

Relecture scientifique
Société française de
chirurgie orthopédique et
traumatologique (SOFCOT)

Relecture juridique
Médecins experts SOFCOT

Relecture déontologique
Médecins Conseil national de
l'ordre des médecins (CNOM)

Relecture des patients
Collectif inter associatif
sur la santé (CISS)
Association française de lutte
anti-rhumatismale (AFLAR)



Persomed
7 rue Ste Odile BP 62
67 302 Schiltigheim
tél.: 03 89 41 39 94
fax : 03 89 29 05 94



Traitement de l'arthrose du genou par prothèse totale



Persomed

**Fonds documentaire
d'information patient**



Tous droits réservés
ISBN 978-2-35305-134-2

**Chirurgie
orthopédique**

www.persomed.com

Rédaction : D. Gosset

Illustration : J. Dasic

*Code de la Santé Publique
Article L1111-2*

*Toute personne a le droit d'être informée
sur son état de santé.*

*Cette information porte sur les différentes
investigations, traitements ou actions
de prévention qui sont proposées, leur
utilité, leur urgence éventuelle, leurs
conséquences, les risques fréquents ou
graves normalement prévisibles qu'ils
comportent ainsi que sur les autres
solutions possibles et sur les conséquences
prévisibles en cas de refus.*

Madame, Monsieur,

L'objectif de ce document est de vous donner
les réponses aux questions que vous vous
posez.

Il ne présente cependant que des généralités.
Il ne remplace pas les informations que vous
donne votre médecin sur votre propre état de
santé.

Quelle partie du corps?

Utilité de cette partie du corps ?

Une **articulation** est l'endroit où des os sont reliés tout en pouvant bouger les uns par rapport aux autres dans certaines directions.

L'articulation du genou permet de plier et d'étendre le genou quand nous marchons.

Lors de ces mouvements, la jambe tourne aussi sur elle-même sans que l'on s'en rende compte (ces mouvements s'appellent des **rotations automatiques**).

Cette articulation supporte le poids du corps et doit être stable pour ne pas entraîner de chute.

Le genou articule la cuisse avec la jambe.

Le **fémur** est l'os de la cuisse. Le **tibia** est l'os situé en dessous du genou, sur la partie avant de la jambe, tandis que la **fibula** (anciennement appelé le **péroné**) est située en dehors et vers l'arrière.

Cette articulation est soumise à de très fortes contraintes, en particulier lors de sports où le genou doit pivoter (par exemple le football), d'activités nécessitant une position à genou ou accroupie, ou de travaux de force.

De quoi est-elle constituée ?

L'articulation du genou est constituée de la partie basse du fémur (**condyle fémoral**) et de la partie haute du tibia (**plateau tibial**).

Il y a également dans l'articulation un revêtement souple (le **cartilage**) qui recouvre les os et leur permet de glisser les uns contre les autres.

La **rotule** est la troisième partie osseuse du genou.

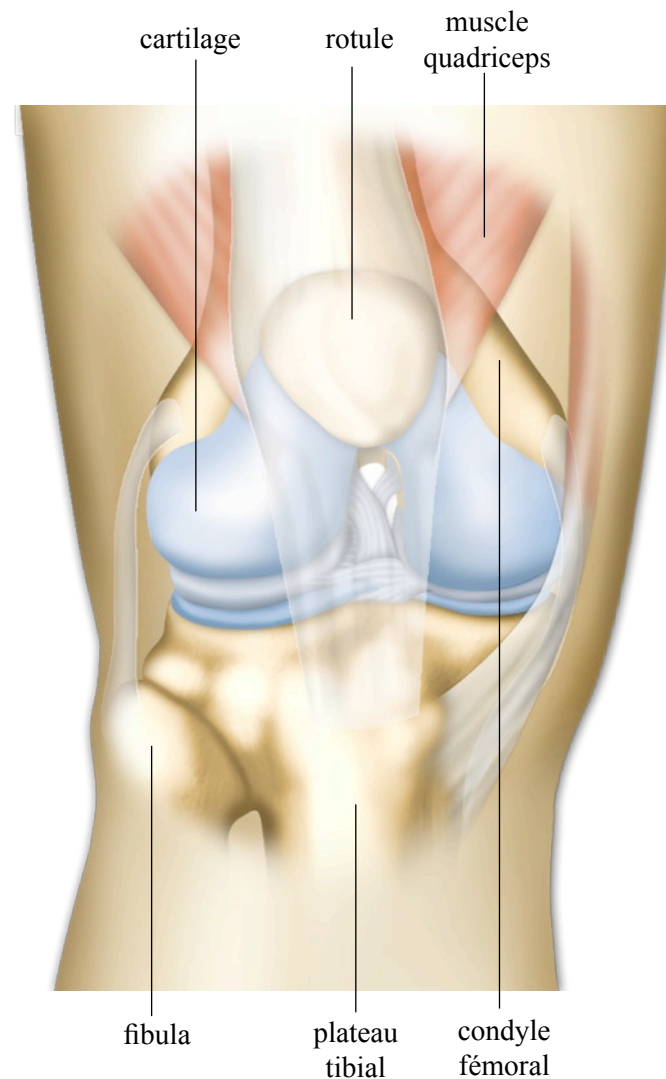
Elle est maintenue par le muscle de la cuisse (**muscle quadriceps**) et passe par dessus l'articulation en venant se fixer sur le haut de la jambe.

