Dr Janssens Raphaël
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE · CHIRURGIE DU GENOU ET DE LA HANCHE · BRUXELLES

Centre des Nations · 127 av. Franklin Roosevelt, 1050 Ixelles · 02 / 660 02 66
Cabinet Janson · 44 rue Paul-Émile Janson, 1050 Ixelles · rendez-vous en ligne
Hôpital Molière-Longchamps · 142 rue Marconi, 1190 Forest · 02 / 348 50 80
Hôpital Etterbeek-Ixelles · 63 rue Jean Paquot, 1050 Ixelles · 02 / 641 41 11
drjanssensr@gmail.com · **orthojanssens.be**

GENOU · CHIRURGIE DE LA ROTULE

Instabilité rotulienne

Luxation de rotule : la chirurgie « à la carte »

Lorsque la rotule se déboîte à répétition, chaque luxation abîme le cartilage et entame la confiance dans le genou. La chirurgie corrige, « à la carte », les causes anatomiques de l'instabilité pour que la rotule reste dans son rail.

DURÉE DE L'INTERVENTION 1 h à 2 h selon les gestes associés	HOSPITALISATION 1 à 2 nuits lever le jour même
ATTELLE ET BÉQUILLES 2 à 6 semaines selon qu'un geste osseux est réalisé	RETOUR AU SPORT 5 à 9 mois vélo dès 6 semaines, course vers 3 mois

EN BREF

Ce qu'il faut retenir

La luxation de rotule — la rotule qui « saute » hors de sa gouttière, presque toujours vers l'extérieur — touche surtout les adolescents et les jeunes adultes. Après un premier épisode, le risque de récidive est élevé, d'autant plus que le genou présente des particularités anatomiques qui prédisposent à l'instabilité. La chirurgie de stabilisation corrige ces particularités une par une : c'est une chirurgie « à la carte », dont la pièce centrale est la reconstruction du ligament fémoro-patellaire médial (MPFL).

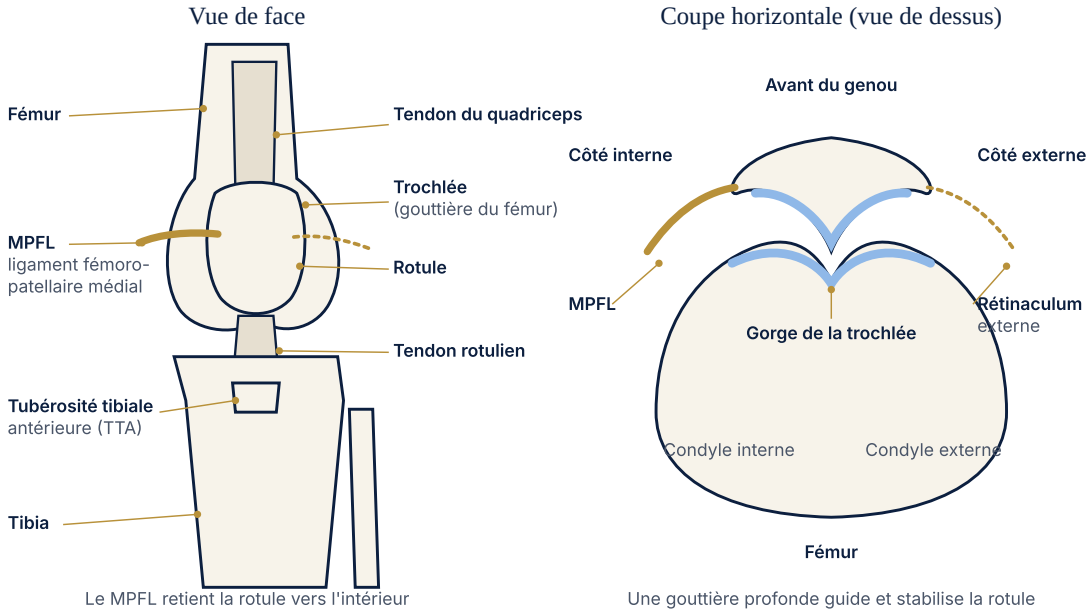
- **Indication :** luxations ou subluxations répétées de la rotule ; parfois dès le premier épisode lorsqu'un fragment de cartilage s'est détaché ou que les facteurs anatomiques sont majeurs.
- **Technique :** plastie du MPFL par autogreffe tendineuse, associée si besoin à une transposition de la tubérosité tibiale antérieure (TTA) et/ou à une trochléoplastie, selon le bilan d'imagerie.
- **Suites :** 1 à 2 nuits d'hospitalisation, attelle et béquilles de 2 à 6 semaines selon les gestes, kinésithérapie pendant 3 à 4 mois.
- **Résultat :** rotule stable dans 90 à 95 % des cas ; retour au sport, y compris de pivot, dans 80 à 90 % des cas.

