**Patellaluxatie**

Key-points

* Een patellaluxatie komt vooral voor bij jonge sporters en luxeert vrijwel altijd naar lateraal.
* Een primaire patellaluxatie wordt conservatief behandeld.
* Bij recidiverende patellaluxaties kan operatief herstel, inclusief correctie van predisponerende factoren, overwogen worden.

Achtergrond

Patellaluxaties ontstaan meestal als gevolg van een geforceerde flexie-valgus beweging. Zeldzamere oorzaken zijn een direct trauma of spontaan (bij hyperlaxiteit). Het betreft veelal jonge sporters; vrouwen zijn vaker aangedaan dan mannen. Meest voorkomende luxatie is naar lateraal. Repositie is spontaan door de knie te strekken of door ingrijpen van anderen. Predisponerende factoren zijn o.a. trochlea dysplasie, genu valgum en patella alta. Recidiefkans is 17-40% en kan leiden tot chronische instabiliteit en vroegtijdige artrose.

Work-up

Patellaluxatie is een klinische diagnose; de knie is gebogen en de patella is duidelijk zicht- en voelbaar lateraal. Pijn en zwelling bevindt zich voornamelijk mediaal, waar het retinaculum en het mediale patellofemorale ligament (MPFL) gescheurd zijn. Na repositie worden röntgenfoto’s gemaakt (AP, lateraal en axiale-patella). Bij forse hemarthros of vermoeden op osteochondraal defect op de röntgenfoto, dient een MRI gemaakt te worden om de omvang en locatie van zowel het (kraak)benige als het weke delen letsel te bepalen. Voor beoordeling van chronische instabiliteit, zijn meerdere klinische (moving patellar apprehension test) en radiologische parameters (o.a. Dejour classificatie en tibial tubercle to trochlear groove (TT-TG) distance beschreven.



Behandeling

*Conservatief*

Een primaire patellaluxatie wordt conservatief behandeld, tenzij er sprake is van bijkomende osteochondraal defecten welke chirurgie behoeft (zelden). Conservatieve behandeling bestaat uit 6 weken immobilisatie middels (flexiebeperkende) brace of tape. Er geen bewijs dat behandeling met een gipskoker leidt tot betere uitkomsten of minder recidieven.

*Operatief*

Bij recidiverende luxaties is chirurgische stabilisatie te overwegen. MPFL reconstructie is superieur aan repair en vindt doorgaans plaats met een gracilispees. Soms worden alleen predisponerende factoren gecorrigeerd (laterale release, trochleaplastiek, tuberositas transpositie of derotatie osteotomie van het femur) of wordt dit gecombineerd met een MPFL reconstructie.

Nabehandeling / sporthervatting

*Conservatief*

De knie is direct belastbaar in brace of met tape, zo nodig met krukken. Fysiotherapie dient vroeg gestart te worden en richt zich op het herstellen van range of motion (uitbreidend) en versterken van de quadriceps, met name vastus medialis obliquus. Verder dient er aandacht te zijn voor heupmusculatuur, met name gluteaal, en core stabiliteit. Return to play is te verwachten binnen 3 maanden.

*Operatief*

De eventuele duur en mate van belastbaarheid varieert en is afhankelijk van de gekozen procedure. Een brace postoperatief is gebruikelijk (6-12 weken). Verdere revalidatie is zoals hier boven omschreven.

Literatuur

* [Ménétrey J et al. Return to sport after patellar dislocation or following surgery for patellofemoral instability. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2014;22:2320-2326](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4169614/)
* [Smith TO et al. Surgical versus non-surgical interventions for treating patellar dislocation. Cochrane Database of Syst Rev 2015;doi: 10.1002/14651858.CD008106.pub3](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25716704)
* [Weber AE et al. An Algorithmic Approach to the Management of Recurrent Lateral Patellar Dislocation. J Bone Joint Surg Am 2016;98:417-427](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26935465)