



CAT devant une douleur du genou avec une radiographie normale

Erick Legrand
Service de rhumatologie
CHU et Université, Angers

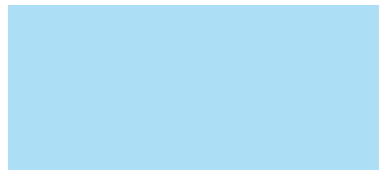
Quelles radiographies pour explorer un genou douloureux?

- ❑ Clichés des genoux de face, de profil, en incidence FP à 30° de flexion
- ❑ Clichés bilatéraux, comparatif, droit et gauche même si la douleur est unilatérale
 - **Pour repérer les variantes de la normale, non pathologiques, visibles des deux cotés**
 - **Parce que l'œil humain est plus performant en comparant 2 images**



Quelles radiographies pour explorer un genou douloureux

- ❑ Clichés des genoux de face, de profil, en incidence FP à 30° de flexion bilatéraux comparatif, droit et gauche même si la douleur est unilatérale
- ❑ Pour repérer les variantes de la normale, non pathologiques, visibles des deux cotés
- ❑ Parce que l'œil humain est plus performant en comparant 2 images



Deux radiographies dites normales

45 ans obèse



55 ans, genu varum



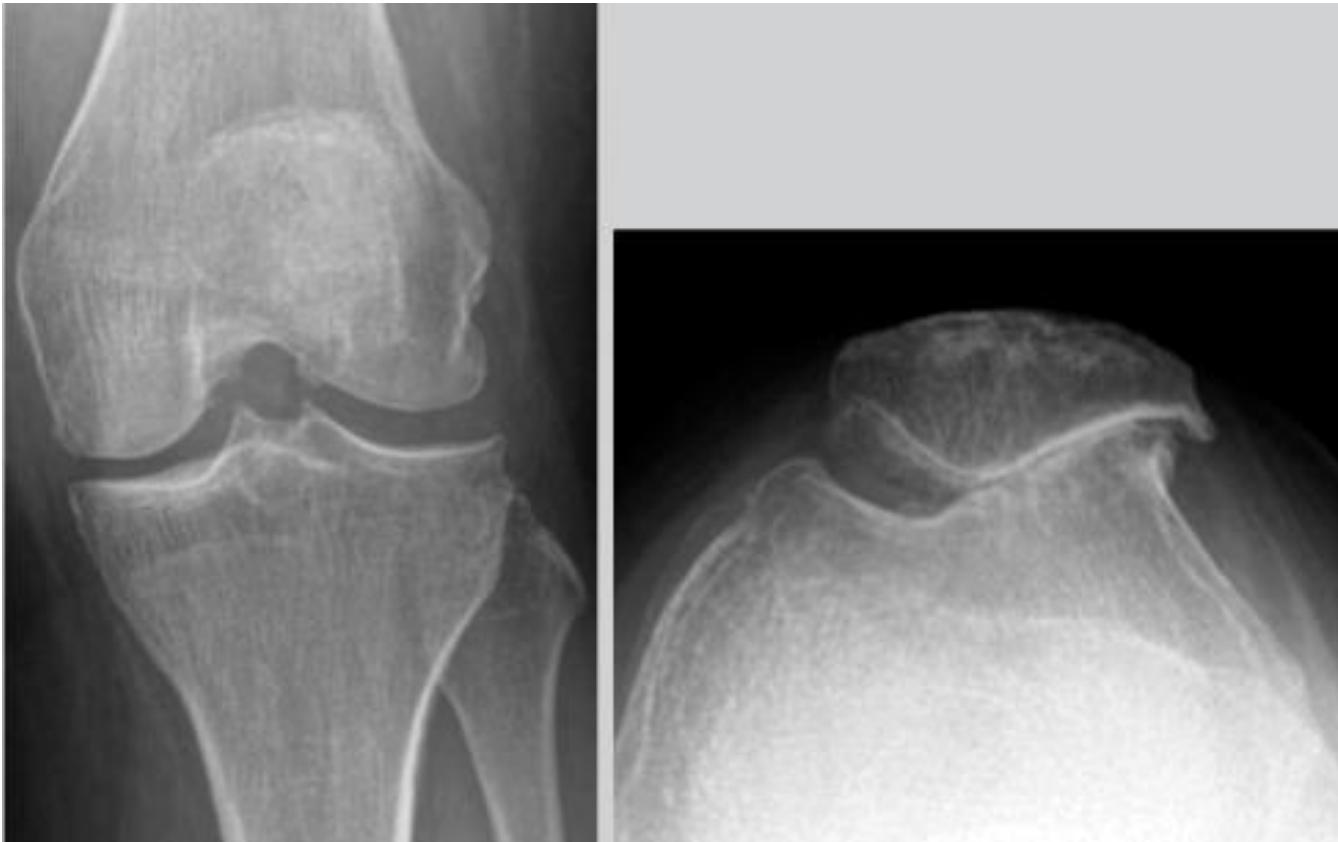
Arthrose fémoro-tibiale interne débutante

