



Niveau 2

Ostéocondrite primitive de hanche ou Maladie de Legg-Calvé-Perthes Prise en charge



Dr Simon Anne-Laure

Robert Debré

Paris

anne-laure.simon@aphp.fr

Conflits d'intérêt
Aucun

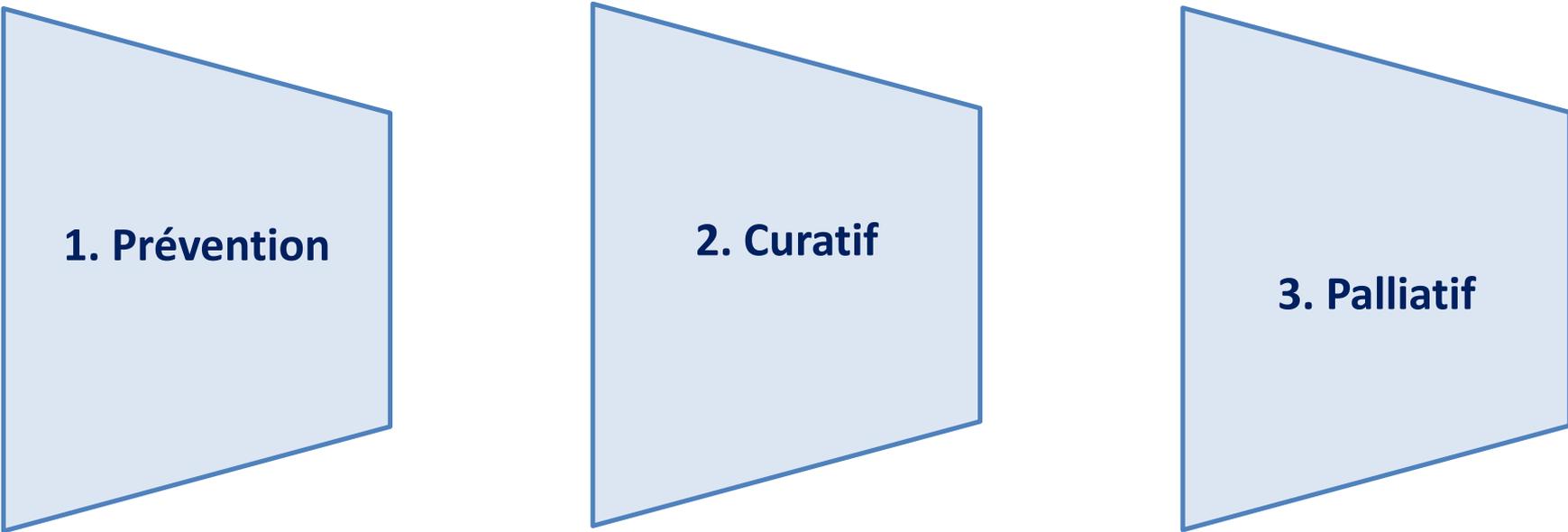
Question n°1

Quel(s) est(sont) le(les) objectif(s) de la prise en charge ?

Question n°2

Quelle est la contre-indication à la chirurgie ?

Principes de prise en charge



The diagram consists of three light blue trapezoidal boxes arranged horizontally. Each box contains a number and a French word representing a principle of care. The boxes are outlined in a darker blue. A thin blue horizontal line is located at the bottom of the slide.

1. Prévention

2. Curatif

3. Palliatif

Principes de prise en charge

1. Prévention

Stades Ia, Ib et II a

Maintenir une tête sphérique
Protéger des déformations

- « Containment »
 - Mise en décharge
 - Arrêt de croissance du grand trochanter
-

Principes de prise en charge

Mise en décharge

1. Prévention *Stades Ia, Ib et II a*

- Éviter les pressions sur l'épiphyse
 - Favorise la reconstruction
 - Mais
 - Effets psychologiques
 - Impossibilité de maintenir la décharge
 - Durée
 - Jusqu'au stade IIIb,...
 - = 24 mois
-

