

Quoi de neuf dans le dépistage de la maladie luxante de hanche?



Romain Pecquery
Service de chirurgie pédiatrique
Groupe Hospitalier du Havre

- ▶ MLH = 6 à 20 / 1000 naissances
- ▶ Diagnostic tardif = Traitements « lourds »
- ▶ Diagnostic précoce permet le plus souvent une guérison rapide.



- ▶ Maladie très connue et depuis longtemps...
- ▶ Echographie = moyen simple et non invasif de dépister la maladie.

Donc : **y a-t-il encore un intérêt à parler de la MLH ?**

Quelques histoires...

Milina 2 ans 1/2



Elena 1 mois



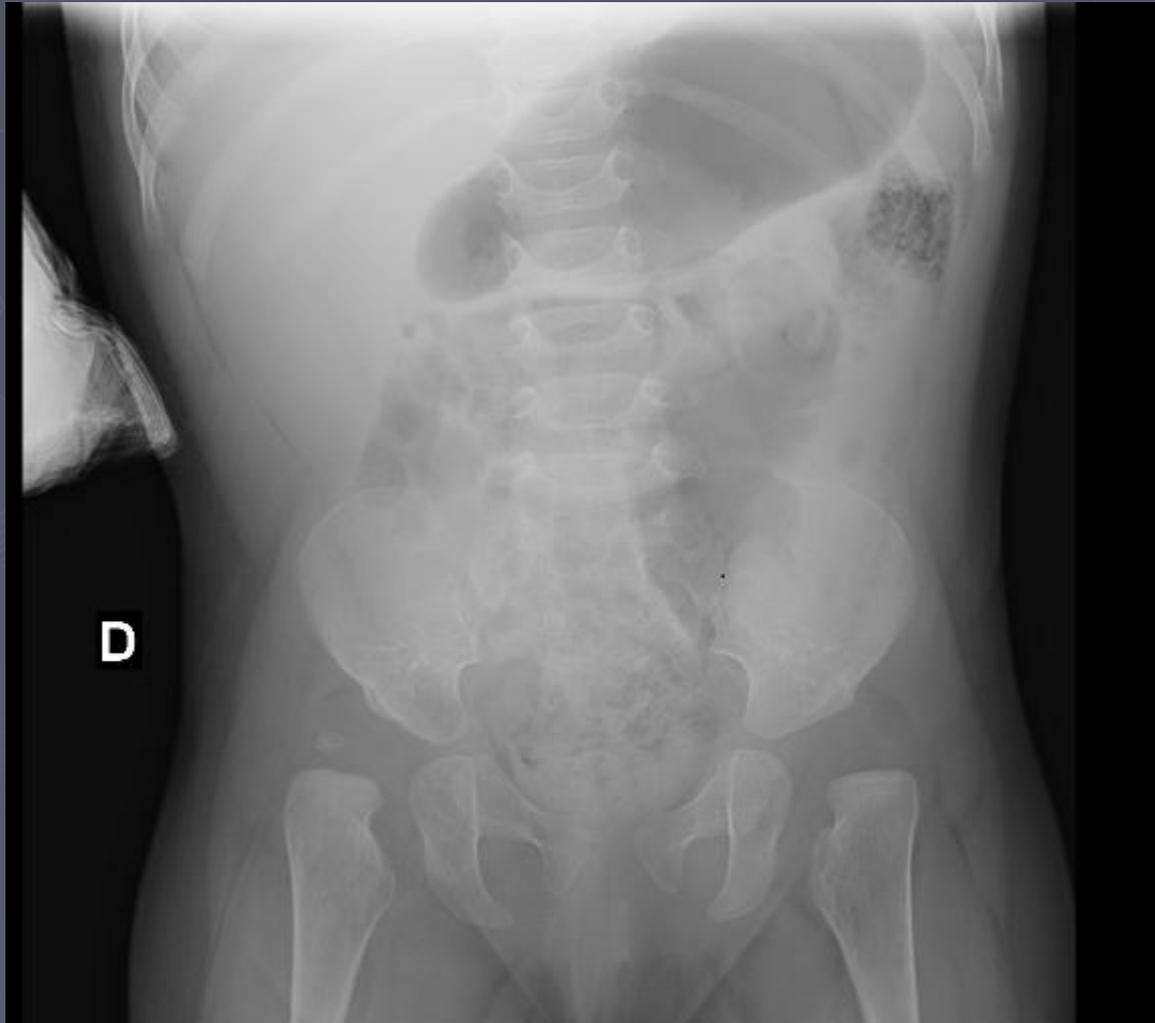
Elena 4 mois



Alicia 2 ans 1/2

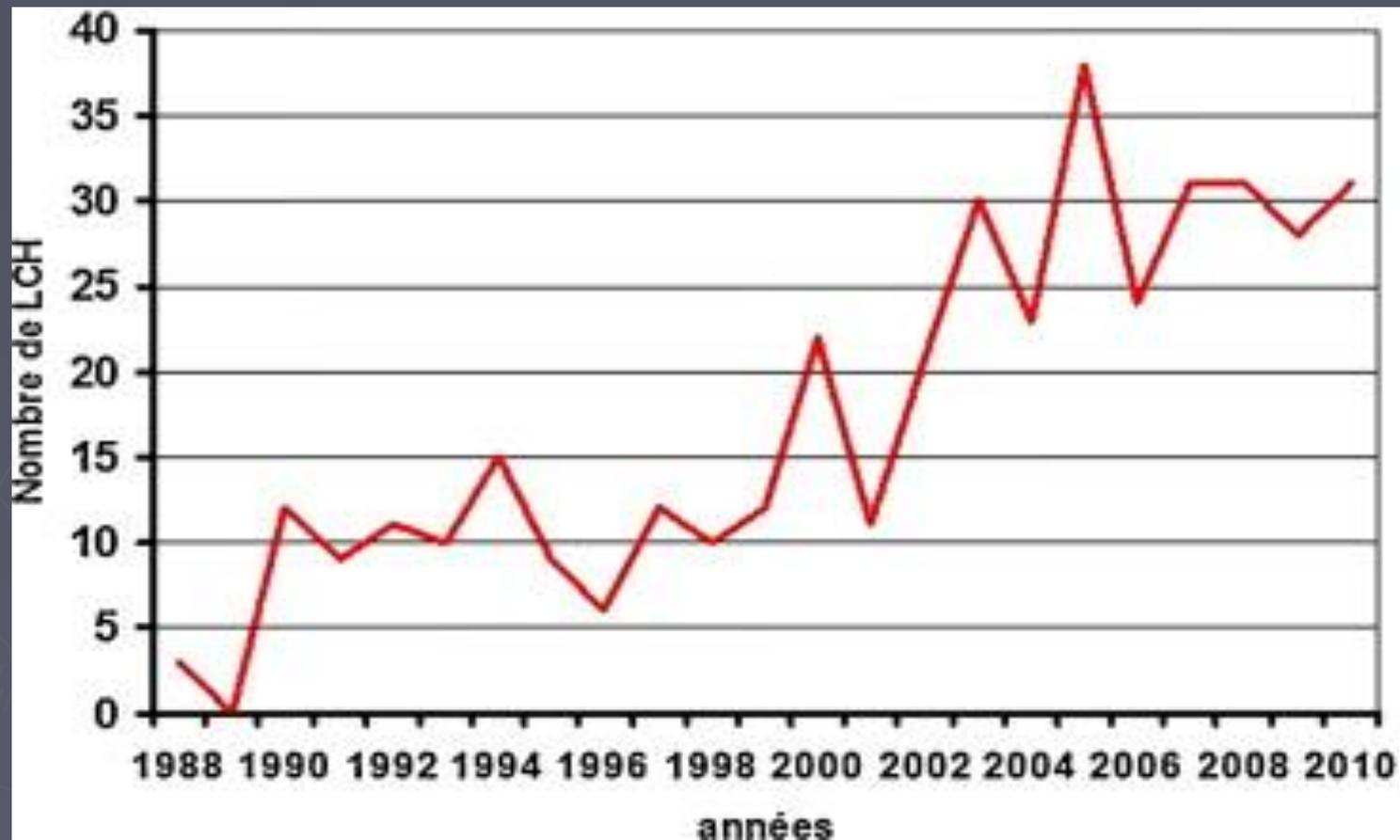


Yousra 10 mois

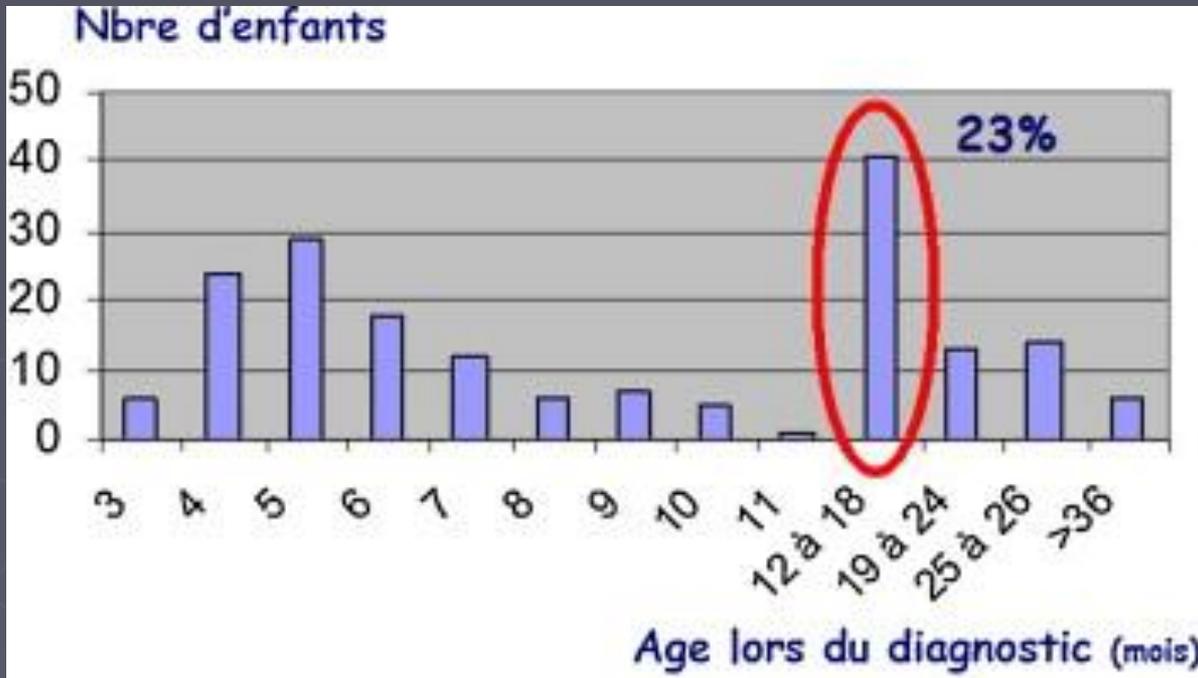


Donc : **y a-t-il encore un intérêt à parler de la MLH ?**

- ▶ **OUI !** La MLH reste un vrai problème de santé et son dépistage est l'affaire de tout soignant prenant en charge des enfants !



Évolution du nombre cumulé annuel de luxation congénitale de hanche (LCH) diagnostiquées après l'âge d'un an dans 20 centres français



Nombre de MLH diagnostiquées après l'âge de 3 mois en fonction de l'âge.

Éléments du dépistage

- ▶ L'échographie et la radiographie ne sont que des examens paracliniques
- ▶ La clinique prime!!!!
- ▶ Systématique pour tous les enfants (même les garçon non bretons !) et jusque l'âge de 18 mois au moins.

Éléments du dépistage

- ▶ Notion de facteurs de risque : seulement 3
 - Présentation par le siège
 - Antécédents familiaux directs (1^{er} degré)
 - Syndrome postural (torticollis, genu recurvatum, déformation sévère des pieds)
- ▶ Le sexe féminin, la primiparité, la macrosomie ne sont pas retenus comme FDR.

Dépistage clinique de MLH

- ▶ 1 signe essentiel : la limitation de l'abduction



Dépistage de la luxation congénitale de la hanche par l'étude de l'abduction

Lors de l'examen, l'enfant est installé sur un plan dur. Afin qu'il soit détendu, le réflexe de succion peut être provoqué. Les cuisses sont fléchies à 90° sur le bassin. Le sillon interfessier est la référence de la mesure.

L'étude de l'abduction de la hanche est essentielle : elle a une très forte valeur d'orientation.

Même si son anomalie n'affirme pas formellement une luxation, c'est un signe d'alerte fiable et simple à mettre en évidence.

