

Version acétabulaire (fig. 6 et 7) qui peut être évaluée :

- **soit en radiographie** sur le profil chirurgical d'Arcelin correspondant à l'angle mesuré entre la perpendiculaire au plan horizontal et la ligne passant par les bords antérieur et postérieur de la cupule prothétique,
- **soit en scanner** sur une coupe axiale oblique passant par le milieu des têtes fémorales idéalement perpendiculaire à l'axe pelvien (ligne unissant le milieu du plateau de S1 et le centre des têtes fémorales de profil), avec comme plan de référence la ligne bi-ischiatique. Cette mesure réalisée en position couchée sous-estime tout de même la valeur réelle d'antéversion, mais permet de corriger l'effet de la version pelvienne.

Une valeur normale d'antéversion acétabulaire est comprise entre 5° et 25°. Un défaut d'antéversion, voire une rétroversion de l'acétabulum prothétique, majorent le risque de luxation postérieure ou de conflit avec le

muscle ilio-psoas. Une antéversion excessive majore le risque de luxation antérieure.

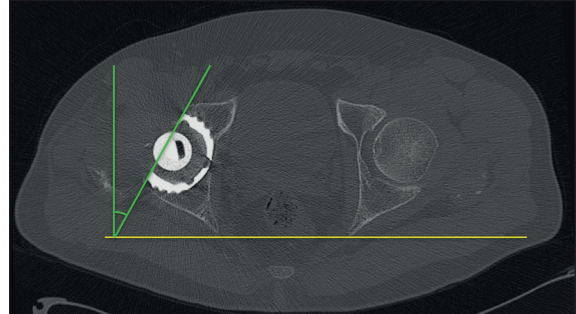


Fig. 6 : Version acétabulaire. Angle formé entre la perpendiculaire à la ligne bi-ischiatique et la ligne unissant les bords antérieur et postérieur de la cupule acétabulaire.

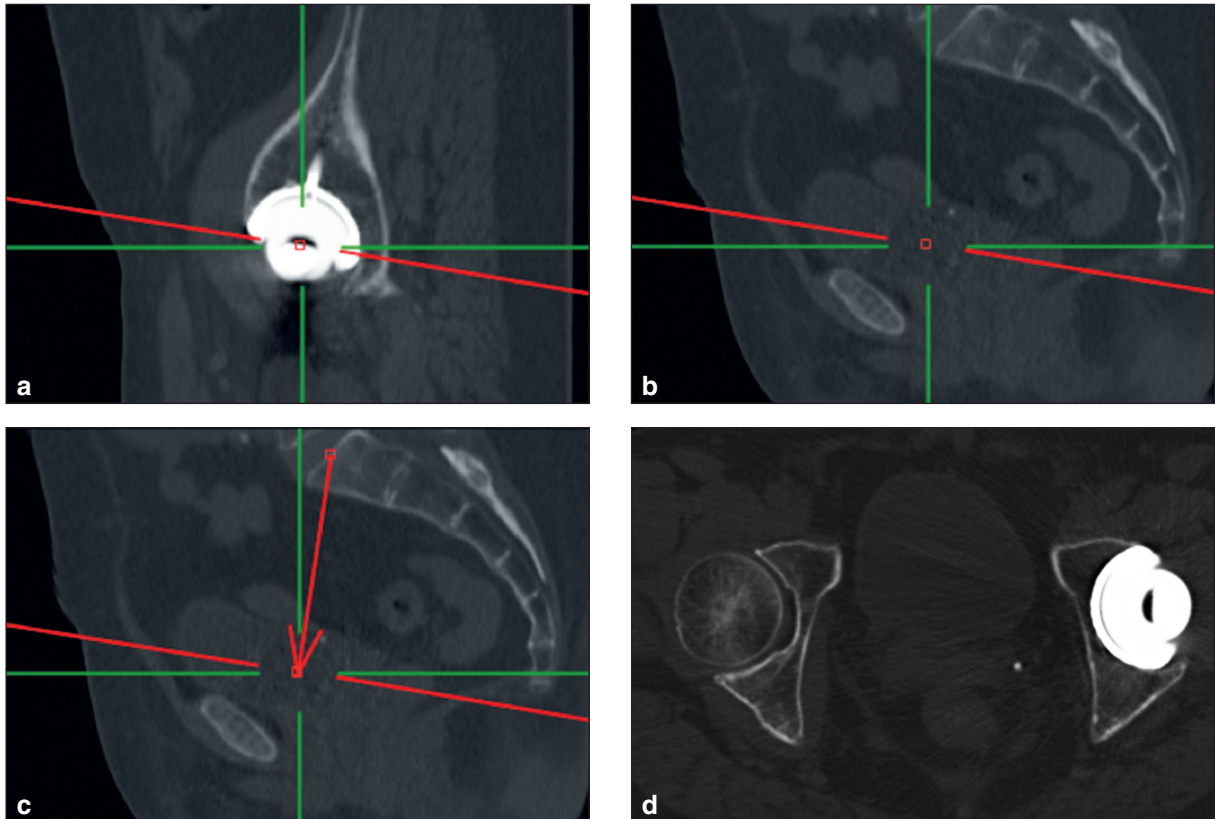


Fig. 7 : Comment corriger l'effet de la version pelvienne au scanner ?

a) Repérer le centre de la tête fémorale prothétique

b, c) Sur une coupe sagittale médiane, repérer le centre du plateau supérieur de la vertèbre S1 et relier le centre de la tête fémorale prothétique au centre du plateau supérieur de S1 correspondant à l'axe pelvien (*flèche rouge*).

d) La coupe axiale doit être perpendiculaire à l'axe pelvien. La mesure d'antéversion passant par le centre des têtes fémorales et perpendiculaire à l'axe pelvien permet de s'affranchir de l'effet de la version pelvienne en position couchée.