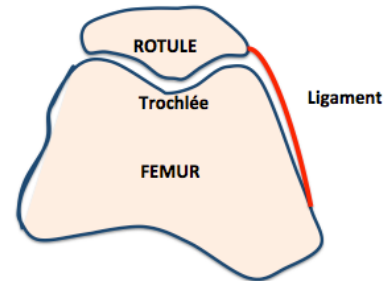
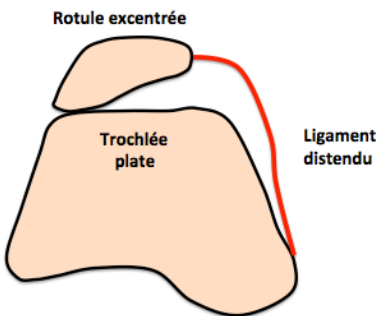


L'ARTICULATION FEMORO-PATELLAIRE

L'articulation femoro-patellaire unit la rotule au fémur. Lors des mouvements de flexion-extension, la rotule joue le rôle d'une poulie qui glisse sur le fémur pour permettre l'action du muscle quadriceps. La rotule doit être parfaitement centrée. Pour cela, elle est formée d'une crête qui s'engage dans la trochlée fémorale. Elle est également stabilisée par un ligament qui l'empêche de basculer.



SYNDROME ROTULIEN ET LUXATION DE ROTULE



Lorsque la forme ou la position de votre rotule est anormale (dysplasie), elle n'est pas correctement centrée sur la trochlée fémorale lors des mouvements de flexion-extension. Ceci entraîne des douleurs, et à l'extrême des phénomènes de luxation ou de subluxation. Les douleurs sont classiques en position assise prolongée, ou lors de la montée-descente des escaliers. Les sensations de blocage sont fréquentes. La pratique sportive devient impossible. Lorsque ces symptômes se répercutent sur votre vie quotidienne malgré la réalisation d'un protocole de kinésithérapie adapté, une intervention chirurgicale est indiquée.

TECHNIQUES CHIRURGICALES

Il existe 2 techniques chirurgicales: le recentrage rotulien par ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure et la ligamentoplastie du MPFL (ligament femoro-patellaire médial). Les techniques ont le même but: diminuer les douleurs, stabiliser la rotule et permettre la reprise des activités sportives et/ou professionnelles sans difficulté.

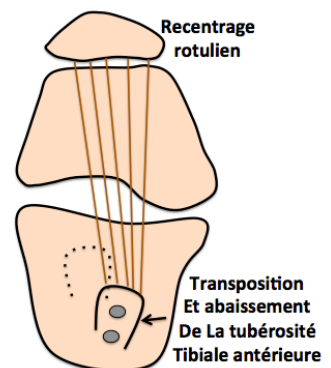
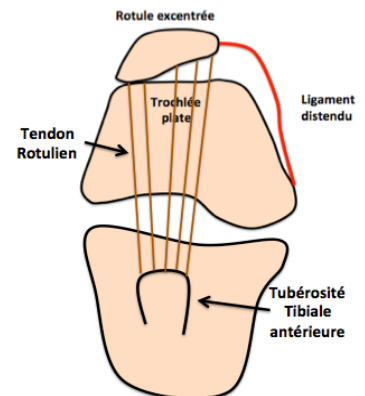
RECENTRAGE ROTULIEN PAR OSTÉOTOMIE DE LA TTA

L'ostéotomie de la tubérosité tibiale antérieure permet de recentrer la rotule par son action sur le tendon rotulien.

Le but est d'abaisser la rotule pour la placer en face de la trochlée fémorale mais aussi de la médialiser pour éviter sa bascule naturelle vers l'extérieur.

La TTA est fixée par 2 ou 3 vis qu'on peut retirer un an après l'intervention.

Après l'intervention, la marche se fait à l'aide de cannes anglaises, en appui partiel pendant 1 mois, et vous porterez une attelle de protection. La kinésithérapie débute après le 1^{er} mois post-opératoire, et dure en moyenne 2 à 3 mois.

