



Série de cas

Les luxations traumatiques de hanche chez l'enfant : Une série de cas ivoirienne

Traumatic Hip Dislocations in Children: An Ivorian case series

M Soukore-Soro*¹, HA Thomas-Danho¹, E Koffi¹, YG Kouame¹, MO Moulot², YL Ake³, TH Odehoury-Koudou¹, JB Yaokreh¹, DB Kouamé¹, O Ouattara¹.**Résumé**

Introduction : La luxation traumatique de hanche chez l'enfant est une urgence rare avec une incidence de 0,8 cas par million d'enfants. Il s'agit d'une urgence traumatologique qui nécessite une réduction orthopédique congruente et concentrique. Son risque évolutif est dominé par la nécrose céphalique qui fait le lit de l'arthrose. L'objectif était d'étudier les aspects épidémiologiques, thérapeutiques et pronostiques des luxations traumatiques de hanche chez l'enfant.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective et multicentrique dans les différents services de chirurgie pédiatrique d'Abidjan. Les données épidémiologiques, thérapeutiques et évolutives étaient relevées. Les résultats étaient évalués selon les critères de Ratliff.

Résultats : Sept enfants âgés en moyenne de 11 ans (extrêmes : extrêmes : 7 et 14 ans) ont présenté 8 LTH dont une bilatérale chez une adolescente de 14 ans. Les étiologies étaient dominées par les accidents de la voie publique (n=5 ; 72%). Les luxations étaient postérieures (n=7 ; 86%) et antérieures (n=1 ; 14%). La réduction était orthopédique (n=7 ; 86%) au-delà

de la 6e heure et chirurgicale (n=1 ; 14%) par voie antérieure au 15e jour. La réduction était concentrique dans tous les cas. La réduction a été suivie d'une traction axiale collée de 21 jours et d'un plâtre pelvi-pédieux pendant 21 jours. Selon les critères de Ratliff, les résultats étaient excellents (n=4), bons (n= 2) et mauvais (n= 2), soit 75% de résultats satisfaisants. Un cas de nécrose céphalique a été observé.

Conclusion : Les LTH sont rares dans notre pratique avec une prise en charge tardive. L'amélioration de leur pronostic fonctionnel passe par de meilleurs des conditions socio-économiques des populations et une surveillance à long terme.

Mots-clés : Enfant-Luxation traumatique hanche-Nécrose céphalique, Réduction orthopédique.

Abstract

Introduction: Traumatic hip dislocation in children is a rare emergency with an incidence of 0.8 cases per million children. It is traumatological emergency requiring congruent and concentric orthopedic reduction. Its evolutionary risk is dominated by cephalic necrosis, which leads to osteoarthritis. The

aim of this study was to describe the epidemiological, therapeutic and prognostic aspects of traumatic hip dislocations in children.

Methodology: This is a retrospective, multicenter study in the various pediatric surgical departments of Abidjan. Epidemiological, therapeutic and evolutionary data were collected. Results were evaluated according to Ratliff criteria.

Results: Seven children with an average age of 11 years (extremes:7 and 14years) presented with 8 LTH, including one bilateral in a 14-year-old adolescent.

The etiologies were dominated by road traffic accidents (n=5; 72%). The dislocations were posterior (n=7; 86%) and anterior (n=1; 14%). Reduction was orthopedic (n=7; 86%) beyond the 6th hour and surgical (n=1; 14%) by anterior approach on day 15. Reduction was concentric in all cases. The reduction was followed by 21 days of axial traction and 21 days of a spica cast. According to Ratliff's criteria, results were excellent (n=4), good (n=2) and poor (n=2), 75% satisfactory results. One case of avascular necrosis was observed.

Conclusion: Traumatic hip dislocation is a rare condition in our practice, with delayed change. Improving their functional prognosis requires better socio-economic conditions of the populations and long-term follow-up.

Keywords: Avascular Necrosis-Children-Orthopedic reduction- Traumatic hip dislocation.

Introduction

Les luxations traumatiques de hanche (LTH) de l'enfant sont rares et représentent moins de 5 % de toutes les luxations chez l'enfant [1]. Leur incidence est de 0,8 cas par million d'enfants par an, avec une nette prédominance masculine [1,2]. Elles sont le plus souvent dues à des traumatismes à haute énergie tels que les accidents de la voie publique ou la chute d'un lieu élevé [3]. La luxation postérieure est le type la plus fréquemment décrite, environ 95 % des luxations

traumatiques de l'enfant [4].

