

Docteur GAUDOT Fabrice

PROTHESE TOTALE DE GENOU

Informations et conseils



Version
septembre 2025

Docteur GAUDOT Fabrice

CLINIQUE JOUVENET
6 SQUARE JOUVENET
75016 PARIS

PROTHÈSE TOTALE DE GENOU

Informations et conseils pré-opératoires

VOUS PRESENTEZ UNE PATHOLOGIE INVALIDANTE DE GENOU
VOTRE CHIRURGIEN VOUS PROPOSE UNE PROTHESE TOTALE

Vous souffrez d'une arthrose évoluée de genou (gonarthrose) qui résiste au traitement médicamenteux et qui entraîne une baisse importante de votre qualité de vie.

Votre chirurgien vous a proposé l'implantation d'une prothèse totale de genou dont l'objectif est de réduire vos douleurs et votre handicap en rétablissant un fonctionnement de l'articulation, aussi proche de la normale que possible. Il vous a expliqué le déroulement de cette prise en charge ainsi que ses alternatives thérapeutiques. De même, il vous a expliqué les principales complications possibles.

Ce livret vise à synthétiser ces informations et vous permettre de vous y référer le long de votre parcours de soins. Il ne se substitue pas à l'information qui est délivrée lors de la consultation.

De même, certaines particularités propres à votre prise en charge peuvent ne pas figurer sur ce livret qui représente le cas général.

GENERALITES SUR LA GONARTHROSE

QU'EST-CE QUE L'ARTHROSE DE GENOU ?

Arthrose = Lésion du cartilage articulaire

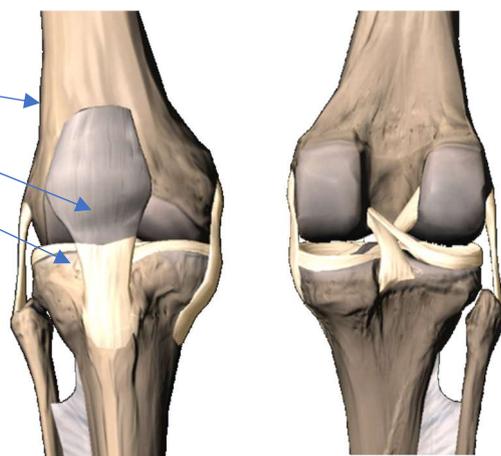
L'articulation du genou est composée :

- De la partie basse du fémur (les condyles)
- D'un petit os rond à l'avant (rotule ou patella)
- De la partie haute du tibia (les plateaux tibiaux)

Les os sont recouverts de **cartilage articulaire** qui leur permet la flexion du genou sans douleur.

Les **ligaments** croisés et collatéraux permettent au genou de fléchir dans un seul axe et d'être stable dans les autres plans.

Les ménisques participent à la stabilité, jouent le rôle d'amortisseurs et aident à protéger le cartilage.



Anatomie du genou sain (vues de face et de dos)

Une articulation souffre d'arthrose quand le cartilage qui recouvre les os est abimé.

Ce cartilage permet le glissement des os entre eux. C'est un processus irréversible qui ne peut pas cicatriser. Dans le cas du genou, l'atteinte du cartilage du fémur, du tibia et de la rotule (ou patella) s'appelle la **gonarthrose**.

L'atteinte peut toucher plutôt une partie du genou qu'une autre, ce qui entraîne une désaxation du genou.

QUELLE SONT LES CAUSES DE LA GONARTHROSE ?

La gonarthrose est la cause de douleur du genou la plus fréquente après 50 ans.
Les principales causes sont :



- L'arthrose dite « **primitive** » (ou « essentielle » ou « idiopathique ») : la plus fréquente. C'est une fragilité du cartilage liée à l'âge et souvent favorisée par un trouble de l'axe du membre (genu varum ou valgum) ;
- Nécrose osseuse du condyle fémoral (après choc, dans le cadre d'intoxication alcoolique, prise de corticoïde, certaines maladie hématologique) ;
- Antécédant de fracture articulaire (plateau tibial, fémur ou rotule) ;
- Antécédant de lésion ligamentaire et/ou méniscale (en particulier la lésion du ligament croisé antérieur) ;
- Des dépôts de cristaux (chondrocalcinose, hydroxyapatite) ;
- Des rhumatismes inflammatoires (la plus fréquente : Polyarthrite Rhumatoïde) ;
- D'autres causes existent mais sont plus rares (malformations, maladies articulaires, nécrose osseuse...).



QUELS SONT LES SYMPTOMES DE LA GONARTHROSE ?

Le premier signe est la **douleur**, qui est proportionnelle au degré d'activité physique (douleur mécanique). Elle peut évoluer par poussées entraînant des douleurs de repos (inflammatoires).

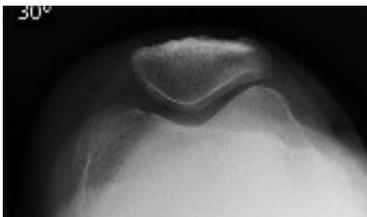
L'usure est souvent asymétrique et va occasionner une désaxation du genou : **genu varum ou valgum**.

Les autres symptômes sont :

- Une raideur articulaire
- Un gonflement articulaire (par épanchement de liquide synovial)
- Des craquement, blocages du genou

L'examen médical recherche ces signes cliniques ainsi que les causes de votre arthrose.

Le meilleur examen est la **radiographie simple en charge (debout en position schuss)**, elle permet de mettre en évidence l'arthrose car l'espace entre les os diminue (on appelle cela le pincement articulaire). Des calcifications se forment (ostéophytes). D'autres examens peuvent être utiles (Scanner, IRM, échographie).



QUELS SONT LES TRAITEMENTS DE LA GONARTHROSE ?

Points forts :

- **La grande majorité des gonarthroses ne nécessite pas d'intervention.**
- **L'indication de l'intervention dépend essentiellement du handicap ressenti.**
- **L'intervention vise à obtenir une diminution des douleurs et donc d'améliorer la qualité de vie.**
- **Un genou « réparé » n'est pas un genou naturel : la pratique intense du sport ne sera pas conseillée.**

Tout d'abord : le traitement est médical.

En début de prise en charge, différentes solutions médicales doivent être proposées comme :

- **Perte de poids**, qui est le traitement le plus efficace.
- **Activité physique régulière** en dehors des poussées.
- **Pratiquer des mouvements d'assouplissement et d'étirement.**
- **Eviter le port de charges lourdes.**
- **Chaussures confortables (semelles amortissantes).**
- **Alimentation :**
 - Éviter les aliments acidifiants (viandes rouges, produits laitiers).
 - Eviter les oméga 6 (huile de tournesol, arachide, maïs, pépin de raisin) au profit d'Omega 3 (huile de colza, lin ou d'olive).
- **Compléments alimentaires :**
 - Silicium organique 15mL/jour
 - Ou Presle 1,5gr/jour.
 - Ou Ortie 400Mgx3/jour.
- Vitamine C (synthèse de collagène) 1gr/jour.
- Médicaments (antalgiques, anti-inflammatoires, protecteurs de cartilage : glucosamine, chondroïtine).
- Rééducation (kinésithérapie).
- **Semelles orthopédiques** surtout si le genou est désaxé.
- **Injections intra-articulaires** (infiltration de corticoïde, visco-supplémentation d'acide hyaluronique ou équivalent, concentré plaquettaire = PRP).
- **Traitement de la cause** quand cela est possible (traitement spécifique des maladies inflammatoires telles que la polyarthrite, traitement des arthrites à cristaux comme la goutte).
- Modifier ses activités physiques : délaissier les activités à impact (course à pied) au profit d'activités telles que la natation, vélo.



