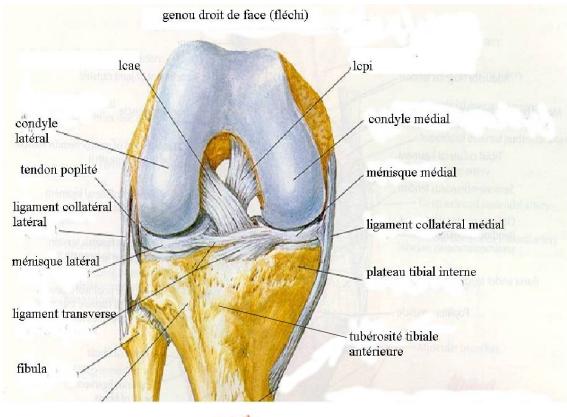
Planches anatomiques du genou

Dr E Bigorra

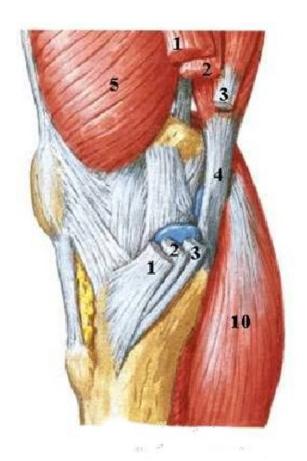
# Planches anatomiques du genou

#### **Anatomie osseuse**



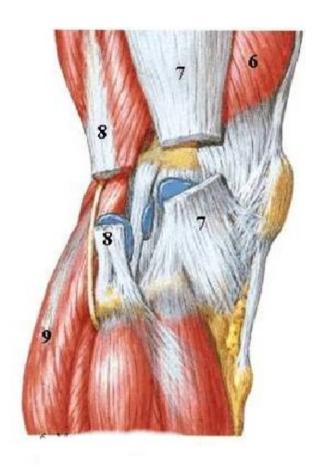


# Principaux muscles du genou



#### **VUE MEDIALE:**

- 1) sartorius
- 2) gracile
- 3) Semi tendineux
- 4) semi membraneux
- 5) vaste médial
- 10) gastrocnémien médial



#### **VUE LATERALE:**

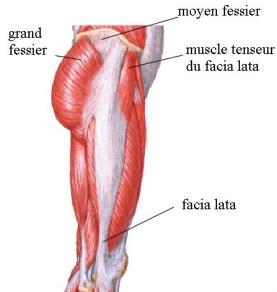
- 6)vaste latéral
- 7) tenseur du facia lata
- 8) biceps fémoral
- 9) gastrocnémien latéral

Sartorius (ex couturier) gracile (ex droit interne)

Semi (ex demi)

Gastrocnémien (ex jumeaux)

#### Muscle facia lata et tractus ilio-tibial (ex bandelette de Maissiat)



Le facia lata est une aponévrose puissante reliant la face superficielle du complexe musculaire (grand fessier/moyen fessier et tenseur du facia lata) au genou

Il s'insère sur le tibia au niveau du tubercule de Gerdy

NB région fessière = région glutéale

Grand fessier = glutéus majeur

Pris en groupe ces trois muscles font une abduction de la cuisse

Pris isolément seul le MF est abducteur pur

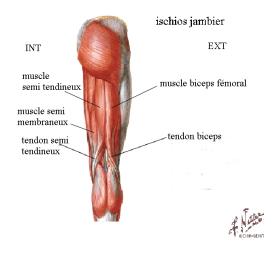
Le grand fessier est extenseur de cuisse

Le tenseur du facia lata (TFL) s'insère sur la grand trochanter , il est peu puissant est son effet est minime il est abducteur en rotation médiale (interne) de la,cuisse

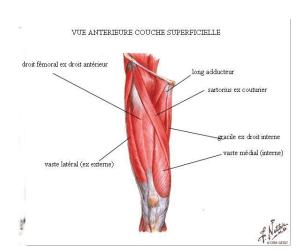


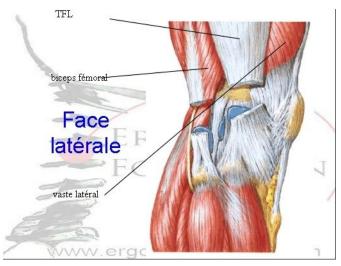
Le tractus ilio-tibial est en cause dans le syndrome de l'essuie glace

