

Les laxités postérieures du genou : diagnostic et classifications

D. Saragaglia



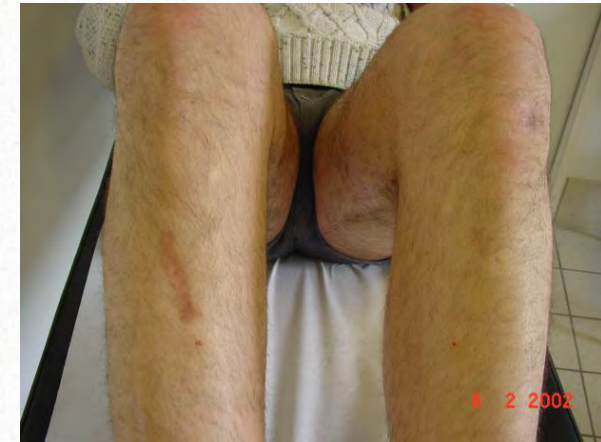
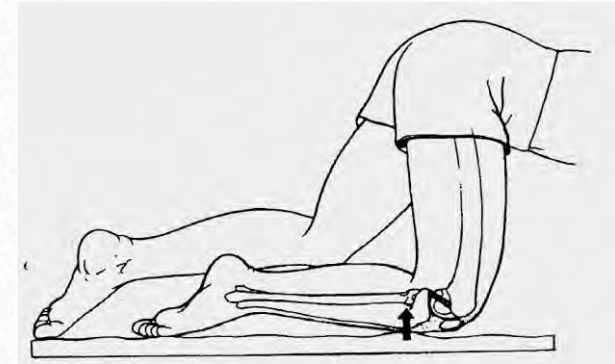
Clinique Universitaire de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie du Sport CHU de Grenoble, Hôpital Sud.

Introduction

- **Relativement rares**
- **Fréquence variable**
 - **1 à 40%**
 - **Dépend du type de recrutement du centre :**
 - **Sportifs (fréquence moindre)**
 - **Accidents de la route**
 - **Notre service : 2 à 5% (surtout accidents Sportifs et domestiques)**

- **Mécanisme lésionnel**

- Habituellement => choc direct sur la TTA (45%)
- Mécanisme similaire chez le sportif qui tombe à genoux (pied en flexion plantaire)
- Autres mécanismes beaucoup plus rares
 - Hyperextension
 - hyperflexion
 - valgus rotation externe
 - varus rotation interne

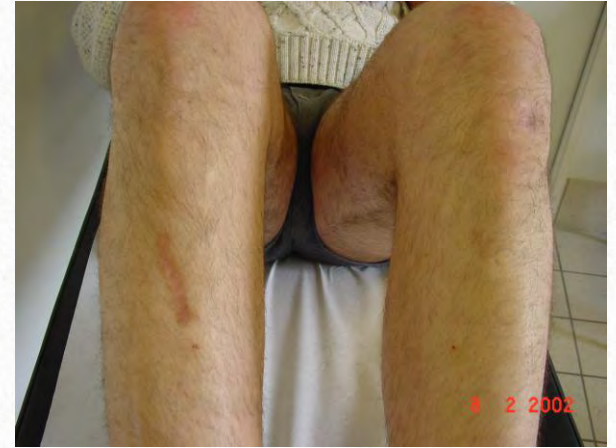


Diagnostic

- **Souvent méconnu chez le polytraumatisé**
 - Gros genou
 - impact sur la TTA doit faire évoquer ce diagnostic
 - Conduire à un examen sous AG au cours d'un geste sur une autre lésion (fémur, cotyle, bassin...)
- **Chez le sportif (ou en cas de lésion isolée) il faut savoir y penser devant**
 - Un gros genou empâté et douloureux
 - Une douleur intense du creux poplité
 - Un impact sur la TTA

• Examen

- Plus facile dans les lésions chroniques
- Morphotype (varus statique et/ou dynamique)
- Impact cutané +++
- Genou en flexion (80° - 90°)
 - Avalement de la TTA (Tibial step off, posterior sag)
 - Tiroir postérieur
 - « Faux tiroir antérieur »
 - Test le plus sensible (90%)
 - Et le plus spécifique (99%)
 - Rubenstein - (AJSM, 1994)
 - Peut être majoré ou diminué par la rotation de la jambe
 - » Rot. Ext. : lésion post. Lat.
 - » Rot. Int. : lésion post. Méd.



