

Date : 21/03

Professeur : Fournier

Nombre de pages : 10

2011-2012



# APPAREIL LOCOMOTEUR

Ronéo n° : 29 - Partie 2

Intitulé du cours : Prothèse de hanche et rééducation

**Chef Ronéo : Sarah Iacono**

**Binôme: Etienne Soumrany**

**Corporation des Carabins**

**Niçois**

UFR Médecine

28, av. de Valombrose

06107 Nice Cedex 2

[www.carabinsnicois.com](http://www.carabinsnicois.com)

Avec nos plus plates excuses pour le retard,

Etienne et Sarah I.

Partenaires:



# Prothèse de hanche et rééducation

## I) Quelques données

Il y a 400.000 prothèse de hanches posées dans le monde chaque année, dont 200.000 posées en France, soit 50%, il y a une différence selon les régions (ex: Sud-Est = plein de vieux = plein de prothèses)

Il y a un certain nombre d'opérations (10 à 18%) qui sont des reprises chirurgicales, où l'on change la prothèse ayant vécu (en moyenne 15 ans), c'est une opération plus lourde, et les suites opératoires sont plus importantes

Il existe 2 types de prothèse, totale ou intermédiaire. La prothèse totale comporte un élément fémoral et cotyloïdien, la prothèse intermédiaire n'a pas de partie cotyloïdienne

## II) Cause de la pose d'une prothèse

Coxarthrose et ostéoporose, sont les 2 principales causes pour poser une prothèse, l'ostéoporose entraîne des fractures (généralement du col du fémur)

Il y a d'autres causes; tumeur osseuse, fracture non ostéoporotique... mais c'est plus rare. On essaie de limiter l'intervention chirurgicale.

En France à 2 ans d'une fracture du col du fémur 48% de décès chez l'homme, 36% chez la femme. En 2050, il y aura 150.000 fractures par an...!

La fracture du col du fémur est la complication la plus grave et la mieux évaluée de l'ostéoporose, et là on se souvient du T-Score et du chiffre -2.5 (ou -3 avec les nouvelles recommandations), qui permet d'évaluer la condition ostéoporotique du patient, ensuite on rappelle que les femmes sont plus sujettes à l'ostéoporose à cause des changements hormonaux de la ménopause.

## III) Prévention

L'activité physique est le premier moyen préventif de lutte contre l'ostéoporose, on sait que la majorité du capital osseux est créé jeune (pic de masse osseuse vers 18-20ans). Il diffère selon les sports (natation, bof parce qu'en apesanteur dans l'eau), mais un très haut niveau sportif n'est pas bon non plus car l'os se dégrade plus vite.

Règle d'hygiène : Calcium et Vit D, il faut un bon apport calcique, à surveiller notamment chez la femme, il faut faire attention au régime alimentaire, on calcule la ration calcique quotidienne, et on complète en calcium au sein du régime alimentaire, ou avec des médicaments. On peut effectuer des dosages de la Vit D et ensuite donner des compléments (UV dose) si besoin, beaucoup de personnes n'ont pas des taux de Vit D adéquat.

Il faudrait pouvoir dépister l'ostéoporose avant une fracture.

#### IV) Coxarthrose

Le nombre de patient arthritique est en constante augmentation et se compte en millions de personnes. La consultation se passe souvent chez le médecin généraliste. Le coût total arthrose a augmenté de 156 % en 10 ans: En 1993 : 1 milliard d'euros et en 2003 : 1.6 milliard d'euros.

La prévention de la coxarthrose passe par des règles d'hygiène, il faut faire maigrir le patient en surcharge pondérale, plus on est gros, plus les articulations souffrent, la perte de quelques kilos peut être très bénéfique.

Il existe des activités pro-arthrose (ex : le jogging), qu'on peut déconseiller =économie articulaire.

Il faut aussi entretenir ses articulations, notamment en extension, l'extension de l'articulation de la hanche positive permet la marche sans boitement (environ 20°). La coxarthrose atteint d'abord l'abduction, adduction, rotation interne, et externe, puis l'extension. On peut faire des mouvements dans l'eau pour la rééducation.

