

## E 3.8.1c Tests et dénominations des lésions du LCA

### **E – Utilisation des fiches de cotation :**

L'évaluation de la laxité nécessite d'établir une surveillance de l'évolution du genou et de pouvoir parler un langage commun entre spécialiste. Ainsi les fiches de cotation permettent d'évaluer l'état du genou et de comprendre à quel stade se situe l'évolution d'un genou traumatisé ou opéré.

Il en existe plusieurs :

#### - La fiche d'examen ARPEGE (12)

Elle apparaît en France vers 1978 avec le groupe ARPEGE, sous l'impulsion d'une fiche établie par LERAT en 1972. Elle s'intéresse à la récupération fonctionnelle en termes de stabilité de douleur et de mobilité sur un score de 27 points. Elle comprend l'échelle d'évaluation CLAS (compétition-loisir-actif-sédentaire).

#### - Le score de LYSHOLM et GILLQUIST (14)

Apparaît en Europe du Nord vers 1985, inspiré de la fiche de Larson (1972)  
Il donne un niveau d'activité coté de 0 à 10 points.

#### - Le score d'activité de TEGNER et LYSHOLM

Très utilisé dans la littérature anglo-saxonne

#### - Le Cincinnati Knee Score., établie par NOYES

Fiche très complète intitulée "Knee profil".

#### - La cotation IKDC (international knee documentation committee)

Née de la coopération de l'ESSKA et de l'AOSSM, cette fiche créée en 1993 représente actuellement le score le plus utilisé dans la littérature anglo-saxonne. Cette fiche internationale permet donc d'uniformiser toutes les informations sur le genou sportif.

Elle comprend six parties : le profil du patient ; son état de santé ; l'évaluation subjective de son genou (calculé sur un score de 100 points sur 18 items) ; les antécédents ; l'état anatomique du genou lors de l'intervention (cartilage, ligaments, ménisques) ; l'examen clinique du genou (cotation ABCD). Elle est utilisée maintenant dans toutes les publications.

### **F – Définir le type de laxité :**

L'ensemble de ce bilan permet d'évaluer l'importance de la laxité :

#### 1 Le LCA est partiellement ou presque totalement cicatrisé :

Les symptômes d'instabilité ont disparu ou presque, la mise en tension des ligaments montre une manœuvre de Lachman en arrêt dur retardé de faible amplitude pour les cicatrifications partielles ou en nourrice ; un arrêt dur symétrique pour les cicatrifications complètes ; une absence de tiroir direct et rotatoire, la récupération d'un différentiel inférieur à 2 mm au KT 1000 et inférieur à 3-4 mm au telos. La cotation IKDC est le plus souvent entre les valeurs A et B.

#### 2 Laxité antérieure isolée

L'instabilité persiste mais ne survient qu'en cas d'effort ou de pratique sportive. Elle reste épisodique et l'examen retrouve un lachman en arrêt dur retardé à fort débattement ou en arrêt mou et un ressaut positif. Le tiroir est absent ou modéré, les valeurs de différentiel au

KT 1000 sont comprises entre 2 et 4 mm ; la cotation IKDC est le plus souvent entre les valeurs B et C.

### 3 Laxité évoluée et lésions méniscales

L'instabilité est franche et fréquente, parfois douloureuse. Les tests mettent en évidence un lachman en arrêt mou et un ressaut franc voire explosif. Le tiroir est positif et accentué en rotation externe le plus souvent. Les points méniscaux sont positifs, le plus souvent sur la corne postérieure du ménisque interne. Les valeurs de différentiel au KT 1000 sont au-delà de 4 mm et le telos au-delà de 6 mm. La cotation IKDC est le plus souvent entre les valeurs C et D.

### 4 Laxité antéro-interne

Il s'ajoute à la laxité évoluée une distension du LLI responsable d'un bâillement du plan interne en valgus forcé à partir de 20° (fibres superficielles) dans un stade I, et dès l'extension complète en stade II (fibres profondes). Le score IKDC est toujours au plus mauvais : score D.

rne, luxation du genou etc..

Sa réparation est plus délicate et nécessite un geste sur la tête du péroné.