

■ Nicole GUGLIELMACCI*, Olivier LEDIGARCHER*,
Hafida MEZIANE*, Hélène POINOT*, Maura SELEME*,
Anne-Laure SULTAN-BATAVE*, Maryvonne PAUGAM**,
Omar TIBOURTINE***, Olivier ROUILLON****,
Rémy NIZARD *****, Pascal BIZOT*****,
Laurent SEDEL*****

Protocole de rééducation postopératoire immédiate après prothèse totale du genou

MOTS CLES ▼

Genou

Postopératoire

Prothèse totale de genou

Rééducation

APRES chirurgie prothétique totale du genou, la récupération de la force du quadriceps, ainsi que de la flexion du genou (de 90 à 120°) reste la préoccupation majeure du rééducateur. En effet, stabilité et mobilité sont les garantes de la réussite fonctionnelle.

Bien souvent, à un an de la pose d'une prothèse totale du genou, on constate un flessum résiduel d'environ 5° avec une mobilité en flexion de 100 à 110°. Au même recul 60 à 70 % des patients ont une déambulation alternative sans canne, et 8 patients sur 10 n'ont plus aucune douleur.

C'est pourquoi, plus la rééducation sera précoce, meilleures seront la prévention des complications et la réussite finale.

Ainsi, dans le cadre du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'Hôpital Lariboisière, l'équipe de masseurs-kinésithérapeutes (MK) a mis en place un protocole de rééducation

de J + 1 jusqu'au jour du départ en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

En préambule, rappelons que la rééducation ne saurait s'envisager sans tenir compte de la prise en charge de la douleur.

La prescription analgésique postopératoire faite par les anesthésistes à la sortie du bloc opératoire tient compte des antécédents du patient, du choix du type d'anesthésie fait par celui-ci lors de la consultation d'anesthésie.

Les pratiques les plus courantes dans le service font appel à différentes techniques :

- l'analgésie intraveineuse et/ou per os est systématique pendant les 48 heures postopératoires et comporte des antalgiques périphériques :
- du paracétamol (Prodafalgan®, Dafalgan®) ;
- un anti-inflammatoire non stéroïdien (kétoprofène = Profénid®) en fonction de l'âge du patient et des contre-indications ;
- ± néfopam (Acupan®) ;

Comme dans toute prise en charge kinésithérapique, la collaboration et la confiance établie entre le patient et le kinésithérapeute permettent d'atteindre les objectifs fixés en commun à J + 1.

* Kinésithérapeute. Service de rééducation et réadaptation fonctionnelles du Dr Yelnik. Hôpital Lariboisière - Fernand Widal -, Paris.

** Infirmière anesthésiste. Département d'anesthésie et réanimation.

*** Médecin anesthésiste réanimateur. Département d'anesthésie et réanimation.

**** Médecin. CRRF, Villiers-sur-Marne (94). Attaché des hôpitaux.

***** Chirurgien orthopédiste. Service de chirurgie orthopédique et traumatologique. Hôpital Lariboisière, Paris.

Protocole de rééducation postopératoire immédiate après prothèse totale du genou

- la morphine en injection sous-cutanée (l'action maximale est à 1 h de l'injection) ;
- l'analgésie locorégionale péri-durale ou périmébrale :
 - l'analgésie péridurale est obtenue par l'injection continue d'anesthésique local. Le plus souvent utilisé actuellement est le Naropéine® car il permet d'obtenir un bon bloc sensitif et peu de bloc moteur. Elle est en général laissée en place 48 h avec une surveillance pluriquotidienne du point de ponction (recherche de signes d'infections ou de déplacement) et l'absence d'effet secondaire ;
 - pour l'analgésie périmébrale (le plus souvent il s'agit d'un bloc ilio-facial), le patient remonte de la salle de réveil avec un cathéter dans lequel des réinjections de Naropéine® sont pratiquées systématiquement toutes les 6 ou 8 h (le bloc sensitif apparaît 15 mn après l'injection). Il peut être laissé en place jusqu'à 5 jours en fonction de l'aspect du point de ponction et l'absence de déplacement.

La séance de rééducation commence en tenant compte des horaires d'injection d'antalgique - ce qui nécessite une collaboration avec les équipes infirmières et une bonne coordination.

