

Relecture scientifique
Société française de
chirurgie orthopédique et
traumatologique (SOFCOT)

Relecture juridique
Médecins experts SOFCOT

Relecture déontologique
Médecins Conseil national de
l'ordre des médecins (CNOM)

Relecture des patients
Collectif inter associatif
sur la santé (CISS)
Association française de lutte
anti-rhumatismale (AFLAR)



Persomed
7 rue Ste Odile BP 62
67 302 Schiltigheim
tél.: 03 89 41 39 94
fax : 03 89 29 05 94



Tous droits réservés
ISBN 978-2-35305-115-1

Traitement de l'arthrose de la hanche par prothèse



Persomed

**Fonds documentaire
d'information patient**



**Chirurgie
orthopédique**

www.persomed.com

Rédaction : D. Gosset

Illustration : J. Dasic

*Code de la Santé Publique
Article L1111-2*

*Toute personne a le droit d'être informée
sur son état de santé.*

*Cette information porte sur les différentes
investigations, traitements ou actions
de prévention qui sont proposées, leur
utilité, leur urgence éventuelle, leurs
conséquences, les risques fréquents ou
graves normalement prévisibles qu'ils
comportent ainsi que sur les autres
solutions possibles et sur les conséquences
prévisibles en cas de refus.*

Madame, Monsieur,

L'objectif de ce document est de vous donner
les réponses aux questions que vous vous
posez.

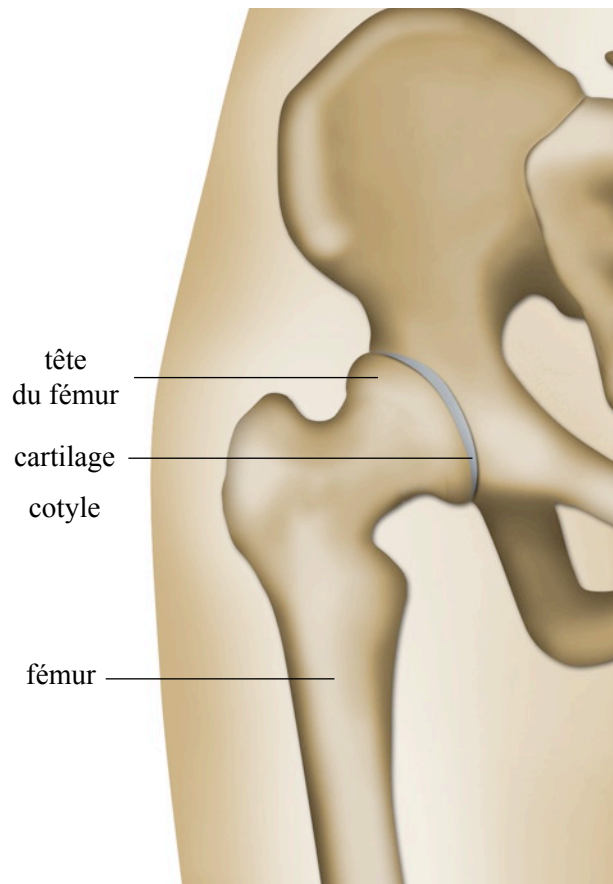
Il ne présente cependant que des généralités.
Il ne remplace pas les informations que vous
donne votre médecin sur votre propre état de
santé.

Quelle partie du corps?

Utilité de cette partie du corps ?

Une **articulation** est l'endroit où plusieurs os sont reliés tout en pouvant bouger les uns par rapport aux autres dans certaines directions.

La **hanche** est l'articulation qui relie le bassin à la cuisse. Elle supporte le poids du corps et permet de marcher.



De quoi est-elle constituée ?

Le **fémur** est l'os situé à l'intérieur de la cuisse.

Au niveau de l'articulation de la hanche, la partie supérieure de cet os (**tête du fémur**) coulisse dans une cavité du bassin appelée **cotyle**.

Les deux surfaces de l'articulation en contact sont recouvertes d'une structure souple appelée **cartilage** qui permet un glissement facile et sans douleur.

