



DR. YVES ROUXEL

Chirurgie Orthopédique & Traumatologie
Chirurgie Arthroscopique & Prothétique
Chirurgie du Sport

INFORMATIONS SUR **LA PROTHESE DE HANCHE**





Votre état nécessite la réalisation d'une prothèse au niveau de la hanche.

De nos jours, c'est une intervention bien maîtrisée, de plus en plus pratiquée compte tenu de ses résultats fiables et de sa longévité, même chez le sujet « jeune ». Cette fiche est destinée à vous en expliquer les grands principes, le but et les bénéfices attendus mais aussi les éventuels inconvénients ou complications qui peuvent toujours survenir.

Je vous demande de le lire attentivement et je reste à votre disposition pour vous exposer toute autre information complémentaire.

Le site www.lecosp.fr

D'autres renseignements sur votre intervention, et les questions fréquemment posées sur la chirurgie de la hanche.

La chaîne youtube du Docteur ROUXEL

Explications et vidéos des interventions pratiquées en ligne sur www.youtube.com/user/DOCTEURROUXEL

■ Qu'est qu'une arthrose de hanche (coxarthrose)?

On parle de coxarthrose lorsque le cartilage au niveau de la tête du fémur et/ou du cotyle est détruit. Avec sa disparition l'os situé en dessous se retrouve à nu, le glissement de la tête sur le cotyle devient plus difficile, ceci entraînant un enraidissement progressif. Cette arthrose de la hanche évolue de façon totalement imprévisible et différente d'une personne à une autre. Parfois elle se limite à une petite zone qui s'étend progressivement, parfois la destruction est majeure et ce en quelques mois seulement (coxarthrose destructrice rapide).

Si le traitement médical est inefficace, une prothèse va devenir nécessaire en fonction de la tolérance du patient. Néanmoins si on ne traite pas la douleur et la raideur vont s'aggraver, la marche va devenir difficile et l'autonomie réduite.

Par ailleurs il risque d'y avoir des répercussions sur le fonctionnement d'autres articulations et de la colonne vertébrale. En tout état de cause c'est au patient de choisir le moment où sera implanté la prothèse sauf en cas de destruction osseuse progressive, ce qui risque de compliquer la mise en place de la prothèse et aboutir à des gestes de reconstructions osseuses avec des greffes osseuses. Dans ce cas, c'est au chirurgien d'avancer l'heure de l'intervention.

Hanche saine



Arthrose débutante



Arthrose avancée





■ Qu'est qu'une prothèse de hanche ?

On entend par prothèse de hanche le fait de changer l'articulation endommagée par une articulation artificielle composée d'une pièce fémorale (la **tige**), d'une pièce cotyloïdienne (la **cupule**, inscrite dans le bassin) et d'une pièce intermédiaire entre les deux (la **bille prothétique**).

Dans certaines situations, on ne remplace pas le cotyle (prothèse fémorale simple après fracture du col du fémur chez le sujet âgé ou resurfaçage de la tête du fémur chez le patient jeune).

La prothèse totale de hanche (PTH) est l'arthroplastie la plus réalisée (90.000 poses / an en France). Cette intervention, née dans les années 60, a connu depuis d'importantes améliorations. Elle permet aujourd'hui à de nombreuses personnes souffrant de la hanche de marcher à nouveau sans ressentir de douleurs. Dans nombre de cas, elle permet d'obtenir une hanche « oubliée ».

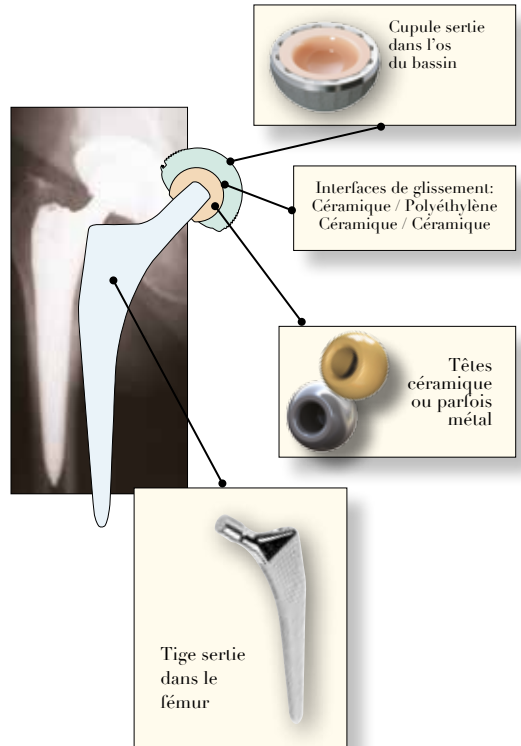
Environ 750 modèles ont été dessinés et mis sur le marché à ce jour, preuve que la prothèse « universelle » n'existe pas. On en distingue en fait plusieurs types de PTH, que l'on peut classer par :

