Dr Janssens Raphaël
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE · CHIRURGIE DU GENOU ET DE LA HANCHE · BRUXELLES

Centre des Nations · 127 av. Franklin Roosevelt, 1050 Ixelles · 02 / 660 02 66
Cabinet Janson · 44 rue Paul-Émile Janson, 1050 Ixelles · rendez-vous en ligne
Hôpital Molière-Longchamps · 142 rue Marconi, 1190 Forest · 02 / 348 50 80
Hôpital Etterbeek-Ixelles · 63 rue Jean Paquot, 1050 Ixelles · 02 / 641 41 11
drjanssensr@gmail.com · **orthojanssens.be**

HANCHE · CHIRURGIE PROTHÉTIQUE

Prothèse totale de hanche

PTH par voie directe antérieure

Lorsque l'arthrose a usé la hanche et que la douleur limite la marche et le sommeil, la prothèse totale remplace la tête du fémur et le cotyle. Posée par voie directe antérieure, entre les muscles et sans en couper aucun, elle permet une récupération rapide et une hanche que l'on finit par oublier.

DURÉE DE L'INTERVENTION 1 h à 1 h 30 sous rachianesthésie le plus souvent	HOSPITALISATION 2 à 3 nuits lever et marche dès le premier jour
APPUI Complet, immédiat béquilles 2 à 3 semaines	RÉCUPÉRATION 6 semaines résultat définitif vers 3 à 6 mois

EN BREF

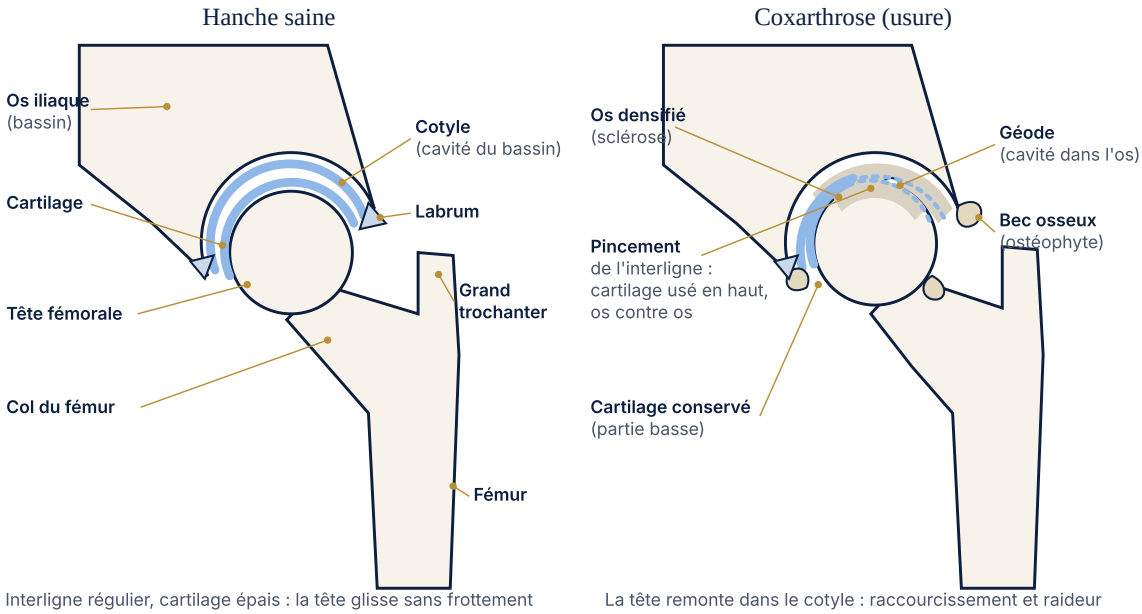
Ce qu'il faut retenir

La prothèse totale de hanche (PTH) remplace les deux surfaces usées de l'articulation — la tête du fémur et la cavité du bassin qui la reçoit (le cotyle) — par des implants en titane, en céramique et en polyéthylène. C'est l'une des interventions les plus efficaces de toute la chirurgie : elle supprime la douleur de l'arthrose avancée et rend une hanche mobile et stable dans plus de 90 % des cas.

- **Indication :** arthrose de la hanche (coxarthrose) douloureuse et invalidante malgré un traitement médical bien conduit ; aussi certaines fractures du col du fémur et l'ostéonécrose de la tête fémorale.
- **Technique :** voie directe antérieure (VDA), mini-invasive, qui passe entre les muscles sans en sectionner aucun et respecte les muscles fessiers. Récupération plus rapide, risque de luxation réduit, cicatrice discrète.
- **Suites :** marche le jour même ou le lendemain avec appui complet, 2 à 3 nuits d'hospitalisation, kinésithérapie pendant environ 6 semaines, aucune position strictement interdite.
- **Résultat :** hanche indolore et « oubliée » dans la grande majorité des cas ; plus de 95 % des prothèses sont encore en place après 10 ans.

