

# FMC DU 11 OCTOBRE 2001

## Questions pratiques autour de la prothèse totale de hanche 1 – 1

### 1 sémiologie de la hanche

amplitudes articulaires normales :

flexion > 120° -  
extension à 0 -  
abduction à 30° -  
adduction à 30° -  
rotation externe à 30° -  
rotation interne à 20°.

Recherche d'un flessum de hanche

le flessum de hanche peut être à l'origine de lombalgies, le patient conservant l'extension apparente de la hanche en augmentant sa lordose lombaire. De surcroît, l'arthrose de la hanche est souvent associée à des arthroses lombaires.

patient en décubitus dorsal strictement à plat, sans oreiller sous la tête, on se place du côté de la hanche saine et une main est glissée dans la région lombaire et l'autre fléchit la hanche saine jusqu'à obtenir le contact de la région lombaire sur la table. On note alors un décollement de la table d'examen sur le genou du côté pathologique traduisant le flessum de la hanche atteinte.

### 2 - indications des prothèses totales de hanche

1. la situation classique est le patient de 65 ans, porteur d'une arthrose de la hanche. L'indication principale est la douleur

non calmée par les traitements médicaux et entraînant une restriction d'activités du patient. Intervient également la raideur avec difficultés de chaussage et d'utilisation de sa voiture.

Y-a-t-il un risque à porter une indication tardive ?

dans certains cas, la restriction d'activités va entraîner une dégradation de l'état général, avec peut-être un syndrome de glissement.

l'ankylose progressive de Ici hanche rend l'intervention plus difficile et la récupération notamment musculaire plus longue.

2. Patients âgés de 40 - 45 ans, porteurs d'une arthrose dysplasique ;

classiquement, il vaut mieux faire une ostéotomie mais qui va entraîner une décharge d'environ 2 mois et une reprise de travail pratiquement à 6 mois. Le patient pourra bénéficier d'une prothèse totale de hanche, avec une récupération très rapide à cet âge et une reprise de travail pratiquement à 2 mois mais bien évidemment avec la nécessité d'environ 2 reprises jusqu'à la fin de sa vie, dégradant à chaque fois un peu plus l'état osseux et musculaire.

3. Patients âgés de 30 - 35 ans, porteurs d'une nécrose de la tête fémorale, le plus souvent d'origine éthylique ou par obésité

1 La proposition thérapeutique Ici plus simple est une prothèse totale de hanche avec une récupération rapide et les problèmes d'usure et de descellement qui vont nécessiter une ré-intervention.

2 L'ostéotomie du col fémoral nécessite un arrêt de 4 à 6 mois.

3 Le greffon de péroné vascularisé demande un arrêt d'environ 6 mois avec des résultats aléatoires

également.

4 Forage de la tête fémorale à visée décompressive au résultat incertain.

4. personnes de 80 ans, porteuses d'une arthrose évoluée : la mise en place d'une prothèse totale de hanche devra être envisagée avec prudence et réservée aux patients arrivant avec des cannes anglaises.

3 - le bilan pré-opératoire :

deux données prédominent, les problèmes cardio-vasculaires et tensionnels et infectieux.

1 - les problèmes cardio-vasculaires : problèmes des chutes de tension au moment de la mise en place du ciment et d'hémorragie per et post-opératoire, du fait des sections osseuses : un bilan cardiaque s'impose en cas d'antécédents.

2 - le risque infectieux : majoré par des facteurs favorisant type éthylisme chronique et diabète :

bilan à la recherche de foyers infectieux par radiographies de sinus, panoramique dentaire et consultation du dentiste, examen de la peau entre les orteils et enfin, examen cyto bactériologique des urines une semaine avant l'intervention.

4 - type de prothèses : deux grands types de prothèse sont utilisés actuellement.

Les tiges fémorales cimentées et sans ciment. Les tiges sans ciment sont réservées au sujet jeune avec un bon capital osseux.

Les tiges cimentées sont utilisées plutôt chez les personnes de plus de 60 ans. Elles ont une meilleure tenue dans l'os, mais sont plus difficiles à reprendre en cas de descellement ou d'infection.

