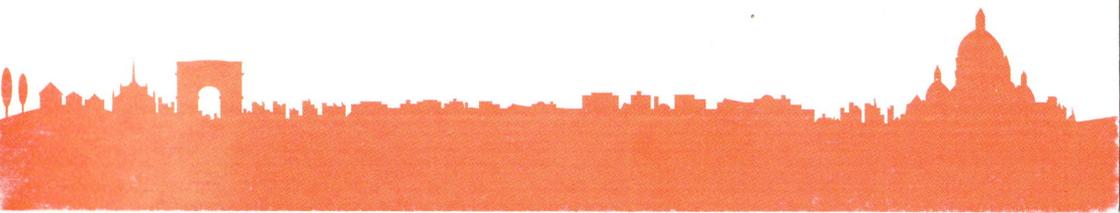




hôpital privé
DE THIAIS

Prothèse totale de Genou

Dr Benjamin GUENOUN
Chirurgien Orthopédique et Traumatologique
Hôpital Privé de Thiais



Douleur du Genou

L'articulation du genou est composée de trois os : le fémur, le tibia et la fibula (péroné) formant une articulation. De plus, elle est composée d'un os sésamoïde, c'est-à-dire, inclus dans un tendon : la patella ou rotule.

La stabilité de cette articulation portante est assurée par des ligaments latéraux, collatéral médial ou collatéral latéral (LLI ou LLE) associés à des ligaments croisés antéro externe, postéro interne. De plus, la congruence articulaire est assurée par des structures méniscales. Les surfaces articulaires de glissement sont recouvertes de cartilage.

L'arthrose est l'usure du cartilage présent au niveau des surfaces de glissement.

Cette usure s'accompagne aussi de remaniements des os.

Ces modifications occasionnent des douleurs au niveau du genou ainsi qu'un enraidissement et une boiterie à la marche, nécessitant l'utilisation importante d'anti-inflammatoires, d'antidouleurs et parfois même d'une canne.

L'usure du cartilage est irréversible et l'arthrose ne guérit pas spontanément.

La polyarthrite rhumatoïde ou d'autres maladies rhumatismales entraînent également des destructions cartilagineuses.

Quand faut-il opérer ?

L'évolution naturelle se fait vers une dégradation progressive de l'articulation, une limitation de plus en plus importante de la mobilité et une marche de plus en plus difficile, et peut retentir à la longue sur les hanches et la colonne vertébrale. Les anti-inflammatoires et les antidouleurs qui peuvent suffire au départ finissent par ne plus être efficaces.

C'est à ce moment que se pose la question d'une intervention chirurgicale. La prothèse totale de genou vise à remplacer les surfaces articulaires endommagées au niveau du fémur et du tibia. Le but de l'opération est le soulagement de la douleur, la récupération de la mobilité et la reprise normale de la marche.



Les consultations et le bilan préopératoires

La consultation avec le chirurgien a pour but de discuter de l'indication de prothèse totale du genou. Au cours de cette consultation, les mobilités préopératoires de votre genou seront notées, un examen des autres articulations et du dos sera également fait. On vérifiera votre état cutané et vasculaire.

Cette consultation doit vous permettre de prendre votre décision concernant ce geste chirurgical et sa chronologie. *Vous aurez aussi discuté avec le chirurgien des risques et bénéfices de l'intervention.*

Votre chirurgien vous prescrira de façon systématique :

- **Un bilan dentaire** chez votre dentiste afin d'éliminer un foyer infectieux éventuel.
- **Un bilan cardiologique** auprès de votre cardiologue.
- **Un bilan sanguin complet.**

Si l'un des éléments de ce bilan était incomplet ou présentait un risque opératoire, l'intervention chirurgicale pourrait être temporairement reportée. D'autres explorations vous seront demandées, si nécessaire, à la suite de la consultation d'anesthésie, afin de parer au mieux les éventuelles complications.

