

# Le genou douloureux sans antécédents de traumatisme

par Pierre Frémont et François Desmeules

Une femme de 37 ans vous consulte à cause d'une douleur récurrente au genou droit. Elle pratique la course à pied depuis trois mois mais, depuis quelques semaines, sans qu'elle ait subi de traumatisme, elle ressent une douleur à la région externe du genou après quelques kilomètres de course, ce qui l'empêche de poursuivre son activité de loisirs préférée. Quelles lésions ce tableau clinique évoque-t-il et comment pouvez-vous en reproduire les symptômes lors de votre évaluation ?

LE SCHÉMA présenté à la figure 1 résume les principaux diagnostics qu'il faudrait envisager en fonction de la région où le patient perçoit les symptômes lors de l'évaluation d'un problème de genou, dans les cas où aucun traumatisme n'est rapporté. En présence de ce type de tableau clinique, il faut tenir compte de trois grandes catégories de lésions :

- Les lésions secondaires à un traumatisme antérieur en apparence résolu ;

En présence d'un traumatisme ancien au genou et ce, même si la blessure initiale semble résolue, certaines lésions d'origine post-traumatique peuvent ne pas être guéries. Ces lésions, comme la déchirure du ménisque, ont été traitées dans l'article numéro 2 de la présente série (*Le traitement de l'instabilité résiduelle du genou après un traumatisme*).

- Les lésions d'origine dégénérative ou systémique ;  
La présence d'une synovite non traumatique évoque

Le Dr Pierre Frémont, Ph. D., omnipraticien, diplômé en médecine sportive (ACMS) et professeur agrégé au Département de réadaptation de l'Université Laval, exerce au Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL) en tant que clinicien-enseignant et chercheur. M. François Desmeules, physiothérapeute, exerce au CHUL. Il termine aussi une maîtrise en réadaptation au Centre de Recherche du CHUL.

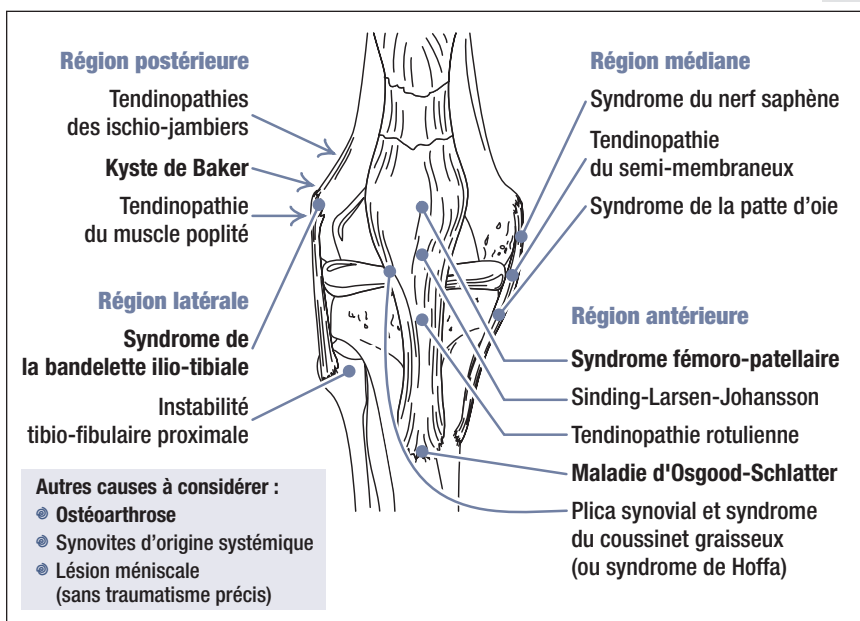


Figure 1. Diagnostic différentiel des principales lésions dont il faut tenir compte en présence d'un problème de genou sans antécédents de traumatisme. Les lésions les plus fréquentes devant être considérées en priorité sont indiquées en caractères gras.

aussi plusieurs diagnostics, dont l'ostéoarthrose, qui seront également traités dans l'article numéro 4 (*Les maladies dégénératives du genou*).

- Les lésions de surutilisation des structures articulaires et périarticulaires du genou.

