




# Le Genou Rapid Recovery

Centre hospitalier Jan Yperman • Briekestraat 12 • 8900 Ieper •  
[www.yperman.net](http://www.yperman.net) • 057 35 35 35  
[info@yperman.net](mailto:info@yperman.net) • 

Madame, Monsieur,

Vous serez bientôt admis(e) à l'**hôpital Jan Yperman** pour un remplacement de votre articulation du genou usée, en termes médicaux une **GONARTHROSE**.

Le personnel du service social, infirmier et de réhabilitation a rédigé cette **brochure** en collaboration avec les médecins afin de vous fournir des **informations complémentaires** concernant votre prothèse du genou.

Votre implication et votre collaboration constituent une contribution importante en vue **d'une réhabilitation rapide**.

Afin de gérer au mieux votre réhabilitation, nous employons un **ITINÉRAIRE CLINIQUE**, un déroulement plus ou moins fixe de la réhabilitation, dans le cadre duquel vous devez effectuer certaines actions données au cours d'une journée donnée. Ce schéma fixe vous donne des directives que vous devez suivre avec notre aide.

Cet itinéraire vous sera communiqué tous les jours afin que vous sachiez à quoi vous attendre au jour le jour.

Nous espérons que **les astuces de cette brochure** vous aideront à vous «remettre sur pied» aussi vite que possible afin d'aborder votre nouvelle vie avec votre nouveau genou.

## L'articulation normale du genou

L'articulation du genou est formée par l'extrémité du fémur et du tibia. A l'avant se situe la rotule qui forme aussi une articulation avec le fémur.

Il y a donc deux articulations liées l'une à l'autre.

Autour de l'articulation se trouvent une capsule et des ligaments. Au sein de l'articulation, on retrouve deux ligaments croisés et deux ménisques, des cartilages de conjugaison qui contribuent à amortir les chocs au niveau de l'articulation. Les ligaments et les ligaments croisés assurent la solidité du genou et l'empêchent de se déboîter lors de l'exécution de mouvements.

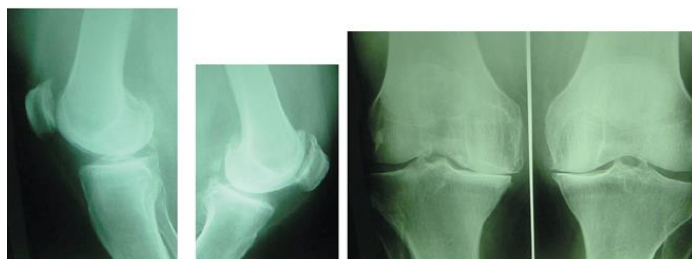


## Articulation du genou usée

L'arthrose ou l'usure du genou est due à l'usure des ménisques et du cartilage, les parties du genou qui amortissent les chocs et qui se trouvent entre les différents éléments du genou.

Cette usure peut avoir différentes causes:

- des fractures qui endommagent les surfaces
- des problèmes au niveau des ménisques et des ligaments croisés
- une utilisation excessive du genou comme par exemple chez les footballeurs
- des inflammations telles que des rhumatismes
  
- des raisons inconnues, par exemple, une moins bonne qualité du cartilage dès la naissance



Suite à la détérioration du cartilage, les os frottent les uns contre les autres. Ceci explique la douleur et les ostéophytes (becs de perroquet) autour du genou. On constate souvent une raideur et une malformation manifeste du genou, une jambe arquée (en O) ou en X.

Dans le cas où la douleur devient si aigue que vos occupations quotidiennes s'en trouvent grandement limitées ou que vous éprouvez des difficultés à vous endormir la nuit, un remplacement du genou peut être recommandé. C'est ce que l'on appelle une prothèse du genou.

## La prothèse du genou

La prothèse du genou est placée afin d'éliminer la douleur du genou, due au frottement entre le fémur et la jambe, ou entre la rotule et la cuisse. La fonction de la marche est également améliorée et les axes sont corrigés.

Le cartilage usé est remplacé par une articulation artificielle. En fonction de la partie d'articulation à remplacer, on parle soit de prothèse totale du genou, de prothèse unicondyalaire ou de prothèse patello-fémorale.

Les nouveaux éléments sont fixés à l'os à l'aide de ciment. Dans certains cas, en fonction de la qualité de l'os, on travaille sans ciment, et l'os s'incruste tout autour de la prothèse.

