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 unicompartimentale de genou

PUC — la prothèse partielle du genou

Lorsque l'arthrose n'a détruit qu'un seul compartiment du genou, il n'est pas nécessaire de remplacer toute l'articulation. La prothèse unicompartimentale resurface la seule zone usée et conserve les ligaments, la rotule et le cartilage sain : intervention moins lourde, récupération plus rapide, genou plus naturel.

DURÉE DE L'INTERVENTION Environ 1 h sous rachianesthésie le plus souvent	HOSPITALISATION 1 à 2 nuits lever et marche le jour même ou le lendemain
APPUI Complet, immédiat béquilles 1 à 3 semaines	RÉCUPÉRATION 6 à 8 semaines résultat définitif vers 3 à 6 mois

EN BREF

Ce qu'il faut retenir

La prothèse unicompartimentale de genou (PUC), aussi appelée prothèse partielle ou hémi-prothèse, remplace uniquement les surfaces usées d'un seul des trois compartiments du genou — presque toujours le compartiment interne. Le reste de l'articulation, et en particulier les ligaments croisés, est conservé. C'est une intervention de précision, réservée aux genoux qui remplissent des critères stricts, et qui offre alors une récupération nettement plus rapide et un genou qui « s'oublie » plus facilement qu'une prothèse totale.

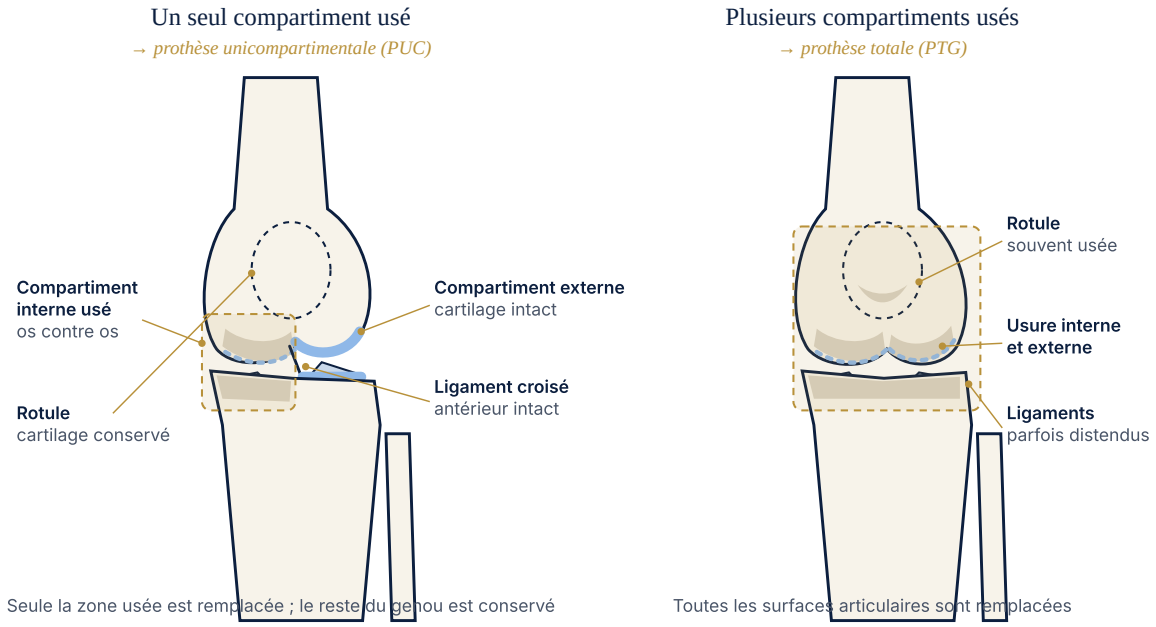
- **Indication :** arthrose douloureuse limitée à un seul compartiment, avec un ligament croisé antérieur intact et une déformation modérée, malgré un traitement médical bien conduit.
- **Technique :** resurfaçage du seul compartiment usé par une petite pièce fémorale, une embase tibiale et un insert en polyéthylène, par une incision courte ; planification et assistance robotisée possibles.
- **Suites :** marche le jour même ou le lendemain en appui complet, 1 à 2 nuits d'hospitalisation, kinésithérapie 6 à 8 semaines.
- **Résultat :** genou indolore, souple (flexion souvent supérieure à 125°) et de sensation naturelle dans la grande majorité des cas ; environ 90 % des implants en place à 10 ans.

