

## GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

**Compte rendu de la séance du 15/05/2025**

**Secrétaire : Dr BINCAZ**

**Modérateur : Dr BONFILS**

### **1 - DOSSIERS PRESENTES PAR LE GROUPE :**

Dossier 1 : homme 61 ans, MT, non vu depuis 2016, orienté par MW pour HTA, tabac, hépatite C. Examen TA normal, faire bio + courrier gastro+ cardio + scanner pulmonaire. Il n'a rien fait - Comment faire pour faire adhérer aux soins un patient non compliant ?

Dossier 2 : jeune fille 13 ans, MT, crises douloureuses abdominales suivies de selles liquides, pas corrélées aux cycles menstruelle, croissance RAS, Père multi-exploré pour la même chose.

Bio normale auparavant.

Jusqu'où exploré des douleurs abdominales chroniques en pédiatrie ?

Dossier 3 : homme, 62 ans, MT de la femme, OH + tabac chronique, suivi sevrage, retour Afrique avec fièvre et diarrhées. Ttt en téléconsultation par Ciflox + Flagyl. CRP 150. Biologie de contrôle CRP mieux, Na129. Puis ACR sur IDM inférieur récupéré.

Diarrhées retour de voyage fébrile, quels antibiotiques en probabiliste ?

Dossier 4 : jeune fille 17 ans, MT, douleur genou droit, fait de la danse Examen syndrome fémoro-patellaire typique – cf PDF en annexe.

Dossier 5 : homme 53 ans, avec sa conjointe, ATCD adénome thyroïdien iode, IDM. Motif : douleur violente HCD gauche puis à bascule HCD, va au SAU, échographie en externe, examen abdomen douloureux, échographie en urgence normale. Appel gastro, FOGD en urgence : bulbite ulcéreuse.

Dossier 6 : femme de 46 ans, IDM et Basedow, tabagique +++, infection urinaire depuis 2 mois, E Coli multi-sensible, différents traitements en échec, pesanteur épigastrique, mise sous Augmentin. Amélioration au 3ème antibiotique.

Question(s) à traiter : Diarrhées retour de voyage fébrile, quels antibiotiques en probabiliste ?

## **2 - REPONSES A LA QUESTION POSEE LORS DE LA SEANCE PRECEDENTE :**

*Quand refaire une ostéodensitométrie et à quelle référence ?*

- A faire si arrêt du traitement au bout de 5 ans
- Femme avec ostéoporose sans traitement mais nouveaux facteurs de risque : au bout de 3/5 ans
- Tous les ans si corticothérapie au long court et pas de biphosphonate

## **3 - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES APORTEES PAR LE GROUPE :**

Prescrire : pas de colchicine au début d'un traitement par allopurinol

Revue du Praticien : rappel vaccinal au même endroit que primovaccination, réponse humorale plus intense.

## **4 - ECARTS PAR RAPPORT A LA PRATIQUE RECOMMANDEE PAR HAS .... :**

## **5 - SYNTHESE DES AMELIORATIONS PROPOSEES DU PARCOURS ET DE LA COORDINATION DES SOINS :**

Dr Stéphanie FABRE rhumatologue à Chambourcy  
Rééducation fonctionnelle, rhumatologique (MPR) : Dr GUILLEMENOT,  
Hôpital du Vésinet  
Service de Radiologie, Hôpital du Vésinet  
DOPPLER : Dr Cathrine DANA PARPERE, LE Vésinet ou Dr YI DONGà  
Saint-Germain en Laye

## **6 - SYNTHESE DES CAS COMPLIQUES :**

## **7 - AUTRES QUESTION ET ECHANGES - DISCUSSION LIBRE :**

Cas clinique à préparer pour la prochaine séance : 5<sup>ème</sup> du 15/03/2025



Accueil > Stratégies de soins > Syndrome fémoropatellaire

Novembre 2016 ⌚ 8 min



# Syndrome fémoropatellaire

## Mini-synthèse

### Sommaire

- Résumé
- Surentraînement, traumatisme, déséquilibre musculosqueletique
- Un diagnostic surtout clinique : douleurs du genou lors de certains mouvements
- Soulagement à long terme chez la moitié des patients
- En pratique Réduction des activités douloureuses et kinésithérapie

### Résumé

Le syndrome fémoropatellaire est une affection douloureuse fréquente du genou. Il débute souvent à l'adolescence et évolue sur plusieurs mois ou années.

Outre l'arrêt des activités déclenchant les douleurs, des exercices physiques de renforcements et étirements musculaires dans le cadre d'une kinésithérapie soulagent souvent à court terme. Il est parfois utile de les associer avec un maintien de la rotule par "taping".

