

E1.14 Les complications des prothèses totales de hanche

1 - Complication vasculaire :

a - Saignement :

Dans les premières heures suivant votre opération, il peut survenir un **hématome** relativement important même si l'intervention a été bien contrôlée sur le plan de la coagulation et même si vous ne présentiez pas de risques.

Nous utilisons en per opératoire des molécules permettant une diminution du saignement (en l'absence de contre indication) mais celle-ci ont un effet temporaire (18 à 24h) et n'empêchent pas la survenue d'un hématome plus ou moins conséquent.

Cet hématome peut-être responsable de douleurs, il est très rarement l'occasion d'une reprise chirurgicale pour nettoyer cet hématome et en contrôler le saignement.

b – caillot de sang :

Il peut survenir une **phlébite**, c'est à dire une thrombose des petites veines du mollet ou de la cuisse qui nécessitera une augmentation du traitement anticoagulant.

La phlébite est favorisée par l'alitement prolongé, l'absence d'exercices physiques, l'habitude de prendre ses repas au lit, la surcharge pondérale, une mauvaise alimentation, une hydratation insuffisante, des antécédents d'insuffisance cardiaque.

Nous réalisons des dopplers systématiques pendant votre hospitalisation de façon à détecter leurs survenues précoces et de façon également à traiter ces thromboses avant qu'elles ne se compliquent.

La complication principale et la plus inquiétante de la phlébite étant **l'embolie pulmonaire** qui consiste en la migration de petits caillots sanguins dans les artères pulmonaires et qui peuvent obturer une partie de la circulation sanguine dans le poumon.

La prévention consiste en une reprise rapide et normale d'une activité physique : marcher, bouger les pieds dans le lit, perdre du poids en cas de surcharge pondérale.

C'est en parti pour cette raison que nous avons mis en place une procédure RRAC : de récupération rapide après chirurgie.

2 - Complication infectieuse :

Le risque d'infection est une préoccupation quotidienne de la part de l'équipe médico-chirurgicale et de la part de l'équipe soignante. Vous verrez que nous mettrons en place tout un protocole de préparation de peau qu'il faut bien respecter (épilation, rasage, douche à la bétadine, préparation de jambe) et également avant l'hospitalisation bilan dentaire, bilan sanguin, bilan urinaire et cardiaque.

Elle peut survenir pendant, après, voire des mois après l'intervention.

L'aspect clinique se manifeste habituellement par un échauffement de la zone opérée quelques jours ou quelques semaines après l'intervention et peut modifier l'aspect de la cicatrice, voire provoquer un écoulement ou une fièvre.

En cas d'apparition de ces symptômes il vous est conseillé et demandé de prévenir votre chirurgien ou votre médecin généraliste de façon à vérifier cette possibilité et de la traiter le plus précocement possible.

Il faut s'avoir qu'une infection trainante traitée tardivement peut entraîner la nécessité de changer la prothèse de nettoyer l'os et de subir un traitement antibiotique pendant plusieurs mois.

L'ensemble de ces informations vous est fourni pour mieux gérer vos suites chirurgicales.

Elle sont heureusement peu fréquentes mais restent de l'ordre de 1 à 2 %.

3 - Complication neurologique :

La mise en place d'une prothèse nécessite de luxer la hanche ce qui peut entraîner un étirement du nerf grand sciatique au niveau de la fesse et de la cuisse. Si cet étirement est important et prolongé dans le cadre d'une arthrose vertébrale où le nerf est déjà souffrant il peut survenir une paralysie partielle du nerf sciatique.

Elle se manifeste par une gêne au relèvement du pied et une gêne à la marche avec parfois des douleurs dans le membre inférieur pendant quelques semaines.

Cette survenue est prévenue par une manipulation prudente du membre lors de la luxation et lors de la mise en place des implants avec des temps de repos de l'étirement de la hanche et des positions adaptées. Les temps d'intervention sont notablement raccourci depuis quelques années et contribuent à la prévention de ce risque qui reste inférieur à 1 pour mille.

4 - Complication mécanique :

Le risque de **luxation** ou de déboîtement de la prothèse existe avec certains types d'implants et si vous avez réalisés des gestes d'accroupissements ou de croisements de jambes de façon trop importante, trop brutale ou trop précoce. A ce titre vous devez attendre deux mois pour que les tissus, la cicatrice profonde et les tendons soient cicatrisés afin de résister aux torsions dans la hanche.

Néanmoins, ce risque est calculé et les prothèses de hanches sont adaptées en fonction de chaque personne avec la mise en place pour les patients de plus de 70 ans, et étant susceptibles d'avoir une faiblesse des muscles fessiers d'une prothèse totale de hanche à double mobilité évitant tous les phénomènes de luxation.

Certains couples de friction, en particulier le frottement d'une tête céramique dans un insert cotyloïdien en céramique (alumine, ou delta) peut provoquer des vibrations et des **bruits** à type de **couinements** (squeeking) au relèvement d'une position penchée en avant ou d'un accroupissement. Ce bruit n'a rien de grave mais peut-être gênant s'il se reproduit trop souvent.

