



Informations concernant LES INTERVENTIONS NON PROTHÉTIQUES SUR L'ARTICULATION FÉMORO- PATELLAIRE

(Prendre sa décision, guide pratique)



Vous souffrez du genou et le chirurgien consulté vous a proposé une intervention chirurgicale (non prothétique) pour traiter l'atteinte de l'articulation entre la rotule (ou patella) et le rail du fémur (trochlée) dans laquelle elle coulisse lors des mouvements de flexion et d'extension. Afin de prendre la décision de vous faire opérer en toute connaissance, vous devez être informé(e) des enjeux, des suites normalement prévisibles de l'intervention et des risques encourus.

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 médiale et fémoro-tibiale latérale). La rotule est située devant l'extrémité inférieure du fémur et coulisse dans une gorge creusée sur sa face antérieure (la trochlée) :





c'est la troisième articulation (fémoro-patellaire). A sa partie supérieure s'attache le puissant muscle quadriceps. La rotule 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 berges du canal creusé sur le fémur dans lequel se mobilise la rotule sont assez hautes pour assurer sa stabilité lors des activités. De puissants ligaments (les ailerons) s'attachent latéralement sur la rotule et participent à sa stabilité.

Les pressions qui s'exercent sur la rotule sont très importantes allant de 5 à 20 fois le poids du corps selon les activités et le degré de flexion.

Radiographies d'un genou normal

Cartilage épais de quelques millimètres



Dans quelles maladies intervient-on sur l'articulation fémoro-patellaire du genou ?

L'atteinte de votre genou peut avoir différentes origines :

- **L'arthrose débutante.**

Dans ce cas, elle touche seulement la rotule et la face antérieure du fémur. Il s'agit d'une détérioration (usure) du cartilage qui reste modérée, et pour laquelle on retrouve des facteurs favorisant sa survenue :

- Anomalies morphologiques du fémur et/ou de la rotule
 - Le mauvais axe de fonctionnement de la rotule dans sa gorge. Celle-ci couissant de façon excentrée dans la gorge, produit une usure externe de la rotule et du rail fémoral dans lequel, elle coulisse.
 - Une désaxation des membres inférieurs en forme de "X" (de naissance

ou après une fracture) est source d'arthrose.

- La malformation de naissance de certaines rotules et fémur en regard dont la forme n'est pas parfaite.
- La surcharge pondérale est responsable d'arthrose du genou, et de plus aggrave les effets de la désaxation.
- L'âge, les activités professionnelles ou sportives intensives sont des facteurs favorisants et aggravants.
- Les séquelles des fractures de rotule et de l'extrémité inférieure du fémur.

- **Les instabilités rotuliennes.**

La rotule n'est plus parfaitement centrée dans son rail lors des mouvements de flexion-extension et au maximum elle peut en sortir complètement (luxation). On retrouve souvent des anomalies au niveau de la rotule, du fémur ou du tendon patellaire :



- Rotule plate sur sa face articulaire, canal de la trochlée non creusé
- Rotule trop haute qui s'engage tardivement dans le rail du fémur lors de la flexion.
- Zone d'attache trop latérale du tendon rotulien sur le tibia entraînant un déplacement en dehors de la rotule lors de la flexion

- **Les séquelles des fractures** de rotule et de l'extrémité inférieure du fémur.
- **L'ostéonécrose** : rare, c'est une partie de l'os qui meurt sur l'un des deux os : Sa cause n'est pas connue. Il peut s'agir aussi de séquelles d'une lésion de nécrose de l'adolescence (Ostéochondrite).

Les Symptômes :

Les douleurs sont fréquentes sur la partie antérieure du genou mais aussi souvent ressenties en arrière. Elles surviennent volontiers dans les conditions où la pression de la rotule augmente sur le fémur : montée et descente des escaliers, passage assis-debout, terrains en pente, activités sportives...

L'instabilité se manifeste par des déroboements du genou (on a l'impression que le genou « lâche » brièvement, avec ou sans chute). Elle peut être due aux douleurs ou à la sortie de la rotule hors de son rail. Au maximum la rotule reste luxée sur la face latérale du genou.