La partie de la rotule avec du cartilage glisse en avant de l'extrémité inférieure du fémur lorsque le genou se plie ou s'étend.

Le muscle quadriceps et la rotule permettent d'étendre la jambe (ils constituent ce qu'on appelle **l'appareil extenseur**).

Leur rôle est essentiel lors de la marche.

Les pressions qui s'exercent sur le cartilage de la rotule sont très importantes, surtout lors des mouvements d'accroupissement, de montée ou de descente des escaliers, dans certains sports, etc.



Les **ménisques** sont de petits tampons en forme de croissant qui améliorent le contact entre le cartilage du fémur et celui du tibia et jouent le rôle d'amortisseurs.

Ils sont situés vers l'intérieur (**ménisque interne**) et vers l'extérieur du genou (**ménisque externe**).

Une membrane tapisse l'intérieur de l'articulation (la **membrane synoviale**).

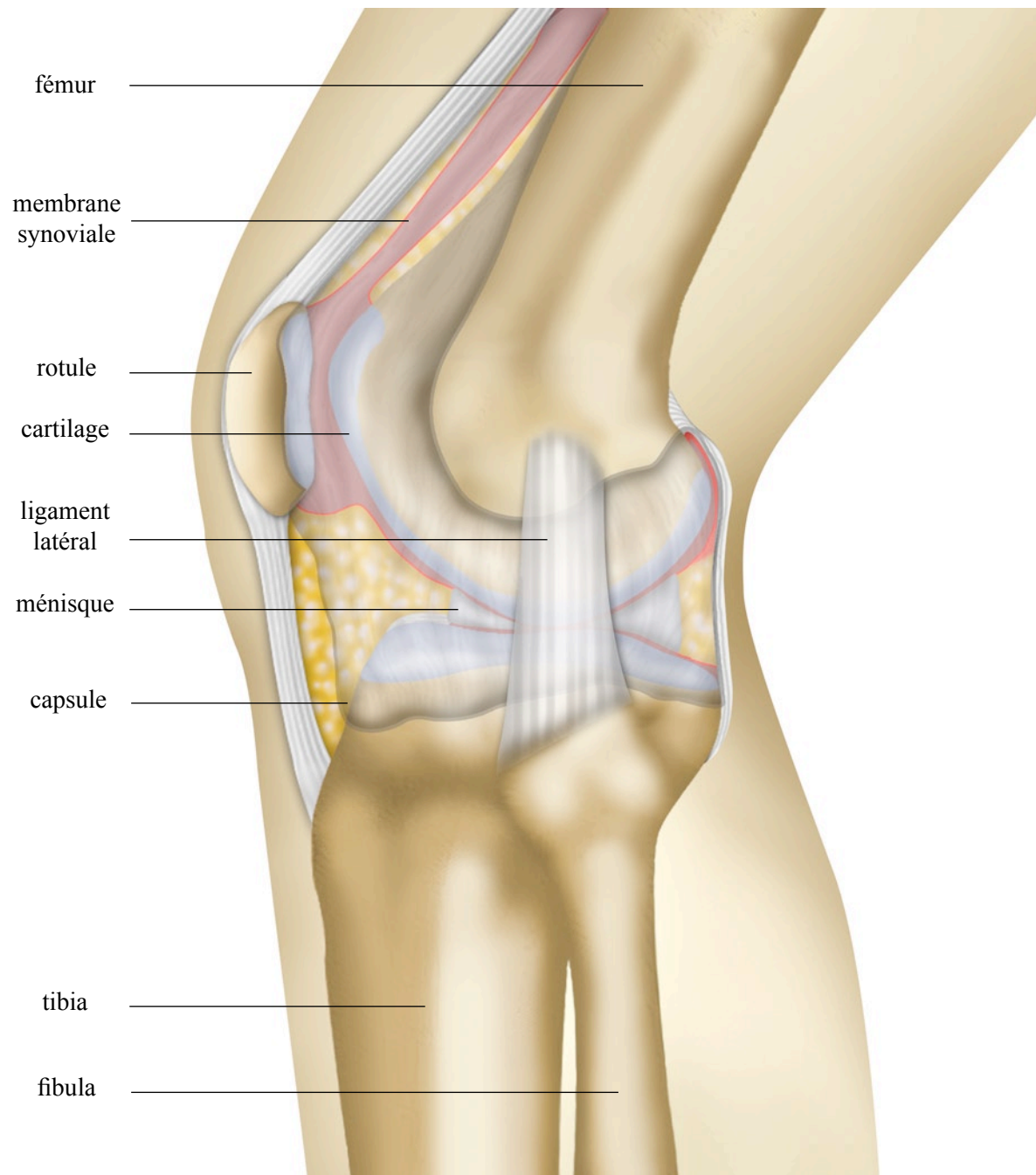
Elle fabrique un liquide (**le liquide synovial**) qui facilite le glissement (**lubrifiant**) un peu comme l'huile dans les rouages d'une machine.

