

Informations

Ostéotomie au genou

L'OSTÉOTOMIE TIBIALE

Qu'est ce que l'ostéotomie tibiale de valgisation ?

Le poids du corps passe normalement par l'axe mécanique fémoro-tibial au centre du genou. Si le membre est déformé en dedans (varus) ou en dehors (valgus), l'axe mécanique est dévié, ce qui entraîne une surcharge des surfaces articulaires et donc une usure des cartilages d'un côté.



Genou normoaxé - genu varum - genu valgum

L'ostéotomie tibiale de valgisation vise à corriger l'axe du membre inférieur. Cette correction est faite par une section partielle du tibia juste en dessous de l'articulation du genou en zone « métaphysaire ».

L'usure des cartilages limitée à un compartiment du genou (interne ou externe) avec une désaxation du membre peut se traiter par une ostéotomie pour réaxer le membre déformé et diminuer ainsi l'excès de poids du corps sur le compartiment usé. Le poids est reporté sur l'autre compartiment qui s'usera à son tour dans les années suivantes.

L'ostéotomie de réaxation est souvent proposée au patient âgé de moins de 60 ans. Elle protège le compartiment usé pendant quelques années (10 ans environ).

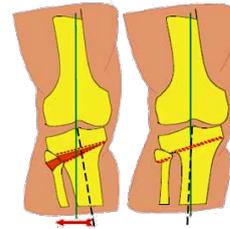
Technique opératoire L'ostéotomie consiste en une réaxation du membre inférieur en modifiant l'axe du tibia. Il existe deux sortes de techniques chirurgicales de réaxation :

— l'ostéotomie de fermeture : elle consiste à enlever un coin osseux sur le tibia. Il faut également sectionner une portion de péroné.

M....., le/..../.....

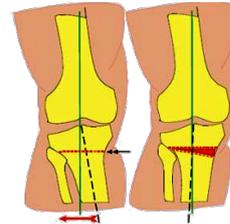
Fiche conçue pour fournir un support et/ou un complément à l'information orale délivrée par le chirurgien au cours des consultations précédant la décision opératoire. Seule, l'information orale peut être adaptée à chacun, à sa demande. Elle donne la possibilité de répondre aux questions posées, et constitue l'essentiel de l'information délivrée.

_____ D^r Christian LEONARDI



Ostéotomie de fermeture

— L'ostéotomie d'ouverture : elle consiste à sectionner le tibia par un trait de coupe et écarter les berges du trait en y introduisant un coin osseux (pris sur le bassin) ou un coin artificiel (métal, ciment, substitut osseux).



Ostéotomie de d'ouverture

— Dans les deux cas la fixation est assurée par un matériel d'ostéosynthèse : plaque, agrafes, lame-plaque ...



Ostéosynthèse par plaque

COMMENT SE PASSE L'INTERVENTION ?

Avant l'intervention un bilan complet pré-anesthésique est indispensable. Il est très important de dépister et traiter toute maladie pouvant entraîner des complications lors de l'anesthésie ou

lors de l'acte chirurgical et de faire le point sur les facteurs de risque susceptibles de favoriser des complications post-opératoires. Nous vous remettons donc des ordonnances pour effectuer un bilan médical avant l'intervention.

Il n'est pas nécessaire de transfuser. Prévoyez des vêtements larges que vous pourrez enfiler par-dessus le pansement ou l'attelle.

Le jour de l'hospitalisation, le personnel procédera au rasage du membre, une préparation de la peau du membre opéré après une douche antiseptique.

L'hospitalisation Elle dure en moyenne 7 jours.

Après l'intervention, vous serez surveillé en salle de réveil d'anesthésie, puis reconduit dans votre chambre. Votre jambe sera surélevée, et votre articulation recouverte d'une vessie de glace pour diminuer l'inflammation et la douleur.

Des calmants vous seront administrés en cas de besoin. Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post-opératoire. Il est à prendre systématiquement les premières semaines afin d'éviter à la douleur de s'installer.