Il faut aussi entretenir les muscles quadriceps, grand fessier, moyen fessier, pour permettre l'extension de la hanche. Le moyen fessier stabilise la marche, s'il est atteint le patient compense en basculant les épaules et en boitant.

Il existe bien sûr des traitements médicamenteux généraux et des visco-supplémentations en intra-articulaire.

#### V) Faut-il faire une rééducation pré-opératoire dans le cas d'une coxarthrose ?

Ce qui est certain c'est que faire de la rééducation pré-opératoire ça va favoriser les suites post-opératoire de la prothèse totale de hanche.

La prothèse va apporter la mobilité articulaire, mais aussi la douleur. On prépare donc musculairement la personne à son opération.

L'intérêt de la rééducation pré-opératoire est la préparation musculaire et aussi l'apprentissage pour le patient des mouvements luxant. Le risque que l'on craint le plus c'est la luxation de la prothèse car il y a une faiblesse musculaire après l'opération.

### **Recommandations de la HAS 2008**

Des experts analysent toutes les publications scientifiques sur le sujet et vont rapporter leur travail à un congrès et un jury tire les conclusions et donne une recommandation. L'aspect économique est aussi pris en compte

- Pas d'indication à un transfert en SSR après prothèse totale de hanche dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile
  - Complications locales, régionales ou générales
  - Pathologies associées
  - Isolement social
  
- Rééducation pré-opératoire avant PTH

*Kinésithérapie seule :*

- pas d'étude

*Kinésithérapie et éducation :*

- amélioration de la fonction post opératoire (marche, escaliers, toilette, transferts)
- pas de réduction de la durée de séjour

Le chirurgien cherche à obtenir une articulation indolore et mobile, le médecin rééducateur recherche aussi l'autonomie.

On effectuera également une adaptation à l'effort, et on portera une attention particulière au reconditionnement cardio-vasculaire

- Les suites opératoires

- Premier lever à J1
- Durée du séjour en clinique : 6 - 7 jours
- Appui soulagé par 2 cannes anglaises : 4 semaines
- Devenir : centre de rééducation ou domicile
- Dans tous les cas rééducation+++ (commence à la clinique)

- Complications

- Post-opératoires immédiates :

- locales :
  - Douleur
  - Hématome
  - Luxation
  - infection aiguë (par contamination per opératoire)
- régionales : phlébite (traitement préventif à l'héparine)
- générales :
  - Embolie pulmonaire
  - Décès

- Complications tardives :

- Infection

\*prévention ++ :

Chirurgie en dehors de tout foyer infectieux

\*à bas bruit

\*descellement sceptique de la prothèse, douleur quand le patient est debout, on le confirme par scintigraphie

\*fistulisation

- Descellement aseptique

- Luxation

La voie d'abord la plus utilisée est la voie postéro externe de Moore. La cicatrice ne permet pas de déterminer quelle voie est utilisée

Avantages :

- C'est la voie qui préserve le mieux le capital musculaire, car elle ne touche pas au moyen fessier.
- Sa réalisation est techniquement plus simple. Elle est peu hémorragique et rapide.
- L'accès au cotyle et au fémur est bon

#### Inconvénients :

- Elle est la plus génératrice de luxation post opératoire.

Mouvements luxant : (laçage de chaussure) flexion, adduction et rotation interne combinée.

### **Prévention des luxations**

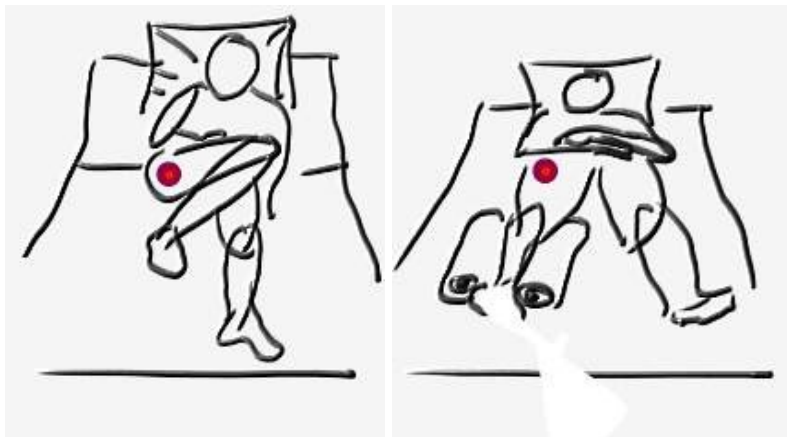
Prothèse à double mobilité : Cupule rétentive à double mobilité

