



# Voie Antérieure de Hueter sur table orthopédique

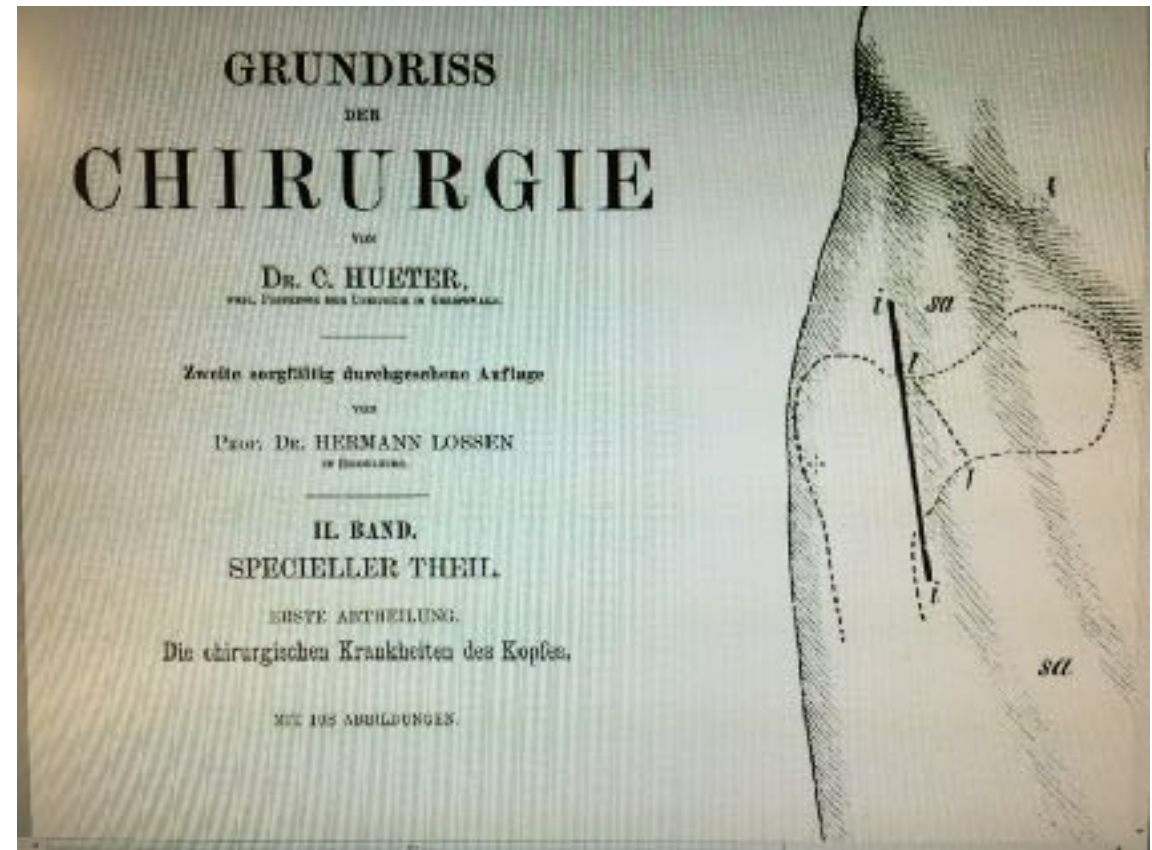
DR SCHMIDT WILLY

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE MINI INVASIVE

CLINIQUE SAINT HILAIRE

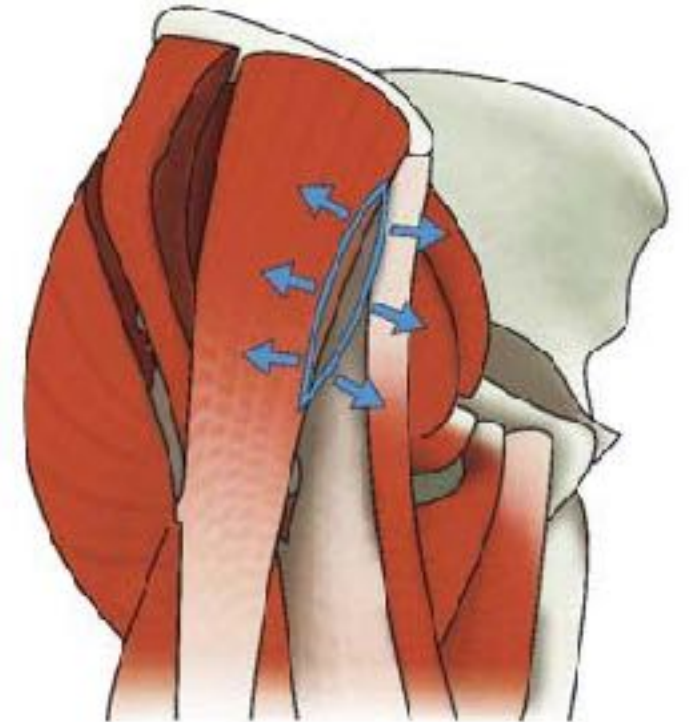
# Voie Antérieure de Hueter

- ▶ Version mini invasive actuelle de l'abord de Robert Judet (1950)
- ▶ Première description par Carl Hueter, chirurgien allemand, en 1881
- ▶ Repris en 1917 par Smith Petersen, chirurgien Américain né en Norvège

