

Informations

Ostéotomie de valgisation tibiale

L'OSTÉOTOMIE DU GENOU

Qu'est-ce qu'une ostéotomie ? On entend par ostéotomie la modification d'un axe osseux par un acte chirurgical. Au niveau du genou, l'ostéotomie est une intervention qui consiste à corriger l'axe du membre inférieur afin d'empêcher l'aggravation d'une arthrose qui, à terme, conduirait à la destruction de l'articulation du genou. En effet, en l'absence de traitement, ces arthroses localisées s'aggravent, ce qui accentue l'usure qui elle accentue la déformation, ce qui majore l'usure. Dans ces conditions, seul la correction de l'axe du membre peut interrompre ce cercle vicieux : c'est le principe de l'ostéotomie.



Morphotypes de genoux

Elle ne peut être proposée que les atteintes d'un seul compartiment du genou puisque le principe est de soulager le côté malade et de faire supporter plus de contraintes sur l'autre côté supposé sain. A terme, l'usure cartilagineuse est stoppée ou fortement ralentie. La fonction s'améliore mais l'ostéotomie ne modifie pas l'arthrose qui existait : le pincement articulaire persistera mais on peut espérer qu'il ne s'aggravera pas, ce qui est d'autant plus important que le sujet est plus jeune.

Cette intervention est donc réalisée chez des patients qui présentent une désaxation du genou en genu varum (attitude type « Lucky Luke ») ou, à l'inverse, en genu valgum (attitude « Bécassine »). Selon les cas, l'ostéotomie sera dite de valgisation lorsqu'elle corrige un genu varum (cas le plus fréquent) et de varisation lorsqu'elle corrige un genu valgum.

QU'EST CE QUE C'EST ?

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

C'est la technique chirurgicale utilisée pour le traitement ...

L'évolution en l'absence de traitement est une accentuation de l'arthrose du genou. Lorsque celle-ci n'est pas trop importante, on peut proposer de stopper son évolution en modifiant l'axe du genou par une ostéotomie. C'est l'ostéotomie tibiale de valgisation. Lorsque le traitement médical n'est plus efficace, une chirurgie est possible.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque il vous a été proposé une ostéotomie tibiale de valgisation par soustraction externe. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

Avant le traitement Le bilan d'imagerie repose sur les radiographies, parfois complétées par un scanner ou d'autres examens, mais le diagnostic en demeure clinique. Le diagnostic d'arthrose interne est confirmé par l'examen clinique et les radiographies. La radiographie retrouve une arthrose du compartiment interne. Elle permet de calculer l'axe du membre afin d'évaluer l'importance de la correction à apporter. Un scanner ou une IRM peuvent compléter le bilan.

COMMENT SE PASSE L'INTERVENTION ?

À quoi s'attendre à l'hôpital le moment de votre chirurgie est arrivé ! Votre médecin vous aura informé du moment où vous devez arrêter de boire et de manger en vue de vous préparer pour l'opération. Si vous prenez des médicaments à prise quotidienne, demandez à votre médecin si vous devez quand même les prendre le matin de la chirurgie.

Bien que chaque hôpital ait sa propre manière de procéder, le processus de base, quant à lui, est

commun à tous les hôpitaux. Un membre du personnel vous fournira des vêtements d'hôpital, un bracelet d'identification ainsi que des explications sur ce qui va se passer dans le bloc opératoire. Il se peut également que l'on vous pose des questions sur vos antécédents médicaux et que l'on vérifie votre température, votre pouls, votre respiration et votre tension artérielle.

Afin d'assurer votre tranquillité d'esprit et votre sécurité, sachez quelle articulation ou quel membre devra être opéré. Confirmez le avec le personnel infirmier et le chirurgien. Dans certains hôpitaux, le chirurgien appose ses initiales à l'endroit approprié sur le formulaire de consentement avant la chirurgie. Vérifiez si la chirurgie indiquée sur ce formulaire correspond à votre chirurgie.

Il se peut que l'on vous administre des liquides et des médicaments par tubulure intraveineuse pendant la chirurgie. Il se peut également que l'anesthésiste ne vienne vous voir que juste avant l'opération.