### La prothèse de genou totale

Dans ce cas, on remplace tous les composants de l'articulation:

- La partie de la prothèse correspondant au fémur se compose de cobalt et de chrome. Chez les sujets jeunes, on utilise parfois de l'oxinium pour réduire les risques d'usure à l'avenir.
- La partie de la prothèse correspondant à la rotule se compose de polyéthylène, un type de plastique très dense et résistant.
- La partie de la prothèse correspondant au tibia se compose également de cobalt et de chrome, que l'on recouvre de polyéthylène, qui fera tampon avec la partie en métal du fémur.

### La prothèse unicondyalaire

Dans certains cas, on constate un problème isolé, soit à l'intérieur ou à l'extérieur du genou. Si tous les autres paramètres sont fonctionnels, le « remplacement » peut se limiter à la partie atteinte du genou. Le reste est donc conservé. Cette décision est prise par le chirurgien, et ne peut parfois l'être qu'au cours de l'intervention. Les composants sont constitués des mêmes matériaux.

L'avantage de cette opération réside dans une revalidation plus aisée et rapide. Cette prothèse pourra toujours être remplacée par une prothèse totale dans l'avenir si nécessaire.

### La prothèse patello-fémorale

Dans un seul cas, on constate un problème isolé dans l'articulation entre la rotule et le fémur, et il suffit alors de placer une prothèse dans la partie avant de l'articulation du genou. La partie avant du fémur est remplacée par une couche de chrome-cobalt, et la rotule est recouverte d'une nouvelle couche en plastique.



## La préparation préopératoire

Une fois que la décision d'opérer a été prise, un certain nombre de préparatifs doivent être effectués par sécurité afin que tout se déroule bien.

Vous devez prendre contact avec votre médecin traitant pour rédiger un compte-rendu de l'historique des médicaments que vous avez pris par le passé. Il peut également faire procéder à une prise de sang et un électrocardiogramme (examen du cœur).

Vous devez également prendre contact avec l'anesthésiste, responsable de la narcose, à savoir l'anesthésie générale, lors de l'intervention.

- **Apportez vos médicaments et le compte-rendu du médecin à la consultation d'anesthésie et abordez toutes les questions que vous avez concernant la narcose et le séjour aux soins intensifs ainsi que les 24 premières heures après l'opération avec l'anesthésiste.**  
Il/elle vérifiera que tous les examens sont en ordre afin de réduire au maximum les risques d'un report de l'opération.
- **Efforcez-vous de bien vous reposer avant de vous rendre à l'hôpital et essayez d'arrêter de fumer autant que possible.**
- En accord avec le médecin traitant, le cardiologue et l'anesthésiste, les anticoagulants doivent être arrêtés ou leur prise doit être adaptée.
- Avec l'aide de votre kinésithérapeute ou en concertation avec notre kinésithérapeute, il est conseillé d'effectuer avant l'opération quelques exercices pour apprendre à marcher avec des béquilles.
- Pour que tout soit bien clair, vous serez **invité(e) deux semaines avant la date prévue de l'opération à une séance d'information**, éventuellement accompagné(e) de votre famille où toutes les étapes vous seront une nouvelle fois clairement présentées en présence de l'ensemble de notre équipe.

## L'admission à l'hôpital

- **L'infirmier(ère) en chef vous recevra** après que vous aurez rempli les formalités d'usage au bureau des admissions à la réception.
- Veillez à être en possession de votre **carte sis, votre carnet de mutuelle et des données concernant une éventuelle assurance hospitalisation**.
- Au cas où le type de chambre que vous avez choisi ne serait pas disponible, vous serez averti(e) le jour précédant l'intervention.
- L'infirmier(ère) en chef vérifiera qu'aucun autre problème particulier n'est survenu au cours des jours précédant l'admission.
- **Donnez tous les médicaments dont vous disposez chez vous à l'infirmier(ère) et veillez à apporter une liste des médicaments que vous prenez.**
- Vous recevrez une piqûre dans le ventre contre la phlébite.
- Un lavement sera administré afin que les intestins soient aussi propres que possible.
- Dans le cas où vous auriez de l'argent ou des bijoux, laissez-les chez vous ou remettez-les à l'infirmier(ère) qui les fera mettre en lieu sûr dans le coffre de l'hôpital.
- La région à opérer sera rasée.
- Vous recevrez une douche ou un bain désinfectant.
- Nous vous conseillons de demander un somnifère afin que vous puissiez bien dormir la veille de l'opération.
- Après minuit, il vous sera interdit de boire ou manger quoi que ce soit, sauf avis contraire explicite.
- En principe, vous recevrez encore de la visite que ce soit le soir même ou le matin de l'opération de la part du physiothérapeute, du kinésithérapeute et/ou de l'ergothérapeute, de l'anesthésiste et de votre chirurgien.
- **N'hésitez pas à poser vos dernières questions!**

