

# QUOI DE NEUF EN CHIRURGIE

## DE LA HANCHE

25<sup>ème</sup> congrès annuel AFISO  
MODAVE 2011

**Dr Eric MANCHE**

**Centre d'Orthopédie du Bois de la Pierre  
CHIREC site HBW**

# GRANDES ETAPES

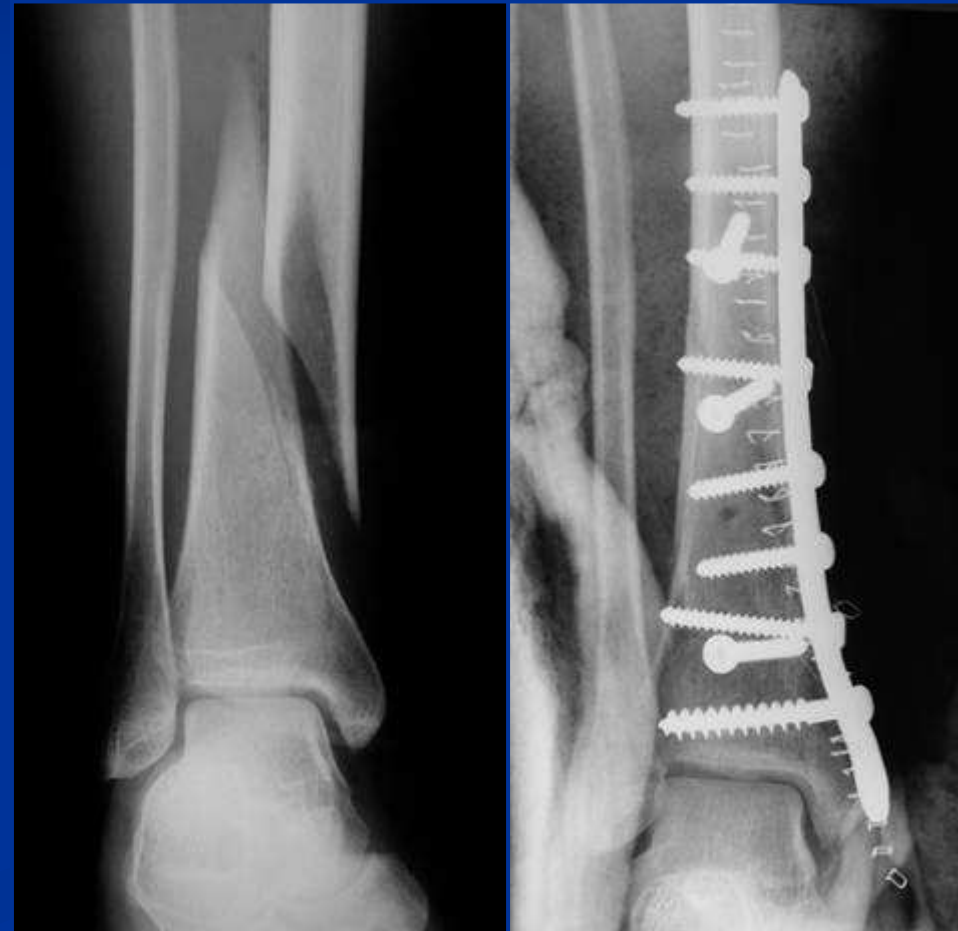
- Chirugiens géniaux:  
Lamotte, Danis, Müller,....
- Compréhension des mécanismes de la contamination bactérienne:
  - contact : gants, champs stériles
  - air: flux laminaire,

→ *contrôle de l'asepsie*
- ANTIBIOTIQUES

# GRANDES ETAPES

- Ostéosynthèse

→ *Plaque vissée*



# GRANDES ETAPES

- Ostéosynthèse

→ *Enclouage*



# GRANDES ETAPES

- Ostéosynthèse

→ *Fixateur externe*



# GRANDES ETAPES

- Ostéosynthèse
- Arthroplastie

hanche  
genou  
épaule...



# GRANDES ETAPES

- Ostéosynthèse

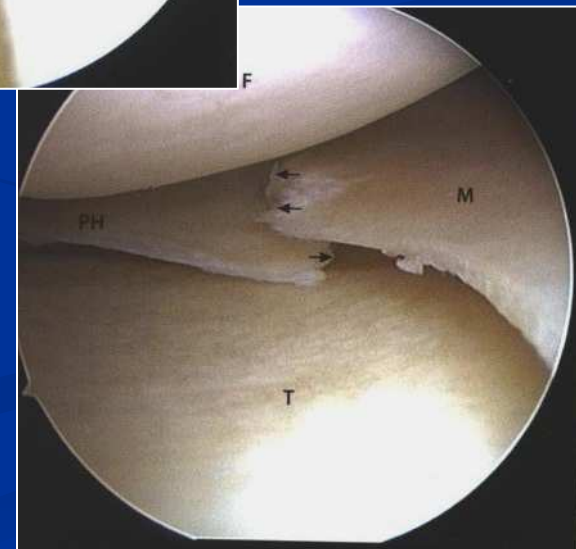
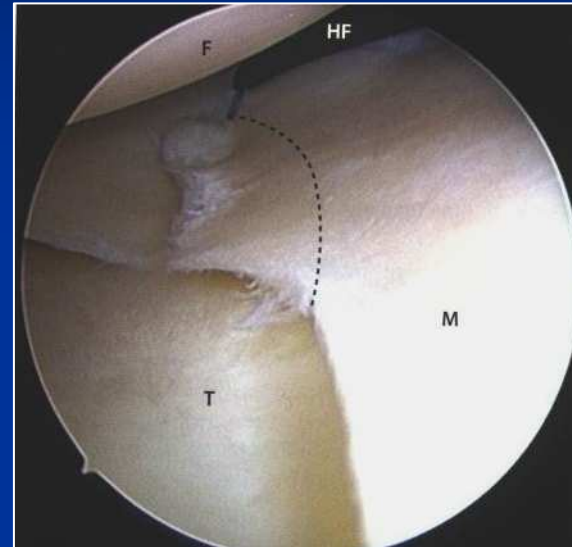
- Arthroplastie

- Arthroscopie

genou

épaule

hanche, cheville, poignet...



# HANCHE

- Meilleure connaissance mécanisme arthrose précoce
- Nouvelles interventions non-prothétiques
- Progrès de la chirurgie prothétique:
  - Amélioration de la longévité des implants
  - Implants « conservateurs »
  - Réduction du traumatisme chirurgical
  - Guidage par ordinateur





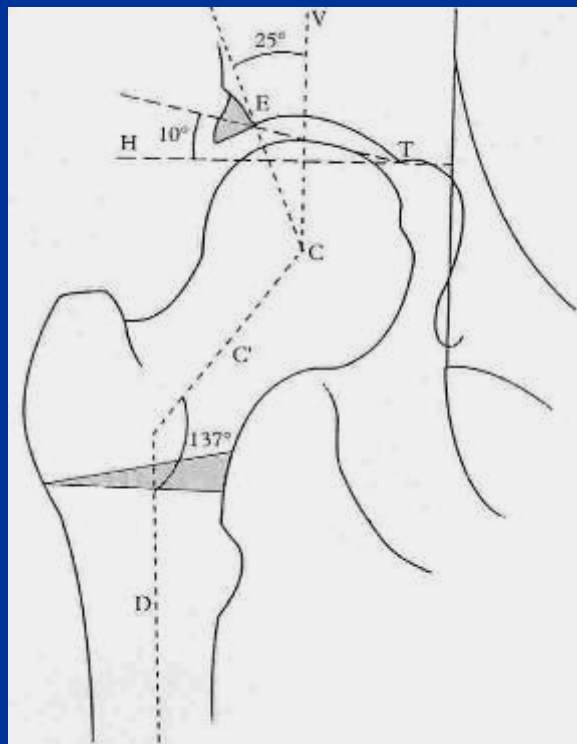
# Principes anatomiques

- hanche = articulation congruente  
boule dans une cavité hémisphérique



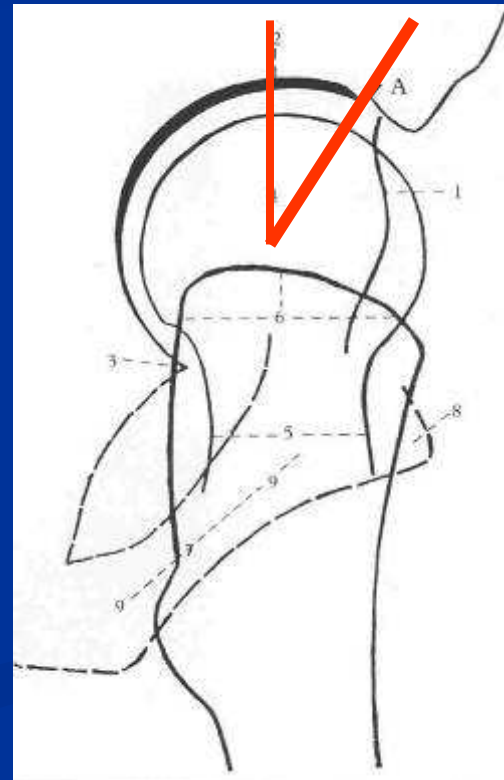
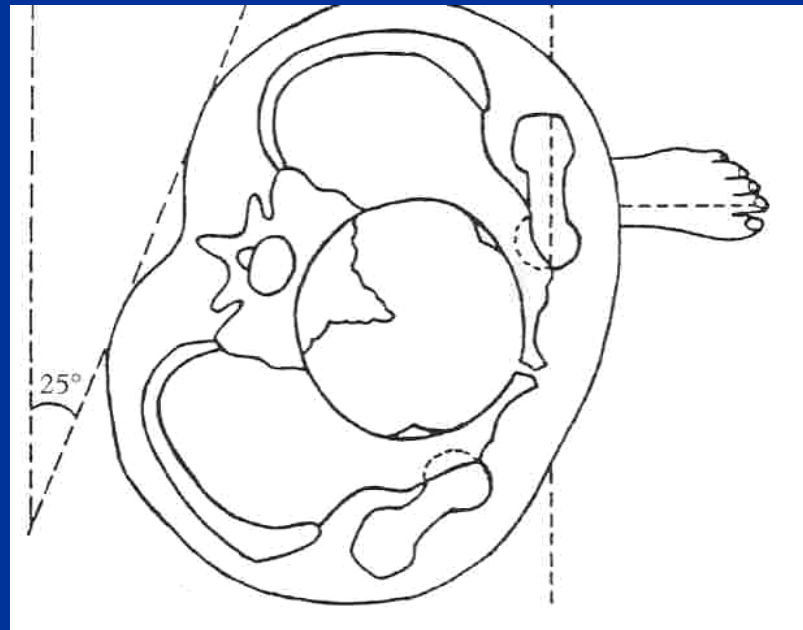
# Principes anatomiques

- Angles d'inclinaison (HTE) et de couverture latérale (VCE)



