



## Informations concernant LES PROTHESES PARTIELLES FÉMORO-PATELLAIRES DU GENOU

(Prendre sa décision, guide pratique)



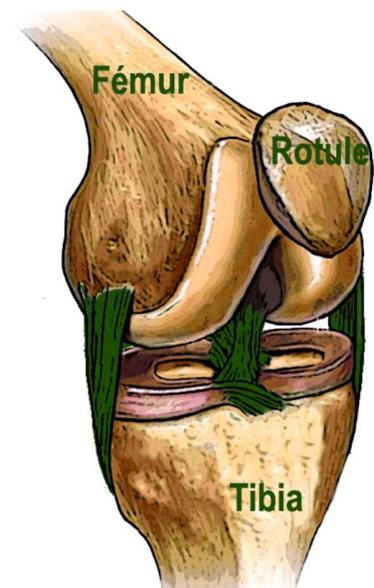
Vous souffrez du genou et le chirurgien consulté vous a proposé une prothèse partielle (= unicompartmentale) de ce genou. Afin de prendre la décision de vous faire opérer en toute connaissance, vous devez être informé(e) des enjeux, des risques encourus et des suites normalement prévisibles de l'intervention.

### Pourquoi une prothèse partielle de genou est-elle nécessaire ?

#### Qu'est-ce que le genou ?

Le genou désigne l'articulation située entre le fémur (os de la cuisse) et le tibia (os de la jambe), il fonctionne à peu près comme une charnière, avec des mouvements qui permettent de fléchir et d'étendre la jambe, mais également de la tourner en rotation interne ou externe lorsque le genou est en flexion. Cette articulation est indispensable à la marche, la pratique des escaliers, l'accroupissement et toutes les activités sportives.

Le genou est composé de trois os, le fémur, le tibia, la rotule (ou patella). Il est stabilisé quelle que soit sa position, par plusieurs ligaments situés de chaque côté, mais aussi au centre de l'articulation (classiques ligaments croisés). L'extrémité inférieure du fémur est composée de deux zones (une interne et une latérale





(vers l'extérieur du genou)) qui s'articulent avec les deux zones correspondantes du tibia (articulation fémoro-tibiale interne et fémoro-tibiale latérale). Les ménisques s'interposent entre le fémur et le tibia et servent d'amortisseur. La rotule (patella) est située devant l'extrémité inférieure du fémur, et coulisse dans une gorge creusée sur la face antérieure du fémur (trochlée) : c'est la troisième articulation (fémoro-patellaire). Le cartilage de l'une ou de plusieurs de ces trois articulations peut être altéré.

La rotule est solidaire du muscle quadriceps et est reliée au tibia par un tendon (ligament patellaire) ; elle transmet et augmente la force musculaire du quadriceps lors de l'extension du genou (effet de poulie). Les pressions qui s'exercent sur la rotule sont très importantes allant de 5 à 20 fois le poids du corps selon les activités. Les muscles situés en arrière de la cuisse assurent la flexion du genou

### Dans quelles maladies met-on en place une prothèse fémoro-patellaire du genou ?

L'atteinte de votre genou peut avoir différentes origines :

- **L'arthrose est la cause la plus fréquente.**

Dans ce cas, elle touche seulement la rotule et la face antérieure du fémur. Il s'agit d'une détérioration (usure) du cartilage, dont la vitesse d'évolution est très variable, et pour laquelle on retrouve des facteurs favorisant sa survenue :

- Anomalies morphologiques du fémur et/ou de la rotule
    - Le mauvais axe de fonctionnement de la rotule dans sa gorge. Celle-ci couissant de façon excentrée dans la gorge, produit une usure externe de la rotule et du rail fémoral dans lequel, elle coulisse.
    - Une désaxation des membres inférieurs en forme de "X" (de naissance ou après une fracture) est source d'arthrose.
    - La malformation de naissance de certaines rotules et fémur en regard dont la forme n'est pas parfaite.
  - La surcharge pondérale est responsable d'arthrose du genou, et de plus aggrave les effets de la désaxation.
  - L'âge, les activités professionnelles ou sportives intensives sont des facteurs favorisants et aggravants.
  - Les séquelles des fractures de rotule et de l'extrémité inférieure du fémur
- **L'ostéonécrose (= Ostéochondrite) : rare, c'est une partie de l'os qui meurt sur l'un des deux os : Sa cause n'est pas connue. Il peut s'agir aussi de séquelles d'une lésion de nécrose de l'adolescence.**