- **le couple de frottement entre la bille de la tige fémorale et la cupule dans le cotyle.** On distingue actuellement 3 grands types de couples de frottement (céramique, métal, polyéthylène).
- **le mode de fixation de la prothèse à l'os** : les PTH sont habituellement fixées à l'os par un ciment chirurgical, tant au niveau du fémur que du cotyle, la bille étant ensuite impactée sur la tige fémorale. De nos jours, le ciment est de plus en plus remplacé par un matériau recouvrant l'implant (hydroxyapatite). Dans ce cas, il n'y a pas de stabilisation immédiate mais une stabilisation secondaire induite par la repousse

osseuse autour de la prothèse. On parle alors de prothèse sans ciment qui peut concerner les deux pièces fémorale et cotyloïdienne ou une des deux (prothèse hybride).

• la taille de la bille prothétique :

Actuellement, avec l'amélioration des couples de frottement, on tend à augmenter le diamètre de la tête fémorale prothétique, (28mm, parfois 32 ou 36mm) alors qu'auparavant la référence était 22 mm (un petit diamètre diminue l'usure au détriment du risque de luxation).



■ Comment se passe le choix de la prothèse de hanche ?

Le panel des prothèses de hanche est pléthorique et répond à des philosophies différentes car il faut de toutes façons faire des compromis (mobilité, stabilité, risque d'usure de la prothèse). A noter qu'il faut aussi prendre en compte les choix et les habitudes du chirurgien.

Un autre facteur à prendre en compte est la technique de pose notamment en ce qui concerne la voie d'abord de l'articulation. On distingue la voie d'abord postérieure, la plus utilisée en France, avec une cicatrice qui se trouve au niveau de la fesse et fait environ entre 15 et 20 centimètres et la voie d'abord antérieure, plus exigeante sur le plan technique, qui nécessite l'emploi d'une table « orthopédique », avec une cicatrice antéro-externe généralement plus petite. Les avantages ne sont pas seulement esthétiques : dans ce cas de figure, les suites opératoires sont généralement plus simples et le risque de luxation moindre. Les autres abord (voie antéro-externe, trochantérotomie ...) sont rarement pratiqués en France (tout du moins en première intention) compte-tenu de leurs complications potentielles mais dans ce domaine tout est affaire « d'Ecole »...

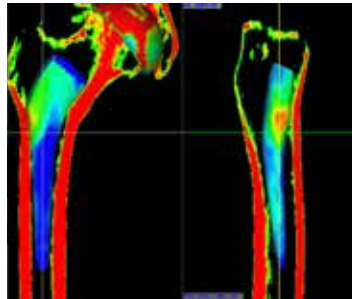
Des gestes associés peuvent être nécessaires à l'implantation correcte d'une prothèse de hanche. Ils peuvent être très variés mais dans la plupart des cas ils concernent les structures osseuses

devant accueillir la prothèse (greffes osseuses +++). Ces gestes sont plus fréquents en cas de reprise chirurgicale.

• les progrès dans la pose de la prothèse

Cette intervention peut être réalisée de façon mini-invasive grâce aux instrumentations chirurgicales modernes et aux progrès des techniques d'implantation. Elle peut aussi être menée sous le contrôle d'un ordinateur (on parle alors de chirurgie "naviguée" par ordinateur). Le bénéfice à long terme de ces nouvelles techniques de pose n'est toutefois pas encore clairement établi même si elles suscitent à l'heure actuelle un enthousiasme certain. En tout état de cause, le triptyque bon examen clinique- bonne indication de prothèse- bonne implantation de celle-ci reste en matière de prothèse de hanche le garant du meilleur résultat fonctionnel.

Il faut également souligner les progrès de la planification pré opératoire qui est passée du 2D au 3D à partir d'une IRM ou d'un scanner fait avant l'intervention: cela permet d'optimiser le pose des implants en optimisant la longueur et l'Offset (le deport externe de la tige par rapport à la cupule).





Comment va se dérouler cette intervention (cas typique de la PTH par voie antérieure de Hueter)?

Arrivée la veille et préparation cutanée. Signalez à l'infirmière toute fièvre récente même banale ou tout problème local, source potentielle d'infection (plaie, bouton, croûte...) : cela risque d'annuler l'intervention.

