Douleur de hanche bilatérale chez un militaire

J. Pallaro, B. Joly, G. Gagnat, T. Cascella, M. Allizard.

Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, HIA R. Picqué, CS 80002 – 33140 Villenave d'Ornon.

Article reçu le 14 avril 2011, accepté le 22 février 2012.

Résumé

La luxation congénitale de hanche est une pathologie qui aujourd'hui est dépistée dès les premiers jours de vie. Ce dépistage est systématiquement effectué depuis 1991. Il a ainsi permis une prise en charge précoce de ces hanches instables et de leur éviter une évolution inévitable sans traitement adapté. Le dossier qui vous est présenté, est celui d'un gendarme, aujourd'hui âgé de 45 ans, qui malgré sa dysplasie bilatérale de hanche, a pu passer les tests physiques et exercer sa profession une dizaine d'années durant, avant de présenter les premiers symptômes de sa maladie. Cette maladie, lorsqu'elle est diagnostiquée chez l'adulte, conduit fatalement à une coxarthrose secondaire dont le traitement ne peut qu'être chirurgical, à savoir l'arthroplastie totale de hanche. Cette chirurgie est délicate et se doit d'être l'objet d'une planification. En effet, cette pathologie engendre des déformations osseuses coxale et fémorale pouvant rendre l'utilisation de prothèse totale de hanche standard inadaptée.

Mots-clés : Arthroplastie totale de hanche. Coxarthrose secondaire. Militaire. Luxation congénitale de hanche. Planification.

Abstract

BILATERAL HIP PAIN IN MILITARY

Congenital dislocation of the hip is a disease which today is diagnosed in the first days of life. Such screening is routinely performed since 1991. It has allowed early management of unstable hips, to prevent an inevitable evolution without adequate treatment. The dossier presented to you, is that of a policeman who is now 45 years despite its bilateral hip dysplasia, could pass the physical tests and practice his profession in a decade, before presenting the first symptoms of his illness. This disease diagnosed in adults, leads inevitably to a secondary osteoarthritis which the surgery is the only treatment, namely total hip arthroplasty. This surgery is delicate and must be subject to planning. Indeed, this disease leads to bone coxal and femoral deformities making use standard total hip prostheses maladjusted.

Keywords: Congenital hip dislocation. Military. Planning. Secondary osteoarthritis. Total hip arthroplasty.

Introduction

La luxation congénitale de hanche est une pathologie qui aujourd'hui est dépistée dès les premiers jours de vie. Ce dépistage est systématiquement effectué depuis 1991. Il a ainsi permis une prise en charge précoce de ces hanches dysplasiques et de leur éviter une évolution défavorable sans traitement adapté. Le dossier qui vous est présenté, est celui d'un gendarme, aujourd'hui âgé de 45 ans, qui malgré sa dysplasie bilatérale de hanche, a pu passer les tests physiques et exercer sa profession une dizaine d'années durant, avant de présenter les premiers symptômes de sa maladie. Lorsque cette pathologie est diagnostiquée à l'âge adulte, il s'agit souvent alors d'une coxarthrose dont le traitement ne peut qu'être chirurgical, à savoir l'arthroplastie totale de hanche. Compte tenu des anomalies architecturales osseuses, il est souvent nécessaire d'utiliser des implants spécifiques.

J. PALLARO, interne des HA. B. JOLY, interne des HA. G. GAGNAT, externe des hôpitaux de Bordeaux. T. CASCELLA, médecin des armées. M. ALLIZARD, médecin chef des services.

Correspondances : J. PALLARO, Service de chirurgie orthopédique et traumatologie, HIA R. Picqué, CS 80002 – 33140 Villenave d'Ornon.

Cas clinique

Il s'agit d'un patient, âgé de 45 ans, militaire de carrière. Il a passé les tests physiques préalables à l'engagement dans une carrière militaire sans difficultés. Depuis son plus jeune âge, il pratique le cyclisme, le tennis de table ainsi que la course à pied sur des distances de 15 à 20 km. Il n'a jamais ressenti de réelles douleurs mécaniques lors de ses activités physiques.

