

# INFORMATION SUR LES PROTHÈSES DE GENOU

version 10 / Février 2024

Docteur J.E Perraudin

Vous pouvez retrouver images et infos complémentaires sur le site

[www.docteurperraudin.com](http://www.docteurperraudin.com)

Une prothèse est une espèce de « coque » en métal, que le chirurgien pose sur les extrémités osseuses : elle a pour but de remplacer le cartilage usé. Elle est généralement posée après 60 ans, quand le traitement médical ne permet plus d'améliorer les douleurs et la perte de fonction. Près de 60 000 prothèses de genou sont posées chaque année en France.

## I/ GENERALITES

Le cartilage recouvre les surfaces articulaires du fémur, du tibia et de la rotule. Le cartilage s'use avec le temps (arthrose).

Le genou présente trois compartiments (surface de contact entre les cartilages de deux os).

- Le compartiment entre le fémur et la rotule (appelé compartiment fémoro-patellaire) ;
- Le compartiment entre le fémur et le tibia qui est divisé en deux compartiments, l'un interne l'autre externe (compartiment fémoro-tibial interne et externe). ;
- Ces trois compartiments peuvent être usés en même temps ou indépendamment les uns des autres.

Lorsqu'un seul compartiment est usé, par exemple en interne (fémoro-tibial interne), la prothèse peut être une petite prothèse qui ne remplace le cartilage que dans ce compartiment. Il s'agit d'une prothèse uni-compartimentale qui peut être interne, externe ou rotulienne.

La prothèse est le plus souvent « totale » remplaçant alors le cartilage des deux compartiments fémoro-tibiaux et éventuellement même le fémoro-patellaire.

Ce texte s'applique pour les prothèses partielles ou totales.

## II/ LA PROTHÈSE

Le but est de remplacer le cartilage restant et un peu d'os pour permettre un appui solide des pièces de la prothèse. Il s'agit de « re-surfacer » l'extrémité osseuse. La prothèse remplace le cartilage, recouvre l'os.

Les matériaux :

- **La pièce fémorale** est en métal, chrome-cobalt : elle s'emboîte sur l'extrémité inférieure du fémur.
- **La pièce tibiale** peut être :
  - soit **uniquement en polyéthylène** et c'est le cas de la prothèse unicompartmentale interne ou externe que j'utilise

- soit en **chrome-cobalt** comme le fémur
- Une **pièce intermédiaire** en polyéthylène (comme un plastique), qui permet aux deux pièces métalliques fémorale et tibiale de glisser l'une sur l'autre avec un frottement réduit.

#### Fixation des pièces prothétiques

- soit par l'intermédiaire d'un ciment
- soit sans ciment : la prothèse tient immédiatement, car elle est impactée en force; puis l'os colle progressivement à la prothèse (qui est recouverte d'une structure spéciale (le porocoat ou équivalent)).
- parfois, il est recommandé de cimenter les pièces (en particulier le tibia), pour des raisons mécaniques ( poids important, ostéoporose).

La fixation est solide d'emblée dans les deux cas et permet la mobilisation immédiate du genou et la marche avec appui dès le soir de l'opération (ou le lendemain), sans aucun risque pour la prothèse.

#### La rotule

- Faut-il la re-surfacer, c'est à dire enlever ce qui reste de cartilage et couper un peu d'os rotulien, pour poser une prothèse, « un bouton », un « médaillon » en polyéthylène (cimenté), qui viendra glisser sur le fémur ?
  - Ou la laisser telle quelle en l'arrondissant, pour qu'elle glisse harmonieusement sur la pièce fémorale.
- # Le débat n'en finit pas depuis des années.

L'expérience montre que pour certaines formes de pièce fémorale (« patella friendly »), il est plus simple de ne pas resurfacer la rotule. Les résultats à un an sont quasi les mêmes sans les risques de fragilisation de la rotule par la coupe osseuse et sans risque de malposition du bouton rotulien. Le risque de douleurs antérieures (devant le genou) est plus important au début si la rotule n'est pas prothésée, mais il semble que les douleurs soient à peu près équivalentes (rotule prothésée ou non) au bout d'un an. (étude récente).

====> Suites aux données des dernières études et avec l'expérience

=> je pose les pièces tibiale et fémorale **cimentées avec un ciment avec des antibiotiques** (gentalline)

=> et je ne mets en général, pas de prothèse rotulienne.

