



TUNISIE ORTHOPÉDIQUE

Année 2015, Vol7, N° 1
pp 84-87

Accès Libre sur / Free Access on
www.sotcot.com

Décollement épiphysaire isolé du grand trochanter chez un judoka

Rbai H., Hedhili Guedhami H., Ben Fraj A., Mansi Z., Boufers R.

Service d'orthopédie, hopital Iben Jazzar, Kairouan, Tunisie

RESUME

Le décollement épiphysaire du grand trochanter est une entité rare. La nécrose de la tête fémorale est la complication la plus rebouteuse. Nous rapportons le cas d'un décollement épiphysaire Salter I déplacé chez un jeune sportif à haut niveau ayant repris ses activités sportives après synthèse par haubanage.

ABSTRACT

The epiphyseal separation of the greater trochanter is a rare entity. The necrosis of the femoral head is the most rebouteuse complication. We report the case of a Salter I epiphyseal separation at a high-level young athlete who resumed sports activities after synthesis by tension band wiring



I. INTRODUCTION

Le décollement épiphysaire du grand trochanter est une entité rare ^[1,2,10]. Il est le plus souvent décrit dans le cadre d'un traumatisme aigue lors des activités sportives. La réduction anatomique du décollement est indispensable. L'évolution vers la nécrose de la tête fémorale est la complication la plus redoutable ^[7,8].

Nous rapportons le cas d'un décollement épiphysaire survenue chez un jeune de 15 ans traité chirurgicalement.

II. OBSERVATION

Il s'agissait d'un jeune judoka de 15 ans, victime d'un accident de sport lors d'une compétition nationale. Le mécanisme du traumatisme été une chute avec un choc direct sur la hanche droite. Le patient se présente alors à nos urgences pour impotence fonctionnelle totale du membre inferieur droit.

L'examen trouve un patient en décubitusdorsal, le membre inferieur droit est spontanément en abduction –rotation externe. Il n'y avait pas de lésions cutanées associées. La palpation du grand trochanter était très douloureuse. Le secteur de mobilité de la hanche est très réduit par les douleurs. La radiographie du bassin objectivait alors un décollement épiphysaire de type Salter I du grand trochanter déplacée (Figure 1 A).



Figure 1 A

Un complément par un scanner du bassin lui a été réalisé à la recherche d'une fracture cervicale ou une fracture du massif trochantérien associée. Finalement, l'étude scanographique a confirmé le décollement épiphysaire Salter I sans autres lésions associées (Figure 1 B,C).



Figure 1 B



Figure 1 C

L'intervention chirurgicale a été entreprise le lendemain de l'accident. Le patient été installée en décubitus latérale gauche. Un voie d'abord crurale externe centrée sur le grand trochanter été utilisée. La mise en abduction du membre a facilité la réduction.

La fixation a été réalisée par haubanage sous control scopique (Figure n°2 A et B).



Figure n°2 A et B :radiographie postopératoire après synthèse par haubanage

Aucune traction n'a été installée en postopératoire. Un programme de rééducation précoce été instauré. La reprise d'appui été autorisée à la 6^{ème} semaine. La consolidation était obtenue au 3^{ème} mois post-opératoire et l'ablation de matériels a eu lieu au 6^{ème} mois (Figure 3).



Figure n°3 : radiographie à 6 mois post opératoire

A 18 mois de recul, le patient ne présentait aucune gêne fonctionnelle et marchait sans boiterie et il a repris progressivement ses activités sportive. L'examen objectivait des amplitudes articulaires complètes et symétriques, et l'absence d'amyotrophie quadricipitale. La radiographie de control permettait d'éliminer une nécrose précoce de la tête fémorale.

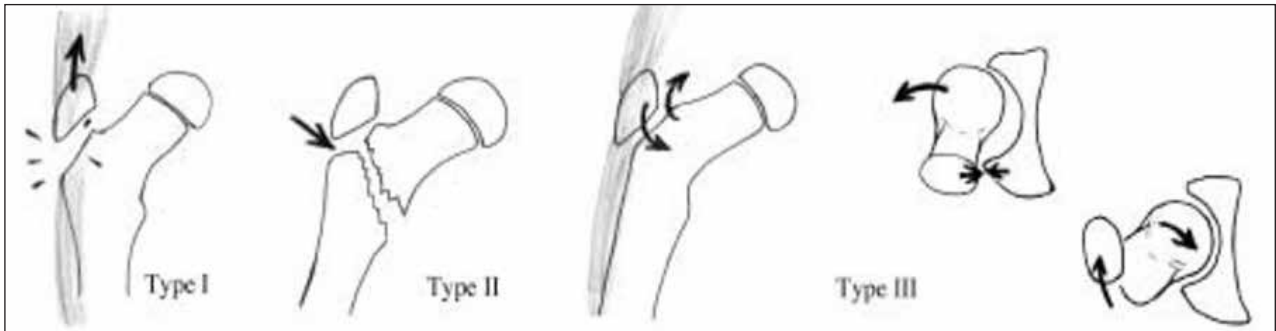


Figure n°4 : classification des fractures épiphysaires du grand trochanter selon Chotel [2].

