



INFORMATION PREOPERATOIRE

Clinique Universitaire de Chirurgie Orthopédique et
Traumatologie du Sport

Professeur J. TONETTI

OSTEOTOMIE DE LA HANCHE POUR ARTHROSE

QU'EST-CE QUE C'EST ?

La hanche désigne l'articulation située entre le bassin et la cuisse, et fonctionne à la manière d'une bille (la tête du fémur) dans une demi-sphère (la cavité acétabulaire du bassin, ou cotyle). Les mouvements de cette articulation sont normalement possibles grâce à la présence de cartilage recouvrant les surfaces osseuses en contact. Si ce cartilage est usé de façon importante, par suite d'un phénomène de vieillissement naturel ou d'une déformation ancienne des structures osseuses, il se produit un "grippage" lors des mouvements, entraînant plus ou moins rapidement un contact direct entre os de la cuisse et os du bassin, et progressivement une déformation des structures osseuses elles-mêmes. C'est un peu comme un roulement à bille qui perdrait ses billes avec grippage du mécanisme et déformation progressive de l'ensemble du système mécanique.

Il est évident que ce fonctionnement anormal de l'articulation entraîne progressivement des douleurs soit simplement à la marche ou à la reprise d'activités, soit continues, avec apparition de douleurs nocturnes. Ces douleurs sont généralement situées au pli de l'aîne, mais peuvent se manifester au niveau du genou ou de la région fessière. Les activités sont perturbées, et notamment la marche, avec boiterie et parfois l'aide obligatoire de cannes. De même la pratique des escaliers est limitée, avec gêne fréquente lors des activités usuelles. La hanche peut s'enraidir et en particulier certains mouvements ne sont plus possibles, comme de faire pivoter la jambe vers l'intérieur. Le mauvais fonctionnement de l'articulation de la hanche peut en outre retentir de façon très défavorable sur les articulations adjacentes, et notamment la partie basse de la colonne vertébrale.

Il peut arriver que cette usure précoce de l'articulation soit la conséquence d'une anomalie d'orientation de la tête du fémur en face de la cavité osseuse du cotyle. Le problème peut venir du fémur, ou du bassin, ou des deux, et nécessiter une ostéotomie (« ostéotomie » signifie « section osseuse ») : en pratique, il suffit de réaliser une coupe au niveau d'un os, de réorienter les fragments selon les nécessités de rectification des axes, puis de fixer les os (ostéosynthèse) en bonne position.

- Ainsi la tête du fémur peut être mal orientée, un peu comme pour une voiture s'il existe un défaut de parallélisme au niveau des roues, ce qui entraîne une dégradation rapide des pneus. Ce défaut d'axe va entraîner dès le jeune âge un excès de contraintes sur une portion de cartilage, et une usure précoce de l'articulation. La solution consistera en une réorientation du col du fémur pour rétablir une transmission harmonieuse des charges mécaniques sur l'articulation : c'est l'ostéotomie du fémur.
- Parfois, c'est la cavité osseuse du cotyle qui n'est pas assez congruente, c'est-à-dire qu'elle ne « couvre » pas suffisamment la tête du fémur, d'où un excès de charge mécanique sur une trop petite portion à la partie supérieure de la tête « couverte » par le toit du cotyle. La solution consiste en un élargissement de cette surface d'appui au niveau du toit du cotyle, soit en plaçant une pièce d'os prélevée au niveau du bassin et encastrée comme un « auvent » sur le rebord du cotyle, c'est la « butée osseuse », soit en réorientant complètement le bassin pour faire basculer le cotyle dans une position plus normale de recouvrement de la tête, c'est l'ostéotomie du bassin.

- Les deux interventions au niveau du fémur et du cotyle peuvent dans certains cas être associées.

Votre chirurgien vous expliquera les différentes étapes de votre intervention, laquelle demande environ 1 à 3 heures selon les cas en ce qui concerne le geste chirurgical lui-même, mais il faut prendre en compte le temps d'anesthésie et de préparation des tables d'instruments utilisés pour la mise en place de cette prothèse, puis le passage en salle de réveil. Votre chirurgien, de même que le médecin anesthésiste, vous détailleront également toutes ces modalités habituelles ainsi que les possibles complications liées au geste opératoire et à l'anesthésie.

