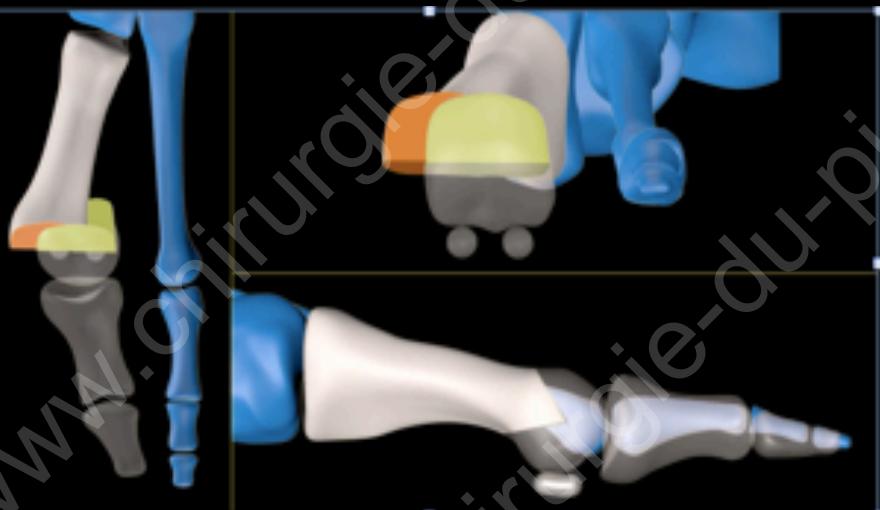


Radiologie Ostéo-Articulaire

EFOM ; 5 septembre 2017

Dr Cazeau cyrille

Clinique Victor Hugo 75016 Paris
Hôtel-Dieu - 75004 Paris



Translation simple

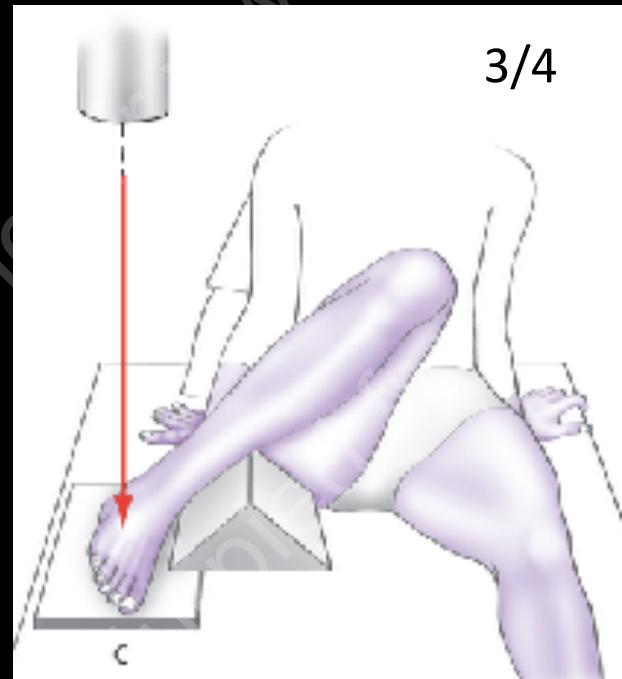
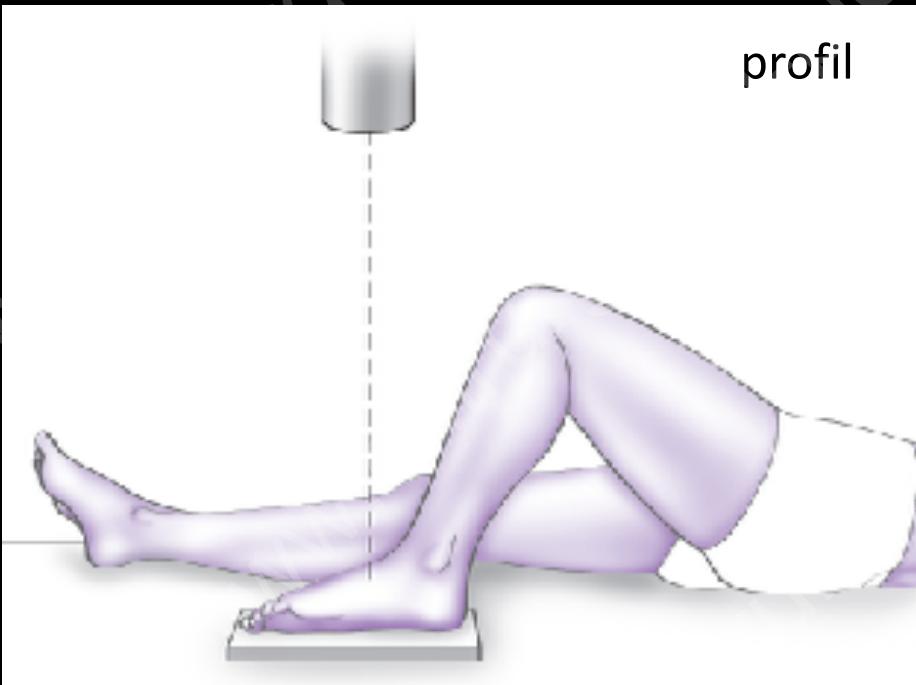


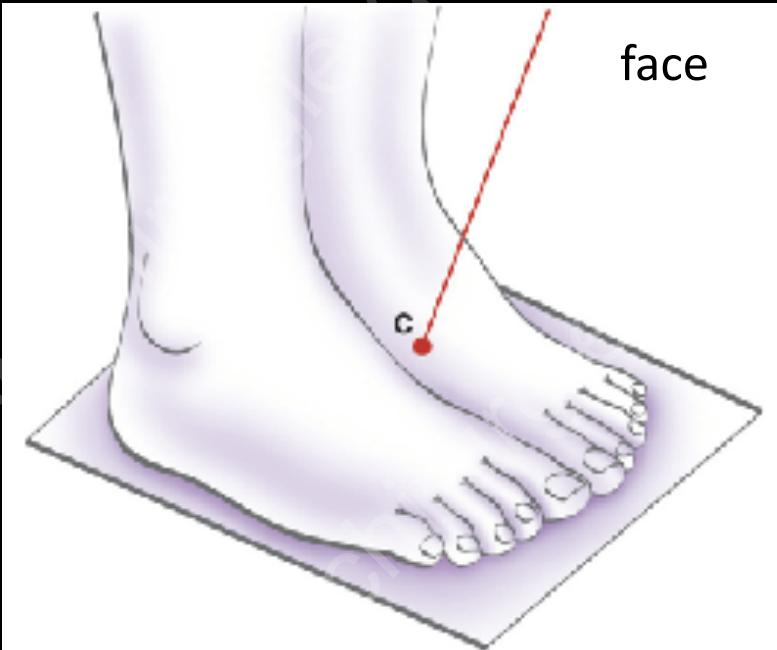
Translation + abaissement

La chirurgie des parties molles s'est transformée
en chirurgie osseuse
permettant une correction des déformations
dans les trois plans de l'espace

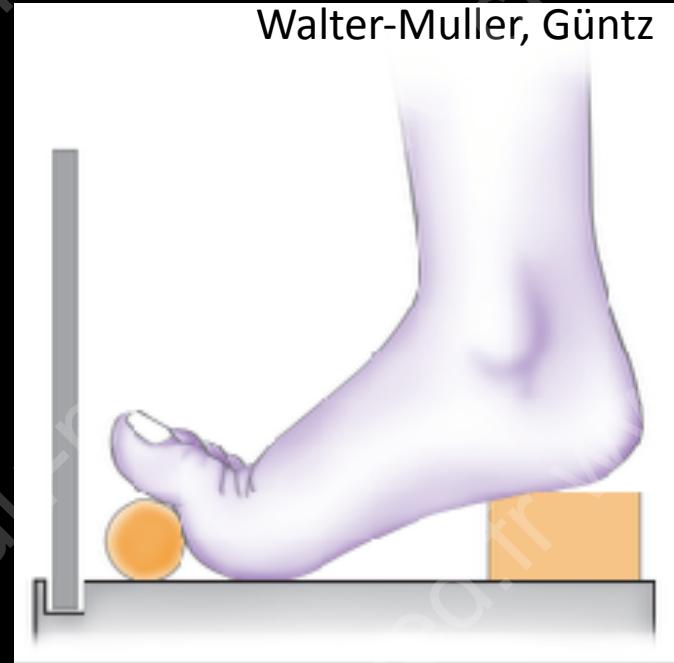
Parmi ces critères, quels sont ceux faciles à décrire avec des clichés standards ?

RX STANDARD





Walter-Muller, Güntz



Variations aspects MTP1 et C1M1 selon technique



Dépend de la façon dont elles se font enfiler

AVANT-PIED

Angle M1 M2 ; metatarsus varus

Angle M1P1 ; hallux valgus

Angle M4M5 ; bunionette = Taylor bunion

Certains critères
sont faciles à décrire

Angle M1/M2

1^o métatarsien

Articulation métatarso-phalangienne

1^o phalange du gros
orteil (*hallux*)

2^o phalange



CHEVRON

épiphyso-métaphysaire distal : 12 à 16°



SCARF
diaphysaire : 16 à 30 °



BASIMETATARSIENNE



BIFOCALE

Basimétatarsienne + Chevron



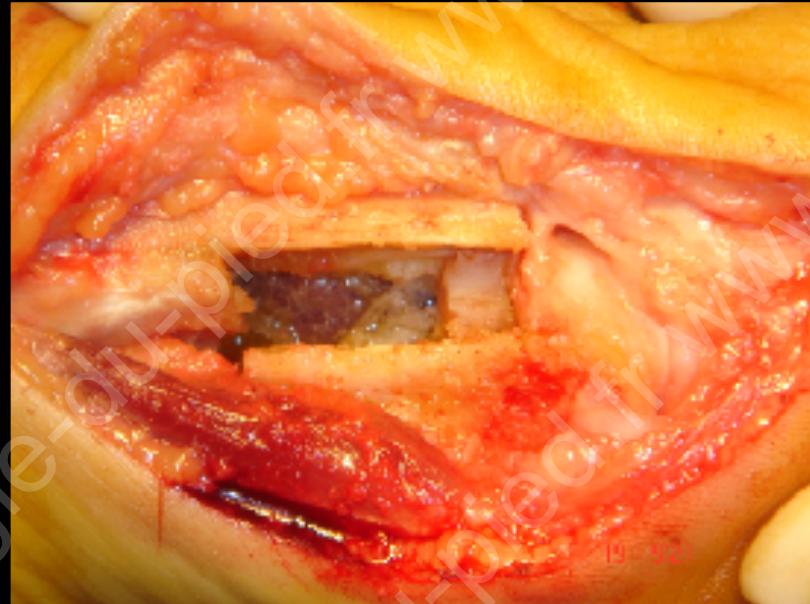
Reprise d'échec de BASIMETATARSIENNE par CHEVRON



Ostéotomie épiphysaire



Ostéotomie diaphysaire



Certains critères
sont faciles à décrire

Angle M1/P1

1^o métatarsien



Articulation métatarso-phalangienne

1^o phalange du gros
orteil (*hallux*)

