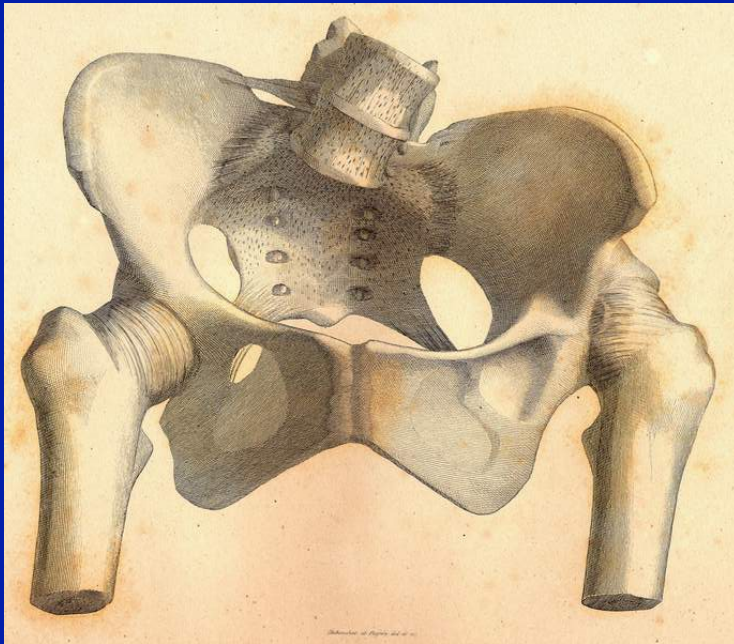


La Luxation Congénitale de la Hanche

Facteurs de risque – Examen clinique - Dépistage



CDH

DDH

LCH

MLH

6 à 20 enfants / 1000

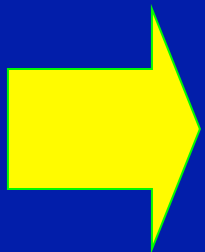
Facteurs de risque

Facteurs génétiques

Facteurs mécaniques

Pathogénie : Facteurs génétiques

- Antécédents familiaux (33%)
- Prédominance féminine (60 à 90%)
- Hyperlaxité articulaire
- Insuffisance de profondeur acétabulaire

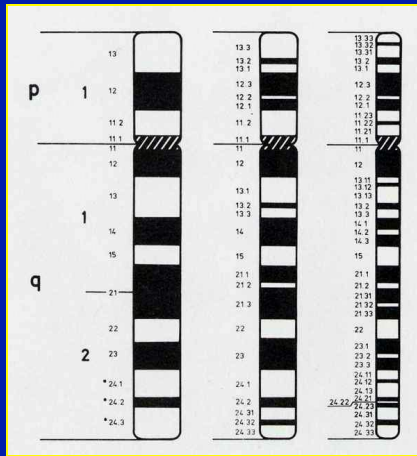


- Anatomie : Polygénique
- Laxité : Monogénique



Pathogénie : Facteurs génétiques

12

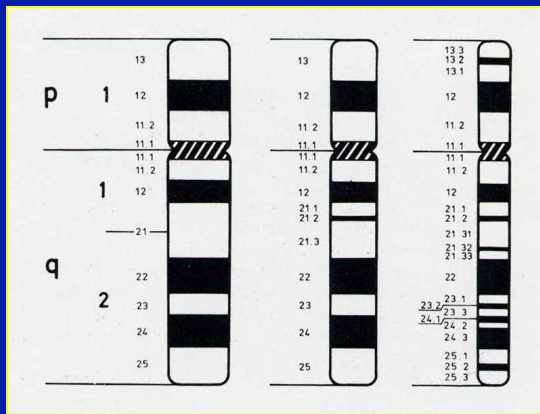


– Jensen 1986 : Prédominance du collagène de type 3

– Granchi (Italie) Oct. 2002 : *chromosome 12*

- Association entre un gène du collagène et l'arthrose secondaire à une dysplasie de hanche
- Petites séries

17



– Jiang (Chine) Juin 2003 : *chromosome 17*

- Association entre 2 gènes du chromosome 17 et la LCH
- 101 triplets (Père - Mère - Enfant atteint)
- Article en chinois

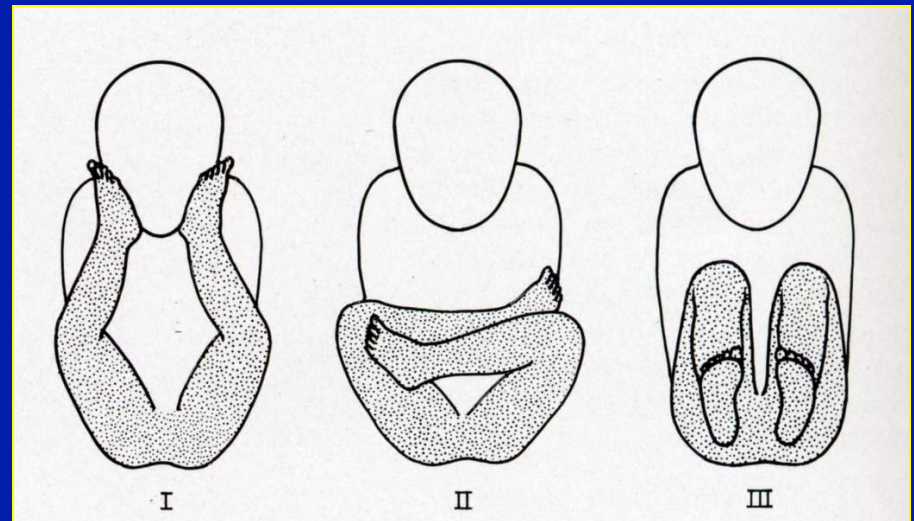
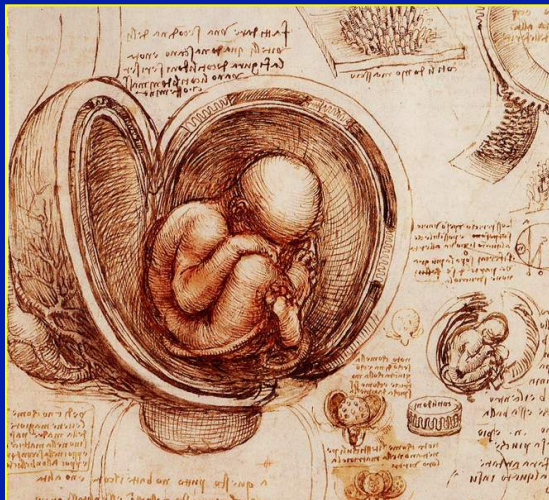
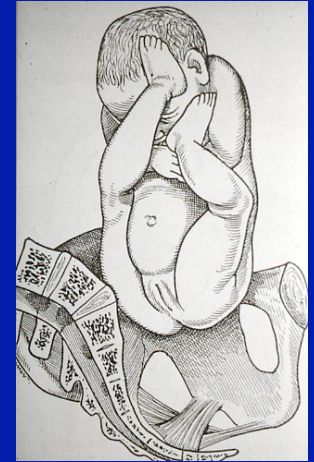
Pathogénie : Facteurs mécaniques

