

● Une prothèse douloureuse

Devant une prothèse douloureuse : que faire ?

Les résultats à long terme des prothèses totales du genou et de la hanche sont bons et très bons dans 80 à 90% des cas.

Parmi les 15 à 20% restants un certain nombre de causes sont à rechercher.

Un petit pourcentage de cas n'aura cependant aucune cause retrouvée à ces douleurs que l'on nommera résultat insuffisant.

Le délai normal pour recouvrer une articulation indolore ou pratiquement indolore varie de 3 mois jusqu'à 6 mois voire un an, il est plus long pour les prothèses du genou.

1 - L'infection

C'est la cause première à éliminer. L'infection aiguë post opératoire survenant le premier mois ne pose aucune difficulté diagnostique.

Le problème est l'infection évoluant à bas bruit, dite « torpide ». La prothèse est dans ce cas infectée par un germe à croissance lente ne produisant pas d'inflammation (Propioni bacterium acnes, staphylocoques à coagulase négative dits « blancs », germes anaérobie, etc...). Le tableau clinique peut ne se manifester que par la douleur, mais généralement continue depuis l'intervention.

2 - Les causes mécaniques

- Le défaut d'intégration des pièces prothétiques non cimentées entraînent un descellement précoce d'une ou des pièces.

- Le retentissement péri articulaire : la prothèse de genou trop grande et trop encombrante dans le sens antéro postérieur et médio latérale (ligaments trop tendus), le conflit postéro latéral par saillie du plateau tibial ; dans la hanche le conflit ilio psoas par excès de tension ou débordement de la cupule en haut et en avant du cotyle, bien objectivée sur le scanner sur les vues sagittales notamment, l'excès de longueur entraînant un allongement des parties molles tissulaires et du nerf grand sciatique.

- Les ossifications hétérotopiques péri prothétiques, complications des prothèses de hanche, qui peuvent être douloureuses par conflit mécanique avec la prothèse.

3 - L'algodystrophie

Elle est rare mais possible après chirurgie prothétique de la hanche ou du genou.

C'est un diagnostic d'élimination.

Quels examens sont à réaliser ?

A) IMAGERIE

- Les radiographies en charge sont indispensables, car elles peuvent donner des indications précieuses : liseré autour des pièces prothétiques, pour qu'il soit pathologique il doit être \geq à 2 mm et évolutif donc à comparer sur des radiographies successives. Elles permettent aussi d'analyser la texture osseuse à la recherche de déminéralisation localisée (granulome par ex) ou globale (algodystrophie), d'appositions périostées (signes d'infection chronique), d'ossifications péri prothétiques (pour la hanche).



- L'échographie est un examen de débrouillage à la recherche d'un épanchement articulaire ou d'une collection notamment après prothèse de hanche.

- Le scanner est plus précis pour analyser l'interface entre prothèse et os, pour rechercher d'éventuelles collections dans les parties molles (signe d'infection), pour rechercher une ostéolyse pouvant témoigner d'un granulome lié à l'usure, ou d'une infection.

- La scintigraphie osseuse permet de rechercher un métabolisme osseux anormal par hyperfixation. C'est un examen très sensible mais non spécifique. Il est peu interprétable dans la première année de l'implantation d'une prothèse du fait du traumatisme osseux que représente toute implantation. Après la première année il prend toute son importance à la recherche d'un descellement, d'une infection ou d'une algodystrophie. Cet examen peut être sensibilisé à l'aide des leucocytes marqués à la recherche d'une infection, mais dans les 3 premiers mois il faut être prudent dans son interprétation.

La scintigraphie ne peut emporter le diagnostic à elle seule, c'est une aide au diagnostic.

- L'IRM n'a aucune place dans l'exploration d'une prothèse douloureuse.

B) LA BIOLOGIE

Il faut rechercher des signes d'inflammation générale qui peuvent témoigner d'une infection active.

- Le dosage de la CRP est un élément diagnostique intéressant. Il doit être normalisé dans les 2 à 3 mois suivant l'implantation d'une prothèse. Le degré d'élévation et surtout sa cinétique ascendante ou descendante sont des éléments très importants à considérer dans l'élaboration du diagnostic d'infection.

- Le taux des leucocytes est un appoint qui n'a de valeur que positif.

Ces deux paramètres peuvent être normaux dans d'authentiques infections (germes à croissance lente).

C) BACTÉRIOLOGIE

En cas de suspicion d'infection, une ponction de l'articulation peut permettre de retrouver le germe. Cette ponction doit être faite dans les conditions d'asepsie chirurgicale au bloc opératoire, pour ne pas risquer d'infecter la prothèse si elle ne l'était pas...

Les cultures doivent être conservées 14 jours par le laboratoire et ensemencées sur milieux enrichis pour espérer isoler un germe difficile à mettre en évidence.

Au total :

Devant une prothèse douloureuse, il faut retracer l'évolution clinique (douleur continue), faire des radiographies, +/- échographie (pour la hanche), doser NFS et CRP. Si tous ces examens sont normaux, il faut demander une scintigraphie osseuse à la recherche d'une anomalie osseuse péri prothétique. Si la scintigraphie est négative il y a peu de chances de trouver une cause, si elle est positive il faut demander un scanner pour préciser les lésions orientées par la scintigraphie. Au cours de la première année, la scintigraphie ayant peu de valeur, et en cas de doute une ponction articulaire peut être faite.

La priorité est de traquer l'infection.

Docteur Michel MILAIRE

Chirurgie Orthopédique et traumatologie
Expert près la Cour d'Appel de Grenoble
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique Assistant à la Faculté de Paris
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
Membre du collège et de la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique



Le PRP en toute simplicité

Avec la double seringue Arthrex ACP®

