

# Rupture aiguë du LCP

## Diagnostic et indications thérapeutiques

Dr Clément HORTEUR

CNT2U – 6 octobre 2023

# DIAGNOSTIC

- Mécanismes :
  - Choc direct sur la TTA
  - Hyper flexion (*Fowler, AJSM 1987*)
  - Hyper extension en charge
- Clinique : Aiguë = Difficile +++
  - Pas de craquement
  - Epanchement
  - Douleur



Tiroir postérieur

**Avalement de la TTA à 90°**

Faux tiroir antérieur

Dial Test 90°

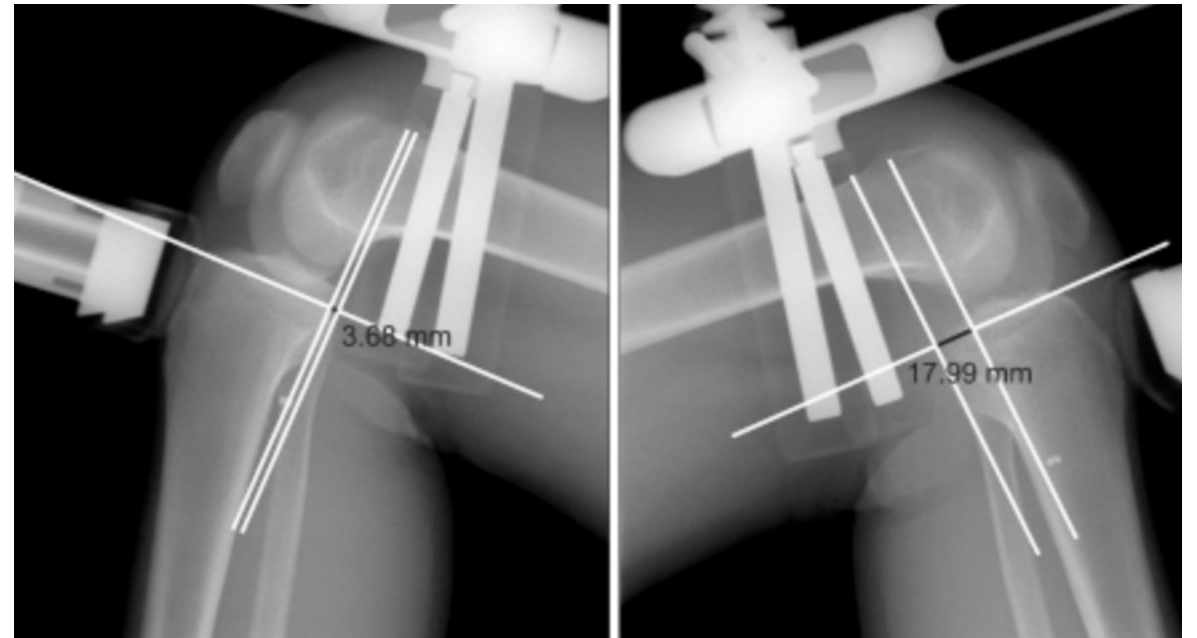
Très peu d'évaluation de test cliniques (*KOPCOW, JOSST 2013*)

# DIAGNOSTIC

- Attention atteinte multi ligamentaire +++ :
  - **LCA** : tiroir antérieur, lachman
  - **LLE – LLI** : laxité frontale à 30° de flexion
  - **POL / PAPI** : laxité en valgus en extension complète
  - **PAPE** : laxité en varus en extension complète, DIAL test positif à 30°, recurvatum test de Hughston. Attention +++ si morphotype en varus
  - Suspicion de luxation de genou → AngioTDM

# IMAGERIE

- Radiographies:
  - Eliminer une fracture
  - Clichés +/- dynamiques comparatifs tiroir postérieur 90° de flexion
  - Fracture de Segond inversée



# IMAGERIE

Gold Standard :

IRM +++ :

- Ligament sain : Hyposignal (T1 ou T2)
- Hypersignal / Perte de continuité
- Signes indirects



# TRAITEMENT

**« Le LCP Cicatrise très bien »**

*(AHN et al., AJSM 2006)(SHELBOURNE et al. AJKS 1999)*

Découverte lésion aigüe = TTT conservateur

Réalité ?

Dogme à remettre en cause ?