Votre chirurgie Une fois dans la salle d'opération, on vous préparera pour l'opération. On vous lavera et vous couvrira le corps de draps à l'exception de la région de la chirurgie. On vous administrera le type d'anesthésie dont on avait discuté avec vous au préalable et on procédera ensuite à la chirurgie.

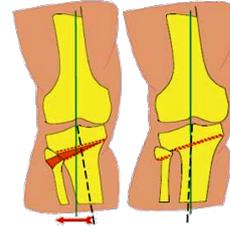
La durée de l'intervention dépendra du type de chirurgie. Il se peut que l'on insère une sonde dans votre vessie afin d'en évacuer l'urine.

Après la chirurgie, on vous transportera vers la salle de réveil ou l'unité de soins post-anesthésie pour vérifier votre tension artérielle, votre pouls et votre respiration. Un analgésique, médicament contre la douleur, vous sera administré par voie intraveineuse ou par injection. On vous demandera de faire des respirations profondes et peut-être des exercices pour assurer une bonne circulation sanguine. Vous subirez peut-être une radiographie.

Si vous avez subi une chirurgie plus importante, on vous amènera à votre chambre environ deux heures après la chirurgie. À ce moment, l'infirmière vérifiera l'état de votre pansement, et il est possible que vous recommenciez à prendre vos médicaments. Un analgésique vous sera alors administré soit par injection, soit sous forme de comprimés. Vous pourrez peut-être prendre des boissons claires et manger léger si vous le souhaitez. Le chirurgien viendra vous voir ou votre famille pour discuter de l'opération.

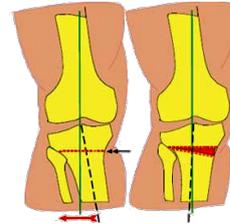
L'intervention L'ostéotomie est réalisée le plus souvent au niveau du tibia plus rarement au niveau du fémur. On distingue 2 types d'ostéotomie :

- L'ostéotomie par soustraction (ou fermeture), où l'on enlève un coin osseux ; le rapprochement des tranches osseuses étant ensuite maintenu par une technique d'ostéosynthèse



Ostéotomie de valgisation de soustraction

- L'ostéotomie par addition (ou ouverture), où le trait d'ostéotomie sépare les tranches osseuses d'une hauteur voulue. Le maintien de cet écart est là encore assuré par une ostéosynthèse et l'espace créé soit laissé en place, soit greffé (mise en place d'un greffon entre les deux pièces osseuses).



Ostéotomie de valgisation d'addition

- Les ostéosynthèses sont réalisées avec des plaques et des vis. Elles doivent être assez solides pour permettre une rééducation rapide et un appui aussi précoce que possible (variable selon l'âge, la solidité de l'os et de l'ostéosynthèse, de 1 à 60 jours). Ce matériel peut être laissé en place ou retiré par la suite (un an après minimum).



Ostéotomie de valgisation : plaque

- Le greffon est soit un substitut osseux synthétique, soit un greffon de banque d'os. Plus rarement, il est prélevé sur la crête iliaque (vrai os vivant autologue) mais cela nécessite alors une incision supplémentaire.
- On a l'habitude de corriger les déformations au delà de la « normo-correction » pour les arthroses internes (on crée un léger valgus de 3 à 6 degrés). Pour les arthroses externes, on supprime le valgus sans chercher à induire de varus
- Les gestes associés nécessaires à l'ostéotomie peuvent être variés : libération chirurgicale du

nerf sciatique poplité externe (SPE), ostéotomie du péroné soit au genou par la même incision, soit par une incision complémentaire au niveau de la jambe, ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure (TTA) si le recentrage de la rotule est indiqué.

- Dans certains cas, cette intervention est couplée à une autre (reconstruction du ligament croisé antérieur en particulier)

La voie de la guérison. Après la chirurgie, la priorité est votre confort, votre guérison et votre rétablissement. La réduction de la douleur au minimum et la prévention des complications sont des éléments essentiels pour y parvenir.

