

# À propos de hanche...

Par le Dr P. L.

## La première consultation

– Bonjour monsieur/madame.

Pour quelles raisons me consultez-vous ?

– Je viens sur les conseils de mon médecin généraliste et de mon rhumatologue : il s'agit de ma hanche.

J'ai beaucoup de choses qui ne vont pas bien et je ne sais pas très bien par où commencer.

## Les symptômes

– Je vais vous aider. Quand une hanche commence à nous gêner, c'est toujours par l'intermédiaire de trois symptômes : la douleur, la raideur, et la boiterie. Ils sont toujours présents, toujours associés mais toujours à des degrés divers. Souvent l'un de ces symptômes prend le pas sur les deux autres. Alors, douleur, raideur et boiterie par quoi voulez-vous commencer ?

– Effectivement, je ressens les trois symptômes. Je suis peut-être plus gêné par la douleur que par la raideur mais en réalité, je boite également.

– Alors laissez-moi maintenant vous poser des questions plus précises et commençons par la douleur. Pouvez-vous me montrer avec la main où vous avez mal ?

– Curieusement, je n'ai pas mal à la hanche, sur le côté mais plutôt dans l'aîne et sur la face antérieure de la cuisse.

– C'est la plus typique des douleurs. Parfois même cette douleur peut descendre très loin, jusqu'à la face antérieure de la jambe, voire même à la cheville. Elle peut être confondue alors avec une cruralgie. Ce que vous appelez la hanche est en fait la région trochantérienne : elle évoque surtout une souffrance du muscle moyen fessier mais pas l'articulation elle-même. Quand avez-vous mal ?

– Essentiellement à la marche, quand je me déplace ou que je piétine mais, depuis peu de temps, également la nuit.

– C'est effectivement très typique. L'arthrose de hanche fait souffrir de façon mécanique, contrairement aux rhumatismes qui font souffrir nuit et jour. Mais depuis combien de temps avez-vous mal ?

– En réalité depuis très longtemps. Sans doute depuis plusieurs années mais pendant très longtemps sur un mode très supportable. Au contraire, depuis trois à six mois, les douleurs ne font que croître et m'handicaper davantage.

– Quels sont les, selon vous, les conséquences principales de cette douleur ? Êtes-vous astreint(e) à la prise régulière d'antalgiques ou préférez-vous réduire votre périmètre de marche ?

– En fait, selon les jours, je joue un peu sur les deux tableaux : traitement de plus en plus régulier et malgré cela, de plus en plus de difficulté à me déplacer.

– Parlons maintenant un peu de la raideur. Par exemple, êtes-vous encore capable d'atteindre le bout des orteils avec les mains, pour couper les ongles de pieds ou enfiler des chaussettes ou des bas ?

– Non. Justement, depuis 3 à 6 mois, j'ai de plus en plus de difficultés et il arrive même, certains jours, que je doive me faire aider.

– C'est très caractéristique. Cela signifie que vous êtes en train de perdre ou que vous avez perdu la flexion de la hanche supérieure ou égale à 90°.

Et la boiterie ? Est-ce que vous la ressentez ou est-ce que vos proches vous en ont parlé ?

– J'ai l'impression de boiter depuis huit à dix mois. On me l'a dit avant que je ne m'en aperçoive moi-même. Et ça ne fait que s'accroître. J'ai l'impression d'avoir la jambe plus courte que l'autre. Est-ce possible docteur ?

– Oui, mais c'est assez rare. Le plus souvent, la boiterie est causée par la faiblesse du muscle moyen fessier. C'est une bonne défense de l'organisme qui s'efforce ainsi de moins solliciter la hanche. La seule parade à la boiterie, mais ce n'est pas toujours agréable à entendre, c'est l'utilisation de la canne controlatérale. Ce n'est, en tous cas, jamais de renforcer la musculature du moyen fessier, ce qui ne fait qu'aggraver les douleurs.

– J'ai également, j'oubliais de le signaler, de plus en plus de difficulté à monter les marches d'escalier ou les bordures de trottoir. À ce moment-là, je ressens une violente douleur de l'aîne.

– De même que l'organisme essaye de protéger la hanche en affaiblissant le moyen fessier, il organise une sorte de souffrance du muscle psoas, qui lui aussi sollicite énormément l'articulation en se contractant. C'est le fléchisseur principal de la hanche.

