

Luxation Traumatique de la hanche

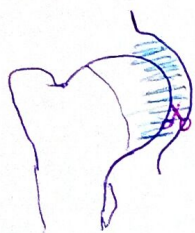
Introduction:

Luxation	Trauma	Hanche
Nécessite une position pré-disposante. - flexion → lux. post - abd + RE → lux. ant	de grande violence ↓ polytraum poly f#	Articulation très bien emboîtée Maintenue par un système capsulo-ligamentaire

Contexte polytrauma → Pc vital

Lux. hanche → Pc fonctionnel : Réduction précoce ++ risque de nécrose de la tête fémorale (Vx type terminal)

Déf. : Perte complète et permanente des rapports anatomiques entre la tête fémorale et le cotyle suite à une déchirure de la capsule, des ligaments et des muscles.



déchirure - Lig Capsule → perte des rapports anatomiques entre tête fémorale et cotyle
↓
atteinte synoviale
↓
atteinte des Vx à destination céphalique
↓
Risque de nécrose de la tête fémorale

Fréquence:

1 → épaule	} accident sportif, chute d'une hauteur
2 → coude	
3 → hanche	→ accident de voiture de haute énergie
4 → genou	→ accident de moto

+ grave sur le plan ~~for~~ pronostic
70% → lésion de l'artère poplitée → perte du membre

luxation Trauma Hanche

Hanche → ++ enboîtée

Trauma → haute énergie → polytraum, poly f#

luxat° → déchirure capsulo-lig → risque d'ostéonécrose de la tête fémorale

Fréquence → 3° position

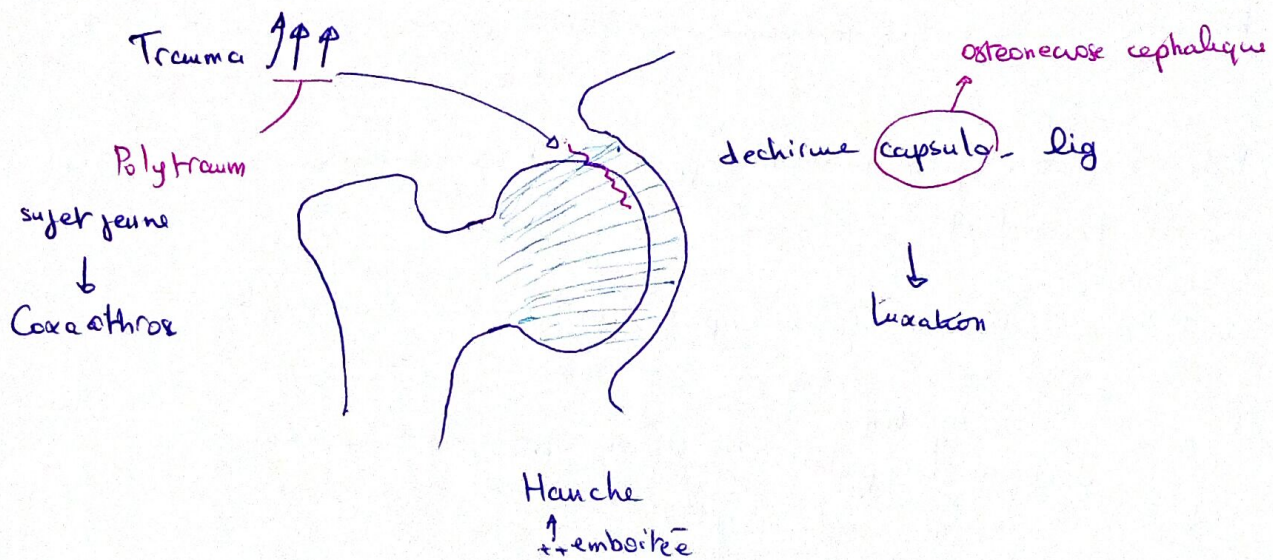
Re

Pronostic : compromis par le risque de

ostéonécrose tête fémorale
Coxarthrose

Trauma à ↑ énergie → sujet jeune → coxarthrose précoce vers 30 ans !

→ gravité du ps fonctionnel



Anatomie

Vascularisation

artère circonflexe } postéro-sup ++++
 ↳ antéro-inf

artère du lig rond → foramen, branche de l'art. fémorale profonde

(la fémorale superficielle → poplitée : responsable de la viabilité du MI)

Lésion capsulaire = lésion vasculaire

Ligaments

Hanche : articulation très bien enboîtée

lig. important ant. → ilio-fémoral
 post → ischio-fémoral } systématiquement rompus

lorsqu'il y a une luxation ant ou post

Elements de renforcement:

- capsule } → art. le + stable
- lig } → ↑ Surface de contact entre

Neuf sciatique:

Exceptionnellement lésé

Neurapraxie ++ → récupération add intégum au bout de 2-3 mois

Aneparth

Postérieure (75%)

Luxation

Antérieure (25%)

