



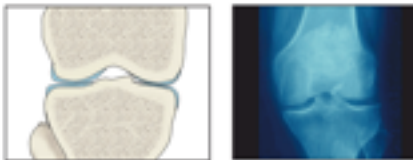
L'arthrose du genou ou Gonarthrose.

Des signes cliniques au traitement - Fiche patient

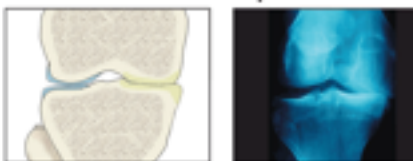
Dr Maxime-Louis Mencière - aout 2015

Définition

Genou sain



Genou arthrosique



L'arthrose est une maladie dégénérative du cartilage articulaire, c'est-à-dire qu'il s'agit de l'usure du cartilage recouvrant les surfaces articulaires du genou. Cette maladie atteint le plus souvent les patients de plus de 65 ans lorsqu'elle est primitive. Elle peut survenir plus tôt en cas d'arthrose secondaire à une autre pathologie comme les traumatismes (fracture, luxation de rotule...), les ménisectomies (ablation d'une partie ou de l'ensemble d'un ménisque), les maladies inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde...), etc...

ANATOMIE DU GENOU



Le genou est constitué de 3 compartiments articulaires pouvant être touchés isolément ou simultanément par l'arthrose: 2 compartiments fémoro-tibiaux (interne et externe) et un compartiment fémoro-patellaire (entre le fémur et la rotule).

Symptômes (signes cliniques)

L'arthrose du genou évolue par poussées douloureuses au cours desquelles peuvent apparaître un gonflement plus ou moins volumineux. Au cours de l'évolution, les activités quotidiennes sont progressivement limitées et la gêne de plus en plus invalidante. Les douleurs sont aggravées lors de la marche prolongée, de la montée et la descente des escaliers ou lors de la position assise prolongée.

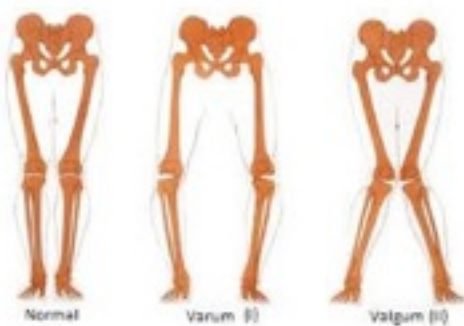
Traitement médical

Le traitement médical de l'arthrose repose essentiellement sur les mesures hygiéno-diététiques et sur le traitement de la douleur.

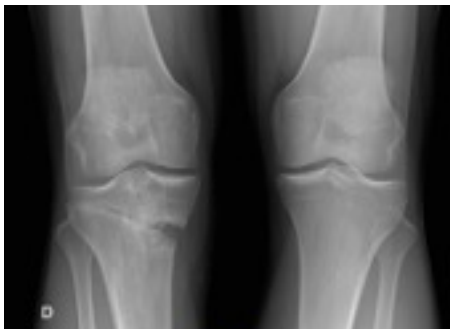
Pour le genou, le surpoids est un facteur aggravant les douleurs. La perte de poids est une étape nécessaire à la prise en charge de l'arthrose des patients en surcharge pondérale ou obèses. Pour cela, il est nécessaire d'avoir une alimentation équilibrée et une activité physique régulière (dans la mesure où les douleurs le permettent). Vous pouvez avoir recours à une diététicienne pour vous aider à changer vos habitudes alimentaires et pour être suivis dans cette démarche.

