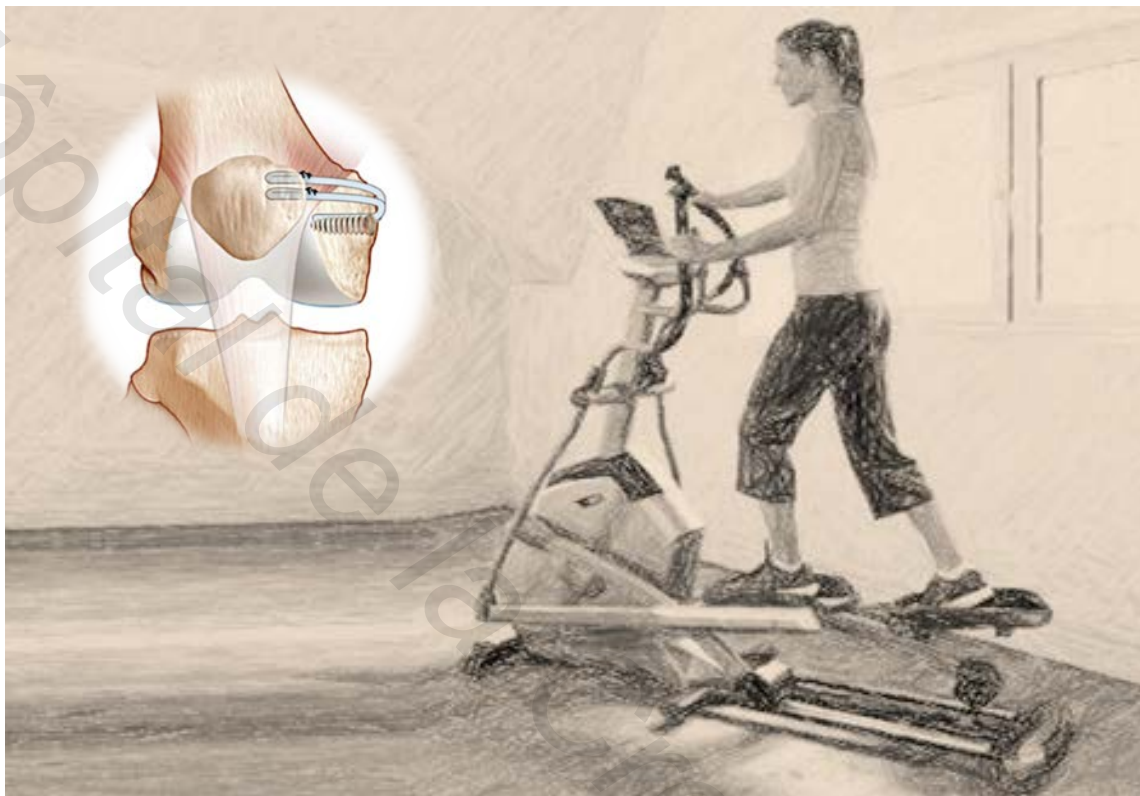


***Livret d'information  
pour les patients opérés d'une  
instabilité rotulienne***



**Professeur Sébastien LUSTIG**

**Professeur Elvire SERVIEN**

Service de Chirurgie Orthopédique

Centre Hospitalo-Universitaire Lyon Croix Rousse



# VOUS AVEZ UNE INSTABILITÉ ROTULIENNE

## VOUS ALLEZ ÊTRE OPÉRÉ D'UNE CHIRURGIE DE STABILISATION DE LA ROTULE

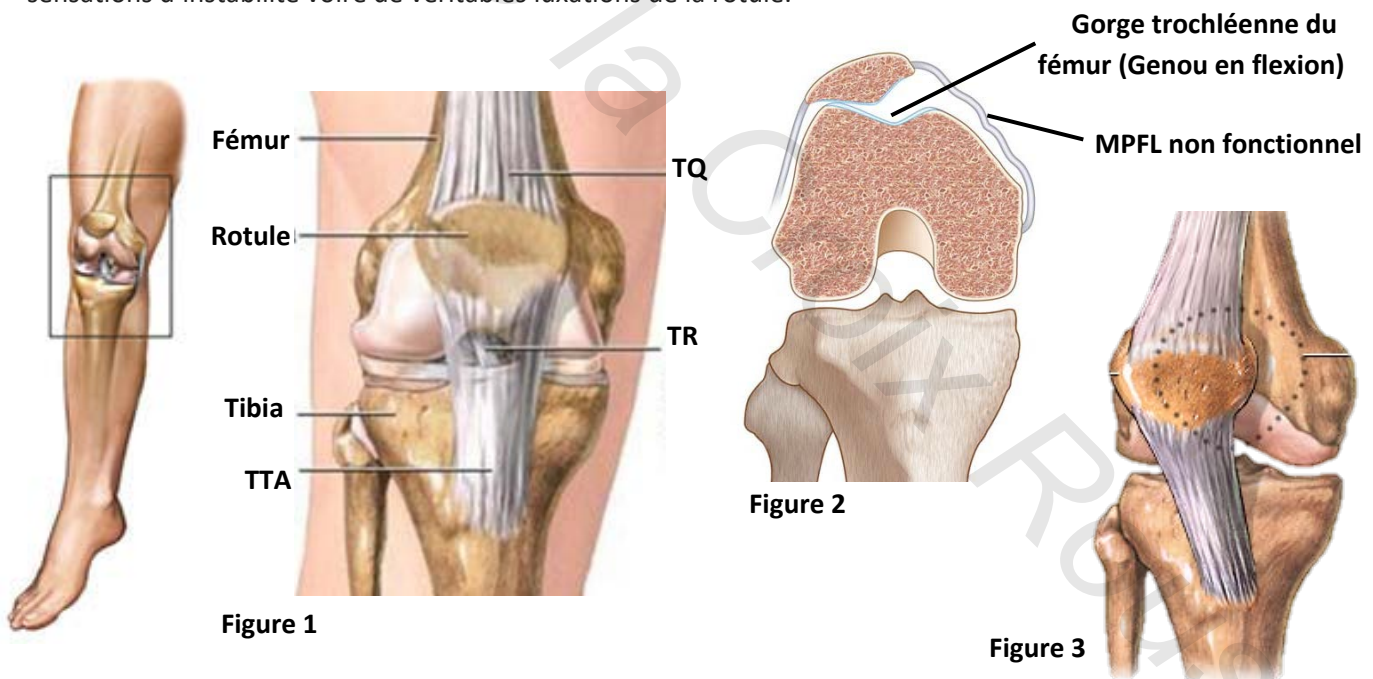
### Qu'est-ce qu'une instabilité rotulienne ?

Le genou correspond à l'articulation entre le fémur et le tibia. La rotule est une troisième partie osseuse qui est située en avant et qui fait partie de l'articulation. Les surfaces articulaires de glissement sont recouvertes de cartilage. La stabilité de la rotule est assurée par le tendon quadricipital (TQ) en haut, le tendon rotulien (TR) en bas s'insérant sur une bosse du tibia appelée Tubérosité Tibiale Antérieure (TTA) (Fig 1), et le ligament patello-fémoral médial (MPFL).

La rotule va s'emboîter dans la trochlée du fémur qui est une sorte de gorge plus ou moins profonde. L'emboîtement harmonieux de la rotule dans la trochlée va dépendre de leurs formes anatomiques, des tendons et ligaments adjacents.

Plusieurs facteurs anatomiques peuvent favoriser une bascule de la rotule en externe, voire une luxation de rotule. Les plus fréquents sont : une insuffisance du ligament patello-fémoral médial (Fig 2), une insertion trop latéralisée du tendon rotulien et de la tubérosité tibiale antérieure sur le tibia (Fig 3), une rotule trop haute qui aura des difficultés à s'engager dans la gorge trochléenne. Ces anomalies peuvent entraîner une bascule isolée de la rotule avec des phénomènes d'hyperpressions cartilagineuses, ou une véritable instabilité rotulienne avec des épisodes de luxations externes de la rotule.

Ceci va occasionner une gêne à type de douleurs antérieures, de blocages, de gonflements, et même parfois des sensations d'instabilité voire de véritables luxations de la rotule.



### Pourquoi une opération ?

La rotule ne peut pas se stabiliser spontanément. Cette instabilité rotulienne va occasionner progressivement des lésions cartilagineuses. Dans ces conditions, l'évolution naturelle se fait vers une dégradation progressive de l'articulation et donc une gêne de plus en plus importante.

