



# Les ruptures du LCP : diagnostic, classification, indications thérapeutiques

**D. Saragaglia**

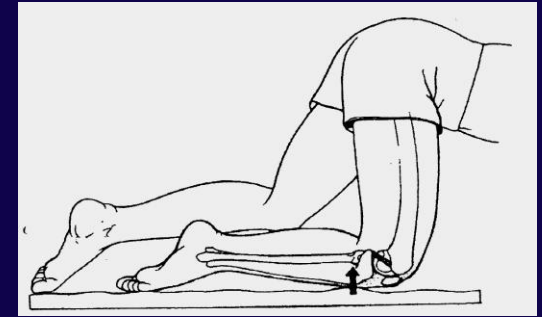


**Clinique Universitaire de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie du  
Sport. CHU de Grenoble, hôpital sud.**

# Introduction

- **Relativement rares**
- **Fréquence variable**
  - **1 à 40%**
  - **Dépend du type de recrutement du centre :**
    - **Sportifs (fréquence moindre)**
    - **Accidents de la route**
    - **Notre service : 2 à 5% (surtout accidents Sportifs et domestiques)**

- **Mécanismes lésionnels :**
  - **Habituellement => choc direct sur la TTA (45%)**
  - **Mécanisme similaire chez le sportif qui tombe à genoux (pied en flexion plantaire)**
  - **Autres mécanismes beaucoup plus rares**
    - **Hyperextension**
    - **hyperflexion**
    - **valgus rotation externe**
    - **varus rotation interne**



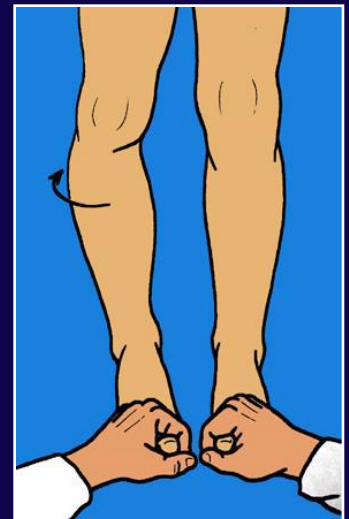
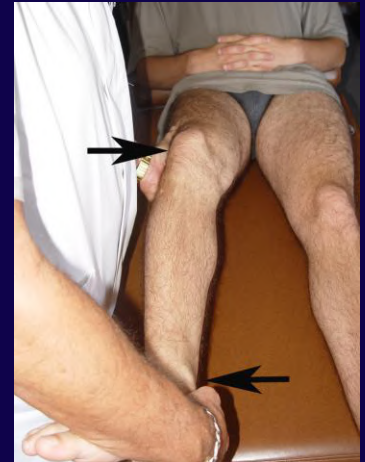
# Diagnostic

- **Souvent méconnu chez le polytraumatisé**
  - **Gros genou, impact sur la TTA doit faire évoquer ce diagnostic**
  - **Conduire à un examen sous AG au cours d'un geste sur une autre lésion (fémur, cotyle, bassin...)**
- **Chez le sportif (ou en cas de lésion isolée) il faut savoir y penser devant :**
  - **Un gros genou empâté et douloureux**
  - **Une douleur intense du creux poplité**
  - **Un impact sur la TTA**

# Examen clinique d'un traumatisme récent

- **Extension**

- Recherche d'une hémarthrose
- Impact sur l'ext. Prox. Tibia (+++)
- Points douloureux précis (lésions des ligaments collatéraux?)
- Recherche de laxités anormales
  - Laxité en valgus-flexion et en valgus-extension (lésion postéro-médiale?)
  - Laxité en varus-flexion et en varus-extension (lésion postéro-latérale?)
  - Tiroir antérieur près de l'extension (« faux test de Lachman »)
  - Recurvatum-rotation-externe test de Hughston.



- **En flexion à 80-90°**
  - **Avalement de la TTA**
  - **« Faux tiroir antérieur »**
  - **Hypermobilité du compartiment latéral du genou**
  - **Tiroir postérieur majoré par la rotation externe ou la rotation interne, voire annulé par la rotation interne**
  - **Test de contraction du quadriceps, genou fléchi à 90°, positif**  
**(D. Daniel)**

