

Informations sur les prothèses de la Hanche

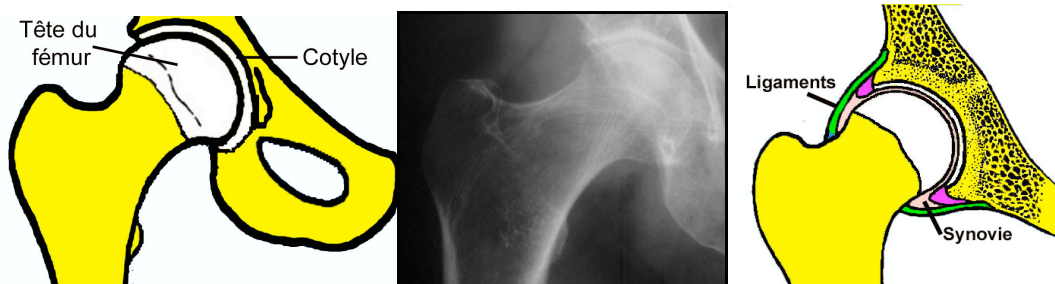
Unité de chirurgie orthopédique & prothétique de la hanche Des Docteurs Richard Béracassat et Xavier Nicolay

Clinique Bonnefon - Alès

Rappel de l'anatomie de la hanche

Jonction entre le bassin et le membre inférieur, la hanche présente une tête du fémur sphérique et recouverte d'un cartilage épais et lisse. Du côté du bassin il y a une cavité hémisphérique, le cotyle, recouvert aussi de cartilage. L'emboîtement des 2 surfaces laisse une grande mobilité.

Les ligaments entourent complètement la jointure et il y a une membrane tapissant la face profonde, la synoviale, qui sécrète le liquide de lubrification (la synovie). Les muscles permettent la stabilité.



Les maladies de la hanche qui justifient des prothèses

L'arthrose est la plus fréquente, c'est l'usure des cartilages. Soit il s'agit d'une usure primitive dont on ne connaît pas la cause, soit il s'agit d'une arthrose secondaire à des vices de formes de la tête fémorale ou du cotyle ou à des traumatismes anciens. Les conséquences de ces affections sont :

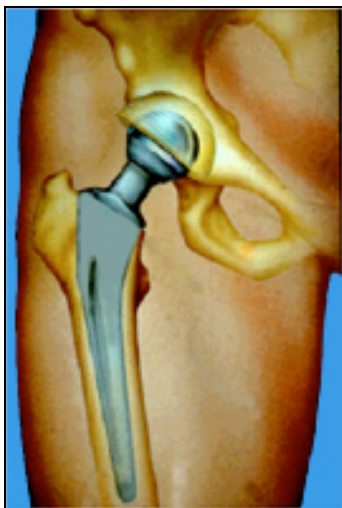
- Les douleurs, qui limitent la marche
- La diminution des mouvements
- Le cartilage s'amincit et sur la radiographie, l'espace se pince
- Les traitements médicaux peuvent calmer les symptômes un certain temps, mais un moment arrive où il faut se résoudre à opérer, pour mettre en place une prothèse. La kinésithérapie soulage les douleurs et aide à conserver un potentiel musculaire permettant une récupération post opératoire plus rapide.



Le cartilage s'use et l'interligne articulaire disparaît à la radio (la tête sort peu à peu : subluxation, ou elle pénètre dans le cotyle)

Qu'est-ce qu'une prothèse totale de la hanche ?

Une prothèse se compose d'une tige métallique implantée dans le fémur avec un col sur lequel s'adapte une bille qui remplace la tête et qui s'articule avec une cupule fixée dans le cotyle. A l'intérieur de la cupule il y a un insert qui permet le glissement avec la bille. La tige et la cupule sont en titane et la bille est en métal ou en céramique d'alumine. L'insert qui est dans le cotyle est en plastique (polyéthylène), en métal ou en céramique. Ainsi, le frottement, appelé « couple de frottement » est soit Métal/Polyéthylène, soit actuellement cotyle à double mobilité, ou Alumine/Alumine afin de diminuer l'usure.



On introduit dans le fémur une tige prolongée par une bille, qui remplace la tête du fémur. Dans le cotyle, on fixe une cupule qui reçoit la bille. Voici les 2 types de tiges en titane que l'on vous proposera avec toute une gamme en fonction de la forme de votre os



La cupule fixée dans la cavité du cotyle était classiquement en polyéthylène. Actuellement, il y a des matériaux qui s'usent plus lentement, comme l'alumine ou les implants à double mobilité, options qui vous seront proposées.

