

CHIRURGIE DE LA HANCHE

LETTRE D'INFORMATION SUR LES RISQUES OPÉRATOIRES

Madame, Monsieur

Vous devez prochainement être opéré(e) à la Clinique de l'Union d'une arthrose de la hanche.

Afin d'établir un climat de confiance, condition essentielle à la guérison, je souhaite que vous soyez parfaitement éclairé(e) sur les risques inhérents à tout acte chirurgical en général et à l'acte orthopédique en particulier qui sera le vôtre, à savoir une prothèse totale de hanche.

1/ Le risque lié à l'anesthésie est toujours présent

Il n'y a pas de « petite anesthésie »: malgré toutes les précautions prises avant et pendant l'anesthésie, on ne pourra jamais arriver au risque zéro. L'anesthésiste que vous verrez en consultation pré-opératoire pourra vous donner toutes les informations que vous souhaitez : n'hésitez pas à lui en parler.

L'équipe d'anesthésie prendra en charge votre douleur. Dès qu'elle est possible, une rachis-anesthésie est proposée au patient. Si la technique d'anesthésie loco-regionale est impossible, ou bien si vous le souhaitez, l'anesthésiste pourra recourir à une anesthésie générale. Le Médecin Anesthésiste propose mais le patient dispose.

Dans tous les cas un protocole d'analgésie postopératoire est prescrit par le médecin anesthésiste. Les produits anti-douleurs les plus efficaces contiennent de la morphine pouvant donner des effets secondaires à titre de troubles digestifs (nausées, vomissements) ou de somnolence.

Les 24 premières heures nécessitent un traitement anti-douleur systématique. Le lendemain, un traitement standard par comprimé est le plus souvent possible.

L'équipe de soignants qui s'occupera de vous mettra tout en oeuvre pour essayer au mieux de vous soulager. Il est important de savoir que pour une même intervention, la douleur et ressentie de façon très variable selon les individus.

2/ Le risque infectieux est toujours à redouter

Il est en pratique courante tout a fait exceptionnel. L'infection peut survenir soit dans les suites immédiates : c'est une infection aiguë, soit dans les suites précoces (quelques semaines) soit tardivement (plusieurs mois voire années). Dans la spécialité de chirurgie orthopédique de la clinique de l'Union, le taux d'infection prothétique est de 0,5 %.

L'infection est liée à un développement microbien rapide que l'organisme ne parvient pas à contrôler par ses propres moyens de défense immunitaire. Les agents infectieux sont des bactéries. Il existe des terrains propices à l'infection, c'est le cas du diabète ou des déficiences immunitaires et de l'obésité.

L'infection déclarée nécessite un traitement médical et chirurgical : c'est un nettoyage si l'infection est très précoce ou bien l'ablation de la prothèse et son remplacement par une nouvelle prothèse, soit en un seul temps opératoire, soit en deux temps opératoires distincts. Une antibiothérapie au long cours est toujours nécessaire, prescrite après avis auprès d'un médecin infectiologue spécialisé.

Afin de diminuer au mieux le risque infectieux, il faut :

- pratiquer un examen bactériologique des narines et des aisselles 15 jours avant l'intervention (voir prescription). Rappelons que 20 % de la population est « porteur sain » de staphylocoques. Si l'examen est positif, 5 jours avant l'opération vous devrez appliquer le traitement adapté.
- Signaler toutes les pathologies infectieuses dont vous auriez été atteint.

- Avoir une peau parfaitement propre d'où la nécessité d'une excellente hygiène cutanée par une préparation fréquente, quelques jours avant l'intervention, par savonnage.
- Avoir une bonne hygiène dentaire et ne négliger aucune lésion.

Pour votre information, sachez que :

- Avant votre intervention, si vous êtes valide, vous prendrez deux « douches antiseptiques ». la première la veille, et la seconde le jour de l'opération avec un savon moussant antiseptique (un flacon unique par patient).
- Après votre intervention, vous pouvez avoir de la fièvre pendant quelques jours, cette fièvre reste le plus souvent inférieur à 38,5° et correspond à la réponse de votre organisme à l'opération.
- Si vous êtes porteur d'une hépatite virale ou du VIH, votre chirurgien et son équipe encourent un risque de contamination en cas de piqûre accidentelle, il est donc important d'informer l'équipe médicale de l'ensemble de vos antécédents.

