

**Dr Laurent Béguin**

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET ARTHROSCOPIQUE  
CHIRURGIE DE L'ÉPAULE

**Dr François Chalencon**

CHIRURGIE DE LA HANCHE ET DU GENOU  
TRAUMATOLOGIE DU SPORT

**Dr Florent Delangle**

CHIRURGIE DE LA HANCHE ET DU GENOU  
CHIRURGIE DU PIED

**Dr François-Xavier Verdot**

CHIRURGIE DE LA HANCHE ET DU GENOU  
TRAUMATOLOGIE DU SPORT

# Traitement de l'Instabilité Rotulienne

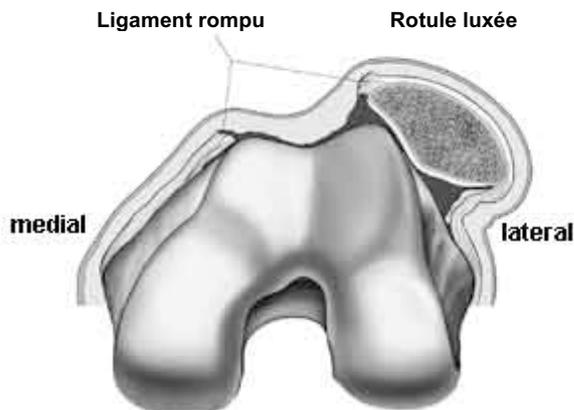
*Voici quelques renseignements  
concernant l'intervention chirurgicale ainsi que le protocole de suivi  
que nous vous proposons.*

## **Pourquoi ma rotule est-elle devenue instable ?**

Suite à une première luxation, lors d'un traumatisme survenu le plus souvent lors d'activités sportives, la rotule a tendance à ne pas rester en place et se luxe vers l'extérieur du genou. Ceci est dû tout d'abord à une lésion d'un ligament qui la maintient centrée devant le fémur : le *ligament fémoro-patellaire médial*. Ce ligament est souvent distendu voire rompu lors du premier épisode de luxation. Ensuite, il ne cicatrise souvent pas correctement, ce qui peut conduire à des luxations récidivantes.

Dans certains cas, il existe aussi une morphologie de genou qui prédispose aux luxations de rotule : on parle de *dysplasie fémoro-patellaire*. C'est un « défaut de fabrication » du genou qui rend la rotule trop peu saillante et la trochlée (partie du fémur qui reçoit et guide la rotule) trop plate. Il s'agit donc d'anomalies osseuses. La rotule est, dans ces cas-là, souvent trop haut placée, trop haute, ce qui fait qu'elle n'est pas guidée correctement par la trochlée au début de la flexion, comme un train qui sort des rails. Ainsi, on peut avoir un équilibre plus ou moins confortable avant la première luxation, mais dès celle-ci, la rotule a franchement tendance à basculer sur le côté car le ligament fémoro-patellaire médial n'est plus là pour compenser la dysplasie.

Quoi qu'il en soit, qu'il n'y ait qu'une atteinte ligamentaire ou qu'il existe en plus des anomalies osseuses, la rotule se luxe souvent et même sans traumatisme violent et il est nécessaire de la stabiliser car ceci est trop gênant.



## **Pourquoi m'opère-t-on ?**

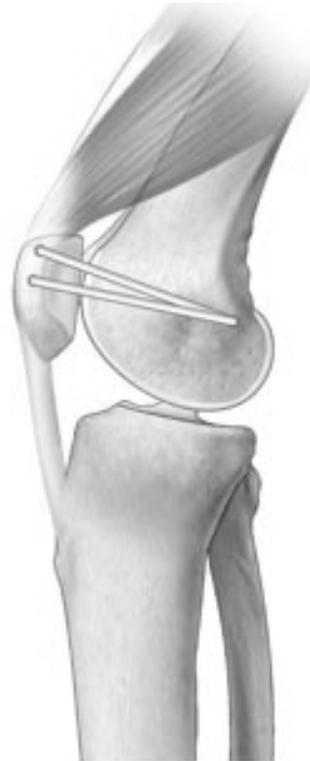
Le but de l'intervention est de *stabiliser* la rotule qui se luxe trop facilement.

