



Journal Homepage: -www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/19167
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/19167>



RESEARCH ARTICLE

LUXATION BILATERALE DE LA HANCHE: CAS RARE

Youness Aznague.abdenasserchaoui*

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 31 May 2024
Final Accepted: 30 June 2024
Published: July 2024

Key words:-

Hip Dislocation, Standard Radiography,
Urgent Reduction

Abstract

Hip dislocation is a permanent displacement of the femoral head outside the acetabulum. Due to the increasing number of road accidents, this pathology is experiencing an increase in its incidence. Standard radiography remains essential for diagnostic confirmation. Computed tomography remains reserved in most cases for the search for associated lesions. Emergency management is necessary to avoid irreversible sequelae, including necrosis of the femoral head.

Copy Right, IJAR, 2024., All rights reserved.

Introduction:-

La luxation de la hanche correspond à un déplacement permanent de la tête fémorale en dehors de l'acétabulum. Elle résulte le plus souvent d'un traumatisme violent, engendrant des lésions associées qui doivent systématiquement être recherchées chez le patient. Les luxations postérieures sont les plus fréquentes au niveau de la hanche. Les luxations antérieures sont rares et les luxations bilatérales sont exceptionnelles. Le cas que nous rapportons est celui d'une luxation bilatérale mixte des deux hanches chez un patient de 62 ans suite à une chute d'une hauteur d'un mètre.

Cas clinique :

Nous rapportons le cas d'un homme de 62 ans, diabétique type II mal suivi, victime d'une chute d'une hauteur d'un mètre au cours de travaux sur échelle. A l'admission, le patient était conscient, stable sur les plans hémodynamique et respiratoire. Il présentait une impotence fonctionnelle bilatérale, une déformation en rotation interne du membre inférieur gauche et une rotation externe du membre inférieur droit. Une inégalité de longueur des membres inférieurs était présente avec un membre inférieur gauche plus long que le droit. Le membre inférieur droit était en abduction-rotation externe et en extension, le gauche, en adduction rotation interne et extension. Le patient ne présentait aucune lésion cutanée, ni aucun trouble sphinctérien et les examens vasculaires et nerveux en aval ne révélaient aucune anomalie.

La radiographie standard du bassin que nous avons demandé a révélé une luxation bilatérale mixte des deux hanches. La hanche droite présentait une luxation postérieure de la tête fémorale dans sa forme iliaque. Quant à la hanche gauche elle présentait une luxation antérieure de la tête fémorale dans sa forme inférieure. Les têtes fémorales ne présentaient aucune anomalie (Figure 1). Devant ce tableau, la prise en charge a consisté en une réduction en urgence des deux luxations au bloc opératoire, le patient étant sous sédation. La réduction de la luxation antérieure s'est faite sans effort au cours de l'examen clinique du patient (Figure 2), tandis que la réduction de la luxation postérieure était laborieuse et s'est faite au bloc opératoire, patient sous sédation. La radio de contrôle post-réduction réalisée montrait un retour dans les cavités acétabulaires des deux têtes fémorales (Figure 3). La suite de la prise en charge a consisté en une traction collée du membre inférieur droit.

Corresponding Author:- Youness Aznague. Service de chirurgie Traumatologie et orthopédique, Centre Hospitalier Moulay el hassanbelmahdi-Laayoune, Maroc
* Faculté de Médecine et de Pharmacie Laayoune, Maroc.



Figure 1:- Luxation bilatérale mixt.



Figure 2:-Réduction de la luxation antérieure.



Figure 3:-Radio de contrôle post- reduction.

Discussion:-

Les luxations de la hanche résultent le plus souvent de traumatismes à haute énergie, dont les accidents de la voie publique en sont la principale cause. Ces luxations sont le plus souvent postérieures ; cette entité représente près de 75% des luxations de la hanche et sont la conséquence d'un point d'impact sur la face antérieure du genou fléchi alors que la hanche est en flexion-adduction et rotation interne. Les luxations antérieures sont beaucoup plus rares et représentent environ 25% des luxations de la hanche lors de traumatismes violents à point d'impact la face interne du genou fléchi avec une hanche est en position de flexion-abduction et rotation externe [1]. Les luxations bilatérales, exceptionnelles surviennent dans environ 1% des cas ; Ces luxations bilatérales sont le plus souvent postérieures. Les luxations bilatérales mixtes représentent environ 40% des luxations bilatérales [2]. A l'examen clinique, la déformation du membre inférieur est très prédictive du sens de déplacement de la tête fémorale. Si on classe les luxations selon la classification de Bigelow, les luxations iliaques, postérieures se manifestent par un membre inférieur en adduction rotation interne et extension ; les luxations ischiatiques, postérieures, d'où un membre en adduction-rotation interne mais en flexion dans ce cas. Les luxations obturatrices, antérieures se manifestent par un membre en abduction-rotation externe et flexion ; enfin, les luxations pubiennes, antérieures, membre est en abduction-rotation externe en extension [3].

