
La maladie luxante de la hanche (MLH). Dépistage au CHU de Ouagadougou sur un échantillon de 2514 nouveaux-nés.

A. Wandaogo, E. Bandre¹, T. L. Tapsoba, R. Cisse², O. Traore, A. Traore, A. Sanou

1. Service de Chirurgie du Centre Hospitalier National Pédiatrique Charles De Gaulle, Ouagadougou.
2. Service de Radiologie, Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou.
3. Service d'Orthopédie Traumatologie, Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou.
4. Département de Santé Publique, UFR/ SDS, Université de Ouagadougou.
5. Service de Chirurgie Générale et Digestive, Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou.

Correspondance :
A. WANDAOGO 01 B.P. 4033,
Ouagadougou 01, BURKINA FASO.
E-mail : a.wandaogo@fasonet.bf

Résumé

Les travaux spécifiquement consacrés à la maladie luxante de la hanche en Afrique de l'ouest sont peu nombreux. Notre but est d'évaluer l'incidence de cette affection dans notre pratique.

Au cours d'une étude prospective menée au CHU de Ouagadougou de décembre 1996 à juillet 1997, nous avons examiné 2514 nouveaux nés de race noire dont l'âge moyen était de 1,64 jour ; 46,5% étaient des filles. Les enfants nés de mères primipares représentaient 31,74% de la série, et ceux nés par présentation du siège en représentaient 1,17% ; 0,48% des enfants étaient des jumeaux.

Les anomalies des membres ont constitué 51,87% des malformations relevées. Deux cas de torticolis congénital et 1 cas de scoliose du nourrisson ont été observés.

En dépit d'une recherche attentive et du recours fréquent à l'échographie, aucune hanche instable n'a été retrouvée. Cent cinquante trois enfants ont été revus à un âge moyen de 4 ans et 8 mois ; leur examen clinique n'a décelé aucune anomalie.

Le port des bébés au dos, les hanches en flexion-abduction a souvent été évoqué pour expliquer la rareté de l'affection dans un contexte comme le nôtre. Ce facteur mécanique n'a pas eu de place dans notre série puisque les enfants n'avaient jamais été portés sur le dos à l'époque du dépistage.

La MLH semble extrêmement rare dans notre pratique. Cette rareté serait probablement le fait de dispositions génétiques neutralisant efficacement l'effet des facteurs de risque.

Mots clés : Maladie luxante / dysplasie / luxation congénitale / hanche.

Introduction

La maladie luxante de la hanche (MLH) est une pathologie pour laquelle la simplicité et l'efficacité du traitement chez le nouveau-né sont bien connues [1]. Elle est classiquement inexistante dans la race noire. Mais en raison de la fréquence des coxopathies que nous observons en consultation d'orthopédie pédiatrique au CHU de Ouagadougou (Burkina Faso), nous avons jugé utile d'évaluer la place de cette affection dans notre contexte.

Abstract

Congenital hip dislocation: a study of 2514 newborn children conducted in the Ouagadougou University Teaching Hospital.

Specific reports on congenital hip dislocation in West Africa are rare. During a prospective study conducted at Ouagadougou University teaching hospital from December 1996 to July 1997, 2514 black newborn patients were examined. Their mean age was 1.64 day; 46.5% were girls. First borns accounted for 31.74% of the series, while infants born from breach delivery represented 1.17%. Only 0.48% were twins.

Limb anomalies represented 51.87% of all malformations. Two cases of congenital torticollis and one case of infantile scoliosis were noted. No case of congenital hip dislocation was found in spite of meticulous clinical evaluation and numerous hip ultrasonographies. One hundred and fifty three patients have been reviewed after a median follow-up of 4.66 years. All were normal.

One hypothesis states that, in many African countries, infants are carried on their mother's back with their hips positioned in flexion-abduction. This would explain the absence of congenital hip dislocation.

Our study fails to support this, because none of our newborns had been carried on his mother's back prior to our screening. We think that genetic factors account for the absence of congenital hip dislocation in our countries.

Keywords: Congenital dislocation / hip / dysplasia.

Matériel et méthode

Au cours d'une étude prospective qui s'est déroulée du 15 décembre 1996 au 15 juillet 1997, nous avons examiné systématiquement les nouveaux-nés dans deux maternités de la ville de Ouagadougou (maternités du CHU et du Centre Médical Saint CAMILLE).

Les hanches des enfants ont été particulièrement évaluées à la recherche d'un signe d'ORTOLANI-LE DAMANI, de BARLOW ou de PALMEN. L'examen portait aussi sur l'ensemble des malformations cliniquement décelables.