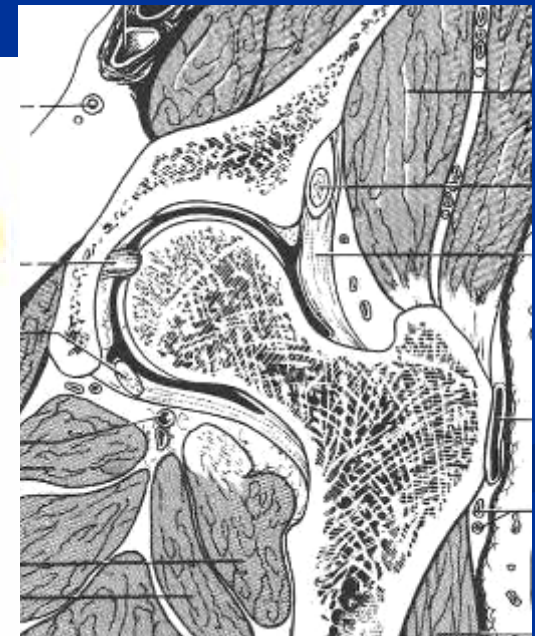
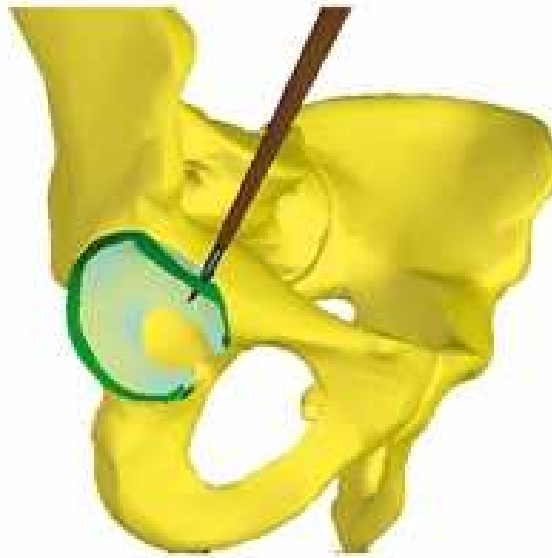
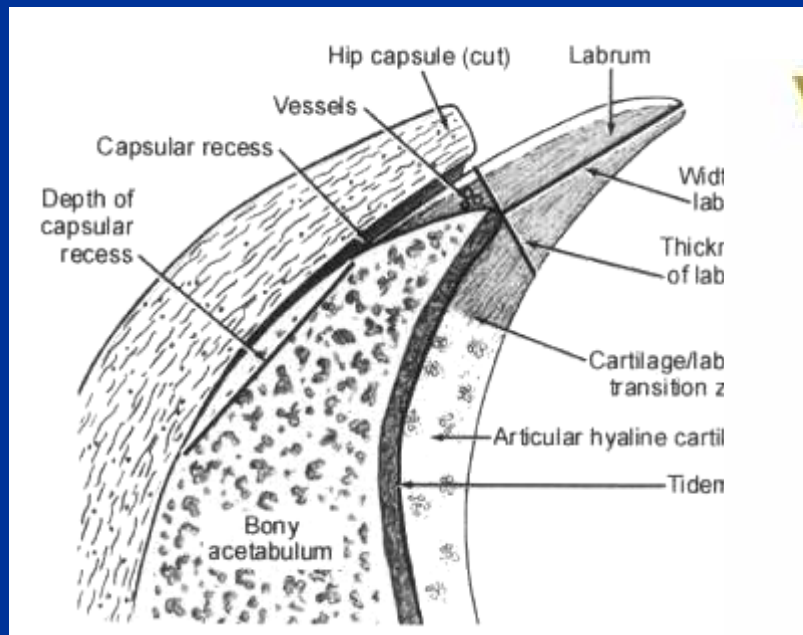
# Principes anatomiques

- Angle de couverture antérieure (VCA)



# Principes anatomiques

- Le **labrum**, fibro-cartilage attaché à la marge osseuse du cotyle, prolonge la cavité cotyloïdienne



# Dysplasie de la hanche

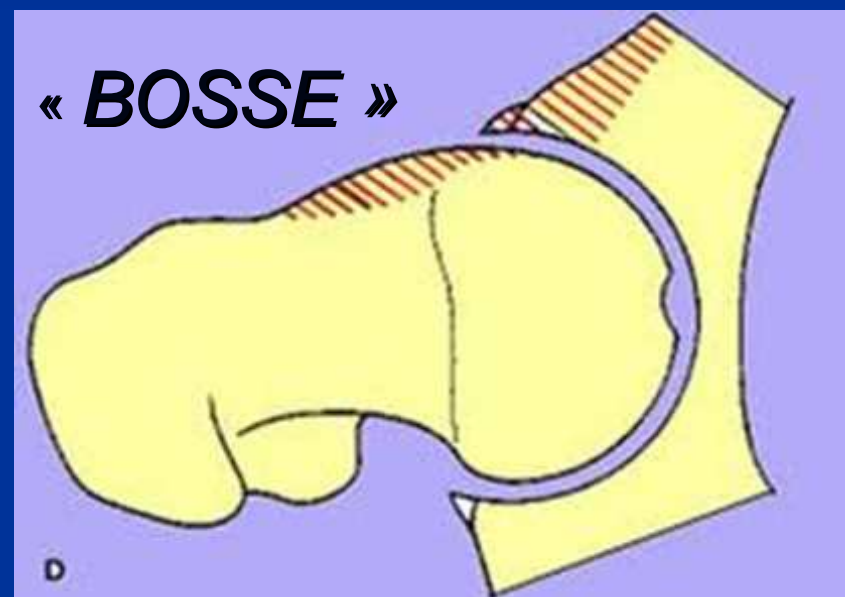
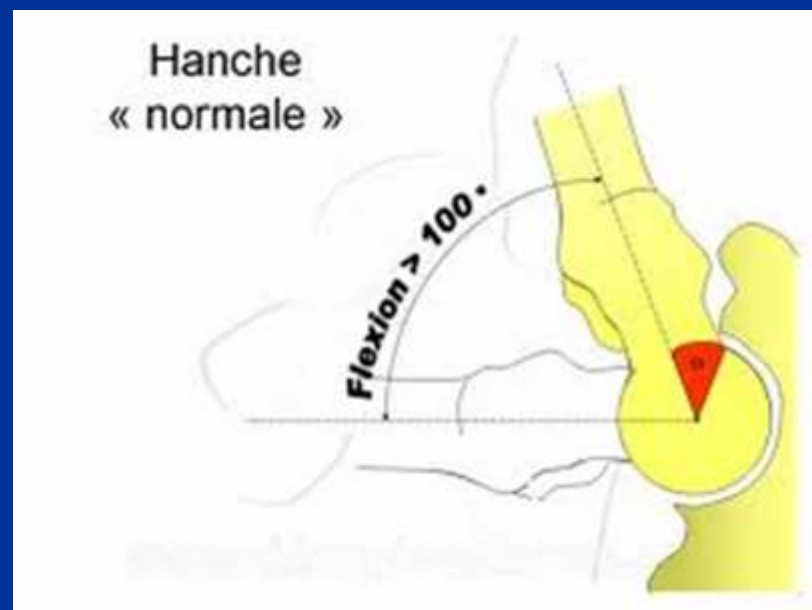
- Couverture insuffisante
- Cotyle peu creusé
- Coxa valga



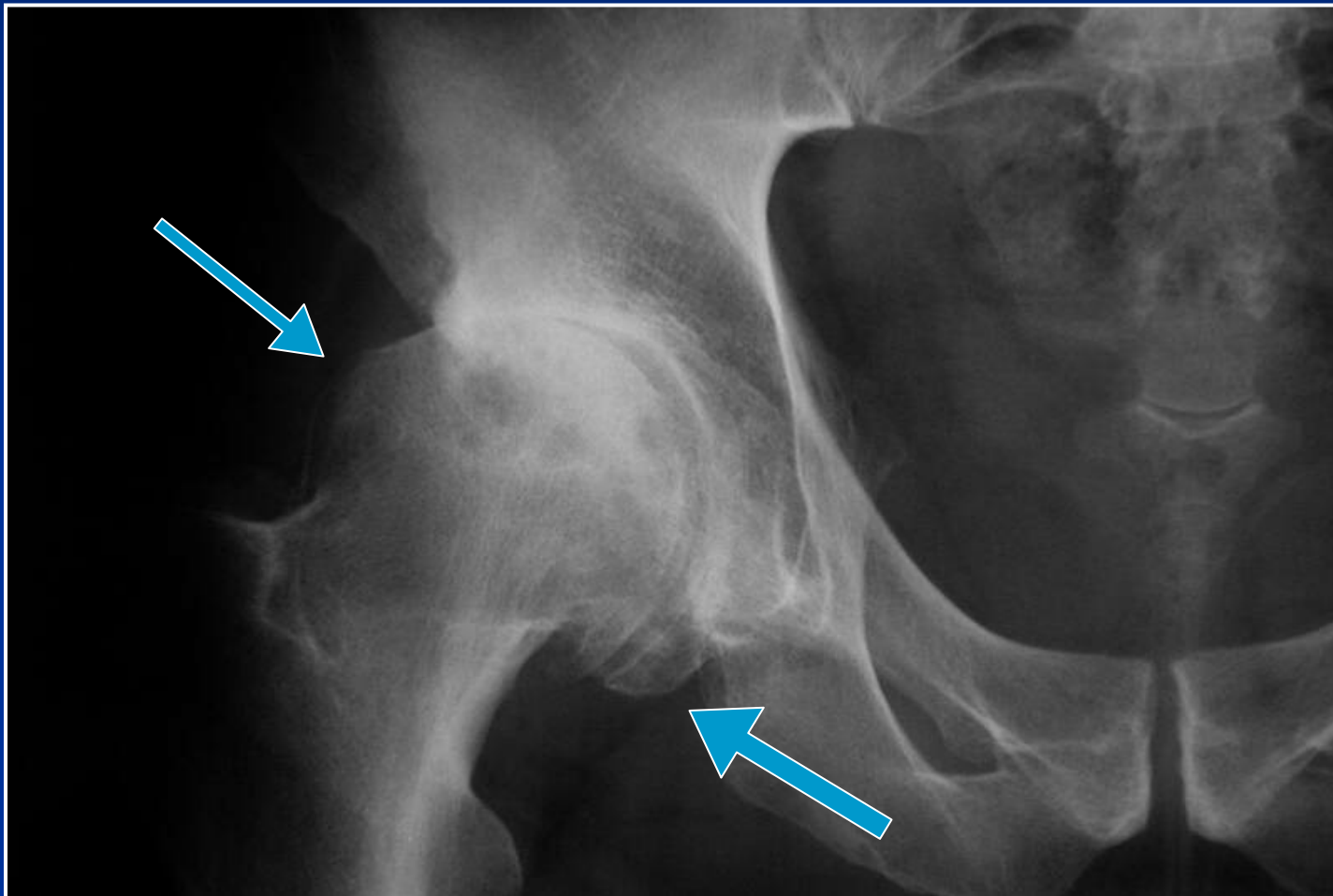
# Conflit fémoro-acétabulaire : CAME

- anomalie anatomique avec réduction de l'offset antérieur de la tête fémorale = **BOSSE**
- en flexion, add., rot. int. le bord antérieur du col bute contre le rebord antérieur du cotyle ,dégrade le labrum puis le cartilage, pousse la tête en arrière avec lésion chondrales postéro-inférieures en miroir
- douleur inguinale provoquée par la flexion et la rotation interne = signe de **GANZ**

# Conflit fémoro-acétabulaire antérieur



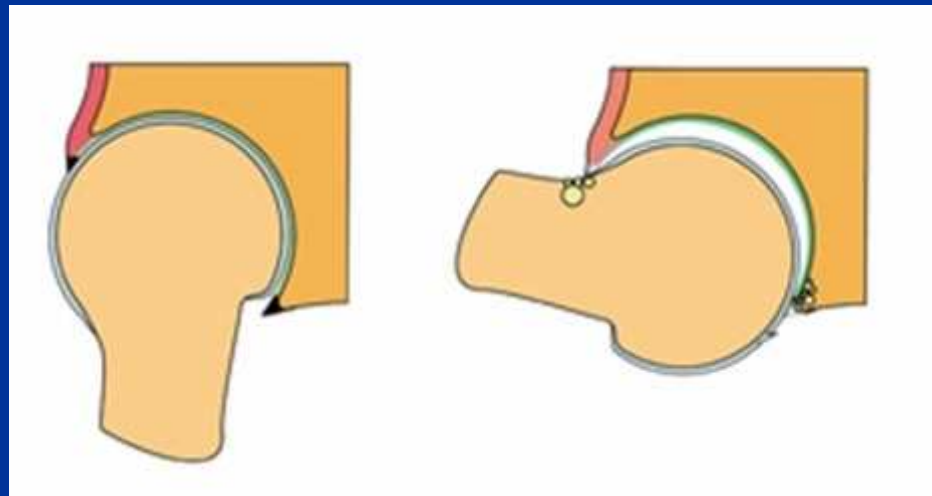
# Conflit fémoro-acétabulaire antérieur





# Conflit fémoro-acétabulaire : PINCE

- anomalie anatomique avec: cotyle plus fermé avec mur antérieur + haut = effet TENAILLE
- en flexion, add., rot. int. le bord antérieur du col bute contre le rebord antérieur du cotyle



