

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
ECOLE DE KINESITHERAPIE DE NANCY

REEDUCATION DE LA PROTHESE TOTALE DE HANCHE.

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Frédérie GORKA**
étudiant en 3^e année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'état
de masseur kinésithérapeute
1991-1992

SOMMAIRE

1 Introduction	p 1
1.1. Présentation générale du cas	p 1
2 Bilan de départ	p 3
3. Propositions kinésithérapiques	p 6
3.1. La récupération des amplitudes articulaires	p 6
3.2. La récupération musculaire	p 6
3.3. Réapprentissage de la marche	p 7
3.4. La proprioception	p 8
4. Description de l'application pratique des techniques	p 9
4.1. Avant le premier lever : J1-J2	p 9
4.2. Le premier lever : J3	p 9
4.3. Rééducation en salle de kinésithérapie	p 10
5. Bilan de fin de stage	p 17
6. Conclusion	p 19

Résumé

Ce mémoire a pour objet l'étude de la rééducation d'une prothèse totale de hanche du jour de l'intervention à la sortie de l'hôpital.

Le rôle du kinésithérapeute sera tout d'abord rééducatif mais aussi pédagogique. En effet, la mise en place d'une prothèse de hanche est chose courante maintenant, mais le kinésithérapeute devra toujours être vigilant pour éviter la luxation de prothèse. Le patient aura aussi sa part de responsabilité en prenant conscience et en appliquant les gestes élémentaires nécessaires à la survie de la prothèse.

1. INTRODUCTION :

1.1. PRESENTATION GENERALE DU CAS :

1.1.1. Histoire du malade et de la maladie :

Nous allons étudier le cas de Mme C. Antoinette, patiente de 60 ans, mariée, 2 enfants.

Cette patiente a subi une appendicectomie et présente des séquelles d'insuffisance hépatique toxique dû à un éthylysme chronique. En 1974 à la suite d'un AVP, elle se fracture le col du fémur gauche et on lui pose une prothèse de Moore scellée. En 1980, elle se fracture la diaphyse fémorale gauche, fracture ostéosynthésée juste sous la prothèse de Moore. En mars 1991, se plaignant de douleurs à la hanche gauche, le chirurgien ponctionne l'articulation et diagnostique une arthrite dûe à une infection hémotogène à colibacilles. L'ablation du matériel est effectuée (prothèse) et la patiente est placée en traction suspension par broche trans-tibiale pendant une durée de 3 semaines.

Les problèmes infectieux étant enrayés, la traction-suspension est retirée et le chirurgien procède à la mise en place de la prothèse totale de hanche.

Compte-rendu opératoire :

Abord postérieur, grande ascension du moignon du fémur, dégagement des fessiers puis ouverture de l'articulation, désencombrement du cotyle. Puis dégagement progressif de l'extrémité supérieure du fémur et de la cavité fémorale puis préparation des cavités au niveau du cotyle et du fémur avec des rapés adaptées.

Aspect anatomo-pathologique :

La dimension du cotyle et de la tête fémorale sont importants pour la survie de la prothèse.

Les chirurgiens mettent de plus en plus de petites têtes (en métal), ce qui diminue le coefficient de friction et diminue les risques d'usure.

Le cotyle prothétique qui est en polyéthylène, est légèrement plus large que le cotyle osseux et a pour but d'assurer une bonne couverture de la tête fémorale. Le choix

de la mise en place de ciment qui permet le scellement de la pièce fémorale et de la pièce cotyloïdienne sur l'os est effectué en fonction de l'âge du patient.

Dans le cas présent, et compte-tenu de l'âge de la patiente, le chirurgien a décidé de cimenter pour améliorer la congruence os-prothèse, ce qui augmente la durée de vie de la prothèse et diminue la probabilité d'avoir un descellement prothétique et de ré-intervenir. En effet, la repousse osseuse étant peu probable chez le sujet âgé, le chirurgien préfère assurer la stabilité de la prothèse en cimentant.

Compte tenu des problèmes septiques antérieurs, la mise en place d'une prothèse totale de hanche est le dernier recours thérapeutique pour cette patiente.

2. BILAN DE DEPART :

Ce bilan est effectué au début de la période post-opératoire et permettra de déduire les objectifs principaux de la rééducation.

