



DYSPLASIE DE LA HANCHE / DYSPLASIE DÉVELOPPEMENTALE DE LA HANCHE (DDH)

DÉFINITION

Cette affection se caractérise par un développement anormal (dysplasie) de l'une ou des deux os formant l'articulations de la hanche (fémur, cotyle). La forme et/ou l'orientation de la cavité (acétabulum) ou de la tête fémorale peuvent être affectées à des degrés divers. Cette anomalie, généralement présente à la naissance et plus fréquente chez les femmes, entraîne un déboitement de l'articulation de la hanche, allant d'un déboitement partiel (subluxation) de la tête fémorale à une luxation complète de la hanche. Si l'articulation de la hanche est instable et luxée, le diagnostic est en général fait pendant l'enfance, lorsque l'affection est mieux connue sous le nom de "dysplasie développementale de la hanche (DDH)". À l'inverse, lorsque la cavité est suffisamment stable pour maintenir la tête fémorale en place, il se peut que cette déformation ne soit découverte qu'à l'adolescence, voire à l'âge adulte, lorsque les symptômes sont signalés pour la première fois - l'affection est alors connue sous le nom de "dysplasie acétabulaire".

For further information about ISHA - The Hip Preservation Society, how to find an experienced hip preservation surgeon or physiotherapist, or to make a donation, visit www.ishasoc.net. Charity registered in England and Wales, number 199165.

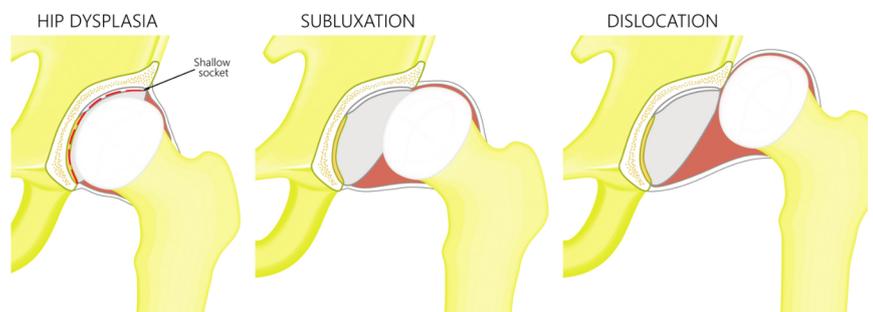


PATIENT INFORMATION FACT SHEET

D'autres maladies de la hanche survenant pendant l'adolescence ou l'enfance peuvent également provoquer une dysplasie de la hanche, comme la maladie de Perthes.

SIGNES ET SYMPTÔMES

- Douleur à la hanche ou à la jambe (qui peut s'étendre au genou), qui peut être de longue durée ou aggravée par un traumatisme
- En l'absence de traitement, une dégénérescence et/ou une déformation de l'articulation peut apparaître
- Signes de troubles de la croissance ou de la maladie de Perthes dans le passé
- Déformation résiduelle de l'acétabulum
- Décalage de la longueur des jambes



LE DIAGNOSTIC

Les radiographies sont utilisées pour confirmer le diagnostic de dysplasie de la hanche, mais l'IRM et la tomodensitométrie peuvent également être recommandées. Une arthroscopie de la hanche peut être pratiquée pour examiner plus en détail l'articulation et traiter certains aspects de l'affection.

Radiographie du bassin montrant une hanche gauche normale et une hanche droite complètement luxée.



TRAITEMENT NON CHIRURGICAL

La physiothérapie peut être utile, notamment pour modifier l'activité, gérer la douleur, prendre conscience de la posture générale et l'améliorer, et faire des exercices visant à améliorer les déséquilibres et les faiblesses musculaires.

D'autres traitements conservateurs peuvent inclure la gestion du poids, l'intervention d'un nutritionniste, l'arrêt du tabac et des conseils généraux sur le mode de vie.

