

Informations

Prothèse unicompartmentale du genou

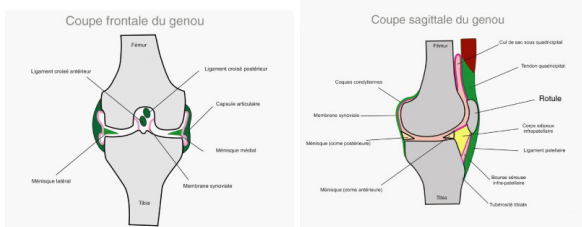
QU'EST-CE QUE L'ARTICULATION DU GENOU ?

L'articulation du genou permet de plier et d'étendre le genou lors de la marche. Lors de ces mouvements il se produit également, de manière automatique, une rotation de la jambe sous la cuisse. Cette articulation supporte le poids du corps et doit être stable pour ne pas entraîner de chute. L'articulation du genou est constituée de l'extrémité inférieure du fémur (condyle fémoral) et de l'extrémité supérieure du tibia (plateau tibial). Le genou articule donc la cuisse avec la jambe et la cohésion des surfaces articulaires est assurée par des ligaments.

Le genou est maintenu en dedans et en dehors par les « ligaments latéraux » (ligaments latéraux internes et externes), il est maintenu d'avant en arrière par les « ligaments croisés » antérieur et postérieur, situés au centre du genou.

La surface de glissement entre le fémur et le tibia est constituée par du cartilage déposé sur les os. Ce cartilage baigne dans du liquide appelé « liquide synovial » qui lubrifie et nourrit le cartilage.

La rotule est la troisième partie osseuse du genou. Cet os situé à la face antérieure du genou coulisse dans la trochlée fémorale lors de la flexion - extension du genou et constitue la poulie de réflexion de l'appareil extenseur. Le muscle quadriceps et la rotule (appelés appareil extenseur) permettent d'étendre la jambe. Leur rôle est très important lors de la marche car ils verrouillent le genou.



POURQUOI FAUT-IL TRAITER L'ARTHROSE ?

M....., le/..../.....

Fiche conçue pour fournir un support et/ou un complément à l'information orale délivrée par le chirurgien au cours des consultations précédant la décision opératoire. Seule, l'information orale peut être adaptée à chacun, à sa demande. Elle donne la possibilité de répondre aux questions posées, et constitue l'essentiel de l'information délivrée.

Dr Christian LEONARDI

Quel est le problème ? Le cartilage de votre genou est très usé. En langage médical, on parle d'arthrose du genou (ou gonarthrose). Or, ce cartilage permet normalement aux surfaces de l'articulation de glisser l'une contre l'autre. L'usure débute généralement sur une petite partie de l'articulation et s'étend progressivement, parfois très lentement, parfois en quelques mois. Avec la disparition du cartilage, les zones d'os se retrouvent directement en contact. Or, l'os est rugueux. Cela provoque des frottements lors des mouvements du genou. Le glissement des surfaces de l'articulation devient difficile. Au fil du temps l'os se déforme. De petites pointes en forme de bec (les ostéophytes) apparaissent et bloquent encore plus l'articulation.

Les causes de l'arthrose sont multiples et souvent liées. On peut citer l'âge, une structure imparfaite de l'articulation, l'excès de poids, les chocs, certaines maladies (maladies inflammatoires), etc.

L'usure commence là où l'articulation travaille le plus. Selon la forme de la jambe, l'un ou l'autre des compartiments du genou supporte plus le poids du corps que les autres. La plupart des gens ont un tibia qui a tendance à partir vers l'intérieur, autrement dit le genou part vers l'extérieur. Les jambes sont plus ou moins marquées comme « Lucky Luke » (genu varum en langage médical). C'est pourquoi souvent l'arthrose débute dans la zone en dedans du genou (compartiment interne).

Il est moins fréquent qu'elle commence sur l'extérieur de l'articulation (compartiment externe). Cela arrive chez les personnes dont le tibia a tendance à partir en dehors (jambes « en X », genu valgum en langage médical).

La troisième zone de glissement (le compartiment antérieur) finit le plus souvent par s'user aussi.

Parfois, l'arthrose débute par cette zone (arthrose fémoro-patellaire isolée). Lorsque les trois zones sont atteintes, l'ensemble du genou est malade (arthrose globale ou tri-compartmentale).

Quelles sont ses conséquences ? Votre genou est raide et vous fait mal depuis un certain temps. Les douleurs peuvent se situer sur le côté, en dedans,

en dehors ou vers l'avant, selon les endroits où le cartilage est abîmé. Plus il y a de zones atteintes, plus vous avez mal.

La raideur évolue progressivement. Tout d'abord le genou n'arrive plus à se plier ou à s'étendre complètement.

Rester debout devient difficile et fatiguant parce que l'articulation ne se « verrouille » plus. Avec l'aggravation de l'arthrose, les difficultés de mouvement augmentent et peuvent aller jusqu'à une gêne considérable pour marcher.

Les muscles qui font bouger le genou s'affaiblissent.

Quand la marche devient anormale, cela perturbe les autres articulations qui ne peuvent plus travailler correctement (l'autre genou, la hanche, la colonne vertébrale, la cheville, etc.).

Quels sont les risques si on ne traite pas ? En l'absence de traitement, généralement la douleur et la raideur empirent. L'évolution de l'arthrose reste cependant imprévisible. Votre médecin est le mieux placé pour évaluer ce que vous risquez si on ne vous opère pas. N'hésitez pas à en discuter avec lui.

Vos difficultés pour marcher risquent d'augmenter. Dans le pire des cas, elles peuvent rendre les déplacements impossibles. C'est un problème considérable, notamment chez les personnes âgées qui perdent ainsi leur capacité à se débrouiller seules (autonomie). Le mauvais fonctionnement du genou peut entraîner des problèmes au niveau du dos ou des autres articulations.

Quels examens faut-il passer ? Pour connaître l'évolution de l'état de votre genou, votre médecin vous interroge : sur quelle distance pouvez-vous marcher sans avoir mal ? Ressentez-vous des douleurs la nuit ? Etc.

Il vous fait passer une radiographie. C'est une technique qui utilise des rayons (les rayons X) pour visualiser les os à l'intérieur du corps. Elle ne permet de voir que les structures dures. Le cartilage lui-même n'est donc pas apparent. Mais l'existence d'un rapprochement entre le fémur et le tibia (formant une sorte de « pincement » sur l'image) montre que l'épaisseur du cartilage entre ces deux os est en train de diminuer parce qu'il s'use. La localisation de ce pincement permet de déterminer dans quelle(s) partie(s) du genou se situe l'arthrose (compartiment interne ± externe ± antérieur).

S'il le juge nécessaire, votre médecin peut vous proposer d'autres examens pour mieux apprécier la qualité du cartilage et de l'os, ainsi que l'état des autres éléments du genou (ligaments, ménisques, muscles...).

Quels sont les différents traitements ?

