



Informations concernant L'ostéotomie du tibia par ouverture médiale (Prendre sa décision, guide pratique)



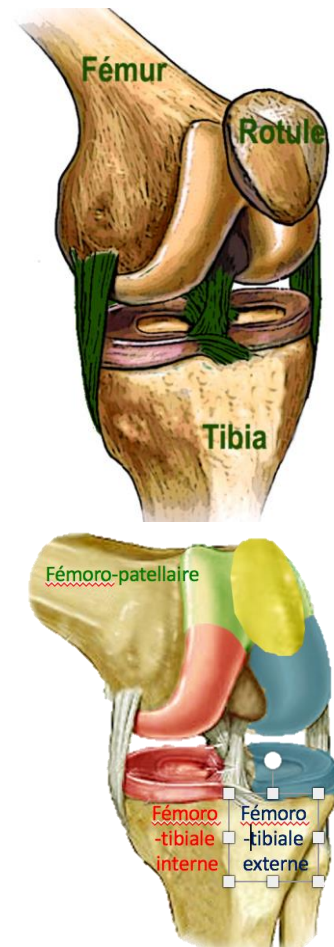
Vous souffrez du genou et le chirurgien consulté vous a proposé une ostéotomie du tibia par ouverture interne. Afin de prendre la décision de vous faire opérer en toute connaissance, vous devez être informé(e) des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention.

Pourquoi une ostéotomie du genou est-elle nécessaire ?

Qu'est-ce que le genou ?

Le genou désigne l'articulation située entre le fémur (os de la cuisse) et le tibia (os de la jambe), il fonctionne à peu près comme une charnière, avec des mouvements qui permettent de fléchir et d'étendre la jambe. Cette articulation est indispensable à la marche, la pratique des escaliers, l'accroupissement et toutes les activités sportives.

Le genou est composé de trois os, le fémur, le tibia, la rotule. Il est stabilisé quelle que soit sa position, par plusieurs ligaments situés de chaque côté, mais aussi au centre de l'articulation (classiques ligaments croisés). L'extrémité inférieure du fémur est composée de deux zones (une intérieure et une extérieure) qui s'articulent avec les deux zones correspondantes du tibia (articulation fémoro-tibiale interne et fémoro-tibiale externe). Les ménisques s'interposent entre le fémur et le tibia et servent d'amortisseur. La rotule est située devant l'extrémité inférieure du fémur et coulisse dans une gorge : c'est la troisième articulation (fémoro-patellaire). La rotule est solidaire du muscle quadriceps et est reliée au tibia par un tendon ; elle transmet et augmente la force musculaire du quadriceps lors de l'extension du genou. Les muscles situés en



arrière de la cuisse assurent la flexion du genou. Le cartilage de l'une ou de plusieurs de ces trois articulations peut être altéré.

Dans quelles maladies réalise-t-on une ostéotomie du tibia ?

L'atteinte de votre genou peut avoir différentes origines :

- L'arthrose du genou entraîne une destruction progressive du cartilage articulaire du genou.
 - Cette usure peut être due à une déformation des membres inférieurs qui peuvent avoir la forme de parenthèse (genu-varum), le poids à la marche se concentre sur la partie interne du genou et l'usure apparaît sur ce côté interne. Cette déformation peut être congénitale (vous avez toujours été comme cela) ou acquise après une fracture par exemple.
 - Le deuxième facteur est génétique, et vous été transmis par vos parents : votre cartilage articulaire du genou va vieillir prématurément.
 - Il peut exister d'autres causes comme des séquelles de traumatismes ayant touché les os, les surfaces articulaires, le ménisque médial qui a dû être enlevé quelques années auparavant et même les ligaments.
 - L'excès de poids, la pratique de sports intenses sont des facteurs favorisants.



Membres axés



Membre en varus



- La nécrose : c'est une partie des os du genou, souvent au fémur (condyle médial) qui meurt en perdant sa vascularisation (équivalent d'un infarctus).
- Des séquelles de maladie de l'enfance peuvent enfin favoriser la dégradation du cartilage du genou (séquelles d'ostéochondrite).

Y-a-t-il une alternative à l'opération ?

