

Fractures du genou

I. fracture de l'extrémité distale du fémur :

1. introduction:

ce sont des fractures qui surviennent suite à un traumatisme sévère par un choc axial direct (de bas en haut) soit par un choc antéro-postérieur . ce sont des fractures difficiles à prendre en charge par la complexité de la reconstruction anatomique car ce sont des fractures qui surviennent sur de l'os spongieux.

le traitement est souvent chirurgical stable pour donner au post-opératoire une rééducation rapide.

2. classification des fractures de l'extrémité distale du fémur:

a) fracture du condyle unicondylienne:

il s'agit des fractures qui touchent un seul condyle externe ou interne dont le trait est antéro-postérieur. ce sont des fractures articulaires.

b) fractures supracondyliennes:

ce sont des fractures dont le risque est le déplacement du fragment distal vers l'arrière entraînant une compression de l'artère poplitée.

c) fractures sus et inter condyliennes :

- fracture simple en forme d'un Y ou d'un T

- fracture complexe avec des fragments intermédiaires importants sans luxation du genou.

- fracture qui forme un puzzle avec beaucoup de fragment difficile à interpréter.

d) fracture qui siège au niveau du condyle externe à trait frontal appelée la fracture de Hoffa: elle est visible sur une radio de profil.

3. complications:

les fractures de l'extrémité inférieure du fémur peuvent entraîner une atteinte de l'artère poplitée et du SPE (sciatique poplitée externe) suite à un trauma violent et un déplacement important

fracture ouverte type 1,2,3 de Cauchoix

enraidissement ou raideur de l'articulation du genou.

4. traitement:

toute fracture de l'extrémité distale ou inférieure doit être prise en charge en urgence pour éviter l'atteinte vasculaire et donner une mobilité normale à l'articulation du genou. ceci se fait par examen clinique, la mise en place ou non d'une traction d'attente et enfin réduire la fracture et stabilisation par un moyen de synthèse solide: plaque vissée, clou verrouillé rétrograde et DCS (dynamic condylar screw): vissage dynamique du condyle par compression.

II. fracture de l'extrémité proximale du tibia (le plateau):

1. Classification:

a) fracture du plateau externe: elle est caractérisée par :

séparation

tassement

séparation + tassement

b) fractures du plateau interne:

elles sont rares mais la plus fréquente la fracture du fragment postéro-interne.

c) fracture des deux tubérosité:

- fracture non déplacée en Y ou en V

- fracture déplacée métaphyso-apophysaire - fracture comminutive inclassables

2. Traitement:

suffit de relever le tassement fermer le livre et fixer par un moyen de synthèse.

III. Fracture de la rotule (appareil extenseur):

1. classification:

- fracture à 2 fragments

- fragment inférieur ou distale présente deux ou trois fragments

- fracture comminutive à plusieurs fragments (même si le distal est en un seul fragment)

Les entorses du genou

I. les entorses bénignes

1. définition:

- il s'agit le plus souvent d'une élongation des fibres ligamentaire sans rupture
- elles concernent les ligaments internes et externes

2. clinique:

- douleur siégeant sur le trajet des ligaments touché
- pas de bâillement du côté interne ou externe
- parfois l'association d'une lésion méniscale

3. Radiologie:

- la radiographie de face et de profil à la recherche de pastilles osseuses.
- IRM est parfois utile
- arthroscopie à la recherche d'une lésion méniscale

4. traitement des entorses bénignes:

il n'est pas nécessaire d'immobiliser le genou par un plâtre car il n'y a pas de lésion fibreuse à faire cicatriser.

- antalgique et anti-inflammatoire
- mobilisation rapide du genou
- appui autorisé
- rééducation rapide surtout la musculation du quadriceps et des ischio-jambiers
- la récupération peut se faire en trois semaines.

II. les entorses graves :

1. définition:

elle comporte les lésion des ligaments périphérique ou la rupture des ligaments croisés. c'est une lésion qui passe souvent inaperçu à cause des erreurs d'orientation thérapeutique.

