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 mobilisation du genou sous anesthésie générale

Mobilisation sous anesthésie générale (MUA) pour raideur du genou

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

Pourquoi cette intervention ?

Une raideur du genou peut apparaître après une intervention, notamment après une prothèse totale du genou, mais aussi après d'autres chirurgies ou traumatismes. Elle correspond à une limitation anormale de la flexion et/ou de l'extension, souvent liée à la formation d'adhérences et de tissu fibreux autour de l'articulation (arthrofibrose). Elle peut entraîner une gêne pour la marche, les escaliers, la position assise et les activités quotidiennes.

Une mobilisation sous anesthésie générale peut être proposée lorsque la récupération de la mobilité reste insuffisante malgré une rééducation adaptée et lorsqu'aucune cause ne justifie d'emblée une autre intervention. Avant de la proposer, le chirurgien recherche notamment une infection, un problème mécanique, une fracture, un obstacle articulaire ou une autre cause susceptible d'expliquer la raideur.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Selon l'importance et l'ancienneté de la raideur, les alternatives peuvent comprendre la poursuite de la rééducation et de l'autorééducation, l'adaptation du traitement antalgique et anti-inflammatoire lorsqu'il est indiqué, ou une surveillance lorsque la progression reste favorable. En cas de raideur persistante ou ancienne, une arthrolyse arthroscopique ou ouverte, voire une reprise chirurgicale lorsqu'un problème mécanique est identifié, peut être discutée.

Le choix dépend de l'amplitude actuelle, de son évolution, du délai depuis l'intervention initiale, de la douleur, de l'état des tissus et de la cause probable de la raideur.

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

La mobilité peut encore s'améliorer spontanément ou avec la rééducation, surtout lorsque la chirurgie est récente. Elle peut aussi rester limitée ou se dégrader si les adhérences se fixent. Une raideur persistante peut retentir durablement sur la marche, les escaliers, la position assise, le sommeil, la reprise du travail ou des loisirs. Le bénéfice potentiel de la mobilisation doit être mis en balance avec cette évolution et avec les risques du geste.

En quoi consiste la mobilisation ?

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale afin d'obtenir un relâchement musculaire et de permettre une mobilisation contrôlée du genou sans douleur consciente. Le chirurgien mobilise

progressivement le genou en flexion et en extension pour rompre ou détendre les adhérences responsables de la raideur. Il n'y a habituellement pas d'incision chirurgicale lorsque la mobilisation est réalisée seule.

L'amplitude obtenue est contrôlée au cours du geste. La mobilisation reste progressive : la recherche d'une amplitude maximale ne doit pas se faire au prix d'un risque excessif de fracture ou de lésion des tissus. Si une résistance anormale ou un événement imprévu survient, le geste peut être interrompu.

Quelle anesthésie ?

La mobilisation est réalisée sous anesthésie générale. Une prise en charge antalgique complémentaire peut être proposée par l'équipe d'anesthésie selon votre situation. Les risques propres à l'anesthésie générale vous sont expliqués par le médecin anesthésiste lors de la consultation dédiée.

Quels bénéfices et quelles limites ?

L'objectif est d'augmenter l'amplitude articulaire et d'améliorer la fonction du genou. Après prothèse totale du genou, les études montrent en moyenne un gain significatif de mobilité, généralement plus important lorsque la mobilisation est réalisée relativement tôt après l'intervention. Une étude multicentrique française issue des travaux de la SOFCOT a retrouvé un gain moyen d'amplitude maintenu à cinq ans, avec un faible taux de complications.

Le résultat reste cependant variable. L'amplitude obtenue sous anesthésie n'est pas toujours entièrement conservée après le réveil et une partie du gain peut être perdue si les adhérences se reforment. La disparition complète de la raideur, de la douleur ou d'une boiterie ne peut pas être garantie. Une raideur sévère avant la mobilisation, une cause mécanique non corrigée ou une arthrofibrose ancienne peuvent limiter le résultat.

Quels sont les risques principaux ?