## **Comment se manifeste la dégradation du genou (les symptômes) :**

L'atteinte du cartilage, qui peut aller jusqu'à mettre l'os à nu (disparition complète du revêtement cartilagineux), s'accompagne de l'apparition de douleurs souvent localisées sur la partie antérieure mais pouvant diffuser autour et même en arrière du genou. C'est dans les escaliers, lors du passage de la position assise à la position debout, dans les terrains en pente que la gêne est la plus importante. L'accroupissement, la position assise prolongée sans pouvoir étendre le membre deviennent pénibles. Mais ces douleurs peuvent varier et être moins caractéristiques ; il s'y associe parfois raideur du genou et boiterie.

La souffrance du genou peut s'accompagner d'un gonflement avec présence de liquide dans l'articulation (= épanchement de synovie). Parfois dans les usures importantes, le frottement os sur os peut provoquer un saignement important dans le genou (hémarthrose).

## **Existe-t-il une alternative à l'opération ?**

Il n'existe aucun traitement médical à ce jour qui permet d'éviter l'arthrose ; on peut probablement ralentir son évolution en évitant les sports et les activités qui sollicitent trop le genou et en diminuant une éventuelle surcharge liée à un excès de poids. Si les médicaments pour lutter contre la douleur, les anti-inflammatoires, voire des infiltrations (corticoïdes, acide hyaluronique) ne sont plus efficaces, un geste chirurgical est alors discuté.

Dans certains cas (jeune âge, usure modérée...) il est possible de recentrer la rotule et de la décompresser en mobilisant le tendon patellaire et son attache sur le tibia (Ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure)

Dans d'autres cas l'arthrose atteint plusieurs zones articulaires et une prothèse totale de genou est proposée.

Votre chirurgien tient compte de votre âge, de votre mobilité, de votre poids, de la forme de vos membres inférieurs et de l'état de vos ligaments.

Dans votre cas l'usure est localisée et importante entre le fémur (rail trochléen) et la rotule et votre chirurgien vous a proposé une prothèse partielle fémoro-patellaire.

En l'absence de traitement, l'évolution habituelle est l'aggravation progressive plus ou moins rapide de l'usure avec diminution de l'autonomie et invalidité croissante.

## **Quels examens pour l'opération ?**

Le chirurgien vous a prescrit un bilan radiographique, parfois un scanner pour apprécier l'importance de la désaxation de la rotule ou une IRM pour confirmer l'absence d'arthrose entre le fémur et le tibia. La radiographie est le plus souvent suffisante pour permettre un diagnostic sûr. Un grand cliché prenant les membres inférieurs en station debout sera souvent demandé pour étudier les axes du membre à opérer.

L'anesthésiste vous demandera de faire une prise de sang, un examen cardiovasculaire en fonction

de votre âge et parfois d'autres examens selon vos antécédents.

## **Votre intervention**

### **Quelle anesthésie sera réalisée ?**

L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale, ou anesthésie du bas du corps (rachianesthésie ou anesthésie péridurale). C'est le médecin anesthésiste qui vous précisera, lors de la consultation préopératoire d'anesthésie, les modalités, les bénéfices et les risques de l'anesthésie choisie. Il faudra impérativement lui signaler tous vos antécédents médicaux, allergies (cutanée aux antiseptiques, générale aux antibiotiques aux produits iodés injectables et tout autre médicament), et préciser si vous portez une prothèse dentaire mobile. Il vous parlera aussi des moyens mis en œuvre pour diminuer au maximum la douleur après l'intervention avec très souvent la mise en place d'un cathéter à la cuisse qui permet d'endormir pendant quelques jours toute la région opératoire. N'hésitez pas à lui poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

### **Comment se déroule l'opération ?**

L'articulation est ouverte en avant du genou, les cicatrices varient en fonction de votre corpulence et de la déformation du membre puis le fémur et la rotule sont préparés au niveau des zones usées pour accueillir la prothèse. La prothèse partielle est composée d'une pièce fémorale métallique et d'une pièce rotulienne en polyéthylène (polymère très résistant) sur la face profonde articulaire de la rotule.