Réduire la douleur.

- Réduire la douleur le plus possible est un élément important pour votre guérison. Si votre corps est stressé en raison de la douleur, votre guérison peut être plus longue. Chaque personne est unique quand il est question de méthodes de soulagement de la douleur les plus efficaces. Il peut donc être nécessaire d'essayer différents médicaments et différentes doses pour trouver le traitement qui vous convient le mieux.
- Il existe plusieurs façons de soulager la douleur après la chirurgie. Les médicaments peuvent être administrés par injection, dans le cadre de l'anesthésie péridurale et/ou d'un blocage nerveux effectué par l'anesthésiste, ou simplement sous forme de comprimés pendant votre rétablissement. L'anesthésiste vous expliquera la ou les méthodes qui seront utilisées pendant votre rétablissement.
- Il est important que vous parliez de votre douleur aux professionnels de la santé afin qu'ils puissent bien comprendre son type. Une façon courante de mesurer la douleur est de l'évaluer selon une échelle de zéro à dix, où zéro équivaut à aucune douleur et dix, à la pire douleur possible et imaginable. Des mots comme « douleur continue », « sensation de brûlure », « sensation de cuisson » et « douleur pulsatile (ou battante) » sont utiles pour décrire la douleur. En la décrivant ainsi, vous aiderez votre équipe soignante à mieux comprendre la nature de votre douleur et à choisir le meilleur traitement.

Soins de la plaie opératoire, des points de suture. Votre infirmière ou votre médecin vous donnera les directives sur la façon de prendre soin de

vos plaies opératoires et de vos points de suture. Informez-vous auprès de l'infirmière ou du médecin si vous ne comprenez pas comment changer vos pansements. Prenez soin de la plaie et des points de suture avec précaution et suivez toutes les directives afin d'assurer une guérison adéquate et de réduire au minimum la taille de la cicatrice. Évitez de vous exposer à l'eau ou à l'humidité pendant les premières 24 heures. Ensuite, suivez les recommandations pour changer votre pansement. Si vous n'avez pas de pansement sur votre incision, vous pouvez commencer à la laver très délicatement avec de l'eau et du savon. Il est recommandé de la nettoyer deux fois par jour pour prévenir l'accumulation de débris. La présence de débris peut entraîner l'élargissement de la cicatrice, rendre le retrait des points de suture légèrement plus douloureux et plus difficile ou augmenter le risque d'infection. Il est important de faire enlever vos points de suture le jour désigné par le chirurgien.

Voici les signes d'une infection ou d'autres complications :

- Rougeur qui s'étend au-delà du pourtour de la plaie
- Température dépassant 38 degrés
- Coloration ou écoulement inhabituel, y compris pus
- Sensibilité au toucher ou enflure inhabituelles (Vous ressentirez la plus vive sensibilité au toucher le deuxième jour, mais elle devrait s'estomper par la suite)

Si vous présentez un ou plusieurs de ces symptômes, communiquez avec votre médecin immédiatement. Si votre médecin ne peut vous recevoir la journée même, présentez-vous à l'urgence de l'hôpital le plus près afin d'être examiné et traité.

après l'intervention chirurgicale.

- Vous pourriez avoir une radiographie de contrôle.
- Vous pourriez subir des prises de sang pour des analyses.
- Vous devriez pouvoir manger et boire tout ce que vous pouvez tolérer.
- Vous pourriez recommencer à prendre vos médicaments habituels et des médicaments pour maîtriser la douleur.
- Il se peut que l'on retire le cathéter, s'il y a lieu, et que l'on vous demande de vous lever et d'utiliser les toilettes.
- Un traitement anti-douleur est systématiquement instauré.

- Un traitement anticoagulant sera prescrit pendant la durée de la période sans appui.
- Immédiatement après l'intervention, l'immobilisation est assurée par une attelle permettant de surveiller la zone opératoire. La rééducation commence dès le premier jour avec l'arthromoteur, il s'agit d'une machine de rééducation qui entretient la flexion et l'extension du genou.
- Le lever est autorisé dès le lendemain.
- L'appui sera en fonction de l'avis de votre chirurgien et de la solidité du montage, il est souvent différé de 2 mois.
- Vous pourriez avoir la visite du kinésithérapeute, lequel vous aidera à faire les exercices visant à recouvrer votre mobilité.