— COMPRENDRE LA PATHOLOGIE

L'arthrose limitée à un compartiment

Le genou est l'articulation entre le fémur (os de la cuisse), le tibia (os de la jambe) et la rotule. Les surfaces osseuses sont recouvertes de **cartilage**, un tissu lisse de quelques millimètres qui permet le glissement sans frottement ; deux **ménisques** répartissent les pressions et les ligaments — notamment les deux ligaments croisés, au centre du genou — assurent la stabilité.

Le genou se divise en 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 l'ensemble du genou ou rester cantonnée à un seul compartiment : c'est cette forme localisée — dans plus de 90 % des cas le compartiment interne — qui relève de la prothèse unicompartimentale.



Un compartiment ou plusieurs ? À gauche, l'usure est limitée au compartiment interne ; le cartilage externe, la rotule et les ligaments croisés sont sains : c'est l'indication idéale de la PUC. À droite, plusieurs compartiments sont atteints : la prothèse totale s'impose.

Pourquoi un seul compartiment s'use-t-il ?

L'usure se concentre sur le compartiment qui supporte le plus de charge. Chez la majorité des personnes, l'axe de la jambe passe légèrement en dedans du centre du genou : le compartiment interne encaisse 60 à 70 % du poids à chaque pas, ce qui explique qu'il s'use le premier. Un **genu varum** (jambes arquées), même discret, accentue encore cette surcharge. À mesure que le cartilage interne s'amincit, l'interligne se pince de ce côté, la jambe se déforme davantage et le cercle vicieux s'installe — tandis que le compartiment externe, déchargé, reste souvent parfaitement sain pendant des années.

Plus rarement, c'est le compartiment externe qui s'use, chez les patients en **genu valgum** (genoux en X) ou après l'ablation du ménisque externe.

Les causes

Surcharge mécanique

Axe de la jambe en varus ou en valgus, surpoids, métier ou sport à fortes contraintes : le cartilage d'un compartiment est sollicité au-delà de ses capacités.

Séquelles de méniscectomie

L'ablation d'une partie importante d'un ménisque multiplie les pressions sur le cartilage de ce compartiment et peut conduire à une arthrose localisée 10 à 20 ans plus tard.

Ostéonécrose du condyle

Mort d'une zone d'os sous le cartilage du condyle interne, souvent après 60 ans, qui provoque un effondrement localisé de la surface articulaire : une excellente indication de PUC.

Fracture ancienne

Une fracture d'un plateau tibial ou d'un condyle, même bien consolidée, peut laisser une surface irrégulière qui s'use prématurément.

Les symptômes

- **Douleur localisée** sur le côté interne (ou externe) du genou, que le patient montre du doigt, à la marche, dans les escaliers et au relevé d'une chaise ; elle se calme au repos.
- **Raideur matinale** de quelques minutes, « dérouillage » après une position assise prolongée.
- **Gonflement** lors des poussées, parfois sensation de blocage ou de craquement.
- **Déformation progressive** de la jambe, perceptible en se regardant debout, et réduction du périmètre de marche.

