

# LA LUXATION CONGENITALE de HANCHE

de l'enfant vers l'adulte

de R. SERINGE vers J.P. COURPIED

(de Saint-Vincent-de-Paul vers Cochin)

# LCH traitée dans l'enfance risque ultérieur : ARTHROSE

## 5 facteurs prédisposants :

- ostéochondrite fémorale post réductionnelle
- ouverture chirurgicale de la hanche
- absence de correction d'une dysplasie résiduelle
- chirurgie itérative
- chirurgie inadaptée en fin de croissance

# LCH traitée dans l'enfance risque ultérieur : ARTHROSE

2 facteurs probables ( non consensuels)

- rétroversion acétabulaire après certaines ostéotomies du bassin et risque de conflit antérieur
- acetabulum court à l'âge de 5-6 ans

# Eviter l'ostéochondrite

Pas de plâtre sans traction préalable



# Eviter l'ostéochondrite

Privilégier les réductions douces,  
progressives et atraumatiques

de 3 à 10 mois :

Pavlik

attelles

à partir de 11 mois :

traction



En cas d'ostéochondrite,

**améliorer la congruence :**

ostéotomie bassin +/- fémur



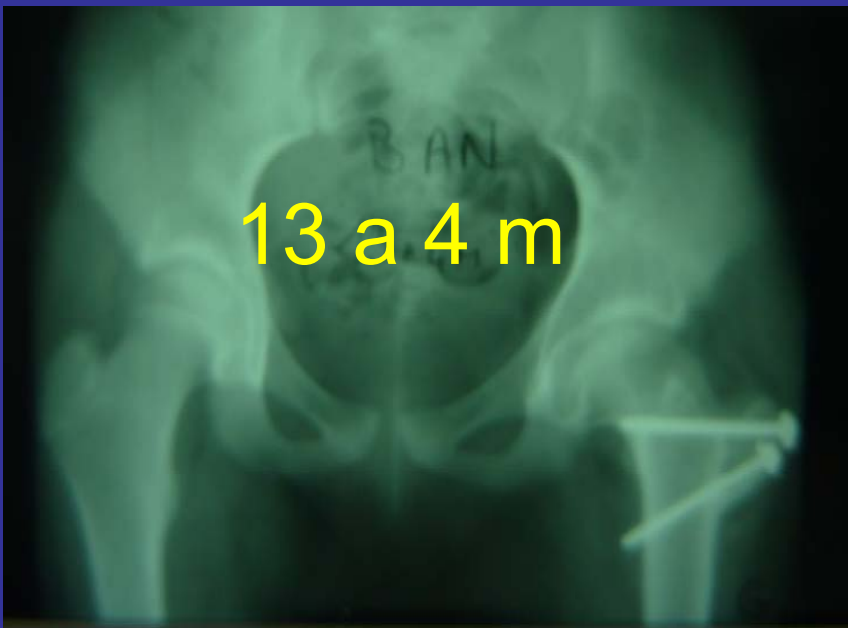


Si coxa vara :  
éviter l'ostéotomie  
d'allongement du  
col fémoral (Wagner)



Si coxa vara :

préférer  
l'abaissement isolé  
du grand trochanter





Si coxa vara :

prothèse totale de hanche avec  
abaissement du grand trochanter



# Eviter la réduction chirurgicale de hanche

Outcome with 45 years after **open reduction**  
and innominate osteotomy for  
late-presenting DDH

Thomas, Wedge and SALTER ( JBJS 2007, 89(Am), 2341-50)

Résultats pour 80 hanches :

1/3 : PTH

1/3 : arthrose

1/3 : pas encore d'arthrose

# Eviter la réduction chirurgicale de hanche

## Closed reduction with traction for DDH

V.Rampal, R.Seringe, P. Wicart (JBJS 2008;90-B;858-63)

Avec ostéotomie de Salter 91.5%

Résultats : 93.6% TB et B

2.1% ostéochondrite

4.3% échecs nécessitant une réduction chirurgicale

## Treatment of late-presenting developmental dislocation of the hip by progressive orthopaedic reduction and innominate osteotomy. Our results with more than 30 years of follow up

Christian Morin · Javier Bisogno ·  
Shrirang Kulkarni · Georges Morel

Received: 14 February 2011 / Accepted: 25 April 2011 / Published online: 2 June 2011  
© EPOS 2011