— COMPRENDRE LA PATHOLOGIE

La luxation de rotule et l'instabilité rotulienne

La rotule est un petit os en forme de triangle inversé, enchâssé dans le tendon du quadriceps. Elle glisse, lorsque le genou se plie et se tend, dans une gouttière creusée à l'avant du fémur : la **trochlée**. Cette gouttière est le « rail » de la rotule. Tant que le genou est tendu, la rotule est au-dessus du rail, libre ; dès 20 à 30° de flexion, elle s'engage dans la trochlée qui la guide et la retient.

Dans les premiers degrés de flexion, avant que la trochlée ne joue son rôle, c'est un ligament qui retient la rotule du côté interne : le **ligament fémoro-patellaire médial**, ou **MPFL**. C'est le principal frein au déplacement de la rotule vers l'extérieur. L'alignement global de la jambe, la position de l'attache du tendon rotulien sur le tibia (la **tubérosité tibiale antérieure**, TTA) et la force du muscle vaste interne complètent ce système de maintien.



L'articulation fémoro-patellaire. La rotule en V glisse dans la gouttière de la trochlée. Le MPFL, tendu entre le bord interne de la rotule et le fémur, la retient vers l'intérieur dans les premiers degrés de flexion.

La première luxation

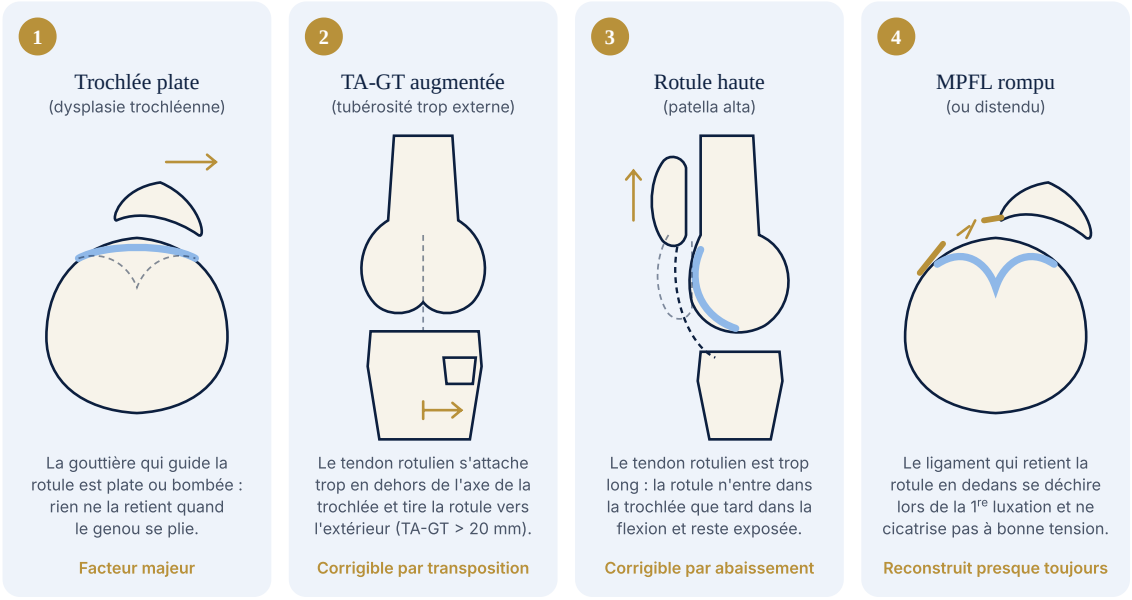
La luxation survient typiquement lors d'un mouvement de pivot, genou légèrement fléchi et pied fixé au sol — au sport, en dansant, parfois en se relevant simplement — ou, plus rarement, après un choc direct sur le bord interne de la rotule. La rotule bascule brutalement vers l'extérieur du genou, qui se dérobe. Elle se remet souvent en place spontanément en tendant la jambe ; sinon, une réduction est faite aux urgences.

Le genou gonfle rapidement d'un épanchement de sang (hémarthrose). À cette occasion, le **MPFL se déchire dans la quasi-totalité des cas**, car il est le premier à retenir la rotule. Dans 5 à 25 % des luxations, le passage forcé de la rotule sur le bord du condyle externe arrache un **fragment de cartilage et d'os** (fracture ostéochondrale) de la rotule ou du fémur : c'est la lésion à rechercher en urgence, parce qu'elle peut se fixer si elle est vue tôt.

