

Fait clinique

**Luxation traumatique bilatérale du genou:
à propos d'un cas**



VH Randriambololona*¹, N Razafimanjato¹,
MJ Rakotonaivo², HD Andrianiana³,
HJC Razafimahandry¹

¹ Service d'Orthopédie-Traumatologie, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Service de Chirurgie Viscérale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

³ Service de Chirurgie, CHRR DIANA d'Antsiranana, Madagascar

Résumé

Les luxations traumatiques bilatérales du genou sont extrêmement rares et constituent une urgence thérapeutique. Nous rapportons un cas de luxation bilatérale du genou survenu chez un homme de 31 ans, victime d'un accident de la voie publique. Après le bilan lésionnel, une réduction orthopédique était entreprise, suivie d'une immobilisation plâtrée de six semaines et d'une rééducation fonctionnelle. Au recul de six mois, l'évolution était favorable. Les aspects épidémiologique, étiopathogénique, diagnostique et thérapeutique de cette affection sont discutés à travers une revue de la littérature.

Mots-clés: Evolution; Genou; Luxation; Traitement

Bilateral traumatic dislocation of the knee: a case report

Summary

Bilateral knee dislocations are extremely rare and constitute a therapeutic urgency. We report a case of bilateral knee dislocation occurring in a 31-year-old man, victim of a traffic accident. Orthopedic reduction followed by six weeks immobilization was performed. Outcome was favorable after six months follow-up. Epidemiology, etiopathogeny, diagnosis and treatment are discussed with a review of the literature.

Keywords: Dislocation; Knee; Outcome; Treatment

Introduction

Les luxations traumatiques du genou sont rares, comme en témoigne le faible nombre de publications sur ce sujet [1,2]. Les formes bilatérales sont encore plus rares. Pouvant atteindre toutes les tranches d'âge, leur gravité tient non seulement aux ruptures ligamentaires multiples mais aussi aux complications vasculo-nerveuses. En dehors d'une réduction systématique en urgence, leur prise en charge est encore peu codifiée. Un cas de luxation bilatérale du genou est rapporté pour en soulever les aspects épidémiologique, étiopathogénique, diagnostique et thérapeutique.

Observation

Il s'agissait d'un homme de 31 ans, artisan, victime d'un accident de la voie publique: un autre piéton percuté par une voiture était projeté sur lui, l'avait percuté à la face antérieure de ses genoux et était passé entre ses jambes. A l'examen clinique, il présentait une douleur vive, une déformation et une augmentation de volume des deux genoux ainsi qu'une impotence fonctionnelle absolue. Par contre, aucun signe de complication vasculo-nerveuse n'était décelé. La radiographie confirmait le diagnostic en montrant une luxation bilatérale externe du genou (Figure 1). Aucune lésion osseuse associée n'était observée. Le traitement était orthopédique avec une réduction sous anesthésie générale en urgence et une immobilisation en légère flexion par un plâtre cruro-pédieux (Figure 2), maintenu pendant six semaines. Les tests de stabilité et de laxité effectués lors de cette anesthésie générale révélaient

un tiroir postérieur du genou gauche, faisant suspecter une atteinte du ligament croisé postérieur. Le bilan de contrôle au 45^{ème} jour ne décelait ni laxité ni instabilité des deux genoux. Par contre une raideur moyenne et une douleur à la mobilisation étaient notées. Ces signes avaient disparu après une prise en charge kinésithérapique. Au recul de 4 mois (Figure 3), l'évolution était favorable, marquée par la récupération complète de la mobilité articulaire. Le score de Meyers [3] était excellent pour les deux genoux.



Fig. 1: Radiographie: luxation externe bilatérale des genoux

Discussion

Les luxations traumatiques du genou sont rares, leur incidence étant estimée à 0,001 à 0,013% [4]. Les luxations bilatérales sont encore plus rares. Elles intéressent surtout les personnes actives de la quatrième décennie et le sex-ratio est estimé à 4/1. Comme dans notre cas, l'accident de la voie publique constitue l'étiologie la plus fréquemment rencontrée. Dans la littérature, le mécanisme lésionnel est toujours mal précisé. Chez notre patient, l'agent vulnérant était un corps propulsé à la face antérieure de ses genoux et passé entre ses jambes. Le diagnostic est évoqué devant une impotence fonctionnelle absolue des

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: suitorza@yahoo.fr (VH Randriambololona).

¹ Adresse actuelle: Service d'Orthopédie-Traumatologie, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

