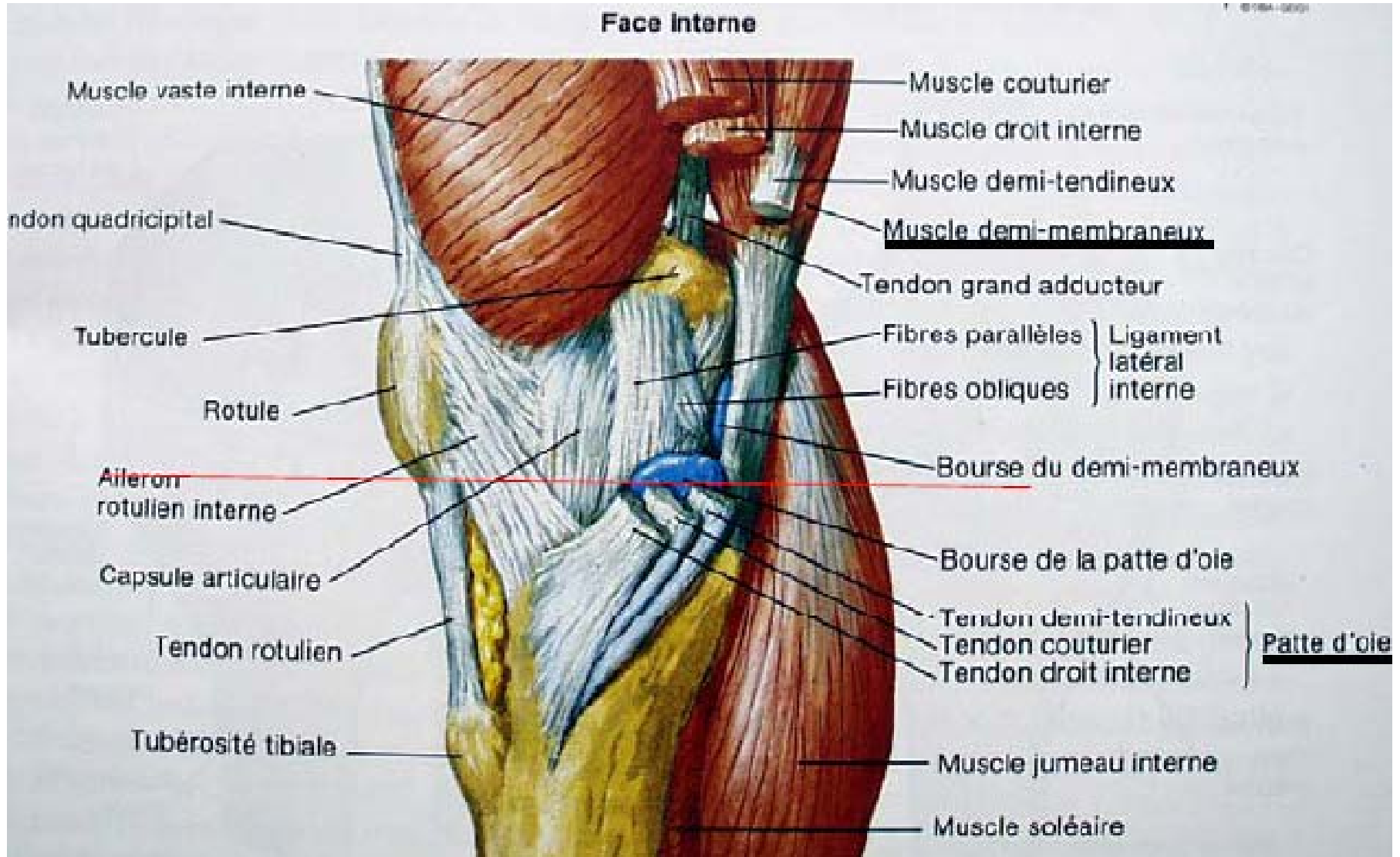


Examen clinique du genou

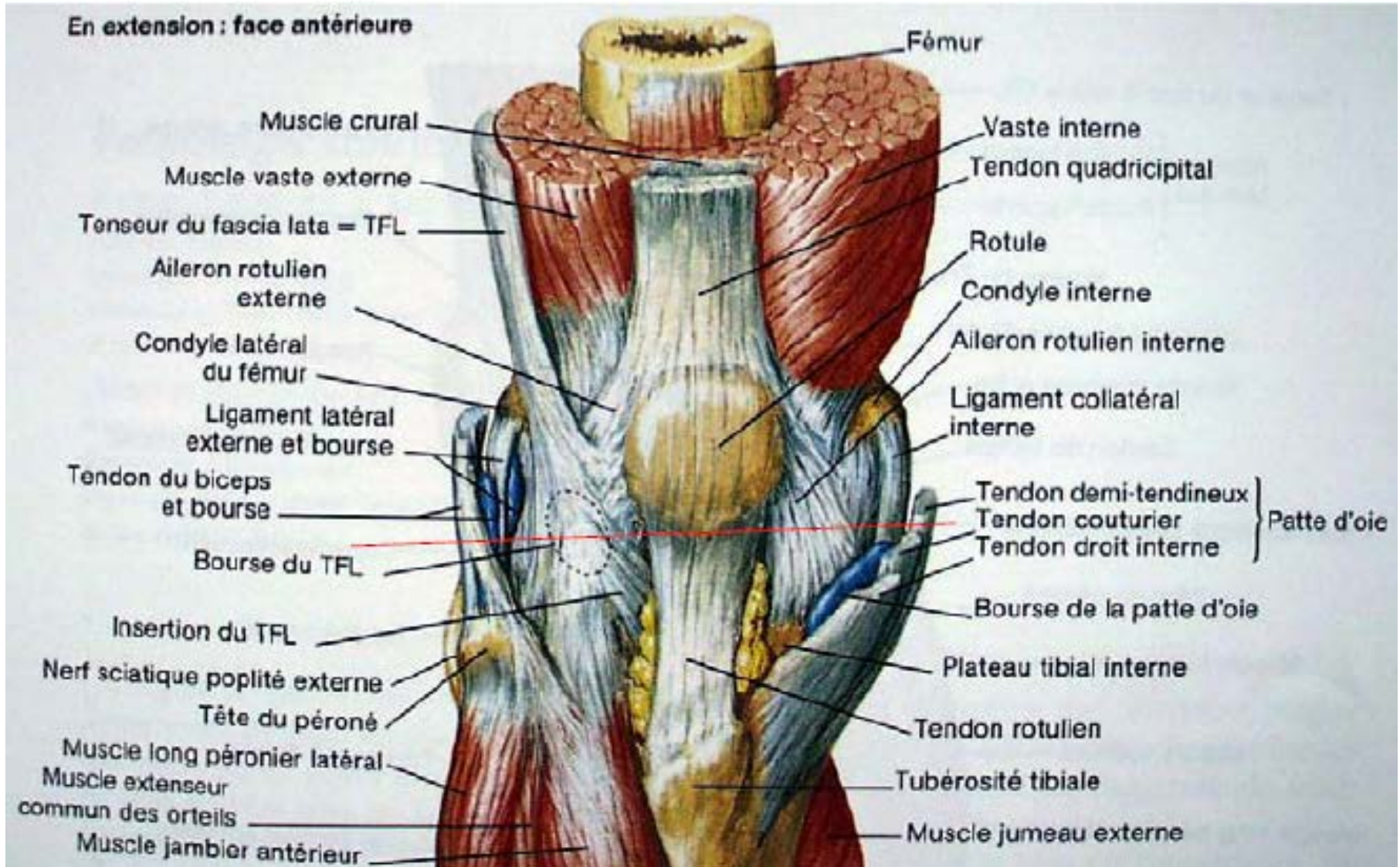


Dimitri Ceroni
10.12.2012

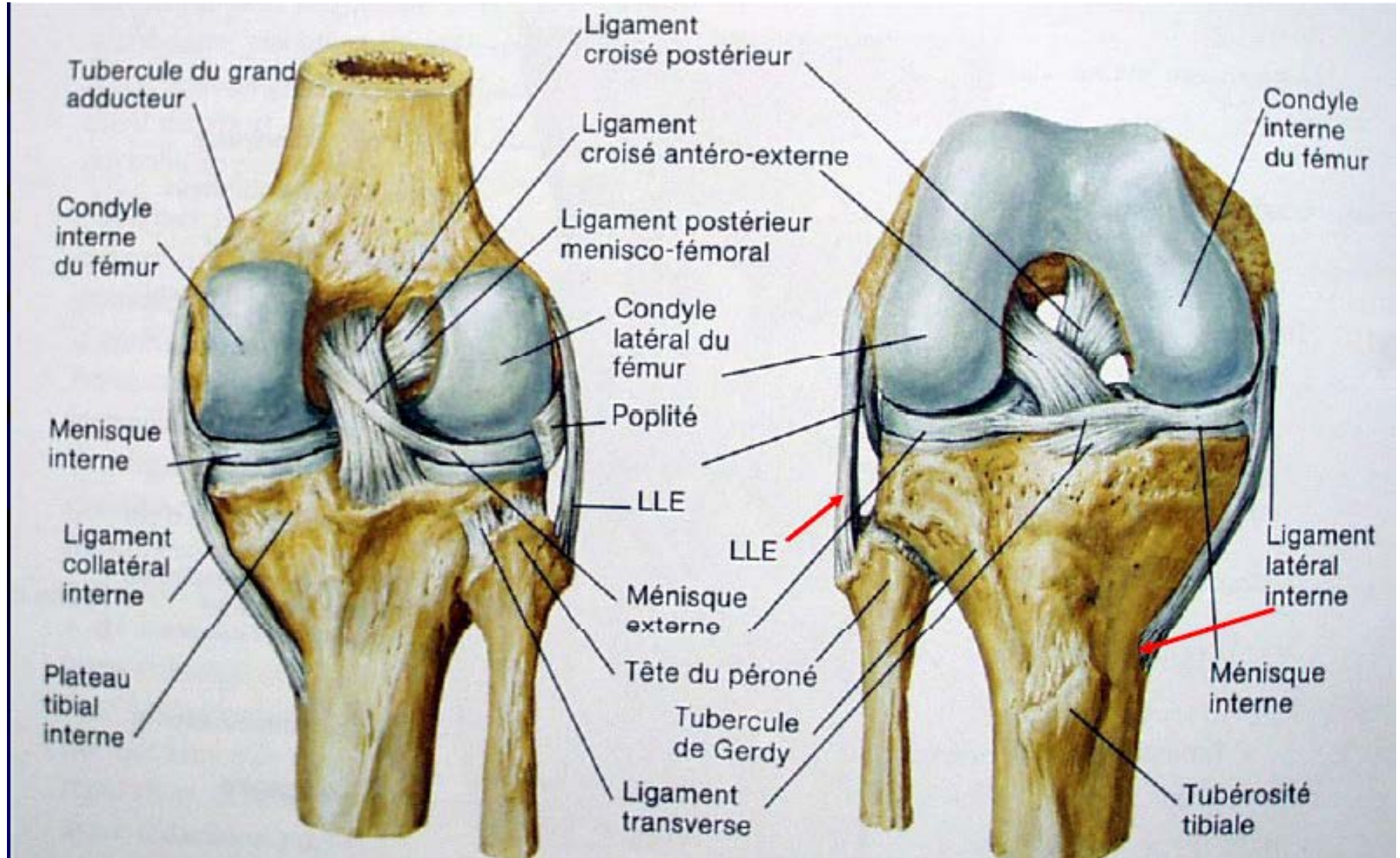
Rappel anatomique



Rappel anatomique



Rappel anatomique



Un bon examen clinique du genou commencepar une bonne anamnèse

Préciser le mécanisme traumatique

- Trauma direct
 - Choc antéro-postérieur : choc direct (tableau de bord)
 - Choc postéro-antérieur: tackle par derrière



