



Informations concernant LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DE HANCHE

(Prendre sa décision, guide pratique)

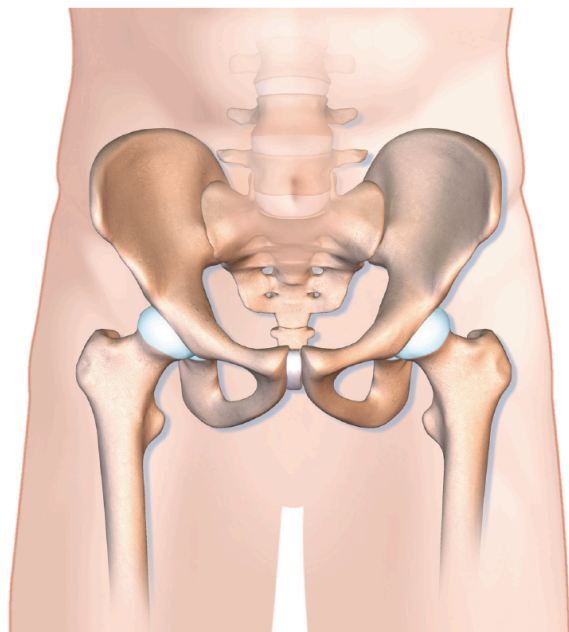


Vous souffrez de la hanche, le chirurgien consulté vous a expliqué que la cause en était une dysplasie et vous a proposé une chirurgie conservatrice de type ostéotomie du bassin ou butée de hanche. Afin de prendre la décision de vous faire opérer en toute connaissance, vous devez être informé(e) des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention.

Pourquoi une chirurgie conservatrice est-elle intéressante ?

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 acetabulum) dans laquelle s'articule

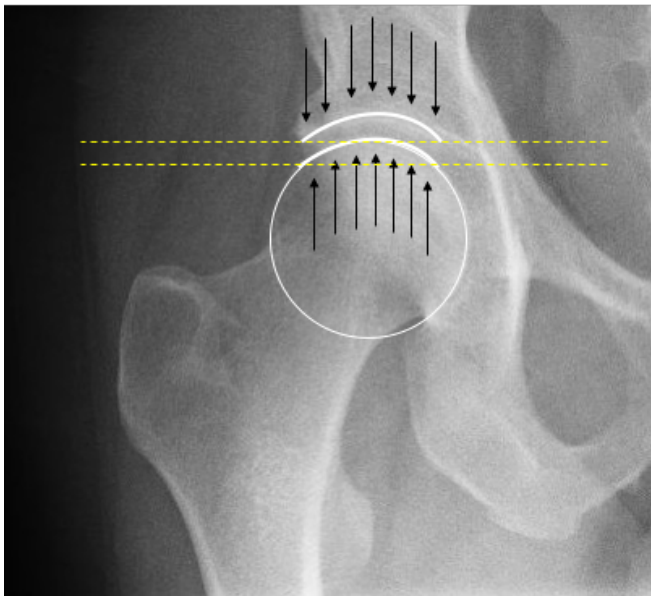


l'extrémité supérieure sphérique du fémur appelée tête du fémur

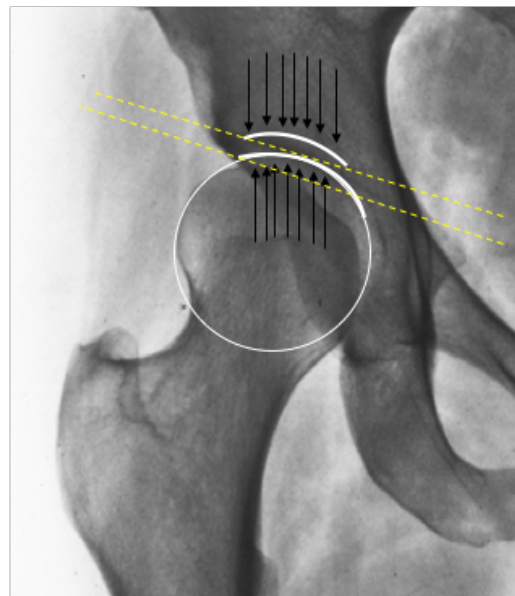
Qu'est-ce que la dysplasie ?

Il s'agit, en réalité, d'un défaut architectural du développement de la hanche à type principalement de déformation de la cavité cotyloïdienne (dysplasie cotyloïdienne ou dysplasie acétabulaire). La pression (poids par unité de surface) augmente car la surface de contact de la tête du fémur sur la cavité cotyloïdienne est diminuée.