Les éléments recherchés sont :

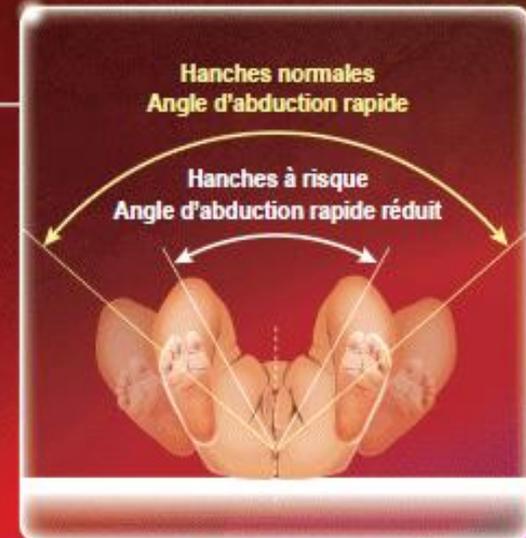
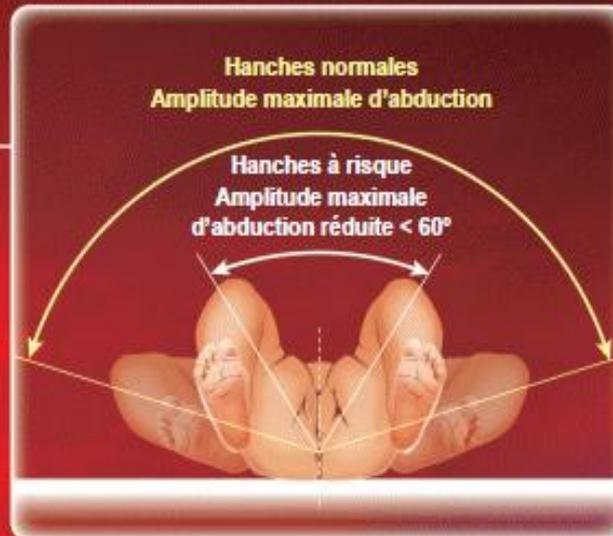
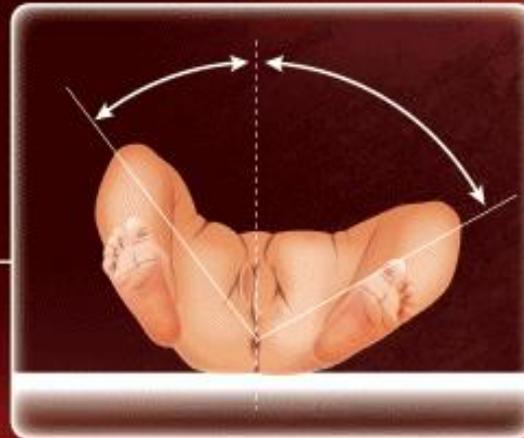
• une asymétrie d'abduction ;

• ou une limitation de son amplitude, pouvant porter à la fois sur :

l'angle d'abduction rapide, témoin d'une hypertonie des adducteurs ;

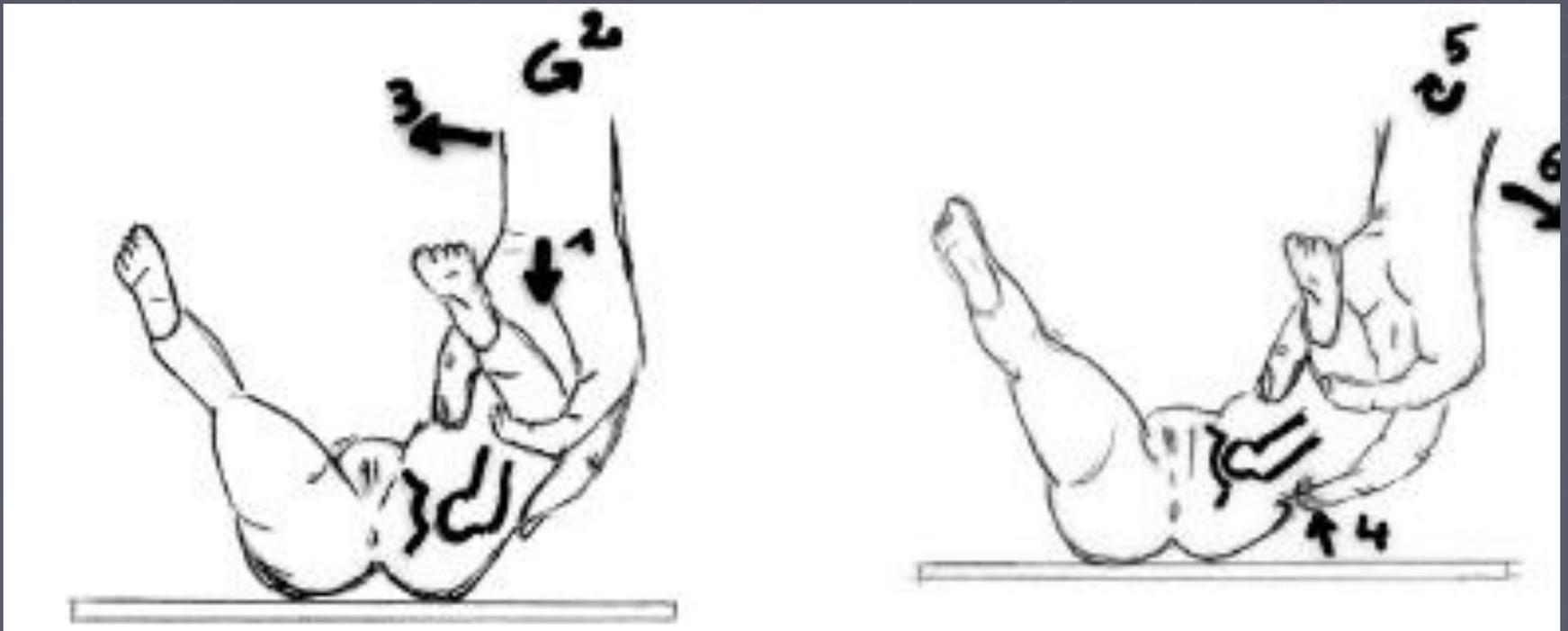
ou l'amplitude maximale d'abduction, témoin d'une rétraction des adducteurs (angle < 60°).

La limitation de l'abduction témoigne soit d'une hanche luxée, soit d'une simple rétraction des adducteurs qui peut entrer dans le cadre d'un bassin asymétrique congénital, avec abducteurs controlatéraux rétractés.



