

La hanche du paralysé cérébral non marchant : de l'enfance à l'âge adulte

A. ALVES¹, C. RECH², F. CALE², P. MARY³

- 1 - Chirurgie Orthopédiste Pédiatre, Paris, France
- 2 - Service d'Orthopédie, Paris, France
- 3 - Service d'orthopédie pédiatrique, Paris, France

PRÉSENTATION

Notre travail a pour but d'exposer les problèmes posés et les traitements possibles de la hanche du patient paralysé cérébral en fonction de l'âge. Le premier chapitre s'intéresse à la période de l'enfance et de l'adolescence. Le deuxième concerne les adultes. Enfin, nous présenterons les résultats d'un questionnaire adressé aux praticiens qui suivent de tels patients à l'âge adulte. Celui-ci a pour but d'essayer de mieux comprendre comment évoluent les patients traités ou non de leurs hanches durant la période pédiatrique.

LA HANCHE DU PARALYSÉ CÉRÉBRAL NON MARCHANT DURANT LA PÉRIODE DE CROISSANCE

A. Alves, P. Mary

Service de chirurgie orthopédique et réparatrice de l'enfant.

Hôpital d'enfants A. Trousseau – PARIS
alexandra.alves@aphp.fr

1 - DE QUI PARLE-T-ON ?

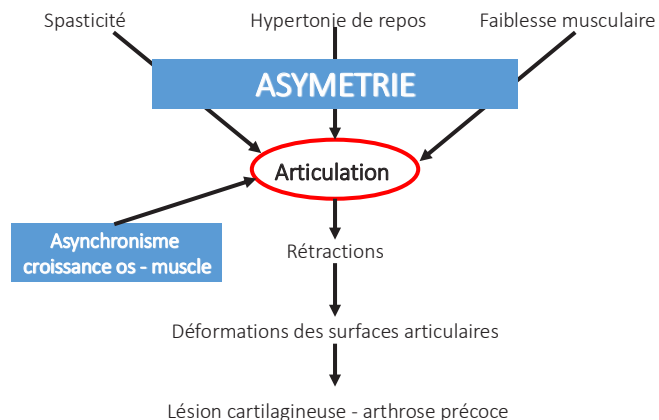
Nous nous intéressons ici aux patients atteints de paralysie cérébrale, c'est-à-dire avec une atteinte cérébrale fixée. A la naissance, les hanches sont normales et c'est la présence de l'atteinte cérébrale et la croissance qui font qu'elles se détériorent. Nous reviendrons sur la physiopathologie. L'atteinte cérébrale est aussi responsable de troubles respiratoires, digestifs, de la trophicité osseuse qu'il faudra aussi prendre en compte à tout âge.

Tous ces patients ont en commun de ne pas marcher et sont classés GMFCS IV ou V. Cette classification a l'avantage d'être simple et rend facile les comparaisons et la lecture de la littérature mais elle est un peu trop schématique. En pratique quotidienne et dans un but thérapeutique, il nous semble nécessaire de mieux préciser le statut fonctionnel du patient :

- Assis stable - aide aux transferts
- Assis stable – pas d'aide aux transferts
- Assis instable
- Grabataire

2 - POURQUOI LES HANCHES SE DÉGRADENT ?

Comme toutes les articulations chez les enfants paralysés cérébraux, la hanche subit l'action de plusieurs groupes musculaires qui présentent tous une faiblesse, une mauvaise commande, une hypertonie de repos et une spasticité. Tous ces facteurs touchent les muscles de manière asymétrique, ce qui est à l'origine de rétractions musculaires puis de déformations osseuses du fait de l'excès de contrainte (coxa valga – dysplasie cotyloïdienne), puis de luxation ou de dégradation cartilagineuse (arthrose). Se surajoute à tout ceci l'asynchronisme de croissance entre les muscles malades et le squelette, ce qui aggrave les rétractions et leurs conséquences (figure n°1).



3 – QUELLES EN SONT LES CONSÉQUENCES ?

