

## **MEMBRE INFÉRIEUR/ EPAULE**

Dr François KUNTZ

Le corps est sollicité lors de toutes les activités humaines et, parallèlement, subit les altérations liées au vieillissement des tissus.

La pratique de plus en plus intensive de certains sports (football, basket-ball, ski, roller) est responsable de l'apparition de lésions qui, jusque là, étaient réservées aux sportifs de haut niveau.

Les foulures ou pire les déchirures ligamentaires graves sont fréquentes. Le diagnostic doit être porté tôt afin que le meilleur traitement puisse être mis en œuvre ; même si la grande majorité des entorses ne porte pas à conséquence, certaines, plus graves, peuvent compromettre le jeu articulaire et nécessiter une intervention chirurgicale en particulier au niveau de genou.

Les fractures, qu'elles soient post-traumatiques ou de fatigue, bénéficient d'explorations radiographiques et parfois d'un scanner avant d'être traitées soit par une immobilisation appropriée soit par une intervention chirurgicale. La bataille contre le vieillissement permet chaque année de gagner du temps sur notre espérance de vie, malheureusement la lutte reste inégale et les différents tissus qui composent notre corps en savent quelque chose. Les tendinites aux épaules, aux mains, l'arthrose, qu'elle soit de la hanche ou du genou, agissent parfois comme autant de baromètres dont nous nous passerions bien.

Un travail difficile, les ports de charges lourdes, les transports en voiture, ne sont-ils pas à l'origine de lumbagos, hernies discales autrement appelées "mal du siècle" ?

Les progrès technologiques, qu'ils soient dans les domaines de la métallurgie de pointe avec la création de nouveaux alliages pour la réalisation de prothèses articulaires ou dans le domaine des fibres optiques pour la chirurgie arthroscopique, ont apporté aux chirurgiens orthopédistes de meilleurs moyens pour répondre aux attentes des patients.

## **VOUS AVEZ UNE ARTHROSE DE LA HANCHE OU DU GENOU**

L'arthrose résulte de l'usure progressive du cartilage articulaire. Comme un toit qui perd ses tuiles et laisse sa charpente au vent, la disparition du cartilage découvre l'os. Dès lors, des frottements anormaux sont responsables de douleurs, de raideurs. La marche, la montée des escaliers deviennent difficiles ; faire ses courses... une sortie hasardeuse. A un degré d'invalidité supérieur, l'autonomie est restreinte à la vie au lit et au fauteuil.

Une ou plusieurs articulations peuvent être malades. Le handicap résulte de l'association d'une arthrose des deux hanches ou des deux genoux ou parfois croisée d'un genou et d'une hanche.

Le chirurgien peut être amené à vous proposer plusieurs interventions chirurgicales pour résoudre un problème grave d'invalidité.

Bien entendu, plusieurs consultations avec votre médecin traitant ou votre chirurgien sont nécessaires pour évaluer au mieux votre degré de gêne. Un bilan radiographique des hanches, des genoux et de la colonne vertébrale complète l'étude de votre dossier, précise le diagnostic et permet l'adoption de la stratégie thérapeutique la plus adaptée.

Votre arthrose est débutante, la destruction articulaire est encore limitée. Le chirurgien peut vous proposer des solutions chirurgicales dites "conservatrices" dont le but est de stopper ou freiner le développement arthrosique en repoussant l'heure de la pose d'une prothèse. Vous conservez votre articulation.

Elle s'applique le plus souvent au genou présentant une déformation à la "Lucky Luke". L'usure et les douleurs se situent à la partie interne là où le genou reçoit toute la charge de votre corps.

L'ostéotomie de valgisation tibiale : la correction de cette déformation permet le rééquilibrage des contraintes dans le genou. L'arthrose est freinée voire stoppée, les douleurs cèdent.

Plus rarement, c'est à la hanche qu'un trouble articulaire remontant à la vie embryonnaire est responsable de douleur et d'arthrose. Des modifications du squelette qui peuvent avoir nécessité dans l'enfance le port d'une culotte d'abduction ou des périodes de mise en traction. Le cotyle peut être trop peu profond, pas assez couvrant sur la tête fémorale.

