

DOSSIER DE
TRAUMATOLOGIE DE
HANCHE

BILAN STAF

Avril 2006

Anamnèse

- **Mr MINGUET Jean-Yves, 55 ans**
- 1 m72, 96 kg
- Cadre commercial
- Sportif: VTT, Sidecar, quad...
- Tabagique occasionnel
- Vit dans appartement au 5^e avec ascenseur

Anamnèse

- **Hanche droite douloureuse à 3 ans d'une fracture luxation de la hanche (F du cotyle) ostéosynthésée.**
- **ATCD:**
 - 1985: Double méniscectomie à droite dans les suites d'un accident de foot
 - Goute traitée par Ziloric^o
 - Pas d'autre prise médicamenteuse
 - Pas d'allergie

Histoire de la maladie:

– Dec 2002:

- AVP (VL ceinturé, airbags) sur trajet du travail.
- F luxation de la hanche G, sans trouble neuro, pris en charge au CHU de Tours associée à des plaies du genou G





4090-19

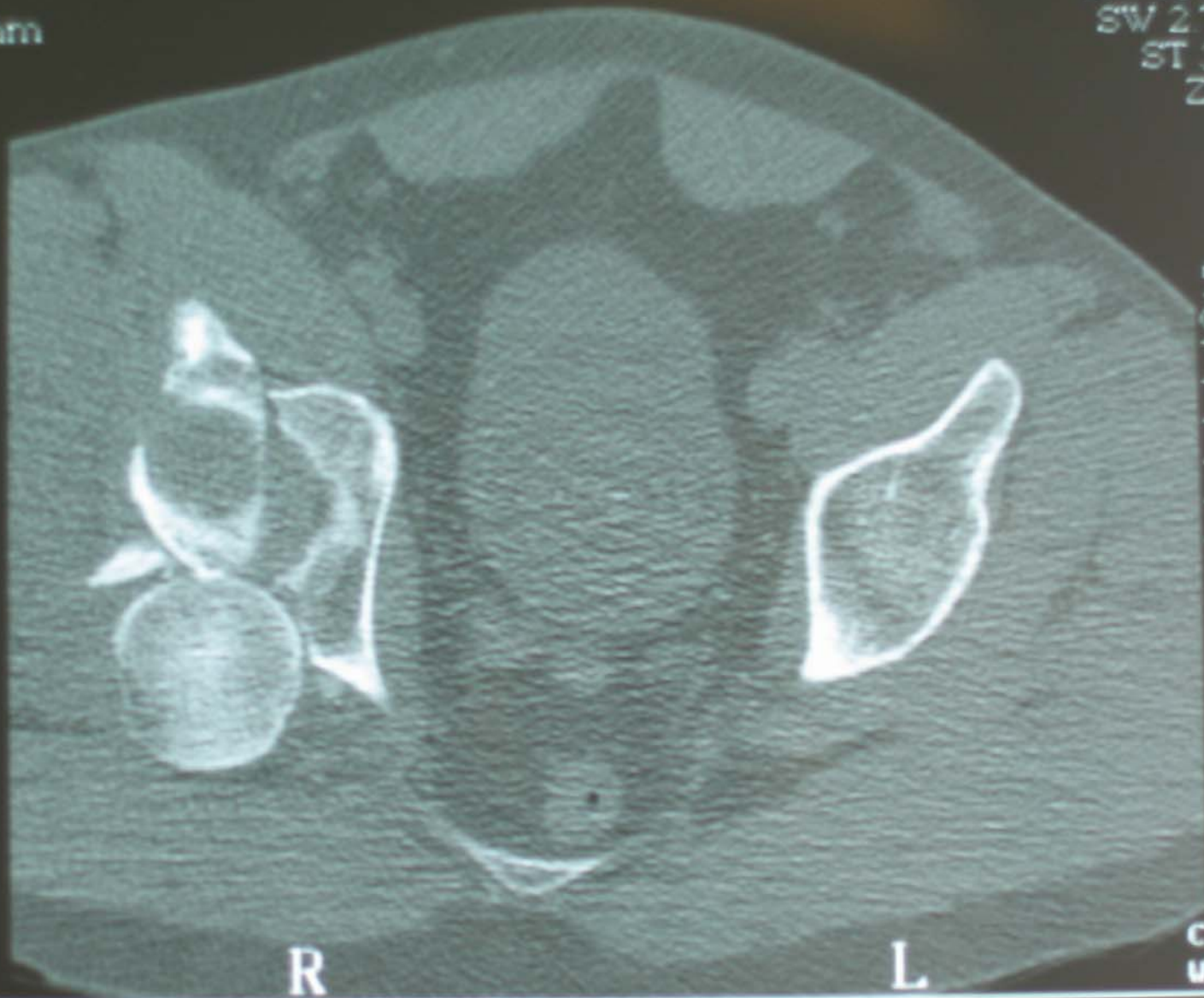