## L'intervention

Une journée d'opération dure toute la journée. Tout le monde ne peut pas passer en premier à 7 h 30. Les enfants, les urgences et les personnes malades peuvent parfois être prioritaires. Des raisons d'organisation peuvent également jouer un rôle. Le matin de l'opération, on vous annoncera quand vous serez opéré(e). Au cas où vous passeriez dans l'après-midi, nous vous demandons votre compréhension. Dans ce cas, vous recevrez encore un petit-déjeuner le matin dans la plupart des cas.

Avant le début de l'opération, l'infirmier(ère) effectuera les actions suivantes:

- Vous recevrez une piqûre qui vous calmera et vous donnera peut-être le vertige pour vous préparer à la narcose. Une fois que cette piqûre vous aura été administrée, vous ne pourrez plus circuler seul(e).
- On vous retirera votre prothèse dentaire ou votre appareil auditif.
- Au cas où vous auriez de l'argent ou des bijoux, laissez-les chez vous ou remettez-les à l'infirmier(ère) en chef qui les fera mettre en lieu sûr dans le coffre de l'hôpital.
- On vous mettra une chemise d'opération.
- On vous posera un bandage désinfectant autour du genou.
- Vous serez emmené(e) à la salle d'opération sur votre lit.

## La salle d'opération

Vous passerez d'abord par la salle de préparation. À ce stade, vous devrez souvent encore attendre une demi-heure sous la supervision d'un(e) infirmier(ère) de la salle d'opération.

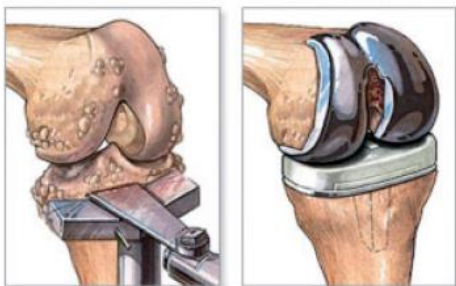
Vous recevrez une perfusion ou un Baxter par intraveineuse dans le bras. On placera des adhésifs sur votre poitrine pour suivre votre rythme cardiaque pendant et après l'opération.

Vous serez allongé(e) sur une table étroite dure sur laquelle se déroulera l'intervention et vous serez conduit(e) à la salle d'opération proprement dite. À ce stade, vous recevrez en principe une piqure dans le dos et vous serez complètement endormi(e), comme l'anesthésiste vous l'aura expliqué au préalable.

On place parfois une sonde urinaire et dans la plupart des cas, on place une deuxième perfusion au niveau du cou afin de mieux pouvoir suivre votre pression sanguine et d'administrer plus rapidement les médicaments nécessaires. Sous anesthésie locale, vous pouvez entendre ce qui se passe dans la salle d'opération. Au cas où cela vous gênerait, dites-le à l'infirmier(ère) qui pourra vous donner quelque chose pour vous faire somnoler.

## L'opération

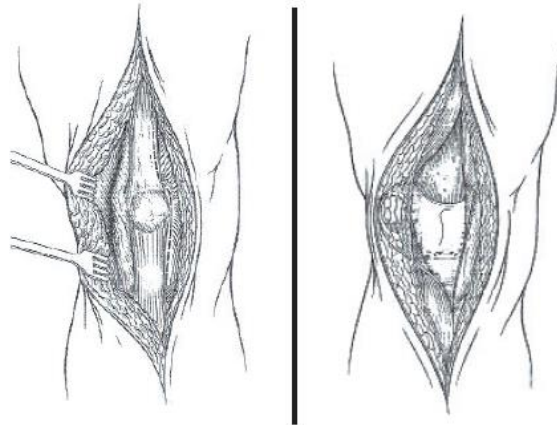
Une fois dans la salle d'opération, et après que l'anesthésiste vous aura complètement préparé(e), l'intervention proprement dite débutera. Tout d'abord, un large champ stérile sera créé autour du genou. À cet effet, on placera sur vous des compresses stériles et on attachera vos mains afin que vous ne rompiez pas accidentellement le champ stérile. Dans le cas où ces compresses vous gêneraient, ou que vous avez l'impression de ne pas être allongé(e) confortablement, mentionnez-le à l'infirmier(ère). Si le bruit des appareils de surveillance vous dérange, une musique pourra être prévue.



