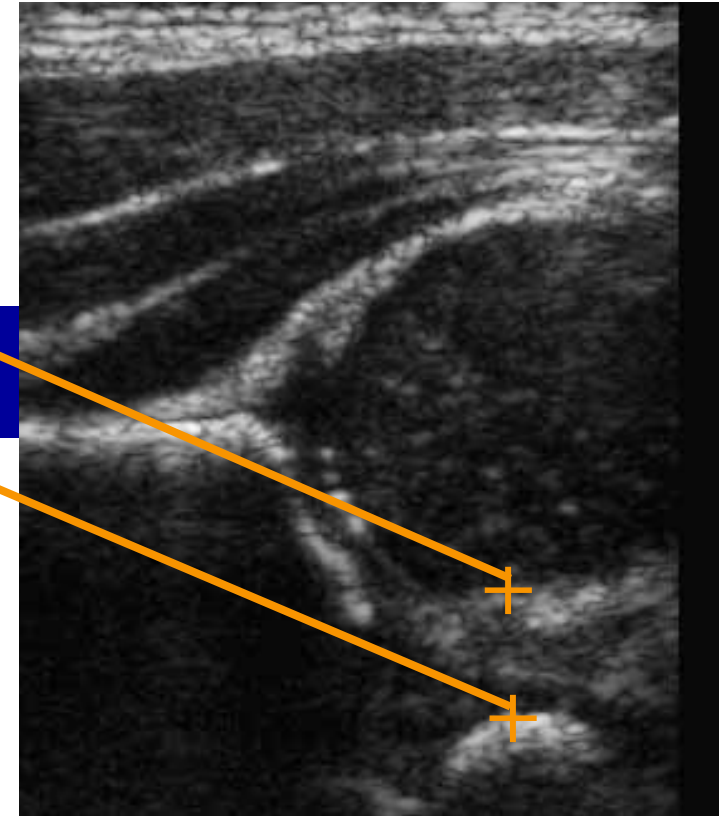
- Talus osseux saillant
- Limbus bien développé, d'orientation normale
- Toit de cotyle creusé
- Tête fémorale bien centrée, stable

Fond cotyloïdien

FC ≤ 6 mm

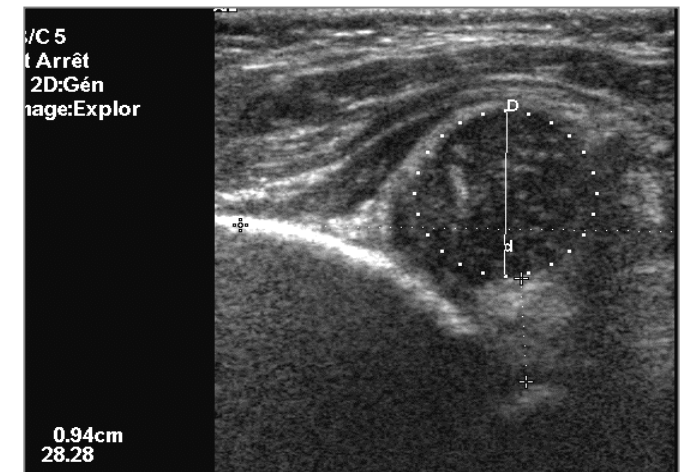
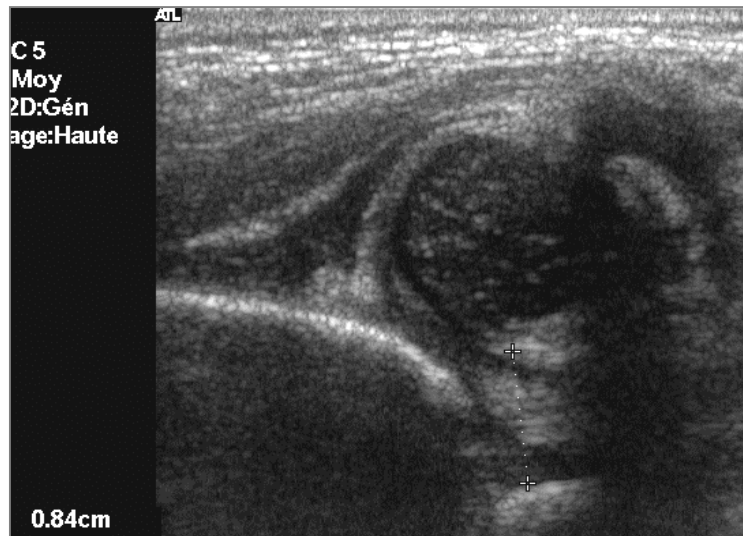
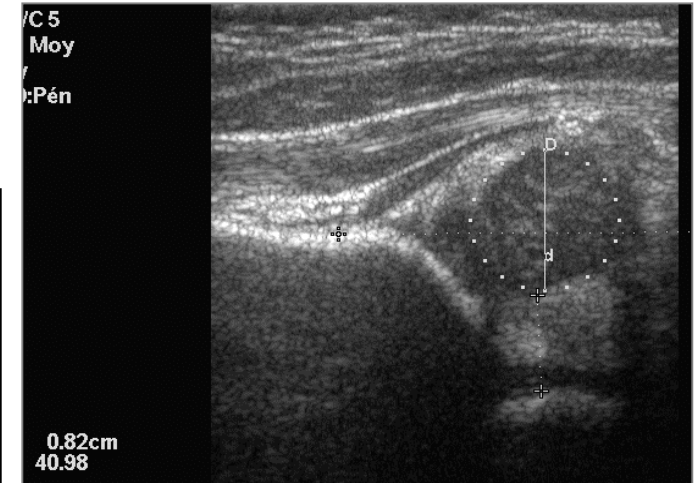
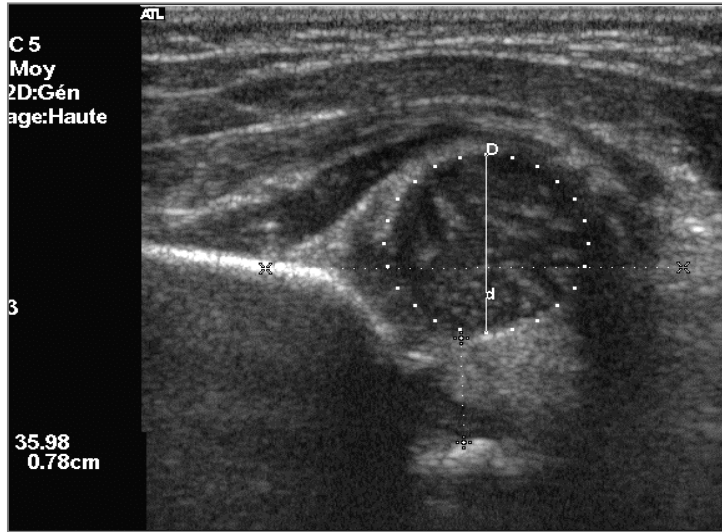
sensibilité 100%

