



Dépistage de la Luxation Congénitale de la Hanche (LCH)

Pr Jérôme Cottalorda (Montpellier)

Société Française d'Orthopédie Pédiatrique (SOFOP)

1 - Introduction

La luxation congénitale de hanche (LCH) est un problème de santé publique. Son incidence est d'environ 6 pour 1000 naissances en France. Les filles sont 4 à 6 fois plus atteintes par la LCH que les garçons. L'incidence des LCH de diagnostic tardif (après l'âge de 1 an) était de 8,4 pour 100 000 en 2010. Le traitement de la LCH est d'autant plus simple et efficace que le diagnostic est porté tôt, d'où l'intérêt d'un dépistage précoce, de préférence avant la fin du premier mois, sinon avant 3 mois. La Haute Autorité de la Santé (HAS - recommandations octobre 2013) insiste sur le fait que l'examen clinique représente la meilleure méthode de dépistage de la hanche instable. Ce dépistage est obligatoire et les enfants doivent en avoir bénéficié avant de quitter la maternité. Le résultat de l'examen des hanches doit être consigné sur le carnet de santé, comme la recherche d'un souffle cardiaque ou d'un ictère. L'examen clinique des hanches doit être répété jusqu'à l'acquisition de la marche.

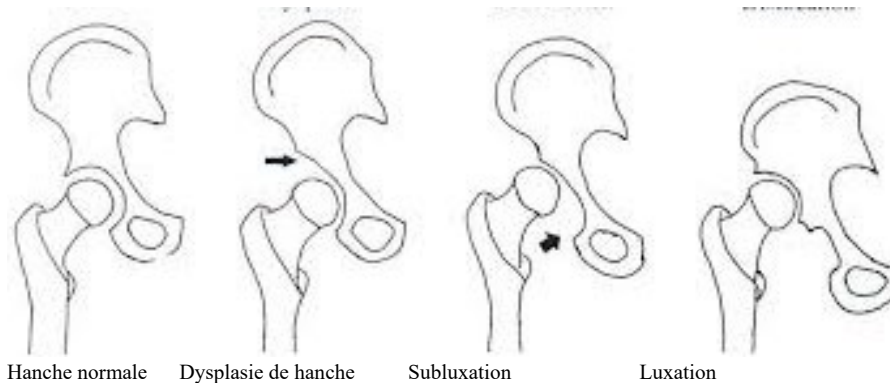
La LCH (ou maladie luxante de la hanche) regroupe des entités très différentes, allant de la simple dysplasie de hanche à la hanche luxée irréductible :

Dysplasie : défaut architectural radiologique de l'acétabulum. La hanche est en place dans l'acétabulum mais elle est insuffisamment couverte par l'acétabulum ce qui peut favoriser progressivement une subluxation, voire une luxation de la hanche en l'absence de traitement précoce.

Hanche luxable : la tête fémorale reste spontanément dans l'acétabulum mais elle peut se luxer lors de certaines manœuvres.

Subluxation : la tête fémorale n'est pas complètement au fond de l'acétabulum. Sans être totalement sortie de l'acétabulum, elle est latéralisée et ascensionnée, s'appuyant sur le rebord postérieur de l'acétabulum qui est le plus souvent dysplasique.

Luxation : la tête fémorale est complètement sortie de l'acétabulum, qui le plus souvent n'est pas creusé (dysplasie sévère). La tête fémorale est luxée en haut et en arrière. La luxation est soit réductible, soit irréductible. Les hanches luxées sont quatre fois moins fréquentes que les hanches luxables.



2 - Les facteurs de risque

Il faut impérativement les rechercher. La présence, et surtout l'association de facteurs de risque, définissent la notion de hanche à risque. Le pourcentage d'anomalies à l'examen clinique est plus important chez des enfants ayant des facteurs de risque par rapport à ceux qui en sont dépourvus. La recherche de facteurs de risque permet donc de déterminer une population à risque et d'être encore plus vigilant sur le dépistage, qu'il soit clinique ou échographique. Il existe des luxations chez des enfants dépourvus de tout facteur de risque. L'absence de facteur de risque ne dispense donc pas d'un bon examen clinique des hanches. Il faudra réaliser une échographie de hanche à un mois de vie (pas à la naissance) chez les enfants présentant des facteurs de risque avec un examen clinique normal. En cas de facteurs de risque associés à une anomalie de l'examen clinique à la naissance, il faudra réaliser une échographie précoce et orienter cet enfant vers un orthopédiste pédiatre. Chez l'enfant prématuré, toujours en présence de facteurs de risque mais avec un examen clinique normal, on réalisera l'échographie de hanche non pas à un mois de vie mais entre 36 et 40 SA. Parmi ces facteurs de risque, on retrouve :

2.1 Les antécédents familiaux directs (parents, frères et sœurs) de LCH. Il faut s'assurer qu'il s'agit bien d'antécédents familiaux de LCH en ligne directe, et non pas d'un grand père qui boite en raison d'une coxarthrose banale !

2.2 La présentation en siège. Il faut prendre en compte un accouchement en siège mais aussi 'un accouchement céphalique, après une version tardive pour siège. L'association fille + siège est retrouvée 1 fois sur 35, alors que la fréquence de la LCH est d'environ 6 pour 1000 naissances en France. On note une plus grande fréquence de luxation bilatérale dans les présentations par le siège (39%) par rapport aux présentations céphaliques (24%).

2.3 Un syndrome postural. Les déformations des pieds en métatarsus adductus ou en pes talus, le genu recurvatum et l'attitude en torticolis congénital par rétraction du sterno-cléido-mastoïdien sont plus fréquentes en cas de LCH. Le genu recurvatum et le torticolis sont d'indiscutables facteurs de risque. Parfois, en plus d'un torticolis congénital, on note une grande scoliose thoraco-lombaire gauche, témoin de ce que l'on appelle un « bébé moulé ». En revanche, les « petites » malpositions des pieds, très fréquentes, quasi physiologiques (discret metatarsus adductus du nouveau-né), ne constituent pas un "facteur de risque". La HAS dans ses recommandations, parle de facteurs de risque pour les déformations sévères des pieds.

