

E 3.7.1 Les entorses du Ligament Croisé Antérieur (LCA)

A - Qu'est ce qu'une entorse ?

Ligament : tient un os à un autre dans une articulation

Si le ligament est étiré : c'est une entorse

Bénigne : simple étirement

Moyenne : rupture partielle : quelques fibres cassées mais le câble tient

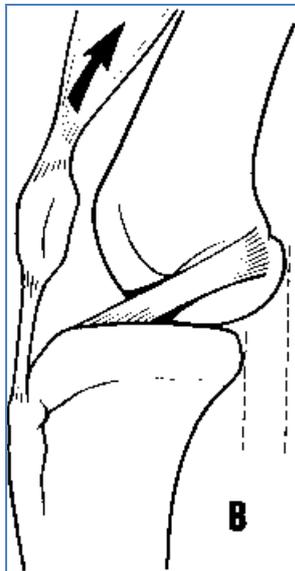
Grave : rupture complète : des mouvements anormaux apparaissent

B – Condition de rupture

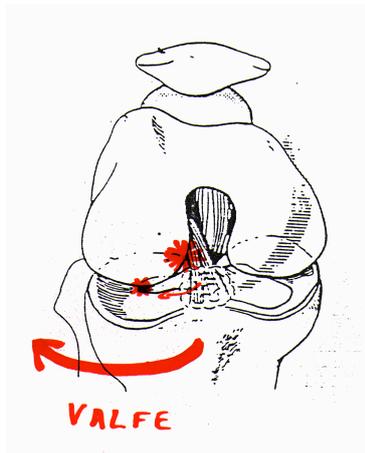
Le LCA est soumis à une forte tension lors des rotations du genou. Si le quadriceps ne verrouille pas suffisamment le genou et ne freine pas cette tension intra articulaire le ligament se trouve prit en chevalet sur le ligament croisé postérieur ou en appui latéral sur le pilier latéral de l'échancrure et peut donc s'arracher ou se déchirer partiellement ou totalement.

Mode de rupture

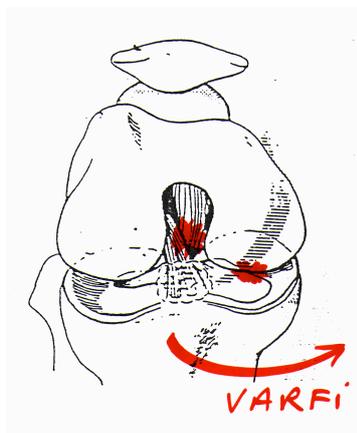
- ✓ **En haut** : décollé au plafond
- ✓ **Au milieu** : rupture en plein corps
- ✓ **En bas** : arrachement épine tibiale



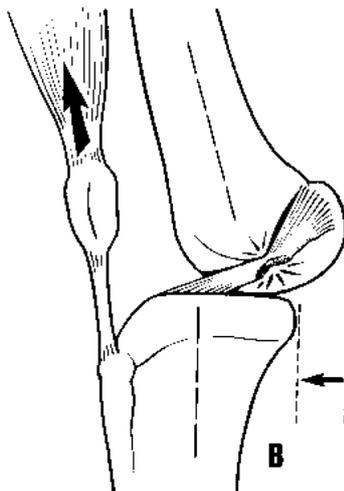
Le mécanisme le plus fréquent est la mise en tension du LCA lors d'une position du genou en valgus-Flexion-rotation externe (VALFE)



D'autres positions moins fréquentes sont le Varus Flexion Rotation Interne (VARFI)



Ou le conflit du LCA sur le toit de l'échancrure en hyper-extension (classique shoot dans le vide)



Et plus exceptionnel, le relèvement en force d'une position à cul provoquant un fort tiroir antérieur par la seule puissance du quadriceps (relèvement en ski de compétition en pleine vitesse d'une

compression de bosse).

C – Les diagnostics différentiels

- Fracture plateau tibial (ext +++ ; int +) (cf question)
- Arrachement des épines tibiales (voir question sur les fractures des plateaux tibiaux)
- Luxation de la rotule (cf question)

D – Les symptômes immédiats

Sensation de **claquement** dans le genou.

Douleur immédiate puis cédant progressivement avant de revenir de façon plus intense dans les heures qui suivent.

