

GENOU

LIGAMENTOPLASTIE LCA - AMBULATOIRE



La ligamentoplastie du LCA est une intervention couramment pratiquée au sein de notre établissement.

Différentes techniques (greffes) sont utilisées (tendon rotulien / DIDT / greffes courtes dites DT4).

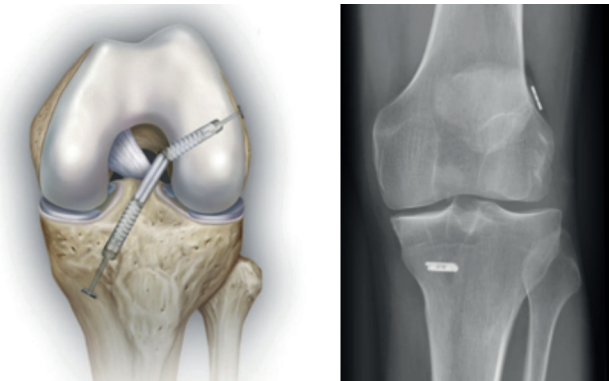
Il y a encore quelques mois, cette intervention se déroulait sur une hospitalisation de 24 à 48h. Cette hospitalisation de courte durée nous a permis d'éprouver notre protocole d'analgésie postopératoire afin de pouvoir le transposer à une prise en charge en ambulatoire. Depuis le début du mois de juillet, nous proposons la réalisation de ligamentoplasties du LCA en ambulatoire. Cette prise en charge s'effectue dans de bonnes conditions grâce à l'implication de l'ensemble des intervenants médicaux et paramédicaux.

Le patient est tout d'abord vu par le chirurgien. Une fois l'indication posée, il est proposé une prise en charge en ambulatoire très appréciée des patients souvent jeunes. Une organisation optimale des soins pré et postopératoires est nécessaire. La kinésithérapie préopératoire permet d'organiser la rééducation postopératoire immédiate (dès J1). Les soins infirmiers sont à débiter dès le lendemain de l'intervention.

Le protocole d'analgésie comporte en peropératoire des infiltrations d'anesthésiques locaux associées en postopératoire à l'utilisation pendant 6 heures d'une cryothérapie compressive (attelle Game Ready). Le traitement médicamenteux fait appel à un antalgique de palier 2 associé à un anti-inflammatoire. Une prescription d'Acupan 20mg et d'Oxynorm est également prévue à utiliser en fonction de la douleur (protocole antalgique explicité dans le livret).

Un livret d'information a été spécialement conçu pour expliquer l'ensemble de la procédure au patient, afin d'optimiser la prise en charge.

<http://hpda.fr/ligamentoplastie>



Docteur
Richard PHILIPPE



guides de coupes sur mesure



La prothèse totale du genou est une intervention chirurgicale qui consiste à remplacer les surfaces articulaires fémoro-tibiales interne, externe et fémoro-patellaire par des surfaces artificielles chez des patients atteints d'arthrose primitive ou secondaire (traumatisme, rhumatisme inflammatoire).

Le nombre d'arthroplasties totales du genou devrait être multiplié par sept d'ici vingt ans.

Les principaux objectifs de cette procédure sont de restaurer un genou indolore, stable et mobile, tout en visant de bons résultats cliniques et fonctionnels à long terme pour le patient, sous la forme d'une longévité plus grande de l'implant et d'absence de complications (descellement des implants, usure des surfaces articulaires ou douleurs en particulier).

Jusqu'à très récemment, la procédure opératoire consistait à planifier l'intervention à l'aide de radiographies simples (membres inférieurs en entier) et à réaliser les coupes osseuses fémorale et tibiale avec des guides standards pour tous les patients. Après contrôle des alignements obtenus (avec ou sans système de contrôle informatique peropératoire de type navigation), la prothèse définitive était alors implantée.

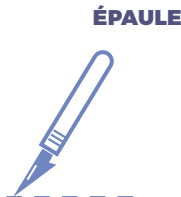
Cette nouvelle technique de pose de prothèse de genou avec instrumentation personnalisée nécessite de réaliser par impression 3D des guides anatomiques pour permettre des coupes osseuses parfaitement adaptées à l'anatomie du patient pour l'implantation de la prothèse. La réalisation de ces guides nécessite une période minimum de dix-sept jours entre la consultation et la mise à disposition pour

l'acte chirurgical. Ces guides sont réalisés à partir d'une IRM ou d'un scanner. Les images sont ensuite traitées par informatique pour reconstruire en 3D le genou à opérer.

