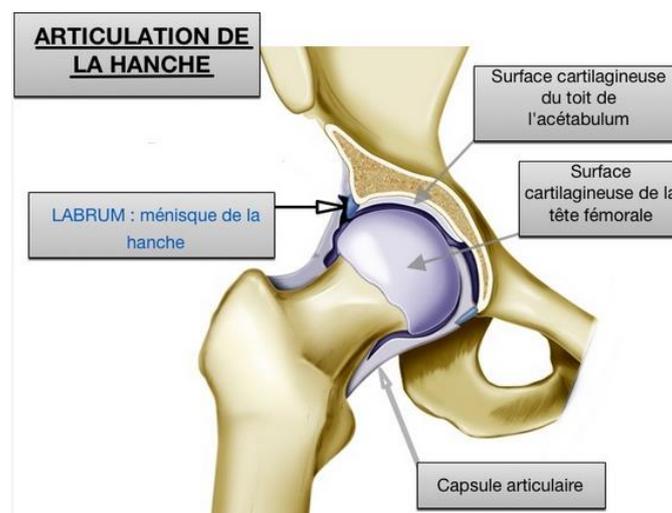


# Prise en charge de la Luxation Congénitale de hanche ou LCH

La dysplasie de hanche est le terme général utilisé pour décrire un défaut de maturation de l'acétabulum, insuffisant pour englober correctement la tête fémorale. Cette insuffisance peut se manifester par une simple instabilité de l'articulation, en passant par un manque de couverture, jusqu'à se présenter comme une luxation complète de la hanche chez l'enfant. Il est très important de distinguer ces deux tableaux : dysplasie versus luxation car la gravité, la prise en charge et la possible évolution sont différentes.

L'acétabulum et la tête fémorale constituent l'articulation de la hanche. S'y ajoutent la capsule articulaire et le labrum (structure fibro-cartilagineuse) qui assurent une certaine stabilité articulaire.



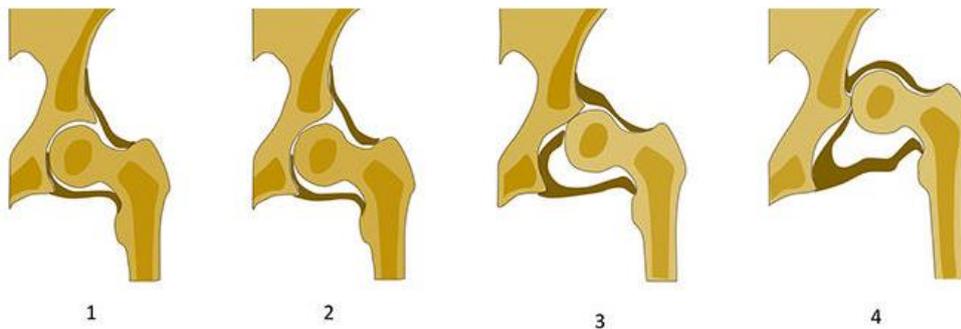
*Anatomie de la hanche*

A la naissance, l'acétabulum est formé d'une partie osseuse ainsi que d'une partie cartilagineuse qui va progressivement se transformer en tissu osseux et former l'acétabulum définitif à l'âge adulte.

Le développement et l'ossification de l'acétabulum sont tous deux stimulés par l'interaction avec la tête fémorale. Ce contact de la tête avec l'acétabulum est primordial pour assurer un développement correct de l'acétabulum.

Lorsqu'un nouveau-né présente une dysplasie sans luxation (la tête fémorale est encore en place dans l'acétabulum mais présente un risque de s'y échapper), les forces appliquées par les muscles qui s'insèrent sur le fémur ont tendance à forcer la tête vers l'extérieur et le haut, ce qui provoque une contrainte pour la portion osseuse cartilagineuse de l'acétabulum. Cette contrainte empêche sa maturation correcte et, dans un tel cas, la dysplasie peut même s'aggraver.

En cas de luxation de la tête fémorale (tête complètement en dehors de l'acétabulum), ce contact est absent et le traitement est d'emblée plus complexe.



1. Hanche normale

2. Dysplasie de faible degré avec insuffisance de l'acétabulum qui recouvre la tête fémorale

3. Subluxation avec couverture osseuse insuffisante et tête fémorale qui s'échappe

4. Luxation : couverture osseuse de l'acétabulum fortement insuffisante et tête du fémur qui est dehors et derrière le bassin

## Les facteurs de risques

Plusieurs études ont pu mettre en évidence l'existence de facteurs de risque qui peuvent mener à un défaut de maturation de la hanche. L'un de ces facteurs concerne « la place » que le fœtus a en fin de grossesse, dans l'utérus. Moins il a de place, plus les hanches sont soumises au risque de dysplasie. Pour assurer une bonne maturation de l'acétabulum, la tête fémorale joue un rôle primordial pour stimuler cette maturation. Pour cela, il est important que la tête fémorale soit bien en place dans l'acétabulum.