Dépistage clinique de la MLH

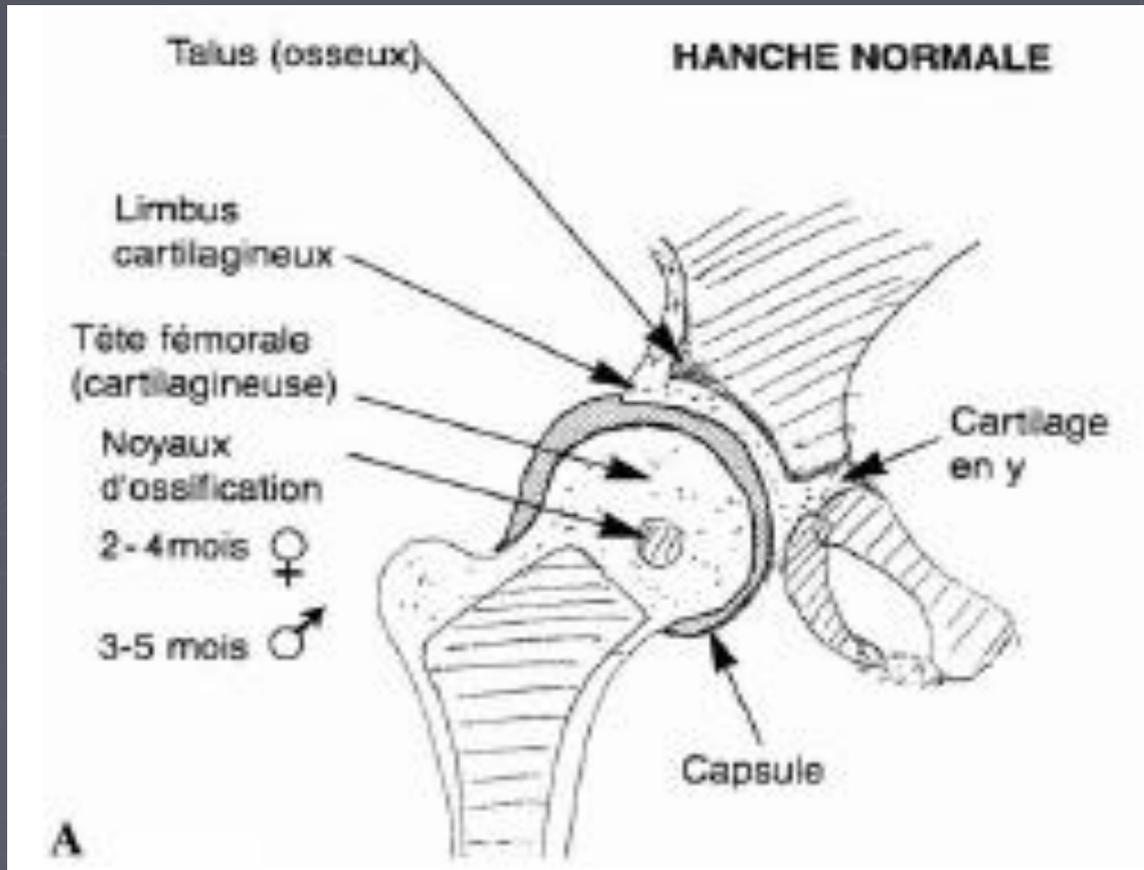
- ▶ Ressaut, piston...
- ▶ Des éléments sensibles mais difficiles à mettre en évidence



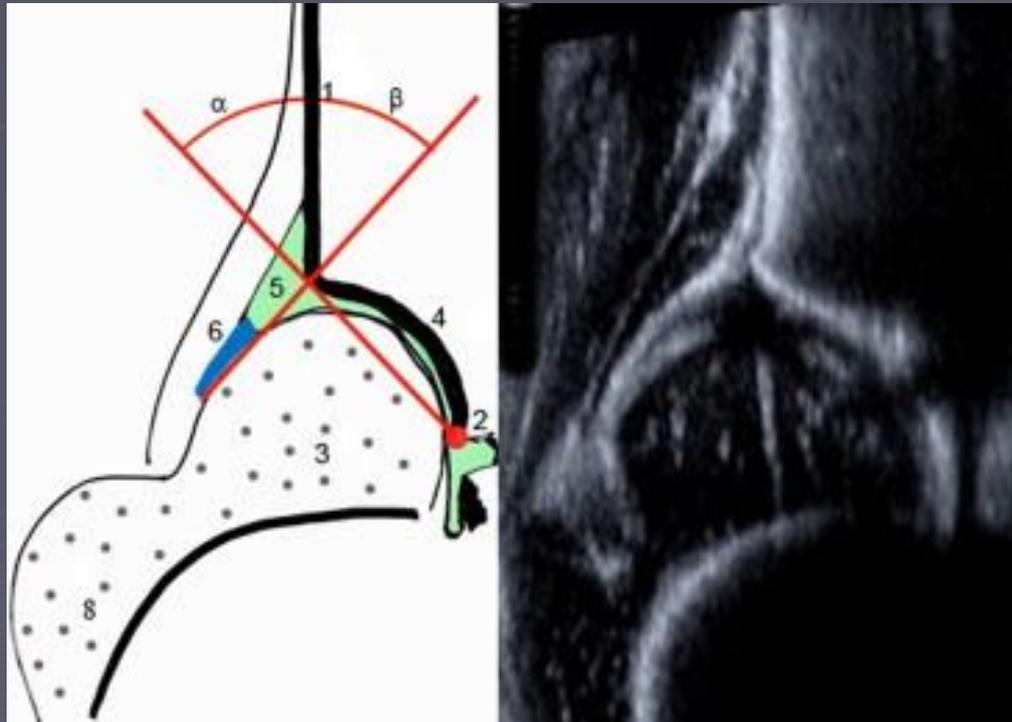
Dépistage para-clinique de la MLH

- ▶ Echographie +++
- ▶ Normalement la radiographie ne doit pas faire le diagnostic

Un peu d'anatomie...

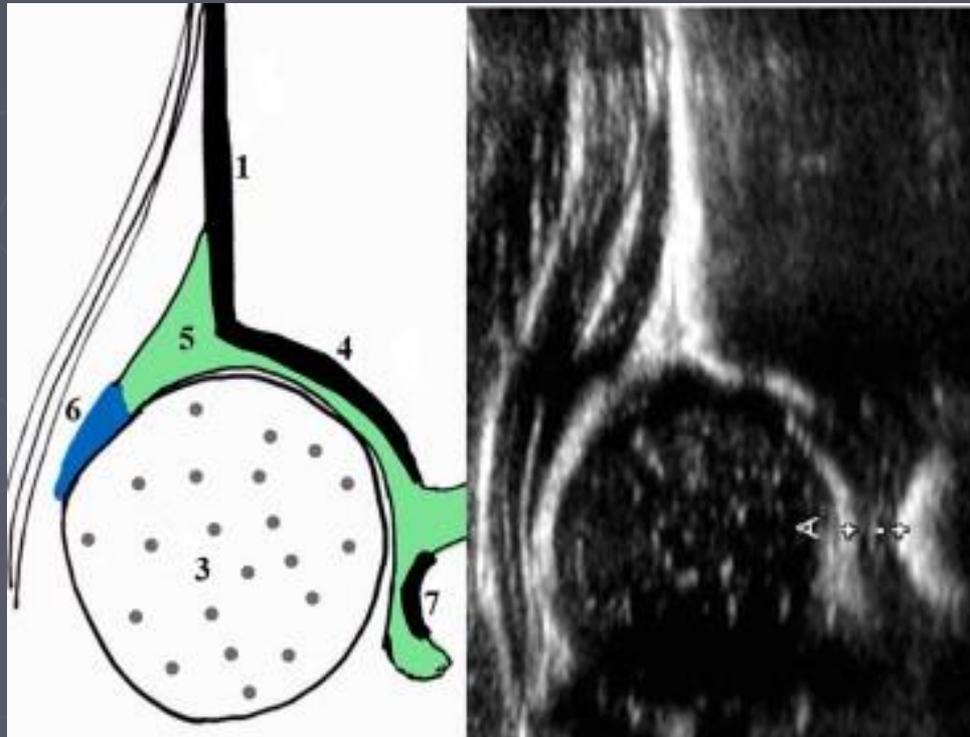


Echographie de dépistage : 2 techniques



Coupe morphologique longitudinale externe : technique de Graf. 1. Aile iliaque osseuse. 2. Point iliaque inférieur. 3. Tête fémorale cartilagineuse. 4. Toit de l'acétabulum osseux. 5. Acétabulum cartilagineux. 6. Labrum. 7. Pubis. 8. Trochanter cartilagineux.