Principes de prise en charge

Epiphysiodèse grand trochanter

1. Prévention *Stades Ia, Ib et II a*

- Liée à la coxa brevis
 - Il ne s'agit donc pas d'une hyper-croissance
 - Conflit avec le bord latéral du bassin = limitation d'abduction à terme
-

Principes de prise en charge

Containment

1. Prévention *Stades Ia, Ib et II a*

- Lutte contre l'enraidissement + maintien congruence
 - Mise en traction continue = diminution pression
 - Kinésithérapie d'assouplissement
 - Balnéothérapie
 - Appareillage ?
 - Chirurgie
 - Ténotomie des adducteurs
 - Ostéotomies fémorales
 - Ostéotomies pelviennes
 - Combinaison ostéotomies pelviennes + fémorales ...
-

Principes de prise en charge

Containment

1. Prévention
Stades Ia, Ib et II a



Appareillage en abduction

- Bois-Larris
- Atlanta (+ jeune)

Principes de prise en charge

Pour qui le containment?

1. Prévention

Stades Ia, Ib et II a

*Déformations
réversibles*

- Facteurs précoces de mauvais pronostic « têtes à risques »
 - Âge de découverte > 7ans
 - Importance de la nécrose (Catteral sur IRM +++)
 - Avant l'extrusion
- Hauteur du pilier latéral? (Herring) = trop tardif

Principes de prise en charge

Limitation d'abduction
"Hinge abduction" de Catteral

2. Curatif

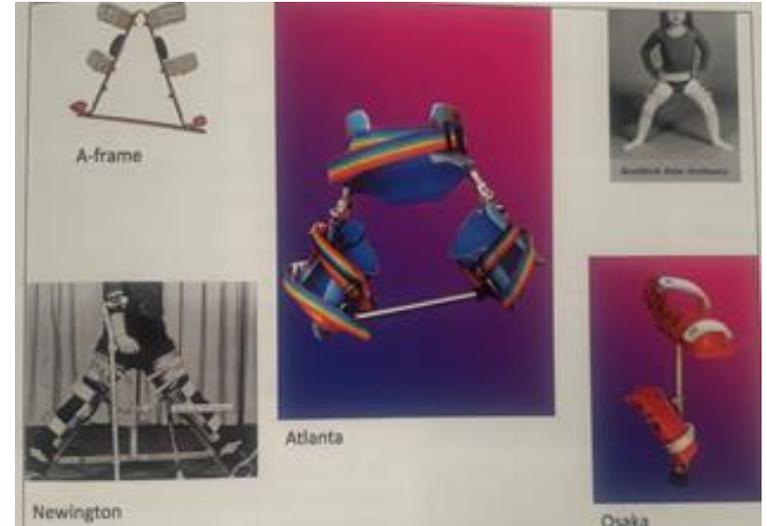
Stade IIB et IIIA

Déformations
irréversibles

- Objectifs
 - Limiter la déformation de la tête
 - Traiter la douleur
 - Mais
 - **Réductible** = traitement curatif +++
 - Irréductible = traitement ? Palliatif?
-

Rééducation et appareillage

- Différents types d'appareillage en abduction
 - Avec troisième pilier
 - Avec prise crurale bilatérale
- Littérature
 - Pas de données pour kiné, MPR, traction, décharge (lit, fauteuil, cannes)
 - Peu d'informations sur les orthèses seules



