

— Bulletin Physio —  
Comment  
ça va ?



## Bulletin N° 1

### Le syndrome fémoro-patellaire (SFP)

## DOCTEUR, J'AI MAL AU GENOU...

Le genou est la région du membre inférieur la plus touchée par des blessures, particulièrement chez les personnes actives. Parmi les problèmes d'origine non traumatique, le syndrome fémoro-patellaire (SFP) est une atteinte commune qui touche 2.2 fois plus de femmes.

### Comment reconnaître le SFP lorsque le patient vous consulte?

Le symptôme le plus souvent décrit est la douleur récurrente locale au pourtour ou sous la rotule, présente surtout lors des activités en charge (escaliers, marche, course, sauts). En phase aiguë, on peut observer un gonflement local. À l'examen clinique, la compression de l'articulation fémoro-patellaire est souvent douloureuse. On ne note généralement pas de restriction d'amplitude articulaire mais la contraction contrariée du quadriceps à différents angles peut reproduire la douleur.

### Données probantes

Selon des études récentes, un des facteurs principaux pouvant mener à un SFP est la rotation interne du fémur induite par la faiblesse des muscles de la hanche, notamment des extenseurs, abducteurs et

rotateurs externes entraînant une diminution de la surface de contact de la patella au niveau du fémur, concentrant ainsi la pression pouvant causer la douleur. Cette rotation interne excessive du fémur est illustrée par l'angle Q, qui, si augmenté de 10°, peut selon certaines études, entraîner une augmentation de 45% de la pression de contact sur l'aspect latéral de l'articulation fémoro-patellaire.

### Truc Doc

Vous pouvez rapidement évaluer le manque de contrôle de la rotation interne et l'adduction excessive du fémur pouvant contribuer au problème en demandant au patient de faire un squat unilatéral sur la jambe atteinte ou de descendre d'un petit banc, en appui sur la jambe atteinte. Notez si le patient est incapable de maintenir un alignement adéquat hanche-genou-pied et si le geste reproduit la douleur.

### Que faire docteur?

Les évidences scientifiques démontrent que le traitement du SFP doit tenir compte des facteurs proximaux au genou, entre autres le rôle de la hanche. Au-delà de

la prise d'AINS en phase aiguë, comment pouvez-vous aider votre patient à régler le problème et éviter les récurrences? La prise en charge par un physiothérapeute permet une étude détaillée de la position ainsi que de la cinématique des articulations du membre inférieur, notamment de la hanche, de l'articulation sacro-iliaque, du genou et de la cheville – sans oublier la région lombaire – permettant de dégager la source potentielle du problème. Les traitements comprendront donc la prescription d'exercices spécifiques pour maximiser le potentiel de récupération du patient en vue d'un retour à la fonction optimale et éviter les récurrences.

*« Les évidences scientifiques démontrent que le traitement du SFP doit tenir compte des facteurs proximaux au genou, entre autres le rôle de la hanche. »*

## RÉFÉRENCES

Powers C. The Influence of Abnormal Hip Mechanics on Knee Injury: A Biomechanical Perspective. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2010; 40:2.

Collins NJ, Crossley KM et al. Predictors of short and long term outcome in patellofemoral pain syndrome: A prospective longitudinal study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2010; 11:11.

Chen YJ, Powers CM. The dynamic Q-angle: A comparison of persons with and without patellofemoral pain [abstract]. *Proceedings of the North American Congress on Biomechanics*. Ann Arbor, MI: 2008.

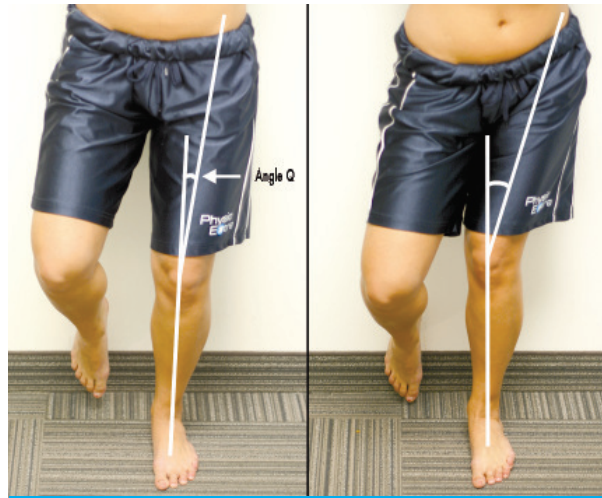
Huberti HH, Hayes WC. Patellofemoral contact pressures. The influence of Q-angle and tendofemoral contact. *J Bone Joint Surg Am*. 1984; 66:715-724.

Long-Rossi F, Salsich GB. Pain and hip lateral rotator muscle strength contribute to functional status in females with patellofemoral pain. *Physiother Res Int*. 2009; <http://dx.doi.org/10.1002/jor.20663> 10.1002/pri.449. Page consultée le 16 janvier 2012.

Symptômes	Femmes > Hommes
	Douleur péri-rotulienne intermittente surtout aux activités en charge
	Peu ou pas de signes inflammatoires
Examen clinique	Step down (image 1) et/ou squat unipodal du côté atteint (image 2)
	Reproduction de la douleur à la contraction résistée du quadriceps à différents angles (images 3-4-5)
	Compression sur la rotule reproduit douleur
Traitement en physiothérapie	Renforcement des muscles de la hanche (fessiers)
	Correction des techniques de sport au besoin
	Taping correctif (image 6)
	Évaluation lombaire/bassin au besoin



1 Mauvais contrôle au step down



2 À gauche : Squat unipodal : angle Q normal  
 À droite : Squat unipodal : angle Q accentué  
 ↑ rotation interne du fémur  
 ↑ pression aspect latéral patella



3 Contraction contrariée du quadriceps à  $\pm 90^\circ$



4 Contraction contrariée du quadriceps à  $\pm 45^\circ$



5 Contraction contrariée du quadriceps à  $0^\circ$



6 Médialisation de la patella