Le présent article sera donc essentiellement consacré à l'identification, au traitement et à la réadaptation des problèmes de la troisième catégorie, à l'exception des problèmes associés aux structures de la région antérieure du genou, dont il sera question dans l'article numéro 5 (*Les douleurs antérieures du genou : la face cachée de la rotule*).

Plus spécifiquement, dans le cadre d'un diagnostic différentiel plus global, notre objectif est de permettre au lecteur d'intégrer à sa pratique les aptitudes propres à l'identification et la prise en charge adéquate de deux problèmes fréquents : le **syndrome de la bandelette ilio-tibiale** et le **kyste poplité (de Baker)**.

### Les douleurs ressenties à la face externe du genou

#### Les lésions de l'articulation du genou

D'abord, il est important de mentionner que les lésions du ligament latéral externe (LLE) sont rares et que ce diagnostic ne sera envisagé qu'en présence d'un traumatisme en varus qui ressort clairement lors de l'anamnèse (voir l'article numéro 1 *Le genou présentant une lésion traumatique aiguë*). Sur le plan articulaire, la possibilité d'une lésion méniscale devra également être considérée. Tout antécédent de déchirure des ligaments ou de traumatisme en torsion, de même qu'un travail ou une activité de loisirs qui nécessite des flexions complètes de genou peut faire pencher en faveur de ce diagnostic. Finalement, dans certains cas, des symptômes ressentis à la région antéro-externe du genou peuvent provenir des structures de la région antérieure, comme dans le cas du syndrome fémoro-patellaire (SFP) (voir l'article numéro 5).

#### Les lésions des structures périarticulaires de la région externe du genou

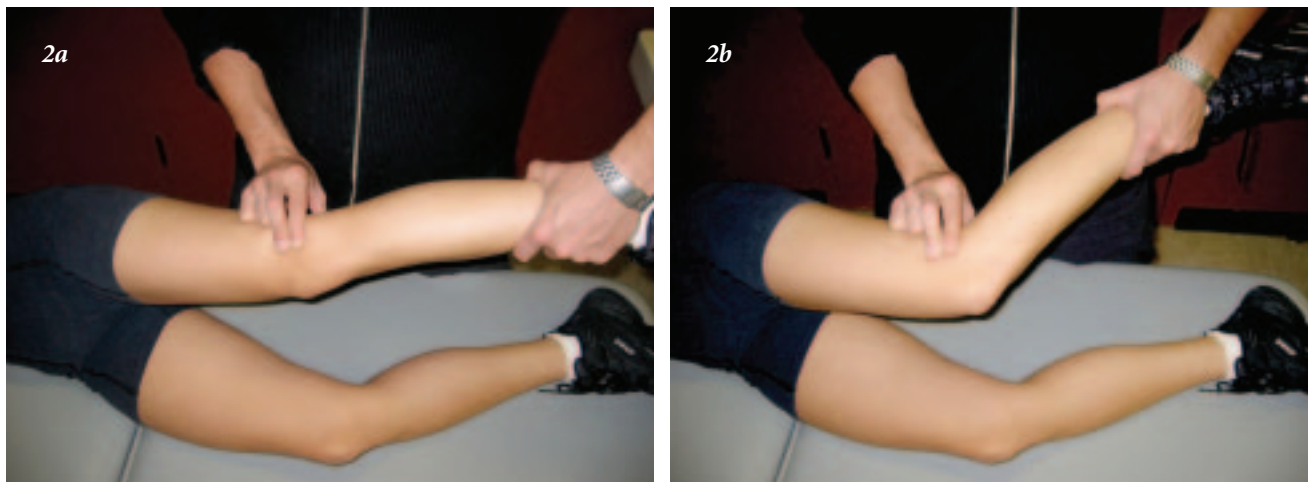
Le syndrome de la bandelette ilio-tibiale (BIT) est la blessure de surutilisation la plus fréquente qui affecte la région externe du genou, en particulier chez les adeptes de la course à pied<sup>1</sup>. Les autres diagnostics moins fréquents qui devront être considérés, si le diagnostic de syndrome de la BIT (SBIT) ne peut être confirmé, sont l'instabilité de l'articulation péronéo-tibiale proximale ainsi que la tendinopathie du muscle poplité ou du biceps fémoral.