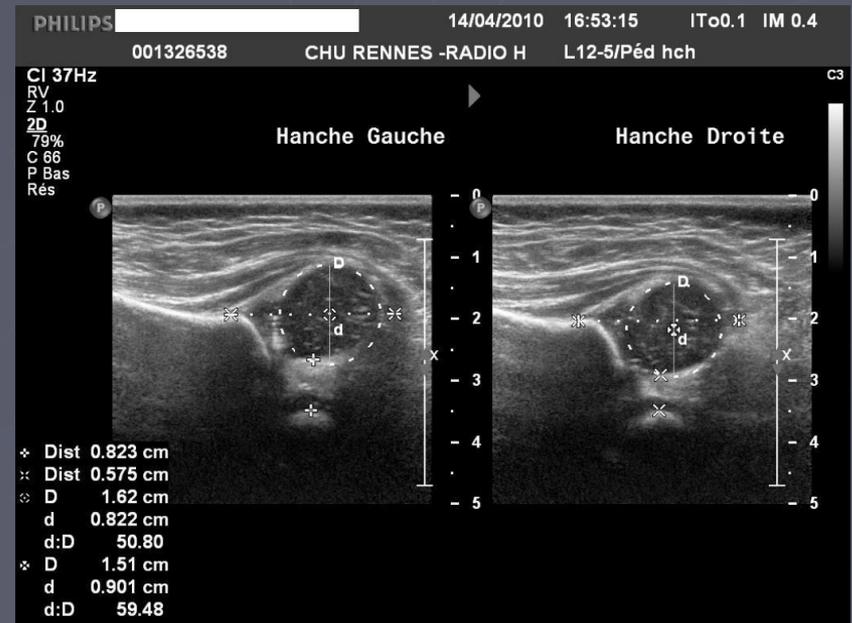
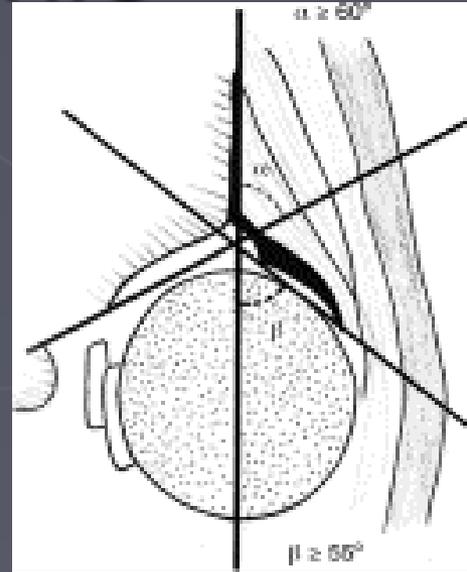
Echographie de dépistage : 2 techniques



Coupe dynamique longitudinale externe : technique de Couture-Tréguier. 1. Aile iliaque osseuse. 2. Point iliaque inférieur. 3. Tête fémorale cartilagineuse. 4. Toit de l'acétabulum osseux. 5. Acétabulum cartilagineux. 6. Labrum. 7. Pubis.

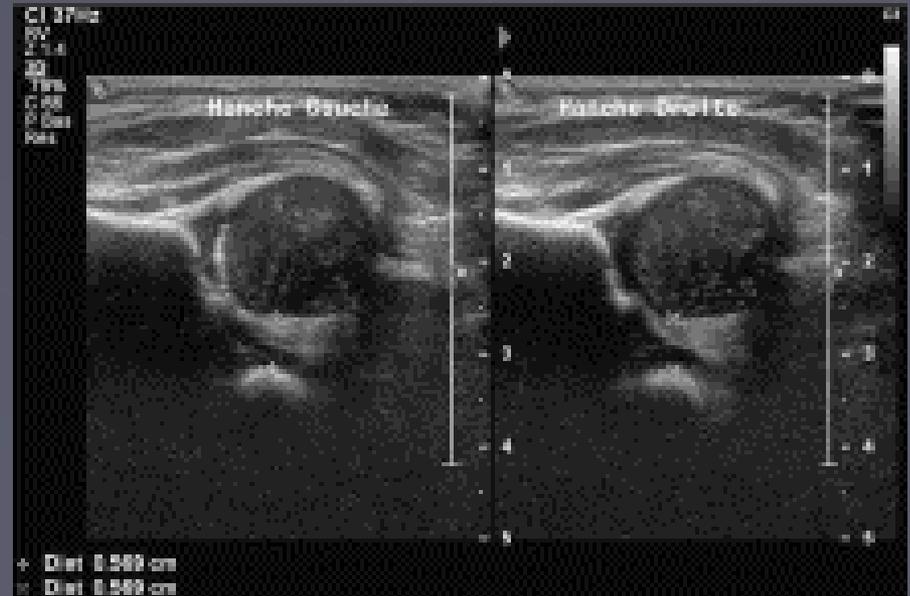
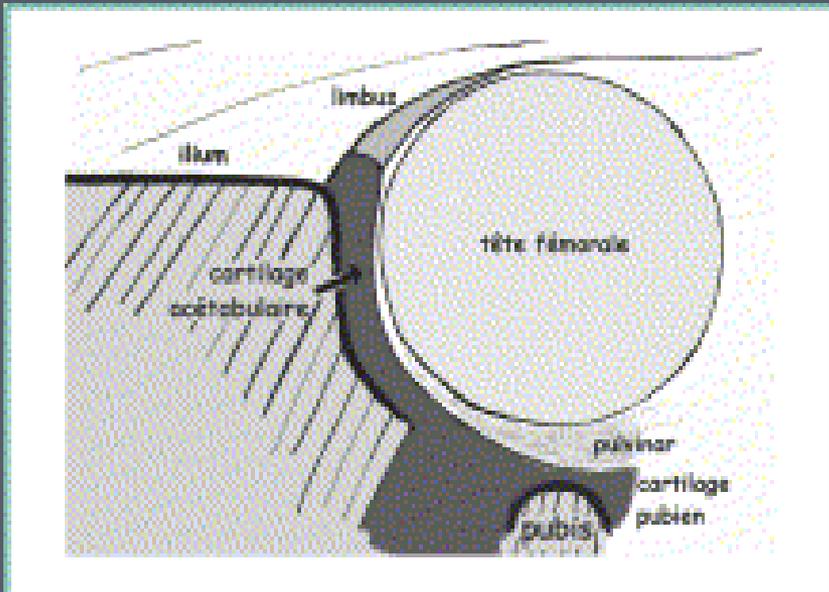
Echographie

- ▶ Non invasif
- ▶ Bien codifié
- ▶ Mais difficultés d'interprétation pour les non radiologues!