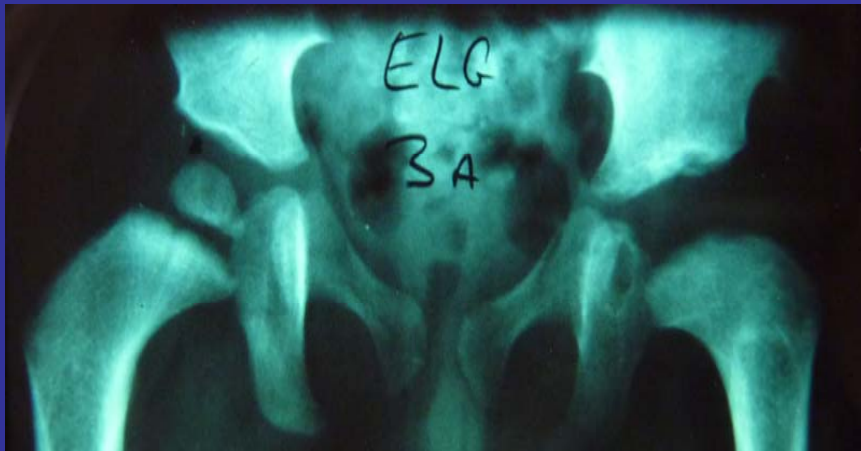
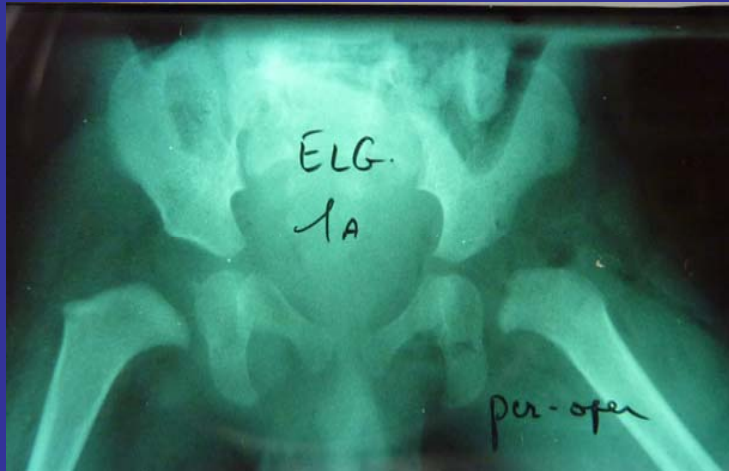
### Abstract

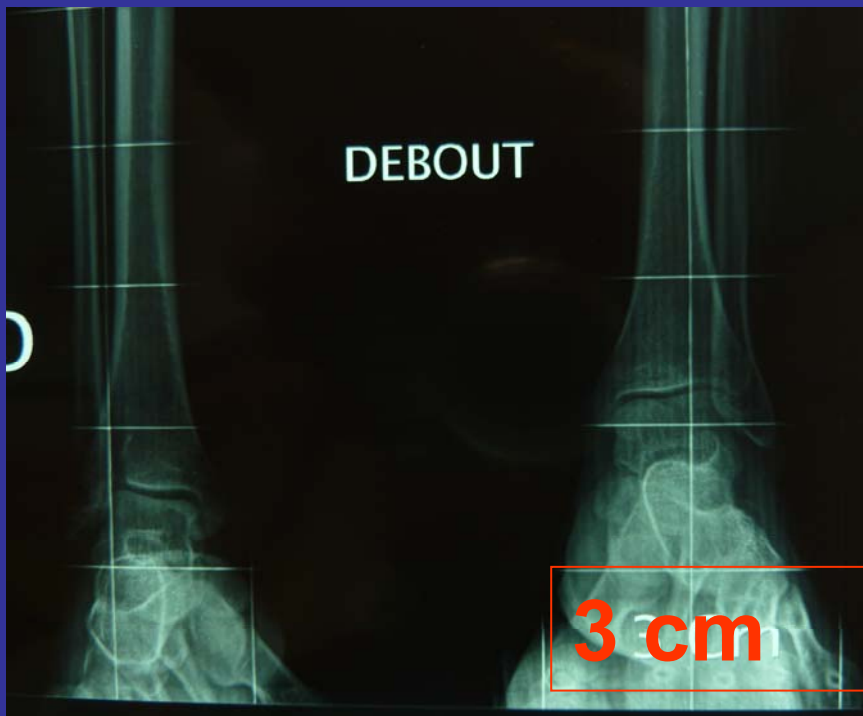
*Background* The treatment of late-presenting developmental dislocation of the hip (DDH) is still controversial. A

surviving hips were excellent or good in almost 80% of the cases. In four cases, radiographic signs "at risk for" osteoarthritis were present. Regularity of the femoral head

