

Mémoire

Intérêt de l'arthroscopie du genou dans le traitement du syndrome de la bandelette iliotibiale

Interest of knee arthroscopy in the treatment of iliotibial band syndrome

G. Mezzadri, E. Servien*, S. Lustig, P. Neyret

Service de chirurgie orthopédique, centre Albert-Trillat, CHU de la Croix-Rousse, 93, grande-rue-Croix-Rousse, 69004 Lyon, France

Disponible sur Internet le 4 mars 2010

Résumé

Le syndrome de la bandelette iliotibiale doit être évoqué devant toute douleur latérale du genou chez un sportif. Le diagnostic est clinique. La chirurgie est proposée après six mois de traitement conservateur bien conduit. Nous avons étudié une série rétrospective de sept patients, avec un recul postopératoire moyen de 3,7 années. Six pratiquaient un sport régulièrement. Le bilan préopératoire comprenait un examen clinique, des radiographies et une IRM du genou. Une exploration arthroscopique de l'articulation a toujours été réalisée de façon systématique. Le geste chirurgical sur la bandelette a été réalisé à ciel ouvert et comportait une section transversale de 10 mm des fibres postérieures de la bandelette. L'étude postopératoire était fondée sur l'évaluation de la douleur, le calcul du score IKDC subjectif et la reprise du sport. Six patients présentaient des lésions intra-articulaires dont trois passaient inaperçues lors du bilan préopératoire. Les arthroscopies ont permis de réaliser des gestes thérapeutiques chez quatre patients. Six patients ont pu être interrogés en 2008 lors d'un entretien téléphonique. Les résultats étaient très satisfaisants : l'IKDC subjectif moyen était de 84 et cinq patients avaient repris le sport au même niveau. Il nous paraît utile de réaliser une arthroscopie du genou pour éliminer une lésion intra-articulaire pouvant être responsable de douleurs externes. La possibilité de pathologies intriquées pourrait être responsable de la persistance des douleurs malgré un bon traitement médical et kinésithérapique. Certains auteurs ont proposé une technique de libération arthroscopique. Elle permet de réaliser l'ensemble des gestes dans le même temps opératoire.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Arthroscopie ; Bandelette iliotibiale ; Fascia lata ; Gonalgie du sportif

Abstract

Iliotibial band syndrome is a common cause of lateral knee pain in athletes. The diagnosis is clinical. Surgery can be proposed if well-conducted conservative treatment is unsuccessful for 6 months. We reviewed a retrospective series of seven patients at mean 3.7 years postoperative follow-up. Six practiced sports regularly. The preoperative work-up included a physical examination, standard X-rays and MRI of the knee joint and arthroscopy for all patients. Open surgery was performed with transverse section of the posterior fibers (10 mm). The outcome assessment was based on the pain score, the subjective IKDC score, and resumption of sports activities. Six patients had intra-articular lesions, which for three patients had been missed preoperatively. Arthroscopy was performed for complementary treatments in four patients. In 2008, six patients responded to a telephone interview. Outcome was very satisfactory: mean IKDC score was 84 in five patients who had resumed their sports activities at the same level. One patient underwent arthroscopy to rule out any intra-articular lesion causing lateral pain. Possible intercurrent conditions could be the cause of persistent pain despite adequate medical treatment and physiotherapy. Certain authors propose arthroscopic release. This option enables complementary treatments in the same operative time.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Arthroscopy; Iliotibial band; Fascia lata; Lateral knee pain

1. Introduction

Le syndrome de la bandelette iliotibiale, dit syndrome de l'essuie-glace, est une pathologie fréquente chez les sportifs. C'est notamment la première cause de douleurs latérales du

* Auteur correspondant.
Adresses e-mail : guillaume.mezzadri@free.fr (G. Mezzadri),
elvire.servien@chu-lyon.fr (E. Servien).

Tableau 1
Sports pratiqués par les patients.

Patients	1	2	3	4	5	6	7
Nombre de sports pratiqués	3	2	2	1	1	0	2
Types de sport	Course à pied, randonnée, cyclisme	Course à pied, randonnée	Course à pied, cyclisme	Course à pied	Basket	0	Course à pied, tennis

genou chez les coureurs de fond [1]. Celles-ci apparaissent souvent lors de phases de surmenage sportif. Les autres sujets à risque sont les cyclistes et les militaires [2–4].