2^o phalange



ANGLE MP1



Articulation MP1

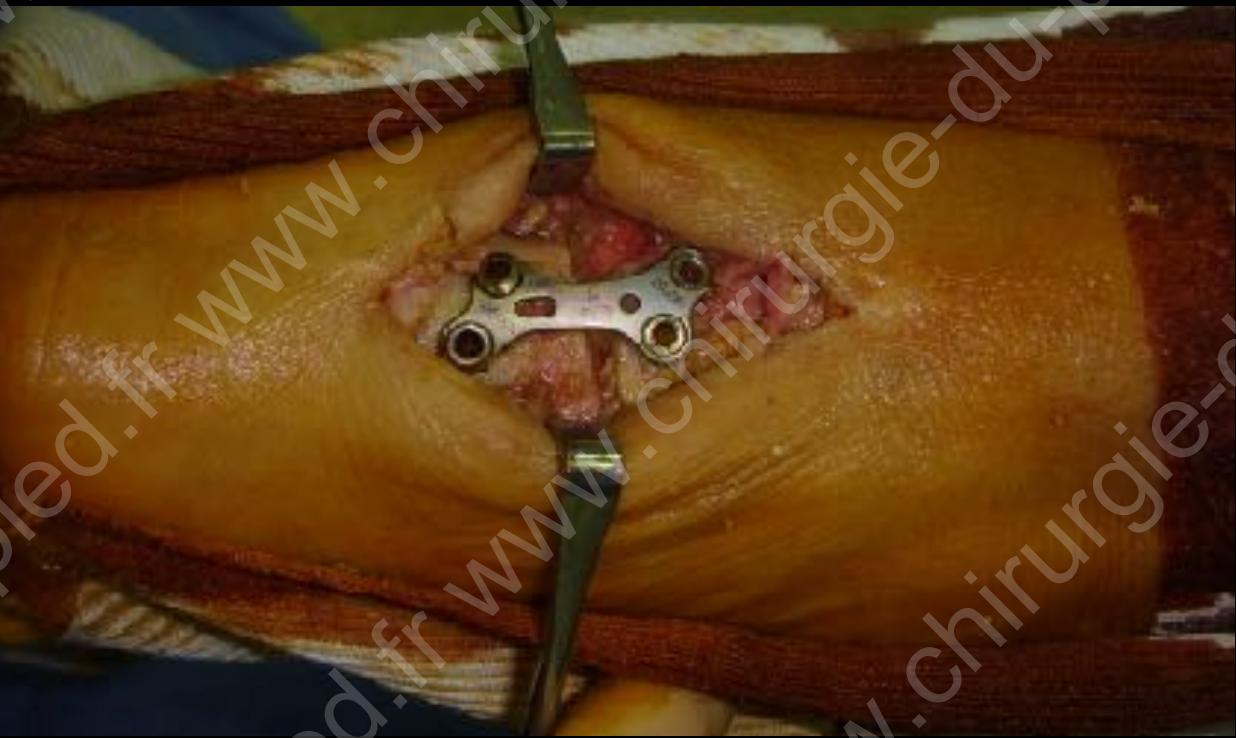




Articulation C1M1



Arthrodèse C1M1



Angle M4/5 : Taylor Bunion



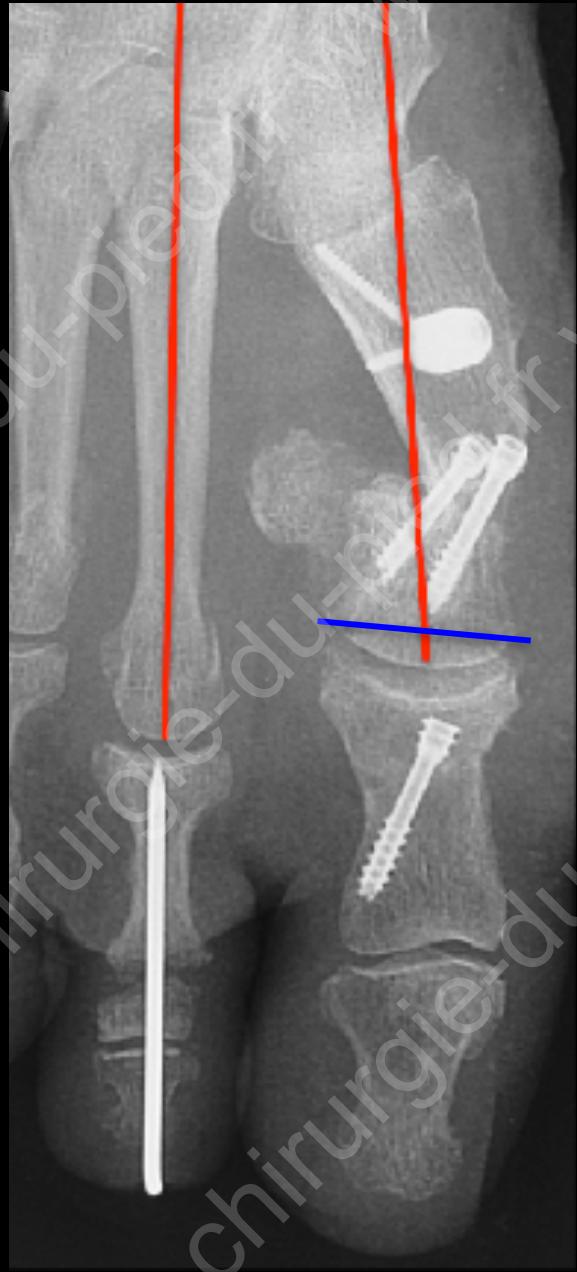


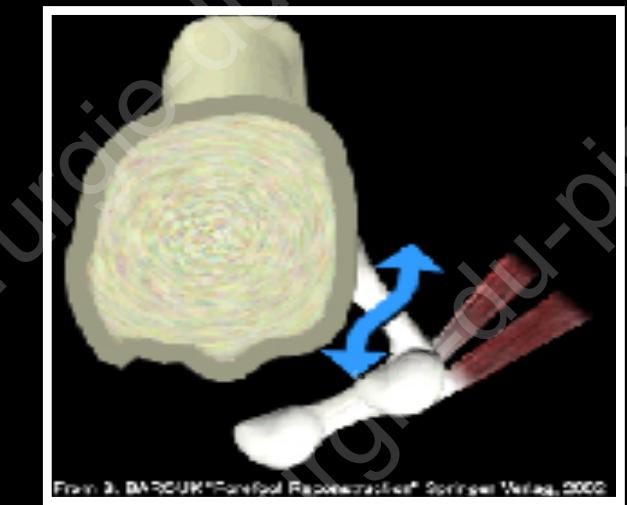
Des éléments importants

Moins
simples

- Distal metatarsal angle DMAA
- Position des sésamoïdes
- pronation du premier rayon
- elevatus du premier rayon

Correction du DMAA (distal metatarsal articular angle)



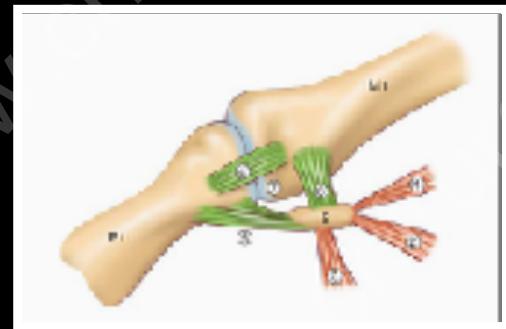
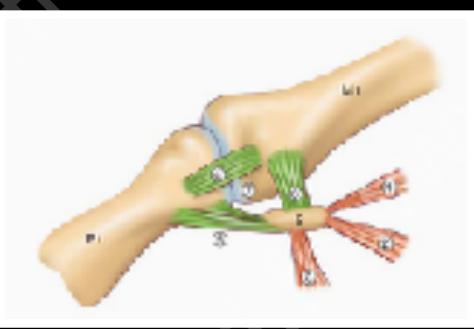
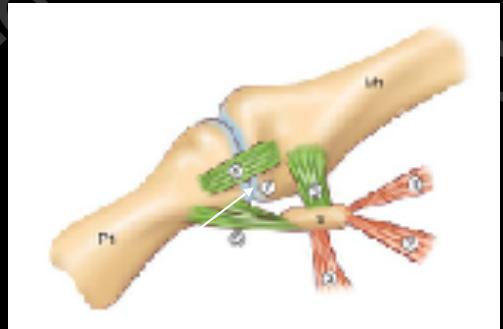


Pronation de M1 : sésamoïde vu de 3/4





Rétraction du complexe latéral et position des sésamoïdes





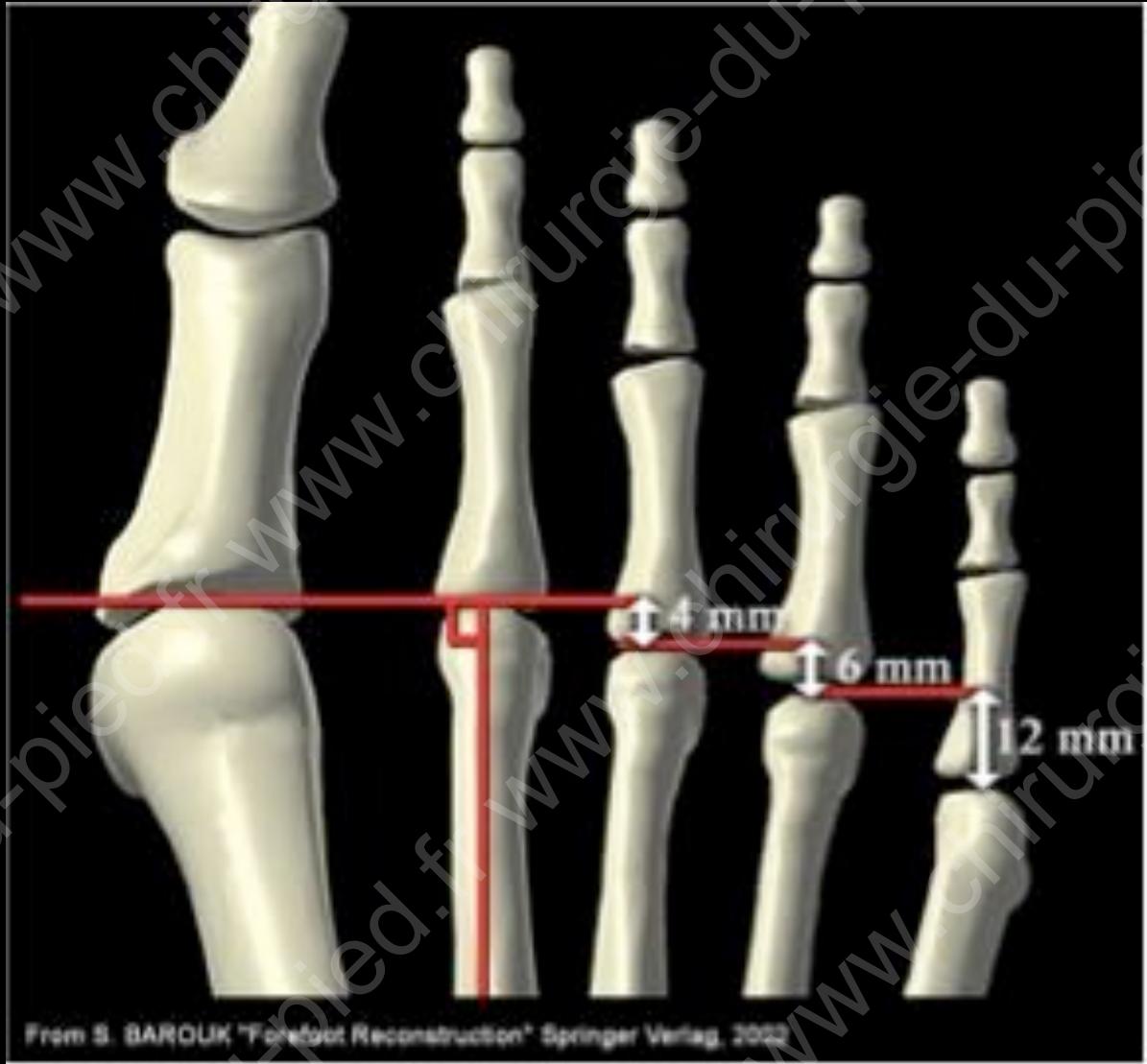


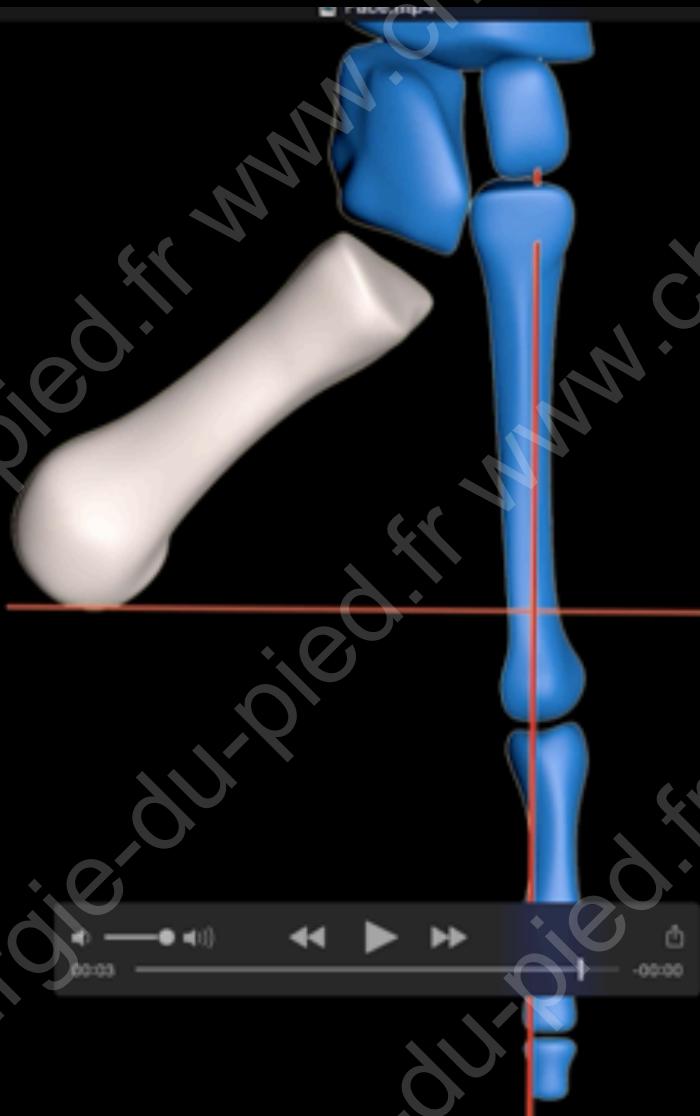
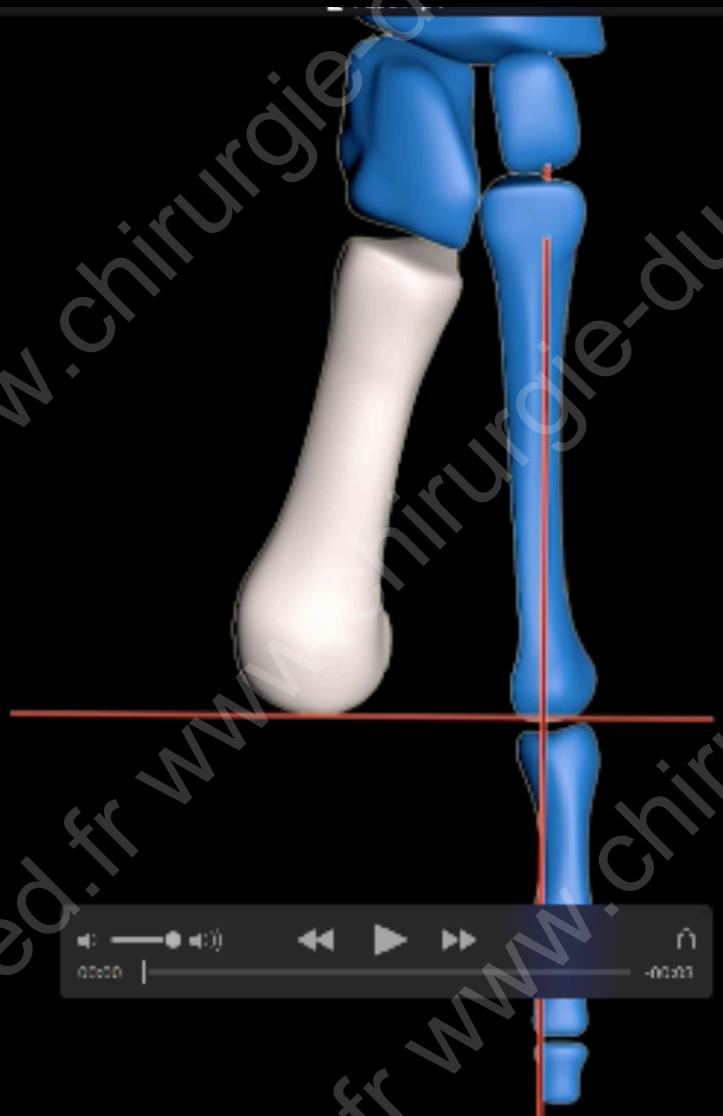
ABAISSEMENT

Calculs inutiles nuisibles faux...



