



Informations concernant LA SYNOVECTOMIE de HANCHE ou de GENOU

(Prendre sa décision, guide pratique)



Vous souffrez de la hanche ou du genou et le chirurgien consulté vous a proposé de réaliser une synovectomie de votre articulation. 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 synovectomie de votre articulation est-elle nécessaire ?

Qu'est-ce que la synoviale ?

La synoviale est une membrane qui tapisse l'intérieur de votre articulation et qui assure par la production de liquide synovial, le bon fonctionnement de votre cartilage.

Dans quelles maladies réalise-t-on une synovectomie ?

Les maladies touchant la membrane synoviale peuvent avoir différentes origines :

Ce sont principalement :

- des proliférations synoviales bénignes : Synovite villonodulaire pigmentée, ostéochondromatose ;
- les synovites dans le cadre d'une hémophilie ;
- les arthrites infectieuses : qu'elles soient primitives ou surviennent en post-opératoire.

- La synovite villo-nodulaire est une prolifération bénigne du tissu synovial qui peut être localisée ou toucher tout le tissu synovial de l'articulation, le risque de récurrence est alors important après chirurgie. Elle entraîne des épanchements dans l'articulation, des douleurs et parfois des tuméfactions palpables. Le diagnostic est souvent donné par la réalisation d'un examen IRM. Ce dernier permet de quantifier l'étendue de l'atteinte. L'analyse du tissu enlevé confirme cette pathologie.
- L'ostéochondromatose : Il s'agit d'une transformation du tissu cellulaire (métaplasie), qui entraîne la formation de « cartilage » par la membrane synoviale. Ces éléments cartilagineux peuvent se calcifier et se détacher de la synoviale, ils provoquent la sensation de corps étrangers dans l'articulation avec parfois des blocages si les corps étrangers se « coincent » entre deux surfaces articulaires. Le but de la chirurgie est d'enlever les corps étrangers libres et la membrane synoviale anormale pour éviter leur récurrence.
- L'hémophilie : Il s'agit d'une maladie héréditaire qui perturbe la coagulation. Les patients atteints d'hémophilie (A ou B) peuvent présenter des épanchements sanguins articulaires récidivants (hémarthroses) malgré des traitements médicaux bien conduits. Ces épanchements provoquent des adhérences qui vont enraidir l'articulation et entraînent un épaississement de la membrane synoviale avec libération d'enzymes qui altèrent le cartilage. La réalisation d'une synovectomie arthroscopique peut permettre de réduire le nombre et l'importance des hémarthroses.
- Les synovites infectieuses : Les infections articulaires (arthrites septiques) peuvent survenir sur une articulation qui n'a jamais été opérée ou dans les suites d'une intervention, parfois rapidement après le geste chirurgical, parfois plusieurs mois après. Il s'agit en règle d'une pathologie nécessitant une prise en charge en rapide. Le traitement chirurgical de l'infection peut se faire sous arthroscopie dans les stades débutants. Dans les stades plus tardifs ou en cas de présence d'une prothèse articulaire, le recours à une chirurgie à ciel ouvert est nécessaire. La prothèse peut parfois être conservée quand le traitement est précoce (inférieur à un mois), dans les autres cas, elle doit être enlevée avec parfois une réimplantation différée.

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

Pour les pathologies non infectieuses, la synovectomie chirurgicale ou arthroscopique est proposée en fonction de l'intensité de la gêne fonctionnelle et de l'efficacité des traitements médicaux quand ils existent.

En cas d'infection articulaire sur articulation non opérée, un traitement par ponctions ou ponctions lavage répétées associées à un traitement médical par antibiothérapie peut être parfois proposé dans des cas très récents. Cependant, le plus souvent, un lavage

articulaire arthroscopique associé si nécessaire à une synovectomie est nécessaire dans les infections sur articulation non opérée.

En cas d'infection post-opératoire, un lavage avec synovectomie arthroscopique est réalisé en dehors de la présence d'une prothèse articulaire. Dans les échecs de lavage arthroscopique ou en présence d'une prothèse articulaire, seule une synovectomie chirurgicale à ciel ouvert peut être proposée.