Préparer le retour à la maison. La durée de votre séjour à l'hôpital dépendra de votre état de santé général. Vous sortez le jour même ou le lendemain. Avant de quitter l'hôpital :

- on vous avisera des soins.
- Votre kinésithérapeute vous donnera des directives à suivre quant à votre programme d'exercices.
- On vous informera des restrictions qui s'appliquent entre autres à l'exercice, au bain, à l'alimentation, etc...
- Vous recevrez une ordonnance pour tous les médicaments dont vous aurez besoin.
- La planification de votre sortie de l'hôpital sera revue avec vous. Dans la plupart des cas, vous devrez trouver quelqu'un pour vous ramener à la maison.

Le reste de votre rétablissement et de votre réadaptation commence une fois que vous êtes à la maison. Ce sera un travail difficile, mais faire de l'activité aidera votre organisme à guérir et contribuera à vous faire sentir mieux, ce qui entraînera une plus grande mobilité, une réduction de la douleur et une plus grande liberté de faire les choses que vous aimez.

À quoi devez-vous vous attendre ? Il est assez courant de continuer à ressentir de la douleur autour de la zone opératoire. La mobilisation ... peut être difficile pendant quelques jours.

Un œdème du membre opéré est habituel. C'est pourquoi il vous est recommandé de garder le membre inférieur surélevé.

Une immobilisation temporaire est le plus souvent effectuée. Sa durée dépend des conditions locales et de la stabilité de la synthèse.

Une rééducation immédiate ou secondaire est souvent indiquée, la durée de celle-ci est très variable de plusieurs semaines à plusieurs mois. Elle a pour but la récupération progressive de l'amplitude articulaire des articulations du genou, du jeu des tendons, de la force musculaire.

La reprise de la conduite automobile et de l'activité professionnelle dépendront de votre récupération. La conduite automobile est possible dès la reprise de l'appui complet. La reprise des sports sera possible en général après 6 mois.

Plusieurs mois peuvent s'écouler avant que vous n'obteniez les résultats escomptés, donc ne vous découragez pas. Vous connaîtrez une amélioration progressive plusieurs mois après la chirurgie. Par la suite, l'amélioration se fait lentement. Il a été démontré que même après un an ou plus, l'activité peut augmenter à mesure que la force musculaire continue à s'améliorer.

Visites de suivi Votre chirurgien vous demandera de revenir pour des visites de suivi. Vous serez revu en consultation avec des radiographies. La consolidation de l'ostéotomie sera surveillée en consultation. Les échéanciers des consultations peuvent être différents puisque chaque personne guérit différemment.

Pour faire le suivi de votre rétablissement, consignez vos progrès. Le fait de noter par écrit la façon dont vous vous sentez, ce que vous êtes capable de faire vous facilite, ainsi qu'à ceux qui vous aident, la prise en charge de votre rétablissement. Cochez ou notez quotidiennement les changements pendant les quatre semaines qui suivent la chirurgie. Cette méthode vous aidera à évaluer vos progrès et à reconnaître la présence d'une situation inattendue. Vous pouvez également faire part de ces renseignements à votre chirurgien lors du suivi, ou si vous présentez une complication.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

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.

C'est un traitement efficace, qui soulage les symptômes avec de bons résultats. Parfois l'ar-

throse continue d'évoluer, dans ce cas l'ostéotomie n'empêche pas la mise en place d'une prothèse de genou. Chez les patients jeunes et actifs, cette solution est la plus adaptée.

COMPLICATIONS

Tout acte opératoire comporte des risques et la présence de maladies associées peut majorer ces risques. La liste suivante 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.

