

PROTHESE TOTALE DE GENOU SUR GENU VALGUM

Analyse rétrospective d'une série continue de 100 cas

Introduction :

D'après la littérature, les prothèses totales de genou sur genu valgum ont des résultats inférieurs à ceux des genoux axés et varus et il n'y a pas de consensus sur la stratégie opératoire.

Le but de ce travail a été, de définir des règles de conduite selon le type de valgus, à partir des résultats de notre série et de la littérature.

Matériel et méthode:

Une série continue, de 2000 à 2006, de 100 PTG sur genu valgum a été analysée rétrospectivement avec un recul clinique moyen de 4 ans (de 1 à 7,7 ans) (avec 6 % de perdus de vue).

L'étiologie était une arthrose externe dans 67% des cas, un échec d'ostéotomie tibiale de valgisation dans 14% des cas, et une autre étiologie dans 19% des cas.

Le valgus était irréductible dans 33% des cas.

Le valgus était < 10° dans 53 % des cas, entre 10° et 20° dans 40 % et > 20° dans 7 % des cas.

La voie d'abord a été interne dans 53 % des cas, externe dans 47 %, et une ostéotomie tibiale leur a été associée dans 43 % des cas.

L'ostéotomie de glissement du condyle externe représentait 8% des genoux.

Une prothèse à glissement a été choisie dans 92 % des cas.

Résultats :

Les résultats ont été satisfaisants pour :

- + le score IKS total moyen : avec 76 % de bons et excellents résultats
- + la flexion post-opératoire moyenne : 115° et le flessum moyen : < 1°
- + la réaxation moyenne : 75 % de réaxation correcte (à 180 ± 3°)
- + et les complications : 1 seul descellement et 1 seul cas de paralysie du SPE (régressive)

Les résultats ont été moins bons pour :

- + la stabilité rotulienne : 11% de sublaxations rotuliennes
- + et la laxité : 30% de laxité importante, mais sans retentissement fonctionnel, et avec un biais important dans son évaluation.

Discussion :

Nous préconisons :

+ pour la voie d'abord :

- une voie interne pour les valgus modérés parfaitement réductibles et sans instabilité rotulienne est possible
- une voie d'abord externe + ostéotomie de la TTA dans tous les autres cas

+ pour les coupes osseuses :

- une référence faite au compartiment interne (sauf pour les reprises d'ostéotomies tibiales de valgisation hypercorrigées)
- et le réglage de la rotation fémorale sur la ligne condylienne postérieure

+ pour l'équilibrage ligamentaire :

- une désinsertion du fascia lata en continuité avec l'aponévrose de la loge antéro-externe systématiquement lors de la voie externe
- et, après les coupes osseuses, en cas de nécessité d'une balance ligamentaire :

→ une ostéotomie de glissement du LLE-POPLITE : qui permet le réglage précis à la fois en flexion et extension

→ et si cela est insuffisant : la désinsertion du gastrocnémien externe ou l'allongement du tendon du biceps fémoral

+ pour le type de prothèse :

- une prothèse à glissement le plus souvent
- et une prothèse charnière dans certains cas extrêmes

+ et pour les reprises d'OTV :

il ne faut ne pas hésiter à associer une désostéotomie de fermeture

Conclusion :

L'arthroplastie totale de genou sur genu valgum exige une technique rigoureuse et adaptée aux paramètres cliniques et radiologiques pré-opératoires qu'il faut soigneusement analyser pour réaliser ses choix.