AVANT LE TRAITEMENT

Les médicaments peuvent ne plus être efficaces contre les douleurs et une limitation d'activités de plus en plus importantes, confirmant l'évolution clinique de cette arthrose de la hanche (coxarthrose). La radiologie confirme alors généralement l'importance de cette perte du cartilage articulaire (le cartilage n'est pas visible en radiologie), entraînant alors un rapprochement des structures osseuses entre elles (signe décrit comme un "pincement articulaire" sur les comptes rendus de radiologie). Si rien n'est proposé pour rectifier ce défaut d'axe du fémur ou de couverture de la tête, l'évolution va se faire à plus ou moins long terme vers l'arthrose et devoir nécessiter la mise en place d'une prothèse. Ainsi pour stabiliser l'évolution de cette coxarthrose, il est logique de corriger les défauts mécaniques d'orientation, dès que possible, par le recours à ces interventions dites « conservatives », car elles vous permettent de conserver votre hanche et d'éviter souvent pour de très nombreuses années, la mise en place d'une prothèse totale de hanche. C'est ainsi qu'après un bilan très complet de vos douleurs et de la limitation d'activité dont vous souffrez, ainsi qu'un bilan par les radiographies, éventuellement complétées par un scanner ou une IRM, votre chirurgien peut vous proposer soit une ostéotomie du fémur ou du bassin, soit une butée dite « ostéoplastique » de la hanche.

QUEL TRAITEMENT ?

Après bilan préopératoire, notamment sanguin, cardiaque et pulmonaire, et vérification de l'absence de toute contre-indication à l'anesthésie lors de la consultation de pré-anesthésie, l'intervention sera pratiquée soit sous anesthésie générale soit en endormant seulement le bas du corps (anesthésie rachidienne).

- Pour les ostéotomies de fémur les plus habituelles, le chirurgien va effectuer une coupe de l'os à la partie haute du fémur, entre les deux massifs osseux en avant et en arrière du col du fémur (grand et petit trochanters), sans toucher à l'articulation (ostéotomie inter-trochantérienne), pour soit ajouter un triangle d'os (greffe osseuse ou « cale » d'os synthétique), soit le plus souvent pour enlever un triangle osseux, de manière à obtenir un axe satisfaisant de la totalité du membre inférieur, à partir des calculs effectués avant l'intervention. Cette coupe osseuse est naturellement réparée immédiatement par une ostéosynthèse, c'est-à-dire une fixation des deux parties osseuses par une plaque et des vis. Ceci permet en général de permettre une reprise d'appui relativement précoce, sans nécessiter d'immobilisation par plâtre ou appareillage complémentaire.
- Pour les interventions au niveau du bassin, soit un fragment d'os est prélevé sur la crête du bassin, et inséré en prolongement de toit du cotyle (butée ostéoplastique), soit différentes coupes osseuses sont pratiquées au niveau de l'os du bassin lui-même pour pouvoir faire basculer la cavité du cotyle en bonne position (ostéotomie de bassin). Les différentes parties osseuses sont alors fixées par du matériel d'ostéosynthèse (vis ou plaques). La reprise d'appui peut être retardée de plusieurs semaines, mais il n'y a pas chez l'adulte de recours à des immobilisations par plâtre.