Une information vous sera donnée concernant la transfusion sanguine. Mais le plus souvent, les patients ont suffisamment de globules rouges pour n'avoir besoin de rien, l'intervention étant peu hémorragique dans les cas simples. Avant l'intervention, votre chirurgien et votre anesthésiste vous recommanderont de commencer des exercices pour accélérer la récupération postopératoire (garder une souplesse suffisante dans votre articulation et fortifier vos muscles en poursuivant une certaine activité).

Fumer augmente le risque de complications de toute chirurgie. Arrêter de fumer 6-8 semaines avant l'intervention élimine ce risque supplémentaire.

Si vous fumez, parlez-en à votre médecin, votre chirurgien ou votre anesthésiste ou appelez la ligne Tabac-Info-Service au 3989 pour vous aider à réduire les risques et mettre toutes les chances de votre côté.

L'intervention

L'intervention peut être réalisée sous rachianesthésie ou bien sous anesthésie générale. C'est votre anesthésiste qui décide avec vous de la meilleure anesthésie en fonction de votre état de santé. Elle dure en moyenne entre une heure et demi et deux heures.

Pour accéder à l'articulation, une incision est pratiquée sur la face antérieure de votre genou. La taille de l'incision cutanée (cicatrice) est fonction des différents paramètres (morphotype taille-poids, maladie initiale du genou, déformation, risques fracturaires). Le chirurgien n'enlève pas la totalité du genou. En fait, il remplace uniquement les parties cartilagineuses endommagées de l'articulation par des composants reproduisant les surfaces lisses du cartilage et permettent de recréer les formes naturelles d'un genou sain.

Le métal (chrome, cobalt, nickel ou titane) et le polyéthylène (plastique) utilisés permettent aux implants de glisser entre eux de manière douce et harmonieuse comme le cartilage naturel. Il existe de très nombreux modèles de prothèses, différents dans leurs formes, leurs matériaux.

Les modèles utilisés dans le service sont dérivés de modèles implantés depuis plus de 30 ans, avec d'excellents résultats qui se maintiennent pendant de nombreuses années. Un ciment acrylique (polyméthyl-métacrylate) est utilisé pour améliorer la fixation initiale de la prothèse dans l'os. Les prothèses articulaires peuvent aussi être implantées sans ciment, si la forme de la prothèse et de l'os permettent une adaptation satisfaisante et une tenue mécanique d'emblée, cette décision revient à votre chirurgien.



L'hospitalisation, la rééducation postopératoire et la reprise des activités

En règle générale, vous serez hospitalisé(e) la veille de l'intervention.

Il est impératif de rapporter les résultats des examens pré-opératoires de l'ensemble du bilan prescrit par votre chirurgien, faute de quoi l'intervention pourrait être reportée.

Une préparation cutanée sera réalisée, comprenant une dépilation selon les desiderata de votre chirurgien, et une douche avec un produit antiseptique, qui sera renouvelée le matin même de l'opération.

En postopératoire, il est important de commencer à mobiliser votre prothèse de genou dès que possible afin de favoriser la circulation sanguine et la récupération de la mobilité. Vous pourrez généralement vous lever avec l'assistance du personnel infirmier et marcher à l'aide de béquilles ou d'un déambulateur quelques heures après l'intervention avec un appui complet au niveau du membre opéré.

