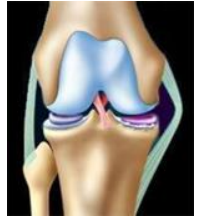




Quels sont les principaux risques de l'intervention ?



La mise en place d'une prothèse n'est jamais une urgence, rien ne presse. Il faut savoir attendre, s'informer sur les bénéfices attendus, sur les risques possibles et sur l'organisation. La décision doit se faire en confiance : le bon résultat de votre opération en dépend en partie.

Les principaux risques de l'intervention ?

Les complications infectieuses : deux tableaux cliniques peuvent être observés.

1/ L'infection post-opératoire précoce est heureusement exceptionnelle. La fiabilité des procédés de stérilisation, l'utilisation de dispositif à usage unique, la pratique de voie d'abord courte et l'abondance des rinçages per-opératoires associés à la meilleure préparation du patient ont limités les risques infectieux. Les risques infectieux sont majorés chez les patients diabétiques, artéritiques, immunodéprimés, obèses ou soumis à une intoxication tabagique chronique.

Une réintervention chirurgicale et un traitement antibiotique adapté aux germes sont, alors, nécessaires.

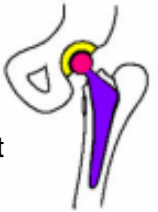
2/ Les infections secondaires sont très rares : des années après l'opération, une prothèse peut être le siège d'une contamination à partir d'un foyer à distance (angine, infection dentaire, infection urinaire, ...).

Les complications thrombo-emboliques peuvent survenir pour toute chirurgie du membre inférieur. Une prévention par bas de contention et anticoagulant est indispensable dans les suites de l'intervention.

L'hématome. Le traitement anticoagulant contre la phlébite peut favoriser la survenue d'un hématome. Habituellement celui-ci régresse, de façon spontanée, en une à deux semaines.



Luxation d'une prothèse de hanche : elle survient souvent à la faveur d'un mouvement déconseillé combinant la flexion et la rotation interne du membre inférieur avec une adduction. L'épisode est douloureux, l'impotence fonctionnelle est complète. La luxation impose un transfert urgent dans un centre de soins afin que le chirurgien réduise la luxation sous anesthésie générale.



Inégalité de longueur des membres inférieurs à la suite d'une prothèse de hanche :

La différence naturelle de longueur des membres inférieurs est de 0 à 10 mm, la moyenne étant de 6 mm. Cette différence n'est pas ressentie. La réalisation de l'arthroplastie de hanche doit rétablir la symétrie de longueur des membres inférieurs à quelques millimètres près. Une fausse impression d'inégalité peut être ressentie en cas de fonte importante des muscles fessiers ou lors d'une scoliose. Celle-ci sera passagère.

Atteinte neurologique à la suite d'une prothèse de hanche:

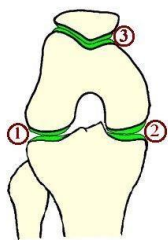
Une atteinte du nerf sciatique peut suivre l'implantation d'une prothèse de hanche. Ceci est rare. Cette atteinte se manifeste par l'impossibilité de relever activement le pied par rapport à la cheville. Le plus souvent l'atteinte neurologique est transitoire, liée à la sidération du tronc nerveux par étirement ou compression. L'examen électromyographique permet de confirmer le diagnostic et d'orienter le pronostic de récupération pour le moyen terme. La section per-opératoire du nerf sciatique est exceptionnelle.



Raideur articulaire post-opératoire du genou :

La récupération d'une amplitude articulaire insuffisante s'observe en cas d'articulations détruites de façon majeure par l'arthrose. Il est donc important de porter l'indication chirurgicale lorsque la souplesse articulaire est encore acceptable.

L'objectif minimum de mobilité est de 90° de flexion à 30 jours de l'intervention et 110° à 2 mois. A terme, il n'est pas souhaitable de dépasser 120° de flexion du genou.



Le descellement prothétique :

Les prothèses totales de hanche et de genou ont une tenue habituelle supérieure à 20 ans. Une surveillance radiologique est utile en cas de douleurs non expliquées.