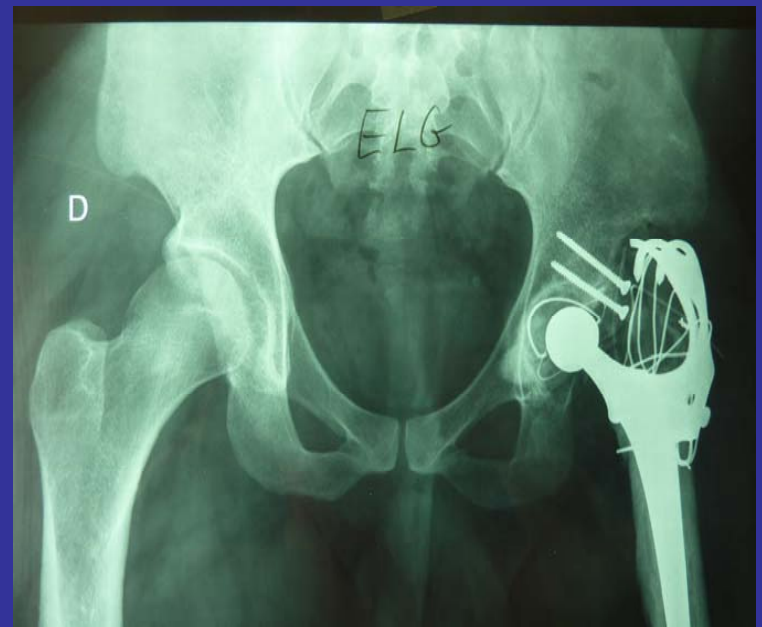
Si réduction chirurgicale :

ne pas oublier  
de raccourcir le fémur





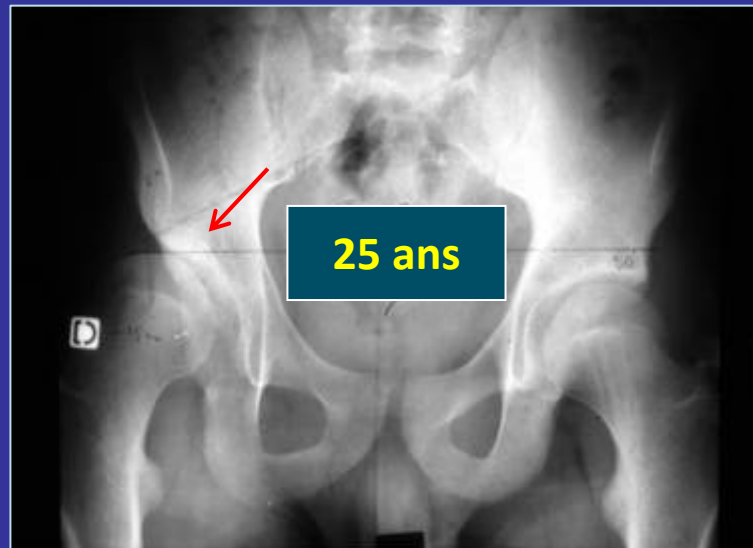
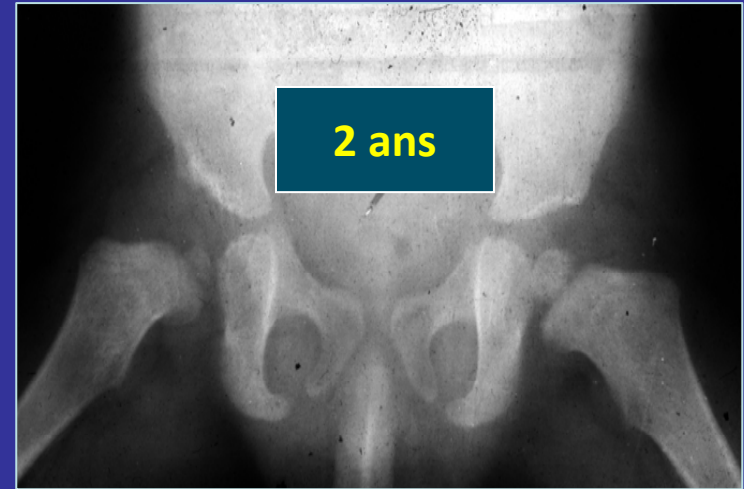
Même patient  
âge 23 ans