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

L'hémarthrose ou épanchement de sang dans l'articulation ou collection de sang dans les tissus situés autour de l'articulation (hématome). Cet épanchement peut être minime et bien soulagé par le « glaçage » du membre opéré. Il peut être excessif et nécessiter une ponction, voire une intervention pour l'évacuer. Ce risque est prévenu par une coagulation vasculaire soigneuse pendant l'intervention, dans certains cas, par la mise en place de drains lors de la fermeture de la plaie opératoire (pour aspirer et évacuer le sang). Cette complication est rare. À l'inverse, l'ecchymose (coloration bleue de la peau). Une hémorragie pendant l'opération qui nécessiterait un grand nombre de transfusions et une intervention vasculaire est exceptionnelle.

Une perte sanguine (anémie) Vous pouvez perdre une quantité importante de sang selon le type de chirurgie que vous subissez. Une perte de sang peut entraîner une diminution de votre taux d'hémoglobine, laquelle est appelée « anémie ». L'hémoglobine transporte l'oxygène dans votre organisme et son taux peut être mesuré au moyen d'une analyse sanguine. Si votre taux d'hémoglobine est trop bas, il se peut que vous vous sentiez étourdi et faible, à bout de souffle, très fatigué ou que vous ayez la nausée ou un mal de tête. Vous aurez peut-être besoin d'une transfusion sanguine.

Le risque infectieux est une complication exceptionnelle mais grave. Ce risque infectieux est un peu plus important si vous avez des facteurs de risques particuliers. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le

taux d'infection. Vous courez plus de risque de contracter une infection si votre système immunitaire est affaibli.

Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient. La clé réside donc dans la prévention. L'infection peut commencer dans le site opératoire pendant la chirurgie, à l'hôpital ou lorsqu'une bactérie provient d'une autre partie de votre organisme. Une infection peut survenir tardivement. Voici comment prévenir l'infection :

- Mettez-vous en forme en mangeant sainement.
- Prenez les antibiotiques que vous recevrez après la chirurgie, si ils vous sont prescrits.
- Lavez-vous souvent les mains.
- Suivez attentivement les directives pour prendre soin de la plaie.
- Évitez les personnes qui ont un rhume ou une infection.
- Cessez de fumer avant votre chirurgie.
- Consultez votre médecin si vous soupçonnez ou si vous voyez des signes d'infection (fièvre, rougeur ou enflure d'une plaie, écoulement provenant d'une plaie, augmentation de la douleur pendant l'activité et au repos dans la région de la plaie..., hématome).

Cela impose le plus souvent une ré-intervention (pour nettoyer la zone opératoire) et la prise prolongée d'antibiotiques.

Une mauvaise correction angulaire : il peut y avoir un défaut de correction, voir une correction excessive en valgus. Cela peut parfois faire discuter une nouvelle ostéotomie.

Une fracture osseuse : il s'agit là d'une complication qui est due à une fragilité osseuse. Il s'agit le plus souvent d'une fracture des malléoles, voire du col du talus. Cette complication peut rendre un peu plus difficile l'intervention prévue. Une ostéosynthèse complémentaire peut-être nécessaire. Cela peut retarder l'appui de plusieurs semaines. En cas de fracture involontaire ou non on peut observer parfois une consolidation longue, voir la non-consolidation.

Les ennuis cicatriciels : les cicatrices sont exposées aux désunions de la cicatrice, nécroses (mort de la peau). Cela peut nécessiter une nouvelle intervention pour reprendre la cicatrice et réaliser une nouvelle suture, voire, dans certains cas, une greffe de peau, un lambeau cutané (plastique cutanée). Cette complication est plus ou moins grave en fonction de son étendue et de sa localisation. Elle doit être traitée rapidement pour éviter l'infection.

Complications cutanées, escarres. Un ulcère de décubitus peut être dû à la compression de la peau de parties osseuses, les points d'appui 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 protéger les régions touchées.

La paralysie nerveuse et les troubles sensitifs. Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les nerfs situés près de la zone opératoire qui peuvent souffrir lors des manipulations ou plus rarement à une section partielle ou totale. Cela se traduit souvent par des anomalies de la sensibilité, des sensations de fourmillement, de brûlure, de frôlement désagréable ... Les nerfs sciatique poplité externe et interne sont particulièrement exposés. Habituellement, la symptomatologie régresse, mais la récupération peut demander plusieurs mois. Les lésions permanentes sont rares différents traitements pourront être proposés.

