

L'ARTICULATION DU GENOU

A / Interrogatoire

Antécédents:

- circonstances d'apparition (traumatisme....) ,
- pathologie médicale ou chirurgicale,
- prise médicamenteuse...

Douleur:

- caractère mécanique ou inflammatoire;
- mode d'apparition: aiguë ou chronique.
- intensité: à évaluer par L'EVA (échelle visuelle analogique).
- siège: à faire préciser par le doigt du patient
- irradiation: rare au niveau du genou; surtout se méfier d'une douleur projetée (cruralgie ou origine coxo-fémorale).

D'où la règle d'examiner systématiquement la hanche devant toute douleur du genou.

- effet d'éventuels traitement pris.
- Distinguer entre la douleur d'origine fémoro-tibiale et fémoro-patellaire

Douleur fémoro-tibiale	Douleur fémoro-patellaire
Siège : face latérale du genou++ interne ++ou externe. postérieure poplitée diffuse. Facteurs aggravants : marche en terrain plat	Siège : antérieure++ Facteurs aggravants : marche en terrain accidenté montée et descente +++des escaliers. position assise prolongée, accroupissement

Blocage:

- Vrai : (en flexion) impossibilité d'étendre complètement le genou pendant quelques minutes (témoin d'une lésion méniscale).
- Pseudo: de durée brève (témoin d'une lésion cartilagineuse)

Dérobement:

- genou qui lâche en particulier: en escaliers ou sur terrain accidenté.

B / Examen d'un genou

1) Position debout : recherche de troubles statiques.

❖ plan frontal

Genu varum : genoux écartés, mesure de la distance inter condylienne interne.



➤ ***Genu valgum*** : genoux qui se touchent, mesure de la distance intermalléolaire interne des deux chevilles.



Plan sagittal

➤ ***Genu flexum*** : impossibilité d'étendre complètement le genou.



➤ ***Genu recurvatum*** : Hyperextension du genou.



2) Position couchée :

a) Inspection comparative :

mise en évidence d'un gros genou : comblement des culs de sac quadricipitaux et disparition des méplats latéraux et sus rotuliens.

b) Palpation : recherche d'un épanchement intra articulaire

Technique:

- Patient en décubitus dorsal, genou en extension: avec les deux mains on exerce une pression sur les culs de sac latéro- rotuliens et sous quadricipital de façon à concentrer la plus grande quantité du liquide sous la rotule; on exerce alors une pression sur la face antérieure de la rotule qui vient buter sur la trochlée créant un choc comme un glaçon dans l'eau c'est le **choc rotulien**.
- La palpation du creux poplité (mieux en décubitus ventral genou fléchi à 90°) à la recherche d'un **Kyste poplité**

- recherche de points douloureux électifs :

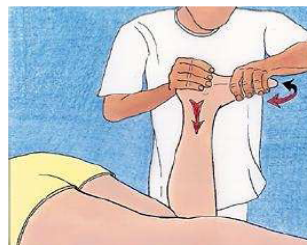
- _ Antérieur : ligament patellaire (tendon rotulien).
- _ Interligne articulaire : dégagé en plaçant le genou en légère flexion.
- _ Touchers rotuliens interne et externe.

f- recherche de mouvements anormaux :

- Tiroirs : antérieur et postérieur, test de Lachman ; si la manœuvre est positive elle témoigne d'une lésion du LCA ou LCP (ligament croisé antérieur ou postérieur).



- Mouvements de latéralité : interne ou externe.
- Lésions méniscales: Manœuvres méniscales (Grinding test d'Apley...)



C / Ponction Articulaire

- Complément de l'examen clinique
- Systématique devant tout épanchement (sauf hémophilie et troubles de la coagulation).
- Nécessité des mesures d'asepsie rigoureuse: se laver les mains , matériel stérile à usage unique, badigeonnage par un produit iodé (Bétadine)....
- Liquide de ponction :

Liquide mécanique	Liquide inflammatoire
<ul style="list-style-type: none">- clair,jaune citrin- Visqueux- pauvre en cellules<1000GB/par mm³(<50%de PNN)	<ul style="list-style-type: none">- Jaune foncé, trouble, parfois purulent- Fluide.- Riche en cellules>2000GB/mm³(>50%de PNN)