Le SBIT est dû à des frictions à répétition par la BIT, qui se déplace de part et d'autre du condyle fémoral externe<sup>1,2</sup>. L'extrémité proximale de la BIT se situe à la hauteur du

grand trochanter et provient des fascias combinés des grand et moyen fessiers ainsi que du tenseur du fascia lata. Elle s'insère sur le tubercule de Gerdy, sous le rebord latéral du condyle tibial externe. En extension complète du genou, le trajet de la BIT passe devant le condyle fémoral externe. Lors d'une flexion de plus de 30°, elle glisse vers la région postérieure de ce même condyle fémoral. Le principal facteur responsable de ce phénomène de friction serait une tension excessive au niveau de la BIT. Les autres facteurs morphologiques pouvant aussi contribuer à l'augmentation de la friction au niveau du condyle fémoral sont l'hyperpronation du pied, le *genu varum*, un condyle fémoral anormalement proéminent et la torsion tibiale interne. Le patient expliquera qu'il ressent une douleur à la face latérale de l'articulation, lors de la pratique d'une activité comportant des cycles de flexions-extensions répétées des genoux. Le début des symptômes est fréquemment associé à une modification du volume de l'activité pratiquée. L'exemple le plus typique est le démarrage ou la progression d'un entraînement à la course à pied. Le SBIT limite graduellement la pratique de l'activité, bien qu'il soit souvent asymptomatique au repos et à la marche.

Devant ce phénomène, le clinicien doit relever un défi classique : comment évaluer le patient qui souffre de douleurs évoquant un tableau de SBIT, mais qui est asymptomatique lors de l'évaluation clinique ? L'évaluation articulaire devra initialement confirmer l'absence de synovite et l'intégrité ligamentaire du genou. Ensuite, l'évaluation des structures de la région antérieure permettra d'exclure une douleur entraînée par un syndrome fémoro-patellaire ou par le tendinopathie rotulienne. Ensuite, l'évaluation portera sur la BIT. La palpation de l'épicondyle externe, de 2 à 4 cm au-dessus de l'interligne articulaire, peut être douloureuse, mais sera fréquemment négative chez le patient asymptomatique au moment de la consultation. Il est alors nécessaire d'utiliser une manœuvre de provocation initialement décrite par Noble<sup>3</sup>, pendant laquelle le médecin palpera la BIT alors qu'elle passe de part et d'autre du condyle. Bien que Noble propose que la palpation se fasse

**Le début des symptômes est fréquemment associé à une modification du volume de l'activité pratiquée. L'exemple le plus typique est le démarrage ou la progression d'un entraînement à la course à pied. Le SBIT limite graduellement la pratique de l'activité, bien qu'il soit fréquemment asymptomatique au repos et à la marche.**



**Figure 2. Test de provocation du SBIT.** Le patient est en décubitus latéral du côté asymptomatique, le genou en extension et le membre inférieur en abduction active. L'examineur applique alors une pression sur la BIT qui, dans cette position, passe devant l'épicondyle externe (a). Il maintient ensuite une pression sur la BIT pendant son passage vers la région postérieure de l'épicondyle, alors que le genou est en flexion active assistée (b). Lorsque cette manœuvre ne reproduit pas immédiatement les symptômes du patient (qui font l'objet de la consultation), des cycles répétés de flexions-extensions constituent une manœuvre de provocation permettant souvent de reproduire les symptômes survenant lors d'activités comme la course. Initialement, cette manœuvre était pratiquée en décubitus dorsal, comme le décrit Noble<sup>3</sup>.

en décubitus dorsal, nous suggérons de la réaliser en décubitus latéral, afin de favoriser la mise en tension des structures latérales (figure 2). Lorsque, à l'évaluation du patient, on reproduit des phénomènes douloureux, il est important de vérifier s'ils correspondent réellement à la raison de la consultation, car la palpation de l'épicondyle et les manœuvres de provocation peuvent induire une douleur iatrogène chez un patient ne souffrant pas de SBIT. Ce test permet habituellement de reproduire les symptômes survenant à l'effort et de confirmer le diagnostic de SBIT.

Une fois le diagnostic de SBIT confirmé, le traitement consistera à modifier le stimulus à l'origine de la douleur (par exemple, réduire l'activité pratiquée, puis la reprendre plus graduellement) et à enrayer les phénomènes douloureux et inflammatoires de façon à faciliter la mise en place d'un programme de réadaptation (voir plus loin). À cette fin, on pourra recourir à des compresses de glace, à des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et (ou) à l'analgésie.