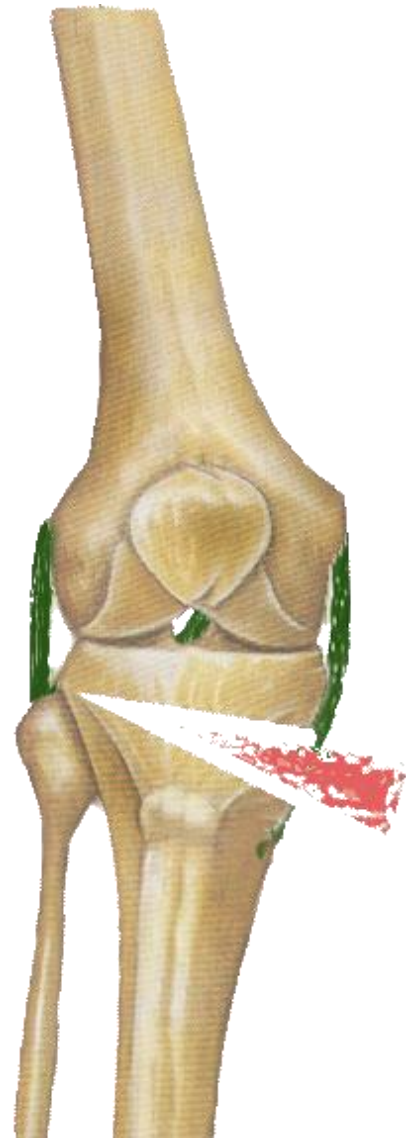
L'usure du cartilage (interposé entre fémur et tibia sur la partie interne du genou) aggrave la déformation du membre inférieur. Les douleurs sont localisées sur l'intérieur du genou, là où le cartilage s'use. Au début elles ne surviennent qu'après une activité sportive intense, une longue marche, un effort inhabituel, puis dans les activités quotidiennes réduisant votre périmètre de marche. Le genou peut se dérober et gonfler (épanchement de synovie). La mobilité parfois se réduit et étendre complètement le genou devient difficile. L'aggravation est constante mais sa rapidité varie d'une personne à l'autre.

Il n'existe aucun traitement médical à ce jour qui permet d'éviter l'arthrose ; il est parfois possible de ralentir son évolution en évitant les sports et les activités qui sollicitent trop le genou et en diminuant une éventuelle surcharge liée à un excès de poids.

Si les médicaments pour lutter contre la douleur, les anti-inflammatoires, voire des infiltrations (corticoïdes, acide hyaluronique) ne sont plus efficaces, une intervention est alors discutée.

De nombreux gestes sont possibles pour traiter l'usure articulaire du genou. Le chirurgien tient compte de l'importance et de la localisation de cette dégradation qui touche soit une zone, soit plusieurs zones articulaires. Votre âge, votre mobilité, votre poids, la forme (= les axes) de vos membres inférieurs, l'état de vos ligaments sont aussi des éléments qui vont influencer le choix de la chirurgie. Si l'usure est importante ou si elle touche plusieurs zones articulaires dans le genou, une prothèse partielle ou totale de genou sera proposée pour remplacer les surfaces articulaires détruites. Lorsque l'usure est modérée et localisée à une seule partie du genou, si elle est associée à une déformation du membre et survient chez des sujets jeunes, une correction de la déformation des os par ostéotomie peut être proposée. Ce geste est réalisé à l'endroit où siège la déformation soit au niveau du fémur, soit le plus souvent au niveau du tibia. On peut pour corriger soit enlever un coin d'os (ostéotomie de soustraction), soit rajouter un coin d'os (ostéotomie d'addition ou d'ouverture interne). L'ostéotomie en déchargeant la zone d'usure douloureuse va retarder la progression de l'arthrose et éviter ou reculer l'heure de la mise en place d'une prothèse.

Dans votre cas, seule la partie interne de l'articulation entre le fémur et le tibia est usée. La déformation du membre inférieur responsable de l'usure du cartilage sera corrigée en réaxant le tibia sous le genou par une ostéotomie d'ouverture interne.





En l'absence de traitement l'usure va s'aggraver, l'ostéotomie ne sera plus possible. C'est un peu comme l'usure des pneus liée à un défaut de parallélisme s'il y a peu d'usure, on gardera le pneu après correction du parallélisme, sinon il faudra le changer. Cela correspond à la chirurgie prothétique.

Quels examens pour l'opération ?

Le chirurgien vous a prescrit un bilan radiographique avec un cliché complet de tout le membre en position debout qui permet d'apprécier l'importance de la déformation du membre de calculer précisément la correction à réaliser. Plus rarement un scanner ou une IRM est demandé.

L'anesthésiste vous demandera de faire une prise de sang, un examen cardiovasculaire en fonction de votre âge et parfois d'autres examens selon vos antécédents.

Votre intervention

L'anesthésie ?

L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale, ou anesthésie du bas du corps (rachianesthésie ou anesthésie péridurale). C'est le médecin anesthésiste qui vous précisera, lors de sa consultation préopératoire, les modalités, les bénéfices et les risques de l'anesthésie choisie. Il faudra impérativement lui signaler tous vos antécédents médicaux et allergiques. Il vous parlera aussi des moyens mis en œuvre pour diminuer au maximum la douleur après l'intervention.

N'hésitez pas à lui poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Comment se déroule l'opération ?

L'intervention est réalisée en utilisant un garrot posé à la racine de la cuisse. Cela permet une bonne visualisation et diminue les pertes de sang durant l'acte chirurgical.