Bilan cutané et trophique :

- aspect oedématisé de la cheville gauche.
- hématome péri-cicatriciel de la cuisse gauche.
- chaleur du MI gauche.
- aspect de la cicatrice normal.

Bilan de la douleur :

- spontanée: la patiente ne se plaint pas de douleurs.
- provoquée: douleur apparaissant à la mobilisation de la hanche opérée.

Bilan articulaire (en passif) :

Réalisé par des mesures goniométriques.

Ex: mesure de l'abduction de hanche

patient: décubitus dorsal

centre du goniomètre: projection cutanée de la tête fémorale

branche fixe: parallèle à la ligne bi-iliaque (ELIAS)

branche mobile: vers le condyle externe

position de départ: 90°

position en abd max: 110°

donc amplitude d'abd: $110 - 90 = 20^\circ$

Nous ferons selon le même principe pour la recherche des autres amplitudes.

Donc pour la hanche gauche:

Flx = 70°

Ext = - 10°

Abd = 20°

hanche droite:

Flx = 110°

Ext = 0°

Abd = 35°

les amplitudes de rotation et d'adduction ne seront pas recherchées (ceci pour éviter la luxation).

Genou : gauche :

Flx = 70°

Ext = 0°

droit :

Flx = 130°

Ext = 0°

Cheville :

Les amplitudes de Flx/Ext sont normales à droite et à gauche.

Bilan musculaire :

Ce bilan sera effectué selon la cotation de testing.

psoas-iliaque = 2+

moyen fessier = 2

abducteurs = 2

grand fessier = 2

quadriceps = 3+

ischio-jambiers = 3

jambier ant = 5

jambier post = 5

triceps sural = 5

fléchisseurs des orteils = 5

extenseurs des orteils = 5

Bilan fonctionnel :

La patiente est au lit et n'a pas encore été levée. Elle a besoin d'une aide pour faire sa toilette.

Conclusion du bilan :

Nous sommes donc en présence d'une patiente de 64 ans, opérée d'une prothèse totale de hanche avec auparavant une période de 3 semaines de traction-suspension.

Cette patiente présente des limitations d'amplitude articulaire au niveau de la hanche et du genou, une amyotrophie globale du membre inférieur et une dépendance fonctionnelle totale.

Objectifs de la rééducation :

- récupération d'amplitudes de hanche, fonctionnelles.
- renforcement des groupes musculaires déficients.
- acquisition d'une indépendance fonctionnelle correcte (marche, escalier..)
- apprentissage des règles élémentaires pour éviter la luxation (conseils d'économie articulaire).

3. PROPOSITIONS KINESITHERAPIQUES :

3.1 LA RECUPERATION DES AMPLITUDES ARTICULAIRES :

3.1.1. La mobilisation passive :

Dans le cas présent, la mobilisation passive aura pour rôle la mise en tension des ligaments ainsi que de tous les éléments périarticulaires.

D'autre part, elle joue un rôle important au niveau musculaire. Elle permet en effet d'entretenir la longueur et l'extensibilité du muscle, voire l'assouplissement des muscles rétractés.

3.1.2. La mobilisation active aidée en suspension :

La suspension (axiale équilibrée) permet la mise en décharge de l'articulation, donc d'éviter tout type de contraintes sur cette articulation.

D'autre part, la mobilisation active aidée permet l'étirement musculaire du muscle antagoniste au mouvement effectué, mouvement contrôlé par le patient lui-même ainsi que par le kinésithérapeute, ceci évitant l'apparition de phénomènes douloureux susceptibles de freiner la rééducation.

3.1.3. Le tener-relacher : (pour le genou).

Cette technique permettra l'augmentation de l'extensibilité d'un muscle aboutissant à un gain d'amplitude au niveau de l'articulation concernée.

En effet, il est physiologiquement prouvé que la contraction statique d'un muscle pendant 6 s favorise, après relâchement, son étirement, permettant de diminuer les raideurs existantes.

3.2. RECUPERATION MUSCULAIRE :

3.2.1. Le travail statique :

Lors de la contraction statique le balayage articulaire est supprimé, ce qui permet un renforcement lors de douleurs ou d'impossibilité de contraction dynamique.