En l'absence de signes confirmant le diagnostic de SBIT, il faudrait envisager l'instabilité de l'articulation péronéo-tibiale proximale (IPTP) et la tendinopathie du muscle poplité, qui sont deux problèmes beaucoup plus rares<sup>2</sup>. La douleur associée à l'IPTP pourra habituellement être mise

en évidence par un glissement postérieur du péroné proximal. Bien que ce phénomène soit habituellement traumatique, il peut résulter de microtraumatismes répétés, associés à des gestes techniques spécifiques (par exemple, l'appui sur la jambe d'appel avec le pied en rotation externe lors du saut en hauteur). Si la reconnaissance et la prise en charge du facteur de stress n'entraînent pas la résolution de ce problème, il faudrait demander l'avis d'un orthopédiste. Bien que le muscle poplité soit situé à la région postérieure du genou, son insertion sur le condyle fémoral externe peut donner des symptômes de tendinopathie perçus à la région postéro-latérale du genou.

### Les douleurs ressenties à la région poplitée

Le problème non traumatique se manifestant le plus fréquemment par un malaise à la région postérieure du genou est le kyste poplité (aussi appelé kyste de Baker). L'autre diagnostic qu'on pourrait envisager est l'inflammation de l'un ou l'autre des tendons de la région postérieure du genou. Dans tous les cas, il faudra effectuer un examen systématique du genou, de façon à déceler des lésions pouvant se traduire par des douleurs irradiées à la région postérieure, tel le SFP (voir l'article numéro 5).

**Le problème non traumatique se manifestant le plus fréquemment par un malaise à la région postérieure du genou est le kyste poplité (aussi appelé kyste de Baker).**

R E P È R E

## Le kyste poplité<sup>4</sup>

On trouve dans la région poplitée plusieurs bourses séreuses. Certaines d'entre elles peuvent présenter un gonflement, appelé kyste poplité, pouvant prendre la forme d'une masse palpable, et entraînant des douleurs ou de la raideur. La bourse le plus souvent en cause est située sous les tendons des muscles jumeaux interne et semi-membraneux, qui croisent la région poplitée médiane. C'est donc à ce niveau qu'une masse sera le plus souvent palpable. Des études d'imagerie, effectuées à l'aide de produits de contraste, ont révélé que ce phénomène de gonflement résulte habituellement d'une prolongation de la bourse dans l'articulation du genou. En présence d'une inflammation articulaire, un phénomène de clapet peut alors entraîner une accumulation de liquide au niveau de la bourse. Il est également important de savoir que les kystes poplités décelés fortuitement par imagerie sont fréquents, même chez des patients asymptomatiques ne présentant pas de masse palpable dans la région poplitée.

Lors de l'examen physique, on palpe la région poplitée pendant que le patient est en décubitus dorsal, avec le genou en extension complète ; ainsi, s'il existe un kyste, il est maintenu sous tension par les tendons adjacents. Si une masse est dépitée à la palpation, le fait qu'elle devienne plus souple ou qu'elle disparaisse lorsque le genou est fléchi à 45° permet de poser le diagnostic de kyste poplité. Ce changement aide à distinguer le kyste poplité des masses non fluctuantes, beaucoup plus rares, et dont un diagnostic différentiel élargi justifie une investigation et une opinion spécialisée.

Le principal diagnostic différentiel à prendre en considération en présence de signes et symptômes qui se manifestent à la région poplitée est la thrombose veineuse profonde (TVP), en raison de l'urgence médicale qu'elle représente. Une complication possible du kyste poplité, sa rupture, peut être associée à un épanchement hémorragique à la jambe, qui pourra simuler les signes et les symptômes d'une TVP. Dans ces cas, la présence d'une ecchymose en forme de croissant sous les malléoles corrobore le diagnostic de rupture du kyste. Par contre, si la présentation clinique ne permet pas d'exclure le diagnostic de TVP, l'examen para-

clinique de choix sera l'ultrasonographie. Cet examen facile d'accès, peu coûteux et non invasif a une excellente valeur diagnostique, tant pour la TVP que pour le kyste poplité. Cet examen aide non seulement à dépister une éventuelle TVP, mais permet aussi d'éviter une anticoagulation empirique, susceptible de compliquer l'état du patient qui présente une rupture de kyste s'accompagnant d'hémorragie.