#### **Anatomie musculaire**



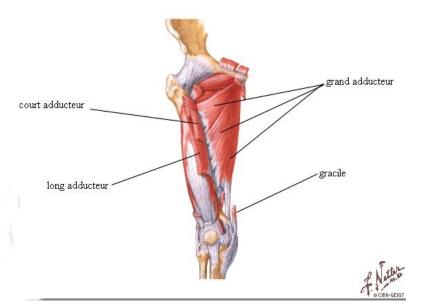






# anatomie musculaire des muscles adducteurs

VUE ANTERIEUR ADDUCTEURS



Les muscles adducteurs sont au nombre de cinq

Long adducteur couche superficielle)

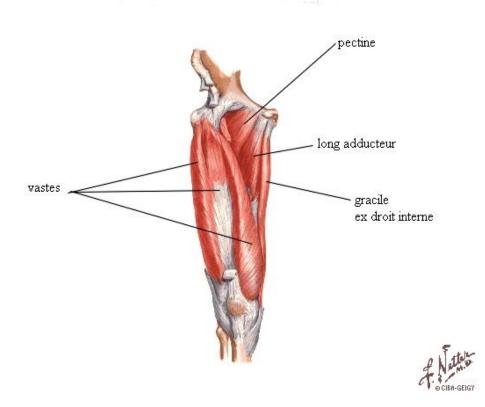
Pectine (couche superficielle)

Gracile (couche superficielle)

Court adducteur (couche intermédiaire

Grand adducteur (couche profonde)

#### VUE ANTERIEURE

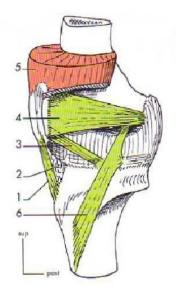


Page 5 Titre du bulletin

# **Anatomie: ligaments et ménisques**

#### Vue médiale du système ligamentaire.

- 1. tendon patellain
- 2. corps adipeux
- ligament ménisco patellaire médial
- rétinaculum patellaire nédial
- 5, tendon quadricipital
- 5. ICT du genou



Le ligament collatéral tibial ou ligament collatéral médial ex LLI (ligament latéral interne)

Le plus fréquemment touché dans les entorses ligamentaires du genou

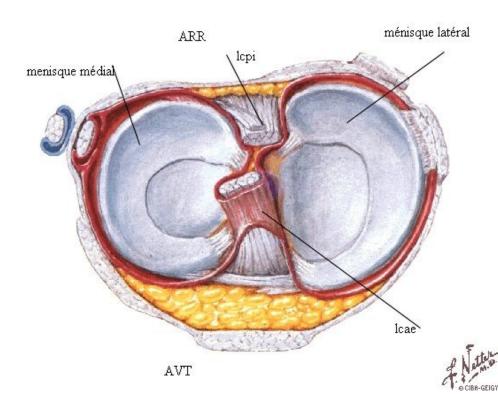
Deux faisceaux un superficiel et un profond, si atteinte du faisceau profond possibilité d'épanchement intra articulaire

Dans les traumatismes il peut y avoir association lésionnelle (avec le ménisque / avec les ligaments croisée)

Toute lésion du LCL doit être immobilisée (durée fonction de la gravité) sinon risque de mauvaise cicatrisation et complications , afin de ne pas solliciter le ligament en charge au cours de la marche

Immobilisation par attelle type Zimmer

### Ménisques



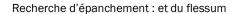
Attention les lésions méniscales sont fréquentes avec l'âge (dégénérescence) et il faut distinguer les lésions traumatiques des lésions dégénératives (méniscoses)

L'IRM montrent les lésions dégénératives (grade 1 de l'IRM) qui ne sont pas des bonnes indications d'arthroscopie du genou que ce soit au niveau thérapeutique ou même diagnostique

# Tests cliniques du genou : pathologie méniscale







Epanchement surtout présent en cas de lésion du ménisque médial

Moins fréquent pour le ménisque latéral

De même pour le flessum du genou qui est plus pathognomonique du ménisque médial



Test de Oudart : si présence d'un flessum du genou, consiste a déclencher la douleur au cours de l'extension passive





Déclenchement de la douleur au cours de la flexion passive du genou , le plus souvent en fin de flexion



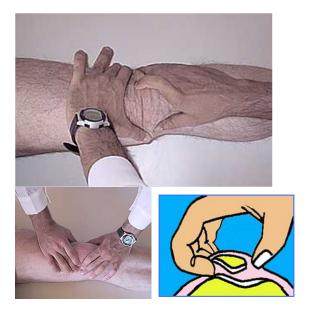
#### Grinding test

Recherche de la douleur de l'interligne en flexion du genou plus compression axiale et rotation sur un patient en DV, genou fléchi àn  $90^\circ$ 