À partir des images reconstruites en tenant compte des axes des membres inférieurs du patient, la prothèse est implantée virtuellement par le chirurgien sur son ordinateur. Une fois le positionnement de la prothèse validé virtuellement, les guides (fémoral et tibial) de coupe osseuse sont fabriqués par imprimante 3D puis stérilisés.

EN CONCLUSION **//////////**
Cette technique constitue un complément dans l'arsenal thérapeutique pour la mise en place de la prothèse totale du genou (et depuis quelques mois pour les prothèses uni compartimentales du genou). Les études ont montré plusieurs avantages :
////// Diminution de la durée opératoire et des pertes sanguines,
////// Amélioration de la précision de positionnement des implants avec pour conséquence une probable amélioration de la durée de vie des implants par diminution de l'usure (à valider dans l'avenir par des études radio-cliniques),
////// Amélioration de la récupération fonctionnelle avec une diminution de la durée d'hospitalisation.

Docteur
Franck CLADIÈRE



CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE DE L'ÉPAULE

Depuis 15 ans, la chirurgie de l'épaule a beaucoup évolué au point de la rendre tout à fait compatible avec l'ambulatoire.

L'avancée majeure a été le développement de l'arthroscopie pour de nombreuses indications (réparation tendineuse, calcifications, acromioplastie...). L'arthroscopie a permis de simplifier le geste, diminuer la durée de la chirurgie, et ainsi diminuer la douleur post opératoire et accélérer le retour à la vie active des patients.

L'anesthésie s'est également améliorée, avec la généralisation de l'anesthésie locorégionale, maintenant échoguidée, qui a remplacé l'anesthésie générale. L'anesthésie locorégionale a diminué la morbidité de l'anesthésie, notamment les nausées et vomissements post opératoires, pouvant être un frein à la sortie du patient. L'analgésie est devenue de meilleure qualité, efficace et prolongée.

La chirurgie de l'épaule était donc prête pour l'ambulatoire.

D'autre part, la nécessité économique par le biais des tutelles nous a incité à passer de l'hospitalisation classique de 3 jours à l'ambulatoire. Mais la prise en charge du patient a, bien sûr, dû être adaptée.

Cette réhabilitation rapide (dite RAC par nos tutelles) nécessite une prise en charge en amont, et le développement d'un réseau de soins. Le patient est au centre de cette toile, il est le principal acteur de sa prise en charge.

Lors de la consultation préopératoire, les suites opératoires sont expliquées, et le réseau se met en place. Le patient reçoit une ordonnance pour les antalgiques : il peut les acheter avant l'intervention pour les avoir à disposition dès son retour à domicile.

Pour certains patients, une IDE du réseau est également prévenue. Elle passera voir le patient

deux fois par jour à domicile, pour un protocole antalgique spécifique.

La rééducation est également prévue : le kiné est informé et les premiers rendez-vous sont pris. Le patient reçoit un livret d'auto rééducation, pour qu'il réalise ses exercices plusieurs fois par jour. Le jour de son intervention, le patient boit une boisson sucrée 2 h avant son passage au bloc. Il rentre en service d'ambulatoire puis part au bloc opératoire. Le médecin anesthésiste lui fait une anesthésie locorégionale, puis le patient est installé en salle d'opératoire.

La chirurgie arthroscopique permet au patient, s'il le souhaite, de suivre sa chirurgie sur l'écran. Sinon, une courte sédation permet au patient de somnoler. Après un passage en salle de réveil, le patient est raccompagné dans sa chambre, où il peut boire et manger dès qu'il le souhaite.

Le chirurgien passe voir le patient avant sa sortie. Le patient rentre chez lui en fin de journée, avec une bonne analgésie, puisque l'anesthésie locorégionale ne se lèvera que quelques heures après. Le réseau se met alors en place, avec l'IDE et le kiné. Ces paramédicaux ont un rôle prépondérant dans la prise en charge : ils doivent à la fois rassurer le patient, assurer son confort et donner l'alerte le cas échéant. Le chirurgien doit également être disponible. Le suivi est plus rapproché que lors d'une hospitalisation classique : le patient est revu à 10 jours et à 4 semaines. Le patient peut joindre facilement le chirurgien en cas de question (par mail notamment).

