

# Prothèse uni compartimentaire interne du genou

DR Emile COHEN

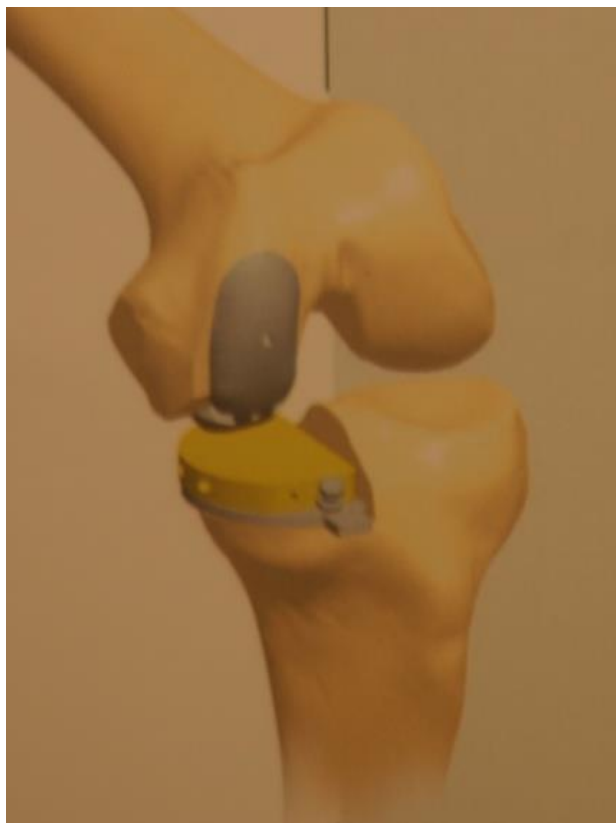
Marseille

# Définition

- élément prothétique qui consiste à remplacer et recouvrir la moitié interne ou médiale du genou usé par l'arthrose ou une nécrose condylienne.
- elle est composée de 2 éléments: l'un supérieur le condyle fémoral et l'autre inférieur ; le plateau tibial.



# Prothèse Uni Compartimentaire Interne



**puci**

# Objectif de la prothèse partielle

- Peu invasif
- Patient plus jeune et actif ou sportif
- Supprime la douleur
- Rétablit la fonction du genou : flexion normale  
+++
- Conserve les ligaments
- Reprise du sport de glisse ou sans impact violent
- Longévité

# La Bonne Indication

- Sélection des patients
- Pas de surpoids
- Arthrose localisée au compartiment médial
- Ostéonécrose du condyle médial
- Genu varum modéré autour de 7 degrés
- Bonne qualité osseuse: pas d'ostéoporose
- Stabilité ligamentaire: croisé antérieur sain

# Bilan d'imagerie

- les radiographies standards indispensables
- grand axe bipodal: mesure de la déviation du membre inférieur
- la radio du genou de face en shuss et en extension qui mesure le pincement de l'interligne médial
- le profil strict
- les radios en stress qui apprécient la correction après prothèse
- l'IRM : ligament croisé antérieur sain et analyse des autres compartiments du genou

# La télémétrie



Mesure la déviation en varus du genou  
Ici genou droit 6 degrés de varus

# Radio de face en shuss : position du skieur



Pincement de l'interligne médial

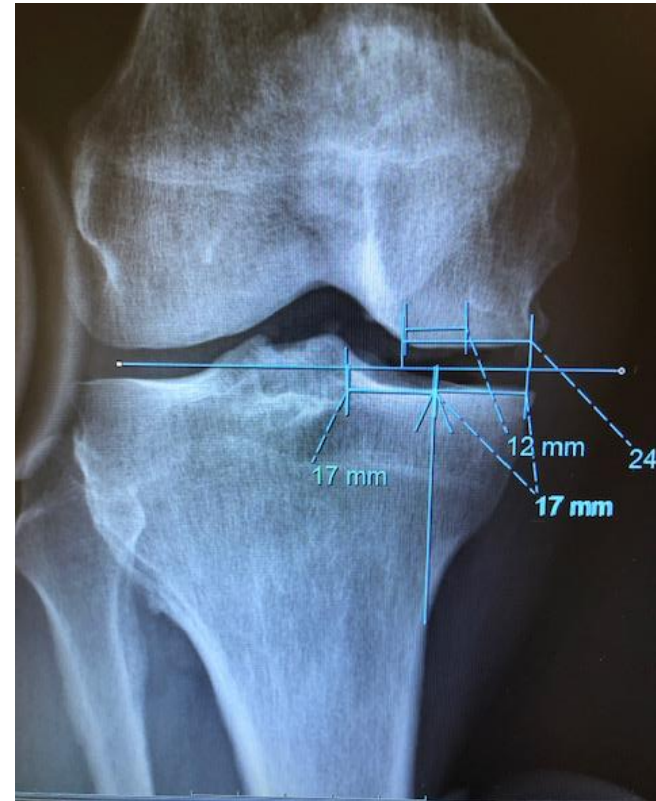
contact osseux



# Radiographies en stress: Valgus forcé



Le varus montre bien le pincement médial



Le valgus forcé qui permet de rétablir l'interligne et l'axe du membre inférieur

# L'IRM

PERMET DE VERIFIER LA PRÉSENCE DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR

ANALYSE LES AUTRES COMPARTIMENTS DU GENOU : la fémoro patellaire et le compartiment latéral du genou



LCA



ROTULE



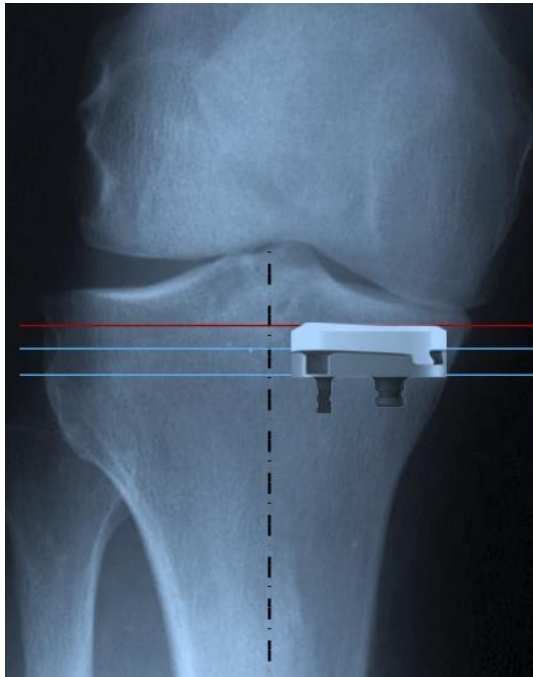
COMPARTIMENT LATERAL

# Patient Idéal

- Atteinte isolée du compartiment médial
- Génu varum modéré hka autour de  $173^\circ$
- Ligament croisé antérieur sain
- Pas ou peu d'ostéoporose: attention chez les femmes
- Pas de surpoids : imc moins de 30

