

E 3.15.2 Le déroulement d'une prothèse totale de genou



I – Avant intervention :

Préparation physique et accompagnement avec le kiné : au moins 6 séances de rééducation seront nécessaires :

- Pour vous préparer aux gestes élémentaires de rééducation après intervention
- Pour améliorer la fluidité de votre genou
- Pour connaître votre kiné avant la prise en charge de votre long parcours de rééducation
- Pour vous habituer aux massages et aux contractions volontaires
- Pour vérifier avec votre kiné le fonctionnement de votre attelle compressive et refroidissante que devrez mettre en place plusieurs fois par jour.

Surveillez votre alimentation : pas trop lourde, vitaminée, bonne hydratation, éviter les graisses et favorisez votre transit. Je vous recommande de supprimer toutes boissons alcoolisées 48 heures avant la chirurgie.

Surveillez votre poids : en cas d'obésité (BMI > 35) les risques de complications sont potentialisés : hématomes, phlébites, infection, descellement de prothèse, usure précoce, luxations. (le BMI se calcule comme ceci : poids/taille²)

Diminuez votre consommation de tabac si vous êtes fumeur ; il faut passer en dessous de 10 cig/j au moins et au mieux supprimer toute cigarette jusqu'à cicatrisation cutanée car le tabac freine la cicatrisation et favorise les infections.

Prévoir votre traitement personnel

Avoir vu votre dentiste pour traiter un éventuel foyer infectieux chronique qui peut passer inaperçu.

Avoir vu votre cardiologue :

Electrocardiogramme

Echographie cardiaque

Adaptation du traitement pour l'intervention :

hypotenseurs à diminuer dans certains cas

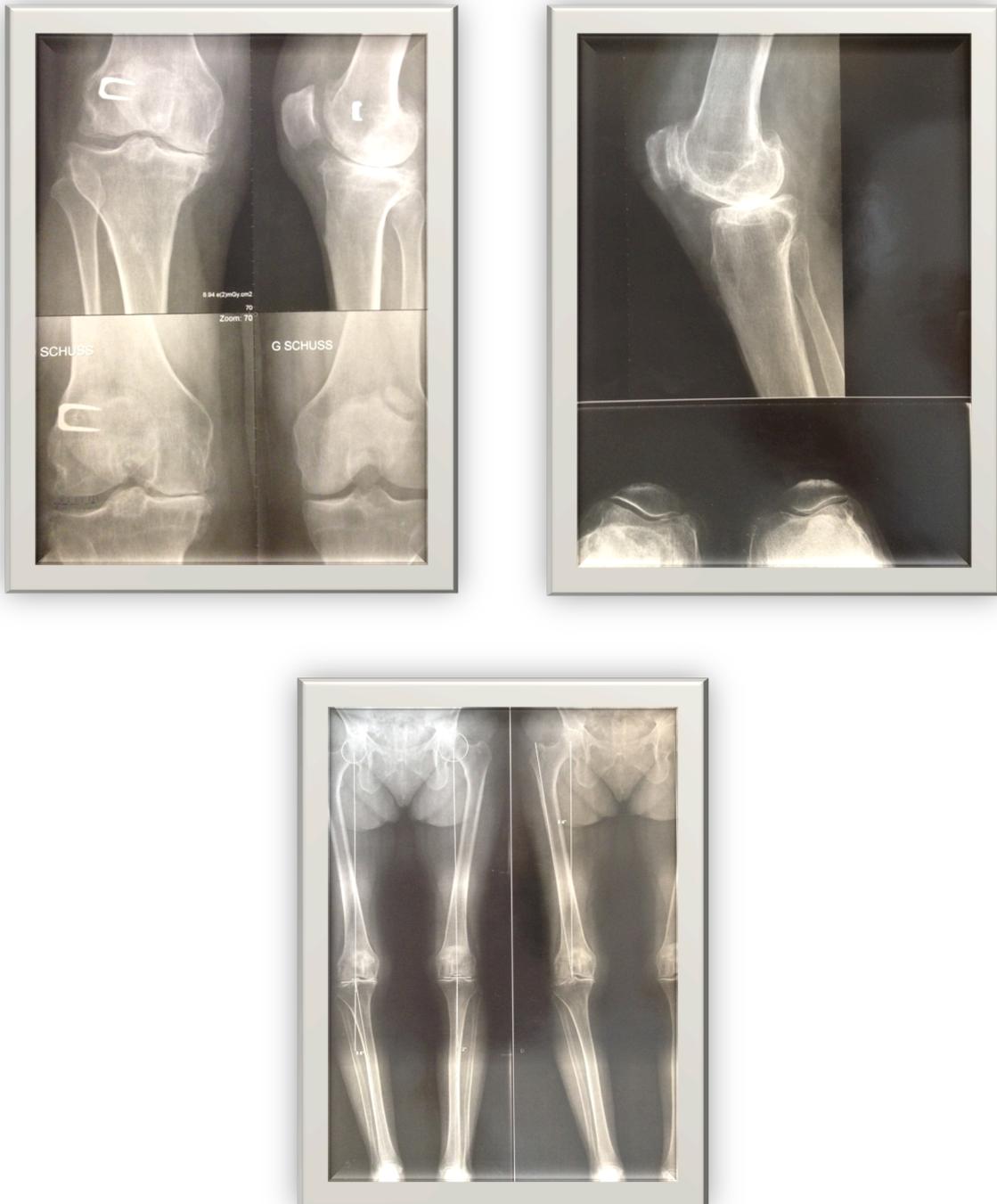
anticoagulants à modifier selon qu'il s'agit d'antiagrégants (aspirine plavix) ou d'anticoagulants (sintrom, coumadine, previscan)

béta bloquants à diminuer car votre rythme cardiaque ne doit pas être bloqué pour compenser les variations de volume sanguin.

