Dr Jean-Philippe CAMILLERI
Chirurgie de la hanche et du genou
Ancien Assistant des Hôpitaux de Lyon
Chef de Clinique des Universités
Société Française de la Hanche et du Genou

ORTHOPARC

Clinique du Parc Lyon
155 boulevard de Stalingrad
69006 Lyon

Je vais avoir une ostéotomie tibiale de valgisation par ouverture interne

Ostéotomie tibiale haute par ouverture médiale

Fiche d'information patient
Version : septembre 2026 - v5.3

Pourquoi cette intervention ?

L'ostéotomie tibiale de valgisation peut être proposée chez certains patients présentant un genu varum associé à une surcharge douloureuse prédominante du compartiment fémoro-tibial médial. Elle vise à modifier l'axe du membre inférieur afin de mieux répartir les contraintes entre les différents compartiments du genou, tout en conservant l'articulation naturelle. L'indication dépend notamment des symptômes, de l'axe du membre, de l'état du cartilage et des autres compartiments, de la mobilité, de la stabilité du genou, de l'âge fonctionnel et du niveau d'activité. L'ostéotomie ne reconstruit pas le cartilage déjà altéré et ne fait pas disparaître l'arthrose existante.

Quelles sont les alternatives ?

Selon la situation, les alternatives peuvent comprendre la poursuite d'un traitement non chirurgical - adaptation des activités, rééducation, traitement antalgique ou anti-inflammatoire lorsqu'il est indiqué, prise en charge d'un éventuel excès de poids et infiltrations dans certaines situations - ou une autre stratégie chirurgicale lorsque l'état du genou le justifie, notamment une chirurgie prothétique.

Bénéfices et limites

L'objectif est de diminuer les douleurs liées à la surcharge du compartiment interne et d'améliorer la fonction tout en conservant l'articulation. Une disparition complète des douleurs ne peut pas être garantie. L'arthrose peut continuer à évoluer avec le temps et une prothèse du genou peut devenir nécessaire secondairement.

Technique dans ma pratique

Une incision est réalisée sur la partie interne du tibia proximal. Le tibia est partiellement sectionné puis progressivement ouvert en conservant autant que possible une charnière latérale. La correction, planifiée avant l'intervention, peut être ajustée selon les contrôles peropératoires. Elle est systématiquement stabilisée par une plaque vissée et l'espace d'ouverture est systématiquement comblé par un greffon osseux lyophilisé.

Anesthésie

Dans ma pratique, l'intervention est réalisée sous anesthésie générale, éventuellement associée à une anesthésie locorégionale. Les modalités sont expliquées par le médecin anesthésiste.

Origine du greffon osseux

Le coin osseux lyophilisé utilisé pour combler l'ouverture est un greffon d'origine humaine provenant d'une banque de tissus. Il est préparé, contrôlé et tracé selon la réglementation applicable aux tissus humains. Malgré les procédures de sélection et de sécurisation, un risque résiduel de transmission infectieuse ne peut être considéré comme absolument nul.

Risques spécifiques

- infection ou problème de cicatrisation ;
- phlébite/embolie pulmonaire ;
- saignement/hématome ;
- fracture ou rupture de la charnière latérale, c’est-à-dire de la partie osseuse laissée intacte, pouvant modifier la fixation, l’appui et exceptionnellement nécessiter un geste complémentaire ;
- retard de consolidation ou absence de consolidation (pseudarthrose), pouvant prolonger la décharge et parfois nécessiter une nouvelle intervention ;
- sous-correction, sur-correction ou perte secondaire de correction ;
- gêne liée à la plaque ou aux vis, pouvant conduire à une ablation secondaire ;
- lésion nerveuse ou vasculaire, rare, pouvant entraîner des troubles sensitifs ou moteurs du pied ;
- syndrome des loges, rare mais urgent et pouvant nécessiter une intervention chirurgicale urgente ;
- raideur, douleurs persistantes ou algodystrophie ;
- évolution ultérieure de l'arthrose pouvant conduire à une prothèse.
- fracture intra-articulaire du plateau tibial pouvant modifier la fixation, l'appui ou nécessiter un geste complémentaire ;
- modification non souhaitée de la pente tibiale, de la hauteur de la rotule ou, plus rarement, de la longueur du membre ;