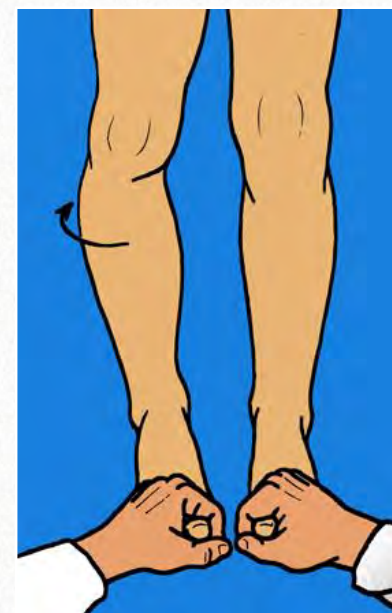
- **Test de contraction du quadriceps de Daniel**

=> Réduction du tiroir postérieur

- **Hypermobilité du compart. latéral**

– **Genou en extension**

- **Laxité en valgus-flexion et en valgus-extension (lésion postéro-médiale?)**
- **Laxité en varus-flexion et en varus-extension (lésion postéro-latérale?)**
- **Tiroir antérieur près de l'extension (« faux test de Lachman »)**
- **Recurvatum-rotation-externe test de Hughston.**



- **L' examen notera également**
 - L' absence de ressaut qui contraste avec
 - Tiroir et « faux Lachman »
- **D' autres tests sont moins spécifiques et plus discutables**
 - Reversed pivot shift de Jacob
 - Test de Whipple et Ellis
 - Postero medial pivot shift test (Owens, 1994)

• Imagerie

– Rx de débrouillage : F+P+
défilés

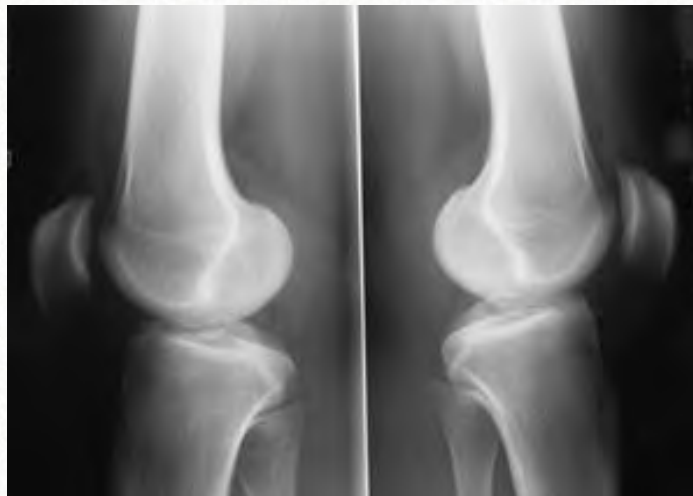
• Éliminent une fracture associée
(urgence +++)

– F. tête de la fibula

– F. « médiale de Segond » (Hall et Hochman)

– Avulsion de l'insertion tibiale du LCP

• Discret recul post. du plateau tibial



– Impératif de quantifier la laxité en mesurant la laxité postérieure

- **Mesure du tiroir postérieur manuel**
- **RX dynamique en décubitus latéral, Avec contraction des ischio-jambiers**
- **Incidence fémoro-patellaire de Puddu et Chambat**
- **Le gravity sag view (Shino, 2000)**
- **Incidence agenouillée (kneeling view) de Osti et Bartlett (2001)**
- **Telos^R**



– IRM

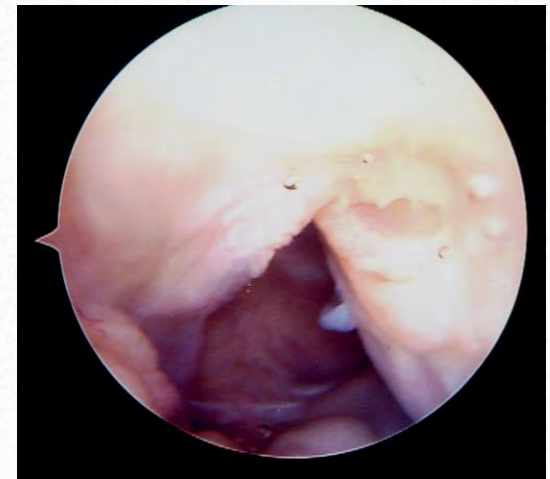
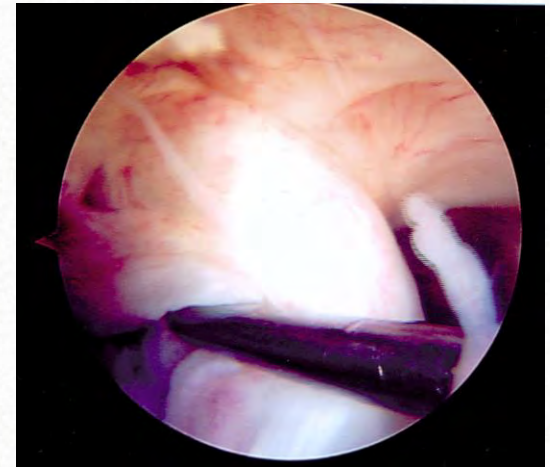
- Incontournable pour le diagnostic des ruptures du LCP
- Doit être couplée à l'examen clinique et aux clichés dynamiques
- Très utile pour le diagnostic des lésions associées (ménisques ++)
- Permet la surveillance de la cicatrisation en cas de traitement orthopédique



