

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016

N° 154

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Études Spécialisées de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Matthieu Le Vraux

Né le 6 mars 1985 à NANTES (44)

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 2016

**Entorse grave du genou : états des lieux de
la prise en charge par les médecins
généralistes du Pays de Retz**

Président du Jury : Professeur PASSUTI Norbert

Directeur de thèse : Docteur DRENO Patrick

Remerciements

À monsieur le Professeur PASSUTI Norbert, chirurgien orthopédique et traumatologique,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Je vous en remercie.

À monsieur le Docteur DRENO Patrick, médecin généraliste,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Je vous remercie de m'avoir accompagné, conseillé, et aidé à réaliser ce travail.

À monsieur le Docteur Rat Cédric, médecin généraliste,

Merci d'avoir accepté si rapidement et si gentiment de juger ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance.

À monsieur le Professeur Frampas Eric, radiologue,

Merci d'avoir accepté si tardivement de juger ce travail. Soyez également assuré de ma reconnaissance.

À mes maîtres, qui m'ont donné le goût de la médecine et notamment de la médecine générale, je pense notamment au Dr Cosset Elodie et au Dr Métaireau François.

À ma famille, pour son soutien sans faille et sa présence durant toutes ces années. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté et tout ce que vous m'avez fait découvrir.

A mon père qui, par passion, m'a donné le goût de la médecine et permis d'être ce que je suis aujourd'hui.

A ma mère, qui a toujours été là pour me soutenir de la première année à aujourd'hui.

À mes grands-parents, que je sais fiers en ce moment, où qu'ils soient.

À mes amis de longue date, toujours fidèles. Tout ça, c'est aussi un peu grâce à vous.

À Perrine. Pour ces premières années de bonheur passées ensemble et pour toutes celles qui nous attendent. Merci de m'avoir soutenu, de m'avoir poussé, merci d'être là tout simplement. Je t'aime.

À Hugo, merci d'avoir été si sage pendant tes 3 premiers mois de vie, mais ne t'arrêtes pas en si bon chemin.

Table des matières

1	Introduction.....	4
2	Définition et classification des entorses du genou	6
3	Matériel et méthode	9
3.1	Objectif de l'étude.....	9
3.1.1	Objectif principal	9
3.2	Méthodologie.....	9
3.2.1	Profil de l'étude :	9
3.2.2	Population de l'étude :	9
3.3	Recueil de données.....	9
3.3.1	Méthode de recueil.....	9
3.3.2	Période de recueil.....	10
3.3.3	Analyse des données	10
4	Résultats	11
4.1	Caractéristiques de la population :	11
4.2	Résultats :	12
5	Discussion	18
5.1	Intérêt de ce travail	18
5.2	Principaux résultats	18
5.2.1	Diagnostic positif d'entorse grave du genou	18
5.2.2	Réalisation de radiographies	19
5.2.3	Envoi aux Urgences	19
5.2.4	Immobilisation	19
5.2.5	Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses.....	20
5.2.6	Kinésithérapie	21
5.2.7	Arrêt de travail	22
5.2.8	Consultation de contrôle	22
5.2.9	Suspicion de rupture du LCA.....	23
6	Conclusion	24
7	Bibliographie.....	25
8	Annexe : questionnaire envoyé aux médecins généralistes	26

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES :

AINS	: Anti Inflammatoire Non Stéroïdien
ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
FDR	: Facteur De Risque
HAS	: Haute Autorité de Santé
IRM	: Imagerie par Résonance Magnétique
LCA	: Ligament Croisé antérieur
LCAE	: Ligament Croisé Antéro-externe
LCM	: Ligament Collatéral Médial
LCPI	: Ligament Croisé Postéro-Interne
LLE	: Ligament Latéral Externe
LLI	: Ligament Latéral Interne
MG	: Médecin Généraliste
MTEV	: Maladie Thrombo-Embolique Veineuse
SAU	: Services d'Accueil des Urgences
SFMG	: Société Française de Médecine Générale
SFMU	: Société Française de Médecine d'Urgence
SOFCOT	: SOciété Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
TVP	: Thrombose Veineuse Profonde

1 Introduction

L'entorse du genou est un motif fréquent de consultation en Médecine, autant dans les services d'Accueil des Urgences (SAU) que dans les cabinets de Médecine Générale.

En France, un rapport statistique(1) réalisé en 2009 par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) a permis de recenser 131 893 accidents de travail avec lésion du membre inférieur (hors pied) représentant un total de 7 882 107 jours d'arrêt de travail.

Il s'agit le plus souvent d'accidents de sport et de loisir, mais aussi d'accidents domestiques ou d'accidents du travail.

L'augmentation de la pratique sportive et la naissance de nouvelles disciplines à risques ont été responsables d'une augmentation considérable de traumatismes articulaires du membre inférieur.

Une enquête épidémiologique nationale(2) menée en 1994, auprès de plus de 150 médecins du sport installés en ville et répartis dans toute la France, rassemblant plus de 7000 dossiers de sportifs vus en consultation, montre que 24% de ces consultations portaient sur une lésion traumatique du genou.

Un patient présentant un traumatisme du genou peut consulter différents intervenants. En premier recours, les médecins consultés sont généralement des médecins généralistes, des médecins urgentistes ou des médecins du sport. Dans un second temps, selon la gravité de la lésion et l'avis du médecin de premiers recours, le patient peut être dirigé vers un médecin orthopédiste ou un médecin rééducateur.

Il n'existe pas de recommandations officielles concernant la prise en charge de l'entorse du genou en premiers recours, comme il peut en exister sur la prise en charge de l'entorse de cheville par exemple.

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) contactée par mail considère que cette société savante « a une réflexion plus théorique sur la pratique du métier de médecin généraliste, et rarement sur un sujet isolé comme celui-ci ». Pour cette raison, la SFMG ne reconnaît pas de recommandation officielle sur l'entorse du genou.

En 2003, le compte-rendu d'un séminaire réalisé par la Société Française de Médecine d'Urgence

(SFMU) sur la prise en charge de l'entorse du genou(3) apporte quelques informations sur les différents diagnostics à évoquer et à rechercher en urgence, sans mettre en place une prise en charge claire et précise concernant les prescriptions d'imagerie et de thérapeutiques non médicamenteuses ou médicamenteuses.

L'objectif de notre travail a été de faire un état des lieux de la prise en charge de l'entorse du genou par les médecins généralistes du Pays de Retz afin d'en dégager ou non une prise en charge commune malgré l'absence de recommandations professionnelles officielles.