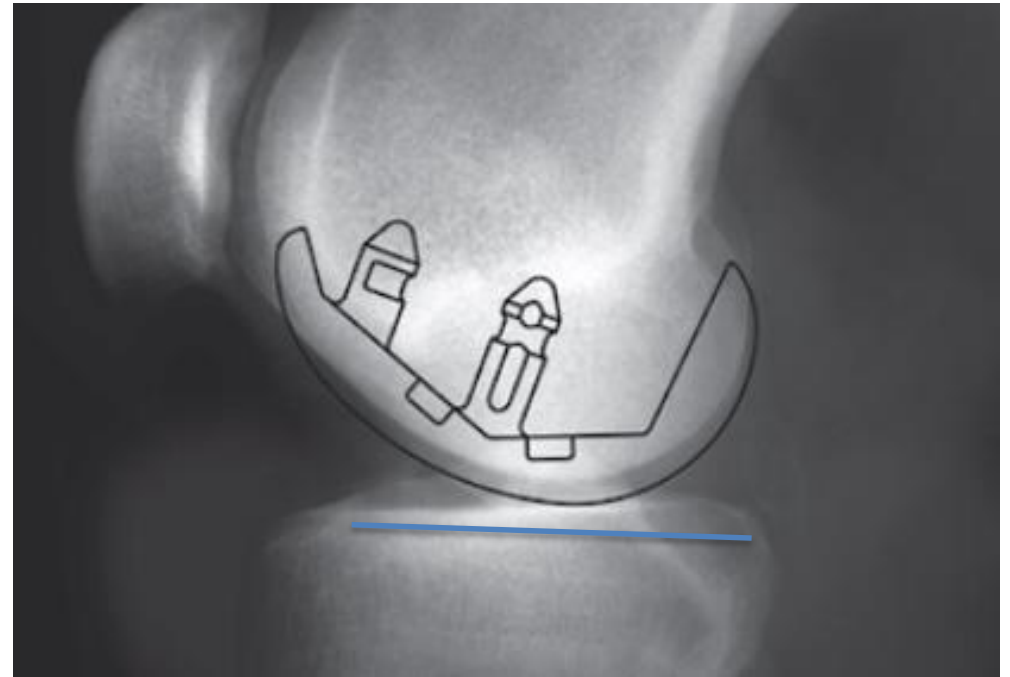
# Planification pré opératoire

## Radio Face et Profil



Perpendiculaire à l'axe tibial

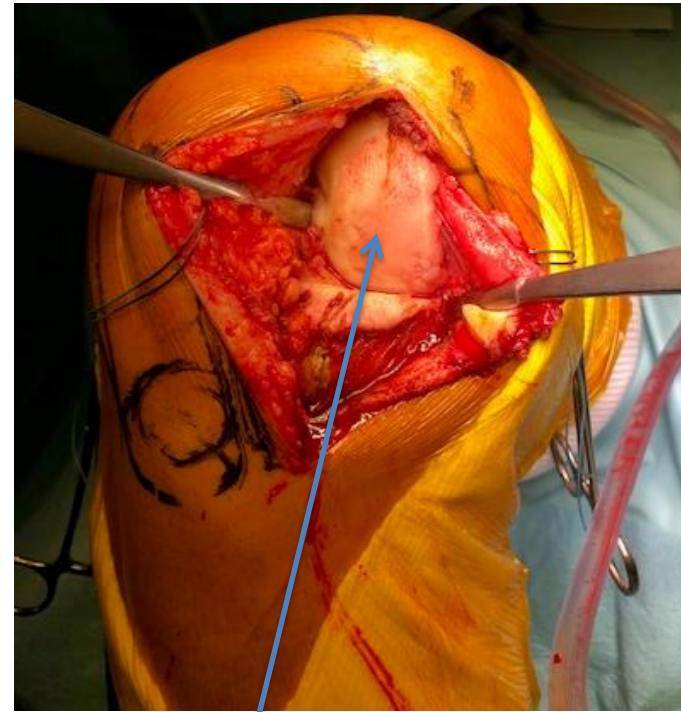
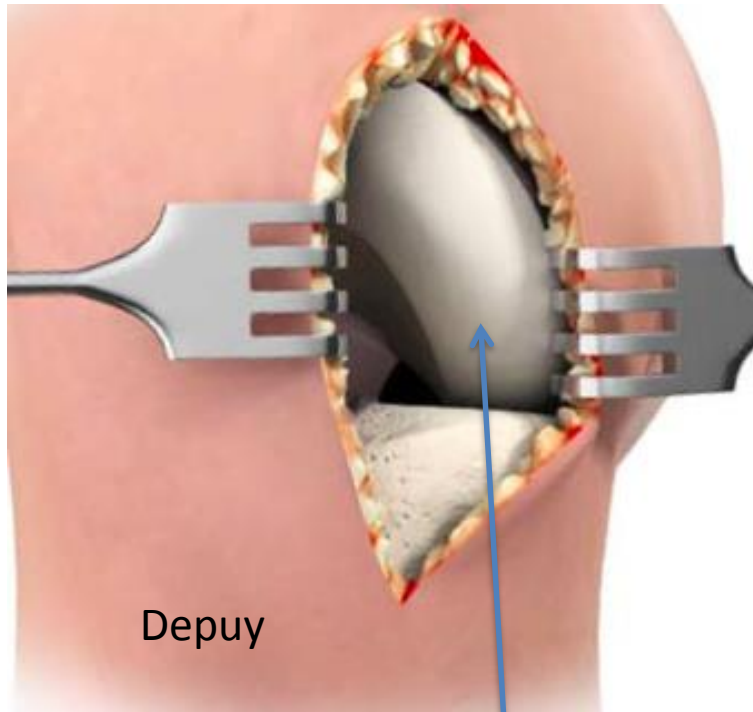
Depuy



