

**MINISTRE DE L'EDUCATION
NATIONALE**

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE ACADEMIQUE 2005 – 2006

N° :.....

Thèse

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE
DES LUXATIONS DE LA HANCHE DANS LE
SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE DE L'HOPITAL
GABRIEL TOURE DE BAMAKO A PROPOS
DE 33 CAS**

Presentee et soutenue publiquement le/...../2006

**devant la Faculté de Médecine de Pharmacie Et
d' Odonto Stomatologie**

Par Monsieur OUSMANE DOUMBIA

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'état)**

JURY :

Président : Pr. Mamadou Lamine TRAORE

Membre : Dr. Broulaye M. SAMAKE

Codirecteur Pr. Tiéman COULIBALY

Directeur de thèse : Pr. Abdou Alassane TOURE

A large, horizontal rectangular box with a dotted border and a light stippled background. The box has rounded corners and a small circular detail at the top right corner. The text is centered within this box.

**DEDICACES
ET REMERCIEMENTS**

Dédicaces :

Au terme de ce travail qui doit couronner des années d'études, de formation professionnelles, mes remerciements et dédicaces vont à ceux qui m'ont dispensé leur amour, leurs biens et leurs bénédictions. Ce travail est dédié :

Au souverain seigneur de l'univers béni soit Dieu le tout puissant pour sa grâce qui m'a accompagné pendant ces longues années d'études.

A mon père : Adama DOUMBIA

Vous qui avez guidé mes premiers pas à l'école et qui n'avez jamais cessé de nous rappeler que «seul le travail libère l'homme» Vous avez toujours su nous inculquer les règles de bonnes conduites, de dignité, de respect de l'être humain et de la sagesse, ce qui nous a permis de nous forger un chemin dans la vie.

Recevez ici le fruit de votre récolte.

Que Dieu le tout puissant te donne encore longue vie et vous préserve à nos côtés. Amin !

A ma mère : Feue Assétou BAMBA

Femme humble, généreuse, honnête et travailleuse. Tu représentes encore pour moi l'exemple de la bonté, du respect de l'autre, de la femme modèle. Ce travail est le fruit de tes longues patientes, tes efforts et de tes sacrifices pour parfaire notre éducation. Tu n'as cessé de m'encourager tout au long de mes études surtout aux moments les plus pénibles. Ta tendresse ne peut s'évaluer. Tes bénédictions étaient toujours pour moi la lampe qui illuminait la voie devant et indiquait le

chemin de l'honneur. Chère mère en ce jour de la réalisation de tes vœux, dommage que tu ne serais pas présentes pour bénéficier de ce travail. Que la terre te soit légère. Amin !

A mes grandes sœurs : Sata DOUMBIA et Rokia DOUMBIA que ce travail vous incite à mieux faire et qu'il soit un faible témoignage de l'affection de votre petit frère.

A mon petit frère et mes petites sœurs : Mamadou ; Niériba ; Korotoumou et Mariam.

La vie est un combat. Celui qui lutte trouve toujours la récompense de son effort.

Trouvez ici la reconnaissance du soutien que vous n'avez cessé de m'apporter tout au long de mes études.

Remerciements :

Mes vifs remerciements vont :

A mes oncles :

Seydou **DOUMBIA** et Soumaïla **DOUMBIA** les mots me manquent pour vous exprimer mes sentiments. Que Dieu vous garde très longtemps parmi nous pour que vous puissiez profiter de ce travail.

A mes tantes :

Djéneba **BAGAYOKO**, Matou **BALLO**, Bintou **DOUMBIA**, Fatou **DIAKITE** dite Kinè, Safiatou **SOUMAORO**, et Awa **SIDIBE**. En ce moment solennel de ma reconnaissance et mon attachement à vous.

A mes cousins et cousines :

Souleymane, Sira, Fatoumata dite Fatim, Bourama, Mery, Broulaye, Siaka, Abou, Mamadou **COULIBALY**, Sitan **BAGAYOKO** dite Mah, Ami, Mariam. Soyons solidaires et unis, ensemble nous surmonterons tous les obstacles de la vie.

Recevez à travers ce travail, le témoignage de mon affection sincère et profond.

A mes amis :

Cheick Abdallah **BAGAYOKO**, Saïdou Mohamed **SANGARE**. Je vous remercie infiniment pour tout ce que vous avez fait pour moi dans la réalisation de cette thèse.

A tous les membres de l'association des élèves et étudiants ressortissants de la commune de Kéléya (A.E.E.R.C.K) :

Golo BAGAYOKO, Karim DOUMBIA, Moussa wolo BAGAYOKO, Djoumé BAGAYOKO, Mohamed SIAMAN, Yacouba BAGAYOKO, Soumaïla TRAORE, Flassira GADIO pour les moments inoubliables passés ensemble.

A tous les membres de l'action santé commune II :

Yacouba SYLLA, Drissa COULIBALY, David KONE, Baby COULIBALY

A mes ami (e) s de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie (F.M.P.O.S) :

Lamine SIDIBE, Aruna BAMBA, Mohamed KEFI, Bakary DEMBELE, Adama SOUMAORO, Aïssata BAMBA, Mariam DJILA, Fatoumata MAÏGA.

Aux docteurs :

Aboubacar CAMARA, Fatoumata KONATE dite Fako, Aboubacar Alassane Oumar dit A.A.O, Adama KANTE, Gaoussou KEÏTA, Souleymane DEMBELE, Boubacar DOUMBIA, Sallah BAMADIO.

Aux familles :

DJIGUIBA, SANGARE, DIALLO, TALL, DOUMBIA

A mes maîtres :

Dr Adama SANGARE, Dr Ibrahim ALWATA, Dr G. CASARES, vous avez toujours répondu à tous mes appels. Nous avons été satisfaits par tous vos enseignements. Recevez ici l'expression de notre profond respect.

Au personnel de service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital GABRIEL TOURE :

M. TALL, M. HAÏDARA, M. CAMARA, Mme Fatou, M. TOGOLA, M. Jeremie, M. DOUMBIA, Mme DAYA, Mlle Aïché, Infirmiers ET Infirmiers stagiaires, merci pour votre accueil.

A mes collègues de service de chirurgie orthopédique et traumatologique :

Ibrahim Kalil DIAKITE, Salif BAGAYOKO, Souleymane KONE, Awa SANGARE, Djénéba COULIBALY, Moussa DIALLO, Salif BALLO merci pour les moments passés ensemble.

A tous les C.E.S. de chirurgie du Mali :**Au personnel de la bibliothèque de la F.M.P.O.S****Au personnes souffrantes de cette maladie :**

Courage et patience. La médecine vaincra le mal.



**HOMMAGE AUX HONORABLES
MEMBRES DU JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY
PROFESSEUR MAMADOU LAMINE TRAORE**

- Agrégé de chirurgie générale
- Professeur honoraire de chirurgie à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
- Ancien chef de service de chirurgie générale à l'Hôpital National Universitaire du point G
- Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent à l'administration.

Veillez trouver ici le témoignage de votre infinie gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE
DOCTEUR BROULAYE M.SAMAKE**

- Anesthésiste et Réanimateur à l'hôpital Gabriel TOURE
- Membre de la Société malienne d'anesthésie et de réanimation
Membre de la Société d'anesthésie et de réanimation de
l'Afrique Noire Francophone (SARANF)

Cher Maître

Nous sommes fiers de vous compter parmi nos juges. Vos qualités humaines, votre volonté professionnelle, votre savoir et votre disponibilité nous ont fortement marqué.

Veillez accepter cher Maître nos sentiments les plus respectueux.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :
PROFESSEUR TIEMAN COULIBALY**

- Chirurgien orthopédiste et traumatologue à l'hôpital GABRIEL TOURE
- Maître de conférence à la F.M.P.O.S
- Membre de la société Malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique

Cher Maître,

Vous avez toujours été à l'écoute de vos élèves.

Votre savoir, votre rigueur dans le travail, votre attention sans pareille vis-à-vis des autres vous valent toute notre admiration.

Recevez, à travers cette étude, l'expression de notre profonde gratitude et de notre respect.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :
PROFESSEUR ABDOU ALASSANE TOURE.**

- Professeur de chirurgie orthopédique et traumatologique.
- Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital GABRIEL TOURE.
- Directeur général de l'institut national de formation en sciences de la santé (I.N.F.S.S)
- Chef du D.E.R de chirurgie de la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.
- Président de la société Malienne de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOMACOT)
- Chevalier de l'ordre national du Mali.

Cher maître,

Votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité et votre sens social élevé font de vous un homme admirable.

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service et en nous confiant ce travail.

Permettez-nous cher maître de vous remercier et vous assurer de notre profonde gratitude.

PLAN

I- INTRODUCTION.....	2
II- GENERALITES.....	4
A- L'ostéologie.....	5
B- Les surfaces articulaires.....	10
C- Les moyens d'union.....	11
D- La vascularisation et l'innervation.....	13
E- Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale.....	14
F- Etude clinique	16
G- Les examens complémentaires.....	25
H- Traitement.....	27
III- NOTRE ETUDE.....	
1- Matériel et méthodes.....	
2-Résultats.....	
3-Commentaires et discussions.....	
4-Conclusions et recommandations.....	
IV- BIBLIOGRAPHIE.....	
V- ANNEXES.....	



I- INTRODUCTION

Une Luxation est un déplacement permanent des surfaces articulaires d'une articulation. Quand ce déplacement est total, il s'agit d'une Luxation complète ; quand il est partiel on parle de subluxation. La situation de la partie distale par rapport à la partie proximale du membre permet de la caractériser. [32]

La Luxation de la hanche est un déplacement permanent de la tête fémorale hors de la cavité acétabulaire à la suite d'un traumatisme violent survenant sur une hanche en attitude propice ou à la suite d'une maladie concomitante (drépanocytose, abcès de la hanche, dysplasie).

Les Luxations de hanche constituent 5 % de l'ensemble des Luxations [5 ; 7 ; 15 ; 17 ; 19] leur prise en charge doit être rapide et adéquate, faute de quoi elles laissent des complications invalidantes [30]. La fréquence élevée des accidents de la voie publique constitue un facteur exposant à ces lésions.

Pour mener notre étude nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIF GENERAL :

Etudier la prise en charge des Luxations de hanche dans le service traumatologie et d'orthopédie de l'hôpital Gabriel Touré.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence des différents types de luxation de hanche
- Déterminer les étiologies liées à ces lésions
- Déterminer les complications de ces luxations



II- GENERALITES

A- L'OSTEOLOGIE : [3]

Le développement et l'ossification :

L'os iliaque se développe de trois points primitifs et d'un nombre variable de point complémentaires. Ces points correspondent aux trois pièces primitives de l'os iliaque.

- Le point iliaque et le apparaît au troisième mois de la vie intra utérine et forme l'aile iliaque et le toit du cotyle.
- Le point ischiatique apparaît un peu plus tard et forme le corps de l'ischion et la moitié postérieure de la ischio - pubienne ;
- Le point pubien apparaît au cours du cinquième mois de la vie intra utérine. Il forme le corps du pubis et la moitié antérieure du pourtour du support ostéo-articulaire de la région de la hanche est forme par la face externe, exo pelvienne de l'os iliaque et par l'extrémité supérieure du fémur ; ces deux pièces osseuses étant réunies par la capsule et les ligaments de l'articulation coxo-fémorale. La coxo-fémorale est une énarthrose, une articulation mobile aux surfaces articulaires sphériques dont l'une est convexe et l'autre concave. Les mouvements s'y exécutent dans trois directions principales : flexion -extension, abduction – adduction, rotations et la circumduction [3]

1- L'os iliaque :

C'est un os plat formant à lui seul la ceinture pelvienne. Il est constitué de trois pièces osseuses primitives : l'ilion en haut, l'ischion en bas et en arrière, le pubis en avant. L'os iliaque présente habituellement à décrire deux faces et quatre bords :

- Une face interne ou exo – pelvienne qui rentre dans la constitution de la hanche

- Une face interne ou endo - pelvienne,
- Un bord antérieur, un bord inférieur, un bord postérieur et un bord supérieur.

1.1- La face exo - pelvienne : elle forme le support osseux principal de la région de la hanche. Elle peut être divisée en trois parties distinctes :

- Une partie moyenne, articulaire, le cotyle,
- Une partie supérieure : la fosse iliaque externe osseuse,
- Une partie inférieure correspondant au trou obturateur et aux éléments osseux qui l'entourent.

1.1.1- Le cotyle : (acetabulum) c'est une large cavité hémisphérique creusée à la partie moyenne de la face exo pelvienne de l'os iliaque point de rencontre des pièces osseuses primitives et qui s'articule avec la tête fémorale.

1.1.2- La fosse iliaque externe : elle est formée par l'os iliaque surplombant le cotyle à la manière d'un vaste auvent osseux. Elle est limitée en haut par le bord supérieur de l'os ou crête iliaque, en avant par la partie supérieure du bord antérieur, en arrière par le bord postérieur.

Elle est marquée par deux lignes courbes rugueuses (antérieure et postérieure). Ces lignes partent de la grande échancrure sciatique et se dirigent en divergeant vers les deux extrémités (antérieure et postérieure) de la crête iliaque. Elle délimitent trois champs d'insertion musculaire pour les muscles fessiers : le petit, le moyen et le grand fessier.

1.1.3- Le trou obturateur et son cadre osseux : au dessous de la cavité cotyloïde, l'os iliaque présente un vaste orifice appelé le trou obturateur. (Foramen obturatum). Il est limité par le corps du pubis, la branche ilio-

pubienne, comblé en grande partie à l'état frais par la membrane obturatrice.

1.2-L'architecture : l'os iliaque est formé de deux bornes d'os compact entre les quelles est interposée une couche d'os spongieux. Il y'a trois systèmes de travées spongieuses :

Le système supérieur rayonnant en ogives dans l'aile iliaque n'intervient pas dans l'appui de la hanche ; les deux autres systèmes : le cotyloïdien qui prend appui sur les deux éperons compacts avec ses travées se dirigeant vers le cotyle et le système ischiatique prenant appui sur l'éperon ischiatique avec ses travées descendant verticalement vers la tubérosité ischiatique.

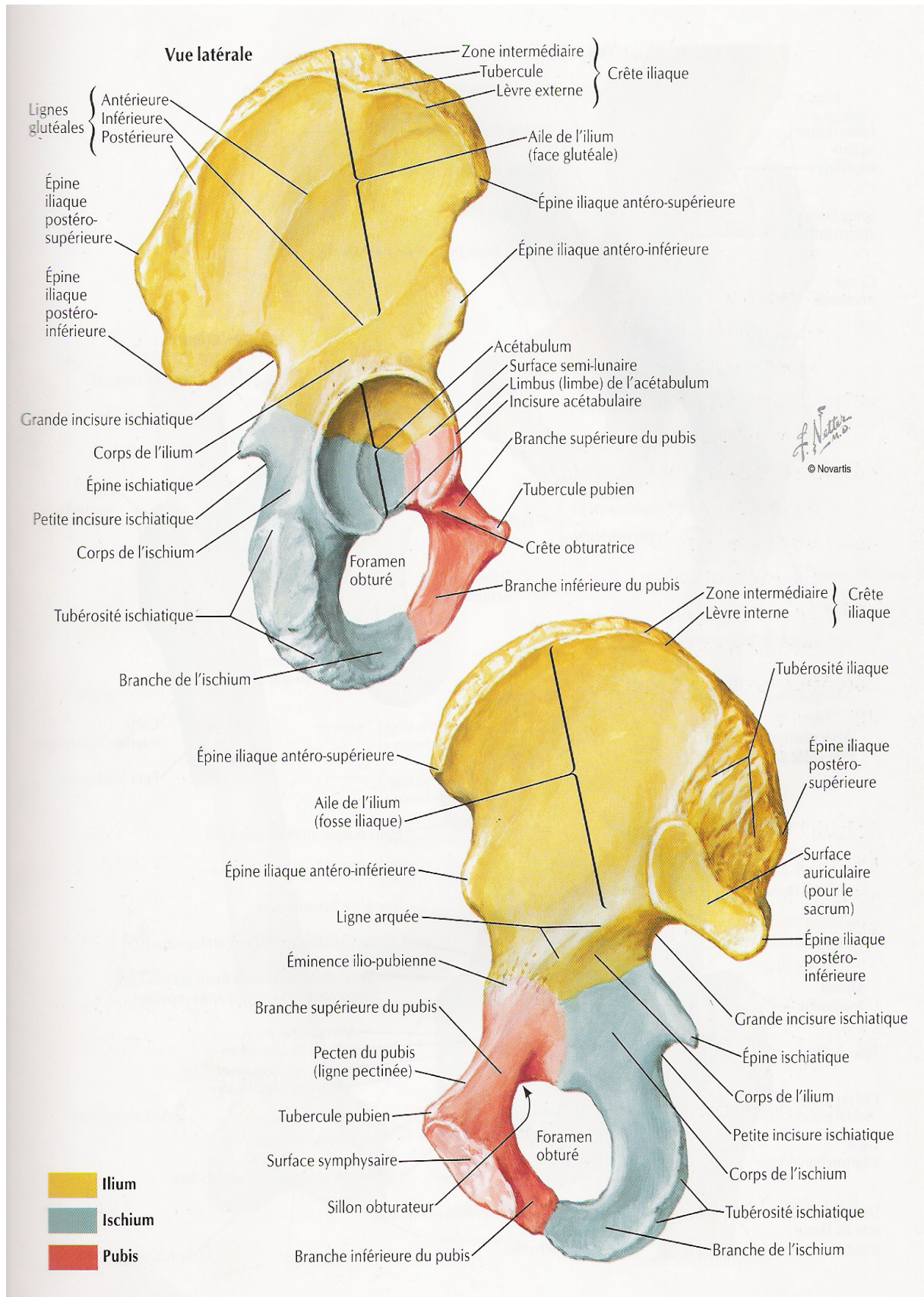


Figure n°1 : os coxal (os de la hanche) selon NETTER [28]**2- L'extrémité supérieure du fémur :**

Elle comprend quatre parties : le col, le grand et le petit trochanter.

