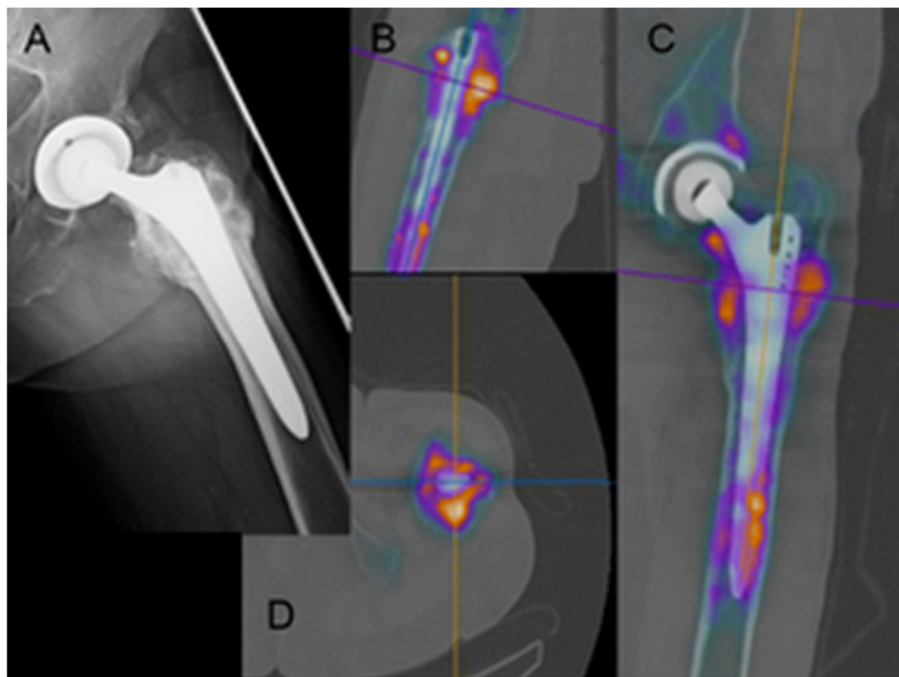


LIVRET D'INFORMATION PATIENT

REPRISE DE PROTHESE TOTALE DE HANCHE



Dr Matthieu Guyard
Dr Matthieu Malatray
Dr Giovanni Manzi

VOUS AVEZ UN DESCCELLEMENT/DYSFONCTIONNEMENT DE VOTRE PROTHESE TOTALE DE HANCHE

VOUS ALLEZ ETRE OPERE(E) D'UNE REPRISE DE PROTHESE TOTALE DE HANCHE

1. Qu'est-ce qu'un descellement de prothèse de hanche ?

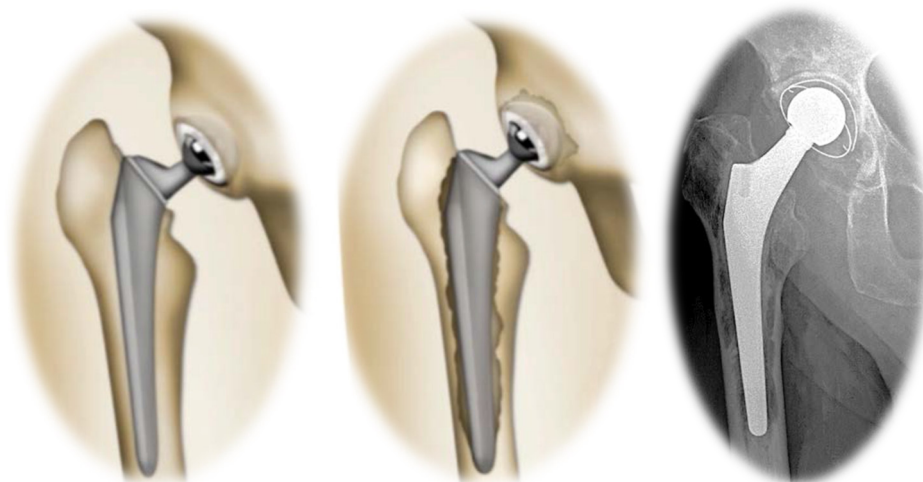
Les prothèses de hanche sont composées de 2 parties principales : la cupule, partie hémisphérique concave impactée dans le bassin, et la tige mise en place dans le fémur et armée d'une tête faisant articulation avec la cupule.

