

SYNDROME FEMORO-PATELLAIRE

Dr. Marta Manero
Chirurgie orthopédique et traumatologie
20.02.2020

SYNDROME FÉMORO-PATELLAIRE

- QU'EST-CE QUE C'EST?

Etat douloureux du genou en absence de corrélation avec une lésion anatomique

Problématique douloureuse dans un genou sain

- ÉTIOLOGIE / BIOMÉCANIQUE

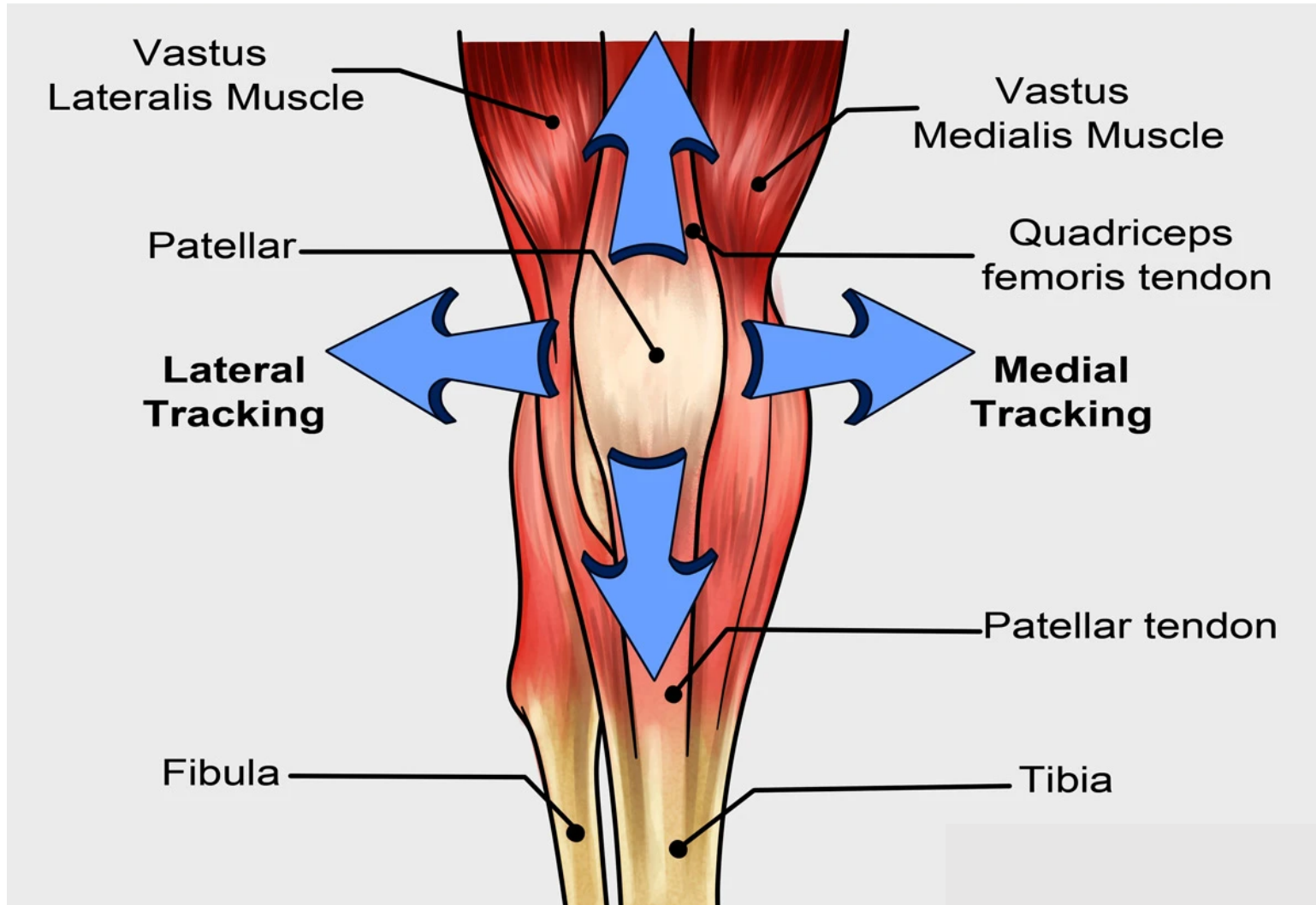
- SYMPTOMATOLOGIE ET EXAMEN CLINIQUE

- IMAGERIE

- TRAITEMENT

QU'EST-CE QUE C'EST?

