

1023

Voici une proposition d'article scientifique synthétisant l'intervention du Dr. Maille, en respectant la structure et les points essentiels de la conférence.

Diagnostic et Traitement Médical des Entorses du Genou : Une Approche Globale et Pluridisciplinaire

****Auteur : **Dr. Maille, Centre Médical de Clairefontaine.**

****Conférence : **Entretiens de Podologie 2025.**

****Mots-clés : **Entorse du genou, Ligament Croisé Antérieur (LCA), diagnostic clinique, imagerie, prévention, approche pluridisciplinaire, podologie.**

Introduction

L'entorse du genou représente une part prépondérante de la traumatologie sportive, touchant majoritairement le membre inférieur (95% des pathologies sportives). Particulièrement fréquente dans les sports de pivot, son incidence est 4 à 6 fois plus élevée chez les femmes pour les lésions du ligament croisé antérieur (LCA), en raison de facteurs multifactoriels (morphologiques, hormonaux, musculaires). Cet article se propose de synthétiser les approches diagnostiques et thérapeutiques actuelles, en insistant sur la primauté de l'examen clinique et la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Notions importantes de l'article

- ****Primauté de l'examen clinique : **L'examen clinique est la pierre angulaire du diagnostic, surpassant l'imagerie en première intention. "Je ne soigne pas des**

photographies” est le leitmotiv qui doit guider le praticien.

- **Prévention** : Les protocoles de prévention (ex: **FIFA 11+**) sont efficaces, réduisant l'incidence des entorses d'environ 30%. Leur mise en place est une responsabilité, notamment dans le sport féminin.
- **Approche pluridisciplinaire** : La prise en charge est une chaîne collaborative impliquant médecin, chirurgien, kinésithérapeute, préparateur physique et podologue.
- **Inhibition Musculaire Arthrogénique (AMI)** : La lésion du LCA est aussi une “blessure du cerveau”. L'AMI est une inhibition musculaire centrale post-traumatique qu'il est crucial de dépister et de traiter pour optimiser la récupération.
- **Rôle du podologue** : Le podologue intervient dans l'analyse biomécanique et posturale a posteriori pour corriger les déséquilibres et participer à la prévention secondaire.

Épidémiologie et Mécanismes Lésionnels

Les sports de pivot (football, ski, handball, rugby, sports de combat) sont les plus grands pourvoyeurs d'entorses du genou. Dans le football professionnel, elles représentent 15% des blessures, avec un arrêt moyen de 6 mois pour une rupture du LCA et un taux de retour au même niveau de 85% (contre 65% chez les amateurs).

Les mécanismes principaux incluent :

1. **Le Valgus-Flexion-Rotation Externe (VFRE)** : Mécanisme indirect classique, souvent sans contact (70% des cas), survenant lors d'un changement de direction.
2. **Le contact direct** : Inévitable dans certains sports, il peut entraîner des lésions graves.
3. **La réception de saut** : Un moment à risque où le contrôle neuromoteur est essentiel.

Les facteurs de risque se divisent en deux catégories :

- **Extrinsèques** : Type de terrain (synthétiques durs), chaussures inadaptées, mauvaise gestion de la charge de travail.
- **Intrinsèques** : Déséquilibres biomécaniques et posturaux, déficit proprioceptif, schémas moteurs (dominance quadricipitale chez la femme).

Démarche Diagnostique

1. L'interrogatoire (Anamnèse)

C'est la première étape, fondamentale. Il faut rechercher :

- Les circonstances précises du traumatisme.

- Le ressenti du sportif : sensation de déboîtement (“clac clac”), craquement, instabilité immédiate.

2. L'examen clinique

Il est la base du diagnostic et doit être réalisé avec rigueur. Avec l'expérience, “nos mains valent toutes les IRM du monde” pour affirmer une rupture du LCA. L'examen évalue la douleur, le gonflement (épanchement), et recherche les laxités via les tests ligamentaires spécifiques. Un blocage en extension (*flessum*) est un signe fort en faveur d'une lésion méniscale en anse de seau.

3. Les examens complémentaires

L'imagerie doit être utilisée à bon escient et avec un œil critique.

- **L'IRM** : Souvent réalisée trop précocement dans l'orage inflammatoire. Son intérêt majeur réside dans le bilan des lésions associées (ménisques, points d'angle, contusions osseuses) plutôt que dans la confirmation d'une rupture du LCA déjà évidente cliniquement. Elle est cependant devenue un standard médico-légal.
- **La radiographie** : Garde tout son intérêt pour rechercher une fracture de Segond (pathognomonique d'une rupture du LCA) ou des arrachements des épines tibiales chez le jeune.
- **L'échographie** : Utile principalement pour l'analyse dynamique des lésions du ligament collatéral médial (LCM).

Stratégie de Prise en Charge

Phase aiguë

L'objectif est de rendre le genou “froid” et indolore :

- Refroidissement, compression, surélévation, mise en décharge.
- **Ponction de l'épanchement** : Geste essentiel pour soulager la douleur et surtout pour limiter l'installation de l'Inhibition Musculaire Arthrognique (AMI).
- **Antalgiques et AINS** : À adapter à l'intensité de la douleur et au caractère inflammatoire.
- **Immobilisation** : La plus courte possible. Une attelle articulée est privilégiée pour les lésions du LCM (grade 2) afin de guider la cicatrisation tout en conservant une mobilité contrôlée.

Traitement définitif

Le choix (médical ou chirurgical) dépend de la gravité de la lésion, mais surtout du profil du patient (âge, niveau sportif, objectifs). Une rupture isolée du LCA chez un patient peu sportif n'est pas une indication chirurgicale systématique.

- **Grade 1 (étirement) : 10 jours à 3 semaines.**
- **Grade 2 (lésion partielle) : 6 à 8 semaines.**
- **Grade 3 (rupture complète) : 6 à 9 mois (si chirurgie).**

Rééducation

La kinésithérapie est centrale et doit être active et progressive. Les objectifs sont :

1. Récupération des amplitudes complètes (surtout l'extension).
2. Renforcement musculaire (les muscles sont les "amis du genou").
3. Travail proprioceptif et neuromoteur.
4. Réintroduction progressive de la complexité et du "chaos" pour solliciter les aspects cognitifs et se rapprocher des contraintes sportives.

Conclusion : Vers une Approche Globale et Personnalisée

La prise en charge d'une entorse du genou est un travail d'équipe pluridisciplinaire. Le podologue y a toute sa place, en réalisant un bilan biomécanique et postural pour identifier et corriger les facteurs de risque intrinsèques, participant ainsi activement à la prévention de la récurrence.

L'avenir s'oriente vers une personnalisation accrue grâce aux innovations technologiques (analyse vidéo, capteurs, intelligence artificielle) qui permettront un profilage plus fin des athlètes et une individualisation de la prévention et de la préparation physique. L'approche doit rester globale, considérant l'athlète dans son ensemble, de ses pieds à son cerveau.