L'arthrose de la hanche (coxarthrose)

La hanche est l'articulation qui relie le bassin au fémur. C'est une articulation de type « rotule » : la **tête fémorale**, sphérique, tourne dans une cavité du bassin, le **cotyle** (ou acétabulum). Les deux surfaces sont recouvertes de **cartilage**, un tissu lisse de quelques millimètres qui permet un glissement sans frottement. Un anneau fibreux, le **labrum**, prolonge le rebord du cotyle et contribue à l'étanchéité et à la stabilité de l'articulation. Une capsule et des ligaments puissants entourent l'ensemble, et les **muscles fessiers** assurent la stabilité du bassin à chaque pas.



Hanche saine et hanche arthrosique. Dans la coxarthrose, le cartilage s'amincit puis disparaît, surtout dans la partie haute de l'articulation qui supporte le poids du corps ; l'os se densifie, se creuse de géodes et forme des becs osseux ; la tête remonte dans le cotyle.

Qu'est-ce que la coxarthrose ?

L'arthrose est l'usure progressive du cartilage. Il se fissure, s'amincit, puis disparaît par endroits : l'os de la tête fémorale frotte alors directement contre l'os du cotyle. En réaction, l'os se densifie (sclérose), se creuse de petites cavités (géodes) et produit des excroissances sur les bords de l'articulation (ostéophytes ou « becs de perroquet ») qui limitent les mouvements. La membrane qui tapisse l'articulation s'enflamme par poussées. Avec le temps, la tête fémorale remonte dans le cotyle usé : le membre se raccourcit légèrement et la hanche se raidit en flexion et en rotation.

Les causes

Coxarthrose primitive

La plus fréquente, liée au vieillissement du cartilage, au terrain familial et au surpoids. Elle apparaît généralement après 60 ans et touche souvent les deux hanches à des degrés différents.

Dysplasie de hanche

Cotyle trop peu couvrant ou mal orienté depuis la naissance : la tête est mal centrée, les contraintes se concentrent sur une petite surface et le cartilage s'use précocement, parfois avant 50 ans.

Conflit fémoro-acétabulaire

Anomalie de forme de la tête ou du rebord du cotyle qui provoque un contact anormal en flexion ; fréquent chez les sportifs, il abîme le labrum puis le cartilage.

Ostéonécrose de la tête fémorale

Mort d'une zone d'os de la tête fémorale par défaut de vascularisation (cortisone au long cours, alcool, certaines maladies), qui s'effondre et déforme la tête.

Séquelles de fracture ou d'infection

Une fracture du cotyle ou du col du fémur, une luxation, une infection de l'enfance ou une épiphysiolyse laissent une articulation irrégulière qui s'use plus vite.

Rhumatismes inflammatoires

Polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante : l'inflammation chronique détruit le cartilage, souvent de façon symétrique.

La prothèse de hanche est aussi le traitement de référence de nombreuses **fractures du col du fémur** chez le sujet âgé : plutôt que de fixer une fracture qui consolide mal et expose à la nécrose de la tête, on remplace directement l'articulation, ce qui autorise la remise en charge immédiate.

Les symptômes

- **Douleur de l'aine**, qui irradie souvent vers la face antérieure de la cuisse et parfois jusqu'au genou — une arthrose de hanche se manifeste parfois d'abord par une douleur du genou. Plus rarement la douleur siège dans la fesse ou sur le côté de la hanche.
- **Douleur mécanique** : à la marche, au démarrage, à la montée des escaliers, puis la nuit aux changements de position à un stade avancé.
- **Raideur** : difficulté à mettre ses chaussettes et ses chaussures, à couper ses ongles de pied, à écarter la jambe, à monter en voiture ; « dérouillage » matinal.
- **Boiterie** et **réduction du périmètre de marche** : la distance parcourue sans s'arrêter diminue progressivement, la canne devient nécessaire.
- **Raccourcissement** du membre de quelques millimètres à un centimètre, perceptible dans les chaussures ou par l'entourage.

Le diagnostic

L'examen clinique recherche la douleur à la mobilisation de la hanche, la limitation des amplitudes (rotation interne et flexion en premier), une boiterie et une inégalité de longueur. Il écarte les autres causes de douleur de l'aine ou de la cuisse, notamment une origine lombaire (sciatique, cruralgie) ou une hernie. Des **radiographies du bassin de face et de la hanche de profil** suffisent le plus souvent : elles montrent le pincement de l'interligne, les géodes, la sclérose et les ostéophytes, et permettent de planifier la prothèse. L'**IRM** n'est utile qu'en cas de radiographies normales avec une douleur persistante, pour rechercher une ostéonécrose débutante, une lésion du labrum ou une fracture de fatigue.

— L'INDICATION

Quand envisager une prothèse ?

Une prothèse de hanche se décide avec vous, lorsque la gêne au quotidien le justifie. Trois conditions sont habituellement réunies :

1. une **arthrose avancée** sur les radiographies (interligne pincé ou disparu) ;
2. une **douleur et une limitation importantes** : périmètre de marche réduit, douleurs nocturnes, raideur qui gêne l'habillage, activités abandonnées ;
3. l'**échec des traitements non chirurgicaux** bien conduits pendant plusieurs mois.