Hanche normale



Hanche dysplasique



Il s'en suit des douleurs habituellement situées dans l'aîne. Il s'agit d'une des principales causes d'arthrose de hanche (coxarthrose) prématurée.

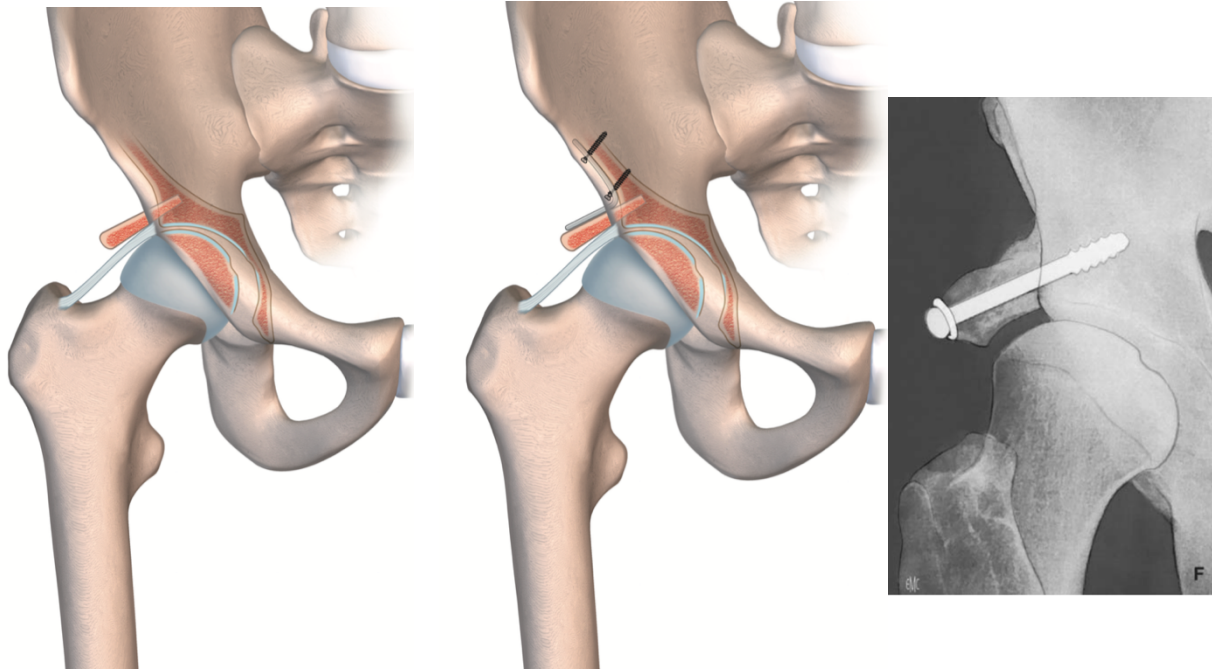
Des signes peuvent être visibles sur la radiographie (kystes osseux) ou sur l'IRM ou sur un arthro-scanner (chondropathie ou atteinte du cartilage, déchirure du labrum...).

Qu'est-ce qu'une chirurgie « conservatrice » ?

Il s'agit d'une chirurgie dont l'objectif est de conserver votre articulation (en opposition à une prothèse ou arthroplastie) mais aussi et surtout de calmer vos douleurs et d'augmenter vos capacités de marche.

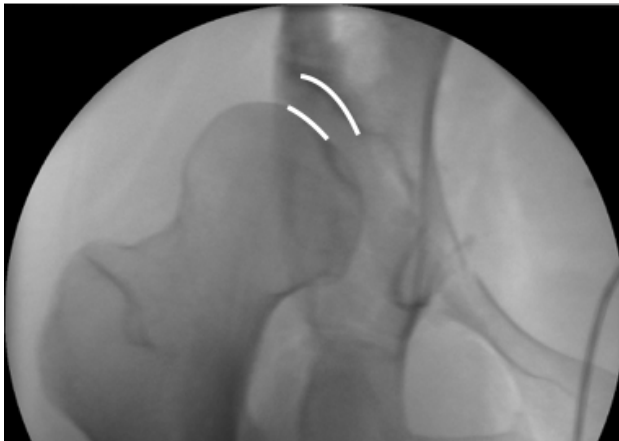
Il existe deux grands types de chirurgie conservatrice osseuse (cela exclut l'arthroscopie de hanche). On peut « ajouter » un morceau d'os pris au niveau du bassin pour augmenter la surface de contact (on appelle cela une **butée de hanche**)