N'oubliez pas tous vos documents (en particulier les examens radiographiques).

Respecter les consignes propres à toute anesthésie (nourriture, boisson, tabac). Généralement, une prémédication est prescrite (sédatif léger mais surtout relaxant).

Au Bloc opératoire, vous serez entouré par une équipe qui vous prendra en charge jusqu'à après votre réveil.

Réalisation de l'anesthésie (loco-régionale ou totale suivant les cas).

L'intervention se déroule dans une salle d'opération adaptée tout particulièrement à la chirurgie prothétique et orthopédique.

Le geste chirurgical dure en moyenne 1 heure à 2 suivant la complexité.



La voie d'abord utilisée est minimalisée, les gestes chirurgicaux seront les moins agressifs possibles.



- La tête fémorale, ainsi exposée, est coupée et excisée
- Le corps du fémur est creusé à l'aide d'une rape d'une profondeur égale à la tige prothétique
- La tige est fixée dans le fémur
- La tête prothétique est connectée à la partie supérieure de la tige.



- Un fraisage est réalisé au niveau de l'acétabulum pour s'adapter au diamètre de l'implant
- La cupule est mise sertie dans l'acétabulum



- La tige et sa tête sont ajustées dans l'implant cotyloïdien.
- La prothèse totale de hanche est terminée.

Cette intervention est encadrée par :

- une **antibioprophylaxie** (injection préventive d'antibiotiques), débutée juste avant l'intervention et poursuivie 48 heures
- une **lutte contre les pertes sanguines** (récupération du sang durant l'intervention, transfusion, stimulation de l'érythropoïèse selon les cas)
- une **prise en charge de la douleur**
- une **couverture anti-coagulante** prolongée de 4 semaines, associée au port de chaussettes de contention des membres inférieurs (45 jours).

Après l'intervention, **le transfert en salle de réveil est obligatoire**. Votre surveillance sera alors assurée par une équipe distincte de celle du bloc opératoire qui n'assure que le « réveil » et la surveillance post-anesthésique des patients. Ce personnel est spécialement adapté à l'étape post-chirurgicale immédiate. Il agit en collaboration et sous contrôle de votre médecin anesthésiste et de votre chirurgien.

■ ■ ■ Après l'intervention, quelles sont les suites opératoires ?

Lorsque le médecin anesthésiste juge que vous pouvez regagner votre chambre, vous remontez en service d'hospitalisation chirurgicale. Votre membre n'est pas immobilisé.

Le premier lever est autorisé entre le 1^{er} et le 3^{ème} jour selon les cas. Il doit être effectué en présence du kinésithérapeute qui saura vous assister et vous guider en toute sécurité. Votre chirurgien, en liaison avec le kinésithérapeute, autorisera ou non la remise en charge et l'appui avec des cannes (en fonction du patient, du type d'intervention, de la qualité osseuse et de la solidité primaire de la fixation des implants à l'os).

La douleur n'est généralement pas un obstacle à la mobilisation active de votre hanche. En tout état de cause, des indications appropriées vous seront fournies par votre chirurgien, votre kinésithérapeute et éventuellement votre médecin rééducateur si vous partez ensuite en centre de rééducation, l'objectif étant de retrouver des mobilités sans risquer une luxation précoce de la prothèse. Ne prenez donc aucune initiative personnelle, surtout dans les premières semaines durant lesquelles ont lieu la cicatrisation des plans

profonds et la « réanimation » des muscles. L'abandon des cannes fera l'objet de consignes précises en fonction de vos progrès, des bilans radiographiques, de la tonicité musculaire et de la qualité de votre récupération fonctionnelle.





■ ■ Quel sera le type de rééducation après l'intervention ?

Selon votre état, la pathologie dont vous souffrez, le type de prothèse mise en place et la technique utilisée, la rééducation sera très variable. En général, on vous encouragera à faire fonctionner cette prothèse pour pouvoir récupérer la mobilité et la fonction musculaire mais un certain nombre de précautions devront être respectées.

En pratique : Marche en appui complet avec déambulateur à J2 ou J3, rééducation quotidienne, durée du séjour à la Clinique de 5 à 10 jours, sortie le plus souvent à domicile ou en centre de Rééducation. Le premier mois est dominé par la rééducation, en évitant les rotations.

La marche est totale, avec 2 cannes. Les fils sont enlevés à J12/J15. La reprise du travail dépend de la profession exercée (un mois environ, moins si activité de bureau). Les activités sportives débutent progressivement après le premier mois. La reprise de la conduite avant.

