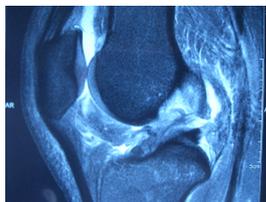


E 3.12.2 Comment gérer la laxité antérieure résiduelle du genou après entorse ou chirurgie ?

A - L'effet de la rupture du LCA :

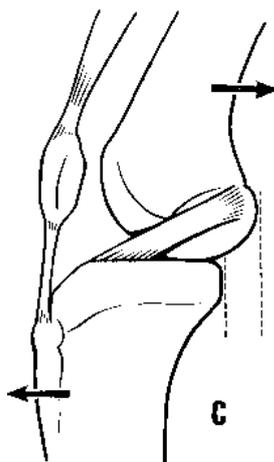


Provoque une translation antérieure du tibia sous le fémur.

Sub luxation du tibia en avant

Sub luxation rotatoire du tibia sous le fémur

Compression des cornes méniscales postérieures



effet de la translation du tibia



tiroir spontané du tibia sous la seule contraction du quadriceps

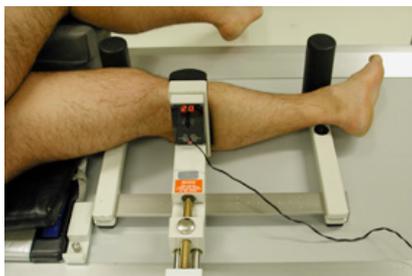
photo L.Buisson

B - Comment mesurer la laxité ? :

- EXAMEN CLINIQUE : Manuellement : Lachman ; test approximatif, opérateur dépendant, relachement du patient dépendant , volume de cuisse dépendant
- EXAMEN MECANIQUE : Test KT 1000
 - Laximétrie : position de repos du genou, permet de mesurer en toute circonstance
 - Permet de donner la valeur physiologique
 - Donne le différentiel de laxité
 - Evalue l'importance de la laxité
 - Guide l'indication
 - Evalue l'atteinte des structures périphériques
 - Peut affirmer une cicatrisation complète ou partielle.
 - Peut différencier une rupture partielle, une rupture complète,.
- TEST RADIOGRAPHIQUE : Telos
 - Mesure radiographique de la laxité
 - Poussée du tibia en avant de 20 kg
 - Fémur maintenu immobile



KT 1000



Telos (manipulateur dépendant)

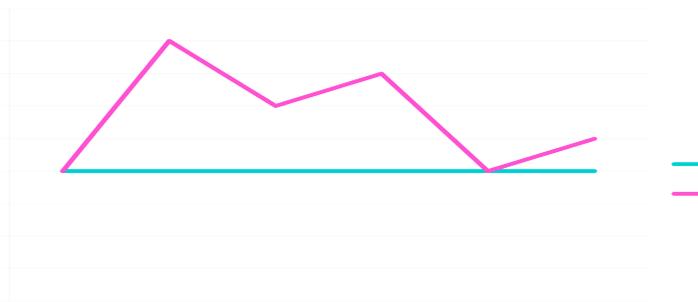
C - La Laximétrie : élément de mesure fondamentale :

La laximétrie donne une valeur objective de la laxité antérieure

- Permet de confirmer le diagnostic
- Donne une Valeur précise en millimètre du genou sain et du genou distendu
- Valeurs de la population : 2 à 7 mm pour un genou normal
- Rupture complète du LCA ≥ 2 mm de différentiel

- Parfois pose le diagnostic non connu car patient tendu ou musclé ou laxité non perceptible manuellement.
- Permet le suivi de la cicatrisation spontanée ou chirurgicale
- Guide l'indication
- Evalue l'atteinte des structures périphériques
- Peut affirmer une cicatrisation complète ou partielle.
- Peut différencier une rupture partielle (1 à 2 mm) une rupture complète (> 2 mm).

Profil évolutif d'une rupture du LCA en laximétrie :



La laximétrie est la valeur phare du suivi de la rupture du LCA et de l'efficacité de la chirurgie

- But : arriver à 0 mm de différentiel
- Si valeur négative : le genou est serré :explique l'importance d'une rétraction capsulaire
- Si valeur positive le genou est laxé, on quantifie son importance
- Avec la valeur de la laxité résiduelle et la radiographie du genou on peut estimer si la greffe est bien ou mal positionnée et apprécier la tension de la greffe : laxé, normale, tendue.
- 0 à 2 mm : le genou est stable , reprise des activités sportives normalement
- 2 à 4 mm : il existe une laxité résiduelle modérée mais qui peut
 - S'aggraver : distension progressive : nécrose ? Positionnement ? Évasement des tunnels ?
 - Rester stable : protéger le genou des pivots par une genouillère , sports autorisés
- > 4 mm : le genou n'est pas stable :
 - Refaire un bilan rapproché
 - Si confirmation refaire un bilan : telos / IRM / AMP
 - Interdire les sports à pivot
 - Selon le contexte envisager une reprise chirurgicale



D - Dois je porter une orthèse pour mon sport ?

Genou stable avec laximétrie nulle ou faible :

entretenir un bon quadriceps,

ne pas masquer les sensations par une orthèse

Genou stable avec laximétrie moyenne 2 à 4 mm :

renfort Q / IJ

Orthèse dynamique à renforts latéraux pour les sports exposés

les premiers mois de la reprise sportive

Genou instable avec laximétrie importante

renfort Q / IJ

Orthèse dynamique à renforts latéraux pour les sports modérés axiaux, sport à pivot déconseillés

surveillance clinique (6 mois ou annuelle)