2 Définition et classification des entorses du genou

Une entorse du genou est une entité pathologique qui se définit par une distension ou une rupture d'un ou plusieurs ligaments du genou, altérant de ce fait la stabilité de l'articulation.

Selon la Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOFECOT) interrogée par la HAS en 2009(4), il apparaît essentiel de distinguer les entorses isolées du ligament collatéral médial (LCM) du genou des lésions impliquant une atteinte associée du pivot central.

La SOFECOT distingue 3 grades d'entorse isolée du ligament collatéral médial du genou :

- Entorse LCM isolée de grade 1 : douleurs sur le trajet du ligament latéral interne (LLI) sans laxité en flexion ou en extension.
- Entorse LCM isolée de grade 2 : douleurs sur le trajet de LLI, laxité en flexion < 10 mm, pas de laxité en extension. Il s'agit d'une élongation avec rupture incomplète du LCM au niveau de son faisceau superficiel.
- Entorse LCM isolée de grade 3 : douleurs sur le trajet du LLI, laxité en flexion > 10 mm, laxité en extension. Il s'agit d'une rupture complète du LCM (faisceau superficiel et profond).

Classiquement, on classe les entorses du genou(5) en 3 stades :

- Stade I : entorse bénigne correspondant à une simple élongation, à une distension, voire à des microdéchirures des éléments périphériques, d'évolution généralement favorable
- Stade II : entorse de moyenne gravité liée à une rupture partielle ou totale de formations périphériques, imposant un traitement orthopédique
- Stade III : entorse grave définie par une rupture d'un ou de deux éléments du pivot central, isolée ou associée à une lésion des éléments périphériques.

Plus précise est la classification basée sur les lésions anatomiques (Rodineau) en 4 catégories :

- 1)Les entorses internes : elles regroupent comme précisé plus haut l'élongation isolée ou à la rupture partielle ou complète du LCM
- 2)Les entorses externes : elles correspondent à l'élongation isolée du ligament latéral externe (LLE) ou à la rupture du LLE
- 3)Les entorses isolées d'un ligament croisé (LCAE ou LCPI)
- 4)Les associations triades et pentades
 - Triade interne = rupture du LLI + désinsertion du ménisque interne + rupture du LCAE (et/ou rarement LCPI)

- Triade externe = rupture du LLE + désinsertion du ménisque externe + rupture du LCAE et/ou LCPI
- Pentade interne = lésions capsulo-ligamentaires périphériques internes + rupture des 2 ligaments croisés + lésions méniscales uni- ou bilatérales +/- lésion du tendon du semi-membraneux
- Pentade externe = lésions capsulo-ligamentaires périphériques externes + rupture des 2 ligaments croisés + lésions méniscales externes, lésion du tendon poplité, lésion du tendon du biceps fémoral.

L'interrogatoire d'un traumatisme du genou peut donner, à lui seul, des éléments de forte présomption d'entorse grave :

- Le type de sport pratiqué est évocateur, certaines disciplines (football, ski, handball, rugby,...) étant très pourvoyeuses d'entorse grave.
- Le mécanisme de l'accident est très important à préciser (pied bloqué avec torsion ou choc direct par un autre joueur,...). Ainsi les mouvements combinés de flexion-valgus-rotation externe ou flexion-varus-rotation interne, et les hyperextensions associés ou non à un choc valgisant ou varisant doivent être recherchés.
- Le vécu du blessé est un temps capital, à la recherche du siège, de l'intensité et de l'évolution de la douleur, d'un craquement bref, d'un claquement, de sensation de déboîtement articulaire, d'une impression de patte folle
- La gêne fonctionnelle est un élément discutable dont l'importance n'est pas toujours corrélée aux dégâts anatomiques
- La précocité de l'apparition d'un gonflement articulaire est un indice de gravité.

L'examen clinique d'un traumatisme du genou doit être orienté de manière à mettre en évidence 3 signes évocateurs :

- L'existence d'un épanchement articulaire par la recherche d'un choc rotulien et par la recherche d'une fluctuation anormale du cul-de-sac sous-quadricipital.
Une ponction articulaire retrouvant une hémarthrose conduirait à suspecter une lésion grave. A contrario, l'absence d'épanchement ne signifie pas l'absence de rupture ligamentaire, l'épanchement pouvant s'évacuer dans les parties molles à travers une brèche capsulo-ligamentaire.
- L'augmentation de la mobilité articulaire du genou en extension ou en rotation genou fléchi par rapport au côté opposé est suspecte.
A contrario, la limitation de la mobilité est peu significative car pouvant être liée à un

épanchement, à une souffrance des éléments périphériques, à une lésion méniscale ou ostéochondrale.

-La recherche de mouvements anormaux

- Existence d'une laxité en valgus ou en varus (genou en extension)
- Présence de mouvements de tiroirs directs ou en rotation
- Présence d'un tiroir antérieur par le test de Trillat-Lachmann
- Tests dynamiques avec ressaut

3 Matériel et méthode

3.1 Objectif de l'étude

3.1.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de réaliser un état des lieux de la prise en charge des entorses graves du genou par les médecins du Pays de Retz.

3.2 Méthodologie

3.2.1 Profil de l'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle et descriptive, réalisée dans une zone géographique définie, impliquant seulement des médecins généralistes (MG).

3.2.2 Population de l'étude :

3.2.2.1 Critères d'inclusions

- être diplômé de MG et inscrit au Conseil de l'Ordre Départemental de Loire-Atlantique
- être MG titulaire dans une commune membre du Pays de Retz

3.2.2.2 Critères d'exclusions

- MG remplaçants

3.3 Recueil de données

3.3.1 Méthode de recueil

Chaque MG d'une commune appartenant au Pays de Retz a reçu, en main propre ou par l'intermédiaire de sa secrétaire, un questionnaire.

Le questionnaire comprenait une situation clinique décrivant cliniquement une entorse grave du genou typique.

Les questionnaires étaient anonymes.

Les MG avaient le choix entre me le rendre en main propre (afin de faire ma connaissance en tant que futur confrère), me le renvoyer directement à mon adresse postale et me le renvoyer par mail après l'avoir scanné.

3.3.2 Période de recueil

Les questionnaires ont été déposés du 1er mai au 15 juin 2016 et récupérés du 15 juin au 15 juillet 2016.

3.3.3 Analyse des données

Les questionnaires récupérés ont été enregistrés dans un tableur Calc. (tableur d'OpenOffice), puis secondairement transformés en données chiffrées afin d'en extraire les données statistiques sous forme de pourcentage.