En cas de symptômes invalidants, avec diminution de qualité de vie : LE TRAITEMENT EST CHIRURGICAL

Si les douleurs restent majeures malgré les traitements médicaux, on peut discuter une indication chirurgicale.

1/ Chirurgie conservatrice : conservation de l'articulation.

Si le cartilage est encore présent en partie et que le genou est désaxé, le chirurgien peut envisager la correction d'une désaxation par ostéotomie au niveau du tibia le plus souvent : c'est l'intervention classique **d'ostéotomie tibiale de valgisation (OTV)**.

Le nettoyage articulaire par **arthroscopie** peut se discuter s'il existe un corps étranger avec des blocages mais l'indication est rare.

Enfin, sur des lésions de cartilage très partielles (mais il ne s'agit plus dans ce cadre d'arthrose évoluée) : on peut réaliser des **greffes de cartilage, des greffes osseuses ou des prothèse partielles**.

Ces traitements ne seront pas détaillés dans ce livret.

2/ Chirurgie Prothétique :

S'il n'y a plus du tout de cartilage, le chirurgien vous proposera la réalisation d'une chirurgie prothétique : c'est-à-dire que la surface de cartilage sera remplacée par des implants : c'est la **Prothèse Totale de Genou (PTG)**.

La demi-prothèse de genou (Prothèse Uni-Compartimentaire ou PUC) est indiquée si l'usure est complète sur un seul compartiment, avec des ligaments intacts. Cette option ne sera pas détaillée dans ce livret.

QUAND SE FAIRE OPERER ?

La pose d'une **prothèse totale de genou est indiquée** moyennant deux conditions nécessaires :

1. Votre genou est douloureux, et votre autonomie est limitée avec une gêne fonctionnelle majeure.
2. Les radiographies montrent que le cartilage de l'articulation entre le fémur, le tibia et/ou la rotule est en grande partie **détruit**.

Bien sûr, il ne doit pas y avoir de contre-indication à la prothèse de genou (infection osseuse, anomalie cutanée, trouble ligamentaire ou vasculaire).

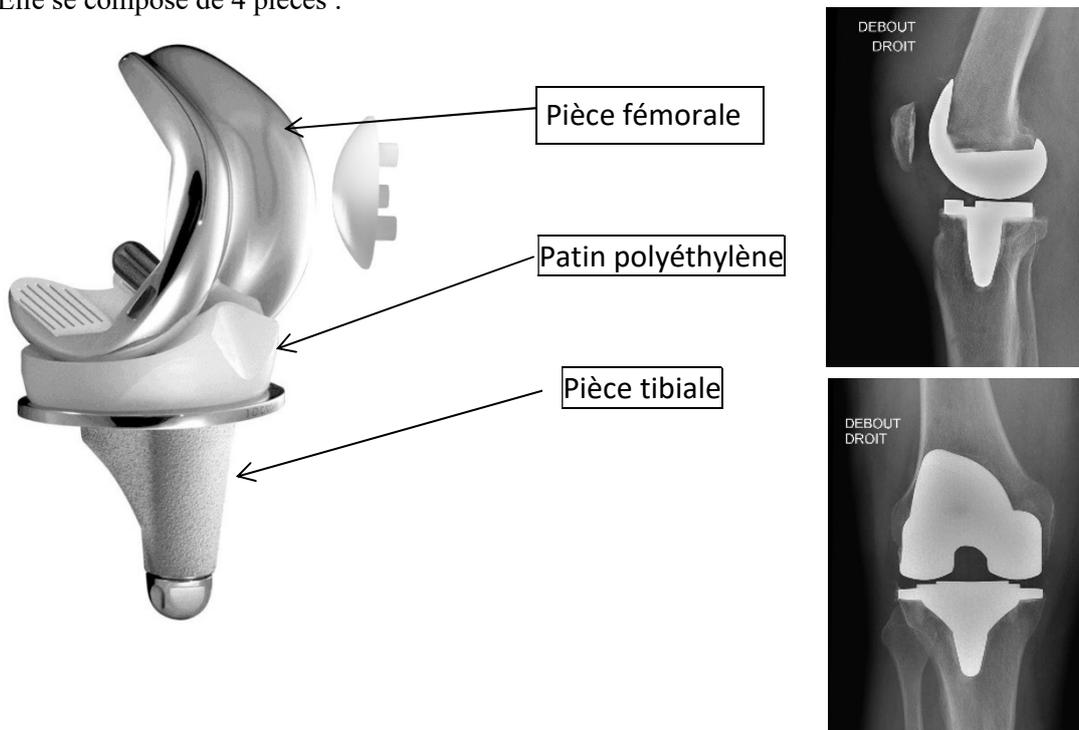
Il n'y a pas d'urgence : il s'agit d'une chirurgie réglée qui doit être préparée physiquement et psychologiquement.

UNE PROTHESE DE GENOU, QU'EST-CE C'EST EXACTEMENT ?

C'est le remplacement des surfaces articulaires (normalement constituées de cartilage) par une surface de forme identique mais synthétique.

La prothèse de genou a une longue histoire. Les premières tentatives d'implantation ont été effectuées dès 1890 mais ont été des échecs. Les premiers modèles posés de manière habituelle datent des années 1970. Les débuts ont été assez difficiles mais les avancées dans la compréhension du fonctionnement du genou, les évolutions des techniques chirurgicales et de la conception des implants ont permis le développement de modèles très fiables dont le résultat est reproductible et pérenne dans le temps.

La prothèse posée par votre chirurgien est une prothèse de genou cimentée à plateau fixe. Elle se compose de 4 pièces :



- Une pièce fémorale en acier chirurgical (prothèse fémorale).
- Un implant rotulien en polyéthylène. **La rotule du patient n'est pas systématiquement remplacée** (dans les cas où elle n'est pas très usée et surtout si elle s'adapte au condyle prothétique). Mais c'est au chirurgien qu'appartient ce choix.
- Un insert tibial (interface entre le condyle et l'embase tibiale) en polyéthylène.
- Une embase tibiale en métal.

