

Informations

Changement de prothèse de hanche

DE QUOI S'AGIT-IL ?

La reprise de prothèse totale de hanche est une intervention chirurgicale qui a pour but de remplacer tout ou partie de la prothèse totale de hanche (PTH). Les causes habituelles de reprise de PTH sont les descellements aseptiques, les luxations, les fractures et les infections.

- Le descellement aseptique est la perte de la fixation de la prothèse à l'os. Elle est liée à une réaction de l'organisme aux débris d'usure de la prothèse qui provoque la résorption de l'os autour de la prothèse. La perte d'os est plus ou moins importante mais il n'y a pas d'infection.
- Les luxations lorsqu'elles sont liées à une mauvaise position des implants peuvent nécessiter une reprise.
- Les fractures du fémur ou du bassin ne provoquent pas toujours un descellement des prothèses et si une fracture nécessite une fixation, il n'est pas toujours indiqué de changer la prothèse.
- Les descellements septiques c'est à dire par infection autour de la prothèse nécessitent une stratégie de réintervention qui doit tenir compte du germe et de sa sensibilité aux antibiotiques.
- Les reprises de prothèse de hanche sont des interventions toujours plus complexes que la pose initiale de la prothèse et votre chirurgien peut être confronté à des difficultés inattendues.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une reprise de votre prothèse totale de hanche selon des modalités adaptées à votre cas. Les alternatives à cette intervention vous ont bien été expliquées en sachant que la temporisation risque de rendre les dégâts plus sévères et la réparation plus difficile. Il va de soi que votre chirurgien pourra le cas échéant en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

M....., le/..../.....

Fiche conçue pour fournir un support et/ou un complément à l'information orale délivrée par le chirurgien au cours des consultations précédant la décision opératoire. Seule, l'information orale peut être adaptée à chacun, à sa demande. Elle donne la possibilité de répondre aux questions posées, et constitue l'essentiel de l'information délivrée.

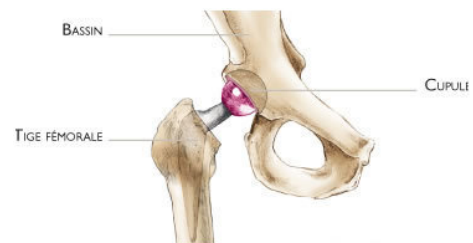
_____ D^r Christian LEONARDI

AVANT LE TRAITEMENT

Un bilan d'imagerie complet est réalisé permettant de confirmer le faire le bilan de l'étendue des lésions et de prévoir les modalités du changement de prothèse. Un bilan de l'état général permettra de minimiser le risque de complication per et post opératoire. Un bilan infectieux local et général est prescrit afin de savoir d'une part si la prothèse est infectée et d'autre part rechercher un foyer infectieux à distance (dentaire, urinaire ?) qui devra être traité avant l'intervention pour éviter toute contamination.

QUEL TRAITEMENT ?

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale et dure entre 2h et 5h. La plupart du temps l'intervention se réalise par la même voie d'abord que la première pose. Cette intervention complexe comprends plusieurs étapes :



- L'ablation de la prothèse et du ciment



- Comblement éventuel avec des greffes des destructions osseuses
- Mise en place d'une nouvelle prothèse.



- Renforcement de la tenue de l'os autour de la prothèse par synthèse complémentaire
 - Au niveau du cotyle, l'utilisation de greffe osseuses provenant de banque d'os, est souvent nécessaire. L'os de banque utilisé est mélangé avec des prélèvements osseux effectués lors de la préparation du lit de la prothèse. Parfois on peut utiliser un soutien métallique qui vise à stabiliser les greffes et à renforcer le cotyle osseux afin d'y sceller une cupule
 - Au niveau du fémur, l'extraction du ciment en totalité peut être parfois difficile, avec des risques importants de fracture et de perforation corticale. Afin de retrouver un scellement de qualité il est souvent nécessaire d'utiliser des tiges fémorales allongées, qui pontent la zone fragile, pour s'ancrer dans un os sain. On préfère dans ces cas les prothèses non cimentées

