



Luxation obturatrice de la hanche à l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo de Niamey : à propos d'un cas.

Hip obturator dislocation at Amirou Boubacar Diallo National Hospital, Niamey: case report.

Yaméogo KJE^{1*}, Dalatou MMMH², Issiakou S², Abdou Seini N¹, Niandou AM.², Tinto S.¹, Sawadogo M.¹, Souna BS².

Mots-clés

Traumatisme,
luxation, hanche,
obturatrice,
traction,
réduction.

Résumé

Introduction : La luxation obturatrice est une lésion rare qui survient presque toujours dans un contexte traumatique à haute énergie et le plus souvent lors d'un accident de la voie publique. L'objectif de cette étude était de rapporter un cas rare de luxation obturatrice de hanche chez l'adulte traitée par traction progressive.

Observation : Il s'agissait d'un patient âgé de 28 ans victime d'un traumatisme fermé de la hanche droite dont le bilan clinique et paraclinique réalisé dans un district sanitaire a permis de poser le diagnostic d'une luxation obturatrice de la hanche droite. Après une première tentative de réduction vaine de la luxation, la réduction était obtenue à J4 post-traumatique après une traction progressive dans un service spécialisé.

Conclusion : La réduction de la luxation obturatrice vue tardivement peut être délicate, voire impossible, nécessitant la réalisation d'une traction résolutive avant l'obtention de la réduction.

Keywords :

Trauma,
dislocation, hip,
obturator,
traction,
reduction.

Abstract

Introduction: Obturator dislocation is a rare injury that almost always occurs in a high-energy traumatic context and most often in a road accident

The objective of this study was to report a rare case of the obturator hip dislocation in an adult seen late, treated by progressive traction.

Observation: This was a 28-year-old patient with blunt trauma to the right hip whose clinical and paraclinical assessment carried out in a health district led to the diagnosis of an obturator dislocation of the right hip. After a first unsuccessful attempt to reduce the dislocation, reduction was obtained on day 4 post-traumatic after progressive traction in a specialized department.

Conclusion: The reduction of the obturator dislocation seen late can be difficult or even impossible, requiring the realization of a resolving traction before obtaining the reduction.

Introduction

La luxation traumatique de l'articulation coxofémorale est le déplacement permanent de la tête fémorale hors de la cavité acétabulaire.

Elle est en général la conséquence d'un traumatisme violent, le plus souvent suite à un accident de la voie publique (AVP) [1]. En effet, la position de la hanche au moment de l'impact

et le site d'action de l'agent vulnérant déterminent la direction du déplacement des pièces osseuses [1-3]. Les variétés antérieures sont rares (25%) et peuvent être pubiennes (antéro-supérieures) ou obturatrices (antéro-inférieures) [3]. Le diagnostic est souvent clinique devant l'attitude vicieuse caractéristique. En outre, le bilan radiographique est nécessaire pour confirmer le diagnostic et rechercher les lésions associées [1,3]. Il s'agit d'une urgence thérapeutique formelle qui nécessite une réduction dans des bonnes conditions. Le délai de réalisation de cette réduction reste idéalement inférieur à 6 heures. Cependant, les luxations de hanche dans notre contexte sont souvent vues tardivement avec parfois un échec à la réduction par manœuvre externe d'emblée. L'objectif de cette étude était de rapporter un cas rare de luxation obturatrice de hanche chez l'adulte, traitée traction progressive.

Observation

Il s'agissait d'un patient de 28ans, charretier admis aux urgences chirurgicales de l'Hôpital National Amirou Boubacar Diallo (HNABD) de Niamey le 06/12/2021, 48 heures après un traumatisme fermé de la hanche droite suite à un accident de la voie publique. En effet, le patient sur sa charrette aurait été percuté par un automobiliste. Il s'en était suivi un déséquilibre du patient avec une chute et réception sur le membre pelvien droit en hyperabduction, avec passage sur ce dernier, de la roue gauche de la charrette occasionnant une vive douleur et une impotence fonctionnelle absolue du membre pelvien droit. Le patient avait consulté initialement à l'hôpital de district de Gothèye à 79 km de Niamey où il avait reçu un traitement antalgique (paracétamol et néfopam) et une radiographie du bassin de face fut demandée et objectiva une luxation. Devant la gravité de la lésion et une tentative de réduction vaine dans cet hôpital de district le patient fut référé dans notre centre (HNABD) pour une meilleure prise

en charge. A son admission, le patient avait un bon état hémodynamique. On notait une douleur de la hanche, une impotence fonctionnelle absolue, une attitude vicieuse du membre pelvien droit en flexion de la hanche, abduction, rotation externe et un raccourcissement. Les pouls distaux (tibial postérieur et pédieux) étaient présents et bien perçus. La sensibilité et la motricité en aval étaient normales. Le reste de l'examen était normal.