On parle de prothèse « **totale** » car elle remplace **totalement le cartilage** (les 3 faces composant l'articulation : fémur, tibia et rotule). Bien sûr, la prothèse ne remplace pas l'os, les ligaments, tendons, nerfs et vaisseaux et enveloppe cutanée : **ces structures sont préservées.**

Les implants sont un **resurfaçage articulaire** : ils ne recouvrent que les parties où se situait le cartilage et leur forme est anatomique. Ils utilisent les muscles tendons et ligaments naturels du patient, ce qui explique que l'on

ne peut pas poser de prothèse dans tous les cas. Ce dessin anatomique des surfaces prothétiques vise à reproduire le fonctionnement d'un genou naturel.

TECHNIQUES D'IMPLANTATION

L'implantation peut se faire par différents moyens : Technique d'alignement cinématique, navigation informatique, guides de coupe sur mesure, robot...

Il y a aussi plusieurs modèles de prothèse.

Le docteur Gaudot vous proposera la technique la plus récente éprouvée correspondant le mieux à votre cas particulier. C'est très technique mais des précisions peuvent être données par le docteur Gaudot si vous le souhaitez.



QUE SE PASSE-T-IL EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT ? (QUELS RISQUES ?)

Points forts :

SANS INTERVENTION :

- **L'évolution est très variable d'un individu à un autre. Chaque cas est particulier et il n'est pas possible de prédire avec exactitude son évolution potentielle.**
- **L'arthrose diminue la qualité de vie.**
- **La chirurgie est proposée dans les cas les plus graves.**

La radiographie ne permet pas de préjuger du degré de handicap.

L'arthrose peut, dans les cas les plus favorables se stabiliser, moyennant une baisse des activités physiques. La gêne résiduelle peut être supportable avec des douleurs sur les longues distances et la difficulté à pratiquer des sports à impact. Dans ce cas, il vaut mieux éviter toute intervention.

Dans les cas moins favorables, en l'absence d'intervention, l'arthrose peut s'aggraver petit à petit, entraînant une augmentation des symptômes : crises douloureuses plus intenses et plus rapprochées, boiterie, limitation du périmètre de marche, enraidissement, désaxation du pied.

Dans les cas les plus avancés : la douleur peut être intense rendant la marche impossible. Des ligaments et tendons peuvent se déchirer et l'os peut être très abîmé voire détruit : il est parfois trop tard pour pouvoir poser une prothèse de genou standard mais d'autres modèles existent (implant semi-contraint, prothèse charnière).

Dans les situations les plus graves (problèmes infectieux très avancés avec perte osseuse majeure, tumeur osseuse...), la seule solution vise à fixer ensemble le fémur avec le tibia, on parle d'arthrodèse.

QU'EST CE QUE JE PEUX ATTENDRE DE L'INTERVENTION ?

L'intervention de prothèse de genou a pour but **d'améliorer les symptômes** notamment de supprimer les douleurs mécaniques à la marche tout en gardant une certaine souplesse du genou et donc **d'améliorer la qualité de vie**.

L'objectif est d'améliorer la qualité de vie et d'obtenir une fonction très satisfaisante voire normale pour les gestes de la vie courante (marche en ville, travaille, pratique des escaliers, vélo, natation, sport en salle).

En revanche, l'intervention n'a pas pour but de redonner un genou de « sportif » et il ne faut pas espérer pouvoir faire intensément de la course à pied ou des sports à impacts.

Pour les activités intermédiaires (ski, escalade) : cela n'est pas interdit mais la reprise de ces sports n'est pas garantie. De plus, il faut que votre niveau sportif avant d'avoir l'arthrose eu été bon. Rappelons que l'intervention est proposée chez les patients qui ont des difficultés à la marche au quotidien et ne pouvant pas du tout pratiquer d'activité sportive.

L'intervention diminue toujours les douleurs liées à l'arthrose. Mais, parfois, il peut persister des douleurs périphériques qui ne sont pas d'origine arthrosique : musculaires, nerveuses ou ligamentaires.

La souplesse du genou prothésé n'est pas garantie car la mobilité finale dépend de la cicatrisation des éléments entourant l'articulation (ligaments, tendons, peau, capsule articulaire). Cette cicatrisation est variable d'une personne à une autre et est indépendante de l'implant.

PROTHESE DE GENOU : EN PRATIQUE

PROGRAMMATION DE L'INTERVENTION

Après une ou plusieurs consultations, l'intervention est proposée. L'intervention sera réalisée au cours d'une hospitalisation conventionnelle d'environ quatre jours.

CONSULTATION AVEC LE CHIRURGIEN

« Un bon résultat : c'est proposer la bonne chirurgie au bon patient et au bon moment »

L'indication chirurgicale :

La consultation avec le chirurgien est cruciale. Elle permet de rechercher des signes d'arthrose pour poser un diagnostic, rechercher les facteurs pouvant causer cette arthrose. Le but est de connaître vos habitudes de vie, profession, sports, attentes, et de rechercher des maladies chroniques. Selon ces informations, votre chirurgien vous proposera un traitement adapté à votre cas, en pesant les bénéfices et les risques.

L'examen vise à évaluer la qualité de ce qu'il y a « autour » de l'articulation du genou : la peau, les muscles, les ligaments, les nerfs sensitifs, les articulations adjacentes (pied, hanche et colonne vertébrale) ainsi que des maladies générales (problèmes vasculaires, neurologiques, diabète, tabagisme...).

A la suite de cet interrogatoire, de l'examen clinique et radiologique, **le chirurgien vous dira si vous pouvez bénéficier de la pose d'une prothèse totale de genou**. Il est primordial de vérifier que le résultat probable de l'intervention coïncide avec le résultat escompté par le patient. Bien sûr cette consultation vous permet de poser toutes les questions sur ce que l'on peut attendre de l'intervention.

La logistique :

La consultation vise également à organiser l'intervention sur le plan logistique.

Cas n° 1 (solution recommandée) : vous pouvez rentrer à la maison (Retour à Domicile : RAD) : si vous êtes entouré (aide pour la préparation de repas, tâches ménagères), que vous n'avez pas d'autres problèmes de santé lourds et que votre domicile est approprié (pas d'escaliers). La **participation des proches** est importante, car vous ne pourrez pas sortir de la maison pendant 2 semaines et votre déambulation sera limitée pendant 6 à 10 semaines.

En cas de retour à la maison : il faut que vous prévoyiez qu'une **infirmière** fasse les pansements tous les 2 jours pendant 18 jours et qu'elle fasse une injection d'anticoagulant tous les jours pendant 6 semaines (vous pouvez vous les faire vous-même) avec la réalisation de contrôle sanguin une à deux fois par semaine.

De plus, il faut prévoir une rééducation par un **kinésithérapeute** (soit à domicile, soit dans son cabinet) au moins trois fois par semaine.

Vous ne pourrez pas conduire le premier mois.

Cas n°2 : vous ne pouvez pas rentrer à la maison : Centre de rééducation : si vous vivez seul(e), en appartement sans ascenseur ou si l'accès aux soins est difficile, le docteur GAUDOT prévoira un centre de rééducation. La demande sera faite par la secrétaire.