Radiographie de face rassurante

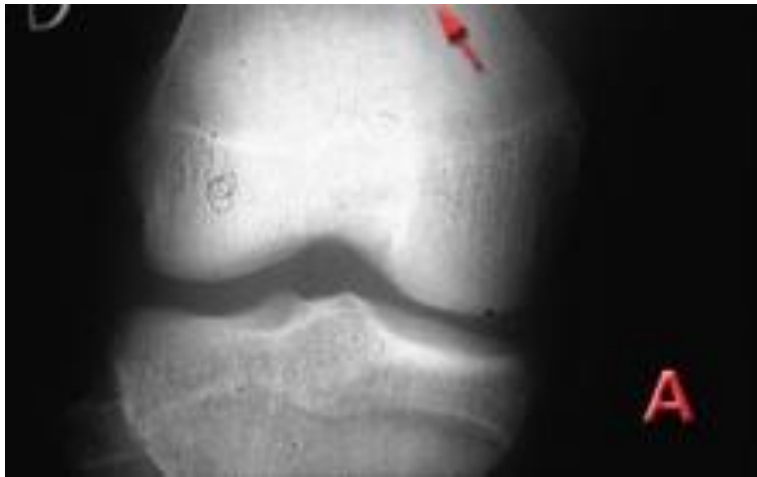


Radiographie de face rassurante

Incidence fémoro-patellaire : arthrose évoluée

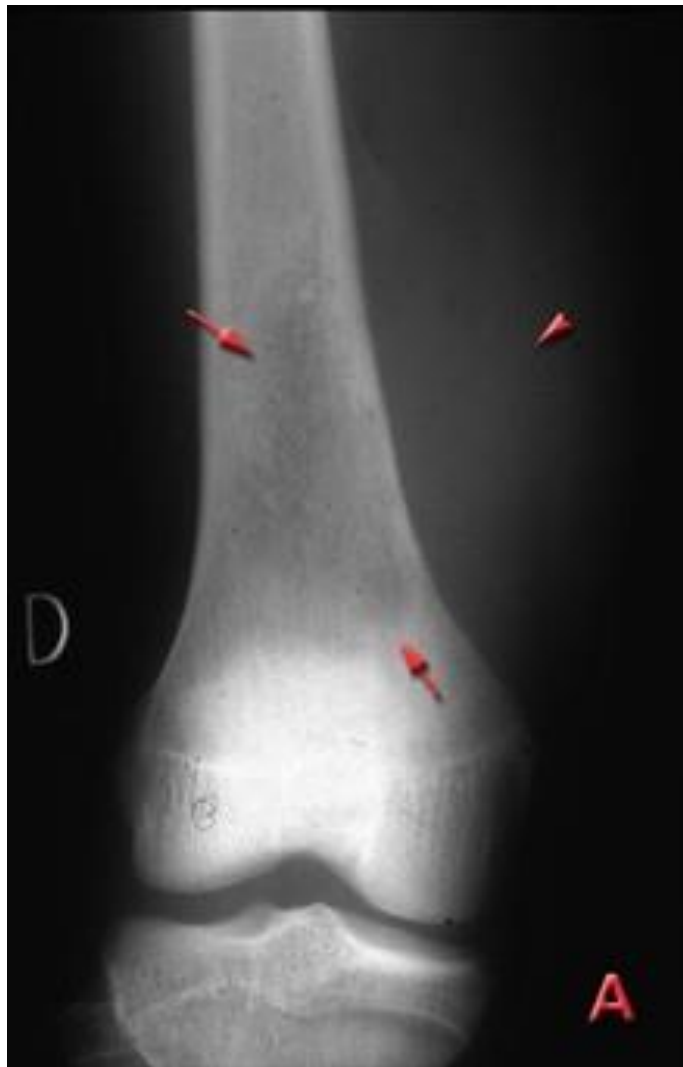
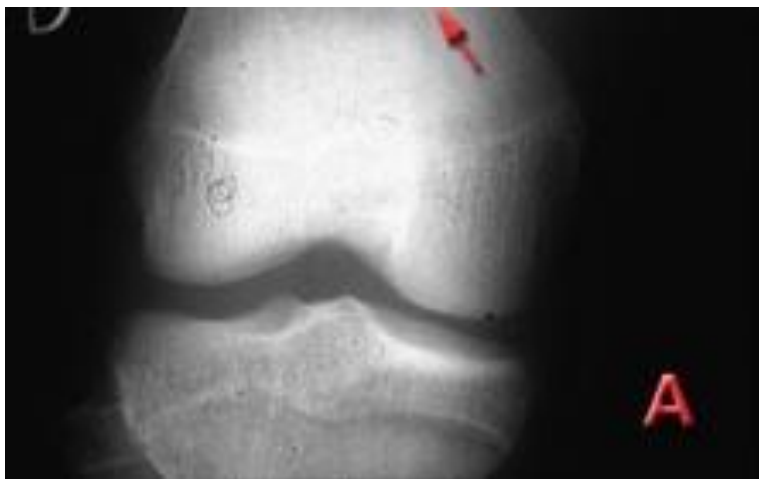