Une poche (la **capsule articulaire**) entoure les zones de glissement et maintient en place le liquide synovial.

Autour de cette poche sont placés des **ligaments**, qui sont des sortes de rubans élastiques dont le rôle est de garder en bonne position les deux parties de l'articulation.

Des muscles très puissants font bouger l'articulation (pour la marche, le sport...) et participent à son maintien. Les attaches qui les relient aux os sont des **tendons**.

Les différents muscles du genou doivent être parfaitement équilibrés et coordonnés pour que l'articulation fonctionne bien.



Pourquoi faut-il traiter ?

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.

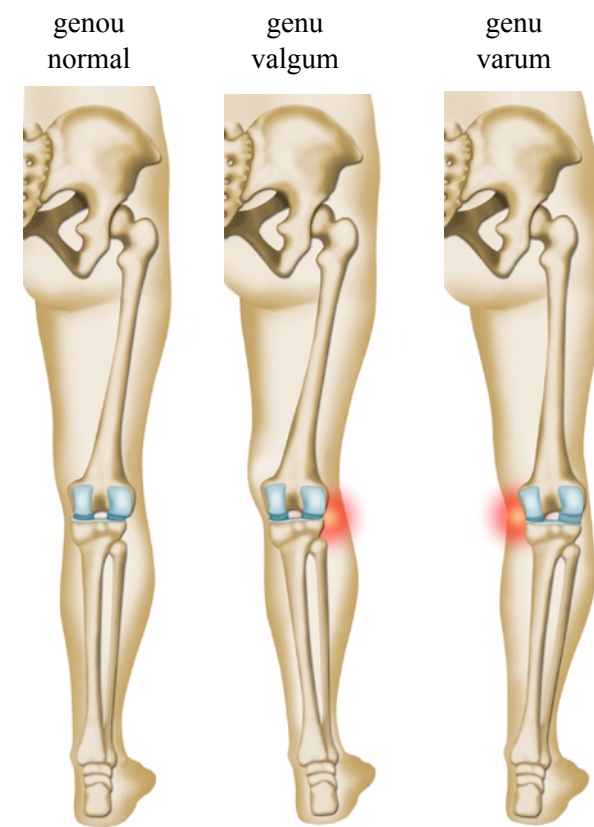
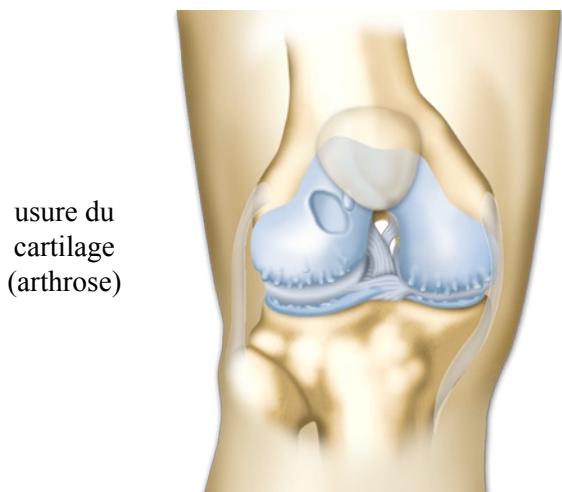
La plupart des gens ont un tibia qui a tendance à partir vers l'intérieur, autrement dit le genou part vers l'extérieur. Les jambes sont plus ou moins arquées comme Lucky Luke (**genu varum** en langage médical). C'est pourquoi souvent l'arthrose débute dans la zone en dedans du genou (**compartiment 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-compartimentale**).