### **L'articulation de la hanche**

Mais, passons maintenant à l'examen de l'articulation elle-même : soyez aimable de vous allonger sur la table d'examen. Ne vous inquiétez pas. Cet examen ne sera pas douloureux.

Nous allons commencer par la hanche indolore. Comme vous le savez, l'articulation de la hanche est une rotule, une sphère. Elle peut donc évoluer dans trois plans de l'espace, ce qui nous donne normalement six mobilités que nous allons coter en degrés. Ces six mobilités sont, toujours dans le même ordre, la flexion, l'extension, l'abduction ou écartement, l'adduction ou croisement et enfin les rotations, externe et interne.

Du côté sain, vous avez des mobilités excellentes, ce qui confirme que l'articulation est toujours sphérique c'est-à-dire qu'elle possède l'intégralité de son cartilage. La radiographie ne fera que le confirmer.

– Allez-y plus doucement pour la hanche qui me fait mal, docteur !

– Ne vous inquiétez pas. D'ailleurs, c'est vous qui allez faire les mouvements. Comme ça nous sommes certains de ne pas aller trop loin. Alors, nous recherchons prudemment les six amplitudes articulaires qui définissent la mobilité d'une hanche.

Toujours dans le même ordre : flexion, extension, abduction, adduction, rotation externe et rotation interne!

Voilà. À chaque amplitude nous avons affecté un chiffre en degrés.

Indiscutablement, votre hanche a perdu une grande partie de sa mobilité. Si l'on additionne les amplitudes articulaires retrouvées, le score est à peine équivalent à 60 % de celui du côté intact. Cela démontre que le cartilage a probablement disparu sur au moins 30 % de l'articulation coxo-fémorale.

Pour l'instant, je pense que vous avez seulement usé votre cartilage mais que l'os sous-jacent, que l'on appelle l'os sous-chondral a encore relativement peu souffert. Si ce n'était pas le cas, la diminution de mobilité serait encore beaucoup plus accentuée et le membre inférieur serait plus court, ce qui n'est pas le cas chez vous; on observe parfois, dans ces cas extrêmes, des différences de longueur pouvant atteindre 1 cm ou davantage.

Je termine l'examen en vérifiant l'intégrité des genoux et des chevilles des deux côtés.

### **La radiographie**

Venez vous rasseoir pour regarder la radio avec moi.

– Vous savez, docteur, je ne suis pas vraiment spécialiste !

– Bien sûr. Toutefois, dans la pathologie mécanique de la hanche, les radiographies sont faciles à lire. Elles nous donnent deux types de renseignements : le degré d'usure ou d'arthrose et, assez souvent, une explication à la survenue de cette usure.

Regardez la hanche normale. Ce qui la caractérise, c'est une tête du fémur parfaitement ronde et homogène, qui est séparée du cotyle, la partie creuse ou femelle de l'articulation, par un liseré sombre, épais et régulier. C'est le cartilage.

Ce qui frappe, en regardant votre hanche douloureuse, c'est la disparition en une zone plus ou moins étendue, du cartilage. C'est ce contact os sur os qui explique la douleur. La disparition du cartilage n'est rien d'autre qu'une usure.

Avec un peu plus d'habitude, on peut observer les trois autres signes radiologiques de l'arthrose : le premier, c'est la densification de l'os. L'os arthrosique devient plus dur et donc, sur la radiographie, plus clair que l'os normal. Là encore, il s'agit d'une véritable défense locale. Le second signe, inconstant, est le développement, au contact de l'articulation, de géodes. Ces véritables trous ou cavernes, semblables à des caries intra osseuses, finissent par affaiblir la solidité de l'articulation. Cela n'a pas beaucoup d'importance quand elles se développent dans la tête du fémur puisqu'on retirera celle-ci ; c'est un peu plus préoccupant quand elles se développent dans le cotyle. Quand les géodes sont très vastes, elles peuvent même mériter un geste de greffe complémentaire. Le troisième signe, c'est la prolifération en périphérie de l'articulation, des ostéophytes ou, en langage habituel, becs de perroquet. Ces ostéophytes finissent par véritablement encercler l'articulation. Ce sont, en grande partie, eux qui sont responsables de la raideur.

Les radiographies, nous montrent donc en premier lieu l'arthrose ou usure du cartilage et ses signes d'accompagnement.

Mais, avec un peu d'habitude, on peut souvent remarquer sur les radiographies certaines explications mécaniques de ce phénomène d'usure.

– Vous voulez dire, docteur, que cela ne m'est pas arrivé tout à fait par hasard ?