- ☞ Les traitements médicaux... Les médicaments permettent de lutter contre la douleur et contre l'irritation (inflammation). Certains médicaments récents (les chondroprotecteurs) peuvent protéger le cartilage et ralentir l'évolution de l'arthrose.
- ☞ La réalisation d'une infiltration est parfois utile. Il s'agit de faire passer, grâce à une seringue, un produit pour supprimer la douleur dans l'articulation ou autour de l'articulation.
- ☞ La rééducation préserve une certaine souplesse de l'articulation et participe à la diminution de l'irritation (inflammation) et de la douleur. Elle est également utile pour entretenir les muscles.
- ☞ Les médicaments visant à protéger le cartilage (chondroprotecteurs) ne peuvent être utilisés que dans certains cas. Ils sont utiles quand l'arthrose débute mais après ils sont moins efficaces.

Les traitements médicaux et la rééducation peuvent soulager pendant un certain temps, mais n'empêchent généralement pas l'évolution de l'arthrose et l'aggravation des douleurs et de la raideur.

Les différents traitements chirurgicaux . . . et leurs limites Selon l'importance et l'emplacement des destructions du cartilage de votre genou, votre chirurgien peut vous proposer différents types d'opération.

Quand il reste encore des zones en bon état dans l'articulation, un traitement dit « conservateur » est possible. Tout en gardant le cartilage usé, le chirurgien modifie l'orientation de l'articulation en coupant les os selon un angle adapté (ostéotomie). L'objectif est de diminuer la pression sur les endroits abîmés et douloureux tout en faisant plus travailler les parties intactes. Mais les opérations de réorientation de l'articulation n'empêchent pas l'évolution de l'arthrose. Cette solution est souvent privilégiée chez les sujets jeunes.

Après une ostéotomie il peut être nécessaire de mettre en place une prothèse si l'usure du cartilage s'aggrave ou s'étend à l'ensemble du genou. Quand l'articulation est trop abîmée, il faut enlever les zones de cartilage usées et remplacer une partie ou la totalité de l'articulation par du matériel artificiel de forme semblable (prothèse). Le but est d'obtenir un glissement sans douleur et un fonctionnement le plus proche possible de la normale.

La qualité du résultat de l'opération dépend de l'état des muscles et des tendons qui entourent l'articulation. Les prothèses peuvent s'user et ne plus tenir parfaitement ce qui oblige à les changer.

LES PROTHÈSES DE GENOU

Les prothèses du genou ont pour but de remplacer l'articulation du genou en cas d'arthrose du genou, c'est-à-dire lorsque le cartilage articulaire a disparu. Cette prothèse de genou peut être totale remplaçant les trois compartiments du genou (interne, externe et rotulien) ou partielle remplaçant un seul compartiment (interne ou externe).



Prothèse unicompartmentale



Prothèse totale

Pourquoi devient-il nécessaire de mettre en place une prothèse de genou ? Le traitement médical n'est qu'un traitement symptomatique qui a pour but de diminuer les douleurs du genou et le gonflement de l'articulation. Mais il ne peut en aucun cas offrir une guérison et l'aggravation par progression de l'usure est inéluctable. C'est pourquoi votre chirurgien vous proposera une prothèse de genou lorsque votre gène fonctionnelle l'exigera.

Quelles sont les bénéfices de la prothèse de genou ? Le grand bénéfice de la prothèse de genou est l'amélioration de la qualité de vie obtenue par :

- ☞ le soulagement du genou. L'idéal est d'arriver à oublier la prothèse. Cela n'est pas toujours possible mais dans la majorité des cas les patients reprennent une vie normale.
- ☞ la récupération d'une autonomie. Il est préférable de vous réserver une période de repos (convalescence) de deux à trois mois. Un genou ayant bénéficié d'une prothèse doit être économisé. Adaptez vos loisirs, évitez les sports violents et les travaux de force pour profiter le plus longtemps possible des bénéfices de l'intervention.
- ☞ la récupération de la souplesse de l'articulation
- ☞ la correction d'une déformation (genu varum, genu valgum, flessum...).
- ☞ l'amélioration des lombalgies ou des douleurs de la hanche sus-jacente

Ainsi, la plupart des patients opérés ont récupéré une fonction satisfaisante du genou dans les 3 à 4 mois qui suivent l'intervention et reprennent une

vie normale sans prendre de médicaments pour la douleur dans 85% des cas.

Quels sont les matériaux utilisés pour les prothèses de genou ? Il existe actuellement sur le marché un grand nombre de prothèses, de formes et de tailles différentes, mais elles sont toutes constituées d'au moins deux implants indépendants l'un de l'autre : une pièce fémorale et une pièce tibiale. Cette dernière est surmontée d'un plateau en polyéthylène, sur lequel coulisse la pièce fémorale. Le cas échéant, il faut également adjoindre une prothèse rotulienne en polyéthylène.

Les matériaux utilisés ont été choisis selon 3 critères essentiels : leur biocompatibilité (tolérance par l'organisme humain), leur résistance à la corrosion et leur propriétés mécaniques. En pratique, on utilise :

- ☞ Les métaux . Ce sont surtout des alliages en acier inoxydable ou à base de titane utilisés dans la fabrication de la pièce fémorale et tibiale.
- ☞ Le polyéthylène. C'est une macromolécule thermoplastique qui est utilisée pour la fabrication du plateau tibial. Plusieurs types de polyéthylène ont été créés pour essayer de ralentir son usure. On espère ainsi limiter la production de débris d'usure de polyéthylène qui provoquent souvent, 15 à 20 ans plus tard une résorption osseuse autour des implants, laquelle nécessite alors une nouvelle intervention pour remplacer les implants.

Toutes ces prothèses du genou existent en différentes tailles, adaptées à la morphologie de chacun, et sont mises en place en réalisant des coupes osseuses qui permettront de les encastrent dans l'os.

La fixation des implants sur l'os peut être assurée de deux manières :

- ☞ soit par un ciment chirurgical réalisant une prothèse de genou cimentée. Le ciment chirurgical est un polymère acrylique appliqué sur l'implant à l'état pâteux avant l'insertion des prothèses. Il durcira par polymérisation en 10 minutes environ et permet la fixation des implants au squelette tout en harmonisant la transmission des contraintes entre l'implant et l'os.
- ☞ soit par repousse osseuse secondaire au contact de l'implant réalisant une prothèse de genou sans ciment. Les prothèses de genou sans ciment ont des surfaces spécialement traitées permettant une repousse osseuse à leur contact. Elles sont enchâssées dans les cavités osseuses à frottement dur. La repousse osseuse s'effectue progressivement au contact des implants en quelques semaines voir quelques

mois. Ce temps est nécessaire pour assurer la stabilité définitive de l'implant.

Ces moyens de fixation sont solides, et autorisent la reprise immédiate de la marche en appui complet. Le choix du type d'ancrage (cimenté ou non cimenté) est fonction de nombreux facteurs tels l'âge, l'état osseux, les pathologies médicales associées, la possibilité de béquillage pendant quelques semaines et des habitudes du chirurgien.

La mise en place d'une prothèse de genou oblige à une section musculaire et tendineuse de l'appareil extenseur plus ou moins importante selon la voie d'abord choisie pour exposer l'articulation. Cette atteinte anatomique inévitable diminue la force du quadriceps pendant les trois premiers mois suivant l'opération. C'est le temps de récupération minimum de la force et du tonus musculaire. Pendant cette période post-opératoire, il est donc primordial de respecter les consignes de rééducation qui vous seront enseignées par les kinésithérapeutes.