Quels examens pour l'opération ?

Le bilan varie selon le contexte et la pathologie à traiter. Il peut comporter des examens complémentaires (radiographies, IRM) ou de simples radiographies éventuellement associées à une ponction articulaire en cas d'infection.

Une consultation préopératoire avec un anesthésiste est obligatoire et le bilan sera variable en fonction de vos antécédents et du contexte (chirurgie d'urgence ou chirurgie programmée).

Votre intervention

L'anesthésie ?

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 la consultation préopératoire d'anesthésie, les modalités, les bénéfices et les risques de l'anesthésie choisie. Il faudra impérativement lui signaler tous vos antécédents médicaux, allergies et la prise potentielle de tout médicament anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire.

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

Comment se déroule l'opération ?

Le déroulement dépend de la chirurgie effectuée.

En cas de synovectomie arthroscopique :

Le chirurgien réalise de petites incisions sur la peau pour pénétrer dans votre articulation. Il met alors en place un instrument optique de petite taille (4.5 mm) relié à une caméra et à un écran, qui lui permet de voir dans votre articulation. Il va travailler avec des instruments à type de pinces ou de fraises motorisées. Ces instruments vont lui permettre d'effectuer des prélèvements de la synoviale (pour rechercher des germes en cas d'infection ou de faire analyser des tissus dans les autres cas). Ces instruments vont permettre également l'ablation de la membrane synoviale malade présente dans votre articulation. L'objet n'est pas de l'ôter en totalité mais d'enlever les tissus malades. L'arthroscopie se déroule avec un flux permanent de sérum physiologique qui assure le lavage de l'articulation particulièrement important en cas d'infection. Le nombre et la position des incisions est variable selon la localisation et l'importance de la synoviale à ôter.

En cas d'infection notamment post-opératoire, des gestes associés peuvent être

effectués, comme la reprise de cicatrices cutanées, le changement partiel ou complet de matériel (par exemple des vis en cas de ligamentoplastie de genou), où l'ablation d'autres éléments que la synoviale (par exemple, un transplant ligamentaire infecté après une ligamentoplastie).

En fin d'intervention, l'articulation est en règle drainée par un ou plusieurs drains de redon, notamment dans les cas infectieux.

En cas de synovectomie chirurgicale :

Le chirurgien aborde votre articulation soit par une (ou plusieurs) incision(s) cutanée(s) adaptée(s) soit en reprenant la cicatrice précédente, quand il s'agit d'infection sur prothèse. Les moyens d'accéder à l'articulation (= voies d'abord), la position pendant l'opération, dépendent de la cause vous conduisant à subir cette chirurgie. et parfois à vos caractéristiques morphologiques.

Votre chirurgien est à votre disposition pour vous expliquer les choix qu'il juge le plus adaptés à votre situation.

Durant la chirurgie, la membrane synoviale va être enlevée le plus largement possible. Des fragments de cette synoviale sont le plus souvent prélevés pour être analysés. En cas d'infection de prothèse, le chirurgien réalisera un démontage partiel de votre prothèse pour pouvoir accéder de façon complète à toute votre articulation. En fin d'intervention, les pièces démontées seront remises en place ou changées pour rétablir le fonctionnement optimal de votre prothèse et un drainage à l'aide d'un ou plusieurs drains (drains de Redon) sera mis en place surtout dans les cas d'infection.

Des traitements complémentaires sont parfois nécessaires dans certaines pathologies comme la synovite villo-nodulaire diffuse où l'on propose parfois une curiethérapie articulaire (injection dans l'articulation d'un isotope radioactif), une radiothérapie ou l'injection d'autres produits pour diminuer le risque de récurrence.

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, conseil sur les suites opératoires. Le respect de ces consignes est indispensable pour assurer votre sécurité.

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.