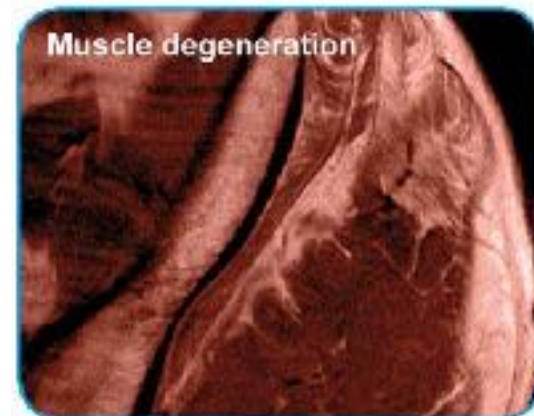
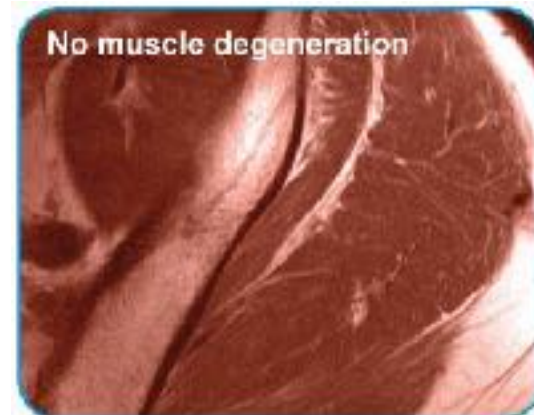
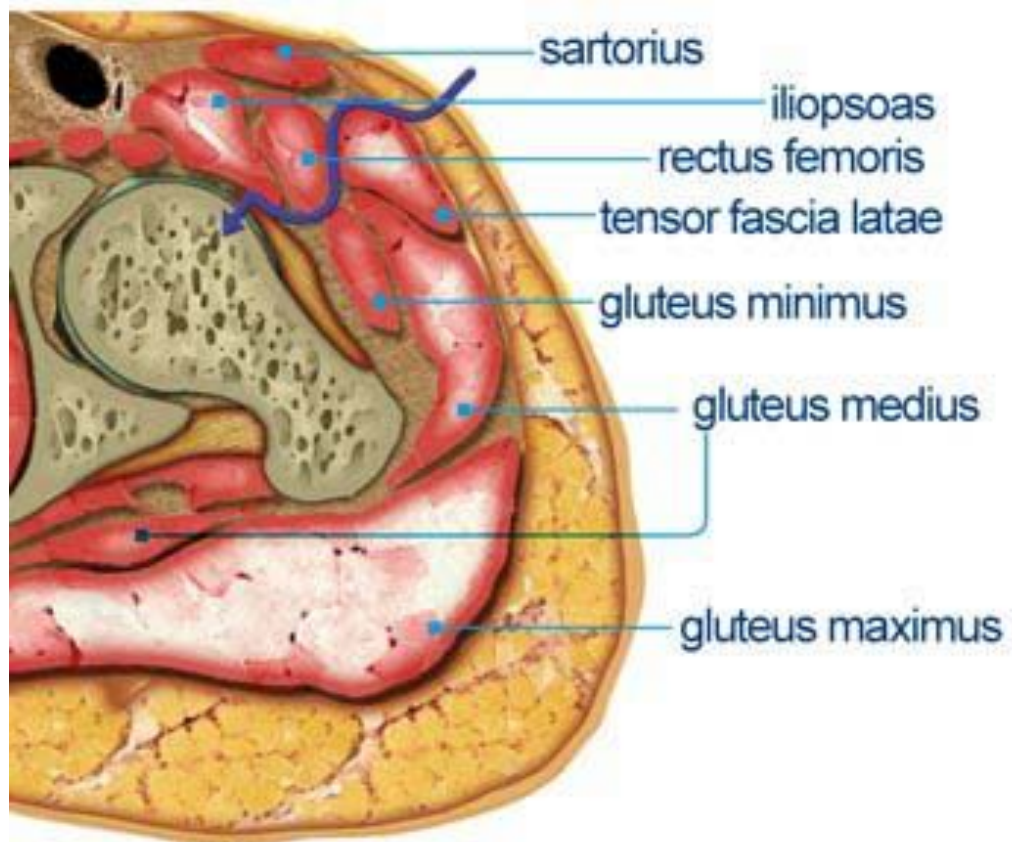


