Dr Janssens Raphaël
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE · CHIRURGIE DU GENOU ET DE LA HANCHE · BRUXELLES

Centre des Nations · 127 av. Franklin Roosevelt, 1050 Ixelles · 02 / 660 02 66
Cabinet Janson · 44 rue Paul-Émile Janson, 1050 Ixelles · rendez-vous en ligne
Hôpital Molière-Longchamps · 142 rue Marconi, 1190 Forest · 02 / 348 50 80
Hôpital Etterbeek-Ixelles · 63 rue Jean Paquot, 1050 Ixelles · 02 / 641 41 11
drjanssensr@gmail.com · **orthojanssens.be**

GENOU · CHIRURGIE PROTHÉTIQUE

Prothèse totale de genou

PTG assistée par robot ROSA

Lorsque l'arthrose a détruit le cartilage du genou et que les traitements médicaux ne suffisent plus, la prothèse totale remplace les surfaces usées pour supprimer la douleur et retrouver un genou stable et mobile.

DURÉE DE L'INTERVENTION 1 h à 1 h 30 sous rachianesthésie le plus souvent	HOSPITALISATION 3 nuits lever et marche dès le premier jour
APPUI Complet, immédiat béquilles 2 à 4 semaines	RÉCUPÉRATION 3 mois résultat définitif vers 6 à 12 mois

EN BREF

Ce qu'il faut retenir

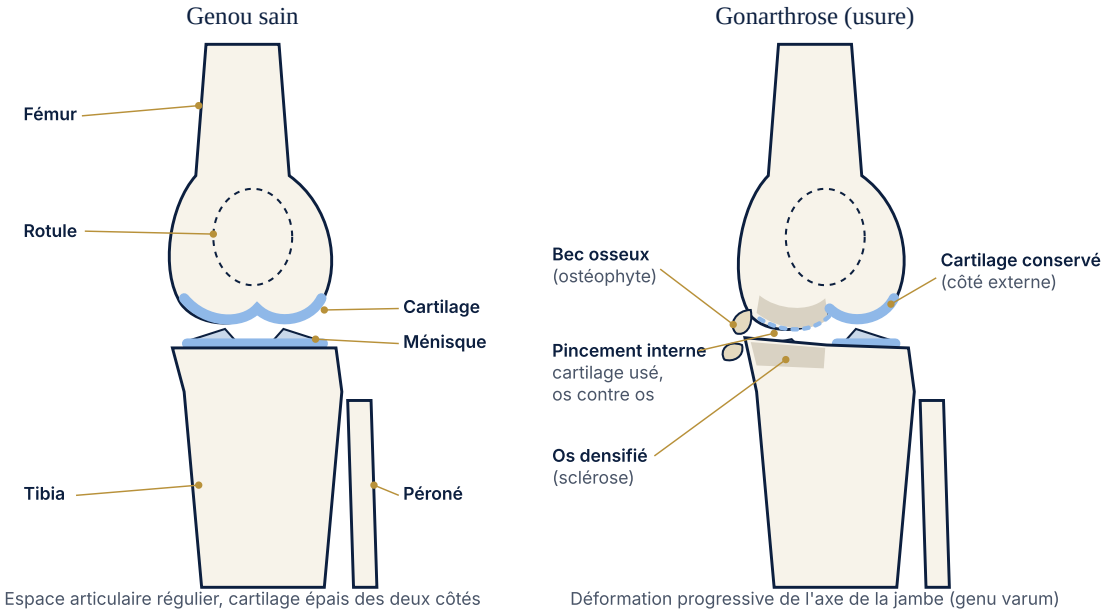
La prothèse totale de genou (PTG) consiste à remplacer les surfaces articulaires abîmées du fémur, du tibia et, si nécessaire, de la rotule par des implants en métal et en polyéthylène. C'est l'une des interventions les plus pratiquées et les mieux évaluées en orthopédie : elle supprime durablement la douleur de l'arthrose avancée et rend un genou fonctionnel dans la grande majorité des cas.

- **Indication :** arthrose du genou (gonarthrose) touchant plusieurs compartiments, douloureuse et invalidante malgré un traitement médical bien conduit.
- **Technique :** intervention planifiée et guidée par le robot ROSA, qui aide à positionner les implants avec une grande précision et à équilibrer les ligaments.
- **Suites :** marche dès le lendemain avec appui complet, 3 nuits d'hospitalisation, kinésithérapie pendant 2 à 3 mois.
- **Résultat :** genou indolore ou presque dans 80 à 90 % des cas ; plus de 90 % des prothèses sont encore en place après 15 ans.

L'arthrose du genou (gonarthrose)

Le genou est l'articulation entre le fémur (os de la cuisse), le tibia (os de la jambe) et la rotule. Les extrémités de ces os sont recouvertes de **cartilage**, un tissu lisse et élastique de quelques millimètres d'épaisseur qui permet aux surfaces de glisser l'une sur l'autre sans frottement. Deux **ménisques** en forme de croissant répartissent les pressions entre fémur et tibia, et les ligaments assurent la stabilité.