Si dysplasie résiduelle :  
ostéotomie pelvienne



# Dysplasie acétabulaire non corrigée





## Dysplasia of the hip in adolescent patients successfully treated for developmental dysplasia of the hip

K. Modaressi · M. Erschbamer · G. U. Exner

Received: 31 December 2010 / Accepted: 10 June 2011 / Published online: 2 July 2011  
© EPOS 2011

### Abstract

**Background** The purpose of this study was to analyze whether hips treated for developmental dysplasia of the hip (DDH) during infancy, which were clinically and radiologically fully normalized by walking age, may become dysplastic again during later growth.

**Keywords** Developmental dysplasia of the hip · Congenital dysplasia of the hip · Pavlik harness

### Introduction

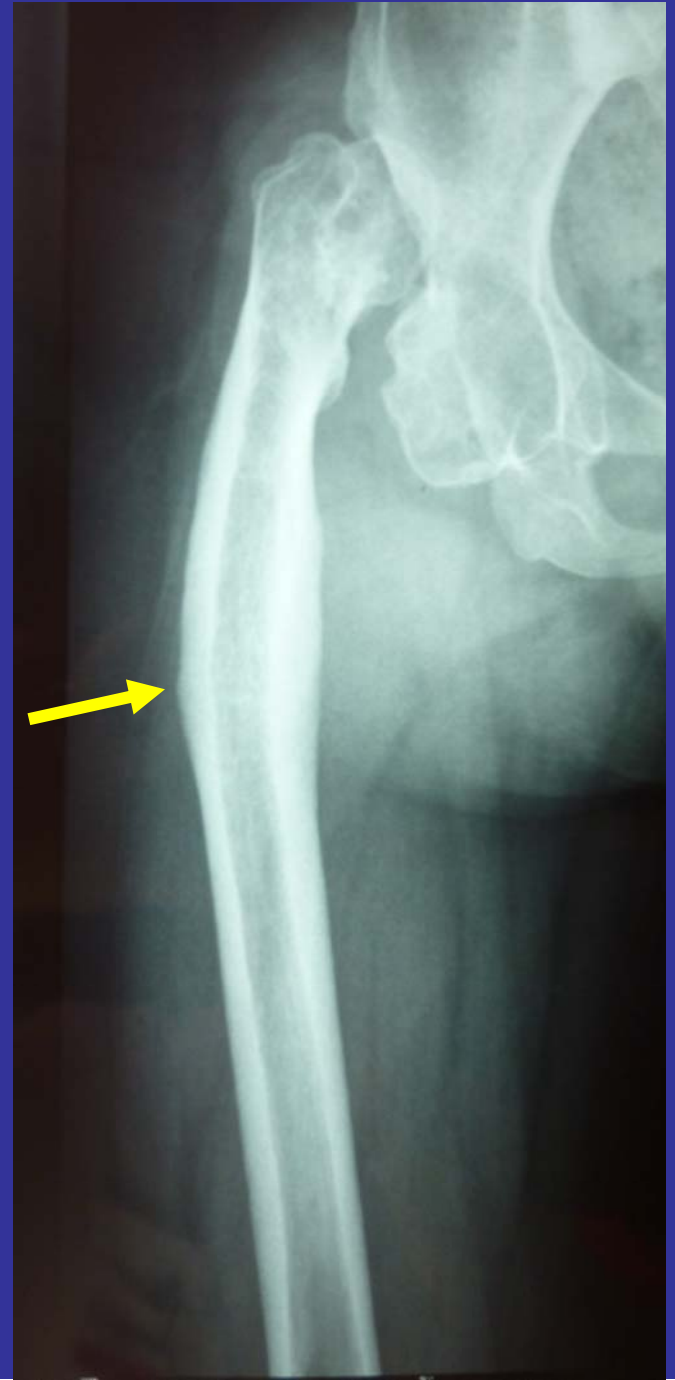
Screening for hip dysplasia and early treatment [