- Appui sur le trochanter
- Posture luxante



Pathogénie : Facteurs mécaniques

- Primiparité
- Présentation par le siège : 3 à 4% des enfants qui présentent dans 20% des cas une LCH.



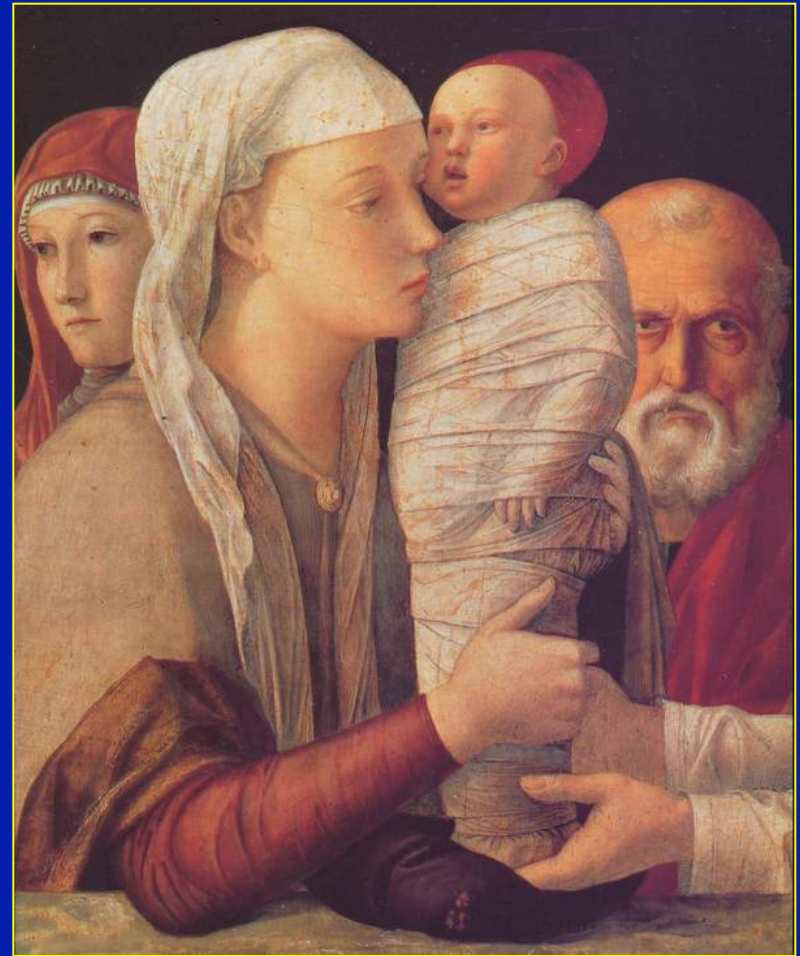
Pathogénie : Facteurs mécaniques

- Version tardive
- Oligoamnios
- Gémellité
- Macrosomie
- Association à :
 - Malposition des pieds
 - Torticolis
 - Genu recurvatum



Pathogénie : Facteurs mécaniques

- L'hyper-extension forcée associée à l'adduction : le « langage ou emmaillotage serré »
- L'adduction



Giovanni BELLINI
1426 - 1516

Facteurs de risque ?

- Antécédents familiaux
- Sexe : Fille
- Primiparité
- Gemellité
- Oligoamnios
- Siège
- Version tardive
- Macrosomie (4 kgs)
- Autre anomalie orthopédique

Examen clinique

Les manœuvres dynamiques

Les signes de luxation

Examen clinique répété +++

- **Le 1^{er} jour de vie en salle de travail**
- **Avant la sortie de la maternité**
- **Au 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} mois**
- **Lors de tout examen du nourrisson et jusqu'à l'âge de la marche**

L 'examen clinique

- **Interrogatoire : antécédents familiaux**
- **Bilan de l 'environnement musculaire**
 - **Gesticulation spontanée**
 - **Equilibre frontal et sagittal**
- **Autres anomalies orthopédiques**
- **Anomalies associées (malformations, hyperlaxité)**
- **Examen neurologique**

