

RENCONTRE



Wayne Paprosky

Wayne Paprosky est à l'auteur de la classification la plus utilisée des défauts osseux acétabulaires que l'on trouve lors des reprises de prothèse totale de hanche. Invité d'honneur au dernier congrès de la SOFCOT, Wayne Paprosky nous a fait part de son itinéraire et de son expérience de la chirurgie orthopédique.

M.O. : A part les frais chirurgicaux, quelles sont les différences chez vous, entre la pratique hospitalière universitaire et la pratique privée ?

W.P. : Aux États-Unis, il n'y a pas vraiment de problèmes de frais chirurgicaux. Les organismes tiers payeurs comme la Blue Cross ou Medicare couvrent les mêmes frais, que vous soyez dans un hôpital privé, un hôpital universitaire ou un hôpital parrainé par le gouvernement. La principale différence est que les structures privées ont tendance à être un peu plus efficace, les choses peuvent y être faites plus rapidement ; mais il n'y a pas de différence majeure. Je dois

dire que mon activité à l'hôpital privé se fait dans le cadre d'un centre de soins tertiaires, donc assez semblable à un hôpital universitaire. Nous sommes capables de prendre en charge les cas de prothèses articulaires les plus complexes et ce parce qu'il y a environ trente ans, j'ai orienté cet hôpital vers une hyperspécialisation sur la chirurgie de la hanche au sein du département des arthroplasties.

M.O. : Alors pourquoi les patients voudraient-ils aller dans un hôpital privé ?

W.P. : Parce que c'est plus petit, il y a souvent moins de patient et ce n'est pas en centre ville ; vous aurez là des soins un peu

plus personnalisés. Mais il n'y a pas plus de compétence en privé en matière d'arthroplastie. Pour certaines pathologies tumorales, comme par exemple les cancers du foie, l'hôpital universitaire est sans doute mieux équipé. Mais il est de plus en plus cou-

(suite page 2)

M.O. : Où exercez-vous aujourd'hui ?

W.P. : La moitié du temps je suis au Rush University Medical Center de Chicago et pour l'autre moitié je travaille dans un hôpital privé en dehors de l'Université Rush. Je fais exclusivement de la prothèse du genou et de la hanche avec un tiers environ de reprises.

TECHNIQUE

PROTHÈSES UNICOMPARTIMENTAIRES BILATÉRALES EN UN TEMPS : TECHNIQUE OPÉRATOIRE ET REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE

Nicolas PUJOL, Alexandre ABITAN, Cyrille LALLEMANT, Jean-François TABURET, Philippe BOISRENOULT, Camille STELTZLEN

Centre Hospitalier de Versailles, 177, rue de Versailles, 78157 Le Chesnay, France

Email : npujol@ch-versailles.fr

INTRODUCTION

La prévalence de la gonarthrose bilatérale est de l'ordre de 5% [7]. Cette tendance augmente avec celle de l'arthrose globale et avec le vieillissement de la popu-

lation. Parmi les patients présentant une gonarthrose évoluée pour laquelle une arthroplastie est proposée, 20% nécessiteront

(suite page 4)

SOMMAIRE

■ RENCONTRE

W. Paprosky..... 1 à 5

■ TECHNIQUE

Prothèses unicompartimentaires bilatérales en un temps : Technique opératoire et revue systématique de la littérature.

N. Pujol..... 1 - 6 à 13

■ TECHNOLOGIE

La chirurgie assistée par ordinateur au service de l'alignement et de l'équilibrage personnalisé dans les prothèses totales du genou

S. Marmor, T. Aubert 14 à 19

■ PÉDAGOGIE

La prothèse unicompartimentale interne : indications et limites

C. Debette..... 20 à 23

■ MISE AU POINT

Sécurité et compatibilité de l'Imagerie par Résonance Magnétique sur une Prothèse Uni-Compartimentale du genou

G. Estour & al..... 24 à 31

■ MISE AU POINT

Principe et intérêts de la navigation de la trochlée dans l'équilibre ligamentaire d'une PTG

P. Piriou, E. Peronne..... 32 à 39

(suite de la page 1)

la même intervention à l'autre genou dans les mois ou années suivant la première intervention [15, 23]. Il y a alors deux options pour traiter ces patients présentant la même pathologie aux deux genoux : une seule intervention chirurgicale en opérant les deux genoux en même temps, ou deux interventions chirurgicales à deux moments différents.

La littérature est partagée pour ce qui concerne les indications et les rapports coût-bénéfice-risques des prothèses totales de genou (PTG) bilatérales en un temps. Malgré la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), l'ambulatoire, une intervention bilatérale simultanée est encore considérée comme potentiellement lourde [8, 10, 13].

