Dr Jean-Philippe CAMILLERI
Chirurgie de la hanche et du genou
Ancien Assistant des Hôpitaux de Lyon
Chef de Clinique des Universités
Société Française de la Hanche et du Genou

ORTHOPARC

Clinique du Parc Lyon
155 boulevard de Stalingrad
69006 Lyon

Je vais avoir une prothèse unicompartimentale du genou

Prothèse unicompartimentale fémoro-tibiale (PUC)

Fiche d'information patient
Version : septembre 2026 - v5.3

Pourquoi une prothèse unicompartimentale ?

Une prothèse unicompartimentale peut être proposée lorsque l'usure du genou est principalement limitée à un seul compartiment fémoro-tibial et que les autres parties de l'articulation peuvent être conservées. L'indication dépend de la localisation des douleurs, de l'examen clinique, de l'imagerie, de la stabilité ligamentaire, de l'axe et de la mobilité du genou ainsi que de l'état des autres compartiments. L'objectif est de remplacer uniquement la partie articulaire atteinte en conservant autant que possible les structures saines du genou.

Alternatives thérapeutiques

La sélection du patient est essentielle. L'indication tient compte des symptômes, de leur localisation, de l'examen, de l'imagerie, de la stabilité et de l'état des autres compartiments. Les alternatives comprennent la poursuite du traitement non chirurgical, une ostéotomie dans certaines situations ou une PTG lorsque son indication est préférable.

Que peut-il se passer si je ne me fais pas opérer ?

Sans intervention, les symptômes peuvent rester stables ou s'aggraver et l'arthrose peut progresser dans le compartiment atteint ou, avec le temps, dans d'autres compartiments. Cette évolution est variable et ne peut pas être prédite individuellement.

En quoi consiste l'intervention ?

La prothèse partielle remplace uniquement les surfaces articulaires du compartiment atteint. Une incision antérieure du genou est réalisée. Malgré le bilan préopératoire, l'état réel des différents compartiments, des ligaments ou des structures articulaires peut conduire à constater pendant l'intervention qu'une prothèse unicompartimentale ne permettrait pas une reconstruction satisfaisante. Une conversion en prothèse totale du genou peut alors être nécessaire au cours de la même intervention.

Greffe osseuse autologue éventuelle

Lorsque la reconstruction le nécessite, une greffe osseuse autologue peut être utilisée. Elle provient de votre propre os, souvent à partir des fragments osseux issus des coupes réalisées au cours de l'intervention, sans prélèvement osseux supplémentaire dans la majorité des cas.

Quels sont les risques ?

- infection superficielle ou profonde, pouvant nécessiter antibiothérapie et/ou nouvelle intervention ;
- thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire ;
- saignement, hématome, épanchement ou problème de cicatrisation ;
- raideur pouvant parfois nécessiter un traitement complémentaire ;
- douleur persistante ou récupération fonctionnelle incomplète, y compris sans complication mécanique ou infectieuse identifiable ;
- atteinte nerveuse ou vasculaire, rare mais potentiellement grave ;
- syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie) ;
- fracture autour de la prothèse ;
- progression de l'arthrose dans les compartiments conservés ;
- descellement, usure ou autre problème mécanique ;
- lésion ligamentaire ou instabilité ;
- conversion ultérieure possible en prothèse totale du genou ;
- complications générales ou anesthésiques ;
- nécessité possible d'une nouvelle intervention selon l'évolution.
- lésion accidentelle d'un tendon ou d'un ligament au cours de l'intervention, pouvant nécessiter un geste complémentaire ;
- troubles sensitifs cicatriciels ou cicatrice douloureuse pouvant persister ;

Quels bénéfices et quelles limites ?

L'objectif est de diminuer les douleurs liées au compartiment atteint et d'améliorer la marche et les activités quotidiennes tout en conservant les compartiments non remplacés. Les résultats varient d'un patient à l'autre. Une disparition complète des douleurs, une mobilité parfaite ou une fonction identique à celle d'un genou normal ne peuvent pas être garanties. Les parties du genou qui ne sont pas remplacées restent susceptibles d'évoluer avec le temps.

Anesthésie

Dans ma pratique, l'intervention est réalisée sous anesthésie générale, éventuellement associée à une anesthésie locorégionale. Les modalités sont expliquées par le médecin anesthésiste.