**BOSSE** et **TENAILLE** sont souvent associés

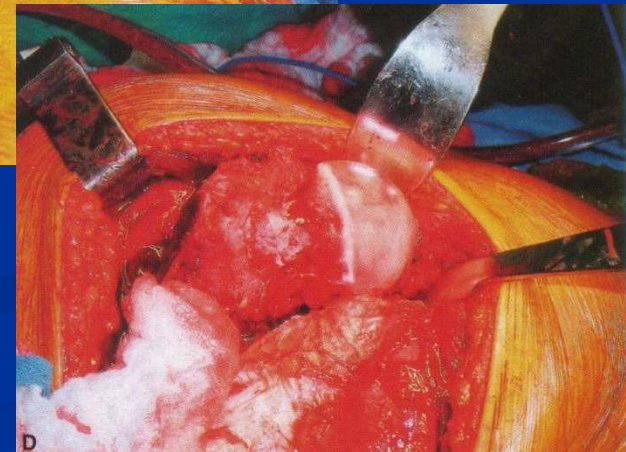
# Conflit fémoro-acétabulaire antérieur

- RX profil col
- Arthro CT ou IRM:
  - irrégularité jonction tête-col
  - imperfection de la sphéricité de la tête
  - Lésion labrum
  - lésion cartilagineuse dans la zone du conflit et en miroir



# Conflit fémoro-acétabulaire antérieur

- R/ résection de la partie antérieure du col fémoral



# Lésions du labrum

- pas trauma important 2x/3
- ressaut, blocage
- souvent associées à des lésions cartilagineuses de la tête fémorale
- *diagnostic souvent tardif*
- Arthro-CT ou IRM



# Traitement des lésions du labrum

## ■ Conservateur:

- repos relatif, injections...
- souvent **décevant**

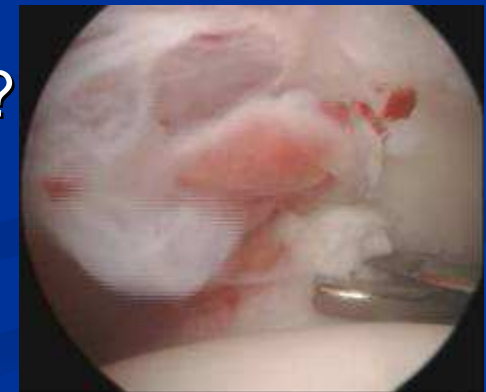


## ■ Chirurgical:

- **résection arthroscopique** de la zone lésée  
= soulagement immédiat

**Mais avenir à long terme** de la hanche?

- techniques de suture, réinsertion du labrum sur ancres



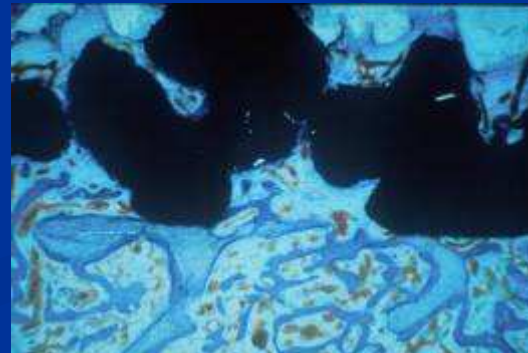
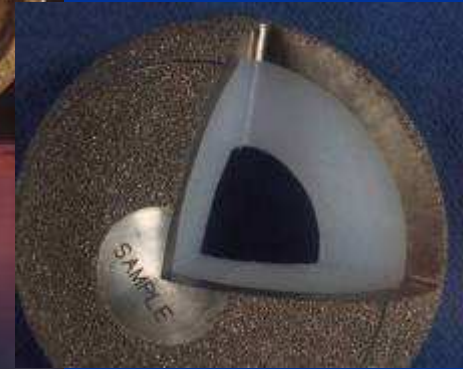
# Progrès de la chirurgie prothétique

Les patients ont changé

- Patients **jeunes**
- Augmentation de **l'espérance de vie**
- **Exigences fonctionnelles** plus élevées
- Souhait d'une **récupération plus rapide**



# PTH : modes de fixation



# PTH : couples de friction



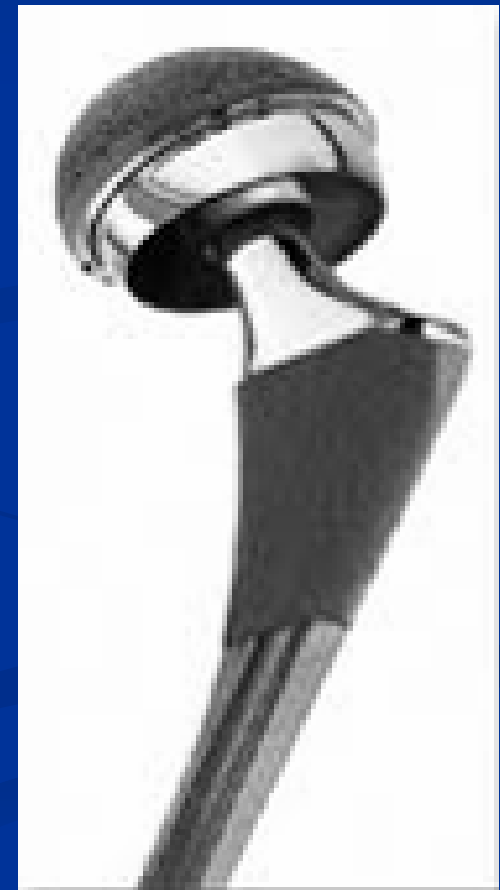
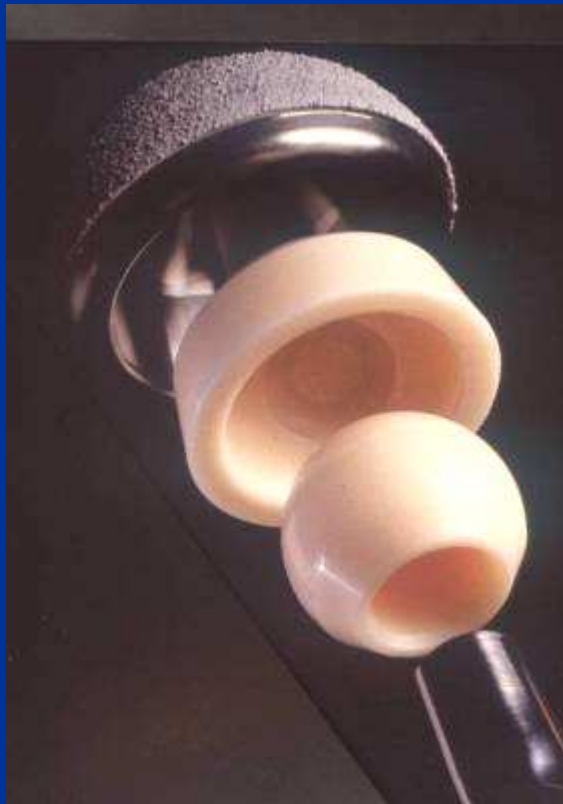


# PTH : couples « dur/dur »

*Céramique / céramique*

*Métal / métal*

*Céramique / métal*



# nouvelle solution RESURFACAGE



# AVANTAGES

## 1. Epargne capital osseux

Revision par *tige fémorale classique*

No stress shielding

Densité osseuse maintenue

## 2. Big ball = Stabilité

Luxation rare



# AVANTAGES

3. Longueur- Offset

4. Proprioception ?

Big ball ?

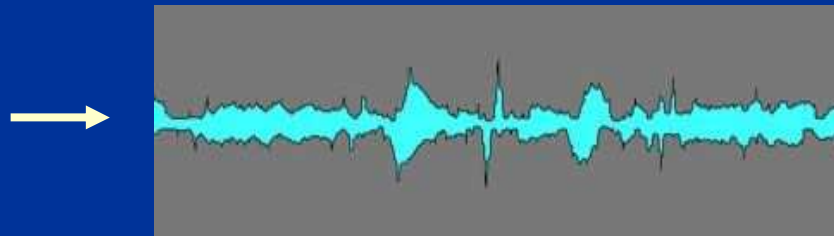
Absence de décoaptation ?

Abord post ?

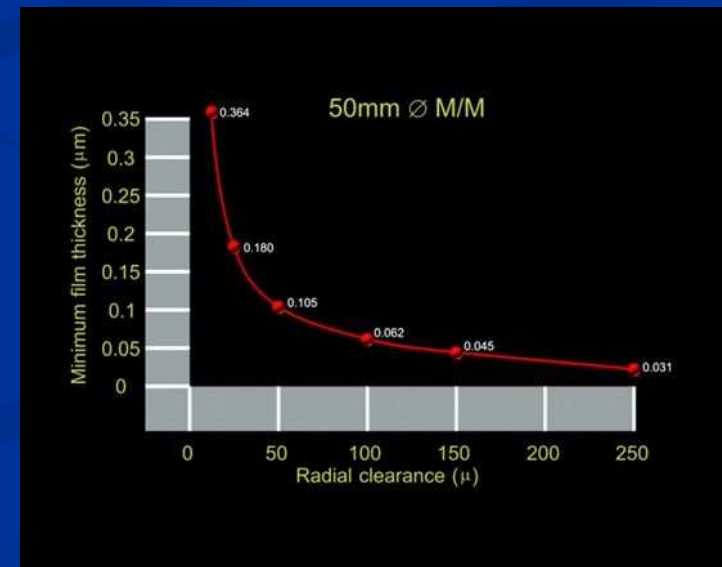
5. Métal-Métal (% métal-PE)

Usure 0.05mm / an

« Thick fluid film »



*Metal/metal x 100.000*



# PROBLEMES?

Technique récente:

learning curve

positionnement implant

« less forgiving »