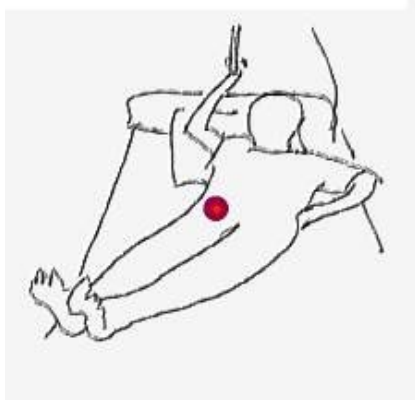
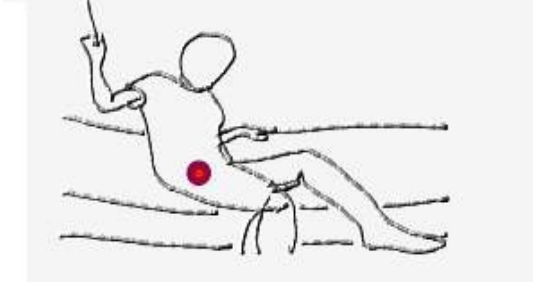
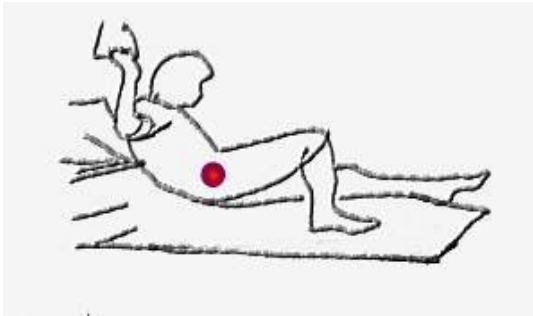
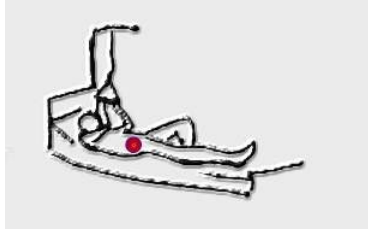
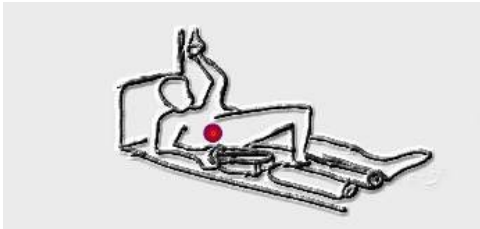
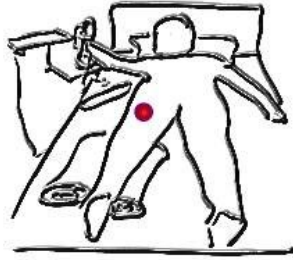
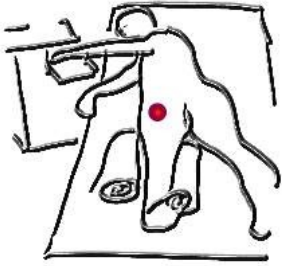
Ne pas s'asseoir dans un fauteuil trop bas (ou toilettes), flexion forcée, éviter de s'asseoir à 90°.