Dans la programmation de votre intervention il est tenu compte de votre activité, de votre poids, de votre âge, des matériaux, de leur usure, de leur résistance et du centre de rotation de votre articulation de façon à répondre mieux à chaque cas. Chaque cas est analysé de façon unique en particulier en matière de hanche où le centre de rotation diffère d'un sujet à l'autre

et il n'existe pas une prothèse pour tout le monde mais des prothèses pour pouvoir s'adapter à l'ensemble de la population.

5 - Complication urinaire :

Chez l'homme après 50 ans la vessie peut se retrouver bloquée par un prostatisme important et empêcher l'évacuation des urines. La vessie gonfle, se distend et fait mal. Il faut alors pratiquer un sondage urinaire pour évacuer les urines (parfois plus d'1l).

Si vous présentez des problèmes urinaires (difficultés pour uriner, levés la nuit..) signalez le à votre anesthésiste et à l'équipe soignante pour ne pas tarder à vous prendre en charge. Le mieux bien sur est d'être suivi par un urologue au préalable et de lui parler de votre prochaine intervention.

6 – Le risque de fracture

On me demande souvent s'il y a un risque de fracture avec la prothèse.

Il est vrai que la prothèse durcie l'ensemble de votre fémur et provoque des zones de contrainte. En particulier sur la partie distale de la tige, au milieu du fémur il y a un point de concentration des appuis mécaniques qui peut céder en cas de chute importante.

La partie haute est également fragilisée au niveau du grand trochanter car c'est proche de cette région que l'on impacte la prothèse.

En conclusion le risque de fracture existe mais uniquement en cas de chute importante. La fracture se situera à des endroits plus spécifiques mais ne surviendra pas plus facilement qu'en l'absence de celle-ci.

Une particularité toutefois, le fémur peut céder facilement en cas de descellement de la tige (tige cimentée ancienne) et la fracture se produit alors autour de la tige. L'intervention peut alors nécessiter de changer la tige en plus de la synthèse du fémur.

7 - Inégalités de longueur

C'est un problème fréquent et une problématique constante pour le chirurgien. Il faut comprendre que la forme de la tige prothétique du fémur peut être différente de l'anatomie de votre hanche.

La largeur (offset) et la longueur peuvent être modifiés lors de la chirurgie du fait de cette anatomie différente et de l'orientation donnée à la tige.

C'est pourquoi nous programmons votre prothèse en fonction de vos besoins et de votre anatomie.

Certains vont jusqu'à proposer des prothèses sur mesure (ce qui pose d'autres problèmes). (La programmation est expliquée dans le chapitre E1.11)

Les mesures se font sur la radio pré-opératoire calibrée, le scanner, le scanner 3D, mais aussi pendant l'intervention en mesurant la largeur et longueur du col et de la tête fémorale.

La voie antérieure permet de vérifier les longueurs sur table pendant l'intervention si la chirurgie n'est pas réalisée sur table orthopédique. Par voie postéro-latérale la mesure des genoux est utile mais moins performante.

8 – A distance :

8.1 - Ossification

Dans certains cas la voie d'abord peut se calcifier dans les mois qui suivent. Ce cas est rare et est nettement diminué avec les techniques actuelles et le lavage systématique de l'abord chirurgical. En cas d'apparition, les tendons sont inflammatoires et captent les calcifications. Le traitement par un anti inflammatoire spécifique : l'indocid°, est mis en place.

La calcification se mesure sur la radiographie et comporte 4 stades dans la classification de Brooker.

8.2 - Fracture de l'implant

Il y a eu des cas exceptionnels de fracture du métal au niveau du col de la prothèse. L'anomalie principale a été identifiée du fait d'un marquage CE au laser sur ce col. Ce problème a été réglé.

La céramique d'alumine a montré sa fragilité ainsi que le zirconium à l'usure et en cas de microfissure avec des ruptures de tête ou d'insert cotyloïdien dans les 8 premières années de la prothèse. Les nouvelles céramiques "delta" ne posent plus ce type de problème.

8.3 - Descellement

Avec l'usure des matériaux et en particulier avec le polyéthylène on constate après 15 ans des phénomènes de décollement de la prothèse par rapport à l'os.

Dans d'autres cas la cupule en chrome cobalt ou en titane peut se détacher de l'os cotyloïdien lorsque celui-ci se durcit et se sclérose. On peut observer des décollements (descellement) de la prothèse entraînant des douleurs d'effort ou positionnelles (relèvement-rotation).

8.4 - Synovite inflammatoire ou allergique

Certains matériaux peuvent entraîner des allergies ou des inflammations chroniques. La hanche est alors inflammatoire. Un bilan biologique et allergologique doit être fait.

8.5 - Granulome d'usure

L'usure du polyéthylène de la prothèse (le plastique entre la tige et la cupule) peut entraîner une réaction cellulaire des macrophages (globules blancs "nettoyeurs"). Ceux ci sécrètent des protéines qui détruisent doucement l'os autour de la prothèse et créent des cavités gélatineuse qui peuvent être de taille variable. Votre chirurgien fait un contrôle régulier de votre prothèse par une radio annuelle au début puis tous les 5 ans pour vérifier leur éventuelle survenue.