Après 48 heures, l'injection de morphine sous-cutanée peut être poursuivie selon le souhait du patient et après l'évaluation de sa douleur afin de faciliter la prise en charge kinésithérapique. Ces injections sont maintenues aussi longtemps que nécessaire en fonction de chaque patient.

Le plus souvent, elles ne sont plus utiles au-delà de 10 jours et

un relais par des antalgiques de type opioïde faible (paracétamol + codéine, Dafalgan codéiné® ou Di-antalvic®) est alors prescrit.

L'évaluation de la douleur, préalable à tout geste rééducatif, s'effectue à l'aide d'une échelle visuelle analogique (EVA), ou une échelle numérique (EN).

Elle est systématique à J + 1 (avant et pendant la rééducation) et le jour de la sortie dans le cadre du bilan informatisé du patient. Elle se répète bien évidemment en cas de nécessité afin de pouvoir argumenter une modification du traitement antalgique médical auprès des praticiens spécialisés dans la prise en charge de la douleur.

La retranscription de la cotation de la douleur par l'EVA ou l'EN est effectuée par les kinésithérapeutes :

- sur le dossier :
 - feuille de suivi kinésithérapique ;
 - si possible sur le formulaire infirmier de surveillance de la douleur ;
- sur la feuille de surveillance postopératoire pendant les 48 premières heures ;
- sur la feuille de bilan de sortie masso-kinésithérapique (cf. page 22).

Parallèlement à cette thérapeutique médicamenteuse, sont associées des techniques antalgiques non pharmacologiques à type de :

- déclive ;
- cryothérapie : en regard de la littérature, la cryothérapie la plus efficace serait celle utilisant l'application en continu de bandes réfrigérantes.

- installation du patient ;
- massage.

Comme nous le préciserons lors de la description du protocole ci-après, la mobilisation continue sur arthromoteur fait l'objet d'une réflexion de l'ensemble de l'équipe quant à ses effets antalgiques (cf. bibliographie), en plus du gain d'amplitude articulaire.

A la sortie du bloc

La première séance est programmée à J + 1. Les objectifs sont d'atteindre 90° de flexion à J + 10.

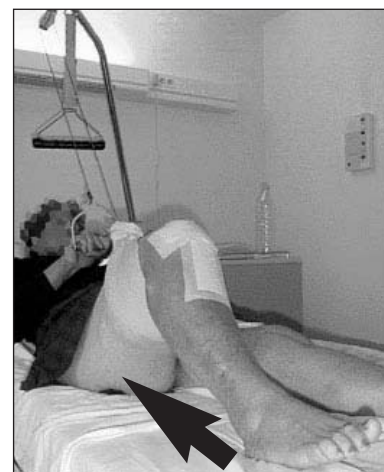
- Nous travaillons à distance, à partir du pied, avec une sollicitation en travail actif des releveurs, des extenseurs, des inverseurs, et des éverseurs.
 - Nous retirons le pansement compressif.
 - Nous faisons pratiquer un travail statique du quadriceps et des ischio-jambiers en verrouillage à 0° (fig. 1).
 - Nous effectuons des mobilisations manuelles de la rotule.
 - Nous mettons en place un travail de mobilisation du genou en flexion, en actif aidé soit en manuel, soit avec sangle, ce qui n'est pas toujours la règle (fig. 2 et 3).
 - Nous plaçons le patient demi-assis sur arthromoteur pour une mobilisation passive continue, d'une durée d'une heure par jour, sauf consigne particulière. Les amplitudes sont réglées au départ sur la base de ce qui est obtenu en manuel avec une douleur acceptable. L'objectif est là aussi d'obtenir au minimum 90° à J + 10.
- Ce travail sur arthromoteur s'effectue le plus souvent en passif



– Figure 1 –
Cocontraction du quadriceps et des ischio-jambiers



– Figure 2 –



– Figure 3 –

Le talon glisse sur le lit



– Figure 4 –



– Figure 5 –

pur, puis, à partir de J + 2-J + 3, nous essayons d'induire un travail activo-passif, ceci par la mise en place d'une pose de 10 secondes en extension de l'arthromoteur permettant d'effectuer un travail isométrique du quadriceps.