Objectifs: lutte contre enraidissement et douleur et ttt pré opératoire

Principes de prise en charge

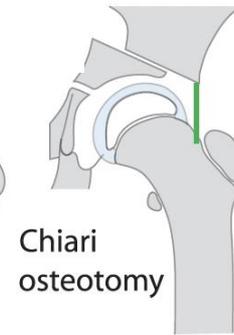
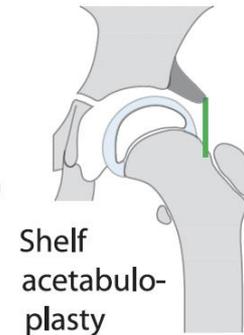
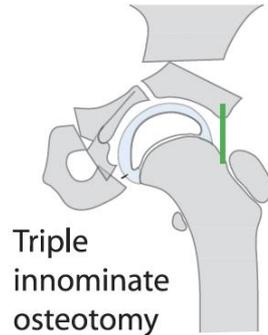
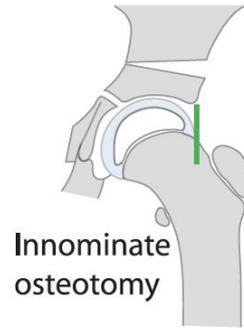
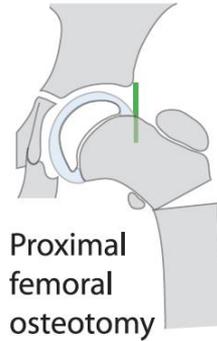
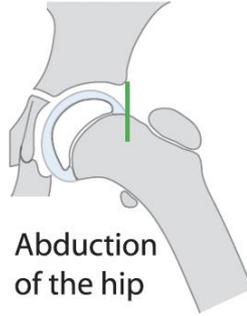
**Pas de remodelage possible
= traitement des séquelles**

**3. Palliatif
« sauvetage »
≥ Stades IIIB**

- Objectifs
 - Traiter le conflit fémoro-acétabulaire (FAI)
 - Eviter les dommages articulaires
 - Retarder l'arthrose
-

Techniques chirurgicales curatives

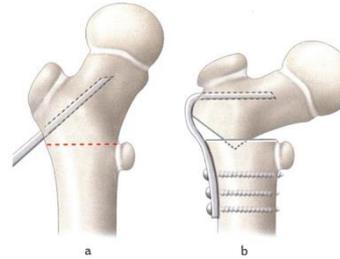
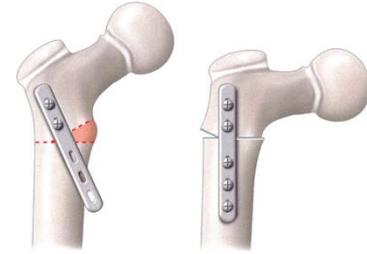
Fémur ou
bassin?



Objectifs: Augmenter la couverture latérale

Ostéotomie fémorale varisation – raccourcissement

- Enlever un triangle à base médiale ou ostéotomie et bascule
- Risque : pseudarthrose
- Ostéosynthèse
 - lame plaque ou plaque à vissage LCP
 - Tenue dans le col +++
- Conséquences
 - Raccourcissement du membre -1 cm
 - Boiterie de Trendelenburg
 - Grand trochanter saillant sous la peau
- Pièges
 - Abord insuffisant
 - Partir dans le cartilage du grand trochanter

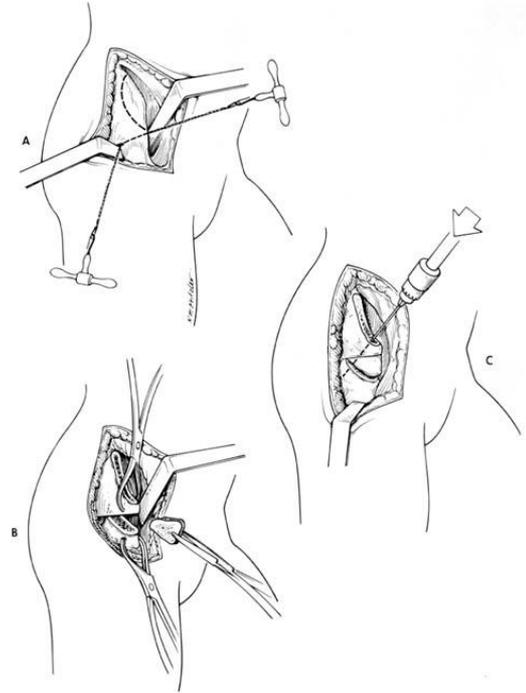


Ostéotomie fémorale varisation – raccourcissement



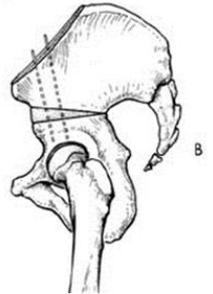
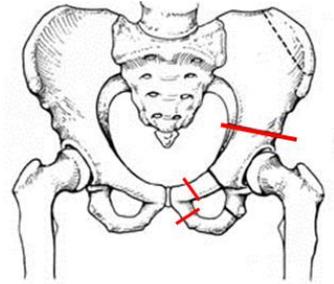
Ostéotomie de Salter

