

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

ETUDE DE CAS CLINIQUE

REEDUCATION APRES MISE EN PLACE D'UNE
PROTHESE TOTALE DE HANCHE
CHEZ UNE PATIENTE HEMIPLEGIQUE

Rapport de travail écrit personnel
présenté par Sébastien BOURREL
étudiant en 3^{ème} année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'état
de masseur-kinésithérapeute
1999-2000.

SOMMAIRE

	Page
RESUME	
1. INTRODUCTION	1
1. 1. Présentation générale du cas	1
1. 2. Rappels anatomo-physiologiques	1
1. 2. 1. Hémiplégie	1
1. 2. 2. Prothèse Totale de Hanche	2
2. BILAN DE DEPART	2
2. 1. Méthodes d'évaluation	2
2. 1. 1. Evaluation de la douleur	2
2. 1. 2. Evaluation des périmètres et des longueurs	2
2. 1. 3. Evaluation de la cicatrice	3
2. 1. 4. Evaluation des amplitudes articulaires	3
2. 1. 5. Evaluation de la commande volontaire	3
2. 1. 6. Evaluation de la spasticité	3
2. 1. 7. Evaluation de la sensibilité	3
2. 1. 8. Evaluation fonctionnelle	4
2. 2. Bilan du 18 septembre 1999	4
2. 2. 1. Anamnèse	4
2. 2. 2. Bilan de la douleur	4
2. 2. 3. Bilan de la cicatrice	5

2. 2. 4.	Bilan trophique	5
2. 2. 5.	Bilan statique du train porteur	5
2. 2. 6.	Bilan articulaire du train porteur	6
2. 2. 7.	Bilan de la commande volontaire du train porteur	6
2. 2. 8.	Bilan de la spasticité du train porteur	7
2. 2. 9.	Bilan sensitif du train porteur	7
2. 2. 10.	Bilan sensoriel et des fonctions supérieures	7
2. 2. 11.	Bilan fonctionnel	7
2. 2. 12.	Bilan psychologique	8
2. 3.	Objectif de la prise en charge	8
3.	PROPOSITIONS MASSO-KINESITHERAPIQUES	8
3. 1.	Lutte contre la douleur	8
3. 1. 1.	Electrothérapie antalgique	8
3. 1. 2.	Massage antalgique	8
3. 2.	Lutte contre les troubles trophiques	9
3. 2. 1.	Massage cicatriciel	9
3. 2. 2.	Massage de la voûte plantaire	9
3. 2. 3.	Contraction musculaire	9
3. 3.	Entretien et récupération articulaire de la hanche	9
3. 3. 1.	Mobilisations actives aidées analytiques	9
3. 3. 2.	Mobilisation sur arthromoteur	9
3. 4.	Entretien et récupération musculaire des membres inférieurs	10
3. 4. 1.	Contractions statiques en décharge	10

3. 4. 2.	Mobilisation actives libres	10
3. 4. 3.	Travail en charge	10
3. 5.	Eviter le réveil de la spasticité	10
3. 6.	Remise en charge progressive	10
3. 7.	Conseils d'hygiène de vie	11
4.	APPLICATION DES TECHNIQUES	11
4. 1.	Electrothérapie antalgique	11
4. 1. 1.	Inhibition sensitive	11
4. 1. 2.	Libération d'endorphine	11
4. 2.	Massothérapie	12
4. 2. 1.	Cicatricielle	12
4. 2. 2.	Antalgique lombo-pelvi-fémoral	12
4. 2. 3.	De la voûte plantaire	12
4. 3.	Arthromoteur	13
4. 4.	Mobilisations actives aidées de la hanche	13
4. 4. 1.	En flexion	13
4. 4. 2.	En abduction	13
4. 4. 3.	En extension	13
4. 5.	Contractions statiques en décharge	14
4. 5. 1.	Stabilisateurs de hanche	14
4. 5. 2.	Extenseurs de hanche, de genou et des releveurs du pied	14
4. 5. 3.	Fléchisseurs de hanche	14
4. 6.	Mobilisations actives libres	14

4. 7.	Verticalisation	15
4. 8.	Travail en charge	15
4. 8. 1.	Transfert d'appui	15
4. 8. 2.	Passage du pas en charge à droite	16
4. 9.	Conseils d'hygiène de vie	16
5.	COMPLICATIONS POUVANT REPOUSSER LA MISE EN CHARGE	16
5. 1.	Tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauche	16
5. 1. 1.	Bilan du 21 septembre 1999	17
5. 1. 2.	Traitement masso-kinésithérapique	17
5. 2.	Contractures des adducteurs de hanche droite	18
5. 2. 1.	Bilan du 10 octobre 1999	18
5. 2. 2.	Traitement masso-kinésithérapique	18
6.	BILAN FINAL ET DISCUSSION	19
6. 1.	Bilan du 27 octobre 1999	19
6. 1. 1.	Bilan de la douleur	19
6. 1. 2.	Bilan trophique	19
6. 1. 3.	Bilan statique du train porteur	20
6. 1. 4.	Bilan articulaire du train porteur	20
6. 1. 5.	Bilan de la commande volontaire du train porteur	20
6. 1. 6.	Bilan de la spasticité du train porteur	21
6. 1. 7.	Bilan fonctionnel	21
6. 1. 8.	Bilan de la marche	21
6. 1. 9.	Bilan psychologique	22

6.2. DISCUSSION	22
7. CONCLUSION	23
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

RESUME

De nos jours, la rééducation après chirurgie prothétique de hanche est considérée comme banale.

Or, sur des terrains relevant de la neurologie centrale, elle apparaît moins traditionnelle.

Redonner au patient une autonomie de déambulation est le but principal de la réadaptation fonctionnelle.

Ceci, quelle que soit la pathologie du train porteur, mais évidemment en tenant compte des possibilités du patient et de son aptitude à récupérer ses capacités antérieures.

C'est dans cet objectif que nous présentons la prise en charge masso-kinésithérapique d'une patiente hémiplegique droite, après mise en place d'une prothèse totale de hanche du même côté. Notre intervention est centrée sur la rééducation de la hanche opérée. Néanmoins, les antécédents ainsi que les complications ayant un rapport avec l'évolution du traitement sont pris en charge.

Mots clés : rééducation, prothèse totale de hanche, hémiplegie.

1. INTRODUCTION

En kinésithérapie, l'association de plusieurs pathologies est courante pour un même cas. Nous allons vous en proposer un exemple, à travers ce travail centré sur la rééducation d'une hanche opérée chez une patiente hémiplégique.

1. 1. Présentation générale du cas

Il s'agit de Mme M. âgée de 72 ans, ayant présentée en janvier 1999 une hémiplegie droite. En avril, lors de sa rééducation, elle chute et se fracture le col du fémur droit. Une ostéosynthèse par vis plaque DHS est pratiquée. Courant août, alors qu'elle est retournée à son domicile en rez de chaussée avec son mari, Mme M. est victime d'un débricolage sur pseudarthrose. On lui place donc le 2 septembre, une Prothèse Totale de Hanche cimentée, par voie postéro-externe.

Elle entre au centre le 10 septembre, pour rééducation fonctionnelle de sa hanche.

La mise en charge est différée à un mois post opératoire, en raison de la trop grande fragilité du grand trochanter, bien que non fracturé.

Il est à noter, que lors de sa dernière sortie du centre, la patiente déambulait avec une canne simple et que son membre inférieur était globalement coté à 4 selon HELD.

1. 2. Rappels anatomo-physiopathologiques

1. 2. 1. Hémiplegie

• **Définition :**

Déficit de la motricité volontaire d'un hémicorps, lié à l'atteinte d'une des deux voies pyramidales. Cela se traduit par la perturbation de la distribution tonique (spasticité), par la perturbation des réactions posturales (diminution des automatismes) et la perte de la sélectivité du geste volontaire (syncinésie). (7)

• **Étiologies :**

Nombreuses, la plus fréquente reste l'accident vasculaire cérébral d'origine ischémique.

C'est d'ailleurs ce qui a touché notre patiente au niveau du territoire sylvien superficiel gauche.

1. 2. 2. Prothèse Totale de Hanche

• Définition :

La mise en place d'une PTH, consiste au remplacement des deux surfaces articulaires coxo-fémorales, endommagées ou détruites, par des matériaux inertes. (2)

• Etiologies :

Multiplés, les principales sont : les fractures de l'épiphyse supérieure du fémur, les nécroses de tête fémorale, les coxarthroses, les infections coxo-fémorales et les luxations. (10)

• Type :

Nous sommes en présence d'un cotyle de MULLER en polyéthylène et d'une tige trochantéro-diaphysaire métallique. Ces deux composants sont scellés.

