

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

La Clinique de l'Alma propose une chirurgie orthopédique de haute technicité, grâce à la présence de praticiens spécialistes de renom. Les maîtres mots de la prise en charge orthopédique dans notre établissement sont ambulatoires, mini-invasif et récupération rapide.

AMBULATOIRE

Ainsi, en dehors des implants prothétiques sur mesure, 95% des chirurgies orthopédiques de haute technicité proposées à la Clinique de l'Alma sont désormais conduites en ambulatoire, symbole de qualité et d'innovation dans les pratiques.

Le patient peut rentrer chez lui moins de douze heures après l'intervention. Au-delà d'une attention médicale accrue, ce *modus operandi* limite potentiellement les risques infectieux et de phlébite liés à une hospitalisation prolongée.

CHIRURGIE MINI-INVASIVE

De plus, une grande partie des chirurgies orthopédiques à la Clinique de l'Alma sont réalisées sous arthroscopie, une chirurgie mini-invasive au moyen d'incisions de quelques millimètres. L'arthroscope – fin tube équipé d'un objectif miniaturisé relié à une caméra et de fibres optiques reliées à une source lumineuse – permet de soigner une lésion à l'intérieur même de l'articulation.

Cette chirurgie mini-invasive permet une récupération accélérée, ainsi qu'une diminution de la douleur, des cicatrices, du risque hémorragique et des complications.

Enfin, la plupart des chirurgies du pied et du genou sont pratiquées sous anesthésie loco-régionale ; les autres le sont sous anesthésie générale légère associée à une anesthésie loco-régionale.

RÉCUPÉRATION RAPIDE

La Récupération rapide après chirurgie (RRAC), parfois aussi appelée Récupération améliorée après chirurgie (RAAC), est un mode de prise en charge innovant plaçant le patient au centre de toutes les décisions et prises en charge médicales. Il vise à une récupération plus rapide des capacités fonctionnelles après une intervention chirurgicale orthopédique, avec comme objectif un retour plus rapide dans l'environnement familial et aux activités quotidiennes habituelles, en ce en toute sécurité.

Ses principes reposent sur le recours à des anesthésiants et protocoles d'injection modernes associés à des techniques chirurgicales mini-invasives et à un schéma organisationnel

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

performant impliquant une information, une préparation en amont du parcours de soins et à une gestion efficace de la douleur.

PROTHÈSES ARTICULAIRES

Les prothèses, justifiées par une arthrose, un rhumatisme articulaire ou un traumatisme, concernent la hanche, l'épaule et le genou.

Particularité de la Clinique de l'Alma, un scanner pré-opératoire est systématiquement effectué avant l'implantation d'un matériel prothétique, pour ne plus rien laisser au hasard lors de l'intervention. L'objectif est de planifier l'intervention en trois dimensions mais aussi de concevoir des prothèses sur mesure.

En pratique, le scanner permet de définir précisément l'anatomie du patient mais aussi de fabriquer de façon systématique une prothèse de genou et d'épaule personnalisée au moyen d'une imprimante 3D. Lors de l'intervention, les surfaces articulaires sont recoupées à l'aide d'une instrumentation chirurgicale spécialement développée pour la prothèse de genou du patient (guides de coupes sur mesure).

Dans le cas de la prothèse de hanche, la prothèse sur mesure n'est réalisée qu'en cas d'anomalie anatomique.

PROTHÈSE DE HANCHE

La prothèse de hanche s'impose en cas d'arthrose de la hanche ou coxarthrose, c'est-à-dire d'usure du cartilage qui détruit plus ou moins vite l'articulation. Le cartilage usé de l'articulation de la hanche (cotyle du bassin et tête du fémur) est remplacé par des implants prothétiques, sous anesthésie générale ou loco-régionale.

PROTHÈSE D'ÉPAULE

Cette articulation peut s'user avec le temps – arthrose de l'épaule ou omarthrose – mais aussi suite à un rhumatisme articulaire, un traumatisme ancien ou une nécrose de la tête de l'humérus. L'intervention consiste à remplacer le cartilage usé de l'articulation par une prothèse partielle (humérale) ou totale d'épaule, sous anesthésie générale souvent associée à une anesthésie locorégionale afin de réduire les douleurs post-opératoires.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

PROTHÈSE DE GENOU

Pour cause d'arthrose du genou ou gonarthrose, voire de traumatisme ou suite à un rhumatisme articulaire, un implant prothétique va remplacer le cartilage détruit, sous anesthésie générale ou loco-régionale.