2.1- La tête fémorale : elle s'articule avec la cotyle. Son étude sera détaillée dans le sous chapitre surfaces articulaires.

2.2- Le col fémoral : est la portion qui relie la tête fémorale au massif trochantérien. Sa forme est cylindrique, aplatie d'avant en arrière. Il est long de 35 - 45mm et haut de 2 -3mm. Son axe fait avec celui de la diaphyse un angle d'inclinaison de 130° et un angle d'antéversion ou de déclinaison ouvert en dedans et en avant d'environ 25°. Il présente une face antérieure, une face postérieure, une face interne, une extrémité externe, une extrémité interne, un borne inférieur et un borne supérieur.

2.3- Le grand trochanter : est une volumineuse masse osseuse de forme grossièrement quadrilatère. Il est immédiatement en dehors du col. Il présente une face externe, une face interne, un bord supérieur, un bord inférieur, un bord antérieur et un bord postérieur.

2.4- Le petit trochanter : Est un tubercule sensiblement conique. Il est situé à la partie supérointerne du bord inférieur du col ; donne l'insertion du tendon du muscle du psoas iliaque.

2.5- Le col chirurgical : est une zone de transition qui relie l'ensemble du massif trochantérien à la partie supérieure de la diaphyse fémorale.

2.6- L'architecture : [1] l'extrémité supérieure du fémur transmet le poids du corps au membre inférieur dans la marche et la station debout. Elle est formée d'une lame de tissus osseux, compacts entourant une masse de tissus spongieux. L'extrémité supérieure est soumise à deux types de contraintes : des contraintes en compressions, verticales, parallèles à la

diaphyse fémorale et des contraintes en contraction, horizontales parallèles à l'axe du col fémoral.

2.7- L'ossification et le développement : le mode d'ossification de cette extrémité se fait à deux niveaux : l'un pour la tête et l'autre pour le grand trochanter. La tête fémorale d'un adulte dans ses deux tiers périphériques est d'origine épiphysaire mais la partie juxta cervicale de la tête est métaphysaire.

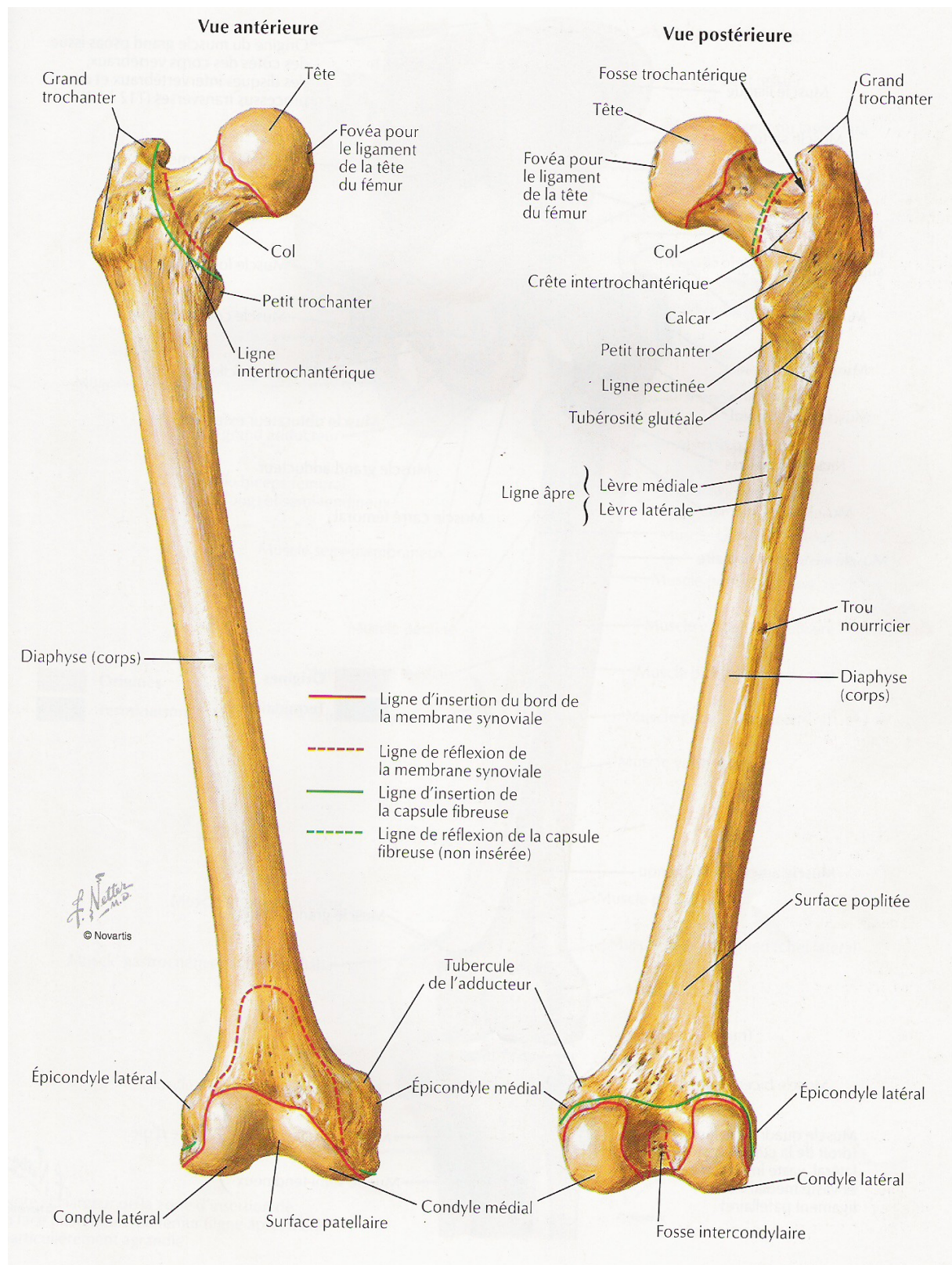


Figure n°2 : fémur selon NETTER [28]

B- LES SURFACES ARTICULAIRES :

Elles sont représentées par la tête fémorale et la cavité cotyloïde agrandie par un bourrelet fibrocartilagineux périphérique.

1- La tête fémorale :

De forme sphérique dans ses deux tiers avec un rayon de 25 mm, elle regarde en haut en dedans et un peu en avant. Elle présente dans sa partie postéro inférieure une fossette rugueuse pour l'insertion du ligament rond.

Cette fossette est extra - articulaire. La tête est revêtue d'un cartilage hyalin dont l'épaisseur varie de 1 à 3mm et atteint son maximum au niveau du pole supérieur.

2- La cotyle :

(La cavité cotyloïde) est une large cavité hémisphérique située à la face externe de l'os iliaque. La partie centrale, la plus profonde de la cotyle, dépourvue de cartilage a une situation extra - articulaire. Cette partie profonde centrale du cotyle constitue l'arrière fond du cotyle : de forme quadrilatère, ce fond est occupé par un bourrelet graisseux et donne insertion au ligament rond. La véritable surface articulaire est la périphérie de la cotyle. Cette périphérie dessine un croissant. Ces cornes de cette périphérie se réunissent au niveau de l'échancrure ischio-pubienne. Le croissant est revêtu de cartilage hyalin d'épaisseur maximale à la périphérie. L'ensemble de la cavité cotyloïde regarde en dehors, en bas et un peu en avant. Elle est agrandie par un fibrocartilage périphérique :

Le bourrelet cotyloïdien. Le diamètre de la cotyle mesure de 45 à 60mm, profondeur 25 à 30mm chez l'adulte, beaucoup moins creusé chez l'enfant où il n'englobe qu'une faible partie de la tête fémorale.

3- Le bourrelet cotyloïdien :

Est un anneau fibrocartilagineux, fixé au pourtour du cotyle. Il est à la fois surface articulaire et moyen d'union. C'est un moyen de communication entre l'arrière fond du cotyle et la région obturatrice. Il livre passage aux vaisseaux destiné au ligament rond. Sa face externe est convexe, tandis que l'interne est concave et lisse.

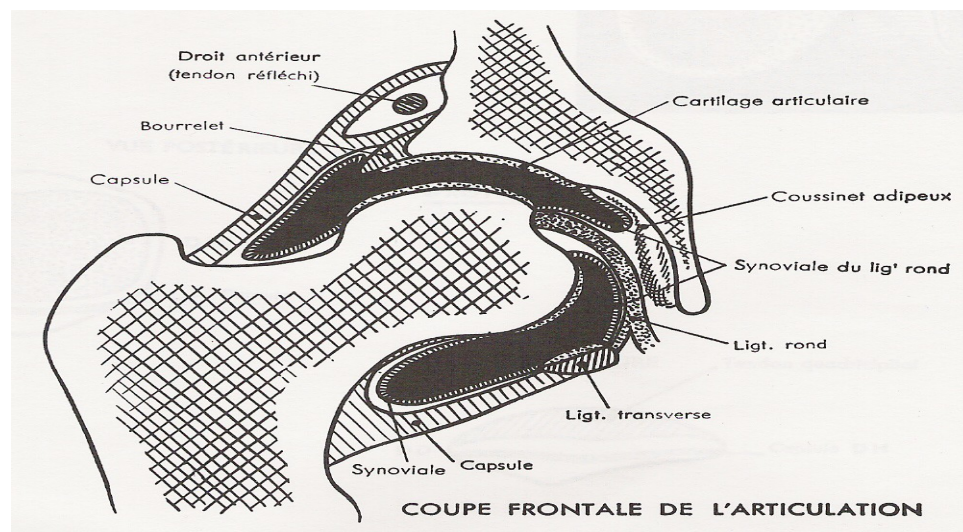


Figure n°3 : coupe frontale de l'articulation

C-LES MOYENS D'UNION : [22]

La capsule articulaire et cinq ligaments constituent les moyens d'unions de l'articulation coxo-fémorale.

1- La capsule articulaire :

Elle s'attache sur l'os iliaque en dehors du bourrelet cotyloïdien, de sorte que ce dernier se projette en avant librement dans la capsule articulaire. L'insertion de la capsule sur tête fémorale se fait suivant une ligne articulaire à distance à peu près régulière du col est ainsi plus courte en avant qu'en arrière. L'insertion se fait en avant sur la ligne inter-trochantérienne tandis qu'en arrière elle a lieu à environ une largeur de doigt de la crête inter-trochantérienne.

2- Les ligaments extra capsulaires :

2.1- Le ligament ilio-fémorale ou ligament de Bertin :

Il est le plus puissant de tous les ligaments du corps humain. Il résiste à la traction d'un poids d'environ 350 kilogrammes. Son origine est l'épine iliaque antéro inférieure et le rebord de la cavité cotyloïde. Il se rend ensuite à la ligne intertrochantérienne. Il est constitué de trois faisceaux dont le plus fort est les faisceaux supérieurs et le faible, le faisceau inférieur. A la station debout, le bassin est incliné vers l'arrière et ces faisceaux (supérieur et inférieur) sont enroulés et tendus permettant ainsi un relâchement musculaire :

2.2 - Le ligament ischio- fémoral :

L'insertion se fait sur l'ischion au dessous de la cavité cotyloïde et se dirige presque horizontalement au dessous du col du fémur vers l'insertion du faisceau supérieur du ligament de Bertin. Il irradie en outre dans le ligament annulaire. Il empêche la rotation interne de la cuisse.

2.3 - Le ligament annulaire ou ligament de Weber :

Il encercle la partie étroite du col fémur et permet le contact de la tête fémorale avec la cotyle.

2.4 Le ligament pubo-fémoral :

Il naît au niveau de la crête obturatrice et de la portion adjacente de la membrane obturatrice c'est le plus faible des ligaments de la coxo-fémorale. Il irradie dans la capsule articulaire et notamment dans le ligament annulaire pour se diriger ensuite vers le fémur. Il entrave les mouvements d'abduction.

3- Le ligament intra capsulaire (le ligament rond) :

Il s'étend de l'échancrure ischio-pubienne à la fossette du ligament rond. Ce ligament rond n'a pas pour rôle de maintenir le contact entre la tête fémorale et la cavité cotyloïde. Ce n'est qu'en cas de luxation qu'il peut, jusqu'à un certain point, empêcher une déviation plus forte, car ce n'est qu'alors qu'il est tendu. Il contient des artérioles (artère du ligament rond) qui vascularisent la face interne de la tête fémorale. La capsule articulaire et le ligament rond peuvent être déchirés en cas de luxation.

4-La synoviale : [3]

Elle comprend deux parties : la synoviale proprement dite et la tente du ligament rond. La première tapisse la face profonde de la capsule. Elle s'insère sur le bourrelet et se termine au pourtour du cartilage céphalique. La tente du ligament rond est insérée sur le bord de la fovéa capités, le ligament transverse de l'acetabulum et sur le pourtour de l'arrière fond de la cotyle. Elle est intra capsulaire, extra synoviale et extra-arculaire.

D- LAVASCULARISATION ET L'INNERVATION : [3]

1- La vascularisation artérielle de la hanche :

Provient de plusieurs sources :

La circonflexe antérieure :

Naît de l'artère fémorale profonde. Elle s'anastomose avec la circonflexe postérieure au niveau de la face postéro-externe du grand trochanter. Elle fournit les artères antérieures du col fémoral et du grand trochanter.

La circonflexe postérieure :

A la même origine que antérieure. Elle forme avec l'antérieure un cercle artériel autour du col chirurgical du fémur. Elle donne l'artère inférieure du col.

La branche postérieure :

(L'externe de l'obturatrice) irrigue le sourcil et le bourrelet cotyloïdien. Elle fournit l'artère acétabulaire, L'artère du ligament rond.

Plus accessoirement l'artère ischiatique et la fessière fournissent des rameaux à la partie postérieure de l'articulation coxo-fémorale notamment l'artère du toit du cotyle dont l'absence congénitale a pu être invoquée comme cause d'aplasie du cotyle et de la luxation congénitale de hanche.

La vascularisation veineuse est calquée sur la disposition des artères.

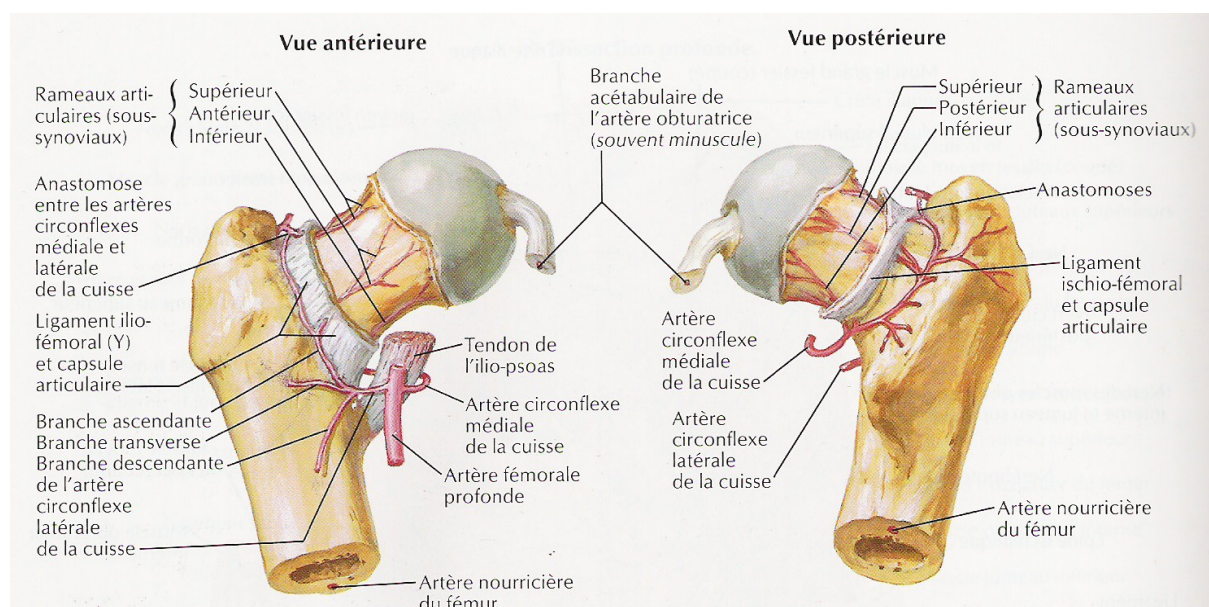


Figure n°4 : artères de la tête et du col du fémur selon NETTER [28]

2 -L'innervation :

Elle est assurée en avant par le nerf crural plus l'obturateur et les branches du plexus lombaire ; en arrière par le sciatique, le nerf carré crural et les branches du plexus sacré.