of 150 patients were

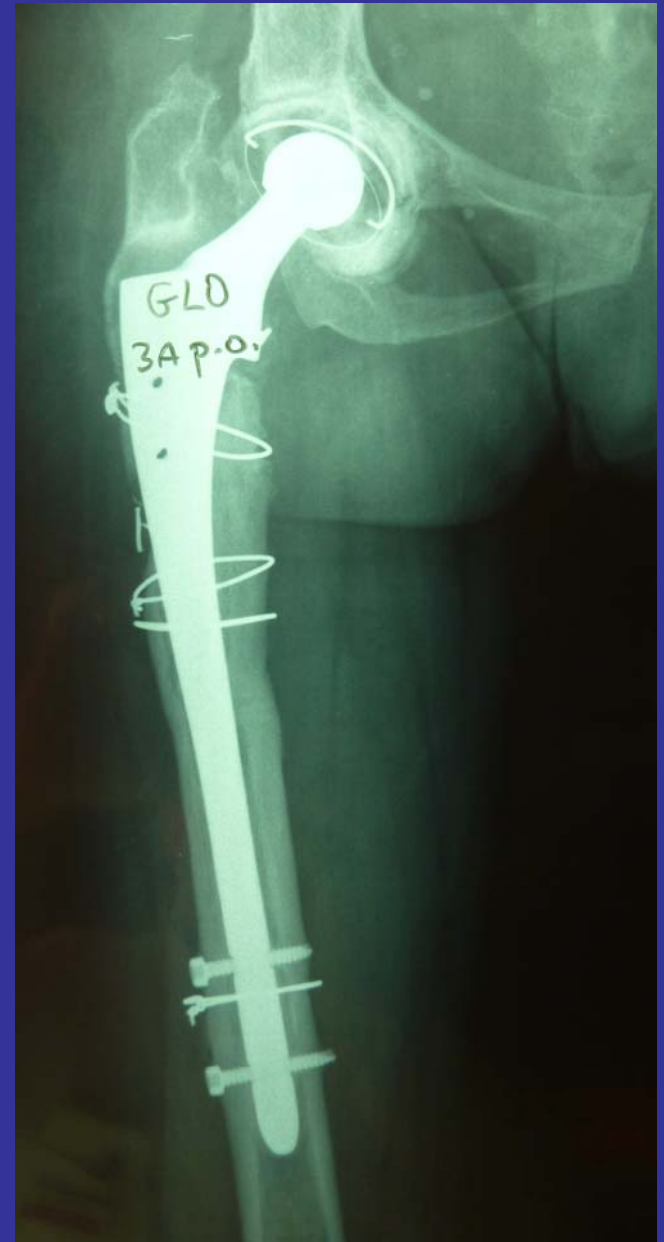
# Eviter la chirurgie itérative



Eviter les  
désaxations  
du fémur

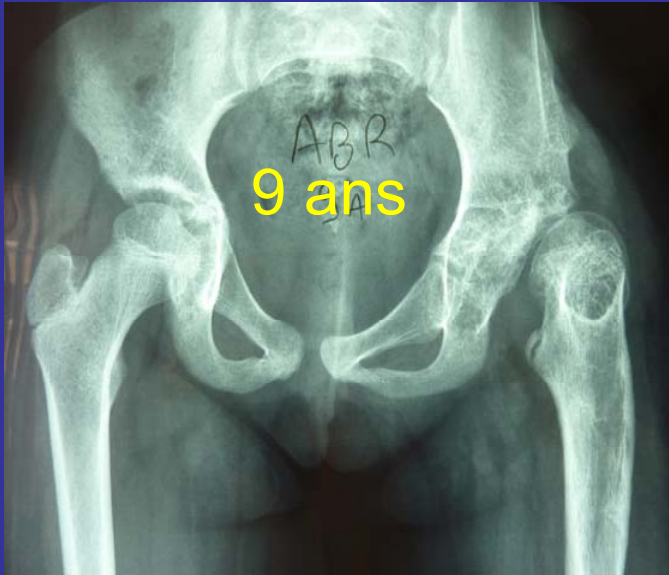


PTH  
difficile



# Hanche multiopérée

3<sup>ème</sup> réduction chirurgicale  
+Dega + dérotation fémur



Que faire ? Ostéotomie de Chiari  
ou attendre pour PTH

# Hanches multiopérées

à 18 ans, butée +  
abaissement du GT



# Acetabulum court

Que faire ?



