

Résumé des lignes directrices du Projet canadien des guides de pratique chiropratique (PCGPC)

Titre de la ligne directrice	Douleurs au genou et mobilité réduite: lésions du cartilage méniscal et articulaire -Révision 2018
Auteur de la directive	Logerstedt DS, Scalzitti DA, Bennell K, et al.
Année de publication	2018
Lien vers la ligne directrice	https://www.jospt.org/doi/pdf/10.2519/jospt.2018.0301

1. PORTÉE ET OBJET

- **Objectif:** Ce guide fournit des recommandations concernant le diagnostic, l'évaluation et l'évaluation des lésions du ménisque et du cartilage articulaire, ainsi que les interventions de traitement non chirurgical qui suivent les soins postopératoires des lésions
- **Population cible:** Adultes souffrant de douleurs au genou et de mobilité réduite / lésions méniscales du genou / lésions cartilagineuses articulaires du genou
- **Classification:** Les codes de la Classification internationale des maladies-10 (CIM-10) et les affections associées à la douleur au genou et aux troubles de la mobilité le sont:
 - S83.2 Déchirure du ménisque, courant;
 - M23.2 Déangement du ménisque dû à une vieille déchirure ou blessure; et
 - S83.3 Déchirure du cartilage articulaire du genou, courant
- **Utilisateurs cibles:** Les physiothérapeutes (voir les commentaires de la CCGI ci-dessous pour plus d'information)

2. PRÉSENTATION DE RAPPORTS SUR LES RECOMMANDATIONS

Niveaux de preuve	
I	Données probantes tirées d'examens systématiques, d'études diagnostiques de grande qualité, d'études prospectives ou d'essais contrôlés randomisés.
II	Données probantes tirées d'examens systématiques, d'études diagnostiques de moindre qualité, d'études prospectives ou d'essais contrôlés randomisés (p. ex. critères diagnostiques et normes de référence plus faibles, randomisation inappropriée, absence d'insu, suivi à moins de 80 %).
III	Études cas-témoins ou études rétrospectives
IV	Série de boîtiers
V	Opinion d'expert

Catégories de recommandations		
A	Preuves solides	Une prépondérance d'études de niveau I et/ou de niveau II appuient la recommandation. Cela doit inclure au moins 1 étude de niveau I



B	Preuves modérées	Un seul essai contrôlé randomisé de haute qualité ou une prépondérance d'études de niveau II appuient la recommandation
C	Faiblesse des preuves	Une seule étude de niveau II ou une prépondérance d'études de niveaux III et IV, y compris des déclarations de consensus d'experts en la matière, appuient la recommandation
D	Preuves contradictoires	Les études de meilleure qualité menées sur ce sujet ne sont pas d'accord quant à leurs conclusions. La recommandation se fonde sur ces études contradictoires
E	Preuves théoriques/fondamentales	Une prépondérance de données probantes provenant d'études sur les animaux ou les cadavres, de modèles ou de principes conceptuels, ou de recherches fondamentales ou de recherche de base appuient cette conclusion
F	Opinion d'expert	Meilleures pratiques fondées sur l'expérience clinique de l'équipe d'élaboration des lignes directrices

3. RECOMMANDATIONS

a. L'examen

Recommandation	Catégorie
<p>1. Mesures des résultats autodéclarés: limitations d'activités/mesures autodéclarées</p> <p>a) Résultats propres au genou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité international de documentation du genou 2000 Formulaire d'évaluation subjective du genou (IKDC 2000); ou • Blessure au genou et score des résultats de l'ostéoarthrose (KOOS); or • Échelle de Lysholm (avec élimination de l'élément de gonflement, et en utilisant des scores non pondérés) 	B
<p>b) Niveau d'activité^a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échelle Tegner • Cote d'activité Marx <p>c) L'état de santé général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étude sur les résultats médicaux Sondage abrégé sur la santé en 36 points (SF-36) • Qualité de vie européenne - 5 dimensions (EQ-5D) <p>d) Qualité de vie liée au genou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire de 26 questions sur la qualité de vie du genou (KQoL-26) 	C
<p>2. Mesures du rendement physique</p> <p>a) Les cliniciens peuvent administrer des tests cliniques ou de terrain appropriés qui permettent de déterminer l'état de base d'un patient par rapport à la douleur, à la fonction et à l'invalidité, de détecter les asymétries latérales, d'évaluer la fonction globale du genou, de déterminer si le patient est prêt à reprendre ses activités et de surveiller les changements dans l'état du patient pendant le traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Période de réadaptation précoce: <ul style="list-style-type: none"> - Essai de 30 secondes sur pied de chaise - Test de montée d'escalier - Test de démarrage chronométré - Test de marche de 6 minutes 	C