spécificité 91%

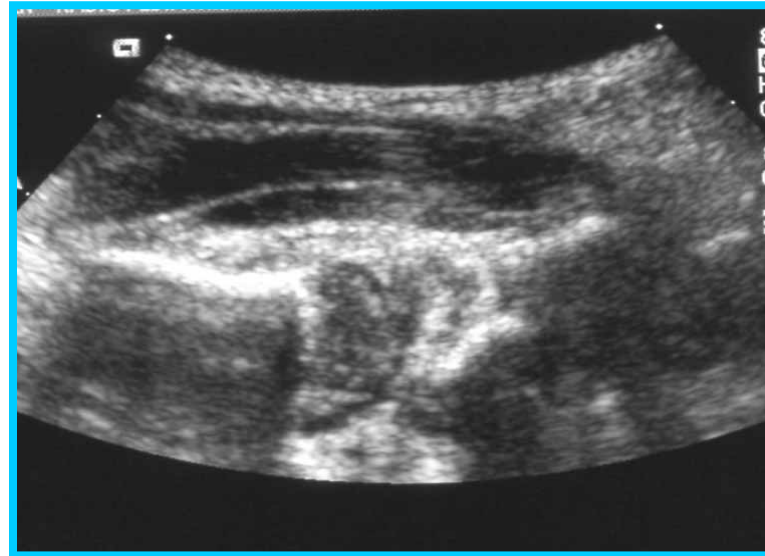


Echographie de hanche

Luxation



Coupe antérieure

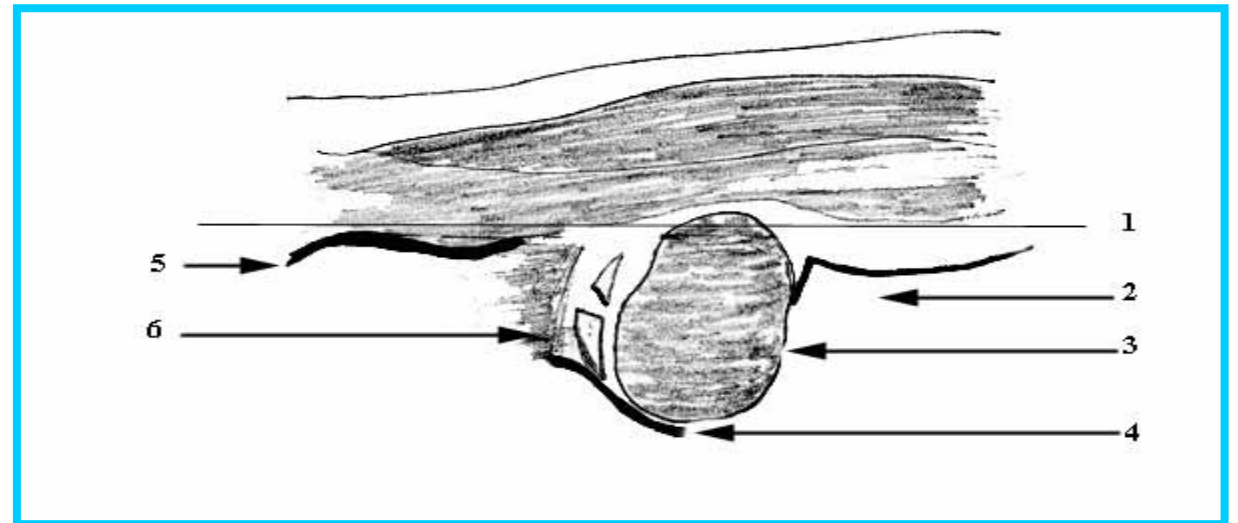
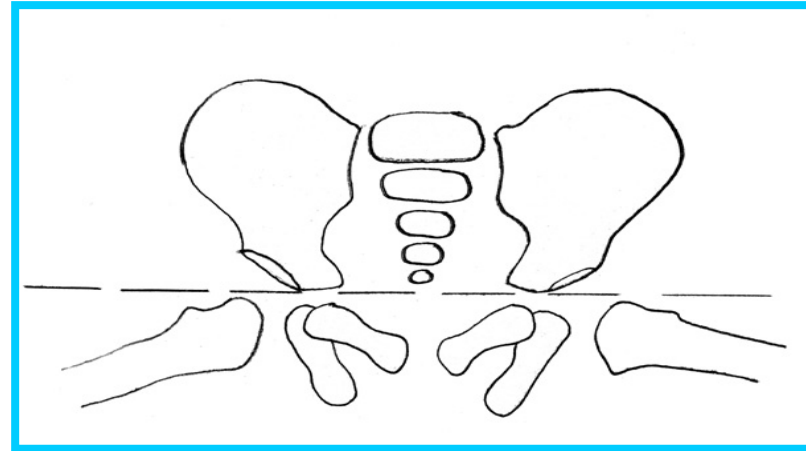
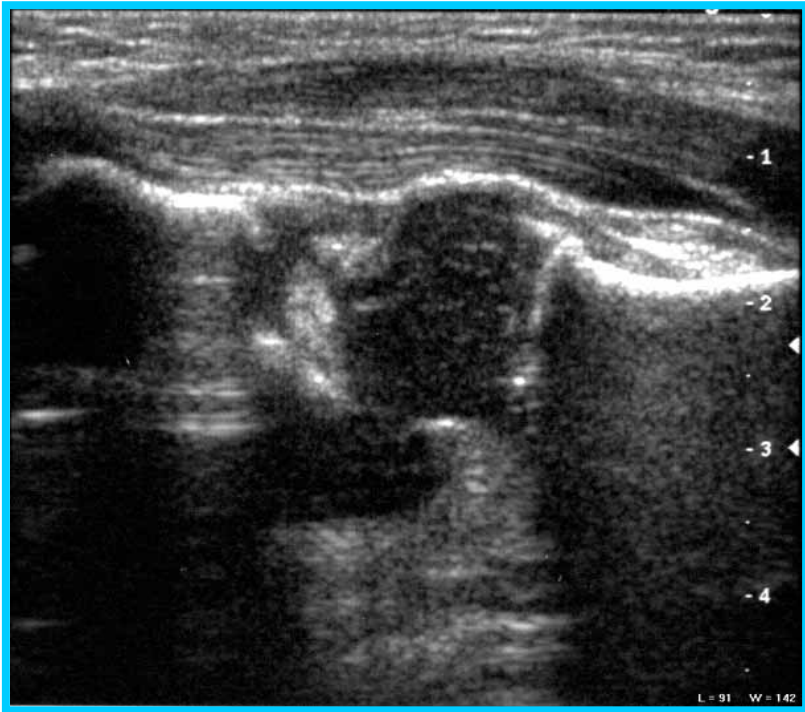


