

Luxation traumatique de la hanche

I. **Définition** : C'est la perte de contact totale et permanente post-traumatique de la tête fémorale hors de la cavité acétabulaire, survenant sur une hanche en attitude propice.

II. Intérêt de la question :

- a. **fréquence**: en augmentation en rapport avec augmentation des AC, AVP
- b. **Age** : essentiellement le sujet jeune.
- c. **Etiologie** : nécessite un traumatisme causale violent +++ d'où association à d'autres lésions locales cotyle, tête fémorale, col du fémur, fémur ou à distance : polytraumatisé.
- d. **Diagnostic** : facile Radio- clinique (aisé clinique confirmé par Rx)
- e. **Thérapeutique** : c'est une urgence thérapeutique +++ imposant une réduction de la luxation.
- f. **Pronostic** : lésion grave :
 - dans l'immédiat : pronostic vital mis en jeu, par le choc traumatique, et les lésions viscérales associées
 - tardivement : pronostic fonctionnel mis en jeu par l'évolution vers la nécrose de la tête fémorale et la coxarthrose post traumatique

III. Rappel anatomique

- **Surfaces articulaires** : L'articulation coxo-fémorale est une articulation synoviale type sphéroïde, bien emboîtée mettant en contacte la tête fémorale à la cavité acétabulaire (cotyle)
- **Ligaments**: Extra-capsulaires (Ligament ilio-fémoral de BERTIN, ischio-fémoral et pubo-fémoral)
Intra-capsulaire (ligament Rond)
- **Muscles** : selon leurs action, ils sont classés en :
 - Ø **Flexion** : complexe de l'épine iliaque antéropostérieure
 - Ø **Extension** : grand et petit fessier
 - Ø **Abduction** : moyen fessier
 - Ø **Adduction** : adducteurs (grand, petit et moyen)
 - Ø **Rotation externe** : pelvi-trochantériens
 - Ø **Rotation interne** : psoas iliaque

IV. Anatomie pathologique

A. Mécanisme

- Prédominance masculine, côté gauche
- La Stabilité de la hanche diminue en flexion-adduction : dans cette position, la tête fémorale est peu protégée par la cotyle et est seulement maintenue par la capsule
- L'action vulnérante agit en 3 points : la face antérieure du genou fléchi, plante du pied genou en extension, et grand trochanter
- **On distingue deux types de luxations** :
 - Ø **Luxations postérieures** : le membre est en flexion, adduction, rotation interne (syndrome du tableau de bord)
 - Ø **Luxations antérieures**: le membre est en abduction, rotation externe, ceci se retrouve dans les positions en grand écart



B. Classifications

- **Classification de Bigelow (1882)** : décrit deux types de luxations en fonction de l'intégrité du ligament ilio-fémoral de Bertin

Ø **Luxations régulières** : le ligament est sain :

§ **Postérieure** :

Haute (iliaque, 50%)

Basse (ischiatique, 25%)

§ **Antérieure** :

Basse (obturatrice, 15%)

Haute (pubienne, 10%)

Ø **Luxations irrégulières** : le ligament est rompu :

➤ **Sus-cotyloïdienne** :

- ✓ antérieure oblique,
- ✓ postérieure haute,
- ✓ sus-pubienne

➤ **Sous-cotyloïdienne** : périnéale, sous-ischiatique

- **Classification de Levin** : classe les lésions antérieures ou postérieures en fonction de la stabilité et du caractère pur ou associé de la luxation

Type I : luxation pure sans instabilité

Type II : luxation irréductible sans fracture de la tête ou de l'acétabulum

Type III : hanche instable après réduction ou incarceration intra articulaire

Type IV : luxation associée à une fracture de l'acétabulum

Type V : luxation associée à une fracture de la tête ou du col

V. Lésions associées

- **Capsule** : peut être déchirée ou désinsérée rendant une luxation irréductible (incarcération)
- **Vaisseaux nourriciers**: métaphysaires postéro-supérieurs et inférieurs. Ces lésions peuvent entraîner une ostéonécrose secondaire.
- **Muscles**
- **Artères** : la compression des vaisseaux fémoraux est exceptionnelle
- **Nerfs** : l'atteinte du nerf sciatique est plus fréquente
- **Ostéo-cartilagineuses** :
 - Ø **Lésions cartilagineuses de la tête fémorale**
 - Ø **Fractures vraies** : tête fémorale (tassement), cotyle (sourcil cotyloïdien, articulaires)

VI. Etude radio-clinique

- A la suite d'un traumatisme violent, un blessé est amené aux urgences.
- D'emblée l'état de choc traumatique sera dépisté et traité +++
- La réanimation est entreprise dès l'arrivée du blessé +++
- **L'examen clinique retrouve :**
 - ✗ Douleurs intenses
 - ✗ Impotence fonctionnelle totale
 - ✗ Attitude vicieuse caractéristique +++ :