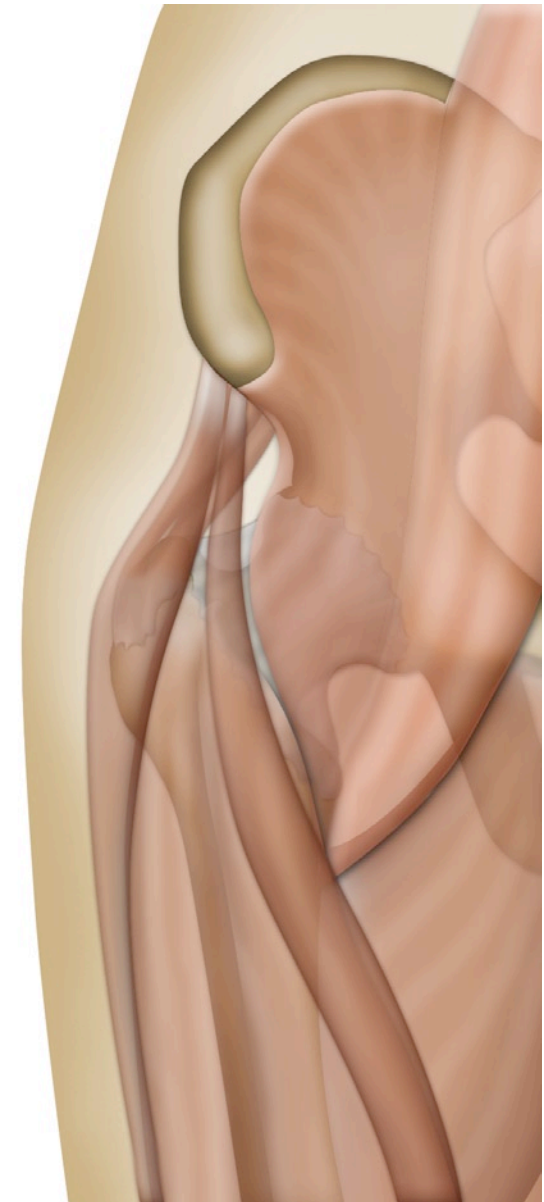
L'articulation est limitée par une poche (la **capsule articulaire**) et baigne dans un liquide (le **liquide synovial**) qui sert de lubrifiant un peu comme l'huile dans les rouages d'une machine.

Autour de l'articulation se trouvent de nombreux muscles et les attaches qui les relient aux os (**tendons**).

Ils permettent de faire bouger la hanche et le genou.

Ces muscles sont très puissants car ils interviennent dans l'équilibre et la marche.

Ils doivent être parfaitement coordonnées pour que vous puissiez marcher normalement.



Pourquoi faut-il traiter ?

Quel est le problème ?

Le revêtement souple (**cartilage**) qui recouvre les os au niveau de l'articulation de votre hanche est usé.

En langage médical, on dit que vous avez de l'**arthrose** de la hanche (ou **coxarthrose**).

Avec la disparition du cartilage l'os situé en dessous se retrouve à nu.

Comme il est rugueux, cela crée des frottements lors des mouvements de l'articulation.

Le glissement de la **tête du fémur** dans le **cotyle** devient difficile.

Au fil du temps, l'os se déforme et fabrique de petites pointes en forme de bec (les **ostéophytes**) qui bloquent encore plus l'articulation.

L'arthrose évolue de façon imprévisible : tantôt limitée à une petite zone et s'étendant très progressivement, elle peut aussi atteindre en quelques mois toute la surface de glissement.

Les causes de cette usure sont multiples : âge, structure imparfaite de l'articulation, excès de poids, chocs, fragilité familiale (**hérédité**), certaines maladies (**maladies inflammatoires**)...

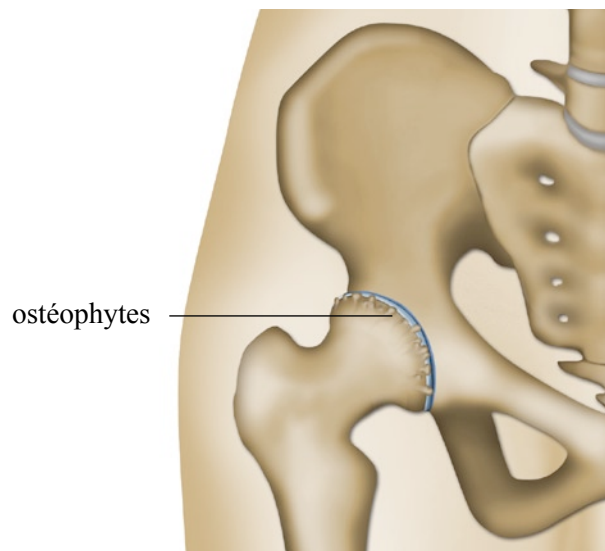
Quelles sont ses conséquences ?

Votre hanche vous fait mal. Les douleurs se situent souvent dans le pli de l'aîne, sur le côté et parfois jusque dans le genou.

L'articulation devient progressivement raide, rendant les mouvements difficiles. La gêne peut empirer au point de vous empêcher de marcher.

Avec l'évolution de l'arthrose, les muscles qui font bouger l'articulation s'affaiblissent car ils ne peuvent plus travailler correctement.

La marche devient anormale ce qui entraîne souvent des perturbations au niveau du genou, de la colonne vertébrale, de l'autre hanche...



Quels examens faut-il passer ?

