

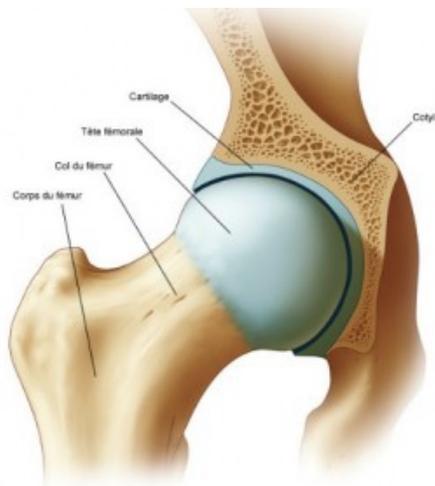
# L'ostéotomie péri-acétabulaire

## Anatomie

L'articulation de la hanche (= articulation coxo-fémorale) est constituée d'une cavité globalement hémisphérique au niveau du bassin – l'acétabulum (ou cotyle) - qui s'articule avec la tête du fémur, de forme sphérique et prolongée par le col fémoral.

Différents muscles interviennent dans le fonctionnement de la hanche et permettent la mobilisation de l'articulation dans tous les plans de l'espace. Le muscle essentiel à la marche est le muscle moyen fessier qui s'insère sur le grand trochanter au niveau de la partie haute et externe du fémur.

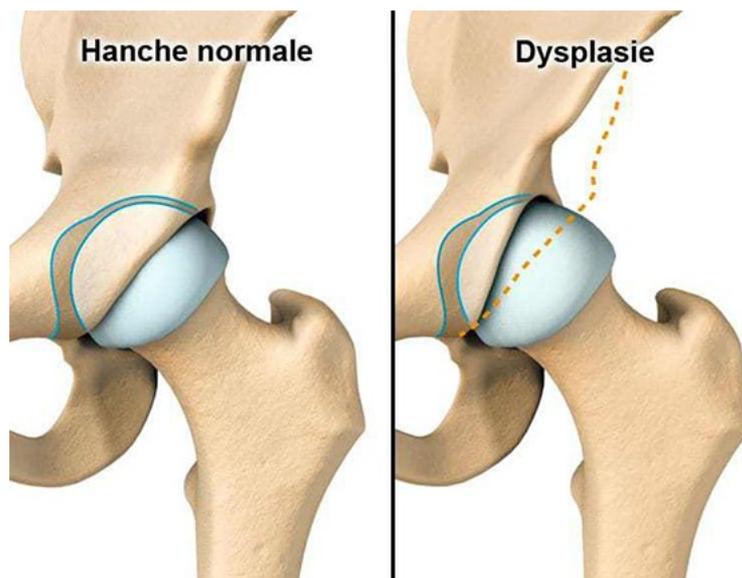
La tête fémorale et la cavité cotyloïdienne sont recouvertes d'un revêtement de cartilage.



## La maladie : la dysplasie de hanche

Dans la hanche saine, la partie proximale du fémur s'articule dans l'acétabulum du bassin. Les deux structures s'emboîtent parfaitement l'une dans l'autre et la tête fémorale peut bouger librement dans l'articulation.

Chez certains patients la dysplasie de hanche se produit lorsque l'acétabulum ne se développe pas complètement, le rendant insuffisamment creux ou mal orienté pour correctement recevoir la tête fémorale. A cause de cela, au fil du temps le cartilage et le labrum (structure fibro-cartilagineuse qui a un rôle d'amortisseur et de joint d'étanchéité de la hanche) se retrouvent à absorber des contraintes excessives qui auraient dues être mieux réparties dans l'articulation.



Sans traitement adapté, la dysplasie peut causer une dégénérescence précoce de l'articulation, usant le cartilage qui recouvre les surfaces articulaires. C'est le début de l'arthrose, dans laquelle le labrum et le cartilage s'amincissent et s'usent, jusqu'à arriver à un frottement os contre os. La dysplasie de hanche est une des causes les plus fréquentes de douleur de hanche et d'arthrose chez les patients de moins de 50 ans. Elle atteint plus fréquemment les femmes que les hommes.

L'examen clinique met en évidence une hanche douloureuse avec une perte des amplitudes articulaires.

Le diagnostic peut se faire sur une simple radiographie du bassin et des hanches. Celles-ci montrent un défaut de couverture de la tête fémorale par l'acétabulum qui n'est pas assez creusé et avec un toit trop vertical. Il peut être complété par un arthroscanner ou une IRM qui permettent de mieux analyser l'état du cartilage. Ils permettent aussi de mieux analyser le type de déformation afin d'adapter la correction si l'acétabulum est trop incliné vers l'avant (antéversion) ou vers l'arrière (rétroversion)

## Les Traitements Médicaux

Les antalgiques et les anti-inflammatoires ont pour but de calmer le principal symptôme : la douleur.