Outre ces éléments essentiels, d'autres variables étaient consignées : âge, sexe, antécédents familiaux malformatifs, histoire de la grossesse et de l'accouchement, âge maternel.

Les enfants présentant des facteurs de risque étaient revus dans l'Unité de chirurgie pédiatrique du Service de Chirurgie Générale du CHU ; l'évaluation clinique était répétée plusieurs fois et une échographie était effectuée pour certains d'entre eux. Quelques enfants ont pu être revus après l'âge de la marche.

Résultats

Nous avons examiné 2514 enfants dont 1170 filles et 1344 garçons, tous de race noire. Leur âge variait de 0 à 25 jours avec une moyenne de 1,64 jour.

Cent soixante huit (168) d'entre eux, soit 6,68%, présentaient une ou plusieurs anomalies. Les anomalies des membres (51,87%) ont été de loin les plus fréquentes (Figure 1).

Nous n'avons observé aucune hanche luxée ou instable.

Nous avons recensé un certain nombre de facteurs classiquement cités comme comportant un risque accru de MLH (Tableau I).

Certains enfants présentaient plusieurs facteurs de risque (Figure 2).

Aucun de ces enfants n'a présenté une hanche luxée ou instable. Une échographie de principe a pu être réalisée chez 1 sur 5 d'entre eux : elle était toujours normale.

Cent cinquante-trois enfants (92 filles et 61 garçons) et ont été revus à un âge moyen de 4 ans et 8 mois. Tous ont acquis la marche (autour de l'âge de 1 an) ; aucune boiterie n'a été trouvée et l'examen clinique n'a décelé aucune anomalie.

Discussion

Dans les pays occidentaux, la MLH a suscité un important volume de travaux scientifiques. Il est bien établi que son incidence peut varier largement selon les régions.

GUEDDICHE, en Tunisie a relevé 30 cas de MLH sur 11036 enfants vivants [2]. HOAGLUND en Chine a trouvé une incidence de 0,1 pour 1000 [3]. A Paris, à la maternité de l'hôpital St. Vincent De Paul, SERINGE a rapporté un taux de 20 pour 1000 [4]. WALKER au Canada a rapporté le chiffre de 188,5 pour 1000 [5].

Il est par contre admis que l'affection est exceptionnelle sinon inexistante chez le Noir. Cependant, les études qui lui sont spécifiquement consacrées dans les populations noires africaines sont très rares et il semble intéressant de revoir leurs conclusions dans un contexte où les infrastructures sanitaires et la densité médicale en Afrique subsaharienne ont évolué.

EDELSTEIN en Afrique du Sud et SENGEYI en République Démocratique du Congo n'ont trouvé aucune MLH chez respectivement 16000 et 4465 enfants de race noire [6, 7].

Dans la mesure où nous nous proposons de jeter un regard critique sur cette absence quasi absolue de la MLH chez le

Noir, en particulier chez le Noir soudano sahélien du Burkina Faso, nous avons opté pour une approche réduisant autant que possible les faux négatifs.

Notre étude a tenu compte de la simplicité du diagnostic clinique de l'affection pendant la période néo-natale. Presque tous nos patients (99,76%) avaient un âge inférieur à 15 jours.

Nous avons insisté sur l'évaluation des filles (1170 cas), des premiers-nés (764 cas), des jumeaux (13 dont 8 filles), des enfants nés par le siège (45 cas) ou présentant des stigmates d'une compression ou d'une anomalie positionnelle intra utérine, puisque ces éléments constituent des facteurs de risques classiques de MLH [8-14].

Chaque enfant a été examiné par au moins deux cliniciens, avec une attention particulière pour les patients présentant un facteur de risque, et une échographie de principe a été effectuée chez 1/5 de ceux qui en présentaient au moins deux.

Nous n'avons observé aucun cas de MLH ni pendant la période néonatale, ni sur les 153 enfants (92 filles, 61 garçons) revus à un âge moyen de 4,66 ans. Mais KAM à Ouagadougou, en avait trouvé un dans une étude rétrospective portant sur 424 enfants [15]. Cependant, son étude ne s'intéressait pas spécifiquement à la MLH. Elle ne fournissait pas d'informations sur les antécédents du patient (sexe, âge, présentation...), sur l'évaluation des malformations associées, ainsi que sur le devenir de ce cas tout à fait rare qui ne serait que l'exception confirmant l'absence de l'affection.