L'incision est située sur la partie interne et supérieure de la jambe, elle est plus ou moins longue selon la morphologie de la jambe et le matériel utilisé pour stabiliser la correction. Le tibia est coupé (ostéotomie) quelques centimètres en dessous de l'articulation du genou, la correction est obtenue en ouvrant l'espace de section (ostéotomie d'ouverture) progressivement pour corriger la déformation en conservant une charnière du côté extérieur. Des agrafes ou une plaque (il existe plusieurs types) fixée par des vis sont mises en place pour maintenir l'ouverture et stabiliser les os en attendant la consolidation. Il est parfois nécessaire si la correction est importante de prendre des greffons osseux au niveau de l'os iliaque (os du bassin) ou d'utiliser de l'os artificiel ou un autre matériel pour combler la zone d'ouverture. Un drain est parfois mis en place pour quelques heures à quelques jours, cela limite le risque de survenue d'un hématome. Vous marcherez avec des cannes éventuellement avec une attelle sans appuyer ou avec un appui partiel sur le membre pendant la période de consolidation de l'os comme si vous aviez eu une fracture.

Les évènements qui peuvent perturber le bon déroulement de votre intervention

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir conscience et mettre en balance les risques avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfice/risque).

Il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles, car les variations sont fonction de l'affection à traiter, mais aussi susceptibles de différences individuelles. IL EST DONC INDISPENSABLE D'EN PRENDRE CONNAISSANCE EN CONSIDERANT QUE, MEME PEU FREQUENTES, ELLES PEUVENT VOUS CONCERNER.

Vous devez avoir conscience que vous prenez un risque pour améliorer votre condition de vie.

Votre chirurgien est là pour accompagner votre choix, il est à votre disposition pour vous fournir toute l'information nécessaire avant l'intervention, vous assurer qu'il fera tout son possible pour réaliser le geste technique le plus parfait possible et qu'il prendra en charge les suites opératoires en association avec le médecin anesthésiste.

Aussi inconfortable que cela puisse être pour vous, il peut, en cas d'événement imprévu, être amené à reporter, interrompre ou modifier votre intervention.

Votre anesthésiste veillera à prendre toutes les précautions pour adapter votre anesthésie et l'encadrement médical de vos suites opératoires à votre état de santé. Il est aussi important

que vous compreniez l'importance du respect des consignes qui vous seront données : bilan préopératoire, adaptation de votre traitement, prévention des risques d'infection. Le respect de ces consignes est indispensable pour assurer votre sécurité.

La plaque mise en place et le tibia sont quasiment sous la peau, le tabac perturbe la cicatrisation, il est donc indispensable d'arrêter de fumer au moins un mois avant l'opération.

Il peut arriver que votre intervention soit reportée afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- en cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation,
- de modification récente de votre traitement habituel,
- de blessure ou infection à proximité du site opératoire,
- d'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre anesthésiste,
- en cas de non disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention.

Votre chirurgien a choisi la technique qui semble la plus adaptée à votre cas, cependant, il peut arriver que la qualité de vos os, de vos ligaments, nécessite des gestes complémentaires voire un changement du type d'intervention.

Des complications peuvent survenir pendant l'intervention :

Malgré toutes les précautions lors du geste chirurgical, il peut se produire, dans de rares cas, des complications, souvent aussitôt soignées par un traitement adapté :

- Le saignement des tissus (y compris de l'os) au cours de l'intervention est normal. L'importance du saignement est variable, habituellement modéré, mais peut parfois imposer le recours à une transfusion sanguine, même si l'intervention s'est parfaitement bien passée, notamment si votre taux d'hémoglobine est bas avant l'intervention. Cette transfusion est décidée par l'anesthésiste.
- Il est devenu extrêmement rare de nos jours que la transfusion soit la cause de maladies infectieuses dues par exemple aux virus des hépatites ou dans des cas exceptionnels au VIH (virus du Sida). Si une transfusion a été nécessaire, un contrôle sanguin permettra de vérifier qu'elle n'a pas causé une quelconque contamination.
- Une blessure des vaisseaux, surtout dans les cas complexes, peut être à l'origine de saignements très importants et avoir des conséquences vitales.
- Une fracture touchant la surface articulaire du tibia peut survenir au cours de l'ouverture. Cette fracture est favorisée par l'existence d'une fragilité osseuse (= ostéoporose). Elle peut modifier le type de matériel utilisé pour fixer l'ostéotomie et les suites de l'opération.
- Une blessure de nerfs peut entraîner des troubles durables voir définitifs tels qu'une paralysie partielle du membre inférieur ou des troubles de la sensibilité.
- Durant l'intervention, l'évaluation de votre état osseux, de celui de vos ligaments peut amener votre chirurgien à des gestes complémentaires voire à changer le type de chirurgie prévue.

Complications pouvant survenir à distance de l'intervention :

- Complications précoces :

- Hémorragies secondaires et hématomes qui n'entraînent que rarement une réintervention.