Avec le temps, notamment pour les anciennes prothèses, les matériaux présentent une usure progressive. Cette usure produit des microparticules dans l'articulation, responsable d'une destruction osseuse et d'une atteinte de la zone d'interface os-prothèse.

Ceci aboutit progressivement à un descellement de la prothèse, c'est à dire à une mobilité de la prothèse par rapport à l'os adjacent.

Ces micromouvements entre os et prothèse vont être responsables de douleurs, de boiterie, d'une raideur voire d'un raccourcissement de membre. Une dégradation clinique est bien visible habituellement.

Une infection chronique ou des luxations itératives peuvent également être responsables de ce tableau clinique.



2. Pourquoi une opération ?

Le descellement et la réaction inflammatoire induite vont être de plus en plus importants avec une majoration des douleurs et de la boiterie. Le stock osseux autour de la prothèse diminue parallèlement, progressivement.

Une fois le diagnostic fait (scanner, scintigraphie, etc), il faut changer la prothèse pour prévenir la destruction osseuse et améliorer la situation clinique.

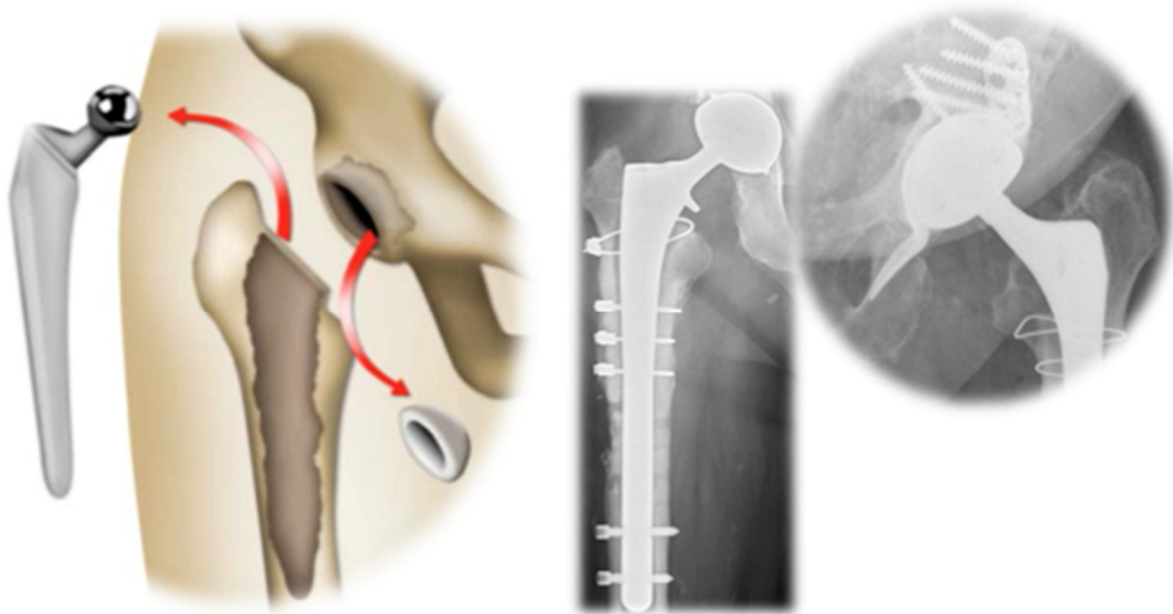
3. Qu'est ce qu'un changement de prothèse de hanche ?

Le but de la chirurgie est de remplacer la ou les pièces qui dysfonctionnent. Ce changement peut être simple, c'est-à-dire sans geste associé, ou nécessiter une greffe, une ostéosynthèse du fémur notamment. Selon le siège du descellement, une nouvelle cupule, une nouvelle tige fémorale, souvent plus longue, ou les 2 peuvent être mises en place.

La chirurgie est réalisée en position allongée sur le côté, par voie postéro externe.

Si l'os autour de la prothèse a été détruit par le processus inflammatoire, il faut le reconstruire : par greffe provenant du patient (crête iliaque surtout) ou d'un donneur après traitement en laboratoire. Il n'existe aucun rejet de ce matériel.

