

# **Luxations traumatiques de hanche**

**Cours externe fevrier 2022**

**PR NEH.Chergui**

# definition

- La luxation traumatique de hanche est la **perte de contact post-traumatique permanente** de la tête fémorale en dehors de la cavité acétabulaire, survenant sur une hanche en attitude propice.
- Flexion. adduction



**Elle peut être pure ou  
associée à une fracture  
du cotyle**



# interet

**1.fréquence**: en augmentation en rapport avec augmentation des AC, AVP

**2.Age** : essentiellement le sujet jeune .

**3. 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.

**4.Diagnostic** : facile Radio- clinique (aisé clinique confirmé par Rx) .

**5.Thérapeutique** : c'est une urgence thérapeutique +++ imposant une réduction de la luxation.

**6.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

# Rappel anatomique

- L'articulation coxo-fémorale est une articulation sphéroïde
- Met au contact l'acétabulum et la tête fémorale



## 1-La tête fémorale

- Elle représente les 2/3 d'une sphère,
- Cartilage hyalin très épais (5mm),
- Elle regarde en haut, en dedans et légèrement en avant,



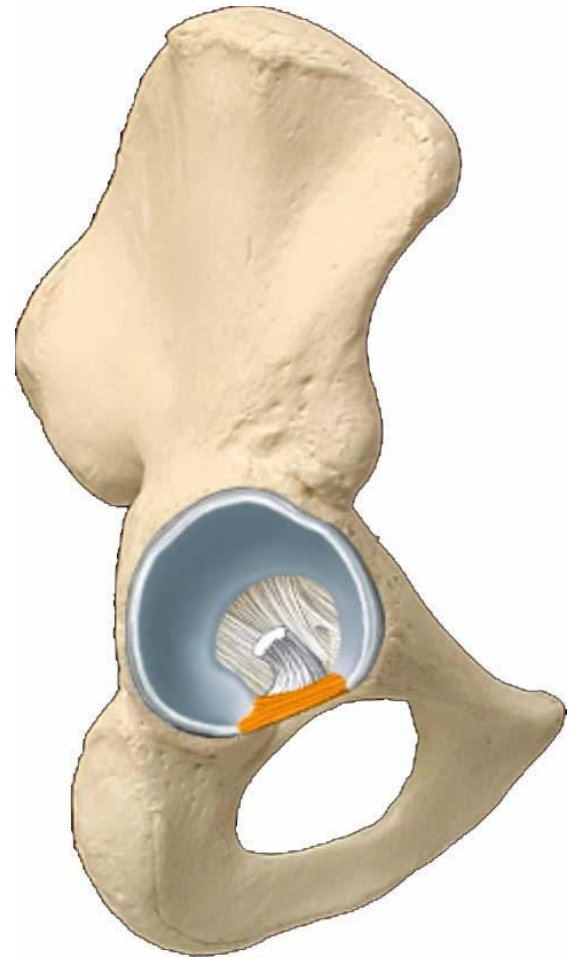
## 2-La cavité cotyloïde (l'acétabulum)

**Elle reçoit la tête  
fémorale, située à la face  
latérale de l'os coxal**

**Cavité hémisphérique qui  
regarde en avant ; en  
bas et latéralement**

**Elle est peu profonde**

**Incongruente**





### 3.le bourrelet cotyloïdien

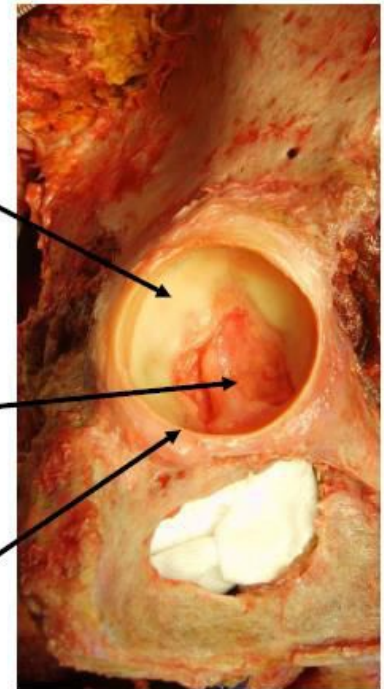
- ❑ anneau fibro cartilagineux, qui s'insère sur sourcil cotyloïdien (limbus acétabulaire)
- ❑ il augmente la profondeur de la cavité cotyloïde et comble les irrégularités du sourcil.

#### Acetabulum

La surface semi-lunaire

La fosse acétabulaire

Le bourrelet acétabulaire



# Moyens d'union

## 1-moyens d'unions passifs

- ❑ La capsule
- ❑ Les ligaments

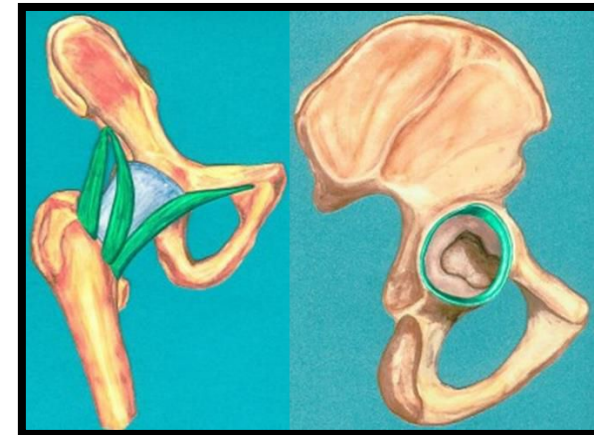
## 2-moyens d'unions actifs

(muscles de la hanche)

# Ligaments

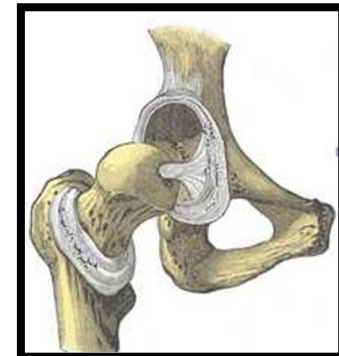
## Ligaments: Extra-capsulaires Extra articulaire