La MLH est toutefois observée chez les Noirs américains, mais elle est trois fois moins fréquente chez ces derniers que chez les Blancs ; BURKE situe son incidence chez les Noirs américains à 0,46 pour mille, et cette incidence serait d'ailleurs en progression [16, 17].

Selon certains auteurs [14], dans les régions du monde où les hanches des nouveaux-nés sont maintenues en flexion-abduction (port sur le dos des nouveaux-nés en Afrique par exemple), l'incidence de la MLH est très basse. Il n'est pas évident que cette position des hanches soit un facteur important pour expliquer l'absence de l'affection chez nous car aucun de nos nouveaux-nés n'avait déjà été porté sur le dos. En Afrique, par tradition, le port sur le dos du nouveau-né n'intervient qu'après la chute du cordon ombilical.

Conclusion

L'étiopathogénie de la MLH est complexe, faisant intervenir des facteurs génétiques, mécaniques et d'environnement.

Sa quasi-inexistence chez le Noir africain et sa faible prévalence chez le Noir américain sont en faveur de dispositions génétiques neutralisant efficacement l'effet des facteurs de risque.

Notre étude s'inscrit parfaitement dans cette approche du problème et nous autorise à négliger le rôle joué par cette affection dans les coxopathies de l'enfant que nous observons.

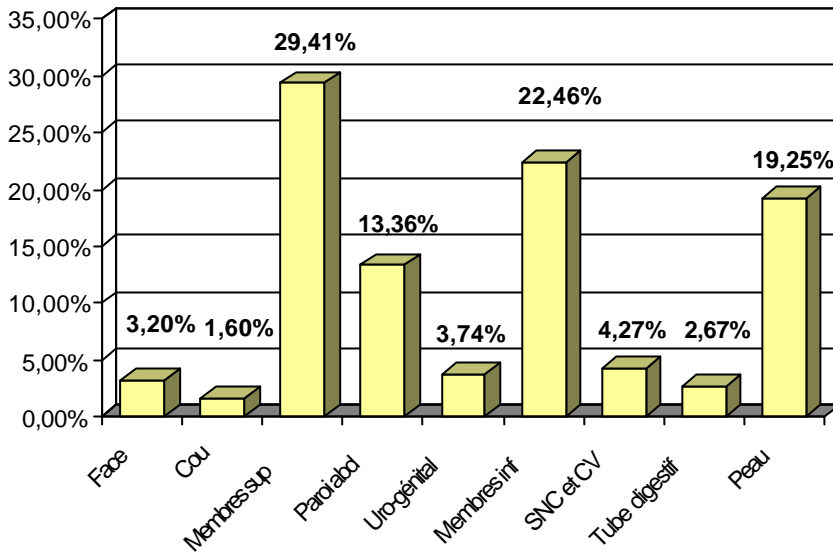


Figure 1. Topographie des anomalies observées chez 2.514 nouveaux-nés examinés à Ouagadougou

GG = Grossesse gémellaire
 Siège = Présentation du siège
 Fém = sexe féminin
 TC = Torticolis congénital
 SN = Scoliose du nourrisson
 Primip = mère primipare
 GR = Genu recurvatum
 PT = Pied talus

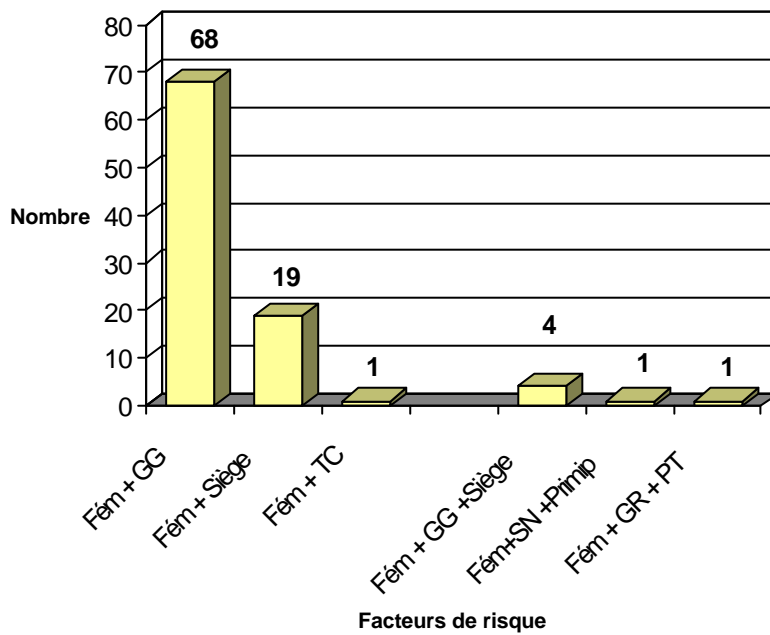


Figure 2. Association des facteurs de risque de la MLH observés à Ouagadougou sur une série de 2.514 nouveaux-nés

sup : supérieurs
 inf : inférieurs
 abd : abdominale
 SNC : système nerveux central
 CV : colonne vertébrale

Tableau I : Facteurs de risque de la MLH observés à Ouagadougou sur une série de 2514 nouveau-nés.