L'épanchement de synovie : La souffrance du genou peut s'accompagner d'un gonflement avec présence de liquide dans l'articulation.

La limitation de la fonction : La position assise prolongée, l'accroupissement, la déambulation dans les escaliers peut s'avérer difficile voire impossible. Parfois une boiterie accompagne les autres signes.

Les diverses opérations

Diverses interventions sont possibles sans utiliser de prothèse pour corriger un défaut de centrage de la rotule. Elles peuvent être associées :



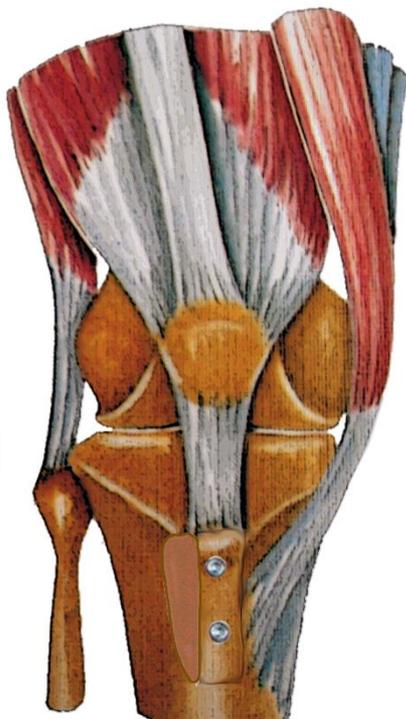
- Creusement d'un rail fémoral trop plat (trochléoplastie).

- Modification de la forme d'une rotule trop plate (patelloplastie).

Trochléoplastie

- Correction d'une déformation du membre inférieur (ostéotomie fémorale ou tibiale).

Ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure



- Réalignement fémoro-patellaire : Déplacement en dedans de l'attache du tendon rotulien sur le tibia (ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure). L'attache est déplacée avec un fragment d'os qui est fixé plus en dedans sur le tibia pour remettre dans le même axe la rotule et le tendon patellaire. La fixation est le plus souvent assurée par des vis.

- Déplacement selon le même principe vers le bas ou le haut l'attache du tendon rotulien pour corriger une rotule trop haute ou trop basse.



Greffe de renforcement de l'aileron interne

Ostéotomie d'avancement de la tubérosité tibiale



- Gestes sur les ailerons latéraux de la rotule pour améliorer son centrage, soit une libération d'un aileron latéral trop tendu, soit une retente d'un aileron médial détendu en utilisant parfois un autre tendon comme greffe pour renforcer la structure.

Il est possible de diminuer la pression sur la rotule en avançant l'attache du tendon rotulien sur le tibia (Ostéotomie d'avancement de la tubérosité tibiale avec greffe osseuse).

Dans certains cas d'altération du cartilage et de l'os sous-jacent, on peut pratiquer des perforations pour améliorer la vascularisation, fixer un fragment qui se détache, greffer du cartilage dans les zones abimées ou détruites (mosaïcplastie).

Existe-t-il une alternative à l'opération ?

Ces types d'intervention sont proposés soit pour traiter l'instabilité du genou, soit pour arrêter l'évolution d'une arthrose débutante lorsque le traitement médical et la rééducation ne sont plus suffisants. La décision découlera de la gêne engendrée, des anomalies décelées à l'examen clinique et du bilan radiologique réalisé. Elle ne peut être prise qu'avec **une parfaite collaboration entre le patient bien informé et le chirurgien.**

Il n'existe aucun traitement médical à ce jour qui permet d'éviter l'arthrose ; on peut probablement 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. Il n'y a pas en dehors de la rééducation de possibilité d'améliorer l'instabilité d'un genou qui présente des anomalies entraînant un déboitement de la rotule. Cependant ces anomalies sont variables allant de minimales à majeures avec une tolérance souvent en rapport. Si la rotule n'est pas centrée dans son rail lors de la flexion, une usure du cartilage se fera progressivement avec le risque de nécessiter plus ou moins rapidement une chirurgie prothétique.

Dans tous les cas, votre chirurgien vous expliquera les raisons exactes de son choix.

