

La luxation obturatrice traumatique de la hanche chez l'adulte À propos d'un cas et revue de la littérature Traumatic obturator foramen hip dislocation: a case report and review of the literature

CHAFIK H., ELMARFI A. MAANOUK R. KRITE A. El Idrissi M.,
El Ibrahimi A., El Mrini A.

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

Correspondance : Dr CHAFIK HACHEM.

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

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 d'un patient qui, suite à un accident de la voie publique, a 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.

A la lumière de cette observation clinique et une revue de la littérature, nous discutons le mécanisme, le diagnostic, le traitement, et les principales complications 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 was 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 mechanism, the diagnosis and the treatment of this rare lesion.

Date of Submission: 07-02-2020

Date of Acceptance: 22-02-2020

I. Introduction

Les luxations coxo-fémorales traumatiques de l'adulte sont définies par un déplacement total et permanent postérieur ou antérieur de la tête fémorale hors de la cavité acétabulaire [1]. Parmi les luxations antérieures, Epstein et Wiss[2] distinguent le type A, supérieur ou pubien et le type B, inférieur ou obturateur.

De Lee *et al.* [3] l'ont réparties en un type 1 : supérieur comportant deux variétés, l'une pubienne et l'autre infra-épineuse, et un type 2 : inférieur comportant aussi deux variétés, l'une obturatrice et l'autre périnéale. La variété obturatrice survient lors d'un mouvement de flexion-abduction et rotation externe forcées [4,5], est peu connue. Cette luxation a pour particularité, sa difficulté de réduction [6, 7, 8], avec comme principal risque une fracture iatrogénique [9]. Le pronostic fonctionnel est lié aux risques de nécrose de la tête fémorale et de coxarthrose secondaire.

Nous rapportons le cas d'une luxation antérieure obturatrice pure de la hanche réduite par manœuvre externe sans incidents suivis à 2 ans de recul.

II. Observation Clinique :

M. C. âgé de 19 ans sans antécédents pathologiques notables, motocycliste victime d'un accident de la voie publique (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(Figure1); l'examen vasculo-nerveux est normal. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. Une radiographie du bassin réalisée en urgence qui a montré une luxation antérieure obturatrice de la hanche gauche(Figure2). La réduction a été faite 3 heures après l'accident sous anesthésie générale, par traction au zénith adduction rotation interne. La hanche était stable après la réduction et le contrôle radiographique par amplificateur de brillance confirmait la réduction. Les radiographies de contrôle n'ont pas objectivé de fractures associées(Figures3). Cliniquement les deux membres inférieurs étaient isométriques (figure 4), hanche stable. Une décharge articulaire a été préconisée pendant 6 semaines. Au dernier recul, la hanche était stable, libre et indolore.

III. Discussion :

Les luxations obturatrices traumatiques sont fait l'objet de très peu de travaux. Ils représentent 6 à 10% des luxations traumatiques de la hanche [10].

Elles surviennent le plus souvent 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 cam 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 [11].

Pringle [12] 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-fémoral et vient se loger en avant du trou obturateur (d'où son nom). Alors que les luxations supérieures surviennent sur une hanche en extension.

Les lésions ostéo-articulaires associées sont fréquentes au premier rang on retrouve les fractures céphaliques ostéo-chondrales [4,5,8,13], attribuées à un impact de la tête fémorale sur la partie basse de la lame acétabulaire antérieure [5]. Une fracture de la lame acétabulaire antérieure est également possible [14]. D'autres lésions ont été rapportées : une fracture des branches ilio et ischio-pubiennes [6] des fractures du col fémorales, [15], de la diaphyse et du grand trochanter [6]. Des lésions des vaisseaux fémoraux et des nerfs crural ou obturateur doivent être recherchées systématiquement, même si elles sont rares [16].

Le diagnostic est facile devant la déformation caractéristique du membre (abduction rotation externe). La radiographie du bassin de face confirme la présence de la tête fémorale dans le trou obturateur [17].

La prise en charge thérapeutique de la luxation obturatrice est une urgence orthopédique et la réduction doit se faire sous anesthésie générale avec relâchement musculaire complet par manœuvre de traction première dans l'axe du fémur, puis une adduction, rotation interne de la tête fémorale.

L'élargissement de l'interligne articulaire par rapport au côté sain doit faire suspecter une interposition capsulaire, qui doit être levée chirurgicalement [18].

Ces discussions témoignent des difficultés rencontrées par de nombreux auteurs [6, 7, 8]. Surtout, elles attirent l'attention sur le risque de fracture qui incite à la réduction sanglante en cas de difficultés de réduction. En cas de luxation intra-pelviennedela tête fémorale à travers le foramen obturé, le risque est encore accru. Il est encore plus en cas de fracture non déplacée du col fémoral. Il faut donc d'abord obtenir des clichés de bonne qualité, et les analyser soigneusement avant toute tentative de réduction. À cet égard, une tomographie peut être utile, sous réserve qu'elle puisse être obtenue très rapidement.

