

PROTHÈSES UNICOMPARTIMENTALES DE GENOU : INFLUENCE DU POSITIONNEMENT DU PLATEAU TIBIAL SUR LES RÉSULTATS FONCTIONNELS

L. LOOTVOET¹, P. BURTON², O. HIMMER¹, L. PILOT¹, J. P. GHOSEZ¹

SUMMARY : *Unicompartmental knee prostheses : influence of the tibial implant positioning on functional results.*

The authors analyse the results of 51 unicompartmental knee prostheses with 1 to 12 years follow-up (mean follow-up : 5 years). The results were evaluated using the scoring system of the "Knee Group" of the SO.B.C.O.T. (Société Belge de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie). This analysis demonstrates that the quality of the results depends on implant positioning. The authors suggest positioning the tibial implant parallel with the healthy plateau and slightly distal, i.e. to position the tibial implant perpendicular to the epiphyseal axis and not to the mechanical axis, as is systematically done with the usual tibial cutting guides. When this ideal positioning was respected, 77.5% of the patients had a score above 90 points (out of a possible maximum of 100 points) and 12.5% had a score between 75 and 89 points. When this condition was not respected, none of the knees obtained more than 75 points. The difference was statistically significant ($p = 0.0001$).

Keywords : knee ; osteoarthritis ; unicompartmental prosthesis.

Mots-clés : genou ; gonarthrose ; prothèse unicompartmentale.

cet élément prothétique selon des critères bien précis. Nous avons voulu analyser l'influence du respect de ces critères sur nos résultats à moyen terme.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. La série

Entre 1981 et 1991, 114 prothèses unicompartmentales ont été posées chez 104 patients par le même opérateur (L. L.) ; il y avait 60 prothèses fémoro-tibiales internes et 54 prothèses fémoro-tibiales externes. Trente-cinq patients (38 prothèses) sont décédés ; 19 patients (19 prothèses) n'ont pu être revus en raison de problèmes de santé non liés au genou opéré ou en raison de difficultés de déplacement ; tous ont été contactés par téléphone et se disaient satisfaits de l'opération. Un patient a été réopéré (prothèse totale) dans une autre institution. Nous n'avons pas pu établir la cause de l'échec de son arthroplastie unicompartmentale. Les 49 patients restants, soit 71% des patients encore en vie, porteurs de 56 prothèses, ont été revus par le même examinateur (P. B.). Cinq patients (5 prothèses) chez qui la prothèse unicompartmentale avait été posée à la suite d'un échec d'ostéotomie tibiale ont été exclus de la série, afin que l'analyse des résultats se fasse sur des genoux dont l'axe épiphysaire tibial initial n'avait pas été modifié. L'analyse porte donc sur 51 prothèses.

INTRODUCTION

Les prothèses unicompartmentales de genou ont donné lieu à de nombreuses publications. Toutefois, à notre connaissance, aucune d'entre elles ne relie la qualité des résultats au positionnement de l'implant tibial. Au cours de notre expérience, nous nous sommes efforcés de placer

¹ Service de Chirurgie Orthopédique, Clinique Saint-Luc, Rue Saint-Luc 8, 5004 Bouge, Belgique.

² Service de Chirurgie Orthopédique, Clinique Léon Neuens, rue du Beau Moulin 80, 6200 Châtelet, Belgique.

Correspondance et tirés à part : L. Lootvoet.

ses unicompartimentales chez 44 patients (11 hommes et 33 femmes) : 29 externes et 22 internes. L'âge moyen à l'intervention était de 67 ans avec des extrêmes de 32 et 88 ans ; le recul moyen à la révision était de 64 mois avec des extrêmes de 12 et 138 mois. L'indication opératoire était une gonarthrose fémoro-tibiale interne dans 19 cas dont une post-traumatique (fracture diaphysaire du tibia), une gonarthrose fémoro-tibiale externe dans 26 cas dont 6 post-traumatiques (fractures du plateau tibial externe) et une nécrose d'un condyle dans 6 cas (3 internes, 3 externes). Dans les antécédents, on pouvait retenir 6 ménisectomies dont 3 par arthroscopie. L'examen préopératoire objectivait des risques vasculaires (varices) dans 7 cas et métaboliques (diabète) dans un cas. Neuf patientes présentaient une obésité selon les critères de Lorentz (in Godeau (5)). L'examen radiographique pré-opératoire montrait une angulation du membre inférieur comprise entre 4° et 21° de varus pour les prothèses internes et entre 2° et 21° de valgus pour les prothèses externes. La pente postérieure du plateau tibial à prothéser variait de 0° à 10° (pente moyenne : 5,2°).

