

Images in medicine

La fracture péri-prothétique de la hanche type C de Vancouver, ce qu'il ne faut pas faire

Periprosthetic hip fracture type C Vancouver, what not to do

Mohamed Amine Karabila^{1, &}, Ahmed Bardouni¹

¹Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

[&]Corresponding author: Mohamed Amine Karabila, Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Mot clef: Fracture, prothèse, débricolage

Received: 11/12/2015 - Accepted: 03/01/2016 - Published: 17/01/2016

Pan African Medical Journal. 2016; 23:5 doi:10.11604/pamj.2016.23.5.8611

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/23/5/full/>

© Mohamed Amine Karabila et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Image en médecine

We report the case of a 103-year old patient with a recurring femur fracture on hip prosthesis. At six months of follow-up, the fracture was healed. The review of this case shows that osteosynthesis should not be carried out as an emergency procedure. Careful planning with appropriate implants and respect of fundamental principles of osteosynthesis should remain a priority if we want to avoid therapeutic failure.

Key words: Fracture, prosthesis, disassembly

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 103 ans présentant une fracture récidivante de fémur droit sur prothèse de hanche avec débricolage de l'ancien matériel par défaillance de l'ostéosynthèse (A,B,C), puis reprise par une plaque verrouillée longue et cimentation des fragments osseux fragiles (D). A six mois de recul, la fracture a consolidé sans déplacement et sans signe de descèlement (E). L'analyse de ce cas montre qu'il ne faut pas se lancer dans une ostéosynthèse sans une programmation minutieuse et ne doit pas être réalisée dans l'urgence. Le souci d'une planification soigneuse, avec des implants spécifiques, respectant les principes fondamentaux de l'ostéosynthèse (6 à 8 corticales de part et d'autre de la fracture et un bon chevauchement des 2 implants), doit devenir une priorité afin d'éviter tout traitement minimaliste conduisant à un échec thérapeutique.



Figure 1: A) fracture spiroïde type C de vancouver; B) ostéosynthèse initiale par plaque courte, seulement 4 vis bi-corticales; C) déplacement secondaire par manque de stabilité de l'ostéosynthèse; D) contrôle post-opératoire de la reprise par une plaque longue à tête verrouillée, cerclage et cimentation du foyer fracturaire; E) contrôle après 6 mois