Butée de hanche

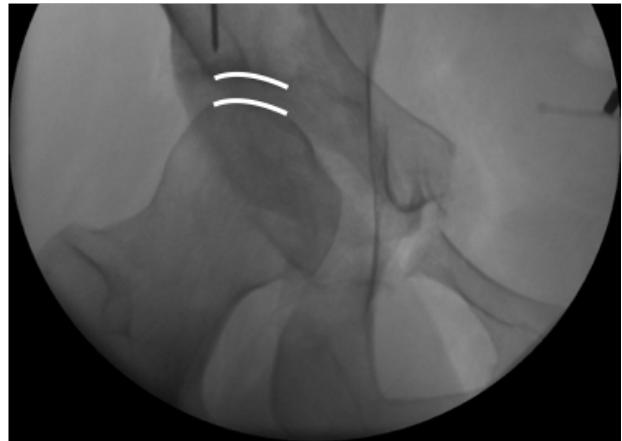


On peut aussi « couper » (couper = tomie, couper l'os = ostéotomie) l'os autour (péri) du cotyle ou acetabulum pour le rediriger et augmenter la couverture de la tête fémorale (on appelle cela une **ostéotomie**. Comme elle est au niveau du bassin ou pelvis, on l'appelle **ostéotomie pelvienne**).

Avant l'ostéotomie

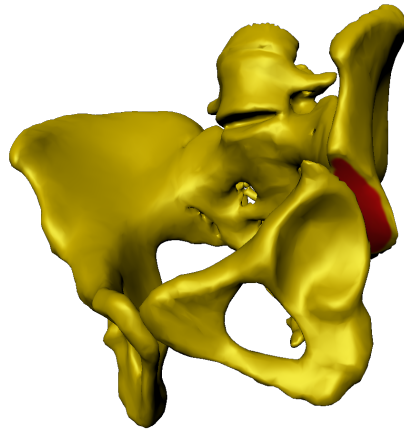


Après l'ostéotomie



Principe de l'ostéotomie de Chiari. La section supra acétabulaire permet le déplacement

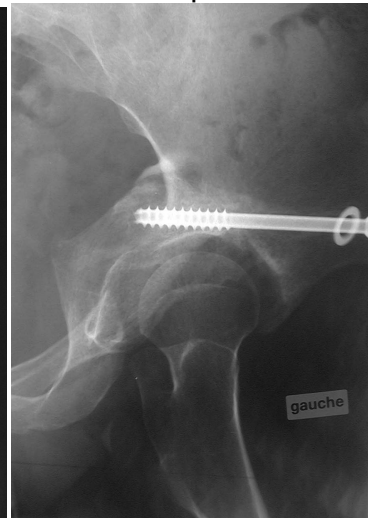
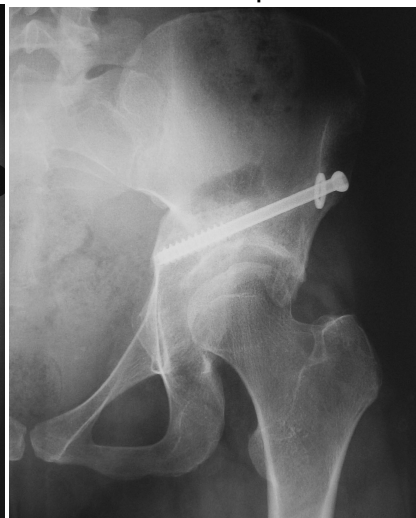
médial du fragment inférieur pour assurer une couverture complète (partie rouge du nouveau toit acétabulaire)



Avant l'ostéotomie la tête est découverte



Après l'ostéotomie de Chiari la couverture est complète de face comme de profil



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

La chirurgie n'est jamais obligatoire ni urgente. Mais en l'absence de traitement, les douleurs vont progressivement augmenter, la marche deviendra de plus en plus difficile et la mobilité peut se réduire. De plus, même s'il est impossible de savoir quand, si l'arthrose apparaît, il sera peut-être trop tard pour une chirurgie conservatrice et la seule option chirurgicale qui restera sera alors une prothèse de hanche. L'intérêt de cette opération conservatrice est de corriger le défaut architectural et de reporter longtemps (10 à 20 ans) parfois définitivement la prothèse.