Une bonne position assise est importante à plusieurs titres :

- Elle facilite le contact avec les autres
- Elle libère les membres supérieurs pour d'éventuelles autres tâches
- Elle aide à l'accès au tronc
- Elle diminue l'énergie nécessaire à la ventilation de repos
- Elle diminue le risque de fausses routes
- Elle facilite le transit.

Il est aussi essentiel de maintenir une bonne mobilité des hanches et une symétrie de manière à éviter de créer une obliquité du bassin de cause basse qui ne

manquera pas avec le temps, de retentir sur l'ensemble du rachis.

Enfin, dans la vie courante une rétraction en adduction rend les soins du périnée difficile et parfois douloureux. Poirot [1] a suivi sur une période de 10 ans des enfants âgés au début de l'étude de 3 à 10 ans et a montré que la hanche est le site le plus fréquemment douloureux (43,4% des patients). La hanche qui se subluxe est douloureuse car elle rentre en conflit avec le bord du cotyle. Elle le reste dans la majorité des cas lorsqu'elle est définitivement luxée. Elle peut aussi l'être de manière transitoire et nécessite une approche ciblée et individualisée. Sur le plus long terme, elle peut aussi être douloureuse lorsqu'elle est en place, du fait de lésion arthrosique. Il est très difficile de prévoir le moment de la dégradation. Ceci impose donc une surveillance médicale régulière par le médecin de rééducation physique ou l'orthopédiste pédiatre.

4 - QUELS MOYENS D'ACTION ?

4-1 Traitement préventif

Il est essentiel et efficace [2]. C'est un travail de longue haleine, quotidien et qui concerne toutes les personnes au contact de ces enfants.

Il comprend plusieurs volets :

- Travail de rééducation, de mobilisation des hanches pour lutter contre les rétractions.
- Verticalisation pour solliciter les groupes musculaires et garder un bon tonus quand il est présent.
- Installation assise correcte et confortable en abduction des hanches et maintien du tronc.
- Installation en décubitus, hanches légèrement fléchies et en abduction dans un matelas mousse ou un appareillage pelvi-pédieux. Ce point nous paraît beaucoup plus discutable, non pas dans l'indication qui est logique mais dans la réalisation pratique. Rester tout au long de la nuit dans la même position ne paraît pas réaliste (avec ou sans handicap !). Imposer aux famille de se lever plusieurs fois dans la nuit pour changer l'enfant de position semble lourd et fatigant. Cela a un retentissement non négligeable sur l'ambiance familiale [3].

4-2 Traitements curatifs

4-2-1 : Agir sur la spasticité

Les injections de toxines botuliques au niveau des muscles luxants (essentiellement ischio-jambiers et adducteurs courts) agissent sur la composante de spasticité. Elles peuvent être répétées selon la clinique. La neurotomie de la branche postérieure du nerf obturateur agit sur la spasticité des muscles adducteurs de hanche et permet ainsi de prévenir l'excentration de la hanche.

La délivrance de Baclofène intra thécale via une pompe permet de diminuer la spasticité. Elle nécessite cependant la recharge, remplacement et/ou révision de la pompe, et des ajustements de dose. La rhizotomie dorsale sélective permet de diminuer de façon définitive la spasticité via la section sélective de radicules de la partie distale de la moelle épinière. Ces interventions neurochirurgicales sont envisagées après rigoureuse sélection des patients.

4-2-2 Agir sur les rétractions musculaires

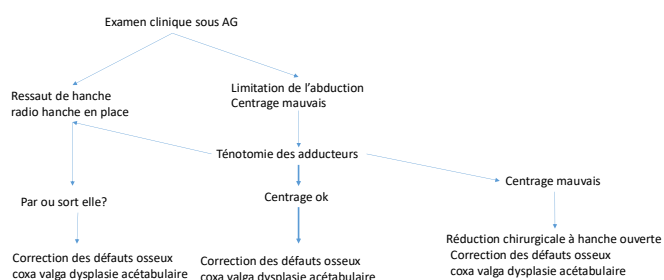
Les injections de toxines botuliques aident à l'étirement des muscles rétractés, ceci de manière temporaire (4 à 6 mois de durée d'action). Cependant sur le long terme, elles ont tendance à affaiblir le tissu musculaire.