- Principe : Ostéotomie supra-acétabulaire et pivoter sur la symphyse pubienne pour basculer le quadrant inféro inférieur du bassin
 - Avantage : **couverture antérieure et latérale**
 - Inconvénient : découverte postérieure + risque d'overcoverage
- Enfant < 6 ans
 - Souplesse de la symphyse pubienne
 - Un seul trait d'ostéotomie

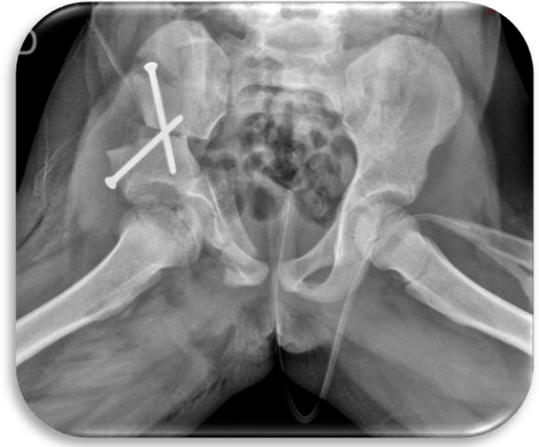
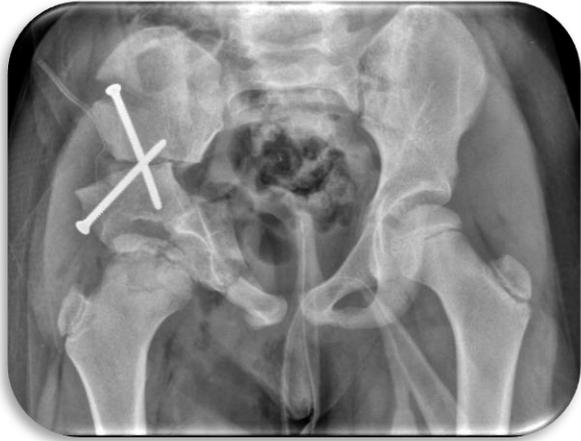


Triple Ostéotomie Pelvienne Pol-Lecoeur

- Objectif : améliorer la couverture de la tête et stabiliser l'articulation coxo fémorale
- Indication : défaut de couverture antérieure et latérale, hanche congruente
- Ostéotomie innominée (Salter) + branches ischio et ilio pubienne
- Ostéotomie des branches
 - Ischio : en sous périosté, résection de 5 mm
 - Ilio : en extra périosté, résection de 5 mm
- Vissage : une de haut en bas et une de bas en haut les deux allant vers la colonne postérieure et bien les enfouir

