

MPFL : Chirurgie de stabilisation de la rotule

Le ligament fémoro-patellaire médial (MPFL) est un des stabilisateurs principal de la rotule.

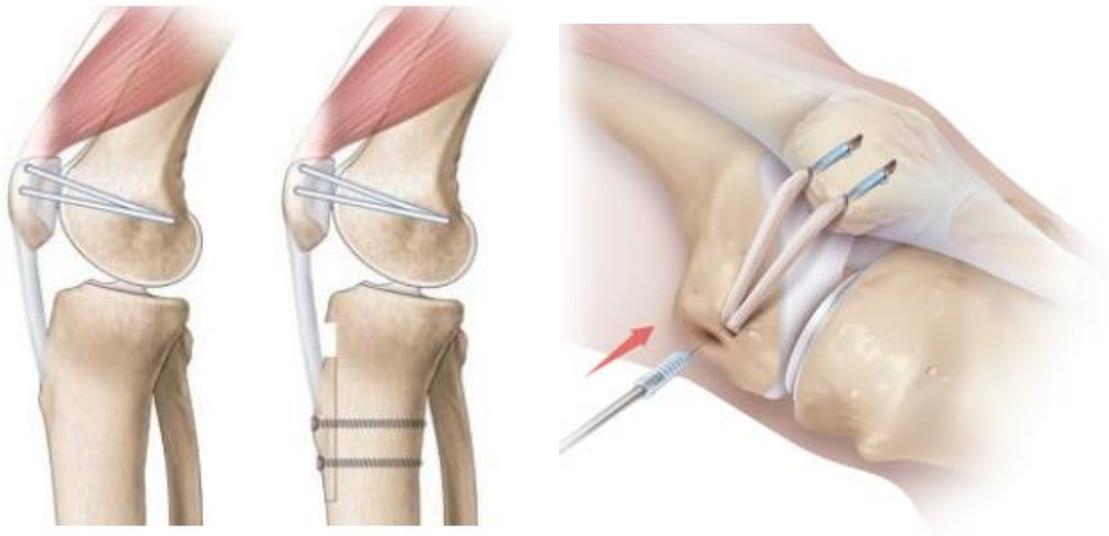
Lors d'une instabilité potentielle de rotule (douleur sans luxation sur anomalies anatomiques diagnostiquées à l'imagerie, subluxation) ou objective de rotule (luxation), ce MPFL est fragilisé ou rompu. Pour stabiliser la rotule, il est donc possible de reconstruire ce ligament. C'est la plastie du MPFL.

Il s'agit donc d'une technique chirurgicale utilisée dans l'instabilité ou la luxation rotulienne.

Attention cette technique sera utilisée seulement après une rééducation de l'appareil extenseur correctement menées. C'est –à-dire avec les bons exercices et pendant une durée suffisante (supérieure à 6 mois).

Dans tous les cas même après l'intervention, le versant rééducatif est primordial pour assurer un bon résultat chirurgical.

Cette plastie du MPFL est parfois associée à d'autres gestes lors de la chirurgie tels une ostéotomie d'abaissement et/ou de médialisation de la tubérosité tibiale antérieure en cas de rotule trop haute ou trop latéralisée, une section de l'aileron rotulien externe en cas de bascule excessive de la rotule, ou encore un hémitransfert du tendon rotulien.



Aspect chirurgical après plastie du MPFL

L'acte chirurgical de reconstruction mpfl

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale. Dans un premier temps le tendon demi-tendineux des ischio-jambiers est prélevé à travers une petite incision à la face antéro-interne du tibia. Ce transplant est préparé puis laissé en attente dans une compresse humide le temps de réaliser une incision cutanée sur le bord interne de la rotule sur 2 centimètres où la berge interne de la rotule sera préparée afin d'y accueillir le transplant tendineux qui y sera fixé après avoir été passé derrière les ligaments de la face interne du genou afin de respecter au mieux l'isométrie fonctionnelle.

Ce geste peut être associé à d'autres gestes chirurgicaux réalisés pour stabiliser la rotule selon les anomalies morphologiques diagnostiquées au préalable (ostéotomie de la tubérosité tibiale, section de l'aileron rotulien externe, hémitransfert du tendon rotulien...).

Les suites opératoires et la rééducation

L'appui complet à la marche est autorisé dès le premier jour avec des béquilles et une attelle du genou au choix du chirurgien. La rééducation commence immédiatement en post opératoire par les kinésithérapeutes du service. Vous resterez hospitalisé une nuit. A votre retour à domicile des médicaments antalgiques, de la rééducation et des soins locaux vont être prescrits.

Complications de la reconstruction MPFL du genou

Elles sont rares voire exceptionnelles, mais comme dans toutes chirurgies le risque nul n'existe pas.

Il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle générale tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter un drainage chirurgical. Il est habituel d'observer un gonflement du genou lors des premières semaines suivant l'intervention.

Le défaut de rééducation peut créer des adhérences qui vont limiter la flexion ou l'extension et engendrer une raideur.

L'infection profonde est une complication rare. Elle peut nécessiter une nouvelle intervention et la prescription d'un traitement antibiotique prolongé.

Il y a des risques liés à l'anesthésie qui vous ont été notifiés par votre chirurgien mais réexpliqués en détail lors de la consultation d'anesthésie préalable à l'intervention.

Parfois une diminution de la sensibilité autour de la cicatrice ou sur la face interne de jambe peut être présente pendant plusieurs mois à la suite de la section de nerf sensitif cutané lors de l'incision. Cette anomalie disparaît généralement spontanément en quelques mois.

Cependant cette liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle qu'elle soit bénigne ou grave peut survenir.

Suites opératoires et suivi

Le soir même, vous serez autorisé à marcher avec l'appui complet sur le membre opéré sous le couvert d'une attelle pendant 3 à 6 semaines en fonction du geste associé et de votre récupération.

Une infirmière diplômée d'état s'assurera de la surveillance des cicatrices ainsi que des soins de pansement tous les deux jours à votre domicile.

Vous reverrez le chirurgien à 45 jours pour surveiller la bonne évolution de votre genou.

Une rééducation sera nécessaire afin de recouvrir à une bonne fonction musculaire et de retrouver des amplitudes articulaires convenables.

Votre enfant sera dispensé d'école pendant une semaine, à réadapter en fonction de l'évolution. La reprise d'un sport sollicitant votre articulation dans l'axe (vélo, footing sur piste, natation) se fera à partir d'un mois et demi après accord de votre chirurgien et la reprise d'un sport de pivot (football, basketball, handball...) ne se fera pas avant trois à six mois après en avoir discuté avec votre chirurgien.