

DIAGNOSTIC ET INDICATIONS CHIRURGICALES DES LESIONS DU LCP

M. BOUSSATON C. JAVOIS J-F. POTEL
(Centre de traumatologie du sport du Cours-Dillon)

Les lésions du ligament croisé postérieur du genou sont probablement plus fréquentes qu'il n'est classique de le dire. Pour DARREN et JONHSON elles représenteraient près de 20% des lésions ligamentaires du genou. Pourquoi en parle t on aussi peu ? Plusieurs raisons peuvent être évoquées :

- la méconnaissance de ces lésions
- la difficulté du diagnostique
- des indications chirurgicales mal codifiées
- Une chirurgie difficile volontiers décevante

RAPPEL ANATOMIQUE

Ce rappel vise uniquement à souligner certains éléments indispensables à la compréhension du diagnostique et du traitement :

- l'existence de 2 faisceaux (postéro médial et antérolatéral). Il s'agit de 2 faisceaux particulièrement bien individualisés qu'ils s'agissent de leurs points d'insertion de leurs fonctions de leur résistance.
- Les rapports avec les éléments périphériques en particulier les éléments postéro latéraux. Cette connaissance permet de comprendre ce que sont les lésions associées

DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC

Poser le diagnostic de lésion du LCP est souvent difficile et nécessite plusieurs étapes :

A - Y penser

En effet, du fait de sa moindre fréquence, l'hypothèse de lésion du LCP est souvent oubliée. Il faut savoir y penser devant un traumatisme violent portant principalement sur la TTA lorsque le genou est fléchi. D'autres mécanismes, plus rares seront détaillés. Ils donnent le plus souvent des lésions combinées (LCP+lésions périphériques). En urgence, le diagnostique doit être évoqué devant un genou douloureux (surtout dans sa partie postérieure) ; au stade de chronicité il doit être évoqué devant un syndrome rotulien ou une instabilité

B - L'examen clinique :

Le but de l'examen clinique est double :

- affirmer la rupture du LCP
- rechercher des lésions associées dont l'existence modifiera totalement le traitement ultérieur

1 - Affirmer la rupture du LCP :

Le tiroir postérieur reste le signe princeps de rupture du LCP. Sa découverte est un signe pathognomonique. Il faut savoir le quantifier pour affirmer la gravité de la lésion. Plusieurs grades ont été décrits (1 à 3). Il faut savoir le différencier d'un tiroir antérieur (le genou ayant tendance à se placer spontanément en position de tiroir postérieur).

D'autres tests peuvent être utilisés mais ils sont de moindre intérêt :

- Posterior sag test
- Test du quadriceps de Daniel
- Test en décubitus ventral de Whipple-Ellis

Ils n'apportent qu'une confirmation

2 - Rechercher les lésions associées :

Cette recherche est fondamentale car la mise en évidence de lésions associées va considérablement modifier la prise en charge thérapeutique. Les lésions les plus graves et les plus fréquentes sont les lésions postéro externes. Elles seront évoquées devant :

- Une laxité latérale en demi flexion et surtout en extension
- Un recurvatum external rotation test de Hughston positif
- Un reverse pivot shift de Jakob positif
- Un test d'hyper mobilité externe de Bousquet positif
- La décoaptation externe à la marche

Plus rares sont les lésions médiales. Leur diagnostic repose essentiellement sur l'existence d'une laxité médiale en demi flexion et surtout en extension

C - Examens para cliniques

Contrairement au LCA, il est difficile de codifier l'étude radiographique du LCP.

En urgence la radiographie standard de profil peut montrer un arrachement du massif postérieur. Il est préférable d'éviter les radiographies en stress qui risqueraient d'aggraver des lésions dont le traitement sera orthopédique. L'IRM est parfois d'interprétation difficile. Au stade de la chronicité la laximétrie postérieure peut être utile. Par contre son interprétation est très difficile, d'autant plus qu'il existe une laxité postéro externe associées. Il existe différents types de radio en stress.

L'IRM peut aussi être d'interprétation difficile dès l'instant où le LCP cicatrise volontiers spontanément (mais souvent « détendu »)

D - Traitement :

1 - Rupture isolée du LCP :

Le traitement initial est toujours orthopédique. Le traitement chirurgical est réservé aux formes symptomatiques malgré le traitement rééducatif. La reconstruction du LCP (faisceau antéro latéral) est réalisée sous arthroscopie en utilisant les tendons de la patte d'oie.

2 - Lésions combinées :

Le mode de reconstruction du LCP peut être discuté :

- soit reconstruction mono faisceau (fx antéro latéral sous arthroscopie)
- soit reconstruction bi faisceaux (fx antéro latéral et postéro médial en utilisant le tendon quadricipital)

A cette reconstruction s'associe la reconstruction des lésions périphériques. Eventuellement une OTV s'il existe une décoaptation externe et /ou un genu varum

Au total la prise en charge des lésions du LCP est en pleine mutation. Le point de départ de toute prise en charge est une analyse séméiologique précise, seule garante d'indications thérapeutiques bien posées .