Quelques méta-analyses et revues de la littérature récentes ont conclu que les PTG bilatérales et simultanées avaient une morbidité et un taux de complications générales plus important par rapport aux PTG bilatérales réalisées en deux fois, même si l'incidence des infections et les réinterventions semblaient en faveur d'une intervention en un temps [11, 26].

La prothèse unicompartmentaire (PUC) fait partie des options chirurgicales validées pour traiter les arthroses unicompartmentaires isolées sur déformation d'usure [16, 17]. Les indications, contre-indications, détails techniques et les résultats à court ou long terme sont connus [19, 27, 29] et la proportion des PUC augmente ces dernières années [9, 29]. Néanmoins, il y a peu de données traitant des bénéfices et des risques de réaliser des PUC bilatérales en un temps.

INDICATIONS CHIRURGICALES

Au Centre Hospitalier de Versailles, tous les patients présentant des douleurs aux deux genoux pour lesquels une PUC est indiquée se voient proposer une chirurgie bilatérale en un temps.

Les indications sont (exemple figure 1) :

- Douleur bien localisée par le patient à un seul compartiment.
- Symptomatologie identique aux deux genoux.
- Varus ou valgus principalement d'usure.
- Arthrose unicompartmentaire avec pincement complet sur le schuss.
- Pas d'instabilité, ligament croisé antérieur compétent (même si lésé).
- Flessum < 5°.
- En échec de traitement médical.

Entre Janvier 2007 et Décembre 2019, 698 PUC ont été implantées (ZUK ZimmerBiomet® puis Physica ZUK Lima Corporate®).

67 patients ont eu une PUC bilatérale en un temps (soit 134 PUC), ce qui correspond à un taux de PUC bilatérales en un temps de 21,2%. 100% des patients ayant une indication de PUC et présentant une symptomatologie bilatérale similaire ont eu une chirurgie des deux genoux dans le même temps. Nos résultats ont été rapportés par ailleurs [25].

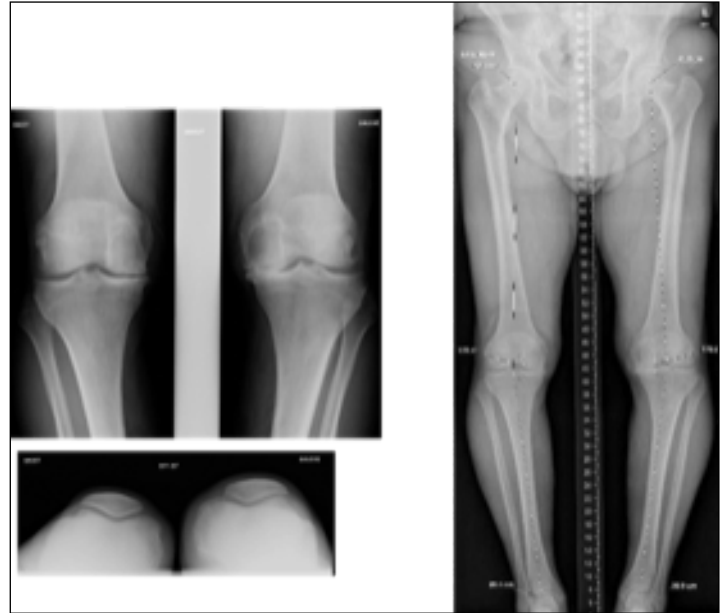


Figure 1 : Exemple d'une gonarthrose médiale bilatérale majoritairement d'usure, avec symptomatologie identique des deux côtés.

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Les PUC bilatérales peuvent être médiales ou latérales. Nous les réalisons en même temps, de façon séquentielle (chaque temps opératoire est effectué sur un genou puis sur l'autre et ainsi de suite). Cela nécessite deux aides opératoires et une instrumentation. Une alternative est d'opérer un genou, puis l'autre avec la même installation (chirurgie successive).

Dans tous les cas, deux garrots sont installés et gonflés au moment souhaité (si une

chirurgie avec garrot est décidée). Ils peuvent être utilisés sans aucun problème en même temps. Deux barres à genoux et deux contre-appuis sont installés (figure 2).

Les deux membres inférieurs sont préparés en même temps et un champ opératoire à deux trous est utilisé (figure 3). La table d'instrumentation est située aux pieds du patient (figure 4). Un seul ancillaire est utilisé pour les deux genoux, avec deux aides opératoires et une instrumentation (figure 5).

La voie d'abord est une voie para-patellaire médiale ou latérale. L'incision commence au bord



Figure 2 : Installation.

ON
EN
PARLE



* La note ODEP 10A a été attribuée à la prothèse Physica ZUK avec plateau tibial Métal-Back. Retrouvez toutes les dernières notes ODEP sur www.odep.org.uk.