# Voie Antérieure de Hueter

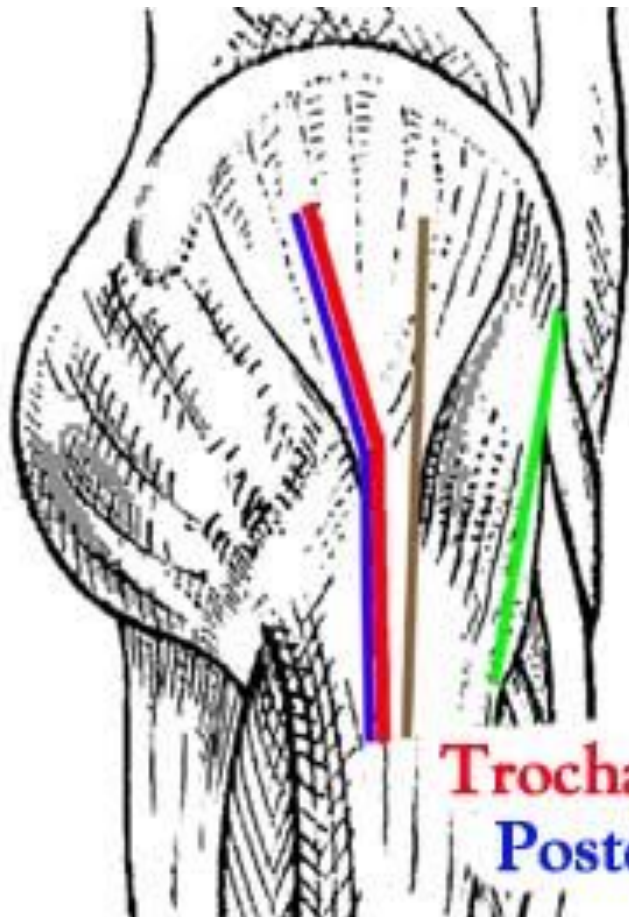
- ▶ Voie passant entre le muscle tenseur du fascia lata et le sartorius (Couturier)
- ▶ Sécurise l'innervation du tenseur du fascia lata
- ▶ Préservation optimisée du bord antérieur du moyen fessier
- ▶ Réduit le risque d'agressivité des râpes fémorales sur les corps musculaires
- ▶ Arthrotomie préservant le plan capsulaire antérieur