NB : si la mise en place de l'arthromoteur n'est pas tolérée par le patient, un travail avec sangle d'une heure peut le remplacer à J + 1 (fig. 3).

- Chaque séance se termine par un glaçage systématique.
- Nous recommandons au patient d'effectuer 10 mouvements de flexion/extension complète de la tibio-tarsienne toutes les heures, dans une optique de prévention des troubles thrombo-emboliques [16].

A J + 2

Nous reprenons les mêmes axes de travail qu'à J+1 et y ajoutons

un premier lever avec mise au fauteuil. Le travail du quadriceps est aussi induit en dynamique concentrique sur coussin placé au niveau du creux poplité, en course interne entre 20 et 0° (fig. 4 et 5).

- En fonction de ce qui est possible, nous cherchons à obtenir un transfert lit-fauteuil (fig. 6), et/ou la marche qui, à ce stade, s'effectue avec un déambulateur*.
- Il est nécessaire d'obtenir 50 à 70° de flexion à J + 2.

– Figure 6 –



* Déambulation avec ou sans attelle postérieure ?

Les habitudes du service sont de privilégier une déambulation sans attelle postérieure :
– si le geste chirurgical le permet (pas de transposition de TTA, ni de laxité frontale) ;
– si le verrouillage du quadriceps est acquis ou en phase d'acquisition.

Protocole de rééducation postopératoire immédiate après prothèse totale du genou



– Figure 7 –
Posture d'extension au fauteuil



– Figure 7 bis –
Posture d'extension + cryothérapie

A J + 3

Nous reprenons les mêmes axes de travail et, dans tous les cas de figure, la marche est débutée avec un déambulateur et parfois avec des cannes béquilles si le patient a déjà été éduqué en préopératoire.

- Nous mettons en place des postures d'extension, patient assis, genou tendu, hanche en flexion, pied sur le tabouret, la posture s'effectuant par le poids du membre inférieur (fig. 7 et 7 bis).
- L'objectif est d'obtenir à J + 3 entre 60 et 70, voire 75° de flexion.

A J + 4 et J + 5

Le même programme est poursuivi, et de plus, nous induisons un travail au fauteuil permettant d'obtenir 70 à 75° de flexion à ce stade (fig. 8). Nous commençons un travail en chaîne fermée avec charge partielle, sujet assis sur le bord du lit ou au fauteuil, avec flexion-extension en actif du genou, les deux pieds posés au sol "geste de cirer le parquet".

La marche se réalise avec des cannes béquilles, le déambulateur n'étant plus utilisé.

A J + 6 et J + 7

Les exercices précédents sont repris avec un objectif de 75 à 80° de flexion. Nous abordons parallèlement le travail d'autonomie dans les escaliers. Les kinésithérapeutes remettent alors au patient un tryptique intitulé "Vous venez d'être opéré d'une PTG. Voici, quelques conseils...", concernant la prophylaxie.

Ce document suscite une discussion entre le patient et le kinésithérapeute (cf. page 23).

A J + 8, J + 9 et J + 10

Nous reprenons les mêmes éléments avec un objectif de 90° de flexion et un travail en charge avec cocontraction ischio-jambiers-quadriceps : sujet debout en appui bipodal, mains sur la barre du lit, et triple flexion de 0 à 30° (fig. 9 et 9 bis).

- Quand la flexion atteint 90 à 95°, nous arrêtons l'utilisation de l'arthromoteur.
- Nous complétons les exercices en charge : transfert d'appui genou tendu, élévation sur la pointe des pieds, travail du pas postérieur.
- Le travail proprioceptif est débuté : sujet assis, pied en appui, genou à 70° de flexion, par des stabilisations rythmiques.
- La sortie du service a lieu au mieux à J + 10, le plus souvent autour de J + 14-J + 15, vers un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. A ce moment est effectué un bilan kinésithérapique de sortie dont un exemplaire est laissé dans le dossier d'hospitalisation ; un double est remis au patient, ou au centre de rééducation fonctionnelle.

Avant d'être inséré dans le dossier, les informations sont saisies sur un logiciel gestionnaire de bases de données, File Maker Pro (lequel présente l'avantage d'être multiplateforme, les bases générées étant exportables en Intranet ou sur le Web).