On distingue trois **compartiments** : le compartiment interne (fémoro-tibial médial), le compartiment externe (fémoro-tibial latéral) et le compartiment fémoro-patellaire, entre la rotule et le fémur. L'arthrose peut toucher un seul compartiment — on parle alors de prothèse partielle, voir la page prothèse unicompartimentale — ou plusieurs : c'est le domaine de la prothèse totale.



Genou sain et genou arthrosique. Dans la gonarthrose, le cartilage s'amincit puis disparaît, l'os se densifie et forme des becs osseux ; l'interligne se pince, le plus souvent du côté interne, et l'axe de la jambe se déforme.

Qu'est-ce que l'arthrose ?

L'arthrose est l'usure progressive du cartilage. Avec le temps, celui-ci se fissure, s'amincit puis disparaît par endroits : l'os se retrouve à nu et frotte directement contre l'os. En réaction, l'os se densifie (sclérose), forme des excroissances sur les bords de l'articulation (ostéophytes ou « becs de perroquet ») et des kystes peuvent se creuser. La membrane qui tapisse l'articulation (synoviale) s'enflamme par poussées et produit un excès de liquide : c'est l'épanchement, ou « genou qui gonfle ».

Lorsque l'usure prédomine d'un côté, l'axe de la jambe se déforme progressivement : **genu varum** (jambes arquées) quand le compartiment interne est touché — le cas le plus fréquent —, **genu valgum** (genoux en X) quand c'est le compartiment externe. Cette déformation concentre à son tour les contraintes sur la zone usée, ce qui accélère l'évolution.

Les causes

Arthrose primitive

La plus fréquente, liée au vieillissement du cartilage, au terrain génétique et au surpoids. Elle apparaît généralement après 55-60 ans et touche souvent les deux genoux.

Arthrose post-traumatique

Séquelle d'une fracture articulaire, d'une rupture ligamentaire ancienne (notamment du ligament croisé antérieur) ou d'une méniscectomie étendue. Elle peut survenir plus tôt, parfois avant 50 ans.

Déformations de l'axe

Un genu varum ou valgum constitutionnel concentre les contraintes sur un compartiment et favorise son usure précoce.

Autres causes

Rhumatismes inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite), ostéonécrose du condyle fémoral, séquelles d'infection, hémophilie, chondrocalcinose.

Les symptômes

- **Douleur mécanique** : elle apparaît à la marche, dans les escaliers (surtout en descente), au relevé d'une chaise, et se calme au repos. Avec le temps, elle devient plus continue et peut réveiller la nuit.
- **Raideur** : « dérouillage » matinal de quelques minutes, difficulté à plier complètement le genou ou à le tendre (flessum).
- **Gonflement** : épanchements lors des poussées inflammatoires, parfois kyste poplité (une boule derrière le genou).
- **Craquements, sensation d'accrochage** ou d'instabilité, dérobements.
- **Déformation** progressive de la jambe et **réduction du périmètre de marche** : la distance que l'on peut parcourir sans s'arrêter diminue, l'activité se restreint.

Le diagnostic

L'examen clinique recherche la localisation de la douleur, la mobilité du genou, un épanchement, l'état des ligaments et la déformation de l'axe. Il est complété par des **radiographies en charge** (debout, en appui) de face, de profil, en flexion (cliché « en schuss ») et de la rotule, ainsi qu'une **radiographie des membres inférieurs en entier** (goniométrie) pour mesurer l'axe de la jambe. Ces clichés suffisent le plus souvent à poser le diagnostic et à grader l'arthrose.

L'IRM n'est pas nécessaire pour décider d'une prothèse ; elle est utile au stade précoce ou pour rechercher une lésion associée (ménisque, ostéonécrose). Un scanner ou des radiographies spécifiques peuvent être demandés pour la planification de l'intervention.

— L'INDICATION

Quand envisager une prothèse ?

Une prothèse n'est jamais une urgence : c'est une décision partagée, prise lorsque la gêne au quotidien le justifie. Trois conditions sont habituellement réunies :

1. une **arthrose avancée**, visible sur les radiographies (pincement complet de l'interligne, os contre os) ;
2. une **douleur et une limitation fonctionnelle importantes** : périmètre de marche réduit, escaliers difficiles, douleurs nocturnes, activités abandonnées ;
3. l'**échec des traitements non chirurgicaux** bien conduits pendant plusieurs mois.

L'âge n'est pas un critère en soi : on opère des patients de 50 à plus de 90 ans. Ce qui compte, c'est l'état général, la motivation et le rapport entre la gêne ressentie et les risques de l'intervention. Chez le patient jeune et actif, on cherche d'abord à retarder la prothèse par d'autres solutions.