FORMALITE DE PROGRAMMATION DE L'INTERVENTION

1. La secrétaire du docteur GAUDOT va organiser l'intervention avec vous :

- **Choix d'une date opératoire**
- **Prise de rendez-vous avec l'anesthésiste**
- **Réservation de chambre**
- Remise des ordonnances : cannes (+déambulateur, fauteuil roulant), attelle cryothérapie.
- Formulaire expliquant la préparation cutanée (dépilation)
- Gestions des examens complémentaires
 - Vos radiographies sont conservées docteur Gaudot (afin d'éviter les oublis de dernière minute)
 - Réalisation du bilan préopératoire : Bilan cardiologique, prise de sang, bilan dentaire et éventuellement bilan urinaire.
- Devis des honoraires chirurgicaux et d'anesthésie (à adresser à votre mutuelle)
- Si besoin : demande de centre de rééducation
- Consentement éclairé (qui vise à tracer que l'information a été délivrée)
Le consentement signé doit être renvoyé au secrétariat.

2. La consultation d'anesthésie

Cette consultation est obligatoire. (Numéro du secrétariat d'anesthésie : 01 42 15 41 32).

La consultation avec l'anesthésiste a pour objectif de mieux vous connaître sur le plan médical et d'adapter ainsi votre prise en charge globale.

Il faut venir muni du **bilan sanguin prescrit** ainsi que vos **documents** éventuels (ordonnances de traitement personnel, consultation cardiaque, pulmonaire...).

L'anesthésiste choisira les techniques d'anesthésie et d'analgésie les plus adaptées pour vous. Il vous dira quels sont les traitements à poursuivre et ceux qui devront être arrêtés avant l'intervention. C'est le moment de poser vos questions sur la prise en charge de la douleur.

Pour la prothèse de genou : une anesthésie générale ou une rachianesthésie vous est proposée, associée à une analgésie locorégionale complémentaire (petit cathéter posé sur la cuisse afin d'endormir un peu les nerfs sensitifs).

L'anesthésiste vous précisera les traitements personnels à poursuivre et à arrêter éventuellement. Les horaires à respecter quant aux repas et boissons, usage du tabac.

3. Programmation des hospitalisations

Le numéro du bureau de réservations de chambre est le 01 42 15 41 20.

Une préadmission sera à réaliser sur le portail internet de la clinique Jouvenet (<https://portail.ramsayservices.fr>).

Un fascicule explicatif vous sera remis.

Cette préadmission vous permet de choisir votre type de chambre (seule, double) et les prestations hôtelières qui vous paraissent les plus adaptées.

AVANT L'INTERVENTION, COMMENT ME PREPARER ?

- **Si vous êtes fumeur**, l'arrêt du tabac est indispensable. Le tabac multiplie nettement les risques de complications infectieuses, les anomalies de cicatrice, le risque de thrombose vasculaire et de retard de consolidation osseuse. L'arrêt du tabac, au mieux 6 semaines avant l'intervention diminue significativement le taux de complications post-opératoires. Cela est possible pour des interventions programmables comme une prothèse de genou qui ne sont pas des interventions chirurgicales à faire en urgence.

N'hésitez pas à contacter **TABAC INFO SERVICE** au 39.89 ou www.tabac-info-service.fr

- Une ordonnance de **kinésithérapie préopératoire** vous sera donnée afin d'apprendre à béquiller
- Différents examens tels que bilan dentaire, urinaire (si vous avez des infections à répétitions), vasculaire (doppler artériel) peuvent vous être demandés.
- Si vous êtes en surpoids, la perte de quelques kilogrammes est toujours bénéfique pour vos articulations (c'est également le premier traitement de l'arthrose du genou). Nous vous conseillons de faire appel à un diététicien ou à un médecin nutritionniste pour vous accompagner dans votre perte de poids.
- Il est toujours plus simple d'anticiper et de se procurer le matériel nécessaire avant l'intervention (cannes, fauteuil, déambulateur)

L'HOSPITALISATION

Selon votre état de santé initial, votre capacité à béquiller et les difficultés liées à votre environnement, l'hospitalisation dure environ 3 à 5 jours.

Vous entrez soit la veille de l'intervention dans l'après-midi, soit le matin même de l'intervention.

Pour se présenter à la clinique, NE PAS OUBLIER :

- Ordonnances de traitement personnels
- Effets personnels (toilette, serviette de bain, vêtement)
- Cannes et/ou déambulateur
- Attelle de cryothérapie
- **Radiographies (si le Dr Gaudot ne les a pas gardées)**
- Carte d'identité
- Carte vitale
- Moyen de paiement

L'INTERVENTION

Votre accueil se fait directement dans le service d'hospitalisation.

Si vous êtes hospitalisé le jour de l'intervention : Vous devrez prendre, la veille, une douche corps entier y compris la tête avec la solution de Bétadine moussante ou Hibiscrub (si vous avez une allergie) (bien se rincer à l'eau claire). Vous reprendrez une douche le matin de l'intervention avant de venir à la clinique. Vous pouvez-vous sécher avec votre serviette personnelle.

Si vous êtes hospitalisé la veille, la douche antiseptique sera réalisée à la Clinique Jouvenet.

Merci de confier à l'infirmière votre attelle réfrigérante de genou.

Il faut signaler tout problème médical récent (bronchite, fièvre, plaie sur la zone à opérer, troubles digestifs...)

En général, il faut être à jeun après minuit (pas de tabac, eau, confiserie, nourriture).

Il est tout à fait normal d'être un peu anxieux avant votre opération. N'hésitez pas à en parler aux professionnels qui vous accompagneront.

Le brancardier vous amène au bloc avec votre dossier médical.

Anesthésie :

Vous descendez au bloc opératoire et votre anesthésiste pratique l'anesthésie convenue.

Votre anesthésiste réalise dans un premier temps une anesthésie loco-régionale sur votre cuisse en injectant un médicament de longue durée d'action. Par une échographie réalisée simultanément, il contrôle que le produit est bien délivré au contact du nerf. Dans certains cas, il place un cathéter au contact de ce nerf afin de réinjecter et ainsi ré-endormir le nerf ultérieurement en cas de besoin.

Puis, il pratique l'anesthésie proprement dite (anesthésie générale ou rachianesthésie).

En salle d'opération :

L'équipe du GAUDOT est composée d'un(e) infirmier(ère) de bloc et de l'infirmier aide opératoire du docteur GAUDOT (William). Le geste chirurgical dure 90 minutes.

Plusieurs questions de sécurité sont posées à nouveau (votre identité, présence d'allergie, nom de votre chirurgien, intervention prévue, côté) dans le cadre de la check-list de sécurité recommandée par la Haute Autorité de Santé (le Docteur GAUDOT est accrédité par la HAS).

Vous serez installé sur le dos avec un garrot autour de la cuisse, ce garrot sera gonflé 20 minutes pendant l'intervention lors de la pose du ciment chirurgical. L'intervention ne débute qu'après les vérifications de sécurité concernant le matériel.

