



Informations concernant LES PROTHESES TOTALES DE HANCHE

(Prendre sa décision, guide pratique)

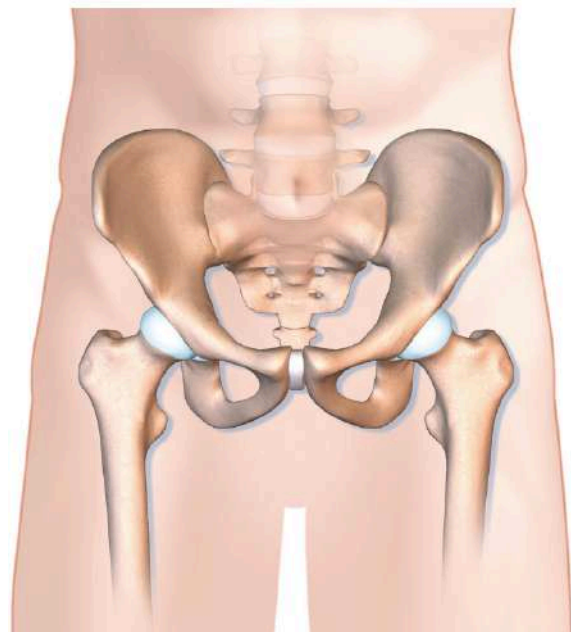


Vous souffrez de la hanche, et le chirurgien consulté vous a proposé le remplacement de votre articulation par une prothèse totale. Afin de prendre la décision de vous faire opérer en toute connaissance, vous devez être informé(e) des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention.

Pourquoi une prothèse totale de hanche est-elle nécessaire ?

Qu'est-ce que la hanche ?

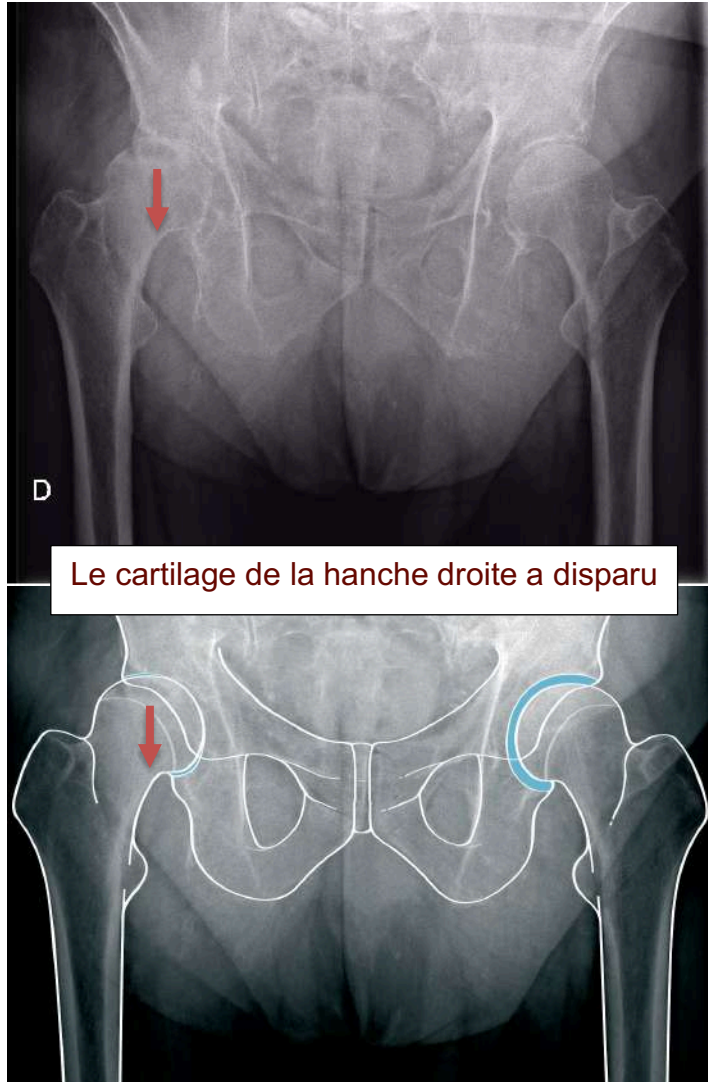
La hanche, ou articulation coxo-fémorale, est l'articulation qui relie le bassin (= os coxal) au fémur (os de la cuisse). Elle supporte le poids du corps et est essentielle au bon déroulement de la marche. Le bassin est creusé d'une cavité arrondie appelée cotyle (ou acétabulum) dans laquelle s'articule l'extrémité supérieure sphérique du fémur appelée tête du fémur.



Dans quelles maladies met-on en place une prothèse totale de hanche ?

