

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

**PROPOSITION DE LIVRET
D' INFORMATION
POUR LES PATIENTS
PORTEURS D' UNE
PROTHESE TOTALE DE GENOU**

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Fausto LANZEROTI**
étudiant en 3^{ème} année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-kinésithérapeute
2004-2005.

SOMMAIRE

RESUME	Page
1. INTRODUCTION	1
2. L'ARTICULATION DU GENOU SAIN	1
2.1. Particularité anatomique	1
2.2. La stabilité du genou	2
2.2.1. La stabilité latérale du genou	2
2.2.2. La stabilité du genou dans le sens antéro-postérieur.....	2
2.2.3. La stabilité du genou en rotation.....	3
3. LES PROTHESES DE GENOU	3
3.1. Les différents types	3
3.2. Leur mode de fixation	4
3.3. Pourquoi une prothèse totale de genou ?	4
3.4. Les complications des prothèses de genou	5
3.5. Objectifs de la rééducation après mise en place d'une PTG	5
4. LE LIVRET D'INFORMATION DESTINE AUX PATIENTS	6
4.1. Pourquoi un livret ?	6
4.2. Présentation du livret	6
4.3. Objectifs du livret	7
4.4. Organisation du livret	7
4.5. Justification des exercices d'auto-rééducation	9
5. PLACE DU LIVRET DANS LA DEMARCHE EDUCATIVE	12
5.1. Les règles du livret	12

5.2. La démarche éducative	13
5.2.1. Le diagnostic éducatif	14
5.2.2. Le contrat d'éducation.....	15
5.2.3. La mise en oeuvre du programme éducatif	16
5.2.3.1.Les principes à respecter.....	16
5.2.3.2.Conditions pour réaliser l'éducation	17
5.2.3.3.Les supports éducatifs	17
5.2.3.4.Le suivi éducatif.....	18
6. DISCUSSION.....	19
7. CONCLUSION	21

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

1. INTRODUCTION

En France, plus de 50 000 prothèses totales de genou (PTG) sont posées chaque année, les patients se posent beaucoup de questions, et beaucoup se sont déjà informés sur Internet quant à l'intervention, à la rééducation. Les patients sont donc demandeurs d'informations, d'éducation, ils sont donc **motivés à être éduqués**, puisque **concernés directement par une PTG**. Il faut donc saisir cette chance, avant que de mauvaises habitudes ne s'installent.

Profitons de cette réceptivité du patient, et enseignons-lui tout de suite les exercices d'auto-rééducation, pour qu'il participe à sa prise en charge, et les bonnes règles d'hygiène de vie pour qu'il vive bien avec sa prothèse.

2. L'ARTICULATION DU GENOU SAIN (14)

2.1. Particularité anatomique

Le genou est une articulation qui travaille dans des conditions mécaniques paradoxales, car il doit allier **stabilité** et **mobilité**, avec des surfaces articulaires peu concordantes.

Sur le plan mécanique, le genou est constitué de **2 compartiments** : le compartiment **fémoro-tibial**, et le compartiment **fémoro-patellaire**, le tout dans une seule capsule. La conséquence de ceci est que lors de l'usure mécanique d'un seul compartiment, ou une situation inflammatoire ou infectieuse, tout le genou est impliqué.

2.2. La stabilité du genou

2.2.1. La stabilité latérale du genou

- **En extension complète**, elle est assurée par les **coques condyliennes**, et les **ligaments latéraux**.
- **En flexion**, elle est surtout assurée par des **facteurs actifs** : les muscles ischios-jambiers, et le quadriceps, car les éléments passifs sont détendus.

2.2.2. La stabilité du genou dans le sens antéro-postérieur

- **En extension complète**, elle est surtout assurée par les **coques condyliennes**, par les muscles **ischios-jambiers**, et les muscles de **la patte d'oie** (sartorius, gracile et semi-tendineux) ; les muscles gastrocnémiens n'étant efficaces que si le pied est fixe et mis en flexion dorsale.
- **En flexion de genou**, elle est assurée par le muscle **quadriceps**.

2.2.3. La stabilité du genou en rotation

- La **fin d'extension** amène en rotation externe le tibia sous le fémur, détend les ligaments croisés, et met en tension les ligaments latéraux, ce qui engendre une **stabilité passive**.
- **Lors de la flexion**, le système ligamentaire se détend, et ce sont surtout les **facteurs actifs**, ischios-jambiers, muscles de la patte d'oie, quadriceps et tenseur du fascia lata, qui maintiennent la stabilité en rotation.

3. LES PROTHESES DE GENOU (2, 3, 5, 7, 11, 20, 22, 23)

3.1. Les différents types

Il existe différents types de prothèses de genou, nous les citerons, et expliquerons brièvement les grandes lignes de chacune.

- **Les prothèses unicompartmentales (PUC)**, qui sont les moins contraintes, et remplacent uniquement le compartiment fémoro-tibial « usé ».
- **Les prothèses totales de genou (PTG)**, (nous les classerons en 3 groupes) :
 - *Les « contraintes »* : ce sont les prothèses de genou à axe de rotation, indiquées lorsque la stabilisation passive du genou est absente.

- *Les « semi-contraintes »* : ce sont des prothèses à glissement, posées lorsque au moins les ligaments latéraux sont conservés. Elles sont postéro-stabilisées lorsque le ligament croisé postérieur (LCP) est supprimé, ou à dessin très congruant lorsque le LCP est conservé, et le ligament croisé antérieur (LCA) sacrifié.
- *Les « non-contraintes »* : ce sont aussi des prothèses à glissement, mais celles-ci respectent le pivot central, et le dessin de la prothèse minimise les contraintes.

3.2. Leur mode de fixation (3, 23)

Elles sont soit fixées **avec du ciment** (polyméthacrylate de méthyle), soit **sans ciment**, dans ce cas la prothèse est recouverte d'hydroxy-apatite de calcium servant de matrice à la colonisation osseuse.

3.3. Pourquoi une prothèse totale de genou ? (3, 20, 23)

La cause la plus fréquente de la mise en place d'une prothèse de genou est la **gonarthrose**, suivi des **atteintes inflammatoires chroniques** (polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme psoriasique), **tumeurs osseuses**, **accidents traumatiques**, **malformations congénitales**.... Sa mise en place concerne en majorité les personnes âgées de plus de 70 ans, et de sexe féminin.

Il y a 2 raisons principales qui amènent le patient à consulter :

- La douleur
- La diminution du périmètre de marche (lié à la douleur) qui entraîne une diminution de l'autonomie du patient.

3.4. Les complications des prothèses de genou

Nous citons uniquement les complications pouvant être réduites grâce à une bonne hygiène de vie, décrite dans le livret :

- Les complications thromboemboliques
- Le descellement et l'usure
- L'infection

3.5. Objectifs de la rééducation après mise en place d'une PTG

Les principaux objectifs de la rééducation sont :

- La prévention des troubles thromboemboliques, et du décubitus
- Un verrouillage actif du genou
- La récupération des amplitudes articulaires (entre 90 et 120° de flexion, et 0° d'extension)
- L'autonomie du patient

Le plan du livret a été réalisé sur la base de ces objectifs généraux, pour une PTG sans complications.

4. LE LIVRET D'INFORMATION DESTINE AUX PATIENTS : (annexe I)

4.1. Pourquoi un livret ?

Lors du stage à la Clinique de Traumatologie et d'Orthopédie de Nancy, nous avons pris en charge des patients porteurs d'une prothèse totale de genou et d'autres porteurs d'une prothèse totale de hanche. Pour les patients concernés par la prothèse de hanche, il existait une documentation, sous forme de livret, édité par la CTO, et délivrant les conseils d'hygiène de vie qui leur était systématiquement distribuée. Par contre, les patients porteurs d'une prothèse de genou, ne bénéficiaient que d'un simple feuillet informatif, qui ne répondait pas à leur soif d'informations. L'idée nous est donc venue de pallier à ce manque.

4.2. Présentation du livret

Il s'intitule « Bien vivre avec votre prothèse de genou ». Il s'adresse à tous les patients porteurs d'une prothèse totale de genou à glissement qui ne présente pas de complications.

Par ce livret, nous avons souhaité répondre aux questions qui reviennent le plus souvent chez les patients, nous sommes partis du principe que le patient ne connaissait rien de sa maladie, et avons simplifié le vocabulaire, pour qu'il puisse s'adapter à tous.

4.3. Objectifs du livret

L'objectif premier de ce livret, est d'**informer** le patient sur la prothèse de genou, sa mise en place, la rééducation qui l'accompagne, et les consignes d'hygiène de vie qu'il devra respecter tout au long de sa vie.

Bien sûr ce n'est qu'une information écrite, qu'il faut **intégrer dans une démarche éducative**, afin de rendre le patient acteur de sa rééducation. L'idéal, serait que le patient, à sa sortie de l'hôpital maîtrise les conseils d'hygiène de vie et l'auto-rééducation, et soit confiant quant aux activités qu'il peut encore pratiquer après l'intervention.

4.4. Organisation du livret

Le début du livret a pour but de donner au patient une idée simple de l'anatomie du membre inférieur, expliquant le rôle des muscles, et l'importance de leur renforcement.

Ensuite nous traitons succinctement l'arthrose, qui est la cause principale des douleurs amenant le patient à consulter pour la mise en place d'une PTG.

Puis, nous décrivons schématiquement l'opération chirurgicale (car trop de détails pourraient rendre anxieux le patient), en insistant sur le fait qu'uniquement le cartilage atteint est réséqué par le chirurgien, afin de rassurer les patients, dont beaucoup ont encore en tête les prothèses à charnières des années 70, et leurs désagréments.

Pour la suite du livret, nous suivons un plan général de la rééducation des PTG, et décrivons quelques exercices simples d'auto-rééducation lorsque le patient est alité, puis dans la progression, des exercices assis, et la marche avec les cannes anglaises.