Le syndrome fémoropatellaire, alias syndrome chondrorotulien, est une affection fréquente qui atteint surtout les filles entre 12 ans et 17 ans et les adultes sportifs (1). Il se manifeste par une douleur diffuse de la face antérieure d'un genou, autour ou derrière la rotule (1,2). Cette douleur sans blocage du genou apparaît notamment : à la montée et, surtout, à la descente d'escaliers ; lors de la marche rapide ; en position accroupie ou assise prolongée jambes fléchies ; au cours d'activités sportives telles que la course à pied, le saut ou le vélo (1,2,3).



Selon les cas, la douleur est uni- ou bilatérale, d'apparition brutale ou progressive. Chez certains, elle persiste pendant plusieurs années (3). Parfois, des phases sans douleur alternent avec des périodes de douleur d'intensité variable (1). La douleur du

genou altère la qualité de vie des personnes atteintes et limite leurs capacités fonctionnelles (1,4).

## Surentraînement, traumatisme, déséquilibre musculosqueletique

La douleur du syndrome fémoropatellaire apparaît au moment de la mise en pression de la rotule sur la trochlée fémorale au cours de certains mouvements (a) (1,2,3).

L'origine d'un syndrome fémoropatellaire est multifactorielle. Certaines situations semblent associées à son apparition : une sollicitation importante des genoux, souvent dans le cadre professionnel ou lors d'entraînements sportifs ; un traumatisme tel qu'un choc ou une chute sur la rotule ; des facteurs anatomiques tels qu'une malposition rotulienne, une hypotrophie du quadriceps, des déséquilibres musculaires notamment entre quadriceps et ischiojambiers, des anomalies posturales ; des troubles de la biomécanique du membre inférieur (1,4,5).

Des anomalies d'alignement du genou dans l'axe de la jambe (notamment genu varum, genu valgum), ou des anomalies d'appui plantaire ont aussi été évoquées (1,4,5).

Les données sur l'évolution à long terme sont rares. Il semble qu'après plusieurs années, les symptômes s'atténuent (4,5). Cependant, certaines personnes sont amenées à cesser définitivement certaines activités ou le sport (4). La corrélation entre un syndrome fémoropatellaire et la survenue ultérieure d'une arthrose du genou n'est pas démontrée (1).

## Un diagnostic surtout clinique : douleurs du genou lors de certains mouvements

Le diagnostic de syndrome fémoropatellaire est clinique, mais sans signe caractéristique. L'entretien avec le patient et la reproduction des mouvements impliqués précisent la localisation de la douleur et ce qui la déclenche ou l'aggrave (4,5).

L'examen clinique des membres inférieurs recherche un défaut d'alignement et des déformations éventuelles des pieds. L'examen du genou montre une amplitude articulaire non altérée et l'absence d'épanchement. Des douleurs à la pression ou à la mobilisation de la rotule sont parfois rapportées (4,5).

Le diagnostic de syndrome fémoropatellaire est généralement retenu après avoir exclu d'autres causes de douleurs du genou, notamment une ostéochondrite de

croissance telle que le syndrome d'Osgood-Schlatter qui survient chez les adolescents et se manifeste par une douleur à l'insertion du tendon rotulien sur la tubérosité tibiale antérieure (4,5). Les autres affections à l'origine de douleurs du genou sont surtout des synovites, des tendinopathies, des bursites, des lésions méniscales, ou cartilagineuses, des fractures osseuses et des luxations (4,5). L'arthrose de l'articulation touche en général des personnes plus âgées (4).

En l'absence de traumatisme ou d'antécédent de chirurgie, un bilan radiologique est inutile pour le diagnostic de syndrome fémoropatellaire (4,5). En cas de doute sur l'origine de la douleur du genou ou de persistance de la douleur malgré le repos, une radiographie simple des genoux est parfois utile, en particulier pour rechercher une malformation de la rotule, une atteinte de la tubérosité tibiale antérieure et éliminer une tumeur osseuse (notamment une exostose), rare chez les adolescents (4,5).

## Soulagement à long terme chez la moitié des patients

Le traitement des patients atteints de syndrome fémoropatellaire vise à calmer la douleur et à récupérer les capacités fonctionnelles (4).

## Diminution, voire arrêt, des activités douloureuses

La cessation de la douleur est généralement obtenue en diminuant ou en arrêtant temporairement les activités physiques ou l'entraînement sportif provoquant des contraintes fémoropatellaires importantes (3,5). Il semble préférable d'éviter le repos complet, qui conduit à une perte de force musculaire, avec risque d'aggravation du syndrome fémoropatellaire (3,5). Des activités alternatives comme le vélo de rééducation ou la natation permettent de garder le niveau d'entraînement.

