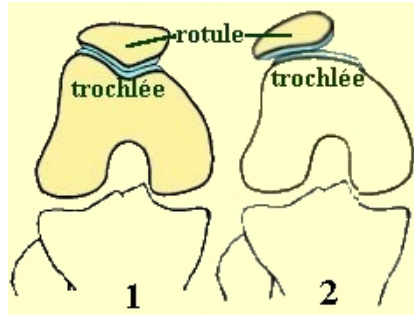


Fiche RAAC

La stabilisation de rotule après instabilité récidivante de la rotule

Anatomie de l'articulation Fémoro-Patellaire (FP, entre le fémur et la rotule) :



D'après genou.com

Certaines variantes anatomiques peuvent favoriser les instabilités de rotule, ce sont les **dysplasies** (image 2) par rapport à un genou normal (image 1).

Ces variantes peuvent être présentes sur le fémur et/ou sur la rotule.

Sur le fémur la gorge (la trochlée) qui reçoit la rotule peut être trop « ouverte » et ne cale pas assez la rotule qui est spontanément « poussée » vers l'extérieure lors de la flexion et la contraction du quadriceps(muscle de la cuisse).

Sur la rotule sa forme en « V » peut ne pas être assez marquée et avoir plutôt la forme d'une savonnette qui ne se cale pas dans la trochlée du fémur.

Définition de la pathologie :

On différencie l'**instabilité subjective** ou subluxation rotulienne (la rotule ne « sort » pas de l'articulation) de l'**instabilité rotulienne objective** avec une **luxation avérée** (la rotule « sort » sur le coté de l'articulation).

Une luxation récidivante de rotule survient surtout sur un genou présentant des facteurs anatomiques d'instabilité, la dysplasie en particulier. Il s'agit d'une luxation latérale (externe).

3 éléments contrôlent le bon placement de la rotule :

- **Deux « ligaments »** : La rotule est maintenue en bonne place dans la trochlée par 2 ligaments sur les cotés appelés **aileron rotulien interne** et **aileron rotulien externe**.

L'**aileron rotulien interne** (aussi appelé MPFL en anglais « Medial Patello Femoral Ligament ») s'oppose au déplacement vers l'extérieur de la rotule

En cas de luxation de rotule celui ci est déchiré totalement ou partiellement et peut être à l'origine de l'instabilité de la rotule récidivante. C'est lui qu'il faudra réparer.

-**La hauteur rotulienne** : Dans certaines dysplasie la rotule peut être **trop haute** elle est due à un tendon rotulien trop long, avec pour conséquence une rotule située à distance de la trochlée, lorsque le genou est étendu. Il en résulte une **perte du guidage initial** de la rotule dans la trochlée, à l'origine d'une instabilité et de douleurs.

- **Le muscle quadriceps** (et en particulier le vaste interne) maintient en place la rotule. La faiblesse de ce muscle peut favoriser une instabilité de la rotule ou être à l'origine d'un syndrome douloureux.

Que faire après cet épisode de luxation ?

La luxation de rotule peut survenir à l'improviste, à la maison comme sur un terrain de sport. Le patient ressent une « boule » sur la coté externe du genou après un « déboitement »

Pour réduire cette luxation, on peut simplement tendre le genou et la rotule se remet en place naturellement la plupart du temps, sinon le passage aux urgences est nécessaire. L'immobilisation initiale peut être utile. Elle permettra de diminuer la douleur en attendant de voir un médecin.

En dehors d'une fracture associée diagnostiquée à la radiographie ou de certaines lésions associées, l'appui est autorisé. La marche avec 2 cannes béquilles peut être utile.

La consultation « d'après » avec le spécialiste

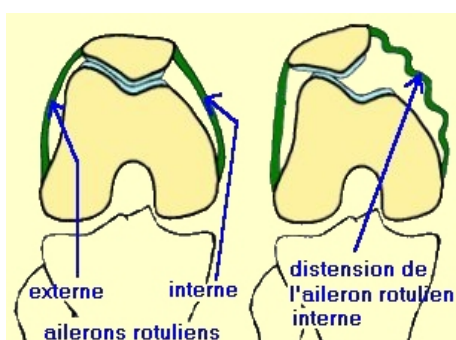
Elle a pour but de confirmer le diagnostic et de rechercher les lésions pouvant être associées (petite fracture de rotule, morceau de cartilage mobile).

Cet examen physique sera complété **par une IRM** et éventuellement **des clichés radiologiques** dynamiques afin de quantifier la laxité pathologique sur votre articulation

Le chirurgien ou le médecin du sport vous expliquera lors de cette consultation la marche à suivre pour les semaines suivantes.

Quelle rééducation après cette luxation ?