L'atteinte de votre hanche peut avoir différentes origines :

- L'arthrose est la cause la plus fréquente ; il s'agit d'une détérioration (usure) du cartilage, dont la vitesse d'évolution est très variable, et pour laquelle on ne retrouve pas toujours de cause (on parle alors d'arthrose primitive). Des facteurs familiaux peuvent favoriser la survenue de l'arthrose, de même que le mode de vie (âge, surcharge pondérale, activités professionnelles ou sportives intensives). L'usure du cartilage peut être favorisée par l'existence d'anomalies de naissance ou de croissance de l'architecture de l'articulation (= dysplasie ou protrusion), ou encore être la conséquence d'un traumatisme (ancienne fracture de l'acétabulum par exemple).
- Traumatique : le plus souvent une fracture du col du fémur
- Les rhumatismes inflammatoires peuvent entraîner la destruction du cartilage de la hanche, souvent en association avec l'atteinte d'autres articulations.
- L'ostéonécrose : c'est une partie de la tête du fémur qui meurt en perdant sa vascularisation (équivalent d'un infarctus). Elle peut être la conséquence d'une fracture du col du fémur, mais elle survient aussi sans traumatisme. Cette maladie touche alors souvent des patients jeunes (35 à 50 ans) et atteint fréquemment les deux hanches. Elle peut être favorisée par l'excès de certaines graisses (= triglycérides), la prise de médicaments (corticoïdes), l'abus d'alcool et certaines maladies héréditaires (drépanocytose). Mais il n'est pas rare qu'aucune cause ne soit identifiée.
- Il peut exister d'autres causes plus rares comme des séquelles de traumatismes de l'extrémité supérieure du fémur et du cotyle ou de maladies de l'enfance.



Y-a-t-il une alternative à l'opération ?

L'atteinte du cartilage, qui peut aller jusqu'à mettre l'os à nu dans une forme majeure, s'accompagne de l'apparition de douleurs (de localisations et de caractéristiques très variables d'un cas à l'autre) avec souvent un enraidissement et une boiterie.

Dans certaines arthroses, des gestes de remodelage de l'articulation sont possibles, dans certaines nécroses, des gestes pour revitaliser la tête fémorale peuvent être discutés.

Si le traitement par les médicaments ne vous soulage plus et qu'une intervention permettant de conserver l'articulation ne peut pas être envisagée avec de bonnes chances de succès, la mise en place d'une prothèse de hanche devient nécessaire. En l'absence de traitement, les douleurs vont augmenter, la marche deviendra de plus en plus difficile et la mobilité peut se réduire. Cette raideur peut rendre le geste opératoire plus délicat et persister en partie après l'opération.

Quels examens pour l'opération ?

Le chirurgien vous a prescrit un bilan radiographique, plus rarement un scanner ou une IRM. La radiographie est le plus souvent suffisante pour permettre un diagnostic sûr. L'anesthésiste vous demandera de faire une prise de sang, un examen cardiovasculaire en fonction de votre âge et parfois d'autres examens selon vos antécédents.

Votre intervention

L'anesthésie ?

L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale, ou anesthésie du bas du corps (rachianesthésie ou anesthésie péridurale). C'est le médecin anesthésiste qui vous précisera, lors de la consultation préopératoire d'anesthésie, les modalités, les bénéfices et les risques de l'anesthésie choisie. Il faudra impérativement lui signaler tous vos antécédents médicaux, allergies.

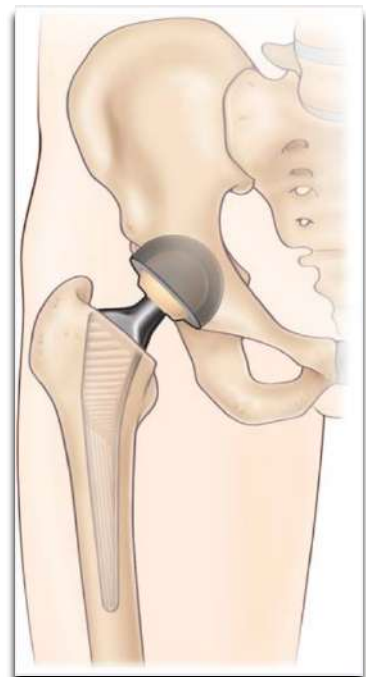
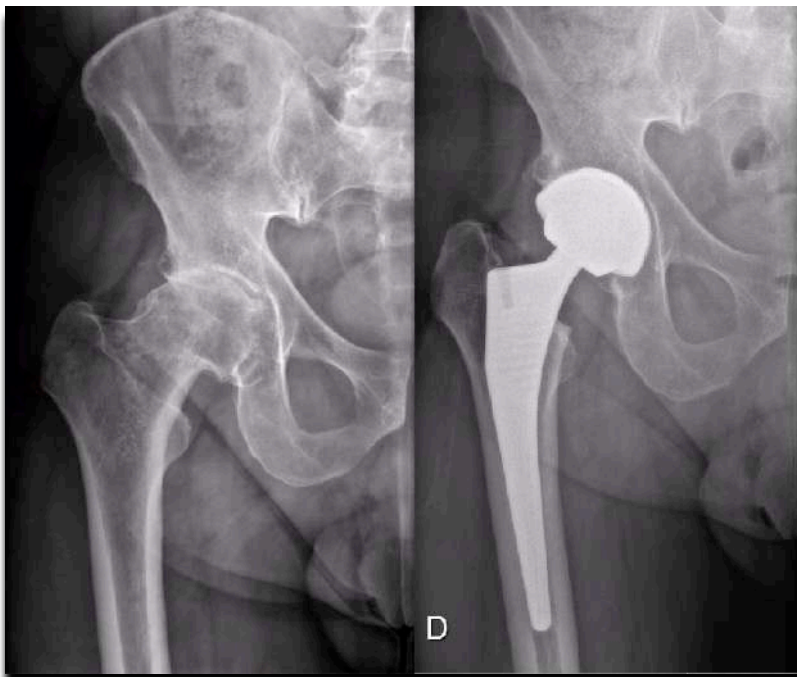
N'hésitez pas à lui poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Comment se déroule l'opération ?