La LTH est une véritable urgence traumatologique qui nécessite une réduction orthopédique immédiate par manœuvres externes. Celle-ci doit être congruente et concentrique [5]. Elle doit être faite idéalement dans les 6 heures afin de réduire le risque de survenue des complications dont la plus redoutable est la nécrose avasculaire (AVN) de la tête fémorale qui survient dans 12 % des cas [6].

La littérature est faible à ce sujet, très peu de travaux sont rapportés en Afrique subsaharienne. [7,8]. Dans notre pays, une seule publication a été faite à notre connaissance [9]. Les données de la LTH dans notre environnement sont –elles similaires aux données de la littérature ?

L'objectif de cette étude est de décrire le profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif des LTH chez l'enfant.

Méthologie

Nous avons colligé de façon rétrospective les dossiers médicaux de tous les enfants ayant été pris en charge au service de chirurgie pédiatrique des CHU de Yopougon, Cocody et de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire) entre janvier 2000 et octobre 2024 pour une luxation traumatique de hanche. Les critères d'inclusion étaient : la tranche d'âge comprise entre 0 et 15 ans, les dossiers médicaux complets, un suivi régulier minimal d'une année et le consentement des parents ou tuteurs légaux. Les luxations survenant chez des enfants ayant une pathologie neuromusculaire n'ont pas été introduites dans cette série.

- Les paramètres étudiés étaient
- Epidémiologiques : prévalence, âge, sexe
- Diagnostiques : mécanisme, délai diagnostique, type anatomopathologique, lésions associées
- Thérapeutiques : délai de réduction, type de réduction, type de traitement post réduction
- Evolutives : survenue ou non de complications, les résultats fonctionnels ont été évalué selon les

critères de RATLIFF [10].

Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide d'un logiciel ÉPI DATA ; Word et Excel. Les résultats étaient exprimés sous forme de moyenne \pm écart type pour les variables quantitatives ou en pourcentage pour les variables qualitatives.

Résultats

Sur la période, 8 patients présentant 9 luxations ont été admis pour LCH. Sept (n=7) dossiers (8 LTH) ont pu être exploités. Un patient présentait une luxation bilatérale (figure 1).

L'âge moyen des enfants était de 10,29 ans [7-14ans].

Le sexe ratio était de 6.

Les accidents de la voie publique (n=5) étaient les étiologies les plus rencontrés. Toutes les LTH étaient récentes (survenue moins de 14 jours avant l'admission). Les luxations postérieures iliaques étaient le type anatomopathologique le plus rencontré dans 86% des cas (n=6). Il n'y avait pas de dysplasie acétabulaire. Les principales lésions associées étaient une contusion abdominale (n=2) et une fracture acétabulaire (n=1).

Le délai moyen de prise en charge (réduction) était de $55,64 \pm 14,96$ heures [5 et 360 heures]. La réduction était orthopédique dans 86% des cas (Figure 2).

Elle était chirurgicale chez le patient qui présentait la fracture associée de l'acetabulum. La traction axiale collée dans le plan du lit de 21 jours suivie d'un plâtre pelvi-pédieux était réalisée dans 100% des cas. La durée d'immobilisation était de 21 jours. Nous avons relevé un cas de nécrose céphalique (figure 3) et un cas de coxarthrose.

Aucun cas de luxation récidivante et d'arthrite post-traumatique n'a été observé. Le récapitulatif de nos données est présenté dans le tableau 1.



Figure 1 : luxation bilatérale de hanche chez une adolescente de 14ans



Figure 2 : Radiographie de contrôle post réduction



Figure 3 : Radiographie (recul de 4 ans 11 mois) Flèche verte (nécrose céphalique gauche) Flèche bleue (ossifications hétérotopique)