Pour connaître la gravité de votre cas, les médecins utilisent des indicateurs comme :

- la fréquence à laquelle vous consommez des médicaments contre la douleur ;
- le fait que vous boitez en marchant, et que ce phénomène s'aggrave, ou que vous ayez besoin de cannes pour marcher ;
- la distance que vous pouvez parcourir sans avoir mal ;
- d'éventuelles difficultés pour vous chausser ;
- le retentissement sur votre vie quotidienne et votre vie sociale, etc.

La radiographie standard est une technique qui utilise des rayons (les **rayons X**) pour visualiser les os à l'intérieur du corps. Elle ne permet pas de voir le cartilage. Mais l'existence d'un « pincement » entre la tête du fémur et la cavité du bassin dans laquelle elle coulisse (**cotyle**) signifie que l'épaisseur du cartilage qui devrait les séparer est en train de diminuer.

Avec le temps, les radiographies montrent des déformations de l'os et l'apparition de petites pointes en forme de bec (**ostéophytes**).

Il est rarement nécessaire de faire appel à des techniques plus précises comme le scanner et surtout l'**Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)** qui permettent d'apprécier l'état du cartilage et des muscles.

Les différents traitements

Les traitements médicaux...

On peut lutter contre la douleur et l'irritation de l'articulation (**inflammation**) grâce à des médicaments. Certains médicaments récents (les **chondroprotecteurs**) peuvent protéger le cartilage et ralentir l'évolution de l'arthrose.

Pour limiter l'inflammation, conserver la souplesse de l'articulation, et entretenir les muscles, on vous propose de la **rééducation**.

... et leurs limites

L'efficacité des chondroprotecteurs est maximale lorsque l'arthrose débute. Leurs résultats semblent moins bons après.

Médicaments et rééducation soulagent pendant un certain temps mais n'empêchent pas l'aggravation de la maladie.

Quand faut-il opérer ?

Si les traitements médicaux n'ont pas un résultat satisfaisant, votre médecin peut vous proposer une intervention chirurgicale. A partir d'un certain stade de douleur et de raideur, la gêne devient telle qu'il faut envisager une opération. Ce stade varie selon les patients. Pour prendre une telle décision, il vous faut mener avec votre chirurgien une réflexion approfondie qui tienne compte de votre âge, de votre santé, de votre mode de vie...

Les traitements chirurgicaux...

Quand la zone de cartilage usée est relativement limitée, on peut envisager de garder l'articulation (**traitement conservateur**). Le chirurgien coupe l'os et le réoriente de façon à faire moins travailler les parties les plus abîmées de l'articulation (**ostéotomie**).

Quand au contraire toute la surface est détruite, on enlève les zones usées pour les remplacer par des pièces artificielles de même forme (**prothèse**) qui permettent à l'articulation de fonctionner sans douleur. En langage médical, on parle d'**arthroplastie de la hanche**. C'est l'opération présentée dans ce fascicule.

... et leurs limites

Aucun de ces traitements n'est idéal.

Les traitements conservateurs n'empêchent pas l'évolution de l'arthrose, même s'ils la ralentissent considérablement. Plusieurs années après une **ostéotomie** il peut être nécessaire de mettre en place une prothèse.

Les **prothèses** peuvent s'user et ne plus tenir parfaitement ce qui oblige à les changer.

Les risques si on ne traite pas

Si on ne traite pas, la douleur et la raideur de l'articulation s'aggravent. Les difficultés de mouvement augmentent et peuvent aboutir à une impossibilité de marcher. C'est particulièrement problématique chez les personnes âgées qui perdent alors leur capacité à se débrouiller seules (**autonomie**).

L'atteinte d'une articulation comme la hanche a parfois des répercussions sur le fonctionnement de l'autre hanche, du genou, du dos... Cela peut compliquer les choses si plusieurs articulations sont endommagées (**arthrose évoluée**).

Quoi qu'il en soit, votre médecin est le mieux placé pour évaluer ce que vous risquez en l'absence de traitement. N'hésitez pas à en discuter avec lui.

L'opération qui vous est proposée

Introduction

Votre chirurgien propose de remplacer les zones de cartilage usées dans votre articulation par des pièces artificielles de même forme (**prothèse**). En langage médical, l'opération s'appelle une **arthroplastie** de la hanche.

Avant l'opération

Il est évident que plus vous êtes en forme, meilleur est le résultat. C'est pourquoi il est conseillé de maigrir si nécessaire et de conserver autant que possible la force et la souplesse de vos muscles et de vos articulations par des exercices physiques adaptés, après avis médical.

Si vous avez des veines malades dans lesquelles le sang ne circule pas bien (**varices**), on peut vous proposer de les opérer avant la mise en place de la prothèse. Dans le cas contraire elles risqueraient de se boucher (**phlébite**).

Pour limiter le risque d'invasion de la prothèse par des microbes (**infection**), il faut absolument vérifier que vous n'avez pas d'infection ailleurs (au niveau de la peau, des dents...)