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 fatigant 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 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.

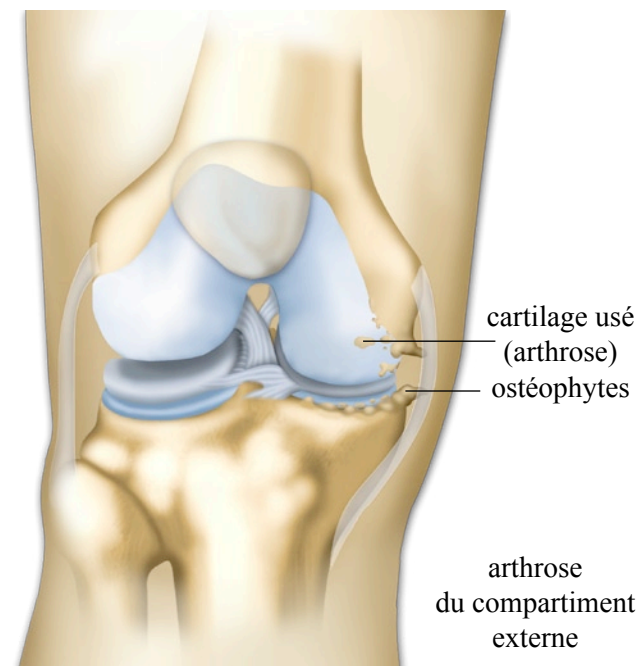
La localisation de ce pincement permet de déterminer dans quelle(s) partie(s) du genou se situe l'arthrose (**compartiment interne et/ou externe et/ou antérieur**).

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...).

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.



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.

... et leurs limites

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 traitements chirurgicaux...

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.

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. Il existe des prothèses pour remplacer une seule des zones de glissement du genou (**prothèse uni-compartmentale**). Celles qui remplacent les trois compartiments du genou sont appelées **prothèses totales**. Ce fascicule présente la mise en place d'une telle prothèse.

... et leurs limites

La qualité du résultat de l'opération dépend de l'état des muscles et des tendons qui entourent l'articulation.

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.

Les prothèses peuvent s'user et ne plus tenir parfaitement ce qui oblige à les changer.

Quand faut-il opérer ?

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.

L'opération qui vous est proposée

Introduction

Votre chirurgien vous propose de remplacer l'articulation de votre genou par une prothèse. En langage médical, on parle d'**arthroplastie du genou**. C'est une intervention très courante, mais lourde et comportant certains risques.

Faut-il une transfusion ?

Il est habituel de saigner beaucoup lors de la mise en place d'une prothèse de genou.

Ces pertes de sang doivent être compensées :

- soit en vous redonnant le sang d'une autre personne (**transfusion**).
- soit en prenant votre sang avant l'intervention. Ce sang vous est redonné pendant et après l'opération pour compenser les pertes (**autotransfusion**).
- soit en prenant le sang qui coule de la plaie pendant l'intervention et en vous le redonnant après purification (**cell saver**).

De grands progrès ont été réalisés ces dernières années. Les prothèses permettent désormais d'approcher le fonctionnement d'un genou normal. Grâce aux recherches qui sont menées constamment dans ce domaine, les techniques évoluent et les garanties de sécurité augmentent sans cesse.

Avant l'opération

Il est évident que plus vous êtes en forme, meilleur est le résultat. C'est pourquoi il est conseillé de maigrir si nécessaire et de conserver autant que possible la force et la souplesse de vos muscles et de vos articulations par des exercices physiques adaptés.

Si vous avez des veines malades dans lesquelles le sang ne circule pas bien (**varices**), on peut vous proposer de les opérer avant la mise en place de la prothèse, car dans le cas contraire elles risqueraient de se boucher (**phlébite**).

Pour limiter le risque d'invasion de la prothèse par des microbes (**infection**), il faut absolument vérifier que vous n'avez pas d'infection ailleurs (au niveau de la peau, des dents...).

L'anesthésie

Avant l'opération, vous prenez rendez-vous avec le **médecin anesthésiste-réanimateur** qui vous examine, propose une méthode adaptée pour vous insensibiliser et vous donne des consignes à respecter.