MAUVAIS CHEMINEMENT (TRACKING) DE LA PATELLA



BIOMÉCANIQUE

OS SÉSAMOÏDE

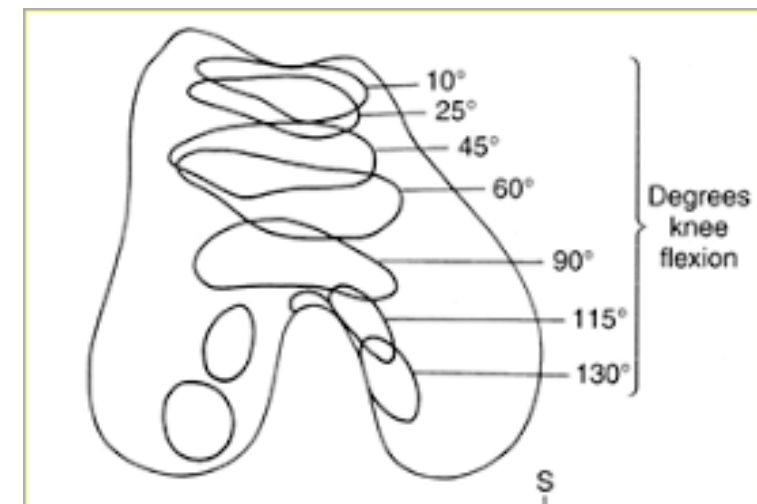
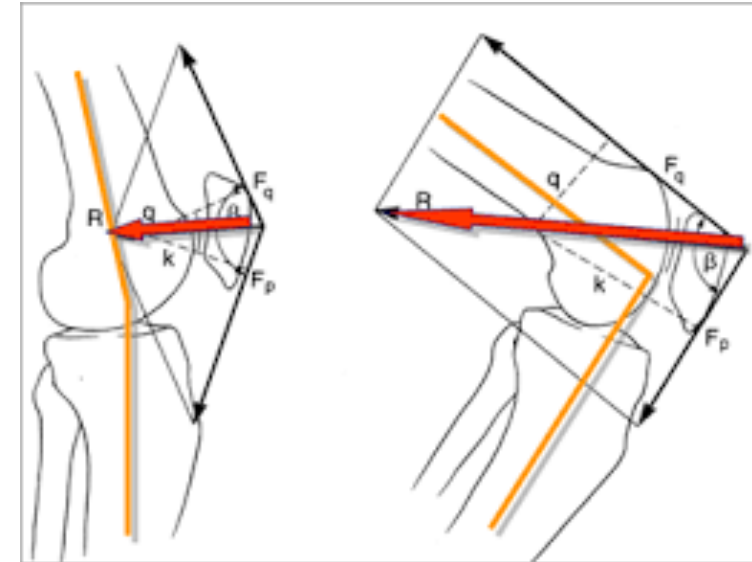
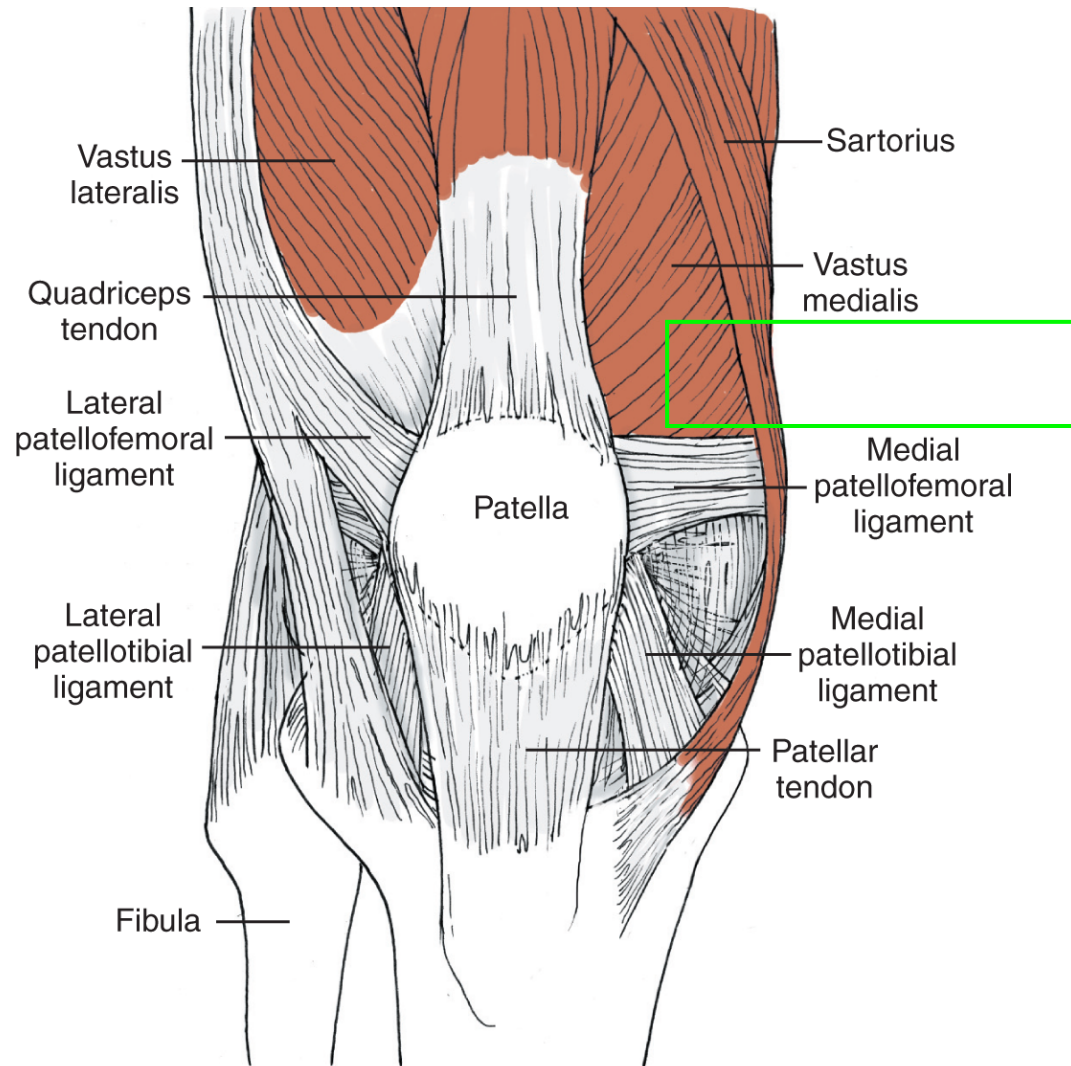


Tableau 1. Facteurs de risque du syndrome douloureux fémoro-patellaire

(Adapté de réf.^{3,9}).

Facteurs de risque intrinsèques	Facteurs de risque extrinsèques
<ul style="list-style-type: none">• Anomalies anatomiques (par exemple: dysplasie patellaire, patella alta, dysplasie trochléenne)• Défaut d'alignement et altération de la biomécanique des membres inférieurs (statique ou dynamique)• Dysfonction musculaire (par exemple: faiblesse du quadriceps, dysbalance entre le vaste médial et le latéral)• Hypermobilité patellaire• Rétinaculum patellaire latéral rétracté• Hypoextensibilité du quadriceps, des ischio-jambiers ou de la bandelette ilio-tibiale• Antécédent de chirurgie ou traumatisme du genou ou du membre inférieur proximal• Technique sportive et expérience	<ul style="list-style-type: none">• Type de sport ou d'activité pratiqué• Conditions environnementales (par exemple: escaliers, pentes)• Type de surface• Equipement utilisé (par exemple: type de chaussures)

ÉTIOLOGIE

ATTEINTE SURFACE

Atteinte de la surface	lésions dégénératives (= chondromalacie)	1. lésion de la surface du cartilage (sv. chez jeunes sportif actifs) 2. lésion de la profondeur du cartilage (atteinte de la couche basale); stimulation des fibres nociceptives.
	syndrome d'hyperpression	facette externe sur charge répétée; âge entre 20–30 ans; douL. externe, crépitation, épanchement; fact. favorisant = rétinaculum externe rétracté; évolution possible vers arthrose.
	syndrome d'hypopression	facette interne; âge entre 13–20 ans, plus fréquent chez les femmes; fact. favorisant = plica mediopatellaris
	macrotraumatismes	luxation de rotule fracture ostéochondrale compression axiale
	microtraumatismes	cisaillement sur subluxation rotule surcharge sur rupture LCP*
	pathologies vasculaires	nécrose avasculaire ostéochondrite disséquante



