

LES LUXATIONS TRAUMATIQUES DE LA HANCHE

PLAN

1. Définitions / généralités :
2. Rappel anatomique :
3. Etiologies :
 - ÉTIOLOGIES
 - CLASSIFICATION
 - LESION ASSOCIEES
 - ETUDE CLINIQUE :
 - RADIOLOGIE :
 - COMPLICATIONS :
 - TRAITEMENT :

1. Définitions / généralités :

C'est la perte de contact permanente post-traumatique de la tête fémorale hors de la cavité acétabulaire, elle peut être pure ou associée à une fracture de la tête fémorale et du cotyle.

Lésion grave et représente une urgence thérapeutique consécutive 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.

2. Rappel anatomique :

La hanche est une énarthrose (TF, cotyle) très emboîté, portante avec une grande mobilité. Très stable par le système capsulo-ligamentaire formé de :

- ✦ Une capsule en forme de manchon tordu (5)
- ✦ Ligaments coxo-fémoraux extra-capsulaire :

- Le ligament ilio-fémorale ou ligament de Bertin : très puissant avec 2 faisceaux sup (2) et inf (3).

- Le ligament pubo-fémoral (1) :

- Le ligament ischio-fémoral (5)

- ✦ Le ligament rond intra-capsulaire.

Le système musculaire très complexe contribue à une stabilisation active de cette articulation dont les muscles :

- Flexion : Complexe de l'épine iliaque antéropostérieure.
- Extension : Grand et petit fessier.
- Abduction : Moyen fessier.
- Adduction : Adducteurs : grand petit et moyen.
- Rotation externe : Pelvi-trochantériens.
- Rotation interne : Psoas iliaque.

La vascularisation de la tête : par les artères et circonflexes antérieurs et surtout postérieurs à la tête fémorale.

3. Etiologies :

- ✦ Principalement dans les accidents de la voie publique, accident de travail, un accident de sport, et les éboulements lors des tremblements de terre.
- ✦ Circonstances de survenue

-Prédominance masculine, Coté gauche

-La stabilité de la hanche diminue en **flexion-adduction** : Dans cette position, la tête fémorale est peu protégée par le cotyle et est seulement maintenue par la capsule.

- ✦ Mécanisme

A. Mécanisme indirect :

Syndrome de tableau de bord Le plus fréquent avec un impact au niveau du genou (surtout si le passager a les jambes croisées).

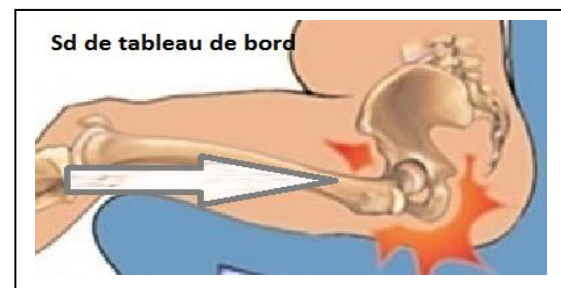
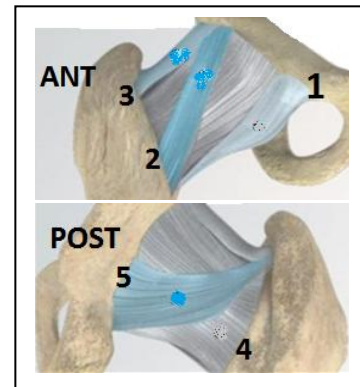
Position en grand écart les 2 pieds très écartés lors des éboulements.

B. Mécanisme direct : par choc direct de la hanche sont exceptionnels.

4. Anatomie pathologique

a. Bigelow (1882) :

Décrit deux types de luxations en fonction de l'intégrité du **ligament ilio-fémoral de Bertin** :



(1) Luxations régulières : le ligament est **sain** :

- ♣ Postérieure : Haute (iliaque, 50%).
Basse (ischiatique, 25%).
- ♣ Antérieure : Basse (obturatrice, 15%).
Haute (pubienne, 10%).

(2) Luxations irrégulières : le ligament est **rompu** :

- ♣ Sus-cotyloïdienne : antérieure oblique, postérieure haute, sus-pubienne.
- ♣ Sous-cotyloïdienne : périnéale, sous-ischiatique.

b. **Levin** :

Classe les lésions antérieures ou postérieures en fonction de :

- ✖ La stabilité.
- ✖ Du caractère pur ou associé de la luxation.

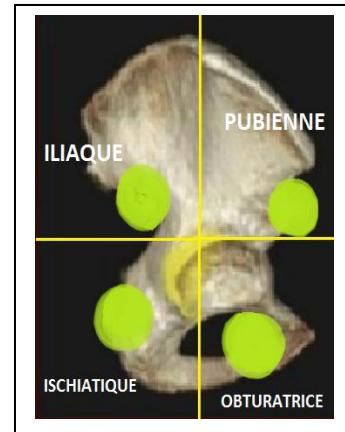
Type I : luxation pure sans instabilité.