Anterior axial ultrasound in monitoring infants with Pavlik harness

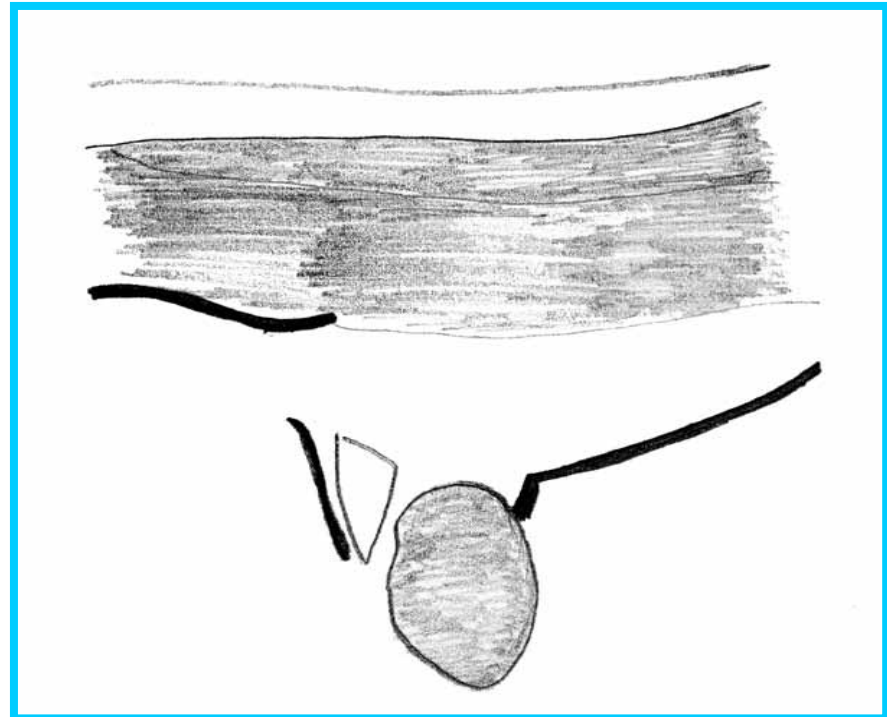
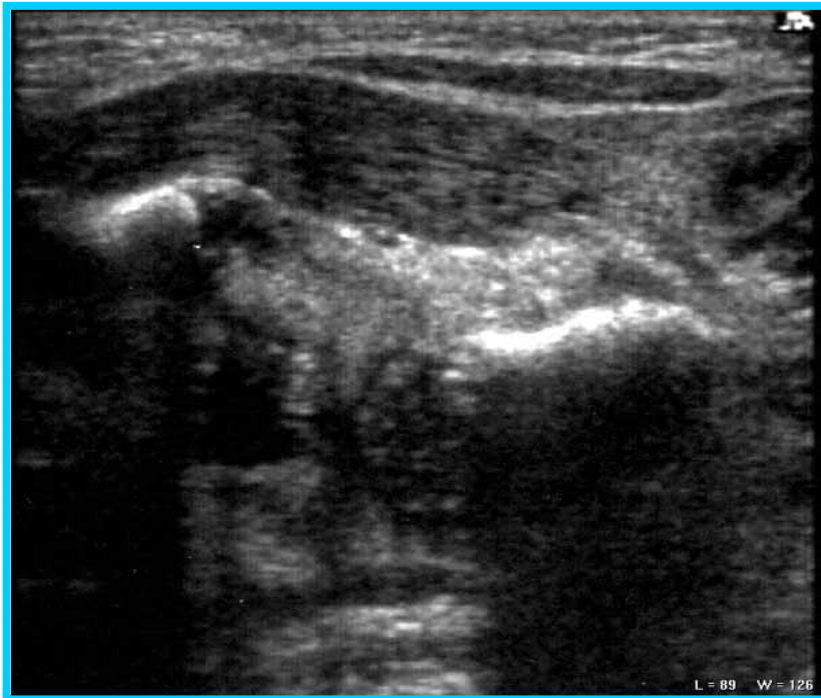
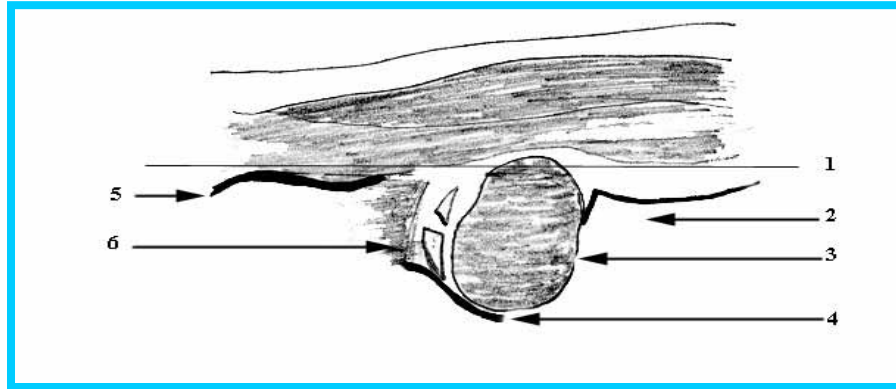
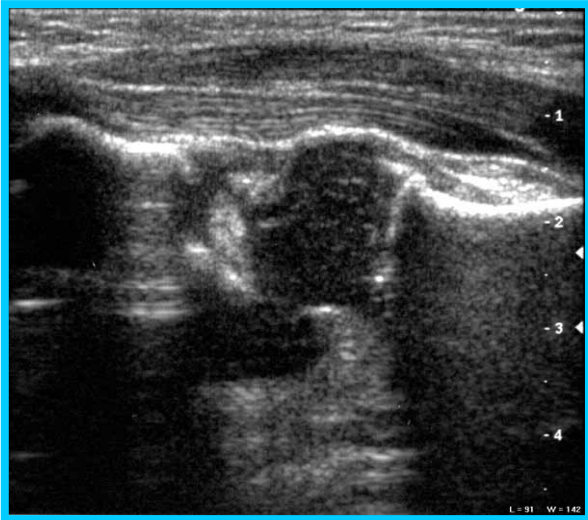
Ferzli JE, Abuamara S, Eurin D, Le Dosseur P, Dacher JN.