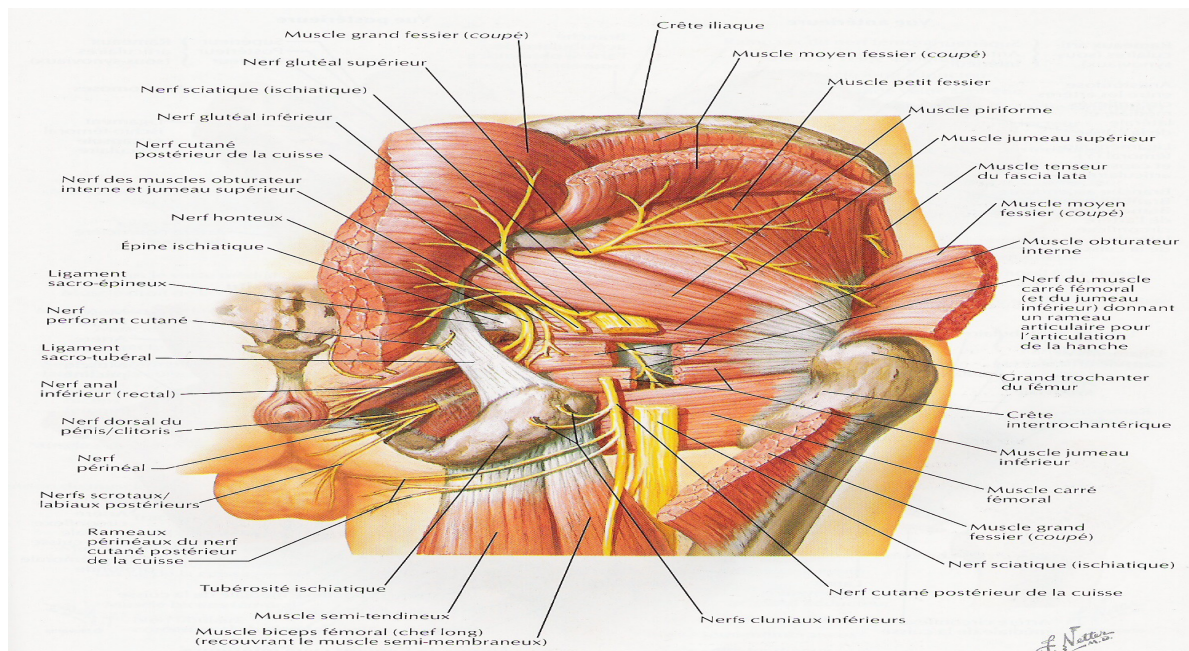


Figure n°5 : nerf de la hanche et de fesse selon NETTER [28]

E- LES MOUVEMENTS DE L'ARTICULATION COXO-FEMORALE:

La hanche est une articulation solide et mobile. Elle est bien adaptée à la station debout par un verrouillage en rectitude qu'assure le système capsulo-ligamentaire. Les ligaments et les muscles jouent un rôle essentiel : en avant les ligaments sont puissants, en arrière les muscles sont prédominants. La coaptation ligamentaire est efficace en extension, la flexion, en revanche, est une position, d'instabilité, s'il s'y ajoute une abduction, un choc relativement faible dans l'axe du fémur peut créer

une luxation postérieure (Syndrome du tableau de bord). La coxo-fémorale étant une énarthrose, les mouvements peuvent se faire dans tous les plans de l'espace et revêtir une variété infinie. En pratique, il est habituel de distinguer trois types de mouvements correspondant au trois plans de l'espace et qui sont décrits et analysés à partir de la position de la hanche en rectitude dans la station debout [1 ; 23].

1- La flexion-extension :

Elles s'effectuent autour d'un axe transversal situé dans un plan frontal pour une amplitude globale de 135° dont 120° pour la flexion et 15° pour l'extension. L'extension est un mouvement qui porte la cuisse en arrière et met en jeu le grand fessier et les muscles ischio-jambiers (demi-tendineux, demi membraneux, carré rural).

La flexion rapproche la face antérieure de la cuisse de l'abdomen, met en jeu les adducteurs, le psoas iliaque, le couturier, le tenseur du fascia lata et le droit antérieur [3 ; 15 ; 21].

2- L'abduction - adduction :

L'axe d'abduction est antéropostérieur, situé dans un plan sagittal pour une amplitude globale de 75° dont 45° pour l'abduction et 30° pour l'adduction. L'abduction écarte la cuisse de l'axe du corps, met en jeu le moyen et petit fessier, Le pyramidal et les deux obturateurs (interne et externes). L'adduction (le moyen), le périnée, le droit interne et le couturier [3 ; 15 ; 24].

3- La rotation :

L'axe de rotation est vertical se confondant avec l'axe longitudinal du membre inférieur pour amplitude de 50° quand la hanche est en

rectitude et 90° en flexion. La rotation externe amène le grand trochanter en arriere et fait tourner les abducteurs, les pelvi-trochantériens, le grand fessier, le moyen et le petit fessier, le tenseur du fascia-lata. La rotation interne mène le mouvement contraire de celui que produit la rotation externe. Il n'y a pas de muscle exclusivement rotateur interne, néanmoins sont mis en jeu le tenseur du fascia-lata, le petit et le moyen fessier [3 ; 15 ; 21]

4- **La circumduction :**

C'est un mouvement combiné dans lequel la cuisse parcourt à peu près la surface latérale d'un poire dont la pointe se trouve dans la tête du fémur [22].

F- ETUDE CLINIQUE:

Une luxation coxo-fémorale doit nécessiter des circonstances traumatiques violentes du fait de la stabilité de cette articulation. La douleur, l'impotence fonctionnelle et l'attitude vicieuse du membre sont les maîtres symptômes.

Cependant, en cas de poly traumatisme ou altération de la conscience, la recherche de la lésion doit être systématique. Par contre un traumatisme minime peut être la cause de la luxation chez l'enfant [11].

La dysplasie osseuse locale la présence de facteurs génétiques et mécaniques peut expliquer la survenue d'une luxation congénitale de la hanche. [21 ; 22 et 9].

1- Mécanisme : [30]

La stabilité inhérente à cette énarthrose explique la violence cancale. Quelque soit le type de luxation, l'action vulnérante ne peut avoir que trois points d'application :

- La face antérieure du genou fléchi ;
- La plante du pied avec genou en extension ;
- Le grand trochanter.

La luxation postérieure survient sur un membre en flexion adduction rotation interne lors d'un impact antérieur sur le genou. Le rôle de la rotation est primordial.

La luxation antérieure survient en position d'abduction rotation externe lors d'un impact sur la face interne du genou avec effet du grand trochanter sur l'ilion en abduction maximale.

Deux mécanismes sont invoqués [23] :

- un choc dans l'axe de la diaphyse fémorale, éventualité fréquente dans les accidents de relâchement musculaire. La hanche en flexion adduction est alors en position particulièrement instable et le choc de la rotule contre le tableau de bord fait sauter la tête fémorale en arrière du sourcil cotyloïdien. Ce mécanisme s'accompagne le plus souvent de fracture (rotule, cotyle, tête fémorale).
- Le mouvement de grand écart force intervient surtout dans le mécanisme indirect. Cependant une traction violente dans l'axe du fémur associé à une abduction est à la source de la luxation.

L'interrogatoire à la recherche de facteurs prédisposants à la luxation coxo-fémorale est essentiel : facteurs génétiques (hyper laxité ligamentaire considérée comme d'origine ethnique), facteurs mécaniques avec disproportion foeto-maternelle ou postale luxant [9 ; 4].

2- **Classification :** [30 ; 33]

Les luxations coxo-fémorales sont classées en régulières et irrégulières. BIGELOW en 1882, établit une classification reposant sur l'état du ligament de Bertin (ligament ilio-fémoral) et opposant les luxations irrégulières aux régulières. Les régulières sont caractérisées par l'intégrité de ce ligament et se répartissent en quatre types :

- Deux postérieures : la luxation postérieure haute ou iliaque représente 50%, la luxation postérieure basse ou ischiatique représente 25%.
- Deux antérieures : la luxation antérieure pubienne 10% et la luxation antérieure basse ou obturatrice 15%.

En cas de rupture de ce ligament, les déplacements de la tête fémorale ne se font plus à sa commande. Les luxations sont dites irrégulières, soit sus ou sous cotyloïdiennes.

La classification de LEVIN retenue comme universelle, définit cinq types de luxations soient antérieures ou postérieures :

Type I : La luxation pure sans instabilité avec réduction concentrique

Type II : La luxation irréductible sans fracture de la tête ou de l'acetabulum.

Type III : La hanche instable après réduction ou incarceration.

Type IV : La luxation associée à une fracture acétabulaire.

Type V : La luxation associée à une fracture céphalique ou cervicale du fémur.

La classification de DUNN selon l'importance des lésions anatomopathologiques, distingue trois grades :

- Grade I : subluxation avec l'imbus éversé

- Grade II : luxation intermédiaire avec l'imbus en partie éversé
- Grade III : luxation complète avec l'imbus inversé.

3- Types de description :

3.1- Type I : les luxations traumatiques pures de hanche [31] :

le tableau clinique associe une douleur vive, un œdème, une impotence fonctionnelle absolue, une attitude vicieuse qui permet de reconnaître l'une des quatre variétés de luxation régulière selon **J. CASTAING**.

a- La luxation iliaque :

Elle est la plus fréquente 50%. La tête fémorale se déplace en arrière et en haut, la cuisse est en extension avec adduction très marquée, une rotation interne et un raccourcissement de 6 à 8cm. Le pied du côté luxé repose sur ord interne sur la cheville opposée. Le grand trochanter est anormalement saillant et élevé. La tête fémorale est palpable à la partie haute de la fesse



Figure n° 6 : luxation iliaque de la hanche gauche avec fracture du cotyle



Figure n°7 : luxation iliaque réduite



Figure n°8 : luxation iliaque de la hanche gauche avec fracture de la branche ischio-pubienne gauche



Figure n° 9 : luxation iliaque réduite

b- La luxation ischiatique :

Elle représente 25% des cas, la tête se déplace en bas et en arrière. La déformation est très marquée associée flexion adduction et rotation interne. La tête fémorale perçue dans la fesse peut comprimer ou déchirer le sciatique. (Douleur, anesthésie et paralysie dans son territoire).

c- La luxation pubienne :

Le déplacement de la tête fémorale se fait en haut et en avant. Le membre luxé est en extension, abduction et rotation externe. La tête fémorale est palpable au niveau de l'aîne. Dans cette région elle peut soulever les vaisseaux fémoraux et peut léser le nerf crural. Une complication particulière est la rétention d'urine.

d- La luxation obturatrice :

Rare, la tête fémorale se déplace en bas et en avant, la cuisse est en flexion, abduction et rotation externe. La tête soulève les adducteurs et peut léser le nerf obturateur.

Au total selon **J. CASTAING** les luxations supérieures (iliaques et publiennes) se caractérisent par une extension et les inférieures (obturatrices et ischiatiques) par une flexion de la hanche. Les postérieures déterminent une adduction, rotation interne. Les antérieures déterminent une abduction, rotation externe. **KING** associe la vacuité trochantérienne au diagnostic de la luxation antérieure. La palpation des pouls distaux est systématique pour éliminer une lésion vasculaire. De même l'exploration motrice et sensitive du territoire ischiatique est indispensable. L'examen se termine toujours par un bilan complet.

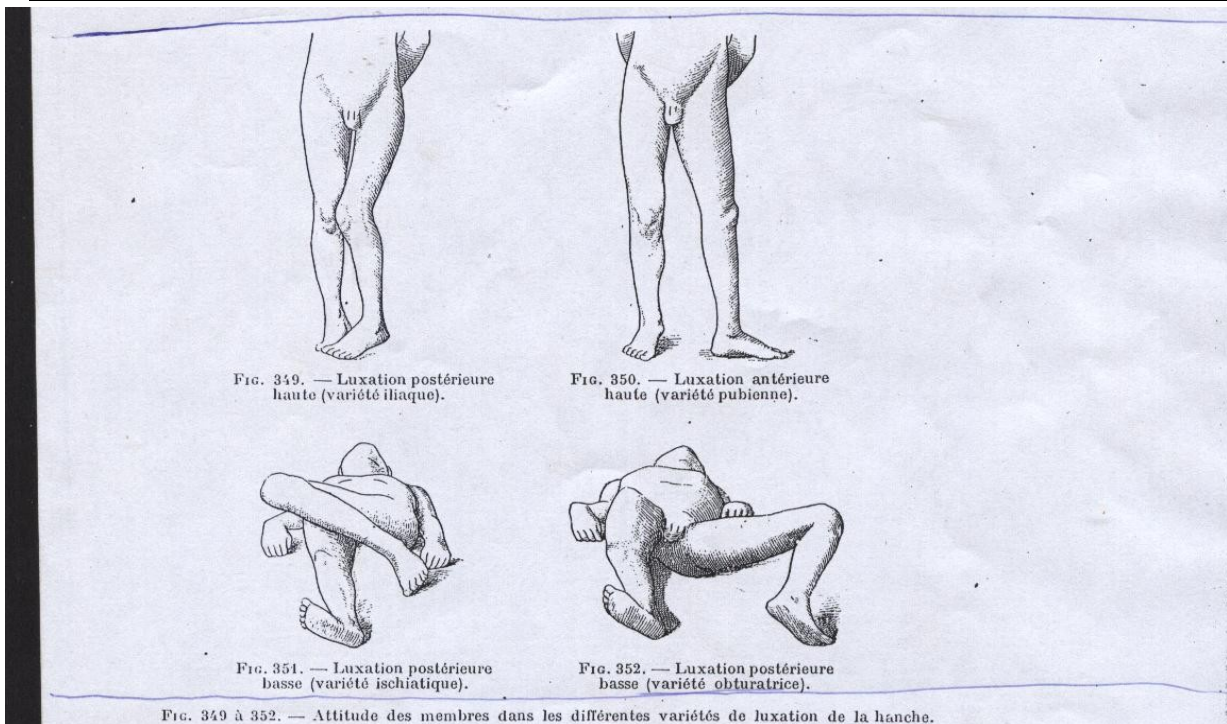


Figure n° 10 : attitude des membres dans les différentes variétés de luxation de la hanche

3.2- Type II : La luxation congénitale coxo-fémorale [31 ; 33 ; 9 ; 16 ; 29 ; 21 et 23] :

L'examen clinique est fondamental. Cette sémiologie clinique est très riche chez l'enfant ; elle est à la base du diagnostic. Elle ne se résume pas à la recherche d'un ressaut. Cet examen doit être attentif, prolongé, précoce et répété. L'enfant est mis sur plan dur et ferme. Au cours de cet examen la recherche de certains signes est systématique : le ressaut, l'instabilité, l'étude de l'abduction, la recherche de la posture fœtale des membres, la recherche des craquements (mis en évidence par le mouvement d'abduction adduction).

Chez l'enfant à partir de l'âge de la marche le symptôme dominant est la boiterie. Elle comporte à chaque pas une bascule du tronc et des membres (épaules) vers le côté portant tandis que le bassin s'incline du

côté opposé. Cette boiterie dite de l'épaule est liée à l'insuffisance du moyen fessier. A cette boiterie s'associent le raccourcissement, la limitation de l'abduction, le flessum de hanche et l'hyper lordose lombaire compensatrice.

a. La recherche de l'instabilité :

Beaucoup, des travaux ont été faits sur ce signe. Mais la technique de **BARLOW** est la plus fine. Quelle que soit la méthode utilisée, il faut insister sur le relâchement musculaire (déclencher le réflexe de succion) qui constitue la véritable pierre d'échappement du dépistage de la luxation congénitale. La technique de **BARLOW** [16] consiste à :

Une main bloque le bassin avec le pouce sur le pubis, l'autre tient la partie proximale du fémur en empaumant le bassin par une prise latérale et lorsque la main de l'examineur est trop petit, d'empaument directement la face postérieure de la cuisse. L'examineur effectue un mouvement de pronosupination de la main qui permet d'apprécier la stabilité de la hanche en recherchant un éventuel déplacement antéropostérieur ou postéro antérieur .

b- La recherche de posture fœtale des membres inférieurs :

Elle relève d'un examen minutieux en tenant compte du tonus des adducteurs, du degré de flessum des genoux ou au contraire de l'existence d'un genou recurvatum, d'une dislocation rotatoire des genoux, de la position des pieds et enfin de l'aisance avec laquelle on replie les membres inférieurs.

c- L'étude de l'abduction :

L'abduction est un vieux signe qui n'est pas toujours très net à la naissance, d'où l'intérêt d'avoir une approche plus fine en étudiant quatre paramètres :

- Regarder la position spontanée des cuisses, leur degré d'écartement ou de rapprochement, le caractère symétrique ou non l'existence de plis cutanés asymétriques ;
- Mesure l'amplitude de l'abduction (en flexion à 90°) en sachant que normalement elle est de 70 à 85°. Si elle est inférieure à 60°, on parle de limitation de l'abduction (ou de rétraction des adducteurs) si elle à plat sur la table d'examen pour préciser si l'écartement est symétrique ou non ;
- Etudier le tonus des adducteurs avec analyse de l'angle rapide (ou stretch reflex) qui est normalement de 50 à 70 °. Il y a hypertonie des adducteurs lorsque l'angle rapide est de 20 à 45 et hypotonie lorsqu'il est de 80 à 90°.
- Rechercher une rétraction des abducteurs en étudiant l'amplitude passive d'adduction (sur l'enfant à plat ventre de façon à étendre les hanches).

d- La boiterie :

Elle est le second signe qui inquiète les parents. On a :

- Une boiterie de l'épaule si la luxation est unilatérale avec signe de **DUCHENNE TREDELENBOURG.**
- Une boiterie "en canard" si la luxation est bilatérale
- Une plongeante avec signe de piston au niveau de la hanche luxée en cas de luxation unilatérale.