Les antécédents familiaux jouent également un rôle. Il semble qu'il y ait aussi une composante génétique indirecte.

### Quels sont les enfants à risque de développer une dysplasie ou luxation de hanche ?

Les enfants à risque de développer une dysplasie de hanche incluent ceux qui présentent :

- une histoire familiale positive de dysplasie développementale de la hanche ou de LCH (présence chez l'un des parents ou frère et sœur)
- une position en siège
- Une grossesse multiple (jumeaux ou triplés)
- Un gros poids de naissance

Les filles sont par ailleurs plus à risque que les garçons, de même que les enfants qui sont nés en premier.

## **Quels sont les symptômes ?**

La dysplasie développementale de la hanche est asymptomatique. On parle de maladie silencieuse. Le nourrisson n'a aucune douleur, quel que soit le degré de dysplasie ou de luxation

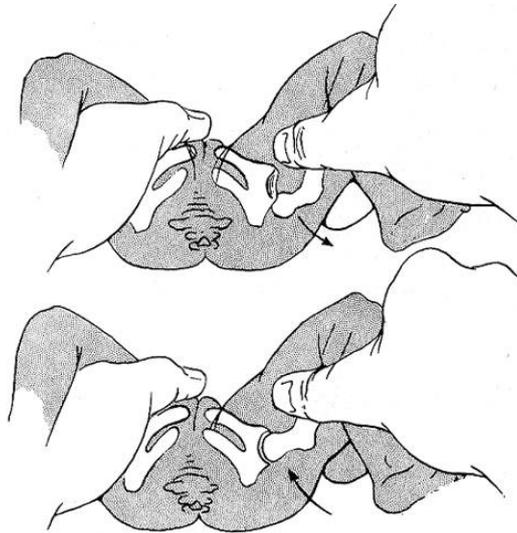
## **Comment est-elle dépistée?**

Si vous avez accouché à l'hôpital, votre enfant bénéficie, dans les premières 24 à 48 heures de vie, d'un examen clinique qui comprend aussi un examen des hanches. Si ce n'est pas le cas, cet examen a lieu, au plus tard, au contrôle des un mois au cabinet du pédiatre.

Durant l'examen, on observe les plis cutanés au niveau des fesses, la stabilité des deux hanches, la longueur des jambes ainsi que la mobilité des hanches et le degré d'abduction (le fait d'écartier les jambes) qui doit être égal et symétrique pour les deux côtés.



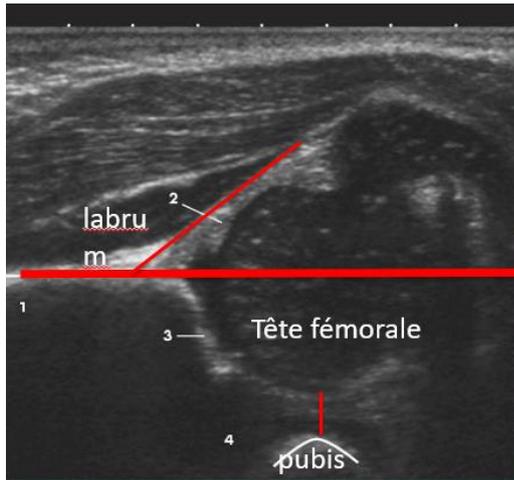
*Recherche d'une asymétrie de longueur et d'ouverture des membres*



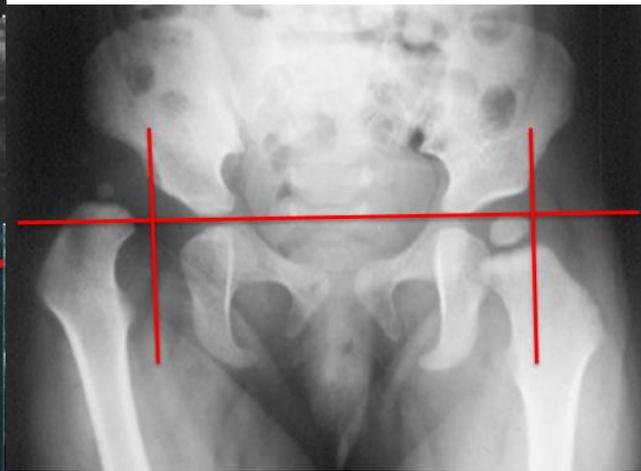
*Testing clinique à la recherche d'un ressaut*

En cas de suspicion de dysplasie de la hanche ou de facteur de risque, une échographie des hanches est réalisée généralement entre 4 à 6 semaines de vie. Cet examen permet de poser le diagnostic ou de s'assurer que la hanche est normale.