Un bon examen clinique du genou commencepar une bonne anamnèse

Préciser le mécanisme traumatique

- Hyper-extension appuyée (en marchant dans un trou)
- Hyper-extension dans le vide



Hyperextension dans le vide



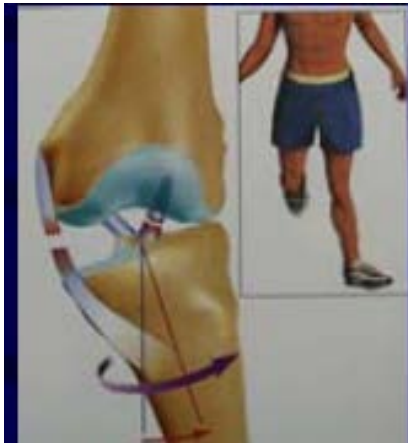
Hyperextension appuyée

Un bon examen clinique du genou commencepar une bonne anamnèse

Préciser le mécanisme traumatique

-Torsion du genou

- Varus ou valgus isolé
- Valgus flexion rotation externe
- Varus flexion rotation interne
- Rotation interne forcée

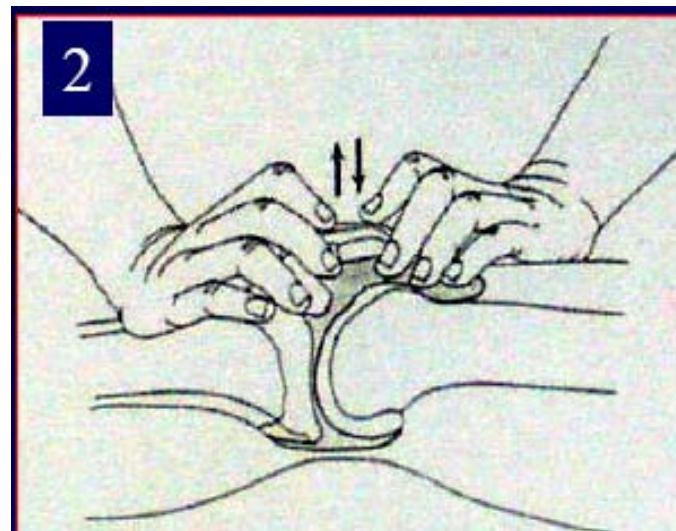
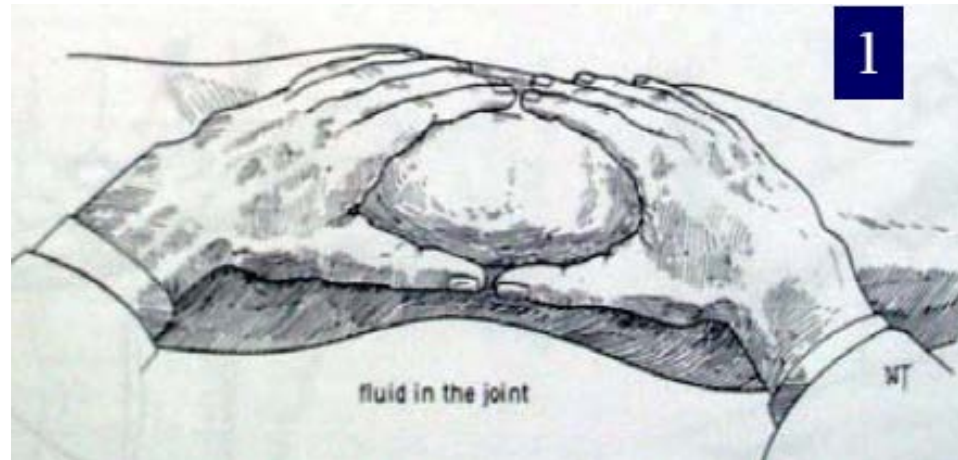


Un bon examen clinique du genou commence ...par une bonne anamnèse

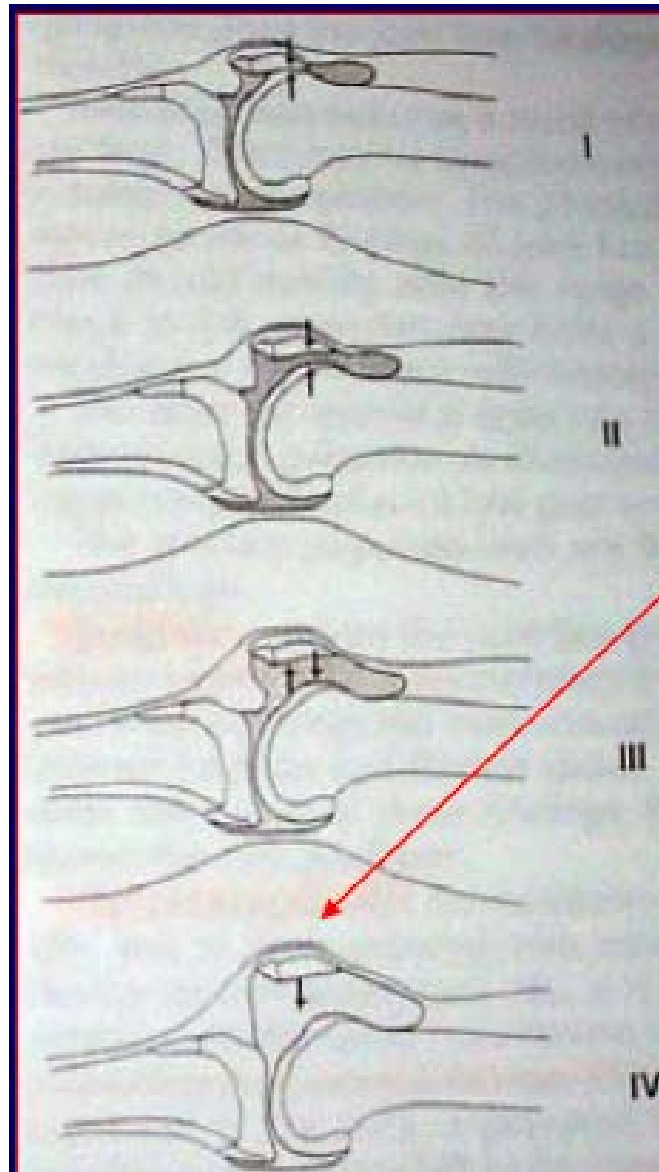
RESSENTI du patient

- craquement : craquement bref ou claquement
- douleur vive immédiate
- impression de déboîtement articulaire suivie d'un retour en place rapide
- impotence fonctionnelle
- impression de patte folle, chute lors de tentative de reprise de l'appui
- gonflement précoce

Recherche épanchement IA



Recherche épanchement IA



DD Hémarthrose

1. Fracture ostéochondrale
 - Plateau tibial
 - Condyles fémoraux
 - Rotule
 - Plusieurs fractures
2. Lésion du LCA
3. Déchirure méniscale
4. Luxation rotulienne

Etude du compartiment fémoro-patellaire

Signes d'atteinte fémoro-patellaire

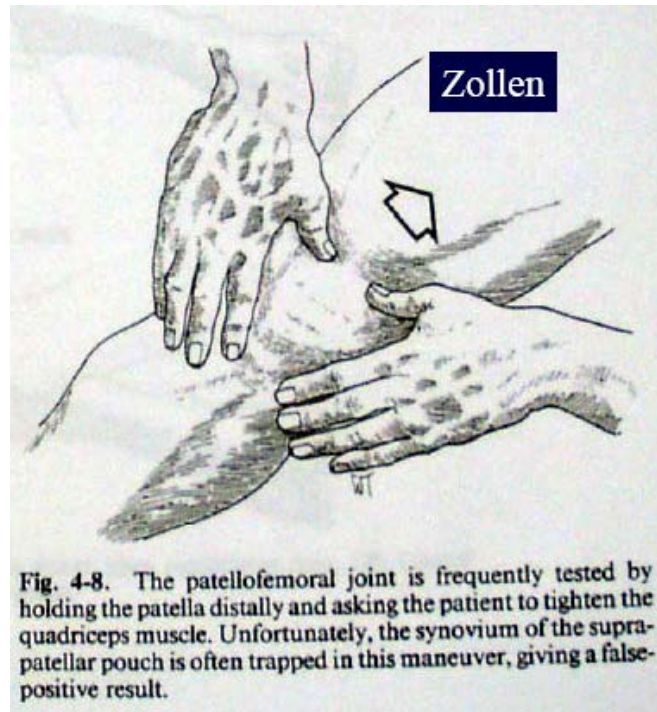
- **Rabot** positif (mobilisation transversale de la patella en la plaquant sur la trochlée genou en extension : douleur +/- craquements)



Etude du compartiment fémoro-patellaire

Signes d'atteinte fémoro-patellaire

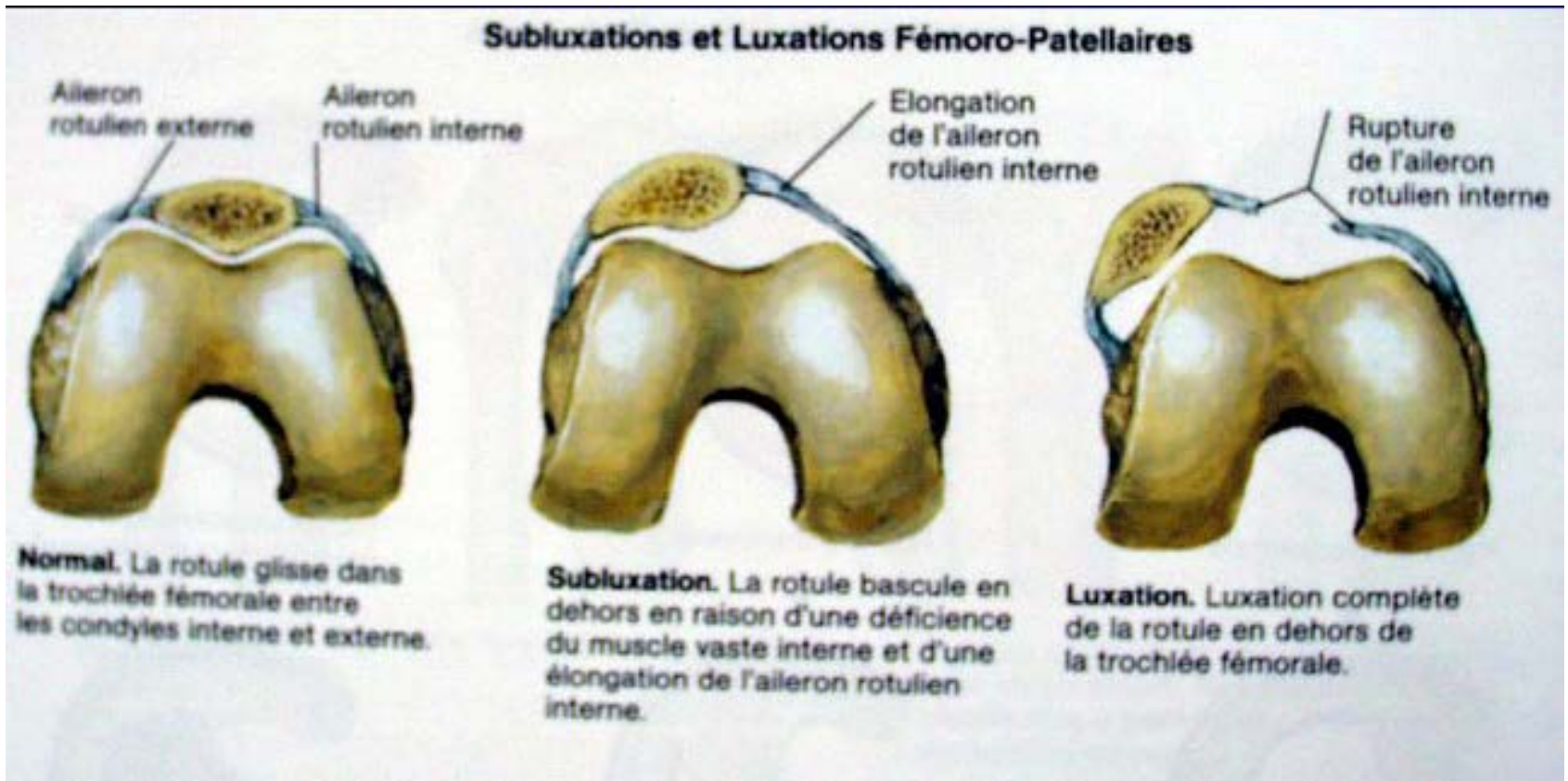
- **Zoehlen** positif (extension contrariée de la patella lors de la contraction du quadriceps : douleur)



