

Dr Thomas BROSSET
Clinique saint Roch-Cavaillon

PROTHESE TOTALE DE HANCHE

EN GRAND DIAMETRE

PRINCIPES ET INDICATIONS

PRINCIPES

- Restaurer l'anatomie du patient avant la dégradation articulaire (nécrose, arthrose)
- Réduire au maximum (proche de zéro) le risque de luxation
- Limiter le risque d'usure du couple de frottement
- Redonner l'ensemble des activités habituelles, professionnelles et sportives au patient (à de rares exceptions près)

Principe: les grands diamètres

- Plus le rayon de la « tête » ou bille fémorale est grand et plus la course que doit faire la bille fémorale dans la cupule acétabulaire sera importante, augmentant ainsi les amplitudes articulaires et limitant à zéro ou presque le risque de luxation.
- Dans les faits la bille qui de façon standard mesure environ 28 mm de diamètre se rapproche de la taille de la hanche native entre 40 et 60 mm de diamètre. (le risque de luxation est $<$ à 1%, à partir d'un diamètre de 36 mm).

Principes: le couple de frottement

- Les couples de frottements dur-dur:
- ceux sont les couples dit métal-métal et céramique-céramique.
- Le couple métal-métal est le plus résistant à l'impaction et est donc encore utilisé chez l'homme jeune pratiquant des sports de combat ou de contact. Les prothèses de resurfaçage de hanche et en grand diamètre en sont pourvus.
- Son principal défaut consiste parfois et très rarement en une insuffisance de lubrification entre la tête du fémur et la cavité acétabulaire, cela entraîne un « grippage » de cette interface avec dépôt de particules métalliques dans la capsule articulaire et engendre une réaction immunohistochimique avec granulome pouvant causer de véritables dégâts osseux.
- Le couple céramique-céramique ou alumine-alumine est le constituant privilégié des prothèses de nouvelles générations. La composition de l'alumine a varié pour arriver à une composition dit alumine delta (alumine+zircone) plus résistante.
- Son principal défaut consiste en la structure même du matériau qui n'est pas stable à 100% dans le temps, l'alumine se transforme. Il existe donc des fractures de ces noyaux d'alumine (environ 1/2000 d'après le constructeur, dans les faits ceci reste exceptionnel).

INDICATIONS

- Patients à priori jeunes (selon l'âge physiologique). Homme 18-65 ans, femme 18 – 50 ans.
- Absence d'ostéopénie
- Activités professionnelles et/ou sportives à risque

TECHNIQUE OPERATOIRE

- Voie postérieure assimilée mini invasive (incision cutanée=12 à 14 cm), épargne tissulaire et musculaire (passage dans le sens des fibres musculaires).
- Coupe du col fémoral 1ère (prélèvement avec accord du patient et don de la tête fémorale à une banque d'os).
- Préparation acétabulaire, essai et impaction du cotyle définitif.
- Préparation du fémur selon la planification pré opératoire et réalisation des essais de stabilité et de longueurs.
- Impaction de la tige définitive et de la tête en grand diamètre choisie.
- Fermeture en prenant soins de réinsérer en transosseux les muscles pelvitrochantériens sur le fémur. Fil résorbable sur la peau (surjet intradermique).

Suites opératoires

- Immédiates:
- 1er levé le lendemain de l'intervention, appui complet et mise au fauteuil + /- toilettes.
- Les jours suivant déambulation dans la chambre puis dans le service, pratique des escaliers entre J3 et J5. utilisation de cannes anglaises jusqu'à 15 jours à 4 semaines.
- A la sortie:
- réalisation d'un renforcement musculaire doux jusqu'à cicatrisation de la capsule articulaire (environ 6 semaines).
- Reprise des activités sportives entre 3 et 6 mois post opératoires.