Concernant le cotyle, la tendance est de plus en plus au cotyle sans ciment impacté.

5 - suites opératoires : 3 complications principales sont à prévenir : le problème thrombo-embolique, la luxation et l'infection.

## 1 - pathologie thrombo-embolique

Pendant 1 mois, prophylaxie antithrombotique, type HEPARINE de bas poids moléculaire et bas de contention à placer avant le lever du matin.

Une grosse cuisse avec un œdème souple non douloureux, sans œdème de la cheville et plus ou moins ecchymose est banale, en l'absence de fièvre.

## 2 - luxation :

A BOULOGNE SUR MER, les différents Chirurgiens Orthopédistes utilisent des voies d'abord postéro-externes : la luxation a lieu donc en flexion adduction et rotation interne.

Pendant son hospitalisation, le patient reçoit du Kinésithérapeute les consignes et les recommandations, surtout pour les 4 premiers mois, *avec* notamment lever d'un siège ou d'un lit.

La rééducation se fera en flexion < à 80° et sans adduction, ni rotation interne.

Le patient devra s'asseoir sur un siège type chaise ou fauteuil haut.

Il vérifiera avec son Kiné la hauteur de ses WC à domicile.

Il devra éviter le port de chaussures à lacets pendant 4 mois et préférer les mocassins avec un chausse-pied long, ensuite le chaussage avec des chaussures à lacets pourra être envisagé avec l'accord du Chirurgien, les mains atteignant le pied entre les genoux écartés, mais il faut préférer les mocassins.

-4-

Il ne faut pas ramasser d'objets à terre ou du moins prendre appui sur le membre inférieur sain et mettre en arrière le membre inférieur opéré, la hanche restant en extension.

Pour la conduite automobile, on peut proposer d'être passager dans une berline classique à 3 semaines, et la

conduite automobile à 6 semaines. Le kinésithérapeute rappellera le principe de la rotation du corps ;

Il faut proposer à la sortie de l'hospitalisation, au moins 10 séances de rééducation.

### 3 Prévention du risque infectieux

- a) le patient reçoit pendant l'intervention, voire les deux jours suivant, une prophylaxie antibiotique, en tenant compte des allergies.
- b) En cas de fièvre, d'écoulement par la cicatrice et si celle-ci est dure, rouge et inflammatoire, il faut envoyer le patient au Chirurgien en urgence, et surtout de ne pas donner d'antibiotique, qui doit rester un agent antimicrobien sur germe identifié et non pas un « anxiolytique » pour le Médecin.
- c) De même tout geste chirurgical, même minime, type biopsie cutanée ou chirurgie dentaire doit imposer une prophylaxie antibiotique.

Classiquement, il faut absolument éviter les intramusculaires du côté de la prothèse totale de hanche.

### 4 - concernant les ossifications péri-articulaires, il n'y a pas de recette

Tout au plus, peut-on proposer des anti-inflammatoires pendant 15 jours à titre préventif, lorsqu'on a constaté des ossifications péri-articulaires en l'absence d'infection autour de la prothèse contro-latérale.

### 5 - usure - descellement

On estime la durée de vie moyenne d'une prothèse à 15 ans, chez les patients jeunes et très actifs.

Il faut proposer comme sport la marche, la

piscine et le vélo sur les terrains plats avec une selle bien surélevée.

Les reprises de prothèse sont toujours plus difficiles que les prothèses de première intention et nécessitent souvent du matériel plus spécifique et des greffons.

Concernant les douleurs des prothèses totales de hanche:

normalement, une prothèse totale de hanche est « oubliée » à 3 mois. Pendant les 3 - 6 premiers mois, il peut y avoir une douleur de dérouillage lors des premiers pas, après la station assise prolongée. Après 6 mois, il faut demander une VS et une Consultation de Chirurgie.

#### 6 - consultation de contrôle

On peut proposer un contrôle à 1 mois, an, 2 ans et, tous les 5 ans, variable selon les Chirugiens.