4 Résultats

4.1 Caractéristiques de la population :

Nous avons recensé 58 médecins généralistes dans le Pays de Retz et à qui nous avons distribué le questionnaire.

Au total, 45 questionnaires ont été inclus dans l'étude.

Parmi les MG sollicités, 2 ont exprimé leur refus de participer à l'étude : un par conviction, l'autre par manque de temps. 11 n'ont pas renvoyés leur questionnaire avant le 15 juillet 2016.

Les caractéristiques de cette population de MG sont résumées dans le tableau 1.

	Médecins généralistes (N= 45)
Sexe : -Homme -Femme	31 (69%) 14 (31%)
Age (en années) : -Moyenne -Extrêmes de la population	51 29 – 70
Spécialisation : -Médecine du Sport	6 (13%)
Formation sur l'entorse du genou : -Participation	16 (36%)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Il s'agit d'une population essentiellement masculine avec une moyenne d'âge de 51 ans.

Seulement 13% des MG inclus sont médecins du sport. 36% d'entre eux avaient déjà participé à une formation sur le thème de l'entorse du genou.

4.2 Résultats :

Les principaux résultats concernant la prise en charge en premiers recours sont résumés dans le tableau 2.

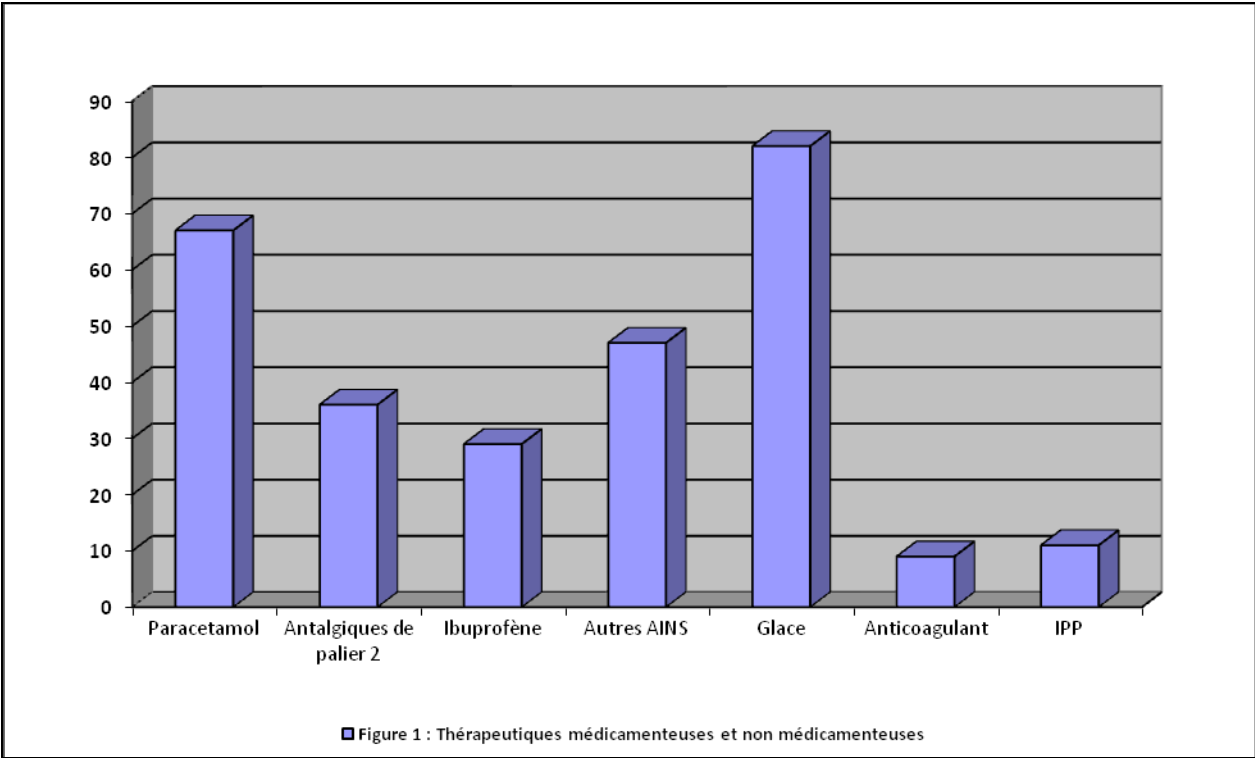
100% des médecins interrogés décident de ne pas orienter leur patient vers un SAU et de mettre un arrêt de travail

On constate que la personne choisie pour la consultation de contrôle est très majoritairement le médecin généraliste lui-même.

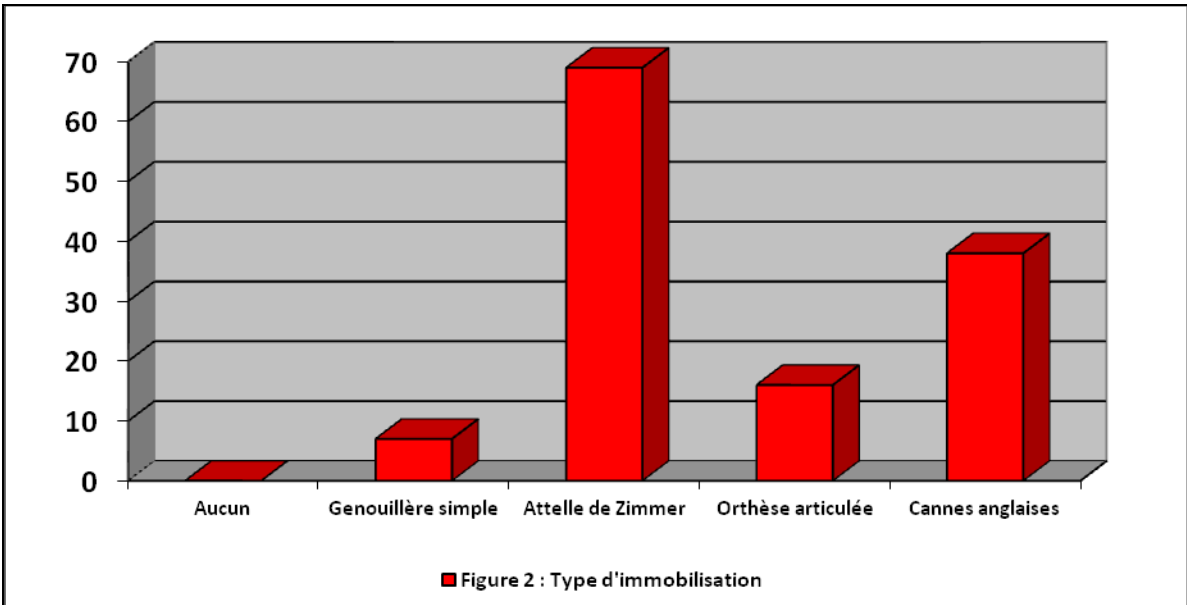
	Médecins généralistes (N = 45)
Diagnostic : -Entorse bénigne du genou -Entorse grave du genou -Ne sait pas	6 (13%) 33 (74%) 6 (13%)
Radiographies : -Oui -Non	35 (78%) 10 (22%)
Kinésithérapie : -Aucune -Immédiatement -Précocément (avant la fin de l'immobilisation) -A l'arrêt de l'immobilisation -A distance de l'épisode	17 (38%) 1 (2%) 13 (29%) 9 (20%) 5 (11%)
Patient adressé aux Urgences : -Oui -Non	0 (0%) 45 (100%)
Demande d'un avis spécialisé : -Non -Oui Si oui, avec : ○ Orthopédiste ○ Rhumatologue ○ Autre	35 (78%) 10 (22%) 10 (100%) 0 (0%) 0 (0%)
Arrêt de travail : -Non -Oui	0 (0%) 45 (100%)
Proposition de consultation ultérieure : -Non -Oui Si oui, avec : ○ Médecin généraliste lui-même ○ Orthopédiste ○ Rhumatologue ○ Autre	0 (0%) 45 (100%) 37 (82%) 8 (18%) 0 (0%) 0 (0%)