3/ La phlébite

Il s'agit d'une complication relativement fréquente. Il apparaît une inflammation d'une veine de la jambe ou bien de la cuisse pouvant dans certains cas entraîner la migration d'un caillot dans la circulation sanguine et provoquer une embolie pulmonaire. Ce risque a considérablement diminué grâce au lever précoce et à l'utilisation systématique d'anticoagulants à dose préventive. Le traitement anticoagulant sera sous forme d'injection quotidienne d'Héparine pouvant entraîner localement quelques ecchymoses.

4/ La luxation de la prothèse

Elle est une complication rare (1 %), devenue exceptionnelle avec les progrès réalisés en matière d'implantation et conception de prothèse, mais aussi avec une pratique chirurgicale préservant les muscles et les parties molles autour de la prothèse. Toutefois, ce phénomène peut survenir lors d'un mouvement forcé, d'une chute non contrôlée entraînant le déboîtement des deux pièces prothétiques.

Une anesthésie générale est nécessaire afin de remettre la prothèse en place. En cas de luxations récidivantes, un changement de la prothèse peut être envisagé.

5/ L'inégalité de longueur des membres inférieurs de l'orthopédie

Cette problématique reste une préoccupation majeure difficile à maîtriser.

Il est rare qu'avant l'intervention les deux jambes soient strictement de même longueur, il est aussi difficile d'affirmer qu'après l'opération aucune inégalité n'existera. L'appréciation de la longueur du membre opéré durant l'intervention reste de nos jours encore imprécise quelle que soit la technique de planification ou de voie d'abord.

Dans certains cas difficiles le chirurgien peut choisir délibérément d'allonger le membre de quelques millimètres afin d'obtenir une bonne stabilité évitant ainsi le risque de luxation. Quoi qu'il en soit une inégalité de moins de 5 mm n'est pas ressentie par le patient et ne nécessite pas de compensation par une talonnette.

6/ La cicatrice est toujours visible sur la peau

Grâce à une chirurgie fine et esthétique, le problème cicatriciel reste mineur. On ne peut cependant pas exclure le risque de cicatrices chéloïdiennes, hypertrophiques et inesthétiques (importance du facteur génétique), les désunions cicatricielles, les nécroses cutanées, les intolérances au fils.

7/ Le risque allergique

L'allergie aux composants métalliques de votre future prothèse (chrome, cobalt, titane, molybdène) a été décrite dans la littérature médicale comme exceptionnelle.

8/ L'usure des surfaces en contact des frottements céramique-céramique ou métal-métal

Cette usure est théoriquement nulle. Les couples de friction de nouvelle génération devraient participer à l'amélioration de la longévité des implants. Les tests effectués sur simulateur sont extrêmement rassurants en comparaison avec les anciens couples de friction en Polyéthylène (plastique) encore utilisés en orthopédie, mais dont la longévité reste directement liée au degré d'activité du patient. Seul l'avenir nous permettra d'affirmer que les résultats « in vivo » sont identiques aux très bons résultats observés en laboratoire.

Dans de rares cas des phénomènes audibles le plus souvent à type de grincements peuvent se manifester, ces bruits anormaux sont rarement gênants pour le patient. Ils surviennent de façon tout à fait aléatoire, intermittente et parfois disparaissent. Quand ils surviennent une surveillance rapprochée de principe est nécessaire. Exceptionnellement un remplacement de la prothèse peut être proposé si la gêne est majeure.

9/ Les ruptures de composants

Les fractures de céramique sont aujourd'hui exceptionnelles (1 cas sur 10 000 implantations). Les cas actuellement décrits sur des céramiques de dernière génération correspondent le plus souvent à des traumatismes violents et répétés.

Les ruptures de col en titane peuvent s'observer dans de très rares cas de surcharge pondérale chez des sujets très actifs, la perte de poids chez des patients en surcharge est donc extrêmement importante.

10/ L'atteinte neurologique

Dans les prothèses implantées par voie antérieure l'écartement des muscles de la cuisse peut être à l'origine de la compression d'un petit nerf sensitif innervant la face antérieure et externe de la cuisse. Ce phénomène n'entraîne aucun trouble moteur mais peut donner pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois des troubles de la sensibilité et parfois des douleurs.

La lésion du nerf sciatique ne s'observe que dans les prothèses implantées par voie postérieure. Un étirement du nerf peut entraîner sa souffrance qui se manifeste sur le plan sensitif par des picotements et des brûlures du pied et sur le plan moteur par une paralysie des muscles innervés par ce même nerf : le pied « tombe » par déficit des muscles releveurs du pied. La marche nécessite alors le port d'un appareillage externe. L'atteinte est le plus souvent transitoire mais la récupération totale souvent très longue à obtenir (1 à 2 ans).