** « Le registre national des arthroplasties (NJR) produit ce rapport à partir de données collectées, compilées et fournies par des tiers. En conséquence, le NJR décline toute responsabilité concernant l'exactitude, l'actualité, la fiabilité et la justesse des données utilisées ou mentionnées dans le présent rapport ainsi que concernant l'exactitude, l'actualité, la fiabilité et la justesse des liens ou références à d'autres sources d'information, et ne reconnaît en outre aucune garantie concernant ces données, liens et références, dans les limites autorisées par la loi. La responsabilité du NJR ne saurait être engagée (y compris, sans limitation, la responsabilité pour cause de négligence) en cas de pertes, de dommages, de coûts ou de dépenses encourus ou engagés si quiconque utilise ou s'appuie sur des données contenues dans ce rapport et résultant de toute erreur, omission ou déclaration trompeuse dans le rapport ou autrement. Ce rapport n'a pas valeur de conseil. Les tiers utilisant ou s'appuyant sur les données contenues dans ce rapport le font à leurs risques et périls et il leur incombe alors d'effectuer leurs propres évaluations et de vérifier toutes les allégations, déclarations et informations avec leurs conseillers professionnels. »



Figure 3 : Drapage chirurgical prenant les deux membres inférieurs.

supérieur de la patella et s'étend jusqu'à la tubérosité tibiale antérieure. La patella est subluxée. Le plateau tibial est exposé sans réaliser aucune libération du ligament collatéral médial. Cette libération pourrait avoir comme effet une tendance à augmenter la laxité et trop corriger la déformation en augmentant le polyéthylène devant. Pour cela, un écarteur contre-coudé est passé juste sous la collerette des ostéophytes tibiaux, sans libération préalable, et cela suffit largement pour assurer une bonne exposition. Les ostéophytes du tibia et du fémur sont ôtés. Nous utilisons le nouvel ancillaire dédié à la prothèse Physica ZUK Lima Corporate®.

On réalise en premier la coupe tibiale, la technique utilisée est celle du spacer block où les coupes sont dépendantes. Il faut calculer en pré opératoire la déformation post opératoire finale voulue pour déterminer le niveau de coupe sur le tibia qui à elle seule préfigure de la correction finale sur les prothèses à coupes.

On commence par fixer l'ancillaire extra-médullaire, genou à 90° de flexion (figure 6). C'est pendant cette étape que l'on doit reproduire dans la coupe osseuse l'angle d'inclinaison tibial dans le plan frontal et la pente tibiale. Pour l'épaisseur de coupe on introduit le palpeur au fond de la cupule osseuse, à 2 ou 4 mm. On réalise en premier la coupe verti-



Figure 4 : Table d'instrumentation aux pieds.



Figure 5 : Deux aides opératoires.

cale à l'aide d'une scie sagittale. Elle doit respecter le massif des épines notamment l'insertion du ligament croisé antérieur. L'axe de cette coupe doit suivre l'axe du mur latéral du condyle médial. Puis la coupe proximale est effectuée et le plateau tibial est retiré (figure 7).

La coupe fémorale distale est réalisée avec le genou positionné en extension complète pour éviter d'induire du flectum ou du recurvatum dans la coupe (figure 8). La hauteur est définie par l'ancillaire, elle correspond à l'encombrement de l'implant fémoral. Le guide de coupe fémorale distale est fixé sur un spacer. Ce



Figure 6 : Ancillaire tibial à gauche.



Figure 7 : Coupe tibiale à droite.

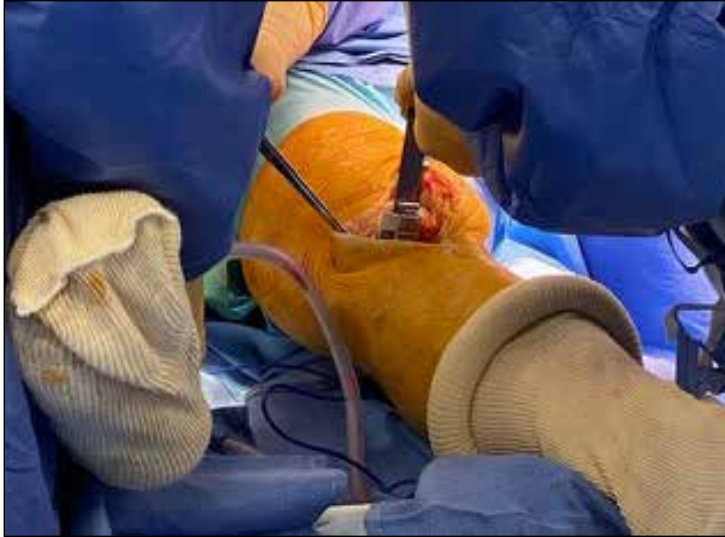


Figure 8 : Coupe fémorale distale.