Puis suivent quelques conseils d'hygiène de vie, et les différentes activités que peuvent encore pratiquer les patients malgré leur prothèse.

Nous avons volontairement évité de mettre des délais précis, et avons préféré parler de période «avec les cannes anglaises», et «sans les cannes anglaises», et ne pas donner d'indication sur la durée du séjour à l'hôpital, car ils sont propres à l'évolution de chaque patient. Ceci pour diminuer l'anxiété du patient qui pourrait voir son séjour rallongé, ou de l'autre dont le séjour est raccourci, qui pourrait penser qu'on le néglige, car son hospitalisation a été inférieure à celle décrite dans le livret.

Pour ne pas rendre indigeste l'information, et pour faciliter la compréhension du texte, nous avons accompagné les informations écrites par des illustrations.

4.5. Justification des exercices d'auto-rééducation (2, 3, 5, 10, 11, 20, 22, 23)

Pour la partie « après l'intervention chirurgicale », le patient est acteur de sa prise en charge, et doit être autonome dans la réalisation des exercices.

Les exercices d'auto-rééducation proposés ciblent les principaux objectifs de la kinésithérapie pendant les premiers jours postopératoires pour les exercices au lit, et lorsque le patient est à la maison pour les exercices effectués assis.

Pour la prévention des troubles thromboemboliques et du décubitus, nous proposons des mouvements de cheville, le port de bas de contentions et la mise en déclive des membres inférieurs.

Nous enseignons au patient la bonne position du membre inférieur opéré au repos, car la douleur postopératoire lui fait rechercher des positions antalgiques pour son genou, et on le retrouve fréquemment avec un coussin sous le genou, ou en rotation externe de hanche, afin de mettre le genou en légère flexion. Cette position est certes antalgique, mais elle est à proscrire car favorisant l'entretien du flexum.

Le renforcement musculaire, par des exercices simples, cible les groupes musculaires les plus importants pour la stabilité du genou dans le plan antéro-postérieur, ces exercices ont pour but final le verrouillage actif du genou.

Le travail de la flexion du genou permet un entretien actif de la récupération des amplitudes articulaires obtenues avec le MK. La flexion est importante dans la vie quotidienne, il faut par exemple 65° de flexion lors de la marche, 110° de flexion du genou pour se relever d'une chaise, et pour la descente d'escaliers sans compensations (22).

La réalisation d'exercices de posture permet de lutter contre le flexum résiduel du genou, qui cause des boiteries lorsqu'il persiste.

La lutte contre la douleur, l'inflammation et l'algodystrophie est permise grâce à la cryothérapie pluriquotidienne.

Bien sûr, pour que tous ces exercices soient efficaces, ils doivent être réalisés correctement, c'est pourquoi ils devront être intégrés dans une **boucle de régulation** : le MK, par des termes appropriés, explique d'abord l'exercice au patient, celui-ci l'effectue sous l'œil du MK qui l'informe en retour s'il l'a bien réalisé, ou s'il l'a réalisé avec des compensations : par exemple, pour la contraction du quadriceps, le patient peut faire l'exercice avec les seuls ischios-jambiers, sans contracter le quadriceps, d'où l'importance de la palpation du genou par le MK, pour sentir la contraction du quadriceps.

On peut donc trouver 2 avantages à la boucle de régulation :

Le premier, encourageant pour le patient, s'effectue sur plusieurs séances, et permet de lui montrer les progrès effectués dans la réalisation de l'exercice, par l'exécution plus rapide de celui-ci (flexion du genou, contraction du quadriceps bien assimilée, vitesse de marche

avec les cannes anglaises améliorée, amélioration de la force musculaire, de la mobilité du genou...).

Le deuxième, informe le patient de ses erreurs et compensations, dues à une mauvaise compréhension de l'exercice, ou tout simplement, le patient voulant bien faire devant le MK, utilise toutes les ressources demandées pour effectuer un exercice encore difficile pour lui, dans ce cas, il faudra persévérer dans les explications, et l'aider au moins au début pour l'exercice, et tout cela, sans le faire culpabiliser, ni lui faire porter sur les épaules l'échec de l'exercice, car ceci aurait pour risque de l'inhiber dans son apprentissage (10).

Il est expliqué dans le livret, de commencer les exercices dès le lendemain de l'intervention ; bien sûr il faut l'avis du chirurgien, mais en général, « plus la rééducation sera précoce, meilleures seront la prévention des complications et la réussite finale » (2).

Dans le chapitre sur l'autonomie du patient, nous expliquons la marche à 3 temps avec les cannes anglaises (23). Cette marche n'est pas physiologique car elle ne permet pas d'entretenir la giration automatique en dissociation des ceintures, mais elle a l'avantage d'être plus facile d'apprentissage, et soulage plus le membre inférieur opéré, c'est pourquoi elle sera enseignée en premier, puis lorsqu'elle est bien maîtrisée, on peut envisager l'enseignement de la marche à 4 temps plus physiologique.

Parmi les conseils donnés aux patients (7, 11, 23), nous contre-indiquons toutes les activités avec port de charge lourde, piétinements, à risque de choc et torsions, et la pratique intensive du sport, car :

- Ils entraînent des contraintes élevées au niveau des éléments prothétiques, ce qui en accélère l'usure.

- Ils augmentent le risque de descellement de la prothèse, car le poids, la pratique intensive de sport entraînent des chocs répétitifs, responsables de micro-mouvements qui se créent entre l'os et la prothèse du fait de l'existence d'une différence d'élasticité (l'élasticité de la prothèse étant 10 à 20 fois plus faible que l'os cortical (23)). Ainsi, lors des mises en charge, l'os subit des déformations et la prothèse reste rigide, « la jonction entre ces 2 éléments est donc en permanence soumise à des micro-mouvements qui empêchent une fixation parfaite »(23, p 333) d'où un risque de descellement.

Enfin, les dernières recommandations, visent surtout à prévenir le risque de sepsis tardif en mettant en garde le patient contre le risque d'infection de la prothèse, même des années plus tard, avec un germe d'une infection qui peut lui sembler banale.

5. PLACE DU LIVRET DANS LA DEMARCHE EDUCATIVE (8, 12, 21, 24)

5.1. Les règles du livret

Pendant la réalisation du livret, nous nous sommes efforcés de respecter des consignes de bases données dans la littérature sur l'éducation.

Nous avons limité l'écriture en lettres majuscules aux titres de chapitres car celles-ci ralentissent la vitesse de lecture. Pour cela, dans la suite du texte, les lettres minuscules ont été privilégiées.

L'écriture bleue sur fond blanc étant mieux mémorisée, nous l'avons utilisée dans tout le livret (24).

Un maximum d'images vient appuyer le texte, afin de ne pas surcharger les pages de texte, ce qui n'aurait laissé aucune trace dans la mémoire du patient, et dans ce cas le livret aurait plus été du gaspillage que de l'information. Pour ces images, nous avons eu recours à l'humour qui facilite la mémorisation des informations « ...car la mémoire émotionnelle est souvent durable et solide » (8, p 58). Nous avons préféré réaliser les images nous-mêmes, car les images de logiciels informatiques souvent très connues n'auraient pas eu l'impact souhaité sur le patient.

Le vocabulaire est le moins technique possible, afin que le livret soit accessible au plus grand nombre.

5.2. La démarche éducative

D'après la littérature, elle est composée de 4 étapes :

- Le diagnostic éducatif
- Le contrat d'éducation
- La mise en œuvre du programme éducatif
- L'évaluation des compétences

5.2.1. Le diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif permet de faire le point sur les connaissances que le patient a sur la PTG, sur les causes de sa mise en place, et doit permettre de répondre aux besoins du patient.

Il est réalisé en entretien individuel, et il ne peut se contenter d'une seule rencontre avec le patient, afin que puisse s'installer entre le patient et le soignant un climat de confiance.

Pour cela, le MK est un contact privilégié pour le patient, du fait de la durée des séances et de leur répétitivité, la confiance entre le MK et le patient s'établit.

Le diagnostic éducatif devra être réévalué à chaque rencontre, afin de voir la progression du patient autant sur le plan cognitif (domaine des connaissances théoriques

apportées par le livret), que sur le plan sensori-moteur (qui touche la mise en situation pratique des exercices kinésithérapiques, et des conseils d'hygiène de vie).

Ainsi, le diagnostic éducatif permettra au thérapeute de définir les objectifs à atteindre avec le patient à la fin d'une séance d'éducation.

5.2.2. Le contrat d'éducation

Il s'agit de définir avec le patient les objectifs à atteindre. Ils devront s'adapter au patient, et ne seront pas confondus avec les objectifs du MK.

Exemple adapté à la PTG :

- Objectif adapté au patient porteur de la PTG : être capable de réaliser les contractions statiques du quadriceps.
- Objectif du MK : convaincre le patient de réaliser au minimum 10 contractions du quadriceps toutes les heures (7), ici c'est un objectif de soin qui s'adresse au MK.

Selon D'IVERNOIS J.F, et GAGNAYRE R. (8) « les objectifs pédagogiques comprennent toujours un verbe d'action et un contenu précisant sur quoi porte l'action. L'objectif doit, en effet, pouvoir être observable et mesurable afin de vérifier si le patient est capable de le réaliser. ». Ici le verbe d'action est « réaliser », et « contractions statiques du quadriceps » est le contenu précisant sur quoi porte l'action, c'est-à-dire l'objectif, qui est tout

à fait observable et palpable par le MK, il peut ainsi compter le nombre de contractions, et apprécier l'intensité de la contraction par la palpation.

