




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



SYMPOSIUM, CONGRÈS SFA, LYON, DÉCEMBRE 2007 : QUELLE PLASTIE DU LCA, POUR QUELLE LAXITÉ, POUR QUEL PATIENT ?

La rupture du ligament croisé antérieur, de l'analyse préopératoire du type de rupture à l'évaluation finale à deux ans, retentissement selon le transplant choisi sur les résultats subjectifs et objectifs

The ACL tear from the pre-operative analysis to a 2-year follow-up, influence of the graft choice on the subjective and objective evaluation

D. Dejour^{a,*}, J.-F. Potel^b, F. Gaudot^c, J.-C. Panisset^d,
J. Condouret^b, la Société française d'arthroscopie

^a Service de chirurgie orthopédique, Corolyon, 8, avenue Ben-Gourion, 69009 Lyon, France

^b Centre de chirurgie sportive, clinique du Cours-Dillon, 1, rue Peyrolade 31300 Toulouse, France

^c Service d'orthopédie, hôpital Raymond-Poincaré, 104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France

^d Médicèdes, 48, avenue de Grugliasco, 38130 Échirolles, France

Disponible sur Internet le 13 novembre 2008

MOTS CLÉS

Plastie LCA ;
LCA partiel ;
Douleur antérieure ;
Évaluation
isocinétique ;
Translation tibiale
antérieure ;
Anatomie LCA

Résumé Ce travail est la synthèse de trois études. Une étude prospective sur 418 cas de rupture du ligament croisé antérieur (LCA) (groupe I) qui définit deux groupes de rupture du LCA, soit la persistance du faisceau postérolatéral dans 16 % des cas avec une translation tibiale antérieure différentielle du compartiment médial (TACM) de 4,97 mm, un Lachman dur retardé dans 40 % des cas et l'absence ou une ébauche de ressaut dans 73 % des cas, et un autre groupe où la rupture est complète avec une TACM de 7,93 mm, un Lachman mou dans 98 % des cas et un ressaut franc ou explosif dans 80 % des cas. Une étude rétrospective de 258 patients (groupe II) à 26 mois de recul où a été analysé le retentissement de la prise de greffe sur les douleurs antérieures sur le résultat clinique. Vingt-huit pour cent avaient des douleurs antérieures, 33 % pour le tendon rotulien (TR) et 25 % pour les ischiosjambiers (IJ), le score *International Knee Documentation Committee* (IKDC) subjectif était significativement plus bas pour le groupe douloureux, 68 % des TR avaient une hypoesthésie cutanée contre 32 % des IJ, la marche à genou était possible dans 68 % des IJ contre seulement dans 35 % des TR. Une étude rétrospective de 127 patients (groupe III) à 24 mois de recul donnait un déficit de travail de 10 % du quadriceps, de 10 % des IJ et de 5 % des rotateurs internes, une différence significative favorable était notée

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : corolyon@wanadoo.fr (D. Dejour).

KEYWORDS

ACL tear;
Isokinetic evaluation;
Anterior knee pain;
ACL partial tear;
ACL anatomy;
Anterior tibial translation

