

INDICATIONS CHIRURGICALES DANS L'INSTABILITE ROTULIENNE ET TECHNIQUES DE RECONSTRUCTION DU LIGAMENT FEMORO-PATELLAIRE MEDIAN

Docteur Michel VANCABEKE

CHIRURGIE DU GENOU

CHIREC (site DELTA et Braine l'Alleud)



Le 20 octobre 2018 SORBCOT

Facteurs anatomiques d'instabilité

- Dysplasie de trochlée
- Bascule rotule
- Patella alta
- ↑ distance TTA et gorge trochlée (TAGT)
- Genu Recurvatum
- Genu Valgum
- ↑ Antéversion fémorale
- ↑ Torsion tibiale externe

D. Dejour et al. EMC 2007

Mise au point radiologique préopératoire

- RX standard (hauteur de la patella, dysplasie)
- CT scan (mesure de la TAGT)
- MRI (lésions associées, hauteur de la patella, dysplasie)

Patella Alta

- Position haute => pas de stabilité latérale car au dessus de la trochlée (aggravation par le genu valgum)
- Différentes méthodes de mesure

1. Index de Insall-Salvati

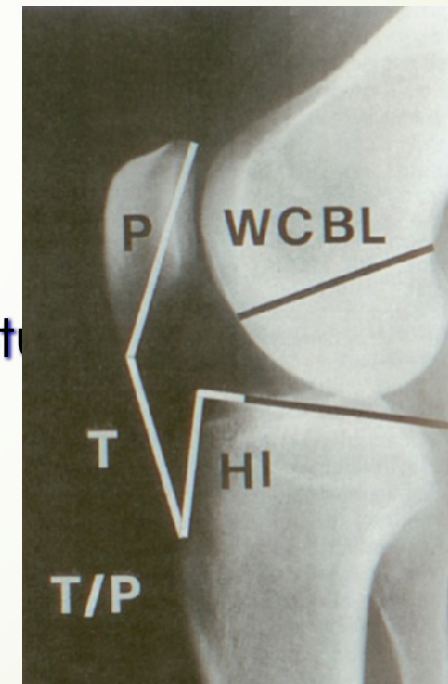
20-70° de flexion

Indépendant de l'agrandissement

Longueur du tendon sur la longueur de la rotule

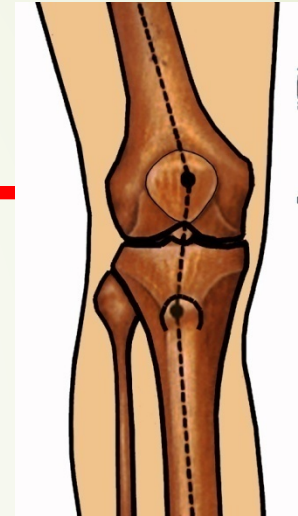