EN CONCLUSION **//////////**
La chirurgie arthroscopique de l'épaule se prête très bien à l'ambulatoire. Le patient est à la fois responsabilisé et entouré, son retour à la vie active est facilité. Les paramédicaux partenaires ont un rôle majeur, et s'en trouvent valorisés.

Docteur
Grégory NAVEZ



Hôpital privé
Drôme Ardèche

RENDEZ-VOUS, SANTÉ SPÉCIAL ORTHOPÉDIE

HORS
SÉRIE

LE JOURNAL DES
PROFESSIONNELS
DE SANTÉ
DRÔME ARDÈCHE
/ DÉCEMBRE 2017

RACHIS CERVICAL

LA PATHOLOGIE DU RACHIS CERVICAL,
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

CHEVILLE

LIGAMENTOPLASTIES
EXTERNES DE CHEVILLE
EN AMBULATOIRE

GENOU

LIGAMENTOPLASTIE
LCA - AMBULATOIRE

PROTHÈSE TOTALE DE GENOU
AVEC GUIDES PERSONNALISÉS
DE COUPE OSSEUSE

ÉPAULE

CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE
DE L'ÉPAULE

RÉFLEXION SUR LES
PROTHÈSES DE L'ÉPAULE



Vous recherchez
des informations ?

Rendez-vous
sur notre site internet.

HÔPITAL PRIVÉ DRÔME ARDÈCHE

CLINIQUE PASTEUR
294 boulevard
Charles de Gaulle
07500 Guilhaud-Granges

CLINIQUE GÉNÉRALE
15 rue Jacques Delpeuch
26000 Valence

Rédacteur en chef :
Aurélien Thirouard, Directeur Général
Comité de rédaction :
Dr Franck CLADIÈRE, Dr Renaud DEGEORGES,
Dr Eric MARECHAL, Dr Grégory NAVEZ,
Dr Richard PHILIPPE, Dr Marc PIERUNEK,
Dr Alexandre RICHARD,
chirurgiens orthopédistes

Myriam Smith, Responsable Communication

Conception et création :
Comadequat

Crédits photo :
Hôpital Privé Drôme Ardèche



Nous prenons soin de vous

www.hpda.fr
Tél. : 0826 30 07 26
(Coût d'un appel :
0,15€ TTC/min)

CONTACTS

Dr Franck CLADIÈRE
04 75 82 31 78

Dr Renaud DEGEORGES
04 75 82 31 75

Dr Eric MARECHAL
04 75 75 90 05

Dr Grégory NAVEZ
04 75 82 31 72

Dr Richard PHILIPPE
04 75 75 90 05

Dr Marc PIERUNEK
04 26 52 21 26

Dr Alexandre RICHARD
04 75 82 31 80



Nous prenons soin de vous



RACHIS CERVICAL

LA PATHOLOGIE DU RACHIS CERVICAL, DIAGNOSTIC & TRAITEMENT

La pathologie dégénérative du rachis cervical, extrêmement fréquente, est rarement diagnostiquée, entraînant des retards thérapeutiques importants.

En effet, les symptômes cliniques, faisant évoquer une **origine cervicale**, sont difficiles à discerner.

De nombreux patients présentent une **cervicalgie chronique classique**. Une aggravation de la pathologie du rachis cervical doit être évoquée devant l'apparition de plusieurs symptômes :

- Cervicalgies de plus en plus importantes avec raideurs douloureuses du cou et contractures musculaires invalidantes.
- Survenue de **torticolis itératifs**.
- **Douleurs mal systématisées ou atypiques des membres supérieurs** (le plus souvent, les patients sont, dans un 1^{er} temps, orientés vers un spécialiste des membres supérieurs).

Une association de signes spécifiques doit être systématiquement demandée au cours de l'interrogatoire du patient :

- Douleurs de l'épaule avec irradiations dans le bras et l'avant-bras (encore plus significatives si elles apparaissent dans les 2 membres supérieurs).
- Dysesthésies des mains ou des doigts.
- Sensation de faiblesse des mains (le patient se plaint de ne plus pouvoir effectuer des gestes fins ou de lâcher les objets de façon inopinée).
- Diminution de la force de serrage de la main et, surtout, de l'extension des doigts.
- Troubles de la sensibilité de la main et des doigts.
- Majoration des symptômes aux efforts et à l'élévation des membres supérieurs.