Ø **Dans les variétés postérieures** : le membre inférieur est en adduction, rotation interne

§ **En extension** : dans la variété haute iliaque

§ **En flexion** : dans la variété basse ischiatique

Ø **Dans les variétés antérieures** : le membre inférieur est en abduction, rotation externe

§ **En extension** : dans la forme haute pubienne

§ **En flexion** : dans la forme basse obturatrice

- **Cas du Polytraumatisé** : la lésion risque d'être méconnue +++ , l'état de choc est important
 - Ø L'attention est attirée par les autres lésions vitales : thorax-abdomen-crâne
 - Ø Une radio du bassin est systématique chez tout polytraumatisé ou accident de la circulation

• Dans tous les cas un bilan s'impose :

Ø **Clinique** :

§ **Local** : peau (rarement ouverte)

§ **Locorégional** : vasculaire, nerveux (nerf sciatique +++)

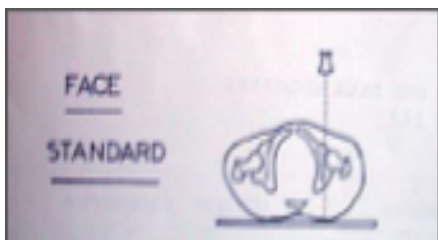
§ **Général** : recherche d'autres lésions traumatiques

Ø **Biologique** : dès l'arrivée du blessé, un bilan sera entamé pour la réanimation et à visée préopératoire et pré-anesthésique

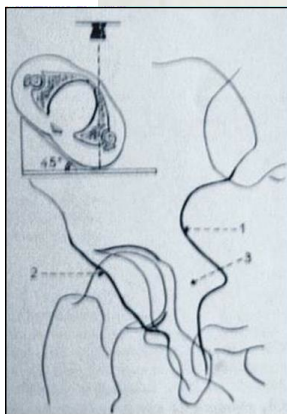
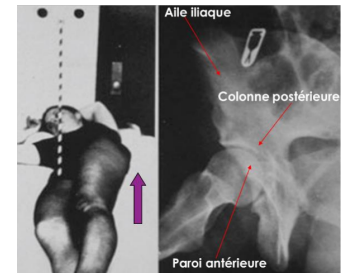
Ø Radiologique:

§ Rx du **Bassin de face** : dit de "débrouillage", cette incidence confirme le caractère pur ou associé de la luxation (rupture des éléments verticaux, du toit ...) mais ne localise pas dans l'espace la lésion antérieure ou postérieure :

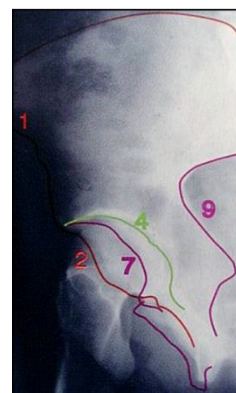
- La cavité cotyloïdienne est vide déshabillée.
- Le grand trochanter est ascensionné.
- Le cintre cervico-obturateur est rompu +++
- La disparition du petit trochanter confirme la rotation interne.
- Le toit du cotyle est aussi vu dans cette incidence
- On recherchera les lésion associées (tête, cotyle)



- **3/4 ALAIRE** : obtenu en surélevant la hanche saine de 45° malade en DD, rayon verticale, il efface le trou obturateur et étale la crête iliaque, il objective :
 - Le toit du cotyle
 - La crête iliaque
 - Le bord postérieur de l'os iliaque
 - La colonne postérieure du cotyle
 - La paroi antérieure du cotyle

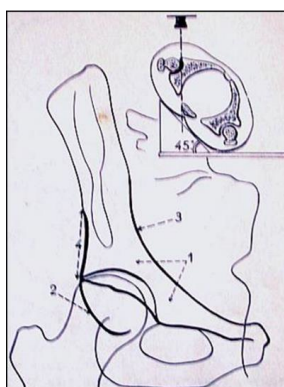
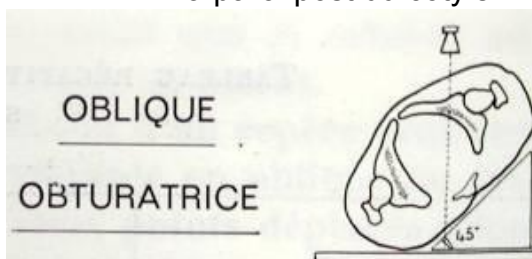