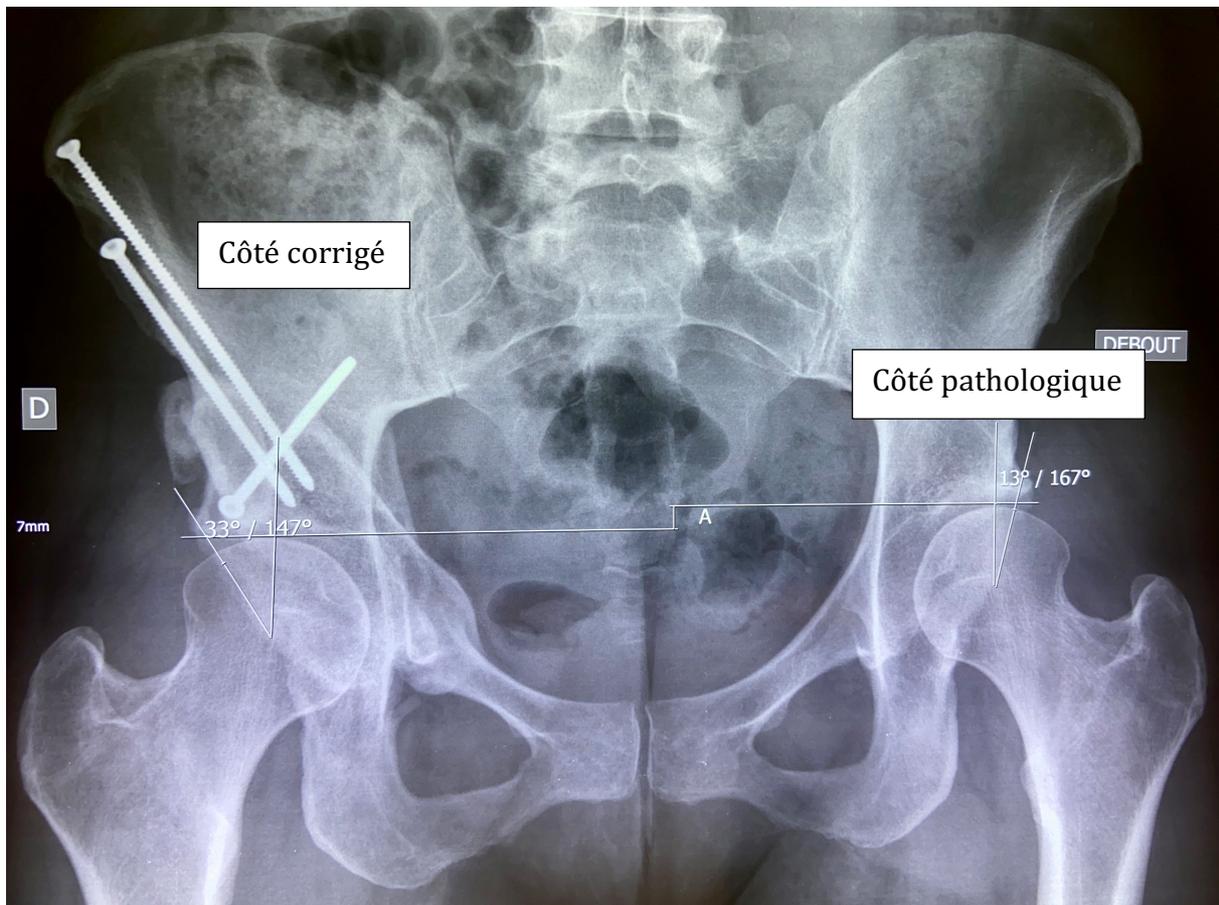
La rééducation et l'auto-rééducation permettent de lutter contre l'enraidissement. L'utilisation d'une canne ou de béquilles peuvent soulager les patients les plus algiques. On insistera tout particulièrement sur la nécessité de perdre du poids (alimentation et exercices physiques). On conseillera également d'éviter le port de charges lourdes.

A ces prescriptions non spécifiques s'ajouteront des traitements de type rhumatologiques. Il s'agit de protecteurs du cartilage (chondro-protecteurs) - dont l'efficacité n'est pas prouvée -, d'infiltrations directement dans la cavité articulaire, avec injections de corticoïdes ou bien encore d'un gel (visco-supplémentation : injections d'acide hyaluronique). Ces injections sont difficiles, car l'articulation de la hanche est la plus profonde du corps humain – difficulté d'accès - et doivent donc se faire sous contrôle radiographique.

