



Transposition de la tubérosité tibiale antérieure

Madame, Monsieur,

Cette fiche est un document destiné à vous aider à mieux comprendre les informations qui vous ont été expliquées à propos de votre pathologie et des choix thérapeutiques que vous avez faits ensemble.

En aucune manière ce document ne peut remplacer la relation que vous avez avec votre chirurgien. Il est indispensable en cas d'incompréhension ou de question supplémentaire que vous le revoyez pour avoir des éclaircissements.

Vous sont exposées ici les raisons de l'acte qui va être réalisé, son déroulement et les suites habituelles, les bénéfiques et les risques. Prenez le temps de lire ce document éventuellement avec vos proches ou votre médecin traitant, revoyez votre chirurgien si nécessaire.

Ne vous faites pas opérer s'il persiste des doutes ou des interrogations.

Rappel anatomique, pathologie

Le genou est composé de trois compartiments, entre le fémur et le tibia en interne et externe et devant le genou entre la rotule et le fémur. En cas usure ou instabilité du compartiment entre la rotule et le fémur, on peut proposer une intervention dite conservatrice (sans prothèse). On effectue un ostéotomie de translation avancée de la tubérosité tibiale antérieure (TTA). La TTA correspond à la zone insertion du tendon rotulien (patellaire) qui vient de la rotule (patella).

Un bilan radiographique complet est réalisé permettant de confirmer le diagnostic et de prévoir la chirurgie. Un bilan dentaire peut être prescrit afin de rechercher une infection qui devra être traitée avant l'intervention pour éviter toute contamination.



Existe-t-il d'autres options

Un traitement rhumatismal (médicament contre la douleur, infiltration, orthèses plantaires, genouillère) associé parfois à de la kinésithérapie est habituellement proposé en première intention, il peut avoir certains effets secondaires et une efficacité limitée. L'intervention chirurgicale est proposée lorsque le traitement médical n'est plus suffisamment efficace ou lorsqu'une complication apparaît.

Principe de l'intervention

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale. La cicatrice est verticale à la partie proximale et externe du tibia. L'ostéotomie est réalisée à la scie, un coin osseux est inséré sous la TTA. Une fois la greffe mise en place, la TTA est fixée par des vis. On effectue associé au geste osseux une section de l'aileron rotulien externe permettant de faciliter le recentrage de la rotule.

Préparation de l'intervention

Toute intervention chirurgicale nécessite une préparation qui peut être variable selon chaque individu. Il est indispensable que vous suiviez les recommandations qui vous seront données par votre chirurgien et votre anesthésiste. En cas de non-respect de ces recommandations, l'intervention pourrait être reportée.

SUITES HABITUELLES



Le lever et l'appui sur le membre sont autorisés dès le jour même, sauf avis contraire du chirurgien. La rééducation du genou se fait par vous-même et avec l'aide d'un kinésithérapeute. La flexion est limitée à 60 degrés pour le premier mois. Certains mouvements particuliers sont à éviter et ils vous seront indiqués par le chirurgien ou le kinésithérapeute. Le genou est soutenu par une genouillère articulée. Afin d'éviter les phlébites, un traitement anticoagulant est prescrit pendant plusieurs semaines. Des bas de contentions sont utilisés également. Il est important de bien glacer le genou dans les suites de l'intervention.

Fièvre post-opératoire

La survenue d'une fièvre après une intervention chirurgicale programmée n'est pas habituelle. Toute fièvre post opératoire inexpliquée doit conduire à une consultation médicale.