Pourquoi la rotule se reluxe-t-elle ?

Après un premier épisode, **30 à 50 % des patients** connaîtront une nouvelle luxation, et ce risque dépasse 70 % chez les adolescents dont le genou cumule plusieurs facteurs anatomiques. Car la luxation de rotule n'est

pas qu'un accident : elle révèle le plus souvent une anatomie prédisposante, présente depuis la naissance. Quatre facteurs sont déterminants et se mesurent sur l'imagerie :



Les quatre facteurs d'instabilité. Chacun se mesure sur les radiographies, le scanner ou l'IRM ; c'est leur combinaison qui dicte les gestes chirurgicaux.

1. La dysplasie trochléenne

La gouttière du fémur est trop peu creusée, plate, voire bombée. La rotule n'a plus de rail. C'est le facteur le plus important : il est présent dans plus de 80 % des instabilités récidivantes. Sa sévérité se classe en quatre types (A à D).

2. La distance TA-GT augmentée

Lorsque la tubérosité tibiale est implantée trop en dehors par rapport à la gorge de la trochlée (distance TA-GT supérieure à 15-20 mm au scanner), le tendon rotulien tire la rotule vers l'extérieur à chaque contraction du quadriceps.

3. La rotule haute (patella alta)

Un tendon rotulien trop long place la rotule trop haut : elle n'entre dans la trochlée que tard dans la flexion et reste longtemps exposée. Elle se mesure sur la radiographie de profil (indice de Caton-Deschamps supérieur à 1,2).

4. L'insuffisance du MPFL

Déchiré lors de la première luxation, le MPFL cicatrise distendu, inefficace. C'est le seul facteur qui est la conséquence, et non la cause, de la luxation — mais sans lui, le frein interne a disparu.

S'y ajoutent des facteurs plus généraux : l'**hyperlaxité** ligamentaire, un **genu valgum** (genoux en X), une **torsion excessive du fémur** ou du tibia, une bascule de la rotule et la faiblesse du quadriceps. Les filles et les jeunes femmes sont un peu plus touchées que les garçons.

Les symptômes

- **Luxations vraies**, de plus en plus faciles, parfois pour un geste anodin, avec parfois réduction spontanée.
- **Subluxations** : la rotule « part » puis revient aussitôt, avec une sensation de dérobement.

- **Appréhension** : peur de certains mouvements (pivot, descente d'escalier, sport), genou que l'on ne « sent plus ».
- **Douleur antérieure du genou** et gonflements répétés, liés aux lésions du cartilage.

Le bilan

L'examen clinique recherche l'appréhension lorsque la rotule est poussée vers l'extérieur (signe de Smillie), mesure la laxité, l'axe de la jambe et la trajectoire de la rotule pendant la flexion (signe du « J »). Il est complété par :

- des **radiographies** de face, de profil strict (hauteur de la rotule, profondeur et forme de la trochlée) et une vue axiale des rotules ;
- un **scanner** (CT) pour mesurer la distance TA-GT et les torsions osseuses ;
- une **IRM**, qui montre la rupture du MPFL, l'état du cartilage, un éventuel fragment ostéochondral et la morphologie de la trochlée, et permet aussi la mesure de la TA-GT.

Ce bilan n'est pas un luxe : c'est lui qui permet de décider quels gestes sont nécessaires, et lesquels ne le sont pas.

— L'INDICATION

Quand faut-il opérer ?

Après une première luxation

Dans la grande majorité des cas, la première luxation se traite **sans opération** : réduction si elle n'est pas spontanée, ponction du genou s'il est très tendu, attelle d'extension pendant 1 à 3 semaines pour calmer la douleur, puis rééducation du quadriceps — et en particulier du vaste interne — et travail de la proprioception. La reprise du sport se fait vers 6 à 8 semaines, parfois avec une genouillère de maintien de la rotule.

Deux situations font proposer une intervention dès le premier épisode :

- ✓ un **fragment ostéochondral** détaché, visible à l'IRM ou au scanner : il doit être fixé (ou retiré s'il est trop petit) rapidement, et on en profite pour reconstruire le MPFL ;
- ✓ des **facteurs anatomiques majeurs** (dysplasie trochléenne sévère, TA-GT très augmentée, rotule haute) chez un patient jeune et sportif, pour qui la récidive est quasi certaine.