Après la réduction, certains auteurs préconisent une traction collée à l'élévateur à butant algique pendant quelques jours. Une décharge de 6 semaines avec reprise progressive de l'appui est la règle. La rééducation doit être précoce et axée sur la mobilisation active [19].

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%); le risque est majoré lorsque le délai de réduction dépasse les 3 heures [6], avec un taux de nécrose inférieur à 15 % en cas de réduction avant 12 heures et supérieur à 50 % au-delà [20]. Le patient doit être informé du risque de nécrose de la tête et de la nécessité d'un suivi pendant au moins deux ans, voire cinq pour certains auteurs [19].

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.



Figure1 : image clinique qui montre membre inférieure gauche raccourcit en abduction et en rotation externe.



Figure2 : radiographie de bassin de face montrant luxation obturatrice de la hanche gauche



Figure3 : radiographie de bassin de face de contrôle après réduction orthopédique.



Figure4 : image clinique post réduction par manœuvre externe. Les deux membres inférieure de mme taille.

Références

- [1]. GODDARD NJ :Classification of traumatic hip dislocation.ClinOrthop, 2000, 377, 11-14.
- [2]. EPSTEIN HC, WISS DA : Traumatic anterior dislocation of the hip. Orthopedics, 1985, 8,130-134.
- [3]. DELEE JC, EVANS JA, THOMAS J : Anterior dislocation of the hip and associated femoral-head fractures. J Bone Joint Surg(Am), 1980, 62,960-964.
- [4]. EPSTEINHC:Traumaticdislocationsofthehip.Clinorthop,1973, 92, 116-142.
- [5]. RICHARDS BS, HOWE DJ : Anterior perineal dislocation of thehipwithfractureofthefemoralhead.Acaserreport.ClinOrthop, 1988, 228,194-201.
- [6]. FARAG AW, SHOHAYEB KA :Intrapelvic dislocation of the headoffemurthroughtheobturatorforamenassociatedwith ipsilateral fracture femur. J Bone Joint Surg(Br), 2003, 85, 1056-1058.
- [7]. SCADDEN WJ, DENNYSON WG :Unreduced obturatordislocationofthehip.Acaserreport.SAfrMedJ,1978,53,601-602.
- [8]. TOMS AD, WILLIAMS S, WHITE SH :Obturator dislocation of the hip. J Bone Joint Surg (Br), 2001, 83, 113-115.
- [9]. POLESKY RE, POLESKY FA :Intrapelvic dislocation of the femoral head following anterior dislocation of the hip. A case report. J Bone Joint Surg (Am), 1972, 54, 1097-1098.
- [10]. PHILLIPS AM, KONCHWALLA A : The pathologic features and mechanism of traumatic dislocation of the hip. ClinOrthop, 2000, 377, 7-11.
- [11]. Ebstein H.C. Traumatic dislocation of the hip. Baltimore: Williams&Wikins, 1980; 172-215.
- [12]. Pringle J.H. traumatic anterior dislocation at the hip joint: an experimental study in cadaver. Glasgow Med J 1943; 139:25-40.
- [13]. SCHAM SM, FRY LR : Traumatic anterior dislocation of the hip with fracture of the femoral head. A case report. ClinOrthop, 1969, 62, 133-135.
- [14]. BADELON O, LEROUX D, HUTEN D, DUPARC J: Anterior luxation of the hip associated with a fracture of the anterior aspect of the acetabulum. Report of a case. Ann Chir, 1986, 40, 238-240.
- [15]. SADLER AH, DISTEFANO M : Anterior dislocation of the hip with ipsilateralbasicervical fracture. A case report. J Bone Joint Surg (Am), 1985, 67,326-329
- [16]. BONNEMAISON MF, HENDERSON ED :Traumatic anteriordislocation of the hip with acute common femoral artery occlusioninachild. J Bone Joint Surg (Am), 1968, 50, 753-756.
- [17]. Sherlock d.a, phil d. Traumatic anterior dislocation of the hip. J Trauma 1988; 28:411-3.
- [18]. PRIES P, GAYET LE, BONNET L, CLARAC JP : Un cas de luxation obturatrice traumatique de la hanche chez une enfant de 4 ans. RevChirOrthop, 1991, 77, 49-52.
- [19]. PietuG.,MallisardM.,raynaudG.LetenneurJ.Luxationstraumatiques puresdelahanche.encyclMedChirappLocom,14-077-a-10,1993,6p
- [20]. OLMI R, TONI A, SUDANESE A, DEL PRETE G, GREGGI T: L'incidenzadellacoxartrosiqualeesitodellalussazionetraumaticadell'ancacontrollo di 14 anni. ChirOrganiMov, 1986, 71, 325-330.

Dr CHAFIK HACHEM, et al. "La luxation obturatrice traumatique de la hanche chez l'adulte À propos d'un cas et revue de la littérature Traumatic obturator foramen hip dislocation: a case report and review of the literature." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 19(2), 2020, pp. 48-52.