

Nouvelles des Congrès

par le Dr Patricia Eeckeleers • Médecin généraliste • 5590 Leignon

Semaine à l'étranger (suite)

(Tekirova, du 31 mars au 7 avril 2007)

Laisser parler le genou

L'anamnèse est fondamentale et donne un diagnostic dans plus de 80 % des cas. Elle doit être systématique et précise.

La douleur est-elle mécanique ou a-t-elle des caractéristiques inflammatoires ?

Y a-t-il des antécédents de pathologie du genou ou de traumatisme ancien de celui-ci ?

Le genou est-il instable, se dérobe-t-il ? Ceci peut évoquer soit une chondropathie rotulienne soit une lésion chronique méniscale ou du croisé antérieur.

Le genou se bloque-t-il parfois ? Ceci est typique d'une souris articulaire ou d'une lésion méniscale. Dans ce cas, s'asseoir entre ses genoux débloque la situation aiguë.

Y a-t-il un épanchement articulaire ? Ceci est fréquent dans les lésions aiguës et lors des épisodes de dérobement.

Le début des douleurs a-t-il été aigu ou insidieux ?

Le facteur déclenchant ou le traumatisme à l'origine de la douleur peut orienter vers une lésion précise. Une douleur survenue lors d'un shoot dans le vide évoque une lésion du croisé antérieur. Alors qu'une chute en valgum oriente vers une lésion du ligament latéral interne.

Les douleurs à la descente des escaliers, en position accroupie ou assise prolongée évoquent une chondropathie rotulienne. Et pour terminer, quel est le retentissement sur les activités du patient ? L'importance de l'impotence fonctionnelle est en relation directe avec l'importance des lésions.

D'après l'atelier "Examen du genou" du Dr Jacques MAGOT-TEAUX, orthopédiste à Libramont et à Liège animé par le Dr Yves GUEUNING généraliste à Bande.

Quelle imagerie dans les pathologies du genou ?

La radiographie simple sera la règle et suffit souvent mais nécessite de préciser la demande en notant ce que l'on cherche. Pour confirmer une gonarthrose, des clichés en charge ainsi qu'en incidence Schuss (incidence de face en légère flexion) évalueront bien la situation. Pour les lésions rotuliennes, un défilé patello fémoral sera demandé.

En cas de traumatisme aigu, des incidences de 3/4 évitent de passer à côté d'un arrachement osseux ou d'une fissure.

L'arthroscan est préféré à l'arthrographie pour les lésions méniscales, les souris articulaires ainsi que les dysplasies rotuliennes, les chondropathies et les usures anormales du carthilage.

Par contre, l'IRM est indispensable pour évaluer les tissus mous (ligaments, ménisques, synoviale) ainsi que l'os sous-chondral. Elle sera aussi réalisée si une chirurgie est envisagée.

L'échographie garde toute sa valeur en cas de lésion ou rupture tendineuse, de lésions des ligaments latéraux ou en partie lors de lésions méniscales.

Mais il ne faut pas négliger le fait qu'il y a 10 % de faux positifs et négatifs...

D'après l'atelier "Examen du genou" du Dr Jacques MAGOT-TEAUX, orthopédiste à Libramont et à Liège animé par le Dr Yves GUEUNING généraliste à Bande.

Les lésions ligamentaires du genou

Une déchirure ligamentaire nécessite généralement un traumatisme violent. Les lésions ligamentaires peuvent être isolées ou associées. Plus le traumatisme est violent, plus il y a de risque que les lésions soient multiples. La triade la plus classique associe des lésions touchant le

ménisque interne, le ligament croisé antérieur et le ligament latéral interne. Dans ce cas, le diagnostic est facile : le genou, malgré une instabilité avec laxité majeure, est moins douloureux avec un hématome apparaissant sous la peau (il n'est plus encapsulé).

Lors de la rupture d'un ligament latéral interne isolé, l'accident est survenu en valgum forcé. La douleur est immédiate entraînant une impotence équivalente. Il n'y a pas toujours d'épanchement intra-articulaire visible à l'examen clinique. L'insertion ligamentaire est excessivement douloureuse. Le patient est souvent en flessus léger antalgique. Il existe une laxité ligamentaire latérale recherchée sur genou en flexion légère. L'échographie confirmera la déchirure ou la désinsertion.