D'autre part la contraction statique permet le renforcement de la stabilité active d'une articulation donnée ce qui est fondamental pour l'objectif final du kinésithérapeute: la marche.

Mais il ne faut pas négliger le fait que le travail statique entrave l'apport circulatoire, donc provoque une fatigue musculaire importante. Il faudra donc doser l'utilisation de cette technique pendant la séance de rééducation.

3.2.2. La mobilisation active :

La mobilisation active est une contraction musculaire provoquant un mouvement. Cette contraction peut être concentrique (rapprochement des insertions du muscle), ou excentrique (éloignement des insertions du muscle = freinage actif).

Dans le renforcement musculaire de la hanche nous utiliserons le concentrique et l'excentrique.

Le travail excentrique dans son rôle freinateur du mouvement est indispensable dans l'exécution de la marche et permettra donc de préparer le patient à celle-ci.

3.2.3. Renforcement musculaire: notion de résistance manuelle.

En ce qui concerne les muscles périarticulaires de la hanche, le renforcement musculaire s'effectuera par l'application de la part du kinésithérapeute de résistances manuelles.

En effet ceci permet au thérapeute de doser la résistance à appliquer, donc de ne pas provoquer de contraintes trop importantes sur la prothèse.

D'autre part il est fortement déconseillé d'utiliser la pouliothérapie au risque de provoquer l'ébranlement de la prothèse.

3.3. REAPPRENTISSAGE DE LA MARCHÉ.

La marche est en effet l'un des buts principaux de la rééducation de la prothèse de hanche.

La marche qui s'effectuera au début à l'aide d'un déambulateur ou de cannes anglaises, permettra au sujet de recouvrer un schéma moteur disparu du côté de la prothèse de hanche.

D'autre part, même si elle n'est pas de bonne qualité ou nécessite une aide à la marche, elle donnera au sujet l'indépendance fonctionnelle qu'il désire.

3.4 LA PROPRIOCEPTION :

Les récepteurs capsulaires de la hanche étant détruits du fait de l'intervention, le patient ne reçoit plus d'informations suffisantes concernant la position de la hanche dans l'espace. Il faudra donc solliciter les récepteurs musculaires pour assurer la suppléance et permettre au patient d'avoir une meilleure perception.

Nous utiliserons la vue, la stimulation verbale, les "résistances proprioceptives", la répétition du mouvement pour améliorer la sensori-motricité de la hanche.

Nous obtiendrons ainsi un équilibre debout correct, de bons transferts d'appui (MI sain -> MI lésé), puis des réactions d'équilibration.

4. DESCRIPTION DE L'APPLICATION PRATIQUE DES TECHNIQUES :

4.1. AVANT LE 1ER LEVER = (J1 - J2)

4.1.1. Le nursing :

Le kinésithérapeute s'assurera tout d'abord de la bonne position au lit du patient. En effet, le membre inférieur opéré doit être en légère abduction, rotation neutre.

Nous mettrons donc un coussin entre les jambes du patient pour l'abduction, ainsi qu'un sac à la face externe de la cuisse pour éviter la rotation externe. D'autre part, nous placerons un cercle anti-équien à ses pieds et un sac à eau sous les talons.

Les membres inférieurs seront mis en déclive (10 à 20°) pour favoriser le retour veineux, avec des bas de contention aux deux membres inférieurs.

Pendant ces 2 jours le kinésithérapeute surveillera les points d'appui et effectuera un massage à l'alcool sur les zones rouges.

4.1.2. Entretien musculaire pendant la période d'alitement :

Nous mobiliserons passivement la cheville et les orteils puis demanderons un travail actif en flexion dorsale et plantaire contre légère résistance manuelle.

D'autre part nous demanderons au patient d'effectuer des contractions statiques du quadriceps et des fessiers, ceci afin d'éviter tout phénomène de sidération et l'amyotrophie.

Pour le quadriceps, nous placerons un coussin sous le genou du patient et lui demanderons d'écraser ce coussin. Cette contraction statique sera de 6 s, suivie de 6 s de repos.

