

# CENTRE DE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET MEDECINE DU SPORT



Hôpital Privé Guillaume de Varye  
210 route de Vouzeron  
18230 SAINT DOULCHARD

Date : **Vendredi 5 Juin 2015**

## *Information préopératoire*

### *Reprise prothèse totale de la hanche*

PATIENT : Monsieur E TEST

DE QUOI S'AGIT-IL ?

La reprise de prothèse totale de hanche est une intervention chirurgicale qui a pour but de remplacer tout ou partie de la prothèse totale de hanche (PTH). Les causes habituelles de reprise de PTH sont les descellements aseptiques, les luxations, les fractures et les infections.

Le descellement aseptique est la perte de la fixation de la prothèse à l'os. Elle est liée à une réaction de l'organisme aux débris d'usure de la prothèse qui provoque la résorption de l'os autour de la prothèse. La perte d'os est plus ou moins importante, mais il n'y a pas d'infection.

Les luxations lorsqu'elles sont liées à une mauvaise position des implants peuvent nécessiter une reprise.

Les fractures du fémur ou du bassin ne provoquent pas toujours un descellement des prothèses et si une fracture nécessite une fixation, il n'est pas toujours indiqué de changer la prothèse.

Les descellements septiques, c'est-à-dire par infection autour de la prothèse, nécessitent une stratégie de ré-intervention qui doit tenir compte du germe et de sa sensibilité aux antibiotiques.

Les reprises de prothèse de hanche sont des interventions toujours plus complexes que la pose initiale de la prothèse et votre chirurgien peut être confronté à des difficultés inattendues.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfico-risque, il vous a été proposé une reprise de votre prothèse totale de hanche. Les alternatives à cette intervention vous ont bien été expliquées. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant et en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

AVANT LE TRAITEMENT

Un bilan d'imagerie complet est réalisé permettant de faire le bilan de l'étendue des lésions et de prévoir les modalités du changement de prothèse. Un bilan de l'état général permettra de minimiser le risque de complication peropératoire et postopératoire. Un bilan infectieux local et général est prescrit afin de savoir si d'une part la prothèse est infectée et d'autre part, rechercher un foyer infectieux à distance (dentaire, urinaire...) qui devra être traité avant l'intervention pour éviter toute contamination.

QUEL TRAITEMENT ?

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale et dure entre 2h et 5h. La plupart du temps l'intervention est faite par la même voie d'abord que la première pose.

En cas de descellement aseptique, le changement de prothèse sera associé à une greffe osseuse dont le volume dépend de l'importance de la perte de substance osseuse. Cette greffe peut se faire soit avec votre propre os, soit le plus souvent avec de l'os humain provenant d'une banque d'os qui a obtenu l'agrément ministériel et qui fait l'objet de contrôles qualité réguliers. La reprise peut se faire avec des implants identiques à la première intervention soit avec des implants particuliers. De plus, des pièces supplémentaires peuvent être utilisées pour renforcer la tenue de la nouvelle prothèse.

En cas de luxation récidivante la reprise peut consister en un simple changement de position des pièces originales ou à la mise en place d'une nouvelle prothèse.

En cas de fracture sur prothèse, l'intervention peut se limiter à la fixation de la fracture avec du matériel d'ostéosynthèse (plaque vissée, crochet, cerclages) ou à changer la prothèse ancienne.

Le descellement septique est la situation la plus complexe. Le changement de prothèse peut se faire en un

temps ou en deux temps. L'ablation de la prothèse infectée, le nettoyage des surfaces infectées et la pose d'une nouvelle prothèse peuvent être réalisés durant la même intervention ou en deux interventions séparées de plusieurs semaines. En fonction de l'ancienneté de l'infection, des caractéristiques du germe et de l'état général du patient, le chirurgien choisira la stratégie adaptée. Dans tous les cas l'intervention sera suivie d'une antibiothérapie de plusieurs semaines.

## ET APRES ?

Un drain d'aspiration est habituellement laissé pour éviter la constitution d'un hématome. Il sera retiré dans un délai qui dépendra des modalités de la reprise de prothèse. Un saignement notable est habituel durant les reprises de prothèse et il faut envisager fréquemment une transfusion de sang en peropératoire ou en postopératoire.

Le lever et l'appui sur le membre sont autorisés après un délai qui dépend de l'intervention réalisée. Dans les cas de greffe osseuse ou de réparation de fracture, l'appui est souvent interdit ou partiel avec usage de cannes pendant au moins 6 semaines. La rééducation de la hanche se fait essentiellement par la reprise de la marche et dans certains cas, une musculation spécifique des muscles fessiers sera prescrite à distance de l'intervention. Certains mouvements particuliers sont à éviter ; ils vous seront indiqués par le chirurgien ou le kinésithérapeute. Afin d'éviter les phlébites, un traitement anticoagulant est prescrit pendant plusieurs semaines. Des bas de contentions peuvent être utilisés également.