En cas de descellement aseptique, le changement de prothèse sera associé à une greffe osseuse dont le volume dépend de l'importance de la perte de substance osseuse. Cette greffe peut se faire soit avec votre propre os, soit le plus souvent avec de l'os humain provenant d'une banque d'os qui a obtenu l'agrément ministériel et qui fait l'objet de contrôles qualité réguliers. La reprise peut se faire avec des implants identiques à la première intervention soit avec des implants particuliers adaptés aux pertes de substances osseuses. De plus des pièces supplémentaires peuvent être utilisées pour renforcer la tenue de la nouvelle prothèse.

En cas de luxation récidivante la reprise peut consister en un simple changement de position des pièces originales ou à la mise en place d'une nouvelle prothèse.

En cas de fracture sur prothèse, l'intervention peut se limiter à la fixation de la fracture avec du matériel d'ostéosynthèse (plaque vissée, crochet, cerclages) ou consister en plus à changer la prothèse ancienne.

Le descellement septique est la situation la plus complexe. Le changement de prothèse peut se faire en un temps ou en deux temps. C'est à dire que l'ablation de la prothèse infectée, le nettoyage des surfaces infectées et la pose d'une nouvelle prothèse peuvent se réaliser durant la

même intervention ou en deux interventions séparées de plusieurs semaines. En fonction de l'ancienneté de l'infection, des caractéristiques du germe et de l'état général du patient, le chirurgien choisira la stratégie adaptée. Dans tous les cas l'intervention sera suivie d'une antibiothérapie de plusieurs semaines.

ET APRÈS ?

Les suites opératoires sont plus complexes que dans une prothèse normale, avec souvent une interdiction d'appui pour plusieurs semaines, mais les résultats au bout du compte sont très bonnes avec une récupération complète de la fonction. La durée d'hospitalisation est prolongée, parfois un passage dans un service de rééducation (avant de rentrer à la maison) reste souhaitable.

Un drain d'aspiration est habituellement laissé pour éviter la constitution d'un hématome. Il sera retiré dans un délai qui dépendra des modalités de la reprise de prothèse.

Un saignement notable est habituel durant les reprises de prothèse et il faut envisager fréquemment une transfusion de sang en per ou en post-opératoire. De nos jours, les produits sanguins comme les greffes osseuses subissent de très nombreux tests destinés à prévenir la transmission de certaines maladies comme le sida ou l'hépatite.

Le lever et l'appui sur le membre sont autorisés après un délai qui dépend de l'intervention réalisée. Dans les cas de greffe osseuse ou de réparation de fracture, l'appui est souvent interdit ou partiel avec usage de cannes anglaises pendant au moins 6 semaines. La rééducation de la hanche se fait essentiellement par la reprise de la marche et dans certains cas une musculation spécifique des muscles fessiers sera prescrite à distance de l'intervention.

Certains mouvements particuliers sont à éviter et ils vous seront indiqués par le chirurgien ou le kinésithérapeute.

Afin d'éviter les phlébites, un traitement anticoagulant est prescrit pendant plusieurs semaines. Des bas de contentions peuvent être utilisés également.

La durée d'hospitalisation dépend de la cause de la reprise et de l'importance de l'intervention. Après votre sortie, vous serez revu en consultation avec des radiographies. La rééducation doit être

poursuivie soit à domicile avec un kinésithérapeute soit en centre de rééducation.

La reprise d'une activité normale dépend du type d'intervention. Si l'intervention a consisté en un simple changement de prothèse, les délais seront proches de ceux d'une prothèse de première intention c'est à dire de 6 à 8 semaines. Si l'intervention a comporté des greffes osseuses, la reprise d'activité normale peut nécessiter de 3 à 6 mois de convalescence.