Recommandation		Catégorie
<ul style="list-style-type: none"> Retour à l'activité ou au sport: <ul style="list-style-type: none"> Tests de saut à une jambe 		
<p>3. Mesures de la déficience physique</p> <p>a) Les cliniciens devraient procéder à des évaluations appropriées des déficiences physiques de la structure et de la fonction corporelles, au moins au départ et au congé ou à un autre point de suivi, pour tous les patients souffrant de déchirures méniscales, afin d'appuyer la normalisation pour l'amélioration de la qualité des soins cliniques et de la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> Essai de course modifié pour l'évaluation de l'épanchement Évaluation de l'amplitude active des mouvements du genou Test de résistance isométrique ou isocinétique quadriceps volontaire maximum Flexion passive maximale du genou La manœuvre de McMurray Palpation en cas de sensibilité de la ligne articulaire 		B
<p>b) Les cliniciens peuvent administrer les évaluations appropriées des déficiences physiques de la structure et de la fonction corporelles, au moins au départ et au congé ou à un autre point de suivi, pour tous les patients présentant des lésions du cartilage articulaire afin d'appuyer la normalisation pour améliorer la qualité des soins cliniques et de la recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> Essai de course modifié pour l'évaluation de l'épanchement Évaluation de l'amplitude active des mouvements du genou Test de résistance isométrique ou isocinétique quadriceps volontaire maximum Palpation en cas de sensibilité de la ligne articulaire 		D
<p>Notes de bas de page:</p> <p>^a Les cliniciens peuvent utiliser l'échelle de Tegner ou l'échelle d'évaluation de l'activité de Marx pour évaluer le niveau d'activité avant et après les interventions visant à atténuer les déficiences physiques, les limitations d'activité et les restrictions de participation associées aux lésions du ménisque ou du cartilage articulaire ; cependant, elles sont moins étayées par des preuves concernant les propriétés de mesure</p>		

b. Diagnostic

Lésions méniscales

- Prévalence de 12%-14%.
- Une incidence élevée de déchirures méniscales se produit lorsque le ligament croisé antérieur (LCA) est endommagé
- Les déchirures du ménisque du genou peuvent être classées comme des déchirures traumatiques ou dégénératives

Les résultats cliniques de douleur au genou, d'antécédents de blessure au genou par torsion, d'antécédents de " prise " ou de " blocage ", d'antécédents d'épanchement retardé et d'un score composite de pathologie méniscale supérieur à 3 résultats positifs peuvent être utilisés pour classer les patients souffrant de douleur au genou et de problèmes de mobilité dans la catégorie des lésions du



ménisque du DAI et les catégories associées de douleur au genou (b28016 douleur dans une articulation) et de mobilité (b7100 mobilité d'une articulation)

Critères de classification diagnostique	
Ménisque	Cartilage articulaire
<ul style="list-style-type: none"> Blessure par torsion Sensation de déchirure au moment de la blessure Effusion retardée (6-24 heures après la blessure) Antécédents de "capture" ou de "verrouillage" Douleur avec hyperextension forcée Douleur avec flexion passive maximale du genou Douleur ou clic audible avec la manœuvre de McMurray Sensibilité de la ligne articulaire Inconfort ou sensation de blocage ou d'accrochage du genou sur la ligne médiane ou latérale de l'articulation pendant l'examen de Thessalie lorsqu'il est effectué à 20° de flexion du genou Score composite de pathologie méniscale: la combinaison de l'histoire de la "capture" ou du "verrouillage", de la douleur avec hyperextension forcée, de la douleur avec flexion passive maximale du genou, de la sensibilité de la ligne articulaire et de la douleur ou du clic audible avec la manœuvre de McMurray (Tableau 1) 	<ul style="list-style-type: none"> Traumatisme aigu avec hémarthrose (0-2 heures) (associé à une fracture ostéocondrale) Apparition insidieuse aggravée par un impact répétitif Douleur et enflure intermittentes Antécédents de "capture" ou de "verrouillage". Sensibilité de la ligne articulaire

Tableau 1. Score composite en pathologie méniscale (MCPS)

MPCS	Aucun résultat positif	>1 résultat positif	>3 résultats positifs	>5 résultats positifs
Sensibilité	23.4%	76.6%	30.8%	11.2%
Spécificité	56.9%	43.1%	90.2%	99.0%