L'objectif est de récupérer un genou souple, ayant bien dégonflé, indolore avec un bon tonus musculaire. il est important de préparer une éventuelle intervention par des séances de kinésithérapie.



D'après genou.com

Cette rééducation pré opératoire n'est jamais du temps perdu.

Elle permet de se familiariser avec les exercices que vous effectuerez après l'intervention.

Quel traitement après cette instabilité ?

-Si il n'y a pas de récurrence d'instabilité et que la stabilité de rotule est acceptable, il est possible de s'orienter plutôt vers un traitement fonctionnel, c'est à dire la rééducation. Vous serez alors réévalué par votre médecin afin de vérifier que tout se passe bien.

ATTENTION, une absence de traitement chirurgical ne correspond pas à un abandon thérapeutique.

Cela doit permettre de retrouver l'ensemble de ses capacités aussi bien dans la vie quotidienne que dans la vie sportive.

-Si cela n'est pas le cas et si il existe **des récurrences de luxations (instabilité récidivantes)** ou des sensations qui empêchent la reprise d'une vie sereine, on considère que la rééducation est un échec.

On considère qu'une seule récurrence peut être une indication à une réparation chirurgicale. Une solution chirurgicale peut être proposée dans ces cas.

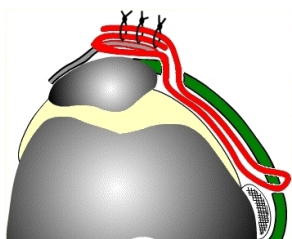
Laisser la rotule se luxer peut conduire à des phénomènes d'usures de cartilage de la rotule (arthrose).

La technique chirurgicale.

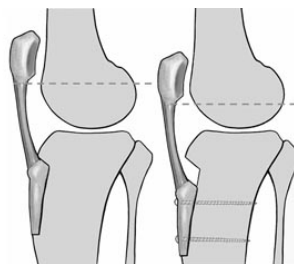
Le but de ce traitement est de **reconstituer** solidement le ligament rompu (**l'aileron rotulien interne**) pour empêcher le déplacement latéral de la rotule et sa luxation, La simple suture n'étant pas suffisante.

Pour cela le chirurgien utilise une **greffe** en prélevant, au niveau de votre cuisse, Une partie du tendon d'un muscle ischio-jambier (droit interne ou gracilis), c'est ce que on appelle une **Ligamentoplastie** (Technique Chassaing, 1995).

Il le tend ensuite cette greffe entre la rotule et le fémur, en la fixant aux endroits précis où était attaché le ligament fémoro-patellaire interne.



La Plastie (en rouge)



Chir.de la TTA

Le début de l'opération commence toujours par une **arthroscopie** (Camera dans le genou) pour faire le bilan de la rotule, de la dysplasie, et également des ménisques et du ligament croisé antérieur.

A ce geste peut être associé une **section de l'aileron rotulien externe** qui a pour but de diminuer l'attraction de la rotule vers l'extérieur. Celle-ci est réalisée lors de l'arthroscopie initiale.

En cas de rotule trop haute, un abaissement de la tubérosité tibiale antérieure (TTA) peut être effectué dans le même temps opératoire, il nécessite la bascule vers le bas de la TTA et la mise en place de 2 vis dans le tibia.

D'autres techniques chirurgicales (Trochléoplasties) existent mais sont peu pratiquées et ne seront pas détaillées ici.

Quels sont les résultats à long terme ?

On peut dire suivant les résultats du Symposium 2012 de la société française d'arthroscopie (SFA), **qu'à 10 ans**, on a :

- **93 % d'absence de récurrence d'instabilité**
- **84 % de reprise des sports**

Quelles sont les complications possibles post opératoires ?

Malgré les progrès actuels de la chirurgie, et en particulier de la chirurgie du genou, le risque de complications existe.

Toute opération, si bénigne soit-elle et quelles que soient les précautions prises, implique un risque qui va de la complication minime à la complication majeure.

Complications pendant l'opération Elles sont très rares mais graves : la blessure d'un gros vaisseau (artère, veine ou nerf) est possible. Elle nécessite une prise en charge spécialisée avec possible transfert.

Complications post opératoires (liste non exhaustive) Hématome, hémarthrose, par saignement et raideur du genou pouvant nécessiter une reprise chirurgicale. Douleurs post opératoires trainantes, cutanées ou articulaires. Infection : toujours possible, elle nécessite un traitement associant ré-intervention(s) et antibiothérapie prolongée. Phlébite : elle peut survenir malgré la prévention par traitement anticoagulant.

Cette énumération (incomplète) ne doit pas faire oublier que la suture méniscale a en général des suites très simples et qu'elle permet de conserver le capital méniscal, ce qui est important pour l'avenir cartilagineux surtout chez les jeunes. Il est très important de tenir au courant votre chirurgien au fur et à mesure des problèmes que vous rencontrez.