Tableau I : Récapitulatif des cas

Cas	1	2	3	4	5	6	7
Sexe	M	M	M	F	M	M	M
Age (années)	10	7	14	14	12	8	7
Côté	Gauche	Gauche	Droit	Bilatéral	Gauche	Droit	Gauche
Circonstances	AVP	Chute d'un arbre	AVP	AVP	AVP	Sport	AVP
Type de luxation	Postérieure	Antérieure	Postérieure	Postérieure	Postérieure	Postérieure	Postérieure
Lésions associées	Contusion abdominale	Fracture acétabulaire, TCE				Contusion abdominale	
Délai de réduction	27 heures	15 jours	49 heures	22 heures	17 heures	72 heures	5 heures
Type de réduction	Orthopédique	Chirurgicale	Orthopédique	Orthopédique	Orthopédique	Orthopédique	Orthopédique
Recul	1 an	1 an 2 mois	2 ans	4 ans 11 mois	2 ans 8 mois	1an 2mois	1an 8mois
Complications	Ossification Hétérotopique	Coxarthrose		Nécrose céphalique Ossifications Hétérotopiques			

Au recul moyen de $26,96 \pm 6,61$ mois, les résultats fonctionnels étaient satisfaisants dans 75% des cas (n=6) (Tableau II)

Tableaux II : Les résultats fonctionnels selon les critères de Ratliff

Résultats	Effectif	Pourcentage
Excellent	4	50
Moyen	2	25
Mauvais	2	25
Total	8	100

Discussion

Avec 8 cas de LTH en 23 ans malgré le caractère retrospectif et multicentrique, notre étude confirme la rareté de cette affection chez l'enfant [11,12]. Cela est confirmé par les nombreux cas cliniques et séries de cas rapportés dans la littérature tant en Afrique qu'en Occident (tableau III). Cette rareté est certainement due au fait que la hanche est une articulation à rotule intrinsèquement stable en raison de sa géométrie osseuse et de ses ligaments solides, lui permettant de résister à des augmentations significatives de contraintes mécaniques.

Les étiologies des LTH sont diverses et variées. Dans notre étude, les LTH étaient essentiellement dues aux accidents de la voie publique. Tandis que Ayadi et al. retrouvaient les chutes d'un lieu élevé suivis des accidents de la voie publique[7]. Dans notre pratique, les enfants s'exposent aux AVP pour des raisons multifactorielles. Ces enfants utilisent la voie publique comme aires de jeu par manque d'espace vert dû à l'hyperurbanisation. Notons aussi la mauvaise perception du danger lors de la traversée des routes par ignorance des conséquences.

Malgré les circonstances de survenue (AVP), la douleur et l'impotence fonctionnelle absolue du membre, la plupart de nos patients étaient vus au-delà de 24 heures. Ceci du fait des contraintes économiques, mais surtout des considérations socioculturelles avec le recours aux rebouteux en première intention dans nos sociétés. Pourtant le diagnostic des LTH est aisé et est fait par la radiographie standard du bassin. Celle-ci permet également de préciser les variétés anatomopathologiques et de rechercher les fractures associées. Avec 7 luxations iliaques sur 8, notre série confirme la prédominance de formes postérieures comme le rapporte la littérature [4,8]. Cela serait lié la prédominance de la masse musculaire et la faiblesse ligamentaire de la région postérieure de la hanche. Plusieurs lésions associées ont été décrites. La fracture acétabulaire rare dans la petite enfance à cause de la nature cartilagineuse de l'acétabulum [14] a été retrouvée chez un de nos patients âgé de 7 ans.

En revanche, l'atteinte neuro-vasculaire rapportée dans 5-20% des cas par certains auteurs n'a pas été observée dans la présente étude [15].

Tous les auteurs admettent l'urgence d'une réduction orthopédique congruente et concentrique avant la 6ième heure en raison du risque de nécrose épiphysaire [4]. Dans notre étude la plupart des luxations ont été réduites dans un délai relativement long, au-delà de la sixième heure. Ce retard thérapeutique une fois admit aux urgences est lié aux contraintes économiques (coût des soins) pour les parents et les dysfonctionnements itératifs du bloc opératoire. En effet, un seul bloc opératoire est alloué pour toutes les urgences des 5 services de chirurgie dans notre pratique.

En cas de réduction non concentrique ou incomplète qui serait certainement due à une interposition musculaire, capsulo-ligamentaire ou des fragments osseux intra-articulaires, certains auteurs préconisent le recours à la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM), l'arthroscopie ou l'arthrographie de hanche, en vue d'avoir des informations sur les lésions des tissus mous, y compris les déchirures labrales et capsulaires ainsi que les lésions cartilagineuses et musculaires [16-18]. La réduction chirurgicale indiquée en cas d'échec de la réduction orthopédique (interposition capsulo-ligamentaire, musculo-nerveuse, ostéo-chondrale et de fracture acétabulaire déplacée) [19], a été effectuée chez un de nos patient qui avait une fracture associée de l'acetabulum.

