

Place des cupules de reconstruction à double mobilité non cimentées dans les reprises de prothèse totale de hanche

Place of reconstruction dual mobility cementless cups in revision total hip arthroplasties

Jacques Fourastier, Jérôme Alain
Clinique François Chénieux, Limoges

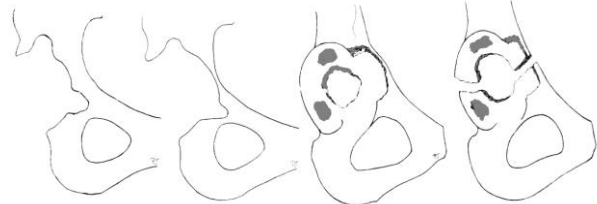
Introduction

Lors d'un descellement avec perte osseuse, la reconstruction du cotyle fait le plus souvent appel à une armature de soutien associée à une greffe osseuse.

En interrogeant nos collègues et les industriels, nous constatons que cette armature est de plus en plus souvent cimentée.

Reste-t-il encore une place pour les armatures non cimentées ?

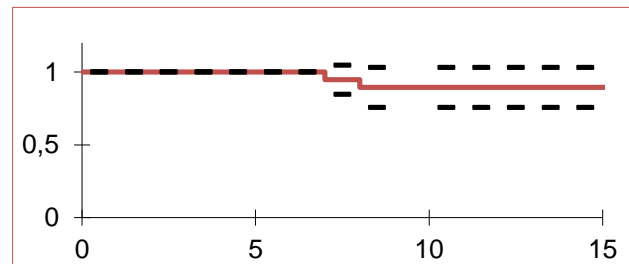
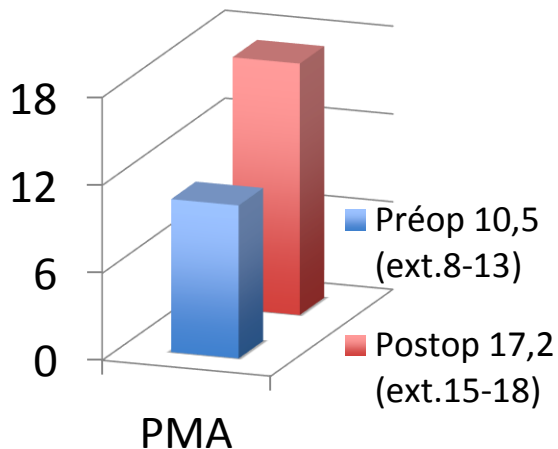
Matériel et méthode

- Série continue rétrospective
- 18 patients (20 hanches) ont été opérés d'un descellement cotyloïdien
- 13 descellements unipolaires cotyloïdiens dont un septique
- 7 descellements bipolaires
- La reconstruction du cotyle a été réalisée à l'aide d'une cupule à double mobilité non cimentée 2 pattes+crochet Coptos (Serf) dans 17 cas et Tornier dans 3 cas
- Voie d'abord :
 - Postéro-externe de Moore = 11
 - Trochantérotomie = 7
 - Transglutéale = 2
- Greffe :
 - Sans greffe = 4
 - Copeaux autogreffe iliaque = 1
 - Copeaux lyophilisés = 8
 - Copeaux tête cryoconservée = 3
 - Structurale tête cryoconservée = 4
- Reprise de la marche :
 - Appui immédiat = 6
 - Marche appui contact 45 jours = 9
 - Alitement 21 jours puis appui contact 45 jours = 5
- Evaluation radiologique :
Pré-opératoire de la perte osseuse (classification de la Sofcot)


