

Dr Omar BOUGHEBRI

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE & SPORTIVE

Ancien Interne des Hôpitaux

Ancien Chef de Clinique - *Assistant à la Faculté de Médecine*

DESC de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

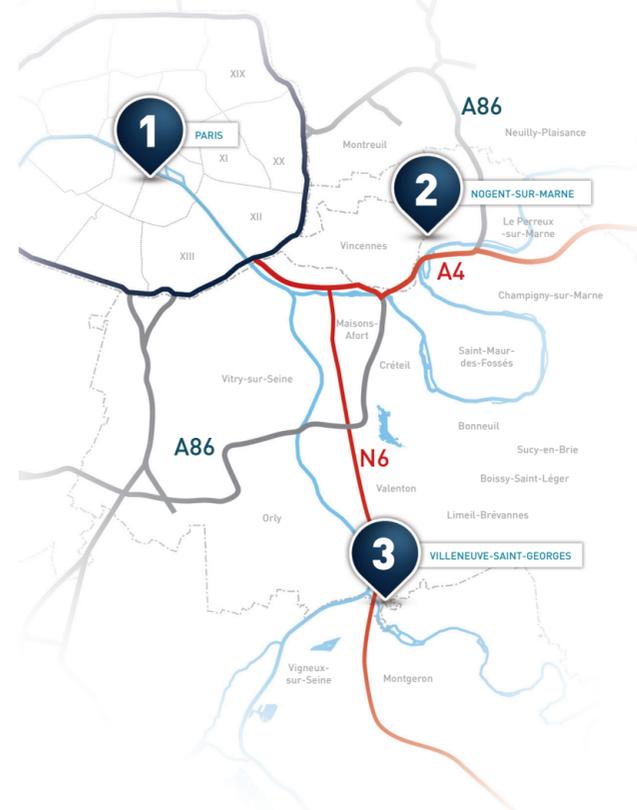
Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique - *SOFOT*

Membre de la Société Française d'Arthroscopie - *SFA*

Membre de la Société Européenne de Chirurgie de l'Épaule et du Coude - *SECEC*

DIPLOMES INTER-UNIVERSITAIRES

- DIU Chirurgie du Genou (*Faculté de Médecine - Lyon*)
- DIU Arthroscopie (*Faculté de Médecine - Paris VII*)
- DIU Chirurgie de l'Épaule et du Coude (*Faculté de Médecine - Paris XII*)
- DIU Chirurgie de la Main et du Membre Supérieur (*Faculté de Médecine - Paris VI*)
- DU Microchirurgie (*Faculté de Médecine - Rouen*)



CHIRURGIE
ORTHOPÉDIQUE & SPORTIVE
Dr Omar BOUGHEBRI



01 84 60 20 60



dr.boughebri@gmail.com
www.chir-ortho-paris.com



PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Small supraspinatus tears repaired by arthroscopy: are clinical results influenced by the integrity of the cuff after two years? Functional and anatomic results of forty-six consecutive cases.

*O. Boughebri, X. Roussignol, O. Delattre, J. Kany, P. Valenti
Journal of Shoulder and Elbow Surgery. Mai 2012*

Results of 45 arthroscopic Bankart procedures: Does the ISIS remain a reliable prognostic assessment after 5 years?

*O. Boughebri, A. Magdes, T. Moraiti, C. Dib, F.M. Leclère, Ph. Valenti
European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology. Mai 2015*

Transfer of the clavicular or sternocostal portion of the pectoralis major muscle for irreparable tears of the subscapularis. Technique and clinical results.

Ph. Valenti, O. Boughebri, C. Moraiti, C. Dib, A. Magdes, T. Amouyel, G. Ciais, J. Kany. International Orthopaedics. Mars 2015

Prothèse d'Épaule Inversée combinée à un transfert tendineux de Latissimus Dorsi et Teres Major pour déficit actif de l'élévation et de la rotation externe. Résultats de 15 cas avec un recul minimum de 2 ans.

*O. Boughebri, A. Kilinc, P. Valenti
Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. Avril 2013*

Analyse Dynamique par Arthroscopie du Conflit huméro-scapulaire dans l'Arthroplastie Inversée d'Épaule.