L'âge n'est pas un critère en soi : on opère des patients de 40 à plus de 90 ans, la décision reposant sur l'état général et sur le rapport entre la gêne et les risques. Attendre trop longtemps n'est pas souhaitable non plus : une hanche très raide, des muscles fondus et un raccourcissement marqué rendent la récupération plus longue. L'ostéonécrose à un stade d'effondrement et la fracture du col chez le sujet âgé sont des indications directes de prothèse.

Les alternatives à la prothèse

TRAITEMENT	POUR QUI ?	CE QU'ON PEUT EN ATTENDRE
Kinésithérapie et activité adaptée	Tous les stades	Entretien de la mobilité et du muscle ; vélo, natation, aquagym et marche régulière sont bénéfiques.
Perte de poids	Surpoids	À chaque pas, la hanche supporte 3 à 5 fois le poids du corps : chaque kilo perdu compte.
Antalgiques, anti-inflammatoires	Poussées douloureuses	Soulagement temporaire ; les anti-inflammatoires en cure courte, avec prudence chez les patients âgés ou cardiaques.
Infiltration de corticoïdes sous contrôle radiologique	Poussée inflammatoire	Efficacité de quelques semaines à quelques mois ; à espacer d'au moins 3 mois d'une éventuelle prothèse pour ne pas augmenter le risque infectieux.
Viscosupplémentation	Arthrose débutante	Effet inconstant à la hanche ; peu utile au stade « os contre os ».
Canne	Tous les stades	Tenue du côté opposé, elle réduit d'un tiers les contraintes sur la hanche et le périmètre de marche s'allonge.

TRAITEMENT	POUR QUI ?	CE QU'ON PEUT EN ATTENDRE
Chirurgie conservatrice (arthroscopie, ostéotomie)	Patient jeune, conflit ou dysplasie sans arthrose avancée	Correction de la cause avant que le cartilage ne soit détruit ; sans intérêt une fois l'arthrose installée.

Prothèse totale ou prothèse partielle ?

À la hanche, la prothèse partielle (qui ne remplace que la tête fémorale) est réservée à certaines fractures du col chez des patients très âgés et peu actifs. Pour l'arthrose, c'est toujours une prothèse totale qui est posée, car le cotyle est usé lui aussi.

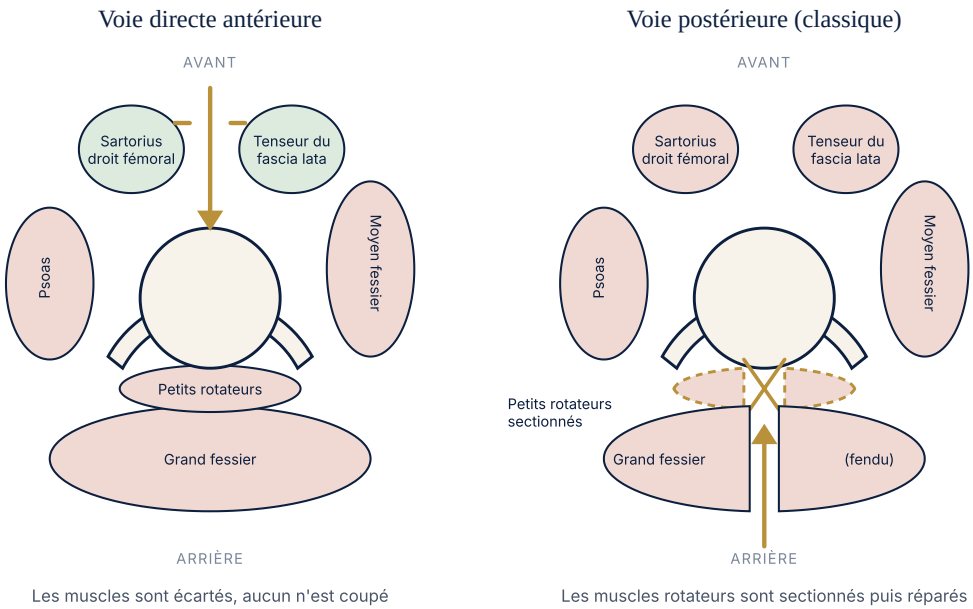
— PRINCIPES DE LA CHIRURGIE

Comment se déroule l'intervention ?

Le principe est de retirer la tête fémorale usée et de régulariser le cotyle, puis de les remplacer par des implants qui reproduisent la mécanique d'une hanche normale : une sphère qui tourne dans une cupule. Deux objectifs guident chaque geste : supprimer la douleur et restituer la géométrie de votre hanche — longueur du membre, déport latéral, orientation des implants — pour qu'elle soit stable, mobile et durable.

La voie directe antérieure

Pour atteindre l'articulation, le chirurgien doit traverser les tissus qui l'entourent. La façon de le faire — la « voie d'abord » — conditionne en grande partie la rapidité de la récupération. La **voie directe antérieure (VDA)** aborde la hanche par l'avant, en passant dans un espace naturel entre deux muscles (le tenseur du fascia lata d'un côté, le sartorius et le droit fémoral de l'autre, l'intervalle dit de Hueter). Les muscles sont simplement écartés : **aucun muscle ni tendon n'est sectionné**, et les muscles fessiers, essentiels à la marche, ne sont pas touchés.