- Exceptionnellement survient une compression des muscles et des vaisseaux dans les loges musculaires de la jambe par un hématome ce qui nécessite un geste chirurgical urgent pour décompresser les muscles (aponévrotomie)
- La cicatrisation peut être perturbée sur certaines zones en particulier en cas de surpoids, de tabagisme, d'insuffisance vasculaire artérielle (= artérite) ou lors de la prise de certains traitements en particulier dans les rhumatismes inflammatoires. Toute anomalie dans la cicatrisation impose de revoir rapidement votre chirurgien qui jugera de la conduite à tenir. Les conséquences peuvent être graves et provoquer une infection.
- Infection de la région opérée (= infection du site opératoire) : La survenue d'une infection de la zone opératoire allant jusqu'à l'os est une complication rare mais dont le traitement est complexe et contraignant. Une telle infection peut être favorisée par l'infection d'une autre partie du corps.
 - Lorsque la plaie est infectée, un lavage chirurgical (suivi d'un traitement antibiotique) est nécessaire. Si l'infection ne peut être guérie, la plaie doit être enlevée, la stabilisation de l'ostéotomie peut nécessiter une immobilisation plâtrée ou la pose d'un fixateur externe (des broches traversent le tibia au-dessus et en dessous de l'ostéotomie et sont stabilisées par un appareillage externe).
 - Pour vous protéger de ce risque, l'opération a lieu dans des conditions d'hygiène très strictes et un traitement antibiotique préventif vous sera administré juste avant l'intervention (= antibioprophylaxie).
- L'ostéotomie du genou favorise pendant quelques semaines la formation de caillots sanguins au niveau des veines des membres inférieurs (= thrombose veineuse ou phlébite). Les phlébites, surtout celles qui touchent les grosses veines sont peu fréquentes mais dangereuses car les caillots sont gros et peuvent migrer dans la circulation bouchant alors des vaisseaux essentiels (= embolie pulmonaire).
 - Pour prévenir ce risque un traitement qui rend le sang plus fluide (= anticoagulant ou antiagrégant) vous sera prescrit. Il peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières. Ce traitement est efficace, mais n'élimine pas complètement le risque de phlébite.
- Une cicatrice boursouflée et gênante (chéloïde) peut se former en cas de prédisposition ou après une infection de la plaie
- Certaines cicatrices restent sensibles et il est fréquent que plusieurs zones autour de celles-ci aient perdu un peu de leur sensibilité rendant inconfortable la position à genoux.
- La récupération d'une bonne mobilité est importante, la rééducation commence immédiatement après votre opération. Il est nécessaire de plier rapidement le genou, de pouvoir l'étendre complètement. Si vous n'arrivez pas à plier suffisamment le genou, votre chirurgien pourra être amené soit à effectuer une mobilisation du genou lors d'une brève anesthésie, soit à libérer chirurgicalement les adhérences (le plus souvent sous arthroscopie).
- La persistance d'une raideur, de douleur, de gonflement plusieurs semaines après l'opération peut faire craindre une complication nommée "algodystrophie" ou « syndrome régional complexe de type 2 ». Il s'agit d'une complication encore aujourd'hui mal comprise qui évolue sur plusieurs mois et qui laisse parfois une certaine raideur.

- La consolidation peut être retardée pendant plusieurs mois voire ne pas survenir, on parle alors de pseudarthrose. Cette complication peut être due à une reprise trop précoce de l'appui, au non-respect des consignes données par votre chirurgien, à la consommation de tabac, à l'abandon prématuré des cannes qui empêchera la consolidation des os, déstabilisera le matériel de stabilisation, voire le fracturera. Un retard de consolidation au-delà de 6 mois nécessitera un nouveau geste opératoire avec souvent une greffe d'os qui sera prélevé sur l'os du bassin (crête iliaque). Un scanner est souvent demandé avant cette reprise.
- En cas de prise de greffons osseux au niveau de l'aile iliaque, la lésion d'un nerf sensitif cutané peut entraîner des troubles de la sensibilité de la face externe de la cuisse.

- Complications tardives :

- La progression de l'arthrose. L'ostéotomie permet en redressant le membre de décharger l'articulation fémoro-tibiale médiale. Le poids à la marche étant déplacé vers l'extérieur du genou, l'évolution de l'usure est retardée. L'arthrose peut cependant continuer d'évoluer après une période qui est très variable selon les cas et la qualité de réaxation du membre. Une nouvelle chirurgie, habituellement prothétique est alors nécessaire.
- La plaque mise en place peut entraîner une gêne localisée, son ablation est possible plusieurs mois après le geste d'ostéotomie quand la consolidation est certaine.

Suites habituelles et conditions de vie après ostéotomie du genou

Comment vit-on après une ostéotomie du genou ?