LA DÉCISION

Qu'est-ce que c'est ? La prothèse unicompartmentale de genou est une intervention chirurgicale qui a pour but de remplacer une partie (interne ou externe) des surfaces articulaires du genou par un implant chirurgical ou prothèse. Les causes de l'atteinte articulaire sont les plus souvent l'arthrose ou une ostéonécrose, plus rarement une fracture.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une prothèse unicompartmentale de genou. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

Faut-il consulter plusieurs fois avant de se décider pour l'intervention ? Prenez votre temps pour vous décider et vous préparer à l'intervention car cela permet d'aborder l'opération dans les meilleures conditions. Il y a rarement urgence à vous faire opérer et il faut mettre à profit ce délai pour poser, à votre chirurgien, toutes les questions qui vous préoccupent. Le cas échéant, si vous en ressentez le besoin, n'hésitez pas à prendre un deuxième avis chirurgical. En tout état de cause, à compétence égale, choisissez le chirurgien avec lequel

vous avez le meilleur contact et avec lequel vous vous sentez le plus en confiance.

Quand faut-il opérer et mettre une prothèse ? L'arthrose du genou est un problème mécanique que les médicaments et la rééducation ne peuvent pas véritablement guérir. Cette maladie empêche le bon fonctionnement de l'articulation qui est pourtant essentiel pour marcher convenablement. A partir d'un certain stade de douleur et de raideur, les difficultés de mouvement deviennent telles qu'il est utile d'envisager une opération. Chaque patient étant différent, ce stade varie selon les cas. Tout dépend des dégâts causés par l'arthrose, de votre âge, de votre mode de vie et de vos souhaits. Seule une réflexion approfondie entre vous et votre médecin permet de décider si le moment de la chirurgie est venu. Quand faut-il opérer ? La réponse est simple : quand on a trop mal !

Le problème est en effet de savoir quand le traitement médical doit être arrêté et l'intervention décidée. C'est habituellement lors de l'apparition des douleurs que ce traitement médical à été mis en route. Son but essentiel est le soulagement des douleurs, mais il reste sans action directe sur les lésions cartilagineuses : il est donc sans effet sur l'arthrose elle-même dont il ne modifie pas l'évolution.

C'est la douleur qui constitue l'argument fondamental de la décision chirurgicale. Or personne, ni le médecin, ni le chirurgien, ni même la famille et l'entourage, ne peut mieux analyser cette douleur que le patient lui-même ; c'est dire que la décision, certes fruit d'un dialogue avec l'entourage et le médecin, ne peut être prise que par le patient. On conçoit l'importance de l'information médicale dans l'élaboration de cette décision : cette information doit bien sûr indiquer les bons résultats que l'on peut attendre, mais aussi les risques inhérents à cette intervention, qui peuvent être majorés par l'âge ou des antécédents médicaux.

Il faut se méfier d'indications opératoires qui seraient prises dans un but uniquement « préventif » : il ne faut pas par exemple décider de faire cette opération par peur d'avoir à la faire à un âge plus avancé. Il ne faut pas non plus opérer précocement par crainte que l'arthrose ne s'aggrave, alors que l'état fonctionnel est encore supportable. Rappelons que la prothèse « remplace » le cartilage abîmé de l'articulation, quelle que soit l'importance des lésions. Aussi l'intervention reste très longtemps possible dans de bonnes conditions de réalisation même si l'usure du cartilage s'aggrave. Il ne faudrait cependant pas laisser évoluer un genou vers une dégradation extrême, avec des déformations importantes qui rendraient alors plus difficile l'opération : si ce risque évolutif existait, une surveillance radiologique du genou permettrait de

guider la décision de l'opération.

L'âge est un élément important qui doit moduler la décision opératoire. On a vu que la prothèse du genou avait une durée de vie variable en raison du risque d'usure ou de descellement. Mettre une prothèse à un sujet jeune fait courir le risque d'une détérioration de sa prothèse car, jeune et actif, il va s'en servir longtemps et beaucoup. C'est la raison pour laquelle les chirurgiens, souhaitant éviter une deuxième opération ultérieure qui est toujours plus délicate, déconseillent cette intervention lorsque l'on est trop jeune. Il est donc préférable d'opérer le plus tard possible, en sachant qu'il n'est pas possible de fixer des chiffres d'âges limites dans la mesure où interviennent également l'intensité des douleurs, l'importance de l'arthrose et de la déformation, la cause de l'atteinte articulaire... Enfin, chez un sujet jeune, l'ostéotomie, chaque fois que son indication est bonne, est préférable à la prothèse.

Grâce à ces informations sur les prothèses du genou, il est possible de prendre une éventuelle décision chirurgicale en fonction de son âge, de l'importance de ses douleurs et de leur retentissement sur la vie quotidienne. Il n'y a aucune raison d'opérer trop tôt si la gêne fonctionnelle ne le nécessite pas. Mais, sachant la qualité des résultats que l'on peut espérer, il serait dommage, surtout si l'on est âgé, de ne pas profiter d'une prothèse du genou si les douleurs et la déformation du genou sont importantes.

Où faut-il se faire opérer ? C'est la compétence et la confiance que vous inspire le chirurgien ainsi que sa notoriété et l'expérience du centre chirurgical dans lequel vous allez être opéré qu'il faut privilégier. Pour cela, écoutez votre entourage et le « bouche à oreille » et demandez conseil à votre généraliste ou à votre rhumatologue.

AVANT L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Lorsque la décision de programmer votre prothèse du genou (arthroplastie du genou) a été prise avec votre chirurgien, des ordonnances pour réaliser un bilan sanguin préopératoire et un rendez-vous avec l'anesthésiste auquel il faudra montrer les résultats de ce bilan, vous seront donnés. D'autre part, il est impératif avant l'intervention de consulter votre dentiste pour s'assurer de l'absence d'infection dentaire latente dont le réveil infectieux pourrait compromettre le succès de la prothèse de genou.

Faudra-t-il transfuser ? Lors de l'implantation d'une prothèse de genou, il se produit une inévi-

table perte de sang pouvant nécessiter des transfusions sanguines. A la différence des prothèses de genou, ce risque est moins faible pour les prothèses unicompartmentales de genou. Ces pertes de sang peuvent être compensées :

- ☞ soit en vous redonnant le sang d'une autre personne (transfusion).
- ☞ Pour prévenir d'éventuelles réactions immunologiques ou une transmission de maladies infectieuses (hépatite, HIV, . . .), toujours possible après l'administration de sang « étranger », on peut prévoir de prélever votre propre sang quelques semaines avant l'intervention, de le stocker au Centre de Transfusion Sanguine et de vous le transfuser pendant ou après l'intervention si nécessaire.
- ☞ soit en prenant le sang qui coule de la plaie pendant l'intervention et en vous le redonnant après purification (cell saver, récupération du sang dans le drainage).

Tout ceci est mis en place par l'anesthésiste lors de la consultation préopératoire en fonction des résultats du bilan sanguin préopératoire et de votre état de santé. Son utilisation n'est donc pas systématique.

Quels examens faire ? L'hospitalisation a généralement lieu la veille au soir de la date opératoire. Nous mettrons à profit ce court délai pour réaliser et regrouper les examens préopératoires afin de vous éviter des déplacements répétés source de tracas et de perte de temps pour vous et votre entourage.

la préparation Nous vous donnerons des instructions et un savon désinfectant spécial pour que vous procédiez à un lavage cutané la veille et le matin de l'intervention. Cette mesure importante vise à diminuer le risque d'infection postopératoire en réduisant la densité de bactéries sur votre peau.

