

La dysplasie congénitale de la hanche inclut une variété de conditions cliniques de divers niveaux de sévérité. L'instabilité clinique de la hanche survient chez 1 à 2 % des enfants à terme. Toutefois, jusqu'à 15 % des nouveau-nés ont une instabilité ou une immaturité détectable à l'imagerie. L'incidence de la dislocation congénitale de la hanche est d'environ 1 pour 1000 naissances vivantes.

L'incidence de tout le spectre clinique de la dysplasie de la hanche est plus élevée, mais incertaine par manque de définition universelle.

Une étude du Royaume-Uni a rapporté une prévalence de dysplasie de la hanche chez 2 % des filles nées en siège. Sans autre facteur de risque, les filles représentent 75 % des cas.

Le dépistage de cette condition est inclus dans l'examen physique systématique, car il s'agit d'une condition silencieuse dans les premières années de vie. Le clinicien doit identifier adéquatement cette condition et en planifier le traitement afin d'éviter une évolution défavorable. Les enfants présentant une subluxation ou une dislocation de la hanche et qui ne sont pas traités développeront une boiterie, une asymétrie des membres inférieurs et une abduction limitée. Une arthrose précoce des hanches, des genoux et du dos peut en résulter. La plupart des personnes affectées deviennent symptomatiques à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et la plupart des cas identifiés tardivement ont besoin de procédures complexes incluant un remplacement de la hanche.

Facteurs de risque

Il n'y a pas de consensus récent dans la littérature canadienne. Par contre, les lignes directrices de pratiques cliniques de l'American Academy of Orthopaedic Surgeons soulignent qu'il existe deux facteurs de risque de premier plan.

Présentation par le siège

De 2 à 27 % des nouveau-nés dans cette situation présentent une dysplasie développementale de la hanche. Le risque est plus grand s'il s'agit d'un siège décomplété (hanches fléchies et genoux en extension).

Il n'y a pas de délimitation claire concernant le moment du risque, c'est-à-dire qu'on ne sait pas si le fait d'avoir une version réussie modifie le risque. C'est le fait de se trouver en siège au troisième trimestre qui augmente le risque de dysplasie. L'accouchement des fœtus en siège par césarienne diminuerait le risque de dysplasie de la hanche.

Antécédents familiaux

Des études sur des jumeaux et des fratries ont démontré que les apparentés de premier degré ont 12 fois plus de risque de présenter une dysplasie de la hanche que les enfants du groupe contrôle.

Emmaillotage serré

Un autre facteur de risque est l'emballage serré avec les membres inférieurs en extension et en adduction. Il a été démontré qu'un emballage sécuritaire (*safe swaddling*) diminue le risque de dysplasie de la hanche. Il s'agit de laisser un espace suffisant pour permettre la flexion et l'abduction des hanches et la flexion des genoux.

Il faut retenir que ces facteurs de risque ont une faible valeur prédictive et que la plupart des bébés atteints n'ont pas de facteurs de risque. C'est pour cette raison que l'examen clinique demeure central dans le dépistage.

Examen physique

Il ne fait aucun doute que l'**examen physique** par une personne expérimentée est la composante principale du dépistage systématique.

La **manœuvre d'Ortolani** est le test diagnostique le plus important jusqu'à l'âge de 3 mois. Dans ce test, la hanche subluxée ou disloquée est réduite dans l'acétabulum en faisant un mouvement d'abduction tout en maintenant le majeur sur le grand trochanter avec une légère pression vers l'avant (voir la vidéo). La **manœuvre de Barlow** permet de tester la laxité ou l'instabilité de la hanche. Elle est réalisée en ramenant la hanche en adduction tout en enlevant la pression qui était exercée sur le grand trochanter. On recherche alors une sensation de glissement vers l'arrière (luxation). Sa signification clinique est moindre que celle de la manœuvre d'Ortolani (voir la vidéo). La douceur est requise, car des manœuvres forcées et répétées peuvent créer de l'instabilité. Chaque hanche est examinée isolément en stabilisant le pubis et le sacrum.

Une instabilité légère à la naissance est interprétée par certains comme pathologique et par d'autres comme une variante de la normale. L'expérience du clinicien détermine sa capacité à identifier une anomalie. Devant un doute, un suivi en orthopédie doit être envisagé.

Après l'âge de 3 mois, ces deux manœuvres sont inutiles et peu sensibles, car les hanches disloquées deviennent fixes. À cet âge, c'est l'**abduction** restreinte ou asymétrique des hanches qui est recherchée.

Un « clic » n'a pas de signification clinique. Il provient en général du mouvement des tissus myo-faciaux sur une proéminence osseuse. Ce n'est pas un signe d'instabilité ou de dysplasie de la hanche. Les gestes complémentaires de l'examen physique incluent l'évaluation de la symétrie de la longueur des membres et des plis cutanés des cuisses et des fesses. La manœuvre de Galeazzi (flexion des deux genoux à 90 degrés, le patient en décubitus dorsal, les pieds à plat sur la table d'examen) peut donner l'impression que le fémur est plus court du côté où la hanche est disloquée (le genou paraît plus bas).

Lorsque l'enfant se déplace par lui-même, toute asymétrie de mouvement de ses membres inférieurs ou boiterie sera à objectiver.

