

Luxation supérieure de rotule

Superior Patellar Dislocation

S. Beroud · A. Van Haecke · R. Desmarchelier

Reçu le 24 avril 2017 ; accepté le 11 août 2017
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

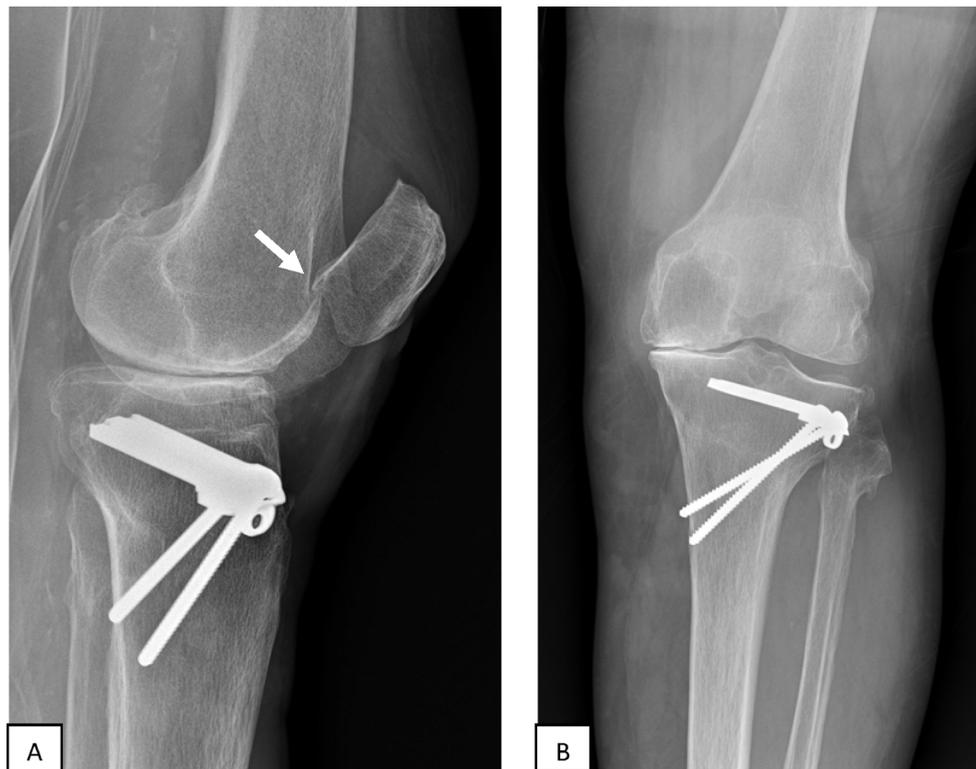


Fig. 1 Radiographies de profil (A) et de face de son genou (B). Noter le caractère ascensionné de la rotule, la bascule antérieure de sa base et le conflit fémoro-patellaire sur ostéophyte trochléen et patellaire (flèche blanche). À noter que le profil est de mauvaise qualité avec des condyles fémoraux mal superposés. Arthrose fémoro-tibiale interne sur le cliché de face avec pincement de l'interligne et ostéocondensation

S. Beroud (✉)
Hospices civils de Lyon, centre hospitalier Lyon Sud,
service d'accueil des urgences, 165 chemin du Grand Revoyet,
F-69310 Pierre-Bénite, France
e-mail : sebastien.beroud@chu-lyon.fr

Université Claude Bernard Lyon 1,
Faculté de médecine Lyon-Sud Charles Mérieux,
165 chemin du Petit Revoyet, BP 12, F-69921 Oullins cedex

A. Van Haecke · R. Desmarchelier
Hospices civils de Lyon, centre hospitalier Lyon Sud,
service de chirurgie orthopédique / unité chirurgicale d'urgence,
165 chemin du Grand Revoyet, F-69310 Pierre-Bénite, France