Dans un premier temps, l'articulation de la hanche est ouverte puis préparée pour accueillir la prothèse. La prothèse totale, composée de plusieurs pièces, remplace les deux parties de l'articulation, d'une part la tête et le col du fémur, d'autre part, la partie de l'articulation coté bassin (le cotyle).



Les pièces de la prothèse seront choisies pour reproduire l'architecture et le mouvement naturel de l'articulation. La fixation de la prothèse à l'os se fait soit par un ciment acrylique (sorte de résine à prise rapide) soit par l'os lui-même qui repousse dans toutes les anfractuosités de la prothèse et ainsi la stabilise. La partie fixée à l'os coxal (on parle de cupule) est soit en « polyéthylène » (polymère très résistant) généralement scellée, soit en métal ou alliage métallique, le plus souvent fixée par l'os lui-même. La surface de glissement entre les deux pièces qui reproduit le rôle du cartilage, doit permettre une excellente mobilité de la prothèse avec la meilleure résistance à l'usure possible : elle est constituée soit par l'association d'une tête métallique ou céramique avec une cupule en polyéthylène, soit par une tête et une cupule en céramique soit par le couple métal-métal. La qualité de fabrication des prothèses réduit le frottement des deux pièces prothétiques et donc leur usure. La décision est du ressort du chirurgien qui décidera de la solution la mieux adaptée au cas de chaque patient selon



de nombreux facteurs : âge, morphologie, surcharge pondérale, ostéoporose, niveau d'activité physique... Si vous vous connaissez une allergie à certains métaux, elle devra être signalée au chirurgien.

Les moyens d'accéder à l'articulation (= voies d'abord), la position pendant l'opération, les techniques de mise en place de la prothèse, le choix du type de prothèse, dépendent des habitudes du chirurgien et des caractéristiques du patient.

Votre chirurgien est à votre disposition pour vous expliquer les choix qu'il juge le plus adaptés à votre situation.

Les évènements qui peuvent perturber le bon déroulement de votre intervention

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir conscience et mettre en balance les risques avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfice/risque).

Il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles, car les variations sont fonction de l'affection à traiter, mais aussi susceptibles de différences individuelles. **IL EST DONC INDISPENSABLE D'EN PRENDRE CONNAISSANCE EN CONSIDERANT QUE, MEME PEU FREQUENTES, ELLES PEUVENT VOUS CONCERNER.**

Vous devez avoir conscience que vous prenez un risque pour améliorer votre condition de vie. Votre chirurgien est là pour accompagner votre choix, il est à votre disposition pour vous fournir toute l'information nécessaire avant l'intervention, vous assurer qu'il fera tout son possible pour réaliser le geste technique le plus parfait possible et qu'il prendra en charge les suites opératoires en association avec le médecin anesthésiste. Aussi inconfortable que cela puisse être pour vous, il peut, en cas d'événement imprévu, être amené à reporter, interrompre ou modifier votre intervention.

Votre anesthésiste veillera à prendre toutes les précautions pour adapter votre anesthésie et l'encadrement médical de vos suites opératoires à votre état de santé. Il est aussi important que vous compreniez l'importance du respect des consignes qui vous seront données : bilan préopératoire, adaptation de votre traitement, prévention des risques d'infection et de luxation. Le respect de ces consignes est indispensable pour assurer votre sécurité.

Il peut arriver que votre intervention soit reportée afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- en cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation,
- de modification récente de votre traitement habituel,
- de blessure ou infection à proximité du site opératoire,
- d'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre anesthésiste,
- en cas de non disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention.