5.2.3. La mise en oeuvre du programme éducatif

5.2.3.1. Les principes à respecter

- Afin que le patient puisse atteindre les objectifs fixés, il faut mettre en œuvre un véritable programme d'éducation, avec une équipe soignante pluridisciplinaire, qui se sera **accordée sur les connaissances à transmettre au patient**, pour assurer une cohérence du discours de chaque soignant envers le patient, et non un soignant contredisant l'autre, ce qui casserait toute crédibilité de l'équipe.
- Pour que le patient puisse atteindre tous les objectifs fixés, il est important de **classer les objectifs par ordre croissant de difficultés**, et de les distiller progressivement au patient, sinon trop d'informations va brouiller l'information, et l'essentiel de la séance ne sera pas perçu par le patient.
- Le programme éducatif devra **faire partie intégrante des soins**, et non être une discipline à part, afin de ne pas surcharger le travail des soignants.
- L'éducation devra être **personnalisée**, c'est-à-dire adaptée à chaque personnalité, puisqu'elle découle du diagnostic éducatif.

- Enfin, il va falloir **évaluer** le patient, en début, en cours et en fin d'éducation, pour voir sa progression, tant sur les **gestes pratiques**, que sur les **connaissances théoriques**.

5.2.3.2. Conditions pour réaliser l'éducation

Pour réaliser correctement ce programme éducatif, il faut :

- **Planifier des séances éducatives** individuelles ou en groupe avec l'équipe soignante, pour que le patient se sente encadré par des horaires fixes, ce qui le motive aussi à y participer. Ces horaires prévus dans l'emploi du temps de l'équipe soignante, facilitent aussi l'intégration de l'éducation dans une continuité de soins.
- Que toute l'équipe soignante soit en accord sur les principes précédemment cités, et les respecte.

5.2.3.3. Les supports éducatifs

Différents supports peuvent être utilisés pour informer le patient, comme l'information orale, les médias, mais le livret a l'avantage d'être une **information écrite**, que le patient peut emporter chez lui, et ainsi consulter à tout moment en cas d'oubli d'une consigne, pour se faire des rappels. C'est pourquoi, le livret se doit d'être attrayant pour le patient, afin que celui-ci ait envie de le relire une fois rentré à son domicile, et ne le mette pas dans un coin !

Où est la place de notre livret dans ce programme d'éducation ?

Le livret vient donc s'intégrer en tant que **support éducatif** dans le programme d'éducation, **support de l'information orale** délivrée par l'éducateur, et viendra appuyer les arguments de l'éducateur tout au long de l'éducation.

De plus, si toute l'équipe soignante est en accord avec le livret, il favorisera la cohérence de l'équipe, qui pourra aussi se référer au livret si besoin.

Le livret peut aussi servir pour **l'auto-apprentissage** qui « dans certains cas, peut se substituer avantageusement au cours, ou constituer un complément et un approfondissement utiles » (8, p 99), car tous les objectifs à atteindre ne nécessitent pas forcément un éducateur : par exemple la théorie de la mise en place de la PTG, qui donne une image générale de l'intervention. Cet auto-apprentissage a comme finalité l'éducation de l'autonomie du patient.

5.2.3.4. Le suivi éducatif

Il est important pour **vérifier que le patient soit à jour dans ses connaissances**. Il est réalisé par l'équipe soignante qui reverra ponctuellement le patient, pour contrôler les points obscurs pour lui, s'inquiéter sur ses éventuels oublis et incompréhensions.

6. DISCUSSION

Actuellement, les pouvoirs publics nous encouragent fortement à aller dans la voie de l'éducation du patient, de son information (annexe II), afin de diminuer les dépenses de santé publique. Celle-ci est encouragée pour les maladies respiratoires, le diabète de type II, les maladies cardio-vasculaires, alors pourquoi ne pas l'adapter aux PTG ?

En effet, le manque d'information de ces patients peut les conduire vers un excès de précautions, d'où une diminution de l'activité physique, et une consultation exagérée à la moindre petite inquiétude, ce qui augmente les dépenses de santé.

Au contraire, le patient peut avoir une activité excessive, car n'ayant plus de douleur, il considère son genou comme « neuf », et va peut-être s'autoriser des activités qu'il n'aurait pas pratiquées avant l'intervention. Il va ainsi imprimer de fortes contraintes à la prothèse, augmentant sa vitesse d'usure et son risque de descellement, et de ce fait le risque d'hospitalisation et les dépenses de santé.

L'informer et bien lui faire comprendre qu'il n'est pas à l'abri d'une infection, même des années plus tard, sans pour autant le rendre anxieux (d'où l'importance d'adapter l'éducation à chaque personnalité), est primordial pour traiter cette infection à temps, et ainsi améliorer le confort de vie du patient et diminuer les dépenses inutiles de santé.

Le MK est tout à fait habilité à faire de l'éducation, l'article 13 du décret de compétences du MK (annexe III) stipule que « selon les secteurs d'activité où il exerce et les

besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation (...) »

De plus, le MK est bien placé pour l'éducation du patient, car la durée des séances et leur répétitivité, fait naître une confiance entre le MK et le patient. Il faut donc que le MK saisisse cette chance, car il a toutes les compétences biomécaniques et relationnelles requises pour celle-ci.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (A.N.A.E.S.) définit l'éducation thérapeutique de l'asthmatique comme « une démarche qui comprend des activités éducatives d'information et d'apprentissage, proposées et dispensées par des professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, infirmières, kinésithérapeutes ou pharmaciens » et l'adapte au cas du patient asthmatique, mais on n'y trouve pas de démarche générale de l'éducation pouvant s'adapter à chaque pathologie, ni un plan à suivre pour sa réalisation.

D'après (9, p 71) « l'éducation du patient a pour objectif **l'apprentissage de compétences et de comportements** de santé utiles pour améliorer l'autonomie, pour diminuer les dépendances ». Actuellement, la tendance est de **diminuer la démarche uniquement curative** dans les maladies de longue durée, et de **responsabiliser** de plus en plus le patient, en le rendant **acteur** de sa santé. La prothèse de genou peut-être considérée comme une maladie de longue durée, d'après le Larousse (19), la maladie est une « altération de la santé, des fonctions des êtres vivants... », car c'est un implant prothétique, qui fait suite à une altération du cartilage articulaire, et destiné à être gardé à vie si possible.

Cela nécessite donc de prendre quelques précautions d'hygiène de vie, afin d'améliorer sa longévité, de diminuer le risque de descellement, d'infection, et surtout de rendre meilleur le confort du patient.

7. CONCLUSION

Nous avons voulu faire ce livret dans une démarche d'amélioration de la compréhension du patient, qui lui permettrait de se familiariser avec le fonctionnement du genou, et de connaître les raisons pour lesquelles une prothèse peut être posée.

Il est important d'informer le patient, mais il faut aussi vérifier que cette information soit passée, et cela par un programme d'éducation adapté à chacun, car le livret seul n'est pas suffisant.

Par manque de temps, nous n'avons pu tester le livret avec un nombre suffisant de patients, pour vérifier l'acceptation des dessins, et voir comment est accueilli le livret dans le service. Il serait intéressant par la suite, d'élaborer un programme d'éducation, et de l'intégrer dans l'emploi du temps des soignants, afin que l'éducation soit valorisée et considérée comme un soin préventif pour éviter des complications éventuelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. **BERGER P., LHEUREUX M., N'GUYEN L., NOCENT C., RAHERISON C., TAYTARD A., VERNEJOUX J.M.** – L'asthme en questions. – 1^{ère} éd. – Paris : NHA Communication, 2002. – 52p. – C.H.U Hopitaux de Bordeaux.
2. **BISOT P., GUGLIELMACCI N., LEDIGARCHER O., MEZIANE H., NIZARD R., POINOT H., SELEME M., SULTAN-BATAVE A.L., PAUGAM M., TIBOURTINE O., ROUILLON O., SEDEL L.**- Protocole de rééducation postopératoire immédiate après prothèse totale du genou.- KS, septembre 2002, n° 425, p15-22.
3. **CHAMBAT P., NEYRET Ph., DESCHAMPS G., DEJOUR D., BONNIN M.,AIT SI SELMI T., PANISSET J.C.** – Le genou dégénératif.- 1^{ère} éd. – Montpellier : Sauramps médical, 2000. – 176p. – Collection actualités dans la rééducation.
4. **CHASSAING F., DELTOUR F.** – La gonarthrose : quand l'opérer ? – Rhumatologie pratique, 1998, n° 178, novembre, p. 13 – 16.
5. **DE NAYER F., PENDEVILLE E.**- L'arthroplastie par prothèse totale du genou : son histoire, sa rééducation.- Ann. Kinésithér., 1992, t. 19, n° 4, p 205 – 208.
6. **DIDIER A., ORMIERES J.J.**- Education thérapeutique du patient asthmatique. – 1^{ère} éd. – Paris : éditions médicales, 2003. – 48p. – guide pratique.
7. **ENCYCLOPEDIE PRATIQUE DE MASSO-KINESITHERAPIE.** – L'arthroplastie de genou. – KS, février 1999, n° 386, p 28-35.
8. **D'IVERNOIS J.F., GAGNAYRE R.** - Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique. – 1^{ère} éd. – Paris : Vigot, 1995.- 199p. – Collection éducation du patient.
9. **GATTO F.** – Apprendre à éduquer le patient. – adsp, 1999, n° 26, mars, p. 70-74.
10. **GATTO F., VIEL E.** – Pédagogie et éducation à la santé. – Annales de kinésithérapie, 2001, t. 28, n°1, février, p 11-19.
11. **GUINGAND O. et BRETON G.** - Rééducation et arthroplastie totale du genou.- Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), - Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, - 26-296-A-05, 2003,-16p.
12. **IGUENANE J. GAGNAYRE R.** – L'éducation thérapeutique du patient : le diagnostic éducatif. –Kinésithérapie, les cahiers n° 29-30, mai-juin 2004, p 58-64.
13. **INRS.** – Notions d'anatomie, de physiologie et de pathologie.- La ligne prévention.- ergonomie gestes et postures.
14. **KAPANDJI I.A.** – Physiologie articulaire : schémas commentés de mécanique humaine. – 5^{ème} éd. – Paris : Maloine, 2000.- 257p.