ARTICULATION DU GENOU

PATHOLOGIE DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR

Le ligament croisé antérieur est situé au centre de l'articulation du genou. La ligamentoplastie consiste en une greffe de tendons prélevés à la face interne du genou (tendons droit interne et demi-tendineux) : on parle alors de reconstruction du ligament croisé antérieur avec tendons ischio-jambiers (DIDT). Pour une récupération rapide – la marche est possible le jour-même de l'opération – et lorsque cela est possible, un seul des deux tendons ischio-jambiers est prélevé : le tendon demi-tendineux. C'est la technique DT4, pratiquée à la Clinique de l'Alma. Le prélèvement du tendon est réalisé de façon mini-invasive par une petite cicatrice postérieure au genou. Le nouveau ligament est ensuite mis en place sous arthroscopie. Pour sa part, la ligamentoplastie du ligament croisé postérieur est une intervention plus rare.

LÉSION DES MÉNISQUES

Les ménisques sont les deux cales fibro-cartilagineuses situées dans l'articulation du genou, entre le fémur et le tibia. Pour une ménissectomie partielle, le chirurgien procède à l'avivement (grattage) du ménisque malade jusqu'à la zone saine afin de favoriser sa cicatrisation. Dans certains cas, il est possible de réparer le ménisque en réalisant une suture sous arthroscopie.

INSTABILITÉ DE LA ROTULE

Les luxations répétées de la rotule peuvent être corrigées en modifiant la position de la tubérosité tibiale sur le tibia au moyen d'une coupe osseuse (ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure). En effet, l'instabilité vient du fait d'une anomalie de position de l'insertion du tendon rotulien sur le tibia.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

ARTHROLYSE OU RAIDEUR DU GENOU

La mobilité du genou est entravée parce que des tissus adhérents se sont formés dans l'articulation (ligament, capsule, tendon), au cours d'un traumatisme ou d'une immobilisation. Il revient au chirurgien de retirer toutes les adhérences, libérant ainsi chaque structure du genou sous arthroscopie.

FRACTURE DES ÉPINES TIBIALES

Le ligament croisé antérieur s'insère sur un relief osseux du tibia : l'épine tibiale antérieure. Un traumatisme peut rompre ce ligament dans son entier ou entraîner une fracture avec un arrachement de ce ligament à sa base emportant un fragment osseux des épines tibiales. Lorsque ce fragment est déplacé, il faut opérer, afin de réinsérer les épines tibiales et assurer ainsi la consolidation de la fracture.

PIED ET CHEVILLE

L'HALLUX VALGUS

Cette déformation du gros orteil est très fréquente et souvent douloureuse. Elle est liée à la formation d'un angle entre le premier métatarsien (os du pied sur lequel s'articule le gros orteil) qui s'oriente vers l'intérieur et le gros orteil (hallux) qui, lui, pointe vers l'extérieur.

La particularité de l'intervention innovante, mini-invasive en percutané (au travers de la peau) privilégiée à la Clinique de l'Alma est qu'elle est conçue sans cicatrice. Des mini-incisions de deux millimètres permettent à une fraise miniaturisée d'aviver l'oignon.

L'os métatarsien est ensuite coupé (« ostéotomie »), puis les deux fragments osseux sont déplacés de façon à corriger l'angulation, maintenus ensuite en bonne position par un pansement spécial.

LA RUPTURE DU TENDON D'ACHILLE

Cette pathologie traumatique est très fréquente. Elle survient à tous les âges et quel que soit le niveau sportif mais le plus souvent, chez les personnes de 30 à 50 ans au cours de la pratique d'un sport de loisir. L'option chirurgicale sera décidée en fonction du type de rupture, entre une suture directe du tendon ou la réinsertion du tendon à son insertion sur l'os du calcanéum.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

LE CONFLIT DE CHEVILLE

Cette pathologie résulte d'une friction anormale au sein de l'articulation, due soit à la présence d'un tissu mou qui vient se coincer dans celle-ci, soit à un arrachement osseux, soit encore à une friction anormale des surfaces osseuses (tibia et astragale). Les microtraumatismes sportifs sont en cause ; l'articulation est inflammée, le cartilage articulaire usé prématurément. Le traitement consiste en une arthrolyse de cheville qui consiste à raboter les reliefs osseux responsables du conflit.

L'INSTABILITÉ CHRONIQUE DE CHEVILLE

Cette condition est à mettre sur le compte d'une laxité trop importante des ligaments externes, à l'origine d'entorses à répétition. Les ligaments externes sont retendus, renforcés en réalisant une ligamentoplastie de cheville. Dans le détail, un morceau de tendon (par exemple le court fibulaire) ou un ligament (ligament frondiforme) sera employé pour reconstruire le plan externe ligamentaire.

LE NÉVROME DE MORTON

Appelé aussi névrome plantaire, ou encore névralgie inter-métatarsienne, il apparaît suite à la compression d'un nerf entre deux os de l'avant-pied qui se traduit par des douleurs violentes en dessous et entre les orteils. Une incision est pratiquée sur le dessus du pied ou entre les orteils pour dégager le nerf.