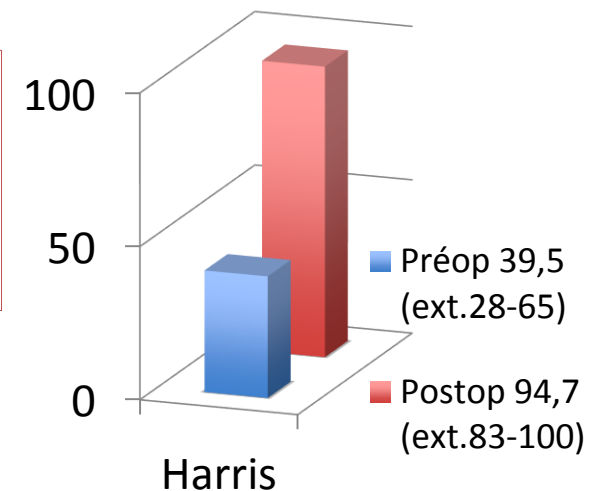
stade 1 stade 2 stade 3 stade 4
- Evaluation clinique :
 - PMA
 - Cotation de Harris
- Courbe de survie de Kaplan-Meier :
 - Intervalle de confiance à 95%

Résultats

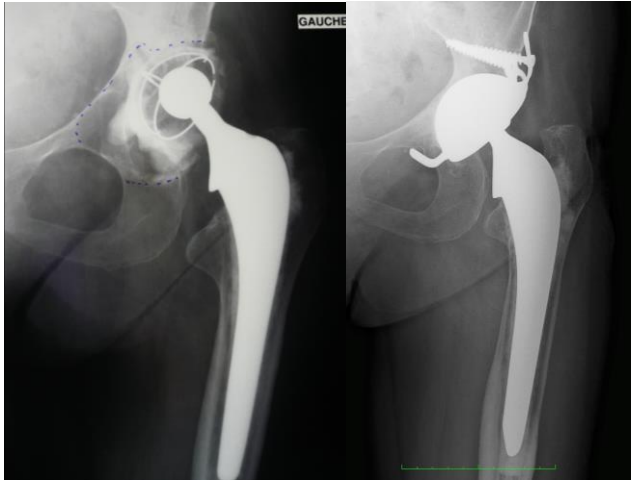
- Age moyen des patients = 68 ans (ext. 46 – 86 ans)
- Perte osseuse : stade 1 = 2 cas, stade 2 = 9 cas, stade 3 = 7 cas, stade 4 = 2 cas
- Recul moyen = 9 ans (ext. 1 – 15 ans)
- 2 patients sont décédés dans les trois premières années
- 1 patient est perdu de vue à quatre ans avec un bon résultat
- Aucune complication :
 - infection = 0
 - accident thrombo-embolique = 0
 - luxation = 0
- **2 échecs avec une reprise à 8 ans et à une 9 ans**



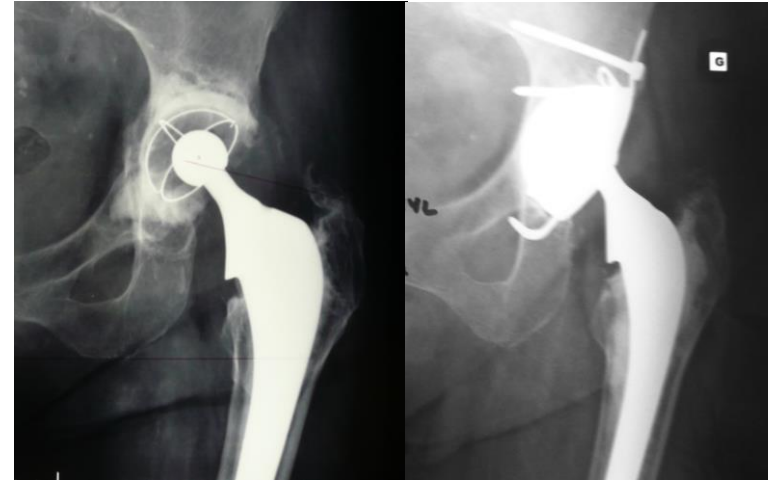
Taux de survie à 15 ans = 90 %
(IC 95%, 75% - 100%)



