Dr Jean-Philippe CAMILLERI
Chirurgie de la hanche et du genou
Ancien Assistant des Hôpitaux de Lyon
Chef de Clinique des Universités
Société Française de la Hanche et du Genou

ORTHOPARC

Clinique du Parc Lyon
155 boulevard de Stalingrad
69006 Lyon

Je vais avoir une section de l'aileron externe du genou sous arthroscopie

Libération du rétinaculum patellaire latéral

Fiche d'information patient
Version : septembre 2026 - v5.3

Pourquoi cette intervention ?

La section de l'aileron externe est proposée lorsqu'un conflit ou une compression latérale excessive de la rotule est objectivé par l'examen clinique et l'imagerie et qu'il est cohérent avec vos symptômes. Elle ne constitue pas un traitement générique de toute douleur antérieure du genou.

Chez certains patients, les structures latérales exercent une tension excessive sur la rotule et participent à une bascule ou une compression latérale. La section de l'aileron externe vise à diminuer cette tension et à améliorer le fonctionnement fémoro-patellaire.

Quelles sont les alternatives ?

Selon la cause des symptômes, les alternatives peuvent comprendre l'adaptation des activités, un traitement antalgique ou anti-inflammatoire lorsqu'il est indiqué, une rééducation adaptée et, selon la situation anatomique, d'autres traitements spécifiques de l'articulation fémoro-patellaire. La section de l'aileron externe n'est proposée que lorsqu'une tension ou une compression latérale excessive objectivée paraît participer aux symptômes.

Que peut-il se passer si je ne me fais pas opérer ?

Les douleurs et la gêne fémoro-patellaires peuvent persister, rester stables ou s'aggraver. Il n'est pas possible de prévoir avec certitude l'évolution individuelle sans intervention.

Bénéfices et limites

L'objectif est de diminuer les symptômes attribuables à la tension latérale excessive et d'améliorer la mobilité et le centrage de la rotule. Le résultat dépend des anomalies fémoro-patellaires associées. La disparition complète des douleurs ne peut être garantie. Le geste ne répare pas les lésions cartilagineuses ou l'arthrose éventuellement associées.

Comment se déroule l'intervention ?

L'intervention est réalisée sous arthroscopie par plusieurs petites incisions. La libération doit être adaptée à l'anatomie : une libération insuffisante peut ne pas corriger la tension ; une libération excessive peut favoriser une instabilité médiale de la rotule. Dans ma pratique, l'intervention est réalisée sous anesthésie générale, éventuellement associée à une anesthésie locorégionale. Les modalités sont expliquées par le médecin anesthésiste. Toutefois, selon les constatations opératoires

ou les difficultés techniques rencontrées, une arthrotomie complémentaire, c'est-à-dire une ouverture chirurgicale plus large de l'articulation, peut être nécessaire afin de réaliser le geste prévu dans de bonnes conditions de sécurité et d'efficacité.

En fin d'intervention, je réalise une infiltration d'anesthésique local destinée à améliorer le confort postopératoire. Son effet antalgique se prolonge généralement environ 24 heures. Une diffusion transitoire vers le nerf sciatique peut parfois entraîner une difficulté à mobiliser la cheville ou le pied et une diminution de sensibilité du pied. Lorsqu'ils sont liés à l'anesthésique, ces troubles régressent généralement en moins de 24 heures sans séquelle. Pendant cette période, prudence lors des déplacements ; toute persistance, aggravation ou absence de régression doit être signalée.

Risques spécifiques

- hémarthrose ou saignement intra-articulaire, parfois important et pouvant exceptionnellement nécessiter une ponction, une évacuation ou une nouvelle intervention ;
- persistance de douleurs ou résultat insuffisant ;
- instabilité patellaire médiale douloureuse en cas de libération excessive, exceptionnellement susceptible de nécessiter un traitement complémentaire ;
- infection ou problème de cicatrisation ;
- thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire ;
- raideur ;
- douleur ou gonflement prolongé ;
- lésion nerveuse, vasculaire ou cutanée ;
- algodystrophie ;
- nouvelle intervention.
- lésion cartilagineuse iatrogène ou complication liée à l'instrumentation arthroscopique, exceptionnelle ;
- complication générale ou anesthésique, exceptionnellement grave ;

Suites

Intervention ambulatoire. Pas d'immobilisation ni d'attelle, appui immédiat, pas de béquilles systématiques, mobilisation dès la période postopératoire. Des bas de contention sont portés systématiquement pendant un mois. Pas d'anticoagulant systématique en l'absence d'indication individuelle.

Conduite, travail et récupération

Dans ma pratique, la conduite peut parfois être envisagée à partir de J3 au plus tôt si le contrôle du membre permet un freinage d'urgence et si aucun traitement n'altère la vigilance. L'arrêt de travail initial est de l'ordre d'un mois, modulable selon la profession et l'évolution. La récupération fonctionnelle se situe généralement entre 1 et 3 mois ; une pathologie cartilagineuse ou fémoro-patellaire associée peut prolonger les symptômes.

Bains, piscine et balnéothérapie

Les bains, la piscine et la balnéothérapie peuvent être repris à partir d'un mois après l'intervention uniquement si la cicatrice est parfaitement fermée, sèche et saine. En présence d'une anomalie de cicatrisation, l'immersion doit être différée et un avis médical demandé.

Quand consulter rapidement ?

Fièvre, écoulement ou ouverture de la cicatrice, rougeur croissante, hémarthrose ou gonflement important et rapidement progressif, douleur importante du mollet, perte brutale de fonction, essoufflement ou douleur thoracique nécessitent un avis médical rapide ou urgent selon la situation.

Important

Cette fiche complète l'information personnalisée qui vous a été délivrée en consultation. Elle ne remplace pas l'entretien individuel. Votre situation étant personnelle, certains bénéfices, risques, alternatives ou modalités opératoires peuvent différer. Si un point n'est pas clair, demandez une explication complémentaire. Vous pouvez également demander un second avis si vous le souhaitez.

Références principales

Fithian DC et al. Lateral retinacular release: a survey of the International Patellofemoral Study Group. Arthroscopy. 2004.

Fauré F, Erard J, Batailler C, Magnussen RA, Lustig S, Servien E. Lateral Retinacular Release During MPFL Reconstruction: A Randomized Clinical Trial. Am J Sports Med. 2025;53(12):2869-2874. doi:10.1177/03635465251366306.

CNP-COT / SOFCOT / Orthorisq. Les interventions non prothétiques sur l'articulation fémoro-patellaire (Prendre sa décision - guide pratique). La présente fiche est adaptée à ma pratique personnelle.

CNP-COT / SOFCOT / Orthorisq. Document d'information sur le risque chirurgical et fiches d'information patients labellisées, version consultée en septembre 2026.

Pour en savoir plus

Des informations supplémentaires sur votre intervention, votre parcours chirurgical et les suites opératoires sont disponibles sur mon site d’information consacré à la chirurgie de la hanche et du genou.

Scannez ce QR code pour accéder au site.

Ces informations générales complètent, sans la remplacer, l’information personnalisée qui vous a été délivrée en consultation.