

Service de Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique
Centre Hospitalier de Versailles
177 rue de Versailles 78150 Le Chesnay

Pour plus d'informations:

www.versailles-orthopedie.com



Prise de rendez-vous:

01 39 63 87 64 (Secrétariat)

01 39 63 89 52 (Consultation privée)

Par mail : www.ch-versailles.fr

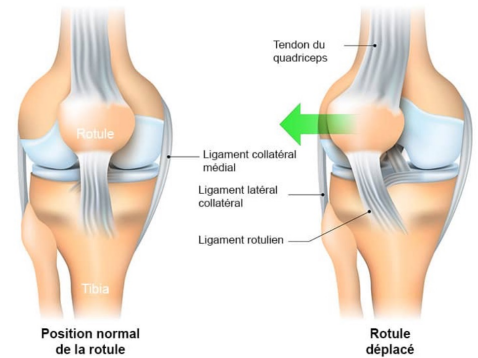
INSTABILITE CHRONIQUE DE ROTULE



Instabilité chronique de rotule

Quel est votre problème ?

L'os de la rotule (également appelée la patella) est un os sésamoïde, plat et triangulaire, s'articulant avec la trochlée fémorale lors des mouvements de flexion / extension du genou. Cette rotule est stabilisée en grande partie par un muscle puissant de la cuisse appelé quadriceps ainsi que par deux ligaments tendus entre la rotule et le fémur, correspondant aux ailerons rotuliens interne et externe. Il se peut qu'après un traumatisme, la Rotule/patella sorte de son emplacement pour venir se loger dans la partie externe du genou: c'est ce qu'on appelle une **luxation de la rotule**. Certains patients présentent une anatomie pouvant augmenter le risque d'instabilité rotulienne.

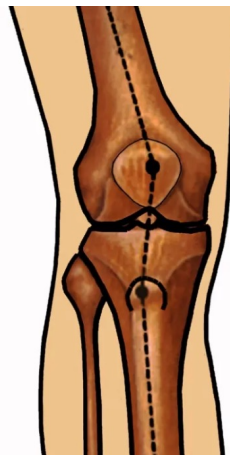
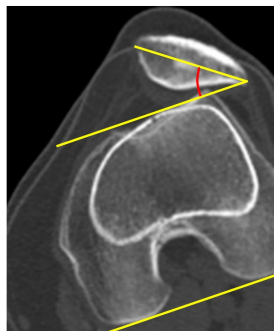


Les facteurs de risque :

Il existe différents facteurs de risque qui peuvent accentuer le risque d'instabilité rotulienne, et ce sont ces facteurs de risque que le chirurgien va rechercher lors de la consultation.

- La **patella alta** : autrement dit, rotule haute. Une rotule trop haute aura du mal à s'engager dans la trochlée fémorale dans les premiers degrés de flexion, augmentant ainsi le risque de luxation de rotule.
- La **bascule rotulienne** : celle-ci traduit généralement une incompétence du ligament fémoropatellaire médial (ou aileron rotulien ou MPFL); ainsi la rotule n'est plus retenue vers l'intérieur du genou.
- La **baïonnette** : il s'agit d'un décalage entre la tubérosité tibiale antérieure et la trochlée fémorale. Elle favorise également la luxation fémoropatellaire externe.
- La **dysplasie fémorale** : il s'agit d'une anomalie congénitale se traduisant par une anatomie non physiologique de l'extrémité inférieure du fémur, affectant ainsi l'articulation fémoropatellaire et se traduisant par une mauvaise course de la rotule sur le fémur lors des mouvements de flexion / extension.

Pour cela le chirurgien a besoin de radiographies comparatives des deux genoux, de face, de profil à 20° de flexion, de profil en extension et quadriceps contracté, une incidence fémoropatellaire et une IRM.



Instabilité chronique de rotule

Chirurgie « à la carte » :

L'objectif de la chirurgie est de ré-axer l'appareil extenseur et de permettre un bon glissement de la rotule sur le fémur lors du passage de l'extension à la flexion. Le traitement de l'instabilité chronique de rotule est ainsi une chirurgie "à la carte". Elle dépend des différents facteurs de risque qui ont été retrouvés.

