

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET  
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE DE BAMAKO



REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2012 - 2013

N°.....

THESE

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES  
LUXATIONS DE LA HANCHE DANS LE SERVICE  
DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET  
TRAUMATOLOGIQUE DU CHU GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le ..../..../2013

*Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie*

**PAR MADEMOISELLE *Lao-Bella KAO***

***Pour obtenir le grade de docteur en Médecine***

***(DIPLOME D'ETAT)***

***Président du Jury : Professeur Cheick Bougadari TRAORE***

***Membre du Jury : Docteur Mamadou Bassirou TRAORE***

***Codirecteur de Thèse : Docteur Terna TRAORE***

***Directeur de thèse : Professeur Tiéman COULIBALY***

**DEDICACES**  
**ET**  
**REMERCIEMENTS**

## **Dédicaces :**

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

**A DIEU, le MISERICORDIEUX, l'OMNIPOTENT, l'OMNIPRESENT, l'OMNISCIENT et le MEDECIN par excellence.**

Seigneur Dieu, créateur de toute vie et de toute chose, Ce travail est le fruit de ta volonté. Je veux te dire « Merci » sans oublier un seul de tes bienfaits, pour m'avoir donné le privilège, la santé et la chance d'arriver à ce stade. L'honneur, la puissance, la gloire, la majesté et la magnificence te reviennent à jamais. Aucun mot ne peut être assez fort pour vous exprimer toute ma reconnaissance.

**A MA MERE Feue KAYOU HODO**

Ce jour est spécial pour moi et plus encore si t'étais là. Tu étais pour nous ce que veut vraiment dire une mère, rôle que tu avais su si bien jouer car à aucun moment nous n'avions manqué d'amour, d'affection ou d'attention. Tu t'étais battue nuit et jour pour nous offrir le meilleur. Ce travail est le fruit de tant d'années de sacrifices, il t'est entièrement dédié. Chère mère, les mots me manquent pour exprimer tout ce que je ressens. J'aurai voulu que tu sois là aujourd'hui pour partager le couronnement de tes sacrifices consentis. Ton amour sera éternellement gravé dans mon cœur. Que Dieu t'accorde la paix éternelle !

### **A mon père Mr Biguilihoé KAO**

Tu as guidé nos premiers pas à l'école et n'a jamais cessé de nous rappeler que «seul le travail libère l'homme». Je te dédie ce travail en guise de remerciement.

### **A ma Grande Sœur Mme PALE Nathalie KAO**

Merci d'avoir ouvert les premières portes à tes jeunes frères et sœurs. Trouve ici la reconnaissance du soutien que tu n'a cessé de m'apporter tout au long de mes études. Puisse DIEU renforcer nos liens de sang !

### **A ma grande Sœur Mme SALAKO Princesse KAO**

Par tes qualités de grande battante tu es et tu resteras un idéal pour moi. Les mots me manquent pour t'exprimer mon infinie gratitude et l'extrême amour que je te porte. Tu n'as cessé de me témoigner toute ton affection et ton soutien. Merci pour tes prières quotidiennes et tes encouragements perpétuels. Puisse ce travail t'apporter beaucoup de joie et te témoigner toute ma reconnaissance.

### **A mon grand frère Mr Bedjakaaris KAO**

Ce travail est l'aboutissement d'énormes sacrifices que tu as consentis. Qu'il soit l'expression de toute ma reconnaissance à ton encontre. Puisse DIEU t'accorder Santé et prospérité !

### **A mon grand frère Mr Minguizah KAO**

Si cher à mon cœur tu as partagé mes joies et mes peines. Tu es le grand frère que tout un chacun aimerait avoir. Dévoué à tes petites sœurs, les mots me manquent pour t'exprimer combien je t'estime et t'admire. Puisse Dieu t'accorder longue vie santé et prospérité et vous protéger toi et ta petite famille. Qu'il m'accorde la chance de faire plus à tes enfants.

### **A ma grande sœur Mme FIGO Baomondom KAO**

Merci beaucoup pour le soutien moral que tu m'as apporté

Soit rassurée de mon profond attachement.

Que les liens de sang fassent de nous des complices dans la vie !

Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

Longue vie et santé à toi et à Gregory

### **Au Dr BAKAÏ Tchaa Abalo**

Des personnes comme toi, on n'en rencontre que très peu dans une vie, tu as été à mes côtés dans les bons comme les mauvais moments. Tu occupes une place particulière dans mon cœur et dans ma vie. Je ne saurais exprimer ma gratitude et mon estime envers toi par quelques mots. Je prie Dieu de te donner longue vie et une réussite dans la vie professionnelle, et qu'il exauce nos vœux.

### **A mon fils Bradley Marley Ekim BAKAÏ**

Tu es un cadeau du ciel pour moi ta Maman. Que Dieu te bénisse et te garde. Qu'il fasse de toi ce grand homme que nous tes parents souhaitons que tu sois. Que ce travail t'incite à mieux faire dans la vie !

### **A Feue Mme Coulibaly Wassa Zala**

Sans ton aide, je n'aurais peut-être jamais pu m'inscrire à la Faculté de Médecine de Bamako. Tu m'as généreusement accueillie et hébergée dès mon arrivée au Mali et ton aide ne m'a jamais fait défaut. C'est avec une émotion certaine que je rédige ces mots à ton endroit. Puisse ce travail témoigner de ma vive reconnaissance et de mon grand attachement. Mes sincères remerciements. Que ton âme repose en paix.

## **Remerciements :**

Mes remerciements vont à l'endroit de :

- **Ma terre d'accueil le Mali et le peuple malien :**

J'ai appris de vous la simplicité et le « Djatiguiya », jamais je ne vous oublierai.

- **La Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako.**

Plus qu'une Faculté d'Etudes médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie.

Nous ferons partout ta fierté.

- **Tout le personnel du CHU Gabriel Touré :**

- **Au Professeur Ibrahim ALWATA**

**Cher Maître,**

Nous avons appris à vos côtés et nous voudrions bien pouvoir vous imiter. Votre culture scientifique et l'abord facile font de vous un maître apprécié. Soyez rassuré cher Maître, que votre enseignement nous servira de modèle dans la carrière que nous allons embrasser.

**Au Dr Boubacar Yoro SIDIBE**

Ta disponibilité, ta générosité et ton amour du travail bien fait font de toi un modèle et une personne admirable. Tes conseils ne m'ont jamais fait défaut toutes les fois où je me suis tournée vers toi. Soit rassuré de ma profonde gratitude. Ce travail est le tien.

**A Mr Badon DIALLO**

Merci pour le soutien moral et matériel dont j'ai bénéficié. Soyez rassuré de mon profond attachement. Je prie Dieu de te donner longue vie.

**A ma petite sœur chérie et complice Mme KEITA Leila TRAORE dite**

**Chouchou**

Nous avons ramé ensemble pour surmonter la perte de nos mamans respectives, ce qui nous a soudées et aidées à franchir de nombreux obstacles. Ton apport à la réalisation de ce travail est inestimable. Je garde de toi l'image d'une femme dynamique, courageuse et ambitieuse. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites. Longue vie et santé à toi et Ibou.

**A Mr Makono COULIBALY et sa famille à Magnanbouyou projet**

Vous m'avez accueillie chez vous et m'avez adoptée comme votre propre fille. J'y ai trouvé le gîte et le couvert. Puisse ce travail témoigner de ma vive reconnaissance et de mon grand attachement. Mes sincères remerciements.

**A mes jeunes sœurs Arahmatou Maïga et Zara Maïga**

On dit que les meilleurs moments de la vie sont ceux passés à la fac. Les meilleurs moments de ma vie à la fac je les ai passés avec vous. Je ne pourrai vous effacer de mon esprit. Recevez à travers ce travail l'expression de toute mon affection. Merci pour le bon voisinage et Bonne chance à vous dans la poursuite de vos thèses respectives. Puisse Dieu vous bénir et exaucer vos vœux !

**A Mr Mamoutou MAIGA et sa famille au point G**

Ma petite famille et moi n'avons jamais manqué l'affection dans votre cours. Merci de nous avoir veillés et protégés. Aucun mot ne saurait traduire toute ma reconnaissance. Santé, bonheur et longévité sont nos vœux pour vous.

**A la famille Du DR KONE au point G**



Mon amitié avec votre fille Bébé a été et reste précieuse pour moi. Merci d'avoir accueilli affectueusement mon fils Bradley chez vous.

**Aux familles BAKAÏ à Lomé, PALE et SANOU à Ouagadougou**

Merci pour votre hospitalité et votre constant soutien.

**A mes co-équipiers Tamaki SISSOKO et Adama Yafilé DIARRA**

Vous avez été pour moi frère et sœur. Nous avons toujours cheminé ensemble à la fois dans la joie et dans la souffrance. Je souhaite qu'à la fin de notre formation, où que nous soyons les souvenirs et les aventures vécus ensemble ne s'effacent jamais de nos mémoires. Mes sincères reconnaissances pour vos bons sens d'amitié et belle carrière à vous.

**A mes aînés Médecins : Dr Ibrahim Fomba ,Dr Nanakan N'GUISSAN, Dr Stéphane DEGBE, Dr Sorry Ibrahim TAMBASSI, Dr Mahamadou KANE, Dr Abdoul-Rachid HAROUNA ,Dr GUISSÉ**

Merci pour vos encouragements et vos nombreux services.

**A mes promotionnaires de la fac et du service de traumatologie :**

Aminata Dao,Zoumana Daou,Zoumana Doumbia,Alidou Maiga,Gildas Degila,Mohamed Sylla,Ramatoulaye Diamouténe,Karamoko Sougoulé,Issa Diallo,Alain Rober sissouma, Alassane Maiga ,Sira Samake ;Dicko ;Oumar Keita ;Issiaka Keita :

Merci pour les bon moments passer ensemble au service

**A Mr Oumar Ali YATTERÉ dit Babourou**

Merci infiniment pour votre disponibilité et votre générosité

**A Nagan :**

Maman de tous les jours, tu m'as toujours soutenue et encouragée quand le désespoir m'assaillait. Aucun mot ne saurait traduire toute ma reconnaissance. Santé, bonheur et longévité, je te les souhaite.

**A tous les étudiants Togolais au Mali et à l'U.E.E.S.T.M**

Courage et persévérance !

**Aux Communautés sœurs présentes à la FMPOS, à la grande famille des Bâtisseurs et à l'A.E.E.M**

**A tous ceux** qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce modeste travail

**A tous ceux** que je n'ai pas pu citer

Merci !!!

# **HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et président du jury :**

**Professeur Cheick Bougadari TRAORE**

**Maître de conférences agrégé en Anatomie Cytologie Pathologiques à  
la FMOS,**

**Chef de service d'anatomie cytologie pathologiques au CHU du point G**

**Collaborateur du Registre du Cancer au MALI**

**Médecin Chercheur**

Cher maître

Nous sommes très sensible a l'honneur que vous nous faites en acceptant de  
présider ce jury malgré vos multiples occupations. Nous avons été émerveillés  
par votre sympathie, votre disponibilité, votre humilité et votre rigueur dans le  
travail bien fait.

Vous êtes un homme de science rigoureux et pointilleux.

Nous vous rassurons ; cher maître que vous êtes un véritable modèle pour toutes  
les générations.

Permettez nous de vous exprimer ici, monsieur le président, notre profond  
respect.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

**Docteur Mamadou Bassirou TRAORE**

**Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel Touré**

**Praticien hospitalier**

**Ancien interne des hôpitaux**

Cher maître,

Les qualités telles que simplicité, disponibilité, humilité, engagement et dévouement sont votre quotidien ce qui inspire le respect.

Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par votre rigueur scientifique et votre amour du travail bien fait que par vos qualités humaines.

Veillez croire cher maître à l'expression de notre sincère et profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :**

**Docteur Terna TRAORE**

**Chirurgien orthopédiste et traumatologue au CHU Gabriel Touré**

**Praticien hospitalier**

**Ancien interne des hôpitaux du Mali**

Cher maître,

Votre encadrement précieux a contribué à l'élaboration de ce travail qui d'ailleurs est le votre. Votre rigueur scientifique et votre amour pour le travail bien fait, font de vous un homme de qualité.

Veillez accepter l'expression de notre admiration et soyez assuré de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :**

**Maître de conférences en orthopédie et traumatologie à la FMOS de Bamako,**

**Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré,**

**Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOMACOT),**

**Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOFECOT),**

**Membre des sociétés Marocaine et Tunisienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.**

Cher maître,

Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité avec les quelles vous avez bien voulu diriger ce travail.

Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction et avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide que nous avons reçu en toute circonstance avec sympathie et bienveillance.

Votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur et vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect.