Figure 9 : Réalisation des chanfreins et des plots.

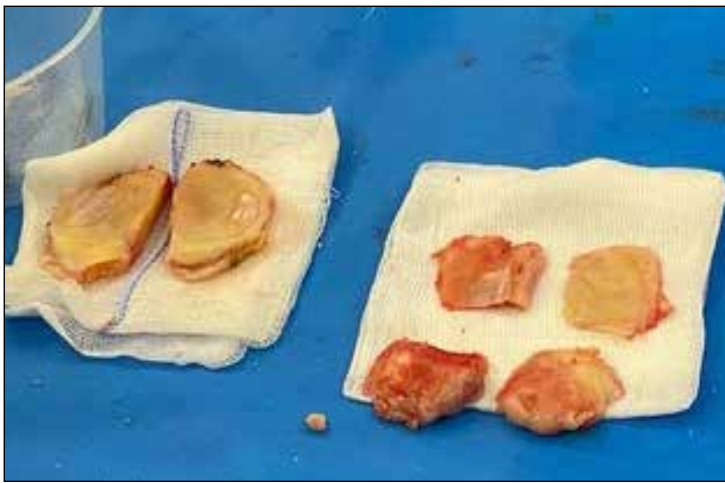


Figure 10 : Résection osseuse globale.



Figure 11 : Scellement des implants (Physica ZUK Lima Corporate®).

spacer est de hauteur modulable. Il commence à 8 mm qui est la hauteur minimale de l'implant.

Après avoir retiré la coupe fémorale distale, on évalue taille de l'implant fémoral. L'implant ne doit pas dépasser le bord anté-

rieur de la coupe distale. Après avoir déterminé sa taille, on place le guide coupe genou à 90° de flexion. Le positionnement de l'implant dans le plan frontal doit être proche de l'échancrure pour que l'implant fémoral se retrouve ou milieu de l'implant tibial

(cas d'une PUC médiale). Pour une PUC latérale le positionnement est très latéral, quasiment contre les ostéophytes. La coupe postérieure doit être parallèle à la coupe tibiale.

La résection est minimale, elle permet de corriger l'usure, et seulement l'usure (figure 10).

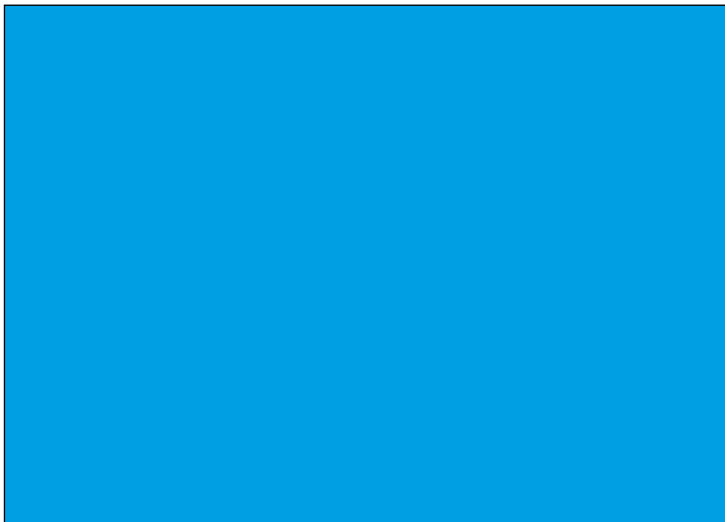


Figure 12 : Scellement final en extension.



Figure 13 : Fermeture.



Figure 14 :Physica ZUK® médiale bilatérale en un temps.

Après avoir évalué la taille du tibia, on réalise les plots d’ancrages de l’implant tibial.

Le plateau tibial doit couvrir parfaitement le plateau tibial réséqué. Les essais sont ensuite réalisés afin de déterminer l’épaisseur du polyéthylène. Il faut alors vérifier la présence d’une laxité physiologique. En effet, s’il n’y a pas eu de libération ligamentaire dans la voie d’abord et que la prothèse corrige seulement l’usure (ce qui est le but de ce type de

prothèse et de cette technique), il n’y a pas de laxité résiduelle et le genou prothétique doit avoir une laxité ligamentaire proche de la normale.

Les implants sont ensuite scellés successivement aux deux genoux (figure 11).

Les implants sont scellés en un temps en commençant par le tibia (genou à 90° de flexion). Il faut bien vérifier l’absence de ciment au niveau de la partie



Figure 15 : Physica ZUK® latérale bilatérale en un temps.

postérieure du tibia. On fixe dans un deuxième temps le fémur en flexion. Il faut commencer en hyper flexion en introduisant en premier le plot postérieur, puis le plot antérieur à 90° de flexion. On impacte ensuite le polyéthylène dans son métal back. Le genou est alors positionné en extension en attendant que le ciment soit sec (figure 12). Un drain est mis en place si besoin et un surjet est effectué sur la peau (figure 13). L’appui est autorisé et la déambu-

lation programmée le jour-même ou le lendemain matin.

