



Informations concernant LES PROTHÈSES TOTALES DE GENOU (ENR-CSE-116) (Prendre sa décision, guide pratique)



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

Pourquoi une prothèse totale de genou est-elle nécessaire ?

Qu'est-ce que le genou ?

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

Le genou est composé de trois os, le fémur, le tibia, la rotule (ou patella). Il est stabilisé quelle que soit sa position, par plusieurs ligaments situés de chaque côté, mais aussi au centre de l'articulation (classiques ligaments croisés). L'extrémité inférieure du fémur est composée de deux zones : une interne (médiale) et une externe (latérale) qui s'articulent avec les deux zones correspondantes du tibia (articulation fémoro-tibiale interne et fémoro-tibiale externe). Les ménisques s'interposent entre le fémur et le tibia et servent d'amortisseur. La rotule est située devant l'extrémité inférieure du fémur et coulisse dans une gorge : c'est la troisième articulation (fémoro-patellaire). La rotule est



solidaire du muscle quadriceps et est reliée au tibia par un tendon (ligament patellaire) ; elle transmet et augmente la force musculaire du quadriceps lors de l'extension du genou (effet de poulie). Les muscles situés en arrière de la cuisse assurent la flexion du genou. Le cartilage de l'une ou de plusieurs de ces trois articulations peut être altéré.

Dans quelles maladies met-on en place une prothèse totale de genou ?

L'atteinte de votre genou peut avoir différentes origines :



- L'arthrose du genou est une maladie fréquente qui touche plus d'une personne sur quatre après 65 ans. Elle entraîne une destruction progressive du cartilage articulaire du genou.
 - Cette usure peut être due à une déformation des membres inférieurs qui peuvent avoir la forme de parenthèse (genu-varum), le poids à la marche se concentre sur la partie interne du genou et l'usure apparaît sur ce côté interne. Les membres peuvent avoir une forme de X (genu-valgum), l'usure se fait alors sur la partie externe du genou. Cette déformation peut être congénitale (vous avez toujours été comme cela) ou acquise après une fracture par exemple.

Genu-valgum



Membres axés



Genu-varum



- Le deuxième facteur est génétique, et vous a été transmis par vos parents : votre cartilage articulaire du genou va vieillir prématurément.
- Il peut exister d'autres causes plus rares comme des séquelles de traumatismes ayant touché les os, les surfaces articulaires, les ménisques et même les ligaments.
- L'excès de poids, la pratique de sports intensifs sont des facteurs favorisants.
- Les rhumatismes inflammatoires peuvent entraîner la destruction du cartilage du genou, souvent en association avec d'autres articulations.
- La nécrose : c'est une partie des os du genou, souvent au fémur qui meurt en perdant sa vascularisation (équivalent d'un infarctus).
- Des séquelles de maladie de l'enfance peuvent enfin favoriser la dégradation du cartilage du genou.

Y-a-t-il une alternative à l'opération ?

L'usure du cartilage (interposé entre fémur et tibia) entraîne une dégradation des ménisques et la déformation du membre inférieur peut s'aggraver. L'articulation s'enraidit et une boiterie apparaît. Les douleurs sont localisées sur une partie ou tout le genou selon l'endroit où le cartilage s'use. Votre genou peut se dérober, gonfler (épanchement de synovie). La mobilité se réduit et dans certains cas, il n'est plus possible d'étendre à fond le genou (flessum). L'aggravation est constante mais sa rapidité varie d'une personne à l'autre.

Il n'existe aucun traitement médical à ce jour qui permet d'éviter l'arthrose. Il est parfois possible de ralentir son évolution en évitant les sports et les activités qui sollicitent trop le genou et en diminuant une éventuelle surcharge liée à un excès de poids.

Si les médicaments pour lutter contre la douleur, les anti-inflammatoires, voire des infiltrations (corticoïdes, acide hyaluronique) ne sont plus efficaces, une intervention chirurgicale est alors discutée.

