

L' OSTEOTOMIE TIBIALE DE VALGISATION

ANATOMIE

La partie basse du fémur et la partie haute du tibia forment l'articulation du genou.

Au niveau du genou, ces deux os sont recouverts de cartilage qui peut s'user ce qui correspond à l'arthrose. Il existe 3 compartiments dans le genou :

Le compartiment fémoro-patellaire : entre le fémur et la rotule (=patella)

Le compartiment fémoro-tibial externe : entre le fémur et le tibia sur le côté externe de la jambe

Le compartiment fémoro-tibial interne : entre le fémur et le tibia sur le côté interne de la jambe (entre les deux genoux)

Très peu de gens ont les membres inférieurs parfaitement dans l'axe :

Certains ont les jambes en « X » = genu valgum

D'autres ont les jambes « arquées » = genu varum

Les personnes qui n'ont pas les membres inférieurs parfaitement dans l'axe auront tendance à user plus un compartiment que l'autre car leur poids appuie plus sur l'un que sur l'autre. Ainsi, les personnes en genu valgum useront plus le cartilage dans le compartiment fémoro-tibial externe et les gens en genu varum useront plus leur cartilage au niveau du compartiment fémoro-tibial interne. Ceci est d'autant plus vrai que la déformation est importante, qu'il existe un surpoids ou bien une sollicitation importante (sport, travail, ...).

DÉFINITION

Il y a beaucoup plus de gens en genu varum qu'en genu valgum, ce qui fait que l'usure (arthrose) du compartiment fémoro-tibial interne est beaucoup plus fréquente que celle du compartiment fémoro-tibial externe.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

L'arthrose se manifeste avant tout par des douleurs, des gonflements, des difficultés à la marche et lors de la montée/descente des escaliers.

L'évolution peut être lente et progressive, au contraire rapide ou bien parfois par crises.

A un stade avancé, l'arthrose s'accompagne d'un enraidissement articulaire.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Le bilan repose sur des radiographies des deux genoux dans différentes positions : face, profil, schuss (genoux fléchis), incidence fémoro-patellaire. Ces radios permettent de poser le diagnostic d'arthrose et d'en évaluer le stade.

Un pangonogramme des membres inférieurs : radios qui permet de mesurer « l'axe des jambes » et de dire si le patient est en genu varum ou en genu valgum en le quantifiant.

TRAITEMENT MÉDICAL

L'hygiène de vie est importante : lutte contre le surpoids, activité physique régulière (vélo, natation)

Le traitement de l'arthrose est avant tout médical en utilisant les antalgiques, les anti-inflammatoires.

En cas de douleurs trop intenses, des infiltrations peuvent être réalisées.

Lorsque les douleurs deviennent trop importantes malgré le traitement médical, le traitement chirurgical est alors envisagé.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

En cas d'arthrose **fémoro-tibiale interne isolée** (pas d'atteinte fémoro-patellaire ou fémoro-tibial externe) chez un patient **jeune** en **genu varum** présentant une **arthrose** non contrôlée par le traitement médical, le traitement chirurgical est envisagé.

Le traitement est une Ostéotomie Tibiale de Valgisation (OTV).

Le principe de cette opération est de modifier l'axe du membre inférieur en le mettant en genu valgum afin de mettre au repos le compartiment interne et de solliciter le compartiment externe qui lui est sain. Ceci permet de freiner l'évolution arthrosique mais ne permet pas de refaire le cartilage usé en interne.

Techniquement, cela se fait en coupant l'os de façon contrôlée pour modifier l'axe et fixer l'os dans la position souhaitée avec une plaque et des vis. Ce matériel mis en place a un rôle transitoire le temps que l'os se consolide et retrouve toute sa solidité. Une fois cette consolidation acquise, le matériel, s'il est gênant, peut être retiré (pas avant 9 mois après l'intervention).

RESULTATS

L'objectif de l'OTV est de freiner l'évolution arthrosique chez un patient jeune. Cette intervention est efficace en moyenne 7 à 10 ans permettant de repousser d'autant l'échéance d'une éventuelle prothèse.

RISQUES

Comme pour toute intervention, un risque infectieux existe. Celui ci est faible mais en cas d'infection, une nouvelle chirurgie est en général nécessaire pour laver et mettre en route une antibiothérapie adaptée. Il existe également un risque de non consolidation de la zone où l'os a été coupé. En cas de non consolidation, une nouvelle intervention est nécessaire pour une greffe osseuse de la zone. Le tabac joue un rôle important dans la consolidation osseuse

SUITES OPÉRATOIRES ET RÉÉDUCATION

La sortie se fait 1 à 2 jour(s) après l'opération à domicile.

