

5^{ème} IM2S Foot Pro Workshop.

**Traitement chirurgical des tendinopathies
patellaires.**

Techniques. Indications. Pronostic sportif



J.H. Jaeger*

J. Besse**



Introduction

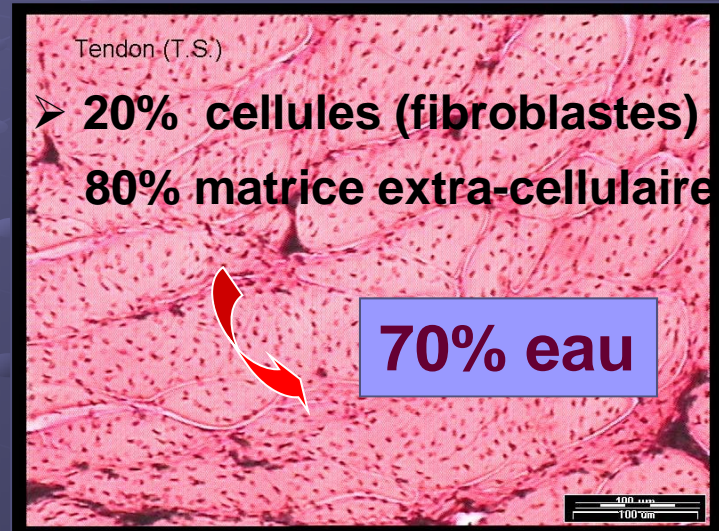
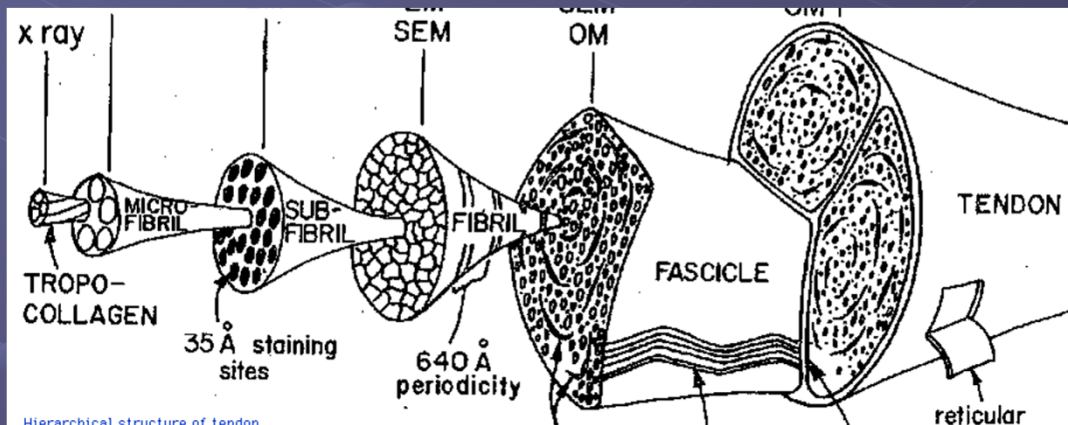
- Tendinopathie ou tendinose
(*Pathologie chronique*)
- Tendinite (terme non approprié)

Introduction

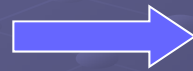
- Pathologie aigue

- Rupture ou desinsertion ligament patellaire (LP) +++
- Fracture de fatigue pointe de rotule +++
- Ténosynovite +