# Voie Antérieure de Hueter



# Voie Postéro-externe de Moore



Hueter  
Hardinge

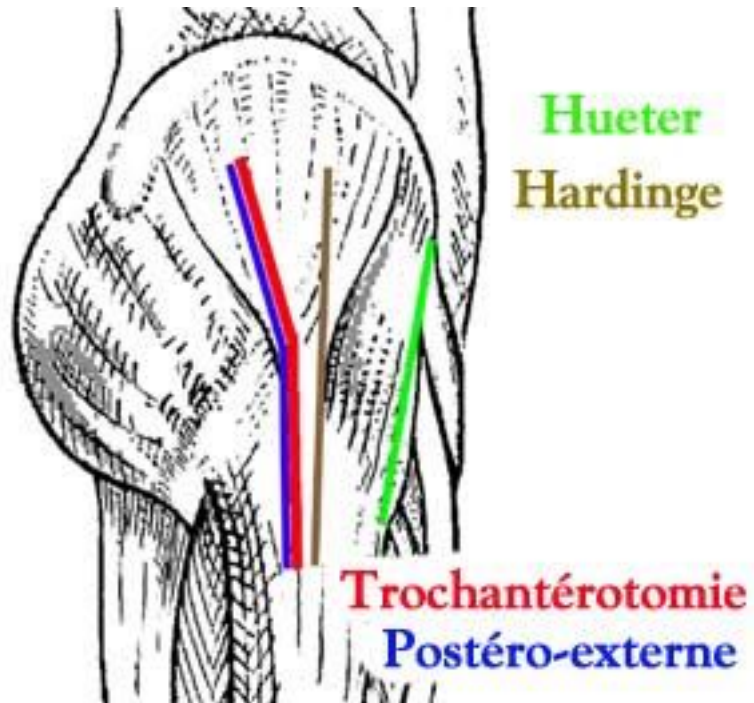
Trochantérotomie  
Postéro-externe



Section des muscles pelvi-trochantériens

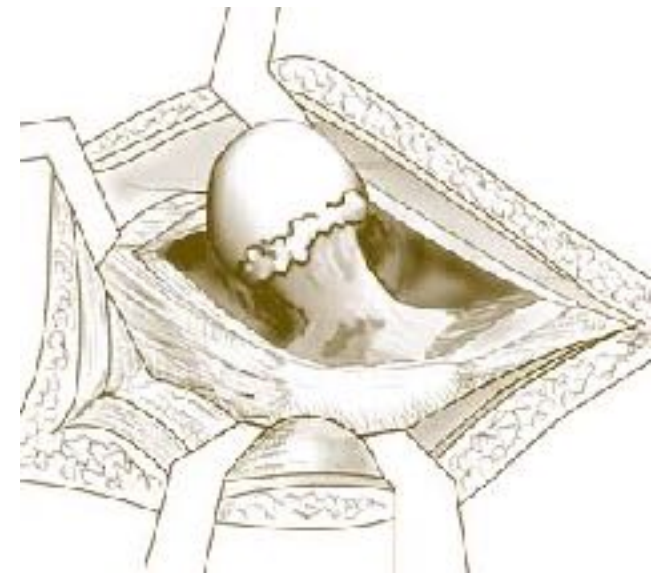
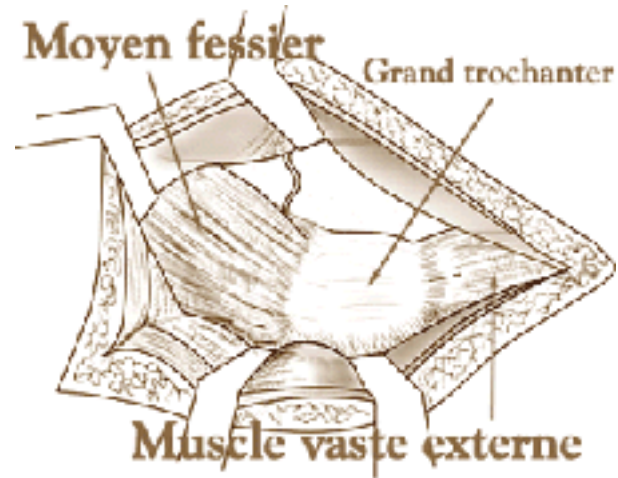
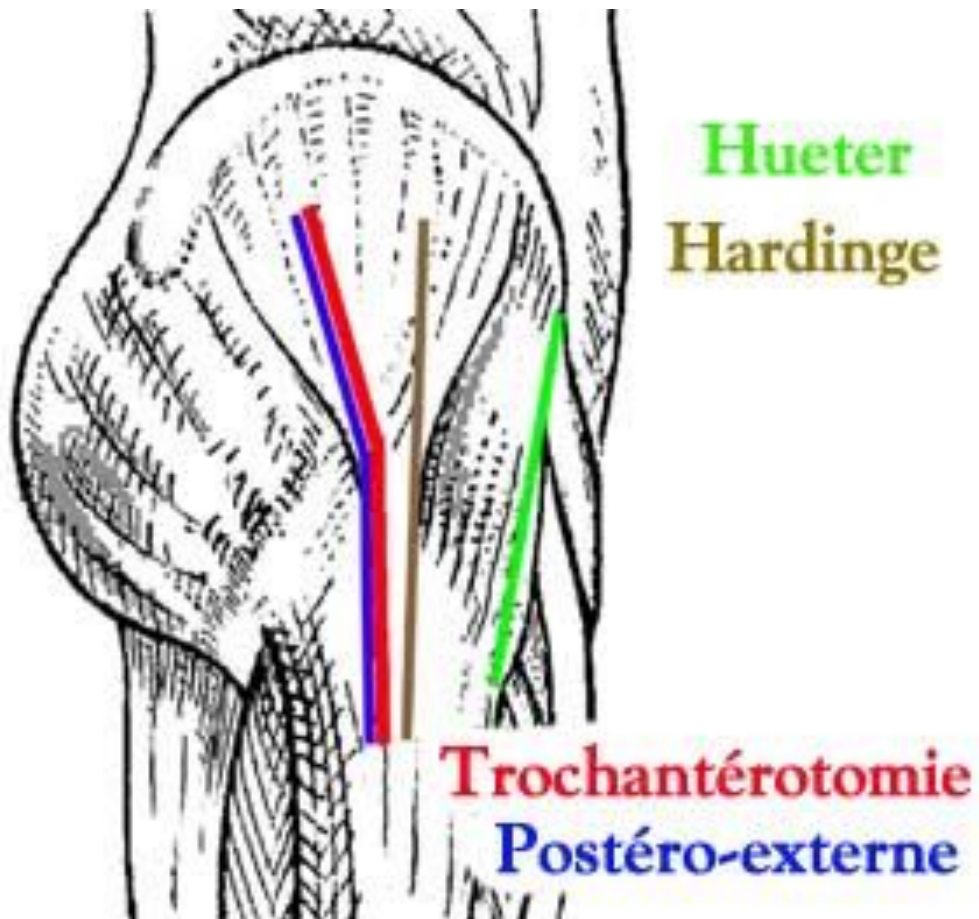


