

Luxation traumatique de la hanche

Dr benhadou

Plan

- Généralités-Définition
- Rappel anatomique
- Classification
- Diagnostic
- Lésions associées
- Formes cliniques
- Traitement
- Résultats
- Conclusion

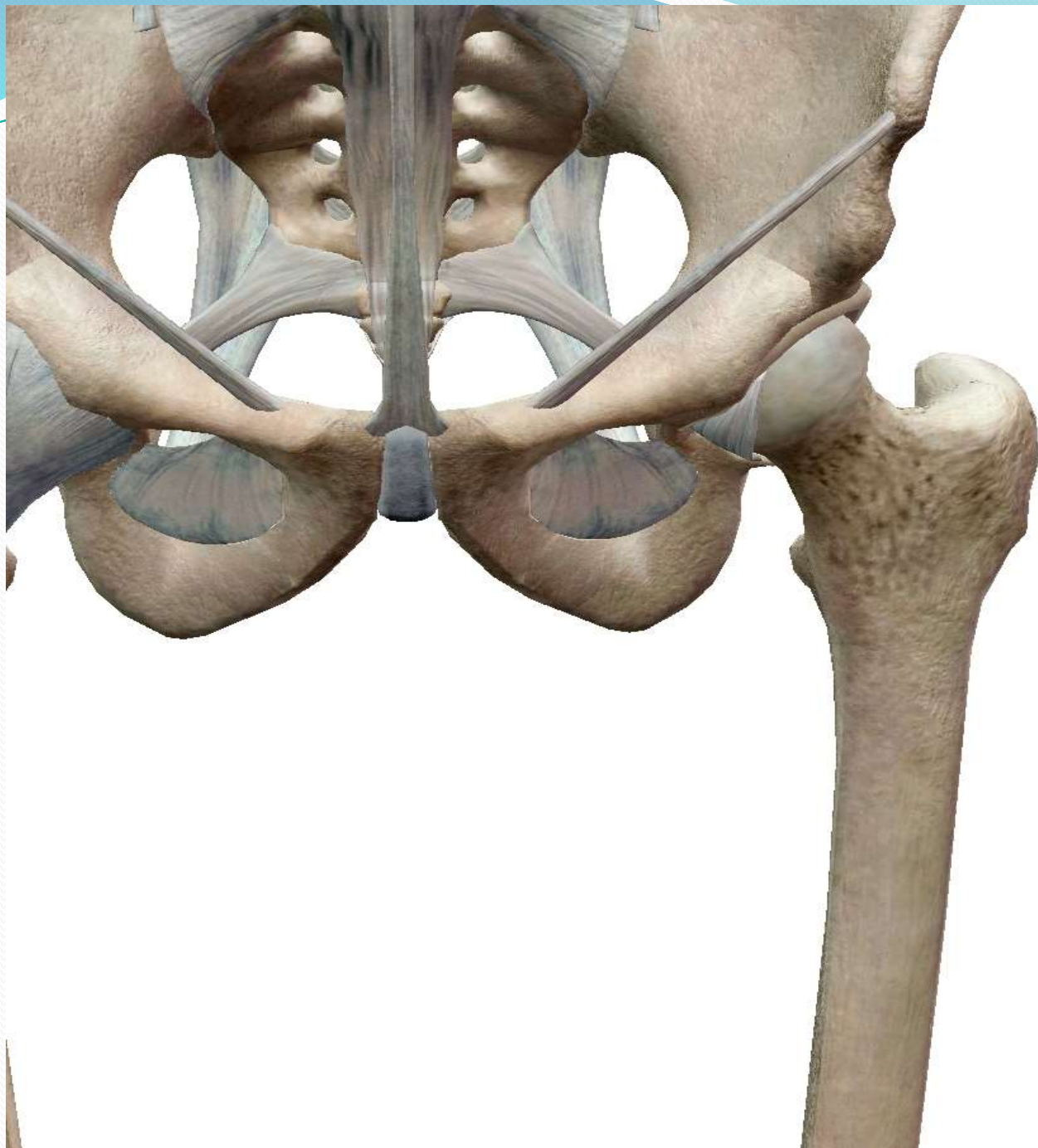
Généralités-Définition

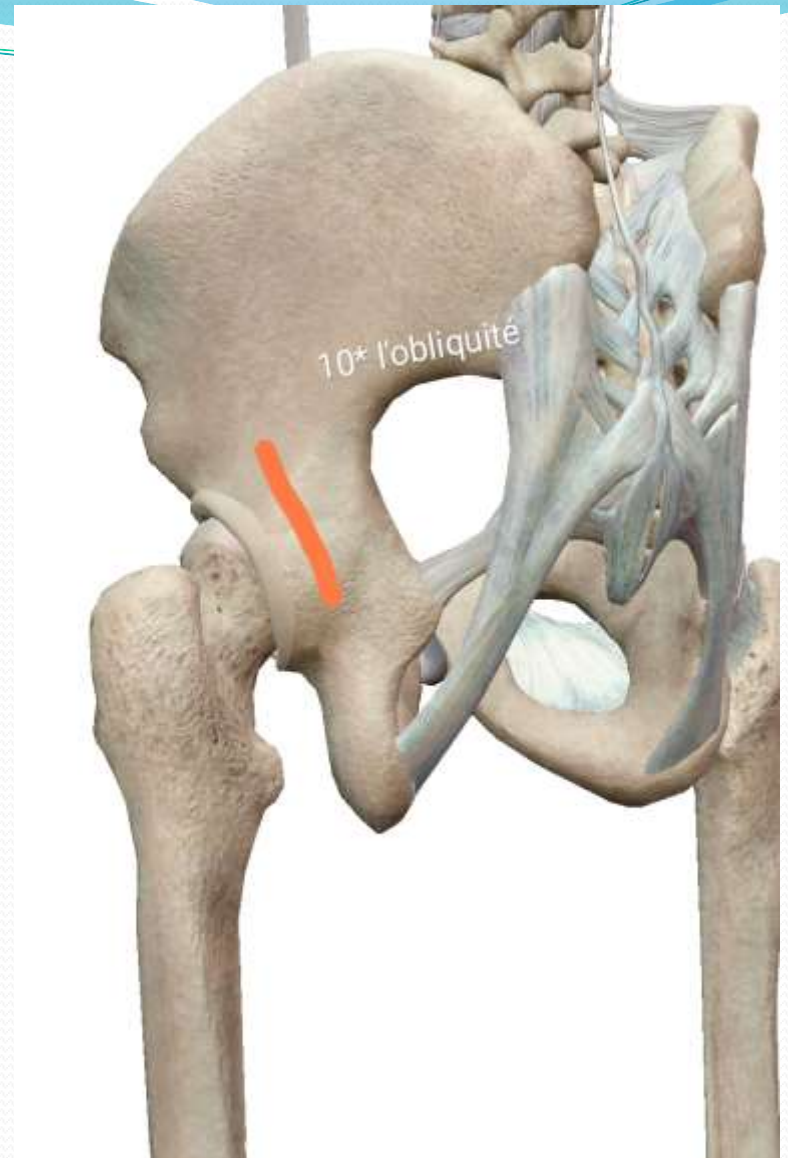
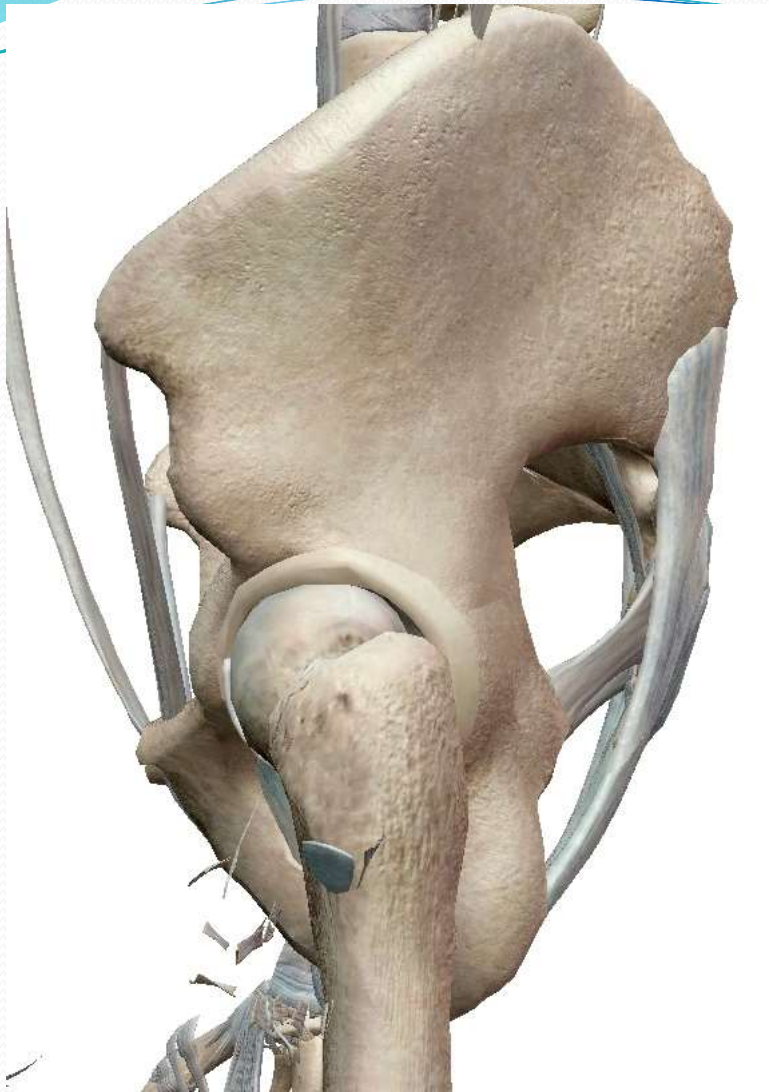
- La luxation traumatique de hanche est le **déplacement permanent** et **post-traumatique** de la tête fémorale en dehors de la cavité acétabulaire.
- Elle peut être pure ou associée à une **fracture** de la tête fémorale.
- C'est une lésion **grave** et représente une **urgence thérapeutique**.
- Elle est la conséquence d'un traumatisme **violent** avec souvent des lésions associées **locales** et à **distances**.