Enfin, vous serez revu par le médecin anesthésiste qui s'entretiendra avec vous des différents modes d'anesthésie (locorégionale ou générale).

Le matin de l'intervention, vous resterez à jeun et après une prémédication (destinée à vous détendre) et un dernier lavage du genou à opérer, vous serez conduit en salle d'opération.

AU COURS DE L'OPÉRATION

L'arthroplastie du genou consiste à remplacer l'articulation usée par une articulation artificielle et s'effectue sous anesthésie locorégionale ou générale, sous une protection antibiotique.

L'intervention se pratique dans une série de pièces appelée bloc opératoire conforme à des

normes très strictes de propreté et de sécurité. La propreté est très importante pour la chirurgie des os, c'est pourquoi l'équipe médicale qui vous soigne prend des précautions toutes particulières. Vous êtes installé sur la table d'opération, en général allongé sur le dos. La position peut varier selon la technique choisie par votre chirurgien. Il existe des variantes techniques parmi lesquelles votre chirurgien choisit en fonction de votre cas et de son savoir-faire.

Au cours de l'opération, il doit s'adapter et éventuellement faire des gestes supplémentaires qui rallongent l'opération sans qu'elle soit pour autant plus difficile ou plus risquée.

L'ouverture : en général, le chirurgien fait une ouverture à l'avant du genou. La cicatrice peut être sur le milieu, en dedans, plus rarement en dehors. Elle est souvent assez longue (environ 10 à 30 cm) car il est important d'avoir une vision parfaite de l'articulation pour travailler dans les meilleures conditions. Ensuite, il pousse la rotule de côté avec les muscles et les tendons auxquels elle est attachée.

Le geste principal. Votre chirurgien commence par nettoyer l'articulation, en traitant l'irritation (inflammation) et en éliminant les morceaux d'os en forme de becs (ostéophytes) qui s'y sont développés. Il enlève ensuite le cartilage abîmé avec quelques millimètres de l'os qui se trouve en dessous. Au niveau du tibia, la coupe est en général plate et horizontale alors qu'il en faut plusieurs sur le fémur pour préparer l'os. Ces coupes sont calculées très précisément pour être adaptées au modèle de prothèse choisi. Une fois la surface d'os prête, le chirurgien met en place une prothèse d'essai pour tester les différents mouvements du genou et l'équilibre des différents ligaments. Quelques adaptations peuvent alors être réalisées, avant la fixation de la prothèse définitive. Cette fixation peut se faire avec ou sans ciment. Votre chirurgien choisit l'une ou l'autre de ces techniques en fonction du type de prothèse et de l'état de vos os, pour le meilleur résultat possible. Une fois la prothèse en place, il teste une dernière fois les mouvements du genou.

Les gestes associés : Avant de mettre en place la prothèse, le chirurgien doit parfois réaliser des gestes supplémentaires qui dépendent du modèle choisi : par exemple creuser l'os pour le passage de quilles de fixation supplémentaires. Il n'est pas rare qu'il constate pendant l'opération des déformations importantes dans le genou (mauvaise orientation de la jambe, effondrement de certaines surface d'os, raccourcissement ou allongement de certains ligaments, ...). Cela rend parfois nécessaire des gestes complémentaires (ex : allonger un ligament, adapter une coupe) pour que le fonc-

tionnement du genou soit le meilleur possible. Mais il n'est pas toujours possible de tout corriger. Le chirurgien choisit la solution qu'il pense être la plus adaptée. Cela suppose parfois de ne pas rectifier toutes les déformations du genou.

Généralement les pièces fixées sur le fémur et sur le tibia sont en métal et il existe entre les deux une ou plusieurs pièces constituées d'une sorte de plastique (polyéthylène...) qui permettent d'améliorer le glissement du genou.

La fermeture. Il est normal que la zone opérée produise des liquides (sang ?). Si c'est nécessaire pour qu'elle reste saine, votre chirurgien met en place un système (drainage), par exemple de petits tuyaux, afin que ces fluides s'évacuent après l'intervention. Pour refermer, votre médecin utilise du fil, des agrafes, ou un autre système de fixation. Il peut s'agir de matériel qui reste en place ou au contraire se dégrade naturellement au fil du temps (matériel résorbable). L'aspect final de votre cicatrice dépend surtout de l'état de votre peau, des tiraillements qu'elle subit ou encore de son exposition au soleil, qu'il faut éviter après l'intervention

...

La durée de l'opération. La durée de cette opération peut varier beaucoup sans que son déroulement pose un problème particulier, car elle dépend de nombreux facteurs (la méthode utilisée, le nombre de gestes associés). Habituellement, elle dure entre une heure et trois heures. Il faut compter en plus le temps de la préparation, du réveil.

En principe, vous serez reconduit dans votre chambre dans le courant de l'après-midi. Ce délai est nécessaire pour la surveillance post-opératoire et il permet de limiter les pertes sanguines grâce à l'utilisation d'un Cell-Saver pendant l'intervention ou d'un système de récupération de votre propre sang.

APRÈS L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Installation et pansement De retour dans votre chambre, vous serez couché sur le dos, les jambes légèrement surélevées. Vous aurez un pansement sur le genou ainsi qu'un drain d'aspiration qui sera enlevé en général après 48 heures. Vous pourrez bouger les deux jambes à votre guise. Vous pourrez également relever le dossier de votre lit de façon progressive dans la journée (notamment pour les repas). Vous mettrez régulièrement des poches de glace pour diminuer l'oedème et les hématomes.

Le système d'évacuation des liquides hors de la zone opérée (drainage) est habituellement enlevé deux à trois jours après l'opération, et les fils ou agrafes au bout de 15 à 21 jours.

La douleur Les douleurs postopératoires seront soulagées par une administration personnalisée d'analgésiques. Chaque organisme perçoit différemment la douleur. Elle peut être importante les deux ou trois premiers jours, mais on la contrôle par des moyens adaptés. Elle dépend de l'état du genou avant l'opération. Plus il est raide et déformé, plus il nécessite de gestes chirurgicaux et plus la douleur risque d'être intense.

Il est possible que vous ayez mal les premières fois que vous vous levez et que vous recommencez à marcher. Cette douleur est liée aux muscles et à l'ouverture de l'articulation. Si vous avez mal, n'hésitez pas à en parler à l'équipe médicale qui s'occupe de vous, il existe toujours une solution.

Prévenir les phlébites Pendant les premiers jours postopératoires, des injections sous-cutanées d'anticoagulants vous seront administrées comme prévention des thromboses et des embolies pulmonaires. Dès le 3^e ou 4^e jour postopératoire, on peut réaliser un écho doppler veineux des membres inférieurs à la recherche d'une phlébite. Ceci n'est pas systématique et dépend des facteurs de risques de thrombose veineuse.

Marcher est un autre bon moyen d'éviter la phlébite, tout comme le port de bandes ou de bas spéciaux (contention veineuse) qui aident le sang à remonter.

Cette anticoagulation sera poursuivie à votre sortie de la clinique jusqu'à la fin du premier mois postopératoire. Elle nécessite des précautions et des contrôles sanguins réguliers (surveillance des plaquettes) dont les modalités vous seront précisées avant votre départ.