Infiltration antalgique en fin d’intervention

En fin d'intervention, je réalise une infiltration d'anesthésique local destinée à améliorer le contrôle de la douleur postopératoire. Son effet se prolonge généralement pendant environ 48 heures. Une diffusion transitoire vers le nerf sciatique peut parfois entraîner une diminution de la sensibilité du pied et une difficulté à mobiliser la cheville ou le pied. Lorsque ces troubles sont bien liés à l'anesthésique, une récupération complète est attendue en général dans les 24 heures. Toute persistance ou aggravation doit être signalée rapidement.

À la disparition de son effet, un rebond douloureux transitoire, parfois accompagné d’un gonflement, peut survenir. Il ne constitue pas à lui seul un signe de complication lorsqu’il correspond au phénomène expliqué. Prenez les antalgiques prescrits, reposez davantage le genou, ne forcez pas la mobilisation et utilisez l’attelle de cryothérapie prescrite.

Suites opératoires

Dans ma pratique habituelle, et sous réserve d'une adaptation à votre situation, le protocole est identique à celui de la PTG : aucune immobilisation de principe, appui complet immédiat, premier lever à J0 par le kinésithérapeute dès le retour en chambre, deux béquilles jusqu'au verrouillage satisfaisant du genou (le plus souvent 15 jours à un mois), anticoagulant oral habituellement pendant 15 jours, avec adaptation selon le risque thrombotique et hémorragique et le protocole de l'établissement ; le port de bas de contention est recommandé pendant la journée (pas la nuit), jusqu'à ce que vous puissiez vous passer totalement des béquilles ; prise en charge ambulatoire possible. Des adaptations sont possibles si des circonstances particulières le nécessitent.

Bains, piscine et balnéothérapie

Les bains, la piscine et la balnéothérapie peuvent être repris à partir d'un mois après l'intervention uniquement si la cicatrice est parfaitement fermée, sèche et saine. En présence d'une anomalie de cicatrisation, l'immersion doit être différée et un avis médical demandé.

Quand consulter rapidement ?

Fièvre, écoulement ou ouverture de la cicatrice, rougeur croissante, douleur ou gonflement inhabituel, douleur importante du mollet, perte brutale de fonction, essoufflement ou douleur thoracique nécessitent un avis médical rapide ou urgent selon la situation.

Saignement et transfusion

Un saignement peut survenir pendant ou après l'intervention. Dans ma pratique, le recours à une transfusion de produits sanguins après une prothèse de première intention est exceptionnel. Une transfusion peut néanmoins devenir nécessaire si l'importance des pertes sanguines ou votre situation clinique le justifie. En cas de saignement peropératoire important, un système de récupération du sang opératoire (Cell Saver) peut être utilisé : le sang recueilli est traité puis peut vous être retransfusé au cours de l'intervention, lorsque les conditions d'utilisation de ce dispositif sont réunies.

Correction de l’anémie postopératoire

Une supplémentation en fer, le plus souvent par voie intraveineuse lorsqu'elle est indiquée, peut être prescrite en fonction de votre taux d'hémoglobine, de votre bilan martial, des pertes sanguines et de votre état clinique. Elle n'est pas systématique et est adaptée aux éventuelles contre-indications.

Complications générales graves

Certaines complications générales, notamment cardiovasculaires, respiratoires, thromboemboliques, infectieuses ou hémorragiques, peuvent exceptionnellement être graves et mettre en jeu le pronostic vital.

Important

Cette fiche complète l'information personnalisée qui vous a été délivrée en consultation. Elle ne remplace pas l'entretien individuel. Votre situation étant personnelle, certains bénéfices, risques,

alternatives ou modalités opératoires peuvent différer. Si un point n'est pas clair, demandez une explication complémentaire. Vous pouvez également demander un second avis si vous le souhaitez.

Références principales

CNP-COT / SOFCOT / Orthorisq. Les prothèses unicompartimentales du genou (Prendre sa décision - guide pratique). La présente fiche est adaptée à ma pratique personnelle.

NICE. Joint replacement (primary): hip, knee and shoulder. NG157.

AAOS. Surgical Management of Osteoarthritis of the Knee - Clinical Practice Guideline.

CNP-COT / SOFCOT / Orthorisq. Document d'information sur le risque chirurgical et fiches d'information patients labellisées, version consultée en septembre 2026.

Pour en savoir plus

Des informations supplémentaires sur votre intervention, votre parcours chirurgical et les suites opératoires sont disponibles sur mon site d’information consacré à la chirurgie de la hanche et du genou.

Scannez ce QR code pour accéder au site.

Ces informations générales complètent, sans la remplacer, l’information personnalisée qui vous a été délivrée en consultation.