La chirurgie des rétractions musculaires par ténotomies – allongements tendineux dans les cas de subluxation modérée à faible retentissement osseux est efficace pourvu qu'elle soit suivie par une prise en charge préventive complète. Bowen [4] a montré qu'une telle chirurgie chez des enfants de moins de 10 ans permettait dans ces cas de subluxation modérée d'entraîner une stabilité radiographique à long terme (recul moyen 7.4 ans).

4-2-3 Agir sur les déformations osseuses

La chirurgie osseuse est nécessaire lorsqu'aux facteurs musculaires favorisant la luxation s'ajoutent des déformations osseuses. Au niveau de l'extrémité supérieure du fémur, il s'agit dans la très grande majorité d'une coxa valga et de troubles torsionnels. Le cotyle quant à lui va se déformer en fonction des contraintes exercées soit au niveau de la paroi postérieure, soit en postéro supérieure, beaucoup plus rarement en antérieure. Le choix du geste chirurgical dépendra directement de la localisation de la dysplasie induite. Le caractère ancien de la luxation fait que parfois, il existe des obstacles intra articulaires à la réduction, ce qui impose dans ce cas un abord intra articulaire (figure n°2).

Luxation de hanche - la séquence au bloc



Ceci rend non seulement le temps chirurgical plus lourd mais fait aussi que la rééducation post-opératoire est plus douloureuse et laborieuse. Les résultats sont plutôt bons [5-6].

Lorsqu'à la luxation se surajoute des déformations

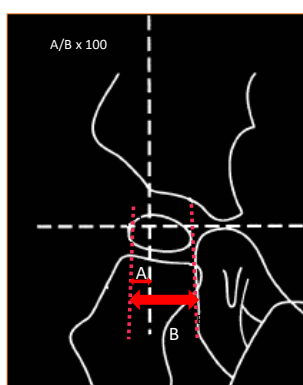
importantes, des lésions cartilagineuses de la tête fémorale, il n'y a alors plus de place pour une réduction chirurgicale. L'arthroplastie totale de hanche est une solution séduisante qui donne de bons résultats à 5 ans de recul [7]. L'autre alternative est la résection dite tête et col ou plus exactement résection de l'extrémité supérieure du fémur. Elle est plus simple mais donne des résultats moins bons avec souvent des douleurs persistantes à long terme lors des changements de position [8].

4-2-3 La prise en charge péri opératoire

Elle est indispensable en pré comme en post opératoire. Il n'y a jamais vraiment d'urgence à opérer ces enfants. Il faut donc les préparer au mieux en prenant le moins de risque de complications possibles. Ceci passe par un bon état nutritionnel, respiratoire, une limitation au maximum des fausses routes qui ne manqueront pas d'être plus fréquentes une fois l'enfant immobilisé en plâtre pelvi-pédieux, ce qui est souvent nécessaire [9]. La période post-opératoire est longue et nécessite souvent une prise en charge en centre de rééducation spécialisée. Dans un premier temps, il s'agit de surveiller l'état cutané et la tolérance de l'immobilisation plâtrée. Une fois la consolidation des ostéotomies acquises, l'enfant pourra progressivement être remobilisé et réinstallé dans de nouveaux appareillages diurnes (siège moulé) et nocturnes (matelas mousse ou pelvipédieux).

5 - QUAND AGIR ?

Nous avons montré les facteurs physiologiques qui jouaient sur l'évolution des hanches tout au long de la croissance et la nécessité d'organiser une surveillance rapprochée de celles-ci. La récurrence progressive de la migration avec le temps est logique puisque les causes ne sont pas modifiées. Même s'il reste dépendant de la qualité technique des clichés et de la position de l'enfant, l'indice de Reimers ou pourcentage de migration de la tête fémorale reste un bon repère pour le suivi (figure n°3). Pour Faccioli [10], un pourcentage de migration supérieur à 50% est un point de non-retour qui impose une chirurgie de réduction-reconstruction.