La rééducation Pendant cette phase postopératoire, le personnel soignant vous aidera pour récupérer au plus vite votre autonomie. Nous déconseillons fortement l'usage du tabac pendant cette période. Nous vous encourageons vivement à bouger très souvent vos orteils, vos chevilles et vos genoux. Ces exercices simples activent la circulation veineuse et facilitent la récupération.

Dès le premier jour postopératoire, vous recevrez la visite quotidienne d'un kinésithérapeute. Dans un premier temps il mettra l'accent sur la tonification des muscles du membre opéré et il vous aidera à mobiliser doucement le genou opéré en flexion/extension. Le plus souvent les patients se lèvent pour s'asseoir dans un fauteuil dès le lendemain de l'opération.

Le 2^{ème} jour après l'opération du genou, vous pourrez vous lever avec son aide et entreprendre la rééducation à la marche, soit avec un déambulateur, soit avec des cannes anglaises.

L'autorisation d'appui sur le membre inférieur

opéré vous sera précisée par votre chirurgien et dépendra du type de prothèse de genou implantée, d'éventuelles difficultés per-opératoires et de l'existence éventuelle d'une phlébite. Vous pourrez quitter la clinique quelques jours après l'opération du genou, dès lors que vous serez indépendant dans les déplacements et que vous aurez assimilé les règles de base de la vie quotidienne avec votre prothèse de genou. Vous pourrez faire des exercices, par exemple : mobilisation régulière active et non forcée du genou en flexion extension

Faut-il faire de la rééducation? Faut-il aller en centre de rééducation? La rééducation après une prothèse de genou n'est pas obligatoire mais elle est fortement conseillée car souvent bénéfique en permettant une récupération plus rapide et en bénéficiant des conseils d'un professionnel. Elle peut s'effectuer à domicile, au cabinet du kinésithérapeute ou encore en centre de rééducation. Le choix se fait en accord avec votre chirurgien selon vos besoins, vos capacités, selon les suites opératoires et enfin selon votre environnement et votre entourage.

Comment s'organise la sortie de la clinique? La sortie clôture votre séjour dans la clinique est organisée par votre chirurgien en collaboration avec l'équipe soignante. Elle peut s'effectuer avec des proches ou avec des ambulanciers pour un retour à domicile ou en centre de rééducation.

Vous aurez des ordonnances pour les médicaments, les anticoagulants, le pansement et pour les soins infirmiers et la kinésithérapie à domicile. De même il vous sera délivré un rendez-vous en consultation 1 mois plus tard en général.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

- ☞ Les meilleurs résultats sont observés après un délai d'au moins 6 mois. L'amélioration peut se poursuivre pendant les deux années postopératoires. Le résultat attendu est une marche sans canne indolore. La flexion optimale à atteindre est de 120° mais peut nettement varier selon les cas et la flexion préopératoire.
- ☞ La durée de vie d'une prothèse totale de genou est actuellement de 15 ans minimum en l'absence de complication, toutefois une usure prématurée ou un descellement d'une des pièces peut parfois survenir dans des délais moindres.

Vivre avec une prothèse de genou

Activités : Les activités physiques sont autorisées après plusieurs mois. Elles dépendent du niveau physique du patient et sont à valider avec votre chirurgien. Adapter vos activités. La prothèse de genou est une pièce mécanique susceptible d'usure si elle est trop sollicitée. Une fois la rééducation achevée, des promenades même longues en terrain peu accidenté peuvent être effectuées. Les sports tels que natation, vélo, ski de fond sont autorisés. Éviter les sauts d'un lieu élevée, la course à pied ... Surveiller votre poids. Une surcharge pondérale est néfaste pour la prothèse du genou.

La conduite automobile est reprise après un mois.

Combien de temps dure l'arrêt de travail après une prothèse de genou ? La reprise du travail a généralement lieu au bout de deux à quatre mois mais cela peut varier selon votre âge et votre profession, des trajets qu'il vous faut effectuer et des suites opératoires.

La prothèse de genou pose problème dans certains métiers et il faut parfois envisager un aménagement de poste ou d'une éventuelle reconversion.

Pendant l'hospitalisation, c'est le bulletin de situation remis sur demande à l'accueil de la clinique qui fait office d'arrêt de travail pour l'employeur et les organismes sociaux. A la sortie de la clinique, il vous sera remis avec les papiers de sortie une prolongation d'arrêt maladie.

Peut-on faire du sport avec une prothèse de genou ? S'il est souhaitable d'avoir une activité physique régulière et adaptée à votre condition physique, il est également conseillé d'adapter cette activité à la prothèse de genou. De plus en plus, les personnes vivent âgées et en meilleures conditions. Il est légitime d'avoir le désir de pratiquer certaines activités physiques, si l'on en ressent la capacité.

Ainsi, rien n'est formellement interdit, vous pourrez reprendre la natation, la course à pied, le vélo, le golf ... Toutefois certaines activités telles le ski alpin, les arts martiaux, le rugby, l'escalade, le jogging ... soumettent la prothèse de genou à des contraintes plus importantes et majorent les risques d'entorse et de luxation notamment. Aussi, il vaut mieux les éviter si possible.

Prévention de l'infection Avertir vos médecins (traitant, dentiste, gynécologue, urologue, autres) que vous avez une prothèse de genou. Lors de chaque intervention ou au moindre soupçon de foyer infectieux votre médecin devra vous donner des antibiotiques pour ne pas risquer une contamination microbienne de la prothèse par voie sanguine. Cette complication est rare, mais peut survenir même très longtemps après la mise en place

de la prothèse.

Surveillance à long terme Contrôle postopératoire : Vous serez contrôlé par votre chirurgien 6 semaines après l'intervention et 3 mois plus tard. Ensuite, un contrôle annuel clinique et radiologique est vivement recommandé.

Une prothèse de genou peut elle durer toute la vie ? Les prothèses de genou sont faites avec des matériaux qui s'usent lentement et inexorablement. Les débris d'usure peuvent occasionner des réactions inflammatoires de la part du corps humain, et peuvent compromettre la stabilité ou la fixation des implants dans l'os et nécessiter à terme un changement de prothèse. Ainsi, aucune prothèse de genou n'est éternelle et elles s'usent lentement avec des variations selon les matériaux utilisés. En moyenne, dans la littérature une prothèse de genou « dure autant qu'une prothèse de hanche c'est-à-dire 15 à 20 ans ».

Peut-on remplacer une prothèse de genou usée ? Un changement de prothèse de genou est possible sous réserve que votre état général, et l'état du genou le permette sans vous faire courir des risques inacceptables. Toutefois, il faut savoir que cette ré-intervention est plus délicate, plus lourde, plus risquée avec une possibilité de résultat moins bon que pour la première intervention.

La prothèse de genou déclenche t-elle les alarmes dans les portiques des aéroports ? Les portiques de détection métallique peuvent détecter l'acier de la prothèse de genou. Les autorités sont fréquemment confrontées à cette situation et il suffit généralement de montrer une radiographie du genou, un compte rendu opératoire ou un certificat de votre médecin pour éviter, dans le pire des cas, une fouille qui s'arrêtera à la vue de votre cicatrice. Cependant la fouille est normale car elle fait partie des mesures de sécurité.

QUELS SONT LES RISQUES D'UNE INTERVENTION ?

