



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*ETUDE SUR L'AVENIR OBSTETRICAL DES
PARTURIENTES LUXEES
CONGENITALEMENT DE LA HANCHE A LA
MATERNITE REGIONALE UNIVERSITAIRE
DE NANCY*

Etude rétrospective menée de 2002 à 2011 portant sur 41 patientes

Mémoire présenté et soutenu par
BOUGNOUCH Wassima

Promotion 2012

Remerciements

A Monsieur T. BOUIN, Sage femme cadre Enseignant et directeur de mon mémoire,
pour son aide, son écoute et ses conseils

Au Docteur BELLAN, Chef de Clinique en chirurgie orthopédique et expert du
mémoire pour l'intérêt porté à ce mémoire et le temps précieux qu'il m'a accordé.

A mes parents et mes frères pour leurs affections et leurs encouragements.

Sommaire

Remerciements	2
Liste des abréviations	5
Préface	6
Introduction	7
 Partie 1 : Justification de l'étude	 9
I/ RAPPEL EMBRYOLOGIQUE	10
II/ DEPISTAGE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT	12
1-Le dépistage de la LCH	12
2-Le diagnostic	16
3-Les différentes dysplasies de la hanche	18
4-Les traitements	19
III/ CONSEQUENCES OBSTETRIQUES DE LA LCH	21
1-Cas de LCH non traitée	21
2-Cas de LCH traitée	27
3-Impact obstétrical	28
 Partie 2 : Présentation de l'étude	 33
I/ METHODOLOGIE	34
1-Problématique	34
2-Objectif	34
3-Formulation des hypothèses	34
4-Schéma général de l'étude	35
II/ PRESENTATION DES RESULTATS	37
1-La radiopelvimétrie (RPM)	37
2-Le travail obstétrical	41
3-L'accouchement	46
4-En anténatal	48

Partie 3 : Discussion	49
I / CONCERNANT L'ETUDE	50
1-Difficultés rencontrées	50
2-Points à améliorer	50
II/ ANALYSE ET DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS	52
1- La radiopelvimétrie.....	52
2-Le travail obstétrical	53
III/ LE ROLE DE LA SAGE-FEMME.....	57
1-En anténatal.....	57
2-En perpartum.....	57
 Conclusion	 59
Bibliographie	61
Table des matières	66
Annexes	68

Liste des abréviations :

LCH : Luxation congénitale de hanche

RPM : Radiopelvimétrie

AN : accouchement normal

EI : extraction instrumentale

César : césarienne

TVE: toucher vaginal explorateur

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

Préface

Un des premiers cours de pédiatrie enseigné en école de sages-femmes est la réalisation de l'examen clinique du nouveau-né. Il fait partie des compétences des sages-femmes et est réalisé quotidiennement en salle de naissance et en secteur mère-enfant.

Au cours des premiers stages en salle des naissances, on nous apprend rapidement à le réaliser sur un « vrai » nouveau-né. Quelques une des manœuvres les plus impressionnantes à voir et à réaliser sont les manœuvres d'Ortolani et de Barlow permettant de dépister une luxation congénitale de la hanche (LCH).

Les questions qui me sont venue à l'esprit sont: « quel est l'intérêt d'un tel dépistage systématique? Y a t-il un intérêt obstétrical de ce dépistage ? », « on sait que le bassin est important dans la mécanique obstétricale de l'accouchement, cette maladie non prise en charge a-t-elle un impact au cours du travail et de l'accouchement? », « Y a t-il des conséquences obstétricales pour les patientes ayant eu une LCH traitée pendant l'enfance? »

Ce sont ces questions qui m'ont poussé à m'intéresser à ce sujet pour mieux connaître ces patientes dès l'examen clinique à la naissance et pour proposer une conduite à tenir obstétricale adaptée pour ces patientes lorsqu'elles sont enceintes.

Introduction

Les termes de dysplasie luxante ou maladie luxante de la hanche représente une anomalie anatomique qui se forme in-utéro dont l'origine est un désordre dynamique de la hanche qui peut avec le développement du bébé soit s'améliorer soit s'aggraver. La luxation étant la situation la plus grave ou la tête fémorale sort complètement de la cavité acétabulaire.

C'est une pathologie qui est en constante évolution. En effet, elle peut passer d'une « simple » instabilité de la hanche à une luxation, ou d'une hanche cliniquement normale à la naissance à une dysplasie. D'où l'intérêt de répéter l'examen clinique ultérieurement et de ne pas se fier juste à l'examen en période néonatale car même si la hanche est cliniquement normale, elle n'est pas anatomiquement normale. [1, 2]

En 1960, elle touchait 5 à 7 naissances pour 1000 et de nos jours elle touche 2 naissances pour 1000. Les LCH touchent principalement les femmes (cinq à six filles pour un garçon).

Dans les années 1960, le diagnostic était tardif après l'âge de la marche et la prise en charge était chirurgicale par réduction sanglante. À partir des années 1980, le dépistage clinique en période néonatal est devenu systématique et a été aidé par le développement de l'imagerie notamment l'échographie. Celui-ci a permis de diminuer le diagnostic de LCH après l'âge de la marche à l'origine de déformations importantes de la morphologie des personnes luxées associant une hyperlordose, une boiterie et des déformations du bassin.

L'intérêt initial du dépistage est économique car la LCH reste un problème de santé publique. En effet, un dépistage précoce permet une prise en charge rapide, avec un traitement plus simple, moins lourd pour l'enfant et moins coûteux. La prise en charge chirurgicale tardive de l'enfant devrait alors diminuer (mais en fait, elle reste encore importante). [3, 4,5]

Le second intérêt est obstétrical car cette pathologie touche essentiellement les femmes et provoque des déformations du bassin et du rachis.

La sage-femme est confrontée à cette maladie car elle participe au dépistage systématique grâce à l'examen clinique du nouveau-né qu'elle réalise soit en salle de naissance soit en secteur mère-enfant. Mais elle y est aussi confrontée quelques décennies plus tard, lorsque cette petite fille atteinte d'une LCH devenue femme viendra en salle de naissance pour accoucher et que la sage-femme adaptera la prise en charge de cette parturiente à cette maladie.

Pour mieux comprendre cette relation, nous développerons les différentes étapes permettant de prendre en charge un enfant atteint d'une LCH, et surtout l'impact du traitement de la LCH ou de son absence au niveau obstétrical.

L'étude réalisée au sein de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy permettra de décrire la particularité anténatale, perinatale et postnatale des femmes luxées de hanches.

On mettra alors en évidence le rôle important de la sage-femme dans la prise en charge de la maladie luxante de la hanche.

Partie 1 : Justification de l'étude

I/RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

La profession de sage-femme nécessite une connaissance parfaite du bassin osseux car il intervient directement dans la mécanique obstétricale de l'accouchement. L'articulation de la hanche doit être également comprise et il nous semble important ici de faire un rappel concernant les étapes de sa formation pour mieux comprendre la physiopathologie de la LCH.

Le développement de l'articulation de la hanche se fait en plusieurs étapes.

Durant la période embryonnaire: aux alentours du 26ème jour apparaissent les bourgeons des membres inférieurs. L'ébauche fémorale et pelvienne se forment grâce à la multiplication et l'orientation des cellules mésenchymateuses. Vers la fin de la septième semaine de grossesse, la fente articulaire se forme correspondant au début de la séparation entre la tête fémorale et de la hanche. C'est à cette période qu'apparaissent les premiers mouvements des membres inférieurs. La cavité articulaire est formée vers la neuvième semaine de grossesse et le tissu mésenchymateux se transforme en tissu cartilagineux. [3, 4, 5, 6 ,7]

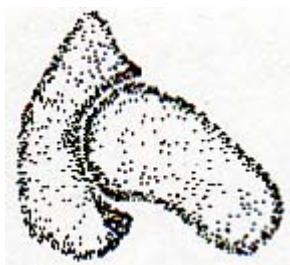


Figure 1 : Formation de la cavité articulaire par séparation du fémur et de l'os iliaque chez un embryon de 22mm à la 9^{ème} semaine d'aménorrhée [6]

Durant la période fœtale: elle est caractérisée par une mobilité importante des membres inférieurs mais surtout par une phase de maturation et de croissance cartilagineuse rapide. Les facteurs génétiques de la LCH interviendraient durant cette période. À partir de la 25ème semaine de grossesse jusqu'à la naissance, la mobilité des membres inférieurs est diminuée favorisant la maturation et l'accroissement de l'articulation. Ce serait durant cette période que les facteurs mécaniques de la LCH interviendraient due fait de la sensibilité augmentée aux contraintes mécaniques.

À la naissance, la hanche est encore cartilagineuse est en place dans le cotyle. Les phénomènes de maturation concernent la transformation progressive selon une chronologie déterminée des tissus cartilagineux en tissus osseux. La croissance se poursuivra jusqu'à l'adolescence. Ce serait après la naissance que l'évolution spontanée de la LCH se fait vers la guérison car il n'y a plus de contraintes mécaniques (dans trois cas sur quatre). [3, 4, 5, 6, 7]

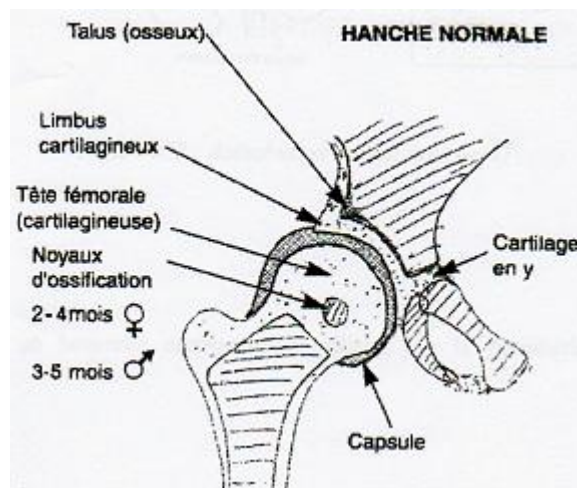


Figure 2 : Hanche normal à la naissance [3]

II/ DEPISTAGE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

1-Le dépistage de la LCH [2,3,4,5,6,7,8,9]

D'après l'article R.4127-318 du code de déontologie des sages-femmes, la réalisation de l'examen clinique à la naissance de tout enfant fait partie des compétences des sages-femmes. Celui-ci comporte un examen somatique et neurologique. Le but étant de rechercher pour le nouveau-né des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine mais aussi l'absence de certaines anomalies, des malformations congénitales, comme la LCH. En effet, la sage-femme a essentiellement un rôle de dépistage, et pour la LCH celui-ci repose essentiellement sur la clinique et sur la répétition des examens cliniques.

Pour débiter l'étude clinique, le bébé doit être calme, examiné tout nu, sur un plan dur et il faut obtenir un relâchement musculaire de l'enfant. L'efficacité de l'examen et l'appréciation de l'évolution spontanée de l'anomalie repose sur sa répétition.

L'examen débute par l'interrogatoire à la recherche des facteurs de risque:

→ **le sexe**: avec une prédominance pour les filles (cinq à six filles pour un garçon)

→ **les antécédents familiaux**: le risque de récurrence dans la fratrie est de 3 à 5%, le risque de transmission quand un parent est atteint est de 5%.

→ **les facteurs géographiques et ethniques**: les taux varient d'un pays à l'autre mais c'est dans la race blanche que l'on retrouve le plus d'atteinte (1,53% contre 0,49% chez les noirs). La LCH est aussi plus fréquente dans les pays du pourtour méditerranéen comme l'Italie, l'Algérie et la Turquie.

→ **la laxité ligamentaire** retrouvée dans certain syndrome polymalformatif.

→ **les facteurs mécaniques** comme

- la présentation fœtale: c'est surtout le siège décomplété qui est la posture la plus luxante. De plus, ce n'est pas l'accouchement par le siège qui est déterminant mais la durée où le fœtus est resté en siège,
- la primiparité: à cause de l'association d'un petit volume utérin (car il n'a jamais été distendue) et de contraintes mécaniques plus importantes.
- le poids fœtal et le terme: le risque est alors présent surtout lorsqu'il y a une disproportion fœto-pelvienne.
- des déformations posturales liées aux contraintes intra-utérine: oligoamnios, grossesses multiples...
- d'autres déformations posturales: genu recurvatum, torticollis...

L'examen clinique comporte trois parties:

→ **l'inspection du nouveau-né**: permet d'apprécier la position spontanée des deux membres inférieurs. On recherche une possible déviation du bassin définissant «un bassin asymétrique congénital» (*figure 2*), mais aussi une inégalité de longueur des membres inférieurs et enfin on tente d'observer la position in-utéro du nouveau-né qui peut favoriser la LCH. L'asymétrie du bassin est due à l'association d'une hypertonie avec rétraction des adducteurs d'un côté et d'une rétraction des fessiers et du fascia lata de l'autre côté.