### III/ L'INDICATION CHIRURGICALE et votre décision

L'indication chirurgicale (point de vue du chirurgien) repose sur l'état anatomique d'une part, (il faut que le genou soit usé) et sur votre gêne fonctionnelle, d'autre part.

Votre décision doit être prise tranquillement, en discutant avec vos proches et votre médecin traitant, après avis du chirurgien et de l'anesthésiste. Elle repose sur la

gêne fonctionnelle ressentie, si elle reste handicapante (boiterie, douleurs, gonflement, déformation...) malgré un traitement médical bien conduit (médicaments contre la douleur, infiltrations, visco-supplémentation, rééducation).

**La pose d'une prothèse de genou n'est jamais faite dans l'urgence.**

L'**alternative** à l'intervention est de continuer le traitement médical (médicaments, rééducation).

L'**anesthésiste** donnera son avis sur votre état général. Vous prendrez l'avis de spécialistes en fonction de vos problèmes de santé (cardiologue, diabétologue...). Ces consultations permettent de préciser les risques encourus, et de vous préparer à cette intervention dans les meilleures conditions.

**Le risque de complications** : Il existe beaucoup de complications rares mais possibles, et ce risque doit bien sûr être pris en compte dans votre décision. Les complications sont listées à la fin de ce document. Notez dès maintenant que le dépistage précoce des complications permet de les traiter rapidement et efficacement. Votre rôle est d'ailleurs particulièrement important dans cette démarche : il est essentiel que vous me préveniez **au fur et à mesure** de tout ce qui vous inquiète, pendant les suites opératoires (même si vous êtes dans un centre de rééducation).

NB : Le numéro de tél (**01 42 49 34 60**) est sur la carte de visite (remise lors de la consultation). Précisez que c'est post-opératoire et urgent. Votre appel me sera transmis et je vous rappellerai dès que possible.

Avant l'intervention, vous pouvez me parler directement sur cette même ligne pendant mes consultations (mardi et jeudi) pour me poser toutes les questions que vous voulez.

## **VOUS INFORMER +++ pour prendre votre décision**



- Aller sur mon site internet pour lire les différentes pages sur la prothèse, mais aussi sur le traitement médical, la douleur, la rééducation, etc.
- Parlez-en avec  **votre médecin traitant**.
- Si vous avez du mal à prendre votre décision, vous pouvez aussi **me joindre** pour en parler (voir ci-dessus) : n'hésitez pas.

## **IV Une fois la décision prise : s'organiser et se préparer**

### **1 Vous organiser**

- Prévoir le retour à la maison qui se fait cinq jours après l'intervention (opération un lundi sortie le samedi, opération le mercredi sortie le mardi).
- Téléphoner à mon assistante, Katia (même numéro), pour qu'elle vous propose

une date d'intervention et un rendez-vous de consultation avec le médecin anesthésiste.

- Vous devez voir un dentiste et un cardiologue : Katia vous donnera une lettre pour chacun. Votre médecin peut vous orienter vers d'autres spécialistes en fonction de vos traitements.

## 2 Vous préparer physiquement

Il faut vous préparer physiquement en travaillant les exercices expliqués en consultation (écrase coussin et sans coussin). Plus vous en ferez, mieux ce sera.

Vous pouvez aussi faire quelques séances de rééducation avant l'opération ; je vous les prescrirai si nécessaire.

## 3 Bilan pré-opératoire

- Voir les spécialistes (cardiologue, diabétologue si besoin, etc.)
- Recherche de foyers infectieux
  - **le dentiste** : prendre rendez-vous maintenant chez votre dentiste habituel pour vérifier l'absence de foyer infectieux au niveau des dents et de la mâchoire (la radio des dents est indispensable : panoramique dentaire). Les soins dentaires doivent être terminés avant l'intervention. Un courrier ou certificat, signé de votre dentiste, attestant l'absence de foyers infectieux, est indispensable pour pouvoir être opéré(e).
  - **ECBU** : faire un examen cytobactériologique des urines (ECBU) quelques semaines avant l'intervention pour rechercher une éventuelle infection urinaire.  
⇒ votre médecin généraliste traitera ++ une éventuelle infection urinaire et vous prescrira un prélèvement de contrôle une semaine après ++. Merci de nous apporter les résultats de cet examen .
  - Un **prélèvement nasal** pourra vous être prescrit à la recherche de bactéries.
- **Apporter les résultats de ces examens** et les lettres de votre cardiologue et de votre dentiste à mon anesthésiste, lors de sa consultation.