Structure du tendon



Transmission de la contraction musculaire au squelette



MOUVEMENT



FORCE +/-

TYPES DE LESIONS



TRAUMATIQUE

MICRO-TRAUMATIQUE
Par hyperutilisation

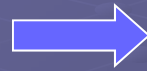


RUPTURES

TENDINOPATHIES



LESIONS MICRO-TRAUMATIQUES



Micro-ruptures



Cicatrisation



**nodules, kystes,
calcifications**

Perturbations

- Vascularisation
- Innervation
- résistance mécanique

Douleur

PAS D'INFLAMMATION

Formes anatomopathologiques

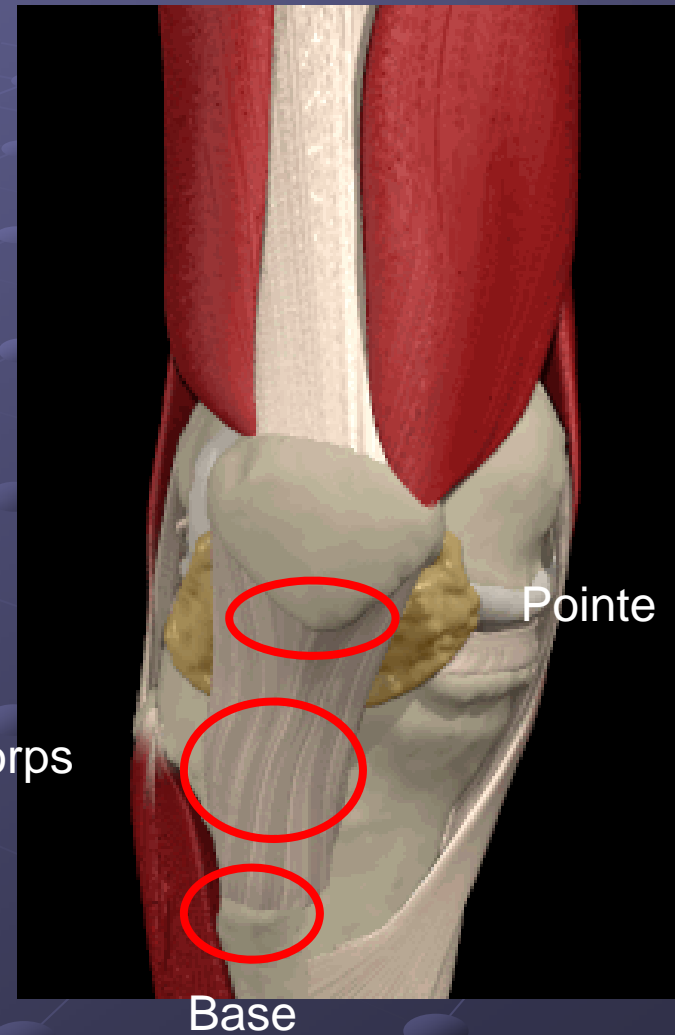
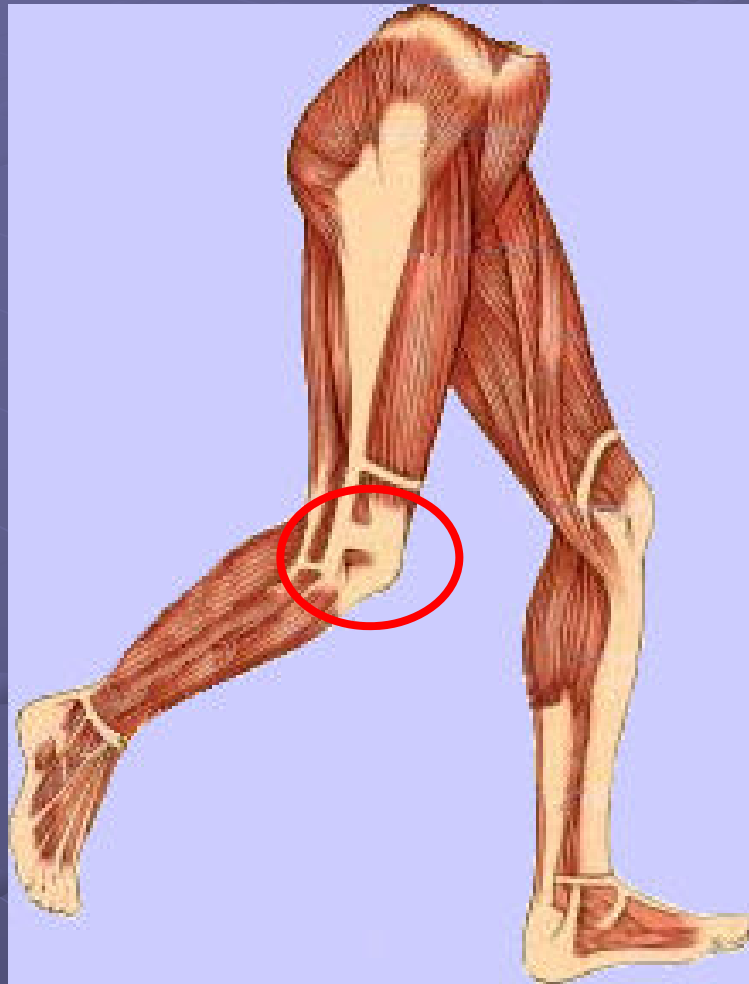
- Tendinopathie fissuraire +/- hypertrophique
- Tendinopathie nodulaire ou fusiforme
- Tendinopathie calcifiante
- Tendinopathie kystique

