

Luxation ipsilatérale de la hanche et du genou. A propos de 2 cas

Ipsilateral hip and knee dislocation. Two case reports

Bana A., Koné S., Touré S.A., Mbra I.

Service de Traumatologie Orthopédie – CHU de Cocody. Abidjan – Côte d'Ivoire.

CORRESPONDANCE : **Dr. Abdoulaye BANA**

Service de Traumatologie Orthopédie – CHU de Cocody. 06 BP 2446 Abidjan 06 – Côte d'Ivoire.

E-mail: abdoubana@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Les luxations ipsilatérales de la hanche et du genou sont des lésions extrêmement rares, de mécanismes complexes et qui posent des problèmes de prise en charge.

Les auteurs rapportent leur expérience de la prise en charge de deux cas. Les résultats ont été satisfaisants, avec cependant la persistance d'une laxité du genou chez les deux patients.

Les auteurs insistent sur l'urgence de la réduction des luxations sous anesthésie générale.

ABSTRACT

Traumatic ipsilateral dislocations of both hip and knee joints are extremely rare.

We report two cases of this association. In the two cases the dislocations have been reduced in emergency with general anesthesia; both patients recovered a complete function of the hip but they have major knee instability.

I. INTRODUCTION

Les luxations de la hanche et du genou prises individuellement sont des lésions très fréquentes pour ce qui concerne la hanche, un peu moins fréquentes pour le genou sans être exceptionnelles. Il est reconnu qu'elles représentent deux des rares urgences orthopédiques [1, 2]. La survenue simultanée et homolatérale d'une luxation de la hanche et du genou (ipsilatérale) est un phénomène extrêmement rare [3-5]. Le but était de rapporter deux cas de luxations ipsilatérales de la hanche et du genou traités dans notre service.

II. OBSERVATIONS

A- Patient 1

Il s'agit de Mlle Y. C. âgée de 18 ans, adressée en avril 2002, aux urgences chirurgicales pour polytraumatisme (traumatisme crânio-facial, traumatisme abdominal, traumatisme du bassin et du membre inférieur droit).

L'interrogatoire sur les circonstances du traumatisme a révélé que la patiente, lors de la traversée de chaussée, a été renversée par un véhicule de transport en commun avec un choc violent au niveau de la fesse droite.

Au niveau de l'appareil locomoteur, les investigations clinique et radiographique ont mis en évidence une luxation iliaque de la hanche droite (Figure 1) et une luxation rotatoire du genou droit (Figure 2). On notait aussi une fracture du cotyle droit, une disjonction sacro-iliaque droite, une fracture des cadres obturateurs et de l'aileron sacré droit (VOILLEMIER à droite).

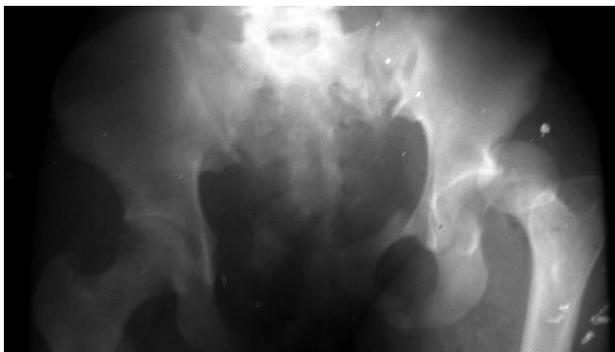


Figure 1 : Luxation iliaque de la hanche droite avec une fracture du cotyle droit, une disjonction sacro-iliaque droite, une fracture des cadres obturateurs et de l'aileron sacré droit



Figure 2 : Luxation rotatoire du genou droit

Par ailleurs, on notait un traumatisme maxillo-facial, une contusion abdominale (lame liquidienne dans le recessus de MORRISON) et urologique (une hématurie totale par contusion vésicale).