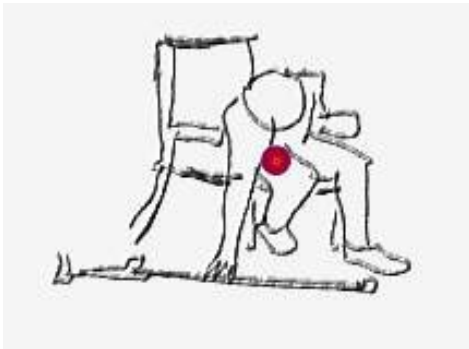
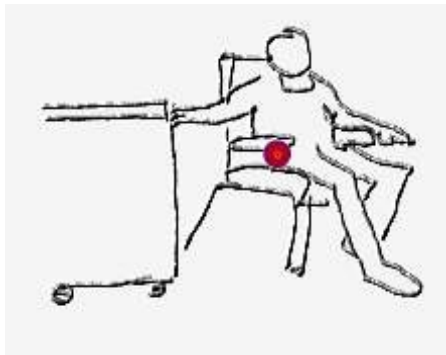
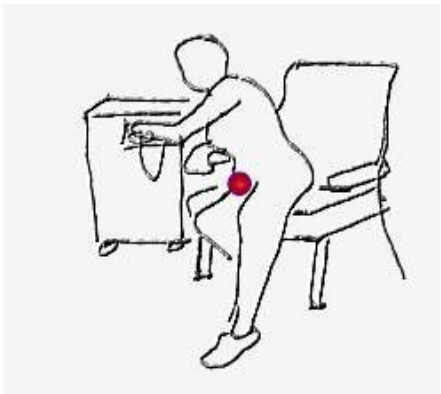
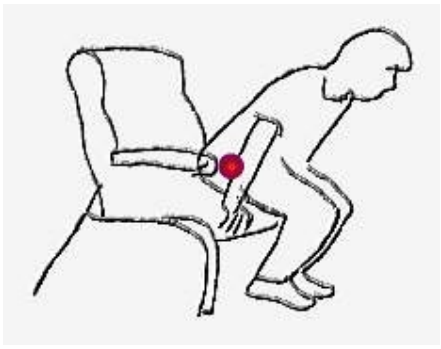
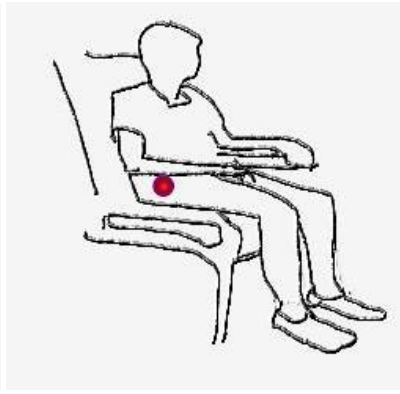
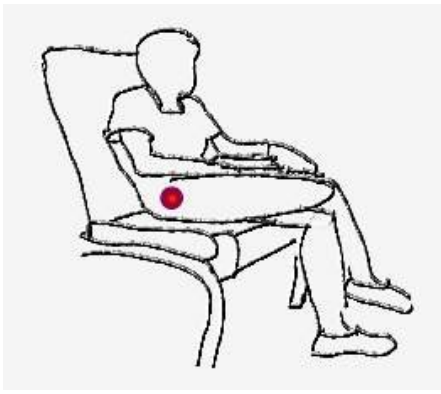
On tend le genou avec une attelle de Zimmer pour réduire le risque de luxation