4.2. LE PREMIER LEVER : (J3)

Le premier lever s'effectuera en présence du kinésithérapeute et d'une infirmière. L'infirmière prendra la tension du patient en décubitus, puis assis au bord du lit. Si la chute de tension est trop importante il faudra rallonger immédiatement le patient.

Le kinésithérapeute aura pour rôle de s'assurer du bon déroulement de la mise au bord du lit. En effet, il maintiendra le membre inférieur en légère abduction et rotation neutre pendant toute la réalisation du transfert puis replacera immédiatement le coussin entre les cuisses quand le patient sera assis au bord du lit. Puis le patient pourra s'asseoir sur une chaise à proximité du lit, en veillant à la bonne position du membre inférieur opéré lors du transfert.

4.3. REEDUCATION EN SALLE DE KINESITHERAPIE :

Le premier effectué, le patient est capable de venir en salle de rééducation en fauteuil roulant.

4.3.1. Récupération des amplitudes articulaires :

4.3.1.1. La mobilisation passive :

Exemple de mobilisation passive en abduction de hanche :

- position du patient: décubitus dorsal
- position du kinésithérapeute: debout, à côté du membre à mobiliser
- prise en berceau du segment jambier avec:
 - prise mobilisatrice au niveau de l'extrémité inférieure face interne du segment crural
 - contre-prise: épine iliaque antéro-supérieure controlatérale
- mouvement: membre inférieur vers le dehors (mouvement qui s'effectue dans un plan frontal, autour d'un axe antéro-postérieur).
- temps de maintien de la position: 10 à 15 secondes
- temps de retour : 5 à 10 s.
- temps de repos : 10 à 15 s.

Puis nous ferons selon le même principe pour la récupération de la flexion et l'extension de hanche.

Il est inutile de chercher à récupérer les amplitudes d'adduction et de rotation, ceci risquant de provoquer la luxation.

Rq: La mobilisation passive doit toujours rester infra-douloureuse et être lente, douce et progressive.

4.3.1.2. La mobilisation active aidée en suspension :

Exemple en abduction de hanche:

position du patient: décubitus dorsal.

mise en place de la suspension axiale équilibrée:

la 1ère élingue se fixe :

en haut: projection du centre articulaire de la coxo-fémorale.

en bas: par une sangle extrémité inf du segment crural.

la 2ème élingue:

en haut: projection du centre articulaire de la coxo-fémorale.

en bas: par une chevillère au niveau du pied.

Le kinésithérapeute place une main face interne de la cuisse, l'autre face interne du segment jambier et aide le patient à aller en abduction.

Il faut veiller à ce que le sujet ne compense pas avec son bassin en mettant une sangle.

Cette technique possède l'avantage de faire participer le patient, et c'est lui qui arrête le mouvement si une douleur apparaît.

Nous ferons de même pour la flexion et l'extension de hanche en plaçant le sujet en latérocubitus coté sain.

4.3.1.3. Le tener relâcher:

Cette technique sera utilisée pour la récupération de la flexion du genou. Au cours d'une séance de rééducation, la récupération d'amplitude sera d'environ 5°.

Application pratique:

Le patient est en position assise.

Le thérapeute place le quadriceps en allongement maximum à la limite de l'amplitude de flexion douloureuse.

- contraction statique du quadriceps pendant 6 s
- relâchement pendant 6 s
- étirement doux du quadriceps vers la flexion de genou.
- puis reprise de la séquence à partir de la nouvelle amplitude articulaire permise.

4.3.2. Récupération et renforcement musculaire:

La marche étant la fonction prioritaire à récupérer, le thérapeute orientera la rééducation vers le renforcement des groupes musculaires indispensables à la marche qui sont:

- moyen fessier
- les fléchisseurs de hanche
- le quadriceps
- les releveurs du pied
- le triceps sural.

Les exercices proposés s'effectueront en chaîne ouverte et fermée pour respecter au mieux la physiologie de la hanche et du genou dans la perspective de la marche.

4.3.2.1. Le moyen fessier:

Proposition d'exercices en progression:

En chaîne ouverte:

- patient sur un plan incliné: il amène son MI opéré en ABD, tient 6 s en abd puis revient à la position initiale.
- patient debout en appui unipodal côté sain avec talonnette (abd 6 s, puis retour à la position initiale)
- patient en latérocubitus côté sain: il effectue une abduction côté opéré contre pesanteur, puis en progression contre résistance manuelle effectuée par le kiné.