Le premier symptôme est apparu vers l'âge de 35 ans sous la forme de gène inguinale bilatérale survenant à l'effort. Cette gêne, a été classée initialement comme d'origine radiculaire formant le tableau clinique de cruralgie bilatérale car l'examen clinique des deux hanches était indolore. Nous ne possédons pas les valeurs des amplitudes articulaires lors de cet examen clinique. Néanmoins, ce dernier ne montrait pas de raideurs particulières

Le patient constate que ses douleurs sont améliorées par la pratique du vélo.

La cyphose dorsolombaire positionnelle sur un vélo permet l'ouverture des foramens rachidiens et la décompression des racines lombaires, mais en fait c'est la musculation engendrée par cette activité sportive en décharge physique qui soulage notre patient.

Devant la persistance de la symptomatologie, un bilan dorsolombaire est réalisé, et c'est en regardant attentivement la partie inférieure du cliché de rachis de face que le diagnostic sera posé.

Lors de la dernière consultation, le patient présente une dégradation manifeste de la symptomatologie au niveau de ses deux hanches :

– flexion-extension : 85° et 0°
– rotation interne/externe : 0°
– abduction-adduction : 15° et 15°

Avant d'analyser les radiographies de notre patient nous allons effectuer un rappel sur la coxométrie (fig. 1, 2) et ses valeurs normales.

Sur ce cliché (fig. 3) nous pouvons mettre en évidence certaines anomalies qui doivent attirer notre attention chez un patient présentant des douleurs de hanche.

Plusieurs éléments de sémiologie radiologiques permettent de porter le diagnostic de dysplasies bilatérales de hanche.

Face à quelle dysplasie de hanche sommes-nous ?

Nous analysons radiologiquement :

– une rupture du cintre cervico-obturateur ;
– défaut de couverture externe associée à une pente de toit trop importante ;
– une coxa valga (CC'D > 135°).

Devant ces trois signes radiologiques nous pouvons évoquer le diagnostic de luxation congénitale bilatérale de hanche.

Nous pouvons déterminer le stade de la luxation, stade I selon Crowe (1) et de dysplasie selon Hartofilakidis (2). Sans entrer dans le détail de ces classifications, ces luxations congénitales de hanche peuvent être qualifiées de légères.

Le bilan nécessaire pour le diagnostic de luxation congénitale de hanche est simple. Il se limite à une radiographie du bassin de face en charge, chaque

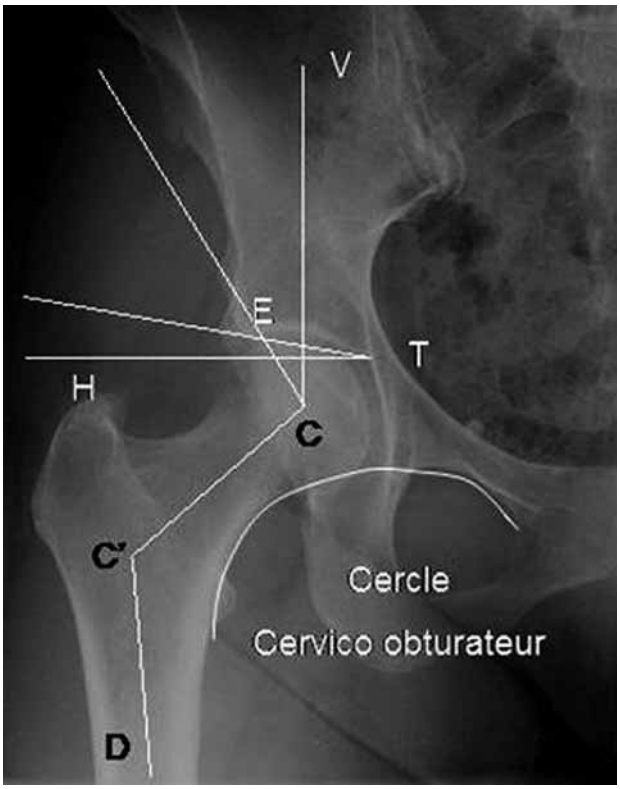


Figure 1. Coxométrie hanche face.

hanche de face et de profil (faux profil chirurgical de Lequesne) debout en charge.