A ces signes fondamentaux il faut associer le raccourcissement, la limitation de la rotation externe ou interne et une fente vulvaire chez la petite fille.

La luxation congénitale de hanche a fait l'objet, depuis 20 ans, de nombreuses campagnes de prévention et d'enseignement, en particulier sous l'action du groupe d'étude en Orthopédie pédiatrique (GEOP), aujourd'hui la population française tire le bénéfice de ces campagnes de masse. Le professeur **DIMEGLIOA** a dirigé quatre (4) thèses entre 1983 et 1992, afin d'évaluer l'impact de l'action menée. On peut voir sur le tableau suivant, qui reprend quelques chiffres de ces études, les progrès considérables accomplis [4].

Année	1983	1992
Diagnostic néonatal	28 %	57 %
Diagnostic après 10 ans	12 %	2 %
Age moyen du diagnostic	4,4 mois	1,4 mois
Diagnostic fortuit	45 %	4 %
Diagnostic par la famille	22 %	5 %
Diagnostic par la radiographie	55 %	16 %
Détection échographique	?	84 %
Hospitalisation	58 %	23 %
Traitement ambulatoire	42 %	77 %

G- LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES : [9 ; 11 ; 16 ; 21 ; 22 ; 24 et 29]

1- La radiographie standard : [11] son rôle est capital dans toutes les affections de la hanche. Le cliché du bassin de face représente le minimum nécessaire. Il confirme le diagnostic clinique et type de

luxation. Il met en évidence les lésions osseuses associés permettant ainsi une indication des clichés centrés sur la hanche.

L'intérêt de la radiographie standart est d'analyser :

- La symétrie des interlignes coxo-fémorales
- La ligne de **SHENTON** (cintre cervico-obturateur)
- La rotation de la hanche par rapport à la position du petit trochanter
- La taille des têtes fémorales (supérieure du côté luxé en cas de luxation antérieure, inférieure en cas de luxation postérieure)
- L'état du col fémoral

Elle n'a d'intérêt chez le nouveau né que vers 3 - 4 mois de vie car avant cet âge l'os est immature. (les points d'ossification céphalique ne sont pas encore apparus). A quatre (4) mois l'image de la hanche normale doit être connue. Si le point d'ossification de la tête fémorale est présent, il se situe dans le quadrant

inféro-interne d'**OMBREDANNE** (l'horizontal passant par le cartilage en y et la verticale passant à la limite du toit du cotyle délimitant quatre (4) quadrants).

2-L'arthrographie et la tomодensitométrie : [33]

L'arthrographie est utilisée à but diagnostic et thérapeutique dans les cas difficiles surtout en cas d'instabilité. La tomодensitométrie est un examen précieux mais peu valable chez le jeune enfant lorsque la hanche est encore cartilagineuse d'où l'intérêt de l'échographie.

- 3- **L'échographie** : C'est un examen non irradiant et non invasif. Elle s'est beaucoup développée depuis 1985. L'échographie permet d'objectiver les structures cartilagineuses, la capsule et les plans musculaires non visibles à la radiographie standard

(conventionnelle). Elle aide au dépistage de la luxation congénitale coxo-fémorale. Cet examen doit être réalisé chez les enfants qui présentent des signes cliniques de luxation et / ou de facteurs de risque, ceci avant la fin du premier mois de vie [9 ; 16 ; 21 ; 22 ; 24 et 29].

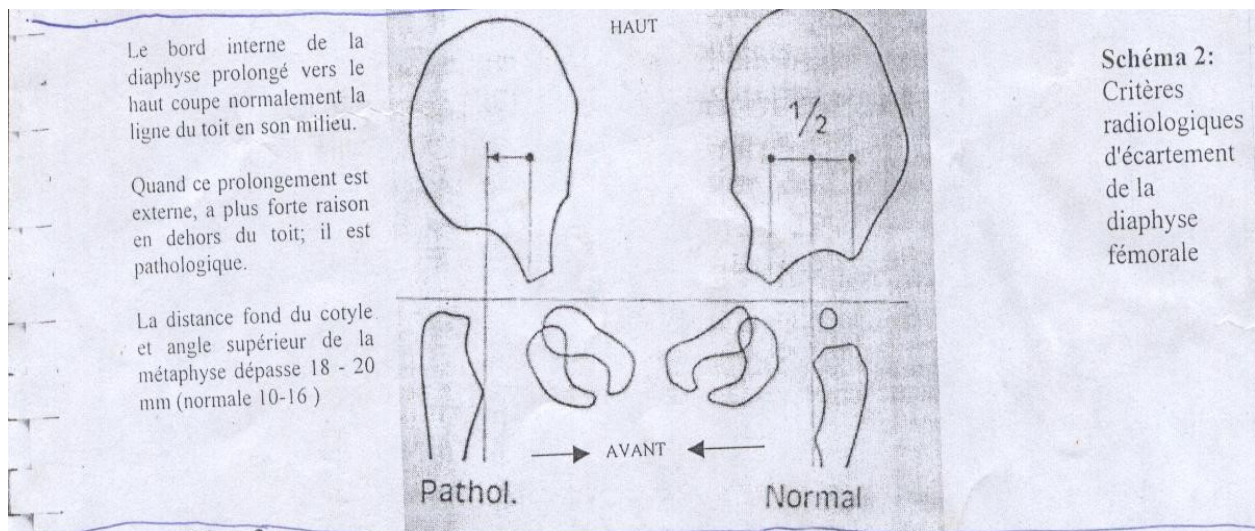
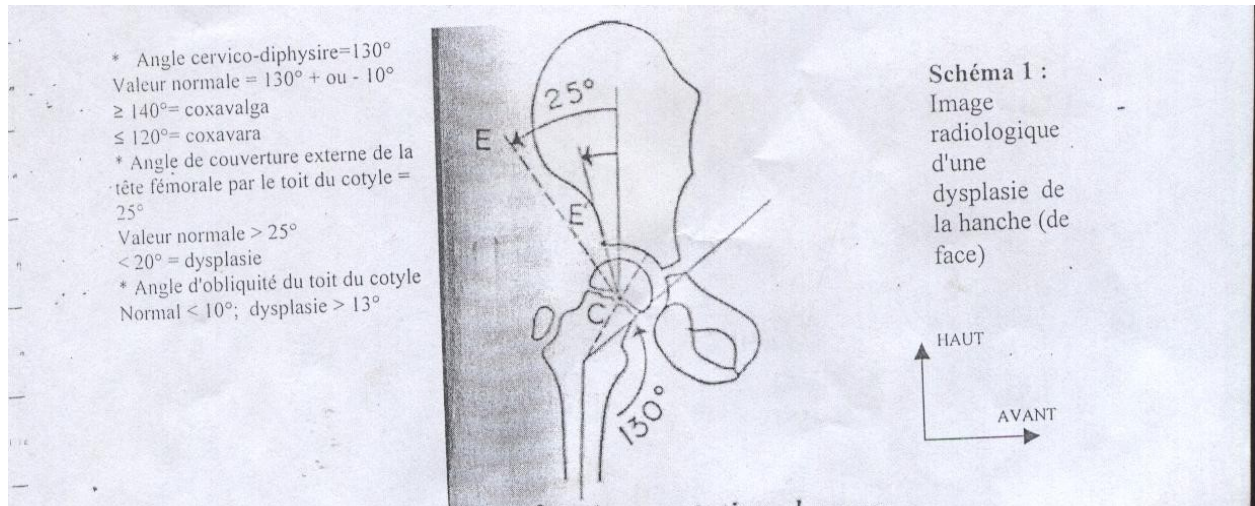
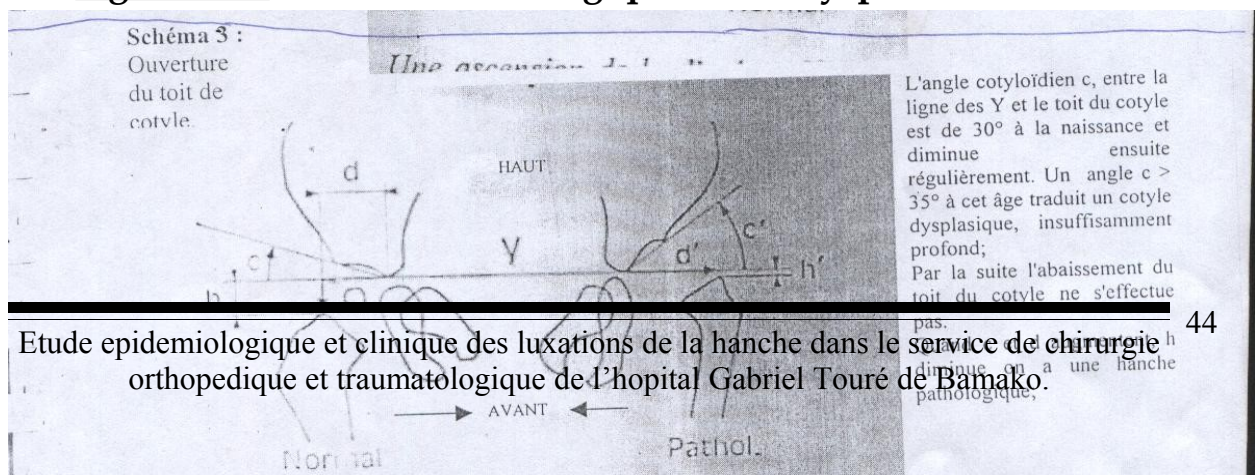


Figure n°11 : éléments radiologiques de la dysplasie de hanche.



H- TRAITEMENT :

Le but du traitement est d'obtenir une bonne réduction, stabiliser la hanche et prévenir si possible les complications. Le traitement est basé sur des méthodes posturales ou positionnelles (que la réduction soit obtenue orthopédiquement ou chirurgicalement). Le traitement médical et la kinésithérapie (rééducation) sont toujours associés à la méthode de réduction utilisée. [33].

1- La réduction orthopédique :

Elle a suivi une évolution, déjà **HIPPOCRATE** attachait une grande attention aux luxations de hanche. Il utilisait plusieurs méthodes de réduction avec des appareils appropriés. [36]

La réduction orthopédique s'impose d'urgence pour limiter les risques de nécroses céphaliques. Le délai idéal ne doit pas dépasser 24 heures et si possible être inférieur à 6 heures [30].

Elle doit se faire sous anesthésie générale et forte curarisation chez un patient stabilisé sur le plan générale. Une radiographie est nécessaire pour éliminer une fracture associée (cervicale ou céphalique). Une traction lente est menée de façon énergique sans à coup afin de faire retrouver à la tête fémorale le trajet inverse de celui parcouru. Ceci explique la variation de la manœuvre réductionnelle en fonction du type de déplacement [30]. Ainsi des méthodes de réduction orthopédiques ont été adoptées par différents auteurs :

- La méthode de **BOEHLER** : [30] : elle est considérée comme classique. Le malade est installé décubitus dorsal sur une table ou au ras du sol. Un aide maintient solidement le bassin pendant que l'opérateur placé au dessus du malade, porte la hanche en flexion

puis tire progressivement à la verticale par l'intermédiaire du genou fléchi. On associe : des manœuvres d'adduction rotation externe en cas de luxation postérieure, des manœuvres d'adduction rotation interne en cas luxation antérieure. Un claquement audible et un ressaut net signent la réduction. Les membres doivent être isolons. La mobilité doit être complète, la stabilité doit être testée.

- La méthode de **DJANELIDZE** [36] : le malade est en décubitus ventral sur table orthopédique de telle sorte que le membre affecté pende. On immobilise le bassin en mettant deux coussinets sous les épures iliaques. L'assistant serre entre les deux bras le bassin du malade contre les coussinets en obtenant ainsi une fixation solide. Le chirurgien se place entre la table et la jambe pendante, il fléchi le genou à 90° en position d'abduction et rotation externe, puis il commence à presser de haut en bas sur la fossette poplitée (le mieux avec son genou). C'est à la suite de ces manœuvres que la tête se déplace dans la cavité cotyloïde en produisant un bruit sec.
- La méthode de **EPSTEIN** : Cette méthode préconise une traction dans l'axe du fémur, puis flexion suivie de rotation interne et d'abduction. Cette manœuvre s'applique en cas de luxations obturatrices.

En cas de luxation pubienne, il faut d'abord transformer celle-ci en obturatrice. [30] Après réduction de la luxation, une traction légère avec un poids correspondant au dixième du poids du patient suspendu à une ailette de derotation, sera maintenus le temps que l'irritation locale disparaisse. Une durée de traction de trois semaines

est nécessaire. L'intérêt de la traction est : décompresser la tête fémorale, permettre une bonne cicatrisation capsulo-ligamentaire [30]. Chez l'enfant [4 ; 33] ces méthodes de traitement orthopédique par manœuvres doivent être douces pour éviter des atteintes de zones de croissance (décollement épiphysaire fémoral supérieur). Mais d'autres méthodes orthopédiques ont une place importante dans le traitement de la luxation congénitale coxo-fémorale. Les méthodes sont ambulatoires et hospitalières. Les méthodes ambulatoires utilisent un appareillage léger simple avec soit une abduction immédiate ou progressive. Les systèmes avec abduction immédiate les plus couramment utilisés sont : les culotte d'abduction demeure un bon système grâce aux bretelles, mais vaut mieux utiliser les culottes non baleinées car les modèles rigides sont dangereux (risque d'ostéochondrite).

Une couche de linge avec une fréquence de 2-3 par 24 heures est suffisante pour voir un bon résultat thérapeutique.

Les systèmes d'abduction progressive sont indiqués dès qu'il y a une hypertonie ou une tension des adducteurs et surtout devant une abduction limitée. Divers appareils permettent cette abduction progressive : les attelles d'abduction à hanches libres de **PETIT** permettant un réglage de l'abduction en laissant libre la flexion extension des genoux. Les harnais de **PAVLIK** souples sont basés sur le système de réglage des sangles antérieures et postérieures et les enfants sujets à ce traitement doivent être portés comme s'ils étaient sur un plan en décubitus ventral ou dorsal.

Les méthodes nécessitant l'hospitalisation utilisent l'extension continue au lit plus une traction avec abduction progressive et

rotation interne. C'est une méthode lente mais automatique. Elle est renforcée par un plâtre pelvipédieux pendant plusieurs mois. Deux méthodes sont utilisées : la traction dans l'axe du membre si l'enfant a un âge compris entre 10 et 12 mois ou au plus et cela pendant 5 semaines ; la traction au zénith est réservée aux enfant de 3 à 10 mois pour une durée de 3 semaines. Après la réduction lente par traction un plâtre pelvipédieux est confectionné sous anesthésie générale après avoir testé cliniquement et radiologiquement la réduction. La hanche est immobilisée dans ce plâtre dans une position identique à celle obtenue enfin de traction avec même degré d'abduction et de rotation interne, cependant le genou sera fléchi pour améliorer la contention.

2- La réduction chirurgicale : [33 ; 19 ; 11 ; 21 ; 30 ; 31 ; 27 et 7]

La place occupée par la chirurgie est importante dans le traitement des luxations

coxo-fémorale. Les indications de la chirurgie sont variées (luxations congénitales, les dysplasies, les luxations récidivantes ou incoercibles, les fractures luxations, (l'irréductibilité de la luxation, les luxations anciennes ...). Les indications et les voies d'abord chirurgicaux varient selon les techniques employées.

2.1- Les voies d'abord de la hanche : [19 ; 26]

L'imagination des chirurgiens a été fécondée et les possibilités d'abord de cette articulation sont nombreuses. Les voies les plus largement pratiquées sont : Les voies de **SMITH-PETERSON** ; la voie de **HUETER** ; la voie par trochantérotomie ; la classique voie postéro-externe et voie transgluteale.

Ces voies peuvent être divisées en deux grands types : les voies antérieures et les voies externes proprement dites, plus ou moins prolongées en arrière.

2.1.1- Les voies antérieures :

- La voie de **HUETER** : C'est la plus antérieure pour pénétrer une hanche. Elle paraît la meilleure pour les interventions simples et limitées, pour toutes les biopsies. Le malade est installé en décubitus dorsal avec un coussin épais sous la hanche à opérer enfin d'avoir une extension maximale. L'incision descend de l'épine iliaque antérieure en direction de la tête du péroné (l'angle supéro-externe de la rotule) sur une douzaine de centimètres. Le chirurgien laisse en arrière dans son incision toute la musculature fessière. En avant il laisse le droit antérieur puis lie le paquet circonflexe antérieure avant de rencontrer le muscle psoas iliaque et le petit trochanter. La capsule est en général dégagée au bistouri puis à la rugine.

