

La surveillance des prothèses fait partie du contrat thérapeutique

La population de sujets prothésés impose une surveillance annuelle. La survenue d'une douleur ou d'une boiterie est un signe d'alerte. La surveillance reste essentiellement radiologique.

D EPUIS l'introduction il y a environ un demi-siècle des premiers remplacements prothétiques articulaires dans l'arsenal thérapeutique à l'encontre des arthropathies invalidantes, la population des personnes porteuses de prothèse s'accroît régulièrement. Le sous-groupe de la population porteur d'une ou de plusieurs prothèses articulaires devient ainsi par sa taille une entité épidémiologique individualisée, au même titre que pourraient l'être les porteurs de pace-makers, les transplantés rénaux ou encore les sujets diabétiques. L'incidence annuelle des personnes porteuses de prothèses articulaires peut être assimilée au nombre des interventions primaires de ce type réalisées annuellement diminué du nombre des prothèses réopé-

rées et/ou des sujets porteurs de prothèse décédés naturellement. On peut estimer à une centaine de milliers par an l'accroissement en France de ce groupe de sujet porteurs de prothèse. Les prothèses des articulations du membre inférieur (hanches et genoux) domine massivement.

Des caractéristiques épidémiologiques mieux cernées

Cet accroissement est considérable en raison à la fois d'un âge souvent plus jeune d'implantation des prothèses (la qualité des résultats élargissant les indications) et d'une augmentation, d'une part, de la longévité générale de la population et, d'autre part, de la durée de

fonction de ces prothèses. Malgré des résultats très majoritairement satisfaisants sur la plupart des prothèses articulaires, il serait présomptueux d'affirmer que toutes les prothèses posées sont universellement destinées à rester en place et à fonctionner sur le patient jusqu'au terme de sa durée de vie, ce qui constituerait le scénario idéal du contrat thérapeutique. Un lot non négligeable de prothèses réclame de toute façon d'être révisé par une prothèse de deuxième, voire de troisième, intention. D'autres interventions sont également susceptibles d'émailler le cours de l'histoire naturelle évolutive d'une prothèse une fois implantée : ostéosynthèse du saignement osseux ou reprise prothétique en cas de fracture du squelette récepteur ; reprise pour instabilité ou luxation des surfaces articulaires prothétiques ; reprise pour usure des surfaces articulaires en ques-

tion ; reprise avec ou sans greffe osseuse sous-rajoutée pour descellement et ou appauvrissement du squelette porteur ; reprise prothétique pour infection précoce ou différée... Cette liste non exhaustive de complications susceptibles d'être observées après prothèse (sans faire perdre de vue leur caractère minoritaire face à la prédominance de succès de cette intervention) n'en oblige pas moins à la surveillance constante de cette population prothésée, définitivement à risque. En effet, le dépistage d'éventuelles complications conduit à une chirurgie de reprise d'autant moins importante et ambitieuse qu'il est précoce dans le cours d'expression de la complication en question.

Une surveillance au moins radio-clinique annuelle

Ainsi définie comme à risque, la population de sujets prothésés impose une obligation de surveillance. Il est en effet paradoxal de noter que les véhicules automobiles soient soumis à une obligation périodique de contrôle technique mécanique et que les remplacements articulaires, interventions par essence mécaniques, ne fassent pas l'objet de telles recommandations. Généralement, une prothèse va bien quand la fonction du membre est de qualité satisfaisante, et indolore, on parle volontiers d'articulation oubliée. Sur un membre inférieur, douleur et/ou boiterie doivent en général mettre en alerte, mais il n'y a pas nécessairement de parallélisme clinico-radiologique, et c'est pourquoi la surveillance radiographique systématique complète l'évaluation clinique périodique. Cette surveillance relève de la radiologie conventionnelle et recense différents éléments à analyser :

– surveillance du squelette dans



En cas de lésions minimes, il importe de programmer un suivi radiologique (photo DR)

son ensemble (ostéoporose) et du capital osseux directement porteur des pièces prothétiques ;

– surveillance des pièces prothétiques, de leurs position et de leur absence d'usure anormale ;

– surveillance des interfaces entre le squelette récepteur et la pièce prothétique (que la fixation fasse appel au ciment ou non).

En raison du caractère parfois très discret des anomalies radiographiques, il est important d'en observer l'évolution dans le temps aux dates successives d'un calendrier de surveillance à proposer au patient de façon incitative.

Au total, bien que, en raison de résultats majoritairement satisfaisants de la plupart des prothèses articulaires ni le médecin traitant ni le patient n'ont tendance à communiquer à ce propos, il importe cependant de sensibiliser l'opéré à l'existence d'un risque, si minime fût-il, mais incontournable, sur le long terme, chaque fois qu'existe un implant articulaire. Seule cette simple surveillance spécialisée radio-clinique est à même d'amoindrir la lourdeur du lot de reprise apparaissant inévitablement nécessaire dans la population des sujets porteurs de prothèses articulaires.

