

LES LAXITÉS POSTÉRIEURES DU GENOU

DIAGNOSTIC ET CLASSIFICATIONS



Docteur
Pierre-Louis FOURNIER
*Spécialiste du membre inférieur,
Chirurgien du Sport*
dr.plfournier@gmail.com

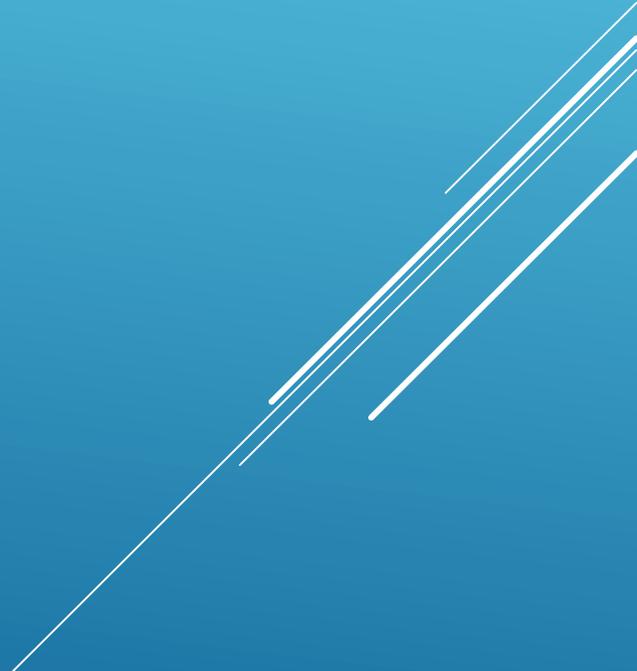


PÔLE SANTÉ RÉPUBLIQUE
105 Avenue de la République
63000 CLERMONT-FERRAND
Tél.: 04 73 99 43 11

07/02/2020 DIU ARTHROSCOPIE
SESSION GENOU


UNIVERSITÉ
Clermont
Auvergne

INTRODUCTION

- ▶ Relativement rares
 - ▶ Fréquence variable – 1 à 40%
 - ▶ Dépend du type de recrutement du centre :
 - Sportifs (fréquence moindre)
 - Accidents de la route
- 

MECANISMES LESIONNELS

- ▶ Il s'agit d'un choc direct sur la TTA : 45% des cas écrasement / AVP 2 roues / tableau de bord
- ▶ 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» – sensible (90%) - spécifique (99%)
- ▶ Test de contraction du quadriceps de Daniel => Réduction du tiroir postérieur
Hypermobilité du compart. latéral



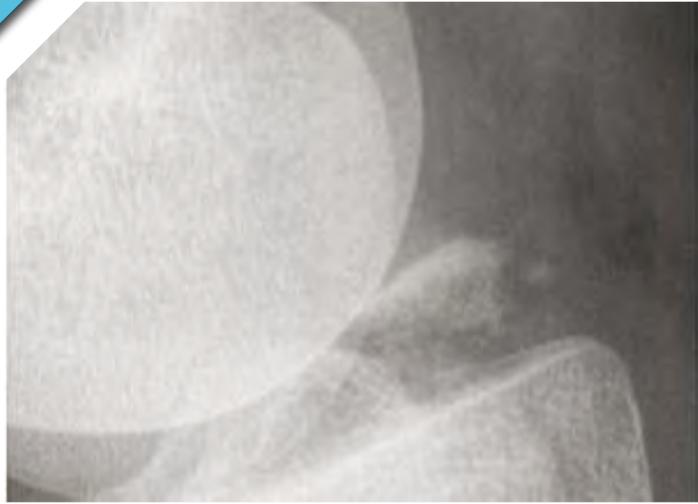


Genou en extension

- 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.