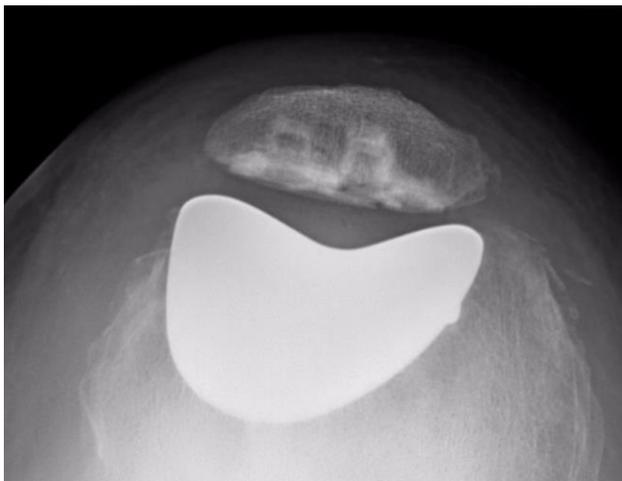
Les pièces de la prothèse sont choisies pour reproduire l'architecture et le mouvement naturel de l'articulation.

La fixation de la prothèse à l'os se fait soit par un ciment acrylique (sorte de résine à prise rapide) soit par l'os lui-même qui repousse dans toutes les anfractuosités de la prothèse, et ainsi la stabilise. La surface de glissement entre les deux pièces joue le rôle du cartilage, elle permet une excellente mobilité et assure une bonne résistance à l'usure. La qualité de fabrication des prothèses actuelles réduit le frottement des deux pièces prothétiques et donc leur usure. Si vous vous connaissez une allergie à certains métaux, elle devra être signalée au chirurgien.





Votre chirurgien est à votre disposition pour vous expliquer les choix qu'il juge le plus adaptés à votre situation.



### **Les évènements qui peuvent perturber le bon déroulement de votre intervention**

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir conscience, et mettre en balance les risques avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfice/risque).

Il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles, car les variations sont fonction de l'affection à traiter, mais aussi susceptibles de différences individuelles. Il est donc indispensable d'en prendre connaissance en considérant que, même peu fréquentes, elles peuvent vous concerner.

Vous devez avoir conscience que vous prenez un risque pour améliorer votre condition de vie. Votre chirurgien est là pour accompagner votre choix, il est à votre disposition pour vous fournir toute information nécessaire avant l'intervention, vous assurer qu'il fera tout son possible pour réaliser le geste technique le plus parfait possible et qu'il prendra en charge les suites opératoires en association avec le médecin anesthésiste. Aussi inconfortable que cela puisse être pour vous, il peut, en cas d'événement imprévu sérieux, être amené à reporter, interrompre ou modifier votre intervention.

Votre anesthésiste veillera à prendre toutes les précautions pour adapter votre anesthésie et l'encadrement médical de vos suites opératoires à votre état de santé (adaptation de vos traitements notamment anticoagulants et antidiabétiques). Il est aussi important que vous compreniez l'importance du respect des consignes qui vous seront données : bilan préopératoire, adaptation de votre traitement, prévention des risques d'infection. Le respect de ces consignes est indispensable pour assurer votre sécurité.

Il peut arriver que votre intervention soit reportée afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- En cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation.
- En cas de modification récente de votre traitement habituel.
- En cas de blessure ou infection à proximité du site opératoire.
- En cas de d'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre anesthésiste (notamment en cas de bilan préopératoire incomplet).
- En cas de non disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention.

Votre chirurgien a choisi la prothèse de genou qui semble la plus adaptée à votre cas, cependant, il peut arriver que la qualité de vos os, de vos ligaments, l'importance et le siège de l'usure apprécié lors de l'opération nécessite un changement de type de prothèse et la mise en place d'une prothèse totale de genou.