ARTHROSE SÉVÈRE DE CHEVILLE

L'arthrose correspond à une usure du cartilage, résultant en une inflammation, avec gonflement et douleur articulaire. Le chirurgien pratique une arthrodèse de la cheville, une opération qui permet de bloquer l'articulation dans les cas d'arthrose sévère entre le tibia et l'astragale. Cette intervention peut être réalisée sous arthroscopie.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

ARTICULATION DE L'ÉPAULE

RUPTURE DES TENDONS DE LA COIFFE DES ROTATEURS

La coiffe des rotateurs correspond à un groupe de cinq muscles et leurs tendons (petit rond, sous-épineux, sus-épineux, sous-scapulaire, long biceps) qui coiffent la tête de l'humérus, tel un chapeau, et contrôlent la rotation de la tête de l'humérus.

Il arrive que les tendons puissent se désinsérer de la tête de l'humérus ou soient juste inflammés, du fait de l'âge ou d'un traumatisme.

Le traitement se fait toujours par arthroscopie, sous anesthésie générale associée à une anesthésie loco-régionale. L'opération consiste à les réinsérer dans la tête de l'humérus par des fils accrochés à des ancrs. Un nettoyage de l'inflammation de votre épaule (bursite) et le rabotage d'un os agressif (acromion) peut compléter le geste opératoire.

INSTABILITÉ OU LUXATION RÉCIDIVANTES DE L'ÉPAULE

L'épaule demeure une articulation fragile qui se luxé facilement. Il y a luxation lorsque la tête de l'humérus sort de la glène, notamment à la suite d'un choc violent ou d'un traumatisme. Après une première luxation, il arrive qu'un déficit de stabilité s'installe. La luxation est alors dite « récidivante ».

L'opération de Bankart sous arthroscopie permet de réparer le bourrelet assurant la stabilité de l'épaule. Lorsque le bourrelet est trop déchiré ou qu'il existe des dégâts osseux, une autre technique appelée « butée d'épaule » (ou intervention de Latarjet) peut être réalisée, sous arthroscopie à la Clinique de l'Alma. L'os coracoïde de l'épaule est prélevé, puis fixé en avant de l'épaule pour former un rempart empêchant la tête de l'humérus de se luxer à nouveau. C'est une technique innovante encore très peu pratiquée en France.

ARTHROLYSE DE L'ÉPAULE

La mobilité de l'épaule peut être entravée parce que des tissus adhérents se sont formés dans l'articulation (ligament, capsule, tendon), au cours d'un traumatisme ou d'une immobilisation. L'intervention d'arthrolyse consiste à retirer toutes les adhérences et à libérer chaque structure de l'épaule pour permettre de retrouver les mouvements de l'articulation. La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale et/ou locorégionale.

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

ENTORSE ACROMIO-CLAVICULAIRE

L'articulation acromio-claviculaire relie l'os de l'acromion (partie supérieure de l'omoplate) à la clavicule. Lors d'un traumatisme, une perte de contact entre les surfaces articulaires de l'acromion et de la clavicule peut survenir (disjonction ou luxation). Sous arthroscopie, la clavicule est replacée face à l'acromion afin que les ligaments articulaires puissent cicatriser.

A la Clinique de l'Alma, l'intervention est réalisée sous arthroscopie à l'aide d'un double bouton relié par une corde tendue entre la clavicule et l'os coracoïde (technique Tight Rope).

MEMBRE SUPÉRIEUR (BRAS ET MAIN)

SYNDROME DU CANAL CARPIEN

Il correspond à la compression du nerf médian au poignet. Le nerf médian assure la sensibilité des pulpes du pouce, de l'index et du majeur et également l'innervation motrice de certains muscles du pouce, les muscles thénariens. Il passe dans le canal carpien accompagné par les neuf tendons fléchisseurs des doigts, fléchisseurs profond et superficiel de chaque doigt long et long fléchisseur propre du pouce. Lorsque ce canal se rétrécit, il en résulte une compression du nerf médian dans son passage sous le ligament annulaire antérieur.

Le traitement dépend de l'importance de la compression. Le ligament annulaire antérieur est sectionné afin de libérer le nerf médian comprimé, au moyen d'une courte incision à la face antérieure du poignet.

LE DOIGT À RESSAUT

Appelée aussi ténosynovite chronique sténosante, c'est une affection fréquente qui intervient lorsque les tendons fléchisseurs du doigt sont inflammés dans leur gaine. Un anneau (poulie) trop épais empêche ainsi le tendon de coulisser correctement. Une incision à la base du doigt permet d'ouvrir la poulie pour libérer le tendon.

LE SYNDROME DU NERF ULNAIRE (OU CUBITAL)

C'est une pathologie fréquente correspondant à la compression du nerf cubital (ou ulnaire) à la face postérieure et interne du coude. Afin de dégager le nerf comprimé, sa gouttière est ouverte et toutes les zones de compression sont dégagées au moyen d'une unique incision au coude pour sectionner les arcades fibreuses.