# SIGLES ET ABREVIATIONS

**AD** : Accident domestique

**AINS** : Anti inflammatoire non stéroïdien

**AT** : Accident de travail

**AVP** : Accident de la voie publique

**CBV** : Coups et blessures volontaires

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**ENI** : Ecole national d'ingénieur

**Frq** : Fréquence

**GEOP** : Groupe d'étude en orthopédie pédiatrique

**GT** : Gabriel TOURE

**H** : heure

**Ligt** : Ligament

**TDM** : Tomodensitométrie

**%** : Pourcentage



# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIF.....	2
GENERALITES.....	3
METHODOLOGIE.....	45
RESULTATS.....	48
COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	57
CONCLUSION.....	61
RECOMMANDATIONS.....	62
REFERENCES.....	66
ANNEXES.....	70

# **INTRODUCTION**

La luxation, est définie par une perte de contact total des surfaces articulaires d'une articulation se produisant au décours d'un traumatisme. C'est une des urgences en chirurgie orthopédique dans le sens où l'intervention (par manœuvre ou par opération) doit survenir rapidement d'une part pour le risque de compression d'éléments nobles (vaisseaux, nerfs) mais aussi d'autre part pour l'avenir de l'articulation (déformation articulaire, instabilité, arthrose). Dans le langage courant, la luxation est appelée déboîtement. Lorsque la perte de contact n'est pas totale, on parle de subluxation, elle est souvent le fait d'instabilité articulaire chronique. C'est une affection autrefois rare en milieu africain mais elle a vu sa fréquence augmentée en raison du nombre de plus en plus élevé des accidents de la route. La hanche est une articulation stable à l'inverse de l'épaule. Les traumatismes qui occasionnent la luxation de la hanche sont particulièrement violents. Ils doivent survenir sur la hanche en position propice. Toutes ces considérations expliquent que les luxations traumatiques de la hanche soient des affections peu fréquentes (7% de l'ensemble des luxations [1, 2, 3, 4, 5]). C'est une urgence thérapeutique absolue pouvant mettre en jeu le pronostic fonctionnel de la hanche, d'où la nécessité de la réduire rapidement après sa survenue. Les complications ne sont pas négligeables et sont dominées par le risque d'arthrose et de nécrose de la tête fémorale post-traumatique [6].

Voyant la multiplicité des accidents de la circulation routière et la fréquence de plus en plus augmentée des luxations de la hanche au service d'accueil des urgences, nous avons jugé nécessaire de faire une étude quand bien même que plusieurs études ont été déjà menées dans le service d'orthopédie et de traumatologie du CHU Gabriel TOURE .

Pour mener notre étude, nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

# **OBJECTIFS**

## **1-Objectif général :**

Etudier les aspects épidémiologiques des luxations de la hanche ainsi que leur prise en charge dans le service de traumatologie et d'orthopédie du CHU Gabriel Touré.

## **2-Objectifs spécifiques :**

- Déterminer les étiologies liées à ces différents types de luxation.
- Déterminer l'aspect socio démographique des luxations de la hanche .
- Déterminer la morbidité des différents types de luxations de la hanche.
- Faire des recommandations pour prévenir ou réduire leur survenue.

# **GENERALITES**

**A. Définition :** 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, arthrite de la hanche, dysplasie).

**B. Rappel anatomique :**

## **1. L'OSTEOLOGIE :** [3]

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

- Le point iliaque 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 branche 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 et est formé 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].

### **1.1-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 externe 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.

**1.1.1- 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.

➤ **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.

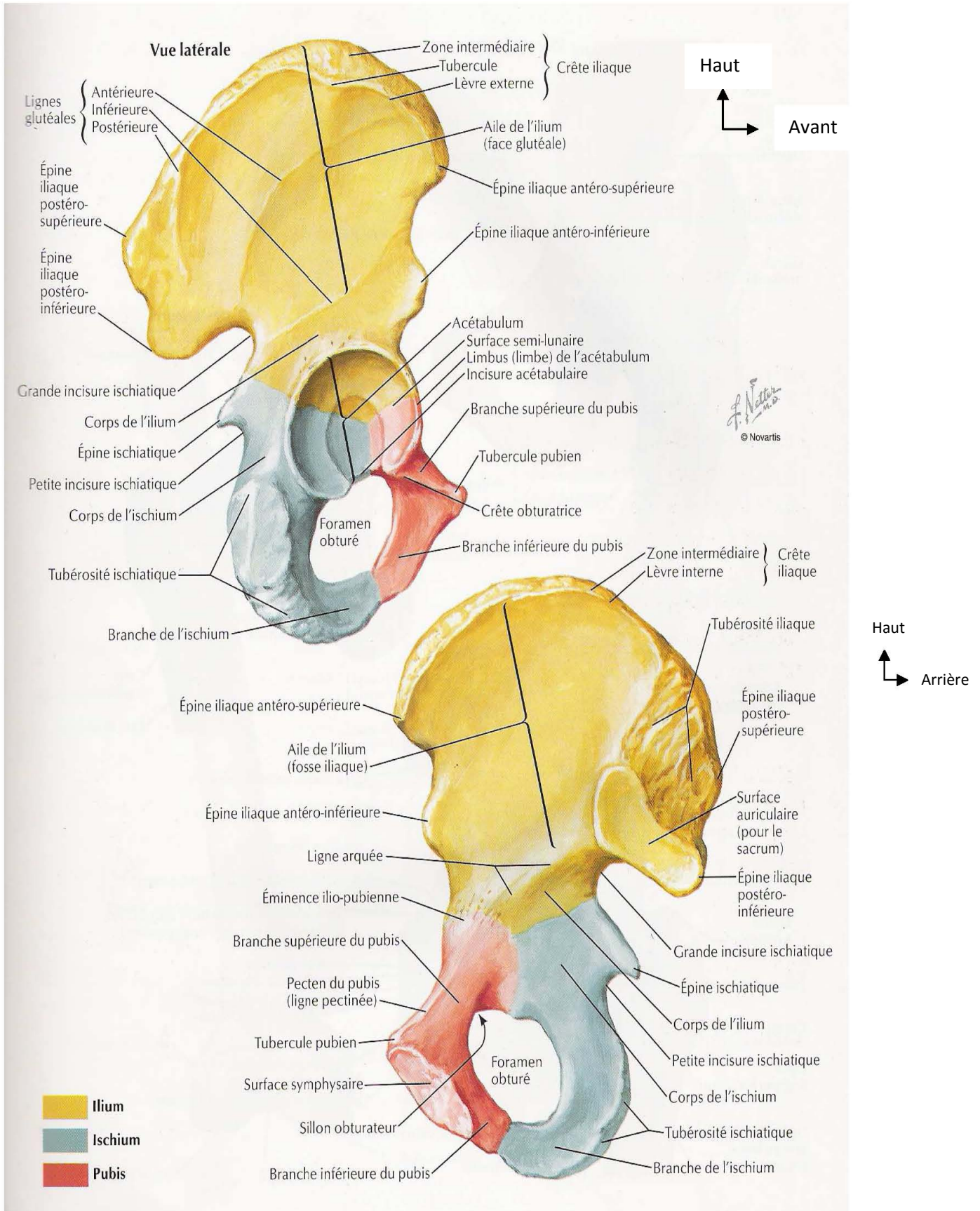
➤ **La fosse iliaque externe :** elle est formée par l'os iliaque surplombant le cotyle à la manière d'un vaste auvent osseux. Elle est limitée en haut par le bord supérieur de l'os ou crête iliaque, en avant par la partie supérieure du bord antérieur, en arrière par le bord postérieur.

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. Elles délimitent trois champs d'insertion musculaire pour les muscles fessiers : le petit, le moyen et le grand fessier.

➤ **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.

**1.1.2-L'architecture :** l'os iliaque est formé de deux bornes d'os compact entre lesquelles 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 [28]**

## **1.2-L'extrémité supérieure du fémur :**

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

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

**1.2.2- 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 bord inférieur et un bord supérieur.

**1.2.3- 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.

**1.2.4- Le petit trochanter :** Est une tubercule sensiblement conique. Il est situé à la partie supéro-interne du bord inférieur du col et donne l'insertion du tendon du muscle du psoas iliaque.

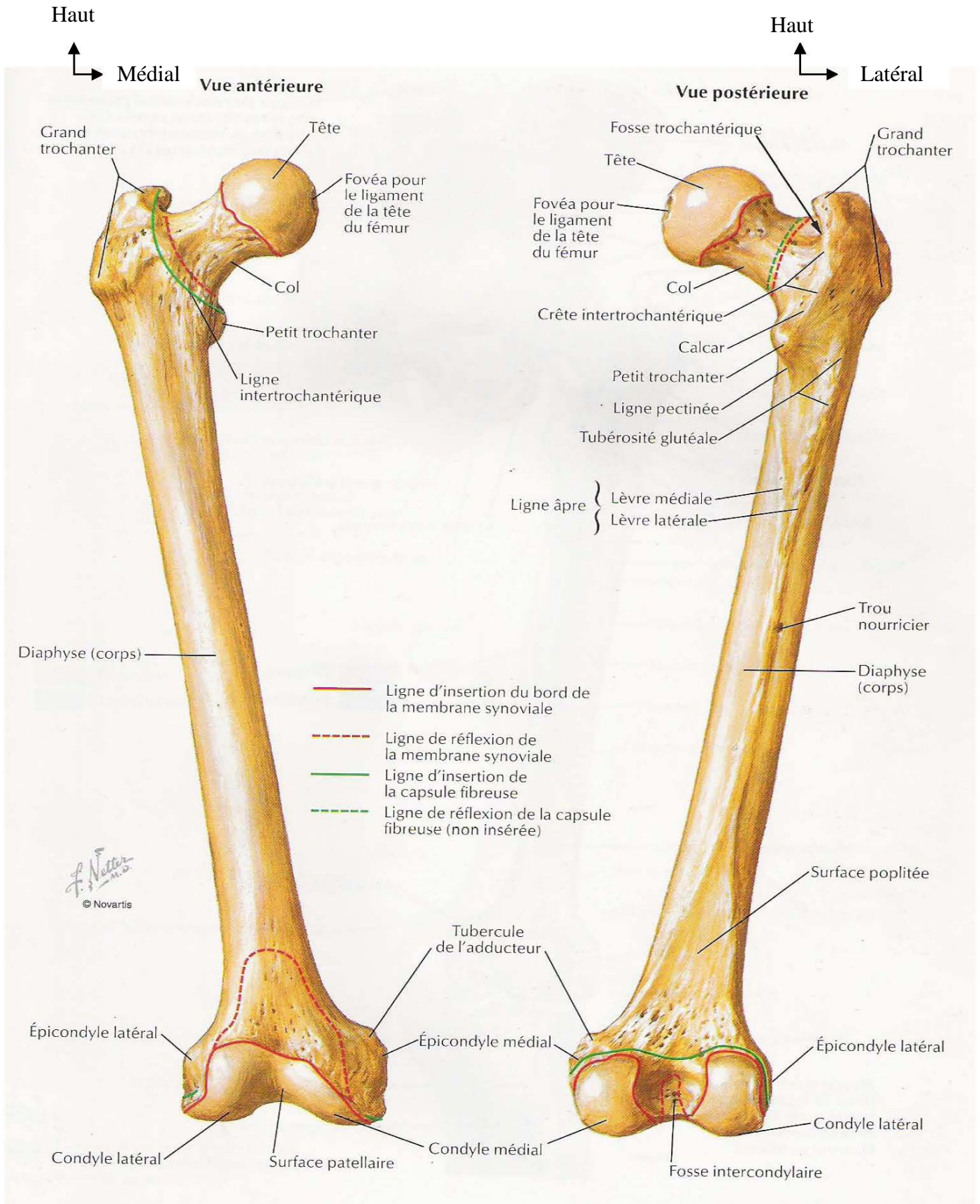
**1.2.5- Le col chirurgical :** est une zone de transition qui relie l'ensemble du massif trochantérien à la partie supérieure de la diaphyse fémorale.

**1.2.6- 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.

**1.2.7- 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 [28]**

## **2- LES SURFACES ARTICULAIRES :**

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

### **2.1-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 pôle supérieur.

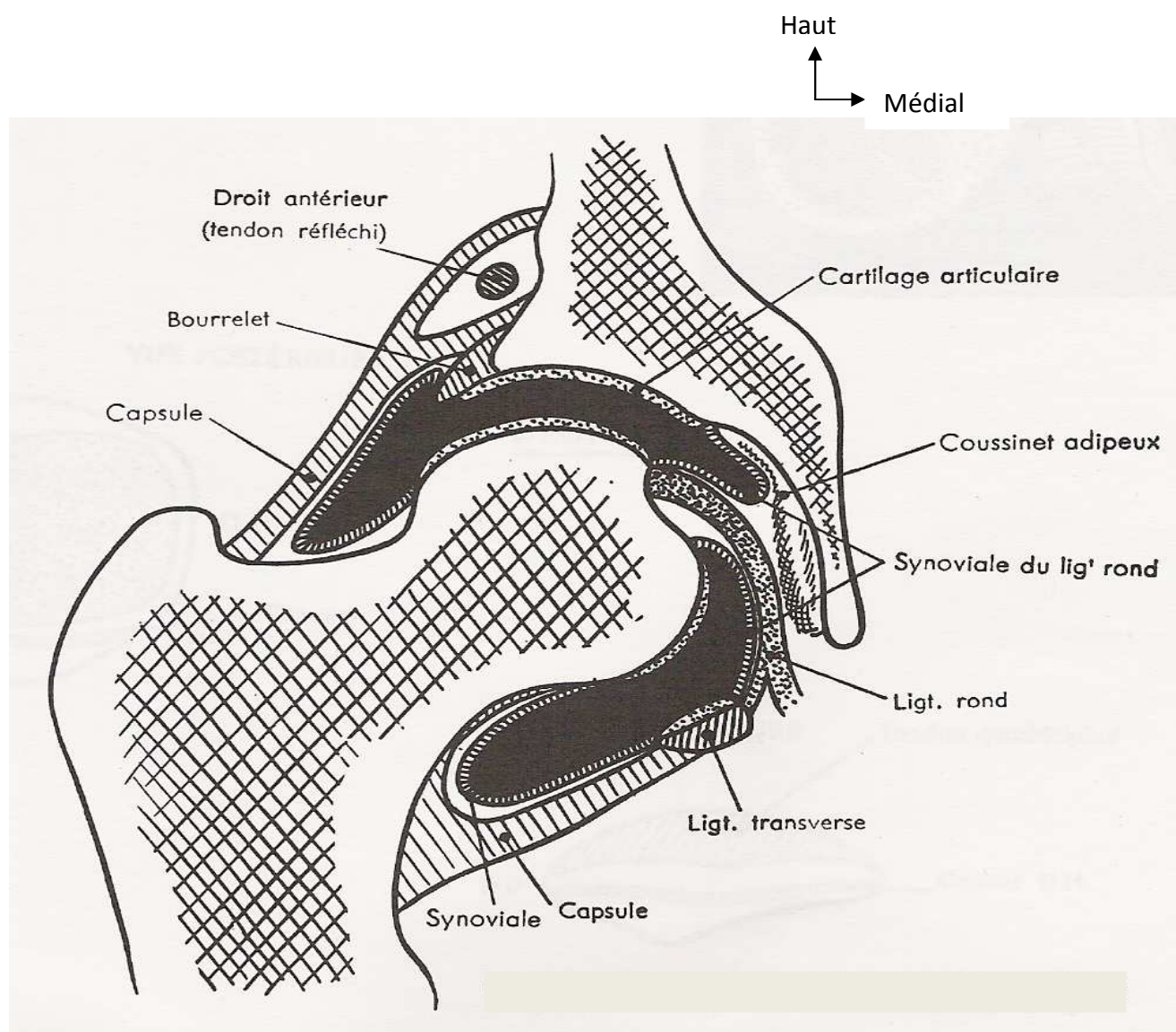
### **2.2-Le cotyle :**

La cavité cotyloïde est une large cavité hémisphérique située à la face externe de l'os iliaque. La partie centrale, la plus profonde du 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 du cotyle. Cette périphérie dessine un croissant. Les 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 du 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.