2.4 Autres facteurs de risque. Ces facteurs, longtemps admis comme facteurs de risque car ils témoignent d'une contrainte utérine importante et d'un manque de place pour le fœtus dans l'utérus, ne font plus partie de la liste des facteurs de risque reconnus par la HAS : primiparité, petit utérus ou utérus malformé, oligoamnios, macrosomie (poids > 97^{ème} percentile), grossesse gémellaire, césarienne (sauf si réalisée pour siège). Les antécédents géographiques (Bretagne) sont très discutés et ne sont plus reconnus comme facteurs de risque par la HAS.



Genu recurvatum unilatéral gauche et pied talus gauche

3 - Examen clinique

Le dépistage de la LCH fait partie de l'examen clinique obligatoire du nouveau-né. Il est difficile et requiert attention et expérience. Il doit être réalisé à chaque examen du bébé, systématiquement jusqu'à l'âge de la marche, car son résultat peut varier dans le temps. Cet examen doit être réalisé sur un enfant détendu (qui dort ou qui prend son biberon), déshabillé (sans la couche), sur un plan dur, en prenant le sillon inter-fessier comme référence de mesure pour l'abduction.

3.1 L'inspection

Recherche d'une asymétrie des plis fessiers ou des cuisses : on peut noter une asymétrie des plis cutanés à la racine des membres, mais il n'a pas été démontré que ce signe clinique soit fiable dans le diagnostic de la LCH. Il résulte le plus souvent du caractère potelé de l'enfant. Cependant, il reste un signal d'alerte qui incite à attentivement examiner l'enfant.



Recherche d'une inégalité de longueur des membres inférieurs : ce signe reste un signal d'alerte incitant, là-aussi, à attentivement examiner l'enfant. Souvent, cette « fausse » inégalité de longueur des membres inférieurs est un signe indirect de bassin oblique congénital qu'il faudra savoir rechercher.



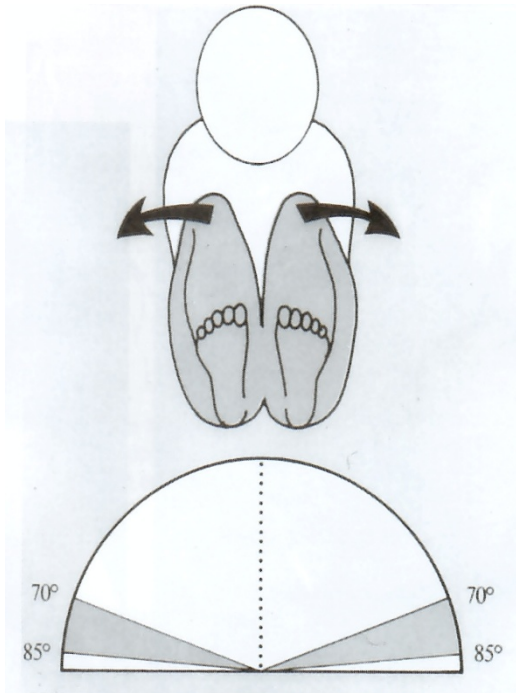
3.2 L'examen clinique

Rechercher une limitation de l'abduction de hanche. Un enfant normal doit, lorsqu'il est sur le dos, pouvoir poser ses deux genoux sur le plan de la table. On parle alors de volant d'abduction normal et symétrique. Toute limitation de cette abduction signe une rétraction ou une hypertonie des adducteurs et donc une hanche à risque de LCH. Cet examen clinique doit impérativement être réalisé sur un enfant nu (sans couche) et prend le sillon inter-fessier comme référence de mesure.



La limitation de l'abduction est un signe clinique peu sensible et peu spécifique chez le nouveau-né et la normalité du volant du volant d'abduction à la naissance peut être faussement rassurante. Cette limitation de l'abduction est beaucoup plus sensible (jusqu'à plus de 80% en cas de hanche luxable ou luxée) après l'âge de 3 à 6 mois. L'abduction normale, qui se recherche hanches et genoux fléchis à 90°, est symétrique avec une amplitude de 70° à 85°. Si elle est inférieure à 60°, on parle de limitation de l'abduction. Cela peut correspondre soit à une luxation de la hanche, soit à une hypertonie des adducteurs, souvent bilatérale, soit enfin s'associer à une rétraction des abducteurs de l'autre hanche, l'ensemble constituant le bassin asymétrique congénital. On recherche cette asymétrie d'abduction ou cette limitation de son amplitude, à la fois sur l'angle rapide (témoin d'une hypertonie des adducteurs) et sur l'amplitude maximale d'abduction (rétraction des abducteurs). La HAS insiste sur l'importance de cette manœuvre. Elle est essentielle car elle a une très forte valeur d'orientation et prend d'autant plus d'importance que l'enfant est grand. Même si elle ne signe pas formellement une luxation, elle est un signe d'alerte fiable et très simple à mettre en évidence. Pour bien visualiser comment procéder, une vidéo de cette manœuvre est visible sur le site : www.sante.gouv.fr/depistage-de-la-luxation-congenitale-de-la-hanche.html (item Prévention en santé puis item Enfants puis item Dépistage et prévention chez l'enfant puis item Dépistage de la luxation congénitale de hanche).