Les 2 parties implantables de la prothèse, la tige et la cupule, peuvent se sceller dans l'os avec du ciment acrylique, ou se fixer sans ciment par le développement de l'os sur la surface des implants, qui sont préparés à cet effet, avec un revêtement de surface spécial. Nous implantons surtout des prothèses sans ciment et des couples de frottement en métal ou en alumine

Il existe de nombreux types de prothèses avec des gammes de tailles correspondant à presque toutes les formes de hanches. Dans des cas très rares, nous faisons fabriquer des prothèses sur mesures.

Les choix se font en fonction de l'activité physique, du poids, de la forme de l'os, de l'âge.
L'opération se prépare par une planification sur des radios de votre hanche qui devront être faites avec un agrandissement connu (c'est pourquoi de nouvelles radiographies seront réalisées).

Préparation à l'opération

L'intervention est rarement urgente et elle aura pu être mûrement décidée et préparée.

Une consultation de pré anesthésie sera organisée un mois avant l'opération, afin de faire un bilan complet de l'état général, un bilan biologique et cardio-pulmonaire. Les modalités de l'anesthésie vous seront alors expliquées par le médecin anesthésiste.

Au cours d'une opération, il y a inévitablement une perte sanguine qui peut nécessiter une transfusion. Afin d'éviter les réactions immunologiques et la transmission de maladies infectieuses, votre sang sera récupéré pendant l'opération et filtré par une machine (cell-saver), il vous sera ensuite retransfusé en salle de réveil. Le recours à la transfusion classique est devenu exceptionnel.

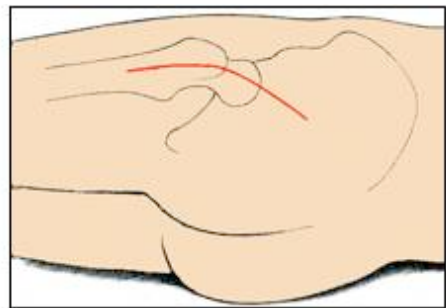
L'opération

Elle se fera sous anesthésie générale ou sous anesthésie partielle (rachi anesthésie) comme vous l'aurez décidé avec le médecin anesthésiste.

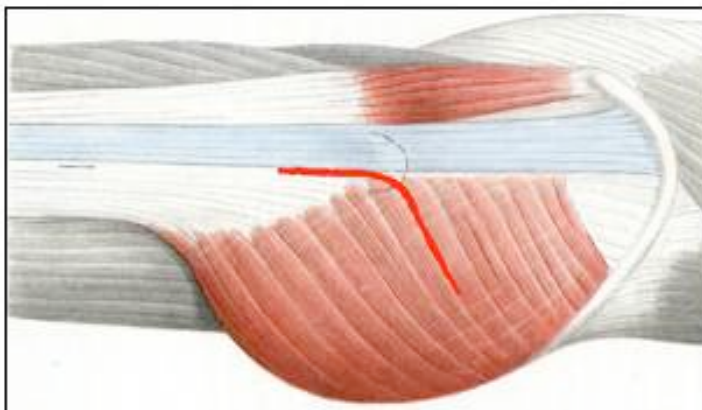
Vous serez installé sur le côté et le chirurgien vous fera une incision cutanée sur la face externe et postérieure de la fesse (de 8 à 20 cm selon les cas)



Position opératoire sur le côté



Incision externe dont la taille varie selon les sujets



et accès à l'articulation, en passant à travers les fibres du muscle fessier



Aspect d'une radiographie après opération

La tête du fémur de votre hanche sera coupée et la cavité du cotyle sera préparée pour recevoir la cupule métallique qui elle-même recevra l'insert.

Puis la tige sera implantée dans le canal médullaire du fémur, la tête de la prothèse sera placée et les 2 parties seront articulées. La longueur du membre sera vérifiée ainsi que la mobilité et la stabilité de votre prothèse.

Les ligaments, coupés au début pour accéder à l'articulation, ainsi que les muscles, seront recousus et rapprochés. Un drain (de Redon) sera mis en place afin de vider l'hématome qui risque de s'accumuler dans la hanche, pendant les premières heures post-opératoires.

