

Désaxation de la rotule

Docteur François Prigent

Le genou naturel est composé de trois parties :

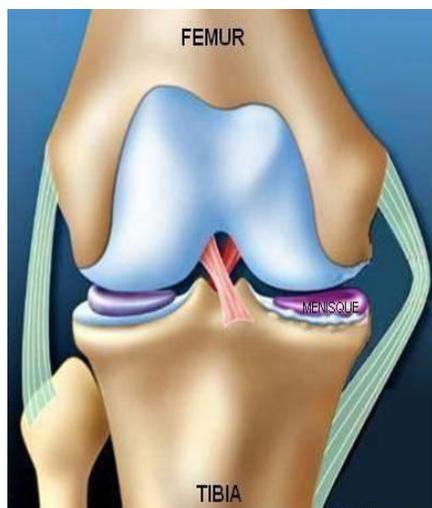
- *L'extrémité inférieure du fémur* qui a la forme de deux roues accolées : les condyles
- *L'extrémité supérieure du tibia*, en plateau.
- *La rotule* : petit bouclier situé sur l'avant du fémur.

Les mouvements articulaires se font par glissement entre ces composants osseux.

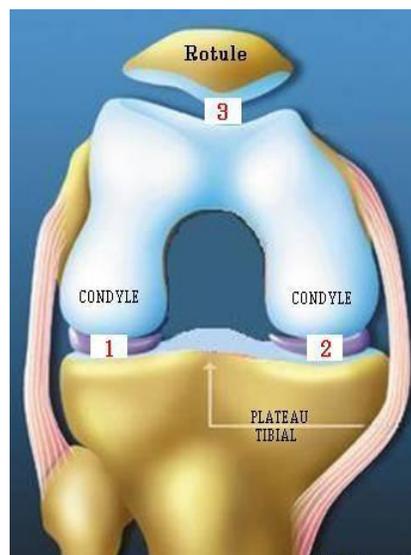
La rotule se déplace sur la partie antérieure du fémur.

Cette partie du fémur a la forme d'une gorge. La rotule y monte et y descend, comme dans un rail, lors des mouvements de flexion-extension du genou.

Cet espace de glissement est appelé *fémoro-patellaire*. (3)



Genou de face en extension



Genou de face en flexion

Le cartilage recouvre, à la manière d'une « moquette » les surfaces osseuses en contact. Ce fin revêtement assure le fonctionnement harmonieux du genou.

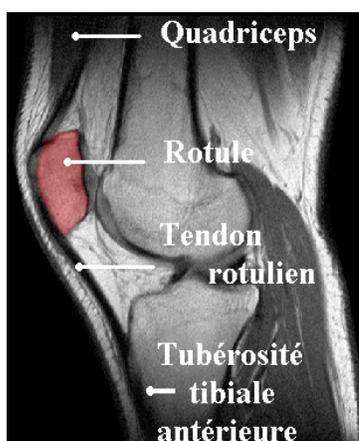


Qu'est ce qu'une désaxation de la rotule ?

L'**appareil extenseur** du genou se comporte comme une puissante corde dont l'attache finale se fait sur un renflement osseux en avant du tibia : la **tubérosité tibiale antérieure**. Son rôle est d'étendre la jambe.

L'appareil extenseur se compose de trois éléments :

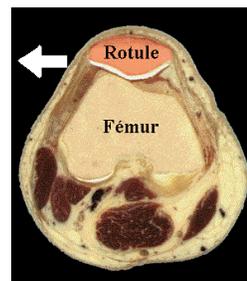
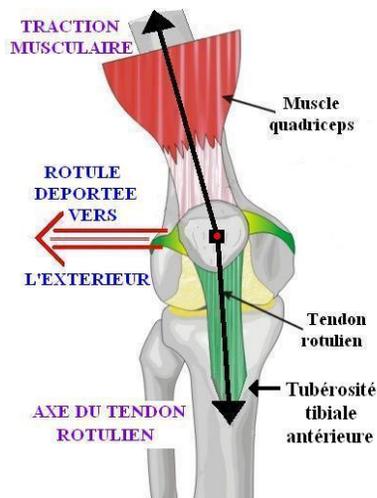
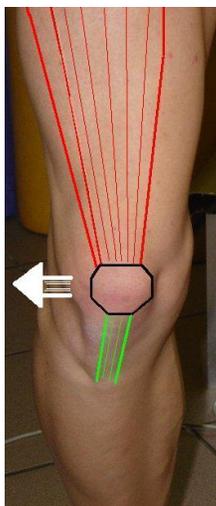
- En haut le muscle **quadriceps** qui est le muscle de la cuisse. C'est lui qui fournit l'énergie nécessaire à l'extension du genou en se contractant. Il s'accroche sur le haut de la rotule.
- La **rotule**, dans son rail, s'intercale entre le quadriceps et le tendon rotulien.
- Le **tendon rotulien** qui fait le lien entre le bas de la rotule et la tubérosité tibiale sur laquelle il s'amarre.