Facteurs de risque	Nombre (%)
Sexe féminin	1170 (46,54%)
Mère primipare	798 (31,74%)
Accouchement par siège	45 (1,79%)
Gémellité	12 (0,48%)
Scoliose du nourrisson	1 (0,04%)
Torticolis congénital	2 (0,08%)
Genu recurvatum	1 (0,04%)
Pied talus	1 (0,04%)

Références

1. Fugioka F, Terayama K, Sugimoto N, Tanikawa H. Longterm results of congenital dislocation of the hip treated with the Pavlik harness. *J Pediatr Orthop* 1995 ; 15 : 747-52
2. Gueddiche MN, Hachfi SF, Besbes A, Ghedira L, Radhouane M. Malformations congénitales observées dans une série de 11036 naissances consécutives. *Pédiatrie en Afrique* 1993 ; 9 : 5-12.
3. Hoaglund FT, Kalamchi A, Poon R, Chow SP, Yau MC, et al. Congenital dislocation of the hip and dysplasia in south Chinese. *Int Orthop* 1981 ; 4 : 243-9.
4. Seringe R, Cressaty J, Gerard B, Francoual C. L'examen orthopédique de 1500 nouveau-nés en maternité. *Chir Pédiatr* 1981 ; 22 : 365-87.
5. Walker JM. A preliminary investigation of congenital hip disease in the Island Lake Reserve population, Manitoba. *University of Manitoba Anthropology papers*, 1973, n° 7.
6. Edelstein J. Congenital dislocation of the hip in the Bantu. *J Bone Joint Surg* 1966 ; 48 : 397-403.
7. Sengeyi MA, Tshibangu K, Tozin R, Nguma M, Tandu U, Sinamuli K, et al. Etiopathogénie et type de malformations congénitales observées à Kinshasa (Zaïre). *J Gynécol Obstét Biol. Reprod* 1990 ; 19 : 955-9.
8. Courtois B. Dépistage et traitement précoces de la Maladie luxante de hanche. In *Cahiers d'Enseignement de la SOFCOT, N°9*. Paris : Expansion scientifique Française ; 1979 : 27-39.
9. Yin-Chun T, Jiing-Yuan S, Gau-Tyan L, Sen-Yuen L. Ultrasonographic study of the coexistence of muscular torticollis and dysplasia of the hip. *J Pediatr Orthop* 2001 ; 21 : 343-7.
10. Good C, Walker G. The hip in the moulded baby syndrome. *J Bone Joint Surg* 1984 ; 66 : 491-2.
11. Walsh JJ, Morissy RT. Torticollis and hip dislocation. *J Pediatr Orthop* 1998 ; 18 : 219-21.
12. Seringe R, Bonnet JC, Katti E. Pathogénie et histoire naturelle de la luxation congénitale de la hanche. *Revue de Chirurgie orthopédique* 1990 ; 76 : 391-402.
13. Seringe R, Mascard E, Ghanen I. Dépistage des affections orthopédiques à la naissance. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Pédiatrie*, 4-002-Q-60, 1996, 9p.
14. Tachdjian MO. Congenital dysplasia of the hip. In *Pediatric Orthopedics*. Philadelphia : W.B. Saunders Company ; 1990. p. 297-478.
15. Kam LK, Sanou I, Sawadogo SA, Zeba B, Belem B, Zongo I, et al. Malformations congénitales observées dans l'unité de néonatalogie du CHN-YO de Ouagadougou (Burkina Faso). *Annales de l'Université de Ouagadougou* 1996 ; 4 (B) : 221-32.
16. Burke SW, Macey TI, Roberts JM. Congenital dislocation of the hip in the American black. *Clin Orthop* 1985 ; 192 : 120-5.
17. Artz TD, Levine D, Wan Ngo Lim, Salvati E, Wilson P. Neonatal diagnosis, treatment and related factors of congenital dislocation of the hip. *Clin Orthop* 1975 ; 110 : 112-36.