15. **Laboratoire AVENTIS.** – Vous allez bénéficier d'une prothèse totale de genou... - 14p.
16. **Laboratoire DEPUY.** – LCS : prothèse totale de genou : implanter avec la plus grande marge de sécurité. – 14p.
17. **Laboratoire HOWMEDICA.** – Interax : prothèse totale de genoux : technique chirurgicale. – Howmedica. – 23p.
18. **Laboratoire SCHERING – PLOUGH.** – Vivre avec votre nouveau genou. – 1^{ère} éd. – Levallois Perret : Schering – Plough, 1999. – 14p. – Prothèse.
19. **LE PETIT LAROUSSE (dictionnaire)** – 100^{ème} édition.- Paris : Larousse, 2004. – 1927p.
20. **PETITDANT B. et GOUILLY P.** – Rééducation en rhumatologie : pathologies dégénératives. – 1^{ère} éd. – Paris : Masson, 1992. – 144p. – Collection dossiers de kinésithérapie.
21. **REHEL N.**- L'éducation thérapeutique du patient, un critère de qualité.- Soins cadres, novembre 2004, n°52, p 66-69.
22. **SALLE J.Y.**- Prothèse de genoux- J.Réadapt.med., 2002, 22/3, p 58-77
23. **VIDAL J., SIMON L.** – Prothèses de hanche et de genou : actualités et perspectives. – 1^{ère} éd. – Paris : Masson, 1988. – 343p. – Collection de pathologie locomotrice n°15.
24. **VIEL E.** – Méthodologie de l'éducation du patient : comment répondre à une obligation faite aux professionnels de santé. – Ann. Kinésithér., mai 2001, t. 28, n°3, p 128-143.

Pour en savoir plus :

- www.anaes.fr
- Congrès : « Le médecin face aux indications chirurgicales et arthroscopiques au membre inférieur : quelle activité physique pour une prothèse de hanche ou de genou ? » du 13 mars 2004 à la Faculté Xavier Bichat – Paris.

ANNEXES

ANNEXE I

Livret pour les patients :

« BIEN VIVRE AVEC VOTRE PROTHESE DE GENOU »

(Ci-joint avec le mémoire)

ANNEXE II

Extrait de : « REHEL N.- L'éducation thérapeutique du patient, un critère de qualité.- Soins cadres, novembre 2004, n° 52 , p 67. »

LEGISLATION ET RECOMMANDATIONS

- **La loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991** donne pour mission aux établissements de santé publics ou privés de participer à des actions de santé publique, d'éducation pour la santé et de prévention. Le développement de l'éducation thérapeutique est un objectif prioritaire annoncé dans les programmes nationaux d'actions de prévention et de prise en charge des maladies chroniques : diabète, maladies cardiovasculaires, asthme. Elle doit constituer une priorité pour les services hospitaliers.

- **La loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé renforce le droit à l'information du patient, condition du consentement éclairé ; l'éducation thérapeutique y contribue.
 - Le chapitre VII sur la « politique de prévention » confirme l'évolution de la politique de santé vers une politique de prévention avec la création d'un institut national de prévention et d'éducation du patient. Cette loi constitue le premier texte législatif reconnaissant l'éducation thérapeutique comme élément à part entière de la politique de santé publique.

ANNEXE III

XIV. - DÉCRET n° 96 - 879 du 08-10-1996 RELATIF aux ACTES PROFESSIONNELS
et à l'EXERCICE de la PROFESSION de MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTE MODIFIÉ
PAR LE DÉCRET N° 2000 - 577 DU 27-06-2000

Art. 13. - Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement.

Ces actions concernent en particulier :

- a) La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes
- b) La contribution à la formation d'autres professionnels ;
- c) La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention;
- d) Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;
- e) La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive.

ANNEXE IV

Demande d'autorisation de réalisation du travail écrit sous forme de livret.

LANZEROTI Fausto
4 rue du maréchal Foch
57590 Delme
tel. : 03 87 01 39 36

Delme, le 15 novembre 2004

Monsieur Raymond Ceconello
IFMK de Nancy,

Objet : demande d'autorisation de réalisation du travail écrit sous forme de livret.

Monsieur,

Je me permets de vous demander l'autorisation d'effectuer mon travail écrit, en vue de l'obtention du diplôme d'état, sous la forme d'un livret d'information destiné aux patients porteur d'une prothèse de genou.

Mon référant est Monsieur Bernard Petitdant, et le titre de mon livret est « Bien vivre avec votre prothèse de genou ».

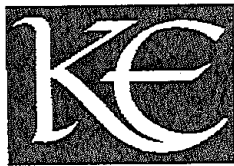
Dans l'attente de vous lire, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Fausto Lanzeroti



ANNEXE V

Réponse favorable de l'I.F.M.K. Nancy pour la réalisation du livret.



ECOLE
DE KINESITHERAPIE
ET D'ERGOTHERAPIE
DE NANCY

57 bis, rue de Nabécor - 54000 Nancy - Tél. 03 83 51 49 09 - Fax 03 83 51 83 38 - c.c.p. Nancy 1657-23 L
Accès direct secrétariat : Tél. 03 83 51 83 33

Monsieur LANZEROTI Fausto

Nancy, le 16/11/04

Monsieur,

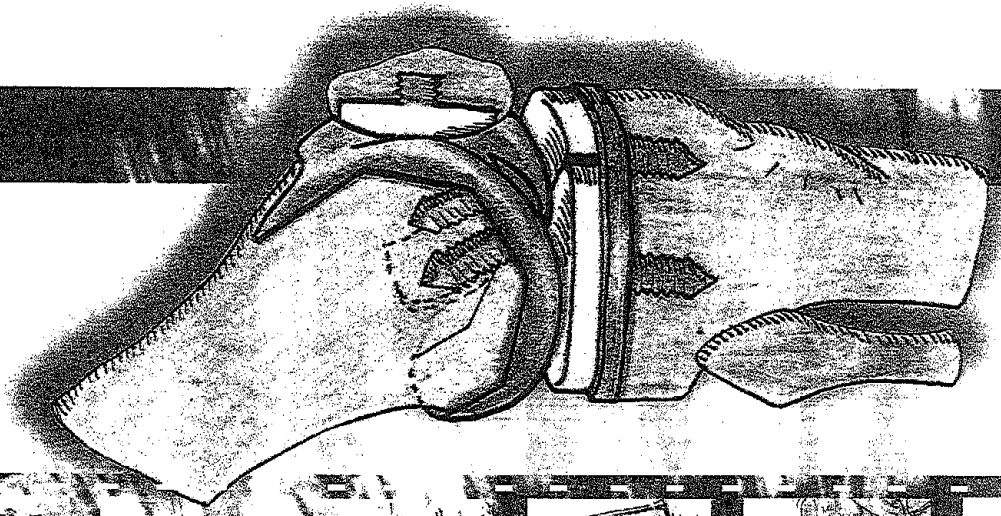
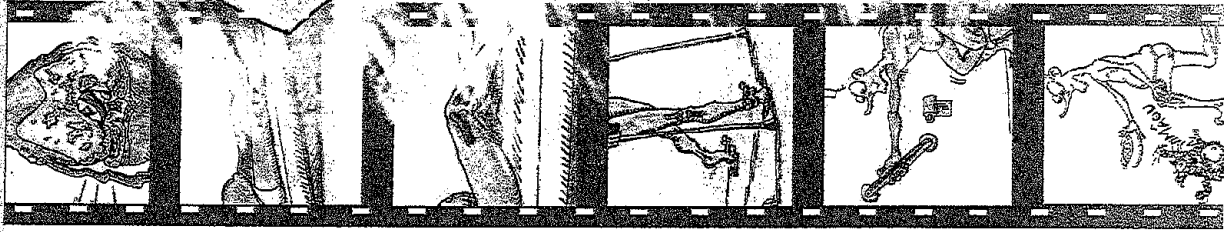
Suite à votre demande de sujet particulier concernant votre mémoire, je vous informe que j'émetts un avis favorable.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

R. CECCONELLO,
Directeur Technique.

INSTITUT LORRAIN DE FORMATION
EN MASSO-KINESITHERAPIE
57 bis, rue de Nabécor
54000 NANCY

**BIEN VIVRE AVEC VOTRE
PROTHESE DE GENOU**



SOMMAIRE

INTRODUCTION	p2
LE GENOU	p3
Les muscles de la jambe	p3
Pourquoi renforcer ces muscles ?	p4
Pathologies du genou	p5
LA PROTHESE DE GENOU	p6
Mise en place de la prothèse totale de genou	p6
Durée de vie de la prothèse	p6
AVANT L'INTERVENTION CHIRURGICALE	p7
Organiser votre domicile	p7
APRES L'INTERVENTION CHIRURGICALE	p8
Pour prévenir le risque de phlébite.....	p8
Pour muscler votre genou	p10
Pour diminuer la douleur et l'inflammation	p13
REPRENDRE VOTRE AUTONOMIE	p14
A la maison avec les cannes	p14
LA LIBERTE SANS LES CANNES	p20
Ménage / bricolage / toilette	p20
Et le sport ?	p21
LES MOUVEMENTS CONTRE-INDIQUES	p22
SURVEILLEZ VOTRE SANTE	p24
CONCLUSION	p25

Ce livret vous est proposé par Fausto Lanzerotti
étudiant en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie à l'école de
Nancy, en vue de l'obtention du diplôme d'état.

Il a été réalisé suite à un stage à la Clinique de
Traumatologie et d'Orthopédie de Nancy, en
septembre/octobre 2004.

C.S.M.K. référent : M. Bernard PETITDANT.

CONCLUSION

Actuellement la prothèse de genou a beaucoup évolué, elle donne de très bons résultats fonctionnels, et fait disparaître complètement la douleur dans la majorité des cas.

Elle améliore beaucoup la vie, en particulier lorsque la douleur limitait considérablement votre périmètre de marche et les amplitudes de votre genou. Malgré tout, elle reste un implant artificiel, qui, comme toute pièce mécanique est soumise à l'usure, alors ménégez-la.