Après une récidive

Dès la deuxième luxation, ou en cas de subluxations répétées et d'appréhension qui empêche le sport, la chirurgie est recommandée : chaque nouvel épisode abîme le cartilage et augmente le risque d'arthrose fémoro-patellaire à long terme. L'intervention ne se discute pas en fonction du nombre d'épisodes seulement, mais de la gêne ressentie, de l'âge, du niveau sportif et des facteurs retrouvés sur le bilan.

Le principe de la chirurgie « à la carte »

Il n'existe pas une opération unique de la luxation de rotule. Le chirurgien établit la liste des facteurs présents chez vous et corrige ceux qui sont significatifs. Le MPFL est reconstruit dans presque tous les cas ; la transposition de la tubérosité et la trochléoplastie ne sont ajoutées que lorsque la mesure le justifie. L'inverse — reconstruire le MPFL seul alors que la trochlée est très dysplasique — expose à l'échec.

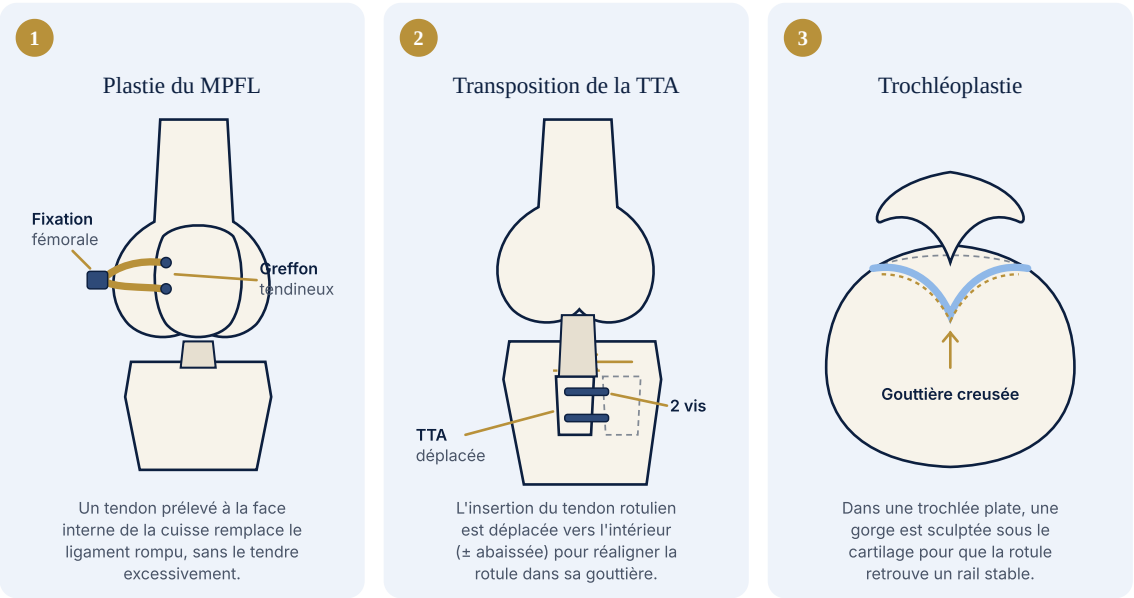
Et la douleur rotulienne sans luxation ?

Une douleur du devant du genou sans épisode de luxation (syndrome fémoro-patellaire, chondropathie) est un problème différent, qui se traite d'abord par la kinésithérapie, et pour lequel la chirurgie de stabilisation n'est pas indiquée.

— PRINCIPES DE LA CHIRURGIE

Comment se déroule l'intervention ?

L'intervention combine un temps d'arthroscopie et un ou plusieurs gestes de stabilisation, choisis d'après le bilan. Elle dure de 1 h à 2 h selon le nombre de gestes.



Les trois gestes de la chirurgie à la carte. La plastie du MPFL est quasi constante ; la transposition de la TTA et la trochléoplastie sont ajoutées selon les mesures du bilan.

L'arthroscopie

Par deux petits orifices, une caméra explore le genou : état du cartilage de la rotule et de la trochlée, fragment ostéochondral à fixer ou à retirer, trajet de la rotule pendant la flexion, et lésions associées (ménisque, corps étrangers). Ce temps guide les gestes suivants.

La plastie du MPFL

C'est le geste central. Le ligament rompu n'étant pas réparable, on le **reconstruit avec un tendon** prélevé à la face interne de la cuisse (le tendon du muscle gracile, par une courte incision), qui n'entraîne pas de déficit fonctionnel. Le greffon est fixé par deux ancres sur le bord interne de la rotule et par une vis ou une ancre dans un petit tunnel à la face interne du fémur, en un point précis qui garantit une tension identique dans toutes les positions du genou. Ce point est contrôlé en radioscopie pendant l'intervention. Le greffon est fixé **sans tension excessive** : il doit retenir la rotule, pas la plaquer contre le fémur.