La radiologie interventionnelle utilisant des injections d'anesthésiques locaux et de corticostéroïdes guidées par l'image à l'intérieur et autour de l'articulation de la hanche peut être suggérée en plus des autres mesures non chirurgicales.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Tout traitement de préservation de la hanche vise à améliorer l'alignement de l'articulation de la hanche et donc à permettre au patient de conserver son niveau d'activité, sa mobilité et sa fonction. Cela permettrait de retarder l'apparition de problèmes à un âge avancé, notamment l'usure du cartilage de l'articulation entraînant de l'arthrose et la nécessité éventuelle d'une chirurgie de remplacement de l'articulation.

Si l'acétabulum ne s'est pas développé correctement et n'est pas assez profond, une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour améliorer la couverture de la tête fémorale, car une cavité trop peu profonde n'assure pas une stabilité suffisante à la tête fémorale. Cette opération peut être réalisée à l'âge adulte. Cette opération implique le plus souvent des ostéotomies pelviennes (section et rotation ou flexion d'une partie du bassin pour mieux orienter et/ou approfondir l'acétabulum afin de couvrir la tête fémorale). Il existe toute une série d'ostéotomies pelviennes différentes - l'ostéotomie péri-acétabulaire est la plus couramment pratiquée chez l'adulte. En cas de déformation plus subtile de l'acétabulum, appelée "dysplasie limite", une arthroscopie de la hanche peut être une alternative.

En raison de la dysplasie de la hanche, le fémur peut présenter des déformations rotatives ou angulaires anormales. Celles-ci peuvent nécessiter une correction par ostéotomie fémorale, qui consiste à pratiquer une section osseuse (ostéotomie) dans la partie supérieure du fémur. L'alignement du fémur est alors corrigé et une longue tige (clou) dans l'os ou une plaque

maintenant en place les parties osseuses pendant que l'ostéotomie guérit. La tige ou la plaque ne doit pas nécessairement être retirée une fois que l'os est complètement guéri, et dépendra de la présence d'éventuels symptômes résiduels.

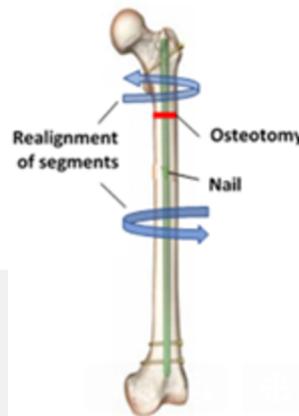


Schéma illustrant l'ostéotomie fémorale

Si une hanche symptomatique présentant des problèmes d'alignement n'est pas traitée, la biomécanique anormale peut entraîner une modification de la répartition des contraintes au sein de l'articulation, causant des

dommages à d'autres structures, y compris le cartilage articulaire et le labrum. Il peut en résulter une arthrose précoce. En fonction de l'étendue des lésions cartilagineuses, les traitements de préservation de la hanche peuvent ne plus être appropriés et une arthroplastie de la hanche peut être la seule option.

À QUOI S'ATTENDRE APRÈS L'OPÉRATION ?

Les suites opératoires varient en fonction de l'intervention pratiquée et des préférences et recommandations du chirurgien spécialiste de la préservation de la hanche. Il est également possible que d'autres interventions chirurgicales soient nécessaires, comme l'ablation de pièces métalliques. Après toute intervention pour une dysplasie de la hanche, il est probable qu'il y ait une longue période de rééducation.

Pendant les deux ou trois premiers mois, il peut y avoir des limitations à la mise en charge et aux activités. Ces restrictions varient d'un chirurgien à l'autre et dépendent de ce qui a été découvert pendant l'opération et des techniques utilisées.

La physiothérapie peut commencer après l'opération, en augmentant progressivement l'amplitude des mouvements, la stabilité, la force, la mobilité et la fonction sur une période de six à douze mois, en fonction de l'opération pratiquée et des objectifs individuels.