

FAITS CLINIQUES

LUXATION SUPERIEURE DE LA ROTULE

F. BOUTAYEB, A. EL MRINI, A. DAOUDI, SM. SOUHAIL, O. AGOUMI, A.EL IBRAHIMI, D. LOUDIYI, L. AMEZIANE
 Service de Chirurgie Orthopédique, CHU Hassan II, Fès

RESUME

Les auteurs rapportent l'observation d'une cause rare de blocage du genou en extension en rapport avec une luxation supérieure de la rotule restée accrochée par un ostéophyte de la pointe de la rotule sur le bord antérieur du cartilage condylien, sans rupture du tendon rotulien. Après réduction orthopédique et immobilisation en extension, le malade a retrouvé une fonction normale de son genou au bout d'une semaine.

A la lumière de cette observation et de la revue la littérature, le mécanisme, le diagnostic et le traitement de cette lésion exceptionnelle sont discutés.

Mots clés : luxation supérieure ; rotule ; ostéophyte ; blocage en extension

INTRODUCTION

La luxation supérieure de la rotule est une entité exceptionnelle. Malgré que quelques rares cas ont été rapportés dans la littérature, certains auteurs considéraient qu'une luxation supérieure de la rotule sans rupture du tendon rotulien a été impossible (4). Iorweth rapporte un cas de luxation supérieure de la rotule avec tendon rotulien intact confirmé par IRM (1).

Nous rapportons le cas d'une luxation supérieure post-traumatique de la rotule sur un genou arthrosique sans rupture du tendon rotulien et responsable d'un blocage du genou en extension.

OBSERVATION

RR, 65 ans, retraité, sans antécédents pathologiques particuliers, est victime d'une chute d'une échelle avec traumatisme direct sur la pointe de la rotule droite genou en extension par une barre de l'échelle, ce qui a engendré sur le moment une légère douleur sur la face antérieure du genou resté bloquée en extension.

Le patient a consulté aux urgences où l'examen clinique a trouvé un genou droit en extension sans ouverture cutanée. La rotule a été ascensionnée et bloquée, le tendon rotulien tendu mais sans solution de continuité palpable. Toute flexion active ou passive du genou était impossible.

La radiographie du genou droit face et profil a objectivé une luxation supérieure de la rotule avec une arthrose fémoro-patellaire avec une ostéophyte de la pointe de la rotule accrochée sur la limite du cartilage condylien.

Une réduction orthopédique a été réalisée en urgence sous simple analgésique sans anesthésie, genou en hyper-extension ; surélévation de la rotule en appliquant un mouvement de haut en bas. Un dé clic a été ressenti.

Le patient était soulagé dans l'immédiat. La mobilité passive et active du genou était possible et sans douleur.

Le cliché de contrôle face et profil du genou a objectivé une rotule en place sans fracture de l'ostéophyte ni de corps étranger intra-articulaire.



Fig. 1. Radiographie du genou de profil : luxation supérieure de la rotule.



Fig. 2. Radiographie de contrôle après réduction orthopédique de la luxation.

Une immobilisation initiale par une attelle postérieure du genou a été préconisée pendant 3 semaines, que le malade n'a gardé que pendant une semaine.

Le malade a été revu à la consultation à la troisième semaine, les amplitudes articulaires du genou étaient normales, sans douleur. Le patient avait repris une activité normale dès la première semaine. Aucune rééducation n'a été préconisée.

Le malade a été revu avec 6 mois de recul ; les examens cliniques et radiologiques étaient normaux.

DISCUSSION

Le premier cas de luxation supérieure de la rotule a été rapporté par Watson Jones en 1943, il s'agissait d'une luxation iatrogène secondaire à un appui excessif sur la rotule par des attaches sur les genoux lors de la réduction à vif d'une fracture du poignet (2). L'auteur la classe alors comme étant une luxation verticale de la rotule. Cette classification a été controversée par la suite par Kaufman-De Palma (3, 4) qui ont rapporté des observations de luxations patellaires verticales intra-articulaires où la rotule a tourné selon son axe longitudinal tout en restant en intercondylienne. Mark (5) conclut qu'il ne faut pas considérer la luxation supérieure de la rotule comme une luxation verticale. En effet, il existe deux groupes majeurs de luxations patellaires : le groupe des luxations extra-articulaires qui comporte les luxations supérieures de la rotule, les luxations latérales et les luxations médiales ; par opposition au groupe des luxations intra-articulaires qui comporte les luxations verticales ou inter-condyliennes, la rotule qui tourne selon son grand axe et les luxations horizontales où la rotule tourne selon son axe horizontal et vient s'incorporer entre le tibia et le fémur (6).

