

INSTABILITÉ DE LA ROTULE

ANATOMIE

La rotule est située devant le genou entre le tendon quadricipital en haut et le tendon rotulien en bas qui s'attache sur la tubérosité tibiale antérieure (TTA).

Sa surface profonde s'articule avec la trochlée du fémur qui est creusée pour que la rotule reste centrée lors des mouvements de flexion-extension du genou. Un creusement insuffisant de la trochlée facilite une instabilité de la rotule .

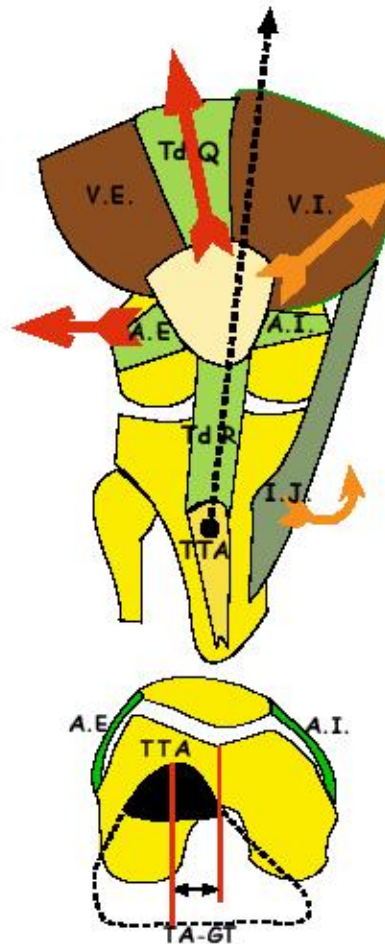
Elle est maintenue en équilibre dans cette gorge par l'aileron rotulien externe en dehors, et l'aileron rotulien interne et le muscle Vaste interne en dedans.

Une malformation osseuse et une mauvaise tension d'un ou plusieurs de ces éléments perturbe la stabilité de la rotule:

Elle est attirée naturellement en dehors par la traction du quadriceps (Td Q) et de l'aileron externe (AE), et par le décalage entre l'axe de la TTA et de l'axe de la gorge de la trochlée (TA_GT).

Elle est attirée en dedans par le muscle vaste interne (VI), l'aileron rotulien interne (AI), et par les tendons de la patte d'oie (IJ) qui recentrent la TTA .

Des explorations complémentaires (Radios des genoux et des membres, Scanner) sont nécessaires pour déterminer les causes de l'instabilité et proposer un traitement chirurgical.



LES OPÉRATIONS

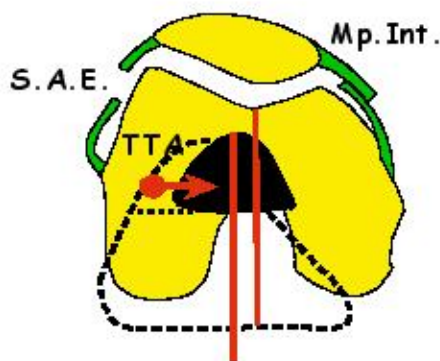
Les techniques chirurgicales ont pour but de corriger un ou plusieurs des facteurs anatomiques à l'origine de l'instabilité de la rotule : trochlée plate, rotule dysplasique, aileron retracté, muscle déficient, désaxation de l'appareil extenseur... Le choix des actes opératoires peut être décidé ou complété pendant l'opération.

Il existe de nombreuses opérations permettant de corriger les anomalies à l'origine de l'instabilité . Les gestes techniques opératoires les plus pratiqués sont les suivants:

SECTION DE L'AILERON ROTULIEN

EXTERNE

Elle permet de réduire le déplacement externe et l'hyperpression externe de la rotule. Elle peut se faire sous arthroscopie.



MYOPLASTIE INTERNE

Elle consiste à raccourcir l'aileron rotulien interne, et à abaisser l'insertion du muscle vaste interne sur la rotule.

TRANSPOSITION DE LA TUBÉROSITÉ TIBIALE

Elle consiste à transposer en dedans la Tubérosité tibiale Antérieure (TTA) pour réaxer la rotule. Un abaissement est parfois nécessaire, soit associé à la translation interne, soit seul.

La baguette tibiale ainsi détachée est fixée par une ou deux vis (qu'il sera parfois nécessaire de retirer lors d'une seconde intervention si elles deviennent trop gênantes).



Ces gestes opératoires peuvent être associés au cours de la même intervention.

D'autres interventions sont possibles et vous seront expliquées par le chirurgien si nécessaire.