#### **➤ 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

destinés au ligament rond. Sa face externe est convexe, tandis que sa face interne est concave et lisse.



**Figure n°3 : coupe frontale de l'articulation coxo-fémoral [3]**

### **3-LES MOYENS D'UNION : [22]**

#### **3.1-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.

### **3.2-Les ligaments extra capsulaires :**

#### **3.2.1- Le ligament ilio-fémoral 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 le faisceau supérieur 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 :

#### **3.2.2 - 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.

#### **3.2.3- Le ligament annulaire ou ligament de Weber :**

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

#### **3.2.4-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.

### **3.3- 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.

### **3.4-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 capité, le ligament transverse de l'acetabulum et sur le pourtour de l'arrière fond du cotyle. Elle est intra capsulaire, extra synoviale et extra-articulaire.

## **4- LA VASCULARISATION ET L'INNERVATION : [3]**

### **4.1- 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 :**

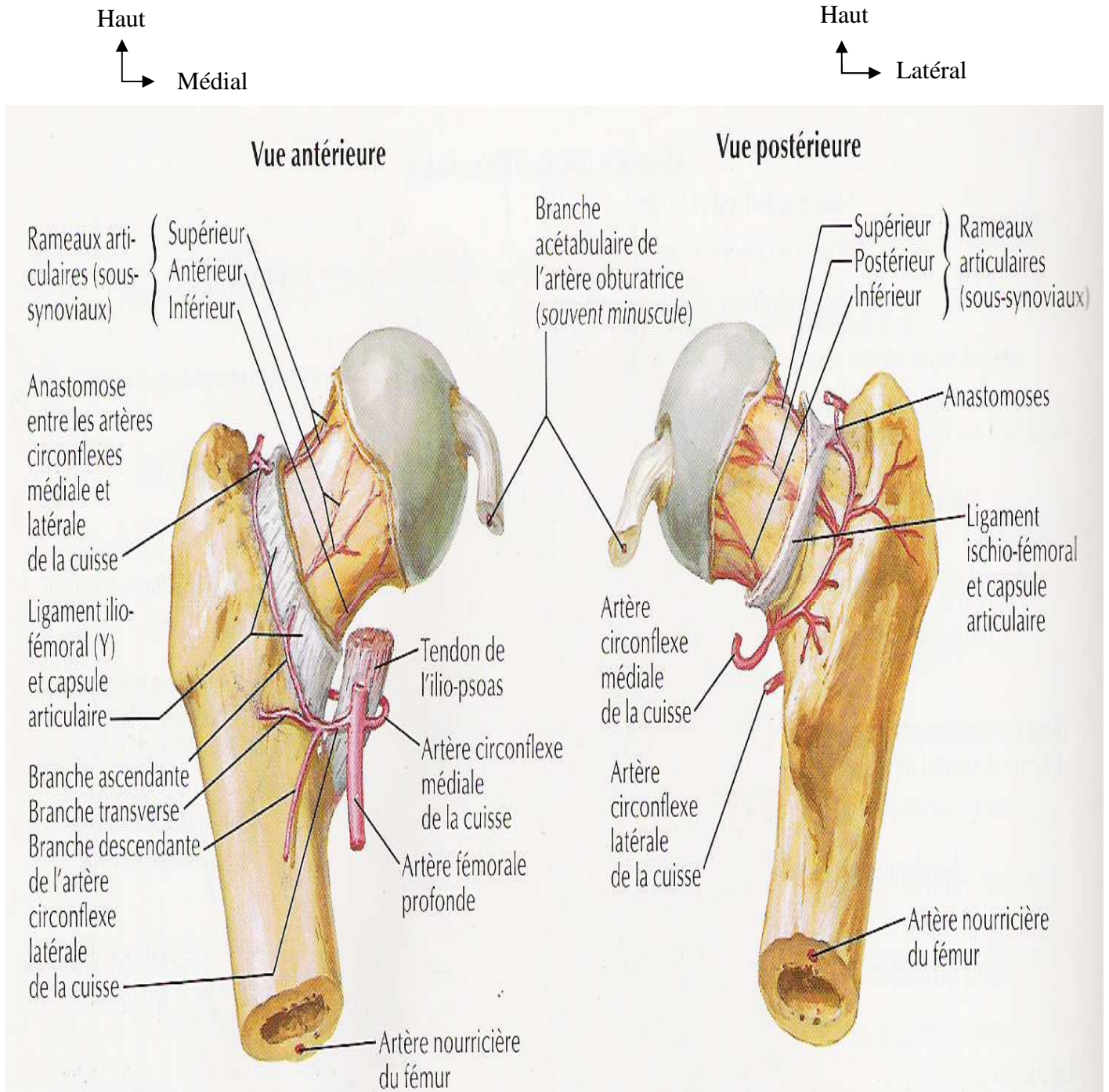
A la même origine que la circonflexe antérieure. Elle forme avec l'antérieure un cercle artériel autour du col chirurgical du fémur. Elle donne l'artère inférieure du col.

#### **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.

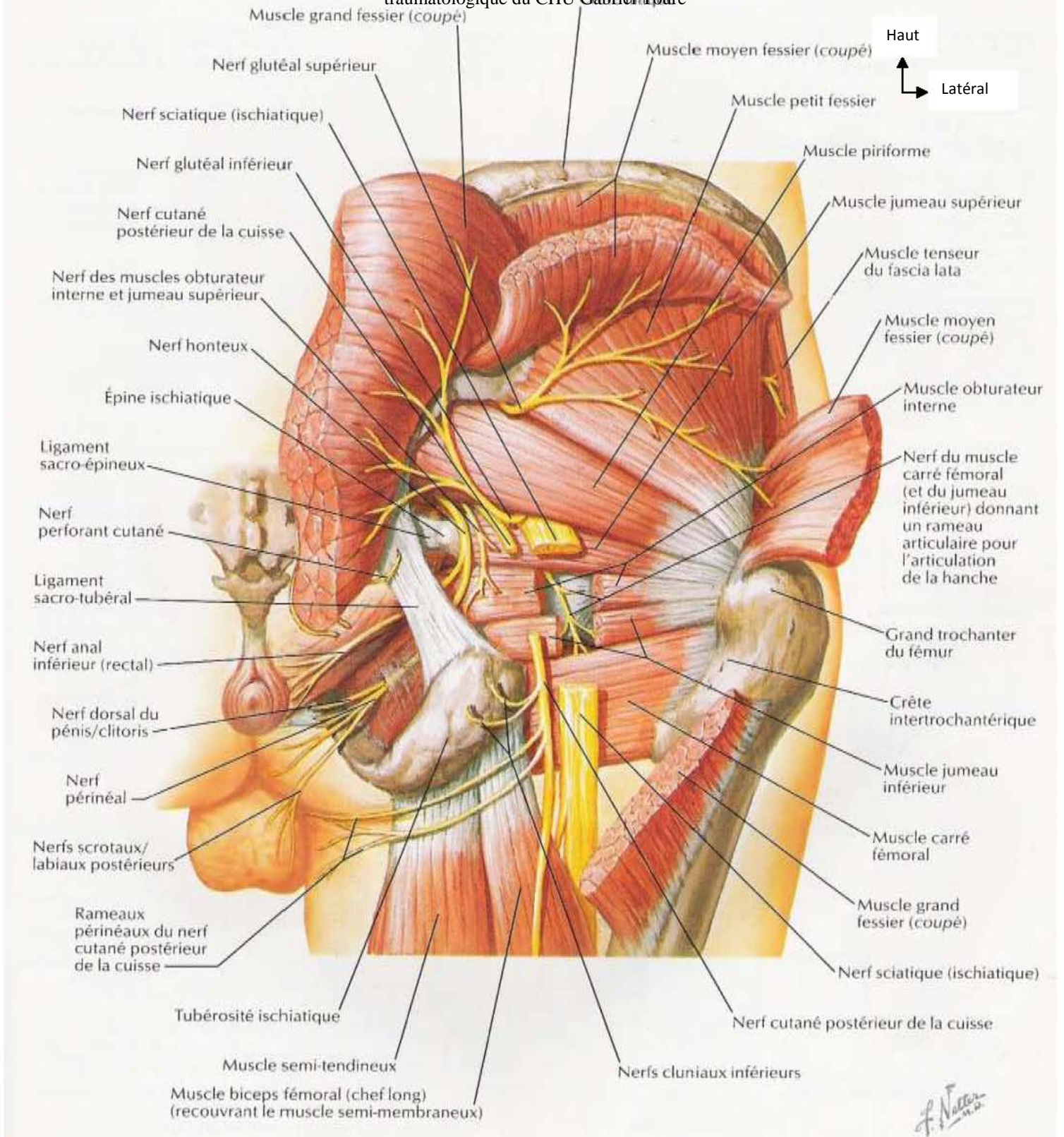
La vascularisation veineuse est calquée sur la disposition des artères.



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

#### **4.2 -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 : Nerfs de la hanche et de la fesse [28]**



## **5- 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 adduction, 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 aux 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].

### **5.1-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.

a) L'extension est un mouvement qui porte la cuisse en arrière et met en jeu le grand fessier et les muscles ischio-jambiers (semi-tendineux, semi membraneux et biceps fémoral).

b) 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].

### **5.2 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].

### **5.3 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 arrière et fait tourner les abducteurs, les pelvi-trochantériens, le grand fessier, le moyen le petit fessier et 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].

### **5.4 La circumduction :**

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

## **C- ETIOLOGIE**

La cause la plus fréquente est l'accident de la voie publique (choc du tableau de bord),

Les autres causes sont les accidents de sport, de travail.

## **D- MECANISME** [30]

La stabilité inhérente à cette énarthrose explique la violence causale. 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 évoqués [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 forcé 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.

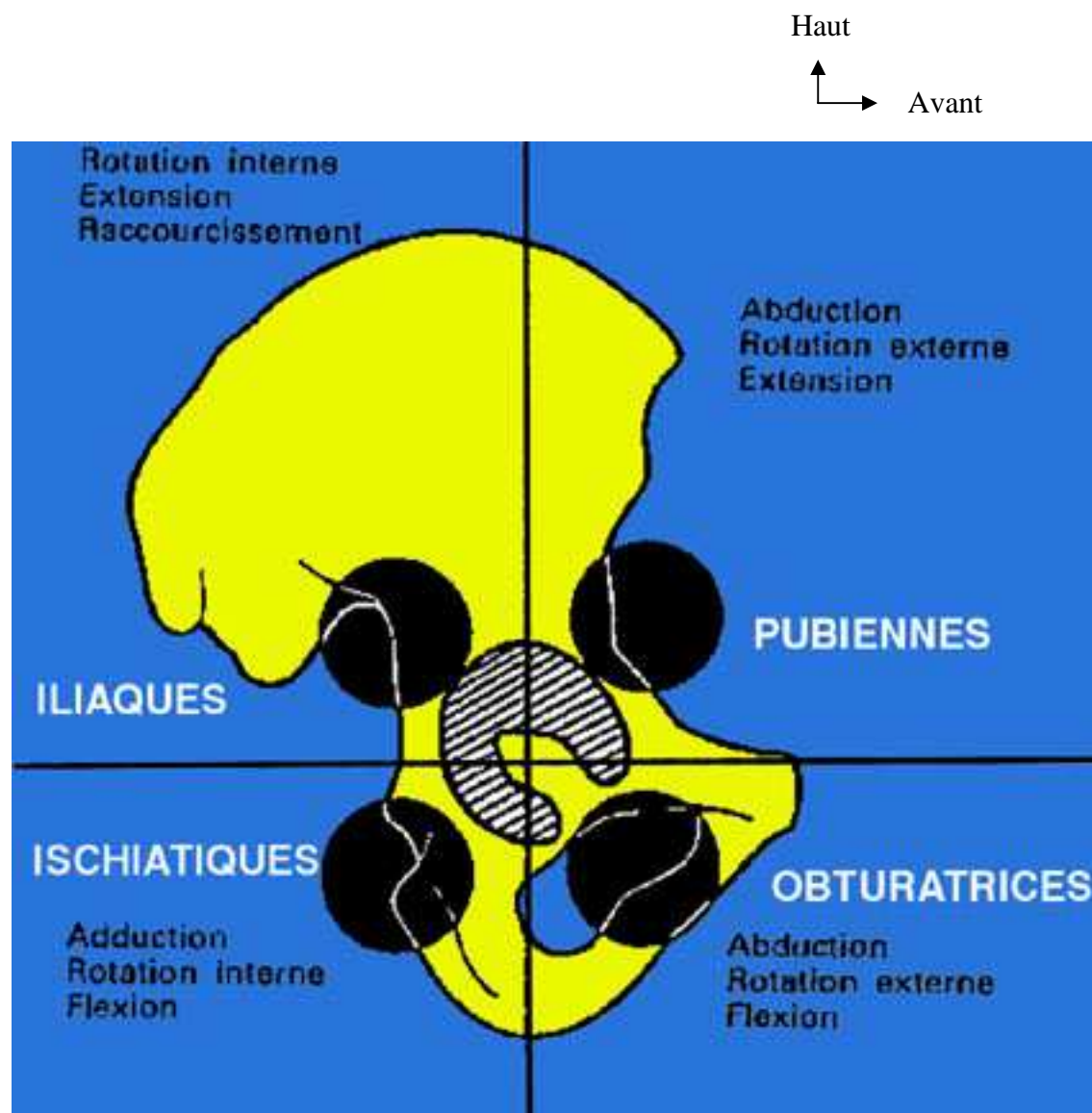
- L'interrogatoire à la recherche de facteurs prédisposant à la luxation coxo-fémorale est essentiel : facteurs génétiques (hyper laxité ligamentaire considérée comme d'origine ethnique), facteurs mécaniques avec disproportion fœto-maternelle ou postale luxant [9 ; 4].