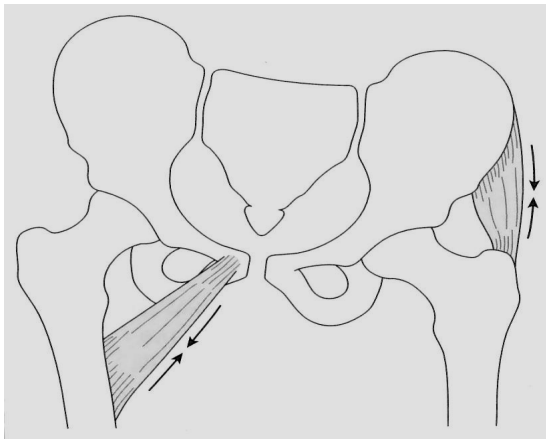


Toute limitation de l'abduction est un signal d'alerte qui doit inciter à prescrire une échographie avant l'âge de 4 mois ou une radiographie à partir de 4 mois afin d'éliminer une LCH. Il est exceptionnel qu'une hanche pathologique, surtout après quelques semaines de vie, ne soit pas assortie d'une anomalie de l'abduction et l'on comprend donc la signification d'alerte très forte de ce signe.

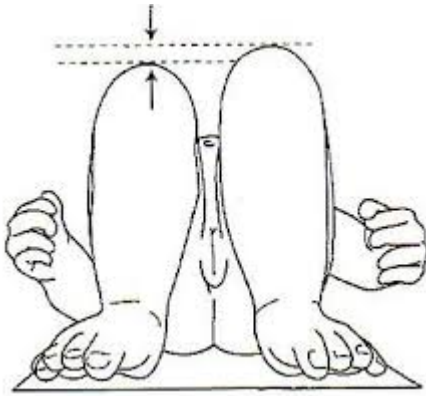
Rechercher une limitation de l'adduction de hanche. Il faut la rechercher sur un enfant à plat ventre en essayant de rapprocher une cuisse puis l'autre de la ligne médiane. L'impossibilité de rapprochement d'une cuisse sur la ligne médiane témoigne d'une rétraction des abducteurs très évocatrice d'un bassin oblique congénital.

Rechercher un bassin asymétrique congénital : il faut rechercher un bassin asymétrique congénital qui associe une hypertonie-rétraction des adducteurs d'un côté et une rétraction des abducteurs (muscles fessiers) de l'autre. Il faut suspecter une luxation du côté où la hanche est limitée en abduction. Il s'agit d'une entité fréquente mais mal connue. L'inspection du bébé doit rechercher la position spontanée des deux membres inférieurs avec une possible déviation

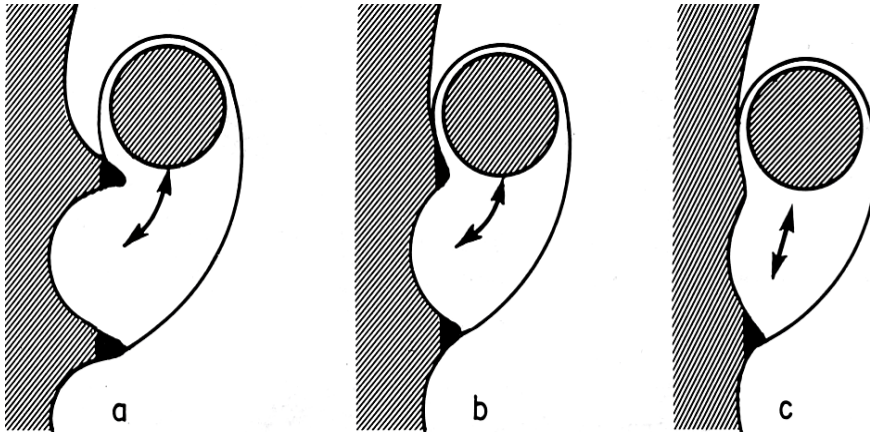
en coup de vent d'un côté définissant le "bassin asymétrique congénital". Parfois l'enfant consulte pour un faux raccourcissement apparent d'un des deux membres inférieurs. Le "bassin asymétrique congénital" est un facteur de risque indiscutable. Il est très probablement lié à une posture fœtale asymétrique et s'accompagne parfois d'une LCH du côté de l'hypertonie des adducteurs. L'examen clinique permet de retrouver la rétraction des adducteurs d'un côté par l'examen du volant d'abduction lorsque l'enfant est sur le dos et une rétraction des abducteurs du côté controlatéral en essayant de mettre la hanche en adduction lorsque l'enfant est en décubitus ventral. Toutes ces manœuvres doivent permettre de faire le diagnostic précocement et éviter ainsi la découverte d'une luxation congénitale de hanche à l'âge de la marche par une boiterie.



Rechercher un signe de Galéazzi. L'enfant étant positionné sur le dos, on compare la hauteur de ses deux genoux, hanches fléchies à 90°, les genoux collés et les pieds reposant sur la table d'examen. Une hanche luxée se manifestera par un genou plus bas que l'autre. Ce signe est évident en cas de LCH unilatérale et peut ne pas se retrouver en cas de LCH bilatérale.