Etude du compartiment fémoro-patellaire

Signes de lésion fraîche du MPFL (luxation rotule)

- Douleurs +++ sur l'insertion ou le trajet du MPFL



Etude du compartiment fémoro-patellaire

Signes d'instabilité rotulienne

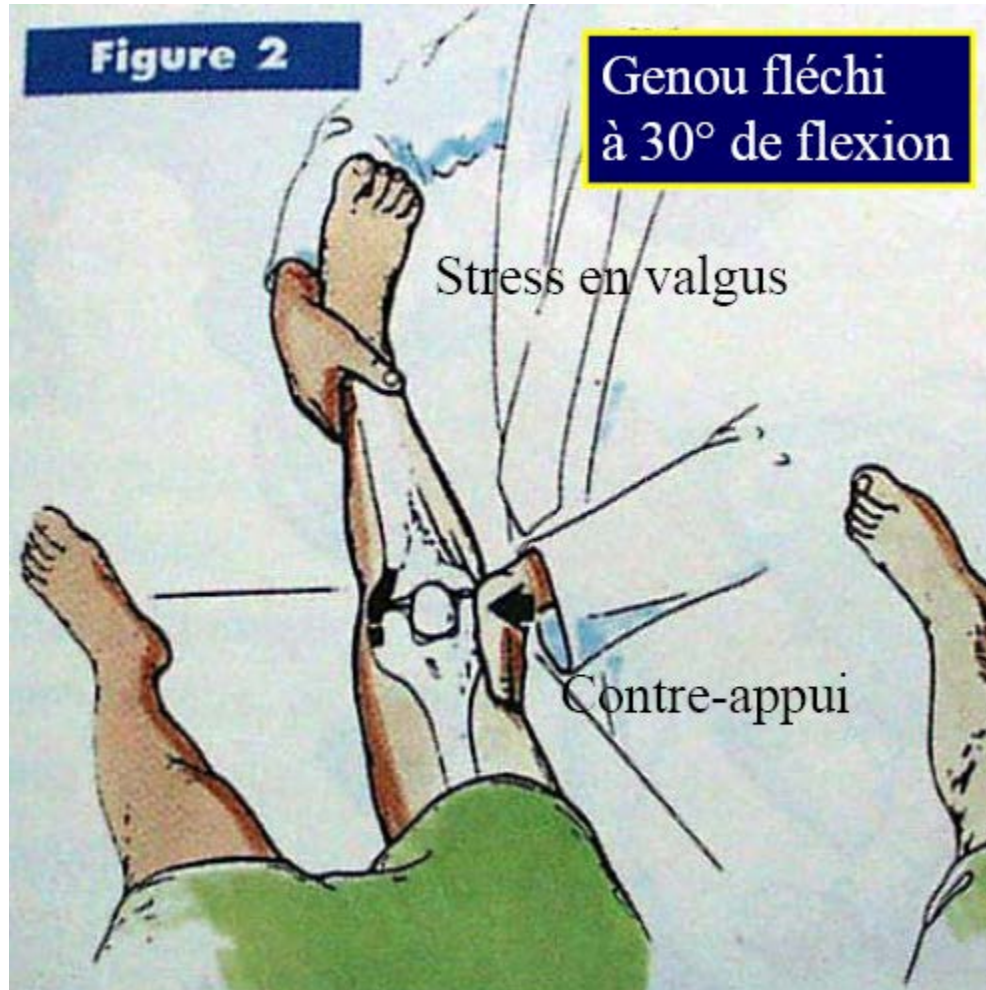
- **Smilie** positif ()



Examen ligamentaire du genou

- Examen des ligaments collatéraux (LLI & LLE)
- Points douloureux
 - Insertion condylienne
 - Insertion tibiale/péronière
 - Substance
- Niveau instabilité
 - Grade I : douleurs s'accompagnant de minimales lésions ligamentaires
 - Grade II : lésions ligamentaires plus sévères mais incomplètes
 - Grade III : déchirure complète d'un ligament et instabilité articulaire

Examen ligamentaire du LLI; stress en valgus



Examen ligamentaire du LLI; stress en valgus

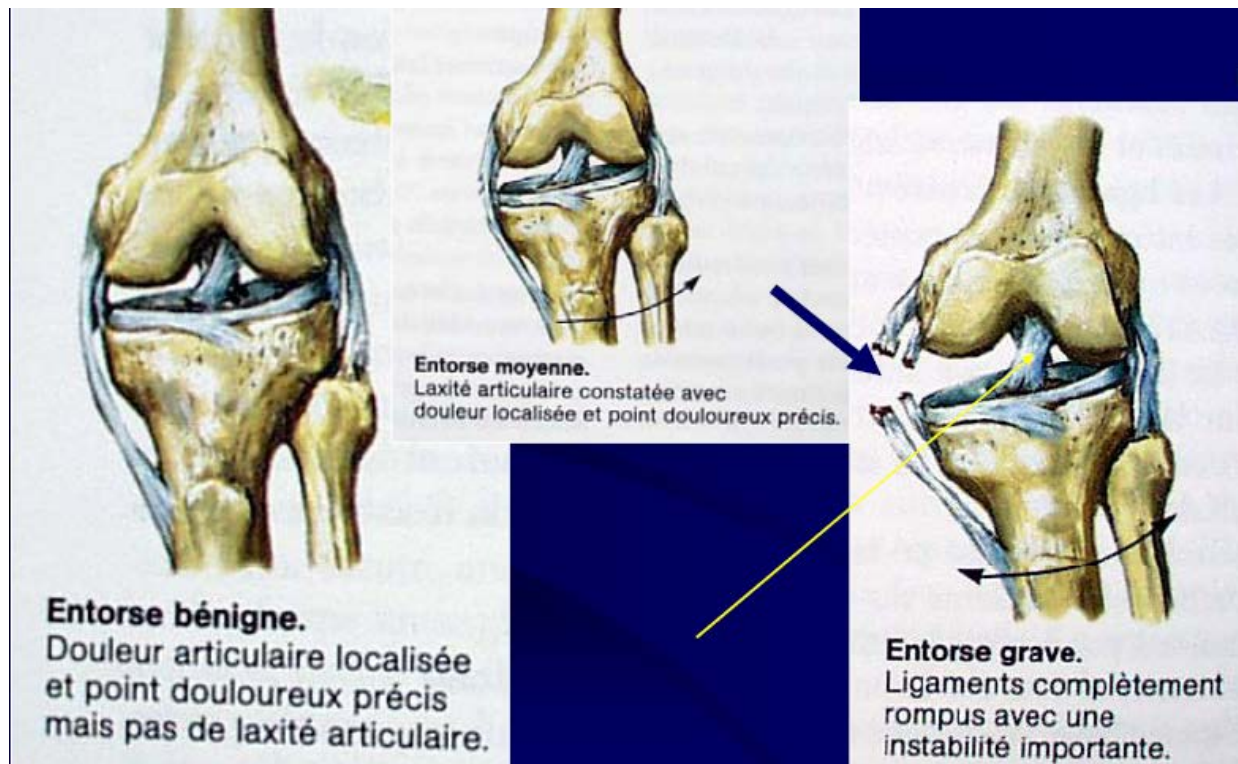
- Si test positif qu'en flexion, il s'agit alors probablement d'une lésion partielle du LLI
- Si le test est positif aussi en extension, atteinte complète du LLI
- CAVE, pensez à une lésion du ligament oblique postérieur et/ou du LCA associée.



Examen ligamentaire du LLI; stress en valgus

- Niveau instabilité

- Grade I : douleurs s'accompagnant de minimales lésions ligamentaires
- Grade II : lésions ligamentaires plus sévères mais incomplètes
- Grade III : déchirure complète d'un ligament et instabilité articulaire



Examen ligamentaire du LLI; stress en valgus

- Niveau instabilité

- Grade I : douleurs s'accompagnant de minimes lésions ligamentaires
- Grade II : lésions ligamentaires plus sévères mais incomplètes
- Grade III : déchirure complète d'un ligament et instabilité articulaire