Dans tous les cas de figure, il faudra :

- suivre les séances prescrites avec le kinésithérapeute
- poursuivre ce travail quotidiennement une fois le retour à domicile effectué
- apprendre les gestes de la vie quotidienne qui éviteront que la prothèse ne se luxe (aucune flexion de hanche à plus de 90°, pas de rotation extrême)

■ ■ Comment se déroule la sortie ?

Le pansement initial et le drain sont retirés au 3^{ème} jour après le début de la mobilisation du genou.

La sortie est décidée à partir du 5^{ème} jour lorsque vous remplissez les critères suivants:

1. Vous pouvez marcher avec des béquilles sur une petite distance en toute sécurité et tout seul.
2. Si vous avez des escaliers à la maison, vous devez pouvoir les monter avec des béquilles en toute sécurité et tout seul.
3. Les exercices effectués avec le kinésithérapeute sont compris de même que les consignes de prévention des luxations
4. Aucune complication n'est apparue durant

votre séjour à la Clinique

Si vous remplissez ces critères, vous pourrez rentrer à la maison ou partir en centre de rééducation.

Ma secrétaire vous remet vos papiers : compte-rendu opératoire, ordonnance de kinésithérapie, d'antalgiques et de produits pour les soins locaux, rendez-vous post-opératoire à 3 / 4 semaines, arrêt de travail (très variable en fonction du métier et du cas traité)

Vous effectuez les formalités de sortie puis vous quittez la Clinique avec la prescription d'anticoagulants.

■ ■ Quels sont les résultats à attendre de cette intervention ?

Le résultat est souvent impressionnant ! Dans le meilleur des cas, vous oubliez même que vous portez une prothèse !

Il s'agit d'une intervention dont les résultats sont fiables avec des reculs prolongés. La durée de vie moyenne d'une PTH est de 20 ans, probablement plus avec les nouveaux matériaux utilisés aujourd'hui (Alumine). Elle est statistiquement raccourcie quand les patients opérés sont jeunes (10% de reprises à 10 ans si le patient est opéré vers 55 ans).

Le principal bénéfice à attendre est la suppression des douleurs et une amélioration de la mobilité de l'articulation permettant l'augmentation du périmètre de marche. Pour nombre de patients (95 %), ces chiffres témoignent de la transformation d'une douleur jugée permanente ou importante en une douleur nulle ou modérée voire occasionnelle.

Pour ces patients, la mobilité de la hanche est complète, la marche se fait sans canne. Chez certains patients, le résultat est encore meilleur, autorisant une marche illimitée et une activité sportive légère. En règle générale, la conduite automobile est permise au terme du 2^{ème} mois. Beaucoup de patients présentent après l'intervention une faiblesse musculaire (principalement au niveau des fessiers). Celle-ci est liée à l'intervention mais aussi au fait qu'une articulation détruite et douloureuse voit sa musculature s'affaiblir avec le temps. La récupération se fait en plusieurs mois et finalement, il ne faut pas juger le résultat final avant 6 mois.





■ ■ ■ Quels sont les risques de la mise en place d'une prothèse de hanche ?

Comme pour toute intervention, un accident anesthésique est possible. Il est actuellement rarissime. Malgré toutes les précautions pré-opératoires, il existe des risques à ce type d'intervention. Ces complications chirurgicales potentielles sont variées mais rares. Certaines sont communes à toutes les interventions portant sur le membre inférieur, d'autres sont plus spécifiques :

Risques généraux :

- **Hématome** (pouvant justifier un drainage, voire une transfusion)
- **Troubles de cicatrisation** (pouvant justifier des soins locaux ou une reprise chirurgicale de la cicatrice)
- **Troubles de la sensibilité** par atteinte des petits nerfs sensitifs sous-cutanés
- **Blessure d'une veine**, d'une artère
- **Elongation ou paralysie transitoire d'un nerf** (exceptionnel)
- **Complication thrombo-embolique** (phlébite et/ou embolie pulmonaire). Elle peut survenir chez n'importe quelle personne opérée du membre inférieur et ce malgré la prévention par héparine en injection sous-cutané instituée de manière systématique, le port de bas de contention, la mobilisation du membre opéré de manière douce précocement débutée. Au moindre doute, un doppler de contrôle sera réalisé.

