



Luxation antérieure obturatrice pure de la hanche. À propos d'un cas

Anterior obturator dislocation pure of the hip. A case report

Krah KL., Traoré A., Mobiot C., Soumaro K., Lambin Y.

Service de Traumatologie Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice – CHU de Yopougon. Abidjan – Cote d'Ivoire.

CORRESPONDANCE: **Dr. Alidou TRAORÉ**

Service de Traumatologie Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice – CHU de Yopougon. 21 BP 632 Abidjan 21 – Cote d'Ivoire.

E-mail: tralidou@yahoo.fr / alidou.traore@uclouvain.be

RÉSUMÉ

La luxation obturatrice de la hanche est une luxation rare. Elle est consécutive à un traumatisme à haute énergie comme le témoignent les lésions fréquemment associées. La principale complication est la nécrose avasculaire de la tête fémorale.

Nous rapportons un cas de luxation obturatrice de la hanche droite chez un sujet de 29 ans consécutive à un accident de la voie publique associée à une fracture ouverte supracondylienne du fémur gauche. Cette luxation a été réduite orthopédiquement en urgence et sous anesthésie générale avec une ostéosynthèse de la fracture supracondylienne du fémur gauche. Après un recul de 39 mois, le patient ne présente aucun signe radiologique d'une nécrose de la tête fémorale.

Mots clés: luxation obturatrice, hanche, adulte

ABSTRACT

Obturator dislocation of the hip joint is rare. It is consecutive to a high-energy trauma as evidenced by the frequent associated lesions. The main complication is avascular necrosis of the femoral head.

We report a case of obturator dislocation of the right hip in a patient of 29 due to an accident at the highway associated with a supracondylar fracture of the left femur. The dislocation was rapidly treated by closed reduction under general anesthesia with internal fixation of the supracondylar fracture of the left femur. After a decline of 39 months, the patient was normal with no sign of necrosis of the femoral head.

Keywords: obturator dislocation, hip, adult

I. INTRODUCTION

Les luxations antérieures de hanche représentent 5 à 10% de toutes les luxations de hanche et la luxation obturatrice est exceptionnelle [1, 2]. Le mécanisme, la traduction clinique, et les manœuvres de réduction de ces lésions sont bien documentés [2-11]. Le pronostic est surtout fonctionnel, lié à la nécrose avasculaire de la tête et de coxarthrose [8-10, 12]. Nous rapportons un cas de luxation obturatrice de hanche en insistant sur la prise en charge après la réduction et le pronostic.

II. OBSERVATION

Un patient de 29 ans a été hospitalisé à la suite d'un accident de la voie publique en octobre 2000. Assis der-

rière le conducteur, son genou droit aurait heurté le siège avant. Il présentait une flexion de la hanche droite, une abduction, et une rotation externe du membre inférieur. La radiographie du bassin de face objectivait une luxation obturatrice droite (Figure 1). Par ailleurs, on notait une fracture ouverte supracondylienne du fémur gauche. Au bloc opératoire et sous anesthésie générale, il a bénéficié d'une réduction orthopédique de la luxation. La hanche était ensuite stable.

La fracture du fémur a été traitée chirurgicalement. La mise en charge du membre inférieur droit a été autorisée après 6 semaines de traction collée dans le plan du lit. Trente-neuf mois après l'accident, la hanche droite était mobile, indolore, et sans anomalie apparente à la radiographie (Figure 2).

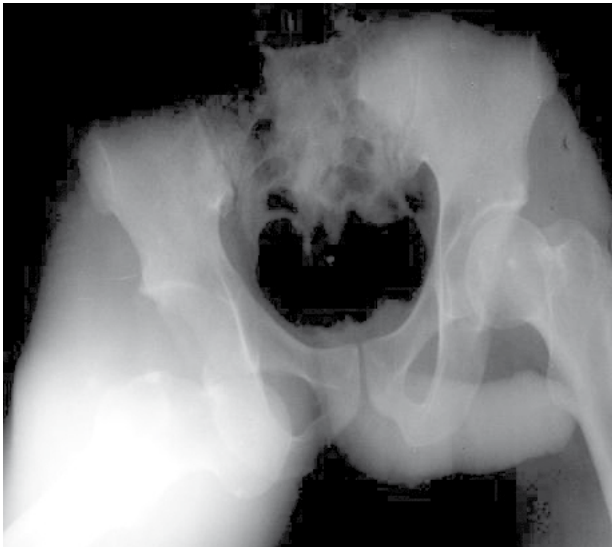


Figure 1 : Radiographie de face du bassin montrant la luxation obturatrice



Figure 2 : Radiographie de face du bassin à 39 mois sans signe de nécrose avasculaire

III. DISCUSSION

La hanche est une articulation extrêmement stable avec un point faible, la capsule postéro-inférieure, ce qui expliquerait que les luxations postérieures soient plus fréquentes que les antérieures [3, 5]. Les luxations antérieures de la hanche ne représentent que 5 à 18% de toutes les luxations de hanche [2, 4-5].

La luxation traumatique exige un mécanisme à haute énergie et le point d'impact est situé à la face interne du genou fléchi. Le degré flexion de la hanche détermine le type de luxation antérieure, supérieur (pubienne) ou inférieur (obturatrice). Il a été démontré que la luxation obturatrice est le résultat simultané d'une abduction de la hanche, d'une rotation externe, et d'une flexion [2-3, 7]. La haute vélocité du traumatisme est corroborée par les lésions associées comme chez notre patient [9-12, 16-17].