$$(T/P) > 1.2 \quad (n=1)$$

Aglietti et al Surgery of the knee (Insall&Scott) 2006



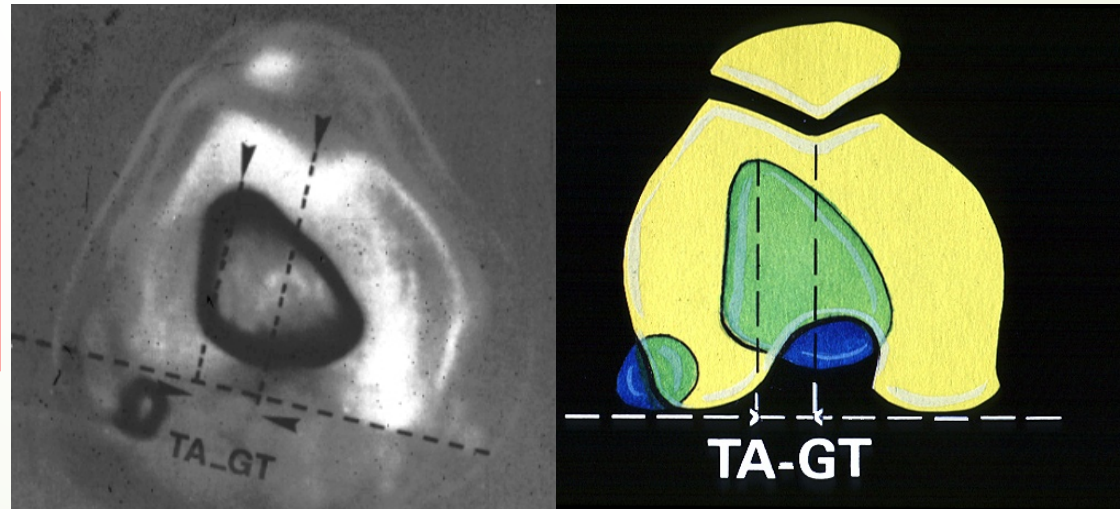
Distance TAGT

- Latéralisation de la TTA par rapport à la gouttière trochléenne => Angle Q (TQ-Rotule-TR)
- Superposition de 2 coupes CT Scanner
 - TTA au niveau insertion TR
 - Trochlée 1/3 supérieur



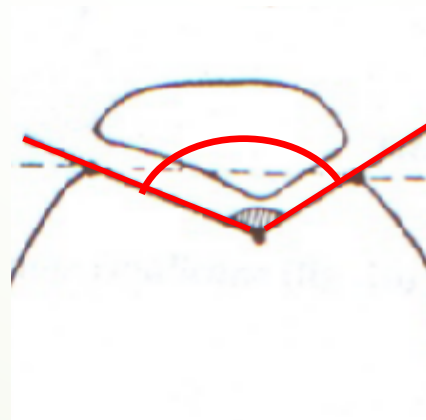
30° flexion : 9 ± 4 mm

Extension : 15 ± 4 mm



Dysplasie trochléenne

- Vue axiale 30° : Angle trochléen
- **3 points :**
 - Les plus antérieurs des 2 condyles
 - Le point le plus profond de la gorge trochléenne
- **Valeur normale : 124°-145°**



G. Walch et H. Dejour Acta Orthop Belg
1989

Classification de la pathologie FP

3 populations :

1. **Instabilité rotulienne objective**

- > 1 épisode de luxation
- > 1 anomalie anatomique

2. **Instabilité rotulienne potentielle**

- Pas de luxation
- Douleur et anomalies anatomiques

3. **Syndrome rotulien douloureux**

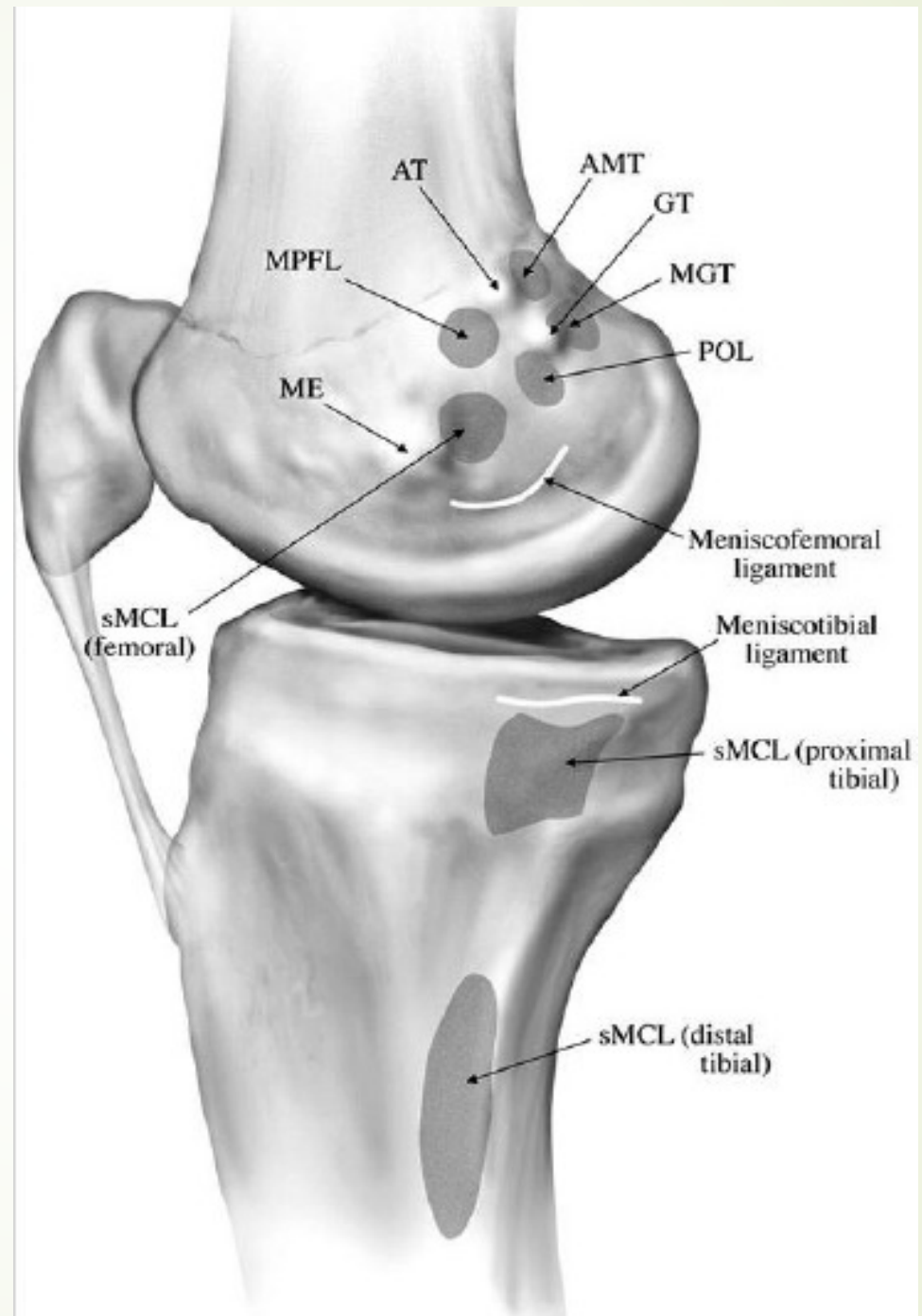
- Pas de luxation
- Pas d'anomalie anatomique