La guérison est la règle sans séquelle quel que soit le traitement appliqué (immobilisation par taping ou plâtre, kinésithérapie, glace seule). On interdira simplement le sport pendant 6 semaines avec un taping éventuel pour préserver le ligament.

La rupture d'un ligament croisé antérieur est provoqué par une hyperextension (shoot dans le vide) ou lors d'une torsion du genou (accident de ski). Un craquement est souvent nettement perçu au moment du traumatisme.

L'épanchement (hémarthrose) est la règle. Le testing clinique sera souvent postposé vu la douleur importante et l'épanchement qui sera ponctionné et sera sanglant, ce qui confirmera aussi le diagnostic. Le testing réalisé par après comportera classiquement une recherche de tiroir antérieur (rare sauf en cas de lésions associées), un jerk test et un test de Lachman, test le plus sensible, souvent positif.

Un ligament croisé postérieur se rompt rarement.

D'après l'atelier "Examen du genou" du Dr Jacques MAGOT-TEAUX, orthopédiste à Libramont et à Liège animé par le Dr Yves GUEUNING généraliste à Bande.

Chondropathie rotulienne de l'ado : rassurer !

Cette pathologie est surtout fréquente chez la jeune fille en surpoids et le jeune adulte. Si elle n'est pas associée à une autre pathologie (dysplasie de la rotule ou de la trochlée), l'évolution est spontanément résolutive et banale. Il est donc important de dédramatiser et de surtout ne pas empêcher toute activité physique et sportive.

L'anamnèse relèvera des douleurs antérieures et périrotuliennes avec craquements fréquents et dérobement parfois, lors de tout mouvement écrasant la rotule sur le cartilage malade, lors de la descente et dans une moindre mesure à la montée des escaliers, lors de la position accroupie ou suite à une position assise prolongée. **À l'examen clinique**, la palpation de la face postérieure de la rotule, le signe du rabot, le signe de Zohlen et de l'engagement de la rotule dans la trochlée sont douloureux. L'IRM (non utile) montrera de l'œdème avec fissurations et ulcérations au niveau du cartilage.

La guérison est la règle sans aucune séquelle (pas de risque majoré d'arthrose !) mais peut prendre un an, voire plus.

Le traitement sera symptomatique. La kinésithérapie peut être utile pour dédramatiser mais aussi en cas de quadriceps court, en apprenant des exercices de stretching du quadriceps.

D'après l'atelier "Examen du genou" du Dr Jacques MAGOT-TEAUX, orthopédiste à Libramont et à Liège et animé par le Dr Yves GUEUNING généraliste à Bande.

Ataxie

L'équilibre dépend de l'intégrité de la force musculaire, de la sensibilité proprioceptive (profonde), du cervelet, du système vestibulaire et du système visuel. L'altération d'une de ces composantes peut provoquer un déséquilibre.

L'observation du patient est capitale. Déjà sa manière de se déplacer en entrant dans le cabinet médical, de s'asseoir, se lever et se déplacer en ligne droite puis en faisant demi-tour, donnent une bonne idée de la pathologie. Une locomotion avec élargissement du polygone de sustentation permet de parler d'ataxie.

Si celle-ci est accompagnée de dysarthrie explosive et de gros vertiges avec déviation d'un côté, il faut penser à une **ataxie cérébelleuse**.

Si des paresthésies sont présentes avec chute et exagération des réflexes ostéo-

tendineux, une altération de la sensibilité profonde (via le diapason) et une trophicité normale, l'ataxie est purement sensitive et doit faire rechercher un **déficit en B12** important qui impliquera une supplémentation à vie en vitamine B12. Il faut y penser chez la personne âgée (ce n'est pas rare) ou en cas de gastrite avec anémie de Biermer.

Une démarche à petits pas avec perte du ballant du bras unilatéral et une difficulté au démarrage évoquera une **maladie de Parkinson**. Celle-ci ne sera étiquetée idiopathique que s'il n'y a aucune thérapeutique susceptible de donner du parkinsonisme, que les signes sont unilatéraux ou asymétriques et que le traitement d'épreuve à la L-DOPA pendant 3 semaines améliore de manière importante la symptomatologie. Si l'amélioration n'est pas nette, que les signes sont symétriques, qu'il y a des symptômes associés tels des troubles cognitifs et sphinctériens, une mise au point complémentaire sera réalisée à la recherche d'une étiologie autre, par exemple une hydrocéphalie à pression normale.