Des complications peuvent survenir pendant l'intervention :

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

- La synoviale est une membrane bien vascularisée. Il existe donc un saignement normal après synovectomie qui même si des drains sont mis en place peut entraîner une articulation qui reste gonflée (hémarthrose). Si le saignement reste modéré, l'hémarthrose va se résorber de façon naturelle. L'application de glace diminue les gênes post-opératoires. L'importance du saignement est variable, habituellement faible, mais peut parfois imposer le recours à une transfusion sanguine, même si l'intervention s'est parfaitement bien passée. Dans quelques cas (rares), il est nécessaire de recourir à une seconde intervention chirurgicale si l'hématome est jugé trop important ou peut perturber la cicatrisation en risquant de s'ouvrir par la peau.
- 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 blessure des vaisseaux, surtout dans les cas complexes, peut être à l'origine de saignements très importants et avoir des conséquences vitales. Elles sont exceptionnelles après une synovectomie même réalisée en arrière du genou.
- Une blessure de nerfs peut entraîner des troubles durables voire définitifs tels qu'une paralysie partielle du membre inférieur. Elles sont exceptionnellement liées à une lésion directe du nerf mais souvent en rapport soit avec les positions devant être utilisées pour opérer, soit avec l'utilisation d'écarteurs qui peuvent comprimer temporairement le nerf, soit liées à l'utilisation d'un garrot pneumatique de façon prolongée qui est néanmoins nécessaire pour limiter le saignement en peropératoire.

Complications pouvant survenir à distance de l'intervention :

-Complications précoces

- Hémorragies secondaires et hématomes qui n'entraînent que rarement une ré

intervention. Parfois l'hématome comprime un nerf, entraînant une paralysie qui régresse souvent après son évacuation.

- Infection de la région opérée (= infection du site opératoire) : La survenue d'une infection après synovectomie arthroscopique est exceptionnelle et rare après synovectomie chirurgie). Après l'opération, toute anomalie dans la cicatrisation (rougeur, chaleur, écoulement), l'existence d'une fièvre doit vous conduire à reprendre contact avec votre chirurgien.
- En cas de traitement d'une arthrite infectieuse, votre hospitalisation sera le plus souvent plus longue. En plus de la chirurgie, vous aurez un traitement antibiotique initialement par voie veineuse, il sera secondairement adapté à la sensibilité des germes mis en évidence, aux antibiotiques. La durée du traitement varie de 3 semaines à 3 mois selon la cause et les germes retrouvés. La surveillance dans les jours suivant la chirurgie peut amener le chirurgien à vous proposer une chirurgie itérative. Il ne s'agit pas d'un échec du traitement initial ou d'une erreur de votre chirurgien. En effet, le traitement d'une infection articulaire est complexe, et le fait de laver à plusieurs reprises l'articulation permet au traitement antibiotique d'être le plus efficace.
- Toute chirurgie du membre inférieur et notamment en cas d'infection, favorise pendant quelques semaines la formation de caillots sanguins au niveau des veines des membres inférieurs (= thrombose veineuse ou phlébite). Les phlébites proximales (qui touchent les grosses veines au-dessus du genou) sont dangereuses, les caillots sont plus gros et peuvent migrer dans la circulation et boucher des artères au niveau des poumons (= embolie pulmonaire).
 - Pour prévenir ce risque un traitement qui rend le sang plus fluide (= anticoagulant ou antiagrégant) vous sera prescrit. Il peut nécessiter une surveillance par des prises de sang régulières. Ce traitement est efficace, mais n'élimine pas complètement le risque de phlébite.
- 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 peut arriver que certaines zones autour de celles-ci aient perdues un peu de leur sensibilité.
- La récupération d'une bonne mobilité est importante et la prise en charge rééducative est de ce fait précoce. Il est nécessaire de mobiliser rapidement votre articulation en particulier s'il s'agit du genou, de pouvoir l'étendre complètement sinon la cicatrisation va créer des adhérences et limiter la mobilité. Si vous n'arrivez pas à mobiliser suffisamment l'articulation opérée, votre chirurgien pourra être amené soit à effectuer une mobilisation lors d'une brève anesthésie, soit à libérer chirurgicalement les adhérences, le plus souvent sous arthroscopie, parfois chirurgicalement.
- 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.
- La luxation de la prothèse de hanche : en cas de synovectomie après infection de prothèse, les tissus entourant la hanche sont ôtés. Il en découle une articulation

plus « lâche » pendant environ 6 semaines. Le risque est alors que l'articulation se luxé (« se déboîte ») avec nécessité de remise en place lors d'une brève anesthésie. Il importe de respecter de façon scrupuleuse les mouvements interdits par votre chirurgien.

