



Dysplasie/dislocation congénitale de la hanche

La dysplasie de la hanche est une malformation (avant la naissance/dysplasie) de l'articulation de la hanche avec une maturation insuffisante de l'acétabulum, qui n'est pas suffisamment développé pour accueillir et couvrir entièrement la tête fémorale.

En cas de luxation congénitale de la hanche, la tête fémorale quitte même partiellement ou complètement le cotyle. La dysplasie de la hanche est l'une des affections squelettiques congénitales les plus courantes. Les filles sont plus souvent touchées que les garçons.

Quelles sont les causes du retard ou de l'absence de maturation de l'articulation de la hanche chez les nourrissons?

Chez le nouveau-né, l'articulation de la hanche est principalement constituée de cartilage. Dans le cadre du développement normal de l'enfant (3 à 9 mois), la substance cartilagineuse est continuellement remplacée par la substance osseuse. Cela se produit à la fois dans l'acétabulum et dans la tête fémorale de l'os de la cuisse (fémur). La position correcte de la tête fémorale par rapport à l'acétabulum est essentielle pour une ossification régulière de l'articulation de la hanche.

À moyen et long terme, quels problèmes peuvent découler de ce malalignement?

Dans certains cas, l'acétabulum et la tête fémorale peuvent ne pas se former correctement en termes de forme et de taille, ce qui entraîne un mauvais fonctionnement de l'articulation de la hanche et des dommages ultérieurs (arthrose/adulte).

Quelles sont les causes et les facteurs de risque qui peuvent contribuer à la dysplasie de la hanche?

La cause de la dysplasie de la hanche est multifactorielle. Des facteurs tels que le manque d'espace dans l'utérus (oligohydramnios) ou des prédispositions génétiques jouent un rôle dans le développement de la dysplasie de la hanche.

Comment savoir si un nourrisson souffre de dysplasie de la hanche?

L'articulation de la hanche de chaque enfant doit être examinée par le pédiatre au cours des premières semaines (1ère-4ème semaine de vie) après la naissance. L'expressivité ist begrenzt, est limitée, mais utile comme première mesure. Les anomalies dans l'examen clinique sont:

- Asymétrie des rides des cuisses et des fesses
- Asymétrie de la posture des jambes, du bassin et de la colonne vertébrale
- Restriction des mouvements/inhibition de l'écartement des jambes
- Instabilité de l'articulation de la hanche
- Raccourcissement apparent de la jambe affectée (en cas de luxation)

Outre les anomalies à l'examen clinique ou la présence de facteurs de risque, l'échographie de l'articulation de la hanche est toujours indiquée, ceci dans la méthode de diagnostic de premier choix.



Échographie

Le médecin examine successivement les deux hanches à l'aide de l'appareil à ultrasons. Deux images échographiques sont prises de chaque articulation de la hanche. Ces images sont ensuite mesurées ; deux angles sont déterminés (angle alpha et angle bêta), selon lesquels un type est attribué à chaque hanche. En fonction du type ou du résultat, un traitement spécifique peut être mis en place ou des examens de suivi par ultrasons peuvent être programmés.

Diagnostic par rayons X

Avec l'âge, environ après 6 à 8 mois de vie, il est possible d'utiliser un examen radiologique (bassin a.p.). Ici aussi, il faut veiller à un positionnement correct. La norme est la voûte de la tête fémorale avec l'angle acétabulaire (angle AC).

À quel moment une thérapie pour la dysplasie de la hanche est-elle nécessaire et à quoi ressemble cette thérapie?

Dans le cas d'une échographie de la hanche apparente, une thérapie commence à partir du type IIa selon Graf.

On distingue les types de thérapie suivants :

Traitement de maturation

Tant que la tête fémorale est encore stable dans le cotyle, la thérapie consiste en l'application d'une orthèse d'accroupissement (attelle de Tübingen, voir figure 1 ; bandage Pavlik). La durée du traitement dépend de la gravité de la dysplasie et se poursuit jusqu'à ce que le cotyle ait atteint sa pleine maturité, généralement 8 à 12 semaines. Ce processus est contrôlé à intervalles réguliers par des ultrasons.

Réduction fermée

Si la tête fémorale d'un enfant atteint de dysplasie de la hanche est instable ou a même glissé hors de la cavité (luxation), elle doit être "corrigée" dans la cavité (réduction) puis maintenue dans celle-ci (rétention). Il y a plusieurs possibilités pour cela.

Bandages : Bandage à lanières selon Pavlik. La réduction de la luxation de l'articulation de la hanche peut être obtenue lorsque l'enfant botte. Inconvénient : une adaptation correcte et durable est difficile.

Méthodes d'extension : extension par surchauffe (voir figure 2). Deux tiges sont montées au lit, reliées à une barre transversale au-dessus du lit. Les poids sont fixés aux jambes de l'enfant avec des bandages adhésifs, qui sont suspendus à des cordes par des poulies.

Traitement de rétention ultérieure

Elle reste en place pendant au moins 4 semaines, suivie d'un traitement par attelle si nécessaire. La position de l'articulation de la hanche est vérifiée par IRM (imagerie par résonance magnétique) sous sédation/anesthésie.

Réduction ouverte

Si la réduction fermée (traitement conservateur) ne réussit pas, l'ajustement ouvert de la tête fémorale dans l'articulation doit être effectué par chirurgie. Sans réduction stable, des corrections osseuses supplémentaires sont nécessaires.

Le résultat est également assuré par un moulage de l'os pelvien.



Quelles sont les méthodes thérapeutiques disponibles dans l'enfance et l'adolescence?

Si la dysplasie de la hanche n'est pas diagnostiquée chez l'enfant, une chirurgie osseuse devient nécessaire chez les enfants plus âgés, les adolescents ou les adultes. Diverses procédures chirurgicales sont disponibles pour améliorer la position des articulations de la cuisse et du bassin.

À quels intervalles les examens de suivi ont-ils lieu?

Les dysplasies de la hanche/troubles de maturation traités avec succès sont suivis en consultation orthopédique pédiatrique pendant la croissance afin de détecter à un stade précoce les rares détériorations secondaires. En plus de l'examen clinique, des radiographies sont également prises au début de la marche et au cours de la 6^e et 12^e année de vie.



Figure 1 : Maturation de l'articulation de la hanche atteinte dans l'attelle de Tübinger (Barre d'écartement des squats)



Figure 2 : Extension en surchauffe - ajustement graduel/sous traction de la tête fémorale disloquée

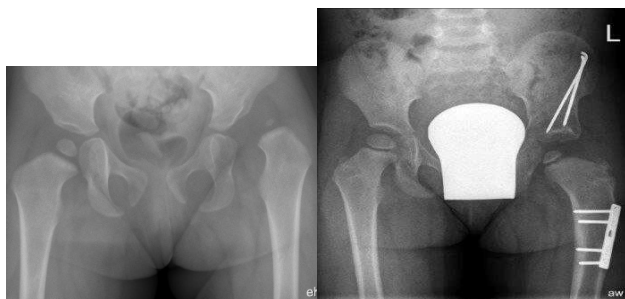


Figure 3 : Dislocation complète de la tête fémorale à gauche (pas dans l'acétabulum).

Figure 4 : Après un ajustement chirurgical par correction osseuse du fémur et du bassin.