Rechercher une instabilité de hanche. Une hanche normale est stable à la naissance et ne peut pas être luxée, même par des manœuvres de force, qui engendreraient un décollement épiphysaire et non pas une luxation. Toute luxation de hanche est donc pathologique. L'instabilité de hanche témoigne de la possibilité qu'à la tête fémorale de sortir et/ou de rentrer dans l'acétabulum. Le signe pathognomonique de l'instabilité de la hanche est le ressaut, sa forme moins nette est le piston. L'examen clinique a pour but, devant une hanche en place, de savoir s'il est possible ou pas, par des manœuvres externes, de la luxer hors de l'acétabulum (hanche luxable), et devant une hanche luxée, de savoir si la tête peut réintégrer l'acétabulum (hanche luxée réductible ou non). Le passage de la tête fémorale d'une position intra-articulaire à une position luxée (ou d'une position luxée à une réintégration dans l'acétabulum) entraîne une sensation de ressaut (si le rebord acétabulaire est très marqué) ou de piston (si le rebord acétabulaire est effacé). Le ressaut est une sensation tactile perçue et parfois vue par l'examineur.



a) rebord acétabulaire marqué : ressaut franc

b) situation intermédiaire

c) dysplasie sévère, rebord acétabulaire effacé : plus de ressaut perçu mais un piston

Les manœuvres à la recherche d'une instabilité de hanche sont délicates et demandent une certaine expérience. Deux manœuvres permettent de tester la stabilité d'une hanche : une manœuvre de provocation de la luxation (manœuvre de Barlow, ressaut de sortie) et une manœuvre de réduction d'une hanche luxée (manœuvre d'Ortolani, ressaut de réentrée). L'enfant doit être détendu. Il ne doit pas lutter contre l'examineur. L'idéal est donc de réaliser cet examen lorsqu'il prend son biberon. Si ce n'est pas le cas, on peut ne pas percevoir un ressaut qui existe pourtant. Pour cette raison, l'examen du nouveau né ne doit pas être réalisé uniquement dans les premiers jours de vie (examen obligatoire) mais doit être répété à chaque visite chez le médecin jusqu'à l'acquisition de la marche. Il faut différencier ce qui est une instabilité vraie (pathologique), d'un craquement qui est physiologique. Les craquements sont fréquents et représentent environ 10% des cas. Le craquement ne constitue pas un facteur de risque et ne doit pas inquiéter.

La manœuvre de Barlow consiste à essayer de luxer la hanche : une main bloque le bassin avec le pouce sur le pubis, tandis que l'autre, qui empaume le genou, la jambe hyperfléchie sur la cuisse, avec le pouce à l'intérieur de la cuisse et les 2^{ème} et/ou 3^{ème} doigts sur le grand trochanter, effectue un mouvement antéro-postérieur et postéro-antérieur en amenant la hanche en adduction. La sensation perçue est soit un glissement sans aucun accrochage, soit

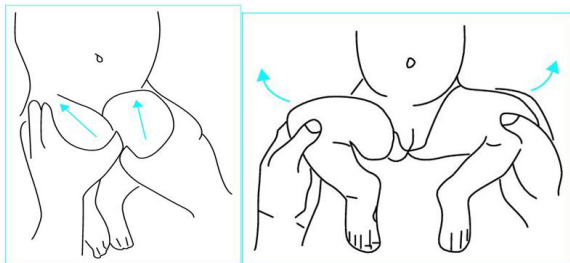
un ressaut plus ou moins évident correspondant au franchissement, par la tête fémorale, de l'obstacle que constitue le rebord acétabulaire. Pour bien visualiser comment procéder, une vidéo de cette manœuvre est visible sur le site suivant : www.sante.gouv.fr/depistage-de-la-luxation-congenitale-de-la-hanche.html.



La manœuvre d'Ortolani. L'examineur saisit les deux genoux entre son pouce et son index en plaçant ses trois autres doigts sur la face externe de la cuisse. Les genoux et les hanches sont fléchis. En imprimant un mouvement d'abduction on peut percevoir un ressaut dit « de rentrée » indiquant une hanche luxée mais réductible (forme sévère). Lors du mouvement d'adduction on peut percevoir un ressaut dit « de sortie » indiquant une hanche en place mais luxable (forme moins sévère). Pour bien visualiser comment procéder, une vidéo de cette manœuvre est visible sur le site suivant : www.sante.gouv.fr/depistage-de-la-luxation-congenitale-de-la-hanche.html. La majorité des auteurs estiment que la manœuvre de Barlow est la plus sensible.

- 1^{er} temps: ressaut de sortie

- 2^{ème} temps: ressaut de rentrée



3.3 A l'issu de cet examen clinique plusieurs situations sont possibles :

Hanche normale : aucun des signes décrits n'a été retrouvé.

Hanche luxable : spontanément, la hanche est en place mais on peut provoquer un ressaut de sortie, puis la tête va réintégrer naturellement l'acétabulum, provoquant un ressaut de réentrée.



Hanche luxée réductible : initialement, la tête est luxée. On peut provoquer un ressaut d'entrée mais la tête se luxera de nouveau spontanément et l'on pourra ressentir un ressaut de sortie.

Hanche luxée irréductible : la hanche est en position luxée et ne peut réintégrer l'acétabulum par les manœuvres de réduction. Il n'est donc pas retrouvé de ressaut et cela peut être trompeur. C'est dans ces cas que la limitation de l'abduction présente toute son importance, de même que la présence de signes indirects.

Hanche douteuse : l'instabilité de hanche est inexistante ou minime mais il existe une limitation de l'abduction.

Hanche à risque : l'examen clinique est normal mais il existe des facteurs de risque de LCH (antécédents familiaux, présentation par le siège, syndrome postural).

L'examen clinique est évolutif avec l'âge. Certains signes cliniques ne sont plus retrouvés, en raison de la prise de poids et de l'augmentation de la force de l'enfant, tandis que d'autres vont devenir détectables. Ainsi, l'instabilité de hanche, retrouvée grâce à un test de Barlow ou d'Ortolani positif va disparaître en quelques jours ou quelques semaines. Cette instabilité de hanche doit certes continuer à être recherchée à chaque examen clinique mais son absence peut être faussement rassurante. Le but de l'examen clinique reste de faire un diagnostic précoce et d'éviter ainsi la découverte d'une luxation congénitale de hanche à l'âge de la marche par une boiterie. Cette boiterie est de type Trendelenbourg par insuffisance du moyen fessier (raccourcissement du bras de levier du moyen fessier secondaire à la luxation) en cas de luxation unilatérale. L'enfant peut également marcher sur la pointe du pied du côté luxé. En cas de luxation de hanche bilatérale, la démarche sera dandinante avec hyperlordose lombaire et les fesses proéminentes. Enfin il est important de s'assurer lors de l'examen qu'il s'agit bien d'une luxation congénitale de hanche et qu'aucune étiologie n'est retrouvée car bien entendu, la prise en charge ainsi que le pronostic sont très dépendants de l'étiologie. La luxation de hanche se retrouve en effet dans de nombreuses autres pathologies : complication d'une arthrite néo-natale, spina bifida, etc.



