

L'âge moyen des patients était de 72 ans. Le délai moyen entre l'implantation primaire et la révision était de 8,9 ans.

**Discussion.**— Dans 34 cas, le motif de la révision était la progression de l'arthrose ; dans 5 cas, une hypercorrection ; dans 2 cas, une fracture tibiale due au traitement à la cortisone ; dans 4 cas, une infection ; et dans 2 cas, une luxation du ménisque. Dans aucun des cas, une arthroplastie totalement contrainte n'a été nécessaire.

**Résultats.**— Dans aucun des cas, une greffe osseuse structurale n'a été employée. Les pertes osseuses tibiales ont été résolues grâce à des copeaux spongieux du condyle même ou de la crête iliaque. Des augmentations métalliques tibiales ont été utilisées dans 16 cas et alors associées à une tige d'extension (30%). Le taux de survie de la révision après 8,9 ans est de 98,5%. L'évaluation avec le score HSS est de 92 points 6 ans après la révision, de 88 points après 8 ans et reste de 88 points après 11 ans. L'amplitude moyenne des mouvements est de 0° à 110°.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2012.06.026>

18

### La navigation unique du plateau tibial est suffisante dans la mise en place des prothèses unicompartmentaires du genou avec assistance par ordinateur. Résultats de 27 cas

D. Saragaglia, M. Grimaldi, B. Rubens-Duval, S. Plaweski  
Hôpital Sud, CHU de Grenoble, Grenoble, France

**Objectif.**— Présenter les résultats de 27 prothèses unicompartmentaires du genou, 21 médiales et 6 latérales, mises en place de manière consécutive avec une navigation informatisée unique du plateau tibial.

**Matériel et méthodes.**— La série était composée de 12 femmes et 15 hommes âgés de 63 à 88 ans (âge moyen: 75,3 ± 8 ans). L'angle HKA préopératoire moyen était, pour les genu vara, de 172,33° ± 2,45° (167° à 177°) et pour les genu valga, de 186,33° ± 2,87° (182° à 189°). Les buts principaux de la navigation étaient, pour les déformations en varus, d'obtenir un angle HKA de 177° ± 2°, un varus de l'implant tibial de 3° ± 1° et une pente tibiale (PTP) de 3° ± 2° ; pour les déformations en valgus, un angle HKA de 183° ± 2° avec une PTP de 3° ± 2°, ainsi qu'un varus ou un valgus de l'implant tibial en fonction de la déformation initiale, car, dans le genu valgum, l'angle mécanique tibial (AMT) est parfois en varus, parfois en valgus. Nous avons utilisé dans les 6 premiers cas le système Surgetics® (Praxim, Grenoble, France) et dans les autres cas le système Orthopilot® (B-Braun-Aesculap, Tuttlingen, Allemagne), ces 2 systèmes étant des systèmes passifs, sans imagerie préopératoire, permettant de ne naviguer que la coupe tibiale par l'acquisition de points remarquables intra-articulaires. Un ancillaire « coupes-dépendantes » a été utilisé dans tous les cas pour faire la coupe fémorale.

**Résultats.**— En ce qui concerne les genu vara, l'angle HKA postopératoire moyen était de 177,3° ± 1,6° (173°–179°), l'AMT moyen de 86,5° ± 1,3° (85°–90°) et la PTP de 3,4° ± 1,2° (2°–6°). Les objectifs préopératoires ont été atteints dans 94% pour l'angle HKA, dans 90,1% pour l'AMT et dans 95,2% pour la PTP. Par ailleurs, l'angle HKA postopératoire était superposable à celui obtenu avec l'ordinateur soit 177,4° ± 1,8° ( $p=0,66$ ). En ce qui concerne les genu valga, l'angle HKA postopératoire moyen était de 181° ± 1,41° (179°–183°), l'AMT moyen de 90° ± 2,2° (88°–94°) et la PTP de 3,3° ± 0,8° (2°–4°). Les objectifs préopératoires ont été atteints dans 66% des cas pour l'angle HKA et dans 100% des cas pour la PTP. Cependant, la série est trop courte pour tirer des conclusions.