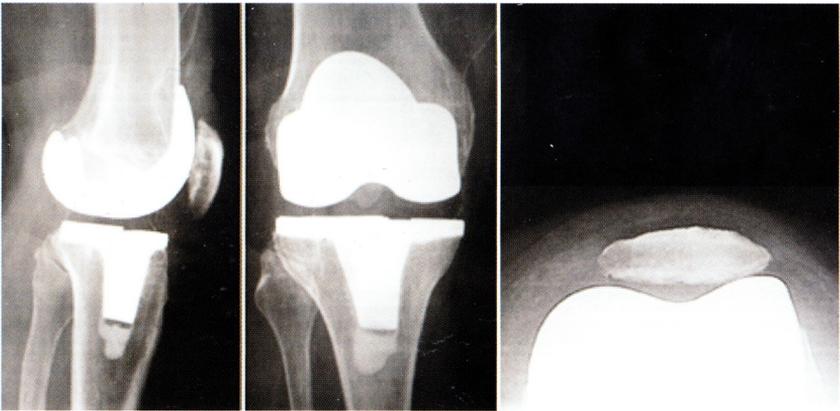
Les kinésithérapeutes vous feront travailler tous les jours de votre séjour. Les traitements de kinésithérapie et d'ergothérapie jouent un rôle prépondérant dans la réussite de votre intervention. La kinésithérapie se concentre sur la récupération de la marche, de l'amplitude du mouvement et d'une bonne force musculaire. L'ergothérapie vise à récupérer l'autonomie nécessaire aux activités de la vie quotidienne, indispensable pour le retour à domicile.

La mobilisation de votre genou pourra se faire aussi au moyen d'un appareillage électrique arthromoteur sous contrôle du kinésithérapeute. Les kinésithérapeutes passeront vous voir tous les jours durant votre séjour qui durera environ 5 à 8 jours.

Les drains sont retirés vers le 2-3^{ème} jour postopératoire. Des soins réguliers seront apportés à la cicatrice.

À la suite de quoi se fera un retour, le plus souvent à domicile, à condition d'être bien entouré pour les gestes de la vie quotidienne et d'avoir organisé votre retour à domicile avec une infirmière de ville, ou en maison de convalescence pour les personnes vivant seules.

La reprise du travail survient en général après le 3^{ème} mois, et cela en fonction de votre profession, une activité de bureau pouvant être plus précoce. Les activités sportives débutent progressivement après le 3^{ème} mois, raisonnablement.



Les risques et les complications

Ils sont rares et ne doivent pas vous faire oublier que, dans la grande majorité des cas, une prothèse totale de genou vous permettra de mener une vie normale. Certains, potentiellement graves, sont spécifiques à ce type d'intervention et plus fréquentes chez les patients en surcharge pondérale, pour qui il est toujours souhaitable de perdre du poids avant l'opération.

Sans être exhaustives, les plus «fréquents» sont :

- **La phlébite**, qui peut exceptionnellement se compliquer d'une embolie pulmonaire. Malgré l'utilisation systématique d'anticoagulants, un risque important existe pendant 4 semaines après l'opération, justifiant l'utilisation des anticoagulants pendant toute cette période. Recherchée si nécessaire par un écho-doppler veineux, en ne tenant compte que des phlébites potentiellement graves, à savoir poplitées ou sus-poplitées (au-dessus du genou), le taux peut être estimé aux alentours de 5 %. La survenue d'une phlébite ne modifie pas le résultat final de la prothèse. Le premier lever sera éventuellement retardé de quelques jours.
- **Les embolies pulmonaires** sont devenues exceptionnelles.
- **L'hématome**, souvent banal, se résorbe de lui-même en quelques semaines, mais peut nécessiter une réintervention pour l'évacuer.
- **La rétention urinaire** nécessitant un sondage.
- **L'infection de la prothèse**, qui justifie toutes les précautions qui seront prises avant, pendant et après l'intervention. Le taux précis est difficile à établir en toute rigueur, car le diagnostic est parfois difficile à poser. Elle peut aussi survenir parfois des années après l'intervention en cas d'infection à distance de la prothèse (urinaire, pulmonaire, petite plaie « négligée », etc.) ou même après des soins dentaires effectués sans antibiotique (pensez à en avertir votre dentiste). D'après les différentes séries publiées dans la littérature, le taux varie en fonction des services entre 2 % et 0,5 %.

- La désunion cutanée.
- L'inégalité des membres peut toujours exister et nécessiter le port de semelles pour la corriger.
- Les troubles sensitifs autour de la cicatrice qui en général s'amendent au cours de la première année.

