

# Voie postérieure vs Voie antérieure

Dr Joufflineau Simon

~~30.03.2021~~

13.04.2021

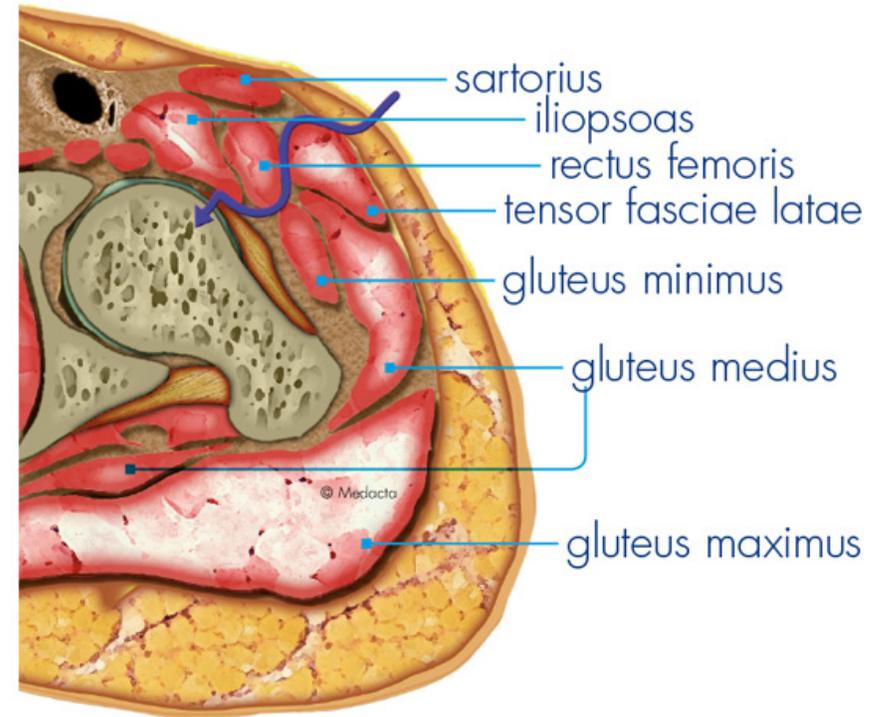
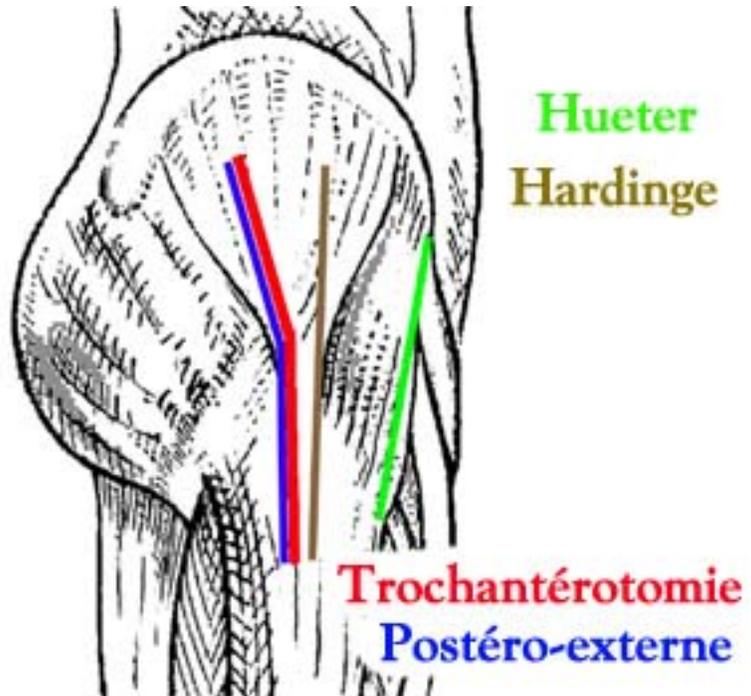
# Rappel historique