Une attelle sert à immobiliser et à protéger votre genou, vous devez la porter durant les 3 premières semaines.

Après l'opération, un pansement stérile est mis en place pendant 3 semaines. Une infirmière doit passer à votre domicile tous les 2 jours afin de réaliser les pansements et contrôler l'état de la plaie. (Coordonnées de l'infirmière à domicile)

Un traitement médical systématique sera prescrit : anticoagulants et port de bas de contention pendant environ deux mois pour prévenir le risque de phlébite. Ce traitement préventif de la phlébite doit impérativement être suivi jusqu'à la reprise d'une complète déambulation avec appui complet. Une surveillance bi-hebdomadaire des plaquettes est impérative durant tout le temps de ce traitement.

Rééducation et reprise de l'activité La rééducation va permettre de récupérer l'amplitude complète des mouvements et la motricité du genou.

Un séjour en centre de rééducation n'est pas nécessaire pour obtenir un bon résultat.

Pendant les 3 premières semaines suivant l'opération, la marche s'effectue à l'aide de deux cannes afin de soulager le genou de votre poids avec une mise en décharge stricte de votre membre inférieur. L'attelle est maintenue lors de vos déplacements.

A la fin de la 3^{ème} semaine, vous consulterez votre chirurgien muni d'une radio de contrôle. La mise en charge progressive de votre membre inférieur sera

alors programmée. La rééducation peut donc être débutée, elle insistera sur l'entretien et la récupération musculaire ainsi que sur la mise en charge. Si le verrouillage de votre genou est correct, l'attelle peut être définitivement enlevée. Il n'y a aucune limitation dans la flexion de votre articulation.

La marche est reprise progressivement à partir du deuxième jour, avec l'aide de deux cannes anglaises sans appui sur la jambe opérée pendant 30 à 45 jours selon la technique employée. La reprise progressive de l'appui sera autorisée en fonction de la radiographie effectuée lors de la consultation avec le chirurgien. Il faut attendre une consolidation suffisante de l'os avant de reprendre la marche avec un appui sans canne. Cela demande de 3 à 6 mois.

La reprise de la conduite est envisageable dès que la marche s'effectue sans béquilles, généralement après le 2^{ème} mois. La reprise des activités professionnelles est fonction de la charge physique imposée à votre genou, il faut compter en moyenne 3 mois d'arrêt.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ATTENDUS DE L'OPÉRATION ?

Ces interventions sont indiquées chez des patients âgés de moins de 60 ans. Elles permettent aux patients de voir les douleurs disparaître dans la majorité des cas toutefois parfois il peut persister un petit fond douloureux minime comparé à la période pré-opératoire. L'avantage par rapport à la mise en place d'une prothèse est la sensation d'avoir toujours un genou naturel et de pouvoir le fléchir de manière plus importante. L'ostéotomie tibiale de valgisation est un geste chirurgical en théorie simple mais de réalisation plus délicate. Une fois la consolidation acquise, ce geste améliore significativement la gêne causée par un trouble d'axe.

Cette consolidation est acquise après 2 à 3 mois et peut parfois être plus longue jusqu'à 6 mois. Le matériel peut être ensuite enlevé (en général 1 an après la chirurgie), ce qui permettra d'obtenir un résultat optimal.

La marche normale sans aucune boiterie est obtenue généralement au 3^{ème} mois suivant l'intervention. Les douleurs disparaissent très progressivement, et la marche redevient complètement normale en 6 mois à 1 an.

Le travail peut en général être repris 3 à 9 mois après l'intervention

C'est un traitement efficace, qui soulage les symptômes avec de bons résultats. Chez les patients jeunes et actifs, cette solution est la plus adaptée. Le résultat est en général bon mais li-

mité dans le temps. L'effet bénéfique d'une ostéotomie tibiale de valgisation dure en moyenne une dizaine d'années. Parfois l'arthrose continue d'évoluer, dans ce cas l'ostéotomie n'empêche pas la mise en place d'une prothèse de genou. Si les douleurs réapparaissent au bout de ce délai, la pose d'une prothèse de genou sera alors à envisager. Cette opération permet cependant de repousser l'heure de la prothèse totale.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS HABITUELLES ?