Le traitement de la douleur repose sur les antalgiques (paracétamol, tramadol, codéine, morphine...) et sur des cures courtes d'anti-inflammatoires Non Stéroïdes (AINS) lors des poussées douloureuses. Dans un second temps, il est possible de recourir à des injections intra-articulaires de « gel » (ou visco-supplémentation) afin de « lubrifier » l'articulation. Ces injections s'effectuent par cycle de 3 injections réalisées à 1 ou 2 semaines d'intervalles et les cycles sont renouvelables deux fois par ans et par articulation. En cas de poussée douloureuse et inflammatoire, une injection de corticoïdes peut également être réalisée dans l'articulation.

Traitement chirurgical



Lorsque le traitement médical n'est plus assez efficace et que l'arthrose est évoluée, le traitement chirurgical peut être conservateur (ostéotomies) ou prothétique par le biais d'une prothèse totale de genou (PTG) ou d'une prothèse uni-compartmentale (PUC). Le choix de la technique utilisée repose sur le stade d'usure du cartilage, sur l'âge du patient et une éventuelle déformation axiale du membre inférieur.



1) L'ostéotomie tibiale de valgisation (OTV): Le principe est de corriger l'axe du membre inférieur chez les patients jeunes, présentant une arthrose fémoro-tibiale interne avec une désaxation en genu-varum du membre inférieur. Cette intervention chirurgicale est réalisée le plus souvent sous anesthésie générale mais est également possible sous rachi-anesthésie (similaire aux péridurales effectuées lors accouchements lors desquelles seules les jambes dorment) et nécessite une hospitalisation de 2 à 3 jours dans la majorité des cas.

2) La prothèse uni-compartimentale (PUC): Consiste à ne remplacer qu'un compartiment du genou à la différence de la prothèse totale. Il existe des PUC internes, des PUC externes et des Prothèses Fémoro-Patellaires (PFP). Cette intervention s'effectue lorsque un seul compartiment est touché par l'arthrose et que les 2 ligaments croisés sont toujours présents et efficaces. Préférentiellement, ce sont les patients de plus de 50 ans et ayant une arthrose de stade 3 ou 4 uni-compartimentale qui bénéficieront d'une PUC.

3) La prothèse totale de genou (PTG): Consiste à remplacer l'ensemble des surfaces articulaires du genou. Cette intervention est réalisée lorsque plus d'un compartiment est touché par l'arthrose. Ces deux dernières sont réalisées sous anesthésie générale le plus souvent mais peuvent aussi l'être sous rachi-anesthésie. La durée d'hospitalisation est d'environ 3 à 4 jours pour les PUC et de 5 jours pour les PTG.



PTG



PUC

Suites opératoires et rééducation

1) OTV:

Les suites sont marquées par une période de décharge d'un mois du membre inférieur pendant laquelle l'appui est contre indiqué. Un traitement anticoagulant est mis en place par des injections quotidiennes par une infirmière à domicile et deux prises de sang par semaine afin de surveiller le taux de plaquettes. La mobilisation du genou est travaillée en rééducation. L'arrêt de travail doit être au minimum de 2 mois en cas de travail sédentaire et 3 à 4 mois en cas de travail de force.

La reprise des activités sportives est possible après une OTV, en évitant les sports à impact qui sont nocifs pour le genou.

2) PUC et PTG:

Durant l'hospitalisation, un drain est laissé en place pour 48h, la mobilisation douce est débutée ainsi que la marche en appui complet et la montée et descente des escaliers. Les pansements sont à faire par une infirmière à domicile deux fois par semaine et les agrafes sont retirées au 21ème jour postopératoire. Une fois le service quitté, généralement entre le 4ème et le 5ème jour après l'intervention, la rééducation est poursuivie et consiste à marcher le plus possible. Un kinésithérapeute est sollicité pour vous aider à fléchir votre genou et à vous libérer de vos cannes anglaises. Une anticoagulation est nécessaire pour diminuer le risque de phlébite pendant 1 mois. Les injections sont réalisées par une infirmière à domicile avec un dosage des plaquettes deux fois par semaine.