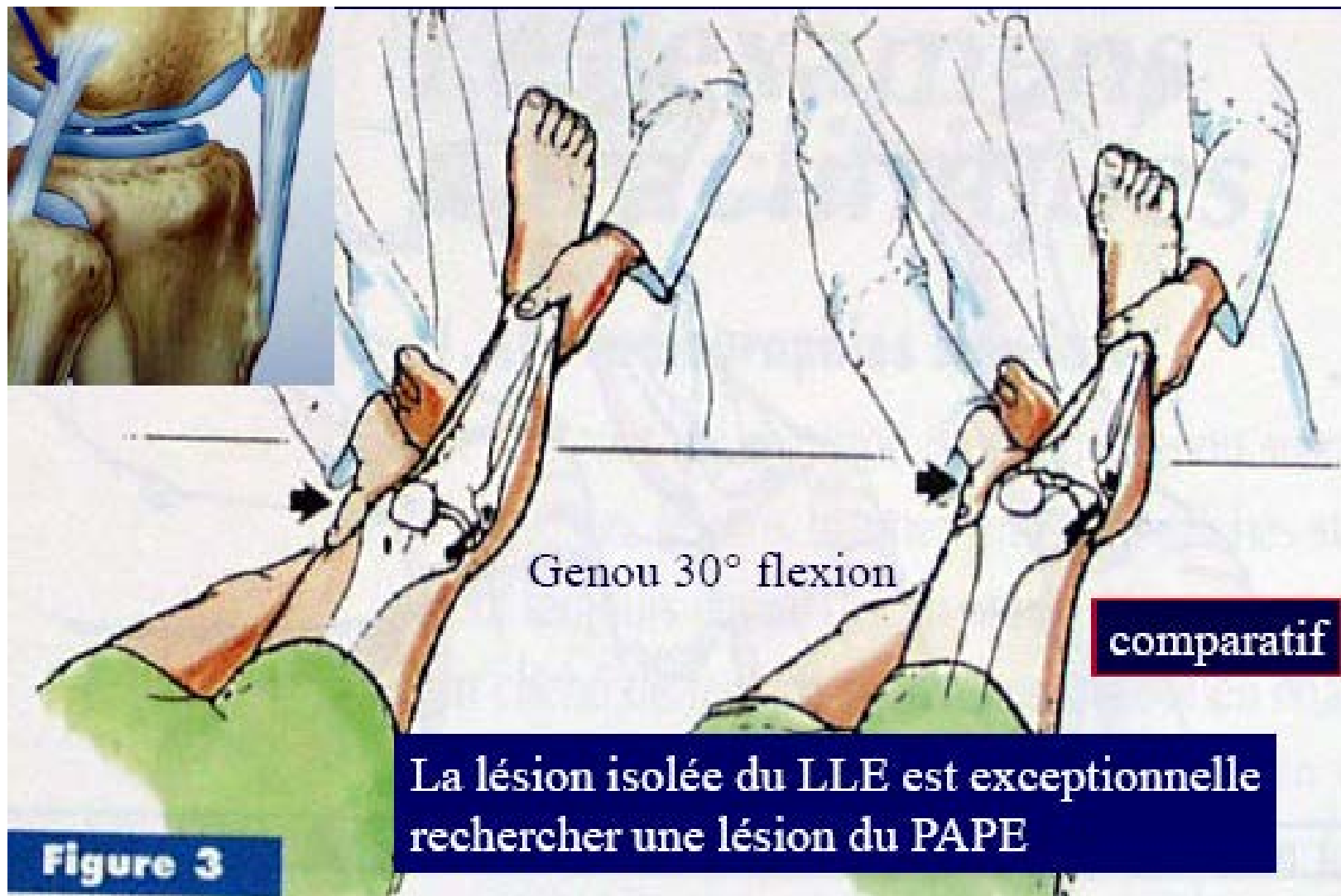
The injuries of the MCL are classified according to its severity based on the physical examination findings

Grade I (partial rupture): medial opening of 0 - 5 mm

Grade II (partial rupture): medial opening of 5 - 10mm

Grade III (complete rupture): medial opening of more than 10mm

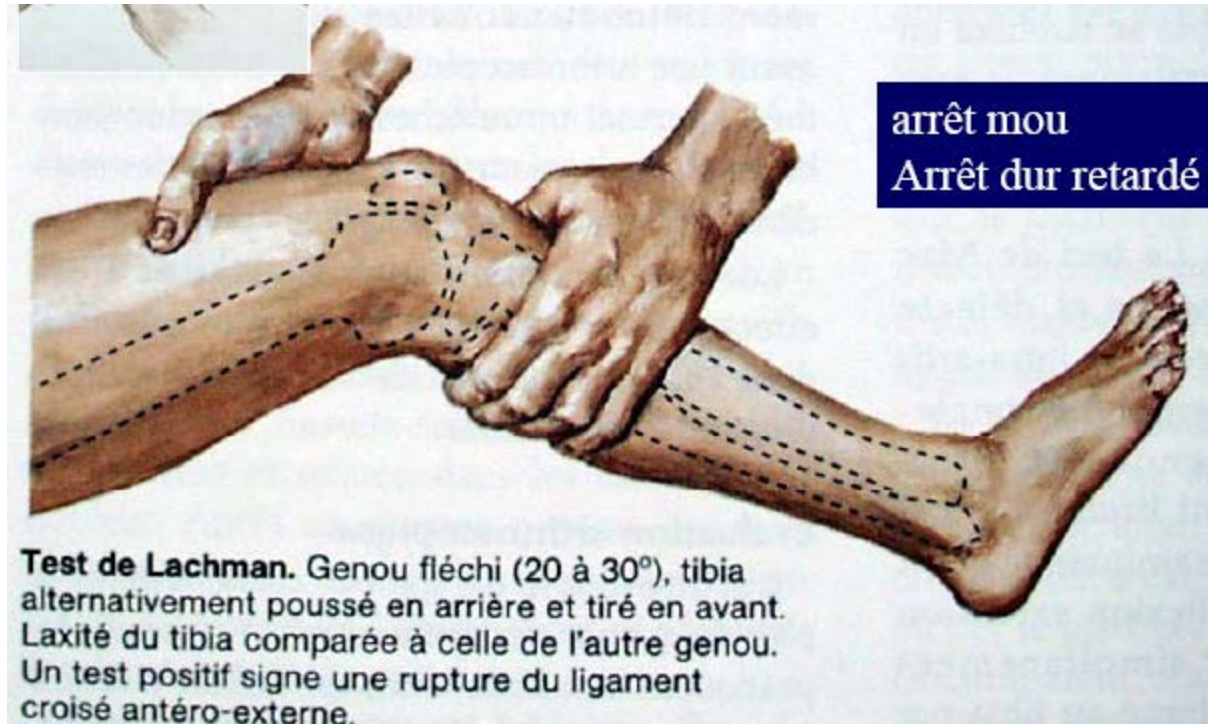
Examen ligamentaire du LLE; stress en varus



Examen ligamentaire du PIVOT CENTRAL

- Test Lachmann
- Tiroir ant.
- Tiroir post.
- Tiroir en RE
- Tiroir en RI
- Tests dynamiques LCA
- Tests dynamiques LCP