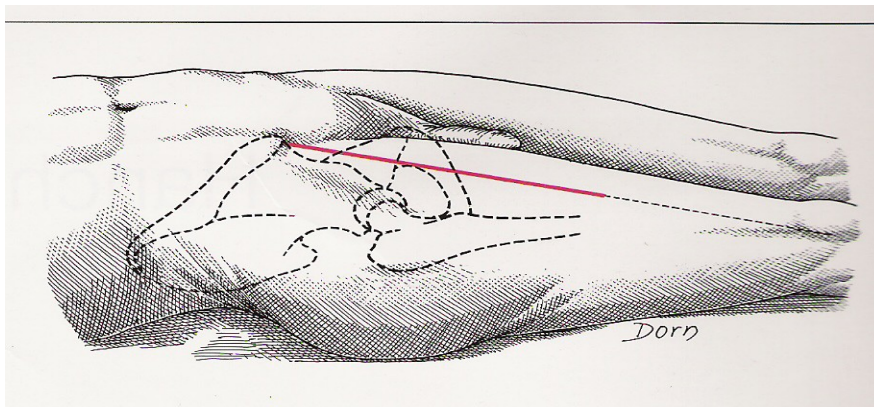


Figure n° 12 : voie antérieure de HUETER tracé de l'incision

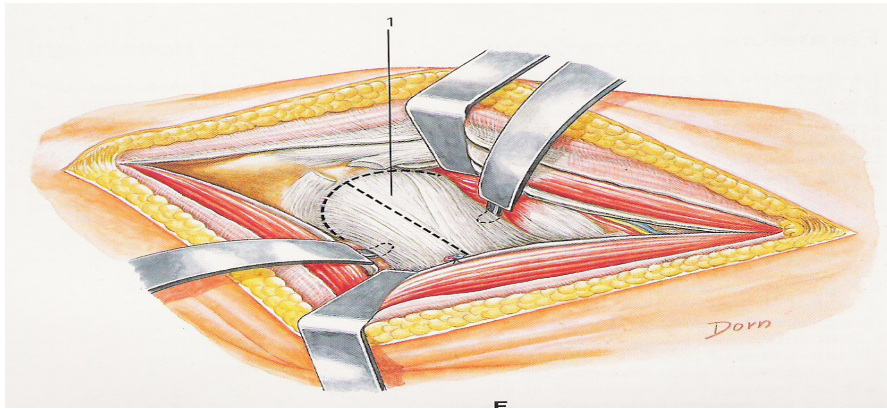


Figure n° 13 : voie antérieure de HUETER vue de la capsule

- Les voies de **SMITH PETERSON** : Ces voies au nombre de deux ne sont que l'agrandissement de la voie de **HUETER** pour avoir un jour plus étendu.

Première manière : elle est plus utilisée que la suivante grâce à son accès étendu sur l'articulation et donne moins d'exposition large ; mais lorsque cet abord extensif est nécessaire (arthroplasties et arthrodèses) le chirurgien préférera la voie postéro externe.

L'incision va du tubercule fessier à l'épave iliaque antéro-supérieure en bas elle est la même que celle de la voie de **HUETER**. Il est commode de commencer par la partie haute. L'aponévrose est incisée à quelque centimètre en dehors de la crête iliaque. La partie antérieure de la fosse iliaque externe est ensuite ruginée sur 5 à 6cm jusqu'au contact de la capsule. La partie basse de la voie dissociation musculaire est ensuite pratiquée comme dans la voie de **HUETER**. Deuxième manière : son intérêt est d'avoir un jour important sur la hanche en particulier les deux faces de l'acetabulum plus des fosses iliaques. Une fois la première voie terminée on rugine la crête iliaque c'est-à-dire les muscles larges de la

paroi abdominale, l'arcade crurale et le couturier. La partie antérieure du muscle iliaque ou refoulée. La réparation est de réséquer 1cm de la crête iliaque pour suturer sans tension les muscles larges au tenseur du fascia latta et fessier.

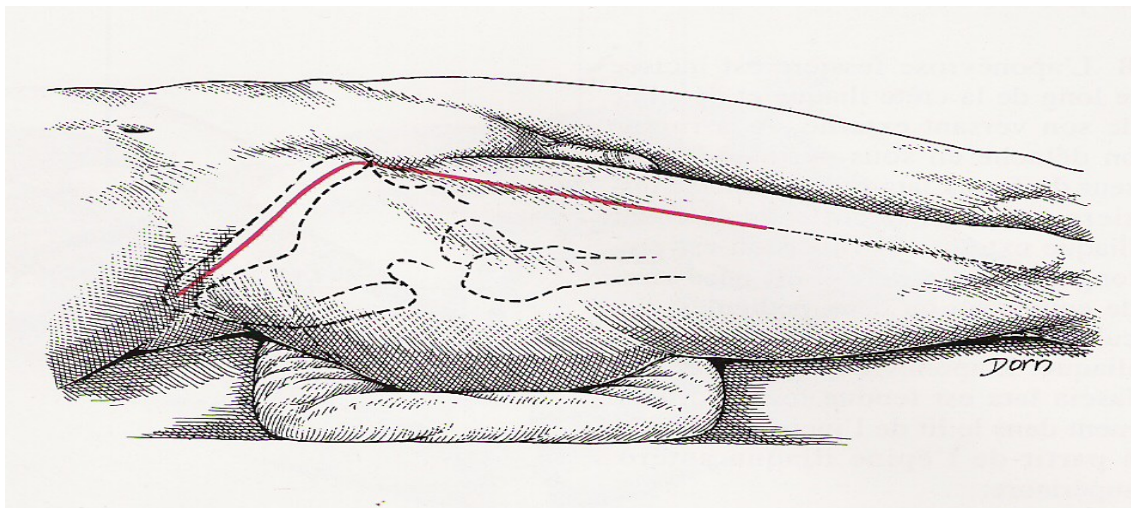


Figure n° 14 : voie antérieure élargie de SMITH-PETERSEN tracé de l'incision.

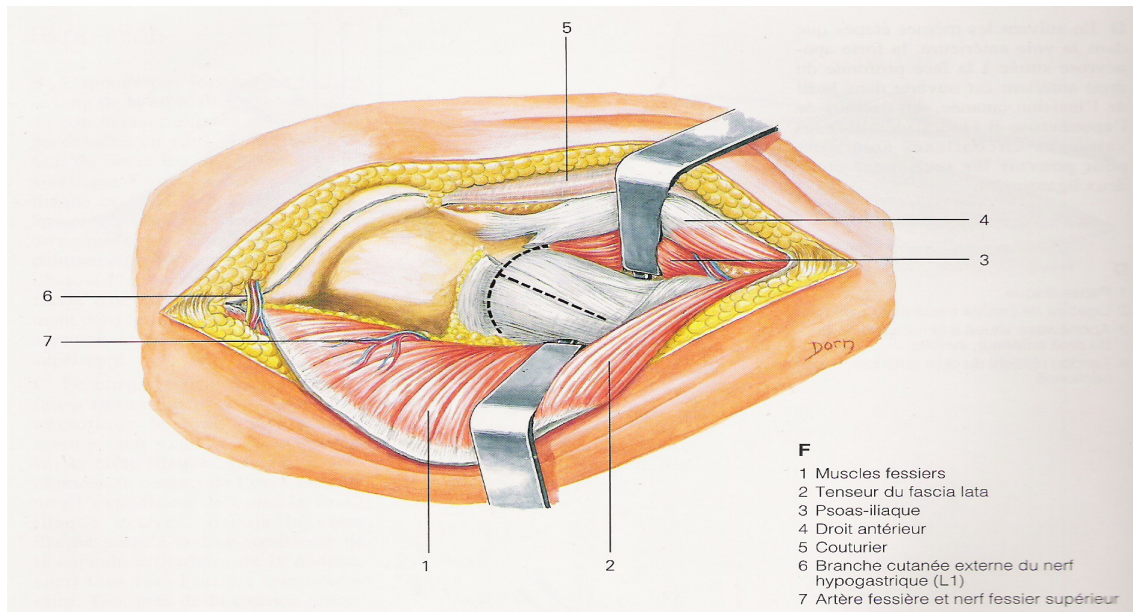


Figure n°15 : voie antérieure élargie de SMITH-PETERSEN vue de la capsule.

- La voie de **HARDINGE** ou voie transglutéale : cette voie est considérée comme antérieure. L'incision est externe au regard du grand trochanter après avoir ouvert le fascia latta verticalement, le chirurgien découvre le grand trochanter sur lequel est attaché à sa partie supérieure le moyen fessier et à la partie basse de cette tubérosité s'insère le muscle vaste externe.

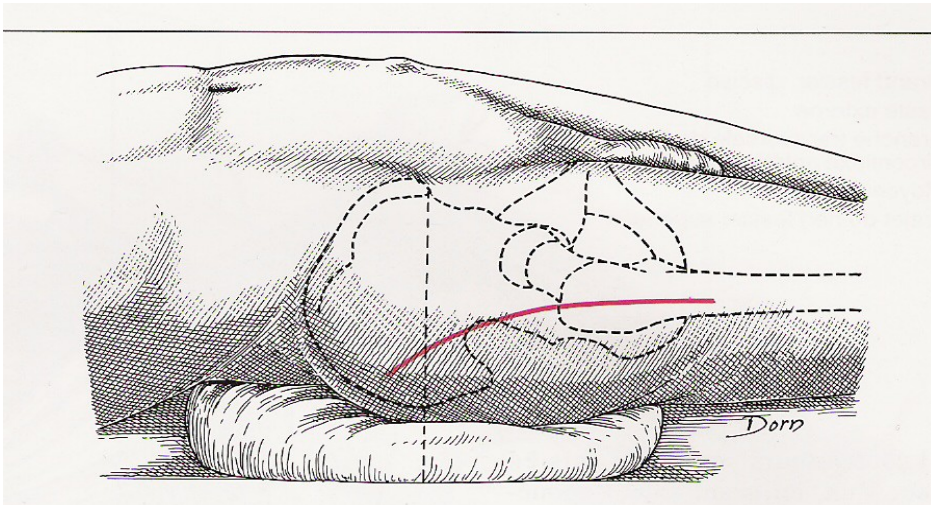


Figure n° 16 : voie transfessière externe de HARDINGE tracé de l'incision.

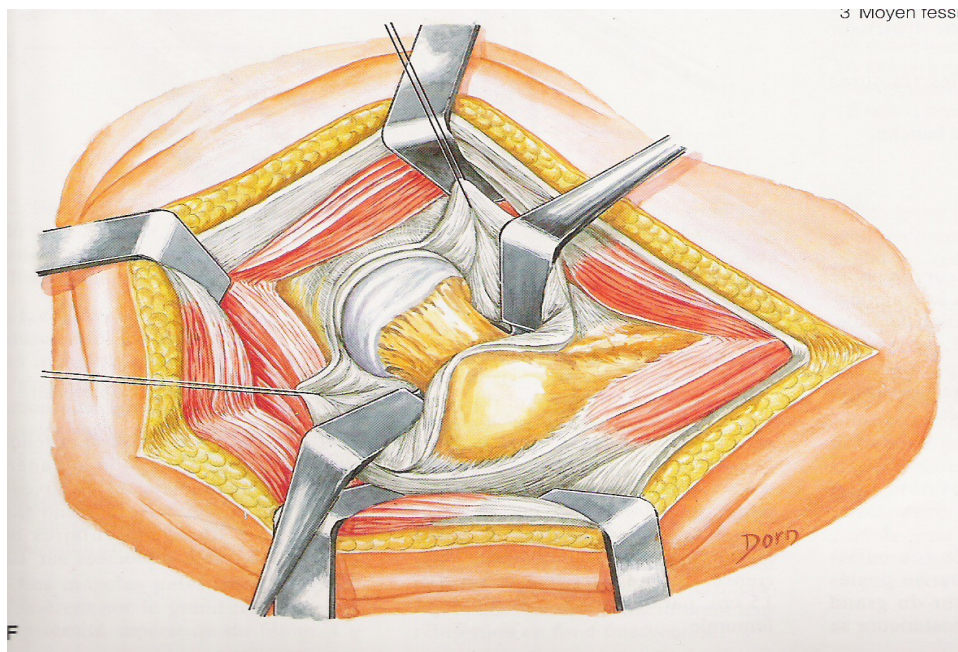
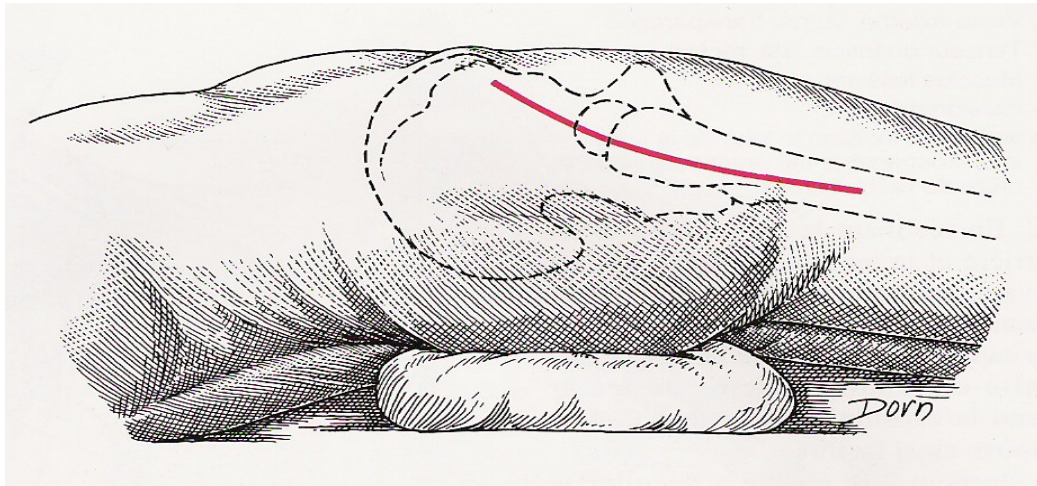


Figure n° 17 : voie transfessière de HARDINGE vue de la capsule.

2.1.2- La voie antéro externe : elle permet d'avoir un jour important sur la face antérieure de la hanche. Les grosses interventions sont permises

(arthroplasties et prothèse totale de la hanche). L'incision cutanée comporte une portion verticale en pleine externe, commençant au sommet du grand trochanter et descend sur 8 à 12cm et une portion oblique allant du sommet du trochanter vers l'épine iliaque antéro-supérieure. L'incision musculaire passe entre le fascia latta et le moyen fessier, en évitant la branche du nerf fessier supérieur en haut. Le nerf sort entre le petit et le moyen fessier pour aller innerver le tenseur du fascia lata.

Figure n° 18 : voie antéro-externe de WATSON-JONES tracé de



l'incision.

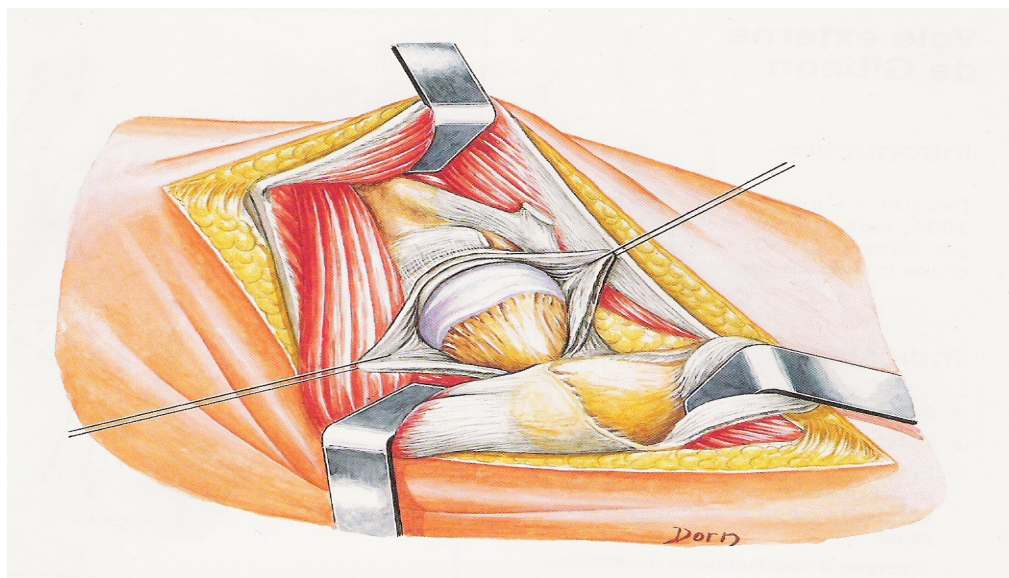


Figure n° 19 : voie antéro-externe de WATSON-JONES vue de la capsule.

2.1.3- La voie externe : le patient est installé en décubitus latérale en prenant soin de placer les épines iliaques antérieures dans un même plan. L'incision suit la direction des fibres du grand fessier.