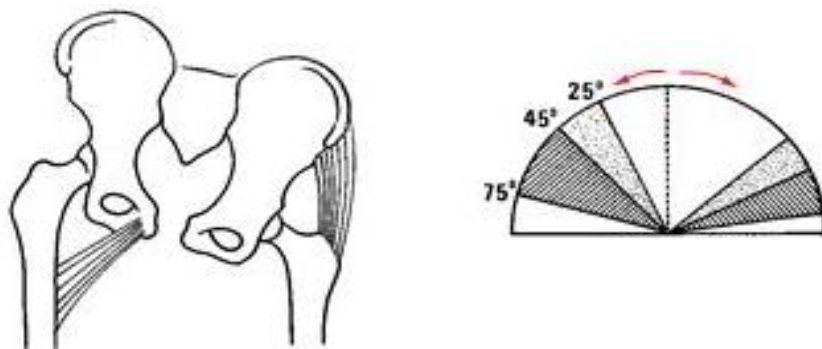


Figure 3: bassin asymétrique congénital [6]

→ **l'étude de l'abduction**: On recherche une limitation de l'amplitude ou une asymétrie d'abduction. Il est un signe indirect de luxation et représente surtout un risque. Elle prend plus d'importance quand l'enfant est plus âgé. Lorsque les hanches sont fléchies à 90°: l'amplitude normale se situe entre 70 et 85°, l'abduction est limitée lorsque l'amplitude est inférieure à 60°. Un angle compris entre 20 et 45° montre une hypertonie des adducteurs qui est aussi un signe de risque de luxation. (*Figure 3*)

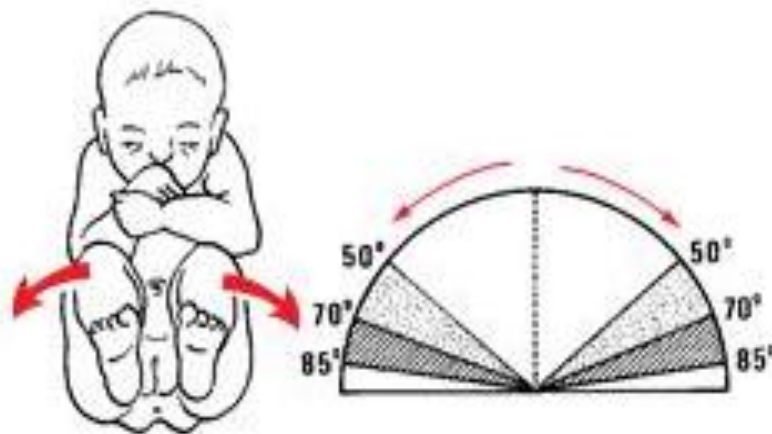


Figure 4: Tonus des adducteurs et amplitude passive d'abduction chez un nouveau-né normal (angle rapide en pointillé et angle lent en hachuré) [6]

→ **l'étude de l'instabilité de la hanche**: on parle d'instabilité lorsque la tête fémorale sort ou peut sortir partiellement ou en totalité de la cavité acétabulaire. On utilise les manœuvres d'Ortolani et de Barlow pour rechercher cette instabilité.

- le signe du ressaut ou manœuvre d'Ortolani (*Figure 5*) : les deux cuisses fléchies sont écartées, on tente alors de percevoir un ressaut de réduction lié à une tête fémorale qui saute et qui réintègre sa cavité acétabulaire. Lors du rapprochement des cuisses, on peut aussi percevoir un ressaut (*Figure 6*). Cette technique est la plus courante, et ne détecte que les ressauts francs (environ un quart des luxations).

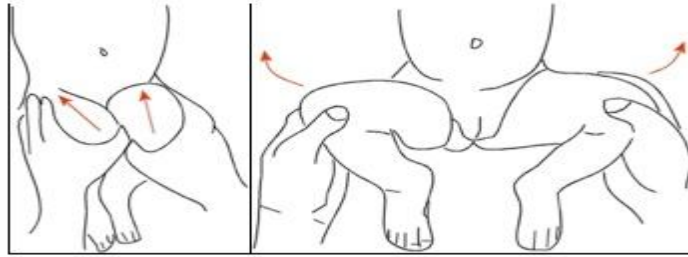


Figure 5: Manœuvre d'Ortolani [10]

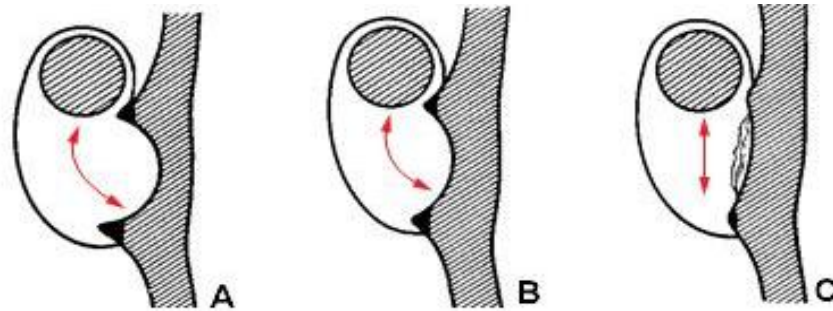


Figure 6: Schéma expliquant pourquoi le ressaut est inconstant :

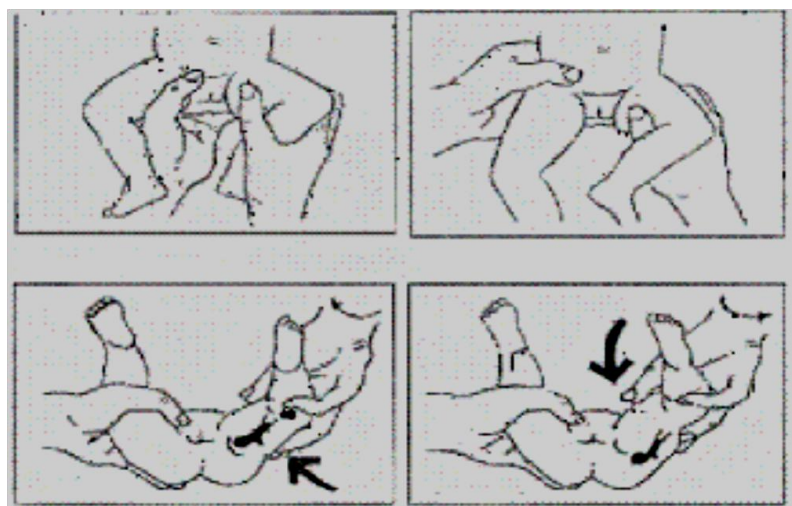
A-Ressaut franc

B-Ressaut léger ou mou

C-Pas de ressaut mais sensation de piston (Barlow) [6]

- le signe du piston ou manœuvre de Barlow (*Figure 7*): cette méthode de dépistage est plus fine. Grâce à un mouvement de piston antéro-postérieur, on recherche un déplacement de la tête fémorale par rapport à la cavité acétabulaire. Cette technique est plus délicate à réaliser mais est plus précise et plus riche d'information sur la luxation que la manœuvre d'Ortolani. L'étude se fait une hanche après l'autre.

Figure 7: Manœuvre de Barlow [11]



2- Le diagnostic [1, 2, 9]

Lorsque la sage-femme grâce à ces examens dépiste une hanche instable ou a un doute sur sa stabilité, elle en informe le pédiatre qui répète l'examen et décide de la prise en charge pour l'enfant. Le diagnostic de la LCH repose avant tout sur l'examen clinique et sa répétition. On peut néanmoins y associer des examens paracliniques pour aider au diagnostic et nous informer sur le type de dysplasie. Nous ne développerons pas les différentes techniques de réalisation et d'interprétation des différents examens paracliniques. Nous insisterons plus sur les indications de prescription de tels examens.

2.1- L'échographie

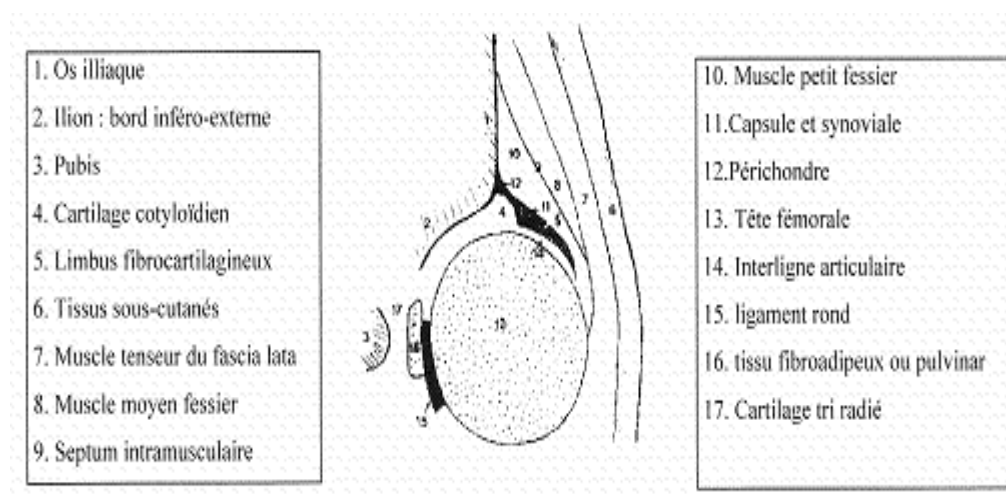
Cette technique est la plus adaptée à l'étude de la hanche en période néonatale puisque ses structures sont encore cartilagineuses. Elle est indiquée à partir du premier mois de vie.

L'exploration de la hanche se fait de manière statique et dynamique. (*Figure 8*)

L'échographie n'est réalisée que :

- lorsque l'examen clinique est douteux
- lorsque la hanche est normale mais il y a des facteurs de risques: antécédents familiaux de LCH, présentation du siège, présence d'autres anomalies orthopédiques.

Figure 8: Schéma des repères de l'échographie de hanche [5]



2.2- La radiographie

Cette technique est indiquée à partir du 4ème mois de vie de l'enfant (*Figure 9*).

Elle n'est pas systématique et n'est réalisée que:

- en premier intention si l'enfant n'a pas bénéficié d'un dépistage clinique correct alors qu'il présente des facteurs de risques ou qu'il présente un signe clinique d'alerte
- pour reconstrôler si l'échographie réalisée à un mois est restée douteuse.

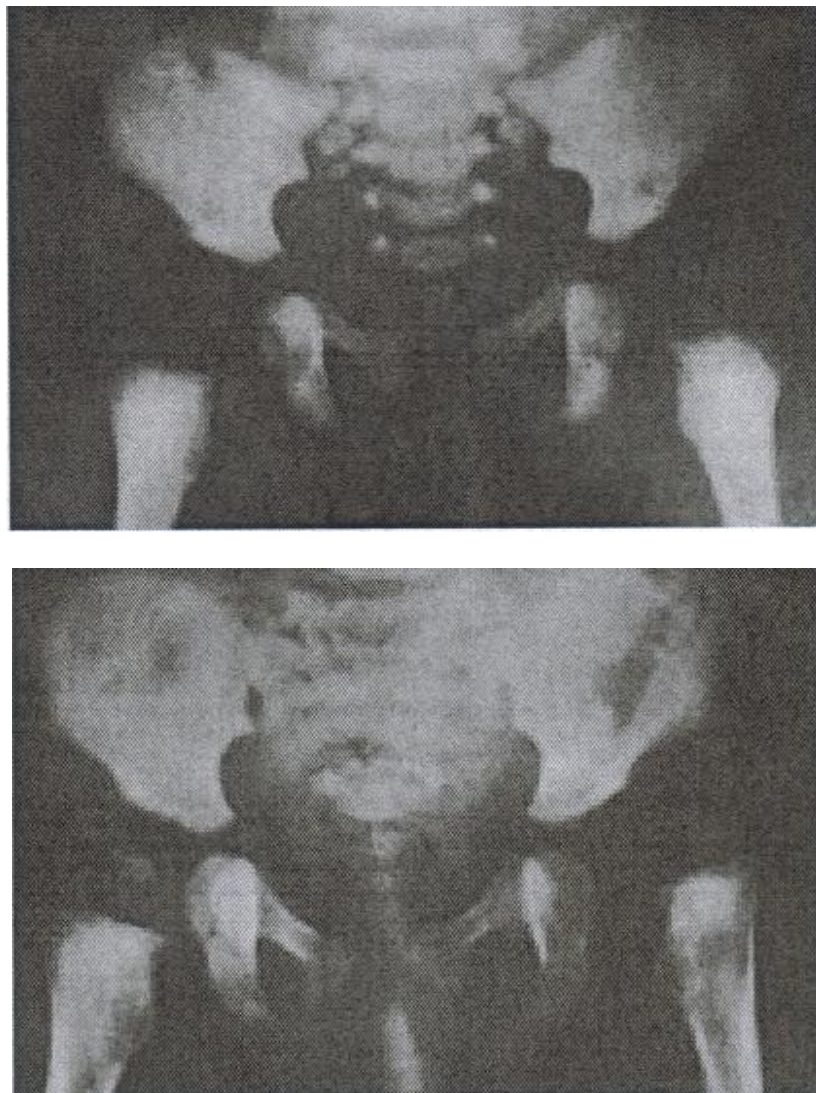


Figure 9: Radiographie d'un bassin : normal à la naissance (en haut) avec luxation évidente de la hanche gauche à trois mois (en bas). [6]

3- Les différentes dysplasies de la hanche [1, 4, 7, 9]

A la fin de l'examen clinique, on peut définir plusieurs hanches:

- la hanche est normale à la naissance, mais elle peut se révéler secondairement par une dysplasie (d'où l'intérêt de répéter l'examen)
- la hanche est luxable
- la hanche est luxée réductible car il y a une hypertonie des adducteurs, une limitation de l'abduction et une instabilité réductible lors des manœuvres.
- la hanche est luxée irréductible car il y a une hypertonie des adducteurs, une limitation de l'abduction et une irréductibilité lors des manœuvres (retrouvée surtout dans les syndromes polymalformatifs)
- la hanche est suspecte car il y a une hypertonie des adducteurs, une limitation de l'abduction et pas d'instabilité.
- la hanche est cliniquement normale mais est considérée à risque car elle présente un élément de suspicion suivant tel que: un antécédent familial de LCH, une présentation du siège, des anomalies orthopédiques, une abduction limitée ou difficile et abduction asymétrique (correspondant au bassin asymétrique congénitale).

