

Case report

Luxation traumatique négligée de la hanche traitée par arthroplastie totale de la hanche : à propos de 2 cas

Bensaad Soufiane^{1,&}, Hammou Naserddine¹, Mechchat Atif¹, El Ibrahim Abdelhamim¹, Shimi Mohemmed¹, Elmrini Abdelmjide¹

¹Service de Chirurgie Ostéoarticulaire B4 CHU, Hassan II, Fez, Maroc

[&]Corresponding author: Bensaad Soufiane, Service de Chirurgie Osté-Oarticulaire B4, CHU Hassan II, Fez, Maroc

Key words: Luxation négligée, nécrose, coxarthrose, prothèse totale de la hanche

Received: 06/04/2014 - Accepted: 21/08/2014 - Published: 31/03/2015

Abstract

Les luxations négligées de la hanche sont des lésions exceptionnelles. Elle concerne généralement des traumatismes graves, où les lésions ostéo-articulaires ne sont pas minutieusement recherchées, ou relayer au second plan. L'évolution inéluctable se fait vers la nécrose de la tête fémorale et la coxarthrose. L'arthroplastie permet de raccourcir cette évolution et de réinsérer rapidement ces patients.

Pan African Medical Journal. 2015; 20:313 doi:10.11604/pamj.2015.20.313.4325

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/20/313/full/>

© Bensaad Soufiane et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

Les luxations négligées de la hanche sont des lésions des traumatismes graves où les lésions ostéo-articulaires ne sont pas minutieusement recherchées. L'évolution est marquée par la nécrose de la tête fémorale et la coxarthrose. L'arthroplastie permet de ponter cette évolution. A travers deux observations nous décrivons les différents aspects cliniques, et radiologiques, pronostiques et thérapeutiques de cette pathologie.

Patient et observation

Observation numéro 1:

A.R, patiente âgée de 38 ans, victime d'une chute de d'un lieu élevée, ayant occasionné un traumatisme de la hanche droite, associé à un traumatisme crânien grave responsable d'un coma. Le traumatisme de la hanche est resté négligée. Elle avait consulté deux années après pour raccourcissement du membre inférieur droit, douleur de la hanche avec un périmètre de marche de 5 min, avec une grosse boiterie. L'examen révélait une inégalité de longueur de 5 cm et une raideur de la hanche. La mobilisation était douloureuse. Le moyen fessier était à 2, le Trendelenburg était positif. La radiographie standard montrait une luxation haute non appuyée de la tête fémorale, qui était manifestement nécrosée (**Figure 1**). La patiente a été opérée par voie d'abord postéro-externe de Moore, la réduction avait nécessité une grande libération du moyen fessier, pour éviter la trochanterotomie et la ténotomie des adducteurs. Le cotyle était comblé de fibrose. La mise en place d'une prothèse cimentée à double mobilité était décidée pour éviter l'instabilité post-opératoire relative à la rétraction musculaire. Les suites postopératoires étaient simples, le contrôle postopératoire était bon (**Figure 2**). Actuellement les deux membres sont isolongs, la marche est stable, sans aide externe, indolore et la mobilité quasi normale. Le score de Harris est de 96, après un recul de 18 mois.

Observation numéro 2:

E.A, patient de 28 ans, victime d'un accident de la voie publique, occasionnant chez lui un traumatisme de la hanche droite associé à un traumatisme crânien grave obligeant le patient à séjourner en réanimation. Le traumatisme de la hanche est resté négligée. Quarante cinq jours après le traumatisme et devant la persistance

d'une impotence fonctionnelle totale du membre inférieur droit le patient a consulté. L'examen clinique a objectivé un raccourcissement du membre inférieur droit de 3 cm, une raideur de la hanche droite et une mobilité douloureuse de cette hanche. La radiographie standard montrait une luxation haute non appuyée de la tête fémorale associée à une fracture de la paroi postérieure du cotyle (**Figure 3**). Le patient a été opéré par voie d'abord postéro-externe de Moore, avec mise en place d'une prothèse totale de la hanche hybride avec tige fémorale cimentée et cotyle à hydroxyapatite vissée. Les suites postopératoires étaient simples, le contrôle postopératoire était bon (**Figure 4**). Les deux membres sont isolongs, la marche est stable, sans aide externe, indolore et la mobilité quasi normale. Le score de Harris est de 95, après un recul de 22 mois.