De nombreux gestes sont possibles pour traiter la destruction articulaire du genou. Le chirurgien tient compte de l'importance et de la localisation de cette destruction qui touche soit une zone, soit plusieurs zones articulaires. Votre âge, votre mobilité, votre poids, la forme de vos membres inférieurs, l'état de vos ligaments sont aussi des éléments qui vont influencer sur le choix de la chirurgie. Dans certains cas la déformation des membres responsable de l'usure du cartilage peut être corrigée en réaxant les os (ostéotomie), parfois l'usure est importante mais localisée à une seule zone articulaire, on peut alors ne remplacer que cette partie par une prothèse partielle (unicompartimentale médiale ou latérale ou fémoro-patellaire).

Mais dans votre cas, l'usure est trop importante ou elle touche plusieurs zones et c'est une prothèse totale de genou que votre chirurgien a décidé de mettre en place.

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

Dans certaines circonstances votre chirurgien peut vous proposer une prothèse totale des deux genoux en une séance opératoire ou très rapprochée (une semaine). Notamment en cas d'atteinte sévère bilatérale des deux genoux, de flessum important, de maladie inflammatoire. Votre chirurgien ne prendra cette décision qu'en accord avec l'anesthésiste si votre état de santé est compatible avec cette attitude. N'hésitez pas à poser toutes les questions si cette orientation vous est proposée.

Quels examens pour l'opération ?

Le chirurgien vous a prescrit un bilan radiographique, parfois un scanner ou une IRM (pour rechercher une anomalie de rotation du membre ou pour permettre la fabrication d'instruments personnalisés spécifiques à votre genou, voire fabriquer une prothèse sur mesure).

L'anesthésiste vous demandera de faire une prise de sang, un examen cardiovasculaire en fonction de votre âge et parfois d'autres examens selon vos antécédents.

Votre intervention

Quelle anesthésie sera réalisée ?

L'intervention est pratiquée sous anesthésie générale, ou anesthésie du bas du corps (rachianesthésie ou anesthésie péridurale). C'est le médecin anesthésiste qui vous précisera, lors de sa consultation préopératoire, les modalités, les bénéfices et les risques de l'anesthésie choisie. Il faudra impérativement lui signaler tous vos antécédents médicaux, allergies, et préciser votre état dentaire.

Il vous parlera aussi des moyens mis en œuvre pour diminuer au maximum la douleur après l'intervention avec très souvent la mise en place d'un cathéter à la cuisse qui permet d'endormir pendant quelques jours toute la région opératoire.

N'hésitez pas à lui poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Comment se déroule l'opération ?

L'articulation est ouverte en avant du genou, les cicatrices varient en fonction de votre corpulence et de la déformation du membre. Pour préparer les os, la rotule est déplacée temporairement sur le côté du genou et une série d'instruments permet de couper les os avec précision. Parfois, on utilise un système de navigation (chirurgie assistée par ordinateur) qui permet de mesurer en permanence les axes et guide les gestes du chirurgien (le « GPS » du bloc opératoire) ou des instruments personnalisés fabriqués sur mesure (une reconstruction de votre genou à partir d'un scanner ou d'une IRM a permis la fabrication de ces instruments).

La prothèse se compose d'une pièce fémorale métallique qui reproduit la surface articulaire du fémur, d'une embase tibiale métallique recouverte d'une pièce en polyéthylène (polymère très résistant) qui s'interpose entre le fémur et le tibia. Le chirurgien peut aussi remplacer le cartilage de la rotule par un implant en polyéthylène qui s'articulera avec la partie métallique de la pièce fémorale. Ces différents composants sont soit fixés par un ciment acrylique (sorte de résine à prise rapide), soit sans ciment, la fixation se fait par l'os lui-même qui repousse dans toutes les anfractuosités de la prothèse et ainsi la stabilise.