Eur Radiol. 2004; 14(1) : 73-7

Coupe antérieure



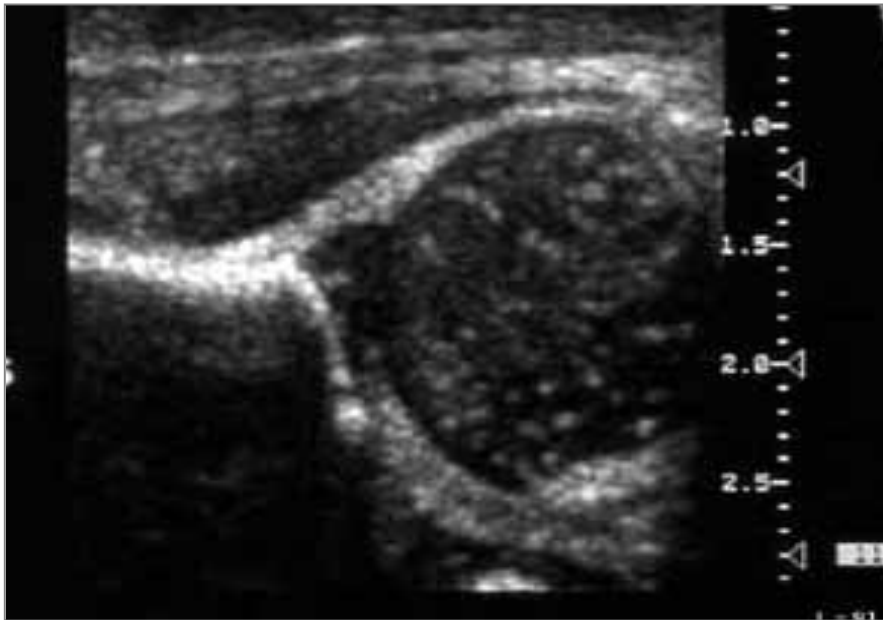
- 1 : alignement du pubis et de la métaphyse fémorale
- 2 : métaphyse fémorale
- 3 : épiphyse fémorale
- 4 + 6 : cotyle
- 5 : pubis



Coupe antérieure



Imagerie de la hanche des premiers mois écho ou radio ?