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. Dans certains cas, un arthroscanner est nécessaire afin de s'assurer que l'articulation n'est pas trop abîmée pour envisager ce geste.

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 ?

Les événements 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 (=hémostasie). 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.
- Comme pour toutes les voies antérieures, le nerf cutané latéral de la cuisse (qui donne la sensibilité de la face latérale de la cuisse en regard d'une poche de pantalon) peut se mettre au repos (même sans blessure par le simple écartement) donnant un défaut de sensibilité de la face latérale de la cuisse et parfois des sensations temporaires de petites décharges électriques ou de fourmillements. Cette complication est le plus souvent temporaire et ne donne aucun trouble moteur.

Complications pouvant survenir à distance de l'intervention :

-Complications précoces

- Dans le cadre d'une butée de hanche, la greffe osseuse qui sert de butée est prise au niveau de la crête iliaque (relief osseux au niveau de la ceinture).
 - La greffe osseuse doit s'intégrer, ce qu'elle fait dans un délai moyen de 6 semaines à 3 mois. Durant cette période, votre chirurgien peut vous demander de protéger partiellement l'appui avec une paire de béquilles.
- Dans toutes ostéotomies du bassin il y a un risque de non consolidation du ou des traits. Cela est favorisé par la consommation de tabac, un âge élevé, et pour les

ostéotomies péri acétabulaires par un déplacement important rendu nécessaire pour corriger une dysplasie sévère.

- 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 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.
 - 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 chirurgie de la hanche peut favoriser 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.
- Parfois, certains tendons autour du matériel peuvent être irrités. Cela peut entraîner des douleurs lors de certains mouvements et nécessiter divers traitements, voire un nouveau geste chirurgical.
- Des ossifications dans les tissus avoisinants peuvent apparaître et parfois entraîner une limitation de la mobilité, voire quelques douleurs. Cette complication est très rare en cas de chirurgie conservatrice, n'a le plus souvent pas de retentissement et n'est visible que sur la radiographie.

-Complications tardives :

- Arthrose de hanche : Au fil du temps, votre articulation peut malgré tout continuer à s'user. Les signes d'alerte sont souvent une récurrence des douleurs que l'on avait eu avant l'intervention. En l'absence de douleurs, la présence d'une usure sur des radiographies ne nécessite pas de traitement particulier. En présence de douleurs, elle peut faire discuter d'un traitement médical et parfois de la mise en place d'une prothèse de hanche.

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

Comment vit-on après une chirurgie conservatrice de hanche ?

L'objectif est de reprendre une vie normale, incluant activités professionnelles et sportives sans limite. En pratique il faut attendre entre 1 mois et demi à 3 mois pour abandonner les béquilles, entre 3 et 6 mois pour marcher normalement sans limites et sans douleurs et entre 6 et 12 mois pour reprendre toutes les activités sportives et « oublier » la chirurgie. 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 hanche reconstruite et de récupération de la souplesse et de la force de vos muscles est long.

Le plus souvent pendant 3 à 6 semaines une période de décharge du membre opéré est recommandée conduisant à l'usage d'anticoagulants ou aspirine (et le cas échéant de bas de contention) pendant cette période sans appui.

La conduite automobile : Il est nécessaire d'attendre deux mois, pour retrouver les réflexes nécessaires à une conduite sûre, surtout si le membre opéré est le droit (pédale de frein). 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. L'activité sportive sera fonction de ce que vous faisiez comme sport déjà avant la douleur de votre hanche. Aucune limite de principe n'est à prévoir, en dehors de ce qui vous fait mal. Il n'est en revanche pas conseillé de débiter une activité sportive violente que l'on ne maîtrisait pas avant.

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.

Deux 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.

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 des consignes. 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 risquez davantage

une chute. De plus une canne ou une béquille signalera votre vulnérabilité temporaire et pourra vous éviter les bousculades.

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. Dans le cas d'une butée de hanche, il existe habituellement 2 cicatrices (une pour le prélèvement de la greffe et l'autre pour positionner la butée) ou alors dans d'autres cas une cicatrice unique rejoignant les 2.

- **« 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 cicatrisation. 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 ? » :**

Habituellement non. Le matériel maintenant l'ostéotomie ou la butée est 1 à 3 vis.

- **« 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.

Il est disponible gratuitement sur les sites www.orthorisq.fr, sfhg.fr, 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.

Date de dernière modification : Novembre 2018