# Voie Postéro-externe de Moore

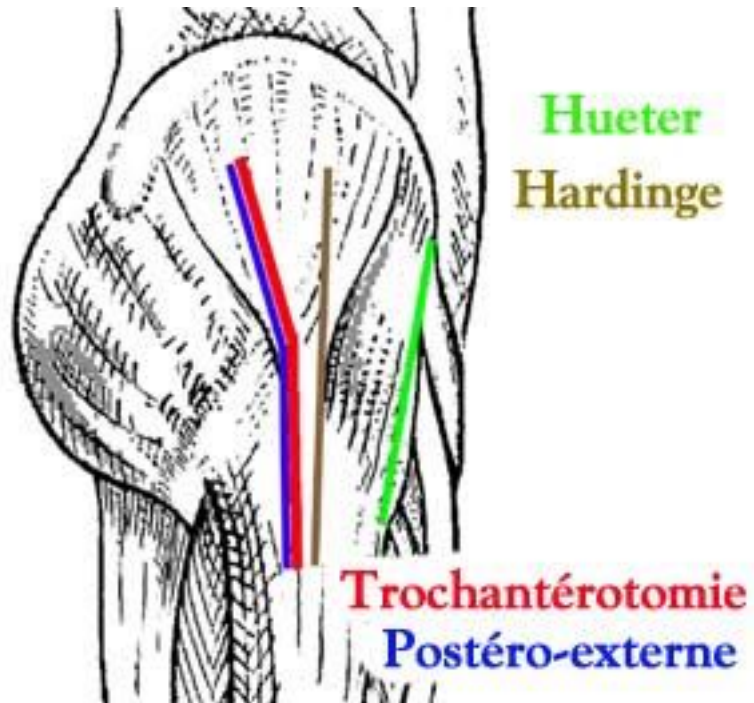


- ▶ La plus utilisée en France (75%), aux USA, et dans le monde.
- ▶ Préserve les abducteurs mais sacrifie des courts rotateurs externes (stabilisateurs du bassin)
- ▶ Risque théorique pour le nerf sciatique
- ▶ Taux de luxation élevé : jusqu'à 10% (moyenne 5%)
- ▶ Incite à l'utilisation de cotyles à double mobilité
- ▶ 2 cannes pendant 1 mois