85.1mm

SC 430mm

SW 2.7mm

ST 34.1s

Z 1.46



5
cm

R

L

C1 769

U1 2466

4896-23

93.1mm

24 Dec 02 11 03 02

120kV,135mAs

SC 430mm

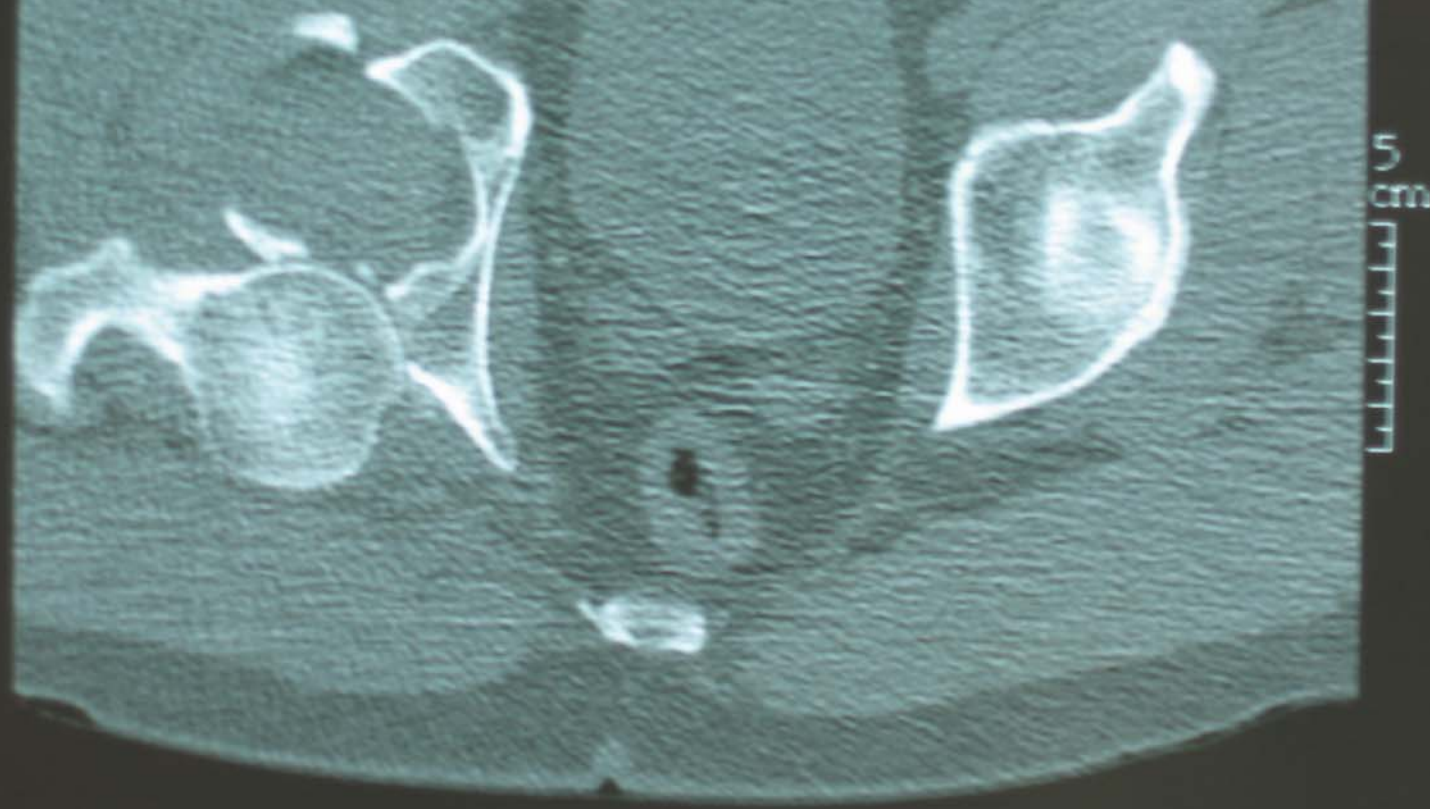
SW 2.7mm

ST 34.1s

Z 1.46

24896

-197.1



5 cm

R

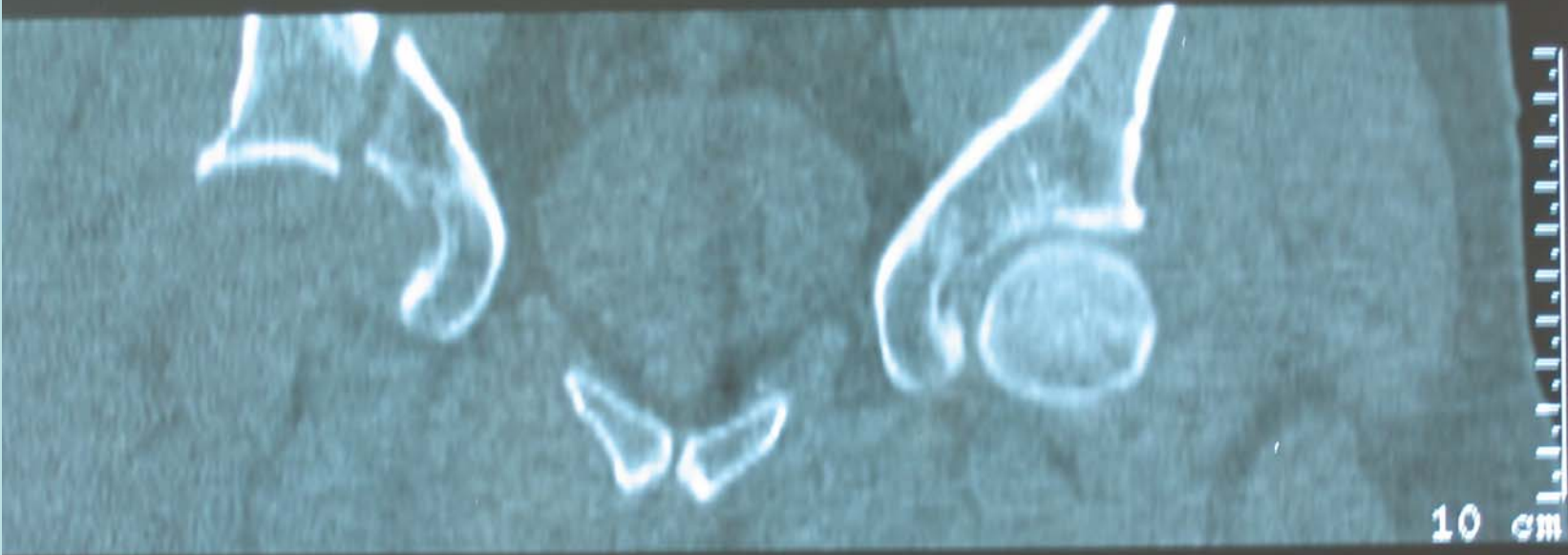
L

C1 769

W1 2466

mm

SW 3.0 mm
Z 1.40



10 cm

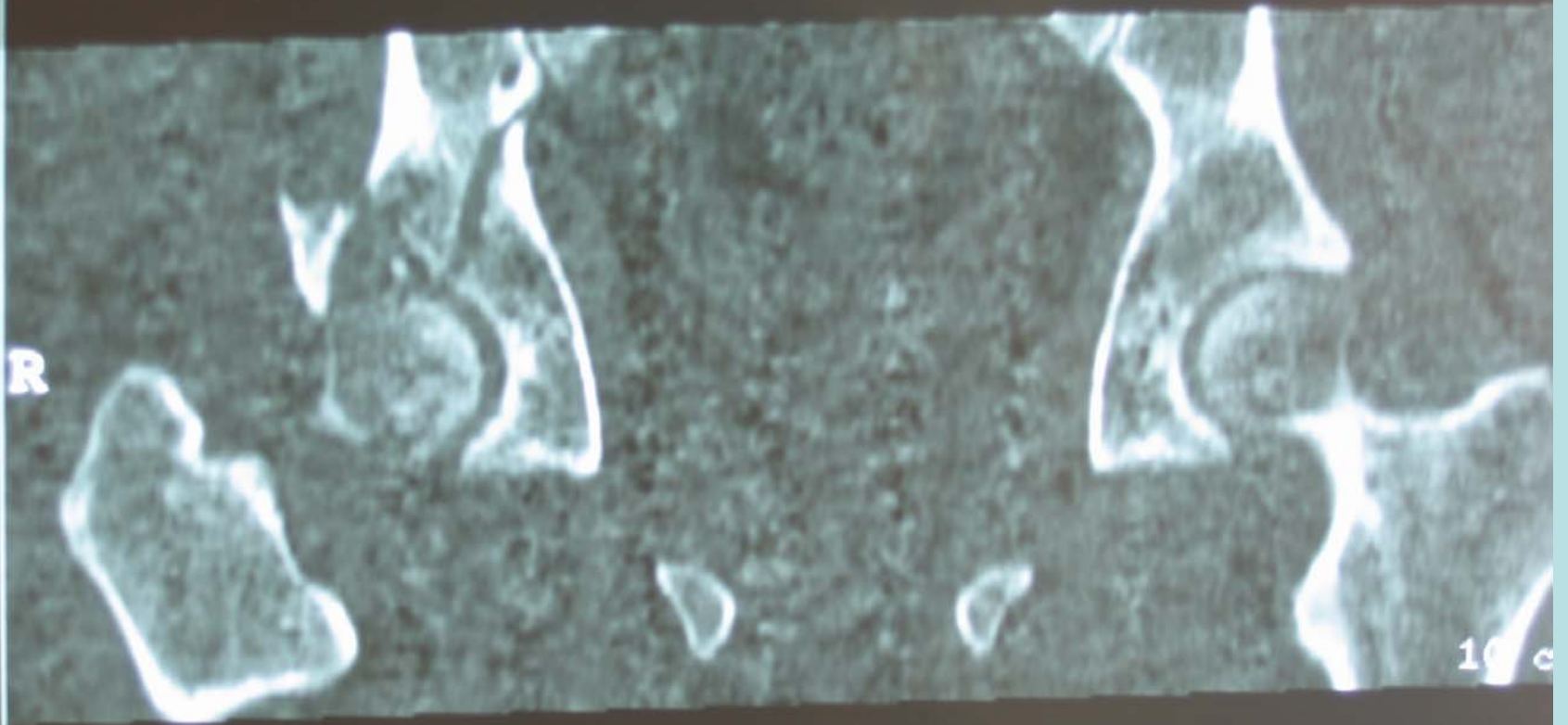


FJ

C1 801
W1 2466

DM783915
25221-11
55.0 mm

ELSC
31 Dec 200
120
SW 0.0
Z 1.



R

10 c

Ex

C1 80
W1 2.46

Histoire de la maladie:

- Dec 2002:
 - AVP (VL ceinturé, airbags) sur trajet du travail.
 - F luxation post de la hanche G, sans trouble neuro, pris en charge au CHU de Tours associée à des plaies du genou G
 - **Réduction, Parage suture en urgence au bloc et mise en traction continue transcondylienne:**