Radiographie de face « normale »



Radiographie de face rassurante

Mais **Tumeur du fémur**



Radiographie du genou rassurante

La solution est sur la hanche!



Radiographie du genou rassurante

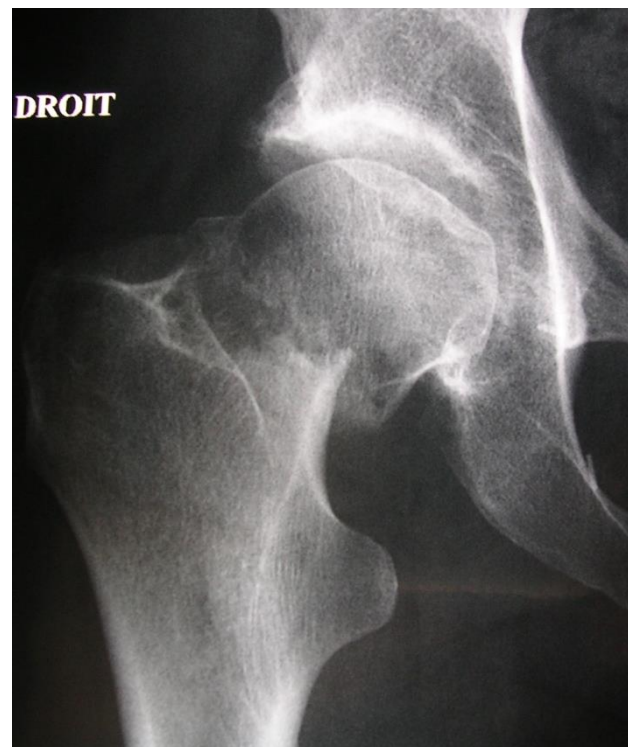
La solution est sur la hanche!



Coxarthrose

75 ans, radiographie du genou rassurante après chute

La solution est sur la hanche!



Fracture de l'ESF

Avant de conclure qu'il s'agit d'une arthropathie du genou « à radio normale » il faut vérifier :

- ❑ Cliniquement que la douleur est liée au genou et pas
→ au nerf crural, à la hanche ou au fémur**
- ❑ Donc examiner l'ensemble du membre inférieur +++**
- ❑ La qualité des clichés des genoux
→ incidences et comparaison droit/ gauche**
- ❑ L'existence ou non d'une atteinte de hanche radiographique**



**Les radiographies de bonne qualité
bilatérales et comparatives
sont vraiment normales**

Arthrite chronique

Syndrome rotulien

Tendinopathies

Ostéonécrose ou Algodystrophie ou Fracture de fatigue

Pathologie méniscale

Arthrite chronique (PR, SP, Rh psoriasique)

- ❖ Douleur du genou présente la nuit et le matin**
- ❖ Pas de grand signes inflammatoires locaux**
- ❖ Mais épanchement du genou... qui est gonflé**
- ❖ La radiographie est normale au début de l'évolution**

- ❖ Il faut réaliser rapidement une ponction du genou avec ou sans échographie**

Ponction simple



Ponction simple



Echographie + Ponction si épanchement confirmé



L'analyse du liquide articulaire, essentielle et indispensable devant un épanchement

- ❖ **Moins de 1500 leuco, liquide mécanique** : arthrose ou ménisque
- ❖ **Plus de 1500 leuco, liquide inflammatoire, arthrite**
 - Présence de germes : sepsis
 - Présence de cristaux : goutte ou CCA
 - Ni germes, ni cristaux : probable début d'un RIC
- ❖ **Epanchement sanglant, hémarthrose** : AVK, CCA, Ménisque, Trauma caché