La peau est fermée par avec des fils et /ou agrafes à ôter après 15 jours.

Un pansement compressif sera posé qui sera remplacé, après l'ablation du drain, par un autre pansement et très rapidement la cicatrice sera laissée à l'air.

L'opération elle-même dure entre 60 et 90 minutes. Avec la préparation qui est longue et le passage en salle de réveil, vous resterez 4 à 5 heures au bloc opératoire.

La tête du fémur sera conservée, si vous en donnez l'autorisation, pour être traitée spécialement (par une banque d'os) afin que l'os, contrairement au cartilage qui est détruit, puisse servir à d'autres patients qui auraient besoin de greffes osseuses. On ne conservera votre tête que si vous donnez votre accord par écrit (l'infirmière ou la surveillante du service vous en reparlera la veille de l'intervention).

Quelles sont les complications possibles de cette opération ?

Hématomes

Il y a toujours un hématome en profondeur, malgré le drainage et il est parfois favorisé par le traitement anticoagulant que l'on commence systématiquement après l'opération, afin d'éviter la thrombose veineuse ou phlébite. Cet hématome se résorbe habituellement spontanément.

Thrombose veineuse (phlébite)

C'est une complication fréquente de la chirurgie du membre inférieur et ceci malgré les moyens préventifs systématiques par les anticoagulants (injections sous cutanées ou comprimés). Des caillots se forment dans la circulation veineuse d'un membre immobilisé. Cela peut conduire parfois à une embolie pulmonaire. Le traitement anticoagulant a réduit le risque de thrombose de 80 %. On utilise d'autres moyens préventifs : le lever précoce, les bas de contention ou les bandes de contention, l'arrêt des traitements hormonaux, la kinésithérapie postopératoire immédiate avec la mobilisation active des chevilles afin de faciliter la circulation veineuse, la mise en déclive (pieds surélevés). Les bas de contention seront portés pendant un mois ou plus, en cas de phlébite. Le dépistage des thromboses est réalisé avant votre sortie par un Echo-Doppler qui est un examen des veines des 2 membres inférieurs. En cas de phlébite survenue malgré le traitement préventif, on augmente les doses du produit anticoagulant

Infections

Les infections sont rares mais elles peuvent avoir des conséquences importantes pour l'avenir de la prothèse. C'est la raison pour laquelle on veille tout particulièrement à une stérilité irréprochable et aussi à la préparation de votre corps et de votre peau avant l'opération (les germes proviennent souvent de la peau).

Des antibiotiques seront administrés systématiquement avant l'opération.

Dans cette chirurgie prévue et préparée, le risque infectieux est exceptionnel mais il n'est jamais nul et il est évalué à moins de 1%. Quand cette complication survient, il faut réopérer pour faire un nettoyage et il faut quelquefois enlever la prothèse et la réimplanter après une longue période de traitement antibiotique.

Les infections superficielles se soignent facilement par des traitements locaux et des antibiotiques.

Les infections profondes sont plus graves et elles peuvent conduire au descellement de la prothèse.

L'infection peut survenir précocement ou tardivement à cause d'une contamination par voie sanguine à partir d'un foyer infectieux situé à distance (dents, poumons, urines, gorge, sinus etc.) c'est pourquoi un bilan soigneux avec examen dentaire, et ORL est prescrit, si des foyers infectieux (dents...) sont retrouvés en pré opératoire il doivent être impérativement traités avant la pose de votre prothèse

Pour prévenir le risque infectieux :

- Vérifier votre état dentaire.
- Faire des examens biologiques (vitesse de sédimentation, numération formule, Protéine C Réactive).
- Rechercher une infection urinaire.

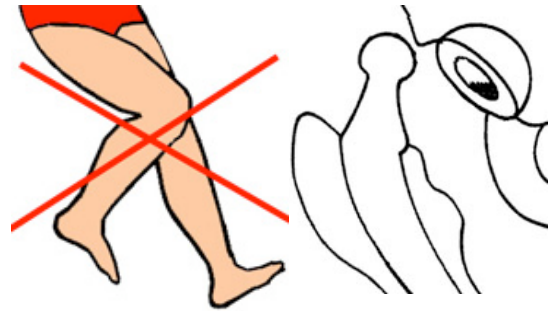
- Faire des lavages de la peau avec un produit désinfectant la veille et le jour de l'opération.
- Le site opératoire sera épilé avec une pommade dépilatoire ou tondu avec une tondeuse à lames à usage unique. Le rasage est interdit.
- Pendant l'intervention, tout est mis en œuvre pour limiter le risque infectieux (milieu stérile, air ambiant filtré, personnel soignant habillé avec des casques stériles et masqué, scaphandres stériles, gants stériles, matériel stérile, contrôles réguliers des procédures).
- Ne pas faire des infiltrations articulaires dans les mois qui précèdent l'opération.

