



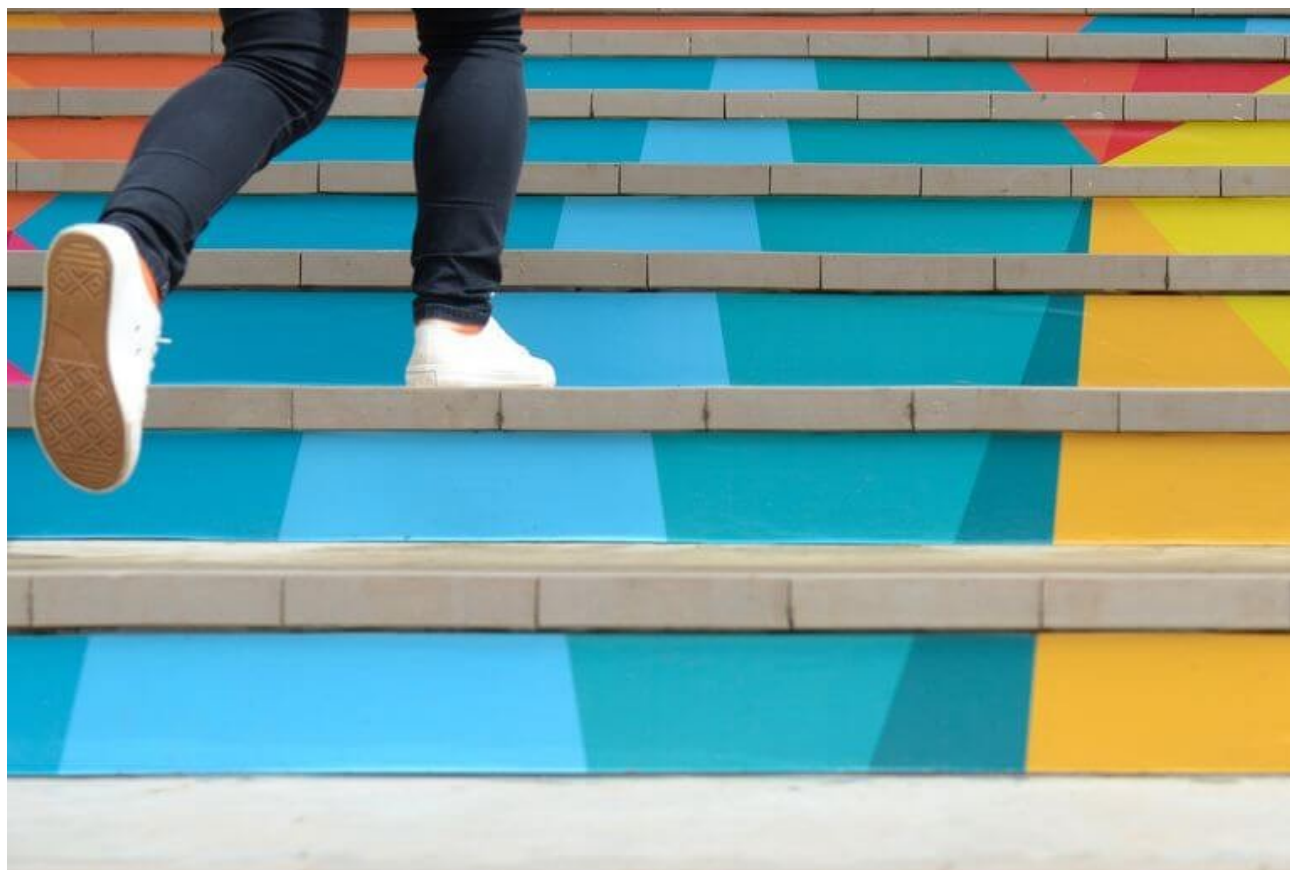
Syndrome fémoropatellaire : fréquent et insuffisamment reconnu

Mis à jour : 05 décembre 2023

Le syndrome fémoropatellaire est l'une des causes les plus fréquentes de douleurs antérieures du genou chez l'adolescent et le jeune adulte, en particulier les sportifs.

Il est encore insuffisamment reconnu, alors qu'il nécessite une prise en charge globale, s'appuyant largement sur la masso-kinésithérapie rééducative.