Les ataxies aiguës doivent évoquer un AVC, une hémorragie cérébrale, une infection virale cérébrale de type herpétique, une poussée aiguë de sclérose en plaque, une étiologie iatrogène médicamenteuse (carbamazépine⁽¹⁾, alcool, neuroleptique, calmant, neuroleptique caché tel le véralipride⁽²⁾, antiépileptiques, antidépresseurs, hypotenseurs)

Les ataxies bizarroïdes avec multiples expressions neurologiques pour lesquels aucune étiologie n'a été trouvée, variant dans le temps (disparition lors de la distraction) doivent faire évoquer une pathologie psychogène qu'il faudra déclarer comme telle au patient pour permettre une prise en charge psychologique adéquate.

D'après l'atelier "Troubles de la marche" du Dr Michel GONCE, neurologue à Liège animé par les Drs Jules LAMBERT, généraliste à Saint Denis Bovesse et Bernard MINET de Gembloux

RCP : révolution

Actuellement, dans le monde entier, un protocole standardisé de réanimation cardio-pulmonaire est mis en place. L'usage des défibrillateurs semi-automatiques se généralise aussi bien dans les ambulances que sur les lieux publics. De plus leur encombrement minimum et leur prix abordable permettent leur utilisation en médecine générale. 80 % des arrêts car-

diaques se font devant témoins qui effectueront un simple massage cardiaque dans 30 % des cas avec un doublement du taux de survie. Ce qui signifie que 70 % des témoins ne feront rien. À l'interrogatoire, on constate que le frein principal est le refus ou la peur du bouche-à-bouche. Or, **la priorité actuelle porte sur le massage cardiaque externe**, ce qui devrait lever toutes les réticences.

Après vérification de l'inconscience et de l'arrêt cardio-respiratoire, on commence par appeler le 112 ou le 100 (truc : GSM allumé à côté de soi pendant qu'on commence la RCP) et demander de l'aide aux témoins en envoyant quelqu'un chercher le défibrillateur s'il y en a un.

Le massage cardiaque externe se fait en mettant les mains superposées au milieu du thorax, entre les 2 mamelons, en enfonceant de 3-4 cm puis relâchant sur un rythme de 100/min : la compression chasse le sang vers le cerveau et la décompression, tout aussi importante irrigue les coronaires. Après 30 massages, on insuffle doucement 2 fois (si on n'y arrive pas ou s'il y a refus du masseur, on continue à masser car les poumons sont encore remplis d'air). En cas de noyade, le protocole est le même car le poumon a une capacité énorme d'absorption d'eau.

L'utilisation du défibrillateur est facile : il suffit de suivre les instructions. Il détecte lui-même s'il y a indication de délivrer un choc électrique externe. Il ne le délivrera pas en cas d'asystolie. Sa sensibilité et sa spécificité sont quasiment égales à 1. La position des deux électrodes est indiquée sur les instructions. S'il y a un port-à-cath ou un pacemaker, on les collera sous les aisselles.

Chez l'enfant de moins d'un an, le massage se fait à 2 doigts en enfonceant sur 1/3 de hauteur du thorax à un rythme de 15 massages pour 2 insufflations. Entre 2 et 8 ans, le massage se fait à une main au rythme 15/2. Le défibrillateur peut être utilisé dès l'âge de 1 an en mettant une électrode au niveau du thorax postérieur et l'autre sur le thorax antérieur.

Il faut savoir que l'hypothermie est un facteur de bon pronostic au niveau cérébral. Il n'est pas rare de récupérer un patient SDF ou noyé qui est resté plusieurs minutes inconscient sans RCP.

D'après l'atelier "Réanimation" du Dr Pierre MOLS, urgentiste, à Bruxelles animés par les Drs Anne POUPAERT, généraliste à Renaix et Caroline JENTGES généraliste à Luxembourg.

"Mieux vaut faire quelque chose que de ne rien faire."

Dr Pierre Mols, atelier RCP

(1) Tegretol®
(2) Agréal®