La radiographie du bassin est quant à elle réalisée à partir de 4 mois de vie.



*Echographie de hanche normale*



*Radiographie du bassin montrant une luxation à droite*

## **En quoi consiste le traitement ?**

Le but du traitement est de maintenir la hanche dans la cavité acétabulaire afin de stimuler au maximum la maturation acétabulaire et laisser le temps à cette cavité et à l'os de prendre leur forme appropriée.

Selon le degré de sévérité de la dysplasie et l'âge de l'enfant au moment du diagnostic, les traitements peuvent aller d'une simple surveillance à la chirurgie.

### **Dysplasie légère et LCH réductible**

Dans les premières semaines de vie, l'orthopédiste pédiatre met en place un traitement par un lange d'abduction ou harnais de Pavlick



*Lange ou culotte d'abduction*



*Harnais de Pavlick*

L'attelle prescrite doit être portée le plus possible (22h/24) jusqu'à la normalisation des mesures à l'échographie qui sera contrôlée tous les mois.

Le port de l'attelle dure en moyenne 2 à 6 mois selon l'évolution radiologique (contrôles par échographie et radiographies) de la dysplasie.

A noter que l'utilisation de deux couches superposée n'a aucun effet.

### **LCH irréductible**

Il se peut qu'une hanche luxée ne soit pas réductible, c'est-à-dire que des tissus se sont interposés dans l'articulation, empêchant la tête de reprendre sa place. Nous devons alors procéder à un assouplissement et à une descente progressive de la hanche par traction pour augmenter les chances d'une réduction fermée, c'est à dire une réduction sans devoir recourir à une chirurgie.

Cette traction est mise en place à l'hôpital par l'équipe soignante et dure en générale entre 1 à 4 semaines. Un testing et réduction de la hanche est ensuite réalisée sous anesthésie générale, en même temps qu'une imagerie qui vérifie le bon positionnement de la hanche. En fin d'intervention, un plâtre pelvi-cruro-jambier est posé.



*Traction au lit*



*Plâtre Pelvi cruro jambier*

Durant l'hospitalisation les parents peuvent bien entendu rester avec leur enfant. Cette procédure par traction est certes impressionnante mais indolore pour votre enfant.

Concernant le plâtre il sera enlevé au bout de 4 mois. Il est toujours très bien toléré par les enfants et ne gêne pas les soins d'hygiène de siège qui vous seront réexpliqués dans le service. Un système de double couche (une à glisser sous le plâtre, l'autre par-dessus) vous sera expliqué par l'équipe soignante. L'enfant ne pourra en revanche pas prendre de bain et la toilette sera faite au gant de toilette. Il faut juste faire attention à ne pas trop souiller le plâtre avec les urines et les selles surtout en cas de diarrhée, car sinon celui-ci devra être refait et cela se fait sous AG. L'enfant peut aller en crèche ou nounou ou à l'école avec son plâtre.

Malheureusement, dans le cas où la hanche reste luxée ou si la luxation récidive malgré la traction, une chirurgie devra être réalisée.

## **Que se passe-t-il si la dysplasie de la hanche n'est pas traitée ?**

En l'absence de traitement, la dysplasie de la hanche peut entraîner des hanches douloureuses, des dandinements et une diminution de la force.

Si elle n'est pas complètement traitée, l'arthrose (une dégénérescence de l'articulation et usure de la hanche) et d'autres déformations de la hanche peuvent se développer lorsque l'enfant devient adulte.

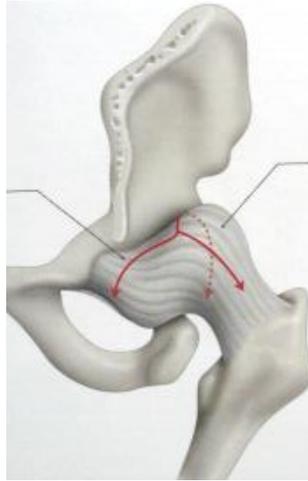
En cas de luxation complète non diagnostiquée et non traitée, l'enfant développe une boiterie au moment de l'acquisition de la marche.

## **Chirurgie pour LCH : ostéotomie de bassin selon Salter plus ou moins varisation de fémur**

Cette intervention consiste à remettre en place la hanche luxée dans la cavité acétabulaire.