Test de Lachmann Trillat



Qualité arrêt antérieur

Qualité de l'arrêt postérieur

Course

dur vs mou

dur vs mou

normale vs augmentée

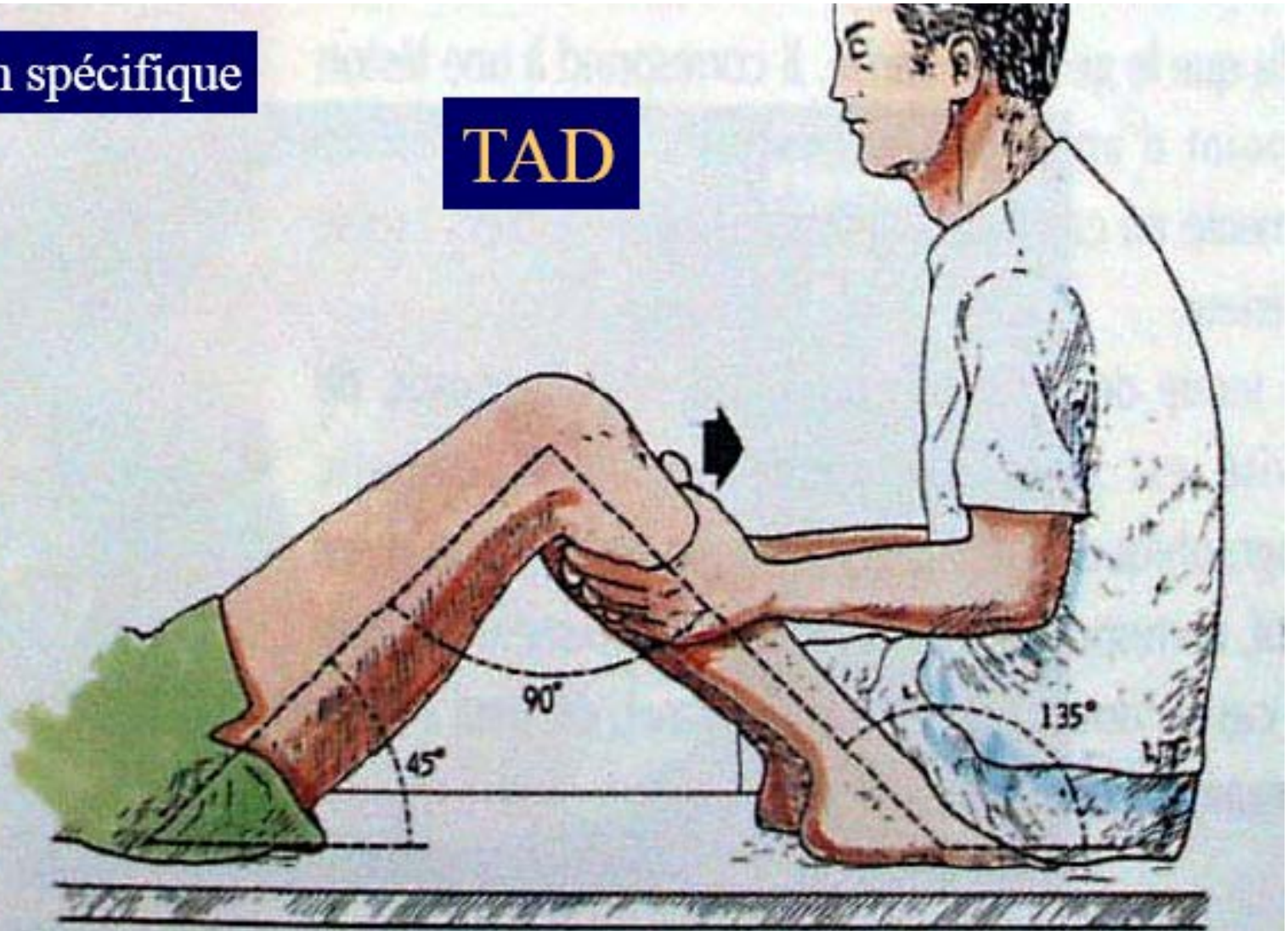
Test de Lachmann Trillat



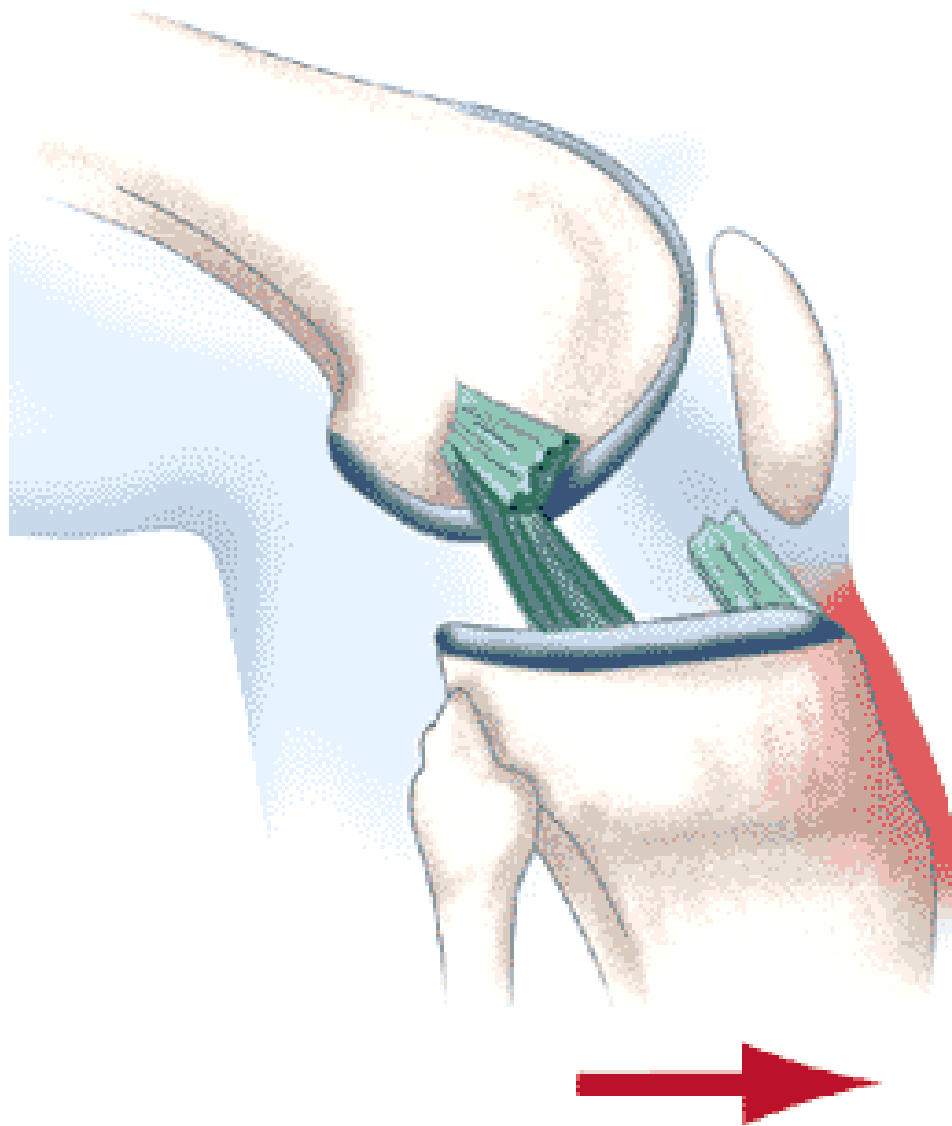
Tiroir antérieur direct à 90°

Non spécifique

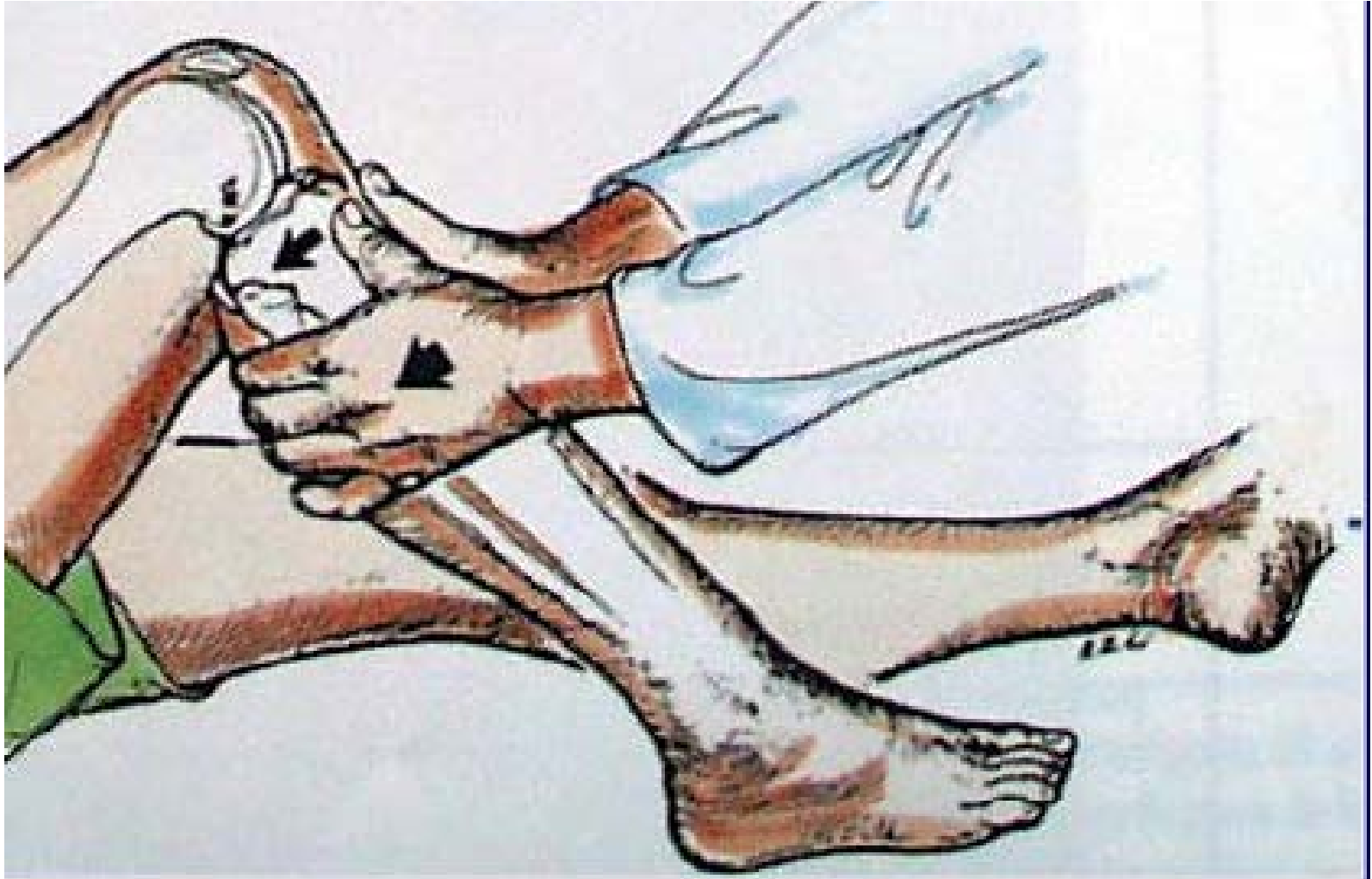
TAD



Tiroir antérieur direct à 90°



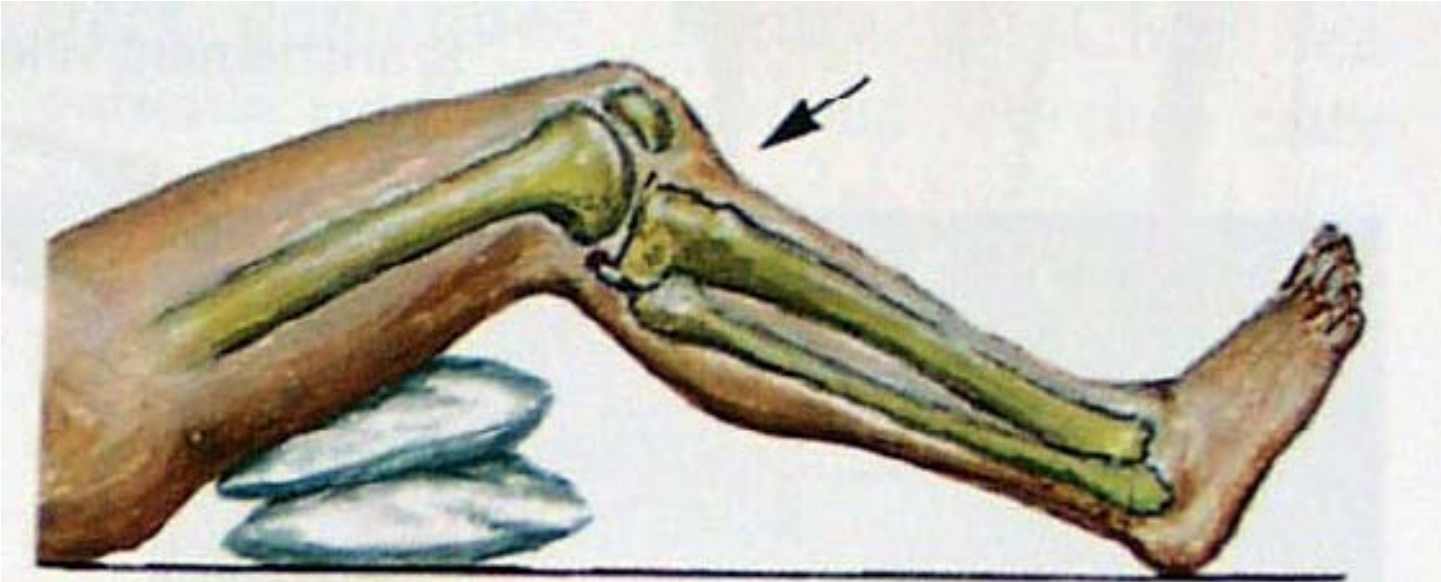
Tiroir postérieur direct à 90°



Faux tiroir antérieur direct à 90°



Lésion du LCP



Signe du retrait postérieur. La cuisse est posée sur un coussin avec le pied sur la table, et le tibia se subluxé en arrière, laissant apparaître une encoche à la face antérieure de la jambe, ce qui indique une rupture du ligament croisé postérieur.

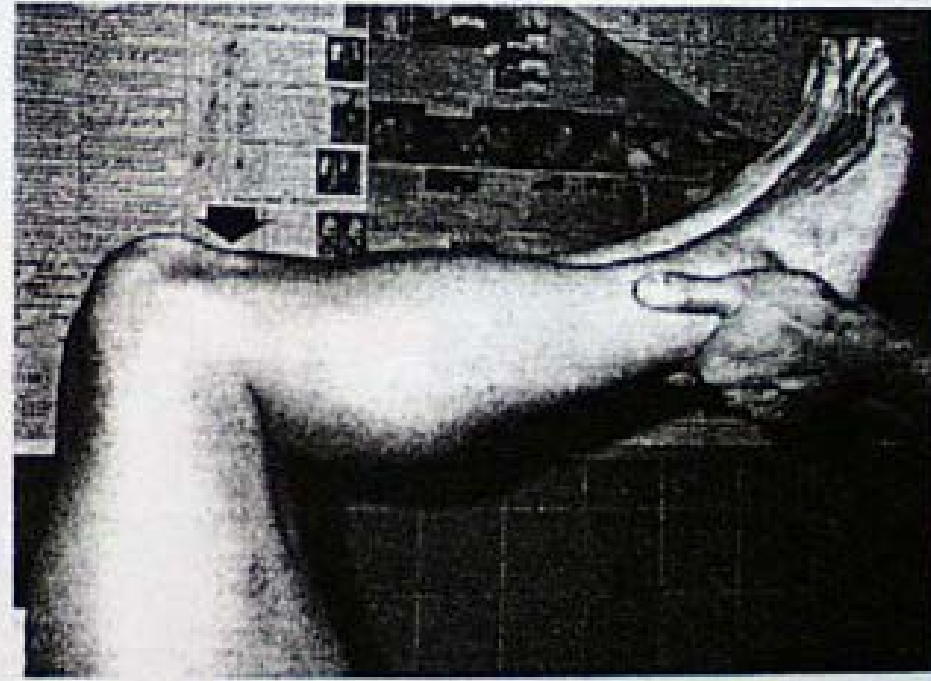
Avalement de la TTA

Lésion du LCP

Le test de Godfrey [cité en 14]

Le patient est en décubitus dorsal, cuisse et genou fléchis à 90°, jambes horizontales, les talons sont soutenus par l'examineur de telle sorte que les jambes soient parallèles à la table. Le test est positif lorsqu'on voit une chute en arrière de l'extrémité supérieure du tibia du côté lésé (Fig. 46).