ÉTIOLOGIE

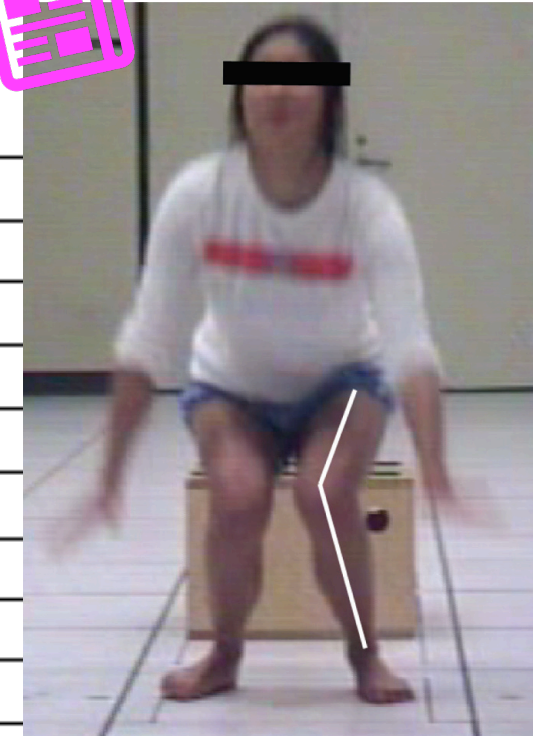
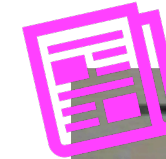
GUIDAGE ROTULIEN

Guidage rotulien	problème de forme	stade II selon Wiberg**
		dysplasie rotulienne
		patella bipartita ou multipartita
	problème de position	patella alta***
	(passif)	patella baja
		augmentation de l'angle Q****
	muscles et tissu conjonctif	atrophie du m. vaste interne
	(actif)	dysplasie du m. vaste interne
		retinaculum externe rétracté
		laxité ligamentaire généralisée

ÉTIOLOGIE

PROBLÈME À DISTANCE

Problèmes à distance	hypoextensibilité	m. fléchisseurs de hanche
		m. abducteurs
		m. ischio-jambiers
		m. postérieurs de la jambe
	dysbalance musculaire	rapport quadriceps/ischio-jambiers
	hyperlordose lombaire	antéversion pelvienne
	genu recurvatum	
	torsion tibiale interne	
	hyperpronation pied 	
	ped creux fixé	



DANS LA CONSULTATION



douleur

unilatéral ou bilatéral

fluctuante

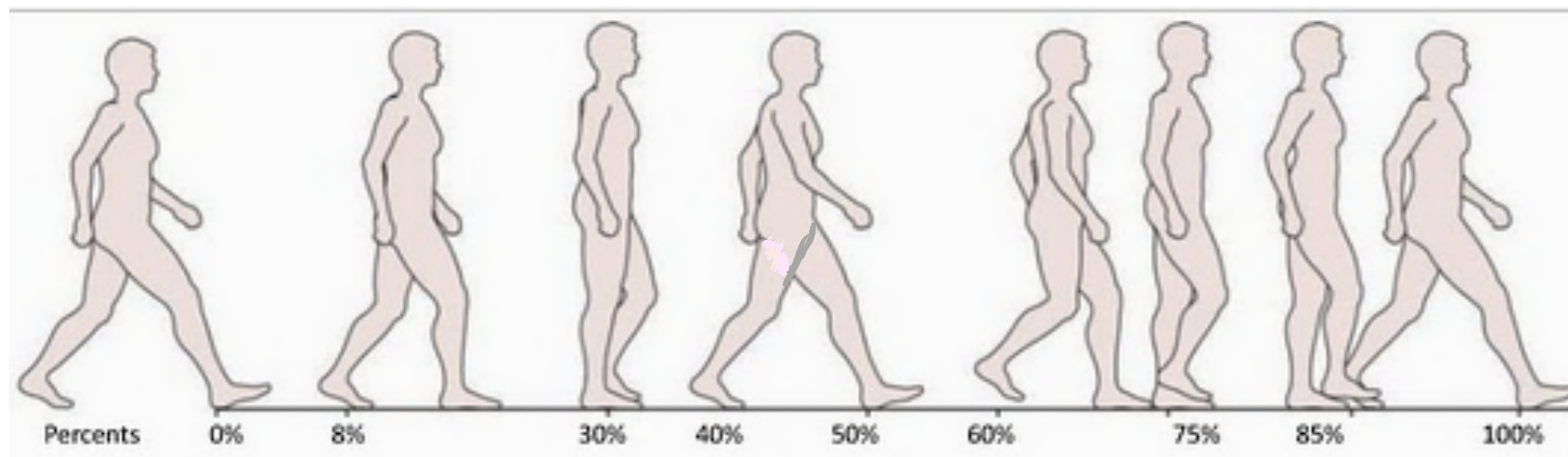
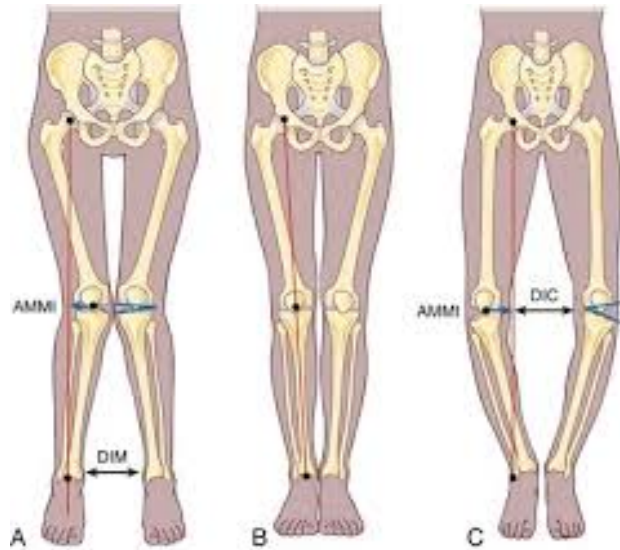
instabilité subjective

