

INFORMATIONS PRATICIEN

Nom :

Adresse :

N° 1^{ère} inscription à l'Ordre des médecins :

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

OSTÉOTOMIE DE LA TUBÉROSITÉ TIBIALE ANTÉRIEURE

→ PATIENT

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est une technique chirurgicale utilisée dans l'instabilité ou la luxation rotulienne. L'une des causes d'instabilité rotulienne est une anomalie de la position de l'insertion du tendon rotulien sur le tibia, sur une zone appelée la tubérosité tibiale antérieure. Cette insertion peut être trop externe et/ou trop haute, entraînant une position de la rotule favorisant la luxation rotulienne. Pour stabiliser la rotule, il faut alors repositionner la tubérosité tibiale sur le tibia en réalisant une ostéotomie.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque il vous a été proposé une ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure. 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

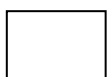
Un bilan d'imagerie sera réalisé par votre chirurgien à la recherche des facteurs favorisant la luxation rotulienne. Il s'agit en général de radiographies standards et d'un scanner et/ou une IRM du genou. Une préparation cutanée soignée permet de réduire le risque infectieux.

QUEL TRAITEMENT ?

L'intervention chirurgicale est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale, avec ou sans garrot. Le chirurgien réalise une incision verticale centrée sur la tubérosité tibiale (située sous la rotule et le tendon rotulien). L'ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure est réalisée à la scie ou au ciseau puis celle-ci est déplacée dans la bonne position (vers le bas et/ou vers le dedans) et fixée à l'aide de vis. La stabilité de la rotule est testée en fin d'intervention, celle-ci doit être stable et ne pas se luxer. Un drain peut être mis en place pour drainer l'hématome puis la peau est refermée.

ET APRÈS ?

L'hospitalisation dure quelques jours. L'appui sur le membre opéré est autorisé dès le premier jour avec des béquilles et une attelle amovible en extension. La rééducation est débutée immédiatement. La flexion peut être limitée durant les premières semaines. Un traitement anticoagulant préventif de la phlébite vous sera parfois prescrit. Vous serez revu régulièrement en consultation par votre chirurgien. La conduite automobile pourra être reprise à partir de trois mois environ. Un arrêt de travail de trois mois vous sera prescrit, la reprise des sports quant à elle sera différée à six mois après le feu vert de votre chirurgien.



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.

Le déplacement de l'ostéotomie peut survenir en cas de chute ou de reprise trop précoce des activités, la tubérosité tibiale peut se déplacer, entraînant ou non un déplacement des vis. Cela peut nécessiter une nouvelle intervention.

Enfin, la non-consolidation de la tubérosité tibiale peut nécessiter une nouvelle intervention.

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 de la tubérosité tibiale est un geste chirurgical simple. Il est très efficace sur la luxation de la rotule. Le résultat sur les douleurs de rotule est plus variable selon les cas. Il est souvent associé à d'autres traitements de la luxation (reconstruction du MPFL, plastie du vaste médial, section de l'aile externe, trochléoplastie...).

EN RÉSUMÉ

L'ostéotomie de la tubérosité tibiale est un geste indiqué dans la luxation de la rotule. Il existe peu de complication mais les suites postopératoires sont contraignantes. La récupération après chirurgie nécessite plusieurs mois (consolidation de la tubérosité tibiale). 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.

Date :

Signature :

Pages précédentes à parapher