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.



5. Lésions associées :

- ✖ *Capsule*
- ✖ *Vaisseaux nourriciers métaphysaires postéro-sup/inf* : Ces lésions peuvent entraîner une ostéonécrose secondaire.
- ✖ *Muscles*
- ✖ *Artères* : est exceptionnelle PAR la palpation des pouls distaux. •
- ✖ *Nerfs* : l'atteinte du nerf sciatique est plus fréquente L'exploration nerveuse, motrice et sensitive est indispensable.
- ✖ *Ostéo-cartilagineuses* :
 - Lésions cartilagineuses de la tête fémorale.
 - Fractures vraies :
 - ✖ Tête fémorale (tassement).
 - ✖ Cotyle : - sourcil cotyloïdien - articulaires.

6. Etude clinique :

Plusieurs tableaux cliniques :

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

**L'ETAT DE CHOC TRAUMATIQUE SERA DEPISTÉ ET TRAITÉ
LA RÉANIMATION EST ENTREPRISE DÉS L'ARRIVÉE DU BLESSE.**

Examen clinique :

- ✖ Douleurs intenses.
- ✖ Une impotence fonctionnelle totale.
- ✖ Une attitude vicieuse caractéristique++++.
- ✖ Le raccourcissement est constant sauf en cas de luxation pubienne.

DANS LES VARIÉTÉS POSTÉRIEURES

Le membre inf est en **ADDUCTION-ROTATION INTERNE** irréductible.

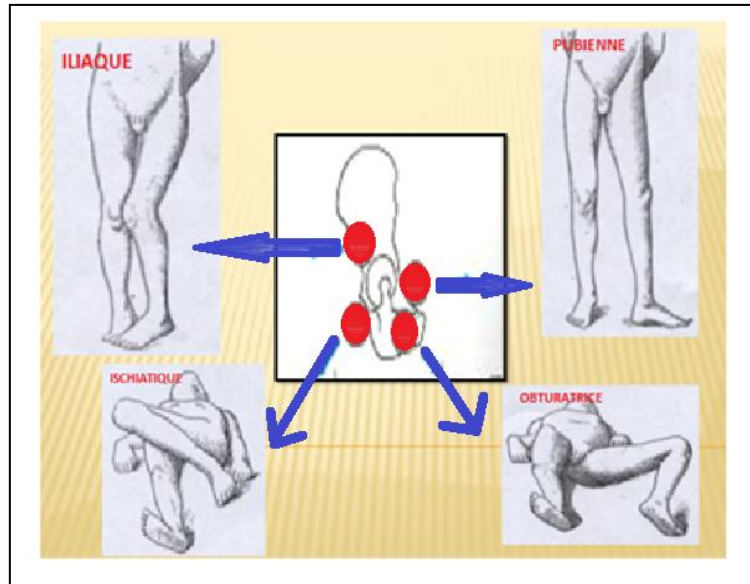
- ✖ En **EXTENSION** dans la variété **HAUTE ILIAQUE**.
- ✖ En **FLEXION** dans la variété **BASSE ISCHIATIQUE**.

DANS LES VARIÉTÉS ANTÉRIEURES

Le membre inf est en **ABDUCTION- ROTATION EXTERNE**.

- ✖ En **EXTENSION** dans la forme **HAUTE PUBIENNE**.
- ✖ En **FLEXION** dans la forme **BASSE OBTURATRICE**.

- A. **Luxation iliaque ou postéro-supérieure de la hanche.** C'est la plus fréquente des luxations de la hanche. Dans cette luxation, en flexion, adduction et en rotation interne de la hanche luxée. Cette luxation iliaque ou postéro-supérieure s'accompagne dans 30% de cas d'une fracture de la paroi postérieure du cotyle.
- B. **Luxation ischiatique ou postéro-inférieure** en position en extension, adduction et en rotation interne de la hanche luxée.
- C. **Luxation pubienne ou antérosupérieure** : en position flexion, abduction et en rotation externe de la hanche luxée.
- D. **Luxation obturatrice ou antéroinférieure** : position extension, abduction et en rotation externe de la hanche luxée.



Le Polytraumatisé

- ✗ La lésion risque d'être méconnue ++++.
- ✗ L'état de choc est important.
- ✗ L'attention est attirée par les autres lésions vitales : **thorax-abdomen-crane.**

Seul un examen systématique peut révéler le dgc.