Gonflement souvent retardé en cas de rupture isolée, gonflement rapide (sang dans l'articulation : hémarthrose) en cas de lésions associées telles que lésion méniscale, fracture du plateau tibial, éclat cartilagineux.

Instabilité ressentie rapidement en rotation. Le plus fréquent en ski est l'apparition d'un déroboement du genou en rechaussant la fixation ou sur les virages suivant, le genou roule sur lui même et donne une impression très désagréable de ne pas tenir. En sport collectif , même sensation à la reprise de l'appui ou sur un pivot dans les instant qui suivent la reprise de la marche.

Le besoin de canne et de genouillère est immédiatement ressenti.

E – Le traitement à mettre en place

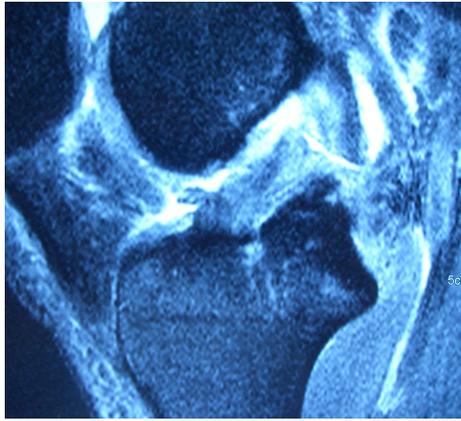
Protéger le genou par une attelle ou une genouillère, prendre des cannes en cas de douleur à l'appui.

Glacer le genou.

Prendre des antalgiques et des anti-inflammatoires.

Commencer une auto-rééducation et voir un kiné.

Ne pas quitter la genouillère pendant les 45 premiers jours pour laisser la cicatrisation du LCA se faire au mieux car 15% des cas donnent une cicatrisation satisfaisante. L'absence de maintien du genou peut être responsable de mouvements anormaux en rotation empêchant la cicatrisation du LCA et pouvant provoquer l'apparition de lésions méniscales.



Rupture au plafond du LCA sur son attache fémorale : 80% des cas

Photo L.Buisson

F – Les examens nécessaires et leurs résultats

Il faut consulter le plus tôt possible un spécialiste pour avoir un diagnostic précis : examen clinique , laximétrie , IRM .

L'examen manuel par le spécialiste est essentiel. Manœuvre de tiroir, de ressaut, examen des ménisques, ponction de l'épanchement de sang.

Parfois le genou est difficile à examiner et nécessite l'aide d'autres examens.

Le laximètre est utile pour le spécialiste pour mesurer le tiroir et donner une valeur à la laxité du genou. La valeur de la laxité permet de faire un pronostic sur la cicatrisation, d'évaluer le besoin de la chirurgie.



L'IRM permet de visualiser les lésions ligamentaires, méniscales et osseuses. Cet examen est devenu incontournable pour aider le spécialiste à faire un diagnostic précis et pour lui permettre de décider du meilleur traitement.



rupture du LCA



oedeme osseux du fait de l'impact du fémur sur le tibia

G – Chirurgie ou pas ?

Selon l'évolution dans les semaines qui suivent le spécialiste décidera de vous proposer une plastie du ligament croisé : c'est à dire de remplacer ce ligament rompu qui n'est pas réparable.

On opère pas les genoux en urgence car le risque est d'entraîner une aggravation de l'inflammation du genou avec des rétractions capsulaires définitives et un genou raide. Seule les ruptures isolées sans hémarthrose importante avec un genou fluide peuvent être opéré rapidement.

A l'inverse, et pour d'autres raisons les entorses graves associées à des lésions capsulaires sont du ressort d'une prise en charge rapide pour réparer dans les meilleurs délais des lésions qui risqueraient de ne pas cicatriser du tout. (triade, pentade, luxation de ménisque, fractures associées)

Elles nécessitent une rééducation plus longue et parfois dans un centre spécialisé.

Les critères de la chirurgie sont : l'importance de la laxité, la gêne ressentie, le type de sport, l'activité quotidienne, l'âge, l'état articulaire...

Les techniques ont évoluées depuis les années 70.

L'arthroscopie est de règle et permet de visualiser finement le genou et de faire des petites incisions.

Le principe est de prélever un tendon dans la cuisse ou le genou ; pour le placer dans l'articulation du genou en réalisant des tunnels dans le fémur et le tibia.

Voir les chapitre des techniques chirurgicales