- Hueter: voie antérieure (**Hueter C.** Grundriss der Chirurgie : Vogel, F.C.W., 1883.)
- Watson Jones 1936: antéro latérale (entre GM et TFL)
- Robert Judet (1947): 1ere PTH sur table orthopédique par VA
- Moore 1950: voie postérieure
- Sir John Charnley 1960 : trochantérotomie
- K. Hardinge 1982: voie transglutéale

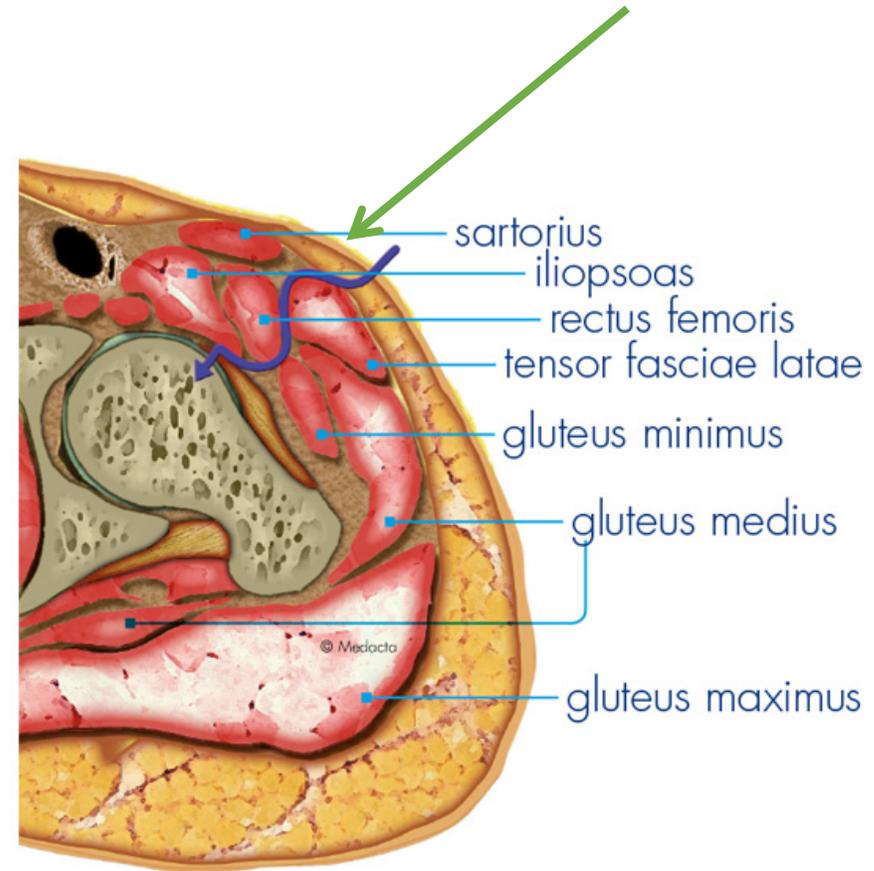
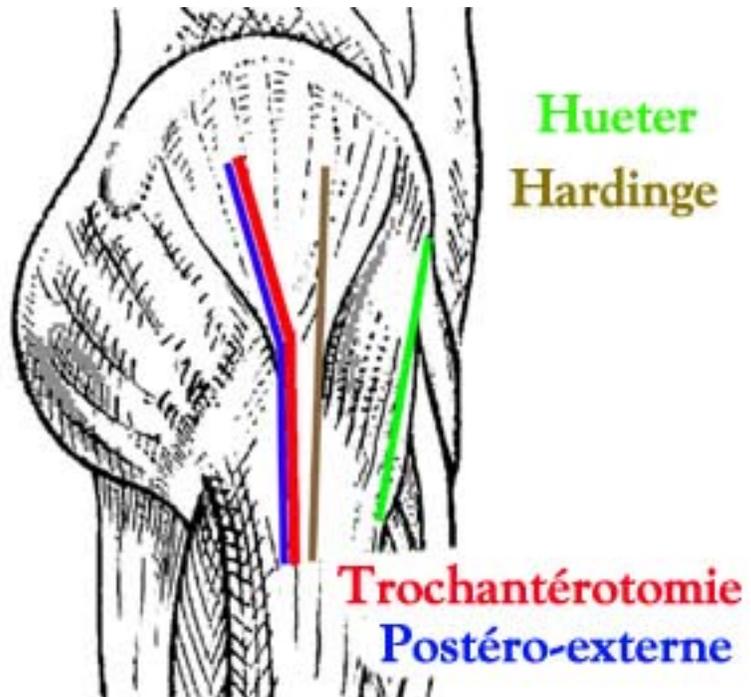
# Rappel historique