H. Dejour et al. Rev Chir Orthop
1990

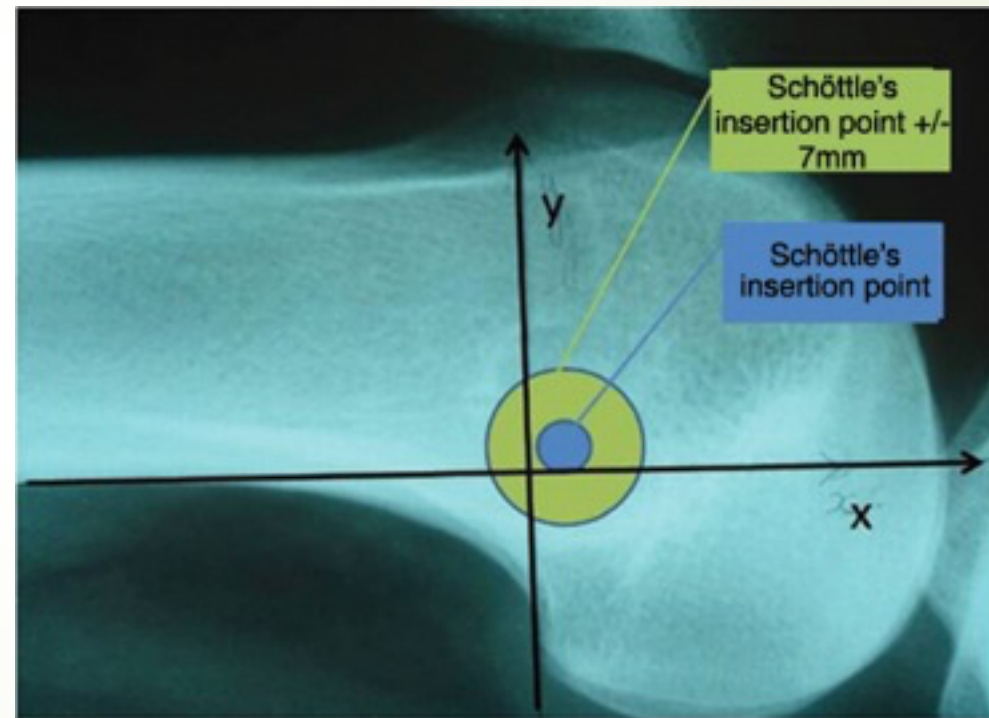
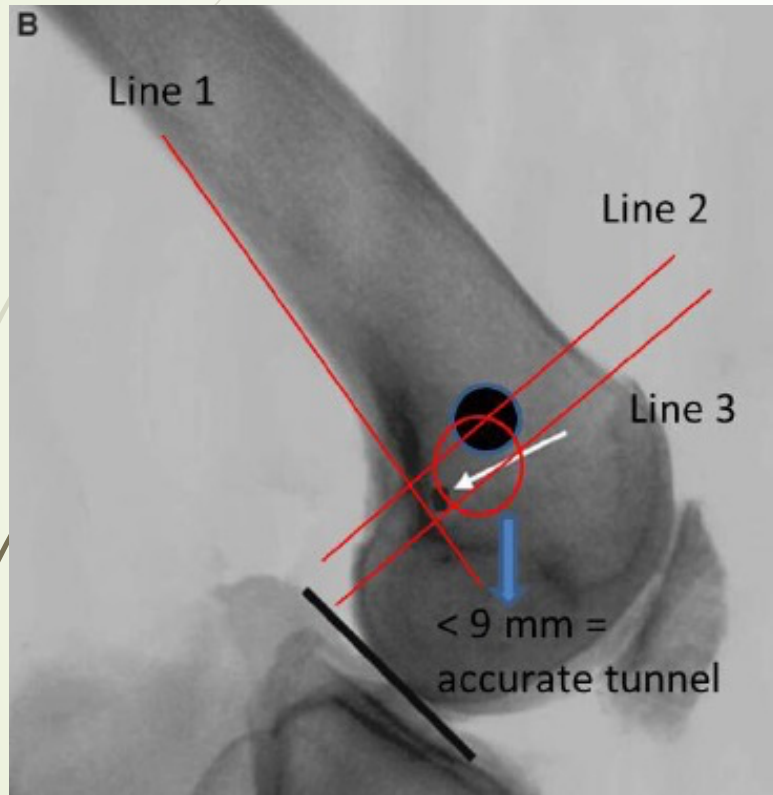
Traitement

