

APPAREIL LOCOMOTEUR

Editorial

Cher confrère,

C'est avec plaisir que je présente ce Dixième numéro des annales MédiS sur un thème qui touche l'orthopédie. Les lésions ligamentaires du genou ont vu leur fréquence s'accroître au cours de ces 20 dernières années parallèlement avec le développement de la pratique sportive "grand public". Elles sont consécutives à des mécanismes d'entorse, situations dans lesquelles les tissus (capsule articulaire, ligaments, muscles et/ou tendons) du genou dépassent leur limite élastique et se déchirent. Par définition une entorse du genou est dite grave quand elle atteint le pivot central (LCA : Ligament croisé antérieur & LCP : Ligament croisé postérieur)

Pr Mohsen TRABELSI

Chef de Service des urgences

Centre de Traumatologie et des Grands brûlés de Ben Arous



PIROXEN[®]
PIROXICAM

L'éternelle Jeunesse

Données Cliniques

Salem B ..., agent comptable de 26 ans, a ressenti, au cours d'un match de football suite à un faux mouvement, une très vive douleur du genou droit et perçu un craquement. L'interrogatoire permet de préciser que cette douleur était survenue à la suite d'un saut, la réception s'étant faite en rotation interne du genou. La douleur aiguë s'est atténuée rapidement mais sont apparus un gonflement du genou et une impotence fonctionnelle, empêchant toute possibilité de reprise de la marche. La radiographie standard ne trouve aucune lésion osseuse.

Quel est votre diagnostic ?

Solutions et commentaires

Il s'agit d'une entorse grave du genou

Quelles sont les données de l'anamnèse en faveur d'une entorse grave du genou?

La suspicion d'entorse grave du genou repose sur les données de l'interrogatoire :

- Le mécanisme du traumatisme (traumatisme indirect) : Hyper extension, flexion forcée ou rotation interne pure du genou **ou** Varus flexion rotation interne **ou** Valgus flexion rotation externe,
- La perception d'un craquement,
- La notion d'un gonflement du genou, apparu rapidement,
- L'impotence fonctionnelle : Arrêt de l'activité en cours,
- Instabilité immédiate, parfois retrouvée dès la reprise de l'appui.

Que recherchera t-on à l'examen clinique?

Un examen effectué avec **prudence** et **douceur**, notera :

- Une attitude antalgique : Genou en demi-flexion
 - Un gonflement immédiat
 - Un épanchement immédiat ou dans les 24 H suivant le traumatisme : choc rotulien
 - Une douleur sur le trajet et l'insertion des ligaments latéraux ou sur l'interligne articulaire évocatrice d'une lésion méniscale associée
 - Mouvements anormaux, témoins d'une laxité articulaire par rupture ligamentaire :
 - De tiroir antérieur : à 10° de flexion surtout, par le test de Lachman
 - De latéralité, en extension et en semi-flexion (30°) : Témoin d'une lésion des ligaments latéraux
- Chez Mr Salem B on retrouve :
- Un épanchement intra-articulaire : choc rotulien
 - Une ébauche de mouvement de tiroir antérieur avec un Lachman à arrêt mou. La latéralité est difficile à évaluer car les manœuvres sont douloureuses

Quelle est votre conduite à tenir à ce stade aigu ?

- Lutter contre les phénomènes inflammatoires
- Un traitement antalgique et anti-inflammatoire par voie générale en l'absence de contre-indications
- Cryothérapie (Glassage) pluriquotidienne pendant 5 à 7j
- Surélévation du membre inférieur

- Soulager le genou pour une meilleure cicatrisation
- Une ponction évacuatrice du genou (Asepsie + + +) devant un épanchement articulaire important et douloureux. Elle sera suivie de la mise en place d'une contention compressive.
- Une immobilisation de 10 j à 3 semaines selon l'importance de la douleur et de l'impotence fonctionnelle
- L'appui est autorisé si la douleur le permet. L'utilisation de cannes anglaises peut être préconisée les premiers jours ; ne pas oublier dans ce cas la prescription d'anti-coagulants et de bas de contention.

Mr Salem revient à la consultation après trois semaines, largement soulagé : l'examen, plus minutieux cette fois, trouve un genou froid et indolore, sans épanchement articulaire ni aucun mouvement de latéralité. La seule anomalie est la présence, comparativement au genou gauche, de ce tiroir antérieur avec un arrêt mou (signe de la rupture du LCA). Devant la suspicion de rupture du LCA une IRM a été demandée. Elle confirme la rupture isolée du LCA.

Quel traitement proposez-vous à ce jeune blessé sportif de loisir ?

Le traitement fonctionnel serait tentant pour Mr Salem B vu sa sédentarité et son activité sportive occasionnelle. Mais ceci condamne son genou à long terme.

La rupture du LCA entraîne une dégradation progressive de la stabilité du genou.

Cette laxité, pourvoyeuse d'épisodes aigus de dérobement est dangereuse pour l'articulation car elle est responsable de lésions méniscales par cisaillement, d'épanchements chroniques et de distension progressive des autres structures ligamentaires qui provoquent des lésions du cartilage articulaire aboutissant à la longue à une arthrose du genou.

On propose à Mr Salem un traitement chirurgical : ligamentoplastie suivie d'une rééducation adaptée. C'est une chirurgie qui se fait actuellement sous contrôle arthroscopique. Dans tous les cas elle doit se faire sur un genou bien rééduqué et « qui a déjà oublié l'accident ».

Le traitement fonctionnel (la rééducation) est indiqué d'emblée pour une population plus âgée, non sportive et non instable (ne se plaint pas de dérobement).

Il a comme objectif final de palier à l'insuffisance ligamentaire par un renforcement musculaire, Il mérite d'être tenté à chaque fois car il comporte de nombreux avantages : prévention de la raideur, rôle antalgique surtout dans les premières semaines, et bien sûr en cas d'absence d'intervention chirurgicale.

Dr Sami BELHARETH
Chirurgien orthopédiste, Chirurgien du sport
La Marsa



L'éternelle Jeunesse