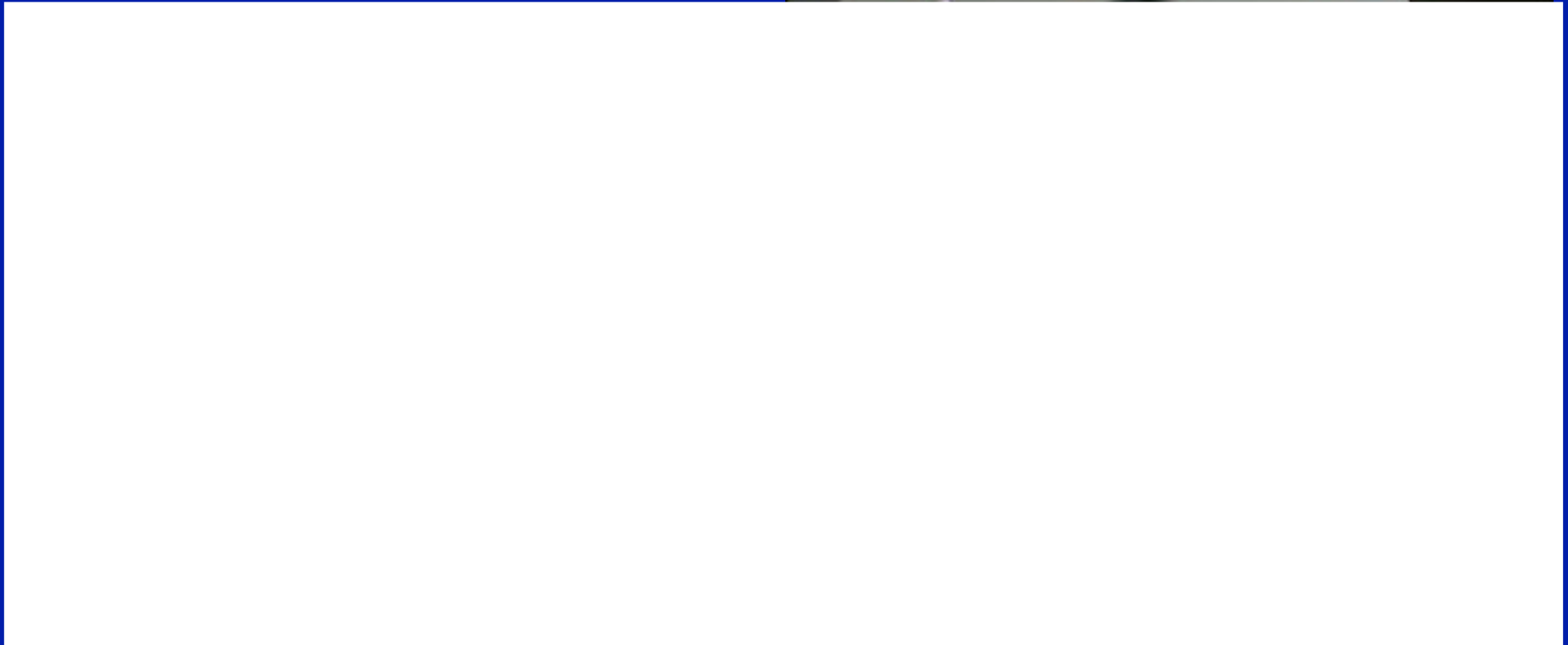
Carnet de santé

- Parité
- Déroulement de la grossesse
- Terme
- Modalités de l'accouchement
- Présentation
- Notion de réanimation
- Poids de naissance

Les conditions de l'examen

- 1 - en présence de la mère
- 2 - bout de table (plan dur)
- 3 - lampe chauffante
- 4 - biberon ou tétine
- 5 - mains propres et chaudes
- 6 - enfant nu

Gesticulations de l'enfant



Examen clinique

- Anatomie : morphologie
- Dynamique : mobilité / cotyle

Manœuvre d 'Ortolani

Manœuvre de Barlow

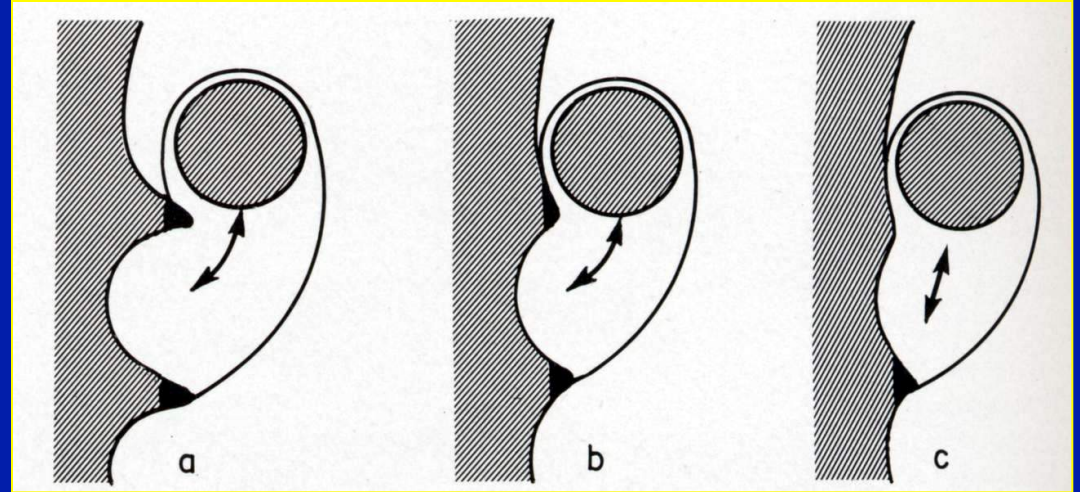
C'est la recherche d'une instabilité

Terminologie

- **l'instabilité** "maître-symptôme de la LCH" se définit de la façon suivante : une hanche est dite instable lorsque la tête fémorale est sortie ou peut sortir en partie ou en totalité de la cavité acétabulaire. Elle peut être mise en évidence de façon inconstante lors des manœuvres cliniques se traduisant par un ressaut ou un piston.
- **la dysplasie, la subluxation et la luxation** définissent les lésions anatomo-pathologiques.

