

FICHE

Pertinence de l'imagerie dans l'exploration d'une gonalgie après un traumatisme du genou chez l'adulte

Validée par le Collège le 8 juin 2022

L'essentiel

Ce qu'il faut améliorer dans la pratique

- Recourir à la règle d'Ottawa.
- Réaliser des radiographies en 1^{re} intention si une imagerie est indiquée.
- Ne pas réaliser d'IRM en 1^{re} intention.

Après un traumatisme aigu du genou, l'imagerie est indiquée en urgence dans certaines situations.

- Des radiographies sont indiquées si la règle d'Ottawa est positive. Elles peuvent également se discuter si présence d'un point douloureux osseux autre que la patella ou la tête de la fibula ou d'une plaie à risque septique en regard du genou.
- Il n'est pas nécessaire de faire de radiographies du genou controlatéral si celui-ci est asymptomatique.
- En cas de doute sur une lésion de l'appareil extenseur, une échographie peut être utile en complément des radiographies.
- En cas de luxation fémoro-tibiale avérée, une hospitalisation pour avis chirurgical et angioscanner en urgence sont indiqués.

En 2^e intention : la démarche diagnostique est fonction de la clinique et de l'imagerie initiale.

- Les radiographies initiales ont montré une fracture : imagerie de 2^e intention à discuter avec l'équipe chirurgicale :
 - scanner en urgence parfois indiqué ;
 - si suspicion clinique de lésions tendino-musculaire, méniscale ou ligamentaire nécessitant une prise en charge en urgence : IRM dans les meilleurs délais.

- Les radiographies initiales sont normales ; si l'examen clinique fait suspecter :
 - une fracture occulte à l'examen clinique : scanner dans les 48 heures ;
 - une anse de seau méniscale (blocage vrai) : avis chirurgical dans les jours qui suivent ;
 - une lésion ménisco-ligamentaire (sans blocage vrai) : IRM à distance, à discuter après réévaluation clinique, si elle conditionne la prise en charge thérapeutique.

Gonalgie à distance du traumatisme

L'indication et le type d'imagerie doivent se discuter après une réévaluation clinique et en fonction de l'éventuelle imagerie déjà réalisée. Si des radiographies n'ont pas été réalisées, il est nécessaire de commencer par les demander.

Importance du dialogue avec le patient

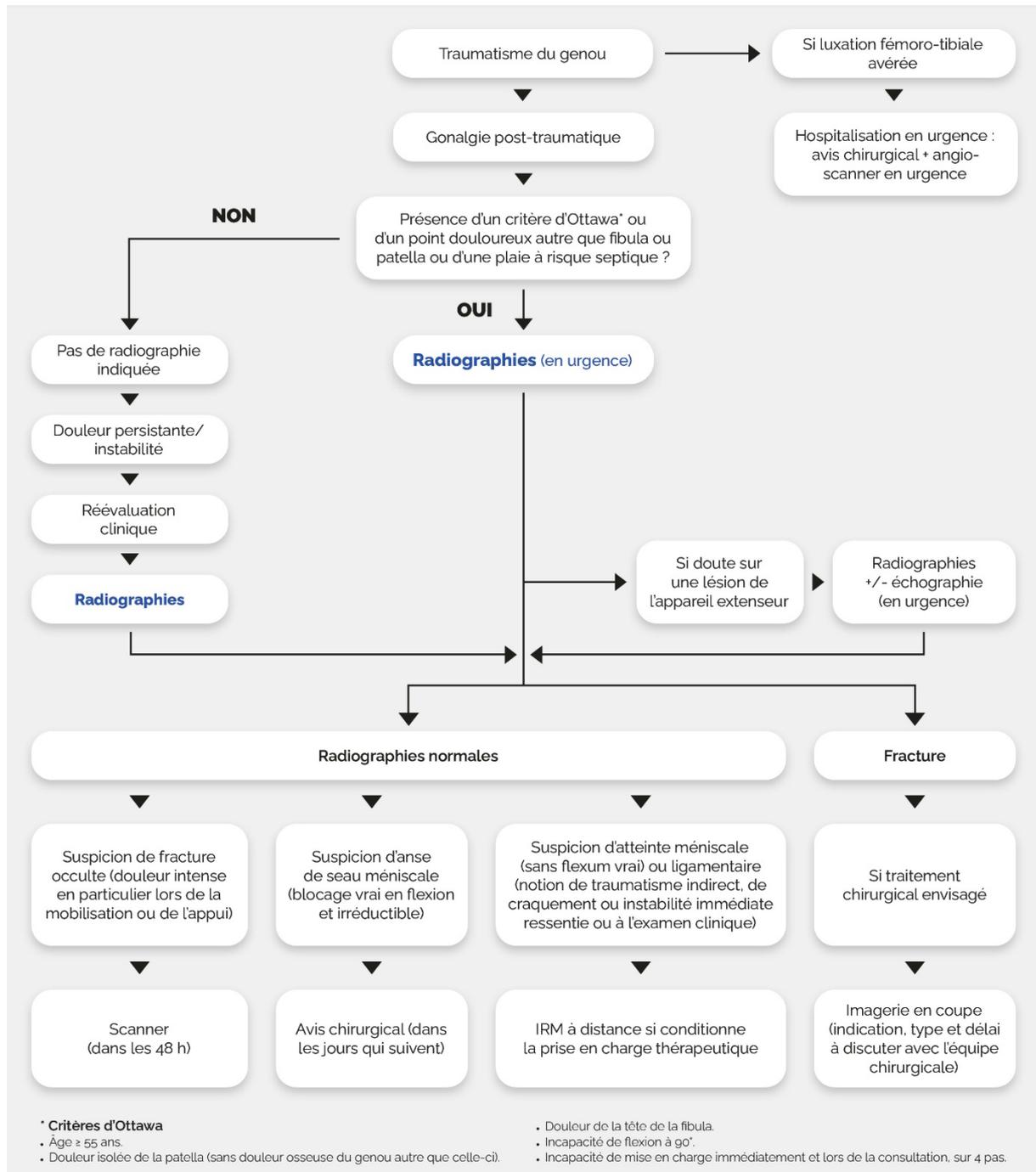
Informez notamment sur :

