



ARTHROSE DE CHEVILLE

Docteur Patrick Reynaud

ARTHROSE DE CHEVILLE - ARTHRODESE DE CHEVILLE - PROTHESE DE CHEVILLE

L'arthrose tibio talienne (arthrose de la cheville, entre tibia et astragale (ou talus)), est l'usure du cartilage « en miroir » à la fois au niveau du tibia et du talus.

Son origine est principalement post-traumatique, les fractures initiales sont des fractures du pilon tibial, de l'astragale (talus) ou bimalléolaires. Les entorses à répétition (*voir entorse de cheville / pathologies de la cheville, instabilité de la cheville / pathologies de la cheville*) sont une étiologie fréquente. Parfois, une nécrose du talus est à l'origine de l'arthrose.

DIAGNOSTIC

- La douleur tibio talienne est toujours présente : elle siège en « fer à cheval » en avant de la cheville, elle est d'abord « mécanique » c'est à dire survient à l'effort, puis elle devient progressivement permanente, même au repos. La douleur peut aussi atteindre l'articulation sous-talienne.
- L'instabilité de la cheville peut être réflexe à la douleur.
- La raideur articulaire est très souvent présente, la perte de flexion dorsale est la plus importante. Elle modifie le schéma de marche, entraîne des douleurs postérieures de la jambe et des métatarsalgies, par surcharge d'appui de l'avant pied.
- La déformation de la cheville par des ostéophytes péri-articulaires est parfois importante. L'arrière pied peut être aussi basculé, désaxé, en cas d'arthrose latéralisée.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- La radiographie simple de face et de profil permet de visualiser le pincement articulaire, d'en apprécier son importance et sa localisation, permettant de dire si l'arthrose est « centrée » ou non.



- Des clichés « de Méary » permettent de visualiser une bascule de l'arrière pied.
- Un scanner apprécie l'importance de l'arthrose tibio-talienne, mais aussi de l'arthrose sous-talienne.

TRAITEMENT

TRAITEMENT MEDICAL

Le traitement médical n'est que symptomatique :

- traitement anti-inflammatoire
- infiltration de produits cortisonés ou d'acide hyaluronique (viscosupplémentation), sous contrôle radiographique
- rééducation avec mobilisation en traction-décoaptation
- podologie avec semelles amortissantes corrigeant les défauts d'axe de l'arrière pied
- chaussures orthopédiques

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il se discute entre **ARTHRODESE (blocage de la cheville)** et **PROTHESE TOTALE DE LA CHEVILLE** .

Le choix dépend de plusieurs éléments :

- le type d'arthrose (centrée ou non) et son origine (étiologie)
- l'âge, le poids du patient, son désir d'activité physique
- l'état osseux du talus

L'ARTHRODESE DE LA CHEVILLE

Il s'agit du blocage de l'articulation tibio-talienne (de la cheville).

Son indication est possible quelle que soit l'étiologie, le type d'arthrose, le profil du patient.

Son but est d'obtenir une cheville indolore, stable, avec un appui bien réparti sur la plante du pied.

Si l'arthrodèse améliore les capacités fonctionnelle de la cheville, elle surcharge les articulations de voisinage : articulation sous talienne, articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, genou.

Le principe chirurgical est, après avoir réséquer les zones d'arthrose, de bloquer l'articulation par vis ou plaque ou agrafes, éventuellement en associant une greffe osseuse locale. Le nettoyage articulaire des zones d'arthrose peut être réaliser sous arthroscopie, l'arthrodèse sera alors fixée par des vis placées sous contrôle radiographique, en percutané.



Le blocage de la cheville doit se faire en position optimale (axé de face, le pied à 90° de profil), de manière à permettre le meilleur appui possible du pied.

La chirurgie est suivie d'une immobilisation par botte amovible SANS APPUI PENDANT 3 MOIS.

L'appui est ensuite repris progressivement sous couvert de séances de rééducation.