Le bilan pré-thérapeutique sera complété par un cliché du ou des fémurs de face et de profil.

Au bout de presque 10 ans de suivi, notre patient souffre quotidiennement et ne peut plus pratiquer d'activités physiques. L'enraidissement articulaire est stable, la douleur est présente dès la mise en charge. En revanche, il se déplace sans aide. Nous pouvons lui attribuer un score de 14/18 au Postel-Merle d'Aubigné (3) (tab. I).

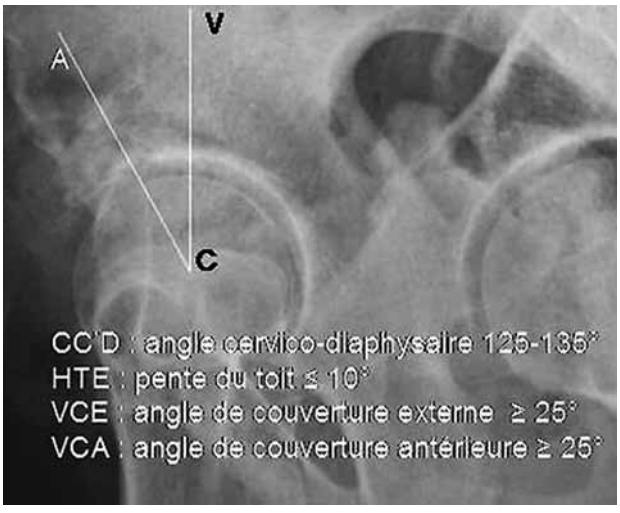


Figure 2. Coxométrie hanche profil.

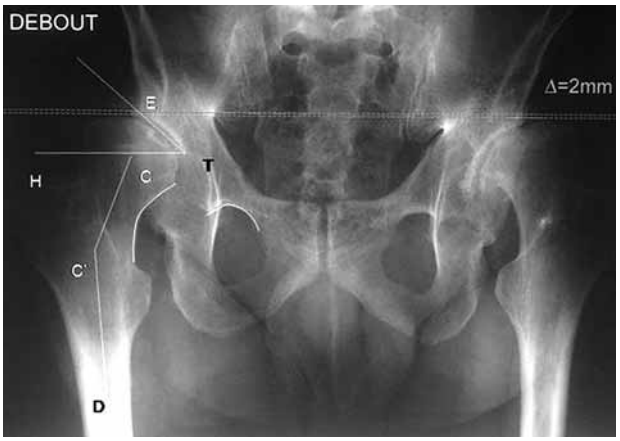


Figure 3. Janvier 2011, radiographie bassin face.

L'indication d'arthroplastie totale est posée en accord avec le patient (fig. 4, 5). L'intervention est réalisée par voie postérieure. À quatre mois post-op le résultat fonctionnel est très satisfaisant : douleur sur la hanche opérée a disparue et présente un score PMA à 18. Il présente des mobilités articulaires de 90° de flexion de hanche, une extension complète, 20° de rotation interne et externe, 30° d'adduction et 35° d'abduction. Il ne présente aucun déficit musculaire. L'appui unipodal est réalisé sans difficulté. Actuellement ces activités sont très limitées par la gêne que lui occasionne sa hanche non opérée. De plus la chirurgie à provoqué une inégalité de longueur des membres. Cette inégalité était prévisible et attendue et sera corrigée par la chirurgie de la hanche controlatérale qui est prévue dans les semaines à venir. Cette inégalité de longueur des membres inferieur n'a pas gêné le patient durant l'année qui a suivie son opération.