## **E- ANATOMOPATHOLOGIE**

### **1- Classification :** [30 ; 33]

Les luxations coxo-fémorales sont classées en régulières et irrégulières. BIGELOW [30] 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 haute ou pubienne 10% et la luxation antérieure basse ou obturatrice 15%.



**Figure 6** : les types de luxation de la hanche

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 [30] 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** [33] selon l'importance des lésions anatomopathologiques, distingue trois grades :

- Grade I : subluxation avec limbus éversé
- Grade II : luxation intermédiaire avec limbus en partie éversé, en partie inversée
- Grade III : luxation complète avec limbus inversé

## **2- Lésions associées :**

Les lésions capsulaires sont constantes (déchirure ou désinsertion) pouvant rendre la hanche irréductible. Le bourrelet acétabulaire peut s'incarcérer.

Les lésions musculaires sont sources d'hématome à l'origine possible d'ostéomes.

Les lésions articulaires : elles peuvent consister en des fractures du cotyle, de la tête fémorale ou une atteinte du sourcil cotyloïdien.

La tête fémorale peut être érodée ou tassée dans les fractures luxations postérieures de la hanche. Les fractures chondrales pures peuvent aussi être la source de conflit entre l'acétabulum et la tête luxée.

Les lésions vasculaires : la rupture, l'élongation, la compression ou la thrombose artérielle, l'obstacle au retour veineux expliquent la survenue possible de nécrose secondaire. La réduction en urgence s'impose afin d'éviter l'ischémie osseuse.

La lésion des gros vaisseaux est exceptionnelle en dehors de compression des vaisseaux fémoraux dans les luxations antérieures.

Les lésions nerveuses : elles sont représentées par l'atteinte du nerf ischiatique dans les luxations postérieures. L'atteinte des nerfs obturateur et fémoral est très rare. Là encore, le risque de lésion nerveuse conforte l'urgence de la réduction.

Les lésions osseuses : tout le bras de levier représenté par le membre inférieur doit être étudié dans son ensemble (col fémoral, diaphyse, rotule, ligament croisé postérieur, tarse).

### **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 polytraumatisme 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.Type de description :** La luxation iliaque

. L'interrogatoire sur la violence du traumatisme et son mécanisme doivent orienter vers une lésion de la hanche. Cependant en cas de poly-traumatisme ou d'altération de la conscience, seul un examen systématique permettra de trouver la lésion.

. La douleur, l'impotence fonctionnelle et l'attitude vicieuse sont les maîtres symptômes.

.A l'inspection, la déformation est évidente sauf en cas de fractures sous-jacentes.

Le membre est en extension, adduction et rotation interne.

. La palpation retrouve la saillie de la tête fémorale dans la fesse

Le membre lésé est examiné en entier de même que l'examen général est effectué.

## ➤ Imagerie

### **Radiographie standard : [11]**

Son rôle est capital

Radiographie du bassin de face confirme le diagnostic clinique et le type de luxation. Elle met en évidence les lésions osseuses associées et oriente vers la nécessité de clichés centrés sur la hanche.

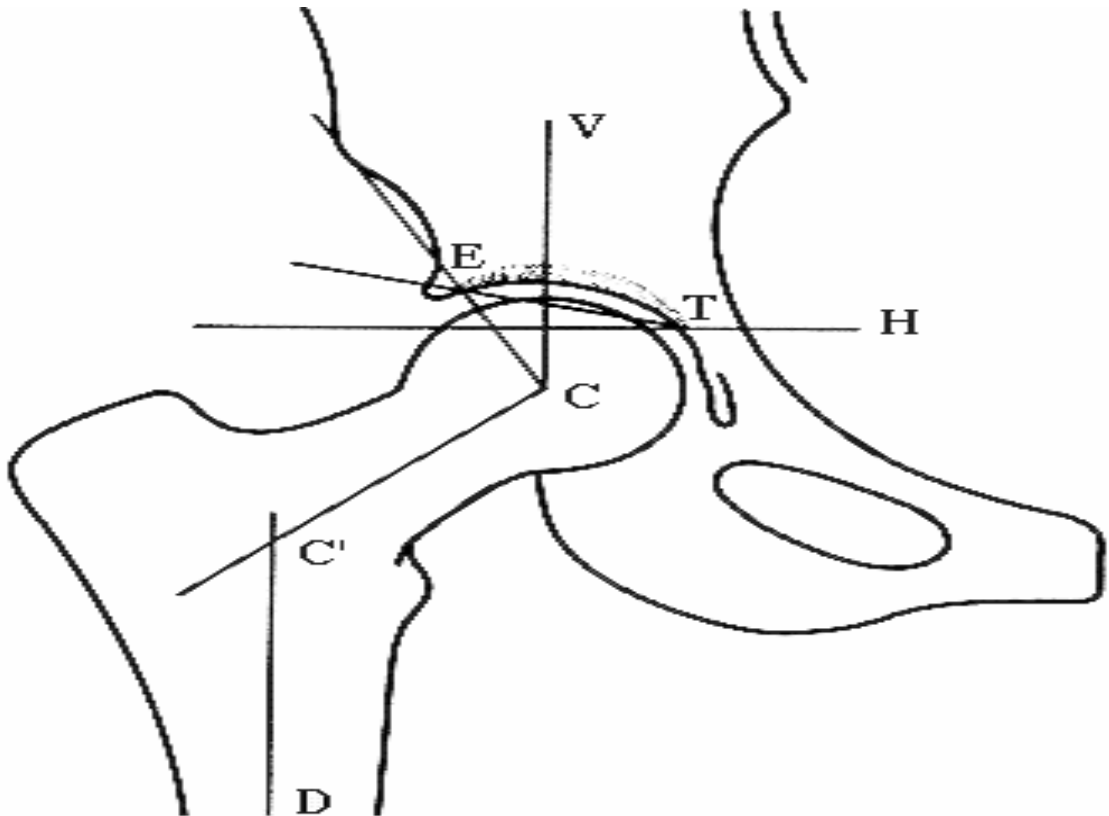


**Image 1** : luxation postérieure haute de la hanche

La radiographie du bassin permet 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.

Les incidences de face du bassin et du faux profil de Lequesne sont demandées pour la coxométrie :



**Figure 7** : repères et angles de la radiographie standard de face

C : centre de la tête

E : bord externe du toit du cotyle

T : bord interne du toit du cotyle

V : ligne verticale passant par C

H : ligne horizontale passant par T

D : ligne parallèle à la diaphyse fémorale

Angle d'obliquité du toit du cotyle :  $HTE\ VN \leq 10^\circ$

Angle de couverture externe du toit du cotyle:  $VCE\ VN \geq 25^\circ$

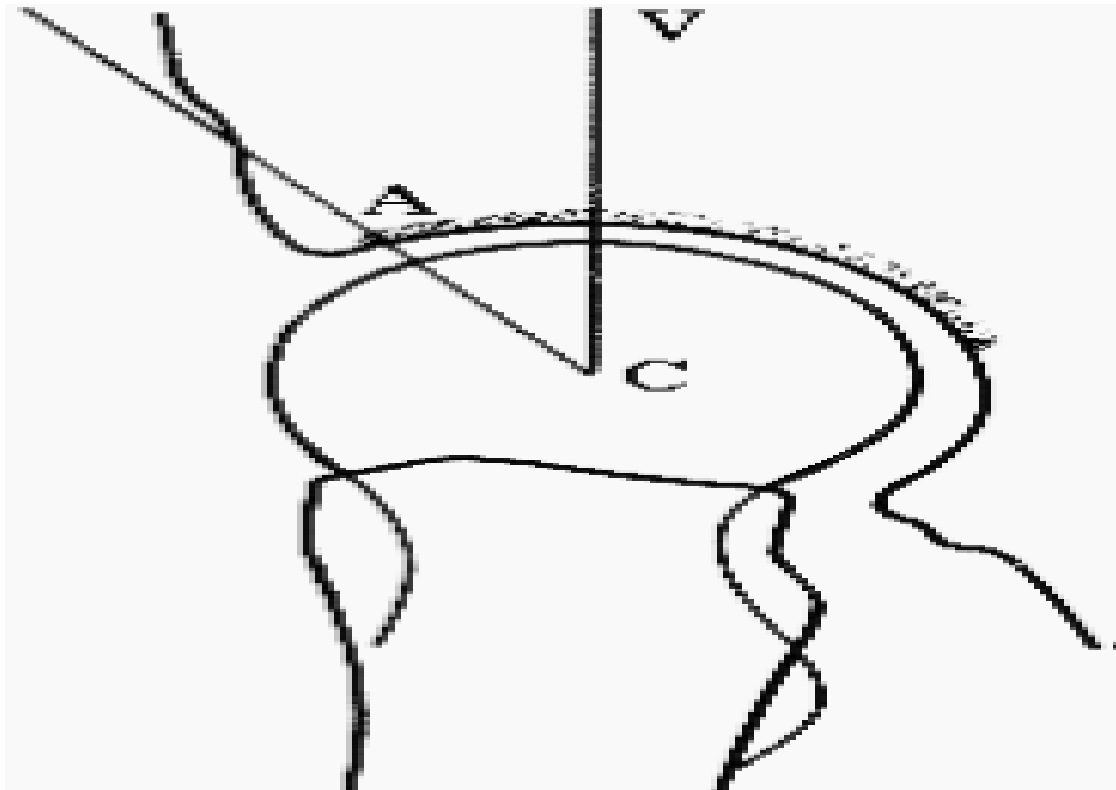
Angle cervico-diaphysaire :  $CC'D\ VN = 120- 130^\circ$



**Faux profil de Lequesne** : [23]

Le sujet est debout ; l'axe transversal du bassin fait un angle de  $65^\circ$  avec le plan de la table ; le pied du côté à radiographier est parallèle au plan de la table ; le rayon est horizontal.

Cette incidence permet une analyse de l'interligne postérieur coxo-fémoral, qui chez un sujet normal s'épaissit régulièrement de sa partie postéro-inférieure à sa partie antérosupérieure. Elle permet de calculer l'angle de couverture antérieure ou VCA



**Figure 8** : repères et angles du Faux profil de Lequesne

C : centre de la tête

A : bord antérieur du toit du cotyle

V : ligne verticale passant par C

Angle de couverture antérieure du toit du cotyle :  $VCA \text{ VN} \geq 25$

### **L'arthrographie :** [33]

L'arthrographie est utilisée à but diagnostique et thérapeutique dans les cas difficiles surtout en cas d'instabilité

**La tomodensitométrie :** Nécessaire dans les cas d'instabilité et de fracture parcellaire du cotyle ou de la tête fémorale, peu valable chez le jeune enfant lorsque la hanche est encore cartilagineuse d'où l'intérêt de l'échographie..

**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].

#### ➤ **Evolution :**

Le pronostic évolutif est pour une grande part dicté par la précocité de la réduction. Un délai de 6 heures est suffisant pour observer la nécrose de la tête fémorale.

Bien et précocement traitée, la luxation de la hanche évolue favorablement avec cependant le risque de nécrose céphalique, la raideur ou l'ossification péri-articulaire, la boiterie.

#### ➤ **Complications :**

Même bien traitée, la luxation de la hanche est pourvoyeuse de complications.

#### **Complications per réductionnelles**

Il s'agit d'irréductibilité de la hanche. Dans ces conditions une échographie ou une scannographie permet de déceler la cause.

**Complications tardives :** Elles sont dominées par

- La nécrose aseptique de la tête fémorale
- l'ossification péri-articulaire
- l'arthrose qui constitue un problème majeur à distance.

## **2 .Formes cliniques :**

### **a- La luxation ischiatique :**

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

### **b- 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.

### **c- 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** [31] les luxations supérieures (iliaques et pubiennes) 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** [30 ; 31] 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.