APRES LE TRAITEMENT

L'hospitalisation dure généralement 5 à 10 jours après l'intervention selon les cas. Les douleurs sont généralement modérées et sont désormais grandement minimisées par le recours aux médicaments ou à des protocoles utilisant une pompe à morphine. Questionnez votre médecin anesthésiste au sujet de la prévention des douleurs en post-opératoire. Les délais de reprise de la marche, d'abord avec un déambulateur, puis deux cannes et enfin une seule canne, dépendront des recommandations de votre chirurgien, selon les conseils du kinésithérapeute durant votre séjour. Autrefois, le séjour en centre de rééducation était la règle après prothèse de hanche... désormais, le retour se fait le plus souvent à domicile, avec assistance d'une kinésithérapie à domicile (durant 2 à 3 mois environ), et reprise progressive d'activités usuelles. La reprise d'activités professionnelles dépend de chaque personne et de la nature du travail, généralement 4 à 10 mois. Pour les activités sportives, celles-ci sont généralement autorisées après un certain délai: il faudra questionner votre chirurgien à propos des modalités de reprise. Le matériel d'ostéosynthèse peut devoir être enlevé (ce n'est pas systématique) après un certain nombre d'années (en général après la deuxième année).

LES RESULTATS OBTENUS

Autrefois considérées comme l'unique solution chirurgicale pour l'arthrose de la hanche, avant l'apparition, puis les progrès des prothèses de hanche depuis plusieurs dizaines d'années, les ostéotomies doivent pouvoir être proposées à un stade précoce de l'arthrose sur déviation des axes du fémur ou du bassin. Même si les résultats sur la douleur sont moins spectaculaires que pour les prothèses de hanche, ces interventions ont le mérite de ne pas entraîner de geste chirurgical au niveau de l'articulation elle-même... Il est parfois reconfortant de pouvoir être soulagé de ses douleurs « en conservant sa hanche... » !

Dans un grand nombre de cas, la reprise normale de toutes les activités est obtenue et permet de parler de "hanche oubliée", permettant la reprise d'une vie pratiquement normale. Il faut cependant être conscient que l'arthrose peut continuer d'évoluer et qu'une prothèse pourra tout de même être nécessaire après plusieurs années, et parfois plusieurs dizaines d'années. Il est essentiel donc de connaître cette possibilité d'évolution à long terme pour la soigner dans les meilleures conditions. Quoi qu'il en soit, il vous faudra consulter votre médecin, avec avis de votre chirurgien, en cas de survenue par la suite de douleurs ou de limitation de vos activités.

COMPLICATIONS

Les complications sont en fait rares, notamment à type de blessure accidentelle d'un vaisseau ou d'un nerf, particulièrement le nerf sciatique.

Trois complications classiques dans les suites de l'intervention sont combattues de façon systématique pour prévenir leur apparition :

- **Les phlébites et embolies pulmonaires**, représentées par un ou plusieurs caillots de sang formés dans une veine de la jambe ou de la cuisse (phlébite), pouvant migrer vers le coeur, puis vers le poumon (embolie pulmonaire). La formation de ces amas de sang coagulé dans les veines peut être évitée par un traitement anticoagulant, lequel peut devoir être adapté avant et après l'intervention en fonction d'autres troubles notamment cardiaques. Ces adaptations du traitement anticoagulant seront précisées lors de la consultation de pré-anesthésie.

- **L'infection** reste la complication la plus redoutée et toutes les précautions sont prises avant, pendant et après l'intervention. Avant l'intervention, il faut vérifier l'absence de "réservoir de microbes" tels qu'un abcès dentaire, une infection urinaire ou cutanée, ou toute autre état infectieux local ou à distance de la région de la hanche. Une préparation cutanée vous sera recommandée en complément de la préparation préopératoire proprement dite. Des antibiotiques peuvent être systématiquement prescrits au moment de l'intervention, et peuvent devoir être prolongés par la suite dans certains cas.
- **La pseudarthrose** est l'impossibilité pour l'os de fusionner correctement dans les délais habituels. Cela peut être dû à une reprise trop précoce de la marche et l'abandon trop rapide des cannes, ou une déstabilisation inattendue du matériel servant à solidariser les deux parties osseuses. Cette complication est peu fréquente, mais peut survenir tout comme pour n'importe quelle fracture accidentelle. Un geste complémentaire pourra peut-être vous être proposé par votre chirurgien.

POUR CONCLURE

Au total, l'ostéotomie de hanche sur arthrose pour déviation d'axe ne guérit pas l'arthrose, mais la ralentit, et souvent la stoppe (presque) définitivement.