Les complications sont heureusement rares, mais il faut avoir conscience des risques, aussi minimes soient-ils. En effet, la survenue d'une complication rallonge souvent la récupération, compromet souvent le résultat attendu. Un traitement complémentaire, spécifique est souvent nécessaire. Si la plupart des complications guérissent avec des séquelles mineures, certaines peuvent laisser un handicap lourd, très important.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté. En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, voici celles qui sont le plus couramment rencontrées, plus spécifiques à cette chirurgie et pour lesquelles nous réalisons une prévention active :

Quels sont les principaux inconvénients et risques précoces éventuels de l'intervention ?

Complications anesthésiques Elles ne revêtent aucun aspect spécifique à la chirurgie arthroscopique.

Les infections. Ce sont les complications graves après une chirurgie. L'infection profonde est rare. Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient, pouvant laisser des séquelles importantes, et nécessitant un traitement long et fastidieux. La clé réside donc dans la prévention.

Un certain nombre de situations « à risque » ont été identifiées, justifiant alors un dépistage ciblé. On peut citer, sans être bien sûr exhaustif : les antécédents d'infection ; le diabète insulino-requérant ; l'hémodialyse ; les situations d'immunosuppression pathologique ou iatrogène ; l'éthylisme chronique, la toxicomanie ; les lésions cutanées chroniques ; les sinusites récidivantes ; un séjour récent en service de réanimation ; une hospitalisation prolongée, même en service de soins standard ; une hos-

pitalisation récente en service de long ou moyen séjour ; le port d'une sonde urinaire à demeure ; l'utilisation récente d'antibiotiques à large spectre ; le diabète et le tabagisme. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Peut-on réduire le risque d'infection ? La préparation pré-opératoire du patient est une étape probablement primordiale, car les infections postopératoires sont le plus souvent d'origine endogène, et principalement cutanée et muqueuse. La flore résidente du patient peut être introduite dans l'organisme lors de toute effraction cutanée, et notamment d'une incision chirurgicale. Cette flore ne peut jamais être supprimée totalement, et toutes les mesures de prévention ne peuvent que diminuer le nombre de bactéries présentes. Un état d'hygiène irréprochable du patient lorsqu'il entre dans le bloc opératoire est souhaitable. Pendant l'intervention, toutes les précautions seront prises pour limiter le risque infectieux. L'intervention se déroule selon un protocole précis, formalisé et connu de tous les intervenants et des contrôles de qualité sont fréquemment réalisés. Il faut souligner l'importance de la qualité de la décontamination de la salle d'opération décontaminé, des règles de préparation des instruments, des vêtements stériles et à usage unique, du comportement du personnel, de l'aseptie des mains Votre peau sera de nouveau désinfectée selon un protocole précis et vous pouvez recevoir également des antibiotiques pendant l'intervention selon le protocole du CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) de l'établissement.

Le diagnostic de l'infection peut-être difficile. Il n'existe pas de tableau clinique spécifique de l'infection. Il existe toutefois des éléments qui doivent mettre la puce à l'oreille (fistule cutanée, troubles de cicatrisation, syndrome douloureux anormal dans sa durée et dans son intensité, fièvre, signes locaux habituels de l'inflammation : rougeur, chaleur, gonflement, douleurs . . .). Il n'existe pas non plus de tableau biologique spécifique (élévation de la vitesse de sédimentation et de la CRP). Les radiographies standards peuvent être intéressantes. Il est possible de réaliser une échographie, un scanner ou même une IRM : ces examens n'ont d'intérêt que pour rechercher une collection profonde et en réaliser la ponction. L'imagerie nucléaire est régulièrement évoquée, mais son apport diagnostique est souvent décevant. Au total, ce sont les prélèvements au niveau du site, avec analyse bactériologique qui restent l'étalon-or de la démarche diagnostique.

Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée à la documentation bactériologique. La

durée du traitement est souvent prolongée, adaptée au cas par cas. Il faut y associer une ré-intervention pour nettoyer la zone opérée. Cela nécessite un caractère complet de l'excision, préalable à la guérison, et provoque souvent des sacrifices tant osseux que périphériques importants, même si cela doit compliquer les suites ou le geste de reconstruction.

L'algodystrophie elle est rare (1 à 3%) mais elle est impossible à prévenir ou à prévoir (sauf en cas d'épisode antérieur). Son traitement médical est long et difficile. Elle se manifeste par une rougeur, des douleurs, un gonflement, des troubles cutanés du genou, mais peut aussi se généraliser à tout le membre inférieur.

Un syndrome des loges il est exceptionnel et survient en post-opératoire immédiat. Il s'agit d'une compression des muscles et des vaisseaux de la jambe par un hématome interne. Le traitement est urgent et chirurgical : on réalisera une dé-compression en sectionnant les aponévroses de la jambe.

Les thromboses veineuses La phlébite (inflammation d'une veine) qui peut se compliquer d'une thrombose veineuse (caillot dans la veine) est favorisée par l'immobilisation. Un fragment du caillot peut parfois se détacher et migrer vers les poumons : c'est l'embolie pulmonaire, ce qui entraînerait de graves risques pour votre santé.

Elles peuvent compliquer 40% des prothèses de genou. Avec une prévention bien conduite, celles-ci peuvent aussi se produire, mais elles sont moins fréquentes et surtout se compliquent rarement d'une embolie pulmonaire.

Les risques de thrombose sont devenus rares grâce aux exercices pour stimuler le retour veineux dans les jambes (bougez fréquemment. Toutes les heures, bougez vos pieds et vos chevilles. Contractez et relâchez les muscles de vos jambes et de vos fessiers), au lever précoce, au traitement anticoagulant (qui fluidifie le sang) dès la veille de l'intervention et au port des bas de contention.

Vous avez plus de chances de présenter des caillots sanguins si vous avez des problèmes cardiaques ou de circulation sanguine, êtes inactif, avez un excédent de poids ou d'autres problèmes de santé comme le diabète. Avertissez votre chirurgien avant l'opération si vous avez déjà présenté un caillot sanguin dans le passé.

Prenez les anticoagulants selon les recommandations de votre chirurgien. Les anticoagulants sont utilisés pour prévenir la formation de caillots sanguins à la suite d'une opération importante de la jambe, telle qu'une arthroplastie de la hanche ou du genou. C'est le chirurgien qui décidera du nombre de jours de votre traitement, en fonc-

tion du risque que vous présentez. La présentation des anticoagulants varie, sous forme de comprimés ou de solution injectable. Certains d'entre eux exigent une surveillance hématologique afin de s'assurer qu'ils n'interagissent pas avec des aliments ou d'autres médicaments et que la dose est appropriée, tandis que d'autres ne requièrent pas cette surveillance.

Une inégalité de longueur peut aussi survenir (par exemple, un raccourcissement de jambe). Le chirurgien cherche à obtenir l'égalité de longueur des jambes, mais elle n'est pas toujours réalisable. Il faut savoir qu'une inégalité de longueur de l'ordre du centimètre est "acceptable" et sans conséquence.

Un œdème. Il se peut que le membre opéré soit enflé pendant les premières semaines qui suivent la chirurgie. Pour aider à réduire l'enflure, élevez le membre opéré dans la mesure du possible. Si le membre opéré est votre jambe ou votre pied, évitez de vous asseoir pendant de longues périodes de temps et bougez vos pieds et vos chevilles pour que le sang continue de circuler.

Les complications générales.

