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 chirurgie de stabilisation de la rotule

Transposition de la tubérosité tibiale antérieure (TTA) ± reconstruction du MPFL ± section de l'aileron externe

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

Pourquoi cette intervention vous est-elle proposée ?

La rotule doit rester centrée dans la trochlée au cours de la flexion et de l'extension. Une instabilité rotulienne peut se manifester par des luxations, subluxations, appréhensions ou dérobements. Elle est souvent multifactorielle : position de la tubérosité tibiale, hauteur de la rotule, morphologie de la trochlée, insuffisance du MPFL, tension latérale excessive, axe du membre inférieur et facteurs rotationnels lorsqu'ils sont pertinents peuvent intervenir. Il n'existe pas une intervention unique applicable à toutes les instabilités rotuliennes : la stratégie est adaptée à l'anatomie de chaque patient.

Existe-t-il des alternatives ?

Selon votre situation, une prise en charge non chirurgicale peut comprendre rééducation, renforcement musculaire, travail du contrôle neuromusculaire, adaptation des activités et éventuellement orthèse. Une chirurgie est discutée lorsque l'instabilité est récidivante, invalidante, ou lorsque les facteurs anatomiques et les objectifs du patient rendent une correction chirurgicale pertinente. Les alternatives et la balance bénéfice-risque vous sont expliquées en consultation.

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

L'évolution est variable. De nouveaux épisodes d'instabilité ou de luxation peuvent survenir. Ils peuvent entraîner douleurs, appréhension, limitation des activités et lésions du cartilage ou ostéochondrales. Il n'est pas possible de prévoir avec certitude l'évolution individuelle.

Quels gestes peuvent être réalisés ?

La chirurgie peut associer un ou plusieurs gestes. Le choix exact dépend de l'indication opératoire retenue avant l'intervention et peut être ajusté aux constatations peropératoires afin d'obtenir une stabilisation satisfaisante sans surcontraindre l'articulation fémoro-patellaire.

Transposition de la tubérosité tibiale antérieure (TTA)

La tubérosité tibiale antérieure est la zone d'insertion du tendon rotulien sur le tibia. Elle peut être sectionnée avec un fragment osseux, déplacée dans une ou plusieurs directions afin d'améliorer l'axe de traction de la rotule puis fixée sur le tibia, le plus souvent par des vis. La correction est planifiée avant l'intervention et peut être ajustée selon les contrôles peropératoires. Cette ostéotomie doit ensuite consolider.

Reconstruction du ligament fémoro-patellaire médial (MPFL)

Le MPFL est l'un des principaux stabilisateurs médiaux de la rotule dans les premiers degrés de flexion. Lorsqu'une reconstruction est indiquée, j'utilise une autogreffe prélevée sur le droit interne (gracilis) ou sur le demi-tendineux. Le choix du tendon et la technique de fixation sont adaptés notamment à l'anatomie, aux prélèvements disponibles et à la qualité osseuse. La tension et le positionnement du transplant sont réglés afin de stabiliser la rotule sans la contraindre excessivement.

Section de l’aileron externe

Une section de l'aileron externe peut être associée lorsqu'une tension latérale excessive participe au mauvais centrage de la rotule. Elle n'est pas réalisée systématiquement. Selon l'indication opératoire exacte et les gestes associés, elle peut être réalisée par arthrotomie ou sous arthroscopie. Une libération excessive peut favoriser une instabilité médiale de la rotule.

Contrôle peropératoire de la rotule

Au cours de l'intervention, le centrage, la congruence et la course de la rotule dans la trochlée sont contrôlés. Ces constatations peuvent conduire à adapter les gestes prévus afin d'obtenir un équilibre satisfaisant sans surcontraindre l'articulation.

Incisions et cicatrices

Les cicatrices dépendent des gestes réalisés. Une TTA nécessite une incision antérieure permettant l'accès à la tubérosité tibiale. Une reconstruction du MPFL et/ou une section de l'aileron externe peuvent nécessiter une ou plusieurs incisions complémentaires. Leur étendue peut être adaptée aux gestes réellement nécessaires pendant l'intervention.

Quelle anesthésie ?

Dans ma pratique, l'intervention est réalisée sous anesthésie générale, éventuellement associée à une anesthésie locorégionale. Les modalités précises, leurs bénéfices et leurs risques vous seront expliqués par le médecin anesthésiste.

Quels bénéfices peut-on attendre ?

L'objectif est de diminuer les épisodes de luxation ou de subluxation, améliorer la stabilité et la confiance dans le genou, et permettre une reprise progressive des activités. Le résultat dépend des facteurs anatomiques, de l'état du cartilage, des gestes réalisés et de la récupération. Une stabilité parfaite, une disparition complète des douleurs ou un retour au niveau sportif antérieur ne peuvent pas être garantis. Des lésions cartilagineuses préexistantes peuvent continuer à être responsables de douleurs malgré une stabilité restaurée.