Lésions du cartilage articulaire

- Prévalence de 60 à 70 %.
- Les localisations les plus fréquentes de lésions cartilagineuses ont été observées sur le condyle fémoral interne et sur la surface articulaire rotulienne
- Les déchirures méniscales médianes (37 %) et les ruptures du LCA (36 %) étaient les blessures les plus fréquentes concomitantes aux lésions du cartilage articulaire

Les résultats cliniques de douleurs intermittentes au genou, d'antécédents de traumatisme aigu au genou, d'antécédents de "prise" ou de "blocage", d'épanchement et de sensibilité de la ligne

articulaire peuvent classer les patients souffrant de douleur au genou et de troubles de la mobilité dans la catégorie des déchirures du cartilage articulaire et des catégories connexes de douleur au genou (b28016 Douleur dans une articulation) et de mobilité réduite (b7100 Mobilité d'une articulation)

Cours clinique

Recommandation	Catégorie
Les douleurs au genou et les troubles de la mobilité associés aux déchirures du cartilage méniscal et articulaire peuvent être le résultat d'un contact ou d'un incident sans contact qui peut endommager une ou plusieurs structures. Les cliniciens devraient évaluer les déficiences de l'amplitude des mouvements, du contrôle moteur, de la force et de l'endurance du membre associées à la pathologie du cartilage méniscal ou articulaire identifiée ou suivant une chirurgie méniscale ou chondrale	C

Sommaire

- L'évolution clinique de la plupart des patients après une lésion du ménisque traitée avec ou sans chirurgie est satisfaisante, bien que ces patients rapportent une fonction du genou plus faible que la population générale
- Les patients qui ont une prise en charge non opératoire de la déchirure du ménisque ont des résultats similaires à ceux des patients qui ont subi une méniscectomie partielle arthroscopique en termes de force et de fonction perçue du genou à court et à moyen terme, comparativement à ceux qui ont subi une méniscectomie partielle arthroscopique
- Des déficiences de la proprioception et de la force musculaire ainsi que de mauvais résultats signalés par les patients sont présents tôt après une lésion méniscale et à court terme (moins de 6 mois) après une méniscectomie partielle arthroscopique
- Les jeunes patients qui ont une réparation du ménisque ont une fonction du genou mieux perçue, moins de perte d'activité et des taux de retour à l'activité plus élevés comparativement à ceux qui ont une méniscectomie partielle arthroscopique (MPM). Les athlètes d'élite et de compétition ou les athlètes de moins de 30 ans sont susceptibles de reprendre le sport moins de deux mois après la PAA, et les athlètes de plus de 30 ans sont susceptibles de revenir au plus tard trois mois après la PAA

Facteurs de risque

Recommandation	Catégorie
<ul style="list-style-type: none"> • Les cliniciens devraient tenir compte de l'âge et du fait qu'il faut attendre plus longtemps avant d'être atteint d'une lésion méniscale comme facteurs prédisposant à une lésion méniscale. Les patients qui ont participé à des sports de haut niveau ou dont la laxité du genou a augmenté après une lésion du LCA sont plus susceptibles de subir une chirurgie méniscale tardive • Les cliniciens devraient tenir compte de l'âge du patient et de la présence d'une déchirure méniscale pour déterminer s'il risque d'avoir une lésion chondrale à la suite d'une lésion du LCA. Plus l'âge d'un patient est élevé et plus le temps écoulé depuis la lésion initiale du LCA est long sont des facteurs prédictifs de la gravité des lésions chondrales, et le temps écoulé depuis la lésion initiale du LCA est significativement associé au nombre de lésions chondrales 	C

Sommaire

- Les sports de coupe et de pivotement sont des facteurs de risque de déchirures aiguës du ménisque.
- L'augmentation de l'âge et le retard de la reconstruction du LCA sont des facteurs de risque pour de futures déchirures du ménisque médial et latéral
- Le sexe féminin, l'âge avancé, un indice de masse corporelle plus élevé, une activité physique plus faible et une reconstruction retardée du LCA sont des facteurs de risque de déchirures du ménisque interne
- Le sexe féminin, l'âge avancé, l'indice de masse corporelle plus élevé, la durée plus longue des symptômes, les interventions et chirurgies antérieures et la diminution du fonctionnement autodéclaré du genou sont associés à des échecs plus élevés dans les interventions de réparation du cartilage articulaire