Les alternatives à la prothèse

TRAITEMENT	POUR QUI ?	CE QU'ON PEUT EN ATTENDRE
Kinésithérapie et activité adaptée	Tous les stades	Renforcement du quadriceps, entretien de la mobilité ; le vélo, la natation et la marche régulière sont bénéfiques.
Perte de poids	Surpoids	Chaque kilo perdu réduit de 3 à 4 kg la charge sur le genou à chaque pas. Effet réel sur la douleur dès 5 à 10 % du poids perdu.
Antalgiques, anti-inflammatoires	Poussées douloureuses	Soulagement temporaire ; les anti-inflammatoires en cure courte, avec prudence chez les patients âgés ou cardiaques.
Infiltrations de corticoïdes	Poussée inflammatoire avec épanchement	Efficacité rapide mais limitée dans le temps (quelques semaines à quelques mois) ; à espacer, pas plus de 2 à 3 par an.
Viscosupplémentation (acide hyaluronique)	Arthrose débutante à modérée	Effet variable, de quelques mois ; peu utile au stade « os contre os ».
Semelles, genouillère, canne	Déformation modérée	Décharge partielle du compartiment usé ; la canne tenue du côté opposé réduit nettement les contraintes.
Ostéotomie tibiale ou fémorale	Patient jeune (< 55-60 ans), arthrose d'un seul compartiment avec déformation	Réaxation de la jambe pour décharger le compartiment usé ; permet de reporter la prothèse de 10 à 15 ans.
Prothèse unicompartimentale	Arthrose limitée à un compartiment, ligaments intacts	Intervention moins lourde, récupération plus rapide, sensation de genou plus « naturelle ».

Et l'arthroscopie ?

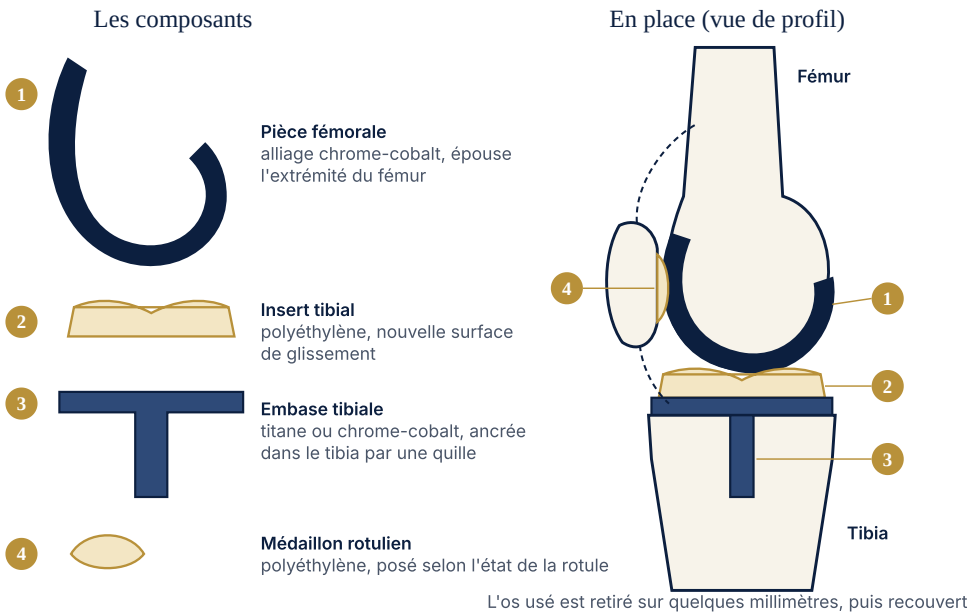
Un « nettoyage » arthroscopique du genou arthrosique n'apporte pas de bénéfice durable et n'est plus recommandé, sauf lésion méniscale instable avec blocages vrais. Il ne retarde pas la prothèse.

PRINCIPES DE LA CHIRURGIE

Comment se déroule l'intervention ?

Le principe est de retirer quelques millimètres d'os et de cartilage usés aux extrémités du fémur et du tibia, puis de les « recouvrir » d'implants dont la forme reproduit celle du genou. L'objectif est double : supprimer la douleur en éliminant le frottement os contre os, et rétablir un axe de jambe et une tension ligamentaire corrects pour que la prothèse soit stable et dure longtemps.

Les implants



Une prothèse totale de genou comporte trois ou quatre pièces. La pièce fémorale et l'embase tibiale sont métalliques ; l'insert en polyéthylène qui les sépare constitue la nouvelle surface de glissement. Le médaillon rotulien est posé selon l'état du cartilage de la rotule.

- **La pièce fémorale**, en alliage chrome-cobalt très poli, coiffe l'extrémité du fémur et reproduit la forme arrondie des condyles.
- **L'embase tibiale**, en titane ou chrome-cobalt, est un plateau plat ancré dans le tibia par une quille.
- **L'insert**, en polyéthylène de haute densité, est fixé sur l'embase tibiale ; c'est sur lui que glisse la pièce fémorale. Son épaisseur (généralement 9 à 12 mm) est choisie pendant l'intervention pour obtenir une tension ligamentaire parfaite.
- **Le médaillon rotulien**, en polyéthylène, remplace le cartilage de la face profonde de la rotule lorsque celui-ci est abîmé.

Deux types d'implants sont utilisés, le choix se faisant pendant l'intervention selon la stabilité ligamentaire constatée et la qualité de l'os :

Prothèse postéro-stabilisée (PS), cimentée

Le ligament croisé postérieur est remplacé par une came intégrée à l'insert, qui assure la stabilité du genou en flexion. Les implants sont scellés dans l'os par un ciment acrylique à prise rapide, ce qui garantit une fixation immédiate, y compris sur un os fragile.