La présence de douleurs rebelles au traitement médical et kinésithérapique, ainsi que la survenue de luxations récidivantes vont faire poser la question d'une intervention chirurgicale.

Le but de l'opération est de recentrer la rotule sur la gorge de la trochlée afin de la stabiliser, soulageant ainsi les douleurs, supprimant les luxations de la rotule et évitant la dégradation de l'articulation.

## Qu'est-ce qu'une chirurgie de stabilisation de la rotule?

La chirurgie va consister à recentrer la rotule dans la gorge trochléenne afin de lui redonner un jeu harmonieux et sans contrainte. Les deux procédures les plus fréquemment indiquées sont : une reconstruction du ligament patello-fémoral médial et une transposition de la tubérosité tibiale antérieure. Ces procédures seront adaptées aux déformations anatomiques et aux symptômes ressentis.

S'il s'agit d'une bascule isolée de la rotule avec insuffisance ou rupture traumatique du ligament patello-fémoral médial, une reconstruction isolée de celui-ci est indiquée. Elle est réalisée par de courtes incisions. Une partie d'un tendon de la cuisse (Droit interne) est prélevé et sert à remplacer le ligament patello-fémoral médial rompu. Il est fixé dans un tunnel au fémur par une vis résorbable et par deux petits tunnels dans la rotule (Fig 4).

S'il existe également une rotule trop haute ou une tubérosité tibiale antérieure trop latérale, la reconstruction isolée du MPFL ne suffira pas. Elle doit être associée à une transposition de la tubérosité tibiale antérieure. Cette transposition est réalisée par une courte incision à la partie supérieure du tibia. La tubérosité tibiale antérieure est exposée et sectionnée à l'aide d'une scie. Elle est ensuite distalisée et médialisée, puis fixée par deux vis (Fig 5). Ces deux gestes permettent à la rotule de bien se repositionner au milieu de la trochlée et de la stabiliser.

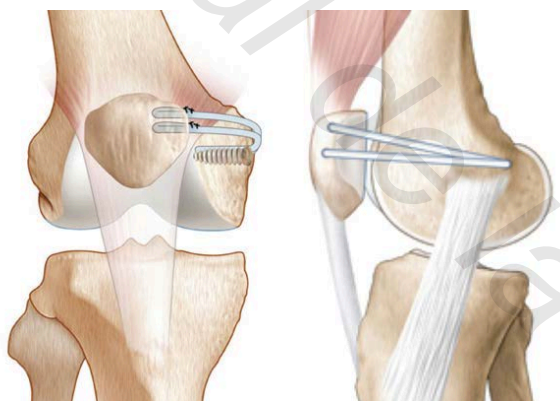


Figure 4

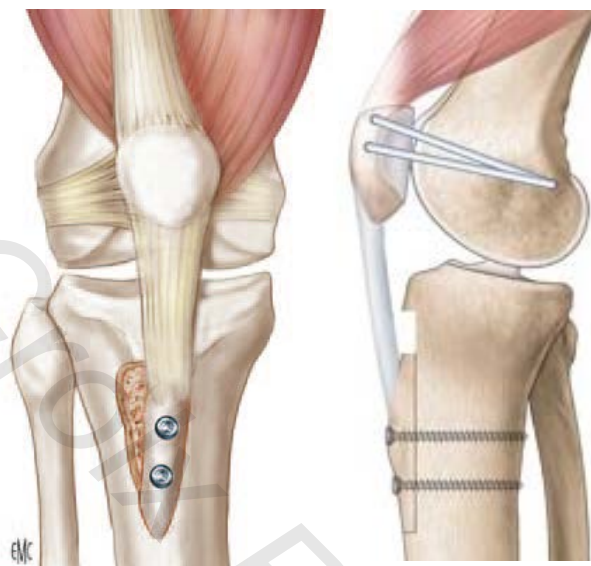
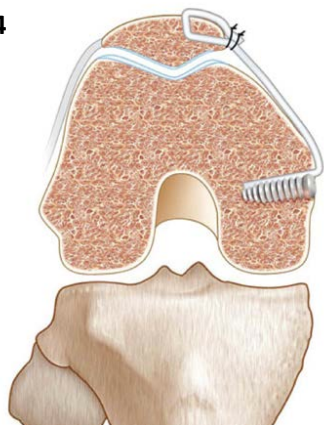


Figure 5

La reconstruction du MPFL dure environ 1 heure et peut être réalisée en ambulatoire. Dans certains cas, une hospitalisation d'un jour peut être indiquée. Quand elle est associée à une transposition de la tubérosité tibiale antérieure, l'intervention dure environ une heure et demie et nécessite 2-3 jours d'hospitalisation.