Lésion rare = peu étudiée

Traitement chirurgical moins accessible que LCA

# TRAITEMENT : Plâtre + Attelle (YOUNG et al. KSSTA 2008)

- Plâtre 6 semaines moulé en tiroir antérieur (contrôle radio)
- Puis rééducation avec attelle LCP dynamique 6 semaines
- Amélioration score fonctionnel 12 mois
- Diminution laxité postérieure
- mais laxité résiduelle (7mm à 3mm)
- mais 6 ligamentoplasties sur 17 à distance

→ 65%. de succès à moyen terme



# TRAITEMENT: Fonctionnel attelle LCP

- Port **attelle dynamique LCP** tiroir antérieur (demande de grand appareillage)  
➔ 12 semaines

- **Kinésithérapie d'emblée :**

- Flexion < 90° pendant 1 mois
- Travail uniquement en décubitus ventral
- Aucun travail des muscles IJ 3 mois
- Reprise du sport progressive à 3 mois puis sans restriction à 6 mois





Pas de place pour un traitement fonctionnel  
pur sans attelle

Place d'une attelle de Zimmer ? → attente  
d'une attelle dynamique

# TRAITEMENT: Attelle versus Plâtre ?

- Pas d'étude comparative dans la littérature
- Une étude comparative en post opératoire des reconstruction du LCP (extrapolable pour rupture aiguë ?)

Plâtre = **pas plus de raideur**

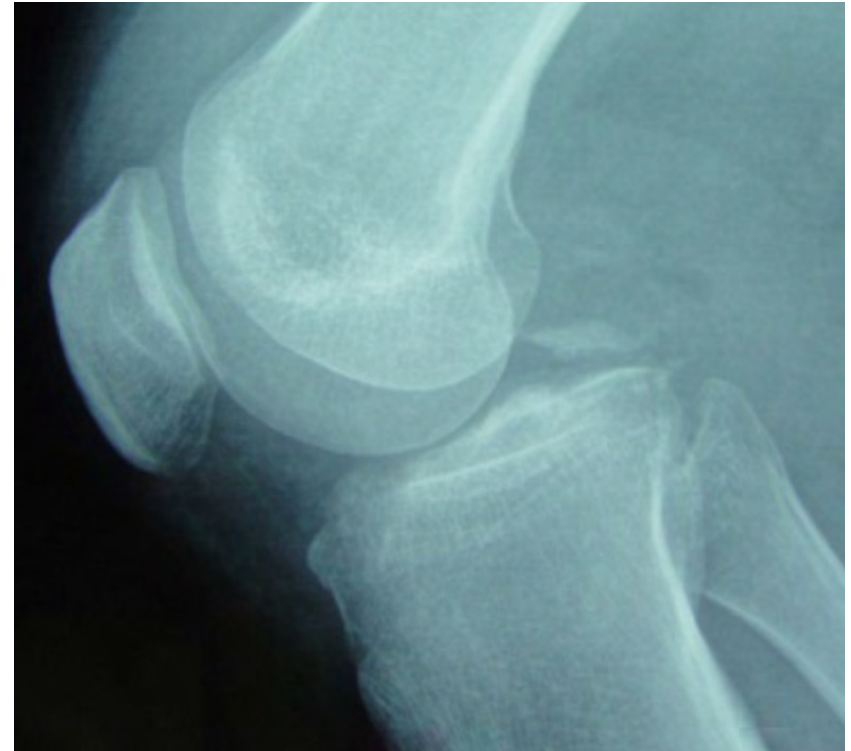
= **diminution de la laxité résiduelle à distance**

Traitement « Old school et peu vendeur » en 2023 mais à ne pas oublier !

# TRAITEMENT: Cas particulier arrachement surface retro spinale

Bilan TDM

- pas déplacé → idem traitement conservateur LCP
- déplacée → traitement chirurgical



# Rupture LCP (aiguë)

ISOLÉE

Traitement conservateur – Kiné  
(Plâtre ou Attelle Dynamique)

Lésions ligamentaires  
associées (PAPE+++)

Lésions méniscales

Ré évaluation après 3 à 6 mois

RAS

Instabilité symptomatique

Instabilité radiologique  
(TELOS)

Cut-off à définir

Poursuite TTT  
conservateur et  
suivi à 1 an

Proposer  
**CHIRURGIE**  
(reconstruction)