Le chirurgien et son équipe sont également spécialement vêtus dans un cocon stérile, afin de réduire autant que possible les risques d'infection.

Après désinfection du genou à l'aide d'un produit coloré rouge et brun, le genou est ouvert à l'avant. En fonction de la nature de l'intervention, la rotule est rabattue, après quoi on retire de manière limitée et avec précision le cartilage usé de la cuisse, du tibia et éventuellement de la rotule. La nouvelle couverture ainsi que la prothèse sont placées, et une nouvelle articulation est finalement créée grâce à la pose d'une couche en plastique intermédiaire.

On rabat ensuite de nouveau la rotule et le genou est précautionneusement suturé par-dessus un tuyau de drainage. Les sutures devront être retirées ultérieurement.



### **Les Soins Intensifs**

Il est important que vous soyez bien suivi(e) après l'opération. Au service des soins intensifs, un personnel infirmier spécialisé ainsi que des médecins pourront effectuer le suivi de toutes vos fonctions physiques. Vos jambes seront lourdes, et vous ne pourrez pas les bouger au cours des premières heures. On placera un tube dans votre dos qui permettra de régler le sédatif pendant les 24 premières heures afin d'éviter de nouvelles piqûres et la douleur.

On vous placera une sonde urinaire. Si vous ressentez le besoin d'uriner, vous n'aurez pas de souci à vous faire. Votre urine sera collectée automatiquement dans un sachet. Via votre perfusion, vous recevrez des antibiotiques au cours des 24 premières heures.

Un tube placé dans la plaie évacuera le sang qui s'accumulerait autrement dans la plaie. Ce dernier restera en place pendant un ou deux jours. Le premier jour, votre genou sera enveloppé dans un bandage épais et vous ne pourrez donc pas voir la plaie directement.

Le kinésithérapeute vous rendra visite dès le premier jour pour le traitement de votre genou et de votre respiration.

**En fonction de l'heure de l'opération, vous retournerez dans votre chambre soit le soir même soit le jour suivant.**



## Et après?

Les jours suivants se dérouleront selon ce que nous avons appelé plus tôt l'itinéraire clinique. En plus des soins, grâce à la collaboration du service de physiothérapie et de ses kinésithérapeutes et ergothérapeutes, du service social et de l'ensemble du personnel environnant, nous essaierons de parvenir à des objectifs fixes des jours fixes.

Ces objectifs sont principalement liés à des mouvements du genou, à la marche autonome progressive, à la capacité à effectuer seul(e) les tâches quotidiennes normales et à la revalidation de l'ensemble des fonctions physiques. Le physiothérapeute, le kinésithérapeute et l'ergothérapeute vous aideront au cours de la revalidation.

- **Le physiothérapeute** prescrira le programme de revalidation en accord avec votre chirurgien. Il coordonne la revalidation et la suit au jour le jour. Quotidiennement, votre thérapie et vos progrès font l'objet d'une discussion entre le kinésithérapeute et l'ergothérapeute.
- **Le kinésithérapeute** se préoccupera principalement de l'amélioration de la mobilité des articulations et le renforcement de la force musculaire. Il pourra en outre vous aider à soulager votre douleur (massage, réchauffement musculaire, sac de glace,...). Il vous apportera également un soutien respiratoire (exercices respiratoires, expectoration des sécrétions,...) si nécessaire.
- **L'ergothérapeute** s'occupera principalement de vous rendre à nouveau apte à l'exécution de vos activités quotidiennes: se mettre au lit et en sortir, s'asseoir et se relever, se laver, s'habiller et se déshabiller, marcher avec des béquilles, monter et descendre des escaliers, rentrer et sortir d'une voiture,... À l'aide d'exercices, l'ergothérapeute vous apprendra à effectuer un maximum d'activités par vous-même, de sorte que vous pourrez rapidement retrouver une vie normale. De plus, l'ergothérapeute vous apprendra à prendre les bonnes positions afin d'éviter autant que possible les éventuelles complications postopératoires. Le kinésithérapeute et l'ergothérapeute travaillent main dans la main pendant la durée de votre revalidation. Vous pouvez le voir comme une « offre de soins » proposée en équipe. L'objectif est de vous permettre de rentrer chez vous ou de vous orienter vers un centre de revalidation entre le neuvième et le onzième jour après votre opération tout en vous rendant aussi autonome que possible. On vous expliquera ces objectifs au jour le jour.