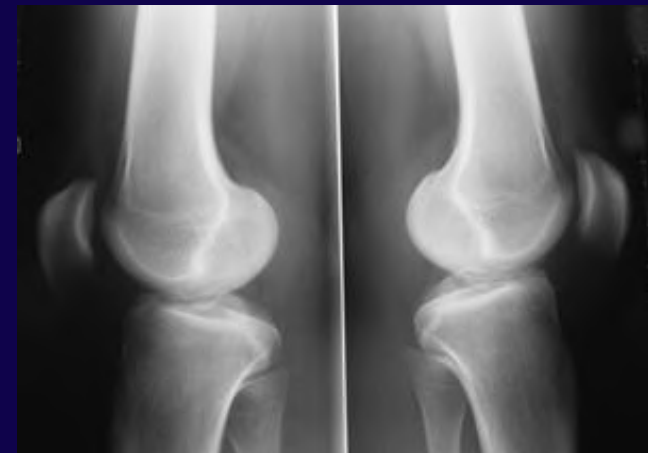


**Le tiroir postérieur est l'examen clé : sensibilité de 90% et spécificité de 99% ( RA Rubenstein)**

- **L'examen notera également**
  - **L'absence de ressaut qui contraste avec**
  - **Tiroir et « faux Lachman »**
- **Devant un genou aigu, il est difficile de mettre en évidence**
  - **Reversed pivot shift de Jacob**
  - **Test de Whipple et Ellis**

# Imagerie

- Rx de débrouillage : F+P
  - Éliminent une fracture associée (urgence +++)
    - F. tête de la fibula
    - F. « médiale de Segond » (Hall et Hochman)
    - Avulsion de l'insertion tibiale du LCP
  - Discret recul postérieur du plateau tibial

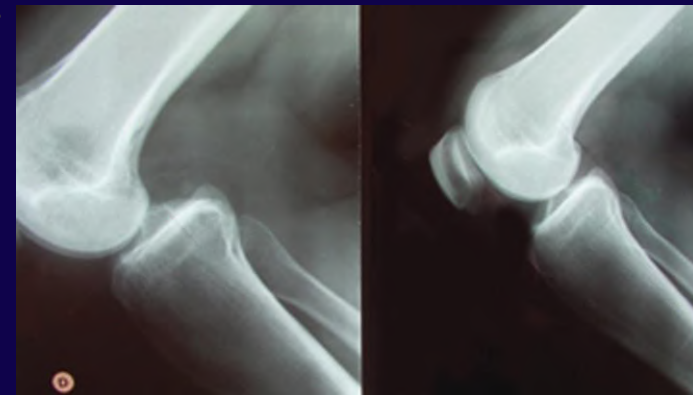




- **RX dynamiques en flexion à 80-90°**

**=> Potentialisent la subluxation postérieure du plateau tibial**

- **Rx de profil comparatives, décubitus dorsal contraction des ischio-jambiers**
- **Gravity sag view (Shino, 2000)**
- **Incidence de Puddu et Chambat**
- **Décubitus latéral avec contrainte (Télos<sup>R</sup>)**
- **Incidence agenouillée (kneeling view) de Osti et Bartlett (2001)**



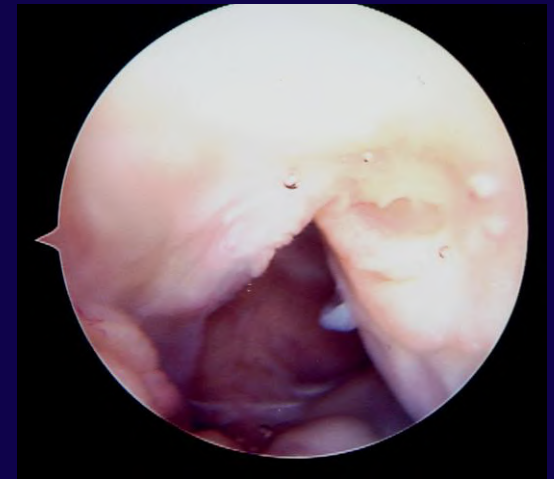
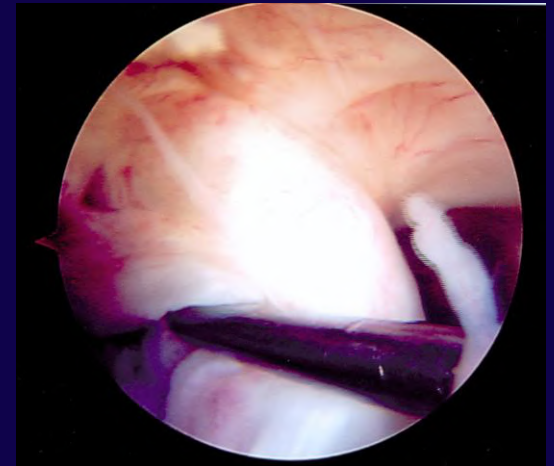
- **IRM : incontournable**
  - **Confirme le diagnostic**
  - **Précise le type de lésion et sa localisation**
  - **Visualise les lésions associées éventuelles**
  - **Permet la surveillance de la cicatrisation en cas de traitement orthopédique**



