



LIVRET D'INFORMATION PATIENT

Ostéotomie tibiale de valgisation

Dr Matthieu Guyard
Dr Matthieu Malatray
Dr Tristan Violla

Version 2025

Vous avez une arthrose interne débutante du genou. Vous allez être opéré(e) d'une ostéotomie tibiale de valgisation.

➡ Qu'est-ce qu'une arthrose interne débutante du genou

L'articulation du genou réalise le lien entre fémur et tibia. La troisième composante de cette articulation, la rotule, est située en avant et fait partie intégrante de l'articulation. Les surfaces articulaires sont recouvertes de cartilage.

L'arthrose débutante interne correspond à l'usure du cartilage du fémur et du tibia en interne. La morphologie du membre inférieur en est souvent la cause principale. Sur une forme incurvée, l'ensemble des forces passe par la partie interne du genou, aboutissant à une usure prématurée de ménisques et du cartilage.





Pourquoi une opération ?

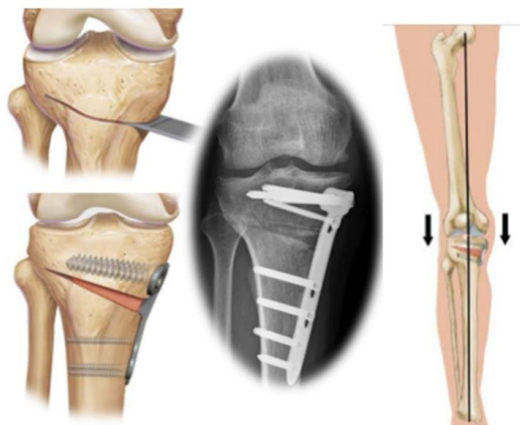
L'axe du membre ne se corrige pas spontanément et l'usure aggrave la déformation initiale, impliquant un cercle vicieux majorant la situation initiale. L'évolution naturelle se fait vers une usure importante imposant un remplacement prothétique.

Les objectifs de la chirurgie sont la disparition des douleurs, la récupération d'une marche normale et la récupération des mobilités, en corrigeant l'axe de la jambe de façon à soulager la zone atteinte. Ceci ralentit le développement de l'arthrose et donc retarde la nécessité de la mise en place d'une prothèse.

Qu'est-ce qu'une ostéotomie tibiale de valgisation ?

L'ostéotomie vise à corriger l'axe du membre inférieur. Cette correction est faite par une addition interne ou une soustraction externe au niveau de la partie supérieure du tibia, en dessous de l'articulation du genou.

Une incision courte est réalisée à la partie interne basse du genou. Une broche visualisant la future section osseuse est placée sous contrôle radiographique. L'os du tibia est alors partiellement sectionné à la scie, en laissant une partie intacte externe qui va réaliser une charnière osseuse. La correction de l'axe du membre inférieur est réalisée en ouvrant la tranche de section, jouant ainsi sur l'élasticité de la charnière. L'importance de l'ouverture est calculée en fonction de la déformation initiale. Une plaque est alors fixée par des vis permettant ainsi le maintien de cette correction. Un substitut osseux est placé dans l'ouverture osseuse pour combler le vide et favoriser la consolidation osseuse. Dans certains cas, on lui préfère l'utilisation d'une greffe osseuse prise au niveau du bassin.



C'est une chirurgie qui dure habituellement 1 heure. Elle nécessite en général une hospitalisation courte, environ 2 ou 3 jours. Elle peut se conduire sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie. C'est avec votre anesthésiste que vous décidez de la solution la plus adaptée à votre situation.

Après la chirurgie, des pansements sont mis en place pour 15 jours. Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière rapprochée, pour favoriser la bonne récupération. Une attelle pouvant immobiliser le genou pendant la consolidation osseuse vous sera éventuellement prescrite, selon le cas.

La rééducation post opératoire et la reprise des activités

La marche s'effectue avec des cannes pendant quelques semaines, avec un appui plus ou moins complet selon l'importance de la correction réalisée. Dans certains cas, la marche peut s'effectuer à l'aide de deux cannes pendant 6 à 8 semaines après l'opération et une attelle peut être maintenue pendant cette période. La rééducation est généralement réalisée par votre kinésithérapeute. Le but est de réduire les douleurs initiales, de préserver la souplesse et la mobilité dans un premier temps, puis de récupérer les muscles. Il n'est pas nécessaire d'aller en centre de rééducation.

La reprise du volant est envisageable après le 2ème mois. Celle du travail survient en général après le 3ème mois et cela en fonction de votre profession, une activité de bureau pouvant être plus précoce. Les activités sportives débutent progressivement après le 6ème mois.

➤ Quels sont les risques et les complications ?

Il existe des risques liés à l'anesthésie et à toute chirurgie. En plus de ces risques, on peut noter des risques spécifiques à cette chirurgie :

- Une raideur articulaire peut se développer si la rééducation post opératoire n'est pas bien prise en charge. Ceci est souvent secondaire à un hématome post opératoire important, pouvant nécessiter transfusion.
- Une infection de prothèse (moins de 1% des cas) est une complication grave car elle nécessite reprise chirurgicale et un éventuel changement de prothèse et un traitement antibiotique de longue durée.
- De manière exceptionnelle, les nerfs entourant le genou peuvent être accidentellement blessés. Ceci occasionne des douleurs et une perte de motricité sur une partie de la jambe.
- La fracture créée pendant la chirurgie peut parfois ne pas consolider, tout comme une correction insuffisante ou excessive peut avoir lieu. Ces complications rares nécessitent une reprise chirurgicale.
- Un caillot de sang peut se former dans les jambes (phlébite). Un traitement préventif vous sera donné à ce titre, par anticoagulant.

Les risques présentés ne constituent bien sûr pas une liste exhaustive et ils peuvent être détaillés à votre demande par votre chirurgien.

➤ Quels sont les résultats attendus ?

Les résultats de cette technique sont bien connus puisqu'il s'agit d'une technique utilisée depuis plus de 40 ans. On retrouve classiquement une disparition des douleurs ainsi qu'une récupération de la mobilité et de la force musculaire. La marche normale sans aucune boiterie est obtenue généralement entre le 3ème et le 6ème mois suivant l'intervention. La reprise des activités est souvent complète. Contrairement aux prothèses, le genou reste complètement naturel et tous les types d'activités sportives sont possibles. Néanmoins certaines activités avec impacts, comme la course à pied, peuvent favoriser la dégradation cartilagineuse et compromettre le résultat.

L'effet bénéfique d'une ostéotomie tibiale de valgisation est en moyenne d'au moins une dizaine d'années, ce qui permet de repousser d'autant la pose d'une prothèse.



COORDONNÉES

Hôpital Saint Joseph Saint Luc
20 quai Claude Bernard
69007 Lyon

ACCÈS

MÉTRO

Ligne A, station Perrache
Ligne B, station Jean Macé

TRAMWAY

Ligne T1, arrêt Quai Claude Bernard
Ligne T2, arrêt Centre Berthelot

BUS

Ligne 35, arrêt Rue de l'Université



Hôpital
Saint Joseph
Saint Luc