Des complications peuvent survenir pendant l'intervention :

Malgré toutes les précautions lors du geste chirurgical, il peut se produire, dans de rares cas, des complications, souvent aussitôt soignées par un traitement adapté :

- Le saignement des tissus (y compris de l'os) au cours de l'intervention est normal. Pour le réduire, le chirurgien coagule ou ligature les petits vaisseaux (=hémostase). L'importance du saignement est variable, habituellement faible, mais peut parfois imposer le recours à une transfusion sanguine, même si l'intervention s'est parfaitement bien passée.
- Il est devenu extrêmement rare de nos jours que la transfusion soit la cause de maladies infectieuses dues par exemple aux virus des hépatites ou dans des cas exceptionnels au VIH (virus du Sida). Si une transfusion a été nécessaire un contrôle sanguin permettra de vérifier qu'elle n'a pas causé une quelconque contamination.
- Une blessure des vaisseaux, surtout dans les cas complexes, peut être à l'origine de saignements très importants et avoir des conséquences vitales.
- Une fracture peut survenir au cours de l'intervention. Ces fractures sont favorisées par l'existence d'une fragilité osseuse (= ostéoporose). Certaines ne justifient pas de traitement spécifique, certaines doivent être fixées par des plaques, des vis et/ou des cerclages métalliques.
- Une blessure de nerfs peut entraîner des troubles durables voire définitifs tels qu'une paralysie partielle du membre inférieur.

Complications pouvant survenir à distance de l'intervention :

-Complications précoces

- Hémorragies secondaires et hématomes qui n'entraînent que rarement une ré intervention. Parfois l'hématome comprime un nerf, entraînant une paralysie qui régresse souvent après son évacuation.
- Infection de la région opérée (= infection du site opératoire) : La survenue d'une infection de la zone opératoire allant jusqu'à la prothèse est une complication rare mais dont le traitement est complexe et contraignant. Une telle infection peut être favorisée par l'infection d'une autre partie du corps (dent, peau...). Ces infections auront été normalement traitées avant l'intervention. Après l'opération, toute infection quelle qu'en soit la localisation doit être signalée à votre médecin traitant et prise en charge rapidement.
 - Lorsqu'une prothèse est infectée, elle doit souvent être retirée. Elle peut alors être remplacée immédiatement, ou, selon le type d'infection, après plusieurs semaines d'un traitement antibiotique.
 - Pour vous protéger de ce risque, l'opération a lieu dans des conditions d'hygiène très strictes et un traitement antibiotique préventif vous sera administré juste avant l'intervention (= antibioprophylaxie).
- La mise en place d'une prothèse de hanche favorise pendant quelques semaines la formation de caillots sanguins au niveau des veines des membres inférieurs (= thrombose veineuse ou phlébite). Les phlébites proximales (qui touchent les grosses veines au-dessus du genou) sont dangereuses parce que les caillots sont gros, peuvent migrer dans la circulation et boucher des artères essentielles (= embolie, pulmonaire surtout).

- Pour prévenir ce risque un traitement qui rend le sang plus fluide (= anticoagulant ou antiagrégant) vous sera prescrit. Il peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières. Ce traitement est efficace, mais n'élimine pas complètement le risque de phlébite.
- Une cicatrice boursouflée et gênante (chéloïde) peut se former en cas de prédisposition ou après une infection de la plaie.
- Certaines cicatrices restent sensibles et il peut arriver que certaines zones autour de celles-ci aient perdues un peu de leur sensibilité.
- Une inégalité de longueur peut exister avant l'intervention (les deux jambes n'ont pas toujours la même longueur) et n'est pas obligatoirement une complication après l'intervention. Le réglage millimétrique n'est pas possible.
- La luxation de prothèse (l'articulation se déboîte), est une complication possible surtout durant les six premières semaines postopératoires, période au cours de laquelle les ligaments doivent cicatriser et les muscles maintenant l'articulation en place, retrouver leur tonus. Durant cette période certains mouvements devront être évités : flexion associée à de la rotation interne (en position assise, ne pas attraper son pied par le côté) et extension associée à de la rotation externe (debout ou couché, ne pas tourner son pied vers le dehors).
- Parfois, certains tendons autour de la prothèse peuvent être irrités. Cela peut entraîner des douleurs lors de certains mouvements et nécessiter divers traitements, voire un nouveau geste chirurgical.
- Des calcifications dans les tissus avoisinants peuvent apparaître et parfois entraîner une limitation de la mobilité, voire quelques douleurs.