L'instabilité

« Une hanche normale est stable à la naissance et non dislocable » R. SERINGE

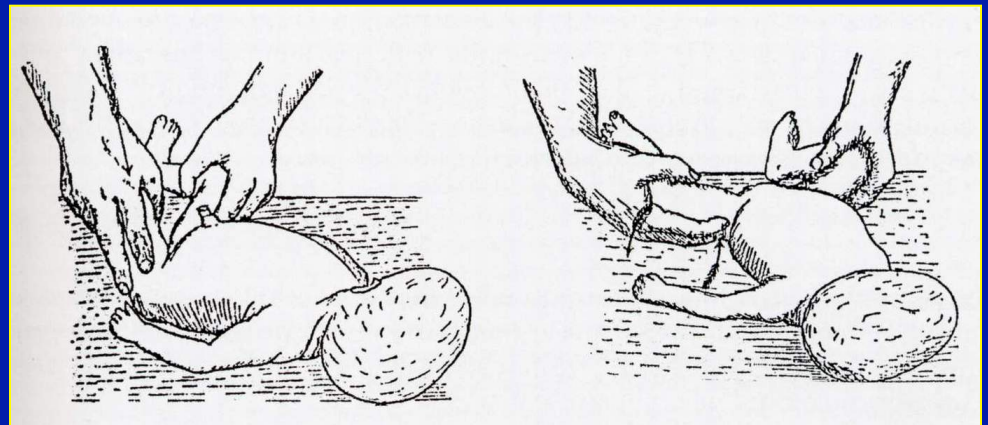
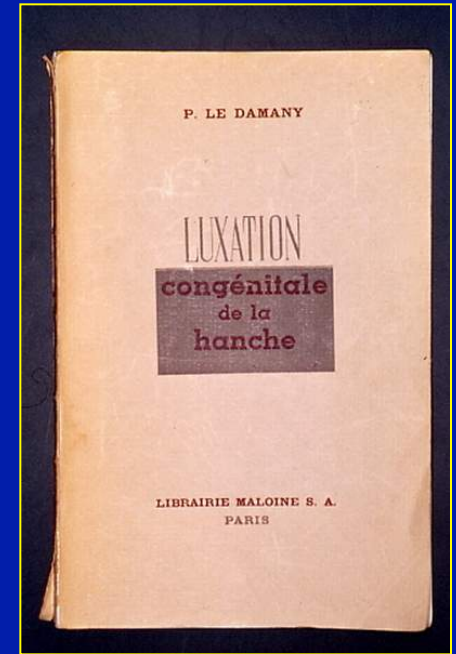


L'instabilité est un déplacement anormal de l'épiphyse dont le ressaut est un signe d'accompagnement inconstant et de netteté variable

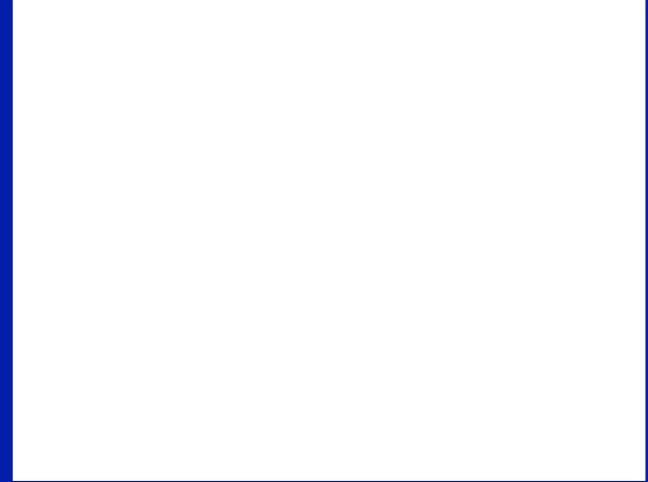
Le ressaut



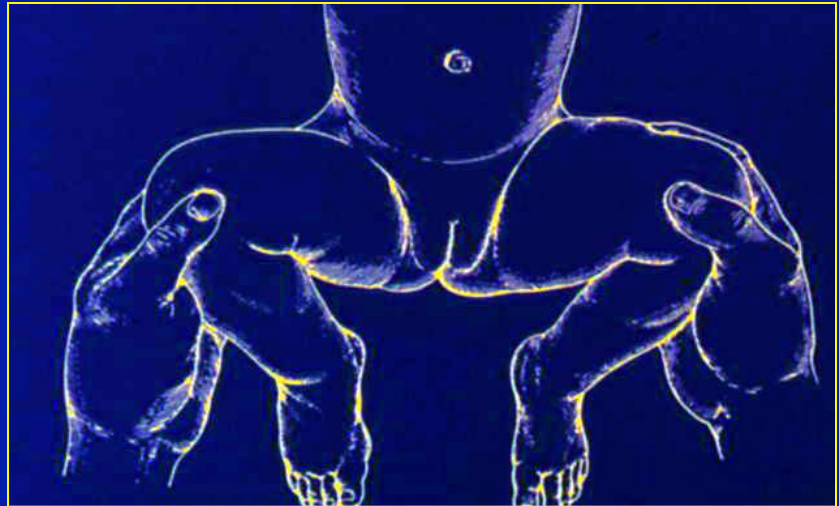
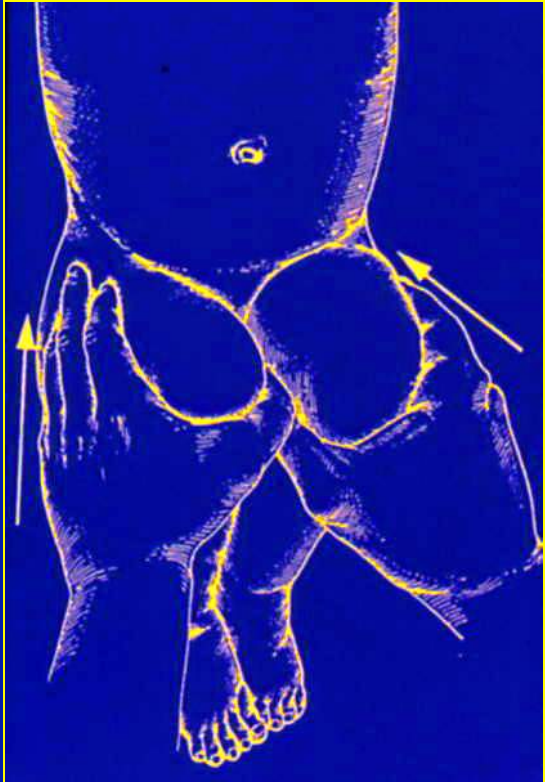
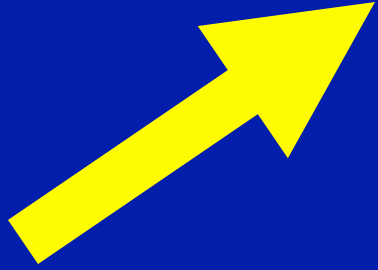
LE DAMANY (1912)
ORTOLANI (1937)
BARLOW (1983)