Le traitement du kyste poplité vise le problème ayant provoqué l'épanchement articulaire au niveau du genou. Les affections associées le plus fréquemment aux kystes poplités sont l'ostéoarthrose, la chondrocalcinose, la polyarthrite rhumatoïde et autres synovites d'origine systémique ainsi que les lésions méniscales. On aborde ces pathologies dans les autres articles de ce numéro. Les rares situations où la résection du kyste est indiquée sont celles où la pathologie associée est incurable et où le kyste est responsable de douleurs et d'une incapacité importantes<sup>4</sup>.

## Les tendinopathies de la région postérieure du genou

Plusieurs tendons croisent la région poplitée du genou. Pour réaliser un examen clinique en bonne et due forme, il faut bien comprendre leur fonction respective sur le plan biomécanique. Nous résumons au *tableau* la fonction et les manœuvres de mise en tension sélective des différents tendons de la région postérieure du genou. Nous présenterons plus loin les principes généraux de traitement des tendinopathies.

## Les douleurs ressenties à la région médiane

La région médiane du genou est la plus vulnérable aux lésions d'origine traumatique, en raison des forces en valgus à laquelle est exposée la face externe du genou. Ainsi, en présence d'une douleur à la région médiane du genou, il faudrait revoir attentivement les antécédents traumatiques, et considérer en priorité la possibilité qu'un traumatisme ait laissé des séquelles. Les principales lésions post-traumatiques sont le résultat d'une instabilité ligamentaire et d'atteintes méniscales ou ostéochondrales (voir l'article numéro 2). Ce n'est qu'une fois qu'il aura écarté la possibilité de séquelles traumatiques, que le clinicien

**Le principal diagnostic différentiel à prendre en considération en présence de signes et de symptômes qui se manifestent à la région poplitée est la thrombose veineuse profonde (TVP), en raison de l'urgence médicale qu'elle représente.**

T A B L E A U

**Manœuvres de mise en tension sélective et fonction des différents muscles et tendons de la région postérieure du genou<sup>2,5</sup>**

Muscle	Insertion du tendon	Fonction au genou	Manœuvre de mise en tension*
Biceps fémoral	Condyle latéral de la tête de la fibula	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Flexion du genou</li> <li>● Rotation externe du tibia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décubitus ventral</li> <li>● Flexion résistée du genou à 90°</li> <li>● Ajouter rotation externe résistée du tibia</li> </ul>
Poplité	Tibia postéro-latéral au dessus de la ligne soléaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rotation interne du tibia particulièrement lors de la flexion du genou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décubitus ventral</li> <li>● Flexion du genou à 90°</li> <li>● Rotation externe maximale du tibia passive</li> <li>● Rotation interne résistée du tibia</li> </ul>
Semi-membraneux	Tibia en postéro-médial près de l'interligne articulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Flexion du genou</li> <li>● Rotation interne du tibia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décubitus ventral</li> <li>● Flexion résistée du genou à 90°</li> <li>● Ajouter rotation interne résistée du tibia</li> </ul>
Patte d'oie (semi-tendineux, gracilis, sartorius)	Tibia en antéro-médial près de l'interligne articulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Flexion du genou</li> <li>● Rotation interne du tibia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décubitus ventral</li> <li>● Flexion résistée du genou à 90°</li> <li>● Ajouter rotation interne résistée du tibia</li> </ul>

\* Aucune donnée probante n'est disponible sur la sensibilité et la spécificité de ces tests.

pourra passer à l'évaluation des éventuelles atteintes périoarticulaires de la région médiane.

**Bourses et tendons de la patte d'oie**

Une douleur à la région antéro-médiane du genou peut faire penser à une atteinte des structures de la patte d'oie, soit : du haut vers le bas, l'insertion des tendons des muscles couturier (m. *sartorius*), droit interne (m. *gracilis*) et semi-tendineux. Sous la partie distale de ces tendons s'insérant de 4 à 6 cm en dessous du rebord antéro-médian du tibia, on trouve également une bourse séreuse pouvant, elle aussi, être à l'origine de ce tableau douloureux. La fonction et la technique de mise en tension sélective des structures de la patte d'oie sont décrits au *tableau*. Les principes généraux de traitement sont ceux des tendinopathies (voir la section suivante). Bien que l'infiltration de corticostéroïdes soit mentionnée et fréquemment utilisée comme un traitement possible de ce problème<sup>2</sup>, aucune étude n'en démontre spécifiquement et définitivement l'efficacité pour cette pathologie.

