

Devenir à long terme du genou traumatique

Long-term outcome of knee injury

E. Servien^{*}, S. Lustig, T. Ait Si Selmi, P. Neyret

Service du Professeur-Philippe-Neyret, centre Livet, 8, rue de Margnolles, 69300 Caluire, France

Reçu le 30 août 2005 ; accepté le 14 mars 2006

Disponible sur internet le 19 avril 2006

Mots clés : Arthrose ; Genou ; Traumatisme

Keywords : Osteoarthritis ; Knee ; Injury

1. Introduction

Un traumatisme du genou aura une évolution variable en fonction de l'atteinte de l'appareil capsuloligamentaire et/ou de l'appareil ostéoarticulaire.

Les circonstances traumatiques sont un élément pronostique important ; en effet, un genou traumatisé dans le cadre d'un accident de sport présente surtout des lésions capsuloligamentaires tandis qu'un accident de la voie publique ou une chute d'un lieu élevé (accident de travail) conduit plus souvent à des lésions ostéoarticulaires. Ces circonstances variées expliquent la grande variété des lésions anatomocliniques. Chaque lésion, qu'elle soit méniscale, ligamentaire (ligament croisé antérieur, ligament croisé postérieur) ou ostéochondrale, a une évolution spécifique qui rend compte du résultat à long terme.

Le devenir à long terme du genou traumatique est donc un sujet vaste qui regroupe un grand nombre de lésions anatomocliniques dont l'évolution n'est pas toujours bien évaluée [1].

2. Lésions capsuloligamentaires

2.1. Ménisques

Le risque arthrogène après méniscectomie est bien connu [2] ; de ce fait, s'interroger sur le devenir d'une lésion ménis-

cale, c'est surtout s'interroger sur le devenir d'une méniscectomie à long terme et plus rarement d'une suture méniscale.

2.1.1. Risque de gonarthrose

Le risque de gonarthrose augmente de 20 à 40 % après 30 ans par rapport à un genou normal [3–5]. Souvent si un discret remodelé fémorotibial interne peut apparaître rapidement après une méniscectomie, il n'y aura pas d'évolution pendant 20 à 30 ans. L'âge lors de la méniscectomie est également un facteur de risque important. Il a été montré qu'il y avait une corrélation entre l'âge lors de la méniscectomie et le délai d'apparition d'une arthrose. En effet, les patients âgés de plus de 35 ans auront un risque de développer une arthrose environ dix ans après la chirurgie contre un délai de 26 ans chez les moins de 35 ans [2].

Parmi les autres facteurs de risque, plusieurs facteurs de bon pronostic sont connus en cas de lésion isolée du ménisque interne. L'évolution sera meilleure, si le patient est jeune, sportif, sans lésion cartilagineuse associée et si le mur méniscal est conservé lors de la méniscectomie. À l'inverse les facteurs de mauvais pronostic sont un âge supérieur à 35 ans, des lésions chondrales au niveau du compartiment fémorotibial interne découvertes en peropératoire, une méniscectomie de la corne postérieure supérieure au tiers du ménisque et une résection jusqu'au mur méniscal.

Concernant les méniscectomies interne vs externe (Fig. 1), les différentes séries de la littérature [6,7], à plus de dix ans de recul, montrent des résultats subjectifs et cliniques identiques. Une méta-analyse [7] a démontré que le facteur principal est la taille de la lésion. Cette étude a permis de montrer également

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : elvire.s@hotmail.fr (E. Servien).



Fig. 1. Radiographie en schuss.

Genou droit : « préarthrose » fémorotibiale interne (pincement de l'interligne) sur séquelle de ménisectomie interne.

Genou gauche : « préarthrose » des deux compartiments fémorotibiaux sur séquelle de ménisectomies interne et externe.

que le poids et le niveau d'activité du patient n'étaient pas des facteurs de mauvais pronostic. Cependant, dans notre expérience, la ménisectomie externe s'accompagne de lésions radiologiques avec pincements articulaires sur les clichés en schuss dans 40 % des cas après ménisectomie externe pour seulement 24 % après ménisectomie interne à dix ans de recul [6].

Enfin, c'est surtout l'association avec une rupture du ligament croisé antérieur (LCA) qui augmente le risque d'arthrose fémorotibiale.