MINQUET JEAN YVES
DM783915

25221-9

-341.5mm

CHU TOURS HOP TROUSSEAU
MARCONI CT TWIN FTS
31 Dec 02 15:29:40
120kV, 265mA
SC 430mm
SW 2.7mm
SI 381
Z 122



10
cm

R

L

CI 800
MI 2066

MINQUET JEAN YVES
DM783915

CHU TOURS HOP TROUSSEAU
MARCONI CT TWIN FTS

MI
DM

15.5mm

SW 2.7mm
ST 38.1s
Z 1.22



10
cm

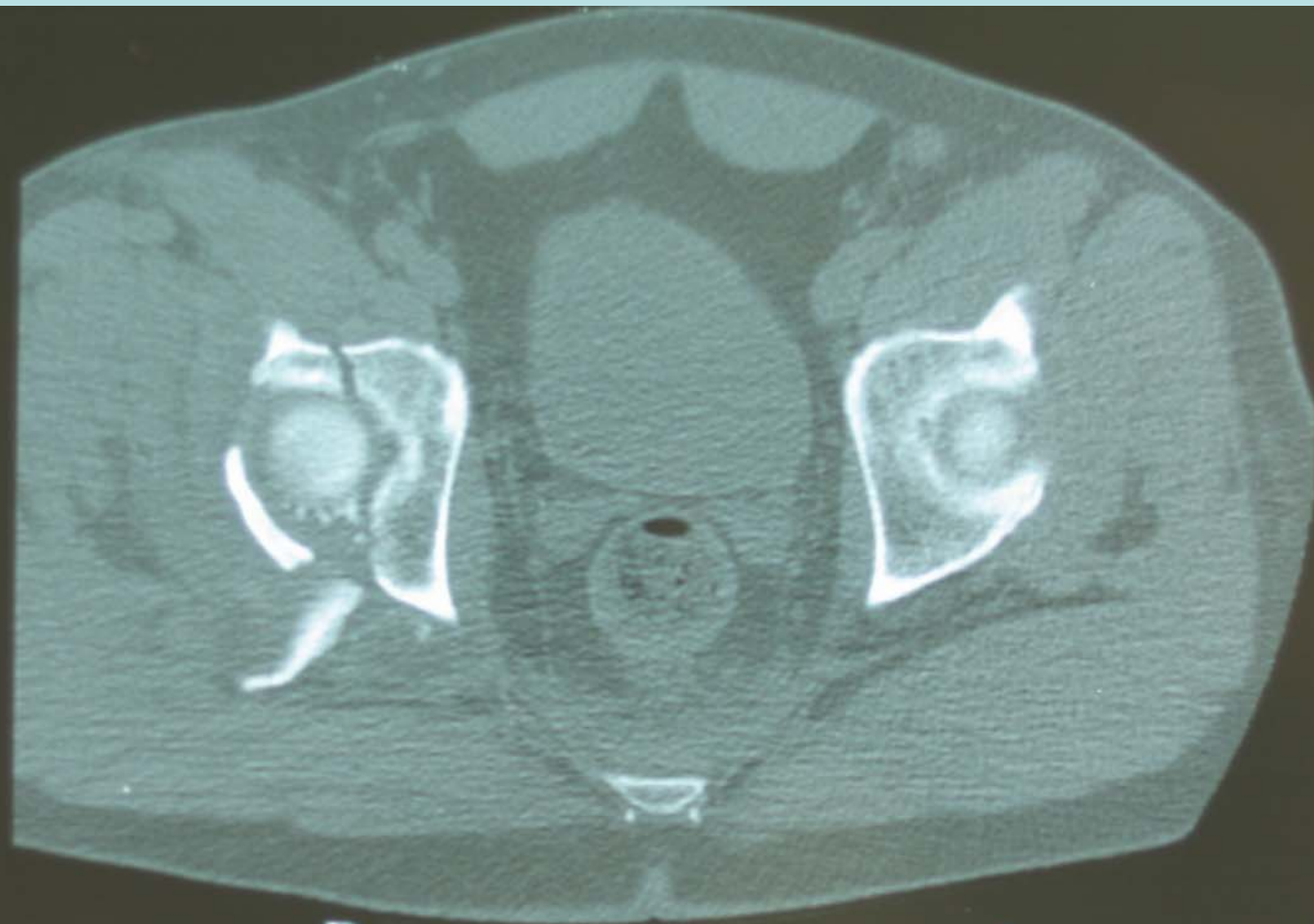
R

L

C1 881
W1 2466

INGUET JEAN YVES
M783915

CHU TOURS HOP. TROUSSEAU
MARCONI CT TWIN RTS



10
cm

R

L

C1 8
M1 24

MINGUET JEAN YVES
DM783915

CHU TOURS HOP.TROUSSEAU
MARCONI CT TWIN R

25221-49

31 Dec 02 15:29:5