NB : Si vous devez prendre l'avion après l'intervention, il est indispensable d'en parler à l'avance car l'avion augmente le risque de phlébite +++

Risques spécifiques :

- **Des complications au cours de l'intervention :** modification et/ou adaptation des gestes prévus en fonction des découvertes per-opératoires, fracture autour de la prothèse (qui peut nécessiter une ostéosynthèse complémentaire), choc per-opératoire au ciment (c'est pour cela que si la

qualité de l'os est bonne on optera pour une prothèse sans ciment), etc... .

- **Luxation** (précoce ou tardive) : Lors d'une luxation, la tête de la prothèse (partie mâle de la prothèse) sort de son logement (cotyle, partie femelle de la prothèse). Cet accident mécanique est rare (moins de 2% des cas). Les luxations surviennent surtout au cours des premières semaines post-opératoires, alors que les muscles n'ont pas encore bien cicatrisé. Le diagnostic est en général évident : début brutal, douleur intense, impotence complète, souvent raccourcissement de la jambe et positionnement anormal du pied. Il est confirmé par une radiographie. La remise en place de la hanche nécessite presque toujours une courte anesthésie. Trois raisons essentielles peuvent expliquer les luxations post-opératoires:
 1. une mauvaise position des implants prothétiques avec un cotyle trop vertical et/ou une tige fémorale pas assez antéversée.
 2. une insuffisance du muscle moyen fessier par des abord chirurgicaux itératifs par une pose de la prothèse qui ne permet pas de recréer la balance du moyen fessier (offset).
 3. indiscipline du patient qui réalise des gestes interdits.Cela justifie les précautions à prendre pendant les semaines qui suivent l'opération.

- **Différence de longueur des membres** (membre opéré plus court ou plus long) : Malgré toutes les précautions prises, une différence de longueur peut être ressentie. La plupart du temps, cette différence de longueur est subjective, en rapport avec les modifications induites dans le bassin à la marche du fait de l'usure et de la correction de longueur apportée par la prothèse. Parfois, il s'agit d'une différence réelle de longueur, décidée lors de la pose afin d'obtenir une prothèse stable. Ces sensations ne surviennent qu'au delà du centimètre en général et s'estompent avec le temps. Si ce n'est pas le cas, une correction peut

être apportée par une talonnette.

- **Infection** qui peut survenir dans les suites opératoires immédiates au niveau de la plaie comme plus tard plusieurs mois après l'intervention (on parlera d'infection hémotogène c'est à dire véhiculée par le sang à partir d'un autre foyer infectieux). Elle nécessite un traitement antibiotique adapté au résultat des prélèvements. Elle peut conduire à des gestes chirurgicaux variés : nettoyage de la prothèse ou ablation temporaire ou définitive de celle-ci. Ce risque justifie la préparation cutanée pré-opératoire et les mesures d'asepsie propres à toute intervention chirurgicale) ainsi que le traitement de tout foyer infectieux potentiel : pulmonaire, dentaire, urinaire ou cutané (furoncle, ongle incarné, petit ulcère, plaie chronique).

- **Raideur** : une hanche opérée doit avoir des progrès de rééducation « linéaire » dans le temps. La flexion doit atteindre 90° en actif au bout d'un mois, plus généralement avant. Les autres secteurs d'amplitude se récupèrent progressivement afin de ne pas risquer une luxation. Il persiste souvent un léger déficit sans aucune traduction clinique.

- **Calcifications dans la capsule et dans les muscles de voisinage** : elles sont la conséquence possible quoique rare de la préparation osseuse durant l'implantation de la prothèse. Elles peuvent dans certains cas être responsables d'une diminution de la mobilité post-opératoire, voire même imposer une artholyse (libération chirurgicale de l'articulation).

- **Douleurs résiduelles** : Le plus souvent, elles sont résolutive en quelques mois. Elles peuvent durer parfois plus longtemps comme dans le cas des algodystrophies. Ces douleurs doivent faire rechercher une infection ou un problème mécanique. Un contrôle radiologique, un bilan biologique s'imposent alors. Si le doute persiste, une ponction articulaire à visée bactériologique sera réalisée en milieu chirurgical. Ces douleurs nécessitent exceptionnellement une réintervention (cas d'une pose incorrecte ou d'une infection à

bas bruit). La plupart du temps, on s'orientera vers des douleurs musculaires (réinsertions musculaires, fessiers), des douleurs d'origine tendineuse (tendon du psoas, des adducteurs) ou vers des douleurs d'origine osseuse (à la cuisse en cas de prothèse sans ciment).

NB : Une prothèse indolore ne doit pas faire oublier pour autant la nécessité d'un contrôle clinique et radiologique annuel.