Bon courage, vous ne tarderez pas à oublier votre prothèse, mais n'oubliez pas les quelques conseils de ce livret !

Etant donné la multitude de prothèses existantes, et de motifs différents qui conduisent à poser une prothèse de genou, les explications de ce livret restent générales.

INTRODUCTION

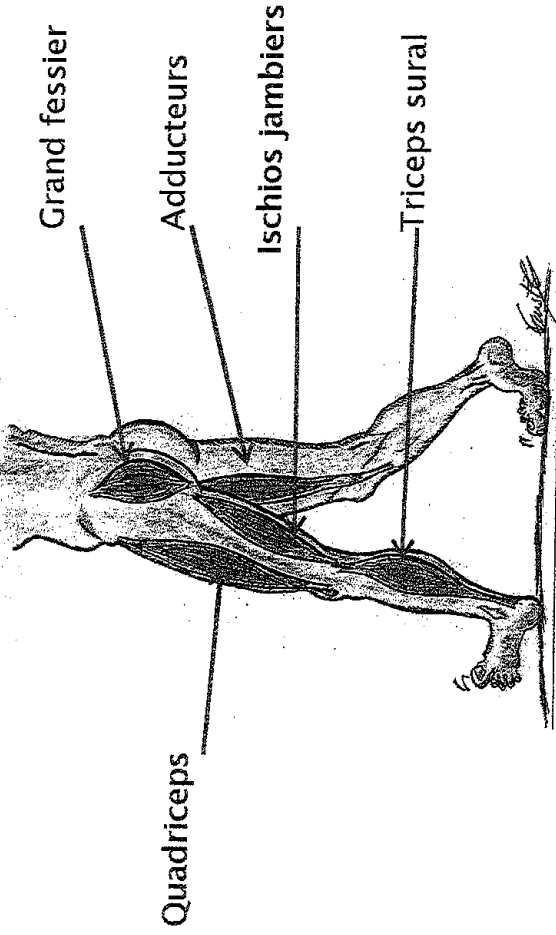
Ces dernières années, la prothèse de genou a beaucoup évolué, dans sa forme et les matériaux utilisés. Elle vous apporte mobilité, stabilité du genou, et supprime la douleur.

Contrairement à ce que beaucoup peuvent penser, l'opération n'enlève pas complètement l'articulation du genou, en la remplaçant par une charnière, mais consiste à enlever seulement le cartilage usé.

Actuellement en France, plus de 50 000 prothèses de genou sont posées chaque année. Dans la majorité des cas, la douleur articulaire disparaît, et d'excellents résultats fonctionnels sont obtenus en quelques mois.

Votre cas a nécessité la pose d'une prothèse de genou, vous vous posez des questions, ce livret est là pour vous aider à y répondre.

Les muscles de la jambe



- Le muscle quadriceps situé sur la face avant de votre cuisse vous permet de tendre la jambe.
- Les muscles ischios jambiers situés derrière la cuisse vous permettent de plier le genou.
- Les muscles adducteurs, situés à l'intérieur de vos cuisses vous permettent de serrer les jambes.
- Le muscle triceps sural, situé derrière votre jambe (c'est votre mollet !) vous permet de vous tenir sur la pointe des pieds.

- **F**aites couper vos ongles par un pédicure podologue pour éviter tout risque d'infection.
- **S**ignalez toute anomalie apparaissant sur votre genou (rougeur, chaleur, gonflement, douleur...).
- **S**urveillez et faites traiter toute infection, même anodine à vos yeux (dentaire, urinaire, pulmonaire, intestinale, gynécologique, ongle incarné, ...), même des années après l'intervention, car mal soignée elle risquerait de se propager à la prothèse.
- **N**e négligez pas les contrôles de votre prothèse proposés par votre chirurgien, même si vous pensez que tout est normal, et que vous n'avez aucune douleur.
- **M**ettez vos bas de contention lorsque vous faites de longs voyages assis (avion, bus...) afin de réduire le risque de phlébite.
- **S**i possible, utilisez des semelles amortissant les chocs pendant vos déplacements à pied, et les activités sportives, afin de diminuer les vibrations de la prothèse.
- **S**urveillez votre poids.

Pourquoi renforcer ces muscles ?

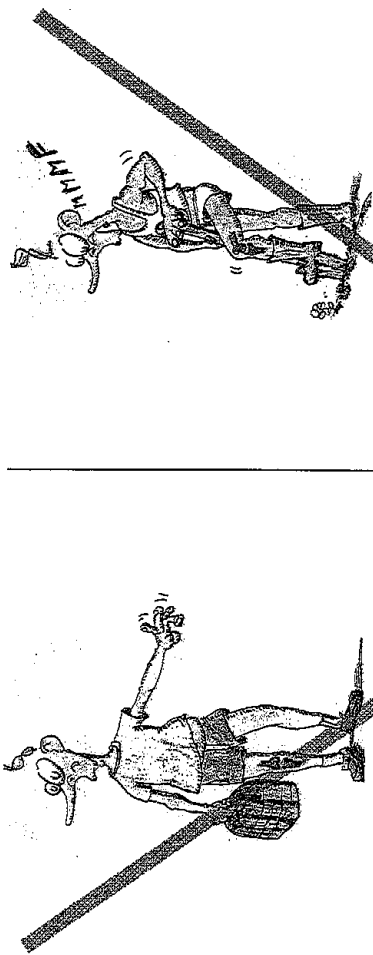
Tous ces muscles sont utiles à la stabilité du genou et à sa mobilité.

Leur réentraînement :

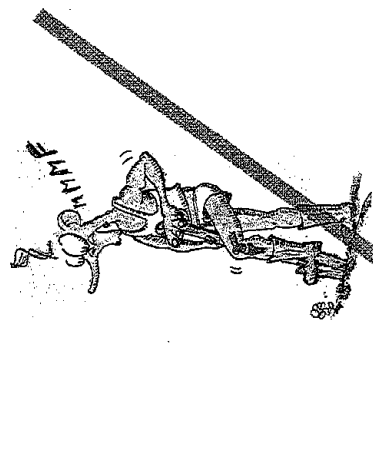
- Diminue les contraintes s'exerçant sur les ligaments du genou
- Diminue les risques de luxation de la prothèse
- Diminue les risques de descellement de la prothèse
- Améliore la durée de vie de la prothèse en équilibrant les forces s'exerçant sur celle-ci
- Améliore le contrôle de votre genou prothétique
- Vous permettra de remarcher

C'est pourquoi votre kinésithérapeute vous les fera travailler, et vous-même devrez vous prendre en main et travailler sérieusement chez vous les exercices expliqués par votre masseur kinésithérapeute.

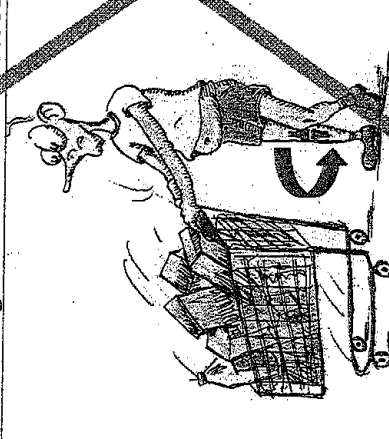
Votre assiduité, et votre implication à la rééducation, sont nécessaires pour obtenir de bons résultats fonctionnels et une durée de vie de votre prothèse la plus longue possible.



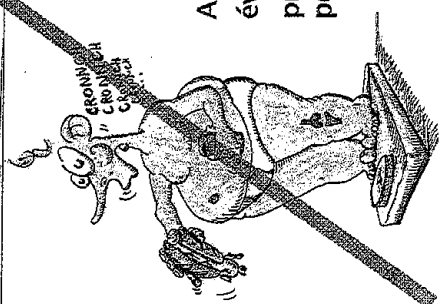
Il est déconseillé de porter des charges lourdes,... si vous devez le faire, portez-les du côté opéré.
Évitez ce genre de travail en force.



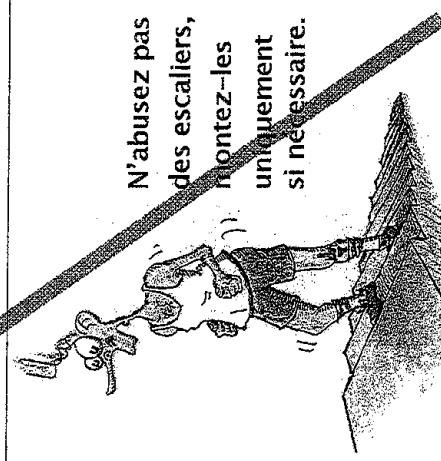
Évitez de bêcher du côté opéré, car ceci augmente les contraintes sur la prothèse.
Évitez ce genre de travail en force.



Attention à ne pas trop charger le chariot au supermarché, car lorsque vous tournez dans les rayons, il y a des risques de torsion sur vos genoux !



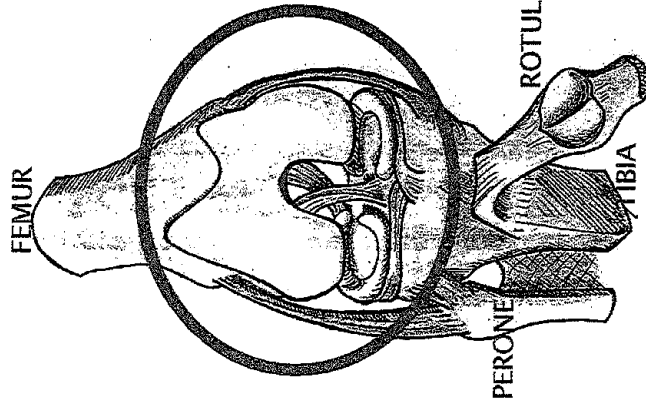
A long terme, évitez de prendre du poids !



