



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Éditorial

Promotion de l'abord antérieur direct de hanche par l'industrie : chacun est-il dans son rôle ?[☆]



Marketing the direct anterior approach to the hip: Is the industry overstepping its role?

Un fabricant a pris l'initiative d'utiliser des données anatomiques et des notions de techniques chirurgicales dans le but de promouvoir la vente d'un implant. La Société française de la hanche et du genou (SFHG), à travers son président ne peut que dénoncer ce genre de démarche. Chacun se reconnaîtra. Il s'agit de la promotion d'une voie d'abord destinée à influencer les chirurgiens dans le sens de l'acquisition d'une extension de table, indispensable pour mieux implanter la prothèse de hanche du fabricant.

Je me fais donc ici le porte-parole de l'ensemble des collègues qui ne peuvent implanter des prothèses « qu'en coupant les nerfs et les muscles », c'est-à-dire tout ceux qui travaillent sans la fameuse extension de table orthopédique. Y a-t-il un fondement objectif pour ces affirmations affichées en grosses lettres sur plaque de carton glacé, alors que les caractéristiques techniques de l'implant n'y figurent pas ? Suivent une suite d'affirmations fausses, non documentées par des publications de haut niveau d'évidence, s'étalant comme une liste d'arguments mercantiles.

En premier lieu, l'abord antérolatéral est possible sans table orthopédique, par exemple en passant sous le moyen fessier selon la description de Rottinger [1]. Ensuite, l'abord antérieur direct n'est pas dénué de complications nerveuses et surtout pas de complications tout court. De nombreuses comparaisons sont publiées. La récupération des paramètres du pas examinés sur plateau de marche apparaît comparable dans l'abord antérieur direct et l'abord postérieur classique hormis la force de la rotation externe active [2]. Martin et al. [3] n'ont pas pu mettre en évidence de différences entre les scores de qualité de vie de la voie antérieure et de la voie postérieure. La méta-analyse de Higgins et al. [4] met en évidence des durées de séjour plus réduites pour les voies antérieures directes mais des pertes sanguines plus élevées que dans les voies postérieures. Certes, le taux de luxation est incontestablement plus élevé par voie postérieure, mais la réparation des muscles pelvi-trochantériens dans la voie d'abord postérieure

permet de réduire les taux de luxations à des valeurs voisines de la voie antérieure [5–8] et en particulier si l'on utilise des têtes de gros diamètre [9–11]. L'utilisation de ces deux voies dans leur forme dite mini-invasive montre des résultats plutôt en faveur de la voie postérieure [12]. En fait, les résultats sont contrastés. Pour certains, l'abord antérieur direct permet une récupération plus rapide et un raccourcissement de la période d'hospitalisation [13,14] au prix d'un taux élevé de complications (fractures fémorales ou mauvais placement de tiges) pendant la période d'apprentissage. Pour d'autres, l'abord antérieur direct ne peut se prévaloir d'une récupération plus rapide ni d'une durée plus courte d'hospitalisation ni de pertes sanguines minimisées par rapport aux autres techniques [12,15]. Spaans et al. [15] n'ont pas observé d'amélioration après une courbe d'apprentissage d'une cinquantaine de patients. La neurapraxie incomplètement résolutive du nerf fémoral latéral est fréquente [16]. Bref la discussion reste ouverte et montre que ces différentes voies d'abord conduisent à d'excellentes récupérations fonctionnelles entre des mains expertes. L'issue est donc la maîtrise technique de la voie utilisée.

Les partenariats entre industriels et chirurgiens reposent dans la très grande majorité des cas sur des relations loyales ne remettant pas en cause l'indépendance des parties et évitant les comparaisons d'implants ou de techniques par les fabricants. Ces dernières relèvent d'investigations scientifiques, si possible entreprises avec le plus haut niveau de preuve possible, et par conséquent fondées sur des articles publiés après soumission à comité de lecture. Les fabricants n'interviennent pas sur ce terrain qui est réservé aux chirurgiens utilisateurs et investigateurs. Les entorses à ce contrat ne doivent pas faire hésiter à stopper toute relation avec les contrevenants, de façon à ce que la transmission de l'information médicale ne repose que sur des arguments objectifs et non commerciaux. Dans l'intérêt de leurs patients, les chirurgiens doivent pouvoir effectuer des choix fondés sur des considérations honnêtes et non

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2016.04.001>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2016.04.001>

1877-0517/© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

sur des effets de mode remettant périodiquement à l'honneur les mêmes vieilles techniques qui se côtoient depuis plusieurs dizaines d'années.