Discussion

L'incidence de la Luxation congénitale de hanche (LCH) est variable d'un pays à l'autre. Le taux retrouvé dans la littérature (4) varie de 6 à 20 ‰. En France, à la maternité de l'hôpital Saint Vincent-de- Paul (Paris) le taux atteint 20 ‰ ce qui nous laisse le droit de penser que la prévalence est probablement sous estimée. Le dépistage périnatal est donc essentiel.

En quelques mots, les filles sont cinq à six fois plus atteintes que les garçons, un facteur génétique est incontestablement présent puisque chez des jumeaux monozygotes, lorsqu'un présente une LCH, l'autre est atteint dans 42,7 %. De plus, la présentation au moment de l'accouchement est un facteur de risque majeur. En effet, on retrouve 20 % de LCH par naissance par siège. Enfin, la luxation unilatérale est un plus fréquente que la bilatérale et touche deux fois plus souvent la hanche gauche que la hanche droite.

La physiopathologie de la luxation congénitale de hanche est connue. Son histoire se construit tout au long de la croissance, dès les premières semaines de vie in utéro. En effet des facteurs prédisposant sont nécessaires. Un cotyle peu profond ainsi qu'une anté-torsion fémorale exagérée font le lit de la dysplasie luxante de hanche. Ensuite, lors de l'accouchement, afin de diminuer le conflit mécanique des grands trochanters lors de la descente du nouveau-né, les hanches enclenchent une rotation externe automatique qui couplée avec l'ante-torsion fémorale, favorise la décoaptation de la tête

Tableau I. Score Postel-Merle d'Aubigné.

Points	Douleurs	Mobilité	Marche
		Si attitude vicieuse :-1 pt si 20° de flexion ou rotation externe irréductible, -2 si 10° ou plus d'abduction, adduction ou rot interne irréductibles	
6	Aucune	Amplitude en flexion ≥ 90°	Stabilité parfaite, marche normale et illimitée
5	Rare et légère, n'empêchant pas une activité normale	Amplitude en flexion de 75 à 85 °	Stabilité imparfaite, légère boiterie à la fatigue, canne parfois pour les longues distances
4	Compatible avec une activité physique réduite, permettant une 1/2 h ou + de marche	Amplitude en flexion de 55 à 70 °	Légère instabilité, boiterie nette, souvent une canne pour sortir
3	Arrêtant la marche au bout de 20 mn	Amplitude en flexion de 35 à 50 °	Instabilité, forte boiterie, une canne en permanence
2	Arrêtant la marche au bout de 10 mn	Amplitude en flexion ≤ 30°	Forte instabilité, 2 cannes, 1 canne béquille parfois
1	Très vive à la mobilisation et à l'appui	Flexion réduite et attitude vicieuse importante	Appui monopodal impossible, 2 béquilles ou cannes béquilles
0	Très vive et permanente, ne permettant pas la marche, confinant le malade au lit et entrainant l'insomnie	Flexion réduite et attitude vicieuse importante	Station debout impossible, appui impossible, grabataire



Figure 4. Radiologie hanche gauche face pré-opératoire.

fémorale hors du cotyle. Enfin, dès la naissance, la hanche luxable peut aboutir à une vraie luxation du fait de la posture progressive en extension associée éventuellement à un langeage serré en « quille » puis lors des premiers pas de l'enfant.

Depuis 1991, une conférence d'experts (radiologues, pédiatre et chirurgien) propose de réaliser un examen de dépistage clinique systématique, complété si besoin par une échographie pratiquée à la fin du premier mois entre la 4e et la 6e semaine. La mise en place du dépistage de la LCH a eu un effet considérable. Kalifa (5) nous annonce que le taux d'interventions est passé de 25 % à 1 %. Le dépistage conduit rapidement au traitement orthopédique simple, efficace, évitant ainsi les déformations que seule la chirurgie peut prendre en charge.