En chaîne fermée:

- patient en appui bipodal: il effectue des translations latérales du bassin. Une translation latérale droite entrainera un travail en chaîne fermée du moyen fessier gauche.
- patient en appui unilatéral côté sain: il freine la chute du MI sain: travail de la composante excentrique du moyen fessier.

4.3.2.2. Les fléchisseurs de hanche:

Exercices en progression:

- patient en décubitus dorsal:
mouvement effectué: flexion de hanche et de genou en glissant la plante du pied contre la table.
- patient en appui unipodal côté sain: flexion simultanée hanche-genou
- patient assis en bord de table: le patient décolle légèrement la cuisse du plan de la table puis même exercice avec résistance manuelle.

Rq: Lorsque le patient revient en position de départ, le mouvement effectué doit être un mouvement de freinage et non un retour brusque en position : travail excentrique.

4.3.2.3. Le quadriceps:

Exercices en progression:

En chaîne ouverte:

- patient en décubitus dorsal avec un coussin sous les genoux.

Mouvement effectué: extension du genou en écrasant le coussin ainsi qu'en décollant le talon.

- Nous utiliserons d'autre part la méthode de Troisier ou "Travail Statique Intermittent" qui permettra d'obtenir le verrouillage actif du genou, fondamental dans la marche. Cette méthode nous permettra de quantifier la force du quadriceps et d'enregistrer les progrès réalisés.

Protocole: c'est une technique en charge directe avec système poulie-poignée, le patient est en position assise.

Recherche de force maximale mesurée (FMM) qui équivaut à la charge max que le sujet peut maintenir en statique pendant une seconde. Lorsque la FMM est déterminée, le thérapeute choisit la charge de travail : 50% ; 65% ; 80% . FMM.

Le sujet amène passivement son genou en extension à l'aide du système poulie-poignée puis exécute un maintien statique de 6 s, ramène le genou en flexion (avec poignée), et enfin se repose 5 s.

En fonction du nombre de contractions effectuées par le patient, le thérapeute se réfère aux abaques du TSI qui donnent le pourcentage de la force maximale théorique en fonction du nombre de contractions.

Ceci permet de déterminer une nouvelle charge de travail qui sera de 50, 65, ou 85% de la FMT.

En chaîne fermée:

- Patient debout en face d'espaliers: il effectue des accroupissements, redressements dans de petites amplitudes en gardant les deux pieds posés au sol.

4.3.2.4. Les releveurs et le triceps:

Le patient étant capable de tenir sur la pointe des pieds et de marcher sur les talons, le renforcement sera inutile.

4.3.3. Re-apprentissage de la marche:

Dès le premier lever effectué, le kinésithérapeute commencera la rééducation de la marche. En effet, l'appui total d'emblée est autorisé par le chirurgien, ce qui permettra de débiter la marche en déambulateur.

Nous débiterons par le déambulateur car ceci permet de sécuriser la patiente et de lui donner confiance en elle.

Dans un premier temps, nous lui apprendrons une marche à 3 temps, qui consiste à avancer le déambulateur, puis le membre inférieur lésé et enfin le membre inférieur sain. Ceci permettra à la patiente de se déplacer dans le couloir et d'aller seule dans le cabinet de toilette.

En salle de rééducation nous travaillerons plus spécifiquement la qualité de la marche. Pour ce faire, nous utiliserons les barres parallèles, ce qui permet d'assurer le patient contre la chute et de mieux corriger les défauts de marche.

La marche à 4 temps sera privilégiée en vue de préparer la marche avec cannes anglaises.

La marche à 4 temps consiste à :

- avancer le membre supérieur droit
- le membre inférieur gauche
- le membre supérieur gauche
- le membre inférieur droit.

Lorsque la patiente aura compris cette séquence, nous pourrons débiter la marche avec cannes anglaises.

Puis en progression nous lui apprendrons la marche à 2 temps, qui n'est en fait qu'une marche à temps accélérée, la patiente avançant simultanément le membre gauche et la canne opposée puis le membre inférieur droit et la canne gauche.