La manœuvre d'Ortolani



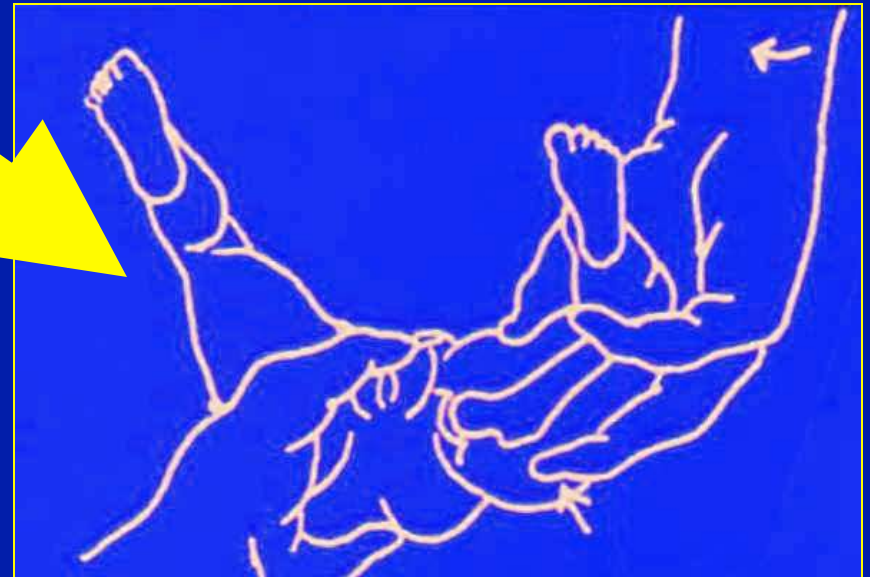
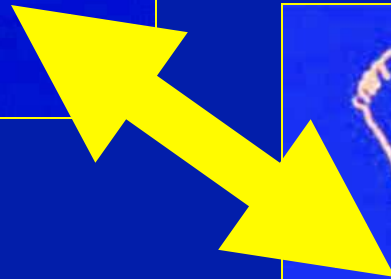
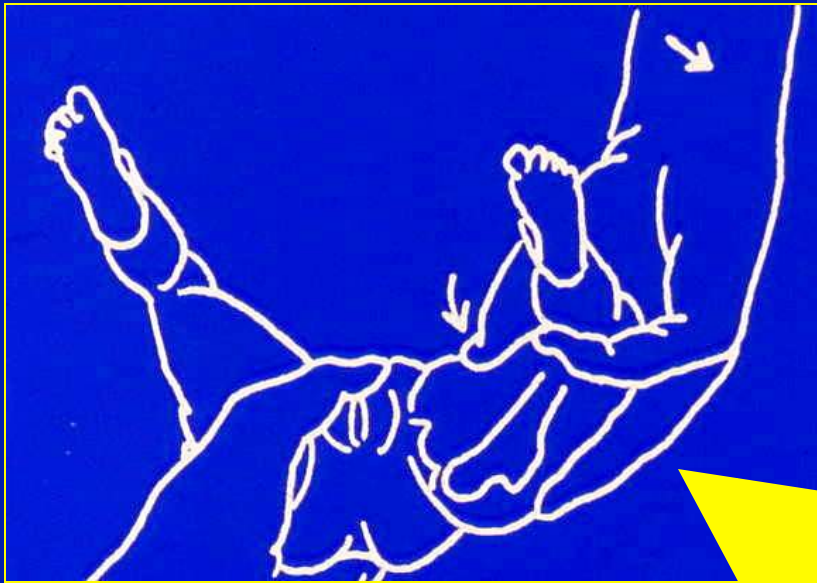
Ortolani M. Un segno poco noto e sua importanza per la diagnosi precoce di prelussazione congenitala dell'anca. Pediatrca 1937 ; 45 : 129