- Les complications ne sont pas négligeables, dominées par le risque d'arthrose et de nécrose post-traumatique de la tête fémorale.

Rappel anatomique

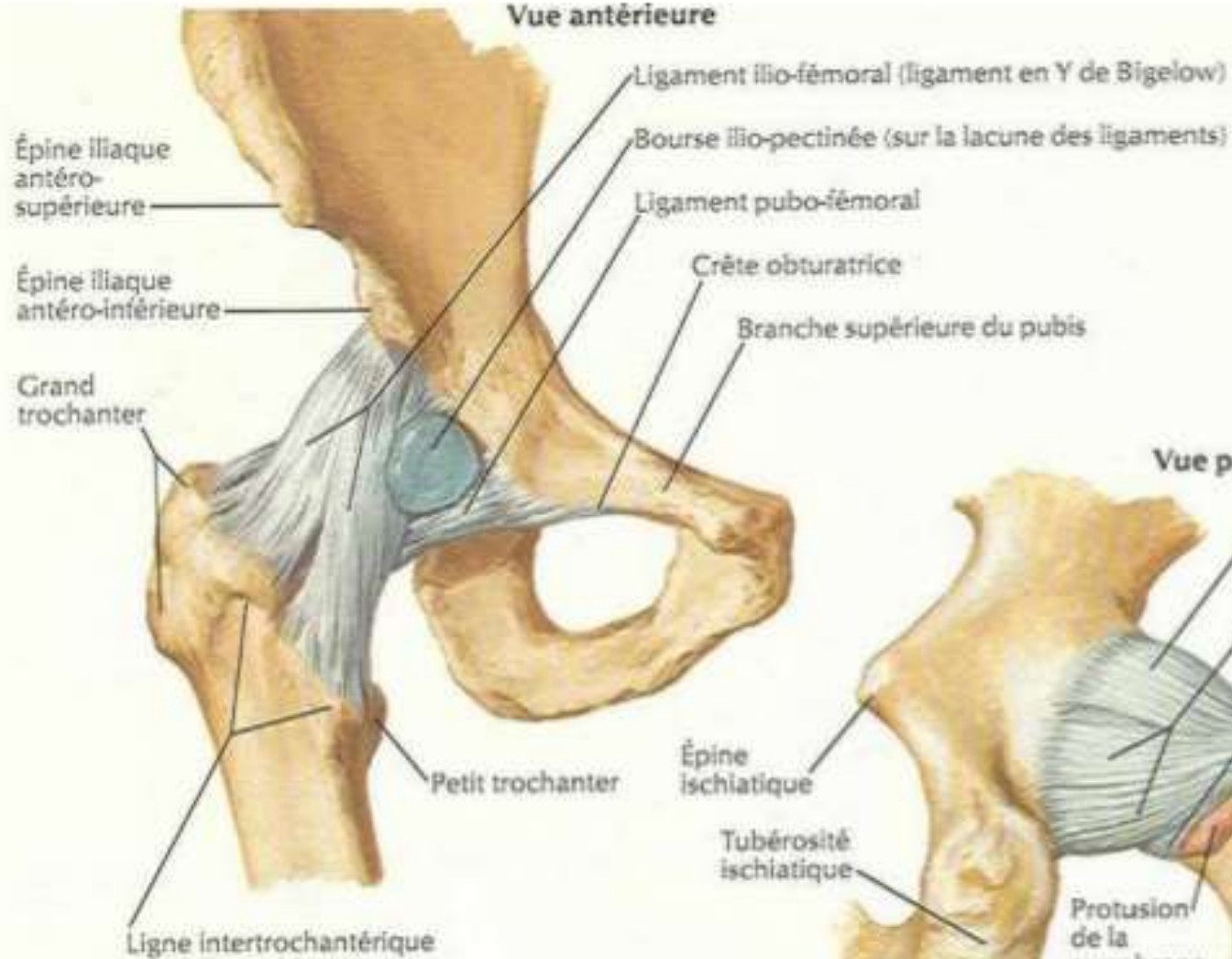
- La hanche est une **énarthrose**: d'un secteur de mobilité très grand, dans les trois plans de l'espace.
- C'est une articulation **portante**.
- Articulation **très emboîté, très stable**, la tête fémorale en $\frac{3}{4}$ de sphère est contenue dans une cavité acétabulaire hémisphérique augmenté sur les pourtour par bourrelet cotyloïdien ou «**Labrum**», recouvrant la tête dans toutes les positions.
- Un système de **pression négative** maintien les deux structures emboîtés.

