

LOCOMOTEUR

Vignette #1 : Gonalgie

Mathieu Rousseau ; Martin Lamontagne, MD ; Alec Gazeryan et Camille Sugère.

CONSIGNES GÉNÉRALES

- Durée recommandée : 10 minutes.
- Sexe du patient : Femme. Compatible avec un homme.
- Si une information n'est pas présente, cela signifie qu'elle n'est pas pertinente pour le cas ou que la réponse est "non".
- *L'information en italique est adressée à l'acteur du patient.*

PRÉAMBULE

- Raison de consultation : Gonalgie droite
- Contexte : Urgence
- *Consignes au patient : Vous êtes très souffrant.e et maintenez votre genou D en légère flexion, tout en le bougeant le moins possible. Si vous devez vous lever, vous éprouvez beaucoup de difficulté à y appliquer du poids.*

ANAMNÈSE

Identification

- Âge : 20 ans
- Occupation : Étudiante en architecture
- État matrimonial : Célibataire
- Situation domiciliaire : Habite avec ses 2 parents.

Antécédents

- Médicaux :
 - Maladie d'Osgood-Schlatter (D) à 14 ans
 - Luxation de l'épaule (G) à 16 ans
- Chirurgicaux : Opération de Bankart à l'épaule G à 16 ans
- Psychiatriques : Aucun
- Familiaux :
 - Père : Maladie cœliaque
 - Mère : Hypothyroïdie
- Allergies et réactions : Aucune
- Vaccins : À jour

Habitudes de vie

- Tabac : Jamais
- Alcool : « Je bois quelques verres à l'occasion, quand je sors avec mes amis »
- Drogues : Jamais
- Café : 1 par jour, le matin.
- Alimentation : Bonne et équilibrée, souvent sans gluten. « Je fais très attention à ce que je mange pour être à mon meilleur lors de mes compétitions. »
- Sommeil : 8h/jour
- Activité physique : Beaucoup. « Je joue au soccer avec l'équipe de mon université et je fais 3 séances de conditionnement physique par semaine. »
- Activité sexuelle : Partenaire stable depuis 2 ans.

Médicaments et produits naturels

- Médicaments : Aucun
- Produits naturels : Aucun

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE

Raison de consultation (question ouverte)

« J'ai mal au genou. »

Attributs du symptôme principal : Gonalgie

- **Localisation et irradiation** : Genou D. Douleur plutôt diffuse, mais plus importante en latéral. Non irradiante.
- **Qualité** : Douleur très vive. « C'est comme si on me donnait des coups de couteau. »
- **Intensité** : 8/10
- **Circonstances d'apparition** : « C'est arrivé pendant mon match de soccer, alors que j'essayais de déjouer une joueuse de l'autre équipe. La douleur est apparue soudainement quand j'ai planté mon pied D à terre. »
 - [Si mécanisme questionné davantage :] Mécanisme de changement de direction vers la gauche. Genou D en légère flexion subissant une force de rotation externe alors que le pied D est solidement planté au sol.
 - [Si questionné spécifiquement :] « Pop » entendu lors de l'apparition de la douleur.
- **Temporalité** :
 - Depuis quand ? Il y a 2 heures.
 - Évolution ? « La douleur était très intense dès le début, et semble s'empirer un peu. »
 - Première fois ? Oui
- **Facteurs déclencheurs/aggravants** : « C'est pire quand je mets du poids sur mon genou ou quand j'essaie de le bouger. »

- **Facteurs soulageants** : « J'ai pris 2 comprimés d'ibuprofène et mis de la glace sur mon genou. Ça a un peu aidé. »

REVUE DES SYSTÈMES

Rhumatologie

1. Arthralgie centrale **X**
2. Arthralgie périphérique : voir HMA. Aucune autre articulation affectée.
3. Gonflement articulaire : Le genou D gonfle de plus en plus. Cela a commencé rapidement après l'apparition de la douleur.
4. Rougeur articulaire **X**
5. Raideur matinale **X**
6. Phénomène de Raynaud **X**
7. Myalgies **X**
1. Dominance manuelle : Droitière
2. Paresthésies **X**
3. Parésie **X**
4. Céphalée **X**
5. Vertiges/étourdissements **X**
6. Perte de conscience/syncope **X**
7. Convulsions **X**
8. Amaurose fugace **X**

Neurologie

Symptômes systémiques

1. Fatigue **X**
2. Fièvre **X**
3. Perte de poids/d'appétit **X**
4. Sudation nocturne **X**

PICA

- Préoccupations : « J'espère ne pas avoir à manquer mon prochain match. »
- Impact : « Je n'ai pas pu terminer mon match. »
- Croyances : « C'est peut-être une entorse. »
- Attentes : « J'aimerais que vous soulagiez ma douleur le plus vite possible. »

EXAMEN PHYSIQUE

CONSIGNES GÉNÉRALES

- **L'examen DU GENOU doit être exécuté par l'étudiant médecin.**
- *Les examens physiques en italiques doivent être mentionnés par l'étudiant médecin, mais ne nécessitent pas d'être effectués. Le résultat sera fourni directement par l'acteur/évaluateur.*
- Si une information n'est pas présente, cela signifie qu'elle n'est pas pertinente pour le cas ou que la réponse est "non".

