



 ELSAN

CENTRE MÉDICO CHIRURGICAL
DE TRONQUIÈRES

Luxation du genou

Prise en charge en urgence

Dr Frédéric Dalat

Unité de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Centre Médico-Chirurgical de Tronquières, Aurillac

fred.dalat@hotmail.fr

Cours DIU Arthroscopie, Clermont-Ferrand, 08 Février 2020



Epidémiologie

- Rare
- Homme >> Femme
- 30 – 40 ans
- **Circonstances :**
 - 50% accidents de circulation (polytrauma)
 - 35 % accidents sportifs
 - 10% chutes
- **50% des luxations seraient spontanément réduites**



Définition

- **Mécanisme lésionnel :**

- Haute énergie cinétique (AVP, chute hauteur élevée)

⇒ *complications vasculaires fréquentes (12 à 65% des cas)*

- Faible énergie cinétique (sport)

⇒ *séquence lésionnelle selon importance énergie cinétique : Triade => Pentade => Luxation*

⇒ *complications vasculaires rares (2,2% des cas, Neyret et al, symposium ESSKA 1998)*

- Hyper extension forcée du patient obèse à la marche ou en se levant d'un siège

⇒ *complications vasculaires fréquentes*

- **Luxation <> pentade <> lésions bi croisés**



Objectifs thérapeutiques

- PEC séquentielle
 - **Objectif premier => sauver le membre inférieur** (complication vasculaire)
 - **Objectif secondaire => préserver le pronostic fonctionnel** dans vie courante
 - Chirurgie ligamentaire en urgence différée
- Pronostic dépend en partie de la qualité de la PEC initiale en urgence**



Evaluation initiale aux urgences

- **Si luxation => diagnostic évident**
 - Douleur majeure et déformation
- **Si pentade ou luxation réduite :**
 - Mécanisme et cinétique lésionnelle
 - Impression de déboitement
 - Impotence fonctionnelle totale immédiate
 - « Genou polichinelle »
 - Notion de réduction par secours



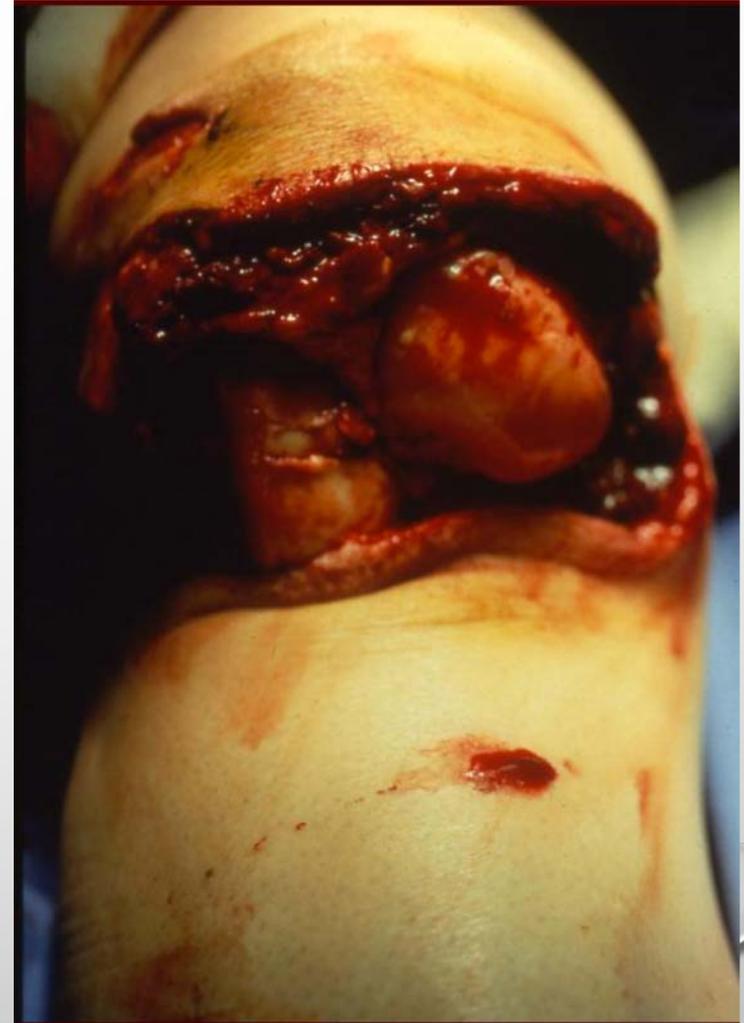
Examen clinique aux urgences

- **Ouverture cutanée** => problème couverture
- **Epanchement** peut être absent
- **Evaluation vasculaire :**
 - Indispensable et répétée
 - Disparition pouls périphériques et pied froid