L'abord utilisé est le plus souvent une incision en avant du genou, contournant la rotule et le muscle en dedans, sur environ 20 centimètres, voie *subvastus* (préservation du muscle).

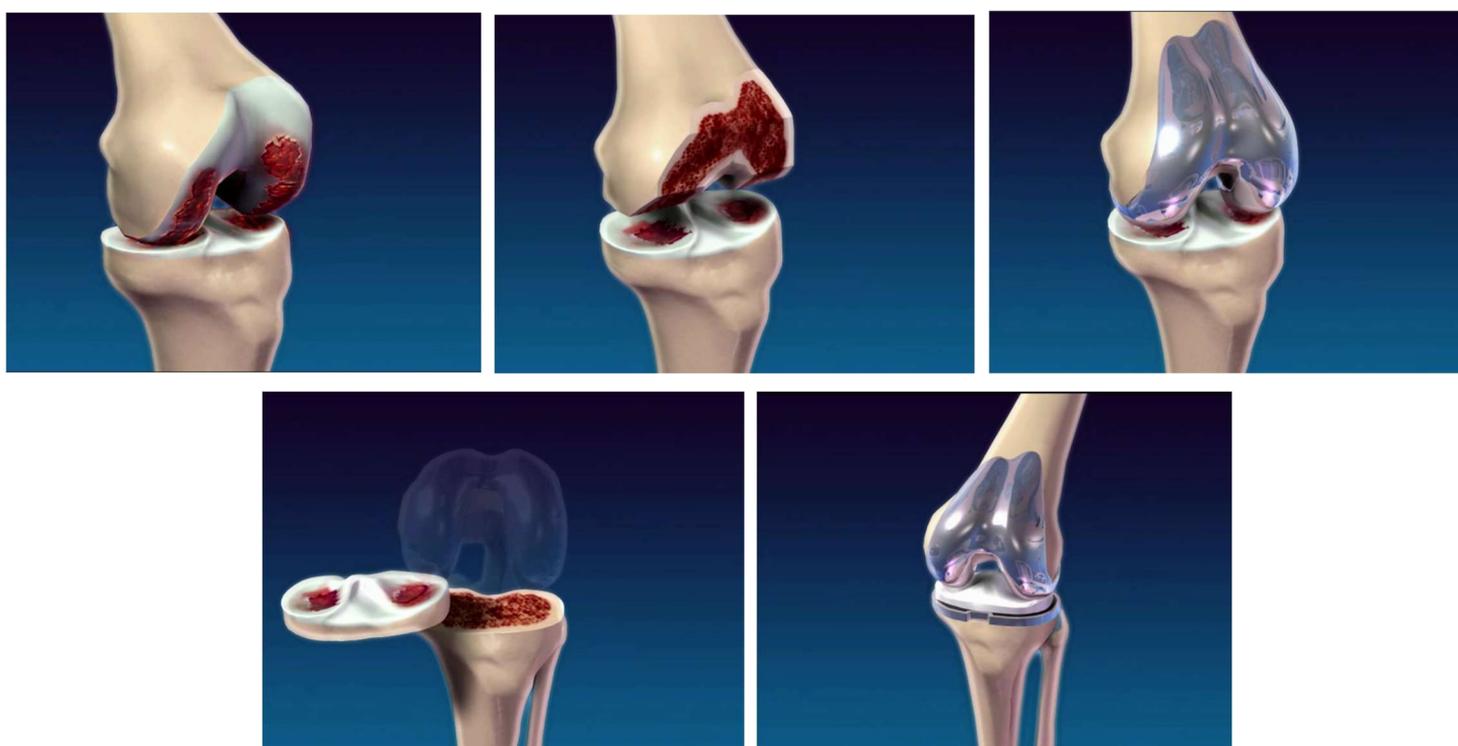


Schéma : Phases de la pose d'une prothèse totale de genou : préparation fémorale puis préparation tibiale

En salle de réveil :

A la sortie du bloc opératoire : nous appliquons sur le genou une attelle réfrigérante avec un tuyau qui aspire l'excès de sang (drain de Redon).

Après l'intervention, vous allez être surveillé pendant environ 2 heures en salle de réveil. Ce moment est important pour ajuster vos traitements contre la douleur, et gérer les éventuelles conséquences transitoires de l'anesthésie (nausée, rétention urinaire...).

Dans la grande majorité des cas, l'association de plusieurs antalgiques vous sera proposée par voie orale et suffiront à diminuer amplement les douleurs causées par la chirurgie. Dans ce cas, vous remonterez dans votre chambre avec une douleur très faible, et vous disposerez des traitements suffisants pour la gérer si besoin.

Le premier lever se fait avec l'aide d'une tierce personne (chirurgien ou kinésithérapeute), il sera fait le soir même de l'intervention ou le lendemain selon votre fatigue et l'heure de retour dans la chambre.

Dans votre chambre :

Les infirmières d'hospitalisation vérifient que l'anesthésie commence à se lever. Une collation vous est proposée. On vérifie la reprise du transit et des mictions.

Le pansement est surveillé (saignement éventuel), ainsi que la survenue de douleurs éventuelles.

LES JOURS SUIVANT L'INTERVENTION

Vous voyez le docteur GAUDOT et votre anesthésiste régulièrement pendant l'hospitalisation.

L'appui est autorisé mais il faut s'aider de cannes. Il faut être prudent (ne pas forcer sur la douleur et limiter la marche au strict nécessaire).

Les infirmières réaliseront les premiers pansements.

Les kinésithérapeutes vous guideront tout au long de votre séjour. Ils vous conseilleront sur les gestes à faire et ceux à ne pas faire. Ils vous proposeront des techniques et des exercices afin que vous récupériez au plus vite votre autonomie.

Les radiographies de contrôle permettent de s'assurer du bon positionnement des implants et de l'absence de complication (fissure osseuse, mobilisation précoce des implants) et serviront de référence pour le suivi.

Un traitement anticoagulant est prescrit. Soyez très attentifs à bien suivre ce traitement qui empêche la survenue de phlébites. Des antalgiques vous seront prescrits, n'hésitez pas à les prendre.

Puis, après le 7^{ème} jour, si vous n'avez plus de douleur, il n'est plus nécessaire de prendre systématiquement les antalgiques.

Des pansements de la cicatrice sont nécessaires tous les 2 à 3 jours, jusqu'à cicatrisation complète (15-18 jours). L'ablation des fils ou agrafes se fait entre le 15^{ème} et le 18^{ème} jour, vous pourrez alors prendre des douches sans protection de la cicatrice. S'il persiste une ou deux croûtes sur la cicatrice, ne les arrachez pas : elles tomberont spontanément lorsque la cicatrisation sera terminée.