Fractures du col : la non-utilisation du ciment peut se justifier

L ES prothèses de hanche, non cimentées, évaluées chez une centaine de cas, sont aussi satisfaisantes que toutes les autres solutions arthroplastiques. La fracture cervicale vraie du fémur (intracapsulaire) du sujet âgé fait partie de l'univers médical quotidien du fait de la simple évolution démographique. Son traitement, dans les formes déplacées (dites de Garden type III ou IV), est pratiquement consensuel : il s'agit de la solution chirurgicale arthroplastique de hanche. Pourtant, il existe des divergences d'école quant aux types de prothèses les mieux adaptés à ce genre de situation traumatique. En effet se profile dans cette situation un double risque à la fois vital (complications d'immobilisation, précarité de terrain chirurgicale et anesthésique) et fonctionnel (vulnérabilité du degré d'autonomie de cette tranche d'âge). Si, historiquement, l'hémi-arthroplastie céphalique non cimentée de

Moore a constitué une des toutes premières solutions thérapeutiques généralisables dans cette pathologie, les progrès de la recherche en matière de prothèse et le prolongement de la longévité des opérés ont rendu plus exigeants sur l'importance du choix prothétique initial. Au fil des décennies, depuis l'introduction du traitement arthroplastique il y a un demi-siècle, les tenants de différentes modalités arthroplastiques ont tenté de convaincre la communauté médicale de la supériorité de leur choix. Ainsi, il existe trois grandes options en matière d'arthroplastie pour ce type de pathologie : l'hémi-arthroplastie céphalique métallique cimentée, l'hémi-arthroplastie dite intermédiaire dans laquelle se trouve ajouté un interface de mobilité destiné à protéger le cotyle articulaire d'une usure prématurée en face de l'hémi-arthroplastie ou, enfin, la prothèse totale classiquement destinée à traiter des arthroses, mais qui préfère

demeurer une intervention programmée électivement. Tous les arguments sont valables pour privilégier une solution par rapport à une autre ; cependant, la très ancienne prothèse de Moore, posée sans ciment, était une intervention expéditive et peu choquante, conservant de ce fait lorsqu'elle était réussie d'importants avantages. C'est pourquoi une série grenobloise de près d'une centaine de fractures du col défend les avantages des prothèses dites intermédiaires non cimentées (Drs Plaveski et Merloz). L'étude des patients de cette série démontre que, même si l'on note pour un implant fémoral recouvert d'hydroxide apathique non cimenté, et à condition que la partie céphalique comporte une cupule mobile hémisphérique, les résultats avec un recul moyen de trois ans sont aussi satisfaisants que toutes les autres solutions arthroplastiques, et ce au prix d'une très faible morbidité et grâce à la non-utilisation du ciment.

Les implants n'affectent pas le réflexe de stabilisation médullaire

O N a incriminé dans certains phénomènes d'instabilité articulaires après pose de prothèse (genoux, chevilles, épaules) des anomalies du rétrocontrôle des réflexes médullaires. De tels réflexes sont importants à mieux comprendre car ils expliquent peut-être certaines chutes ou certains événements traumatiques. C'est pourquoi il était intéressant de les étudier, tant sur une articulation normale que sur une articulation prothétique,

afin de préciser si les tissus périarticulaires naturels étaient impliqués dans de tels réflexes. C'est au sein des services de chirurgie de l'hôpital Cochin (Prs Courpied et Tomeno) qu'ont été conduites les études. L'étude est présentée à la SOFCOT par le Dr Charrois, du laboratoire de physiologie du mouvement d'Orsay. Différentes activités ont été définies pour tester ces réflexes, en particulier des essais de chutes dites libres.

Au terme de tels essais, il n'a pas été mis en évidence de différences entre les caractéristiques des réflexes intervenant au niveau des articulations de hanches naturelles (non prothésées) par rapport aux articulations prothétiques. Un tel travail semble donc indiqué que le remplacement prothétique articulaire et la capsulectomie que celui-ci implique n'influe pas sur les réflexes de stabilisation de l'articulation coxo-fémorale.

« Peignage » chirurgical pour le tendon d'Achille

L ORSQU'UNE tendinite achilléenne résiste à un traitement médical bien conduit et finit par obliger à un arrêt sportif complet et prolongé, il ne reste d'autre option que de proposer une solution chirurgicale. Cette dernière consiste en l'exposition du tendon dont la gaine péritendineuse est réséquée et dont le corps fait l'objet d'incisions longitudinales multiples (procédé dit du « peignage »). L'équipe du Pr Chauveau (Bordeaux) présente près d'une centaine de cas (sur une dizaine d'années) pour lesquels ce procédé thérapeutique a été utilisé. Les patients ont fait l'objet d'une analyse stricte, tant avant l'intervention que dans les suites. En particulier, le délai et le niveau de reprise sportive, la date de reprise pro-

fessionnelle, l'appréciation du patient ont été étudiés. Sur le plan global, on peut estimer à 90 % le pourcentage de résultats satisfaisants tant du point de vue de la sédation douloureuse que de la reprise sportive. Il s'agit d'une chirurgie aux suites opératoires facilement acceptées puisque l'appui est repris immédiatement bien que soulagée par le port d'une orthèse à talonnettes pendant un mois postopératoire complet ; le début de la réhabilitation sportive ne survient en moyenne qu'au terme du deuxième mois postopératoire. Ainsi, l'expérience bordelaise confirme la bonne réputation de l'intervention de peignage dans la prise en charge des tendinopathies achilléennes chroniques rebelles à un traitement médical bien conduit.