Certains patients arrivent à reprendre une activité sportive après prothèse totale de genou comme le vélo, la natation ou le golf. Le sport est autorisé à la condition d'être repris de manière progressive et sans douleur après le 4ème mois postopératoire. Les sports à impact comme la course à pied ou les sports collectifs sont à éviter pour ne pas user la prothèse de manière prématurée. En cas de douleur brutale ou de craquement inhabituel, vous devez consulter un chirurgien orthopédiste afin de contrôler votre prothèse par un examen clinique spécialisé et des radiographies de votre genou.

Votre prothèse de genou nécessite une surveillance régulière par un chirurgien orthopédiste afin de diagnostiquer précocement les complications pouvant survenir. Il est important de vous présenter à tous les rendez-vous qu'il vous donne même si tout va bien.

Les complications.

Comme toute intervention chirurgicale, il existe des risques à la prise en charge chirurgicale de la gonarthrose. Vous trouverez ici une liste des complications les plus fréquentes mais **cette liste ne peut être exhaustive**.

- Les risques liés à l'anesthésie vous seront expliqués par l'anesthésiste en consultation de pré-anesthésie.

- L'hématome postopératoire est un risque qui est diminué grâce au drain laissé en place 24 à 48 heures après votre intervention. Son risque est augmenté si vous prenez un traitement anticoagulant (traitement fluidifiant le sang) pour une autre pathologie. En cas de survenue, il sera nécessaire de l'évacuer lors d'une nouvelle intervention.

- La thrombose veineuse profonde (ou phlébite) et l'embolie pulmonaire est une complication rare dont le risque est diminué par le traitement anticoagulant qui vous est administré par injection quotidienne par une infirmière pendant 6 semaines après l'intervention.

- L'infection est un risque de l'ordre de 1%. Son traitement consiste en un lavage du site opératoire (nouvelle intervention chirurgicale) et une antibiothérapie prolongée (6 à 12 semaines). En cas de PUC ou de PTG, il est possible que votre prothèse soit changée pour la prise en charge de l'infection (en 1 seul temps opératoire ou en deux temps opératoires séparés d'un intervalle de 6 à 8 semaines en fonction du type de bactérie ou du type d'infection).

En cas de PUC ou de PTG, pour réduire le risque d'infection, vous devrez réaliser un bilan de dépistage pour traiter une éventuelle contamination des urines ou du nez par des bactéries résistantes aux antibiotiques (les résultats sont à donner à l'anesthésiste en consultation). L'infection peut survenir après un délai de plusieurs années après la mise en place de votre prothèse. Dans ces cas, les bactéries viennent du sang à partir d'une infection autre comme un abcès dentaire ou une bronchite, un panaris... **Il est donc très important de ne pas laisser trainer ce type d'infection et de consulter rapidement votre médecin en cas d'infection de ce type.**

- Le descellement de la prothèse correspond au moment où la prothèse n'est plus ancrée dans l'os. Cela entraîne des douleurs de plus en plus invalidantes. Ce descellement peut être dû à l'usure de votre prothèse qu'il est nécessaire de surveiller lors de consultations régulières. En cas de descellement, il est nécessaire de changer toute ou une partie de votre prothèse (voir la fiche Reprise de prothèse totale de genou). Le descellement survient en moyenne entre 15 et 20 ans en fonction de votre type de prothèse mais peut survenir plus tôt en cas de traumatisme, de fracture, de luxations...

En cas d'OTV:

Il existe un risque théorique de lésion du pédicule vasculaire et nerveux passant à l'arrière du genou. Ce risque est très faible. En cas de lésion artérielle, une intervention de chirurgie vasculaire sera nécessaire afin de rétablir la vascularisation de la jambe et du pied. En cas de lésion nerveuse, la récupération est souvent de mauvaise qualité et une attelle sera nécessaire à la marche afin de vous aider à relever le pied et les orteils.

- D'autres complications plus rares sont possibles. Pour plus d'information, vous pouvez consulter votre chirurgien orthopédiste.