- ☐ Ligament ilio-fémoral de BERTIN
- ☐ ischio-fémoral
- ☐ pubo-fémoral

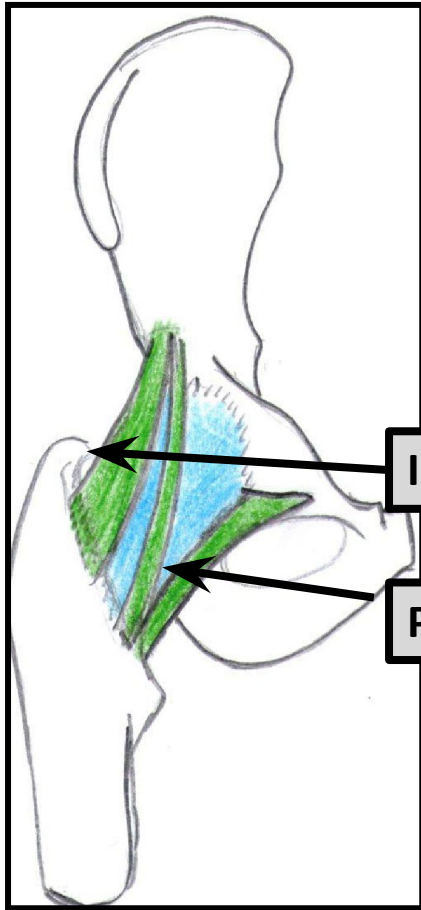


## • Ligaments Intra-capsulaire Articulaire

- ☐ ligament Rond •



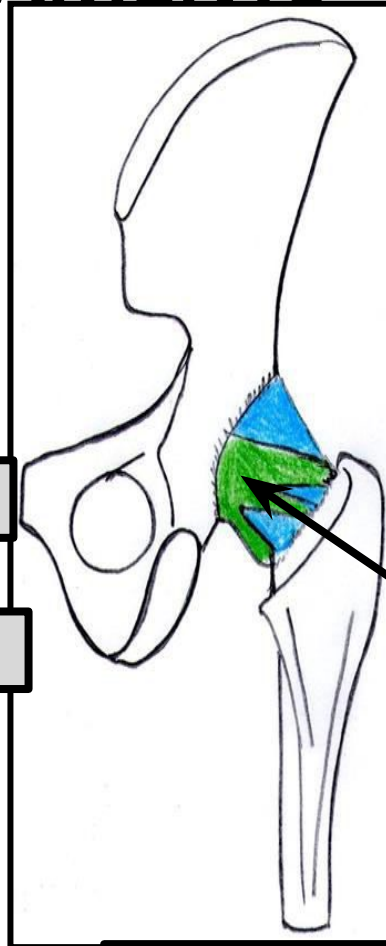
# LIGAMENTS



Vue antérieure

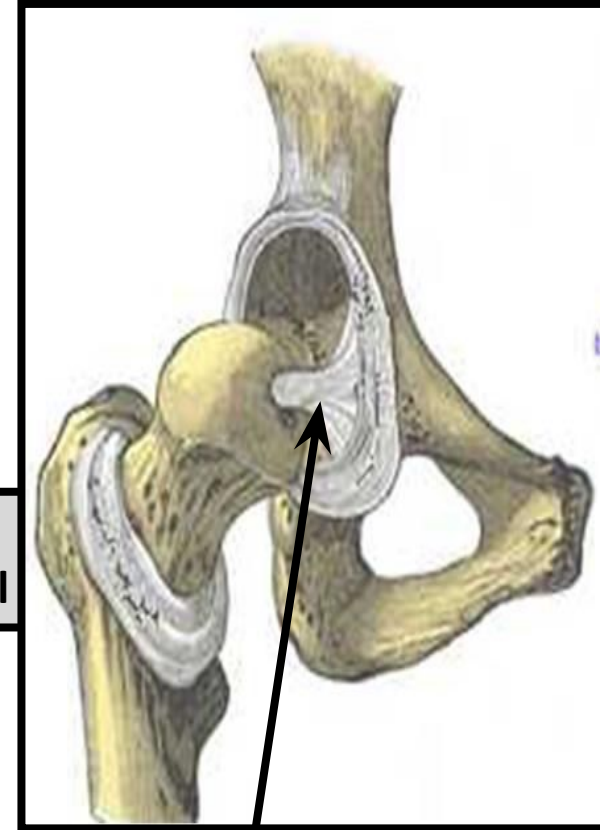
Ilio-fémoral

Pubo-fémoral



Vue postérieure

Ischio-fémoral

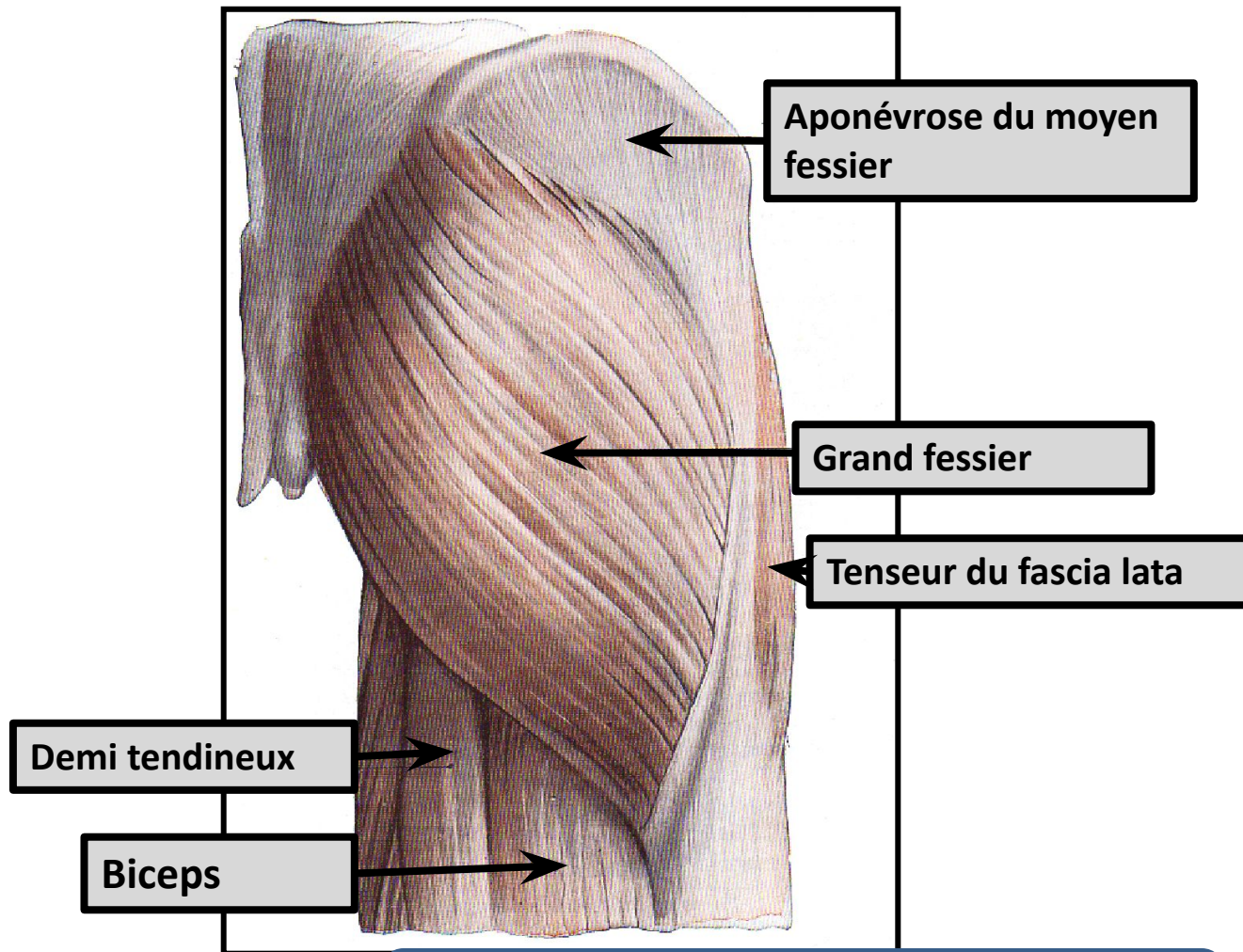


Ligament rond