LES COMPLICATIONS

Les complications ont heureusement rares, mais il faut avoir conscience des risques, aussi minimes soient-ils. En effet, la survenue d'une complication rallonge souvent la récupération, compromet souvent le résultat attendu. Un traitement complémentaire, spécifique est souvent nécessaire. Si la plupart des complications guérissent avec des séquelles mineures, certaines peuvent laisser un handicap lourd, très important.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

Voici celles qui sont le plus couramment rencontrées et pour lesquelles nous réalisons une prévention active :

Quels sont les principaux inconvénients et risques précoces éventuels de l'intervention ?

L'hématome ou la collection de sang dans les tissus situés autour de la zone opératoire. Cet épanchement peut être minime et bien soulagé par le « glaçage » du membre opéré. Il est exceptionnellement excessif et peut nécessiter une ponction, voire une intervention pour l'évacuer. Ce risque est prévenu par une coagulation vasculaire soigneuse pendant l'intervention, dans certains cas, par la mise en place de drains lors de la fermeture de la plaie opératoire (pour aspirer et évacuer le sang). Cette complication est rare à la hanche. À l'inverse, l'ecchymose (coloration bleue de la peau) dans la fesse ou la cuisse est habituelle. Une hémorragie pendant l'opération qui nécessiterait un grand nombre de transfusions et une intervention vasculaire est exceptionnelle. Une lésion vasculaire peut exceptionnellement survenir, entraînant une hémorragie pouvant être grave.

Une perte sanguine (anémie). Vous pouvez perdre une quantité importante de sang selon le type de chirurgie que vous subissez. Une perte de sang peut entraîner une diminution de votre taux d'hémoglobine, laquelle est appelée « anémie ». L'hémoglobine transporte l'oxygène dans votre organisme et son taux peut être mesuré au moyen d'une analyse sanguine. Si votre taux d'hémoglobine est trop bas, il se peut que vous vous sentiez étourdi et faible, à bout de souffle, très fatigué ou que vous ayez la nausée ou un mal de tête. Vous aurez peut-être besoin d'une transfusion sanguine.

Les infections. Ce sont les complications graves après une chirurgie. L'infection profonde est rare. Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient, pouvant laisser des séquelles importantes, et nécessitant un traitement long et fastidieux. La clé réside donc dans la prévention.

Un certain nombre de situations « à risque » ont été identifiées, justifiant alors un dépistage ciblé. On peut citer, sans être bien sûr exhaustif : les antécédents d'infection ; le diabète insulino-requérant ; l'hémodialyse ; les situations d'immunosuppression pathologique ou iatrogène ; l'éthylisme chronique, la toxicomanie ; les lésions cutanées chroniques ; les sinusites récidivantes ; un séjour récent en service de réanimation ; une hospitalisation prolongée, même en service de soins standard ; une hospitalisation récente en service de long ou moyen séjour ; le port d'une sonde urinaire à demeure ; l'utilisation récente d'antibiotiques à large spectre ; le diabète et le tabagisme. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Peut-on réduire le risque d'infection ? La préparation pré-opératoire du patient est une étape probablement primordiale, car les infections postopératoires sont le plus souvent d'origine endogène, et principalement cutanée et muqueuse. La flore résidente du patient peut être introduite dans l'organisme lors de toute effraction cutanée, et notamment d'une incision chirurgicale. Cette flore ne peut jamais être supprimée totalement, et toutes les mesures de prévention ne peuvent que diminuer le nombre de bactéries présentes. Un état d'hygiène irréprochable du patient lorsqu'il entre dans le bloc opératoire est souhaitable. Pendant l'intervention, toutes les précautions seront prises pour limiter le risque infectieux. L'intervention se déroule selon un protocole précis, formalisé et connu de tous les intervenants et des contrôles de qualité sont fréquemment réalisés. Il faut souligner l'importance de la qualité de la décontamination de la

salle d'opération décontaminé, des règles de préparation des instruments, des vêtements stériles et à usage unique, du comportement du personnel, de l'aseptie des mains Votre peau sera de nouveau désinfectée selon un protocole précis et vous pouvez recevoir également des antibiotiques pendant l'intervention selon le protocole du CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) de l'établissement.

