



**L'ARTHROPLASTIE TOTALE DE LA
HANCHE :
MINI-ABORD ET VOIE ANTÉRIEURE**

DR P. MERCIER – DR O. HIMMER

Clinique Saint-Luc Bouge - Colloque AFISO
Samedi 29 septembre 2012

Arthroplastie totale de la hanche

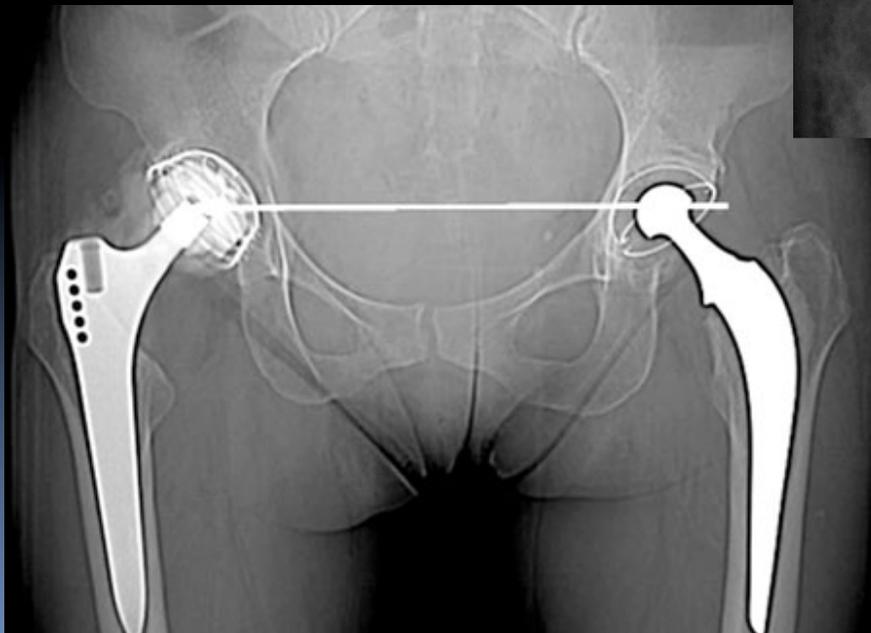
- **Nombre croissant d'interventions**
 - ↗ 40% en 10 ans
 - ↗ la plus marquée chez les moins de 65 ans
- **Indications nombreuses :**
 - Coxarthrose primitive ou secondaire (dysplasie, ostéochondrite, épiphysiolyse,..)
 - Ostéonécrose aseptique
 - Pathologie traumatique
 - Pathologie rhumatismale (P.R.)
 -



Evolution de l'arthroplastie totale de la hanche

- Evolution du matériel et des implants
- Evolution et diversité des techniques opératoires
- Evolution et amélioration des voies d'abord