Il existe de nombreux modèles et tailles de prothèse qui permettent de traiter tous les problèmes de destruction osseuse, de ligaments défectueux et même d'allergie aux métaux qu'il ne faudra pas oublier de signaler à votre chirurgien. Votre chirurgien lorsqu'il vous a examiné et qu'il a regardé votre bilan radiologique a fait le choix du modèle de prothèse adapté à votre cas.



Les évènements qui peuvent perturber le bon déroulement de votre intervention :

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

Il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles, car les variations sont fonction de l'affection à traiter, mais aussi susceptibles de différences individuelles. IL EST DONC INDISPENSABLE D'EN PRENDRE CONNAISSANCE EN CONSIDERANT QUE, MEME PEU FREQUENTES, ELLES PEUVENT VOUS CONCERNER.

Vous devez avoir conscience que vous prenez un risque pour améliorer votre condition de vie. **Votre chirurgien est là pour accompagner votre choix, il est à votre disposition pour vous fournir toute l'information nécessaire** avant l'intervention, vous assurer qu'il fera tout son possible pour réaliser le geste technique le plus parfait possible et qu'il prendra en charge les suites opératoires en association avec le médecin anesthésiste.

Aussi inconfortable que cela puisse être pour vous, il peut, en cas d'événement imprévu, être amené à reporter, interrompre ou modifier votre intervention.

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

La prothèse de genou est quasiment sous la peau, le tabac perturbe la cicatrisation, il est donc indispensable d'arrêter de fumer au moins un mois avant l'opération.

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

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

Votre chirurgien a choisi la prothèse de genou qui semble la plus adaptée à votre cas, cependant, il peut arriver que la qualité de vos os, de vos ligaments, l'importance de l'usure nécessite des gestes complémentaires voire un changement de type de prothèse ou une nouvelle intervention.

Des complications peuvent survenir pendant l'intervention :

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

- Le saignement des tissus (y compris de l'os) au cours de l'intervention est normal. Pour le réduire, le chirurgien coagule ou ligature les petits vaisseaux (= hémostase), l'anesthésiste dispose de médicaments spécifiques. L'importance du saignement est variable, habituellement modéré, mais peut parfois imposer le recours à une transfusion sanguine, même si l'intervention s'est parfaitement bien passée, notamment si votre taux d'hémoglobine est bas avant l'intervention. Cette transfusion

est décidée par l'anesthésiste, qui contrôle les pertes sanguines pendant l'intervention. Le chirurgien peut ou non utiliser un garrot pour poser la prothèse, mais cela ne modifie pas les pertes sanguines après l'opération.

- Il est devenu extrêmement rare de nos jours que la transfusion soit la cause de maladies infectieuses dues par exemple aux virus des hépatites ou dans des cas exceptionnels au VIH (virus du Sida). Si une transfusion a été nécessaire, un contrôle sanguin permettra de vérifier qu'elle n'a pas causé une quelconque contamination.
- Une lésion ligamentaire ou tendineuse peut survenir dans certains cas difficiles, elle peut nécessiter des gestes complémentaires et modifier les suites opératoires.
- Une blessure des vaisseaux, surtout dans les cas complexes, peut être à l'origine de saignements très importants et avoir des conséquences vitales. Une suture ou un pontage de la lésion est alors nécessaire.
- Une fracture peut survenir au cours de l'intervention. Ces fractures sont favorisées par l'existence d'une fragilité osseuse (= ostéoporose). Certaines ne justifient pas de traitement spécifique, certaines doivent être fixées par des plaques, des vis et/ou des cerclages métalliques.
- Une blessure de nerfs peut entraîner des troubles durables voir définitifs tels qu'une paralysie partielle du membre inférieur.
- Durant l'intervention, l'évaluation de votre état osseux, de celui de vos ligaments et de l'importance de l'usure peuvent amener votre chirurgien à des gestes complémentaires voire à changer le type de prothèse initialement prévue.