Le diagnostic de l'infection peut-être difficile. Il n'existe pas de tableau clinique spécifique de l'infection. Il existe toutefois des éléments qui doivent mettre la puce à l'oreille (fistule cutanée, troubles de cicatrisation, syndrome douloureux anormal dans sa durée et dans son intensité, fièvre, signes locaux habituels de l'inflammation : rougeur, chaleur, gonflement, douleurs . . .). Il n'existe pas non plus de tableau biologique spécifique (élévation de la vitesse de sédimentation et de la CRP). Les radiographies standards peuvent être intéressantes. Il est possible de réaliser une échographie, un scanner ou même une IRM : ces examens n'ont d'intérêt que pour rechercher une collection profonde et en réaliser la ponction. L'imagerie nucléaire est régulièrement évoquée, mais son apport diagnostique est souvent décevant. Au total, ce sont les prélèvements au niveau du site, avec analyse bactériologique qui restent l'étalon-or de la démarche diagnostique.

Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée à la documentation bactériologique. La durée du traitement est souvent prolongée, adaptée au cas par cas. Il faut y associer une ré-intervention pour nettoyer la zone opérée. Cela nécessite un caractère complet de l'excision, préalable à la guérison, et provoque souvent des sacrifices tant osseux que périphériques importants, même si cela doit compliquer les suites ou le geste de reconstruction.

Une inégalité de longueur peut aussi survenir (par exemple, un raccourcissement de jambe). Le chirurgien cherche à obtenir l'égalité de longueur des jambes en réduisant exactement la fracture. Il faut savoir qu'une inégalité de longueur de l'ordre de 15mm est « acceptable » et sans conséquence. Malgré les mesures préopératoires et peropératoires, il n'est pas toujours possible ni souhaitable de rechercher l'égalité de longueur des membres inférieurs car un raccourcissement du côté opéré provoque une faiblesse des muscles fessiers ainsi qu'une instabilité de la prothèse qui peut entraîner une luxation. De plus, les contraintes liées à la reconstruction osseuse peuvent rendre impossible la mise à niveau des deux hanches.

Un œdème. Il se peut que le membre opéré soit enflé pendant les premières semaines qui suivent la chirurgie. Pour aider à réduire l'enflure, élevez le membre opéré dans la mesure du possible. Si le membre opéré est votre jambe ou votre pied, évitez de vous asseoir pendant de longues périodes de temps et bougez vos pieds et vos chevilles pour que le sang continue de circuler.

Les complications veineuses en cas de prothèses des membres inférieurs : hanche, genou, cheville. La phlébite (inflammation d'une veine) qui peut se compliquer d'une thrombose veineuse (caillot dans la veine) est favorisée par l'immobilisation. Un fragment du caillot peut parfois se détacher et migrer vers les poumons : c'est l'embolie pulmonaire, ce qui entraînerait de graves risques pour votre santé. Les risques de thrombose sont devenus rares grâce aux exercices pour stimuler le retour veineux dans les jambes (bougez fréquemment). Toutes les heures, bougez vos pieds et vos chevilles. Contractez et relâchez les muscles de vos jambes et de vos fessiers), au lever précoce, au traitement anticoagulant (qui fluidifie le sang) dès la veille de l'intervention et au port des bas de contention.

Vous avez plus de chances de présenter des caillots sanguins si vous avez des problèmes cardiaques ou de circulation sanguine, êtes inactif, avez un excédent de poids ou d'autres problèmes de santé comme le diabète. Avertissez votre chirurgien avant l'opération si vous avez déjà présenté un caillot sanguin dans le passé.

