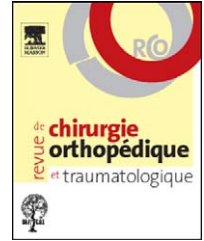




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



FAIT CLINIQUE

Instabilité antérieure dans les suites d'une fracture de l'acétabulum traitée par voie iliofémorale élargie[☆]

Anterior hip subluxation following fixation of a T-shaped acetabular fracture through an extended iliofemoral approach

A. Lao^a, M. Soenen^{a,b,*}, J. Girard^a, H. Migaud^a

^a Service d'orthopédie C, département universitaire de chirurgie orthopédique et de traumatologie, université Lille 2, hôpital Salengro, CHRU de Lille, rue Émile-Laine, 59037 Lille cedex, France

^b Clinique de l'Europe, 61, boulevard de l'Europe, 76100 Rouen, France

Acceptation définitive le : 11 octobre 2010

MOTS CLÉS

Hanche ;
Subluxation ;
Fracture de
l'acétabulum ;
Voie iliofémorale
élargie

Résumé Nous rapportons le cas d'une patiente de 34 ans qui a présenté à six semaines de la fixation d'une fracture de l'acétabulum par voie iliofémorale élargie une subluxation antérolatérale de la tête fémorale. En l'absence d'incongruence articulaire recherchée sur les radiographies et la tomodensitométrie, une capsulorraphie a été menée par voie antérieure de Hueter. Cette plastie capsulaire a permis de stabiliser la hanche pendant deux ans, mais une dégradation arthrosique a conduit à effectuer une arthroplastie. Au recul de deux ans, l'évolution de l'arthroplastie secondaire était favorable. L'importante exposition musculaire de la face latérale de l'acétabulum et la capsulotomie circonférentielle liées à l'usage de la voie iliofémorale ont été retenues comme facteurs favorisant de cette complication. En cas d'impossibilité de mobilisation précoce postopératoire, un maintien temporaire du membre en abduction et flexion peut être recommandé après la réalisation d'une voie iliofémorale élargie avec capsulotomie circonférentielle.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2010.09.013](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2010.09.013).

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : m.soenen@clinique-europe.com (M. Soenen).

1877-0517/\$ - see front matter © 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

doi:[10.1016/j.rcot.2010.11.002](https://doi.org/10.1016/j.rcot.2010.11.002)

Introduction

L'instabilité coxofémorale est rare après fracture de l'acétabulum traitée chirurgicalement sous réserve d'une réduction satisfaisante [1–3]. À notre connaissance, seuls Tornetta et French [4] ont rapporté une instabilité comparable, qui a été spontanément résolutive. Duquennoy et Senegas [2] n'en rapportaient aucune lors du symposium de la Sofcot parmi 403 fractures, tandis que Judet et Letournel [3] n'en faisaient pas mention à propos de 302 fractures opérées. La voie iliofémorale élargie est aujourd'hui moins fréquemment recommandée au profit de la voie ilio-inguinale ou d'abord combinés pour le traitement des fractures complexes récentes de l'acétabulum [5–10]. Elle expose en effet à des ossifications [8,9,11] et peut entraîner un affaiblissement de l'éventail musculaire glutéal. Elle est principalement recommandée par Letournel [12], Johnson et al. [13], Mayo et al. [14] pour le traitement de fractures complexes notamment lorsqu'elles sont opérées au-delà de 21 jours. Elle reste d'actualité dans le cas de fractures transverses à composante tectale, en présence d'un fragment étendu de paroi postérieure ou dans le cas de lésions cotyloïdiennes associées à des lésions sacro-iliaques ipsilatérales [15]. Nous avons observé une complication inhabituelle de cette voie d'abord utilisée pour le traitement d'une fracture en T. Cette complication est survenue au cours de la période de décharge dans les suites de l'ostéosynthèse. Elle était asymptomatique et de découverte fortuite sur les radiographies de suivi à six semaines.

Observation

Mme R., âgée de 34 ans, a été adressée dans notre centre, dix jours après une fracture de l'acétabulum gauche survenue à la suite d'un accident de voie publique. Conductrice ceinturée, elle avait été percutée latéralement et victime d'une fracture en T avec protrusion intrapelvienne (Fig. 1) [3,7,16]. Elle n'avait pas d'autre lésion traumatique, mais présentait d'emblée une paralysie dans le territoire du tronc lombosacré comprenant les fibres L4 et L5. Dans le centre où elle a été prise en charge initialement, une traction sous anesthésie avec contrôle par amplificateur de brillance a permis de désenclaver la tête et une traction transcondylienne a été appliquée. Devant l'absence d'amélioration de la congruence sous traction, elle a été référée dans notre centre à j10 et opérée à j14 après un bilan préopératoire tomodensitométriques (TDM) en coupes et en reconstructions tridimensionnelles.

Une voie d'abord iliofémorale élargie selon Judet et Letournel [3,10] a été pratiquée en raison des lésions tectales et de la colonne postérieure. L'intervention a été menée par la partie latérale de la voie iliofémorale avec une extension vers la fosse iliaque médiale, nécessaire pour réduire l'impaction des fragments tectaux. Le muscle moyen fessier a été désinséré sans trochantérotomie. Une capsulotomie juxta-acétabulaire a été réalisée pour vérifier l'exactitude de la réduction articulaire d'une part, et d'autre part la restitution anatomique des deux colonnes. Une fois la capsulotomie effectuée, il était possible de décoapter la hanche au moyen d'un crochet placé sous le col fémoral sans luxation complète mais pour permettre une



Figure 1 Fracture en T identifiée sur le cliché de face (A), en 3/4 alaire (B) et en 3/4 obturateur (C). Le trait inférieur est identifié par une flèche sur le 3/4 obturateur (C). L'instabilité en protrusion est bien identifiée sur le 3/4 alaire (B) avec reproduction du déplacement.

vision directe des surfaces articulaires de leur réduction. Le complexe labral était continu, ce qui est habituel dans les fractures avec protrusion, sans enclavement une fois la fracture réduite. Deux plaques ont été nécessaires pour fixer respectivement la colonne postérieure et les fragments de la paroi postérieure, tandis que la fixation de la colonne antérieure était confiée à deux vis ilio-pubiennes (Fig. 2). La capsulotomie a été refermée et le muscle moyen fessier réinséré par des points trans-osseux au niveau de la crête iliaque et du grand trochanter. L'intervention a duré 04h30, pour un saignement total de 500 mL. La patiente n'a pas



Figure 2 Radiographie de face montrant la réduction correcte, la tête étant bien centrée sous le toit. Synthèse postérieure par une vis ilio-ischiatique et une plaque AO de reconstruction en neutralisation. Stabilisation des lésions postérieures de la paroi par plaques. Deux vis ilio-pubiennes assurent la synthèse antérieure.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091881>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091881>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)