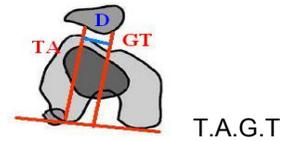


Genou de profil

Si la *tubérosité tibiale antérieure* est en position trop externe : l'appareil extenseur n'est pas droit. L'angle formé entraîne la rotule vers l'extérieur. Celle-ci s'appuie toujours du même côté externe. Ce décalage surmène le cartilage de la rotule. Le genou souffre.

Les douleurs se situent sur l'avant du genou et prédominent à la montée-descente des escaliers, au passage de la position accroupie-debout, en station assise prolongée et à genou. Dans certains cas la rotule sort de son rail et se luxé.





La radiographie standard est complétée par un scanner

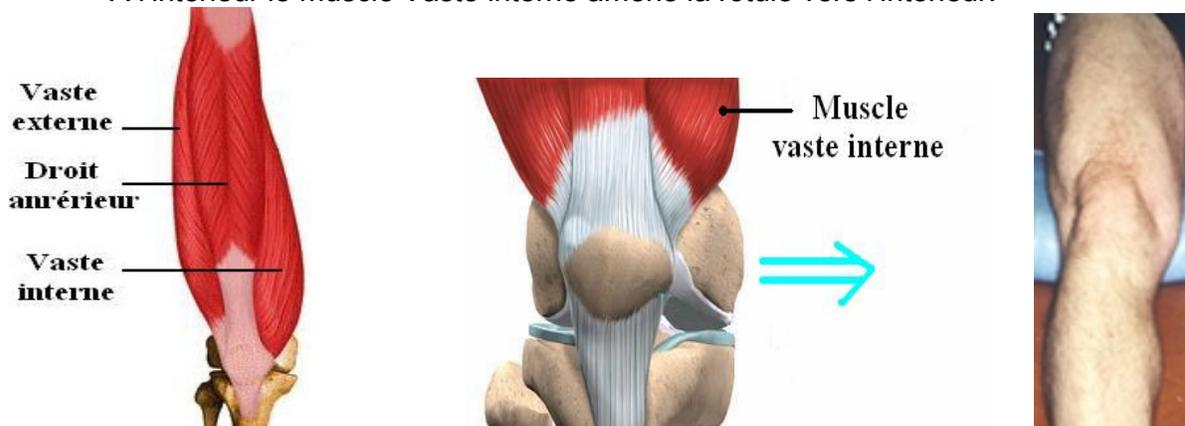
Le **scanner** permet de connaître la position exacte de la rotule.

Cet examen mesure avec précision le décalage entre l'endroit où est la rotule dans sa Gorge (G.T.) et l'endroit où elle s'accroche sur la Tubérosité (T.A.). C'est la mesure de la T.A.G.T. Ce chiffre, comparé à la normale, indique si il y a désaxation de la rotule et son importance.

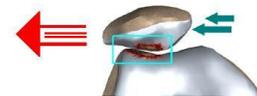
La rééducation cherche à recentrer la rotule dans son rail par un travail musculaire.

Le quadriceps est l'élément moteur de la rotule. Celui-ci est composé de quatre muscles :

- Deux d'entre eux sont centrés et tirent dans l'axe rotulien.
- A l'extérieur le puissant muscle Vaste externe entraîne la rotule en dehors.
- A l'intérieur le muscle Vaste interne amène la rotule vers l'intérieur.



Le travail de rééducation porte sur le renforcement du vaste interne ce qui recentre la rotule dans son rail et NON sur celui du vaste externe qui a l'effet contraire.



Indication du traitement chirurgical

La désaxation de la rotule peut avoir deux conséquences : **Douleur** et / ou **Instabilité**

La rotule douloureuse présente des indications chirurgicales limitées.

Le traitement médical est au premier plan. La rééducation centrée sur le renforcement du muscle vaste interne est complétée par une bonne compréhension par le patient de son problème rotulien et de son mécanisme.

La chirurgie n'est proposée qu'après une longue période d'observation, à l'issue d'une rééducation bien conduite et lorsque le décalage rotulien est important au scanner.

La rotule instable est plus souvent chirurgicale.

Différents facteurs rentrent en ligne de compte : la répétition des épisodes d'instabilité, la survenue d'une ou de plusieurs luxations, leur fréquence et leur mécanisme, les résultats du scanner et le souhait du patient d'être soulagé.