4 - Examen para-cliniques

4.1 L'échographie de hanche. Elle est proposée avant l'âge de 4 mois, la hanche étant en majorité cartilagineuse donc non radio-opaque. L'échographie n'est pas un examen de dépistage systématique. Ce n'est pas non plus un moyen de substitution à la clinique. Il faut demander une échographie lorsqu'il existe des facteurs de risque (filles + siège, facteurs familiaux, syndrome postural) ou lorsqu'on trouve une anomalie à l'examen clinique (limitation de l'abduction, Galéazzi, instabilité de hanche). L'échographie est idéalement statique et dynamique. C'est un examen performant mais difficile d'interprétation qui dépend beaucoup de l'entraînement de l'échographiste. Plusieurs techniques d'échographie ont été décrites :

Technique de Graf : le plan de coupe de référence est une coupe frontale externe passant par le centre de l'acétabulum. Plusieurs éléments sont analysés : le modelage osseux du toit, la morphologie du rebord osseux externe appelé « encorbellement osseux », l'aspect du toit cartilagineux et la position du limbus. Deux angles sont mesurés : l'angle α qui évalue le toit osseux et doit être supérieur ou égal à 60° et l'angle β qui évalue la couverture cartilagineuse et doit être inférieur à 55° . La classification échographique de Graf décrit 4 types de hanches et permet de distinguer une hanche normale d'une hanche immature, une dysplasie mineure d'une dysplasie majeure stable ou instable, une hanche subluxable d'une hanche luxable ou luxée.

Technique de Couture : la coupe de référence est la coupe frontale externe, monocoupe dynamique réalisée en décubitus dorsal, hanche en flexion et adduction, donc en position de stress. Le noyau pubien est le repère essentiel de cette coupe. Parmi les critères morphologiques, le cotyle doit être saillant et creusé avec un limbus recouvrant et une tête fémorale en contact étroit avec le pubis et la hanche doit rester stable au cours des manœuvres d'agression en adduction forcée. Parmi les critères quantitatifs, la mesure de la couverture osseuse (CO) évalue le pourcentage de couverture épiphysaire qui doit être d'au moins 50% et l'épaisseur du fond cotyloïdien (FC), témoin du centrage normal de l'épiphyse fémorale, mesurée entre le bord médial de l'épiphyse et le noyau osseux du pubis qui doit être de 4 à 5 mm. La couverture osseuse évolue avec l'âge. Elle de 50 à 60% à l'âge de 1 mois et d'environ 75% à l'âge de 3 mois.



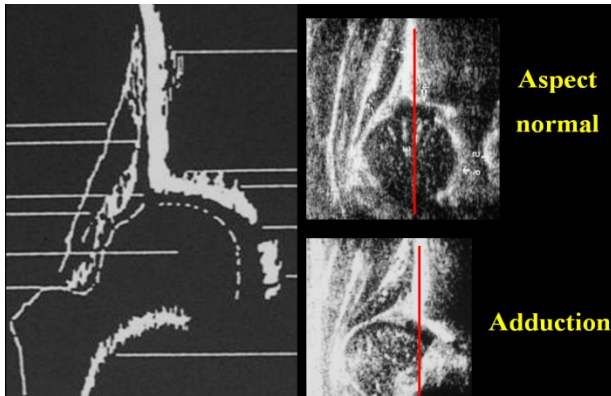
Coupe de Couture - Tréguier : Tréguier a montré que la mesure du FC était fiable et surtout facile à réaliser par des radiologues non pédiatres. Pour la HAS, la coupe coronale dynamique avec mesure du fond cotyloïdien (FC) (méthode du Dr Tréguier) est à privilégier du fait de sa fiabilité et de sa simplicité. Cette mesure du fond cotyloïdien est une méthode standardisée, accessible à tous les radiologues, reposant sur une mesure simple, fiable et reproductible, parfaitement adaptée au dépistage de masse. En cas d'anomalie, il faut adresser l'enfant à un orthopédiste pédiatre. Le principe de ce dépistage repose sur le calcul de la distance entre le bord interne de la tête fémorale et le pubis. Cette coupe coronale externe, monocoupe dynamique est réalisée en décubitus dorsal, hanche fléchie en adduction. Elle quantifie l'instabilité de la tête fémorale et non la dysplasie cotyloïdienne évaluée par des mesures d'angles (méthode de Graf).

La hanche normale est définie par un FC (fond cotyloïdien) ≤ 6 mm avec une différence qui doit être inférieure à 1,5 mm entre les 2 hanches.

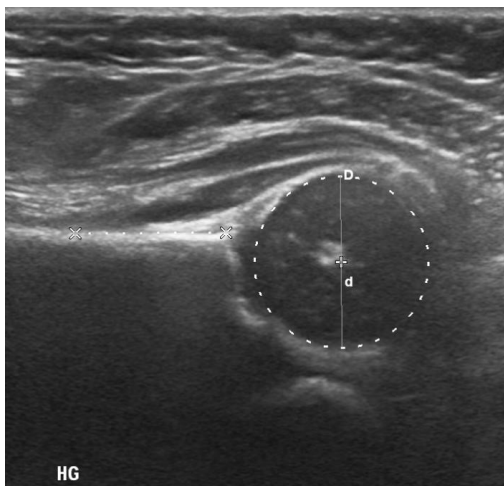
Si le fond cotyloïdien (FC) ≤ 6 mm mais différence $> 1,5$ mm, la luxation peut être éliminée mais on propose une surveillance écho-clinique pendant 3 mois car possibilité d'un bassin asymétrique congénital.