Quels sont les risques ?

- infection superficielle ou profonde pouvant nécessiter antibiothérapie et/ou nouvelle intervention ;
- phlébite et embolie pulmonaire ;
- saignement, hématome ou hémarthrose ;

- problème de cicatrisation ou troubles sensitifs cicatriciels ;
- raideur, perte de mobilité, douleurs fémoro-patellaires persistantes, gonflement prolongé ou algodystrophie ;
- récidive d'instabilité, nouvelle luxation ou appréhension persistante ;
- contrainte excessive de la reconstruction du MPFL pouvant entraîner douleur, raideur ou mauvais fonctionnement fémoro-patellaire ;
- instabilité médiale de la rotule en cas de libération latérale excessive ;
- fracture de la rotule ou complication osseuse liée aux moyens de fixation du MPFL, rare ;
- lésion cartilagineuse ou ostéochondrale préexistante pouvant limiter le résultat ;
- atteinte nerveuse ou vasculaire, rare mais potentiellement grave ;
- problème lié au matériel de fixation et éventuelle nécessité de l'enlever secondairement ;
- nécessité possible d'une nouvelle intervention selon l'évolution.
- syndrome des loges, exceptionnel mais urgent, pouvant nécessiter une intervention chirurgicale immédiate ;

Risques spécifiques en cas de TTA

La TTA est une ostéotomie et nécessite une consolidation osseuse. Peuvent notamment survenir une fracture de la tubérosité ou de la partie proximale du tibia, un déplacement secondaire, un retard de consolidation ou une absence de consolidation (pseudarthrose), pouvant prolonger les restrictions et parfois nécessiter une nouvelle intervention. Le matériel de fixation peut devenir gênant et nécessiter une ablation secondaire.

Risques spécifiques du prélèvement tendineux

Le prélèvement du droit interne ou du demi-tendineux peut entraîner douleur ou hématome au site de prélèvement, gêne transitoire, diminution temporaire de force et troubles sensitifs locaux. Certains troubles sensitifs peuvent persister.

Suites si une TTA est réalisée

Dans ma pratique habituelle, lorsqu'une TTA est réalisée, une attelle maintenant le genou en extension est prescrite pendant 45 jours. La mobilisation passive du genou est autorisée et organisée selon les consignes postopératoires. Un appui soulagé est autorisé immédiatement avec les aides à la marche nécessaires. Un anticoagulant oral est habituellement prescrit pendant 45 jours, avec adaptation au risque thrombotique et hémorragique individuel et au protocole de l'établissement. Je ne prescris pas de bas de contention dans ce protocole. Ces consignes peuvent être adaptées si les constatations opératoires ou l'évolution le nécessitent.

Suites si seuls des gestes sur les parties molles sont réalisés

Lorsqu'aucune TTA n'est réalisée et que la stabilisation repose uniquement sur des gestes des parties molles, une attelle fémoro-patellaire est utilisée. L'appui est autorisé immédiatement et il n'y a pas de limitation systématique de la flexion. Je ne prescris pas d'anticoagulant en l'absence d'une indication individuelle particulière. En cas de section associée de l'aileron externe, des bas de contention sont prescrits pendant un mois. Les modalités exactes sont adaptées aux gestes effectivement réalisés.

Rééducation, reprise des activités et récupération

La rééducation est adaptée aux gestes réalisés. Lorsqu'une TTA a été pratiquée, la progression dépend notamment de la consolidation osseuse. Après une reconstruction isolée des parties molles, la récupération obéit à un protocole différent. Il n'existe donc pas de délai unique de reprise du travail, de la conduite ou du sport applicable à toutes les situations. La reprise sportive dépend de la stabilité, de la force, du contrôle neuromusculaire et, en cas de TTA, de la consolidation.

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, douleur ou gonflement inhabituel, douleur importante du mollet, perte brutale de fonction, trouble nouveau de la sensibilité ou de la motricité, essoufflement ou douleur thoracique nécessitent un avis médical rapide ou urgent selon leur intensité.

Complications générales graves

Certaines complications générales, notamment cardiovasculaires, respiratoires, thromboemboliques, infectieuses ou hémorragiques, peuvent exceptionnellement être graves et mettre en jeu le pronostic vital.

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

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.

Hurley ET et al. A modified Delphi consensus statement on patellar instability: part II. Bone Joint J. 2023.

ESSKA 2024 Formal Consensus - Management of first-time patellar dislocation, Part 2. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2025.

Stokes DJ et al. Tibial Tubercle Osteotomy: Indications, Outcomes, and Complications. Curr Rev Musculoskelet Med. 2024.

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.