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

- Complications précoces :

- Hémorragies secondaires et hématomes qui n'entraînent que rarement une ré intervention.
- La cicatrisation peut être perturbée sur certaines zones en particulier en cas de surpoids, de tabagisme, d'insuffisance vasculaire artérielle (= artérite) ou lors de la prise de certains traitements en particulier dans les rhumatismes inflammatoires. Toute anomalie dans la cicatrisation impose de revoir rapidement votre chirurgien qui jugera de la conduite à tenir. Les conséquences peuvent être graves et provoquer une infection.
- Infection de la région opérée (= infection du site opératoire) : La survenue d'une infection de la zone opératoire allant jusqu'à la prothèse est une complication rare mais dont le traitement est complexe et contraignant. Une telle infection peut être favorisée par l'infection d'une autre partie du corps (dent, peau...) Ces infections auront été normalement traitées avant l'intervention. Après l'opération, toute infection quelle qu'en soit la localisation doit être signalée à votre médecin traitant et prise en charge rapidement.
 - Lorsqu'une prothèse est infectée, elle peut être lavée chirurgicalement (suivi d'un traitement antibiotique) si le diagnostic d'infection est posé tôt mais il arrive souvent qu'elle doive être enlevée notamment si le diagnostic d'infection est retardé. Elle peut alors être remplacée immédiatement, ou, selon le type d'infection, après plusieurs semaines d'un traitement

- antibiotique.
- Exceptionnellement, l'infection peut ne pas guérir et la prothèse doit être définitivement enlevée, un blocage du genou (arthrodèse) peut-être décidé.
 - Pour vous protéger de ce risque, l'opération a lieu dans des conditions d'hygiène très strictes et un traitement antibiotique préventif vous sera administré juste avant l'intervention (= antibioprophylaxie).
 - La mise en place d'une prothèse de genou favorise pendant quelques semaines la formation de caillots sanguins au niveau des veines des membres inférieurs (= thrombose veineuse ou phlébite). Les phlébites, surtout celles qui touchent les grosses veines sont peu fréquentes mais dangereuses car les caillots sont gros et peuvent migrer dans la circulation bouchant alors des vaisseaux essentiels (= embolie pulmonaire).
 - Pour prévenir ce risque un traitement qui rend le sang plus fluide (= anticoagulant) vous sera prescrit et peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières. Ce traitement est efficace, mais n'élimine pas complètement le risque de phlébite. Un lever précoce avec appui est un facteur essentiel de prévention des phlébites lorsqu'il est possible.
 - Une cicatrice boursouflée et gênante (chéloïde) peut se former en cas de prédisposition ou après une infection de la plaie
 - Certaines cicatrices restent sensibles et il est fréquent que plusieurs zones autour de celles-ci aient perdu un peu de leur sensibilité rendant inconfortable la position à genoux.
 - Des tendons autour de la prothèse peuvent être irrités. Cela peut entraîner des douleurs lors de certains mouvements et nécessiter divers traitements, voire un nouveau geste chirurgical.
 - La récupération d'une bonne mobilité est importante, la rééducation commence immédiatement après votre opération. Il est nécessaire de plier rapidement le genou, de pouvoir l'étendre complètement sinon la cicatrisation créera des adhérences qui limiteront la mobilité de votre genou. Si vous n'arrivez pas à plier suffisamment le genou, votre chirurgien pourra être amené soit à effectuer une mobilisation du genou lors d'une brève anesthésie, soit à libérer chirurgicalement les adhérences (le plus souvent sous arthroscopie).
 - Dans certains cas la jambe n'est pas parfaitement redressée, votre chirurgien a pu être amené à ce choix pour éviter que votre genou ne soit instable.
 - Rarement les cicatrices musculaires ou tendineuses se rompent entraînant un déplacement des composants de la prothèse et en particulier de la rotule qui sort du rail dans lequel elle coulisse. Un nouveau geste chirurgical peut s'avérer nécessaire.
 - La persistance d'une raideur, de douleur, de gonflement plusieurs semaines après l'opération peut faire craindre une complication nommée "algodystrophie" ou « syndrome régional complexe de type 2 ». Il s'agit d'une complication encore aujourd'hui mal comprise qui évolue sur plusieurs mois et qui laisse parfois une certaine raideur.
 - L'instabilité fémoro-patellaire (subluxation ou déplacement latéral de la patella, voire luxation avec perte de contact complet entre la trochlée fémorale et la patella) peut survenir à court terme notamment en cas d'hématome qui détend la réparation musculaire. Elle nécessite souvent une intervention de réparation après avoir fait un bilan de la rotation des pièces tibiale et fémorale par un scanner.