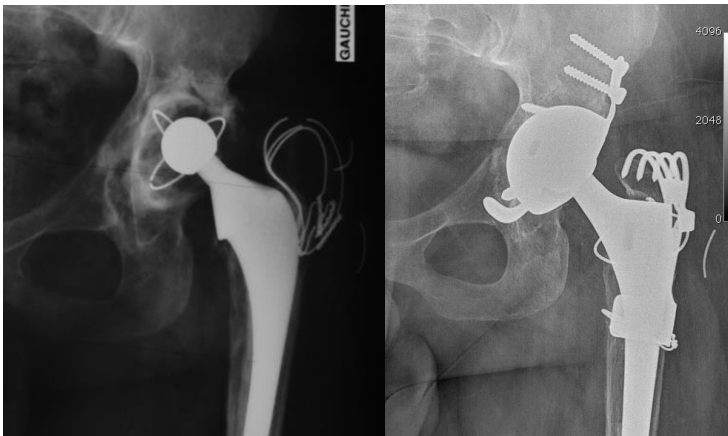
Résultats



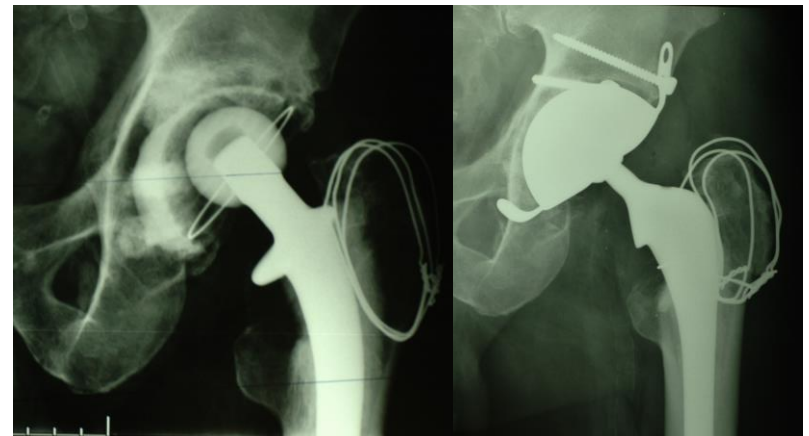
Boi. préop / 9 ans PMA = 17



Mic. préop / pdv à 6 ans PMA = 18

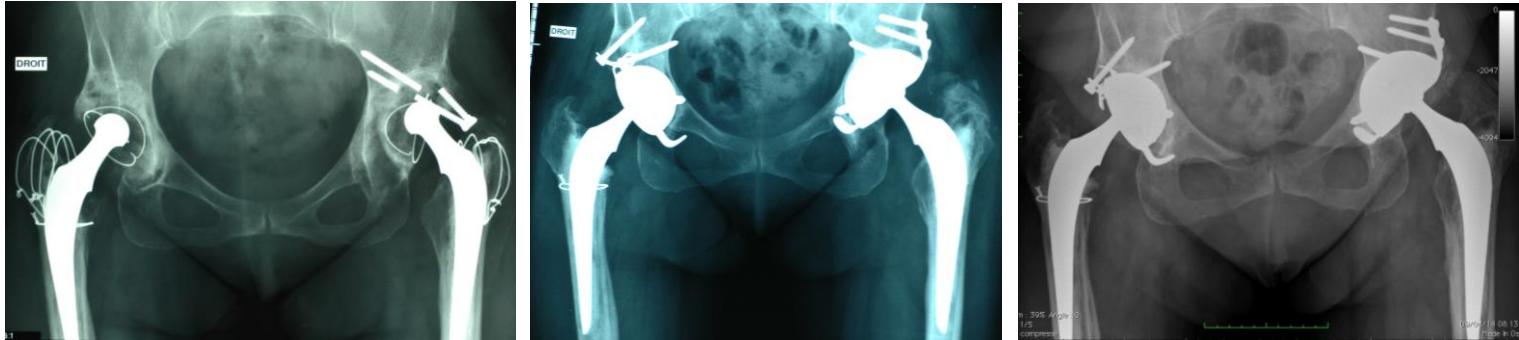


Cha. préop / 11 ans PMA = 17