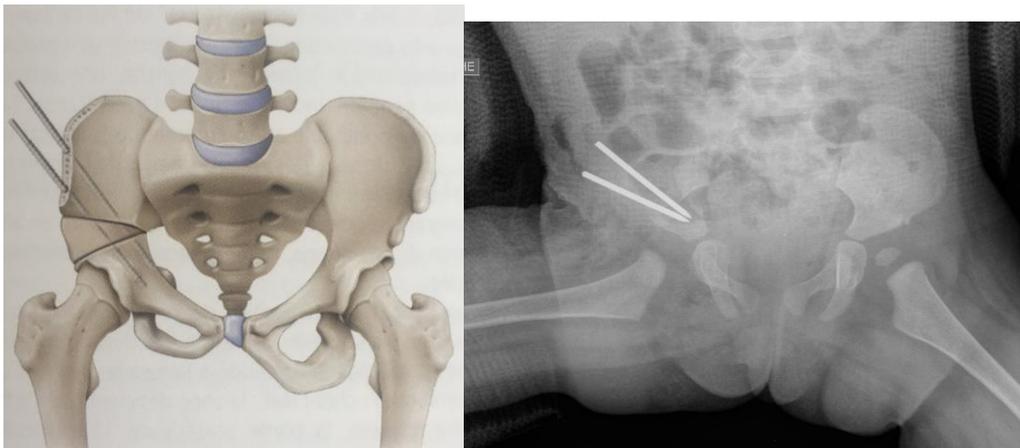
Pour cela différentes situations peuvent se rencontrer et le plus souvent, votre chirurgien décidera de la technique adéquate au décours de la chirurgie en fonction de l'anatomie et de la situation per opératoire.

La chirurgie peut nécessiter d'ouvrir l'articulation afin de réaliser une réduction chirurgicale où le tissu anormal qui maintient la hanche hors de la cavité est enlevé et l'articulation est inspectée. Les ligaments lâches sont resserrés et les muscles tendus sont relâchés.



*Ouverture de l'articulation*

Sera dans tous les cas réalisée une ostéotomie de bassin qui permet d'améliorer la couverture osseuse de la hanche et d'augmenter la stabilité.



*Ostéotomie selon Salter*

Dans le cas où la hanche ne se réduit pas pendant la chirurgie ou si elle est trop instable malgré les précédentes étapes, une ostéotomie fémorale de varisation pourra être faite. Afin de mieux orienter la tête du fémur en face du cotyle.



### *Varisation fémorale bilatérale*

Un plâtre pelvi-cruro-pédieux sera fait pendant la chirurgie pour une durée de 6 à 8 semaines en fonction de la technique réalisée.

Les cicatrices seront à l'abri sous le plâtre et n'auront pas besoin de soins infirmiers.

### **Quelles sont les suites ?**

Votre enfant sera hospitalisé pendant 3 à 7 jours afin de lui administrer des antalgiques.

Il sortira à la maison avec des antalgiques adaptés et des consignes pour le plâtre. Vous pourrez l'emmener à son moyen de garde sans problème et s'il est en âge scolaire il pourra reprendre l'école au bout de 4 semaine en adaptant avec l'école la mise en place d'un fauteuil roulant.

Le matériel sera enlevé en ambulatoire au bout de 6 semaines ou à partir de 8 mois en fonction de la technique.

D'ailleurs concernant la vie quotidienne avec le plâtre, l'adaptation est en générale rapide.

Quelques petits points à souligner par ailleurs :

- l'installation dans un siège auto est tout à fait possible en mettant en place au fond du siège des couverture afin de rehausser les fesses de votre enfant pour que la jambe plâtrée passe par le dessus de l'accoudoir. Il faut éviter bien sûr les trajets longs rapport à la sécurité de l'installation et garder l'utilisation de la voiture pour les trajets quotidien. Dans ce contexte si vous habitez loin, la sortie de l'hôpital pourra se faire en ambulance pour un meilleur confort.

- Il faut éviter les poussettes cosy et préférer les poussettes type canne pour que la hanche plâtrée puisse dépasser d'un côté.

Le plâtre sera enlevé en consultation. L'appui est autorisé directement après l'ablation du plâtre. De la rééducation pourra être prescrite en fonction des besoins.

### **Quels sont les risques ?**

Un des risques du traitement est l'ostéochondrite de la tête fémorale. Les contraintes sur cette tête fémorale fragile deviennent trop importantes et on peut observer des modifications à la radiographie. Cette pathologie peut évoluer favorablement ou entraîner des raideurs et douleurs.

La hanche peut se relaxer malgré la chirurgie dans le cas de LCH sévère, nécessitant une reprise chirurgicale.

Une dysplasie du cotyle résiduelle persister, nécessitant dans la majorité des cas une surveillance simple.