## Antalgiques : peu d'évaluation

Empiriquement, l'application de glace et la prise d'antalgiques, notamment le *paracétamol*, voire d'un anti-inflammatoire non stéroïdien sur une durée limitée, sont proposés pour soulager (4,5). Aucun antalgique n'a d'efficacité démontrée pour accélérer la reprise de l'activité à l'origine de douleurs.

## Kinésithérapie : accélère parfois l'amélioration fonctionnelle



Une synthèse méthodique d'un groupe du Réseau Cochrane a recherché les essais randomisés comparant des exercices physiques versus absence d'exercice ou

versus intervention placebo, chez des patients atteints de syndrome fémoropatellaire (2).

Les auteurs ont recensé 25 essais randomisés et 6 essais quasi-randomisés, chez, au total, 1 690 patients souffrant depuis 4 semaines à 9 ans. Les caractéristiques des patients inclus ont été très diverses selon les essais. La moyenne d'âge a été de 18 ans à 41 ans (2).

Divers exercices, supervisés ou non, en milieu spécialisé ou à domicile, ont été évalués : certains ont visé le renforcement et des étirements du quadriceps, d'autres ont aussi inclus un renforcement des muscles de la hanche (2). Les programmes ont duré de 3 à 16 semaines, à raison de 3 séances par semaine en moyenne.

La douleur a été le critère principal d'évaluation, mesurée par diverses échelles validées (2). Le fonctionnement du genou pendant les activités de la vie courante a été en général évalué par un score renseigné par le patient (2).

Dans la majorité des essais, l'efficacité de la kinésithérapie sur la douleur et sur la fonction articulaire a été favorable à court terme (moins de 3 mois) et après 1 an de suivi (2). Globalement, ces résultats ont été statistiquement significatifs, mais, obtenus par méta-analyses d'essais très hétérogènes, ils sont de faible niveau de preuves. Selon deux essais totalisant 160 patients, près de la moitié des patients ne se sont pas considérés guéris après un an, sans différence entre les groupes (2).

Les effets indésirables de la kinésithérapie n'ont pas été recensés par les essais (2).

## Orthèses plantaires : peu de preuves d'efficacité

Si la douleur se prolonge malgré l'arrêt ou la diminution des activités, le port d'orthèses plantaires moulées, alias semelles orthopédiques, est parfois proposé. Il vise à corriger des défauts d'alignement articulaire et des troubles statiques supposés contribuer à la douleur (3,4,6). Après 6 semaines, les orthèses plantaires semblent améliorer la gêne par rapport à l'absence d'orthèse, mais sans nette amélioration des douleurs du genou, et parfois au prix de douleurs du pied ou de la cheville. Dans les essais, les orthèses n'ont pas eu d'effet au-delà de 6 semaines (3,4,6).

## "Taping rotulien" : soulagement immédiat

Le "taping" consiste à appliquer sur la peau des bandes adhésives, de façon à modifier la position de la rotule en diminuant sa rotation et son glissement latéral lors des activités (7). Les bandes sont au mieux appliquées par un professionnel de santé expérimenté selon une technique adaptée à chaque patient (7).



Selon une synthèse méthodique de 17 essais majoritairement non randomisés, le "taping" semble procurer une diminution immédiate de la douleur par rapport à une application simulée ou à l'absence de "taping", sans effet prouvé à plus long terme (3,7).

Dans une synthèse méthodique d'un groupe du Réseau Cochrane, diverses orthèses de genou portées pendant des exercices du genou ont été évaluées versus exercices sans orthèse, sans effet prouvé sur la douleur (cinq essais randomisés ou quasi-randomisés ; 368 patients) (8).

## Interventions combinées : évaluation délicate

Cinq essais randomisés totalisant 473 patients ont évalué des interventions combinées regroupant généralement des exercices de renforcement musculaire associés à d'autres interventions : étirements, électrothérapie, port d'orthèses plantaires, "taping", etc. versus interventions placebo ou absence d'intervention (3,9). Globalement, les interventions combinées comportant des exercices physiques ont été plus efficaces pour diminuer la douleur, de façon statistiquement significative, que les interventions sans exercices physiques. L'apport de chacune des diverses autres interventions associées est difficile à préciser (b)(3,9).

## Chirurgie : beaucoup d'incertitudes

Les données concernant la chirurgie reposent sur des séries de cas et sont de faible niveau de preuves. La chirurgie expose à une aggravation du syndrome douloureux (4). Le manque d'évaluation ne permet pas de déterminer si elle a dans certains cas une balance bénéfices-risques favorable. Elle est envisagée, en dernier recours, en cas d'anomalie de la rotule ou de grande instabilité du genou, sans preuve de son utilité.