2. clinique:

- notion de craquement
- déboîtement du genou
- sensation d'instabilité

3. mécanismes:

- mécanisme en valgus forcé: rupture du ligament interne et parfois le ligament croisé antérieur
- traumatisme en varus rotation interne: rupture du ligament croisé antérieur puis le ligament latéral. parfois l'association d'arrachement osseux et atteinte du sciatique poplité externe.
- l'hyperextension forcée entraîne la rupture du LCA
- les chocs antéropostérieure sur le tibia entraîne une rupture du ligament croisé postérieur LCP

- mécanisme violent: luxation du genou avec rupture des ligaments périphériques et des ligaments croisés antérieurs et postérieurs

4. clinique:

- hémarthrose qui se constitue rapidement
- point douloureux des insertions ligamentaires
- tester la laxité en varus, valgus: tiroir antérieur direct , tiroir postérieur direct , les tiroirs rotatoires interne et externe

5. les tests de rupture du LCA:

- tiroir en flexion à 90°
- test de Trillat Lachman: tester la mobilité antéro-postérieur: ce test est positif, il objective une rupture du ligament croisé antérieur
- le ressaut antéro-latéral: c'est le signe clinique le plus important d'une rupture du LCA.

6. rupture du LCP:

- effacement de la tubérosité tibiale antérieure
- genou fléchi à 70 ou 90°: suite à la contraction des muscles ischio-jambiers la jambe recule, soit il faut pousser la jambe vers l'arrière : tiroir postérieur.

7. radiologie:

- radiographie de face de profil
- radiographie dynamique: en varus, valgus, tiroir antérieur, tiroir postérieur.
- IRM

8. classification:

- | | |
|--|--|
| - lésion du ligament croisé antérieur | - triade antéro-interne LLI, LMI, LCA |
| - lésion du ligament croisé postérieur | - triade postero externe LLE, LME , LCP |
| - lésion du ligament medial | - triade postéro-interne LLI, LMI , LCP |
| - lésion du ligament latéral | - pentade interne: LLE, LLI, LCA, LCP, LMI |
| - triade antéro-externe LLE, LME, LCA | - pentade externe: LLE, LLI, LCA, LCP, LME |

9. Traitement:

a) rupture des ligaments périphériques

immobilisation par plâtre pour une durée de 45 jours, ces lésions périphériques cicatrisent rapidement puis entamer la rééducation du genou.

b) rupture du pivot central:

- souvent c'est la reconstruction du ligament croisé qui est réalisée par une technique chirurgicale suivie par une rééducation rapide et longue.

- il existe des techniques de reconstruction intra-articulaire et périphérique utiliser en fonction du type anapath de la lésion.

Les lésions méniscales

I. introduction:

la lésion du ménisque interne est différente de celle du ménisque externe. le mécanisme est essentiellement traumatique. elles sont fréquentes chez l'adulte jeune surtout sportif. le traitement actuel des lésions méniscales la suture et non l'ablation. le risque est l'apparition de l'arthrose.

II. traumatismes:

lors d'un mouvement forcé ou accident sportif le ménisque recule et se déchire en périphérie.

III. Clinique:

- douleur de l'interligne articulaire
- épanchement articulaire
- épisodes de crise articulaire
- un Griding test positif en rotation
- signe de Mac Murray positif
- rarement le genou en blocage d'emblée
- parfois le blocage est irréductible

IV. Classification d'après Trillat

type 1: fente postérieure: douleur isolée

type 2:

- anse de seau blocage aigu
- rupture transversale d'une anse de seau: languettes

type 3:

bandelettes luxées : stade de guérison apparente

V. radiologie:

- radiographie du genou face et profil
- arthrographie du genou est abandonnée
- IRM et la radio de choix pour le diagnostic d'une lésion méniscale.

VI. Traitement des lésions méniscales:

la seule complication de la lésion méniscale est la ménisectomie. actuellement le seul traitement est la conservation du ménisque quel que soit le type de lésion

- La ménisectomie subtotale est complètement abandonnée.
- elle se fait sous arthroscopie et sous anesthésie locale ou loco-régionale: cette technique permet l'exploration du genou, la réduction de la luxation, la suture de la lésion, la régularisation du ménisque.