difficile à localiser

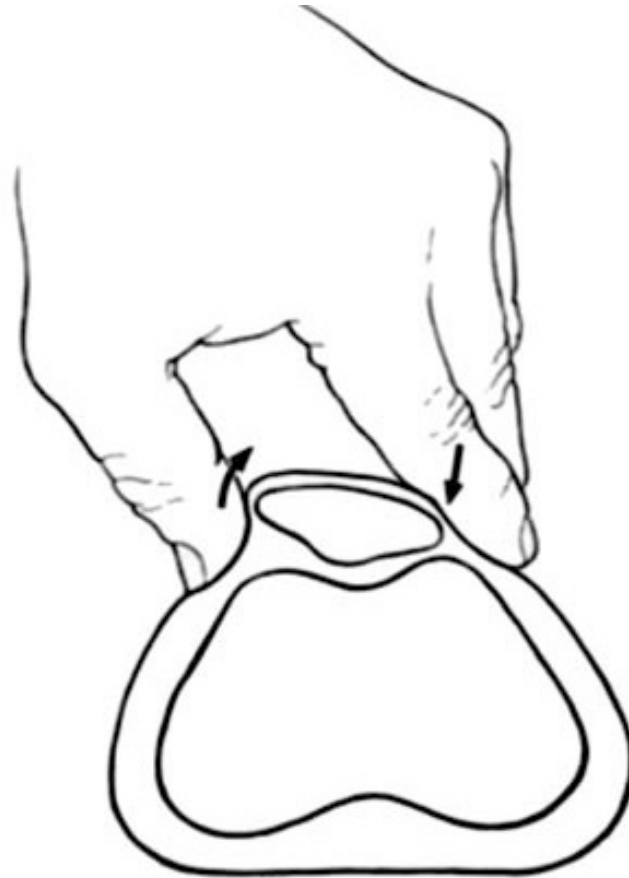
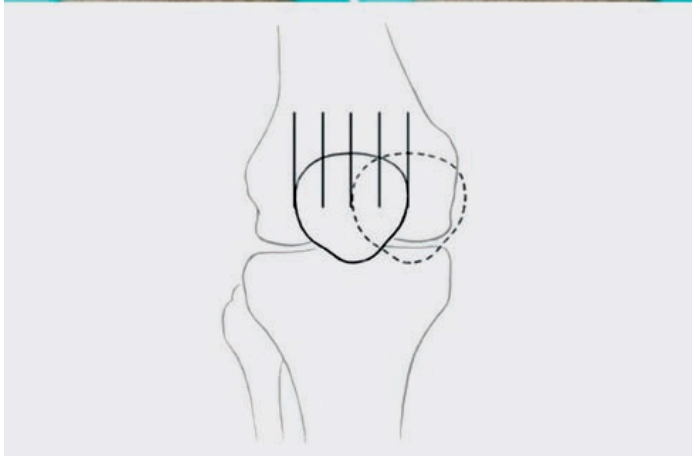
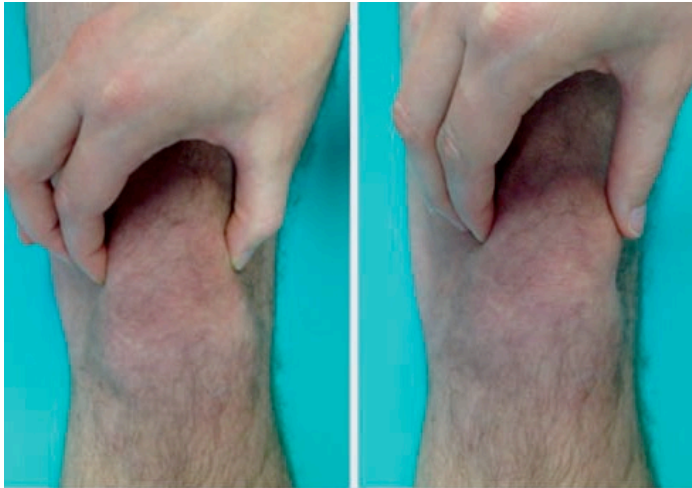
avec ou sans activité physique

bruits, craquements

EXAMEN MEMBRE INF: GENOU + HANCHES + PIEDS



EXAMEN MEMBRE INF: GENOU + HANCHES + PIEDS



DIAGNOSTIQUE DIFFÉRENTIEL

Insertions tendineuses	tendinite quadricipitale [14]
	jumper's knee [15]
	bandelette ilio-tibiale [16]
Boursites	prépatellaire
	infra-, supra-patellaire
Pathologies intraarticulaires	lésion méniscale
	plica mediopatellaris
	fat pad syndrome
Pathologies vasculaires	dystrophie sympathique réflexe [17]
Fractures et apophysite [18]	fracture de fatigue
	Sinding-Larsen
	Osgood-Schlatter
Douleurs référées	articulation coxofémorale
radiculaires	L2 – L3 – L4

Insertions tendineuses	<ul style="list-style-type: none"> • Tendinopathie quadricipitale • Tendinopathie patellaire • Instabilité/déchirure du ligament fémoro-patellaire médial • Syndrome de la bandelette ilio-tibiale
Inflammations	<ul style="list-style-type: none"> • Bursite prépatellaire • Bursite infra, suprapatellaire • Maladie de Hoffa
Pathologies intra-articulaires	<ul style="list-style-type: none"> • Lésion méniscale • Plica médiopatellaire • Lésion cartilagineuse focale • Arthrose fémoro-patellaire • Chondromalacie • Synovite villonodulaire pigmentée
Lésions osseuses	<ul style="list-style-type: none"> • Ostéochondrite disséquante • Dysplasie trochléenne type D • Patella bipartite • Tumeurs osseuses et exostoses
Fractures et apophysites	<ul style="list-style-type: none"> • Fracture de fatigue • Maladie d'Osgood-Schlatter • Maladie de Sinding-Larsen-Johanson
Douleurs référées	<ul style="list-style-type: none"> • Articulation coxo-fémorale • Lombaire (radiculopathie L2-L3-L4)
Syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou algoneuro-dystrophie).	