Quels examens pour l'opération ?

Le chirurgien vous a prescrit un bilan radiographique du genou et de la totalité du membre inférieur pour en apprécier l'axe, souvent un scanner pour apprécier les anomalies morphologiques du genou et parfois une IRM.

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 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 préciser si vous portez une prothèse dentaire mobile. 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 ?

Les cicatrices sont très variables et fonction des gestes à réaliser sur les os et les parties molles. Elles sont situées sur la face antérieure du genou, plusieurs incisions sont parfois nécessaires. Votre chirurgien est à votre disposition pour vous expliquer les choix qu'il juge les plus adaptés à votre situation.

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 considérant que, même peu fréquentes, 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 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.

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.

Certaines 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 travaille sous garrot, coagule ou ligature les petits vaisseaux (= hémostase). 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. Cette transfusion est décidée par l'anesthésiste, qui contrôle les pertes sanguines pendant l'intervention. 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 fracture peut survenir au cours de l'intervention. Ces fractures sont favorisées par l'existence d'une décalcification osseuse (= ostéoporose). Certaines ne justifient pas de traitement spécifique, certaines peuvent imposer une modification du geste opératoire.
- Une lésion ligamentaire ou tendineuse peut survenir dans certains cas difficiles, elle peut nécessiter des gestes complémentaires et modifier les suites opératoires.
- 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.
- Une blessure des vaisseaux, surtout dans les cas complexes, peut être à l'origine de saignements très importants et avoir des conséquences vitales.
- Une blessure de nerfs peut entraîner des troubles durables voir définitifs tels qu'une paralysie partielle du membre inférieur.

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 (= artérite) ou lors de la prise de certains traitements. 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. L'arrêt du tabac est important 1 au minimum 1 mois avant l'intervention.
- Infection de la région opérée (= infection du site opératoire) : La survenue d'une infection de la zone opératoire 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, etc.). 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.

- 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).
- Toute intervention au niveau du genou 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 parce que les caillots sont gros, peuvent migrer dans la circulation et boucher des artères essentielles (= embolie, pulmonaire surtout).
 - 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 est fréquent que plusieurs zones autour de celles-ci aient perdu un peu de leur sensibilité rendant inconfortable la position à genoux.
- 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.
- La récupération d'une bonne mobilité est importante et la prise en charge rééducative est de ce fait précoce. Il est nécessaire de plier rapidement le genou, de pouvoir l'étendre complètement sinon la cicatrisation va créer des adhérences et limiter la mobilité. 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).
- 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.

- Complications tardives :

- La généralisation de l'arthrose aux autres parties du genou est responsable de la réapparition des douleurs et de la boiterie. Le plus souvent, il faut envisager d'autres traitements chirurgicaux.
- Le genou peut rester plus ou moins douloureux, les gestes réalisés ont corrigé les anomalies responsables de l'instabilité de la rotule et de l'usure cartilagineuse mais n'a pas remis à neuf le cartilage altéré, ce qui peut laisser des douleurs résiduelles.

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

Comment vit-on après une intervention fémoro-patellaire.

Dans la plupart des cas on vit normalement avec toutefois quelques précautions.

Après l'intervention, votre genou est modifié au niveau fémoro-patellaire mais le reste de votre membre inférieur est inchangé et vous devrez adapter votre activité à la récupération progressive de la fonction du genou, en tenant compte de votre condition physique et de vos antécédents médicaux.

La reprise de la marche avec un appui complet est le plus souvent possible dès l'intervention, mais certains gestes imposent de retarder ou limiter l'appui pendant quelques semaines. Votre chirurgien vous informera des délais de reprise de l'appui et de la nécessité ou non de marcher avec une attelle.

Il faut le plus souvent plusieurs mois pour tirer tout le bénéfice de l'opération et retrouver la mobilité et la stabilité de votre genou. Du fait du mauvais fonctionnement de celui-ci avant l'opération, vos muscles ont bien souvent fonctionné dans de mauvaises conditions plusieurs mois voire plusieurs années et se sont atrophiés. 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 3 à 6 mois pour que le résultat soit obtenu avec parfois un « genou oublié ». Au-delà de ces 6 mois le genou peut rester sensible et fatigable à l'occasion d'efforts prolongés, d'accroupissement, de position "à genoux" ou après une longue période de repos. Ceci ne doit pas vous décourager. Le temps de la cicatrisation et de récupération de la souplesse et de la force de vos muscles peut être long.