Ci-après, tableau récapitulatif des progrès de la flexion du



– Figure 8 –

genou : cette progression modulée en fonction de la tolérance du patient (douleur) s'effectuera de 10 en 10° de J + 1 à J + 3, puis de 5 en 5°.

Consignes particulières dans le cadre de la polyarthrite rhumatoïde

Les implants prothétiques mis en place sont de façon systématique des prothèses postéro-stabilisées (type Wallaby 2). De ce fait, les limites de mobilité tolérées par la prothèse sont 0-120°.

Si la flexion progresse "trop" rapidement (par exemple > 70° à J + 1 ou > 100° à J + 3), il convient de mettre en place une attelle postérieure pour éviter toute flexion en dehors des séances de rééducation.

Dans ce cadre, pas d'utilisation, à priori, de l'arthromoteur. De même, si la flexion progresse rapidement, pas de travail "à la sangle".

Que faire en cas de difficulté de contractilité quadricipitale ?

Nous proposons, en chaîne ouverte, patient en décubitus dorsal, genou en extension :

- 25 contractions flash isométriques en symétrique des quadriceps [17] ;
- 10 contractions isométriques, maintenues 6 secondes. Les ischio-jambiers (rôle de coaptateur du genou lorsque celui-ci est en extension) facilitent ici la contractilité musculaire par débordement d'énergie ;
- nous demandons au patient de répéter ces deux exercices toutes les heures.

En chaîne fermée au fauteuil : le travail actif de la flexion vers l'extension du genou contre légère résistance au niveau de l'extrémité supérieure du tibia.

Que faire en cas d'attitude permanente de flexion du genou B à 10° ?

Nous proposons :

- la mise en place d'une attelle postérieure lors des phases de repos (assis et la nuit).
- dès le deuxième jour, il est demandé impérativement au patient d'effectuer des postures d'extension d'une durée de 30 minutes (cf. fig. 7 et 7 bis) après chaque repas ;
- nous effectuons, en fonction des hypo-extensibilités et/ou contractions du triceps sural et/ou des

ischio-jambiers, des étirements à type de tenu-relâché.

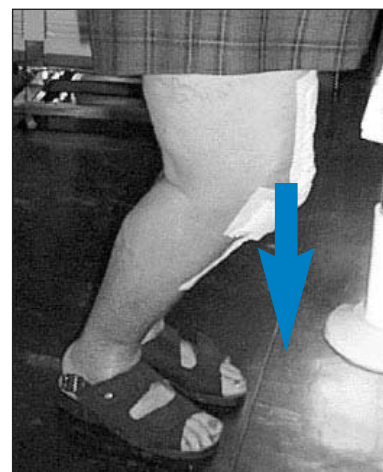
Que faire en cas de difficulté de flexion du genou ?

Nous proposons :

- pour le patient, si nécessaire de revoir le traitement antalgique avec l'ensemble de l'équipe ;
- en chaîne ouverte :
 - en position de flexion maximale, celle-ci maintenue par le patient et le kinésithérapeute, nous demandons 10 flexions dorsales de la tibio-tarsienne, talon posé sur le lit, provoquant un glissement du tibia sous le fémur permettant d'augmenter la flexion du genou de 5 à 10° (fig. 10 et 10 bis) [18] ;
 - dans ce nouveau secteur, nous fléchissons le genou 10 fois de suite puis nous effectuons un "débattement" articulaire dans l'ensemble du mouvement de l'extension vers la flexion ;
 - nous intensifions le travail avec sangle (l'exercice expliqué précédemment peut être utilisé) soit 30 minutes avant arthromoteur par série de 20 mouvements, soit deux fois par jour pendant 30 minutes ;



– Figure 9 –



– Figure 9 bis –

J1	J2	J3	J4-J5	J6-J7	J8-J9-J10
50°	50/70°	60/70°	70/75°	75/80°	80/85/90°

Protocole de rééducation postopératoire immédiate après prothèse totale du genou



– Figure 10 –



– Figure 10 bis –

- mise en place sur avis chirurgical de l'arthromoteur deux fois par jour.
- en chaîne fermée :
 - au fauteuil, l'exercice décrit au lit peut être réalisé (fig. 10 et 10 bis) ;
 - dès le huitième jour : peut être débuté debout le travail en cocontraction quadriceps/ischio-jambiers lors du mouvement de triple flexion, sans ou avec un guidage manuel (en alternance : creux poplité/face antérieure du genou). Ce travail en appui bipodal stimule et facilite la kinesthésie de la flexion.