*O. Boughebri, F. Duparc, JM. Adam, P. Valenti
Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. Décembre 2011*

Arthroplastie Totale de Hanche à couple de frottement Métal-Métal en grand diamètre. Résultats préliminaires d'une série continue de 106 implants Durom au recul moyen de 30 mois.

*P. Merti, O. Boughebri, E. Havet, P. Tricot, J.F. Lardanchet, A. Gabrion
Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. Février 2010*

Traitement des fractures de l'extrémité proximale de l'humérus par clou Télégraph : Etude prospective de 34 cas.

*O. Boughebri, E. Havet, M. Sanguina, L. Daumas, P. Jacob, B. Zerky, P. Heissler
Revue de Chirurgie Orthopédique. Juin 2007*

1. PARIS

Cabinet Médical
Place Daumesnil
46 Boulevard de Reuilly, 75012 Paris

2. NOGENT SUR-MARNE

Hôpital Privé
Armand Brillard
3 Avenue Watteau, 94130 Nogent-sur-Marne

3. VILLENEUVE SAINT-GEORGES

Polyclinique de
Villeneuve-Saint-Georges
47 Rue de Crosne, 94190 Villeneuve-Saint-Georges



Dr Omar BOUGHEBRI
CHIRURGIE ÉPAULE & GENOU

01 84 60 20 60
dr.boughebri@gmail.com



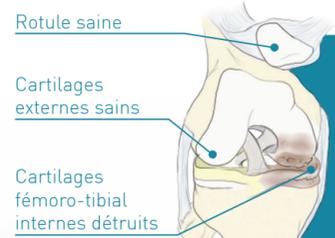
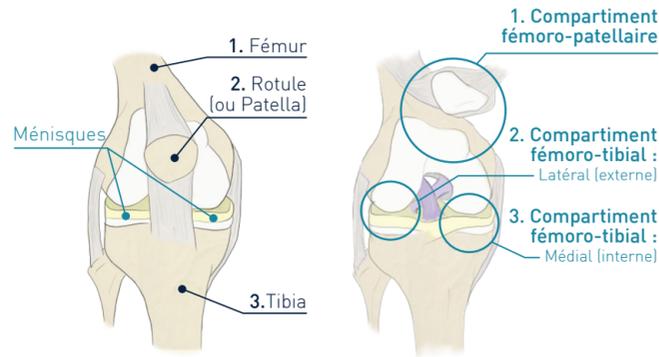
Dr Omar BOUGHEBRI
CHIRURGIE ÉPAULE & GENOU

www.chir-ortho-paris.com

L'ARTHROSE DE GENOU : LA GONARTHROSE

ANATOMIE DU GENOU NORMAL

Le genou est composé de **3 os** et de **3 compartiments**

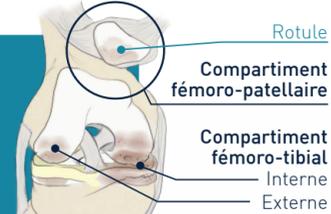
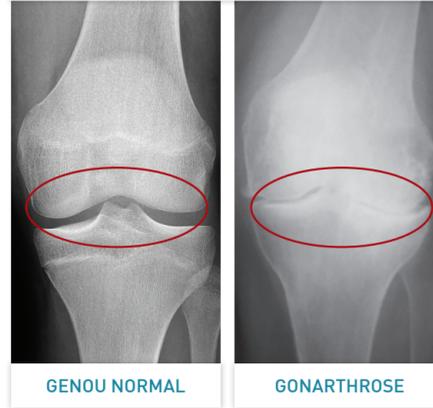


La gonarthrose est l'usure des cartilages d'un ou plusieurs des compartiments.