La prise en charge a été pluridisciplinaire. La réduction des luxations de la hanche (Figure 3) et du genou a été réalisée par manœuvres externes sous anesthésie générale. Nous avons ensuite prescrit un repos sur plan dur avec une traction collée du membre inférieur droit pendant trois semaines suivi d'une immobilisation par un plâtre pelvi-pédieux pendant 45 jours.



Figure 3 : Réduction des luxations de la hanche

A l'ablation du plâtre, on notait une douleur du genou droit sans douleur à la hanche. Une attelle de genou a été mise en place. Les radiographies réalisées ont montré la présence de cals vicieux osseux au niveau des foyers fracturaires du bassin.

Cinq mois après, la hanche droite était stable, indolore, légèrement raide en flexion (limitée à 100°). Cependant, le genou droit était douloureux avec un secteur de mobilité compris entre 0 et 80°. Le test de LACHMAN était positif à 3+. Il existait surtout un tiroir antérieur et postérieur. Une laxité en varus et en valgus de 20° était aussi constatée.

On notait par ailleurs, une amyotrophie quadricipitale (-6 cm par rapport au côté opposé), une parésie tronculaire du sciatique avec un déficit moteur distal coté à 1/5 sur les releveurs et à 3/5 sur les fléchisseurs des orteils. La sensibilité du dos du pied était conservée. Les réflexes ostéotendineux étaient normaux.

Après 17 séances de rééducation, la patiente marchait à l'aide de deux béquilles et une attelle de genou avec un steppage du côté droit.

L'EMG (électromyogramme) a conclu à une atteinte nerveuse périphérique mixte de L5 et axonale de S1 à droite.

B- Patient 2

Il s'agit de Mr F.A. âgé de 43 ans, qui nous a été adressé en juin 2003 pour un traumatisme crânien avec une notion de perte de connaissance initiale, un traumatisme de la hanche et du genou droits suite à un accident de

la voie publique. C'est un motocycliste qui a été percuté par un véhicule.

Au niveau de l'appareil locomoteur, le membre inférieur droit était en adduction rotation interne et en flexion (Figure 4). Au niveau du genou, on a retrouvé une saillie externe de la rotule et un méplat antérieur du genou (Figure 5), une rotation externe du pied. On ne notait pas de complications vasculo-nerveuses. Le reste de l'examen était sans particularité.



Figure 4 : Membre inférieur droit en adduction rotation interne et flexion



Figure 5 : Saillie externe de la rotule et un méplat antérieur du genou

Le bilan radiographique effectué a permis d'objectiver une luxation ischiatique de la hanche droite (Figure 6a) et une luxation externe du genou (Figure 6b).

Il a été réalisé en urgence et sous anesthésie générale, une réduction des différentes luxations (Figure 7) en commençant par celle du genou.

Le bilan lésionnel du genou a objectivé une atteinte des ligaments latéral, médial, croisés antéro-externe et postéro-interne.



Figure 6a : Luxation ischiatique de la hanche droite

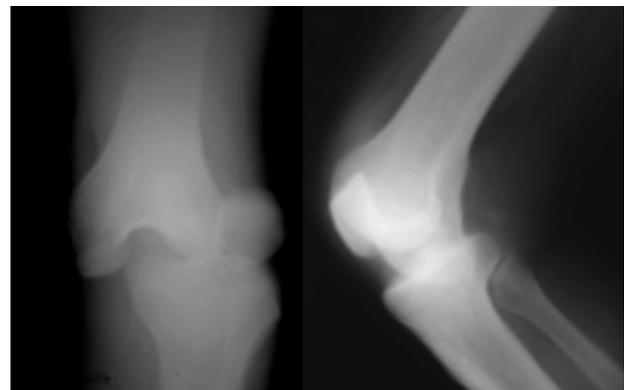


Figure 6b : Luxation externe du genou droit



Figure 7a : Hanche droite réduite



Figure 7b : Genou droit réduit

Le genou a été immobilisé par une genouillère plâtrée et la hanche mise en décharge par une traction dans l'axe sur plan dur pendant 15 jours.