- **Syndrome rotulien douloureux**
 - Non chirurgical
- **Instabilité rotulienne potentielle**
 - Non chirurgical
- **Instabilité rotulienne objective aigue**
 - Rarement chirurgical
- **Instabilité rotulienne objective chronique**
 - Meilleure indication
 - Si récidivante et échec traitement conservateur

Détermination du point isométrique fémoral



Détermination du point isométrique fémoral





Post-opératoire

- One day surgery
- Attelle d'extension
- Appui total immédiat
- Récupération progressive de la flexion
- Reprise des activités sportives progressive à partir de 3 mois

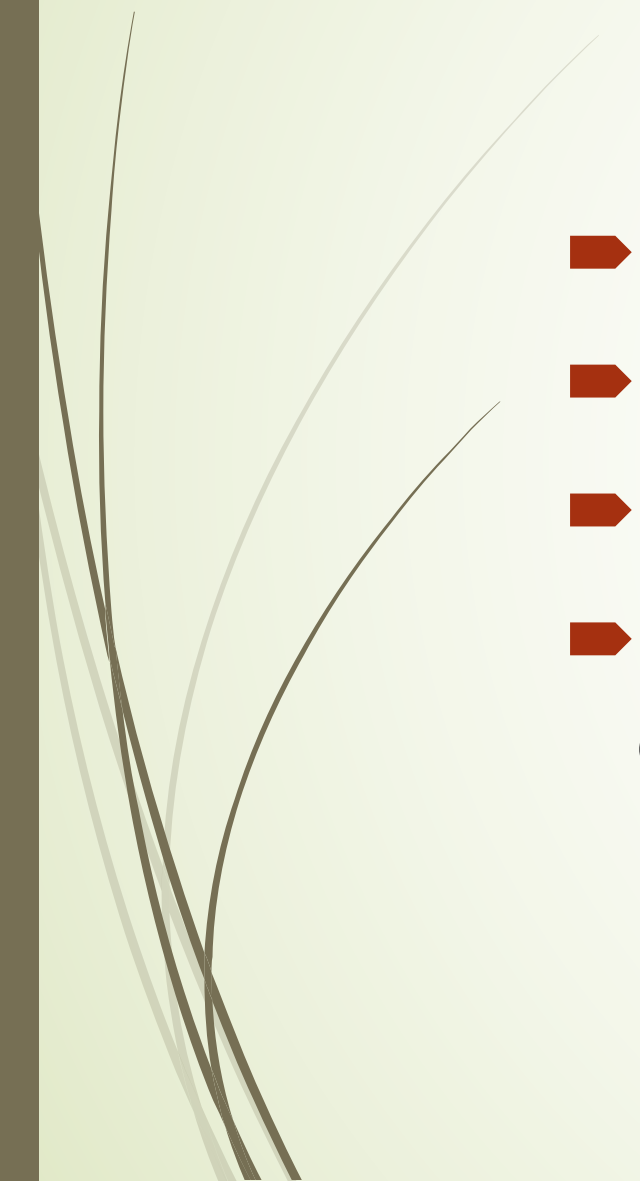


Plastie du ligament fémoropatellaire médial selon Chassaing

- Prélèvement du tendon du gracile
- Mise en place du tendon et fixation
- Suture en paletot de l'aileron rotulien médial



Avantages de la technique

- Peut se faire à tout âge
 - Jamais trop serrée
 - Peu invasive (pas de fracture de rotule)
 - Résultats sur les luxations récidivantes équivalentes (peu d'études)
- 

Littérature

- 85 à 90 % de bons résultats (Tegner, Lysholm, Kujala) *Steiner et al; 2006; Ronga et al. 2009; Panni et al. 2011*
- Complications : reluxations, douleur persistante, fracture rotule (5 à 20%)

Littérature

Enderlein et al. *Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc.* 2014

- 2,8% de récurrence de luxation
- 25% de douleur résiduelle patellaire
- Facteurs péjoratifs : âge >30, obésité, lésion cartilage, sexe féminin