Apparence générale

La patiente est très souffrante. Genou D maintenu en légère flexion. A eu besoin d'aide pour se rendre à la salle.

Signes vitaux

- Fréquence cardiaque : 93 /min, régulier
- Fréquence respiratoire : 18 /min
- Pression artérielle : 113/76 mm Hg
- Température buccale : 37,2° C
- Saturation en oxygène : 99% à l'air ambiant
- Indice de masse corporelle : 20 kg/m²

Examen du genou [À EXÉCUTER – VOIR ANNEXE]

L'examen peut n'être effectué que sur le genou D, mais l'étudiant mentionne qu'il commencerait par le genou non atteint et qu'il faut toujours comparer les 2 côtés. Aucune particularité au genou G.

1. **Inspection** : La patiente ne peut effectuer l'inspection debout. Genou gonflé.
2. **Palpation** :
 - a. Chaleur au dos de la main
 - b. Douleur plus importante sur la face latérale du genou, surtout au niveau du condyle fémoral latéral et du plateau tibial latéral.
3. **Amplitude des mouvements** : Amplitude diminuée en actif et en passif. Flexum de 10° et flexion limitée à 90°.
4. **Manœuvres spécifiques** :
 - a. Recherche d'épanchement articulaire :
 - i. *Signe du flot* : Positif
 - ii. **Signe du glaçon [À EXÉCUTER]** : Positif
 - b. Recherche de lésion patellaire :
 - i. *Signe du rabot* : Négatif
 - c. **Examen des ligaments collatéraux [À EXÉCUTER]** : Pas de douleur ni de laxité en médial et en latéral.
 - d. **Examen des ligaments croisés** :
 - i. **Signe du tiroir [À EXÉCUTER]** : Augmentation de la translation antérieure et absence d'arrêt dur.
 - ii. **Test de Lachman [À EXÉCUTER]** : Augmentation de la translation antérieure et absence d'arrêt dur.
 - e. Examen des ménisques :
 - i. *Test de McMurray* : Non exécutable
 - ii. *Test de Thessaly* : Négatif

Examen des articulations adjacentes

- Examen de la hanche : Sans particularité
- Examen de la cheville : Sans particularité

Examen neurovasculaire des membres inférieurs

- Forces segmentaires : 5/5 partout
- Réflexes ostéo-tendineux : 2+ partout
- Palpation des pouls périphérique : 2+ partout

QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES (9^E MINUTE)

1) Quel est votre diagnostic ?

Déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit

2) Justifiez votre diagnostic (au moins 3 éléments).

- Contexte traumatique, sans contact, associé à un changement de direction (et présence d'un « pop »).
- Hémarthrose d'apparition rapide et difficulté importante de mise en charge.
- Trouvailles à l'examen physique (Tiroir antérieur, Lachman, etc).

3) Quelles est la meilleure modalité d'imagerie pour poser ce diagnostic?

IRM

POUR ALLER PLUS LOIN

- Voir *Le manuel Merck*, « Entorses du genou et lésions méniscales », disponible gratuitement [ici](#).
- Voir *Systematic Musculoskeletal Examinations* ch. 5 « The Regional Musculoskeletal Exami-

ANNEXE – CAHIER JAUNE

Examen du genou

(1) INSPECTION

1. Patient **debout**, position statique :
 - a. Examiner les genoux de face, de dos et de profil
 - b. Rechercher un flexum, un recurvatum, un varus, un valgus
2. Patient en **décubitus dorsal** : Rechercher et comparer les 2 genoux
 - Gonflement
 - Rougeur
 - Œdème
 - Cicatrices chirurgicales
 - Déformations

(2) PALPATION

1. Patient en **décubitus dorsal**, genoux étendu : Rechercher une **chaleur** au niveau des articulations (genoux en extension) en palpant du dos de sa main et en comparant les 2 côtés

2. Genoux fléchis à 90° : Palper à la recherche de **douleur**, de **gonflement**

- Structures osseuses :
 - Apophyse tibiale antérieure
 - Plateaux tibiaux
 - Tête du péroné (fibula)
 - Condyles fémoraux
 - Rotule
- **Interlignes** articulaires médial et latéral à partir du tendon rotulien (ménisque médial et latéral)
- Tendons :
 - Rotulien
 - Quadricipital
 - Bandelette ilio-tibiale
 - Patte d'oie : sartorius, semi-tendineux, gracile
- **Ligaments collatéraux** médial (LCM) et latéral (LCL)
 - LCL plus facilement mis en évidence sous forme d'une corde par une rotation externe de la hanche (position FABER)
- **Creux poplité** à la recherche d'un **kyste de Baker** (*idéalement palpé en décubitus ventral*)

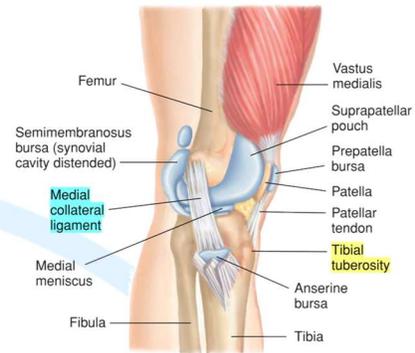


FIGURE 16-75. Left knee—medial view.