- Inclure la voie d'abord dans l'histoire de la PTH:
  - Évolution des couples de frottement
  - Modification de la taille des têtes fémorales...
  - ... et risque de luxation.

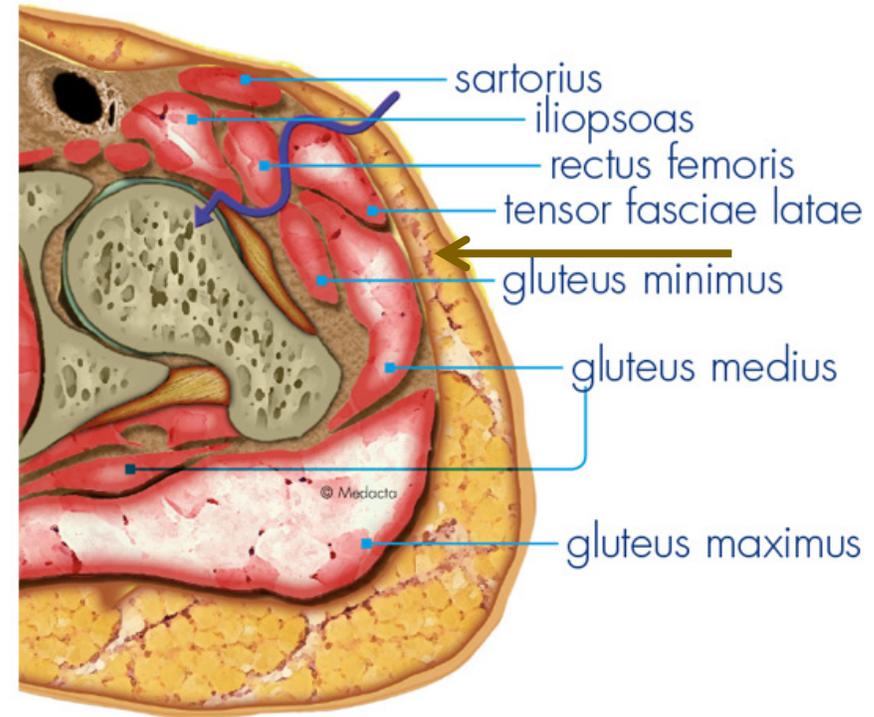
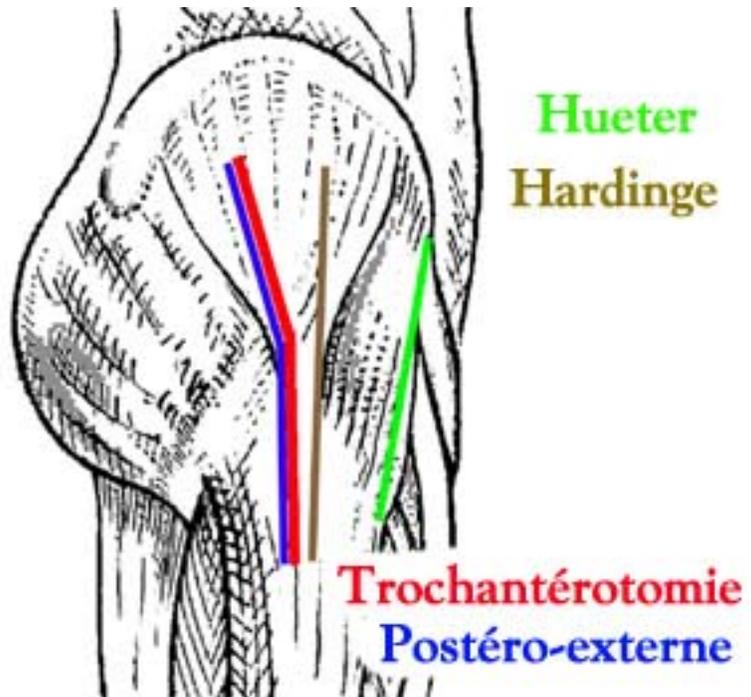
# Rappel anatomique