c. Interventions

Recommandation	Catégorie
1. Mouvement progressif du genou Les cliniciens peuvent utiliser des mouvements actifs et passifs progressifs précoces du genou chez les patients après une chirurgie du ménisque et du cartilage articulaire du genou	B
2. Palier à poids progressif a) Les cliniciens peuvent envisager un port progressif précoce du poids chez les patients ayant subi une réparation méniscale	C
b) Les cliniciens devraient utiliser une progression progressive de la mise en charge pour atteindre la mise en charge complète 6 à 8 semaines après l'implantation de chondrocytes autologues (MACI) soutenue par matrice pour les lésions du cartilage articulaire	B
3. Retour progressif à l'activité a) Les cliniciens peuvent avoir recours à un retour progressif précoce à l'activité après une chirurgie de réparation méniscale du genou	C
b) Selon le type de chirurgie du cartilage articulaire, les cliniciens peuvent devoir retarder le retour à l'activité	E
4. Réadaptation supervisée Les cliniciens devraient utiliser des exercices dans le cadre du programme de réadaptation supervisée en clinique après une ménisectomie arthroscopique et devraient fournir et superviser la progression d'un programme d'exercices à domicile, en fournissant une éducation pour assurer un rendement indépendant	B
5. Exercices thérapeutiques Les cliniciens devraient offrir des exercices supervisés et progressifs d'amplitude de mouvement, un entraînement progressif de la force des muscles du genou et de la hanche et un entraînement neuromusculaire aux patients présentant des déchirures du ménisque du genou et des lésions du cartilage articulaire et après une chirurgie du ménisque ou du cartilage articulaire	B
6. Stimulation électrique neuromusculaire/biofeedback Les cliniciens devraient fournir une stimulation neuromusculaire/rééducation aux patients qui suivent des procédures méniscales pour augmenter la force des quadriceps, la performance fonctionnelle et la fonction du genou	B

d. Études d'imagerie

Radiographie

- La règle du genou d'Ottawa devrait être utilisée pour déterminer quand commander des radiographies chez les personnes souffrant d'une blessure aiguë au genou. Une série de radiographies du genou est requise chez les patients qui répondent à l'un ou l'autre des critères suivants:
 - Avoir 55 ans ou plus;
 - Sensibilité isolée de la rotule (pas de sensibilité osseuse du genou autre que la rotule)
 - Sensibilité de la tête du péroné;
 - Incapacité de fléchir le genou à 90 degrés;
 - Incapacité de porter du poids immédiatement et à l'urgence pendant 4 pas, sans égard à la boiterie

MRI

- L'examen clinique par des cliniciens bien formés semble être aussi précis que l'IRM en ce qui concerne le diagnostic des lésions méniscales
- Un seuil de suspicion plus bas de déchirure méniscale est justifié chez les patients d'âge moyen et les personnes âgées
- L'IRM peut être réservée à des cas plus compliqués ou déroutants et peut aider le chirurgien orthopédiste dans la planification et le pronostic préopératoires
- L'imagerie peut être utilisée pour surveiller l'état de la réparation du ménisque ou du cartilage articulaire ou des procédures de restauration

4. LES MÉTHODES D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations étaient fondées sur la solidité des données probantes, y compris la façon dont les études ont abordé directement la question de la douleur au genou et des troubles de la mobilité/ménisques et de la population des lésions du cartilage articulaire. En élaborant leurs recommandations, les auteurs ont tenu compte des forces et des limites de l'ensemble des données probantes ainsi que des avantages pour la santé, des effets secondaires et des risques des tests et des interventions. Les examinateurs désignés qui sont des experts en gestion et en réadaptation des lésions du ménisque du genou et du cartilage articulaire ont examiné le contenu et les méthodes des lignes directrices pour en vérifier l'intégrité et l'exactitude, et pour s'assurer qu'elles représentent pleinement l'affection.

5. PCGPC COMMENTAIRES

- La PCGPC recommande l'utilisation de cette ligne directrice en raison de sa qualité et de ses rapports, conformément à l'outil Évaluation des lignes directrices - Recherche et évaluation (AGREE) II (disponible sur demande)
- La PCGPC recommande aux chiropraticiens canadiens d'utiliser la présente ligne directrice en se fondant sur la méthodologie utilisée pour son élaboration
- La ligne directrice indique explicitement que les physiothérapeutes sont les utilisateurs cibles. Cependant, cette information est précieuse pour tous les professionnels de la santé en réadaptation
- La PCGPC tient à remercier les Drs Sophia da Silva-Oolup et James Young pour leur contribution à l'évaluation critique de cette ligne directrice