IMAGERIE

Éléments anatomiques

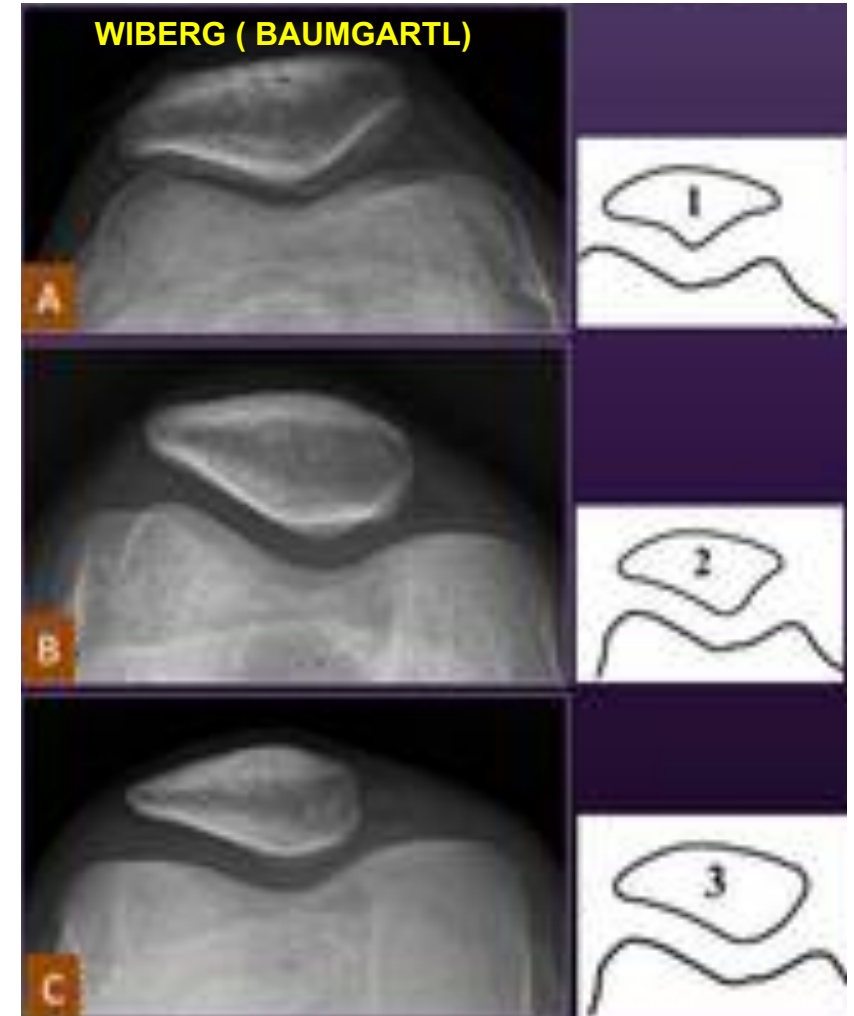
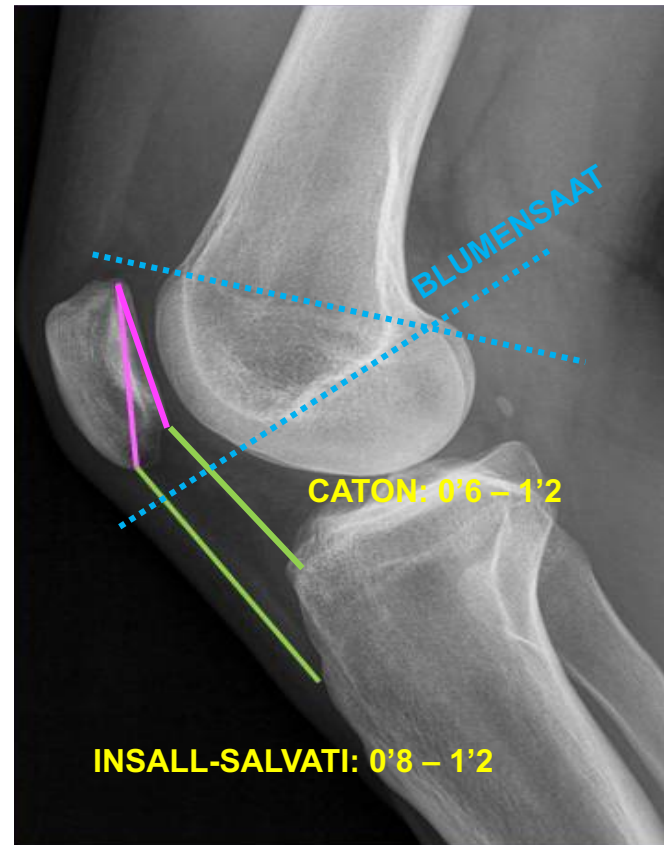
- Patella
- Trochlée
- Tubérosité antérieure du tibia TTA
- Tissus mous

Indicateurs rotation

- Antéversion acétabulaire AVA
- Antéversion fémorale AVF
- Torsion tibiale externe TTE
- Genu valgum, recurvatum