La transposition de la tubérosité tibiale antérieure (TTA)

Lorsque la distance TA-GT est excessive et/ou que la rotule est haute, l'attache du tendon rotulien est déplacée. La tubérosité tibiale, avec son tendon, est détachée du tibia par une ostéotomie, **déplacée vers l'intérieur de 8 à 12 mm** (médialisation, type Elmslie-Trillat) et au besoin **abaissée** pour une rotule haute, puis fixée dans sa nouvelle position par **deux vis**. L'os consolide en 6 à 8 semaines.

La trochléoplastie

Réservée aux dysplasies sévères (trochlée plate ou bombée, types B et D), elle consiste à **sculpter une nouvelle gouttière** dans le fémur : le cartilage est soulevé en une fine coque, l'os sous-jacent est creusé, puis le cartilage est réappliqué et fixé au fond de la nouvelle gorge. La rotule retrouve un rail. C'est un geste précis et exigeant, toujours associé à une plastie du MPFL.

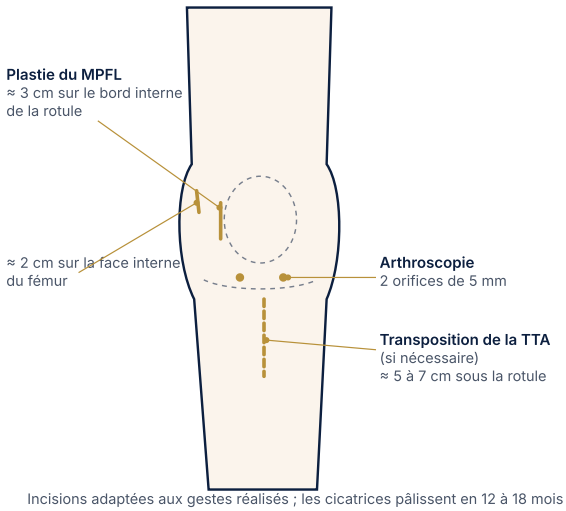
Le déroulement en salle d'opération

Anesthésie. Rachianesthésie (anesthésie du bas du corps par une injection dans le dos) avec sédation, ou anesthésie générale, selon l'âge, vos préférences et l'avis de l'anesthésiste ; un bloc nerveux complète l'analgésie des premières heures.

Incisions. Deux orifices d'arthroscopie, une incision d'environ 3 cm sur le bord interne de la rotule et une de 2 cm sur la face interne du fémur pour la plastie du MPFL ; une incision verticale de 5 à 7 cm sous la rotule en cas de transposition de la TTA ; la trochléoplastie se fait par une incision antérieure plus large.

Durée. 1 h pour une plastie du MPFL isolée, jusqu'à 2 h lorsque plusieurs gestes sont associés.

Fermeture. Fils ou agrafes, pas de drain, pansement étanche permettant la douche, attelle d'extension posée en fin d'intervention.



Incisions adaptées aux gestes réalisés ; les cicatrices pâlissent en 12 à 18 mois

Les cicatrices dépendent des gestes réalisés : elles restent discrètes, sur la face interne et l'avant du genou.

PRÉPARATION

Avant l'opération

- **La consultation d'anesthésie**, obligatoire : l'anesthésiste décide, selon vos antécédents et votre état de santé, des examens éventuellement nécessaires. Apportez la liste de vos médicaments et de vos allergies.
- **Le traitement des infections en cours** (urinaire, cutanée, dentaire) : une plaie ou un bouton sur le genou peut faire reporter l'intervention.
- **L'arrêt du tabac**, idéalement 6 semaines avant : il ralentit la consolidation osseuse et la cicatrisation du greffon.
- **La gestion des médicaments** : contraception, anticoagulants, antiagrégants et anti-inflammatoires sont adaptés selon les consignes de l'anesthésiste.
- **La kinésithérapie préopératoire** : renforcer le quadriceps, retrouver une mobilité complète et apprendre à marcher avec les béquilles facilite nettement les suites.
- **L'organisation** : prévoir qui vous ramènera (pas de conduite), la kiné dès la sortie, et des dispenses scolaires ou sportives.
- **La veille et le jour J** : douche antiseptique, jeûne selon les consignes (généralement 6 h pour les solides, 2 h pour les liquides clairs), bijoux et vernis retirés.