- Le système **capsulo-ligamentaire** est constitué par trois puissants ligaments **coxo-fémoraux** renforçant une **capsule** en forme de manchon tordu.
- Le **ligament rond** est un ligament intra-articulaire qui fixe la tête fémorale au cotyle.
- Le système musculaire très complexe contribue à une stabilisation active de cette articulation.



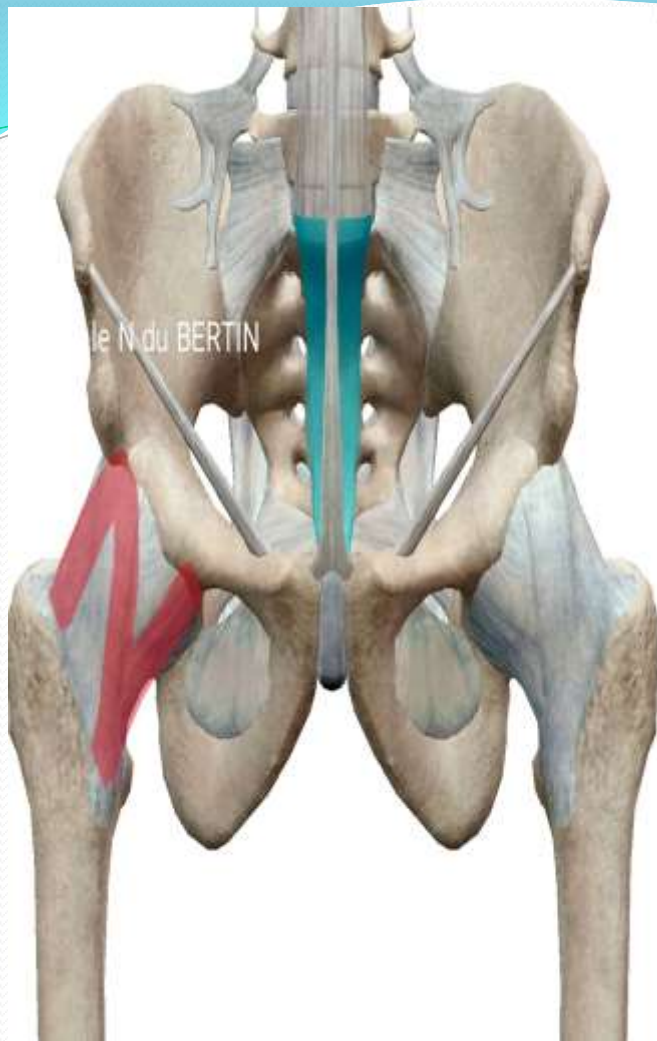


Vue antérieure



Vue postérieure





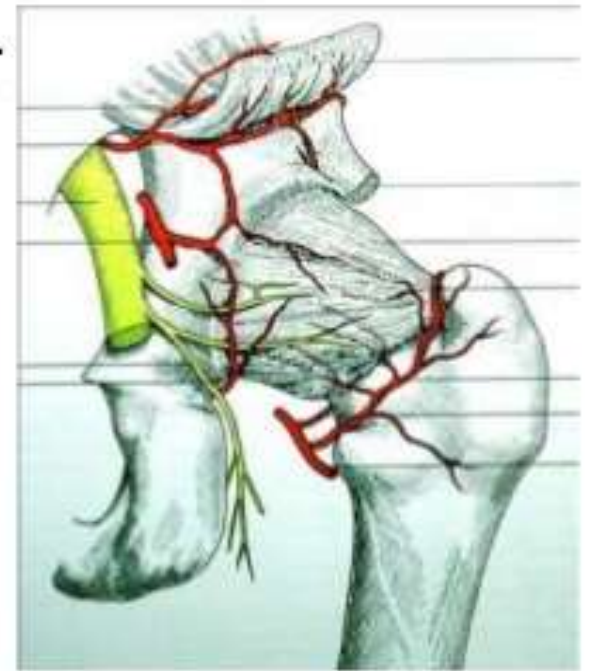
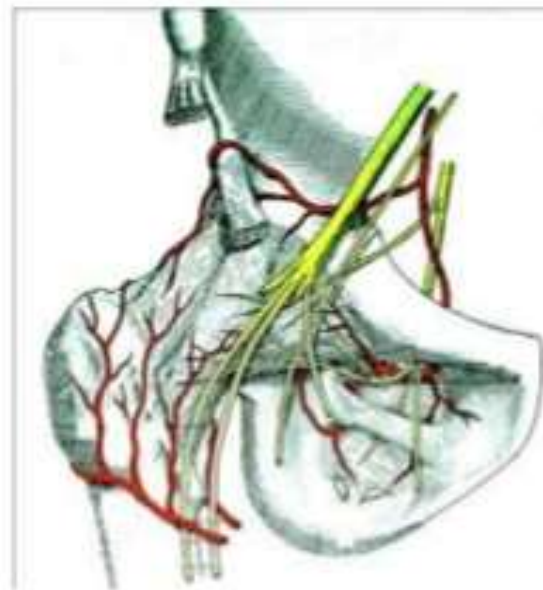
antérieur