2. BILAN DE DEPART

2. 1. Méthodes d'évaluation

2. 1. 1. Evaluation de la douleur

Nous utilisons une échelle croissante de 0 à 10 en fonction de la douleur. (2)

2. 1. 2. Evaluation des périmètres et des longueurs

Nous employons un mètre ruban et l'évaluation est comparative au coté sain.

La mesure des membres inférieurs est prise de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole interne.

Celle de l'amyotrophie, est effectuée par rapport à des repères normés dont l'origine est la base de la rotule. (8)

2. 1. 3. Evaluation de la cicatrice

Effectuée grâce au palpé-roulé qui nous renseigne sur l'extensibilité cutané, en fonction de l'effort réalisé pour déplacer le pli de peau, par rapport à une zone saine. (8)

L'état inflammatoire est vérifié par le test de vitro pression. (6)

2. 1. 4. Evaluation des amplitudes articulaires

Nous utilisons un goniomètre à branches et cotons selon DEBRUNNER. (9)

2. 1. 5. Evaluation de la commande volontaire

Nous employons la cotation de HELD . (Annexe I. 1)

2. 1. 6. Evaluation de la spasticité

Nous cotons aussi selon HELD. (Annexe I. 2)

2. 1. 7. Evaluation de la sensibilité

Pour tous les tests, la patiente a les yeux fermés.

• Sensibilité superficielle :

Nous effectuons le test du "pique-touche" à l'aide d'un trombone . La patiente doit localiser la pression et différencier la piqûre du toucher superficiel.

• Sensibilité profonde :

- positionnelle : c'est la perception par la patiente, de la position dans laquelle nous avons passivement placé son membre.

- kinesthésique : c'est la perception du mouvement appliqué passivement par le thérapeute.

Dans les deux cas, la patiente doit imiter avec son coté sain la position ou le mouvement ressenti.

2. 1. 8. Evaluation fonctionnelle

L'indice de BARTHEL pour l'autonomie (ANNEXE I. 3) et de MERLE D'AUBIGNE (ANNEXE I. 4) pour la fonctionnalité de la hanche opérée, sont utilisés.

De plus, nous employons les cotation de l'équilibre assis et debout. (Annexe I. 5. 6)

2. 2. Bilan du 18 septembre 1999 : J + 16 de l'intervention.

La patiente est en décubitus, un coussin derrière la tête.

2. 2. 1. Anamnèse

Elle est résumée en 1. 2, néanmoins nous pouvons ajouter les antécédents de la patiente, dont nous tenons compte pendant le traitement. (ANNEXE IV)

• Antécédents médicaux :

- hypertension artérielle
- ostéoporose maladie
- arthrose de cheville droite après fracture
- phlébite surale gauche en 1998
- hémiplegie droite à prédominance brachio-faciale en janvier 1999

• Antécédents chirurgicaux :

- prothèse totale de genou (PTG) en 1985
- fracture du fémur droit ostéosynthésé en 1987

2. 2. 2. Bilan de la douleur

Elle est cotée à 3 sur 10 et se situe dans le pli de l'aîne droit à la mobilisation.

2. 2. 3. Bilan de la cicatrice

Révèle une cicatrice de 14 cm située au tiers supérieur face externe de la cuisse droite. Celle-ci est adhérente sur toute sa longueur, avec un test de vitro pression de 2 secondes donc peu inflammatoire .

2. 2. 4. Bilan trophique

• Vasculaire :

Nous notons le port de bas de contention et l'absence d'œdème ou d'hématome sur les membres inférieurs.

• Musculaire :

A la palpation nous ne retrouvons pas de contractures sur la musculature péri-articulaire, par contre nous objectivons une amyotrophie globale du membre inférieur droit. (tab.I)

Tableau I : périmètres normés des membres inférieurs à partir de la base de rotule.
+ pour la cuisse et – pour le mollet. (mesures en cm)

Membre inférieur	+20	+10	Base de rotule	-20
Droit	45	36	38	27
Gauche	51	40	38	31

2. 2. 5. Bilan statique du train porteur

Effectué en décharge, il montre une attitude spontanée en flexum de hanche, de genou et varus équin de cheville. Celle-ci est bilatérale et réductible.

La longueur des membres inférieurs identique des deux cotés est de 83 cm.

2. 2. 6. Bilan articulaire du train porteur

Coté sain, les amplitudes sont subnormales. Coté lésé, elles sont fonctionnelles. Seules la flexion de hanche et la flexion dorsale de cheville sont limitées. (tab.II)

Tableau II : amplitudes articulaires du membre inférieur droit. (mesures en degré)
NT : non testé en raison de la fragilité du grand trochanter

Amplitude	Mode	Hanche (PTH)	Genou (PTG)	Cheville
Flexion	actif	20	90	0
	passif	75	90	0
Extension	actif	NT	-10	30
	passif	0	0	30
Abduction	actif	NT		
	passif	20		
Adduction	actif	15		
	passif	15		
Rotation interne	actif	NT		
	passif	15		
Rotation externe	actif	NT		
	passif	15		

2. 2. 7. Bilan de la commande volontaire du train porteur

Au niveau du coté sain, le mouvement contre résistance est normal. Sur le coté hémiplégique, aucune syncinésie n'est remarquée. (tab. III)

Tableau III : commande volontaire du membre inférieur droit.

NT : non testé en raison de la fragilité du grand trochanter

Amplitude	Hanche (PTH)	Genou (PTG)	Cheville
Flexion	2	3	3
Extension	NT	2	4
Abduction	NT		3
Adduction	2		3
Rotation interne	NT		
Rotation externe	NT		

2. 2. 8. Bilan de la spasticité du train porteur

Elle est cotée à 2 pour une vitesse V 3 sur :

- les adducteurs de hanche à 10° d'abduction
- les ischiojambiers à 30° de flexion de genou
- le triceps sural à 10° de flexion plantaire

2. 2. 9. Bilan sensitif du train porteur

Tant au niveau superficiel que profond, aucune particularité n'est objectivée.

2. 2. 10. Bilan sensoriel et des fonctions supérieures

Mme M., malgré une hémiplegie droite touchant le territoire sylvien superficiel gauche, ne présente aucun trouble sensoriel et des fonctions supérieures.

2. 2. 11. Bilan fonctionnel

L'indice de BARTHEL est à 50 sur 100. Mme M. se déplace en fauteuil roulant à commande pendulaire unilatérale.

L'équilibre assis est normal et donc coté à 4.

Les conseils d'hygiène de vie concernant le risque de luxation ne sont pas acquis.

La remise en charge est prévue pour le 1 octobre 1999.

2. 2. 12. Bilan psychologique

Malgré un passé rééducatif important, Mme M. semble motivée.

2. 3. Objectifs de la prise en charge

L'objectif final de la réadaptation étant l'autonomie, les objectifs principaux sont : la remise en charge, l'acquisition d'une déambulation fonctionnelle sans risque de chute et la prévention des luxations.

Pour parvenir à ceux ci, les objectifs intermédiaires sont : l'indolence complète, des amplitudes articulaires fonctionnelles, la stabilité musculaire, l'entretien trophique.

Tout cela doit être réalisé sans réveiller la spasticité.

Nous nous proposons de prendre en charge tous les objectifs, hormis l'acquisition de la déambulation qui ne coïncide pas avec la durée de notre stage.

3. PROPOSITIONS MASSO-KINESITHERAPIQUES

3. 1. Lutte contre la douleur

3. 1. 1. Electrothérapie antalgique

Elle vise, d'une part à l'inhibition sensitive par stimulation des fibres nerveuses afférentes de gros diamètre et d'autre part, à la libération de molécules endorphiniques au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière. (16)

3. 1. 2. Massage antalgique

Son but est de relaxer la patiente avant le début de la séance active et globalement, de soulager le complexe lombo-pelvi-fémoral dans son ensemble.

3. 2. Lutte contre les troubles trophiques

3. 2. 1. Massage cicatriciel

Sert à lever l'adhérence cutanée et à améliorer la trophicité locorégionnale pour éviter la bride et l'hypertrophie.

3. 2. 2. Massage de la voûte plantaire

Réactive la pompe veineuse du pied qui n'est pas mis en charge. De plus, l'effet proprioceptif de cette manœuvre qui reproduit le déroulement du pas est aussi recherché.

3. 2. 3. Contraction musculaire

Permet d'augmenter le retour veineux et lutte contre l'amyotrophie.

3. 3. Entretien et récupération articulaire de la hanche

Les prises sont larges et courtes pour éviter le risque fracturaire du à l'ostéoporose.

