

Arthroplastie totale du genou

Approches chirurgicales et soins postopératoires *partie 2*

L'arthroplastie totale du genou consiste à remplacer cette articulation par une prothèse pour restaurer ses capacités fonctionnelles et redonner au patient sa qualité de vie. Cet article décrit l'intervention en explorant les soins et la surveillance postopératoires.

Par **Josée Grégoire**, inf., M.Sc., CSIC(C), CSU(C)



© Archives / Journal de Montréal

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

Le remplacement de l'articulation du genou par une prothèse a pour buts de redonner amplitude et mobilité à cette articulation et de soulager la douleur du patient. Les soins postopératoires visent les mêmes objectifs. En lisant cet article, l'infirmière approfondira ses connaissances du cheminement clinique du patient afin de mieux l'accompagner avant et après cette intervention et au cours de sa réadaptation précoce.

On entend par arthroplastie totale du genou (ATG) la chirurgie orthopédique visant à remplacer les os naturels de l'articulation par des composantes artificielles. L'expression « intervention initiale » réfère à la première opération chirurgicale. Un peu plus de 5 % de la clientèle hospitalisée pour une ATG, l'est pour une reprise chirurgicale, soit pour un remplacement de la prothèse articulaire initiale ou de l'une de ses parties (ICIS, 2014).

Au Canada, la durée moyenne d'un séjour en établissement hospitalier pour une ATG est de quatre

jours, un peu plus pour une reprise. Cette chirurgie de remplacement articulaire est devenue une réalité quotidienne dans les unités de chirurgie de courte durée (ICIS, 2014).

L'arthrose est une érosion progressive du cartilage des articulations synoviales qui dénude les surfaces de glissement. Elle entraîne douleurs, raideurs, crépitations, instabilité et épanchement articulaire.

L'anatomie

Le genou est composé de trois os joints l'un à l'autre par des ligaments : le fémur, le tibia et la rotule.

Il s'agit de l'articulation la plus grosse, la plus mobile et la plus complexe du corps humain. C'est une articulation synoviale, principalement trochléenne, qui fonctionne un peu comme une charnière lubrifiée par le liquide synovial. Les surfaces osseuses en contact sont recouvertes de 5 à 8 mm de cartilage assurant le glissement et facilitant le mouvement.

Le genou supporte des charges importantes et de grands mouvements. En plus de la flexion et de l'extension requises pour la marche, la course et le saut, l'articulation permet une petite rotation latérale. Les ménisques, les muscles, les tendons et les ligaments assurent à l'ensemble stabilité et mobilité.

L'articulation du genou comprend trois compartiments. Chacun comporte une zone de contact entre deux surfaces osseuses. L'extrémité inférieure du fémur présente deux condyles. L'endroit où chacune de ces proéminences osseuses touche le plateau tibial constitue un compartiment. Selon la position anatomique de chaque condyle, le compartiment fémoro-tibial sera dit interne ou externe. Le compartiment fémoro-patellaire se situe dans la zone de contact où la rotule glisse sur le fémur au niveau de la trochlée. La structure et la forme de ces compartiments favorisent l'usure des os et la détérioration du cartilage, ce qui explique qu'ils sont les principaux sites d'implants.

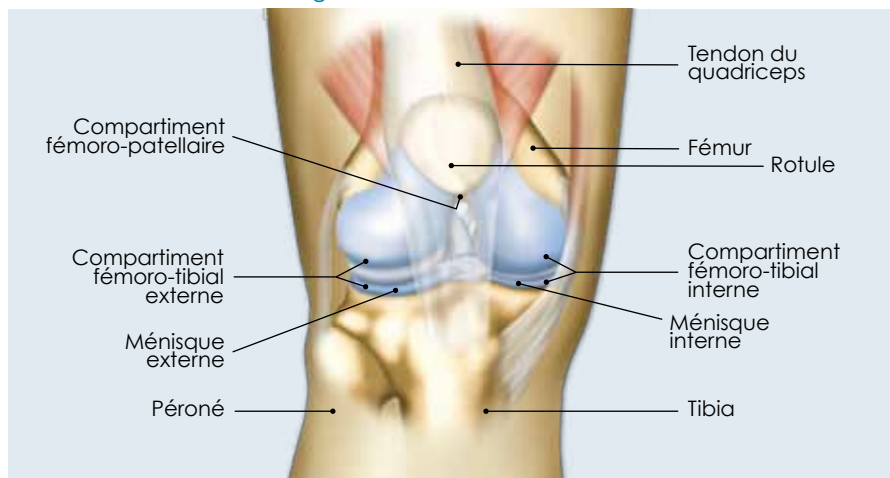
L'atteinte articulaire

L'arthrose est la principale cause d'usure de l'articulation du genou menant au remplacement articulaire. L'arthrose est une chondropathie (chondro = cartilage, pathie = maladie)