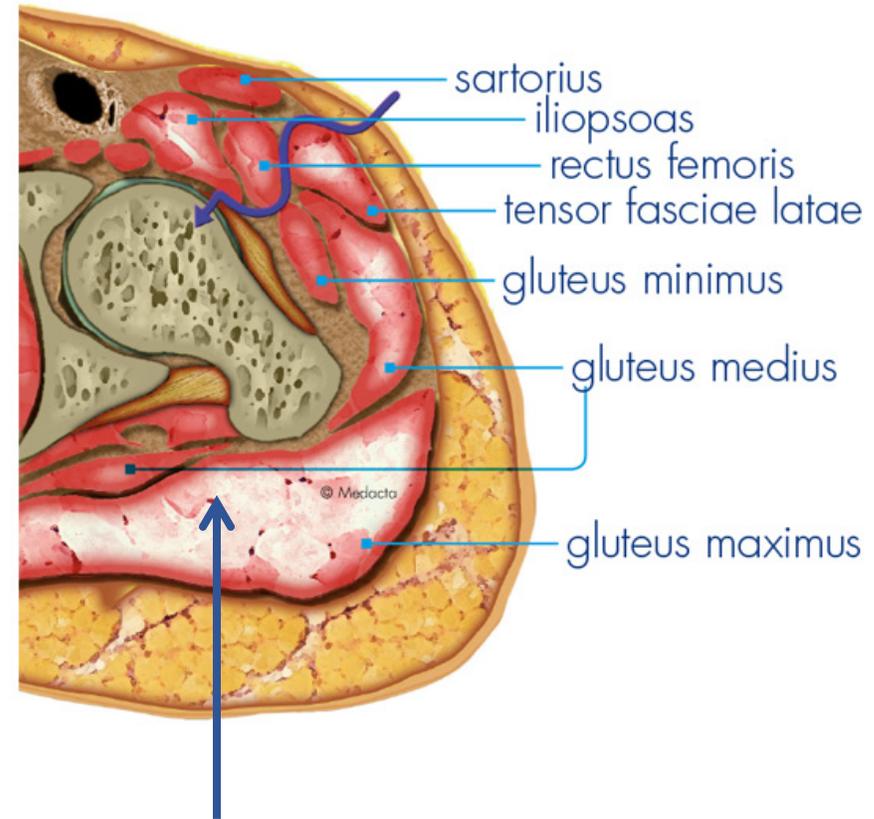
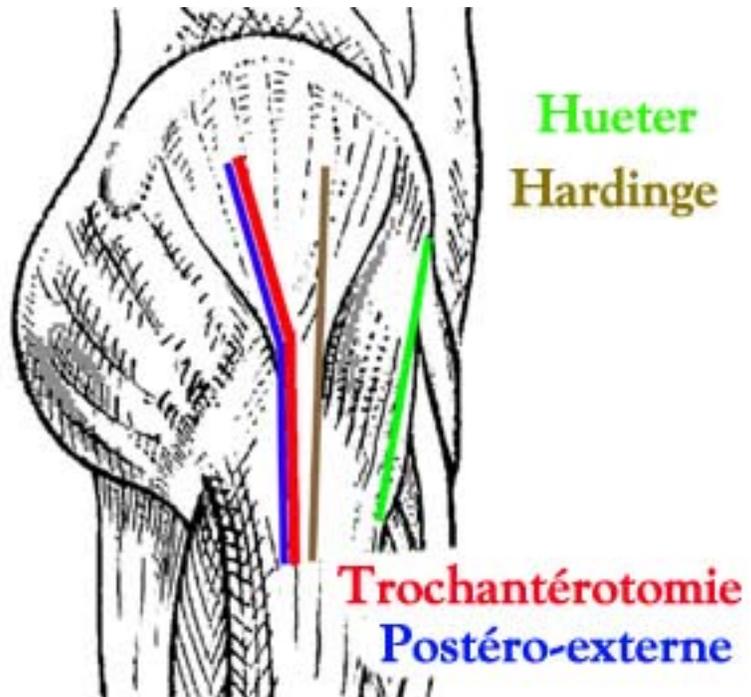
# Rappel anatomique