Le médecin traitant joue un rôle essentiel dans sa reconnaissance, la prescription d'une kinésithérapie adaptée, l'information et le suivi du patient, qui devra pratiquer des auto-exercices sur le long terme.



Une majoration fréquente des douleurs lors de la montée et la descente des escaliers.

Malgré sa fréquence, le syndrome fémoropatellaire (SFP) reste **sous-estimé et sous-évalué**, les douleurs antérieures du genou étant facilement attribuées à la croissance, un excès de sport ou une petite entorse.

Si son implication dans la survenue d'une gonarthrose n'est pas prouvée, les douleurs récurrentes sont une source de pérennisation du trouble.

Une prédominance féminine

Le SFP est l'une des principales étiologies de douleurs antérieures du genou. Chez les jeunes sportifs, il est en cause dans de 30 à 40 % de ces douleurs.

Il touche plus souvent les filles que les garçons (prévalence globale estimée de **10 à 15 % chez les jeunes filles**), une différence expliquée par des facteurs morphologiques (bassin plus large, tendance au *genu valgum*) et positionnels (port de talons hauts en particulier).

Une classification en trois catégories

On distingue globalement trois types de mécanismes.

- Le **SFP atraumatique**, qui se traduit par une douleur du genou volontiers sourde, le sujet (classiquement une jeune fille) montrant avec ses doigts la face antérieure de la rotule et sa base comme siège de la douleur, qui est habituellement bilatérale. L'interrogatoire ne trouve pas de notion de traumatisme, mais une majoration des douleurs lors des mouvements de flexion/extension et de montée et descente des escaliers. Les douleurs sont souvent attribuées à tort à un syndrome d'Osgood-Schlatter ou apophyse de la tubérosité tibiale antérieure (inflammation située au niveau de l'insertion du tendon rotulien). Au cours de cette ostéochondrose survenant dans l'enfance, les douleurs sont situées, plus bas, en dessous de la patella.
- Le **SFP post-traumatique** est lui en lien avec un choc, une contusion directe de la face antérieure et/ou latérale et/ou médiale du genou, à l'occasion d'un accident de la voie publique ou d'un contact sportif direct notamment.
- Le **SFP microtraumatique** est secondaire au surmenage articulaire lié à des mouvements de flexion-extension répétés ou des positions en flexion prolongée des genoux, lors de sport comme la course, le ski, le saut ou le volley-ball pour n'en citer que quelques-uns.

Le SFP est favorisé par le déficit et le déséquilibre musculaire, et par des facteurs anatomiques tels qu'une dysplasie patellaire ou une patella alta.

Un diagnostic clinique

Le diagnostic est clinique, posé après un **interrogatoire minutieux** et un **examen complet des genoux**, et aussi **du rachis, du bassin, des chevilles et des pieds**. Il est en effet important de rechercher un trouble statique et/ou dynamique rachidien et pelvien ainsi qu'un déséquilibre des chaînes musculaires antérieures et postérieures des membres inférieurs, sans oublier d'examiner les pieds, en raison de leur possible impact sur le positionnement de la rotule lors de la flexion-extension du genou en charge.

Il ne faut ainsi pas hésiter à demander l'**avis d'un podologue**, qui réalisera un examen statique et dynamique.

L'interrogatoire révèle des **douleurs plutôt antérieures du genou**, bilatérales, souvent en alternance gauche et droite, **favorisées par les mouvements de flexion-extension, de réceptions de sauts ou de squats**. Il recherche un antécédent de traumatisme du genou et des symptômes pouvant orienter vers un autre diagnostic (tendinopathie, tumeur...).

L'examen du genou permet d'**éliminer un syndrome d'Osgood-Schlatter**, où la douleur est réveillée par la palpation de la tubérosité tibiale antérieure et non pas par la mobilisation de la rotule.

Il peut mettre en évidence un épanchement articulaire, conduisant à envisager **une autre pathologie**, et évalue l'articulation sur les plans latéraux, médial et postérieur.