Le diagnostic

L'examen clinique localise la douleur sur l'interligne atteint, apprécie la mobilité, la stabilité des ligaments, l'état de la rotule et l'importance de la déformation — et surtout si elle est **réductible**, c'est-à-dire si l'on peut la corriger à la main, signe que les ligaments du côté opposé ne sont pas rétractés. Les **radiographies en charge** (debout) de face, de profil, en flexion (« schuss ») et de la rotule montrent le pincement localisé et l'état des autres compartiments ; la **goniométrie** (radiographie des deux membres inférieurs en entier) mesure l'axe de la jambe.

L'**IRM** est plus souvent demandée que pour une prothèse totale : elle vérifie l'intégrité du ligament croisé antérieur et la qualité du cartilage des compartiments que l'on souhaite conserver. Une IRM ancienne ou des radiographies de moins de six mois sont utiles pour la consultation.

— L'INDICATION

Pour qui la prothèse partielle ?

La PUC n'est pas « une petite prothèse pour une petite arthrose » : c'est une prothèse pour une arthrose *localisée*, même avancée. Son succès dépend avant tout du respect de critères de sélection précis. Elle est

envisagée lorsque la douleur et la gêne sont importantes malgré un traitement médical bien conduit, et que le genou remplit les conditions suivantes :

- **Usure limitée à un seul compartiment**, avec un cartilage préservé dans le compartiment opposé et une rotule peu ou pas abîmée.
- **Ligament croisé antérieur intact** : il garantit la cinématique normale du genou, dont dépend la survie de l'implant.
- **Déformation modérée et réductible** : un varus (ou valgus) de moins de 10 à 15°, corrigeable à l'examen.
- **Mobilité conservée** : flexion supérieure à 100° et déficit d'extension (flessum) inférieur à 10°.
- **Douleur située sur l'interligne atteint**, et non diffuse ou antérieure.

Lorsque ces conditions sont réunies — c'est le cas d'environ un patient sur quatre ou cinq souffrant d'arthrose du genou —, la PUC donne des résultats au moins aussi bons que la prothèse totale, avec des suites plus simples. L'âge et le poids ne sont plus des contre-indications en soi : on opère aussi bien des patients de 50 ans actifs que des patients de 85 ans, et le surpoids modéré n'altère pas les résultats.

Les contre-indications

- Rhumatisme inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite) : l'atteinte touche tout le genou.
- Arthrose fémoro-patellaire symptomatique ou usure significative du compartiment opposé.
- Rupture du ligament croisé antérieur ou laxité ligamentaire importante.
- Déformation fixée (non réductible) ou flessum important.
- Douleur diffuse ou mal localisée, qui fait craindre un résultat décevant.

PUC ou PTG : le comparatif

	PROTHÈSE UNICOMPARTIMENTALE	PROTHÈSE TOTALE
Ce qui est remplacé	Un seul compartiment (interne ou externe)	Les trois compartiments, rotule incluse si nécessaire
Ligaments croisés	Conservés	Retirés ou remplacés par le dessin de l'implant
Incision	8 à 10 cm	12 à 18 cm
Os retiré, saignement	Minimes	Plus importants
Hospitalisation	1 à 2 nuits	3 nuits
Récupération	6 à 8 semaines	3 mois
Mobilité finale	Souvent > 125°, proche du genou d'origine	110 à 125° en moyenne
Sensation du genou	« Naturelle » dans la majorité des cas	Genou « différent », clics fréquents
Risque d'infection, de phlébite, de raideur	Plus faible	Un peu plus élevé
Survie de l'implant	≈ 90 % à 10 ans, 85 % à 15 ans	> 90 % à 15 ans, ≈ 80 % à 25 ans

	PROTHÈSE UNICOMPARTIMENTALE	PROTHÈSE TOTALE
En cas d'échec	Conversion en PTG relativement simple	Reprise de PTG, plus complexe
Pour qui ?	Arthrose d'un seul compartiment avec critères stricts	Toutes les arthroses avancées

Les alternatives

Traitement médical

Kinésithérapie, perte de poids, semelles, infiltrations : toujours tentés d'abord, efficaces tant que l'usure n'est pas complète.