R. Desmarchelier
Université Claude Bernard Lyon 1,
laboratoire de biomécanique et de mécanique des chocs,
UMR_T9406, F-69000 Lyon, France

Nous avons été amenés à prendre en charge aux urgences une patiente de 73 ans pour gonalgie aiguë gauche. Elle présentait comme antécédent régional une ostéotomie tibiale de valgisation (contexte de gonarthrose). La patiente rapportait un simple effleurement du bord d'un meuble avec son genou tandis qu'elle se relevait d'une chaise. Elle a alors ressenti un claquement interne du genou associé à une impression de déplacement de sa rotule, le tout accompagné d'une vive douleur. Une impotence fonctionnelle s'est immédiatement installée. À l'examen, le genou n'était pas tuméfié et ne présentait pas de signe inflammatoire. Il existait un blocage complet en extension. L'examen vasculonerveux était normal. La patiente ne parvenait pas à décoller le talon du brancard. Des radiographies ont été réalisées (Fig. 1). Une rupture du tendon rotulien a été évoquée et un avis orthopédique demandé. La relecture des radiographies confrontées à un nouvel examen ont permis de mettre en évidence deux éléments. Cliniquement, il s'agissait bien d'un blocage complet en extension et non d'une appréhension d'un passage douloureux en flexion. Sur le cliché radiologique de profil, il était noté un conflit entre le bord inférieur de la rotule et un ostéophyte trochléen. Outre la discrète ascension de la patella, il était surtout noté une bascule antérieure de celle-ci. Le diagnostic de luxation supérieure de la rotule a été

retenu. Cette luxation a été réduite aux urgences par manœuvre externe sous mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote. Le chirurgien orthopédiste a procédé à une mobilisation transversale avec traction antérieure de la rotule, sur un genou mis en hyperextension. La douleur a rapidement disparu et la patiente a pu retrouver des amplitudes articulaires normales. Les clichés radiologiques post-réduction n'ont pas révélé de fractures ostéophytiques (Fig. 2). Les suites ont été simples avec un retour à domicile de la patiente en appui complet, sans attelle. Une prescription de kinésithérapie a été proposée, consistant en une mobilisation passive douce et une physiothérapie antalgique. Nous avons proscrit tout travail actif du quadriceps dans un premier temps afin de limiter le risque d'un nouvel épisode de luxation. L'évolution clinique a été favorable à la visite de contrôle, sans récurrence au plus long recul de six mois. Ce type de luxation de rotule constitue un fait rare avec moins de 30 cas rapportés. Il s'agit du premier cas publié dans une revue francophone. Ces luxations surviennent dans deux types de situation, le plus souvent chez des sujets de plus de 50 ans présentant un genou dégénératif. La première est celle d'un traumatisme sur la partie inférieure de la patella, la seconde fait suite à une hyperextension brutale du genou. Les radiographies simples suffisent au diagnostic. La