Deux mécanismes ont été décrits dans la genèse de cette entité rare. Pour Bartlett (7), une force directe sur la pointe de la rotule ou sur le tendon rotulien dirigée de bas vers le haut est nécessaire avec ou sans contraction du quadriceps. Une ostéophyte de la pointe de la rotule va s'accrocher ensuite avec les ostéophytes de la limite antérieure du cartilage des condyles fémoraux empêchant la rotule de revenir à sa position anatomique, c'est le cas de notre observation. Pour d'autres auteurs, une contraction active du quadriceps est suffisante à elle seule pour luxer la rotule sans nécessité de traumatisme (5, 8). Teuscher (9) rapporte même un cas de luxation récidivante atraumatique.

Cependant, tous les auteurs s'accordent à dire que la patelle alta associée à l'arthrose fémoro-patellaire est un facteur de risque majeur (8, 9, 10).

La réduction de la luxation est facile et se fait le plus souvent sans anesthésie parfois sous simples analgésiques (1, 5, 6, 7, 10, 12) par application d'une force sur la pointe de la rotule dirigée de haut en bas associée à des mouvements latéraux et médiaux pour désengrener les ostéophytes. La disparition de la douleur et la récupération de la mobilité sont immédiates. Le seul cas d'irréductibilité trouvé dans la littérature est celui rapporté par Rao (11), une réduction chirurgicale a été nécessaire pendant que l'auteur a noté une elongation du tendon rotulien.

Takai (8) propose d'emblée la résection arthroscopique de l'ostéophyte. En effet, au cours de la réduction, le principal risque est la fracture des ostéophytes qui vont constituer des corps étrangers intra-articulaires (2), une arthroscopie est alors nécessaire pour récupérer ces fragments osseux (12).

Le pronostic est bon, la récupération de la fonction articulaire se fait ad-integrum.

Un seul cas de récurrence a été rapporté dans la littérature (par Teuscher (9)) qui propose en plus un débridement par arthroscopie des ostéophytes des bords de la rotule et des condyles fémoraux pour éviter toute récurrence.

CONCLUSION

La luxation supérieure de la rotule avec un tendon rotulien intact est une pathologie traumatologique exceptionnelle. Une patelle alta sur arthrose fémoro-patellaire est le principal facteur de risque. Le pronostic est bon après réduction est le plus souvent orthopédique.

Le rôle de l'arthroscopie est pour de plus en plus d'auteurs mis en valeur dans la récupération d'une ostéophyte perdue en intra-articulaire lors de la réduction voire systématiquement pour éviter toute récurrence.

REFERENCES

- 1- Iorwerth A, Thomas R, Shewring DJ. Confirmation of intact patellar tendon in superior dislocation of the patella using magnetizing resonance imaging. *Injury* 2001 ; 32 (2) :167-169.
- 2- Watson-Jones R. Fractures and joints injuries. ed. 3, vol 2. Baltimore, Williams & Wilkins, 1943, p 908.
- 3- Kaufman I, Hoberman E. Intercondylar vertical dislocation of the patella. *Bull Hosp Joint Dis* 1973 ; 34 : 222.
- 4- De Palma A. Diseases of the knee. Philadelphia, Lippincott, 1954, p.200.
- 5- Mark G, Siegel MG, Surendrapl S, Mac SS. Superior dislocation of the patella with interlocking osteophytes. *J Trauma* 1982 ; 22 (3) :253-254.
- 6- Michael H, Wimsat T, Edward J, Carey JR. Superior dislocation of the Patella. *J Trauma* 1977 ; 17 (1) : 253-254.
- 7- Bartlett DH, Gilula LA, Murphy WA. Superior dislocation of the patella fixed by interlocking osteophytes. Case report and review of the literature. *J Bone Joint Surg Am* 1976 ; 58 (6) :883-884.
- 8- Takai S, Yoshino N, Hirasawa Y. Arthroscopic treatment of voluntary superior dislocation of the patella. *Arthroscopy* 1998 ; 14 (7) : 753-756.
- 9- Teuscher DD, Goletz TH. *Arthroscopy* 1992 ; 8 (4) : 541-543.
- 10- McWilliams TG, Binns MS. A locked knee in extension: a complication of a degenerate knee with patella alta. *J Bone Joint Surg Br* 2000 ; 82 (6) : 890.
- 11- Rao JP, Meese MA. Irreducible superior dislocation of the patella requiring open reduction. *Am J Orthop* 1997 ; 26 (7) : 486-488.
- 12- Hansen B, Beck C, Townsley R. Arthroscopic removal of a loose body osteophyte fragment after superior patellar dislocation with locked osteophytes. *Arthroscopy* 2003 ; 19 (3) : 25E.