Avant l'opération, vous prenez rendez-vous avec le **médecin anesthésiste-réanimateur** qui vous examine, propose une méthode adaptée pour vous insensibiliser et vous donne des consignes à respecter.

L'anesthésie

Au cours de l'intervention soit vous dormez complètement (**anesthésie générale**), soit on n'endort que le bas de votre corps en faisant une piqûre dans votre dos (**anesthésie périmédullaire**).

L'installation

L'intervention se pratique dans une série de pièces appelée **bloc opératoire** conforme à des normes très strictes de propreté et de sécurité. La propreté est très importante pour la chirurgie des os, c'est pourquoi l'équipe médicale qui vous soigne prend des précautions toutes particulières.

La position peut varier selon la technique choisie par votre chirurgien. En général vous êtes allongé sur le dos ou sur le côté. D'autres installations peuvent être utilisées mais elles sont plus rares.

Il existe des variantes techniques parmi lesquelles votre chirurgien choisit en fonction de votre cas et de son savoir-faire.

Au cours de l'opération, il doit s'adapter et éventuellement faire des gestes supplémentaires qui rallongent l'opération sans qu'elle soit pour autant plus difficile ou plus risquée.

Commentaires

L'**arthroplastie de la hanche** est une intervention courante dont les patients sont habituellement très satisfaits.

Elle comporte cependant certains risques qu'il faut prendre en compte au moment de décider de vous faire opérer.

Grâce aux recherches qui sont menées constamment dans ce domaine, les techniques évoluent (nouveaux matériaux, nouveaux moyens de fixation...) et les garanties de sécurité augmentent sans cesse.

L'ouverture

Habituellement on ouvre sur le côté de la hanche, mais pas toujours.

La cicatrice est de taille très variable selon les techniques (entre 10 et 20 cm environ). L'articulation est située en profondeur et le chirurgien a besoin de la voir parfaitement pour travailler.

Après avoir ouvert la peau, il écarte et/ou détache les muscles et les tendons puis ouvre la poche (**capsule**) qui entoure l'articulation. Ce faisant, il procède selon des règles précises et limite au maximum les risques de dégâts sur les nerfs, les vaisseaux sanguins ou les muscles.

Le geste principal

Votre chirurgien coupe, selon un angle calculé à l'avance, la partie supérieure du fémur dont le cartilage est détruit (**tête du fémur**), et l'enlève.

Grâce à des sortes de râpes, il creuse ensuite à l'intérieur du fémur un tunnel destiné à recevoir la première pièce de la prothèse.

Si la cavité dans le bassin (**cotyle**) est très abîmée par l'arthrose, le chirurgien prépare également l'os en enlevant le cartilage avec des râpes rondes de différentes tailles.