Le traitement post réduction est sujet à controverse. Il n'existe pas de consensus quant au type et la durée de l'immobilisation post-réductionnelle. Notre approche a consisté en une traction axiale de 21 jours suivie d'un plâtre pelvi-pédieux pendant 21 jours comme le recommande Ayadi et all [7]. D'autres auteurs préconisent la réalisation d'un plâtre pelvi-pédieux d'emblée pendant 4 à 6 semaines puis mise en charge du membre [4].

Les résultats fonctionnels des patients atteints de LTH sont généralement bons [6, 13,16,19]. Au recul moyen de $26,96 \pm 6,61$ mois nos résultats fonctionnels étaient satisfaisants dans 75 % des cas. Ces résultats étaient

similaires à ceux de Suominen et al en Finlande [12], et Blasier et al [17] en Afrique du Sud qui ont rapporté respectivement 86%, 80% de résultats satisfaisants. En revanche, les mauvais résultats sont souvent liés aux fractures associées et au délai de réduction de la luxation. La nécrose céphalique était évaluée entre 3 et 6 % pour une réduction réalisée dans les 4 premières heures contre 66 % au-delà de 24 heures [20]. Pour Mehlman et al [6] le risque de nécrose de la tête fémorale était multiplié par 20 chez les patients chez qui la réduction était réalisée 6 heures après le traumatisme. Malgré le retard de prise en charge dans notre série, un seul de nos patients a évolué vers la nécrose épiphysaire. Les signes précoces de cette nécrose peuvent être détectés 3 à 6 mois après le traumatisme par IRM [21]. Quant aux signes radiographiques, ils apparaissent après un délai de 2 à 12 mois ans [4], ce qui impose une surveillance prolongée. L'arthrose est une complication redoutable exposant le squelette immature de l'enfant à l'arthroplastie précoce. Elle est fréquemment décrite en cas de fracture-luxation comme dans notre cas. Quant aux récurrences rapportées dans la littérature, elles seraient favorisées par une cicatrisation capsulaire incomplète ou un défaut capsulaire dans la petite enfance. Et elle serait en rapport avec un défaut osseux du mur postérieur acétabulaire chez le grand enfant [18] aucun cas n'a été observé dans notre série. Cette étude a des limites. Elle est rétrospective, elle a un nombre relativement faible de patients qui reste cependant en rapport avec le caractère rare des LCH chez l'enfant. Bien que, le temps de suivi dans cette série n'ait pas été suffisant pour obtenir des résultats à long terme, les résultats à 2 ans étaient satisfaisants. Cette étude peut servir de référence pour la réalisation des travaux à long terme avec une surveillance plus prolongée.

Conclusion

Les luxations traumatiques de hanche chez l'enfant sont rares mais existent. Elles sont le plus souvent consécutives à un accident de la voie publique. Le

diagnostic est aisé mais il ne faudrait pas méconnaître une lésion associée. La prise en charge a été tardive dans trois quarts des cas. Notre traitement était majoritairement orthopédique. Malgré les résultats satisfaisants obtenus dans 6 cas sur 8, de meilleures conditions socio-économiques des populations et une surveillance à long terme afin de déceler les complications permettraient d'améliorer le pronostic fonctionnel de ces hanches.

*Correspondance

Moufidath SOUNKERE-SORO

s.moufidath@yahoo.fr

Disponible en ligne : 28 Février 2025

- 1 : Service de chirurgie pédiatrique CHU de Yopougon, Département de la mère et de l'enfant, université Felix Houphouët Boigny
- 2 : Service de chirurgie pédiatrique CHU de Treichville, Département de la mère et de l'enfant, université Felix Houphouët Boigny
- 3 : Service de chirurgie pédiatrique CHU de Cocody, Département de la mère et de l'enfant, université Felix Houphouët Boigny

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Mootha AK, Mogali KV. A rare case of neglected traumatic anterior dislocation of the hip in a child. *J Orthop Case Rep* 2016; 6(3):40–42.
- [2] Sanders S, Tejwani N, Egol KA. Traumatic hip dislocation: review. *Bull NYU Hosp J Dis* 2010; 68(2):91–96.
- [3] Vinodh JB, Sathiyaseelan N, Subramanian RM, Vignesh A, Rathi NK. Uncommon Yet