Ostéotomie

Chez le patient jeune (moins de 55 ans) et très actif avec une déformation nette, la réaxation du tibia décharge le compartiment usé et reporte la prothèse de 10 à 15 ans.

Prothèse totale

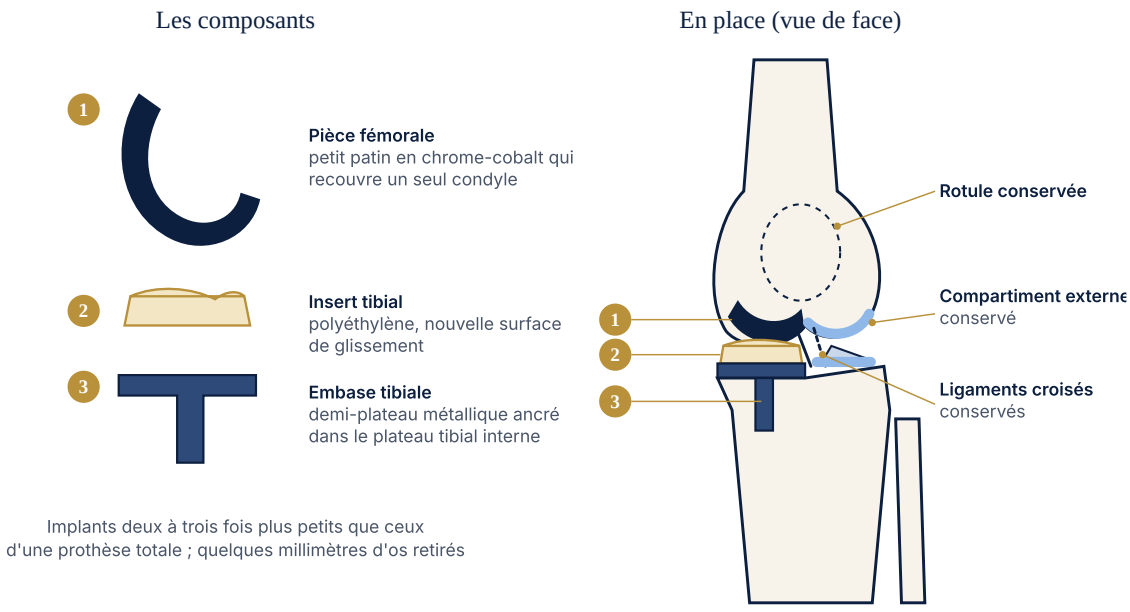
Lorsque les critères de la PUC ne sont pas remplis, ou si l'usure s'étend aux autres compartiments.

— PRINCIPES DE LA CHIRURGIE

Comment se déroule l'intervention ?

Le principe est de retirer quelques millimètres d'os et de cartilage usés sur le condyle fémoral et le plateau tibial du seul compartiment atteint, puis de les recouvrir d'implants qui restaurent l'épaisseur et le glissement d'origine. Tout le reste — ligaments croisés et collatéraux, ménisque opposé, rotule, cartilage sain — est laissé en place. Le genou retrouve son axe naturel sans être « sur-corrigé », afin de ne pas reporter la charge sur le compartiment sain.

Les implants



Trois composants, sur un seul compartiment. La pièce fémorale et l'embase tibiale sont métalliques ; l'insert en polyéthylène qui les sépare est la nouvelle surface de glissement. Le compartiment externe, la rotule et les ligaments croisés sont conservés.

- **La pièce fémorale**, en chrome-cobalt poli, est un petit patin courbe qui coiffe la surface portante d'un seul condyle.
- **L'embase tibiale**, métallique, est un demi-plateau ancré dans le plateau tibial par une quille ou des plots.
- **L'insert**, en polyéthylène, est fixé sur l'embase ; son épaisseur est choisie pendant l'intervention pour redonner au compartiment sa hauteur d'origine et une tension ligamentaire naturelle. Selon le modèle, il est **fixe** ou **mobile** (il glisse légèrement sur l'embase pour mimer le ménisque) ; le choix dépend du compartiment opéré et de la stabilité du genou.