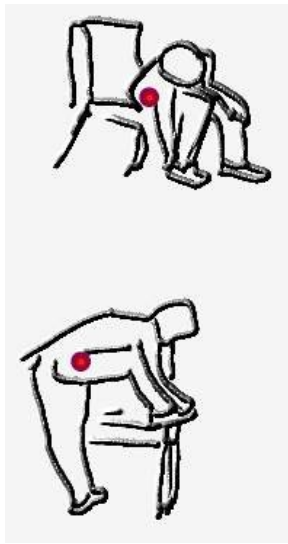
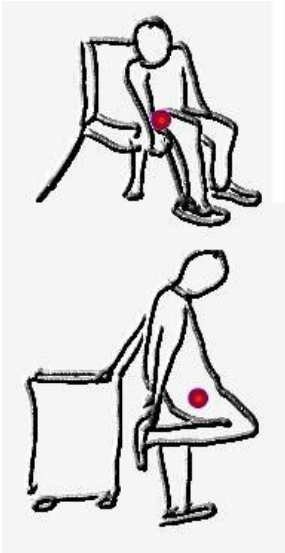
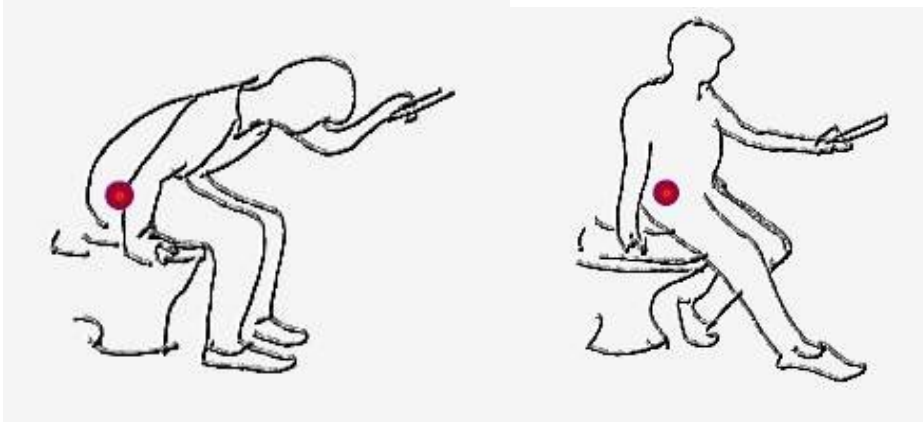
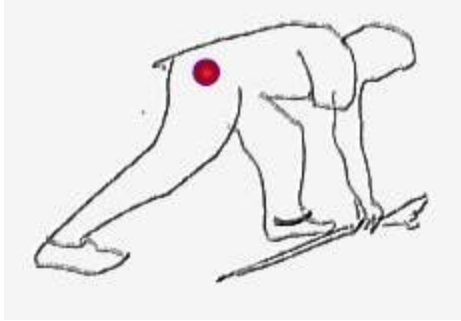
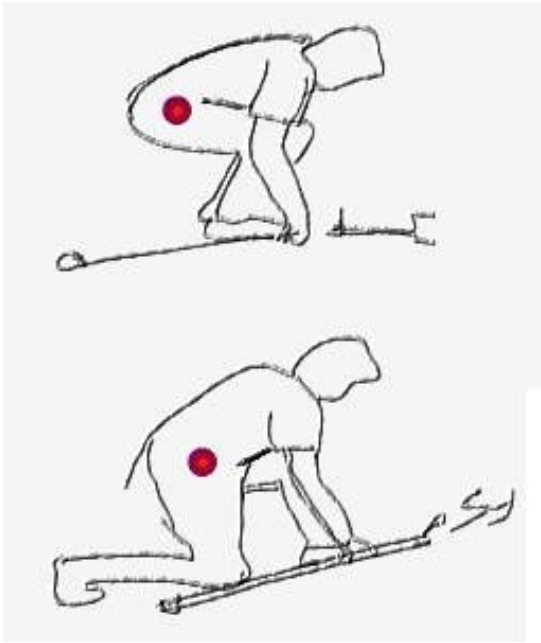
#### *Education ergonomique*

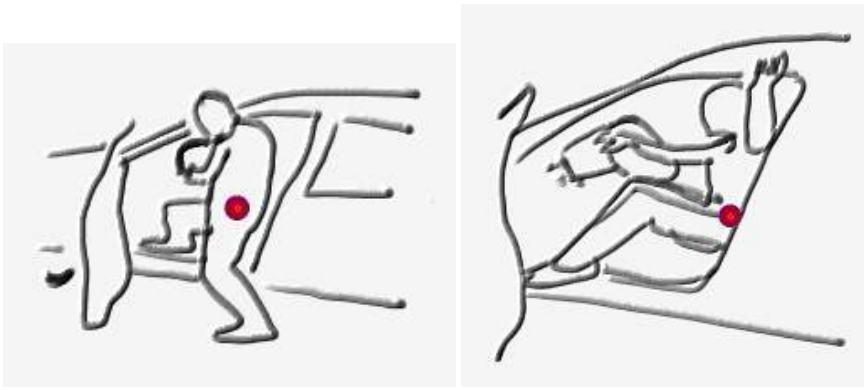
À gauche le mouvement à ne pas faire / à droite le mouvement recommandé:











#### DESCELLEMENT ASEPTIQUE

- surveillance : clinique  
radiologique  
scintigraphique :
  - \*technetium
  - \*+/- aux leucocytes marqués
  - \*+/- médullaire
- reprise chirurgicale
- taux de complications et de mortalité élevé

On pose maintenant des prothèses bilatérales, la rééducation est la même.