- Abolition des réflexes, bicipital, stylo-radial, cubito-pronateur et tricipital (mais ceux-ci sont, cependant, difficiles à objectiver).

D'autres symptômes, souvent présents, doivent également faire évoquer une cause cervicale (par irritation des nerfs neuro-végétatifs localisés au niveau du rachis cervical) :

- **Céphalées chroniques** décrites « en casque »
- **Migraines**.
- **Vertiges**
- **Troubles mal définis de la vue** (sans diagnostic précis retrouvé par l'ophtalmologiste)
- **Douleurs inexplicables à l'ouverture des mâchoires**

La pathologie, de loin la plus fréquente, est l'**arthrose cervicale** (la hernie discale cervicale, souvent traumatique et de l'adulte jeune, est plus facile à diagnostiquer).

Entre chaque vertèbre cervicale (comme d'ailleurs aux niveaux de toutes les vertèbres, dorsales et lombaires) passent des racines nerveuses qui sortent entre les corps vertébraux par des **foramens** (ou « **trous de conjugaison** »). La hauteur de ces foramens (et donc de la liberté du passage des nerfs) dépend essentiellement de la qualité du **disque intervertébral** qui sert d'amortisseur.



Arthrose cervicale

Le disque intervertébral est l'élément de fragilité du cou +++

Lorsque celui-ci dégénère (très souvent avec l'âge et les différents efforts de la vie quotidienne), il perd de sa hauteur : on parle alors de « **pincement discal** ». Il s'y associe, physiologiquement, l'apparition d'une **arthrose des articulations postérieures** qui crée des ossifications obstruant les foramens (« **becs de perroquets** ») et on observe aussi, souvent, des **hernies ou protrusions discales** qui rétrécissent encore les foramens.

De ces faits, la compression et l'agressivité chroniques sur les racines nerveuses cervicales entraînent fréquemment des **névralgies cervico-brachiales**.

Les différents examens para-cliniques (radiographies, IRM cervicales et l'électromyogramme des membres supérieurs) permettent de faire, dans la plupart des cas, le diagnostic de **cervicarthrose évoluée** (associée ou non à des hernies cervicales). Une compression de la moelle peut-être associée (avec des signes de myélopathie, c'est à dire de nécrose médullaire).

Sur le plan thérapeutique, en premier lieu, on réalise, pendant quelques semaines, un traitement médicamenteux (à base d'AINS, de Corticoïdes et d'Antalgiques), éventuellement, la mise en place d'un collier cervical mousse, une rééducation douce

(attention : il s'agit d'une contre-indication formelle à toute manipulation cervicale). Bien respecté, il permet de guérir près de 60% des épisodes douloureux.

En cas de persistance de douleurs invalidantes, **le traitement chirurgical s'impose**.

La voie d'abord antérieure est privilégiée. On pratique une petite incision à l'avant du cou, l'abord de la colonne cervicale est réalisé par un passage entre les vaisseaux du cou refoulés vers l'extérieur, et l'axe aéro-digestif refoulé en dedans, pour se positionner en avant du disque.

En cas de hernie molle, le disque est retiré en totalité (**dissectomie**) et un implant reprenant la forme d'un disque sain (cage ou une prothèse) est mis en place entre les corps vertébraux pour permettre la conservation de l'agrandissement des foramens, libérant les racines nerveuses, et assurant un maintien entre les 2 vertèbres opérées. En cas d'arthrose, il faut également retirer les formations osseuses responsables des rétrécissements des foramens.

Ce geste chirurgical ne nécessite, dans la plupart des cas, que 2 jours d'hospitalisation. Le lever est immédiat, sans contre-indication particulière. Un collier mousse peut-être proposé pendant environ 3 semaines. Une rééducation spécifique sera proposée à 1 mois de l'intervention. La reprise d'une activité professionnelle (ou sportive) sera autorisée entre 1 à 3 mois suivant l'intervention, sans aucune contre-indication particulière.

Il faut savoir que, dans la plupart des cas, dès le réveil, les douleurs ont fortement diminué voire disparu.

Docteur Marc PIERUNEK



ÉPAULE

RÉFLEXION SUR LES PROTHÈSES DE L'ÉPAULE

Les prothèses totales d'épaule (PTE) ont une moins bonne réputation que les prothèses de hanche.