3. 3. 1. Mobilisations actives aidées analytiques

Evitent le risque de luxation par rapport au passif. Elles sont effectuées dans toutes les amplitudes, mais surtout en flexion qui est encore limitée, ce qui surcharge le segment lombaire en position assise.

Leur effet sur la récupération musculaire n'est pas négligé.

3. 3. 2. Mobilisation sur arthromoteur

En flexion stricte, elle optimise les gains obtenus dans un confort important pour la patiente.

3. 4. Entretien et récupération musculaire des membres inférieurs

Au travail actif aidé, nous associons d'autres techniques.

Les différents exercices touchant au plan fessier droit, seront débutés lors de la remise en charge partielle en raison de la fragilité du grand trochanter.

3. 4. 1. Contractions statiques en décharge

Améliorent la trophicité musculaire et favorisent le retour veineux. Elles sont utilisées essentiellement au niveau de la hanche opérée, mais aussi sur les groupes musculaires anti-gravitaires des deux membres afin de préparer la remise en charge.

3. 4. 2. Mobilisations actives libres

Utilisées pour travailler le coté sain et pour récupérer l'extension complète du genou droit.

3. 4. 3. Travail en charge

Dés que la mise en charge totale est autorisée, il prépare à la déambulation par une action musculaire physiologique du train porteur.

3. 5. Eviter le réveil de la spasticité

Pour cela, toutes les mobilisations sont lentes, le travail en force sur les groupes musculaires spastiques est évité, la recherche journalière d'épines irritatives est effectuée. (17)

3. 6. Remise en charge progressive

En raison de la fragilité osseuse et de l'état général de la patiente, celle-ci est faite sur plan incliné. Elle doit favoriser le réentraînement cardio-vasculaire, la lutte contre les troubles urinaires et digestifs ainsi que l'ostéoporose. (17)

3. 7. Conseils d'hygiène de vie

Pour prévenir le risque de luxation, en collaboration avec l'ergothérapeute, nous expliquons à la patiente les règles pratiques qu'elle doit observer.

De plus, pour un gain de temps rééducatif nous la sollicitons pour l'entretien musculaire et articulaire de ses articulations saines.

4. APPLICATION DES TECHNIQUES

Mme M. est en décubitus, un coussin derrière la tête.

4. 1. Electrothérapie antalgique

Le courant utilisé est bidirectionnel, rectangulaire à moyenne nulle, ce qui protège contre les risques de brûlures internes au niveau de la PTH.

Deux montages sont réalisés en même temps, une heure par jour et jusqu'à l'indolence complète de la hanche.

4. 1. 1. Inhibition sensitive

Une électrode est placée en regard de la racine rachidienne L 3 et l'autre en projection de l'émergence du nerf crural à deux travers de doigts en dedans de l'artère fémorale dans le pli de l'aîne.

La fréquence varie entre 50 et 100 Hz, la largeur d'impulsion entre 60 et 200 microsecondes.

Le réglage de l'intensité est fonction du picotement ressenti par la patiente. (16)

4. 1. 2. Libération d'endorphine

Nous plaçons deux électrodes larges, une en regard de T 10 l'autre de L 2.

La fréquence varie entre 1 et 5 Hz, la largeur d'impulsion entre 200 et 500 microsecondes.

L'intensité est réglée en fonction des contractions des muscles spinaux. (16)

4. 2. Massothérapie

4. 2. 1. Cicatricielle

Nous réalisons un massage locorégional à type de palper-rouler, frictions, pétrissages superficiels, élongations transversales et longitudinales de la cicatrice.

Au début de séance, pendant 5 à 10 minutes et jusqu'à l'obtention de l'extensibilité normale.

4. 2. 2. Antalgique lombo-pelvi-fémoral

En association avec le massage de la cicatrice, nous effectuons un effleurage, des pétrissages profonds, des pressions glissées, des frictions sur les points douloureux.

La patiente est en latérocubitus controlatéral à la lésion, un coussin entre les genoux pour éviter l'adduction.

Ce massage ajoute 10 minutes à celui spécifique de la cicatrice et est effectué durant toute la rééducation.

4. 2. 3. De la voûte plantaire

Selon la manœuvre de PERIERA SANTOS : (12)

Pression statique sur le calcanéum, suivie d'une pression glissée vers la tête des métatarsiens où nous restons en pression statique. L'enchaînement se fait par une dorsiflexion passive des orteils, suivie d'une pression glissée sur le dos du pied.

Cette technique en 6 temps, dure globalement 10 secondes. Elle est effectuée chaque jour et ce, jusqu'à la mise en charge totale.

Avant tout , nous recherchons les signes d'une éventuelle phlébite qui est une contre indication au massage : la rougeur, la chaleur, l'absence de ballant au niveau du mollet et la dorsiflexion de cheville douloureuse sur celui-ci genou fléchi.

4. 3. Arthromoteur

Le membre inférieur droit est positionné de façon à éviter les rotations. Le réglage de l'amplitude est toujours infra douloureux. La progression se fait pour atteindre 90 à 100° de flexion dans l'articulation coxo-fémorale et dure une heure quotidiennement.

4. 4. Mobilisations actives aidées de hanche (11)

Ces mobilisations sont réalisées 30 minutes par jour et jusqu'à l'appui total. L'aide apportée diminue en fonction de la force gagnée par la patiente.

4. 4. 1. En flexion

Par une prise en berceau de la jambe droite, paume de main à l'intérieur du genou et un contre appui avec l'autre main face externe de celui-ci, nous réalisons à l'aide de la patiente une flexion de cuisse sur le tronc. Grâce à notre prise, nous contrôlons l'absence de rotations qui pourraient entraîner une luxation. De plus, le genou peut se fléchir en étant soutenu.

4. 4. 2. En abduction

La prise est la même et la contre prise se trouve sur l'aile iliaque controlatérale pour éviter la bascule du bassin. La mobilisation se fait dans le plan strict sans rotations. Cette mobilisation faisant appel au plan fessier, elle n'est travaillée qu'à partir du début de la remise en charge partielle.

4. 4. 3. En extension

La patiente est en procubitus. La prise est en berceau sous la cuisse droite et la contre prise au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure. Comme l'abduction, nous attendons le début de la remise en charge partielle.

4. 5. Contractions statiques en décharge

Chaque contraction dure 6 secondes sur le temps expiratoire. Elle est suivie de 12 secondes de repos. Les séries sont de 10 répétitions et au nombre de 3 si la patiente n'est pas trop fatiguée. Leur poursuite se fait jusqu'à la mise en charge totale.

4. 5. 1. Stabilisateurs de hanche

Le membre inférieur droit est en rectitude, nous réalisons une résistance manuelle contre l'abduction au niveau du tiers moyen, face externe de la cuisse. Mme M. doit écarter son membre. La résistance opposée est fonction de la force qu'elle peut développer. Ce travail commence lors de la reprise d'appui partiel.

4. 5. 2. Extenseurs de hanche, de genou et des releveurs du pied

Le membre inférieur dans la même position, la patiente doit relever la pointe du pied, enfoncer le talon dans la table et plaquer le genou au contact de celle-ci.

4. 5. 3. Fléchisseurs de hanche

Nous positionnons passivement la hanche à des degrés de flexion différents et Mme M. doit maintenir la position. Nous gardons une prise en berceau jambière, pour éviter une chute et contrôler l'absence de rotations.

4. 6. Mobilisations actives libres

Servent au travail de l'extension de genou qui est positionné sur un coussin. La patiente doit tendre la jambe. Le protocole est le même qu'en 4. 5.

De plus ces mobilisations sont appliquées au membre inférieur sain.

4. 7. Verticalisation

Durant la décharge complète, notre patiente est verticalisée sans appui à droite. Le degré d'inclinaison diminue en fonction de l'adaptation cardio-vasculaire.

Lors de la reprise d'appui, nous débutons à 30° et nous progressons par rapport au ressenti de Mme M. sur 25 jours, pour arriver à 90° sans douleur le 25 octobre.

Cette verticalisation biquotidienne, dure une heure. Elle est faite jusqu'à l'appui total.

4. 8. Travail en charge

A partir de la mise en charge totale, il remplace les exercices terminant à cette date en sollicitant les muscles stabilisateurs du membre inférieur.

La patiente est debout entre les barres parallèles. Les exercices sont entre coupés de périodes de repos car ils fatiguent la patiente.

4. 8. 1. Transfert d'appui

• Exercice 1 :

Pieds sur des basculines, Mme M. doit réaliser une translation du bassin coté lésé. Pour cela, nous plaçons une main sur chaque aile iliaque et nous induisons un transfert de poids à droite, objectivé par les basculines.