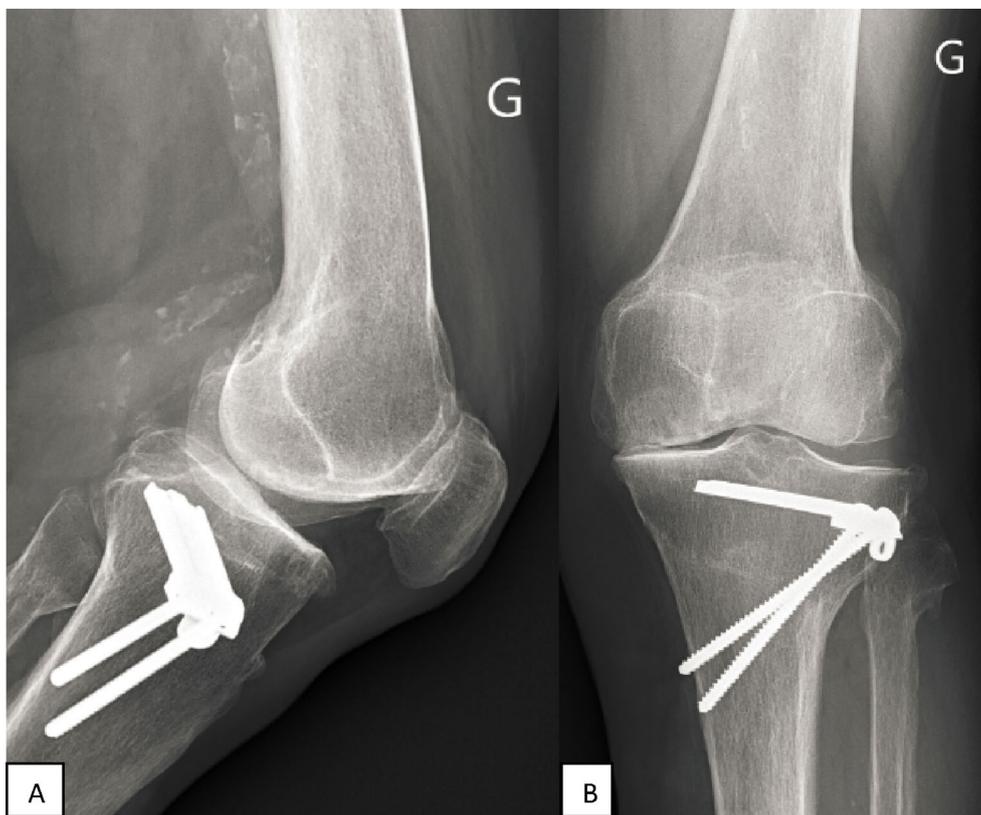


Fig. 2 Radiographies post réduction de profil (A) et de face (B). Le genou n'est plus en hyperextension, la patella a regagné son emplacement normal, centré et en regard de la trochlée fémorale. Il n'est pas visualisé de fracture ostéophytique

réduction est le plus souvent réalisée sans anesthésie générale, par manœuvre externe. La chirurgie reste exceptionnelle. Des récurrences sont rapportées dans 20 % des cas. Pour certains auteurs [1], cette pathologie survient sur un morphotype particulier tel la patella alta. Cependant cela ne paraît pas si évident si l'on reprend une revue récente de la littérature sur le sujet [2]. En dehors d'une luxation supérieure de la patella, les blocages du genou en extension sont le plus souvent incomplets avec conservation d'un certain degré de flexion. En cas de blocage vrai, un corps étranger intra-articulaire ou un fragment méniscal sont souvent retrouvés, situation nécessitant une prise en charge chirurgicale rapide. Cette situation est à distinguer des faux blocages en lien avec un accrochage dans le cadre d'un syndrome douloureux rotulien, d'un épanchement articulaire ou encore d'un accrochage tendineux. Ce cas constitue un rappel d'une entité à ne pas méconnaître car elle est de prise en charge relativement simple. Il ne faut pas la confondre avec une rupture du tendon patellaire dans laquelle la mobilisation passive du genou

reste possible mais l'extension active impossible par interruption de l'appareil extenseur [3]. L'urgentiste doit être alerté par le blocage en extension complète avec, sur le cliché de profil, une bascule antérieure de la base de la rotule sans franche ascension de celle-ci, pathognomonique de cette pathologie [2].

Références

1. Ofluoglu O, Yasmin D, Donthineni R, Yildiz M (2006) Superior dislocation of the patella with early onset patellofemoral arthritis: a case report and literature review. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 14:350--5
2. Egmond PW van, Vermeulen MC, Dijke CF van, Graat HC (2017) Superior dislocation of the patella: a pathognomonic finding and review of literature. *Skeletal Radiol* 46:259--64
3. Clift RK, El-Alami W (2012) Superior patellar dislocation: the value of clinical examination and radiological investigation. *BMJ Case Rep* pii: bcr2012007571