La durée d'hospitalisation dépend de la cause de la reprise et de l'importance de l'intervention. Après votre sortie, vous serez revu en consultation avec des radiographies. La rééducation doit être poursuivie soit à domicile avec un kinésithérapeute soit en centre de rééducation.

La reprise d'une activité normale dépend du type d'intervention. Si l'intervention a consisté en un simple changement de prothèse, les délais seront de 6 à 8 semaines. Si l'intervention a comporté des greffes osseuses, la reprise d'activité normale peut nécessiter de 3 à 6 mois de convalescence.

## COMPLICATIONS

### *Les plus fréquentes*

Les complications pendant l'intervention sont possibles lors d'une reprise de prothèse de hanche et ce, d'autant plus que les lésions osseuses sont importantes. La plus fréquente est la fracture du fémur ou du cotyle pouvant justifier d'un geste chirurgical complémentaire.

La phlébite peut survenir en dépit du traitement anticoagulant. Il s'agit d'un ou plusieurs caillots qui se forment dans les veines des membres inférieurs ; ces caillots peuvent migrer et entraîner une embolie pulmonaire. La gravité potentielle des embolies pulmonaires explique l'importance accordée à la prévention des phlébites. Cette prévention est basée essentiellement sur le traitement anticoagulant et sur la prescription en postopératoire de bas de contention.

L'hématome postopératoire, malgré le drainage, est possible mais nécessite exceptionnellement une évacuation.

L'inégalité des membres inférieurs n'est pas préoccupante au-dessous de 15mm. Malgré les mesures préopératoires et peropératoires, il n'est pas toujours possible ni souhaitable de rechercher l'égalité de longueur des membres inférieurs car un raccourcissement du côté opéré provoque une faiblesse des muscles fessiers ainsi qu'une instabilité de la prothèse qui peut entraîner une luxation. De plus, les contraintes liées à la reconstruction osseuse peuvent rendre impossible la mise à niveau des deux hanches. Le déboîtement de la prothèse est possible en particulier dans les premières semaines car l'intervention a supprimé la raideur et les douleurs préopératoires. Ainsi, des mouvements extrêmes peuvent être réalisés sans s'en rendre compte. Votre chirurgien et votre kinésithérapeute vous expliqueront les mouvements dangereux à éviter.

### *Plus rarement*

L'infection, qui est une complication rare dans les prothèses de première intention, voit son taux augmenter avec le nombre de reprises opératoires. Ce risque est minimisé par les précautions préopératoires qui visent à rechercher et traiter tout foyer infectieux méconnu (dentaire et urinaire surtout) et à s'assurer le jour de l'opération que la peau est impeccable. En cas de doute sur la nature septique ou non du descellement, des prélèvements bactériologiques opératoires sont réalisés. Des antibiotiques vous seront administrés à titre préventif durant l'intervention et si le descellement est d'origine septique, une antibiothérapie prolongée et adaptée au germe sera instituée. L'infection peut survenir même très longtemps après la chirurgie par contamination à partir d'une infection à distance. Une infection de la prothèse conduit le plus souvent à une nouvelle chirurgie. Pour prévenir une infection tardive, il faudra donc traiter les infections toute votre vie et prendre bien soin de votre peau en évitant toute plaie qui constituerait une porte d'entrée pour les bactéries. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Paralysie per opératoire du nerf crural ou sciatique, liées souvent à une traction lors des manipulations, elles récupèrent généralement en quelques mois. Exceptionnellement une atteinte plus sévère peut être observée, pouvant justifier un appareillage spécifique ou une nouvelle intervention.

Une lésion vasculaire peut exceptionnellement survenir, entraînant une hémorragie pouvant être

gravissime.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce qui doit être compris et accepté.

## LES RÉSULTATS ATTENDUS

Les meilleurs résultats sont observés après un délai d'au moins 6 mois. L'amélioration peut se poursuivre pendant les deux années postopératoires. Le résultat attendu est une marche sans canne indolore. Les activités professionnelles sont généralement reprises après 3 à 6 mois (très variable en fonction de la profession et des cas). Les activités physiques sont autorisées après plusieurs mois. Elles dépendent du niveau physique du patient et sont à valider avec votre chirurgien.

## EN RÉSUMÉ

Le changement d'une Prothèse Totale de Hanche (PTH) est une intervention complexe, plus longue et plus difficile que la mise en place de la première prothèse. Des découvertes per opératoires peuvent imposer des changements de stratégie opératoire. Il faut parfois effectuer des greffes osseuses et parfois utiliser des moyens d'ostéosynthèse. Les suites sont plus longues et les résultats peuvent être moins satisfaisants que ceux de la première prothèse, notamment si les dégâts sont sévères, avec une intervention effectuée trop tard. Enfin, les complications per opératoires et post opératoires sont plus fréquentes que pour une première PTH et leur prévention repose sur un bilan anesthésique, biologique et d'imagerie rigoureux

Date de remise du document au patient : Vendredi 5 Juin 2015

Date et signature du patient :

Pages précédentes à parapher