### **Certaines complications peuvent survenir pendant l'intervention :**

Malgré toutes les précautions lors du geste chirurgical, il peut se produire, dans de rares cas, des complications, souvent aussitôt soignées par un traitement adapté :

- Le saignement des tissus (y compris de l'os) au cours de l'intervention est normal. Pour le réduire, le chirurgien coagule ou ligature les petits vaisseaux (= hémostase). L'importance du saignement est variable, habituellement faible, mais peut parfois imposer le recours à une transfusion sanguine, même si l'intervention s'est parfaitement bien passée (en particulier en cas de taux d'hémoglobine faible avant l'intervention ou de maladie hématologique). Cette transfusion est décidée par l'anesthésiste, qui contrôle les pertes sanguines pendant l'intervention. Il est devenu extrêmement rare de nos jours que la transfusion soit la cause de maladies infectieuses dues par exemple aux virus des hépatites ou dans des cas exceptionnels au VIH (virus du Sida). Si une transfusion a été nécessaire un contrôle sanguin permettra de vérifier qu'elle n'a pas causé une quelconque contamination.

- Une fracture peut survenir au cours de l'intervention. Ces fractures sont favorisées par l'existence d'une décalcification osseuse (= ostéoporose). Certaines ne justifient pas de traitement spécifique, certaines peuvent imposer une modification du geste opératoire.
- Une lésion ligamentaire ou tendineuse peut survenir dans certains cas difficiles, elle peut nécessiter des gestes complémentaires et modifier les suites opératoires.

## **Certaines complications peuvent ne survenir qu'après l'intervention :**

### **- Complications précoces :**

- Hémorragies secondaires et hématomes qui n'entraînent que rarement une ré intervention.
- La cicatrisation peut être perturbée sur certaines zones en particulier en cas de surpoids, de tabagisme, d'insuffisance vasculaire (= artérite) ou lors de la prise de certains traitements. Toute anomalie dans la cicatrisation impose de revoir rapidement votre chirurgien qui jugera de la conduite à tenir. Les conséquences peuvent être graves et provoquer une infection.
- Infection de la région opérée (= infection du site opératoire) : La survenue d'une infection de la zone opératoire allant jusqu'à la prothèse est une complication rare mais dont le traitement est complexe et contraignant. Une telle infection peut être favorisée par l'infection d'une autre partie du corps (dent, peau, urines, etc.). Ces infections auront été normalement traitées avant l'intervention. Après l'opération, toute infection quelle qu'en soit la localisation doit être signalée à votre médecin traitant et prise en charge rapidement.
  - Pour prévenir ce risque un traitement qui rend le sang plus fluide (= anticoagulant ou antiagrégant) vous sera prescrit. Il peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières. Ce traitement est efficace, mais n'élimine pas complètement le risque de phlébite.
  - Pour vous protéger de ce risque, l'opération a lieu dans des conditions d'hygiène très strictes et un traitement antibiotique préventif vous sera administré juste avant l'intervention (= antibioprophylaxie). Il est donc essentiel que vous précisiez bien à l'anesthésiste vos éventuelles allergies.
- La mise en place d'une prothèse de genou favorise pendant quelques semaines la formation de caillots sanguins au niveau des veines des membres inférieurs (= thrombose veineuse ou phlébite). Les phlébites proximales (qui touchent les grosses veines au-dessus du genou) sont dangereuses parce que les caillots sont gros, peuvent migrer dans la circulation et boucher des artères essentielles (= embolie, pulmonaire surtout).
  - Pour prévenir ce risque un traitement qui rend le sang plus fluide (= anticoagulant) vous sera prescrit et peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières. Ce traitement est efficace, mais n'élimine pas complètement le risque de phlébite. Un lever précoce avec appui est un facteur essentiel de prévention des phlébites lorsqu'il est possible.
- Une cicatrice boursouflée et gênante (chéloïde) peut se former en cas de prédisposition ou après une infection de la plaie. Certaines cicatrices restent sensibles et il est fréquent que plusieurs zones autour de celles-ci aient perdu un peu de leur sensibilité rendant inconfortable la position à genoux.
- La récupération d'une bonne mobilité est importante et la prise en charge rééducative est de ce fait précoce. Il est nécessaire de plier rapidement le genou, de pouvoir l'étendre complètement sinon la cicatrisation va créer des adhérences et limiter la mobilité. Si vous

n'arrivez pas à plier suffisamment le genou, votre chirurgien pourra être amené soit à effectuer une mobilisation du genou lors d'une brève anesthésie, soit à libérer chirurgicalement les adhérences (le plus souvent sous arthroscopie).