entre le groupe TR et IJ sur la récupération des fléchisseurs. Le déficit musculaire était corrélé à un moins bon résultat subjectif. Cette étude permet au chirurgien d'être plus précis dans la définition de la rupture du LCA, d'adapter le choix de la greffe au type de sport mais aussi au type de profession et, enfin, de définir un protocole de rééducation et de suivi plus spécifique, en particulier pour la technique aux IJ.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary This study is a synthesis of three series. The first study was prospective on 418 patients with an anterior cruciate ligament (ACL) tear (group I). Two population of ACL ruptures were identified. One population with a postero-lateral bundle preserved in 16%, the mean medial anterior tibial translation side to side was 4.97 mm, the Lachman test was delayed in 40% with no or glide pivot shift in 73%. The second population with a complete ACL tear had a mean medial anterior tibial translation side to side of 7.93 mm, the Lachman test was soft in 98% with gross pivot shift in 80%. The second study was a retrospective study on 258 patients (group II) at 26 months follow-up, it correlated the impact of the type of graft on the clinical objective and subjective results. Twenty-eight percent had anterior knee pain, 33% for the patellar tendon and 25% for the hamstrings, the subjective IKDC was significantly lower for the painful knees, and 68% of the patellar tendon had a hypoesthesia and only 32% for the hamstrings. The ability to walk on the knee was 68% for the hamstrings and 35% for the patellar tendon. The third study was retrospective on 127 patients, 24 months after ACL reconstruction (group III), all were tested on a isokinetic machine for the extensor, the flexor and the internal rotator. In the total population, a 10% extensor and flexor deficit and a 5% rotator deficit was noted. A significant difference between patellar tendon and hamstrings in terms of muscular recovery was found. It pointed out that a more specific rehabilitation should be done on the hamstring group. The muscular recovery was correlated to the highest subjective score. This study allowed the surgeon to be more specific in the ACL tear definition, to adapt the graft choice to the type of sport activity but also to the type of work the patient does and finally to modify the rehabilitation protocol for the hamstring technique.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

L'analyse de la rupture du ligament croisé antérieur (LCA) et de ses méthodes de traitement ont connu plusieurs étapes depuis les années 1960 : tout d'abord, l'identification de la rupture du LCA et son retentissement sur le plan sportif dans les années 1970 à 1980, puis les solutions thérapeutiques par un traitement chirurgical, efficace et reproductible avec les publications de Kenneth Jones [1], Dejour et al. [2–4], ainsi que leur résultat à long terme, puis l'émergence de nouveaux modes de traitement après l'utilisation du *gold standard* tendon rotulien (TR), par l'utilisation des ischiojambiers (IJ) [5,6] et des doutes apportés par cette technique. Les études et les métaanalyses récentes [7] ont montré finalement que la différence entre l'utilisation du TR ou des IJ n'était pas statistiquement différente et que les résultats pouvaient être considéré comme similaires en termes de scores objectifs.

Se posait alors la question du type d'indication : pourquoi utiliser un transplant plutôt que l'autre ? quels étaient les éléments décisionnels outre la provenance ou l'appartenance à telle ou telle école du chirurgien ?

À la fin des années 1990, une analyse précise de l'anatomie et des types de ruptures du LCA [8–10] a permis l'émergence de nouvelles techniques reconstruisant les deux faisceaux, postérolatéral et antéromédial [11–13], parfois même une simple augmentation du faisceau restant [14]. Ces données nouvelles ont remis à l'ordre du jour la pathologie du LCA que l'on croyait totalement connue.

Le but de ce travail était de proposer par trois études multicentriques prospective et rétrospective une analyse précise de la rupture anatomique du LCA au travers d'éléments objectifs tels que l'examen clinique, l'analyse radiographique et l'analyse vidéoarthroscopique, puis d'analyser à deux ans le retentissement de la prise de greffe sur le résultat fonctionnel subjectif dans le domaine des douleurs antérieures et des troubles sensitifs [15,16]. Enfin, de connaître la valeur de la récupération musculaire des extenseurs, des fléchisseurs et des rotateurs par les techniques d'analyse isocinétique [17,18]. Ce travail permettait de préciser et de définir les différentes populations de rupture du LCA et d'apporter des éléments décisionnels pour le choix et l'utilisation du transplant soit TR, soit IJ.

Matériel et méthode

Trois groupes de patients ont été évalués

Groupe I

Quatre cent dix-huit patients présentant une rupture du LCA ont été inclus dans une étude prospective. Une corrélation était établie entre l'analyse vidéoarthroscopique du résidu du LCA et l'examen clinique de la consultation et du bloc opératoire sous anesthésie (score IKDC objectif avec test de Lachman codé dur, dur retardé, mou, le ressaut en rotation interne codé absent, ébauche, franc ou explosif), le bilan radiographique préopératoire selon le protocole suivant : face et profil en appui monopodal à 20° de flexion comparatif sur le genou controlatéral et radiographie en tiroir antérieur

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4088175>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4088175>

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