

CONSEILS DE REEDUCATION

TRANSPOSITION DE LA TUBEROSITE TIBIALE ANTERIEURE

Une transposition de la Tubérosité Tibiale Antérieure a été réalisée, associée à une section de l'aïeron rotulien, et ayant pour but d'assurer un meilleur centrage de fonctionnement du système extenseur du genou permettant le soulagement des contraintes fémoro-patellaires.

Le patient sort de son hospitalisation avec une attelle rigide en extension devant être maintenue strictement jour et nuit pendant 30 jours.

La rééducation toujours prudente et progressive doit être entreprise précocement selon trois phases successives :

Phase 1 : J1 à J30

Le patient conserve l'attelle jour et nuit et l'enlève lors des séances de rééducation effectuées à raison de 5 fois par semaine, en prenant bien soin d'éviter la verticalisation sans attelle aux différents changements d'exercices.

La marche est effectuée avec appui complet et deux cannes anglaises.

- Education du patient à la mise en place matinale d'un bas de contention, au positionnement fréquent du membre en déclive et au glaçage répété du genou.
- Massage du membre opéré à visée circulatoire et de drainage.
- Mobilisation manuelle passive de la patella, essentiellement vers le bas et le dedans.
- Récupération progressive de la flexion passive à 90° maximum et de l'extension stricte de préférence sur arthromoteur
- Travail articulaire en flexion active avec abaissement et contrôle manuel préalable de la patella.
- Electrothérapie excito-motrice non tétanisante du quadriceps et triceps sural.
- Apprentissage progressif du verrouillage quadricipital avec dorsiflexion de la cheville.
- Travail fonctionnel d'amélioration de la marche avec attelle et cannes anglaises en insistant sur le bon déroulement du pied au sol, sur le contrôle du genou au cours de l'attaque du sol par le talon, sur l'extension de la hanche et sur l'érection rachidienne.

Phase 2 : J30 à J45

Le sevrage peut alors être débuté progressivement pour une ablation effective complète en fin de phase.

- Poursuite du travail antalgique, circulatoire et anti-inflammatoire par les techniques de drainage et la cryothérapie systématique.
- Massage et mobilisation de la cicatrice.
- Mobilisation manuelle passive de la patella dans tous les secteurs infra-douloureux.
- Electrothérapie excito-motrice des différents groupes musculaires.
- Poursuite du travail articulaire passif puis actif aidé en flexion en respectant toujours 90° maximum sans aucune sollicitation en extension active.
- Travail isométrique du quadriceps en décharge sans résistance supérieure à la pesanteur, puis en course interne contre résistance manuelle sus-patellaire, puis en charge contre résistance au niveau du creux poplité dans un secteur de 0 à 10° de flexion.
- Travail dynamique des ischio-jambiers à 90° de flexion avec retour passif à l'extension.
- Travail fonctionnel de la marche sans attelle, sous couvert de soulagement de l'appui par les cannes anglaises ou les barres parallèles, en insistant sur l'attaque du sol par le talon avec verrouillage simultané du quadriceps et sur le bon déroulement du pas postérieur avec flexion du genou lors de la phase oscillante au lieu de l'élévation classique du bassin homolatéral.

Phase 3: après J45

L'attelle peut alors être ôtée définitivement, sous couvert de la bonne obtention d'un verrouillage quadricipital suffisant lors de la phase précédente.

L'objectif est la récupération progressive complète des amplitudes articulaires, des différents groupes musculaires et des capacités fonctionnelles.

Si des douleurs apparaissent à ce stade, l'intensité de la rééducation doit être diminuée, sans hésiter à interrompre momentanément si besoin.

- Récupération désormais complète passive et active des différentes amplitudes articulaires.
- Tonification du quadriceps en privilégiant le travail d'endurance (faibles charges mais répétées en nombre) et en excluant toujours le travail dynamique.
- Travail en charge de verrouillage du genou.
- Reprise d'activité sportive avec contrainte en pivot et avec contact du genou au neuvième mois post-opératoire.
- Travail des ischio-jambiers en mode dynamique.
- Poursuite du travail fonctionnel de la marche sur tapis de course en corrigeant le déroulement du pas lors de sollicitation rapide.
- Travail proprioceptif de stabilisation dans les différents secteurs d'instabilité en adaptant la réponse aux différentes sollicitations.
- Reprise progressive du vélo sans résistance majeure.
- Reprise plus tardive de la course à pied.

La rééducation devra être poursuivie jusqu'à une récupération complète et cessera avec le retour des habitudes antérieures de la vie quotidienne, professionnelle et sportive.