## 4 La consultation d'anesthésie

Le rendez-vous sera pris par mon assistante lorsque vous déciderez votre date.

☐ L'anesthésie se pratique en loco-régionale (péridurale ou rachi-anesthésie).

☐ Apporter la dernière ordonnance de votre traitement habituel et les lettres ..

## 5 Bilan radiologique et guides sur mesure

- Apporter vos dernières RADIOS à ma consultation
- Des radios seront faites la veille de votre intervention (ou lors de votre rdv avec l'anesthésiste) pour permettre de prendre les mesures nécessaires pour la pose de la prothèse.
- Guides de coupes sur mesure : vous ferez un scanner **aux Maussins, deux**

**mois avant l'intervention.** Ce scanner permet de créer sur ordinateur une image en 3 dimensions (3D) de votre genou, de faire les mesures nécessaires, de prévoir l'orientation et l'épaisseur des coupes osseuses, le positionnement des pièces de la prothèse pour enfin fabriquer des guides de coupe **SUR MESURE** qui permettront de poser la prothèse au plus près de la stratégie prévue.

- Je pose des pièces sur mesure fabriquées le laboratoire Symbios à partir de votre scanner.

## VI L'HOSPITALISATION

### 1 Entrée à la clinique la veille de votre intervention

Votre traitement médical habituel :

**IMPORTANT : Il faut apporter votre dernière ordonnance +++** pour que l'infirmière puisse vérifier les prescriptions. **Vos médicaments personnels**, s'ils doivent être continués (l'anesthésiste le décidera), seront fournis par la clinique.

**Arrivée vers 16 h** à la clinique des Maussins-Nollet, 67 rue de romainville 75019 PARIS, pour votre hospitalisation.

Si vous avez demandé une chambre seule, deux cas sont possibles :

- soit la chambre est libre lors de votre arrivée et dans ce cas vous pourrez en prendre possession le soir même
- soit ce n'est pas le cas et la chambre vous sera donnée le lendemain de l'opération (le plus fréquent).

Vous devez rester à jeun à partir de minuit.

### 2\_ Préparation cutanée pré-opératoire

- Préparation cutanée (de la peau) à la clinique
  - La veille et le matin de l'intervention, vous prendrez une douche avec shampoing avec un produit antiseptique (chlorhexidine ; nous n'utilisons plus la bétadine). Vous devez insister sur la région de votre genou et sur toute la jambe opérée, sur les aisselles et les parties uro-génitales.
- Prémédication : Avant de descendre au bloc opératoire, on vous donnera une prémédication pour vous détendre.
- L'heure de l'opération prévue par le bloc opératoire est approximative.
- Descente au bloc : vous serez amené(e) au bloc opératoire sur un brancard par un brancardier.
- A votre arrivée au bloc, vous serez conduit en salle de pré-anesthésie
  - où une infirmière vérifiera que tout est ok (check-list) et vous posera une perfusion.
  - L'anesthésie loco-régionale (rachi-anesthésie) sera réalisée en salle de pré-anesthésie.

- **Des antibiotiques** sont administrés systématiquement dans votre perfusion juste avant l'intervention pour prévenir une complication infectieuse.

### 3 L'intervention

Sa durée est de 1 h 30 pour une prothèse totale, selon l'importance des lésions.

Les guides de coupe (prothèse totale) spécifiquement réalisés pour votre genou seront prêts et stériles.

#### J'opère sans garrot :

- Ce qui permet de voir les vaisseaux qui saignent et donc de les coaguler au fur et à mesure, ce qui limite le saignement post-opératoire.
- Ce qui permet de ne pas stopper la vascularisation de vos tissus (muscles et tissus de la cuisse, du genou, de la jambe et du pied) pendant l'intervention, ce qui diminue les douleurs post-opératoires
- J'injecte un cocktail de médicaments anti-douleurs dans les tissus de votre genou +++.
- je ne mets pas de tuyau (= « redon ») dans le genou à la fin de l'intervention, ce qui est beaucoup plus confortable pour vous et ne change rien pour la suite. Je n'ai pas plus d'hématomes postopératoires que les autres.

### 4 Retour en salle de réveil où vous resterez quelques heures après votre intervention.

- Cette période de réveil vous permettra d'être surveillé(e) au mieux durant cette période délicate.
- Vous recevrez des médicaments anti-douleurs pendant l'intervention, et systématiquement pendant 24 h puis à la demande. Ces médicaments sont administrés par votre perfusion au début, puis par la bouche (voie orale).
- Une pompe à morphine sera installée si besoin.