Revue de littérature

La rééducation des prothèses totales du genou repose encore, pour une part non négligeable, sur des bases empiriques. L'utilisation de la mobilisation passive continue (MPC) sur arthromoteur constitue un des éléments du protocole en postopératoire immédiat, dont les bases scientifiques restent floues.

Nous avons donc effectué une recherche Medline en utilisant les mots clés "Total Knee Arthroplasty" et "Continuous Passive Motion", en éliminant les références antérieures à 1991.

L'analyse de la littérature de ces dix dernières années permet de dégager un certain nombre d'éléments concernant l'intérêt de cette procédure en phase postopératoire immédiate.

En premier lieu, la mobilisation passive continue diminue pour certains auteurs la consommation totale d'antalgiques, qu'ils soient administrés par voie per os ou par voie sous-cutanée [1, 3].

Pour d'autres auteurs, au contraire, la mobilisation passive continue augmenterait cette consommation d'antalgiques [7].

L'association de la mobilisation passive continue et du froid appliqué de façon continue (CCP) permet la diminution de la consommation d'antalgiques per os [1]. Par contre, l'association du TENS à la mobilisation passive continue ne modifie pas la

consommation d'antalgiques, quelle que soit la voie d'administration de ces derniers [1].

Pour certains auteurs, la mobilisation passive continue (MPC) diminue le volume liquidien donné par les drains en postopératoire [2] et l'augmente pour d'autres [7].

La MPC diminue l'œdème et permet une récupération de la mobilité en flexion plus rapide, mais sans qu'une différence significative apparaisse sur ce dernier point à la sortie du service et à un an ou plus de recul [4, 9, 2, 14].

La MPC n'influence pas le score fonctionnel du genou opéré à un recul de deux semaines [5].

Pour certains auteurs, la MPC entraîne une diminution de la durée moyenne de séjour en service de chirurgie [3], mais d'autres auteurs retrouvent un résultat inverse [14].

La MPC utilisée à la sortie du service de chirurgie (à domicile) versus une rééducation effectuée par un praticien, entraîne une minimalisation des coûts de cette séquence de la prise en charge d'environ 50 % sur une période de deux semaines [6].

D'autres auteurs retrouvent des résultats assez similaires en soulignant que la MPC permet de diminuer la nécessité d'une prise en charge rééducative avec un praticien pour la récupération de la flexion et n'entraîne pas d'augmentation des coûts [8].

La MPC présente un intérêt plus important après prothèse totale du genou bilatérale en un temps qu'après une séquence unilatérale [10]. Pour certains auteurs,

après chirurgie prothétique unilatérale, il n'y a pas de bénéfice à l'utilisation de la MPC pendant la phase d'hospitalisation [11].

Un travail récent [12] précise les indications de la MPC en post-opératoire immédiat après prothèse du genou en soulignant qu'elles sont liées à ses effets sur :

- la diminution de l'œdème ;
- la diminution de l'hémarthrose ;
- le maintien de la compliance ; des tissus périarticulaires.

Un autre travail récent effectué au travers d'une approche bibliographique [15] tente de préciser les modalités pratiques de la MPC, sans qu'un protocole univoque puisse être dégagé.

Il est donc bien difficile de trancher, en regard de la littérature, le débat rééducation avec MPC et sans MPC, en phase postopératoire immédiate après prothèse totale du genou. Toutefois, il semble possible de conclure que cette technique permet une récupération plus rapide de la mobilité en flexion pendant la phase d'hospitalisation, étant entendu que cette différence n'est plus significative à la sortie du service de chirurgie, quel que soit le délai de révision.

Il paraît donc évident, qu'une évaluation rigoureuse de la mobilisation passive continue est indispensable dans ce cadre pathologique, afin de déterminer, si possible, les modalités pratiques optimales de sa mise en œuvre.