**Tendinopathie du semi-membraneux**

Une douleur à la région postéro-médiane du genou peut être la manifestation d'une tendinopathie du semi-

membraneux, un fléchisseur du genou et, en flexion du genou, un rotateur interne du tibia (*tableau*). Dans ce cas également, les principes généraux de traitement sont ceux des tendinopathies (voir la section suivante).

**Syndrome du nerf saphène**

Le nerf saphène, qui est strictement sensitif, innerve la face médiane de la jambe et du pied. En présence d'une douleur à la région médiane du genou, que les mises en tension musculaire sélective ne peuvent reproduire, il faudrait considérer le diagnostic de syndrome du nerf saphène. Ce problème résulterait d'une compression du nerf au niveau de son passage entre les fascias des muscles vaste médial oblique (VMO) et couturier. Des symptômes à caractère neurologique, telle une sensation de brûlure ou une irradiation dans le territoire du nerf saphène (sans atteinte motrice cependant), appuient ce diagnostic. La palpation du trajet proximal du nerf saphène le long du rebord médian du VMO peut révéler une douleur ou une irradiation sur le trajet du nerf. Si les symptômes persistent malgré un traitement à base de glace, d'AINS et de repos relatif, un bloc nerveux peut confirmer le diagnostic et, combiné à une infiltration de corticostéroïdes, pourrait s'avérer une option thérapeutique valable<sup>2</sup>. Dans les cas graves, une



**Figure 3. Étirement de la BIT.** Dans le cas de l'étirement de la BIT droite, on exécute cet exercice en plaçant la jambe droite le plus loin possible vers la gauche, derrière la jambe gauche (a). Le patient doit demeurer le dos droit (c'est-à-dire ni en flexion ni en extension). Par la suite, il effectue une flexion latérale gauche du tronc, et devrait sentir un étirement latéral de la cuisse droite (b).

décompression chirurgicale peut s'imposer.

### Traitement et réadaptation (problèmes associés aux structures périarticulaires du genou)

#### Syndrome de la bandelette ilio-tibiale

Lorsque les symptômes persistent malgré l'utilisation d'AINS et l'application régulière de glace, associées à une modification des activités ou à une diminution de l'entraînement, le recours à un programme de réadaptation peut s'avérer bénéfique<sup>2</sup>.

On a évoqué plusieurs facteurs responsables du SBIT. Citons d'abord les facteurs fonctionnels, comme le suren-

traînement, l'entraînement sur terrain en pente ou encore une activité inhabituelle, que ce soit par son intensité ou par sa nature, par exemple les premières séances d'un sport saisonnier, tel que le ski alpin. Des facteurs anatomiques peuvent également entrer en ligne de compte, par exemple, un genu varum, une inégalité des membres inférieurs ou une proéminence du condyle fémoral externe. Des facteurs biomécaniques, tel un manque de souplesse de la BIT, une faiblesse des abducteurs de la hanche, du quadriceps et des ischio-jambiers, ou une biomécanique inadéquate du pied peuvent également causer un SBIT. Le port d'un nouvel équipement, comme une nouvelle paire de souliers de course peut aussi modifier la biomécanique du membre inférieur et doit être considérée comme une cause potentielle des symptômes<sup>1,6,7</sup>. Ainsi, le programme de réadaptation en physiothérapie devra évaluer et cibler les facteurs mentionnés ci-dessus, et viser la correction des déficiences et incapacités rencontrées chez le patient. Plus précisément, on devra s'assurer d'un bon équilibre en termes de force et de souplesse du membre inférieur (BIT, abducteur de la hanche, quadriceps, ischio-jambiers), et d'une biomécanique adéquate du fonctionnement lors de la marche ou de la course.

Bien que les données disponibles ne prouvent pas de manière concluante l'efficacité des interventions en physiothérapie dans le traitement du SBIT, selon certaines études, les interventions de réadaptation active auraient un effet favorable sur l'évolution des signes et des symptômes de ce problème<sup>1</sup>.