- la discordance possible entre les symptômes et les observations en imagerie ;
- l'évolution possible de la gonalgie en fonction des lésions diagnostiquées ou suspectées et la nécessité de consulter en cas d'évolution inhabituelle.

Cette fiche propose un algorithme concernant la place de l'imagerie dans l'exploration d'une gonalgie après un traumatisme du genou chez l'adulte. Elle précise les indications de l'imagerie, le type d'imagerie à réaliser en 1^{re} et 2^e intention ainsi que les principaux éléments de dialogue avec les patients.

Elle est complétée par un [document d'information destiné aux patients](#) sur l'imagerie en cas de douleur au genou.

Algorithme - Place de l'imagerie dans la stratégie d'exploration d'une gonalgie à la suite d'un traumatisme du genou chez l'adulte



Préambule

Les traumatismes du genou représentent un motif régulier de consultation en médecine générale ou aux urgences. La gonalgie est quasi systématique après un traumatisme du genou.

Ces traumatismes peuvent entraîner :

- des lésions tendino-musculaires, méniscales et/ou ligamentaires (ligaments croisés, ligaments collatéraux). Les lésions du ligament croisé antérieur (LCA) s'observent plus fréquemment lors d'activités sportives (ski, football, hand-ball, basket-ball, judo, etc.) ;
- des lésions osseuses : les fractures surviennent volontiers chez le sujet âgé, lors d'une chute sur le genou ou d'un traumatisme contondant. Chez la personne âgée, un traumatisme de faible cinétique peut entraîner des lésions osseuses du genou ;
- des luxations :
 - les luxations fémoro-patellaires concernent la patella, le plus souvent chez des sujets jeunes, dans un contexte de dysplasie fémoro-patellaire. Elles peuvent survenir même dans un contexte de traumatisme mineur,
 - les luxations fémoro-tibiales font suite à un traumatisme important, à haute énergie¹ : il s'agit d'une urgence en raison du risque de lésion nerveuse et/ou artérielle associée ;
- des lésions cartilagineuses.

L'examen d'un genou après un traumatisme est souvent difficile, du fait de la douleur et de l'épanchement articulaire souvent abondant. Il est nécessaire de le réitérer si besoin après quelques jours au repos et traitement initial adapté, afin d'affiner les hypothèses diagnostiques et de mieux orienter les décisions éventuelles d'examens complémentaires.

La demande d'examen d'imagerie au radiologue doit mentionner le contexte clinique (dont les critères d'Ottawa), le diagnostic évoqué, le type d'imagerie demandé, le côté atteint et les contre-indications éventuelles de certains types d'imagerie.

Il est nécessaire de confronter les données de l'imagerie aux données cliniques car les lésions, notamment dégénératives, observées en imagerie ne sont pas toujours corrélées aux symptômes ressentis.

¹ Néanmoins, des cas de luxation fémoro-tibiale après un traumatisme à faible énergie ont été décrits chez des personnes obèses.

Indications de l'imagerie

Après un traumatisme aigu du genou, l'imagerie est indiquée en urgence dans certaines situations.

Des radiographies sont indiquées pour rechercher une fracture si la règle d'Ottawa est positive (encadré 1) (face et profil au minimum + défilé fémoro-patellaire si suspicion clinique de lésion patellaire ou en cas de choc direct).

Elles peuvent également se discuter si présence :

- d'un point douloureux osseux autre que la patella ou la tête de la fibula ;
- ou d'une plaie profonde (à risque septique) en regard du genou.