Au cours de l'intervention soit vous dormez complètement (**anesthésie générale**), soit on n'endort seulement le bas de votre corps (**anesthésie périmédullaire**), soit on n'insensibilise que votre genou (**anesthésie loco-régionale du membre inférieur**).

L'installation

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.

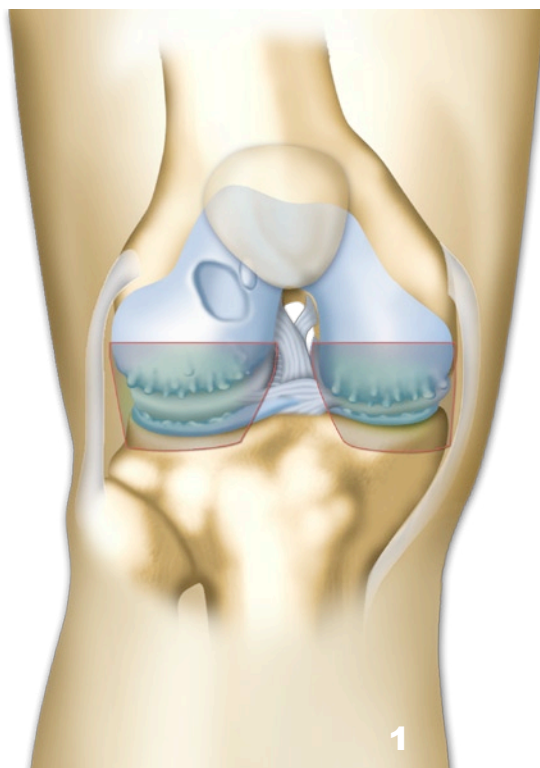
L'ouverture

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 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.

zone de coupe



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.

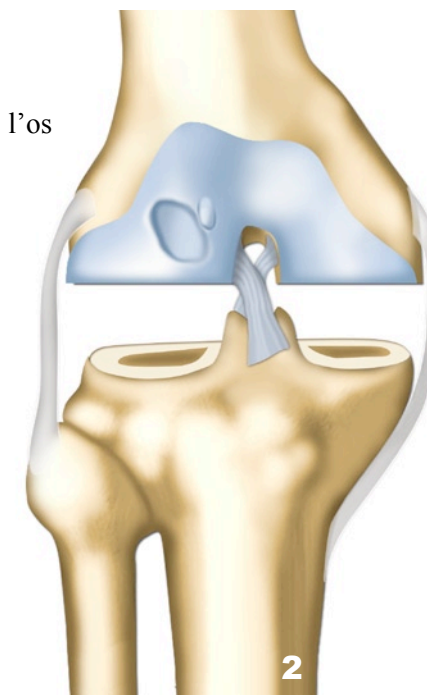
Une fois la surface d'os prête, le chirurgien met en place une prothèse d'essai pour tester les différents mouvements du genou et l'équilibre des différents ligaments.

Quelques adaptations peuvent alors être réalisées, avant la fixation de la prothèse définitive.

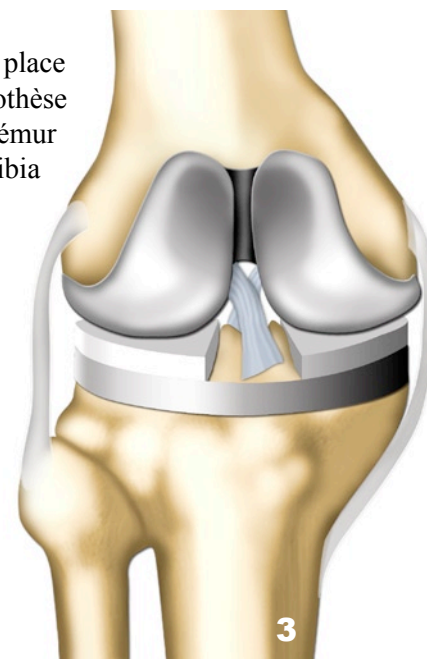
Cette fixation peut se faire avec ou sans ciment. Votre chirurgien choisit l'une ou l'autre de ces techniques en fonction du type de prothèse et de l'état de vos os, pour le meilleur résultat possible.

Une fois la prothèse en place, il teste une dernière fois les mouvements du genou.

coupe de l'os



mise en place de la prothèse sur le fémur et le tibia



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 fonctionnement du genou soit le meilleur possible.