1. Bord postérieur de l'os iliaque
 2. Paroi antérieure du cotyle
 3. Surface quadrilatère
- CRETE ILIAQUE
COLONNE POSTERIEURE

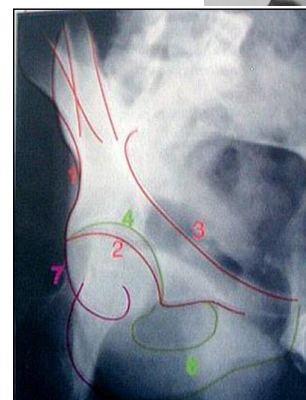


- COLONNE ANTERIEURE
- 1- Aile iliaque
 - 2- Paroi antérieure
- 2 COLONNES
- 4- toit du cotyle
- COLONNE POSTERIEURE
- 7- Paroi postérieure
 - 9- Bord postérieur de l'os iliaque

- **3/4 obturateur** : Surélévation de la hanche malade de 45° Elle superpose les épines iliaques et étale le trou obturateur, il objective :
 - Le toit du cotyle
 - Le colonne Ant avec son bord Ant : du cotyle
 - La paroi post du cotyle



1. Colonne ilio-pubiène
 2. Paroi postérieure du cotyle
 3. Ligne innominée
 4. Face externe de surface sus cotyloïdienne
- TROU OBTURATEUR
COLONNE ANTERIEURE



- COLONNE ANTERIEURE
- 1- Aile iliaque
 - 2- Paroi antérieure
 - 3- Déroit supérieur
- 2 COLONNES
- 4- toit du cotyle
 - 6- Cadre obturateur
- COLONNE POSTERIEURE
- 7- Paroi postérieure

VII. Evolution

- **Bénigne** : en règle générale, après la réduction, indolence complète, force musculaire et mobilité sont normales
- **Imprévisible +++** : avertir le malade du risque de complications tardives; surveillance du patient pendant 5 ans +++

VIII. Complications

- **Immédiates** :
 - Ø **Neurologiques +++** : atteinte sciatique.
L'atteinte neurologique n'est pas une indication opératoire en urgence
 - Ø **Vasculaires** : atteinte exceptionnelle des vaisseaux fémoraux
 - Ø **Irréductibilité** : rare
 - Ø **Incarcération intra-articulaire**
- **Secondaires** :
 - Ø **Infection postopératoire**
 - Ø **Complications thromboemboliques** : prévenues par le lever précoce, la rééducation et parfois des anticoagulants.
 - Ø **Récidive de luxation** : peut survenir si une fracture instable a été méconnue ; d'où l'intérêt des radiographies de 3/4
- **Tardives** : mettent en jeu le pronostic de l'articulation coxo-fémorale, peuvent survenir même après une luxation pure correctement traitée en urgence.
 - Ø **Nécrose ischémique de la tête fémorale.**
 - Ø **Ossifications péri-articulaires**
 - Ø **Coxarthrose post-traumatique**

IX. Traitement

- **Buts**:
 - Ø Reconstitution des surfaces articulaires
 - Ø Mobilisation précoce.
 - **Méthodes orthopédiques** :
 - Ø **En cas de luxation postérieure: méthode de Boehler** : anesthésie générale après déchoquage du blessé, relâchement musculaire complet, décubitus dorsal sur plan dur voire à même le sol ; un aide maintenant les crêtes iliaques
 - § Hanche fléchie en position indifférente
 - § Épaule ou avant-bras du chirurgien sous le genou du malade
 - § Traction au zénith progressive mais puissante
 - § Claquement audible et ressaut = réduction de la luxation
 - § Parfait retour à la normale de la mobilité de la hanche et de la stabilité
- La réduction est confirmée par un contrôle radiologique de face et de 3/4, mais surtout par la récupération de la mobilité et la stabilité de la hanche**



Ø **En cas de luxation antérieure:** Sous AG, Traction en flexion et abduction

Ø **Contention :**

§ Traction trans-tibiale de 21 jours et mobilisation

§ Appui pas avant le 3^o mois.

- **Méthodes chirurgicales :** réduction de la luxation après abord chirurgical de la hanche, permet de faire un contrôle intra-articulaire (lésion de cartilage, incarceratedions....)

Ø **Indications :**

- ❖ **Traitement Orthopédique:** luxation pure ou associée à des fractures simples non déplacées
- ❖ **Traitement Chirurgicale** se discute en cas d'irréductibilité ou associée a une fracture du cotyle, de la tête ou du col fémoral.

X. Conclusion

- Le pronostic demeure incertain.
- Aucune modalité thérapeutique ne permet d'éviter à coup sûr les complications évolutives qui sont fonction de la lésion elle- même, de son siège, beaucoup plus de la thérapeutique suivie