- Noteworthy: A Clear and Comprehensive Case Report on Pediatric Hip Dislocation. *J Orthop Case Rep* 2023; 13(12):26–29.
- [4] Herrera-Soto JA, Price CT. Traumatic hip dislocations in children and adolescents: pitfalls and complications. *J Am Acad Orthop Surg* 2009; 17(1):15–21.
- [5] Gautier E, Ganz K, Krügel N, Gill T, Ganz R. Anatomy of the medial femoral circumflex artery and its surgical implications. *J Bone Joint Surg Br* 2000; 82:679–683.
- [6] Mehlman CT, Hubbard GW, Crawford AH, Roy DR, Wall EJ. Traumatic hip dislocation in children: long-term follow-up of 42 patients. *Clin Orthop Relat Res* 2000; (376):68–79.
- [7] Ayadi K, Trigui M, Gdoura F, Elleuch B, Zribi M, Keskes H. Luxations traumatiques de la hanche chez l'enfant. *Rev Chir Orthop* 2008; 2:19–25.
- [8] Mohammed L. Traumatic dislocations of the hip in children: about 11 cases and literature review. *J Surg Res* 2020; 6:22–26.
- [9] Yaokreh JB, Odéhour TH, Tembely S, Kouamé YG, Dieth AG, Dick KR, et al. Luxations traumatiques de hanche de l'enfant : à propos d'une courte série au CHU de Yopougon-Côte-d'Ivoire. *Orth Emerg Afr* 2012; 15–18.
- [10] Zhang C, Li L, Forster B, Kopec JA, Ratzlaff C, Halai L, et al. Le conflit fémoro-acétabulaire et la coxarthrose. *Can Fam Physician* 2015; 6:535–541.
- [11] Serdan H, Mustafa G, Ersin MD, Alkan B, Halil N, Mustafa C. Treatment and results in pediatric traumatic hip dislocation. *Case Series Rev Literature* 2014; 20(6):437–442.
- [12] Suominen EN, Saarinen AJ. Traumatic hip dislocation in pediatric patients: clinical case series and a narrative review of the literature with an emphasis on primary and long-term complications. *Children* 2023; 107–110.
- [13] Soto JI, Martínez PR. Traumatic bilateral posterior hip dislocation in children: A 12-year follow-up case report. *Pediatr Orthop Trauma* 2020; 8(2):213–216.
- [14] Archer JE, Balakumar B, Odeh A, Bache CE, Dimitriou R. Traumatic hip dislocation in the pediatric population: a case series from a specialist center. *Injury* 2021; 52:3660–3665.
- [15] Cornwall R, Radomisli TE. Nerve injury in traumatic dislocation of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 2000; 377:84–91.
- [16] Zrig M, Mnif H, Koubaa M, Abid A. Traumatic hip dislocation in children. *Acta Orthop Belg* 2009; 75:328–333.
- [17] Blasler RD, Hughes LO. Fractures and traumatic dislocations of the hip in children. In: Rockwood and Wilkins' *Fractures in Children*. 6th ed. Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p. 879–891.
- [18] Rodríguez PJ, Gil IA, Rodríguez-Merchán EC. Luxación traumática de cadera. *Pathol Apar Locomot* 2010; 4(3):167–178.
- [19] Vialle R, Pannier S, Odent T, Schmit P, Pauthier F, Glorion C. Imaging of traumatic dislocation of the hip in childhood. *Pediatr Radiol* 2004; 34:970–979.
- [20] Forde JC, Khan KS, Awan N. Traumatic posterior dislocation of the hip in a 3-year-old child. *Pediatr Emerg Care* 2009; 25:584–585.
- [21] Salisbury RD, Eastwood DM. Traumatic dislocation of the hip in children. *Clin Orthop Relat Res* 2000; 377:106–111.

Pour citer cet article :

M Sounkere-Soro, HA Thomas-Danho, E Koffi, YG Kouame, MO Moulot, YL Ake et al. Les luxations traumatiques de hanche chez l'enfant : Une série de cas ivoirienne. *Jaccr Africa* 2025; 9(1): 133-139

<https://doi.org/10.70065/2591.jaccrAfri.006L012802>