+++ UNE RADIOGRAPHIE DU BASSIN EST SYSTEMATIQUE CHEZ TOUT POLYTRAUMATISÉ ou AC+++

7. BILAN RADIOLOGIQUE :

Radio Bassin de face :

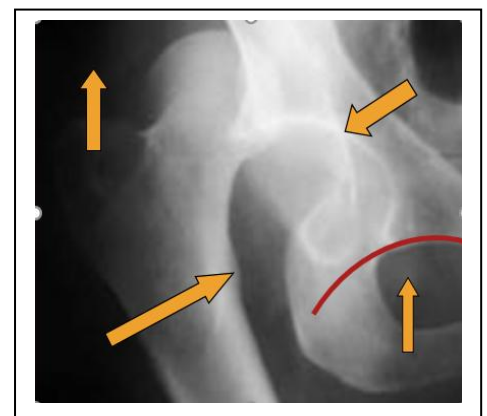
Radio ¾ alaire, ¾ obturateur : pour mieux visualiser la fracture du cotyle et le siège de la luxation : (voir cour fracture du cotyle).

Scanner :

Bassin de face (débrouillage) :

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 déshabitée.
- 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.



TOMODENSITOMETRIE

Pour visualiser une éventuelle incarceration osseuse intra-articulaire ou une fracture du cotyle et les lésions associées.

8. EVOLUTION

A- Favorable : Si la luxation de la hanche est pure (sans fracture associée), et qu'elle est réduite rapidement.

B- Complications :

1- Immédiate

- Irréductibilité de la luxation.
- Instabilité de la luxation.
- Fracture de la tête fémorale, du cotyle.
- Vasculo-nerveuses et cutanées sous forme d'une ischémie aigue du membre inférieur, d'une paralysie du nerf sciatique, d'une plaie cutanée.

2- Secondaires :

- ✗ Des relaxations par incarceration intra-articulaire d'un fragment osseux ou capsulo-ligamentaire.
- ✗ Complications thromboemboliques : prévenues par le lever précoce, les anticoagulants.

3- Complications tardives :

- ✗ La nécrose de la tête fémorale 20 à 30% qui évolue inéluctablement vers la deuxième complication.
- ✗ La coxarthrose par destruction du cartilage articulaire.
- ✗ Ossifications périarticulaires.



9. TRAITEMENT

Buts :

- ❖ Réduction en urgence
- ❖ Reconstitution des surfaces articulaires.
- ❖ Contention stable et mobilisation précoce.

Mais il existe des difficultés : -Complexité de certaines lésions.

-Difficulté d'un abord chirurgical suffisant.

+++DANS TOUS LES CAS REDUCTION EN URGENCE DE LA LUXATION+++

Les impératifs de la réduction :

- ✗ Sous AG (relâchement musculaire complet).
- ✗ Méthodes :

✚ **Manœuvre de BOEHLER (luxation postérieure).**

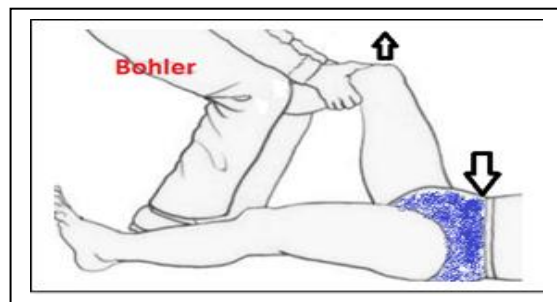
Décubitus dorsal sur plan dur ; un contre appui sur les crêtes iliaques.

Hanche fléchie en position indifférente.

Avant-bras du chirurgien sous le genou du malade.

Traction au zénith progressive mais puissante → **CLAQUEMENT AUDIBLE ET RESSAUT** (réduction).

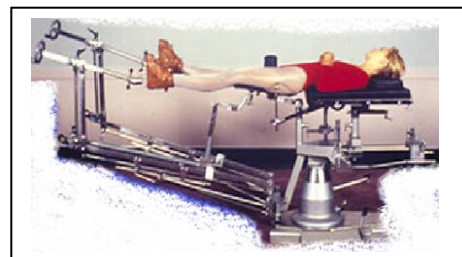
Testing de mobilité et de stabilité.



✚ **Manœuvre de DUQUENNOY (luxation interne ou centrale).**

AG Table orthopédique Traction forte par broche trans-condylienne

Manœuvre d'écarte cuisse +ou- Rotation externe interne.



✚ **Réduction chirurgicale (sanglante)** si irréductibilité ET incarceration.

- ※ Contrôle (clinique, radiologique).
- ※ Après la réduction :
 - Décharge 3 semaines à 3 mois.
 - Rééducation +ou- chirurgie.
 - Surveillance stricte car l'évolution est imprévisible pendant au moins cinq années.

10. CONCLUSION

Demeure une lésion grave qui donne de bons résultats si la réduction est réalisée précocement.

Prévenir les patients des risques qu'ils encourent secondairement.

Le pronostic fonctionnel des fractures-luxations est moins bon, lié pour l'essentiel aux lésions immédiates des vaisseaux à l'origine nécroses céphalique, ou de lésions ostéochondrales source de coxarthrose.