

Daniel Fritschy

# L'entorse du genou à ski: prise en charge

## Résumé

La pratique du ski n'est pas sans danger et chaque saison nous apporte son lot de blessés. Parmi ceux-ci figurent certains accidents du genou qui poseront des problèmes pour le reste de l'existence des patients en raison de l'importance des lésions. Souvent le degré de gravité d'une entorse du genou n'est pas reconnu lors de l'accident et ce n'est qu'à l'occasion d'un nouvel accident ultérieur ou de l'apparition de séquelles que l'importance des lésions initiales apparaîtra. Or une prise en charge adéquate de ces traumatismes doit mettre en évidence les entorses graves: l'anamnèse d'un craquement, la présence d'une hémarthrose et la mise en évidence d'une laxité post-traumatique sont 3 signes de gravité initiale qui justifient un traitement en milieu spécialisé.

## Summary

Alpine skiing is not without risk and each winter brings us new patients. Among these injuries, some knee trauma will cause life-long problems because of their complexity. The severity of the injury is often not diagnosed in emergency and it is only after a new accident or when complications occur that the importance of the initial damage will be recognized. Early adequate examination and management must identify serious injuries: anamnestic «pop» feeling, hemarthrosis and post-traumatic laxity are 3 signs of initial injury severity which justify a treatment by a specialized orthopaedic surgeon.

Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 49 (1), 00–00, 2001

Les accidents de ski représentent environ un tiers des traumatismes survenant dans la pratique des sports. On peut donc s'inspirer de leur exemple pour présenter les principes de la prise en charge d'une entorse du genou. Ces principes ne sont pas différents lorsqu'un accident du genou survient dans d'autres circonstances. On peut distinguer 3 séquences dans le déroulement de cette prise en charge. La première se situe sur le terrain et on peut envisager différentes hypothèses:

- le skieur est tombé et ne peut pas se relever. Il aura donc besoin du service de secours pour regagner le bas des pistes. L'immobilisation du genou accidenté est parfois nécessaire pour ce transport
- après l'accident, le skieur peut se relever mais sent son genou instable. Avec ou sans aide, il tentera de terminer sa descente
- la victime se plaint d'une douleur du genou à la suite d'une chute ou d'un incident. Cette douleur l'incite à écourter sa journée pour aller prendre conseil en plaine.

La deuxième séquence se déroule au bas des pistes, dans le local des secouristes. La victime est amenée ou arrive seule. Elle présente une impotence fonctionnelle du genou ou une douleur telle qu'elle nécessite un transfert chez un médecin.

Un anti-douleur est parfois administré à cette occasion.

La troisième séquence se déroule dans un cabinet médical ou dans une salle d'urgence. C'est ici que des principes adéquats doivent être suivis lorsque le patient arrive. La question importante à laquelle il s'agit de répondre est la suivante: S'agit-il d'une entorse grave? Certains éléments permettent d'appréhender la gravité de l'accident:

- le craquement perçu par le patient lors de l'accident
- l'impression de genou flottant lorsque le patient se remet en charge après la chute
- l'apparition rapide d'un épanchement peu de temps après l'accident
- l'impossibilité d'étendre complètement le genou (flexum)

L'examen clinique commence par l'évaluation de la mobilité active du genou intact puis du genou traumatisé. Ce test contrôle l'intégrité des facultés motrices du membre inférieur. La sensibilité est ensuite évaluée. Il faut vérifier l'intégrité de l'appareil extenseur en demandant une extension active du genou. L'amplitude articulaire peut être limitée par l'épanchement, surtout en flexion. L'impossibilité d'étendre complètement le genou est en général causée par l'interposition d'un ménisque déchiré, d'un moignon ligamentaire ou d'un fragment ostéo-chondral.