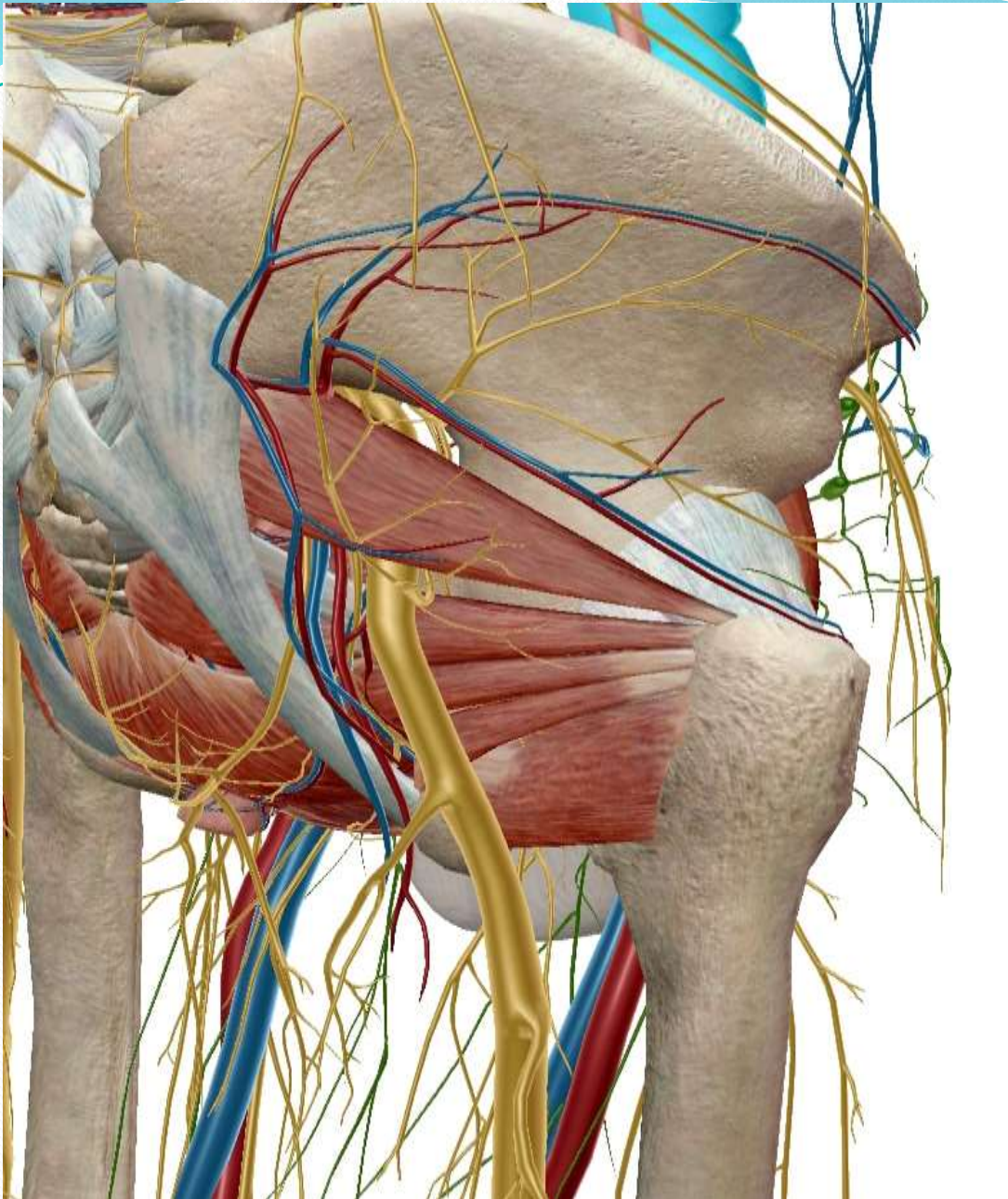


postérieur

- Vascularisation de la tête:

Les artères circonflexes forment un cercle **péri-articulaire** qui donne des branches surtout postérieures à la tête fémorale, les traumatismes graves de la hanche sont très préjudiciable à cette vascularisation.





Danger d'une lésion du nerf
grand ischiatique +++

Classification:

Classification de Bigelow:

En 1882 Bigelow a établi une classification encore utilisée, selon l'état du **ligament de Bertin**. On oppose les luxations **régulières** et les luxations **irrégulières**.

Les luxations régulières:

Sont caractérisées par l'intégrité de ce ligament qui limite et dirige le déplacement de la tête fémorale. Ce déplacement peut être :
postérieur: avec deux variétés: **iliaque(50%)**, **ischiatique(25%)**
antérieur: deux autres variétés: **obturatrice(15%)** ou **pubienne(10%)**.

Les luxations irrégulières:

Le ligament de Bertin a cédé et le déplacement de la tête fémorale n'est ni limité ni dirigé ; on distingue les variétés sus et sous-cotyloïdiennes.

Classification de *LEVIN*

Cinq types de luxations ont été définis par *Levin*:

- **Type I** : luxation pure sans instabilité avec réduction concentrique.
- **Type II** : luxation irréductible sans fracture de la tête ou de l'acétabulum (cotyle).
- **Type III** : hanche instable après réduction ou incarceration.
- **Type IV** : association à une fracture de l'acétabulum.
- **Type V** : association à une fracture de la tête ou du col.

Diagnostic

- *Circonstances:*

Les **polytraumatismes** et les accidents à haute énergie doivent faire évoquer **systématiquement** le diagnostic et conduire à la réalisation d'une radiographie de bassin de face, en particulier en cas de trouble de conscience associé.

- *Examen clinique:*

La déformation est souvent évidente avec une **attitude vicieuse** caractéristique dépendant du type de luxation:

- *Luxation iliaque:* il s'agit d'une luxation postérieure; le membre inférieur est en adduction-rotation interne et **extension**.
- *Luxation ischiatique:* de la même façon, le membre est en adduction-rotation interne et en **flexion**.
- *Luxation obturatrice:* il s'agit d'une luxation antérieure, le membre est en abduction-rotation externe et **flexion**.
- *Luxation pubienne:* comme dans la luxation obturatrice, le membre est en abduction-rotation externe et en **extension**.