L'évolution définitive est de 6 à 12 mois.

Il est impossible ensuite d'enfiler des bottes, de courir vite.

RISQUES ET COMPLICATIONS EVENTUELLES (liste non exhaustive)

- absence de fusion de l'arthrodèse : ce risque peut être limité par la réalisation d'une greffe osseuse immédiate. L'immobilisation sans appui 3 mois est primordiale pour améliorer le taux de fusion de l'arthrodèse. En cas d'absence de fusion, la douleur sera toujours présente à l'appui, une nouvelle chirurgie est souvent nécessaire par la réalisation d'une greffe osseuse complémentaire, éventuellement avec une nouvelle ostéosynthèse.
- Défaut de cicatrisation : la peau de la face antérieure de la cheville est fragile, un défaut de cicatrisation peut nécessiter parfois une reprise chirurgicale.
- Malposition de l'arthrodèse : si la cheville est bloquée en mauvaise position, cela génère des défauts d'appui du pied, qui peuvent être compensés par une semelle ou une chaussure orthopédique. Une reprise chirurgicale peut être parfois nécessaire.
- Phlébite , embolie pulmonaire
- Infection : elle peut nécessiter un lavage chirurgical, et un traitement antibiotique prolongé.

LA PROTHESE TOTALE DE CHEVILLE

Même si la prothèse totale de cheville paraît être une solution idéale, car gardant la mobilité articulaire, il faut rester prudent sur son indication. En effet, les résultats dépendent de nombreux facteurs, et des échecs à cours terme (5 ans), ont encore restreints les indications.

Certains éléments contre-indiquent la pose d'une prothèse de cheville :

- une infection, ou antécédent d'arthrite de cheville ou de fracture ouverte
- une désaxation importante de la cheville (arthrose non centrée)
- un désordre ligamentaire important de la cheville (instabilité ligamentaire)
- un patient actif, en surpoids.
- une nécrose du talus

La discussion décisionnelle avec le patient est donc importante : le bénéfice sera t'il réel par rapport à une arthrodèse : en effet, le risque d'échec à court terme de la prothèse, en cas de non respect des indications, expose à une reprise chirurgicale par la réalisation d'une arthrodèse complexe et complète de l'arrière pied avec greffe osseuse massive.

Malgré tout, lorsque les conditions sont réunies, les résultats satisfaisants permettent de retrouver une fonction de marche indolore.



La réalisation de la prothèse de cheville est suivie d'une immobilisation par botte amovible sans appui pendant 3 semaines, puis l'appui est repris très progressivement, la rééducation est débutée et poursuivie pendant 3 mois.

L'évolution définitive est d'environ 6 mois.

La prothèse est inscrite dans un registre national de suivi des prothèses de cheville, le suivi doit être régulier par un contrôle radiographique et un examen clinique annuel.

RISQUE ET COMPLICATION EVENTUELLES (liste non exhaustive)

- échec de la prothèse : cet échec se traduit par des douleurs, un descellement de la prothèse qui perd sa stabilité à l'os, l'apparition de géodes (trous) dans l'os autour de la prothèse. La reprise chirurgicale est nécessaire, par l'ablation de la prothèse et la réalisation d'une arthrodèse complète de l'arrière pied avec greffe osseuse.
- fracture du patin en polyéthylène : cette partie située entre les deux éléments métalliques de la prothèse et permettant leur glissement, peut se rompre par usure. Si les pièces métalliques ne sont pas descellées, le patin en polyéthylène peut être simplement changé.
- fracture malléolaire pendant l'intervention, elle peut nécessiter la réalisation d'une ostéosynthèse de la malléole par broche ou vis
- phlébite, embolie pulmonaire
- infection : un lavage articulaire couplé à une antibiothérapie prolongée peut être nécessaire, sinon l'ablation de la prothèse et une arthrodèse seront réalisées.