Dans ce cas, la répétition de l'examen clinique ainsi que l'exploration par les techniques d'imageries est justifiées.

4- Les traitements

L'évolution spontanée de certaine instabilité néonatale de la hanche découverte à l'examen clinique se fait vers la guérison. Dans les autres cas, la prise en charge peut être orthopédique ou chirurgicale. (Figure 10)

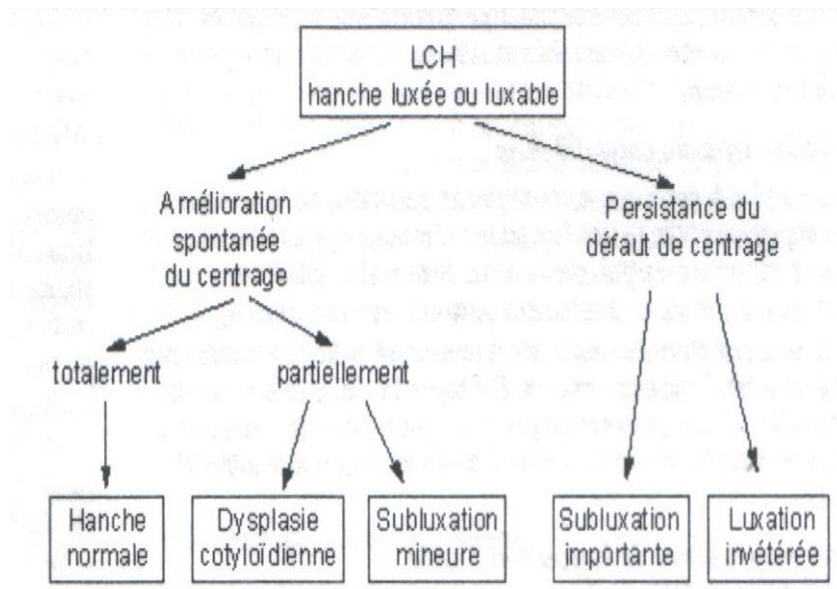


Figure 10: Histoire naturelle de la LCH [11]

Plus le traitement est débuté précocement, et plus celui-ci est efficace.

Celui-ci a pour but de :

- recentrer la tête dans le cotyle
- stabiliser la hanche
- corriger la dysplasie cotyloïdienne.

La réduction se fait grâce à une posture de recentrage: basée principalement sur la position d'abduction et de rotation interne de la hanche (associée à une extension, une flexion ou une hyperflexion de la hanche).

Nous ne développerons pas les indications thérapeutiques pour les différentes dysplasies possibles.

4.1- Traitement orthopédique

On distingue les méthodes ambulatoires et celles nécessitant une hospitalisation.

En ambulatoire, on réalise les culottes d'abduction, le lingeage strict en abduction-flexion, le harnais de Pavlik et les attelles d'abduction à hanche libre.

En hospitalisation, on réalise la traction au zénith et la traction à l'horizontale pour une réduction lente, puis la mise en place d'un plâtre.

Voir *Annexe 2*

4.2- Traitement chirurgical

La réduction chirurgicale est peu réalisée en France. On retrouve la réduction sanglante, la capsulorrhaphie (= c'est une stabilisation chirurgicale de la hanche).

Cependant, les interventions de corrections de la dysplasie cotyloïdienne sont devenues plus fréquentes. Elles sont réalisées après l'âge de la marche et on y retrouve les ostéotomies pelviennes (= ce sont des ostéotomies de réorientation du cotyle) et les ostéotomies fémorales (=ce sont des ostéotomies de réorientation du col fémorale).

En cas d'échec de réduction par les appareillages orthopédiques, la suite de la prise en charge consiste alors à se tourner vers une réduction chirurgicale.

III/ CONSEQUENCES OBSTETRIQUES DE LA LCH

D'après la littérature, on peut distinguer deux situations: soit la parturiente a une LCH non traitée soit elle a une LCH traitée par méthode conservatrice (orthopédique) ou chirurgicale.

La première situation est devenue rare de nos jours car le dépistage néonatal des LCH a permis de diminuer les diagnostics tardifs de LCH après l'âge de la marche. On peut tout de même encore rencontrer ces formes non traitées à cause du flux migratoire de la population en provenance d'Afrique et des pays de l'Est de l'Europe. En effet, tous les pays ne réalisent pas de dépistage néonatal, et ne disposent pas ou peu de moyens thérapeutiques.

Néanmoins, on va retrouver de plus en plus les situations de patientes avec une LCH prise en charge en orthopédie ou en chirurgie et leurs effets secondaires sur le pronostic obstétrical.

1-Cas de LCH non traitée [12,13]

1.1-Dans les cas de LCH bilatérale

En général, le diagnostic est posé à l'âge de la marche où l'on retrouve une boiterie dit de Trendelenburg (elle correspond à un abaissement du bassin du côté opposé à l'appui, associée à une inclinaison compensatrice de la ligne des épaules du côté de l'appui)

A l'examen morphologique des parturientes, on retrouve une boiterie bilatérale, une brièveté apparente des cuisses, une hyperlordose importante, une antéversion de l'utérus et la vulve regarde vers l'arrière. (*Figure 11*)

Quant au bassin, il est:

→ **atrophie dans sa texture osseuse**: les échancrures sciatiques et les orifices du bassin sont agrandis, l'ogive pubienne est vaste et les ischions étirés.

→ **déplacé**: les têtes fémorales étant reportées en haut et en arrière ont formées des néocavités sur l'os iliaque alors que les vrais cotyles se sont atrophiés. Ces contre-pressions font pivoter le bassin en avant et le tronc tombe en avant pour permettre la marche.

→ **déformé**: les ailes iliaques sont rapprochées, les ischions sont écartés, le bassin est dit en éteignoir. Du fait de l'hyperlordose et de l'antéversion pelvienne, la base du sacrum a tendance à s'enfoncer entre les os iliaques, la pointe est alors reportée en avant (le promontoire est parfois lui aussi projeté légèrement en avant).
(Figure 12)

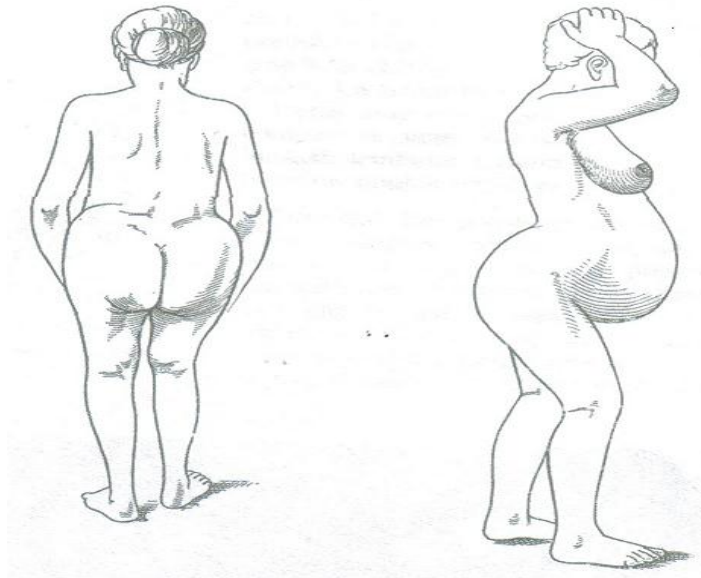


Figure 11: Bassin de LCH bilatérale. Vue de dos et de profil. [13]

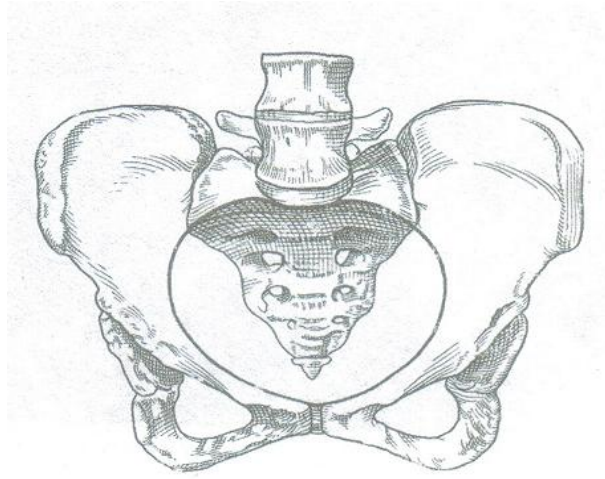


Figure 12: Bassin de luxation bilatérale de hanche [13]

Concernant ces dimensions, le bassin est rétréci transversalement. Le détroit supérieur est souvent spacieux, circulaire, un peu aplati. L'excavation pelvienne manque de hauteur et le détroit inférieur est élargi. La hauteur du sacrum est diminuée. (Figure 13 et Figure 14)

Du fait de l'agrandissement du détroit inférieur, les muscles du périnée superficiel sont étirés et la distance ano-vulvaire diminuée (car vulve regarde plus vers arrière)

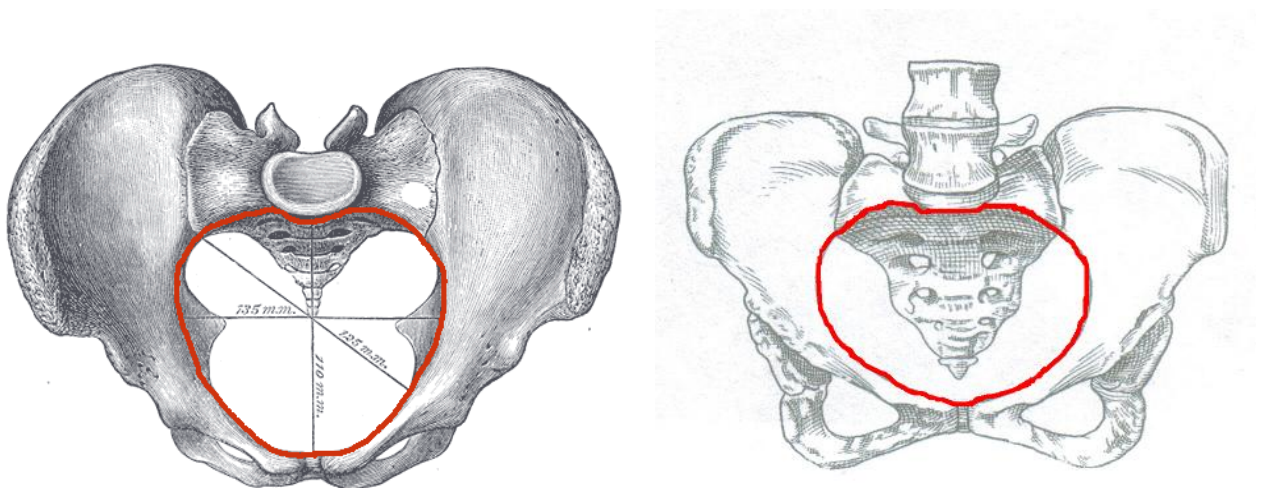


Figure 13: Détroit supérieur (vue du dessus): bassin sans LCH (à gauche) avec LCH (à droite) [13]

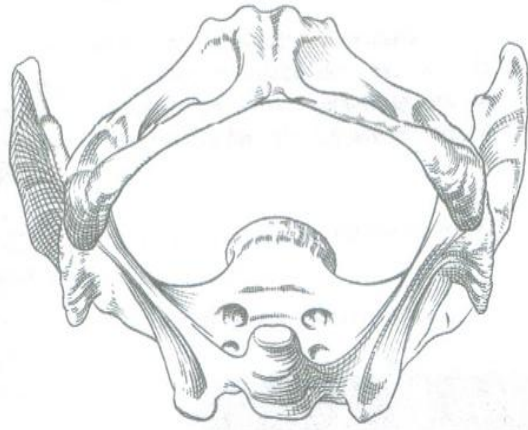


Figure 14: Bassin de LCH bilatéral vue du détroit inférieur. [13]

Lors du travail, l'accommodation et l'engagement de la présentation fœtale sont gênés par l'antéversion utérine plus que par le pseudo-aplatissement (elle va donc buter sur la symphyse pubienne). Le plus souvent, la tête fœtale emprunte le diamètre oblique, et quelques fois le transverse. La descente dans l'excavation se fait facilement et rapidement à cause de sa hauteur diminuée. De plus, la présentation est souvent mal fléchie et ne s'oriente pas souvent en occipito-pubien à cause d'une mauvaise accommodation sur une ogive pubienne large (le dégagement peut se faire en oblique ou en transverse).