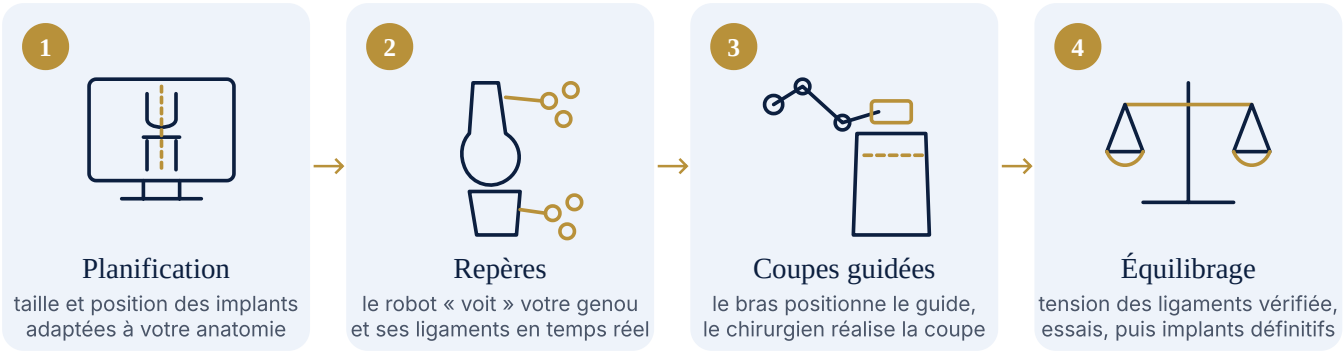
Prothèse « medial congruent » (MC), non cimentée

L'insert est creusé du côté interne pour reproduire la stabilité naturelle du compartiment interne, et plus libre du côté externe : la sensation est proche de celle d'un genou natif. Les implants ont une surface poreuse dans laquelle l'os repousse pour les fixer durablement ; ils sont réservés à un os de bonne qualité.

Dans les deux cas, l'appui complet est autorisé immédiatement. En cas d'allergie connue au nickel ou au cobalt, des implants à revêtement spécifique existent.

L'assistance robotisée ROSA

La longévité d'une prothèse et la qualité du résultat dépendent largement de la précision avec laquelle les implants sont positionnés et les ligaments équilibrés. C'est précisément ce que le robot **ROSA Knee** (Zimmer Biomet) apporte. Il ne s'agit pas d'un robot autonome : c'est un assistant de précision qui travaille sous le contrôle permanent du chirurgien.



Le robot est un outil de précision : il ne remplace pas le chirurgien, qui garde la main sur chaque geste. Chaque étape peut être ajustée en cours d'intervention selon ce qui est constaté.

Les quatre temps de la chirurgie assistée. Planification, acquisition des repères, coupes guidées et équilibrage ligamentaire mesuré.

1. **Planification.** À partir de vos radiographies et de l'acquisition réalisée en salle, le logiciel établit un modèle de votre genou. Le chirurgien y définit la taille des implants, leur position et l'axe de jambe visé, en tenant compte de votre anatomie propre plutôt que d'un alignement standard.
2. **Acquisition des repères.** De petits capteurs fixés au fémur et au tibia permettent au robot de suivre en temps réel la position des os et de mesurer la laxité ligamentaire dans toutes les positions du genou.

3. **Coupes guidées.** Le bras robotisé place le guide de coupe exactement à l'endroit planifié, à une fraction de millimètre et de degré près. Le chirurgien réalise lui-même les coupes osseuses à travers ce guide et vérifie chacune d'elles.
4. **Équilibrage et essais.** Avec des implants d'essai en place, le robot mesure l'espace et la tension des ligaments en extension et en flexion. Le plan peut être affiné pour obtenir un genou stable et souple sur toute l'amplitude, avant la pose des implants définitifs.

Qu'apporte concrètement le robot ?

- Une précision de positionnement supérieure aux techniques conventionnelles, avec moins de résultats « hors cible ».
- Un équilibrage ligamentaire mesuré et non seulement ressenti, ce qui conditionne la sensation de « genou naturel ».
- Pas de viseur introduit dans le canal du fémur, d'où moins de saignement.
- Une planification individualisée, reproductible d'un patient à l'autre.