mesure le condyle fémoral et de la pente tibiale physiologique

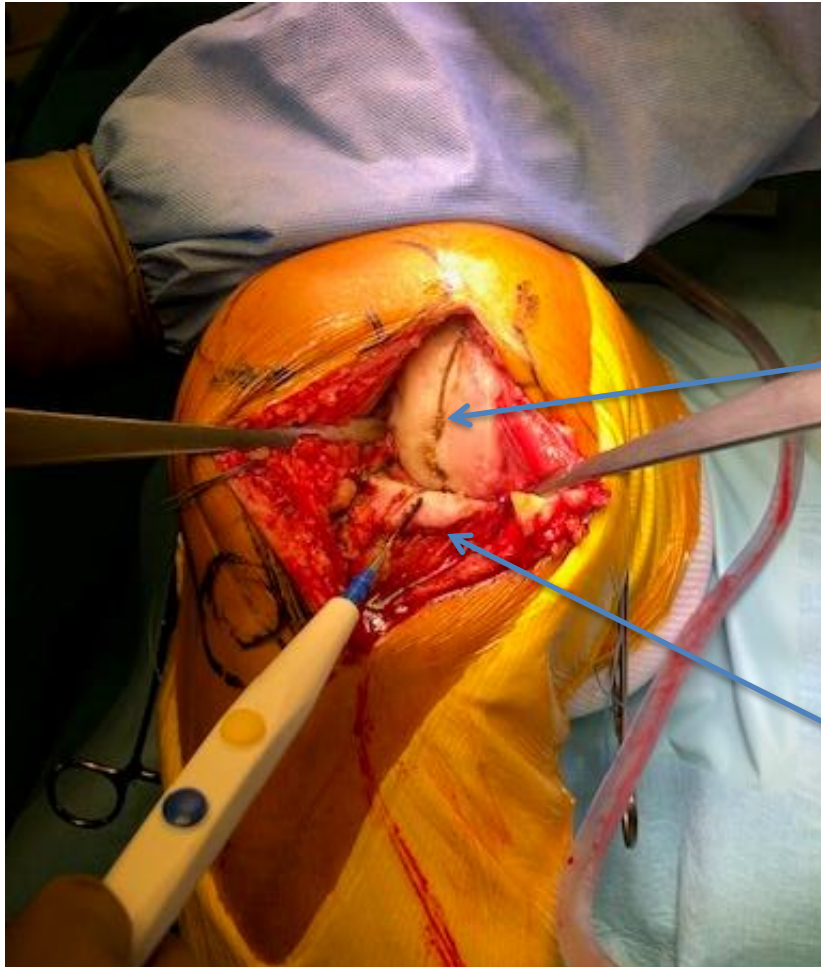
# Technique opératoire : sans garrot

- Abord para patellaire médial min invasif



Exposition du compartiment médial

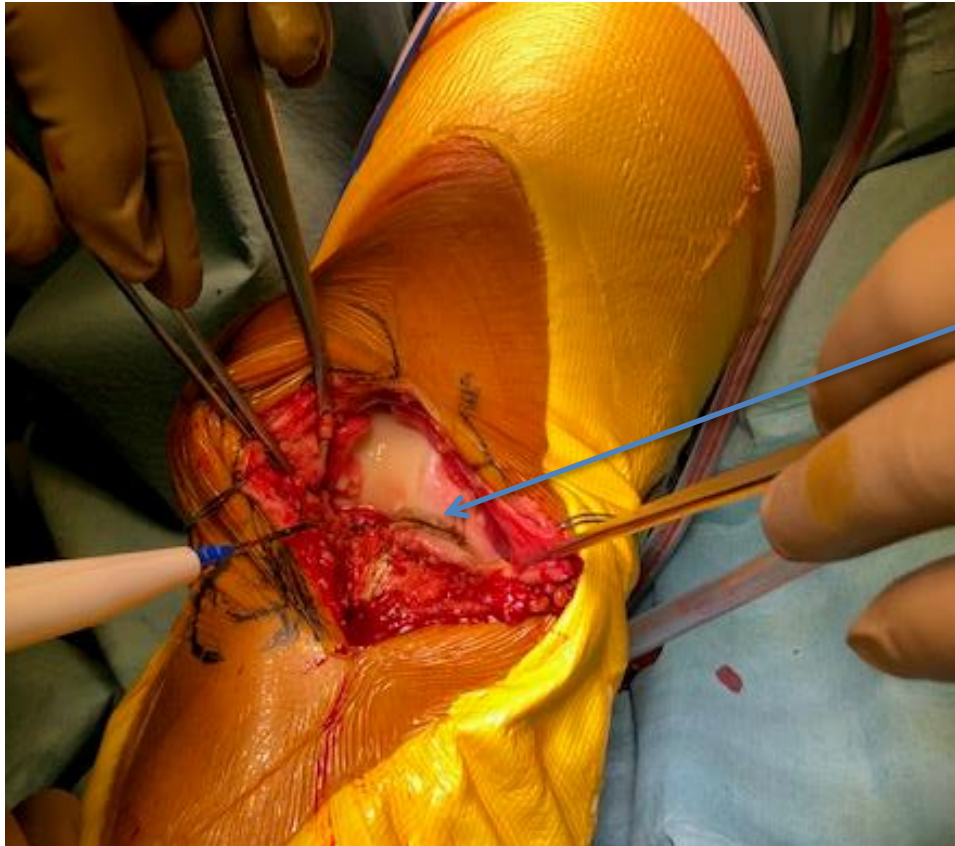
# Repères anatomiques



milieu du condyle