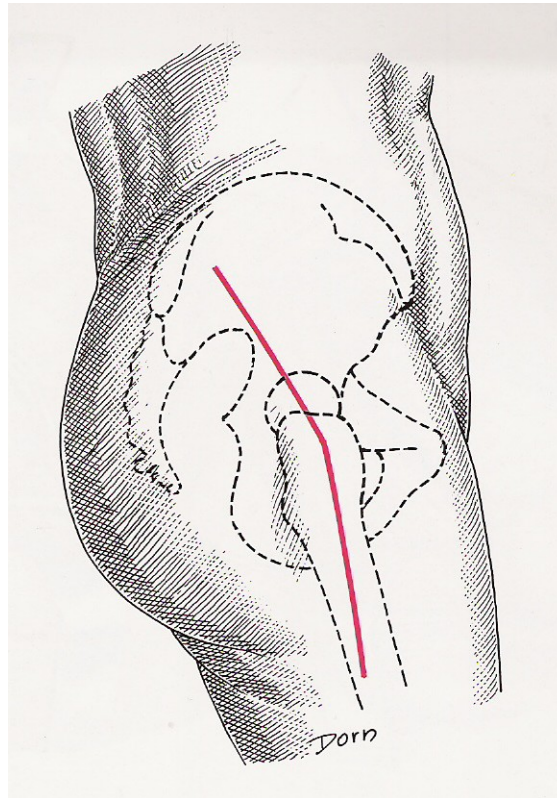


Figure n° 20 : voie externe de GIBSON tracé de l'incision.

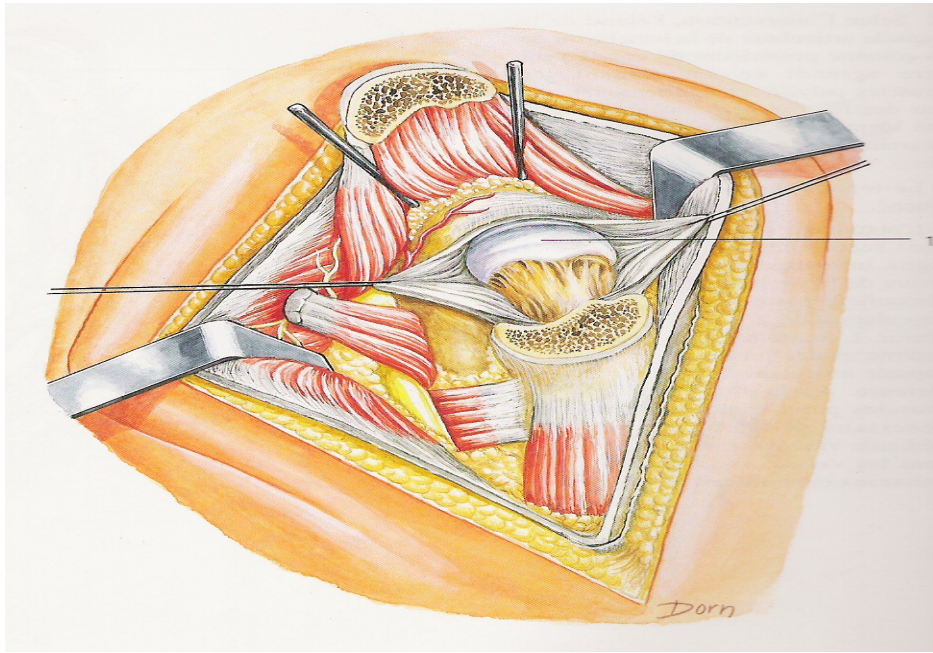


Figure n° 21 : voie externe de GIBSON vue de la capsule.

2.1.4- La voie postéro externe : toute la première partie de la voie d'abord est identique à la voie externe avec trochantérotomie. En lieu et place du grand trochanter on sectionne les muscles pévi-trochantériens. Le muscle pyramidal est préservé dans certains cas. Mais l'obturateur interne et les deux jumeaux sont obligatoirement "sacrifiés".

2.1.5- Autres voies : La voie de MOORE et la voie postérieure.

2.2- Les techniques chirurgicales employées :

2.2.1- Les techniques de butées de hanche : La butée de hanche est une vieille intervention mais toujours efficace et pratiquée. Les premières interventions de ce type sont attribuées à FERGUSSON en 1894, puis à ALBEE en 1913. Des modifications ont permis d'améliorer cette méthode, mais le principe de base était posé. Les premières réalisations concernaient les enfants. La butée de hanche ne constitue plus une méthode de choix à cet âge où sont préférées les ostéotomies pelviennes. Les différentes techniques qui seront décrites concernent donc

essentiellement l'adulte. Tout défaut de couverture de la tête fémorale constitue une indication. La voie d'abord est celle de **HUETER** ou **SMITH PETERSON**.

La technique opératoire consiste à : en arrière on dégage la face externe de la crête iliaque ; en avant on passe entre fascia latta en dehors et couturier en dedans, en prenant garde au fémoral cutané que l'on laisse en dedans. On incise le bord supérieure de la crête iliaque en allant en arrière jusqu'au tubercule du fessier en rejoignant avant le décollement fascia latta couturier. Les muscles tenseurs du fascia lata et petit fessier sont décollés en extra-periosté de la face externe de l'aile iliaque. En progressant vers le bas on isole le tendon réfléchi du droit antérieur. Rapport majeur de cette intervention ; ces fibres sont antéropostérieures. On l'isole en incisant le dédoublement capsulaire dans lequel il est parfois inclus sur la capsule (isolement difficile). Il est sectionné et récliné permettant de découvrir sa gouttière, point idéal de positionnement de la butée. La capsule est dégagée en avant. On désinsère le tendon direct antérieur sur 3-4cm dessus du plan capsulaire donnant ainsi l'accès à la face interne de l'aile iliaque. La capsule est dégagée sur une étendue supérieure à la zone d'appui de la butée. Le prélèvement de la butée se fait aux dépens de la face externe de l'aile iliaque à 1,5cm se arrière de l'épine iliaque antéro supérieure, de forme trapézoïdale elle est taillée en forme de L pour venir se glisser en avant sous le tendon du droit antérieur. Après quelques retouches on place la butée, le côté spongieux vers la capsule, sa partie antérieure étant glissée sous le droit antérieure pour avoir une bonne couverture de cette région. La fixation de la butée se fait par 1-2 vis soit par une plaque en "y" dont le "v" plaque, la butée et dont la branche verticale est vissée par deux vis dans l'aile iliaque,

réglant le vissage de la vis inférieure pour ne pas appuyer trop fortement la butée sur la capsule. Certains ne fixent pas la butée ce qui nécessite une adaptation du greffon dans la rainure. D'autres (**CASTING**) utilise une contre-butée vissée pour maintenir la butée. La fermeture se fait par la réinsertion des muscles de la fosse iliaque externe sur la crête sur un drain de redon. Certains cirent la tranche osseuse de prise de greffe. La fermeture de l'espace tenseur - couturier se fait en ayant une attention de ne pas prendre dans la suture le musculo-cutané. [19 ; 11]

2.2.2- L'ostéotomie de CHIARI : d'écrite il y a des années par **CHIARI** dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche de l'enfant, elle a vu ses indications variées (dysplasie ou subluxation). Il s'agit d'une ostéotomie transversale sus cotyloïdienne extra capsulaire avec translation interne de l'hémi bassin inférieur.

La technique opératoire comprend trois temps :

- Le trait d'ostéotomie est curviligne, péri cotyloïdien d'avant en arrière. Le cotyle est attaqué dans les $\frac{3}{4}$ en avant avec un ciseau ; une scie introduite en arrière dans la grand échancrure sciatique pour scier verticalement l'os en rejoignant ainsi le trait antérieur.
- La translation comprend : une traction et abduction du membre une pression sur le grand trochanter de dehors en dedans pour obtenir une translation inférieure ou égale à 1,5cm ; le relâchement de la traction se fait en exerçant une pression forte d'arrière en avant et de haut en bas sur le fragment supérieur pour obtenir une bonne coaptation du foyer d'ostéotomie.
- La fixation : **CHIARI** ne fixait pas l'ostéotomie, mais plaçait un plate pelvipedieux. Généralement l'ostéotomie est fixée par une vis longue de 6-7cm, partant de la face externe de l'aile iliaque au

niveau de la ligne semi-circulaire inférieure pour aller prendre en enfilade la colonne antérieure de la cotyle. La fermeture est simple et se fait sur drain de ré don, par rapprochement musculaire interne et externe.

L'ostéotomie peut être associée à la butée quand il existe une découverte antérieure importante qui ne corrige pas l'ostéotomie de CHIARI. [19 ; 11 ; 36]

2.2.3- Autres techniques : Les ostéotomies pelviennes de l'enfant, l'arthroplastie, la prothèse de hanche (intermédiaire ou totale).

3- La kinésithérapie : [12 ; 19]

Le bilan articulaire de la hanche revêt une importance fondamentale, non pas tant comme référence nécessaire à tout thérapeute, mais base d'analyse et de référence sur le rôle de la coxo-fémorale dans un trouble de la station debout ou de la marche. Il est souhaitable de prodiguer des conseils de prudence concernant la mesure des amplitudes de la coxo-fémorale prothétique, tant dans les suites opératoires immédiates qu'à long terme. Ainsi pour les butées, la rééducation débute pour les 45 premiers jours avec une flexion, de 45° et l'appui à 2 mois et ½. La mise au fauteuil est possible dès le lendemain avec reprise de l'appui à la 48^{ème} heure chez un patient ayant une prothèse. Il faut être cependant prudent hors des manœuvres en évitant toute position favorisant la luxation c'est-à-dire la rotation externe et l'abduction.

Chez l'ostéotomie de CHIARI une rééducation à la quarante huitième heure, béquillage au bout de huit (8) jours. Au deuxième mois la consolidation est obtenue et l'appui est autorisé.

4 - Evolution et complications : [14 ; 11 ; 23 ; 6 ; 18]

La luxation de hanche nécessite une réduction d'urgence mais même bien traitée elle expose à une redoutable complication tardive : la nécrose ischémique de la tête fémorale. En plus de cette complication on note des arthroses qui surviennent tardivement ; les ossifications péri-articulaires ; la boiterie ; les raideurs sont également possibles.

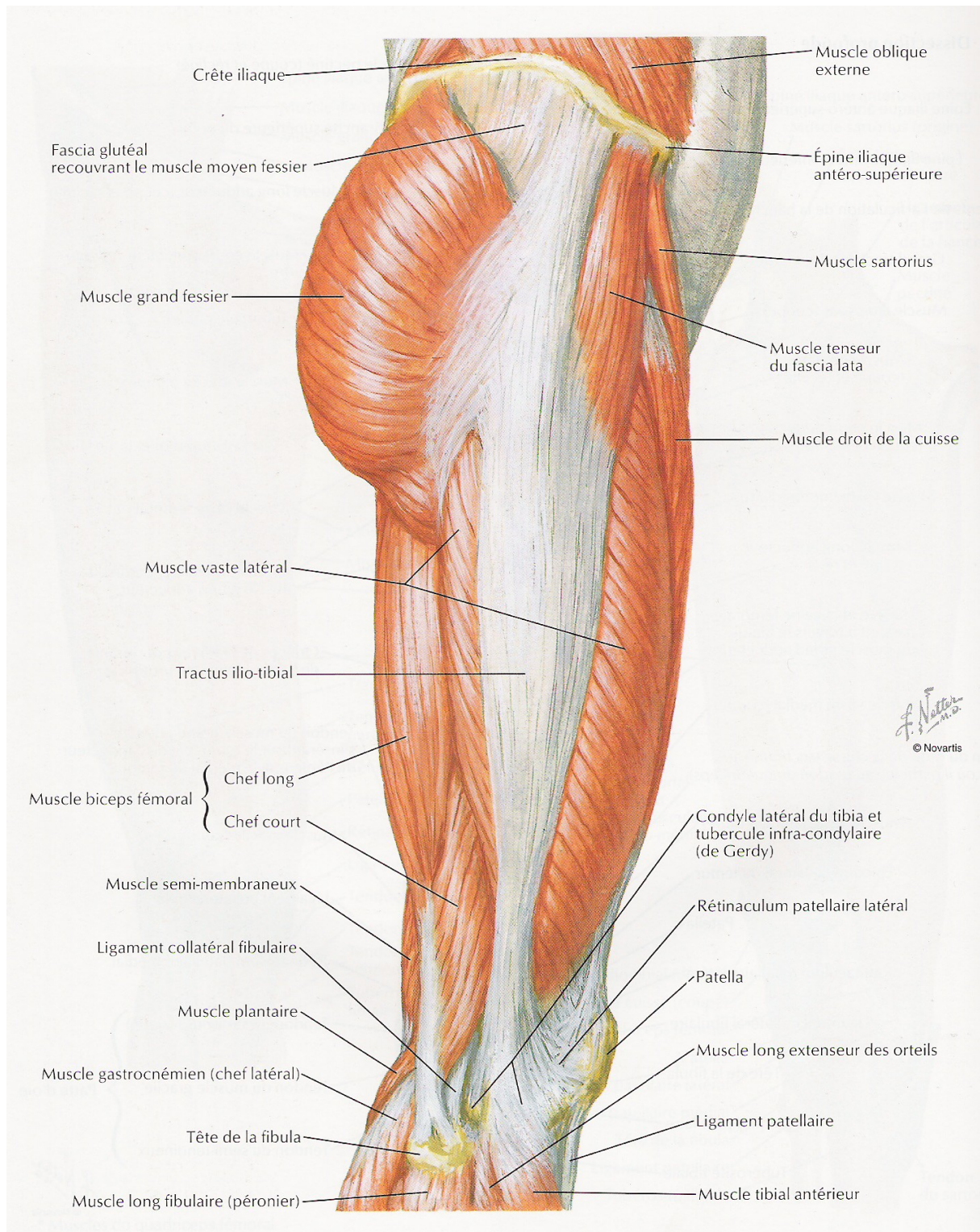


Figure n° 22 : muscles de la hanche et de la cuisse : vue latérale selon NETTER [28]

III - MATERIELS ET METHODES

1- Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de traumatologie et d'orthopédie de l'hôpital **GABRIEL TOURE**. L'hôpital **GABRIEL TOURE** est situé en plein centre commercial de la commune III du district de BAMAKO et d'accès très facile. Ce centre hospitalier fut créé

le 19 Janvier 1957. Le service de traumatologie et d'orthopédie est situé au Retz de chaussée du pavillon Bénitieni FOFANA dans la partie Nord de l'Hospital, face à l'état major de l'armée de terre.

Un service annexe (Traumatologie annexe) est situé au premier étage (en haut de la réanimation) dans la partie sud de l'hôpital et à l'est de la porte des entrées des piétons.

➤ **Les locaux du service de chirurgie orthopédique et traumatologique :**

- Un bureau pour le professeur, chef de service,
- Trois bureaux pour les trois assistants chef de clinique,
- Un bureau pour l'infirmière major du service,
- Une salle de garde des infirmiers,
- Un secrétariat du service,
- Une unité de Kinésithérapie,
- Une salle des internes du service,
- Une salle de plâtre,
- Un bloc opératoire,

Le service de traumatologie et d'orthopédie de l'hôpital **GABRIEL TOURE** a 66 lits d'hospitalisation qui sont répartis comme suite :

Retz – de chaussée du pavillon Bénithiéni **FOFANA** :

- Une grande salle homme de 12 (douze) lits,
- Une grande salle femme de 12 (douze) lits,
- Quatre salles de 4 (quatre) lits chacune,
- Trois petites chambres de 2 (deux) lits chacune,
- Une salle de soins pour infirmiers.

Traumatologie annexe :

- Une grande salle homme de 6 (six) lits,
- Une grande salle femme de 6 (six) lits,
- Une salle homme de 3 (trois) lits,
- Une salle femme de 3 (trois) lits,
- Une chambre de 2 (deux) lits
- Deux chambres d'un lit chacune.

➤ **Les activités du service de chirurgie de traumatologie et d'orthopédie de l'hôpital GABRIEL TOURE :**

- Les consultations externes ont lieu tous les jours ouvrables avec une moyenne de 40 consultations par jour,
- Les activités chirurgicales programmées sont effectuées du lundi au jeudi,
- Les activités de plâtrage ont lieu tous les jour ouvrables de même que les activités de masso- Kinésithérapie. Les activités de plâtrage sont faisables également les jours fériés.
- La visite générale avec le chef du service s'effectue tous les vendredi. Elle est suivie d'un staff du service.
- Une visite se fait tous les jours avec les assistants.

2- Le type d'étude :

Il s'agissait d'une étude prospective qui s'est déroulée sur 12 (douze) mois, octobre 2004 à septembre 2005 et rétrospective de 12 (douze) mois allant d'octobre 2003 à septembre 2004. Au total notre étude a concerné une période de 2 (deux) ans soit 24 (vingt quatre) mois.

3- L'échantillonnage :

Notre étude a porté sur 33 (trente trois) patients consultants ou hospitalisés pour luxation de hanche. Il s'agissait d'une population en majorité jeune.

3-1 Les critères d'inclusion :

Etaient inclus dans notre étude tous les patients présentant une luxation coxo-fémorale confirmée par la radiographie et traités dans notre service durant la période d'étude

3-2 Les critères de non inclusion :

Les patients n'ayant pas fait l'objet d'un suivi régulier ou au dossiers incomplets ont été exclus de notre série.