- **Descellement** (que la prothèse ait été posée avec ou sans ciment) : sans cause apparente ou parfois en cas de surcharge pondérale ou de sur utilisation de la prothèse (c'est pourquoi on la réserve plutôt aux sujets âgés). Ce descellement peut conduire à un remplacement de la prothèse avant le délai prévu initialement : on parle de descellement aseptique qui va s'accompagner d'une résorption de l'os au contact des implants et donc à terme d'une perte du support osseux, obligeant à ré-intervenir afin de limiter cette destruction osseuse. Le descellement peut aussi être la conséquence d'une infection qu'il va falloir dépister par des examens biologiques, éventuellement une scintigraphie et si le doute persiste par une ponction de hanche pour déterminer le germe. Ce descellement septique impose une révision chirurgicale, une antibiothérapie prolongée et une repose de prothèse en un ou deux temps.

- **Usure de la prothèse** : cette usure se produit toujours bien qu'elle soit difficile à mesurer. Statistiquement, la durée de vie espérée est de 15 à 25 ans. Elle est parfois réduite, rendant nécessaire le changement de la prothèse. Cela témoigne de la fiabilité actuelle même si ces chiffres sont très variables d'un patient à l'autre et sont influencés par le type de prothèse utilisé. A un stade avancé, une reprise chirurgicale est souvent indiquée. Celle-ci est très variable.

- Les autres complications mécaniques sont représentées par les fractures autour de la prothèse et par les ruptures d'implants qui peuvent survenir soit spontanément soit à la suite d'une chute. Le plus souvent, cela nécessitera le changement de la prothèse.



■ Quelles sont les précautions à respecter après la mise en place d'une prothèse de hanche ?

Les premières semaines :

A l'intérieur : Lorsque vous êtes à la maison, vous devrez choyer votre "nouvelle hanche". Au début, la zone autour de la blessure sera chaude et enflée. En marchant, cette sensation diminuera. Il est conseillé d'acheter certains auxiliaires et de prendre des précautions afin de réduire le risque que la prothèse ne se déboîte.

- Un rehausseur de toilette évite que vous ne preniez place trop bas. N'utilisez pas de baignoire et préférez la douche. Un tabouret est pratique pour prendre une douche avec moins de risque de glisser, de même que tapis de sol anti-dérapant. Des poignées dans la toilette afin de pouvoir s'élever ou s'asseoir. Un lit haut évite que vous ne vous couchiez trop bas. Une chaise haute évite que vous ne preniez place trop bas : fuyez les fauteuils bas et mous.

- Les seuils dans la maison sont souvent des obstacles, sur lesquels vous pouvez trébucher. Des tapis non fixés sont souvent des obstacles, sur lesquels vous pouvez glisser facilement. Enlevez-les!

- Afin d'éviter de trop vous pencher, achetez un bras articulé rallongé qui vous aidera à ramasser les objets. Vous pouvez mettre des chaussures sans lacets. Utilisez pour les mettre un long chausse-pied.

- Le siège de la voiture est souvent bas et a la forme d'une cuvette profonde, ce qui risque d'entraîner une grande flexion de hanche. Il est donc conseillé de mettre un coussin afin de prendre place plus haut.

- Faites des exercices simples et progressifs : exercez-vous à ramasser des objets au sol en vous pliant sur votre jambe opérée ; l'autre jambe est allongée en arrière. Montez et descendez les escaliers en prenant une canne du côté du membre opéré et la rampe de l'autre côté. Apprenez à vous relever d'une chaise en vous appuyant de moins en moins avec les bras.

- Règles de vie pour les premières 6 semaines

suivant l'opération : dormir sur le dos, s'allonger sur le ventre 2 fois par jour pendant 20 minutes. De cette façon vous pouvez tendre la hanche plus facilement. Vous devez sortir du lit du côté opéré. Afin de pouvoir vous asseoir et vous lever, vous avancerez un peu la jambe opérée. Lorsque vous voulez vous tourner debout, il faut bien lever les pieds. Les 2 premières semaines, vous devrez marcher avec 2 béquilles. Puis vous essayerez de marcher avec 1 béquille. Pour les distances plus longues, vous utiliserez toujours 2 béquilles. De la 2ème à la 6ème semaine, on supprimera progressivement les béquilles. Après environ 6 semaines, vous pourrez marcher sans béquilles. En cas d'hésitation, consultez votre kinésithérapeute.