-Complications tardives :

- Raideur articulaire : La mobilité de l'articulation peut rester diminuée après une synovectomie. Des traitements soit par rééducation, soit par chirurgie peuvent être proposés. Toutefois, il peut parfois persister un certain degré de raideur (limitation de la flexion et/ou impossibilité d'étendre complètement) de façon définitive.
- La récurrence de la maladie initiale : la synovite villo-nodulaire ou la chondromatose peuvent récidiver dans des proportions variables en fonction de l'atteinte initiale et même en cas de guérison apparente avec disparition initiale de tous les symptômes. Néanmoins, la réalisation de synovectomies itérative est alors le plus souvent possible avec des traitements complémentaires.
- La récurrence infectieuse : elle peut être précoce ou se manifester après la fin d'un traitement en apparence bien conduit. En cas chirurgie prothétique, cette récurrence n'est pas exceptionnelle. Elle conduit à nouvelle prise en charge, qui permet le plus souvent la guérison mais au prix de deux épisodes de soins.

Suites habituelles et conditions de vie après une synovectomie de hanche ou de genou

Comment vit-on après une synovectomie de hanche ou de genou ?

Dans la plupart des cas on vit normalement, puisque les symptômes qui perturbaient le fonctionnement de l'articulation sont supprimés.

Il faut néanmoins souvent environ 3 mois pour tirer tout le bénéfice de l'opération. En post-opératoire, votre articulation est le plus souvent le siège d'un épanchement qui limite la mobilité articulaire et favorise des douleurs. Un traitement par rééducation est le plus souvent prescrit ainsi qu'un traitement antalgique à la demande. De façon progressive dans la plupart des cas les choses s'amendent et le fonctionnement de l'articulation redevient satisfaisant.

La conduite automobile : Plusieurs études ont montré qu'après l'intervention, il est nécessaire d'attendre un, voire deux mois, 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 articulation 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 (moyennant quelques précautions décrites dans ce document) de voyager comme passager.

Le sport : La reprise du sport est conditionnée par la récupération de la mobilité et la disparition des douleurs. En cas d'infection post-opératoire, les conseils donnés par votre chirurgien avant la survenue de la complication infectieuse doivent être suivis dès l'amélioration locale.

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, injections d'anticoagulants, (Sintrom, Préviscan, Pradaxa, Xarelto, Eliquis...) nécessitent souvent des adaptations afin d'assurer votre sécurité.
- Les consignes préopératoires :
 - Respectez les consignes que vous a données 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, attelle de genou.
 - 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.

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.

Trois points doivent être particulièrement surveillés :

A. cicatrice et fils : 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 dixième ou quinzième jour postopératoire).

B. Traitement médical

- **Les médicaments contre la douleur (= antalgiques)** : habituellement la hanche ou le genou opéré est modérément douloureux. Néanmoins, la zone opératoire est rarement indolore avant le trentième jour, ce qui est normal. Des douleurs sont assez fréquentes pendant cette période. 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.
- **Les antibiotiques** : en cas d'infection, un traitement antibiotique vous sera prescrit. Ce traitement est adapté au(x) germe(s) mis en évidence par les prélèvements effectués dans votre articulation. La guérison impose de prendre de façon scrupuleuse les antibiotiques prescrits, aux doses prescrites et pendant TOUTE la durée prescrite. Aucune modification ne doit être apportée par vous ou votre médecin traitant sans que votre chirurgien ou l'infectiologue qui vous a pris en charge n'en soit informé. Toute intolérance (nausée, vomissements, diarrhée, etc..) doit leur être signalée notamment si elle se prolonge. Les prises de sang de contrôle de l'inflammation qui vous ont été prescrites doivent être effectuées et transmises au chirurgien ou à l'infectiologue. Seul le suivi scrupuleux du traitement dans son ensemble peut vous permettre de guérir sans séquelles.
- **Les anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires (aspirine)** : Ils sont indispensables pour diminuer le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire, mais ils sont potentiellement dangereux. En excès, ils 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.