Lors de la révision, nous avons utilisé le système de cotation du «Groupe Genou» de la S.O.B.C.O.T. ; il est dérivé du système de cotation de la Knee Society américaine (9) avec cette particularité d'être adapté aux différentes modalités de traitement de la gonarthrose (ostéotomie, prothèse unicompartimentale et prothèse totale) ; il détermine deux scores de 100 points, l'un pour les fonctions (F), l'autre pour la douleur, la

mobilité et la stabilité (DMS). Le détail du système de cotation est donné dans les tableaux I et II. Le bilan radiographique comportait une radiographie de face en charge, une radiographie de profil, une incidence fémoro-patellaire à 30 degrés de flexion et une goniométrie en appui bipodal.

Pour l'analyse statistique de nos résultats, nous avons utilisé le test ANOVA 2 (programme Stat View, McIntosh).

2. Technique opératoire

Nous avons appliqué les recommandations de Cartier (2) : une parfaite stabilité primaire des implants devait être obtenue avant le cimentage, l'angulation du genou était hypocorrigée et aucune modification des tensions ligamentaires («release») n'était pratiquée ; de plus, dès le début de la série, nous avons voulu positionner le plateau tibial prothétique parallèlement au plateau sain et un ou deux millimètres plus distalement. Une radiographie peropératoire contrôlait ceci systématiquement. Le ligament croisé antérieur était présent et fonctionnel dans tous les cas. Les phénomènes arthrosiques étaient limités au seul compartiment opéré, à l'exception de 8 arthroses fémoro-patellaires modérées. Les implants utilisés étaient des prothèses MOD III (Richards) ; il y avait 38 pièces condyliennes de 4 mm d'épaisseur et 13 de 7 mm ; le plateau tibial avait une épaisseur de 7,5 mm dans 7 cas, de 9 mm dans 31 cas et de 12 mm dans 13 cas ; il comportait une embase

Tableau I. — Score fonctions (Table des coefficients)

Marche	50	Illimitée
	40	> 1 km
	30	de 500 m à 1 km
	20	< 500 m
	10	Dans la maison
	0	Impossible
Escaliers	50	Montée et descente normales
	40	Montée normale et descente rampe ou asymétrique
	30	Montée et descente rampe ou asymétriques
	15	Montée rampe ou asymétrique et descente impossible
	0	Montée et descente impossibles ou bizarres
Cannes (1)	5	Une canne
	10	Deux cannes
	20	Déambulateur ou béquilles

Tableau II. — Douleur, mobilité, stabilité (Table des coefficients)

Douleur	50	Nulla
	45	Minimale (1) — occasionnelle uniquement
	40	— escaliers systématiquement
	35	— marche et escaliers systématiquement
	20	Modérée (2) — occasionnelle uniquement
	10	— continue
	0	Sevère

Amplitude articulaire	1 point = 5°	(maximum 25 points)
-----------------------	--------------	---------------------

Stabilité	25	Totale
	15	Insécurité escaliers et terrain accidenté
	10	Insécurité en terrain plat
	5	Instabilité occasionnelle
	0	Instabilité permanente

Flexum (passif)	2	5° - 10°
	5	11° - 15°
	10	16° - 20°
	15	> 20°

Défaut d'extension active	5	< 10°
	10	10° - 20°
	15	> 20°

(1) Sans répercussion sur la vie active

(2) Nécessitant des médicaments ou avec répercussion sur la vie active

métallique dans 31 cas et en était dépourvu dans 20 cas. En post-opératoire, la mobilisation du genou était entreprise dès la 48^{ème} heure et la mise en charge était autorisée au même moment.