Tableau 2 : Principales réponses dans la prise en charge en premiers recours

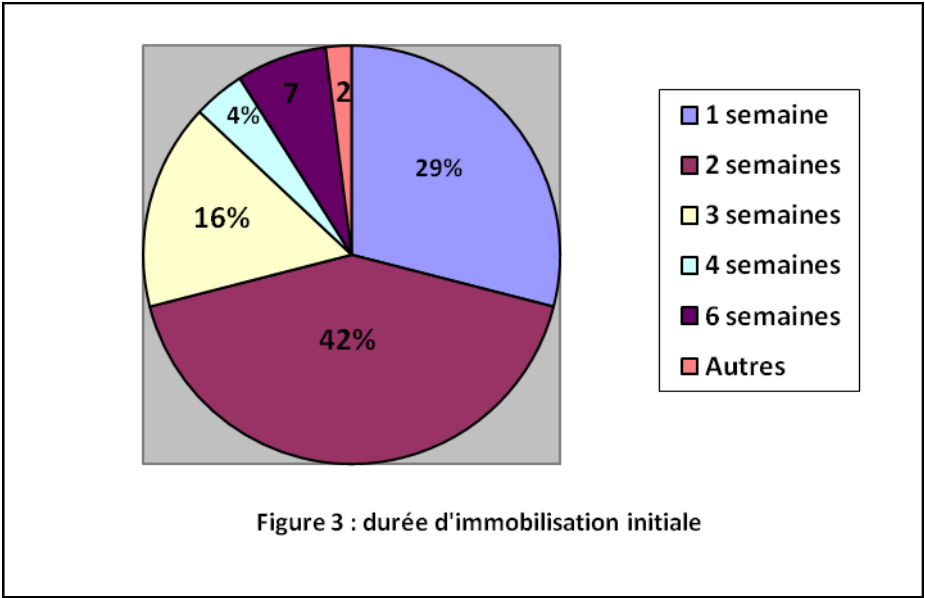
La figure 1 ci-dessous résume l'ensemble des réponses concernant les différentes thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses



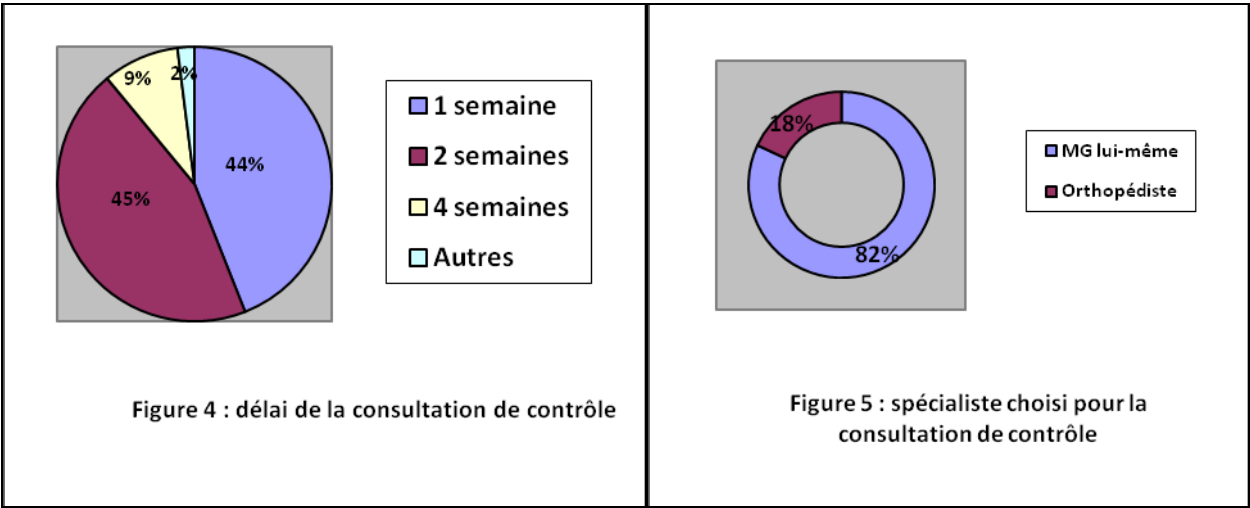
La figure 2 ci-dessous résume les différents types d'immobilisation utilisés par les MG.



L'immobilisation majoritairement prescrite dans cette situation est l'attelle de Zimmer (69%, n = 31), plus ou moins associée à une prescription de cannes anglaises (38%, n = 17). L'immobilisation par une orthèse articulée n'est choisie que par 16% des médecins.



39 médecins (87%) choisissent d'immobiliser leur patient pour une durée comprise entre 1 et 3 semaines.



40 médecins (89%) décident de réévaluer le patient 1 à 2 semaines après la première consultation.
82% des MG décident de faire eux-mêmes une première réévaluation avant un éventuel avis spécialisé.