Extra articulaire

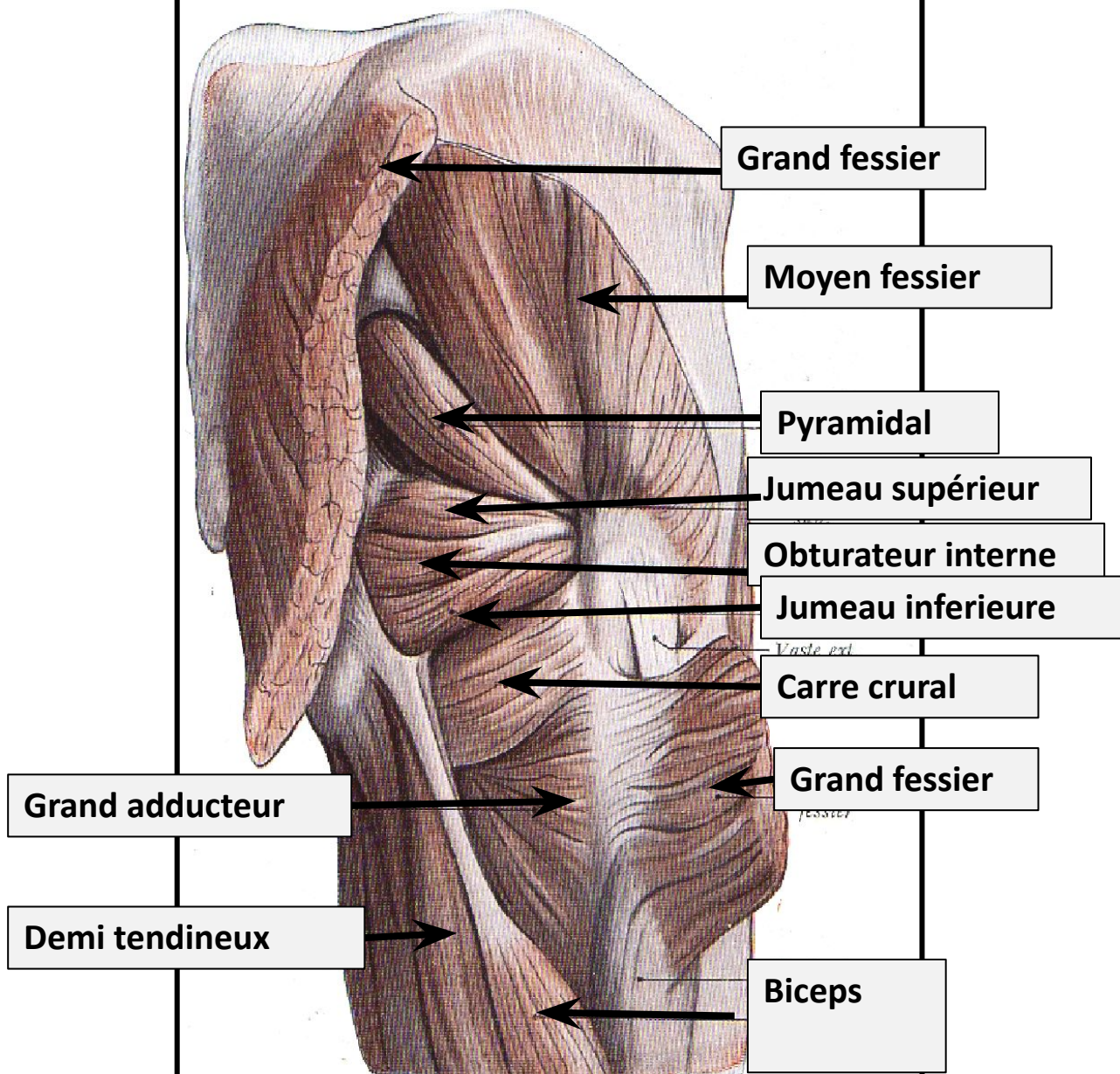
Articulaire

# MUSCLES DE LA HANCHE



**Muscles superficiels**



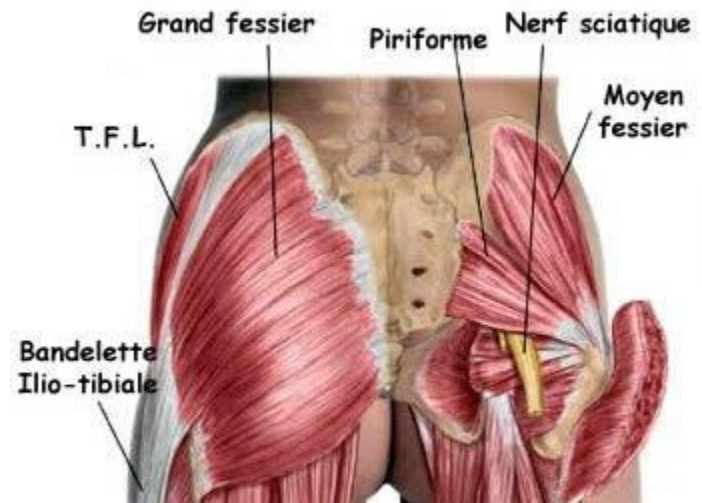


## Muscles profonds

# Muscles :

selon leurs action, ils sont classés en :

1. Flexion : complexe de l'épine iliaque antéropostérieure
2. Extension : grand et petit fessier
3. Abduction : moyen fessier
4. Adduction : adducteurs (grand, petit et moyen)
