

**CHIRURGIE RECONSTRUCTION MPFL  
DR DAVID BLANCHETTE • DR MICHEL FALLAHA •  
DR PATRICK LAVIGNE • DR BENJAMIN LÉGER-ST-JEAN**

**LIGNES DIRECTRICES POUR SUIVI POSTOPÉRATOIRE EN PHYSIOTHÉRAPIE**

**MISE EN CHARGE :**

- Immédiate partielle avec 2 béquilles. Progresser vers une béquille puis cesser l'utilisation de l'auxiliaire si obtention des critères suivants: extension complète genou, aucun flexum, patron de marche adéquat, Quadriceps  $\geq$  3/5, aucun LAG SLR actif, absence de douleur.

**CONTRE-INDICATIONS:**

- Aucune mobilisation en glissement latéral de la rotule
- Aucun renforcement spécifique isotonique des IJ'S pour 8 semaines si autogreffe avec IJ'S
- Éviter les exercices de renforcement en chaîne ouverte du Quadriceps pour 8 semaines
- Éviter les stress en valgus et rotation fémorale interne

**PHASE 1 PROTECTION (0 À 4 SEMAINES)**

**Buts :**

Protéger le greffon, contrôler l'inflammation et la douleur, favoriser l'activation du Quadriceps.

- ÉDUCATION du patient sur le processus de réadaptation, les précautions et restrictions, posture et positionnement, enseignement programme d'exercices à domicile, signes et symptômes à surveiller (plaie-phlébite).
- ENTRETIEN DE LA CICATRICE
- ROM GENOU FLEXION-EXTENSION: mobilisations passives, actives-assistées et actives. Étirement libre avec gravité pour l'extension.
- ROM ROTULE: mobilisations passives glissements supérieur, inférieur et médial.
- ÉTIREMENT ET TISSUS MOUS: fléchisseurs plantaires en position assise, bandelette ilio-tibiale
- PATRON DE MARCHÉ: augmenter progressivement la mise en charge selon tolérance, travailler transferts de poids. Travailler progressivement le retrait de l'auxiliaire à la marche selon critères mentionnés plus haut.
- RENFORCEMENT: emphase sur Quadriceps-Abducteur--Extenseur et Rotateur externe de la Hanche-Muscles stabilisateurs du tronc-Fléchisseurs plantaires. Stimulation musculaire Quadriceps, exercices de renforcement isométrique en non mise en charge, SLR.

### **Critères pour progresser à la phase suivante :**

1. Bonne contraction active du Quadriceps avec glissement supérieur de la rotule
2. Douleur et inflammation contrôlés
3. Extension passive genou complète, flexion >90 degrés
- 4, SLR actif sans LAG
- 5, Mise en charge complète bien tolérée et patron de marche adéquat

### **PHASE 2 MOBILITÉ-RENFORCEMENT (4-8 semaines)**

- ROM GENOU FLEXION : poursuivre mobilisations passives, actives-assistées et actives selon tolérance. S'assurer de garder 0 degré en extension.
- ROM ROTULE: poursuivre au besoin
- ÉTIREMENT: débiter étirement doux des IJ'S et du Quadriceps (selon amplitude disponible)
- RENFORCEMENT: poursuivre renforcement membre inférieur et tronc selon les contre-indications. Prioriser la chaîne fermée. Attention alignement ! Respecter la douleur en tout temps.
- PROPRIOCEPTION: Exercices en bipodal ; débiter seulement si bon contrôle en proximal et force adéquate membre inférieur.

### **Critères pour progresser à la phase suivante :**

1. Mobilité genou complète
2. Mobilité rotule complète, aucune appréhension, aucune sensation d'instabilité
3. Bon contrôle musculaire et alignement adéquat lors du squat bipodal
4. Aucune douleur et aucune augmentation de l'œdème lors des exercices de renforcement

### **PHASE 3 RENFORCEMENT ET CONTROLE (8-12 semaines)**

- ÉTIREMENT: poursuivre au besoin
- RENFORCEMENT: progresser le renforcement bipodal déjà en cours et commencer à travailler le renforcement unipodal. Débiter renforcement du quadriceps en chaîne ouverte et renforcement isotonique spécifique des IJ'S.
- CARDIO-VASCULAIRE: débiter avec marche-elliptique-vélo ....patient peut débiter jogging sur tapis semaine 12 si bonne force membre inférieur, aucune douleur, biomécanique et patron de course adéquat.
- PROPRIOCEPTION: Progresser vers unipodal ; sauts bipodaux semaine 12.

### **Critères pour congé physiothérapie**

1. Aucune augmentation de douleur et du gonflement lors des exercices de renforcement
2. Amélioration de la force et de l'endurance
3. Bon contrôle et alignement adéquat lors du renforcement unipodal et dans les exercices de proprioception.

## LE RETOUR AUX SPORTS

### Critères de retour aux sports :

- Autorisation de l'orthopédiste
- Aucune douleur
- Aucune appréhension lors des exercices d'entraînement sportif spécifique
- Force MI 85-90 %
- Hop test 85%
- Bon contrôle neuromusculaire dynamique

Rédaction : Anne Ducharme, pht

Révision : Benjamin Léger-St-Jean, MD, FRCSC, chirurgien orthopédiste  
Marie-Ève Toussaint, pht  
Anis Chikh, pht

Publication: Janvier 2017

### Références :

Post surgery rehabilitation program: Medial patellogemoral ligament reconstruction and imbrication. Banff, AB: Covenant Health, Banff Mineral Springs; 2011. 11 p.

MPFL Reconstruction Protocol. Orange, CA: CHOC Children's; 2012. 8 p.

Cole BJ. Medial patellogemoral ligamenet reconstruction rehab protocol. Chicago, IL: SKS; 2014. 3 p.

Ingle A, Davis C. Medial patellofemoral ligament reconstruction clinical practice guideline. Columbus, OH: Ohio State University, Wexner Medical Center; 2015.

Sherry M. Rehabilitation guidelines for medial patellofemoral ligament repair and reconstruction. Madison, WI: University of Wisconsin Sports Medicine; 2011. 5 p.

Vitale TE, Mooney B, Vitale A, Apergis D, Wirth S, Grossman MG. Physical therapy intervention for medial patellofemoral ligament reconstruction after repeated lateral patellar subluxation/dislocation. Int J Sports Phys Ther. 2016;11(3):423-35.

Zhang F, Wang J, Wang F. Comparison of the clinical effects of open and closed chain exercises after medial patellofemoral ligament reconstruction. J Phys Ther Sci. 2014;26(10):1557-60.

MPFL Repair Rehabilitaiton Protocol. Kirkland, WA. 3 p.

Post-operative medial patellofemoral liagment reconstruction protocol. Wigan, UK: Wrightington, Wigan and Leigh; 5 p.

Tous droits réservés

© CIUSSS de l'Est-de-l'Îles-de-Montréal, HMR, 2017