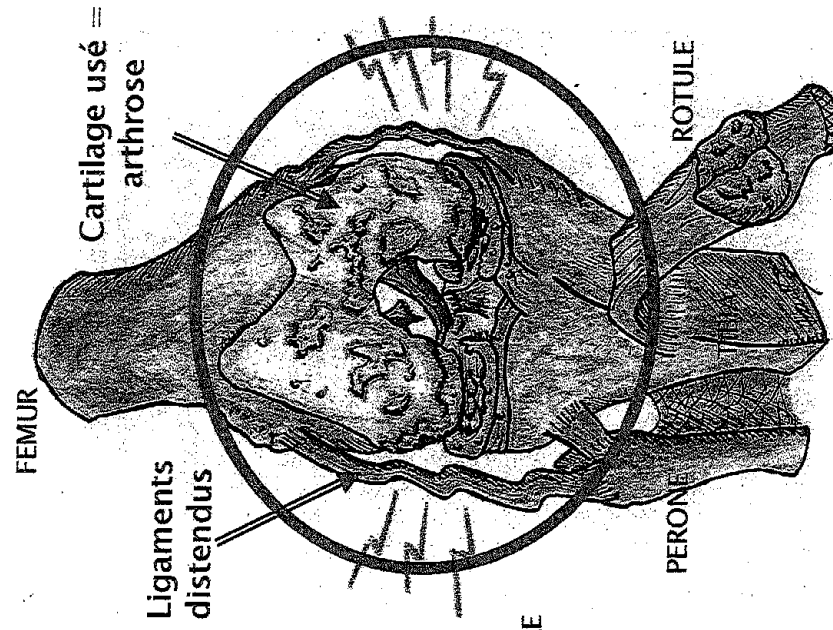
N'abusez pas des escaliers, montez-les uniquement si nécessaire.

Pathologies du genou

L'arthrose est l'usure du cartilage articulaire, c'est la première cause de pose de prothèse de genou.



Genou sain

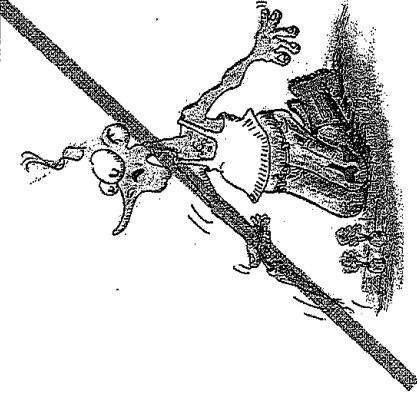
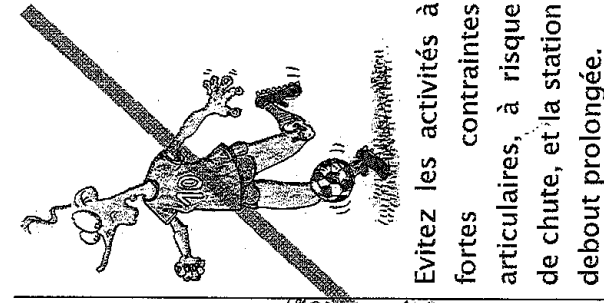
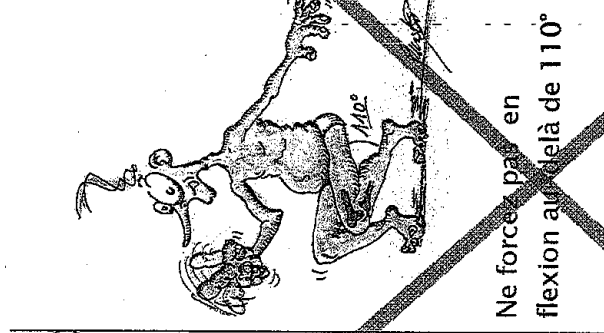
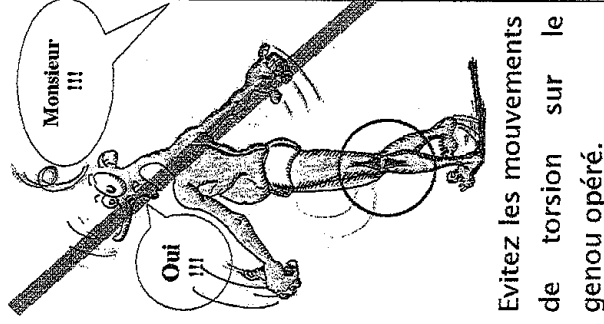


Genou arthrosique

Mais d'autres causes peuvent en dicter la pose, comme les malformations du genou, les accidents..., entraînant des douleurs, une gêne fonctionnelle importante...

LES MOUVEMENTS CONTRE-INDIQUES

Pour ne pas desceller la prothèse, la luxer, ni entraîner une usure prématurée de celle-ci, il est déconseillé :



Et le sport ?

Pratiquer une activité physique (ménage, jardinage, sport) au minimum 20 minutes 3 fois par semaine diminue le mauvais cholestérol, la tension artérielle, lutte contre l'obésité, les problèmes cardiaques, l'ostéoporose, la dépression, l'anxiété...

Si vous n'avez jamais pratiqué de sport, il est déconseillé de débiter une nouvelle activité sportive.

Par contre si vous pratiquez déjà un sport, demandez conseil à votre chirurgien, ou kinésithérapeute, qui vous informeront quant à la poursuite de ce sport.

La liste ci-dessous est indicative, dans tous les cas, évitez la pratique intensive de sport.

➤ Sports autorisés :

- Marche, natation, tir...

➤ Sports autorisés si expérience :

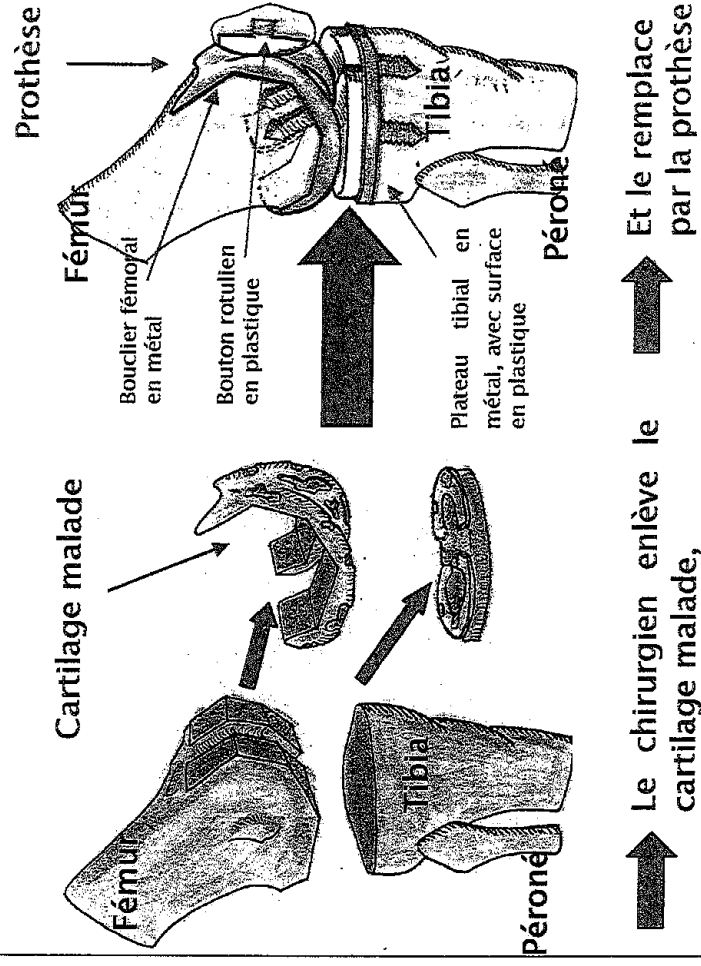
- Vélo, Ski de fond, patin à glace, randonnée, canoë, équitation...

➤ Sports non recommandés :

- Les sports à risque de choc, torsion du genou, port de charge lourde : jogging, football, haltérophilie...
- Pour la danse, demandez conseil à votre kinésithérapeute, car certaines danses sont autorisées (valse, marche..).

LA PROTHESE DE GENOU

Mise en place de la prothèse totale de genou



Durée de vie de la prothèse

Si les contraintes ne sont pas exagérées sur le genou, si aucune infection ne se déclare, et si vous respectez les consignes, votre prothèse peut durer entre 10 et 20 ans en moyenne.

Quelques astuces

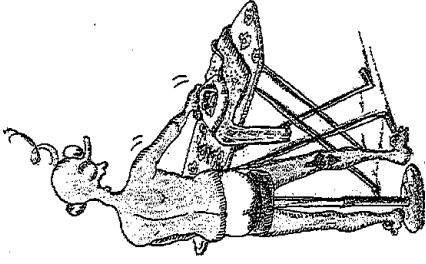
Afin de faciliter votre retour,

- **F**aites, ou faites faire des repas à l'avance, que vous pourrez congeler et réchauffer plus tard (pensez que vous aurez 2 cannes lors de vos déplacements).
- **D**éplacez la vaisselle que vous utilisez quotidiennement dans un endroit à votre hauteur, facilement accessible, car vous aurez des difficultés à vous pencher et à vous accroupir les 6 premières semaines qui suivent l'intervention.
- **E**nlevez les petits tapis, les fils électriques qui traînent, car vous risqueriez de tomber.
- **M**esurez la hauteur de votre lit, et communiquez la à votre masseur kinésithérapeute. Il vous dira s'il doit être surélevé ou pas, et si oui, vous donnera des astuces (rajouter un matelas fin, rajouter des cales sous les pieds du lit...)

Après avis du chirurgien, vous pourrez marcher sans cannes.

Ménage / bricolage / toilette

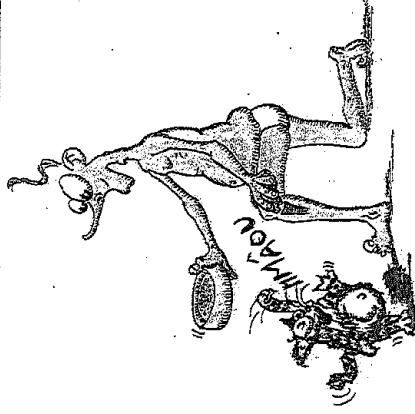
Si possible, évitez de travailler debout



Ne faites pas debout ce que vous pouvez faire assis !