▷
Fig. 46. Test de Godfrey. Les cuisses du patient sont fléchies à 90° et les jambes fléchies à 90° sur les cuisses. Les jambes sont parallèles au plan de la table d'examen. On observe la concavité de la silhouette sous-rotulienne par rapport au côté opposé; cette concavité est due à la chute du tibia en arrière. On peut comparer avec le côté opposé



Lésion du LCP

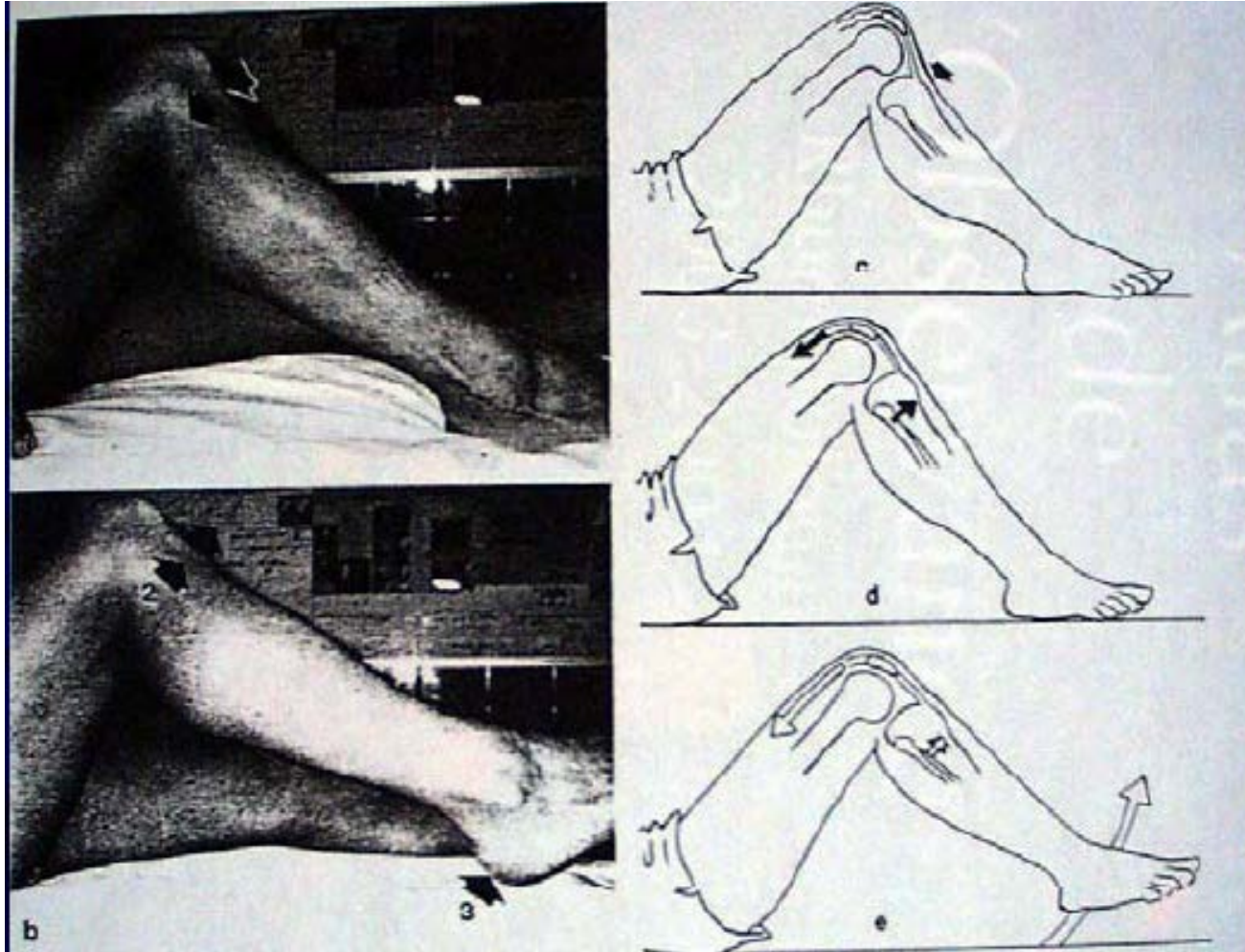
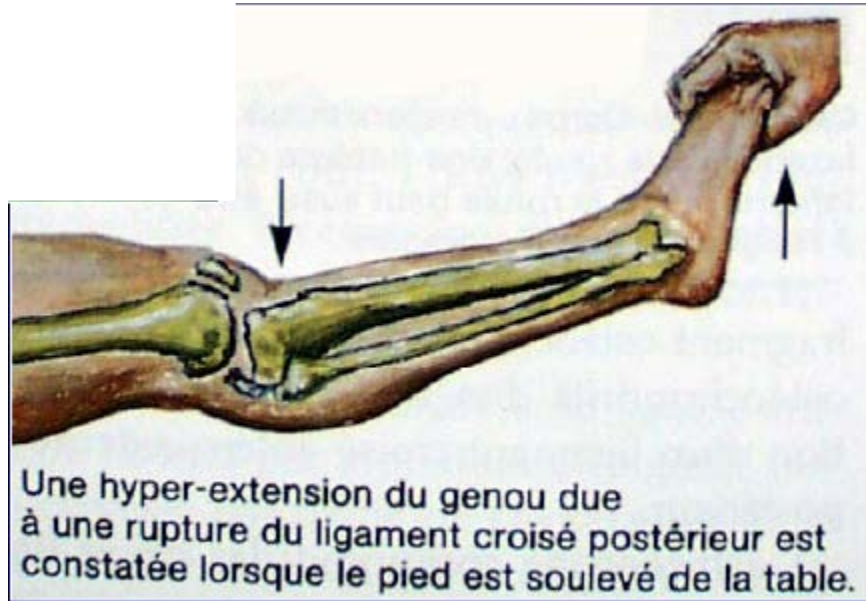


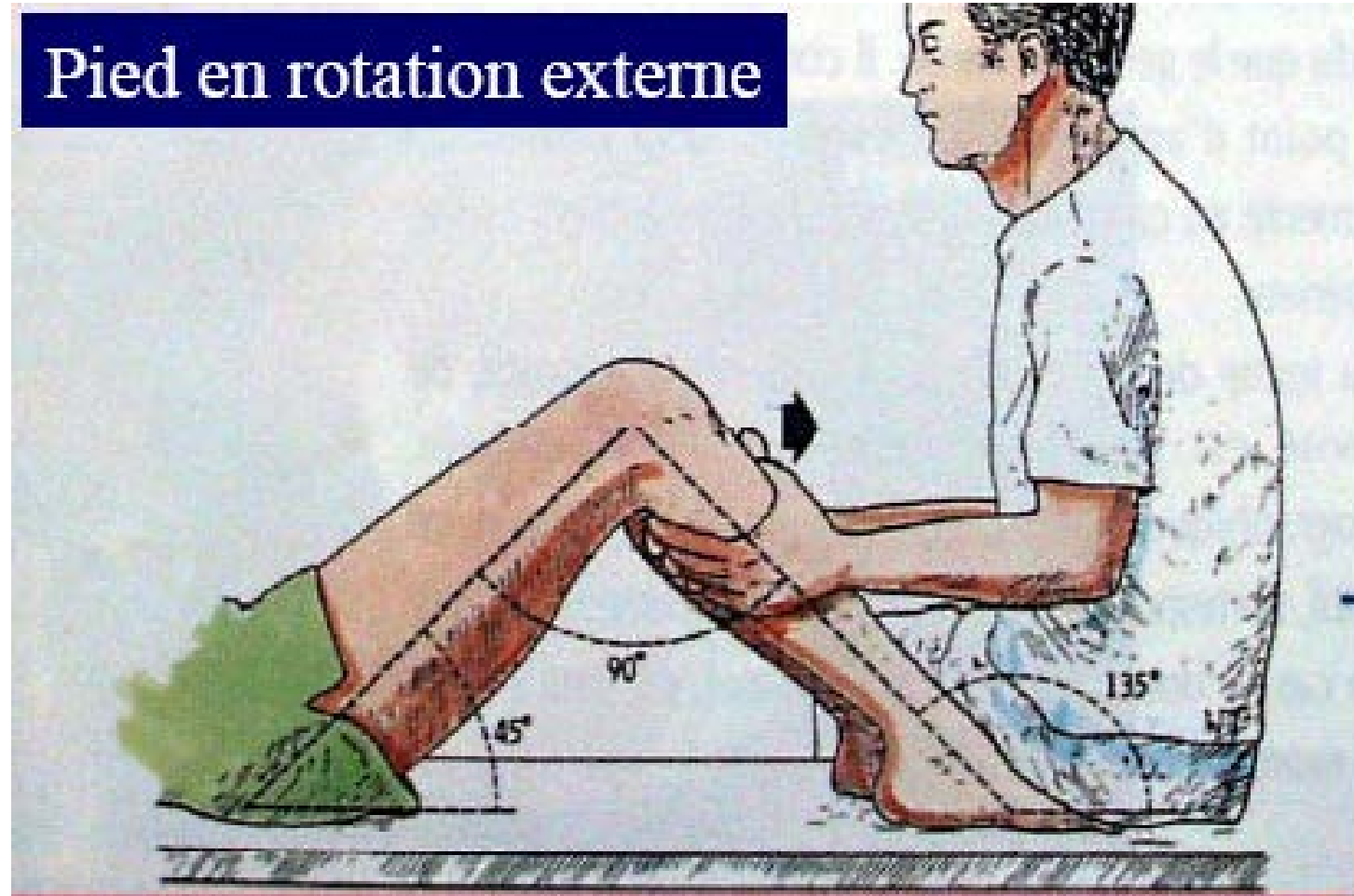
Fig. 45a-e. Test de Müller pour le diagnostic du tiroir postérieur direct. *a, c* le genou est fléchi à 90°, la cuisse fléchie sur le bassin à 45°. Examen de la silhouette de profil de la région rotulienne et sous-rotulienne. On voit une chute en arrière du tendon rotulien et de la tubérosité tibiale antérieure par rapport à la rotule, surtout comparativement, avec le côté opposé (1). *b, d* on demande au

patient de contracter son quadriceps et avant que le talon ait pu se soulever du plan de la table, il se produit une réduction de la subluxation postérieure du tibia avec un alignement de la silhouette sous-rotulienne par rapport au côté opposé (2). *e* ce n'est que lorsque le croisé antérieur s'est tendu que le talon peut se soulever du plan de la table (3). (Müller [26])