- Complications tardives :

- Usure : Au fil du temps, la prothèse s'use (polyéthylène). Cette usure peut être bien tolérée, mais elle va s'aggraver avec le temps et l'activité. Les nouveaux matériaux de frottement ont grandement diminué ce risque.
- Le descellement : L'usure peut parfois abimer l'os autour de la prothèse et altérer la fixation de celle-ci, aboutissant progressivement à son descellement, le plus souvent accompagné d'une réapparition de douleurs et d'une boiterie. D'une façon générale la fixation de la prothèse à l'os, quelle qu'elle soit (fixation avec ou sans ciment), peut s'altérer avec le temps. Le vieillissement de l'os peut favoriser cette complication.
- L'os avec son vieillissement peut se fissurer ou casser autour de la prothèse. Dans des cas extrêmement rares, l'implant lui-même peut se casser.
- Les composants de la prothèse peuvent se luxer (les pièces se déplaçant de leur position initiale)
- L'instabilité fémoro-patellaire (subluxation ou déplacement latéral de la patella, voire luxation avec perte de contact complet entre la trochlée fémorale et la patella) peut survenir après un délai variable. Elle se révèle par des douleurs et une faiblesse de la force du quadriceps. Elle nécessite souvent une intervention après avoir fait un bilan de la rotation des pièces tibiale et fémorale par un scanner.

- Remplacement de la Prothèse :

- Lorsqu'une prothèse se détériore, il faut en général la remplacer. Les modalités de ce remplacement (= reprise de prothèse de genou) sont très variables, allant du plus simple au plus compliqué. En particulier, si l'os (fémur, tibia ou rotule) est très abimé, le remplacement de la prothèse peut être difficile : c'est pourquoi il est important de consulter régulièrement votre chirurgien pour surveiller l'état de votre genou, et de prendre contact avec lui en cas de problème (douleurs, bruits anormaux, genou qui se déboîte à la marche...).

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

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

Comment vit-on avec une prothèse de genou ?

Dans la plupart des cas on vit normalement avec une prothèse totale de genou, mais cela nécessite toutefois quelques précautions. Seul votre genou a été remplacé, mais le reste de votre organisme est inchangé et vous devrez adapter votre activité à votre condition physique.

Il faut le plus souvent plusieurs mois pour tirer tout le bénéfice de l'opération. Du fait du

mauvais fonctionnement de votre genou avant l'opération, vos muscles ont bien souvent fonctionné dans de mauvaises conditions plusieurs mois voire plusieurs années. Il leur faudra donc du temps pour reprendre leur force et leur souplesse. Les progrès seront réguliers durant les trois premiers mois. En pratique il faut attendre au moins 6 mois pour que le résultat soit obtenu avec parfois un genou "oublié". Au-delà de ces 6 mois il n'est pas rare que le genou reste sensible et fatigable à l'occasion d'efforts prolongés, d'accroupissement ou de position "à genoux". Ceci ne doit pas vous décourager. Le temps de la cicatrisation, de l'adaptation de votre squelette à votre prothèse et de la récupération de votre souplesse et de votre force est long.

La conduite automobile : Plusieurs études ont montré qu'après l'intervention, il est nécessaire d'attendre quatre à six semaines, pour retrouver les réflexes nécessaires à une conduite sûre. Durant les premières semaines, les traitements analgésiques, le manque de force et de mobilité de votre genou ainsi que des phénomènes douloureux peuvent limiter votre aptitude à réagir rapidement. Durant cette période il est donc sage d'éviter la conduite automobile, par contre, il vous sera rapidement possible de voyager comme passager.