Prenez les anticoagulants selon les recommandations de votre chirurgien. Les anticoagulants sont utilisés pour prévenir la formation de caillots sanguins à la suite d'une opération importante de la jambe. C'est le chirurgien qui décidera du nombre de jours de votre traitement, en fonction du risque que vous présentez. La présentation des anticoagulants varie, sous forme de comprimés ou de solution injectable. Certains d'entre eux exigent une surveillance hématologique afin de s'assurer qu'ils n'interagissent pas avec des aliments ou d'autres médicaments et que la dose est appropriée, tandis que d'autres ne requièrent pas cette surveillance.

Les complications générales

☞ **Les complications cardiovasculaires.** Les deux complications cardiaques postopératoires les plus courantes sont la crise cardiaque et l'insuffisance cardiaque. Le stress de la chirurgie peut causer une crise cardiaque chez les personnes atteintes d'une maladie coronarienne, laquelle peut avoir entraîné ou non des symptômes avant la chirurgie. Assurez-vous de parler

de votre santé cardiovasculaire au chirurgien et à l'anesthésiste et de suivre leurs directives.

- ☞ **Un délire postopératoire.** Parfois, les personnes âgées vivent une période de confusion ou de délire après une chirurgie. Il se peut qu'elles agissent ou qu'elles parlent de façon anormale. Par exemple, il est possible qu'elles commencent à oublier des choses, qu'elles soient confuses, ou encore qu'elles voient, qu'elles entendent ou qu'elles croient des choses qui n'ont aucun sens. Le délire disparaît généralement en quelques jours, mais, à l'occasion, il subsiste pendant quelques semaines. De façon générale, il est attribuable à plus d'une cause. Les effets secondaires des anesthésiques et des médicaments, le manque de sommeil, la douleur, l'infection, le sevrage d'alcool, la constipation et un faible taux d'oxygène font partie des causes courantes de délire. L'équipe soignante cherche et corrige la cause du délire dans la mesure du possible.
- ☞ **Une rétention urinaire.** L'incapacité à uriner est un problème très fréquent après tout type de chirurgie. On règle le problème en insérant une sonde dans la vessie pour évacuer l'urine. Il peut rester en place pendant plusieurs jours ou être retiré immédiatement après qu'on ait vidé la vessie.
- ☞ **Des nausées.** Si les nausées et les vomissements persistent, un médicament peut être administré.
- ☞ **Constipation.** Le manque d'activité à la suite d'une chirurgie et l'utilisation de narcotiques, lesquels maîtrisent la douleur, mais réduisent la fonction intestinale, sont généralement la cause de la constipation. Des laxatifs émoulinants ou autres peuvent être prescrits au besoin.
- ☞ **Des réactions allergiques.** Les médicaments que l'on vous a prescrits peuvent causer des réactions allergiques. Les réactions à la pénicilline, aux sulfamides et à la codéine sont les plus courantes. Elles peuvent varier d'une éruption cutanée légère à une réaction grave. N'oubliez pas d'avertir votre médecin si vous avez déjà présenté une réaction allergique. Si vous croyez que vous avez une réaction allergique, informez-en le médecin immédiatement.

Complications cutanées. Un ulcère de décu-bitus peut être dû à la compression de la peau de parties osseuses et se rencontre chez les patients

alités pendant une longue période de temps ou présentant un mauvais état nutritionnel. Il est possible de prévenir cette complication en utilisant de bonnes techniques de soins de la peau, des protections des zones fragiles, des dispositifs permettant de soulever du lit les régions touchées.

Les ennuis cicatriciels : désunion de la cicatrice, nécrose (mort de la peau) sont rares. Ils peuvent nécessiter une nouvelle intervention pour reprendre la cicatrice et réaliser une nouvelle suture, voire, dans certains cas, une greffe de peau (plastie cutanée). Cette complication est plus ou moins grave en fonction de son étendue et de sa localisation. Elle doit être traitée rapidement pour éviter l'infection.