Une blessure accidentelle des artères. Il s'agit d'une complication très rare, qui touche l'artère poplité près de la zone opératoire. Il peut y avoir très exceptionnellement des plaies de l'artère, un étirement pouvant entraîner une thrombose progressive. Il s'agit d'une complication grave qui menace la vitalité de la jambe et peut exceptionnellement conduire à une amputation. Elle justifie un geste chirurgical vasculaire en urgence.

Une blessure accidentelle des tendons. Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les tendons situés près de la zone opératoire. Il peut y avoir très exceptionnellement des ruptures secondaires, à distance de l'intervention. Elle peut justifier une immobilisation ou un geste chirurgical complémentaire.

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. L'œdème va persister quelques mois après l'intervention. Dans de rares cas il peut entraîner une compression importante. Il faudra alors ouvrir le plâtre immédiatement.

Les complications veineuses. La phlébite (inflammation d'une veine) qui peut se compliquer d'une thrombose veineuse (caillot dans la veine) est favorisée par l'immobilisation. La phlébite peut survenir en dépit du traitement anticoagulant. 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. 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. 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. C'est le chirurgien qui décidera du nombre de jours de votre traitement, en fonction 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.

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 dou-

leur, 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.

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

Une consolidation osseuse difficile. Le temps de consolidation est variable. Un retard de consolidation voire une non consolidation (pseudarthrose) est rare, pouvant justifier un traitement voire une intervention complémentaire.

Une déformation séquellaire (cal vicieux) souvent par raccourcissement ou par tassement secondaire, peut parfois survenir. Cela diminue souvent la qualité de la correction angulaire souhaitée. Ses conséquences : l'arthrose peut évoluer plus rapidement que souhaité et cela peut justifier une intervention secondaire.

Une infection peut survenir tardivement survient soit par voie sanguine à partir d'un foyer infectieux (peau, urines, bronches, vésicule, sinus, etc.) soit du fait d'une contamination opératoire passée inaperçue, évoluant à bas bruit.

Il existe des facteurs favorisant l'infection : un traitement immuno-modulateur qui diminue les réactions de défense de l'organisme (chimiothérapie, traitements de fond des rhumatismes inflammatoires, etc.), la prise prolongée de corticoïdes, le diabète, l'obésité.

Avertissez votre médecin ! Assurez-vous d'avertir votre dentiste et les autres médecins que vous

consultez si vous avez subi une arthroplastie. Même durant un examen dentaire de routine vous pourriez courir le risque de contracter une infection. Une petite infection peut constituer un problème important, et les professionnels de la santé qui vous traitent savent quelles précautions prendre. C'est à vous de les tenir au courant.

Un épanchement chronique (gonflement) de l'articulation peut nécessiter une ponction pour vérifier l'absence d'infection.

L'algoneurodystrophie ou algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris, responsable de douleurs, de gonflement et pouvant aboutir à une raideur de l'articulation, et des articulations du voisinage.

Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois prise en charge spécifique de la douleur.

Des douleurs en regard ou au voisinage de la zone opératoire peuvent persister. Leur explication peut être liée aux anomalies de la cicatrice, à l'atteinte des petits nerf cutanés, aux séquelles...

Le matériel peut être gênant ce qui peut justifier son ablation lorsque la fracture est consolidée.

D'autres douleurs sont dues à une arthrose, jusque là asymptomatique...

Dans de rares cas, certaines personnes peuvent continuer à souffrir alors qu'il n'y a pas d'explication, aucune cause évidente décelée, et que tout est satisfaisant sur les radiographies. La surveillance régulière par le chirurgien est alors nécessaire.

La raideur Une raideur temporaire peut être observée et peut justifier une rééducation complémentaire.

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.

Si l'équipe médicale vous propose cette intervention, c'est que le bénéfice attendu est incomparablement supérieur aux risques encourus.

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 précisé-

ment 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) :