Chez l'adulte, la découverte de cette pathologie est effectuée le plus souvent à partir de la deuxième ou troisième décennie sur des douleurs localisées au niveau coxofémorale. La symptomatologie sera d'autant retardée que le patient est sédentaire. Pour notre patient l'activité physique ou « rééducation involontaire » a joué un rôle antalgique indéniable.

Dès le diagnostic posé, il est important d'accompagner le patient tout au long de sa prise en charge. En effet la découverte de la LCH n'est pas synonyme de chirurgie imminente et ce à plus forte raison que le patient ne présente qu'une gêne minime à l'effort lors de sa première consultation.

Le bilan de la maladie de luxation congénitale de hanche chez l'adulte jeune est clinico-radiologique. Des échelles d'évaluation des incapacités ou des handicaps doivent être utilisées pour apprécier au mieux les répercussions de sa maladie. Aussi le bilan radiologique passe par une radiographie de bassin debout de face, le ou les hanches debout de face, et un profil chirurgical de Lequesne de la ou les hanches atteintes. Ces clichés vont nous permettre de déterminer le stade de la LCH et en fonction de ce dernier d'accompagner la patient jusqu'à la chirurgie qui est inéluctable.

Si le traitement médical est efficace, dans une très large majorité des cas chez l'enfant en bas âge, chez l'adulte, il en est autrement. En effet seul la chirurgie donne des résultats satisfaisants.

Pendant longtemps la chirurgie conservatrice était la chirurgie de première intention pour le traitement de cette pathologie. Elle comprenait l'ostéotomie de varisation de l'extrémité proximale du fémur, ostéotomie pelvienne parfois multiple. Non seulement les résultats de cette chirurgie conservatrice étaient relativement décevants chez l'adulte mais en plus elle compliquait la chirurgie de pose des implants prothétiques. Aujourd'hui, avec l'amélioration de la survie de prothèses, l'arthroplastie



Figure 5. Radiologie hanche gauche face post-opératoire.

totale de hanche est devenue le traitement de référence chez l'adulte de la luxation congénitale de hanche.

Gardons à l'esprit que le traitement sera médical chez le nouveau-né (0-2 ans), chirurgical conservateur chez l'enfant (3-10 ans) et chirurgical prothétique chez l'adulte.

Ce cas soulève de nombreuses questions. La première, est-il possible d'effectuer une carrière militaire quand on est atteint de LCH ?

La réponse n'est pas évidente. En effet si l'avenir de l'individu est d'effectuer de nombreuses missions lui demandant une aptitude physique optimale alors non une telle carrière n'est pas envisageable. En revanche, l'inaptitude ne doit pas être la sanction si les fonctions du patient seront essentiellement administratives et sédentaire. La deuxième question est directement liée à la première.

Quelle décision médico-militaire face à cette pathologie ?

La classification I 4 selon le BOEM : « Affections de la hanche (détermination clinique et radiologique obligatoire) avec malformation dysplasique (cotyloïdienne, fémorale ou mixte) sévère mais asymptomatique à l'engagement ».

Ce patient n'aurait pas été incorporé si le diagnostic avait été connu. Doit-on effectuer pour autant des radiographies de bassin de face chez tout nouvel engagé ? Non si l'examen est normal évidemment. Cette attitude peut-elle être discutée même si le bénéfice d'une telle campagne serait quasi nul ? Le dépistage périnatal étant systématique depuis 1991, il est légitime de penser qu'il n'y aurait qu'un très faible bénéfice à réaliser une telle campagne de dépistage chez des futurs engagés qui sont nés aujourd'hui pour la plupart entre 1986 et 1993. On peut y opposer en revanche les conséquences d'une découverte tardive de cette atteinte. Néanmoins les faibles bénéfices attendus du dépistage systématique de luxation congénitale de hanche ne la légitime pas.