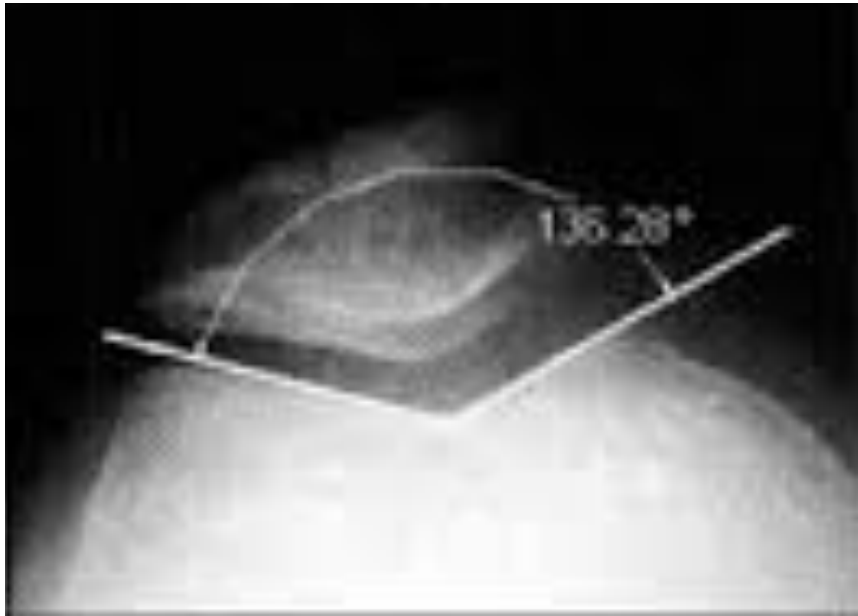
IMAGERIE

RX SIMPLE : FACE/PROFIL/AXIAL 30°



TROCHLÉE

ANGLE TROCHLÉE 138°



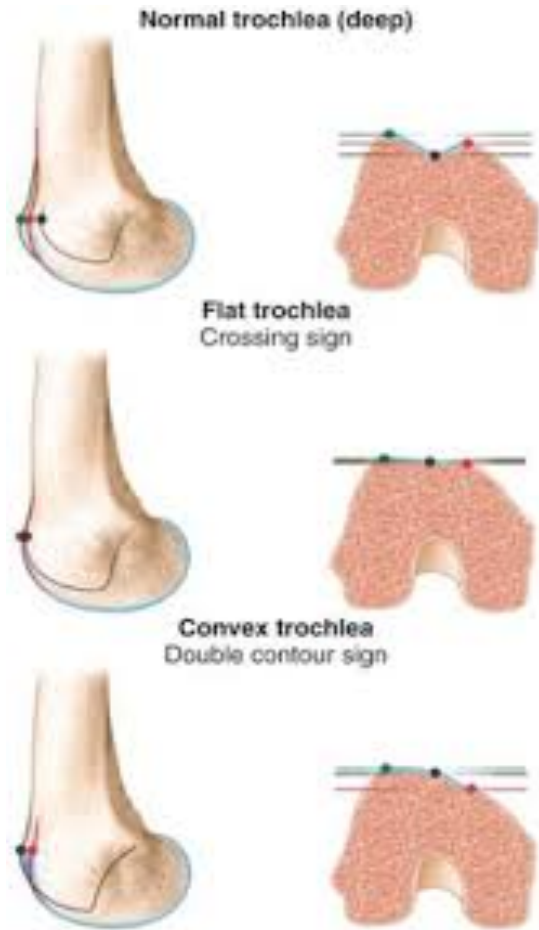
PROFONDEUR TROCHLÉE 7'8mm



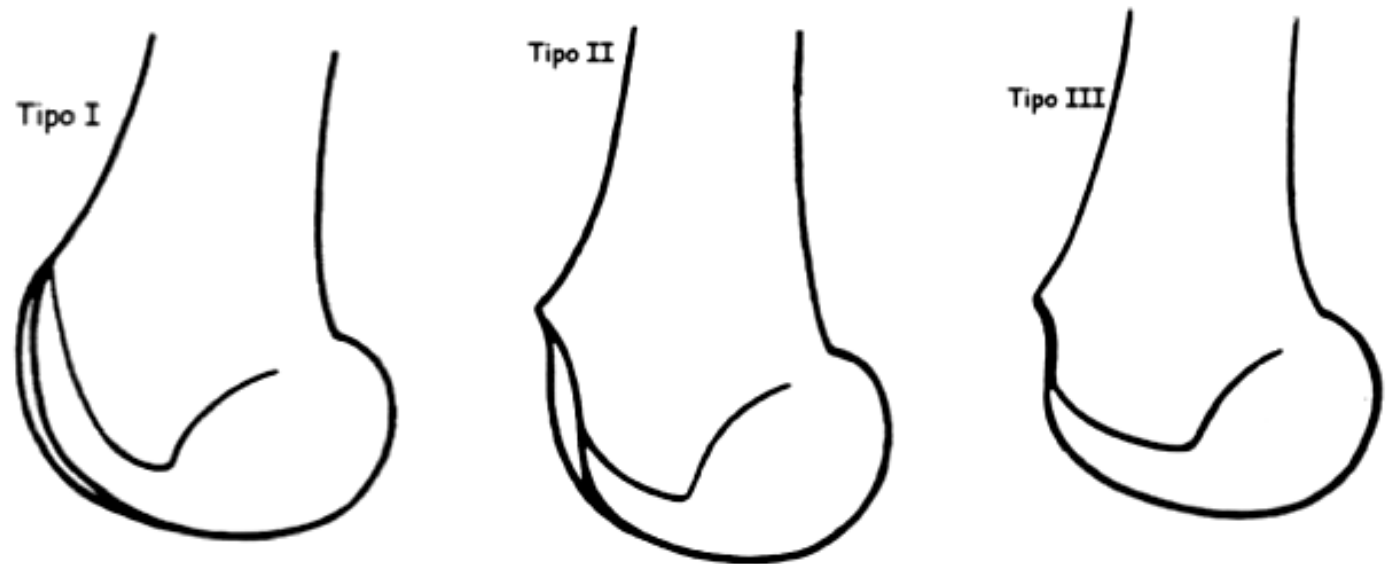
BUMP 0'8mm (3'1mm instables)