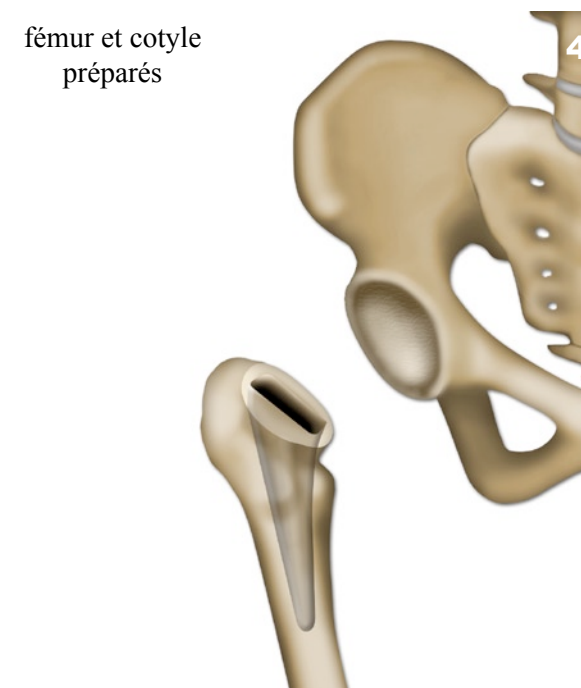
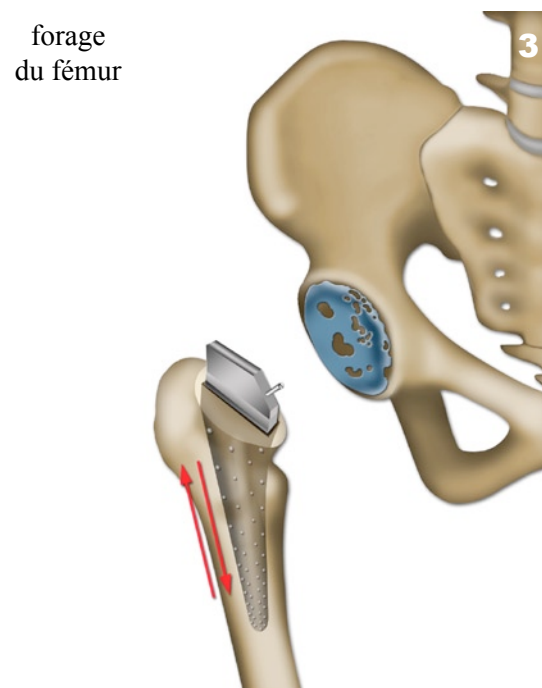
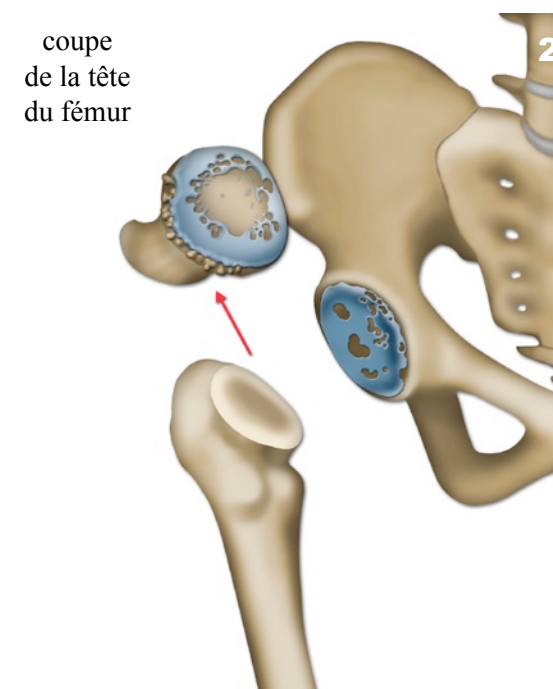
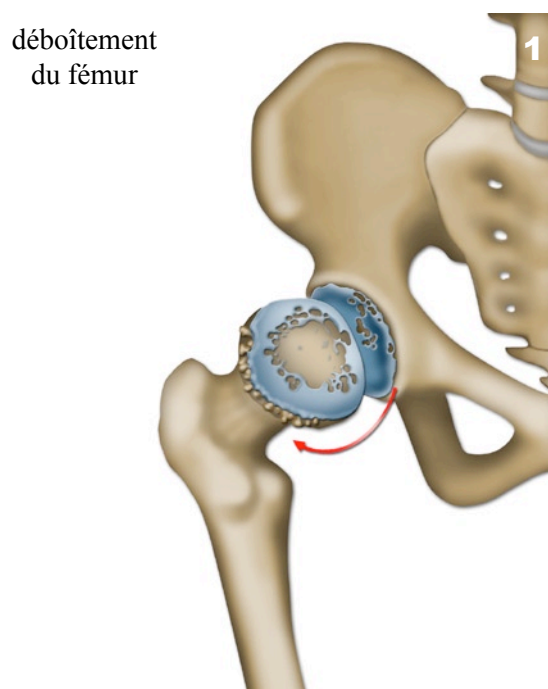
L'os doit être parfaitement adapté aux différentes parties de la prothèse, c'est pourquoi votre chirurgien commence par utiliser des prothèses d'essai.

Il vérifie l'orientation des pièces, leur tenue dans l'os, réduit au maximum le risque de déboîtement...

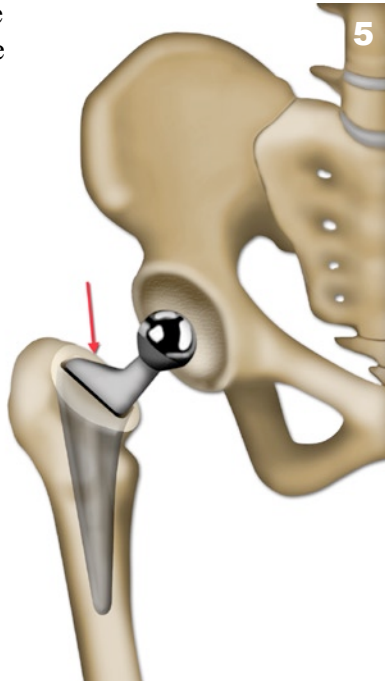
Ensuite seulement il met en place la prothèse définitive et la fixe.

Si seule la tête du fémur est abîmée, la prothèse consiste en une tige introduite dans le fémur sur laquelle se fixe une pièce en forme de boule (**tête de la prothèse**).