Cette marche a en effet l'avantage de respecter le schéma neuro-moteur de la marche physiologique.

Il faut souligner aussi le fait qu'à partir de ce moment là les cannes ne sont plus là que pour éviter tout déséquilibre, la finalité étant le sevrage des cannes.

Il faudra veiller à l'égalité de longueur des pas, à l'attaque du talon, au bon déroulement du pas pour acquérir la meilleure marche possible.

Rq : pour régler les cannes, il suffit de placer les poignées au niveau du grand trochanter.

Le sevrage des cannes s'effectuera au moins un mois après l'intervention, ceci pour préserver la prothèse.

4.3.4. Apprentissage des règles élémentaires lors des transferts :

La mise en place d'une prothèse totale de hanche exigera de la part de la patiente une prise de conscience des risques de luxation ainsi que l'apprentissage des précautions élémentaires à prendre lors des transferts.

Au cours de la 1^{ère} semaine post-opératoire, la patiente ne devra s'asseoir que sur un siège haut, ceci pour éviter une contrainte trop importante de flexion sur la prothèse.

D'autre part, dans le passage de la position couchée à la position assise, ou inversement, la patiente devra veiller à ce que le membre inférieur opéré reste en légère abduction et rotation neutre lors de la manoeuvre.

Pour descendre du lit : la descente s'effectuera toujours du côté opéré, en pivotant sur les fesses et en gardant les deux membres inférieurs écartés.

Pour monter dans le lit : la patiente montera tout d'abord le côté sain, ce qui permet d'avoir toujours le membre inférieur opéré en abduction.

Lors d'un changement de direction ou d'un demi-tour, l'axe de rotation est le membre inférieur sain. La patiente tourne autour de la jambe saine en effectuant des petits pas successifs avec la jambe opérée, ce qui permet au membre inférieur de rester en rotation neutre. L'erreur à ne pas commettre est de tourner en une seule fois sans décoller le pied côté opéré, ce qui provoquerait une rotation externe forcée et un risque de luxation..

La montée des escaliers avec cannes s'effectue en montant le côté sain, le côté lésé et les cannes. La descente s'effectue en descendant les cannes, le côté lésé, puis le côté sain.

4.3.5. Proprioception :

Les exercices de proprioception seront adaptés à la pathologie et au patient.

Propositions d'exercice :

- transferts d'appui avec basculine sous les pieds pour faire prendre conscience de l'appui côté lésé.
- patient en appui bipodal, le kinésithérapeute déséquilibre la patiente en exerçant des pressions au niveau du bassin et dans tous les plans, la patiente doit revenir à la position initiale avec, au début un repère visuel (miroir), puis sans.

- exercices de marche : le thérapeute place des obstacles entre les barres parallèles (sacs, plots ..) le patient doit éviter ces obstacles en s'adaptant au terrain avec, puis sans repère visuel.

4.3.6. Conseils d'économie de la prothèse :

La mise en pratique de ces conseils permettra au sujet de respecter au mieux l'intégrité de la prothèse. Il lui faudra éviter une prise de poids trop importante, éviter de porter des charges lourdes, veiller à ne pas combiner les positions luxantes de flexion, adduction, rotation interne, ne pas dormir sur le côté opéré, utiliser des aides techniques pour l'habillage. Le lever du lit s'effectuera du côté de la prothèse.

Tous ces conseils devront être appris parfaitement par le sujet pour lui faire prendre conscience des risques encourus s'il ne les respecte pas.

5. BILAN DE FIN DE STAGE :

Le bilan de fin de stage a été effectué à J 15. La patiente est arrivée en salle d'examen en marchant avec deux cannes anglaises. L'examen a été effectué en décubitus dorsal.

Bilan cutané et trophique :

- aspect normal de la cicatrice.
- léger oedème de la cheville gauche d'origine veineuse.
- pas de différence de chaleur entre les deux MI.
- mesure des membres inférieurs (EIAS-malléole externe) : le membre inférieur gauche est plus court de 1 cm par rapport au MI droit.

Bilan de la douleur :

- spontanée : douleur localisée au niveau de la hanche gauche lors de la position assise prolongée.
- provoquée : pas de douleurs lors de la mobilisation.

