

Symptomatologie, méthodes et indications opératoires de la coxarthrose

Autor(en): **Nigst, H.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie**

Band (Jahr): - **(1956)**

Heft 146

PDF erstellt am: **28.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930746>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Symptomatologie, méthodes et indications opératoires de la coxarthrose

par H. Nigst

Chez l'adulte, c'est la coxarthrose qui donne l'indication la plus fréquente pour une intervention chirurgicale sur la hanche. C'est donc d'elle que nous parlerons dans cette brève introduction au traitement physiothérapeutique consécutif aux opérations sur l'articulation de la hanche.

Ce sont les douleurs à la marche qui avant tout mènent le malade chez le médecin. Ces malades en effet peuvent marcher des distances de plus en plus courtes, au fur et à mesure que la maladie progresse, jusqu'au moment où ils évitent tout appui sur l'articulation atteinte. Dans la plupart des cas, mais non dans tous, le repos allège ou fait disparaître ces douleurs. Il est des malades qui ne sont pas dérangés dans leur sommeil, et c'est le plus grand nombre. D'autre cependant sentiront des douleurs au repos ou seront réveillés la nuit au moindre mouvement involontaire de la hanche. Non seulement l'apparition, mais aussi la localisation de la douleur diffère selon les individus. Le plus souvent elle est crurale antérieure et se localise jusqu'au genou, ou bien elle sera ressentie à la face interne de la cuisse dans la région des muscles adducteurs. Plus rarement le malade souffrira dans la fesse et la région crurale postérieure. Quelquefois la douleur est ressentie dans le genou ce qui trop souvent donne lieu à des erreurs de diagnostic.

La raideur de la hanche dérange beaucoup moins le malade. En fait l'évolution souvent lente lui permet de s'y adapter. Il aura des difficultés à s'accroupir ou à s'asseoir sur une chaise basse. Il ne pourra plus nouer ses lacets de soulier et se chaussera «par derrière» sous le contrôle de la vue. Il utilisera un long chausse-pieds. Ce signe du soulier est caractéristique des états ankylosants de la hanche. La limitation de l'abduction empêchera le malade entre autres de monter à bicyclette. Lorsque la raideur devient impor-

tante, le malade est sérieusement handicapé dans l'exercice de ses activités journalières. Sans aide médicale, et lorsque celle-ci est inefficace, sans aide chirurgicale, il devient un véritable invalide confiné à sa chambre ou cloué au lit.

L'enraidissement de l'articulation malade est particulièrement marqué après une période de repos. C'est pourquoi, au lever ou après un certain temps de position assise, les premiers pas seront particulièrement pénibles, comme si le malade avait besoin de dérouiller son articulation.

Les signes objectifs essentiels de la coxarthrose sont l'attitude vicieuse de la cuisse sur le bassin et la limitation des mouvements de la hanche. Le diagnostic est vérifié par les radiographies.

Il existe deux sortes de coxarthroses: la coxarthrose primitive et la coxarthrose secondaire.

La coxarthrose primitive survient sans cause apparente sur des hanches normales chez des sujets généralement âgés de plus de 50 ans. L'évolution des coxarthroses primitives est d'ordinaire lente. La plupart du temps elles sont bilatérales.

La coxarthrose secondaire se développe sur une hanche congénitalement malformée, par exemple la sublucation congénitale de la hanche, ou encore elle est la complication tardive d'une coxa plana ou maladie de Legg-Perthes-Calvé. Elle peut se développer à la suite de fractures qui intéressent cette articulation. Ces coxarthroses secondaires sont le plus souvent unilatérales et leur évolution est d'ordinaire plus rapide.

Le traitement est le même pour les deux genres de coxarthrose. Il est soit médical, soit chirurgical.

Je ne m'arrêterai pas au traitement médical, ni au traitement orthopédique avec appareillage ou mobilisation de la hanche et reposition en bonne position. En effet, lorsque le traitement médical n'apporte

plus le soulagement voulu, le traitement chirurgical entre en jeu.

Les interventions chirurgicales se divisent en opérations nerveuses, para-articulaires et articulaires.

Les interventions sur le système nerveux ont pour but de supprimer la douleur par la section des voies de transmission de la sensibilité douloureuse de la hanche malade. Les résultats obtenus avec les neurotomies obturatrices et les dénervations totales de la hanche sont inconstants. Ces interventions ont de moins en moins d'adeptes.

Les opérations para-articulaires, ostéotomies, butée, forage et opération de Vogl, sont peut-être plus répandues. Par l'ostéotomie sous- ou pertrochantérienne on espère corriger les attitudes vicieuses et de ce fait obtenir une amélioration de l'impotence douloureuse. Malheureusement les résultats de l'ostéotomie sont souvent transitoires. Par la butée osteoplastique on espère éviter une luxation de la hanche malade. En tant qu'opération préventive, elle est efficace. Mais elle n'est d'aucune utilité lorsque la coxarthrose est présente. Le forage du col et de la tête fémorale par voie pertrochantérienne, avec ou sans introduction d'un greffon osseux, donne des résultats variables. L'opération de Vogl nous paraît un essai plus sérieux et plus radical d'interrompre les fibres nerveuses intraosseuses — si elles existent, ce qui n'est pas encore prouvé. Pourtant le fait est là qu'environ $\frac{2}{3}$ des malades bénéficient de cette opération mineure, ce qui n'est déjà pas mal. L'opération est simple. On pratique une petite fenêtre dans le grand trochanter et l'on enlève tout le tissu spongieux aussi bien dans la métaphyse fémorale que dans le trochanter, le col et la tête du fémur. On y joint l'excochléation du tissu spongieux de l'os qui forme le cotyle.

Des interventions articulaires les capsulectomies sont d'une valeur douteuse et rarement pratiquées sinon en combinaison avec une intervention majeure. Il est pourtant loin d'être certain qu'elle soit efficace. Les frères Judet, à Paris, par exemple

ne la pratiquent pas, et leur expérience est pourtant considérable.

L'arthrodèse est probablement l'opération qui fera disparaître les douleurs avec le plus de certitude, mais au prix d'une période d'immobilisation longue de plusieurs mois au lit et dans un plâtre. Lorsque la décision est prise en faveur d'une arthrodèse on renonce délibérément à la mobilité. Le chirurgien, de par son tempérament, se tournera bien plutôt vers une méthode qui tend à restituer la fonction naturelle. Notre tâche est non seulement d'alléger la douleur, mais aussi de restituer la fonction. Ce sont des chirurgiens, avant tout les frères Judet et après eux Merle d'Aubigné, Gosset et d'autres, qui ont cherché une voie nouvelle en réséquant la partie malade et en remplaçant la tête fémorale par une tête nouvelle en matière plastique ou en métal. Cette méthode ne représente qu'un stage dans le développement de l'arthroplastie de la hanche. Parmi les méthodes anciennes, dont quelques-unes sont encore employées dans certaines cliniques, figurent les plasties dans lesquelles la tête du fémur est recouverte de tissu autoplastique. Une autre méthode est l'implantation du grand trochanter dans le cotyle et encore une autre l'interposition d'une cupule métallique, méthode préconisée par Smith-Petersen en Amérique. Le dernier mot dans ce genre de chirurgie n'a pas encore été dit. La méthode n'est pas encore parfaite et elle n'a pas encore subi l'épreuve du temps. Elle est sujette à des améliorations constantes. Mais les résultats excellents ou bons constatés dans un grand nombre de cas justifient largement l'emploi de cette méthode pour des cas judicieusement choisis. Ce seront en général des malades plutôt âgés avec une coxarthrose uni- ou bilatérale. Chez les sujets jeunes, susceptibles de s'adapter plus facilement à une hanche ankylosée et où la maladie est unilatérale, nous nous déciderons plus facilement à l'arthrodèse. Mais ceci n'est qu'une attitude provisoire, susceptible de changement, une fois que nous saurons quels sont les résultats éloignés de l'arthroplastie de la hanche, résultats qui devront por-

ter sur 20, 30 ans et plus. La méthode de Vogl, nous la réservons pour des cas peu avancés qui bénéficient encore d'une mobilité relativement bonne, pour les cas bilatéraux chez des sujets âgés où nous ne pouvons nous décider à une intervention majeure et pour les malades qui

ne peuvent se décider à laisser faire faire une intervention majeure qui serait indiquée. Avec cette méthode nous ne nous barrassons pas la route, elle n'exclue pas l'exécution d'une arthroplastie ou d'une arthrodèse à une date ultérieure.

Le traitement cinésithérapique du dos au domicile du praticien

Yvonne FAVRE, Genève

Sur le conseil d'un spécialiste de Genève, une collègue du Jura me questionne par téléphone au sujet du traitement de massage et de gymnastique pour une patiente souffrant de douleurs lombaires. J'ai pensé que ma réponse intéresserait peut-être d'autres collègues, ce qui m'a décidée à écrire ces lignes.

Le traitement décrit ci-après s'applique dans des cas divers: insuffisance musculaire, arthroses vertébrales, discopathies opérées ou non, maladie de Scheuermann récente (adolescents) ou ancienne (adultes).

Le malade va et vient, soit qu'il ait quitté la clinique après une intervention ou une immobilisation, soit que son mal, sans l'empêcher de vaquer à ses affaires, l'a incité à consulter le médecin. De toutes façons un traitement cinésithérapique a été ordonné (sans préjudice pour d'autres mesures parallèles comme le port d'une ceinture orthopédique, le repos au milieu du jour, etc.).

Plusieurs chemins mènent à Rome, plusieurs façons de traiter peuvent réussir, aussi n'avons-nous pas la prétention de dire que la méthode décrite ci-dessous soit la seule bonne. Nous pouvons cependant assurer qu'elle a fait ses preuves et qu'ordonnée par un médecin compétent et appliquée à bon escient elle donne des résultats satisfaisants. Elle n'est pas indiquée pour les cas aigus, mais bien après la période aiguë, après une intervention ou une immobilisation, chez les chroniques, les nerveux où on a de la peine à déterminer jusqu'à quel point le facteur psychique

joue un rôle, enfin chez tous les déficients musculaires.

Il va de soi que la réussite du traitement dépend aussi du comportement et de l'activité du malade en dehors des séances, de son obéissance quant aux autres mesures ordonnées par le médecin, comme le port d'une ceinture et le repos au milieu de la journée.

Un malade à nous adressé avec des recommandations très sévères du chirurgien vient à sa séance un lundi en se lamentant, tout révolté de douleur. «Qu'avez-vous fait hier pendant votre dimanche?» questionnons-nous. — «J'ai arraché la haie de mon jardin.» On a de la peine à croire que c'est possible, mais nous garantissons l'authenticité de cette réponse.

Le malade doit donc savoir dès le début du traitement qu'il est appelé à collaborer avec le praticien. Aussi est-il de toute nécessité d'établir des relations de confiance et de compréhension avec le malade.

Le traitement comprend le massage, la gymnastique et l'application de chaleur.

Nous observons une règle absolue: ne jamais occasionner de douleur, ni par les positions, ni par les manipulations, ni par les exercices. Certainement au début il y aura des manifestations de sensibilité, mais nous veillons à ce qu'elles restent légères et qu'aucune des applications n'exaspère la douleur existant déjà. Le massage se fera en une position confortable. Chacun sait que le coucher à plat ventre sur une surface horizontale plane n'est pas toléré par les malades qui souff-