

Examen clinique du genou ménisco-ligamentaire



S Descamps
Clermont Ferrand

Introduction

- A l'ère de l'imagerie première
- On ne traite pas une lésion mais un patient
 - motif de consultation ; plainte Fxelle
- Il faut distinguer examen du genou aigu du celui du genou chronique



- Ne pas forcer sur un genou en phase aigue
 - il faut un patient relâché
- Savoir refaire un nouvel examen
- Et le refaire au Bloc
- **Comparatif** controlatéral (ligament)
- Examineur dépendant
- But : guider les examens d'imagerie et de comprendre l'anatomo pathologie



Au final

- Vous allez ou non suspecter +/- fortement une lésion méniscale
- Vous allez avoir un statut ligamentaire :
 - dans le plan frontal
 - sagittal
 - axial : anomalie stabilité rotatoire

Ménisque : importance du terrain !

- Contexte traumatique ou non
- Age, sportif ?
- Sur genou stable ou sur genou instable ?
- Morphotype

Interrogatoire : y a t il des signes fonctionnels discriminants ?

- Douleur : non discriminant : Toute étiologie (ligamentaire, méniscale, patellaire, chondrale, tendineuse)
- Dérangement interne : ménisque, chondrale
- Instabilité : ligament ++, patella, chondrale
- Épanchement : pathologie intra articulaire
- Claquement : patellaire, ménisque, chondrale, rien du tout, tendon
- blocage : ménisque, chondrale, patellaire

Tests d'exploration méniscale

- Palpation douloureuse IL : cri méniscal
- Grinding test Appley
- Signe Mac Murray
- Signe de cabot
- Signe de genety
- Test Ege
- Test de Thessaly
- Test de Seil