TROCHLÉE

CROSSING SIGN A/B et I, II et III

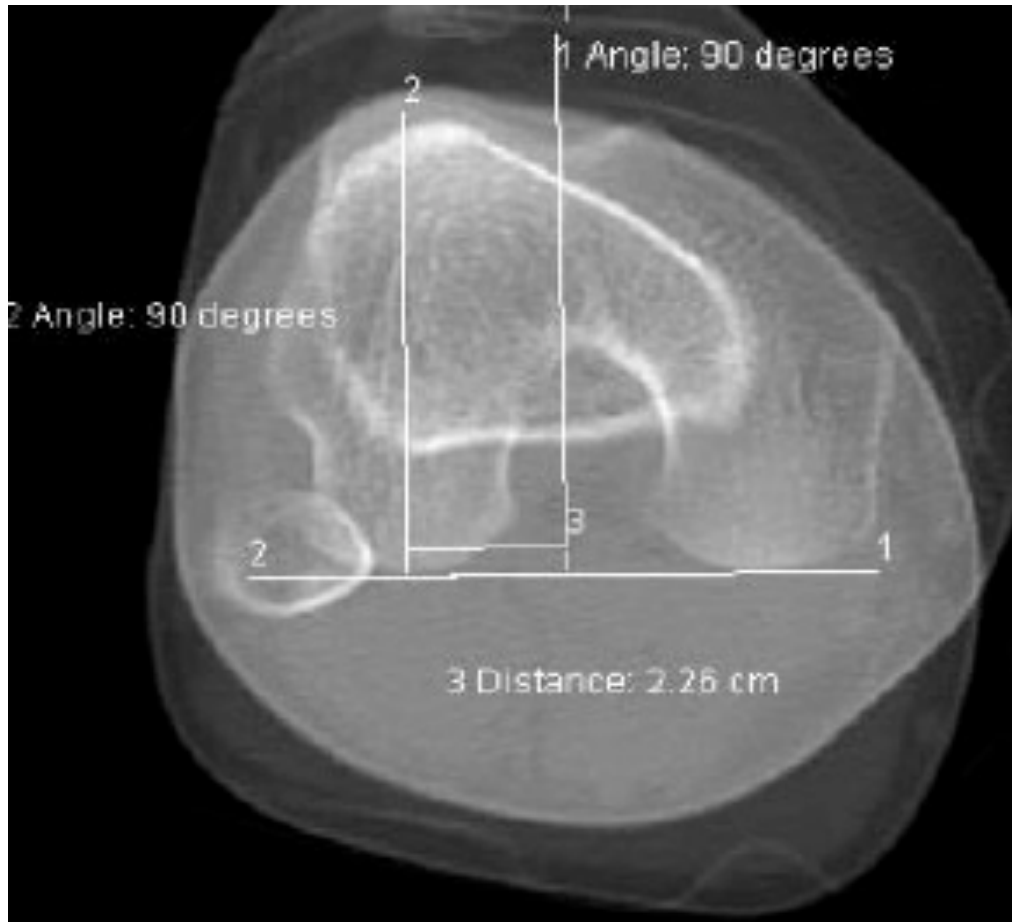


Types de dysplasie selon DEJOUR



TTA

DISTANCE SIT – TAT <15mm



Q-Angle

15° - 20°

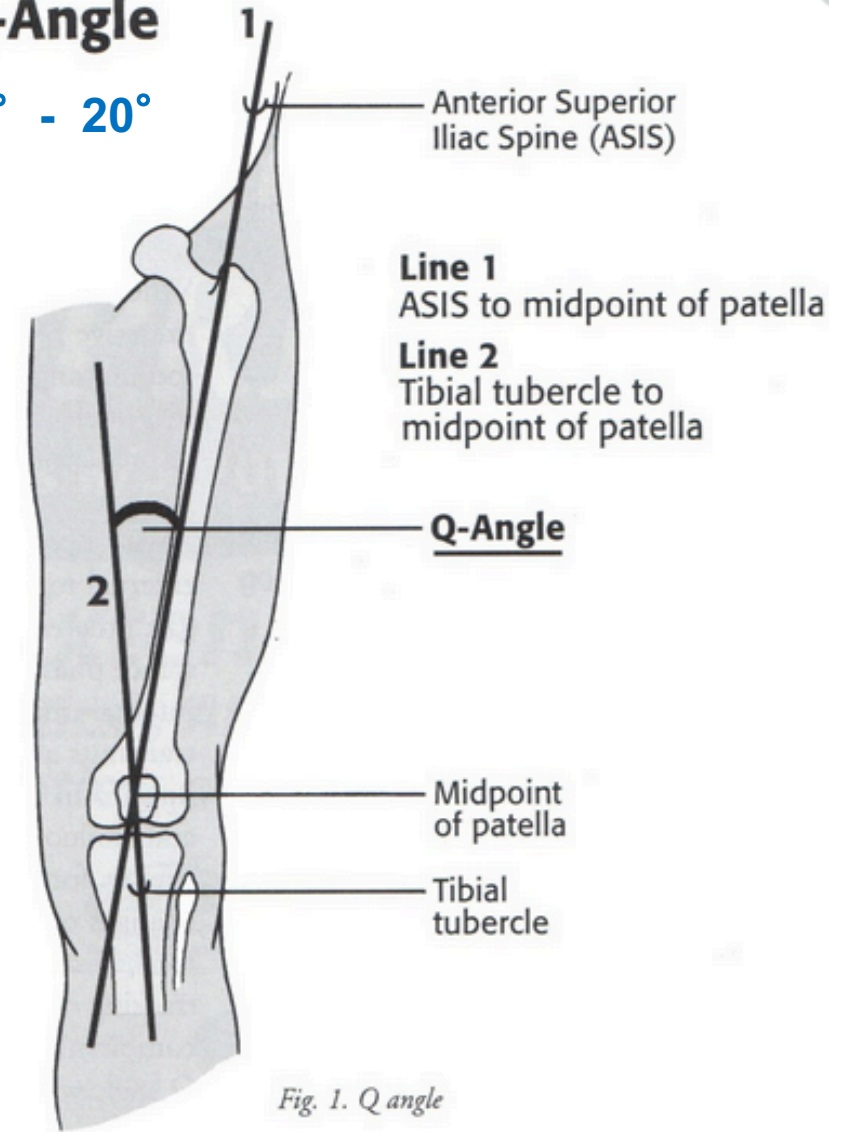
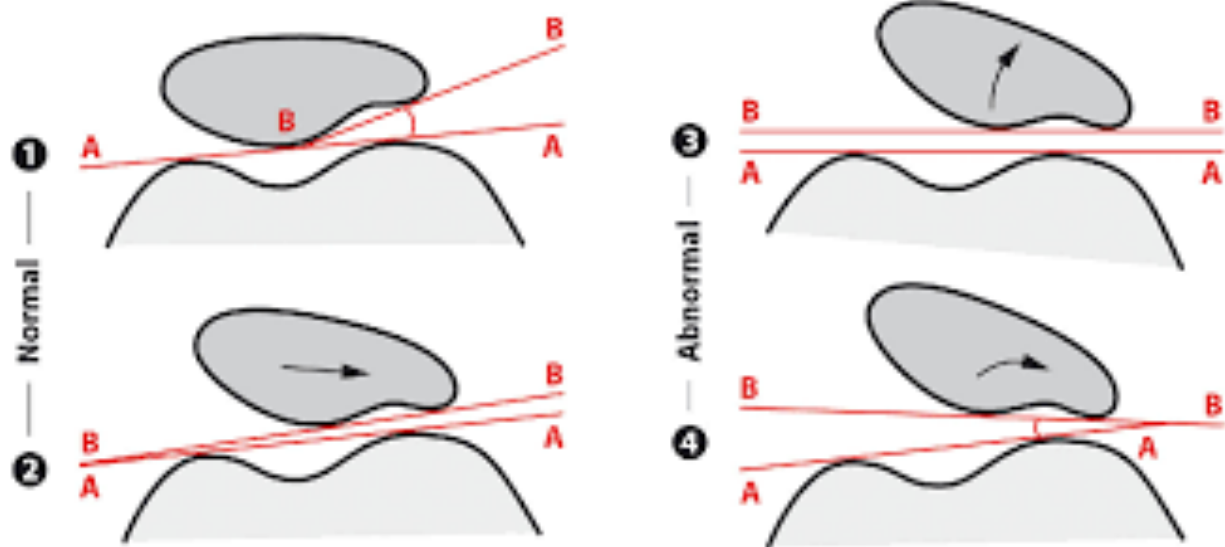