Formule métatarsienne

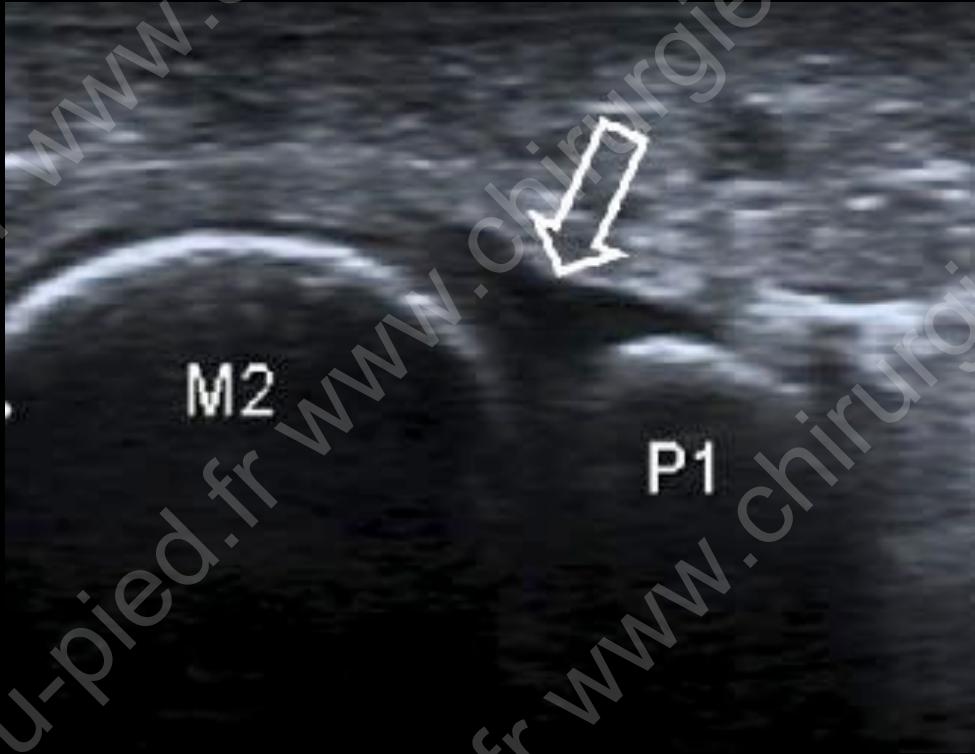




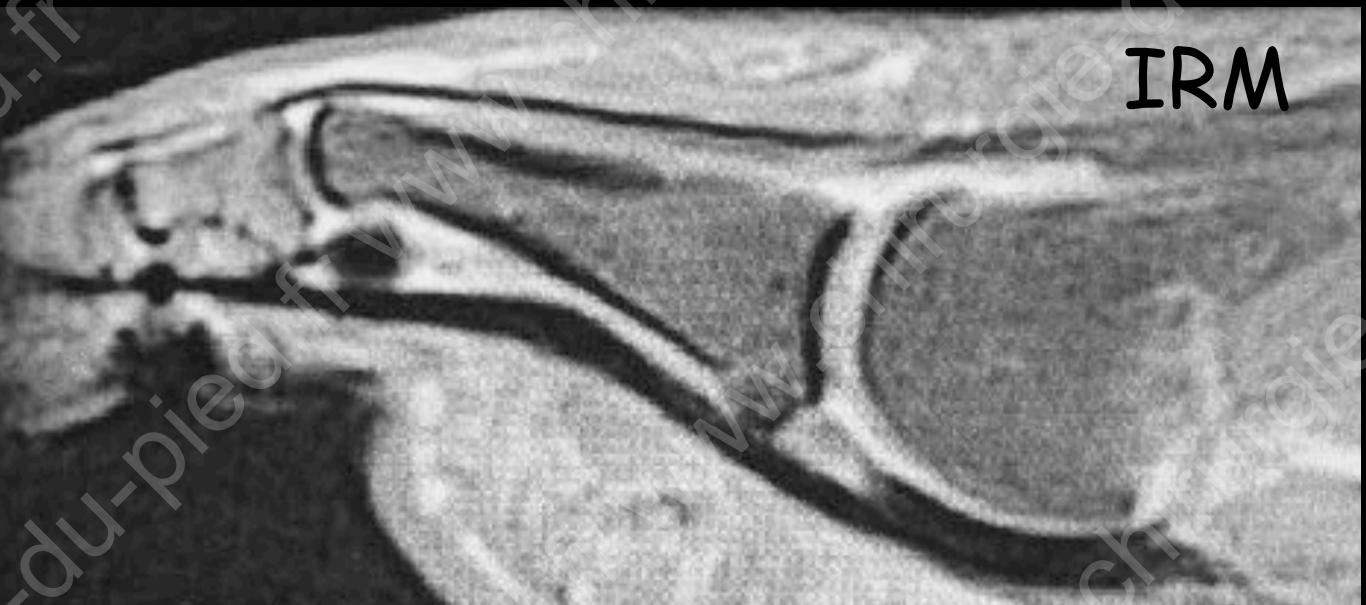
INSUFFISANCE F° PREMIER RAYON



ECHOGRAPHIE, lésion de la plaque plantaire

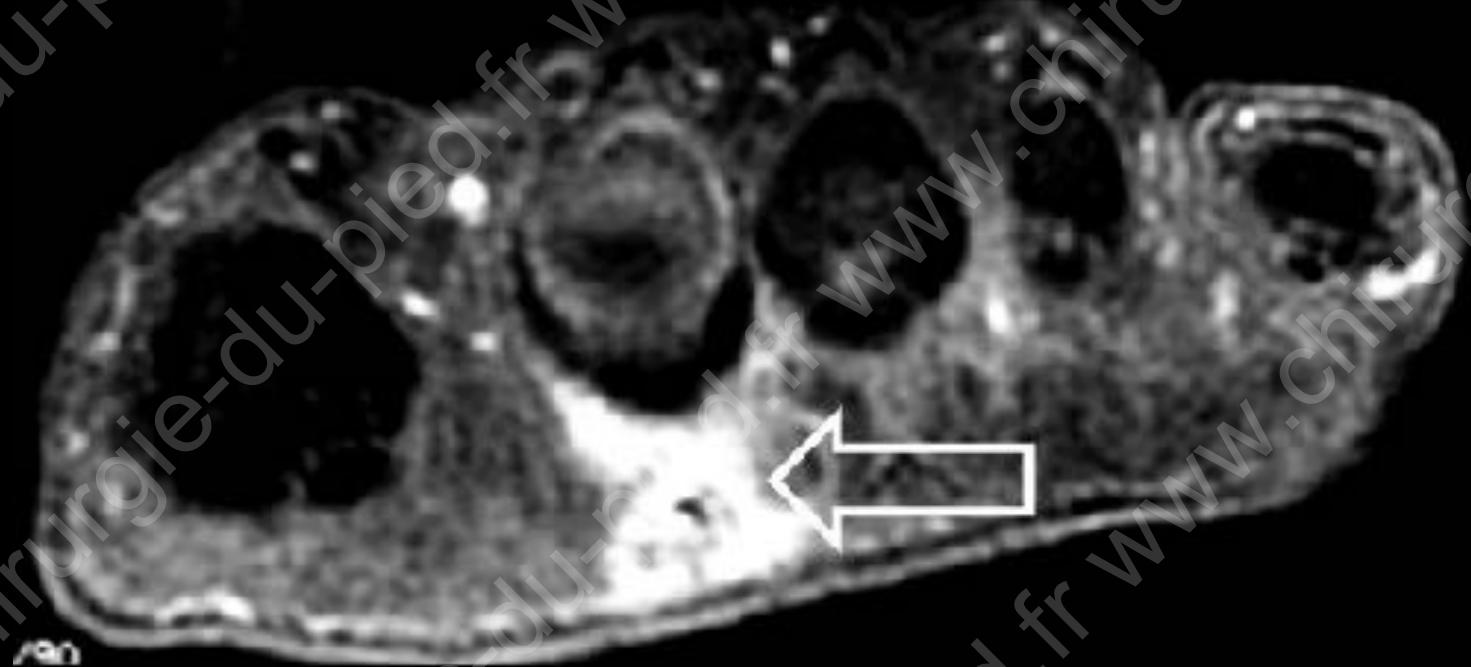


Luxation de la MP2

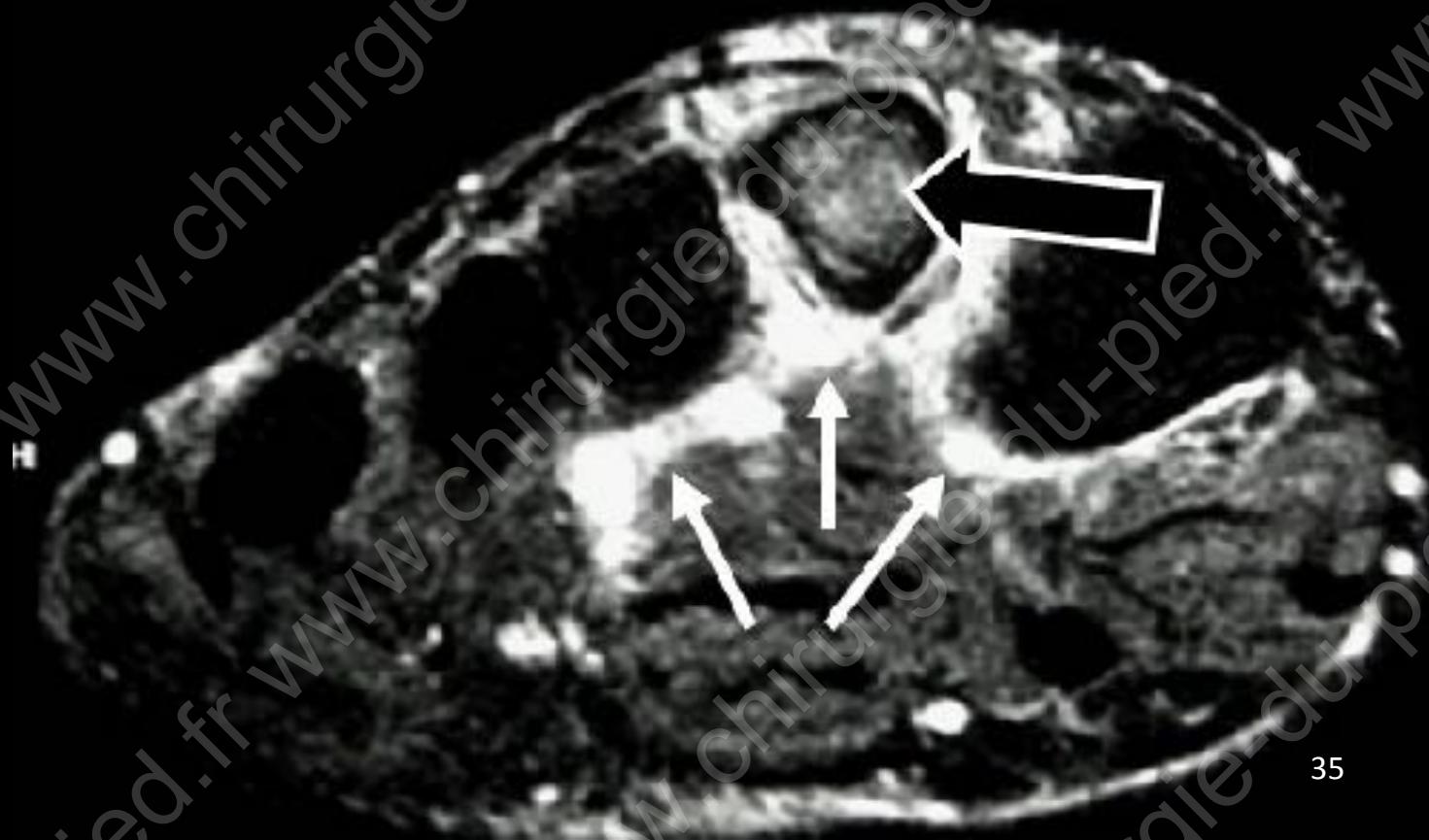


IRM

Bursite plantaire
d'hyperappui de M2



Bursite rompue



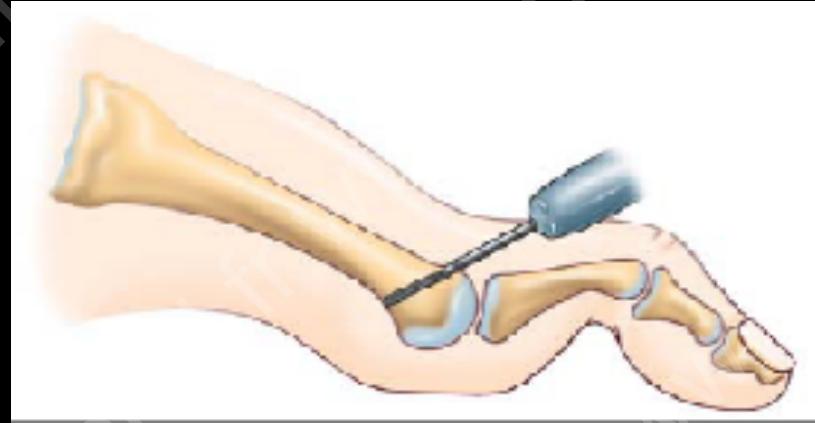