Les complications sont heureusement rares, mais il faut avoir conscience des risques, aussi minimes soient-ils. En effet, la survenue d'une complication rallonge souvent la récupération, compromet souvent le résultat attendu. Un traitement complémentaire, spécifique est souvent nécessaire. Si la plupart des complications guérissent avec des séquelles mineures, certaines peuvent laisser un handicap lourd, très important.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce

que vous avez compris et accepté. En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, voici celles qui sont le plus couramment rencontrées, plus spécifiques à cette chirurgie et pour lesquelles nous réalisons une prévention active :

Quels sont les principaux inconvénients et risques précoces éventuels de l'intervention ?

L'épanchement de sang dans l'articulation (hémarthrose) ou la collection de sang dans les tissus situés autour de l'articulation (hématome). Cet épanchement peut être minime et bien soulagé par le « glaçage » du membre opéré. Il peut être excessif et nécessiter une ponction, voire une intervention pour l'évacuer. Ce risque est prévenu par une coagulation vasculaire soigneuse pendant l'intervention, dans certains cas, par la mise en place de drains lors de la fermeture de la plaie opératoire (pour aspirer et évacuer le sang) et par l'utilisation d'un bandage compressif. Cette complication est rare à la hanche, un peu moins exceptionnelle au genou. À l'inverse, l'ecchymose (coloration bleue de la peau) est habituelle. Une hémorragie pendant l'opération qui nécessiterait un grand nombre de transfusions et une intervention vasculaire est exceptionnelle.

Une perte sanguine (anémie) Vous pouvez perdre une quantité importante de sang selon le type de chirurgie que vous subissez. Une perte de sang peut entraîner une diminution de votre taux d'hémoglobine, laquelle est appelée « anémie ». L'hémoglobine transporte l'oxygène dans votre organisme et son taux peut être mesuré au moyen d'une analyse sanguine. Si votre taux d'hémoglobine est trop bas, il se peut que vous vous sentiez étourdi et faible, à bout de souffle, très fatigué ou que vous ayez la nausée ou un mal de tête. Vous aurez peut-être besoin d'une transfusion sanguine.

Les thromboses veineuses Les complications veineuses, en cas de prothèses des membres inférieurs : hanche, genou, cheville. La phlébite (inflammation d'une veine) qui peut se compliquer d'une thrombose veineuse (caillot dans la veine) est favorisée par l'immobilisation. Un fragment du caillot peut parfois se détacher et migrer vers les poumons : c'est l'embolie pulmonaire, ce qui entraînerait de graves risques pour votre santé.

Elles peuvent compliquer 40% des prothèses de genou. Avec une prévention bien conduite, celles-ci peuvent aussi se produire, mais elles sont moins fréquentes et surtout se compliquent rarement d'une embolie pulmonaire.

Les risques de thrombose sont devenus rares grâce aux exercices pour stimuler le retour veineux dans les jambes (bougez fréquemment. Toutes les

heures, bougez vos pieds et vos chevilles. Contractez et relâchez les muscles de vos jambes et de vos fessiers), au lever précoce, au traitement anticoagulant (qui fluidifie le sang) dès la veille de l'intervention et au port des bas de contention.

Vous avez plus de chances de présenter des caillots sanguins si vous avez des problèmes cardiaques ou de circulation sanguine, êtes inactif, avez un excédent de poids ou d'autres problèmes de santé comme le diabète. Avertissez votre chirurgien avant l'opération si vous avez déjà présenté un caillot sanguin dans le passé.

Prenez les anticoagulants selon les recommandations de votre chirurgien. Les anticoagulants sont utilisés pour prévenir la formation de caillots sanguins à la suite d'une opération importante de la jambe, telle qu'une arthroplastie de la hanche ou du genou. C'est le chirurgien qui décidera du nombre de jours de votre traitement, en fonction du risque que vous présentez. La présentation des anticoagulants varie, sous forme de comprimés ou de solution injectable. Certains d'entre eux exigent une surveillance hématologique afin de s'assurer qu'ils n'interagissent pas avec des aliments ou d'autres médicaments et que la dose est appropriée, tandis que d'autres ne requièrent pas cette surveillance.

Les infections. Ce sont les complications graves après une chirurgie. L'infection profonde est rare. Toutefois, une infection est une complication très sérieuse lorsqu'elle survient, pouvant laisser des séquelles importantes, et nécessitant un traitement long et fastidieux. La clé réside donc dans la prévention.

Un certain nombre de situations « à risque » ont été identifiées, justifiant alors un dépistage ciblé. On peut citer, sans être bien sûr exhaustif : les antécédents d'infection ; le diabète insulino-requérant ; l'hémodialyse ; les situations d'immunosuppression pathologique ou iatrogène ; l'éthylisme chronique, la toxicomanie ; les lésions cutanées chroniques ; les sinusites récidivantes ; un séjour récent en service de réanimation ; une hospitalisation prolongée, même en service de soins standard ; une hospitalisation récente en service de long ou moyen séjour ; le port d'une sonde urinaire à demeure ; l'utilisation récente d'antibiotiques à large spectre ; le diabète et le tabagisme. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

Peut-on réduire le risque d'infection ? La préparation pré-opératoire du patient est une étape probablement primordiale, car les infections postopératoires sont le plus souvent d'origine endogène, et principalement cutanée et muqueuse. La flore résidente du patient peut être introduite dans l'or-

ganisme lors de toute effraction cutanée, et notamment d'une incision chirurgicale. Cette flore ne peut jamais être supprimée totalement, et toutes les mesures de prévention ne peuvent que diminuer le nombre de bactéries présentes. Un état d'hygiène irréprochable du patient lorsqu'il entre dans le bloc opératoire est souhaitable. Pendant l'intervention, toutes les précautions seront prises pour limiter le risque infectieux. L'intervention se déroule selon un protocole précis, formalisé et connu de tous les intervenants et des contrôles de qualité sont fréquemment réalisés. Il faut souligner l'importance de la qualité de la décontamination de la salle d'opération décontaminé, des règles de préparation des instruments, des vêtements stériles et à usage unique, du comportement du personnel, de l'aseptie des mains Votre peau sera de nouveau désinfectée selon un protocole précis et vous pouvez recevoir également des antibiotiques pendant l'intervention selon le protocole du CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) de l'établissement.

Le diagnostic de l'infection peut-être difficile. Il n'existe pas de tableau clinique spécifique de l'infection. Il existe toutefois des éléments qui doivent mettre la puce à l'oreille (fistule cutanée, troubles de cicatrisation, syndrome douloureux anormal dans sa durée et dans son intensité, fièvre, signes locaux habituels de l'inflammation : rougeur, chaleur, gonflement, douleurs . . .). Il n'existe pas non plus de tableau biologique spécifique (élévation de la vitesse de sédimentation et de la CRP). Les radiographies standards peuvent être intéressantes. Il est possible de réaliser une échographie, un scanner ou même une IRM : ces examens n'ont d'intérêt que pour rechercher une collection profonde et en réaliser la ponction. L'imagerie nucléaire est régulièrement évoquée, mais son apport diagnostique est souvent décevant. Au total, ce sont les prélèvements au niveau du site, avec analyse bactériologique qui restent l'étalon-or de la démarche diagnostique.

Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée à la documentation bactériologique. La durée du traitement est souvent prolongée, adaptée au cas par cas. Il faut y associer une ré-intervention pour nettoyer la zone opérée. Cela nécessite un caractère complet de l'excision, préalable à la guérison, et provoque souvent des sacrifices tant osseux que périphériques importants, même si cela doit compliquer les suites ou le geste de reconstruction.