Luxations = déboîtement de la prothèse

Elles sont rares et provoquées par des faux mouvements ou des chutes.

Il y a des mouvements interdits pendant le premier mois. Il faudra éviter les mouvements de flexion, de rotation interne et d'adduction (croisement). La combinaison des 3 mouvements risquerait de provoquer la luxation. Il faut absolument éviter le déboîtement de la bille hors de la cupule pendant les premières semaines, alors que se fait la cicatrisation des sutures ligamentaires et tendineuses, car une luxation les arracherait et cela laisserait un point de faiblesse et la possibilité de nouvelles luxations.

Par la suite, la bonne tenue de ces structures devra empêcher toute luxation, même lors des mouvements forcés. La récupération de la force musculaire est capitale pour stabiliser la hanche.



Allergies

Les allergies au titane sont exceptionnelles

Ciment osseux

Lors de son introduction dans l'os, le ciment peut parfois provoquer des problèmes circulatoires transitoires pendant l'anesthésie. Le ciment n'est plus utilisé dans notre équipe (sauf cas exceptionnel et particulier) et nous privilégions les prothèses avec des revêtements de surface qui favorisent la repousse osseuse sur l'implant.

Après l'opération

* Vous séjournerez quelques heures en salle de réveil, jusqu'à ce que votre état soit stable et que la douleur soit bien calmée puis vous retournerez dans votre chambre, dans l'unité de soins où la surveillance sera poursuivie par l'équipe infirmière.

* Vous serez suivi par votre chirurgien et les traitements médicaux seront dirigés par le médecin anesthésiste. * Calmer la douleur est devenue une priorité de l'équipe soignante, avec des moyens divers adaptés à chaque cas (perfusions ou pompe à morphine). La glace, appliquée contre la hanche au moyen d'une poche est un très bon moyen. Vous pourrez l'utiliser pendant toute la durée du séjour et même après.

* Vous porterez des bas de contention destinés à diminuer le risque de thrombose veineuse.

Vous aurez un traitement anticoagulant systématique, par piqûres sous la peau, tous les jours pendant 1 mois. Ce traitement devra être conduit avec précision car il peut être inefficace, si les doses ne sont pas suffisantes et il peut entraîner des hémorragies, si les doses sont trop fortes (saignement de nez ou des urines etc.), d'où la nécessité de faire surveiller ce traitement par votre médecin après votre retour.

* Le kinésithérapeute interviendra, dès le lendemain matin de l'opération, pour vous faire faire vos premiers pas, ainsi qu'une première séance de rééducation. Il vous enseignera des mouvements à visée circulatoire, des exercices visant à réveiller puis à entretenir les muscles du membre opéré et il réalisera avec vous les mouvements autorisés. Enfin il veillera à votre installation dans le lit, au lavabo dès le 2^{ème} jour pour votre toilette sur un tabouret haut. Dès le 2^{ème} jour, vous apprendrez à faire vos transferts depuis votre lit sans danger pour votre prothèse.

Vous réapprenez à marcher avec 2 cannes anglaises et vous réapprenez l'usage des escaliers après 3 ou 4 jours.

Le petit drain aspiratif sera enlevé le lendemain de l'opération.

Le pansement sera refait par l'infirmière. La cicatrice pourra être laissée à l'air libre passé quelques jours.

La sortie de l'hôpital - le retour à la maison

La durée de l'hospitalisation sera de 7 à 10 jours, après lesquels vous pourrez rentrer chez vous.

Nous conseillons de manière générale, le retour à la maison. Si votre environnement familial n'est pas compatible avec un retour à la maison, on pourra envisager un séjour de 4 semaines dans un centre de rééducation. Ceci devra être programmé bien avant l'opération, car les places disponibles dans les établissements de la région sont rares.