- repassage
- vaisselle
- bricolage sur un établi
- toilette au lavabo
- rasage, douche,
- ...

Si vous devez vous baisser sans les cannes



Mettez un genou à terre, en prenant appui sur le côté non opéré.

Ou faites comme décrit précédemment.

A la maison avec les cannes

Les relations sexuelles

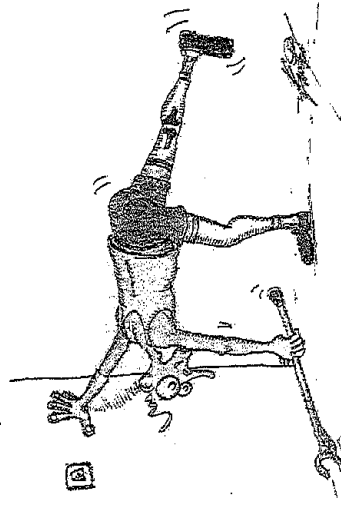
Tout est permis, en respectant « les mouvements contre-indiqués » de la p.22. N'hésitez pas à questionner votre kinésithérapeute.

Le ménage / bricolage

Après l'opération, tant que vous avez les cannes, il est déconseillé de passer l'aspirateur, jardiner, bricoler, ou de faire toute autre activité vous obligeant à lâcher vos cannes !

Si vous devez vous baisser avec les cannes

Mettez-vous sur la bonne jambe, et faites balancier, en prenant appui avec votre main sur quelque chose de bien stable (table, mur...)

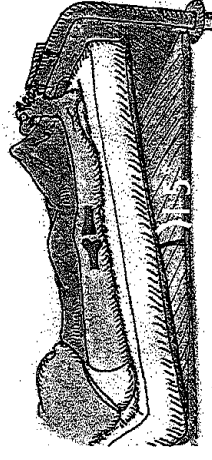


APRES L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Pour prévenir le risque de phlébite

Dormez avec la jambe légèrement surélevée

Durant l'hospitalisation, il est conseillé de dormir sur le dos, avec le lit en légère déclive (environ 15°).



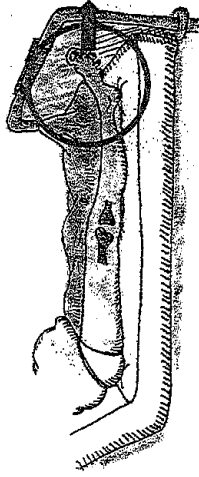
Ne mettez pas de coussin sous le genou opéré, et ne tournez pas le genou opéré vers l'extérieur ; cette position jambe tendue peut provoquer au début une douleur derrière le genou, mais celle-ci s'estompera progressivement au fur et à mesure que vous gagnerez en extension.

Ce mois est décisif pour la récupération de l'extension de votre genou, alors courage...

Ne vous levez surtout pas sans l'autorisation de votre masseur-kinésithérapeute, vous risqueriez de vous faire mal !

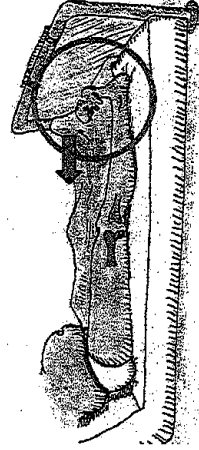
Pour prévenir le risque de phlébite

Un exercice



En gardant votre jambe tendue, tendez le pied.

Mouvement du pied



Puis relevez la pointe du pied.

Ce mouvement favorise le retour veineux, l'évacuation de l'hématome, et diminue le risque de phlébite.

Faites 10 mouvements du pied toutes les heures.

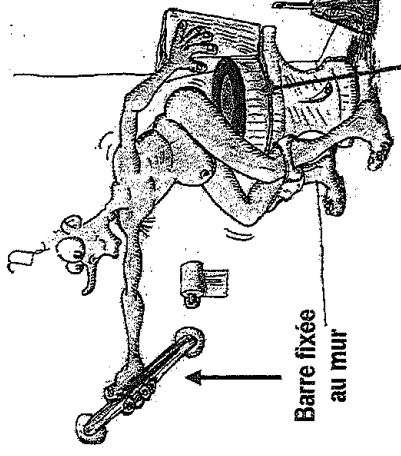
Mettez vos bas de contentions

Les bas de contentions permettent de diminuer le risque de phlébite.

A la maison avec les cannes

Aux toilettes

Utilisez un rehausse siège de WC, et/ou des barres fixées au mur pour vous aider à vous asseoir.



Barre fixée au mur

Rehausse siège de WC

Etudiez bien la position des barres avant leur installation, et ne les installez pas trop bas, ni trop près du WC, car pour se lever, il faut se pencher en avant.

La toilette

Dans la douche, ou devant le lavabo, asseyez-vous afin d'économiser votre prothèse.

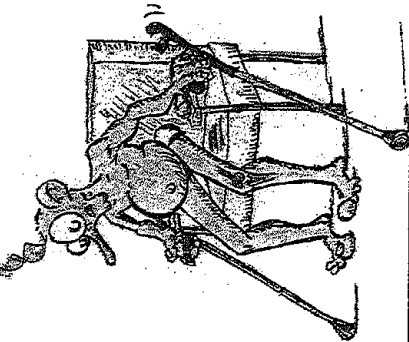
La conduite automobile

Ne conduisez pas tant que vous marchez avec les cannes, (c'est-à-dire les 2 premiers mois environ), sinon en cas d'accident vous ne seriez pas couvert par votre assurance.

Vous pouvez monter en voiture en tant que passager ; sur les longs trajets, profitez-en pour étendre votre jambe.

A la maison avec les cannes

S'asseoir avec les cannes



Il est préférable de s'asseoir dans un fauteuil qui n'est pas trop bas, avec de bons accoudoirs.

- Reculez jusqu'à ce que vos genoux touchent le fauteuil,
- Penchez-vous vers l'avant, attrapez les accoudoirs du fauteuil et asseyez-vous doucement

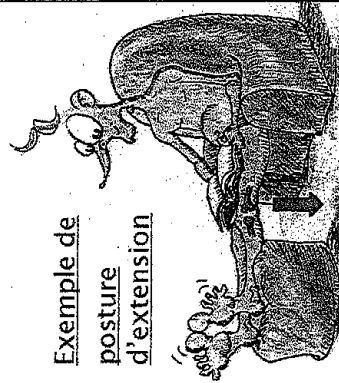
Dans votre fauteuil

Asseyez-vous comme d'habitude.

Lorsque vous sentez que votre jambe est lourde, ou gonflée, placez-la en déclive de 15° environ.

Pensez à mettre en posture d'extension votre genou environ 3 fois 5 minutes dans la journée.

Exemple de posture d'extension



Changez fréquemment de position dans la journée et bougez, ne restez pas toujours assis.

Pour muscler votre genou

Suite à l'intervention, et à l'alitement, vos muscles se sont affaiblis, car lorsque les muscles ne travaillent pas, ils perdent rapidement leur force, (c'est pourquoi vous sentez votre jambe lourde).

Pour récupérer cette force et marcher correctement, sans douleur, nous vous conseillons de faire ces exercices tous les jours, plusieurs fois par jour.

Quelques conseils pour les exercices :

Ces exercices vous seront enseignés dans les jours qui suivent l'intervention, continuez-les pendant toute la durée de prescription des cannes anglaises.

Ne bloquez pas votre respiration pendant les exercices, mais respirez pour diminuer le risque de crampe !

Pour que les exercices soient efficaces, il est conseillé de :

Maintenir la contraction 6 secondes, puis de relâchez vos muscles 6 secondes.

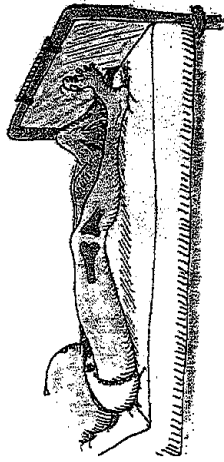
Faire 10 mouvements de chaque exercice toutes les heures.

Prenez le temps de vous reposer après chaque série.

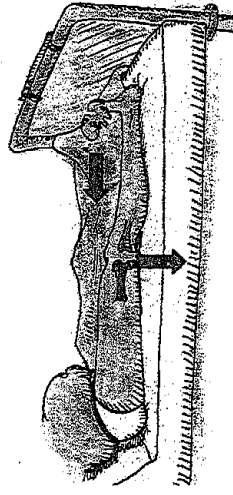
Pour muscler votre genou

Au lit, couché sur le dos :

Contractions du quadriceps



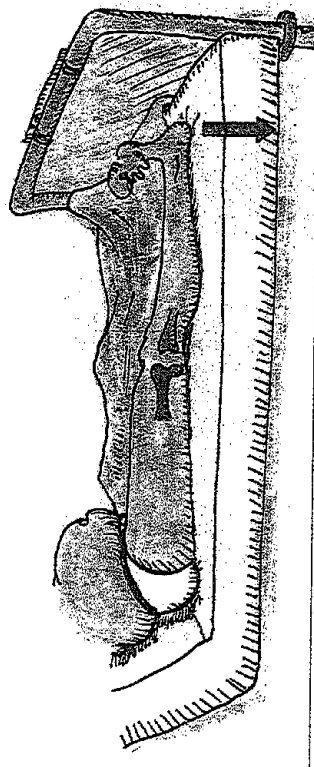
AVANT



APRES

Contractez votre cuisse, et pressez l'arrière de votre genou contre le lit, tout en ramenant le pied vers vous.