	Médecins généralistes (N= 45)
Examens complémentaires :	
-Radiographie	0 (0%)
-Echographie	0 (0%)
-IRM	41 (91%)
-Arthroscanner	2 (4%)
-Aucun	2 (4%)
Kinésithérapie :	
-Aucune	10 (22%)
-Immédiatement	26 (58%)
-A distance	9 (20%)
Demande de consultation ultérieure :	
-Non	1 (2%)
-Oui	44 (98%)
Si oui, avec :	
○ Médecin généraliste lui-même	
○ Orthopédiste	5 (11%)
○ Rhumatologue	39 (89%)
○ Autre	0 (0%)
	0 (0%)

Tableau 3 : principales réponses devant une suspicion clinique de rupture de LCA

41 médecins (91%) demandent une imagerie par résonance magnétique (IRM) lorsqu'ils suspectent une rupture du ligament croisé antérieur (LCA) lors de leur interrogatoire et examen clinique.

Seulement 58% des médecins interrogés prescrivent des séances de kinésithérapie immédiatement. 22% des médecins jugent inutile cette prescription. Le questionnaire ne permet pas de dire s'ils considèrent la kinésithérapie inutile ou s'ils jugent que cette prescription doit être initiée après le diagnostic posé voire par un spécialiste.

On constate que le spécialiste de choix est l'orthopédiste pour 89% des médecins interrogés.

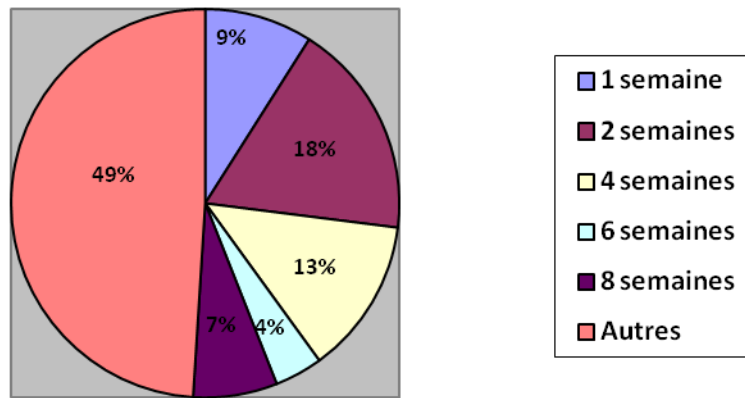


Figure 6 : délai de la consultation ultérieure devant une rupture du LCA

Les médecins sont pour beaucoup (n = 21, 47%) incapables de définir le délai de la consultation avec le spécialiste car celui-ci dépend d'abord du délai de la réalisation de l'IRM et ensuite des disponibilités de consultation du spécialiste choisi.

5 Discussion

5.1 Intérêt de ce travail

Il n'existe à ce jour aucune recommandation professionnelle officielle sur la prise en charge de l'entorse du genou en premier recours. Pourtant, des études récentes recommandent une prise en charge assez précise en termes d'immobilisation et de rééducation notamment.

Ce travail avait pour but de constater si l'absence de recommandation officielle engendrait une prise en charge variée et inadaptée de l'entorse du genou ou à l'inverse si les médecins généralistes avaient pour la plupart une prise en charge similaire et adaptée.

Cibler une population de médecin généraliste définie (médecins généralistes installés dans le Pays de Retz) avait pour but d'avoir un pourcentage de réponse important. En effet j'ai pu récolter 45 questionnaires sur les 58 déposés dans les différents cabinets.

5.2 Principaux résultats

5.2.1 Diagnostic positif d'entorse grave du genou

L'examen clinique et l'interrogatoire permet aux médecins généralistes de réaliser le bon diagnostic dans la grande majorité des cas.

En effet, dans ce cas clinique, plusieurs éléments peuvent faire suspecter une atteinte du pivot central caractérisant une entorse grave du genou : jeune homme sportif se blessant lors d'un match de football, notion de craquement du genou lors d'un changement de direction associé à une vive douleur, la présence d'un épanchement articulaire objectivé à l'examen clinique.

5.2.2 Réalisation de radiographies

Dans notre étude, la grande majorité des médecins a décidé de prescrire des radiographies.

La recommandation de l'ANAES(6) en 1997 rappelle les critères de Stiell permettant de justifier la prescription ou non de radiographies dans le genou traumatique : âge supérieur à 55 ans, douleur à la pression de la tête de la fibula, douleur à la pression de la rotule, impossibilité de fléchir le genou au-delà de 90°, incapacité de faire 4 pas après le traumatisme ou au cabinet.

Selon l'ANAES, le respect des critères définis ci-dessus permettrait de réduire la prescription de radiographies sans risque de méconnaître une fracture.

Dans le cas clinique, la mobilisation dans tous les axes est impossible et douloureuse, ce qui a certainement orienté les MG vers la prescription de radiographies du genou.

5.2.3 Envoi aux Urgences

Les médecins généralistes du Pays de Retz jugent inutile d'adresser au SAU une entorse du genou grave sans atteinte à la radiographie. On peut donc penser qu'ils essaient dans leur grande majorité de préserver les SAU en évitant de les engorger lorsque ceci est possible. Pourtant nombreux sont les patients qui consultent d'eux-mêmes au SAU alors qu'une prise en charge ambulatoire serait possible. Pour lutter contre l'engorgement des SAU, sensibiliser la population générale semble une nécessité.

5.2.4 Immobilisation

Concernant l'immobilisation, le choix majoritaire se porte sur l'attelle de Zimmer ou l'orthèse articulée plus ou moins associée à des cannes anglaises.

La prise en charge des entorses du genou ne cesse d'évoluer ces dernières années. Le traitement orthopédique « vrai » (immobilisation stricte par plâtre ou attelle rigide type Zimmer) expose le patient à de nombreux risques de complications vasculaires, d'amyotrophie et de raideur articulaire. De nos jours en l'absence de lésions osseuses avérées (avulsions osseuses non déplacées), ce traitement est abandonné au profit de traitements conservateurs plus fonctionnels (orthèses articulées), associés à une rééducation précoce(7).

La prescription encore importante de l'attelle de Zimmer peut s'expliquer par l'absence de recommandation officielle et certainement l'absence de formation sur le sujet. De plus, il existe des dizaines d'orthèses articulées différentes sans supériorité d'une par rapport à une autre.

5.2.5 Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses

En l'absence de recommandation officielle, les médecins généralistes semblent malgré tout s'orienter vers des thérapeutiques similaires et une prise en charge médicamenteuse homogène. En effet, antalgiques, anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) et glace semble être une prise en charge commune certainement calquée sur la prise en charge des entorses de cheville qui bénéficie de recommandations officielles récentes.