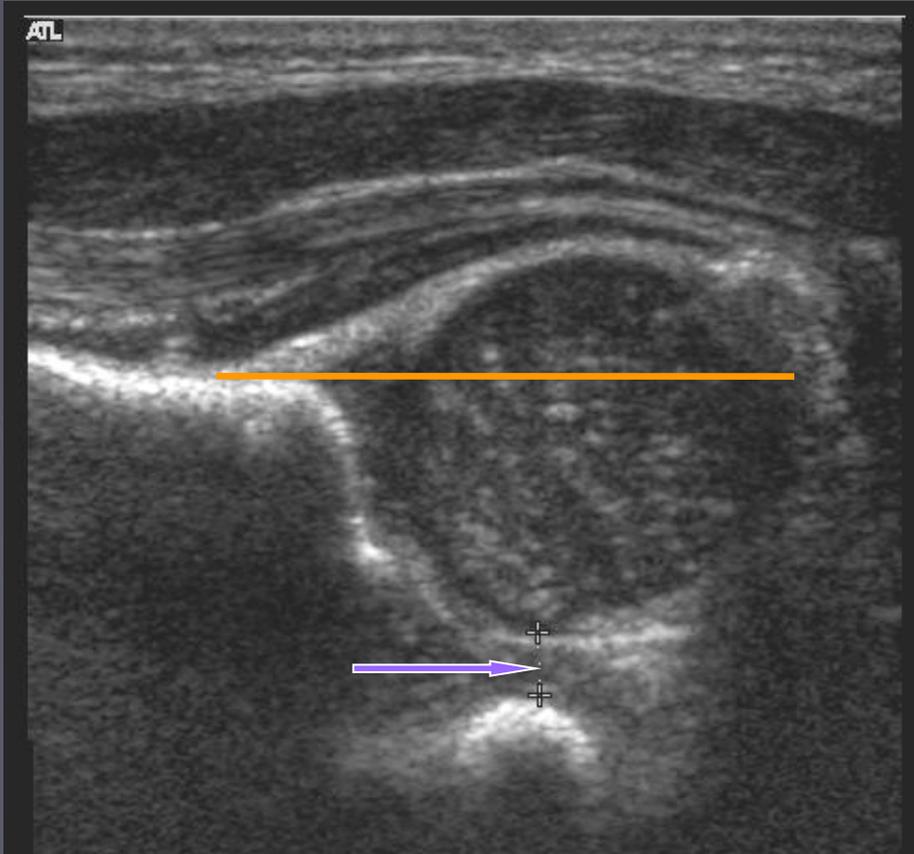


Echographie (pour les nuls?)

- ▶ Critères d'une « bonne écho de hanche »:
 - Aile iliaque horizontale
 - Noyau pubien visible
 - Tête fémorale ronde



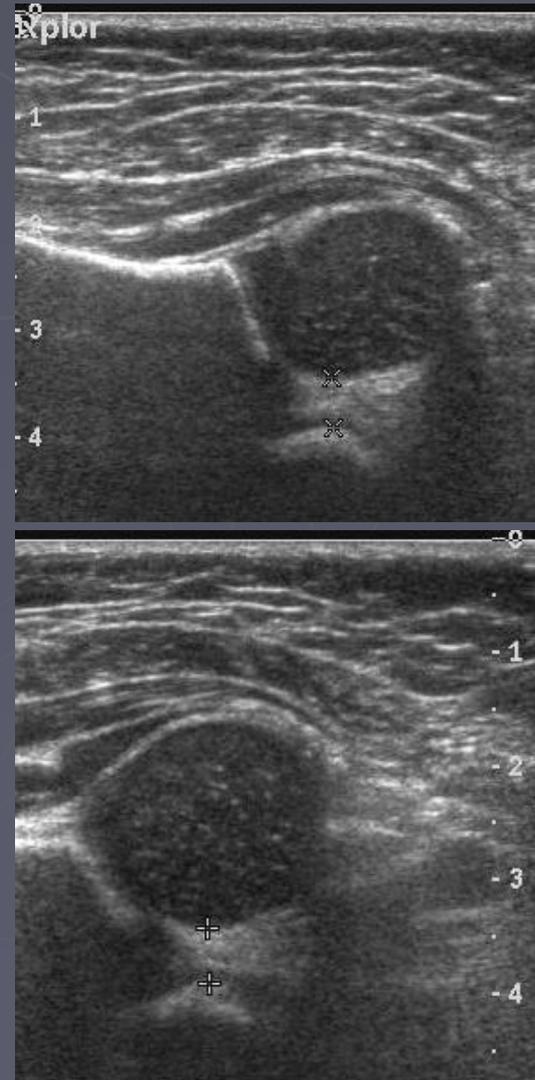
Echographie (pour les nuls?)



- ▶ 2 valeurs sont alors facilement identifiables :
 - la couverture osseuse (CO) supérieure à 50% à 1 mois
 - le fond cotyloïdien (FC) inférieur à 6mm

Echographie (pour les nuls?)

- ▶ FC est la valeur la plus importante car la plus reproductible.
- ▶ Même hanche, 2 opérateurs différents, CO différents mais FC identiques.

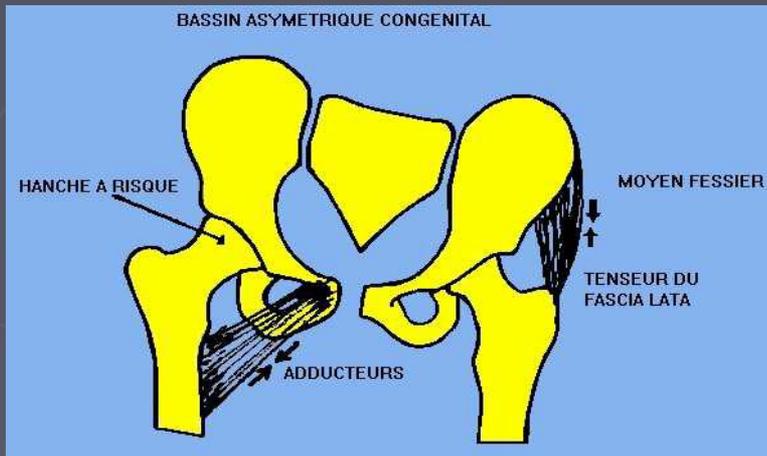


- ▶ 3 situations possibles à l'écho de 1 mois :
 - hanche normale : $FC < 6\text{mm}$ et différence de FC entre les 2 hanches $< 1,5\text{ mm}$
 - Hanche luxée (ou presque) : $FC > 6\text{mm}$ et $CO < 50\%$
 - Bassin asymétrique congénital : $FC > 6\text{ mm}$, $CO > 50\%$ et différence de FC entre les 2 hanches $> 1,5\text{mm}$

Le BAC

- ▶ 7 % des enfants
- ▶ Rétraction des abducteurs de hanche d'un côté et des adducteurs de hanche de l'autre.
- ▶ Sur le dos, l'enfant bascule du côté des abducteurs rétractés.
- ▶ Association +++ avec plagiocéphalie, torticolis.