Quel que soit l'étiologie et le mécanisme du décollement l'évolution peut se faire vers la nécrose aseptique de la tête fémorale, complication la plus redouté qui va conditionner le future de la hanche. Dans la série de Wenger [6] deux cas parmi 3 ont évoluée vers la nécrose de la tête fémorale. O'Rourke [5] et Mbubaegbu [4] confirment dans leurs séries l'existence de telle grave complication qui peut emmailler l'évolution du décollement épiphysaire. Le mécanisme traumatique semble être le principal facteur de risque de nécrose de la tête fémorale [2]. Cependant, la physiopathologie de la nécrose est encore mal élucidée. A nos jours, aucun consensus n'a été rétabli concernant la prise en charge des décollements épiphysaire. La plupart des publications sont en faveur du traitement chirurgical [9,11] qui doit restaurer l'anatomie. Le choix de la méthode de synthèse dépend des équipes. La synthèse par hauban sur broches et le vissage [7,12] direct du grand trochanter sont les plus utilisées.

Les deux méthodes permettent la compression du foyer après réduction à ciel ouvert, L'abord chirurgical doit être le minimum possible pour réduire le risque de nécrose

III. DISCUSSION

La fracture-arrachement isolée du grand trochanter est une entité rare [13], environ 11 cas au total ont été publiés. Le plus souvent sont secondaire à un traumatisme violent. La plus large série décrite est celle de Wenger [6] qui rapporte une série de 3 cas de décollement épiphysaire dont deux révèle d'un mécanisme direct comme le cas de notre patient. ElHachmi et al [12] rapportent un cas de décollement épiphysaire du grand trochanter non traumatique. Une nouvelle classification basée sur le mécanisme traumatique a été décrite par Chotel et al [2] en 2004 (Figure 4) : Le type I représente les fractures avulsion du grand trochanter par contraction brutale des muscles glutéaux. Cette contraction est à l'origine d'un déplacement vertical du grand trochanter. Aucune nécrose de la tête fémorale n'a été rapportée après un tel mécanisme. Les fractures avulsion de type II sont les lésions associées à une fracture du col fémoral. Dans cette situation, le risque de nécrose de la tête fémorale semble lié à la fracture du col elle-même. Les lésions de type III associent luxation de hanche et décollement apophysaire du grand trochanter ; l'analyse de la littérature suggère dans ces cas une nécrose quasi inéluctable de la tête fémorale.

iatrogène de la tête fémorale. Duncan et al [13] rapportent un cas de décollement épiphysaire chez un jeune sportif de 14 ans qui a eu un traitement conservateur, décharge pendant 45 jours ; au terme de 18 mois, le patient ne présente aucune gêne fonctionnelle.

IV. CONCLUSION

Bien qu'il s'agisse d'une entité rare, le décollement épiphysaire isolée du grand trochanter doit être pris en charge sérieusement, vue le risque de l'évolution vers la nécrose de la tête fémorale. A nos jours il n'y a pas de consensus thérapeutique bien précis ; plusieurs techniques chirurgicales ont été décrites ayant comme objectif la réduction anatomique.

V. REFERENCES

- 1) Bloome DM., Thompson JD. Apophyseal fracture of the greater trochanter. *South Med J* 2000 ; 93 : 832-823.
- 2) Chotel F., Durand JM., Sales de Gauzy J et al. Avulsion fractures of the greater trochanter in children : two cases, review of the literature and proposition for a classification. *Rev Chir Ortho.* 2004; 90:274-9.
- 3) Kaweblum M, Lehman WB, Grant AD, Strongwater A. Avascular necrosis of the femoral head as sequela of fracture of the greater trochanter. A case report and review of the literature. *Clin Orthop Relat Res.* 1993; 294:193-5.
- 4) Mbubaegbu CE, O'Doherty D, Shenolikar A. Traumatic apophyseal avulsion of the greater trochanter: case report and review of the literature. *Injury.* 1998; 29:647-9.
- 5) O'Rourke MR, Weinstein SL. Osteonecrosis following isolated avulsion fracture of the greater trochanter in children. A report of two cases. *J Bone Joint Surg.* 2003; 85-A:2000-5.
- 6) Wenger D. The guarded prognosis for greater trochanter fractures in adolescence. *J Bone Joint Surg.* 2003; 85-B, Suppl. III, 259.
- 7) Wood JJ, Rajput R, Ward AJ. Avulsion fracture of the greater trochanter of the femur : recommendations for closed reduction of the apophyseal injury. *Injury.* 2005; 36:255-8.
- 8) Linhart W., Stampel O., Ritter G. Post-traumatic femur head necrosis following trochanter fracture. *Z Orthop Grenzgeb.* 1984; 122:766-9.
- 9) Merlino A F., Nixon J E. Isolated fracture of the greater trochanter. Report of twelve cases. *Int Surg,* 1969, 52, 117-24.
- 10) Kim S J., Park B M., Yang K H., Kim D Y. Isolated fractures of the greater trochanter. Report of 6 cases. *Yonsei Med J.* 1988; 29:379-83.
- 11) Milch H. Avulsion fracture of the great trochanter. *Arch Surg.* 1939; 38:334-50.
- 12) M. El Hachmi, D. Desmette, J.M. Forthomme Non-traumatic avulsion of the greater trochanter: a case report *Acta Orthop Belg.* 2010; 76:403-6.
- 13) Duncan M, Fahd M, Paul A. Greater trochanter apophyseal avulsion in the adolescent managed conservatively: A case report of sporting injury presenting with knee pain. *Injury.* 2012 ; 43:1-3.