

La luxation antérieure obturatrice pure de la hanche. À propos de 2 cas

Anterior dislocation pure of the hip. Report of 2 cases

Shimi M., El Idrissi M., Dahmani O., El Ibrahimi A., Daoudi A., El Mrini A.

Service de Chirurgie Ostéo-articulaire B4 CHU Hassan II. Fès - Maroc.

CORRESPONDANCE : **Dr Shimi Mohammed.**

Service de Chirurgie Ostéo-articulaire B4, CHU Hassan II. Fès - Maroc.

E-mail : mdshimi78@hotmail.com

RÉSUMÉ

La luxation antérieure pure de la hanche dans sa variété obturatrice est exceptionnelle. Elle traduit toujours un traumatisme de haute énergie et peut compromettre le pronostic fonctionnel de la hanche par nécrose secondaire de la tête fémorale.

On rapporte l'observation de deux patients qui, suite à un accident de la voie publique, ont présenté une luxation antérieure obturatrice pure de la hanche.

La luxation a été réduite en urgence sous anesthésie générale. En post-réduction la hanche était stable, une décharge articulaire a été préconisée pendant 6 semaines puis rééducation. Après un recul de 2 années on n'a pas noté de signe de nécrose de la tête fémorale et il n'y a aucune gêne fonctionnelle.

À la lumière de ces observations et la revue de la littérature, nous discutons le mécanisme, le diagnostic et le traitement de cette lésion rare.

ABSTRACT

The pure anterior dislocation of the hip in its obturating variety is exceptional. It always translates a traumatism of high energy and can compromise the functional forecast of the hip by necroses secondary femoral head.

One reports the observation of two patients who, following an accident of the public highway, presented a pure obturator dislocation of the hip.

Dislocation was reduced in urgency under general anaesthesia. In post-reduction the hip be stable, an articular discharge was recommended during 6 weeks then rehabilitation. After a 2 year retreat one did not note of sign of necroses femoral head and there is no gene functional.

In the light of these observations and the review of the literature, we discuss mechanizes it, the diagnosis and the treatment of this rare lesion.

I. INTRODUCTION

La luxation antérieure obturatrice de la hanche est le type même de l'urgence orthopédique; elle représente 15% des luxations de la hanche. Rarement pure, elle survient après un traumatisme de haute énergie. Le pronostic fonctionnel est lié aux risques de nécrose de la tête fémorale et de coxarthrose.

Nous rapportons 2 cas de luxation antérieure obturatrice pure de la hanche suivis à 2 ans de recul.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A- Observation 1

M.C âgé de 19 ans sans antécédents pathologiques notables, motocycliste victime d'un AVP (mécanisme non précisé). Admis aux urgences pour douleur et impotence fonctionnelle totale de la hanche gauche. L'examen clinique trouve un membre inférieur en flexion-abduction-rotation externe; l'examen vasculo-nerveux est normal. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Une radiographie du bassin faite a montré une luxation antérieure obturatrice pure de la hanche gauche (Figure 1).

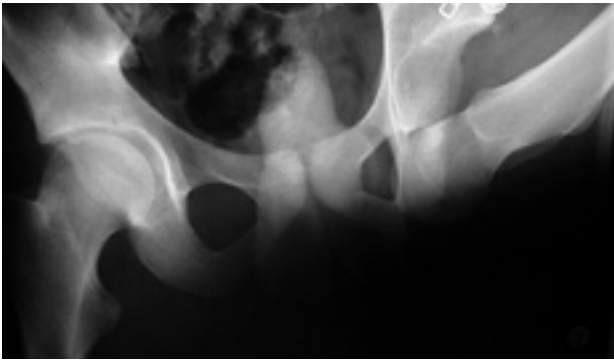


Fig. 1 : Rx du bassin de face: luxation obturatrice pure gauche

La réduction a été faite 2 heures après l'accident sous anesthésie générale, par traction au zénith adduction rotation interne. La hanche était stable après la réduction et le contrôle scopique confirmait la réduction. Le scanner de control n'a pas objectivé de fractures associées ni du cotyle ni de la tête fémorale (Figures 2, 3). Une décharge articulaire a été préconisée pendant 6 semaines.