De manière exceptionnelle (moins de 1 %) :

- Des douleurs résiduelles périarticulaires, sans qu'e l'on y retrouve d'explications.
- Une embolie graisseuse par migration de la moelle osseuse pendant l'implantation de la prothèse.
- Une atteinte d'un nerf du membre opéré pouvant occasionner une douleur, une perte de la sensibilité voire une paralysie de certaines parties du membre inférieur.
- Une fracture de la cheville ou du fémur lors des manœuvres opératoires.
- Une escarre due à la position allongée prolongée, que l'on prévient par des massages pluriquotidiens.

D'autres complications exceptionnelles ne sont pas directement liées à l'intervention : une cholécystite (infection de la vésicule biliaire), une poussée de diverticulose sigmoïdienne, un accident vasculaire cérébral, un infarctus myocardique, la décompensation d'une artérite (artères bouchées) des membres inférieurs.

Le décès est donc possible, dans les suites d'une ou plusieurs complications graves associées.

Votre chirurgien vous donnera, lors de la consultation préopératoire, toutes les explications complémentaires nécessaires et se tiendra à votre disposition pour évoquer avec vous chaque cas particulier avec les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention.



Les résultats

Les résultats sont très encourageants puisqu'on retrouve une disparition complète des douleurs et une récupération rapide de la mobilité et de la force musculaire dans la majorité des cas. La plupart des personnes opérées peuvent arrêter les médicaments pris avant l'intervention pour soulager ces douleurs et au bout de quelques mois, mènent une vie normale et peuvent même reprendre des activités sportives.

Certaines activités comme le vélo, la natation, le golf ou la randonnée sont possibles, voire conseillées alors que la prudence s'impose pour le ski, le tennis et le footing ou les sports de contact. Une minorité de patients pourra ressentir sa présence de temps à autre, sans pour autant qu'elle constitue une gêne importante. Exceptionnellement, une prothèse sans défaut pourra rester douloureuse ou raide, sans cause précise.

L'amélioration peut se poursuivre pendant les deux années postopératoires. Le résultat attendu est une marche sans canne indolore pour un périmètre de marche de 5 km. La flexion optimale à atteindre entre 90° et 120° (en s'améliorant pendant un an), mais peut nettement varier selon la morphologie de chacun et la flexion préopératoire. Un genou raide avant l'intervention risque de conserver une limitation de sa mobilité.

La longueur de la récupération est aussi conditionnée par le déficit musculaire préopératoire, c'est pour cela qu'il est donc conseillé d'effectuer des exercices de rééducation personnels ou chez le kinésithérapeute avant la chirurgie.

La chirurgie prothétique articulaire donne des résultats fonctionnels excellents dans plus de 90% des cas avec aucune douleur ou une douleur très modérée. Une prothèse de genou ne vous redonnera toutefois pas un genou rigoureusement normal. La plupart des gens ressentiront sa présence de temps à autre, sans pour autant qu'elle constitue une gêne importante.

Il est possible de vivre normalement avec une prothèse dans les conditions habituelles d'activités quotidiennes.

Après l'intervention, la douleur, le manque de force et de sensation rendent la conduite automobile dangereuse, il est donc nécessaire d'attendre 2 mois pour à nouveau conduire une voiture. En revanche, au bout d'un mois, il est envisageable de voyager comme passager

Pour tout le reste de votre vie, il faut rester prudent concernant certains mouvements trop extrêmes pouvant entraîner une usure importante de la prothèse.

Les infections sur prothèses peuvent survenir à partir d'un foyer infectieux mal soigné : panaris, ongle incarné, infection de la sphère ORL (angine, sinusite, etc.), bronchite, infection urinaire. N'hésitez pas à consulter rapidement le médecin en cas d'infection, pour un examen et une éventuelle prescription d'antibiotiques.