L'indice de Reimers

6 - QUEL OBJECTIF EN FIN DE CROISSANCE POUR L'ÉQUIPE PÉDIATRIQUE ?

Il est d'obtenir une position assise correcte, avec des hanches indolores et mobiles. Il est aussi de restituer l'anatomie la plus normale possible mais tout ceci concoure-t-il à faire que ces hanches vont bien vieillir ? Asma (réf biblio ?) note que les patients présentant une obliquité pelvienne et/ou un pourcentage de migration de la tête supérieure ou égal à 35% à la fermeture du cartilage triradié doivent faire l'objet d'une surveillance radiographique continue pour détecter un déplacement tardif de la hanche.

Un deuxième objectif est d'assurer une transition en fin de croissance vers des collègues orthopédistes ou de médecine physique et de rééducation prenant en charge les adultes, avec une bonne transmission des informations.

LA HANCHE NEUROLOGIQUE DU PATIENT NON MARCHANT À L'ÂGE ADULTE : STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE MPR ET CHIRURGICALE

Dr Fabien Calé (Chirurgien orthopédiste), Dr Célia Rech (Médecine Physique et réadaptation- MPR)

RÉSUMÉ :

Le patient paralysie cérébrale adulte ou polyhandicap quadriplégique spastique ou dystonique a souvent bénéficié dans l'enfance de chirurgie péri articulaire des parties molles de hanches et parfois de chirurgie articulaire de hanche ou du bassin. Il a souvent une scoliose arthrodésée ou non.

La douleur de hanche ou la difficulté d'assise du patient présentant un handicap cérébral périnatal non marchant GMFCS IV et V est une des premières causes de consultation. Si la plainte est la douleur, la stratégie de prise en charge médico - chirurgicale dépendra de la cause des douleurs intra ou extra articulaires, de l'état de l'articulation coxo-fémorale et de la situation neurologique et fonctionnelle du patient ainsi que de son état de santé général.

Si la plainte est la difficultés d'installation, il faudra évaluer la responsabilité articulaire et extra articulaire de la hanche afin d'adapter le programme neuro orthopédique.

Le projet pour l'adulte est de maintenir les acquis fonctionnels et d'éviter une altération de la qualité de vie.

Service de Chirurgie Orthopédique, Hôpital Raymond Poincaré, 104 boulevard Raymond Poincaré, 92380

Garches, 01 47 10 77 22, fabien.cale@aphp.fr
Service de médecine physique et de réadaptation,
Hôpital Raymond Poincaré, 104 boulevard Raymond
Poincaré, 92380 Garches, 01 47 10 70 86, celia.rech@
aphp.fr

MOTS CLÉS :

- Chirurgie
- Spasticité
- Hanche
- Neuro-orthopédie
- Douleur
- Paralyse cérébrale
- Handicap
- Adulte

1. COMPRENDRE L'ÉTIOLOGIE POUR DÉFINIR LE CONTRAT CHIRURGICAL :

1.1 Identification de l'origine coxo-fémorale

de la douleur

L'expression des douleurs de hanches peut être très variée ainsi que les plaintes du patient et/ou de ses aidants. Il est indispensable de bien les préciser et de clarifier les causes. La stratégie médico chirurgicale dépendra de la compréhension de la cause des douleurs et de ses conséquences sur la qualité de vie.