Suites

Dans ma pratique habituelle, et sous réserve d'une adaptation à votre situation, aucune immobilisation du genou n'est mise en place, sauf notamment en cas de rupture de la charnière latérale ou nécessité particulière. Aucun appui sur le membre opéré n'est autorisé pendant les 45 premiers jours ; les déplacements se font avec deux béquilles. La mobilisation du genou et la rééducation débutent précocement selon les consignes données. L'appui est ensuite repris progressivement pendant les 45 jours suivants selon la consolidation. La durée du port des bas de contention et de l'anticoagulation est individualisée, habituellement entre 45 jours et 3 mois dans ce protocole, selon le risque thrombotique et hémorragique, la durée réelle de décharge et le protocole de l'établissement. Une récupération fonctionnelle de l'ordre de 3 à 4 mois constitue un repère fréquent, mais elle dépend de la consolidation et peut être plus longue.

Travail

Arrêt de travail initial de 45 jours, systématiquement prolongé jusqu'à au moins 3 mois. La durée finale est adaptée à la profession, à la consolidation et aux possibilités de déplacement.

Conduite et sport

La conduite n'est reprise que lorsque l'appui autorisé, l'utilisation des béquilles et le contrôle du membre permettent un freinage d'urgence en sécurité. La reprise sportive est progressive après consolidation et adaptée à l'activité, à l'examen clinique et au contrôle radiographique.

Bains, piscine et balnéothérapie

Les bains, la piscine et la balnéothérapie peuvent être repris à partir d'un mois après l'intervention uniquement si la cicatrice est parfaitement fermée, sèche et saine. En présence d'une anomalie de cicatrisation, l'immersion doit être différée et un avis médical demandé.

Que peut-il se passer si je ne me fais pas opérer ?

Sans intervention, les douleurs et la limitation fonctionnelle peuvent rester stables ou progressivement s'aggraver et l'usure du compartiment interne peut progresser. L'évolution est variable et ne peut pas être prédite avec précision.

Quand consulter rapidement ?

Une douleur anormalement intense ou rapidement croissante de la jambe, une tension importante, un déficit sensitif ou moteur nouveau du pied, un changement de coloration ou de température du pied, une fièvre ou anomalie de cicatrice, une douleur importante du mollet, un essoufflement ou une douleur thoracique nécessitent un avis médical rapide ou urgent.

Complications générales graves

Certaines complications générales, notamment cardiovasculaires, respiratoires, thromboemboliques, infectieuses ou hémorragiques, peuvent exceptionnellement être graves et mettre en jeu le pronostic vital.

Important

Cette fiche complète l'information personnalisée qui vous a été délivrée en consultation. Elle ne remplace pas l'entretien individuel. Votre situation étant personnelle, certains bénéfices, risques, alternatives ou modalités opératoires peuvent différer. Si un point n'est pas clair, demandez une explication complémentaire. Vous pouvez également demander un second avis si vous le souhaitez.

Références principales

CNP-COT / SOFCOT / Orthorisq. L'ostéotomie du tibia par ouverture médiale (Prendre sa décision - guide pratique). La présente fiche est adaptée à ma pratique personnelle.

ESSKA Formal Consensus. Osteotomy around the painful degenerative varus knee. 2024.

CNP-COT / SOFCOT / Orthorisq. Document d'information sur le risque chirurgical et fiches d'information patients labellisées, version consultée en septembre 2026.

Pour en savoir plus

Des informations supplémentaires sur votre intervention, votre parcours chirurgical et les suites opératoires sont disponibles sur mon site d’information consacré à la chirurgie de la hanche et du genou.

Scannez ce QR code pour accéder au site.

Ces informations générales complètent, sans la remplacer, l’information personnalisée qui vous a été délivrée en consultation.