Postérieures 75%

Adduction
extension
rotation interne
raccourcissement



Iliaque 50%

Adduction
rotation interne
extension



Ischiatique 25%

Antérieures 25%

Adduction
rotation externe
extension



Pubienne 10%

Adduction
rotation externe
flexion

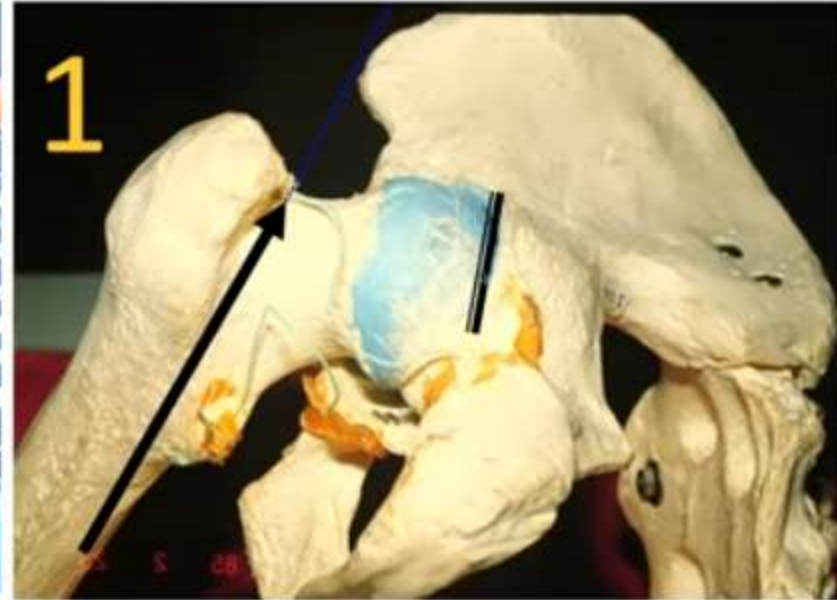


Obturatrice 15%



Supérieures

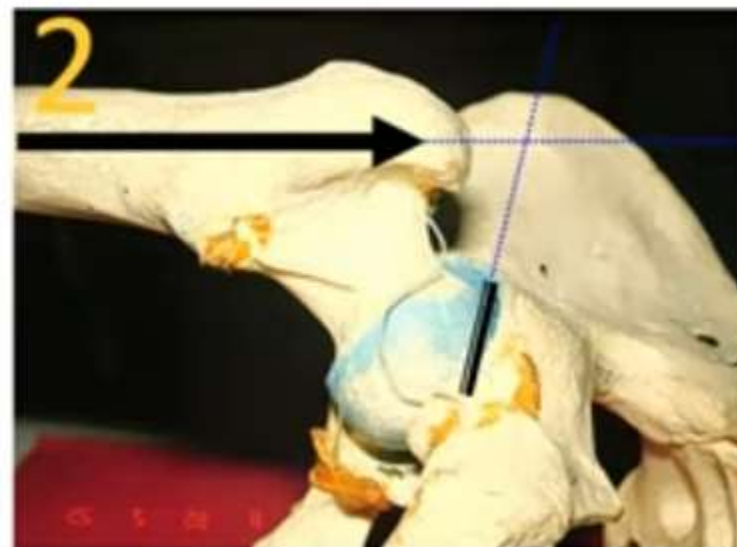
Inférieures



En flexion 90°
Adduction forcée
Rotation interne
Luxation post.

↓
isolée



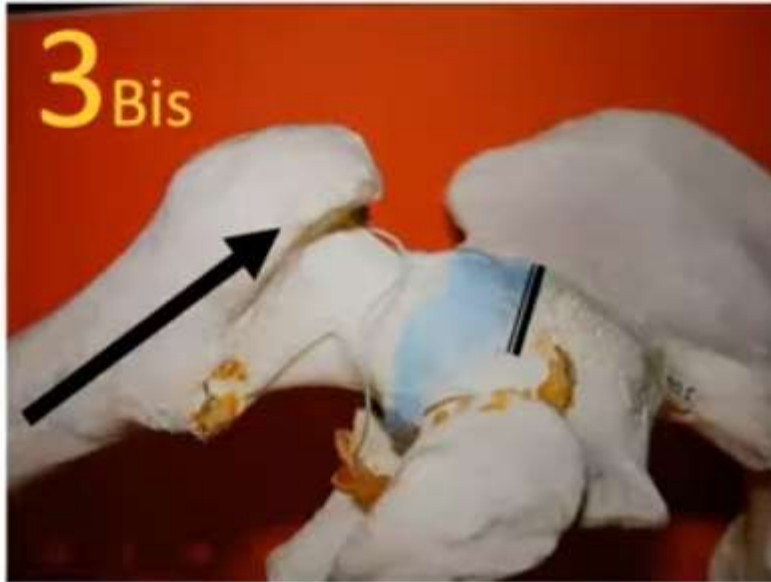


En flexion 90°
Luxation post.



+ fracture paroi post.