La palpation met l'épanchement en évidence avec le choc rotulien. Elle vérifie aussi l'intégrité des insertions du ligament latéral interne et du ligament latéral externe ainsi que les points d'insertion tendineux comme la tubérosité tibiale (tendon rotulien), le tubercule de Gerdy (tenseur du fascia lata), la tête du péroné (biceps), la face interne épiphyso-métaphysaire du tibia (patte d'oie) et la rotule (tendon quadricipital). Les trajets ligamentaires et tendineux doivent être aussi palpés soigneusement. Au niveau rotulien, la palpation renseigne sur l'intégrité osseuse et cartilagineuse. Une douleur interne peut révéler des signes de luxation de rotule. Une partie des surfaces cartilagineuses des condyles fémoraux est accessible à la palpation ce qui n'est pas possible au niveau tibial. La palpation des interlignes fémoro-tibiaux donne les premières indications sur l'atteinte éventuelle des ménisques.

La présence d'un épanchement est cause de douleur et rend l'examen clinique difficile. Lorsque cet épanchement est sous tension, il faut le ponctionner avec les mesures de stérilité d'usage: désinfection chirurgicale et usage de matériel stérile. La voie d'abord est pré-rotulienne, sous-quadricipitale interne ou externe. La mise en évidence de sang confirme le diagnostic d'entorse grave: par ordre de fréquence l'hémarthrose correspond à une déchirure ligamentaire, à une lésion méniscale ou à une fracture ostéo-chondrale. Ces différentes lésions peuvent être combinées. La présence de gouttelettes de graisse dans l'hémarthrose ponctionnée signifie une effraction osseuse (fracture ou arrachement d'une insertion ligamentaire) et peut orienter la recherche diagnostique.

Les tests ligamentaires mettent en évidence une fausse mobilité traduisant une déchirure ligamentaire:

- le ligament croisé antérieur est la cible N°1 du genou. Sa déchirure est démontrée par le test de Lachman qui est un tiroir antérieur du tibia vers 10 à 20° de flexion. Dans cette position, ce test est pratiquement indolore et le patient relâché peut difficilement le contrarier en contractant ses ischio-jambiers. Ceci n'est pas le cas du tiroir direct, à 90° de flexion, où le patient a beaucoup plus de peine à se décontracter. Le signe du pivot shift est très difficile à réaliser en urgence sur un genou douloureux
- les ligaments latéraux doivent être évalués en extension complète, à 10 et 20° de flexion. Il s'agit de manœuvre en valgus pour le LLI et en varus pour le LLE. L'ouverture asymétrique d'un compartiment fémoro-tibial traduit la déchirure du ligament latéral
- le ligament croisé postérieur est lésé lorsque le tibia recule et efface le contour de la tubérosité tibiale antérieure (sag sign). Il s'agit ici d'un diagnostic visuel, genou fléchi à 90° et examiné de profil. Le tiroir réductionnel, de cette position de recul, ne doit pas être confondu avec un classique tiroir antérieur.

Les tests méniscaux sont au nombre de 2 et doivent être simples à réaliser:

- le test de MacMurray, qui se recherche en décubitus dorsal, inspecte les ménisques en les palpant directement et en effectuant une manœuvre de rotation en flexion puis en extension progressive

- le grinding test est pratiqué en décubitus ventral, genou fléchi à 90°. Le mouvement de rotation interne puis externe du genou s'accompagne d'une pression pour solliciter les ménisques.

Au terme de cet examen clinique, il faut demander un bilan radiologique avec des clichés de face, de profil et une axiale de rotule. Ces radiographies ont pour but d'exclure une fracture et de préciser le cadre osseux. En cas d'hémarthrose inexplicée par l'examen clinique et radiologique classiques, il est légitime de demander une imagerie par résonance magnétique (IRM). L'origine d'une hémarthrose traumatique doit être recherchée dans tous les cas car la précision du diagnostic conditionne la qualité du résultat du traitement institué.

Cette démarche initiale doit permettre de poser le diagnostic et d'envisager le traitement. La mise au repos du genou peut se faire avec une attelle amovible et en le déchargeant à l'aide de 2 cannes. La prescription d'anti-inflammatoires et l'application locale de glace contribuent au contrôle de la douleur.

Correspondance:

Daniel Fritschy  
Policlinique de chirurgie  
Hôpitaux Universitaires de Genève  
1211 Genève 14