## Traitement Chirurgical

Si le traitement médical est inefficace et que l'arthrose est peu évoluée, alors la PAO est une bonne solution si le patient a terminé sa croissance. Si la dysplasie est peu importante, on peut éventuellement proposer un traitement arthroscopique afin de réparer le labrum. Toutefois cette solution ne permet pas de corriger la dysplasie.

Lors de l'intervention pour une PAO, le chirurgien réalise plusieurs ostéotomies (coupes osseuses) au niveau du bassin afin de ré-orienter l'acétabulum et d'obtenir une articulation normalement orientée. Plusieurs vis sont ensuite mises en place afin de stabiliser la correction et permettre à l'os de consolider.



## Risques et Complications

Toute intervention chirurgicale est sujette à un certain nombre de risques chirurgicaux et de complications précoces ou tardives.

Les risques chirurgicaux pouvant survenir pendant l'intervention sont essentiellement en rapport avec la difficulté d'accès de cette articulation profonde. Le gabarit du patient est donc un élément prépondérant avec un risque majoré pour les patients souffrant d'obésité.

Les risques pouvant survenir **pendant l'intervention** sont :

**La blessure** de tissus voisins tels que des muscles, un tendon ou un ligament, ou exceptionnellement de lésions vasculaires pouvant engendrer un saignement

important (hémorragie), la formation d'une poche de sang (hématome qui pourrait nécessiter une évacuation secondaire et/ou une transfusion sanguine) et un risque de lésions neurologiques, notamment le nerf sciatique, pouvant engendrer une perte de sensibilité voire une paralysie.

Heureusement ces lésions restent exceptionnelles. Il se peut qu'on ne s'en aperçoive qu'après l'opération. La lutte contre l'obésité des patients est impérative.

**La lésion de nerfs** (nerf sciatique) qui peut entraîner des troubles durables tels qu'une paralysie partielle ou des douleurs irradiées.

Les complications pouvant survenir **les jours après l'intervention** sont :

**L'infection** du site opératoire peut se produire malgré toutes les précautions prises avant, pendant et après l'intervention. Les infections de la zone opérée sont rares mais graves car peuvent nécessiter de laver la hanche, en plus de la mise en route d'un traitement antibiotique prolongé.

En préopératoire, on cherchera avant tout à dépister d'éventuels foyers infectieux, cutanés, dentaires, urinaires, etc. Toute suspicion d'infection conduira à reporter l'intervention chirurgicale. Une douche soigneuse avec un produit antiseptique sera nécessaire la veille de l'opération, mais également le jour-même.

Une infection est appelée nosocomiale lorsqu'elle est contractée pendant l'hospitalisation. Ce dernier point doit donc faire tendre à raccourcir au maximum la durée d'hospitalisation du patient.

Une **phlébite** peut survenir. Il s'agit de l'oblitération d'une veine par un caillot de sang au niveau des membres inférieurs. Ce caillot peut parfois migrer au poumon et engendrer une **embolie pulmonaire**, qui dans de rares cas peut engager le pronostic vital. En prévention, vous bénéficierez d'un traitement anticoagulant pour fluidifier le sang (par des injections d'héparine). Il sera fondamental d'éviter tout alitement prolongé et inciter le patient à la déambulation.

**Il est à préciser que le tabagisme est un facteur de risque majeur de ces complications précoces.**

Les principales **complications tardives** sont :

Une **boiterie** peut parfois persister et est le plus souvent en rapport avec une insuffisance musculaire non pas liée à l'intervention chirurgicale mais à l'affaiblissement musculaire progressif consécutif à la douleur.

Une **tendinite** peut parfois gêner la déambulation (Moyen Fessier) ou la flexion de la hanche (Psoas) (douleurs au pli de l'aîne à la montée des escaliers ou l'habillement).

Une **non-consolidation** de l'ostéotomie qui peut entraîner des douleurs persistantes et qui peut nécessiter de réintervenir afin de faire une greffe osseuse qui aidera à la consolidation

## Aspects Pratiques

Les chirurgies pour ostéotomie péri-acétabulaire réalisées par l'équipe d'ICOSS se déroulent en au sein de la Clinique Rhéna à Strasbourg (<https://www.clinique-rhena.fr/fr>).

La cellule de régulation de la clinique vous téléphonera la veille de l'intervention (ou le vendredi pour les interventions du lundi) afin de vous préciser l'heure de convocation à la clinique.

Lors de votre consultation auprès du chirurgien, un certain nombre de documents et ordonnances vous seront remis et expliqués afin de préparer au mieux votre intervention :

Bilan sanguin

Examen urinaire

Bilan radiologique

Consultation kinésithérapeute

Consultation anesthésiste : il vous sera remis une ordonnance avec le traitement antalgique et anti-inflammatoire (sauf contre-indications) et traitement anticoagulant.

Un certain nombre de documents vous seront remis à la sortie de la Clinique :

Une ordonnance avec traitement antalgique, anti-inflammatoire (sauf contre-indication) et anticoagulants.