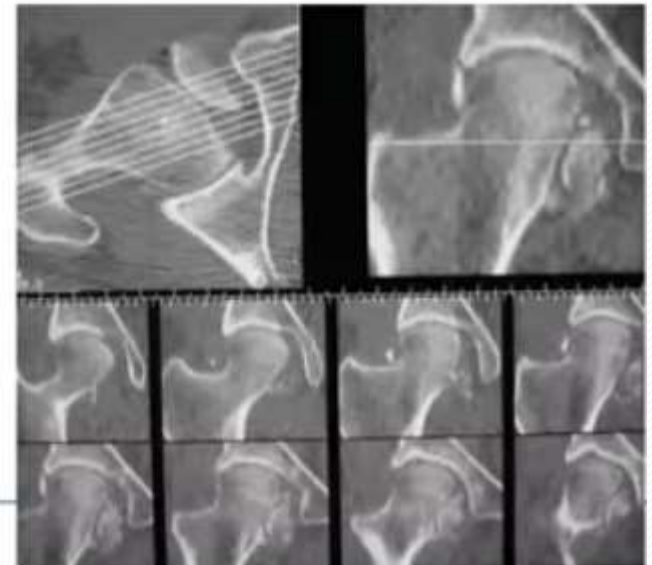


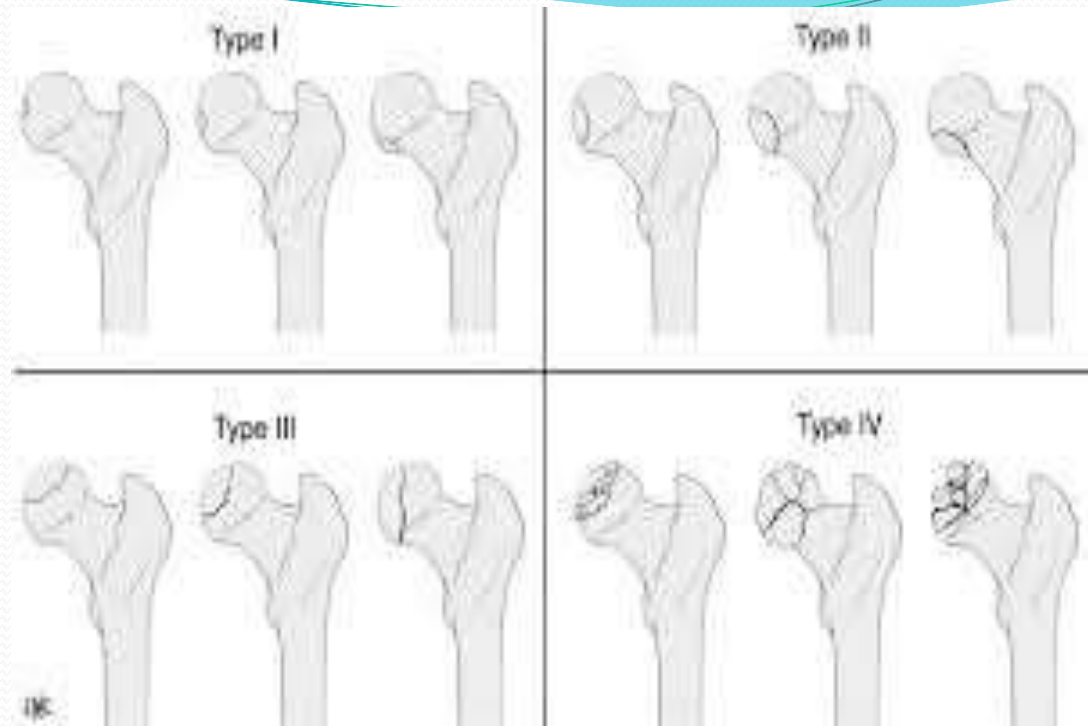
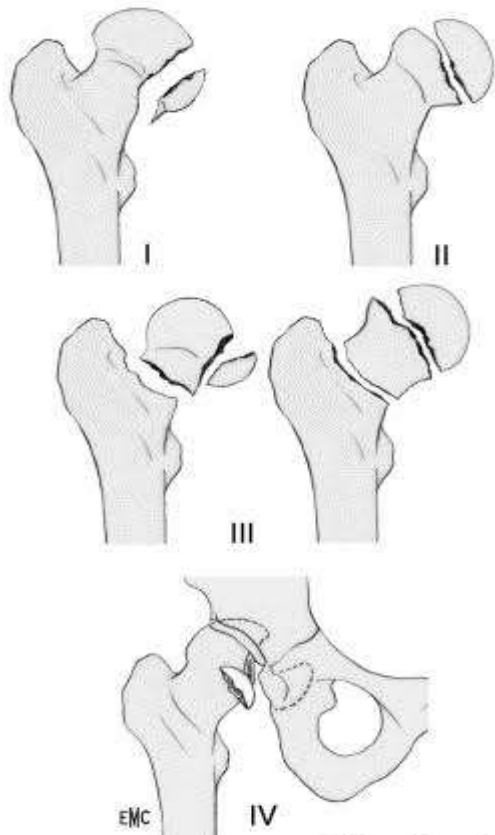


En flexion 90°
Adduction
Rotation interne
Luxation post.