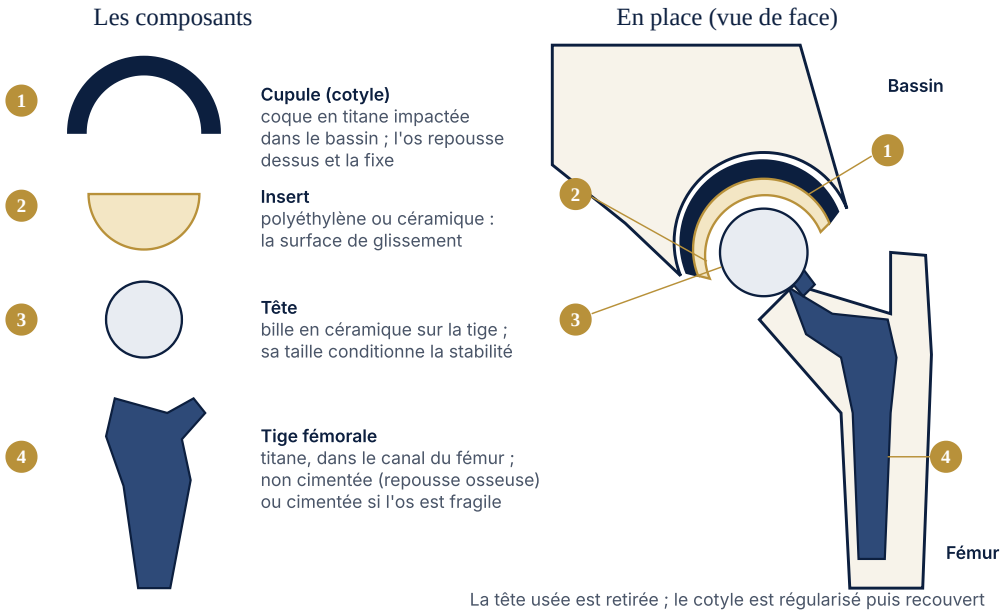


Voie antérieure et voie postérieure. Par l'avant, l'articulation est atteinte en écartant les muscles ; par l'arrière, il faut fendre le grand fessier et détacher les petits muscles rotateurs, puis les réparer.

- **Récupération plus rapide :** les muscles intacts fonctionnent immédiatement ; la marche est reprise le jour même ou le lendemain, les béquilles abandonnées en 2 à 3 semaines.
- **Risque de luxation nettement réduit :** la capsule et les muscles postérieurs, qui retiennent la tête, sont préservés. Il n'y a pas de position strictement interdite après l'opération.
- **Moins de boiterie :** les muscles fessiers, qui stabilisent le bassin à chaque pas, ne sont ni coupés ni désinsérés.
- **Cicatrice discrète**, de 8 à 12 cm, sur le devant de la hanche, moins exposée aux frottements que sur la fesse.
- **Contrôle radiologique pendant l'intervention :** le patient étant sur le dos, une radioscopie vérifie en direct la position des implants et la longueur du membre.

L'intervention est réalisée sur le dos, sur une table opératoire adaptée qui permet de positionner le membre pour préparer le fémur. La voie antérieure demande une courbe d'apprentissage et un matériel spécifique, mais elle est aujourd'hui la voie de référence pour la prothèse de première intention.

Les implants



Une prothèse totale de hanche comporte quatre pièces. La cupule et la tige sont en titane et se fixent à l'os ; la tête en céramique tourne dans l'insert, en polyéthylène ou en céramique, qui constitue la surface de glissement.

- **La cupule**, hémisphère en titane à surface rugueuse, est impactée dans le cotyle préalablement fraisé à la bonne taille. Elle n'est pas cimentée : l'os repousse dans sa surface poreuse et la fixe définitivement en quelques semaines.
- **L'insert**, en polyéthylène hautement réticulé (un plastique très résistant à l'usure) ou en céramique, se clipse dans la cupule et reçoit la tête.
- **La tête**, bille en céramique de 32 ou 36 mm, s'emboîte sur le col de la tige. Une tête de grand diamètre augmente la stabilité et l'amplitude des mouvements. Le couple céramique-polyéthylène réticulé est le plus utilisé aujourd'hui : son usure est extrêmement faible.
- **La tige fémorale**, en titane, est introduite dans le canal du fémur après retrait de la tête et préparation du canal. Elle est le plus souvent non cimentée, fixée par la repousse osseuse ; chez le patient âgé dont l'os est fragile, une tige cimentée garantit une fixation immédiate.

Les tailles sont planifiées avant l'intervention sur les radiographies, puis ajustées en salle d'opération avec des implants d'essai pour obtenir une hanche stable sur toute l'amplitude et un membre de longueur identique à l'autre côté.