Un œdème. Il se peut que le membre opéré soit enflé pendant les premières semaines qui suivent la chirurgie. Pour aider à réduire l'enflure, élevez le membre opéré dans la mesure du possible. Si le membre opéré est votre jambe ou votre

pied, évitez de vous asseoir pendant de longues périodes de temps et bougez vos pieds et vos chevilles pour que le sang continue de circuler.

Complications générales

- ☞ **complications cardiovasculaires** Les deux complications cardiaques postopératoires les plus courantes sont la crise cardiaque et l'insuffisance cardiaque. Le stress de la chirurgie peut causer une crise cardiaque chez les personnes atteintes d'une maladie coronarienne, laquelle peut avoir entraîné ou non des symptômes avant la chirurgie. Assurez-vous de parler de votre santé cardiovasculaire au chirurgien et à l'anesthésiste et de suivre leurs directives.
- ☞ **Délire postopératoire** Parfois, les personnes âgées vivent une période de confusion ou de délire après une chirurgie. Il se peut qu'elles agissent ou qu'elles parlent de façon anormale. Par exemple, il est possible qu'elles commencent à oublier des choses, qu'elles soient confuses, ou encore qu'elles voient, qu'elles entendent ou qu'elles croient des choses qui n'ont aucun sens. Le délire disparaît généralement en quelques jours, mais, à l'occasion, il subsiste pendant quelques semaines. De façon générale, il est attribuable à plus d'une cause. Les effets secondaires des anesthésiques et des médicaments, le manque de sommeil, la douleur, l'infection, le sevrage d'alcool, la constipation et un faible taux d'oxygène font partie des causes courantes de délire. L'équipe soignante cherche et corrige la cause du délire dans la mesure du possible.
- ☞ **Rétention urinaire** L'incapacité à uriner est un problème très fréquent après tout type de chirurgie. On règle le problème en insérant une sonde dans la vessie pour évacuer l'urine. Il peut rester en place pendant plusieurs jours ou être retiré immédiatement après qu'on ait vidé la vessie.
- ☞ **Constipation** Le manque d'activité à la suite d'une chirurgie et l'utilisation de narcotiques, lesquels maîtrisent la douleur, mais réduisent la fonction intestinale, sont généralement la cause de la constipation. Des laxatifs émoullissants ou autres peuvent être prescrits au besoin.
- ☞ **Nausées** L'alimentation par voie intraveineuse est généralement suffisante. Une fois que votre estomac fonctionne normalement, vous pouvez recommencer à vous alimenter comme d'habitude. Si les nausées et les vomissements persistent, un médicament peut être administré.
- ☞ **Réactions allergiques** Les médicaments que l'on vous a prescrits peuvent causer des réactions allergiques. Les réactions à la pénicilline,

aux sulfamides et à la codéine sont les plus courantes. Elles peuvent varier d'une éruption cutanée légère à une réaction grave. N'oubliez pas d'avertir votre médecin si vous avez déjà présenté une réaction allergique. Si vous croyez que vous avez une réaction allergique, informez-en l'infirmière immédiatement.

Complications cutanées Un ulcère de décu-bitus peut être dû à la compression de la peau de parties osseuses et se rencontre chez les patients alités pendant une longue période de temps ou présentant un mauvais état nutritionnel. Il est possible de prévenir cette complication en utilisant de bonnes techniques de soins de la peau, des protections des zones fragiles, des dispositifs permettant de soulever du lit les régions touchées.

Les ennuis cicatriciels désunion de la cicatrice, nécrose (mort de la peau) sont rares. Ils peuvent nécessiter une nouvelle intervention pour reprendre la cicatrice et réaliser une nouvelle suture, voire, dans certains cas, une greffe de peau (plastie cutanée). Cette complication est plus ou moins grave en fonction de son étendue et de sa localisation ; sur les articulations superficielles (genou, doigts), elle doit être traitée rapidement pour éviter l'infection.

La fracture osseuse lors de la mise en place de la prothèse il s'agit là aussi d'une complication très rare qui est due à une fragilité osseuse. Cette complication peut rendre un peu plus difficile la mise en place de la prothèse.

Les os, et plus précisément la partie basse du fémur ou la partie haute du tibia, peuvent se casser (fracture) lors de la phase de préparation. Cela nécessite alors des fixations supplémentaires (vis, plaque, ...), le choix d'un modèle de prothèse différent, ou même une seconde intervention.

La paralysie nerveuse Il s'agit d'une complication très rare, qui touche les nerfs situés près de la prothèse qui peuvent souffrir lors des manipulations pour la mise en place de la prothèse. Les lésions permanentes sont rares. Habituellement, la paralysie régresse, mais la récupération peut demander plusieurs mois.

Les embolies graisseuses sont exceptionnelles. Lors de la mise en place sous pression de la prothèse dans l'os, des micro-embols (petits fragments) de graisse (provenant de la moelle osseuse), d'air, ou des petits caillots de sang peuvent se détacher et migrer. Ces risques augmentent quand il existe un os ostéoporotique. Ces embols peuvent parfois se bloquer dans la circulation et entraîner une complication respiratoire, cardiaque (le risque est d'autant plus important qu'il existe une insuffisance cardiaque ou respiratoire avant

l'intervention) ou neurologique.

Quels sont les principaux inconvénients et risques tardifs éventuels de l'intervention ?

L'usure du polyéthylène et le descellement aseptique Ce sont des complications tardives traduisant « l'usure » de la prothèse. Leur incidence est de 5 à 10% à 10 ans. Ces phénomènes peuvent nécessiter une nouvelle intervention avec changement des implants.

L'usure survient de façon inéluctable pour toutes les prothèses implantées, elle va provoquer le descellement de la prothèse. Le descellement de la prothèse (perte de fixation des pièces dans l'os) se traduit par des douleurs et une migration des pièces de la prothèse. Il nécessite une nouvelle intervention. L'usure est l'élément qui met habituellement un terme à la vie des prothèses.

Les ossifications périprothétiques sont exceptionnelles Il s'agit de formations osseuses entourant la prothèse totale de la hanche qui peuvent survenir après l'intervention et qui sont responsables d'un enraidissement de l'articulation.

Elles sont évitées par l'utilisation systématique (sauf contre-indication particulière) des anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant quelques jours après l'intervention. Cette complication concerne essentiellement les prothèses de hanche.

L'algoneurodystrophie ou algodystrophie est un « dérèglement du système nerveux qui commande les vaisseaux », responsable de douleurs, de gonflement et pouvant aboutir à un enraidissement de l'articulation. Il s'agit d'une complication qui survient et évolue de façon capricieuse et imprévisible. Le traitement repose sur l'association de médicaments et d'une rééducation douce et spécialisée. L'évolution peut se faire sur plusieurs mois.

Les luxations Elles sont rares, le plus souvent consécutives à un traumatisme avec déchirure ligamentaire. Qu'est-ce qu'une luxation de la prothèse de genou ?

La luxation de prothèse ou déboîtement est définie par la perte de contact des surfaces articulaires entre elles. La luxation est une complication rare qui survient le plus souvent à la suite d'une chute. Le diagnostic est immédiat car le membre inférieur est en position vicieuse, la reprise de la marche est impossible et la mobilisation douloureuse.