Cette chirurgie est réalisable pour des PUC médiales (figure 14) et pour des PUC latérales (figure 15).

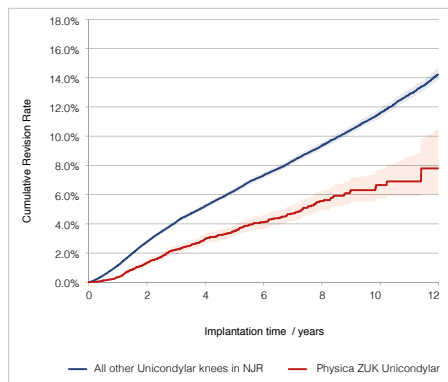
REVUE DE LA LITTÉRATURE

	Etude (Année)	Niveau de preuve	N (Un temps/2 temps)	Sex ratio H/F (Un temps/2 temps)	Age (Un temps/2 temps)	IMC (Un temps/2 temps)	ASA 1-2-3-4 (%) (Un temps/2 temps)	Recul moyen (mois)	Consensus MINORs score
Etude comparative: PUC bilatérale en un ou deux temps	Chan (2009)	III	159/80	92-67/35-45*	66/65	-	20.8-67.9-11.3-0/22.5-60-17.5-0	1	15
	Berend (2011)	III	35/141	-	58.2/62.7*	30.9/33.3*	-	19.4/13.9*	17
	Chen (2013)	III	124/47	33-91/11-36	62.9/61.6	26.3/27.6	14-80-6-0/8-81-11-0	>24	17
	Ma (2015)	IV	36/45	15-21/18-27	65.6/65.3	25/25.5	50-25-25-0/55-27-18-0	50	15
	Biazzo (2018)	IV	51/51	13-38/19-32	70.4/68.5	29.4/28.9	0-73-27-0/0-67-33-0	1	15
	Siedlecki (2018)	III	44/26	22-20/19-7	69.2/70	26.8/26.3	Moyenne 1.9/1.8	17.6/36.8*	14
Etude de cohorte: PUC bilatérale en un temps	Akhtar (2014)	IV	38/0	16-22	64	29.8	21-63-16-0/-	30	9
Etudes comparatives: PUC bilatérale en un temps Vs PUC unilatérale	Romagnoli (2015)	III	191/299	75-116/99-200	67.5/68.2	30.1/28.8*	4.2-93-2.8-0/8.1-89.5-2.4-0	6	18
	Clavé (2018)	III	50/100	35-15/66-34	64.4/68.1	28.8/29.7	52-36-10-2/47-22-26-5	44.4/61.2	16
	Yildiz (2019)	IV	44/137	10-34/27-110	66.1/64.9	33.1/32	-	29.3/26.1	15

* p<0.05

Tableau 1 : Données démographiques selon le type d’étude retrouvée dans notre revue systématique de la littérature.

Le registre national des arthroplasties (NJR)**



Physica ZUK

est une prothèse unicompartmentale (PUC) des plus performantes sur l'ensemble des suivis cliniques connus^[1]

[1] [1]National Joint Registry for England, Wales and Northern Ireland (NJR). Implant Summary Report on Physica ZUK Unicondylar Implants - Knee Primary Implants. Hemel Hempstead (UK): NJR Centre. 28 nov. 2018 [cité en fév. 2019].

CRITÈRE D'ÉVALUATION :
TOUTES LES CAUSES DE RÉVISION

Physica ZUK

est la PUC la plus performante parmi les PUC à plateau fixe et à plateau mobile^[2]

National Joint Registry for England, Wales and Northern Ireland (NJR). 15th Annual Report 2018 [Internet]. Hemel Hempstead (UK): NJR Centre. [cité en fév. 2019]. Disponible à l'adresse suivante : www.njrreports.org.uk/Portals/0/PDFdownloads/NJR%2015th%20Annual%20Report%202018.pdf.