Au niveau du bassin, la greffe est mise en place et soutenue par une armature de soutien métallique, permettant ensuite la mise en place d'une cupule dans des conditions optimales. Au niveau fémoral, une fémorotomie, c'est-à-dire une ouverture du fémur comme un livre sur son bord latéral peut être nécessaire. Une tige longue est alors mise en place, et l'ouverture est protégée par des cerclages métalliques ou une plaque.



Si la cause du descellement est une infection chronique, un délai entre le retrait de la prothèse et la mise en place de la nouvelle de 6 semaines est souvent nécessaire. Dans ce cas, un espacer en ciment est éventuellement mis en place.

Cette intervention dure en moyenne entre 2 et 3 heures. Elle nécessite une hospitalisation de 5 à 6 jours. Elle peut se conduire sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie. C'est avec votre anesthésiste que vous décidez de la solution la plus adaptée à votre situation. Après la chirurgie, des pansements sont mis en place pour 15 jours. Le traitement de la douleur est mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post opératoire.

La rééducation post opératoire et la reprise des activités

En cas de **changement simple de prothèse**, le lever est réalisé le lendemain de la chirurgie par le kinésithérapeute, avec un appui autorisé. Des cannes sont utiles les premiers temps, habituellement pendant 2 à 4 semaines. La montée et la descente des escaliers sont réalisées à partir du 3^{ème} jour. Sauf cas particulier, il n'est pas nécessaire d'aller en centre de rééducation. Une kinésithérapie de ville est suffisante. La reprise de la conduite est possible à 1 mois post opératoire. La reprise du travail varie en fonction des activités professionnelles, entre 1 et 2 mois habituellement. Les activités sportives douces ne sont pas reprises avant 3 mois.

En cas de **reconstruction osseuse associée**, l'appui peut être partiel ou non autorisé pendant 6 à 8 semaines. Dans ce cadre, un centre de rééducation peut être nécessaire. La reprise de la conduite est possible à 2 mois post opératoire. La reprise du travail varie en fonction des activités professionnelles, entre 2 et 3 mois habituellement. Les activités sportives douces ne sont pas reprises avant 6 mois.

4. Quels sont les risques et les complications ?

Il existe des risques liés à l'anesthésie et à toute chirurgie. En plus de ces risques, on peut noter des risques spécifiques à cette chirurgie :

- L'apparition d'un hématome à la face antérieure de la hanche (parfois une évacuation peut s'avérer nécessaire, de même qu'une transfusion).
- Une infection de prothèse (5 à 10% des cas de reprise) est une complication grave car elle nécessite reprise chirurgicale et un éventuel changement de prothèse et un traitement antibiotique de longue durée.
- Les nerfs entourant la hanche peuvent être accidentellement blessés. Ceci occasionne des douleurs et une perte de sensibilité sur une partie de la hanche.
- Un caillot de sang peut se former dans les jambes (phlébite). Un traitement préventif vous sera donné à ce titre, par anticoagulant.
- Un déboitement de la prothèse lors de mouvements extrêmes. La voie antérieure réduit considérablement ce risque, correspondant à moins de 1% des cas.
- Une inégalité de longueur peut persister parfois, avec port de semelles de compensation.
- Une fracture du fémur ou du cotyle peut avoir lieu, et nécessité des traitements spécifiques.

Les risques présentés ne constituent bien sûr pas une liste exhaustive et ils peuvent être détaillés à votre demande par votre chirurgien.

5. Quels sont les résultats attendus ?

On assiste habituellement à une disparition très rapide des douleurs. La forme musculaire et la récupération des mobilités sont aussi très précoces.

Malgré un résultat souvent excellent, il est tout de même préférable d'éviter les sports violents et les travaux de force. Ces activités peuvent entraîner une usure plus précoce de la prothèse et diminuer sa durée de vie, malgré l'utilisation de matériaux plus résistants.

Le vélo, la natation, la randonnée ou le golf sont possibles. La prudence reste de mise pour les sports tels que course à pied, tennis ou ski.

La durée de vie attendue est de 15 ans actuellement, en l'absence de complications. L'amélioration des matériaux nous fait espérer que les prothèses mises en place actuellement survivront plus longtemps encore que ces durées annoncées.