### **Les causes du vieillissement de l'articulation**

– Tous ce qui augmente les contraintes mécaniques sur l'articulation de la hanche est susceptible de provoquer prématurément son vieillissement. Les causes les plus évidentes sont faciles à imaginer : une vie très active, du sport à haute dose, certaines formes de traumatismes, l'excès de poids. Mais, beaucoup de gens font des arthroses de hanche uniquement parce qu'ils sont l'objet de particularités anatomiques, comme on en voit par exemple beaucoup dans certaines régions de France, en Bretagne, en Normandie ou dans le centre de la France.

- Mais quel est le point commun de toutes ces origines ?
- Nous appelons ça des hanches dysplasiques : le col du fémur est un peu trop vertical ou le cotyle est insuffisamment couvrant ou les deux particularités architecturales s'additionnent. La résultante est que le cartilage subit alors de très fortes pressions, de très fortes contraintes sur des surfaces très réduites. Il est donc conduit à s'user précocement.
- C'est curieux, docteur. Vous semblez tout lire sur les radiographies simples. Le scanner et l'I.R.M. ne vous servent à rien ?
- Dans 90 % des cas, effectivement ils sont inutiles. Le diagnostic est évident sur la radiographie simple. Dans environ 10 % des cas, ces deux examens peuvent avoir une certaine utilité, ainsi dans les formes de début, où la radiographie semble normale. Ce peut arriver aussi dans des arthroses pourtant très évoluées. Elles sont parfois appelées coxarthroses à cartilage conservé. À l'opposé, le scanner peut être utile au chirurgien dans certains cas de destructions inhabituelles, de façon à mieux apprécier le capital osseux disponible.

### **La prothèse de hanche**

- Bon. Je commence à comprendre : je n'ai plus de cartilage ; j'ai de plus en plus mal ; comment les choses vont-elles évoluer si je ne me fais pas opérer ?
- D'une façon assez régulière, et sauf exceptions, une arthrose de hanche se dirige inéluctablement mais à vitesse variable, vers ce que l'on appelle l'ankylose spontanée. Les ostéophytes finissent par prendre le dessus sur l'aspect destructif de l'arthrose et, l'articulation évolue vers une forme de soudure. En un mot, mais ceci peut prendre des années, le patient devient de moins en moins gêné par la douleur mais de plus en plus par la raideur. C'est ce que l'on observait régulièrement avant l'invention de la prothèse totale de hanche, en 1965.
- Docteur, je suis venu prendre votre avis. Où en suis-je ? Me conseillez-vous une intervention ? Et si oui laquelle ?
- Une fois le diagnostic de coxarthrose évoluée (avec une disparition complète du cartilage) posé, la seule solution est chirurgicale quand les signes fonctionnels semblent, comme c'est le cas chez vous, le justifier. Nous avons coutume de dire, en médecine, que c'est un patient qu'il faut opérer et non pas sa radiographie. C'est pourquoi nous avons en premier lieu longuement fait le tour de vos symptômes et de leurs conséquences sur votre mode de vie. En outre, la lettre de votre médecin faisait état d'un traitement médical très correctement entrepris et poursuivi mais perdant petit à petit de son efficacité. L'examen clinique et les radiographies ont confirmé le diagnostic de coxarthrose et précisé le stade évolutif qui est avancé.
- Vous voulez dire, docteur, que l'indication opératoire est maintenant justifiée ?
- Effectivement. Mais, dans ce domaine, si le chirurgien doit diagnostiquer et informer, c'est réellement au patient, après un examen personnel du retentissement de ses symptômes, de prendre la décision opératoire, basée sur la gêne globale qu'il ressent.
- Je crois bien que j'en suis arrivé là. Je me vois m'aggraver régulièrement. Mon existence quotidienne devient réellement très perturbée. J'ai entendu parler d'infiltrations mais je n'y tiens pas trop. Alors parlez-moi de la chirurgie.
- Autrefois, on n'opérait tout simplement pas les hanches arthrosiques. Il était naturel, avec le vieillissement, de cesser de marcher.

Au début du XXème siècle, ont été faites différentes tentatives visant à essayer soit de diminuer la douleur en sectionnant certains muscles, soit de modifier un peu l'architecture de la hanche pour alléger les contraintes mécaniques sur le cartilage. Certaines de ces opérations se font encore mais leurs indications sont infiniment plus rares qu'autrefois. Elles peuvent concerner le bassin ou le fémur. Les techniques employées portent le nom de butées ou d'ostéotomies.

