

A PROPOS DES DEUX CAS DE FRACTURES COMPLEXES DU BASSIN

Z. RALANTOARITSIMBA et RAZAFINDRAZAKA

Les fractures du bassin deviennent plus fréquentes avec la gravité et le nombre croissant des accidents. Seulement les cas atypiques de fractures complexes du bassin restent assez rares et peu de séries d'observations en ont été publiées jusqu'à présent.

Le hasard de la clinique a voulu qu'en l'espace de deux mois en 1962, nous en ayons observé deux OBSERVATIONS cas. A ce titre il nous semble intéressant de les rapporter.

OBSERVATIONS

Obs. N° 1

Ra... , homme, 52 ans, Accident de la circulation. Admis à l'Hôpital le 28 juillet 1962, une heure après l'accident à la suite d'un traumatisme grave portant sur le côté droit du bassin. Le blessé présente cliniquement un état de choc latent, ainsi qu'une fracture complexe de l'hémi-bassin droit, sans complications urinaires, mais une tuméfaction énorme de la fesse et de la racine de cuisse gauche, une impotence fonctionnelle absolue, un raccourcissement et une rotation externe du membre inférieur droit, des points douloureux à l'écartement et à la pression des crêtes iliaques et à l'adduction du membre, à la palpation directe de la crête iliaque droite de la branche horizontale du pubis en avant, de la branche ischio-pubienne dans le pli génito-crural droit.

Une radiographie de face du bassin révèle : fracture de l'hémi-bassin droit.

Le trait de fracture intéresse successivement :

1°) — La branche ischio-pubienne en sa partie moyenne.

2°) — La branche ilio-pubienne au niveau du fond cotyloïdien.

Cette fracture se poursuivant en haut sur l'ilion vers l'échancrure sciatique.

3°) — L'ilion dont la partie supéro-interne (épine iliaque postérieure et supérieure) est détachée du reste de l'os ; alors qu'il existe une disjonction de la moitié inférieure de l'articulation sacro-iliaque.

Ces diverses fractures entraînent :

— une ascension d'un centimètre environ de la partie externe du bassin et du fémur,

— une légère bascule avec rotation en dehors de l'aile iliaque.

Dès l'admission du blessé, après déchoquage qui a nécessité en particulier une transfusion sanguine, on procède à la réduction orthopédique de la fracture par une technique inspirée de celle de Böhler et qui consiste en une suspension du blessé associée à une extension continue transfémoro-condylienne.

Le blessé est installé dans un lit d'extension avec une planche sous le matelas et un dossier. Un hamac suspendant le bassin, de la crête iliaque au grand trochanter, aux moyens de deux cordes attachées à ce hamac et passées sur deux

pouties installées sur un cadre aménagé au lit et chargées chacune de 5 kg. Le membre inférieur droit est installé sur une attelle de Braun avec une extension continue munie de 7 kg au moyen d'une broche trans-condylienne. Les pieds du lit sont surélevés de 30 cms.

Des radiographies de contrôle pratiquées successivement les jours suivants montrent que la réduction a été obtenue le 10^e jour. L'ascension et le déplacement de l'arc antérieur en dedans ont été bien compensés par l'extension transfémorale qui tire dans l'axe du membre inférieur en abduction et n'a pas nécessité la traction qui devait s'exercer dans l'axe du col du fémur. La bascule de l'hémi-bassin a été corrigée par le hamac.

Dès le lendemain de son installation sur ce dispositif de réduction le blessé n'a plus souffert, il a pu se mouvoir et se soulever les jours suivants. Comme les soins étaient faciles, il ne présentait pas d'escarrhes et comme il a fait plusieurs fois par jour des mouvements actifs de toutes les articulations du membre inférieur intéressé, il n'y avait pas d'atrophie musculaire et un peu de raideur articulaire.

L'extension-suspension a été supprimée à la fin de la 8^e semaine. Une rééducation fonctionnelle entreprise très tôt permet la reprise de la marche au cours de la 10^e semaine.

Actuellement avec un recul de 20 mois, le malade a été revu hier avec un bon résultat anatomique et fonctionnel.

Obs. N° 2

Ra..., jeune homme de 23 ans, victime d'un accident de la circulation le 25 septembre 1962, éjecté sur le côté gauche d'une voiture tombée dans le ravin. Admis à l'Hôpital quelques instants après l'accident le blessé est sans connaissance, choqué. Il est polytraumatisé avec une commotion cérébrale, des plaies multiples de la face et présente à l'examen le même tableau clinique que le cas précédent sauf une rotation interne et flexum du membre inférieur gauche au lieu de simple rotation externe.