3. Complications

a) complications immédiates :

Une raideur précoce a été traitée par mobilisation sous narcose ; une algodystrophie et un accident vasculaire cérébral n'ont pas entraîné de séquelle définitive sur la fonction du genou opéré lors de la révision.

b) complications tardives :

Aucun sepsis et aucun descellement n'ont été observés. L'analyse radiographique à la révision montrait dans 6 cas une usure du polyéthylène du plateau tibial.

RÉSULTATS

1. Résultats cliniques

Le score «Fonctions» (F) moyen de la série était de 79 ; 55% des patients avaient un score supérieur ou égal à 90, 10% avaient un score compris entre 75 et 89 et 35% avaient un score inférieur à 75 (fig. 1A). La moyenne du score «Douleur-Mobilité-Stabilité» (DMS) pour la série était de 84,5 ; 63% des patients avaient un score supérieur ou égal à 90, 11,5% avaient un score compris entre 75 et 89 et 25,5% avaient un score inférieur à 75 (fig. 1B). L'analyse du score «mobilité» montrait une flexion moyenne de 112° ; 92% des genoux fléchissaient au-delà de 90°. Dix patients (20%) présentaient

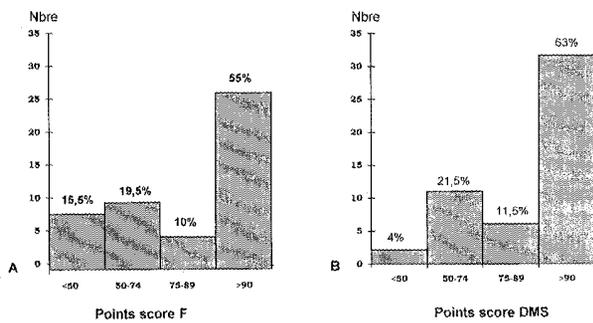


Fig. 1. — Répartition des cas à la révision selon le score «fonctions» (A) (score moyen : 79) et selon le score «douleur-mobilité-stabilité» (B) (score moyen : 84,5).

un défaut d'extension active de moins de 10°, un patient avait un défaut d'extension active de 15° ; 3 patients (6%) avaient un flessum passif de 5 à 10°, un patient avait un flessum passif de 15°.

2. Résultats radiologiques

Pour les prothèses fémoro-tibiales internes, l'angle Hip-Knee-Ankle (HKA) post-opératoire moyen était de 3,5° de varus avec des extrêmes de 0° et 11° de varus ; pour les prothèses fémoro-tibiales externes, l'angle HKA post-opératoire moyen était de 3° de valgus, avec des extrêmes de 0° et 12° de valgus. La pente du plateau tibial prothétique était en moyenne de 0,6° de pente postérieure ; 3 plateaux présentaient une pente antérieure. Une détérioration du compartiment opposé était retrouvée dans deux cas. L'apparition d'un pincement de plus de 50% de l'épaisseur de l'interligne fémoro-patellaire était notée dans 5 cas (10%) : il survenait sur une prothèse interne dans 2 cas et sur une prothèse externe dans 3 cas.

3. Analyse des résultats

Le score F ne nous semblait pas très représentatif de l'état réel du genou opéré : dans cette population âgée, de nombreux facteurs non liés au genou interféraient avec le résultat. Le score DMS nous paraissait nettement plus significatif du résultat de l'intervention. Nous avons étudié l'influence de différents facteurs sur ce résultat.