Encadré 1 Causes les plus fréquentes conduisant à une ATG

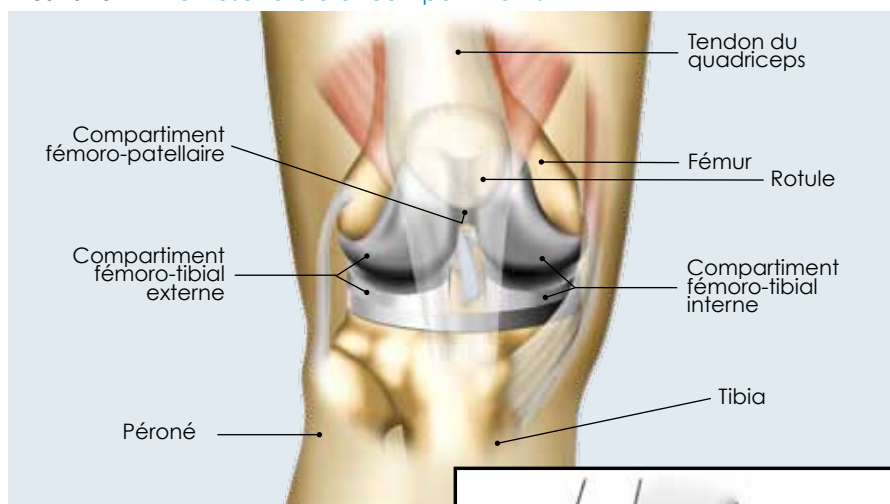
- arthrite dégénérative (arthrose)
- arthrite inflammatoire
- arthrose post-traumatique
- ostéonécrose
- infection
- tumeur
- fracture du fémur ou tibia

Illustration 1 Anatomie du genou



© Julia Dasic, 2015 (reproduction autorisée par les Éditions Persomed Multimédia Santé : www.persomed.fr)

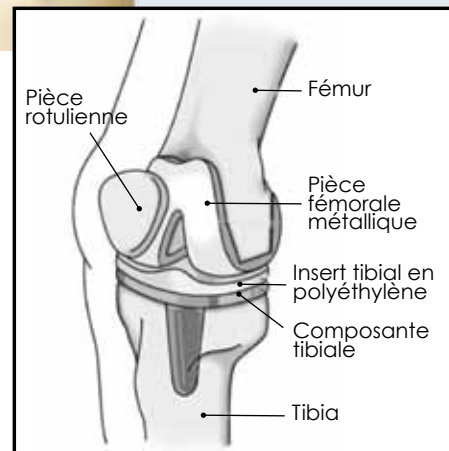
Illustration 2 Prothèse totale et compartiments



© Julia Dasic, 2015 (reproduction autorisée par les Éditions Persomed Multimédia Santé : www.persomed.fr)

des surfaces articulaires. Lorsque la douleur et l'instabilité deviennent permanentes, elles entraînent une incapacité fonctionnelle du genou rendant difficile, voire impossible, la station debout, la marche et le recours aux escaliers. Quand les traitements médicaux ne suffisent plus, la chirurgie de remplacement articulaire doit être envisagée.

Si l'arthrose atteint le cartilage d'un seul compartiment, une chirurgie unicompartmentale et une arthroplastie partielle suffiront à remplacer la partie abîmée. Dans le cas où deux ou trois compartiments sont atteints, l'arthroplastie et la prothèse seront totales, toute l'articulation étant alors remplacée. Les arthroplasties du genou sont aujourd'hui presque essentiellement totales. Les interventions unicompartmentales visant seulement la partie fémoro-patellaire sont rares (ICIS, 2013).