Les cartilages sont détruits, ce qui entraîne une inflammation avec **douleurs, raideur et difficultés à la marche.**

GONARTHROSE FEMORO-TIBIALE INTERNE

RADIOGRAPHIES

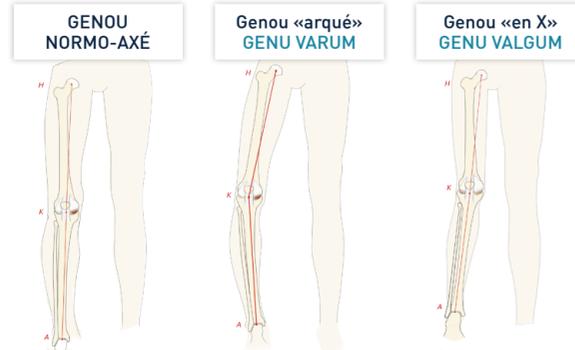


LES 3 COMPARTIMENTS SONT DÉTRUITS

GONARTHROSE TRI-COMPARTIMENTALE

FACTEURS FAVORISANTS LA GONARTHROSE

- Une anomalie de l'axe entre fémur et tibia :
 - le **Genu Varum** (jambes « arquées ») augmente les contraintes sur le compartiment fémoro-tibial médial et donc l'usure de ce compartiment
 - le **Genu Valgum** (genoux en X) favorise l'usure du compartiment latéral.



- Une anomalie de centrage de la rotule (dysplasie fémoro-patellaire) favorise l'usure du compartiment fémoro-patellaire
- Le surpoids et l'obésité. Ils augmentent les charges supportées par les genoux
- Un traumatisme ancien du genou : fracture, entorse (en particulier rupture du ligament croisé)
- La sollicitation excessive répétée, notamment certaines professions ou certains sports (football par exemple)
- Les rhumatismes inflammatoires, comme la polyarthrite rhumatoïde
- Les arthrites cristallines : goutte, chondrocalcinose articulaire. L'articulation est endommagée par l'accumulation de micro-cristaux.
- L'hérédité. Certaines familles sont plus concernées par l'arthrose.

LES PROTHÈSES DE GENOU

Une prothèse articulaire remplace les cartilages endommagés afin de retrouver un genou non douloureux et souple, à la marche et au repos.

Les prothèses sont composées d'un alliage métallique fixé à l'os et d'une partie en plastique très résistant (polyéthylène). Les **Radiographies** permettent d'évaluer l'importance de l'arthrose et de la déformation du genou (Genu Varum / Valgum).

- Une **Prothèse Totale de Genou (PTG)** permet le remplacement complet de l'articulation. Les cartilages du fémur, du tibia et éventuellement de la rotule sont retirés et remplacés.



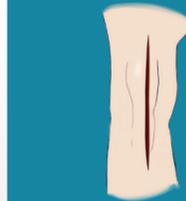
Une anomalie de l'axe entre fémur et tibia est corrigée afin d'équilibrer les contraintes mécaniques.

Si l'arthrose ne concerne qu'un seul compartiment, une prothèse partielle peut être mise en place, ne remplaçant que la partie détériorée :

- **Prothèse Uni-Compartimentale (PUC)** médiale ou latérale
- **Prothèse fémoro-patellaire**

L'INTERVENTION

L'incision se fait en avant du genou. Les cartilages du tibia, du fémur et éventuellement de la rotule sont retirés et remplacés par les implants fixés à l'os.

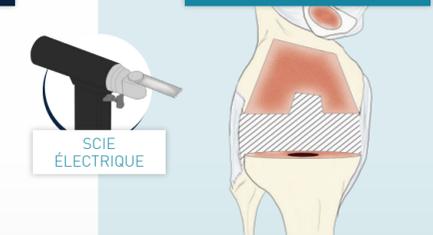


Du ciment chirurgical peut être utilisé pour la fixation osseuse selon la solidité de l'os et les habitudes du chirurgien. Une radiographie après l'intervention confirme le bon positionnement de la prothèse.

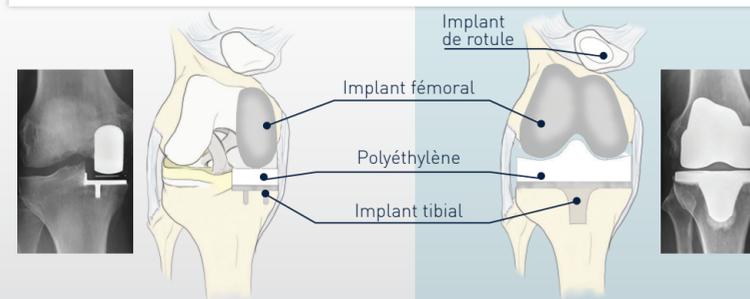
PROTHÈSE PARTIELLE



PROTHÈSE TOTALE



ABLATION DES CARTILAGES ENDOMMAGÉS



SUITES ET RÉÉDUCATION

Une hospitalisation de quelques jours est nécessaire. La rééducation débute dès les premiers jours suivants l'opération avec les kinésithérapeutes du service, puis en cabinet de ville ou en centre de rééducation.