Les implants sont le plus souvent **cimentés** : un ciment acrylique les scelle à l'os en quelques minutes et autorise l'appui complet immédiat. Des versions non cimentées, à surface poreuse colonisée par l'os, existent et peuvent être proposées sur un os de bonne qualité.

Précision et assistance robotisée

Les résultats de la PUC dépendent encore plus que ceux de la prothèse totale de la précision de pose : une embase tibiale trop inclinée, une pièce fémorale mal centrée ou une correction excessive de l'axe réduisent nettement la durée de vie de l'implant. L'intervention est donc soigneusement **planifiée** sur les radiographies, et peut bénéficier de l'**assistance du robot ROSA** : acquisition des repères osseux en salle, planification de la position et de la taille des implants sur l'anatomie du patient, guidage des coupes et mesure de la tension ligamentaire avant la pose définitive. Le chirurgien garde la main sur chaque geste.

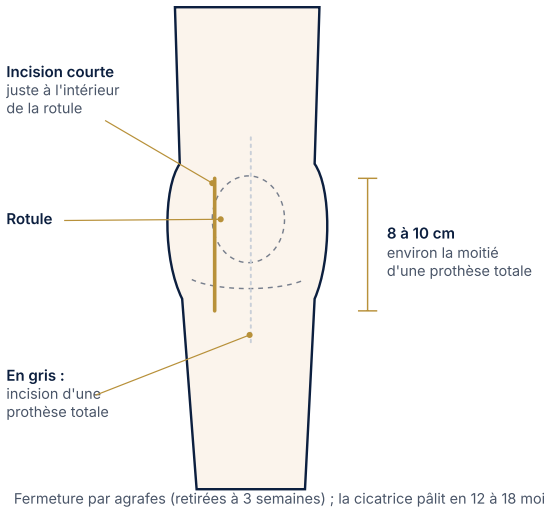
Le déroulement en salle d'opération

Anesthésie. Le plus souvent une **rachianesthésie** (anesthésie du bas du corps par une injection dans le dos) associée à une sédation légère, complétée par un **bloc du canal des adducteurs** — anesthésie du nerf sensitif de la face interne du genou, qui limite la douleur des premières 24 heures sans affaiblir le quadriceps. Une anesthésie générale est possible selon vos préférences et l'avis de l'anesthésiste.

Incision. Une incision verticale courte, de 8 à 10 cm, juste à l'intérieur de la rotule. La rotule n'est pas retournée et le tendon du quadriceps n'est pas ouvert : c'est l'une des raisons de la récupération rapide.

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

Fermeture. Les plans profonds sont refermés, la peau par des agrafes 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 courte, verticale, juste à l'intérieur de la rotule — environ la moitié de celle d'une prothèse totale (en gris).

— PRÉPARATION

Avant l'opération

Même pour une intervention plus légère, une bonne préparation réduit les complications et accélère la récupération. Entre la décision opératoire et l'intervention, quelques semaines sont 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 et une chaise à accoudoirs, organiser l'aide des premiers jours et le retour — 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 le risque d'infection. Ils ne contre-indiquent pas la prothèse mais justifient d'être pris en charge avant d'opérer.

RÉCUPÉRATION

Les suites opératoires

La récupération après une prothèse unicompartimentale est nettement plus rapide qu'après une prothèse totale : moins d'os retiré, moins de saignement, pas d'ouverture de l'appareil extenseur et des ligaments conservés. Elle demande néanmoins une rééducation sérieuse pendant les six à huit premières semaines.