- **L'arthroscopie**

- **Peu d'intérêt pour le diagnostic de la rupture du LCP**
- **Examen clinique et imagerie +++**
- **Utile si l'on envisage dans le même temps opératoire la réparation du LCP**

LCA détendu



Disparition LCP

# Classification

- **On peut utiliser la même classification pour les lésions récentes et chroniques**
- **Examen sûrement plus facile en chronique qu'en aigu**

# Les ruptures « isolées » du LCP

- **Examen clinique**
  - « Faux Lachman »
  - Absence de ressaut
  - Absence de laxité périphérique
  - Avalement de la TTA
  - Tiroir postérieur (« faux tiroir antérieur »)
  - Réduction active du tiroir postérieur
- **Imagerie RX**
  - Clichés de profil, gen. à 90° comparatifs, en décubitus dorsal, avec contraction des ischio-jambiers
  - Tiroir post. Diff. : 10+/-5 mm
  - Diminue légèrement en rot. Int. (bergfeld)
- **IRM : confirmera le dgc, etc...**

# Les lésions périphériques associées

- Il peut s'agir de lésions postéro-latérales et l'on parle alors de **laxités postéro-postéro-latérales**
- Ou de lésions postéro-médiales et l'on parle alors de **laxités postéro-postéro-médiales**

# Les laxités postéro-postéro-latérales

- Examen clinique

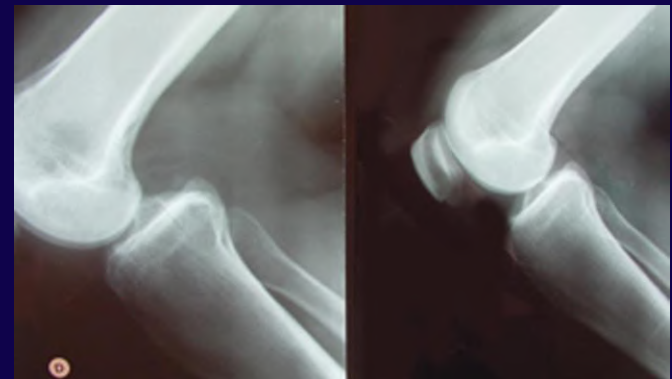
- « Faux Lachman »
- Absence de ressaut
- Laxité en varus-flexion et varus-extension
- Récurvatum-test de Hughston positif
- Avalement de la TTA
- Tiroir post. Majoré par la rot. Ext. de la jambe
- Hypermobilité du compartiment latéral du genou
- Réduction active du tiroir postérieur

- Imagerie RX

- Débrouillage : F+P
- Dynamiques :
  - non systématiques (laxité +++)
  - Svt tiroir majeur > 15 mm de différentielle

- IRM

- Idem rupture isolée du LCP



# Les laxités postéro-postéro-médiales

- Examen clinique
  - « Faux Lachman »
  - Absence de ressaut
  - *Laxité en valgus-flexion et valgus-extension*
  - Absence de laxité postéro-latérale
  - Tiroir post. Majoré par la rot. int. De la jambe
  - Peut être absent dans certains cas (Hughston, 1988)

- Imagerie
  - => idem autres laxités postérieures



# Les luxations postérieures du genou

- Habituellement rupture des 2 croisés
- Shields (1969) => luxations du genou sans rupture du LCA
- CAT différente
  - Réduire la luxation
  - S'assurer de l'absence de lésion artérielle (présentes dans 40% des luxations postérieures)
  - S'assurer de l'absence de lésions périphériques associées
    - examen clinique après réduction
    - IRM

# Indications thérapeutiques

- **LCP + lésions périphériques**
  - **Lésions postéro-postéro-latérales**  
**=> TTT chirurgical en urgence**
  - **Lésions postéro-postéro-médiales**
    - **Pour nous traitement orthopédique**
      - **Plâtre de marche genou en extension (45 jours)**
    - **Pour d'autres TTT chirurgical**

- **LCP isolé**
  - **Fracture-avulsion du LCP**
    - => chirurgie en urgence (voie de Trickey)**
  - **Rupture du LCP**
    - **Pour nous TTT orthopédique quelle que soit la laxité (Plâtre en extension)**
    - **Pour d'autres**
      - **Laxité inférieure à 10 mm**
        - » **TTT orthopédique ou fonctionnel**
      - **Laxité supérieure à 10 mm**
        - » **TTT chirurgical**

# Au total

- **Le diagnostic en urgence est relativement facile à condition d'y penser**
- **Le diagnostic des lésions périphériques associées n'est pas toujours facile (surtout au stade chronique)**
- **Clichés dynamiques et IRM indispensables pour la stratégie thérapeutique**
- **Indication opératoire encore discutée pour les ruptures isolées du LCP**

**Merci de votre attention**