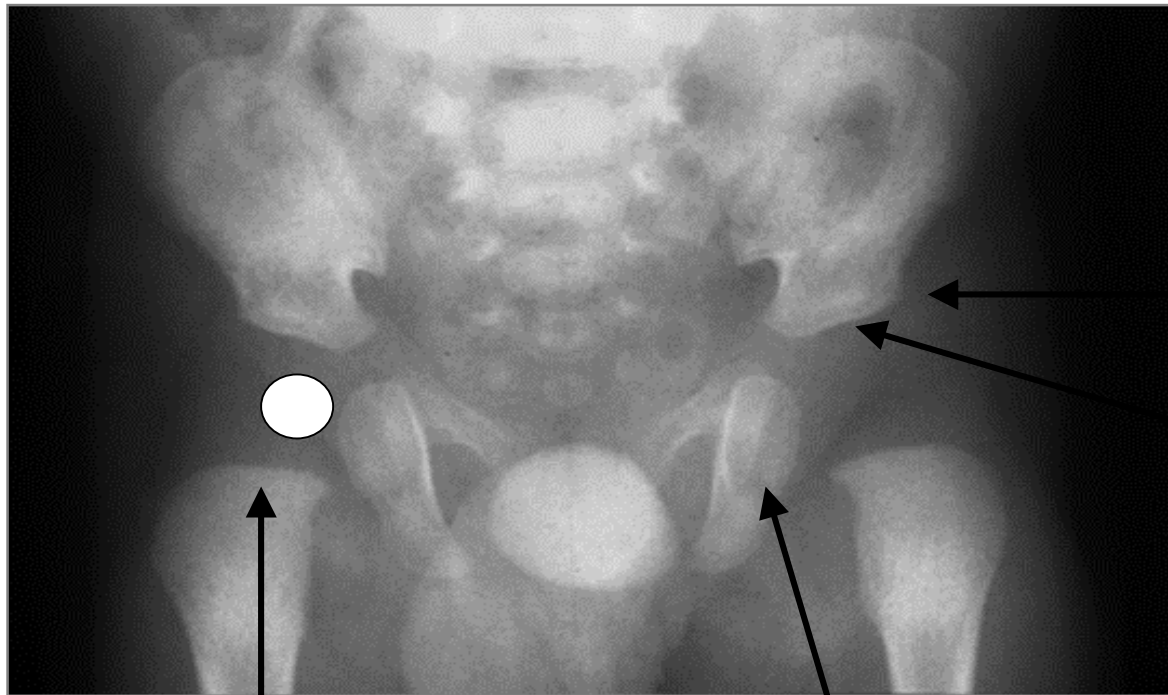


Jusqu'à 3 mois



Après trois mois

Radiographie du bassin de face



Talus saillant

Toit de cotyle
creusé au milieu
avec condensation
en regard

Métaphyse fémorale non
excentrée ni ascensionnée

Cintre obturateur régulier

La radio de bassin systématique du 4^{ème} mois ???



La radio de bassin systématique du 4^{ème} mois ???

relâchement de l'effort de dépistage
en fonction de l'examen clinique



Profond

Asymétries certaines ou suspectées. Examens complémentaires, traitements entrepris.
Compte rendu d'hospitalisation éventuelle. Recommandations.

S.I.H. EVREUX-VERDUN
Service
OUL-PELOUSE-BOFFRÉ
DÉPISTAGE AUDITIF
résultat positif

Taille: 45 CMS
PÉRIMÈTRE CRANIEN: 34 CMS

Zyngma 92: 4 gouttes 15 fois/jour au 2 ans.

RADIO DE BASSIN
A 4 MOIS :
SI LIMITATION DE L'ABDUCTION

Profilaxie examens

ouïstiques :
sentes
sentes
chées
mixte

Examen clinique systématique

Traitement

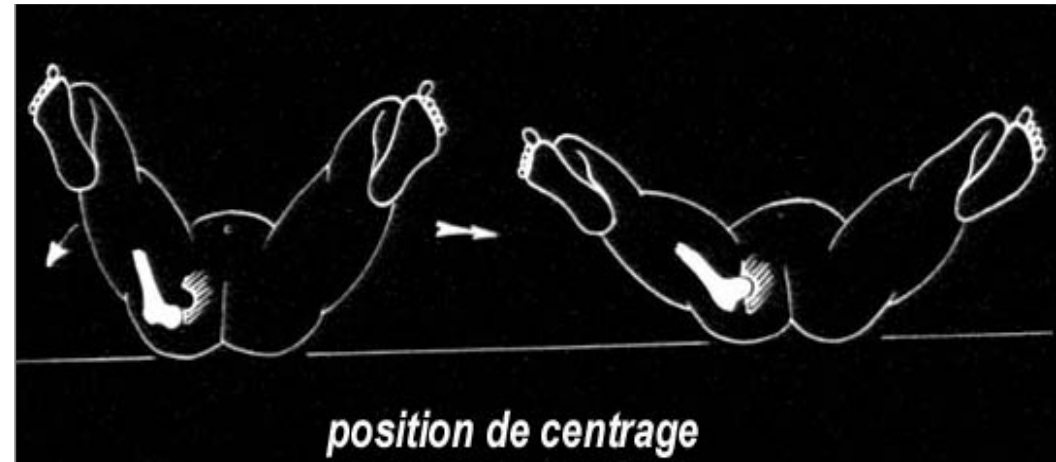
but

- Réduire la tête fémorale dans le cotyle
- Stabiliser la hanche
- Corriger la dysplasie cotyloïdienne associée



