

ARTHROSE DE CHEVILLE PROTHESE ET AUTRES SOLUTIONS CHIRURGICALES

Thierry JUDET, Fabrice GAUDOT, Jean-luc MARMORAT, Philippe PIRIOU
Hôpital Raymond Poincaré à Garches
Service de Chirurgie Orthopédie, traumatologique et réparatrice

L'arthrose de cheville, rarement essentielle, est le plus souvent d'origine traumatique, parfois malformative, souvent séquellaire de rhumatisme inflammatoire. Sa prévention repose essentiellement sur une prise en charge précise et efficace de la traumatologie de l'articulation talo-crurale, et sur la correction de déformations séquellaires avant qu'elles ne se compliquent d'arthrose (réparation ligamentaire, ré-axation de la cheville, correction par ostéotomie de cal vicieux).

En cas d'arthrose avérée avec gêne fonctionnelle insuffisamment soulagée par les tentatives de traitement médical, d'adaptation du chaussage et d'orthèse plantaire, un geste chirurgical se discute.

La remobilisation par arthrolyse chirurgicale ou arthroscopique n'a en règle plus sa place en cas d'altération cartilagineuse moyenne ou importante.

L'arthrodèse est l'intervention de référence la plus classiquement pratiquée. Sacrifiant la mobilité au profit de l'indolence, elle peut donner de bons résultats par compensation par les autres articulations de l'arrière pied. Cette compensation peut être insuffisante ou être responsable à distance de douleurs.

Ces échecs justifient les tentatives de prothèse. Les prothèses actuellement utilisées dites de 3ème génération, se caractérisent par un sacrifice osseux minimum, des techniques opératoires précises, un ancrage sans ciment et une pièce intermédiaire mobile en polyéthylène, assurant des possibilités de mouvements.

Le choix thérapeutique se fait aujourd'hui entre arthrodèse et prothèse. L'arthrodèse peut apporter de bons résultats fonctionnels, à condition d'être indiquée sur un pied souple et normoformé. Elle a l'inconvénient de ne pas permettre l'adaptation au terrain décliné d'une part, et d'autre part de surcharger fonctionnellement les articulations de voisinage (arrière-pied, médio-pied en aval, genou en amont). La tolérance à long terme des arthrodèses est variable en fonction de ces critères.

La prothèse apporte en théorie un plus grand confort par la conservation d'une mobilité vrai talo-crurale. Les séries actuelles confirment l'amélioration fonctionnelle substantielle (amélioration moyenne de score AOFAS de 40 points sur 100, amélioration des amplitudes de mouvement, index de satisfaction des patients entre 80 et 90 %). L'obtention de résultats satisfaisants est conditionnée par la qualité de la technique opératoire et des gestes associés à la prothèse (rééquilibrage ligamentaire et réalignement de l'arrière pied). Les séries actuelles font état de 80 à 90 % de prothèse en place avec des reculs de 5 à 10 ans. Des inconnues persistent : douleurs inexplicables, anomalies de la trame osseuse péri-prothétique, insuffisance de mobilité, et enfin avenir à long terme.

Néanmoins, la qualité des résultats obtenus justifie d'envisager la solution prothétique, au moins dans les cas où le pronostic de l'arthrodèse est défavorable. Il faut enfin retenir que la conversion de prothèse en arthrodèse est réalisable relativement simplement, l'inverse étant de résultat beaucoup plus aléatoire.

* *
*