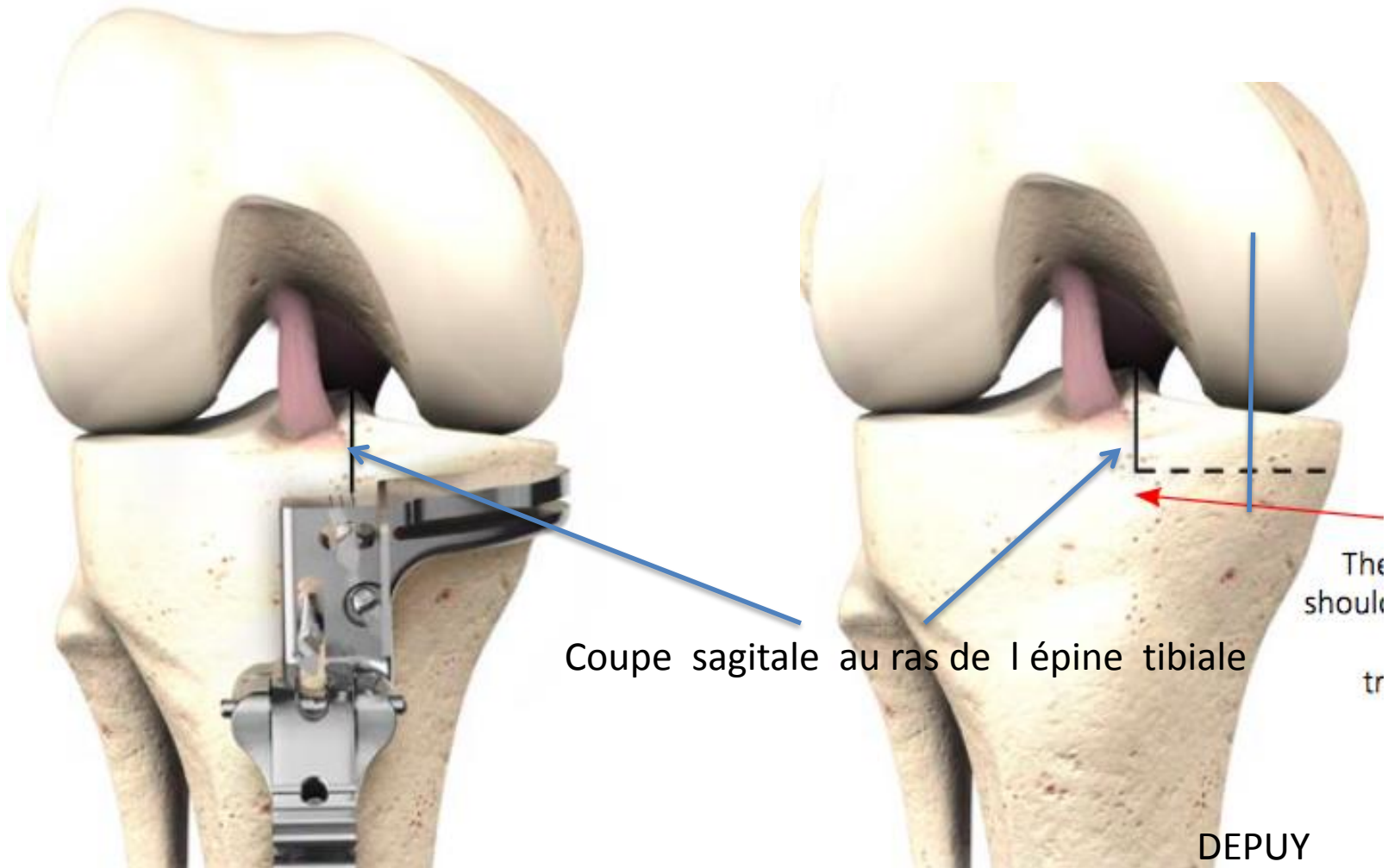
milieu du plateau tibial

# repère du bord antérieur du condyle médial



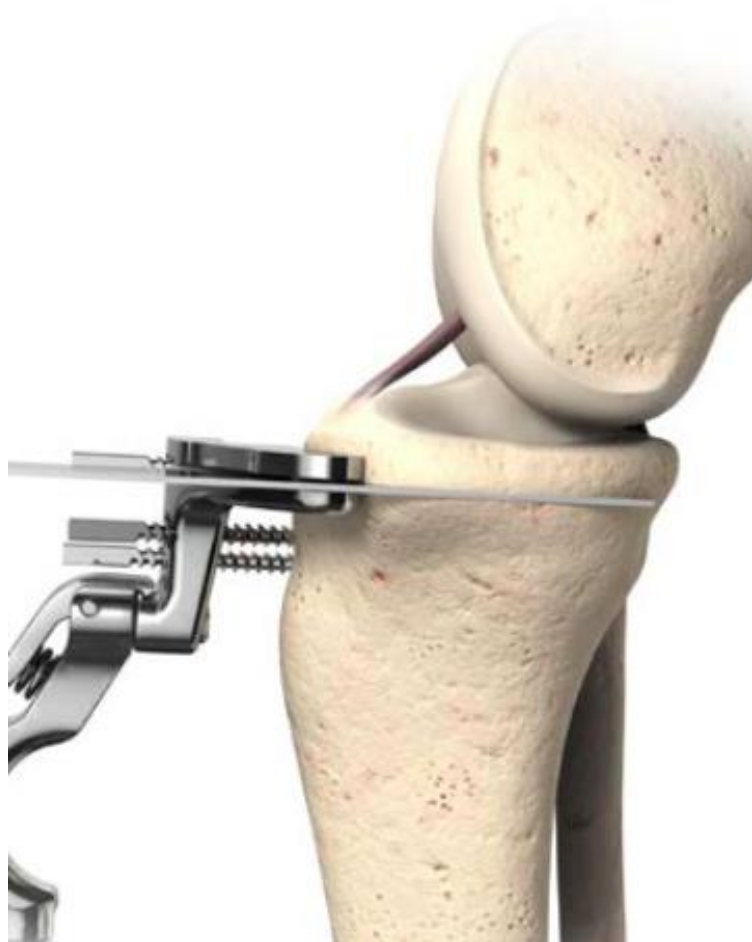
Genou en  
extension

# Coupe du Plateau Tibial



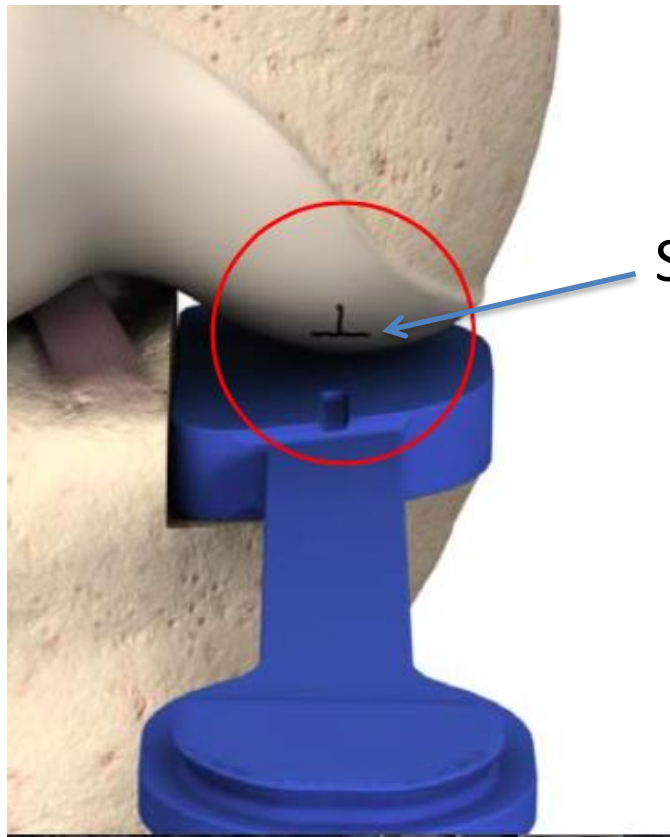


# Respect de la pente tibiale



Depuy