Le genou peut être mobilisé d'emblée. En revanche, **l'appui complet est contre indiqué pendant 45 jours** (temps de consolidation osseuse). Un appui plus ou moins soulagé est autorisé après l'intervention. La conduite est reprise 1 mois après la reprise de l'appui total, soit 2 mois et demi environ après l'opération.

La reprise du travail se fait 3 à 6 mois après l'opération en fonction de la profession.

PREPARATION DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

AVANT L'INTERVENTION :

- **Tous les examens** qui ont été prescrits sont à apporter pour l'intervention notamment
 - l'ensemble du bilan radiologique : radiologies des genoux de face + profil+ schuss + défilés fémoro patellaires, grands axes des membres inférieurs, etc...
 - bilan pré-opératoire
 - dossier de pré admission
- **un RDV avec l'anesthésiste** est indispensable avant l'intervention afin de choisir le type d'anesthésie qui sera le plus adapté.
- l'appui complet ne sera pas autorisé après l'intervention : l'utilisation de béquilles sera donc nécessaire. Il vaut mieux s'exercer avant l'intervention à marcher avec des béquilles.
- Un protocole de préparation pré opératoire vous a été remis avec des consignes de dépilation de la jambe opérée, et une douche antiseptique à faire la veille de l'intervention : **pensez à aller chercher le nécessaire à l'avance.**
- Achetez et **apportez avec vous** lors de l'hospitalisation le matériel prescrit pour le post opératoire : bas de contention, cannes anglaises ou béquilles, et l'attelle .

APRES L'INTERVENTION :

- Une rééducation sera nécessaire après l'intervention au rythme de 2 à 3 séances par semaine, initialement au domicile puis dès que possible au cabinet du kinésithérapeute. **Pensez à prendre vos RDV à l'avance.**
NB : le transport pour aller chez le kiné n'est pas pris en charge par la sécurité sociale.
- Des soins infirmiers à domicile seront nécessaires après l'intervention :
 - Réfection des pansements 2 à 3 fois / semaine
 - Injection quotidienne d'anticoagulants
 - **Pensez à prendre vos RDV à l'avance**

HOSPITALISATION :

- En arrivant à la clinique, passez aux admissions
- Vous serez ensuite accueilli par une infirmière dans l'unité de soins où vous serez pris en charge : elle vérifiera que votre dossier médical est complet (radios, bilan biologique, ...), que la dépilation a bien été faite, que l'état cutané ne pose pas de problème particulier, que vous n'avez pas de fièvre ou autres signes d'infection en cours : autant d'éléments qui pourraient conduire à un report de la chirurgie en cas de problème
- Nouvelle douche antiseptique
- Peu avant l'intervention, vous serez prévenu et préparé pour descendre au bloc opératoire. Un brancardier viendra vous chercher avec votre dossier et

vous conduira en salle de pré-anesthésie. Un(e) infirmier(e) vous posera une perfusion et l'anesthésiste viendra vous voir.

- Ensuite vous serez conduit en salle d'opération
- Après l'intervention, vous retournerez en salle de réveil le temps de s'assurer que tout va bien (douleurs, nausées, ...) avant de remonter dans votre chambre où vous serez attendu par l'infirmière.

Les douleurs seront prises en charge en fonction de ce que vous ressentez et dès que possible un kiné viendra vous voir pour mobiliser votre genou et vous aider à vous lever afin de marcher avec les béquilles.

La sortie se fera le lendemain de l'intervention.

AU MOMENT DE LA SORTIE :

Un bon de transport vous sera délivré pour le retour à votre domicile.

Vous aurez le dossier de sortie avec tous les documents nécessaires :

- Rdv avec le chirurgien
- Ordonnance pour les radios de contrôle
- Ordonnance pour la rééducation
- Ordonnance pour les soins infirmiers
- Ordonnance pour les médicaments, pansements
- Arrêt de travail
- Coordonnées de l'établissement en cas de problème

A LA MAISON :

Après l'intervention, un hématome est fréquent au niveau du site opératoire. Cet hématome a tendance à descendre dans le mollet et le pied, entraînant un gonflement du mollet.

Les bas de contention (à mettre le matin et à retirer le soir) sont là pour lutter contre ce phénomène. Ils sont à porter 3 semaines minimum.

Les douleurs diminuent progressivement dans les jours qui suivent. Il peut parfois y avoir une journée plus douloureuse sans que soit anormal, mais si vous ressentez des douleurs de plus en plus intenses jours après jour non gérables avec les médicaments prescrits : contactez l'établissement.

Si vous avez de la fièvre, une rougeur ou un écoulement au niveau de la cicatrice : contactez l'établissement

RDV DE CONTROLE :

Lors des différents RDV, votre chirurgien s'assurera que les choses évoluent favorablement et vous donnera les consignes à suivre en fonction de l'évolution.