© AAOS (reproduction autorisée)

La prothèse articulaire

La prothèse utilisée pour l'ATG est généralement composée de trois pièces. À la limite inférieure du fémur, on retrouve la pièce fémorale métallique qui recouvre les condyles osseux. À l'extrémité supérieure du tibia, se situe la composante tibiale,

Illustration 3 Genou atteint d'arthrose



© Zephyr / Science Photo Library

un plateau métallique sur lequel repose l'articulation. L'insert tibial en polyéthylène prend place sur la composante tibiale. Il assure la stabilité et le glissement de l'articulation. Dans certains cas cliniques, une quatrième pièce, une composante rotulienne en polyéthylène, est employée.

La taille de la prothèse dépend de la morphologie du patient. Il existe des implants droit et gauche et certains laboratoires offrent des modèles pour homme et femme.

Encadré 2 Modes de fixation des implants orthopédiques

- fixation cimentée
- fixation non cimentée
- fixation hybride

Les pièces métalliques de la prothèse sont généralement fixées avec une résine acrylique dite ciment chirurgical qui maintient la pièce métallique à l'os naturel. Les autres types de fixations non cimentées utilisant des vis ou insérées par pression sont peu courants dans les prothèses du genou. Une fixation hybride combinant les types précédents sert dans environ 8 % des interventions (ICIS, 2014).

Selon sa complexité, l'intervention initiale pour une ATG dure d'une à deux heures, et une reprise chirurgicale, entre deux et trois heures.

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Le décubitus peropératoire

La position du patient facilite l'intervention et prévient les complications. On le place au moment d'amorcer l'anesthésie et la sédation. Tout en respectant son intimité, la région à opérer doit être exposée et le corps aligné de façon à favoriser l'expansion pulmonaire et la circulation sanguine. Des mesures particulières sont prises à l'aide de dispositifs d'ajustement et de surfaces thérapeutiques pour prévenir toute pression notamment sur les protubérances osseuses, les nerfs et les muscles. Une attention particulière est apportée au confort des extrémités et à la position physiologique (Brassard *et al.*, 2011).

Durant la chirurgie, le patient est allongé en décubitus dorsal. Les bras sont étendus de chaque côté pour surveiller la pression artérielle et les accès veineux périphériques. La jambe non opérée est généralement étendue. La jambe à opérer est fléchi et, selon la technique utilisée par le chirurgien, un garrot pneumatique peut être installé au niveau de la cuisse.

Si la position dorsale est maintenue pendant une période prolongée, elle peut causer des escarres de pression. Une position inappropriée peut entraîner des blessures comme une hyperextension des muscles ou des articulations et des lésions aux nerfs. Une vigilance rigoureuse au moment de l'installation du patient réduit ce risque iatrogénique (Brassard *et al.*, 2011).

Le garrot pneumatique

Placé au niveau de la cuisse, un garrot pneumatique interrompt la circulation artérioveineuse dans le membre opéré. En rendant la région opératoire exsangue, il permet au chirurgien de mieux voir l'articulation. Bien qu'il facilite l'intervention et limite les risques opératoires, le garrot pneumatique n'en est pas exempt, car il produit chez le patient une stimulation nociceptive qui peut durer jusqu'à 48 heures après l'intervention. En plus d'augmenter la douleur, il cause davantage d'œdème et accroît les risques de complications postopératoires, par exemple de lésions cutanées, vasculaires, nerveuses et musculaires. Il provoque aussi de l'hypertension artérielle systémique. En revanche, en diminuant les pertes de sang, il favorise le rétablissement.

L'abord chirurgical

L'abord chirurgical consiste le plus souvent en une incision médiane et verticale longue d'une quinzaine de centimètres sur le genou. Sans être courantes, d'autres voies d'abord moins invasives qui évitent l'inversion de la rotule et épargnent le quadriceps sont préconisées par de récentes données orthopédiques. Elles préservent les structures avoisinantes de l'articulation, ses réseaux vasculaires et nerveux. De plus, une plus petite voie d'abord chirurgicale permettrait au patient d'être mobilisé plus rapidement et de ressentir moins de douleur à la mobilisation (Kehlet et Thienpont, 2013). L'incision médiane demeure toutefois l'une des plus



Garrot pneumatique



Table opératoire pour installation en décubitus dorsal



Incision



Tenue de protection de type scaphandre

utilisées dans le cas de l'installation d'une prothèse totale du genou (PTG).

Le déroulement

Au fil de l'intervention, le genou est mobilisé à plusieurs étapes. Au début, l'articulation est exposée en position fléchie à 90 degrés pour faciliter la visualisation des surfaces articulaires. Après avoir inspecté l'articulation, le chirurgien mesure l'ossature pour déterminer la taille de la prothèse. Il procède ensuite à des coupes osseuses préparant ainsi les surfaces du fémur et du tibia à recevoir la prothèse.