La manœuvre de Barlow : Le piston



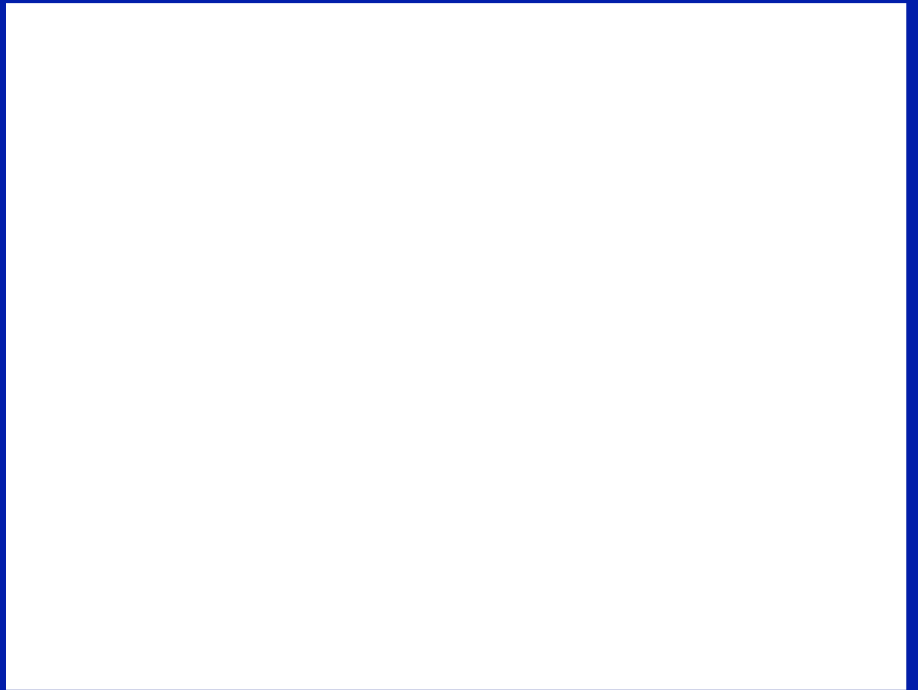
La manœuvre de Barlow : Le piston





L'examen clinique : signes de luxation





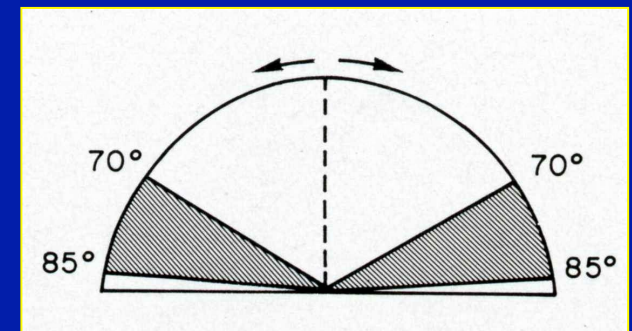
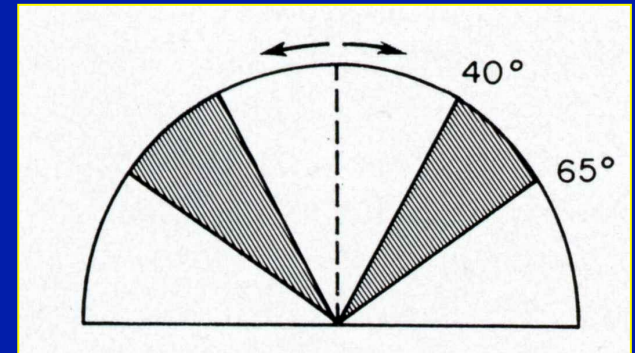


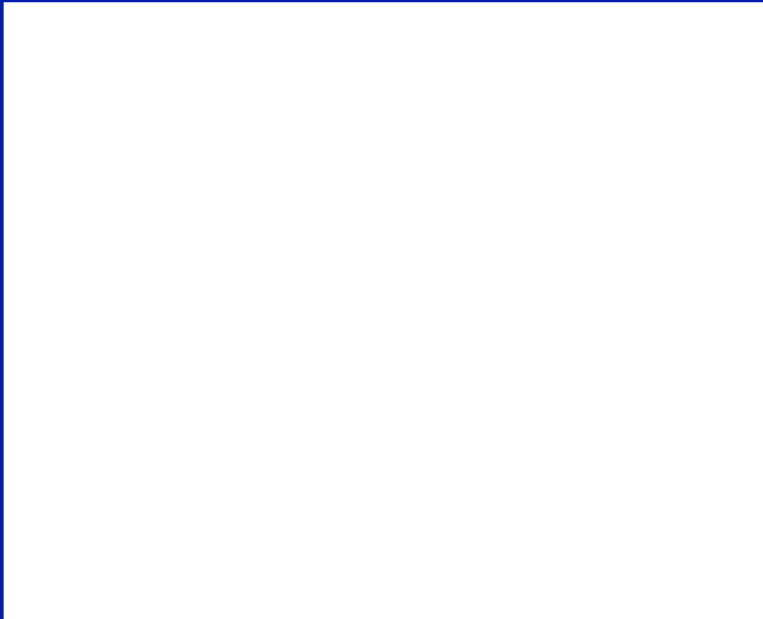
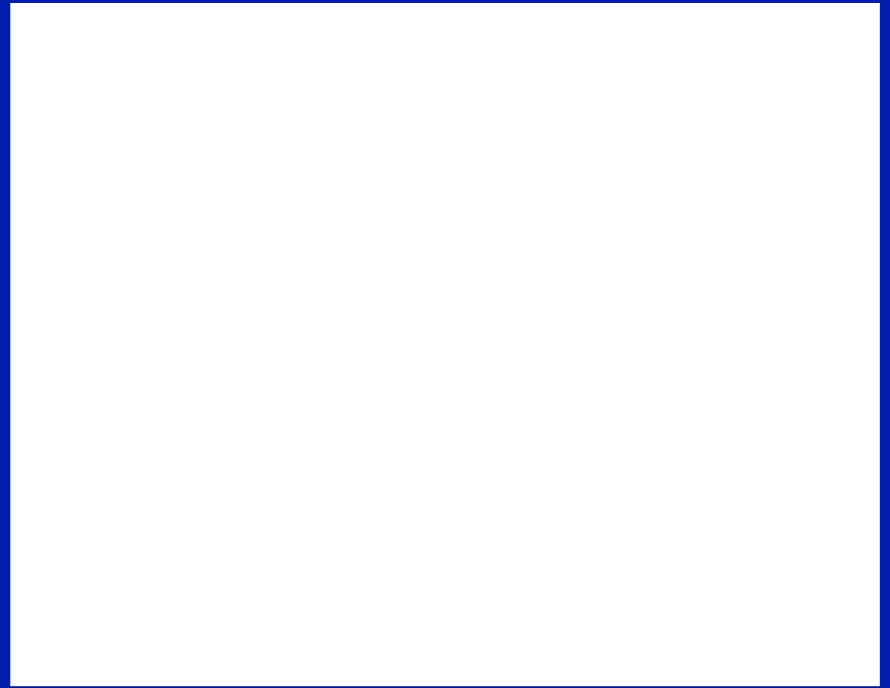
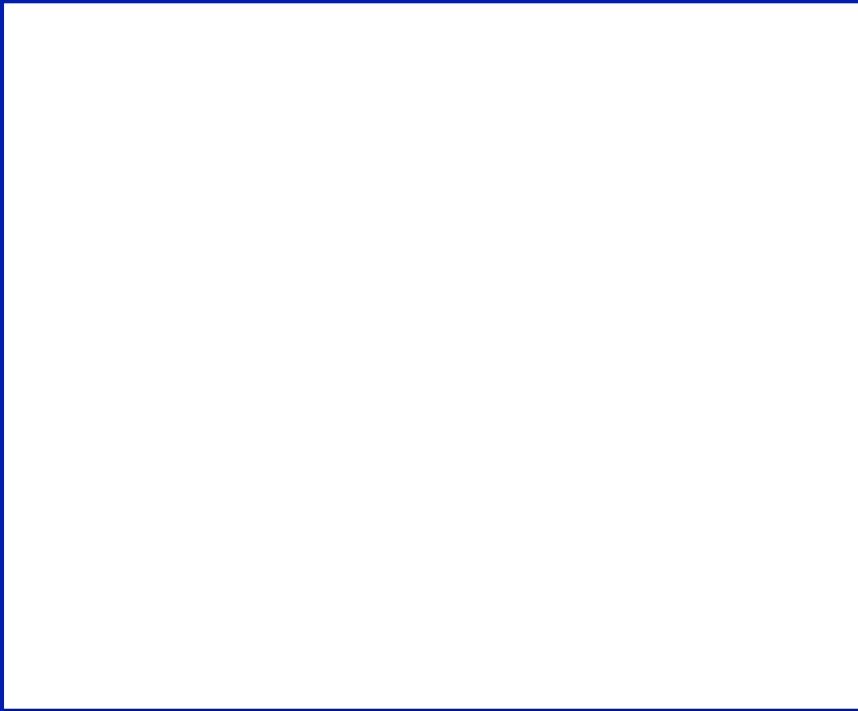
La limitation de l'abduction