La radiographie du bassin faite en urgence initialement à l'Hôpital de District de Gothèye a noté une perte de contact totale entre la cavité acétabulaire et la tête fémorale. Cette dernière se projetait dans le trou obturateur droit (**figure 1**). Le diagnostic de luxation coxofémorale droite obturatrice était alors posé.

En hospitalisation le patient a bénéficié d'une traction résolutive sur attelle de Boppe avec un poids d'environ 7 kg, une anticoagulation à base d'énoxaparine sodique injectable à la dose de 0,4UI/ml, un traitement antalgique par voie parentérale et un bilan biologique pré-opératoire a été demandé en vue d'une réduction sanglante. Avant la réduction sanglante au bloc, le patient y fut conduit pour une deuxième tentative de réduction sous sédation à foyer fermé par manœuvre externe (traction dans l'axe du fémur, légère adduction et rotation interne). La réduction était alors un succès, obtenue sans difficulté et le testing après réduction, nous a permis de retrouver une hanche stable.

Affiliations :

1-Service Orthopédie-Traumatologie, CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

2-Service Orthopédie-Traumatologie, CHU Lamordé de Niamey, Niger

*Auteur correspondant : Dr Yaméogo K. J. E, kemmanuelyam@yahoo.fr; Tel : +22678516954



Figure 1 : radiographie de bassin de face montrant la perte de contact entre la cavité acétabulaire et la tête fémorale droite qui se projette dans le trou obturateur.

La radiographie de contrôle avait permis de constater une bonne réduction de la luxation et l'absence de lésions fracturaires associées (**figure 2**).

Une traction collée a été faite pendant trois semaines puis le patient libéré avec une décharge du membre pelvien droit pour un mois. Le patient a été revu au recul de trois mois post-traumatiques avec un bon contrôle radio-clinique.



Figure 2 : radiographie réalisée après la réduction, montrant une bonne congruence coxo-fémorale droite.

Discussion

La luxation antéro-inférieure est une lésion rare, elle représente 6 à 10% des luxations rapportées dans la littérature [1,4]. La violence du

traumatisme causal est retrouvée dans la plupart des publications avec les accidents de la voie publique comme c'est le cas chez notre patient. Le même constat était fait par plusieurs auteurs [1-9]. La rareté de cette luxation est due à la force de la capsule antérieure de la hanche et du ligament de Bigelow ou ligament de Bertin [10].

La luxation obturatrice est une urgence orthopédique et sa réduction à foyer fermé est de règle, la réduction sanglante n'étant utilisée que quand celle à foyer fermé est impossible [8]. Elle doit se faire avant les six (6) heures et permettrait d'éviter la nécrose avasculaire dans 50% des cas [11-14]. Cependant dans notre cas, le patient a été admis au bloc pour sa deuxième tentative de réduction après quatre jours d'hospitalisation et de traction collée à l'élastoplast sur attelle de Boppe et après une première tentative avec échec à Gothèye. En effet, dans la littérature les modalités de réduction ne font pas l'unanimité [1-3]. Pendant que Epstein [13] et Brav [8] préfèrent une réduction par traction dans l'axe du fémur suivie d'une flexion progressive de la hanche en rotation interne et en abduction tout en maintenant la traction ; Tom et al., préconisaient d'utiliser une table orthopédique et d'associer à la traction axiale du fémur une traction latérale de la cuisse puis de relâcher progressivement la traction en y imprégnant des mouvements d'adduction et rotation interne [15].

Dans notre cas malgré le retard à la réduction (quatre jours post-traumatique), elle a été effective et sans doute ce succès est dû à l'effet de la traction résolutive. Nous avons réduit la luxation par la manœuvre d'Allis [3] qui a consisté à stabiliser le bassin genou fléchi pour relâcher les ischio-jambiers, l'opérateur en tractant dans l'axe du fémur avec légère adduction et rotation interne de la hanche, un claquement audible s'est fait entendre signant la réduction. Le testing a montré une hanche stable et la radiographie de contrôle a confirmé une réduction concentrique.

