

CONSEILS DE REEDUCATION OSTÉOTOMIE TIBIALE DE VALGISATION

Une Ostéotomie Tibiale de Valgisation a été réalisée, consistant en une correction frontale extra-articulaire de l'axe du genou, impliquant la pose d'une plaque vissée.

Le délai de consolidation osseuse naturelle impose une période d'immobilisation par attelle droite, d'où une rééducation prudente et progressive selon deux phases successives :

Phase 1 : J1 à J45

L'os est en cours de consolidation, d'où une mise en décharge obligatoire du membre pendant 45 jours.

Le patient conserve l'attelle jour et nuit et l'enlève lors des séances de rééducation effectuées à raison de 3 à 5 fois par semaine.

La marche est effectuée avec deux cannes anglaises et un appui contact.

- Education du patient à la mise en place matinale d'un bas de contention, au positionnement fréquent du membre en déclive et au glaçage répété du genou.
- Massage du membre opéré à visée circulatoire et de drainage.
- Massage et mobilisation des cicatrices.
- Récupération progressive de la flexion passive à 90° à J21 puis à 120° en fin de phase et de l'extension stricte de préférence, en prenant bien soin de ne pas créer de porte-à-faux sur le foyer d'ostéotomie et en utilisant donc des prises mobilisatrices courtes ou l'assistance d'un arthromoteur.
- Pas de mobilisation spécifique des articulations tibio-fibulaires supérieure et inférieure.
- Mobilisation manuelle passive de la patella.
- Electrothérapie excito-motrice non téтанisante du quadriceps et triceps sural.
- Travail statique du quadriceps **sans charge** à différents degrés de flexion avec résistance manuelle sus-patellaire.

- Travail cinétique en chaîne fermée, en décharge, sous forme de répulsion contre des appuis plantaires et faisant appel à la synergie quadriceps / ischio-jambiers.
- Travail fonctionnel d'apprentissage de la marche avec attelle et appui contact, avec montée et descente d'escaliers.
- Travail de la marche sans attelle sur tapis de marche, toujours en appui contact, en insistant sur le bon déroulement du pas.

Phase 2 : après J45

L'os peut alors être considéré comme étant suffisamment consolidé pour permettre la reprise d'appui, sous couvert d'une vérification radiologique préalable.

L'ablation de l'attelle est généralement autorisée avec sevrage progressif en fonction de l'état musculaire du membre, et maintien nocturne éventuel pour quelques jours supplémentaires.

Le retour à l'appui complet doit se faire très progressivement sur deux semaines minimum en tenant compte d'une éventuelle surcharge pondérale.

Toute apparition de réactions douloureuses ou inflammatoires doit imposer un travail moins intensif.

- Poursuite du travail antalgique, circulatoire et anti-inflammatoire par les techniques de drainage et la cryothérapie systématique.
- Mobilisation manuelle passive de la patella.
- Electrothérapie excito-motrice des différents groupes musculaires.
- Récupération complète, progressive et indolore, passive et active des différentes amplitudes articulaires en utilisant toujours des prises courtes pour éviter le porte-à-faux sur le foyer d'ostéotomie.
- Travail statique intermittent du quadriceps avec charge proximale progressive.
- Début du travail quadricipital en chaîne fermée en appui, puis progressivement en chaîne ouverte.
- Travail des ischio-jambiers et du triceps sural en mode dynamique.
- Travail d'amélioration de la marche avec appui progressif sur tapis
- Vélo et natation dans l'axe sans palme à partir du troisième mois post-opératoire.

La rééducation devra être poursuivie jusqu'à une récupération complète et cessera avec le retour des habitudes antérieures de la vie quotidienne, professionnelle et sportive.