DÉROULEMENT de la PRISE en CHARGE de L'OPÉRÉ

AVANT L'INTERVENTION un bilan complet pré-anesthésique est indispensable.

Il est très important de dépister et traiter toute maladie pouvant entraîner des complications lors de l'anesthésie ou lors de l'acte chirurgical et de faire le point sur les **facteurs de risque** susceptibles de favoriser des complications post-opératoires. Nous vous remettons donc des ordonnances pour effectuer un bilan médical avant l'intervention.

Le jour de l'hospitalisation, le personnel procédera au rasage du membre, une préparation de la peau du membre opéré après une douche antiseptique. Prévoyez des vêtements larges que vous pourrez enfiler par-dessus le pansement ou l'atelle.

L'OPÉRATION

L'acte chirurgical est actuellement un acte bien codifié. Sa durée est fonction des traitements à effectuer. Il dure entre 20 mn et 1H00 en général.

Les gestes prévisibles vous seront expliqués par le chirurgien.

L'HOSPITALISATION

Elle dure de 48H00 à quelques jours en cas de gestes multiples. Après l'intervention, vous serez surveillé en salle de réveil d'anesthésie, puis reconduit dans votre chambre. Votre jambe sera surélevée, et votre articulation recouverte d'une vessie de glace pour diminuer l'inflammation et la douleur ; des calmants vous seront administrés selon vos besoins.

La rééducation, élément central du traitement, débutera dès le lendemain de l'opération.

Elle sera poursuivie après la sortie du service, à domicile ou en centre de rééducation selon l'intervention réalisée et vos besoins. Une ordonnance vous sera remise.

Chez vous : Continuer d'appliquer de la glace sur l'articulation, Respecter les prescriptions médicamenteuses, Surélever votre membre opéré lorsque vous êtes au repos. Vous pouvez être aussi actif que la douleur le permet, et vous devez débiter la rééducation prévue par le chirurgien dans les délais prescrits.

COMPLICATIONS ET RISQUES

Même s'ils sont extrêmement rares, il existe des risques potentiels et des complications. Les principaux sont cités ci-dessous. Cette liste n'est pas exhaustive .

L' infection : c'est un risque extrêmement faible mais il existe comme pour toute chirurgie malgré toutes les précautions prises. En cas d'infection votre genou devient alors chaud, rouge, douloureux, et impossible à mobiliser . Vous devrez être réhospitalisé et réopéré.

Une infection locale sur un fil de fermeture d'une voie d'abord peut se voir ; des soins locaux sont suffisants.

Epanchement post-opératoire : Il s'agit plus d'un inconfort que d'une vraie complication; il disparaît en général spontanément en 2 à 4 semaines. Il peut nécessiter une ponction en cas d'épanchement très volumineux . Un traitement anti-inflammatoire physique (glace) et médicamenteux suffit à le faire disparaître. Exceptionnellement, une intervention est nécessaire pour enlever un hématome cailloté.

Ils sont plus fréquents si l'articulation souffre de longue date, en cas d'arthrose, de rhumatisme articulaire, ou après menisectomie externe du genou.

Les lésions nerveuses : elles se manifestent par une modification de la sensibilité cutanée au niveau du genou ou du membre inférieur opéré; elles peuvent se voir en cas de compression par un garrot laissé de façon prolongée . Elles sont réversibles dans des délais variables.

Des zones d'hyposensibilité ou d'anesthésie cutanée superficielle peuvent aussi se voir ; elles sont la conséquence de la section inévitable de petits rameaux nerveux sensitifs cheminant dans la peau au niveau des incisions. La récupération est longue et parfois incomplète.

Phlébite du membre : là encore, le risque est très rare car il n'y a pas d'immobilisation post-opératoire. Un traitement préventif systématique par anticoagulants sera cependant prescrit. Elle se manifeste par une douleur du mollet , un gonflement de la jambe. Un traitement médical anticoagulant est nécessaire rapidement.

L'algodystrophie : elle est rare (1 à 3%) . Elle est impossible à prévenir ou à prévoir (sauf en cas d'épisode antérieur) . Son traitement médical est long et parfois difficile. Elle peut laisser des séquelles plusieurs mois. Son traitement est médical.

Elle se manifeste par une rougeur, des douleurs, un gonflement, des troubles cutanés, mais peut aussi se généraliser à tout le membre inférieur.

En cas de survenue de symptômes pouvant correspondre à une de ces complications , ou en cas d'évolution qui vous paraît anormale, consultez votre médecin généraliste , ou appelez le secrétariat de votre chirurgien.