Littérature

Yeung et al. *J. Knee Surg.* 2016

- Métaanalyse (Cochrane)
- MPFL isolé 82,1%
- Causes de gestes associés : malalignement osseux 52%, dysplasie de trochlée 30%, rotule haute 18%



Littérature

McNeilan et al. *Arthroscopy* 2018

- Métaanalyse de 27 études
- 1,8% de récurrence
- Comparaison entre les différents types de greffes : autogreffe, allogreffe, synthétique
- % de récurrence – complications autres – résultats subjectifs
- Aucune différence entre les différents types de greffe

Gestes associés

- Plastie du ligament fémoropatellaire + section du rétinaculum patellaire latéral
- Association à une transposition de la TTA :
 - 27 transpositions médiales (19%)
 - 23 transpositions inférieures (patella alta) (16%)
 - 1 détransposition

Abaissement de la rotule

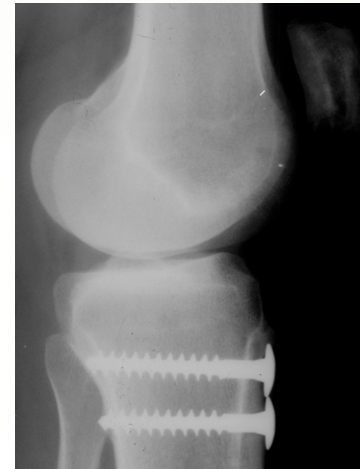
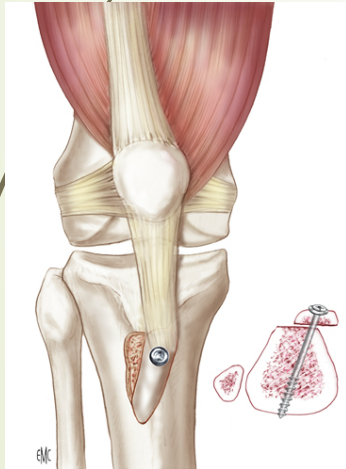
Indice de Insall ou Caton



Transposition de la TTA

Mesure de la TAGT

1. Tubérosité tibiale antérieure
 1. Médialisation (Emslie-Trillat)



- Incision externe => antéro-interne
- Ostéotomie 6cm - Charnière osseuse distale
- Médialisation => TAGT entre 10-15mm

Conclusions

- Bons résultats si bonne indication et technique chirurgicale adéquate
- Luxations récidivantes uniquement
- Gestes osseux associés si nécessaire
- **Pas trop serrée pour éviter les douleurs patellaires postop et pas trop lâche pour éviter les récidive de luxations**



**Merci de votre
attention**