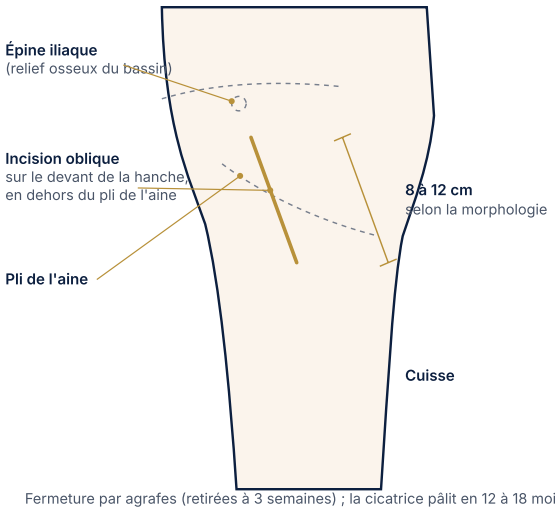
Le déroulement en salle d'opération

Anesthésie. Le plus souvent une **rachianesthésie** (anesthésie du bas du corps par une injection dans le dos), associée à une sédation légère pour que vous soyez détendu. Une anesthésie générale est possible selon vos préférences et l'avis de l'anesthésiste. Une infiltration d'anesthésique local autour de l'articulation limite la douleur des premières heures.

Incision. Oblique, de 8 à 12 cm, sur le devant de la hanche, en dehors du pli de l'aine. Elle est légèrement plus longue chez les patients corpulents.

Durée. Entre 1 h et 1 h 30 d'intervention proprement dite ; comptez 2 h 30 à 3 h entre le départ de votre chambre et le retour, installation et réveil compris.

Fermeture. Les tissus sont refermés plan par plan, la peau par des agrafes retirées à 3 semaines. Pas de drain. Un pansement étanche permet la douche.



Fermeture par agrafes (retirées à 3 semaines) ; la cicatrice pâlit en 12 à 18 mois

La cicatrice est oblique, sur le devant de la hanche, fermée par des agrafes retirées à 3 semaines. Elle reste rouge et sensible plusieurs mois avant de pâlir.

PRÉPARATION

Avant l'opération

Une bonne préparation réduit les complications et accélère la récupération. Entre la décision opératoire et l'intervention, il s'écoule habituellement quelques semaines, mises à profit pour :

- **La consultation d'anesthésie**, obligatoire : l'anesthésiste décide, selon vos antécédents et votre état de santé, des examens éventuellement nécessaires (prise de sang, électrocardiogramme…). Apportez la liste complète de vos médicaments.
- **Le traitement des foyers infectieux** : toute infection en cours (urinaire, cutanée, dentaire) doit être traitée avant l'opération. Une plaie, un bouton ou une mycose dans le pli de l'aine du côté à opérer peut faire reporter l'intervention.
- **L'arrêt du tabac**, idéalement 6 à 8 semaines avant : le tabac double le risque d'infection et de problèmes de cicatrisation.
- **La gestion des médicaments** : les anticoagulants et antiagrégants (Sintrom, Xarelto, Eliquis, Plavix, aspirine…) sont adaptés ou interrompus selon les consignes de l'anesthésiste ; les traitements du diabète sont ajustés.
- **La « préhabilitation »** : quelques séances de kinésithérapie avant l'intervention pour renforcer les muscles de la hanche, apprendre les exercices et la marche avec béquilles.

- **La préparation du domicile** : retirer les tapis, prévoir un siège de douche, un rehausseur de WC, une chaise à accoudoirs, une pince de préhension et un chausse-pied long pour les premières semaines, et organiser l'aide pour les courses et les repas. Prévoyez qui vous ramènera : vous ne pourrez pas conduire.
- **La veille et le jour J** : douche à la solution antiseptique, jeûne selon les consignes (généralement 6 h pour les solides, 2 h pour les liquides clairs), bijoux et vernis retirés.

Poids et diabète

Un indice de masse corporelle supérieur à 40 et un diabète mal équilibré (HbA1c > 8 %) augmentent nettement le risque d'infection et de problème de cicatrisation, en particulier dans le pli de l'aine. Ils ne contre-indiquent pas la prothèse mais justifient de les prendre en charge avant d'opérer.

RÉCUPÉRATION

Les suites opératoires

La récupération après une prothèse de hanche par voie antérieure est rapide : la plupart des patients marchent sans béquilles en 2 à 3 semaines et retrouvent une vie normale en 6 semaines. Le résultat continue de s'affiner pendant 3 à 6 mois.

À l'hôpital

Le **lever a lieu le jour même ou le lendemain**, avec le kinésithérapeute, en appui complet sur la jambe opérée. Les premiers pas se font avec un cadre de marche ou deux béquilles, puis vous apprenez les transferts (lit, chaise, WC) et les escaliers. La douleur est contrôlée par une association d'antalgiques (paracétamol, anti-inflammatoires, dérivés morphiniques à faible dose si nécessaire) et par le glaçage.

Un **traitement anticoagulant préventif** (une injection sous-cutanée d'héparine de bas poids moléculaire par jour) est débuté dès le lendemain de l'opération et poursuivi pendant 4 à 5 semaines pour prévenir la phlébite. Les injections sont faites par une infirmière à domicile ou par vous-même après apprentissage. Pas de bas de contention.

La **sortie** a lieu après 2 à 3 nuits, lorsque vous marchez seul avec vos béquilles, montez quelques marches et que la douleur est contrôlée par des médicaments oraux. Le retour se fait à domicile dans la grande majorité des cas, avec une kinésithérapie à domicile ou au cabinet. Un séjour en centre de revalidation est possible mais rarement nécessaire après une voie antérieure ; il est réservé aux patients isolés ou peu autonomes et se demande avant l'intervention.