- **L'arthroscopie**

- Peu d'intérêt pour le diagnostic de la rupture du LCP
- Examen clinique et imagerie +++
- Utile si l'on envisage dans le même temps opératoire la réparation du LCP

LCA détendu



Disparition LCP

Classification

- **On peut utiliser la même classification pour les lésions récentes et chroniques**
- **Examen sûrement plus facile en chronique qu' en aigu**
- **Classification internationale (ISAKOS, 2002)**
- **Classification « française » (Dejour, 1981)**

Les ruptures « isolées » du LCP

- **Examen clinique**

- « Faux Lachman »
- Absence de ressaut
- Absence de laxité périphérique
- Avalement de la TTA
- Tiroir postérieur (« faux tiroir antérieur »)
- Réduction active du tiroir postérieur

- **Imagerie RX**

- Clichés de profil, gen. à 90° comparatifs, en décubitus dorsal, avec contraction des ischio-jambiers
 - Tiroir post. Diff. : 10+/-5 mm
 - Diminue légèrement en rot. Int. (bergfeld)
- **IRM : confirmera le dgc, etc...**

Les lésions périphériques associées

- **Il peut s'agir de lésions postéro-latérales**
 - => Laxités postéro-postéro-latérales**
- **Ou de lésions postéro-médiales**
 - => Laxités postéro-postéro-médiales**

Les laxités postéro-postéro-latérales

- **Examen clinique**

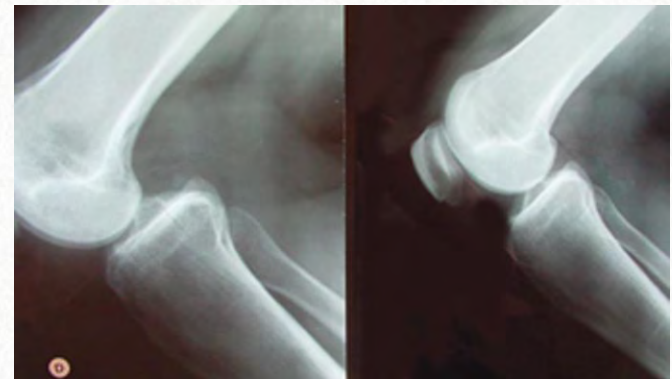
- « Faux Lachman »
- Absence de ressaut
- *Laxité en varus-flexion et varus-extension*
- *Récurvatum-test de Hughston positif*
- Avalement de la TTA
- Tiroir post. Majoré par la rot. Ext. de la jambe
- *Hypermobilité du compartiment ext. Du genou*
- Réduction active du tiroir post.

- **Imagerie RX**

- Débrouillage
- Dynamiques
 - décubitus dorsal genoux à 90° , contract. Ischio-jambiers
 - Svt tiroir majeur > 15 mm de différentielle

- **IRM :**

- idem rupture isolée du LCP



Les laxités postéro-postéro-médiales

- **Examen clinique**

- « Faux Lachman »
- Absence de ressaut
- Avalement de la TTA
- *Laxité en valgus-flexion et valgus-extension*
- Absence de laxité postéro-latérale
- Tiroir post. Majoré par la rot. int. De la jambe

- **Imagerie :**

=> idem autres laxités postérieures

Les luxations postérieures du genou

- Habituellement rupture des 2 croisés
- Shields (1969) => luxations du genou sans rupture du LCA
- CAT différente
 - Réduire la luxation
 - S'assurer de l'absence de lésion artérielle (présentes dans 44% des luxations postérieures)
 - S'assurer de l'absence de lésions périphériques associées
 - examen clinique après réduction
 - IRM

Conclusion

- **Le diagnostic en urgence est relativement facile à condition d'y penser**
- **Le diagnostic des lésions périphériques associées n'est pas toujours facile (surtout au stade chronique)**
- **Clichés dynamiques et IRM indispensables pour la stratégie opératoire**



Merci de votre attention