11/ Les hématomes

Ils peuvent survenir en postopératoire, il s'agit de la formation d'un caillot sanguin dans la zone opérée, souvent en rapport avec des troubles de la coagulation sanguine, favorisée par un traitement anticoagulant, notamment celui mis en place afin d'éviter la survenue de phlébite. La formation de ces hématomes nécessite parfois un geste chirurgical de ponction ou d'évacuation sous brève anesthésie générale.

12/ La fixation des implants

Le choix de l'utilisation ou non du ciment est déterminé par le chirurgien en per-opératoire en fonction de la qualité osseuse. Votre prothèse fémorale pourra donc être fixée avec ou sans ciment. Sachez que les prothèses sans ciment ont parfois un caractère légèrement douloureux en post-opératoire jusqu'à obtention d'une fixation définitive par repousse osseuse sur la tige. Dans des cas tout à fait exceptionnels, aucune repousse osseuse ne s'effectue, et la tige fémorale restera par conséquent douloureuse nécessitant alors une reprise chirurgicale.

13/ Anémie et Transfusion sanguine

La perte sanguine est inévitable lors de l'implantation d'une prothèse de hanche. Le fémur est un os richement vascularisé. La perte sanguine est plus ou moins bien tolérée selon les individus en fonction de leurs antécédents, de leur âge et de leur physiologie. Une transfusion sanguine peut s'avérer nécessaire dans certains cas. Dès qu'elle est possible une supplémentation en fer est prescrite.

14/ Effets indésirables des traitements

Les traitements médicaux curatifs ou même préventifs ont tous des effets secondaires s'exprimant de manière différente (digestif, sanguin, dermatologique, etc.) et d'intensité plus ou moins importante. D'une manière générale, l'acceptation d'une prise de risque de complications ou d'incidents, même exceptionnels, mais éventuellement graves est la contrepartie inévitable à l'efficacité du traitement proposé, quel qu'il soit, même médical.

L'absence de traitement elle-même n'est jamais dénuée de risques.

15/ Syndrome du Psoas :

Un frottement et une irritation du tendon du psoas peut apparaître immédiatement après l'intervention ou de manière différée. Cette complication peut nécessiter une ou plusieurs infiltrations, voire une nouvelle intervention.

16/ La fracture de fémur :

Cette complication peut survenir au cours ou dans les semaines qui suivent la chirurgie. Elle est souvent le fait d'une fragilité de fémur. Dans certains cas, notamment lorsque la stabilité de l'implant est mise en défaut, une ré intervention peut être nécessaire.

Cette énumération des complications peut paraître importante et n'a pas pour vocation de susciter de l'anxiété. Sachez cependant qu'elle n'est pas exhaustive mais il fallait en être averti, tel était le but de ce bref exposé.

En résumé il faut relativiser les risques et savoir qu'une intervention chirurgicale est toujours « un risque calculé ». Statistiquement le bénéfice global des actes opératoires reste, pour la très grande majorité de nos patients, nettement supérieur à la survenue rarissime des « aléas thérapeutiques ». Il est difficile de donner un pourcentage exact de complications car le risque pris est essentiellement individuel, dépendant de chaque patient, de ses antécédents et des ses particularités. La chirurgie a ses limites et ne permet jamais de refaire aucun organe, aucune articulation telle que la nature l'avait conçue. D'inévitables séquelles (ne serait-ce que cicatricielles) le plus souvent mineures, doivent être acceptées en contrepartie du bénéfice obtenu. Un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus éprouvées et les plus fiables.

La relation de confiance avec votre chirurgien est capitale, il est indispensable que tous les doutes aient été levés, que toutes les réponses aient été données à vos interrogations. Lisez ce document, parlez-en avec votre médecin traitant et avec votre famille.

Après lecture de ces informations et à la demande de nos assurances professionnelles en responsabilité civile, suite au décret du 06.09.1995, je vous demande de dater et signer de votre main le document intitulé « **reconnaissance d'information - consentement éclairé** ». Il fera partie de votre dossier médical. Il a pour but d'attester que vous avez bien reçu une information claire, loyale et complète et que vous avez donné votre accord pour l'intervention. Ce document vous sera demandé le jour de votre entrée en clinique par l'infirmière d'accueil à l'étage.

En l'absence de consentement signé l'intervention ne pourra avoir lieu.

Sentez-vous libre de me contacter pour toute information complémentaire. La volonté de guérir, la

motivation, la confiance réciproque, le respect des conseils prodigués et l'observance des traitements prescrits sont des facteurs importants pour une évolution favorable et l'obtention d'un bon résultat final.

Je vous prie de croire Madame, Monsieur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Docteur Nicolas Fouilleron