Dans la plupart des cas on vit normalement, mais cela nécessite toutefois quelques précautions. Il faut le plus souvent plusieurs mois pour tirer tout le bénéfice de l'opération. Du fait du mauvais fonctionnement de votre genou avant l'opération, de la période de privation d'appui, vos muscles ont bien souvent fonctionné dans de mauvaises conditions. Il leur faudra donc du temps pour reprendre leur force et leur souplesse. Les progrès seront réguliers durant les trois premiers mois. En pratique il faut attendre au moins 6 mois pour que le résultat soit obtenu avec parfois un genou "oublié". Au-delà de ces 6 mois il n'est pas rare que le genou reste sensible et fatigable à l'occasion d'efforts prolongés, d'accroupissement ou de position "à genoux.

La conduite automobile : Il est nécessaire d'attendre la consolidation pour retrouver les réflexes nécessaires à une conduite sûre. Durant les premières semaines, les traitements analgésiques, le manque de force et de mobilité de votre genou ainsi que des phénomènes douloureux peuvent limiter votre aptitude à réagir rapidement. Il est donc sage d'éviter la conduite automobile, par contre, il vous sera rapidement possible de voyager comme passager.

Le sport : Non seulement le sport n'est pas contre-indiqué mais, au contraire, la pratique d'un sport d'entretien adapté à votre état général vous sera bénéfique. Il faut privilégier les sports qui ménagent le genou opéré. L'activité sportive sera fonction des sports que vous pratiquiez avant la détérioration de votre genou.

La marche, la course prudente, le vélo, la natation, le golf seront les bienvenus. Par contre, les sports qui soumettront votre articulation à des traumatismes, (ski, football, rugby), à des mouvements extrêmes ou des impacts violents, (parachutisme, sports de combat...) peuvent être dangereux. Parlez-en avec votre chirurgien.

Votre intervention en pratique :

1) Préparation à l'intervention :

- Les traitements médicaux : Si vous suivez un traitement médicamenteux, celui-ci doit être signalé à votre anesthésiste car il doit parfois être modifié ou interrompu pour préparer votre intervention. Les traitements qui modifient votre coagulation (aspirine, Plavix, injections d'anticoagulants, (Sintrom, Préviscan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis...) nécessitent souvent des adaptations afin d'assurer votre sécurité.

- Les consignes préopératoires :
 - Respectez les consignes que vous a donné votre anesthésiste.
 - N'oubliez pas d'apporter les examens qui ont été prescrits : examens sanguins, radiographies.
 - Apportez aussi les appareillages qui vous ont été conseillés : béquilles, bas de contention, coussins de glace.
 - Il n'est pas exceptionnel que les deux genoux soient atteints. Si le genou opposé devenait plus gênant et que vous souhaitiez changer le côté de votre intervention, il est indispensable que vous préveniez votre chirurgien à l'avance. En effet, le matériel nécessaire à une intervention de l'autre côté pourrait ne pas être disponible et votre dossier doit être modifié pour éviter tout risque de confusion.
 - Si des consignes de toilette ou de préparation de votre peau vous ont été données, il est important de les respecter.

2) L'hospitalisation :

Au moment de votre admission, il faut signaler tout événement qui aurait pu arriver depuis votre dernière consultation : toute maladie (en particulier toute infection), problème de peau (plaie, infection, rougeur), tout changement de votre traitement médicamenteux, infiltration de votre articulation, prise d'un traitement qui vous avait été déconseillé, oubli d'un examen que vous deviez réaliser. Il est parfois préférable de différer votre intervention si votre sécurité est en jeu.

Lors de votre hospitalisation, votre nom, l'intervention pour laquelle vous êtes hospitalisé(e),

le côté de l'opération, vous serez demandés à de nombreuses reprises (certains chirurgiens appliquent sur la zone opérée ou à proximité une ou plusieurs marques avec un feutre dermatographique). Il s'agit de précautions obligatoires qui ont démontré leur efficacité pour assurer votre sécurité.

Durant la durée de votre hospitalisation, vous serez pris en charge par votre chirurgien, l'anesthésiste, et le personnel médical et paramédical de l'établissement. Respectez scrupuleusement les consignes qu'ils vous donneront car elles vous protègent. Si vous ne les comprenez pas, n'hésitez pas à demander des explications.

La durée de l'hospitalisation dépend des suites opératoires, de votre état général, mais aussi des conditions de votre retour à domicile. Il est possible dans la plupart des cas de limiter la durée à moins de 48 heures et même de réaliser ce geste en ambulatoire.

À la sortie de l'hôpital ou de la clinique, vous pouvez regagner votre domicile ; toutefois dans certains cas il pourra vous être proposé un séjour en centre de convalescence (si vous vivez seul(e) par exemple) ou en centre de rééducation (en cas de rééducation difficile).

