

chirurgie orthopédique sur cheval debout :

ostéosynthèse, déviations angulaires, retrait d'implants et d'arthroscopie

Mickaël Robert

Service de chirurgie équine
Oniris -Cisco
(Centre international de Santé du Cheval
de l'école vétérinaire de Nantes (Oniris),
Site de la Chantrerie,
CS 40706,
44307 Nantes Cedex 03

Objectifs pédagogiques

■ Décrire les interventions chirurgicales orthopédiques à réaliser sur cheval debout.

■ Détailler les indications et les limites de ces techniques.

Essentiel

■ La chirurgie debout requiert les mêmes aptitudes chirurgicales et le même environnement hospitalier que lorsqu'elle est réalisée sous anesthésie générale.

■ C'est avant tout un moyen de limiter la morbidité et la mortalité per-anesthésique.

■ Devant le risque infectieux potentiellement supérieur à celui qui existe sous anesthésie générale et le risque de blessure du personnel, du cheval ou de dégâts matériels, la balance bénéfice-risque doit toujours être réfléchie.

■ La clé du protocole analgésique repose sur l'usage d'anesthésiques locaux (cerclantes, traçantes, tronculaires, intra-articulaires) et d' $\alpha 2$ -agonistes.

■ Si on utilise une sédation et des anesthésies tronculaires adaptées, il est possible de réaliser des exérèses de kératome, des curetages d'abcès profonds ou d'ostéite septique de la phalange distale sur cheval debout.



■ Arthroscopie de boulet sur cheval debout en utilisant le système BioVision Technologies®.
A : Noter la position de l'écran face au chirurgien.
B : Ce système de petite taille permet de réduire l'encombrement des différents câbles et tubulures ainsi que le drapping chirurgical (photo Fabien Relave).

Essentiel

■ Après traitement chirurgical des fractures de la première phalange (P1) et de condyles sur cheval debout, le pronostic est similaire à celui rapporté précédemment, avec 66.7 p. cent des chevaux aptes à retourner en course après une convalescence moyenne de 7,4 mois.

■ L'ostéosynthèse sur cheval debout pour traiter les fractures condyliques médiales est une alternative essentiellement économique qui permet de réduire la fracture au niveau articulaire, et de restaurer un appui.

■ Pour retirer des plaques et / ou des vis sur cheval debout, le membre est anesthésié soit par anesthésie tronculaire, soit par instillation d'anesthésique local en regard de l'implant, après repérage radiographique et / ou échographique.

Tableau - Liste non exhaustive des interventions chirurgicales qui peuvent être réalisées en orthopédie sur cheval debout tranquillisé

- Exérèse de kératome
- Débridement d'ostéite de P3
- Névrectomie du nerf digital palmaire
- Desmotomie du ligament annulaire palmaire
- Fracture de P1 sagittale incomplète et non déplacée*
- Fixation de fracture de condyle métacarpien/tarsien incomplète et non déplacée*
- Fixation de fracture de la corticale dorsale du canon chez les Purs-Sangs*
- Fixation de fracture de métacarpien/tarsien rudimentaire*
- Fixation de fracture du tubercule majeur de l'humérus*
- Arthroscopie de la face dorsale du boulet*
- Arthroscopie radio-carpienne*
- Arthroscopie du grasset*
- Desmotomie et splitting du ligament patellaire médial
- Ténotomie du tendon fléchisseur profond du doigt
- Myoténectomie de l'extenseur latéral
- Mise place d'une vis transphysaire sur la face latérale du radius distal pour traiter un varus du carpe
- Retrait d'implants d'ostéosynthèse*
- Séquestrectomie
- Résection de processus épineux thoraciques et lombaires

*Ces interventions sont détaillées dans cette partie

chirurgies du pied, des tendons et ligaments, des métacarpiens/tarsiens rudimentaires et du dos

Essentiel

■ Pour la chirurgie des os métacarpiens/tarsiens rudimentaires, le pronostic est en général excellent pour un retour à l'exercice.

■ D'une manière générale, les fractures opérables debout doivent être non déplacées et sur des zones peu recouvertes par des tissus mous, pour faciliter la palpation des repères anatomiques.

■ Les indications principales des interventions chirurgicales de fractures sur cheval debout sont actuellement les fractures sagittales non déplacées de la première phalange, ainsi que les fractures condyloires du métacarpe ou métatarse III.



Résection de l'angle crânial des processus épineux.

A : Vue du champ opératoire et des aiguilles mises en place en para-épineux pour l'anesthésie locale.

B : Incision sagittale et cathéters utilisés pour donner l'axe de coupe.

C : Vue d'un fragment de processus épineux réséqué.

D : Aspect final de l'incision (photos Cisco, Oniris).

Pronostic

■ Pour les ostéites septiques de la troisième phalange, le pronostic sportif est bon à excellent, même si la convalescence atteint parfois 12 mois

■ Les facteurs pronostiques négatifs sont la quantité d'os à réséquer et l'implication de structures synoviales adjacentes.

Pronostic de la ténotomie

■ Le pronostic de survie de la ténotomie, appliquée aux cas de fourbure chronique, est de 51 p. cent, et de 83 p. cent chez les chevaux sans signe d'atteinte osseuse ni de descente de la 3^e phalange.

Essentiel

■ Une désinfection du pied à l'aide de povidone iodine savon ou de teinture d'iode 0,5 p. cent pendant 4 à 6 min semble être la méthode la plus indiquée.

■ Pour les ostéites septiques de la troisième phalange, le pronostic sportif est bon à excellent.

■ En ce qui concerne les kératomes, l'utilisation d'une technique peu invasive, avec fenestration partielle de la paroi, permet de maintenir la stabilité du pied et de limiter les complications (seimes, hypergranulation) et la convalescence post-opératoires par rapport à une avulsion complète.

■ La ténotomie du tendon fléchisseur profond du doigt (TFPD) est réalisable à mi-canon, membre à l'appui sur cheval debout.

■ La ténotomie est réalisable dans le creux du paturon sur cheval debout, avec un risque septique plus marqué, étant donnée la proximité du pied et du sol.

■ Le *Splitting* du ligament patellaire médial limite les complications associées à la desmotomie et permet un retour plus rapide à l'exercice.

Pronostic de l'ostectomie segmentaire sur cheval debout

■ Le pronostic est en général excellent pour un retour à l'exercice, pour autant que les tissus mous périphériques, notamment le ligament suspenseur du boulet, ne soient pas lésés.