5. Rotation externe : pelvi-trochantériens
6. Rotation interne : psoas iliaque

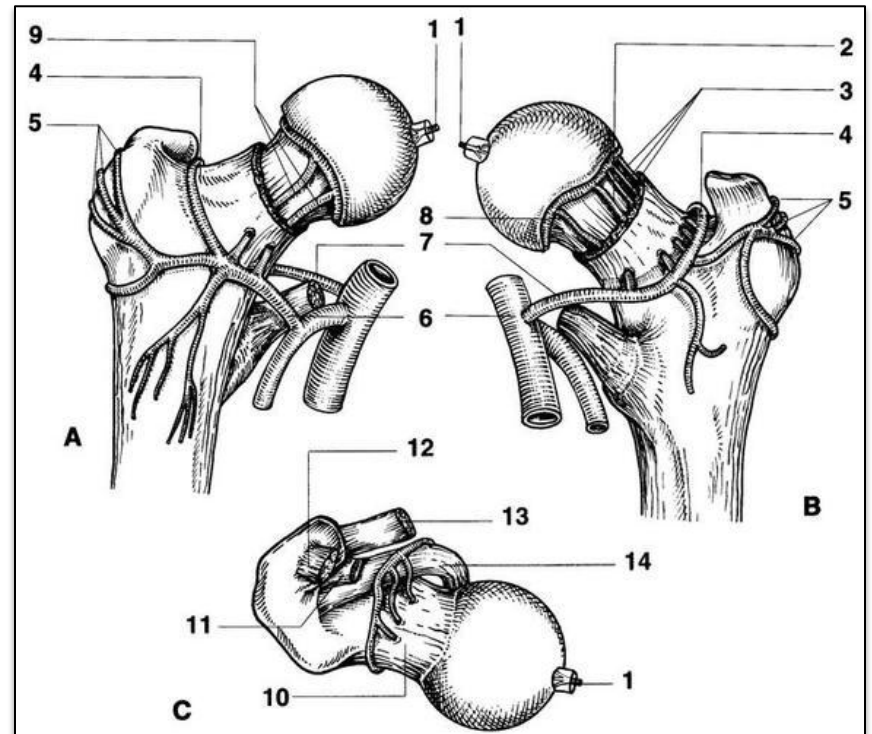


# Vascularisation

## □ Pédicule Sup :

Artère circonflexe postérieure.

Irrigue les  $\frac{3}{4}$  sup et post de la tête

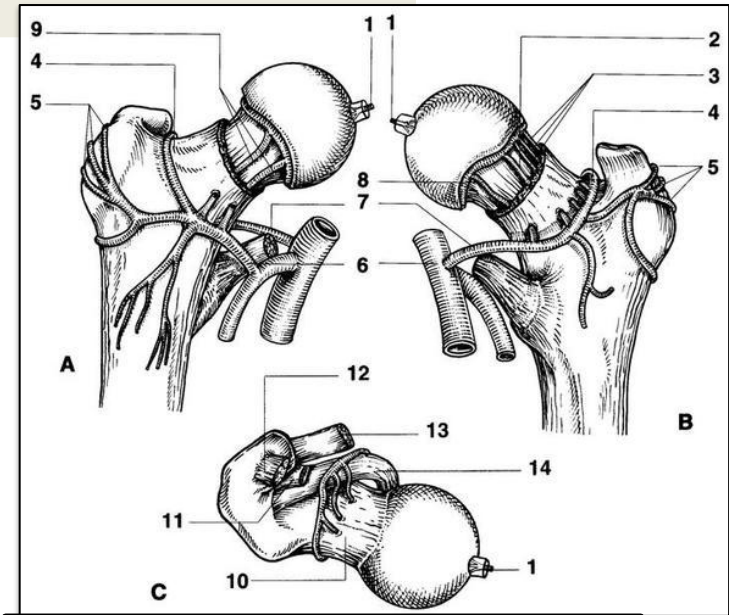




# Vascularisation

## ❑ Pédicule inf :

- Terminaison de l'artère circonflexe antérieure
- Irrigue le ¼ antérieure et inf de la tête