En progression, notre stimulation est de moins en moins importante. Nous surveillons que le mouvement se fasse bien au niveau du bassin et non par une inclinaison rachidienne. (13)

• Exercice 2 :

Mme M. réalise un déplacement latéral "en crabe", en venant bien se mettre en charge à droite.

4. 8. 2. Passage du pas en charge à droite

Le membre opéré est en avant, nous exerçons une résistance oblique en arrière et en dedans, face antérieure du bassin coté lésé. La patiente pousse contre celle-ci.

En progression, la stimulation diminue. Nous contrôlons que la mise en charge soit correcte à droite et que le pied gauche décolle. (13)

4. 9. Conseils d'hygiène de vie

En association avec l'ergothérapeute, nous effectuons une prévention des mouvements luxants en flexion, adduction, rotation interne. Pour cela, nous travaillons sur les gestes de la vie quotidienne en expliquant les conduites à risques et les adaptations possibles, nécessaires à la patiente.

Ce travail est effectué par l'ergothérapeute, nous contrôlons la bonne pratique et corrigeons les éventuels défauts.

De plus, pour aider la patiente à acquérir ces automatismes, nous lui proposons un livret récapitulatif à partir duquel nous travaillons. (Annexe III)

Outre ces conseils, nous demandons à la patiente de mobiliser activement ses articulations saines afin de les entretenir que se soit sur le plan musculaire ou articulaire.

5. COMPLICATIONS POUVANT REPOUSSER LA MISE EN CHARGE

5. 1. Tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauches

Celle-ci pose le problème de la mise en charge de l'épaule gauche, lors du port de canne que la patiente devra effectuer pour soulager son membre inférieur controlatéral lésé.

5. 1. 1. Bilan du 21 septembre 1999 : 11 jours après l'arrivée au centre.

Mm M. se plaint d'une douleur cotée à 6 sur 10, de type inflammatoire, au niveau de l'épaule gauche. De plus, nous objectivons une impotence fonctionnelle due à la douleur. Le diagnostic médical fait état d'une tendinite du biceps et du supra épineux.

5. 1. 2. Traitement masso-kinésithérapique

Le but est de rendre l'épaule indolore, pour maintenir une canne garante de l'équilibre, durant la déambulation future.

Les techniques antalgiques sont réalisées jusqu'à cessation de la douleur.

• *Electrothérapie :*

L'inhibition sensitive est recherchée, par la pose d'une électrode en dedans de l'apophyse coracoïde, lieu de passage du plexus brachial. L'autre étant placée face antérieure du moignon de l'épaule.

Le courant et ses caractéristiques, sont les même qu'en 4. 1. 1. Sa durée d'application est de 30 minutes, 2 fois par jour.

• *Cryothérapie :*

Recherche l'anesthésie de l'épaule par anesthésie du ganglion stellaire à la base du cou. Nous utilisons une vessie de glace, que nous déposons sur un linge humide débordant du cou à l'épaule. Une heure deux fois par jour. (14)

• *Ultrasonothérapie :*

Utilisée dans un but antalgique et anti-inflammatoire local, grâce à son effet thermique. Les ultrasons sont appliqués sur la face antérieure au niveau de la coulisse bicipitale et sous l'acromion, l'épaule étant en adduction rotation interne pour accéder à l'insertion du supra épineux.

Nous travaillons avec une tête à 1 MHz d'une puissance de 1,5 W / cm² , en mode pulsé et durant 10 minutes. (14)

• *Fonctionnel :*

Nous remplaçons le fauteuil roulant à commande pendulaire unilatérale qui surcharge l'activité de l'épaule par un fauteuil classique qui sera poussé par une tierce personne.

5. 2. Contractures des adducteurs de hanche droite

Celles-ci sont gênantes du fait de la douleur qu'elles provoquent lors de l'appui partiel.

5. 2. 1. Bilan du 10 octobre 1999 : 10 jours après la reprise d'appui partiel.

Mme M. présente une douleur à la palpation, à la contraction statique et à l'étirement des adducteurs. La spasticité reste stable.

5. 2. 2. Traitement masso-kinésithérapique

Le but est d'éliminer le plus rapidement possible les contractures, afin de reprendre la progression au niveau de la remise en charge. Pour cela, nous employons les deux techniques suivantes, qui peuvent s'intriquer pendant 10 minutes et suivre le massage antalgique du début de séance.

• *Massage décontracturant :*

La patiente est en décubitus, un coussin derrière la tête et un sous les genoux. La technique est la même qu'en 4. 2. 2. mais intéresse la face interne de la cuisse.

• *Tenu relâché :*

L'étirement des adducteurs est réalisé genou tendu.

La mobilisation active aidée en abduction, met en jeu l'inhibition réciproque de SHERRINGTON entre agonistes et antagonistes.

Ensuite, au moment où la douleur se réveille, la patiente réalise une contraction statique de 6 secondes en adduction contre résistance manuelle, placée sur le tiers moyen, face interne de la cuisse.

Ainsi de suite, jusqu'à l'atteinte de l'amplitude habituelle en abduction, sans douleur.

• ***Inclinaison :***

Nous arrêtons la progression jusqu'au retour à la normale et ralentissons celle-ci pour éviter des récurrences.

6. BILAN FINAL ET DISCUSSION

6. 1. Bilan du 27 octobre 1999 : 2 jours après l'appui total.

6. 1. 1. Bilan de la douleur

Ne présente aucune particularité, que se soit au niveau de la hanche ou de l'épaule.

Il est à signaler que 3 jours avant la remise en charge totale, la douleur de l'épaule étant cotée à 1 sur 10, le médecin a préféré infiltrer pour éviter tout problème.

6. 1. 2. Bilan trophique

La cicatrice est belle : souple et non inflammatoire.

La palpation ne retrouve aucune contracture péri-articulaire.

L'amyotrophie est encore nette mais en régression. (tab. IV)

Tableau IV : périmètres normés des membres inférieurs (mesures en cm)

Membre inférieur	+20	+10	Base de rotule	-20
Droit	47	38	38	28
Gauche	51	40	38	31

6. 1. 3. Bilan statique du train porteur

Le bassin est équilibré, la longueur des membres inférieurs reste la même en charge et en décharge.

6. 1. 4. Bilan articulaire du train porteur

Les seules évolutions se situent au niveau de la hanche où la flexion est à 95° et l'abduction à 30°, que se soit en actif ou en passif.

6. 1. 5. Bilan de la commande volontaire du train porteur

Globalement, nous notons un gain de force en l'absence de syncinésies. (tab. V)

Tableau V : commande volontaire du membre inférieur droit.

NT : non testé en raison de la fragilité du grand trochanter.

Amplitude	Hanche (PTH)	Genou (PTG)	Cheville
Flexion	3	4	4
Extension	3	4	4
Abduction	3		3
Adduction	3		3
Rotation interne	3		
Rotation externe	3		

6. 1. 6. Bilan de la spasticité du train porteur

Le tableau est identique à celui du début.

6. 1. 7. Bilan fonctionnel

L'équilibre debout est coté à 4 sur 4 et le bilan posturographique objective un déséquilibre postéro-latéral à gauche de faible amplitude, ce qui prouve une mise en charge incomplète à droite. (Annexe II)

L'indice de BARTHEL est à 65 sur 100 et le MERLE D'AUBIGNE à 6 / 6 / 3.

La patiente déambule avec une canne tripode, seulement en rééducation et sous surveillance , sur une distance de 50 m.

Les conseils d'hygiène de vie semblent être acquis.

6. 1. 8. Bilan de la marche

Mme M. est déchaussée et se trouve entre les barres parallèles.
Le rythme est régulier mais lent, l'appui à droite est esquivé.

• *Au niveau du pied :*

Nous observons un varus pendant la phase d'oscillation et une attaque du pas pied à plat lors de la phase d'appui. Le déroulement du pas est inexistant.

• *Au niveau du genou :*

Rien de particulier, le verrouillage est normal

• *Au niveau de la hanche :*

Le problème se situe lors de l'appui. En effet, il est effectué en adduction, ce qui cause une instabilité par manque de largeur du polygone de sustentation.

6. 1. 9. Bilan psychologique

Mme M. continue ses efforts en rééducation mais pense à son retour au domicile.

6. 2. Discussion

En comparant avec le bilan initial, nous constatons une amélioration globale. En effet, les douleurs ont cessé, l'état trophique est satisfaisant, les amplitudes articulaires sont bonnes du point de vue fonctionnel et la spasticité n'a pas augmenté. De plus, la mise en charge totale ainsi que les conseils d'hygiène de vie sont acquis par la patiente.

Par contre, sur le plan musculaire la progression est relative, puisque notre résultat est de 3 pour la hanche alors que la cotation était de 4 avant l'opération. Nous nous posons donc une question sur l'efficacité de notre traitement dans ce cas.