Il peut s'agir :

- De douleurs clairement exprimées en particulier de la région inguinale, externe trochantérienne, lombaire ou glutéale.
- De douleurs en rapport avec le matériel d'ostéosynthèse de hanche datant souvent de l'enfance (plaque ou vis fémorale ou acétabulaire)
- De douleurs musculaires liées à l'hypertonie (spasticité, spasmes, dystonie).
- De modification des déformations par aggravation de l'hypertonie aussi bien de la hanche que du genou.
- Le risque lorsque la plainte est une douleur aux transferts, à la toilette, au lit ou au fauteuil est d'incriminer la hanche surtout si elle est luxée de manière chronique alors qu'il peut s'agir de douleurs d'hyper appui au corset siège, de douleurs rachidiennes, radiculaires, de contraintes d'appareillage, d'inconfort digestif ou respiratoire.

1.2. Evaluer l'état de l'articulation

Un bilan radiologique standard doit être systématiquement réalisé : au moins un cliché de bassin de face, toujours réalisable, et si possible des

clichés de face et profil de la coxo-fémorale + une radiographie du rachis en entier Face et profil
Ces radiographies doivent être comparées aux radiographies précédentes pour dater les dégradations (ce qui implique une bonne transmission du dossier).

Il peut s'agir :

- D'une chondropathie ou d'une coxarthrose secondaire. Celles-ci sont fréquentes dans les atteintes neurologiques centrales soit par dysplasies articulaires, par modification de la croissance épiphysaire due aux déséquilibres musculaires, soit par l'apparition de contraintes asymétriques secondaires à l'hypertonie en particulier des muscles ischio-jambiers et ou des muscles adducteurs.
- D'une excentration ou luxation de hanche

En cas de doute sur l'implication de l'articulation coxo-fémorale dans la symptomatologie douloureuse, les spasmes ou la recrudescence de la spasticité ou de la dystonie, Il convient de réaliser une injection intra articulaire d'anesthésique local associée le plus souvent à un anti inflammatoire stéroïdien. Une amélioration transitoire confirme la souffrance articulaire.

Un arthro-scanner complétera le bilan en cas de dysplasie ainsi que des clichés en abduction de hanche pour évaluer les possibilités de recentrage articulaire.

1.3. Evaluer l'équilibre musculaire

Il est indispensable d'avoir une évaluation précise musculaire qui va dicter les choix thérapeutiques. Cette évaluation concerne à la fois les muscles qui coaptent et compriment la hanche, ceux qui favorisent l'aggravation de la subluxation ou de la luxation en cas de dysplasie et d'autre part les muscles déficitaires.

1.3.1. Les muscles potentiellement luxants

Il convient de déterminer l'hypertonie ou la rétraction essentiellement de deux groupes musculaires :

- Les ischios jambiers :
Ce sont les muscles qui interviennent le plus directement dans la coaptation de la hanche et qui favorisent potentiellement une subluxation postérieure de hanche, d'autant plus que celle-ci est dysplasique. La participation des ischio-jambiers dans les phénomènes douloureux peut être confirmée en les mettant en tension lors d'une mise en extension du genou, hanche fléchie. Cette manœuvre majeure alors l'hyperpression articulaire et donc la douleur de hanche.
- Les adducteurs :
Il s'agit essentiellement du long et du court adducteur. Ceux-ci par l'adductum de hanche favorisent la découverte supéro- externe.
Il est cependant nécessaire de bien évaluer

avant toute indication chirurgicale la rétraction par rapport à l'hypertonie. La réalisation de blocs sélectifs de la branche antérieure du nerf obturateur permet d'évaluer le bénéfice postural en diminuant l'hypertonie. Une prise en charge par injection de toxine botulique ou phénolisation obturatrice peut être indiquée.

- Les fléchisseurs de hanches:
Lorsque le flexum de hanche est sévère sur une hanche dysplasique subluxée ou luxée, il faudra considérer ces muscles dans la prise en charge chirurgical, en particulier le muscle ilio psoas.

1.3.2. Les muscles utiles

Il faut une évaluation des muscles utiles aux transferts, à la propulsion podale, aux déplacements au sol, aux changements de position au lit (retournement, pont), aux ajustements de la position assise (appui palette). Il est important d'évaluer le risque d'hypercorrection surtout chez les patients dystoniques.

