

Traumatisme du genou

Traumatisme du genou :
de la blessure au retour
sur le terrain avec
Alexandre Germain, kiné
de l'équipe de France de
Football



Lire le livre blanc

Alexandre GERMAIN

Kiné, médecin, salarié, sportif amateur ou professionnel ? Découvrez mes prestations et bénéficiez de mon expertise dans le sport et la santé.

Transmettre. Former. Transformer.



**Comment aider le patient à prendre conscience de sa boiterie lors de la course, notamment à l'aide d'un support vidéo, alors qu'il est convaincu de courir sans boiterie ?
Et comment travailler efficacement le transfert du poids du corps sur la jambe opérée ?**

L'idéal est de commencer par une course sur place, en respectant comme critère principal l'absence de douleur. Cet exercice peut être envisagé très tôt, car il est moins contraignant que la marche.

Par la suite, il est possible de l'utiliser comme un véritable exercice de course. Il est alors essentiel de valider que le transfert du poids du corps se fasse correctement, soit à l'aide d'une plateforme de force, soit avec l'aide d'un métronome réglé à 180 bpm. Ce focus externe favorise un transfert plus efficace.

Une fois cet exercice réalisé sans douleur, avec un bon transfert sur place, et en capacité de le répéter plusieurs fois (par exemple 10 répétitions de 1 minute avec 1 minute de récupération), en lien avec les critères de reprise de la course, la probabilité d'un transfert correct est augmentée.

Le métronome pourra d'ailleurs toujours être utilisé lors de la reprise de la course.

**Utilisez-vous un programme spécifique de reprise de la course à pied afin d'atteindre progressivement 30 minutes de course ?
Si oui, lequel ?**

Oui, le programme de reprise post-blessure de la Clinique du Coureur est une base intéressante. Il ne doit toutefois pas être appliqué de manière stricte, mais adapté à chaque patient et à ses capacités d'adaptation. Idéalement, la reprise se fait sur tapis ou en extérieur, sur terrain plat, avec une vitesse volontairement limitée, assimilable à une marche accélérée. En effet, l'augmentation de la vitesse accroît significativement les contraintes articulaires.

L'objectif principal est d'augmenter progressivement le nombre d'impacts dans le temps. Cette progression doit toujours être guidée par les réactions du patient (douleur, gonflement). On ne progresse que s'il n'y a ni douleur pendant ou après l'effort, ni gonflement post-effort. L'objectif est d'atteindre 30 minutes de course continue avant d'envisager une variation des parcours et/ou une augmentation de la vitesse.

Suite à une reconstruction par DIDT associée à un renfort latéral, les patients se plaignent souvent de douleurs au niveau du renfort latéral, ainsi que d'une gêne lors des amplitudes articulaires, notamment en flexion et, logiquement, en rotation interne.

Que peut-on leur proposer comme prise en charge ?

Tout dépend de la tension appliquée par le chirurgien lors de l'intervention sur le renfort latéral. Le travail de rééducation vise alors à redonner un maximum d'élasticité à ce renfort, dans certaines limites malheureusement. On améliore parfois la stabilité au détriment de la mobilité.

Après plusieurs mois de rééducation, certains patients évoquent une gêne au niveau du genou qui disparaît après un ressaut dans l'articulation. Cette gêne est ensuite levée, à la manière d'un claquement ressenti lors des premiers tours de pédale à l'échauffement.

Ce claquement, souvent décrit par les patients, peut apparaître entre le 2^e et le 4^e mois post-opératoire. Il est généralement en lien avec l'articulation fémoro-patellaire, la rotule pouvant subir des déséquilibres liés à un manque de souplesse et à des déséquilibres de force. Ces signes tendent à s'estomper avec le temps, à condition de récupérer une bonne mobilité et, surtout, une force suffisante du genou.

Quelle est l'utilité du travail isométrique en charge ?

Lorsque le travail concentrique et/ou excentrique est trop algique, le travail isométrique peut être utilisé comme mode de contraction alternatif, servant de transition vers un travail dynamique.

L'épanchement peut parfois être encore présent entre 9 et 12 mois post-opératoires, léger mais persistant. Dans votre logique

- 1. traitement de l'épanchement et de la douleur,**
- 2. activation du quadriceps,**
- 3. puis renforcement —**
- 4. faut-il en conclure que, dans ces situations, le patient reste limité sur l'ensemble du parcours de rééducation ?**

Classification du Stroke Test :

- Trace : petite vague visible sur le compartiment médial lors de la pression descendante.
- 1+ : bourrelet plus important sur le côté médial lors de la pression descendante.
- 2+ : l'épanchement revient spontanément sur le côté médial après la pression ascendante (sans nécessité de pression descendante).
- 3+ : quantité de liquide telle qu'il est impossible de déplacer l'épanchement hors du compartiment médial.

Prise en charge :

L'objectif principal est effectivement de diminuer l'épanchement. Cela ne signifie pas qu'il faille arrêter tout exercice, mais ceux-ci ne doivent en aucun cas augmenter l'épanchement ; ils doivent au contraire contribuer à sa diminution.

La présence de liquide intra-articulaire favorise l'inhibition ou la diminution de l'activation du quadriceps. Un Stroke Test avec une simple trace peut être toléré pendant quelques semaines, à condition qu'il n'augmente pas.

L'idéal reste d'obtenir un genou sec, condition essentielle pour une activation optimale du quadriceps et, par conséquent, un renforcement efficace.

Utilisez-vous le procédé Allyane et l'imagerie mentale ?

En ce qui concerne l'activation du quadriceps et la levée de l'inhibition, je commence par évaluer le degré d'AMI présenté par le patient.

Dans un premier temps, je travaille à lever la contracture des ischio-jambiers jusqu'à la récupération de l'extension passive. J'initie ensuite l'activation du quadriceps en demandant simplement au patient de réaliser une ascension de la rotule, afin de provoquer une contraction ciblée du quadriceps.

Je peux également utiliser l'effet miroir via le membre controlatéral, afin d'aider le patient à visualiser et à ressentir précisément le mouvement et la contraction attendus.

Si cela s'avère insuffisant, je recours à l'électrostimulation. En l'absence de résultats satisfaisants, j'oriente alors le patient vers un spécialiste de la méthode Allyane.

Visionnez le replay de ce webinaire gratuitement !



Zoom sur nos formations !

Lésion du LCA **kiné**

Je découvre

7 h de formation
Animé par **NeuroXtrain**
100 % prise en charge
+ 57 € d'indemnisation

Traumatisme récent du genou **médecine générale**

Je découvre

6 h de formation
Animé par le **Docteur Pierrick Guillemot**
100 % prise en charge
+ 90 € d'indemnisation