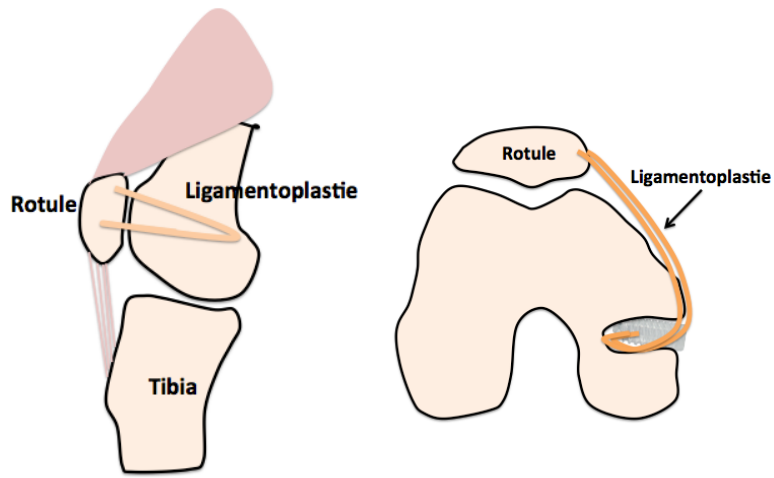


LA LIGAMENTOPLASTIE DU MPFL

L'intervention consiste à utiliser le tendon du demi-tendineux, et de le placer entre la rotule et le fémur.

Ainsi, il empêche la rotule de basculer vers l'extérieur, lors des mouvements de flexion-extension et donc il la stabilise.

Le prélèvement de ce tendon n'a pas de conséquence sur la mobilité du genou, mais parfois des douleurs peuvent persister à proximité de la cicatrice (3% des cas).



L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou rachianesthésie.

Vous discuterez du protocole avec le médecin anesthésiste, lors de la consultation préopératoire.

Ce dernier vous proposera la mise en place d'un cathéter péri-nerveux dont le but est de calmer les douleurs post-opératoires immédiates.

L'intervention dure 30 à 45 minutes.

LES SUITES OPÉRATOIRES

Vous serez hospitalisé pendant 2 à 3 jours. Vous débuterez la rééducation avec les kinésithérapeutes de notre service qui vous aideront pendant les 1ers jours à vous lever, à reprendre un appui, sous couvert de cannes anglaises. Le personnel du service est également là pour vous aider.

Les douleurs disparaîtront progressivement, et les antalgiques prescrits vous aideront à les supporter les premières semaines. Prenez les de manière systématique les 15 premiers jours.

Il faudra également porter des bas de contention 1 mois.

Vous pourrez reprendre le volant au bout de 4 à 6 semaines et le reprise du travail se fait généralement au 2^e mois post-opératoire.

LES COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

La survenue d'un hématome est possible après l'intervention. Il disparaît généralement après 1 ou 2 semaines. Dans la majorité des cas, une simple surveillance et un glaçage sont nécessaires.

Les infections sont rares mais possibles. Cette complication, si elle survient, peut nécessiter une nouvelle intervention pour lavage associé à la prise d'antibiotiques.

Une raideur post-opératoire peut se développer malgré la rééducation. Dans de très rares cas, elle peut nécessiter une nouvelle intervention pour libérer l'articulation de ses adhérences.

Une phlébite du membre inférieur est une complication non exceptionnelle aux conséquences potentiellement graves. Un traitement anticoagulant vous sera prescrit pour prévenir sa survenue.

En cas d'ostéotomie de la TTA, une pseudarthrose (non consolidation de l'ostéotomie) peut nécessiter une reprise chirurgicale.

Enfin, une récurrence d'instabilité ou des douleurs résiduelles peuvent persister (10% des cas).

CETTE LISTE N'EST PAS EXHAUSTIVE