### 5 Retour ensuite en chambre de surveillance intensive post-opératoire, voire parfois directement dans votre chambre, en fonction de la décision de l'anesthésiste.

### 6 Les premières 24 h post-opératoires :

**Remarques importantes** : la prothèse posée est d'emblée solidement fixée et elle ne risque rien lors des mouvements de votre genou. L'idéal pour votre bien-être est de rester sur le dos avec la jambe allongée, mais ne soyez pas inquiet, vous pouvez bouger

#### a/ Les douleurs et leur traitement

- Pendant l'intervention, j'ai infiltré votre genou pour diminuer les douleurs des 24 premières heures.
- La douleur post-opératoire est très variable et doit rester tout à fait supportable grâce aux médicaments. N'hésitez pas à signaler vos douleurs aux infirmières ++. La prescription est adaptée à votre cas.
- **Le glaçage du genou** est un moyen efficace ++, pendant toute la période post-opératoire, pour diminuer le gonflement et la douleur dans votre genou.

- Le bandage élastique que je vous pose du pied à la cuisse participe clairement à votre confort post-opératoire. S'il vous paraît trop serré, dites-le à l'infirmière. Elle le fendra un peu.

- Pour prendre du recul par rapport à vos douleurs, la meilleure solution est d'être actif(ve) :

- De garder la jambe allongée et, dans cette position, vous concentrer sur votre travail de contraction du muscle de votre cuisse : il s'agit de l'exercice de « l'écrase coussin » sans coussin que vous pouvez voir sur le site et que je vous ai expliqué en consultation.
- Cet exercice peut être commencé **dès votre réveil**, sans aucun danger (je vous conseille de vous y entraîner **avant** l'intervention).
- Le but de cet exercice est de maintenir votre genou tendu, de garder votre extension. Parallèlement, ceci favorise votre reprise de la marche, puisque c'est ce muscle qui vous permet d'empêcher votre genou de fléchir lors de la marche.

#### b/ Divers

- **Attelle** : Vous n'avez pas d'attelle en général

- **Drainage** :

Le drainage consiste à mettre un ou deux drains (redons) dans l'articulation et entre la peau et l'articulation (petits tuyaux sortant du genou et du pansement). Ces redons ont pour but de limiter le gonflement du genou en facilitant l'évacuation de l'hématome.

MAIS

- en pratique, ils sont douloureux et vous gênent pour faire vos exercices; leur ablation n'est pas indolore.

- comme je vous opère sans garrot, les vaisseaux qui sont coupés saignent et sont coagulés au fur et à mesure, ce qui diminue le saignement post-opératoire.

- **Je ne mets pas de drain +++** et l'expérience montre que vous êtes plus confortables ainsi. Il y a bien sûr un risque d'hématome (voir plus loin), mais ce risque existe aussi sur les genoux opérés avec drainage.

- **Anti-coagulants** : ils seront prescrits pour éviter une complication veineuse : la thrombo-phlébite. Il faut savoir qu'une phlébite est possible **MÊME** sous anti-coagulants ; et il faut donc rester vigilant (voir les complications ; ci-dessous).

## VI\_ LA RÉÉDUCATION

### Rééducation PRÉ-opératoire ++++++

#### 1 Vos exercices ( écrase coussin avec et sans coussin)

Vous pouvez aussi choisir le kiné chez qui vous irez après l'intervention : le plus près de chez vous est le plus simple. Faites d'ailleurs quelques séances de rééducation avec ce kiné **AVANT** l'intervention pour vous familiariser avec la marche avec des béquilles +++ et les différents exercices.

## 2 les premiers jours après l'intervention

Dès votre réveil , vous pourrez commencer à verrouiller le genou ( exercice de l'écrase coussin sans coussin).