- La persistance d'une raideur, de douleur, de gonflement plusieurs semaines après l'opération peut faire craindre une complication nommée "algodystrophie" ou « syndrome régional complexe de type 2 ». Il s'agit d'une complication encore aujourd'hui mal comprise qui évolue sur plusieurs mois et qui laisse parfois une certaine raideur.

#### **- Complications tardives :**

- Usure : Au fil du temps, la prothèse s'use. Cette usure peut être bien tolérée, mais elle va s'aggraver avec le temps et l'activité.
- Le descellement : L'usure peut parfois abîmer l'os autour de la prothèse et altérer la fixation de celle-ci, aboutissant progressivement à son descellement, le plus souvent accompagné de la réapparition des douleurs et de la boiterie. D'une façon générale la fixation de la prothèse à l'os, quelle qu'elle soit (fixation avec ou sans ciment), peut s'altérer avec le temps.
- La généralisation de l'arthrose aux autres parties du genou est responsable de la réapparition des douleurs et de la boiterie. Le plus souvent, il faut alors remplacer la prothèse partielle par une prothèse totale de genou.
- Il peut y avoir des infections tardives de la prothèse, le plus souvent consécutive à une infection à distance ou à une infection généralisée (septicémie)
- Exceptionnellement, l'os peut se fissurer ou casser autour de la prothèse. Dans des cas extrêmement rares, l'implant lui-même peut se casser.
- L'instabilité fémoro-patellaire (subluxation ou déplacement latéral de la patella, voire luxation avec perte de contact complet entre la trochlée fémorale et la patella) peut survenir après un délai variable. Elle se révèle par des douleurs et une faiblesse de la force du quadriceps. Elle nécessite souvent une intervention après avoir fait un bilan par un scanner.

#### **- Remplacement de la Prothèse**

- Lorsqu'une prothèse se détériore, il faut en général la remplacer. Les modalités de ce remplacement (= reprise de prothèse de genou) sont très variables, allant du plus simple au plus compliqué selon les cas. C'est pourquoi il est important de consulter régulièrement votre chirurgien pour surveiller l'état de votre genou (examen et radiographies) et de prendre contact avec lui en cas de problème.
- Dans le cas des prothèses partielles fémoro-patellaires, il est possible quelquefois de remplacer celle-ci par une autre prothèse partielle, mais le plus souvent le remplacement se fera par une prothèse totale de genou.

Toutes les complications citées peuvent imposer de réaliser des traitements complémentaires, médicaux ou chirurgicaux adaptés à votre état.

## **Suites habituelles et conditions de vie après une prothèse totale de genou**

## **Comment vit-on avec une prothèse partielle de genou ?**

Dans la plupart des cas on vit normalement avec une prothèse partielle de genou, avec toutefois quelques précautions.

Seule une partie de votre genou a été remplacée, mais le reste de votre membre inférieur est inchangé et vous devrez adapter votre activité à la récupération progressive de la fonction du genou, en tenant compte de votre condition physique et de vos antécédents médicaux.

Il faut le plus souvent plusieurs mois pour tirer tout le bénéfice de l'opération et retrouver la mobilité et la stabilité de votre genou. Du fait du mauvais fonctionnement de celui-ci avant l'opération, vos muscles ont bien souvent fonctionné dans de mauvaises conditions plusieurs mois voire plusieurs années et se sont atrophiés. Il leur faudra donc du temps pour qu'ils puissent reprendre leur force et leur souplesse. Les progrès seront réguliers durant les trois premiers mois. En pratique il faut attendre au moins 6 mois pour que le résultat soit obtenu avec parfois un « genou oublié ». Au-delà de ces 6 mois le genou peut rester sensible et fatigable à l'occasion d'efforts prolongés, d'accroupissement, de position "à genoux" ou après une longue période de repos. Ceci ne doit pas vous décourager. Le temps de la cicatrisation, de l'adaptation de votre squelette à votre prothèse et de récupération de la souplesse et de la force de vos muscles est long.

**La conduite automobile :** Plusieurs études ont montré qu'après l'intervention, il est nécessaire d'attendre un, voire deux mois, pour retrouver la mobilité et les réflexes nécessaires à une conduite sûre (surtout pour le membre inférieur droit qui doit utiliser la pédale de frein). Durant les premières semaines, les traitements analgésiques, le manque de force et de mobilité, ainsi que des phénomènes douloureux peuvent limiter votre aptitude à réagir rapidement. Durant cette période il est donc sage d'éviter la conduite automobile, par contre, il vous sera rapidement possible de voyager comme passager.