Test de Cabot : spécifique du ménisque latéral, recherche de la douleur de l'interligne externe lors d'une manœuvre tendant à ouvrir l'interligne (externe) pour faciliter la palpation de cet interligne

# Tests cliniques: pathologie rotulienne



Recherche d'épanchement : présent dans le syndrome rotulien snas être spécifique car présent pour toute pathologie intra articulaire

Douleur à la palpation des facettes articulaires, dégager l'atéralement la rotule pour palper la face articulaire



Rabot ; recherche de craquement, ressaut au cours de la mobilisation passive de la rotule (en flexion comme sur le schéma ou classiquement sur un genou étendu par une mobilisation verticale)



Signe de Smilie, en cas d'hyper-mobilté passive de la rotule au cours de la mobilisation , afin de mettre en évidence un sub-luxation ou luxation potentielle

Tracter la rotule sur l'extérieur puis faire une flexion passive Attention à ne pas luxer celle çi

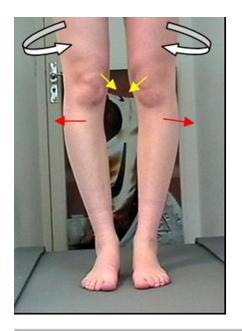


Analyser l'angle (baionnette externe) cad celui entre l'axe du Q4 /la rotule/ et celui du tendon (soit au niveau palpatoire la TTA)

Plus cet angle est fermé (vers l'extérieur) plus la tendance sub-luxante de force vers l'extérieur est forte , donc le risque de syndrome rotulien avec hyper pression externe

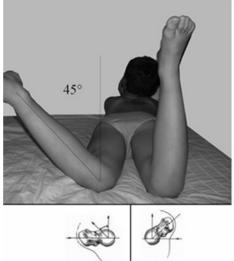
Page 8 Titre du bulletin

# Patrhologie rotulienne suite appréciation des torsions du MI



Appréciation globale d'une convergence rotulienne (position en rotation médiale) qui sera significative ou d'un problème positionnel ou d'une torsion (anomalie structurelle) Se fait sur un patient debout (pied en position anatomique) ou patient en décubitus dorsal

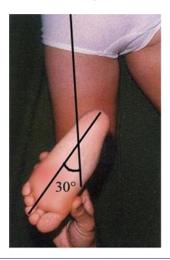
Si il existe une convergence rotulienne , il faut alors rechercher cliniquement une torsion fémorale interne exagérée ou une torsion tibiale externe exagérée



#### Test de Netter

Permet d'évaluer la torsion fémorale

Patient en DV on appréécie l'angle de la jambe par rapport à l'horizontale lorsque le trochanter est lui dans un plan horizontal (parallèle au plan de la table)



Mesure clinique de la torsion tibiale

Peut se faire debout (plus logique) mais peut se faire patient en DV , on mesure l'angle entre le pied et l'axe de la jambe

Moins bien en théorie car compensation dans la sous astragalienne

# **Tests cliniques: pathologie ligamentaire**



Test de laxité en valgus

Classique pour évaluer une laxité du compartiment médial (LCM ex LLI)

Se fait sur un genou légèrement déverrouillé

Sur un genou en extension la stabilité est assuré par le LCM et les plans capsulaires postérieurs (coque/ point d'angle)

Il n'y a pas de laxité physiologique en extension

Si trop de flexion du genou;, le test est mauvais car on sort du plan anatomique et biomécanique des ligaments



Manoeuvre de Lachman : recherche d'un tiroir antérieur du tibia sur un genou en légère flexion

Bien sur doit être comparative avec l'autre genou

Tiroir présent en cas de lésion du LCA

Manœuvre de base avec la recherche des tiroirs genou fléchi



Recherche des tiroirs (antérieurs et postérieurs) comparatifs

Tiroir antérieur en cas de lésion du LCA

Tiroir postérieur (théorique) en cas de lésion du LCP

Attention dans les lésions du LCP on a souvent un « faux tiroir antérieur » car le tibia est sub-luxé en arrière et au cours de la manœuvre des tiroirs on ne retrouve pas de tiroir post mais un tiroir ant ( réduction de la subluxation postérieure donc 'faux » tiroir antérieur)