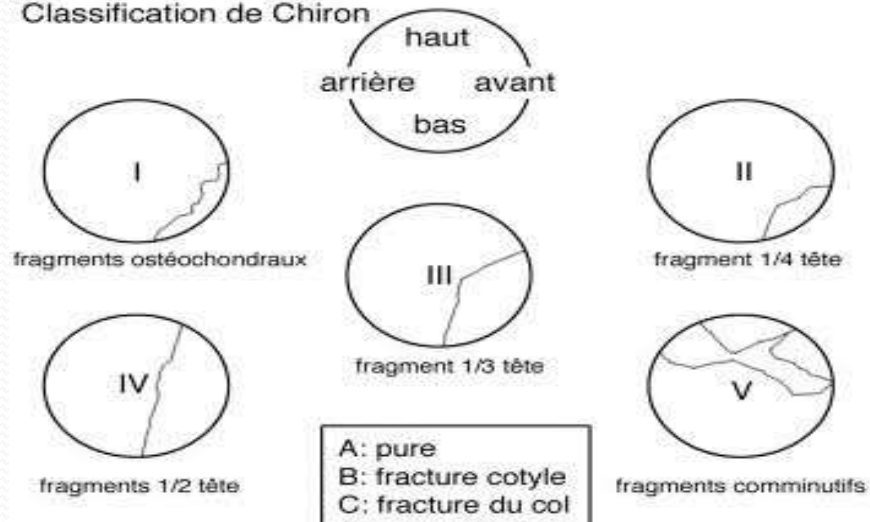


+ moyen fragment 1/3 de tête
+/_ paroi postérieure





Classification de Chiron



**L'accident du tableau de bord
(surtout si le passager a les jambes croisées)**



•RX standart: **bassin face**

$\frac{3}{4}$ ALAIRE

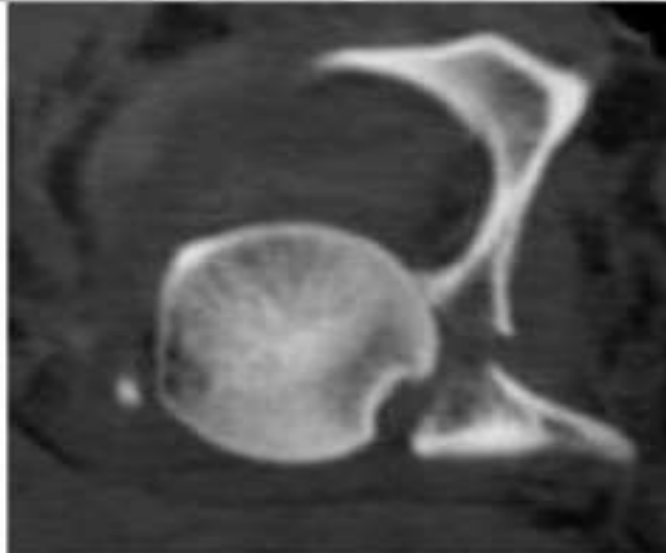
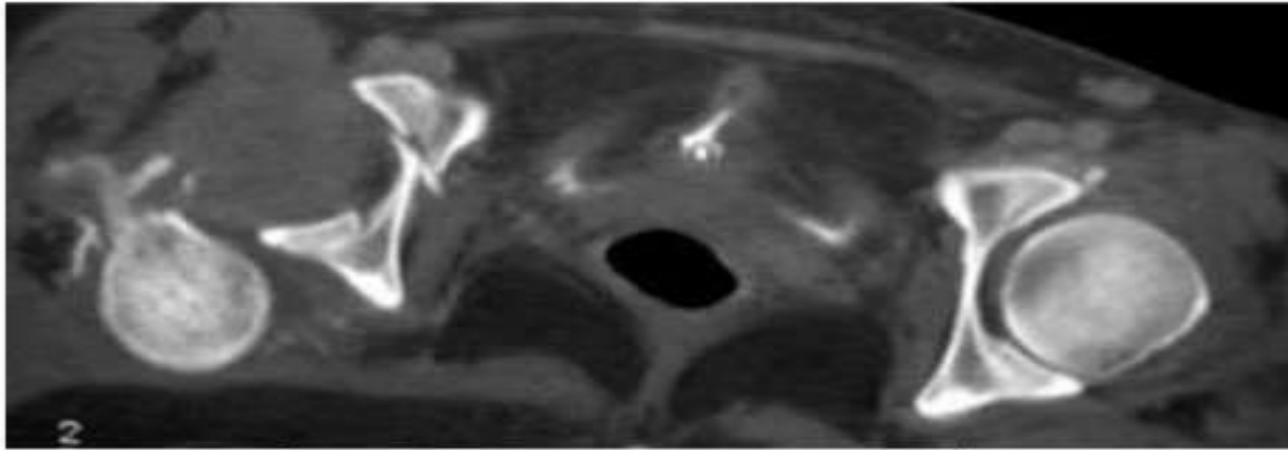
$\frac{3}{4}$ OBTURATRICE

Incidence de face





TDM ++++ il est systematique



Lésions associées

1) Lésions articulaires:

Les lésions du cartilage de la tête fémorale sont fréquentes, Elles sont retrouvées dans **63 %** des cas par **Tehranzadeh** , Il s'agit d'une **encoche** souvent **inférieure à 5mm** et peu visible sur les radiographies standards.

Cette encoche est antérieure dans les luxations postérieures et postérieure dans les luxations antérieures.

Lésions associées

1) Lésions articulaires:

Les lésions du cartilage de la tête fémorale sont fréquentes, Elles sont retrouvées dans **63 %** des cas par **Tehranzadeh** , Il s'agit d'une **encoche** souvent **inférieure à 5mm** et peu visible sur les radiographies standards.

Cette encoche est antérieure dans les luxations postérieures et postérieure dans les luxations antérieures.

3) Lésions artérielles:

Elles peuvent être à type de **déchirure**, de **compression**, ou de **thrombose**.

Lorsqu'elles intéressent les vaisseaux circonflexes qui assurent la vascularisation de la tête fémorale, elles exposent au risque de **nécrose céphalique**.

Ceci explique l'**urgence** qu'il y a à réduire les luxations de hanche afin de limiter au maximum la durée d'ischémie osseuse et ainsi à préserver la vitalité céphalique.

4) Lésions nerveuses:

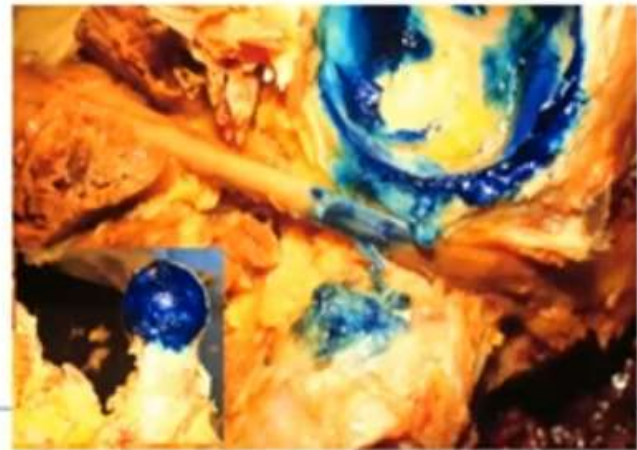
Elles ne sont pas exceptionnelles et constituent un argument pour la réduction en **urgence**. Les atteintes du nerf **grand sciatique** s'observent dans **7 à 18 %** des luxations **postérieures**.

Les ruptures vraies sont exceptionnelles.

Leur potentiel de récupération spontané est bien sûr nul. Dans la grande majorité des cas, l'atteinte se fait par **compression, contusion** ou constitution d'un **hématome**.

Les lésions peuvent être **tronculaires** ou **radiculaires**.

ADDUCTION



Formes cliniques

- *Association à une fracture du fémur.*
- *Formes bilatérales* 1 % à 5 %.
- *Formes vieilles* polytraumatisé leur traitement en est **difficile**:
 - ❖ Traction lourde et prolongée trois semaines suivie d'une mise en abduction.
 - ❖ Réduction sanglante difficile et hémorragique: risque de **nécrose**.
- *Luxations récidivantes* Exceptionnelles.
- *Luxations de l'enfant*: sont rares.

Traitement

- **Réduction en urgence:**

La réduction orthopédique doit être faite en **urgence**.

Le délai idéal de la réalisation du geste est discutable. Selon **Hooggard**, le délai est idéalement **>6 heures**, Selon **Brau**, le cap décisif se situerait à **12 heures**.

donc il est préférable de réduire les luxations **avant 6 heures** tout en acceptant de temporiser **quelques heures** si les conditions le suggèrent.

- La réduction doit toujours se faire sous **anesthésie générale** et chez un patient **curarisé** avec une **hémodynamique stable**.
- Les manœuvres doivent être **douces** et si possible **uniques**, de sorte à ne pas aggraver les lésions associées.