Résultats à plus de 10 ans inconnus



*Respect strict des indications*

# INDICATIONS

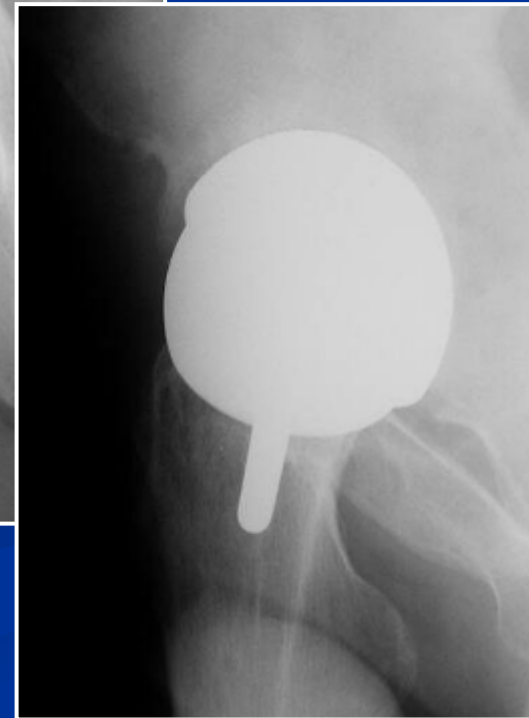
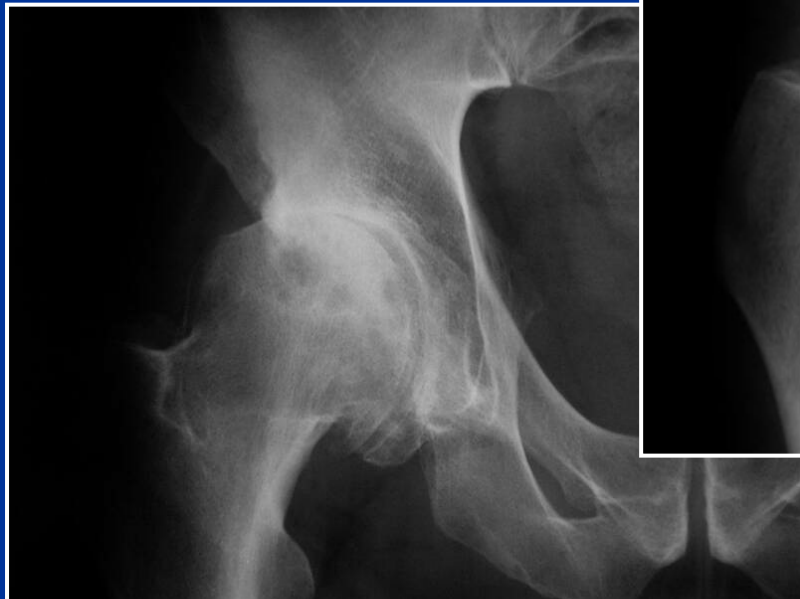
- Age  $\begin{matrix} < & 55 & \text{fe} \\ < & 65 & \text{ho} \end{matrix}$
- High demand
- Contact Sport
- *BMI*  $< 30$



# INDICATIONS

## Coxarthrose primitive ou 2aire

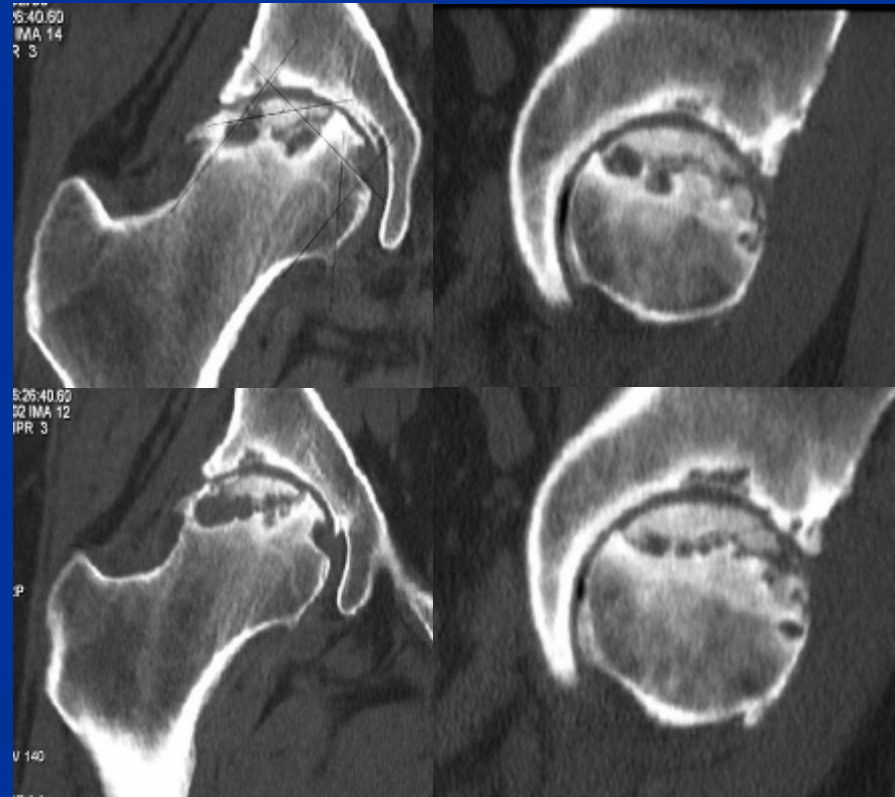
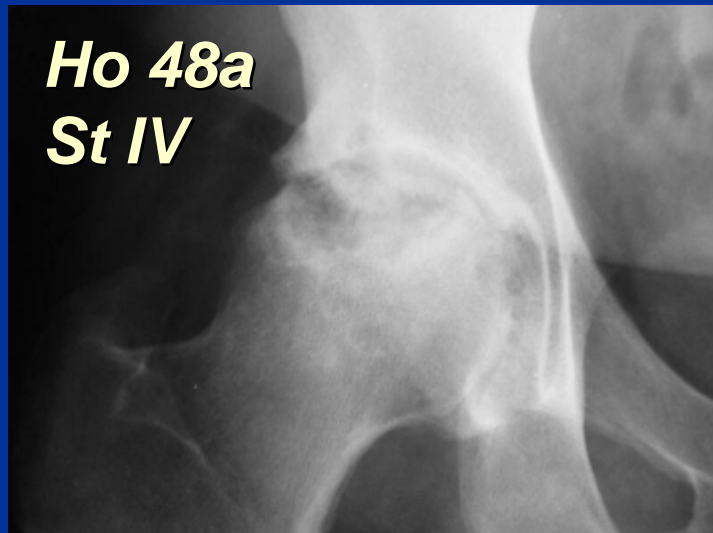
*ho 38 a.  
sport +++*



# INDICATIONS

## Nécrose tête fémorale

- évaluation support osseux (CT , MRI, RX + calque)
- max 1/3 tête
- pilier externe ok





# INDICATIONS

## Nécrose tête fémorale

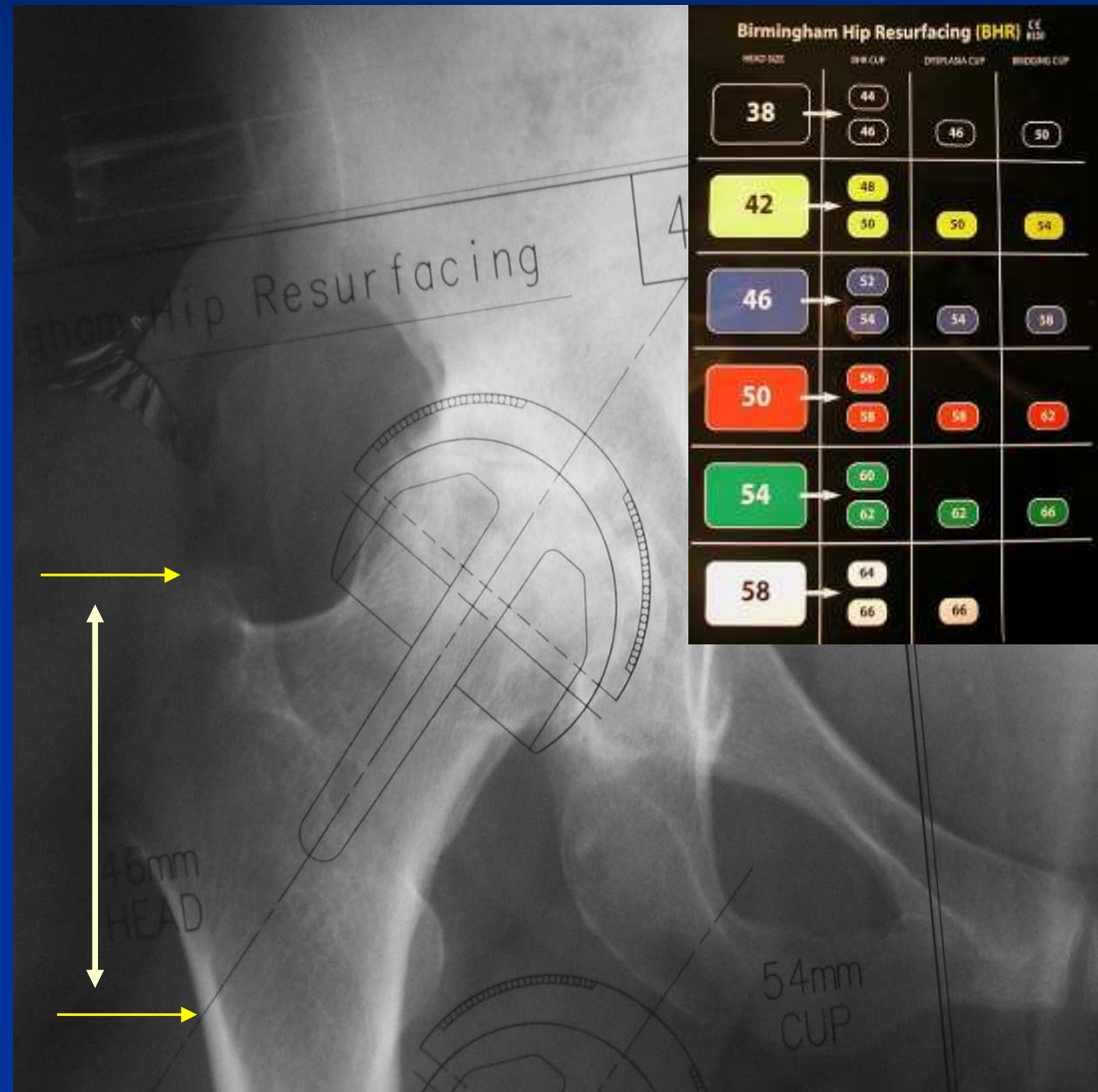


# Planification préop

Taille tête

Taille cotyle

Valgus tête



# Technique opératoire

1° Scie à cloche

Protection col

!!! Notching !!!