Le calendrier de récupération

Jour 0 – 1
Premier lever
Marche avec cadre ou béquilles en appui complet, transferts, premiers exercices.

Jour 2 – 3 — **Retour à domicile**

Marche autonome avec deux béquilles, escaliers. Injections anticoagulantes, antalgiques, exercices quotidiens.

Semaines 1 – 3 — **Kinésithérapie à domicile ou au cabinet**

3 séances par semaine : marche, mobilité, réveil des muscles fessiers. Pansement surveillé. Première consultation de contrôle à 3 semaines, avec retrait des agrafes.

Semaines 3 – 6 — **Autonomie**

Abandon progressif des béquilles (une seule, puis aucune), reprise de la conduite vers 3 à 4 semaines, vélo d'appartement. Consultation avec radiographies à 6 semaines.

Semaines 6 – 12 — **Renforcement**

Marche sans boiterie, disparition progressive de la sensation de « hanche opérée ». Reprise d'un travail sédentaire, natation, vélo sur route. Consultation à 3 mois.

3 – 6 mois — **Retour aux activités**

Randonnée, golf, ski de fond, travail physique. La hanche s'oublie. Consultation à 6 mois.

1 an — **Résultat définitif**

Consultation de contrôle avec radiographies, puis suivi radiologique espacé.

En pratique

ACTIVITÉ	DÉLAI HABITUEL	REMARQUES
Marche sans béquilles	2 à 3 semaines	Une canne peut rester utile à l'extérieur quelques semaines de plus.
Douche	Dès le retour à domicile	Pansement étanche ; bain, piscine et sauna après cicatrisation complète (4 à 6 semaines).
Dormir sur le côté	Dès que c'est confortable	Souvent après quelques jours ; un coussin entre les genoux améliore le confort.
Conduite	3 à 4 semaines	Dès que la marche sans béquilles est confortable et sans antalgiques forts. Monter en voiture : s'asseoir d'abord, puis rentrer les jambes.
Travail sédentaire	4 à 6 semaines	Plus tôt en télétravail, en changeant régulièrement de position.
Travail physique	3 mois	Selon les contraintes du poste.
Voyage en avion	Après 6 semaines	Risque de phlébite : se lever et marcher régulièrement pendant le vol.
Vélo, natation, aquagym	6 semaines	Activités recommandées à vie : elles entretiennent le muscle sans contrainte excessive.

ACTIVITÉ	DÉLAI HABITUEL	REMARQUES
Randonnée, golf, ski de fond, danse	3 mois	Sans restriction une fois la hanche récupérée.
Tennis en double, ski alpin	6 mois	Possibles pour les patients qui les pratiquaient avant, avec prudence.
Course à pied, sports de saut et de contact	Déconseillés	Les impacts répétés accélèrent l'usure et le descellement.

La rééducation

La kinésithérapie commence à l'hôpital et se poursuit à raison de 3 séances par semaine pendant environ 6 semaines. Elle vise à **rééduquer la marche** sans boiterie, à **récupérer la mobilité** — notamment l'extension, souvent limitée par des années d'arthrose — et à **renforcer les muscles fessiers**, qui stabilisent le bassin. Les exercices appris doivent être répétés chaque jour entre les séances. Contrairement aux voies d'abord classiques, la voie antérieure n'impose pas de restriction stricte de mouvement : vous pouvez vous asseoir, croiser les jambes et vous pencher en avant. Par prudence, on évite simplement les mouvements forcés d'extension et de rotation externe (jambe tendue en arrière, pied tourné vers l'extérieur) pendant les 6 premières semaines.

Une sensation de tiraillement sur le devant de la cuisse, une zone d'engourdissement à côté de la cicatrice et une fatigue à la marche prolongée sont habituelles pendant quelques semaines à quelques mois. Il est fréquent de percevoir une différence de longueur entre les deux jambes dans les premières semaines : elle est le plus souvent liée à la raideur et aux habitudes de posture et disparaît avec la rééducation.

Quand contacter le service ou votre médecin ?

- Fièvre supérieure à 38,5 °C, frissons.
- Cicatrice rouge, chaude, qui suinte ou s'écarte, ou écoulement persistant au-delà du 5^{e} jour.
- Douleur du mollet, gonflement brutal de la jambe ou du pied.
- Essoufflement soudain, douleur thoracique : **appelez le 112**.
- Douleur brutale de la hanche avec impossibilité de bouger la jambe ou raccourcissement soudain : **appelez le 112** (suspicion de luxation ou de fracture).
- Douleur qui augmente au lieu de diminuer.

— RISQUES

Les complications éventuelles

La prothèse totale de hanche est l'une des interventions les plus fiables de la chirurgie, mais comme toute chirurgie elle comporte des risques. Ils sont rares, le plus souvent traitables, et tout est mis en

œuvre pour les prévenir. Les fréquences ci-dessous sont des ordres de grandeur issus de la littérature ; votre risque personnel dépend de votre état de santé et vous sera précisé en consultation.