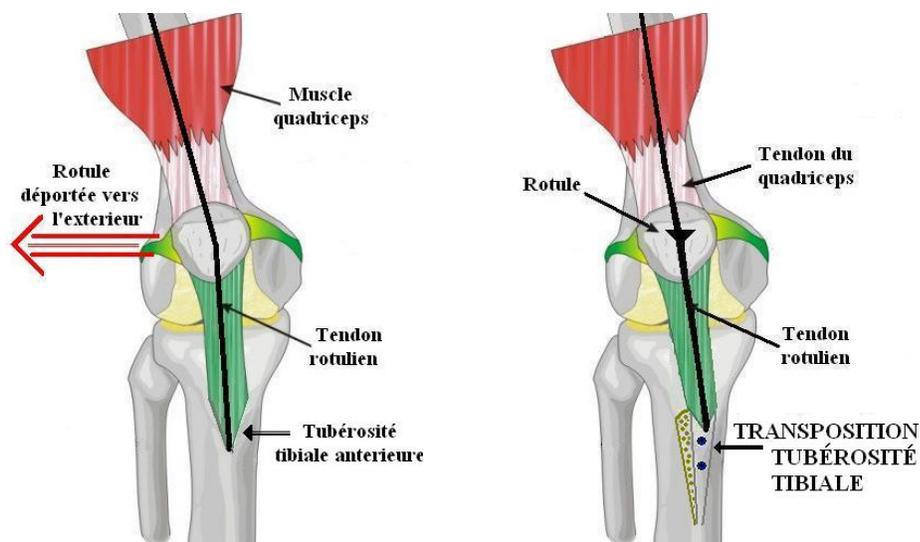
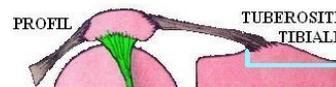
La rotule arthrosique relève, dans certains cas, d'une indication opératoire. Il s'agit d'une usure du cartilage développée à bas bruit avec le temps. Dans ce cas l'atteinte touche électivement la facette externe sur un genou dont l'appareil extenseur n'est pas en ligne.

Le traitement chirurgical ne doit pas être envisagé en urgence

L'opération a pour but de remettre l'appareil extenseur en ligne.

Le chirurgien agit sur la *tubérosité tibiale* là où s'accroche le tendon rotulien.

L'opération se situe au dessous du genou et consiste à détacher le morceau d'os où s'accroche le tendon pour le ramener vers l'intérieur. Sa fixation y est assurée par une vis. (parfois deux) Ce geste est appelé transposition de la tubérosité tibiale antérieure (T.T.A.T.)



La fermeture est effectuée par un fil en surjet sur la peau ainsi que par des petites bandes collantes (steri-strips) pour que la cicatrice soit le moins visible possible (5 à 7 cm).

L'opération dure en règle générale de 25 minutes à 30 minutes. Il faut compter en plus le temps de préparation à l'anesthésie et la période de réveil.

Lors de la fermeture un drain est mis en place. Celui-ci sera conservé 48 H.

Que se passe-t-il après l'intervention ?



- **L'hospitalisation** est de 4 à 5 jours.
- **La marche** avec appui complet est autorisée sous couvert d'une attelle.
- **La rééducation** débute le lendemain de l'intervention. Le genou est mobilisé de 0° à 40° entre le premier jour et le quinzième jour hors attelle, puis celle-ci est remise en place. Le travail du muscle quadriceps est débuté en concentrique.
- **Le surjet** est retiré au quinzième jour.
- La rééducation s'intensifie du quinzième au trentième jour : travail de la flexion entre 45° et 90°, quadriceps en concentrique.
- **L'attelle est retirée** lorsque le genou verrouille et pas avant le vingtième jour.
- **Les anticoagulants** sont poursuivis tant que l'attelle est en place.
- **Les steri-strips** sont conservés un mois dans un but esthétique.
- La rééducation se poursuit 6 à 8 semaines.
- **L'activité professionnelle** est reprise entre la dixième et la douzième semaine.
- **Les activités sportives** seront reprises après 4 à 6 mois.
- **La vis** sera retirée, en ambulatoire, par une petite incision de 1 cm. après 9 mois.

**REPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS DE NOS PATIENTS
EST LA MEILLEURE PREPARATION À LEUR INTERVENTION**

FICHES D'INFORMATION-PATIENT

Arthroscopie du genou :

Description : le cartilage, les ligaments, les ménisques. Qu'est qu'une arthroscopie du genou ?
La lésion du ménisque : son traitement, ses suites.

Rupture du croisé antérieur. Reconstruction sous arthroscopie :

Qu'est que le ligament croisé antérieur ? Quel est son rôle ? Quand traiter ?
Description de l'opération. Les suites immédiates et à distance. La reprise du sport.

Arthrose du genou :

Qu'est ce que l'arthrose du genou ? Le traitement médical. Le traitement chirurgical.

Prothèse partielle de genou. Unicompartmentale :

Qu'est ce que l'arthrose ? Quelle prothèse ? Description de l'opération mini invasive.
Les suites immédiates et à distance de la chirurgie mini invasive ? Mode de vie et voyages.

Prothèse totale de genou :

Qu'est ce que l'arthrose ? Quelle prothèse ? Description de l'opération mini invasive.
Les suites immédiates et à distance de la chirurgie mini invasive ? Mode de vie et voyages.

Ostéotomie du genou :

Qu'est ce que l'arthrose ? Quand proposer une ostéotomie ? Description de l'intervention.
Les suites immédiates et à distance.

Désaxation de la rotule :

Description de la rotule et de son fonctionnement. Importance de la rééducation.
Place de la chirurgie. Description de l'intervention. Suites immédiates et à distance.

Arthrose du genou. Quand faut il opérer et quelle opération ?

Qu'est ce que l'arthrose du genou ? Le traitement médical. Le traitement chirurgical.