1. Pédicule Sup : 7 Artère circonflexe postérieure.  
Irrigue les ¾ sup et post de la tête

2. Pédicule inf 6. Artère circonflexe antérieure.

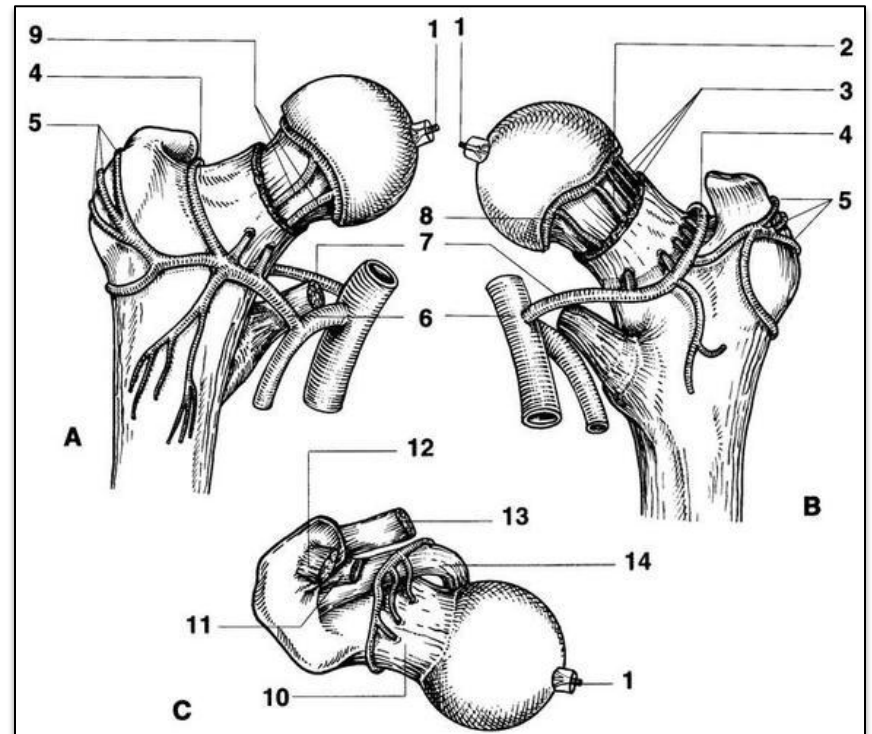
3. Pédicule interne 4. Artère du ligament rond

.TYPE TERMINALE TETE FEMORALE

# Vascularisation

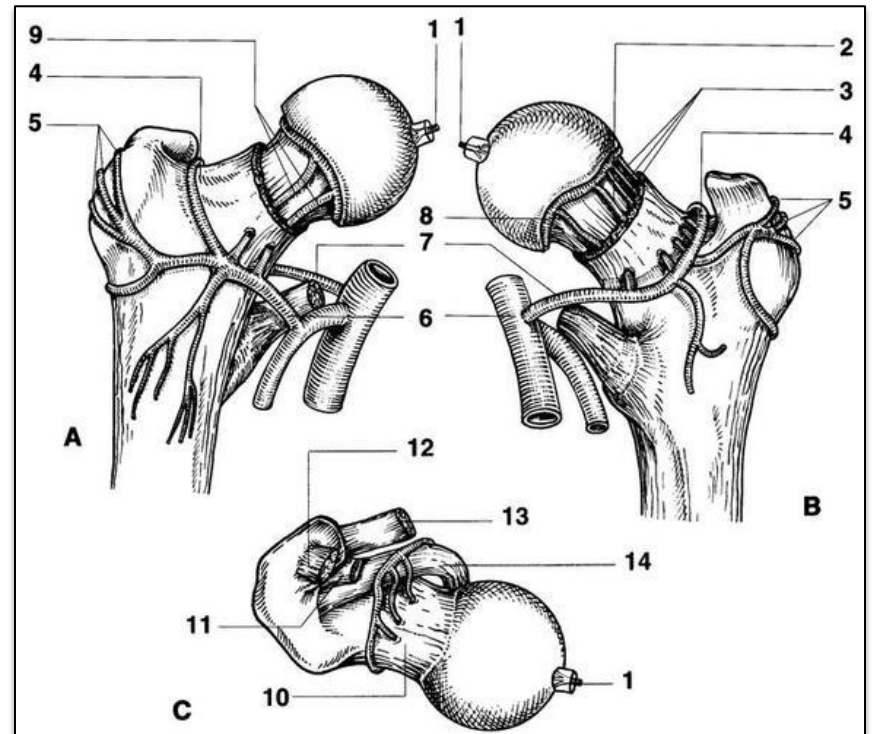
- Pédicule interne

. Artère du ligament rond



# ***Vascularisation***

- ☐ Vulnérabilité de la tête fémorale
- ☐ Vascularisation de Type terminale
- ☐ Risque de necrose de la tete femorale



# **Anatomie- pathologie**

# 1.Circonstances de survenue

## Tableau de bord

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



# Mécanisme

(syndrome du tableau de bord)

- ❑ flexion,
- ❑ adduction,
- ❑ rotation interne

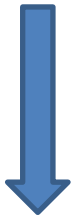


**Luxations postérieures**



**dans les positions en  
grand écart membre  
est en :**

- ☐ Abduction
- ☐ rotation externe



**Luxations antérieures**



## **2.classification**

- **Bigelow (1882) : décrit deux types de luxations en fonction de l'intégrité du ligament ilio-fémoral de Bertin :**
- **Luxations régulières : le ligament est sain :**
- **Luxations irrégulières : le ligament est rompu**