#### **d- 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'hyperlordose lombaire compensatrice.

##### ➤ **La recherche de l'instabilité :**

Beaucoup des travaux ont été faits sur ce signe. Mais la technique de **BARLOW** [33] 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** [33] 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.

##### ➤ **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.

➤ **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 est 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).

➤ **La boiterie :**

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

- Une boiterie de l'épaule si la luxation est unilatérale.
- Une boiterie "en canard" si la luxation est bilatérale
- Une boiterie 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. **DIMEGLIO A.** [4] a

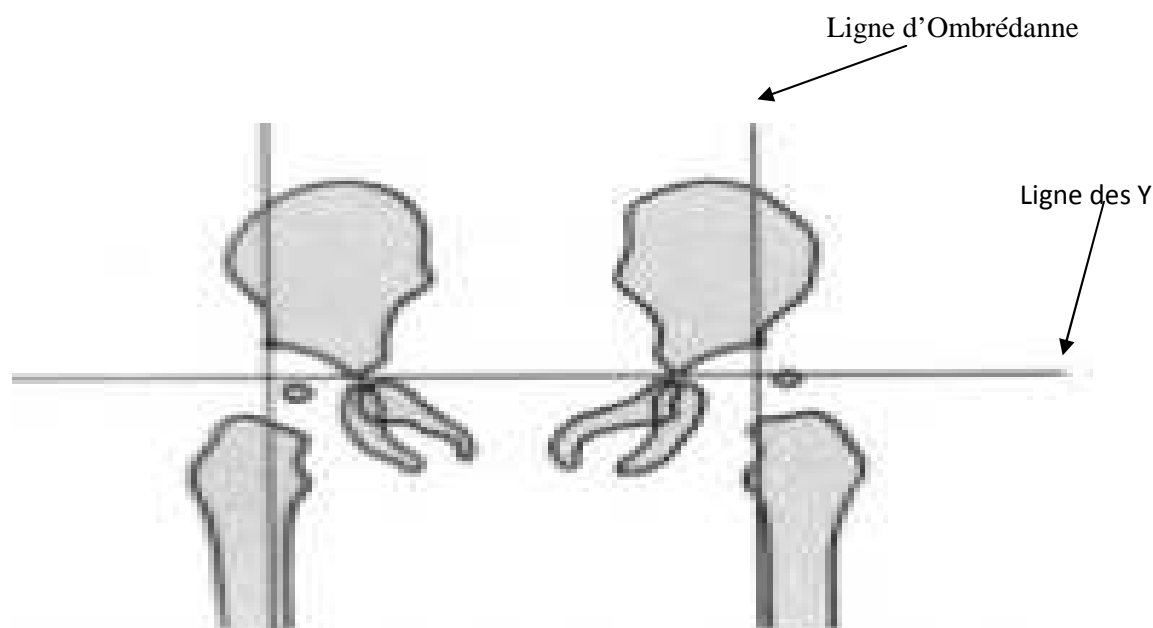
dirigé quatre (4) thèses entre 1983 et 1992, afin d'évaluer l'impact de l'action menée. On peut voir sur le tableau suivant, qui reprend quelques chiffres de ces études, les progrès considérables accomplis [4].

**Tableau I :** Rapport des études de **DIMEGLIO A.** sur les luxations congénitales de 1983-1992

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 %

La radiographie standard 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**[33].

La ligne d'Ombrédanne, perpendiculaire à la ligne des Y et passant par l'angle externe du toit cotyloïdien, délimite avec la ligne des Y quatre quadrants. Normalement, le noyau de la tête doit être dans le quadrant inféro-interne (hanche droite). S'il est dans l'un ou l'autre des quadrants externes, la hanche est excentrée.



**Figure 9** : Repères dans la luxation congénitale de la hanche

### **I- 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** [36] attachait une grande attention aux luxations de la hanche. Il utilisait plusieurs méthodes de réduction avec des appareils appropriés.

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 général. 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** : [19] : elle est considérée comme classique. Le malade est installé en 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. 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 épines 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 d'**EPSTEIN** [19] : 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. Après réduction de la luxation, une traction légère avec un poids correspondant au dixième du poids du patient suspendu à une ailette de dérotation, sera maintenue le temps que l'irritation locale disparaisse. Une durée de traction de



trois semaines est nécessaire. L'intérêt de la traction est de : décompresser la tête fémorale, permettre une bonne cicatrisation capsulo-ligamentaire.

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 culottes 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 avoir 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** [33] permettant un réglage de l'abduction en laissant libre la flexion extension des genoux. Les harnais de **PAVLIK** [33] 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 enfants 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 ; 26 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]

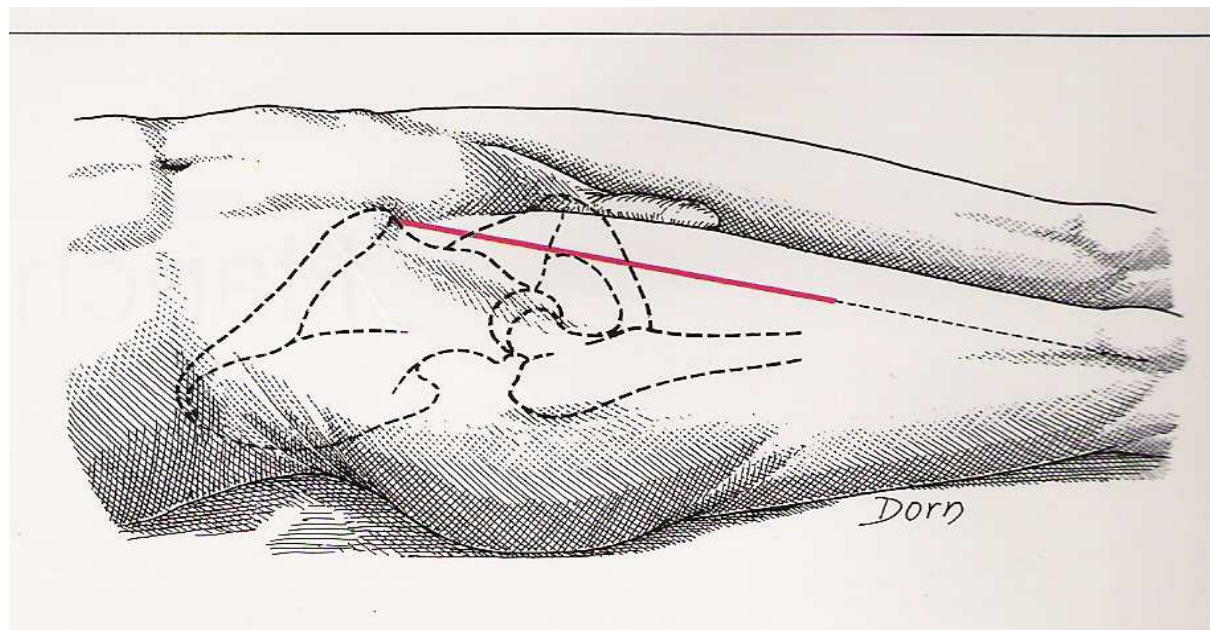
L'imagination des chirurgiens a été fécondée et les possibilités d'abord de cette articulation sont nombreuses. Les voies les plus largement pratiquées sont : Les voies de **SMITH-PETERSON** [19 ; 26] ; la voie de **HUETER** [19 ; 26] ; la voie par trochantérotomie ; la classique voie postéro-externe et voie transglutéale.

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

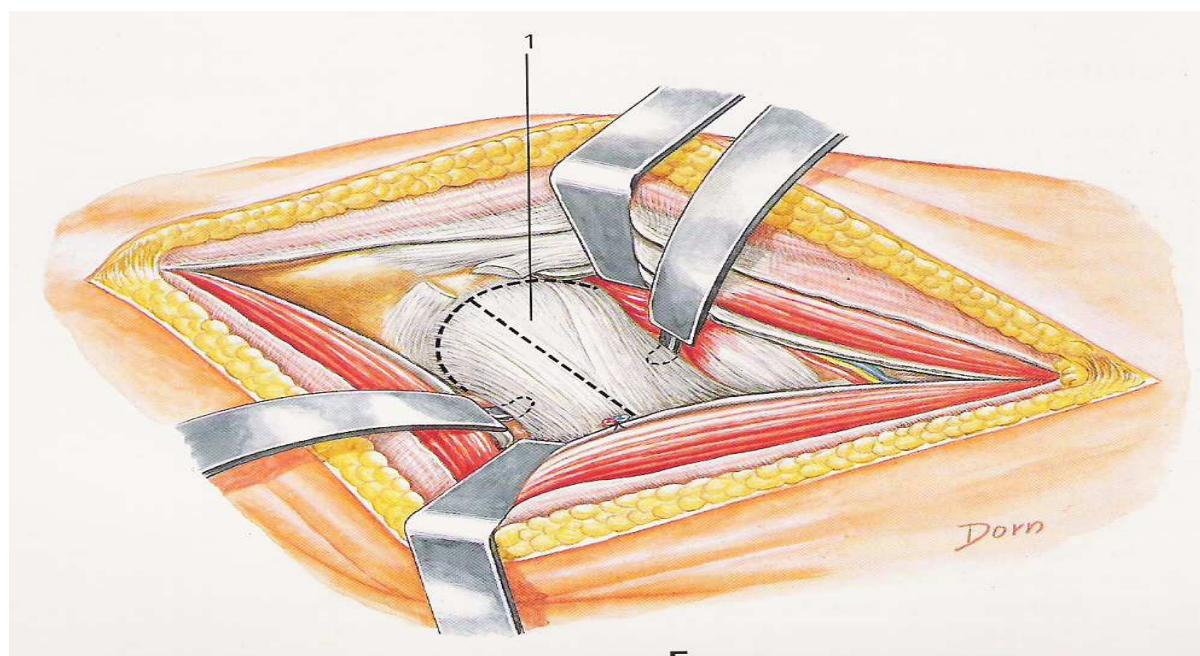
#### **2.1.1- Les voies antérieures :**

- La voie de **HUETER** [19 ; 26]: 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 antérieur 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°10** : voie antérieure de HUETER [19 ; 26] tracée de l'incision