La hanche anormale est définie par une distance FC > 6 mm. Il s'agit le plus souvent d'une LCH. Il peut également s'agir d'un bassin asymétrique congénital (BAC).

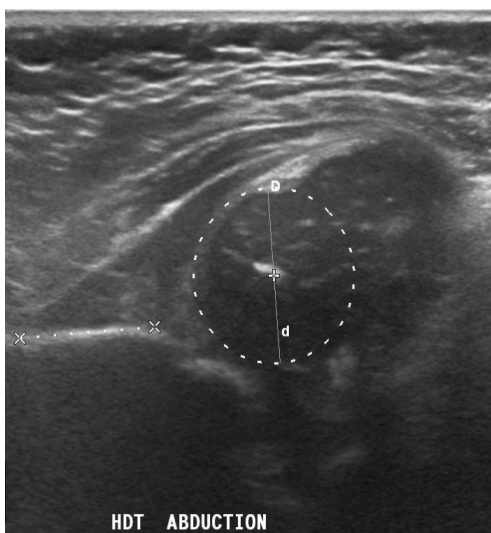
La plupart des radiologues donnent comme renseignements, la couverture osseuse (CO) et la distance tête fond du cotyle (FC). Pour bien comprendre leur interprétation, il faut connaître leur sémantique. Une hanche luxée est une hanche qui a perdu ses rapports articulaires normaux. Une hanche réduite est une hanche précédemment luxée qui a retrouvé ses rapports articulaires normaux. Une hanche stable est une hanche qui va rester réduite malgré les mouvements actifs ou passifs qui lui sont imprimés. Une hanche instable est une hanche qui va passer de la position réduite à la position luxée à la faveur de mouvements actifs ou passifs qui lui sont imprimés.



Hanche bien couverte en statique mais découverte (subluxable) en dynamique



Hanche normale

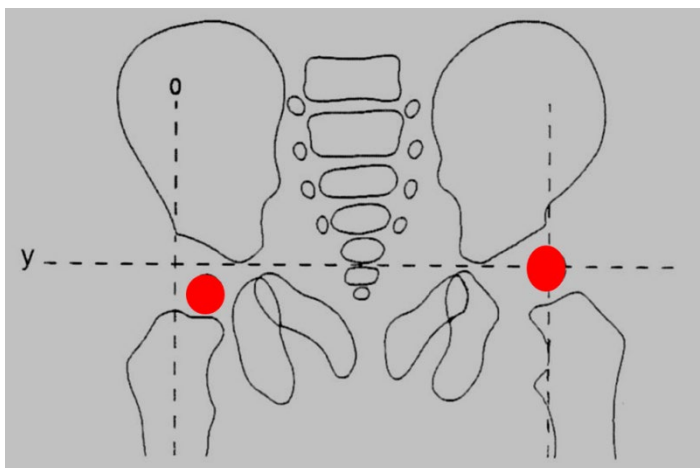


Hanche luxée

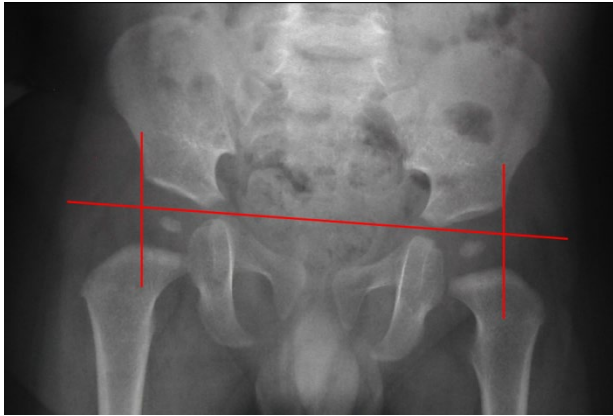
4.2 Radiographie du bassin

La radiographie des hanches n'a d'intérêt qu'en cas de signes d'appel après 4 mois. La radiographie se justifie alors car le noyau d'ossification fémoral apparaît vers cet âge (entre 3 et 7 mois) et l'échographie devient moins performante. Un retard d'ossification ou une asymétrie de taille des noyaux épiphysaires sont compatibles avec le diagnostic de maladie luxante (non dépistée ou en traitement). Il n'y a pas d'intérêt à prescrire une radiographie des hanches systématique à 4 mois.

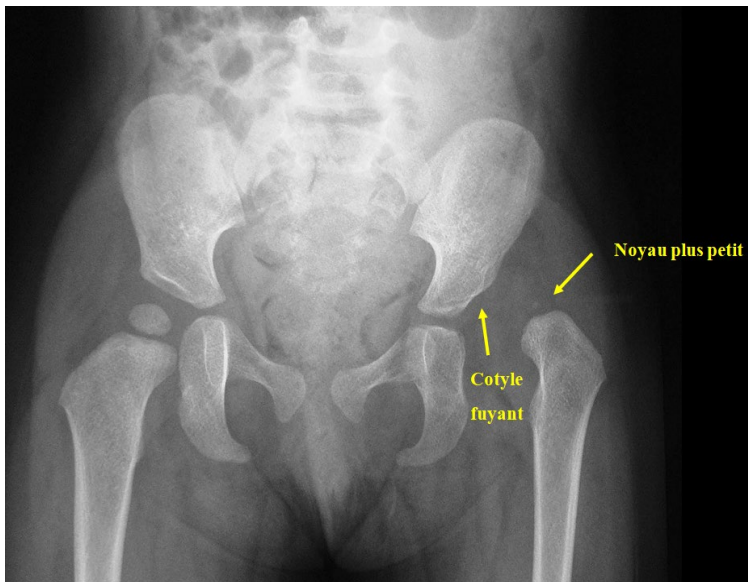
Sur une radiographie du bassin de face, on trace une ligne au niveau du cartilage en Y (cartilage du fond acétabulaire) et une autre au niveau du talus (rebord externe entre l'acétabulum et l'aile iliaque). Le bassin est donc divisé en quatre quadrants. La hanche est normale si le noyau d'ossification fémoral (ou la partie interne de la métaphyse) se trouve dans le quadrant inféro-interne. Dans une hanche luxée, ce noyau n'est souvent pas encore apparu à l'âge de 4 mois. La hanche est luxée si le noyau (s'il est apparu) ou si la partie interne de la métaphyse est dans le quadrant inféro ou supéro-externe. Pour une interprétation correcte de la radiographie, il faut s'assurer de la bonne qualité de l'examen. La radiographie est bien de face lorsque la largeur des ailes iliaques est identique.



