



PROTHÈSE UNI-COMPARTIMENTALE DE GENOU (PUC)

www.flandre-orthopedie.com



Pourquoi une prothèse uni-compartmentale de genou ?

Une prothèse uni-compartmentale de genou est proposée lorsque les surfaces articulaires d'un seul compartiment fémoro-tibial, interne ou externe, sont trop abîmées entraînant des gênes dans la vie quotidienne et des douleurs à la marche. Cette prothèse peut être mise en place lorsque le genou est stable (ligaments croisés intacts), sans déviation importante (genu varum ou valgum important), sans atteinte fémoro-patellaire, sans atteinte rhumatismale inflammatoire.

Cette situation se produit à la suite :

- le plus souvent, d'une arthrose du genou (gonarthrose uni-compartmentale)
- d'une destruction d'un condyle fémoral (nécrose)...

L'implantation de la prothèse a pour objet de faire disparaître la douleur qui gêne le malade dans sa vie quotidienne. Elle est indiquée lorsque les médicaments antalgiques (anti-douleurs) et anti-inflammatoires, les infiltrations intra-articulaires (de cortisone, d'acide hyaluronique ou de PRP) n'apportent plus d'amélioration.

Cette intervention permet aussi aux patients opérés de retrouver la capacité de marcher, de monter et de descendre les escaliers, en somme d'avoir une vie normale.



La consultation avec votre chirurgien.

Votre chirurgien confirmera ou non la nécessité de mettre en place une prothèse uni-compartmentale de genou après la réalisation d'un interrogatoire, d'un examen clinique du genou mais également de la hanche et après étude de votre bilan radiologique.

Votre chirurgien vous expliquera le déroulement de votre intervention et de votre hospitalisation, les risques et les avantages à la réalisation de cette intervention et les précautions à prendre avant et après l'intervention.

Votre chirurgien peut vous demander de rechercher et traiter des foyers infectieux (dentaires, ORL, urinaires..) avant l'intervention. Une consultation avec nos confrères anesthésistes et parfois cardiologues vous sera demandée. Il vous sera parfois demandé une perte de poids, une

diminution ou mieux un arrêt du tabac avant l'intervention afin d'éviter un risque accru de complications pendant et après l'intervention et parfois la réalisation de séances de rééducation afin de gagner en amplitude articulaire permettant une récupération plus rapide.

La consultation avec notre équipe de Récupération Rapide Après Chirurgie.

Notre équipe de récupération rapide après chirurgie vous propose des réunions d'informations et de préparations à votre hospitalisation. Elles ont pour but :

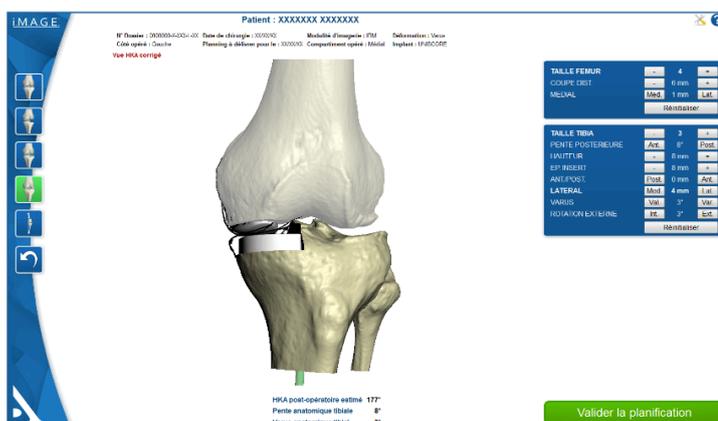


- De répondre à nouveau à de nouvelles questions.
- De vous expliquer les différentes étapes de votre hospitalisation.
- De vous expliquer des petits exercices de rééducation à faire avant l'hospitalisation, pendant l'hospitalisation et après votre hospitalisation afin de récupérer plus rapidement après votre chirurgie. Un protocole de rééducation vous sera donné lors de ces réunions.
- De préparer votre intervention et votre rééducation par un apprentissage à la marche avec béquilles, par un renforcement musculaire, par une mobilisation articulaire et de l'assouplissement.

Les réunions sont prévues à la clinique de Flandre (entrée par la consultation d'orthopédie, au 2ème étage par ascenseur, en salle de rééducation) avec Matthieu Evrard et Johan Decock qui vous accompagneront également lors de votre hospitalisation.

La réalisation d'une planification 3D et d'un guide de coupe sur mesure pour votre intervention.