La marche que nous découvrons, apparaît globalement corrigible, malgré des difficultés lors de la phase d'appui qui pourraient engendrer des déséquilibres et des chutes.

Par conséquent, tous nos objectifs sont atteints, avec un bémol par rapport au musculaire qui reste perfectible mais apte à stabiliser le membre lésé.

Pour terminer cette rééducation, il faudra autonomiser la patiente sur le plan de la déambulation pour prévenir le risque de chute afin qu'elle puisse rentrer chez elle en toute sécurité.

Malgré un résultat globalement correct, nous pouvons rester critique par rapport à ce traitement sur plusieurs points.

Tout d'abord, au sujet des complications qui auraient pu différer la remise en charge.

Si nous pouvons éventuellement nous décharger d'avoir engendré le problème de coiffe des rotateurs gauches, nous prenons la responsabilité au niveau des adducteurs droits.

Il est vrai que par ce fait nous aurions pu en plus de la douleur, augmenter la spasticité de ce groupe musculaire, aboutissant ainsi à un risque accru de luxation en adduction. Nous

pensons avoir été trop rapide dans la diminution de l'inclinaison du plan de verticalisation, dans le but d'arriver plus vite à la mise en charge totale.

Ensuite, sur le plan musculaire, un de nos objectifs était de ne pas réveiller la spasticité, tout en recherchant un gain musculaire qui soit comparable au statut antérieur, sans provoquer une fatigue trop importante pour la patiente. Nous avons donc travaillé dans cette optique, or l'augmentation de force n'est pas celle espérée. Peut être avons nous été trop prudent, trop protecteur vis à vis de notre patiente. Dans tous les cas, nous préférons ce bilan, qui permet quand même la stabilité en charge du membre inférieur opéré, à un autre, qui aurait vu une augmentation de la spasticité.

Nous regrettons l'impossibilité de mise en charge plus précoce qui pouvait être bénéfique sur les deux points.

7. CONCLUSION

A la vue du bilan initial et après les complications rencontrées durant le traitement, nous pouvons être globalement satisfait du résultat.

Or, en comparant avec ceux généralement observés après rééducation d'une simple PTH, nous relativisons.

En effet, en ce qui concerne les amplitudes, l'antalgie et la trophicité, nos gains semblent se situer dans la norme.

Par contre, sur le plan de la force musculaire mais surtout des premiers pas, la différence reste conséquente puisque la plupart des prothèses scellées, sont mises en charge à l'ablation des redons aux alentours de 48 heures post opératoire et récupèrent une déambulation ainsi qu'une force quasi normale.

Mais doit-on faire le parallèle. Le terrain neurologique et les antécédents médicaux chirurgicaux de notre patiente ne nous dispensent-ils pas de celui-ci.

Nous avons donc essayé de faire au mieux dans l'intérêt de Mme M. en tenant compte de son état physique.

Cependant, nous regrettons de ne pas avoir pu utiliser la balnéothérapie.

En effet, en raison des antécédents vasculaires de la patiente, nous avons dû laisser de côté cet outil thérapeutique. Nous le déplorons, car il aurait sûrement été une des bases de notre traitement, à travers les avantages qu'il présente.

En fin, nous pouvons discuter de la poursuite rééducative, qui devra s'orienter vers une autonomisation de la patiente, celle-ci ayant hâte de retrouver son domicile.

Pour cela, il faut lui garantir une sécurité au niveau de la marche et des activités de la vie quotidienne.

Par conséquent, nous proposons d'intensifier le travail de déambulation, en corrigeant la prise d'appui, grâce à un élargissement du polygone de sustentation et à une attaque par le talon suivie d'un déroulement du pas. Puis la progression se fera vers la montée et descente des escaliers et la marche sur terrains variés.

Mais encore, en compagnie de l'ergothérapeute, les conseils d'hygiène de vie devront être contrôlés, afin d'éviter une luxation de la prothèse.

A sa sortie du centre, 15 jours après notre départ, Mme M. est enfin rentrée à son domicile. Elle marche à l'aide d'une canne simple sur un périmètre de 100 mètres et peut se servir des escaliers, aussi bien pour la montée que pour la descente. Son autonomie fonctionnelle est retrouvée.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDRE J. M., BRUGEROLLE B.- Bilan musculaire, neuro-orthopédique et fonctionnel.- Edition Technique.- Encyclo. Méd. Chir. (Paris France), Neurologie, 17-630-D-10, 1992, 11p.
2. BADELON B.F., MOISSON P.- Rééducation des prothèses totales de hanches.- VIDAL J., SIMON L.- Prothèses de hanche et de genou, actualité et perspectives.- Paris : Masson, 1988 .- p.173 - 178.- Collection de pathologie locomotrice ; 15.
3. BRUN V., DHOMS G., HENRION G.- L'équilibre postural de l'hémiplégique : proposition d'indice d'évaluation.- SIMON L.- Actualités en rééducation fonctionnelle et réadaptation.- Paris : Masson, 1991.- p.412-417.- 16ème série.
4. CALMELS P.- Mesure de l'indépendance fonctionnelle par l'indice de BARTHEL.- DARNAULT D.- Journal d'ergothérapie.- Paris : Masson, 1992.- Tome 14, 4.- 125 p.
5. CLINIQUE DE TRAUMATHOLOGIE ET D'ORTHOPEDIE.- Bien vivre avec votre prothèse totale de hanche. – C.R.A.M. DU NORD-EST.
6. COSTAGLIOLA M., ROUGE D., GAVROY J.P., GROLLEAU J.L.- Le test de vitro pression dans les séquelles cicatricielles de brûlure.- Journées de médecine physique et de rééducation 1996.- Paris : Expansion Scientifique Française, 1996. - p 247.
7. DELAVA J., PAQUET A., CRESSARD P., LEMAIRE J.F., PHELINE C., STECKEN J.- La symptomatologie pyramidale, atteinte type : l'hémiplégie acquise.- VIEL E., PLAS F.- Neurologie centrale chez l'adulte et réadaptation.- Paris : Masson, 1988- p 61. Dossiers de kinésithérapie ; 1.

8. GENOT C., LEROY A., DUFOUR M., NEIGER H., PIERRON G., PENINOU G.- Kinésithérapie 1 principes.- Bilans, techniques passives et actives de l'appareil locomoteur.- Paris : Flammarion Médecine-Sciences.- 153 p.
9. INSTITUT REGIONAL DE READAPTATION DE NANCY.- Cotation articulaire.- C.R.A.M. DU NORD-EST.
10. KEMPF I.- Les prothèses de hanche classiques.- VIDAL J., SIMON L.- Prothèses de hanche et de genou, actualité et perspectives.- Paris : Masson, 1988.- p. 39 – 44.- Collection de pathologie locomotrice ; 15.
11. PIERRON G., PENINOU G., GENOT C., LEROY A., DUFOUR M.- kinésithérapie 2 membre inférieur.- Bilans, techniques passives et actives.- Paris : Flammarion Médecine-Sciences.- 461 p.
12. PEREIRA SANTOS G.- Drainage veineux du pied.- Mémoire de kinésithérapie.- Bois Larris : 1982.
13. PETITDANT B., GOUILLY P.- Rééducation en rhumatologie, pathologies dégénératives.- VIEL E., PLAS F.- Paris : Masson, 1992. - p. 27 – 41. - Dossiers de kinésithérapie ; 10.
14. PETITDANT B., GOUILLY P., KOMMINOTH A.- Rééducation en rhumatologie, pathologies inflammatoires.- VIEL E., PLAS F.- Paris : Masson.- p. 38 – 52. - Dossiers de kinésithérapie ; 15.
15. Revue de chirurgie orthopédique.- Paris : Masson, 1990.- Volume 76, 6.- p. 371-374.
16. ROQUES C.F.- Pratique de l'électrothérapie.- Paris : Springer-Verlag France, 1997. - 300 p.

17. THOUMIE P., THEVENIN-LEMOINE E., JOSSE L.- Rééducation des paraplégiques et tétraplégiques adultes.- Editions Techniques.- Encyclo. Méd. Chir. (Paris France), Kinésithérapie – Rééducation fonctionnelle, 26-460-A-10, 1995, 15p.

ANNEXES

ANNEXE I

1. COTATION DE LA COMMANDE VOLONTAIRE : HELD (1)

- **0** : pas de contraction
- **1** : contraction sans mouvement
- **2** : contraction entraînant un mouvement quelle que soit l'amplitude
- **3** : contraction contre légère résistance
- **4** : contraction contre forte résistance
- **5** : force normale

2. COTATION DE LA SPASTICITE : HELD (1)

Trois facteurs permettent de caractériser l'intensité de la spasticité.