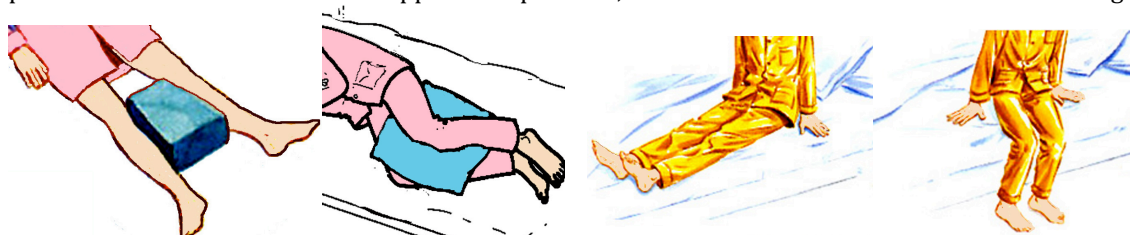
Votre sortie est organisée avec votre chirurgien, et la surveillante, qui vous remettra à la sortie un dossier dans lequel vous trouverez :

- Une lettre pour votre médecin et pour votre kinésithérapeute, avec un compte rendu de l'opération.
- Un compte rendu opératoire que vous devrez conserver.
- Des ordonnances pour les médicaments antalgiques, anti-inflammatoires.
- Une ordonnance pour les anticoagulants (ainsi que pour les examens de contrôle des plaquettes au laboratoire, 2 fois par semaine, en cas de traitement par une héparine de bas poids moléculaire).
- Une ordonnance pour un réhausseur de wc.
- Une ordonnance pour une pince prolongatrice pour ramasser des objets à terre (et éviter de se baisser).
- Un rendez-vous pour le premier contrôle avec une radio, 4 à 6 semaines après l'opération

Quelques précautions, valables dès l'opération et pendant le 1er mois :

Au lit :

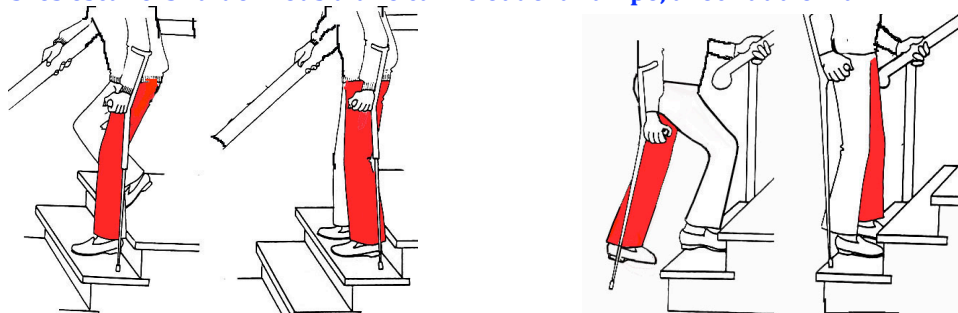
Position couchée sur le dos, jambes écartées (parfois un coussin entre les jambes les 1ers jours). Vous pourrez vous coucher sur le côté opposé à l'opération, à condition de mettre un coussin entre les genoux.



Un lit surélevé (par des plots éventuellement) est préférable à un lit bas, pour passer plus facilement de la position couchée à la position debout et inversement. Le kinésithérapeute vous apprendra à faire cette manœuvre. Pour vous lever : redressez vous à l'aide des bras, jambes tendues et genoux serrés. Pivotez sur les fesses du côté opéré et amenez les jambes hors du lit. Vous pouvez faciliter le mouvement en glissant le pied sous la jambe opérée, pour la soulever. Levez vous en vous aidant des bras et attrapez vos cannes qui sont toujours à portée de mains. Pour vous coucher, faites la manœuvre inverse.

Les cannes seront utilisées seulement quelques jours (environ 15 jours). On pourra avoir encore besoin d'une canne quelques jours de plus, dans certains cas (on la tient du côté non opéré).

Dans les escaliers : aidez vous d'une canne et de la rampe, avec l'autre main.



Pour descendre, placer la canne sur la marche en dessous et amener le pied du côté opéré, sur la marche, puis descendre le deuxième pied.