Malgré les modifications dans la forme, dans les dimensions du bassin, il est rare de retrouver des dystocies osseuses liées au bassin (à moins qu'il n'existe des lésions rachitiques surajoutées). La conduite à tenir lors du travail est identique à celle d'une patiente non luxée c'est à dire : direction du travail si nécessaire, amniotomie dès que possible, mobilisation de la patiente... C'est le dégagement qu'il faut surveiller pour limiter les déchirures périnéales qui atteignent facilement le sphincter de part des dimensions augmentées de la présentation dues à sa déflexion, et de part une distance ano-vulvaire diminuée et un étirement du périnée. L'épisiotomie est souvent fortement conseillée.

1.2-Dans les cas de LCH unilatérale

A l'examen morphologique, on retrouve une boiterie unilatérale, une inégalité de longueur des membres inférieurs (pouvant atteindre 10cm), une attitude vicieuse en flexion et en adduction de la hanche du côté luxé, une déformation du genou en valgus et une lordose lombaire associée à une scoliose. (*Figure 15*)

Le bassin atrophié pivote en avant comme dans la forme bilatérale, il est redressé du côté sain et latéroversé du côté luxé. La face antérieure du sacrum pivote vers le côté sain.

L'ischion est souvent projeté en dehors et le périnée est étroit et tendu.

Concernant ces dimensions, le transverse médian du détroit supérieur et du détroit inférieur est diminué. Le bassin est dit anthropoïde (la mesure du promonto-rétropubien > transverse médian). L'asymétrie reste en générale légère. (*Figure 16*)



Figure 15: Bassin de LCH unilatérale de la hanche droite [13]

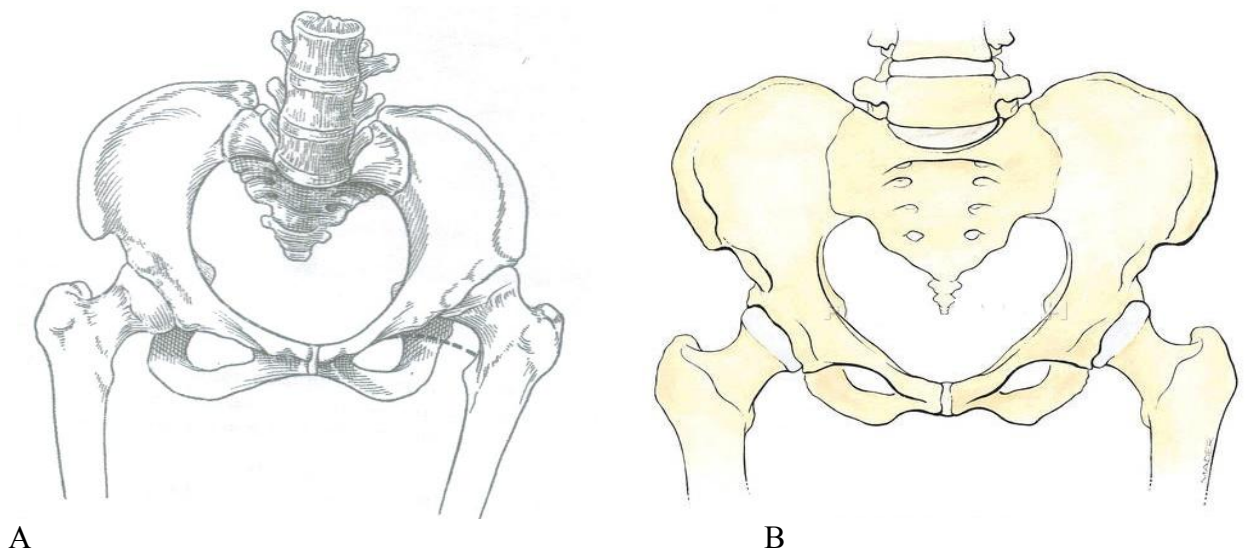


Figure 16: A-Bassin de LCH unilatérale de la hanche gauche. (à gauche)
B-bassin sans LCH (à droite) [13]

Comme pour la forme bilatérale, l'engagement est gêné par l'antéversion utérine. Le dégagement se fait rapidement. Néanmoins, les déchirures périnéales sont très fréquentes et souvent compliquées. L'épisiotomie est fortement conseillée. Cependant, à cause d'une atrophie importante ou de l'ischion projeté en dedans, l'asymétrie peut être importante. Une épreuve du travail voir une césarienne peut alors être nécessaire.

Les muscles de la région luxée sont distendus ou détendus, hypotrophique et de longueur normale ou proche. La flexion et l'abduction des hanches nécessaires pour l'accouchement en position gynécologique peut être difficile du côté de la luxation.

Une étude réalisée au Japon par Seiichi KOJIMA en 2001 sur les caractéristiques morphologiques en trois-dimensions des bassins (de l'excavation pelvienne) de patientes ayant une LCH [14]. Ils ont comparé un groupe de femmes avec LCH et un groupe de femme sans LCH comprenant respectivement 40 (âgée de 18 à 42 ans) et 42 sujets (âgée de 22 à 36 ans).

Les résultats de l'étude ont montré:

→ au niveau du détroit supérieur: le transverse médian est significativement plus petit dans le groupe avec LCH que dans le groupe sans LCH

→ au niveau du détroit inférieur: le transverse médian est significativement plus grand dans le groupe avec LCH que dans le groupe sans LCH

→ les bassins avec LCH sont significativement plus rétrécis transversalement. Ils sont dit anthropoïdes.

→ par contre, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes dans le diamètre transverse de l'excavation pelvienne.

2- Cas de LCH traitée [1, 7, 16, 25]

Les résultats du traitement et ses modalités sont d'autant meilleurs qu'il est débuté précocement.

Après traitement orthopédique, il y a peu d'effet du traitement sur le bassin car la prise en charge se fait durant les premiers mois de vie du nouveau-né et le bassin est encore cartilagineux, l'ossification se faisant plus tard dans le développement.

Comme tout traitement, il peut y avoir des effets secondaires. On retrouve :

- des raideurs de hanche,
- des inégalités des membres inférieurs,
- une limitation de la mobilité dans les mouvements de flexion et d'abduction,
- une ostéochondrite provoquant une coxarthrose précoce.

Concernant le traitement chirurgical, on retrouve:

- une limitation de la mobilité (flexion, abduction) lors des interventions tardives ou précoces ou suite à une coxarthrose. [1, 21]
- faiblesse musculaire des abducteurs et des fléchisseurs à cause de l'immobilisation prolongée liée à l'intervention. [16]
- une coxarthrose d'apparition précoce (avant l'âge de 30ans) se manifestant par une limitation douloureuse des mouvements de la hanche [17]

- des dimensions du bassin modifiées: l'excavation pelvienne significativement diminuée, le diamètre transverse du détroit supérieur est légèrement augmenté, le diamètre biscliatique du détroit moyen augmenté mais négligeable et le diamètre bi-ischiatique du détroit inférieur significativement augmenté. [15]

Les résultats des ostéotomies sur le bassin sont d'autant mauvais que les interventions ont lieu à un âge avancé et sont de deuxième intention.

Plusieurs études ont été réalisées sur l'impact des ostéotomies pelviennes sur l'excavation pelvienne.

Une d'entre elles a été réalisée par Randall T. LODER en 2002 aux États-Unis [15]. C'est une étude rétrospective sur des patientes ayant eu leur interventions entre 1980 et 1999. Elle concerne 37 patientes âgées de 2 ans à 21 ans lors de l'intervention. Les radiographies du bassin ont été réalisées à la fin de la maturation osseuse pour chaque femme.

Les résultats de l'étude ont montré:

→ le diamètre transverse de l'excavation pelvienne est diminué après l'intervention et quel que soit le type d'ostéotomie. Les modifications sont significativement plus importantes pour le détroit inférieur. Pour le détroit supérieur et moyen, les modifications sont moins importantes.

3- Impact obstétrical

3.1- Données de la littérature

D'après la littérature, on peut mettre en évidence les conséquences obstétricales des LCH pour ces parturientes:

- déchirures vulvo-périnéales importante (qui touchent essentiellement la partie postérieure du périnée) et qui atteint facilement le sphincter anal à

cause d'un détroit inférieur augmenté, des muscles distendus et hypotrophiques et une distance ano-vulvaire diminuée. L'épisiotomie est fortement conseillée pour éviter les dégâts périnéaux.

- des dimensions du bassin modifiées avec ou sans les interventions. La LCH fait partie des indications de radiopelvimétrie. Il permettra d'évaluer le pronostic de l'accouchement. [18, 19]
- à cause des interventions sur le bassin comme les ostéotomies pelviennes, il y a un risque de dystocies osseuses durant le travail voir une impossibilité d'accoucher par voie basse car ces dimensions vont être diminuées [20, 21]
- des algies lombaires durant la grossesse à type de sciatique (à cause de l'hyperlordose induite par la bascule du bassin en avant), des algies articulaires (due à une ostéochondrite ou une coxarthrose précoce), pelviennes
- une limitation de l'amplitude de mouvement pouvant rendre la position gynécologique très insupportable et difficile pour l'accouchement, ainsi que pour certaines manœuvres obstétricales nécessitant une hyperflexion des cuisses (le Mac Roberts). Le degré normal de flexion et d'abduction d'une hanche est respectivement de 120° et 45°. [1, 22, 23]

3.2- Monographie

Une étude a été réalisée par Tetsuo MASUI en 2007 au Japon sur l'accouchement après ostéotomie pelvienne [24]. C'est une étude rétrospective sur une population de 21 patientes qui ont eu une grossesse et un accouchement après l'ostéotomie.

Le recueil des données s'est fait entre décembre 1995 et janvier 2005. Les critères d'inclusion sont la présence d'une coxarthrose secondaire à la dysplasie, ou la

maladie de Legg-Perthes et un suivi de minimum deux ans après l'intervention. Les critères d'exclusion sont la présence de pathologie neuromusculaire liée à la dysplasie ou à une autre étiologie.

L'âge moyen au moment de l'intervention était de 25,7 ans (de 18 à 35 ans) et de 30,7 ans (de 23 à 40 ans) pour le premier accouchement et la durée moyenne entre l'ostéotomie et l'accouchement est de 4,9 ans (de 1 à 11 ans).

Les résultats ont montré:

- 16 patientes ont accouché voie basse donnant naissance à 21 enfants et 5 patientes ont eu une césarienne: une des patientes a eu une césarienne pour un diamètre bischiatique à 9,4cm, une autre pour une limitation importante de l'amplitude articulaire.
- il n'y a pas de différence significative avant et après ostéotomie sur l'amplitude articulaire. Le degré de flexion est de 116° en moyenne avant l'intervention et de 114° après. Le degré d'abduction est de 32° en moyenne avant l'intervention et de 31° après l'intervention.
- il n'y a pas de différence significative avant et après ostéotomie sur les dimensions de l'excavation pelvienne, donc par rapport à la population générale :
 - au détroit supérieur, le transverse médian reste plus grand
 - au détroit moyen, le diamètre bischiatique reste plus grand
 - au détroit inférieur, le diamètre bi-ischiatique reste augmenté.
- 16 patientes (84%) ont eu des algies de hanche pendant leur grossesse entre le premier et le troisième trimestre pour 75% d'entre elles.
- 16 patientes ont eu des algies lombaires pendant la grossesse: cette douleur était faible pour six patientes, moyenne pour huit patientes et sévère pour deux patientes.
- L'ostéotomie de Chiari a tendance à diminuer le diamètre transverse du détroit supérieur et le diamètre bi-ischiatique, et l'ostéotomie de Salter a

tendance à augmenter le diamètre bi-ischiatique.