1.4 Evaluation des difficultés d'installation au fauteuil ou au lit incriminant la hanche

1.4.1 Le coup de vent

Le coup de vent est une déformation complexe impliquant le rachis, le bassin et les genoux. Le coup de vent s'il est gênant fonctionnellement ou s'il s'accompagne d'une excentration évolutive de hanche pourra être corrigé en partie par libération musculaire. Il faut adapter l'appareillage (corset siège et hémi matelas) pour éviter l'aggravation et installer en position antalgique. Les chirurgies osseuses nous paraissent excessives. Vouloir corriger un coup de vent sur une hanche luxée est illusoire et peut aggraver les douleurs.

1.4.2 La triple flexion (hanche et genou)

Il faut chercher si la triple flexion prévaut sur la hanche ou le genou. En décubitus dorsal si le talon est décollé du plan du lit c'est que le flexum de hanche prédomine. Une analyse précise doit permettre de faire la part des choses dans la responsabilité des déformations. Pour les patients non transférant la triple flexion est souvent bien tolérée et peu gênante.

1.4.3 Le schéma en extension

C'est le schéma le plus péjoratif pour permettre l'assise des adultes. L'absence de compensation rachidienne en cyphose lombaire aggrave les difficultés. Les muscles ischio jambiers et grands fessiers sont souvent hypertoniques et parfois rétractés avec des possibilités de traitement par toxine et chirurgie difficiles.

2. LA MISE EN PLACE DE LA STRATÉGIE CHIRURGICALE DÉPEND DE PLUSIEURS PARAMÈTRES :

Les gestes thérapeutiques doivent s'intégrer dans un contrat d'objectifs, clairement établi avec le patient et/ou ses proches ou représentants légaux. Ce contrat doit tenir compte de la demande du patient et de ses aidants, mais aussi de plusieurs autres paramètres.

Trois paramètres influent directement sur les choix thérapeutiques :

- La situation fonctionnelle : simple aide au transfert ou verticalisation pour les soins ou le bien être, fonctionnalité de la hanche au fauteuil ou au lit
- La morphologie globale de l'articulation : hanche dysplasique ou non.
- L'importance de l'usure du cartilage : niveau du pincement et étendue.

Le principal challenge est l'opérabilité et l'acceptabilité de la chirurgie. Il faut prendre en compte les fragilités croissantes à l'âge adulte :

- La dénutrition
- Le risque de fausses routes
- L'état respiratoire (encombrement)
- L'état épileptique
- Le vécu personnel du patient et de sa famille des chirurgies orthopédiques passées

Pour ces raisons il faut privilégier les techniques médico chirurgicales les moins invasives possibles (ténotomies percutanées, prise en charge de la douleur par gestes locaux ciblés)

Avant tout le traitement médical et rééducatif est mis en route :

- Modification de la technique de transferts (pieds au sol -> lève malade), parfois modification de la sangle du lève malade si le transfert en lève malade est douloureux
- Modification du traitement antalgique général en privilégiant des traitements autour de l'habillage et toilette
- Les modifications de l'installation au lit et au fauteuil—éviter les contraintes articulaires excessives en particulier l'abduction de hanche, respecter les troubles rotationnels de hanches au niveau des axes jambiers des corsets sièges
- Favoriser les changements de position
- Répéter les infiltrations de dérivés cortisonés/ visco supplémentation
- Diminuer l'hypertonie par injection de toxines botuliques répétés 3 à 4 fois par an.
- Sur les spasticités diffuses peuvent se discuter la pompe à baclofène ou la rhizotomie
- La neuro modulation par radio fréquence à visée antalgique périphérique de hanche reste une perspective intéressante.

2.1. Les indications chirurgicales des parties molles musculo tendineuses péri articulaires de hanches

2.1.1. Coxarthrose douloureuse sur hanche centrée

ou excentrée

- Chirurgie de décompression par libération musculaire péri articulaire (adducteurs , ischio jambiers et ilio psoas). L'efficacité antalgique survient dans les premiers jours. Le patient doit être réinstallé au lit et au fauteuil en fonction de ses nouvelles amplitudes sans le contraindre. Cette décompression peut être en grande partie percutanée.