Rappelé dans l'actualisation en 2004 de la conférence de consensus de 1995 sur l'entorse de cheville, le traitement initial repose sur le protocole RICE(8) :

- Rest : repos pour la réduction de la mise en charge du membre inférieur et utilisation de cannes anglaises
- Ice : glaçage local le plus précoce possible
- Compression : locale par orthèses stabilisatrices
- Élévation : élévation du membre inférieur aussi longtemps que possible

Par ailleurs, le traitement antalgique de première intention reste le Paracetamol. Il faut noter que les AINS locaux ont un effet antalgique supérieur au Placebo.

Dans cette recommandation, il est également précisé que l'effet des AINS sur la douleur est prouvée mais sans supériorité par rapports aux antalgiques. L'effet sur l'œdème des AINS n'est pas significatif. Il existe une efficacité comparable du Celecoxib et de l'Ibuprofen à dose maximale.

Deux études de Moore(9) et d'Heyneman(10) suggèrent que les AINS locaux seraient aussi efficaces que les AINS oraux, sans pouvoir en apporter la preuve scientifique.

Dans notre étude, les médecins généralistes n'optent pas pour une anticoagulation préventive, ce qui semble cohérent puisqu'il était spécifié que l'appui et la marche étaient possibles mais douloureux.

En effet l'étude de Riou(11) en 2007, étude prospective multicentrique sur 3698 patients, a évalué les pratiques des services d'urgences français en terme de prévention de la maladie thromboembolique veineuse chez les patients pris en charge pour un traumatisme du membre inférieur traité de façon orthopédique par un plâtre ou une attelle. Les facteurs de risque (FDR) de survenue d'une thrombose veineuse profonde (TVP) sont dans l'analyse : âge > 50 ans, immobilisation rigide, décharge totale, fracture. Il est intéressant de noter que 91% des événements thromboemboliques surviennent chez des patients qui bénéficiaient d'une prévention médicamenteuse.

En pratique, les méthodes de prévention du risque thrombo-embolique commencent par la mobilisation et la déambulation précoce, puis, si celle-ci ne suffit pas, par l'utilisation de bas de contention. En cas de risque élevé, la prévention médicamenteuse peut s'avérer nécessaire et indispensable.

Le risque thrombo-embolique en pathologie traumatologique des membres inférieurs est globalement élevé, mais néanmoins très variable selon le type de lésions. Il faut systématiquement prendre en compte dans l'indication d'une prévention thromboembolique médicamenteuse : le risque induit par la nature et la typologie de la lésion, le risque inhérent au patient et le risque hémorragique. Il n'existe pas à ce jour de score permettant d'identifier clairement les patients chez lesquels, le risque étant relativement faible, la prévention pourrait être évitée.

5.2.6 Kinésithérapie

Sur le thème de la kinésithérapie et du délai avant le début de la kinésithérapie, il ne se dégage pas d'accord entre les différents médecins généralistes du Pays de Retz.

Pourtant, il semblerait que les différentes communautés médicales et paramédicales (orthopédistes, rééducateurs fonctionnels, médecins du sport, kinésithérapeutes) préconisent un traitement fonctionnel associé à une rééducation précoce avec lutte contre l'amyotrophie et renforcement musculaire.

Le traitement fonctionnel a longtemps été réservé à des patients présentant des entorses bénignes du genou ou dans le cadre d'une atteinte isolée du LCA chez un sujet non sportif d'âge supérieur à 40 ans. Aujourd'hui les travaux de la littérature nous montrent que nous pouvons proposer une rééducation d'emblée à tous les patients qui présentent un traumatisme du genou ne relevant pas d'un acte chirurgical en urgence(7).

En effet, bien qu'indispensable à la phase aiguë pour lutter contre la douleur, l'immobilisation et la mise en décharge partielle ou totale du genou sont très préjudiciables pour le membre inférieur car elles sont à l'origine de modifications anatomiques et histologiques bien connues depuis 40 ans (démminéralisation osseuse, déshydratation du cartilage, perturbations musculotendineuses, diminution de force isométrique). Ces modifications ont un retentissement néfaste sur les mécanismes actifs de protection articulaire rendant le genou vulnérable.

Le traitement fonctionnel n'est pas synonyme d'agressivité. Au contraire, la mise en tension douce et répétée des tissus par le rodage articulaire, le travail musculaire, la mise en charge sont des éléments qui vont être bénéfiques pour la guérison. Le seul moyen de favoriser la cicatrisation ligamentaire

est de mobiliser le genou dans des amplitudes non agressives pour les structures traumatisées, pour améliorer la vascularisation des tissus endommagés et orienter les fibres de collagène. La limitation de la durée d'immobilisation et la rééducation d'emblée sont les principes de la thérapie fonctionnelle. Cette attitude présente également des avantages aux niveaux psychologique, socioprofessionnel et scolaire. Les complications et les séquelles sont plus faibles. Le rééducateur doit être assez efficace durant les séances pour que le genou du patient réagisse favorablement aux sollicitations de la vie quotidienne. Une rééducation trop agressive est néfaste pour la cicatrisation, mais une prise en charge inefficace est tout aussi toxique, rendant l'articulation et les ligaments lésés fragiles et vulnérables par défaut de contrôle musculaire. Une thérapie purement anti-inflammatoire et antalgique est insuffisante. La kinésithérapie doit être bien conduite pour permettre au patient de retrouver une articulation mobile, indolore et surtout stable sans perturber la cicatrisation.

L'hétérogénéité des prises en charge en termes de rééducation et de délai de rééducation s'explique à encore par l'absence de recommandation officielle et l'absence de formation sur ce thème. En effet, malgré des connaissances de plus en plus pointues sur ce thème de la rééducation précoce, les MG ne semblent modifier leur pratique.

5.2.7 Arrêt de travail

Même si l'arrêt de travail dépend de l'impotence fonctionnelle et de la profession du patient, devant une entorse grave du genou, les médecins sont unanimes et prescrivent un arrêt de travail dont la durée n'est pas spécifiée dans notre étude.

La CPAM sur le site ameli.fr a publié des durées de références proposées au médecin (suite à un avis de la SOFCOT) devant une entorse du LLI du genou(4).

Devant une entorse grave du LLI, la durée d'arrêt de travail proposée va de 3 à 21 jours à adapter selon la gravité de l'entorse, le type d'emploi du patient, l'âge du patient, la présence ou non de lésions associées.