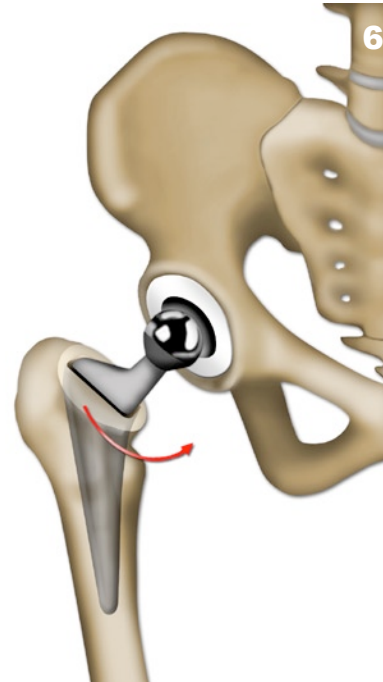
En langage médical, on parle de **prothèse céphalique**.



mise en place
de la prothèse
céphalique



mise en place
de la cupule



Les gestes associés

De nombreux gestes supplémentaires peuvent être nécessaires pour améliorer le fonctionnement de la prothèse et limiter le risque qu'elle se déboîte (**luxation**).

La fermeture

Il est normal que la zone opérée produise des liquides (sang...). Si c'est nécessaire pour qu'elle reste saine, votre chirurgien met en place un système (**drainage**), par exemple de petits tuyaux, afin que ces fluides s'évacuent après l'intervention.

Pour refermer, votre médecin utilise du fil, des agrafes, ou un autre système de fixation. Il peut s'agir de matériel qui reste en place ou au contraire se dégrade naturellement au fil du temps (**matériel résorbable**).

L'aspect final de votre cicatrice dépend surtout de l'état de votre peau, des tiraillements qu'elle subit ou encore de son exposition au soleil, qu'il faut éviter après l'intervention...

La durée de l'opération

La durée de cette opération peut varier beaucoup sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (la méthode utilisée, le nombre de gestes associés...). Habituellement, elle dure entre une et trois heures. Il faut compter en plus le temps de la préparation, du réveil...

Quand il faut remplacer toute l'articulation (**prothèse totale**), le chirurgien ajoute à cette prothèse céphalique une pièce en forme de bol (la **cupule**) qui se fixe dans le cotyle.

La fixation se fait avec ou sans une sorte de ciment, ces deux méthodes donnant des résultats équivalents. Le choix de l'une ou de l'autre dépend du modèle de prothèse, de la qualité de vos os, de votre âge...

Enfin, le chirurgien emboîte les deux parties de la prothèse et s'assure qu'elles tiennent parfaitement bien dans toutes les positions.

Il remet ensuite en place tous les éléments qui entourent l'articulation (capsule, muscles...).

Faut-il une transfusion?

Il est habituel de saigner beaucoup lors de la mise en place d'une prothèse de hanche. Ces pertes de sang doivent être compensées :

- soit en vous redonnant le sang d'une autre personne (**transfusion**).
- soit en prenant votre sang avant l'intervention. Ce sang vous est réinjecté pendant et après l'opération pour compenser les pertes (**autotransfusion**).
- soit en prenant le sang qui coule de la plaie pendant l'intervention et en vous le redonnant après purification (**cell-saver**).

Dans les jours qui suivent...

Douleur

Chaque organisme perçoit différemment la douleur. Elle est parfois importante les deux ou trois premiers jours mais des traitements adaptés permettent de la contrôler.

Comme l'articulation a été ouverte, il est possible que vous ayez mal les premières fois que vous vous levez et que vous recommencez à marcher. Si les douleurs sont importantes, n'hésitez pas à en parler à l'équipe médicale qui s'occupe de vous, il existe toujours une solution.

Fonction

Il n'y a plus de problème d'**arthrose**. La tête de la prothèse coulisse dans le **cotyle** (pour une **prothèse céphalique**) ou dans la **cupule** (pour une **prothèse totale**), reproduisant le fonctionnement d'une articulation normale.

Autonomie

Habituellement vous vous levez pour vous asseoir dans un fauteuil dès le lendemain.

Vous pouvez rapidement recommencer à marcher, mais on attend souvent deux ou trois jours, le temps de refaire le pansement et d'enlever les drains. Vous vous déplacez à l'aide de une ou deux cannes.

Principaux soins

Vous prenez des médicaments contre la douleur ainsi qu'un traitement pour rendre le sang plus fluide qui évite qu'un bouchon (**caillot**) ne se forme dans les veines de vos jambes (**phlébite**). Vous portez également des bandes ou des bas spéciaux (**contention veineuse**) qui aident le sang à remonter. Des contrôles sanguins (**prises de sang**) sont effectués régulièrement.

Le système d'évacuation des liquides hors de la zone opérée (**drainage**) est habituellement enlevé deux à trois jours après l'opération, et les fils ou agrafes au bout de dix à douze jours.

Les exercices de remise en mouvement de votre articulation (**rééducation**) commencent habituellement dès le lendemain de l'intervention et se poursuivent souvent pendant plusieurs mois.

Retour à domicile

En général vous rentrez chez vous une dizaine de jours après l'intervention. Cela dépend de l'établissement dans lequel vous êtes soigné mais surtout de votre cas et de votre état de santé.