Il n'est pas nécessaire de faire de radiographies du genou contro-latéral si celui-ci est asymptomatique.

Encadré 1. Règle d'Ottawa pour le genou (Stiell, 1996)

Critères d'inclusion et d'exclusion de la règle d'Ottawa

- Critères d'inclusion : patients consultant après un traumatisme aigu du genou survenu dans les 7 jours précédents.
- Critères d'exclusion : traumatisme datant de plus de 7 jours, grossesse, lésions isolées de la peau, visite aux urgences avec des radiographies préalables, précédente visite aux urgences pour la même blessure, troubles de conscience, paraplégie ou de multiples traumatismes ou fractures.

Description de la règle d'Ottawa

Des radiographies ne sont requises chez des sujets victimes d'un traumatisme du genou que s'ils présentent un des critères suivants :

- âge \geq 55 ans ;
- douleur isolée de la patella (sans douleur osseuse du genou autre que celle-ci) ;
- douleur de la tête de la fibula ;
- incapacité de flexion à 90° ;
- incapacité de mise en charge immédiatement et lors de la consultation, sur 4 pas (incapacité de mise en charge deux fois sur chaque jambe, avec ou sans boiterie).

En cas de doute sur une lésion de l'appareil extenseur : une échographie peut être utile en complément des radiographies.

En cas de luxation fémoro-tibiale avérée :

- une hospitalisation en urgence est indiquée pour recueillir l'avis d'un chirurgien et réaliser un angioscanner en urgence afin d'éliminer une lésion vasculaire ;
- un bilan ligamentaire complet par une IRM est à prévoir dans les jours qui suivent.

Si la clinique évoque des lésions multiligamentaires (sans luxation avérée), l'indication d'angioscanner doit se discuter avec le chirurgien en fonction du contexte traumatique, de la cinétique de l'accident et des données cliniques.

En 2^e intention, après les radiographies initiales

Si les radiographies initiales ont montré une fracture

Une autre imagerie, **à discuter avec l'équipe chirurgicale**, peut être nécessaire pour planifier la prise en charge thérapeutique :

- un scanner en urgence peut parfois être indiqué ;
- devant une suspicion clinique de lésions tendino-musculaire, méniscale ou ligamentaire nécessitant une prise en charge en urgence, une IRM peut être indiquée dans les meilleurs délais.

Si les radiographies initiales sont normales

Si l'examen clinique fait suspecter :

- une fracture occulte (douleur intense en particulier lors de la mobilisation ou de l'appui) : scanner (dans les 48 heures) ;
- une anse de seau méniscale (blocage vrai²) : avis chirurgical (dans les jours qui suivent) ;
- une lésion méniscale (sans blocage vrai) ou ligamentaire (notion de traumatisme indirect, de craquement et d'instabilité immédiatement ressentie par le patient ou à l'examen clinique s'il est possible)³ : IRM à distance, à discuter après réévaluation clinique, si elle conditionne la prise en charge thérapeutique.

Gonalgie à distance du traumatisme

À distance du traumatisme, l'indication et le type d'imagerie doivent se discuter après une réévaluation clinique et en fonction de l'éventuelle imagerie déjà réalisée. Si des radiographies n'ont pas été réalisées, il est nécessaire de commencer par les demander.

Éléments de dialogue avec les patients

Informé sur :

- l'évolution possible de la gonalgie en fonction des lésions diagnostiquées ou suspectées et la nécessité de consulter en cas d'évolution inhabituelle (en précisant le délai) ;
- la nécessité d'une réévaluation à distance du traumatisme ;
- la nécessité de consulter en cas d'aggravation des symptômes ou de nouveaux symptômes malgré une imagerie initiale normale ;
- la discordance possible entre les symptômes ressentis et les observations en imagerie.

Expliquer :

- pourquoi une imagerie est ou n'est pas nécessaire, quels sont les objectifs de l'examen (diagnostiques ou thérapeutiques) et ses risques en matière de rayonnements ionisants⁴ ;
- les termes médicaux et techniques des comptes rendus d'imagerie.

² Flexum mécanique irréductible avec incapacité de mettre en extension complète le genou, ne pas forcer l'extension.

³ Le cas particulier de la fracture de Segond (signe indirect de lésion du LCA) s'inscrit dans ce cadre.

⁴ D'après l'IRSN, les doses efficaces moyennes associées aux différentes imageries sont : 0 mSv pour l'IRM ou l'échographie, 0,002 à 0,006 mSv pour les radiographies du genou selon le caractère uni ou bilatéral et le nombre d'incidences, 0,2 mSv pour le scanner uni ou bilatéral du membre inférieur, 3,8 mSv pour l'arthroscanner du membre inférieur et 20 mSv pour l'angioscanner du membre inférieur (IRSN, 2014).

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Pertinence de l'imagerie dans l'exploration d'une gonalgie après un traumatisme du genou chez l'adulte**, Méthode, juin 2022
Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr