

PROTOCOLE DE REEDUCATION APRES PTH PAR VOIE ANTERIEURE



I. Phase Pré-opératoire (Préparation)

L'objectif est d'optimiser l'état physique du patient avant l'agression chirurgicale.

- **Mobilité et Renforcement** : Entretenir l'amplitude articulaire et renforcer les muscles péri-articulaires (quadriceps, fessiers).
- **Éducation** : Enseigner les transferts, l'utilisation des cannes et la montée/descente d'escaliers.
- **Aménagement** : Conseiller sur l'adaptation du domicile pour sécuriser le retour.

II. Phase Hospitalière : Post-opératoire Immédiat (J0 à J3/J4)

Le but est la verticalisation précoce et l'apprentissage de l'autonomie de base.

- **J0 (Jour de l'opération)** : Premier lever et quelques pas dans la chambre avec déambulateur ou cannes. Éducation à la prévention des luxations lors des transferts au lit et au fauteuil.
- **J1** : Mobilisation active et passive du genou et de la hanche (flexion limitée à 90°, abduction 20°). Travail isométrique des quadriceps et des fessiers. Marche dans le couloir avec cannes. Éducation aux transferts en conditions réelles (lit bas, pas de potence).
- **J2 à J3 (si escaliers à domicile)** : Apprentissage des escaliers (montée : jambe saine en premier ; descente : jambe opérée en premier).
- **Critères de sortie** : douleur contrôlée, Marche autonome sur 30m, transferts maîtrisés et si nécessaire escaliers sécurisés.

III. Phase de Convalescence Initiale (J4 à J15)

Repos relatif pour favoriser la cicatrisation tissulaire.

- **Marche** : Régulière mais courte (max 20 min), avec deux cannes pour sécuriser le schéma de marche.
- **Auto-rééducation** : Contractions isométriques répétées, flexion douce hanche/genou, et exercices de mobilisation des chevilles.
- **Gestion trophique : Cryothérapie** (20 min plusieurs fois par jour) et drainage pour lutter contre l'œdème et la douleur.

IV. Phase de Rééducation Active (S3 à 3 Mois)

Début de la rééducation intensive, de préférence en cabinet.

- **Travail de la marche** : Sevrage progressif des cannes, correction des boiteries et récupération du pas postérieur.
- **Renforcement musculaire** : Travail actif des fessiers (notamment le moyen fessier), du quadriceps et des extenseurs de hanche. Introduction du vélo d'appartement à faible résistance.
- **Proprioception** : Travail de l'équilibre unipodal et stabilisation du bassin.
- **Précautions** : Éviter les mouvements extrêmes combinant **extension + rotation externe + abduction** (mouvements potentiellement luxants par voie antérieure).

V. Phase de Réathlétisation (3 à 6 Mois et +)

Reprise progressive des activités sportives selon les capacités.

- **À 3 mois** : Reprise autorisée du vélo sur route, natation, golf et randonnée.
- **Entre 3 et 6 mois** : Reprise possible de la course à pied après validation de l'ostéo-intégration de la prothèse.
- **Objectif final** : Atteindre le stade de la "**hanche oubliée**".

Rééducation de la PTH par Voie Antérieure : Protocole et Chronologie

Un guide structuré pour la rééducation post-opératoire d'une Prothèse Totale de Hanche (PTH) par voie antérieure, de l'hôpital au retour au sport.

Phase Hospitalière (J0 à J4)

1 Verticalisation et premiers pas



Premier lever dès J0 ou J1 avec l'aide d'un kinésithérapeute, favorisant l'appui complet immédiat selon la tolérance à la douleur.

2 Autonomie des transferts



Apprentissage des transferts lit fauteuil en monobine et utilisation sécurisée du déambulateur ou des cannes anglaises dans la chambre.

3 L'étape des escaliers (J2-J3)



Enseignement du moyen mnémotechnique : montés "au paradis" (jambe saine en premier) et descente "en enfer" (jambe opérée en premier).

Convalescence et Repos (J4 à J15)

1 Marche limitée et fonctionnelle



Priorité aux déplacements utilitaires au domicile ; les sorties extérieures doivent être progressives et ne pas excéder 20 minutes pour éviter le surmenage.

2 Auto-rééducation douce



Exercices simples à répéter plusieurs fois par jour : contractions isométriques du quadriceps (écraser un coussin sous le genou) et mobilisations de cheville.

3 Protection tissulaire



Respect strict du repos pour favoriser la cicatrisation cutanée et profonde ; le port de charges lourdes est formellement proscrit.

Rééducation Active (S3 à M3)

1 Renforcement ciblé (Fessiers/Quads)



Travail dynamique du moyen fessier (abduction), du grand fessier et du quadriceps en position debout ou couchée pour stabiliser le bassin.

2 Travail de l'équilibre



Exercices de proprioception et d'appui unipodal pour corriger le schéma de marche et éliminer toute boiterie résiduelle.

3 Sevrage des cannes



Abandon progressif des aides à la marche (passage de 2 à 1 canne, puis suone) dès que la stabilité et l'indolence la permettent, souvent dès la 3ème semaine.

Retour aux Activités et Sport (M3 et au-delà)

1 Sports à faible impact (Dès M1-M3)



Reprise autorisée du vélo d'appartement (souvent dès J15), de la marche, de la natation après cicatrisation à 63) et du golf.

2 Consolidation et loisirs (M3+)



Reprise possible du jardinage (sans bêcher), de la danse, du yoga et du tennis en double après validation médicale.

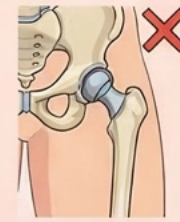
3 Sports d'impact (M6)



La reprise de la course à pied (jogging) est envisageable à 6 mois pour respecter le processus d'ostéo-intégration de l'implant.

Précautions et Gestion des Suites

1 Mouvements contre-indiqués (3 mois)



Éviter la combinaison "Extension + Rotation Externe forcée + Abduction" qui constitue le mécanisme principal de luxation par voie antérieure.

2 Gestion de l'œdème



Application de glace (cryothérapie) 20 min plusieurs fois par jour, surélévation de la jambe au repos et port de bax contention pendant 1 mois.

2 Gestion de l'œdème



Application de glace (cryothérapie) 20 min plusieurs fois par jour, surélévation de la jambe au repos et port de bas de contention pendant 1 mois.

3 Écoute du seuil douloureux



Toute activité ou exercice doit rester indolore ; une augmentation de la douleur est un signal d'alerte nécessitant plus de repos.