Complications précoces

Luxation

La tête sort de la cupule, le plus souvent lors d'un mouvement extrême dans les premières semaines. C'est la complication que la voie directe antérieure réduit le plus (2 à 4 % par voie postérieure) : la capsule et les muscles postérieurs, qui retiennent la tête, sont préservés. Elle est réduite sous anesthésie ; en cas de récidive, un changement de pièce peut être nécessaire.

< 1 %
PAR VOIE ANTÉRIEURE

Infection de la prothèse

La complication la plus redoutée. Elle peut survenir dans les semaines qui suivent (germe introduit lors de l'opération ou par la cicatrice) ou des années plus tard, par voie sanguine à partir d'un autre foyer (dent, urine, peau). Elle se traite par lavage chirurgical et antibiotiques prolongés, parfois par changement de la prothèse. Prévention : antibiotique avant l'incision, préparation cutanée, arrêt du tabac, équilibre du diabète.

0,5 à 1 %
DES PATIENTS

Phlébite et embolie pulmonaire

Formation d'un caillot dans une veine de la jambe (phlébite), qui peut migrer vers les poumons (embolie). Le traitement anticoagulant préventif et le lever précoce en réduisent fortement la fréquence. Une douleur du mollet ou un essoufflement brutal doivent faire consulter sans délai.

1 à 2 %
PHLÉBITE SYMPTOMATIQUE

Fracture peropératoire

Fissure ou fracture du fémur (col, grand trochanter, autour de la tige) lors de la préparation du canal ou de l'impaction d'une tige non cimentée, surtout sur un os fragile. Elle est le plus souvent reconnue et fixée pendant l'intervention (cerclage, vis) ; elle peut imposer de retarder l'appui complet de quelques semaines.

1 à 3 %
DES PATIENTS

Inégalité de longueur

Une différence de longueur entre les deux jambes est perçue par certains patients. Elle est le plus souvent inférieure à 1 cm, liée à la correction du raccourcissement dû à l'arthrose, et s'estompe avec la rééducation. Une vraie inégalité persistante se compense par une semelle. Le contrôle radiologique pendant l'intervention vise à la prévenir.

5 à 10 %
PERÇUE, SURTOUT TRANSITOIRE

Engourdissement de la cuisse

Le nerf sensitif de la face antéro-externe de la cuisse (nerf fémoro-cutané latéral) passe à proximité de l'incision antérieure. Une zone d'insensibilité ou de fourmillements sur le côté de la cuisse est fréquente, sans aucune conséquence sur la force ni sur la marche ; elle régresse le plus souvent en quelques mois.

10 à 20 %
BÉNIN, SOUVENT RÉGRESSIF

Hématome et troubles de cicatrisation

Un saignement sous la peau peut gonfler la cuisse et retarder la rééducation ; une évacuation chirurgicale est rarement nécessaire. Un retard de cicatrisation concerne surtout les patients en surpoids (la cicatrice est proche du pli de l'aine), les fumeurs et les diabétiques.

2 à 5 %
DES PATIENTS

Lésion nerveuse ou vasculaire majeure

L'atteinte du nerf sciatique ou du nerf fémoral (faiblesse de la jambe) et les lésions des gros vaisseaux sont exceptionnelles.

< 0,5 %
DES PATIENTS

Complications tardives

Usure et descellement

Avec les années, l'insert peut s'user et les particules libérées provoquer une réaction qui fragilise la fixation des implants (ostéolyse, descellement). La douleur réapparaît alors progressivement. Les matériaux actuels (céramique, polyéthylène réticulé) ont rendu cette évolution beaucoup plus rare. Un changement de prothèse est possible ; le suivi radiologique régulier permet de le détecter à temps.

≈ 5 %
DE REPRISES À 15 ANS

Ossifications péri-articulaires

Formation d'os dans les muscles autour de la prothèse, visible sur les radiographies. Le plus souvent sans conséquence ; elle peut rarement limiter la mobilité. Un anti-inflammatoire est parfois prescrit en prévention.

2 à 5 %
SIGNIFICATIVES

Fracture autour de la prothèse

Lors d'une chute, l'os peut se fracturer autour de la tige. Elle nécessite une fixation ou un changement de tige. Prévention de l'ostéoporose et des chutes.

1 à 2 %
À LONG TERME

Grincement

Avec un couple céramique-céramique, un bruit de grincement à certains mouvements est rapporté par de rares patients ; il est sans gravité.

< 1 %
COUPLE CÉRAMIQUE-CÉRAMIQUE

Infection tardive

Toute sa vie, la prothèse peut être contaminée par voie sanguine. Toute infection (dentaire, urinaire, cutanée) doit être traitée rapidement, et vous devez signaler votre prothèse à tout médecin ou dentiste.

< 1 %
PAR DÉCENNIE

Risques liés à l'anesthésie et à l'état général

Comme toute intervention importante, la PTH expose à des complications cardiaques, pulmonaires, urinaires (rétention, infection) ou de confusion transitoire chez le patient âgé. Elles sont anticipées par la consultation d'anesthésie, qui vous informera précisément des risques propres à l'anesthésie. Le décès au décours d'une prothèse de hanche programmée est exceptionnel (de l'ordre de 1 à 2 pour 1 000).