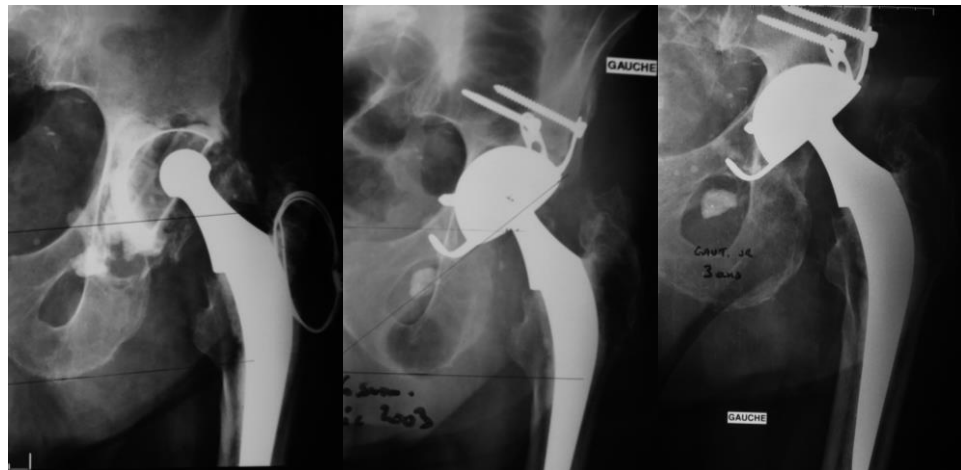


Fru. préop / 15 ans PMA = 17

Résultats

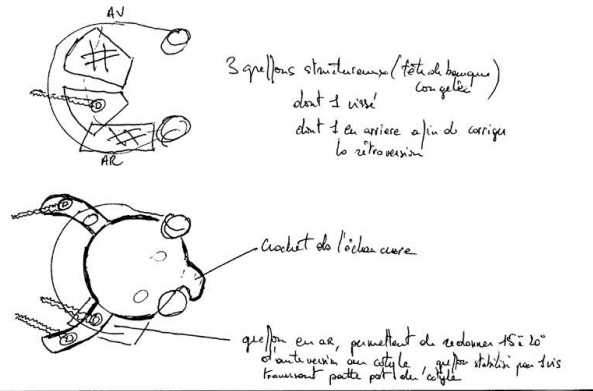


Ver. préop bilat. / postop / 10 ans PMA = 18

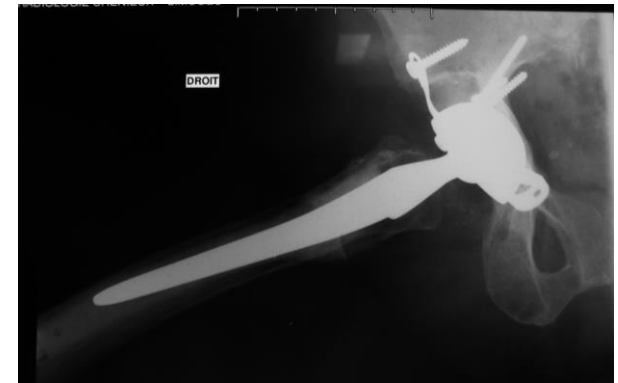
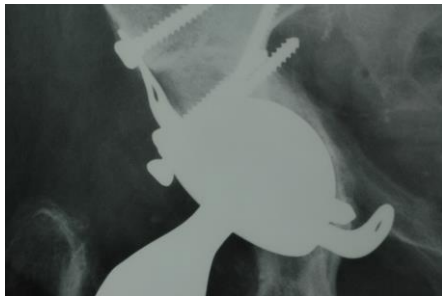