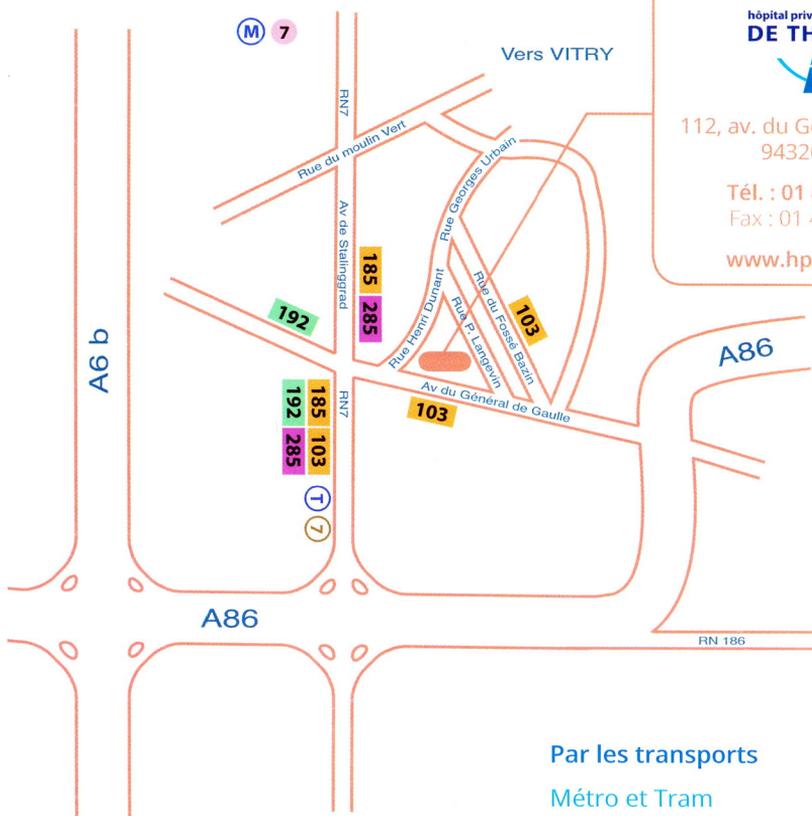
Les chutes sont potentiellement plus dangereuses avec une prothèse : une fracture du fémur, par exemple, sera plus compliquée à soigner. Soyez prudent et surveillez les gestes de la vie quotidienne.

La durée de vie moyenne d'une prothèse de genou est d'environ 15 ans. En fait, au bout des 10 ans, plus de 90% des prothèses implantées restent en place et ne posent pas de problèmes particuliers. Elle doit donc être revue régulièrement par votre chirurgien pour s'assurer que tout va bien.

Dans les suites opératoires, une consultation de contrôle vous sera donnée à 3 mois, 6 mois et 1 an. Habituellement, au-delà de la première année, une consultation tous les 2 à 5 ans suffit. **En cas de problème, il importe de revenir rapidement consulter.**

Contenu rédigé par le Dr Benjamin GUENOUN
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Hôpital Privé de Thiais

PARIS



112, av. du Général de Gaulle
94320 THIAIS

Tél. : 01 45 60 28 28

Fax : 01 45 60 28 99

www.hp-thiais.com

A86

A86

RN 186

ORLY

Par la route

De Paris, par la Porte d'Italie, prendre la Nationale 7 jusqu'à Thiais, l'Hôpital est visible de la Nationale

Par les transports

Métro et Tram

  direction et station

Villejuif-Louis Aragon

Puis   direction Porte de l'Essonne Arrêt Bretagne

Bus

Arrêt Bretagne-Roosevelt

 **Relations Clientèle 01 45 60 29 10**

relations-clientele@hp-thiais.com

Clinique conventionnée Sécurité Sociale et Mutuelles
Prise en charge 100% - AT - ALD

L'Hôpital Privé de Thiais est un établissement adhérent du GIE Santé & Retraite