– Pourquoi ces opérations sont-elles aussi peu pratiquées de nos jours ?

– Tout simplement parce que leur taux de succès dépasse rarement 75 %. Ce qui, a contrario, signifie 25 % d'échecs. Ces échecs sont tout simplement des absences d'amélioration. Non. Le véritable progrès, en matière d'arthrose de hanche, a été la prothèse totale.

– Mais, docteur, cela date de quand ? On a l'impression, que cela existe depuis toujours.

– Pas du tout. Les premiers essais, réalisés en Amérique et en France, datent effectivement d'avant-guerre et surtout des années 48-50. Nos pionniers, chez nous, furent les frères Robert et Jean Judet. Toutefois, le véritable inventeur de la prothèse totale de hanche, fut John Charnley, en Angleterre, entre 1960 et 1965.

A la différence de ses prédécesseurs, il eut l'intuition géniale que l'arthrose, étant l'usure des deux versants de l'articulation, il fallait pour guérir le patient remplacer ces deux versants. Jusqu'ici, les prothèses étaient restées uniquement fémorales.

– Effectivement, c'est bien de prothèse totale dont j'ai entendu parler. Il existe des prothèses partielles ?

– Oui mais elle elles sont réservés aux pathologies concernant exclusivement le versant fémoral de l'articulation. Le meilleur exemple, c'est la fracture du col du fémur. C'est un autre contexte. Ce dont vous, particulièrement, avez besoin, c'est bien d'une prothèse totale de hanche.

– Alors comment cela se passe-t-il ? J'ai 1000 questions à vous poser.

– Comme ces questions reviennent régulièrement, laissez-moi vous raconter un peu la prothèse totale de hanche chez nous, à Arago. Ensuite, je répondrai à toutes vos questions supplémentaires.

– On trouve beaucoup de renseignements sur Internet mais j'ai effectivement l'impression qu'il existe différentes façons de faire.

– Tout d'abord, rassurez-vous : vous n'êtes pas le seul à qui cela arrive. L'an passé, en France, nous avons posé un peu plus de 180 000 prothèses de hanche.

– Il y a plus d'arthroses que dans le passé ?

– Non. Sans doute pas. Simplement beaucoup plus de gens vieillissent qu'autrefois et surtout le handicap est devenu maintenant intolérable. Nos ancêtres acceptaient la perte d'autonomie, avec l'âge, comme une fatalité. Les temps modernes exigent de rester autonome le plus tard possible. Surtout, la chirurgie a fait énormément de progrès, ce qui donne confiance à nos patients et, il faut bien le dire, à nous-mêmes, les opérateurs. Il y a une certaine analogie entre la chirurgie et l'aéronautique. Des risques demeurent, inhérents à toute activité humaine, mais on n'a plus l'impression d'accomplir un exploit en prenant un billet Paris-New York sur une ligne régulière.

– C'est vrai. Plusieurs membres de ma famille se sont fait opérer, ainsi que des relations. Indiscutablement, cela leur a changé la vie. Mais, les choses ne se sont pas toujours passées, au moins au début, aussi simplement. Comment procédez-vous ?

## L'intervention chirurgicale

– L'intervention elle-même demande entre 45 minutes et une heure, selon les circonstances, rarement de véritables difficultés, que l'on peut rencontrer. Ces difficultés peuvent être articulaires ou plus souvent liées à l'anatomie du patient; l'embonpoint est l'un de ces facteurs qui allonge la durée opératoire.

– J'ai entendu dire qu'il y avait plusieurs façons d'opérer une prothèse totale de hanche.

C'est vrai ?

– En simplifiant, on peut effectivement dire que l'on peut opérer par trois accès différents : par en avant (voie antérieure), par le côté (voie externe) ou par en arrière (voie postérieure). À la clinique Arago, nous privilégions l'utilisation de la voie antérieure pour ses multiples avantages. C'est la seule que l'on peut qualifier de voie d'abord mini invasive car se faufilant entre les muscles, elle est très anatomique. On peut très bien la réaliser de bout en bout sans aucun dommage musculaire.

– Mais alors, pourquoi tous les chirurgiens ne l'utilisent-ils pas ?