Inflammation = 0

- Ténosynovite

INFLAMMATION

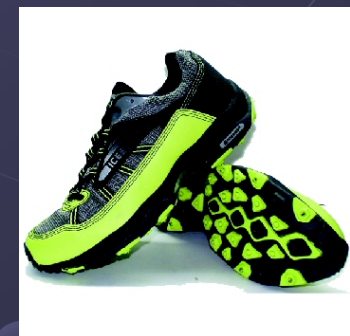
Formes topographiques



Etiologies

- Causes **extrinsèques**

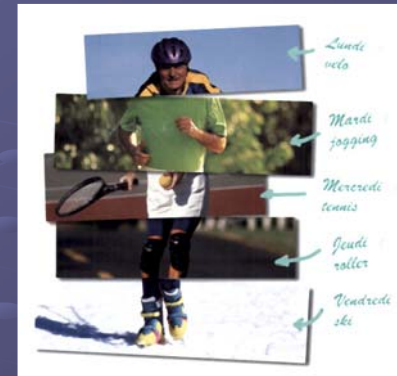
- Terrain (dur, souple, dénivelé)
- Climat
- Entraînement (reprise, modification, augmentation ...)
- Chaussures (neuve, vieille, inadaptée)



Etiologies

- Causes **intrinsèques**

- Age
- Modification du fonctionnement musculaire
- Hygiène (caries, fatigue, poids)
- Diététique (hydratation, sucre, viande)
- Prélèvement partiel LP (KJ) douleurs 10-20% modérées
et temporaires max 1 an



Diagnostic positif

- Clinique (Interrogatoire-examen)

- Imagerie

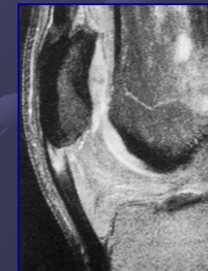
Rx



Echographie

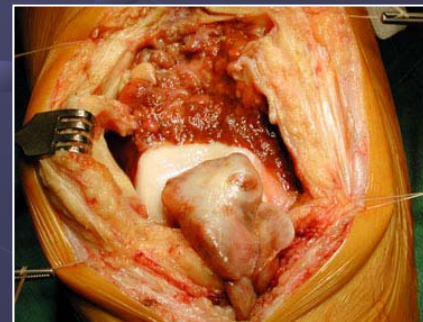
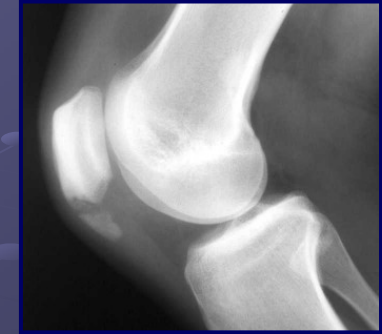


IRM

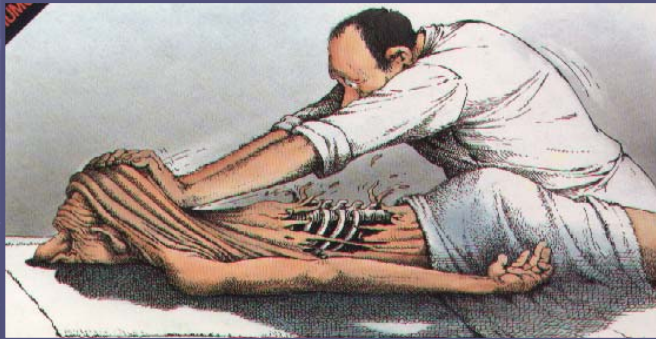


Diagnostic différentiel

- Fracture fatigue pointe de rotule
- Conflit fémoro patellaire
- Patella alta
- Sinding Larsen (ostéochondrose)
- Maladie de Hoffa
- SNVHP



Comment les traiter



TRAITEMENT MEDICAL

TOUJOURS

- REPOS SPORTIF +++
- AINS
- MPR US, ONDES DE CHOC
- INFILTRATION (*Ténosynovite*)
- PRP (validation scientifique?)

TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Après échec traitement médical

6 MOIS max, si lésions chroniques

- En URGENCE

si lésions aiguës (clinique Blazina 3)

Si lésions macroscopiques (imagerie – rupture désinsertion-
risque +++)

Techniques

Selon topographie lésions

POINTE

CORPS

BASE

Techniques

- CORPS :

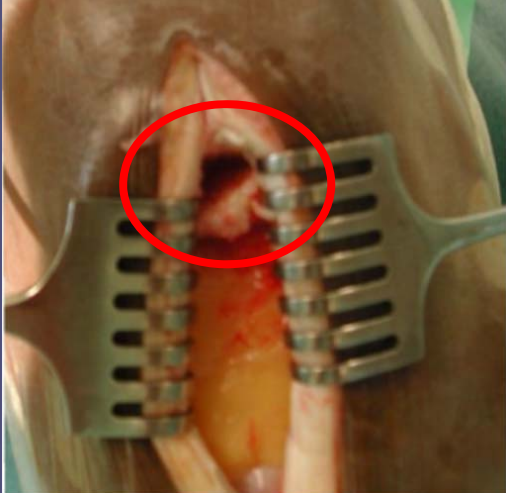
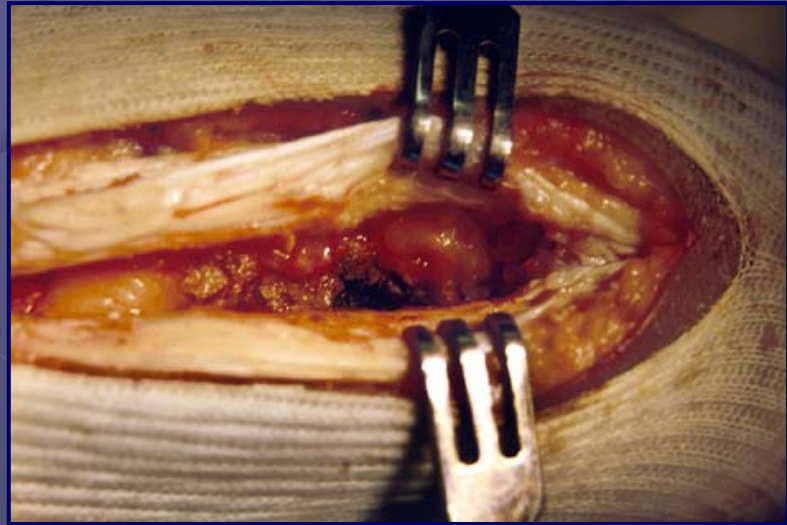
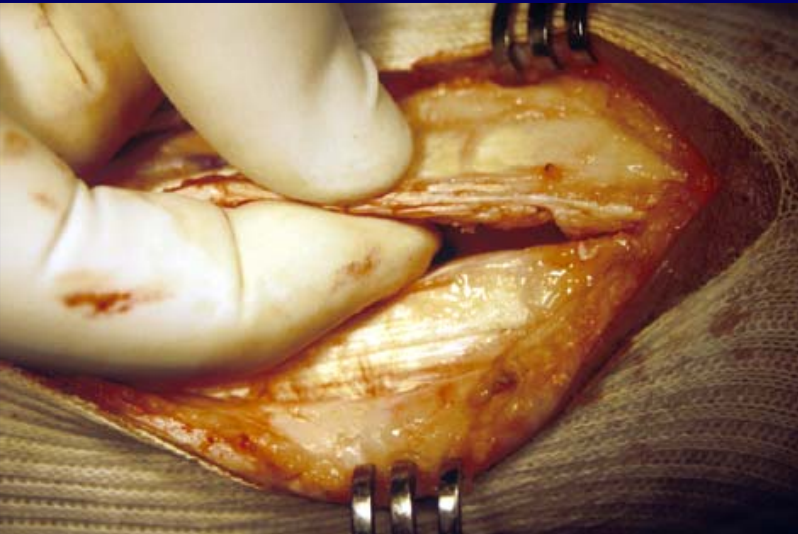
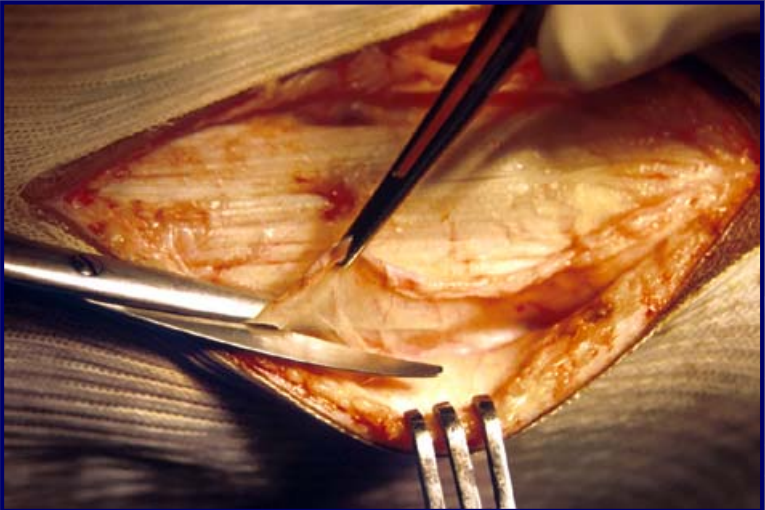
Ténotomies longitudinales (peignage)