Il n'est pas rare que les patients (et souvent leurs soignants) soient peu enclins à cette chirurgie. Si cette attitude était compréhensible il y a 25 ans, elle l'est beaucoup moins aujourd'hui. Préciser l'évolution des prothèses d'épaule permet d'expliquer cette situation et de mieux comprendre les indications actuelles.

HISTORIQUE

Fig. 1 : prothèse de Neer 1975

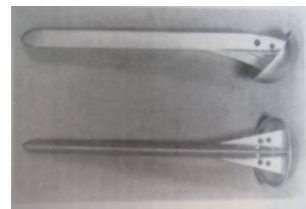


Fig. 2 : effet « rocking-chair » avec descellement de glène



La pose de prothèses d'épaule est courante depuis les années 1980 : une seule famille d'implant se rapprochant de l'anatomie était disponible (les dérivés monobloc de la prothèse de Neer) pour toutes les situations cliniques (figure 1).

Si le résultat sur la douleur était plutôt bon, le résultat sur la mobilité était peu prédictible, parfois très bon, parfois mauvais.

Les travaux ultérieurs ont permis de comprendre puis de faire reculer les complications :

- Les descellements glénoïdiens s'expliquaient par un effet de « rocking-chair » en cas de rupture de coiffe (figure 2).
- En traumatologie, les mauvais résultats étaient liés à un mauvais positionnement en hauteur de la prothèse (du fait de la perte des repères anatomiques) et à une mauvaise consolidation des tubérosités.
- L'utilisation de PTE était moins fréquente qu'aujourd'hui, les chirurgiens posaient souvent des prothèses humérales simples, d'où risque de glénoïdite.
- La rééducation était moins codifiée.

LES IMPLANTS ACTUELS avec 2 grandes familles :

1- LES PTE ANATOMIQUES (PTEA) :

Ce sont l'évolution (figure 3) des prothèses initiales. Les progrès portent sur la modularité des implants aussi bien sur le versant huméral que glénoïdien . Actuellement, on n'adapte pas l'os à la prothèse, mais la prothèse à l'anatomie du patient. Le design de l'implant autorise une biomécanique normale, la mobilité finale dépendant plus de la raideur préopératoire et de l'assiduité pour la rééducation.

2- LES PTE INVERSÉES (PTEI) :

Confronté aux problèmes d'instabilité et d'ascension de l'humérus, vers 1987, le Dr Paul Grammont a repris l'idée d'inverser les surfaces articulaires : la sphère est sur l'omoplate, la partie concave sur l'humérus (figure 4); ainsi, grâce au design de l'implant, le deltoïde a une action coaptatrice et supplée à l'absence de coiffe des rotateurs.

La PTEI permet fréquemment une élévation globale au-delà de 120° : le résultat sur les rotations (en particulier la rotation interne) est moins bon que pour les

implants anatomiques, mais la différence s'amenuise avec les nouvelles prothèses plus latéralisées.

Les **COMPLICATIONS** sont identiques aux prothèses totales de hanche en terme de sepsis (0,7%).

La glène a longtemps été le point faible des PTE, mais le choix des indications et l'amélioration des ancrages améliore la situation (7% de reprise pour descellement de glène à plus de 10 ans de recul).

Les luxations sont plutôt l'apanage des PTEI, surtout dans le cadre de chirurgie de reprise. Les encoches de l'omoplate observées avec les PTEI de 1^{re} génération étaient source d'inquiétude; elles tendent à disparaître avec l'abaissement de la sphère et la latéralisation des implants de seconde génération.

Fig. 4 : exemples de PTE inversée



LES INDICATIONS

Il faut répondre à la question « quelle prothèse pour ce patient porteur d'une arthrose ? »

1- LES PTE ANATOMIQUES

On les réserve aux patients avec une arthrose gléno humérale sans rupture de coiffe : classiquement les omarthroses centrées. C'est dans cette situation que l'on a les meilleurs résultats en terme de mobilité (amplitudes normales si l'épaule n'était pas trop enraidie en pré opératoire).

2 remarques :

- **le terme « omarthrose centrée » traduit l'absence d'ascension de l'humérus** ; une excentration dans le plan horizontal est possible du fait d'une usure postérieure de la glène pouvant parfois conduire à une subluxation de l'humérus. C'est dans ces cas qu'une planification informatique préopératoire est utile.
- **le terme coiffe fonctionnelle me semble plus utile** : certains patients âgés ont une coiffe non rompue, mais très fine avec une dégénérescence graisseuse musculaire ; à notre sens, ils relèvent plutôt d'emblée d'une PTEI. À l'inverse une petite rupture de coiffe réparable ne contre indique pas une PTE anatomique.