La région articulaire est ensuite débridée des tissus usés et débarrassée des débris osseux. Une prothèse d'essai est alors mise en place. Elle sert à valider l'équilibrage ligamentaire qui assurera la stabilité de la nouvelle articulation. Des tests de flexion et d'extension sont effectués. Le chirurgien retire ensuite la prothèse d'essai, le site est lavé et asséché et les composantes de la prothèse définitive sont installées. Une seconde vérification de l'articulation est faite avec les nouveaux implants. Finalement, le genou est habituellement positionné en extension pour la fermeture des plans anatomiques en utilisant des points de suture et des agrafes (Denis, 2004).

Il est de pratique courante d'installer un drain d'aspiration dans la plaie. Il prévient l'accumulation de liquide dans et autour de l'articulation. Dans les 24 premières heures, l'écoulement normal varie entre 200 et 400 ml. Le drain sera enlevé lorsque l'écoulement sera inférieur à 25 ml, habituellement au cours du deuxième jour postopératoire.

Depuis plusieurs années, des recherches montrent que l'absence de drain n'augmente pas le risque d'hématome ou d'infection (Tai *et al.*, 2012). Constatant peu de différences significatives dans les pertes sanguines, le mouvement du genou ou les

complications de la plaie, nombre de chirurgiens n'utilisent plus de drain d'aspiration dans le but de limiter le matériel et les manipulations.

Les complications

L'infection. Après la pose d'une PTG, l'infection profonde de l'articulation est la complication la plus redoutée. Ses répercussions sont sérieuses. Elles peuvent nécessiter non seulement une ou plusieurs interventions supplémentaires et une antibiothérapie prolongée, mais aussi entraîner une incapacité fonctionnelle, une amputation et même la mort. L'infection s'accompagne d'importantes douleurs débilantes.

Encadré 3 Complications après la pose d'une PTG

- infection
- thrombose veineuse profonde
- hématome
- nécrose cutanée

Encadré 4 Mesures de prévention peropératoires des risques d'infection

- antibioprofylaxie par voie systémique
- préparation de la peau avec un antiseptique
- contrôle des entrées et sorties de salle
- restriction du nombre de personnes en salle
- système de ventilation-filtration avec flux unidirectionnel
- ciment imprégné d'antibiotique
- port d'une tenue de protection de type scaphandre
- port d'une tenue chirurgicale étanche et non tissée

Plusieurs mesures prises durant l'intervention visent à prévenir toute complication infectieuse. En chirurgie orthopédique, et notamment en chirurgie prothétique, un système de ventilation-filtration ultra-performant couplé au système de climatisation assure la qualité de l'air dans la salle d'opération et réduit l'aérobiocontamination, dont les infections nosocomiales. Et comme le risque de contamination augmente avec le changement des équipes de travail, les opérations de remplacement articulaire sont regroupées de façon à n'impliquer qu'une seule équipe. L'administration prophylactique d'antibiotiques avant de débuter la chirurgie contribue aussi à réduire l'incidence des infections (voir Encadré 4).

La thrombose veineuse profonde. Les patients qui subissent une ATG ont un risque élevé de thrombose veineuse profonde (TVP) où la migration d'un caillot délogé les expose à une embolie pulmonaire, une complication redoutée qui peut aussi être fatale.

La thromboembolie a plusieurs causes, notamment une immobilisation prolongée, la chirurgie orthopédique d'un membre long et l'utilisation d'un garrot pneumatique. Les risques de thromboembolie demeurent élevés jusqu'à trois mois après la chirurgie (Martineau et Semchuk, 2009).

La thromboprophylaxie est la principale stratégie pour prévenir les complications vasculaires et la mortalité. Elle requiert une approche rigoureuse et systématique. Des traitements anticoagulants sont administrés au patient dans les premières heures après son opération. Des méthodes non médicamenteuses, notamment des dispositifs à compression séquentielle des membres inférieurs ou des bas de compression, sont aussi utilisés. De plus, la mobilisation précoce

Encadré 5 Symptômes cliniques indiquant un hématome péri-médullaire

- douleur au point de ponction
- troubles sensitifs ou moteurs aux membres inférieurs
- incontinence urinaire ou fécale

postopératoire, active et passive, du membre opéré est prioritaire pour réduire le risque embolique.