Gau. préop / postop / pdv à 3 ans PMA = 17

Résultats

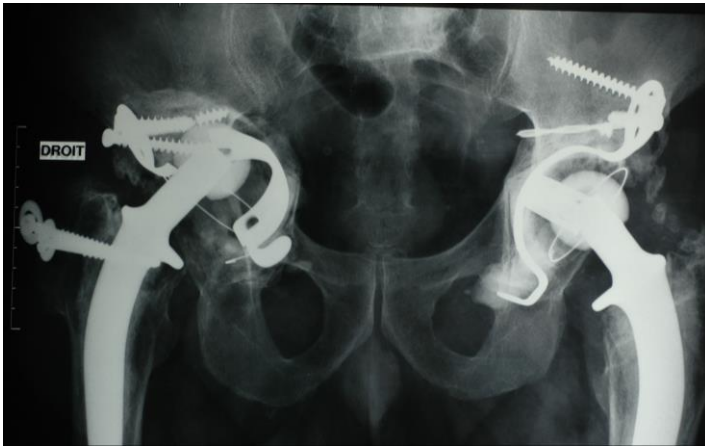


Mou. préop / greffons structuraux toit et paroi post. / postop

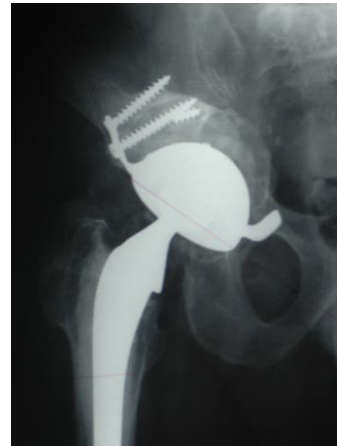


Mou. 1an / 2 ans PMA = 17

Discussion = échec à 8 ans



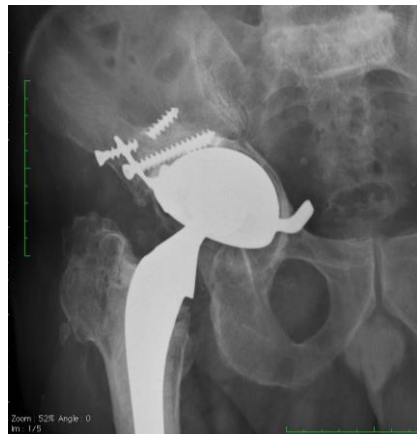
Gau. préop descellt stade 4



/ postop greffe cryoconservée



/ 5 ans PMA = 18



échec à 8ans = reprise facilitée par une continence cotyloïdienne retrouvée lors de la reprise précédente avec apport osseux sans ciment

Discussion

- *La durée de vie d'une PTH itérative est inférieure à celle d'une PTH de 1^{ère} intention.*
- La technique présentée avec une armature sans ciment donne, à condition d'être rigoureuse, des résultats analogues à l'utilisation d'un anneau de renfort cimenté.
- *Nous ne sommes toutefois pas à l'abri, notamment chez les sujets jeunes, d'un nouvel « échec » qui nécessitera une nouvelle reprise.*
- Le descellement cotyloïdien étant le plus souvent accompagné d'une perte osseuse, *Il est souhaitable lors de la 1^{ère} reprise de restituer au mieux le « stock » osseux.* Cela facilitera les conditions d'une éventuelle 2^{ème} reprise.

Conclusion

Nous pensons donc qu'il est préférable, chez les sujets jeunes, de reconstruire le cotyle avec un implant sans ciment :

- Cela permettra un meilleur apport osseux
 - = apport osseux exclusif sans ciment
- En cas de « nouvel échec » la reprise se fera dans de meilleures conditions