- Manœuvre de Boehler:

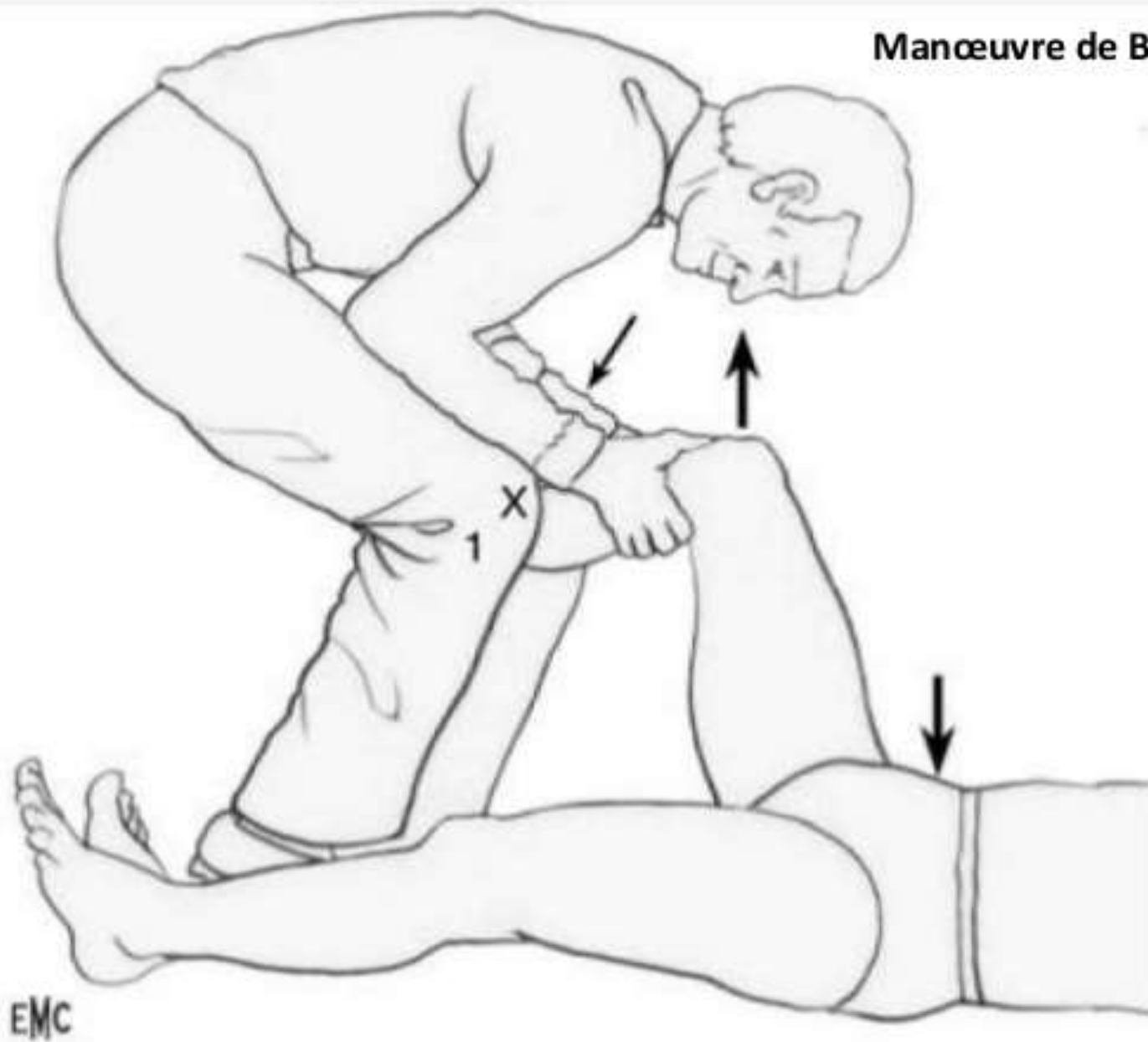
Elle est réalisée en **décubitus dorsal** sur plan dur, avec un contre-appui sur les épines iliaques **antéro-supérieures**. On effectue une traction dans l'axe du fémur, hanche et genou en **flexion à 90°** et l'on entend un **claquement audible** synonyme de réduction des luxations postérieures.

- Manœuvre de Allis:

La traction se fait dans l'axe de la déformation pendant que la hanche est **fléchie à 90°**.

De petits mouvements de rotation interne et externe sont réalisés.

Manœuvre de Boehler



La réduction chirurgicale:

- La chirurgie si échec de réduction orthopédique ou lorsqu'il y a une **fracture. associée** à fixer. Elle doit se faire en **urgence**.
- Souvent il y a interposition d'un lambeau de capsule ou un fragment osseux intra articulaire.



Resultats:

- *Nécrose céphalique:*

C'est le premier risque, apparaît de 1 à 5 ans après la luxation, elle est plus fréquente en cas de luxation **postérieure** et de délai réductionnel important.

Elle peut rester longtemps **pauci-symptomatique** mais aboutit **constamment** à un mauvais résultat.

Le diagnostic est essentiellement **clinique**, épaulé par la **radiographie standard**.

Le scanner et L'IRM servent ensuite à faire un bilan lésionnel précis.

Son taux de survenue est de **0 à 10%**.

Nécrose aseptique de la tête fémorale deux ans après réduction



- **L'arthrose:**

C'est le **risque majeur** à long terme.

Sa survenue est intimement liée à l'apparition d'une **nécrose** ; ainsi, **Olmir** a mis en évidence **34 %** d'arthrose en cas de réduction avant 24 heures (10 % de nécrose avérée) et **71 %** en cas de réduction après 24 heures (40 % de nécrose).

D'une manière générale, les résultats se dégradent nettement avec le temps, allant jusqu'à **90 %** d'arthrose pour **Hoogaard**.

Le patient doit également être informé de ce risque, certes lointain, mais **très fréquent**.

Conclusion

- La luxation traumatique de hanche est une lésion **grave** qui donne de bons résultats **précoces** lorsque la réduction est réalisée dans un délai de **6 heures**.
- Le patient doit donc être scrupuleusement suivi à long terme et être prévenu des risques qu'il encourt.
- Le pronostic des **luxations-fractures** du col fémoral ou du cotyle est beaucoup moins bon, lié pour l'essentiel à la violence du traumatisme qui entraîne des lésions immédiates des vaisseaux à l'origine nécroses céphalique, ou de lésions ostéo-chondrales source de **coxarthrose**.
- Même fort de toutes ces précautions, le taux de résultats mauvais et passables reste très important (**50 % à 10 ans selon Vielpeau**) et l'évolution **arthrosique** à long terme semble malheureusement être **hautement probable**, sinon inéluctable.