LE BAC



- ▶ Enfant tourné vers la gauche donc, plagiocéphalie gauche, pseudo-torticolis droit, limitation abduction droite et de l'adduction gauche (bien visible en décubitus ventral).
- ▶ Pas d'asymétrie des plis, CO normale.
- ▶ TTT par rééducation par les parents...

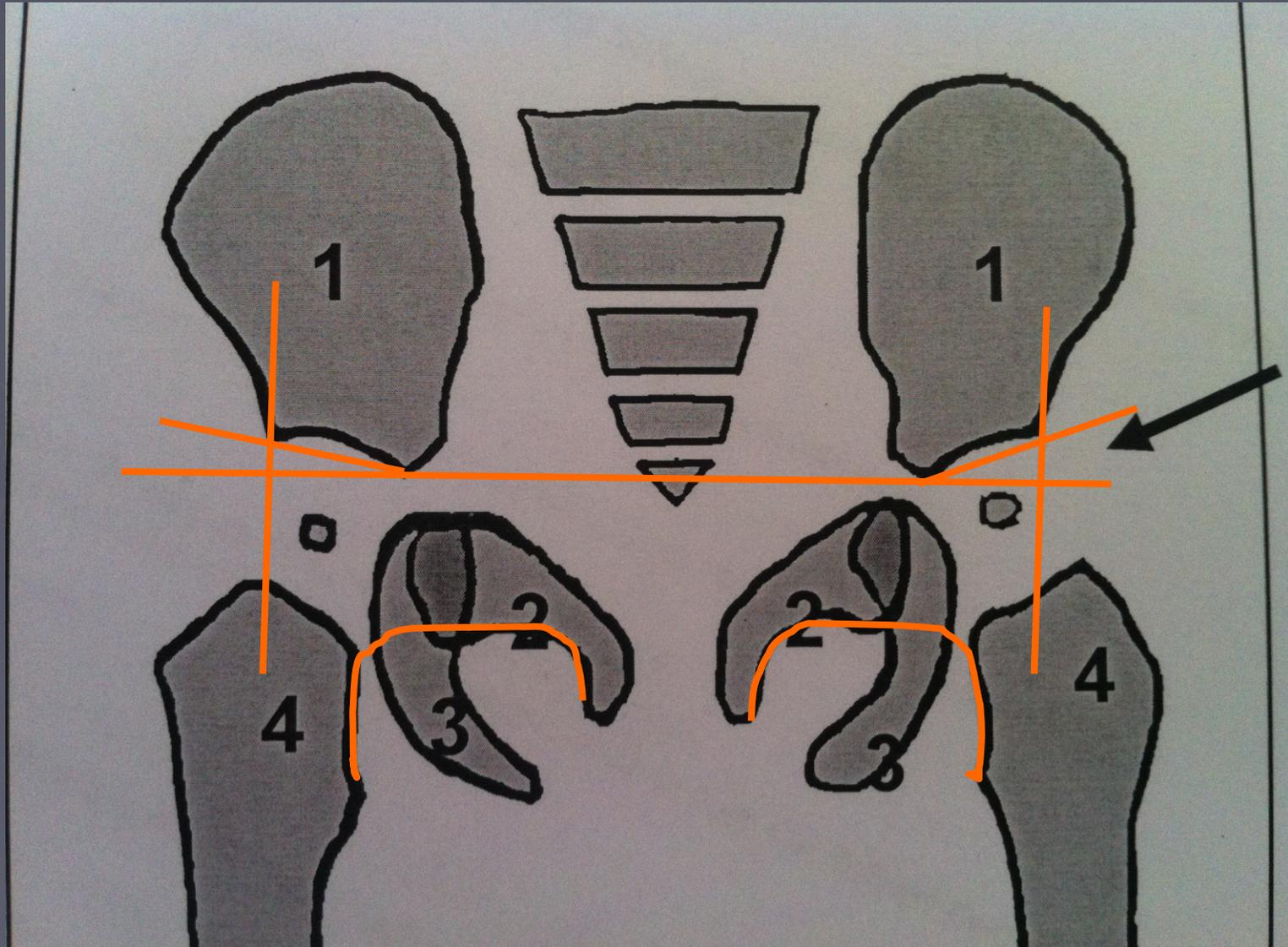
Echographie

- ▶ Dépistage « facile ».
- ▶ Mais nécessite une bonne technique du radiologue.
- ▶ Nécessité de faire une écho bilatérale dans tous les cas.

Radiographie

- ▶ Une bonne radio de bassin doit être de face stricte (trous obturateurs)
- ▶ Inutile avant l'apparition des noyaux épiphysaires fémoraux supérieurs (4 mois).
- ▶ Pb des radiations (doses cumulées).