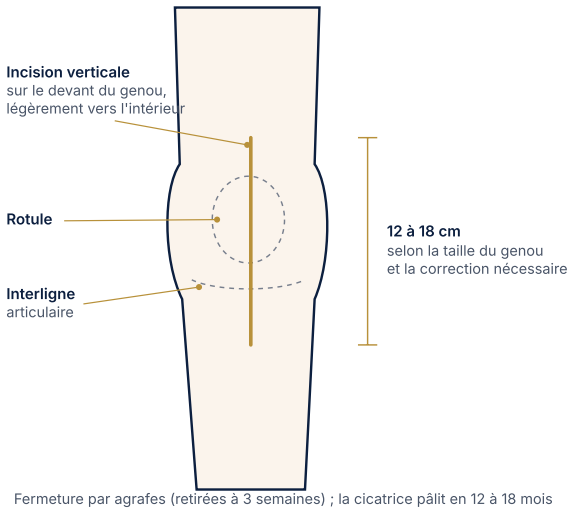
Le déroulement en salle d'opération

Anesthésie. Le plus souvent une **rachianesthésie** (anesthésie du bas du corps par une injection dans le dos), associée à une sédation légère pour que vous soyez détendu. Un **bloc du canal des adducteurs** — anesthésie locale du nerf sensitif de la face interne du genou, qui n'affaiblit pas le quadriceps — limite la douleur des premières 24 heures et facilite le premier lever. Une anesthésie générale est possible selon vos préférences et l'avis de l'anesthésiste.

Incision. Une incision verticale sur le devant du genou, de 12 à 18 cm selon la morphologie. La rotule est écartée sur le côté pour accéder à l'articulation.

Durée. Entre 1 h et 1 h 30 d'intervention proprement dite, à quoi s'ajoutent l'installation et le réveil : comptez 2 h 30 à 3 h entre le départ de votre chambre et le retour.

Fermeture. La capsule et les tissus sont refermés plan par plan, la peau par des agrafes qui sont retirées à 3 semaines. Pas de drain. Un pansement étanche permet la douche.



Fermeture par agrafes (retirées à 3 semaines) ; la cicatrice pâlit en 12 à 18 mois

La cicatrice est verticale, sur le devant du genou, fermée par des agrafes retirées à 3 semaines. Elle reste rouge et sensible plusieurs mois avant de pâlir.

PRÉPARATION

Avant l'opération

Une bonne préparation réduit les complications et accélère la récupération. Entre la décision opératoire et l'intervention, il s'écoule habituellement quelques semaines, mises à profit pour :

- **La consultation d'anesthésie**, obligatoire : l'anesthésiste décide, selon vos antécédents et votre état de santé, des examens éventuellement nécessaires (prise de sang, électrocardiogramme…). Apportez la liste complète de vos médicaments.
- **Le traitement des foyers infectieux** : toute infection en cours (urinaire, cutanée, dentaire) doit être traitée avant l'opération. Une plaie ou un bouton sur la jambe à opérer peut faire reporter l'intervention.
- **L'arrêt du tabac**, idéalement 6 à 8 semaines avant : le tabac double le risque d'infection et de problèmes de cicatrisation.
- **La gestion des médicaments** : les anticoagulants et antiagrégants (Sintrom, Xarelto, Eliquis, Plavix, aspirine…) sont adaptés ou interrompus selon les consignes de l'anesthésiste ; les traitements du diabète sont ajustés.
- **La « préhabilitation »** : quelques séances de kinésithérapie avant l'intervention pour renforcer le quadriceps, apprendre les exercices et la marche avec béquilles.
- **La préparation du domicile** : retirer les tapis, prévoir un siège de douche, un rehausseur de WC, une chaise à accoudoirs, et organiser l'aide pour les courses et les repas des premiers jours. Prévoyez qui vous ramènera : vous ne pourrez pas conduire.
- **La veille et le jour J** : douche à la solution antiseptique, jeûne selon les consignes (généralement 6 h pour les solides, 2 h pour les liquides clairs), bijoux et vernis retirés.

Poids et diabète

Un indice de masse corporelle supérieur à 40 et un diabète mal équilibré (HbA1c > 8 %) augmentent nettement le risque d'infection. Ils ne contre-indiquent pas la prothèse mais justifient de les prendre en charge avant d'opérer.

RÉCUPÉRATION

Les suites opératoires

La récupération après une prothèse de genou demande de la patience et de l'implication : la prothèse donne le cadre, la rééducation fait le résultat. Les trois premiers mois sont les plus importants.

À l'hôpital

Le **lever a lieu le jour même ou le lendemain**, avec le kinésithérapeute, en appui complet sur la jambe opérée. Les premiers pas se font avec un cadre de marche ou deux béquilles. Dès le premier jour, vous travaillez la flexion et l'extension du genou, la contraction du quadriceps et la marche. La douleur est contrôlée par une association d'antalgiques (paracétamol, anti-inflammatoires, dérivés morphiniques à faible dose si nécessaire) et par le glaçage régulier du genou.

Un **traitement anticoagulant préventif** (une injection sous-cutanée d'héparine de bas poids moléculaire par jour) est débuté dès le lendemain de l'opération et poursuivi pendant 20 jours pour prévenir la phlébite. Les injections sont faites par une infirmière à domicile ou par vous-même après apprentissage.

La **sortie** a lieu après 3 nuits, lorsque vous marchez seul avec vos béquilles, montez quelques marches, pliez le genou à environ 90° et que la douleur est contrôlée par des médicaments oraux. Le retour se fait à domicile dans la grande majorité des cas, avec une kinésithérapie à domicile ou au cabinet.