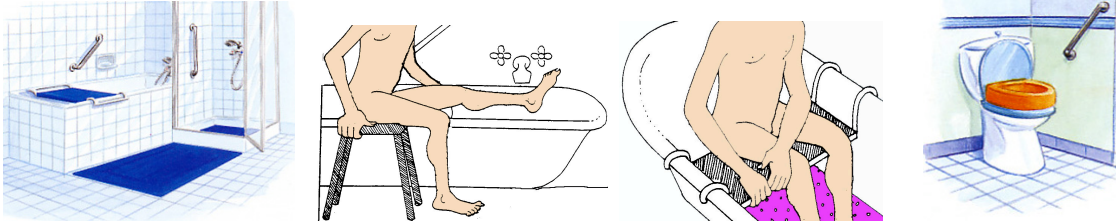
Pour monter, commencer par le côté non opéré, amener la canne à ce niveau et utiliser la rampe de l'autre main et amener l'autre pied sur la marche

La toilette

Vous ferez votre toilette au lavabo dès le surlendemain de l'opération, sur un siège surélevé.

Par la suite, la douche sera possible en position debout, dès le quatrième jour. Vous n'aurez plus de pansement ou parfois vous aurez une protection adhésive.

Après le retour chez vous, la douche sera préférable à la baignoire, sauf si elle est équipée d'une planche de baignoire sur laquelle vous pourrez vous asseoir. Dans la douche, on se met soit debout, soit sur un siège de douche et on pose un tapis antidérapant



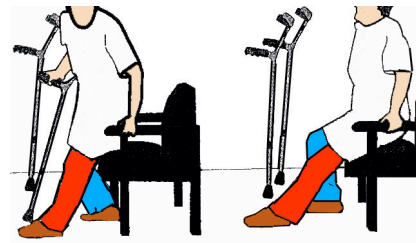
La station assise au fond de la baignoire ne sera possible qu'après une cicatrisation complète et solide des ligaments et des muscles. Au début, il est préférable d'utiliser un siège de baignoire adapté et d'utiliser une barre d'appui, ou les robinets, pour vous tenir.

Les sanitaires seront surélevés et équipés d'une barre d'appui pour se relever et s'asseoir.

Essayez vous entre les 2 jambes, pour éviter de faire des rotations dangereuses et de vous luxer.

La position assise

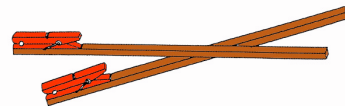
Utilisez des sièges hauts. Au début, utilisez des sièges avec des accoudoirs, aidez vous des 2 mains et n'utilisez que votre jambe valide (le membre opéré suit le mouvement, mais il n'est pas porteur pendant que vous vous asseyez et que vous vous relevez). Evitez de croiser la jambe opérée sur l'autre, au début.



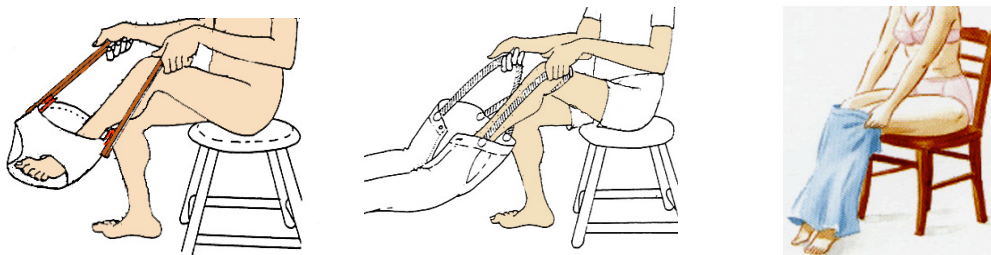
S'habiller peut poser des problèmes pendant 2 à 3 semaines

Habillez vous en position assise. Le genou du membre opéré toujours tourné vers l'extérieur et non pas vers l'intérieur, enfiler un pantalon une chaussette ou une jupe.

Ne vous habillez pas debout, en appui sur une seule jambe.



sera pour



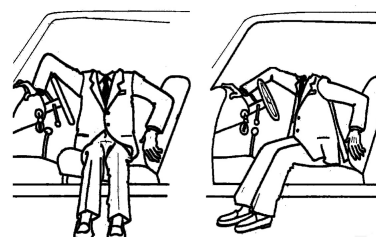
Un système simple pour les premières temps : collez 2 pinces à linge sur des baguettes (à défaut de pinces spéciales). Pour le pantalon, utilisez des bretelles ou des pinces. Pour enfiler une jupe les pinces sont utiles aussi au début.