Exploration méniscale

Par la palpation au niveau de l'interligne



Mac Murray

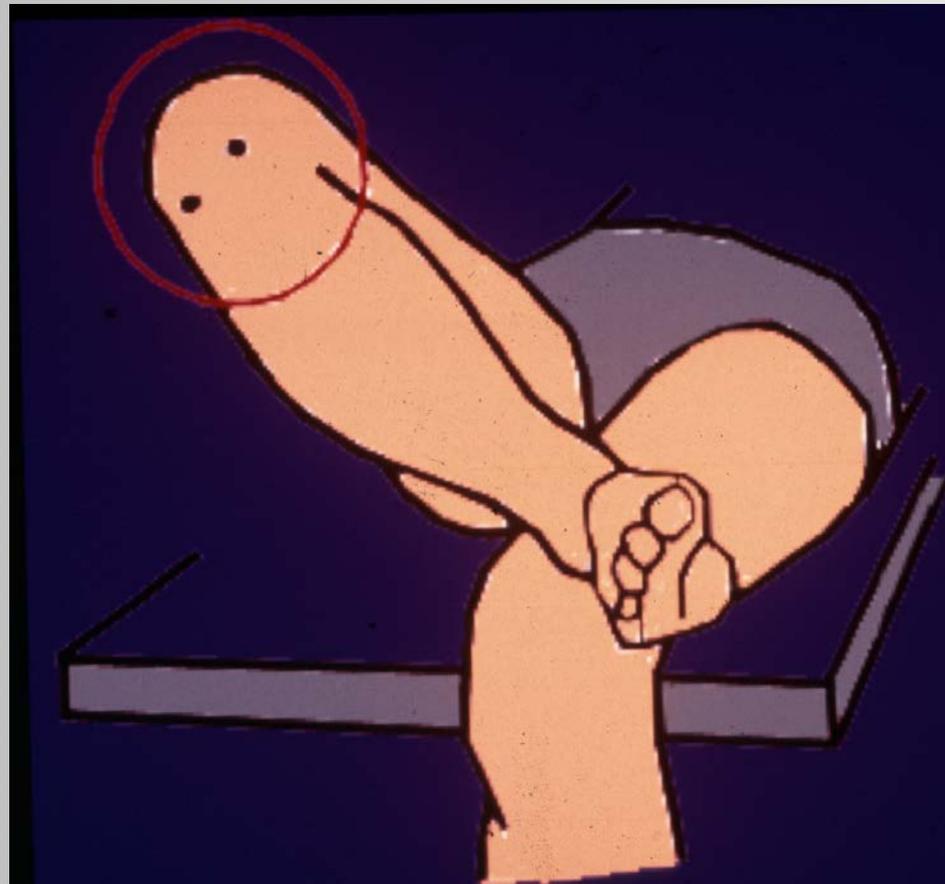


en flexion : segment post en extension recherche dlr segment antérieur

Grinding test Appley



Signe de Cabot



Signe de Genety



Test de Ege : (Mac murray en charge)



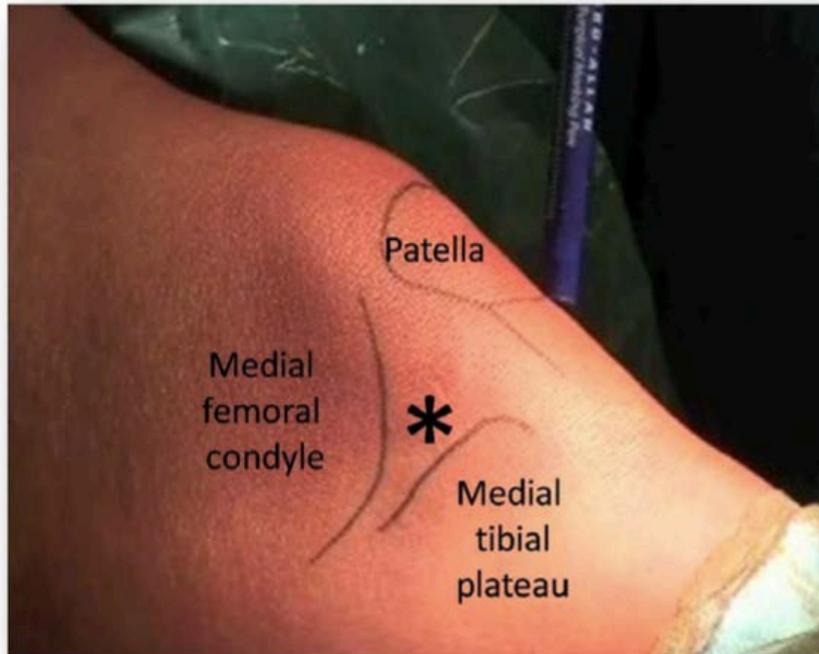
squat dynamique dans les deux rotations max

Test de Thessaly



Signe de Seil

- en extension varus



« plop » extrusion

Seil R et al.: A clinical sign to detect root avulsions of the posterior horn of the medial meniscus. KSSTA 2011



Special tests for assessing meniscal tears within the knee: a systematic review and meta-analysis

Benjamin E Smith,¹ Damian Thacker,² Ali Crewesmith,¹
Michelle Hall³

Table 3 Summary of sensitivity, specificity, likelihood ratios and heterogeneity

	Sensitivity (95% CI)	Specificity (95% CI)	LR+ (95% CI)	LR- (95% CI)	I ² (%)
McMurray's	61% (45% to 74%)	84% (69% to 92%)	3.2 (1.7 to 5.9)	0.52 (0.34 to 0.81)	51
JLT	83% (73% to 90%)	83% (61% to 94%)	4.0 (2.1 to 7.5)	0.23 (0.12 to 0.44)	83
Thessaly 20°	75% (53% to 89%)	87% (65% to 96%)	5.6 (1.5 to 21.0)	0.28 (0.11 to 0.71)	94

JLT, joint line tenderness; LR-, negative likelihood ratio; LR+, positive likelihood ratio.

Et l'IRM ?

