ASSPRO SCIENTIFIQUE

Cachet du médecin

INFORMATION PRÉOPÉRATOIRE

RECONSTRUCTION DU LIGAMENT FEMORO-PATELLAIRE MEDIAL (MPFL)

→ PATIENT

Nom

Prénom

→ NATURE DE L'INTERVENTION

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le ligament fémoro-patellaire médial (ou MPFL en anglais) est un ligament qui s'insère sur le bord interne de la rotule et sur le condyle fémoral interne à la face interne du fémur. Il stabilise la rotule en l'empêchant de se luxer en dehors lors de la flexion du genou. Après un épisode de luxation de rotule, le ligament MPFL est systématiquement rompu. Il est possible de le reconstruire pour stabiliser la rotule et empêcher la survenue de nouvelles luxations : c'est la reconstruction du MPFL.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une reconstruction du MPFL. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

AVANT LE TRAITEMENT

Un bilan d'imagerie sera réalisé par votre chirurgien à la recherche des facteurs favorisants la luxation rotulienne. Il s'agit en général de radiographies standards et d'un scanner et/ou une IRM du genou.

QUEL TRAITEMENT ?

L'intervention chirurgicale est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale. Une incision verticale de quelques centimètres est réalisée à la face supérieure et interne du tibia. Un tendon ischio-jambier est prélevé à la face interne du tibia (tendon droit interne ou demi-tendineux). La reconstruction du MPFL à proprement parlé nécessité la réalisation d'une ou de deux autres incisions au bord interne de la rotule et à la face interne du fémur. Des tunnels peuvent être réalisés pour passer la greffe selon la technique utilisée. Le nouveau ligament est positionné et fixé au fémur et la rotule par divers moyens (suture, agrafe, vis, ancre…). En fin d'intervention, le chirurgien teste la rotule qui doit être stable et ne pas se luxer en dehors.

ET APRÈS ?

L'hospitalisation dure quelques jours. L'appui sur le membre opéré est autorisé dès le premier jour avec des béquilles et une attelle amovible en extension. La rééducation est débutée immédiatement. La flexion peut être limitée durant les premières semaines. Un traitement anticoagulant préventif de la phlébite vous sera parfois prescrit. Vous serez revu régulièrement en consultation par votre chirurgien. La conduite automobile pourra être reprise à partir de 2 à 3 mois environ. Un arrêt de travail de 3 mois vous sera prescrit, la reprise des sports quant à elle sera différée à 4 mois environ après le feu vert de votre chirurgien.

COMPLICATIONS

Les plus fréquentes

Comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle générale tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

57, rue Châteaudun 75009 Paris • **T** +33 (0)1 55 07 15 15 • contact@assproscientifique.fr • www.assproscientifique.fr

La phlébite peut survenir en dépit du traitement anticoagulant. Il s'agit d'un caillot qui se forme dans les veines, celui-ci peut migrer et entrainer une embolie pulmonaire. Un traitement anticoagulant est prescrit en prévention.

Plus rarement
L'infection profonde est exceptionnelle. Elle peut nécessiter une nouvelle chirurgie et un traitement prolongé par antibiotiques. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

L'algodystrophie est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois années), entrainant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

La nouvelle rupture du ligament MPFL au cours d'une nouvelle luxation est rare. Elle doit faire rechercher une autre cause de luxation et peut nécessiter une prise en charge chirurgicale spécifique.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté.

LES RÉSULTATS À ESPÉRER

La reconstruction du MPFL est un geste chirurgical simple. Il est très efficace sur la luxation de la rotule. Il peut être souvent associé à d'autres traitements de la luxation (ostéotomie de la tubérosité tibiale, plastie du vaste médial, section de l'aileron externe, trochléoplastie…)

EN RÉSUMÉ

La reconstruction du MPFL est un geste indiqué dans la luxation de la rotule. Il existe peu de complication et les suites postopératoires sont peu contraignantes. La récupération après chirurgie nécessite quelques semaines. La reprise des sports doit être progressive et réalisée sous contrôle médical en respectant les délais donnés par votre chirurgien.

QUELQUES QUESTIONS QUE VOUS DEVEZ VOUS POSER OU POSER À VOTRE CHIRURGIEN AVANT DE VOUS DÉCIDER POUR VOTRE INTERVENTION :

→Pourquoi me recommandez-vous cette chirurgie particulièrement ?

→Y a-t-il d'autres solutions chirurgicales pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas ?

→Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader ?

→Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience ? Quel est le temps opératoire ? Quelle est la durée de l'hospitalisation ? Aurai-je beaucoup de douleurs et comment la traiter?

→Quels sont les risques et/ou complications encourus pour cette chirurgie ?

→Quels sont les bénéfices pour moi à être opéré et quel résultat final puis-je espérer?

→Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives et quelle sera la durée totale de ma convalescence ?

→Me recommandez-vous un second avis ?