A l'extérieur, efforcez vous de sortir et de marcher quotidiennement. Ne faites pas de grandes enjambées même pour éviter un obstacle. Au début, préférez les sols réguliers et plats. Ne vous encombrez pas de charges lourdes ou de paquets volumineux. Le bricolage et le ménage doivent obéir aux mêmes règles de sécurité que précédemment. Pour monter en voiture, asseyez-vous d'abord sur le siège de la voiture, les jambes hors de la voiture. Ensuite vous placerez les jambes dans la voiture en tournant en « bloc ». Reculez le siège au maximum au préalable.

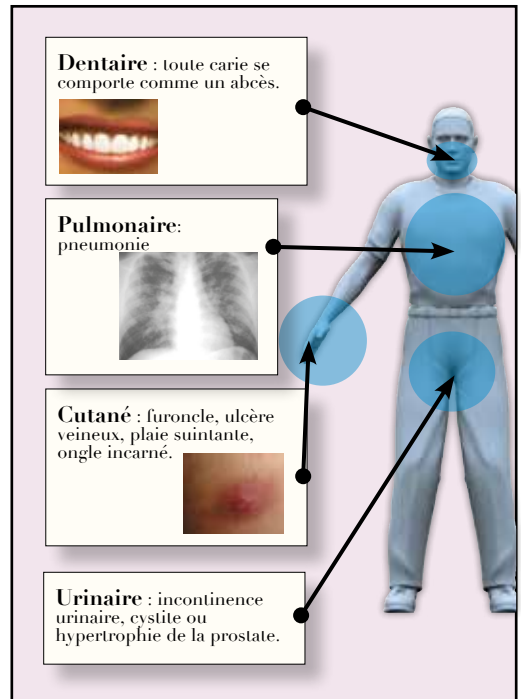
Ultérieurement :

- Evitez certaines postures exposant au risque de luxation de la prothèse (ces postures varient selon la voie d'abord)
- ne pas courir ! (le footing exerce des sollicitations répétées néfastes pour la prothèse)
- soigner tout foyer infectieux rapidement
- consulter en cas de prothèse douloureuse
- la reprise du sport est envisageable, et se limite à des pratiques peu traumatisantes (vélo, natation, pas de sauts...). Les sports qui peuvent provoquer des luxations (ex : ski,...) doivent être évités dans la mesure du possible
- évitez une prise de poids et le port de charges lourdes
- évitez les stations debout prolongées
- gardez sur vous un certificat médical indiquant que vous portez une PTH si vous voyagez en avion: les portiques de détection des aéroports peuvent détecter le métal de la prothèse...

Sachez que votre prothèse justifie **une surveillance régulière**. Un certain nombre d'accidents peuvent encore émailler son histoire. La prévention est le meilleur moyen d'éviter les complications :

- **l'usure de la prothèse** est un processus normal qui doit être contrôlé. Les contrôles cliniques et radiologiques doivent être pratiqués tous les 2 ans. Si vous ne revenez pas aux consultations prévues ci-dessus et/ou en cas d'étude scientifique, il est possible que vous receviez une convocation afin d'effectuer un examen clinique et radiographique. Il est dans votre intérêt de vous y rendre afin de participer à une meilleure prise en charge de votre prothèse.
- **une ostéoporose** peut se greffer sur cette hanche et augmenter le risque de fracture et/ou de descellement. Faites vous contrôler régulièrement par une densitométrie et suivez les traitements proposés pour éviter ces accidents.

Surtout, sachez **prévenir les infections** car dans 95% des cas, l'infection d'une prothèse de hanche survient à partir d'une localisation à distance. Vous devez donc prendre un certain nombre de précautions: désinfecter toute plaie cutanée, le staphylocoque étant rappelons le, un germe habituel de la peau. Entretenez vos pieds ; messieurs, faites surveiller votre prostate tous les ans. Mesdames, rééduquez votre vessie pour éviter une incontinence urinaire source d'infection. Tous les six mois, faites contrôler votre dentition chez un dentiste. Les injections intramusculaires dans la fesse du côté de la PTH sont classiquement « contre-indiquées). Enfin, en cas de sensation fébrile, d'inflammation de la gorge, des bronches ou autre appelez votre médecin et décrivez lui la prothèse que vous portez.





■ Qu'en est-il du changement de prothèse de hanche ?

Théoriquement, la prothèse de hanche peut donner satisfaction plus une vingtaine d'années (statistiquement, 9 patients sur 10 gardent leur prothèse **plus de 10 ans**. C'est le cas chez les personnes âgées, sollicitant peu leur prothèse.