Examen ligamentaire

Instabilité : signe fxel

- C'est un signe subjectif qui est décrit par le malade comme un déroboement du genou ou une sensation d'insécurité
- On précise la fréquence de survenue
- On distingue:
- Le déboitement : souvent décrit par le patient comme une «luxation du genou», il correspond soit à une rupture du croisé antérieur soit à une luxation de la rotule.
- Le déroboement : c'est un «genou qui lâche», «qui ne tient pas», en particulier dans les escaliers ou le terrain accidenté

Exploration ligamentaire : on parle de laxité



Interrogatoire : y a t il des signes fonctionnels discriminants ?

- Douleur : non discriminant : Toute étiologie (ligamentaire, méniscale, patellaire, chondrale, tendineuse)
- Dérangement interne : ménisque, chondrale
- Instabilité : ligament ++, patella, chondrale
- Épanchement : pathologie intra articulaire
- Claquement : patellaire, ménisque, chondrale, rien du tout, tendon
- blocage : ménisque, chondrale, patellaire

Tests d'exploration ligamentaire

- Lachman (qualitatif, semi qtif)
- Tirroir à 90° RN RI RE (LCA, LCP, Papi, Pape)
- Ressault (ébauché, franc, explosif)
- Pivot shift
- Jerk test hughston

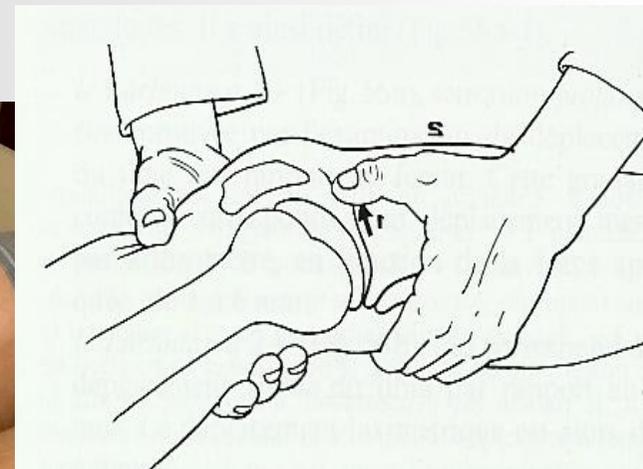


Clinical examination of anterior cruciate ligament rupture: a systematic review and meta-analysis

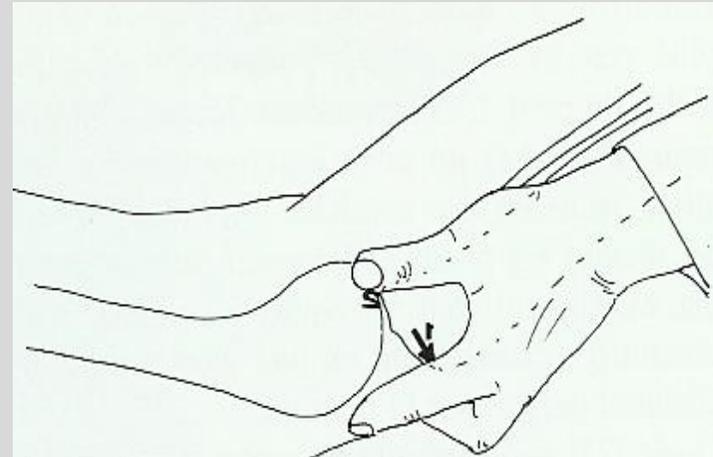
Wenhan HUANG^{1,2}, Yu ZHANG^{1,2}, Zilong YAO^{1,2}, Linmin MA²

- The Lachman test is the most sensitive test to determine ACL tears, showing a pooled sensitivity of 87.1%
- The pivot shift test is the most specific test, showing a pooled specificity of 97.5%

Test de Lachman



Lachman Feagin



Tests de plans latéraux



Tiroir antérieur à 80/90° et postérieur



En rotation neutre, mais également en RI et en RE !