La radiographie joue un rôle primordial au cours de cette pathologie aussi bien avant et après la réduction. Un cliché du bassin de face strict est nécessaire, car il permet à la fois d'objectiver le diagnostic, mais aussi de rechercher d'éventuelles fractures du bassin dans le cadre d'un poly traumatisme. Les lésions associées, notamment les fractures de la tête fémorale ou du cotyle peuvent être détectées à la radiographie standard. La tomodensitométrie garde tout son intérêt au cours de la luxation de la hanche ; elle est demandée en cas de doute sur l'intégrité des structures articulaires et permet d'apprécier la congruence articulaire, de rechercher une fracture de la tête fémorale et d'éventuels corps étrangers intra articulaires [4, 5].

La réduction des luxations de la hanche doit se faire en urgence, le déplacement de la tête fémorale en dehors de sa cavité fragilise sa vascularisation de type terminale et pourrait conduire à des séquelles importantes. Il important de réduire ces luxations dans un délai de six à douze heures. Au delà de ce délai le risque de nécrose de la tête serait très important, de l'ordre de 47 à 58% [6 - 8].

Une radiographie de contrôle est nécessaire afin de s'assurer de la réduction de la luxation et aussi permet de rechercher des lésions associées, qui peuvent être secondaires aux manœuvres de réduction. L'immobilisation par traction post-réductionnelle permet de réduire les contraintes sur la tête fémorale, de diminuer les douleurs et le risque de nécrose céphalique [3]

Conclusion:-

Les luxations de la hanche sont une pathologie en constante croissance du fait des AVP. Le diagnostic est le plus souvent clinique, confirmé par la radiographie standard. La tomодensitométrie est très utile dans la recherche de complications infra cliniques notamment des fractures de la tête fémorale et du cotyle. Une réduction doit être faite en urgence pour réduire le risque de nécrose de la tête et soulager la douleur du patient.

Bibliographie:-

1. Meyer, G. Biette, Y. Catonne, Luxation de hanche sans fracture du cotyle associée : méta-analyses et série de cas rapportés, Séquelles des traumatismes articulaires chez les sportifs 2007, Pages 196–207
2. Letenneur J, Fleuriel M, SanguyD, : 97-100 ; 115 Incarcération osseuse intra-articulaire après réduction de luxation de hanche. Problèmediagnostiqueetthérapeutique. J Chir 1978
3. G.Burdin,C.Hulet,S.Slimani,H.Coudane,C.Vielpeau, Luxations traumatiques de hanche :luxationspures et fractures de tête fémorale, EMC - Rhumatologie-OrthopédieVolume 1, Issue 6, Novembre 2004, Pages 508-520
4. Dussault RG, Beauregard G, Fauteaux P, Laurin C, Boisjoly A. Femoralheaddefectfollowinganterior hip dislocation. Radiology 1980;135:627–9.
5. Glynn Jr TP, Kreipke DL, Derosa GP. Computedtomographyarthrography in the traumatic hip dislocation. SkeletalRadiol 1989;18:29–31.
6. Hoogaard K, Thomsen PB. Coxarthrosisfollowingtraumaticposterior dislocation of the hip. J Bone Joint Surg [Am] 1987;69:679–83. 26.
7. Hoogaard K, Kuur E. Tc-SN-pyrophosphate scintigraphyfollowingtraumaticposterior dislocation of the hip. Injury 1988;19:389–92. 27.
8. Hoogaard K, Thomsen PB. Traumatic hip dislocation in children: follow-up of 13 cases. Orthopedics 1989;12: 375–8. 28. Hoogaard K, Thomsen PB. Traumaticposteriorfracturedislocation of the hip with fracture of the femoralhead or neck or both. J Bone Joint Surg [Am] 1988;70:233–9.