

**SYNDROME FÉMORO-PATELLAIRE**  
**TRAITEMENT CONSERVATEUR EN PHYSIOTHÉRAPIE**  
**DR DAVID BLANCHETTE • DR PATRICK LAVIGNE • DR BENJAMIN LÉGER-ST-JEAN**

## LIGNES DIRECTRICES POUR LE SUIVI EN PHYSIOTHÉRAPIE

**DESCRIPTION DE LA PATHOLOGIE :** Le syndrome fémoro-patellaire représente une catégorie générale de douleur en antérieur du genou causée par une force excessive de compression des facettes de la patella, généralement secondaire à un désalignement de celle-ci lors de mouvements impliquant une contraction du quadriceps comme le squat, le passage de la position assise à debout, la montée et la descente d'escaliers. Cette pathologie se présente généralement chez une population jeune et active et principalement chez les femmes. La douleur se présentera généralement de façon progressive.

**PRONOSTIC :** Bon pronostic pour le traitement conservateur. Pathologie généralement non chirurgicale qui nécessite une évaluation en physiothérapie. Possibilité d'investigations si présence d'épanchement et de crépitements.

**ÉVALUATION :** Lorsqu'un syndrome fémoro-patellaire est identifié chez un patient, il est primordial d'identifier les **déficits** du patient afin de mieux **cibler les interventions**.

- 1- Histoire du patient : changement des activités/entraînement, horaire d'entraînement, chaussures;
- 2- Évaluation subjective : durée des symptômes, site de la douleur, activités causant la douleur;
- 3- Posture : angle Q, position du genou en varus/valgus, position de la patella, position des pieds;
- 4- Marche/course : rotation interne de la hanche, valgus genou, pronation du pied;
- 5- Tests fonctionnels : alignement en squat, squat unipodal, descente de marche, équilibre unipodal;
- 6- Force musculaire des hanche/genou;
- 7- Souplesse musculaire des hanche/genou;
- 8- Patella : mobilité / « tracking » / palpation des facettes / test de compression / appréhension.

NB : Si un plateau est atteint au cours du traitement, une évaluation des déficits à la région lombaire ainsi que l'évaluation de la mobilité neurale du membre inférieur pourrait être pertinente.

### OBJECTIFS À LONG TERME :

- 1- Contrôle de la douleur;
- 2- Glissement médial normal de la patella (3-4 semaines);
- 3- Normalisation de la souplesse musculaire (6-8 semaines);
- 4- Force musculaire de 5/5 en abduction, en rotation externe, en extension hanche, en flexion et en extension du genou (6-8 semaines);
- 5- Aucune limitation fonctionnelle dans la montée et la descente d'escaliers (8 semaines);
- 6- Retour au sport (8 à 12 semaines).

**FRÉQUENCE DU TRAITEMENT :** Suivi 1x/semaine pour 4 semaines, puis suivi aux 2 semaines.

**DURÉE DU SUIVI :** 8 à 12 semaines

**TRAITEMENT** : Le traitement du syndrome fémoro-patellaire dépend beaucoup des **déficits** identifiés à l'examen objectif.

Enseignement : Diminuer le stress sur la région fémoro-patellaire

- Éviter les activités douloureuses en début de traitement, durant la phase plus aigüe;
- Intégrer les exercices/activité physique tout en respectant :
  - o Douleur minimale lors des exercices/activité physique;
  - o Douleur qui diminue en 30 minutes à 1 heure après les exercices;
  - o Aucune douleur le lendemain matin d'une séance d'exercices/activité physique.

Thérapie manuelle (selon les besoins) :

- Mobilisations fémoro-patellaires;
- Relâchement musculaire;
- Étirements.

Renforcement :

- Grand fessier;
- Moyen fessier;
- Quadriceps avec accent sur le vaste médial oblique;
- Ischio-jambiers.

Contrôle musculaire :

- Squat;
- Squat unipodal;
- *Step down*;
- Sauts.

Proprioception :

- Équilibre unipodal
- Progressions

Étirements (selon les besoins) :

- Quadriceps;
- Fléchisseurs de hanche;
- Abducteurs de hanche/bandelette ilio-tibiale;
- Ischio-jambiers;
- Autres au besoin.

*Taping*

Correction du patron de course selon les activités.

**DIRECTIVES AU PATIENT AU MOMENT DU CONGÉ** : Poursuivre au domicile un programme de renforcement et de souplesse adapté à sa condition.

\* Voir les [programmes d'exercices pour le genou débutant et avancé](#) dans la section des programmes d'exercices pour les patients.

Rédaction : Véronique Lowry, pht  
Révision technique : Benjamin Léger-St-Jean, MD, FRCSC, chirurgien orthopédiste  
Révision linguistique : Marie Léger-St-Jean  
Publication : Mars 2017

## **RÉFÉRENCES :**

1. Alba-Martin P, Gallego-Izquierdo T, Plaza-Manzano G, Romero-Franco N, Nunez-Nagy S, Pecos-Martin D. Effectiveness of therapeutic physical exercise in the treatment of patellofemoral pain syndrome: a systematic review. *Journal of physical therapy science*. 2015;27:2387-90. Epub 2015/08/28.
2. Bolgia LA, Boling MC. An update for the conservative management of patellofemoral pain syndrome: a systematic review of the literature from 2000 to 2010. *International journal of sports physical therapy*. 2011;6:112-25. Epub 2011/06/30.
3. Crossley KM, van Middelkoop M, Callaghan MJ, Collins NJ, Rathleff MS, Barton CJ. 2016 Patellofemoral pain consensus statement from the 4th International Patellofemoral Pain Research Retreat, Manchester. Part 2: recommended physical interventions (exercise, taping, bracing, foot orthoses and combined interventions). *British journal of sports medicine*. 2016;50:844-52. Epub 2016/06/02.
4. Standard of care : Patellofemoral Pain Syndrome. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital, Department of Rehabilitation Services; 2007. 5 p.