

**INFORMATIONS PRATICIEN**

Nom :

Adresse :

N° 1<sup>ère</sup> inscription à l'Ordre des médecins :**INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE****OSTÉOTOMIE FÉMORALE DE VARISATION PAR  
OUVERTURE EXTERNE****→ PATIENT**

Nom

Prénom

**→ NATURE DE L'INTERVENTION****QU'EST-CE QUE C'EST ?**

L'ostéotomie fémorale est une technique chirurgicale dite «conservatrice» utilisée dans le traitement de l'arthrose de genou, par opposition aux techniques non conservatrices comme les prothèses de genou.

L'arthrose externe du genou est favorisée par une anomalie de l'axe du membre inférieur (genou valgum ou genou en «X»). Quand il existe un défaut d'axe, les contraintes sont mal réparties et le poids du corps s'applique plus sur le côté externe du genou en accélérant l'usure.

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 fémorale de varisation.

**En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque il vous a été proposé une ostéotomie fémorale de varisation. 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 diagnostic d'arthrose externe est confirmé par l'examen clinique et les radiographies. La radiographie retrouve une arthrose du compartiment externe. 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. **Une préparation cutanée soignée permet de réduire le risque infectieux.**

**QUEL TRAITEMENT ?**

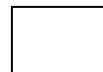
L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale, **avec ou sans garrot.**

La cicatrice est verticale. L'ostéotomie est réalisée à la scie avec un trait de coupe horizontal dans le fémur.

Un coin osseux ou une cale est inséré à la partie externe du fémur. Une fois la greffe mise en place, le fémur est fixé (souvent par une plaque vissée). S'il s'agit d'une autogreffe osseuse, l'os est prélevé au niveau du bassin sur la crête iliaque. Ce prélèvement nécessite la réalisation d'une cicatrice sur le bassin généralement du même côté que l'ostéotomie. **Parfois un substitut osseux est utilisé comme coin, ce qui dispense de toute cicatrice sur le bassin.**

**ET APRÈS ?**

Un drain sera laissé en place dans la cicatrice du genou et sera enlevé après quelques jours. Le genou peut être immobilisé dans une attelle pendant la durée de la consolidation osseuse. Le lever est autorisé dès le lendemain. L'appui sera fonction de l'avis de votre chirurgien et de la solidité du montage, il est souvent différé de deux mois.



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. Un traitement anticoagulant sera prescrit pendant la durée de la période sans appui. La consolidation de l'ostéotomie sera surveillée en consultation. La conduite automobile est possible dès la reprise de l'appui complet. La reprise des sports sera possible en général après six mois.

## COMPLICATIONS

### Les plus fréquentes :

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

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

### Plus rarement :

La raideur du genou : la cicatrisation des tissus dans le genou peut créer des adhérences qui vont limiter la flexion.

L'algodystrophie : phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris, 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. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

L'infection profonde : complication très rare. Elle peut nécessiter une nouvelle intervention et la prescription d'un traitement antibiotique prolongé.

Les troubles de la cicatrisation locale : le tabac augmentant de manière significative le taux d'infection et les difficultés de cicatrisation, il est formellement demandé d'arrêter le tabac au moins un mois avant l'intervention et ensuite pendant trois mois.

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

### Exceptionnellement :

La lésion du nerf sciatique poplitée interne ou externe (ou nerf fibulaire commun) est une complication très rare. Elle peut survenir après un hématome, un traumatisme chirurgical ou après une réaction à l'anesthésie locorégionale. Elle peut récupérer après plusieurs mois dans certains cas.

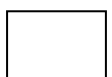
L'atteinte des vaisseaux de la jambe est aussi très rare; elle peut nécessiter un geste complémentaire ou une ré-intervention urgente pour rétablir l'irrigation de la jambe.

Le syndrome des loges est une augmentation de la pression dans la jambe le plus souvent par un hématome qui bloque la microcirculation sanguine et nécessite une décompression urgente.

**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 fémorale de varisation 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 deux à trois mois et peut parfois être plus longue jusqu'à six mois. Le matériel peut être ensuite enlevé (en général un 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'arthrose 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 souvent la plus adaptée.



---

## EN RÉSUMÉ

*L'ostéotomie fémorale de varisation est un geste délicat. 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 ?

Date de remise du document au (à la) patient(e) :

Je certifie avoir lu et compris toutes les pages de ce document.

*Pages précédentes à parapher*