Lésion du LCP

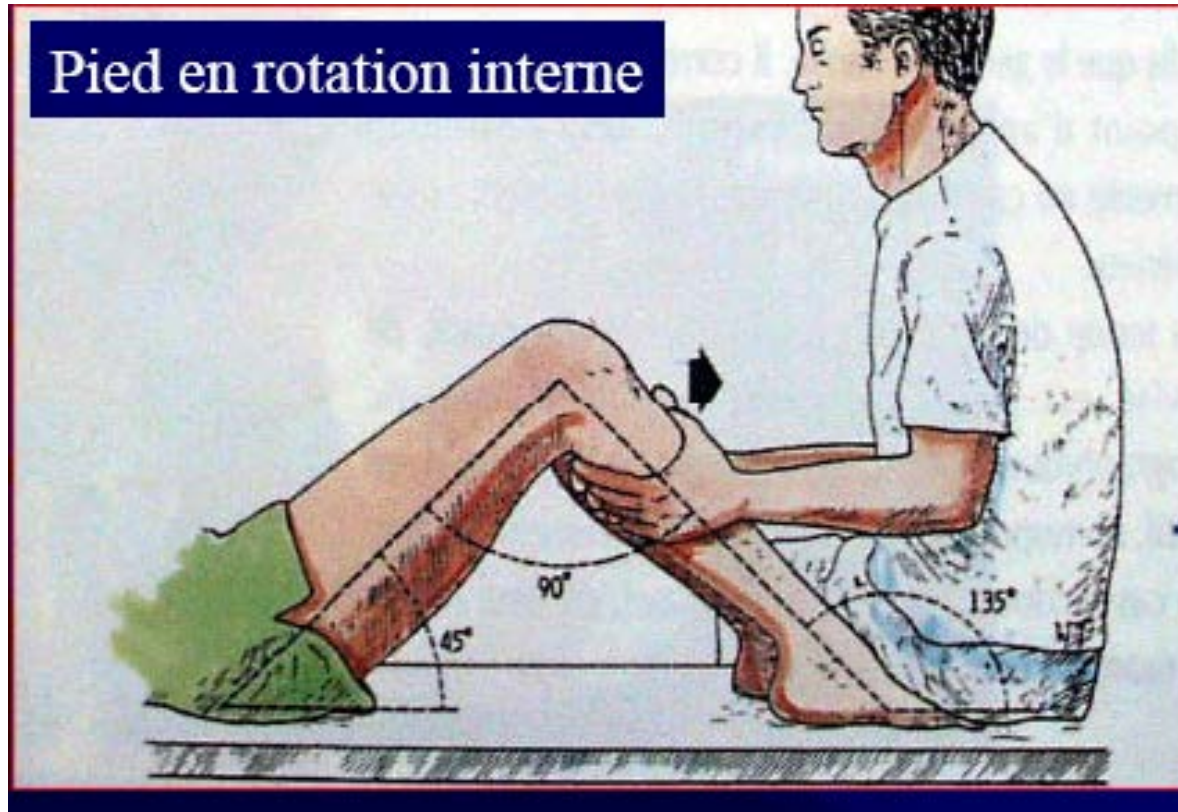


Tiroir antérieur en RE = Atteinte du PAPI



le point d'angle postéro-interne (PAPI) constitué de la coque condylienne, de l'insertion de la corne post du ménisque int sur le LLI,

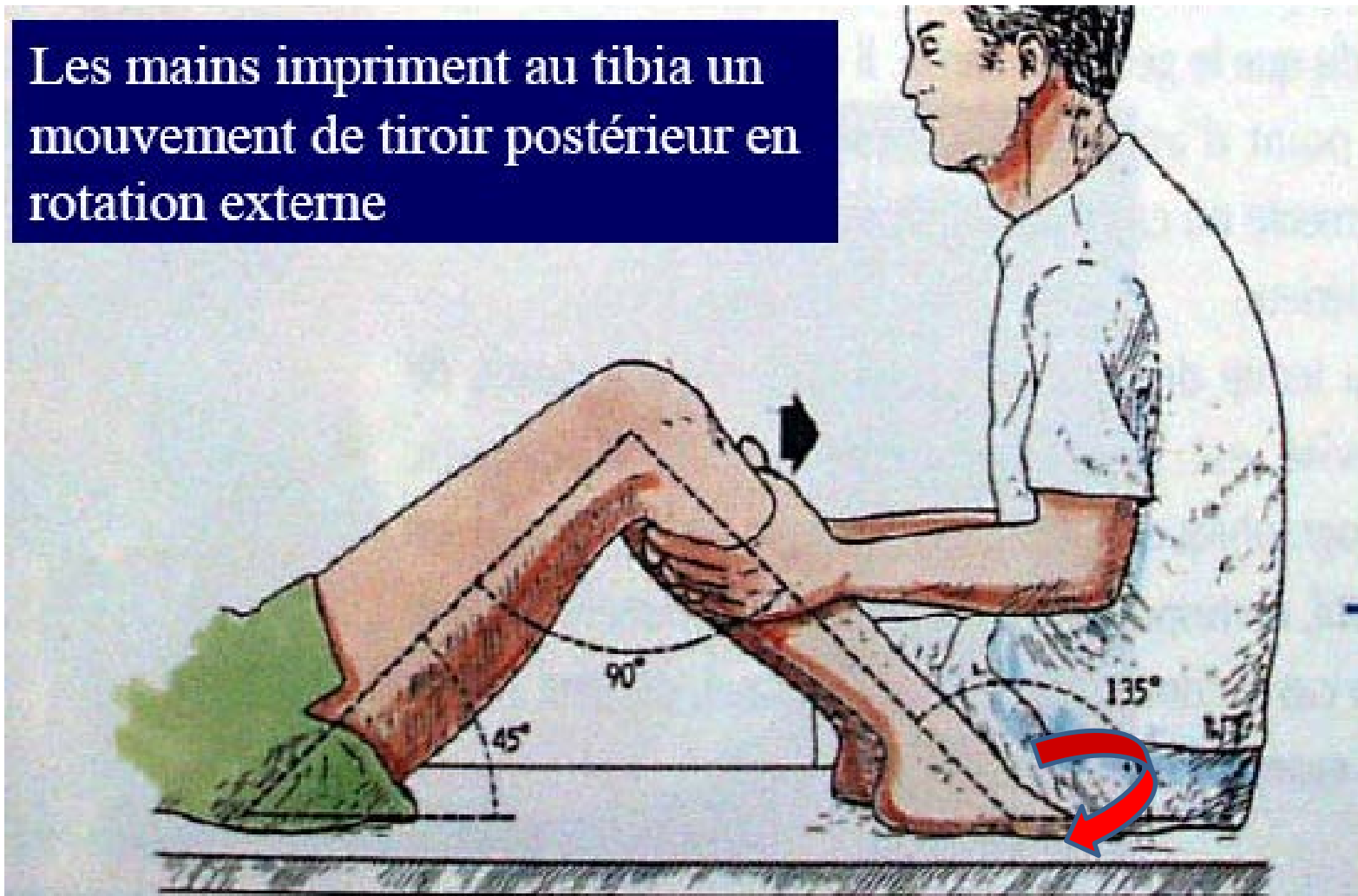
Tiroir antérieur en RI



Lésion associée des formations antéro-latérales : bandelette ilio-tibiale

Tiroir post en RE = Atteinte du PAPE

Les mains impriment au tibia un mouvement de tiroir postérieur en rotation externe



Le point d'angle postéro-externe (PAPE) constitué de l'insertion de la corne post du ménisque ext sur la coque condylienne ext, le tendon du poplité et son amarrage sur le péroné.

Epreuves dynamiques LCA

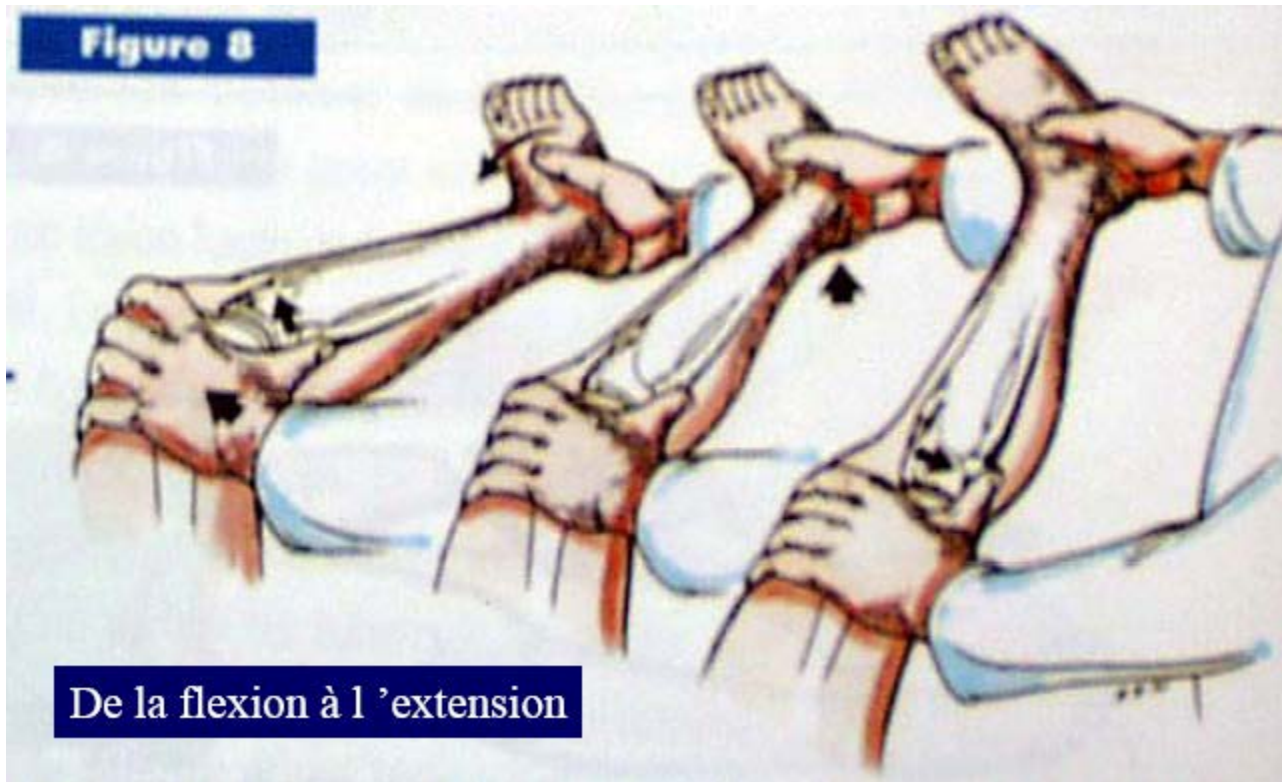


PIVOT SHIFT

Stress en valgus-RI-translation antérieure du tibia → instabilité antéro-latérale avec subluxation rotatoire