120kV,265mA

SC 430ms

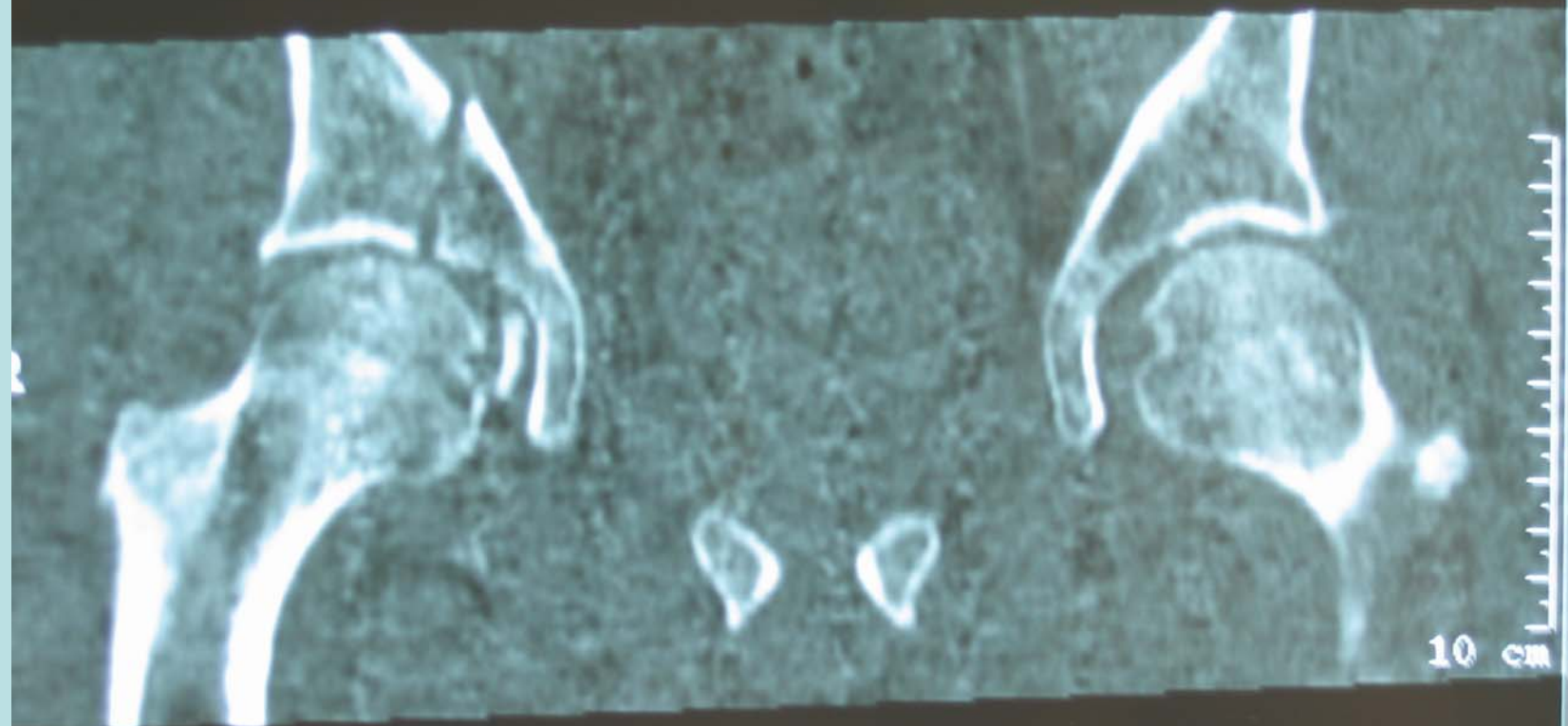
-289.5mm

CM 0.7mm



DM783915
25221-7
3.0 mm

ELSCINT
31 Dec 2002
120kV
SW 0.0 mm
Z 1.66



F

C1 801
W1 2466

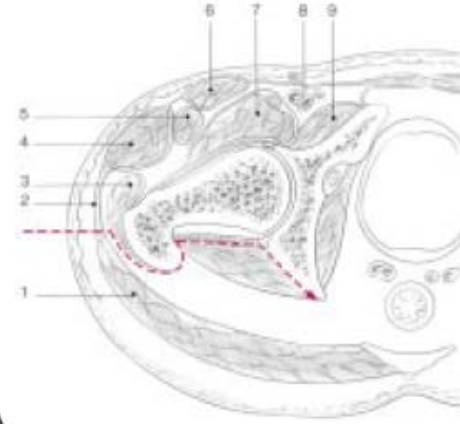
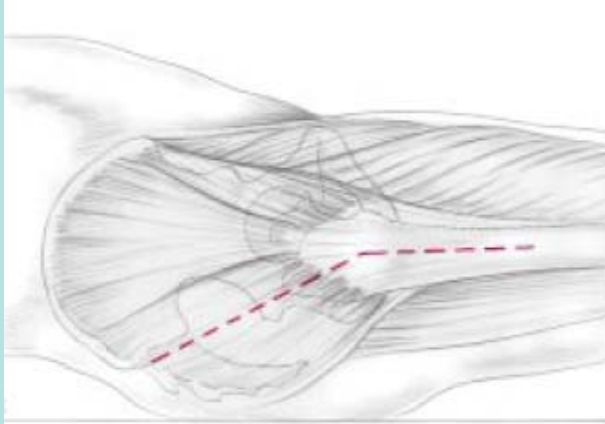
Histoire de la maladie:

– Dec 2002:

- AVP (VL ceinturé, airbags) sur trajet du travail.
- F luxation de la hanche G, sans trouble neuro, pris en charge au CHU de Tours associée à des plaies du genou G
- Réduction, Parage suture en urgence au bloc et mise en traction continue transcondylienne:

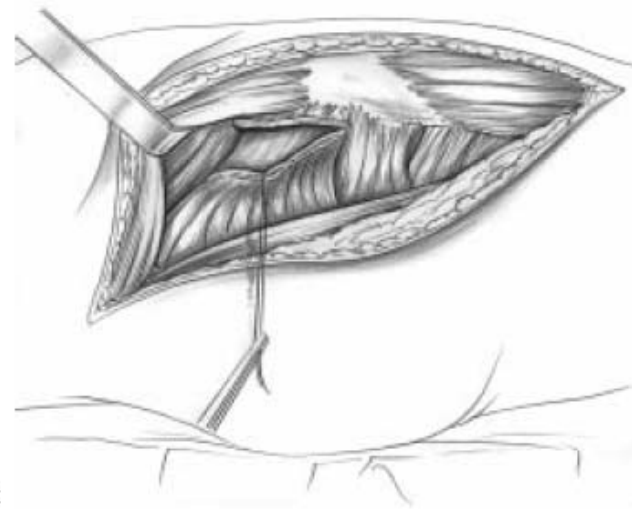
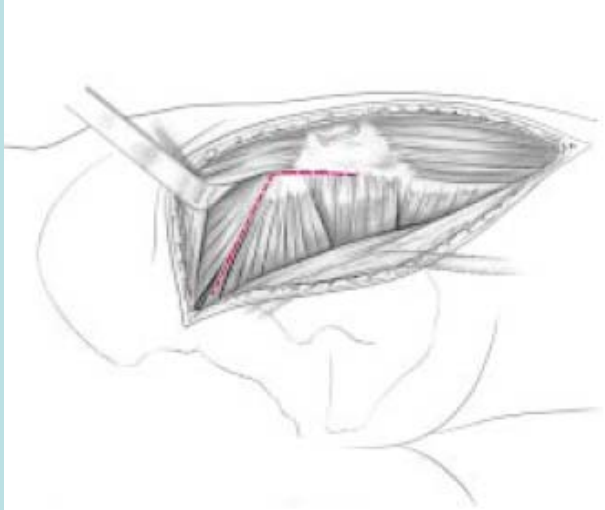
– Janv 03:

- **Ostéosynthèse par plaques vissées** (*voie postérieure de Kocher Langenbeck associée à une ostéotomie*)
Persistance d'une marche d'escalier d'environ 1mm au niveau du cotyle.

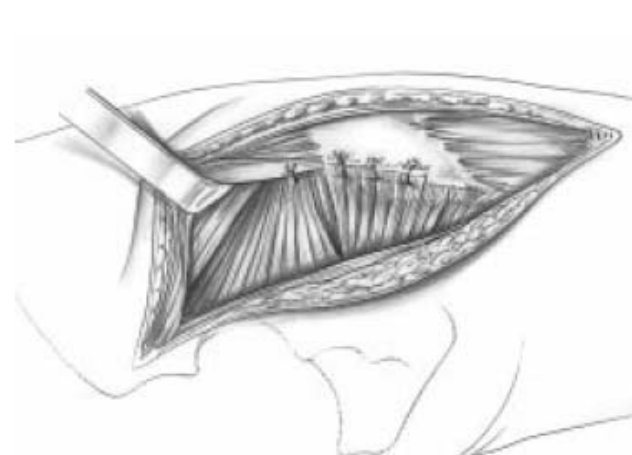


A

B



C





11111111111111111111

G
Coudet

0523

130
03
354
RADIOLOGIE 17, DUMAS
MANUEL JEAN
ORTHOPÉDIE
LE 19/01/2003
03/04/11



Histoire de la maladie:

– Dec 2002:

- AVP (VL ceinturé, airbags) sur trajet du travail.
- F luxation de la hanche G, sans trouble neuro, pris en charge au CHU de Tours associée à des plaies du genou G
- Réduction, Parage suture en urgence au bloc et mise en traction continue transcondylienne:

– Janv 03:

- Ostéosynthèse par plaques vissées (*VA de Kocher Langenbeck associée à une ostéotomie*)
- **Consignes post op:**
 - **Athromoteur 0-60° en décubitus dorsal**
 - **Marche sous couvert de 2 cannes, appui simulé 3 mois**

Histoire de la maladie:

- Suivi régulier avec 2 périodes:
 - 1ere:
 - amélioration progressive malgré algodystrophie au niv des genou et cheville G.
 - Juin 2004 (J+ 1 an 1/2) : marche sans canne, PDM= 2h, reprise de l'activité professionnelle
Mobilités: 80/0, 40/20, 30/10