Toutefois chez les sujets plus jeunes, très actifs, et dont l'espérance de vie est longue, il y a un sérieux risque de descellement de la prothèse à long terme et/ou d'usure impliquant un changement de leur prothèse, même si des couples de frottement modernes céramique/céramique ou métal/métal sont utilisés. De plus, il ne faut pas attendre que l'os qui supporte la PTH soit détruit pour réopérer, car les difficultés chirurgicales et la probabilité d'avoir recours à des greffes osseuses seront d'autant plus grandes que la destruction osseuse sera plus importante.

■ En conclusion

La chirurgie prothétique de la hanche est une chirurgie mature avec des reculs importants. L'évolution concernant la conception des prothèses de hanche ainsi que l'amélioration des techniques de pose ont permis d'atteindre ces résultats. Les dernières améliorations (planification 3D par scanner, programme de récupération fonctionnelle rapide) permettent d'espérer des suites post opératoires encore plus simples.

Les complications potentielles énumérées plus haut sont nombreuses mais leur pourcentage de survenue a été radicalement réduit depuis une vingtaine d'années, pour atteindre des chiffres qui peuvent aujourd'hui être considérés comme incompressibles.

Cette intervention donne la plupart du temps une hanche « oubliée » et nombre de patients ont l'impression de renaître car ils reprennent rapidement des activités que la douleur empêçait. Néanmoins la mise en place d'une prothèse n'a pas pour but la reprise d'activités qui sollicitent

Dans certains cas, si la prothèse mise en place est modulaire, il est possible de ne changer qu'une des pièces usées (la tête et l'insert du cotyle par exemple) sans nouveau geste osseux.

Il faut savoir que les résultats de ces "reprises" de prothèse de hanche sont globalement bons mais souvent inférieurs à celui des prothèses de première intention : en effet cette deuxième opération est une intervention plus importante avec plus de risques, et la rééducation prendra souvent plus de temps. De plus, la durée de vie d'une prothèse de rechange est souvent plus courte que celle de la première prothèse.

trop la hanche. Elles restent déconseillées pour ne pas compromettre l'avenir de la prothèse. Par contre, l'activité physique est conseillée et les gens actifs qui entretiennent leurs muscles ont de meilleurs résultats sur le long terme que les non-actifs.

Il faut se souvenir de trois choses qui vont conditionner la qualité du résultat fonctionnel final :

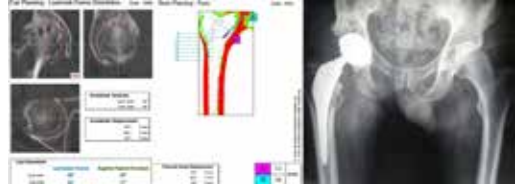
- Etiologie (la cause) de la destruction articulaire et état des structures osseuses au moment de l'intervention
- Type particulier de prothèse utilisé (et toutes non pas les mêmes résultats) : ce choix découle des conclusions précédentes
- Qualité de la prise en charge et travail avec le kinésithérapeute immédiatement après l'intervention

■ ■ Conclusion

Finalement, cumuler les choix actuels les plus pertinents (pose par voie antérieure mini invasive sans aucune section musculaire, implants sans ciment avec tige anatomique, couple de frottement « dur/dur », tête de gros diamètre, planification préopératoire 3D par scanner, programme de récupération fonctionnelle rapide, éducation approfondie du patient avec bilan pré et postopératoire avec kinésithérapeute et ergothérapeute), c'est espérer les avantages suivants :

- Diminution de la taille de la cicatrice et des douleurs après l'intervention
- Diminution des saignements
- Récupération fonctionnelle rapide et séjour hospitalier écourté
- Retour précoce à une vie normale
- Réduction significative du risque de luxation de la prothèse

- Prévention de la boiterie et du risque d'inégalité de longueur postopératoire
- Meilleure longévité de la prothèse
- Education approfondie du patient, impliqué et responsabilisé



■ ■ Traçabilité



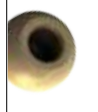
Tige:
Type:
Taille:



Cupule:
Type:
Taille:



Insert:
Type:
Taille:



Tête fémorale:
Type:
Taille:



www.lecosp.fr



Clinique des Lilas

41/43 avenue du Maréchal Juin 93260 Les Lilas
Tel : 01 43 62 22 24 - Portable : 06 61 71 73 92

Clinique de l'Alma

166, rue de l'Université 75007 Paris
Tel : 01 45 56 56 00

Consultations au : 160 rue de l'Université 75007 Paris

Tel: 01 45 56 97 80

Rdv en ligne sur www.doctolib.fr

E-mail : docteurrouxel@mac.com