



Antétorsion fémorale élevée

L'antétorsion fémorale est la rotation vers l'avant du col du fémur au niveau de l'articulation de la hanche par rapport à la surface arrière du fémur au niveau de l'articulation du genou. Il s'agit donc d'une torsion du fémur en soi. Chez le nourrisson, cette rotation vers l'avant s'élève à environ 35°. En raison de la "rotation vers l'arrière" pendant la croissance, on parle de dérotation physiologique. A l'âge d'environ 12 ans, une antétorsion fémorale de 15° est encore présente (valeur normale 10 - 25°).

Comment se produit une antétorsion fémorale élevée

Il n'y a pas de raison concrète pour expliquer l'absence de dérotation physiologique chez les enfants en bonne santé. On doit supposer qu'il s'agit d'un trouble de la croissance d'origine "génétique". Parfois, un trouble neurologique sous-jacent non reconnu comme par exemple une légère paralysie cérébrale, peut-être responsable de l'absence de correction de la croissance. Occasionnellement, une augmentation unilatérale de la rotation vers l'avant du fémur peut être le résultat d'un traitement de fracture.

Qu'est-ce qui résulte d'une antétorsion fémorale élevée

Si l'antétorsion fémorale reste élevée, cela conduit principalement à une démarche vers l'intérieur avec des axes du genou et du pied en rotation interne (« kneeing-in » et « toeing-in »). Une forte antétorsion fémorale entraîne une rotation interne accentuée et, en même temps, une diminution prononcée de la capacité de rotation externe au niveau de l'articulation de la hanche. Les enfants présentant une antétorsion fémorale élevée sont donc incapables d'effectuer la position assise normale jambes croisées. Ils s'assoient donc par terre dans la position assise Naïade (voir image 1). Dans la plupart des cas, la forte antétorsion fémorale s'accompagne également d'un dos cambré due à un conflit entre le col du fémur et les parties postérieures de l'articulation de la hanche, soit un conflit dorsal (ou « dorsal impingement »). En outre, une démarche dandinante peut se développer en raison des mauvaises conditions d'action sur les muscles fessiers. Le problème ne provoque pratiquement aucune douleur chez les patients de moins de 10 ans. A un âge plus avancé par contre, il peut entraîner des lombalgies ou, en raison du travail insuffisant des muscles fessiers, des douleurs dites fonctionnelles sur la face externe de la cuisse. Ces douleurs partent de la hanche et s'étendant à l'articulation du genou. Dans de rares cas, se produit une luxation du complexe de muscles et tendons s'étendant du bassin jusqu'à l'articulation du genou, en passant sur le grand trochanter. Ce phénomène est appelé : tractus iliotibialis saltans. Dans des cas isolés l'on peut observer que l'instabilité de l'articulation de la hanche se produit en direction de l'avant. Dans ce cas, la douleur à l'aîne survient principalement en position allongée, les jambes étendues et en rotation externe.

Comment diagnostiquer une antétorsion fémorale élevée

Cliniquement, il y a une démarche vers l'intérieur et une très bonne capacité de rotation interne des articulations de la hanche (voir figure 2). L'antétorsion fémorale peut également être mesurée cliniquement "approximativement". L'examen d'actualité le plus précis utilisé pour diagnostiquer et



déterminer précisément une rotation antérieure du fémur est l'IRM. Il compare la position du col du fémur avec celle de la surface postérieure de l'articulation du genou. Parfois, une analyse de la marche est également effectuée pour montrer l'effet de l'antétorsion fémorale élevée sur la démarche.

Ce que l'on peut faire

Il n'y a pas de traitement conservateur pouvant corriger l'antétorsion fémorale. Un traitement par physiothérapie ou d'autres mesures conservatrices ne permet pas de modifier le degré de dérotation fémorale physiologique. À notre avis, une activation accrue des muscles qui font tourner la hanche ou la jambe vers l'extérieur comme par exemple pendant le patinage en ligne ou le patinage sur glace, n'est pas non plus utile. Si une correction de la torsion de la cuisse est nécessaire, elle ne peut être effectuée que par voie chirurgicale.

Quand une intervention chirurgicale est-elle nécessaire ?

En règle générale, la chirurgie corrective n'est pas pratiquée avant l'âge de 12 ans. Dans la plupart des cas, le patient attend cet âge pour permettre à la dérotation physiologique de se développer de façon naturelle. A partir de cet âge, si une démarche inquiétante vers l'intérieur inquiétante est toujours présente, au souhait du patient ou de ses parents, une correction chirurgicale peut être envisagée. En revoyant la littérature, certains auteurs recommandent de pratiquer une intervention chirurgicale si la hanche présente une rotation externe inférieure à 15°.

S'il existe des plaintes qui peuvent être attribuées à la antétorsion fémorale élevée (douleur fonctionnelle dans la partie latérale de la cuisse, douleur dans le bas du dos - preuve d'un impact douloureux du fémur sur l'acétabulum ou l'ischium - douleur à l'aine dans le sens d'une instabilité ventrale) et qui ne s'améliorent pas malgré une physiothérapie intensive avec stabilisation du tronc et de l'axe de la jambe, une intervention chirurgicale peut également être envisagée.

Occasionnellement, une antétorsion fémorale élevée est également corrigée chirurgicalement si elle n'est présente que d'un seul côté et entraîne ainsi un désalignement compensatoire du bassin et, surtout, de la colonne lombaire.

En aucun cas, on ne peut dire que la correction d'une antétorsion fémorale élevée est obligatoire! Il ne s'agit pas non plus d'une préarthrose pour les grosses articulations des jambes.

Ce qui est fait pendant l'opération

Une ostéotomie (coupe de l'os) avec rotation externe du fémur est effectuée des deux côtés en un seul temps opératoire. Afin de permettre la mobilisation sur des cannes dans une démarche à 4 points immédiatement après l'opération, la résection osseuse est stabilisée avec une plaque à angle stable (voir photo 3). L'opération peut être effectuée sous la hanche (localisation habituelle) ou au-dessus de l'articulation du genou.



Le suivi après l'opération

Comme déjà mentionné, la mobilisation sur des cannes dans une démarche à 4 points est possible immédiatement après l'opération. En règle générale, cette démarche doit être maintenue pendant 6 semaines. Les articulations de la hanche et du genou peuvent être mobilisées librement pendant cette période. Après 6 semaines, un contrôle radiologique est effectué et normalement une marche sans cannes est généralement autorisée. Après 6 semaines supplémentaires et un nouveau contrôle radiographique, le degré d'activités sportives peut être progressivement augmenté. La physiothérapie est importante tout au long du processus de rétablissement et elle se focalise principalement sur l'utilisation correcte des muscles fessiers. Il faut souvent beaucoup de temps, surtout chez les filles, pour que ces muscles se reconstruisent et fonctionnent correctement. Ce facteur produit souvent un boitement pendant plusieurs mois. Les parents doivent également en être informés. En ce qui concerne la plaque de stabilisation de l'ostéotomie est généralement retirée au bout de 12 à 18 mois.



1: Position Najaden



2: Rotation interne élevée des hanches



3: 3 mois après ostéotomies des femurs externe