– Pour de nombreuses raisons, plus ou moins bonnes. Dans notre métier, nous sommes toujours tentés d'opérer comme nous l'avons appris. C'est en général, ce qui nous donne les meilleurs résultats car fondés sur la plus longue expérience. Certains chirurgiens, en outre, pensent être beaucoup mieux exposés par voie externe ou postérieure que par voie antérieure. Bien sûr ce n'est pas notre opinion. Enfin, la voie antérieure impose d'opérer sur une table d'opération très particulière, la table orthopédique, qui n'est pas disponible dans tous les blocs opératoires. À Arago, nous avons la chance de posséder six de ces tables.

– Pouvez-vous résumer, docteur, les avantages de la voie antérieure ?

– Ils sont au nombre de trois : rapidité puisqu'il n'y a pas de réparation musculaire nécessaire en fin d'intervention, faible saignement puisque les muscles n'ont pas été blessés et surtout, absence de rééducation.

– Absence de rééducation ? Mais ma voisine a dû passer quatre semaines en centre de rééducation après sa prothèse ?

– Après un abord antérieur, les muscles n'ayant pas été affaiblis par le geste opératoire, aucune rééducation n'est nécessaire ni même souhaitable. Aussi la grande majorité de nos patients rentrent chez eux après le séjour à la clinique. Un petit nombre toutefois parce qu'ils vivent seuls ou qu'ils habitent en étage sans ascenseur, c'est-à-dire pour des questions personnelles, et non pas chirurgicales, ne peuvent rentrer chez eux ; ils vont donc se reposer en centre de convalescence plutôt qu'en rééducation.

– Que faites-vous ensuite ?

– Atteindre l'articulation elle-même, demande environ huit à dix minutes. À ce moment-là, on sectionne le col du fémur puis on retire la tête que l'on retrouve bien souvent très usée. On va mettre en place ensuite les deux parties de la prothèse, le composant cotyloïdien dans le bassin et la tige fémorale dans le fémur. Le plus souvent, ces deux parties sont réalisées dans les mêmes matériaux : céramique et titane recouverts d'un "corail industriel", l'hydroxy-apatite.

– Pour la pièce fémorale, la tige fémorale, docteur, je comprends : elle vient se bloquer dans le canal que forme le fémur. Mais pour la partie cotyloïdienne, comment la faites vous tenir ?

– La cavité cotyloïdienne osseuse est en elle-même assez profonde et assez creuse le plus souvent. Néanmoins elle demande à être régularisée avec des fraises hémisphériques. Ce fraisage est effectué avec un grand souci d'économie et d'épargne du capital osseux. Ensuite, la prothèse cotyloïdienne est impactée en force dans la cavité ainsi préparée. Elle est très légèrement plus volumineuse, de façon à tenir spontanément, comme une cheville dans un mur. Sa surface est également irrégulière, de façon à bien s'accrocher dans l'os. Ce type de fixation est appelé press-fit, par opposition aux prothèses scellées que nous utilisons moins souvent maintenant.



- Et ce corail artificiel, dont vous avez parlé ?

- Son nom scientifique ou industriel est hydroxy-apatite. C'est un phosphate de calcium qui stimule la repousse osseuse dans les anfractuosités de la surface de la prothèse. C'est donc une fixation biologique et non pas chimique. L'hydroxy-apatite recouvre toutes les surfaces de la prothèse, tant au cotyle qu'au fémur, qui sont en contact avec l'os. Nous avons beaucoup de raisons de penser maintenant qu'une fois cette fixation osseuse accomplie, elle devrait être irréversible.

- À vous écouter, la prothèse ne peut pas se desceller. Mais quel recul possède-t-on maintenant ?

- La fixation press-fit a maintenant plus de plus de 25 ans d'expérience derrière elle. Cette solution paraît très sûre. Dans un avenir prévisible, elle ne semble pas devoir être détrônée par une autre méthode.

- Bon mais si la prothèse ne peut pas ou ne peut plus se desceller, ne peut-elle pas s'user ?

- Toute pièce mécanique qui fonctionne du matin au soir, est effectivement susceptible d'usure. C'est ce que nous avons déploré, pendant les 25 ou 30 premières années des prothèses totales de hanche. À cette époque, le composant cotyloïdien était inévitablement en polyéthylène, une sorte de plastique, toutefois très résistant. Le plus contrariant était que les débris d'usure du polyéthylène jouaient un rôle négatif vis-à-vis du scellement de la prothèse. En un mot, les prothèses qui s'usaient, se descellaient en même temps.

- Comment a-t-on contourné ce point faible du polyéthylène alors ?