- ☞ **Les complications cardiovasculaires.** Les deux complications cardiaques postopératoires les plus courantes sont la crise cardiaque et l'insuffisance cardiaque. Le stress de la chirurgie peut causer une crise cardiaque chez les personnes atteintes d'une maladie coronarienne, laquelle peut avoir entraîné ou non des symptômes avant la chirurgie. Assurez-vous de parler de votre santé cardiovasculaire au chirurgien et à l'anesthésiste et de suivre leurs directives.
- ☞ **Un délire postopératoire.** Parfois, les personnes âgées vivent une période de confusion ou de délire après une chirurgie. Il se peut qu'elles agissent ou qu'elles parlent de façon anormale. Par exemple, il est possible qu'elles commencent à oublier des choses, qu'elles soient confuses, ou encore qu'elles voient, qu'elles entendent ou qu'elles croient des choses qui n'ont aucun sens. Le délire disparaît généralement en quelques jours, mais, à l'occasion, il subsiste pendant quelques semaines. De façon générale, il est attribuable à plus d'une cause. Les effets secondaires des anesthésiques et des médicaments, le manque de sommeil, la douleur, l'infection, le sevrage d'alcool, la constipation et un faible taux d'oxygène font partie des causes courantes de délire. L'équipe soignante cherche et corrige la cause du délire dans la mesure du possible.

- ☞ **Une rétention urinaire.** L'incapacité à uriner est un problème très fréquent après tout type de chirurgie. On règle le problème en insérant une sonde dans la vessie pour évacuer l'urine. Il peut rester en place pendant plusieurs jours ou être retiré immédiatement après qu'on ait vidé la vessie.
- ☞ **Des nausées.** Si les nausées et les vomissements persistent, un médicament peut être administré.
- ☞ **Des réactions allergiques.** Les médicaments que l'on vous a prescrits peuvent causer des réactions allergiques. Les réactions à la pénicilline, aux sulfamides et à la codéine sont les plus courantes. Elles peuvent varier d'une éruption cutanée légère à une réaction grave. N'oubliez pas d'avertir votre médecin si vous avez déjà présenté une réaction allergique. Si vous croyez que vous avez une réaction allergique, informez-en le médecin immédiatement.

Complications cutanées Un ulcère de décu-bitus peut être dû à la compression de la peau de parties osseuses et se rencontre chez les patients alités pendant une longue période de temps ou présentant un mauvais état nutritionnel. Il est possible de prévenir cette complication en utilisant de bonnes techniques de soins de la peau, des protections des zones fragiles, des dispositifs permettant de soulever du lit les régions touchées.

Les ennuis cicatriciels désunion de la cicatrice, nécrose (mort de la peau) sont rares. Ils peuvent nécessiter une nouvelle intervention pour reprendre la cicatrice et réaliser une nouvelle suture, voire, dans certains cas, une greffe de peau (plastie cutanée). Cette complication est plus ou moins grave en fonction de son étendue et de sa localisation ; sur les articulations superficielles (genou, doigts), elle doit être traitée rapidement pour éviter l'infection.

Le retard de consolidation ou la pseudarthrose rare dans cette zone osseuse, il survient en cas de non consolidation ou de reprise trop précoce de l'appui ; il entraîne un débricolage du montage d'ostéosynthèse et nécessite une reprise chirurgicale pour consolider le foyer d'ostéotomie en modifiant le matériel d'ostéosynthèse, et quelques fois en apportant des greffons osseux.

La fracture d'un plateau tibial lors des manœuvres d'ouverture ou de fermeture du trait d'ostéotomie. Elle consolide facilement et, est sans conséquence si les fragments ne sont pas déplacés ou refixés immédiatement.

Les lésions nerveuses elles se manifestent par une modification de la sensibilité cutanée au ni-

veau du genou ou du membre inférieur opéré ; elles peuvent se voir en cas de compression par un garrot laissé de façon prolongée ou par un hématome post opératoire, ou lors de la résection de la portion supérieure du péroné lors d'une ostéotomie de fermeture externe. Elle régresse spontanément en quelques mois si le nerf n'est pas lésé, mais peut nécessiter une réintervention pour le décompresser.