2. 1. Angle d'apparition

2. 2. Vitesse d'apparition

- **V 1** : vitesse faible
- **V 2** : vitesse moyenne (pesanteur)
- **V 3** : grande vitesse

2. 3. Force et durée

- **0** : pas de contraction
- **1** : contraction visible
- **2** : simple ressaut qui passe aussitôt
- **3** : contraction durable ou quelques secousses cloniques
- **4** : contraction ou clonus qui ne cède pas, même après plusieurs secondes

3. INDICE DE BARTHEL (4)

3. 1. Alimentation

- **10** : indépendante
- **5** : avec aide pour couper
- **0** : impossible

3. 2. Toilette

- **10** : se baigne seul
- **5** : se rase, se peigne, se lave le visage
- **0** : impossible

3. 3. Habillage

- **10** : indépendant
- **5** : avec aide modérée
- **0** : impossible

3. 4. Vessie

- **10** : parfaitement contrôlée
- **5** : problèmes occasionnels
- **0** : problèmes constants

3. 5. Selle

- **10** : parfaitement contrôlée
- **5** : problèmes occasionnels
- **0** : problèmes habituels

3. 6. Utilisation des wc

- **10** : indépendant
- **5** : aide partielle
- **0** : dépendant

3. 7. Transfert lit-chaise

- **15** : indépendant
- **10** : aide minimale ou surveillance
- **5** : peut s'asseoir mais doit être installé

3. 8. Déambulation

- **15** : indépendante sur 50 m
- **10** : avec aide sur 50 m
- **5** : 50 m en fauteuil roulant
- **0** : impossible

3. 9. Escaliers

- **10** : indépendant
- **5** : aide ou surveillance atténuée
- **0** : impossible

Nous faisons le total en additionnant le score de chaque élément, ce qui nous donne la cotation sur 100.

4. EVALUATION FONCTIONNELLE DE LA HANCHE : MERLE D'AUBIGNE (15)

COTATION	DOULEUR	MOBILITE	MARCHE
0	très vive et continue	ankylose vicieuse	impossible
1	très vive, empêchant le sommeil	ankylose légèrement vicieuse ou nulle	possible avec béquilles
2	vive à la marche et empêchant toute activité	flexion maximum 40° abduction 0° ou ébauche vicieuse	possible avec deux cannes
3	vive mais tolérable avec activité limité	flexion maximum entre 40° et 60°	limitée avec 1 canne, très difficile sans, claudication forte
4	pendant la marche	flexion maximum entre 60° et 80°	prolongée avec 1 canne, limitée sans, claudication légère
5	très légère et intermittente n'empêchant pas activité normale	flexion maximum entre 80° et 90° et abduction atteignant 15°	sans canne, claudication à la fatigue
6	indolence complète	flexion supérieure à 90° et abduction à 30°	normale

5. COTATION DE L'EQUILIBRE ASSIS (3)

- 0 : aucun équilibre, nécessité d'un appui postérieur et d'un soutien latéral.
- 1 : position assise possible avec appui postérieur.
- 2 : équilibre postural assis maintenu sans appui postérieur, mais déséquilibre à la poussée.
- 3 : équilibre maintenu lors d'une poussée.
- 4 : équilibre maintenu lors des mouvements de tête, du tronc et des membres supérieurs. Passage assis debout possible.

6. COTATION DE L'EQUILIBRE DEBOUT (3)

- 0 : aucune possibilité de verticalisation.
- 1 : position debout possible avec transfert d'appui sur le membre hémiplegique très insuffisant. Nécessité de soutien.
- 2 : position debout possible sur le membre atteint encore incomplet. Pas de soutien.
- 3 : transfert d'appui correct en position debout.
- 4 : équilibre postural debout maintenu lors des mouvements de tête, du tronc et des membres supérieurs.

ANNEXE II

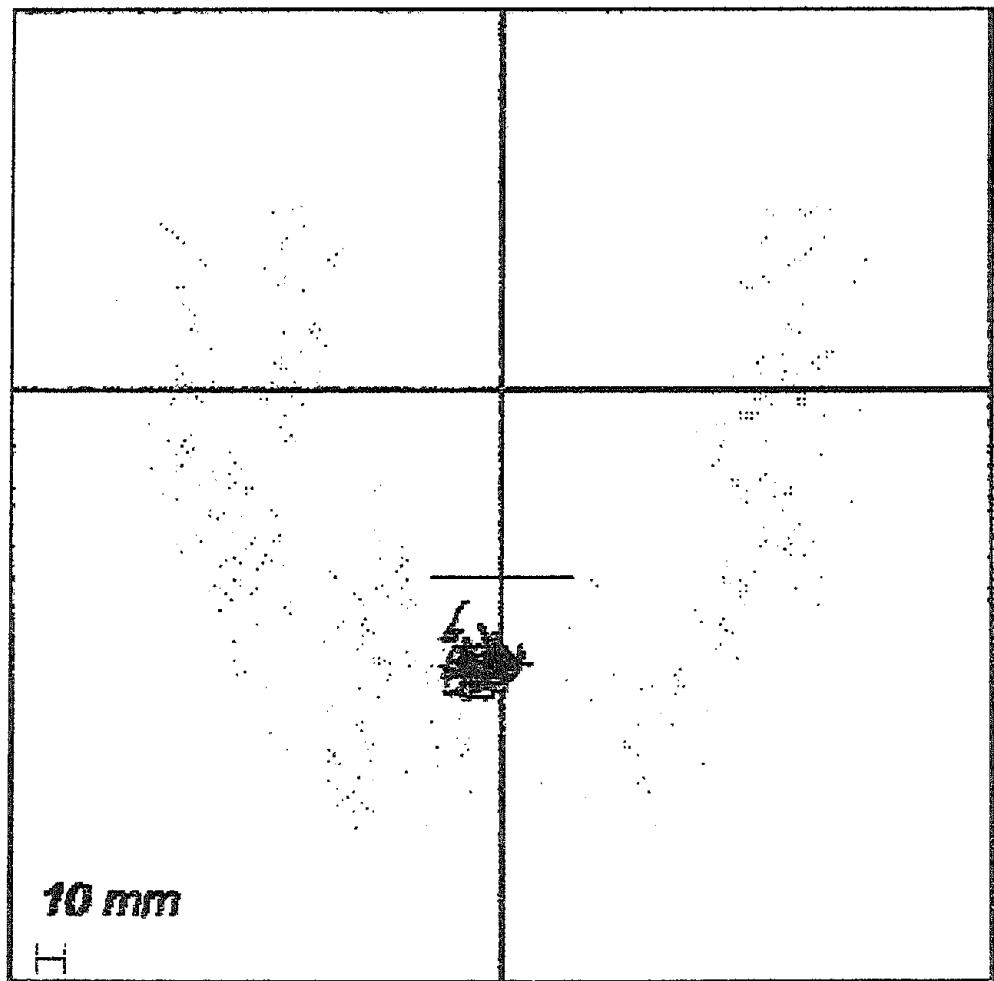


Figure 1 : Bilan de l'équilibre dans les conditions orthostatiques du 25/10/99.

ANNEXE III

BIEN VIVRE AVEC VOTRE PROTHESE TOTALE DE HANCHE

INTRODUCTION

Ce fascicule a été préparé par votre chirurgien et les membres du service de rééducation. Ils vous proposent quelques informations générales et vous expliquent comment vous comporter, lors des activités journalières, avec votre prothèse de hanche.

Si vous avez besoin de quelques précisions, n'hésitez pas à interroger, tout au long de votre séjour à la Clinique de Traumatologie et d'Orthopédie, votre chirurgien, les kinésithérapeutes et les infirmières.

GENERALITES

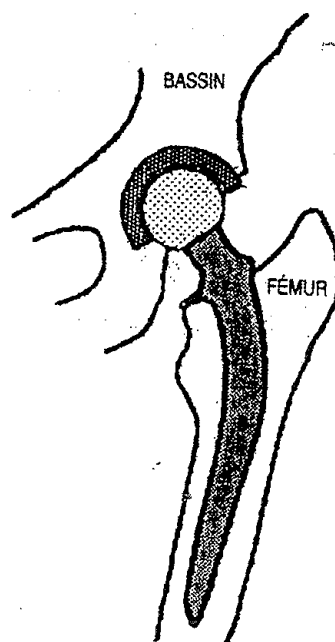
Sur ce schéma, vous voyez un bassin et la prothèse totale de hanche en place dans le fémur.

Il existe différents types de prothèse. Ce schéma ne sert qu'à vous expliquer les principes des prothèses de hanche.