- Deux solutions ont été imaginées ; c'est ce que l'on appelle les couples durs. Le premier est le couple métal-métal. Décevant et incertain. À présent, nous ne sommes plus vraiment convaincus de sa résistance à l'usure. En France, il est même pratiquement abandonné. C'est le couple céramique-céramique qui, depuis plus de 30 ans, semble faire la preuve de sa durabilité et de sa résistance, sinon de son éternité, Éternité que nous n'avons pas encore bien sûr prouvée par l'observation. Il faudra pour cela attendre 2030 ou 2040. Mais nous sommes très confiants.

- Et le titane ? Pourquoi le choix de ce métal ?

- Le titane a beaucoup d'avantages : solidité, relative élasticité mais surtout nous l'employons pour sa bio compatibilité et surtout la rapidité et la constance de l'ostéo intégration qui s'effectue à sa surface.

- Mais la céramique ça ne peut pas casser ?

- C'est vrai mais en 30 ans de progrès, le taux de casse est devenu infinitésimal : nous pensons qu'actuellement il est inférieur à un cas pour 10 000 implants.

Pour conclure, les prothèses qui nous paraissent actuellement les plus fiables et les plus durables associent titane, céramique et hydroxy-apatite.

- Une question revient souvent dans les conversations avec les relations à propos des prothèses : comment le chirurgien peut-il être certain d'obtenir la même longueur sur les deux membres inférieurs ?

- C'est effectivement un problème auquel nous faisons extrêmement attention. En effet un allongement supérieur à 1,5 cm est à l'origine d'une boiterie et quelquefois de douleurs ; à l'inverse, un raccourcissement du même ordre peut entraîner une instabilité de la hanche, c'est-à-dire un risque élevé de luxation. Pour régler au mieux l'égalité des membres inférieurs, nous disposons de deux moyens. Le premier concerne la gamme des prothèses. Chez tous les fabricants, elle s'est beaucoup enrichie. Pour chaque modèle de tige, par exemple, il existe au moins une dizaine de tailles. Chacune est disponible avec trois cols différents, pour imiter au mieux l'anatomie du patient. Enfin chaque col peut recevoir plusieurs modèles de têtes en céramique, ce qui permet encore de jouer sur la longueur.

Le second moyen nous est personnel : avant chaque opération, sur des clichés radiographiques réalisés à l'entrée du patient dans la clinique, nous effectuons une planification précise. Celle-ci nous permet de prévoir à une taille près quel implant devra être utilisé. Pour les prothèses cotyloïdiennes, les diamètres disponibles sont croissants, de 44 jusqu'à 64 mm ce qui couvre toute la gamme anatomique.

Actuellement, la planification est encore plus précise car réalisée sur des logiciels dédiés qui conservent en mémoire formes et tailles de toutes les prothèses que nous stockons au bloc opératoire. Lors de l'opération elle-même nous affichons sur un écran, juste devant nous, cette planification.

– Bon la prothèse est bien choisie ; elle est correctement orientée ; l'intervention se termine ; qu'est-ce que je deviens ensuite, docteur ?

– Après la radiographie de contrôle, vous regagnez votre chambre. Les choses sérieuses commencent dès l'après-midi : le kinésithérapeute vient vous saluer, vous aider à sortir du lit et il commence à vous expliquer les bons et les mauvais mouvements.

– Les mauvais mouvements ?

### **Les suites de l'intervention**

– Oui. Il faut bien savoir que la cicatrisation interne des tissus qui entourent la prothèse demande environ cinq semaines. Pendant ce délai, sur des mouvements interdits, la prothèse pourrait se déboîter, ce que l'on appelle se luxer. Le risque de luxation, avec les prothèses actuelles, surtout opérées par voie antérieure, est devenu extrêmement faible. Néanmoins il n'est pas nul. Aussi faut-il prendre certaines précautions.

– Quels mouvements faut-il éviter ?

– La hanche risque de se luxer lorsque sa flexion dépasse nettement 90° surtout, quand les genoux sont rapprochés. Aussi, pendant le premier mois qui suit la sortie de la clinique, vous conseille-t-on d'éviter les stations assises trop basses et toutes leurs déclinaisons : canapé, divan, siège de voiture basse etc. Ceci justifie le passage quotidien des kinésithérapeutes ; leur rôle est surtout de vous instruire et de vous prévenir beaucoup plus que de faire travailler la hanche opérée qui ne le réclame pas.

– J'ai compris que ce risque de luxation était statistiquement très faible. Néanmoins, si cela se produit, comment fait-on ? Il faut réopérer ?