Un document vous demandant de vous rendre chez votre médecin traitant pour le contrôle du pansement vers le 15<sup>ème</sup> jour post-opératoire (agrafes ou fils).

Un arrêt de travail (si besoin).

Un carton de rendez-vous de contrôle chez votre chirurgien vers la 6<sup>ème</sup> semaine après l'intervention.

Une ordonnance pour effectuer une radiographie de contrôle quelques jours avant ce rendez-vous.

Une ordonnance de rééducation pour votre kinésithérapeute

## Post Opératoire

Il est recommandé d'appliquer de la glace sur la hanche pendant 15 à 20 minutes et ce 3 à 4 fois par jour.

La **cicatrice** sera contrôlée au deuxième jour post-opératoire par une Infirmière à votre domicile puis par votre Médecin Traitant au quinzième jour (avec ablation des agrafes). Entre-temps, le pansement, imperméable, est à conserver en continu et il est vivement déconseillé de vouloir appliquer quotidiennement un antiseptique sur la cicatrice.

Il se peut que ce pansement soit un peu taché. En cas de doute, parlez-en à votre Infirmière lors de son passage quotidien si vous avez des injections d'anticoagulants, ou à votre médecin traitant. Sinon n'hésitez pas à contacter le service ambulatoire au : **03.90.67.43.62**

**Aspect de la hanche et de la cuisse après l'intervention / Douleurs :** Il est probable que vous ressentiez des douleurs au niveau de la cuisse. C'est à ce niveau que pourra également apparaître un bleu (ecchymose) relativement étendu après quelques jours (fesse, aine et tout le tour de la cuisse).

Le gonflement du genou et de la cuisse font également partie des manifestations attendues au décours de l'intervention. Il peut persister de quelques semaines à plusieurs mois. Le bas de contention prescrit permettra de limiter le phénomène.

**Rééducation :** Il est conseillé de débiter (poursuivre) dès le lendemain de l'intervention la rééducation et l'auto-rééducation qui vous seront enseignées par le kinésithérapeute de la clinique puis par votre kinésithérapeute habituel (à votre domicile puis à son cabinet).

Il est indispensable de ***prendre contact avec votre kinésithérapeute avant l'intervention***, de ***planifier les séances*** et d'***organiser votre mode de déplacement après les séances à domicile*** (*transport en VSL, ambulance et taxi ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale*).

**La marche :** La marche doit se faire avec un appui partiel pendant 6 semaines. Les cannes sont à utiliser pendant cette période.

Le Kinésithérapeute vous aura déjà expliqué et enseigné les modalités de déambulation et de prévention de chute pour vous permettre une autonomie immédiate en sécurité et une récupération fonctionnelle rapide. Il poursuivra ce travail avec vous quotidiennement dès votre retour à domicile (puis à son cabinet à partir du quinzième jour post-opératoire).

Vous devez vous mobiliser régulièrement (tout en restant raisonnable...) et ne pas rester alité plus que normalement. Marchez régulièrement à votre domicile. Les sorties extérieures sur petits périmètres sont rapidement encouragées. A l'inverse, sachez rester raisonnable et n'oubliez pas que les six premières semaines sont une phase de convalescence et la période au cours de laquelle l'ostéotomie doit consolider. Une suractivité peut favoriser une inflammation de la zone opérée avec gêne à la cicatrisation et douleurs, voire apparition de tendinite.

**Station assise et lever :** Vous ne devez pas vous asseoir dans un canapé ou un fauteuil trop bas. Une chaise normale est parfaitement adaptée, et idéalement munie d'accoudoirs pour vous aider à vous relever.

**Douche / Bain :** Il est fortement déconseillé de prendre un bain pendant les trois premières semaines.

A partir du 2<sup>ème</sup> jour après votre intervention, il est tout-à-fait possible de prendre une douche en protégeant le pansement imperméable avec du film alimentaire déroulé autour de la taille.

Votre Kinésithérapeute vous aura au préalable donné les consignes pour rentrer en sécurité dans votre douche ou baignoire.

**Conduite automobile :** Vous pouvez monter dans une voiture **en tant que passager avant** dès la sortie de la clinique et **à condition d'avoir validé la manœuvre d'installation dans le véhicule avec votre Kinésithérapeute en préopératoire**. Reculez l'assise du fauteuil et inclinez (légèrement) vers l'arrière le dossier pour diminuer la flexion de hanche.

La conduite n'est pas autorisée avant la 6<sup>ème</sup> semaine post-opératoire.

Vous pouvez joindre le Cabinet Médical du 35 avenue du Rhin au **03 88 35 33 46** ou alors, en cas d'urgence, la Clinique Rhéna au **03 90 67 40 10**.