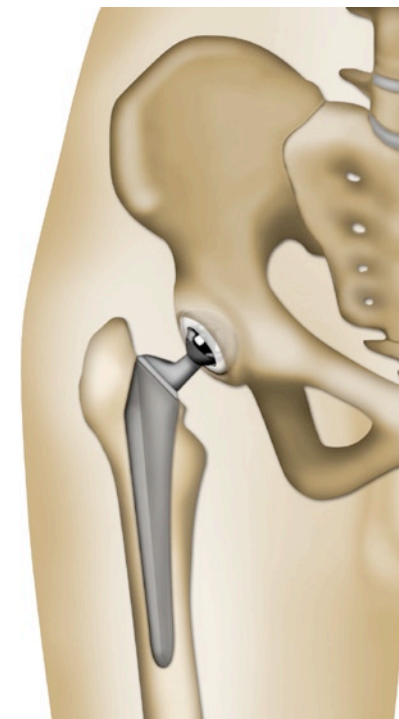
Vous pouvez également faire un séjour de trois semaines ou plus en centre de rééducation (soit une absence d'environ un mois et demi).

Le suivi

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre médecin. Allez aux rendez-vous qu'il vous programme, et, s'il vous en propose, passez les examens de contrôle. C'est important. Cela lui permet de surveiller l'évolution de votre hanche et d'adapter la rééducation.

Vous revoyez habituellement le chirurgien au bout de trois mois, six mois, un an, et souvent plusieurs années après (trois ans, cinq ans, sept ans) pour qu'il vérifie si la prothèse tient toujours bien dans l'os.

prothèse
totale
en place



Le résultat

Douleur

Les douleurs liées à l'**arthrose** disparaissent immédiatement.

Mais si vous devez faire des efforts particuliers dans les semaines qui suivent l'opération, des médicaments anti-douleur peuvent être utiles.

La cicatrice, les muscles et les tendons font parfois légèrement mal pendant plusieurs mois (**douleurs résiduelles**).

Fonction

Comme des pièces artificielles remplacent les zones de frottement douloureux, l'articulation fonctionne sans problème.

Vous recommencez rapidement à marcher.

Le résultat est souvent impressionnant. Dans le meilleur des cas, vous oubliez que vous portez une prothèse !

Il faut cependant que vous appreniez à éviter de faire certains mouvements qui risquent de la déboîter (**luxation**).

Autonomie

Il vaut mieux se réserver une période de repos (**convalescence**) de deux à trois mois, à domicile ou en centre de rééducation.

Vous êtes vite capable de mener chez vous une vie pas trop mouvementée (habituellement au bout d'une dizaine de jours). Mais il faut d'abord être sûr que vos déplacements, et surtout la montée et la descente des escaliers, puissent se faire en toute sécurité. Des aménagements sont parfois nécessaires (installation de poignées dans les toilettes, attention aux tapis...).

La reprise du travail se fait en général six semaines à quatre mois après l'opération, une fois que la hanche est souple et sans douleur. Mais tout dépend de votre métier. Dans certains cas, un changement de poste ou de profession sont envisageables.

Votre hanche doit être protégée. Adaptez vos loisirs, évitez les sports violents et les travaux de force pour profiter le plus longtemps possible des bénéfices de la prothèse.

Interrogez votre médecin si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre de vos activités.

Principaux soins

Les traitements pour éviter la formation de bouchons dans les veines (**traitement anti-phlébite**) se prolongent plusieurs semaines, avec des contrôles réguliers de votre sang. Votre médecin stoppe le traitement quand il juge qu'il n'est plus nécessaire.

La rééducation auprès d'un spécialiste du mouvement (**kinésithérapeute**) dure plusieurs mois, jusqu'à ce que le résultat soit satisfaisant.

L'organisation de la rééducation (en centre de convalescence, en hôpital de jour, à domicile...) varie selon votre cas, le modèle de prothèse et les habitudes de votre chirurgien.

Les risques

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont spécifiques de cette intervention.

Pour les risques communs à toutes les opérations, reportez-vous à la fiche « les risques d'une intervention chirurgicale ».

Les risques liés à l'anesthésie sont indiqués dans le fascicule « anesthésie ».

Pendant l'intervention

Les vaisseaux sanguins et les nerfs qui passent à proximité de l'articulation peuvent être blessés accidentellement (surtout s'ils sont particulièrement fragiles) avec pour conséquence :

- des saignements importants (**hémorragie**) ou la formation d'une poche de sang (**hématome**) ;
- un risque de paralysie ou de perte de sensibilité de certaines parties de la jambe si on ne parvient pas à réparer les nerfs.

Heureusement cela reste exceptionnel. Il se peut que l'on ne s'en aperçoive qu'après l'opération.