⇒ atteinte artérielle évidente

- Parfois ischémie progressive et sournoise

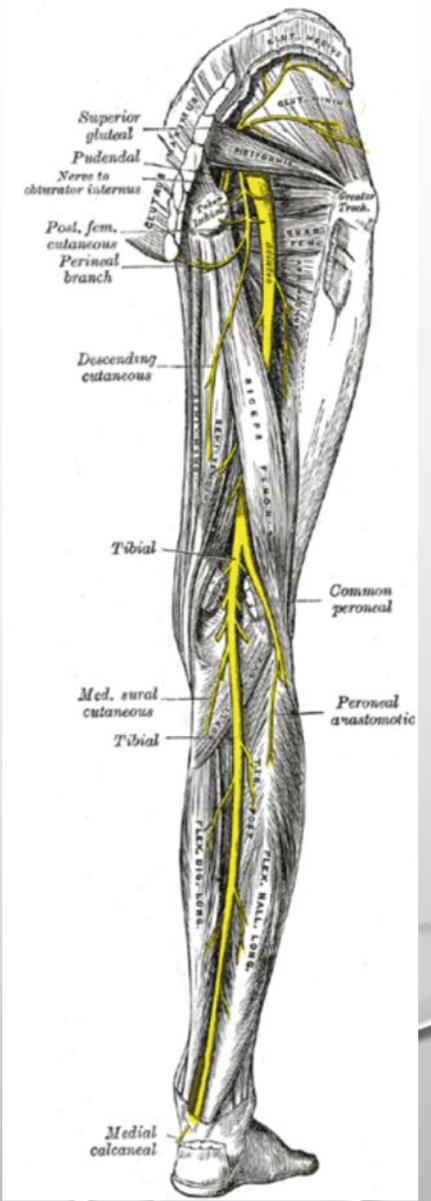
⇒ **Examen clinique normal n'exclut pas une atteinte artérielle**



Examen clinique aux urgences

- **Evaluation neurologique :**
 - Territoires fibulaire et tibial
 - Souvent associé à atteinte vasculaire

• Examen clinique vasculaire et neurologique consigné et horodaté dans dossier



Examens paracliniques aux urgences

- **Bilan osseux :**

- Rx genou face et profil sans délai avant réduction

- Diagnostic luxation => intérêt médico-légal et classement topographique

- Lésions osseuses associées : fractures, rupture appareil extenseur

- Lésions ligamentaires :

- bâillements spontanés
- avulsions osseuses

(tête fibula, massif des épines tibiales, fracture de segond,...)



Examens paracliniques aux urgences

- **Bilan vasculaire :**

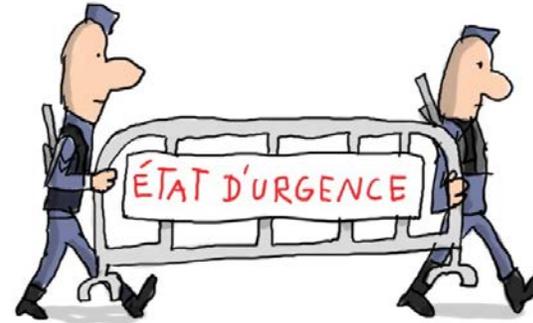
- Pronostic conservation membre
- Si ischémie => revascularisation < 6 heures

- **Atteinte artérielle évidente :**

- Abolition pouls
- Urgence absolue => rien ne doit retarder la réduction et la réparation vasculaire
- Artériographie sur table

- **Pas de lésion artérielle évidente :**

- Angioscanner en urgence systématique => flap intimal poplité
- Surveillance clinique horaire pendant 48 heures
(pouls et index systolique bras / cheville < 0,9)