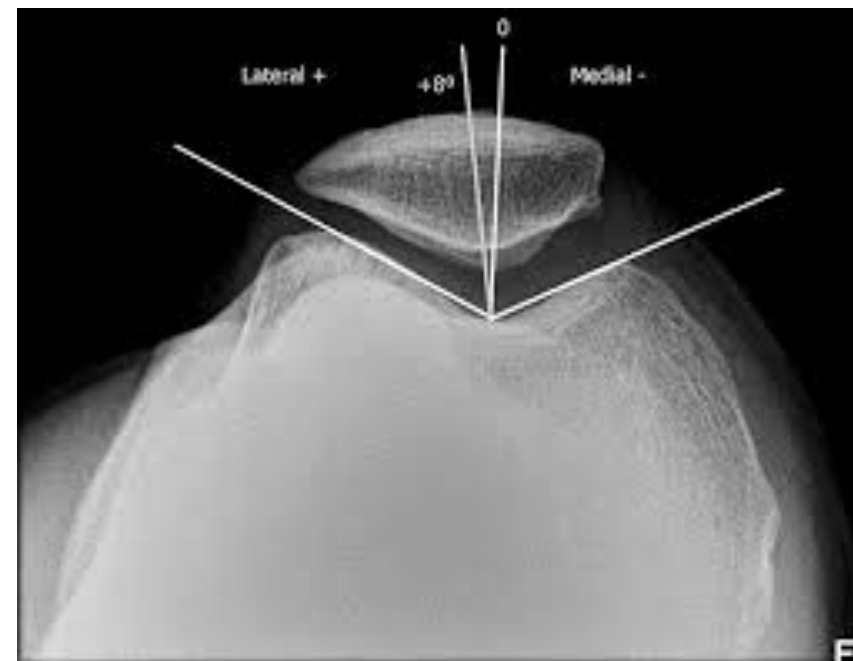
Fig. 1. Q angle

ANGLE FÉMORO-PATELAIRE LAURIN



Lateral

CONGRUENCE DE MERCHANT



TISSUS MOUS

INDICATEURS ROTATION

Éléments anatomiques

- Patella
- Trochlée
- Tubérosité antérieure du tibia TTA
- Tissus mous

Indicateurs rotation

- Antéversion acétabulaire AVA
- Antéversion fémorale AVF
- Torsion tibiale externe TTE
- Genu valgum, recurvatum

TRAITEMENT

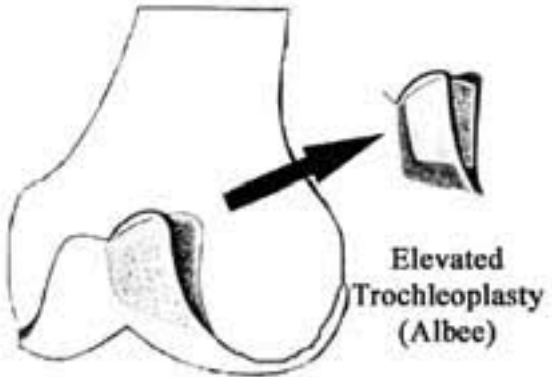
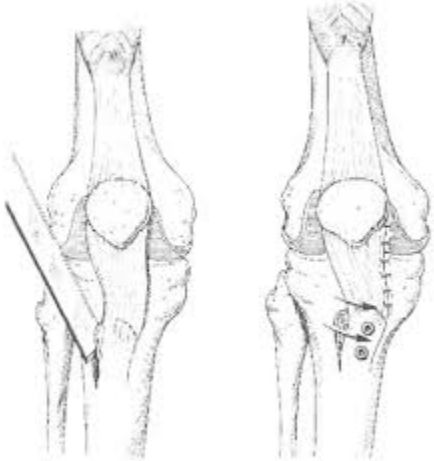
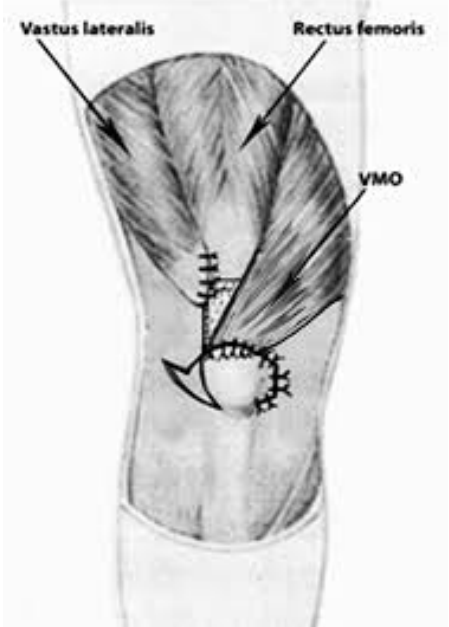
Repos relatif. Modifier temporairement certaines activités. En aucun cas une inactivité complète.

Rééducation. Renforcement du **quadriceps**
+ **abducteurs**
+ **rotateurs externes** hanche

Est-il possible de renforcer, spécifiquement le **VMO** ?

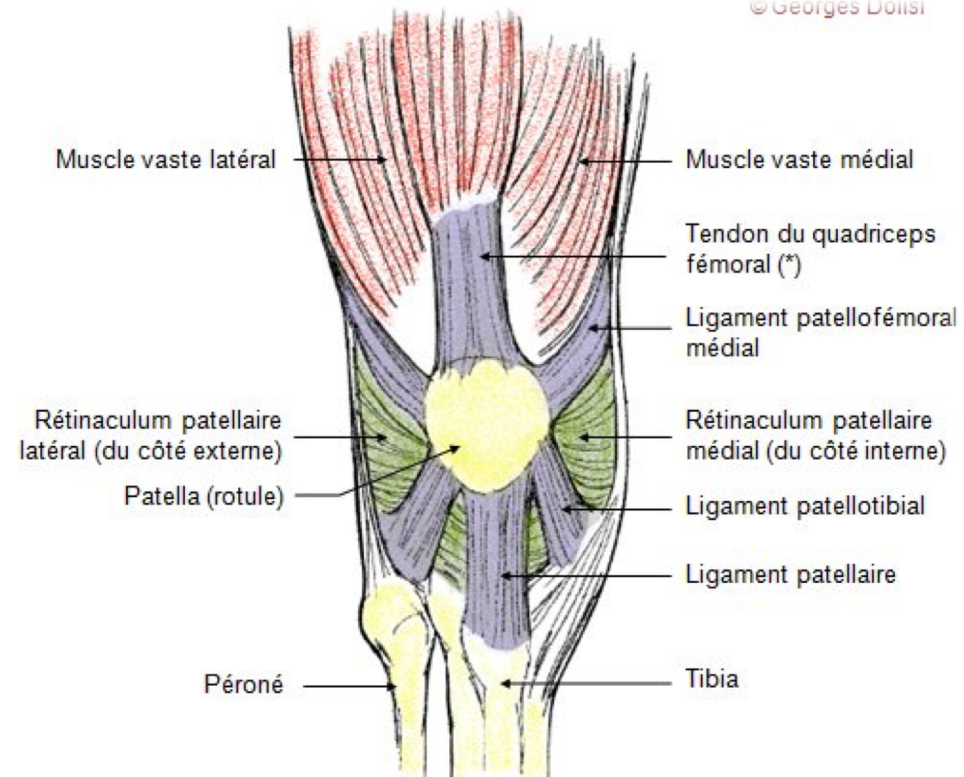
Stretching chaînes antérieures et postérieures, lorsque ces groupes musculaires sont raccourcis

TRAITEMENT CHIRURGICAL



MERCI

© Georges Dolisi



(*) Le quadriceps fémoral est formé de quatre faisceaux : le vaste externe ou latéral, le vaste interne ou médial, le droit antérieur et le crural.

Le genou - éléments externes de stabilité