- influence du compartiment opéré : le score DMS était de 88,5 pour les prothèses internes (n = 22) et de 85 pour les prothèses externes (n = 29) ; cette différence n'avait pas de signification sur le plan statistique ;
- le facteur qui nous paraissait avoir le plus d'influence était le positionnement du plateau tibial : lorsqu'il était placé parallèlement au plateau sain et à un niveau légèrement inférieur à celui-ci (n = 40), les scores F et DMS moyens étaient de 81,5 et 91 ; 77,5% des patients avaient un score DMS supérieur à 90, 12,5% avaient un score DMS entre 75 et 89 et seulement 10% avaient un score DMS inférieur à 75 ; par contre, lorsque le plateau tibial n'occupait pas cette position, ce qui était le cas pour 11 prothèses, 5 internes et 6 externes, les scores F et DMS moyens étaient de 67 et 57 ; aucun patient n'avait un score DMS supérieur à 75 (fig. 3 et 4). Ces différences de scores moyens s'avéraient statistiquement très significatives (p = 0,0001) ;
- influence de l'âge à l'intervention : le score DMS moyen était de 74,5 avant 60 ans (n = 9), de 87 entre 60 et 70 ans (n = 23) et de 85 après 70 ans (n = 19) ; ces différences n'étaient pas statistiquement significatives ;
- influence du type de plateau : lorsque le plateau tibial était pourvu d'une embase métallique (n = 31), le score DMS moyen était de 82,5 ; lorsqu'il en était dépourvu (n = 20), le score DMS moyen était de 84 ; ceci n'avait pas de signification statistique ;
- Les prothèses comportant un plateau tibial de 7,5 mm d'épaisseur (n = 7) avaient un score DMS moyen de 87 ; il était de 83 pour les prothèses comportant un plateau tibial de 9 mm d'épaisseur (n = 31) et de 86 pour les prothèses comportant un plateau tibial de 12 mm d'épaisseur (n = 13) ; ces différences n'avaient pas de signification statistique ; toutefois, sur 7 plateaux de 7,5 mm, 4 présentaient une usure du polyéthylène ; ces quatre plateaux comportaient une embase métallique ; il s'agissait de 3 prothèses fémoro-tibiales internes à 41, 43 et 44 mois de recul avec un score DMS respectif de 52, 85 et 94 et d'une prothèse fémoro-tibiale externe à 33 mois de recul avec

un score DMS de 94 ; pour ces quatre prothèses, nos critères de positionnement avaient été respectés. Il existait également une usure sur deux plateaux de 9 mm dans deux prothèses fémoro-tibiales externes à 55 et 63 mois de recul avec un score DMS de 67 et 62 ; dans ces deux cas, nos critères de positionnement n'avaient pas été respectés ;

- influence de l'obésité : les 9 patientes obèses avaient un score DMS moyen de 75,5 contre un score DMS moyen de 86,5 pour les 42 patients non obèses. Cette différence était faiblement significative sur le plan statistique ($p = 0,09$).

DISCUSSION

Certains facteurs ont une influence bien connue sur la qualité des résultats de l'arthroplastie unicompartimentale, comme le maintien nécessaire d'une hypocorrection de la déviation angulaire (Barret et Scott (1), Cartier (2, 3), Goutalier et Hernigou (7), Marmor (15)), la présence d'un ligament croisé antérieur fonctionnel (Deschamps et Lapeyre (4), Goodfellow *et al.* (6)) ou l'utilisation d'un plateau tibial d'une épaisseur supérieure à 6 mm (Knutson *et al.* (10), Marmor (14, 15)). Notre expérience avec les plateaux de 7,5 mm — 4 usures précoces sur 7 plateaux implantés — nous incite à ne plus utiliser les plateaux d'une épaisseur inférieure à 9 mm.

Peu d'auteurs par contre ont analysé leurs résultats en fonction du positionnement des implants prothétiques. La littérature anglo-saxonne est muette à ce propos. Pour Cartier (2), l'obliquité du plateau tibial dans le plan frontal est une cause de mauvais résultat ; pour Goutalier (8), il faut éviter d'obtenir un interligne oblique. Pour Witvoët *et al.* (18), qui analysent leurs résultats en fonction du positionnement de l'implant tibial et fémoral dans le plan frontal et dans le plan sagittal, cet élément n'a pas d'influence statistiquement significative sur les résultats. Toutefois, leur analyse dans le plan frontal porte sur la position du plateau tibial par rapport à l'axe mécanique et non par rapport à l'axe épiphysaire. L'analyse de nos résultats met nettement en évidence (fig. 2 et 3) l'influence favorable du positionnement du

plateau prothétique parallèlement au plateau sain dans le plan frontal et à un niveau légèrement plus distal par rapport à lui afin de garantir l'hypocorrection. Ceci consiste en fait à placer le plateau prothétique, non pas perpendiculairement à l'axe mécanique du tibia comme préconisé par Kozinn *et al.* (11) et Witvoët *et al.* (17) et comme le font tous les viseurs de coupe tibiale actuellement disponibles, mais bien perpendiculairement à l'axe