–Complications tardives :

- Usure : Au fil du temps, la prothèse s'use. Cette usure peut être bien tolérée, mais elle va s'aggraver avec le temps et l'activité. Elle est variable selon le type de prothèse et les nouveaux matériaux de frottement ont grandement diminué ce risque.
- Le descellement : L'usure peut parfois abîmer l'os autour de la prothèse et altérer la fixation de celle-ci, aboutissant progressivement à son descellement, le plus souvent accompagné d'une réapparition de douleurs et d'une boiterie. D'une façon générale la fixation de la prothèse à l'os, quelle qu'elle soit (fixation avec ou sans ciment), peut s'altérer avec le temps.
- L'os avec son vieillissement peut se fissurer ou casser autour de la prothèse.
- Dans des cas extrêmement rares, l'implant lui-même peut se casser.
- Un bruit anormal peut apparaître sans douleur lors de la marche ou de certains mouvements. Il est important de revoir votre chirurgien. Cela peut être dû à un défaut de lubrification ou à une défaillance d'un implant.

–Remplacement de la Prothèse

- Lorsqu'une prothèse se détériore, il faut en général la remplacer. Les modalités de ce remplacement (= reprise de prothèse de hanche) sont très variables, allant du plus simple au plus compliqué selon les cas. En particulier, si l'os (bassin ou fémur)

est très abimé, le remplacement de la prothèse peut être difficile : c'est pourquoi il est important de consulter régulièrement votre chirurgien pour surveiller l'état de votre hanche, et de prendre contact avec lui en cas de problème.

Toutes les complications citées peuvent imposer de réaliser des traitements complémentaires, médicaux ou chirurgicaux adaptés à votre état.

Suites habituelles et conditions de vie après une prothèse totale de hanche

Comment vit-on avec une prothèse de hanche ?

Dans la plupart des cas on vit normalement avec une prothèse totale de hanche, avec toutefois quelques précautions.

Seule votre hanche a été remplacée, mais le reste de votre organisme est inchangé et vous devrez adapter votre activité à votre condition physique.

Il faut le plus souvent plusieurs mois pour tirer tout le bénéfice de l'opération. Du fait du mauvais fonctionnement de votre hanche avant l'opération, vos muscles ont bien souvent fonctionné dans de mauvaises conditions plusieurs mois voire plusieurs années. Il leur faudra donc du temps pour reprendre leur force et leur souplesse. Les progrès seront réguliers durant les trois premiers mois. Le travail que fait l'os pour adhérer aux prothèses sans ciment peut être responsables de douleurs temporaires surtout ressenties dans la cuisse. En pratique il faut attendre au moins 6 mois pour « oublier » la prothèse, ce qui est l'objectif recherché. Au-delà de ces 6 mois il n'est pas rare que la hanche reste sensible et fatigable à l'occasion d'efforts prolongés ou après une longue période de repos. Ceci ne doit pas vous décourager. Le temps de la cicatrisation, de l'adaptation de votre squelette à votre prothèse et de récupération de la souplesse et de la force de vos muscles est long.

La conduite automobile : Plusieurs études ont montré qu'après l'intervention, il est nécessaire d'attendre un, voire deux mois, pour retrouver les réflexes nécessaires à une conduite sûre. Durant les premières semaines, les traitements analgésiques, le manque de force et de mobilité de votre hanche ainsi que des phénomènes douloureux peuvent limiter votre aptitude à réagir rapidement. Durant cette période il est donc sage d'éviter la conduite automobile, par contre, il vous sera rapidement possible (moyennant quelques précautions décrites dans ce document) de voyager comme passager.

Le sport : Non seulement le sport n'est pas contre-indiqué mais, au contraire, la pratique d'un sport d'entretien adapté à votre état général vous sera bénéfique. Il faut privilégier les sports qui ménagent la hanche opérée. L'activité sportive sera fonction de ce que vous faisiez comme sport déjà avant la détérioration de votre hanche.

La marche, la course prudente, le vélo, la natation, le golf seront les bienvenus. Par contre, les sports qui soumettront votre articulation à des traumatismes, (ski, football, rugby), à des mouvements extrêmes ou des impacts violents, (parachutisme, sports de combat...) peuvent être dangereux pour votre prothèse plus encore qu'ils l'étaient pour

votre hanche « naturelle ». Parlez-en avec votre chirurgien.

Votre intervention en pratique

1) Préparation à l'intervention :

- Les traitements médicaux : Si vous suivez un traitement médicamenteux, celui-ci doit être signalé à votre anesthésiste car il doit parfois être modifié ou interrompu pour préparer votre intervention. Les traitements qui modifient votre coagulation (aspirine, plavix, injections d'anticoagulants, (sintrom, préviscan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis...) nécessitent souvent des adaptations afin d'assurer votre sécurité.
- Les consignes préopératoires :
 - Respectez les consignes que vous a données votre anesthésiste.
 - N'oubliez pas d'apporter les examens qui ont été prescrits : examens sanguins, radiographies, examens dentaires et cardiaques.
 - Apportez aussi les appareillages qui vous ont été conseillés : béquilles, bas de contention, coussins de glace.
 - Il n'est pas exceptionnel que les deux hanches soient atteintes. Si la hanche opposée à celle pour laquelle une intervention a été décidée devenait plus gênante et que vous souhaitiez changer le côté de votre intervention, il est indispensable que vous préveniez votre chirurgien à l'avance. En effet, le matériel nécessaire à une intervention de l'autre côté pourrait ne pas être disponible et votre dossier doit être modifié pour éviter tout risque de confusion.
 - Si des consignes de toilette ou de préparation de votre peau vous ont été données, il est important de les respecter.