Ce qu'il ne faut surtout pas faire durant les 6 à 12 semaines suivant votre opération :

- **En cas d'infection, modifier ou arrêter le traitement antibiotique qui vous a été prescrit**
- **Modifier les recommandations de rééducation ou ne pas l'effectuer**
- **Négliger ses douleurs et/ou le glaçage de votre articulation**

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.
- Quoi qu'il en soit, c'est avant tout la reprise progressive de la marche et de vos activités habituelles qui rendront à votre hanche ou votre genou un fonctionnement normal.
- Suivez les consignes de votre chirurgien qui peut estimer qu'aucune rééducation ne vous est nécessaire.
- L'usage de deux cannes anglaises (cannes avec appui sur les avant-bras) peut se justifier au début avec un abandon progressif en fonction de vos progrès. Ensuite, si une canne simple vous paraît utile, n'hésitez pas à la prendre (toujours du côté opposé à l'opération).

5) questions souvent posées par les patients :

- **« Quelle va être la taille de ma cicatrice ? » :**

Elle varie de quelques millimètres en cas d'arthroscopie à plusieurs dizaines de centimètres en cas de chirurgie ouverte. Elle est toujours adaptée à la complexité du geste à réaliser et à votre morphologie.

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

La récupération après une synovectomie du genou ou de la hanche est très variable en fonction de la maladie initiale et du patient. Il est en règle inutile de s'inquiéter avant la fin du sixième mois. Néanmoins, des questions directes à votre chirurgien permettront de vous rassurer. N'oubliez pas que chaque patient est un cas particulier.

- **« Puis-je voyager ? » :**

Oui mais il est prudent d'attendre la sixième semaine. Prenez l'avis de votre chirurgien. 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.

- **« Puis-je reprendre le sport ? A partir de quand ? » :**

D'une façon générale, une pratique sportive adaptée à votre état général n'est pas contre-indiquée mais, au contraire, vous sera bénéfique. Les conseils pour la reprise du sport ont été précisés précédemment. N'hésitez pas à interroger votre chirurgien qui saura vous répondre en tenant compte de votre situation.

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

- La persistance ou la récurrence d'une fièvre
- Un gonflement et une rougeur ou un écoulement au niveau de la cicatrice
- Une douleur et un gonflement du mollet
- Une oppression respiratoire
- Et d'une façon générale, tout symptôme nouveau. Sans attendre, appelez un médecin (de préférence, votre médecin traitant). Si vous ne parvenez pas à le joindre, contactez l'établissement où vous avez été opéré.

Les coordonnées utiles :

Votre chirurgien : ...

Numéro d'appel d'urgence : ...

Consultation : ...

Secrétariat : ...

Prenez le temps de lire ses informations et n'hésitez pas à demander des explications à votre chirurgien si elles ne vous semblent pas assez claires.

Conservez ce document, il vous a été remis pour vous aider à prendre votre décision et vous guidera par la suite.

La loi "Jardé" impose un suivi après votre opération. Votre chirurgien sera donc amené à effectuer des contrôles cliniques, radiologiques et biologiques de manière régulière, les résultats seront incorporés à votre dossier médical. Les données (anonymes) de votre dossier pourront servir à des études et faire l'objet de communications ou publications scientifiques par votre chirurgien.

Ce document réalisé en collaboration entre :

- La Société Française de Chirurgie de la Hanche et du Genou.
- Le CISS et le LIEN (associations de patients).
- Orthorisq, organisme agréé par la Haute Autorité de Santé pour l'accréditation des praticiens et la gestion du risque en chirurgie orthopédique.
- La Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.

Il est disponible gratuitement sur les sites www.orthorisq.fr, sfhg.fr, www.sofcot.fr, et lelien-association.fr

Toute utilisation partielle ou totale de ce document doit en citer la source et les sites où il est disponible dans sa version d'origine.

Les modifications n'engagent pas la responsabilité des auteurs de ce document.

Sa diffusion peut être facilitée par des partenariats mais ne doit donner lieu à aucun profit personnel, financier ou publicitaire.

Ce document a été déposé à l'INPI.

Date de dernière modification :