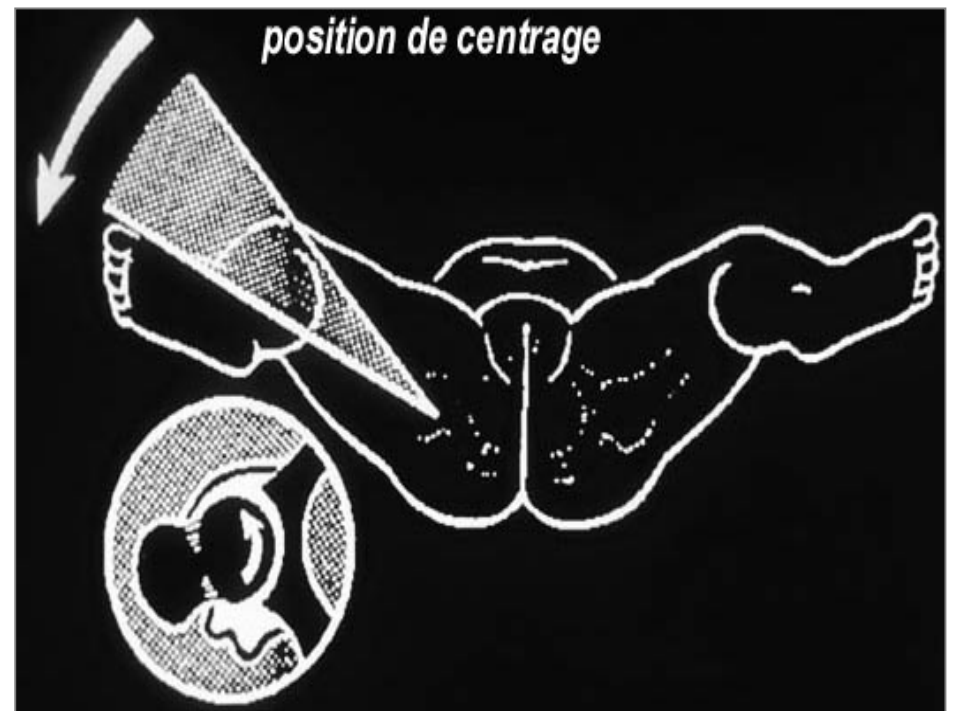
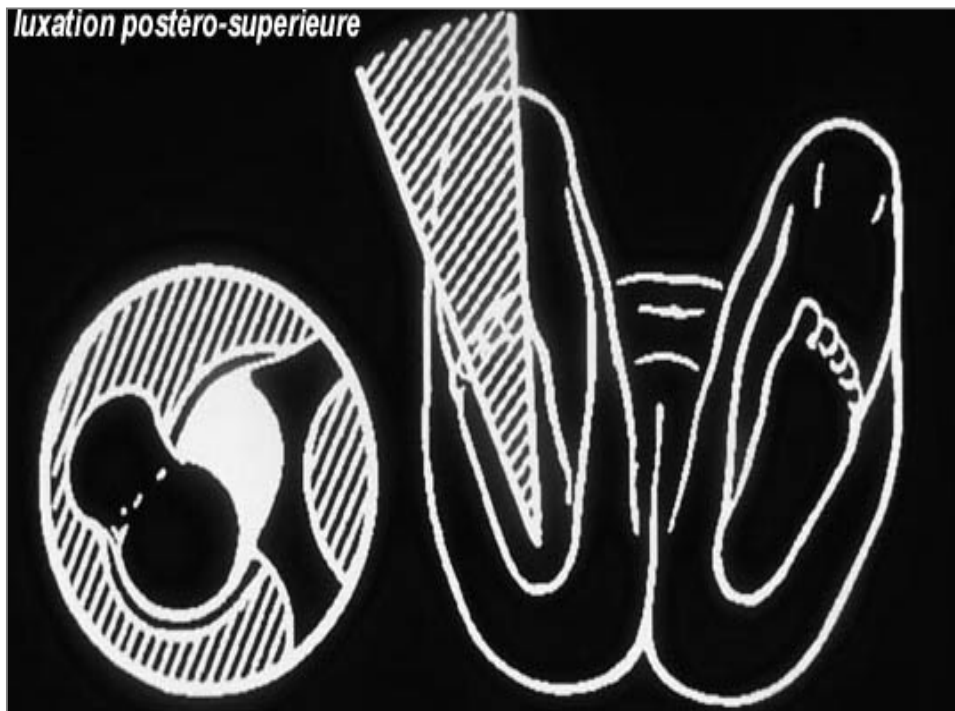
Traitement principes

- Réduction douce
- Mettre la hanche en position de centrage
- Moyens adaptés à l'âge de l'enfant
- Surveillance attentive de la bonne réduction
- Contrôle échographique de la réduction dès la mise en route du traitement
- Surveillance régulière du centrage de la hanche



Traitement

principes



Traitement moyens

Coussin d'abduction

- réduction extemporanée de la hanche
- hanche souple
- PAS de limitation de l'abduction
- stabilité dans l'appareillage : écho



