

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

OSTÉOTOMIE FÉMORALE DE DÉROTATION

→ PATIENT(E)

Nom

Prénom

→ TECHNIQUE DE L'INTERVENTION

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Il s'agit d'une intervention chirurgicale destinée à corriger une anomalie de rotation du fémur. Cette anomalie de rotation peut être congénitale ou secondaire à un traumatisme ou une maladie osseuse chronique. Elle peut provoquer de nombreux troubles comme des douleurs du genou ou de l'arthrose. Il est possible de corriger ce trouble en réalisant une section puis une rotation et une fixation du fémur. C'est l'ostéotomie fémorale de dérotation.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfico-risque, il vous a été proposé une ostéotomie fémorale de dérotation. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant et 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

Un bilan complet d'imagerie sera demandé par votre chirurgien afin de déterminer l'importance de la correction à apporter et de déterminer la technique chirurgicale la plus appropriée. Celui-ci comprend souvent des radiographies et un scanner osseux.

QUEL TRAITEMENT ?

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale. Un garrot peut être utilisé suivant le niveau de l'ostéotomie.

La cicatrice est verticale et centrée sur l'ostéotomie. Le chirurgien réalise un trait d'ostéotomie à la scie (section du fémur). La rotation est ensuite corrigée puis l'os est fixé par divers moyens (plaque, vis, clou...). Il est parfois nécessaire de greffer la zone d'ostéotomie avec de l'os. Celui-ci peut être prélevé sur votre crête iliaque au niveau du bassin, en général du même côté que l'ostéotomie. Un drain est ensuite placé dans la cicatrice et une radiographie de contrôle est réalisée.

ET APRÈS ?

Votre genou est immobilisé dans une attelle. La rééducation commence dès le lendemain de l'intervention. La marche sans appui avec des béquilles est préconisée pendant plusieurs semaines (en général deux mois minimum). Le genou est placé dans une machine de rééducation permettant la flexion-extension automatique. Le drain est enlevé sur prescription de votre chirurgien.

L'appui sera repris progressivement avec l'autorisation du chirurgien en consultation. La consolidation est généralement acquise entre 2 et 3 mois. Un traitement anticoagulant est prescrit afin d'éviter la survenue de phlébite. Les points de suture ou agrafes seront enlevés entre 10 et 21 jours.

La conduite automobile sera possible après la reprise de l'appui et avec l'accord de votre chirurgien. La durée d'arrêt de travail est en général de plusieurs mois et dépend de l'activité professionnelle exercée. La reprise des sports se discutera avec votre chirurgien à distance de la chirurgie. Vous serez revu régulièrement en consultation afin d'évaluer la consolidation de l'ostéotomie.

COMPLICATIONS

Les plus fréquentes

Comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle générale tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

La phlébite peut survenir en dépit du traitement anticoagulant. Il s'agit d'un caillot qui se forme dans les veines des jambes, celui-ci pouvant migrer et entraîner une embolie pulmonaire. Un traitement anticoagulant est prescrit en prévention.

Plus rarement

La cicatrisation des tissus dans le genou peut créer des adhérences qui vont limiter la flexion, ce qui peut entraîner une raideur.

L'algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois des années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

L'infection profonde est une complication très rare. Elle peut nécessiter une nouvelle intervention et la prescription d'un traitement antibiotique prolongé. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

La non-consolidation de l'ostéotomie au-delà de 6 mois (pseudarthrose) peut nécessiter une nouvelle opération.

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.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

L'ostéotomie de dérotation fémorale 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 de rotation. 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.

EN RÉSUMÉ

L'ostéotomie fémorale de dérotation est un geste délicat mais efficace. Les suites postopératoires sont contraignantes. La récupération après chirurgie nécessite plusieurs mois (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 POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR VOTRE INTERVENTION :

- Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?
- Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales 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 et comment la traiter ?
- Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?
- Quels sont les bénéfices pour moi 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 et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?
- Me recommandez-vous un second avis ?

Si vous utilisez la version numérique :

- Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document et je coche la case pour le signer numériquement.

Si vous utilisez la version manuscrite :

- Date de remise du document au patient (e) :
- Date et signature du patient (e) :

Pages précédentes à parapher