



PROTHESE TOTALE DE CHEVILLE

1. PRINCIPE ET INDICATION

Depuis très longtemps l'arthrodèse a dominé le traitement des lésions dégénératives ou rhumatismales de la cheville.

De nombreux essais d'arthroplastie n'ont pas été couronnés de succès ce qui fait que l'arthrodèse est toujours apparue comme le traitement de choix de ces lésions.

Cependant, un certain nombre d'implants disposant notamment de patins mobiles permettent d'espérer de meilleurs résultats et peuvent être proposés chez certains patients comme alternative à l'arthrodèse.

Le progrès dans la conception des implants, la certification des implants, la certification de la technique opératoire et la meilleure connaissance des causes d'échec ont permis d'améliorer les résultats des prothèses de cheville qui doivent avoir une place dans l'arsenal thérapeutique des lésions dégénératives rhumatismales de la cheville.

Les indications de la prothèse doivent tenir compte d'un certain nombre d'éléments permettant un choix thérapeutique satisfaisant :

L'existence ou non d'antécédents septiques L'uni ou la bilatéralité des lésions (PR) Age du sujet et son désir de conserver une mobilité L'existence d'autres lésions d'autres articulations notamment au niveau de la sous astragalienne Un cal vicieux avec angulation $>10^\circ$ qui contre indique la prothèse.

La prothèse de cheville s'adresse à des patients motivés de plus de 55 ans, sédentaire, désirant conserver des mobilités de cheville maximum.

IL est posé en France entre 900 et 1000 prothèses par an.

La prothèse est posée dans les chevilles douloureuses et dégénératives ayant une stabilité suffisante chez des patients de plus de 55 ans.

Les contre-indications absolues sont :

La nécrose de l'astragale L'arthrite de la cheville Un arrière pied non axé Un pied neurologique Une arthrose non axée avec un varus valgus $> 10^\circ$

2. DESCRIPTION SIMPLIFIEE DE LA TECHNIQUE

Après avoir fait un bilan radio face profil avec cliché cerclé de méary, cliché dynamique éventuellement, après avoir fait une IRM à la recherche d'une ostéonécrose de l'astragal ou une scintigraphie au technetium pour éviter un sepsis ou une ostéonécrose. Un bilan pré-opératoire est demandé avec recherche de foyer infectieux éventuel. La prothèse qui est posée permet avec une pièce tibiale encastrée en polyéthylène et une pièce encastrée également au niveau de l'astragale de retrouver une mobilité tibio-astragalienne d'au moins 30° sur une cheville axée.

Dans les suites post-opératoires, il est souvent nécessaire de mettre une immobilisation plâtrée pendant un mois pour permettre la bonne incorporation des éléments prothétiques. Ceci ne modifie en rien la mobilité qui est ensuite obtenue après la rééducation.



3. LES SUITES OPERATOIRES HABITUELLES

Le patient est donc immobilisé dans une résine fendue en bivalve.

Pendant les 2 premiers jours il est sous traitement antalgique puissant, un drainage est éventuellement posé que l'on enlèvera au bout de 48 heures. Des pansements sont effectués 1 jour sur 2 pendant environ 15 jours, l'attelle en résine posée pour le premier mois est enlevée lors du premier contrôle à 1 mois, une radio est réalisée à ce moment là. L'appui progressif est repris pour avoir un appui complet à 2 mois.

La rééducation est également entreprise à partir du 1er mois en mobilisant essentiellement flexion/extension de la cheville.

4. LES RISQUES ET COMPLICATIONS

Les complications bien sur sont les complications habituelles de la chirurgie : infections qui sont traitées et qui nécessitent dans ce cas le plus souvent l'ablation de la prothèse et l'arthrodèse de la cheville.

Phlébite : Le patient étant pourtant sous anti-coagulant dès le jour de l'intervention.

En dehors de cela il peut y avoir un enraidissement de la cheville en post-opératoire qui ne fait que peu bénéficier le patient de la mise en place de la prothèse. Il peut également y avoir une algodystrophie qui ralentit l'évolution et qui limite également la flexion, il peut y avoir une absence d'incorporation des éléments prothétiques au niveau de la cheville ce qui entraîne alors un descellement des pièces tibiales ou astragaliennes.

Cependant la prothèse en particulier star qui est posée à recul supérieur à 15 ans avec un taux de survie de la prothèse de 90% à 10 ans.

5. LES QUESTIONS POSEES

Est ce douloureux?

Non car généralement il s'agit d'un site déjà opéré ou fortement remanié et les antalgiques puissants nécessaire pendant les 2 premiers jours sont suffisant pour calmer la douleur post-opératoire.

Quelle est la durée d'immobilisation?

Il faut plâtrer après la prothèse au moins un mois puis au moins 3 mois de rééducation.

Quel type d'anesthésie?

Tronculaire, péridurale ou générale

Quand pourrais-je reconduire ?

Quand on peut marcher sans canne, à priori, pas avant deux mois minimum

Quel sport puis-je reprendre ?

La marche, le vélo, la natation, mais les sports en pivot contact et pivot rotation ainsi que les impulsions sont contre indiqués

Quand puis-je voyager ?

Avec le plâtre au bout de 15 jours

Qu'attendre de la chirurgie dans les chevilles normo-axées?

très bon résultat, même si la mobilité obtenue n'est pas toujours celle espérer par le patient.

Cela ne coupe pas les ponts à une éventuelle arthrodèse secondaire si la prothèse ne donne pas un bon résultat.