# Rappel anatomique



# Rappel anatomique

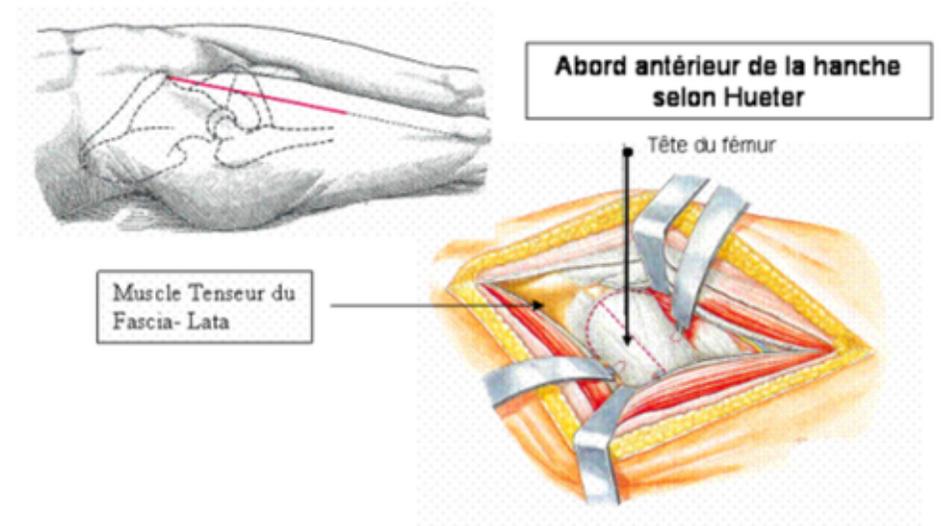


# Définitions (pour cette présentation...)

- Voie postérieure: voie « classique » de Moore avec abord et luxation postéro-externe de la tête fémorale
- Voie antérieure: Direct Anterior Approach ou de Hueter, avec abord intermusculaire (sartorius et TFL) et luxation antérieure de la tête (avec ou sans table de traction)

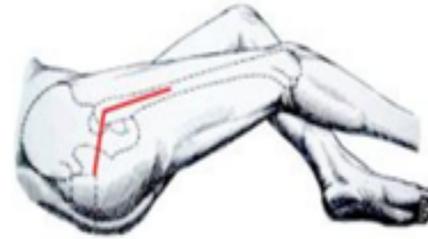
# Voie antérieure

- Décubitus dorsal
- Incision entre EIAS et grd trochanter (alternative horizontale)
- Ouverture aponévrose TFL, récliné latéralement
- Ouverture aponévrose droit antérieur
- Ligature paquet circonflexe
- +/- section tendon réfléchi
- Capsulotomie
- Section du col tête en place
- Gestes sur les tissus mous fonction de la table et de l'implant!