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

### **1. Postérieure :**

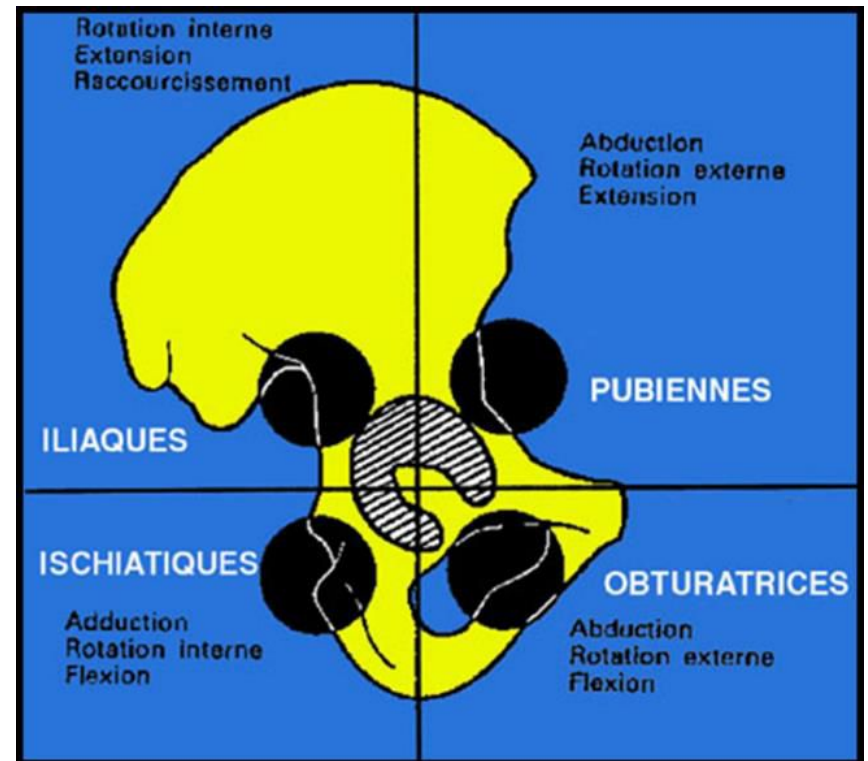
**Haute (iliaque)++++**

**Basse (ischiatique)**

### **2. Antérieure :**

**Basse (obturatrice)**

**Haute (pubienne)**



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

### **1. Sus-cotyloïdienne :**

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

### **2. Sous-cotyloïdienne :**

- ☐ périnéale
- ☐ sous ischiatique



**Classification 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

# Lésions associées

**Artères** : est exceptionnelle

**Nerfs** : l'atteinte du nerf sciatique est plus fréquente

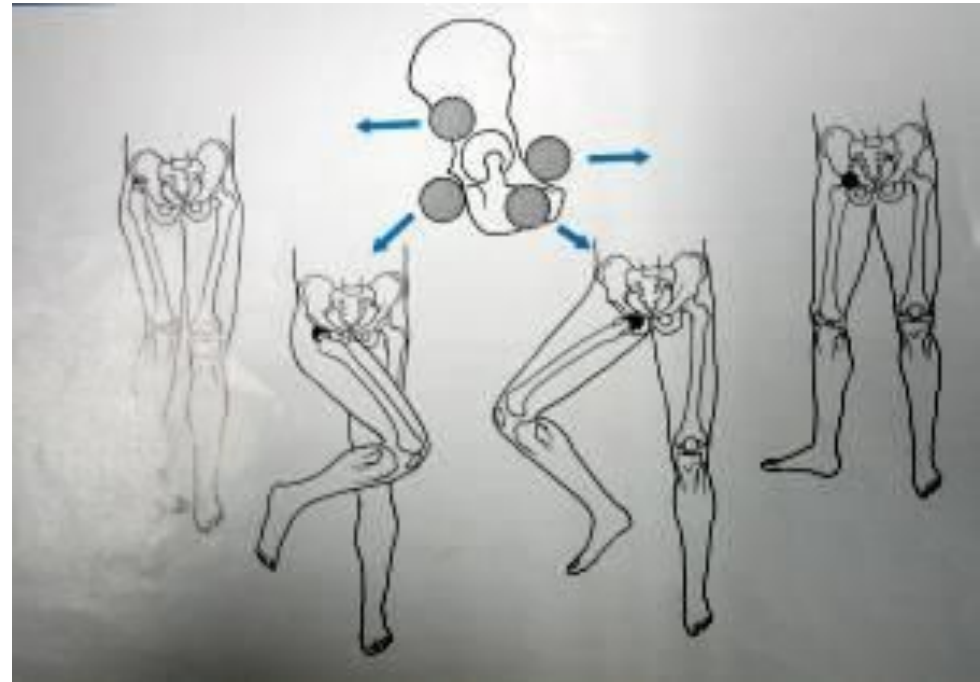
**Ostéo-cartilagineuses** :

- ☐ Lésions cartilagineuses de la tête fémorale
- ☐ Fractures tête fémorale
- ☐ acetabulum

# Etude clinique

**A la suite d'un traumatisme violent, un blessé est amené aux urgences.**

- 1. D'emblée l'état de choc traumatique sera dépisté et traité +++**
- 2. La réanimation est entreprise dès l'arrivée du blessé +++**
- 3. Douleurs intenses**
- 4. Impotence fonctionnelle totale**



# Examen clinique

## Attitude vicieuse +++

### 1. varietes posterieures membre inferieur est en

- ☐ Adduction
- ☐ rotation interne
- irreductible +++

- ☐ variete haute iliaque

➡ En extension

- ☐ variete basse ischiatique



➡ En flexion

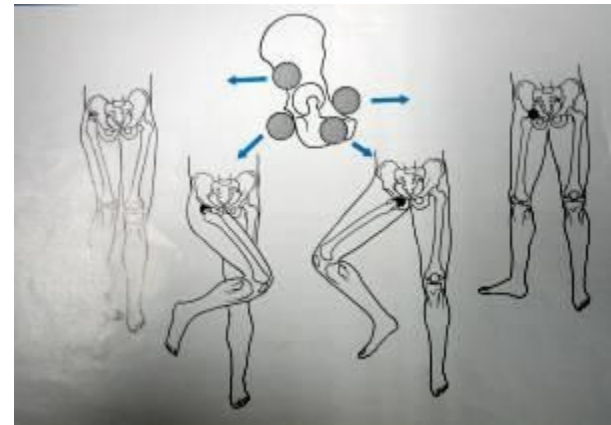


Postérieures 75 %	Adduction extension rotation interne raccourcissement  Iliaque 50%	Adduction rotation interne extension  Ischiatique 25%
	Adduction rotation externe extension  Pubienne 10%	Adduction rotation externe flexion  Obturatrice 15%
	Supérieures	Inférieures

## Attitude vicieuse +++

### 1. Varietes anterieures membre inferieur est en

- ☐ Abduction
- ☐ rotation externe  
irreductible +++
- ☐ variete haute pubienne
- ☐  En extension
- ☐ variete basse obturatrice
- ☐  En flexion