La limitation de l'abduction

- Asymétrie
- Limitation amplitude qui peut concerner :
 - L'angle rapide (« stretch reflex ») testant le tonus des adducteurs
 - L'amplitude maximale testant la rétraction des adducteurs (angle inférieur à 60°)

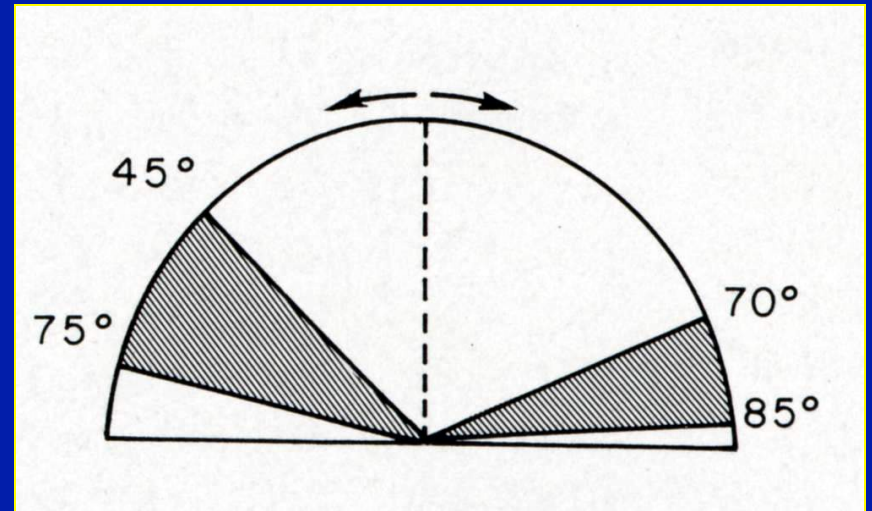
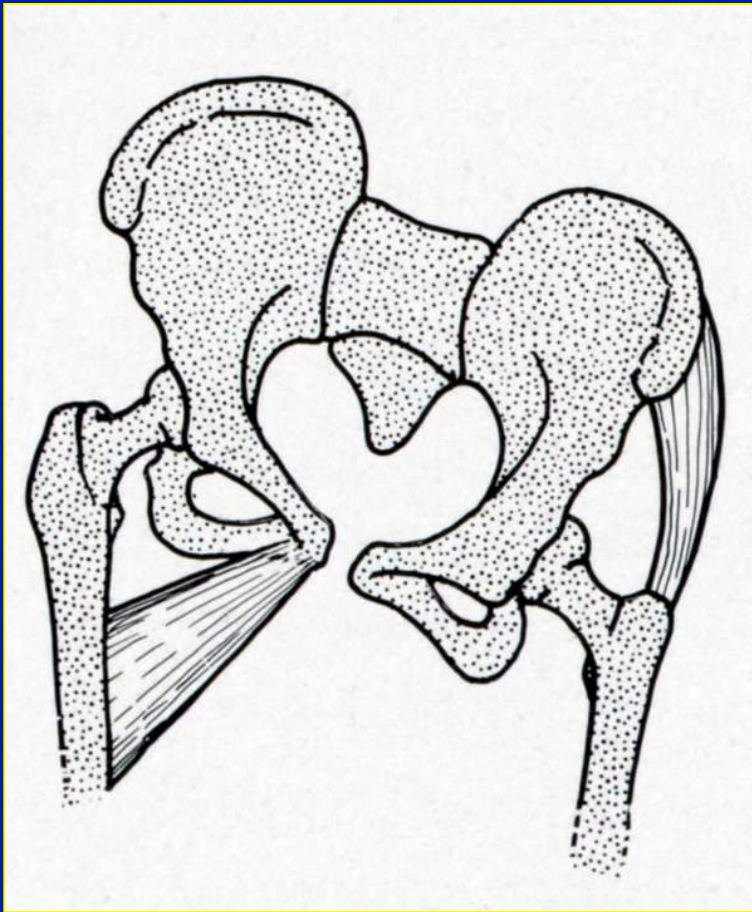




Examen clinique

- Signes directs : instabilité
- Signes indirects :
 - Limitation de l'abduction
 - Éléments de syndrome postural
 - Autres signes :
 - Raccourcissement de la cuisse
 - Asymétrie des plis cutanés

Le bassin asymétrique congénital



Seringe R, Langlais J, Bonnet JC. Le bassin asymétrique congénital. Etude clinique, radiologique et évolution. Rev Chir Orthop 1992 ; 78 : 65-73



Classification

HANCHE		Limitation d'abduction	Ressaut	Facteurs de risque
Normale		0	0	
Luxable		0	S puis E	
Luxée	réductible	+	E puis S	
	irréductible	+	0	
Douteuse		+	?	
A risque		0	0	+