© National Joint Registry 2018

Brand ¹	Number of knee joints	Median (IQR) age at primary	Percentage (%) male	Time since primary					
				1 year	3 years	5 years	7 years	10 years	14 years
All unicompartmental knee replacements	110,078	63 (56-70)	49	1.08 (1.02-1.15)	4.27 (4.14-4.40)	6.59 (6.42-6.76)	8.76 (8.55-8.98)	12.23 (11.93-12.53)	17.85 (17.07-18.66)
Unicondylar									
AMC/Uniglide	2,943	64 (57-71)	50	2.17 (1.70-2.77)	5.90 (5.09-6.84)	7.59 (6.65-8.66)	9.96 (8.84-11.22)	12.96 (11.48-14.61)	16.26 (13.81-19.09)
†MG Uni	2,389	63 (56-70)	54	0.92 (0.61-1.40)	3.92 (3.21-4.79)	5.96 (5.07-7.00)	7.54 (6.53-8.69)	10.23 (9.02-11.60)	13.49 (11.01-16.47)
Oxford Partial Knee	61,988	64 (57-71)	52	1.14 (1.05-1.22)	4.00 (3.83-4.17)	6.08 (5.87-6.30)	8.05 (7.79-8.32)	11.44 (11.07-11.82)	17.19 (16.15-18.28)
*Physica ZUK	12,513	63 (55-70)	55	0.38 (0.28-0.51)	2.36 (2.06-2.70)	3.70 (3.27-4.17)	5.14 (4.54-5.82)	6.75 (5.85-7.79)	
†Preservation	1,522	62 (56-69)	55	2.37 (1.72-3.27)	7.76 (6.52-9.23)	11.36 (9.85-13.07)	14.28 (12.60-16.17)	17.17 (15.31-19.23)	24.47 (21.65-27.59)
Sigma HP (Uni)	8,905	63 (55-70)	57	0.77 (0.60-0.98)	3.22 (2.82-3.68)	4.68 (4.13-5.31)	5.56 (4.87-6.35)		
Triathlon Uni	1,024	61 (54-69)	53	1.54 (0.91-2.58)	5.15 (3.79-6.98)	7.84 (5.95-10.30)	9.20 (6.99-12.05)		

La communauté scientifique

96,5%
DE TAUX DE SURVIE À 10 ANS

« La PUC a permis d'obtenir d'excellents résultats dans ce groupe de patients jeunes et actifs »^[3]

[3] Biswas D, Van Thiel GS, Wetters NG, Pack BJ, Berger RA, Della Valle CJ. Medial unicompartmental knee arthroplasty in patients less than 55 years old: minimum of two years of follow-up. J Arthroplasty. 2014 Jan;29(1):101-5.

97,1%
DE TAUX DE SURVIE À 10 ANS

« Aucun cas d'usure du PE, d'ostéolyse, d'enfoncement du composant ni de descellement n'ont pu être observés »^[4]

[4] Vasso M, Del Regno C, Perisano C, D'Amelio A, Corona K, Schiavone Panni A. Unicompartmental knee arthroplasty is effective: ten year results. Int Orthop.2015;39(12):2341-6.

Date de création : Août 2019 - Fabricant : LIMA Corporate - Gamme : Genou - Nom du produit : Physica Zuk - Destinataire : professionnel de santé - N° du marquage CE : 0123 - Classe du DM : III Remboursable par les organismes d'assurance maladie dans certaines situations : consultez les modalités sur le site ameli.fr - Indications : omarthrose et traumatologie - Recommandations d'utilisation : il est fortement conseillé de lire l'étiquette et la notice d'instructions du produit - n° du visa : 1908LIMAFRPM001

B.6110.8F.002.1

061900



	Etude (Année)	Temps opératoire cumulé moyen (min)	Thromboses veineuses profondes (n)	Embolies pulmonaires (n)	Complications mineures	Perte sanguine moyenne Hb (g/dl)	Transfusion (n)	Réintervention (n)	Durée de séjour moyenne (jours)	Coût (\$)
Etude comparative: PUC bilatérale en un ou deux temps	Chan (2009)	113.7/129.4*			17/5*	-	-	0/0	5/12	-
	Berend (2011)	-	0/0		4/39	-	0/0	0/2	1.7/2.5*	-
	Chen (2013)	130/152.5	1/2	2/0	2/3	-1.45/-1.3	1/0	0/0	5/8*	18071/26963*
	Ma (2015)	94/96	1/2	0	2/4	-2.2/-1.8	0/0	1/2	-	-
	Biazzo (2018)	93.2/101.4*	0/0	0/0	3/2	-3.1/-2.4*	4/0*	0/1	-	-
	Siedlecki (2018)	75/95*	1/0	0/0	2/1	-2/-1.3*	1/3	2/4	6.7/13.9	5626/11766*
Etude de cohorte: PUC bilatérale en un temps	Akhtar (2014)	83/-			0	-1.8	0	1	3.5	-
Etudes comparatives: PUC bilatérale en un temps Vs PUC unilatérale	Romagnoli (2015)	-	-	-	25/41	-4/-2.8*	24/13*	13/9	4/4.2	-
	Clavé (2018)	-	2/3	1/1	4/7	-3.3/-2.8	3/7	2/5		-
	Yildiz (2019)	-	-	-	-	-	-	3/8	-	-

* p<0.05

Tableau 2 : Résultats détaillés des études traitant des PUC bilatérales.