Le syndrome rotulien (ou fémoro-patellaire) :

- 80% des douleurs du genou avant 40 ans**
- Femmes entre 15 et 25 ans**
- Sportifs membres inférieurs**

Douleur de la face antérieure du genou provoquée par :

- ❖ la descente des escaliers**
- ❖ la station assise prolongée, genou fléchi**
- ❖ reproduite par la pression sur la rotule,**
- ❖ reproduite par le toucher rotulien interne ou externe**

Toucher rotulien interne



Toucher rotulien externe



Le syndrome rotulien

Conduite à tenir

- ❖ **Paracétamol pendant environ 1 semaine**
- ❖ **La rééducation : musculation isométrique du quadriceps + vaste interne + étirements sur les ischio-jambiers**
- ❖ **Arrêt du sport : 1 mois seulement**
- ❖ **Si échec de 15 séances de kiné, avis rhumatologue :**
 - **erreur diagnostique**
 - **rééducation mal faite**
 - **facteurs psychologiques (fréquents chez les jeunes filles)**
 - **reprise trop rapide du sport**

Tendinopathies du genou

- ❖ Beaucoup plus rares que le syndrome rotulien
- ❖ La douleur est **intermittente**, liée à l'activité sportive
- ❖ L'arrêt du sport entraîne une amélioration rapide (2 à 5 jours des douleurs) mais rechute lors de la reprise
- ❖ **Pas d'épanchement**
- ❖ **Pas de signes inflammatoires locaux**
- ❖ L'examen clinique semble normal
 - **Point douloureux précis, réveillé par la palpation**

Tendinopathies du genou

T Fascia Lata
Externe
Coureur à pied



T rotulienne
Centrale
Pointe de la rotule
Sauteur

T Patte d'oie
Interne
Sous le genou
Irradiant vers la
face interne de
jambe
Plus rare

Ostéonécrose, Algodystrophie, Fracture de fatigue

Douleur récente, intense, d'apparition rapide, avec impotence fonctionnelle nette et durable

Souvent le patient boite ou utilise des cannes béquilles

C'est l'histoire d'une « arthrite » mais

- Peu de douleurs en décubitus**
- Pas d'épanchement, pas de signes inflammatoires locaux**
- Perte d'une partie de la flexion**

Ostéonécrose, Algodystrophie, Fracture de fatigue

Douleur récente, intense, d'apparition rapide, avec impotence fonctionnelle nette et durable.
Souvent le patient boite ou utilise des cannes béquilles

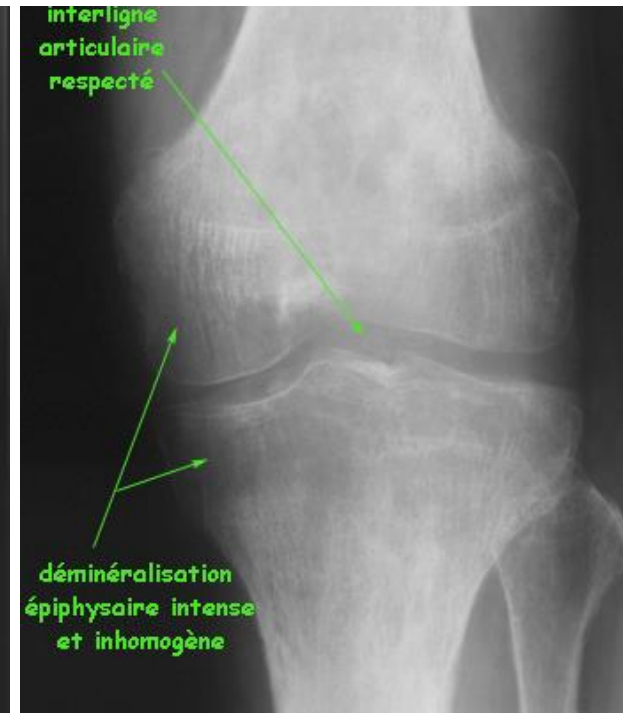
C'est l'histoire d'une « arthrite » mais

- Peu de douleurs en décubitus
- Pas d'épanchement, pas de signes inflammatoires locaux
- Perte d'une partie de la flexion



Algodystrophie

Traumatisme
2 à 3 semaines
auparavant
(entorse, contusion,
chute...)