# Voie Externe de Hardinge



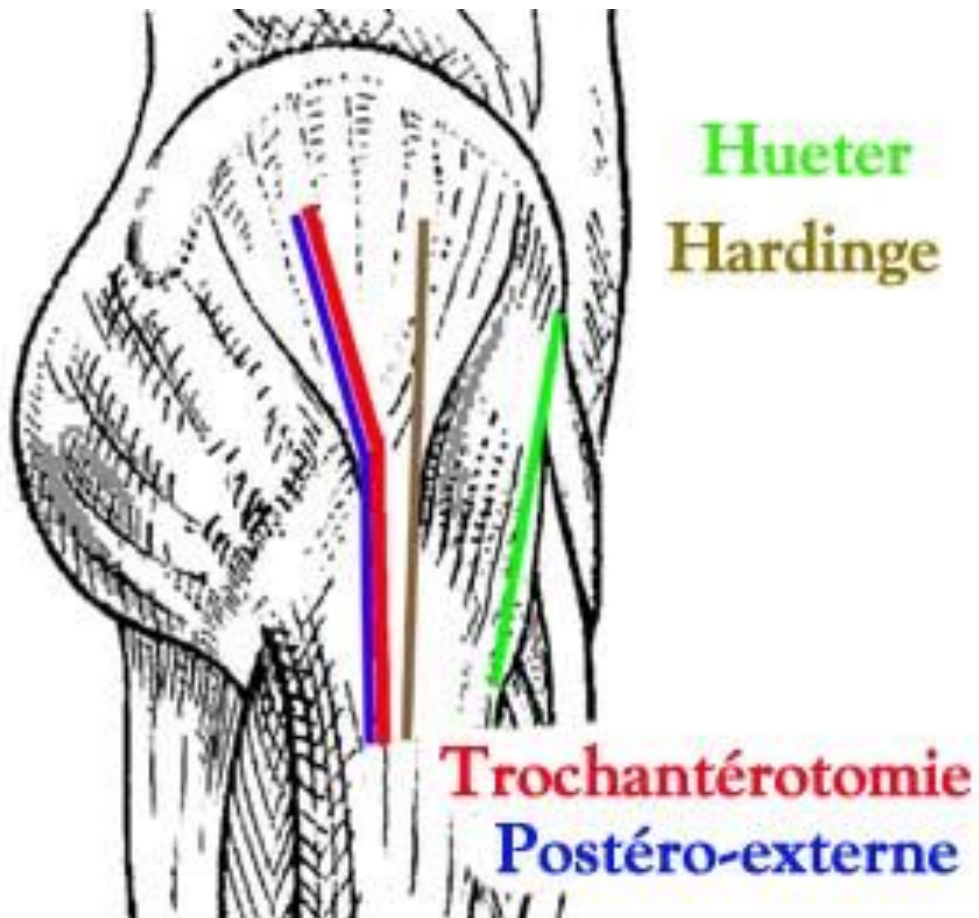
# Voie Externe de Hardinge



- ▶ Atteinte de la musculature abductrice
- ▶ Risque de lésion du nerf fessier supérieur, calcifications fessiers
- ▶ Faible taux de luxation
- ▶ 2 cannes pendant 35 jours, puis 1 canne jusqu'à la fin du 2<sup>o</sup> mois
- ▶ Cicatrisation très souvent imparfaite des muscles fessiers sectionnés



# Voie Externe de Hardinge

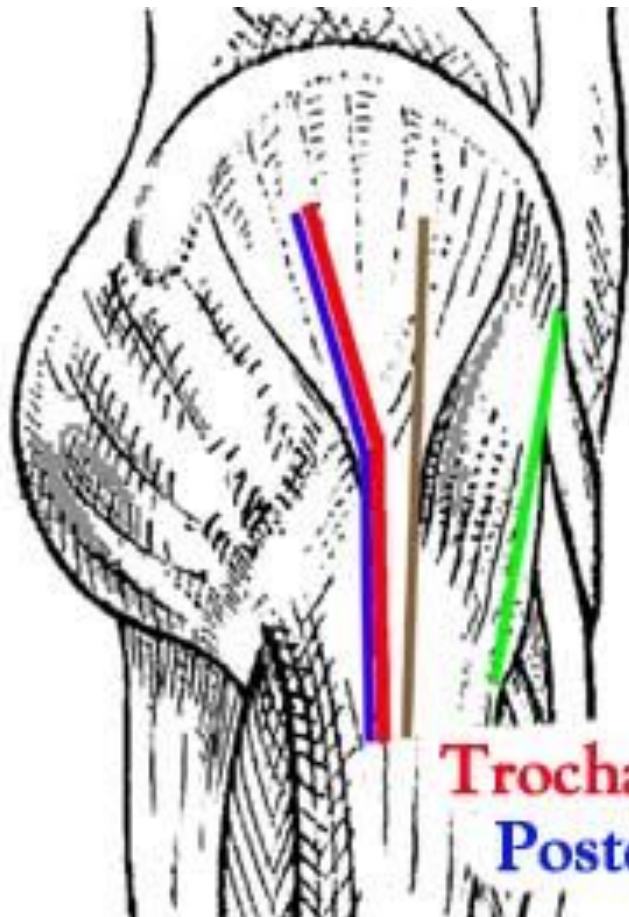


car la partie antérieure du muscle tessier est attachée au muscle vaste externe par un néotendon digastrique ( tendon digastrique: tendon reliant 2 corps musculaires entre eux.)