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

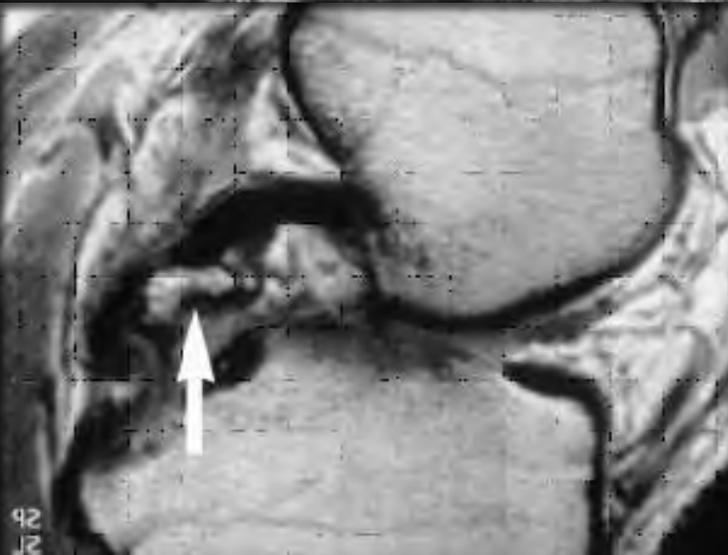


- Impératif de quantifier la laxité en mesurant la laxité postérieure

- 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)
 - TelosR

IRM

- ▶ Diagnostic des ruptures du LCP
- ▶ doit être couplé 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



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 la rupture

LES LAXITÉS 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 LC



LES LAXITÉS 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 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 LUXATIONS POSTÉRIEURES DU GENOU

- ▶ Habituellement rupture des 2 croisés
- ▶ S'assurer de l'absence de lésion artérielle (présentes dans 44% des luxations postérieures) PEC SPECIFIQUE
- ▶ S'assurer de l'absence de lésions périphériques associées examen clinique après réduction et radio dynamique sous AG • IRM

	Tiroir postérieur 90°			Laxité	TP 30°	Hugston	HME
	Direct	RI	RE	Frontale		test	
Laxité postérieure isolée	+	+/-	+	0	0	0	0
Laxité postéro-externe (plan frontal)	++	++	+++	VARFI + LEE +	+	+ /-	0
Laxité postéro-externe (plan horizontal)	++	++	+++	0	+	+	+
Laxité postéro-externe (mixte)	++	++	+++	VARFI + LEE +	+	+	+
Laxité postéro-interne	++	++	++	VALFE + LIE +	+	0	0

Tableau récapitulatif de la classification des laxités postérieures chroniques selon les signes cliniques observés

TP : Tiroir postérieur - RI : Rotation interne - RE : Rotation externe - HME : Hyper mobilité externe - VARFI : Laxité en varus flexion rotation interne - VALFE : Laxité en valgus flexion rotation externe - LEE : Laxité externe en extension - LIE : Laxité interne en extension.



LE TRAITEMENT FONCTIONNEL

Evolution naturelle

- ⇒ Moins d'arthrose que LCA
- ⇒ Moins d'atteintes méniscales?
- ⇒ Fonction du type de lésion
- ⇒ Fonction des associations lésionnelles
- ⇒ Renforcement du quadriceps

- ▶ ***En phase aigue il n'est justifiable que si il s'agit d'une lésion isolée du ligament croisé postérieur sans atteinte d'un plan périphérique ni d'un point d'angle.***

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

- ▶ *Le traitement est le plus souvent fonctionnel*
- ▶ Mais une laxité postérieure chronique peut être opérée dès lors que la gêne fonctionnelle le justifie :
 - ▶ douleurs, instabilité, incapacité à atteindre un niveau d'activité fonctionnel suffisant.

Nb : Avant de poser une indication chirurgicale, il faudra s'assurer que les possibilités d'amélioration par la rééducation ont été épuisées.



CONCLUSION

- ▶ Le diagnostic en urgence est relativement facile à condition d'y penser = **GROS GENOU DOULEUR POSTERIEUR**
- ▶ Le diagnostic des lésions périphériques associées n'est pas toujours facile (surtout au stade chronique) **penser a examen sous AG si doute**
- ▶ Clichés dynamiques **EN AIGUE**
- ▶ **IRM indispensables pour la stratégie opératoire**