

REPORTAGE : La chirurgie Mini invasive de la hanche . Enquête et témoignages.**ORTHOPEDIE**

La marche à J + 4

La technique de chirurgie mini-invasive épargne les structures musculaires et capsulaires au grand bénéfice des patients arthrosiques qui nécessitent une prothèse totale de hanche.

La chirurgie mini-invasive trace son chemin

Guy, 62 ans, descend tranquillement les escaliers sous le contrôle du kiné. Il a été opéré d'une prothèse totale de hanche, il y a seulement trois jours ! Cette récupération fonctionnelle rapide est un des grands atouts de la chirurgie mini-invasive de la hanche.

Le Dr François Prigent, chirurgien orthopédique à la clinique Saint-Louis de Poissy, est intarissable sur le sujet tant il est convaincu du bénéfice de cette technique. Il a d'ailleurs reçu le prix du Congrès national d'orthopédie, SOFCOT 2006, pour la description de cette intervention, une reconnaissance implicite de ses pairs. « Il y a maintenant quatre ans que je fais de la chirurgie mini-invasive de la hanche », indique le spécialiste. Reste que cette technique nécessite une grande expérience du chirurgien, et une équipe bien rodée. Le kiné du service est lui aussi très enthousiaste : « Dès le début, on gagne deux à trois jours sur la mobilité, et les patients ont très peu mal ».

Muscles épargnés

Rien de plus normal, puisque les structures musculaires ont été épargnées. Là où la voie « classique » tranche dans le vif, la chirurgie mini-invasive respecte les muscles et l'ensemble des structures qui assurent la stabilité de la hanche. « La luxation est notre bête noire après prothèse de hanche », rappelle le kiné. Au chevet du malade, le kiné teste la flexion de la hanche. A J3, elle atteint 90°, alors qu'elle était de 45° dès le premier jour. Côté patient, aucune douleur à signaler lors de la mobilisation. Le kiné met en avant son double rôle vis-à-vis de la prévention de la luxation et de la récupération rapide de la marche : « On leur dit de bien réfléchir avant de faire certains mouvements risqués. En particulier, lorsqu'ils essaient de ramasser un couteau ou une fourchette qui est tombée, une situation où ils risquent de faire un mouvement pouvant luxer la prothèse par flexion, rotation interne, et adduction ».

Pour la récupération rapide, garder une bonne tonicité musculaire est importante : « Avoir fait du sport intensif à l'âge jeune favorise les capacités de récupération fonctionnelle même si l'on a arrêté », mentionne le kiné. Un peu comme s'il existait une mémoire du corps. « Avant l'intervention, nous nous assurons que les patients gardent une relative bonne tonicité musculaire du moyen fessier. Si le patient peut tenir l'appui monopodal pendant trois secondes, avant l'opération, c'est un excellent critère de récupération rapide », indique le Dr Prigent.

Même satisfecit pour Nicole, 70 ans, opérée il y a juste une semaine de la hanche gauche et prête à quitter la clinique. « J'ai commencé à marcher avec deux cannes dès le deuxième jour et après, je suis passée à la marche avec une seule canne. Je dois même faire un peu attention, car j'ai un tempérament très actif et je partirai bien sans la canne ! ».

La relative banalisation de l'intervention et l'absence de douleur peuvent inciter les patients à prendre des risques. « Les patients auraient tendance à en faire trop et il faut les modérer », souligne le kiné. Nicole voit le chemin parcouru depuis la prothèse mise en place à la hanche opposée, il y a six ans. Pour sa convalescence, elle ne voit pas la nécessité de se rendre en centre de rééducation comme pour sa précédente intervention. Maintenant, dans la majorité des cas, les patients rentrent à domicile avec son kinésithérapeute habituel, le travail peut être repris au bout de six semaines alors que l'arrêt est de trois mois pour les opérés « classiques ».