Pendant l'intervention (suite)

La préparation de la partie creuse du bassin (le **cotyle**), dans laquelle coulisse normalement la tête du fémur, peut s'accompagner de blessures au niveau de vaisseaux sanguins importants passant à proximité.

C'est rare, mais dans ce cas il faut ouvrir au niveau du ventre pour recoudre ces vaisseaux sanguins.

S'il est nécessaire de vous redonner du sang (**transfusion**), on peut toujours craindre la transmission de certaines maladies (**Sida**, **Hépatite**).

Rassurez-vous, les produits utilisés subissent de nombreux tests destinés à éviter ce risque.

Le cotyle et le fémur peuvent casser accidentellement (**fracture**). Il peut alors être nécessaire de les réparer.

Si vos os sont très fragiles, si vous souffrez d'une maladie des os appelée **ostéoporose**, ou si vous êtes très âgé, le risque de cassure pendant ou après l'opération est plus élevé.

Mais votre chirurgien adapte sa technique, le modèle de prothèse et le mode de fixation à l'état de vos os pour limiter ces problèmes.

Après l'intervention

Il est très rare que la zone opérée soit envahie par les microbes (**infection**), mais c'est grave et cela nécessite parfois de retirer la prothèse. Dans le pire des cas il n'est pas possible de la remplacer.

L'infection entraîne parfois une raideur de l'articulation.

Elle peut atteindre l'os et réapparaître régulièrement (**infection chronique**).

Rassurez-vous, c'est tout à fait exceptionnel.

Pour limiter ce risque, il ne faut pas être malade (porteur de microbes) avant, pendant et après l'opération car les microbes finissent très souvent par se déposer au niveau de la prothèse, même des années après.

Le moindre problème de dent, infection de la peau, etc. fait courir un risque important.

C'est pourquoi théoriquement, tout soin doit s'accompagner d'un traitement (**antibiotiques**) de quelques jours.

Au moindre doute consultez votre médecin traitant et posez lui la question.

Après l'intervention (suite)

Le risque de formation d'un bouchon de sang (**caillot**) dans les veines des jambes (**phlébite**) est important. Un tel caillot pourrait partir dans la circulation et se coincer au niveau des poumons (**embolie pulmonaire**).

C'est pourquoi on prend des précautions habituellement très efficaces (traitement pour fluidifier le sang, port de bas spéciaux...).

Certaines personnes ont une mauvaise circulation sanguine qui augmente ce risque.

Des zones recousues sur les muscles, les tendons ou tout autre élément sur lequel le chirurgien a travaillé peuvent se rompre.

Si les matériaux mis en place se déplacent après l'opération, ils peuvent abîmer des vaisseaux sanguins, des nerfs ou un autre élément de l'articulation.

Il arrive que les deux jambes ne soient plus de la même longueur après l'opération. Votre chirurgien réalise toute une série de calculs et de réglages pour éviter cela, mais n'y parvient pas toujours.

Dans certains cas particuliers (par exemple si le bassin a une forme inhabituelle ou si les muscles autour de la prothèse sont difficiles à équilibrer), une telle différence de longueur est même nécessaire.

De l'os se forme parfois dans l'articulation (**ossifications**), ce qui limite les mouvements de la hanche.

Surtout les premiers mois, les deux parties de la prothèse risquent de se déboîter (**luxation**). C'est pourquoi il faut que vous appreniez à éviter certains mouvements.

Tout à fait exceptionnellement, la prothèse peut se casser, en abîmant ou non l'os.

Avec le temps et quelle que soit la façon dont elle a été fixée, la prothèse peut tenir moins bien dans l'os (**descellement**).

Cela entraîne un retour des douleurs et des difficultés pour bouger.

Il faut parfois remplacer le matériel.

Certaines de ces complications peuvent nécessiter des gestes complémentaires ou une nouvelle opération.

Rassurez-vous, votre chirurgien les connaît bien et met tout en œuvre pour les éviter.

En fonction de votre état de santé, vous êtes plus ou moins exposé à l'un ou l'autre de ces risques.

En cas de problème...

Si vous constatez quelque chose d'inhabituel après l'opération (douleurs ou sensations anormales, décoloration de la peau au niveau de la zone opérée), n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien, même si cela vous paraît peu important. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.

Si vous vous blessez (chute, accident, luxation...) et que vous allez aux urgences, prévenez l'équipe médicale que vous portez une prothèse de hanche. Il peut être nécessaire de faire une **radiographie** de contrôle.

L'idéal est de voir le plus rapidement possible votre chirurgien car comme il vous a opéré lui seul peut interpréter précisément les radiographies.

Il n'est pas rare que les patients aient l'impression de renaître après la mise en place d'une prothèse de hanche, car ils reprennent très rapidement des activités que les douleurs de l'arthrose les empêchaient de pratiquer.

Cette intervention est très courante. Elle comporte cependant des risques qui doivent être pris en compte au moment de décider de vous faire opérer.