Le programme de réadaptation inclut généralement un exercice d'étirement de la BIT<sup>2</sup>. Le but de cet exercice est de diminuer la friction sur le condyle fémoral externe, en augmentant la souplesse de la BIT<sup>8</sup>. Récemment, Fredericson et al. ont démontré l'efficacité d'un des exercices les plus connus pour l'étirement de la BIT<sup>1</sup>. Cet exercice (figure 3) entraîne un allongement notable de la BIT et produit une

force d'étirement importante sur la BIT. Il pourrait cependant représenter un stress contre-indiqué en présence d'un problème d'instabilité du genou ou encore d'un problème à la hanche ou au dos. Il est donc primordial de s'assurer de l'intégrité des autres structures anatomiques qu'il peut solliciter, avant de le prescrire.

Bien que la majorité des patients souffrant d'un SBIT répondent positivement à une approche en réadaptation, une persistance des symptômes devrait nous inciter à chercher les autres causes de douleur ressentie à la face externe du genou, par exemple, le syndrome fémoro-patellaire, un problème méniscal, ou encore une tendinopathie du biceps fémoral.

### Tendinopathies périarticulaires du genou

Hormis la tendinopathie rotulienne et la tendinopathie quadricipitale (dont il est question dans l'article numéro 5), plusieurs autres emplacements au pourtour du genou peuvent être la cible d'une telle lésion : patte d'oie, ischio-jambiers, muscle poplité (*tableau*). En dehors d'un épisode douloureux aigu, étroitement associé à un stress inhabituel, les termes « tendinopathie » ou « tendinose » pourraient être des termes plus appropriés pour décrire ce que nous appelions par le passé une tendinite. En effet, selon des preuves récentes, il ne s'agirait pas d'un phénomène inflammatoire, mais plutôt d'un processus dégénératif, caractérisé par une perte de continuité au niveau des fibres de collagène formant le tendon et ce, en l'absence de cellules inflammatoires. Une récente revue de la littérature a permis d'élaborer un modèle de traitement des tendinopathies tant au niveau du genou qu'au niveau d'autres articulations<sup>9</sup>.

Ainsi, sauf en présence d'un épisode de douleur tendineuse aiguë, vraisemblablement associée à une réponse inflammatoire, les preuves montrent que, puisque le tendon est un tissu à faible métabolisme, on doit envisager la résolution des symptômes en termes de mois plutôt qu'en termes de semaines. Il est donc important de rassurer et

d'instruire le patient à ce sujet. Puisque la tendinose semble avoir comme origine une surcharge mécanique sur le tendon, la ou les causes devront être identifiées. Typiquement, on devra évaluer s'il y a un surentraînement, une surutilisation, une biomécanique inadéquate ou encore un déséquilibre musculaire. Lorsqu'il ne s'agit pas d'un épisode aigu, les modalités anti-inflammatoires pharmacologiques et physiques (ultrasons, courants électriques) devraient être minimales, puisque nous ne sommes pas en présence d'un phénomène inflammatoire. Ceci dit, il faut soulager la douleur, avant de démarrer un programme de réadaptation active. À cette fin, l'utilisation prolongée d'AINS est à proscrire, tant en raison de leurs effets secondaires possibles qu'en raison du rôle normal des médiateurs de l'inflammation dans les phénomènes de réparation et d'adaptation des tissus. On devrait privilégier l'application de glace pour diminuer la douleur. La glace aurait de plus l'avantage de provoquer une vasoconstriction au niveau de la néovascularisation pathologique présente au niveau du tendon<sup>9</sup>.

Le renforcement du tendon est un aspect primordial de la guérison de ce tissu puisque, vraisemblablement, les forces de tension qui s'y exercent stimulent les mécanorécepteurs des ténocytes et la formation de nouveau collagène. Plus particulièrement, il faudrait privilégier un renforcement de type excentrique. Il est important de noter qu'au début, les exercices de renforcement risquent d'exacerber la douleur, mais elle devrait diminuer par la suite<sup>9-11</sup>. L'équilibre entre un stimulus suffisant pour apporter la guérison et un renforcement trop exigeant, exacerbant les douleurs, est donc fragile. Ainsi, au départ, le physiothérapeute devra réévaluer régulièrement le traitement. Par la suite, le patient pourra être plus autonome et on ne devra le revoir qu'à l'occasion pour l'ajustement de son programme de réadaptation. Il est finalement important de rappeler au patient qu'il devra attendre quelques semaines avant que les bienfaits soient notables.