— CE QUE VOUS POUVEZ ATTENDRE

Les résultats

> 90 %

de patients très satisfaits

Douleur supprimée, marche illimitée, « hanche oubliée » dans la vie quotidienne.

> 95 %

de prothèses en place à 10 ans

Et environ 80 % à 25 ans selon les registres nationaux.

6 sem.

pour une vie normale

Marche sans aide, conduite, travail sédentaire ; sport d'endurance à 3 mois.

La prothèse totale de hanche est considérée comme l'une des interventions les plus réussies de la médecine : la douleur de l'arthrose disparaît dès les premiers jours, la mobilité revient en quelques semaines et la plupart des patients finissent par oublier qu'ils portent une prothèse. La marche redevient illimitée, la boiterie disparaît, les escaliers, la conduite, le jardinage et les activités sportives d'endurance sont repris sans restriction.

Quelques nuances : une légère différence de sensation entre les deux hanches, une raideur matinale ou une fatigabilité à la marche très prolongée peuvent persister, surtout lorsque l'arthrose était très ancienne et les muscles affaiblis. Les sports d'impact restent déconseillés pour préserver les implants.

Le suivi à long terme

Une prothèse se surveille. Les consultations de contrôle ont lieu à 3 semaines (retrait des agrafes), 6 semaines (radiographies), 3 mois, 6 mois et 1 an, puis de façon espacée avec des radiographies, même en l'absence de symptôme, pour dépister une usure ou un descellement avant qu'ils ne deviennent douloureux. Entretenez votre hanche par une activité régulière, surveillez votre poids et traitez sans tarder toute infection.

— QUESTIONS FRÉQUENTES

Vos questions sur la prothèse de hanche

Quelle différence entre la voie directe antérieure et la voie postérieure ?

La voie directe antérieure aborde la hanche par l'avant, entre deux muscles qui sont simplement écartés : aucun muscle ni tendon n'est coupé. La voie postérieure, longtemps la plus répandue, traverse le grand fessier et sectionne les petits muscles rotateurs situés derrière l'articulation, qui sont ensuite réparés. Avec la voie antérieure, la récupération est plus rapide, le risque de luxation plus faible et il n'y a pas de position interdite. Les implants et leur longévité sont les mêmes.

Combien de temps dure une prothèse de hanche ?

Les registres nationaux montrent que plus de 95 % des prothèses totales de hanche sont toujours en place après 10 ans, et environ 80 % après 25 ans. Les matériaux actuels (tête en céramique, polyéthylène réticulé) s'usent beaucoup moins que ceux d'il y a vingt ans. La longévité dépend aussi du positionnement des implants, du poids et de l'activité. Si la prothèse s'use, un changement est possible.

Y a-t-il des mouvements ou des positions interdits ?

Après une voie antérieure, non : vous pouvez vous asseoir, croiser les jambes, vous pencher pour mettre vos chaussures dès que c'est confortable. Par prudence, on évite les mouvements forcés d'extension et de rotation externe (jambe tendue en arrière avec le pied tourné vers l'extérieur) pendant les 6 premières semaines. Les consignes strictes que vous avez peut-être entendues (ne pas croiser les jambes, ne pas s'asseoir bas, ne pas se pencher) concernent les voies postérieures.

Puis-je dormir sur le côté ?

Oui, du côté opéré comme de l'autre, dès que c'est confortable — souvent après quelques jours. Un coussin entre les genoux améliore le confort les premières semaines.

Quand pourrai-je reconduire ?

Généralement 3 à 4 semaines après l'opération, dès que vous marchez sans béquilles de façon confortable, que vous ne prenez plus d'antalgiques forts et que vous pouvez freiner fort et vite. Pour monter en voiture : asseyez-vous d'abord, puis rentrez les jambes. Prévenez votre assureur si votre contrat l'exige.

Quels sports pourrai-je pratiquer ?

Le vélo, la natation, la marche, la randonnée, le golf, le ski de fond, la danse et la musculation douce sont recommandés sans restriction après 6 à 12 semaines. Le tennis en double et le ski alpin sont possibles après 6 mois pour ceux qui les pratiquaient. La course à pied et les sports de saut ou de contact sont déconseillés car les impacts répétés accélèrent l'usure des implants.

La prothèse sonne-t-elle aux portiques de sécurité ?

Oui, fréquemment. Il suffit de le signaler au personnel. Aucun certificat n'est obligatoire mais un document attestant de la prothèse peut vous être remis. L'IRM reste possible avec une prothèse de hanche (signalez-la au radiologue).

Faut-il opérer les deux hanches en même temps ?

Lorsque les deux hanches sont très abîmées, une prothèse bilatérale en un temps est envisageable chez un patient en bonne santé, la voie antérieure s'y prêtant bien. Le plus souvent, on opère la hanche la plus douloureuse d'abord, puis la seconde 3 à 6 mois plus tard, une fois la première récupérée.

Ces informations sont données à titre général pour vous aider à comprendre l'intervention. Elles ne remplacent pas la consultation, au cours de laquelle les indications, les alternatives, les bénéfices attendus et les risques sont discutés en fonction de votre situation personnelle. Les délais et fréquences cités sont des ordres de grandeur. Dernière mise à jour : novembre 2026.