Suivant notre expérience, nous considérons que le réglage de la flexion de l'arthromoteur doit correspondre aux amplitudes trouvées lors de la rééducation manuelle, pour que la MPC soit tolérée voire non douloureuse pour le patient.

Pour des raisons pratiques et de contraintes temporelles nous mettons en œuvre la MPC pour une durée de 60 minutes une fois par jour. Si nous considérons utile d'augmenter l'amplitude de la flexion sous MPC, en regard de nos habitudes de travail, ceci ne doit intervenir en moyenne qu'après 30 minutes de mobilisation sous arthromoteur.

Conclusion

Comme dans toute prise en charge kinésithérapique, la collaboration et la confiance établie entre le patient et le kinésithérapeute permettent d'atteindre les objectifs fixés en commun à J + 1.

Idéalement, il nous semble important que le patient bénéficie de façon systématique d'une séance de rééducation préopératoire, au cours de laquelle sont exposés les protocoles de rééducation et d'antalgie et sont réalisés les apprentissages du verrouillage actif du quadriceps, du mouvement de flexion du genou, du béquillage. Tout ceci faciliterait les premières séances de rééducation qui sont les plus douloureuses.

La rééducation que nous pratiquons selon le protocole exposé ci-dessus s'inscrit dans une démarche globale de rééducation de J + 1 au retour à domicile. La précocité de la prise en charge rééducative associée au relais pris par nos confrères de CRRF et/ou libéraux constitue un des éléments fondamentaux pour atteindre les deux objectifs de cette procédure chirurgicale, que sont l'indolence et l'amélioration des capacités fonctionnelles du patient.■

BIBLIOGRAPHIE

1. WALKER R.H., MORRIS B.A., ANGULO D.L., SCHNEIDER J., COLWELL Jr. Postoperative use of continuous passive motion, transcutaneous electrical nerve stimulation, and continuous cooling pad following total knee arthroplasty. *J. Arthroplasty* 1991;6(2):151-6.
2. AUBRIOT J.H., GUINCESTRE J.Y., GRANDBASTIEN B. Value of continuous passive motion in the early rehabilitation of total knee arthroplasty. Prospective study apropos of 120 medical records. *Rev. Chir. Orthop. Réparatrice. App. Mot.* 1993;79(7):586-90.
3. COLWELL C.W., MORRIS B.A. The influence of continuous passive motion on the results of total knee arthroplasty. *Clin. Orthop.* 1992;(276):225-8.
4. MONTGOMERY F., ELIASSON M. Continuous passive motion compared to active physical therapy after knee arthroplasty : similar hospitalization times in a randomized study of 68 patients. *Acta Orthop. Scand.* 1996;67(1):7-9.
5. SOSIN P., DUTKA J., STABACH M. A comparison of kinesitherapy with and without continuous passive motion (CPM) after the entire allograft surgery of the knee. *Chir. Narzadow Ruchu Ortop. Pol.* 2000;65(1):47-53.
6. WORLAND R.L., ARREDONDO J., ANGLES F., LOPEZ-JIMENEZ F., JESSUP D.E. Home continuous passive motion machine versus professional physical therapy following total knee replacement. *J. Arthroplasty* 1998;13(7):784-7.
7. POPE R.O., CORCORAN S., MCCAUL K., HOWIE D.W. Continuous passive motion after primary total knee arthroplasty. Does it offer any benefits ? *J. Bone Joint Surg. Br.* 1997;79(6):914-7.
8. VERVERELI P.A., SUTTON D.C., HEARN S.L., BOOTH R.E. Jr, HOZACK W.J., ROTHMAN R.R. Continuous passive motion after total knee arthroplasty. Analysis of cost and benefits. *Clin. Orthop.* 1995;(321):208-15.
9. YASHAR A.A., VENN-WATSON E., WELSH T., COLWELL C.W. Jr, LOTKE P. Continuous passive motion with accelerated flexion after total knee arthroplasty. *Clin. Orthop.* 1997;345:38-43.
10. NADLER S.F., MALANGA G.A., ZIMMERMAN J.R. Continuous passive motion in the rehabilitation setting. A retrospective study. *Am. J. Phys. Med. Rehab.* 1993;72(3):162-5.
11. CHEN B., ZIMMERMAN J.R., SOULEN L., DELISA J.A., Continuous passive motion after total knee arthroplasty : a prospective study. *Am. J. Phys. Med. Rehab.* 2000;79(5):421-6.
12. O'DRISCOLL S.W., GIORI N.J. Continuous passive motion (CPM) : theory and principles of clinical application. *J. Rehab. Res. Dev.* 2000;37(2):179-88.
13. NAVARRO COLLADO M.J., PEIRO S., TRENOR GOMIS C., RUIZ JANERO L., PEREZ IGUALADA A., GUEROLA SOLER N. Factors related to functional outcomes and quality of life after knee arthroplasty. *Med. Clin. (Barc)* 2000;26;114(7):250-4.
14. KUMAR P.J., Mc PHERSON E.J., DORR L.D., WAN Z., BALDWIN K. Rehabilitation after total knee arthroplasty : a comparison of 2 rehabilitation techniques. *Clin. Orthop.* 1996;331:93-101.
15. CROCE M., PETITDANT B. Comment mettre en œuvre la mobilisation passive continue du genou après arthroplastie ? *Ann. Kinésithér.* 2001;128;n°2:49-56.
16. GERARD Y. Complications thrombo-emboliques en orthopédie et traumatologie. *Conférences d'enseignement n°46:207-18.* Expansion Scientifique Française, 1994.
17. RACHET O., QUELARD B., CHAMBAT P., DUBERNARD F. Rééducation après plastie du croisé postérieur. *Ann. Kinésithér.* 1995;122;n°7:323-32.
18. PIERRON G., LEROUX P., DESMARAIS J.-J. Exemple de piégeages articulaires et musculaires du genou. *Ann. Kinésithér.* 1992;119:219-23.