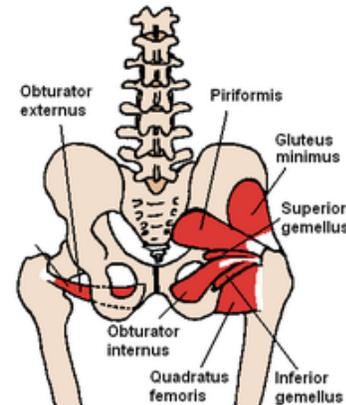
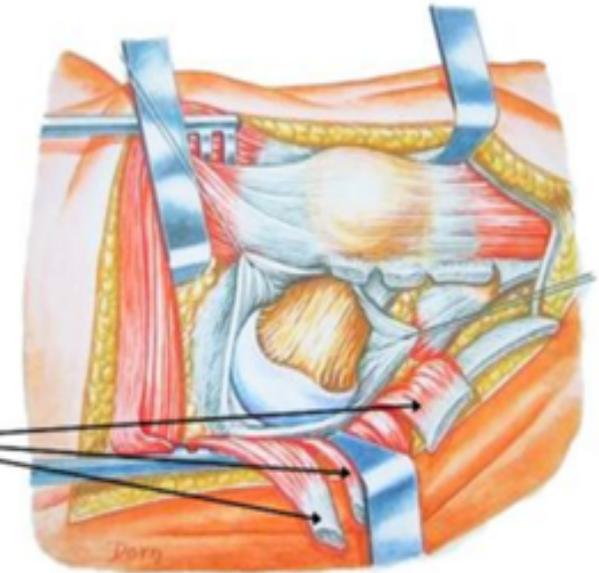


# Voie postérieure

- Décubitus latéral
- Ouverture fascia lata
- Dissection grand fessier dans le sens des fibres
- Repérage et écartement moyen fessier
- Repérage +/- section tendon piriformis
- Repérage et écartement petit fessier
- Section pelvi-trochantériens (JS, OI, II)
- Capsulotomie
- Luxation postérieure



Voie d'abord postérieure de la hanche selon Moore



# DAA les «pour»

- Décubitus dorsal:
  - - Anesthésie facilitée
  - - Rapidité d'installation
  - - Contrôle de la longueur si 2 jambes dans le champ
  - - Intervention bilatérale possible

# DAA les «pour»

- Abord intermusculaire = diminution des douleurs post opératoires pendant les 15 premiers jours

# DAA les «pour»

- Duwelius et coll. ont trouvé un bénéfice **économique** significatif de la voie «mini-invasive» par rapport aux voies d'abord standards. Les coûts d'hospitalisation et de réadaptation semblent diminués.

**Duwelius PJ, Moller HS, Burkhart RL, et al.** The economic impact of minimally invasive total hip arthroplasty. J Arthroplasty 2011;26:883

# DAA les «pour»

- Réduction du temps d'hospitalisation, abandon des béquilles précoce et autonomie plus rapide.

**A comparison of hospital length of stay and short-term morbidity between the anterior and the posterior approaches to total hip arthroplasty**

[Christopher T Martin](#) -, [Andrew J Pugely](#), [Yubo Gao](#), [Charles R Clark](#)