– Non la réintervention est exceptionnelle : habituellement, il suffit d'une courte anesthésie pour remettre la hanche en place. C'est de toute façon une expérience à éviter: d'une part elle est très douloureuse et d'autre part elle peut favoriser des luxations futures. Si l'on est prudent pendant un mois, cela n'arrive normalement jamais.

– Combien de temps reste-t-on en clinique ?

– Beaucoup moins longtemps qu'auparavant. Il y a 30 ans, nous gardions les patients presque trois semaines avant de les laisser partir. Maintenant, leur séjour se déroule de la façon suivante : la marche est reprise en appui complet immédiatement dans la chambre, puis dans le couloir et enfin dans les escaliers : la sortie s'effectue en règle générale le quatrième, le cinquième ou le sixième jour au maximum. Au deuxième jour on a retiré le drainage.

– Le drainage ? De quoi s'agit-il ?

– Pour éviter la formation d'un hématome, dans le site opératoire, le chirurgien laisse derrière lui un petit tuyau creux relié à un bocal d'aspiration : ce dispositif est retiré le plus souvent aux alentours de la 24e heure.



## La sortie et le suivi post opératoire

- Et comment rentre-t-on chez soi ?
- Si le domicile est très lointain, le retour en ambulance n'est pas pris en charge par la sécurité sociale, en règle générale. L'idéal est alors de prévoir un retour familial sécurisé, par exemple en véhicule de type 4x4 ou monospace. Si le domicile est parisien ou en banlieue, l'ambulance est plus sûre et plus confortable. Nos patients ont toutefois de plus en plus recours aux taxis conventionnés.
- Et ensuite, de retour chez soi, toujours pas de kinésithérapie ?
- Elle n'est pas véritablement utile, sauf en cas de grande appréhension, et à type d'aide à la marche. Il ne faut surtout pas faire travailler la hanche pendant la période postopératoire. Cela ne la rend pas plus mobile et n'accélère pas la restitution du volume musculaire.
- On doit se sentir un peu anxieux et incertain quand on rentre à la maison ?
- C'est tout à fait exact : c'est la raison pour laquelle nous conseillons une reprise de contact aussi rapide que possible avec son médecin généraliste. Il reçoit toujours de nos praticiens une lettre de sortie, indiquant les principaux points à surveiller. Au moins par téléphone, il doit être informé du retour de son patient à domicile.
- Mais que doit-il précisément surveiller ? Doit-il se déplacer ?
- C'est très rarement nécessaire. Le médecin traitant doit être mis au courant de la technique chirurgicale. Il doit recevoir l'explication de l'absence de rééducation. Il doit surveiller de loin l'ablation des fils ou des agrafes aux alentours du 12e jour post opératoire. Il doit enfin être informé du contrôle biologique du traitement anticoagulant.
- Un traitement anticoagulant ? C'est systématique ?
- Pour l'instant, nous pensons que oui. Le traitement anticoagulant évite les thromboses et les phlébites postopératoires ou il en jugule l'extension si elles surviennent. Dans l'avenir, le traitement anticoagulant sera peut-être moins systématiquement administré.
- Et que faut-il faire pendant le premier mois postopératoire ?
- Rien de très compliqué. Chaque jour, en fonction de sa forme, augmenter très régulièrement et très doucement son activité : marcher, bien boire, bien manger et surtout bien se reposer.
- Je suppose qu'il y a un contrôle ensuite ?
- Sa date dépend du chirurgien : la plupart revoient leurs patients à trois mois puis au bout de deux ans et enfin tous les cinq à sept ans.
- Et que peut-on faire ensuite avec une prothèse totale de hanche ? J'ai entendu dire que beaucoup d'activités demeurerait pour toujours interdites.
- C'est absolument faux. Une fois que la prothèse apparaît bien stable et bien fixée dans l'os, au contrôle des trois mois postopératoires, la plupart d'entre nous autorisons une vie absolument normale.
- Tout est permis ensuite ?
- Absolument tout! Ce qui signifie, de façon plus détaillée, toutes les postures et toutes les activités. Prenons les postures d'abord. Si l'on conseille, pendant le premier mois, d'éviter les stations assises trop basses, ensuite, après six semaines de l'opération, on peut faire ce que l'on veut. Concrètement, on peut s'agenouiller, s'asseoir par terre, au fond de la baignoire, sur l'herbe ou sur le sable. Le risque de luxation disparaît au bout de deux mois. Voyons les activités ensuite : nos prothèses sont testées en laboratoire pour résister à des efforts que le patient a fort peu de chances de leur infliger un jour.