Le kinésithérapeute viendra vous voir chaque jour (et souvent deux fois si nécessaire). Il s'agit :

- de travailler votre muscle (écrase coussin avec et sans coussin)
- de laisser votre genou plier au bord du lit et sur le kinetec (appareil sur lequel vous posez votre jambe et qui plie doucement votre genou sans effort de votre part. C'est à vous de régler le degré de flexion, en essayant de **laisser** votre genou plier.
- de vous faire marcher dès le soir ou le lendemain de l'intervention, en appuyant sur les deux pieds avec un déambulateur, en essayant de tenir votre genou tendu, verrouillé en contractant votre quadriceps (muscle que vous travaillez en faisant l'écrase-coussin).
- Vous vous levez donc dès le lendemain pour faire quelques pas et aller au fauteuil. Vous marcherez avec un déambulateur, puis il vous montrera comment utiliser les béquilles.
- Le jour précédant votre retour à la maison, il vous aidera à monter et descendre quelques marches d'escaliers avec la jambe raide.
- Notez que vous pouvez et devez **appuyer complètement sur votre genou opéré**. L'idéal, au début, est de chercher à marcher sur un genou bien tendu. Ce sera d'autant plus facile de garder le genou raide que vous aurez travaillé régulièrement l'écrase-coussin.

====> Je vous aiderai au fur et à mesure. Mes passages sont souvent rapides, si tout va bien... mais surtout, n'hésitez pas à me poser des questions, nous prendrons le temps nécessaire. Si les questions vous reviennent alors que je suis parti, n'hésitez pas à les poser à mon assistante, qui elle aussi, fera sa visite quotidienne et me transmettra vos questions.

## VII Retour à la maison

Vous continuerez vos exercices tout au long de la journée

- Écrase-coussin avec coussin ++ et sans coussin ++
- Flexion au bord du lit et
- Flexion en position assis(e) sur une chaise, en faisant glisser votre pied sur le sol vers l'avant et l'arrière.
- Marche avec les béquilles

Si c'est possible, un kiné viendra à domicile pour vous aider à faire vos exercices à la maison (deux ou trois fois par semaine)..

Sinon je vous ferai une ordonnance de transport qui vous permettra de vous faire emmener chez le kiné avec la sécu. A prévoir avant l'opération, bien sûr.

- Vous reposer est important et glacer le genou plusieurs fois par jour vous fera du bien.
- Vous prendrez les médicaments prescrits en fonction de l'intensité des douleurs
- Vous reprendrez progressivement votre vie dans la maison et cela fait partie de votre rééducation.

⇒ Tenez-moi au courant au fur et à mesure de toute difficulté ou



inquiétude.

⇒ Le temps qui passe est un facteur important d'amélioration et il faut être patient, mais bien travailler vos exercices. La flexion doit progresser régulièrement.

▪ **Vous devez compter environ 6 semaines** avant de retrouver une certaine autonomie.

## **VIII Les suites**

### **1 le traitement anticoagulant**

○ Le traitement anticoagulant sera poursuivi selon la prescription de l'anesthésiste. Ce traitement anti-coagulant nécessite une surveillance régulière et il sera pris en charge par le médecin du centre de rééducation ou par votre médecin généraliste en cas de retour à domicile.

○ Le port de bas de contention est recommandé, en fonction des antécédents personnels, comme vous l'a expliqué l'anesthésiste.

Lorsque vous êtes assis, gardez plutôt votre jambe et votre genou surélevés (le mollet sur un oreiller posé sur un tabouret par exemple).

**Une douleur dans le mollet doit vous faire me téléphoner.**

### **2 Consultations post-opératoires systématiques :**

Je vous revois environ 3 semaines après l'intervention, puis si tout va bien, tous les ans avec des radios.

⇒ Et comme je vous l'ai expliqué en consultation, vous pouvez rester en contact avec moi par téléphone... Et donc me voir facilement si besoin en fonction de l'évolution quand vous en aurez besoin.

### **3 Quelles sont les choses à me signaler par téléphone pendant cette période post-opératoire ? +++**

▪ Un problème de cicatrice, quel qu'il soit, doit m'être signalé même s'il est pris en charge par une infirmière ou dans un centre.

▪ L'apparition de fièvre (prenez votre température en cas de doute).

▪ Sensation de blocage du genou ou absence d'amélioration progressive de la flexion +++

▪ La rééducation doit être indolore ou presque. Si la rééducation est ou devient douloureuse, tenez moi au courant .

## **X Les résultats des prothèses de genou**

Les résultats ont bien progressé depuis quelques années. Le but premier de la prothèse est de soulager la douleur. La disparition de la douleur peut être complète ou incomplète, avec persistance de douleurs dans certaines positions ou lors de changement de temps. Ces douleurs résiduelles peuvent être plus ou moins importantes et s'améliorent en général avec le temps.