Patients mineurs et croissance

L'instabilité rotulienne concerne souvent des adolescents. L'intervention nécessite l'accord des parents, et la stratégie tient compte de la croissance : la plastie du MPFL peut être réalisée avant la fin de la croissance avec une technique qui respecte le cartilage de conjugaison du fémur, tandis que les gestes osseux (transposition de la TTA, trochléoplastie) attendent la fermeture des cartilages de croissance, vers 14-15 ans chez la fille et 16 ans chez le garçon.

RÉCUPÉRATION

Les suites opératoires

Les suites dépendent des gestes réalisés : une plastie du MPFL isolée autorise des suites rapides ; un geste osseux impose de protéger la consolidation pendant 6 semaines. Dans tous les cas, la rééducation s'étale sur 3 à 4 mois et le retour aux sports de pivot sur 5 à 9 mois.

À l'hôpital

Le lever a lieu le jour même, en **appui complet** après une plastie du MPFL isolée, l'attelle d'extension en place et deux béquilles. Après une transposition de la TTA ou une trochléoplastie, l'appui est partiel ou complet selon la solidité de la fixation, toujours sous attelle. Le kinésithérapeute débute la mobilisation douce et le réveil du quadriceps. Le glaçage régulier et les antalgiques contrôlent la douleur. La sortie a lieu après 1 à 2 nuits, le plus

souvent le lendemain. Un traitement anticoagulant préventif (injection quotidienne) est prescrit pendant quelques semaines, le temps que l'appui soit normal.

Le calendrier de récupération

PÉRIODE	PLASTIE DU MPFL ISOLÉE	AVEC TRANSPOSITION DE LA TTA OU TROCHLÉOPLASTIE
Jour 0 – 1	Lever, appui complet sous attelle, béquilles. Sortie le lendemain.	Lever, appui partiel ou complet selon le montage, sous attelle. Sortie à J1-J2.
Semaines 1 – 3	Attelle pour la marche, retirée pour la kiné ; flexion progressive jusqu'à 90° ; réveil du quadriceps. Retrait des fils ou agrafes vers 3 semaines.	Attelle en permanence pour la marche, flexion limitée à 60° les 3 premières semaines, puis 90°. Retrait des fils vers 3 semaines.
Semaines 3 – 6	Abandon progressif des béquilles et de l'attelle (vers 2-3 semaines), marche normale, vélo d'appartement, flexion complète.	Attelle et béquilles jusqu'à 6 semaines ; appui complet progressif ; flexion jusqu'à 90-100°. Radiographie de consolidation à 6 semaines.
Semaines 6 – 12	Renforcement, proprioception, vélo en extérieur, natation. Course à pied vers 3 mois.	Sevrage de l'attelle, flexion complète, renforcement. Vélo à 6-8 semaines, course vers 4 mois.
3 – 6 mois	Travail de la course, des sauts, des changements de direction. Sports de pivot et de contact vers 5-6 mois.	Même progression, décalée : sports de pivot vers 6-9 mois.

En pratique

ACTIVITÉ	DÉLAI HABITUEL	REMARQUES
Douche	Dès le retour à domicile	Pansement étanche ; bain et piscine après cicatrisation complète (3 à 4 semaines).
École, travail sédentaire	2 à 3 semaines	Plus tôt si les déplacements sont limités ; jambe surélevée.
Conduite	4 à 6 semaines	Après l'arrêt des béquilles et de l'attelle, avec une flexion suffisante et sans antalgiques forts.
Travail physique	2 à 3 mois	Plus long en cas de geste osseux ou de métier à genoux.
Vélo, natation	6 semaines	Activités idéales pour récupérer la mobilité et le muscle.
Course à pied	3 mois (4 mois si geste osseux)	Reprise progressive sur terrain plat.
Sports de pivot et de contact	5 à 6 mois (6 à 9 mois si geste osseux)	Après validation par des tests de force et de contrôle du genou.

La rééducation

La kinésithérapie commence dès le lendemain de l'opération et se poursuit pendant 3 à 4 mois, à raison de 2 à 3 séances par semaine. Elle suit trois phases : **protéger et mobiliser** (récupérer l'extension complète et une flexion progressive, lutter contre le gonflement, réveiller le quadriceps), **renforcer** (quadriceps et vaste interne, fessiers, chaîne postérieure, travail de l'alignement de la jambe), puis **réathlétiser** (course, sauts, changements de direction, gestes du sport). Le retour au sport n'est pas décidé par une date mais par des critères : absence de douleur et d'épanchement, mobilité complète, force du quadriceps proche du côté opposé, bon contrôle du genou lors des sauts.

Le genou reste gonflé et chaud plusieurs semaines, et la sensibilité autour des cicatrices met des mois à se normaliser. Des claquements indolores sont fréquents et sans gravité.