2) L'hospitalisation :

Au moment de votre admission, il faut signaler tout événement qui aurait pu arriver depuis votre dernière consultation : toute maladie (en particulier toute infection) problème de peau (plaie, infection, rougeur), tout changement de votre traitement médicamenteux, infiltration de votre articulation, prise d'un traitement qui vous avait été déconseillé, oubli d'un examen que vous deviez réaliser. Il est parfois préférable de différer votre intervention si votre sécurité est en jeu.

Lors de votre hospitalisation, votre nom, l'intervention pour laquelle vous êtes hospitalisé(e), le côté de l'opération, vous seront demandés à de nombreuses reprises (certains chirurgiens appliquent sur la zone opérée ou à proximité une ou plusieurs marques avec un feutre dermatographique). Il s'agit de précautions obligatoires qui ont démontré leur efficacité pour assurer votre sécurité.

Durant la durée de votre hospitalisation, vous serez pris en charge par votre chirurgien, l'anesthésiste, et le personnel médical et paramédical de l'établissement. Respectez scrupuleusement les consignes qu'ils vous donneront car elles vous protègent. Si vous ne les comprenez pas, n'hésitez pas à demander des explications.

La durée de l'hospitalisation dépend de l'intervention pratiquée, des suites opératoires,

de votre état général, mais aussi des conditions de votre retour à domicile.

3) Le retour à domicile :

Dès votre retour, contactez votre médecin traitant : l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé est un milieu médical très sécurisé, votre domicile est au contraire un univers moins protégé.

L'aide de votre médecin traitant doit accompagner cette transition. Remettez-lui les courriers de votre chirurgien et de votre anesthésiste s'il ne les a pas déjà reçus par la poste.

Trois points doivent être particulièrement surveillés :

A. Cicatrice et fils : Un pansement est le plus souvent réalisé le jour de la sortie. N'y touchez pas. Il protège la cicatrice. Il sera renouvelé par une infirmière de ville à domicile ou à proximité de chez vous selon les consignes de votre chirurgien. Les fils, selon l'habitude du chirurgien, peuvent être :

- **résorbables** : ils se résorbent tous seuls. Dans ce cas, le pansement est retiré entre le dixième et le quinzième jour puis la cicatrice reste le plus souvent à l'air libre.
- **non résorbables (ou agrafes)** : ils doivent être retirés. Il n'est pas nécessaire de revenir à la clinique ou à l'hôpital pour cela. Une infirmière de ville est tout à fait compétente pour effectuer ce geste. L'ordonnance de votre chirurgien ou de votre médecin lui explique comment renouveler les pansements et quand retirer les fils (habituellement à partir du dixième ou quinzième jour postopératoire).

B. Traitement médical

- **Les médicaments contre la douleur (= antalgiques)** : habituellement la hanche opérée est modérément douloureuse. Néanmoins, la zone opératoire est rarement indolore avant le trentième jour, ce qui est normal. Des douleurs sont assez fréquentes pendant cette période. Votre anesthésiste, votre chirurgien ou votre médecin vous ont donc prescrit des antalgiques. S'ils ne sont pas suffisants ou si vous ne les tolérez pas (douleurs abdominales, nausées, vomissements...), parlez-en à votre médecin traitant.
- **Les anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires (aspirine)** : Ils sont indispensables pour diminuer le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire, mais ils sont potentiellement dangereux. En excès, ils peuvent occasionner des hémorragies ou des hématomes.
En quantité insuffisante, ils ne protègent plus ou protègent moins bien contre le risque de phlébite.
Il ne faut jamais en modifier la dose ni la fréquence de prise vous-même. Ce traitement peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières obligatoires. La surveillance de ce traitement est confiée à votre médecin traitant.