Coussin d'abduction



Traitement moyens

Harnais de Pavlik

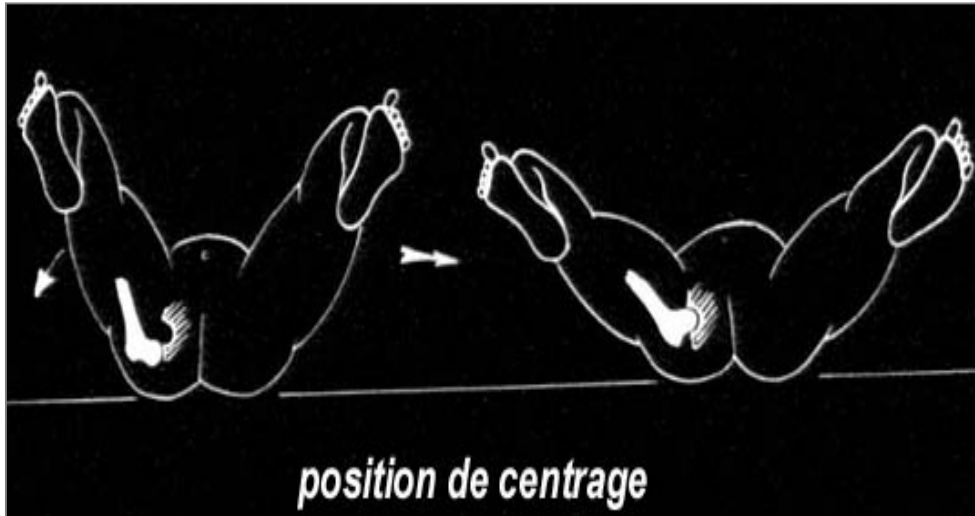
- réduction et/ou stabilisation progressive de la hanche
- Limitation de l'abduction
- hanche instable
- hanche incomplètement réductible



Harnais de Pavlik



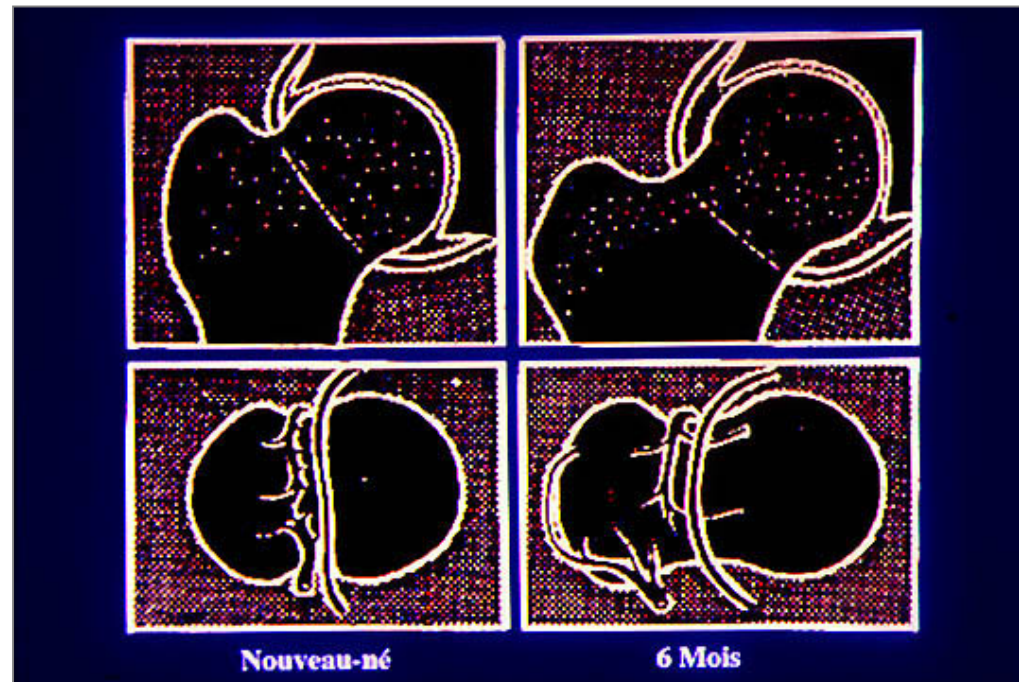
Harnais de Pavlik



[Consulter le site du CHU de Rouen](#)

Les complications du traitement

- **Ostéonécrose**
- **Inégalité de longueur**
- **Déformation de la tête fémorale**



Les complications du traitement

*Il n'y a pas de traitement de la maladie luxante sans
risque iatrique*

- *Indications limitées aux cas nécessitant formellement un traitement*
- *Mise en œuvre adaptée du traitement*
- *Contrôle du traitement*

Résultats de l'examen clinique

La hanche est cliniquement stable

- **hanche sans risque**
- **hanche à risque :**
 - **posture anténatale en siège**
 - **antécédents familiaux en ligne directe**
 - **anomalies de l'abduction**

Résultats de l'examen clinique

- **Le craquement**
- **Hanche luxable**
- **Hanche luxée réductible**
- **Hanche luxée irréductible**
- **L'examen est douteux**

HANCHES CILINIQUEMENT STABLES

SANS facteur de risque



Surveillance clinique

Les hanches à risque

- **Posture anténatale en siège**
- **Antécédents familiaux**
- **Limitation isolée de l'abduction**

