

L'OSTÉOTOMIE DE WEIL

Document réalisé par le groupe TALUS du GECO (www.geco-medical.org) - 2004.

GECO

Une des plus grande difficulté dans la chirurgie de l'avant pied, est la prise en charge des troubles statiques sévères avec perte de congruence articulaire au niveau des articulations métatarso-phalangiennes des orteils latéraux.

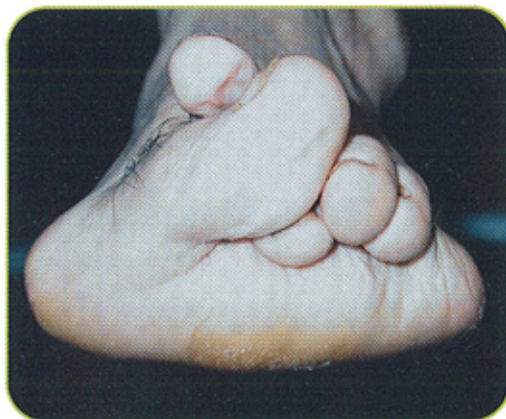
Ces luxations douloureuses, souvent irréductibles sont l'aboutissement de graves défauts architecturaux avec un lourd passé d'anomalie d'appui.

Même s'il est aujourd'hui admis que la chirurgie à ciel ouvert sur ces petites articulations peut être source de résultat incomplet essentiellement du fait de raideurs, il peut être nécessaire d'effectuer des reculs des têtes métatarsiennes avec fixation par matériel adapté.

Nous avons voulu privilégier la stabilité avec un pas de vis spécifique adapté à l'os spongieux de ces têtes métatarsiennes.

VIS SÉCABLE TYPE WEIL

L9	242 440	L13	242 444
L11	242 441	L15	242 445
Réf. FH ORTHOPEDICS			



Luxation du métatarso-phalangien (griffe)

ABORD CHIRURGICAL

L'abord doit être le moins agressif possible. Il faut :

- > passer entre les tendons extenseurs et pédieux,
- > aborder l'articulation,
- > et éviter tout geste délabrant sur les structures ligamentaires latérales.

Il nous paraît pour cela préférable d'éviter tout instrument nécessitant un abord articulaire large au prix d'une difficulté opératoire supplémentaire.

Date de création document : octobre 2006 - **Fabricant :** FH Industrie - **Gamme :** Pied - bePOD -
Nom du produit : Vis bePOD - **Destinataire :** professionnel de santé - **N° du marquage CE :** 0459
- **Classe du DM :** IIb - **Indications :** ostéosynthèse du pied - **Recommandations d'utilisation :**
il est fortement conseillé de lire l'étiquette et la notice d'instructions du produit

LA COUPE OSSEUSE

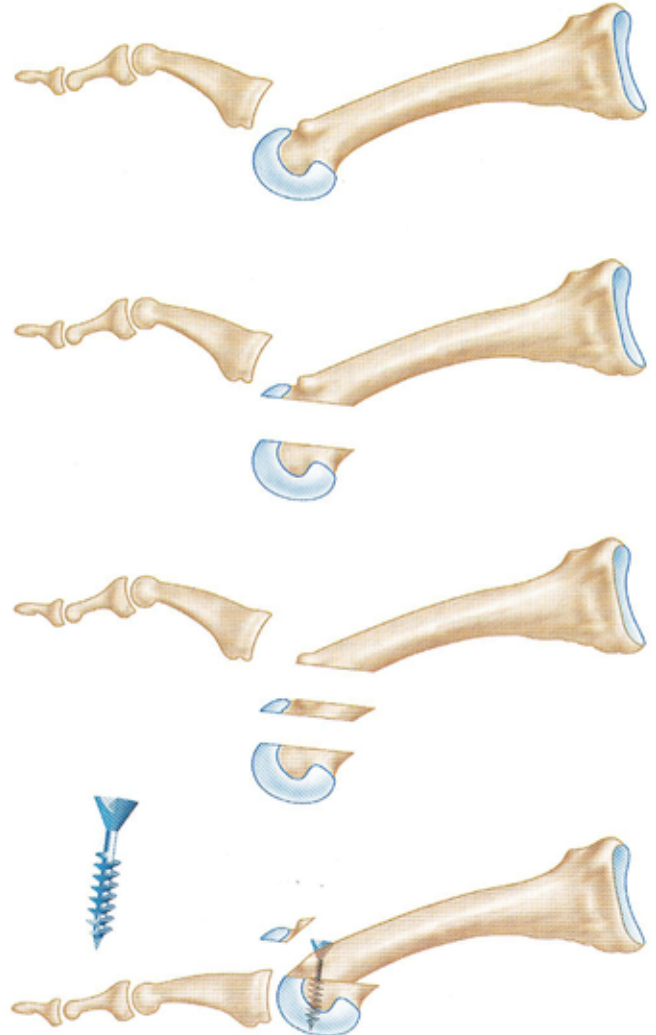
L'ostéotomie à la scie oscillante démarre à la jonction du cartilage dorsal ; le trait est le plus horizontal possible avec effet de désépaississement par l'épaisseur de la lame ou mieux par une recoupe. Le recul de la tête s'effectue selon le programme préopératoire.

La réduction en bonne position est maintenue manuellement en flexion d'orteil. On contrôle le recul de la tête, un décalage latéral éventuel et un bon contact des surfaces osseuses.

LA FIXATION

La mise en place de la vis de Weil est préparée grâce à la fraise conique qui fait un avant trou cortical et qui prépare la place pour la tête de vis. La vis de Weil sécable est alors positionnée manuellement, le vissage étant terminé avec le tournevis.

On doit s'assurer d'une bonne compression du montage ; la stabilité étant un facteur limitant de la raideur. Si besoin le geste osseux est complété par l'ablation de la "casquette" dorsale.



Coupes osseuses et ostéotomie de Weil



LA FERMETURE

Elle se fait plan par plan et doit essayer de reconstruire l'anatomie normale en refermant le plan capsulaire, puis le plan tendineux.

Cette application est importante pour limiter la raideur post-opératoire.

Document subventionné par :

FHORTHOPEDICS® S.A.S