But = épaississement du tendon pour augmenter sa résistance

+ - Greffe tendon sain (patte d'oie ou TQ)

Excision tissus pathologiques

Techniques



Techniques

- **POINTE**

Lésions

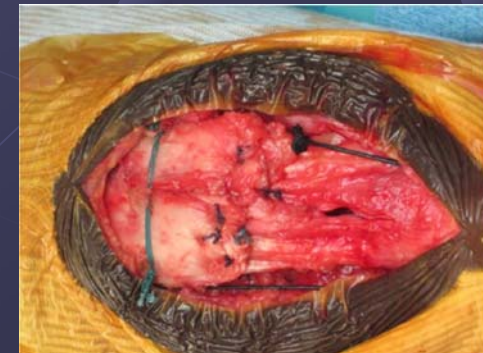
Os 35% (séquelles Sinding Larsen, pointe hypertrophiée..)

Enthèse 75 %

Tendon 100 %

*Résection pointe extra-articulaire R + ténotomie
longitudinale médiane*

Réfection insertion ancrage trans osseux + cadrage



Résultats

● CORPS + POINTE

SFA (2008) : peignage +/- résection pointe

82% succès

88% retour au sport

6 mois délai retour sport

Série Pitié-Salpêtrière :

Recul 3,3 ans = 20% d'échec

Techniques

- **BASE**

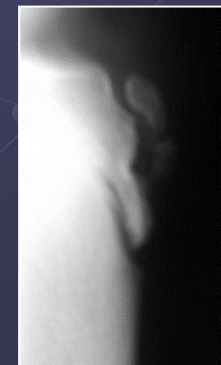
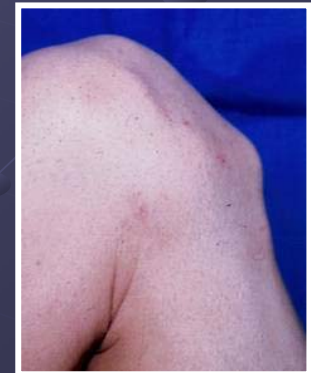
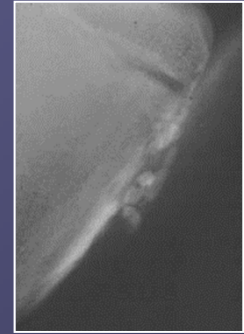
= manifestation tardive Osgood-Schlatter

Soit 1 calcification profonde LP et séparée par bourse séreuse

Soit microcalcifications intratendineuses

Soit association des 2 lésions

*Excision ossification / calcifications
+ ténotomie longitudinale médiane*



Conclusion

- Chirurgie

- si échec prise en charge médicale appropriée.