Evolution des implants



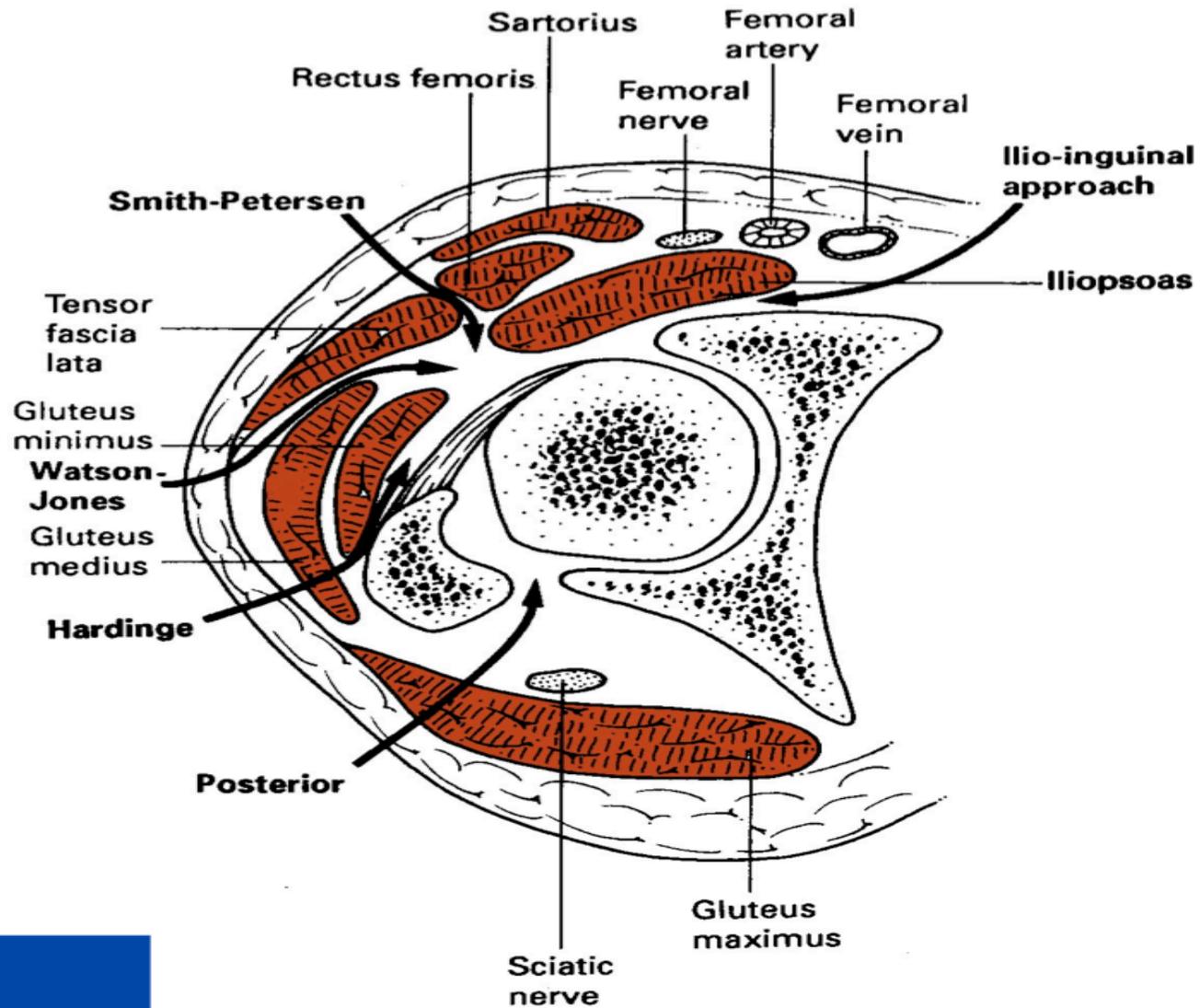
Evolution des techniques
opératoires :
Cimenté versus non cimenté



Les voies d'abord

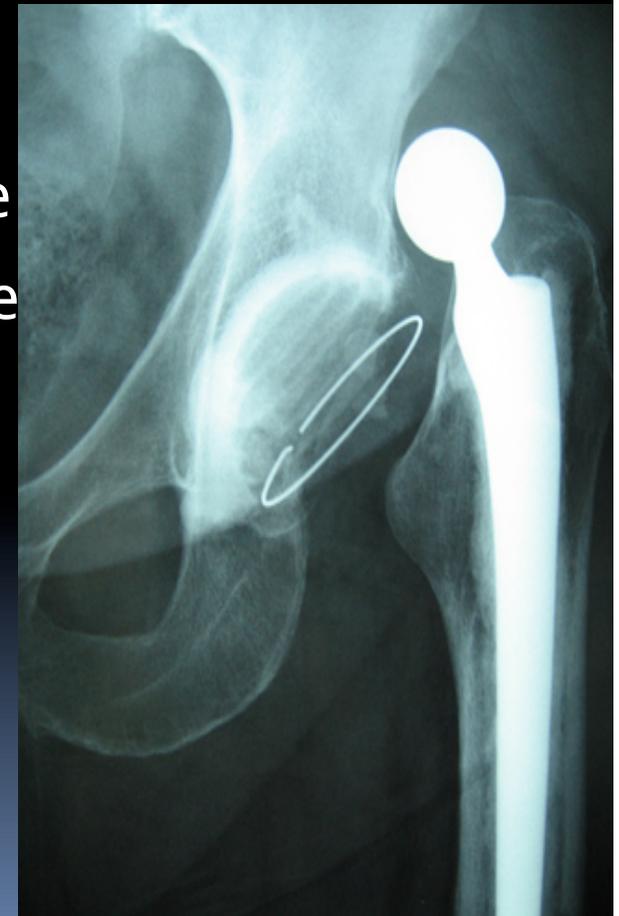
- Voies d'abord antérieures :
 - Hueter
 - Smith-Petersen
- Voies d'abord postérieures :
 - Moore
- Voies d'abord transtrochantériennes : (trochantérotomie)
- Voies d'abord antérolatérales :
 - Watson-Jones
 - Hardinge (transglutéale)