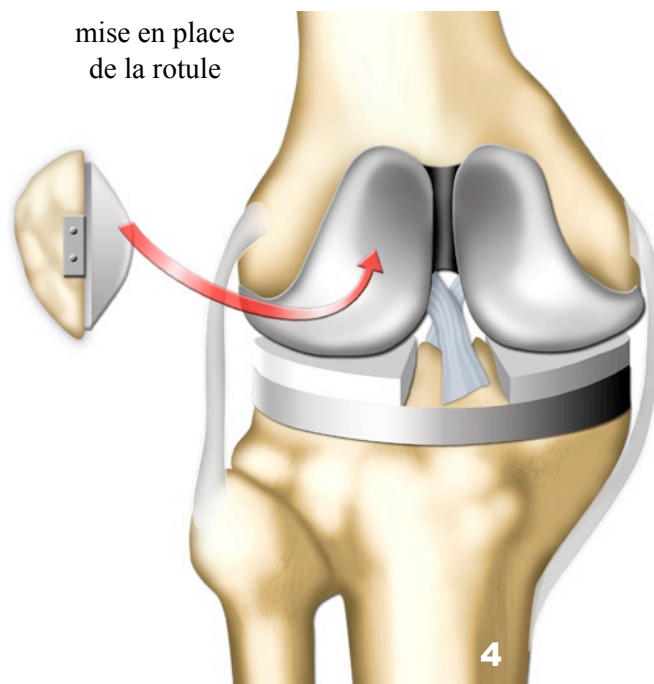
Mais il n'est pas toujours possible de tout corriger. Le chirurgien choisit la solution qu'il pense être la plus adaptée. Cela suppose parfois de ne pas rectifier toutes les déformations du genou.

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...

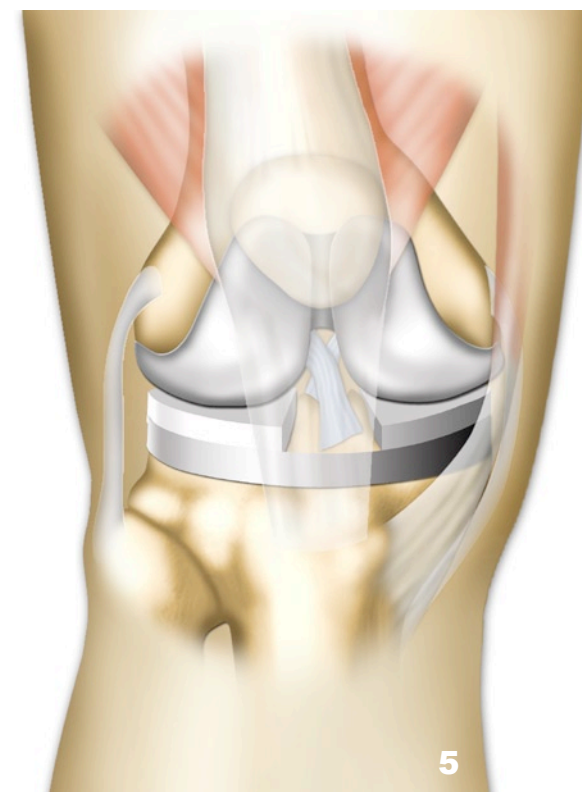


La durée de l'opération

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 demi et trois heures. Il faut compter en plus le temps de la préparation, du réveil...

prothèse en place



Après l'opération

Fonction

Tout dépend de votre cas et de ce que votre chirurgien décide en fonction de l'état de votre genou.

Le plus souvent les patients se lèvent pour s'asseoir dans un fauteuil dès le lendemain de l'opération.

Grâce à la prothèse dont les différentes pièces glissent l'une contre l'autre sans provoquer de douleur vous pouvez recommencer à marcher immédiatement.

Il est cependant fréquent d'attendre deux ou trois jours, le temps de refaire le pansement et d'enlever les drains.

Tout d'abord vous utilisez un déambulateur pour vous déplacer puis, dès que possible (au bout de sept à dix jours environ), des cannes-béquilles.

Autonomie

La prothèse fonctionne immédiatement, mais il est souvent difficile de prévoir le temps d'adaptation des éléments qui entourent l'articulation (muscles, tendons etc.).

Tout dépend des cas et de la façon dont vous êtes pris en charge après l'intervention.

Douleur

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.

Retour à domicile

Cela dépend de l'établissement dans lequel vous êtes soigné mais surtout de votre cas et de votre état de santé. En théorie, vous pouvez rentrer chez vous au bout de dix ou quinze jours.

Mais en pratique, la rééducation doit être intensive et la prise en charge dans une structure spécialisée est souvent très utile (centre de convalescence, hôpital de jour...). Vous rentrez alors chez vous au bout de quelques semaines.

