Dr Bernard de Geofroy
Chirurgien orthopédiste · Chirurgie de la hanche et du genou
RPPS 10102056552 · Conventionné secteur 2 OPTAM

Hôpital Privé Clairval — 317 bd du Redon, 13009 Marseille
Château-Gombert — 16 rue Louis Leprince-Ringuet, 13013 Marseille
Maison de santé Les Iris — Av. Jean Giono, 13190 Allauch
Secrétariat : 04 65 38 20 54 · chirurgie-hanche-genou-marseille.fr

PROTOCOLE DE RÉÉDUCATION · GENOU

Première luxation de la rotule non opérée

Version 1 · octobre 2026

ATTELLE	APPUI	REPRISE DU SPORT
Courte, 1 à 2 semaines, si besoin	**Immédiat, selon la douleur**	**Vers 3 à 6 mois, sur critères**

Protocole indicatif. Il est adapté à chaque patient par votre médecin et votre kinésithérapeute, en fonction de l'examen, de l'imagerie et de l'évolution.

Consignes générales

- Lors d'une luxation, la rotule sort de sa gorge (la trochlée), presque toujours vers l'extérieur. Elle se remet souvent en place spontanément quand le genou se tend. Le ligament fémoro-patellaire médial (MPFL), qui retient la rotule en dedans, est rompu ou distendu dans la grande majorité des cas.
- Une IRM est recommandée rapidement après une première luxation : elle recherche une fracture ostéochondrale (un fragment de cartilage et d'os détaché, présent dans 25 à 75 % des cas) et les facteurs anatomiques qui favorisent la récidive (trochlée peu profonde, rotule haute, tubérosité tibiale trop latéralisée).
- En l'absence de fragment à fixer ou à retirer et de facteurs de risque importants, le traitement est d'abord non chirurgical. La rééducation est recommandée pour tous les patients.
- Les études récentes ne montrent pas d'intérêt à immobiliser longtemps le genou : une attelle bloquée ou un plâtre font fondre le quadriceps et enraidissent le genou, sans diminuer le risque de nouvelle luxation. Si une attelle est utilisée, c'est pour une courte durée et en laissant le genou bouger.
- Un renforcement global du quadriceps est aussi efficace qu'un travail ciblé sur le vaste médial. Le travail de la hanche et du tronc fait partie intégrante de la rééducation.
- Le risque de nouvelle luxation reste réel, surtout chez l'adolescent et l'adulte jeune : environ 1 patient sur 4 en moyenne, et plus encore avant 20 ans ou en présence de facteurs anatomiques. Le bilan permet d'estimer ce risque et de discuter, au cas par cas, une stabilisation chirurgicale.
- Les exercices sont adaptés à la douleur : Règle de la douleur : une douleur pendant l'exercice jusqu'à 4 ou 5 sur 10 est acceptable si elle revient à son niveau habituel dans les 24 heures ; sinon, diminuer l'intensité de la séance suivante.

Bilan initial et place de la chirurgie

- Radiographies du genou (face, profil, défilé fémoro-patellaire) et IRM rapidement, pour rechercher un fragment ostéochondral et les facteurs anatomiques de récidive.
- Un genou très gonflé (sang dans l'articulation), un blocage ou un fragment visible sur l'imagerie doivent faire consulter rapidement : un fragment de taille suffisante peut être refixé, idéalement dans les premières semaines.
- Une stabilisation chirurgicale (reconstruction du MPFL, éventuellement associée à la correction d'un facteur osseux) est discutée en cas de fragment à traiter, de facteurs anatomiques multiples, de risque de récidive élevé, d'instabilité persistante malgré la rééducation, ou après une récidive.
- Le consensus européen ESSKA souligne qu'une stabilisation peut être envisagée avant une deuxième luxation chez les patients les plus à risque, car chaque nouvel épisode peut abîmer le cartilage.
- Attelle : si elle est prescrite, il s'agit d'une attelle ou d'une genouillère portée 1 à 2 semaines pour le confort, sans blocage prolongé du genou. Les attelles qui limitent la flexion pendant plusieurs semaines ne réduisent pas le risque de récidive.

Les étapes de la rééducation

Phase 1 — Semaines 0 à 2 — Calmer le genou

OBJECTIFS

- Diminuer la douleur et le gonflement.
- Récupérer l'extension complète.
- Réveiller le quadriceps.