Échographie systématique à un mois

Même si l'examen clinique est normal à la naissance



si anomalie



avis spécialisé

CRAQUEMENT



Pas de traitement



Surveillance CLINIQUE

HANCHES LUXABLES



Bilan clinique et écho à la naissance



Conseils de posture



Confrontation clinique/écho à 4 semaines

À 4 semaines

80% des cas

Hanches cliniquement
Et
échographiquement normale

Hanche cliniquement
ET/OU
échographiquement pathologique

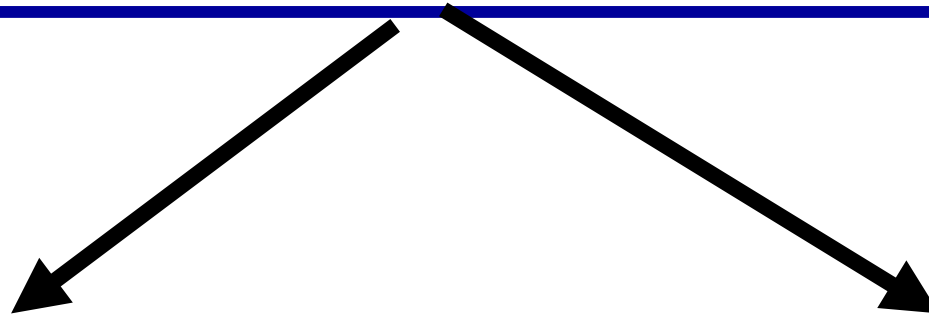
Radio à 4 mois

Traitement

HANCHE LUXEE REDUCTIBLE



URGENCE THERAPEUTIQUE



limitation de l'abduction
hanche incomplètement réductible
hanche instable



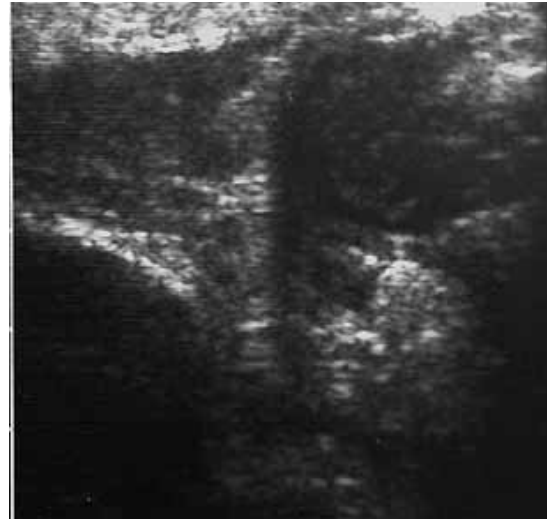
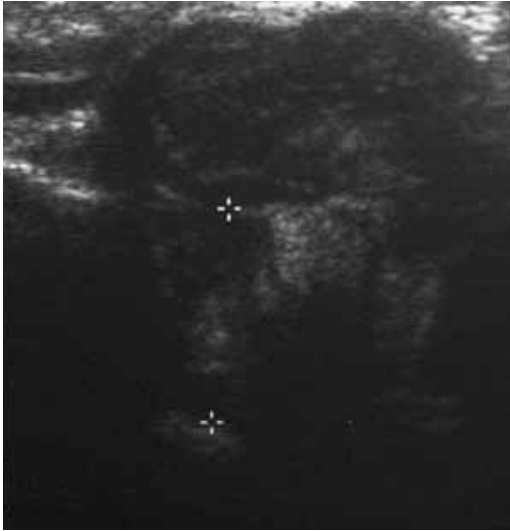
HARNAIS DE PAVLIK

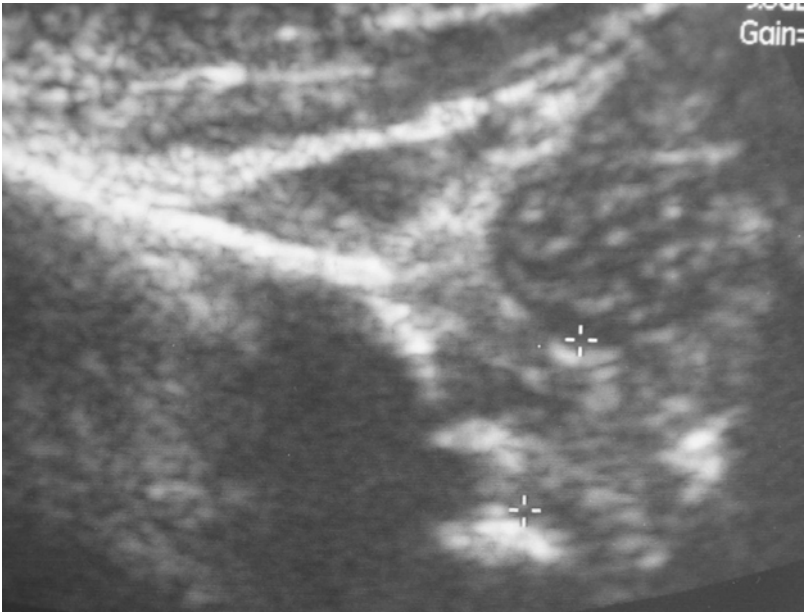
hanche complètement réductible
pas de limitation de l'abduction



SIEGE D'ABDUCTION

Luxation tératologique





La hanche douteuse

pas d'instabilité mais l'examen n'est pas parfaitement normale

- **refaire l'examen clinique avec un relâchement musculaire**
- **confrontation écho/clinique**

CONCLUSIONS

- **Redoubler l'attention pour le dépistage**
 - en le faisant bien
 - en le répétant
 - en s'aidant de l'échographie
- **Instabilité**
- **Limitation de l'abduction**