Discussion

Les luxations postérieures négligées de la hanche sont l'apanage de polytraumatisés où les lésions de l'appareil locomoteur passent inaperçues ou sont relayées au second plan [1]. Le risque de nécrose de la tête fémorale et d'arthrose est majeur [2-4], d'autant que la lésion est ancienne [5,6]. Le pronostic est meilleur chez l'enfant [7]. L'association à une fracture de la tête fémorale amplifie le risque de nécrose avasculaire. Dans plusieurs séries de luxations postérieures négligées de la hanche, toutes les fractures luxation de types 5 d'Hepstein réduites entre 3ème jour et 3ème mois, avaient un mauvais pronostic et une arthroplastie de 1ère intention est recommandée [8]. Nous avons adopté cette attitude d'autant que la lésion était ancienne de 45 jours. D'autres rapportent de bons résultats, par traction continue, après 6 mois à 3 ans de recul [9]. Dans une étude de réduction avec ostéosynthèse des fractures luxations, Letournel avait constaté la nécrose dans 2 cas sur 3 [10]. Le pronostic est d'autant plus réservé qu'il s'agit d'un polytraumatisme, l'état de choc altère d'avantage la perfusion de la tête fémorale [11]. La mise en place d'une arthroplastie nous paraît plus réaliste en vue de toutes ces données, pour éviter cette évolution grevée d'un haut risque de nécrose et d'arthrose. La lésion du nerf sciatique, est un risque décrit dans 0 à 20 % des cas. Mais le risque de lésion iatrogénique, existe dans la chirurgie prothétique en raison des modifications de repères anatomiques et de la fibrose près du cotyle, parfois engainant le nerf. Son repérage est d'une importance capitale pour éviter de le léser en per-opératoire.

Conclusion

La luxation traumatique de la hanche doit être réduite en urgence. Chaque heure qui s'écoule, aggrave le pronostic de la hanche. Les luxations invétérées doivent être traitées d'emblée par arthroplastie, pour réinsérer sans délai ces patients longtemps exclus de la vie active.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail, ils déclarent également avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: luxation de la tête fémorale haute avec densification de la tête

Figure 2: PTH double mobilité

Figure 3: luxation de haute de la tête fémorale

Figure 4: PTH hybride (tige cimentée, cotyle vissée à hydroxyapatite)

Références

1. Hoiness P, Roise O. Successful open reduction of a 5-month-old hip dislocation associated with a femoral head fracture. Lippincott Williams and Wilkins. Feb 2003;(17): 131-134. **PubMed | Google Scholar**
2. Epstein HC. Posterior fracture dislocation of the hip: long-term follow-up. J Bone Joint Surg Am. 1974; (56): 1103-1127. **PubMed | Google Scholar**
3. Hunter GA. Posterior dislocation and fracture dislocation of the hip: a review of fifty-seven patients. J Bone Surg Br. 1969;(51): 38-44. **PubMed | Google Scholar**
4. Rodriguez-Merchan EC. Coxarthrosis after traumatic hip dislocation in the adult. Clint Orthop. 2003; (377): 92-98. **PubMed | Google Scholar**
5. Brav EA. Traumatic dislocation of the hip: army experience and results over a twelve-year period. J Bone Joint Surg am. 1962; (44): 1115-1134. **PubMed | Google Scholar**
6. Hougaard K, Thompson PB. Coxarthrosis following posterior dislocation of the hip. Bone Joint Surg am. 1987; (69): 969-983. **PubMed | Google Scholar**
7. Sarkard SD. Delayed open reduction of traumatic dislocation of the hip: a case report and historical review. Clint Orthop. 1984; (186): 38-41. **PubMed | Google Scholar**
8. Garret JT et al. Treatment of unreduced traumatic posterior dislocation of the hip. J Bone Joint Surg am. 1979; (61): 2-6. **PubMed | Google Scholar**
9. Gupta RC, Shrava BP. Reduction of neglected traumatic dislocation of the hip by heavy traction. J Bone Joint Surg am. 1977; (59): 249-251. **PubMed | Google Scholar**
10. Letournel E. Surgical repair of acetabular fractures more than three weeks after injury apart from total hip replacement. Int Orthop. 1979; (2): 305-313. **PubMed | Google Scholar**
11. Nixon JR. Late open reduction of traumatic dislocation of the hip. J Bone Joint Surg Br. 1976; (58): 41-43. **PubMed | Google Scholar**



Figure 1: luxation de la tête fémorale haute avec densification de la tête



Figure 2: PTH double mobilité



Figure 3: luxation de haute de la tête fémorale



Figure 4: PTH hybride (tige cimentée, cotyle vissée à hydroxi appatite)