Weil, ciel ouvert



DMMO, percutané



Fluoroscopie, bloc opératoire



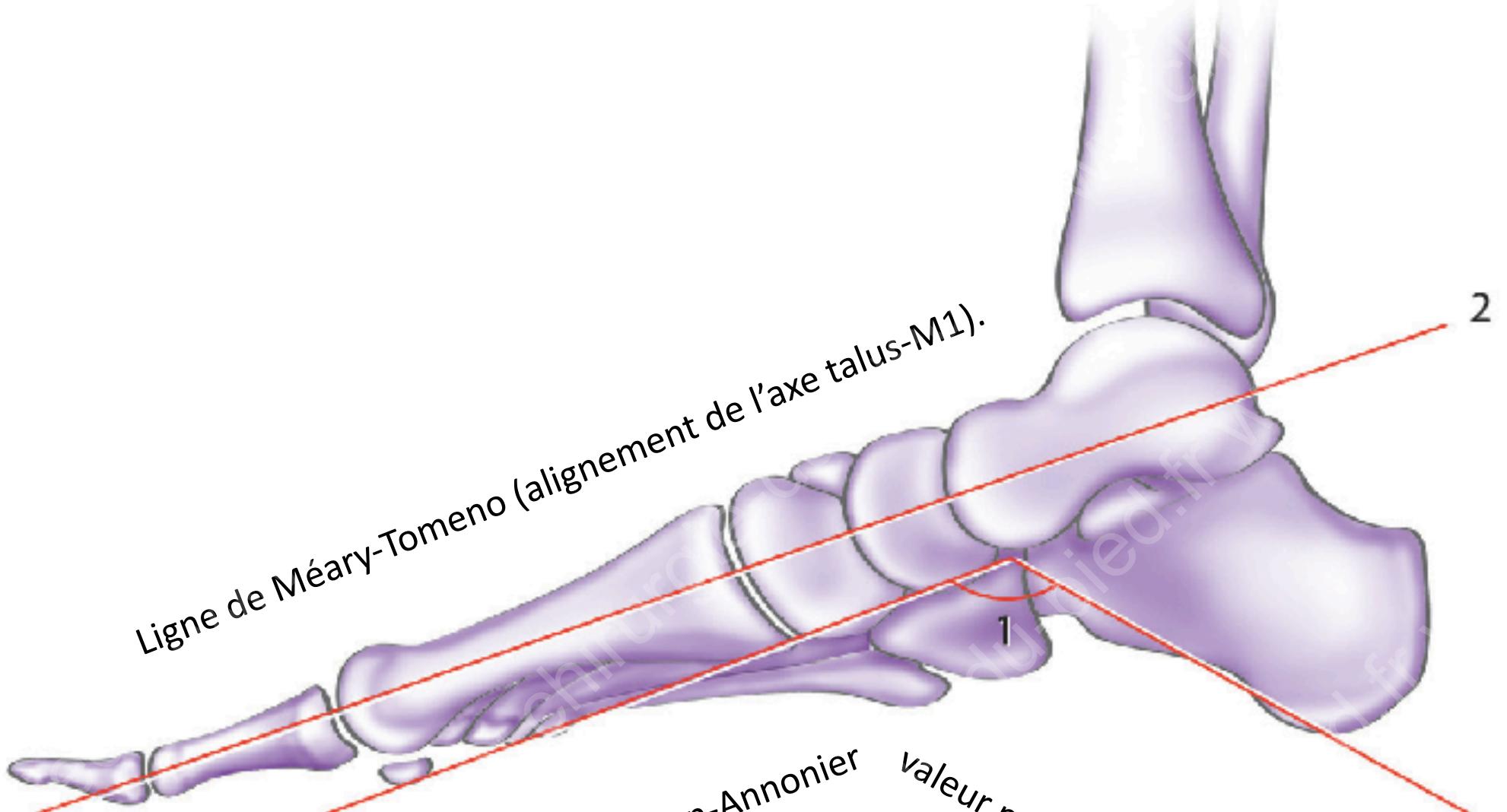
ARRIERE-PIED

PIED PLAT

PIED CREUX

PIED VARUS

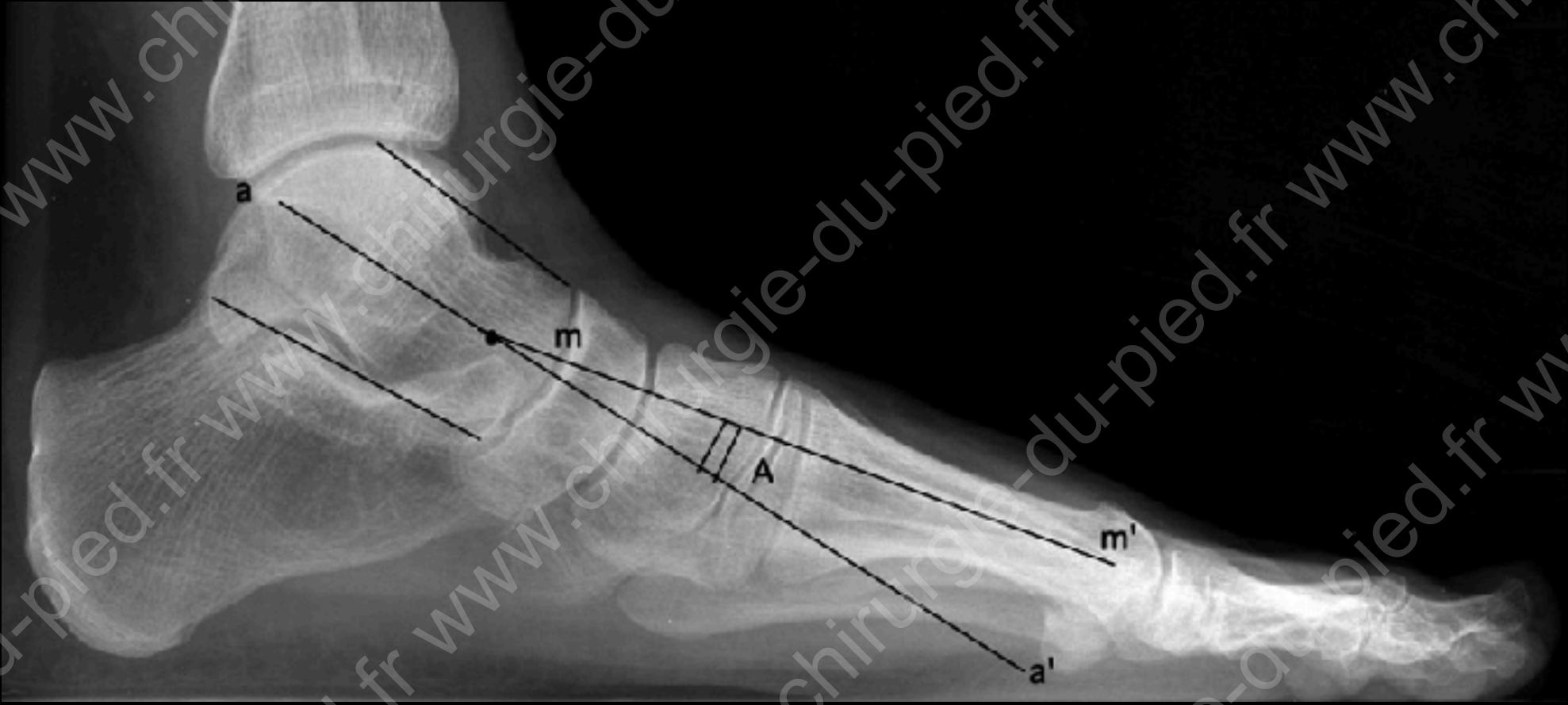
PIED VALGUS



Ligne de Méary-Tomeno (alignement de l'axe talus-M1).

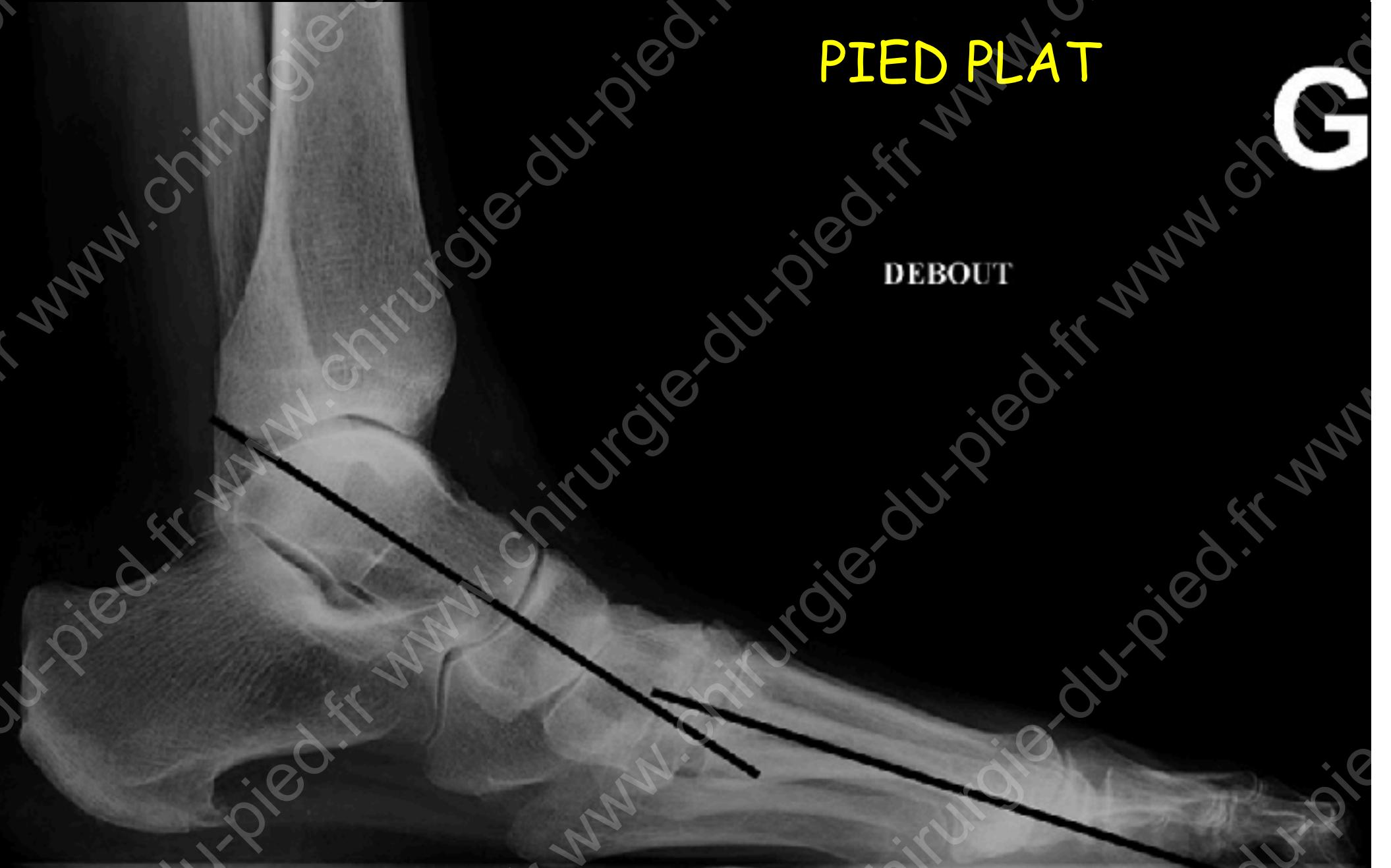
Angle de Djian-Annonier valeur normale : 120° à 130°