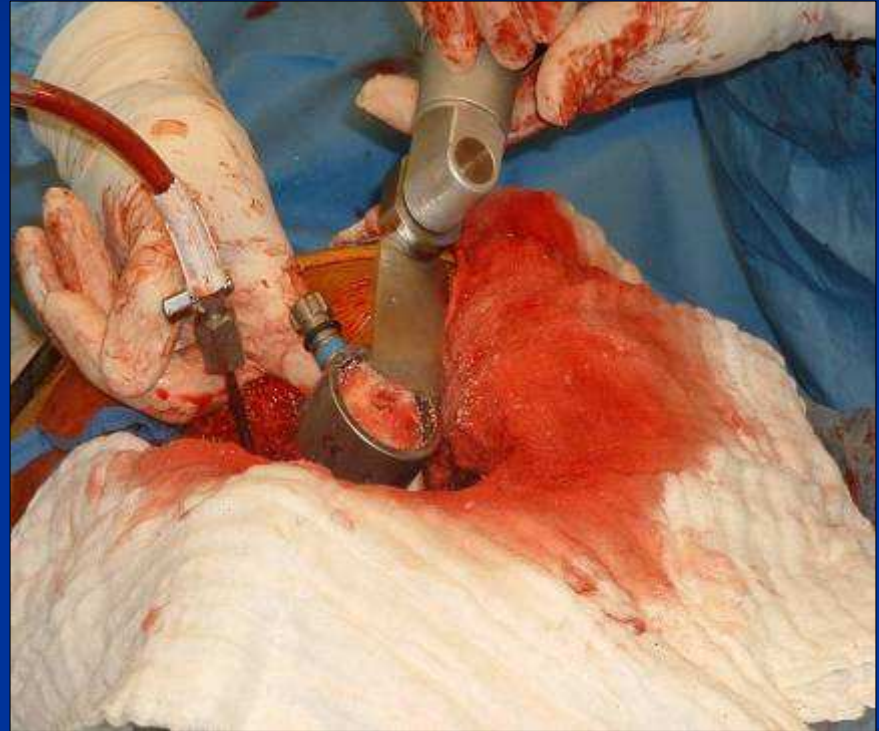
# Technique opératoire

## 2° Coupe supérieure

bague

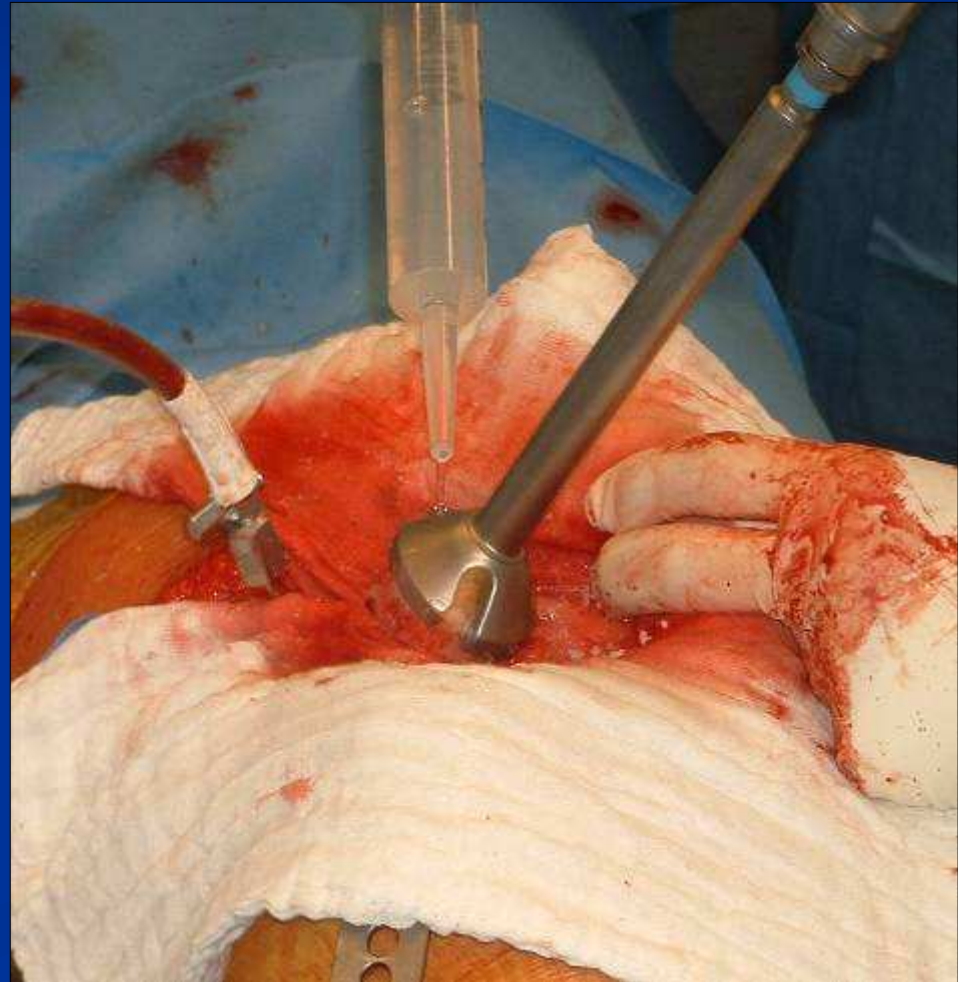
jonction tête-col

scie oscillante



# Technique opératoire

**3° Fraise à  
chanfrein**



# Technique opératoire

curetage géodes  
mèche de Wrobleski  
limite tête prothétique



# Technique opératoire

## Cimentage

- ✓ 0'' mix Simplex
- ✓ 45'' prothèse
- ✓ 60'' impacter

➔ marteau 600 g



# Technique opératoire

Lavage pulsé

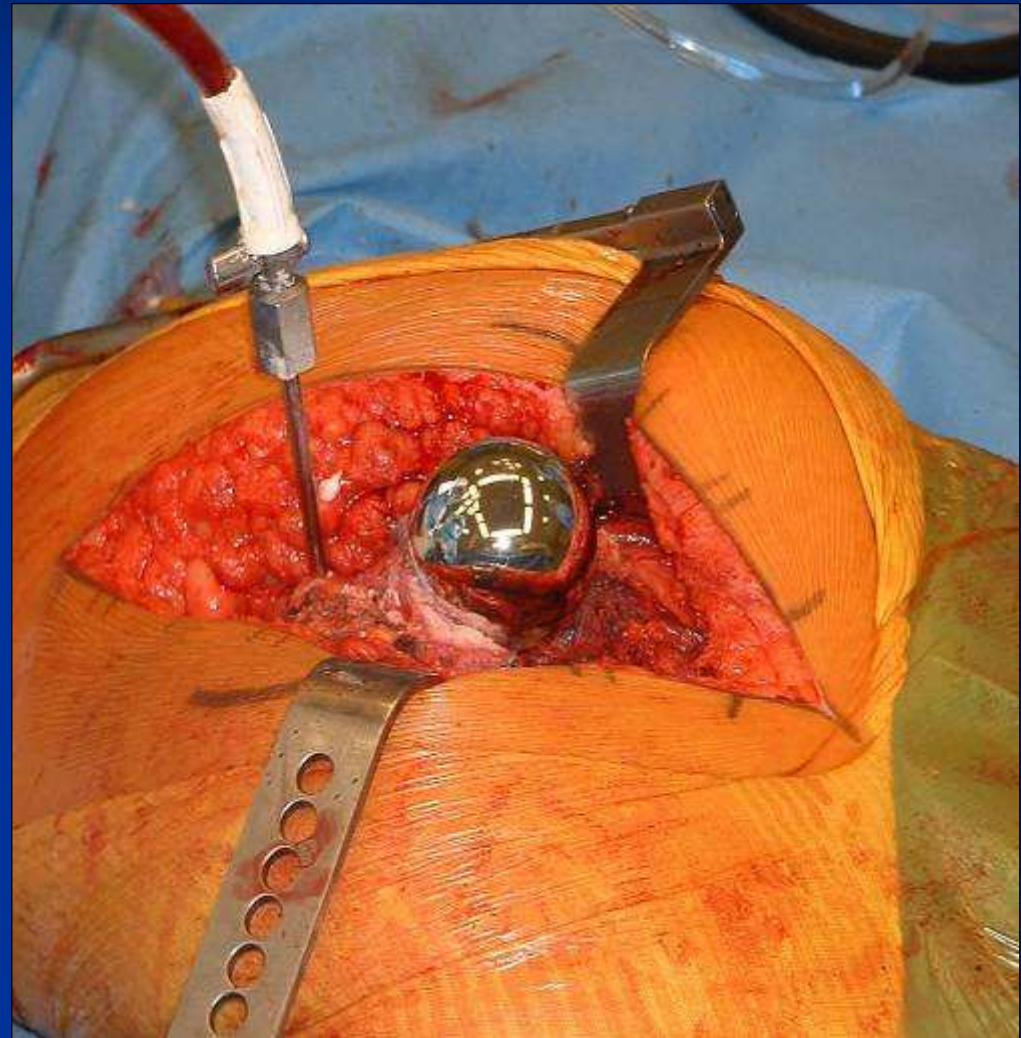
Réduction

Fermeture

Postop:

2 cannes 1 sem

1 canne 3-4 sem



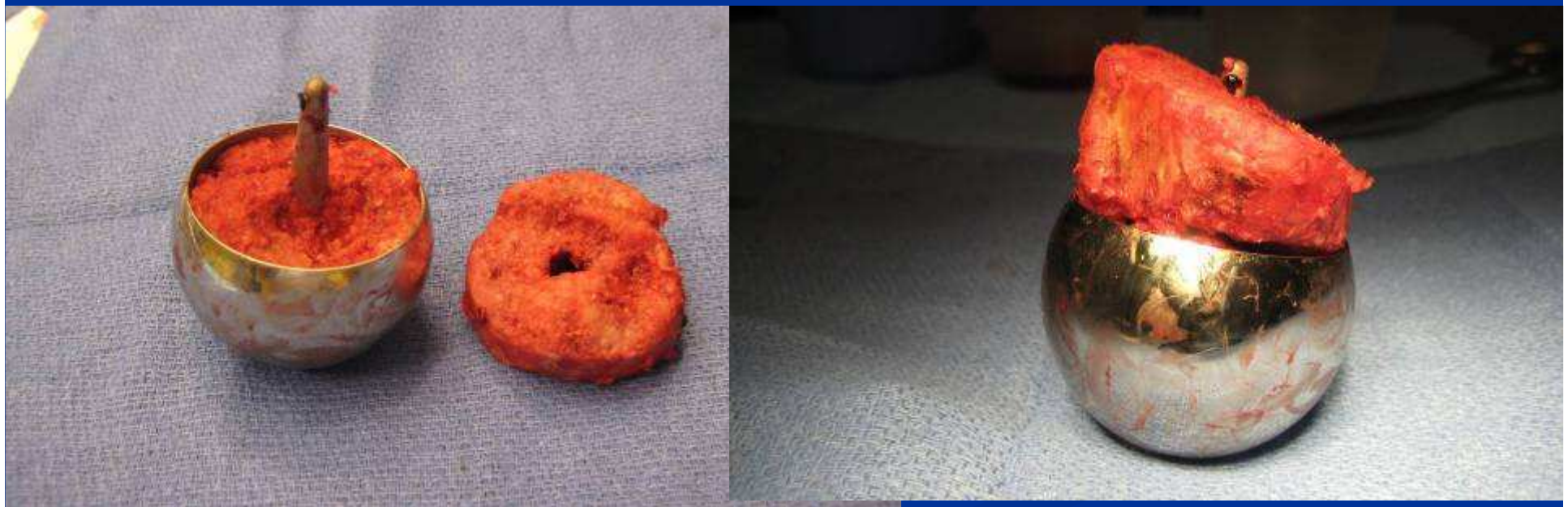


# Nouvelles complications

*Fracture col fémur 1 à 2 %*

femme, ostéoporose

erreurs techniques: notching, tête perchée



# Nouvelles complications

*Nécrose, amincissement du col*

*Métallose*

petit taille

cotyle verticalisé: edge loading

pseudotumeur: rare?