Le suivi

Consultations de contrôle à 3 semaines (cicatrices, retrait des fils), 6 semaines (radiographies en cas de geste osseux), 3 mois, 6 mois et 1 an.

Quand contacter le service ou votre médecin ?

- Fièvre supérieure à 38,5 °C, frissons.
- Cicatrice rouge, chaude, qui suinte ou s'écarte.
- Douleur du mollet, gonflement brutal de la jambe ou du pied.
- Essoufflement soudain, douleur thoracique : **appelez le 112**.
- Douleur qui augmente au lieu de diminuer, genou qui se bloque, nouvelle sensation de déboîtement.

RISQUES

Les complications éventuelles

La chirurgie de stabilisation de la rotule est fiable, mais elle comporte des risques, dont certains sont propres à chaque geste. Les fréquences indiquées sont des ordres de grandeur issus de la littérature ; votre risque personnel vous sera précisé en consultation.

Raideur et perte de flexion

C'est la complication la plus fréquente. Elle survient lorsque la cicatrisation est excessive ou que le greffon du MPFL est trop tendu. Elle se prévient par une rééducation précoce et bien conduite ; si la flexion reste insuffisante après 2 à 3 mois, une mobilisation sous anesthésie, voire une libération arthroscopique des adhérences, peut être proposée.

5 à 10 %
DES PATIENTS

Récidive de luxation

Nettement plus rare qu'après un traitement non opératoire. Elle s'explique le plus souvent par un facteur anatomique non corrigé, un nouveau traumatisme important ou une rupture du greffon.

2 à 5 %
APRÈS PLASTIE DU MPFL

Douleur antérieure persistante

Une douleur du devant du genou peut persister, surtout lorsque le cartilage de la rotule était déjà abîmé par les luxations, ou en cas de greffon trop tendu. Elle s'améliore le plus souvent avec le renforcement musculaire.

5 à 15 %
DES PATIENTS

Gêne du matériel

Après transposition de la TTA, les têtes des vis peuvent gêner, notamment en position à genoux. Elles sont retirées lors d'une courte intervention ambulatoire, au plus tôt un an après l'opération.

10 à 20 %
RETRAIT DES VIS

Fracture de la rotule

Les tunnels ou ancres de fixation du greffon fragilisent légèrement la rotule ; une fracture peut survenir lors d'une chute ou d'un effort violent. Les techniques actuelles (ancres de petit diamètre, sans tunnel transfixiant) l'ont rendue rare.

< 1 à 2 %
DES PATIENTS

Fracture ou retard de consolidation de la TTA

Le fragment osseux transposé peut se fracturer ou tarder à consolider, surtout chez le fumeur ou en cas d'appui trop précoce. Une immobilisation prolongée ou une nouvelle fixation sont alors nécessaires.

1 à 3 %
APRÈS TRANSPOSITION

Infection

Superficielle (cicatrice) ou, plus rarement, profonde (articulation), traitée par antibiotiques et au besoin par lavage chirurgical. Prévention : antibiotique avant l'incision, arrêt du tabac, soins de cicatrice.

< 1 %
DES PATIENTS

Phlébite et embolie pulmonaire

Rares chez les patients jeunes ; le traitement anticoagulant préventif et la reprise rapide de la marche en réduisent encore le risque. Une douleur du mollet ou un essoufflement brutal doivent faire consulter sans délai.

< 1 %
DES PATIENTS

Perte de sensibilité cutanée

Une zone d'engourdissement de la peau à l'extérieur des cicatrices (branche du nerf saphène) est fréquente et sans conséquence fonctionnelle ; elle régresse en partie avec le temps.

Fréquente
BÉNIGNE

Algodystrophie (syndrome douloureux régional complexe)

Réaction douloureuse inflammatoire imprévisible avec gonflement, raideur et hypersensibilité, qui ralentit la récupération et guérit en plusieurs mois avec un traitement adapté.

1 à 2 %
DES PATIENTS

Arthrose fémoro-patellaire à long terme

Elle est avant tout la conséquence des luxations antérieures et des lésions du cartilage qu'elles ont causées. Stabiliser la rotule en limite l'évolution ; une trochléoplastie, qui modifie le cartilage, demande un suivi à long terme.

Variable
SELON LE CARTILAGE

Risques liés à l'anesthésie

Ils vous seront expliqués lors de la consultation d'anesthésie. Ils sont très faibles chez les patients jeunes et en bonne santé qui constituent l'essentiel des patients opérés d'une instabilité rotulienne.