2- LES PTE INVERSÉES

Elles répondent à « l'omarthrose excentrée », c'est à dire avec ascension de l'humérus du fait d'une rupture de coiffe, chez des patients de plus de 65 ans.

Cas particulier du déficit de rotation externe (RE) active par rupture des sous épineux et petit rond qui sont les 2 seuls muscles rotateurs externes : on peut proposer un transfert tendineux dans le même temps opératoire.

3 autres indications :

a// L'épaule pseudo-paralytique (EPP) par rupture de coiffe non réparable sans progrès après au moins 6 mois de rééducation : chez les gens âgés, la PTEI est un moyen fiable de retrouver une élévation active correcte. On peut donc légitimement, dans des cas bien spécifiques, proposer une PTEI en l'absence d'arthrose !

b// En traumatologie, pour les fractures multi-fragmentaires de l'humérus chez les sujets âgés : la PTEI supplante de plus en plus la prothèse humérale simple avec des résultats plus constants ; le geste opératoire n'est pas plus lourd pour le patient, le chirurgien doit toujours apporter le plus grand soin à la synthèse des tubérosités sur l'implant. (Fig. 7)

c// Les reprises de PTEA en cas de rupture de coiffe sur le long terme.

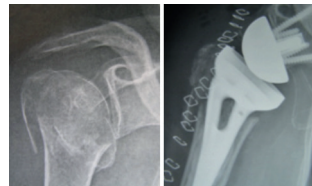


Figure 7 : PTEI sur fracture à 4 fragments chez une patiente de 75 ans, révision à 1 an.

3- QUID DES PROTHÈSES HUMÉRALES (PH) ?

Nous ne voyons plus que 3 indications :

- En traumatologie, les fractures à 4 fragments avec luxation de la calotte humérale chez les gens jeunes.
- Les premiers stades de nécrose de la tête humérale.
- Les échecs de PTEI : mise en place d'une PH avec une tête surdimensionnée, dans un but antalgique.

EN CONCLUSION //////////////////////////////////////

Proposer une prothèse à un patient qui n'est plus amélioré par le traitement médical suppose donc la prise en compte de nombreux facteurs afin de proposer l'implant le plus adapté et de l'informer de la manière la plus loyale possible.

Docteurs Eric MARECHAL Renaud DEGEORGES

CHEVILLE



LIGAMENTOPLASTIES EXTERNES DE CHEVILLE EN AMBULATOIRE

Les entorses latérales de cheville représentent une pathologie très fréquente. Elles aboutissent à une instabilité externe dans 5 à 20% des cas.

Les entorses latérales graves concernent 1 voire 2 faisceaux du plan externe, à savoir le ligament talo-fibulaire antérieur (LTFA) et le ligament fibulo-calcanéen (FC). Le diagnostic des laxités latérales chroniques se fait par examen clinique comparatif et imagerie spécifique.

Le but de la chirurgie consiste à stabiliser les articulations talocrurale et sous-talienne, préserver la mobilité articulaire, traiter les lésions associées et éviter l'arthrose de cheville. La reconstruction du plan externe combine une remise en tension ligamentaire (LTFA et FC) et une plastie de renfort (ligament frondiforme). Le renfort ligamentaire est utilisé pour prévenir une distension secondaire. La réinsertion mixte du LTFA et du FC permet de traiter une laxité sous-talienne associée (10% à 50% des cas).

L'intervention (30 à 45 minutes) se déroule en prise en charge ambulatoire. Dans les suites immédiates, la cheville est immobilisée à l'aide d'une orthèse amovible confortable sous le genou pour une durée de 6 semaines (sans appui avec orthèse 1 mois puis remise en charge avec orthèse sur 15 jours). L'analgésie est prescrite IV à domicile pendant 2 à 3 jours et surveillée par un prestataire de soins, en association avec les soins habituels (pansement et prévention de la phlébite). La rééducation est débutée au 45^e jour postopératoire avec appui complet sans orthèse pour une durée de 2 à 3 mois.

Docteur Alexandre RICHARD

Fig. 3 : exemples de PTE Anatomiques

