

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.

Ce fonctionnement anormal de l'articulation entraîne progressivement des douleurs d'abord simplement à la marche ou à la reprise d'activités, puis continues, avec apparition de douleurs nocturnes.

Ces **douleurs sont généralement situées au pli de l'aîne**, mais peuvent se manifester au niveau du genou et de la cuisse 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 voisines, et notamment la partie basse de la colonne vertébrale.

Les médicaments deviennent de moins en moins efficaces contre les douleurs induisant une limitation d'activités de plus en plus importantes, traduisant 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).

Votre chirurgien peut devoir vous proposer le **remplacement de l'articulation, c'est l'intervention de prothèse de hanche**, qui est appelée prothèse totale si elle remplace à la fois la tête du fémur et la cavité du cotyle, ce qui est généralement le cas pour la coxarthrose. Cette prothèse articulaire va reproduire l'articulation initiale d'une bille pivotant dans une demi-sphère.

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)**.

Après avoir enlevé la tête du fémur, souvent très abîmée et déformée, le chirurgien va successivement préparer la cavité cotyloïdienne, puis le fémur, de façon à pouvoir fixer les deux parties de la prothèse. La partie logée dans le bassin se compose d'une cupule hémisphérique qui va être fixée solidement dans la cavité, orientée de façon à permettre après l'intervention les mouvements de la hanche dans toutes les directions. La partie fémorale se compose d'une tige ancrée à l'intérieur du fémur, sur laquelle va s'adapter une bille (en métal ou en céramique). C'est cette bille qui, après réintégration dans la cupule cotyloïdienne, va permettre les mouvements normaux de la hanche prothésée.

Votre chirurgien vous expliquera les différentes étapes de **cette intervention qui demande environ 60 à 90 minutes**, 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 détaillera également toutes ces modalités habituelles ainsi que les possibles complications liées au geste opératoire et à l'anesthésie... Tout comme lorsque vous prenez votre voiture, ou voyagez en avion, le risque zéro n'existe pas. L'essentiel est de savoir que tout est organisé pour que les risques de votre intervention soient réduits au maximum et qu'en cas de survenue, ces complications entraînent le minimum de conséquences. C'est ainsi qu'une possible fracture osseuse lors de la préparation ou la mise en place de la prothèse peut nécessiter une réparation (ostéosynthèse) par cerclage métallique, vis ou plaque. Ces complications sont rares, de même qu'une 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 (bouchons de sang coagulé) formés dans une veine de la jambe ou de la cuisse (phlébite), pouvant migrer vers le cœur, 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 des urines ou de la peau, ou tout autre état infectieux local ou à distance de la région de la hanche. Une préparation cutanée vous sera recommandée en complément de la préparation pré-opératoire proprement dite. Des antibiotiques sont systématiquement prescrits au moment de l'intervention, et peuvent devoir être prolongés par la suite dans certains cas. Après votre retour et tout au long de votre vie, vous devrez en cas d'infection (peau, poumons, urines, dents, etc...) systématiquement prendre des antibiotiques pour éviter à un microbe de passer dans le sang et venir coloniser votre prothèse articulaire.

- **les luxations de prothèse**: lorsque la tête de la tige fémorale se "déboîte" de la cavité du cotyle, on parle de luxation de prothèse. Ces luxations nécessitent alors de remettre la tête de la prothèse fémorale dans sa cavité, le plus souvent sous une brève anesthésie générale, par manipulations externes sans devoir réopérer. Il faut éviter ces luxations en suivant les recommandations de prudence, évitant notamment toute flexion forte et rotation interne de la hanche, au moins durant les premières 6 semaines. Schématiquement, il faut éviter le "twist" et orienter ses jambes en "grenouille", pieds serrés et genoux écartés, en particulier en se relevant d'un siège, en entrant ou sortant du lit ou en montant en voiture. Après cette première période, en principe les risques de luxation seront pratiquement absents, autorisant une vie normale.

L'hospitalisation est de durée variable. Votre sortie sera organisée conjointement avec votre médecin traitant. Vous pourrez, selon vos aptitudes, soit rejoindre votre foyer soit aller en centre de convalescence ou de rééducation.

La durée de votre séjour pourra même être très court si vous êtes apte à bénéficier d'un protocole de Réhabilitation Rapide Après Chirurgie qui vous sera proposé avec l'aval de votre médecin traitant.

Les douleurs sont généralement modérées et sont désormais grandement minimisées par le recours aux médicaments ou à des protocoles qui seront adaptés à vos sensations. Questionnez votre médecin anesthésiste au sujet de la prévention des douleurs en post-opératoire.

La reprise de la marche, d'abord avec un déambulateur, puis deux cannes et une seule canne, est rapide, et sera aidée par les conseils du kinésithérapeute durant votre séjour.

La reprise d'activités professionnelles dépend de chaque personne et de la nature du travail, généralement 2 à 4 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.

Dans la plupart des cas, la reprise normale de toutes les activités est obtenue et permet de parler de "hanche oubliée", permettant la reprise d'une vie strictement normale.

Il faut cependant être conscient que, tout comme pour un véhicule automobile, une visite de contrôle, accompagnée de la prise de radiographie, est absolument indispensable à intervalles réguliers, et en particulier à 2 ans, 5ans, 7 ans et 10 ans, puis ensuite une fois tous les deux ans, et ceci surtout si tout va bien. En effet, des modifications osseuses peuvent survenir autour de la hanche, et au niveau de la prothèse elle-même (usure, kystes réactionnels, bascule, déstabilisation des implants, que l'on appelle "descellement", ...), n'entraînant pas obligatoirement des douleurs ou une diminution de votre activité. Il est essentiel donc de reconnaître ces complications à long terme pour les prendre en charge avant aggravation en particulier usure osseuse excessive.

Quoi qu'il en soit, il vous faudra consulter votre médecin, avec avis de votre chirurgien le cas échéant, en cas de survenue par la suite de douleurs ou de limitation de vos activités.

On disait autrefois que la durée de vie d'une prothèse était de 10 ans...ceci n'est plus vrai pour les prendre en charge avant aggravation en particulier usure osseuse excessive à l'heure actuelle avec les nouvelles prothèses, dont la fixation et la résistance à l'usure ont été très fortement améliorées, au point d'être dans de nombreux cas, pratiquement "à vie", sous réserve d'un contrôle régulier.