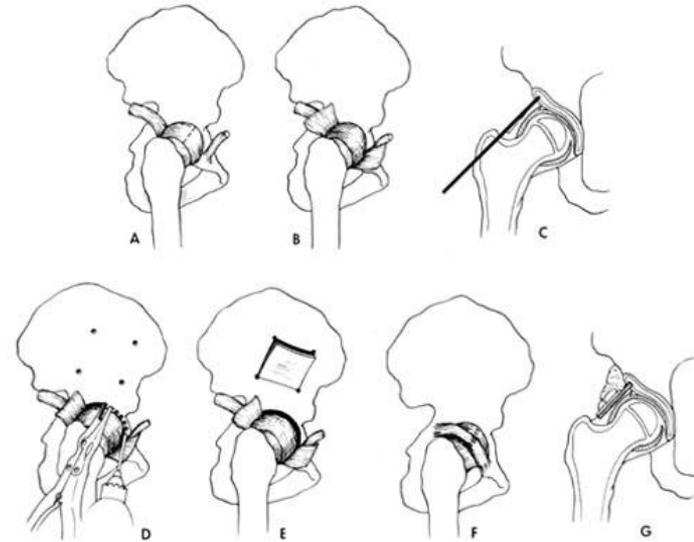


Triple Ostéotomie Pelvienne Pol-Lecoeur



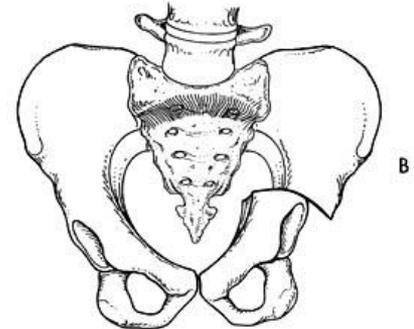
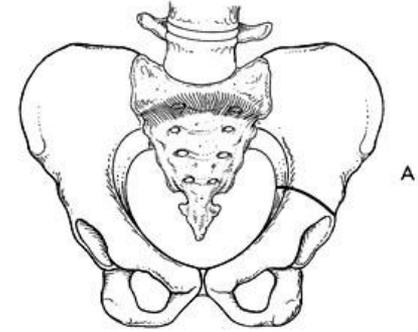
Butée (Shelf acetabuloplasty)

- Objectif : prolonger l'acetabulum pour augmenter la surface couvrante = agrandissement
- Surtout pour les découvertures postérieures mais aussi efficace pour les manques de couvertures latérales

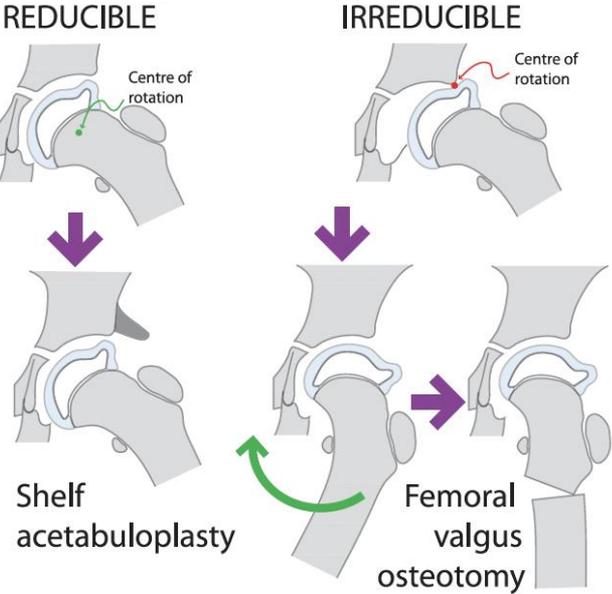
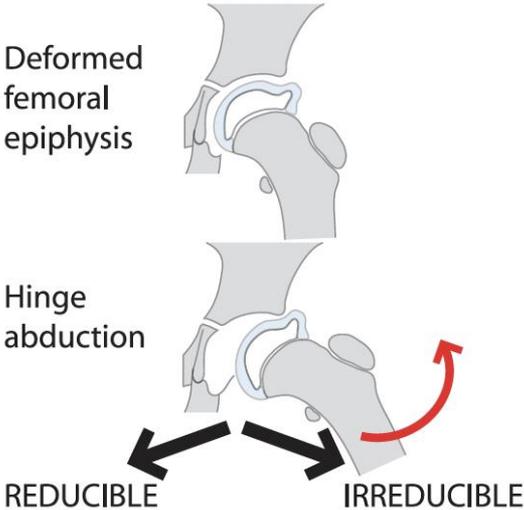


Ostéotomie de Chiari

- Agrandissement de l'acétabulum
 - Couverture & médialisation tête fémorale
 - Diminution des contraintes sur hanche non congruente
- Trait au-dessus du cotyle, extra-capsulaire
- Translation interne du fragment inférieur



Quid de l'abduction?