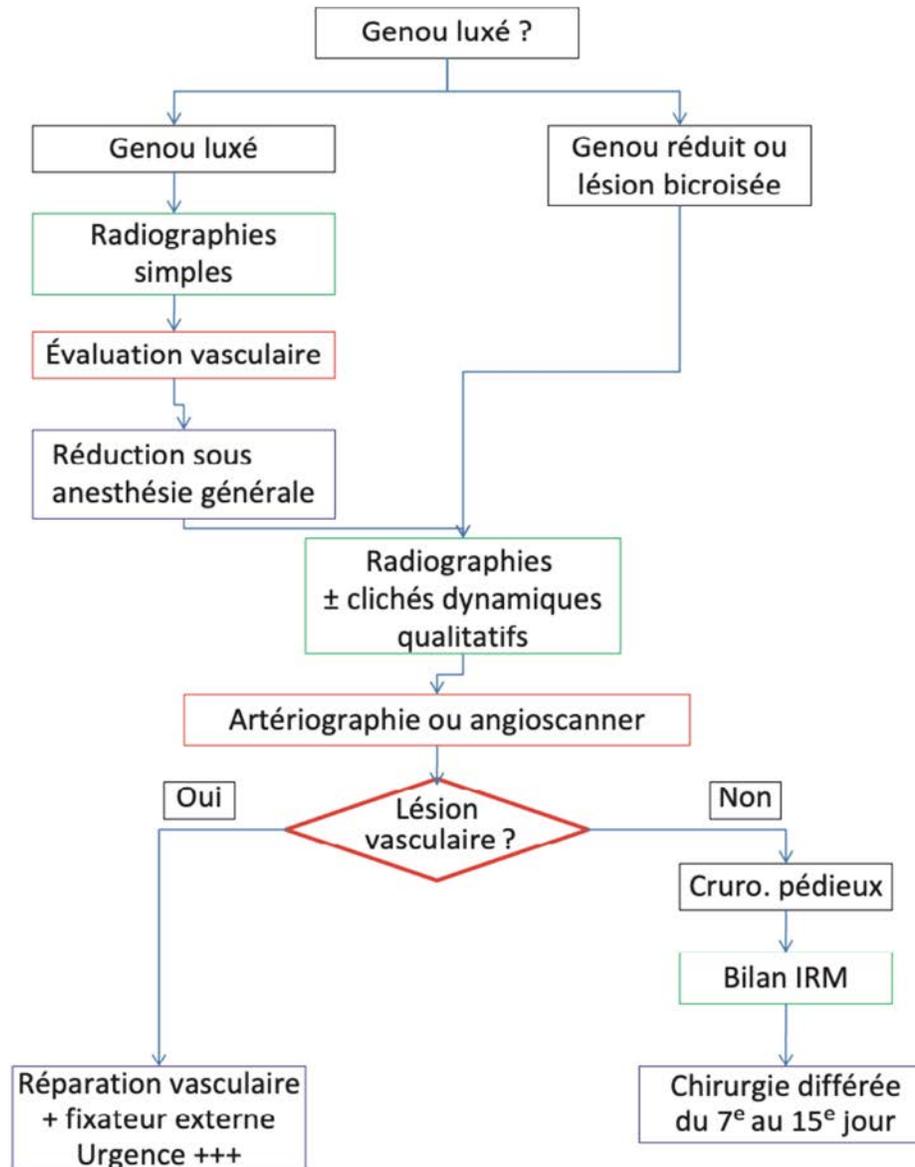
Réduction luxation

- **Urgence absolue**
 - De préférence au bloc, sous AG avec amplificateur de brillance
- **Puis testing ligamentaire sous amplificateur de brillance :**
 - Face : varus et valgus forcés en extension et à 30° de flexion
 - Profil en extension et en flexion
 - Intérêt qualitatif
- **Immobilisation attelle cruro-pédieuse :**
 - Genou à 20-30° de flexion
 - Tibia position neutre de profil

- **Si incarceration => réduction impossible => réduction à ciel ouvert**
- **Si réduction instable et luxation récidivante => fixateur fémoro-tibial**
- **Recherche des poulx périphériques impérative après réduction**



Prise en charge chirurgicale en urgence



Réparation ligamentaire

• Pas de réparation ligamentaire en urgence

• Sauf 3 situations d'exception :

• Luxations irréductibles par incarceration capsulaire, méniscale ou du plan interne