La plupart des chirurgiens autorisent donc à leurs patients le retour à une vie physique absolument normale, qu'ils soient randonneurs, tennismen, skieurs, cavaliers ou autres. Jamais on a prouvé que l'activité physique réduisait l'espérance de vie des prothèses modernes, c'est-à-dire céramique-céramique.

### **Les risques liés à l'intervention**

– Bien, mais, docteur, quels sont les principaux risques de ce type d'intervention ?

– En théorie, une intervention chirurgicale expose à tous les risques. Ceux-ci sont détaillés autant que possible dans les livrets d'informations que les secrétaires remettent à chaque patient lors de son inscription. Fort heureusement, le taux réel de complications est extrêmement faible. Nous avons déjà parlé de la luxation. La complication que nous redoutons le plus, c'est l'infection sur prothèse. Beaucoup de précautions sont prises pour l'éviter. Certaines concernent le patient lui-même (recherche et traitement des différents foyers infectieux). D'autres concernent les procédures chirurgicales : elles sont anciennes, reconnues mais elles se sont encore renforcées et protocolisées au cours des 15 dernières années. Grâce à cela, le taux d'infection est maintenant devenu très faible, très inférieur à 1 %. Enfin il faut citer d'autres complications rares mais qui peuvent être gênantes, comme les infections urinaires sur sonde ou des altérations d'un état dentaire fragile etc. À l'opposé, et même si cela n'arrive réellement jamais, il ne faut pas oublier le pire. Une intervention chirurgicale peut toujours être à l'origine d'un décès et il faut en avoir conscience. C'est la raison pour laquelle une indication opératoire ne doit jamais être posée à la légère.

### **Organisation de l'intervention**

– Bien. Vous savez docteur je suis convaincu ; je l'étais même, je pense, avant de venir vous voir. Comment dois-je faire maintenant ?

– Vous pouvez soit réfléchir encore un peu, reprendre le conseil de votre rhumatologue ou de votre médecin traitant, ou, si cette étape est déjà accomplie, contacter nos secrétaires pour décider avec elles d'une date d'intervention.

– Quand pensez-vous pouvoir m'opérer ?

– C'est la seule question à laquelle je ne peux répondre : le planning est sous la dépendance exclusive de ma secrétaire ! Je peux simplement lui préciser si votre cas est très urgent ou un peu moins. Allez la voir et faites-lui part de vos souhaits personnels c'est-à-dire de vos disponibilités. Prévoyez de consacrer à l'opération et à ses suites, au moins un mois et demi de tranquillité. Quant à elle, elle mettra en route le processus d'inscription ; elle organisera la consultation d'anesthésie, qui doit se tenir en règle générale environ un mois avant l'opération. Elle vous remettra une liste d'examens biologiques à effectuer. Vous en montrerez les résultats à l'anesthésiste. Parallèlement, si vous êtes suivi par un cardiologue ou tout autre spécialiste, n'hésitez pas à le revoir, en lui précisant que vous allez vous faire opérer : nos confrères ont l'habitude de ce type de démarche. Ils écrivent souvent les conclusions de leur consultation à l'anesthésiste.

– Et vous docteur, je vous revois quand ?

– Si vous pensez pouvoir attendre plus de six mois avant de vous faire opérer, je préférerais vous revoir en consultation ou au moins vous avoir au téléphone de façon à m'assurer que la situation n'a pas significativement changé. Au contraire, si vous vous inscrivez auprès de ma secrétaire dès aujourd'hui, il n'est pas nécessaire que je vous revoie, sauf si bien sûr vous le désirez ; en règle, j'ai l'habitude de vous saluer avant l'opération, la veille ou le matin même.

Dès aujourd'hui, je vais écrire une relation de cette consultation à votre médecin généraliste et à votre rhumatologue. Elle leur parviendra dans les prochains jours. N'hésitez pas à recueillir leur avis, notamment, sur l'indication opératoire.

Pour terminer, je reste toujours à votre disposition pour vous fournir tous les renseignements complémentaires dont vous pourriez avoir besoin. Voici une carte avec mes coordonnées qui vous permettent de me joindre, soit en vocal sur ma messagerie, soit, ce qui est plus commode, par courriel ou par texto. Je vous répondrai dès que j'en aurai la possibilité.