Un **séjour en centre de revalidation** d'environ 3 semaines est possible, sans être indispensable : il offre une séance de kinésithérapie et une séance d'ergothérapie chaque jour, à l'abri des contraintes de la vie quotidienne (préparer les repas, faire les courses). Il est surtout utile aux patients isolés, peu autonomes ou dont le logement est peu adapté. La demande se fait avant l'intervention.

Le calendrier de récupération

Jour 0 – 1 — Premier lever

Marche avec cadre ou béquilles en appui complet, premiers exercices de flexion-extension, glace.

Jour 3 — Retour à domicile (ou revalidation)

Marche autonome avec deux béquilles, escaliers, flexion proche de 90°. Injections anticoagulantes, antalgiques, exercices quotidiens.

Semaines 1 – 3 — Kinésithérapie à domicile ou au cabinet

3 à 5 séances par semaine : mobilité, réveil musculaire, marche. Pansement surveillé. Première consultation de contrôle à 3 semaines, avec retrait des agrafes.

Semaines 3 – 6 — Autonomie

Passage à une seule béquille puis sans béquille à l'intérieur. Vélo d'appartement sans résistance dès que la flexion dépasse 100°. Reprise de la conduite vers 4 à 6 semaines.

Semaines 6 – 12 — Renforcement

Objectif : flexion de 110 à 120°, extension complète, marche sans boiterie. Reprise d'un travail sédentaire. Consultation avec radiographies de contrôle à 6 semaines.

3 – 6 mois — Retour aux activités

Randonnée, vélo, natation, golf. Reprise d'un travail physique. Le genou peut rester chaud et un peu gonflé en fin de journée. Consultations de contrôle à 3 mois et à 6 mois.

6 – 12 mois

Résultat définitif

Disparition progressive de la chaleur, du gonflement et de la sensibilité de la cicatrice. Consultation de contrôle à 1 an, puis suivi radiologique espacé.

En pratique

ACTIVITÉ	DÉLAI HABITUEL	REMARQUES
Marche sans béquilles	2 à 4 semaines	Une canne peut rester utile à l'extérieur jusqu'à 6 semaines.
Douche	Dès le retour à domicile	Pansement étanche ; bain, piscine et sauna après cicatrisation complète (4 à 6 semaines).
Conduite	4 à 6 semaines	Genou droit : il faut pouvoir freiner en urgence. Genou gauche avec boîte automatique : parfois dès 2 à 3 semaines. Jamais sous antalgiques forts.
Travail sédentaire	6 à 8 semaines	Plus tôt en télétravail, avec possibilité de surélever la jambe.
Travail physique	3 à 4 mois	Un reclassement peut être nécessaire pour les métiers très lourds ou à genoux.
Voyage en avion	Après 6 semaines	Risque de phlébite : se lever et marcher régulièrement pendant le vol.
Vélo, natation, marche nordique	6 à 12 semaines	Activités recommandées à vie : elles entretiennent la mobilité et le muscle sans contrainte excessive.
Golf, randonnée, ski de fond, danse	3 à 6 mois	Sans restriction une fois le genou récupéré.
Tennis en double, ski alpin	6 mois	Possibles pour les patients qui les pratiquaient avant, avec prudence.
Course à pied, sports de saut et de contact	Déconseillés	Les impacts répétés accélèrent l'usure du polyéthylène et le descellement.

La rééducation

La kinésithérapie commence à l'hôpital et se poursuit à raison de 3 à 5 séances par semaine pendant 6 semaines, puis 2 à 3 par semaine jusqu'à 3 mois. Elle vise trois objectifs, dans cet ordre : **récupérer la mobilité** (extension complète d'abord, car un genou qui ne se tend pas boite ; puis flexion), **réveiller et renforcer le quadriceps**, et **rééduquer la marche**. Les exercices appris doivent être répétés plusieurs fois par jour entre les séances : c'est votre travail personnel qui fait la différence.

Le genou reste chaud, gonflé et sensible pendant plusieurs mois ; c'est normal et cela ne signifie pas un problème. Le glaçage (15 à 20 minutes plusieurs fois par jour) et la surélévation de la jambe soulagent efficacement. Il est fréquent de ressentir des claquements ou des clics : ils correspondent au contact des pièces de la prothèse et sont sans gravité.

Quand contacter le service ou votre médecin ?

- Fièvre supérieure à 38,5 °C, frissons.
- Cicatrice rouge, chaude, qui suinte ou s'écarte, ou écoulement persistant au-delà du 5e jour.
- Douleur du mollet, gonflement brutal de la jambe ou du pied.
- Essoufflement soudain, douleur thoracique : **appelez le 112**.
- Douleur qui augmente au lieu de diminuer, genou qui se bloque ou perd rapidement sa mobilité.

— RISQUES

Les complications éventuelles

La prothèse totale de genou est une intervention bien maîtrisée, mais comme toute chirurgie elle comporte des risques. Ils sont rares, le plus souvent traitables, et tout est mis en œuvre pour les prévenir. Les fréquences ci-dessous sont des ordres de grandeur issus de la littérature ; votre risque personnel dépend de votre état de santé et vous sera précisé en consultation.