**Le sport :** Non seulement le sport n'est pas contre-indiqué mais, au contraire, la pratique d'un sport d'entretien adapté à votre état général vous sera bénéfique. Il faut privilégier les sports qui ménagent le genou opéré. La marche, la course prudente (avec bon chaussage en évitant les sols durs ou trop irréguliers) vélo, natation, golf seront les bienvenus. Par contre, les sports qui soumettent votre articulation à des traumatismes, (Ski, sports d'équipe, Football, rugby, etc.) ou à des mouvements extrêmes ou tous sports avec impacts violents, (parachutisme, sports de combat, etc.) peuvent être dangereux pour votre prothèse plus encore qu'ils l'étaient pour votre genou auparavant. Parlez-en avec votre chirurgien.

## **Votre intervention en pratique**

### **1) Avant l'intervention :**

- Les traitements médicaux : Si vous suivez un traitement médicamenteux, celui-ci doit être signalé au médecin anesthésiste lors de la consultation avant l'hospitalisation, car il doit parfois être modifié ou interrompu pour préparer votre intervention. Les traitements qui modifient votre coagulation (aspirine, Plavix, anticoagulants oraux (Sintrom®, Prévican®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®) ou injectables (Lovenox®, Innohep®, Fragmine®, Arixtra®, etc.) nécessitent parfois des adaptations afin d'assurer votre sécurité.
- Les consignes préopératoires :

- Respectez les consignes que vous a données votre anesthésiste.
- N'oubliez pas d'apporter les examens qui ont été prescrits : examens sanguins, radiographies, examens dentaires et cardiaques.
- Apportez aussi les appareillages qui vous ont été conseillés : cannes anglaises ou béquilles, bas de contention, coussins de glace.
- Il n'est pas exceptionnel que les deux genoux soient atteints. Si l'autre genou est devenu plus douloureux que celui qu'il est prévu d'opérer et que vous souhaitez changer le côté de votre intervention, il est indispensable que vous préveniez votre chirurgien à l'avance. En effet, le matériel nécessaire à une intervention de l'autre côté pourrait ne pas être disponible et votre dossier doit être modifié pour éviter tout risque de confusion.
- Si des consignes de toilette ou de préparation de votre peau vous ont été données, il est important de les respecter.

## **2) Votre hospitalisation :**

Au moment de votre admission, il faut signaler tout événement qui aurait pu arriver depuis votre dernière consultation : toute maladie (grippe, infection urinaire, etc.), problème de peau (plaie, infection, rougeur), tout changement de votre traitement médicamenteux, infiltration de votre articulation (surtout avec des corticoïdes), prise d'un traitement qui vous avait été déconseillé, oubli d'un examen que vous deviez réaliser. Il est parfois préférable de différer votre intervention si votre sécurité est en jeu.

Lors de votre hospitalisation, votre nom, l'intervention pour laquelle vous êtes hospitalisé(e), le côté de l'opération, vous seront demandés à de nombreuses reprises. Il s'agit de précautions obligatoires qui ont démontré leur efficacité pour assurer votre sécurité.

Durant la durée de votre hospitalisation, vous serez pris en charge par votre chirurgien, l'anesthésiste, et le personnel médical et paramédical de l'établissement. Respectez scrupuleusement les consignes qui vous sont données car elles vous protègent. Si vous ne les comprenez pas, n'hésitez pas à demander des explications.

La durée de l'hospitalisation dépend de l'intervention pratiquée, des suites opératoires, de votre état général, mais aussi des conditions de votre retour à domicile.

À la sortie de l'hôpital ou de la clinique, vous pouvez regagner votre domicile ; toutefois dans certains cas il pourra vous être proposé un séjour en centre de convalescence (si vous vivez seul(e) par exemple) ou en centre de rééducation (en cas de rééducation difficile).

## **3) Le retour à domicile :**

Dès votre retour, contactez votre médecin traitant : l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé est un milieu médical très sécurisé, votre domicile est au contraire un univers moins protégé.