La luxation ou déboîtement de la prothèse est une complication qui peut survenir lors de gestes inadaptés (surtout les trois premiers mois après l'intervention) car l'intervention a supprimé la raideur et les douleurs préopératoires. Ainsi, des mouvements extrêmes peuvent être réalisés sans s'en rendre compte. Il peut y avoir d'autres causes : muscles autour de la prothèse sont trop faibles, mauvaise position de la prothèse, « effet came » . . . Pour prévenir cette complication, il importe d'éviter certains gestes surtout pendant les trois premiers mois après l'opération. C'est la raison pour laquelle les kinésithérapeutes vous enseignent pendant votre séjour les précautions nécessaires, les mouvements dangereux à éviter.

La fracture osseuse lors de la mise en place de la synthèse : il s'agit là aussi d'une complication qui est due à une fragilité osseuse. Cette fracture per ou post opératoire du fémur, peut alors justifier un geste chirurgical complémentaire.

La paralysie nerveuse. Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les nerfs du membre inférieurs (nerf crural ou sciatique) qui peuvent souffrir lors des tractions, lors des manipulations. Les lésions permanentes sont rares. Habituellement, la paralysie régresse, mais la récupération peut demander plusieurs mois. Exceptionnellement une atteinte plus sévère peut être observée, pouvant justifier un appareillage spécifique ou une nouvelle intervention.

Les embolies graisseuses sont exceptionnelles. Lors de la mise en place sous pression de la prothèse dans l'os, des micro-embols (petits fragments) de graisse (provenant de la moelle osseuse), d'air, ou des petits caillots de sang peuvent se détacher et migrer. Ces risques augmentent quand il existe un os ostéoporotique. Ces embols peuvent parfois se bloquer dans la circulation et entraîner une complication respiratoire, cardiaque (le risque est d'autant plus important qu'il existe

une insuffisance cardiaque ou respiratoire avant l'intervention) ou neurologique.

Quels sont les principaux inconvénients et risques tardifs éventuels de l'intervention ?

Un démontage de la fixation peut se produire dans les suites. La solidité du matériel utilisé met à l'abri de rupture de celui-ci avant plusieurs mois mais la qualité de l'os fixé ainsi que le type de fracture (très fragmenté) peut être à l'origine de déplacements secondaires. Des radiographies à intervalle régulier surveillent la bonne tenue du matériel pendant la période de consolidation. Des signes de déplacement de la fracture peuvent nécessiter l'interruption de l'appui voire une reprise chirurgicale.

Un cal vicieux est possible. La consolidation de la fracture en position non anatomique est une complication fréquente mais qui n'a le plus souvent aucune répercussion notable sur la fonction.

La non consolidation de la fracture peut nécessiter une nouvelle intervention.

Les ossifications périarticulaires sont exceptionnelles : il s'agit de formations osseuses entourant la hanche qui peuvent survenir après l'intervention et qui sont responsables d'un enraidissement de l'articulation.

La raideur de la hanche : est due à la présence d'adhérences qui limitent la mobilité (les tissus mous sont "collés"). Elle peut être prévenue par la mobilisation douce et précoce de votre hanche, mobilisation passive ou à l'aide d'un appareillage.

L'algoneurodystrophie ou algodystrophie est un « dérèglement du système nerveux qui commande les vaisseaux », responsable de douleurs, de gonflement et pouvant aboutir à une raideur de l'articulation. Il s'agit d'une complication qui survient et évolue de façon capricieuse et imprévisible. Le traitement repose sur l'association de médicaments et d'une rééducation douce et spécialisée. L'évolution peut se faire sur plusieurs mois.

Des douleurs en regard de la hanche ou de la cuisse peuvent persister, dans certains cas. Certaines personnes peuvent continuer à souffrir alors que la fracture est bien en place, qu'il n'y a pas d'explication mécanique aux douleurs et que tout est satisfaisant sur les radiographies. Il peut s'agir de douleurs des tissus situés autour (bursites ou tendinites) peuvent être gênantes et nécessiter des massages, des crèmes ou gels anti-inflammatoires...