Pour les chaussettes et les chaussures, utilisez au début un tabouret pour reposer le pied. Pour les chaussettes il existe des enfiler-chaussettes.

Mettez des chaussures fermées et stables, tenant bien le pied, sans laçage et sans talons haut. Utilisez un chausse-pied à long manche. Au début, les chaussures de sport à velcros sont idéales.

En voiture

Vous pourrez utiliser une voiture pour rentrer chez vous, mais serez passager. Vous ne conduirez pas votre voiture avant un mois. Pour rentrer dans la voiture, asseyez vous en vous aidant les bras et pivotez en bloc, les 2 genoux collés. Pour sortir, faire



vous avec la

manœuvre inverse. Ne faites jamais une jambe après l'autre. Utilisez les mains pour vous soulever.

Ramasser des objets

Ne vous accroupissez pas au début, vous pourrez le faire après un mois et en écartant les genoux. Pour ramasser un objet au sol, prenez appui sur le membre sain en mettant l'autre en arrière



Toutes ces précautions seront à observer scrupuleusement pendant un mois

La rééducation

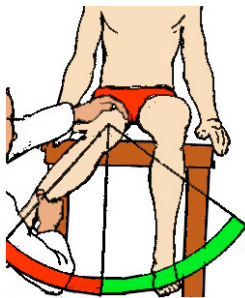
Le retour à une fonction normale est le but de la chirurgie prothétique.

Il faudra donc retrouver toutes les amplitudes de mouvement et toute la force musculaire.

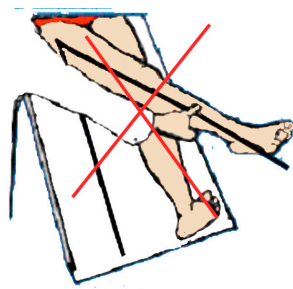
La raideur que vous aviez avant l'opération, n'était pas uniquement due aux cartilages usés, mais aussi aux muscles et aux tendons rétractés et il faudra, pour retrouver toutes les amplitudes, faire beaucoup d'exercices d'étirement. Les muscles ne vont pas se remettre à travailler normalement du jour au lendemain. Il faut rapidement faire tout ce qui n'est pas dangereux pour la stabilité de la prothèse et lever les inhibitions et appréhensions. Secondairement, après la phase de cicatrisation qui dure un mois, il faudra refaire tous les gestes de la vie quotidienne.

A la sortie, une prescription pour une vingtaine de séances de rééducation avec un kinésithérapeute, vous sera remise, qui suffira dans la grande majorité des cas.

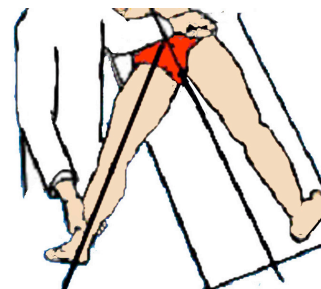
Voici les mouvements qu'il faudra réaliser et refaire régulièrement, pour retrouver une hanche normale.



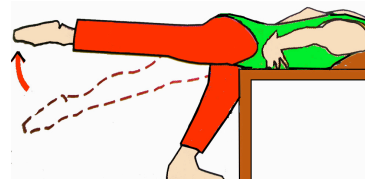
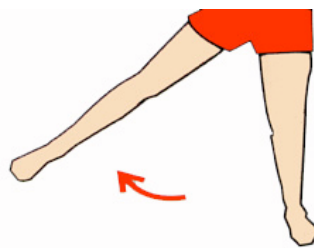
La **rotation interne** est interdite
La **rotation externe** est autorisée



Le croisement (ou adduction)
est interdit pendant 1 mois

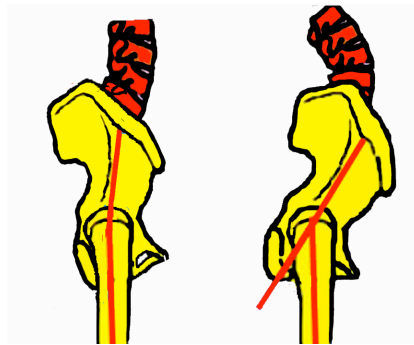


L'écartement est autorisé.

