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 stabilisation de la rotule par reconstruction du MPFL

Reconstruction du MPFL +/- section de l'aileron externe (SAE)

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

Pourquoi cette intervention vous est-elle proposée ?

Cette fiche concerne une chirurgie de stabilisation de la rotule sans transposition de la tubérosité tibiale antérieure. Elle est proposée lorsque l'instabilité fémoro-patellaire est récidivante ou suffisamment invalidante et que le bilan clinique et radiologique conduit à retenir une stabilisation des parties molles. La décision tient compte des épisodes de luxation ou de subluxation, de l'appréhension, de l'âge, de l'activité, de l'anatomie fémoro-patellaire, de l'état du cartilage, de l'axe du membre inférieur et des facteurs rotationnels lorsqu'ils sont pertinents, ainsi que des traitements déjà réalisés.

Existe-t-il d'autres possibilités ?

Selon la situation, une prise en charge non chirurgicale peut associer rééducation, renforcement musculaire, travail du contrôle du membre inférieur, adaptation des activités et parfois une orthèse. Le choix d'une intervention est individualisé. Lorsque des facteurs osseux nécessitent une correction, une autre stratégie, notamment une transposition de la tubérosité tibiale antérieure, peut être indiquée et fait alors l'objet d'une information spécifique.

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 et entraîner douleur, appréhension, limitation des activités ainsi que des lésions cartilagineuses ou ostéochondrales. Il n'est pas possible de prévoir avec certitude l'évolution individuelle.

En quoi consiste l'intervention ?

La stabilisation repose sur une reconstruction du MPFL, éventuellement associée à une section de l'aileron externe lorsque l'indication opératoire exacte le justifie. La stratégie est individualisée. Les gestes prévus avant l'intervention peuvent être adaptés aux constatations opératoires afin d'obtenir une stabilisation satisfaisante sans surcontraindre l'articulation fémoro-patellaire.

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 greffon et de sa fixation est adapté à l'anatomie, aux tendons disponibles et à la qualité osseuse. L'objectif est de restaurer une stabilisation médiale suffisante sans créer de contrainte excessive sur l'articulation fémoro-patellaire.

Section de l’aileron externe éventuellement associée

Une section de l'aileron externe peut être associée lorsqu'une tension latérale excessive participe au mauvais centrage ou à la compression latérale de la rotule. Elle n'est pas systématique et sa nécessité est appréciée en fonction de l'équilibre fémoro-patellaire et des constatations opératoires. Selon la situation, elle peut être effectuée par arthrotomie ou sous arthroscopie. Une libération excessive peut favoriser une instabilité médiale de la rotule ; une hémarthrose peut également survenir.

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 participent au réglage de la reconstruction et peuvent conduire à adapter les gestes prévus.

Incisions et cicatrices

La reconstruction du MPFL nécessite une ou plusieurs incisions permettant le prélèvement du tendon et la reconstruction. Une section de l'aileron externe peut nécessiter un abord complémentaire ou être réalisée sous arthroscopie. La localisation et l'étendue des incisions sont adaptées aux gestes réellement nécessaires.

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, d'améliorer la stabilité et la confiance dans le genou et de permettre une reprise progressive des activités. Le résultat dépend notamment de l'anatomie, 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 ou ostéochondrales préexistantes peuvent rester responsables de douleurs malgré une stabilisation satisfaisante.

Quels sont les risques ?

- infection superficielle ou profonde pouvant nécessiter antibiothérapie et/ou nouvelle intervention ;
- phlébite et embolie pulmonaire, même si ce risque est faible après un geste isolé sur les parties molles ;
- saignement, hématome ou hémarthrose ;
- problème de cicatrisation ou troubles sensitifs cicatriciels ;
- raideur, perte de mobilité ou douleurs fémoro-patellaires persistantes ;
- syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie) ;
- récidive d’instabilité, nouvelle luxation, appréhension persistante ou insuffisance de la reconstruction ;
- contrainte médiale excessive ou mauvais centrage de la rotule pouvant entraîner douleurs ou gêne 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, rare ;

- atteinte nerveuse ou vasculaire, rare mais potentiellement grave ;
- problème lié au matériel ou aux moyens de fixation et éventuelle nécessité d'une nouvelle intervention.
- malposition d'un tunnel ou d'un point de fixation, rupture ou distension secondaire de la greffe, pouvant entraîner douleur, raideur ou récidive d'instabilité et parfois nécessiter une reprise ;

Risques spécifiques du prélèvement tendineux

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

Suites opératoires

Une attelle fémoro-patellaire est utilisée. L'appui est autorisé immédiatement et il n'y a pas de limitation systématique de la flexion. Dans ma pratique habituelle, je ne prescris pas d'anticoagulant de façon systématique en l'absence d'une indication individuelle particulière ; cette décision reste adaptée au risque thrombotique et hémorragique et au protocole de l'établissement. Lorsqu'une section de l'aileron externe est associée, des bas de contention sont portés pendant un mois conformément au protocole de ce geste. Les consignes peuvent être adaptées aux constatations opératoires ou à une situation particulière.

Rééducation, reprise des activités et récupération

La rééducation accompagne la récupération de la mobilité, de la force et du contrôle du membre inférieur. Les délais de conduite, de reprise du travail et du sport dépendent de l'évolution clinique, de la récupération fonctionnelle, du type d'activité et des gestes réellement réalisés. La reprise sportive est guidée par la stabilité, les amplitudes, la force et le contrôle neuromusculaire, et non seulement par le temps écoulé.

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.

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. 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.