

# Place des prothèses unicompartmentales du genou dans la gonarthrose fémoro-tibiale médiale

J.-Y. Jenny, C. Boeri, Strasbourg

Trois options chirurgicales existent dans le traitement de la gonarthrose fémoro-tibiale médiale : l'ostéotomie tibiale de valgisation, la prothèse unicompartmentale médiale ou la prothèse totale.

L'ostéotomie tibiale de valgisation a pour avantage d'être une intervention non prothétique conservant l'articulation. Ceci peut aussi être un inconvénient, car les lésions arthrosiques persistent même si les conditions mécaniques sont améliorées. De plus, l'intervention crée le plus souvent un cal vicieux de la métaphyse tibiale supérieure, responsable de difficultés techniques lors de l'implantation ultérieure d'une prothèse. Les résultats antalgiques sont souvent satisfaisants, mais le genou est rarement totalement indolore. L'étude des séries prospectives à long terme montre que les résultats se dégradent au cours du temps, et le taux de reprise par prothèse totale est de l'ordre de 50% à 10 ans. Les ré-interventions sont d'autant plus précoces que l'usure initiale est plus importante. Enfin, les résultats des prothèses totales après ostéotomie sont réputés moins bons que les prothèses de première intention.

La prothèse totale est une intervention courante, dont les résultats sont bien connus. Elle présente l'inconvénient, surtout chez le sujet jeune, d'être une intervention prothétique, soumise à l'usure progressive du polyéthylène et donc (une ou plusieurs...) ré-intervention potentielle pour changement de l'implant. Les résultats antalgiques en sont régulièrement satisfaisants, les résultats fonctionnels, notamment sur la flexion, sont moins réguliers, avec une flexion moyenne de l'ordre de 110°. La survie chez les sujets âgés est de l'ordre de 90% à 10 ans, mais celle chez les sujets plus jeunes est moins documentée, et on peut supposer, par analogie aux prothèses de hanche, qu'elle est inférieure.

La prothèse unicompartmentale est une intervention fréquemment décriée pour ses échecs trop nombreux. Pourtant les résultats de certaines séries peuvent être très proches de ceux des prothèses totales, avec une survie similaire à 10 ans, des résultats antalgiques identiques et des résultats fonctionnels indiscutablement supérieurs. Il est probable que beaucoup d'échecs sont liés non pas au principe de la prothèse unicompartmentale, mais à des erreurs dans la conception de l'implant, le choix du patient, ou la réalisation technique de l'implantation, car la prothèse unicompartmentale est bien plus sensible aux défauts techniques que la prothèse totale. Lorsque ces questions sont résolues de façon satisfaisante, la prothèse unicompartmentale pourrait être l'implant de choix dans le traitement de la gonarthrose fémoro-tibiale médiale, comme le montre la seule étude prospective, comparative et randomisée réalisée sur la question. La survie, de l'ordre de 90% à 10 ans, est supérieure à celle de l'ostéotomie, et l'implantation d'une prothèse totale est donc retardée. Cette ré-intervention est généralement aisée sur le plan technique, et l'implantation d'une prothèse standard est possible dans la majorité des cas, ne grévant pas le pronostic ultérieur.

Nous proposons donc une utilisation plus large de cet implant dans les gonarthroses fémoro-tibiales médiales, lorsque le pincement fémoro-tibial médial est supérieur à 50% de la hauteur de l'interligne sain, et lorsque les lésions radiologiques fémoro-tibiales latérales ou fémoro-patellaires restent modérées et peu symptomatiques.