

Avril, 2024

Orthopédie/Traumatologie: Recommandations pour les non-spécialistes

1. Pas d'arthroscopie dès l'apparition des premiers symptômes d'arthrose du genou.

Comme pour les autres articulations, l'arthrose du genou est définie par une usure de l'articulation avec des lésions du cartilage, la présence de liquide dans l'articulation, la formation d'un excès d'os et la présence de lésions des ménisques. Les symptômes consistent en des douleurs, un gonflement, une limitation de la mobilité du genou et une diminution de la capacité de marcher.

Les personnes qui présentent ces symptômes pour la première fois doivent être traitées en premier lieu par des mesures non chirurgicales, qui conduisent dans la plupart des cas à un soulagement significatif des symptômes. Ce traitement comprend de la physiothérapie, une thérapie médicamenteuse avec des analgésiques anti-inflammatoires et des infiltrations (injection dans l'articulation) de diverses substances thérapeutiques (par exemple des corticostéroïdes).

Une arthroscopie du genou pour une « toilette articulaire » en tant que traitement initial n'a aucun effet bénéfique par rapport au traitement non chirurgical, comme cela a pu être démontré dans de grandes études. Une arthroscopie peut être envisagée en cas de blocage de l'articulation,

2. Pas d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou scanner en premier lieu en cas de problèmes de hanche sans radiographie conventionnelle.

Le diagnostic d'arthrose de la hanche et l'évaluation de la nécessité de l'implantation d'une prothèse de la hanche peuvent être déterminés de manière très fiable au moyen d'une radiographie conventionnelle (vue d'ensemble du bassin) et ne nécessitent ni IRM ni scanner supplémentaires.

Ces examens coûteux ne doivent être prescrits que par le chirurgien si des problèmes supplémentaires existent ou sont suspectés (problèmes de tendons ou grandes variations de forme).

Chez les jeunes patients souffrant de problèmes de hanche, la radiographie conventionnelle montre déjà une grande partie du problème sous-jacent. Si nécessaire, le spécialiste peut demander un examen complémentaire ciblé comme l'(arthro)IRM/scanner, dont la précision est beaucoup plus grande que les IRM dites de « dépistage ».

3. Pas de prise d'antibiotiques en cas de suspicion d'infection des os ou des articulations sans avoir au préalable prélevé des échantillons pour détecter les germes responsables.

Les infections des articulations sans septicémie aiguë associée mettent rarement en jeu la vie du patient dans l'immédiat. Il existe donc suffisamment de temps pour poser un diagnostic précis et donc pour effectuer des prélèvements ciblés (échantillons de tissus ou de liquide articulaire) afin de détecter les germes responsables (bactéries, champignons, etc.). La mise en évidence de ces germes est particulièrement importante dans le but d'une utilisation ciblée de l'antibiotique, dont la durée est souvent très longue. Une antibiothérapie non ciblée introduite

avant le prélèvement d'échantillons et sans consultation préalable d'un chirurgien orthopédiste peut fausser cette détection de manière significative, voire la rendre impossible.

C'est la raison pour laquelle, avant de commencer à prendre des antibiotiques, il faut effectuer des prélèvements adéquats afin de mettre en évidence les germes en cause. Le choix exact de l'antibiothérapie à administrer et de sa durée doit être déterminé après discussion entre spécialistes (chirurgiens orthopédistes et infectiologues) et non par le médecin de famille.

Dans le cas plutôt rare d'une septicémie ou d'autres états mettant en jeu la vie du patient, il faut également prélever au moins des échantillons de sang et, si possible, des articulations concernées avant de commencer la prise d'antibiotique.

4. Pas d'ablation chirurgicale de la bourse/de l'os sous-acromial en cas de syndrome de conflit sous-acromial de l'épaule sans traitement non opératoire infructueux pendant au moins 6 mois.

La décompression sous-acromiale est une opération qui consiste à retirer la bourse séreuse de l'épaule et à élargir un rétrécissement d'origine osseuse par une ablation d'une partie de l'os acromial, afin de laisser plus de place aux tendons de l'épaule.

Cette opération est pratiquée en cas de syndrome de conflit sous-acromial, une maladie de l'épaule accompagnée d'une inflammation de la bourse séreuse et éventuellement des tendons de l'épaule, qui provoque des douleurs lors de la levée du bras.

Il est prouvé que les traitements non chirurgicaux, dits conservateurs, tels que l'attente, la prise de médicaments anti-inflammatoires, les injections de cortisone et la physiothérapie, permettent d'obtenir une amélioration des douleurs aussi bonne que celle obtenue par la chirurgie. Il est donc recommandé d'attendre avant d'être opéré et ne se décider pour une intervention que si les douleurs ne se sont pas suffisamment améliorées après six mois de traitement non opératoire.

5. Pas de biopsie de tumeur de l'appareil locomoteur sans une imagerie suffisante préalable et une coordination interdisciplinaire ainsi qu'une exécution par un spécialiste expérimenté.

Si l'on suspecte une tumeur maligne des os ou des tissus mous, il faut tout d'abord procéder à un examen radiologique complet par une radiographie et une imagerie en coupe (imagerie par résonance magnétique ou scanner) de la région concernée, indispensable pour analyser la localisation exacte de la tumeur.

En cas de doute sur le diagnostic ou de suspicion de tumeur maligne, un prélèvement de tissu (biopsie) est indispensable avant toute intervention, afin d'établir un diagnostic qui influencera le choix du traitement, améliorera les chances de guérison et réduira le taux de complications. Le diagnostic et ses différentes options de traitement doivent ensuite être déterminés au sein d'un centre de coordination par une équipe pluridisciplinaire spécialisée.

La biopsie consiste en une « ponction » réalisée par un spécialiste de la tumeur ou par un radiologue spécialisé à l'aide de techniques d'imagerie. Une biopsie chirurgicale (ouverte) en salle d'opération est parfois nécessaire, notamment pour les tumeurs osseuses, ou les tumeurs de petite taille (exérèse). Cette biopsie doit toujours être effectuée en accord avec, ou même réalisée par le spécialiste qui opérera le patient, afin de faciliter les interventions futures.

Le trajet d'insertion de l'aiguille de biopsie doit pouvoir être retiré pendant l'opération d'ablation de la tumeur proprement dite, sans compliquer l'intervention. Un marquage temporaire préalable de la peau peut être réalisé à cet effet.

Parfois, le diagnostic ne peut pas être établi avec certitude après une première biopsie. Dans ce cas, une seconde biopsie sera généralement suffisante pour atteindre cet objectif.