Diversité des voies d'abord



Voies d'abord « classiques » : avantages et inconvénients

- **Voies postérieures :**
 - Voie d'abord aisée
 - Exposition du cotyle pas évidente
 - Réparation tendineuse nécessaire
 - Risque de luxation ++
 - Risque atteinte sciatique
 - Risque fracture fémur



Voies d'abord classiques : Avantages et inconvénients

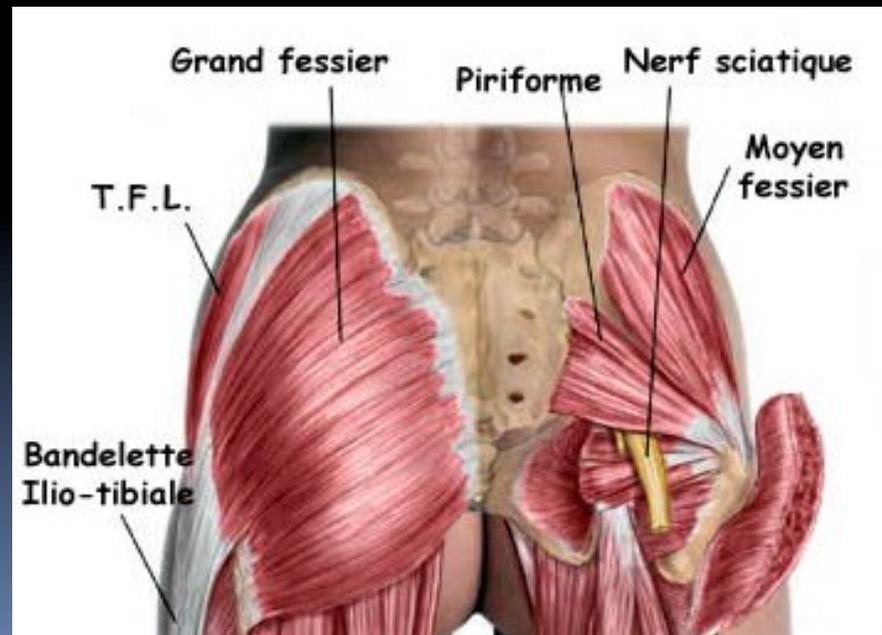
- **Trochantérotomie**
 - Voie invasive, transosseuse
 - Bonne exposition
 - Risque pseudarthrose du grand trochanter



Voies d'abord « classiques » : Avantages et inconvénients

Voie Transglutéale de Hardinge

- Diminution risque de luxation
- Bonne exposition fémur et cotyle
- Voie transmusculaire => risque boiterie, douleurs..



Voies d'abord « classiques » : Avantages et inconvénients

- Les abords postérieurs et antérolatéraux classiques nécessitent des désinsertions musculaires !!!
- Le moyen fessier est disséqué et son insertion sur le grand trochanter est sectionnée complètement ou partiellement (Hardinge).
- Problèmes : **Tendinopathies** d'insertion du moyen fessier, insuffisance musculaire des abducteurs, risque de lésion du nerf fessier supérieur

=> **Boiterie et douleur de hanche !!!!**



Alternatives :

=> Voies antérieures par chirurgie mini-invasive

Les voies antérieures ne sont pas nouvelles.
L'évolution réside dans une adaptation de ces voies d'abord à une chirurgie mini-invasive

!!! Chirurgie mini-invasive \neq mini-incision



Alternatives :