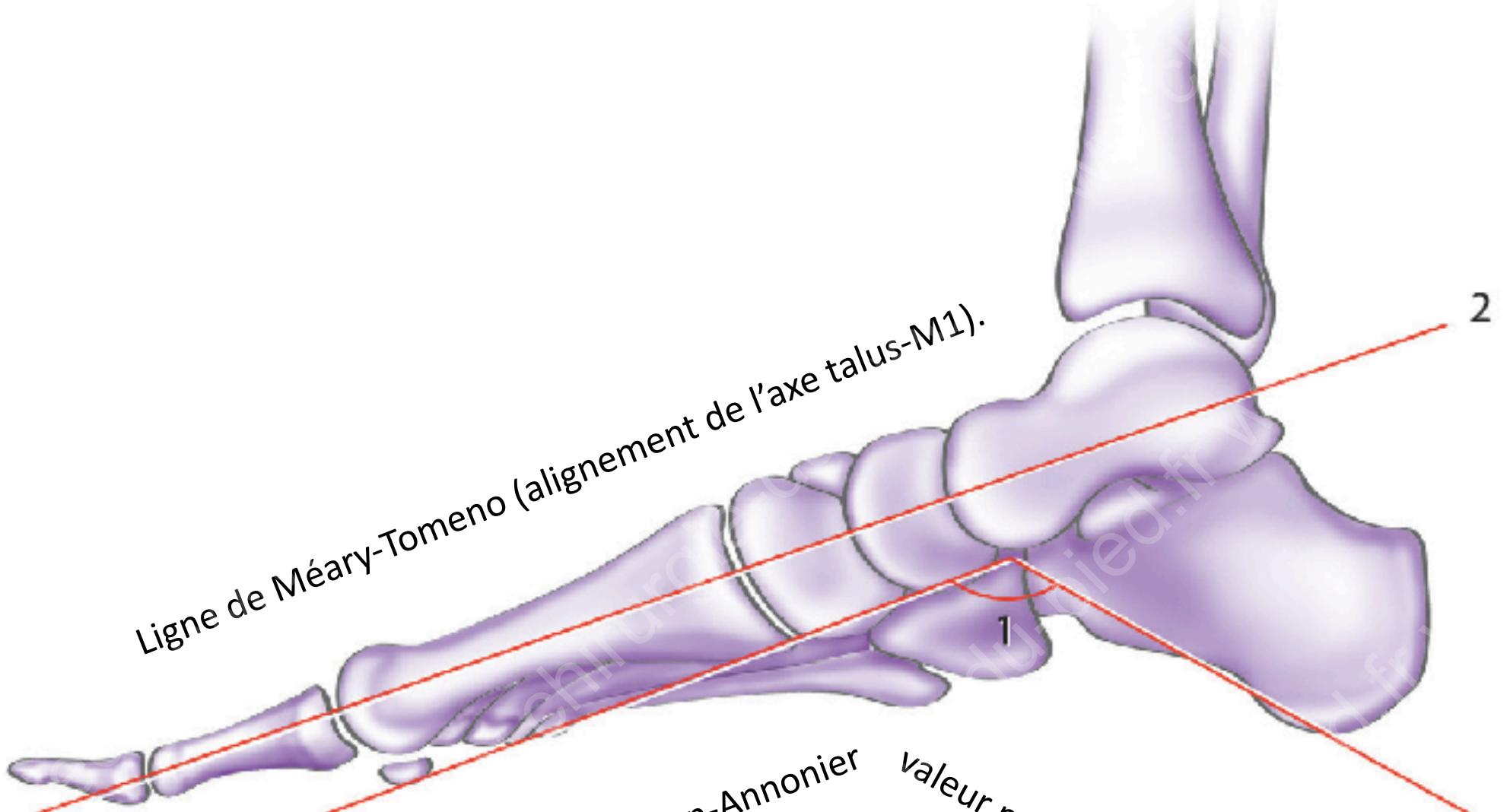
Appui et hors-appui



PIED PLAT

DEBOUT



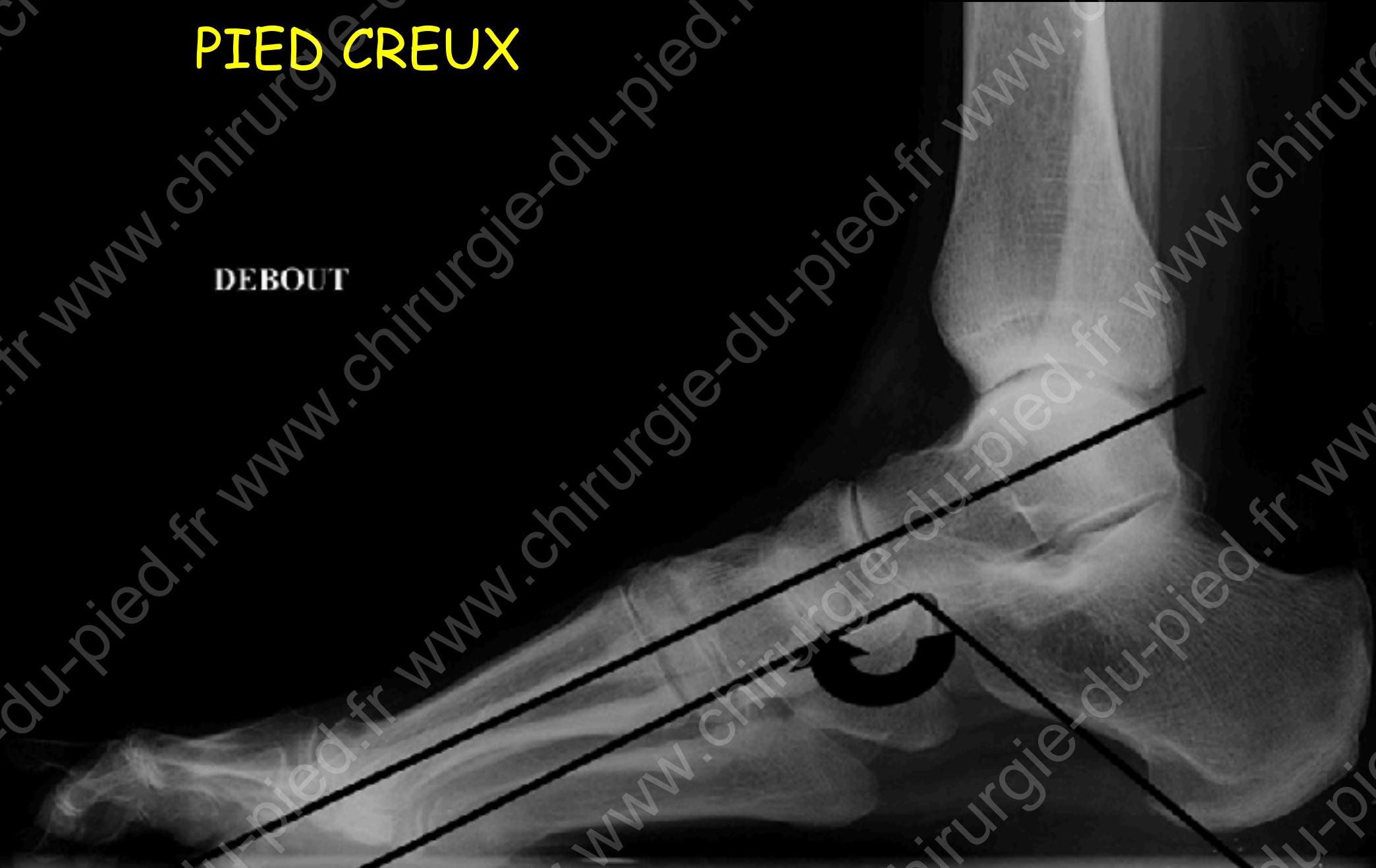


Ligne de Méary-Tomeno (alignement de l'axe talus-M1).

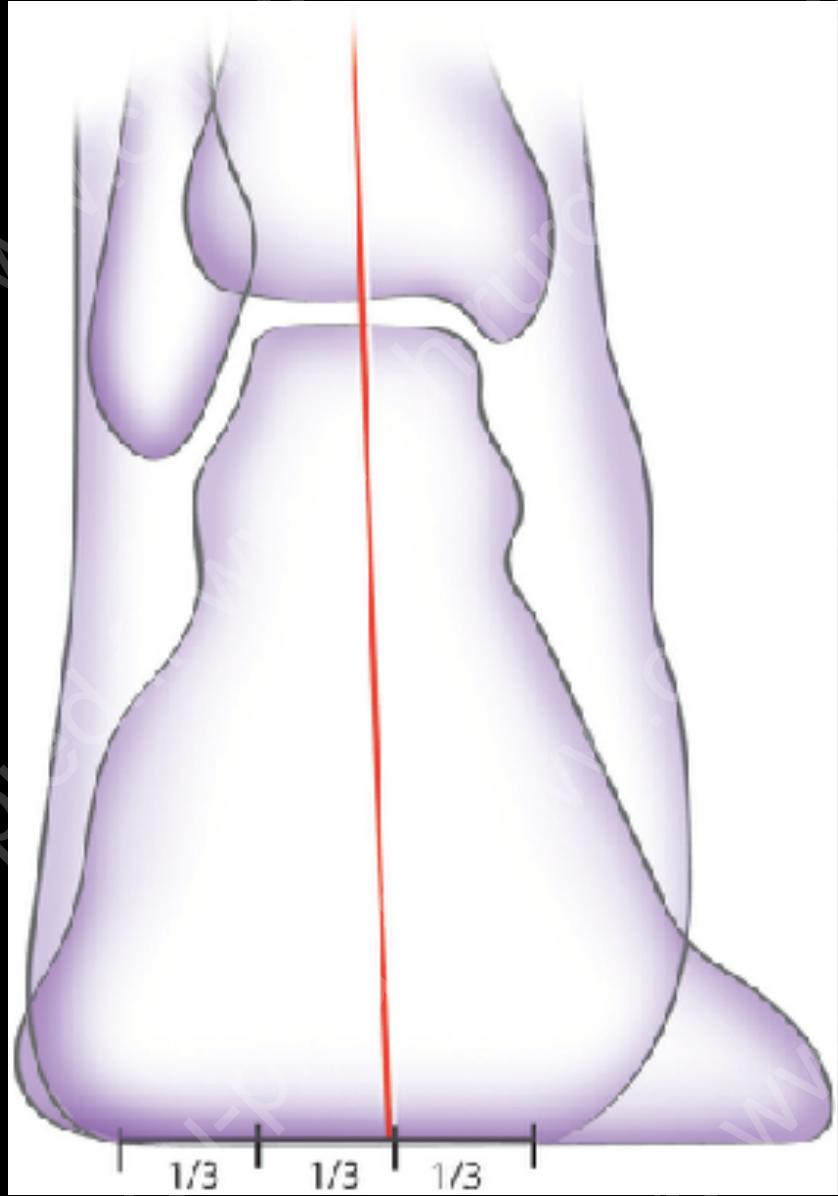
Angle de Djian-Annonier valeur normale : 120° à 130°

PIED CREUX

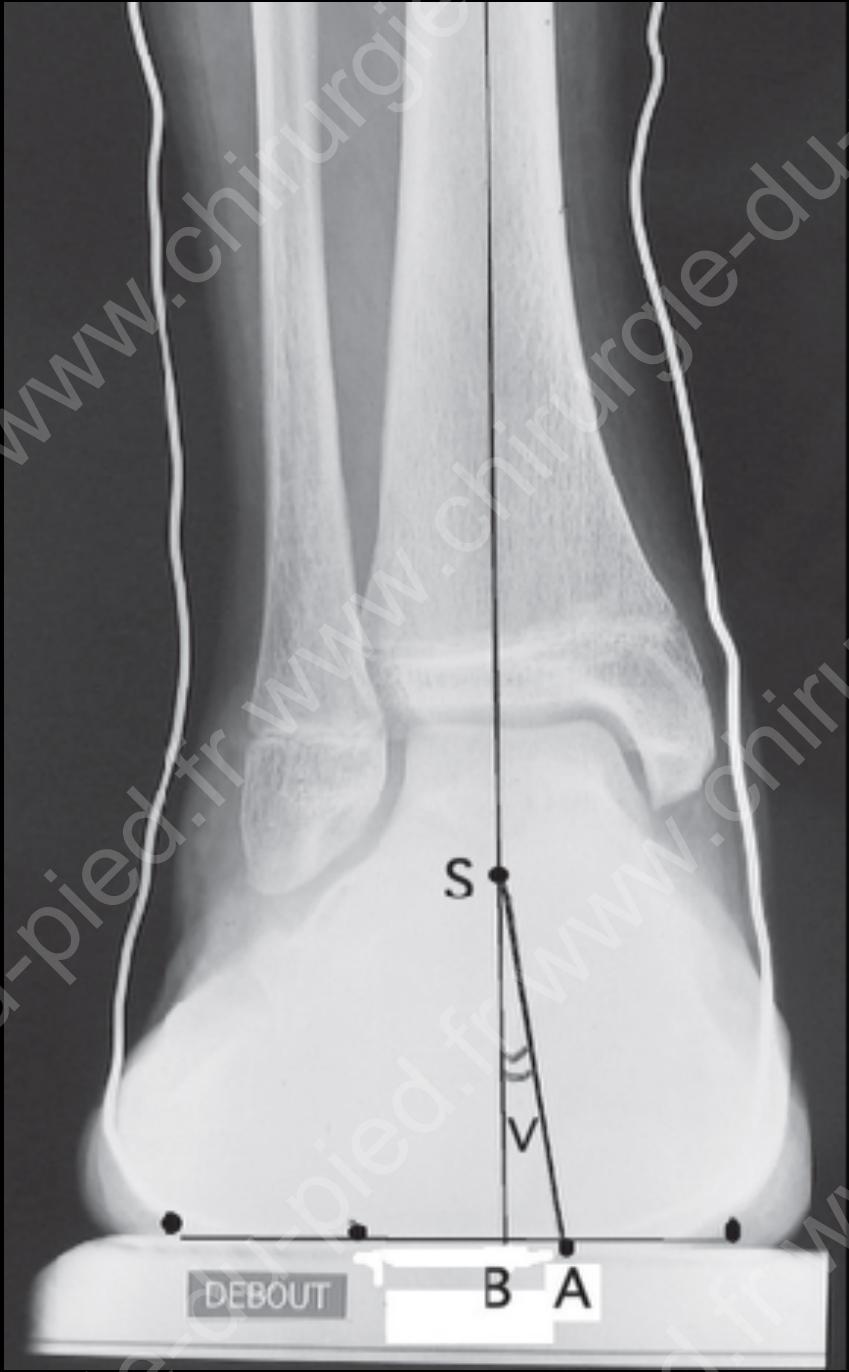
DEBOUT



AXE NORMAL, Pied cerclé de Méary



VALGUS ARRIERE PIED



PC

VARUS



PC
VALGUS



SEQUENCES IRM

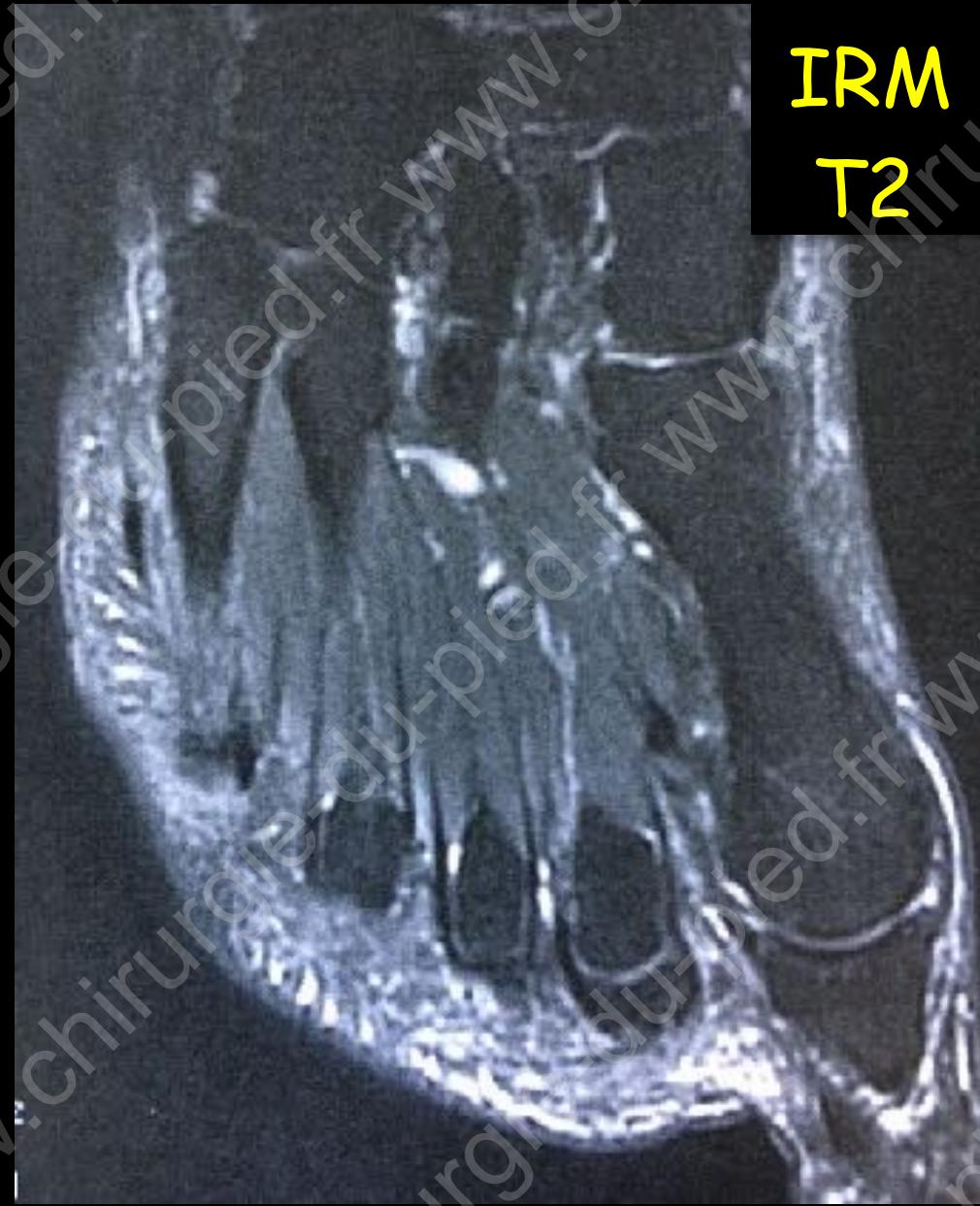
	T1	T2
GRAISSES	blanc	noir
LIQUIDES	noir	blanc