- douleur et gonflement transitoires après la mobilisation ;
- saignement intra-articulaire (hémarthrose) ou hématome ;
- fracture du fémur, du tibia ou de la rotule, rare mais pouvant nécessiter une immobilisation ou une intervention chirurgicale ;
- lésion de l'appareil extenseur, notamment du tendon rotulien ou du tendon quadricipital, pouvant nécessiter une réparation chirurgicale ;
- entorse, lésion ligamentaire ou lésion des parties molles ;
- désunion ou problème de cicatrisation d'une plaie récente ;
- atteinte nerveuse ou vasculaire, exceptionnelle mais potentiellement grave ;
- déplacement, descellement ou autre complication mécanique d'un implant lorsque le genou est prothésé, exceptionnellement ;
- infection, rare ;
- syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie) ;
- thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire ;
- persistance ou récidive de la raideur malgré la mobilisation ;
- nécessité d'une nouvelle mobilisation, d'une arthrolyse ou d'une reprise chirurgicale selon l'évolution ;

- complications générales ou anesthésiques, exceptionnellement graves.

Après la mobilisation

Le maintien du gain obtenu dépend en grande partie de la reprise rapide du mouvement. Une rééducation et une autorééducation adaptées sont habituellement reprises précocement, avec travail de la flexion, de l'extension, du verrouillage du genou, de la marche et du contrôle de la douleur et du gonflement. Les modalités sont adaptées à l'intervention initiale, à l'amplitude obtenue et à votre tolérance.

Une augmentation temporaire de la douleur et du gonflement est fréquente après la mobilisation. Le traitement antalgique, la cryothérapie, le repos relatif et la rééducation sont adaptés pour permettre de poursuivre le travail de mobilité sans entretenir une inflammation excessive.

Et si la mobilité reste insuffisante ?

Une récupération incomplète n'est pas nécessairement synonyme d'échec immédiat. L'évolution est évaluée dans le temps avec la rééducation. Si la raideur persiste ou récidive, le chirurgien réévalue sa cause. Selon la situation, une nouvelle mobilisation, une arthrolyse arthroscopique ou ouverte, ou une chirurgie de reprise peuvent être discutées.

Quand consulter rapidement ?

Fièvre, cicatrice qui s'ouvre ou s'écoule, rougeur croissante, douleur ou gonflement anormalement importants, déformation, craquement accompagné d'une perte brutale de fonction, impossibilité soudaine d'étendre le genou, déficit sensitif ou moteur, douleur importante du mollet, essoufflement ou douleur thoracique nécessitent un avis médical rapide ou urgent selon la situation.

Complications générales graves

Comme pour tout acte réalisé sous anesthésie générale, des complications cardiovasculaires, respiratoires, thromboemboliques, infectieuses, hémorragiques ou anesthésiques peuvent exceptionnellement être graves et mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel. Des réactions individuelles imprévisibles et des complications exceptionnelles non spécifiquement énumérées restent possibles.

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 de prise en charge 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

Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Recommandation de bonne pratique, 2012.

ASSPRO. Principes de prévention du risque opératoire : information préopératoire spécifique, alternatives, risques, possibilité d'échec et traçabilité de l'information.

Roullet CA, Descamps S, Monadjemi S, et al.; French Society of Orthopedic and Traumatologic Surgery (SOFCOT). Manipulation under anesthesia for stiffness after total knee arthroplasty: a French multicenter study with 5 years' follow-up including 344 cases. Orthop Traumatol Surg Res. 2026;112(2):104432. doi:10.1016/j.otsr.2025.104432.

Akhtar M, Razick D, Seibel A, et al. Outcomes of Early Versus Delayed Manipulation Under Anesthesia for Stiffness Following Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Arthroplasty. 2024;39(11):2872-2879. doi:10.1016/j.arth.2024.05.059.

Abdel MP, Salmons HI, Larson DR, et al. Manipulation Under Anesthesia to Treat Postoperative Stiffness After Total Knee Arthroplasty: A Multicenter Randomized Clinical Trial. J Arthroplasty. 2024;39(8 Suppl 1):S9-S14.e1. doi:10.1016/j.arth.2024.02.034.

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.