La mobilité dépend de la qualité de votre appareil musculaire (force et souplesse) et de votre travail en rééducation pré et post-opératoire.

La flexion moyenne obtenue après une prothèse totale de genou est proche de la flexion préopératoire mais elle peut être un peu supérieure.

## XI Les complications des prothèses

Le risque de complications post-opératoires des prothèses de genou réunit

- Le risque de complications post-opératoires habituelles d'une intervention d'orthopédie dans le cas de chirurgie articulaire.
- Le risque de complications inhérentes à la pose de matériel prothétique
- Le risque lié au terrain, à l'âge du patient, et à ses pathologies, etc.

### 1 Complications per-opératoires :

Elles restent exceptionnelles :

- Blessure de vaisseau avec un risque d'hématome, avec la possibilité de chirurgie vasculaire pour réparer une artère, ou un nerf (avec transfert en milieu spécialisé).
- Blessure d'un nerf avec un risque de paralysie post-opératoire qui peut être passagère, transitoire, mais peut persister et nécessiter un traitement chirurgical secondaire du nerf ou un transfert musculaire palliatif.  
Certaines complications peuvent nécessiter un geste complémentaire pendant l'intervention
- Les ruptures tendineuses (en particulier le tendon rotulien)
- Une rupture ligamentaire
- Une fracture du fémur ou du tibia, lors de la pose de la prothèse
- Complications générales médicales, avec complication pulmonaire, cardiaque, digestive. Le risque de décès pendant l'opération est devenu exceptionnel.

La **prévention** de ce type de risque est essentielle et c'est le rôle en particulier de la consultation d'anesthésie avant l'intervention. C'est pourquoi votre médecin anesthésiste peut vous demander de consulter des spécialistes cardiaque, pulmonaire ou autre, pour avoir leur avis sur l'intervention et sur l'anesthésie. Certains médicaments doivent être arrêtés pour une intervention chirurgicale.

### 2 Complications post-opératoires précoces :

• **L'hématome post-opératoire** n'est pas rare : il peut nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale (et anesthésie) pour l'évacuer et le drainer.

• **L'infection cutanée ou articulaire** +++ est rare (0,5%) mais c'est un risque réel et tous les moyens seront mis en œuvre pour en éviter la survenue en sachant que le risque zéro n'existe pas.

Si une infection survient, il est essentiel que son diagnostic soit fait rapidement. Il est donc très important de tenir votre chirurgien au courant de tout incident (fièvre, problème cutané, etc).

J'insiste sur la nécessité de me prévenir, même si vous êtes dans un milieu médical, type centre de rééducation. Pour qu'il puisse vous aider, le chirurgien doit être au courant.

Un lavage chirurgical du genou sera probablement effectué.

Un traitement antibiothérapeutique d'attaque sera rapidement mis en place après le lavage et les prélèvements à visée bactériologique ; puis il sera adapté au germe trouvé et à ses caractéristiques. Ce traitement antibiotique est donné en général par

voie intraveineuse pendant 6 semaines voire plus avec, en parallèle, la possibilité d'intervention chirurgicale (ablation de la prothèse, repose d'une nouvelle prothèse en un ou deux temps).

Dès le début de la prise en charge d'un problème infectieux, je me mets en rapport avec un centre spécialisé dans le traitement des infections ostéo-articulaires (hôpital de la Croix St Simon). Il est possible que vous soyez alors pris en charge dans leur service. L'intérêt de ces centres est la possibilité de travailler à distance avec des infectiologues et des bactériologues hautement spécialisés.

- **Une phlébite est possible** même sous traitement anticoagulant (formation d'un caillot sanguin dans une veine du membre inférieur opéré ou de l'autre côté) peut entraîner une embolie pulmonaire. Le risque de phlébite est réel et la nécessité d'un traitement anticoagulant indiscutable jusqu'à la reprise d'un appui complet. La phlébite est effectivement favorisée par l'intervention chirurgicale, et l'absence d'appui sur la jambe.

- **La luxation d'un implant prothétique** est exceptionnelle au niveau du genou mais peut survenir (chute) nécessitant sa repose, voire le changement de la prothèse.

- Une petite différence de longueur des membres inférieurs peut apparaître mais reste sans conséquence après une prothèse de genou.

### **3 Les complications à distance**

Les complications peuvent survenir dans les mois suivants l'opération, liées à l'intervention et à la rééducation.

**a L'infection** reste possible.

**b La raideur** peut être prévenue par un travail personnel et avec le kinésithérapeute dès le lendemain de l'opération.