2.1.2. Diminuer les déformations de hanches

- Cette chirurgie peut concerner les schémas de coup de vent, triple flexion ou extension. Le plus souvent ces chirurgies ne compromettent pas les capacités de transfert.

2.2. Place des chirurgies osseuses péri

acétabulaires et fémorales

Le plus souvent, la situation orthopédique et générale est dépassée chez le patient quadriplégique GMFCS IV ou V.

2.3. Place de la chirurgie prothétique

C'est la chirurgie la plus efficace en terme d'antalgie dans la coxarthrose. Elle peut avoir sa place chez les patients GMFCS IV ou V, d'autant plus s'ils sont ou ont été capables de faire des pas, même en marche guidée. Cette chirurgie est quasi systématiquement associée à des gestes tendineux.

Elle est privilégiée dans les coxarthroses centrées.

L'indication de prothèse est parfois limitée par

- L'hypoplasie osseuse fémorale ou cotyloïdienne
- La sévérité de la dysplasie en particulier la torsion fémorale.
- La sévérité des mouvements involontaires, surtout choréo athétosiques

Sur le plan technique, privilégier la voie d'abord antérieure de hanche, les cotyles doubles mobilités, les tiges dysplasiques si besoin.

Il existe un risque accru de fractures péri- opératoires.

La rééducation en milieu spécialisé est indispensable.

2.4. Place de la résection tête col

C'est une chirurgie lourde pour cette population adulte fragile. Il existe des risques de saignement, des risques infectieux et des conséquences fonctionnelles.

Elle induit un bassin oblique asymétrique avec risque cutané. Le raccourcissement de la cuisse est important avec des conséquences sur l'installation assise. Il existe des risques de majoration du coup de vent en station allongée.

Sur le plan technique, la coaptation oblige une résection de la paroi antérieure du cotyle et une capsulo myo plastie exigeante. Elle ne suffit pas toujours à maintenir une coaptation durable.

On la réserve aux coxarthroses dysplasiques ou luxées sévères douloureuses résistantes au traitement médical et à la décompression musculo tendineuse ou aux échecs/ contre-indications prothétiques.

4. CONCLUSION :

La pathologie de hanche chez le patient cérébro lésé périnatal une fois à l'âge adulte reste une problématique fréquente en neuro orthopédie.

Chez le non marchant la hanche est parfois incriminée par excès du fait d'une imagerie pathologique. C'est un piège à éviter. Certaines hanches dysplasiques opérées ou non dans l'enfance sont très bien tolérées et très longtemps chez le patient quadriplégique.

Pour d'autres, la stratégie thérapeutique doit être prudente et adaptée à la fragilité de cette population en privilégiant le traitement médical, postural, tendineux.

BIBLIOGRAPHIE

Results of orthopaedic surgery in non ambulatory adolescents with cerebral palsy complicated by hip dislocation. Neuroorthopedic clinic of the Russian ilizarov center for restorative traumatology and orthopaedics , Kurgan, Russian Federation. Dmitry Popkov J orthop trauma surg rel res 12(2). 2017

Total Hip Arthroplasty in patients with Cerebral Palsy: A Matched Comparison of 90 day Adverse Events and 5 Year Implant Survival. Harold G Moore et al .J.weil Cornell Medical College New York –Yale New Haven Hospital department of orthopaedics and rehabilitation Arthroplasty. Oct 2021

Evidence- informed clinical perspectives on postural management for hip health in children and adults with non ambulant cerebral palsy. Rockville USA / Vancouver Canada. Ginny Paleg et al . J pediatr Rehabil Med . 2022

Relationship between scoliosis, windswept hips and asymmetries in sitting and supine in 2350 children with cerebral palsy. Jackie Casey et al – Sweden , Ireland. Iceland. .Disabil Rehabil. 2022 Nov

Recurrent hip instability after hip reconstruction in cerebral palsy children with spastic hip disease. Brian Po-Jung Chen et al . Wilmington USA J Orthop Sci. 2023

Prevention of hip dislocation in severe cerebral palsy (GMFCS III-IV_V): an interdisciplinary and multi-professional Care Pathway for clinical best practice implementation. Nicoletta Battisti et al .. Italy. Eur J Phys Rehabil Med 2023 dec .