À l'hôpital

Le **lever a lieu le jour même ou le lendemain**, avec le kinésithérapeute, en appui complet sur la jambe opérée, avec 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 le bloc nerveux, une association d'antalgiques et 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 1 à 2 nuits, lorsque vous marchez seul avec vos béquilles, montez quelques marches, pliez le genou à 90° et que la douleur est contrôlée par des médicaments oraux. Le retour se fait à domicile dans la quasi-totalité des cas, avec une kinésithérapie à domicile ou au cabinet.

Le calendrier de récupération

Jour 0 – 1 — **Premier lever**
Marche avec béquilles en appui complet, premiers exercices de flexion-extension, glace.

Jour 1 – 2 — **Retour à domicile**
Marche autonome avec deux béquilles, escaliers, flexion à 90°. Injections anticoagulantes, antalgiques, exercices quotidiens.

Semaines 1 – 3

Kinésithérapie

3 à 5 séances par semaine : mobilité, réveil du quadriceps, marche. Passage rapide à une seule béquille puis sans béquille à l'intérieur. Consultation à 3 semaines avec retrait des agrafes.

Semaines 3 – 6

Autonomie

Marche sans béquilles, vélo d'appartement, reprise de la conduite vers 3 à 4 semaines. Flexion de 110 à 120°.

Semaines 6 – 8

Renforcement

Marche sans boiterie, extension complète, flexion supérieure à 120°. Reprise d'un travail sédentaire. Consultation avec radiographies à 6 semaines.

2 – 3 mois

Retour aux activités

Vélo en extérieur, natation, randonnée, golf. Reprise d'un travail physique. Consultation de contrôle à 3 mois.

6 – 12 mois

Résultat définitif

Disparition de la chaleur et du gonflement résiduels, cicatrice qui pâlit. Consultations à 6 mois et 1 an, puis suivi radiologique espacé.

En pratique

ACTIVITÉ	DÉLAI HABITUEL	REMARQUES
Marche sans béquilles	1 à 3 semaines	Une canne peut rester utile à l'extérieur quelques semaines de plus.
Douche	Dès le retour à domicile	Pansement étanche ; bain, piscine et sauna après cicatrisation complète (3 à 4 semaines).
Conduite	3 à 4 semaines	Il faut pouvoir freiner en urgence, sans béquilles ni antalgiques forts. Genou gauche avec boîte automatique : parfois dès 2 semaines.
Travail sédentaire	3 à 6 semaines	Plus tôt en télétravail, avec possibilité de surélever la jambe.
Travail physique	2 à 3 mois	Selon la pénibilité du poste.
Voyage en avion	Après 4 à 6 semaines	Risque de phlébite : se lever et marcher régulièrement pendant le vol.
Vélo, natation, marche nordique	6 semaines	Activités recommandées à vie : elles entretiennent la mobilité et le muscle sans contrainte excessive.
Golf, randonnée, ski de fond, danse	3 mois	Sans restriction une fois le genou récupéré.
Tennis en double, ski alpin	4 à 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 à 8 semaines. Ses objectifs, dans l'ordre : **récupérer l'extension complète** (un genou qui ne se tend pas boite), **la flexion**, puis **réveiller et renforcer le quadriceps** et **rééduquer la marche**. Les exercices appris sont à répéter plusieurs fois par jour entre les séances. Le vélo d'appartement, dès que la flexion le permet, est l'outil de rééducation le plus utile.

Le genou reste chaud, un peu gonflé et sensible pendant deux à trois mois ; c'est normal. Le glaçage (15 à 20 minutes plusieurs fois par jour) et la surélévation de la jambe soulagent. Une zone d'insensibilité de la peau à l'extérieur de la cicatrice est habituelle et sans conséquence.

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 unicompartimentale expose à moins de complications précoces que la prothèse totale, mais comme toute chirurgie elle comporte des risques. 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

Germe introduit lors de l'opération ou par la cicatrice, ou plus tard par voie sanguine à partir d'un autre foyer. 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.