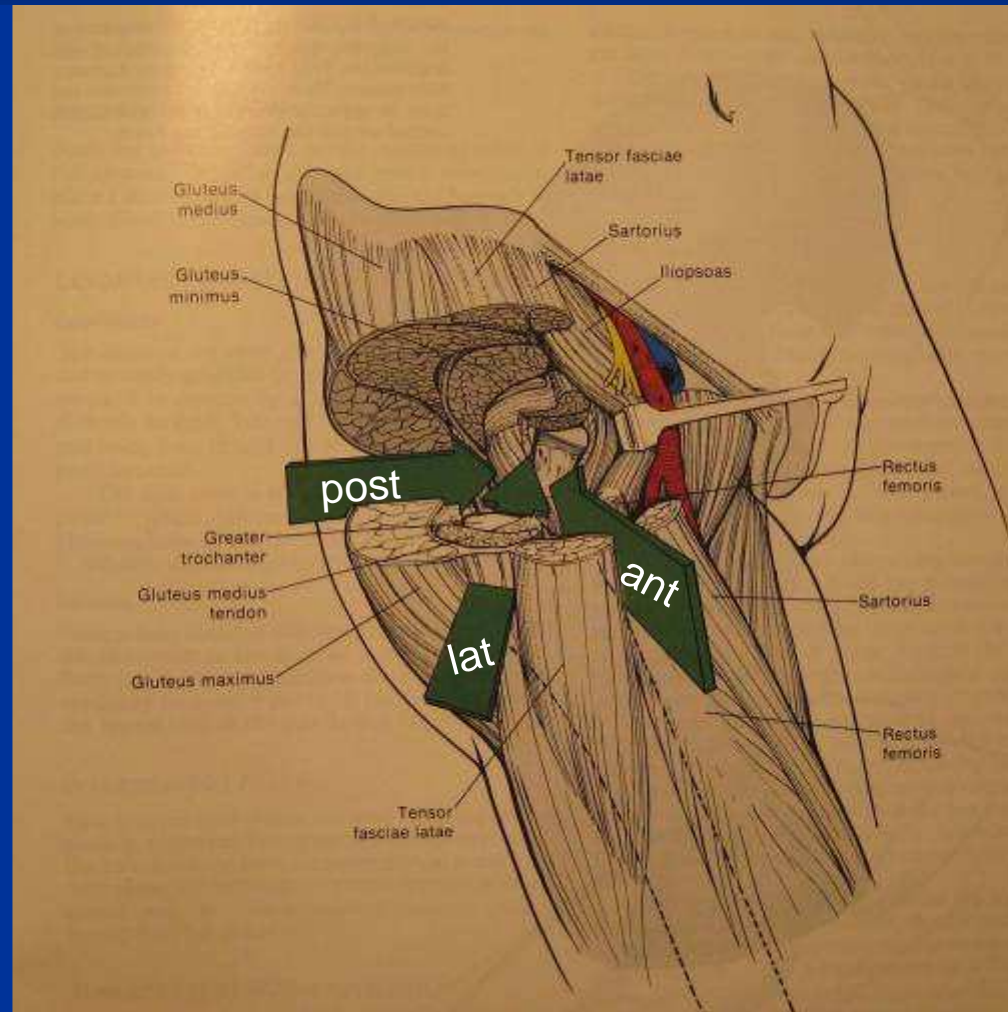


# PTH : Voies d'abord

3

- Postérieure
- Latérale = transglutéale
- Antérieure

# PTH : Voies d'abord



MIS

MISS?



# Minimally Invasive Surgery





# Voies d'abord moins invasives

## *Voie antéro-latérale*

- Cotyle antéversé  $15^\circ$   
= voie la + **naturelle**, la + **logique**
- Aucune section tendineuse ou musculaire = voie la + **anatomique**

*Voie antéro-latérale*



# Opérateur devant le malade



Figure 1

# Installation



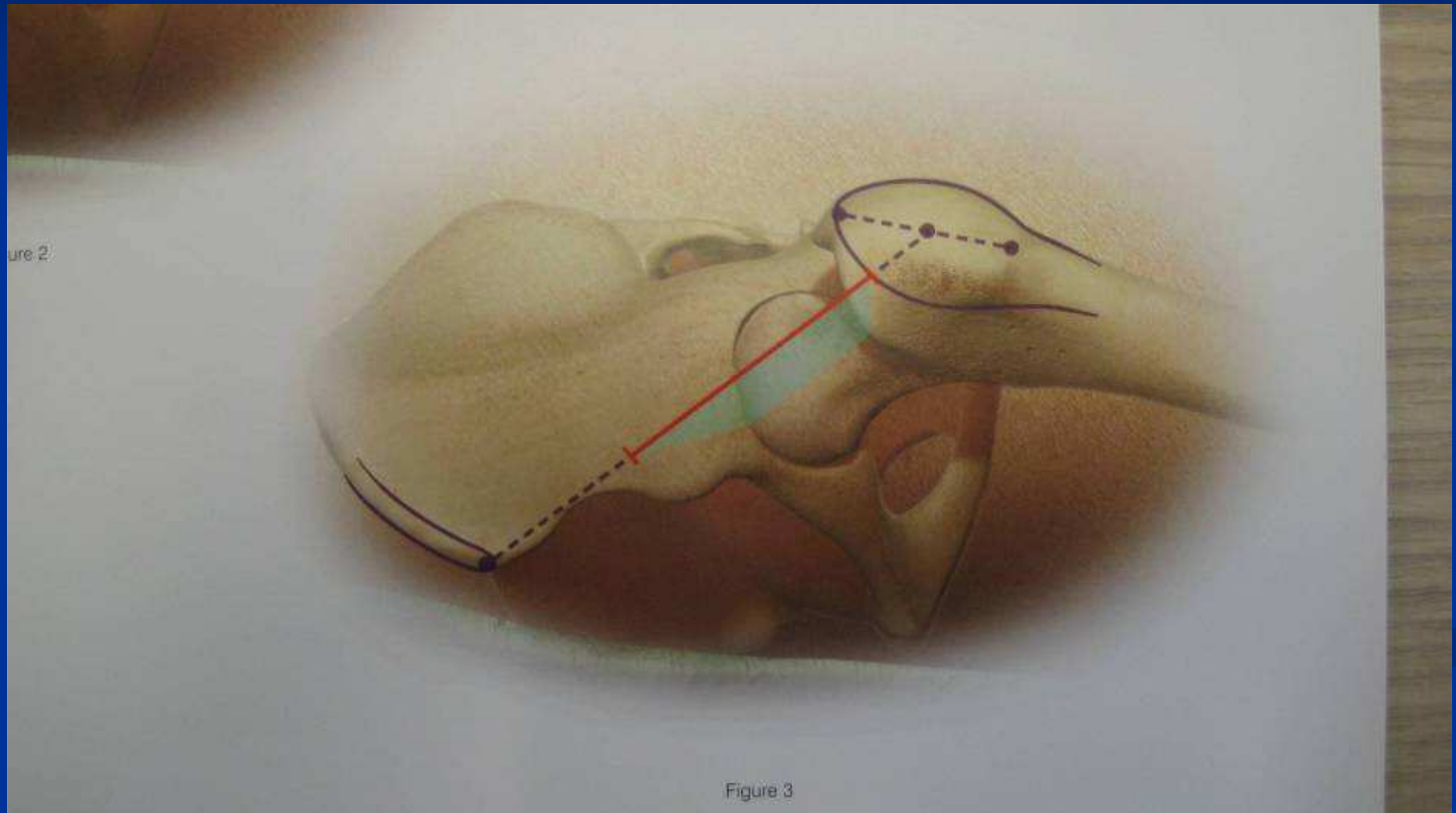
# Installation



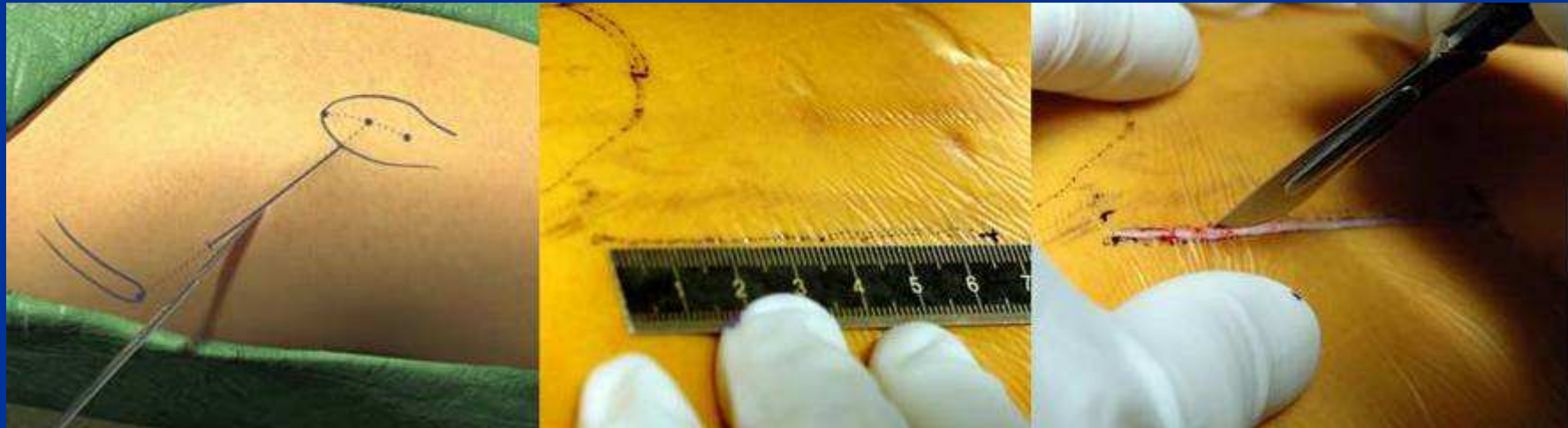
# REPERES



# Repères anatomiques



# Incision cutanée

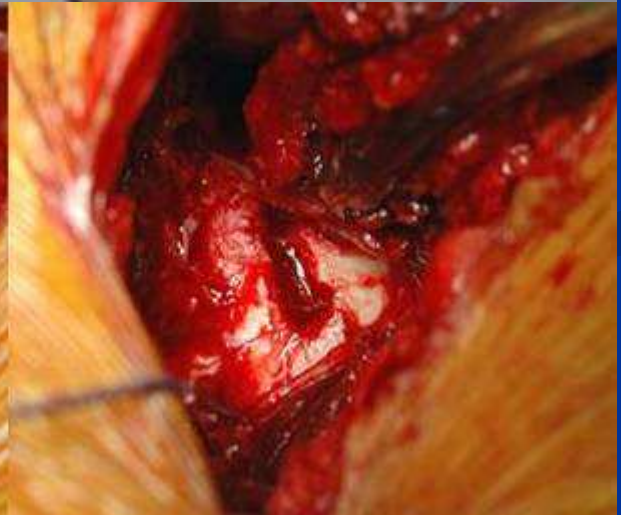
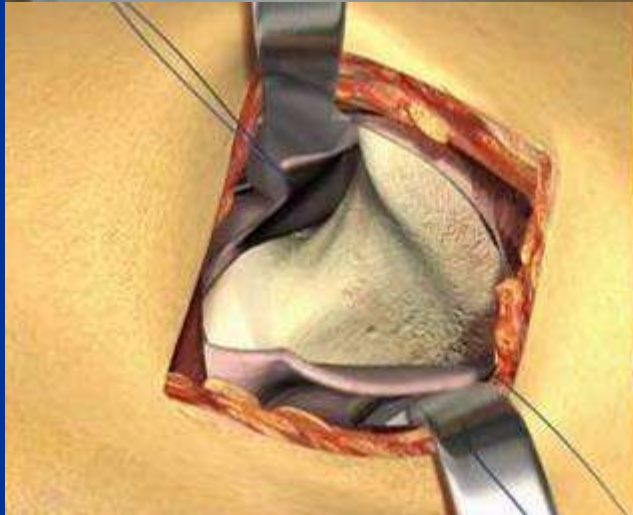
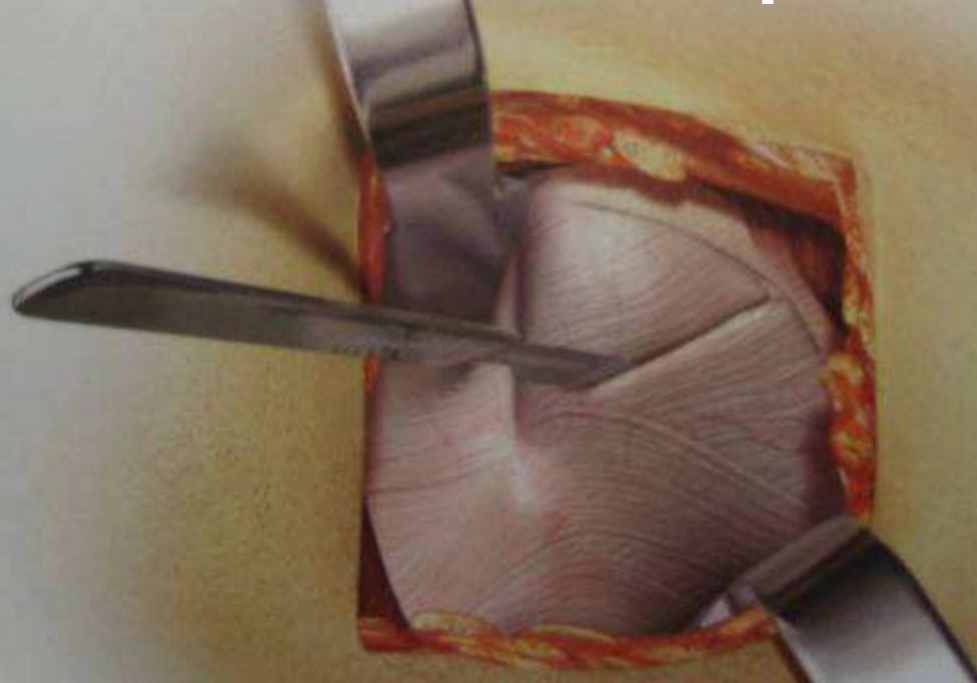