Une technique innovante pour des patients de tout âge

Jean-Louis, 50 ans, est le troisième patient vu dans le service : « J'ai consulté 3 chirurgiens et j'ai été convaincu tout de suite lorsque j'ai su que l'intervention se faisait par une petite ouverture avec peu de dégâts musculaires. Je n'en reviens pas du résultat car j'avais très mal à la hanche depuis cinq ans et je ne dormais plus ». Aujourd'hui, à J3, Jean-Louis se déplace avec une canne sans douleur et il redort normalement car il ne souffre plus. Ce patient jeune, en léger surpoids, souffrait d'une arthrose sévère probablement en rapport avec une dysplasie de la hanche. Le Dr Prigent observe des indications émergentes de PTH chez des patients jeunes, en particulier des sportifs qui ont fait beaucoup de course à pied. « Ma clientèle a changé : avant, j'avais une majorité de patients de plus de 60 ans. Aujourd'hui, ça s'équilibre et j'en ai autant de moins de 60 ans. Ce n'est pas un changement dans l'épidémiologie, mais les patients plus jeunes vont chercher de l'information sur les techniques innovantes, ce qui génère un biais de recrutement évident. »

« La chirurgie mini-invasive peut être faite chez pratiquement tous les patients », indique François Prigent. Même chez les patients en surpoids ou les sujets âgés. Les limites à cette technique concernent les cas de luxation congénitale de hanche ou lors de reprise chirurgicale. « Le concept de chirurgie mini-invasive consiste avant tout à respecter les parties molles, les muscles et la capsule », insiste-t-il. Les avantages sont multiples : meilleure récupération initiale, douleur et perte sanguine moindres. Ce n'est pas une simple affaire de longueur de la cicatrice car, finalement, peu importe la taille de l'incision. « En cas de surcharge pondérale, nous pouvons être amenés à agrandir de quelques centimètres l'incision cutanéograsseuse, sans modifier l'abord profond musculo-capsulaire qui reste mini-invasif », souligne le spécialiste. A l'inverse, une petite incision de la peau peut constituer « une fenêtre mobile » qui peut très bien masquer un abord large et invasif des éléments musculaires et capsulaires, comparable à la voie classique. Il faut souligner que la voie postérieure mini-invasive permet à tout moment de basculer vers une voie « élargie » pour pallier une complication ou opter pour un geste complémentaire.

Des suites simples

La demande en antalgiques est significativement diminuée en période post-opératoire. Le protocole comporte de la morphine, à la demande initialement, puis des antalgiques légers au bout de trois à quatre jours, associé à des AINS débutés tout de suite en l'absence de contre-indications. Les pertes globulaires également sont réduites avec la technique mini-invasive. Le Dr Prigent précise : « On ne transfuse plus. Un mois avant l'intervention, nous prescrivons une prise de sang aux patients. S'ils ont 12-13 g d'hémoglobine, nous donnons du fer. Pour ceux qui ont moins de 12 g/l, nous prescrivons de l'EPO (remboursée dans cette indication) pour monter à 13 g/l. Dans les suites immédiates, un redon récupérateur mis en place pendant six heures permet de récupérer 200 à 300 cc de sang ».

Un autre très gros avantage de la voie mini-invasive est la diminution du risque de luxation. « En trois ans, alors que je pose plus de cent prothèses par an, j'ai eu une seule luxation sur une patiente fragile, atteinte de polyarthrite rhumatoïde, indique le spécialiste. En préservant la capsule et les muscles, nous avons un taux de luxation bien inférieur à 1 %, alors qu'il est de 2 % pour les voies postérieures habituelles. » Ce faible taux de luxation est dû au respect de la capsule articulaire et du muscle pyramidal. Ces deux éléments se comportent comme un « hamac postérieur » anti-luxation. Le muscle pyramidal est également fondamental lors de la marche, en verrouillant l'articulation sacro-iliaque. C'est pourquoi la rééducation est si rapide dans les suites de cette chirurgie.