3) Le retour à domicile :

Dès votre retour, contactez votre médecin traitant : l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé est un milieu médical très sécurisé, votre domicile est au contraire un univers moins protégé. L'aide de votre médecin traitant doit accompagner cette transition. Remettez-lui les courriers de votre chirurgien et de votre anesthésiste s'il ne les a pas déjà reçus par la poste.

Deux points doivent être particulièrement surveillés :

A. Cicatrice et fils ou agrafes : Un pansement est le plus souvent réalisé le jour de la sortie. N'y touchez pas. Il protège la cicatrice. Il sera renouvelé par une infirmière de ville à domicile ou à proximité de chez vous selon les consignes de votre chirurgien. Les fils, selon l'habitude du chirurgien, peuvent être :

- **Résorbables** : ils se résorbent tous seuls. Dans ce cas, le pansement est retiré entre le dixième et le quinzième jour puis la cicatrice reste le plus souvent à l'air libre.
- **Non résorbables (ou agrafes)** : ils doivent être retirés. Il n'est pas nécessaire de revenir à la clinique ou à l'hôpital pour cela. Une infirmière de ville est tout à fait compétente pour effectuer ce geste. L'ordonnance de votre chirurgien ou de votre médecin lui explique comment renouveler les pansements et quand retirer les fils (habituellement à partir du quinzième jour postopératoire).

Votre intervention en pratique :

1) Préparation à l'intervention :

- Les traitements médicaux : Si vous suivez un traitement médicamenteux, celui-ci doit être signalé à votre anesthésiste car il doit parfois être modifié ou interrompu pour préparer votre intervention. Les traitements qui modifient votre coagulation (aspirine,

Plavix, injections d'anticoagulants, (Sintrom, Préviscan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis...) nécessitent souvent des adaptations afin d'assurer votre sécurité.

- Les consignes préopératoires :

- Respectez les consignes que vous a donné votre anesthésiste.
- N'oubliez pas d'apporter les examens qui ont été prescrits : examens sanguins, radiographies, examens dentaires et cardiaques.
- Apportez aussi les appareillages qui vous ont été conseillés : béquilles, bas de contention, coussins de glace.
- Il n'est pas exceptionnel que les deux genoux soient atteints. Si le genou opposé devenait plus gênant et que vous souhaitiez changer le côté de votre intervention, il est indispensable que vous préveniez votre chirurgien à l'avance. En effet, le matériel nécessaire à une intervention de l'autre côté pourrait ne pas être disponible et votre dossier doit être modifié pour éviter tout risque de confusion.

Si des consignes de toilette ou de préparation de votre peau vous ont été données, il est important de les respecter. Surtout ne pas raser les poils de votre jambe ou de votre genou.

2) L'hospitalisation :

Au moment de votre admission, il faut signaler tout événement qui aurait pu arriver depuis votre dernière consultation : toute maladie (en particulier toute infection), problème de peau (plaie, infection, rougeur), tout changement de votre traitement médicamenteux, infiltration de votre articulation, prise d'un traitement qui vous avait été déconseillé, oubli d'un examen que vous deviez réaliser. Il est parfois préférable de différer votre intervention si votre sécurité est en jeu.

Lors de votre hospitalisation, votre nom, l'intervention pour laquelle vous êtes hospitalisé(e), le côté de l'opération, vous seront demandés à de nombreuses reprises (certains chirurgiens appliquent sur la zone opérée ou à proximité une ou plusieurs marques avec un feutre dermatographique). Il s'agit de précautions obligatoires qui ont démontré leur efficacité pour assurer votre sécurité.

Durant la durée de votre hospitalisation, vous serez pris en charge par votre chirurgien, l'anesthésiste, et le personnel médical et paramédical de l'établissement. Respectez scrupuleusement les consignes qu'ils vous donneront car elles vous protègent. Si vous ne les comprenez pas, n'hésitez pas à demander des explications.

La reprise de la marche sans appui ou avec un appui partiel sera effectuée avec l'aide d'un kinésithérapeute. Vous aurez besoin de 2 cannes anglaises.

La durée de l'hospitalisation dépend de l'intervention pratiquée, des suites opératoires, de

vosre état général, mais aussi des conditions de votre retour à domicile.

À la sortie de l'hôpital ou de la clinique, vous pouvez regagner votre domicile ; toutefois dans certains cas il pourra vous être proposé un séjour en centre de convalescence (si vous vivez seul(e) par exemple) ou en centre de rééducation (en cas de rééducation difficile).

3) Le retour à domicile :

Dès votre retour, contactez votre médecin traitant : l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé est un milieu médical très sécurisé, votre domicile est au contraire un univers moins protégé. L'aide de votre médecin traitant doit accompagner cette transition. Remettez-lui les courriers de votre chirurgien et de votre anesthésiste s'il ne les a pas déjà reçus par la poste.

