

Dr ITALO VILLA, Médecin-Chef de la Section de Chirurgie Arthroscopique du Genou de l'Hôpital "L. Mandic" - Merate - (Lecco) - Italie
Membre du G.L.M.M.S.

Dr RODOLFO MALBERTI, spécialiste en orthopédie et traumatologie
Médecin du CALCIO LECCO 1912 - Italie
Membre du G.L.M.M.S.

Professeur FRANCISQUE COMMANDRE, Directeur du D.I.U. de Traumatologie du sport de l'Université de Nice - France
Secrétaire Général du G.L.M.M.S.

Traitement arthroscopique des
fractures de l'éminence intercondylienne
chez l'adolescent

Les fractures de l'E.I. sont typiques de l'adolescence. Elles se vérifient suite à des traumatismes dans lesquels le genou est étendu et tourné à l'intérieur ou tourné à l'extérieur et abduit de façon excessive

La fracture s'accompagne d'un bruit de crac associé à une douleur aiguë, un épanchement rapide et à une impotence fonctionnelle absolue.

Du point de vue radiographique la fracture est mise en évidence dans le cliché de profil ou mieux avec la stratigraphie.

Hoffman subdivise les lésions en 3 groupes:

- 1) fracture sans déplacement
- 2) fracture avec déplacement, mais encore avec contact avec le lit osseux
- 3) fracture avec déplacement, mais sans contact avec le plateau tibial.

Nous avons réservé le traitement chirurgical aux fractures du groupe 2 et 3, alors que pour les lésions du groupe 1 nous avons toujours opté pour le traitement conservatif.

La base du traitement chirurgical est la réduction parfaite du fragment osseux car la reconstruction anatomique insuffisante de l'épine tibiale peut entraver le fonctionnement normal du genou, notamment l'extension, et peut, en outre, laisser une laxité antérieure pathologique.

Nous effectuons l'intervention en arthroscopie car cela nous permet d'observer tous les détails de la fracture et d'obtenir sa parfaite réduction en faisant en sorte que l'agression chirurgicale soit minime.

Cas traités:

Nous avons traité chirurgicalement 9 patients âgés entre 10 et 15 ans.

La lésion s'était vérifiée au cours d'activité sportive (3 cas), de chute accidentelle (1 cas) et d'accident de la route (5 cas).

Dans tous les cas il y avait la positivité du tiroir antérieur et du test de Lachmann.

Technique chirurgicale :

Position sur le dos, genou fléchi à 30°.

Accès arthroscopique A.L., tâteur A.M.

Tout d'abord, on effectue le lavage de l'hémarthrose et le nettoyage soigné du lit de fracture du caillot qui autrement, empêcherait la réduction précise du fragment.

En utilisant l'accès A.M., on introduit un compas guide et avec la pointe on réduit anatomiquement la fracture et on la synthétise avec un premier fil de K. par voie percutanée en le faisant passer à travers le condyle tibial médial.

En invertissant à ce point les accès instrumentaux, on fixe le fragment avec un deuxième fil de K. toujours percutané en le faisant passer à travers le condyle

tibial extérieur.

Veiller particulièrement à ce que les fils de K. ne sortent pas excessivement en articulation.

Au terme de l'intervention confectionner une genouillère plâtrée à 10° de flexion; 30 jours après éliminer le plâtre et les fils de K. et débiter la rééducation pour la récupération articulaire et musculaire du membre.

La charge est admise 2 mois après.

Conclusion :

Dans tous les cas traités on a obtenu la guérison de la fracture, aucune migration en articulation des fils de K., récupération complète de la flexo-extension, absence de laxité antérieure.

Ces résultats confirment que la réduction des fractures de l'E.I. par voie arthroscopique est une technique simple, peu invasive et donnant d'excellents résultats.

Pour information : Dr Villa Italo
Via degli Alpini, 2
23873 - Missaglia
(LECCO) Italie