Haute → iliaque la + fréquente
Basse → ischiatique

Haute : pubienne
Basse : obturatrice

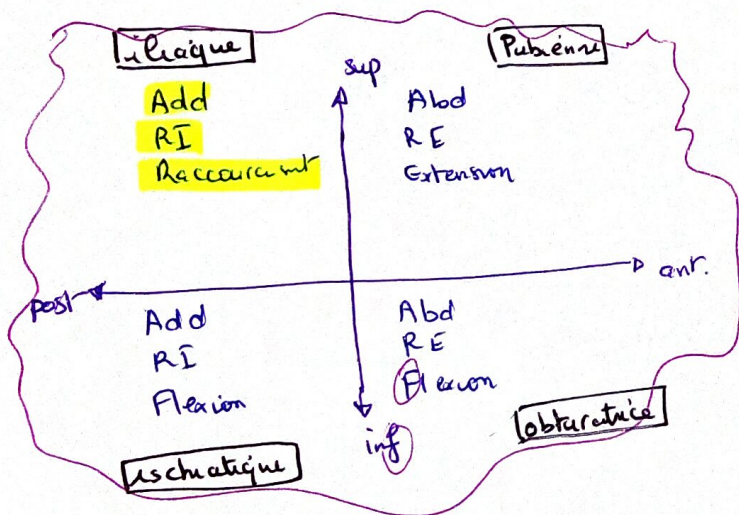
Mécanisme

Genou en flexion

Accident tableau de bord (passager qui a les jambes croisées)

Attitude vicieuse: Add - RI - raccourcissement

Attitude vicieuse: Abd - RE



Lésions associées

F# rotule

Rupture lig croisé post: passe souvent à l'opercule dans ce contexte.

F# fémoral

diaphyse
col → Tableau de bord
tête → classification de Peckin

F# rebord post - du cotyle.

Altitude du tronc du neuf sciatique

F# au bord post. du cotyle par la tête fémorale

facteur d'irréductibilité de réduction
nécessaire une ostéosynthèse stable

Pour post. du cotyle → élément de stabilité

si f# antérieure → luxation instable relaxation après réduction
d'où la nécessité d'une ostéosynthèse stable. (2 vis)

F# de la tête fémorale

Lux post +++

F# cephalique emportée  bas
de dans
avant

Classification de Pipkin

I → Petite f# distale = 1 focus

II → Grande f# distale 1 focus

III → Grande f# proximale 1 focus.

IV → Comminutée

Neuf situations 10% des cas

Compression du tronc / tête fémorale

Incarcération des parties molles (capsule, boursac cotyloïdien; ligament) dans l'espace coxo-fémoral
→ irréductibilité

CAT initiale

Éliminer une urgence vitale, assurer les fonctions vitales

Éliminer choc traumatique

Maintien du rachis en rectitude

Voie veineuse

Trauma crânien → Glasgow

EP: Thoraco-abdomino-pelvien

Si la traumatisme est conscient:

- ATCDs

- Heure du dernier repas

Examen de l'appareil locomoteur en dernier lieu → pas se mettre en jeu du pc vital

Attitude vicieuse

Impotence fonctionnelle

Peau → Insps: ouverture cutanée

Nerve → sensibilité et motricité

Va → chaleur, coloration, pouls, points capillaires.

Imagerie

Rx standard orientée par la clinique

Polytraum / Poly f# → Rx du bassin

tendance à systématiser le a de scanner
body scan (polytraum)

Rx standard

Luxation

Lésions associées

Refaire après réduction

Scanner

Précision des f# :

- colgloidiennes

- cephaliques

associées

Traitement

Réduction - orthopédique
- chirurgicale

↳ Indications à la chirurgie

F# du rebord post du cotyle → abord post

F# du col femoral

F# tête femorale → abord ant

Fixer la f# associée

Irreductibilité ou incarceration ligamentaire ou capsulaire

Incoercibilité (fragr. antilagunaire libre dans le cotyle)

Réduction orthopédique

En urgence

Sous anesthésie générale

Patient sur ~~le sol~~ un plan dur (sol, matelas)

L'axide maintient ~~le~~ contre le sol en appliquant une pression sur les 2 EATS

de bassin

L'opérateur prend appui sur l'extrémité sup du tibia, genou fléchi

il fait une flexion progressive de la hanche

Traction continue

Radiographie de contrôle : - confirmer la réduction

- rechercher complication iatrogène (f# de col femoral)

ant ↓ Traction en flexion et abduction

Après réduction

• Rx de contrôle

• Interdiction de l'appui ptt 1 - 2 mois (cicatrisation capsula. lig) → à incidence orthopédique

• Surveillance de la survenue de névrose cephalique ptt 2 ans

• Traction ptt 4 semaines

↑ Préconité de la réduction +++

Suites

Risque de neurox céphalique est + important après chirurgie

* Surveillance de la survenue d'un ostéoneurox céphalique

ptlt 2 ans

IRM ou scintigraphie → détection précoce

TDM : moins performant

IRM / scinti : 2-3 mois après

1-2 fois / an pendant 2 ans

Intérêt : Détection précoce → fourrage bicipitique → dépression → préservant la viabilité

↳ ostéogénèse + relv

Dg tardif → prothèse !

+ Rééducation

Cpc post op

Nécrose de la tête fémorale :

Coxarthrose

Ossification péri-articulaire