SEQUENCES IRM

	T1	T2
GRAISSES		
LIQUIDES		

SEQUENCES IRM

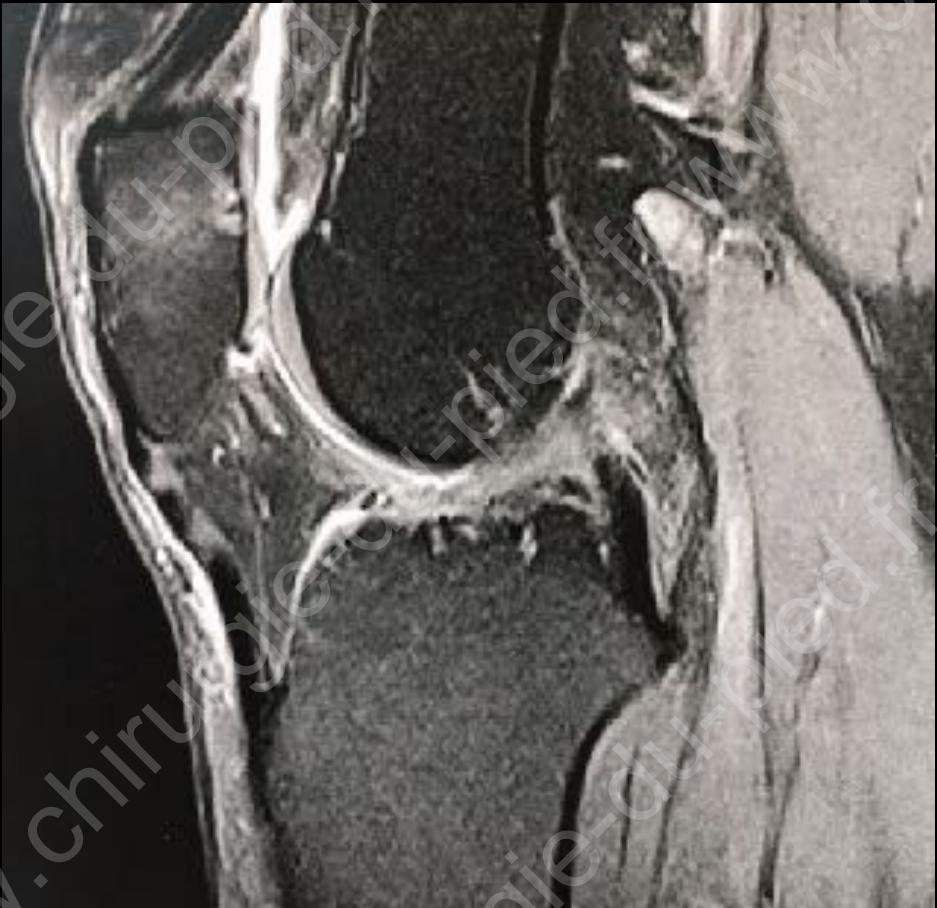
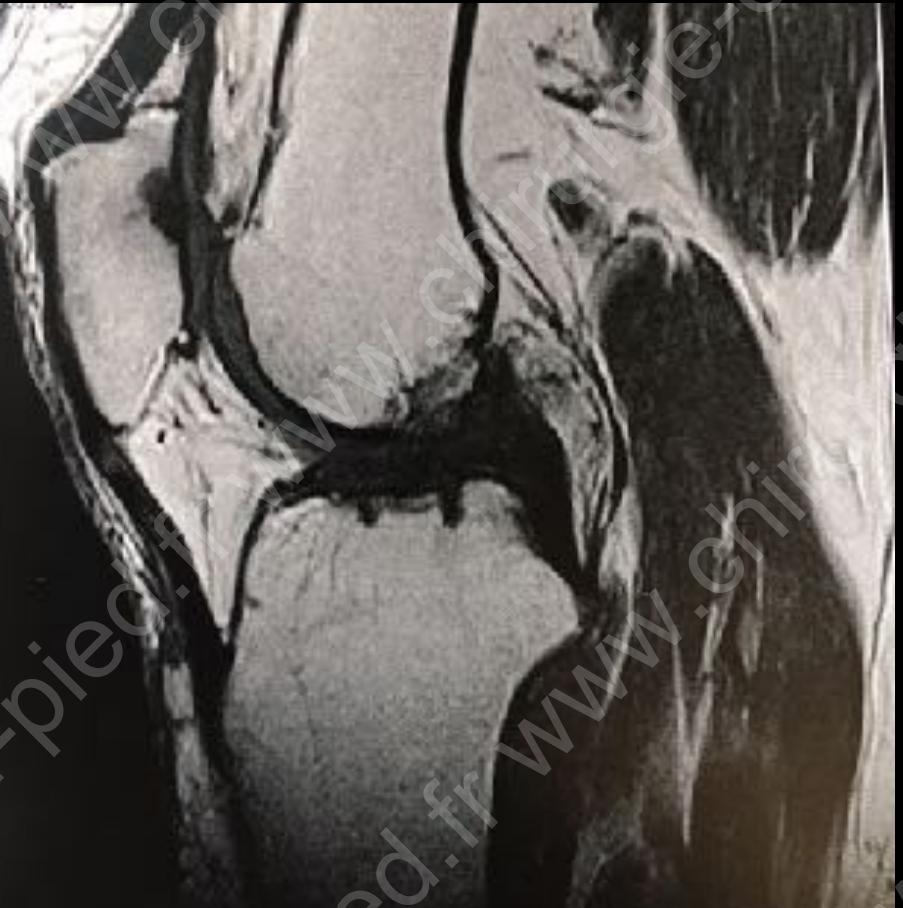
	T1	T2
GRAISSES		
LIQUIDES		