Le sport : Non seulement le sport n'est pas contre-indiqué mais, au contraire, la pratique d'un sport d'entretien adapté à votre état général vous sera bénéfique. Il faut privilégier les sports qui ménagent le genou opéré. L'activité sportive sera fonction des sports que vous pratiquiez avant la détérioration de votre genou.

La marche, la course prudente, le vélo, la natation, le golf seront les bienvenus. Par contre, les sports qui soumettront votre articulation à des traumatismes (ski, football, rugby), à des mouvements extrêmes ou des impacts violents, (parachutisme, sports de combat...) peuvent être dangereux pour votre prothèse plus encore qu'ils l'étaient pour votre genou « naturel ». Parlez-en avec votre chirurgien.

Votre intervention en pratique

1) Préparation à l'intervention :

- **Les traitements médicaux :** Si vous suivez un traitement médicamenteux, celui-ci doit être signalé à votre anesthésiste car il doit parfois être modifié ou interrompu pour préparer votre intervention. Les traitements qui modifient votre coagulation (aspirine, Plavix, anticoagulants (Sintrom, Préviscan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis...)) nécessitent souvent des adaptations afin d'assurer votre sécurité.
- **Les consignes préopératoires :**
 - Respectez les consignes que vous a donné votre anesthésiste.
 - N'oubliez pas d'apporter les examens qui ont été prescrits : examens sanguins, radiographies, examens dentaires et cardiaques.
 - Apportez aussi les appareillages qui vous ont été conseillés : béquilles, bas de contention, coussins de glace.
 - Il n'est pas exceptionnel que les deux genoux soient atteints. Si le genou opposé devenait plus gênant et que vous souhaitiez changer le côté de votre intervention, il est indispensable que vous préveniez votre chirurgien à l'avance. En effet, le matériel nécessaire à une intervention de l'autre côté pourrait ne pas être disponible et votre

dossier doit être modifié pour éviter tout risque de confusion.

- Si des consignes de toilette ou de préparation de votre peau vous ont été données, il est important de les respecter.

2) L'hospitalisation :

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

Lors de votre hospitalisation, votre nom, l'intervention pour laquelle vous êtes hospitalisé(e), le côté de l'opération, vous seront demandés à de nombreuses reprises (certains chirurgiens appliquent sur la zone opérée ou à proximité une ou plusieurs marques avec un feutre dermatographique). Il s'agit de précautions obligatoires qui ont démontré leur efficacité pour assurer votre sécurité.

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

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

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

3) Le retour à domicile :

Dès votre retour, contactez votre médecin traitant : l'établissement dans lequel vous avez été hospitalisé est un milieu médical très sécurisé, votre domicile est au contraire un univers moins protégé. L'aide de votre médecin traitant doit accompagner cette transition. Remettez-lui les courriers de votre chirurgien et de votre anesthésiste s'il ne les a pas déjà reçus par la poste.

Deux points doivent être particulièrement surveillés :

A. Cicatrice et fils ou agrafes : Un pansement est le plus souvent réalisé le jour de la sortie. N'y touchez pas. Il protège la cicatrice. Il sera renouvelé par une infirmière de ville à domicile ou à proximité de chez vous selon les consignes de votre chirurgien. Les fils, selon l'habitude du chirurgien, peuvent être :

- **Résorbables :** ils se résorbent tous seuls. Dans ce cas, le pansement est retiré entre le dixième et le quinzième jour puis la cicatrice reste le plus souvent à l'air libre.

- **Non résorbables (ou agrafes)** : ils doivent être retirés. Il n'est pas nécessaire de revenir à la clinique ou à l'hôpital pour cela. Une infirmière de ville est tout à fait compétente pour effectuer ce geste. L'ordonnance de votre chirurgien ou de votre médecin lui explique comment renouveler les pansements et quand retirer les fils (habituellement à partir du quinzième jour postopératoire).