Cette nouvelle technologie que nous utilisons depuis 2013 consiste à réaliser une IRM ou un Scanner permettant de modéliser votre genou en 3D, de planifier au mieux votre intervention et de créer des guides personnalisés à votre genou. Cette technique permet de faire un bilan pré-opératoire plus complet en 3D, d'être plus précis dans la mise en place de votre prothèse, de réduire le saignement, la durée de l'opération et donc le risque de complications per-opératoires.



Le déroulement de votre hospitalisation.

Vous rentrerez à la clinique la veille et vous verrez un anesthésiste avant d'être opéré. Vous serez à jeun, c'est-à-dire de ne plus boire et de ne rien manger, à partir de minuit avant l'opération.

Le matin de l'intervention, une préparation cutanée sera réalisée selon un protocole bien établi, comprenant des douches et des badigeonnages antiseptiques, dans le but de limiter les risques infectieux.

La pose de votre prothèse uni-compartmentale de genou se fera dans un bloc opératoire aseptique, l'intervention durera environ 1 heure. Une voie d'abord antérieure mini invasive avec arthrotomie interne ou externe (ouverture de l'articulation en interne ou en externe selon la localisation de la prothèse uni-compartmentale) est généralement réalisée dans notre établissement. Un redon sera mis en place afin d'éviter au maximum la survenue d'un hématome.

Une fois opéré, vous demeurerez environ une heure en salle de réveil pour vérifier que tout va bien, puis vous remonterez dans votre chambre lorsque l'anesthésiste aura donné son accord. Vous bénéficierez d'un antalgique adapté, un traitement anticoagulant et le port de chaussette ou bas de contention afin de diminuer les risques de thrombophlébite.

Vous bénéficierez de notre protocole de récupération rapide après chirurgie, mise en place dans notre établissement en 2015, avec une prise en charge antalgique optimale notamment par infiltration antalgique per-opératoire et avec une rééducation précoce par un premier levé dès le soir de votre intervention.

Le lendemain, le kinésithérapeute vous fera faire quelques exercices, vous expliquera des exercices pouvant être réalisés seul et vous aidera à vous lever et à reprendre une marche à l'aide de cannes. Un contrôle radiologique et un doppler veineux seront réalisés. L'hospitalisation est très variable, dépendant de chaque personne, et peut durer de 2 à 5 jours.

A la sortie, vous poursuivrez la rééducation, soit le plus fréquemment, à la maison avec un kinésithérapeute, soit dans le service de convalescence de la Clinique ou dans un centre spécialisé de votre choix.

Le premier contrôle radio-clinique avec votre chirurgien s'effectuera deux mois après l'intervention à son cabinet.



Votre prothèse uni-compartimentale de genou.

Elle remplace l'ensemble des surfaces articulaires du compartiment fémoro-tibial interne ou externe du genou. Elle comprend :

- une pièce fémorale métallique (condyle) en alliage de Chrome-Cobalt, matériaux dotés de bonnes capacités d'élasticité et de résistance.
- une embase soit métallique en alliage de Chrome-Cobalt au niveau de l'extrémité supérieure du tibia cimenté ou non, soit un plateau tibial dit « full PE » tout en polyéthylène.
- Une surface articulaire de glissement en polyéthylène mobile ou fixe (insert) est mise en place en cas d'embase métallique.

La stabilité de cette prothèse est assurée latéralement par les ligaments du genou, sagittalement et en rotation par les ligaments croisés.



Les complications possibles.

Les complications pendant l'intervention sont exceptionnelles. En dehors des complications anesthésiques possibles, elles peuvent être :

- Une lésion nerveuse. Une contusion, un étirement ou une section qui, même suturée, peut entraîner des troubles durables tels qu'une paralysie partielle du membre inférieur.
- Une lésion vasculaire pouvant entraîner une hémorragie abondante et nécessiter parfois une transfusion sanguine.
- Une fracture d'un os pouvant nécessiter une ostéosynthèse par plaque visée ou cerclage.

Les complications après l'intervention sont également exceptionnelles :

- Des hémorragies secondaires et des hématomes nécessitant parfois une transfusion.
- Une infection de la région opérée nécessitant une ré-intervention chirurgicale pour lavage ou changement de la prothèse associée à un traitement antibiotique.
- La formation et la migration de caillots sanguins (thrombophlébite, embolie).
- Des cicatrices boursoufflées et gênantes (chéloïdes).
- Des raideurs articulaires.
- Un syndrome douloureux régional complexe ou neuroalgodystrophie.
- Au fil du temps, la prothèse peut parfois se desceller ou s'user. Elle doit alors être remplacée par une nouvelle prothèse.

Toutes les complications citées peuvent rendre une ré-intervention nécessaire.