Le but est de retrouver une marche autonome avec les cannes au début, puis sans aucune aide le plus rapidement possible. Le genou doit retrouver toute sa souplesse dans les mouvements de flexion / extension et les muscles retrouvent toute leur tonicité, en particulier le quadriceps à la cuisse.

Des injections d'anticoagulant sont réalisées quotidiennement pendant 5 semaines après l'opération afin de réduire les risques de phlébite (voir rubrique « risques »).

Un à deux mois après l'intervention, un rendez-vous avec le chirurgien permet de contrôler l'évolution et la guérison du genou. Une nouvelle radiographie contrôle la bonne position de la prothèse et l'absence d'anomalie.

La récupération est complète en général 3 à 6 mois après l'intervention.

ANESTHÉSIE ET CONTRÔLE DE LA DOULEUR

Les nouvelles techniques d'anesthésie permettent une meilleure gestion de la douleur après l'intervention.

Elle se pratique en général sous anesthésie générale et peut être associée à une anesthésie loco-régionale (injection d'anesthésiant au niveau de l'aîne, afin de réduire les douleurs).

Après la salle d'opération, un passage en salle de réveil de quelques heures permet aux anesthésistes de surveiller le réveil du patient.

Pour le retour à domicile, des antalgiques oraux sont prescrits.

LES PRINCIPAUX RISQUES DE LA CHIRURGIE

La personne devant subir l'intervention doit être consciente des inconvénients et des risques qu'elle encourt pendant et après l'intervention. En sachant toutefois que la grande majorité des patients se rétablissent complètement, sans complication.

- Lésion d'un vaisseau ou d'un nerf pendant l'intervention
- Fracture du tibia, du fémur ou de la rotule pendant l'intervention pouvant nécessiter une correction par vis, plaque, cerclage métallique ou autre moyen.
- Perte sanguine importante pouvant nécessiter une transfusion de sang.
- Hématome post-opératoire.
- Infection du site opératoire pouvant nécessiter un traitement antibiotique, une nouvelle intervention pour lavage, voire changement de prothèse.
- Phlébite : caillot de sang se formant dans une veine du membre inférieur.
- Embolie pulmonaire : le caillot de sang peut migrer par la circulation sanguine vers les poumons et causer une douleur thoracique, un essoufflement, voire un état de choc en cas d'embolie massive pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardio-respiratoire.
- Enraidissement : la récupération de la mobilité du genou peut être longue parfois, nécessitant la poursuite de la rééducation pendant plusieurs mois.
- Algodystrophie : inflammation, douleur et enraidissement du genou. Sa survenue est imprévisible et nécessite une rééducation douce. L'évolution peut être parfois longue, 6 à 18 mois, avec parfois des séquelles (douleurs ou raideur persistantes).
- Usure et descellement de la prothèse entraînant des douleurs. Ceci peut nécessiter un changement de prothèse. Une prothèse partielle peut être remplacée par une prothèse totale.
- Luxation de la prothèse, pouvant nécessiter une réduction sous anesthésie générale, voire une modification de la prothèse.
- Rupture de la prothèse. Exceptionnelle, elle nécessite un changement de prothèse.



Chez les patients en activité professionnelle, une adaptation ou un changement du poste de travail peut être nécessaire après l'intervention.

AVANT L'INTERVENTION

- Lire attentivement et signer la fiche de Consentement éclairé
- Consultation d'Anesthésie au moins 48 heures avant l'intervention
- Ne prendre aucun médicament contenant de l'Aspirine pendant les 10 jours précédant l'intervention
- L'arrêt du tabac est fortement recommandé
- Rester à jeûn 6 heures avant l'intervention (Ne pas boire, manger ou fumer)

