

Rééducation des prothèses totales de hanche

ISOLA 2000

Avril 2005

GAL CHRISTIAN / MANDRINO ALAIN



P.T.H
classique et / ou mini invasive

T2A : tarification à l'acte

Rééducation pré opératoire



plan

- Rééducation préparatoire
- Information préparatoire
- Rééducation post opératoire
- Evaluation
- Rééducation tardive

Renforcement musculaire

- Etude de SUETA (36 patients)
(Rééducation pré opératoire)
- 12 semaines (3/semaine)
- Comparaison :
musculature > électrothérapie /mobilisation
active et passive



Information pré opératoire

- Cours , vidéo, avec l'équipe chirurgicale et médicale
- Diminution du stress
- (Giraudet, mac Gregor économie de 800 dollars/patient)



Post opératoire classique

- Mobilisation
- Réveil musculaire
- Récupération des amplitudes passive et active
- Auto rééducation



Appui & gestes dangereux

- Appui immédiat (boden), pas néfaste
,augmente le stock osseux à 12 mois post
opératoire.

- Mouvements à risque :

Voie postérieure = flexion adduction

Voie antérieure = hyper extension



Rééducation facilitée par la chirurgie mini invasive

- Diminution de la douleur : accélère la mobilisation passive.
- Diminution de la cicatrice : diminution de la sidération , favorise la mobilisation active.
- (DIGIOIA,CHUNG,SCULCO,HIGUCHI, BERGER)



Rééducation dynamique avec la chirurgie mini invasive

- La différence entre chirurgie classique et mini invasive s'estompe:
 - - à 6 / 8 semaines pour WAHRAB
 - - à 6 mois pour DIGIOIA
- Profiter du gain donné par la chirurgie pour aller plus vite sur l'amplitude, la musculature et la proprioception.



Etude rééducation periopératoire Wang (Australie)

- Chirurgie classique: rééducation 8 semaines avant la chirurgie, 12 semaines à 24 semaines après (28 patients randomisés) / groupe témoin classique.
- Gain de temps fonctionnel (marche, montée descente d'escaliers).
- 2 séances de rééducation / semaine, 2 séances seul à domicile



Notion de rééducation ciblée

- « Outil de prédiction du risque »
RAPT (Oldmeadow)
- 3 groupes : grilles de cotation
- - très lourd:centre de rééducation,
hospitalisation
- - intermédiaire: programme agressif, éviter
le centre de rééducation
- - léger : rapidité



Évaluation :

- BERTOCCI :

42 patients, 20 PTH, 22 sains

- Evaluation iso cinétique, à 4 à 5 mois post opératoire , mesure de la flexion , de l'extension et de l'abduction.

(REARDON)

Comparaison sujets sains même age



Résultats :

- Flexion, extension , abduction
- Différence significatives entre les sujets sains et les patients avec P.T.H
- De 1,6 à 4 fois plus fort en pic de force, travail , puissance.
- Intra sujet : pas de différence entre la hanche opérée et non opérée.
- Niveau inférieur à leur groupe d'age
(déathlétisation)



Rééducation tardive (après 4 à 12 mois)

- TRUDELLE -JACKSON : 28 patients randomisée
- Programme de 2 mois bi latéral
- Travail en charge , proprioception
- Amélioration du résultat fonctionnel
- Renforcement de la stabilité > mobilisation active et isométrique.



Sport

- De nombreux auteurs ont étudié les possibilités de reprise sportive (type de sport et niveau de pratique)
- La plupart des activités peuvent être reprises , en excluant les sports d'équipe de ballon et de pivot contact.



conclusion

- A court terme :
- Informer le patient
- Former le patient (rééducation pré opératoire)
- Proposer une chirurgie mini invasive
- Entreprendre une rééducation accélérée
- Insister sur le renforcement musculaire



À long terme

- Evaluer (iso cinétisme)
- Rééducation tardive bi latérale.