Une revue systématique de la littérature a été effectuée en Juin 2019 sur Medline, Pubmed et Embase utilisant les recommandations PRISMA. Les termes suivants étaient recherchés : “unicompartmental knee replacement” et/ou “unicompartmental knee arthroplasty” et/ou “UKA” et “bilateral”. Les données suivantes étaient colligées et analysées : informations générales (type d’étude, année de publication, niveau de preuve) ; (2) données de l’étude (n, sex ratio, âge, IMC) ; (3) Score ASA ; et (4) données de suivi clinique.

L’incidence des complications thromboemboliques, cardiaques, neurologiques, les infections du site opératoire, les réinterventions et réhospitalisations, le taux de transfusion et la durée de séjour étaient aussi enregistrés. Les données complètes ont été rapportées par ailleurs [20]. 10 études ont été incluses et analysées [1-6, 12, 22, 25, 28], (tableaux 1 et 2).

La prévalence cumulée des complications thromboemboliques (Odds ratio ou OR=1.35), des transfusions (OR=1.22), des

réinterventions (OR=0.4) ou réadmissions (OR=0.6) n’étaient statistiquement pas plus importantes dans les groupes de PUC bilatérales en un temps. Le coût cumulé était en faveur d’une seule intervention bilatérale (figure 16).

Balance coût bénéfice risque :

Mettre en place une prothèse unicompartmentaire bilatérale en un temps chirurgical est faisable chez des patients qui souffrent des deux genoux. La majorité des publications traitent des prothèses totales de genou [21] et il n’y a pas de consensus à ce sujet [24]. Les revues de la littérature montrent des résultats similaires des PTG bilatérales [14] alors que les études de cohorte et les registres parlent de taux de complication multipliés par 2 ou 3...[18]. Les taux de transfusion sont significativement augmentés (OR=11.52)[8] et la pertinence économique n’est absolument pas claire (\$24,596 ± \$5652 pour une PTG bilatérale en un temps vs \$24,915 ± \$5756

pour deux PTG en deux temps, p = 0.586)[26].

La différence essentielle entre une PUC et une PTG est la lourdeur de l’intervention. Les résultats de cette revue tendent à prouver que la réalisation simultanée de deux PUC ne serait pas plus lourde que le fait de n’en faire qu’une seule. La différence de résultat observée par rapport aux PTG a donc une certaine logique.

Les principales difficultés de mise en œuvre de ces résultats sont les conséquences médicoéconomiques potentielles et l’organisation pratique de l’intervention chirurgicale :

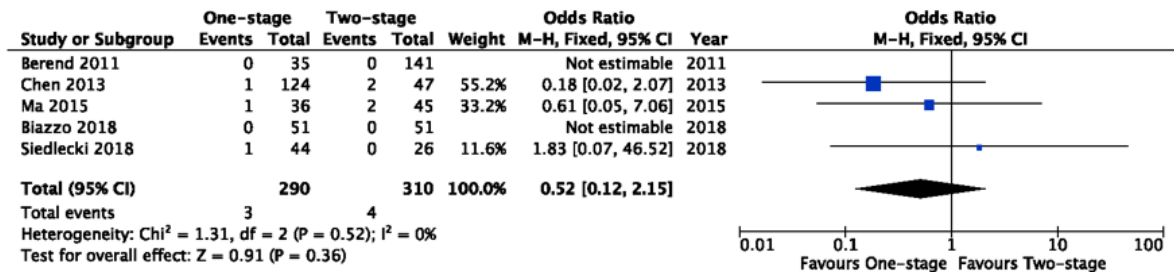
- En cas de chirurgie bilatérale en un temps il n’y a qu’un seul séjour valorisé : il devrait être valorisé à hauteur de deux séjours + + +.
- La chirurgie bilatérale est moins bien cotée que deux chirurgies échelonnées : elle devrait l’être à l’identique.
- La chirurgie bilatérale peut-être simultanée (les deux genoux

en même temps) ou séquentielle (un genou puis l’autre à la suite), à une ou deux équipes et aucune étude n’a rapporté de comparaison là-dessus. Elle nécessite des moyens adaptés au bloc opératoire.