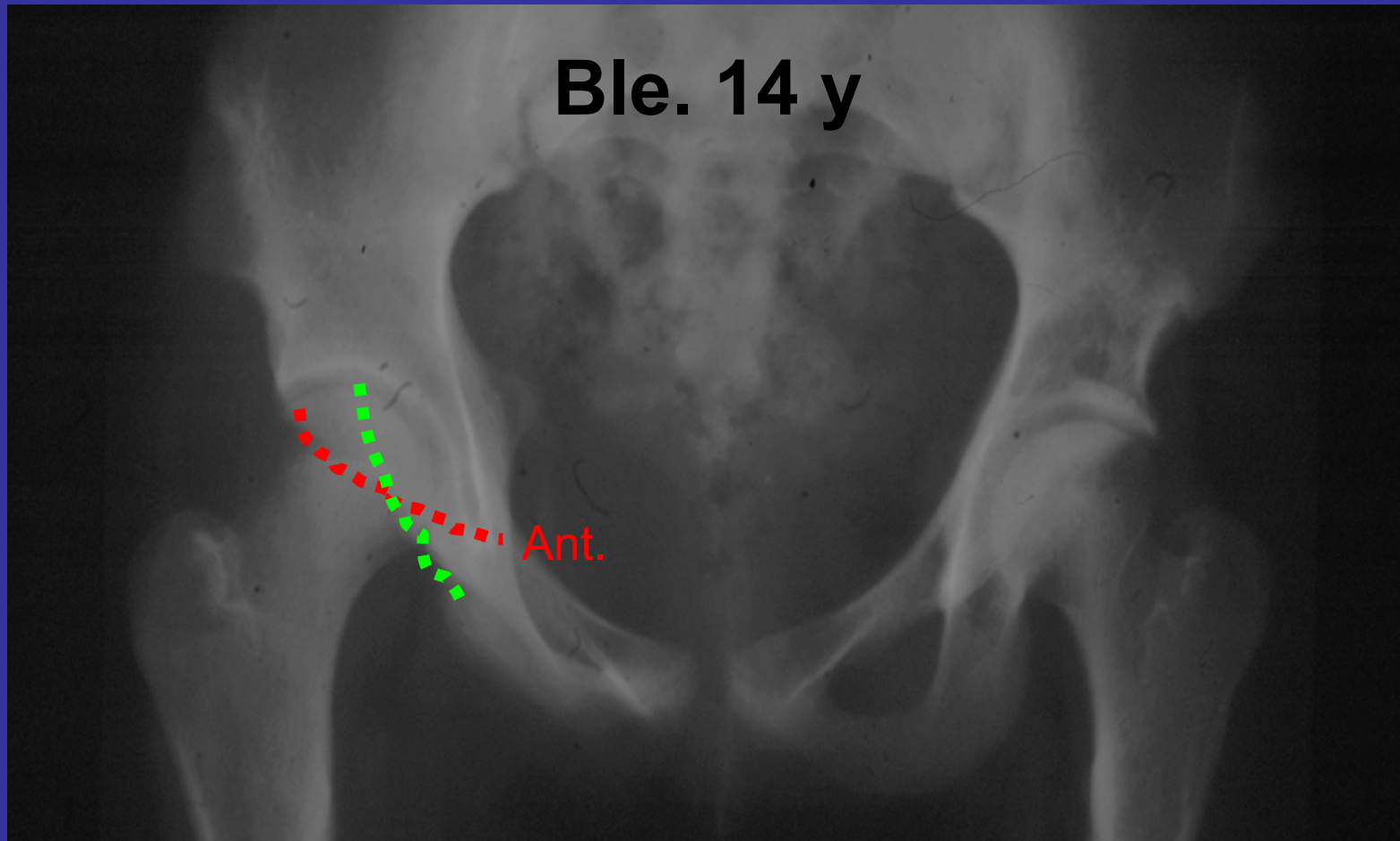
# Acetabulum court Que faire ?