## Rééducation:

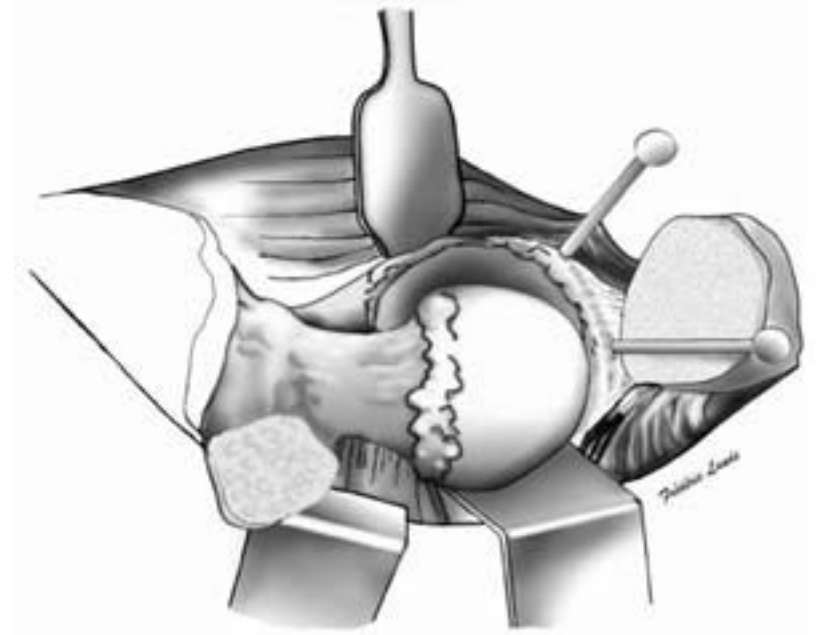
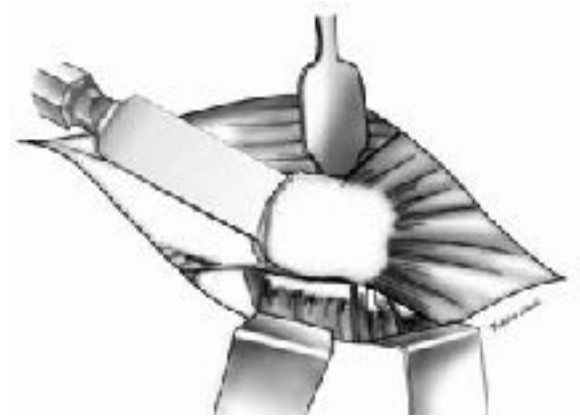
Cette voie d'abord a séduit beaucoup de chirurgiens car elle n'entraîne que peu de luxation. La prévention des luxations est légitime mais elle est moins strict que dans une voie postéroexterne. Le patient doit cependant garder les cannes 35 jours jusqu'à la cicatrisation complète du tendon digastrique. Le patient garde une canne pour des sorties extérieures pendant 2 mois. Dans 80% des cas les lésions musculaires entraînent une boiterie plus ou moins sévère et définitive. Si votre chirurgien vous propose cette voie et que vous avez moins de 70 ans, je vous conseille de fuir. Cette voie ne se justifie plus du tout dans mon esprit. De plus en plus de chirurgien qui utilisaient cette voie passent à la voie de Hueter.