**Au cas où vous auriez des questions, des remarques ou des doutes, n'hésitez pas à les mentionner afin que nous puissions chercher ensemble une solution.**

Lorsque la revalidation ne se déroule pas aussi vite que prévu, on vous proposera parfois une manipulation afin de rendre le genou plus mobile. Cela n'a rien d'anormal et vous ne devez surtout pas vous inquiéter dans le cas où cela se révélerait nécessaire.

Vous recevrez tous les soirs une piqure contre la phlébite. Cette dernière peut être supprimée pendant quelques jours au cas où la blessure coulerait trop.

### **La sortie de l'hôpital**

Vous rentrez désormais chez vous ou vous allez être pris(e) en charge par un centre de revalidation. Posez toutes les questions qui vous viendraient à l'esprit. On définira pour vous un rendez-vous quelques semaines après l'opération. Dans le cas où ce dernier ne vous conviendrait pas, veuillez nous en avvertir et convenir d'un nouveau rendez-vous.

Vous êtes tenu(e) de prévenir votre médecin traitant le jour de votre sortie ou au plus tard le jour suivant. Il s'occupera du suivi des aspects pratiques avec vous. On vous remettra une lettre que vous devrez lui transmettre dès que possible. Les points de sutures seront en principe toujours en place et devront être retirés par votre médecin traitant en deux fois. Il/Elle s'occupera également de faire les arrangements nécessaires pour votre kinésithérapie et vous administrera les piqures anti phlébites.

Prévenez votre kinésithérapeute et votre personnel soignant à domicile le jour de votre retour à la maison afin qu'ils puissent déjà venir vous examiner le jour suivant. Vous recevrez les prescriptions à cet effet de la part de votre médecin traitant ou de nous le cas échéant. Vous devez marcher autant que possible et exercer votre genou par vous-même en suivant les conseils donnés par le kinésithérapeute et l'ergothérapeute avant votre sortie de l'hôpital. Votre jambe restera gonflée et de couleur bleuâtre ou jaunâtre pendant quelques temps.

**C'est tout à fait normal et peut durer environ six semaines.**

## Après votre sortie

Nous vous souhaitons un bon rétablissement. Continuez à bien vous exercer. L'amélioration progressive s'effectue sur une période de six mois. Les six premières semaines peuvent être difficiles, mais sachez que c'est le cas pour tout le monde. Ne vous découragez pas. Faites part de vos doutes au médecin traitant, au kinésithérapeute et au personnel soignant à domicile. Vous trouverez ci-dessous les numéros de téléphone de notre infirmier(ère) en chef et de notre secrétariat. N'hésitez pas à les contacter.

Quoi qu'il advienne, nous nous reverrons pour une radiographie six semaines après l'opération. Si nécessaire, vous pouvez bien entendu nous contacter plus tôt par l'intermédiaire de votre médecin.

**Ne laissez personne effectuer une prise de sang de votre genou ou y effectuer une injection. Cela comporterait un risque d'inflammation et seul votre chirurgien peut éventuellement en prendre la responsabilité.**

### Dans quel cas devez-vous immédiatement nous contacter?

- Si votre plaie recommence à couler alors qu'elle était cicatrisée.
- Si vous développez de la toux.
- Si le genou devient progressivement plus rouge et gonflé.
- Si vous ressentez des frissons le soir.

Ces symptômes peuvent être des signes d'inflammation, ce qui peut arriver dans un pour cent des cas. Il faut dès lors traiter immédiatement et vous ne devez surtout pas hésiter à nous avertir.

**Le deuxième problème** important est la phlébite et l'embolie, il s'agit du détachement d'un caillot de sang d'une zone de phlébite. Cela peut se produire dans certains cas rares, et ce malgré vos piqûres anti phlébites.

Les symptômes sont les suivants:

- gonflement progressif et surtout douloureux de la jambe
- forte douleur lorsque vous orientez votre pied vers votre tibia
- troubles respiratoires soudains

**Dans ce cas aussi, vous devez immédiatement nous contacter, ou contacter votre médecin traitant!**

### Numéros de téléphones importants pour vous:

- Secrétariat du service orthopédique: 057/35 73 70
- Urgences : 057/35 60 10