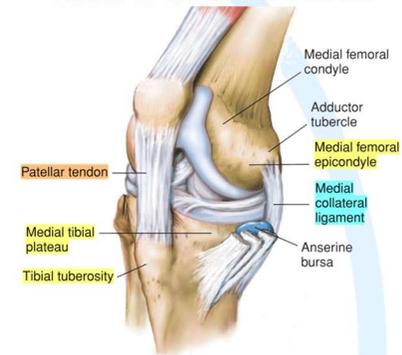


FIGURE 16-77. Medial compartment of the knee.

(4) MANŒUVRES SPÉCIFIQUES

Patient en décubitus dorsal

EXAMEN DES LIGAMENTS COLLATÉRAUX

LCL et LCM (ligaments collatéraux latéral et médial)

Patient en décubitus dorsal, jambes étendues

1. Demander au patient de se placer près du bord de la table d'examen afin que sa jambe soit facilement accessible
2. Demander au patient de fléchir le genou à 20°
3. Stabiliser la cheville entre le coude et le tronc
4. Placer les 2 mains de part et d'autre du tibia proximal
5. Évaluer le LCL : tenter de provoquer un bâillement en **latéral (varus)** en poussant avec la main située à la face médiale
6. Évaluer le LCM : tenter de provoquer un bâillement en **médial (valgus)** en poussant avec la main située à la face latérale
7. Répéter les manœuvres avec le genou en extension complète

Test positif : production de douleur et/ou de laxité

SIGNE DU TIROIR

Examen des LCA et LCP (ligaments croisés antérieur et postérieur)

1. Patient en décubitus dorsal, genou fléchi à 90°, pied reposant à plat sur la table d'examen
2. S'assurer de ne pas avoir de translation au repos avant de continuer l'examen

3. Stabiliser la jambe en s'assoiant délicatement sur le bout du pied	
4. Saisir le tibia proximal des 2 mains, en plaçant ses 2 pouces sur l'apophyse tibiale antérieure, les autres doigts dans le creux poplité	
5. Tirer le tibia vers l'avant d'un coup sec pour évaluer le ligament croisé antérieur (LCA)	
6. Pousser le tibia vers l'arrière pour évaluer le ligament croisé postérieur (LCP)	
7. Observer la présence de mvmt ou la présence d'un arrêt dur	
8. Comparer les 2 côtés	
9. Test positif : augmentation de la translation et/ou absence d'arrêt	
TEST de LACHMAN – MÉTHODE #1 <i>Examen du LCA (ligament croisé antérieur)</i>	
1. Patient en décubitus dorsal, genou fléchi à 20°	
2. Demander au patient de relâcher ses muscles de la jambe	
3. Genou D : stabiliser la cuisse distalement avec la main G sur la face postérieure de la cuisse et prendre le tibia sur sa face antérieure avec la main D	
TEST de LACHMAN – MÉTHODE #2 si impossible de soutenir la cuisse <i>Examen du LCA (ligament croisé antérieur)</i>	
1. Genou D : placer un genou sous la cuisse du Patient, stabiliser la cuisse distalement avec la main G sur la face antérieure de la cuisse et prendre le tibia sur sa face antérieure avec la main D	
2. D'un mvmt sec sans causer de rotation, déplacer le tibia antérieurement avec la main D	
3. Test normal = arrêt dur	
4. Effectuer les mêmes manœuvres pour le genou G, mais la main D sous la cuisse et la main G sur la face antérieure du tibia	
5. Comparer les 2 genoux à la recherche d'une translation antérieure anormale du tibia et d'un arrêt mou; si test positif = déchirure du LCA	
TEST DE MCMURRAY <i>Examen des ménisques</i>	
1. Patient en décubitus dorsal	
2. Genou D : placer la main G au niveau de l'interligne articulaire interne et soutenir le pied avec la main D	
3. Ménisque médial : Effectuer une flexion complète du genou et l'amener en valgus + rotation externe.	
4. En gardant cette torsion, amener doucement la jambe en extension	
5. Ménisque latéral : Effectuer la même manœuvre en amenant cette fois le genou en varus + rotation interne.	
6. <u>Test positif</u> : « clic » au niveau de l'interligne articulaire + douleur	