5.2.8 Consultation de contrôle

Dans notre étude, les médecins dans leur grande majorité décident de réévaluer eux-mêmes leur patient dans un délai de 1 à 2 semaines. Encore une fois, aucune recommandation n'existe sur ce thème mais devant l'impossibilité fréquente d'examiner un genou douloureux en aigu, il semble logique et cohérent de réévaluer le patient à distance de l'épisode afin de dépister une lésion ligamentaire plus grave et d'adapter la prise en charge.

5.2.9 Suspicion de rupture du LCA

Pour grand nombre de spécialiste du genou et de la médecine du sport, le diagnostic de rupture du LCA est purement clinique et la réalisation d'une IRM permet essentiellement de rechercher des lésions associées en particulier méniscales (ANAES 1997).

Dans notre étude, on constate une connaissance assez sommaire de l'examen clinique du genou. En effet, alors qu'il faudrait réaliser l'ensemble des tests afin non seulement de diagnostiquer une atteinte du LCA mais aussi de rechercher des lésions associées (méniscales et rotuliennes en particulier), les médecins se contentent fréquemment de rechercher une atteinte du LCA.

En l'absence de formation spécifique et de pratique régulière, certains tests ne sont pas évidents à effectuer et la suspicion clinique de rupture du LCA repose essentiellement sur l'interrogatoire.

A ce stade dans notre étude, les médecins généralistes utilisent presque unanimement l'IRM pour établir un diagnostic certain.

Devant une suspicion de rupture du LCA, les médecins généralistes font majoritairement appel au spécialiste et plus précisément un orthopédiste. En effet, la question d'une prise en charge chirurgicale se pose et cette décision mérite d'être prise après une information du patient claire et précise.

Une recommandation HAS(12) de 2008 détaille les différents critères d'orientation permettant de prendre la décision ou non d'une prise en charge chirurgicale en accord avec le patient.

6 Conclusion

L'entorse du genou représente actuellement un motif fréquent et non urgent de consultation au cabinet de Médecine Générale. Pourtant, il n'existe aucune recommandation officielle à ce sujet malgré des avancées certaines concernant le traitement fonctionnel et la rééducation, souvent méconnues des médecins généralistes du pays de Retz.

Cette étude a permis de montrer que le bon sens clinique et pratique permet aux médecins généralistes d'avoir une prise en charge relativement homogène. Elle a également montré qu'un certain nombre de progrès pouvaient être réalisés chez les MG du Pays de Retz, notamment en termes d'immobilisation et de prescription de séances de kinésithérapie, afin d'être en accord avec les connaissances actuelles.

Il serait donc intéressant d'organiser une remise à niveau des connaissances des praticiens du Pays de Retz sur le sujet, via des formations continues.

Enfin, il semble indispensable, dans l'intérêt des patients, que la prise en charge de l'entorse du genou soit protocolisée en accord avec les orthopédistes, les rééducateurs fonctionnels et les kinésithérapeutes afin d'éviter les risques de complications parfois très préjudiciables.

7 Bibliographie

1. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés. Risque AT 2009 « Statistiques technologiques » tous CTN et par CTN. [Internet]. 2010 [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/statistiques-et-analyse/sinistralite-atmp/dossier/syntheses-et-analyses-statistiques-de-la-sinistralite-par-ctn.html>
2. Enquête épidémiologique nationale sur plus de 7000 consultations de traumatologie. [Internet]. 1994 [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.msport.net/newSite/elements/epidemio.pdf>
3. Frey A, Brana A. Séminaire Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) 2003. Prise en charge d'un traumatisme du Genou [Internet]. 2003 [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: http://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/03_journees/archives/brochure.pdf
4. Haute Autorité de Santé (HAS). Référentiels concernant la durée d'arrêt de travail en cas d'entorse du ligament collatéral médial du genou - Réponse à la saisine du 22 octobre 2010 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale [Internet]. 2010 [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/referentiels_concernant_la_duree_darret_de_travail_saisine_du_22_octobre_2010_argumentaire.pdf
5. Chanussot JC, Danowski RG. Traumatologie du sport. Elsevier Masson; 2012.
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé (ANAES). Examens complémentaires dans le genou traumatique récent de l'adulte [Internet]. 1997 [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/genou_trauma.pdf
7. Fabri S, Lacaze F, Marc Y, et al. Rééducation des entorses du genou : traitement fonctionnel. EMC - Kinésithérapie Médecine Phys Réadapt. janv 2008;
8. Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Actualisation 2004 de la conférence de consensus « L'entorse de cheville au service d'urgence, 5ème conférence de consensus, Roanne, le 28 Avril 1995 » [Internet]. 2004 [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: http://www.sfm.org/upload/consensus/actualisation_entorse.pdf
9. Moore RA, Tramer MR, Carroll D, Wiffen PJ, McQuay HJ. Quantitative systemic review of topically applied non-steroidal anti-inflammatory drugs. BMJ. 31 janv 1998;
10. Heyneman CA, Lawless-Liday C, Wall GC. Oral versus topical NSAIDs in rheumatic diseases : a comparaison. Drugs. 2000;
11. Riou B, Rothmann C, Lecoules N, et al. Incidence and risk factors for venous thrombo-embolism in patients with nonsurgical isolated lower limb injuries. Am J Emerg Med. 2007;
12. Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge thérapeutique des lésions méniscales et des lésions isolées du ligament croisé antérieur du genou chez l'adulte [Internet]. 2008 [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/lesions_meniscales_et_du_ligament_croise_anterieur_-_argumentaire.pdf

8 Annexe : questionnaire envoyé aux médecins généralistes

THESE SUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ENTORSE DU GENOU PAR LES MEDECINS GENERALISTES DU PAYS DE RETZ

Vous êtes

☐ un homme

☐ une femme

Quel âge avez-vous ? ans

Etes-vous médecin du sport ?

☐ oui

☐ non

Avez-vous déjà participé à une formation traitant de la prise en charge de l'entorse du genou en soins primaires ?

☐ oui

☐ non

Vous recevez dans votre cabinet un jeune homme de 28 ans, qui s'est blessé au genou droit lors d'un match de football amateur. Sur un appui lors d'un changement de direction, il a ressenti un craquement dans le genou ainsi qu'une vive douleur. Il a pu se relever avec l'aide de coéquipiers mais n'a pu reprendre le match. Après quelques minutes, son genou est gonflé et l'appui est très douloureux. Après une nuit difficile à cause des douleurs spontanées, il vient vous voir en consultation dès le lundi matin à la première heure.