En cas de rotule haute, le chirurgien réalisera un **abaissement de la tubérosité tibiale antérieure** (TTA) ce qui consiste à faire une ostéotomie du tibia et à refixer la baguette osseuse 1cm plus bas avec deux vis, pour que la rotule s'engage plus aisément dans la trochlée fémorale.

En cas de baïonnette, une **médialisation de la TTA** est effectuée. Il s'agit également d'une ostéotomie mais cette fois-ci la baguette osseuse sera fixée 1cm plus en dedans, avec deux vis, pour remettre la rotule en face de la trochlée.

Si une bascule rotulienne est retrouvée, on réalisera une **ligamentoplastie du MPFL**. On prélève une partie du tendon du quadriceps que l'on va fixer sur le condyle fémoral interne. Ceci permet de renforcer l'aileron rotulien interne afin d'empêcher la rotule de se luxer vers l'extérieur.

S'il existe une dysplasie fémorale, une **trochléoplastie** peut être proposée mais pas à titre systématique. Elle dépend du type de dysplasie et des antécédents du patients. Elle consiste à modifier l'architecture du fémur distal pour améliorer la course rotulienne.

Enfin, si plusieurs anomalies sont dépistées à la consultation, tous ces gestes chirurgicaux **peuvent être associés** les uns avec les autres afin de corriger chacun des facteurs de risque.



Si une bascule rotulienne est retrouvée, on réalisera une **ligamentoplastie du MPFL**. On prélève une partie du tendon du quadriceps que l'on va fixer sur le condyle fémoral interne. Ceci permet de renforcer l'aileron rotulien interne afin d'empêcher la rotule de se luxer vers l'extérieur.

S'il existe une dysplasie fémorale, une **trochléoplastie** peut être proposée mais pas à titre systématique. Elle dépend du type de dysplasie et des antécédents du patients. Elle consiste à modifier l'architecture du fémur distal pour améliorer la course rotulienne.

Enfin, si plusieurs anomalies sont dépistées à la consultation, tous ces gestes chirurgicaux **peuvent être associés** les uns avec les autres afin de corriger chacun des facteurs de risque.

Après l'opération :

L'intervention nécessite une hospitalisation de 1 ou 2 jours. La douleur est contrôlée médicalement et diminue rapidement, mais il est normal que votre genou reste gonflé plusieurs semaines. Le genou est parfois immobilisé par une attelle en post opératoire, elle sera utilisée en fonction du type de geste chirurgical qui a été effectué.

Pour un bon résultat, il est essentiel de bien participer aux exercices de rééducation. L'appui est d'emblée autorisé sauf en cas de trochléoplastie où l'appui sera interdit ou limité pendant 45 jours. La mobilisation du genou et le renforcement musculaire doivent démarrer précocement avec de la rééducation immédiate dans tous les cas. La reprise du sport se fait de manière très progressive à partir de 3 mois et jusqu'à plus de 6 mois. Les vis mises en place peuvent être retirées si elles son gênantes à plus d'un an de l'intervention initiale.

Les risques :

Bien que le taux de complications soit faible, il existe tout de même des risques après ce type de chirurgie.

Il existe un risque infectieux, qu'on tente de limiter par différentes mesures dont l'antibioprophylaxie et la douche préopératoire. Le risque de phlébite est également faible mais il est nécessaire de mettre en place un traitement anticoagulant préventif durant la période post opératoire.

Après ostéotomie, le tibia peut être fragilisé et se fracturer, et nécessiter ainsi une ostéosynthèse complémentaire. Le fémur peut quant à lui être fragilisé en cas de trochléoplastie.

Dans de rares cas, tendons, vaisseaux sanguins ou nerfs peuvent être abîmés accidentellement pendant ou après l'opération. Le risque de récurrence de luxation est exceptionnel.