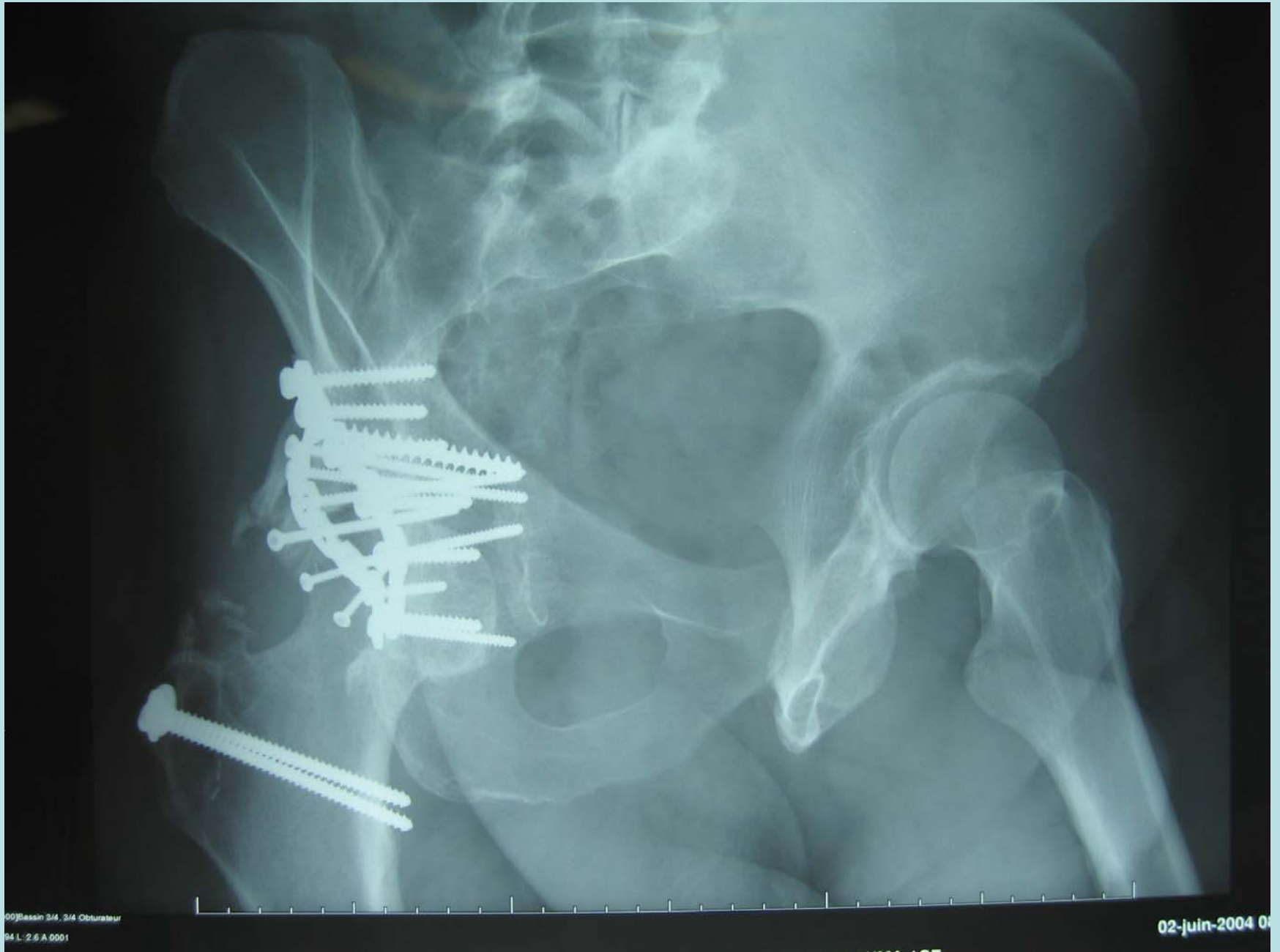
D COUCHE



[0500]Bassin, Bassin
B 183 L 2.1 A 0001

MINGUET, JEAN YVES [M].DM783915 .03-avr -1951 .2400 ORTHO.TRAUMA.1CE

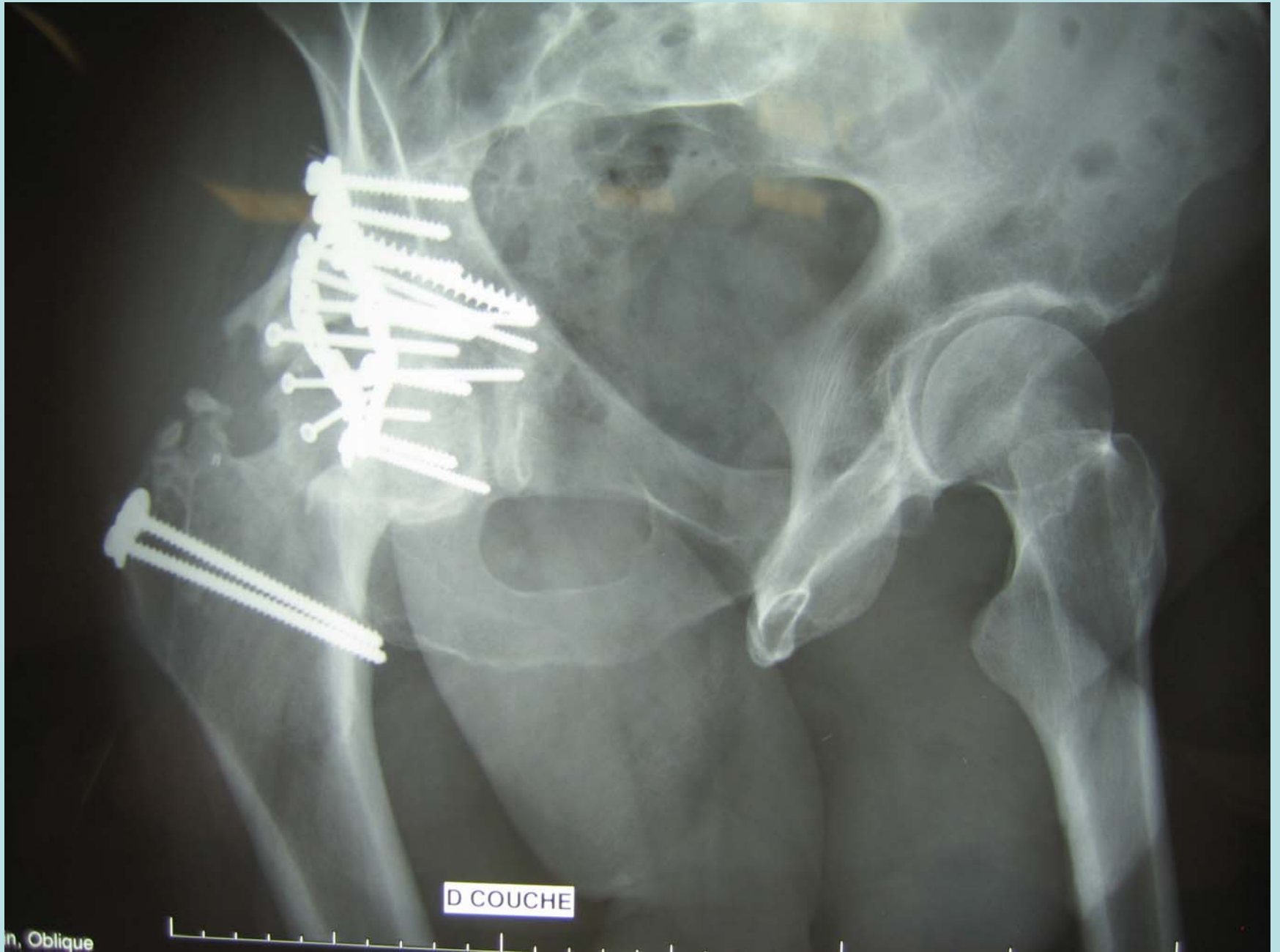
02-juin-2004 08:48



Histoire de la maladie:

- Suivi régulier avec 2 périodes:
 - 2^{ème}:
 - Dégradation sur le plan fonctionnel:
 - **Nov 2005 (J+3ans)**: Douleur mécanique de la hanche droite mal localisée mais d'évolution progressive, pas de prise d'antalgique
 - Marche sans canne, PDM = 1h, escalier asymétrique avec rampe, station debout limité à 2h.
 - Gène considérée comme acceptable par le patient
 - Mobilités: 80/0 **30/15 30/0**