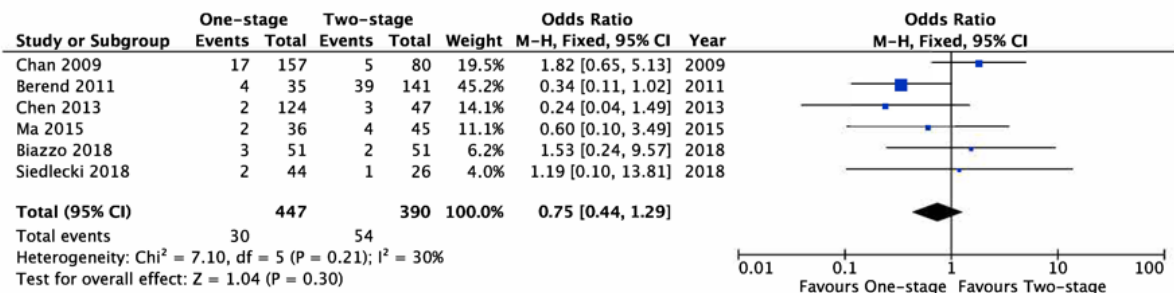
- Ces constatations poussent les auteurs à solliciter les pouvoirs publics, les tutelles et les sociétés savantes pour organiser une réflexion sur le sujet de la chirurgie bilatérale afin d’en déterminer au mieux le cadre réglementaire et les moyens nécessaires pour la populariser.

La mise en place d’une prothèse unicompartmentaire bilatérale en un temps est une alternative pertinente, peut-être plus pertinente que pour les prothèses totales de genou bilatérales. Les complications sont souvent moins importantes et la durée de séjour est équivalente à un séjour d’une PUC unilatérale. Cette prise en charge s’intègre parfaitement dans un programme de réhabilitation améliorée après chirurgie en hospitalisation conventionnelle ou même en ambulatoire.

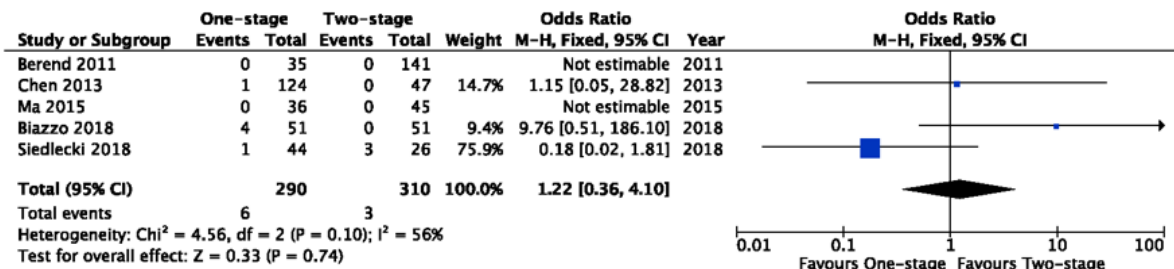
A)



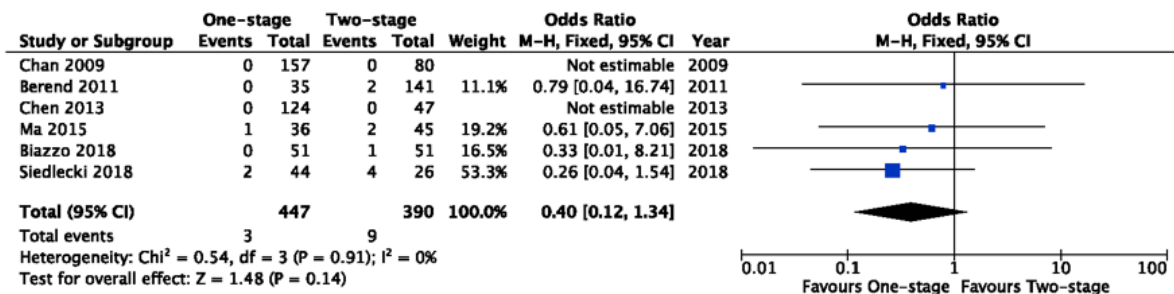
B)



C)



D)



E)

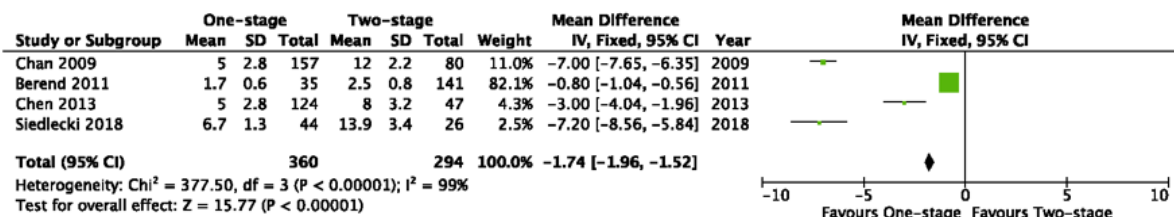


Figure 16 :Analyse comparative des résultats des chirurgies bilatérales en un ou deux temps.

(A) Thrombose veineuse profonde, (B) Complication mineure, (C) Transfusion, (D) réinterventions chirurgicales (E) durée de séjour cumulée.

Références bibliographiques

Les références bibliographiques complètes sont accessibles sur le site de www.maitrise-orthopedique.com