Le diagnostic est aisé aux urgences devant la déformation caractéristique. L'examen clinique doit rechercher des complications neuro-vasculaires. Des complications vasculaires associées à une luxation antérieure ont été rapportées [10-11].

Une simple radiographie standard suffit pour confirmer

le diagnostic et le scanner est utile pour rechercher des lésions ostéochondrales, un fragment intra articulaire ou pour mieux apprécier une fracture du cotyle associée [13].

La luxation obturatrice comme toutes les luxations de hanche est une urgence orthopédique dont la promptitude de la prise en charge conditionne le pronostic fonctionnel. La réduction est en général orthopédique et sous anesthésie générale au bloc opératoire par manœuvre de traction au zénith, adduction, et rotation interne. Cette réduction orthopédique est aisément convertible en réduction sanglante en cas d'échec de celle-ci. Les avis divergent sur la durée de la traction après et de la décharge après la réduction. Certains auteurs préconisent une traction de quelques jours à but antalgique et le délai de la décharge varie de 3 à 6 semaines [2-3, 12-14].

La présence d'une fracture controlatérale du fémur a contre-indiqué chez notre patient une mise en charge progressive après une traction de 3 semaines comme le préconisent DAWSON et VAN RIJN [1]. L'attitude à adopter doit être modulée par les lésions associées [13-17].

Un recul minimum de 2 ans est recommandé pour l'évaluation des résultats à long terme tels que la nécrose de la tête fémorale, la coxarthrose, la myosite ossifiante, et la

luxation récidivante [1-3]. L'incidence de la nécrose avasculaire est directement liée à la promptitude avec laquelle la luxation est réduite ainsi que les lésions associées, généralement avant les 6 heures qui suivent le traumatisme [16]. Les examens de surveillance de la survenue d'une nécrose avasculaire de la tête fémorale sont la scintigraphie ou au mieux une IRM de la hanche même si ces deux examens n'ont pas été réalisés chez notre patient.

IV. CONCLUSION

La luxation obturatrice de la hanche est une luxation exceptionnelle. Le diagnostic est aisé aux urgences. Les lésions associées sont fréquentes du fait du mécanisme lésionnel. Une radiographie standard suffit à confirmer le diagnostic. C'est une urgence orthopédique. La réduction est dans la plus part du temps orthopédique et sous anesthésie générale. La principale complication reste la nécrose avasculaire de la tête fémorale dont la surveillance nécessite des scintigraphies répétées ou au mieux une IRM.

V. RÉFÉRENCES

- 1) Dawson I., Van Rijn ABB. Traumatic anterior dislocation of the hip. Arch Orthop Trauma Surg 1989; 108:55-7.
- 2) Shimi M., El Idrissi M., Dahmani O., El Ibrahim A., Daoudi A., El Mrini A. La luxation antérieure obturatrice pure de la hanche. À propos de 2 cas. Tunisie Orthopédique 2010; 3:73-5.
- 3) Toms AD., Williams S., White SH. Obturator dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 2001; 83B:113-5.
- 4) Amihoud S. Anterior dislocation of the hip. Injury 1975; 7:107-10.
- 5) Harty M. The anatomy of the hip joint. In: Toronto RG (ed) Surgery of the hip joint, 2nd edn. Springer, Berlin Heidelberg New York 1984, pp:45-74.
- 6) Yang EC, Cornwall R. Initial treatment of traumatic hip dislocations in the adult. Clin Orthop Relat Res 2000; 377:24-31.
- 7) Goddard NJ. Classification of traumatic hip dislocation. Clin Orthop Relat Res 2000; 377:11-4.
- 8) Epstein HC. Traumatic dislocation of the hip. Clin Orthop Relat Res 1973; 92:116-41.
- 9) DeLee J.C. Fractures and dislocations of the hip. In: Rockwood CA Jr, Green DP (eds) Fractures in adults. Lippincott Raven, Philadelphia 1996; 2:1756-803.
- 10) Bonnemaïson MF., Henderson ED. Traumatic anterior dislocation of the hip with acute common femoral occlusion in a child. J Bone Joint Surg 1968; 50A:735-6.
- 11) Hampson WG. Venous obstruction by anterior dislocation of the hip joint. Injury 1972; 4:69-73.
- 12) Sahin V., Karakas ES., Aksu S., Atlıhan D., Turk CY., Halici M. Traumatic dislocation and fracture-dislocation of the hip: a long-term follow-up study. J Trauma 2003; 54:520-9.
- 13) Erb RE., Steele JR., Nance EP Jr, Edwards JR. Traumatic anterior dislocation of the hip: spectrum of plain film and CT findings. Am J Roentgenol 1995; 165:1215-9.
- 14) Pietu G., Mallisard M., Raynaud G., Letenneur J. Luxations traumatiques pures de la hanche. Encycl Med Chir App Locom 1993; 14-077-A¹⁰: 6p.
- 15) Baba T., Hitachi K., Kaneko K. Fracture-dislocation of the hip with ipsilateral femoral neck fracture. Eur J Orthop Surg Traumatol 2002; 12:102-4.
- 16) Jacob JR., Rao JP., Ciccarelli C. Traumatic dislocation and fracture dislocation of the hip: a long term follow-up study. Clin Orthop Relat Res 1987; 214:249-63.
- 17) Badelon O., Leroux D., Hutten D., Duparc J. Luxation antérieure de hanche associée à une fracture de la paroi antérieure du cotyle. A propos d'un cas. Ann Chir 1986; 40:38-40.

Share with us **your cases**

Share with us **your experience**

Submit a case report now