2.1.2. LCA sain ou lésé

Sur une étude de 91 genoux ayant eu une ménisectomie et avec un recul moyen de 27 ans [8], il y avait des signes (radiologiques) d'arthrose dans 77 % des cas dans le groupe « LCA rompu » contre seulement 24 % dans le groupe « LCA intact ». De plus dans cette série, seulement 2 % du groupe « LCA intact » ont été opérés pour arthrose secondaire contre 16 % dans le groupe « LCA rompu ».

Par conséquent le facteur pronostique principal en cas de lésion méniscale est l'état du LCA.

2.2. Ligament croisé antérieur

2.2.1. Histoire naturelle de la rupture du LCA

L'histoire naturelle d'une rupture du LCA est très variable.

Après l'accident initial ayant causé la rupture du LCA et chez un patient avec un faible niveau d'activité, la tolérance sera excellente. Si l'évolution vers l'arthrose est inéluctable, elle sera lente, voire insidieuse et n'apparaîtra pas avant un délai moyen de 35 ans en l'absence de déviation axiale importante. Cependant, si une ménisectomie est réalisée dans les suites d'une rupture du LCA, la tolérance sera moins bonne [9].

Différentes études [9,10] ont montré la grande fréquence des lésions méniscales secondaires à la laxité antérieure chronique. La reprise des activités sportives reste malgré tout possible dans plus de 50 % des cas. À long terme cette laxité antérieure chronique évolue vers une arthrose fémorotibiale interne engendrée par les forces de cisaillement observées à la partie postérieure du plateau tibial interne lors la translation tibiale antérieure en appui monopodal. Plus rarement, cette laxité antérieure chronique évolue vers une arthrose équilibrée voire externe.

Par conséquent, le traitement chirurgical d'une rupture du LCA a deux objectifs, d'une part restaurer une stabilité normale notamment pour les activités sportives et d'autre part corriger la laxité antérieure pour éviter l'apparition de lésions méniscales et une évolution vers l'arthrose. Ce second objectif reste une quête inavouée (car encore non démontrée de façon formelle par les études cliniques) du chirurgien orthopédiste.

Enfin, au stade d'arthrose ou de « préarthrose » (pincement fémorotibial incomplet avec anatomiquement, aucune zone de lésion en miroir avec os sous-chondral à nu), la reconstruction ligamentaire isolée n'est pas indiquée et serait même un facteur d'aggravation. L'ostéotomie couplée à la greffe du LCA permet de reculer les indications de reconstruction ligamentaire ; l'ostéotomie tibiale aura ainsi pour rôle de traiter le déséquilibre frontal ou sagittal mis en évidence sur les radiographies. Si l'arthrose est évoluée, l'ostéotomie tibiale de valgisation reste le seul geste prioritaire. Cependant en cas de plainte pour instabilité, une plastie antéroexterne associée à l'ostéotomie peut être proposée.

2.2.2. Facteurs favorisant l'arthrose

Les facteurs favorisant l'arthrose après rupture du LCA ne sont pas bien établis.

Quelques auteurs [9–11] ont étudié les facteurs mécaniques.

2.2.2.1. Lésions du ménisque interne. C'est le facteur pronostique le plus déterminant après rupture du LCA. En cas de rupture isolée du LCA, le ménisque interne joue un rôle fondamental dans la stabilité antéropostérieure. Celui-ci limite la translation tibiale antérieure et amortit les contraintes. En cas de reconstruction ou non du LCA, une ménisectomie interne s'accompagne à moyen terme d'une arthrose fémorotibiale interne.

2.2.2.2. Translation tibiale antérieure. La rupture du LCA s'accompagne d'une translation tibiale antérieure asymétrique lors de la contraction du quadriceps. Une lésion du ménisque interne, une pente tibiale excessive contribuent à augmenter la translation tibiale antérieure et donc favorisent le développement d'une arthrose [11].

2.2.2.3. Lésions articulaires. Les lésions du cartilage sont dues à de nouveaux épisodes d'instabilité (lésions du compartiment interne) ou au ressaut (lésions externes). Une étude récente [12] de 33 patients après rupture du LCA avec radiographies normales mais lésions ostéochondrales vues à l'IRM montre un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389630>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389630>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)