# Clinique

**Polytraumatisé : la lésion risque d'être méconnue**  
**+++,**

- 1. l'état de choc est important**
- 2. L'attention est attirée par les autres lésions vitales : thorax-abdomen-crâne**
- 3. Seul un examen systématique peut révéler le diagnostic**
- 4. Une radiographie du bassin est systématique chez tout polytraumatisé ou accident de la circulation**



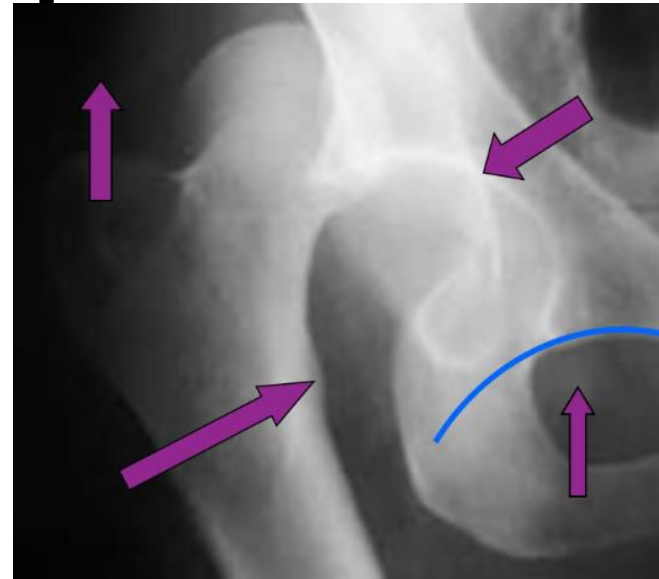
- **Dans tous les cas un bilan s'impose :**

- ☐ **Local : peau (rarement ouverte)**
- ☐ **Locorégional : vasculaire, nerveux (nerf sciatique +++)**
- ☐ **Général : recherche d'autres lésions traumatiques**
- ☐ **Biologique : dès l'arrivée du blessé, un bilan sera entamé pour la réanimation et à visée**
- ☐ **préopératoire et pré-anesthésique**

# Radiologique :

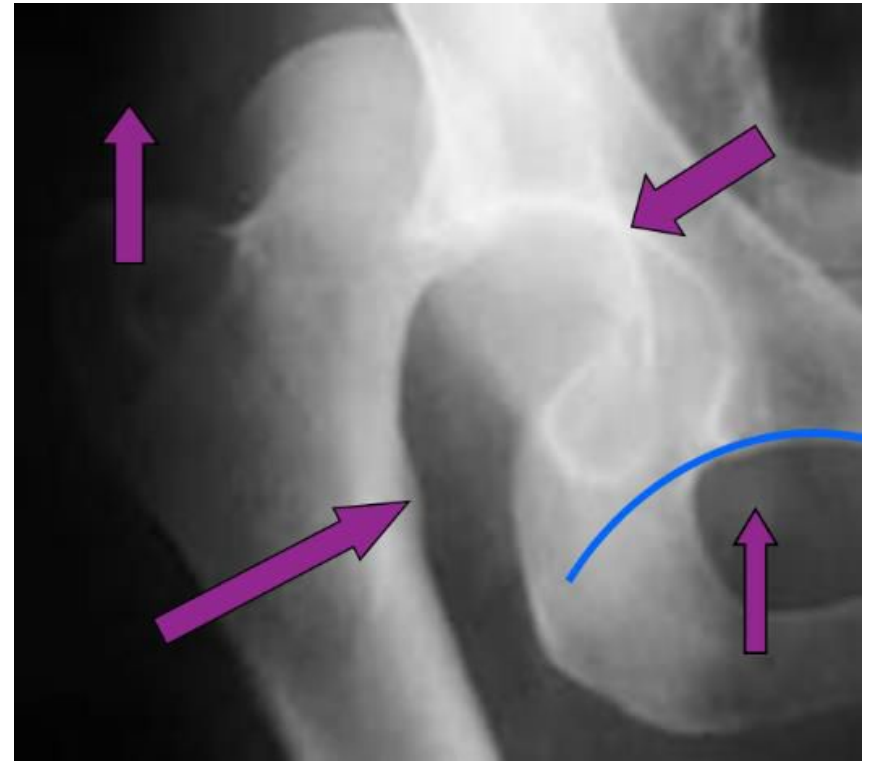
## Bilan radiologique

1. Bassin de face : dit de "débrouillage"
  - Confirme la luxation (mais ne localise pas)
2. Incidence lésion antérieure –postérieure  $\frac{3}{4}$  obturateur :



## 1. Bassin de face

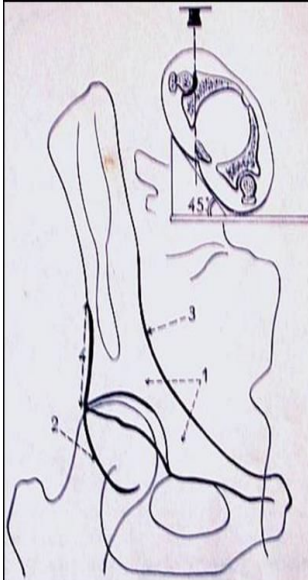
- ☐ La cavité cotyloïdienne est vide et déshabillée.
- ☐ Le grand trochanter est ascensionné.
- ☐ Le cintre cervico-obturateur est rompu+++
- ☐ La disparition du petit trochanter confirme la rotation interne.
- ☐ Le toit du cotyle est aussi vu dans cette incidence



## 2.incidences<sup>3/4</sup>

### 1.incidences<sup>3/4</sup> obturateur

❑ soulever cote luxee

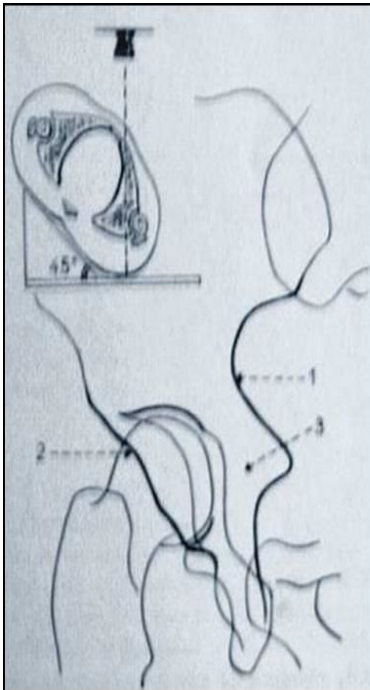


1. Colonne ilio-pubienne
  2. Paroi postérieure du cotyle
  3. Ligne innominée
  4. Face externe de surface sus cotyloïdienne
- TROU OBTURATEUR  
COLONNE ANTERIEURE