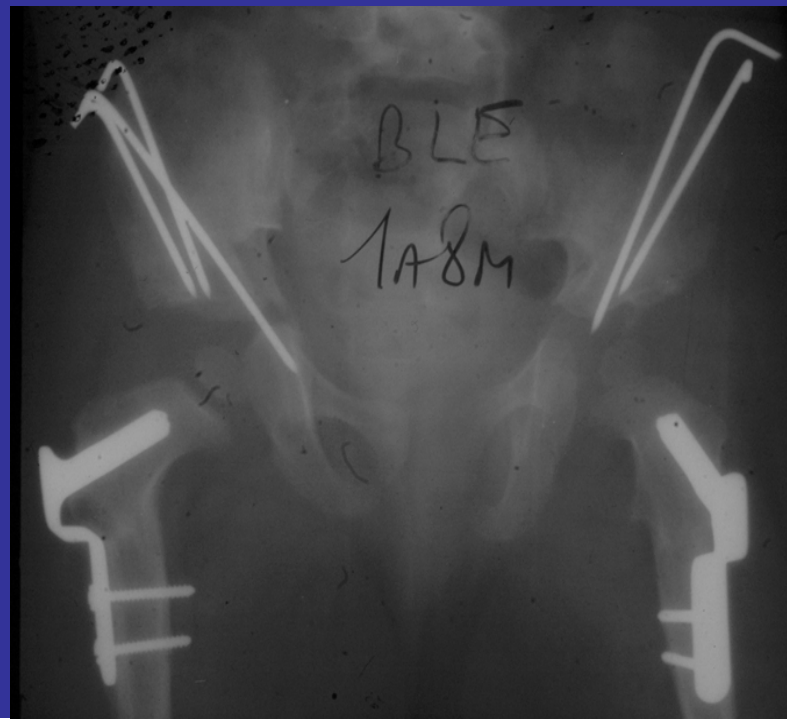
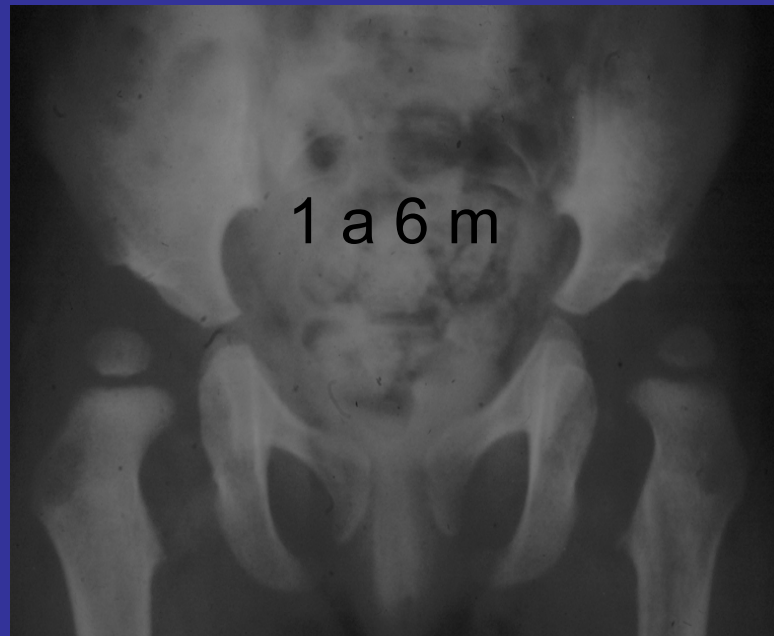
Une ostéotomie de Salter  
bil. a été conseillée



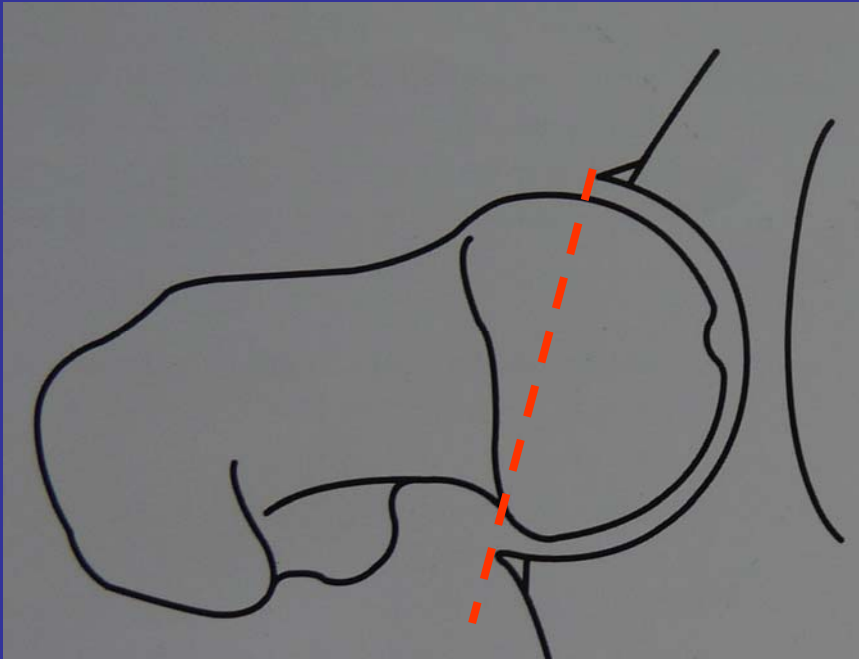
# Rétroversion de l'acetabulum après ostéotomie pelvienne (Salter ou triple)



