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 fémorale de varisation

Ostéotomie fémorale distale par fermeture médiale ou ouverture latérale

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

Pourquoi cette intervention ?

L'ostéotomie fémorale de varisation peut être proposée chez certains patients présentant un genu valgum associé à une surcharge douloureuse prédominante du compartiment fémoro-tibial latéral, lorsque la déformation est principalement d'origine fémorale. Elle vise à corriger 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'analyse de l'axe du membre, de l'état du cartilage et des différents compartiments, de la mobilité et de la stabilité du genou, ainsi que de l'âge fonctionnel et du niveau d'activité. L'ostéotomie ne reconstruit pas le cartilage déjà altéré et ne fait pas disparaître une arthrose existante.

Quelles sont les alternatives ?

Selon la situation, les alternatives peuvent comprendre la poursuite d'un traitement non chirurgical ou une autre stratégie chirurgicale, notamment prothétique, selon l'état global du genou.

Bénéfices et limites

L'objectif est de diminuer la surcharge et les douleurs du compartiment externe tout en conservant l'articulation. La disparition complète des douleurs n'est pas garantie, le cartilage n'est pas reconstruit et l'arthrose peut progresser jusqu'à éventuellement nécessiter une prothèse.

Deux techniques possibles

Selon les caractéristiques de la correction et du patient, j'utilise soit une fermeture médiale, stabilisée par plaque vissée, soit une ouverture latérale, stabilisée par plaque vissée et comblée par un coin osseux. Le choix dépend notamment de l'importance et de la géométrie de la correction, de l'anatomie et de la qualité osseuse ; il peut être adapté aux contraintes peropératoires.

Incision

L'incision est adaptée à la technique choisie et au site de fixation. Son étendue dépend de la correction et des gestes nécessaires.

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, hématome ;
- fracture ou rupture de charnière pouvant modifier la fixation et les consignes d'appui ;
- retard de consolidation ou absence de consolidation (pseudarthrose), pouvant prolonger les restrictions d'appui 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 après consolidation ;
- lésion nerveuse ou vasculaire rare, pouvant entraîner des troubles sensitifs ou moteurs du pied ;
- syndrome des loges, rare mais urgent ;
- raideur, douleurs persistantes, algodystrophie ;
- évolution ultérieure de l'arthrose pouvant conduire à une prothèse.
- fracture intra-articulaire ou propagation de l'ostéotomie pouvant modifier la fixation ou nécessiter un geste complémentaire ;
- modification non souhaitée de l'axe, de l'orientation de la ligne articulaire ou, plus rarement, de la longueur du membre ;

Suites

Dans ma pratique habituelle, et sous réserve d'une adaptation à votre situation, aucune attelle ni immobilisation n'est utilisée. La mobilisation du genou et la rééducation débutent précocement selon les consignes données. Aucun appui sur le membre opéré n'est autorisé pendant 45 jours, puis l'appui est repris progressivement sur environ 45 jours suivants. La durée de l'anticoagulation et du port des bas de contention est individualisée selon la durée réelle de décharge, votre risque thrombotique et hémorragique et le protocole de l'établissement ; les durées habituellement utilisées dans ce protocole sont respectivement d'environ 45 jours et 3 mois. 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 dépend de la profession, de la consolidation et des 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 persister ou s'aggraver et l'usure du compartiment externe peut progresser. L'évolution est variable et ne peut pas être prédite précisément.

Quand consulter rapidement ?

Fièvre ou anomalie de cicatrice, douleur ou gonflement inhabituellement importants, douleur croissante ou tension importante de la cuisse ou de la jambe, déficit sensitif ou moteur nouveau, anomalie de coloration ou de température du pied, douleur du mollet, essoufflement ou 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 fémur inférieur dans le traitement de la gonarthrose (Prendre sa décision - guide pratique). La présente fiche est adaptée à ma pratique personnelle.

ESSKA Formal Consensus. Osteotomy around the knee. 2024.

Diaz CC et al. Outcomes of Distal Femoral Osteotomy for Valgus Malalignment. Am J Sports Med. 2023.

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.