0,5 à 1 %
DES PATIENTS

Phlébite et embolie pulmonaire

Caillot dans une veine de la jambe, pouvant migrer vers les poumons. 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

Hématome et troubles de cicatrisation

Saignement dans l'articulation ou sous la peau, retard de cicatrisation ; concernent surtout les fumeurs et les diabétiques. Une évacuation chirurgicale est rarement nécessaire.

1 à 3 %
DES PATIENTS

Raideur

Beaucoup plus rare qu'après une prothèse totale, car les ligaments et l'appareil extenseur sont préservés. Si la flexion reste limitée après 6 à 8 semaines, une mobilisation sous anesthésie peut être proposée.

< 2 %
DES PATIENTS

Fracture du plateau tibial

Fissure de l'os sous l'embase tibiale, pendant l'opération ou dans les premières semaines, surtout sur un os fragile ou un tibia de petite taille. Elle peut imposer une décharge temporaire ou une fixation.

< 1 %
DES PATIENTS

Lésion nerveuse ou vasculaire

Exceptionnelle. Une zone d'insensibilité de la peau à l'extérieur de la cicatrice est en revanche habituelle et sans conséquence.

< 0,5 %
DES PATIENTS

Algodystrophie (syndrome douloureux régional complexe)

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

≈ 1 %
DES PATIENTS

Complications tardives

Progression de l'arthrose dans le reste du genou

C'est la première cause de reprise d'une PUC : avec les années, le compartiment opposé ou la rotule peuvent s'user à leur tour, surtout si l'axe a été sur-corrigé ou si les critères de sélection étaient limites. La douleur réapparaît alors de l'autre côté du genou. La solution est la **conversion en prothèse totale**, intervention comparable à une prothèse totale de première intention.

3 à 5 %
À 10 ANS

Descellement et usure

L'insert en polyéthylène s'use lentement et la fixation des implants peut se fragiliser, surtout si la pose n'était pas parfaitement précise. Le suivi radiologique permet de le détecter avant qu'il ne devienne douloureux ; le traitement est le changement de l'implant ou la conversion en prothèse totale.

3 à 5 %
À 10 ANS

Luxation de l'insert mobile

Concerne uniquement les modèles à plateau mobile : l'insert peut, rarement, sortir de son rail, provoquant un blocage brutal. Elle nécessite une réintervention pour le replacer ou le remplacer par un insert plus épais.

< 1 %
PLATEAU MOBILE

Douleurs persistantes inexpliquées

Certains patients gardent une gêne malgré un implant bien posé, bien fixé et non infecté. Un bilan complet est alors réalisé ; une nouvelle intervention n'est envisagée que si une cause mécanique est identifiée.

5 à 10 %
GÊNE RÉSIDUELLE

Un taux de reprise un peu plus élevé, mais une reprise plus simple

Les registres nationaux montrent qu'environ 10 % des prothèses unicompartimentales sont reprises à 10 ans, contre 5 % des prothèses totales. Ce chiffre s'explique en partie par la facilité de la conversion : on hésite moins à reprendre une PUC. En contrepartie, la conversion d'une PUC en PTG donne des résultats proches d'une PTG de première intention, alors que la reprise d'une PTG est une chirurgie nettement plus lourde. Le choix entre les deux se discute en consultation en fonction de votre genou, de votre âge et de vos attentes.

— CE QUE VOUS POUVEZ ATTENDRE

Les résultats

> 90 %

de patients satisfaits

Douleur supprimée, marche illimitée, escaliers et sport d'endurance retrouvés.

≈ 90 %

d'implants en place à 10 ans

Et environ 85 % à 15 ans, davantage lorsque les critères de sélection sont strictement respectés.

> 125°

de flexion le plus souvent

Proche de la mobilité d'origine : accroupissement et agenouillement généralement possibles.