Principaux soins

Vous prenez des médicaments contre la douleur ainsi qu'un traitement pour rendre le sang plus fluide qui évite qu'un bouchon de sang (**caillot**) ne se forme dans les veines de vos jambes (**phlébite**).

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.

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 dix à douze jours.

Pour un bon fonctionnement de votre genou après l'opération, vous devez faire des exercices de remise en mouvement de votre articulation (**rééducation**).

Selon les établissements de soin, les médecins et les modèles de prothèse, les méthodes varient.

Souvent, la rééducation commence dès le lendemain de l'opération, sous le contrôle d'un spécialiste du mouvement (**kinésithérapeute**). Cela fait alors un peu plus mal que si vous attendez pour bouger mais c'est le meilleur moyen pour que votre genou vous donne rapidement satisfaction.

Les résultats attendus

Douleur

Les douleurs liées à l'arthrose disparaissent immédiatement après l'opération.

Il est possible d'avoir encore un peu mal à des endroits précis (**douleurs résiduelles**), surtout si le genou était très raide et abîmé avant l'opération. Ces douleurs (liées une adaptation difficile des muscles et des tendons) finissent en général par disparaître et n'empêchent pas les patients d'être satisfaits.

Le suivi

Il faut suivre rigoureusement les consignes de votre médecin.

Allez aux rendez-vous qu'il vous programme, et, s'il vous en propose, passez les examens de contrôle (**radiographies...**). C'est important. Cela lui permet de surveiller l'évolution de votre genou, d'adapter la rééducation et de vérifier que la prothèse tient bien dans l'os.

Habituellement vous revoyez votre médecin au bout de trois mois, six mois, un an... Mais tout dépend de votre cas et des méthodes de votre chirurgien.

On contrôle souvent le vieillissement de la prothèse au bout de trois à cinq ans car il y a un risque que celle-ci tienne moins bien dans l'os (**descellement**).

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 reprise du travail a généralement lieu au bout de deux à quatre mois mais cela peut varier selon votre âge et votre profession.

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

Il peut être nécessaire d'adapter votre habitation (attention aux tapis, installation de poignées dans les toilettes, etc.).

N'hésitez pas à interroger votre chirurgien si vous avez un doute sur les risques liés à l'une ou l'autre de vos activités.

Fonction

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. Il faut cependant éviter les activités violentes pendant un à trois mois.

Principaux soins

Les traitements pour éviter la formation de bouchons dans les veines (**traitement anti-phlébite**) se prolongent plusieurs semaines, avec des contrôles réguliers de votre sang. Votre médecin stoppe le traitement quand il juge qu'il n'est plus nécessaire.

Vous prenez également des médicaments contre la douleur (**antalgiques**), surtout si vous devez faire des efforts particuliers ou si vous souffrez encore un petit peu (**douleurs résiduelles**).

La **rééducation** est très importante, notamment pour contrôler l'équilibre et la force des muscles et des tendons, corriger les habitudes de marche... Elle dure généralement trois à six mois.

Si les progrès sont souvent spectaculaires les premières semaines, l'évolution est beaucoup plus lente ensuite.

La meilleure des rééducations ne sert pas à grand chose si vous ne vous y investissez pas au maximum, même seul, en dehors des séances avec le spécialiste (**kinésithérapeute**).

Habituellement le bénéfice est spectaculaire dès les premières semaines. Mais compte-tenu de la longue adaptation des muscles et des tendons à la prothèse il faut plusieurs mois à un an pour juger du résultat final.

Les risques

L'équipe médicale qui s'occupe de vous prend toutes les précautions possibles pour limiter les risques, mais des problèmes peuvent toujours arriver.

Nous ne listons ici que les plus fréquents ou les plus graves parmi ceux qui sont spécifiques de cette intervention.

Pour les risques communs à toutes les opérations, reportez-vous à la fiche « les risques d'une intervention chirurgicale ».

Les risques liés à l'anesthésie sont indiqués dans le fascicule « anesthésie ».

La plupart de ces complications peuvent nécessiter des gestes complémentaires ou une nouvelle opération. Rassurez-vous, votre chirurgien les connaît bien et met tout en œuvre pour les éviter.

En fonction de votre état de santé vous êtes plus ou moins exposé à l'un ou l'autre de ces risques.

Pendant l'intervention

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.

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 réglémenté, l'accident est possible, surtout en cas de fragilité particulière.

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.