Chirurgie des séquelles

- **Arthrodiastasis de la hanche** (pas réalisé en France)
 - Distraction de la hanche par FE
 - Herring B ou C
 - Résultats favorable/identique en termes de congruence mais complication sur FE (infection sur fiche)
 - **Ostéotomie de valgisation**
 - Portion médiale « indemne » donc volonté de la replacée de façon centrale pour devenir la principale zone d'appui
 - Chirurgie palliative, diminution des douleurs et augmenter la mobilité
 - **Arthroplastie totale de hanche**
-

Chirurgie des séquelles

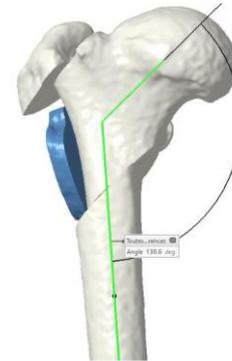
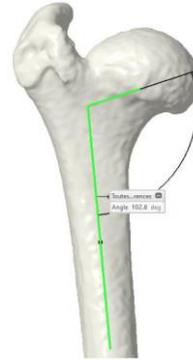
Ostéotomie de Morscher

Coxa brevis

*Ascension du grand
trochanter*

Limitation abduction

Boiterie



Conclusion

“Research provides some evidence to suggest that non treatment may be as effective as orthopaedic treatment or surgical treatment”

...

Question n°1

Quel(s) est(sont) le(les) objectif(s) de la prise en charge ?

Prévention

Curatif

Palliatif

Question n°2

Quelle est la contre-indication à la chirurgie ?

Raideur de hanche ++

Take Home Message

- Traitement symptomatique VS prévention des séquelles
 - Appareillage et rééducation : lutte contre enraidissement et maintien de la marche
 - Clichés de recentrage et congruence articulaire
 - Pas de consensus sur la chirurgie, études très hétérogènes
-

Bibliographie

1. Wiig et al. Legg-Calve-Perthers disease; Tidsskr Nor Laegeforen. 2011 May 20;131(9-10): 946-9
 2. Rich et al. Management of legg-Perthers-calve disease using an A-Fram orthosis and hip range of motion. J Pediatri orhtop. 2013 March; 33(2): 112- 9.
 3. Abu Amara et al. La hanche de l'enfant et de l'adolescent. Séminaires SOFOP 2017. Sauramps médical.
 4. Le Cœur et al. Correction des défauts d'orientation de l'articulation coxofémorale par ostéotomie de l'isthme iliaque. Rev Chir Orthop 1965; 51:211-12.
 5. Padovani JP. Techniques et indications des ostéotomies pelviennes chez l'enfant. In:conférences d'enseignement 1977.\$
 6. Nguyen et al. Operative vs non operative treatments for Legg-Calve-Pethers disease: a meta analysis. J Pediatr Orthop 2002; 22:479-82.
 7. Karimi et al. A comparison of effectiveness of surgical and non surgical treatment of Legg-Calvé-Perthes disease: a review of the literature; Advances in Orthopedics 2012.
 8. Joseph B, Nair NS, Narasimha Rao K, et al. Optimal timing for containment surgery for Perthes disease. J Pediatr Orthop 2003; 23(5): 601–606.
 9. Hasler CC, Morscher EW. Femoral neck lengthening osteotomy after growth disturbance of the proximal femur. J Pediatr Orthop B (1999); 8(4): 271-5
-

Mentions légales

L'ensemble de ce document relève des législations française et internationale sur le droit d'auteur et la propriété intellectuelle.

Tous les droits de reproduction, de tout ou partie, sont réservés pour les textes ainsi que pour l'ensemble des documents iconographiques, photographiques, vidéos et sonores.

Ce document est interdit à la vente ou à la location. Sa diffusion, duplication, mise à disposition du public, sous quelque forme ou support que ce soit, mise en réseau, partielles ou totales, sont strictement réservées au Collège de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.

L'utilisation de ce document est strictement réservée au Collège de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique, et non destinée à une utilisation collective, gratuite ou payante.