# Trochantérotomie

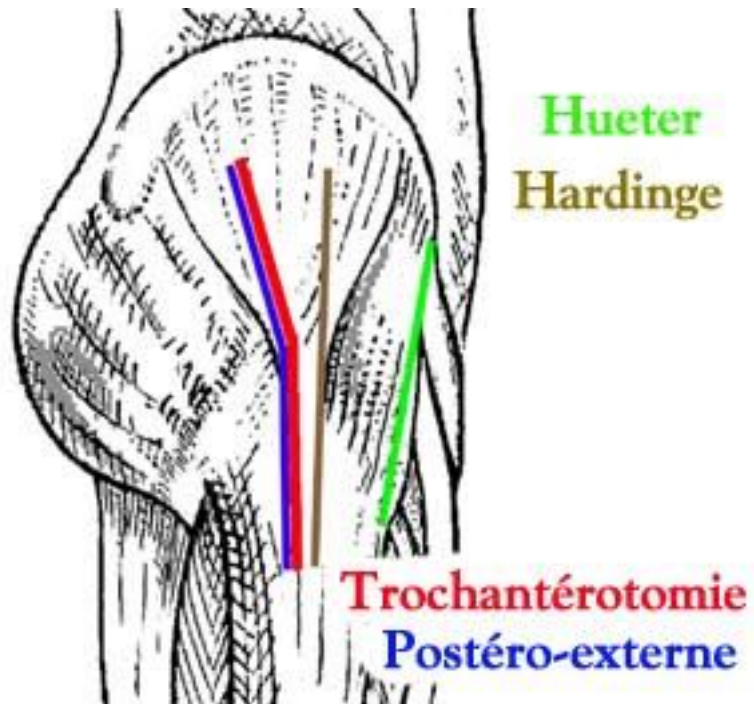


Hueter  
Hardinge

Trochantérotomie  
Postéro-externe

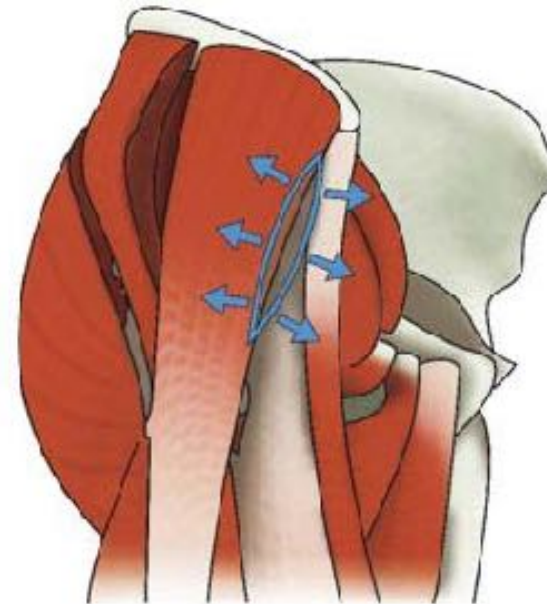
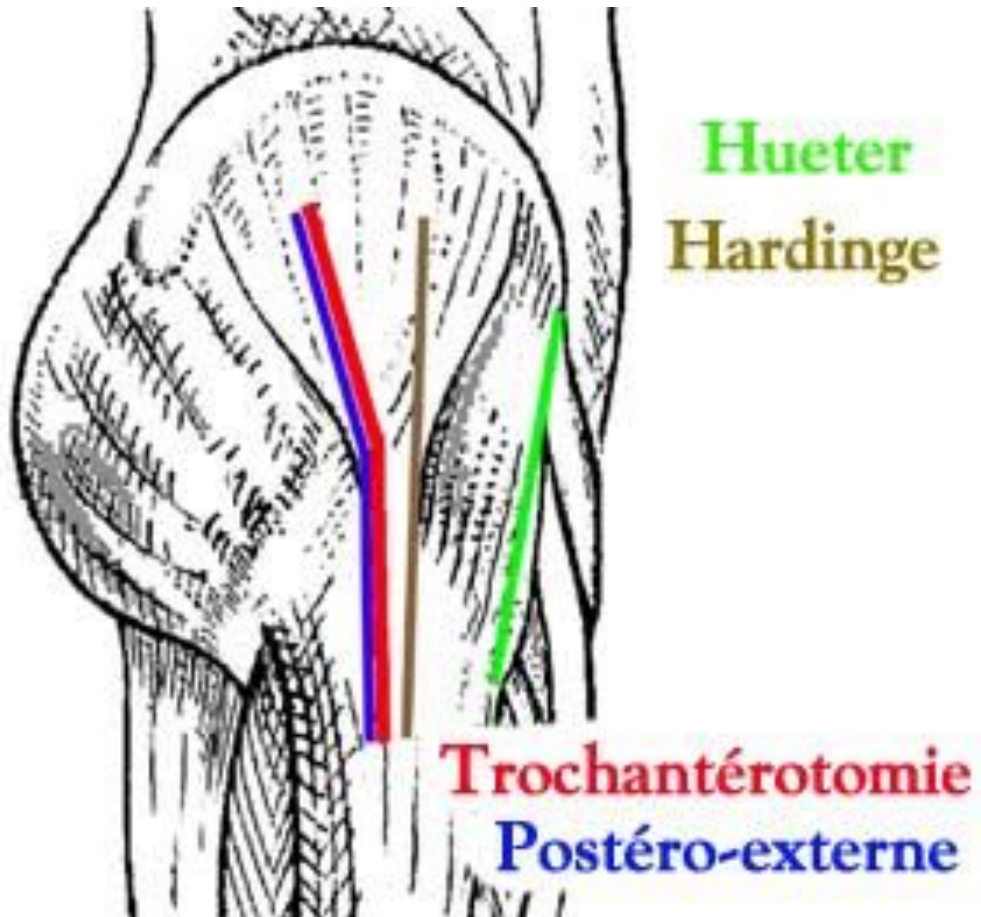


# Trochantérotomie



- ▶ Ecole Cochin
- ▶ Risque de pseudarthrose du grand trochanter (1 à 4%)
- ▶ Bursites sur fils métalliques de trochantérotomie
- ▶ Appui partiel pendant 45 jours / cannes
- ▶ Appui complet après 6 semaines seulement
- ▶ Reprises chirurgicales difficiles

# Voie Antérieure de Hueter



# Voie Antérieure de Hueter



# Voie Antérieure de Hueter

## Voie Rottinger

- ▶ Courbe d'apprentissage longue
- ▶ Risque initial de fracture du grand trochanter
- ▶ Proximité du bord antérieur du moyen fessier sur les râpes fémorales

## Voie Hueter

- ▶ Table orthopédique, manipulation simplifiée
- ▶ Sécurité du temps fémoral
- ▶ Pas de contact des râpes fémorales avec les muscles fessiers
- ▶ Pas de risque de lésion nerveuse
- ▶ Mobilisations du membre inf simplifiées. Pas de décubitus latéral = respect rachis lombaire
- ▶ Intervention chirurgicale moins physique
- ▶ Réduction du temps opératoire (et potentiellement du risque septique peropératoire )

Voie Mini Invasive  
Antérieure de  
Hueter

Lendemain  
de  
l'intervention  
J+1



Voie Mini Invasive  
Antérieure de  
Hueter

Lendemain  
de  
l'intervention  
J+1





Voie Mini Invasive  
Antérieure de  
Hueter

J+2





# Voie Antérieure de Hueter