LES SUITES OPERATOIRES IMMEDIATES : Le retour à la maison

LE RETOUR AU DOMICILE : DU PREMIER AU 45^{ème} JOUR

Après l'hospitalisation, quand les douleurs sont bien contrôlées avec des médicaments simples, que l'autonomie est acquise et la cicatrice contrôlée, vous pouvez rentrer chez vous. Le retour se fait vers le domicile. Dans de rares cas (patient vivant seul, autre problème de santé lourd, difficultés de béquillage), la convalescence se fait en centre.

Afin d'éviter tout trouble de cicatrisation, il faut modérer ses activités. Tout mouvement intempestif, toute position debout prolongée peut engendrer de l'œdème, faire sauter des points de suture, créer un hématome : ce qui est la porte ouverte à un problème infectieux.

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Sauf cas contraire, l'appui est autorisé complètement mais avec un périmètre limité
- Lorsque vous n'êtes pas debout en train de marcher, il est recommandé de s'asseoir ou de s'allonger pour surélever la jambe.
- Glacer régulièrement le genou au moins deux fois (20 minutes) par jour.
- Mobiliser le pied, la cuisse et la hanche.
- Faire les pansements par une infirmière 3 fois par semaine
- Prendre son traitement antalgique et anticoagulant.
- Manger équilibré en évitant le tabac et l'alcool, privilégier les protéines et éviter les sucreries.

Il faut différencier : appui complet et la limitation de la marche

Appui complet = vous pouvez mettre le poids du corps sur le membre opéré

Limitation de la marche = il faut marcher la plus petite distance possible (rester à la maison)

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE :

- Rester debout trop longtemps, marcher longtemps
- Mouiller la cicatrice.
- Vouloir en faire de trop, surtout s'il y a des douleurs
- Ne pas prendre son traitement antalgique alors qu'il y a des douleurs

Appui et périmètre de marche

L'appui est autorisé. **Le périmètre de marche doit être limité au domicile la première semaine. Puis vous pouvez marcher en augmentant le périmètre selon les douleurs.**

Rééducation :

Vous pouvez commencer la rééducation : 2 à 3 séances par semaine. Le kinésithérapeute mobilisera votre genou afin de gagner en souplesse, fera du drainage lymphatique, vous aidera à contracter vos muscles.

Le pansement

Une infirmière doit faire le pansement, **trois fois par semaine pendant 15 jours.**

L'hygiène des mains est capitale : il faut toujours bien se laver les mains avant de toucher au pansement.

Les fils sont résorbables (sauf cas particuliers).

Ne mouillez pas la cicatrice, protégez-la dans un sac en plastique. Lavez la jambe et le pied avec un gant.

Les médicaments

La prescription est faite par l'anesthésiste. La douleur post-opératoire est bien contrôlée par des antalgiques simples (Paracétamol, Tramadol, Acupan, Anti-inflammatoire).

Il ne faut pas attendre d'avoir très mal, prenez les antalgiques selon le rythme prescrit.

La prescription d'anticoagulant préventif (à faible dose) par injection (héparine de bas poids moléculaire HBPM) est systématique, en général elle dure 30 jours.

Arrêt de travail

Un arrêt de travail est nécessaire : il est d'au moins 6 semaines. Un arrêt est donné à la sortie jusqu'à la première consultation de contrôle, ce qui permet de discuter d'une éventuelle prolongation. La durée est fonction du type de travail : plus court pour des professions sédentaires et plus long pour un travail de force.

Conduite automobile - Sport

Il ne faut pas conduire pendant le premier mois.

De même, il ne faut pratiquer aucun sport. Sont tolérés, les exercices du haut du corps et du tronc (à plat dos) si vous prenez garde à ne pas avoir de choc sur le pied opéré.

Urgence

En cas de problème vous pouvez appeler au :

Secrétariat : 01 42 15 42 89 de 9h30 à 17h

Clinique : 01 42 15 41 39 de 17h à 9h30 et les week-ends

CONSULTATION DE CONTROLE

Une consultation au 45ème jour post-opératoire est prévue avec une radio de contrôle.

Le rendez-vous est donné lors de la sortie d'hospitalisation. Le docteur Gaudot va évaluer votre genou (mobilités, œdème, douleurs, analyse radiographique).

Il va faire une ordonnance de rééducation, vous donner des conseils de reprise d'activité.

APRES LE 45^{EME} JOUR ET LE SUIVI AU LONG TERME

La récupération est très variable d'une personne à l'autre et dépend beaucoup de l'état de votre genou avant l'intervention et de votre condition physique.

La reprise de la marche :

La reprise des activités de la vie courante se fait graduellement, mais à la fin des 6 premières semaines, vous serez autonome dans les gestes quotidiens (monter, descendre l'escalier, conduire une voiture).

A partir du 3^{ème} mois, la marche est quasi-normale, sans boiterie. Un résultat définitif peut être escompté entre 6 et 12 mois. La mobilité est suffisante pour toutes les activités de la vie courante. La prothèse permet de retrouver un genou quasi indolore. Néanmoins, certains mouvements peuvent rester sensibles.

Le sport et les activités :

La reprise du sport se fait sous certaines conditions. La reprise de certaines activités sportives peut alors se faire avec prudence et modération : marche, vélo, natation, golf à partir de 90 jours. Pour les autres sports, la reprise se fait après le 3ème mois. Les sports de pivot, sports violents avec impact, ne sont pas recommandés.

Pendant la première année, le résultat s'améliore : le genou s'assouplit (même sans rééducation, lors de l'usage quotidien), les douleurs résiduelles s'estompent.

Une prothèse de genou ne vous redonnera toutefois pas toujours un genou rigoureusement normal. La plupart des gens ressentiront sa présence de temps à autre, sans pour autant qu'elle constitue une gêne importante, et la flexion du genou prothésé n'est en général pas aussi importante que celle d'un genou normal. Enfin, il est rare de pouvoir faire une activité sportive soutenue après une prothèse totale de genou.

<p style="text-align: center;">UN CONTROLE RADIOGRAPHIQUE ET CLINIQUE EST REALISE A UN AN DE L'INTERVENTION PUIS TOUS LES 4 ANS.</p>

Il faut être vigilant si vous avez une infection quelconque (dent, intestin, urines...) car, dans de très rares cas, les bactéries peuvent s'installer sur la prothèse en passant par le sang. La prothèse devient brutalement très douloureuse et le genou est enflé et rouge. Il faut dans ce cas consulter rapidement votre chirurgien.

Vous pouvez faire sans limitations les sports sans impact : marche, randonnée, vélo, sport en salle, natation. Evitez la course à pied, les sports de combats et les sports à risque de traumatisme (réception de saut).

Un genou prothésé n'est pas indestructible : elle peut être sujette à des entorses ou des fractures. Sa prise en charge est spécialisée. En cas de problème, faites-vous immobiliser (attelle) et veuillez contacter votre chirurgien.

LES RISQUES et COMPLICATIONS

Malgré les compétences de votre chirurgien et de l'équipe qui vous prend en charge, **toute intervention comporte un risque de complication**. Ces risques peuvent être le fait du hasard, de facteurs non contrôlables, mais peuvent aussi être favorisés par des problèmes de santé qui vous sont propres (connus ou non, locaux ou généraux) ou le non-respect des consignes opératoires.