Fig. 2: Contrôle scopique de la réduction

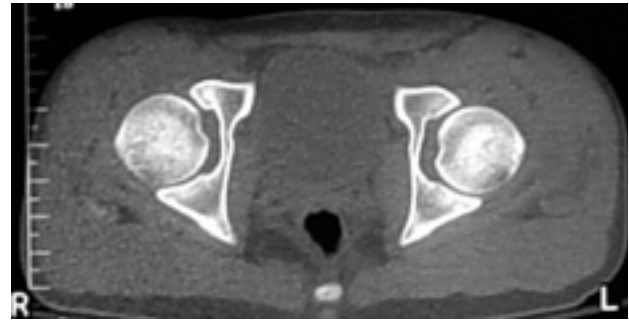


Fig. 3: TDM de contrôle, Absence de Fractures

À un recul de 2 ans, la hanche était indolore et les amplitudes articulaires étaient normales. La scintigraphie osseuse n'a pas objectivé de signes de nécrose de la tête fémorale (Figure 4).

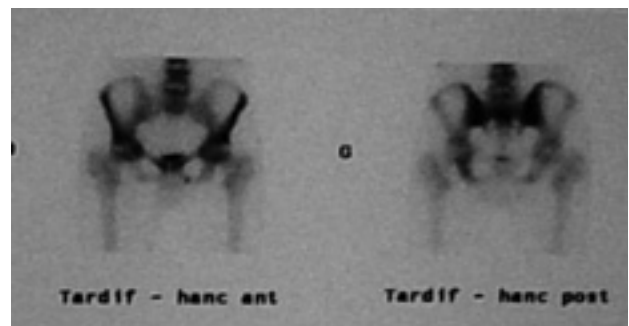


Fig. 4: Scintigraphie du bassin à 2 ans, Absence de nécrose fémorale

B- Observation 2

E.R. âgé de 33 ans, admis dans le cadre d'un AVP passager avant dans un choc frontal entre deux voitures. Le bilan lésionnel a objectivé une contusion hépatique sans indication chirurgicale. Sur le plan locomoteur, l'examen clinique trouve un membre inférieur droit raccourci en abduction et en rotation externe. La radiographie du bassin a montré une luxation antérieure obturatrice de la hanche droite sans fracture associée (Figure 5).



Fig. 5 : Rx du bassin de face : luxation obturatrice pure droite

La réduction a été faite sous anesthésie générale 5 heures après le traumatisme (Figures 6, 7); la décharge a été préconisée pendant 6 semaines avec rééducation.

Au dernier recul, la hanche était libre et indolore et la scintigraphie était sans particularité (Figure 8).