Hanche droite normale, hanche gauche sub-luxée



RX du bassin normale, les deux noyaux d'ossification sont dans le quadrant inféro-interne, les talus (rebord acétabulaire) sont bien angulaires



RX du bassin anormale. La hanche droite est normale, son noyau d'ossification (bien développé) est dans le quadrant inféro-interne, son talus (rebord acétabulaire) est bien angulaire. La hanche gauche est luxée, son noyau d'ossification est dans le quadrant supéro-externe, son talus (rebord acétabulaire) est émoussé (dysplasie acétabulaire).

5 - Traitement

Seules les hanches diagnostiquées anormales à l'échographie (que ce soit une dysplasie, une hanche subluxable, luxable ou une hanche luxée réductible) nécessitent un traitement. Aucun traitement préventif n'est indiqué et en particulier pas le système de double couche (très en vogue dans certaines régions) qui n'est d'aucune utilité et peut être faussement rassurant.

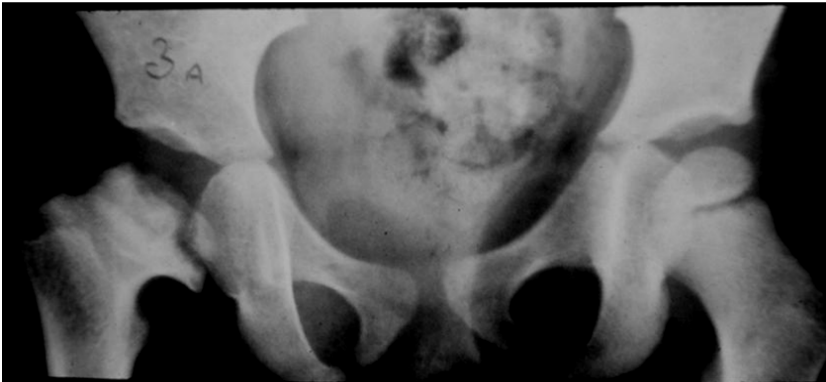


La double couche ne remplace pas un lange calin. La couche est souple sans aucune rigidité et son écartement est beaucoup trop faible pour être d'une quelconque utilité

Tout traitement en abduction des hanches est susceptible d'entraîner des complications. On ne traite donc que des hanches qui doivent impérativement être traitées. Il est dangereux de prescrire un lange calin si l'abduction de hanche n'est pas normale. Ce traitement excessif et non justifié peut entraîner une nécrose épiphysaire post-réductionnelle, complication la plus redoutable du traitement de la LCH, évaluée de 1 à 4 % de tous les enfants traités. Il faut donner des conseils aux parents sur le portage. Ainsi, les emmaillotages avec les membres inférieurs resserrés en extension sont à proscrire car cette position ne permet pas, en cas de LCH, une bonne évolution de la hanche. Les explications données aux parents doivent être claires et précises afin d'améliorer la compliance au traitement prescrit. Un traitement mal compris ne sera pas suivi par les parents et pourra être une cause d'échec.



Utilisé dans certaines cultures ou religions, cet emmaillotage est à risque en cas de LCH



Tous les traitements en abduction exposent au risque d'ostéochondrite post-réductionnelle

6 - Pour conclure, ce qu'il faut retenir

Il existe depuis octobre 2013 des recommandations opposables de la Haute Autorité de la Santé (HAS) qui sont résumées ci-dessous :