<i>Mobilité</i>	<i>Avant ostéotomie</i>	<i>Avant grossesse</i>	<i>Dernière visite</i>	<i>Test statistique</i>
<i>Flexion (°)</i>	116.7 +/-	114.6 +/- 14.7	118.8 +/- 14.4	NS
<i>Extension (°)</i>	13.6	19.2 +/- 6.1	22.5 +/- 6.0	NS
<i>Abduction (°)</i>	16.3 +/- 4.6	31.0 +/- 6.5	30.4 +/- 5.6	NS
<i>Adduction (°)</i>	32.5 +/- 9.1	22.3 +/- 4.7	22.1 +/- 2.9	NS
<i>Rotation int (°)</i>	20.8 +/- 3.9	50.2 +/- 16.2	49.4 +/- 14.3	NS
<i>Rotation ext (°)</i>	51.0 +/- 16.0 26.7 +/- 9.4	26.7 +/- 9.4	24.2 +/- 5.8	NS

Moyenne +/-dérivation standard ; NS= non significatif

figure 15: Gamme de mouvement de hanche

<i>Paramètre</i>	<i>Avant chirurgie</i>	<i>Après chirurgie</i>	<i>Test statistique</i>
<i>Angle CE(°)</i>	1.7 +/-8.7 (18-20)	37.2 +/- 6.0 (27-50)	<0.001
<i>Index tête fémorale-acétabulum (%)</i>	50.4 +/- 5.5 (40-64)	96.9 +/- 5.3 (80-100)	<0.001
<i>Détroit supérieur (cm)</i>	13.6 +/-1.0 (12.1-15.4)	13.5 +/-1.1 (11.7-15.5)	NS
<i>Détroit moyen (cm)</i>	11.4 +/- 0.9 (9.4-12.7)	11.3 +/- 0.9 (9.4-12.6)	NS
<i>Détroit inférieur (cm)</i>	12.9 +/-1.0 (10.6-14.6)	12.9 +/-1.0 (10.5-14.9)	NS

Moyenne +/-déviation standard (rang) ; NS= non significatif

figure 16: Mesure radiographique

L'état des lieux de la littérature, nous a montré la particularité obstétricale de ces patientes luxées traitées ou non et surtout les risques obstétricaux pour ces parturientes avec un risque de dégâts périnéaux, de dystocie osseuse... Qu'en est-il pour de ces parturientes luxées prise en charge à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN)? Retrouve-t-on les mêmes particularités, les mêmes risques obstétricaux ?

Pour amener des éléments de réponses à ces questions, une étude rétrospective descriptive sur la particularité de la prise en charge anténatale et perinatale sera réalisée à la MRUN.

Partie 2 : Présentation de l'étude

I-METHODOLOGIE

1- Problématique

Le dépistage néonatal réalisé par toutes sages-femmes à la naissance d'un enfant a permis de diminuer le diagnostic de LCH après l'âge de la marche à l'origine de déformations importantes de la morphologie des personnes luxées (associant une hyperlordose, une boiterie et des déformations du bassin). A l'âge adulte, ces patientes ont un risque sur le plan obstétrical qui est d'autant plus important que le diagnostic de LCH est tardif voir absent. En effet, la LCH avec ou sans traitement, peut provoquer :

- **des déchirures périnéales** importantes lors du dégagement de la présentation dues à l'étirement du périnée, [13, 14]
- **des modifications dans les dimensions** du bassin, [15, 24, 23, 25]
- **des dystocies osseuses et mécaniques** pouvant nécessiter une épreuve de travail en raison des déformations pelviennes et des multiples interventions sur le bassin, [20, 21]
- **des limitations douloureuses** des mouvements de la hanche... [1, 22, 23]

2- Objectif

L'objectif de cette étude est de décrire la particularité de la prise en charge anténatale, perinatale et postnatale des femmes luxées de hanches à la maternité régionale universitaire de Nancy depuis 2002 à 2011 et proposer une conduite à tenir obstétricale adaptée pour ces patientes.

3- Formulation des hypothèses

Grâce à la littérature, on peut formuler comme hypothèses que la LCH favoriserait:

- les limitations de la mobilité de l'articulation de la hanche (flexion et abduction notamment) avec donc une difficulté d'installation de la parturiente

en position gynécologique pour l'accouchement

- la présence de douleur liée à la dysplasie en anténatale, perinatale et postnatale
- des dimensions du bassin modifiées responsables de dystocies osseuses pendant le travail comme des difficultés d'engagement, d'orientation, de descente et de dégagement de la présentation.
- les déchirures périnéales importantes à l'accouchement

4- Schéma général de l'étude

L'étude est rétrospective sur une période de neuf ans (de 2002 à 2011). Le recueil et l'analyse statistique des données se sont déroulés durant la période d'avril à juin 2011.

Les données de quarante et une patientes ont été relevées. Le recrutement s'est fait à la maternité régionale universitaire de Nancy, provenant essentiellement d'une extraction par le DIM et occasionnellement par les professionnels de santé.

Les critères d'inclusions retenus sont:

- la présence d'antécédents personnels de LCH traitées ou non,
- l'accouchement eutocique ou pathologique,
- la primiparité de la parturiente,
- quel que soit l'âge de la parturiente.

Les critères d'exclusion sont :

- les multipares
- les césariennes en urgence pour motif maternel comme un HELLP syndrome, une pré-éclampsie...

Le recueil des données s'est fait directement dans le dossier médical archivé de la population à l'aide d'une fiche de renseignement anonyme présente en annexe.

Les données collectées sont:

- la prescription d'une RPM

- les mesures de différents détroits grâce à la RPM : le promonto-rétropubien, le transverse médian, le diamètre bi-épineux, l'indice de Magnin.
- le mode d'accouchement : césarienne, voie basse normale, extraction instrumentale
- la durée du travail obstétrical et de l'engagement de la présentation,
- la facilité et la variété d'engagement de la présentation, la variété de dégagement de la présentation,
- la présence de dystocie mécanique : à l'engagement, à la descente et au dégagement,
- la présence d'épisiotomie ou de déchirures périnéales et son degré,
- position d'accouchement (gynécologique, décubitus latéral ...),
- Présence de douleur liée à la LCH en période anténatal.

II/ PRESENTATION DES RESULTATS

Les données de 41 patientes ont été analysées.

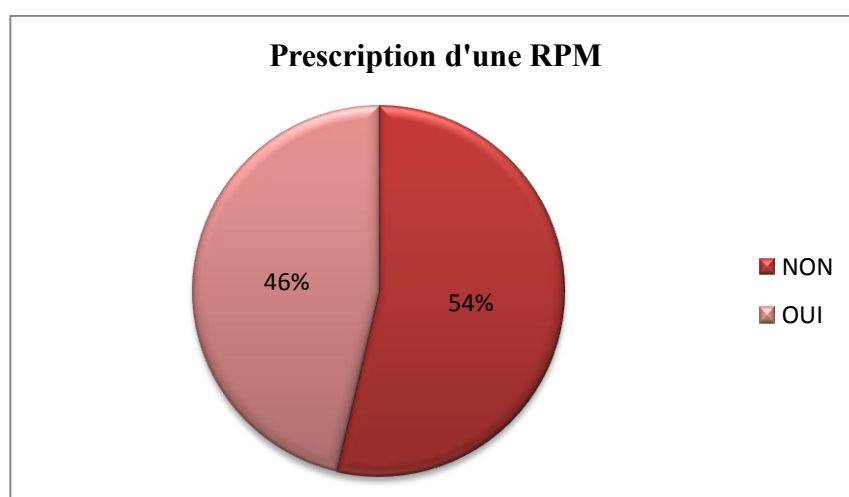
L'accouchement a été normal pour vingt six d'entre elles, il a nécessité une extraction instrumentale pour cinq d'entre elles et s'est terminé par une césarienne pour dix patientes.

	N	%
AN	26	63.4%
césarienne	10	24.3%
Extraction instrumentale	5	19.2%
total	41	100

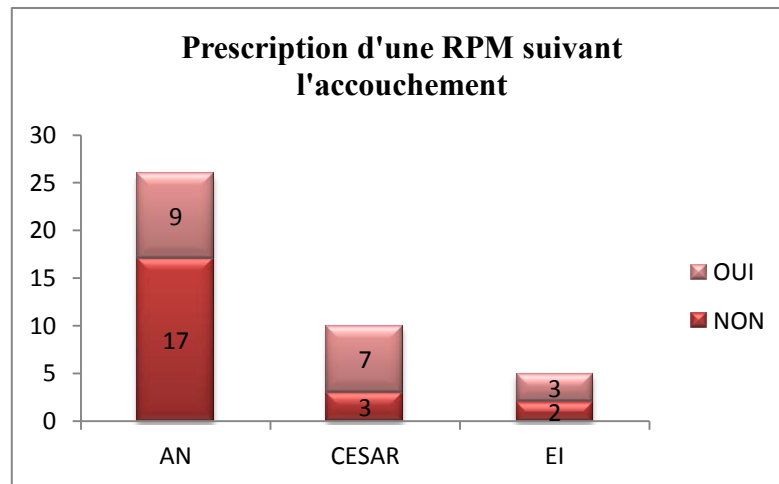
Tableau 1: Modalité d'accouchement

1- La radiopelvimétrie (RPM)

1.1- Prescription



La RPM a été prescrite pour dix neuf patientes sur quarante et un, soit la moitié de notre échantillon.

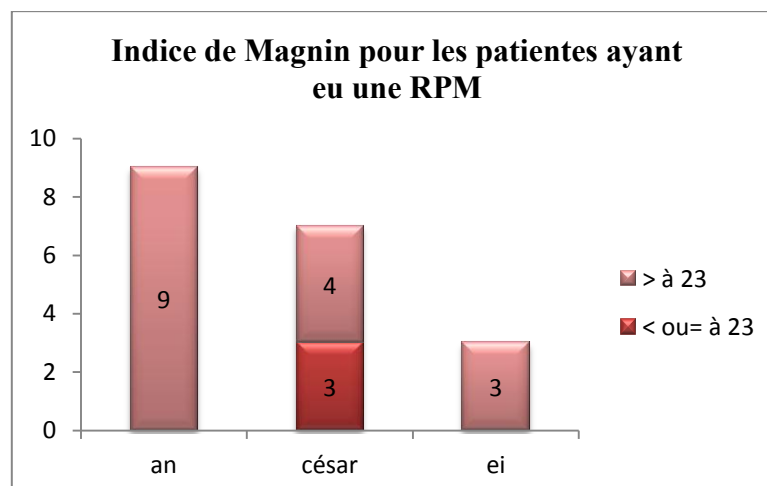


Parmi les vingt six accouchements normaux (AN), dix sept avaient eu une RPM.

Parmi les dix césariennes (CESAR), sept avaient eu une RPM. Pour les trois autres patientes, l'une d'entre elle a été césarisé en urgence, les deux autres pour motif de bassin pathologique.

Parmi les cinq extractions instrumentales (EI), trois avaient eu une RPM.

1.2- L'indice de Magnin



On peut observer que seize femmes sur dix neuf ont un indice de Magnin supérieur à 23, dont deux supérieurs à 26.

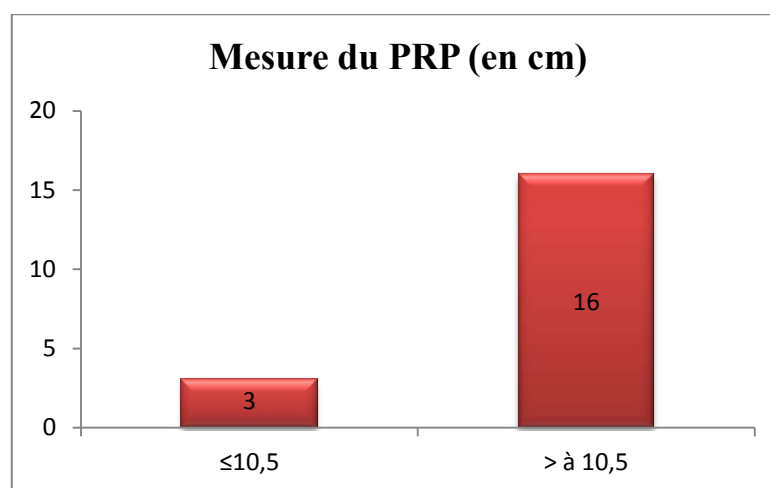
Douze patientes sur dix neuf ont pu accoucher par voie basse dont trois par extraction instrumentale.

Quatre patientes ont été césarisées alors que l'indice est supérieur à 23 pour présentation du siège du fœtus. Les autres césariennes ont eu lieu sur des bassins dit limites sans épreuve du travail.

L'indice de Magnin le plus bas retrouvé dans cette étude est égal à 22 et cette patiente a été césarisée pour bassin limite et présentation fœtale par le siège.