- Cette recherche de la flexion doit se faire sur un genou le moins douloureux possible et il est important donc de ne pas forcer. Ceci nécessite une bonne collaboration entre le patient, le kiné et le chirurgien.

- Les progrès sont en général rapide au début jusqu'à vers 90° de flexion. Les progrès sont ensuite assez lents mais peuvent continuer dans les 6 mois qui suivent l'intervention.

- Dans le cas où la flexion n'atteint pas 90° à 6 semaines post-opératoire, il serait parfaitement logique d'envisager une mobilisation du genou sous anesthésie générale : cela consiste à plier le genou tout doucement sous anesthésie pour vaincre les petites adhérences en cours de formation. Ce geste peut aussi entraîner lui-même des complications (fracture de la rotule en particulier). C'est pourquoi il est logique de le faire à cette période sans dépasser 3 ou 4 mois post-opératoire. Cette mobilisation douce du genou sous anesthésie permet de dépasser les 90° pendant l'anesthésie et c'est la rééducation douce qui va permettre de récupérer l'amplitude obtenue pendant l'anesthésie.

- Une raideur persistante, malgré la rééducation et la mobilisation sous anesthésie, peut nécessiter une arthrolyse chirurgicale et voire le changement de certains éléments de la prothèse.

**c Une instabilité d'origine ligamentaire**

Elle ne peut pas toujours être totalement évitée mais elle est généralement bien tolérée sur le plan fonctionnel.

**d La persistance de quelques douleurs** est fréquente et peut s'améliorer avec le temps. Elle peut survenir même sur une prothèse parfaitement posée.

**e Le défaut d'axe** (varus ou valgus) pré-opératoire est souvent amélioré par l'intervention mais non complètement. Souvent d'ailleurs il est logique de ne pas l'améliorer complètement pour permettre à la prothèse un meilleur fonctionnement (équilibre ligamentaire).

#### **4 Les risques liés à la prothèse**

Le descellement d'une prothèse, qu'elle soit cimentée ou non, peut survenir à long terme. Ce descellement nécessitera le changement de la prothèse.

Le risque d'une infection tardive est toujours possible par la migration d'un microbe à partir d'un foyer infectieux autre, en particulier dentaire ou urinaire. Il est donc très important de soigner correctement et rapidement tout foyer infectieux lorsque l'on porte une prothèse.

La prothèse peut s'user au niveau du polyéthylène ; l'usure dépend du poids du patient et de son mode d'utilisation .

Le matériel peut aussi se fracturer et nécessiter son changement, ce qui reste exceptionnel.

#### **5 Les complications liées à l'âge et au terrain**

Il est évident que le risque de complications liées à l'âge est augmenté par une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit. Il est donc très important que le patient prenne lui-même la décision de son intervention en connaissant les risques et en fonction de la tolérance de ses douleurs.

## **EN PRATIQUE**

Il faut rappeler que même si les complications possibles sont nombreuses, cette intervention permet d'obtenir **le plus souvent un genou beaucoup moins douloureux**, moins déformé, et qui permet une reprise de la marche et de l'activité physique satisfaisantes.

Docteur Jean Etienne Perraudin

**POUR ME JOINDRE +++**

#### **Avant l'intervention :**

**Si vous avez des questions sur ce texte, sur votre intervention, téléphonez moi un mardi ou jeudi, pendant ma consultation, pour que tout soit clair pour vous AVANT l'intervention +++ (01 42 49 34 60)**

#### **Pendant la période post-opératoire :**

**Je vous rappelle que vous pouvez appeler quand vous le voulez (tous les jours, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h et le samedi de 8 h à 12 h, sur ma ligne (01 42 49 34 60) en précisant que c'est urgent, post-opératoire : une opératrice ou un répondeur vous guideront sur la conduite à tenir et je serai prévenu en parallèle par sms. Je vous rappellerai dès que possible.**

**Par sécurité, on vous donnera aussi le numéro du secrétariat du groupe ou de la clinique pour que vous puissiez les appeler sans attendre si c'est urgent.**

**Donc si un problème vous paraît urgent ou vous inquiète, même si c'est à priori un détail, même si « l'on vous a rassuré », tenez moi au courant au fur et à mesure.**

**Katia reste disponible les mardis et jeudis sur cette même ligne pendant les**

**consultations pour répondre à vos questions pratiques ou administratives.**