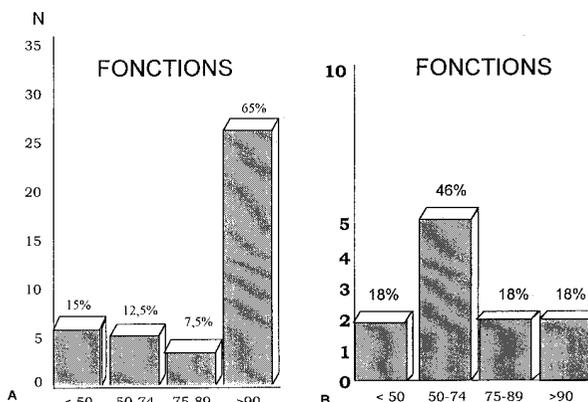


Fig. 2. — A : scores F des 40 prothèses positionnées selon nos critères (score moyen : 81,5) ; B : scores F des 11 prothèses positionnées en désaccord avec nos critères (score moyen : 67).

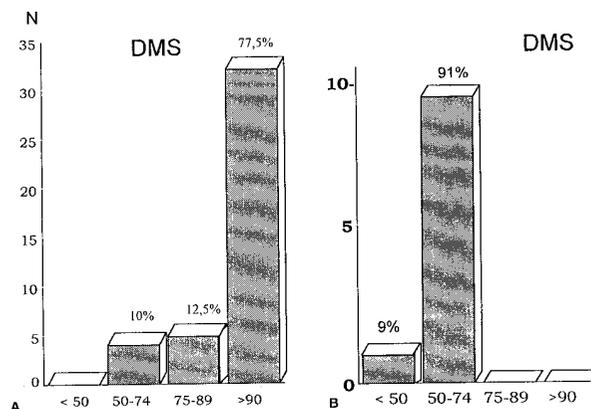


Fig. 3. — A : scores DMS des 40 prothèses positionnées selon nos critères (score moyen : 91) ; B : scores DMS des 11 prothèses positionnées en désaccord avec nos critères : (score moyen : 57).

épiphysaire (fig. 4). Or, ces deux axes peuvent diverger, essentiellement dans les déformations en varus. C'est ce qu'a montré Levigne (cité par Langlais (12)) avec sa mesure du Varus Tibial Constitutionnel (figure 5) : celui-ci se définit par l'angulation entre l'axe mécanique du tibia et l'axe EC unissant le milieu de l'épine tibiale au milieu du vestige du cartilage de conjugaison ; cet axe EC est perpendiculaire à la tangente aux plateaux tibiaux avant usure. Une déviation dans le plan frontal peut ainsi se décomposer en une déviation d'usure (usure cartilagineuse et parfois osseuse) et une déviation osseuse, définie par le varus tibial constitutionnel. Le but de l'arthroplastie unicompartimentale est de pratiquer un resurfaçage articulaire ; elle doit donc à notre avis se limiter à «remplir» l'usure cartilagineuse et osseuse sans corriger une éventuelle déviation osseuse. On peut la considérer comme une arthroplastie intra-articulaire, par opposition à l'arthroplastie extra-articulaire réalisée par une prothèse totale qui, en plus du resurfaçage, modifie l'axe du membre inférieur par les coupes osseuses et les actions sur les parties molles. Le positionnement du plateau tibial prothétique parallèlement et légèrement distalement par rapport au plateau sain, permet de restaurer l'épaisseur cartilagineuse sans jamais cor-