Bilan articulaire :

Hanche gauche : Flx = 100°

Ext = 10°

ABD = 30°

Genou : Flx = 110°

Ext = 0°

Cheville : amplitudes normales.

Bilan musculaire :

psoas-iliaque = 4

moyen fessier = 4

adducteurs = 5

grand fessier = 4

quadriceps = 4+
 ischio-jambiers = 4+
 jambier ant = 5
 jambier post = 5
 triceps sural = 5
 fléchisseurs orteils = 5
 extenseurs orteils = 5

Bilan fonctionnel :

La patiente est capable d'effectuer tous les transferts (lit-fauteuil ...).

Son périmètre de marche est d'environ 500 m. A la maison la patiente est capable de marcher sans cannes anglaises. A l'extérieur, elle utilise la marche à 2 temps avec des cannes anglaises. Cette patiente s'habille et se déhabille seule, fait sa toilette, fait la cuisine en se déplaçant sans aide sans aucun problème.

La qualité de la marche est bonne mais la patiente ne se sent pas encore capable de faire des trajets à l'extérieur à son domicile sans cannes anglaises.

La marche sans cannes met en évidence une légère boiterie due à l'insuffisance du moyen fessier gauche.

Conclusions du bilan :

Nous sommes donc en présence de cette patiente qui a été opérée il y a 20 j d'une prothèse totale de hanche à la suite d'une arthrite sur prothèse de Moore. La mobilité articulaire est correcte, il subsiste toujours une insuffisance musculaire du moyen fessier et des fléchisseurs de hanche, une douleur à la station assise prolongée. Au niveau fonctionnel, la patiente effectue toutes les activités qu'elle réalisait à l'intérieur de son domicile avant l'intervention.

La patiente n'est pas encore très sûre pour marcher sans cannes à l'extérieur de son domicile.

6. CONCLUSION :

Commentaires sur le traitement :

L'énorme avantage de la PTH est que l'appui total est autorisé d'emblée, ce qui permet au kinésithérapeute de travailler le versant fonctionnel précocement. En effet, la marche et l'acquisition de l'indépendance fonctionnelle sont les deux priorités du traitement, ceci d'autant plus que le sujet est âgé.

La rééducation de la prothèse totale de hanche est bi-quotidienne à raison d'environ 45 minutes par séance. C'est une rééducation qui doit être rigoureuse, le kinésithérapeute doit être vigilant pour ne pas provoquer de phénomènes algiques qui pourraient ralentir l'évolution de la rééducation.

Le suivi des patients opérés de PTH :

La surveillance régulière des prothèses totales est indispensable pour dépister toute complication ou usure de la prothèse.

Au niveau clinique, il faut apprécier la douleur, la mobilité, la stabilité de la hanche. La surveillance biologique est indispensable s'il y a eu des antécédents septiques. La surveillance radiologique permet d'évaluer les réactions osseuses fémorales et cotyloidiennes ainsi que l'interface entre les pièces prothétiques.

Conclusion :

La mise en place d'une prothèse totale de hanche est maintenant chose courante. Le choix de telle ou telle prothèse est encore controversée car aucune ne donne de résultat positif à 100%. Malgré cela le kinésithérapeute doit tout mettre en oeuvre pour redonner au patient une indépendance correcte et lui permettre de recouvrer une vie normale.

La participation du patient est capitale car c'est lui qui déterminera le devenir de la prothèse en suivant ou non les conseils d'économie articulaire.

Bibliographie

**1. DOTTE, P - EROUART, C - MARGARD, R - MASSET, L -
PORQUET, J**

Principes et progression de la rééducation de la marche en traumatologie.
Conférence S 1K, 1959.

2. LORD, G - GENTAZ, R - GAGEY, PM.

Etude posturographique des prothèses totales du membre inférieur.
Rev. Chir. Orthop., 1976, 62, 363-374.

3. PICARD, JJ - VIDAL, J - JACOULET, P.

Désarthrodèse de hanche et arthroplastie totale.
SOFLOT, 1981
Rev. Chir. Orthop., 1982, 68, 161-165.