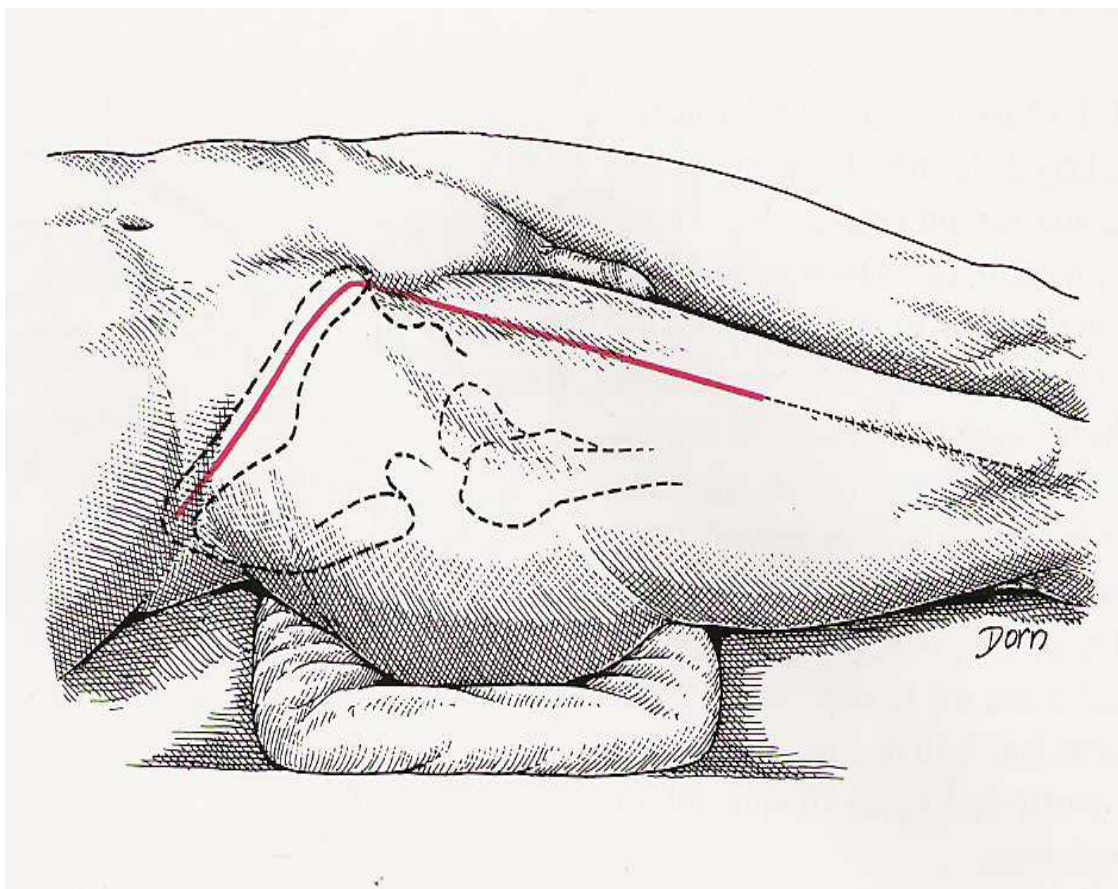


**Figure n° 11** : voie antérieure de HUETER [19 ; 26] vue de la capsule

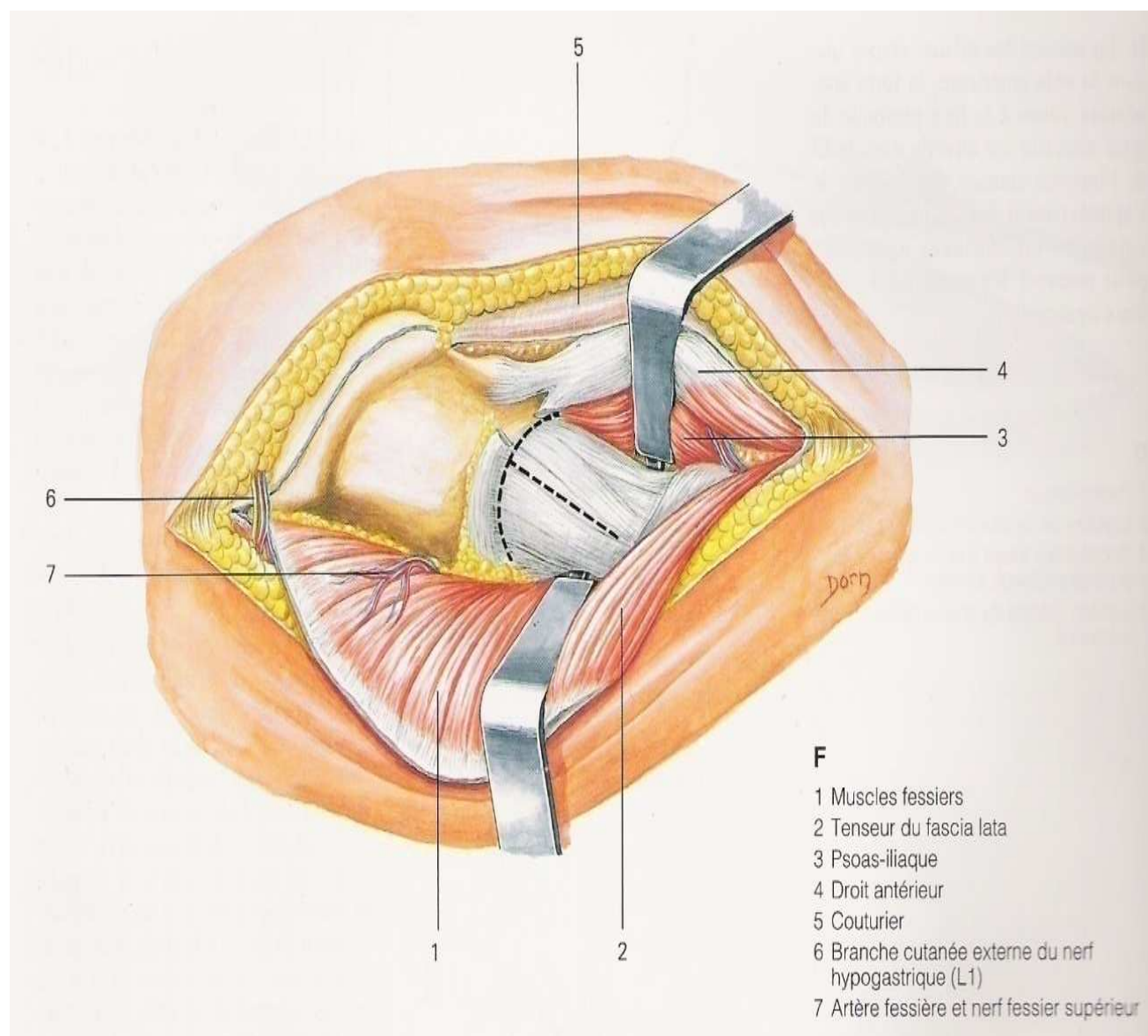
- Les voies de **SMITH PETERSON** [19 ; 26] : Ces voies au nombre de deux ne sont que l'agrandissement de la voie de **HUETER** [19 ; 26] pour avoir un jour plus étendu.

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'épine iliaque antéro-supérieure, en bas elle est la même que celle de la voie de **HUETER** [19 ; 26]. 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** [19 ; 26]. Deuxième manière : son intérêt est d'avoir un jour important sur la hanche en particulier les deux faces de l'acétabulum 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 est refoulée. La réparation est de réséquer 1cm de la crête iliaque pour suturer sans tension les muscles larges au tenseur du fascia lata et fessier.

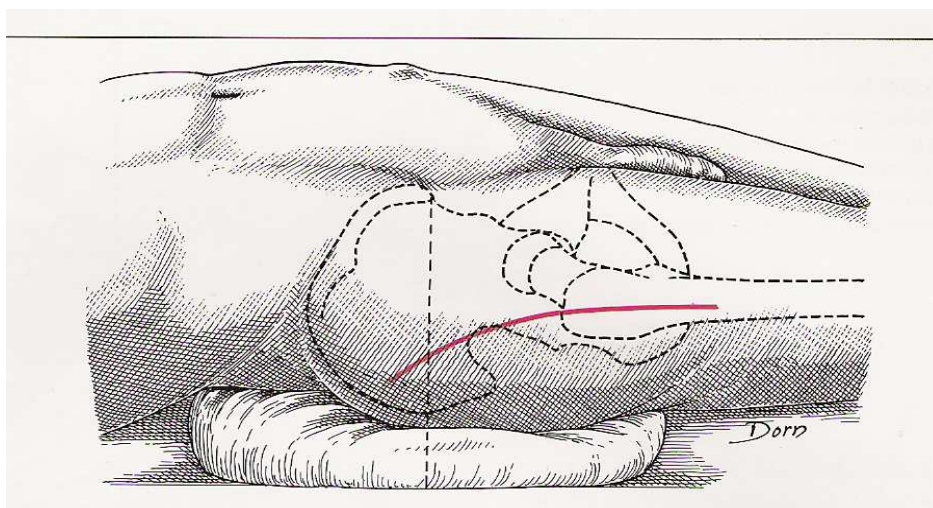


**Figure n°12 : voie antérieure élargie de SMITH-PETERSEN [19 ; 26] tracée de l'incision.**

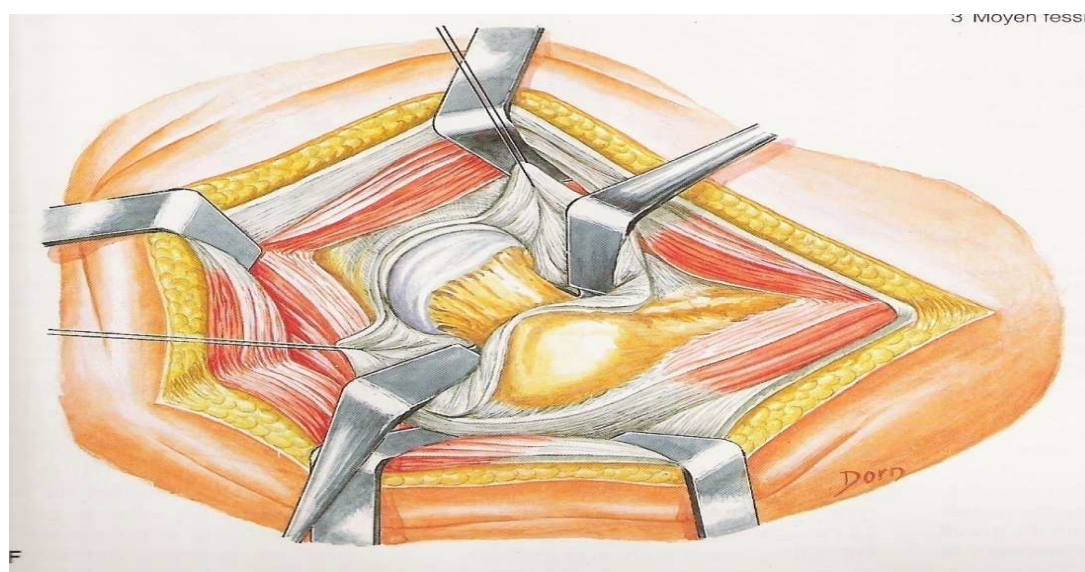


**Figure n°13 : voie antérieure élargie de SMITH-PETERSEN [19 ; 26] vue de la capsule.**

-La voie de **HARDINGE** [19 ; 26] ou voie transglutéale : cette voie est considérée comme antérieure. L'incision est externe au regard du grand trochanter après avoir ouvert le fascia lata 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.

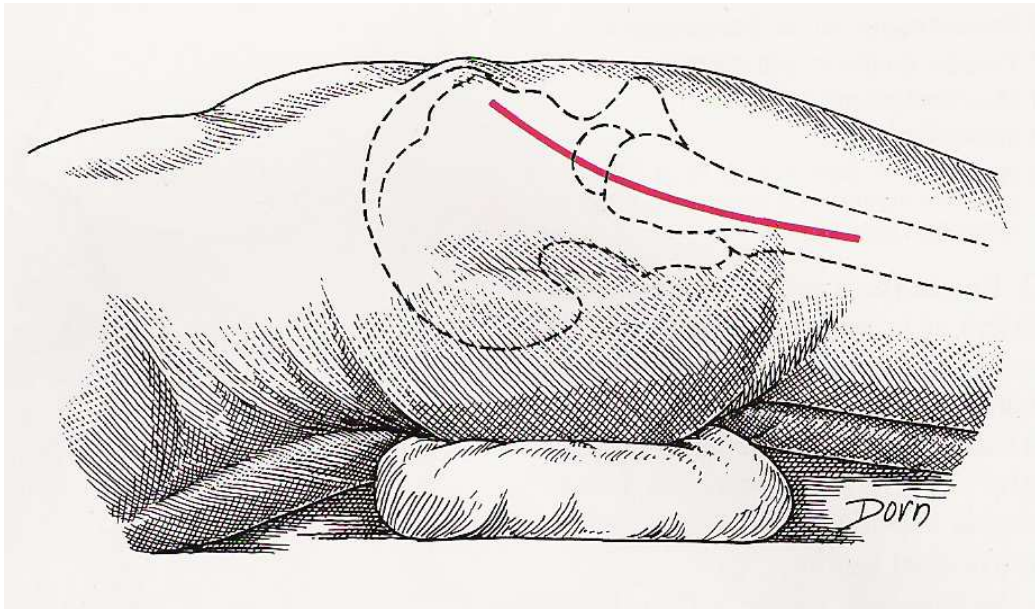


**Figure n° 14** : voie transfessière externe de **HARDINGE** [19 ; 26] tracé de l'incision.



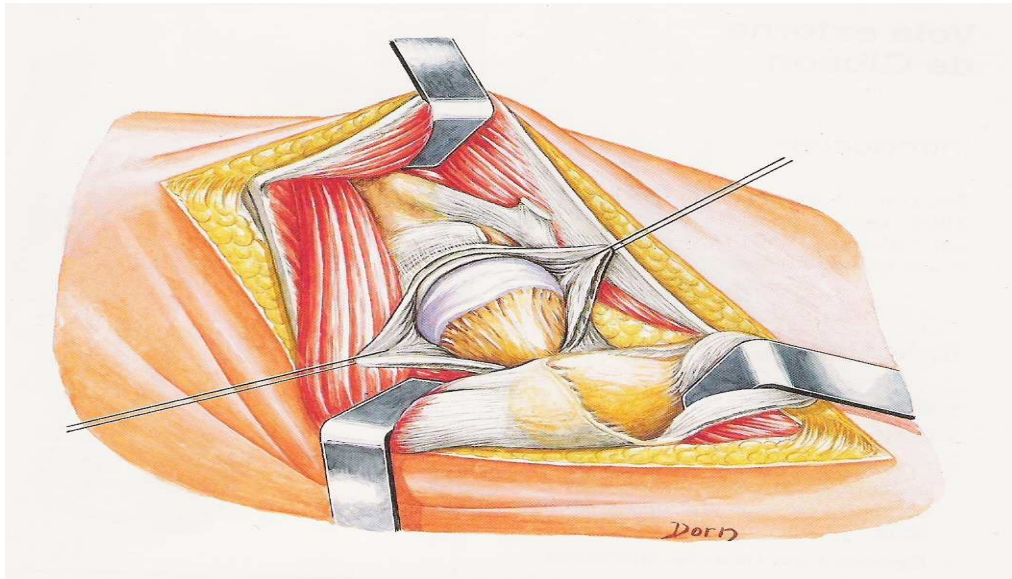
**Figure n° 15** : voie transfessière de **HARDINGE** [19 ; 26] vue de la capsule.