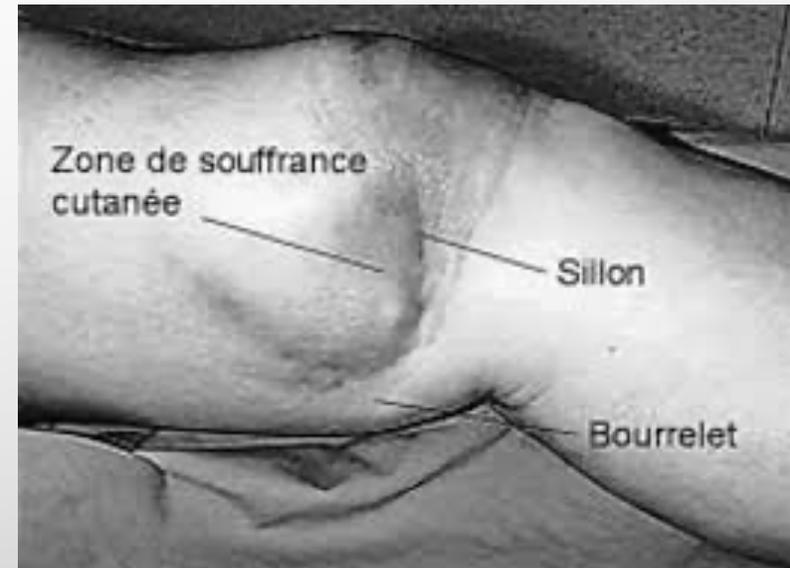
=> réduction à ciel ouvert

• Luxations exposées

=> parage et lavage

• Abord médial pour réparation vasculaire

=> réparation du plan interne par suture



• Réparation par suture simple ou réinsertion : avulsion osseuse ou lésions collatérales

Réparation osseuse et ostéocondrale

- **Lésions osseuses** : 34% des luxations
- Fractures étagées MI homolatéral : 17% des luxations

=> *Mauvais pronostic fonctionnel*

- **Fracture articulaire du genou** : plateau tibiaux, condyles fémoraux, rotule
- **Fracture diaphysaire fémur ou tibia**