Radiographie

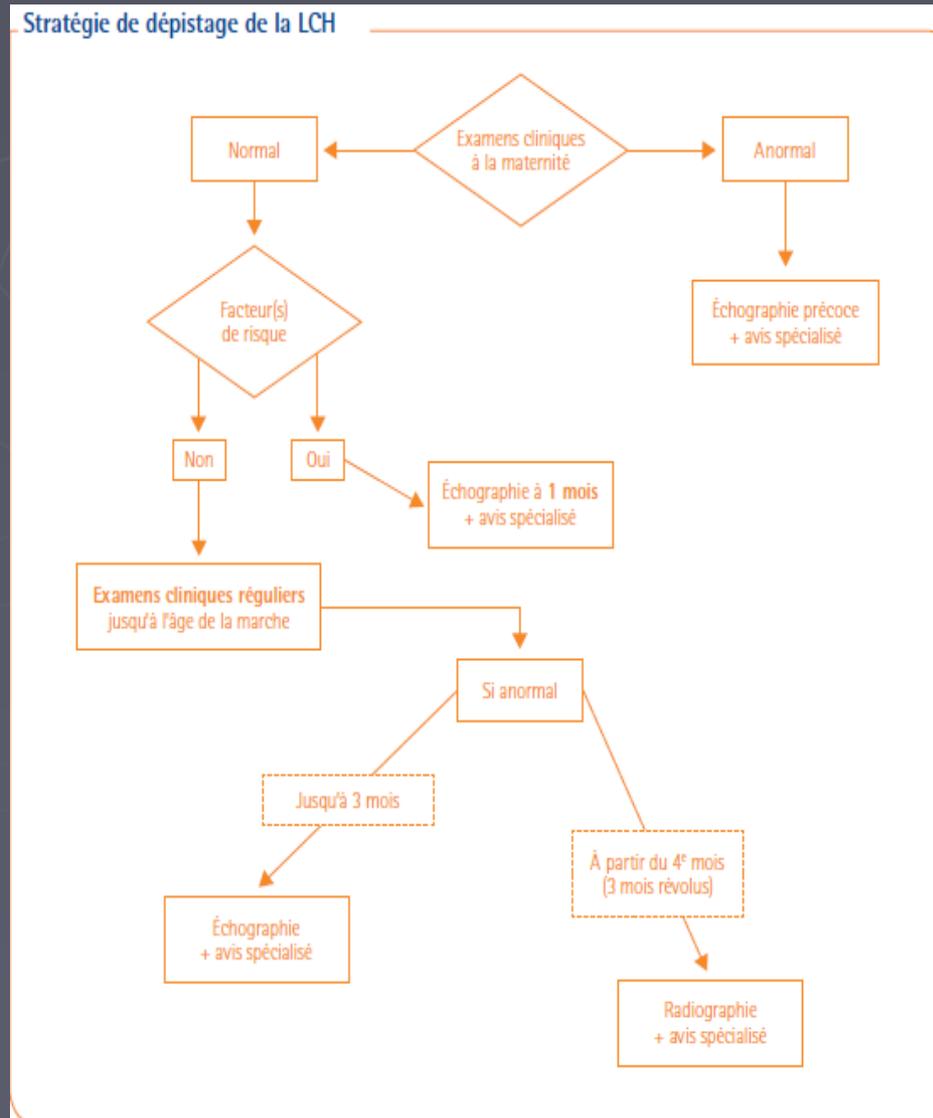


Radiographie

- ▶ Pas opérateur dépendant.
- ▶ Interprétation facile
- ▶ Mais rayons!!!

!!!La radiographie ne doit jamais être l'examen de référence de dépistage chez l'enfant avant 4 mois !!!

Dépistage de la MLH : recommandations 2014



Quand le dépistage est bien réalisé, 5 situations possibles

- ▶ Hanche normale
 - ▶ Hanche dysplasique
 - ▶ Hanche luxable
 - ▶ Hanche luxée réductible
 - ▶ Hanche luxée irréductible
-
- ▶ Toute hanche « anormale » doit faire l'objet d'un avis spécialisé.

Alors, finalement....

...quoi de neuf dans le
dépistage de la maladie
luxante de hanche?

Réponse :

▶ **Pas grand'chose**

Les éléments sont toujours les mêmes (FDR, clinique, échographie...)

▶ **...mais cela ne doit
justement pas nous
conduire à relâcher
notre attention !!!**

Conclusion

- ▶ Seul l'examen clinique est l'élément clé du dépistage.
- ▶ Echographie et radiographie sont uniquement une aide et ne peuvent remplacer un bon examen clinique.
- ▶ La limitation d'abduction est l'élément clé du dépistage clinique
- ▶ Tout enfant doit bénéficier d'un examen clinique de hanche systématique à chaque consultation durant la petite enfance (au moins jusque 18 mois).
- ▶ Toute anomalie de l'examen clinique doit faire demander une échographie avant 4 mois ou une radiographie de bassin de face après 4 mois.

Conclusion

- ▶ Toute échographie anormale ou « douteuse » avant 4 mois doit être recontrôlée 1 mois plus tard par un radiologue « chevronné ».
- ▶ Après 4 mois le contrôle échographique est possible mais la radiographie devient plus précise.
- ▶ **Toute MLH doit être diagnostiquée à 4 mois au plus tard!!!!**

Objectif

L'objectif de ce travail est d'aider les médecins généralistes, pédiatres, pédiatres néonatalogistes, médecins de protection maternelle et infantile, chirurgiens orthopédistes, radiologues, gynéco-obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices, masseurs-kinésithérapeutes et ostéopathes à dépister précocement la luxation congénitale de la hanche (LCH), afin d'instaurer une prise en charge thérapeutique beaucoup plus simple pour l'enfant.

Préambule

- La LCH est une anomalie du développement de la hanche qui se manifeste par une **instabilité** de la hanche, c'est-à-dire une mobilité anormale entre le bassin et le fémur. La tête fémorale sort, ou peut sortir, en partie ou en totalité de la cavité acétabulaire, alors qu'une hanche normale est stable.
- La LCH peut se présenter sous plusieurs variantes, de la forme franche à la plus discrète : hanche luxée, hanche luxable, subluxation. Les hanches luxées sont environ quatre fois moins fréquentes que les hanches luxables.
- Après l'accouchement, la levée des contraintes obstétricales permet la plupart du temps spontanément un remodelage, une stabilisation et la guérison. Cependant, les LCH non corrigées entraînent une boiterie dès le début de la marche, une douleur chronique et une atteinte dégénérative précoce.
- Le traitement de la LCH est d'autant plus simple et efficace que le diagnostic est précoce.
- En France, l'incidence de la LCH est estimée à 6 pour 1 000 naissances, avec une forte prédominance féminine, et l'incidence des LCH de diagnostic tardif (après l'âge de 1 an) était de 8,4 pour 100 000 en 2010.

Messages clés

- Il y a un bénéfice à faire le diagnostic de LCH le plus tôt possible, de préférence avant la fin du premier mois, sinon avant 3 mois. En effet, le traitement est alors plus efficace, moins lourd et moins coûteux.
 - Le diagnostic de LCH repose en premier lieu sur l'examen clinique, primordial et obligatoire, qui doit être répété lors de chaque examen systématique du nouveau-né et du nourrisson jusqu'à l'acquisition de la marche. En cas d'examen clinique anormal (imitation d'abduction, instabilité), une échographie est à réaliser rapidement.
 - Les examens complémentaires à pratiquer dans le cadre du dépistage :
 - la radiographie n'a plus sa place dans le dépistage de la LCH jusqu'à 3 mois ;
 - l'échographie en coupe coronale externe avec mesure du fond cotyloïdien est indiquée dans les cas suivants :
 - existence de signes cliniques (échographie à réaliser rapidement) ;
 - facteurs de risque, en particulier :
 - présentation par le siège,
 - antécédents familiaux du premier degré,
 - diverses anomalies orthopédiques, notamment éléments du syndrome postural.
- Cette échographie doit être effectuée à l'âge de 1 mois.

Merci de votre attention