CONTENU

- Appui autorisé selon la douleur, avec des cannes tant que la marche est boiteuse ou appréhensive.
- Attelle ou genouillère courte pour le confort si elle est prescrite, retirée pour les exercices.
- Glaçage, compression, surélévation de la jambe.
- Mobilisation active du genou dans la zone non douloureuse, en visant 90° de flexion vers la fin de la deuxième semaine.
- Contractions du quadriceps, élévations jambe tendue, électrostimulation si le quadriceps se contracte mal.
- Renforcement des muscles de la hanche (abducteurs, rotateurs externes) et du mollet, travail du tronc.

À ÉVITER

- Pas de flexion forcée ni de position accroupie.
- Éviter la torsion du genou pied au sol, en particulier genou fléchi et tourné vers l'intérieur : c'est le mouvement de la luxation.
- Pas de mobilisation de la rotule vers l'extérieur.
- Pas d'agenouillement.

POUR PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE

- Genou peu gonflé.
- Extension complète, élévation jambe tendue sans décrochage du genou.
- Flexion d'environ 90°.

Phase 2 — Semaines 2 à 6 — Mobilité et force

OBJECTIFS

- Récupérer toute la mobilité.
- Marcher normalement.
- Renforcer le quadriceps, la hanche et le contrôle du genou.

CONTENU

- Sevrage des cannes et de l'attelle dès que la marche est normale.
- Vélo d'appartement, d'abord sans résistance.
- Renforcement progressif en chaîne fermée : mini-squats, presse, montées de marche, ponts fessiers, en gardant le genou dans l'axe du pied, d'abord entre 0 et 60° de flexion puis plus loin selon la tolérance.
- Renforcement des ischio-jambiers, du moyen fessier et des rotateurs externes de hanche.
- Proprioception : équilibre sur une jambe, sol stable puis instable.
- Natation en crawl avec battements de jambes une fois le genou calme.

À ÉVITER

- Pas de sport, ni de course.
- Pas de brasse ni de pivots.

POUR PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE

- Mobilité complète, genou sec.
- Marche et escaliers normaux, sans appréhension.
- Squat sur deux jambes contrôlé, genou dans l'axe.

Phase 3 Semaines 6 à 12 — Renforcement avancé et course

OBJECTIFS

- Restaurer la force et le contrôle sur une jambe.
- Reprendre la course.

CONTENU

- Renforcement en charge croissante : presse et squats plus profonds, fentes, step-down, renforcement sur une jambe.
- Travail de contrôle du genou à l'appui unipodal : le genou ne doit pas rentrer en dedans.
- Reprise de la course en ligne droite, en alternant marche et course, lorsque la force du quadriceps atteint au moins 70 à 80 % du côté sain, sans douleur ni gonflement.
- Pliométrie sur deux pieds : petits sauts, corde à sauter, réceptions contrôlées.
- Vélo et natation pour l'endurance.

À ÉVITER

- Pas encore de pivots, de pas chassés rapides ni de sports collectifs.

POUR PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE

- Course de 20 minutes sans douleur ni gonflement.
- Force du quadriceps et de la hanche d'au moins 80 % du côté sain.
- Pas d'appréhension lors des exercices sur une jambe.

Phase 4 À partir de 3 mois — Retour au sport

OBJECTIFS

- Retour progressif au sport sur critères.

CONTENU

- Changements de direction, pas chassés et pivots progressifs, à vitesse croissante.
- Pliométrie sur une jambe, sauts latéraux, réceptions en déséquilibre.
- Entraînement spécifique du sport pratiqué, d'abord sans contact, puis entraînement complet, puis compétition.
- Un strap ou une genouillère stabilisatrice de rotule peut rassurer pendant la première saison, sans remplacer le renforcement.
- Programme d'entretien : renforcement du quadriceps et de la hanche 2 fois par semaine, à poursuivre au moins pendant la saison suivante.

Critères de reprise du sport

La reprise du sport se décide sur des critères plutôt que sur un délai. Elle intervient le plus souvent entre 3 et 6 mois :

- genou sec et mobilité complète ;
- aucune appréhension lors des pivots, des changements de direction et des réceptions de saut ;
- force du quadriceps, des ischio-jambiers et des muscles de la hanche au moins égale à 90 % du côté sain ;
- tests de sauts sur une jambe au moins égaux à 90 % du côté sain, avec un genou qui reste dans l'axe à la réception ;
- sentiment d'être prêt à reprendre, sans crainte excessive d'une nouvelle luxation.