CE QUE VOUS POUVEZ ATTENDRE

Les résultats

90-95 %

de rotules stables

Plus aucune luxation après une chirurgie à la carte bien indiquée.

80-90 %

de retour au sport

Y compris aux sports de pivot, souvent au niveau antérieur.

3-4 mois

de rééducation

Puis réathlétisation jusqu'au retour au sport, entre 5 et 9 mois.

Lorsque tous les facteurs significatifs sont corrigés, la chirurgie de stabilisation supprime les luxations dans plus de 90 % des cas et fait disparaître l'appréhension : les patients retrouvent la confiance dans leur genou, qui était souvent le symptôme le plus invalidant. Le retour au sport, y compris aux sports de pivot, est la règle chez les patients jeunes qui suivent la rééducation jusqu'au bout.

Les résultats sur la **douleur** sont plus variables : ils dépendent de l'état du cartilage au moment de l'opération. Un cartilage déjà abîmé par des luxations répétées peut laisser une gêne dans les escaliers ou en position accroupie. C'est l'une des raisons de ne pas trop attendre lorsque les luxations se répètent.

QUESTIONS FRÉQUENTES

Vos questions sur la luxation de rotule

Faut-il opérer après une première luxation ?

Le plus souvent non. La première luxation se traite par réduction, attelle courte et rééducation du quadriceps. L'opération est proposée d'emblée seulement lorsqu'un fragment de cartilage s'est détaché et doit être fixé, ou lorsque les facteurs anatomiques sont tels que la récidive est quasi certaine. Dans tous les cas, un bilan d'imagerie complet après le premier épisode permet d'anticiper.

À quel âge peut-on opérer ?

Il n'y a pas d'âge minimal ni maximal : l'indication dépend des luxations et de la gêne. La plupart des patients opérés ont entre 14 et 30 ans. Chez l'adolescent, la stratégie tient compte de la croissance restante.

Et si je suis encore en croissance ?

La plastie du MPFL peut être réalisée avant la fin de la croissance, avec une fixation fémorale placée sous le cartilage de croissance pour ne pas le léser. Les gestes osseux — transposition de la tubérosité tibiale et trochléoplastie — attendent la fermeture des cartilages de croissance. Dans l'intervalle, une plastie du MPFL seule suffit souvent à stabiliser la rotule, quitte à compléter plus tard si nécessaire.

Faudra-t-il retirer les vis ?

Pas systématiquement. Après une transposition de la tubérosité, les vis ne sont retirées que si elles gênent — en position à genoux le plus souvent —, ce qui concerne 10 à 20 % des patients. Le retrait est une courte intervention ambulatoire, réalisée au plus tôt un an après l'opération. Les ancres de la plastie du MPFL ne se retirent jamais.

Pourrai-je refaire du sport, y compris du foot ou du ski ?

Oui, dans 80 à 90 % des cas, souvent au niveau antérieur. Le vélo et la natation reprennent vers 6 semaines, la course vers 3 mois, et les sports de pivot ou de contact (football, basket, ski, sports de combat) vers 5 à 6 mois après une plastie du MPFL isolée, 6 à 9 mois en cas de geste osseux, après validation par des tests de force et de contrôle du genou.

J'ai mal à la rotule mais elle ne s'est jamais déboîtée : est-ce une instabilité ?

Non. La douleur du devant du genou sans luxation ni subluxation (syndrome fémoro-patellaire, chondropathie rotulienne) est un problème différent, très fréquent, qui se traite par la kinésithérapie, le renforcement du quadriceps et des fessiers et l'adaptation de l'activité. La chirurgie de stabilisation n'y a pas sa place.

Mon genou craque : est-ce inquiétant ?

Des craquements sans douleur ni dérobement sont banals, avant comme après l'opération, et ne traduisent pas une instabilité. Ce qui doit faire consulter, c'est la sensation que la rotule « part », l'appréhension ou un gonflement répété.

Combien de temps garder l'attelle ?

Après une plastie du MPFL isolée, l'attelle d'extension est portée pour la marche pendant 2 à 3 semaines et retirée pour les exercices. Après une transposition de la tubérosité ou une trochléoplastie, elle est conservée 4 à 6 semaines, le temps de la consolidation. Elle n'est jamais portée la nuit au-delà des premiers jours.

Ces informations sont données à titre général pour vous aider à comprendre l'intervention. Elles ne remplacent pas la consultation, au cours de laquelle les indications, les alternatives, les bénéfices attendus et les risques sont discutés en fonction de votre situation personnelle. Les délais et fréquences cités sont des ordres de grandeur. Dernière mise à jour : novembre 2026.