Organisation pratique avant l'opération

L'arrêt de travail

Il dépend du geste réalisé et de votre type d'activité : Il est de 6 semaines minimum.

La consultation d'anesthésie

Elle est indispensable comme avant toute intervention, elle doit être faite largement à l'avance pour détecter une éventuelle contre indication à cette chirurgie, n'oubliez pas de rapporter tous les documents utiles. Vous pourrez choisir entre anesthésie générale et anesthésie loco-régionale. La prescription d'anticoagulants se fait pendant cette consultation : il faut les acheter et prévoir la venue d'une infirmière.

Préparez et apportez vos documents

Radiologiques, bilan biologique, dossier de pré-admission, autorisations parentales pour les mineurs, et bien sur votre attelle (si elle est demandée), votre vessie de glace, vos bas de contentions et tout ce qui a été demandé lors de la consultation préopératoire.

Les téléphones portables/ baladeurs pour écouter de la musique au bloc sont autorisés (en mode avion).

Protocole de préparation cutanée

Il a dû vous être remis par nos assistantes. Dans le cas contraire ou si vous avez des questions, contactez nous. Il est indispensable de respecter ce protocole à la lettre car l'opération n'aura pas lieu en cas de non respect. Vous aurez besoin de produits pour la faire : n'oubliez pas de les acheter à l'avance. L'hospitalisation

Cette intervention se fait en général en ambulatoire; vous rentrez le matin et sortez le soir. Les médicaments contre la douleur ont été achetés avant l'intervention et vous les prendrez systématiquement ou à la demande en rentrant chez vous le soir.

La marche se fera en **appui complet** avec 2 cannes béquilles, ne les l'oubliez pas.

Quelle rééducation après l'opération ?

Une rééducation sera nécessaire après l'intervention au rythme de 2 à 3 séances par semaine, initialement au domicile puis dès que possible au cabinet du kinésithérapeute.

Pensez à prendre vos RDV à l'avance.

NB : le transport pour aller chez le kiné n'est pas pris en charge par la sécurité sociale.

-Pendant l'hospitalisation et avec le Kine

Le premier lever est avec les béquilles (à garder 21 j) et un appui immédiat, pleine charge, est autorisé quelques heures après l'intervention.

Une attelle peut être utilisée en fonction des gestes chirurgicaux effectués (abaissement

de TTA).

On essaye d'obtenir au plus vite le verrouillage du genou : Contractions du quadriceps (écrase-coussin, co-contractions quadriceps/ischios).

On débute l'auto-mobilisation passive de l'articulation en flexion (0°/40°) le patient plie avec ses propres mains son genou en faisant glisser le talon sur le lit.

Le but est de lutter contre l'œdème, la douleur et favoriser le retour veineux par le glaçage, la position déclive et des mouvements des chevilles.

L'utilisation de machines de cryothérapie avec liquide réfrigéré et compression active (type Game Ready©) peut être envisagée.

-A la sortie de la chirurgie ambulatoire

Vous marcherez avec 2 cannes béquilles en appui complet, le genou peut plier sans risque.

Il faut éviter tout piétinement, surélever le membre inférieur opéré en position assise, glacer régulièrement le genou et utiliser des bas de contention pour 21 jours

Chez vous, continuez à faire les exercices décrits plus haut.

Pas besoin de centre de rééducation, Un cabinet du kinésithérapeute suffira quelques jours plus tard. Sauf contre-indication par le chirurgien, il n'existe **aucune limitation à la flexion** de votre genou, soyez rassuré ! Rien de va casser !

La suite des consignes de rééducation sera dans vos **documents de sortie**

Un bon de transport vous sera délivré pour le retour à votre domicile.

Vous aurez le dossier de sortie avec tous les documents nécessaires :

- Rdv avec le chirurgien
- Ordonnance pour la rééducation
- Ordonnance pour les soins infirmiers
- Ordonnance pour les médicaments, pansements
- Arrêt de travail
- Coordonnées de l'établissement en cas de problème
- **Une infirmière vous contactera par téléphone le lendemain pour prendre de vos nouvelles.**
-

Quelle sont les « suites classiques » après l'opération ?

Les fils sont résorbables et « tombent » vers le 12 e jours poste opératoire.

Après l'intervention, une ecchymose peut apparaître à la cuisse et à l'arrière du genou. Cet ecchymose a tendance à descendre dans le mollet et le pied, entraînant un gonflement du mollet. Une sensation « d'étau » lors de la flexion peut être généralement ressentie.

Le genou peut ou ne pas gonfler, cela est normal, aussi si le genou est très gonflé, rappelez votre chirurgien.

La consultation post opératoire (le RDV est déjà noté) aura lieu 3 semaines après votre opération.