Dans ce cas, il faut se rendre à la clinique ou à l'hôpital le plus proche et s'assurer de l'absence de fracture par un bilan radiographique. Le traitement consiste généralement à tirer sur la jambe sous une brève anesthésie générale pour détendre les muscles et ré-emboîter les deux surfaces arti-

culaires puis à immobiliser le genou dans une attelle. Une nouvelle intervention chirurgicale peut être nécessaire pour stabiliser le genou.

Les lésions neurovasculaires L'opération n'est pas sans danger pour les vaisseaux sanguins et les nerfs qui passent à proximité de l'articulation. Même si chaque geste est parfaitement réglé, l'accident est possible, surtout en cas de fragilité particulière.

Ce sont des complications rares, elles peuvent être à l'origine de faiblesses musculaires voir de paralysies pour les lésions nerveuses et nécessiter une nouvelle intervention notamment un pontage vasculaire pour les lésions artérielles ou veineuses.

Le problème est alors grave : saignements importants (hémorragie), risque de paralysie ou de perte de sensibilité de certaines parties de la jambe si on ne parvient pas à réparer les nerfs, risque d'amputation si on parvient pas à réparer les vaisseaux.

Heureusement cela reste exceptionnel. Il se peut que l'on ne s'en aperçoive qu'après l'opération.

La fracture de la prothèse La rupture de certaines têtes de prothèses de hanche en céramique de zircone est exceptionnelle. La fracture des implants en silastic (élastomère de silicone) de la main est possible et traduit l'usure de la prothèse qui doit alors être changée.

D'autres complications sont exceptionnelles liées par exemple aux médicaments (allergie, ulcère gastroduodénal, hémorragie digestive), à la décompensation d'une autre pathologie (diabète, artérite...), ou encore : rétention ± infection d'urine, escarre, fracture (tibia ou fémur ou rotule), inégalité de longueur des membres inférieurs, arrachement tendineux et même décès.

Risques liés au tabagisme Il est établi que le tabagisme multiplie par 2 à 4 le risque de complications postopératoires, et en particulier celui d'infection et de nécrose cutanée. Cette majoration du risque disparaît lorsque le tabac est arrêté complètement pendant les 6 à 8 semaines qui précèdent l'intervention, et les 2 à 4 semaines qui la suivent. Nous déconseillons fortement l'usage du tabac pendant cette période.

Court-on un risque vital en se faisant mettre une prothèse ? Toute opération chirurgicale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre état général est bon, ce risque est minime. Cependant si votre état général est moins bon (grand âge, maladies graves du cœur, du poumon, obésité, etc.), le risque peut être plus ou moins important. Le risque de décès après une prothèse du membre inférieur est actuellement évalué à 0,5 %. De toute façon, un bilan de votre état de santé global sera

fait avant de vous opérer (généralement lors de la consultation avec le médecin anesthésiste). À son issue, vous serez informé(e) des risques et invité(e) à poser toutes les questions nécessaires et à bien réfléchir avant de prendre votre décision. Dans de rares cas, l'intervention pourra même vous être formellement déconseillée, si le risque encouru est supérieur au bénéfice de l'intervention.

La mise en place d'une prothèse reste une intervention de confort. Si l'équipe médicale vous la propose, c'est que le bénéfice attendu est incomparablement supérieur aux risques encourus.

QUELLES SONT LES SÉQUELLES POSSIBLES ?

La persistance d'une raideur plus ou moins importante du genou est souvent liée à l'état du genou avant l'opération. La mise en place d'une prothèse ne peut pas complètement simuler un genou normal, sain. Elle est due à la présence d'adhérences qui limitent la mobilité (les tissus mous sont « collés »). Elle peut être prévenue par la mobilisation douce et précoce de votre prothèse, mobilisation passive ou à l'aide d'un appareillage.

Le genou peut ne pas plier complètement. Cela gêne pour certains mouvements (se mettre accroupi, les escaliers s'agenouiller... par exemple).

Le genou peut ne pas s'étendre complètement. Il s'agit d'un « fessum ». Sa persistance restera toujours gênante. Cela induit une inégalité de longueur, un boiterie. Cela peut générer des douleurs en particulier sur la rotule.

Dans certains cas, votre chirurgien peut juger utile de mobiliser votre genou sous anesthésie quelques semaines ou rarement quelques mois après l'opération pour diminuer ou supprimer une raideur persistante. Certaines raideurs ou insuffisance de force musculaire peuvent entraîner des boiteries.

Les défauts d'axe La jambe peut ne pas être parfaitement droite (jambe restant déviée en dedans ou en dehors). La plupart du temps cela relève de situations initiales qui ne peuvent pas toujours être complètement corrigées. Le chirurgien est souvent obligé de choisir le compromis qu'il estime être le meilleur possible pendant l'opération. Ce compromis qui parfois pourrait ne pas vous satisfaire, est souvent le plus adapté à votre cas.

Les douleurs du genou Dans certains cas, des douleurs en regard de la prothèse peuvent persister. Certaines personnes peuvent continuer à souffrir alors que la prothèse est bien en place, qu'il n'y a pas d'explication mécanique aux douleurs

et que tout est satisfaisant sur les radiographies. Il peut s'agir de douleurs des tissus situés autour de la prothèse. Des bursites ou tendinites, un conflit sur les parties molles peuvent être gênants et nécessiter des massages, des crèmes ou gels anti-inflammatoires.

Dans de rares cas, aucune cause évidente n'est décelée, et le chirurgien ne trouve pas d'explication précise à la gêne ressentie. La surveillance régulière par le chirurgien est alors nécessaire, et cela justifie un traitement antalgique.

Un épanchement chronique de l'articulation prothétique en particulier au genou, peut nécessiter une ponction pour vérifier l'absence d'infection.

Une insuffisance de récupération musculaire Une perte de force, une amyotrophie de la cuisse, de la jambe peuvent persister. Cela peut être source de boiterie, d'appréhension, d'insécurité, de gêne pour certaines situations (soulever la jambe, escaliers, soulever du poids, ...). Cela augmente le

risque de chute.

Le genou peut ne pas être stable Dans certains cas il peut rester une certaine laxité, un certain « jeu articulaire ». Cela génère appréhension, insécurité, voire une complication comme une luxation. Elle peut apparaître immédiatement, mais aussi tardivement, plusieurs mois ou années après.

EN RÉSUMÉ

La prothèse unicompartmentale de genou est un geste chirurgical moins lourd qu'une prothèse totale. C'est un geste qui nécessite une rééducation de plusieurs mois. Les meilleurs résultats sont obtenus après 6 mois voire un ou deux ans. En l'absence de complication, la prothèse unicompartmentale de genou apporte une amélioration significative sur les douleurs et la fonction.

Quelques questions que vous devez vous poser ou demander à votre chirurgien avant de vous décider

Pourquoi recommandez-vous cette chirurgie?

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

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

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience? Quel est le temps opératoire? Quelle est la durée de l'hospitalisation? Aurai-je beaucoup de douleurs? Comment la traiter?

Quels sont les risques et/ou complications encourus?

Quels sont mes bénéfices à être opéré et quel résultat final puis-je espérer?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives? Quelle sera la durée de ma convalescence?

Me recommandez-vous un second avis?

Date et signature du patient (e) :