Les radiographies de contrôle réalisées ont montré une réduction satisfaisante des luxations.

A J34, le plâtre a été enlevé et l'examen du genou a relevé une laxité et une instabilité du genou.

A J45, l'examen du genou a mis en évidence une discrète raideur en flexion (90°), une laxité interne persistante avec une douleur modérée. La hanche était sans particularité. Une rééducation du genou a été indiquée.

A J90, on notait la persistance d'une laxité interne avec un ressaut du genou, sans douleur.

III. COMMENTAIRES

Le diagnostic des luxations ipsilatérales est assez aisé, basé sur des données clinique et radiographique. La difficulté réside dans la prise en charge dont la précocité est souvent retardée par le traitement d'un état de choc ou d'un autre traumatisme mettant en jeu le pronostic vital. La luxation ipsilatérale de la hanche et du genou est une pathologie extrêmement rare. Il s'agit de 2 cas observés dans notre service sur une période d'une année environ. Quelques cas ont été décrits [3-5]. Selon notre recherche bibliographique, nous n'avons trouvé aucun cas rapporté de l'Afrique de l'Ouest.

L'étiologie retrouvée dans la littérature a toujours été un accident de haute énergie particulièrement la voie publique [3-5] avec toujours un mécanisme indirect au cours d'une collision [4, 5]. Dans notre étude, il s'agissait aussi d'accident de la voie publique avec un mécanisme direct dans le premier cas et imprécis dans le second cas. Ces luxations surviennent toujours à la suite d'un traumatisme de haute vitesse avec l'intrication de plusieurs mouvements. La violence du traumatisme explique la fréquence des lésions associées [3-5]. La particularité de notre deuxième patient est l'absence de lésion associée.

Dans les deux cas, le traitement a consisté en une réduction par manœuvres externes sous anesthésie générale et une décharge des articulations. Cependant, les 2 patients ont gardé des instabilités sévères du genou qui auraient dû bénéficier de réparation dans un second temps comme décrit dans la littérature [3-5]. Aucune réparation ligamentaire du genou n'a été réalisée chez nos patients ; la première patiente a refusé le traitement chirurgical de la laxité et marche encore avec une attelle de genou et le deuxième patient a été perdu de vue après quelques séances de rééducation.

La laxité séquellaire du genou aurait pu être évitée chez les 2 patients en procédant à une réparation des lésions ligamentaires comme a été décrit [3-5].

Les luxations ipsilatérales sont des affections rares en traumatologie. Du fait de leur mécanisme étiologique qui nécessite un traumatisme violent, ces luxations peuvent survenir dans un contexte de polytraumatisme. La modalité thérapeutique doit inclure un testing du genou après réduction et une réparation ligamentaire pour éviter les instabilités séquellaire du genou.

IV. RÉFÉRENCES

- 1) Burdin G., Hurllet C., Slimani S., Coudane H., Vielpeau C. Luxations traumatiques de hanche : luxation pures et fractures de tête fémorale. *Enc Med Chir (Appareil Locomoteur)* 1993, 14-077-A-10.
- 2) Boisrenoult P. Luxations traumatiques récentes du genou chez l'adulte. *Cahiers d'Enseignement de la SOFCOT* 2006; 91:98-122.
- 3) Freedman M.D., Freedman E.L., Shapiro M.S. Ipsilateral hip knee dislocation. *J orthop Trauma* 1994; 8:177-80.
- 4) Kreibich D.N., Moran C.G., Rinder I.M. Ipsilateral hip knee dislocation case report. *Acta Orthop Scand* 1989; 60:90-1.
- 5) Millea T.P., Romanelli R.R., Segal L.S., Lynch C.J. Ipsilateral fracture-dislocation of the hip, knee ankle: case report. *J Orthop Trauma* 1991; 31:416-19.