Fig. 6: Radiographie du bassin de face après réduction

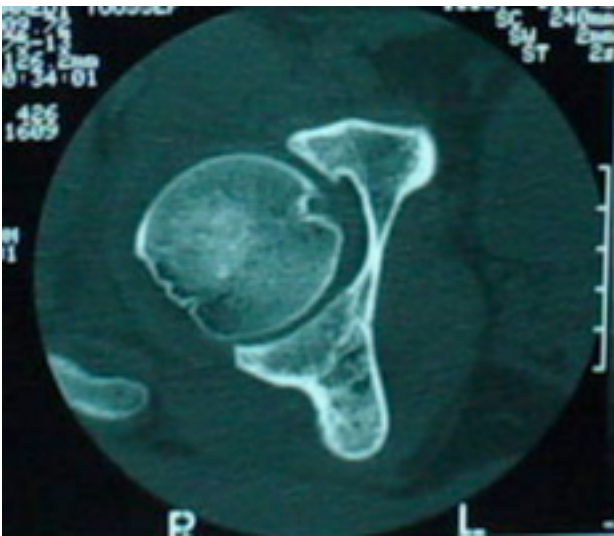


Fig. 7: TDM de contrôle, Absence de Fractures

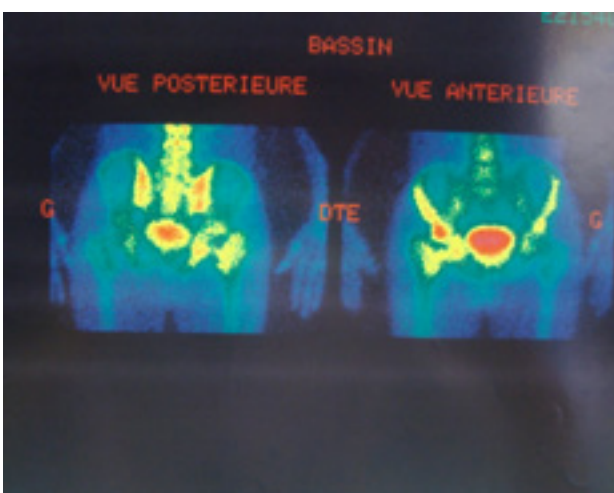


Fig. 8 : Absence de nécrose de la tête fémorale sur la scintigraphie

III. DISCUSSION

La luxation antérieure de la hanche représente 10 à 15% des luxations de hanche. Elle survient après des traumatismes violents lorsque le point d'impact est situé à la face interne du genou fléchi et que la hanche est en position de flexion-abduction et rotation externe (en abduction

maximale, le grand trochanter vient faire came sur l'ilion conduisant à l'extraction de la tête fémorale de l'acétabulum).

Selon le degré de flexion de la hanche on aura une luxation obturatrice inférieure ou pubienne supérieure [2]. PRINGLE [5] dans son étude sur cadavre a montré que la luxation obturatrice se produit lorsque la hanche est portée en abduction-flexion-rotation externe forcée. La tête fémorale déchire alors la partie antérieure de la capsule articulaire passe sous le ligament ilio-fémorale et vient se loger en avant du trou obturateur (d'où son nom). Alors que la luxation supérieure survient sur une hanche en extension.

Le diagnostic est facile devant la déformation caractéristique du membre. La radiographie du bassin de face qui confirme la présence de la tête fémorale dans le trou obturateur [6].

Sur le plan thérapeutique, la luxation obturatrice est une urgence orthopédique et la réduction se fait sous anesthésie générale par manœuvre de traction au zénith, adduction, rotation interne de la tête fémorale.

Après la réduction, certains auteurs préconisent une traction collée légère à but antalgique pendant quelques jours. Une décharge de 6 semaines avec reprise progressive de l'appui est la règle. La rééducation est précoce et est axée sur la mobilisation active [4].

La luxation antérieure de la hanche est rarement isolée elle est souvent associée à une fracture de la tête fémorale par impaction ou une fracture de la paroi antérieure du cotyle.

Le risque à long terme est marqué par la nécrose de la tête fémorale (4%); ce risque est majoré lorsque le délai de réduction dépasse les 3 heures [6]. Le patient doit être informé du risque de nécrose de la tête et de la nécessité d'un suivi pendant au mois deux ans, voir cinq pour certains auteurs [4].

IV. CONCLUSION

La luxation antérieure obturatrice de la hanche reste une entité rare.

Si son diagnostic est aisé la réduction doit se faire en urgence car elle met en jeu le pronostic fonctionnel de la hanche par le risque de nécrose de la tête fémorale et de coxarthrose ultérieure nécessitant une surveillance à long terme.

V. RÉFÉRENCES

- 1) Delee J.C., Evans J.A., Thomas J. Anterior dislocation of the hip fractures and associated femoral head. J Bone Joint Surg 1980; 62A:960-3.
- 2) Ebstein H.C. Traumatic dislocation of the hip. Baltimore: Williams&Wilkins, 1980; 172-215.
- 3) Jossen B.V., Sandemann J. Traumatic anterior dislocation of the hip. Arch Orthop Trauma Surg 1998; 108:327-8.
- 4) Pietu G., Mallisard M., Raynaud G. Letenneur J. Luxations traumatiques pures de la hanche. Encycl Med Chir App Locom,14-077-A-10,1993,6p.
- 5) Pringle J.H. traumatic anterior dislocation at the hip joint: an experimental study in cadaver. Glasgow Med J 1943; 139:25-40.
- 6) Sherlock D.A., Phil D. Traumatic anterior dislocation of the hip. J Trauma 1988; 28:411-3.