Avoir suivi les recommandations de l'anesthésiste

Apportez votre dossier médical

Apportez vos radios et vos examens complémentaires : bilan sanguin , scanner IRM ou autre.



La radio goniométrique est indispensable pour le chirurgien, cette radio lui sert à calculer vos axes mécaniques, emportez la avec vous.

II – Le jour de l'intervention :

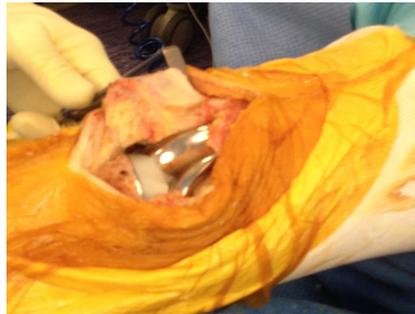
Le matin : pré-médication

Douche à la bétadine

Préparation de l'anesthésie

Intervention

- Le plus souvent nous n'utilisons plus de garrot pour éviter un écrasement du muscle quadriceps qui l'atrophie et entrave la récupération rapide de la flexion et des contractions musculaires.
- Grâce à de nouvelles molécules (Exacyl^o) les saignements sont diminués et les patients moins fatigués après chirurgie.
- Les ouvertures sont minimisées dans la limite du possible.
- Les coupes osseuses nécessaires à la mise en place de la prothèse sont calculées au millimètre pour un bon équilibrage.
 - o Coupe tibiale perpendiculaire à l'axe mécanique
 - o Coupes fémorales : 5 en formant une angulation avec des chevrons
 - o Coupe rotulienne pour sceller un bouton rotulien



- L'équilibre ligamentaire se fait sur la tension des ligaments latéraux.
- Les ligaments croisés sont le plus souvent coupés car nous utilisons des prothèses "postéro-stabilisées" qui remplacent l'effet mécanique de ces ligaments. Le dessin de la prothèse utilise une côme centrale qui reproduit l'axe de rotation créé par ces ligaments croisés.
- Les axes sont mesurés, ainsi que les épaisseurs de coupe osseuses
- Les prothèses sont moins encombrantes.
- Une infiltration de produit anesthésiant (chirocaïne) est faite avant la mise en place de la prothèse pour diminuer les douleurs post-opératoires.



- L'utilisation d'un redon n'est plus systématique.



- Une bande biflex est placée sur le pansement pour améliorer le drainage veineux et prévenir le risque de phlébite



- Une attelle compressive et refroidissante (type "Game Ready") est mise en place en fin d'intervention pour plusieurs heures pour diminuer les douleurs et le saignement

Le post op immédiat

- gestion douleur
- attelle compressive en marche
- début alimentation

Le retour en chambre

- mobilisation dès l'arrêt de l'attelle



- rééducation et lever avec 2 cannes en présence du kiné
- alimentation précoce
- genouillère glaçante
- appui complet
- mobilisation libre du genou.

J1

- lever et marche dans les couloirs avec 2 cannes
- repas au fauteuil



- vêtements
- fractionner les temps au lit
- explication auto-rééducation

J2

- lever et marche dans les couloirs
- repas au fauteuil



- vêtements civils
- fractionner les temps au lit
- 300 contractions / j
- 300 flexions en bord de lit / j
- Etre autonome dans les couloirs et pouvoir prendre l'ascenseur.

J3

- lever et marche dans les couloirs. 1 canne possible en chambre. (cane coté opposé au genou opéré)
- Appui monopodal possible avec canne.



- Monter un étage avec le kiné.



- Sortie extérieure autonome.
- vêtements civils.
- Possibilité de retour à domicile. (en voiture particulière ou VSL)



Sortie du Médipôle :

Soit un retour à la maison avec kiné (x3 / semaine) et infirmière tous les jours pendant la durée des anticoagulants; (35 jours pour une PTG ou une PUC) et de la surveillance du pansement.

Soit une hospitalisation de trois semaines environ en Service de Soins et Rééducation (SSR)
Si vous êtes seul ou avec d'autres problèmes de santé.

Il faut trois semaines à un mois environ pour
être autonome pour une vie sociale,
conduire une voiture
faire des courses
bricoler ou jardiner doucement
commencer à se baigner (immersion possible de la cicatrice si bien étanche)

Il faut trois mois pour obtenir 110 à 120° de flexion , 6 mois pour que le genou refroidisse et un an pour être vraiment à l'aise.

En dehors de ces délais un retard de récupération peut-être à l'origine d'une consultation.

Bon courage