---

## En pratique

---

### Réduction des activités douloureuses et kinésithérapie

Chez les patients qui souffrent de douleurs d'un genou attribuées à un syndrome fémoropatellaire, la réduction des activités physiques à l'origine des douleurs et une kinésithérapie adaptée consistant notamment en un renforcement et des étirements musculaires semblent les options les plus utiles avec peu d'effets indésirables. Mais environ la moitié des patients ne sont pas soulagés. Les antalgiques courants n'ont

qu'une place ponctuelle, sans efficacité démontrée pour aider à la reprise de l'activité à l'origine de douleurs.

Les autres interventions, combinées ou non, ont une efficacité incertaine. Elles sont à choisir avec prudence, parmi celles qui exposent à peu d'effets indésirables.

Dans cette situation, la douleur est souvent durable, mais s'atténue avec le temps. Une part importante de l'accompagnement est de guider les choix pour éviter des risques liés à certaines tentatives de traitement.

©Prescrire

**a-** La face postérieure cartilagineuse de la rotule entre en contact avec la surface articulaire du fémur, la trochlée fémorale, lorsque la flexion du genou atteint 20 à 30 degrés. La pression s'accroît avec davantage de flexion, le contact maximum étant atteint à partir de 90 degrés de flexion (réf. 5).

**b-** Dans cinq essais de faibles effectifs, l'électrothérapie seule n'a pas eu d'efficacité prouvée sur la douleur liée à un syndrome fémoropatellaire (réf. 3). Les étirements musculaires entrent dans la plupart des interventions combinées. Ils ont été très peu évalués. Notre recherche documentaire n'a recensé qu'un essai randomisé sur 30 genoux ayant comparé des exercices d'étirement du quadriceps seuls versus absence d'intervention chez des patients atteints de syndrome fémoropatellaire. Après une semaine, les patients du groupe étirements ont eu une amélioration statistiquement significative de leur douleur par rapport au groupe témoin. La fréquence et la nature des exercices d'étirement n'ont pas été précisées (réf. 10).



## Recherche documentaire Prescrire mise à jour au 27 juin 2016

- 1- Witvrouw E et coll. "Patellofemoral pain : consensus statement from the 3<sup>rd</sup> international patellofemoral pain research retreat held in Vancouver, September 2013" *Br J Sports Med* 2014 ; **48** (6) : 411-414.
- 2- van der Heijden RA et coll. "Exercise for treating patellofemoral pain syndrome" (Cochrane review) (dernière révision 2014). In : "The Cochrane Library" John Wiley and Sons, Chichester 2015 ; issue 1 : 203 pages.
- 3- Barton CJ et coll. "The 'Best practice guide to conservative management of patellofemoral pain' : incorporating level 1 evidence with expert clinical reasoning" *Br J Sports Med* 2015 ; **49** (14) : 923-934.
- 4- O'Connor FG et coll. "Patellofemoral pain syndrome" UpToDate. Site [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) consulté le 1<sup>er</sup> mars 2016 : 26 pages.
- 5- Dixit S et coll. "Management of patellofemoral pain syndrome" *Am Fam Physician* 2007 ; **75** (2) : 194-202.
- 6- Prescrire Rédaction "Syndrome fémoropatellaire et orthèses plantaires" *Rev Prescrire* 2013 ; **33** (360) : 767-768.
- 7- Barton C et coll. "Patellar taping for patellofemoral pain : a systematic review and meta-analysis to evaluate clinical outcomes and biomechanical mechanisms" *Br J Sports Med* 2014 ; **48** (6) : 417-424.
- 8- Smith TO et coll. "Knee orthoses for treating patellofemoral pain syndrome" (Cochrane review) (dernière révision 2015). In : "The Cochrane Library" John Wiley and Sons, Chichester 2015 ; issue 12 : 203 pages.
- 9- Collins NJ et coll. "Efficacy of nonsurgical interventions for anterior knee pain. Systematic review and meta-analysis of randomized trials" *Sports Med* 2012 ; **42** (1) : 31-49.
- 10- Mason M et coll. "The effect of taping, quadriceps strengthening and stretching prescribed separately or combined on patellofemoral pain" *Physiother Res Int* 2011 ; **16** (2) : 109-119.

### Article(s) en relation avec votre lecture

Divers

Syndrome fémoropatellaire et orthèses plantaires

Octobre 2013  1 min

### Rubriques et thèmes associés :

[Stratégies de soins](#)

[fémoropatellaire syndrome](#)

Article précédent

Lithiases urinaires calciques



Article suivant