Dépistage : 2 niveaux

1^{er} niveau : Examen clinique

2^{ème} niveau : Echographie

**... L 'examen clinique est le
fondement initial, primordial et
obligatoiredu dépistage**

**Conférence de consensus
Paris, 4 novembre 1991**

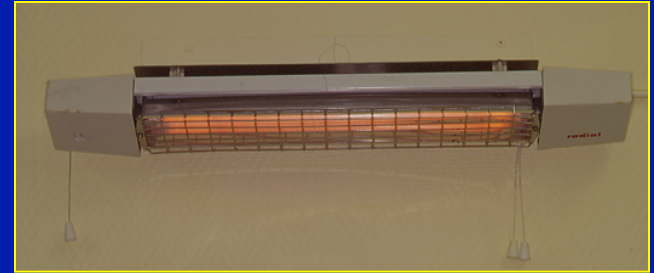
Depuis la conférence de consensus de 1991

- Disparition des luxations après la marche, mais persistance après l'âge de 3 mois
- Traitement de hanches saines
- Echecs de la prise en charge précoce

Recommandations de l'HAS d'octobre 2013

- Etat des lieux
- Dépistage
- Recommandations

1^{er} niveau : Clinique



- **Limites :**
 - dépendant de l'opérateur
 - ne dépiste que les hanches subluxées ou luxées
 - peut méconnaître les hanches instables
- **Population : tous les enfants**
- **Test :**
 - Instabilité
 - Limitation de l'abduction

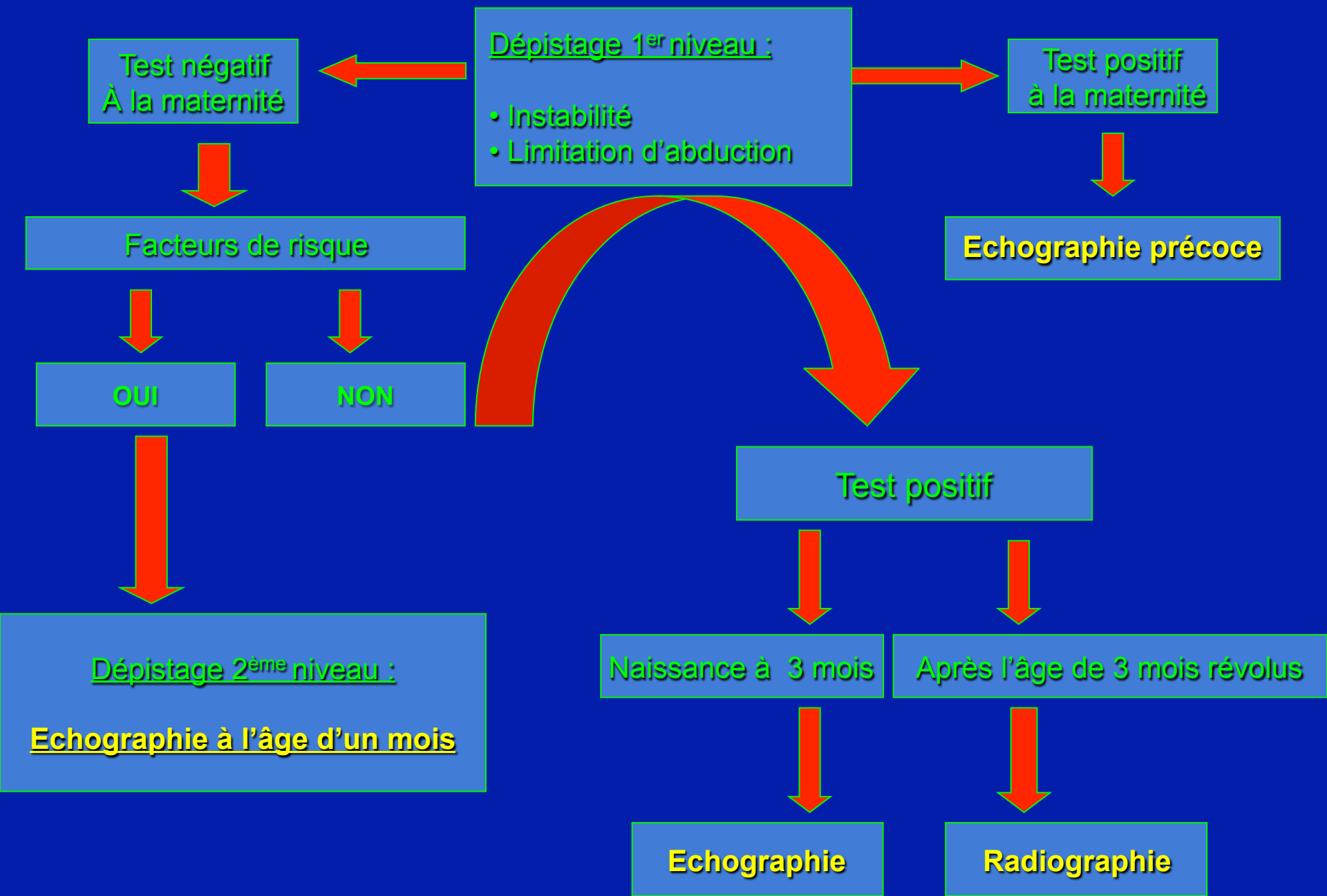
2^{ème} niveau : Echographique

- **Population** : Enfants présentant un facteur de risque
- **Test** : Mesure du fond acétabulaire

Le choix à définir : La notion de « facteur de risque »

- 3 facteurs principaux retenus:
 - Antécédents familiaux directs avérés
 - Présentation par le siège
 - Diverses anomalies orthopédiques, notamment éléments du syndrome postural (torticollis congénital, genu recurvatum ou malposition des pieds)

DEPISTAGE	Population	TEST	RESULTAT POSITIF
1er niveau	Tous les enfants jusqu'à l'âge de la marche	Examen clinique réguliers	<ul style="list-style-type: none">• Instabilité• Limitation de l'abduction
2ème niveau	Enfants à risque	Echographie	Epaisseur du fond acétabulaire supérieure à 6 mm (ou différence entre les deux hanches supérieur à 1,5 mm)



Dépistage 1^{er} niveau :

- Instabilité
- Limitation d'abduction

Test négatif
À la maternité

Test positif
à la maternité

Facteurs de risque

Echographie précoce

OUI

NON

Test positif

Dépistage 2^{ème} niveau :

Echographie à l'âge d'un mois

Naissance à 3 mois

Après l'âge de 3 mois révolus

Echographie

Radiographie