L'un des objectifs qui font consensus est d'identifier les dislocations de la hanche avant 6 à 12 mois afin d'en prévenir les conséquences.

Explorations

L'échographie des hanches

La prévalence estimée de dysplasie de la hanche est plus grande lorsque des critères échographiques sont utilisés pour poser le diagnostic (40 à 60 pour 1000 plutôt que 2 à 28 pour 1000 avec l'examen physique seul).

L'échographie est utile pour raffiner, confirmer ou exclure un diagnostic de dysplasie congénitale de la hanche qui a été suspecté lors d'un examen clinique. Des critères diagnostiques précis sont utilisés par des radiologistes qualifiés pour décrire les anomalies.

Des critères cliniques précis ont été proposés par l'American Academy of Pediatrics pour déterminer qui devrait bénéficier d'une échographie. Cet examen est recommandé après 3 à 4 semaines de vie pour préciser certaines découvertes faites à l'examen physique ou pour détecter des dysplasies silencieuses chez des enfants à risque de 6 semaines à 4-6 mois ayant comme facteurs de risque : une présentation par le siège dans le troisième trimestre (sans égard pour le mode d'accouchement), une histoire familiale chez des apparentés de premier degré, une histoire antérieure d'instabilité, une histoire d'emballage inadéquat, une inquiétude parentale.

Lorsque la manœuvre d'Ortolani est franchement anormale, l'échographie n'est pas indispensable, mais parfois recommandée par l'orthopédiste pour le suivi.

Bien que l'échographie des hanches soit un élément utile à l'exploration, il semble que la disponibilité de cet examen puisse parfois mener à du surtraitement de certaines anomalies mineures qui pourraient disparaître d'elles-mêmes. Une utilisation universelle de ce test est contraindiquée.

Radiographie des hanches

La radiographie des hanches est ordinairement indiquée pour les enfants de plus de 4 mois qui ont des facteurs de risque. Entre 4 et 6 mois, le clinicien peut utiliser l'échographie ou la radiographie.

Il y a actuellement beaucoup de controverse autour des programmes de dépistage et des techniques utilisées pour le diagnostic. Certaines formes légères de dysplasie de la hanche peuvent être autorésolutives et la description des critères diagnostiques à l'échographie varie. Il y a un débat à propos de la signification clinique d'anomalies anatomiques mineures et de variantes physiologiques, surtout dans les premiers mois de vie.

Prise en charge

Demander en consultation un orthopédiste pédiatrique

La présence d'une manœuvre d'Ortolani anormale constitue l'indication première d'une consultation auprès d'un orthopédiste pour un bébé. Une manœuvre de Barlow anormale lors de l'examen initial ou à deux semaines peut mener à une surveillance par le clinicien de première ligne. Tout enfant qui a une abduction anormale ou incomplète après 4 semaines devrait être évalué en orthopédie. Selon le degré d'aisance du clinicien avec l'examen des hanches, il peut y avoir une indication relative d'évaluation en orthopédie dans les situations d'examen ambigu ou de présence de facteur de risque.

Traitement

La pertinence de l'orthèse d'abduction des hanches est déterminée par l'orthopédiste.

Les bénéfices sont mieux documentés pour des hanches disloquées. Le harnais de Pavlik est l'une des orthèses possibles. De 7 à 14 % des enfants présenteront une complication en suivant ce traitement : nécrose avasculaire, paralysie temporaire du nerf fémoral, dislocation inférieure de la hanche.

Les doubles couches sont inutiles.

Lorsqu'un diagnostic est posé plus tard dans la vie de l'enfant, des approches chirurgicales peuvent être nécessaires.

Références

Evaluation and Referral for Developmental Dysplasia of the Hip in Infants. Brain A. Shaw, Lee S. Segal and Section on Orthopaedics, Paediatrics; originally published online November 21, 2016 ; DOI : 10.1542/peds.2016-3107.

American Academy of Orthopaedic Surgeons. *Detection and Nonoperative Management of Paediatric Developmental Dysplasia of the Hip in Infants Up to Six Months of Age. Evidence-Based Clinical Practice Guideline.* Rosemont, IL : American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2014

Elizabeth Ashby, Andreas Roposch. Diagnostic Yield of Sonography in Infants With Suspected Hip Dysplasia: Diagnostic Thinking Efficiency and Therapeutic Efficiency. *AJR* 2015; 204:177–181 January 2015.

Bong Soo Kyung, Soon Hyuck Lee, Woong Kyo Jeong, Si Young Park; Disparity between Clinical and Ultrasound Examinations in Neonatal Hip Screening. *Clinics in Orthopedic Surgery* 2016;8:203-209.

Mehmet Müfit Orak, Tolga Onay, Talat Cagirmaz, Cenk Elibol, Funda Dinc Elibol and Tuncay Centel. The reliability of ultrasonography in developmental dysplasia of the hip: How reliable is it in different hands? *Indian Journal of Orthopaedics.* 2015 Nov-Dec ; 49(6) : 610-614

Roposch A, Liu LQ, Hefti F, Clarke NMP, Wedge JH. Standardized Diagnostic Criteria for Developmental Dysplasia of the Hip in Early Infancy. *Clin Orthop Relat Res* (2011) 469:3451–3461.