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

S'il est nécessaire de vous redonner du sang (**transfusion**), on peut toujours craindre la transmission de certaines maladies (**sida**, **hépatite**). Rassurez-vous, les produits utilisés subissent de nombreux tests destinés à éviter ce risque.

Après l'intervention

Il est très rare que la zone opérée soit envahie par les microbes (**infection**), mais c'est grave et cela nécessite parfois de retirer la prothèse.

Dans le pire des cas il n'est pas possible de la remplacer et un blocage du genou (**arthrodèse**) peut devenir la seule solution.

L'infection entraîne parfois une raideur de l'articulation. Elle peut atteindre l'os et réapparaître régulièrement (**infection chronique**). Rassurez-vous, c'est tout à fait exceptionnel.

Pour limiter ce risque, il ne faut pas être malade (porteur de microbes) avant, pendant et après l'opération car les microbes finissent très souvent par se déposer au niveau de la prothèse, même des années après.

Le moindre problème de dent, infection de la peau, etc. fait courir un risque important.

C'est pourquoi théoriquement, tout soin doit d'accompagner d'un traitement (**antibiotiques**) de quelques jours.

Au moindre doute consultez votre médecin traitant et posez lui la question.

Après l'opération (suite)...

Le risque de formation d'un bouchon de sang solidifié (**caillot**) dans les veines des jambes (**phlébite**) ou des poumons (**embolie pulmonaire**) est important. C'est pourquoi on prend des précautions habituellement très efficaces (traitement pour fluidifier le sang, port de bas spéciaux...). Certaines personnes ont une mauvaise circulation sanguine qui augmente ce risque.

Des zones recousues sur les muscles, les tendons ou tout autre élément sur lequel le chirurgien a travaillé peuvent se rompre.

Si les matériaux mis en place se déplacent après l'opération, ils peuvent abîmer des vaisseaux sanguins, des nerfs ou un autre élément de l'articulation.

Parfois, des douleurs, persistent bien que la prothèse soit parfaitement posée. Elles restent généralement minimales et localisées. Il n'y a pas d'explication à ce phénomène.

Certains patients boitent parce que leur genou est un peu raide ou que leurs muscles ne sont pas suffisamment forts.

Si le genou reste plus ou moins raide malgré la prothèse, c'est souvent lié à son état avant l'opération.

Il en va de même si la jambe reste déviée en dedans ou en dehors : ces défauts d'axe ne peuvent pas toujours être complètement corrigés.

Le chirurgien est obligé de choisir la meilleure solution possible qui, même si elle ne paraît pas satisfaisante, est généralement la mieux adaptée.

Dans les jours ou les semaines qui suivent l'opération, le genou peut gonfler, devenir raide et douloureux. La peau devient rouge et brillante. Cette réaction très rare est appelée **algodystrophie**. La raideur met souvent plusieurs mois pour disparaître.

Les différents éléments de la prothèse peuvent se déboîter (**luxation**). C'est très rare

Tout à fait exceptionnellement, la prothèse peut se casser, en abîmant ou non l'os. Plus probablement, elle risque avec le temps de tenir moins bien dans l'os (**descellement**). Il se produit alors de petits mouvements (**micro-mouvements**) entre la prothèse et l'os, ce qui peut entraîner un retour des douleurs et du handicap. Il faut alors parfois remplacer le matériel.

Si vos os sont très fragiles, si vous souffrez d'une maladie des os appelée **ostéoporose**, ou si vous êtes très âgé, le risque de cassure (**fracture**) pendant ou après l'opération est en théorie plus élevé, tout comme le risque de descèlement. Mais dans la pratique le chirurgien sait adapter sa technique et le modèle de prothèse au type d'os de chaque patient pour limiter ce type de problèmes.

En cas de problème...

Si vous constatez quelque chose d'inhabituel après l'opération (douleurs ou sensations anormales, décoloration de la peau au niveau de la zone opérée), n'hésitez pas à en parler à votre chirurgien, même si cela vous paraît peu important.

Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.

Si vous vous blessez au genou (chute, accident...) et que vous allez aux urgences, prévenez l'équipe médicale que vous portez une prothèse.

Il peut être nécessaire de faire une radiographie de contrôle.

L'idéal est de voir le plus rapidement possible votre chirurgien car comme il vous a opéré lui seul peut interpréter précisément les radiographies.

La vie d'un très grand nombre de patients a changé grâce à la mise en place d'une prothèse du genou.

C'est une opération techniquement très précise qui donne habituellement d'excellents résultats, malgré la persistance parfois de petites douleurs.