Conclusion

La luxation congénitale de hanche reste une pathologie rare mais non exceptionnelle. L'originalité de cette observation se situe moins dans sa maladie que dans les conséquences professionnelles de notre patient. Ce dernier présente aujourd'hui un classement BOEM I-3 ou I-5. Sa prothèse lui interdit dorénavant toute activité physique et sportive traumatisante ainsi que tout mouvement pouvant l'exposer à sa luxation. Tout ceci implique une adaptation de sa carrière militaire afin de privilégier les activités sédentaires et administratives. Il est certains que ce patient n'aurait pu prétendre à une carrière militaire si le diagnostic avait été posé à l'engagement. La découverte d'une luxation congénitale de hanche à la visite médicale classe l'individu BOEM I-4.

Depuis le dépistage systématique de luxation congénitale de hanche (1991) en péri natalité, le diagnostic chez l'adulte de cette pathologie est beaucoup plus rare. Envisager une campagne de dépistage chez tout futur engagé semble non justifié compte tenu du bénéfice attendu. Gardons simplement à l'esprit que la luxation congénitale de hanche peut rester muette pendant les trois premières décades de vie et que dès le diagnostic posé, nous nous devons de préparer et d'accompagner au mieux notre patient vers la chirurgie prothétique, et surtout ensuite gérer son adaptation à l'emploi. Ceci peut poser de réels problèmes chez le patient militaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Crowe JF, MV, Ranawat CS. Total hip replacement in congenital dislocation and dysplasia of the hip. J Bone Joint Surg (Am), 1979. 61-A: 15-23.
2. Hartofilakidis G. Congenital hip disease in adults: classification of acetabular deficiencies and operative treatment with acetabuloplasty combined with total hip arthroplasty. J Bone Joint Surg (Am), 1996. 78-A: 683-92.
3. Postel. Cotation chiffrée de la hanche. Revue de chirurgie orthopédique, 1970. 56: 481-6.
4. Seringe R. Dysplasie et luxations congénitales de hanche. encyclopédie médico-chirugicale, 1998. Appareil locomoteur, pédiatrie.
5. Kalifa G. Screening for developmental dysplasia of the hip. J Radiol, 2003. 84(4 Pt 1): 354.

VIENT DE PARAÎTRE



LES AVANCÉES DE LA RECHERCHE SUR LE SIDA

Olivier PLESKOFF

Préface du professeur Françoise BARRÉ-SINOUSSI

Plus de 25 ans après la découverte du VIH, ce sont environ 33 millions de personnes qui sont contaminées dans le monde, soit près d'une personne sur 200. La recherche a permis de développer des outils de prévention et des traitements. Toutefois, compte tenu des difficultés persistantes, la recherche sur le SIDA reste une priorité.
L'association SIDABLOG a pour but de diffuser les derniers résultats des chercheurs. Ce livre regroupe de façon synthétique les avancées scientifiques récentes les plus pertinentes, en les exposant de manière claire, didactique et précise.
Il s'adresse aux personnes sensibilisées à ces enjeux sans en être spécialistes : étudiants, malades, militants associatifs, médecins, décideurs, journalistes…

ISBN : 978 2 296 55330 9 – Format : 15,5x24cm – Pages : 266 – Prix : 25,50€ – ***Éditions l'Harmattan*** *– 5, 7 rue de l'École polytechnique, 75005 Paris – Tél . : 01 40 46 79 22 – Fax : 01 43 25 82 03 – presse.harmattan5@wanadoo.fr*

VIENT DE PARAÎTRE



VIDAL RECOS®

Recommandations en pratiques 2012

4e édition

Sous la direction du Pr Charles CAULIN

165 stratégies thérapeutiques
225 arbres décisionnels commentés
Grade correspondant aux niveaux de preuve
Liste exhaustive des médicaments

ISBN : 978 2 85091 200 9 – Format : 11x19cm – Pages : 2220 – Prix : 39,92€ – ***Vidal*** *– 21 rue Camille Desmoulins, 92789 Issy les moulineaux Cedex – Tél. : +33 (0)1 73 28 11 86 – Fax : +33 (0)1 73 28 12 01 – Contact : catherine.German@vidal.fr – www.vidal.fr*