La conduite automobile : Plusieurs études ont montré qu'après l'intervention, il est nécessaire d'attendre un, voire deux mois, pour retrouver la mobilité et les réflexes nécessaires à une conduite sûre. Durant les premières semaines, les traitements analgésiques, le manque de force et de mobilité, ainsi que des phénomènes douloureux peuvent limiter votre aptitude à réagir rapidement en particulier si c'est votre membre inférieur droit qui a à contrôler la pédale de frein. 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. La marche, la course prudente (avec bon chaussage en évitant les sols durs ou trop irréguliers) vélo, natation, golf seront les bienvenus. Par contre, les sports qui soumettront votre articulation à des traumatismes (ski, sports d'équipe, football, rugby, etc.), ou à des mouvements extrêmes ou tous sports avec impacts violents, (parachutisme, sports de combat, etc.) peuvent être dangereux plus encore qu'ils l'étaient pour votre genou auparavant. Parlez-en avec votre chirurgien.

Votre intervention en pratique

1) Avant l'intervention :

- Les traitements médicaux : Si vous suivez un traitement médicamenteux, celui-ci doit être signalé au médecin anesthésiste lors de la consultation avant l'hospitalisation, 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. ^[L]_[SEP]

- 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 : cannes anglaises ou béquilles, attelle, bas de contention, coussins de glace.
 - Il n'est pas exceptionnel que les deux genoux soient atteints. Si l'autre genou est devenu plus douloureux que celui qu'il est prévu d'opérer et que vous souhaitez changer le côté de votre intervention, il est indispensable que vous préveniez votre chirurgien à l'avance. En effet, 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) Votre hospitalisation :

Au moment de votre admission, il faut signaler tout événement qui aurait pu arriver depuis votre dernière consultation : toute maladie (grippe, infection urinaire, etc.), 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. 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 qui vous sont données 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 :

1. **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 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 ou agrafes (habituellement vers le quinzième jour postopératoire).

2. Traitement médical :

- **Les médicaments contre la douleur (= antalgiques)** : habituellement le genou opéré est moyennement douloureux. La zone opératoire est rarement indolore avant le trentième jour, ce qui est normal. Des douleurs sont assez fréquentes pendant cette période. Votre anesthésiste ou votre chirurgien vous ont donc prescrit des antalgiques. S'ils ne sont pas suffisants ou si vous ne les tolérez pas (douleurs abdominales, nausées, vomissements, etc.), parlez-en à votre médecin traitant. Dans tous les cas, l'application de glace (par attelles réfrigérées ou vessie de glace) 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 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.

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 fémoro-patellaire :
 - La reprise de la marche avec appui progressif sur le côté opéré. Une attelle du genou en extension peut vous être prescrite au début pour vous protéger d'un dérobement de genou. 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 car vous risquer davantage 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 dérobo. 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.

5) Questions souvent posées par les patients :

- **« Comment sera ma cicatrice ? »**

Elles sont très variables, unique ou multiple, les tailles sont fonction des gestes à réaliser et de 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 ? » :**

Les muscles mettent un temps plus ou moins long à retrouver leur tonus surtout lorsque l'articulation est encore douloureuse. 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 6ème 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 mais le risque est minime car le matériel métallique est peu important.

- **« Dois-je faire retirer le matériel ? »**

Seulement s'il est gênant et lorsque la consolidation osseuse est obtenue.

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

Oui : La position à genoux est possible mais très souvent 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.

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

- La réapparition d'une douleur ou d'un gonflement du genou
- Une température élevée
- Un gonflement et une rougeur ou un écoulement au niveau de la cicatrice
- Une douleur 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 :

- 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
- la Société Française de Chirurgie de la Hanche et du Genou

Il est disponible gratuitement sur les sites www.orthorisq.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.