4. PICAULT, CH. - MICHEL, CR - VIDIL, R.

Prothèses totales de hanche de Charnley.
Rev. Chir. Orthop., 1980, 66, 57-67.

5. POSTEL, M.

Symposium. Les prothèses totales de hanche.
Rev. Chir. Orthop. 1969, 55, 561-573

6. POSTEL, M. - KERBOUL, M. - EVRARD, J. - COURPIED, JP.

Arthroplastie totale de hanche
Springer-Verlag, edit, Berlin, New York, 1985.

7. REVEL, M - PERREIN, D.

Kinésithérapie scientifique , mai/ 290 : p 55 - 1990
Encyclopédie pratique de masso-kinésithérapie : la hanche.
Kiné. Scient., 1990, n° 286, 25-32, et n° 287, 27-33.

8. RIBEYRE, JP - RABOURDIN, JP - BRUNET, JC.

Rééducation des traumatismes de la hanche et du bassin.

Encyclop. Méd. Chir. (Paris, France), Kinésithérapie

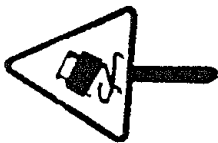
26230 A10, 4.12.04, 12 p.

PROTHÈSE TOTALE DE HANCHE... POUR ÉVITER TOUT INCIDENT !

Au début... Prudence !!!



Attendre la cicatrisation ligamentaire (4,5 jours).



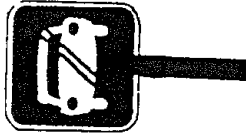
Gardez vos cannes pendant un à deux mois.



Montez les escaliers « marche à marche ».



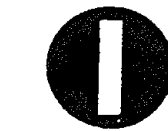
Gardez votre coussin d'abduction pendant un mois.



Évitez les longs trajets en voiture avant deux mois et demi. Voyagez en position demi-assise.

Ch. ABALEA*
J. ABALEA**
J.A. LOUBOURET***

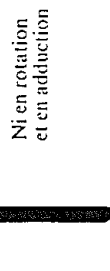
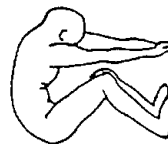
Pour éviter tout risque de luxation... Ne forcez jamais.



Ni en flexion

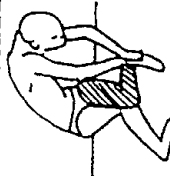
Il ne faut pas :

S'asseoir sur des sièges et canapés trop bas ou trop mous. Se pencher en avant ou sur le côté pour se chausser ou ramasser un objet.



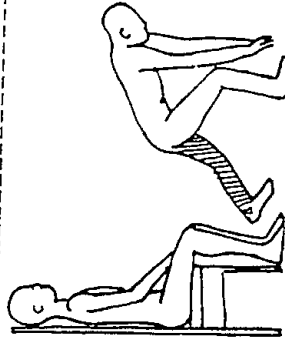
Ni en rotation et en adduction

Tourner les pieds ou les genoux en dedans, par exemple pour enfiler les chaussures.



Il faut :

- 1) En position assise :
 - utiliser des sièges hauts,
 - éviter toute tension sur la hanche ou la région lombaire,
 - maintenir les deux genoux écartés.
- 3) Se baisser en fléchissant uniquement le côté non opéré pour ramasser par exemple un objet à terre.



- 2) Écarter les genoux en position assise pour enfiler bas et chaussures, lancer ses chaussures...



Pour garder longtemps les bénéfices de votre opération...



Combattez tout excès de poids.



Ne compensez jamais de vous-même une éventuelle inégalité de longueur des membres inférieurs.



Évitez :

Évitez les marches avec des chaussures trop rigides qui provoquent des ébranlements nocifs sur la prothèse.



Travaux

- L'inactivité !
- Le travail de force.



- Les activités à risque de chute (par exemple le vélo).

En cas d'impossibilité ou de difficulté :

- Utilisez les aides techniques :
- surélévateur de chaise, de W.-C.,
 - barres d'appui, rampes,
 - tabourets hauts, sièges d'appoint,
 - tablettes roulantes, caddies,
 - chausse-pied à long manche,
 - enfiler-bas,
 - lacets élastiques,
 - pelles-balayette,
 - ramasse-objets...