Les douleurs qui surviennent après les luxations pourront être améliorées, mais les douleurs permanentes que vous pouvez présenter au niveau du genou depuis longtemps risquent de ne pas diminuer complètement : tout se passe en effet comme s'il existait une mémoire douloureuse au niveau du genou, surtout si la gêne est ancienne, et il n'est pas possible de les faire disparaître totalement.

## **En quoi consiste l'opération ?**

L'intervention chirurgicale consiste à traiter la lésion du ligament fémoro-patellaire médial et éventuellement à corriger les anomalies osseuses si elles sont significatives. Ainsi, le chirurgien va remplacer le ligament rompu par un tendon (prélevé sous la peau à la face interne de la cuisse par une petite incision sur le tibia), qu'il va fixer par deux autres petites incisions à la face interne du genou, entre le fémur et la rotule.

### **Plastie ligamentaire**



S'il existe des anomalies osseuses significatives, il pourra réaliser aussi une transposition de la tubérosité tibiale antérieure, c'est-à-dire qu'il va décrocher et déplacer en bas et en dedans (puis la fixer avec deux vis) une baguette osseuse correspondant à l'attache du tendon rotulien sur le tibia, afin d'abaisser et de recentrer la rotule.

## Plastie ligamentaire + Transposition de la tubérosité tibiale antérieure



### Comment se déroule l'opération ?

L'intervention chirurgicale se déroule le lendemain ou le jour de votre hospitalisation dans le service d'Orthopédie de la clinique. La veille au soir et le matin de l'opération, il faudra prendre une douche + shampoing avec un savon antiseptique. Vous resterez à jeun depuis minuit le jour de l'opération, c'est-à-dire que vous ne mangerez ni ne boirez rien à partir de minuit (pas de chewing-gum, de tabac ou de bonbon non plus).

Vous serez conduit par les brancardiers au bloc opératoire, où l'équipe chirurgicale et anesthésique vous accueillera et vous installera en salle d'opération.

L'anesthésiste va soit vous endormir complètement, soit n'endormir que vos membres inférieurs (selon ce qui a été prévu lors de la consultation pré-anesthésique). Il pourra également placer un cathéter ou faire une injection au niveau de la racine de la cuisse pour prévenir les douleurs post-opératoires.

L'opération pourra alors débuter : votre chirurgien réalisera alors une plastie du ligament fémoro-patellaire médial soit isolée, soit associée à une transposition de la tubérosité tibiale antérieure. L'intervention terminée, vous serez transféré(e) en salle de surveillance post-interventionnelle (« salle de

réveil »), où sera réalisée une radiographie de contrôle, avant le retour dans votre chambre.

### Quels sont les risques de l'intervention ?

Comme toute intervention chirurgicale, cette opération comporte des bénéfices et des risques. Vous l'avez acceptée après discussion avec votre chirurgien car vous pensez tous les deux que la balance penche en faveur des bénéfices attendus (stabilisation de votre genou, reprise des sports, de votre travail...).

Les risques principaux de ce type d'intervention sont les suivants :

- \* *Risque anesthésique* : il vous a été expliqué lors de la consultation pré-anesthésique.

- \* *Risque d'infection* : comme pour toute intervention, le risque de développer une infection existe mais demeure très faible (<0,5%). Une ré-intervention (évacuation d'un hématome, lavage du genou) et un traitement antibiotique par perfusions à l'hôpital peuvent être nécessaires et prolonger votre séjour.

- \* *Risque de thrombose veineuse profonde (phlébite, embolie pulmonaire)* : également faible, il dépend de vos antécédents médicaux et de vos traitements en cours. Il peut justifier une prévention par injection quotidienne d'anticoagulant après l'opération.

- \* *Risque de raideur du genou* : dans certains cas, votre genou peut réagir de manière exagérée à votre accident et/ou à la chirurgie, devenant rouge, raide et douloureux. Ceci est appelé « algodystrophie », c'est une réaction d'inflammation, c'est-à-dire d'irritation, disproportionnée de votre organisme. Le traitement est long et il peut persister une limitation des mobilités de votre genou après celui-ci.

- \* *Diminution de la sensibilité de la peau autour des cicatrices* : il est assez classique que la peau ait une sensibilité un peu diminuée à la face antérieure du genou après l'opération. Ceci s'explique par les cicatrices qui peuvent léser des petits rameaux nerveux cutanés. Cette diminution de la sensibilité concerne surtout l'effleurement, la sensibilité à la piqûre étant respectée. Elle n'entraîne habituellement pas de gêne importante, n'empêche pas la reprise des activités physiques et professionnelles et diminue avec le temps.