Des tests cliniques plus spécifiques

L'examen clinique se poursuit par la percussion de la patella, qui réveille la douleur, puis par des tests plus spécifiques :

- **Signe du rabot**. L'examineur pose la main sur la patella tout en exerçant une petite pression, puis il effectue passivement un mouvement de flexion-extension. Le test est positif en cas de perception d'un frottement (avec ou sans douleur).
- **Test de Smillie**. Il est réalisé chez le patient en décubitus dorsal. L'examineur pousse la patella en médial ou en latéral et effectue passivement un mouvement de flexion-extension du genou. Le test est positif en cas de réveil de la douleur (ou de contraction réflexe du quadriceps).
- **Test de Zohlen**. Il s'effectue également chez un patient en décubitus dorsal, le genou en extension. L'examineur maintient la patella vers le bas et demande au patient de contracter le quadriceps. Le test est positif en cas de réveil de la douleur.

Quel bilan complémentaire ?

Le diagnostic est essentiellement clinique et **les examens complémentaires ne sont pas systématiques**, mais demandés en fonction des paramètres cliniques ou pour éliminer les diagnostics différentiels.

Les **radiographies** du genou permettent d'évaluer l'importance du SFP et le risque de luxation patellaire : radiographies des deux genoux, de face avec de vrais profils à 30° de flexion, idéalement en charge et en décharge, avec mesure et étude de la position patellaire. Les clichés peuvent notamment révéler une patella alta, facteur favorisant le SFP.

Un **scanner** peut être utile, en fonction de l'âge et du niveau de pratique du sport, afin de mesurer le TAGT, distance entre la tubérosité tibiale antérieure et la gorge de la trochlée (pathologique au-delà de 20 mm).

Une **IRM**, non irradiante, est parfois demandée, en particulier pour rechercher des lésions ligamentaires, méniscales parfois associées et des lésions des tissus mous.

Une prise en charge essentiellement rééducative

Le traitement du SFP se fonde essentiellement sur la **masso-kinésithérapie rééducative**, qui doit être adaptée à chaque patient. Les indications du traitement chirurgical sont rares et relèvent d'un avis spécialisé.

Le médecin traitant est au cœur de cette prise en charge multidisciplinaire qui fait intervenir le kinésithérapeute, le pharmacien et le podologue.

- **Information du patient** sur l'origine des douleurs, le caractère bénin du SFP et suivi de l'observance à la rééducation et aux auto-exercices qui sont enseignés par le kinésithérapeute et qui doivent absolument être suivis sur le long terme. Le patient doit devenir autonome.
- Prescription d'une **rééducation prolongée** (au moins 20 séances) et **personnalisée**, en fonction de la plainte et de la clinique.

- **Prescription éventuelle de paracétamol** à bonne dose en continu sur plusieurs jours en cas de poussée douloureuse. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens n'ont pas vraiment de place : ils ne doivent jamais être prescrits à la phase aiguë, car l'inflammation aide à la cicatrisation (jamais avant le 5^e jour) et leur utilisation sur le long terme est déconseillée.
- Prescription d'une **orthèse rotulienne** permettant de maintenir la patella en place et de garder un certain degré de flexion (30°). Le pharmacien, qui est parfois sollicité en première intention, joue à cet égard un rôle important en bannissant les attelles, maintenant la jambe en extension, car pourvoyeuses de raideur.

La rééducation vise un **renforcement musculaire global et un rééquilibrage du couple quadriceps/ischio-jambiers**. Le travail musculaire concerne aussi les adducteurs, qui sont toujours sollicités lors des mouvements de flexion-extension en charge. L'accent est aussi mis sur les **étirements** et la lutte contre les rétractions musculaires, ce qui peut passer par la pratique du stretching.

Il ne faut pas oublier de rééduquer un éventuel déséquilibre rachidien et pelvien avec travail de contrôle moteur du bassin et un travail statique et dynamique du complexe cheville-pied.

La rééducation bien suivie **permet d'améliorer les symptômes dans 80 % des cas**.

La **persistance des douleurs** malgré une prise en charge bien conduite doit faire évoquer un autre diagnostic et **demande un avis spécialisé**.

D'après un entretien avec le Dr Linh Vu Ngoc, médecin du sport, chef du pôle médical et paramédical du Centre de ressources d'expertise et de performance sportive (CREPS) Île-de-France.



L'intelligence médicale
au service du soin © Vidal 2024