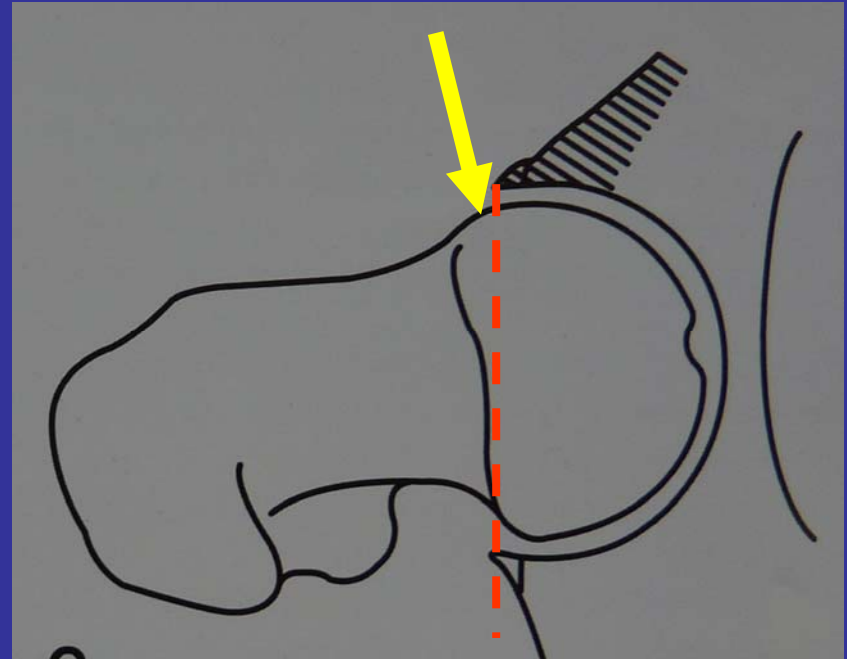
Risque de conflit antérieur



Acetabulum  
avec antéversion  
normale



Antéversion faible  
ou rétroversion



Conflit antérieur

# Retroversion acétabulaire et conflit antérieur

- **Acetabular coverage after innominate osteotomy** J. Barnes, S. Thomas, J. Wedge  
JPO 2011, 31,530-3
- **Retroversion of the acetabular dome after Salter and triple pelvic osteotomy for CDH**  
C. Dora, E. Mascard, K. Mladenov, R. Seringe  
JPO B, 2002, 11, 34-40

Pour éviter la retroversion acetabulaire,  
préférer l'acétabuloplastie de Dega

**Results of the Dega acetabuloplasty  
in residual dysplasia after treatment  
of DDH**

V. Rampal, E. Arellano,  
Y. Boubakeur, R. Seringe, C. Glorion, P. Wicart

À paraître dans JPO 2012

# conclusions

- Prévention de l'ostéochondrite : méthodes douces et progressives (Pavlik, attelle, traction)
- Si ostéochondrite, préserver la congruence (ostéotomie pelvienne )
- Si coxa vara avec col court, éviter l'ostéotomie de Wagner et préférer l'abaissement du grand trochanter

# conclusions

- Eviter la réduction chirurgicale
- Si réduction chirurgicale : raccourcir le fémur
- Si dysplasie résiduelle : ostéotomie pelvienne (préférer Dega)
- Eviter la chirurgie itérative
- Eviter les désaxations de la diaphyse fémorale