Les sports de pivot et de contact (football, handball, basket, rugby, sports de combat, danse) sont repris en dernier.

Les exercices à faire à la maison

2 fois par jour les premières semaines, puis 3 à 4 fois par semaine : 3 séries de 10 à 15 répétitions, sans douleur importante. Glaçage après la séance si le genou gonfle.

Phase 1

1. **Contraction du quadriceps**
   Jambe tendue, écraser l'arrière du genou contre le lit en tirant la pointe du pied vers soi. Tenir 5 à 10 secondes.

2. **Talon sur serviette**
   Une serviette roulée sous la cheville : laisser le genou se tendre complètement, 5 minutes.
3. **Glissement du talon**
   Allongé, plier doucement le genou en faisant glisser le talon vers la fesse, sans forcer, puis allonger.
4. **Abduction de hanche couché sur le côté**
   Allongé sur le côté sain, jambe tendue, monter la jambe vers le plafond sans tourner le bassin, redescendre lentement.

Phase 2 et 3

5. **Mini-squat**
   Pieds à largeur de bassin, plier les genoux à 45° en gardant les genoux au-dessus des pieds, remonter lentement.
6. **Pont fessier**
   Allongé, genoux pliés, décoller le bassin en serrant les fessiers. Progression : sur une jambe.
7. **Pas latéraux avec élastique**
   Élastique autour des genoux ou des chevilles, genoux légèrement fléchis, faire 10 pas de côté dans chaque sens.
8. **Équilibre sur une jambe**
   30 secondes sur la jambe atteinte, genou légèrement fléchi et dans l'axe, puis les yeux fermés ou sur un coussin.
9. **Descente de marche**
   Debout sur une marche, descendre lentement l'autre talon vers le sol en gardant le genou dans l'axe du pied.

Informations pour le kinésithérapeute

- Éviter les tests d'appréhension répétés et les mobilisations latérales de la rotule pendant les premières semaines.
- Privilégier un renforcement global du quadriceps, de la hanche et du tronc plutôt qu'un travail isolé du vaste médial.
- Rechercher et signaler un épanchement persistant, un blocage (fragment ostéochondral), une appréhension persistante ou une récidive de luxation.

Référence

Blønd L, Askenberger M, Stephen J, et al. Management of first-time patellar dislocation: the ESSKA 2024 formal consensus — Part 1. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2025;33(5). doi:10.1002/ksa.12620 — Management of first-time patellar dislocation: the ESSKA 2024 formal consensus — Part 2. 2025. pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12684363 — Honkonen EE, Sillanpää PJ, Reito A, et al. A randomized controlled trial comparing a patella-stabilizing, motion-restricting knee brace versus a neoprene nonhinged knee brace after a first-time traumatic patellar dislocation. Am J Sports Med. 2022 — Smith TO, Chester R, Cross J, et al. Rehabilitation following first-time patellar dislocation: a randomised controlled trial of purported vastus medialis obliquus muscle versus general quadriceps strengthening exercises. Knee. 2015;22(4):313-320 — Flores GW, de Oliveira DF, Ramos APS, et al. Conservative management following patellar dislocation: a level I systematic review. J Orthop Surg Res. 2023;18:393. doi:10.1186/s13018-023-03867-6 — Pickering R, Hing W, Mitchell K, Marks D. Non-surgical management of first-time patellar dislocation: a scoping review. Prépublication, Research Square, 2026. doi:10.21203/rs.3.rs-10209494/v1

Contacter rapidement l'équipe chirurgicale en cas de

- nouvelle luxation ou sensation que la rotule se déboîte ;
- blocage du genou, qui ne peut plus se plier ou se tendre complètement ;
- genou très gonflé, chaud ou douloureux qui ne s'améliore pas avec le repos et la glace ;
- douleur ou gonflement du mollet ;
- fièvre supérieure à 38,5 °C sans autre cause ;
- difficulté à récupérer les amplitudes malgré une rééducation régulière.

Essoufflement brutal ou douleur dans la poitrine : appelez le 15.