La radiographie du bassin montre une fracture du condyle du bassin gauche à l'union des portions verticale et horizontale.

Le trait de fracture est vertical avec une irradiation interne vers l'échancre sciatique séparant l'hémi-bassin en 3 fragments:

1°) — un fragment inférieur englobant l'arc antérieur de l'hémi-bassin et la totalité du détroit supérieur.

2°) — un fragment interne ne comprenant que le 1/3 interne de l'aile iliaque.

3°) — un fragment externe avec les 2/3 externes de l'aile iliaque: la moitié externe du cotyle. Ce fragment était légèrement basculé en dehors.

Le blessé est réanimé et sa fracture du bassin est traitée par le même procédé que le précédent.

La réduction obtenue est satisfaisante et la consolidation se fait simplement dans des délais normaux.

La suppression du dispositif de réduction a eu lieu la 8^e semaine.

Un recul de 10 mois, nous permet d'affirmer un bon résultat anatomique fonctionnel.

COMMENTAIRES

Ces observations appellent quelques commentaires:

1°) FREQUENCE:

La fréquence des fractures complexes du bassin est peu importante.

BOHLER dans sa technique du traitement des fractures 1944, tome I ne relate que 2 cas.

STYLZ dans un intéressant travail publié récemment dans le Journal de Chirurgie (Tome 83 N° 2 février 1962) n'en observe que 11 cas au cours de ces dix dernières années.

2°) MECANISME :

Le rôle de la pression dans le sens sagittal n'est pas retrouvé ici. Il s'agissait d'un mécanisme double par écrasement transversal qui a provoqué d'abord une fracture des branches ischio-pubiennes et la disjonction sacro-iliaque incomplète. Le traumatisme ne s'étant pas épuisé là, il exerce une pression de bas en haut et provoque une fragmentation totale de l'aide iliaque et une ascension de l'hémi-bassin.

Quant à l'observation 2, il semble qu'un traumatisme violent portant sur le grand trochanter et transmis à l'acétabulum par un col résistant (jeune homme de 23 ans) ait provoqué d'abord la fracture du fond cotyloïdien et le traumatisme prolongeant son effet, l'aide iliaque et le détroit supérieur se fracturent secondairement, partageant l'hémi-bassin en 3 fragments.

3°) TYPE ANATOMIQUE :

Nos 2 cas entrent dans le cadre des fractures complexes qui interrompent toujours la continuité de l'anneau pelvien.

Dans le premier cas (Obs. N° 1), il s'agit de la fracture double verticale de MALGAIGNE: fractures associées de l'arc antérieur et de l'arc postérieur de la ceinture pelvienne.

Dans le second cas (Obs. N° 2), il s'agit en réalité de fracture du cotyle mais l'importance des lésions de l'aide iliaque et du détroit supérieur sont telles qu'elles rompent la continuité de l'anneau pelvien.

4°) CLINIQUE :

Nous passons rapidement parce que nous avons décrit les différents aspects observés au cours de nos 2 cas. Rappelons brièvement que ces types inhabituels et rares de fractures du bassin s'accompagnent toujours de chocs traumatiques. même en l'absence de toute hémorragie extériorisée, du fait de la diffusion des quantités de sang dans les espaces cellulaires pelviens et retro-péritonéaux. Ils peuvent aussi parfois s'accompagner des lésions concomitantes surtout viscérales, nous n'en avons pas observé.

5°) TRAITEMENT :

Le premier geste consiste donc dans la réanimation du blessé. Une intervention chirurgicale immédiate s'impose en cas de lésions viscérales concomitantes. Toutefois le traitement des fractures doit être entrepris d'urgence. Tout retard peut entraîner une infirmité grave et comporter ultérieurement des problèmes thérapeutiques secondaires très difficiles.

Le traitement est, dans la majorité des cas, orthopédique, exceptionnellement sanglant.

Parmi les procédés de réduction orthopédique, nous avons adopté la technique de BOHLER, une méthode simple et efficace qui nous a donné des bons résultats anatomiques et fonctionnels.

Service de chirurgie général (Dr BALANTOARITSIMBA)
Hôpital de Befelatanana