Ce syndrome douloureux est dû à un conflit entre la bandelette iliotibiale et l'épicondyle latéral fémoral, favorisé par sa mise en tension lors de l'appui monopodal : la compression de la bandelette contre l'épicondyle est maximale à 30° de flexion (conséquence de la rotation interne tibiale) et la décompression a lieu en extension [5].

Pendant la course, la bandelette iliotibiale balaie l'épicondyle latéral (déplacement vers l'avant en extension et vers l'arrière en flexion) [5]. Les mouvements de flexion–extension répétés du genou peuvent alors entraîner, par frottement excessif, une irritation de la bandelette iliotibiale et du périoste condylien, voire une véritable bursite.

L'histoire naturelle est semblable à celle d'une tendinopathie sportive et l'implication de la course de fond comme sport à risque principal est constamment retrouvée dans la littérature.

L'origine de ce syndrome reste multifactorielle ; des facteurs aggravants sont constamment retrouvés : surmenage sportif, mauvais équipement (chaussures et sol), erreurs d'entraînement, absence d'étirements avant l'effort [6].

Cliniquement, le patient se plaint d'une douleur située à la face externe du genou apparaissant à l'occasion d'exercices physiques (course à pied) et imposant souvent l'arrêt.

Il n'y a pas d'épisodes de blocage, d'instabilité ou d'hydarthrose.

À l'examen, la douleur est retrouvée par le test de Noble sur un sujet allongé, le genou fléchi à 90° : une pression digitale est exercée sur le condyle externe, 2 à 3 cm au-dessus de l'interligne fémorotibial, puis le genou est ramené progressivement en extension. La douleur apparaît à 30° de flexion [7]. Il est parfois perçu un crissement sous le doigt.

Le diagnostic est avant tout clinique. Il faut notamment éliminer toute autre cause de douleur du compartiment latéral du genou. Pour certains, ce diagnostic peut être confirmé par un test à la xylocaïne [4].

Le traitement conservateur est le plus souvent efficace : antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens associés au repos et à une modification d'activité ainsi qu'aux étirements et aux massages transverses profonds (MTP). Les infiltrations sont parfois utilisées [6,8].

Cependant, une minorité des patients reste résistante à ce traitement et nécessite un traitement chirurgical. Celui-ci consiste en une libération des fibres postérieures de la bandelette iliotibiale en regard de l'épicondyle latéral. Les techniques sont variées : incision transversale telle que nous l'avons réalisée :

- résection triangulaire [9] ;
- plastie en Z [10] ;
- incisions multiples (mesh technique) [11] ;
- technique arthroscopique [4].

Le traitement chirurgical est proposé après six mois de traitement conservateur bien conduit. Les résultats sont bons quelle que soit la technique utilisée, la morbidité est faible, avec un retour rapide au sport.

Le but de ce travail était d'évaluer les indications et les résultats de l'arthroscopie première et systématique du genou associée à la section partielle de la bandelette iliotibiale en regard de l'épicondyle latéral.

2. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur sept patients opérés entre 1997 et 2007.

Le motif ayant conduit à un traitement chirurgical était une tendinopathie de la bandelette iliotibiale rebelle au traitement médical.

L'âge moyen des patients au moment de l'intervention était de 34 ans (26 à 45 ans).

Il s'agissait de six hommes et d'une femme.

Quatre patients sur sept avaient des antécédents chirurgicaux sur le genou opéré : deux avaient eu une méniscectomie interne par arthroscopie, un autre avait eu une méniscectomie externe (segment moyen et corne antérieure) et un dernier avait eu un peignage du tendon rotulien, puis une arthroscopie.

Cinq d'entre eux pratiquaient la course à pied comme sport principal (Tableau 1).

Un seul patient ne pratiquait aucun sport : il s'agit de la seule femme de la série (patient n° 6).

À l'examen clinique préopératoire, une douleur a toujours été retrouvée à la palpation en regard du condyle externe : test de Noble positif (Fig. 1) [7].

Le reste de l'examen clinique était normal dans six cas sur sept : pas d'épisode de blocage ni d'épanchement articulaire, mobilités normales, absence de laxité ligamentaire. Un seul patient présentait un épanchement articulaire et une limitation de la flexion.

Un patient présentait un genu varum.

Tous les sujets ont eu un bilan complet des deux genoux comprenant une face, un profil, une incidence en schuss et une vue axiale des rotules à 30° de flexion.

Une IRM du genou douloureux a également été systématiquement pratiquée : séquence densité protonique (DP) et

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4076822>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4076822>

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