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 fémoro-patellaire du genou

Prothèse fémoro-patellaire (PFP)

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

Pourquoi une prothèse fémoro-patellaire ?

Une prothèse fémoro-patellaire peut être proposée lorsque l'arthrose atteint principalement l'articulation entre la rotule et la trochlée fémorale, tandis que les compartiments fémoro-tibiaux peuvent être conservés. L'indication dépend de la localisation des douleurs, de l'examen clinique, de l'imagerie, de l'état des autres compartiments ainsi que de la stabilité et de la mécanique de la rotule. L'objectif est de traiter uniquement le compartiment fémoro-patellaire atteint en préservant les autres parties du genou.

Alternatives thérapeutiques

Selon la situation, les alternatives comprennent la poursuite du traitement non chirurgical, certains gestes conservateurs de réalignement ou de stabilisation lorsqu'ils sont indiqués, ou une prothèse totale du genou lorsque l'atteinte articulaire est plus étendue ou que la PFP n'est pas adaptée.

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

Sans intervention, les douleurs fémoro-patellaires et la limitation fonctionnelle peuvent persister ou s'aggraver. L'arthrose peut également progresser dans l'articulation fémoro-patellaire ou secondairement dans les compartiments fémoro-tibiaux. L'évolution reste variable.

En quoi consiste l'intervention ?

La prothèse fémoro-patellaire remplace la surface articulaire altérée de la trochlée fémorale et la surface articulaire de la rotule. Les compartiments fémoro-tibiaux sont conservés. Une incision antérieure du genou est réalisée. Malgré le bilan préopératoire, les constatations faites pendant l'intervention peuvent montrer qu'une PFP isolée ne permettrait pas une reconstruction satisfaisante. Une conversion en prothèse totale du genou peut alors être nécessaire au cours de la même intervention.

La PFP remplace les surfaces altérées de la trochlée et de la face articulaire de la rotule tout en conservant les compartiments fémoro-tibiaux. Ses risques spécifiques incluent notamment douleurs antérieures persistantes, trouble du centrage patellaire, instabilité de la rotule et progression ultérieure d'une arthrose fémoro-tibiale.

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 ;
- douleurs antérieures persistantes ou récupération fonctionnelle incomplète, y compris sans complication identifiable ;
- atteinte nerveuse ou vasculaire, rare mais potentiellement grave ;
- syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie) ;
- fracture autour de la prothèse ;
- trouble du centrage ou de la course rotulienne, conflit fémoro-patellaire ou instabilité de la rotule ;
- progression de l'arthrose dans les compartiments fémoro-tibiaux conservés ;
- descellement, usure ou autre problème mécanique ;
- conversion ultérieure possible en prothèse totale du genou ;
- nécessité possible d'une nouvelle intervention.
- fracture de la rotule ou atteinte de l'appareil extenseur (tendon quadricipital ou tendon rotulien), rares mais pouvant nécessiter une nouvelle intervention ;
- troubles sensitifs cicatriciels ou cicatrice douloureuse pouvant persister ;

Quels bénéfices et quelles limites ?

L'objectif est de diminuer les douleurs fémoro-patellaires et d'améliorer la fonction tout en conservant les compartiments fémoro-tibiaux. Une disparition complète des douleurs, une mobilité parfaite ou une fonction identique à celle d'un genou normal ne peuvent pas être garanties. Les compartiments conservés peuvent 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

Le même protocole d'infiltration que pour la PTG est utilisé : l'anesthésique local vise à améliorer le contrôle de la douleur pendant environ 48 heures. Une diffusion transitoire vers le nerf sciatique peut provoquer une diminution de la sensibilité du pied ou une difficulté à mobiliser la cheville ; lorsqu'elle est bien liée à l'anesthésique, une récupération complète est attendue en général dans les 24 heures. Un rebond douloureux transitoire peut survenir à la disparition de l'effet ; il ne constitue pas à lui seul un signe de complication lorsqu'il correspond au phénomène expliqué.

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 partielles fémoro-patellaires 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.