**Sauf en présence d'un épisode de douleur tendineuse aiguë, vraisemblablement associée à une réponse inflammatoire, les preuves montrent que, puisque le tendon est un tissu à faible métabolisme, on doit envisager une résolution des symptômes en termes de mois plutôt qu'en termes de semaines.**

## S U M M A R Y

**The non-traumatic painful knee.** The evaluation of the patient with a knee problem without a history of trauma necessitates an excellent knowledge of the anatomy and the biomechanics of this joint. Besides diagnosing the injury, the clinician's main challenge is to identify the cause of the maladjustment that results in the painful and (or) incapacitating knee problem. The pharmacological treatment is only helpful in facilitating a rehabilitation program adapted to the injury. In more complex cases, the physiotherapist brings a useful and complementary expertise that can help to determine the approach that will resolve the problem.

**Key words:** knee, ilio tibial band, popliteal cyst, pes anserinus, tendinopathy, treatment.

L'ÉVALUATION d'un problème de genou sans antécédents de traumatisme est un défi que le médecin ne pourra relever sans une excellente compréhension de l'anatomie et de la biomécanique du genou. Hormis le diagnostic de la lésion, un autre grand défi que le clinicien doit relever est celui du dépistage du ou des facteurs responsables de l'état d'inadaptation se manifestant par un problème de genou. L'approche pharmacologique n'est habituellement utile au traitement que dans la mesure où elle peut faciliter la mise en place d'un programme de réadaptation. Dans les cas plus complexes, le physiothérapeute apporte une expertise complémentaire à celle du médecin, ce qui permet d'élaborer une approche compatible avec la résolution du problème. ☘

**Date de réception :** 31 janvier 2003.

**Date d'acceptation :** 6 mars 2003.

**Mots clés :** genou, bandelette ilio-tibiale, kyste poplité, patte d'oie, tendinopathie, traitement.

## Bibliographie

1. Fredericson M, et al. Quantitative analysis of the relative effectiveness of 3 iliotibial band stretches. *Arch Phys Med Rehabil* 2002 ; 83 (5) : 589-92.
2. Safran MR, Fu FH. Uncommon causes of knee pain in the athlete. *Orthop Clin North Am* 1995 ; 26 (3) : 547-59.
3. Noble CA. The treatment of iliotibial band friction syndrome. *Br J Sports Med* 1979 ; 13 (2) : 51-4.
4. Handy JR. Popliteal cysts in adults: a review. *Semin Arthritis Rheum* 2001 ; 31 (2) : 108-18.
5. Smith LK, Weiss EL, Lehmkuhl LD, *Brunstrom's Clinical Kinesiology*. 5<sup>e</sup> éd. Philadelphie : F.A. Davis Company, 1996 : 468.
6. Kirk KL, Kuklo T, Klemme W. Iliotibial band friction syndrome. *Orthopedics* 2000 ; 23 (11) : 1209-14 ; discussion 1214-5 ; quiz 1216-7.
7. Messier SP, et al. Etiology of iliotibial band friction syndrome in distance runners. *Med Sci Sports Exerc* 1995 ; 27 (7) : 951-60.
8. Orchard JW, et al. Biomechanics of iliotibial band friction syndrome in runners. *Am J Sports Med* 1996 ; 24 (3) : 375-9.
9. Khan KM, et al. Overuse tendinosis not tendinitis. Part 1 : A new paradigm for a difficult clinical problem. *Phys Sportsmed* 2000 ; 28 (5) : 38-48.
10. Cook JL, et al. Overuse tendinosis, not tendinitis. Part 2 : Applying the new approach to patellar tendinopathy. *Phys Sportsmed* 2000 ; 28 (6) : 31-46.
11. Fyfe I, Stanish WD. The use of eccentric training and stretching in the treatment and prevention of tendon injuries. *Clin Sports Med* 1992 ; 11 (3) : 601-24.

Le Médecin du Québec



**La version intégrale des textes du Médecin du Québec  
est disponible sur le site de la FMOQ en format PDF !**

**<http://www.fmoq.org>**