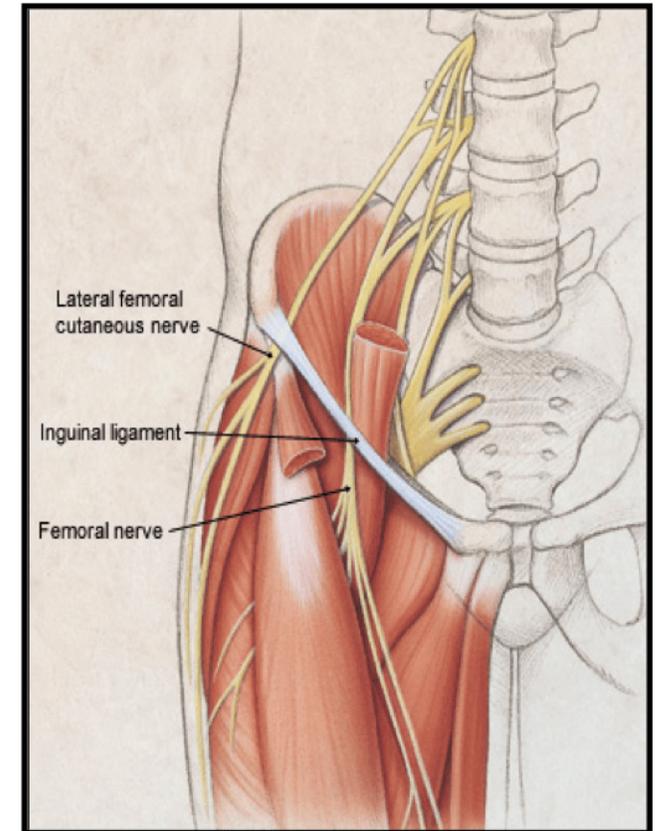
J Arthroplasty 2013 ; 28(5) : 849-54

# DAA les «pour»

- Diminution du risque de luxations par préservation de la capsule postérieure et mouvements luxants antérieurs rares
- Risque 0,1 à 1,5%

# DAA les « contre »

- Lésion nerf fémoro cutané (jusqu'à 30%)
- Ne pas trop médialiser l'incision!



Homma Y, Baba T, Sano K, Ochi H, Matsumoto M, Kobayashi H, Yuasa T, Maruyama Y, Kaneko K. [Lateral femoral cutaneous nerve injury with the direct anterior approach for total hip arthroplasty](#). *Int Orthop*. 2016 Aug;40(8):1587-1593.

# DAA les « contre »

- Courbe apprentissage nécessaire (50 patients) pour:
  - Positionnement cotyle
  - Réduction saignement
  - Diminution des fractures per opératoires

# DAA les « contre »

- Double abord si fracture diaphysaire per opératoire.
- Risque de calcification hétérotopique (prévention par AINS)

# Voie post les «pour»

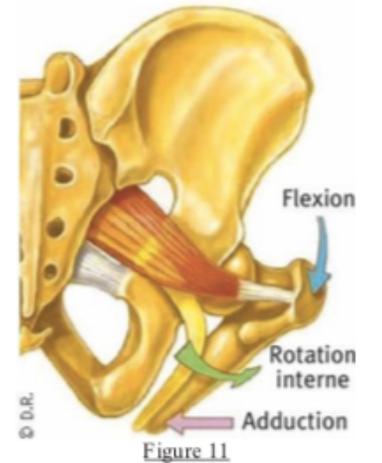
- Exposition cotyle et fémur aisées
- Extensions proximales et distales

# Voie post les «pour»

- Learning curve moins longue
- Abord moins invasif plus aisé pour chirurgien expérimenté de la voie postérieure classique.

# Voie post les « contre »

- Taux de luxation plus élevé (4%)... sauf si
- -> Abord minimal
- -> Suture capsulaire
- -> Préservations pelvitrochantériens
- -> Tête de gros diamètre
- (et utilisation de double-mobilité)



Maratt JD, Gagnier JJ, Butler PD et al. No difference in dislocation seen in anterior vs posterior approach total hip arthroplasty. J Arthroplasty 2016; 31(9 Suppl) : 127-30

# A savoir

- Résultats fonctionnels identiques à 3 et 12 mois
- Pas d'évidence de différence en terme de saignement post opératoire
- Pas de différence en terme d'inégalité de longueur des MI
- Reprise de PTH et dysplasies de cotyles faisables par les 2 voies
  
- Tous ces axiomes sont vrais pour des chirurgiens habitués à leur voie d'abord!

*Bon G, Kacem EB, Lepretre PM, Weissland T, Mertl P, Dehl M, Gabrion A. Does the direct anterior approach allow earlier recovery of walking following total hip arthroplasty? A randomized prospective trial using accelerometry. Orthop Traumatol Surg Res. 2019 May;105(3):445-452.*

# Survie à long terme

- Dépend du choix des implants et non pas de la voie d'abord!
- Attention au marketing et aux « effets de mode »

# Take home message

- Utiliser la voie d'abord que l'on sait faire.
- Ne pas sacrifier le choix d'un implant en fonction de la voie d'abord.