Ostéonécrose, Algodystrophie, Fracture de fatigue

Douleur récente, intense, d'apparition rapide, avec impotence fonctionnelle nette et durable

Souvent le patient boite ou utilise des cannes béquilles

C'est l'histoire d'une « arthrite » mais

- **Peu de douleurs en décubitus**
- **Pas d'épanchement, pas de signes inflammatoires locaux**
- **Perte d'une partie de la flexion**



Ostéonécrose

**Terrain vasculaire
: tabac, diabète...**

ou

corticothérapie

→ IRM



Ostéonécrose, Algodystrophie, Fracture de fatigue

Douleur récente, intense, d'apparition rapide, avec impotence fonctionnelle nette et durable

Souvent le patient boite ou utilise des cannes béquilles

C'est l'histoire d'une « arthrite » mais

- **Peu de douleurs en décubitus**
- **Pas d'épanchement, pas de signes inflammatoires locaux**
- **Perte d'une partie de la flexion**



Fracture de fatigue

**Sport intense
ou inhabituel**

→ Scinti ou IRM

Ostéonécrose, Algodystrophie, Fracture de fatigue

Douleur récente, intense, d'apparition rapide, avec impotence fonctionnelle nette et durable et radiographie normale

→ Absence d'arthrite clinique



Algodystrophie

Traumatisme
2 à 3 semaines
auparavant (entorse,
contusion, chute...)



Ostéonécrose

Terrain vasculaire :
tabac, diabète...
ou corticothérapie



Fracture de fatigue

Sport intense
ou inhabituel

CAT : avis rhumato + nouvelle radiographie (+ IRM)

Pathologie méniscale

Chez le sportif en particulier football

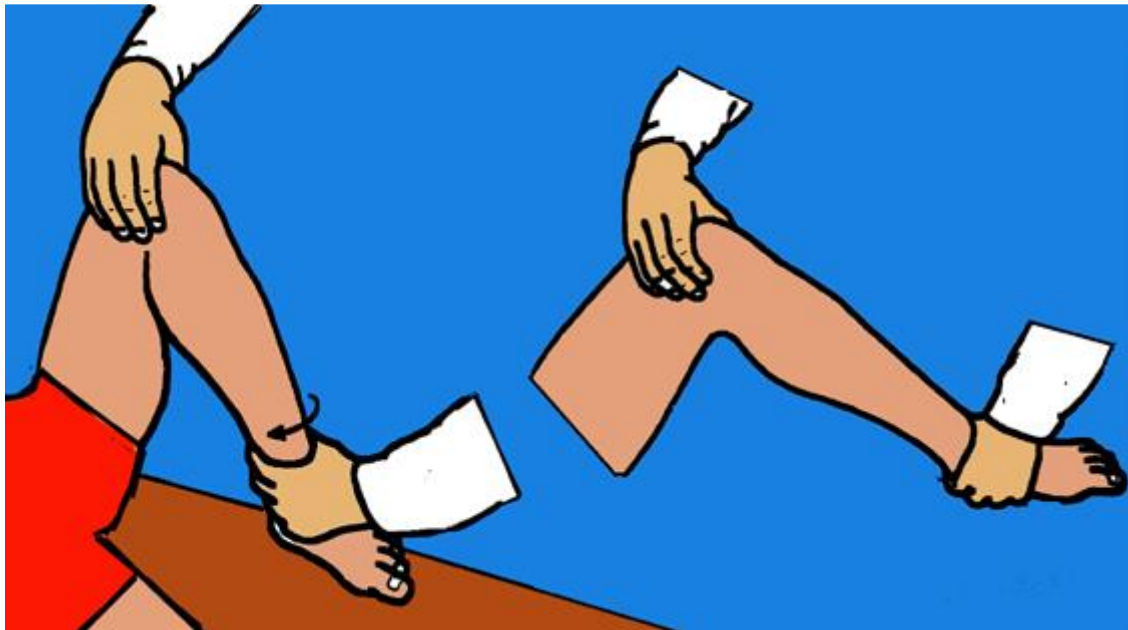
Avec une radiographie normale : absence d'arthrose +++

→ Car toute arthrose s'associe à une méniscale dégénérative

Trois « bons » signes en faveur d'un syndrome méniscal

1. Blocage : limitation brutale de l'extension du genou
2. Epanchement mécanique récidivant : spécificité 50 à 70%
3. Test de Mc Murray : spécificité 50 à 80%

Test de Mc Murray : Douleur réveillée sur le ménisque par une manœuvre combinant flexion-extension, rotation



Pathologie méniscale

Attention!

**Au-delà de 40 ans, l'atteinte méniscale
est fréquente en IRM
mais rarement la cause des douleurs!**

L'ablation du ménisque aggrave l'arthrose sous jacente

**Ne jamais prescrire d'IRM du genou sans
un bon examen clinique
et des radiographies standard
incluant la radiographie du bassin**