Il ne faut pas perdre de vue que **la chirurgie du genou est une chirurgie dont les suites sont très souvent simples**. Nous avons listé ci-dessous les complications les plus fréquentes ou les plus graves qui peuvent parfois être rencontrées dans votre pathologie.

Toutes les complications ne peuvent être précisées, nous ne noterons que les plus fréquentes et les plus graves qui peuvent survenir pendant ou après l'intervention (pour certaines d'entre elles plusieurs mois plus tard). Les complications peuvent nécessiter d'autres interventions (ablation, changement de prothèse avec greffe osseuse prélevée sur le bassin / changement d'une partie ou de la totalité des implants). La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique et/ou individuelle.

A COURT TERME, ON PEUT OBSERVER

TROUBLE DE CICATRISATION : Les troubles de cicatrisation peuvent aller de la cicatrice disgracieuse à la désunion ou à la nécrose cutanée. Le risque est augmenté par une pathologie générale ou locale (diabète, fumeur, insuffisances circulatoires). Très souvent, des soins infirmiers adaptés (pansement gras) permettent d'en venir à bout. Cependant la nécrose cutanée peut exceptionnellement nécessiter d'envisager une greffe de peau ou la réalisation d'un lambeau cutané. Ces troubles cicatriciels peuvent également favoriser l'infection et obliger à retirer la prothèse.

HEMATOME : C'est la présence de sang sous la cicatrice. Il survient chez des patients sous anticoagulants ou bien chez ceux qui n'ont pas suffisamment respecté les consignes de repos. Il faut impérativement limiter la marche (rester au domicile) et glacer la cheville au moins 3 fois par jour. Cet hématome peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical. C'est aussi une porte ouverte vers une infection.

INFECTION : Elle survient dans moins de 1% des poses de prothèse. L'infection se déclare après le passage d'un germe présent sur la peau du patient vers la profondeur. La désinfection et les protocoles de préparation cutanée permettent de diminuer fortement le risque. De même, au domicile, une bonne hygiène, l'utilisation de serviettes lavées quotidiennement, les ongles courts, brossés (main et pieds), permettent de minimiser le risque. En effet, les bactéries sont omniprésentes, autant chez vous que dans les établissements de santé.

L'infection peut être superficielle mais aussi peut nécessiter une intervention de nettoyage chirurgical et l'administration d'antibiotique.

L'infection peut retarder le résultat et être à l'origine de séquelles douloureuses ou fonctionnelles (raideur, perte de correction).

Certains facteurs comme une fracture ouverte (même ancienne) de multiple intervention, une peau de mauvaise qualité, une mauvaise qualité artérielle, le diabète, le tabagisme ou des immunodépressions (corticoïdes...) peuvent favoriser la survenue de cette complication.

DOULEURS : Il peut arriver que le genou reste douloureux en continu rendant difficile l'appui et gênant la rééducation. Ces douleurs nocturnes, insomniantes, continues à type de décharge électrique sont dites « neuropathiques » : il s'agit de douleurs issues de l'irritation des nerfs sensitifs de la cheville. Elles surviennent plus souvent si vous avez déjà eu des douleurs de ce type. Si elles sont importantes, des traitements spécifiques seront mis en œuvre. Elles s'estompent avec le temps mais ralentissent et diminuent le résultat final.

COMPLICATIONS LOCALES EXCEPTIONNELLES :

- *Embolie graisseuse* par migration de la moelle osseuse vers les poumons pendant l'implantation de la prothèse.

- *Les ossifications* autour de genou : La formation de calcification non souhaitées, peut diminuer la mobilité du genou, voire la bloquer complètement.
- *La rupture du ligament rotulien*, reliant la rotule au tibia, permettant l'extension active du genou, nécessite une réintervention
- *Lésion d'un ligament*, pouvant nécessiter le port prolongé d'une attelle ou une réintervention
- *Luxation* (déboîtement) de la prothèse est très rare.
- *Muscles / Nerfs / Tendons* : Etant donné la proximité de la zone opératoire d'éléments osseux, tendineux, vasculaires ou nerveux, il peut exister, de manière directe ou indirecte par rapport à l'intervention, des conséquences sur ces éléments de proximité : hémorragie, hématome, parésie, paralysie, insensibilité, déficit de mobilité, raideur articulaire... Compte-tenu du lieu de la cicatrice, l'atteinte d'un petit nerf peut entraîner une insensibilité voire des douleurs persistantes. Dans certains cas, il peut être nécessaire de réintervenir, pour drainer un hématome, décompresser un nerf, libérer ou suturer des tendons...

L'INTOXICATION TABAGIQUE : L'intoxication tabagique est un facteur de risque extrêmement néfaste pour la chirurgie du pied et de la cheville (entre autres). Le tabac favorise les troubles cicatriciels, les infections et les complications thrombo-emboliques, ainsi que des problèmes de consolidation osseuse.

Le sevrage du tabac est FORTEMENT recommandé

N'hésitez pas à contacter **TABAC INFO SERVICE** au 39.89

LES COMPLICATIONS THROMBO-EMBOLIQUES (phlébite) : Il s'agit d'un caillot sanguin obstruant les veines des jambes (phlébite). Ce caillot peut migrer et être responsable d'une embolie pulmonaire aux conséquences parfois graves voire fatales. Elles sont très rares dans ce type de chirurgie. La prescription d'anticoagulant à faible doses (préventif) est systématique.

LES COMPLICATIONS MÉDICAMENTEUSES : Les médicaments utilisés (antalgiques, anesthésiques, anti-inflammatoires, anticoagulants, antibiotiques) ont des risques propres et parfois graves qui sont imprévisibles.

COMPLICATIONS GENERALES : liées à la prise de médicament (intolérance, allergie), décompensation d'une maladie préexistante.

- Digestives (cholécystite, diverticulose sigmoïdienne),
- Cardio-vasculaires (infarctus myocardique, artérite des membres inférieurs),
- Neurologique (Accident Vasculaire cérébral),
- Rétention aiguë d'urine (qui peut nécessiter un sondage),
- Escarres cutanées (fesses, talons, coudes),

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

A LONG TERME, ON PEUT OBSERVER

UN MAUVAIS RESULTAT : la qualité du résultat ne peut être garantie.

Malgré toute l'attention portée à la chirurgie, il est possible que le résultat ne soit pas à la hauteur des espérances (genou raide, quelques douleurs résiduelle, défaut d'axe résiduel).

DESCELLEMENT : La PTG est « collée » à vos os et la pérennité du résultat dépend de la cicatrisation de l'os sur la prothèse. A long terme, on peut observer un descellement secondaire (après un accident ou spontanément). Dans ce cas, un changement d'implant peut être réalisé.

Facteurs de risque : ostéoporose, sujet âgé, obésité, tabagisme, absence de respect des consignes chirurgicales.