Complications précoces

Infection de la prothèse

La complication la plus redoutée. Elle peut survenir dans les semaines qui suivent (germe introduit lors de l'opération ou par la cicatrice) ou des années plus tard, par voie sanguine à partir d'un autre foyer (dent, urine, peau). Elle se traite par lavage chirurgical et antibiotiques prolongés, parfois par changement de la prothèse. Prévention : antibiotique avant l'incision, préparation cutanée, arrêt du tabac, équilibre du diabète, soins dentaires.

0,5 à 2 %
DES PATIENTS

Phlébite et embolie pulmonaire

Formation d'un caillot dans une veine de la jambe (phlébite), qui peut migrer vers les poumons (embolie). Le traitement anticoagulant préventif et le lever précoce en réduisent fortement la fréquence. Une douleur du mollet ou un essoufflement brutal doivent faire consulter sans délai.

1 à 2 %
PHLÉBITE SYMPTOMATIQUE

Raideur (arthrofibrose)

Formation excessive de tissu cicatriciel dans l'articulation, limitant la flexion ou l'extension malgré une rééducation bien menée. Si la flexion reste inférieure à 90° après 6 à 8 semaines, une mobilisation sous anesthésie peut être proposée, parfois une arthrolyse (libération des adhérences) sous arthroscopie.

3 à 5 %
MOBILISATION NÉCESSAIRE

Hématome et troubles de cicatrisation

Un saignement dans l'articulation ou sous la peau peut gonfler et retarder la rééducation ; une évacuation chirurgicale est rarement nécessaire. Un retard de cicatrisation ou une nécrose des berges concernent surtout les fumeurs, les diabétiques et les genoux déjà opérés.

2 à 5 %
DES PATIENTS

Transfusion

Le saignement opératoire est aujourd'hui limité (acide tranexamique, technique sans viseur intramédullaire). Une transfusion n'est nécessaire que chez une minorité de patients, surtout en cas d'anémie préexistante.

< 5 %
DES PATIENTS

Lésion nerveuse ou vasculaire

Une atteinte du nerf fibulaire (sciatique poplité externe) peut entraîner une faiblesse du relevé du pied, le plus souvent transitoire ; elle survient surtout lors de la correction de grandes déformations en valgus. Une zone d'insensibilité de la peau à l'extérieur de la cicatrice est en revanche habituelle et sans conséquence. Les lésions des vaisseaux poplités sont exceptionnelles.

< 1 %
ATTEINTE NERVEUSE

Fracture péri-prothétique

Fissure ou fracture de l'os autour des implants, pendant l'opération (os fragile) ou plus tard lors d'une chute. Elle peut nécessiter une fixation ou un changement de prothèse.

< 1 %
À COURT TERME

Algodystrophie (syndrome douloureux régional complexe)

Réaction douloureuse inflammatoire imprévisible, avec gonflement, chaleur, raideur et hypersensibilité, qui ralentit la récupération. Elle guérit en plusieurs mois avec un traitement adapté et une rééducation douce.

1 à 2 %
DES PATIENTS

Complications tardives

Usure et descellement

Avec les années, l'insert en polyéthylène s'use et les particules libérées peuvent provoquer une réaction qui fragilise la fixation des implants (ostéolyse, descellement). La douleur réapparaît alors progressivement. Un changement de prothèse (reprise) est possible ; il est plus complexe que la première intervention. Le suivi radiologique régulier permet de le détecter à temps.

5 à 10 %
DE REPRISES À 15 ANS

Instabilité

Sensation de dérobement liée à un déséquilibre ligamentaire ou à un affaissement du polyéthylène. L'équilibrage mesuré par le robot vise précisément à la prévenir. Elle peut nécessiter un changement d'insert ou de prothèse.

1 à 2 %
DES PATIENTS

Douleur antérieure (rotulienne)

Douleur du devant du genou dans les escaliers ou en position assise prolongée, liée à la rotule et à son glissement sur la pièce fémorale. Elle s'améliore le plus souvent avec le renforcement du quadriceps.

5 à 10 %
DES PATIENTS

Douleurs persistantes inexpliquées

Une proportion de patients garde des douleurs ou une gêne malgré une prothèse bien posée, bien fixée et non infectée. Les causes sont multiples (sensibilisation, attentes, douleurs d'origine lombaire ou de hanche) et un bilan complet est réalisé avant d'envisager une nouvelle intervention, rarement bénéfique dans ce cas.

10 à 15 %
RÉSULTAT JUGÉ DÉCEVANT

Infection tardive

Toute sa vie, la prothèse peut être contaminée par voie sanguine. Toute infection (dentaire, urinaire, cutanée) doit être traitée rapidement, et vous devez signaler votre prothèse à tout médecin ou dentiste.

< 1 %
PAR DÉCENNIE

Risques liés à l'anesthésie et à l'état général

Comme toute intervention importante, la PTG expose à des complications cardiaques, pulmonaires, urinaires (rétention, infection) ou de confusion transitoire chez le patient âgé. Elles sont anticipées par le bilan préopératoire et la consultation d'anesthésie, qui vous informera précisément des risques propres à l'anesthésie. Le décès au décours d'une prothèse de genou est exceptionnel (de l'ordre de 1 à 2 pour 1 000).