Instabilité antero latérale : pivot shift test



Lateral pivot shift test de MacIntosh
la luxation antéro ext se réduit

Variante : Jerk test Hughston



Test de Slocum

128

3 Evaluation of the Ligaments

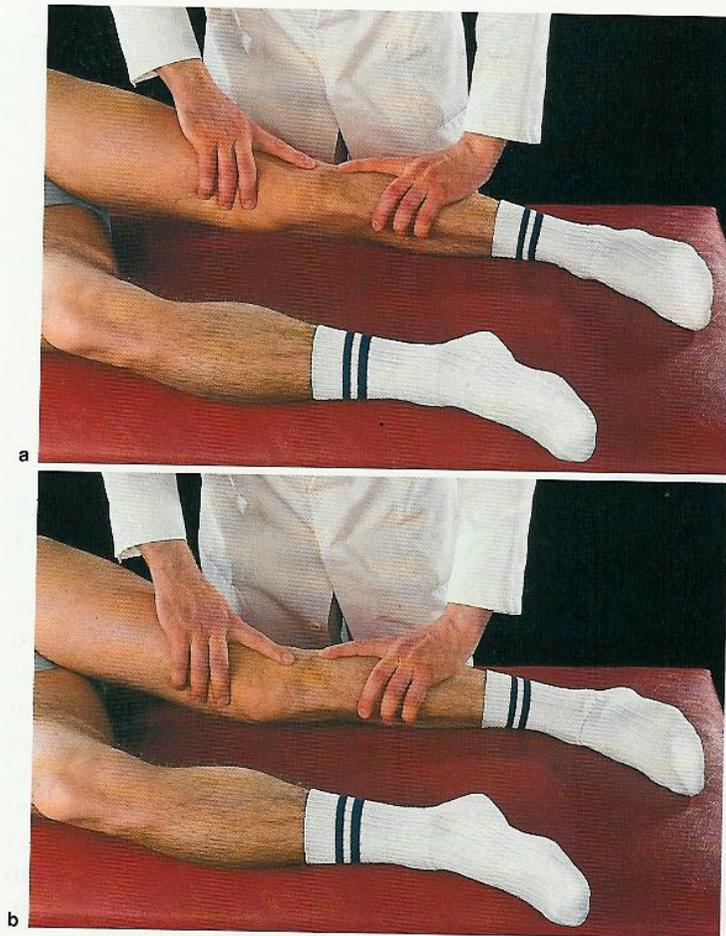


Fig. 3-26a, anteriorly ; slightly flexed ; point toward tibial plate. flexed (b) (each other)

But : Mise en évidence d'une lésion du ligament croisé antérieur.

Manœuvre : Le sujet est en décubitus latéral sur le côté sain avec sa hanche et son genou fléchis. Le membre inférieur à tester ne repose que par le pied sur la table (afin d'entraîner une contrainte en valgus sur le genou) avec le genou en rotation interne. Le thérapeute place une main sur la partie inférieure de la cuisse et l'autre sur la partie supérieure de la jambe. Tout en appliquant une contrainte en valgus avec ses mains, le thérapeute va fléchir le genou.

Positivité : L'apparition d'une sub-luxation du compartiment latéral du tibia au début du mouvement suivie d'une réduction de ce compartiment entre 30° et 40° de flexion.



Reverse pivot shift

- Si LCP Et Pape : réduction d'une subluxation postérieure pl tir externe



Recurvatum/Rot Ext test Hughston

- Pape surtout si LCP



Conclusion

- Le diagnostic clinique des lésions périphériques associées n'est pas toujours facile (surtout au stade chronique)
- Vous avez un statut ligamentaire :
 - dans le plan frontal
 - sagittal
 - axial : anomalie stabilité rotatoire
- Orientation examen complémentaire :
- Clichés dynamiques ? IRM quelle urgence ? aneio scan ?
- Radio dans tous les cas : la laxité est parfois osseuse / articulaire