31 Congrès annuel international de la SACOT

24,25 et 26 janvier 2025

Nation invitée

ALLEMAGNE

Encore eût-il fallu y penser !

Dr France Welby

Dr Philippe Tracol

Orthorisq

Le contexte

- Homme 69 ans.
- Asa 2
- Cardiopathie , diabète.
- PTH droite 2 ans : sans ciment , couple céramique /céramique.
- Instabilité chronique : 5 luxations.
- PTH gauche plus ancienne (RAS).
- Décide de changer de chirurgien.

Consultations chirurgien

Consultation 1

- Identifie le modèle de prothèse.
- Ne demande pas le CRO (mauvaises relations avec l'opérateur initial)
- Propose un changement partiel .
- Double mobilité.
- Information du patient .
- Prévois Cs AREA , Cardio .

Consultation 2

- Cardio area OK
- Programmation patient 1 mois plus tard
- Pas de commande de matériel spécifique car dispose de l'instrumentation pour ce modèle.

L’ Intervention

- Exposition et luxation de la prothèse
- Le modèle n’est pas celui prévu .
- Impossibilité de retirer l’insert céramique
- Vis dans le métal back rendant l’ablation impossible insert en place.

Qu’auriez vous fait ?

- Fermeture et arrêt de procédure?
- Appel à un collègue ?
- Essayer de se procurer la bonne instrumentation ?
- Tenter l’ablation coute que coute ?

L' Intervention

- L'opérateur décide de casser l'insert céramique
- Pulvérisation au marteau et ciseau frappé
- Ablation des débris
- Mise en place d'un double mobilité.
- La tête céramique est abimée par les manœuvres diverses.
- Mise en place d'une tête métal .
- L'incident n'est pas mentionné dans le CRO.

Question : la prise en charge vous parait elle conforme ?

- Destruction de la céramique ?
- Double mobilité avec tête métal sur rupture céramique ?
- Quels gestes associés auraient du ou pu être effectués?

Les suites :

- Immédiates :
  - Un peu algique en post opératoire
  - Retour à domicile
  - Le patient n’est pas informé de l’épisode
  - Pas de consignes particulières
- A 1 an :
  - TVB .
  - Radios parfaites.
  - Plus d’instabilité.
  - Episode initial oublié.

3 ans après

- Le patient présente des troubles cognitifs, de l'humeur , une perte d'acuité auditive.
- IRM cérébrale RAS, avis ORL RAS
- Avis psychiatrique
- Puis tombe dans un état sub comateux et fébrile
- Hospitalisation en réanimation
  - L'équipe médicale évoque un problème cardio vasculaire ,diabétique ou infectieux car reviens de voyage en pays tropical.
  - *Bilan cardio inchangé mais tachycardie*
  - *Biologie à peu prés normale mais syndrome inflammatoire.*
  - *IRM cérébrale normale*
- Aggravation lente du coma toujours sans explications
- Placement en centre spécialisé envisagé.

3 ans après

- Lors de la toilette une infirmière détachée de chirurgie remarque une anomalie au niveau d'une cicatrice de PTH.
- Aspect un peu tendu .
- Demande de radio . Le radiologue parle de luxation intra prothétique.
- L'équipe s'interroge sur une éventuelle réintervention sur ce terrain très altéré
- Demande avis chirurgical :
  - Le chirurgien est intrigué par une image atypique
  - Demande échographie : épanchement ++ avec aspect très épaissi et franges synoviales hypertrophiques.
- Demande cobaltémie :24 808 nmol/L (norme 0,3 -9) (soit 1463,2 µg/L))

Réintervention :

- Découverte d'une usure massive du PE.
- Rongé par les débris de céramique.
- Mais également destruction totale de la tète métal jusqu'au col.
- Metallose ++
- Ablation de la prothèse.
- Synovectomie élargie++
- Changement total des pièces prothétiques.
- Tige conventionnelle.
- Chélateurs

Réintervention :

Perte de 18g de métal

Le suites :

- La cobaltémie va diminuer progressivement.
- Le patient sortira très lentement du coma.
- Plusieurs mois
- Gardera des séquelles neurologiques définitives

Intoxication au cobalt

- Troubles cognitifs et de l'humeur.
- Décompensation cardiaque plus ou moins grave
- Tachycardie
- Troubles de la vision
- Troubles de l'audition
- Paresthésies extrémités
- Syndrome fébrile
- Anomalies hématologiques
- Troubles thyroïdiens

Cobaltémie
Inf. à 2µg / L
Seuil toxique
20 µg /L

La cobaltémie

- Non remboursé en France
- Dépend de la fonction rénale
- Normale : Inferieure à 2µg / L
- Entre 2 et 7 µg /L : signe de défaillance prothétique et risque pour les tissus mous.
- Seuil toxique 20µg/L
- Sup à 300µg/L : manifestations hématologiques , thyroïdiennes et cardiaques
- Sup à 700µg/L : manifestations neurologiques

Conclusion

- Toujours identifier la nature exacte d'une prothèse avant réintervention
- Ne pas se contenter d'une identification radiologique
- Toujours de procurer le CRO initial
- Prévoir dans tous les cas un ancillaire universel d'extraction

Conclusion 2:

- Ne pas s’acharner en cas de difficultés (effet tunnel)
- Prendre l’avis d'un confrère si possible
- Ne pas hésiter à renoncer avant que cela ne soit irréversible

Conclusion 3:

Ne jamais utiliser de dispositif a double mobilité après une rupture d'insert céramique (recommandation Sofcot)

Toujours pratiquer dans ces cas une synovectomie élargie (même si pas de double mobilité)

Conclusion 4:

Toujours demander une cobaltémie devant des manifestations anormales chez un patient porteur d'une prothèse totale de hanche ou de genou.

Attention au diagnostic différentiel avec une infection.