L'intervention peut être réalisée sous rachianesthésie ou sous anesthésie générale. C'est votre anesthésiste qui décide avec vous de la meilleure anesthésie en fonction de votre état de santé.

Après l'opération, un pansement stérile est mis en place pendant 15 jours. Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post-opératoire. En cas de transposition de la tubérosité tibiale antérieure, une attelle sert à immobiliser et à protéger votre genou pendant les 45 premiers jours de la consolidation osseuse.

## La rééducation post-opératoire et la reprise des activités

La rééducation chez votre kinésithérapeute est débutée après l'intervention. Son but est de préserver la souplesse du genou et de maintenir la masse musculaire.

En cas de reconstruction isolée du MPFL, vous pouvez commencer à marcher dès le lendemain, sous couvert de cannes pendant 10 jours. Une attelle peut être nécessaire quelques jours, le temps de verrouiller le quadriceps. La reprise du volant est envisageable au 15<sup>ème</sup> jour. Celle du travail survient après 45 jours et cela en fonction de votre profession, une activité de bureau pouvant être plus précoce. Les activités sportives débutent généralement entre le 3<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois.

En cas de transposition de la tubérosité tibiale antérieure, l'appui complet est autorisé mais une attelle en extension est maintenue lors de vos déplacements et durant le sommeil pendant 6 semaines. La reprise du volant ainsi que celle du travail est envisageable au 2<sup>ème</sup> mois et cela en fonction de votre profession, une activité de bureau pouvant être plus précoce. Les activités sportives débutent généralement entre le 4<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois.

## Quels sont les risques et les complications ?

En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, notons quelques risques plus spécifiques à cette chirurgie :

Une raideur articulaire peut se développer si la rééducation post-opératoire n'est pas bien prise en charge.

Des réactions inflammatoires exacerbées correspondent parfois à une algodystrophie. Cependant, de nouveaux traitements existent et permettent de gérer plus facilement cette complication rare.

Il est possible que la zone opérée saigne et qu'il se forme un hématome. Selon son importance, une évacuation peut être nécessaire.

La survenue d'une infection du site opératoire reste exceptionnelle. Cette complication nécessite un lavage du genou et la mise sous antibiotiques plus ou moins longue avec éventuellement une reprise chirurgicale.

Des petits caillots de sang solidifié peuvent se former et se coincer dans les veines des jambes occasionnant une phlébite et nécessitant un traitement anticoagulant pendant plusieurs semaines.

En cas de transposition de la tubérosité tibiale antérieure, une mauvaise consolidation ou une fracture de celle-ci peuvent survenir, nécessitant une reprise chirurgicale.

Les nerfs et artères qui entourent le genou peuvent être accidentellement blessés. Cette complication exceptionnelle peut occasionner une douleur, une perte de la sensibilité voire une paralysie de certaines parties de la jambe.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Votre chirurgien vous donnera toutes les explications complémentaires et se tiendra à votre disposition pour évoquer avec vous chaque cas particulier avec les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention.

## Quels sont les résultats attendus de votre opération ?

Quelque soit la procédure, l'amélioration des blocages, des gonflements et des phénomènes d'instabilité est rapide après l'intervention. Le résultat sur la douleur dépend de l'existence de lésions cartilagineuses sous-jacentes. Un traitement médical complémentaire peut alors s'avérer nécessaire.

La récupération complète de la mobilité et de la force musculaire survient en général entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois.

Une récurrence de l'instabilité peut survenir lors de certaines activités, pouvant nécessiter un geste complémentaire.

Les résultats sont cependant encourageants, puisqu'on obtient une amélioration des douleurs et de la fonction du genou dans plus de 80 % des cas et une stabilisation de la rotule dans plus de 90 % des cas.