**Conclusion.**— La navigation informatisée seule du plateau tibial est d'une précision tout à fait remarquable et permet d'implanter les prothèses partielles du genou selon les souhaits du chirurgien, surtout dans les déformations en varus.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2012.06.027>

19

### L'arthroplastie totale du genou

T. Joachim, P. Delincé

CHUL Saint-Pierre, Bruxelles, Belgique

**Introduction.**— Nous présentons une série de 30 arthroplasties totales du genou (15 Scorpio NRG plateau fixe, 15 Scorpio plateau mobile). Nous avons mesuré sur des radiographies de profil la flexion maximale, la pente tibiale, et le débord postérieur des condyles fémoraux.

**Objectifs.**— Nous cherchons une corrélation entre la flexion maximale active et le débord postérieur condyloaire, la pente tibiale, le resurfaçage de la rotule, l'indice de masse corporelle ou le type de prothèse.

**Matériels et méthodes.**— Chez 30 patients qui ont bénéficié d'une prothèse totale, nous avons effectué des radiographies de profil du genou en flexion maximale active, le patient étant en décubitus dorsal. Nous avons mesuré les paramètres mentionnés ci-dessus.

**Résultats.**— La flexion maximale est quelque peu plus grande chez les patients avec une prothèse à plateau mobile, mais la différence n'est pas significative. L'amplitude de flexion maximale n'est pas influencée par la pente tibiale, le débord condyloaire postérieur ou le resurfaçage de la rotule.

**Conclusion.**— La prothèse Scorpio donne de très bons résultats cliniques. Seuls les patients consentants ont été sélectionnés. Ce biais de sélection et le petit nombre de sujets étudiés ne nous ont pas permis de confirmer que la pente tibiale, le débord condyloaire postérieur ou le resurfaçage de rotule étaient corrélés à l'amplitude de flexion maximale.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2012.06.028>

20

### Résultats entre 1 et 10 ans de recul de 39 cotyles à double mobilité mis en place pour luxation récidivante de prothèses totales de hanche conventionnelles

D. Saragaglia, S. Ruatti, N. Mercier, B. Rubens-Duval  
Hôpital Sud, CHU de Grenoble, Grenoble, France

**Hypothèse.**— L'hypothèse de cette étude était que le changement d'un cotyle conventionnel par un cotyle à double mobilité pourrait régler le problème des luxations récidivantes des prothèses totales de hanche (PTH).

**Objectif.**— Évaluation des résultats sur la stabilité prothétique de 39 changements de cotyles conventionnels par un cotyle à double mobilité dans un contexte de luxation récidivante de PTH.

**Matériels et méthodes.**— Nous avons différencié 2 séries : une série de cas simples où la luxation récidivante était survenue à la suite d'une prothèse de première intention (série S : 33 cas) et une autre de cas complexes où la luxation était survenue à la suite de plusieurs interventions (série C : 6 cas). La série S était composée de 22 femmes et 11 hommes d'âge moyen 77 ± 7,7 ans (61–94), opérés entre novembre 2000 et mars 2010. Vingt-deux (66,7%), avaient été initialement pris en charge dans le service. Le nombre moyen de luxations était, dans ce groupe, de 3,63 ± 1,34 (2–6). La série C était composée de 5 femmes et 1 homme d'âge moyen 77,5 ± 11,5 ans (55–87), opérés entre mai 2002 et janvier 2010. Quatre avaient été initialement pris en charge dans le service. Le nombre moyen de luxations était dans ce groupe de 5,2 ± 3 (2–10). Toutes les interventions ont été réalisées par voie postérolatérale de Moore. Les critères d'inclusion étaient la survenue d'au moins 2 luxations et un recul minimum de 1 an après la reprise.

**Résultats.**— Dans la série S, au recul moyen de 46 mois (12–117), nous avons retrouvé 1 récurrence de luxation (3%), 4 mois après la reprise. Il n'y a plus eu de nouvelle récurrence après la réduction orthopédique simple de la luxation. Dans la série C, au recul moyen de 55 mois (13–99), nous n'avons pas retrouvé de récurrence de luxation.