Puis flexion à 25-30° réduction spontanée de la subluxation avec
RESSAUT

Epreuves dynamiques LCA

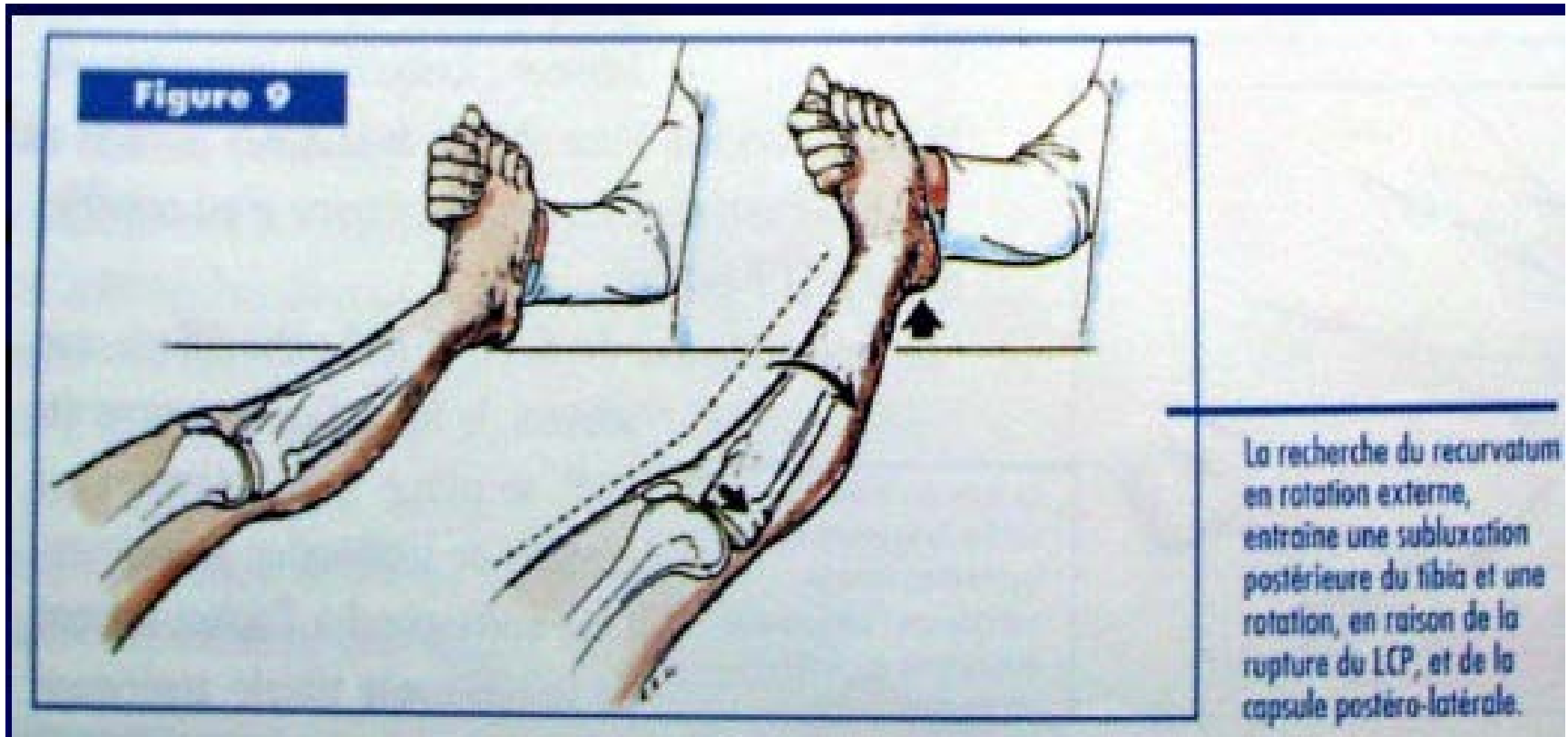


JERK TEST

Stress en valgus-RI-translation antérieure du tibia en partant de la position fléchie

Extension progressive et à 20° flexion → instabilité antéro-latérale avec subluxation rotatoire avec RESSAUT

Epreuves dynamiques LCP



Le **test de Hughston** consiste à soulever les jambes par les gros orteil. Une déviation en recurvatum et varus-rotation ext traduit une lésion sévère du PAPE.

Epreuves méniscales

Fréquente, jeune, sport ou position accroupie

- interne x6/externe
- interrogatoire

– le BLOCAGE AIGU rare : en extension, à 30° de flexion, peut durer de plusieurs heures à plusieurs jours, sédation spontanée ou par manœuvres

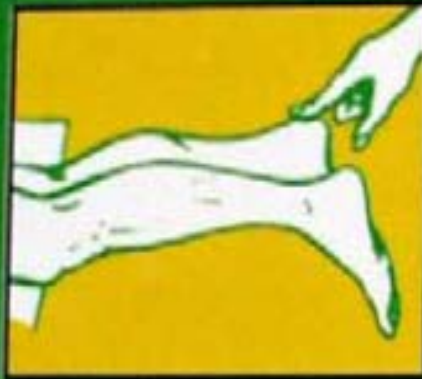
– douleur de l'interligne, dérobolements, sensation de ressaut, d'instabilité, épanchements, insécurité en terrain accidenté, hydarthrose.

Epreuves méniscales

Douleurs palpation interligne lors flexion-extension
Douleurs en hyper-extension ou flexion forcée
Douleurs/ressauts lors tests méniscaux



Douleur interligne
interne ou externe.
Recherche d'un kyste
externe.



Signe du blocage fin.
Signe de l'extension
douloureuse de
GENETY.



GRINDING-TEST :
en RI, douleur interligne
externe.
en RE, douleur interligne
interne.



MAC MURRAY
Extension contrariée
avec varus comprimant
l'interligne interne et
rotation interne du pied,
si + : lésion MI.

Epreuves méniscales

Test Mc Murray

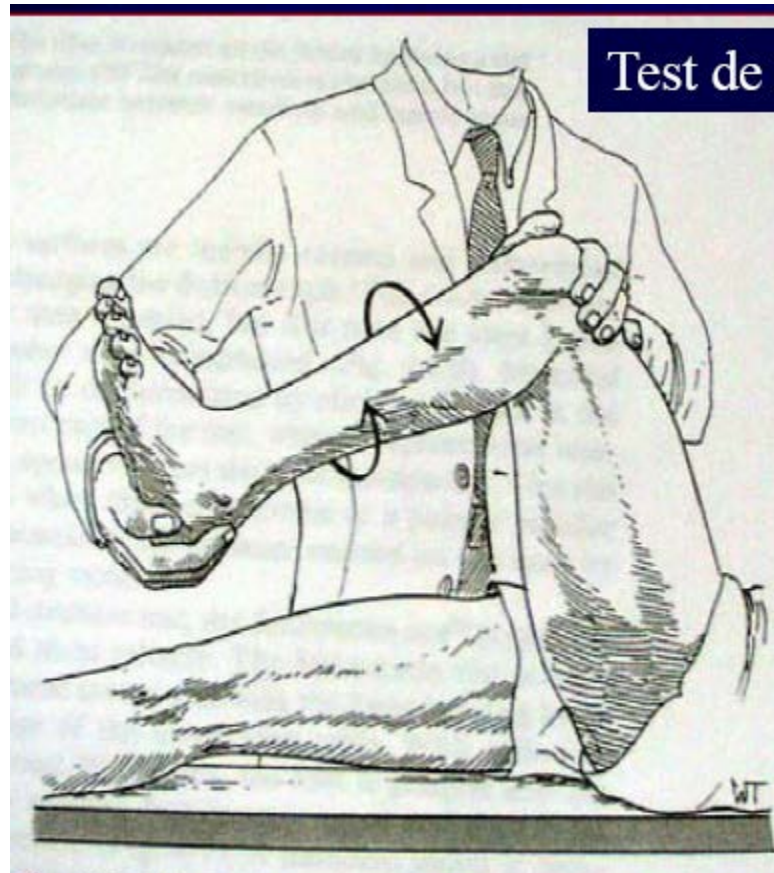


Fig. 4-5. The McMurray test is performed with the knee in flexion alternately internally and externally rotating the foot. A cartilage snap or jump is appreciated by the fingers of the other hand placed on the joint line.

Epreuves méniscales

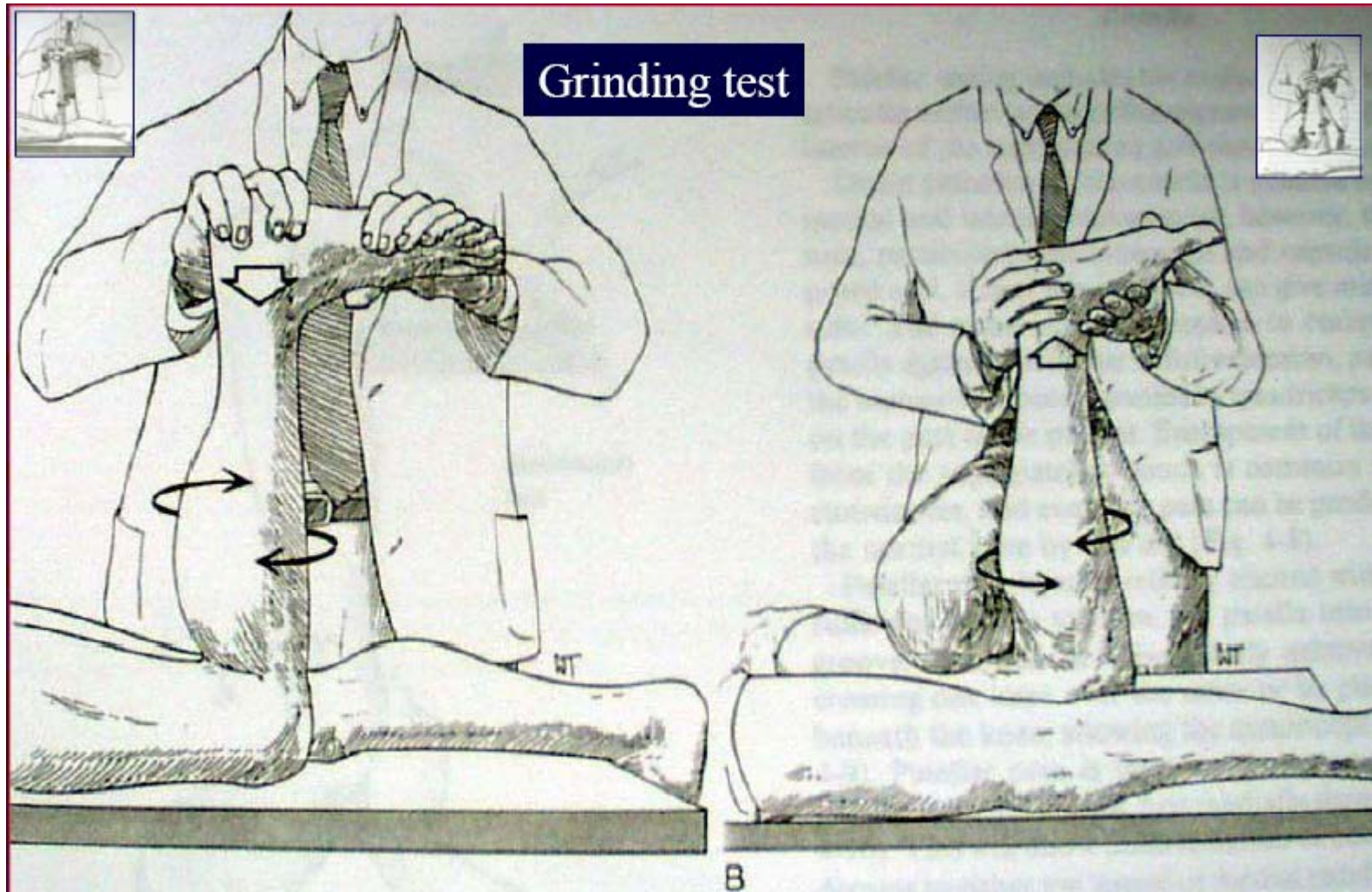


Fig. 4-6. The Apley test is a variation of the McMurray test. (A) The tibia is rotated on the femur applying axial compression. This part of the test is positive when there is a meniscal tear. (B) The maneuver is repeated, but this time distracting the knee joint. The maneuver is supposed to differentiate between meniscal and ligamentous injuries.

Mac Murray