Après l'intervention chirurgicale, les tissus et les muscles alentours doivent cicatriser. Vous devez donc rester quelques jours couché.

Pendant cette période ne prenez pas d'initiatives (même si vous vous sentez en forme). Suivez à la lettre les conseils et les indications de votre chirurgien, des infirmières et des kinésithérapeutes.

En observant les conseils que nous détaillons dans les pages suivantes vous éviterez les complications et en particulier la luxation de votre prothèse.



*Prothèse totale de hanche
gauche vue de face*

LE LEVER

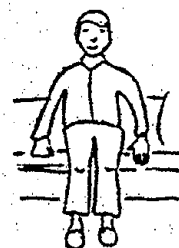
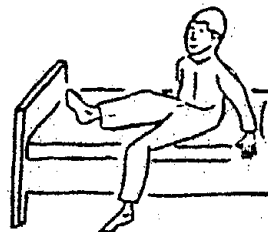
Quittez votre lit du côté de la jambe opérée.

De retour chez vous, éventuellement, changez de place avec votre conjoint.

Évitez toujours les lits trop bas.

Assis dans votre lit, écartez la jambe opérée jusqu'à ce que le genou puisse se plier au bord du lit. En vous aidant des mains, pivotez pour vous asseoir au bord du lit.

Pour vous recoucher procédez en sens inverse en montant la jambe opérée la première.



LA TOILETTE

Face à un lavabo (surtout les premiers mois après votre opération), ne restez pas debout. Utilisez un tabouret haut pour vous asseoir.

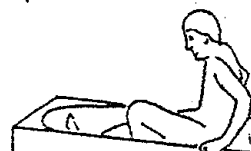
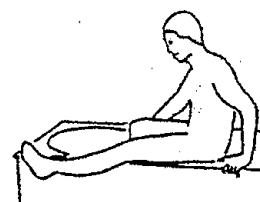
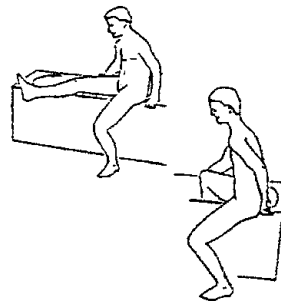
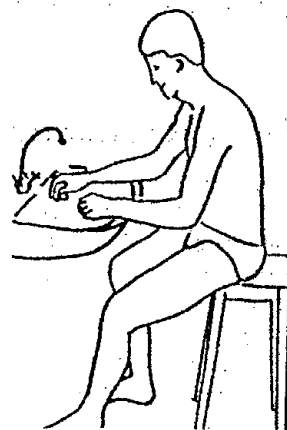
Préférez le douche au bain. Pour plus de sécurité, vous pouvez vous asseoir sur un tabouret dans le bac à douche. Si malgré tout vous ne pouvez pas vous doucher, prenez des précautions pour entrer dans la baignoire.

Pensez à mettre un tapis antidérapant au fond et procéder ainsi:

- vous allez monter la hanche opérée la première, placez contre votre baignoire, un tabouret qui a la même hauteur. Asseyez-vous dessus ou si vous ne possédez pas un tabouret, asseyez-vous sur le bord de votre baignoire,

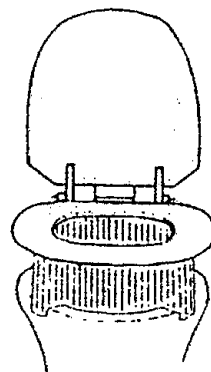
- levez la jambe au-dessus au bord de la baignoire. Pendant tout ce mouvement vérifiez bien que la pointe de votre pied ne tourne pas en dedans,

- passez l'autre jambe en restant assis au bord puis descendez ensuite au fond de la baignoire en vous aidant avec les bras et la jambe non opérée. Vous trouverez dans le commerce des sièges de baignoire qui vous éviteront de descendre jusqu'au fond de votre baignoire.



L'UTILISATION DES TOILETTES

Nous vous recommandons de faire solidement fixer sur les murs une ou deux poignées pour vous aider à vous relever. Etudiez soigneusement leur position. Veillez en particulier à ce qu'elles ne soient pas trop basses. Dans le commerce, vous trouverez un rehausse-siège de W.C. qui vous évitera de vous asseoir trop bas.



L'HABILLAGE

Pour vous habiller : asseyez-vous. Enfilez d'abord vos vêtements par la jambe opérée. Pour les enfiler plus facilement en vous penchant moins, vous pouvez fixer des bretelles à pinces aux sous-vêtements et aux vêtements, bretelles que vous retirez ensuite lorsque le vêtement est mis. Evitez de choisir des chaussures en position assise. Utilisez un chausse-pied à long manche.

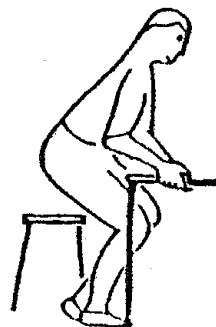
Pour vous déchaussez en restant debout, utilisez un tire-botte.

Ne choisissez que des chaussures stables et tenant aux pieds.



UTILISEZ UN SIEGE

Evitez de vous asseoir sur un siège bas. Ne croisez jamais les jambes. A domicile, ajoutez un coussin ferme pour rehausser un siège trop bas. Préférez un fauteuil dit "bridge" à d'autres sièges car il est assez haut et possède des bras. Pour vous lever, aidez-vous de vos bras en appui sur la table ou les bras du fauteuil comme vous l'avez appris à la clinique.



LA MARCHÉ

A la clinique, un kinésithérapeute vous a appris à vous déplacer avec deux cannes anglaises. Un autre va poursuivre cet entraînement à domicile ou en centre de rééducation. Rappelez-vous pour l'instant de toujours avancer vos deux cannes en même temps que la jambe opérée. Ne pivotez jamais sur place, en appui sur votre jambe opérée, faites demi-tour en faisant quelques pas en arc de cercle.

LES ESCALIERS

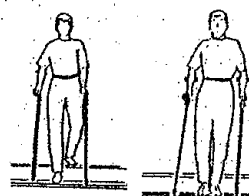
Avec deux cannes. Même si une rampe est là, utilisez vos deux cannes. Comme cela vous n'avez besoin de personne pour vous aider à porter la canne abandonnée et, arrivé à l'étage vous avez toujours vos deux cannes.

***Pour monter**

Mettez le pied du côté non opéré sur la marche supérieure. Amenez les deux cannes à côté et le pied du côté opéré entre les cannes à côté de l'autre pied.

***Pour descendre**

La jambe du côté opéré descend la première entre les cannes. La jambe du côté non opéré vient ensuite la rejoindre.



LA CONDUITE AUTOMOBILE

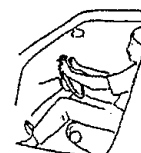
Votre chirurgien vous indiquera la date à laquelle vous pourrez reconduire.

*** Pour Monter en voiture :**

Le siège étant reculé au maximum, asseyez-vous sur le siège. Pivotez en rentrant une jambe après l'autre en vous aidant des mains en appui sur le volant et la carrosserie. Réglez le siège pour être en bonne position de conduite.

*** Pour descendre de voiture :**

Reculez votre siège au maximum et procédez en sens inverse de la montée, c'est-à-dire sortez les jambes en pivotant et en vous aidant avec les mains. Assis sur le siège, les pieds à l'extérieur, redressez-vous en prenant appui sur la carrosserie.

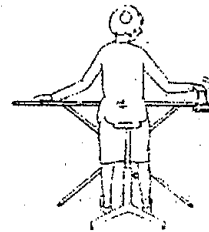


ACTIVITES MENAGERES

Ne faites pas debout ce que vous pouvez faire assis. Comme pour la toilette, face à votre évier ou votre table à repasser, utiliser un siège haut.

Pour faire vos provisions, évitez le panier que l'on porte, préférez le chariot roulant que l'on tire.

Évitez les pas inutiles. Rassemblez vos appareils ménager et utilisez une table roulante pour servir ou desservir.



BRICOLAGE - JARDINAGE

Comme pour la toilette ou les activités ménagères, asseyez-vous sur un siège haut face à votre établi chaque fois que cela est possible. Si vous devez vous accroupir, faites-le en écartant les genoux ou encore mettez-vous à genoux.

Pour le jardinage il existe dans le commerce un petit appareil astucieux qui vous permet de vous agenouiller sur une planchette au ras du sol en vous aidant avec les mains en appui sur ses longues poignées. Le même appareil retourné peut servir de tabouret pour vous reposer de temps en temps.

Utilisez des outils à long manche.

Évitez le ports de charges (+ de 5 kg).