Le traitement médicamenteux repose principalement sur l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM). Elle demeure l'anticoagulant le plus utilisé dans la prévention des risques thromboemboliques orthopédiques bien que de nouveaux anticoagulants oraux (NACO), notamment le Xarelto® (rivaroxaban) en dose unique quotidienne, soient de plus en plus répandus. Les NACO ne requièrent pas de suivi biologique de l'hémostase.

De moins en moins utilisée en thromboprophylaxie, l'antivitamine K, mieux connue sous le nom commercial de Coumadin®, est un anticoagulant oral (ACO) administré aux patients qui requièrent une anticoagulation thérapeutique. L'administration de Coumadin exige un suivi biologique rigoureux parce qu'il comporte un risque hémorragique élevé en raison de son intervalle thérapeutique étroit. Ses nombreuses interactions alimentaires

Encadré 6 Thromboprophylaxie médicamenteuse postarthroplastie

Sous-cutané	Héparine à bas poids moléculaire : <ul style="list-style-type: none"> ■ énoxaparine (Lovenox®) ■ dalteparine (Fragmin®) ■ tinzaparine (Innohep®)
	Héparine non fractionnée : <ul style="list-style-type: none"> ■ héparine (Hepalean®)
	Antithrombotique anti-Xa : <ul style="list-style-type: none"> ■ fondaparinux (Arixtra®)
Per os	Anticoagulant oral anti-vitamine K : <ul style="list-style-type: none"> ■ warfarine (Coumadin®) ■ acénocoumarol (Sintrom®)
	Nouvel anticoagulant oral anti-Xa : <ul style="list-style-type: none"> ■ rivaroxaban (Xarelto®) ■ apixaban (Eliquis®)
	Nouvel anticoagulant oral anti-IIa : <ul style="list-style-type: none"> ■ dabigatran (Pradaxa®)

Le descellement est une défaillance de l'ancrage de la prothèse dans l'os naturel. Il peut être aseptique ou infectieux.

et médicamenteuses le rendent encore moins approprié puisqu'elles modifient son efficacité et nécessitent un réajustement fréquent de la dose (ICIS, 2014).

La thromboprophylaxie post ATG est généralement amorcée dans les 6 à 24 heures suivant l'intervention selon le risque de saignement et la fonction rénale du patient. Après l'arthroplastie du genou, elle dure normalement de dix à quatorze jours. Elle se prolongera si le risque de TVP est élevé. Sa durée peut varier en fonction de l'état du patient et des médicaments qu'on lui a administrés.

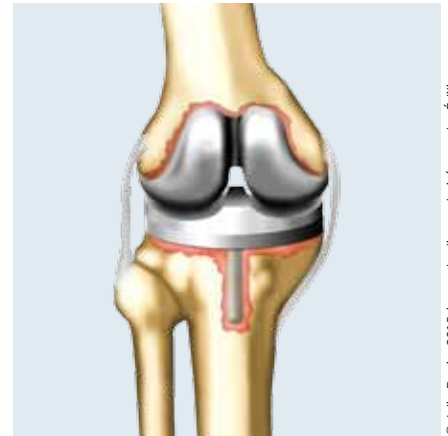
Des précautions supplémentaires sont nécessaires en présence d'une ponction ou d'un cathéter péri-médullaire, par exemple en cas d'analgésie locorégionale. L'infirmière doit assurer une surveillance rigoureuse de la thromboprophylaxie en période postopératoire immédiate afin d'administrer les anticoagulants au bon moment et de profiter de la fenêtre de temps sécuritaire pour retirer le cathéter péri-dural au moment où l'anticoagulant est à sa concentration minimale, soit tout juste avant l'administration de la prochaine dose.

Les protocoles thérapeutiques des établissements précisent les intervalles requis entre les manipulations péri-médullaires et l'administration des médicaments de chacune des classes thérapeutiques habituellement prescrites. Le non-respect de ces procédures peut provoquer un hématome péri-médullaire, problème qui doit systématiquement être suspecté en présence de tout nouveau déficit neurologique (Martineau et Semchuk, 2009).

L'hématome. Qu'il y ait eu ou non installation d'un drain d'aspiration ou usage d'un garrot pneumatique, l'hématome est courant après une chirurgie de remplacement articulaire. Il faut en surveiller la dimension et l'évolution. S'il prend beaucoup d'expansion, il risque de devenir une complication sérieuse, la collection de sang indiquant des pertes qui peuvent nécessiter une transfusion.