D COUCHE

n. Oblique

- Les 2 principales hypothèses diagnostiques:
 - Coxarthrose secondaire post traumatique
 - Ostéonécrose post traumatique
 - Aucun élément oriente vers un pb infectieux

- Hospitalisation jour pour bilan staf Mars 2006:
 - Réévaluation clinique
 - Rx et IRM hanche

Evaluation clinique

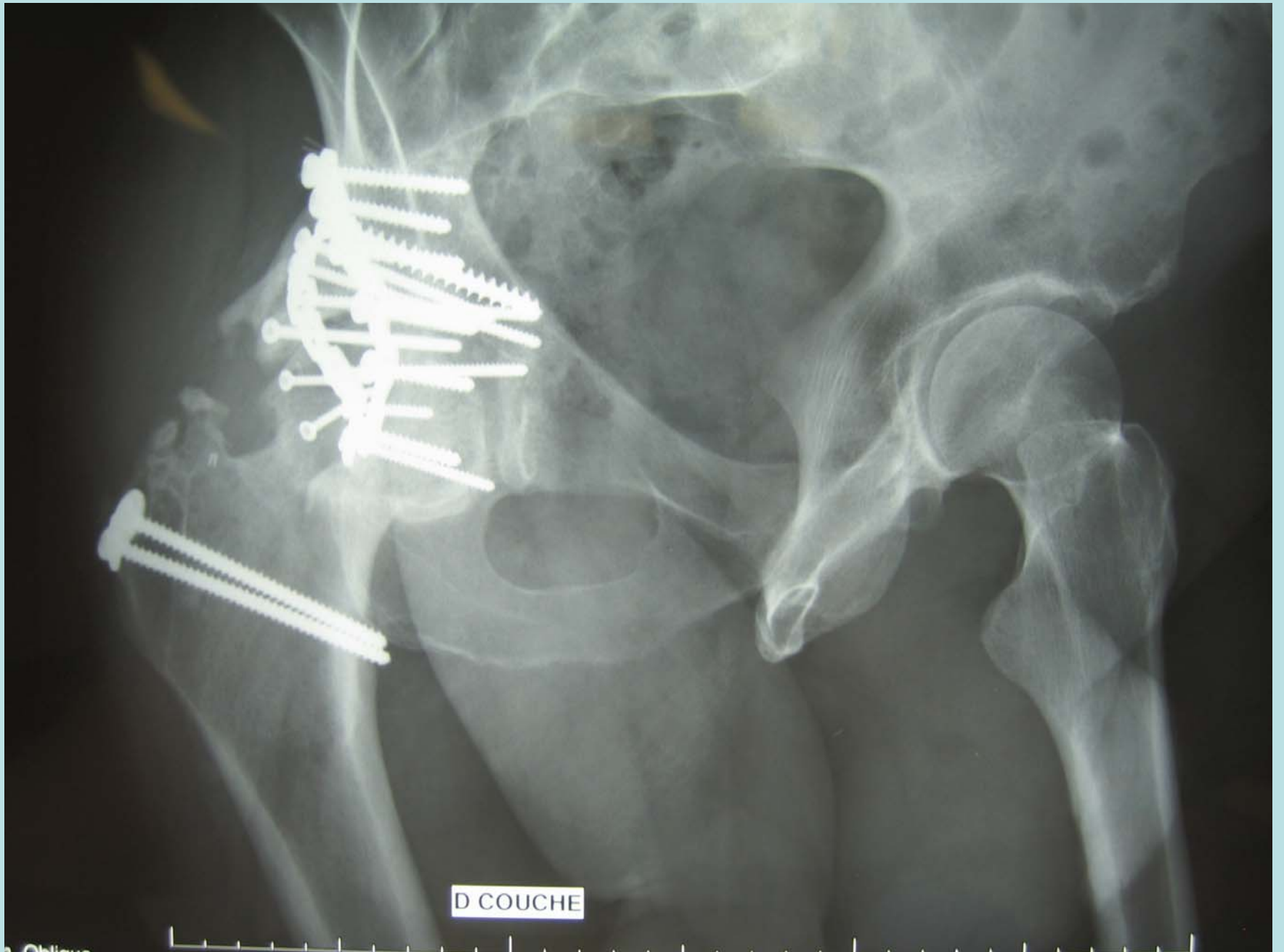
- SF:
 - Marche sans canne
 - PDM en terrain irrégulier = 2h
 - Escalier avec rampe asymétrique
 - Douleur: inguinale, sans irradiation, mécanique, intensité variable sans prise d'antalgique. Surtout en flexion. Evolution progressive.
 - Sensation de craquement occasionnelle
 - Patient non motivé pour ttt chirurgical dans l'immédiat

Évaluation clinique

- SP:
 - Pas d'inégalité de longueur des membres
 - Pas d'amyotrophie du quadriceps
 - Boiterie d'épaule peu marquée
 - A M P illimité bilatéral
 - Etat cutané satisfaisant
 - Pas de douleur à la palpation
 - Mobilités: *enraidissement progressif*
 - Dt: 90/0 20/10 20/10 (douleur++ en fin d'amplitude)
 - Gch: 120/0 45/30 45/30
 - Pas de trouble neurologique



D DEBOUT



D COUCHE

Oblique



D COUCHE



- **Coxométrie:**
 - CC'D = 130°
 - Bonne couverture:
VCE = 45°
 - Toit horizontal:
HTE difficile à évaluer (0°)
 - Cintre cervico-obturateur respecté