Des zones d'hyposensibilité ou d'anesthésie cutanée superficielle, des fourmillements localisés, des sensations désagréables sont possibles par atteinte de petits rameaux nerveux situés sous la peau au niveau de la cicatrice. Elles sont la conséquence de la section inévitable de petits rameaux nerveux sensitifs cheminant dans la peau au niveau des incisions. En général ces sensations désagréables s'atténuent avec le temps, mais la récupération est longue et parfois incomplète. Les lésions plus importantes sont exceptionnelles

Lésion du nerf fémoro-cutané en cas de prélèvement de greffe iliaque : elle se manifeste par une anesthésie de la face externe de la cuisse.

Complications anesthésiques Elles ne revêtent aucun aspect spécifique à la chirurgie arthroscopique.

Complications vasculaires l'artère ou la veine poplitée peuvent être exceptionnellement blessés pouvant avoir des conséquences graves.

La douleur de la zone de prélèvement du greffon osseux iliaque en cas d'ostéotomie d'addition comblée par un greffon osseux. Elle se calme avec des antalgiques et avec le temps.

Hématome de la zone de prélèvement du greffon iliaque : en cas d'utilisation de votre os iliaque comme greffe interne lors d'une ostéotomie d'ouverture interne.

Douleurs au niveau du matériel d'ostéosynthèse : il faut le retirer lors d'une seconde intervention au delà du 6^{ème} mois post-opératoire si la gêne est trop importante.

L'algoneurodystrophie ou algodystrophie est un « dérèglement du système nerveux qui commande les vaisseaux », responsable de douleurs, de gonflement et pouvant aboutir à un enraidissement de l'articulation. Il s'agit d'une complication qui survient et évolue de façon capricieuse et imprévisible. Le traitement repose sur l'association de médicaments et d'une rééducation douce et spécialisée. L'évolution peut se faire sur plusieurs mois.

Court-on un risque vital ? Toute opération chirurgicale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre état général est bon, ce risque est minime.

Cependant si votre état général est moins bon (grand âge, maladies graves du cœur, du poumon, obésité, etc.), le risque peut être plus ou moins important. Le risque de décès après une prothèse du membre inférieur est actuellement évalué à 0,5 %. De toute façon, un bilan de votre état de santé global sera fait avant de vous opérer (généralement lors de la consultation avec le médecin anesthésiste). À son issue, vous serez informé(e) des risques et invité(e) à poser toutes les questions nécessaires et à bien réfléchir avant de prendre votre décision. Dans de rares cas, l'intervention pourra même vous être formellement déconseillée, si le risque encouru est supérieur au bénéfice de l'intervention.

Quels sont les principaux inconvénients et risques tardifs éventuels de l'intervention ?

La persistance d'une raideur plus ou moins importante du genou est souvent liée à l'état du genou avant l'opération. Elle peut être prévenue par la mobilisation douce et précoce de votre prothèse, mobilisation passive ou à l'aide d'un appareillage.

Le genou peut ne pas plier complètement. Cela gêne pour certains mouvements (se mettre accroupi, les escaliers s'agenouiller... par exemple).

Le genou peut ne pas s'étendre complètement. Il s'agit d'un « flexum ». Sa persistance restera toujours gênante. Cela induit une inégalité de longueur, une boiterie. Cela peut générer des douleurs en particulier sur la rotule.

Dans certains cas, votre chirurgien peut juger utile de mobiliser votre genou (sous anesthésie) quelques semaines ou rarement quelques mois après l'opération pour diminuer ou supprimer une raideur persistante. Certaines raideurs ou insuffisance de force musculaire peuvent entraîner des boiteries.

Les défauts d'axe La jambe peut ne pas être parfaitement droite (jambe restant déviée en dedans ou en dehors). La plupart du temps cela relève de situations initiales qui ne peuvent pas toujours être complètement corrigées. Le chirurgien est souvent obligé de choisir le compromis qu'il estime être le meilleur possible pendant l'opération.