Indexation Internet :
Genou – Orthèses-Prothèses
Rééducation

Bilan kinésithérapique de sortie
et tryptique pages 22 et 23

Bilan kinésithérapique de sortie du service après prothèse totale du genou

N° de dossier : _____

NOM DU MK AYANT REALISE LE BILAN : _____ TELEPHONE : 01 49 95

DATE DE REALISATION DU BILAN : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ AGE : _____

NOM DU CHIRURGIEN : ☐ Sedel ☐ Nizard ☐ Bizot ☐ Autre DATE DE L'INTERVENTION : _____

VOIE D'ABORD : ☐ VOIE PARA-PATELLAIRE INTERNE

☐ VOIE PARA-PATELLAIRE EXTERNE

☐ Autre

COTE OPERE : ☐ DROIT ☐ GAUCHE

TYPE DE PROTHESE : ☐ PTG

☐ WALLABY 1

☐ WALLABY 3

☐ Autre

☐ PUC

☐ WALLABY 2

☐ TRI-CC

☐ OXFORD

☐ Autre

ASSISTANCE INFORMATIQUE A LA CHIRURGIE : ☐ OUI ☐ NON

MODALITES DE SORTIE DU SERVICE : ☐ CRRF ☐ DOMICILE + AUTOREEDUCATION

☐ DOMICILE + KINESITHERAPIE AMBULATOIRE ☐ DOMICILE SANS REEDUCATION

AUTONOMIE TOTALE SI RETOUR A DOMICILE : ☐ OUI ☐ NON

PATHOLOGIES ASSOCIEES : ☐ OUI ☐ NON ☐ SI OUI :

.....
.....
.....