Peau os cartilage articulation tendon muscles



Os cortical os spongieux cartilage liquide articulaire

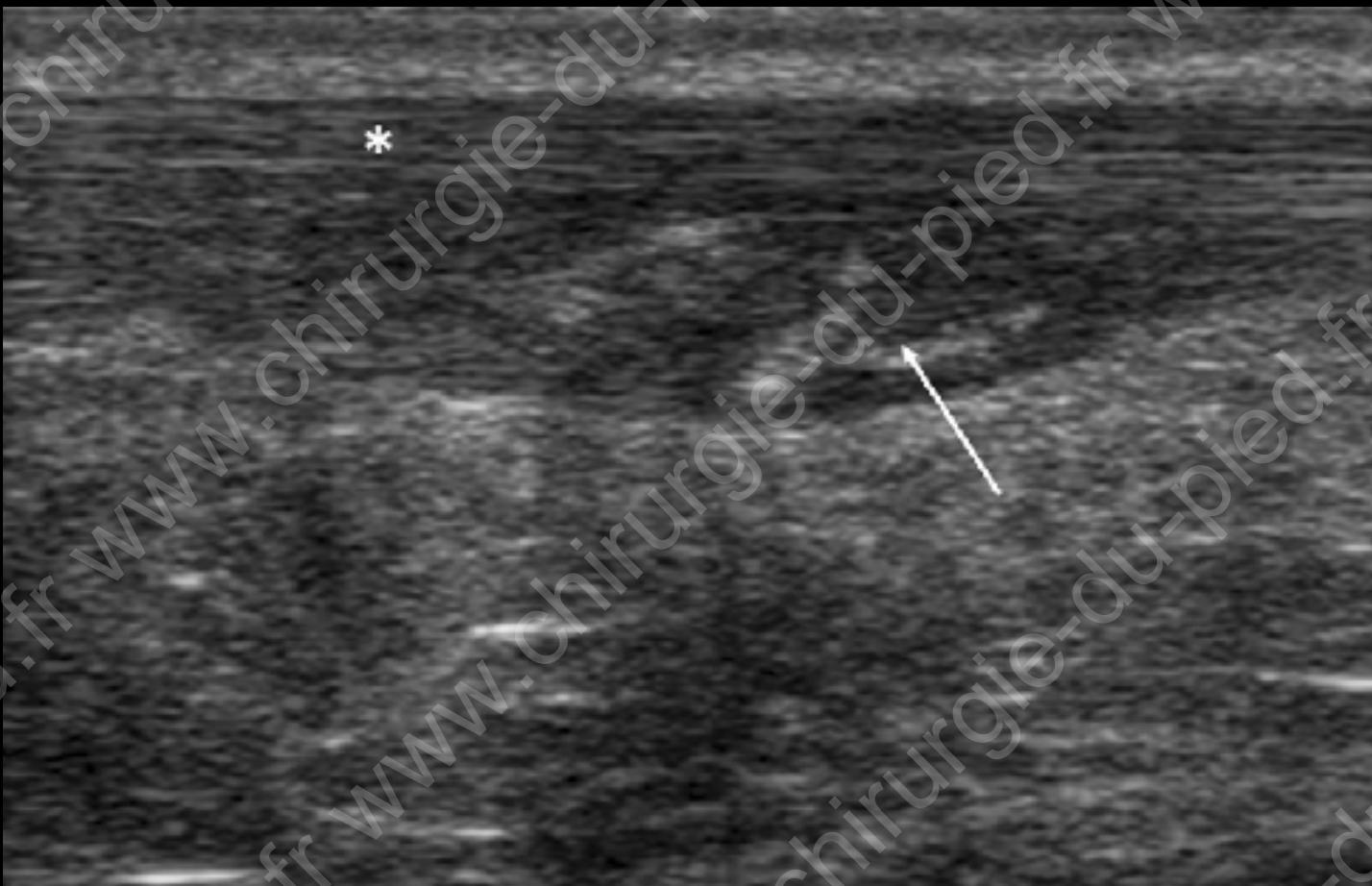








Echographie ; tendon calcaneen



Coupe sagittale échographique montrant
une tendinose du tendon calcanéen

IRM : rupture complète du tendon calcanéen





Scanner



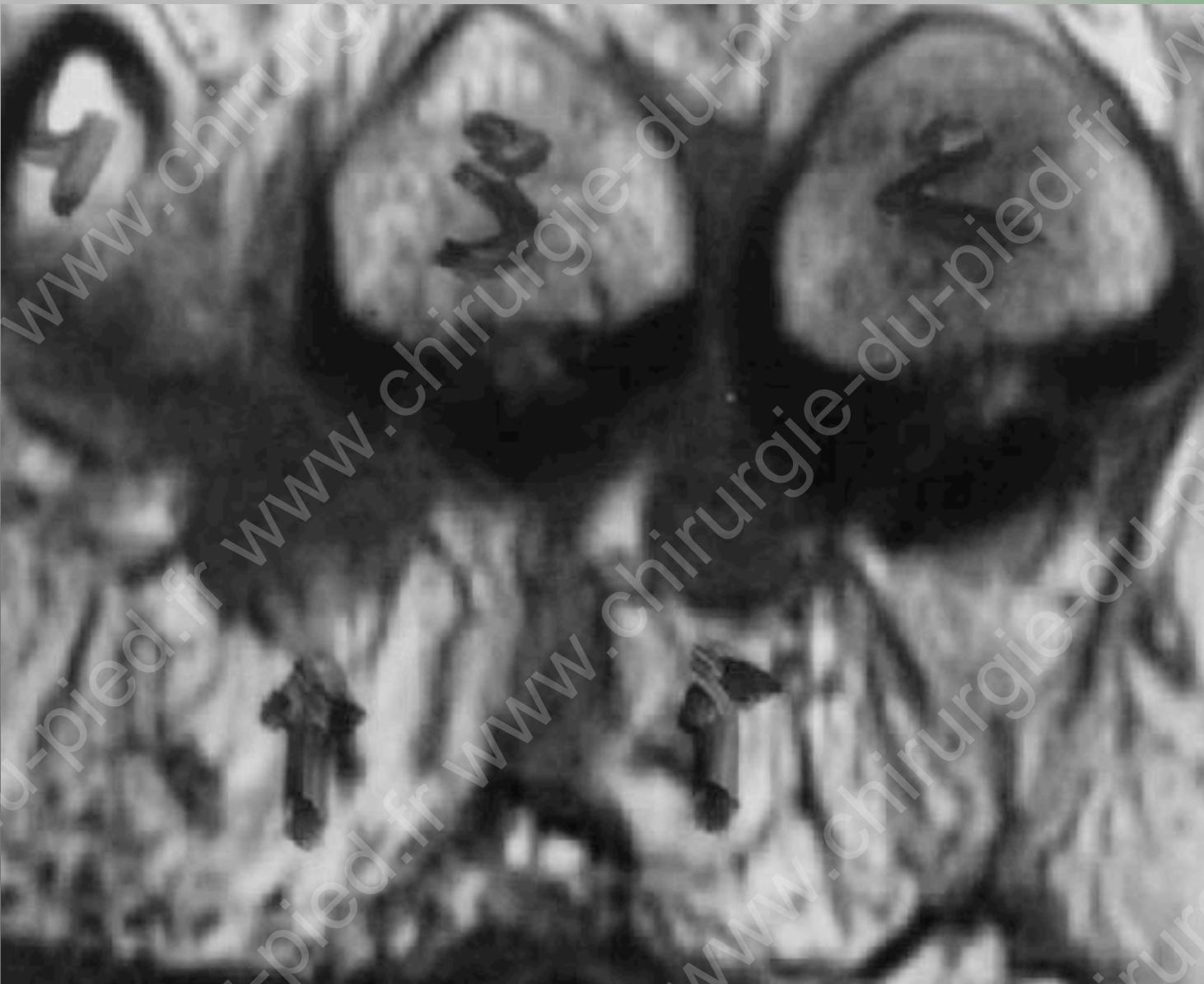
IRM



SCANNER 3D

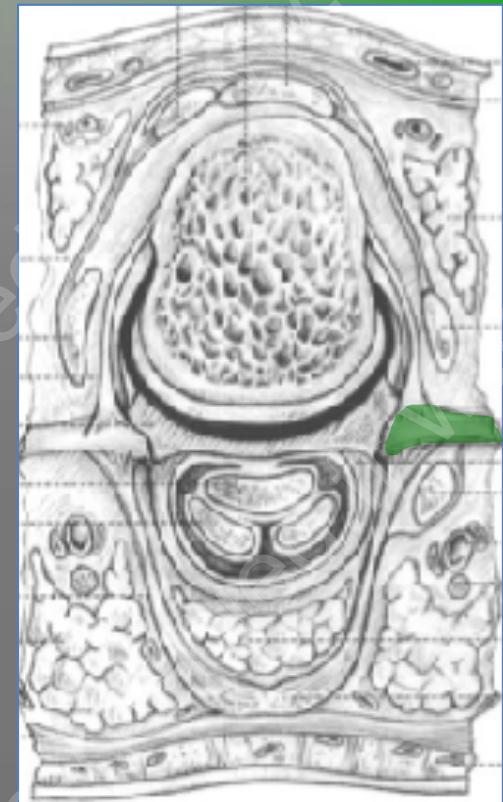
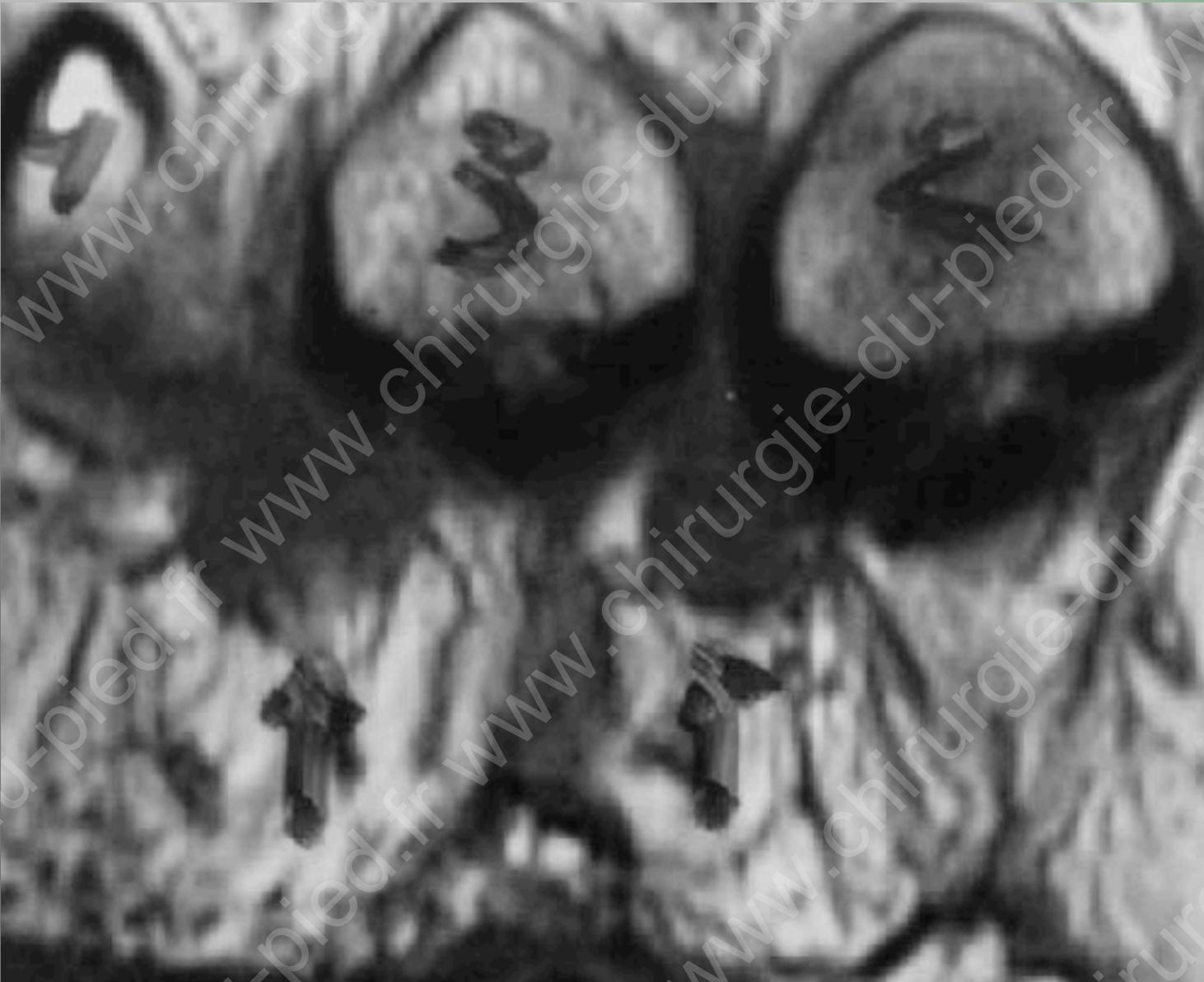


Anatomopathologie/IRM



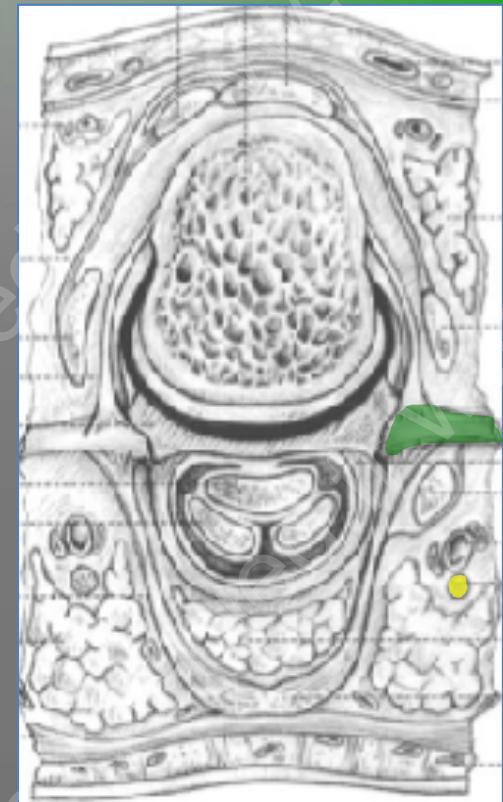
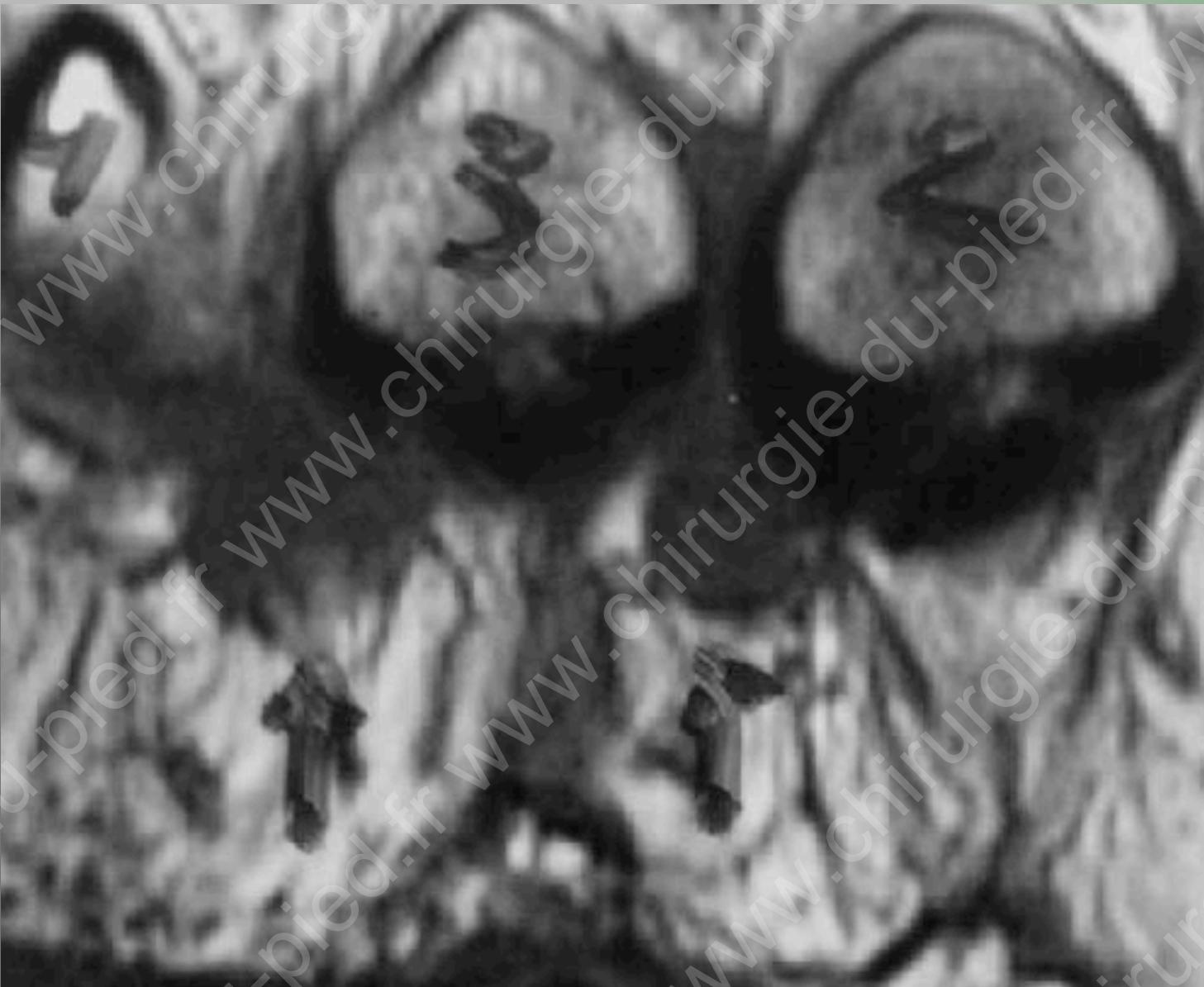


Anatomopathologie/IRM



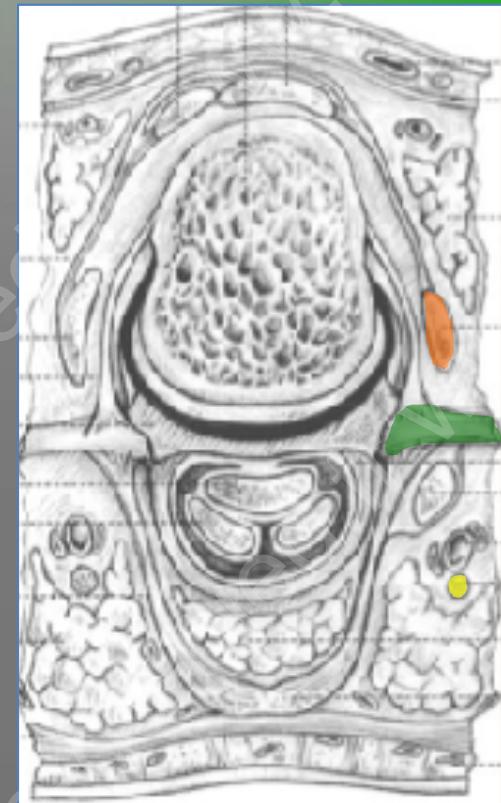
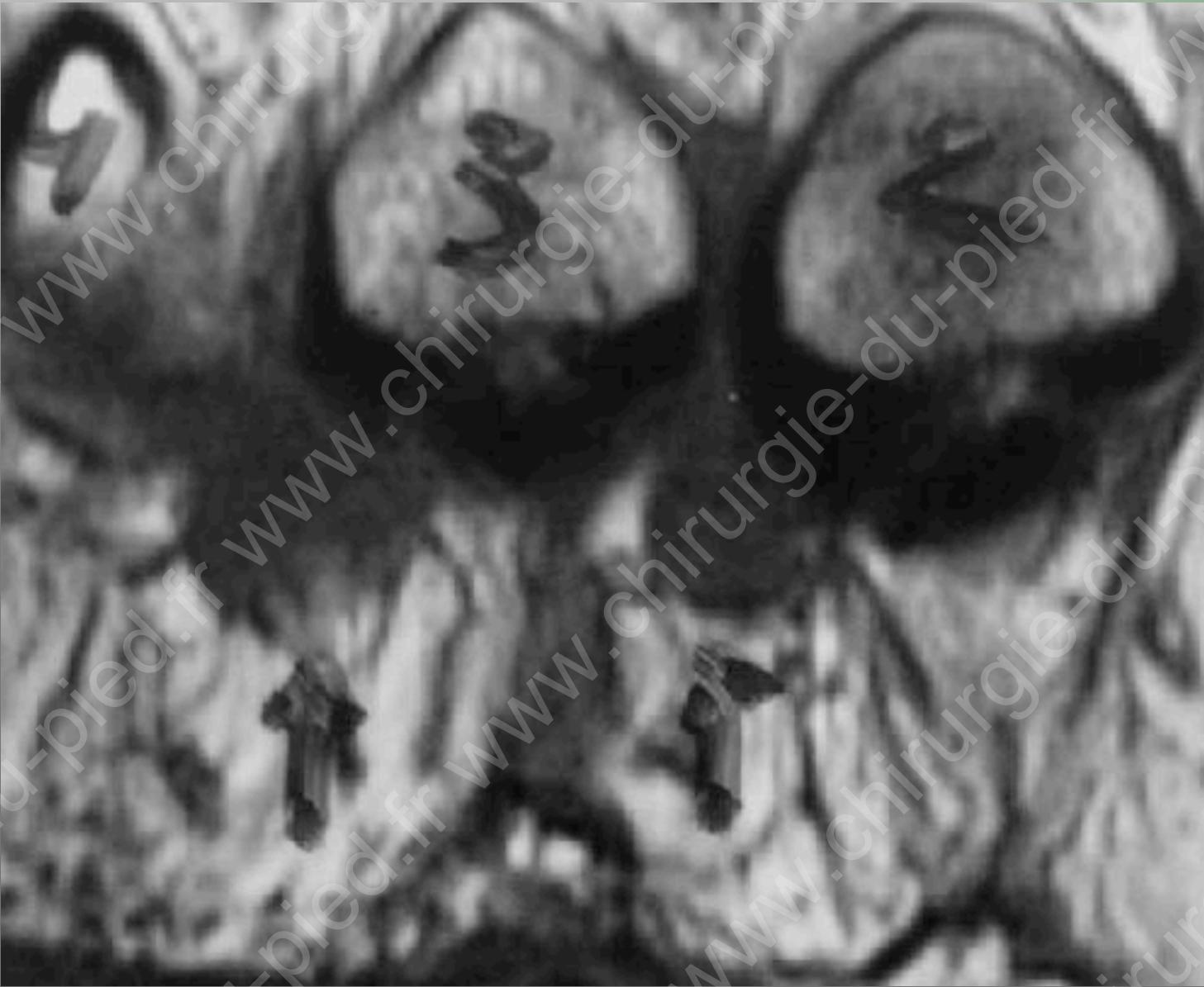