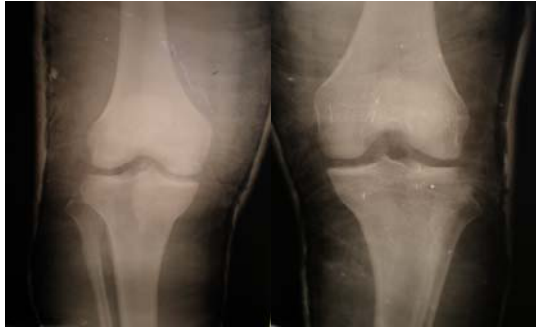


Fig. 2: Radiographie post-réductionnelle



Fig. 3: Radiographie au recul de 4 mois avec évolution favorable

genoux qui sont hyperalgiques, augmentés de volume ou déformés. Selon O'Donoghue [5], « tout genou augmenté de volume, douloureux, laxé, faisant suite à un traumatisme violent doit être suspecté de luxation ». Par ailleurs, il est important de rechercher les complications immédiates par un examen cutané, vasculaire, neurologique et général dans le cadre d'un polytraumatisme. La radiographie standard permet de confirmer le diagnostic et de rechercher les lésions osseuses associées. Aux 4 types classiques de luxation (antérieure, postérieure, médiale et latérale), Conwell [6] rajoute un cinquième type: les luxations rotatoires interne ou externe. Dans notre cas, il s'agissait d'une luxation externe bilatérale du genou. Dans une étude multicentrique effectuée en France, les luxations postérieures étaient les plus fréquentes (48% des cas), les luxations externes ne représentaient que 4,5 % des cas, et en tout, seulement 5 cas de luxations bilatérales ont été dénombrés [7]. Le scanner permet de mieux préciser les lésions osseuses associées. L'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et l'angio-IRM apprécient les lésions ligamentaires, vasculaires et nerveuses. L'artériographie constitue un examen capital surtout en cas de luxation sagittale où le risque d'atteinte vasculaire est important. Dans notre cas, le vrai handicap était le manque de moyen diagnostique puisque notre patient n'avait pu bénéficier que d'une radiographie standard. Devant la suspicion

d'une lésion du ligament croisé postérieur, le diagnostic n'avait pu être confirmé. Le but du traitement est de sauver le membre et de rétablir une bonne fonctionnalité. Pour cela, deux volets thérapeutiques doivent être pris en compte: le traitement de la luxation proprement dite et le traitement des lésions associées notamment vasculaire ou ligamentaire. La réduction de la luxation peut être orthopédique ou à foyer ouvert. L'immobilisation est assurée par un plâtre cruro-pédieux pendant 45 jours, un brochage ou un fixateur externe. Elle est suivie d'une rééducation progressive. Le traitement des lésions ligamentaires peut être orthopédique consistant en une simple immobilisation plâtrée, ou chirurgical. Dans ce cas, l'intervention doit être précoce (de J5 à J15) pour obtenir les meilleurs résultats anatomiques [2]. Elle consiste en une réparation par suture ou réinsertion ligamentaire soit en une reconstruction c'est-à-dire une ligamentoplastie par transplants libres (autogreffe ou allogreffe [8]) ou par ligament prothétique. La réduction est orthopédique aussi souvent que possible. L'abord de l'articulation est nécessaire en cas d'irréductibilité ou de luxation ouverte. En cas d'instabilité, de délabrement musculo-cutané important ou de fracture complexe associée, l'immobilisation est assurée par un fixateur externe. En cas de lésion vasculaire, un geste chirurgical de reperméabilisation doit être institué en urgence, dans les 8 premières heures pour limiter au maximum le risque d'amputation [9]. Concernant les lésions ligamentaires, leur prise en charge n'est pas encore codifiée actuellement mais les résultats sont meilleurs avec la chirurgie [10]. Dans notre cas, devant une suspicion d'atteinte du ligament croisé postérieur, le traitement était purement orthopédique et les résultats étaient favorables après un recul de 4 mois. Les complications possibles sont constituées par la raideur, la laxité et les douleurs résiduelles, ou encore l'arthrite dans le cadre d'une luxation ouverte. Aucune des ces complications n'était retrouvée chez notre patient.

Conclusion

Les luxations du genou sont des lésions rares, d'autant plus rares qu'il s'agit de luxation bilatérale. Affections graves et nécessitant une prise en charge urgente, leur diagnostic est évoqué devant un gros genou douloureux, laxé, faisant suite à un traumatisme violent. Les examens complémentaires sont essentiels pour la recherche de lésions associées. Devant un risque vasculaire important, la prise en charge du patient doit se faire rapidement dans un Centre spécialisé en chirurgie vasculaire et orthopédique. Pour les lésions ligamentaires, bien que la chirurgie soit actuellement privilégiée, le traitement orthopédique peut donner d'excellents résultats.

Références

- 1- Barsotti J, Dujardin C, Cancel J, Rosset P, Burdin P, Favard L, et al. Luxations du genou. Guide pratique de traumatologie. Paris: Masson; 2004: 182-5.
- 2- Versier G, Neyret PH, Rongièras F, Bures C, Ait Si Selmi T. La luxation du genou. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie 2006; 5: 1-9.
- 3- Meyers M, Harvey JP. Traumatic dislocation of the knee joint. A study of eighteen cases. J Bone Joint Surg Am 1971; 53: 16-29.
- 4- Hoover NW. Injuries of the popliteal artery associated with fractures and dislocations. Surg Clin North Am 1961; 41: 1099-112.
- 5- O'Donoghue DH. Dislocation of the knee. Orthop Rev 1975; 4: 19-29.

- 6- Conwell HE, Allredge RH. Complete dislocation of the knee joint. *Surg Gynecol Obstet* 1937; 64: 94-101.
- 7- Baertich C, Gougam T, Charissoux JL, Alexandre J, Mabit C. Luxation du genou, lésions ligamentaires et ostéo-articulaires associées, bilan lésionnel et méthodes thérapeutiques. *Ann Orthop Ouest* 2003; 35: 303-8.
- 8- Shapiro MS, Freedman EL. Allograft reconstruction of the anterior and posterior cruciate ligaments after traumatic knee dislocation. *Am J Sports Med* 1995; 23: 580-7.
- 9- Lermusiaux P, Bleuet F, Martinez R, Castellani L, Rosset Ph. Complications vasculaires des luxations du genou. *Ann Orthop Ouest* 2003; 35: 314-20.
- 10- Dedmond BT, Almekinders LC. Operative versus nonoperative treatment of knee dislocation. A meta-analysis. *Am J Knee Surg* Winter 2001; 14: 33-8.