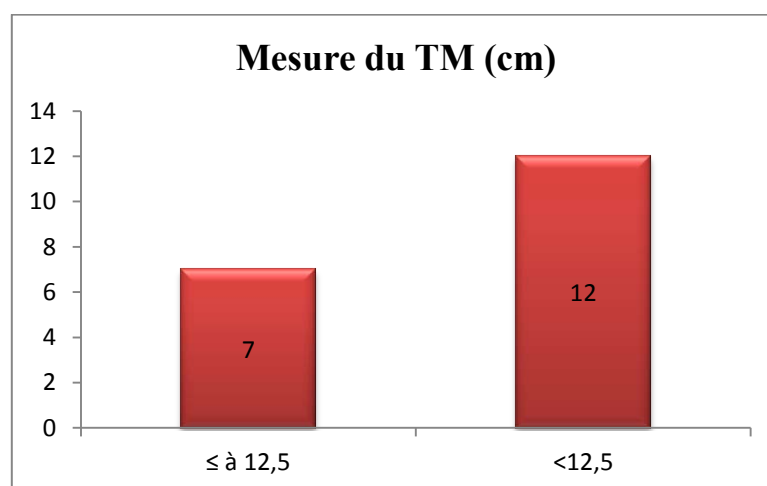
1.3- Les autres mesures

☞ **Le promonto-rétropubien (PRP)**



On peut remarquer que seize patientes ont une mesure du PRP supérieure à 10.5cm, dont deux supérieures à treize. Et trois patientes ont une mesure du PRP inférieure ou égale à 10.5cm. La moyenne du PRP est de 11,8cm, la plus petite mesure retrouvée est 10.2 cm, et la patiente a été césarisée pour « bassin rétrécit ».

☞ Le transverse médian

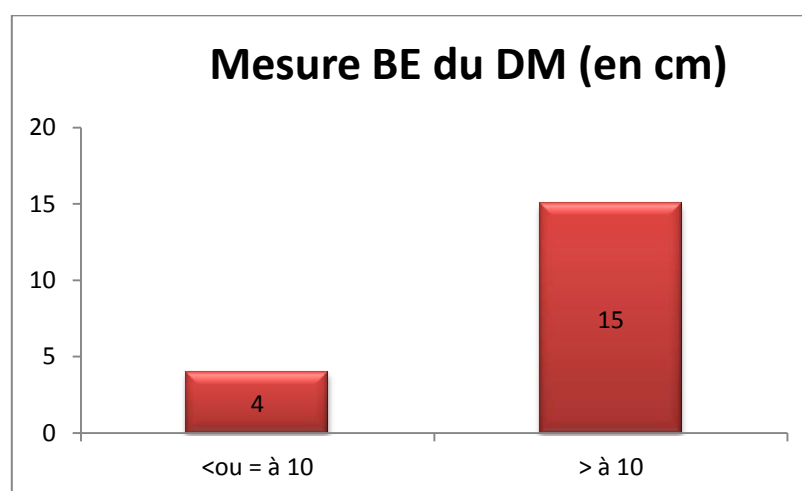


La mesure du TM est inférieure ou égale à 12.5cm pour sept patientes, et supérieure à 12,5cm pour douze patientes soit quasiment deux tiers de la population.

La moyenne des mesures est de 12,7cm, et la plus petite mesure retrouvée est 10.8cm pour une patiente césarisée pour bassin limite et présentation fœtale par le siège.

Deux patientes ont une mesure du TM supérieure à 14cm, l'une d'entre elle a accouché normalement par voie basse et l'autre a été césarisée pour présentation fœtale par le siège.

☞ Le diamètre bi-épineux



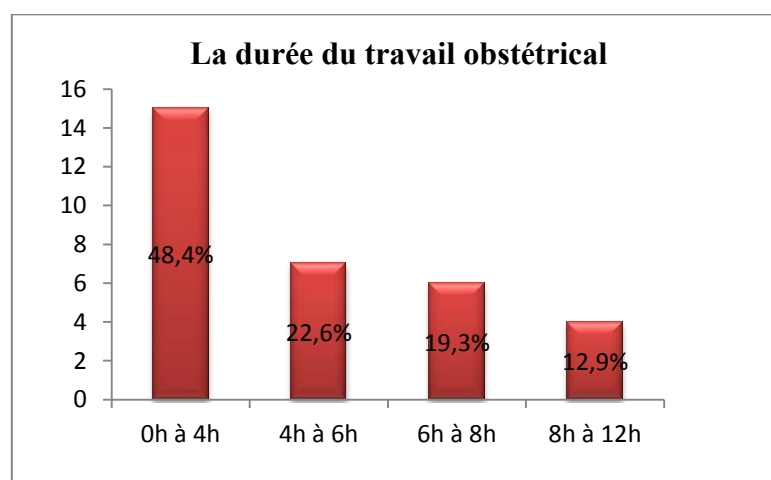
La mesure du BE est inférieure ou égale à 10cm pour quatre patientes et supérieure à 10cm pour quinze patientes soit 79% de la population. La moyenne du BE est de 11,2cm, et la plus petite mesure est 9.8cm pour une patiente ayant eu une extraction instrumentale.

Cinq patientes sur dix neuf ont une mesure du BE supérieure à 12cm.

2- Le travail obstétrical

2.1- La durée

☞ Du travail obstétrical



Pour quinze patientes sur les trente et une qui ont accouché par voie basse soit 48,4% de la population, le travail obstétrical a duré moins de 4 heures. Il a duré entre 4 et 6 heures pour sept d'entre elles, entre 6 et 8 heures pour six d'entre elles et enfin 8 et 12 heures pour quatre d'entre elles.

Si on compare à la population générale, la durée du travail obstétricale à partir du début de la phase active du travail est d'environ neuf heures (début de la phase active pour une nullipare à partir de 3cm, puis 1cm/heure de dilatation, et deux heures à dilatation complète). la durée moyenne du travail obstétricale à partir du début de la phase active de la population luxée est de 4H53.

Si on réalise une comparaison avec un risque $\alpha=5\%$, de la moyenne de la population à la valeur théorique de la durée du travail obstétrical dans la

population générale : on trouve une différence significative entre les deux populations. La durée de la phase active du travail obstétrical est significativement plus courte chez nos patientes luxées.

☞ De l'engagement

DUREE D'ENGAGEMENT	N	%
0 à 1H	6	19,4
1H à 2H	10	32,3
2H à 3H	6	19,4
3H à 4H	2	6,5
4H à 5H	3	9,7
5H et plus	4	12,9
total	31	100

Tableau 2: Durée d'engagement de la présentation

L'engagement a eu lieu moins d'une heure après le début de la phase active du travail obstétrical pour six patientes, entre 1H et 2H pour dix patientes, entre 2H et 3H pour six patientes, 3H et 4H pour deux patientes, 4H et 5H pour trois patientes, 5H et plus pour quatre patientes dont une présentation s'est engagé 9H après le début du travail. En moyenne, la présentation s'engage 2H42mn après le début de la phase active du travail.

2.2- La facilité d'engagement

La facilité d'engagement comprend les critères :

- la variété antérieure et une présentation bien fléchie
- l'engagement rapide après le début de la phase active du travail obstétrical.

☞ Facilité et variété d'engagement de la présentation

Tout d'abord, si on répertorie les différentes variétés, on peut observer que sur trente et une présentations, treize étaient des variétés antérieures d'engagements,

cinq postérieures, deux variétés transverses et douze présentations n'avaient pas de variété défini.

VARIETE D'ENGAGEMENT	Nombre
antérieure	13
postérieure	5
transverse	2
inconnu	12
TOTAL	31

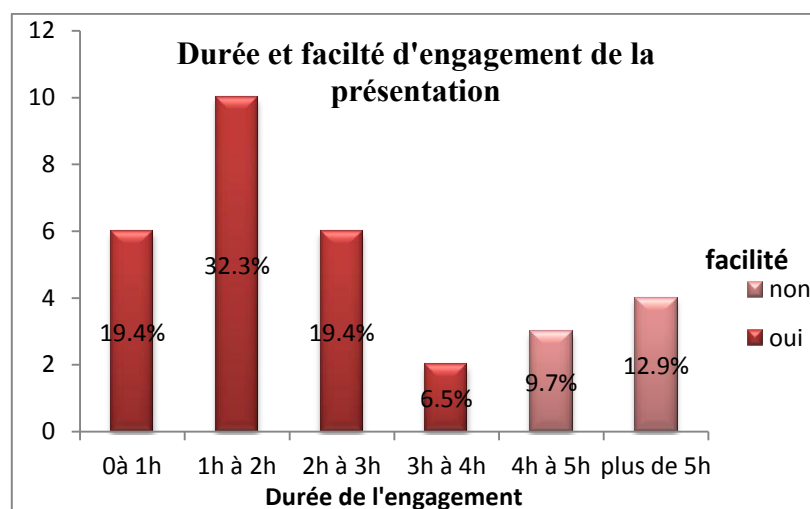
Tableau 3: Variété d'engagement de la présentation

VARIETE D'ENGAGEMENT	FACILITE D'ENGAGEMENT		
	oui	non	total
antérieure	11	2	13
postérieure	2	3	5
transverse	2	0	2
inconnu	10	1	12
total	25	6	31

Tableau 4: Facilité d'engagement suivant la variété de la présentation

Puis, en analysant la facilité d'engagement en fonction de la variété de la présentation, on peut observer que onze présentations antérieures sur treize se sont engagées facilement c'est-à-dire avec une bonne flexion et une orientation antérieure de celle-ci, alors que deux présentations antérieures ont eu un engagement dystocique, plus long (on retrouve la présence d'une bosse séro-sanguine et une durée d'engagement par rapport au début du travail augmenté). Trois présentations postérieures sur cinq se sont engagées moins facilement car la présentation n'était pas bien fléchie.

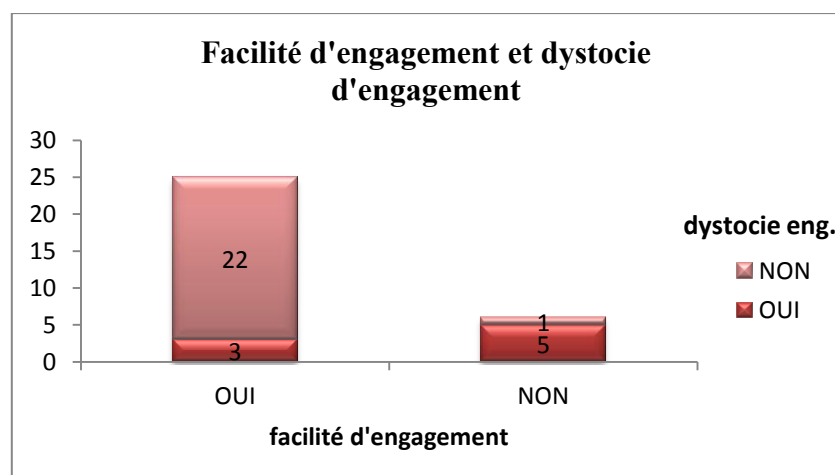
☞ Facilité et durée d'engagement de la présentation



Enfin, en analysant la facilité d'engagement en fonction de sa durée, on peut observer que 77.6% de la population s'est engagée rapidement.

Plus la durée pour s'engager augmente et plus la présentation s'engage moins facilement. On a retrouvé pour ces présentations, une orientation postérieure pour trois d'entre elles (expliquant l'allongement de la phase d'engagement) et une bosse séro-sanguine pour trois autres. (une présentation n'avait pas de variété définie, ni de bosse séro-sanguine mais l'engagement a été moins rapide).

☞ Facilité et dystocie d'engagement



On a retrouvé la présence de dystocie à l'engagement avec difficulté d'engagement pour six présentations. La dystocie s'est manifestée essentiellement par une bosse séro-sanguine.

Les engagements moins faciles avec allongement de la phase d'engagement étaient dus essentiellement à un défaut de flexion de la présentation postérieure. Cependant, deux variétés postérieures et une transverse se sont engagées rapidement sans dystocie.

Pour la majorité des présentations, l'engagement se fait sans dystocie et avec facilité.

2.3- Les dystocies

☞ À l'engagement

Sur trente et une présentations, huit ont eu une dystocie à l'engagement, se traduisant par un allongement de la phase d'engagement en lien avec des variétés de présentations dystociques (postérieures, transverse) et la présence de bosse séro-sanguine.

Durant le recueil de donnée, il n'a pas été retrouvé d'autre manifestation de dystocie telle que des déformations plastiques, des chevauchements des sutures, un asynclitisme...

DYSTOCIE D'ENGAGEMENT	
Oui	8
Non	23
TOTAL	31

Tableau 5: Nombre de dystocie d'engagement

☞ À la descente

La dystocie de la descente de la présentation fœtal dans la filière pelvienne se traduit par une faible vitesse de descente dans l'excavation ($> 2H$) ou par une

stagnation de la présentation dans l'excavation pendant plus d'une heure.