3-3 Les variables :

Les variables étudiées dans notre série étaient les suivantes :

- Le type de luxation,
- Le traitement effectué,
- Et les complications.

4- Support des données :

Une fiche d'enquête individuelle a été élaborée pour chaque malade (voire annexe). Les patients qui présentaient une luxation fraîche (récente) ont été admis directement au service des urgences chirurgicales. Pour les anciens cas le recrutement se faisait en consultation externe quotidienne. Après prisé en charge d'urgence (réduction de la lésion) une ailette de dérotation était posée plus une traction et le patient sera transféré dans le service de traumatologie et d'orthopédie pour une hospitalisation. Tous les patients bénéficient d'un examen clinique complet et d'une radiographie du bassin de face et de la hanche concernée de profil.

Pour l'étude rétrospective les anciens dossiers étaient consultés et les informations étaient notées directement sur la fiche d'identification.

5- Le traitement des données :

Les résultats ont été traités à l'aide du logiciel (**Epi Info.6.fr 2000**). Les textes et les tableaux ont été traités sur (**Microsoft office Word 2003**)



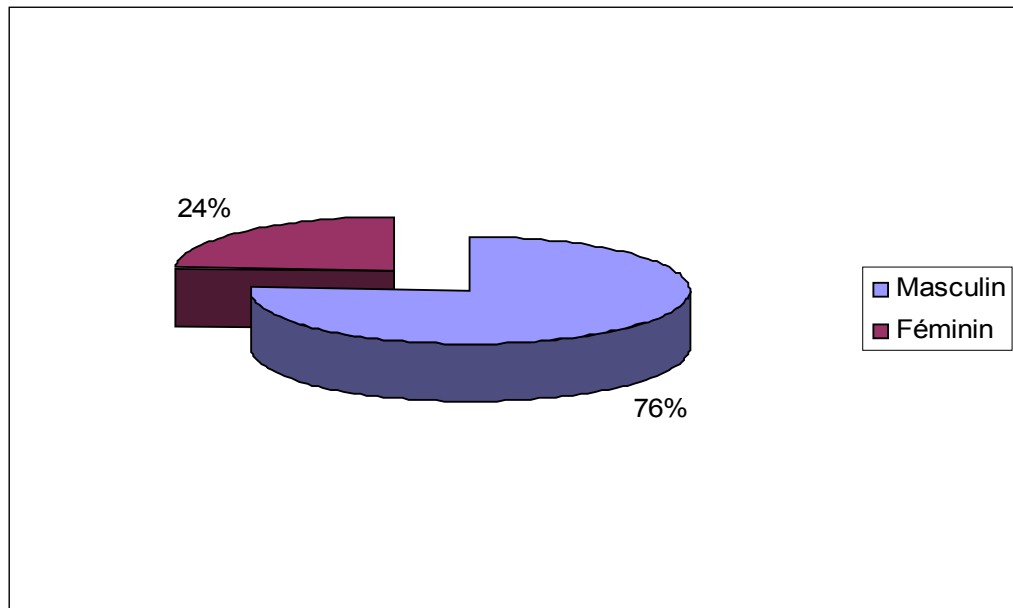
IV - RESULTATS

1- Répartition des patients selon les tranches d'âge : (Tableau I)

Tranches d'âge	2 - 10 ans	11 - 20 ans	21 - 30 ans	31 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	Total
Effectifs absolus	2	9	9	6	9	1	33
Pourcentage	6,1	27,3	27,3	18,2	18,2	3,0	150

Les tranches d'âge de 11 - 20 ans et 21 - 30 ans étaient les plus touchées. L'âge moyen était 27,8 ans. Les extrêmes étaient de 2 ans pour le plus jeune et 60 ans pour le plus âgé.

2- Répartition des patients selon le sexe : (graphique I)



Le sexe masculin était le plus concerné avec 76 % des cas.

3- Répartition des patients selon la profession : (Tableau II)

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Fonctionnaires	4	12,1
Elèves - Etudiants	8	24,2
Cultivateur	4	12,1
Ménagères	4	12,1
Ouvrier	4	12,1
Commerçants	4	12,1
Autres	5	15,2
Total	33	100

Enfants non scolarisés, Apprenti chauffeurs = Autres. Les élèves et Etudiants étaient la couche sociale la plus représentée dans notre série avec 24,2 % des cas.

4- Répartition des patients selon l'ethnie : (Tableau III)

Ethnie	Effectifs	Pourcentage (%)
Bambara	12	36,4
Peulh	5	15,2
Sonrhäï	2	6,1
Dogon	2	6,1
Bobo	2	6,1
Minianka	2	6,1
Sarakolé	3	9,1
Malinké	4	12,1
Senoufo	1	3,0
Total	33	100

L'ethnie Bambara était majoritaire dans notre étude avec 36,4 % des cas.

5- Répartition des patients selon la provenance : (Tableau IV)

Provenance	Effectifs	Pourcentage (%)
Bamako	20	60,6
Hors de Bamako	13	39,4
Total	33	100

La majorité de nos patients provenait de Bamako.

6- Répartition des patients selon les tranches d'âges et de sexe : (Tableau V)

Tranches d'âge Sexe	2 - 10 ans		11-20 ans		21-30 ans		31-40 ans		41-50 ans		51-60 ans		Total	
	Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Masculin	1	4	5	20	8	32	4	16	6	24	1	4	25	100
Féminin	1	12,5	4	50	1	12,5	2	25	0	0	0	0	8	100
Total	2	6,06	9	27,27	9	27,27	6	18,18	6	18,18	1	3,03	33	100

$$\text{Khi}^2 = 6,08 \quad P = 0,29$$

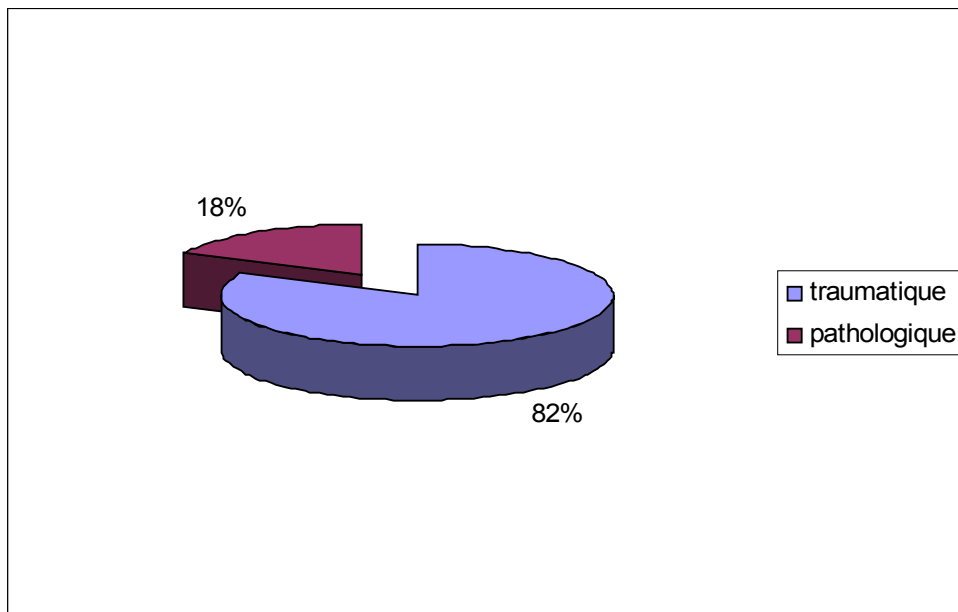
La tranche d'âge de 21 - 30 ans étaient la plus exposée dans la couche masculine tandis qu'elle était de 11 - 20 ans chez le sexe féminin avec respectivement 8 cas sur 25 (32 %) et 4 cas sur 8 (50%) de la série.

7- Répartition des patients selon l'étiologie : (Tableau VI)

Etiologie	Effectifs	Pourcentage (%)
Traumatique	27	81,8
Pathologique	6	18,2
Total	33	100

Les traumatismes étaient les plus incriminés avec 81,8 % des cas.

8- Répartition des patients selon l'étiologie : (graphique II)



L'étiologie traumatique est la plus concernée avec 82 % des cas.

9- Répartition des patients selon le mécanisme : (Tableau VII)

Mécanisme	Effectifs	Pourcentage (%)
Direct	11	33,3
Indirect	22	66,7
Total	33	100

Le mécanisme indirect était retrouvé dans 66,7 % des cas.

10- Répartition des patients selon la pathologie concomitante : (Tableau VIII)

Pathologie Concomitante	Effectifs	Pourcentage (%)
Drépanocytose	3	9,1
Abcès de Hanche	3	9,1

Absence de Pathologie Concomitante	27	81,8
Total	33	100

La drépanocytose et l'abcès de hanche étaient représentés de façon équitable.

11- Répartition des patients selon les causes traumatiques : (Tableau IX)

Etiologie	Effectifs	Pourcentage (%)
A V P ¹	19	57,6
Chute ⁵	4	12,1
Sport ⁴	2	6,1
Travail ³	2	6,1
Causes non Traumatiques	6	18,2
Total	33	100

Les A V P (accidents de la voie publique) étaient les causes traumatiques les plus rencontrées avec 57,6 % des patients.

12- Répartition des patients selon la symptomatologie : (Tableau X)

Symptômes	Effectifs	Pourcentage (%)
Douleur	33	100
Extension	27	81,8
Raccourcissement	29	87,9
Rotation interne	30	90,9
Adduction	30	90,9
Œdème	13	39,4
Importance fonctionnelle	33	100
Abduction	3	9,1
Rotation externe	3	9,1
Flexion	6	18,2

La douleur et l'impotence fonctionnelle étaient les maîtres symptômes.

13- Répartition des patients selon les tranches d'âge et l'étiologie : (Tableau XI)

Tranches d'âge Etiologie	2 - 10 ans	11 - 20 ans	21 - 30 ans	31 - 40 ans	41 - 50 ans	51 - 60 ans	Total
Traumatique	2	4	9	5	6	1	27
Pathologique	0	5	0	1	0	0	6
Total	2	9	9	6	6	1	33

$$\text{Khi}^2 = 12,46 \quad P = 0,029$$

L'étiologie traumatique était retrouvée plus fréquemment dans les tranches d'âges de 21 - 30 ; 41 - 50.

14- Répartition des patients selon le diagnostic : (Tableau XII)

Types	Effectifs	Pourcentage (%)
Iliaque	26	78,8
Pubienne	1	3,0
Centrale	1	3,0
Obturatrice	1	3,0
Ischiatique	4	12,1
Total	33	100

La luxation iliaque était retrouvée dans 78,8 % des cas.

15- Répartition des patients selon les tranches d'âge et les types de luxation coxo-fémorale : (Tableau XIII)

Tranches D'âge	Types de luxation coxo-fémorale					Total
	Pubienne	Iliaque	Obturatrice	Ischiatique	Centrale	
2-10 ans	0	0	1	1	0	2
11-20 ans	0	8	0	0	1	9
21-30 ans	1	6	0	2	0	9
31-40 ans	0	5	0	1	0	6
41-50 ans	0	6	0	0	0	6

51-60 ans	0	1	0	0	0	1
Total	1	26	1	4	1	33

$\text{Khi}^2 = 30,13$ $P = 0,21$

La luxation iliaque était la plus représentée avec 22 cas sur 33 (66,7 %), elle était présente dans toutes les tranches d'âge sauf 2 - 10 ans.

16- Répartition des patients selon l'étiologie et le type de luxation :
(Tableau XIV)

Etiologie Types	Traumatique		Pathologique		Total	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Iliaque	21	81,8	5	18,2	26	100
Pubienne	1	100	0	0	1	100
Obturatrice	1	100	0	0	1	100
Centrale	1	100	0	0	1	100
Ischiatique	3	75	1	25	4	100
Total	27	81,8	6	18,2	33	100

$\text{Khi}^2 = 0,92$ $P = 0,96$

L'étiologie traumatique était présente dans tous les types de luxation avec 27 cas sur 33 (81,8 %).

17- Répartition des patients selon les complications : (Tableau XV)

Complications	Effectifs	Pourcentage (%)
Vasculaire	1	3,0

Nerveuse	3	9,1
Ligamentaire	2	6,1
Fracture associée	19	57,6
Aucune	8	24,2
Total	33	100

La fracture associée était la complication la plus fréquente avec 57,6 % des cas.

18- Répartition des patients selon les complications :

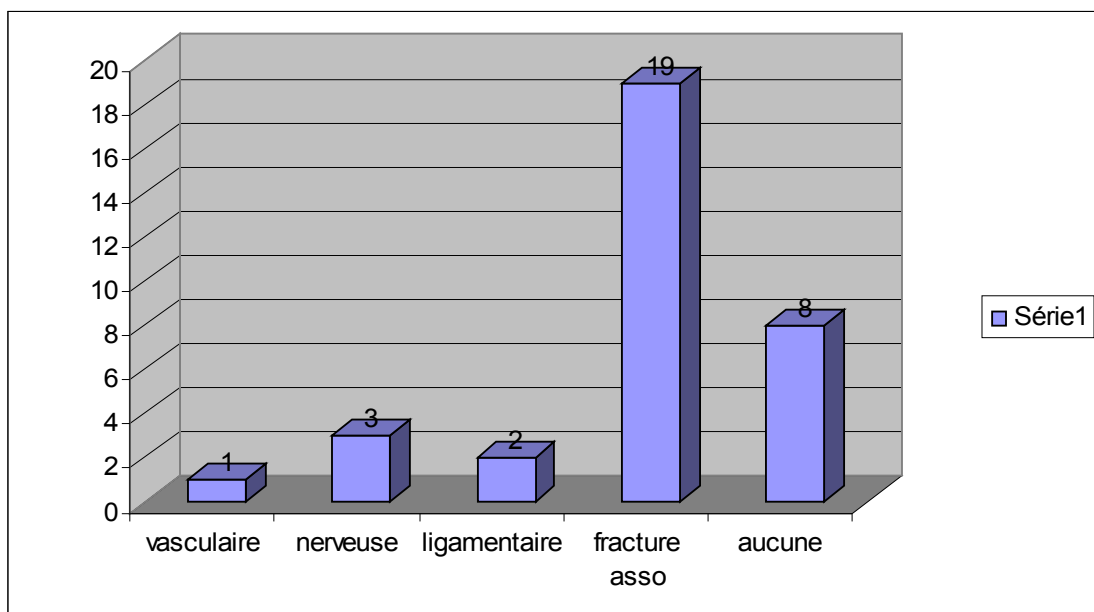


Figure n° 23 : histogramme des complications

19- Répartition des patients selon les tranches d'âge et les complications : (Tableau XVI)

Tranches d'âge	Vasculaire	Nerveuse	Ligamentaire	Fracture associée	Aucune	Total
2-10 ans	0	0	0	2	0	2
11-20 ans	1	2	1	1	4	9
21-30 ans	0	0	1	7	1	9
31-40 ans	0	1	0	3	2	6
41-50 ans	0	0	0	5	1	6
51-60 ans	0	0	0	1	0	1
Total	1	3	2	19	8	33

La fracture associée était présente dans toutes les tranches d'âge.

20- Répartition des patients selon le traitement effectué : (Tableau XVII)

Traitement	Effectifs	Pourcentage (%)
Orthopédique	9	27,3
Chirurgical	1	3,0
Orthopédique + Médicament	21	63,6
Orthopédique + Médicament + Chirurgie	2	6,1
Total	33	100

Le traitement orthopédique plus médicament était employé dans 63,6 % des cas.

21- Répartition des patients selon les tranches d'âge et le traitement : (Tableau XVIII)

Tranches d'âge	Chirurgie	Orthopédie	Orthopédie+Médicament	Chirurgie+Orthopédie+Médicament
2-10ans	1	0	1	0
11-20ans	0	1	6	2
21-30ans	0	3	6	0
31-40ans	0	2	4	0
41-50ans	0	2	4	0
51-60ans	0	1	0	0
Total	1	9	21	2

$\text{Khi}^2 = 25,20$ $P = 0,047$

Exceptées la tranche d'âge 51 - 60 ans le traitement orthopédie plus médicament a été utilisé dans tous les tranches d'âge.

22- Répartition des patients selon les lésions osseuse associées : (Tableau XIX)

Lésions associées	Effectifs	Pourcentage (%)
Cotyle	16	84,2
Fémur	2	10,5
Branche ischio-pubienne	1	5,3
Total	19	100

Les fractures du cotyle constituaient les lésions osseuses associées les plus fréquemment rencontrées.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1- Limites de l'étude :

Notre étude a été menée dans le service de traumatologie et d'orthopédie de l'hôpital **GABRIEL TOURE**. L'étude a porté sur 33 (trente trois) patients. Le recrutement était exhaustif car il prenait en compte tous les patients vus en consultation externe. La taille de l'échantillon a été réduite du fait des pertes de vue de certains de nos patients. Tous nos patients ont bénéficié d'un examen clinique complémentaire clé pour le diagnostic et le typage de la lésion. La faiblesse du plateau technique de l'hôpital **GABRIEL TOURE** a constitué un handicap dans la prise en charge de certains patients.