La butée de la hanche : dans de tels cas, en l'absence de lésion grave, le chirurgien peut vous proposer de poser une sorte de tuile par une greffe osseuse. La reconstitution de l'anatomie normale de la hanche, dans ces cas où la lésion remonte à la très petite enfance, cherche à éviter la pose d'une prothèse totale chez un sujet jeune.

Votre arthrose est importante, la marche est de plus en plus difficile, l'articulation est douloureuse, raide. Votre handicap peut être sévère, empêchant une vie sociale normale. Le bilan radiographique montre un pincement de l'interligne articulaire, un os densifié "blanchi", des becs de perroquets anarchiques et une déformation. Il s'agit d'une destruction articulaire incompatible avec un jeu articulaire normal : vous nécessitez la pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou.

## **La prothèse totale de hanche ou de genou (PTH PTG)**

Les surfaces cartilagineuses détruites sont enlevées et remplacées par un jeu de pièces qui reproduisent la mécanique normale de la hanche ou du genou. Les déformations des articulations sont corrigées, les ligaments sont retendus. Les articulations retrouvent leur mobilité et leur stabilité, ce qui autorise une reprise précoce de la marche.

Comme toute pièce mécanique une prothèse s'use. L'usure des surfaces de frottement des prothèses est dépendante de l'activité du patient, de son éventuel surpoids et bien sûr des matériaux qui les constituent en sachant qu'ils sont de plus en plus fiables et résistants. Une durée de vie des prothèses totales accrue, l'expérience scientifique, les progrès technologiques et chirurgicaux permettent actuellement l'obtention durable d'un résultat de qualité.

## Les résultats :

- L'articulation artificielle autorise le soulagement des douleurs,
- La récupération de la mobilité
- La reprise de la marche.

L'autonomie recouvrée permet de se réinsérer dans une vie sociale ou professionnelle. Dans les cas les plus graves de patients grabataires, la pose de prothèses éventuellement multiples est la seule solution permettant la reprise d'une autonomie indispensable à une vie décente. La qualité de ce résultat dépend bien entendu du geste chirurgical mais aussi de votre coopération notamment avec le kinésithérapeute en sachant qu'un séjour en centre de rééducation à la sortie de la clinique est des plus profitable.

## VOUS AVEZ UNE LESION LIGAMENTAIRE ET/OU MENISCALE ?

Les articulations du membre inférieur doivent résister au poids de votre corps et permettre son évolution harmonieuse dans l'espace. Une erreur de déplacement, de prise d'appui sollicite parfois exagérément les structures ligamentaires qui agissent comme des haubans jusqu'à parfois la rupture : c'est l'entorse. Les plus sujettes sont : la cheville, le genou et plus rarement la hanche.

Au membre supérieur, c'est lors d'une tentative pour récupérer votre équilibre dans une chute qu'une entorse peut se produire; les articulations les plus souvent touchées sont : le poignet, l'épaule, plus rarement le coude.

Un examen clinique approfondi est déjà en mesure d'évaluer les dégâts ligamentaires et/ou méniscaux.

## Est-ce grave ou non ?

**Des explorations complémentaires vous seront éventuellement proposées :**

- Radiographies,
- Arthrographies,
- IRM.

Selon les résultats des examens cliniques et complémentaires, votre chirurgien peut vous proposer une arthroscopie.

## L'arthroscopie : mettre l'œil du chirurgien dans l'articulation

L'objectif de cette chirurgie est d'effectuer à travers des ouvertures cutanées de quelques millimètres le maximum de gestes nécessaires au traitement de l'articulation.

## Comment ça marche ?

L'articulation est remplie de liquide sous pression, les incisions cutanées sont faites juste pour permettre l'introduction des instruments : fibres optiques et pinces spécifiques. L'image obtenue est agrandie puis projetée sur une télévision.



