

## LÉSIONS BICROISÉES : ANALYSE CRITIQUE D'UNE SERIE MULTICENTRIQUE de l'ESSKA

*G. Versier, J.P. Marchaland, C. Bures, F. Rongieras, Ph. Neyret*

Une étude rétrospective et multicentrique (10 centres européens spécialisés dans la chirurgie du genou sur une période de 20 ans) regroupant 273 cas de pentades et luxations du genou a été réalisée en 1998 pour l'ESSKA. Cette étude peut se résumer au mot « polymorphisme » en terme d'étiologie, de lésions, de complications, de traitement, et de résultats. Nous avons essayer de :

- déterminer les lésions en les intégrant dans une classification anatomique simple (pentades ou luxations)
- évaluer les résultats fonctionnels subjectifs et cliniques et radiologiques objectifs (index de satisfaction et cotation IKDC 1993) en fonction de la nature du traitement (conservateur ou chirurgical), du type de réparation ligamentaire et du délai thérapeutique
- rechercher des facteurs prédictifs d'arthrose et des éléments permettant d'établir une stratégie thérapeutique.

A partir de cette étude qui comportait la série des lésions bicroisées traitées dans le service d'Albert Trillat puis d'Henri Dejour, nous dégagerons les principales notions diagnostiques et thérapeutiques.

Les lésions bicroisées du genou sont des lésions rares. La priorité doit aller au bilan vasculaire, car on connaît la fréquence et la gravité des lésions de l'artère poplitée. Le bilan lésionnel ligamentaire doit être précis, reposant sur l'examen clinique, radiographique et si possible sur l'angio-IRM. Il va permettre de classer ces lésions en fonction des atteintes ligamentaires et périphériques.

Le traitement orthopédique est le plus souvent réservé au polytraumatisé, au sujet âgé, en l'absence de complication ostéo-articulaire, cutanée ou vasculo-nerveuse.

Bien que controversé, le traitement chirurgical, véritable « plâtre interne » doit être privilégié car c'est le seul moyen de restituer l'anatomie. Son principal impératif est d'annuler la translation tibiale postérieure, garantissant ainsi un meilleur résultat anatomique sagittal et frontal, en utilisant soit une reconstruction primaire ou une suture associée à un renforcement du LCP, soit une double ligamentoplastie en urgence différée plus stabilisante mais plus enraidissante, bien qu'autorisant une mobilisation précoce. En effet, la révision de cas a conduit au constat d'échec des réparations du pivot central par des sutures simples ou renforcées, ce que corrobore les études de SHELBOURNE [25] ou de KELLERS .

L'évolution arthrogène est importante (intéressant 43% des patients après 10 ans de recul), surtout après une luxation, du fait des lésions ostéochondrales et méniscales associées, arthrose surtout interne, parfois globale. Le pronostic fonctionnel est loin d'être catastrophique, ce qui correspond à une adaptabilité fonctionnelle et à une diminution des ambitions sportives et physiques avec le recul.