ALLERGIE : L'allergie aux composant est décrite mais elle est très difficile à anticiper. Si vous avez la moindre allergie aux métaux, il convient de la signaler au chirurgien.

USURE : Une usure des implants peut être exceptionnellement observée et nécessiter un changement de la pièce ou de l'implant.

RAIDEUR : tout geste articulaire peut entraîner un enraidissement de l'articulation, temporaire ou définitif. La raideur peut être secondaire à la formation de calcifications autour de l'articulation. La formation de calcification varie énormément d'un individu à un autre. Cette raideur peut nécessiter des séances de rééducation ou même une réintervention (arthrolyse).

INFECTION CHRONIQUE est une complication rare mais grave. Elle peut survenir même très longtemps après la chirurgie et peut provenir d'une infection à distance de la cheville, comme une infection dentaire ou urinaire. Une infection peut conduire à une nouvelle chirurgie, parfois en centre spécialisé.

LES DOULEURS CHRONIQUES ET L'ALGODYSTROPHIE : Toute prise en charge médicale ou chirurgicale dans le cadre de phénomènes douloureux, peut de manière aléatoire et imprévisible voir persister les phénomènes douloureux ou même en renforcer d'autres. Ces phénomènes douloureux chroniques peuvent s'installer dans le temps sous la forme de douleur complexe et régionale, pouvant évoluer de nombreux mois, laissant parfois persister des séquelles trophiques ou articulaires. Elle est traitée par médicament. Elle est imprévisible et peut ralentir la reprise d'une vie normale et enraidir le genou.

TRAUMATISME : un genou prothésé peut être traumatisé. Une entorse, une fracture peuvent survenir.

LES QUESTIONS LES PLUS FREQUEMMENT POSEES ES

Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?

Votre qualité de vie est très altérée par votre arthrose de genou. Votre chirurgien estime que les bénéfices sont largement supérieurs aux risques.

Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?

Les chirurgies non prothétiques sont à privilégier quand c'est possible. Cependant, quand le cartilage est trop altéré, les possibilités de conserver le cartilage ne laissent espérer que des résultats incomplets ou des échecs : l'indication de chirurgie conservatrice est alors « dépassée » et les risques deviennent supérieurs aux bénéfices. En cas de grande désaxation, l'ostéotomie de réalignement du genou améliore mais les résultats de cette opération sont insuffisants quand le cartilage est très abîmé.

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?

L'arthrose du genou est un problème mécanique qui a un impact sur la qualité de vie. Ce n'est pas une maladie qui diminue la durée de vie. Sans intervention, votre état peut se dégrader mais il est impossible de savoir la vitesse et le profil de dégradation : (progressive, par poussée, dans combien de temps...).

Je viens de me faire opérer, j'ai mal. Est-ce normal ?

Les premiers jours postopératoires peuvent être douloureux. Si vos douleurs sont importantes, le traitement antalgique peut être augmenté.

Il faut bien glacer le genou, deux fois par jour pendant 20 minutes. La rééducation ne doit pas déclencher de douleur intolérable. Il faut bien se reposer entre les séances de rééducation.

Quand refaire le pansement ?

Tous les 2 jours pendant 18 jours. Il ne faut pas mouiller la cicatrice pendant cette période.

En cas de navigation informatique : Pourquoi ai-je 2 petites cicatrices en plus au niveau de la jambe ?

Elles permettent de mettre en place des capteurs de position au niveau du tibia permettant la navigation informatique.

Combien de temps dois-je garder les cannes ?

Les cannes sont en moyenne gardées 15 jours mais vous pouvez en avoir besoin à l'extérieur pendant environ 4 semaines. Elles diminuent la boiterie, préviennent les chutes, diminuent la fatigue. Si vous vous sentez capable, vous pouvez par vous-même arrêter d'utiliser les cannes.

Comment prendre soin de ma cicatrice ?

Votre cicatrice va continuer d'évoluer la première année. Protégez-la du soleil pendant cette période afin d'éviter qu'elle se pigmente et hydratez-là avec une crème.

Quand reprendre votre travail ?

Si votre emploi est sédentaire, votre arrêt sera d'environ 2 mois. S'il nécessite des efforts physiques importants, il sera d'environ 3 mois, parfois plus selon les professions.

Quand reprendre...

...des activités d'entretien de la maison ? Dès que possible, selon les douleurs.

...le jardinage ? Au bout d'un mois pour les activités légères et 3 mois pour le port de charges.

...être passager d'une voiture ? Tout de suite.

...conduire ? Au bout de 4 semaines (attentions aux médicaments qui limitent la vigilance).

...se déplacer en train ? Tout de suite.

...prendre l'avion ? A la fin de votre traitement anticoagulant.

...avoir des rapports sexuels ? Dès que vous le souhaitez.

A quel âge peut-on implanter une prothèse ?

Il n'y a pas d'âge minimum. Une prothèse peut être implantée quand l'arthrose limite très sévèrement les activités quotidiennes.

Chez les patients jeunes : le problème posé par une prothèse est la question de l'usure sur le long terme ainsi que la disponibilité des éléments de rechange qui sont de la responsabilité de l'industrie pharmaceutique.

Après l'opération, pourrais-je avoir un genou « tout neuf » ?

NON, votre articulation sera « réparée » et l'ambition de l'intervention sera de vivre le plus normalement possible (mieux qu'avec l'arthrose bien sûr). Mais ce ne sera jamais une articulation permettant de faire des activités physiques intenses sans limite. Le genou prothésé peut faire quelques bruits lors des mouvements rapides, c'est normal.

Quelles situations justifient de demander un avis chirurgical urgent ?

Un écoulement de la cicatrice, une cicatrice rouge et douloureuse après une semaine constituent des signaux d'alerte qui imposent une consultation urgente (à quelques jours).

Une fièvre significative, un gonflement douloureux, des douleurs dans le mollet doivent amener à consulter rapidement.

Une douleur intense et brutale, une sensation de compression sous le plâtre nécessitent un avis chirurgical

Sur le long terme : un traumatisme, une douleur brutale inhabituelle doivent être explorés.

Qu'est-ce qu'une prothèse unicompartmentaire (ou unicompartmentale) de genou ?

Les prothèses unicompartmentaires (PUC) sont des prothèses remplaçant un seul des trois compartiments du genou. C'est donc une prothèse partielle du genou : l'intervention est moins lourde qu'une PTG.

Cependant, il faut respecter les conditions d'indication :

- *Atteinte évoluée d'un seul compartiment et une intégrité absolue des autres compartiments*
- *Il faut avoir tous ses ligaments (notamment le ligament croisé antérieur).*
- *Avoir un axe de jambe correct (déformation de moins de 10°)*
- *Ne pas avoir de maladie rhumatismale*
- *Ne pas avoir d'obésité très sévère.*

De ce fait, si le genou s'use sur un autre compartiment, il peut redevenir douloureux et donc nécessiter de poser une PTG (totalisation). Cela explique la durée de vie statistiquement plus courte d'une PUC.