L'aide de votre médecin traitant doit accompagner cette transition. Remettez-lui les courriers de votre chirurgien et de votre anesthésiste s'il ne les a pas déjà reçus par la poste.

Deux points doivent être particulièrement surveillés :

- Cicatrice et fils ou agrafes : Un pansement est le plus souvent réalisé le jour de la sortie. N'y touchez pas. Il protège la cicatrice. Il sera renouvelé par une infirmière de ville à

domicile ou à proximité de chez vous selon les consignes de votre chirurgien. Les fils, selon l'habitude du chirurgien, peuvent être :

- Résorbables : ils se résorbent tous seuls. Dans ce cas, le pansement est retiré entre le dixième et le quinzième jour puis la cicatrice reste à l'air libre.
  - Non résorbables (ou agrafes) : ils doivent être retirés. Il n'est pas nécessaire de revenir à la clinique ou à l'hôpital pour cela. Une infirmière de ville est tout à fait compétente pour effectuer ce geste. L'ordonnance de votre chirurgien ou de votre médecin lui explique comment renouveler les pansements et quand retirer les fils ou agrafes (habituellement vers le quinzième jour postopératoire).
- Traitement médical :
- Les médicaments contre la douleur (= antalgiques) : habituellement le genou opéré est moyennement douloureux. La zone opératoire est rarement indolore avant le trentième jour, ce qui est normal. Des douleurs sont assez fréquentes pendant cette période. Votre anesthésiste ou votre chirurgien vous ont donc prescrit des antalgiques. S'ils ne sont pas suffisants ou si vous ne les tolérez pas (douleurs abdominales, nausées, vomissements, etc.), parlez-en à votre médecin traitant. Dans tous les cas, l'application de glace (par attelles réfrigérées ou vessie remplie de glace) agit bien sur la douleur, même à distance de l'opération. Pour éviter toute brûlure de la peau, un tissu doit être interposé entre les coussins de glace et la peau.
  - Les anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires (aspirine) : Ils sont indispensables pour diminuer le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire, mais ils sont potentiellement dangereux. En excès, ils peuvent occasionner des hémorragies ou des hématomes.  
En quantité insuffisante, ils ne protègent plus ou protègent moins bien contre le risque de phlébite.  
Il ne faut jamais en modifier la dose ni la fréquence de prise vous-même. Ce traitement peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières obligatoires. La surveillance de ce traitement est confiée à votre médecin traitant.

#### 4°) La Rééducation :

- Les habitudes varient selon les chirurgiens et les techniques utilisées. Elles sont adaptées à vos progrès lors de votre hospitalisation et à chaque cas. Suivez les consignes de votre chirurgien.
- Trois points sont importants au cours de la récupération après mise en place d'une prothèse fémoro-patellaire :
  - La reprise de la marche avec appui progressif sur le côté opéré. L'usage de deux cannes anglaises (cannes avec appui sur les avant-bras) peut se justifier au début avec un abandon progressif en fonction de vos progrès. Ensuite, si une canne simple vous paraît utile, n'hésitez pas à la prendre car vous risquez davantage une chute tant que vous n'aurez pas totalement récupéré la fonction du genou. De plus une canne ou une béquille signalera votre vulnérabilité temporaire et pourra vous éviter les bousculades.

- La récupération d'une bonne mobilité de votre genou en flexion et extension est indispensable dans la vie quotidienne. Il faut plier à 120° pour mener une vie normale, mais les possibilités de récupération sont aussi fonction de l'amplitude de flexion que vous aviez avant l'opération. Il est parfois nécessaire de faire des postures pour étendre à fond le genou. (votre kinésithérapeute vous expliquera la manière de les réaliser).
- La récupération d'une bonne force musculaire des muscles de la cuisse permet d'éviter que le genou se dérobo. Votre opération a restauré le fonctionnement de votre articulation mais personne, à commencer par votre chirurgien, ne peut la remettre en marche à votre place.

### **Prévention des infections :**

Une prothèse est un matériel inerte que vos défenses immunitaires ne peuvent protéger si une bactérie vient s'y fixer. Lors d'une infection à distance (plaie infectée, infection urinaire, gynécologique, dentaire, cutanée, etc.) ou lors d'une autre intervention chirurgicale même anodine (chirurgie dentaire, par exemple), des bactéries peuvent passer dans le sang et venir se fixer sur votre prothèse. Signalez donc avant tout soin que vous êtes porteur d'une prothèse et signalez toute fièvre ou infection à votre médecin traitant afin qu'elle soit traitée rapidement.