Déclaration de liens d'intérêts

Philippe Massin a reçu des royalties de Ceramconcept et de Microport. Il est consultant chez Evolutis. Il est l'actuel président de la Société française de la hanche et du genou.

Références

- [1] Rottinger H. [The mis anterolateral approach for THA]. *Orthopade* 2006;35:708 [10–15].
- [2] Rathod PA, Orishimo KF, Kremenic IJ, Deshmukh AJ, Rodriguez JA. Similar improvement in gait parameters following direct anterior & posterior approach total hip arthroplasty. *J Arthroplasty* 2014;29:1261–4.
- [3] Martin CT, Pugely AJ, Gao Y, Clark CR. A comparison of hospital length of stay and short-term morbidity between the anterior and the posterior approaches to total hip arthroplasty. *J Arthroplasty* 2013;28:849–54.
- [4] Higgins BT, Barlow DR, Heagerty NE, Lin TJ. Anterior vs. posterior approach for total hip arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *J Arthroplasty* 2015;30:419–34.
- [5] Hedley AK, Hendren DH, Mead LP. A posterior approach to the hip joint with complete posterior capsular and muscular repair. *J Arthroplasty* 1990;5(Suppl.):S57–66.
- [6] Suh KT, Park BG, Choi YJ. A posterior approach to primary total hip arthroplasty with soft tissue repair. *Clin Orthop Relat Res* 2004;162–7.
- [7] Osmani O, Malkani A. Posterior capsular repair following total hip arthroplasty: a modified technique. *Orthopedics* 2004;27:553–5.
- [8] Tsai SJ, Wang CT, Jiang CC. The effect of posterior capsule repair upon post-operative hip dislocation following primary total hip arthroplasty. *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9:29.
- [9] James SS, Lees D, James P, et al. Lower rates of dislocation with increased femoral head size after primary total hip replacement: a five-year analysis of NHS patients in England. *J Bone Joint Surg Br* 2011;93:876–80.
- [10] Lombardi Jr AV, Skeels MD, Berend KR, Adams JB, Franchi OJ. Do large heads enhance stability and restore native anatomy in primary total hip arthroplasty? *Clin Orthop Relat Res* 2011;469:1547–53.
- [11] Cuckler JM, Moore KD, Lombardi Jr AV, McPherson E, Emerson R. Large versus small femoral heads in metal-on-metal total hip arthroplasty. *J Arthroplasty* 2004;19:41–4.
- [12] Poehling-Monaghan KL, Kamath AF, Taunton MJ, Pagnano MW. Direct anterior versus minimiposterior THA with the same advanced perioperative protocols: surprising early clinical results. *Clin Orthop Relat Res* 2015;473:623–31.
- [13] Barrett WP, Turner SE, Leopold JP. Prospective randomized study of direct anterior vs. postero-lateral approach for total hip arthroplasty. *J Arthroplasty* 2013;28:1634–8.
- [14] Zawadsky MW, Paulus MC, Murray PJ, Johansen MA. Early outcome comparison between the direct anterior approach and the mini-incision posterior approach for primary total hip arthroplasty: 150 consecutive cases. *J Arthroplasty* 2014;29:1256–60.
- [15] Spaans AJ, van den Hout JA, Bolder SB. High complication rate in the early experience of minimally invasive total hip arthroplasty by the direct anterior approach. *Acta Orthop* 2012;83:342–6.
- [16] Goulding K, Beaulieu PE, Kim PR, Fazekas A. Incidence of lateral femoral cutaneous nerve neuropraxia after anterior approach hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2010;468:2397–404.

P. Massin ^{a,*}, ^b, et la Société française de la hanche et du genou (SFHG)

^a Département de chirurgie orthopédique, hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine, 46, rue Henri-Huchard, 75877 Paris cedex 18, France

^b EA 7334 recherche clinique coordonnée ville-hôpital, méthodologies et société, université Paris-Diderot, université Paris-Diderot, Sorbonne Paris Cité, 75010 Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : phmassin@gmail.com