=> *Ostéosynthèse classique en urgence le plus souvent*

- **Avulsion osseuse ou rupture appareil extenseur**

=> *Réparation chirurgicale précoce*



Stabilisation du genou en urgence

- **Fixateur externe fémoro-tibial :**

- Lésions cutanées
- Lésion vasculaire
- Luxation incoercible
- Polytraumatisme

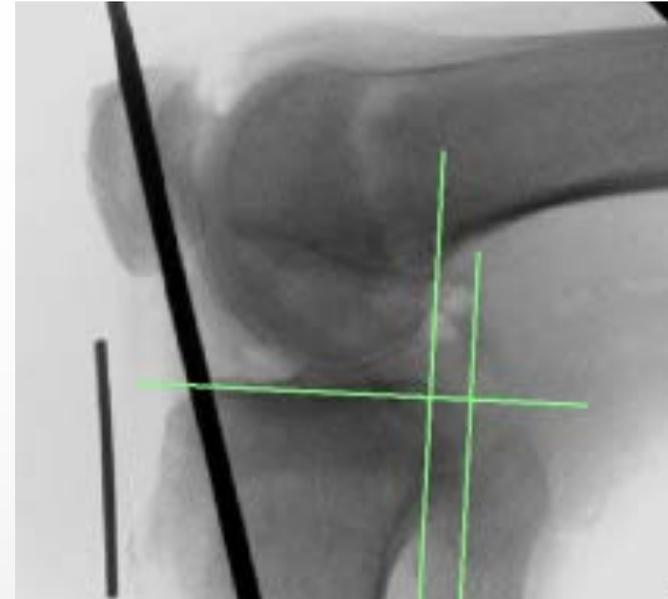
- **Si possible :**

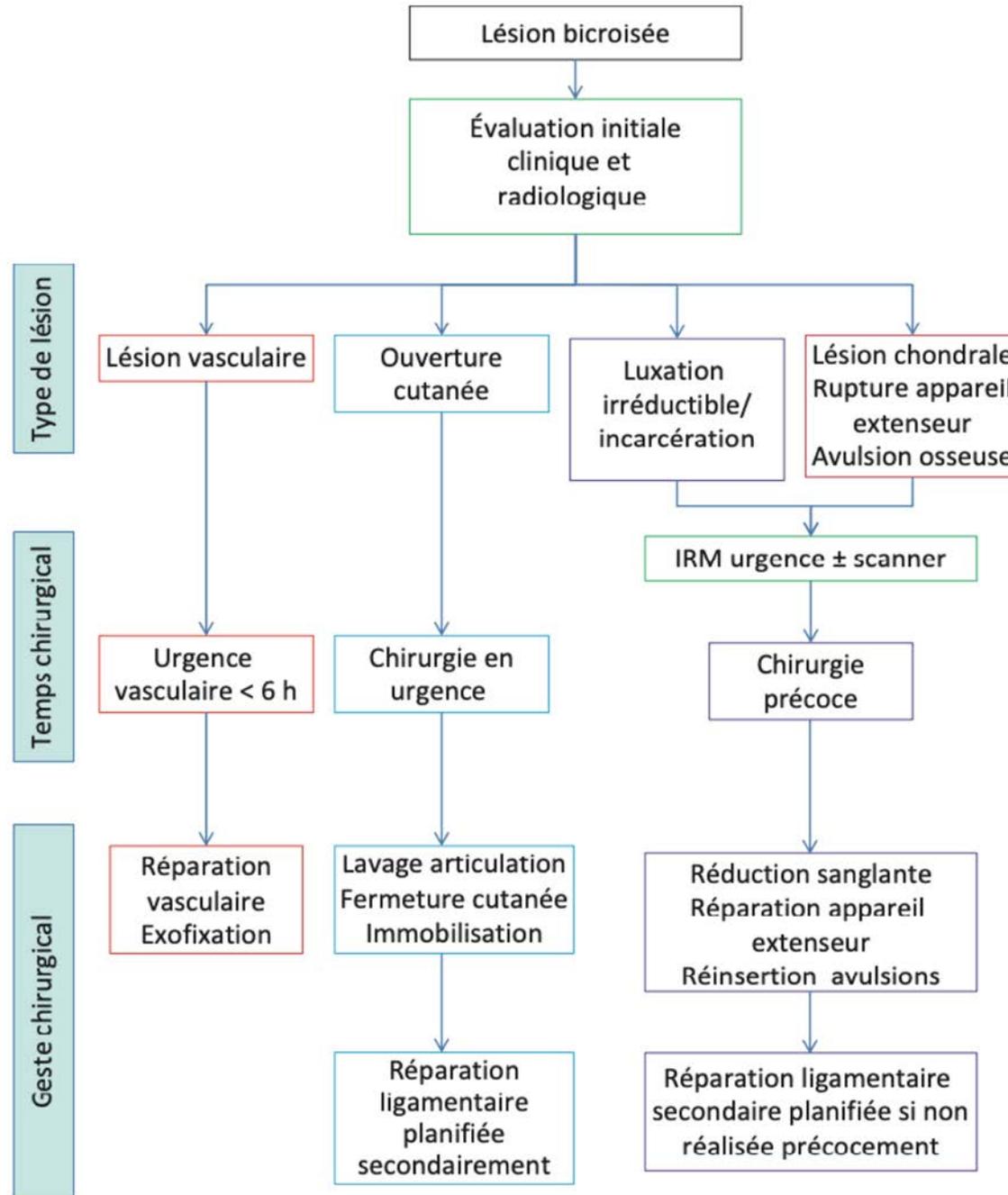
- IRM compatible
- 10 cm au dessus et en dessous interligne
- Fiches de gros diamètre

- **Risque infection et raideur** (*ttt définitif 6 à 8 semaines mais résultat médiocre*)

- **Autres solutions :**

- Olécranisation temporaire = luxation postérieure avec app. extenseur sain
- Brochage fémoro-tibial temporaire : luxation antérieure





Stratégie chirurgie ligamentaire

- **Chirurgie différée J5 à J21**

=> après phase inflammatoire et avant cicatrisation capsulo-ligamentaire

- **Stratégie opératoire selon bilan IRM :**

- Voies d'abord
- Gestion des greffons
- Séquences chirurgicales

- **Principes de reconstruction ligamentaire :**

- LCP => point zéro du genou
- Structures périphériques d'arrière en avant
- +/- LCA dans le même temps



Conclusions

- **Prise en charge difficile mais bien codifiée en urgence**
- **Nécessité d'une stratégie thérapeutique rigoureuse**
- **Pronostic dépendant de la qualité de la prise en charge en urgence**
- **En urgence, savoir dépister et traiter les lésions vasculaires**
- **Rechercher des lésions associées et hiérarchiser leur traitement**
- **Chirurgie ligamentaire secondaire**





Merci pour votre attention