De plus, le gonflement de la région peut exercer une pression dans les

Illustration 4 Descellement de la prothèse



© Julia Dacic, 2015 (reproduction autorisée par les Éditions Personna Multimédia Santé - www.personna-med.fr)

tissus avec risque de déhiscence de la plaie. Il est aussi possible que la pression du sang accumulé comprime un nerf et cause une paresthésie, voire une paralysie de la zone touchée.

La nécrose est une complication rare qui survient lorsque la voie d'abord chirurgicale cicatrise mal en raison d'un manque de vascularisation. On la retrouve surtout chez les personnes obèses ayant un épais pannicule adipeux au genou.

Il arrive fréquemment que la personne opérée ressente une paresthésie au pourtour de la cicatrice durant sa convalescence. Ce phénomène est causé par une lésion des nerfs sensitifs au moment de l'incision. La sensibilité revient habituellement après quelques mois et varie en fonction de la longueur de la cicatrice.

Complications liées à la prothèse.

Certaines complications sont liées à la prothèse elle-même, par exemple le descellement aseptique, l'usure précoce de l'insert en polyéthylène, l'ostéolyse et l'instabilité du genou. Ce sont les causes principales d'une reprise d'intervention et elles surviennent rarement en postopératoire immédiat (ICIS, 2013). La durée de vie statistiquement espérée d'une prothèse est en moyenne de quinze à vingt ans. Le surpoids et l'utilisation excessive de l'articulation artificielle exposent le patient à un remplacement précoce.

LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

Après une ATG, soulager la douleur et mobiliser l'articulation sont les principales cibles cliniques et elles sont indissociables.

Les douleurs postopératoires

Une douleur considérable survient et persiste pendant 48 à 72 heures après l'intervention chirurgicale avant de commencer à diminuer. Cette douleur est de nature osseuse et ligamentaire, et s'accompagne de spasmes musculaires. Elle est continue et possiblement l'une des plus intenses en chirurgie orthopédique. Présente au repos et amplifiée la nuit par le rythme circadien, elle s'intensifie avec les mouvements actifs ou passifs. Cette douleur dynamique pose un défi réel aux activités de réadaptation. Une démarche de qualité consistera à la prévenir plutôt qu'à l'éradiquer (Dalury *et al.*, 2011).

Diminuer la douleur, voire la soulager complètement, permet au patient de mieux tolérer la mobilisation du membre opéré et d'effectuer les mouvements de physiothérapie essentiels à sa récupération articulaire optimale. Une fois sa douleur soulagée, le patient pourra recommencer à s'alimenter le plus tôt possible et en retirer les bénéfices énergétiques, fonctionnels et cicatriciels. Il pourra aussi profiter d'un sommeil récupérateur et sera plus motivé à participer aux activités de réadaptation.

L'analgésie multimodale

L'analgésie multimodale s'appuie sur les concepts que la douleur postopératoire ne peut être vaincue par un seul antalgique et qu'à la douleur causée par l'intervention, s'ajoutent des douleurs neuropathique et inflammatoire. Une douleur postopératoire mal soulagée peut entraîner des douleurs chroniques.

L'analgésie multimodale a pour objectif de réduire les doses de produits morphiniques et d'atténuer ainsi leurs effets indésirables tels les nausées, les vomissements et l'iléus paralytique.

En combinant aux techniques d'anesthésie et d'analgésie locorégionales et locales des

L'analgésie multimodale est une stratégie combinant l'effet antalgique de plusieurs médicaments et différentes techniques agissant en synergie pour obtenir un maximum de soulagement de la douleur et un minimum d'effets secondaires.

Encadré 7 Analgésie multimodale de l'ATG – Classes de médicaments

- Analgésiques non opioïdes : Tylenol®
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens : Indocid® Naprosyn®, Celebrex®
- Coanalgésiques :
 - Antidépresseurs : Effexor® Celexa®, Elavil®
 - Anticonvulsivants : Lyrica®, Neurontin®
- Analgésiques opioïdes : morphine, Tramadol®, Dilaudid®
- Anesthésiques :
 - Antagoniste des récepteurs NMDA : Kétamine®

Source : Horlocker *et al.*, 2006.

médicaments ayant des mécanismes et des sites d'action différents et agissant en synergie, l'effet antalgique obtenu dépasse celui d'un seul médicament même si on administre des doses moindres de chacun. Cette approche favorise l'efficacité du soulagement, autant en position statique que dynamique, tout en diminuant les effets indésirables causés par des doses trop fortes.