Les douleurs du genou Dans certains cas, des douleurs en regard de la cicatrice ou du genou peuvent persister. Certaines personnes peuvent continuer à souffrir de l'arthrose du genou alors que tout est satisfaisant sur les radiographies.

Il peut s'agir de douleurs des tissus situés autour de la prothèse. Des bursites ou tendinites, un conflit sur les parties molles peuvent être gênants et nécessiter des massages, des crèmes ou gels anti-inflammatoires. Il peut s'agir de douleurs dues à la présence du matériel.

Dans de rares cas, aucune cause évidente n'est décelée, et le chirurgien ne trouve pas d'explication précise à la gêne ressentie. La surveillance régulière par le chirurgien est alors nécessaire, et cela justifie un traitement antalgique.

Un épanchement chronique du genou en particulier au genou, peut nécessiter une ponction pour vérifier l'absence d'infection. Des gestes locaux spécifiques peuvent être discutés et réalisés en accord avec le chirurgien, en service spécialisé, pour assécher l'épanchement.

Une insuffisance de récupération musculaire Une perte de force, une amyotrophie de la cuisse, de la jambe peuvent persister. Cela peut être source de boiterie, d'appréhension, d'insécurité, de gêne pour certaines situations (soulever la jambe, escaliers, soulever du poids, ...). Cela augmente le risque de chute.

Le genou peut ne pas être stable Dans certains cas il peut rester une certaine laxité, un certain « jeu articulaire ». Cela génère appréhension, insécurité, voire une complication comme une luxation. Elle peut apparaître immédiatement, mais aussi tardivement, plusieurs mois ou années après.

Risques liés au tabagisme. Il est établi que le tabagisme multiplie par 2 à 4 le risque de complications postopératoires, et en particulier celui d'infection et de nécrose cutanée. Cette majoration du risque disparaît lorsque le tabac est arrêté complètement pendant les 6 à 8 semaines qui précèdent l'intervention, et les 2 à 4 semaines qui la suivent. Nous déconseillons fortement l'usage du tabac pendant cette période.

Court-on un risque vital ? Toute opération chirurgicale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre état général est bon, ce risque est minime. Cependant si votre état général est moins bon (grand âge, maladies graves du cœur, du poumon, obésité, etc.), le risque peut être plus ou moins important. De toute façon, un bilan de votre état de santé global sera fait avant de vous opérer (généralement lors de la consultation avec le médecin anesthésiste). À son issue, vous serez informé(e) des risques et invité(e) à poser toutes les questions nécessaires et à bien réfléchir avant de prendre votre décision. Dans de rares cas, l'intervention pourra même vous être formellement déconseillée, si le risque encouru est supérieur au bénéfice de l'intervention.

Rassurez-vous, votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter. En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure de vous

aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.

EN RÉSUMÉ

L'ostéotomie tibiale de valgisation par soustraction externe est un geste simple. Les suites post-opératoires sont parfois plus contraignantes. La récupération après chirurgie nécessite plusieurs semaines (consolidation de l'ostéotomie). L'ablation du matériel permet d'optimiser le résultat. La reprise des sports doit être progressive et réalisée sous contrôle médical en respectant les délais donnés par votre chirurgien.

Quelques questions que vous devez vous poser ou demander à votre chirurgien avant de vous décider

Pourquoi recommandez-vous cette chirurgie?

Y a-t-il d'autres solutions pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader?

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience? Quel est le temps opératoire? Quelle est la durée de l'hospitalisation? Aurai-je beaucoup de douleurs? Comment la traiter?

Quels sont les risques et/ou complications encourus?

Quels sont mes bénéfices à être opéré et quel résultat final puis-je espérer?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives? Quelle sera la durée de ma convalescence?

Me recommandez-vous un second avis?

Date et signature du patient (e) :