LOISIRS

Avant de reprendre un sport, questionnez votre chirurgien ou votre kinésithérapeute. La marche et la natation sont deux activités excellentes vers lesquelles vous pourrez vous tourner assez vite si vous le souhaitez. Demandez malgré tout un avis. La bicyclette n'est pas interdite mais n'enjambez pas le cadre en passant au-dessus de la selle. Passez le pied au-dessus des pédales entre le guidon et la selle. Pour la marche en terrain irrégulier, n'hésitez pas à reprendre votre canne.

SOMMEIL

Vous pouvez supprimer à domicile le coussin entre les jambes que vous avez gardé à la clinique. Il est préférable de se coucher du côté de la hanche opérée ou sur le ventre ou sur le dos que sur le côté non opéré.

Préférez un lit ferme.

RELATIONS SEXUELLES

Tout reste permis en vous inspirant des conseils que vous venez de lire. Si toutefois vous vous posez certaines questions, votre chirurgien, votre médecin traitant ou votre kinésithérapeute y répondront volontiers.

FAITES TOUJOURS ATTENTION

- aux tapis glissants sur un parquet ciré,
- aux fils électriques qui traînent,
- aux animaux domestiques, petits ou gros, ils peuvent vous faire trébucher.

Refusez les piqûres dans la fesse du côté opéré.

Surveillez votre poids.

N'hésitez pas à avoir recours au pédicure régulièrement pour les ongles de vos orteils.

INFORMATION

En vous adressant au Service Relations Conventionnelles - Secteur Appareillages de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie, avec votre carte d'assuré social et la prescription médicale, vous pouvez obtenir en prêt gratuit le matériel dont vous pouvez avoir besoin durant votre convalescence.

CONCLUSION

La mise en place d'une prothèse totale de hanche est une opération fiable dont les résultats sont très fréquemment excellents.

Elle reste toutefois une intervention à pratiquer en milieu hospitalier nécessitant une équipe solidaire et entraînée.

Quelques jours ont été nécessaires pour vous préparer à l'intervention, quelques semaines vont également l'être pour retrouver toute votre activité.

Votre participation à la rééducation et votre adhésion aux précautions évoquées dans ce fascicule vous permettront la reprise d'une vie normale.

ANNEXE IV

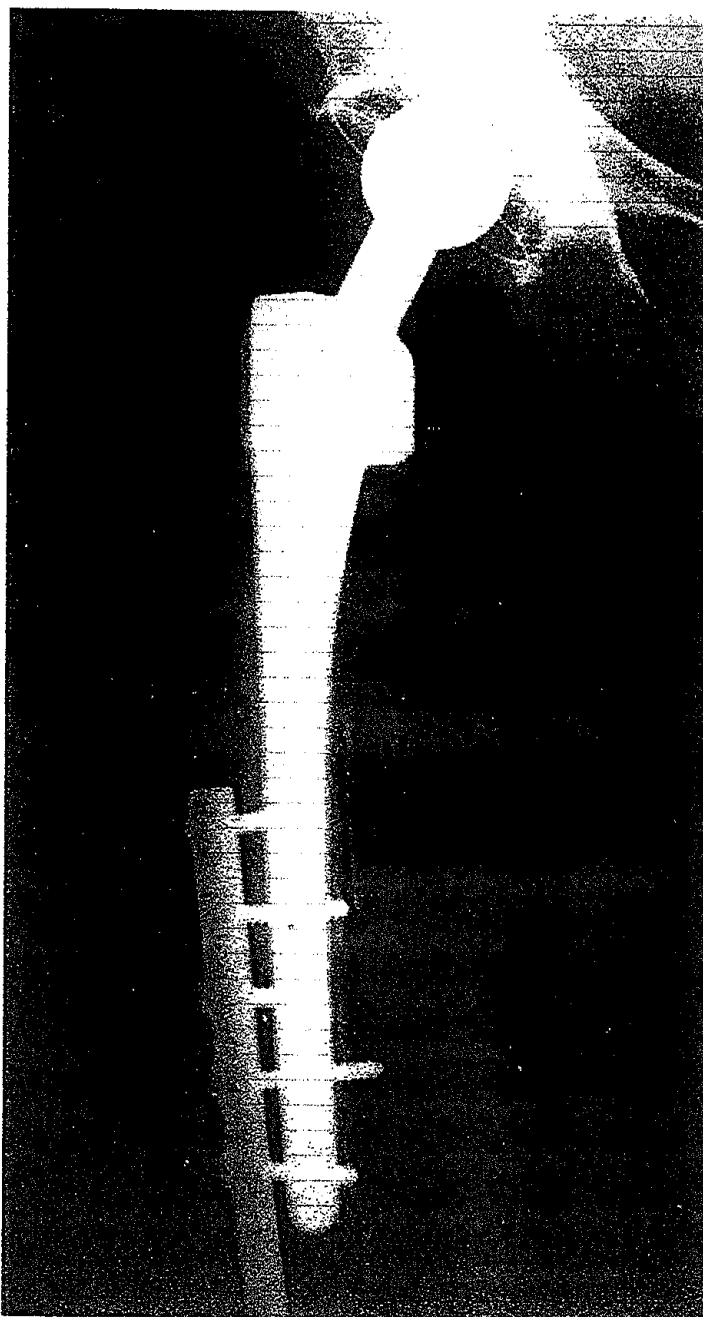


Figure 1 : Radiographie de hanche droite du 05/11/99.

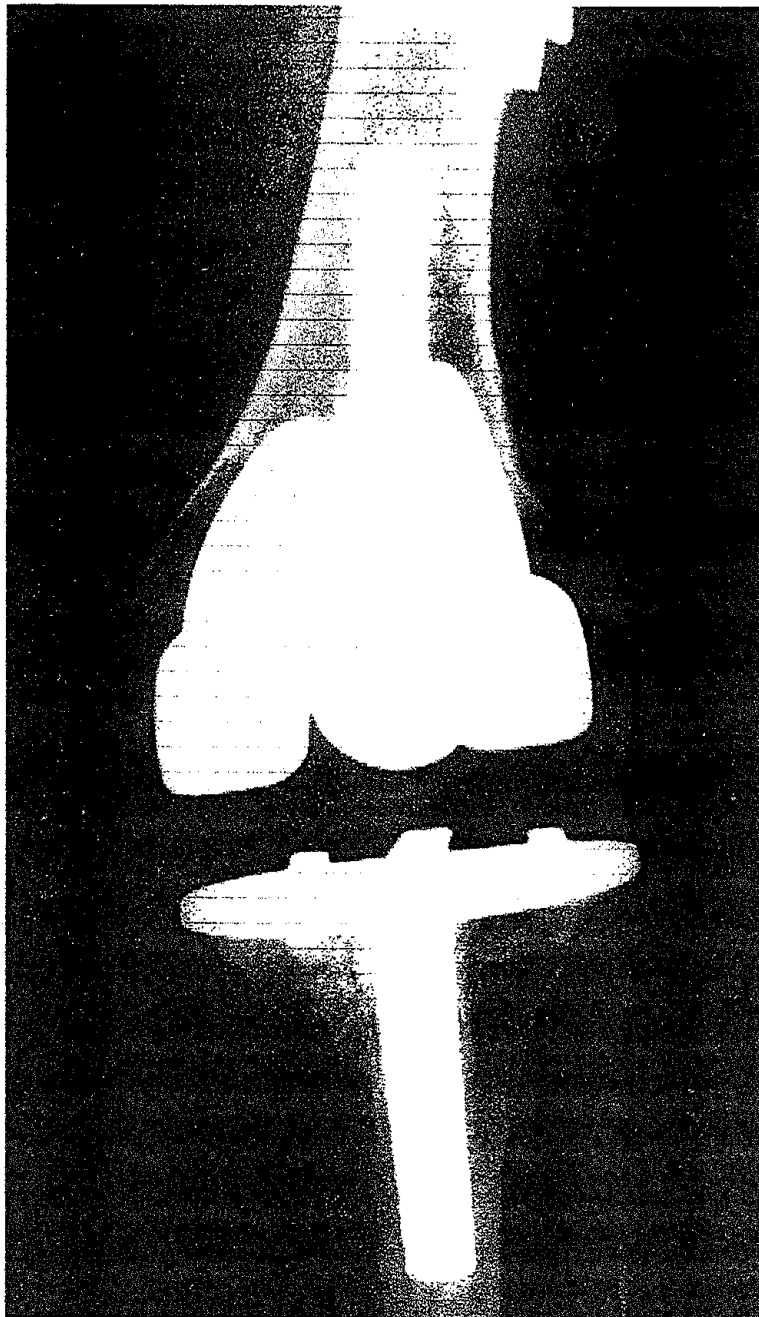


Figure 2 : Radiographie du genou droit au 05/11/99.