Dr Jean-Philippe CAMILLERI
Chirurgie de la hanche et du genou
Ancien Assistant des Hôpitaux de Lyon
Chef de Clinique des Universités
Société Française de la Hanche et du Genou

ORTHOPARC

Clinique du Parc Lyon
155 boulevard de Stalingrad
69006 Lyon

Je vais avoir une prothèse totale de hanche

Prothèse totale de hanche par voie postérieure

Fiche d'information patient
Version : septembre 2026 - v5.3

Pourquoi une PTH ?

Une prothèse totale de hanche peut être proposée lorsqu'une atteinte importante de l'articulation, le plus souvent une coxarthrose, provoque des douleurs, une raideur ou une limitation fonctionnelle ayant un retentissement significatif sur la vie quotidienne malgré une prise en charge non chirurgicale adaptée. La décision ne repose pas sur l'imagerie seule : elle prend en compte vos symptômes, l'examen clinique, les radiographies, l'évolution et vos attentes.

Quelles sont les alternatives ?

Selon la situation, les alternatives peuvent comprendre le maintien d'une activité adaptée, des exercices ou une rééducation, des antalgiques ou anti-inflammatoires lorsqu'ils sont indiqués, des aides à la marche, la prise en charge d'un éventuel excès pondéral et, dans certaines situations, une infiltration. Ces traitements peuvent améliorer les symptômes mais ne restaurent pas le cartilage détruit.

Que peut-il se passer si je ne me fais pas opérer ?

Sans intervention, les douleurs et la limitation fonctionnelle peuvent rester relativement stables ou progressivement s'aggraver. L'absence de chirurgie ne constitue pas nécessairement une urgence : la décision dépend du retentissement de la maladie sur votre qualité de vie et de l'efficacité des traitements non chirurgicaux.

Bénéfices et limites

L'objectif principal est de diminuer les douleurs et d'améliorer la mobilité, la marche et les activités de la vie quotidienne. Une douleur, une gêne, une boiterie ou une limitation peuvent persister. Une prothèse est un implant mécanique susceptible de s'user ou de présenter une complication au cours de la vie et peut nécessiter ultérieurement une nouvelle intervention.

Voie d'abord

Dans ma pratique, toutes les PTH sont réalisées par voie postérieure, avec une incision sur la région postéro-latérale de la hanche. Les données scientifiques comparatives ne démontrent pas de supériorité globale d'une voie d'abord sur une autre pour le résultat fonctionnel final ; les différences concernent surtout certains paramètres périopératoires, risques spécifiques et la vitesse de récupération initiale.

En quoi consiste l’intervention ?

La tête et le col du fémur sont remplacés par une tige fémorale portant une nouvelle tête. La surface articulaire du cotyle est remplacée par une cupule. Les dimensions, matériaux et couples de frottement sont choisis en fonction de votre anatomie et de la situation opératoire.

Implants

J'utilise des implants sans ciment lorsque la qualité osseuse le permet. Une fixation cimentée peut être utilisée exceptionnellement, notamment en cas d'ostéoporose sévère ou lorsque la fixation sans ciment n'est pas jugée suffisamment fiable. La décision définitive peut être adaptée aux constatations peropératoires. Lorsqu'une fixation fémorale cimentée est utilisée, le ciment osseux peut exceptionnellement provoquer un syndrome de scellement osseux, avec baisse de tension artérielle, manque d'oxygène, trouble du rythme et, très rarement, complication cardio-respiratoire grave. Ce risque est anticipé et surveillé conjointement par l'équipe chirurgicale et anesthésique.

Anesthésie et douleur

La PTH est réalisée sous anesthésie générale. Les modalités sont expliquées par le médecin anesthésiste. Je ne réalise pas d'infiltration antalgique périarticulaire en fin d'intervention.

Greffe osseuse autologue éventuelle

Lorsque la reconstruction le nécessite, une greffe osseuse autologue peut être utilisée. Elle provient de votre propre os, souvent à partir des fragments osseux issus des coupes réalisées au cours de l'intervention, sans prélèvement osseux supplémentaire dans la majorité des cas.

Risques

- infection superficielle ou profonde pouvant nécessiter antibiothérapie et, pour une infection profonde, une ou plusieurs nouvelles interventions ;
- luxation pouvant nécessiter une réduction sous anesthésie et, en cas de récidive ou de cause mécanique, une nouvelle intervention ;
- fracture du fémur ou du bassin pendant ou après l’intervention, pouvant nécessiter fixation, adaptation de l’appui ou nouvelle chirurgie ;
- thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire ;
- saignement, hématome ou problème de cicatrisation ;
- différence de longueur réelle ou ressentie ; la stabilité et la reconstruction anatomique peuvent conduire à accepter une différence et une égalité parfaite ne peut pas être garantie ;
- douleurs persistantes, raideur, douleur trochantérienne, faiblesse musculaire ou boiterie ;
- ossifications hétérotopiques, c’est-à-dire formation d’os dans les tissus autour de la hanche pouvant exceptionnellement limiter la mobilité ;
- atteinte nerveuse, notamment sciatique, pouvant entraîner des troubles sensitifs ou moteurs, le plus souvent transitoires mais exceptionnellement persistants, ou lésion vasculaire ;
- descellement, usure ou autre complication mécanique ;
- nouvelle intervention ou reprise ultérieure.
- troubles cicatriciels ou sensitifs autour de la cicatrice, pouvant parfois persister ;
- saignement important pouvant exceptionnellement nécessiter une transfusion ;

- irritation ou conflit tendineux, notamment du psoas, pouvant entraîner des douleurs et exceptionnellement nécessiter un traitement spécifique ;
- avec une cupule à double mobilité, dissociation ou luxation intraprothétique, complication rare pouvant nécessiter une reprise ;
- rupture ou défaillance d'un composant prothétique, exceptionnelle ;

Lever, marche et escaliers

Aucune attelle. Appui complet et marche autorisés immédiatement. Le premier lever est réalisé à J0 par le kinésithérapeute dès le retour en chambre. Dès J1, il est possible de monter et descendre les escaliers, initialement marche par marche, lorsque les conditions de sécurité sont acquises. Deux béquilles sont utilisées le plus souvent pendant 15 jours à un mois.

Prévention thromboembolique

Dans ma pratique habituelle, et sous réserve d'une adaptation à votre risque thrombotique et hémorragique et au protocole de l'établissement, un anticoagulant oral est prescrit pendant 35 jours. Je ne prescris pas de bas de contention après une PTH.

Prévention de la luxation

Pendant les deux premiers mois, la principale précaution consiste à éviter la flexion forcée de la hanche et les assises très basses. Lorsque l'évolution est normale et en l'absence de consigne particulière liée à votre situation, aucune restriction spécifique des mouvements n'est maintenue à partir de deux mois.

Rééducation

La récupération repose essentiellement sur la marche et la reprise progressive des activités quotidiennes. La kinésithérapie constitue une aide adaptée aux besoins : sécurisation de la marche et des escaliers, correction d'une boiterie ou travail d'un déficit musculaire particulier.

Ambulatoire, conduite, travail et récupération

Une prise en charge ambulatoire est possible chez des patients sélectionnés. La conduite peut être reprise lorsque les béquilles ne sont plus nécessaires, que la cicatrice est bien refermée, qu'aucun traitement n'altère la vigilance et que le contrôle du membre permet un freinage d'urgence sûr. Arrêt de travail de référence : environ 2 mois, à adapter à la profession. Une récupération fonctionnelle importante est fréquemment obtenue au cours des trois premiers mois, mais l'amélioration peut se poursuivre au-delà. Vers six mois, de nombreux patients décrivent une hanche qui se fait largement oublier dans la vie quotidienne, sans que ce résultat puisse être garanti individuellement.

Bains, piscine et balnéothérapie

Les bains, la piscine et la balnéothérapie peuvent être repris à partir d'un mois après l'intervention uniquement si la cicatrice est parfaitement fermée, sèche et saine. En présence d'une anomalie de cicatrisation, l'immersion doit être différée et un avis médical demandé.

Saignement et transfusion

Un saignement peut survenir pendant ou après l'intervention. Dans ma pratique, le recours à une transfusion de produits sanguins après une prothèse de première intention est exceptionnel. Une transfusion peut néanmoins devenir nécessaire si l'importance des pertes sanguines ou votre situation clinique le justifie. En cas de saignement peropératoire important, un système de récupération du sang opératoire (Cell Saver) peut être utilisé : le sang recueilli est traité puis peut vous être retransfusé au cours de l'intervention, lorsque les conditions d'utilisation de ce dispositif sont réunies.

Correction de l’anémie postopératoire

Une supplémentation en fer, le plus souvent par voie intraveineuse lorsqu'elle est indiquée, peut être prescrite en fonction de votre taux d'hémoglobine, de votre bilan martial, des pertes sanguines et de votre état clinique. Elle n'est pas systématique et est adaptée aux éventuelles contre-indications.

Quand consulter rapidement ?

Fièvre ou frissons, rougeur, écoulement ou ouverture de la cicatrice, douleur ou gonflement inhabituel, raccourcissement ou déformation brutale du membre avec impossibilité d'appui, déficit moteur ou sensitif nouveau, douleur ou gonflement du mollet, essoufflement ou douleur thoracique nécessitent un avis médical rapide ou urgent.

Complications générales graves

Certaines complications générales, notamment cardiovasculaires, respiratoires, thromboemboliques, infectieuses ou hémorragiques, peuvent exceptionnellement être graves et mettre en jeu le pronostic vital.

Important

Cette fiche complète l'information personnalisée qui vous a été délivrée en consultation. Elle ne remplace pas l'entretien individuel. Votre situation étant personnelle, certains bénéfices, risques, alternatives ou modalités opératoires peuvent différer. Si un point n'est pas clair, demandez une explication complémentaire. Vous pouvez également demander un second avis si vous le souhaitez.

Références principales

CNP-COT / SOFCOT / Orthorisq. Les prothèses totales de hanche (Prendre sa décision - guide pratique). La présente fiche est adaptée à ma pratique personnelle.

NICE. Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder. NG157.

Tripathy SK et al. Joint awareness among THA patients operated through anterior versus posterior approach: systematic review and meta-analysis. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2024.

CNP-COT / SOFCOT / Orthorisq. Document d'information sur le risque chirurgical et fiches d'information patients labellisées, version consultée en septembre 2026.

Pour en savoir plus

Des informations supplémentaires sur votre intervention, votre parcours chirurgical et les suites opératoires sont disponibles sur mon site d’information consacré à la chirurgie de la hanche et du genou.

Scannez ce QR code pour accéder au site.

Ces informations générales complètent, sans la remplacer, l’information personnalisée qui vous a été délivrée en consultation.