

Remplacer un genou ne se fait pas à la légère

Autor(en): **Weigand, Ellen**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Génération plus : bien vivre son âge**

Band (Jahr): - **(2015)**

Heft 70

PDF erstellt am: **24.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-831093>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Remplacer un genou ne se fait pas à la légère

Les prothèses du genou sont toujours plus sophistiquées et adaptées au patient. Mais une arthroplastie n'est pas indiquée pour tout le monde.

Le nombre de patients bénéficiant d'une prothèse partielle ou totale du genou (près de 15 000 pour 2013 en Suisse) est en hausse constante. Les causes principales: le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité et, surtout, la pratique d'activités physiques intenses, voire excessives, tel le football dès l'enfance, ainsi qu'un nombre accru de lésions.

«Nous voyons de plus en plus de lésions du ménisque et des ligaments croisés, qui provoquent toujours une atteinte du cartilage, constate Rolf Kellenberger, spécialiste en chirurgie orthopédique du genou et de la hanche à la Clinique générale de Fribourg. On vient ainsi nous consulter bien plus tôt pour des troubles dégénératifs, voire de l'arthrose du genou pouvant nécessiter une prothèse. Avant, les patients concernés avaient entre 65 et 70 ans, maintenant ils viennent parfois dès 40 ans déjà.»

Rappelons que l'arthrose du genou débute par des douleurs et l'enflure du genou lors de l'activité physique. Puis elles deviennent chroniques, en particulier lors de la marche dans les escaliers,

et la nuit. Autre symptôme: une raideur ou une déformation du genou (en X ou en O) devenant progressivement invalidante.

En dernier recours

Une arthroplastie (pose de prothèse) est possible jusqu'à l'âge de 80 voire 90 ans, si l'état de santé général du patient le permet. Mais elle n'est proposée que si les autres traitements (anti-inflammatoires, physiothérapie, infiltrations, etc.) échouent. Complexe, l'opération doit être pratiquée par un chirurgien expérimenté, car elle n'est pas sans risques: mauvais positionnement de la prothèse, douleurs résiduelles ou infection même après l'intervention notamment.

L'opération doit répondre à des indications précises: «Si le patient souffre de douleurs chroniques, sans arthrose, une prothèse n'est pas justifiée. Car la douleur peut avoir une autre origine, tel un problème de dos», précise le médecin.

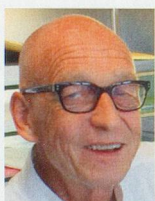
Mais avant de décider de poser une prothèse et de quel type, toute la biomécanique du genou est examinée: le type d'usure du cartilage et osseuse, l'état des ligaments, le degré de déformation de l'articulation, etc. pour choisir le type d'implant adapté.

La majorité des atteintes du genou sont unilatérales et touchent surtout le côté interne de l'articulation. Une prothèse partielle est ainsi indiquée si la douleur n'est ressentie que sur un compartiment du genou. A condition que sa mobilité soit encore assez bonne (déficit d'extension inférieur à 10°) et le ligament croisé antérieur en état de stabiliser le genou.

Quand l'arthrose a atteint deux ou trois parties du genou, avec une déformation plus importante en O ou en X, une prothèse totale s'impose. Elle est constituée de deux éléments en métal, pour la partie articulaire du fémur et celle du tibia, et d'un troisième, l'insert en polyéthylène, positionné entre les deux premiers. «En cas d'atteinte avancée de la rotule, son resurfage (pose d'un bouton rotulien en polyéthylène) doit aussi être envisagé durant l'intervention», note le chirurgien.

Une parfaite stabilité

Une déformation plus importante encore et/ou une instabilité ligamentaire avancée sont une indication pour une prothèse totale type contrainte, empêchant les mouvements latéraux pour une meilleure stabilité. «Pour obtenir une stabilité inhérente parfaite, on peut aussi proposer une prothèse totale à charnière rotative, conçue pour permettre également la rotation entre le tibia et le fémur», précise le Dr Kellenberger.



Si le patient souffre de douleurs chroniques, sans arthrose, une prothèse n'est pas justifiée.»

Dr Kellenberger



«Avec une prothèse totale du genou (radiographie de droite) le patient retrouve la mobilité de l'articulation quand l'arthrose a détruit le cartilage au point que les os se touchent (radio de gauche), provoquant douleurs et raideur», indique le Dr Rolf Kellenberger.

Et lorsque seule l'articulation entre la rotule et le fémur (arthrose fémoro-patellaire isolée) est touchée, on peut envisager la pose d'une prothèse dite fémoro-patellaire.

Qualité accrue

La durée de vie moyenne de ces divers implants est de 15 à 20 ans, voire plus, selon l'activité du patient, laquelle peut provoquer une plus grande usure de la prothèse pouvant aboutir à son descellement précoce. Dès lors,

elle nécessitera un remplacement total ou partiel. «Cependant, le matériel utilisé actuellement est plus approprié à l'anatomie du patient. Il existe des modèles quasi sur mesure, par exemple avec 21 tailles pour la partie fémorale, ainsi que des implants pour hommes et pour femmes. Et la qualité des polyéthylènes est meilleure qu'il y a une vingtaine d'années, permettant d'en diminuer l'usure», précise le spécialiste.

«70 % des patients opérés sont très satisfaits après un an,

voire avant, et certains disent même avoir "oublié" leur genou, se réjouit le médecin. Une satisfaction en général plus grande avec une prothèse partielle. Mais il faut savoir que la sensation ne sera jamais tout à fait pareille à celle d'un genou normal. Et que le patient ne retrouvera pas forcément à 100 % son niveau d'activité physique et de performances sportives d'avant, malgré les gros progrès réalisés par les fabricants.»

Ellen Weigand

Rééducation en bref

La convalescence et la rééducation du genou débutent dès le 1^{er} jour postopératoire, avec un suivi de physiothérapie pour mobiliser la jambe et faire marcher le patient – avec des béquilles et en posant la jambe en charge partielle (20 kg) durant le premier mois. Puis, progressivement, il pourra mettre plus de poids, et abandonner les cannes.

La rééducation vise à muscler le genou et à retrouver sa mobilité et l'équilibre. Elle consiste en 9 à 27 séances bihebdomadaires de physiothérapie, couplée à des exercices à domicile et des activités tel le vélo d'appartement (dès que le

genou fléchit de nouveau à 90 degrés).

En général après deux mois, le patient a retrouvé assez de contrôle musculaire et de sensations de stabilité pour faire des promenades de 30 à 45 minutes, selon la tuméfaction et la douleur résiduelle. La douleur est d'ailleurs le principal facteur pouvant ralentir la rééducation. D'où la nécessité d'un traitement antalgique adapté durant la convalescence.

Quel que soit le type de prothèse, le patient devra la faire contrôler régulièrement, à vie (8 semaines après l'intervention, puis à 1 an, puis tous les 5 ans, sauf problème).