1. DOULEUR :

SPONTANEE COTATION A J + 1

PENDANT LA REEDUCATION COTATION A J + 1

SPONTANEE COTATION A LA SORTIE

PENDANT LA REEDUCATION COTATION A LA SORTIE

LOCALISATION : ☐ FACE INTERNE DU GENOU

QUAND ? : ☐ DIURNE

☐ CONTINUE

☐ GLOBALE

☐ NOCTURNE

☐ SPONTANEE

☐ Autre

☐ INTERMITTENTE ☐ PROVOQUEE

2. CONTRACTILITE MUSCULAIRE : ☐ QUADRICEPS ☐ ISCHIO-JAMBIER

3. MOBILITE : PASSIVE

- EXTENSION

..... DEGRES

- FLEXION

..... DEGRES

ACTIVE

- EXTENSION

..... DEGRES

- FLEXION

..... DEGRES

4. STABILITE DU GENOU EN EXTENSION : EN INTERNE : ☐ OUI ☐ NON ☐ NR

EN EXTERNE : ☐ OUI ☐ NON ☐ NR

5. MOBILITE DE LA ROTULE : TRANSVERSALEMENT : ☐ OUI ☐ NON ☐ NR / DE HAUT EN BAS : ☐ OUI ☐ NON ☐ NR

REMARQUES

.....
.....
.....

6. CIRCONFERENCE DU GENOU (BASE DE LA ROTULE) :

COTE SAIN CENTIMETRES / COTE OPERE CENTIMETRES

7. PERIMETRE DE CUISSE (15 CM AU-DESSUS DE LA BASE DE LA ROTULE) :

COTE SAIN CENTIMETRES / COTE OPERE CENTIMETRES

8. MARCHE :

CANNES ANGLAISES ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

APPUIS ☐ COMPLET ☐ PARTIEL ☐ SANS

ATELLE POSTERIEURE ☐ OUI ☐ NON

AUTONOMIE DANS LES ESCALIERS ☐ OUI ☐ NON

PERIMETRE DE MARCHE (en mètres)

9. REMARQUES :

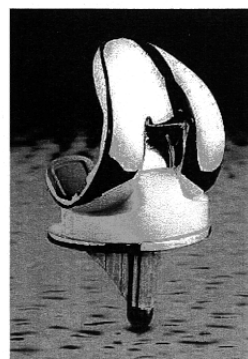
.....
.....
.....

Vous venez de retrouver une nouvelle liberté et une plus grande autonomie, mais !...

EVITEZ

LE SURMENAGE ARTICULAIRE :
marche forcée,
pédalage, port de
charges lourdes,
prise de poids...

Les positions
prolongées à GENOUX
FLECHIS : jardinage,
ménage...



Vous venez d'être opéré d'une
**Prothèse Totale de
Genou,**
voici quelques conseils...

Fiche conçue et réalisée par les
kinésithérapeutes.

Les activités à
**RISQUE DE
CHUTE :**
vélo,
bricolage...



**LES
TORSIONS**
sur le genou
opéré : danses,
demi-tours....



Pour éviter tout incident !

Pendant 3 mois

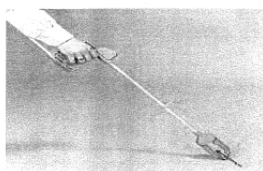
Durant les repas, placez le genou
en flexion.

Après chaque repas, placez le
genou tendu et surélevé (30
minutes).



EN CAS DE DIFFICULTE, vous
pouvez utiliser des aides techniques

- surélévateur de W.C,
- tabourets hauts,
- chausse-pieds à long manche,
- enfile-bas, lacets élastiques,
- tables roulantes,
- ramasse-objets...



SURVEILLEZ TOUTE INFECTION:

- dentaire,
- urinaire,
- cutanée,
- ORL,
- broncho-pulmonaire.

Ne **FORCEZ** jamais en
flexion au-delà de
l'amplitude limite (120°).

En cas de problèmes,
prévenez d'urgence,
le service de chirurgie
d'Orthopédie et de
Traumatologie, au
01.49.95.91.47



Respectez les consignes données pendant
TOUTE la durée prescrite:

- marche avec cannes,
- bas ou bande de contention,
- pas de conduite automobile durant 1 mois,
- pas de port de charge lourde,
- pensez à utiliser les accoudoirs pour passer
de la position assise à la position debout.

– Tryptique –

Le bilan (page 22) cité en référence dans ce travail est réalisé à la sortie du patient du service et ceci dans une triple optique :

- mettre à disposition des praticiens prenant en charge la suite de la rééducation, les principaux éléments permettant de déterminer les objectifs restant à atteindre ;
- constituer une base de données informatisée des patients pris en charge en postopératoire immédiat (dans un but de travail prospectif) ;
- répondre aux sollicitations des patients quant à la nécessité de transmettre des infos objectives aux divers praticiens de ville.