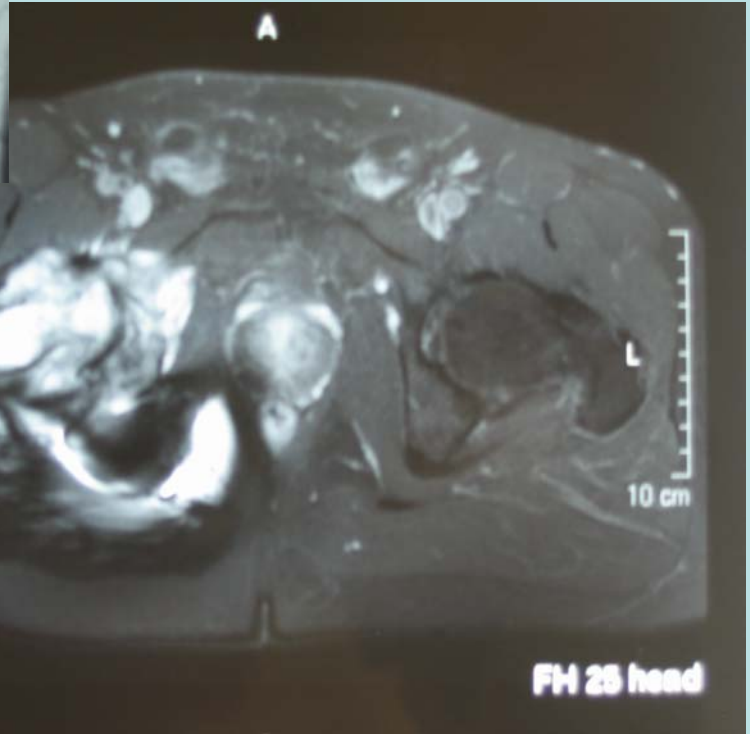
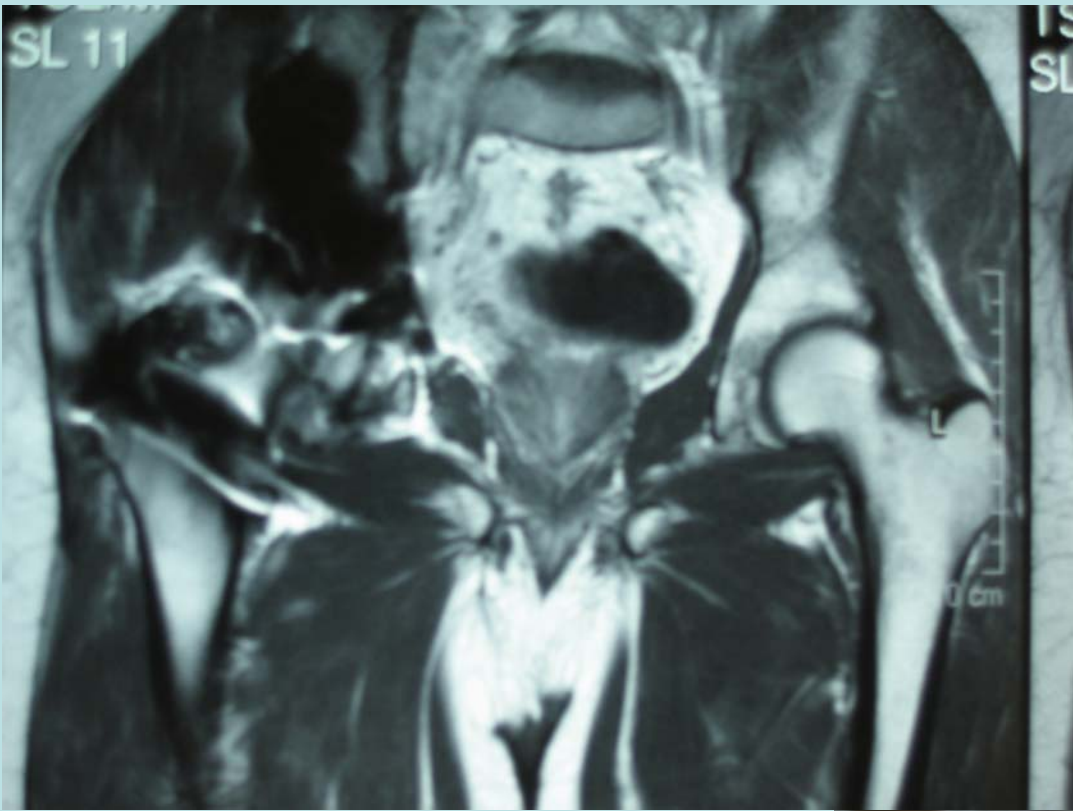


VCA= 40

Examen para-clinique

Rmq : TDM non fait car peu informatif du fait des nombreux artefacts liés à la présence du matériel d'ostéosynthèse

- IRM:
 - Pas de signe en faveur d'une ostéonécrose.
 - Mais hypertrophie synoviale inflammatoire importante



Conclusion radioclinique

- Patient de 55 ans, en surpoids, actif
- Présentant des signes radio cliniques de coxarthrose post-traumatique modérée moyennement invalidante mais d'évolution progressive ayant bien consolidé.
- Matériel d'ostéosynthèse toujours en place.

Stratégies thérapeutiques:

- Abstention chirurgicale:
 - En faveur: age, gêne modérée, absence au recours d'antalgique, patient actif avec facteurs de risque de luxation sur PTH (Vélo, side-car, quad...)
 - Contre: évolution progressive de la douleur et de l'enraidissement.

Stratégies thérapeutiques:

- TTT chirurgical
 - Conservateur: pas d'indication dans ce contexte
 - Non conservateur:
 - Arthrodèse: exclue
 - Arthroplastie: Totale dans ce contexte. PTH std.
 - En faveur:
 - » caractère secondaire post-traumatique, évolution progressive
 - Contre:
 - » age, gêne modérée, absence au recours d'antalgique, patient actif avec facteurs de risque de luxation sur PTH, difficulté

Stratégies thérapeutiques:

- Voie d'abord:
 - **Antérieure:**
 - bonne visibilité mais risque de luxation car m pelvitrochantériens cicatriciels (cf voie de 3 vis pourraient devenir intra-articulaires) de douleur et gêne fonctionnelle initiale.
 - **Trochantérotomie:**
 - meilleure exposition; ablation ossification possible; bonne stabilité. Mais nécessite AMO et risque de pseudarthrose
 - **Voie de Moore:**
 - abord proche de la voie de Kocher Langenbeck, pas de nouvelle lésion des éléments stabilisateur de la hanche. Possibilité de s'élargir pour l'AMO si vis intra articulaire après passage du rimeur.

Stratégies thérapeutiques:

- Pb de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse:
 - Ablation impérative des vis + rondelles de synthèse de la Trochantérotomie
 - CONCERNANT LE MATERIEL DU BASSIN:
 - Pas d'ablation :
 - Possible a priori de rimmer sans rencontrer de vis. Possibilité d'AMO si nécessaire
 - Ablation :
 - Tout le matériel:
 - » pas justifié ici, 3 vis pourraient devenir intra-articulaires (cf Rx)
 - En partie:
 - » Difficulté d'exposition liée au tissu cicatriciel... reprise de la voie de Kocher Langenbeck.

Stratégies thérapeutiques:

- Choix thérapeutique:
 - **Abstention chirurgicale initiale**
 - mise en place d'un ttt médical antalgique avec mesures hygiéno-diététique (lutte contre surpoids)
 - **Arthroplastie secondairement**
 - pas d'urgence au ttt chirurgical
 - quand patient demandeur et quand ttt médical dépassé.
 - PTH std,
 - Voie de Moore,
 - AMO vis de trochantérotomie et, si besoin, après tentative de rimmer, des vis du bassin.
 - Ablation des calcifications accessibles
 - Suites std