A l'examen clinique, vous observez un œdème du genou sans ecchymose associée, un flessum antalgique à 20°. Il existe un signe du glaçon objectivant l'épanchement. La mobilisation dans tous les axes est douloureuse et impossible en raison des douleurs. Il n'y a pas d'argument pour une luxation ou rupture des ligaments collatéraux, ni pour une atteinte vasculaire. La patient peut marcher mais l'appui reste douloureux.

Quel diagnostic suspectez-vous ?

☐ contusion simple

☐ entorse bénigne du genou

☐ entorse grave du genou

☐ ne sait pas

Prescrivez-vous des radiographies du genou droit ?

☐ oui

☐ non

Une radiographie a été prescrite et ne retrouve aucune atteinte osseuse.

Que prescrivez-vous pour la prise en charge globale dans cette situation ?

– traitement médicamenteux :

☐ antalgiques de palier 1 (Paracetamol)

☐ antalgiques de palier 2

☐ Ibuprofène

☐ autres AINS

☐ glace

☐ anticoagulation préventive

☐ IPP

☐ Autre :

– immobilisation

- ☐ aucune
 - ☐ genouillère simple
 - ☐ attelle amovible type Zimmer
 - ☐ orthèse articulée
 - ☐ cannes anglaises
- en cas d'immobilisation, quelle durée préconisez-vous ?
 - ☐ 1 semaine
 - ☐ 2 semaines
 - ☐ 3 semaines
 - ☐ 4 semaines
 - ☐ 6 semaines
 - ☐ 8 semaines
 - ☐ autre durée :
- kinésithérapie
 - ☐ aucune
 - ☐ immédiatement
 - ☐ précocement avant la fin de l'immobilisation
 - ☐ à l'arrêt de l'immobilisation
 - ☐ à distance de l'épisode (au-delà d'un mois après l'épisode)

Adressez-vous ce patient aux urgences ?

- ☐ non
- ☐ oui, pour quelles raisons ?
 - ☐ radiographies
 - ☐ autres examens en urgence
 - ☐ consultation spécialisée
 - ☐ autres :

Sollicitez-vous un avis spécialisé ?

- ☐ non
- ☐ oui, lequel ?
 - ☐ avis orthopédique ?
 - ☐ avis rhumatologique ?
 - ☐ autres :

Prescrivez-vous un arrêt de travail ?

- ☐ oui
- ☐ non

Proposez-vous une consultation ultérieure ?

- ☐ non
- ☐ oui, avec qui ?
 - ☐ vous-même
 - ☐ un chirurgien orthopédique ?
 - ☐ Un rhumatologue
 - ☐ autres :

Si oui, dans quel délai ?

- ☐ 1 semaine
- ☐ 2 semaines
- ☐ 4 semaines
- ☐ 6 semaines
- ☐ 8 semaines
- ☐ autre délai :

Vous revoyez votre patient à 10 jours. Le patient n'a presque plus mal et ne prend plus d'antalgique. Il persiste un léger œdème du genou et une légère boiterie à la marche. Le patient se plaint d'une « sensation de fragilité » de son genou

droit.

Quel(s) test(s) réalisez-vous à l'examen clinique ?

- ☐ manœuvre de Lachman
- ☐ manœuvre du pivot (= ressaut rotatoire)
- ☐ manœuvre du tiroir antérieur
- ☐ manœuvre de McMurray
- ☐ manœuvre de mise en varus et en valgus
- ☐ manœuvre du tiroir postérieur
- ☐ recherche d'une luxation de rotule
- ☐ Je ne connais aucune de ses manœuvres

A la suite de votre interrogatoire et de votre examen clinique, vous suspectez une rupture du LCA.

Quel(s) examen(s) prescrivez-vous ?

- ☐ radiographies
- ☐ échographie
- ☐ IRM
- ☐ Arthroscanner
- ☐ aucun

Prescrivez-vous de la kinésithérapie ?

- ☐ non
- ☐ oui, dans quel délai ?
 - ☐ immédiatement
 - ☐ à distance de l'épisode

Proposez-vous une consultation ultérieure ?

- ☐ non
- ☐ oui, avec qui ?
 - ☐ vous-même
 - ☐ un chirurgien orthopédique ?
 - ☐ un rhumatologue

Si oui, dans quel délai ?

- ☐ 1 semaine
- ☐ 2 semaines
- ☐ 4 semaines
- ☐ 6 semaines
- ☐ 8 semaines
- ☐ autre délai :

Merci de votre participation.

LE VRAUX Matthieu

06 79 29 06 62

27, rue de la dette 44210 PORNIC

Nom : LE VRAUX

Prénom : Matthieu

Titre : « Entorse grave du genou : états des lieux de la prise en charge par les médecins généralistes du Pays de Retz »

Résumé

Introduction : L'entorse du genou est un motif fréquent de consultation en Médecine, autant dans les services d'Accueil des Urgences (SAU) que dans les cabinets de Médecine Générale. Pourtant il n'existe pas à ce jour de recommandation officielle concernant la prise en charge de l'entorse du genou en premiers recours.

Objectif : L'objectif de notre travail a été de faire un état des lieux de la prise en charge de l'entorse du genou par les médecins généralistes du Pays de Retz afin d'en dégager ou non une prise en charge commune malgré l'absence de recommandations professionnelles officielles

Méthode : une étude observationnelle et descriptive a été réalisée auprès de 45 médecins généralistes installés dans une zone géographique définie par l'intermédiaire d'un questionnaire écrit.

Résultats : sur les 45 médecins généralistes interrogés, aucun médecin n'oriente son patient vers le Service d'Accueil des Urgences. 35 médecins (78%) prescrivent des radiographies du genou dès le diagnostic réalisé. 100% prescrivent un arrêt de travail. 38% d'entre eux ne prescrivent pas de kinésithérapie lors de la première consultation. 37 médecins (82%) proposent une consultation ultérieure pour réévaluation clinique. 69% d'entre eux prescrivent une attelle de Zimmer contre 16% pour une orthèse articulée. Devant la suspicion de rupture du ligament croisé antérieur, 91% des médecins demandent une IRM du genou.

Conclusion : Malgré l'absence de recommandation officielle, les médecins généralistes du Pays de Retz semblent avoir une prise en charge satisfaisante et relativement homogène, mais un certain nombre de progrès peuvent être réalisés notamment en termes d'immobilisation et de prescription de séances de kinésithérapie, afin d'être en accord avec les connaissances actuelles.

Une remise à niveau des connaissances via des formations continues et la réalisation de prise en charge protocolisée sont des pistes à explorer dans l'intérêt des patients.