Arthroscopie du genou

La fibre optique peut se glisser dans pratiquement tous les recoins de votre articulation permettant une exploration complète et le contrôle des gestes que réalise le chirurgien, les images peuvent être fixées sur papier photographie.

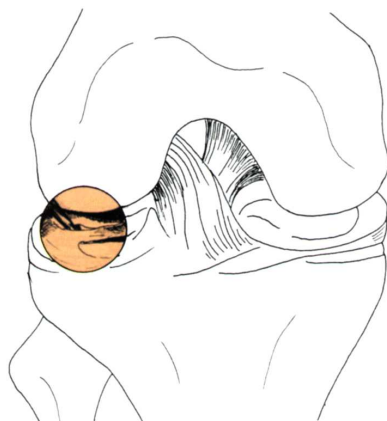


Aspect normal

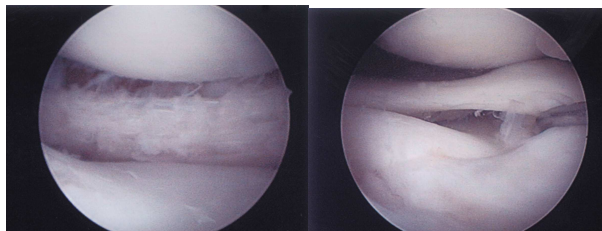
### Que pouvez-vous en attendre ?

#### **Au genou**

Les ménisques internes et externes agissent comme des joints, entre le fémur et le tibia et peuvent donc se déchirer. L'arthroscopie est actuellement le traitement le plus adapté, elle permet soit l'ablation de la lésion, soit la suture méniscale.



Ménisque externe



Une lésion d'un ligament croisé le plus souvent antérieur (LCA) peut être précisément étudiée sous arthroscopie et notamment en ce qui concerne les lésions partielles. Les progrès des techniques permettent désormais la réparation des ruptures complètes du LCA sous arthroscopie.

### **A la cheville**

Les séquelles des entorses graves sont parfois à l'origine de douleurs et/ou d'une instabilité expliquant des accidents de plus en plus fréquents. Après de nombreuses séances de rééducation, des infiltrations, un résultat décevant peuvent inciter votre chirurgien à vous proposer une arthroscopie. Cette intervention permet d'ôter les fibres ligamentaires déchirées qui s'interposent entre les surfaces articulaires et libérer les tissus inflammatoires.

### **A l'épaule**

Les tendons qui permettent les mouvements complexes de l'épaule constituent la coiffe des rotateurs. La coiffe des rotateurs est prise en étau entre la tête de l'humérus en bas et l'omoplate en haut. Lorsque l'étau est trop "serré", les tendons de la coiffe souffrent : c'est la tendinite. L'arthroscopie de l'épaule permet l'exploration des surfaces articulaires, l'estimation des lésions tendineuses en particulier des ruptures. Un geste de décompression est réalisable, son but est de desserrer l'étau et de laisser libre jeu aux tendons de la coiffe et soulager ainsi les douleurs de l'épaule.

### **Quelle anesthésie ?**

Le médecin anesthésiste réanimateur que vous verrez en consultation sera à même de répondre à vos questions. Générale ou locorégionale, l'anesthésie sera décidée en fonction de votre examen clinique, du type d'intervention prévue et bien sûr de votre souhait.

### **Durée d'hospitalisation**

Le plus souvent en "ambulatoire", vous arrivez à la clinique le matin, l'intervention est pratiquée, vous ressortez le soir même. Parfois, pour des raisons liées à la pathologie traitée et au type d'anesthésie, votre sortie peut être différée au lendemain.

### **L'objectif**

La récupération la plus précoce possible de la fonction de votre articulation. Le kinésithérapeute vous dévoilera toute l'étendue de ses talents pour vous remettre en forme.

*N'hésitez pas à poser toutes les questions à votre chirurgien, qui y répondra de façon spécifique, en tenant compte de votre cas particulier.*