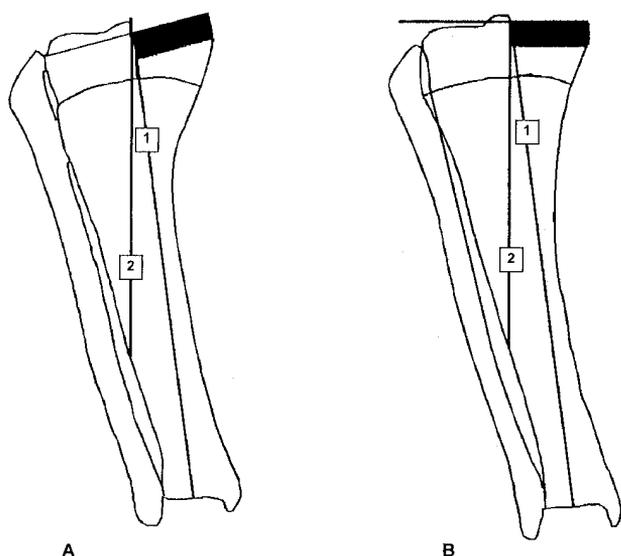


Fig. 4. — A : mauvais positionnement de l'implant tibial, perpendiculaire à l'axe mécanique (1) ;
B : positionnement correct de l'implant tibial, perpendiculaire à l'axe épiphysaire (2).

riger une déviation d'origine osseuse ; la perpendicularité à l'axe épiphysaire qui en découle permet d'obtenir un interligne horizontal. Cela nécessite, en lieu et place d'un ancillaire de coupe tibiale imposant une coupe perpendiculaire à l'axe mécanique, un viseur modifiable en fonction de l'axe épiphysaire. Celui que nous proposons est dérivé du viseur de Cartier (fig. 6). Cet ancillaire est principalement utile dans le genu varum où le varus tibial épiphysaire peut être important. Witvoët *et al.*, qui préconisent une coupe tibiale perpendiculaire à l'axe mécanique (17), notent d'ailleurs que les erreurs de positionnement du plateau tibial (obliquité en bas et en dedans) se retrouvent principalement pour les prothèses du compartiment interne (18).

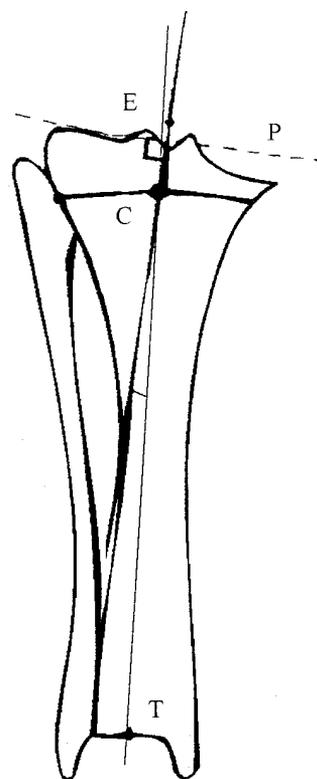


Fig. 5. — Le varus tibial constitutionnel d'après Levigne :
— E : milieu de l'épine tibiale,
— C : milieu du vestige du cartilage de conjugaison,
— P : ligne tangente aux plateaux tibiaux avant usure,
— T : milieu de la mortaise tibio-péronnière,
— EC : axe épiphysaire,
— ET : axe mécanique,
— EC-ET : varus tibial constitutionnel en degrés.

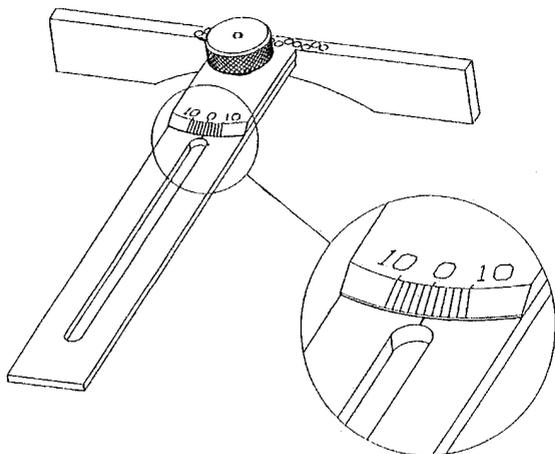


Fig. 6. — Notre projet de viseur de coupe tibiale, dérivé du viseur de Cartier, permet une coupe perpendiculaire à l'axe épiphysaire.