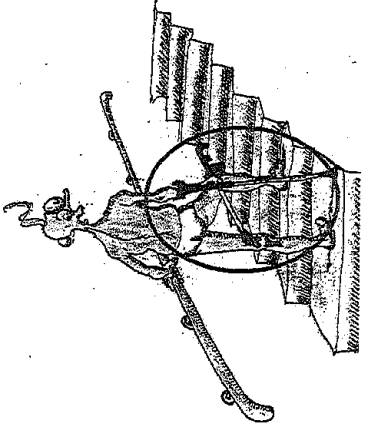
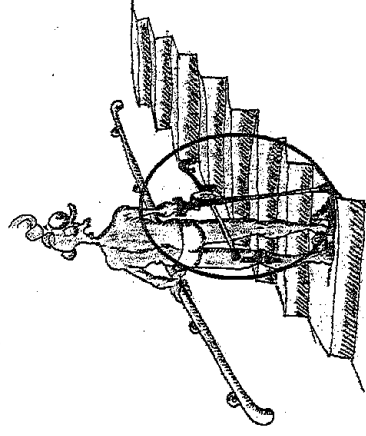
Travail des muscles ischio-jambiers



Appuyez l'arrière de votre talon vers le bas, tout en gardant la jambe tendue.

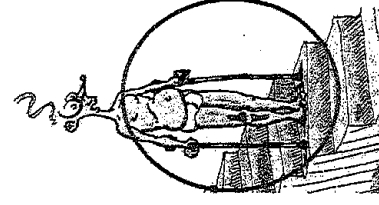
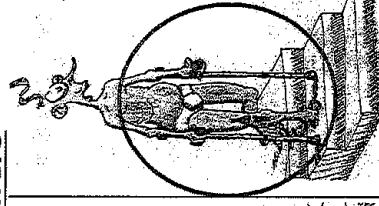
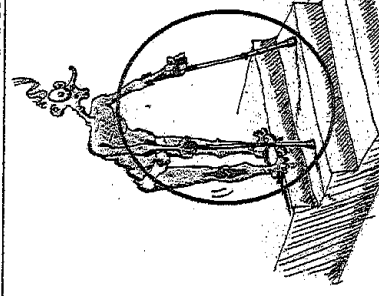
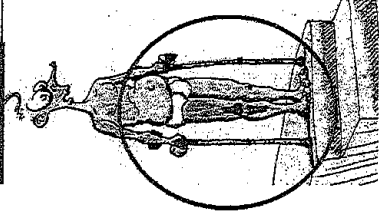
A la maison avec les cannes

Monter les escaliers avec la rampe



Même principe que précédemment, mais n'oubliez pas de prendre vos 2 cannes!

Descendre les escaliers

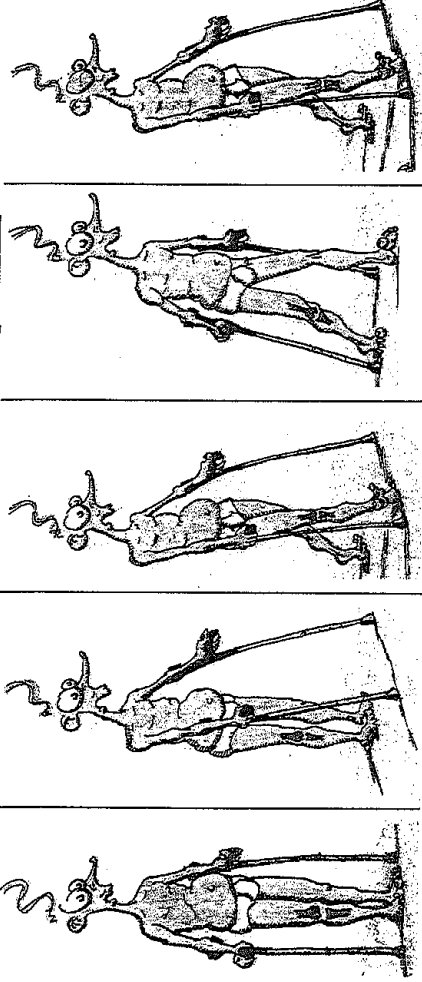


Pour descendre :

- Descendez les cannes en premier, puis la jambe opérée
- Descendez votre jambe saine en dernier.

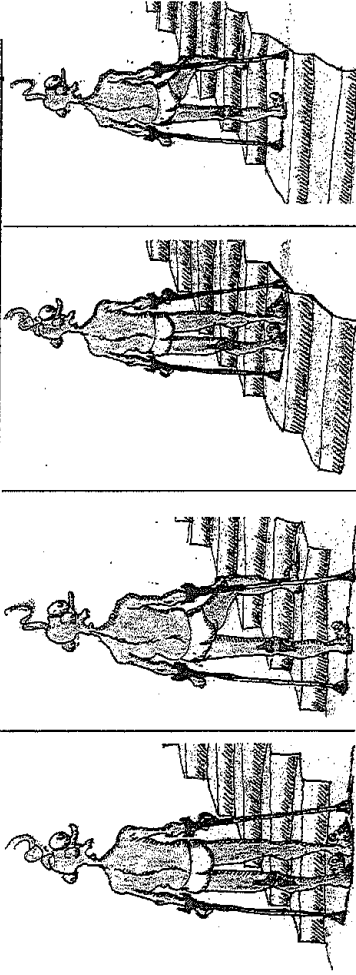
A la maison avec les cannes

Marcher avec les cannes anglaises



Avancez les cannes, puis la jambe opérée entre les cannes ; ramenez l'autre jambe devant l'opérée, et ainsi de suite...

Monter les escaliers sans l'aide de la rampe

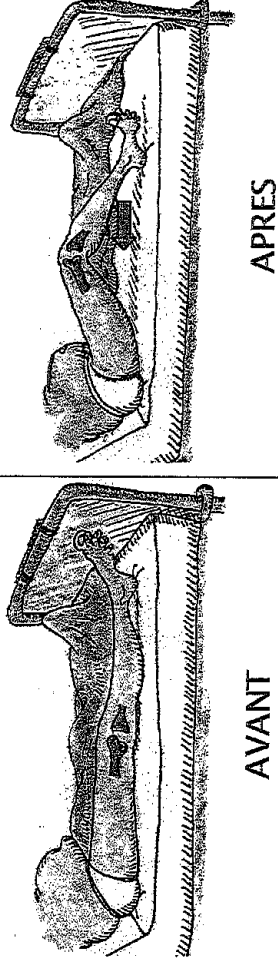


Pour monter sans la rampe:

- Montez votre jambe saine, puis la jambe opérée
- Montez les cannes en dernier.

Pour muscler votre genou

Pliez le genou

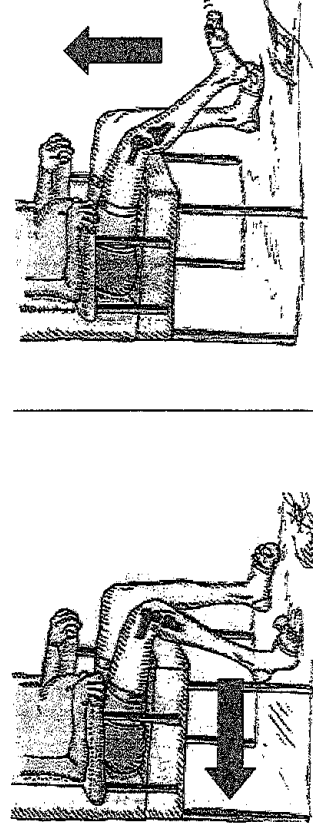


Pliez votre genou, en faisant glisser votre talon sur le matelas, allez le plus loin possible en respectant votre douleur.

Gardez la jambe pliée 6 secondes, puis tendez la jambe à nouveau, et maintenez-la au repos 6 secondes.

Répétez ce mouvement 10 fois de suite.

Ces mêmes exercices peuvent être fait assis dans votre fauteuil.



Pliez le genou

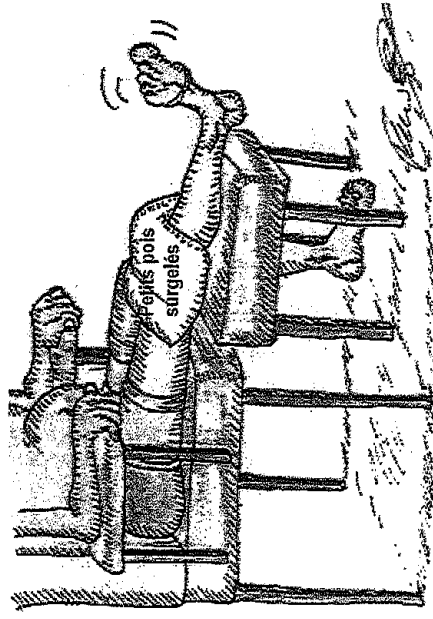
Tendez la jambe

Pour diminuer la douleur et l'inflammation

Glacez votre genou

Après les exercices glacez votre genou, et n'hésitez pas à le glacer encore plusieurs fois par jour, lorsque vous en ressentez le besoin.

A la maison, placez des glaçons dans un sac en plastique étanche, mettez le tout dans une serviette ou un gant de toilette humide, et posez-les sur votre genou.



Astuce : achetez un sac de petits pois surgelés ; à la sortie du congélateur, mettez-le dans une serviette humide, et posez-le sur votre genou !

Vous pouvez le réutiliser autant de fois que vous le désirez, mais ne mangez surtout pas les petits pois !

REPRENDRE VOTRE AUTONOMIE

A la maison avec les cannes

A la sortie de l'hôpital, vous serez autonome avec vos cannes.

N'oubliez pas de mettre vos bas de contention pendant toute la durée prescrite.

Pour ne pas risquer de tomber, utilisez vos cannes pendant toute la durée indiquée, même si vous pouvez appuyer franchement sur votre genou.

Avant de vous lever du lit

Pensez à mettre vos bas de contention afin d'éviter que la jambe ne « gonfle » lorsque vous êtes debout.

Les exercices

Continuez à faire les exercices que vous avez appris à l'hôpital, vous vous porterez de mieux en mieux.