# Préparation de la coupe condylienne dépendante



Superposition du milieu condyle  
et du plateau tibial+++

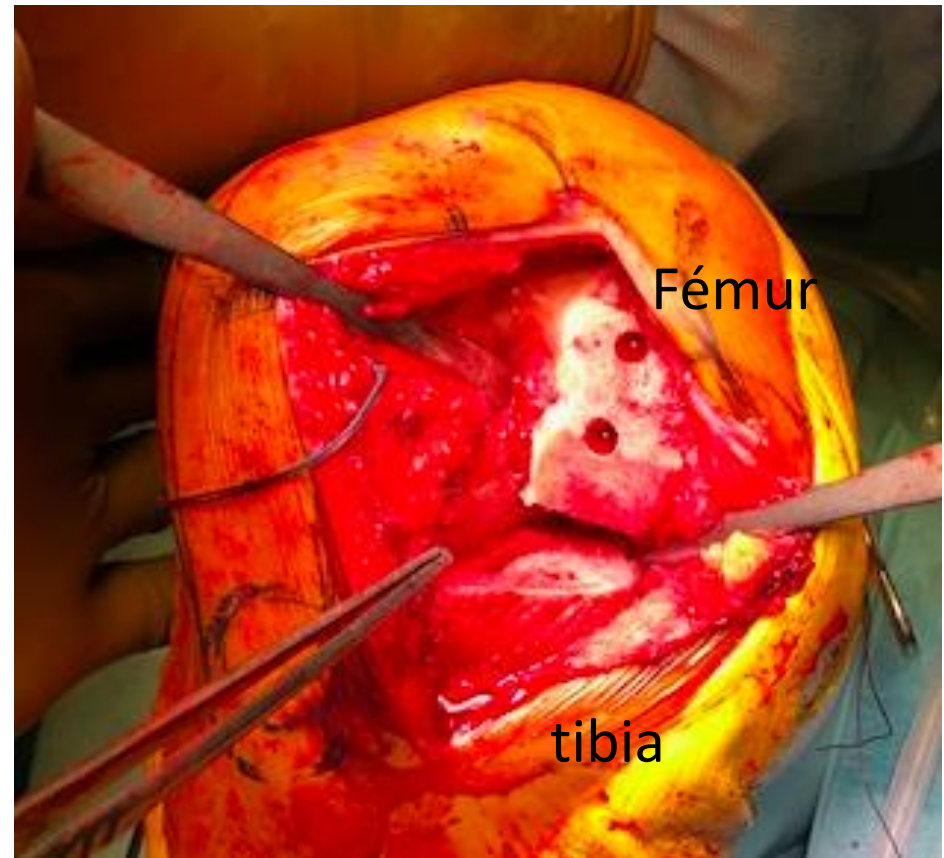
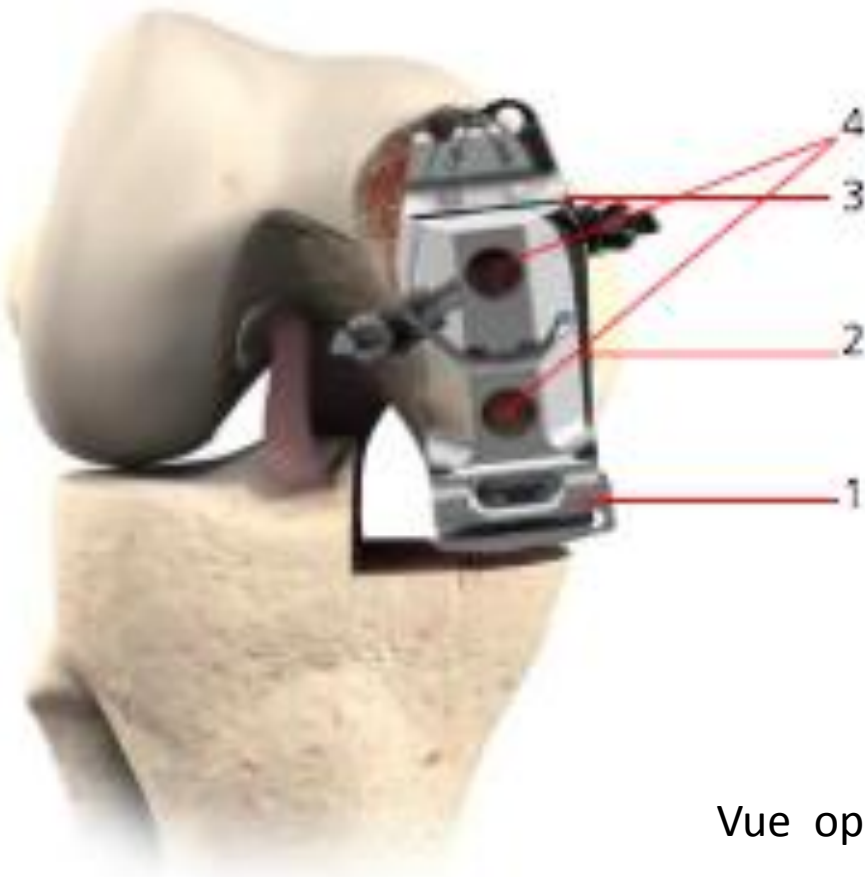
# Coupe condylienne distale dépendante



Figure 25

# Coupe condylienne postérieure et chanfreins

Figure 28