DYSTOCIE DESCENTE	
oui	11 (35,4%)
non	20 (64,5%)
TOTAL	31

Tableau 6: Nombre et pourcentage de dystocie de descente

Sur trente et une présentations, onze ont eu une dystocie lors de la descente (avec une durée de descente supérieure à 2H) dans l'excavation pelvienne.

☞ Au dégagement

DYSTOCIE DEGAGEMENT	
OUI	0
NON	31
TOTAL	31

Tableau 7: Nombre de dystocie de dégagement

Sur trente et une présentations, il n'y a eu aucune dystocie de dégagement.

3- L'accouchement

3.1 Le dégagement

Le dégagement pour vingt neuf présentations céphaliques s'est fait en OP, une présentation s'est dégagée en OS et une présentation était un siège.

VARIETE DEGAGEMENT	
OP	29
OS	1
SIDT	1
TOTAL	31

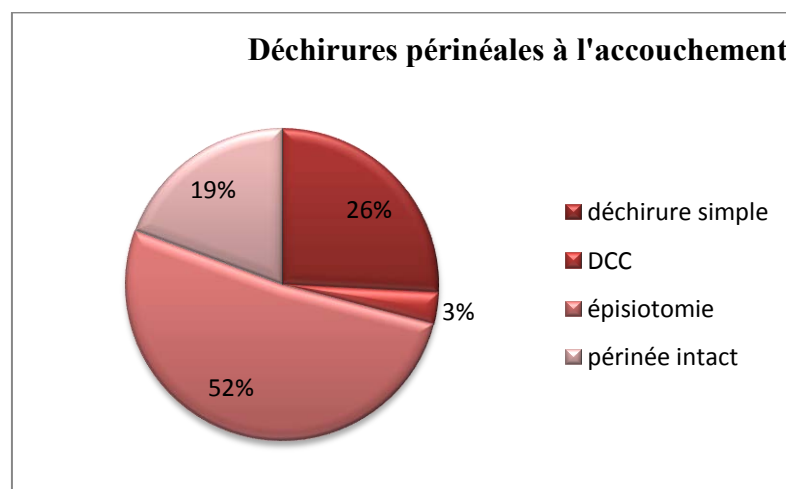
Tableau 8: Nombre de variété de dégagement

3.2- La position d'accouchement

Toutes les patientes ont accouché en position gynécologique. Lors de la collecte de données, il n'a été mentionné dans aucun dossier obstétrical la notion de limitation articulaire de la hanche rendant difficile la position d'accouchement en position gynécologique. De plus, aucune notion de proposition d'accouchement dans une autre position n'a été retrouvée dans le dossier médical lors du recueil de données.

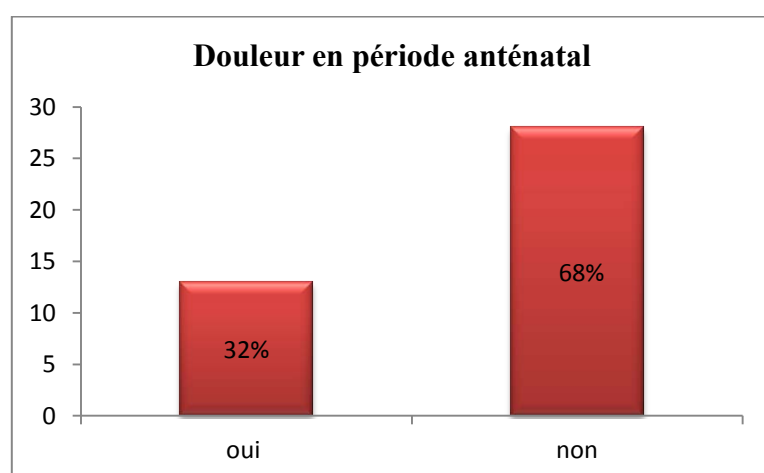
3.3- Les déchirures

Sur trente et une patientes, seize ont eu une épisiotomie (pour indication maternelle avec une notion de tonicité tissulaire mentionnée dans le compte rendu d'accouchement), huit ont eu une déchirure simple du 1^{er} degré, une a eu une déchirure complète compliquée (DCC), et six ont eu un périnée intact.



4- En anténatal

Sur quarante et une patientes, treize grossesses ont été incidenté par une douleur. On retrouve en majorité des algies de hanches, puis des sciatiques et des algies lombaires.



Partie 3 : Discussion

I / CONCERNANT L'ETUDE

1- Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées sont d'une part liées au manque d'étude concernant les accouchements des femmes luxées. En générale, elles ne concernent que les dimensions du bassin et non les conséquences de la LCH sur le travail obstétrical. Néanmoins, une étude a été faite par Tetsuo MASUI en 2007 au Japon mais elle tient compte des patientes ayant eu une intervention très tardive venant après l'âge de 18 ans). Cette étude prend en compte les modalités d'accouchement, l'amplitude de l'articulation de la hanche, la présence d'algies pelvienne et lombaire.

D'autre part, le critère de position d'accouchement est difficile à apprécier. En effet, il n'est pas mentionné dans les dossiers médicaux si les efforts expulsifs de la patiente ont été débutés dans une position puis qu'ils ont été terminés en position gynécologique. Il aurait été intéressant de pouvoir connaître le vécu, la gêne ressentie par la patiente lors du travail et de l'accouchement et lié à sa luxation.

2- Points à améliorer

La durée du travail obstétrical a été calculée dès le début du remplissage du partogramme. Mais pour certaines patientes, le partogramme a été débuté à une dilatation cervicale avancée. On ne retrouve pas la durée du travail obstétrical d'après le début de la phase active du travail. Il aurait été plus pertinent d'avoir la durée du travail obstétrical dès le début de la phase active du travail c'est-à-dire à 3-4cm de dilatation.

De plus, il aurait été intéressant de connaître si les patientes ont des informations sur les complications de la LCH et de son traitement sur la grossesse et l'accouchement.

Enfin, il aurait été aussi intéressant de connaître quel type de prise en charge orthopédique ou chirurgicale ces patientes luxées et traitées ont eu.

II/ ANALYSE ET DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS

1- La radiopelvimétrie

La LCH est connue pour ses déformations morphologiques importantes du rachis et surtout en ce qui nous concerne du bassin. Sans prise en charge, elle a tendance à augmenter les dimensions de celui-ci à tous ses étages. Cependant, ces dimensions diminuent suite à une prise en charge chirurgicale par certaines ostéotomies. [13, 25]

Seulement la moitié des patientes de notre étude ont eu une RPM sachant que la LCH fait partie des indications de RPM. Elle est d'autant plus nécessaire qu'il y ait eu un traitement chirurgical. Ce chiffre s'explique peut-être par une tendance à privilégier l'examen clinique du bassin au toucher vaginal explorateur (TVE) au lieu de la RPM (sachant que lors du recueil de données, il n'a pas été retrouvé dans les dossiers de notion d'examen clinique du bassin au TVE).

Dans notre étude, nous avons retrouvé deux patientes césarisées pour bassin pathologique sans RPM ni TVE. Ces patientes ont peut-être eu de multiples interventions chirurgicales qui pourraient alors justifier la décision du praticien de réaliser une césarienne sans épreuve de travail.

Il est important de rappeler que la LCH est compatible avec un accouchement par voie basse, ce que l'on retrouve dans notre étude où 75% de la population a accouché normalement.

L'indice de Magnin calculé grâce à la RPM, nous montre bien que se sont des bassins « spacieux » au détroit supérieur. Trois patientes ont été césarisées pour des bassins dit limites sans épreuve du travail avec un indice inférieur à 23. Les autres patientes ont été césarisées alors que l'indice est supérieur à 23 pour une présentation du siège du fœtus. Celles-ci auraient pu accoucher par le siège puisque les mesures du bassin sont supérieures à la normale et que les nouveau-nés étaient eutrophes à la naissance. On peut expliquer cette situation soit par un refus de ces patientes d'accoucher voie basse d'un fœtus se présentant par le siège, soit d'une procédure

quasi-systématique de césariser les primipares ayant un fœtus se présentant par le siège.

Les résultats concernant les mesures du bassin aux détroits supérieur et moyen (PRP, TM et BE) sont en accord avec les données scientifiques et de la littérature. Les plus petites mesures du PRP et du TM sont retrouvées chez des patientes césarisées pour bassin limite. Celles-ci ont eu une prise en charge chirurgicale de la LCH par ostéotomie pelvienne dans leur enfance. [13, 15, 25,26]

2- Le travail obstétrical

2.1-Le travail rapide

Dans notre étude, la durée du travail obstétrical est significativement plus courte que dans la population générale toute partie confondue. On pourrait l'expliquer par un engagement et une descente plus rapide de la présentation [13]. De plus, comme le détroit supérieur est « spacieux » (la moyenne du PRP est de 11,8cm et du TM de 12,7cm), il n'y a peut-être pas besoin d'une accommodation importante de la présentation : il n'est peut-être pas nécessaire pour la présentation de s'engager dans le diamètre oblique du détroit supérieur, ni d'avoir des déformations plastiques, ni d'asynclitisme. Par contre, la présentation a tendance à buter sur la symphyse pubienne ce qui accentue sa flexion et l'engagement est facilité. Dans notre étude, lorsque les variétés d'engagements ont pu être définies, elles étaient essentiellement antérieures et bien fléchies. [13]

2.2-Le travail « facile »

Quelle que soit la prise en charge de la LCH qu'ont eu ces patientes à la naissance, il semblerait d'une part y avoir peu de modification sur la forme et les mensurations du bassin à l'âge adulte par rapport à la population générale. D'autre part, le travail obstétrical de nos patientes est en accord avec les données scientifiques et de la littérature. Celui-ci est plus court que dans la population générale avec un engagement de la présentation plus facile. [13, 24, 26]

Cependant, sur les vingt variétés d'engagement définies, cinq ont eu des difficultés à l'engagement avec une durée d'engagement augmentée et une mauvaise accommodation de la présentation au détroit supérieur: on y a retrouvé la présence de bosse séro-sanguine et une mauvaise flexion des présentations postérieures. Même si l'engagement est plus difficile, retardé par rapport au début du travail celui-ci se fait toujours.

Il ne semble donc pas y avoir de différence importante entre le travail obstétrical des patientes traitées et non traitées pour leur LCH.

2.3-Le travail avec dystocie

Les mensurations du détroit supérieur chez nos patientes sont augmentées et ceux même après une prise en charge orthopédique et/ou chirurgicale [15, 25, 26]. On peut expliquer le peu de dystocie d'engagement des présentations par l'absence de modification des dimensions et de la forme du détroit supérieur après traitement de la LCH. La dystocie serait alors du essentiellement à la flexion de la présentation et sa variété d'engagement.

D'après les données de la littérature, la descente se fait rapidement puisque la hauteur de la filière pelvienne est diminuée malgré la déformation du bassin [13]. Dans notre étude, on a retrouvé des dystocies qui se sont manifestées par une stagnation de la présentation et une faible vitesse de descente. On pourrait alors expliquer ces dystocies par une hauteur augmentée de la filière pelvienne, par des épines sciatiques saillantes ou par des effets secondaires de la prise en charge orthopédique et/ou chirurgicale durant l'enfance qui serait responsable de remodelage du bassin rendant difficile la descente de la présentation [25, 26]. Certaines ostéotomies auraient tendance à diminuer les diamètres transverses au détroit moyen correspondant à la mesure du BE [26].

Dans notre étude, nous n'avons retrouvé aucune dystocie lors du dégagement de la présentation. On peut l'expliquer par un détroit inférieur plus élargie par rapport à la population générale même après ostéotomie et une bonne flexion de la présentation, ou par une ogive pubienne large [13, 14, 15, 24, 26].

2.4- *L'accouchement*

☞ **La position d'accouchement**

Les degrés de flexion et l'abduction normale de la hanche sont respectivement de 120° et 45° [27]. Dans l'étude de Tetsuo MASUI en 2007 au Japon [24], les degrés de flexion et l'abduction retrouvés étaient respectivement de 118.8° +/- 14.4 et 30.4° +/- 5.6 à la dernière visite. Dans notre étude, toutes les patientes ont accouché en position gynécologique. On ne sait pas si elles ont eu une difficulté ou ressenti une certaine gêne dans cette position en lien avec la luxation, ou même la réalisation de manœuvres obstétricales avec hyperflexion des cuisses auraient été possible.

☞ **Les déchirures**

Ces patientes luxées sont à risque de dégâts périnéaux, l'épisiotomie est fortement conseillée [13]. Dans notre étude, on a retrouvé un peu plus de la moitié des patientes qui avaient eu une épisiotomie pour périnée tonique et on a retrouvé essentiellement des déchirures simples et même des périnées intacts. On justifie ces lésions limitées du périnée par :

→ des mensurations diminuées du détroit inférieur après ostéotomie pelvienne mais qui restent supérieures à la population générale [14, 26]

→ la qualité des tissus: ils sont peut-être moins distendus et donc moins fragile comme les mensurations au détroit inférieur diminuent légèrement

→ par une distance ano-vulvaire augmentée suite au traitement orthopédique ou chirurgicale

Mais n'oublions pas que ce critère de déchirures périnéales est à associer à d'autres critères comme la qualité des tissus, le poids du nouveau-né...