CE QUE VOUS POUVEZ ATTENDRE

Les résultats

80-90 %

de patients satisfaits

Douleur supprimée ou très nettement réduite, activités quotidiennes retrouvées.

> 90 %

de prothèses en place à 15 ans

Et environ 80 % à 25 ans selon les registres nationaux.

110-125°

de flexion en moyenne

Suffisant pour les escaliers, le vélo, s'asseoir et se relever sans aide.

La prothèse totale de genou donne d'excellents résultats sur la douleur : la grande majorité des patients retrouvent une marche illimitée, les escaliers, la conduite et des activités sportives d'endurance. Il faut cependant garder à l'esprit qu'**une prothèse n'est pas un genou neuf** : la sensation d'un genou « différent », quelques clics, une raideur matinale ou une gêne en position accroupie sont fréquents et compatibles avec un très bon résultat. La flexion finale dépend beaucoup de la mobilité avant l'opération : un genou très raide avant la prothèse ne retrouvera pas une flexion complète.

Les résultats continuent de s'améliorer pendant un an. Le bénéfice le plus net s'observe chez les patients dont l'arthrose était avancée et la gêne importante ; c'est pourquoi l'indication est posée avec soin et jamais trop tôt.

Le suivi à long terme

Une prothèse se surveille. Les consultations de contrôle ont lieu à 3 semaines (retrait des agrafes), 6 semaines (radiographies), 3 mois, 6 mois et 1 an, puis de façon espacée avec des radiographies, même en l'absence de symptôme, pour dépister une usure ou un descellement avant qu'ils ne deviennent douloureux. Entretenez votre genou par une activité régulière, surveillez votre poids et traitez sans tarder toute infection.

— QUESTIONS FRÉQUENTES

Vos questions sur la prothèse de genou

Combien de temps dure une prothèse de genou ?

Les registres nationaux montrent que plus de 90 % des prothèses totales de genou sont toujours en place après 15 ans, et environ 80 % après 25 ans. La longévité dépend de la qualité du positionnement — c'est l'intérêt du robot —, du poids, de l'activité (les sports d'impact usent plus vite) et de l'absence d'infection. Si la prothèse s'use, un changement est possible.

Y a-t-il un âge limite ?

Non. L'indication repose sur la douleur, la gêne et l'échec du traitement médical, pas sur l'âge. On opère régulièrement des patients de plus de 85 ans en bonne santé. Chez le patient jeune, on cherche d'abord à retarder la prothèse (ostéotomie, prothèse partielle), car une prothèse posée à 50 ans a plus de chances de devoir être changée au cours de la vie.

Faut-il opérer les deux genoux en même temps ?

Lorsque les deux genoux sont très abîmés, une prothèse bilatérale en un temps est envisageable chez un patient en bonne santé, mais la récupération est plus exigeante et les risques légèrement augmentés. Le plus souvent, on opère le genou le plus douloureux d'abord, puis le second 3 à 6 mois plus tard.

Pourrai-je m'agenouiller ?

S'agenouiller ne présente aucun danger pour la prothèse. C'est souvent inconfortable les premiers mois à cause de la sensibilité de la cicatrice ; environ la moitié des patients y parviennent sans gêne après un an. Un coussin ou une genouillère de jardinage aide.

Quand pourrai-je reconduire ?

Généralement 4 à 6 semaines après l'opération pour un genou droit : il faut pouvoir freiner fort et vite, ne plus prendre d'antalgiques forts et ne plus avoir besoin de béquilles. Pour un genou gauche avec une boîte automatique, la reprise est souvent possible dès 2 à 3 semaines. Prévenez votre assureur si votre contrat l'exige.

La prothèse sonne-t-elle aux portiques de sécurité ?

Oui, fréquemment. Il suffit de le signaler au personnel. Aucun certificat n'est obligatoire mais un document attestant de la prothèse peut vous être remis. L'IRM reste possible avec une prothèse de genou (signalez-la au radiologue).

Dois-je prendre des antibiotiques chez le dentiste ?

Les recommandations actuelles ne préconisent plus d'antibiotique systématique avant les soins dentaires chez les porteurs de prothèse, sauf situations particulières (immunodépression, antécédent d'infection de prothèse). En revanche, une hygiène dentaire rigoureuse et le traitement rapide de toute infection sont essentiels.

Quelle différence avec la prothèse partielle ?

La prothèse unicompartimentale (PUC) ne remplace que le compartiment usé et conserve les ligaments croisés et le reste du genou. Elle est moins invasive, la récupération est plus rapide et la sensation plus naturelle, mais elle n'est possible que si l'arthrose est limitée à un seul compartiment avec un LCA intact. Lorsque plusieurs compartiments sont touchés, la prothèse totale est la solution fiable et durable.

Ces informations sont données à titre général pour vous aider à comprendre l'intervention. Elles ne remplacent pas la consultation, au cours de laquelle les indications, les alternatives, les bénéfices attendus et les risques sont discutés en fonction de votre situation personnelle. Les délais et fréquences cités sont des ordres de grandeur. Dernière mise à jour : novembre 2026.