



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 ?

Analyses clinique, radiologique et arthroscopique de la rupture du LCA. Étude prospective de 418 cas

Clinical, radiological and arthroscopic analysis of the ACL tear. A prospective study of 418 cases

J.-C. Panisset^{a,*}, H. Duraffour^b, W. Vasconcelos^e, P. Colombet^c, C. Javois^d, J.-F. Potel^d, D. Dejour^e, la Société française d'arthroscopie

^a Médicèdres, 48, avenue de Grugliasco, 38130 Échirolles, France

^b Centre hospitalier de Pau-4, boulevard Hauterive, 64000 Pau, France

^c Clinique du sport de Mérignac, 9, rue Jean-Moulin, 33700 Mérignac, France

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

^e Chirurgie orthopédique Corolyon, 8, avenue Ben-Gourion, 69009 Lyon, France

Disponible sur Internet le 12 novembre 2008

MOTS CLÉS

Plastie LCA ;
Translation tibiale
antérieure ;
Faisceau postéro
latéral ;
Lésion partielle LCA

Résumé Cette étude multicentrique prospective sur 418 ruptures du ligament croisé antérieur avait pour but de rechercher les corrélations existantes entre les différents aspects du ligament croisé antérieur constatés au moment de l'intervention chirurgicale et les données de l'examen clinique, de l'examen radiographique standard et en tiroir antérieur et de l'IRM. Quatre types de lésions du LCA ont été identifiées : disparu totalement, conservation du faisceau postérolatéral, cicatrisation sur le ligament croisé postérieur et cicatrisation dans l'échancrure. Les différentes corrélations ont montré une plus grande laxité dans le groupe disparu totalement avec une plus grande fréquence de tests de Lachman mou et de ressauts franc et explosif. Une plus grande incidence de lésions du ménisque médial a été retrouvée. Toutes ces constatations étant corrélées aussi avec le délai « accident–chirurgie » plus élevé dans le groupe disparu totalement par rapport aux groupes conservation du faisceau postérolatéral et cicatriciel échancrure. Cette étude a montré les différents critères des aspects cicatriciels du LCA et cela peut aider le chirurgien à faire le meilleur choix chirurgical.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : corolyon@wanadoo.fr (J.-C. Panisset).

KEYWORDS

ACL tear;
Anterior tibial
translation;
Postero lateral
bundle;
ACL partial tear

Summary This prospective multicentric study concerns 418 anterior cruciate ligament tears. It correlates the arthroscopic data's and the clinical and radiological data's. Four types of anterior cruciate ligament tears were identified. Complete tears, postero lateral bundle preserved, healing on the posterior cruciate ligament and healing in the notch. The statistical correlations had shown a highest laxity in the complete tear group with a highest rate of soft Lachman and gross pivot shift, a highest incidence of medial meniscus tears was also noted and a longer delay between injury and surgery, 24 months for the complete tear group and seven months for the postero lateral bundle group. The mean medial compartment laxity, side to side, in the postero lateral bundle group was 4.93 mm and 7.93 mm in the complete tear group. These data could help the surgeon in his surgical planning especially in case of partial tears.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

L'examen clinique d'un patient souffrant d'une rupture du ligament croisé antérieur (LCA) est parfois différent d'un patient à un autre et aussi d'un moment à un autre. Cela laisse supposer que toutes les ruptures du LCA ne sont pas identiques. Le mécanisme de la rupture est foncièrement différent en fonction du type de sport, de la violence du traumatisme et probablement de la morphologie du sujet et du ligament croisé antérieur. Ce dernier est constitué dans plus de 60 % des cas de deux faisceaux : un faisceau antéromédial et un faisceau postérolatéral, nommés ainsi par leur insertion tibiale. Cette anatomie a été décrite par Weber en 1836 [1] et confirmée depuis par de nombreuses études [2]. Il est alors possible que le traumatisme n'aboutisse qu'à la rupture d'un seul des deux faisceaux [3]. Une étude multicentrique et prospective a été mise en place pour démembrer ces différents aspects de la rupture du LCA, et pour étudier les corrélations entre ces différents aspects anatomiques et les données de l'examen clinique, l'examen radiographique dynamique et IRM.

Matériel et méthode

Une étude de faisabilité a été réalisée au préalable dans un seul centre de manière prospective sur 100 patients. Après avoir analysé cette série précisément, il a été déterminé les critères d'examen clinique, les mesures radiographiques à réaliser, les données de l'IRM à retenir et surtout les observateurs ont visionné de nombreuses vidéos pour déterminer les caractères spécifiques des différents aspects de rupture.

L'étude principale est prospective sur une série continue de 418 patients venant de cinq centres différents (Bordeaux, Grenoble, Lyon, Pau et Toulouse) qui ont tous utilisé la même méthodologie. La population était composée de 69 % d'hommes et 31 % de femmes, d'âge moyen 27,2 ans (9–59) avec une répartition par classes de 10 ans montrant la prédominance de la classe 20–30 ans. Aucun des patients n'avait d'antécédent chirurgical.

Le diagnostic de rupture du LCA était posé en préopératoire sur l'examen clinique, un bilan radiographique et une IRM.

L'examen clinique de tous les patients a été effectué à la consultation et au bloc opératoire sous anesthésie au moment de l'intervention chirurgicale et toujours

comparativement par rapport au côté opposé et sain. Le test de Lachman a été réalisé avec ses deux qualificatifs : mou et arrêt dur retardé. De même, le test du ressaut a été caractérisé par quatre qualificatifs : absent, ébauche ou ressaut bâtarde, ressaut franc et ressaut explosif.

L'examen radiographique préopératoire comprenait un bilan standard avec des clichés en appui monopodal de face et de profil strict. Un bilan en stress à 15 kg (Telos®) a été effectué avec un contrôle strict en scopie pour vérifier la bonne superposition des condyles. Sur l'ensemble de ces radiographies (appui monopodal et stress), les mesures, toujours comparatives au côté opposé, ont permis de déterminer l'avancé du plateau tibial médial sous le condyle médial (TACM), l'avancé du plateau tibial latéral sous le condyle latéral (TACL) et la pente tibiale. Ces mesures ont demandé aux évaluateurs un entraînement pour obtenir une fiabilité dans la réalisation.

La description de l'aspect du résidu du LCA a été effectuée par arthroscopie, selon des critères ci après présentés.

L'étude statistique a été réalisée avec le logiciel Statal® (Adscience.fr) après recueil des données par chaque centre et colligées sur un tableur Excel (Microsoft®). Le test de Khi2 a servi pour comparer les variables qualitatives, le test de Kruskal-Wallis et de Mann-Whitney pour comparer les variables qualitatives et quantitatives et le test de corrélation de Pearson et Spearman pour les variables quantitatives.

Résultats

Tous les patients présentaient une rupture du LCA mais la description clinique de la laxité était variée :

- test de Lachman : arrêt mou 78 % ;
- un arrêt dur retardé 22 % ;
- un ressaut : absent 10 % ;
- bâtarde ou ébauche 32 % ;
- franc 41 % ;
- explosif 17 %.

L'évaluation radiologique de la laxité retrouvait la dispersion habituelle des valeurs de tiroir antérieur à 20° de flexion d'une population de lésions du LCA (Tableau 1). Seules les laxités différentielles par rapport au côté lésé ont été analysées. La pente tibiale moyenne était de 7,7° (0–18).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4088176>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4088176>

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