**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 lata 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.



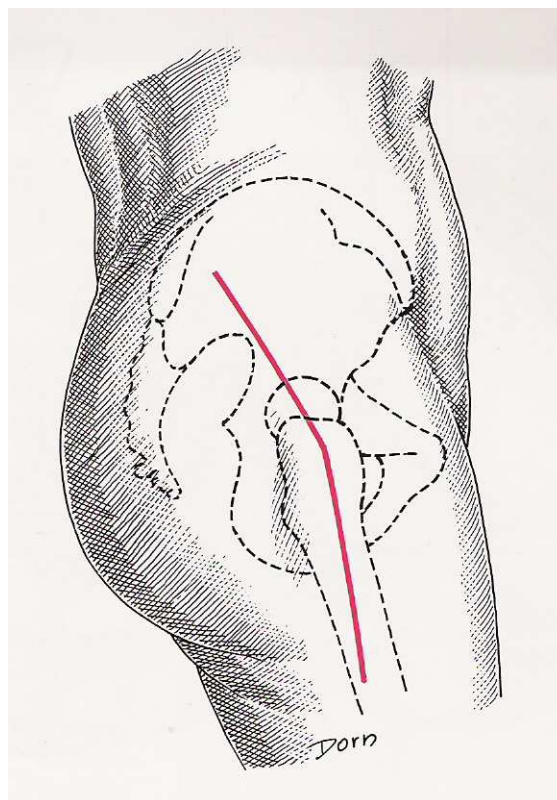
**Figure n° 16 : voie antéro-externe de WATSON-JONES [19 ; 26] tracé de l'incision.**



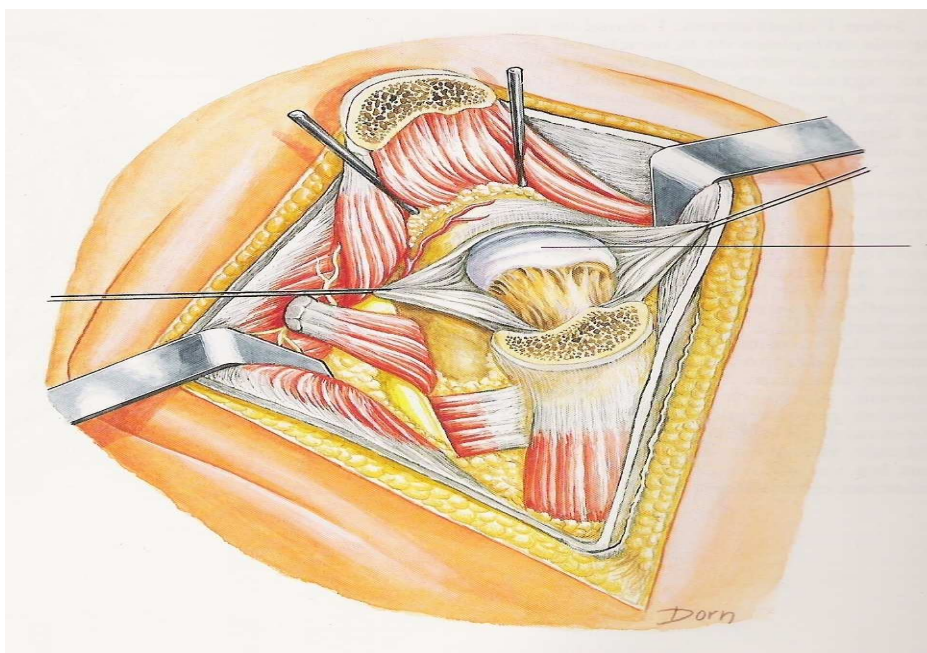


**Figure n° 17 : voie antéro-externe de WATSON-JONES [19 ; 26] vue de la capsule.**

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



**Figure n° 18 : voie externe de GIBSON[19 ; 26] tracé de l'incision.**



**Figure n° 19 : voie externe de GIBSON [19 ; 26] 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 pélvi-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** [19 ; 26] 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** [19 ; 26] en 1894, puis à **ALBEE**[19 ; 26] 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** [19 ; 26] ou **SMITH PETERSON** [19 ; 26].

La technique opératoire consiste à : en arrière on dégage la face externe de la crête iliaque ; en avant on passe entre fascia lata en dehors et couturier en dedans, en prenant garde au fémoral cutané que l'on laisse en dedans. On incise le bord supérieur de la crête iliaque en allant en arrière jusqu'au tubercule du fessier en rejoignant, avant le décollement fascia latta, le couturier. Les muscles tenseurs du fascia lata et petit fessier sont décollés en extra-périoste 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 au 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 au dépend de la face externe de l'aile iliaque à 1,5cm en 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 antérieur 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**) [19 ; 11] utilise une contrebutée 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.

**2.2.2- L'ostéotomie de CHIARI :** décrite il y a des années par **CHIARI** [19 ; 11 ; 36] 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 grande 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** [19 ; 11 ; 36] ne fixait pas l'ostéotomie, mais plaçait un platre pelvipédieux. 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 rédon, 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<sup>ème</sup> 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 [19 ; 11 ; 36] 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.

# **METHODOLOGIE**

## **1- Cadre d'étude :**

### **a °) Situation géographique du CHU Gabriel Touré :**

Le CHU Gabriel Touré ancien dispensaire central de la ville de Bamako a été créé en 1958, il est situé au centre ville. Il est limité :

- à l'Est par le quartier Médine – coura
- à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieur (E.N.I)
- au Nord par la garnison de l'Etat Major de l'armée de terre
- au sud par le Transimex qui est une société de dédouanement et transit.

Dans l'enceinte de cet hôpital on retrouve au nord et au réez de chaussée du pavillon Benitièni Fofana le service de chirurgie orthopédique et traumatologie avec une annexe au sud à l'étage du service de réanimation adulte.

### **b °) Locaux**

Le service de chirurgie orthopédique et de traumatologie du **CHU GT** comprend :

- Des locaux du service : il s'agit de :
  - Un bureau pour le chef de service (Maître de conférences)
  - Un bureau pour la secrétaire ;
  - Une salle de staff du service
  - Un bureau pour le chef de service adjoint (Maître de conférences)
  - Une salle de garde pour les thésards.
  - Un bureau pour le major.
  - Une salle de garde des infirmiers,
  - Une salle d'intervention chirurgicale au niveau du bloc opératoire
  - Une salle de plâtre.
  - Il comporte 9 salles avec une capacité d'accueil de 46 malades.

### **c °) les activités du Service :**

Dans le service de traumatologie, les activités sont réparties comme suite :

- Le staff du service a lieu chaque matin du lundi au Vendredi.
- Les consultations externes ont lieu du lundi au Jeudi ;
- Les interventions chirurgicales sont faites les Lundi et Mercredi selon le programme préétabli tous les Jeudi.
- Les activités de plâtrage ont lieu tous les jours.
- Les activités de rééducation fonctionnelle ont lieu tous les jours ouvrables.
- La visite générale s'effectue le vendredi et se termine souvent par un staff...
- Les urgences traumatologiques sont prises en charge également par le personnel du service de traumatologie au service des urgences chirurgicales.

### **d °) Moyens d'étude:**

- Les registres de consultation de traumatologie.
- Les dossiers médicaux des patients.
- Les fiches d'enquête.

**2-Le type d'étude** : il s'agissait d'une étude rétrospective sur 24 (vingt quatre) mois dont une rétrospective qui s'est déroulée sur 12 (douze) mois : de mai 2010 à avril 2011 et une prospective de 12 (douze) mois allant de mai 2011 à avril 2012.

### **3- L'échantillonnage :**

Notre étude a porté sur 42 patients vus en consultation externe ou hospitalisés pour luxation de la hanche.

#### **3-1 Les critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans notre étude :

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

#### **3-2 Les critères de non inclusion :**

N'ont pas été inclus dans notre étude :

- tous patients non traités et suivis dans notre service

- tous patients aux dossiers incomplets.

### **3-3 Les variables :**

Les variables étudiées dans notre série étaient les suivantes :

- L'âge
- Le sexe
- La profession
- La provenance
- La symptomatologie
- Le type d'accident
- Le délai de prise en charge
- Le type de luxation,
- Les lésions associées
- 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 prise en charge d'urgence (réduction de la luxation) 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 ont bénéficié 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.

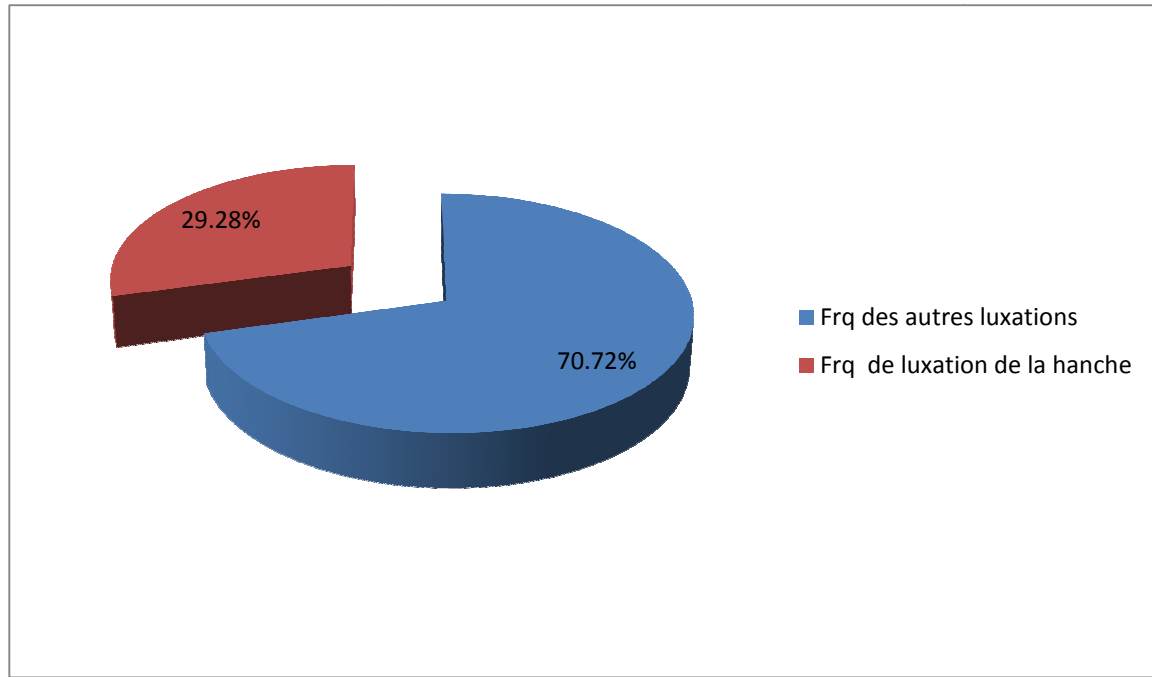
### **5- L'analyse des données :**

Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel (**Epi Info.6.fr 2000**). Les textes et les tableaux ont été traités sur (**Microsoft office Word 2007**)



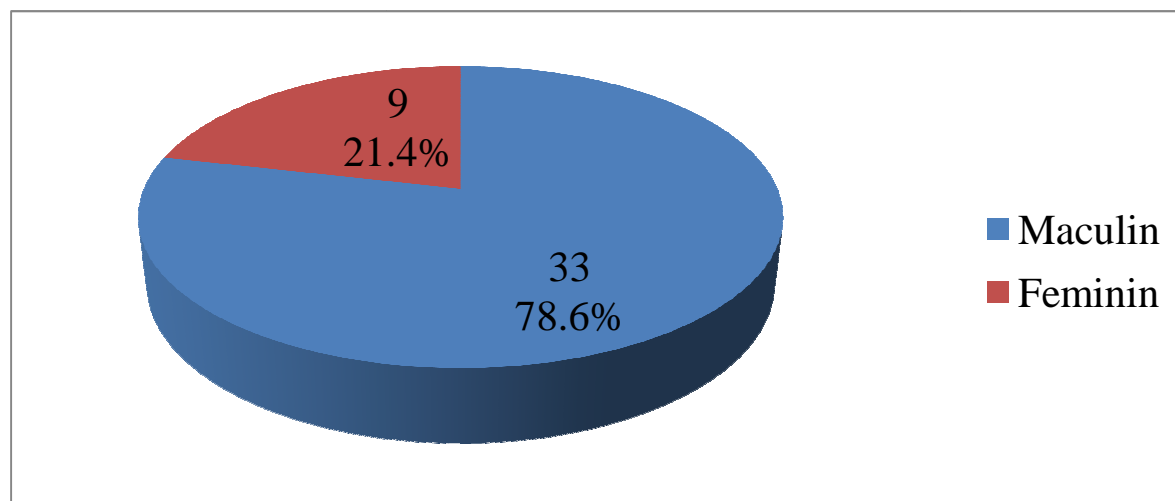
## **RESULTAS**

**Figure1** : fréquence de luxation de la hanche par rapport à toutes les luxations.



Les luxations de la hanche représentaient 29,28% de toutes les luxations admises dans le service durant la période d'étude.

**Graphique 2** : Répartition des patients admis pour luxation de hanche selon le



sexe.

Le sexe masculin était le plus atteint avec 78,6% des cas, avec un sexe ratio de 3,67 en faveur du sexe masculin.

**TABLEAU II** : Répartition des patients admis pour luxation de la hanche selon la tranche d'âge.

---

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
[10-20[	11	26,2%
<b>[20-30[</b>	<b>15</b>	<b>35,7%</b>
[30-40[	7	16,7%
[40-50[	6	14,3%
[50-60[	2	4,8%
[60-70[	1	2,4%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

---

La tranche d'âge de 20 à 30 ans était la plus touchée avec 35,7% des cas avec un âge moyen de 29,28ans et des âges extrêmes de 16 ans et 61 ans.

**TABLEAU III** : Répartition des patients admis pour luxation de hanche selon l'ethnie.

---

<b>Ethnie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Bambara</b>	<b>15</b>	<b>35,7%</b>
Bobo	1	2,4%
Dogon	3	7,1%
Mossi	1	2,4%
Malinké	2	4,8%
Peuhl	9	21,4%
Sarakolé	5	11,9%
Sénoufo	1	2,4%
Sonrhäi	4	9,5%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

---

L'ethnie Bambara était majoritaire avec 35,7 % des cas.

**TABLEAU IV** : Répartition des patients admis pour luxation de hanche selon la profession.

---

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
Berger	1	2,4%
Boucher	1	2,4%
Boulangier	1	2,4%
Chauffeur	2	4,8%
Commerçant	1	2,4%
Cultivateur	4	9,5%
Douanier	1	2,4%
<b>Élève / étudiant</b>	<b>12</b>	<b>28,6%</b>
Éleveur	1	2,4%
Enfant	2	4,8%
Enseignant	6	14,3%
Juriste	1	2,4%
Mécanicien	1	2,4%
Ménagère	4	9,5%
Menuisier	3	7,1%
Tailleur	1	2,4%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

---

Les élèves /étudiants étaient les plus représentés avec un pourcentage de 28,6% des cas.