2- Résultats :

2.1 - L'âge :

L'âge moyen observé dans notre série était de 28 ans. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les luxations concernaient la couche la plus activée de la population.

Ce résultat est comparable à celui de la littérature. Ainsi **PIETUG** et collaborateurs [30] dans leur série ont trouvé un âge moyen prédominant de 30 ans. **MANSOURI [24]** a trouvé un âge moyen de 33 ans dans son étude.

DIMEGLIO. A. a trouvé un intervalle d'âge de 1,4 - 4,4 mois sur les luxations congénitales.

Dans notre étude nous n'avons pas enregistré de cas de luxation congénitale. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes africaines en général et plus particulièrement les maliennes portent les bébés sur leurs dos. Cette position du bébé permet de recentrer la tête fémorale dans le cotyle.

2.2- Le sexe :

La luxation coxo-fémorale a intéressé les deux sexes. Le sexe masculin était le plus représenté avec 75,75 % des cas.

Ce résultat est comparable à celui observé par **G. PIETU** et collaborateurs qui ont trouvé 75 % de sexe masculin. **DIANE M [10]** et **MAMSOURI [24]** ont trouvé respectivement 65,7 % et 66,7 % de sexe masculin.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les hommes mènent des activités physiques plus intenses que les femmes dans notre société.

2.3- L'ethnie :

Les Bambaras étaient l'ethnie majoritaire avec 36,4 %. Ce résultat est comparable à celui de **DIANE. M** [10] qui a trouvé 25,7 %, il pourrait s'expliquer par la composition de notre population, cette ethnie serait la plus nombreuse.

2.4- La profession :

Les Elèves et Etudiants étaient la couche sociale la plus représentée dans notre série avec 24,2 %. Ce secteur serait plus représenté du fait qu'il constitue la couche la plus active et la plus exposée.

2.5- La provenance :

Les patients de Bamako représentaient 60,6 % de notre série. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'étude a été faite à Bamako où le parc automobile est relativement important. Ce résultat est comparable à celui de **DIANE. M** [10] qui a trouvé 60 % du lieu de traumatisme.

2.6- L'étiologie :

Dans notre étude l'étiologie traumatique a été la plus incriminée avec 81,9 %. Les étiologies pathologiques (drépanocytose et abcès de hanche) ont présenté un taux non négligeable (18,1 %). Les accidents de la voie publique étaient les plus pourvoyeurs (57,6 %) des causes traumatiques, les chutes (12,1 %), l'accident de sport et de travail (6,1 %). Nos résultats sont comparables à ceux de **G. PIETU** et collaborateurs qui ont trouvé 64 % de cas de luxation de hanche ayant pour origine les accidents de la voie publique, de **DIANE.M** [10] qui a trouvé (51,43 %) d'accident de la voie publique les chutes (14,28 %), étiologies pathologiques (20%), étiologie traumatique (80 %). Cette fréquence élevée des accidents de la voie publique pourrait s'expliquer par l'accroissement du parc automobile de notre pays.

2.7- Le mécanisme :

Le mécanisme indirect était incriminé dans 66,7 % des cas.

2.8- La symptomatologie :

La douleur et la déformation du membre concerné étaient les maîtres symptômes. Ce résultat est superposable à celui de **POILLEUX. F** [31]

2.9- Le type de luxation :

(Diagnostic), dans notre étude les luxations postérieures hautes (iliaques) étaient les plus retrouvées avec 66,7 %, ce type de luxation prédominait dans la tranche d'âge de 11 - 20 ans (27,27 %).

La fréquence élevée de ce type' de luxation pourrait s'expliquer par la physiologie et la structure anatomique de la région postérieure de la hanche. En effet dans cette région on note une prédominance de la masse musculaire et une faiblesse de l'appareil ligamentaire. Ce résultat est comparable à ceux de **DIANE. M** [10] et **BIGELOW** qui ont respectivement trouvé (74,30%) et (50%) [3] de luxation postérieure haute (iliaque).

2.10- Les examens complémentaires :

La radiographie standard a été le seul examen complémentaire d'imagerie utilisé dans notre série. Ce choix pourrait s'expliquer par le fait que son coût est abordable et l'interprétation est facile. Dans la littérature cet examen constitue l'examen de choix en cas de luxation de hanche.

2.11- Le traitement :

Le traitement orthopédique a été le plus employé dans notre étude. Dans la littérature cette méthode de traitement est plus employée en cas de

luxation traumatique. Ainsi BÖHLER [29] et DJANELIDZE [36] ont adopté cette méthode de traitement.

2.12- L'évolution :

Elle dépendait de plusieurs facteurs : le délais de réduction, le type de luxation, l'étiologie, les lésions associées, le traitement effectué. Dans notre série l'évolution était favorable surtout en cas de luxation traumatique.

2.13- Les complications :

La complication la plus fréquemment rencontrée a été la fracture associée avec 57,6 % de la série. Ce phénomène pourrait s'expliquer par la violence et le mécanisme du traumatisme (choc du genou contre le tableau du bord).

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les résultats observés dans notre étude nous amènent à conclure que les luxations de hanche sont relativement rares. Elles touchent surtout les adultes jeunes en pleine activité. Le sexe masculin est beaucoup plus concerné. L'étiologie est dominée par les accidents de la voie publique. Le diagnostic est radiologique. Le traitement a été orthopédique, le délai de prise en charge reste tardif. Les complications les plus fréquentes étaient les fractures associées avec 57,6 % des cas.

Ceci nous amène à faire les recommandations suivantes :

Recommandations :

❖ Aux autorités publiques :

- L'organisation des campagnes d'information et de sensibilisation relative aux causes des grands traumatismes.
- L'élaboration des lois réprimant l'excès de vitesse,
- Le port obligatoire de la ceinture de sécurité,
- La vulgarisation du code de la route dans le secteur scolaire

- La vulgarisation du secourisme.
- L'aménagement des voies urbaines et inter urbaines.
- Le renforcement des autres mesures de sécurité sur les routes.

❖ **Aux autorités sanitaires :**

- La mise en place d'un système spécialisé pour le ramassage des traumatisés.
- La formation en nombre suffisant de spécialistes en traumatologie et orthopédie pour faire face à l'affluence des traumatisés.
- L'amélioration des conditions de travail des services concernés pour la prise en charge de ces patients.

❖ **Aux personnels de santé :**

- La formation continue, le recyclage périodique du personnel de santé.
- La prise en charge des cas de traumatisme par les spécialistes.

❖ **Aux populations :**

- La mise à jour régulière de la visite technique des véhicules.
- Le respect du code de la route.
- La prohibition de la conduite en état d'ivresse.
- La consultation des centres de santé et les orthopédistes en cas d'affections.

ostéo-articulaires.



VII - BIBLIOGRAPHIE

Références bibliographiques :

- 1- **ADAM. P, BEGUIN. L, FESSY. M. H** (Saint Etienne France 1976)
Anatomie du canal endosté de l'extrémité proximale du fémur.
<http://www.sofcot.com.Fr/FREE/programme/vendredi.htm>
- 2- **ANDREW J ZWEIFLER M.D**
Examen clinique. **EPSTEIN. PERKIN** de Bono-cookson Edition 1992
pages 284-285
- 3- **BOUCHET A. GUILLERET J**
Anatomie descriptive, topographique et fonctionnelle du membre inférieur 3^{ème} édition 1980 pages 8-23
- 4- **BRUNO DOHIN.**
Conduit à tenir devant une luxation congénitale de la hanche en 1998
France C.H le Mans
[http://www.cybercable.tm.fr :~biblia//ch1998.html](http://www.cybercable.tm.fr/~biblia//ch1998.html)
- 5- **CATON J.**
Le croissant antiluxation armé ACORA. Une alternative au traitement des
Luxations récidivantes de prothèses totales de hanche Avril 2001
Maître orthopédique n°103 (Lion France)
<http://www.maitrise.ortho.com/corpusmaitri/orthopaedic/103croissant/croissant.shtml>
- 6- **CHARROIS A, KAWAHJI M, RHAMI JP, COURPIED** (Paris1980)
Coxarthrose destructive rapide: particularités radio-cliniques et
resultants à long terme des
arthroplasties totales
<http://www.solcot.com.fr./FREE/programme/vendredi-htm>
- 7- **DAMBREVILLE A.**
Prévention des luxations de hanche : la voie d'abord postérieure avec
Barrette trochanterienne Edition 1997 France
<http://www.maitrise.orthop.com/corpusmaitri/oryhopaedic/dambreville>

Tribune/dam-brev...

8- DETRIE Ph.

Abrégés de petite chirurgie soins et conduite à tenir en urgences et Investigations en chirurgie 4^{ème} édition Paris Masson 1991 pages 174-175

9- DEVRED Ph, PETIT Ph, KRAENZLER R, CHAUMOITRE G

Dysplasies de hanche chez l'enfant (Paris France 2000)

<http://www.sfip-radiopediatrie.org/EPTIMOO/DEVTIMOO.HTM>

10- DIANE M.

Luxation de la hanche : Etude épidémiologique et prise en charge à l'hôpital GABRIEL TOURE à propos de 35 (trente cinq) cas (Thèse de médecine Bamako 2002)

11- DUQUENNOY A, GOUGEON F et MIGARD H

Ostéotomie de Chiari, Encycl. Méd. Chir (Paris-France)

Techniques chirurgicales. Orthopédie-Traumatologie. 44.662-1995,8p

12- DUPRE JP, BHYSENNE D, KELLER G et POITOU M.

Bilan articulaire de la hanche

Encycl. Méd. Chirurg. (Elsevier-Paris)

Kinésithérapie. Médecine physique, Réadaptation 26-008-E-10, 1999,6p

13- FLECHER X, ARGENSON J. N

Morphologie du fémur dans les séquelles de luxation congénitale de hanche ; analyse tomodensitométrique de 312 dossiers (Marseille 1978)

<http://www.sofcot.com.Fr/FREE/programme/vendredi.htm>

14- FREDERIC L.

Voies d'abord de la hanche

Le point de vue du chirurgien

[http://clinique des Lilas.com/orthop](http://clinique.desLilas.com/orthop)

15- GAVRILOV L. TOTARINOV V.

Anatomie, Edition, Mir Moscou 1988 pages 142-143

16- GODARD D.

Luxations congénitales de la hanche

Copyright@1997PEDIAWEB SARL France

<http://www.pediaweb.com/GPG/dpstag.htm>

17- GRAFT J.

Luxation congénitale de la hanche

copyright@1997PEDIAWEB SARL France-Nior

<http://www.pediaweb.com/AFP/Niorl.htm>

18- HERNIGOU P, BACHIR D, GALACTEROS F (France Créteil)

Evolution spontanée de la nécrose de hanche drépanocytaire adulte comparée avec l'évolution après forage et autogreffe de la moelle

<http://www.sofcot.com.fr/FREE/Programme/vendredi.htm>

19- HONNART F

Techniques en chirurgie orthopédique et Traumatologique édition Paris

Masson 1992 pages 86-90

20- HUMEIN U. BALSTENSWEILER J.

Cheicklist Traumatologie édition Vigot 1993

Pages 138 et 139

21- ISABELLE VALEANI6BARBIER, KAHIN MOF

Hanche, Atlas ostéo-articulaire Clinique Rhumatologique de l'Hôpital Bichat

Edition Paris cedex 3 pages 6-8

22- KALLE W. LEONHARDT H. Patzer W.

Anatomie de l'appareil Locomoteur édition Française dirigée par Cabrol L.

Flammarion-médecine-Sciences (194-P130) Tome I

Edition 1978- 1980-1982 pages 196-197

23- LAREDO J. D; WYBIER M. BONDEVILLE J. M; TUBIANA J. M

Annales de radiologie - Médecine nucléaire

Revue d'imagerie médicale édition 1993-36, 1, 1-104 pages 5-28

24- MANSOURI

Les Luxations et fractures - Luxation négligées de la hanche
Thèse de médecine, Rabat n°988, 371

25- MERLE Robert d'Aubigné et collection

Médocochirurgicale à révision périodique
Flammarion médecine Sciences 20-Rue Vargired-75006 Paris 1976
Pages 685-703 et 724.

26- MERLE d'Aubigné et collaborateurs.

Nouveau traité de technique Chirurgicale
Tome VIII membres inférieurs et ceintures Lésion septique Masson
Paris 1976
Pages 21-27

27- MIGARD H, DUQUENNOY A.

Techniques de reconstruction par greffe morcelée impactée et treillis
métallique au cours des révisions fémorales d'arthroplasties de hanche
[http://www.maitrise-ortho.com/corpusmaitri/orthopaedic/102-
duquennoy/duquennoy.s...](http://www.maitrise-ortho.com/corpusmaitri/orthopaedic/102-duquennoy/duquennoy.s...)

28- NETTER M.D.

Atlas d'anatomie humaine deuxième édition 1997.

29- PANUEL M. CHAUMOITRE K. Navarro A.

Hanche douloureuse de l'enfant - Stratégie d'exploration
<http://www.sfip-radiopediatrie.org/EPUTIMOO/CHATIMOOHTM>

30- PIETU G. MALISSARD M, RAYNARD G et LETNENNEUR J.

Luxation Traumatiques pures de hanche édition- technique
Encyclo. Méd. Chirurg. (Paris, France) appareil Locomoteur, 14-077-
A-10-1993,6p

31- POILLEUX F.

Sémiologie chirurgicale 617P01 Flammarion Médecines
Sciences édition 1975 pages 343-344 et 357-360

32- RENGO O. Ph.

Généralités sur les Traumatismes articulaires. Encyclopédie Médicale et chirurgicale (Paris, France) appareil Locomoteur 14033 D104-1987-8p

33- SERINGE R.

Dysplasies et Luxation congénitales de la hanche, encycl. Méd. Chirg. (Elsevier, Paris) appareil Locomoteur 15-226-A-10 Pédiatrie, A-007-E-10-1938

34- THREILLIEZ B, FESSY M. H, BERGUI H. J (Saint Etienne)

Prise en charge chirurgicale des paraostéoorthopathies neurogènes de hanche

<http://www.sofcot.com.fr/FREE/Programme/vendredi.htm>

35- WYBIER M.

Annales de radiologie, médecine nucléaire
Revue d'imagerie médicale radiologie ostéo-articulaire N°/1997, 40,
11-68 vol. 40
Pages1 ; 5-1 et 19

36- YOUMATCHEV

Traumatologie et orthopédie 2ème édition Mir. Moscou 1981 pages 134-138



VIII- ANNEXES

Fiche Signalitique:**Nom:** DOUMBIA**Prénom:** Ousmane**Titre :** Etude épidémiologique et clinique de la luxation de la hanche dans le service de traumatologie et d'orthopédie de l'hôpital GABRIEL TOURE d'octobre 2003 - septembre 2005 à propos de 33 cas.**Ville de soutenance :** BAMAKO**Pays :** MALI**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du MALI (F.M.P.O.S)**Centre d'intérêt :** Santé Publique, Traumatologie**Résumé :**

Le but de notre travail était l'étude des aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des luxations de la hanche. Il ressort de cette étude que les luxations de hanche représentent 7 % des luxations en général. Les luxations iliaques ont été les plus fréquentes avec 66,7 %. Les jeunes étaient les plus victimes. Le sexe masculin était le plus représenté. L'étiologie était dominée par accidents de la voie publique. La couche socioprofessionnelle la plus représentée était les élèves et étudiants.

L'examen complémentaire était la radiographie standard. Le traitement orthopédique était notre méthode de traitement de base et était toujours associé à un traitement médical. L'évolution était favorable dans la majorité des cas. Nos ambitions ont été freinées à cause de la faiblesse du plateau technique.

Mots clés : luxation, hanche, épidémiologie, thérapeutique.

FICHE D'ENQUETE

Dossier N°

A – IDENTITE DU MALADE :

Nom : Ethnie :
 Prénom : Sexe :
 Age : Provenance :
 Profession :

B- HISTOIRE DE LA MALADIE :

Ancienneté de la luxation :

Récente Ancienne
 Récidivante : Obstétricale

C- ETIOLOGIE :

Traumatique Pathologique Malformative
 Si traumatique : AVP BV AT AS Chute
 Si pathologique : Drépanocyto Abscès de la hche
 Si Malformative : Dyspha Antres

D- SIGNES CLINIQUES :

- Douleur - impotence fonctionnelle
 - Flexion - extension du membre
 - Abduction - adduction du membre
 - Rotation interne - rotation externe
 - œdème - raccourcissement

E- MECANISMES :

- Direct
 - Indirect

F- IMAGERIE :

Radiographies demandées :

- Radiographie du bassin de face
 - Radiographie de profil de la hanche contournée
 - Echographie
 - Arthroscanner
 - Autres

G- TYPES DE LUXATION :

- Luxation iliaque
- Luxation ischiatique Luxation Centrale
- Luxation publienn
- Luxation obturatrice
- Luxation récidivante

H- TRAITEMENT :

Délais de réduction en heure : H

Traitement adopte :

- Chirurgie
- Orthopédie
- Médicaments
- Rééducatio
- Chirurgie + orthopédie + Médicar ts
- Orthopédie + Médicame
- Traditionnel

I- COMPLICATIONS :

- Vasculair
- Nerveuse
- Ligamentaire
- Fracture associé

SERMENT D'HIPPOCRATE :

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie dès sa conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.