

Physiothérapie	
Procédure:	J.-P. Gallice, Pr. D. Hannouche
DS:	Mai 2017
Validation:	A. Laubscher, Directeur des soins HUG Pr A. Perrier, Directeur médical HUG
Classement	Secteur Locomoteur
N°:	1.10 (2)

REEDUCATION APRES PROTHESE TOTALE DE HANCHE

Domaine

Musculo-squelettique

Définition

L'arthroplastie totale de hanche est une intervention qui remplace les deux surfaces articulaires qui sont usées par l'arthrose. Le chirurgien choisit la meilleure voie d'abord en fonction du patient.

Indications

- L'arthroplastie totale de hanche a pour objectif de redonner une articulation indolore, stable et mobile suite à une coxarthrose invalidante.
- Elle permet de restituer rapidement la fonction du membre inférieur.
- Elle offre un montage stable permettant une mobilisation précoce afin de prévenir la raideur articulaire.

Précautions, contre-indications

Le traitement vise à récupérer la mobilité le plus rapidement possible afin d'éviter les complications liées à l'alitement.

Il faut éviter les mouvements luxants.

Risques et complications

- Luxation
- Infections
- Descellement

- Fracture péri-prothétique
- Lésions neurologiques (nerf sciatique et fémoral)
- Thromboemboliques (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire).

Déroulement du traitement

La rééducation doit être précoce. Le but est d'obtenir une reprise rapide de la marche.

Phase pré-hospitalière: séance d'enseignement thérapeutique en groupe animée par un chirurgien, un anesthésiste, un physiothérapeute, un ergothérapeute et une infirmière de liaison.

J1: pour les PTH, rappel des précautions pour le patient:

- Charge selon douleurs, quelle que soit la voie d'abord, sauf demande particulière du chirurgien. Les cannes anglaises doivent être gardées au moins 5 semaines (temps de l'ostéo-intégration). La marche peut se faire selon la méthode classique ou selon la méthode alternée, en fonction du patient et de la douleur. Après les 5 semaines, l'utilisation des cannes se voit au cas par cas.
- Deux mouvements luxants doivent être évités:
 - l'extension de hanche couplée à une rotation externe,
 - la flexion de hanche $>90^\circ$ si elle est associée à une adduction et une rotation interne de la hanche. Mais la flexion à 100° est possible si les genoux sont écartés.
 - Eviter la torsion du bassin en pivotant sur les jambes, lors des changements de direction en position debout. Plutôt déplacer les pieds par petits mouvements.
- La sortie du lit doit se faire en pivotant sur les fesses avec les jambes regroupées et en s'appuyant sur le lit avec les 2 mains. Si la jambe opérée est trop faible, elle peut être soulevée avec l'autre jambe en croisant les pieds. Il ne faut pas dissocier les jambes lors du lever ou du retournement dans le lit durant les premiers jours.
- Saisir un objet en position assise ou allongée se fait avec la main située du côté de l'objet que l'on souhaite prendre (pour éviter les torsions du bassin).
- Après 6 semaines, le patient peut croiser les jambes en rotation externe pour mettre ses chaussures.
- La position idéale est: assis à angle droit, membres inférieurs écartés (les chaussures peuvent être mises dans cette position).
- Position de nuit: couché sur le dos ou sur le côté opéré (dès la 2^{ème}, 3^{ème} semaine) si le confort est suffisant. La position sur le côté opposé à l'opération est possible si le patient garde un coussin de stabilisation sous la jambe pour éviter l'adduction.
- Pour ramasser un objet au sol, prendre si possible un appui sur un meuble avec la main opposée, la hanche non-opérée est fléchie et la jambe opérée légèrement en retrait par rapport à l'autre.
- La conduite d'un véhicule, sous la responsabilité du patient, est possible 5 semaines après l'opération.
- Le vélo d'appartement peut être repris 6 semaines après l'opération.
- Le sport peut être repris 3 mois après l'opération.

Exercices de contraction du quadriceps et mobilisation active des chevilles afin de prévenir les complications thromboemboliques.

Vérifier l'extension du genou (muscle quadriceps, nerf fémoral), l'adduction des cuisses (muscles adducteurs, nerf obturateur), la flexion plantaire du pied et des orteils (composante tibiale du nerf sciatique), enfin l'extension dorsale du pied et des orteils (composante péronière du nerf sciatique).

1^{er} lever au fauteuil par le personnel soignant.

J1 ou J2:

1^{ère} verticalisation entre les barres parallèles et rééducation à la marche (charge selon opération, voir au-dessus).

Tonification isométrique des muscles grand fessier et moyen fessier. Mobilisation active du genou en extension (activation dynamique du muscle quadriceps).

Inscription à une séance d'ergothérapie postopératoire si le patient n'a pas bénéficié du groupe préopératoire.

J3 à jusqu'à la sortie de l'hôpital:

Mêmes exercices et rééducation à la marche avec deux cannes ou autre aide à la marche (déambulateur, béquilles axillaires, cadre, etc.).

- Escaliers dès que possible.

Au plus tard au 4^{ème} jour, une évaluation fonctionnelle permet de préciser la sortie: dès que le patient est apte à marcher au moins 50 mètres et faire ½ étage d'escaliers.

Enseignement d'exercices à faire seul (contractions du muscle quadriceps, mobilisation active de la hanche en extension en position debout avec soutien).

J5 à J7 (selon inclusion WE) : sortie (objectif: sortie à J5)

Bibliographie

Chirurgie orthopédique et traumatologie ostéoarticulaire de l'adulte et de l'enfant
Sous la direction du Dr Michel Rufenacht
Ed. Médecine et Hygiène, 2004

Kirsten L. Poehling-Monaghan MD, Atul F. Kamath MD, Michael J. Taunton MD, Mark W. Pagnano MD. Direct Anterior versus Miniposterior THA With the Same Advanced Perioperative Protocols: Surprising Early Clinical Results
Clin Orthop Relat Res (2015) 473:623–631