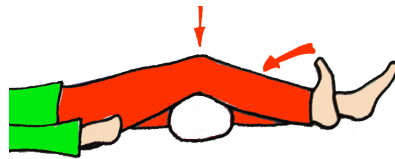




Maintenir la hanche saine fléchie et laisser le membre opéré descendre et se mettre en extension complète

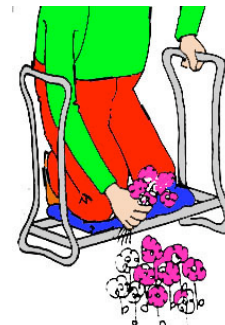
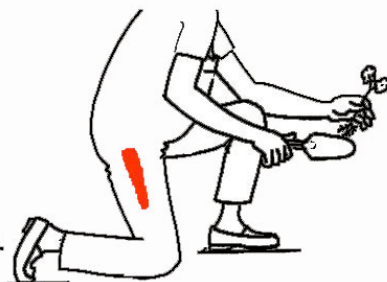


Il faut absolument récupérer une extension complète sinon le bassin s'incline en avant et le rachis se cambre



Que peut-on attendre d'une prothèse de la hanche ?

- * La disparition des douleurs est obtenue dans la presque totalité des cas, de même qu'une reprise de la marche sans boiter. Parfois il peut persister quelques douleurs, alors que tout va bien par ailleurs, que la prothèse est bien posée et que la radio est normale. L'explication est parfois difficile à trouver et il s'agit en général de douleurs tendineuses.
- * Après 2 mois, la majorité des opérés commencent à oublier l'opération.
- * La récupération complète de la mobilité est possible, mais elle dépendra beaucoup de la qualité de votre travail personnel de rééducation, que vous ferez sous le contrôle d'un kinésithérapeute au début.
- * L'égalisation de la longueur des membres est obtenue le plus souvent. Il faut savoir que l'inégalité existe chez de nombreux sujets normaux qui l'ignorent. En cas d'inégalité de quelques mm, il sera toujours possible de compenser par de petites talonnettes dans les chaussures.
- * La reprise d'une activité sexuelle s'envisagera quand il vous plaira (en évitant les acrobaties).
- * La reprise du travail est possible après 3 mois, quelquefois 2 mois. Cela dépend de l'âge, du type d'activité, de l'état général, de la technique etc.
- * Une activité sportive raisonnable est possible. Il faut savoir néanmoins qu'on peut sentir quelques limites. Des mouvements forcés peuvent entraîner des risques de luxation et l'usure de la prothèse dépendra de l'intensité de l'activité et du poids, ainsi que des chocs transmis par le pied (les sauts seront déconseillés, ainsi que le jogging). Des sports comme le ski sont possibles pour des skieurs de bon niveau. Le golf, le vélo, la natation sont des sports conseillés pour les porteurs de prothèse de hanche.
- * Le jardinage est autorisé. Les accroupissements ne sont pas conseillés et il est préférable de travailler à genoux et de disposer d'un appui pour se relever avec l'aide des mains.



* Si vous voyagez, sachez que les portiques de détection dans les aéroports sonneront à votre passage. Munissez vous de votre compte rendu opératoire ou d'un certificat médical. Cela ne suffira peut être pas et l'on pourra vous demander de montrer votre cicatrice.
Sachez que les traitements par ionisations, ondes courtes, ultrasons dans le but de soulager une douleur, sont contre indiqués sur une hanche opérée d'une prothèse parce qu'ils provoquent un échauffement autour de la prothèse.

Par la suite :

Toutes les infections (furuncles, ongle incarné, angines, infections dentaires, urinaires et pulmonaires etc.) seront traitées systématiquement par votre médecin traitant, par les antibiotiques, afin d'éviter une surinfection autour de la prothèse.

Toujours signaler votre prothèse en cas d'intervention chirurgicale ou dentaire afin d'envisager une éventuelle protection par des antibiotiques

Ne pas faire des injections intramusculaires dans la fesse, du côté opéré

Eviter la prise de poids

Une prothèse doit être régulièrement surveillée.

A part le contrôle du 3^{ème} mois, il faudra revoir votre chirurgien après 1 an, 5 ans et puis tous les 2ans, pour faire des radiographies.

Pour nous contacter en cas de problème :

- En semaine du lundi au vendredi : 04 66 56 86 36
- En cas d'urgence la nuit ou le week end : 0826 207 330 (ou centre 15)
- E-mail : r.beracassat@free.fr pour le Dr Beracassat