Anatomopathologie/IRM

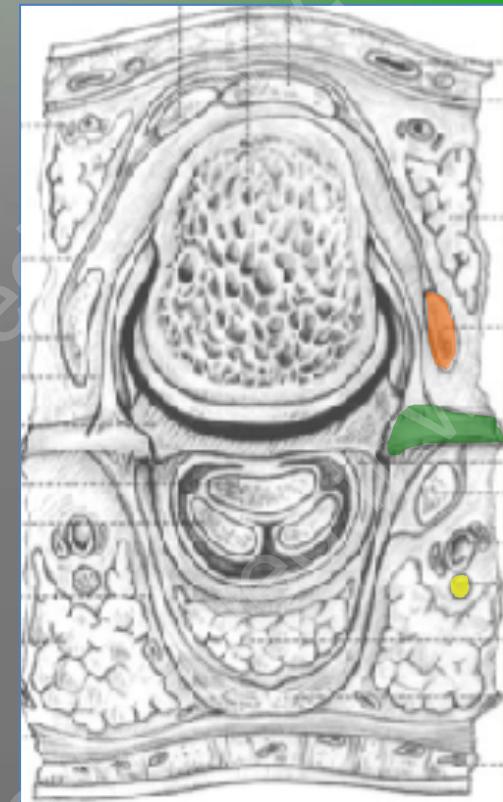




Anatomopathologie/IRM

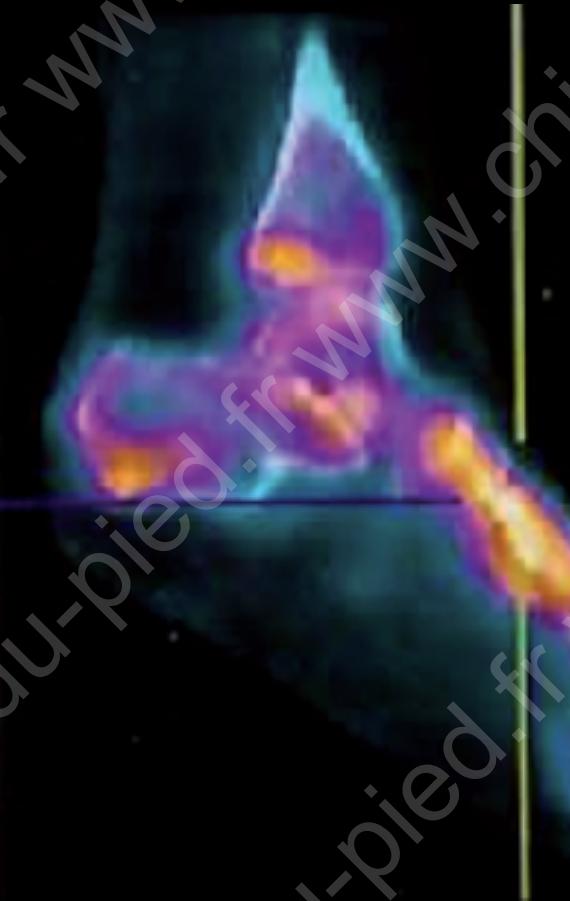


Anatomopathologie/IRM



Radio standard; Freiberg





Scintigraphie



Scanner



Scintigraphie + scanner

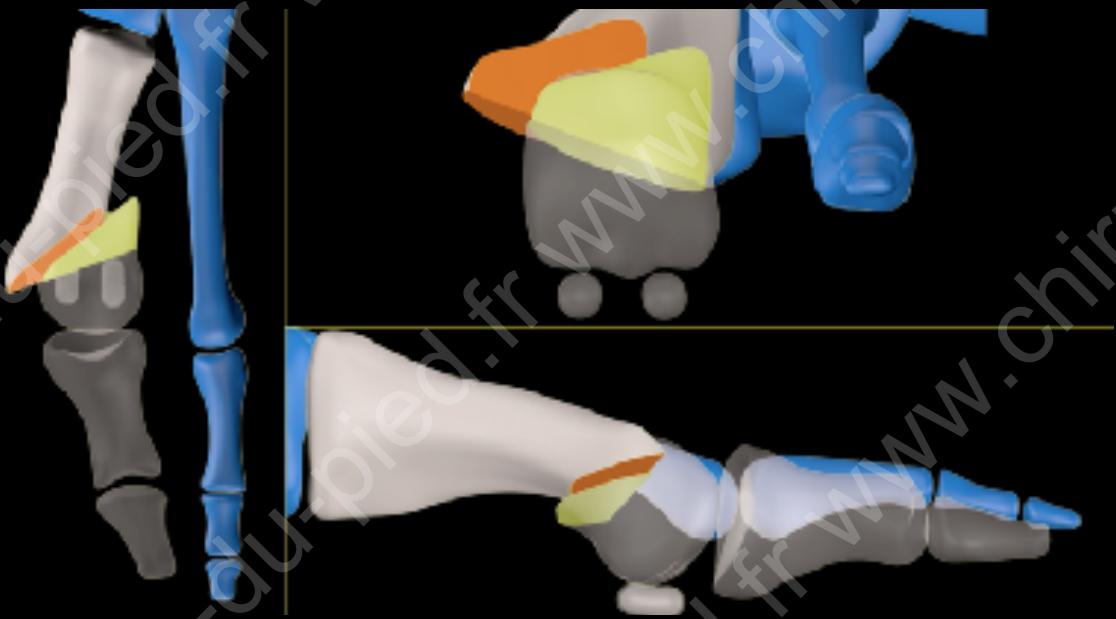
Infiltration articulaire radio-opaque



CONCLUSION

Evolution de la chirurgie vers
l'ostéotomie dans les 3 plans
de l'espace

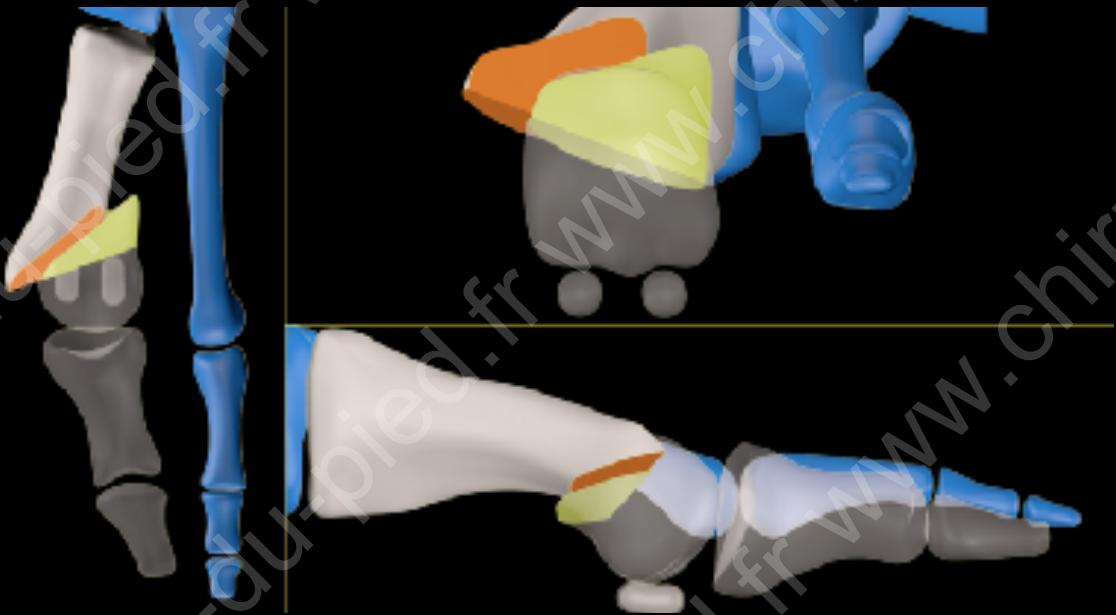
Réduction des abords



CONCLUSION

Evolution de la chirurgie vers
l'ostéotomie dans les 3 plans
de l'espace

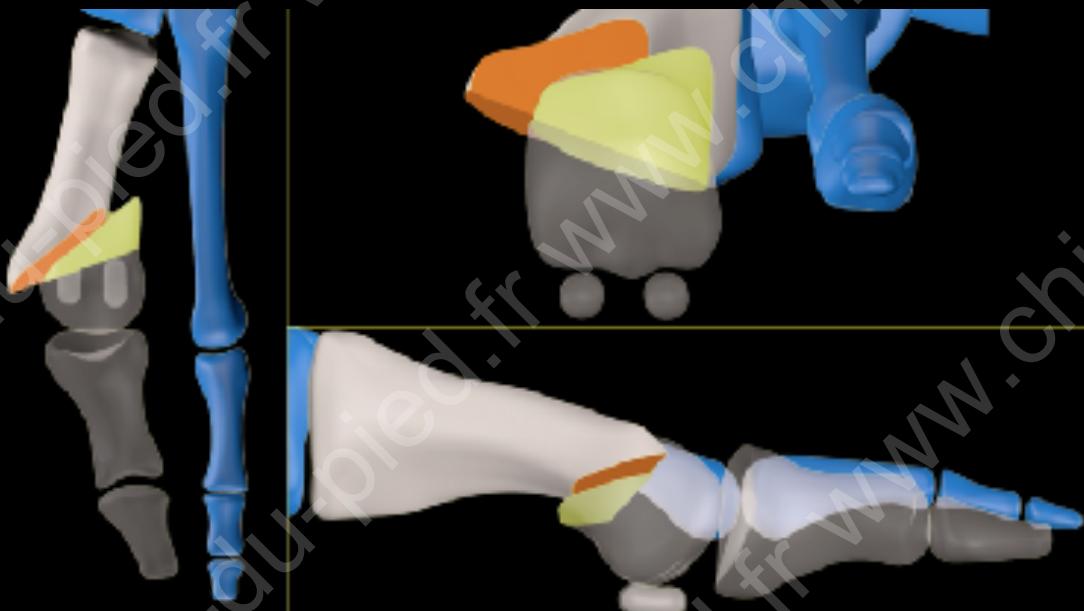
Réduction des abords



CONCLUSION

Evolution de la chirurgie vers
l'ostéotomie dans les 3 plans
de l'espace

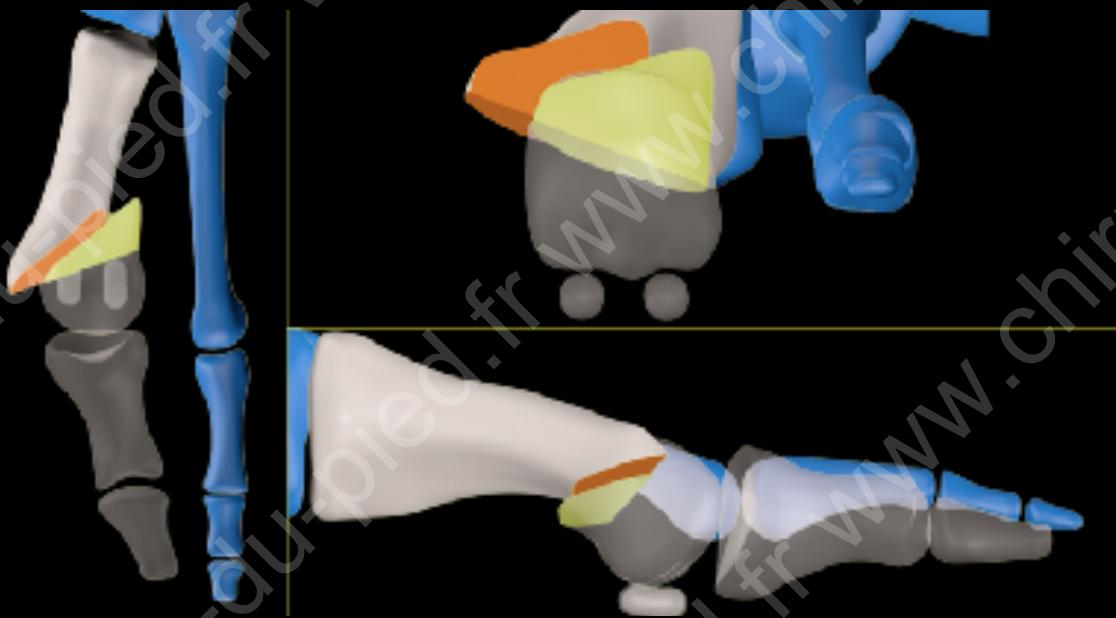
Réduction des abords



CONCLUSION

Evolution de la chirurgie vers
l'ostéotomie dans les 3 plans
de l'espace

Réduction des abords



<http://www.chirurgie-du-pied.fr>



LA CHIRURGIE DU PIED

Dr Cyrille Cazeau

Expertise

Parcours professionnel

Pathologies

Dossiers cliniques

Science

Liens

Rechercher

Contact

www.chirurgie-du-pied.fr

Chirurgie mini-invasive et percutanée du Pied

Sous la direction de Cyrille Cazeau

Depuis 25 ans la chirurgie de l'avant-pied s'est beaucoup transformée en France, sous l'influence des Dr L.S. Barouk et H. Uebeld. Les gestes osseux, qui étaient essentiellement radicaux, sont devenus extra articulaires. Que les ostéotomies du premier métatarsien soient diaphysaires, métaphysaires, distales ou proximales, les techniques ont en commun de s'intéresser à l'os lui-même, et vont permettre de corriger les déformations dans les trois plans de l'espace. Une stratégie pré-opératoire peut enfin s'établir sur les bases de données biométriques précises.

La chirurgie mini-invasive et percutanée consiste à réaliser des gestes sur les parois molles et des ostéotomies, mais cette fois-ci par une mouschette cutanée, avec l'aide de mini-instruments et des fixations miniatures. Si elle représente parfois une simple évolution de la chirurgie classique, d'autres aspects spécifiques indiquent une profonde différence de concept.

Sa mise en pratique est difficile par l'absence de contrôle visuel autre que la fluoroscopie, et par une culture du geste très différente de la chirurgie conventionnelle. Elle nécessite un apprenantage particulier et l'acquisition d'un matériel spécialisé. Un paragraphe intitulé "percevoir sans voir" a été placé dans plusieurs chapitres pour guider le geste.

Cette discipline est toujours en pleine évolution, et l'édition 2015 vient compléter celle de 2009 par de nouvelles techniques. Cependant cet ouvrage persiste à ne prétendre qu'les techniques considérées comme fiables et reproducibles, qui constituent le quotidien de notre pratique.

Le mode d'emploi pourra se faire de façon progressive et "à la carte". Le futur utilisateur pourra en effet les intégrer, isolément ou pas, dans son répertoire chirurgical.



www.ctvmed-medicaux.com



Cyrille Cazeau

Chirurgie mini-invasive et percutanée du Pied



Chirurgie mini-invasive et Percutanée du Pied

2^e édition

Sous la direction de
Cyrille Cazeau

Préface :
Samuel Barouk