Les suites post-réductionnelles ne font pas l'unanimité pour les luxations coxofémorales pures et l'appui complet proscrit avant 3 mois serait beaucoup plus dicté par la prudence, car certains travaux ont conclu en l'absence de danger de l'appui partiel immédiat [3].

Nous avons donc réalisé une méthode consistant à faire une traction résolution première ce qui nous a facilité la réduction par manœuvre externe d'une luxation coxofémorale obturatrice négligée.

Conclusion

La luxation obturatrice est une lésion rare qui survient en cas de traumatisme violent de la hanche. Le traitement constitue idéalement une urgence et consiste à une réduction par manœuvre externe. Néanmoins dans certains cas vus tardivement, cette réduction devient difficile et peut nécessiter la réalisation préalable d'une traction résolutive avant l'obtention de la réduction. Cette traction progressive en fonction du délai de la luxation pourrait être une alternative à la réduction sanglante à foyer ouvert.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Severyns M, Flurin L, Odri GA. Prognostic and therapeutic interest of a new classification in inferior hip dislocation: a systematic review of the literature. *Hip Int.* 2022 ; 8:11207000221134016. doi: 10.1177/11207000221134016.
2. Graber M, Marino DV, Johnson DE. Anterior Hip Dislocation. 2022 Sep 25. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 29939591.
3. Burdin G, Hulet C, Slimani S, Coudane H, Vielpeau C. Luxations traumatiques de la hanche : luxations pures et fractures de la tête fémorale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale.* 2004, 14-077-A-10.
4. Elouakili I, Ouchrif Y, Ouakrim R, Lamrani O, Kharmaz M, Ismael F, Lahlou A, El Bardouni A, Mahfoud M, Berrada M S, EL Yacoubi M. Luxation obturatrice de la hanche, un traumatisme rare en pratique sportive. 2015 ; 21 : p.230. Doi: 10.11604/pamj.2015.21.230.4449
5. Dellanh YY, Abalo A, Fortey K, Akpoto MY, Akloa K, Yaovi EJ, Walla A, Bakriga B, Dossim A. Luxation obturatrice de la hanche: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal.* 2015;22(1):195. Doi: 10.11604/pamj.2015.22.195.7812.
6. Boyer P, Bassaine M, Hutten D. La luxation obturatrice traumatique chez l'adulte : à propos d'un cas et revue de la littérature. *Rev Chirur Orthop.* 2004, 90, 673-7.
7. Epstein H, Wiss DA. Traumatic anterior dislocation of the hip. *Orthopedics.* 1985, 8(1): 130-4.
8. Schopfer Q, Strasser R, Leumessi EN, Traverso A. Traumatic Anterior Hip Dislocation in the Elderly: Description and Review of a Rare Trauma. *Case Rep Orthop.* 2023 May 17;2023:3100256. doi: 10.1155/2023/3100256.
9. Brav EA, Traumatic anterior dislocation of the hip. *J Bone Joint Surgery (Am).* 1962; 44(A): 1115-1121.
10. Philip M V, Konchwalla A. The pathologic feature and mechanism of traumatic dislocation of the hip. *Clin Orthop Relat Res.* 2000 Aug; (377): 7-10.
11. Merle d'Aubigné R, Mazas F. Luxation post-traumatique de la hanche. *Ann Chir.* 1963, 17 : 1063-90.
12. Hougaard K. Traumatic posterior dislocation of the hip: pronostic factors influencing the incidence of avascular necrosis of femoral head. *Arch Orthop Trauma Surg.* 1986, 106(1):32-5.
13. Epstein HC. Traumatic dislocation of the hip. *Clin Ortho Relat Res.* 1973, (92): 116-42.
14. Catonné Y, Meyer A, Sariali E, Biette G. Luxation de hanche sans fracture au cours d'activités sportives. In : *Pathologie du complexe pelvi-fémoral du sportif* 2009 ; Editeur : Masson, ISBN : 978-2-294-70944-9, p88-99.
15. Toms AD, Williams S, White SH. Obturator dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 2001;83:113-5.