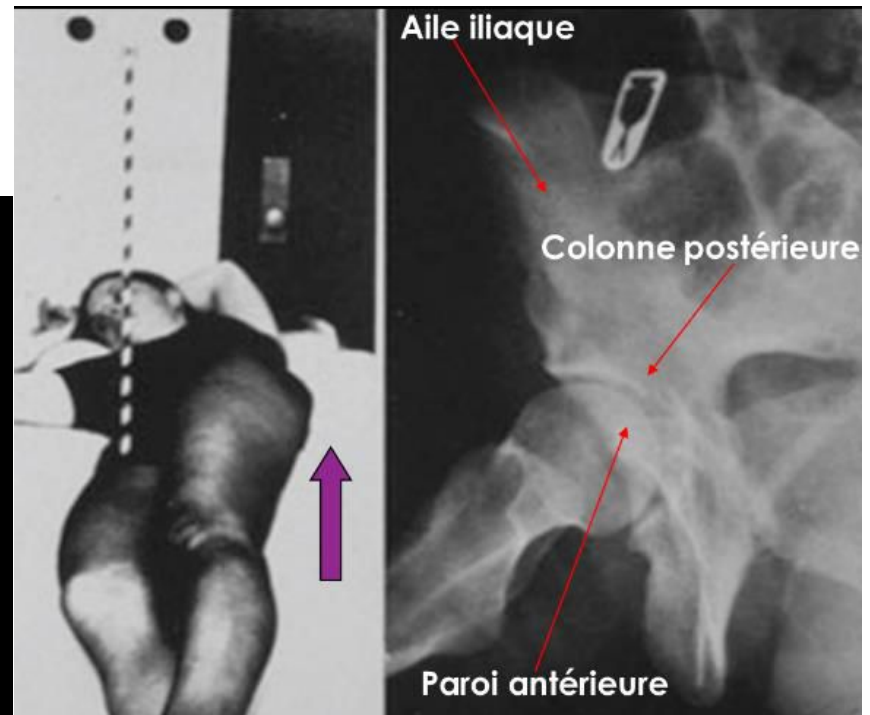


## 2. incidences $\frac{3}{4}$ alaire

❑ soulever cote sain



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



## **Lesions osseuses associees**

### **TDM**

- **Fracture cotyle**
- **Fracture tete femorale**

# Evolution

**Bénigne : en règle générale, après la réduction,**

- ☐ **indolence complète,**
- ☐ **Force musculaire et**
- ☐ **mobilité sont normales**

**mais évolution Imprévisible +++ :**

**avertir le malade du risque de complications  
tardives**

**l'ONTF et coxarthrose**

**surveillance du patient pendant 5 ans +++**

# Complications

## Immédiates :

1. Neurologiques +++ : atteinte sciatique.
2. Vasculaires : atteinte exceptionnelle des vaisseaux fémoraux
3. Irréductibilité : rare
4. Incarcération intra-articulaire



## **Secondaires :**

- 1. Infection postopératoire**
- 2. Complications thromboemboliques :  
prévenues par le lever précoce, la  
rééducation et des anticoagulants.**

**Tardives** : mettent en jeu le pronostic de l'articulation coxo-fémorale, peuvent survenir **même après** une luxation pure correctement traitée en urgence.

- 1. Nécrose ischémique de la tête fémorale.**
- 2. Ossifications péri-articulaires**
- 3. Coxarthrose post-traumatique**

# Traitement

## Buts

**Reconstitution des surfaces articulaires**

**Reduction en urgence de la luxation**

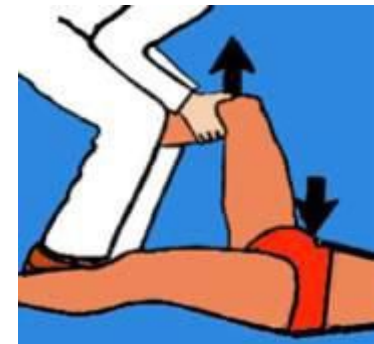
**urgence therapeutique**

- **1- REDUCTION EN URGENCE**
- **SOUS ANESTHESIE GENERALE,**
- **avec prudence,**
- **2- D'abord tentée**
- **ORTHOPEDIQUEMENT**
- **3- Au mieux, avant H6**



## **luxation posterieure „» methode de Boehler**

- ☐ Relachement musculaire complet,
- ☐ decubitus dorsal sur plan dur voire a meme le sol
- ☐ un aide maintenant les cretes iliaques Hanche flechie en position indifferente
- ☐ Epaule ou avant-bras du chirurgien sous le genou du malade
- ☐ Traction au zenith progressive mais puissante



- **Claquement audible et ressaut = reduction de la luxation**
- **retour a la normale de la mobilite de la hanche et de la stabilite**
- **Controle radiologique de face et de Contrôle radiologique de face et de  $\frac{3}{4}$ .**

- **En cas de luxation interne ou centrale  
Duquennoy Decoulx**
- **anesthésie générale, table orthopédique,  
traction forte par broche trans-condylienne,  
manoeuvre d'écarte cuisse +/- rotation  
externe/interne**

# Réduction chirurgicale

- Incoercibilité
- Réduction impossible réduction anatomique,
- incarceration du trait de fracture, contrôle intra-articulaire
- L'arthrotomie est un principe absolu
- Réduction sanglante et ostéosynthèse si fracture associée du cotyle



# Conclusion

- ☐ Urgence therapeutique en rapport luxation
- ☐ Diagnostic est clinique
- ☐ Confirme par radiographie
- ☐ Rechercher lesions osseuses associees :cotyle et tete femorale
- ☐ Completer par TDM
- ☐ Reduction sous AG

**Evolution imprevisible vers ONTF et coxarthrose**