C. Prévention des luxations :

L'articulation de hanche prothésée peut se déboîter. Cette complication est très

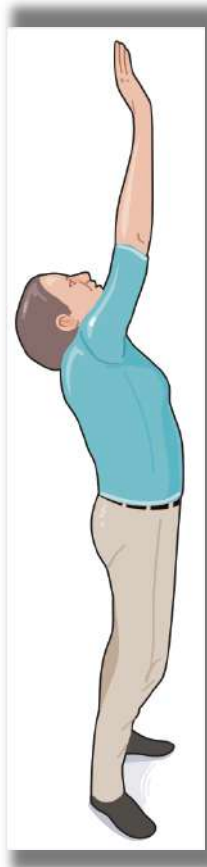
douloureuse et rend la station debout et la mobilisation de l'articulation impossibles. Elle impose un retour d'urgence en milieu chirurgical pour une remise en place (= réduction) sous anesthésie (le plus souvent sans réopérer).

Pendant les premiers 45 jours, la hanche, est vulnérable au risque de luxation car les muscles n'ont pas encore récupéré le tonus qui leur permet d'unir les deux éléments de votre prothèse et parce que les tissus fibreux, ligamentaires et tendineux qui entourent votre hanche n'ont pas encore cicatrisé.

Au bout de 45 jours, le risque de luxation diminue.

Deux positions sont dangereuses :

- **Flexion associée à de la rotation interne** (en position assise, ne pas plier la hanche au-delà de 90° (angle droit) et ne pas tourner son genou vers l'intérieur par exemple pour attraper son pied par le côté). La prothèse peut se déboîter vers l'arrière (luxation postérieure). Le risque est plus fréquent si l'intervention a été menée par voie postérieure.



- **Hyper-extension associée à de la rotation externe** (debout ou couché, ne pas tourner le pied vers l'extérieur et se cambrer vers l'arrière). La prothèse peut se déboîter vers l'avant (luxation antérieure). Le risque est plus fréquent si l'intervention a été menée par voie antérieure.

Ce qu'il ne faut surtout pas faire durant les 6 semaines suivant votre opération :

- **Ne vous asseyez pas trop bas.** Il faut éviter de s'asseoir plus bas qu'une chaise de salle à manger : poufs, canapés profonds, divans, sièges de voitures basses doivent être rigoureusement évités. L'utilisation d'un rehausseur de toilettes pourra vous être conseillé.
- Pour vous asseoir et vous lever, gardez le genou de la jambe opérée tendu et aidez-vous avec les mains.
- **Lorsque vous êtes couché ne laissez pas le genou et le pied du côté opéré trop tournés vers l'extérieur.** Dormez sur le dos (si besoin en calant votre pied à l'aide d'un coussin) ou sur le côté en ayant soin de mettre un coussin entre les genoux.
- **Ne croisez pas les jambes lorsque vous êtes assis.** Gardez plutôt les genoux un peu écartés.
- **N'entrez pas dans une voiture en faisant passer une jambe puis l'autre.** Asseyez-vous de côté en rapprochant les pieds et les genoux puis pivotez, pieds et genoux joints. Les voitures spacieuses et hautes sont moins "à risque" que les véhicules exigus.
- **N'enfilez pas vos bas ou vos chaussettes en passant par le côté extérieur du genou.** Écartez les genoux et passez par l'intérieur (vos mains doivent rester entre les deux genoux). Pendant les semaines qui suivent votre intervention, il est plus sûr de vous faire aider pour le chaussage.
- **Lorsque vous êtes debout, évitez de pivoter sur la jambe opérée et de vous cambrer vers l'arrière.**
- **Ne ramassez pas un objet sur le sol en pliant le genou de la jambe opérée : baissez-vous en mettant la jambe du côté opéré tendue en arrière.**
- **Pas de bain, assis(e) au fond de la baignoire.** Prenez plutôt des douches debout ou assis(e) sur un tabouret.

4) La rééducation :

- Les habitudes varient selon les chirurgiens et les techniques utilisées. Elles sont adaptées à vos progrès lors de votre hospitalisation et à chaque cas.
- Quoi qu'il en soit, c'est avant tout la reprise progressive de la marche et de vos activités habituelles qui rendront à votre hanche un fonctionnement normal.
- Suivez les consignes de votre chirurgien qui peut estimer qu'aucune rééducation ne vous est nécessaire.
- L'usage de deux cannes anglaises (cannes avec appui sur les avant-bras) peut se justifier au début avec un abandon progressif en fonction de vos progrès. Ensuite, si une canne simple vous paraît utile, n'hésitez pas à la prendre (toujours du côté opposé à l'opération). Votre hanche ne vous portera pas tout de suite comme vous en avez l'habitude et vous risquer davantage une chute. De plus une canne ou une

béquille signalera votre vulnérabilité temporaire et pourra vous éviter les bousculades.

Prévention des infections :

Une prothèse est un matériel inerte que vos défenses immunitaires ne peuvent protéger si une bactérie vient s'y fixer. Lors d'une infection à distance (plaie infectée, infection urinaire, gynécologique, dentaire, cutanée...) ou lors d'une autre intervention chirurgicale même anodine (chirurgie dentaire, par exemple), des bactéries peuvent passer dans le sang et venir se fixer sur votre prothèse. Signalez donc avant tout soin que vous êtes porteur d'une prothèse et signalez toute fièvre ou infection à votre médecin traitant afin qu'elle soit traitée rapidement.