Nous n'observons pas de différence de résultat entre les prothèses dont le plateau tibial est muni d'une embase métallique et celles dont le plateau est uniquement composé de polyéthylène. Même en l'absence de signification statistique de nos résultats, il nous semble que l'utilisation de plateaux à embase métallique impose une épaisseur suffisante de polyéthylène en plus de l'épaisseur de l'embase ce qui entraîne un sacrifice osseux plus important. L'utilisation d'implants en polyéthylène seul comme le préconisent Neyret *et al.* (16) n'est-elle pas une solution beaucoup moins coûteuse mais tout aussi fiable ?

Les indications respectives de l'ostéotomie tibiale et de la prothèse unicompartmentale dans la gonarthrose unicompartmentale interne sont mal définies dans la littérature. Nos critères d'indication de l'ostéotomie tibiale de valgisation ont été rapportés dans une étude précédente (Lootvoet *et al.* (13)) : hauteur résiduelle de l'interligne interne supérieure ou égale à 50% de la normale, varus tibial constitutionnel supérieur à 5°, angulation préopératoire du genou inférieure ou égale à 10° de varus, âge inférieur ou égal à 60 ans. L'indicateur de la prothèse unicompartmentale résulte fondamentalement de l'importance de l'usure cartilagineuse mais elle impose de conserver le varus tibial constitutionnel.

CONCLUSION

Le positionnement de l'implant tibial perpendiculairement à l'axe épiphysaire (grâce à un ancillaire adapté) et non pas perpendiculairement à l'axe mécanique nous apparaît comme un facteur important dans l'obtention d'un bon résultat à moyen terme dans la prothèse unicompartmentale de genou. Il complète les critères fondamentaux que sont l'hypocorrection de la déviation axiale et l'intégrité du capital ligamentaire.

Remerciements

Nous remercions Madame Sophie Burton pour la réalisation de l'analyse statistique des résultats.

BIBLIOGRAPHIE

1. Barrett W. P., Scott R. D. Revision of failed unicompartmental knee arthroplasty. *J. Bone Joint Surg.*, 1987, 69-A, 1328-1335.
2. Cartier P. Positionnement des prothèses partielles du genou. *Rev. Chir. Orthop.*, 1984, 70, 195-197.
3. Cartier P., Cheaib S. Unicompartmental knee Arthroplasty. 2-10 years of follow-up evaluation. *Arthroplasty*, 1987, 2, 157-162.
4. Deschamps G., Lapeyre B. La rupture du ligament croisé antérieur : une cause d'échec souvent méconnue des prothèses unicompartmentaires du genou. *Rev. Chir. Orthop.*, 1987, 73, 544-551.
5. Godeau P., Piette J. C., Herson S. *et al.* Traité de Médecine 2^e édition. Médecine Science - Flammarion, Paris, 1987, Tome 2, p. 1851.
6. Goodfellow J. W., Kershaw C. J., D'A. Benson M. K., O'Connor J. J. The Oxford knee for unicompartmental osteoarthritis. The first 103 cases. *J. Bone Joint Surg.*, 1988, 70-B, 692-701.
7. Goutalier D., Hernigou P. Les échecs précoces des prothèses à glissement unicompartmentales (Lotus) dans le traitement des gonarthroses latéralisées non disloquées. *Rev. Chir. Orthop.*, 1981, 67, 659-665.
8. Goutalier D., Hernigou P. L'arthroplastie unicompartmentale (type Lotus) dans le traitement de la gonarthrose du sujet âgé. Devenir à plus de 5 ans des 56 prothèses analysées en 1981. *Rev. Chir. Orthop.*, 1985, 71, 213-218.
9. Insall J. N., Dorr L. D., Scott R. D., Scott W. N. Rationale of the Knee Society Clinical Rating System. *Clin. Orthop.*, 1989, 248, 13-44.
10. Knutson K., Jonsson G., Langer Andersen J., Larusdottir H., Lidgren L. Deformation and loosening of the tibial component in knee arthroplasty with unicompartmental endoprotheses. *Acta Orthop. Scand.*, 1981, 52, 667-673.