LA RÉADAPTATION

La mobilisation précoce du genou améliore le pronostic d'une ATG. Elle accélère la convalescence et la réadaptation du patient.

La mobilisation

La mobilisation précoce comporte de nombreux avantages. Elle réduit les risques de complications postopératoires, notamment les événements thromboemboliques et les infections nosocomiales.

Au niveau de l'articulation, le mouvement et la physiothérapie diminuent considérablement les risques d'adhérence, de contractures capsulaires et d'atrophie musculaire. Après une ATG, l'articulation se raidit et les muscles s'affaiblissent. Plus les

mouvements sont repris rapidement, moins le patient éprouve les effets délétères de l'ankylose. Toutefois, si l'approche analgésique ne procure pas un soulagement optimal, la mobilisation du patient est alors moins efficace, son anxiété est exacerbée, et son sommeil, perturbé.

L'objectif du remplacement articulaire étant de restaurer la fonction de l'articulation le plus rapidement possible, l'autonomie retrouvée et la nouvelle qualité de vie du patient témoignent du succès de l'intervention.

Le séjour hospitalier après une ATG dure en moyenne quatre jours, selon l'âge et l'état de santé du patient. L'une des tendances cliniques émergentes actuellement en chirurgie articulaire est l'adoption d'une procédure dite « fast track » qui réduit le temps d'hospitalisation à aussi peu que 48 heures. Des avancées chirurgicales, anesthésiques et multidisciplinaires permettent alors de commencer la réadaptation du patient au jour zéro, soit le jour même de l'intervention, et de lui donner son congé sans qu'il ait à séjourner en centre de réadaptation (Kehlet et Thienpont, 2013).

Les étapes

Dans les établissements, la réadaptation débute généralement par un premier lever et une séance au



Attelle d'immobilisation

Le flexum est un blocage temporaire ou permanent de l'articulation du genou empêchant son extension complète.

Encadré 8 Objectifs avant le retour à domicile

- Douleur : ≤ 4/10
- Médication antalgique : par voie orale
- Le patient doit effectuer seul ses transferts
- Capacités fonctionnelles :
 - se lever
 - s’asseoir
 - marcher
 - faire sa toilette
 - s’habiller
 - utiliser les escaliers, le cas échéant
- Connaissances acquises :
 - gestion de la douleur
 - soins de la plaie
 - signes et symptômes de complications
 - programme d’exercices à domicile

fauteuil. Le patient utilise des aides à la marche, notamment un déambulateur, des béquilles ou une canne sous supervision directe. Si un bloc moteur résiduel persiste au membre opéré, le port d’une attelle d’immobilisation de type « Zimmer » permettra de prévenir le dérobolement de la jambe. À moins d’avis contraire, une mise en charge complète est permise.

En position de repos au fauteuil ou au lit, il est important de ne pas mettre de coussin sous le genou afin d’éviter un flexum qui gênera la marche et le plein rétablissement de la fonction articulaire. Les exercices de réadaptation favorisent plutôt l’extension complète de l’articulation.

Dès le jour 1, une mobilisation passive et continue de l’articulation est généralement prescrite. L’évaluation, la supervision et l’intervention du physiothérapeute et de l’infirmière permettent d’amorcer une flexion progressive de l’articulation du genou. Par la suite, on ajoute des exercices sur un appareil motorisé appelé arthromoteur. Idéalement, le patient devrait avoir fait une flexion progressive de 0 à 90 degrés avant son congé.

Les protocoles de réadaptation peuvent varier d’un établissement à l’autre. Le plus souvent, ils prévoient une à deux séances de mobilisation d’une durée de deux heures ou moins, réalisées quotidiennement pendant le séjour postopératoire. Le soulagement

de la douleur doit alors procurer au patient suffisamment de confort pour lui permettre de restaurer l’amplitude de son articulation et de faire des exercices de renforcement musculaire. Les activités de soins infirmiers et les exercices de physiothérapie encouragent l’autonomie du patient afin qu’il puisse reprendre ses activités quotidiennes.

À ce jour, de nombreuses études montrent que les appareils de réadaptation motorisés n’apportent ni avantage ou bienfait durable comparativement à la physiothérapie conventionnelle (Kehlet et Thienpont, 2013).