Vue opératoire après coupe tibiale et fémorale

# Contrôle des épaisseurs du tibia ; condyle en place en flexion et en extension



Figure 31.



Pas d'hyperpression du plan ligamentaire médial

# Mise place de l'implant

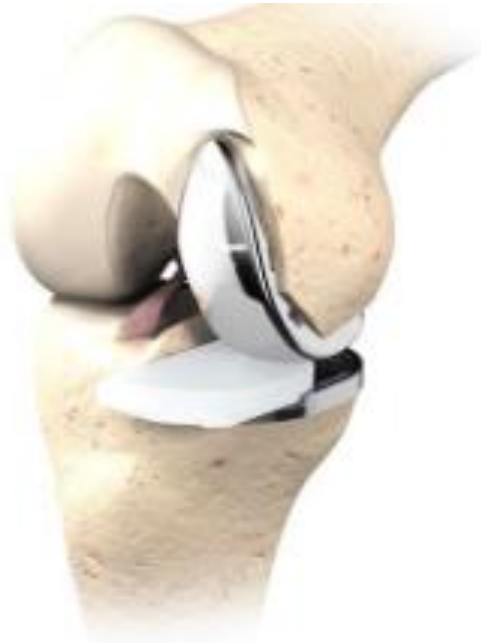
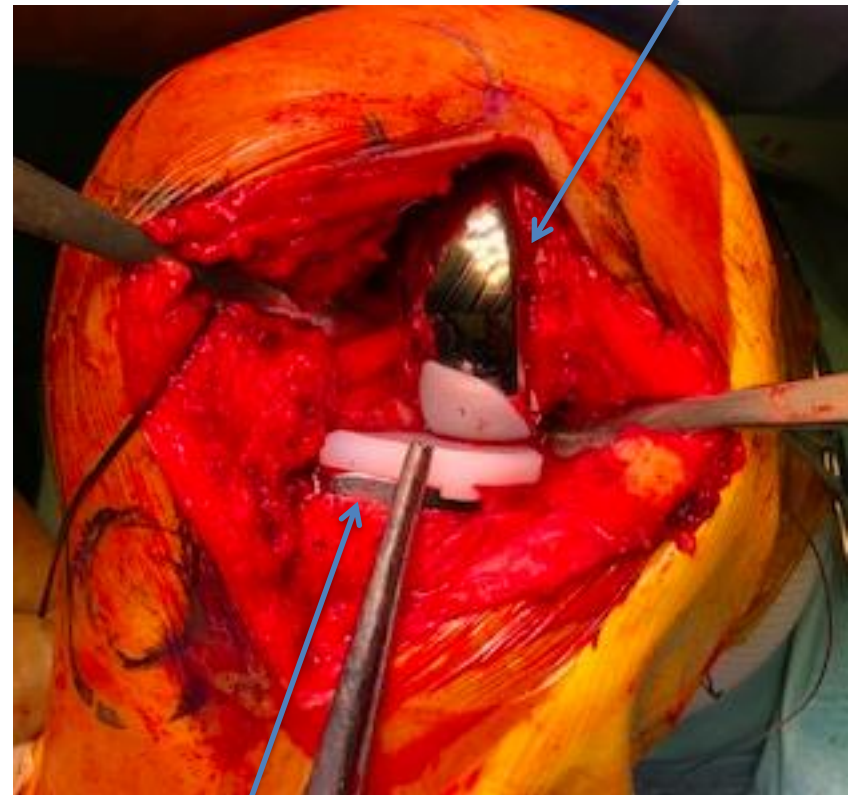