B. Traitement médical

- **Les médicaments contre la douleur (= antalgiques)** : habituellement le genou est assez douloureux. La zone opératoire est rarement indolore avant le troisième ou quatrième mois, ce qui est normal. Votre anesthésiste, votre chirurgien ou votre médecin vous ont donc prescrit des antalgiques. S'ils ne sont pas suffisants ou si vous ne les tolérez pas (douleurs abdominales, nausées, vomissements...), parlez-en à votre médecin traitant. Dans tous les cas, l'application de glace par attelles réfrigérées agit bien sur la douleur, même à distance de l'opération. Pour éviter toute brûlure de la peau, un tissu doit être interposé entre les coussins de glace et la peau.

- **Les anticoagulants** : Ils sont indispensables pour diminuer le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire, mais ils sont potentiellement dangereux. En excès, les anticoagulants peuvent occasionner des hémorragies ou des hématomes. En quantité insuffisante, ils ne protègent plus ou protègent moins bien contre le risque de phlébite. Il ne faut jamais en modifier la dose ni la fréquence de prise vous-même. Ce traitement peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières obligatoires. La surveillance de ce traitement est confiée à votre médecin traitant.

4) La rééducation :

- Les habitudes varient selon les chirurgiens et les techniques utilisées. Elles sont adaptées à vos progrès lors de votre hospitalisation et à chaque cas. Suivez les consignes de votre chirurgien.
- Trois points sont importants au cours de la récupération après mise en place d'une prothèse de genou :
 - La reprise de la marche avec appui progressif sur le côté opéré. L'usage de deux cannes anglaises (cannes avec appui sur les avant-bras) peut se justifier au début avec un abandon progressif d'une des deux en fonction de vos progrès. Ensuite, si une canne simple vous paraît utile, n'hésitez pas à la prendre pour éviter une chute, tant que vous n'aurez pas totalement récupéré la fonction du genou. De plus une canne ou une béquille signalera votre vulnérabilité temporaire et pourra vous éviter les bousculades.
 - La récupération d'une bonne mobilité de votre genou en flexion et extension est indispensable dans la vie quotidienne. Il faut plier à 120° pour mener une vie normale, mais les possibilités de récupération sont aussi fonction de l'amplitude de flexion que vous aviez avant l'opération. Il est parfois nécessaire de faire des postures pour étendre à fond le genou (votre kinésithérapeute vous expliquera la manière de les réaliser).
 - La récupération d'une bonne force musculaire des muscles de la cuisse permet d'éviter que le genou se dérobe. Votre opération a restauré le fonctionnement de votre articulation mais personne, à commencer par votre chirurgien, ne

peut la remettre en marche à votre place.

Prévention des infections :

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

5) Questions souvent posées par les patients :

- **« Comment sera ma cicatrice ? »**

Elle mesurera entre 15 à 30 centimètres sur la partie antérieure du genou. Cela dépend de votre corpulence, de la forme de vos jambes, de l'existence ou non de cicatrices, de votre musculature et d'autres facteurs comme l'enraidissement du genou.

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

Les muscles mettent un temps plus ou moins long à retrouver leur tonus surtout lorsque l'articulation est encore douloureuse. Les réflexes qui vous permettent de tenir debout et d'éviter de trébucher sont perturbés ce qui augmente le risque de chute. C'est pourquoi il faut souvent plusieurs semaines ou mois pour retrouver une force normale.

- **« Puis-je voyager ? » :**

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

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

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

Oui : Aucun document médical n'est conseillé par les services de sécurité des aéroports. La police de sécurité saura localiser votre prothèse par les détecteurs de métaux.

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

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

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

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

- **« Quelle est la durée de vie de ma prothèse ? »**

Il est peu probable que votre prothèse doive être changée, Avec un recul de 10 ans 95% des patients ne sont pas réopérés.

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

- La réapparition d'une douleur ou d'un gonflement du genou
- Une température élevée