**TABLEAU V : Répartition des patients admis pour luxation de la hanche selon la provenance.**

<b>Provenance</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>District de Bamako</b>	<b>31</b>	<b>73,8%</b>
Périphéries de Bamako	5	12%
Intérieur du pays	6	14,2%
total	42	100%

La majorité des patients venaient du district de Bamako avec 73,8 %.

**TABLEAU VI : Répartition des patients admis pour luxation de la hanche selon l'âge et le sexe.**

<b>Âge</b>	<b>Sexe</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>Féminin</b>	<b>Masculin</b>	
10-20	3	8	11
<b>20-30</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>15</b>
30-40	1	6	7
40-50	1	5	6
50-60	1	1	2
60-70	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>33</b>	<b>42</b>

La tranche d'âge de 20 à 30 était la plus touchée soit 35,7% des cas avec une majorité de sexe masculin soit 80% des cas.

**TABLEAU VII** : Répartition des patients admis pour luxation de la hanche selon le type anatomopathologique.

Type de luxation	Effectifs	Pourcentages
Luxation antérieure haute	1	2,4%
<b>Luxation postérieure haute</b>	<b>34</b>	<b>80,9%</b>
Luxation antérieure basse	5	11,9%
Luxation postérieure basse	2	4,8%
Luxation centrale	0	0%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

La luxation postérieure haute était la plus fréquente avec 80,9% des cas.

**Tableau VIII : Répartition des patients selon la symptomatologie.**

<b>Symptômes</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Douleur et impotence fonctionnelle absolue</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>
Extension	35	83,33%
Flexion	7	16,66%
Abduction	6	14,28%
Adduction	37	88,09%
Rotation médiale	36	85,71%
Rotation latérale	6	14,28%
Tuméfaction	23	54,76%
Raccourcissement	33	78,57%

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

**TABLEAU IX : Répartition des patients admis pour luxation de la hanche selon le mécanisme.**

<b>Mécanisme</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Indirect</b>	<b>36</b>	<b>85,71%</b>
Direct	6	14,29%
<b>Totale</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

Le mécanisme de survenue de ces luxations était en majorité indirect.

**Tableau X :** Répartition des patients selon l'étiologie.

<b>Etiologie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>AVP</b>	<b>29</b>	<b>69,04%</b>
AT	4	9,52%
AD	3	7,14%
Chute	6	14,28%
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

L'AVP était l'étiologie principale soit 69,04% des cas.

**Tableau XI:** Répartition des patients selon le type de luxation et l'étiologie.

**Type de luxation**

<b>Etiologie</b>	<b>Type de luxation</b>				<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
	Antérieure haute	Antérieure basse	Postérieure haute	Postérieure basse		
<b>AVP</b>	1	2	<b>25</b>	1	29	<b>69,04%</b>
AT	0	1	3	0	4	9,52%
AD	0	0	3	0	3	7,14%
chute	0	1	4	1	6	14,28%
<b>Effectif</b>	1	4	<b>35</b>	2	42	100%
<b>Pourcentage</b>	2,38%	9,52%	<b>83,33%</b>	4,76%	100%	

La majorité des luxations avaient pour étiologie les accidents de la voie publique soit 69,04 % des cas et la luxation postérieure haute était la plus fréquente soit 83,33% des cas.



**Tableau XII** : Répartition des patients selon les complications.

<b>Complications</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Ostéonécrose de la tête fémorale	11	26,19%
Maladie thrombo embolique	1	2,38%
Récidives	1	2,38%
<b>Fracture associée</b>	<b>20</b>	<b>47,61%</b>
Plaie	3	7,14%
Autre	6	14,28
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100%</b>

---

Les complications les plus fréquentes étaient les fractures associées avec 47,61% des cas.

**Autres :** Traumatisme cranien, dijonction symphysaire, retension urinaire, Calcification péri-articulaire

## **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1- Limites de l'étude :**

Notre étude a été menée dans le service de traumatologie et d'orthopédie du CHU **GABRIEL TOURE**. L'étude a porté sur 42 (quarante deux) patients. Le recrutement était exhaustif car il prenait en compte tous les patients vus en consultation externe ou hospitalisés. 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 du CHU **GABRIEL TOURE** a constitué un handicap dans la prise en charge de certains patients.

### **2-Résultats :**

#### **2.1-La fréquence :**

Les luxations de la hanche représentaient 29,28% de toutes les luxations admises dans le service durant la période d'étude. Cette augmentation de fréquence est due au nombre élevé des accidents de la route.

**YARA M.** [39] avait trouvé une fréquence de 7% de l'ensemble des luxations de l'organisme.

#### **2.2- Le sexe :**

La luxation coxo-fémorale avait intéressé les deux sexes. Le sexe masculin était le plus représenté avec 78,57% des cas. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les hommes sont plus exposés que les femmes dans notre société.

Ce résultat est conforme à ceux observés par **PIETU G.** [30] et collaborateurs et **Doumbia O.** [37] qui avaient trouvé respectivement 75 % et 76% de sexe masculin.

### **2.3- L'âge :**

La tranche d'âge de 20 à 30 ans était la plus touchée avec 35,7% des cas avec un âge moyen de 29,28ans et des âges extrêmes de 16 ans et 61 ans.

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les luxations concernaient la couche la plus active de la population.

Ce résultat est comparable à celui de la littérature. Ainsi **PIETU G.** [30] et collaborateurs dans leur série avaient trouvé un âge moyen prédominant de 30 ans. **MANSOURI** [24], **Doumbia O.** [37] et **Traoré M.B.** [38] avaient trouvé respectivement un âge moyen de 33 ans, 27,8 ans et 29,5ans dans leurs études.

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.

### **2.4- L'ethnie :**

Les Bambaras étaient l'ethnie majoritaire avec 37,5%. Ce résultat pourrait s'expliquer par la composition de notre population, cette ethnie serait la plus nombreuse. Ce résultat est supérieur à celui de **DIANE M.** [10] et conforme à celui de **Doumbia O.** [37] qui avaient trouvé respectivement 25,7 % et 36,4%.

### **2.5- La profession :**

Les élèves et étudiants étaient la couche sociale la plus représentée dans notre série avec 28,6%. Ce secteur serait plus représenté du fait qu'il constitue la couche la plus active et la plus exposée car ils utilisent dans la majorité des cas les engins à deux roues comme moyen de déplacement. **Doumbia O.** [37] et **Traoré M.B.** [38] avaient trouvé respectivement les élèves/ étudiants dans 24,2% et 35,1%.

### **2.6- La provenance :**

Les patients de Bamako représentaient 73,8% 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 conforme à celui de **Traoré M.B.** [38] qui avait trouvé 72,9 % du lieu de traumatisme.

### **2.7-L'étiologie :**

Les accidents de la voie publique étaient la principale cause des luxations traumatiques de la hanche (69,04%). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la luxation de la hanche requiert un traumatisme violent. Ce résultat est supérieur à celui de **PIETU G. et** collaborateurs [30] qui avaient trouvé 64% , et inférieur à ceux de **Doumbia O.** [37] et **Traoré M.B.** [38] qui avaient trouvé respectivement 81,8% , et 78,3% des cas.

### **2.8- Le mécanisme :**

Le mécanisme indirect était incriminé dans 85,71 % des cas. Ceci trouverait son explication dans la physiopathologie et la disposition des moyens d'union de l'articulation coxo-fémorale. En effet, en position assise, le relâchement musculaire, l'adduction et rotation interne constituent une position propice à la luxation lors d'un choc violent sur le genou fléchi ou sur le talon genou en extension.

Ce résultat est supérieure à celui de **Traoré M.B.** [38] qui avait trouvé 80 % des cas.

### **2.9- La symptomatologie :**

La douleur et l'impotence fonctionnelle absolue étaient les maîtres symptômes, soit 100% des cas. Cela est dû aux attitudes vicieuses et à la violence du traumatisme.

Ce résultat est conforme à ceux de **POILLEUX. F** [31], **Doumbia O.** [37] et **Traoré M.B.** [38] qui avaient tous trouvé 100%

### **2.10- Le type de luxation :**

Dans notre étude la luxation postérieure haute (iliaque) était la plus représentée avec 80,9%. 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 supérieur à celui de **DIANE M.** [10] et conforme à celui de **Doumbia O.** [37] qui avaient respectivement trouvé 74,30% et 78,8% de luxation postérieure haute (iliaque).

### **2.11- 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 la hanche. Ce résultat est conforme à ceux de **Doumbia O.** [37] et **Traoré M.B.** [38]. La scintigraphie et l'échographie jouent également un important rôle dans le diagnostic et la prise en charge des luxations de la hanche

### **2.12- Les complications :**

La complication la plus fréquemment rencontrée était la fracture associée avec 47,61 % de la série. Ce phénomène pourrait s'expliquer par la violence et le mécanisme du traumatisme (choc du genou contre le tableau du bord). **Doumbia O.** [37] et **Traoré M.B.** [38] avaient trouvé respectivement 57,6% %, et 92,3% des cas.

## **Conclusion**

Les résultats observés dans notre étude nous amènent à conclure que les luxations de hanche ont vu leur fréquence augmenté. 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 pronostic fonctionnel de l'articulation est lié à la précocité de la réduction. Cette notion est perdue de vue du fait du retard à la consultation. Les pesanteurs socioculturelles, notamment le recours au traitement traditionnel constituent la première cause de ce retard. Le délai de prise en charge reste alors tardif. Les complications les plus fréquentes étaient les fractures associées avec 47,61 % 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 AVP (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 usagers de la route :**

- Port de casques.
- Port des bouses antichocs.
- Respect du code de la route.
- La mise à jour régulière de la visite technique des véhicules.
- La prohibition de la conduite en état d'ivresse.

- La consultation des centres de santé et les orthopédistes en cas d'affections ostéo-articulaires.



## **REFERENCES 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<sup>ème</sup> 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>
- 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** (Paris 1980)  
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<sup>ème</sup> 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. Chir. (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 tomодensitométrique 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

**15- GAVRILOV L. TOTARINOV V.**

Anatomie, Edition, Mir Moscou 1988 pages 142-14

**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/AFPANiorl.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

**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...>

**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-10-1998, 29p

**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](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 Pages 1 ; 5-1 et 19

**36- YOUMATCHEV**

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

**37- Dombia O.**

Etude épidémiologique et clinique des luxations de la hanche dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré. A propos de 33cas (Thèse de médecine, Bamako 2006).

**38- Traoré M.B.**

Etude des luxations de la hanche dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique du CHU Gabriel Touré. A propos de 37cas (Mémoire de fin de cycle, Bamako 2012).

**39- YARA M.**

Etude épidémiologique, cliniques et thérapeutique des luxations de hanche dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique CHU-GT : à propos de 47 cas. Thèse de Méd. Bamako 2007, 69p. 88.

# ANNEXES

## 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 :

C1 :Traumatique :  C2 : Pathologique  :  
a :AVP   
b :CBV   
c :AT   
d :AD   
e :Chute   
d:autre

### D- SIGNES CLINIQUES :

D1 : Signes fonctionnels :  
- Douleur  - impotence fonctionnelle

D2 : Signes physiques :

#### **a :Inspection :**

- Flexion  - extension du membre   
- Abduction  - adduction du membre

- Rotation médiale  - rotation latérale   
- Tuméfaction  - raccourcissement

**b : palpation :**

-douleur

**E- MECANISMES :**

- Direct   
- Indirect

**F- EXAMENS COMPLEMENTAIRES:**

**Radiographies demandées :**

- Radiographie du bassin de face   
- Radiographie de profil de la hanche concernée   
-Echographie   
-TDM   
- Autres

**G- TYPES DE LUXATION :**

- luxation antérieure haute   
-Luxation antérieure basse   
- Luxation postérieure haute   
- Luxation postérieure basse   
- Luxation centrale   
-autre

**H- TRAITEMENT :**

Délais de réduction en heure :  h

**Méthode thérapeutique**

- Orthopédie   
-chirurgie   
-kinésithérapie

- Moyens médicamenteux :

a :AINS  b :Antalgiques  c :Anticoagulants



**I- COMPLICATIONS :**

- Ostéonécrose de la tete
- Maladie thrombo-embolique
- Récidives
- Lésions associées :  -autres
- a :fractures  b :plaie

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom:** KAO

**Prénom:** Lao-Bella

**Titre :** Etude épidémiologique et clinique des luxations de la hanche dans le service de traumatologie et d'orthopédie de l'hôpital GABRIEL TOURE de Mai 2010 à Avril 2012 à propos de 42 cas.

**Ville de soutenance :** BAMAKO

**Pays :** MALI

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du MALI (F.M.O.S)

**Centre d'intérêt :** Santé Publique, Traumatologie

**Résumé :**

Le but de notre travail était l'étude des aspects épidémiologiques et cliniques des luxations de la hanche. Les luxations de la hanche représentent 7 % des luxations en général. Il ressort de cette étude qu'elles ont représenté 29,28% de l'ensemble des luxations recensées au cours de notre période d'étude. Cette augmentation de fréquence est due au nombre élevé des accidents de la route. La luxation postérieure haute a été la plus représentée avec 80,9%. Les personnes en âge jeune étaient les plus concernées avec une prédominance de sexe masculin. L'étiologie la plus fréquente était les accidents de la voie publique. La radiographie standard de face et profil était l'examen de référence. La complication la plus fréquemment rencontrée était la fracture associée avec 47,61 % de la série.

**Mots clés :** luxation, hanche, épidémiologie, clinique.

## **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.

**Admise** 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 humaine dès la conception.

**Même** sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

**Respectueuse** et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

**Que** je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

*Je le jure.*