La consolidation demande 6 à 10 semaines en moyenne, elle est d'autant plus rapide que l'ouverture nécessaire à la correction de la déformation est peu importante. En fonction de la qualité de votre os, de la solidité du montage, de l'importance de la correction, des radiographies successives, la reprise de l'appui sera progressivement possible. En général un appui très partiel avec l'utilisation de 2 cannes est envisagé pour les 6 premières semaines. Puis en fonction de la qualité de consolidation évaluée sur le bilan radiographique pratiqué lors de la première consultation post opératoire, votre chirurgien vous donnera les consignes de reprise de l'appui et de l'abandon des cannes anglaises. Vous devez avoir prévu le handicap que représentera cette impossibilité d'appuyer et organisé les aides pour votre vie quotidienne.

Deux points doivent être particulièrement surveillés :

A. Cicatrice et fils ou agrafes : Un pansement est le plus souvent réalisé le jour de la sortie. N'y touchez pas. Il protège la cicatrice. Il sera renouvelé par une infirmière de ville à domicile ou à proximité de chez vous selon les consignes de votre chirurgien. Les fils, selon l'habitude du chirurgien, peuvent être :

- **Résorbables** : ils se résorbent tous seuls. Dans ce cas, le pansement est retiré entre le dixième et le quinzième jour puis la cicatrice reste le plus souvent à l'air libre.
- **Non résorbables (ou agrafes)** : ils doivent être retirés. Il n'est pas nécessaire de revenir à la clinique ou à l'hôpital pour cela. Une infirmière de ville est tout à fait compétente pour effectuer ce geste. L'ordonnance de votre chirurgien ou de votre médecin lui explique comment renouveler les pansements et quand retirer les fils (habituellement à partir du quinzième jour postopératoire).

B. Traitement médical

- **Les médicaments contre la douleur (= antalgiques)** : habituellement le genou est peu douloureux. La zone opératoire est douloureuse quelques jours à quelques semaines. Votre anesthésiste, votre chirurgien ou votre médecin vous ont donc prescrit des antalgiques. S'ils ne sont pas suffisants ou si vous ne les tolérez pas

(douleurs abdominales, nausées, vomissements...), parlez-en à votre médecin traitant. Dans tous les cas, l'application de glace par attelles réfrigérées a un bon effet contre la douleur, même à distance de l'opération. Pour éviter toute brûlure de la peau, un tissu doit être interposé entre les coussins de glace et la peau.

- **Les anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires (aspirine)** : Ils sont indispensables pour diminuer le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire, mais ils sont potentiellement dangereux. En excès, ils peuvent occasionner des hémorragies ou des hématomes.
En quantité insuffisante, ils ne protègent plus ou protègent moins bien contre le risque de phlébite.
Il ne faut jamais en modifier la dose ni la fréquence de prise vous-même. Ce traitement peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières obligatoires. La surveillance de ce traitement est confiée à votre médecin traitant.

4) La rééducation :

- Les habitudes varient selon les chirurgiens et les techniques utilisées. Elles sont adaptées à vos progrès lors de votre hospitalisation et à chaque cas. Suivez les consignes de votre chirurgien.
- Trois points sont importants au cours de la récupération après ostéotomie du genou
 - La reprise de la marche avec appui progressif sur le côté opéré sera fonction de la qualité de consolidation et de la qualité de vos os. C'est votre chirurgien qui vous donnera les consignes pour la reprise de l'appui. L'usage de deux cannes anglaises (cannes avec appui sur les avant-bras) est indispensable au début avec un abandon progressif d'une des deux en fonction de l'évolution de la consolidation. Ensuite, si une canne simple vous paraît utile, n'hésitez pas à la prendre pour éviter une chute, tant que vous n'aurez pas totalement récupéré la fonction du genou. De plus une canne ou une béquille signalera votre vulnérabilité temporaire et pourra vous éviter les bousculades.
 - La récupération d'une bonne mobilité de votre genou en flexion et extension du genou indispensable dans la vie quotidienne. Il faut plier à 120° pour mener une vie normale, mais les possibilités de récupération sont aussi fonction de l'amplitude de flexion que vous aviez avant l'opération. Il est parfois nécessaire de faire des postures pour étendre à fond le genou (votre kinésithérapeute vous expliquera la manière de les réaliser).
 - La récupération d'une bonne force musculaire des muscles de la cuisse permet d'éviter que le genou se dérobe. Votre opération n'a pas perturbé le fonctionnement de votre articulation mais personne, à commencer par votre chirurgien, ne peut la remettre en marche à votre place.

5) Questions souvent posées par les patients :

- **« Combien dure l'opération ? »**

L'intervention dure 30 à 75 minutes selon les cas.

- **« Comment sera ma cicatrice ? »**

Elle mesurera entre 6 à 15 centimètres sur la partie médiale du genou. Cela dépend de votre corpulence et du type de matériel utilisé pour fixer l'ostéotomie.

- **"Mes jambes seront-elles de la même longueur et droites ?"**

L'ostéotomie d'ouverture n'allonge que très peu la jambe (5 mm pour 10° de correction).