Une gêne du matériel peut nécessiter son ablation lorsque la consolidation est acquise. Cependant en règle, la plupart des opérés gardent à vie leur matériel sans aucun inconvénient.

Dans de rares cas, aucune cause évidente n'est décelée, et le chirurgien ne trouve pas d'explication précise à la gêne ressentie. La surveillance régulière par le chirurgien est alors nécessaire.

Une insuffisance de récupération musculaire

Une perte de force, une amyotrophie de la cuisse, de la jambe peuvent persister. Cela peut être source de boiterie, d'appréhension, d'insécurité, de gêne pour certaines situations (soulever la jambe, escaliers, soulever du poids, ...). Cela augmente le risque de chute.

Risques liés au tabagisme. Il est établi que le tabagisme multiplie par 2 à 4 le risque de complications postopératoires, et en particulier celui d'infection et de nécrose cutanée. Cette majoration du risque disparaît lorsque le tabac est arrêté complètement pendant les 6 à 8 semaines qui précèdent l'intervention, et les 2 à 4 semaines qui la suivent. Nous déconseillons fortement l'usage du tabac pendant cette période.

Court-on un risque vital ? Toute opération chirurgicale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre état général est bon, ce risque est minime. Cependant si votre état général est moins bon (grand âge, maladies graves du cœur, du poumon, obésité, etc.), le risque peut être plus ou moins important. Le risque de décès après une prothèse du membre inférieur est actuellement évalué à 0,5 %. De toute façon, un bilan de votre état de santé global sera fait avant de vous opérer (généralement lors de la consultation avec le médecin anesthésiste). À son issue, vous serez informé(e) des risques et invité(e) à poser toutes les questions nécessaires et à bien réfléchir avant de prendre votre décision. Dans de rares cas, l'intervention pourra même vous être formellement déconseillée, si le risque encouru est supérieur au bénéfice de l'intervention.

RASSUREZ-VOUS! Votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter. En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

Les meilleurs résultats sont observés après un délai d'au moins 6 mois. L'amélioration peut se poursuivre pendant les deux années postopératoires. Le résultat attendu est une marche sans canne indolore.

Les activités professionnelles sont généralement reprises après 3 à 6 mois (très variable en fonction de la profession et des cas).

Les activités physiques sont autorisées après plusieurs mois. Elles dépendent du niveau physique du patient et sont à valider avec votre chirurgien.

EN RÉSUMÉ

Le changement d'une Prothèse Totale de Hanche (PTH) est une intervention complexe, même dans les mains de chirurgiens confirmés, plus longue et plus difficile que la mise en place de la première prothèse, avec des complications de fréquence supérieure aux prothèses de première intention.

Des découvertes per opératoires peuvent imposer des changements de stratégie opératoire. Il faut parfois effectuer des greffes osseuses et parfois utiliser des moyens d'ostéosynthèse.

Les suites sont plus longues et les résultats peuvent être moins satisfaisants que ceux de la première prothèse, notamment si les dégâts sont sévères, avec une intervention effectuée trop tard.

Enfin, les complications per opératoires et post opératoires sont plus fréquentes que pour une première PTH et leur prévention repose sur un bilan anesthésique, biologique et d'imagerie rigoureux.

Quelques questions que vous devez vous poser ou demander à votre chirurgien avant de vous décider

Pourquoi recommandez-vous cette chirurgie?

Y a-t-il d'autres solutions pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader?

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience? Quel est le temps opératoire? Quelle est la durée de l'hospitalisation?

Aurai-je beaucoup de douleurs? Comment la traiter?

Quels sont les risques et/ou complications encourus?

Quels sont mes bénéfices à être opéré et quel résultat final puis-je espérer?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives?

Quelle sera la durée de ma convalescence?

Me recommandez-vous un second avis?

Date et signature du patient (e) :