Cicatrisation

Les incisions cutanées sont non seulement des zones de faiblesse, mais aussi des portes d'entrée possibles pour une infection. Il est donc nécessaire de s'assurer d'une bonne hygiène locale. Si la cicatrice devient rouge, chaude ou s'il existe une surélévation de celle-ci, il est important de montrer cette cicatrice à votre chirurgien: il peut s'agir d'un hématome ou d'un abcès. La cicatrisation de la peau s'effectue en plusieurs jours. Durant cette période, il peut se produire un petit saignement que l'on peut stopper en le comprimant à l'aide d'une compresse stérile. L'ablation des fils ou des agrafes est réalisée par une infirmière suivant la prescription médicale de sortie. Une désunion de la peau peut parfois survenir. Si cette ouverture est superficielle, il faut simplement attendre qu'elle se referme, le délai de fermeture peut atteindre plusieurs semaines (surtout chez les patients diabétiques ou sous traitement corticoïde). En revanche, en cas de sensation de craquement profond ou de désunion profonde, il est nécessaire de consulter rapidement son chirurgien. Le tabac et la dénutrition ralentissent la cicatrisation. Pensez donc à arrêter de fumer et à bien vous alimenter. Evitez toute exposition solaire directe de vos cicatrices qui risque de les rendre disgracieuses. En cas de doute sur l'évolution de la cicatrisation, il est préférable d'en parler à votre chirurgien.

En cas de doute sur l'évolution de la cicatrisation, il est préférable d'en parler à votre chirurgien.

Risques et Complications

Dans la majorité des cas, l'intervention qui vous est proposée se déroule sans complication. Cependant, tout acte chirurgical comporte un certain nombre de risques et complications décrits ci-dessous. Certaines complications sont liées à votre état général. Toute intervention chirurgicale nécessite une anesthésie, qu'elle soit loco-régionale ou générale, qui comporte des risques. Elles vous seront expliquées lors de la consultation préopératoire avec le médecin anesthésiste. D'autres complications directement en relation avec l'intervention sont rares, mais possibles.

Les plus fréquentes

La phlébite peut survenir en dépit du traitement anticoagulant. Il s'agit d'un ou plusieurs caillots qui se forment dans les veines des membres inférieurs ; ceux-ci pouvant migrer et entraîner une embolie pulmonaire. La gravité potentielle des embolies pulmonaires explique l'importance accordée à la prévention des phlébites. Cette prévention est basée essentiellement sur le traitement anticoagulant et sur la prescription en post opératoire de bas de contention.

L'hématome postopératoire (poche de sang) est rarement gênant et nécessite exceptionnellement une évacuation par ponction ou drainage chirurgicale.

Algoneurodystrophie (voir fiche spécifique dans généralités).

La raideur du genou est une complication classique qui doit être évitée par une bonne prise en charge en rééducation. La rééducation avec le kinésithérapeute ne suffit pas, votre participation pour refaire les mouvements par vous-même est fondamentale à la réussite de votre opération.



Plus rarement

L'infection est une complication rare mais grave. Ce risque est minimisé par les précautions préopératoires qui visent à rechercher et traiter tout foyer infectieux méconnu (dentaire surtout) et à s'assurer le jour de l'opération que la peau est impeccable. Des antibiotiques vous seront administrés à titre préventif juste avant l'intervention. Un protocole de préparation cutanée peut vous être proposé avant l'intervention. L'infection peut survenir même très longtemps après la chirurgie par contamination à partir d'une infection à distance. Une infection conduit le plus souvent à une nouvelle chirurgie. Le tabagisme augmente de manière significative le taux d'infection.

Beaucoup plus rarement

Une fracture peropératoire du tibia, pouvant nécessiter un geste chirurgical complémentaire.

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.

Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques y compris vitaux, tenant à des variations individuelles qui ne sont pas toujours prévisibles. Certaines de ces complications sont de survenue exceptionnelle (plaies des vaisseaux, des nerfs) et peuvent parfois ne pas être guérissables. Au cours de cette intervention, le chirurgien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux initialement prévus, voire une interruption du protocole prévu. Toute chirurgie nécessite une mise au repos et une diminution des activités physiques. Il est indispensable de vous mettre au repos et de ne reprendre vos activités qu'après accord de votre chirurgien.

Fumer augmente le risque de complications chirurgicales de toute chirurgie, en particulier risque infectieux (x3) et difficulté de cicatrisation (x5). Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant l'intervention diminue significativement ces risques. De même, Il est expressément recommandé de ne pas recommencer à fumer durant la période de convalescence. Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien et votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 ou par internet : tabac-info-service.fr, pour vous aider à arrêter.