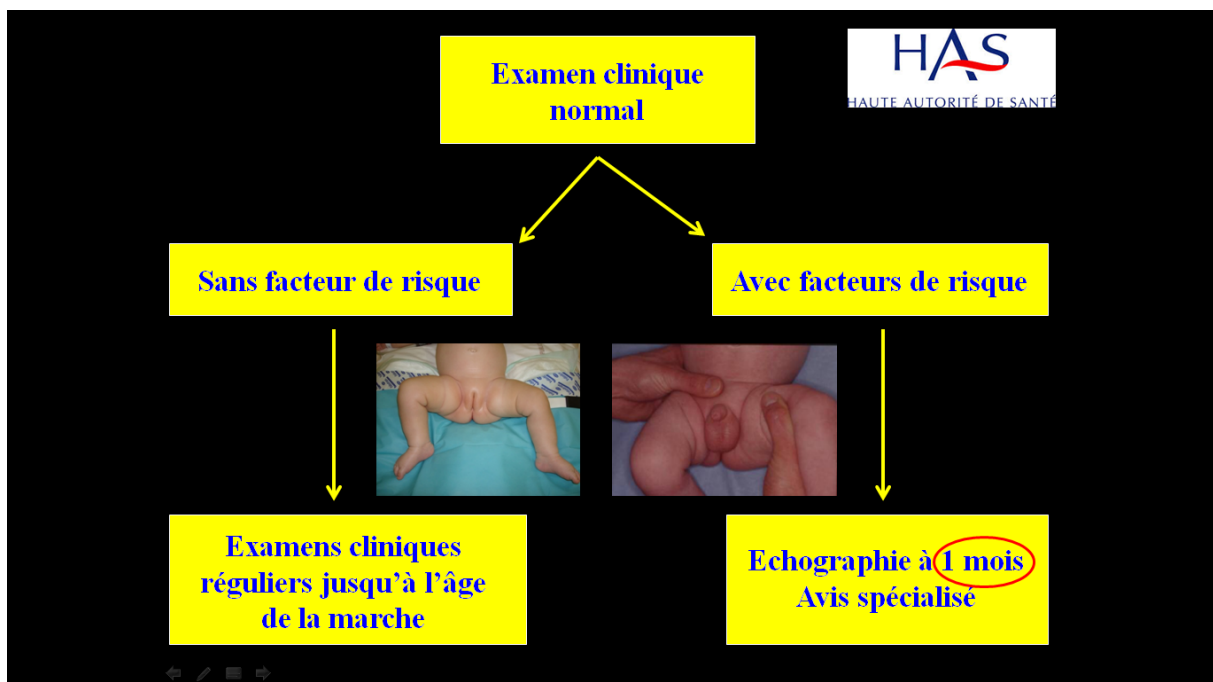
Le diagnostic de LCH repose en premier lieu sur l'**examen clinique**, primordial et obligatoire, qui doit être **répété** lors de chaque examen systématique du nouveau-né et du nourrisson **jusqu'à l'acquisition de la marche**. En cas d'**examen clinique anormal** à la maternité (limitation d'abduction, instabilité), **une échographie est à réaliser rapidement avant la sortie du nourrisson de la maternité**. Si une anomalie clinique est découverte au

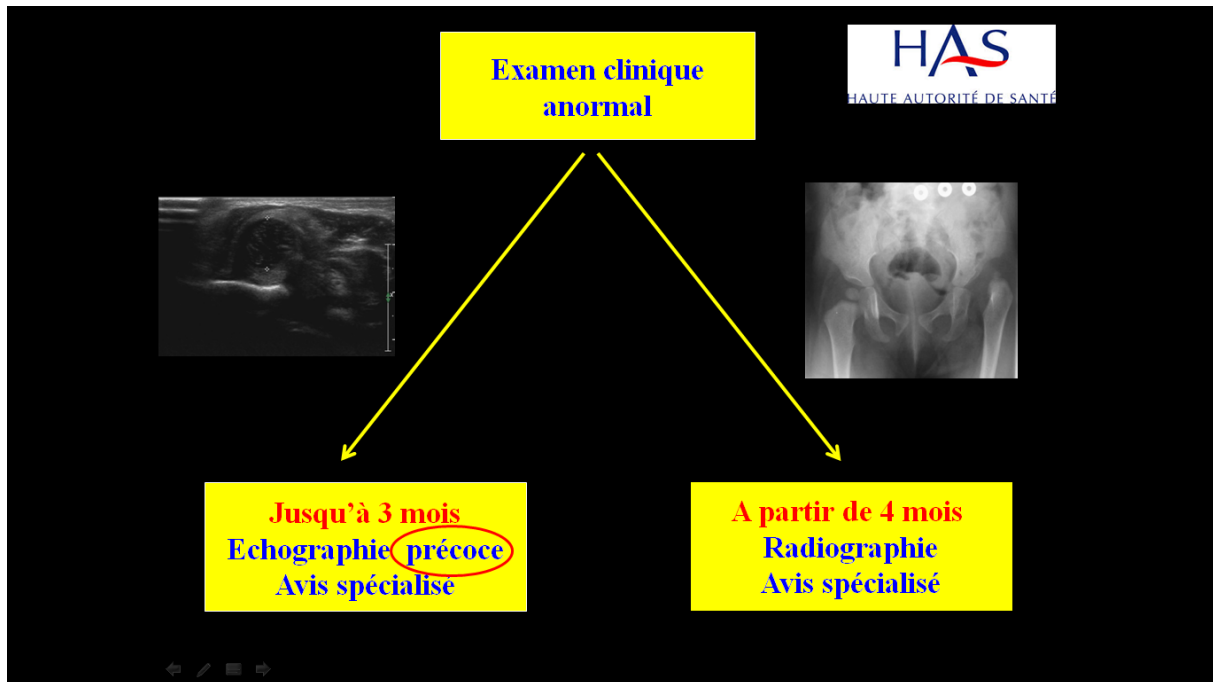
cours des examens systématiques suivants, il faut là aussi demander rapidement une échographie de hanche.

Si on note des **facteurs de risque** (présentation par le siège, antécédents familiaux du premier degré, syndrome postural), et un **examen clinique normal**, une échographie en coupe coronale externe avec mesure du fond cotyloïdien est indiquée. **Cette échographie ne doit pas être effectuée dans les premiers jours de vie mais à l'âge de un mois.**

Le traitement d'une LCH doit être conduit et **surveillé par un orthopédiste pédiatre.**

Attention, la pose d'un lange « calin » requiert des compétences spécifiques afin d'éviter les complications et notamment l'ostéochondrite de la tête fémorale. **Il ne faut surtout pas poser un lange calin si l'abduction de hanche est limitée** car on risque d'induire une ostéochondrite de la tête fémorale (c'est une contre indication au lange calin). Dans ce cas, un harnais de Pavlik est plus adapté. Il faut prendre un rendez-vous rapide avec un orthopédiste pédiatre comme indiqué ci-dessous dans les recommandations de la HAS.





7 - Pour en savoir plus

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/luxation_hanche_v2_mel.pdf

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/doc_trav_lch_mel.pdf