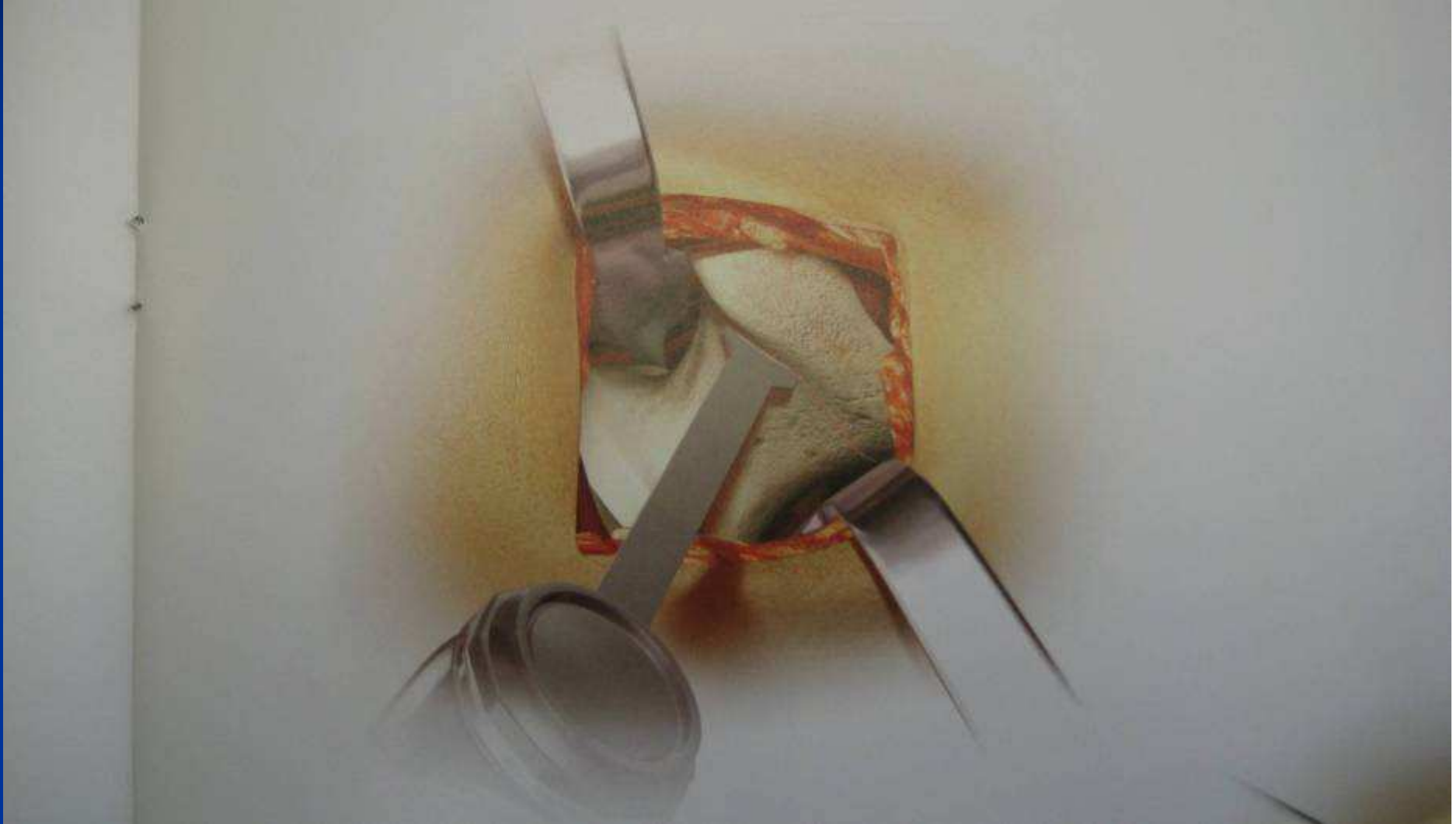
# Incision fascia lata



# Incision capsule



# Section col fémoral

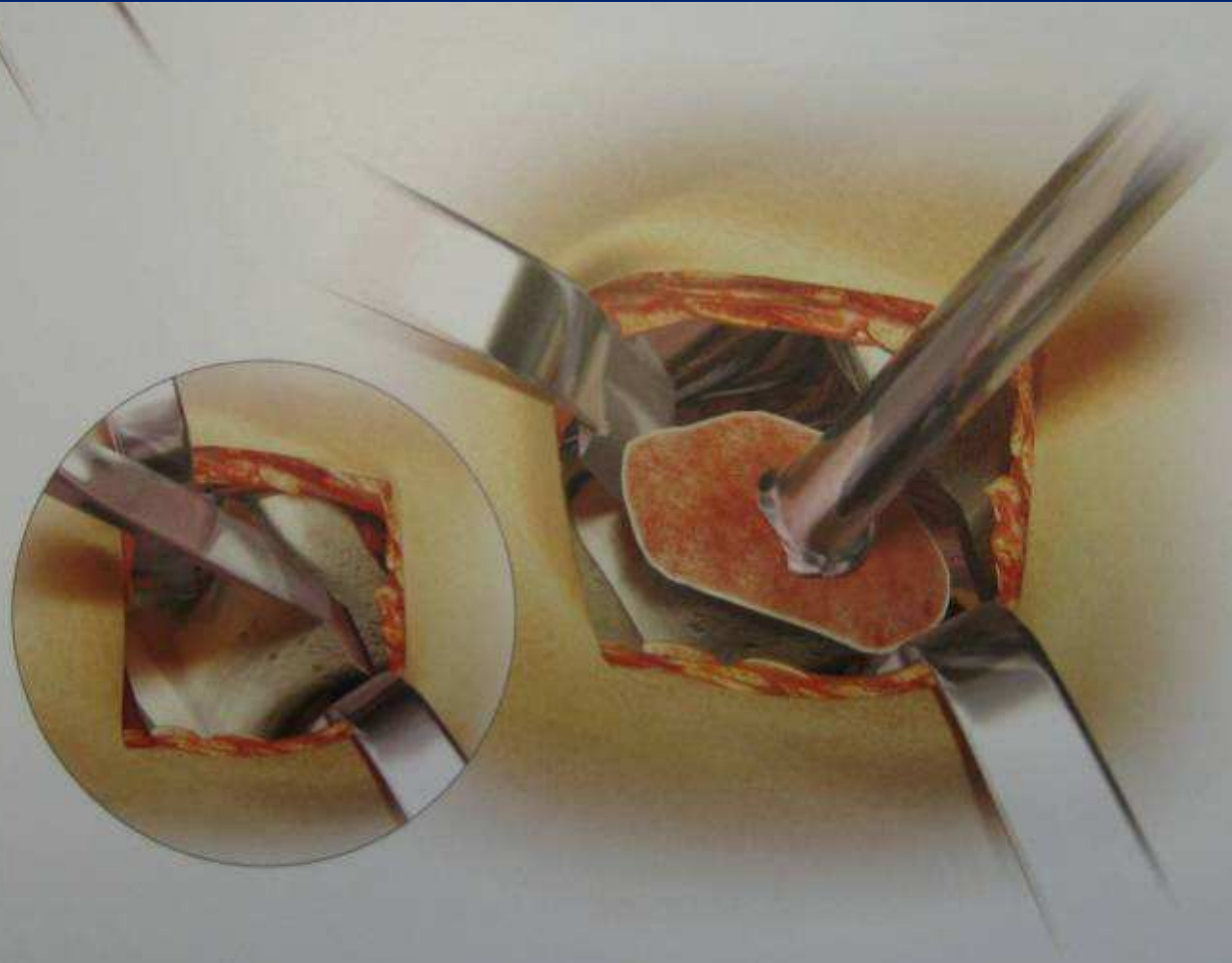


# Extraction tête fémorale

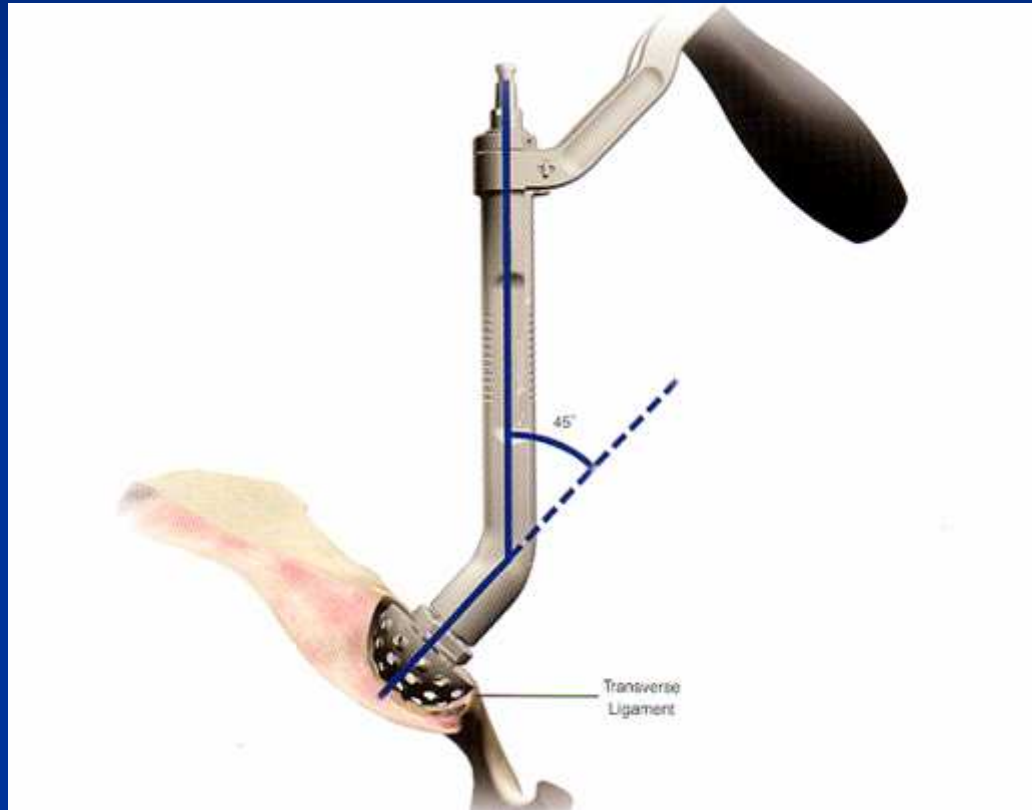
Figure 10



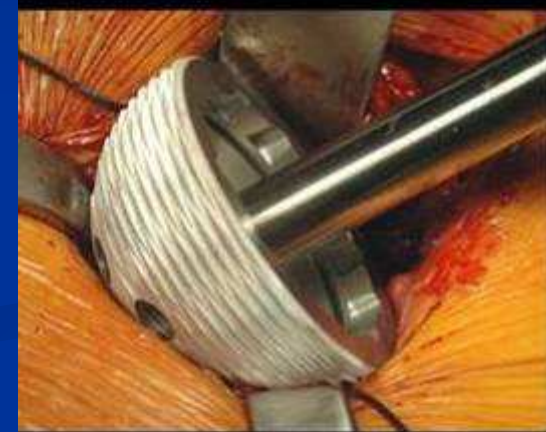
Figure 11



# Préparation du cotyle



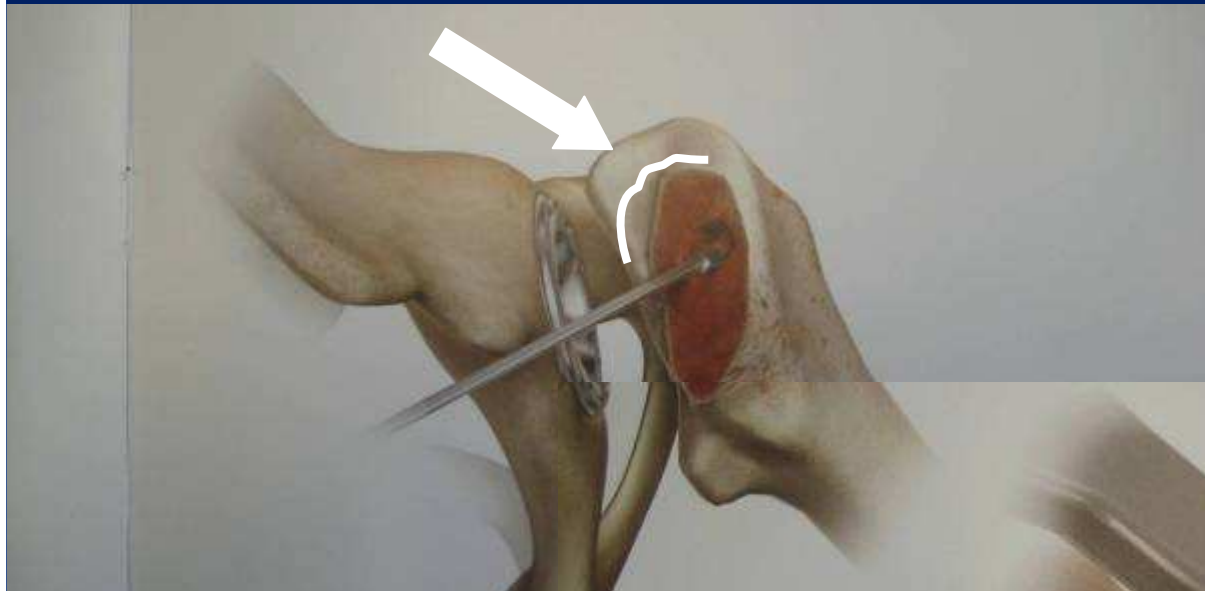
# Implantation du cotyle



# Mobilisation membre inférieur

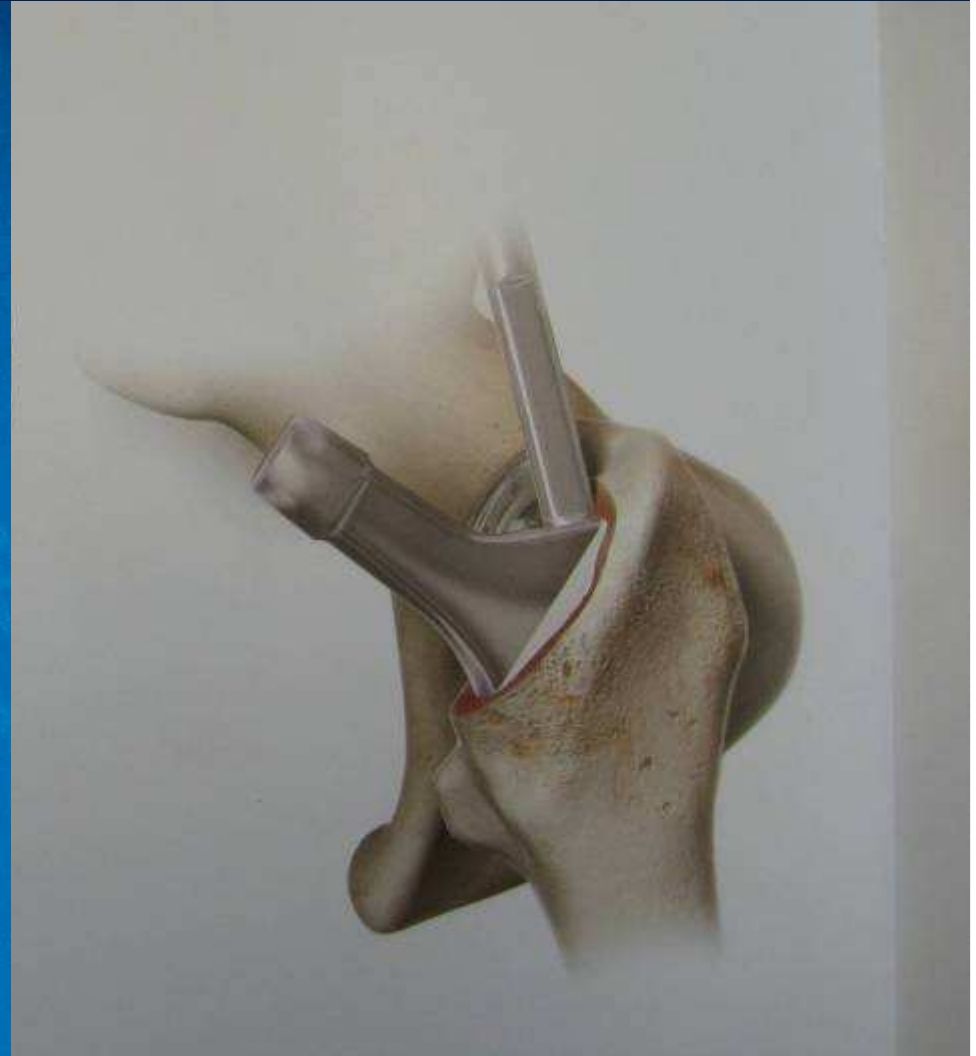
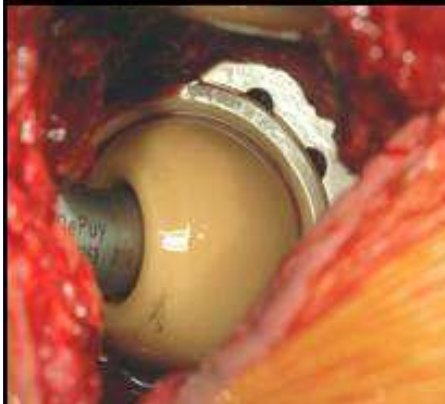


# Préparation fémur + essai

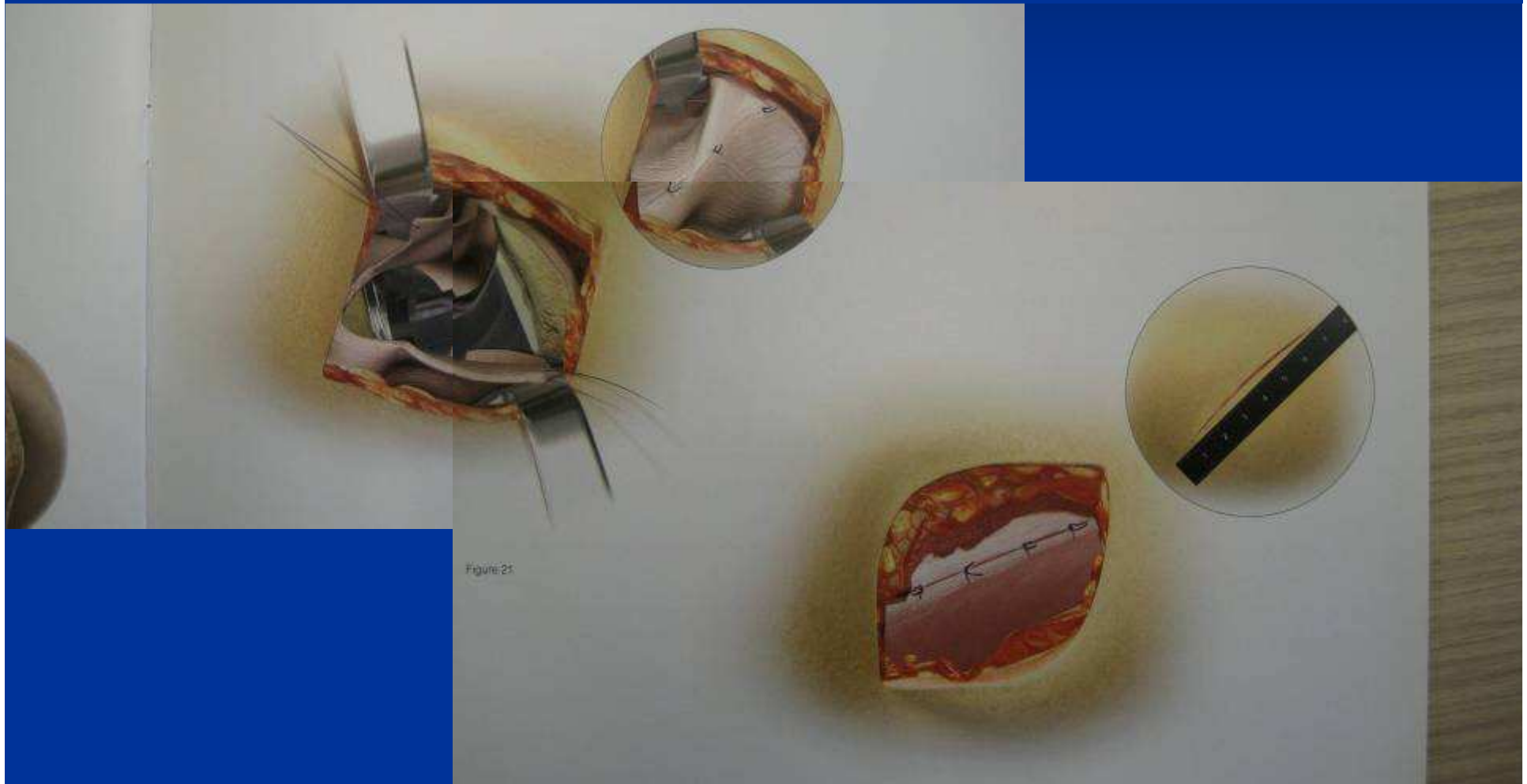




# Introduction prothèse définitive



# Réduction - Fermeture



# Voie antéro-latérale

- > 600 PTH
- Temps opératoire 50 min ( 35 – 75 min)
- Pas (encore !) de luxation ( tête 28 et 36 mm)
- Taux de complications *faible*



1 sepsis contrôlé après lavage ( patient 130kg)

9 # GT sans modif suites post-op

12 fissures fémur ( → 7 tiges cimentées)

1 # fémur sur chute escaliers R/ réop

= *même sécurité que  
abords classiques*

# Voie antéro-latérale: Avantages

- Peu ou pas de douleur
- Diminution pertes sanguines  
2 transfusions / > 300 PTH
- Hospitalisation réduite ( 4-5 j )
- Rééducation accélérée 1 canne 4 sem
- A 6 sem post-op  
PM 30-60 min sans canne  
ni boiterie pour 90% cas
- Cosmétique



# CONCLUSIONS