Hip Surgery in cerebral Palsy: A bibliometric Analysis. Norine Ma et al .Melbourn Australia. Int J Environ Res Public Health. 2023

Les hanches des paralysés cérébraux non marchants; quel devenir ?

P. Mary

Avec l'aide de la SOFMER, nous avons diffusé un questionnaire centré sur ce sujet auprès des médecins de médecine physique et réadaptation (MPR) en charge de ces patients. 23 collègues ont répondu. Pour l'essentiel (73%), il s'agit de médecins hospitaliers. La répartition géographique couvre assez bien l'ensemble du territoire. Pour 68% d'entre eux, la part de leur activité consacrée aux PC est de moins de 25% et pour le reste, comprise entre 25 et 50%. Des consultations de transition incluant équipe pédiatrique et d'adulte sont rares (14%). Dans 75% des cas, les MPR d'adultes estiment ne pas avoir reçu assez d'information de la part des collègues pédiatres. Dans la très grande majorité des cas, les patients adultes sont vus une à deux fois par an en consultation. En cas de besoin, le recours à un orthopédiste ne semble pas posé de problème.

Lorsque les PC arrivent en fin de croissance avec des hanches en place il est très rare qu'elles se luxent à l'âge adulte.

Les impressions concernant les résultats des résections de l'extrémité supérieure du fémur sont plutôt défavorables. Les estimations des collègues sont les suivantes :

- les patients sont confortables : 23%
- les patients sont douloureux aux changements de position : 35%
- les patients sont douloureux en position assise : 18%
- les problèmes majeurs sont dus à l'ascension des extrémités supérieures des fémurs source d'escarre, de problèmes septiques, ou de déformations secondaires : 71%.

Les impressions concernant le devenir des hanches opérées à l'âge pédiatrique sont les suivantes :

- Une dégradation progressive nécessitant des mesures thérapeutiques de type installation spécifique ou prescription d'antalgiques pour 80% des collègues
- La situation est jugée stable : 20%
- Le recours à un nouveau geste chirurgical est rare : 15%
- Le recours à une chirurgie prothétique reste rare pour 80% des collègues. Des gestes non prothétiques sont un peu plus fréquent (30% des cas).

Lorsque les hanches deviennent douloureuses malgré l'utilisation d'antalgiques classiques, le recours à des techniques de radiofréquence ou de PENG bloc péri

articulaires sont peu utilisées.

Pour ce qui est des patients ayant des hanches luxées dans l'enfance et non opérées, celles-ci deviennent douloureuses à long terme (58% des collègues jugent cela fréquent), le recours à une chirurgie est nécessaire pour 34% des personnes interrogés.

Que retenir pour l'orthopédiste pédiatre ?

Ce petit travail n'a bien sûr pas de valeur scientifique, mais il est possible de tirer quelques enseignements qui peuvent nous aider à progresser dans la prise en charge de ces patients sur le long terme.

- Les consultations de transition impliquant les équipes pédiatriques et d'adultes restent trop peu fréquentes et semblent devoir être organisées avec des MPR d'adultes qui adressent les patients dans un second temps aux chirurgiens.
- L'information transmise reste insuffisante.
- Les luxations se produisent rarement à l'âge adulte.
- Les hanches opérées dans l'enfance ont tendance à se dégrader avec le temps, mais le recours à la chirurgie reste peu fréquent.
- La résection tête et col ne donne pas de résultat satisfaisant. Quand cela est possible il est préférable d'envisager la mise en place d'une prothèse totale de hanche.