Après la chirurgie, la période de convalescence dure environ trois mois. Le patient doit poursuivre ses exercices et prendre ses analgésiques. La douleur devrait diminuer progressivement pendant sa convalescence.

L’ATG est une intervention complexe dont les complications peuvent être graves. La chirurgie n’est toutefois qu’une étape, car le rétablissement du patient et la reprise de ses activités de la vie quotidienne dépendent aussi grandement des soins postopératoires. Ainsi, le dépistage des complications, le soulagement de la douleur et les exercices de mobilisation précoce rendent la surveillance et les soins de l’infirmière déterminants pour redonner au patient sa qualité de vie. ■

NdlR : Cet article présente les voies d’abord chirurgicales et les soins postopératoires de l’arthroplastie du genou. Une première partie, rédigée par la même auteure, traite des méthodes anesthésiques et de la surveillance infirmière. Elle a été publiée dans le numéro de septembre/octobre 2015 de Perspective infirmière, sous le titre « Arthroplastie totale du genou Approches anesthésiques, partie 1 ». En ligne : www.oijq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol12no04/12-soins-chirurgicaux-acfa.pdf

Remerciements

L’auteure tient à remercier l’équipe de chirurgie orthopédique du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur pour leur collaboration et leur participation à la séance de photos. Elle remercie aussi France Dion, pharmacienne clinicienne rattachée à la médecine interne et aux soins intensifs du Centre hospitalier de l’Université de Montréal, pour sa collaboration.

L’auteure



Josée Grégoire est professeure au Cégep régional de Lanaudière à Joliette où elle enseigne principalement les soins médicaux et chirurgicaux. Elle est titulaire d’une certification de l’AIC en soins infirmiers cardiovasculaires et en soins d’urgence.

Cet article est accompagné d’un post-test en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée. Il sera en ligne sur la plateforme de téléapprentissage Mistral.



Références

Brassard, Y., C. Gélinas, S.M. Lewis, L.A. Brien, C. Trochet, C. Lemire et al. *Soins infirmiers – Médecine Chirurgie*, Montréal, Chenelière Éducation, 2011, 3200 p.

Dalury, D.F., J.R. Lieberman et S.J. MacDonald. « Current and innovative pain management techniques in total knee arthroplasty », *Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 93, n° 20, 19 oct. 2011, p. 1938-1943.

Denis, M. *Efficacité comparative de trois programmes de réadaptation avec ou sans CPM, quant à la mobilité du genou, la capacité fonctionnelle et la durée du séjour hospitalier des patients opérés pour une arthroplastie du genou (Mémoire de maîtrise)*, Québec, Université Laval, 2004. [En ligne : <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/22202/22202.html>].

Horlocker, T.T., S.L. Kopp, M.W. Pagnano et J.R. Hebl. « Analgesia for total hip and knee arthroplasty: a multimodal pathway featuring peripheral nerve block », *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, vol. 14, n° 3, mars 2006, p. 126-135.

Institut canadien d’information sur la santé (ICIS). *Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada : rapport annuel de 2014 du Registre canadien des remplacements articulaires*, Ottawa, ICIS, 2014, 96 p. [En ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/CJRR%202014%20Annual%20Report_FR-web.pdf]

Institut canadien d’information sur la santé (ICIS). *Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada : rapport annuel de 2013 du Registre canadien des remplacements articulaires*, Ottawa, ICIS, 2013, 82 p. [En ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/CJRR_2013_Annual_Report_FR.pdf]

Kehlet, H. et E. Thienpont. « Fast-track knee arthroplasty – status and future challenges », *Knee*, vol. 20, Suppl 1, sept. 2013, p. S29-S33.

Martineau, J. et W. Semchuk. « Prévention de la thromboembolie veineuse chez les patients devant subir une chirurgie orthopédique », *Pharmactuel*, vol. 42, n° 3, juill./août 2009, p. 175-185.

Tai, T.W., C.Y. Yang et C.W. Chang. « The role of drainage after total knee arthroplasty », in S.K. Fokter (ss la dir. de), *Recent Advances in Hip and Knee Arthroplasty*, Croatie, Intech, 27 janv. 2012, chap. 19. [En ligne : www.intechopen.com/books/recent-advances-in-hip-and-knee-arthroplasty/the-role-of-drainage-after-total-knee-arthroplasty] (Page consultée le 28 mars 2014.)