



Reprise prothèse de hanche

Madame, Monsieur,

Cette fiche est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées à propos de votre pathologie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre chirurgien.

Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le renvoyiez pour avoir des éclaircissements. Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfiques et les risques.

Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, renvoyez votre chirurgien si nécessaire. Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Rappel anatomique, pathologie

La prothèse totale de hanche (PTH) est une intervention chirurgicale qui a pour but de remplacer les surfaces articulaires de la hanche (cavité cotyloïdienne du bassin et tête du fémur) par une prothèse. La nécessité d'envisager une chirurgie de reprise de PTH est due au descellement des implants prothétiques, c'est à dire à une usure de la fixation entre la prothèse et l'os. Un des facteurs principaux est la libération de particule d'usure de la prothèse mobile entraînant un processus d'ostéolyse (destruction de l'os). Le vieillissement naturel de l'os et sa déminéralisation (ostéoporose) sont des facteurs aggravants. Un traumatisme, comme une chute, avec parfois une fracture autour de la prothèse, une infection de la prothèse, ou un problème de luxation à répétition peuvent aussi entraîner une reprise chirurgicale.

Un bilan radiographique complet est réalisé permettant de confirmer le diagnostic et de prévoir la chirurgie. Un bilan dentaire est également prescrit afin de rechercher une infection qui devra être traitée avant l'intervention pour éviter toute contamination.

Existe-t-il d'autres options

Un traitement rhumatismal (médicament contre la douleur) associé parfois à de la kinésithérapie est habituellement proposé en première intention, il peut avoir certains effets secondaires et une efficacité limitée. L'intervention chirurgicale est proposée lorsque le traitement médical n'est plus suffisamment efficace ou lorsqu'une complication apparaît.



Principe de l'intervention

Il est difficile de standardiser la procédure car chaque reprise est unique mais l'objectif sera d'enlever l'implant descellé, de parfois reconstruire le capital osseux avec des greffes osseuses et de mettre en place de nouveau implant. C'est une chirurgie complexe, plus longue qu'une première pose, ayant un taux de complications élevé. L'évolution de prothèses spécifiques à chaque situation permet d'obtenir une bonne fixation à l'os nécessaire à un bon résultat fonctionnel.

Préparation de l'intervention

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre chirurgien et votre anesthésiste. En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

SUITES HABITUELLES



Les suites de cette chirurgie de reprise sont plus complexes qu'une chirurgie de première intention. L'appui sur le membre opéré est souvent partiel et la remise en charge complète s'effectuera à la fin de la 4ème ou 6ème semaine. Certains mouvements particuliers sont à éviter et 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 sont utilisés également.

Fièvre post-opératoire

La survenue d'une fièvre après une intervention chirurgicale programmée n'est pas habituelle. Toute fièvre post opératoire inexpliquée doit conduire à une consultation médicale.

Cicatrisation

Les incisions cutanées sont non seulement des zones de faiblesse, mais aussi des portes d'entrée possibles pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale. Si la cicatrice devient rouge, chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer cette cicatrice à votre chirurgien: il peut s'agir d'un hématome ou d'un abcès. La cicatrisation de la peau s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse stérile. L'ablation des fils ou des agrafes est réalisée par une infirmière suivant la prescription médicale de sortie. Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si cette ouverture est superficielle, il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous traitement corticoïde).



En revanche, en cas de sensation de craquement profond ou de désunion profonde, il est nécessaire de consulter rapidement son chirurgien. Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation. Pensez donc à arrêter de fumer et à bien vous alimenter. Evitez toute exposition solaire directe de vos cicatrices qui risque de les rendre disgracieuses.

En cas de doute sur l'évolution de la cicatrisation, il est préférable d'en parler à votre chirurgien.

Risques et Complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous. Certaines complications sont liées à votre état général. Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste. D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

Les plus fréquentes

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 ; ceux-ci pouvant 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 post opératoire de bas de contention.

L'hématome postopératoire (poche de sang) est rarement gênant et nécessite exceptionnellement une évacuation. Il peut s'avérer nécessaire d'envisager une transfusion de sang en peropératoire ou en postopératoire. De nos jours, les produits sanguins comme les greffes osseuses subissent de très nombreux et très rigoureux tests destinés à prévenir la transmission de certaines maladies comme le sida ou l'hépatite.

L'inégalité des membres inférieurs n'est pas préoccupante au-dessous de 15mm. Malgré les mesures préopératoire et peropératoire, 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.

Plus rarement

La luxation, c'est-à-dire 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.



L'infection est une complication rare mais grave. Ce risque est minimisé par les précautions préopératoires qui visent à rechercher et traiter tout foyer infectieux méconnu (dentaire surtout) et à s'assurer le jour de l'opération que la peau est impeccable. Des antibiotiques vous seront administrés à titre préventif juste avant l'intervention. Un protocole de préparation cutanée peut vous être proposé avant l'intervention.

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 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.

Beaucoup plus rarement

Une fracture peropératoire du fémur ou du cotyle, pouvant nécessiter un geste chirurgical complémentaire. La paralysie peropératoire du nerf crural ou sciatique est souvent liée 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.

Dans les semaines qui suivent l'intervention, de l'os se forme autour de l'articulation pour une raison inconnue et peut provoquer une raideur. C'est ce qui s'appelle les ossifications péri-articulaires.

Un descellement de la prothèse peut se produire sur le long terme. Autrement dit, la prothèse peut tenir moins correctement dans l'os et provoquer des douleurs. Ces descellements tardifs ont plusieurs causes possibles : ils peuvent être mécaniques et liés à une pratique trop violente et intensive d'une activité physique ou être liés à une réaction de l'organisme aux débris d'usure de la prothèse ; ou enfin, être liés à une infection de la prothèse.

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 que vous avez compris et accepté.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu. Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physique. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (x3) et difficulté de cicatrisation (x5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence. Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 ou par internet : tabac-info-service.fr, pour vous aider à arrêter.