Pour décharger lors de la marche la zone qui s'use, le chirurgien fait plus que corriger la déformation et met légèrement le membre "en X" ce qui est visible jambes nues.

- **« J'ai encore du mal à monter et descendre les marches, j'ai tendance à boiter lorsque je suis fatigué ou que je suis resté assis longtemps, est-ce normal ? » :**

Les muscles mettent un temps plus ou moins long à retrouver leur tonus surtout lorsque l'articulation est encore douloureuse. Les réflexes qui vous permettent de tenir debout et d'éviter de trébucher sont perturbés ce qui augmente le risque de chute. C'est pourquoi il faut souvent plusieurs semaines ou mois pour retrouver une force normale.

- **« Puis-je voyager ? » :** Oui mais il est sans doute sage d'attendre la 6ème semaine. Attention aux longs voyages, ils favorisent les phlébites et peuvent nécessiter un traitement anticoagulant. N'hésitez pas à interroger votre médecin traitant.

En avion, dégourdissez-vous les jambes toutes les 2 heures et portez des bas de contention.

- **« Est-ce que je risque de faire sonner les portiques détecteurs de métaux dans les aéroports ? » :**

Oui : Aucun document médical n'est conseillé par les services de sécurité des aéroports. La police de sécurité saura localiser votre prothèse par les détecteurs de métaux.

- **« Puis je me mettre " à genoux " » :**

Oui : La position à genoux est possible mais parfois inconfortable, l'utilisation d'un coussin ou d'une genouillère peut être utile.

- **« Est-ce que je vais garder ma plaque ? » :**

Si la plaque (ou tout autre matériel) n'entraîne pas de gêne, elle sera laissée en place. Dans le cas contraire son ablation peut être envisagée quand la consolidation ne pose plus de problème.

- **"Quand pourrais-je reprendre mon travail ?"**

Il faut souvent attendre 3 à 6 mois pour cette reprise, cela dépend du travail que vous effectuez. Il faut parfois aménager votre poste de travail ou voir les possibilités de reconversion.

- **"Vais-je avoir un jour une prothèse ?"**

Peut-être : Le geste n'a pas guéri l'arthrose, au mieux il l'a stabilisé, c'est un peu comme si le mécanicien corrigeait un défaut de parallélisme sur une voiture, cela stoppera l'usure des pneus mais ne remettra pas la gomme usée. C'est pour cela que l'on préfère effectuer l'ostéotomie lorsque l'usure est minime. L'arthrose peut dans le temps s'aggraver, toucher les autres zones articulaires du genou et imposer une prothèse, les plus souvent dix ans ou plus après l'ostéotomie. Il est cependant impossible de prévoir cette dégradation. Une surveillance radiologique régulière est souhaitable pour dépister une éventuelle aggravation, et doit être pratiquée en cas de réapparition des douleurs.

- **« Devant quels signes dois-je m'inquiéter ? »**

- La réapparition d'une douleur ou d'un gonflement du genou
- Une température élevée
- Un gonflement et une rougeur ou un écoulement au niveau de la cicatrice. Une zone noirâtre sur la cicatrice (nécrose) doit vous refaire prendre contact avec votre chirurgien.

- Une douleur du mollet
- Une oppression respiratoire
- Et d'une façon générale, tout symptôme nouveau. Sans attendre, appelez un médecin (de préférence, votre médecin traitant). Si vous ne parvenez pas à le joindre, contactez l'établissement où vous avez été opéré.

Les coordonnées utiles :

Votre chirurgien : ...

Numéro d'appel d'urgence : ...

Consultation : ...

Secrétariat : ...

Prenez le temps de lire ses informations et n'hésitez pas à demander des explications à votre chirurgien si elles ne vous semblent pas assez claires.

Conservez ce document, il vous a été remis pour vous aider à prendre votre décision et vous guidera par la suite.

La loi "Jardé" impose un suivi après votre opération. Votre chirurgien sera donc amené à effectuer des contrôles cliniques, radiologiques et biologiques de manière régulière, les résultats seront incorporés à votre dossier médical. Les données (anonymes) de votre dossier pourront servir à des études et faire l'objet de communications ou publications scientifiques par votre chirurgien.

Ce document réalisé en collaboration entre :

- **Orthorisq, organisme agréé par la Haute Autorité de Santé pour l'accréditation des praticiens et la gestion du risque en chirurgie orthopédique ?**
- **La Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.**
- **La Société Française de Chirurgie de la Hanche et du Genou.**
- **L'association de patients Le Lien**

Il est disponible gratuitement sur les sites www.orthorisq.fr, sofcot.fr, sfhg.fr et lelien-association.fr,

Toute utilisation partielle ou totale de ce document doit en citer la source et les sites où il est disponible dans sa version d'origine.

Les modifications n'engagent pas la responsabilité des auteurs de ce document.