11. Kozinn S. C., Scott R. Current concept review. Unicompartmental knee arthroplasty. *J. Bone Joint Surg.*, 1989, 71-A, 145-150.
12. Langlais F., Le Normand H. Etude du compartiment interne. In : *Les échecs des ostéotomies tibiales de valgisation pour gonarthrose et leurs reprises*. *Rev. Chir. Orthop.*, 1992, 78, suppl. I, 96-99.
13. Lootvoet L., Massinon A., Rossillon R., Himmer O., Lambert K., Ghosez J. P. Ostéotomie tibiale haute de valgisation pour gonarthrose sur genu varum. *Rev. Chir. Orthop.*, 1993, 79, 375-384.
14. Marmor L. The Modular (Marmor) knee. Case report with a minimum follow-up of 2 years. *Clin. Orthop.*, 1976, 120, 86-94.
15. Marmor L. Marmor Modular Knee in unicompartmental disease. Minimum four-year follow-up. *J. Bone Joint Surg.*, 1979, 61-A, 347-353.
16. Neyret P., Chatain F., Deschamps G. Matériel et options. In : *Prothèses unicompartmentales de genou*. *Rev. Chir. Orthop.*, 1996, 82, suppl. I, 48-52.
17. Witvoët J., Deburge A., Le Balc'h T. et le groupe Guepar. La prothèse Lotus. In : *Olivier H. Prothèse totale de genou. Cahiers d'enseignement de la SO.F.C.O.T. n° 35*. Expansion scientifique française, Paris, 1989, 149-157.
18. Witvoët J., Peyrache M. D., Nizard R. Prothèses unicompartmentaires du genou type «Lotus» dans le traitement des gonarthroses latéralisées : résultats de 135 cas avec un recul moyen de 4,6 ans. *Rev. Chir. Orthop.*, 1993, 79, 565-576.

SAMENVATTING

L. LOOTVOET, P. BURTON, O. HIMMER, L. PILOT, J. P. GHOSEZ. Unicompartmentele knieprothese : invloed van de positionering van de tibia-plateau op de functionele resultaten.

De resultaten van een serie 51 unicompartmentele knieprothese met een follow-up van 1 à 12 jaar (gemiddelde van 5 jaar) werden doorgenomen. Bij de evaluatie werd gerefereerd naar het kwotatiesysteem van de „knie-groep” van de SOBCOT. Uit deze analyse blijkt dat de kwaliteit van de resultaten door de positionering van de implantaten bepaald wordt. De auteurs stellen

voor de tibiaplateau parallel met de gezonde plateau te plaatsen, wat distaler, zodanig dat de prothetische tibiaplateau loodrecht op de epifysaire as ligt en niet op de mechanische as zoals het meestal gebeurt met het thans beschikbare hulpinstrumentarium voor de tibiale snit. Wanneer het implantaat ideaal geïmponeerd werd, lag de score bij 77,5% van de patiënten boven de 90 punten (op een mogelijk totaal van 100 punten) en 12,5% hadden een score tussen 75 en 89 punten. Wanneer de ideale positionering niet bereikt werd, lag de score beneden de 75 punten. Het verschil was statistisch zeer relevant ($p = 0,0001$).

RÉSUMÉ

L. LOOTVOET, P. BURTON, O. HIMMER, L. PILOT, J. P. GHOSEZ. Prothèses unicompartmentales de genou : influence du positionnement du plateau tibial sur les résultats fonctionnels.

Les auteurs analysent les résultats d'une série de 51 prothèses unicompartmentales de genou revues avec un recul de 1 à 12 ans (recul moyen de 5 ans). Les résultats ont été revus sur la base du système de cotation du «Groupe Genou» de la SO.B.C.O.T. Cette analyse démontre que la qualité des résultats dépend du positionnement des implants. Les auteurs proposent de positionner le plateau tibial parallèlement au plateau sain et légèrement distalement par rapport à lui, ce qui revient à placer le plateau prothétique perpendiculairement à l'axe épiphysaire et non à l'axe mécanique comme le font systématiquement les ancillaires de coupe tibiale actuellement disponibles. Quand ce positionnement idéal était respecté, 77,5% des patients avaient un score supérieur à 90 points (sur un total possible de 100 points) et 12,5% avaient un score compris entre 75 et 89 points. La non-obtention de ce positionnement idéal faisait chuter le score : aucun genou n'était coté au-delà de 75. La différence est statistiquement très significative ($p = 0,0001$).