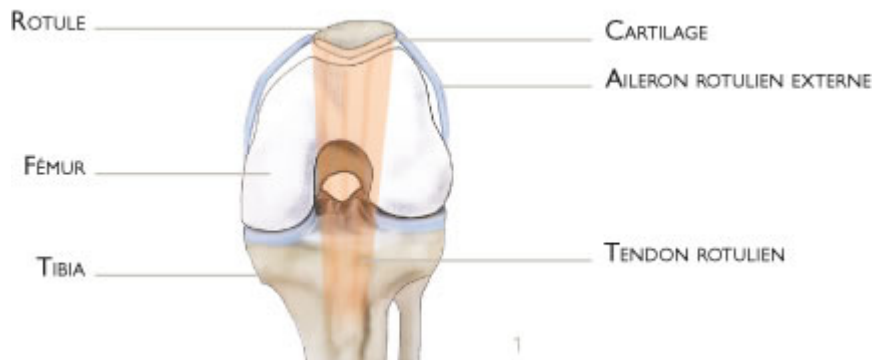


Section de l'aileron rotulien

Le problème : Désaxation externe de la rotule

Le genou correspond à l'articulation entre le fémur, le tibia et la rotule. Les surfaces articulaires sont recouvertes de cartilage. La stabilité de la rotule est assurée par le tendon quadricipital en haut, le tendon rotulien en bas et les ailerons rotuliens sur les côtés. Les ailerons sont des sortes de rubans plus ou moins élastiques reliant la rotule au fémur (figures 1 et 5).



La rotule s'emboîte dans la trochlée du fémur qui est une gorge plus ou moins profonde. Cet emboîtement harmonieux dépend des formes osseuses, des tendons et des ailerons rotuliens.

La rétraction de l'aileron externe peut provoquer un dysfonctionnement rotulien sous la forme d'une bascule isolée occasionnant des phénomènes d'hyperpressions cartilagineuses ou associé à un véritable déplacement de celle-ci sur le côté responsable d'un défaut de contact des surfaces articulaires (figures 2 et 6). Ceci peut occasionner une gêne à type de douleurs, de blocages, de gonflements, ou d'instabilité.

Le jeu de la rotule ne s'harmonise pas spontanément, et peut générer progressivement des lésions cartilagineuses. En cas d'évolution défavorable avec le traitement kinésithérapique et médical, se pose alors la question d'une intervention.

Le but de l'opération est de soulager les douleurs, limiter l'instabilité et ralentir la dégradation cartilagineuse.

L'intervention : Section de l'aileron rotulien externe

L'intervention consiste à recentrer la rotule dans la gorge trochléenne afin de lui redonner un jeu harmonieux.

Elle est réalisée sous arthroscopie, c'est à dire sans ouvrir l'articulation. Deux petites incisions de 5 mm chacune sont réalisées en avant du genou. Une petite caméra est introduite par l'une d'entre elles pour visualiser l'articulation. Des petits instruments sont introduits par l'autre incision pour sectionner l'aileron (figures 3 et 7).

La rotule va alors se recentrer et l'aileron externe ainsi sectionné va par la suite cicatriser de façon moins tendue, ce qui permet l'engagement de la rotule dans la trochlée sans contraintes excessives (figure 4).

Les lésions cartilagineuses peuvent être traitées dans le même temps opératoire, et cela en fonction de leur nature. L'intervention peut être réalisée sous rachi-anesthésie ou bien sous anesthésie générale. C'est votre anesthésiste qui décide avec vous de la meilleure anesthésie en fonction de votre état de santé.

Elle dure en moyenne une demie-heure et nécessite une hospitalisation d'environ 2 jours. Après l'opération, un pansement stérile est mis en place.

Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post-opératoire.

La rééducation post-opératoire et la reprise des activités

Le lendemain de l'intervention, le kinésithérapeute vous lève et vous aide à marcher. Les cannes sont utiles les premiers jours et sont rapidement abandonnées. A la sortie de la clinique, la rééducation est réalisée chez votre kinésithérapeute.

Il faut limiter les déplacements pendant les 10 premiers jours pour éviter que le genou ne gonfle. La reprise du volant est envisageable au 15ème jour. Celle du travail survient en général après le 1er mois et cela en fonction de votre profession, une activité de bureau pouvant être plus précoce. Les activités sportives débutent généralement entre le 2ème et le 3ème mois.

Les risques et les complications

En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, notons quelques risques plus spécifiques à cette chirurgie :

Une raideur articulaire peut se développer si la rééducation post-opératoire n'est pas bien prise en charge.

Des réactions inflammatoires exacerbées correspondent parfois à une algodystrophie. Cependant, de nouveaux traitements existent et permettent de gérer plus facilement cette complication rare.

Il est possible que la zone opérée saigne et qu'il se forme un hématome. En fonction de son importance, une évacuation peut être nécessaire.

La survenue d'une infection de l'articulation reste exceptionnelle puisque le geste chirurgical est réalisé sous arthroscopie. Cette complication connue nécessite un lavage du genou et la mise sous antibiotiques plus ou moins longue avec éventuellement une reprise chirurgicale.

Des petits caillots de sang solidifié peuvent se former et se coincer dans les veines des jambes occasionnant une phlébite et nécessitant un traitement anti-coagulant pendant plusieurs semaines.

Les nerfs et artères qui entourent le genou peuvent être accidentellement blessés. Cette complication exceptionnelle peut occasionner une douleur, une perte de la sensibilité voire une paralysie de certaines parties de la jambe. En cas de lésion artérielle, une chirurgie vasculaire peut être nécessaire.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Votre chirurgien donnera toute explication complémentaire et se tiendra à votre disposition pour évoquer avec vous chaque cas particulier avec les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention.

Les résultats L'amélioration des douleurs et des phénomènes d'instabilité est rapide après l'intervention. La récupération complète de la mobilité et de la force musculaire survient en général entre le 2ème et le 3ème mois.

Le résultat sur la douleur dépend de l'existence et de l'importance des lésions cartilagineuses sous-jacentes. Un traitement médical complémentaire peut alors s'avérer nécessaire.

Une récurrence de l'instabilité peut survenir lors de certaines activités, pouvant nécessiter un geste complémentaire.

Les résultats sont cependant encourageants, puisqu'on obtient une amélioration des douleurs et de la fonction du genou dans plus de 80 % des cas et une stabilisation de la rotule dans plus de 90% des cas.