2.5- *En anténatal*

Dans notre étude, la douleur en anténatale est retrouvée chez 32% de la population, ce qui est bien inférieur des données scientifiques et de la littérature (84%). Cette différence peut s'expliquer par la présence d'une population qui ont eu

une ostéotomie pelvienne dans l'étude de Tetsuo MASUI en 2007 au Japon [24], alors que dans notre étude la population est plus diversifiée (patiente avec LCH non traitée et traitée par méthode orthopédique ou chirurgicale). Il y aurait peut-être moins de douleur durant la grossesse après un traitement orthopédique puisque la prise en charge est précoce (avant un an) alors que la chirurgie a plutôt lieu durant l'enfance vers quatre ans [1].

III/ LE ROLE DE LA SAGE-FEMME

1- En anténatal

Il est important dès le début de la grossesse d'apporter à la patiente luxée les informations concernant l'impact de la LCH sur la grossesse, le travail obstétrical et l'accouchement :

- ➔ Dans la grande majorité des cas, le travail et l'accouchement sont physiologique et rapide. Il existe tout de même un risque de dystocie durant le travail, un risque de déchirures périnéales,...
- ➔ La patiente peut avoir durant la grossesse des algies pelviennes et de hanche liées à la LCH et la sage-femme pourra lui proposer pour soulager la douleur de l'ostéopathie, de l'acupuncture, de l'homéopathie,...
- ➔ La sage-femme doit réaliser un examen clinique du bassin par TVE et prescrire une RPM à la patiente pour évaluer le pronostic de l'accouchement.
- ➔ Il faut mesurer la distance ano-vulvaire pour évaluer le risque de déchirures périnéales importantes. Si celle-ci est inférieure à 2cm, la sage-femme orientera la patiente vers un obstétricien pour décider de la voie d'accouchement, une césarienne prophylactique pourra être envisagée.
- ➔ On peut proposer à la patiente des massages du périnée pour l'assouplir.

2- En perpartum

La conduite à tenir durant le travail obstétrical est identique à celle d'une patiente non luxée c'est à dire : l'installation de la patiente en salle d'accouchement se fait après modification et dilatation cervicale (à 3-4cm), une analgésie péridurale pourra être proposée. La sage-femme décidera de la direction du travail avec du Syntocinon® si nécessaire, réalisera une amniotomie dès que possible, et poursuivra la mobilisation de la patiente pour prévenir les dystocies de descente... Il faut penser

à la forte probabilité d'un travail obstétrical rapide pouvant nécessiter une surveillance rapprochée.

Durant les efforts expulsifs, la sage-femme doit être vigilante sur le périnée lors de l'expulsion en modérant bien la présentation, en réalisant des petits massages du périnée pour l'assouplir durant les efforts expulsifs, et réaliser une épisiotomie si la qualité et la consistance du périnée le nécessite.

Concernant le nouveau-né, la sage-femme doit réaliser un examen clinique rigoureux des hanches dès la naissance par les manœuvres d'Ortolani et de Barlow. Compte tenu des antécédents maternels, il est important de répéter l'examen au premier jour de vie du nouveau-né et de prévoir une échographie de hanche à 5 semaines de vie et/ou une radiographie de hanche à 3 mois de vie en cas d'examen clinique douteux. La sage-femme doit s'assurer qu'une surveillance rigoureuse du nouveau-né a été mise en place après le retour à domicile.

Conclusion

Il est vrai que la sage-femme doit toujours être vigilante, elle doit prévenir et traiter les dystocies au cours du travail, et chercher à protéger le périnée de sa patiente. Mais chez ces patientes luxées (traitées ou non), elle doit l'être encore plus, car on sait qu'après traitement de la luxation congénitale de la hanche, celui-ci peut laisser des séquelles sur le bassin avec un remodelage de celui-ci et une diminution des mensurations au détroit moyen, pouvant être responsable de dystocies au cours du travail, essentiellement lors de la descente de la présentation. Ces patientes sont aussi à risques de déchirures périnéales importantes du à un détroit inférieur élargie par rapport à la population générale. La sage-femme doit apprécier la qualité des tissus et envisager une épisiotomie si nécessaire pour protéger le périnée. De plus, le bassin de ces patientes doit impérativement être examiné par TVE ou bénéficier d'une RPM pour rechercher l'existence d'un remodelage important du bassin et évaluer le pronostic de l'accouchement.

L'aspect pédiatrique de cette dysplasie et surtout son dépistage est enseigné durant la formation initiale, mais son aspect obstétrical avec ses particularités au cours du travail ne le sont pas. Même si cette pathologie est devenue peu fréquente, il serait tout de même intéressant d'avoir quelques notions de base sur ce qui caractérise la grossesse, le travail obstétrical et l'accouchement avec un antécédent de LCH.

En général, le travail obstétrical et l'accouchement sont physiologiques et rapide par rapport à la population générale. L'accouchement de ces patientes peut tout de même nécessiter la réalisation d'une épreuve de travail pour bassin limite avec un indice de Magnin compris entre 20 et 22.

La réalisation d'une césarienne « prophylactique » pour dysplasie de hanche n'est justifiée qu'en cas d'indice de Magnin inférieur à 20 ou une mesure du BE inférieure à 8cm, ce qui est rarement le cas dans la LCH.

Bibliographie

[1] DIMEGLIO A., HERISSON C., SIMON L., *La maladie luxante de la hanche chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, MASSON, 2000

[2] KOHLER R., SERINGE R., *La luxation congénitale de hanche. Les faits, les signes, les mots. États de l'art.*, Revue de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil locomoteur, 2008, vol 94, n°3, p.217-227.

[3] KOHLER R., DOHIN B., *Dépistage de la luxation congénitale de hanche chez le nourrisson*, Archive de pédiatrie, Elsevier SAS, 2003, n°10, p.913-926.

[4] WICART P., SERINGE R., *De la dysplasie à l'arthrose*, EMC, Elsevier, Paris, Pédiatrie, 2010, 28p.

[5] DRUAUX A., *La luxation congénitale de hanche: modalités du dépistage précoce à la maternité A.Pinard (Nancy)*, école de sage-femme de Nancy Albert FRUHINSHOLTZ, 2005.

[6] SERINGE R., *Dysplasies et luxations congénitales de hanche*, EMC, Elsevier, Paris, Pédiatrie, 1998, 29p.

[7] SERINGE R., *Luxation congénitale de hanche*, Encycl. Med. Chir., Elsevier, Paris, 11p.

[8] KOHLER R., *La luxation congénitale de la hanche à la période néonatal*, [pdf] Orthopédie pédiatrique, Lyon 1996. Disponible sur:
<http://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.utils.LectureFichierJoint?CODE=47&LANGUE=0>

[9] *Dysplasies et luxations congénitales de hanche*, cours de médecine, disponible en ligne sur:
<http://www.medix.free.fr/cours/dysplasies-congenitales-hanche.php>

[10] FRON D., La maladie luxante de la hanche du nourrisson [pdf], Congrès de médecine général 2011, disponible en ligne sur :

<http://formathon.fr/fr/spip.php?article279>

[11] Luxation congénitale de la hanche, disponible en ligne sur :

<http://www.chirurgie-pediatrique.net/index.php?lng=fr0>

[12] MERGER R., MELCHIOR J., LEVY J., *Précis d'obstétrique*, Paris, MASSON, 6ème édition, p.308-340

[13] MERGER R., MELCHIOR J., LEVY J., *Précis d'obstétrique*, Paris, MASSON, 5ème édition, 1979, p.379-331

[14] KOJIMA S., *Morphological characteristics of the bony pelvic in patients with developmental dysplasia of the hip (DDH)*, Journal of the orthopedic science, 2001, n°6, p.217-222.

[15] R.T. LODER, *The long-term effect of pelvic osteotomy on birth canal size*, Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, 2002, n°122, p.29-34.

[16] KERBOULL M., *Arthroplastie totale de hanche sur luxation congénitale*, EMC, Elsevier, Paris, Technique chirurgicales-orthopédie-traumatologie, 1996, p.28

[17] HEULEU J.N., *Les arthroses invalidantes des membres inférieurs*, 2002, [pdf], <http://www.medecinephysique.net/pdf/arthroses.heuleu.pdf>

[18] BODY L., LANSAC J., *L'examen clinique à l'entrée en salle de naissance* In « *Pratique de l'accouchement* », p.36

[19] AIDOUNI K., *La pelvimétrie : prescription et valeur prédictive*, école de sage-femme de Metz, 2009.

[20] MAGNIN G, *L'accouchement dystocique* In « *Pratique de l'accouchement* »,185

[21] SHAAL J.P., RIETHMULLER D., *Dystocie osseuse* In « *Mécanique et techniques obstétricales* », Montpellier, Sauramps médical, 2007, p.453

[22] KUNTZ J.L., *Douleurs des membres et des extrémités*, [pdf], http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/pdf-locomoteur/hanche.pdf

[23] KOTZ R., *Long-term experience with Chiari's osteotomy*, Clin. Ortho. Relat. Res., 2009, n°467, p.2215-2220

[24] MASUI T., *Childbirth and sexual activity after eccentric rotational acetabular osteotomy*, Clinical orthopaedics and related research, 2007, n°459, p.195-199.

[25] R.T. LODER, *Influence of the pelvic osteotomy on birth canal size*, Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery, 1993, n°112, p.210-214.

[26] KOJIMA S., *Tree dimensional computed tomography evaluation of bony birth canal morphologic deformity (small pelvic cavity) after dome pelvic osteotomy for developmental dysplasia of the hip*, **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, 2002, vol 187, n°6, p.1591-1595.

[27] BOURRY Q., SIMON G., *Articulations: mobilités articulaires*, 2009, [pdf], http://static.blog4ever.com/2008/09/247307/artfichier_247307_109532_201004131947273.pdf

[28] WIKELMANN W., *The narrowing of the bony pelvic cavity by the different osteotomies of the pelvis*, Archives of the orthopaedics and traumatic surgery, 1984, n°102, p.159-162.

[29] FOURNIE A., SENTILHES L., *La phase active du travail*, La lettre du gynécologue 2008, n°334, p.21-26.

[30] SCHAAL J.P., RIETHMULLER D., *Dystocies osseuses*, EMC, Obstétrique, 2009.

[31] Conduite à tenir au cour du travail et de l'accouchement, cours de médecine, disponible en ligne sur :

<http://www.medix.free.fr/sim/conduite-tenir-accouchement-bis.php>

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations	5
Préface	6
Introduction	7
 Partie 1 : Justification de l'étude	9
I/RAPPEL EMBRYOLOGIQUE	10
II/ DEPISTAGE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT	12
1-Le dépistage de la LCH	12
2- Le diagnostic	16
2.1- L'échographie	16
2.2- La radiographie	17
3- Les différentes dysplasies de la hanche	18
4- Les traitements	19
4.1- Traitement orthopédique	20
4.2- Traitement chirurgical	20
III/ CONSEQUENCES OBSTETRIQUES DE LA LCH	21
1-Cas de LCH non traitée	21
1.1-Dans les cas de LCH bilatérale	21
1.2-Dans les cas de LCH unilatérale	25
2- Cas de LCH traitée	27
3- Impact obstétrical	28
3.1- Données de la littérature	28
3.2- Monographie	29
 Partie 2 : Présentation de l'étude	33
I-METHODOLOGIE	34
1-Problématique	34
2-Objectif	34
3-Formulation des hypothèses	34
4-Schéma général de l'étude	35

II/ PRESENTATION DES RESULTATS	37
1- La radiopelvimétrie (RPM).....	37
1.1- Prescription	37
1.2- L'indice de Magnin.....	38
1.3- Les autres mesures	39
2- Le travail obstétrical	41
2.1- La durée	41
2.2- La facilité d'engagement	42
2.3- Les dystocies.....	45
3- L'accouchement.....	46
3.1 Le dégagement	46
3.2- La position d'accouchement	47
3.3- Les déchirures	47
4- En anténatal.....	48
 Partie 3 : Discussion	 49
I / CONCERNANT L'ETUDE	50
1-Difficultés rencontrées.....	50
2-Points à améliorer	50
II/ ANALYSE ET DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS	52
1-La radiopelvimétrie.....	52
2-Le travail obstétrical	53
2.1-Le travail rapide	53
2.2-Le travail « facile »	53
2.3-Le travail avec dystocie	54
2.4- L'accouchement.....	55
2.5- En anténatal.....	55
III/ LE ROLE DE LA SAGE-FEMME.....	57
1-En anténatal.....	57
2-En perpartum.....	57
 Conclusion	 59
Bibliographie	61
Table des matières	66
Annexes	68

Annexes