- \* *Lésions des vaisseaux sanguins, des muscles, des nerfs et des tendons* : ces complications très exceptionnelles peuvent survenir pendant ou après l'opération, accidentellement ou suite à un gonflement

important du mollet ou à un déplacement des moyens de fixation. Elles peuvent nécessiter une réparation et créer des problèmes de fonctionnement ou de sensibilité de certaines parties de la jambe.

### **Quelles sont les étapes à suivre avant l'opération ?**

Vous venez de consulter votre chirurgien et vous avez décidé ensemble d'une intervention. Il faut alors en fixer la date ainsi que celles des autres consultations indispensables avant celle-ci.

Il est nécessaire (et obligatoire légalement) de voir un médecin anesthésiste lors de la consultation pré-anesthésique, afin de décider du type d'anesthésie réalisée lors de la chirurgie. Cette consultation a lieu à la clinique, sur rendez-vous. Il faut aussi, dans certains cas, réaliser des radiographies complémentaires et un scanner, pour mieux évaluer votre genou et décider des détails de l'intervention. Vous serez examiné(e) également par un kinésithérapeute qui fera un bilan articulaire précis avant l'opération.

### **Combien de temps vais-je rester à la clinique ?**

Vous serez hospitalisé(e) le matin de l'intervention, et vous rentrerez chez vous le lendemain matin.

### **Comment se passera la rééducation après l'opération ?**

*Si votre chirurgien remplace le ligament rompu de manière isolée*, il faudra porter une attelle pendant 3 semaines, surtout la journée, et utiliser des béquilles en pouvant prendre complètement appui sur la jambe opérée.

*Si votre chirurgien remplace le ligament rompu et réalise une transposition de la tubérosité tibiale antérieure*, il faudra garder les béquilles et l'attelle pendant 6 semaines et vous pourrez prendre appui complètement sur la jambe opérée.

*Dans les deux cas*, les kinésithérapeutes vous feront travailler les muscles pour réapprendre à « verrouiller » le genou, marcher avec les béquilles et débiter la flexion du genou. Après votre sortie de la clinique, il faudra poursuivre des séances de rééducation chez un kinésithérapeute, à son cabinet, 3 fois par semaine, généralement pendant 2 à 3 mois.

### **Quand vais-je pouvoir mener une vie quotidienne « normale » ?**

Après votre sortie de la clinique, il faudra respecter une période de repos de 10 jours, seulement entrecoupée par des phases de marches courtes et les séances de rééducation chez le kinésithérapeute. Vous marcherez sans limitation ni gêne importante aux alentours de 1 à 3 mois après l'opération.

### **Quand vais-je pouvoir conduire à nouveau ?**

*En cas de plastie ligamentaire isolée*, vous serez capable de reprendre la conduite automobile sur des petits trajets environ 4 semaines après l'opération. *Si une transposition de la tubérosité tibiale est associée*, ce délai sera d'environ 2 à 3 mois

### **Quand vais-je pouvoir reprendre le travail ?**

*En cas en cas de plastie ligamentaire isolée*, la reprise d'un travail sédentaire peut être envisagée 30 à 45 jours après l'opération.

*Si une transposition de la tubérosité tibiale est associée*, ce délai sera d'environ 2 à 3 mois, voire 4 mois en cas de travail de force.

### **Quand vais-je pouvoir reprendre les activités sportives ?**

La reprise des *sports dans l'axe* (natation en battements, footing, vélo) pourra être envisagée 45 jours après l'opération et vous pourrez reprendre les *sports pivot/contact* (football, rugby, ski, etc.) 3 à 5 mois après la chirurgie, selon l'état de votre genou et toujours après accord de votre chirurgien.

### **Mon genou reste gonflé après l'opération, est-ce normal ?**

Après toute intervention chirurgicale et celle-ci en particulier, il est très habituel que le genou reste gonflé par rapport au côté sain. Cette différence peut persister plusieurs semaines après l'opération sans que cela ne soit anormal. Par contre, si le genou devenait rouge et chaud et que la rééducation ne se passe pas correctement, il faut avertir rapidement votre médecin traitant et votre chirurgien pour vérifier qu'il ne s'agit pas des premiers signes d'une infection.