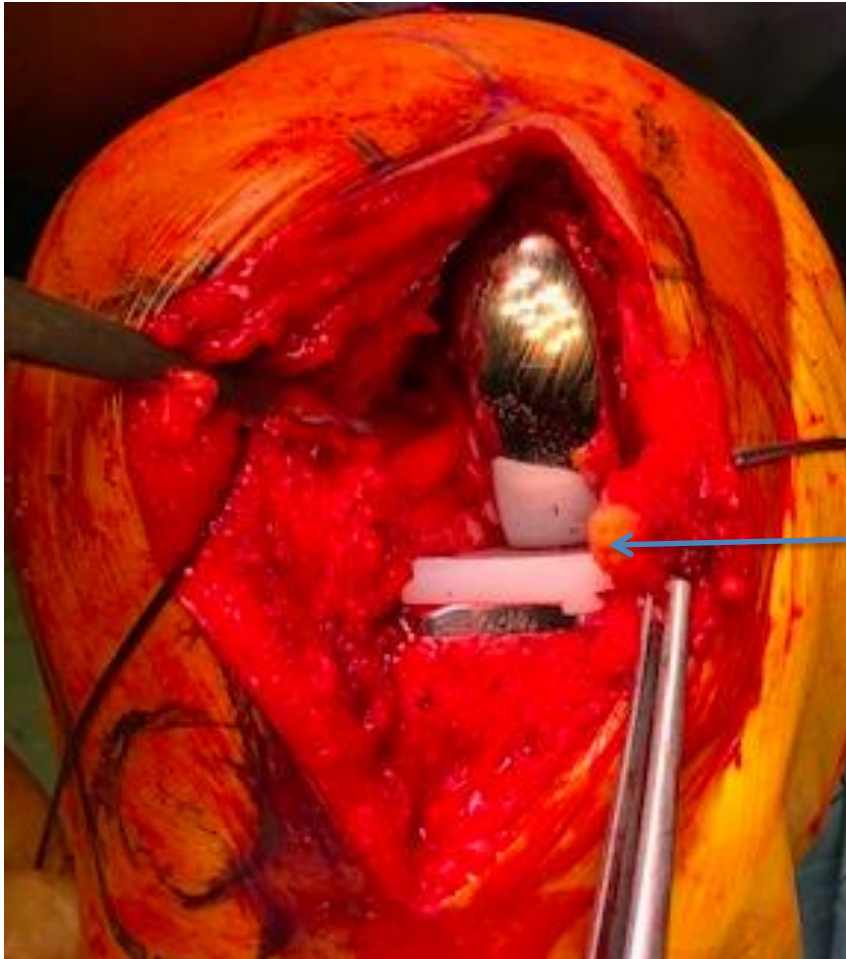
Figure 45



Condyle fémoral

Plateau tibial médial

# Aspect final : recouvrement du compartiment médial par la prothèse



Reliquat méniscal médial  
témoin de la bonne  
hauteur du polyéthylène

# Testing du genou: vidéo



Flexion , extension

Stabilité ligamentaire latérale



# Suites opératoires

- Lever précoce le jour de l'opération
- 2 cannes anglaises :APPUI TOTAL
- Travail actif et passif aidé en flexion
- Ambulatoire si éligible
- Sortie à j 1 ou 2 en règle
- Domicile
- Rééducation en cabinet de kinési ou semi internat
- Conduite possible :20 à 30 Jours ou immédiate si genou g et automatique

# Radiographies post opératoires