### **4) questions souvent posées par les patients :**

- **« Comment sera ma cicatrice ? »**

Elle mesurera environ 8 à 15cm sur le devant du genou, un peu décalée en regard de la partie opérée.

- **« J'ai encore du mal à monter les marches, j'ai tendance à boiter lorsque je suis fatigué ou que je suis resté assis longtemps, est-ce normal ? » :**

Les muscles mettent un temps plus ou moins long à retrouver leur tonus, surtout lorsque l'articulation est encore douloureuse. C'est pourquoi il faut souvent plusieurs semaines ou mois pour retrouver une force normale.

- **« Puis-je voyager ? » :**

Oui mais il est sans doute sage d'attendre la 6<sup>ème</sup> semaine. Attention aux longs voyages, ils favorisent les phlébites et peuvent nécessiter un traitement anticoagulant. N'hésitez pas à interroger votre médecin traitant.

En avion, dégourdissez-vous les jambes toutes les 2 heures et portez des bas de contention.

- **« Est-ce que je risque de faire sonner les portiques détecteurs de métaux dans les aéroports ? » :**

Oui : Aucun document médical n'est conseillé par les services des douanes. La police de sécurité saura localiser votre prothèse par les détecteurs de métaux, ou par le passage au scanner aux frontières (Amérique du Nord).

- **« Puis je me mettre " à genoux " » :**

Oui : La position à genoux est possible mais très souvent inconfortable, l'utilisation d'un coussin ou d'une genouillère est souvent utile. Il faut cependant effectuer un test avec un accompagnant de façon à s'assurer que le relèvement est facile.

- **« Ma prothèse peut-elle faire du bruit ? »**

Oui : On laisse souvent un petit jeu dans l'articulation et le composant fémoral en métal peut lors de certains mouvements frapper sur le polyéthylène laissant entendre un léger claquement. Votre chirurgien pourra vous rassurer.

• **« Devant quels signes dois-je m'inquiéter ? »**

- La réapparition d'une douleur ou d'un gonflement du genou
- Une température élevée
- Un gonflement et une rougeur ou un écoulement au niveau de la cicatrice
- Une douleur du mollet
- Une oppression respiratoire
- Et d'une façon générale, tout symptôme nouveau. Sans attendre, appelez un médecin (de préférence, votre médecin traitant). Si vous ne parvenez pas à le joindre, contactez l'établissement où vous avez été opéré.

**Les coordonnées utiles :**

**Votre chirurgien : ...**

**Numéro d'appel d'urgence : ...**

**Consultation : ...**

**Secrétariat : ...**

**Prenez le temps de lire ses informations et n'hésitez pas à demander des explications à votre chirurgien si elles ne vous semblent pas assez claires.**

**Conservez ce document, il vous a été remis pour vous aider à prendre votre décision et vous guidera par la suite.**

---

La loi "Jardé" impose un suivi après votre opération. Votre chirurgien sera donc amené à effectuer des contrôles cliniques, radiologiques et biologiques de manière régulière, les résultats seront incorporés à votre dossier médical. Les données (anonymes) de votre dossier pourront servir à des études et faire l'objet de communications ou publications scientifiques par votre chirurgien.

**Ce document réalisé en collaboration entre :**

- **Orthorisq, organisme agréé par la Haute Autorité de Santé pour l'accréditation des praticiens et la gestion du risque en chirurgie orthopédique ?**
- **La Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.**
- **La Société Française de Chirurgie de la Hanche et du Genou.**
- **L'association de patients Le Lien**

**Il est disponible gratuitement sur les sites [www.orthorisq.fr](http://www.orthorisq.fr), [sofcot.fr](http://sofcot.fr), [sfhg.fr](http://sfhg.fr) et [lelien-association.fr](http://lelien-association.fr),**

**Toute utilisation partielle ou totale de ce document doit en citer la source et les sites où il est disponible dans sa version d'origine.**

**Les modifications n'engagent pas la responsabilité des auteurs de ce document.**