5) questions souvent posées par les patients :

- **« Quelle va être la taille de ma cicatrice ? » :**

La taille de la cicatrice varie en fonction de nombreux facteurs : l'enraidissement, les gestes chirurgicaux antérieurs mais surtout la corpulence qui rend la hanche plus profonde. Elle varie de 8 à 15 centimètres mais peut aller jusqu'à 30 centimètres dans les cas difficiles.

- **« Ma jambe opérée est-elle plus longue que l'autre ? » :**

C'est une sensation relativement fréquente. Il s'agit souvent d'une fausse impression passagère liée au fait que la prothèse a corrigé l'usure ou une déformation de l'articulation. Tout le monde n'a pas les deux jambes exactement de la même longueur ! Le bassin et le dos compensent une différence de quelques millimètres et cette impression disparaît en quelques mois. Au-delà, une compensation par une talonnette peut s'avérer utile.

- **« J'ai encore du mal à monter les marches, j'ai tendance à boiter lorsque je suis fatigué ou que je suis resté assis longtemps, est-ce normal ? » :**

Les muscles mettent un temps plus ou moins long à retrouver leur tonus surtout lorsque l'articulation est encore douloureuse. C'est pourquoi il faut souvent plusieurs semaines ou mois pour retrouver une force normale.

- **« Puis-je voyager ? » :**

Oui mais il est prudent d'attendre la sixième semaine. Prenez l'avis de votre chirurgien. Attention aux longs voyages, ils favorisent les phlébites et peuvent nécessiter un traitement anticoagulant. N'hésitez pas à interroger votre médecin traitant. En avion, dégourdissez-vous les jambes toutes les 2 heures et portez des bas de contention.

- **« Est-ce que je risque de faire sonner les portiques détecteurs de métaux dans les aéroports ? » :**

Oui : Aucun document médical n'est conseillé par les services de sécurité des aéroports. La police de sécurité saura localiser votre prothèse par les détecteurs de métaux

- **« Puis-je reprendre le sport ? A partir de quand ? » :**

D'une façon générale, une pratique sportive adaptée à votre état général n'est pas contre-indiquée mais, au contraire, vous sera bénéfique. Les conseils pour la reprise du sport ont été précisés précédemment. N'hésitez pas à interroger votre chirurgien qui saura vous

répondre en tenant compte de votre situation.

- **« Devant quels signes dois-je m'inquiéter ? »**
 - Une température élevée
 - Un gonflement et une rougeur ou un écoulement au niveau de la cicatrice
 - Une douleur et un gonflement du mollet
 - Une oppression respiratoire
 - Et d'une façon générale, tout symptôme nouveau. Sans attendre, appelez un médecin (de préférence, votre médecin traitant). Si vous ne parvenez pas à le joindre, contactez l'établissement où vous avez été opéré.

Les coordonnées utiles :

Votre chirurgien : ...

Numéro d'appel d'urgence : ...

Consultation : ...

Secrétariat : ...

Prenez le temps de lire ses informations et n'hésitez pas à demander des explications à votre chirurgien si elles ne vous semblent pas assez claires.

Conservez ce document, il vous a été remis pour vous aider à prendre votre décision et vous guidera par la suite.

La loi "Jardé" impose un suivi après votre opération. Votre chirurgien sera donc amené à effectuer des contrôles cliniques, radiologiques et biologiques de manière régulière, les résultats seront incorporés à votre dossier médical. Les données (anonymes) de votre dossier pourront servir à des études et faire l'objet de communications ou publications scientifiques par votre chirurgien.

Ce document réalisé en collaboration entre :

- La Société Française de Chirurgie de la Hanche et du Genou.
- L'équipe des chirurgiens, des rééducateurs et soignants de la clinique Arago (Paris).
- Le CISS et le LIEN (associations de patients).
- Orthorisq, organisme agréé par la Haute Autorité de Santé pour l'accréditation des praticiens et la gestion du risque en chirurgie orthopédique.
- La Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Le conseil juridique du cabinet de Maître Galpérine.

Il est disponible gratuitement sur les sites www.orthorisq.fr, SFHG, www.sofcot.fr, et lelien-association.fr

Toute utilisation partielle ou totale de ce document doit en citer la source et les sites où il est disponible dans sa version d'origine.

Les modifications n'engagent pas la responsabilité des auteurs de ce document.

Sa diffusion peut être facilitée par des partenariats mais ne doit donner lieu à aucun profit personnel, financier ou publicitaire.

Ce document a été déposé à l'INPI.

Date de dernière modification :