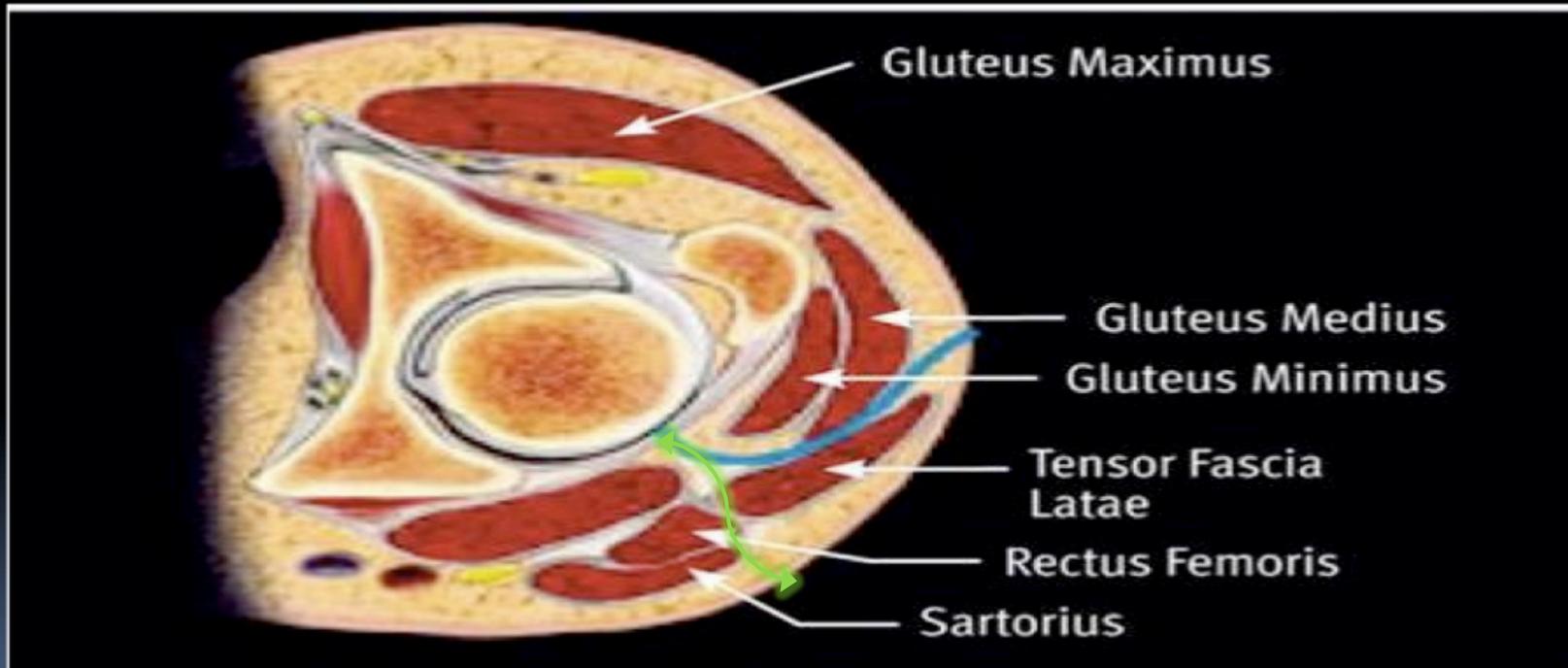
- Les voies classiques, **postérieures et antéro-latérales** peuvent se faire par MINI-INCISION mais cela ne règle pas le problème du **DELABREMENT MUSCULAIRE !!!**
- Les **voies antérieures** ont été adaptée à la chirurgie **MINI-INVASIVE** pour éviter les délabrements musculaires.

PTH par voies antérieures

- Chirurgie avec épargne musculaire
= voies d'abord **INTERMUSCULAIRES !!!**
- Intervalle entre fascia lata et moyen fessier
(Rottinger)
- Intervalle entre fascia lata et droit antérieur
(Hueter)

PTH par voies antérieures

Voie de Rottinger



Voie de Hueter

PTH par voies antérieures

- **Installation Rottinger**
 - Décubitus latéral opposé
 - Table classique
 - Opérateur devant