La prothèse unicompartimentale donne d'excellents résultats sur la douleur et la fonction. Son atout principal est la **sensation de genou naturel** : parce que les ligaments croisés et le reste de l'articulation sont conservés, la proprioception — la perception de la position du genou — est préservée, et la plupart des patients « oublient » leur prothèse dans la vie quotidienne. La mobilité finale est proche de celle d'avant l'opération, et la récupération est assez rapide pour que les activités reprennent dès le deuxième ou troisième mois.

Il faut garder à l'esprit que la PUC ne traite que le compartiment opéré : le reste du genou continue de vieillir à son rythme. Une activité régulière, le contrôle du poids et l'absence d'impacts répétés protègent à la fois l'implant et le cartilage conservé.

Le suivi à long terme

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 surveiller l'implant et l'état des compartiments conservés. Toute douleur nouvelle de l'autre côté du genou doit être signalée.

— QUESTIONS FRÉQUENTES

Vos questions sur la prothèse partielle

Quelle est la différence avec une prothèse totale ?

La PUC ne remplace que le compartiment usé et conserve les ligaments croisés, la rotule et le cartilage sain ; la prothèse totale remplace les trois compartiments. La PUC est moins invasive (incision plus courte, moins d'os retiré, moins de saignement), la récupération est deux fois plus rapide et la sensation du genou plus naturelle. En contrepartie, elle n'est possible que si l'arthrose est strictement limitée à un compartiment.

Combien de temps dure une prothèse unicompartimentale ?

Environ 90 % des PUC sont toujours en place après 10 ans et environ 85 % après 15 ans. La longévité dépend de la précision de pose, du respect des critères de sélection, du poids et du niveau d'activité. Si l'implant s'use ou si l'arthrose gagne le reste du genou, la conversion en prothèse totale est possible et relativement simple.

Pourquoi tout le monde ne peut-il pas en bénéficier ?

Parce que son succès repose sur des conditions précises : usure limitée à un seul compartiment, ligament croisé antérieur intact, déformation modérée et réductible, mobilité conservée, douleur bien localisée. Si l'une de ces conditions manque, la PUC risque d'échouer rapidement et la prothèse totale est un meilleur choix. Environ un patient sur quatre ou cinq souffrant d'arthrose du genou remplit ces critères.

Et si l'arthrose progresse dans le reste du genou ?

C'est le principal risque à long terme, concernant quelques pour cent des patients par décennie. La douleur réapparaît alors de l'autre côté du genou. La solution est de convertir la PUC en prothèse totale : l'intervention est comparable à une prothèse totale de première intention et donne des résultats proches.

Y a-t-il un âge limite ?

Non. La PUC convient aussi bien au patient de 50 ans actif — chez qui elle évite ou retarde une prothèse totale — qu'au patient âgé, chez qui ses suites légères sont un avantage majeur. Chez le sujet jeune avec une déformation importante, une ostéotomie peut être préférée.

Pourrai-je faire du sport et m'agenouiller ?

Oui. Vélo, natation, marche, randonnée, golf, ski de fond, tennis en double sont possibles, généralement dès le troisième mois. La flexion est souvent suffisante pour s'accroupir et s'agenouiller. La course à pied et les sports de saut ou de contact restent déconseillés car ils accélèrent l'usure.

Peut-on opérer les deux genoux en même temps ?

Lorsque les deux genoux présentent une arthrose d'un compartiment, une PUC bilatérale en un temps est envisageable chez un patient en bonne santé, précisément parce que les suites sont légères. Le plus souvent, on opère néanmoins le genou le plus douloureux d'abord, puis le second quelques mois plus tard.

Quand pourrai-je reconduire et retravailler ?

La conduite est généralement possible 3 à 4 semaines après l'opération, lorsque les béquilles ne sont plus nécessaires et qu'aucun antalgique fort n'est pris. Le travail sédentaire reprend vers 3 à 6 semaines, un travail physique vers 2 à 3 mois.

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.