

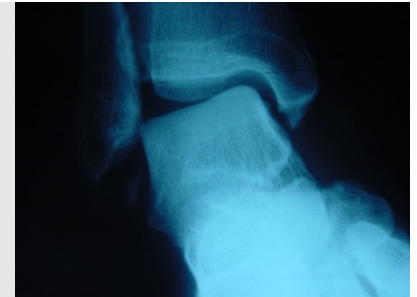
Synthèse

A GHORBANI / M BENICHO

Instabilité mécanique et fonctionnelle

Instabilité mécanique

- Laxité ligamentaire clinique et/ou radiographique



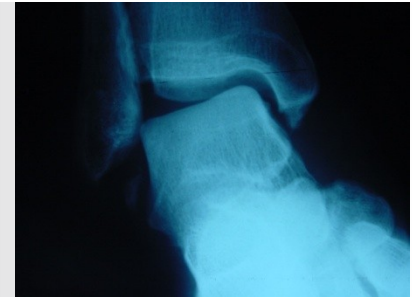
Instabilité fonctionnelle

- Entorses à répétition
- Instabilité subjective

Laxité et lésion ligamentaire

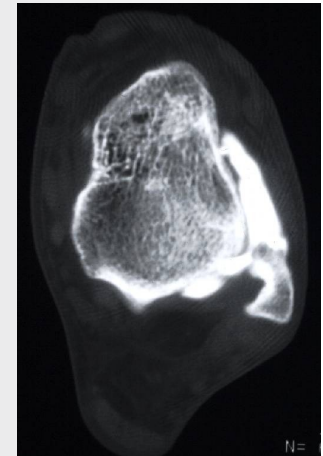
Laxité

- ⇒ Clinique
- ⇒ Radiographique



Lésion ligamentaire

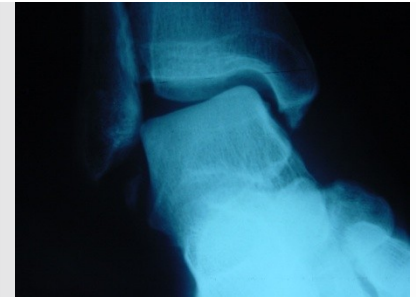
- ⇒ Arthrographie scanner
- ⇒ IRM
- ⇒ Arthroscopie



Instabilité ligamentaire et non ligamentaire

Instabilité ligamentaire

⇒ Instabilité fonctionnelle + Laxité et/ou lésion ligamentaire

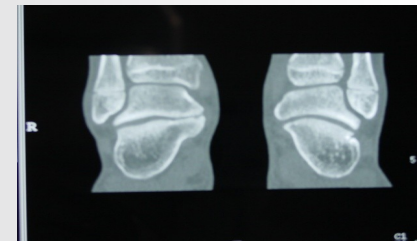


Instabilité non ligamentaire

mécanique (tendineuse, chondrale...) / statique / neurologique ...

⇒ Instabilité fonctionnelle sans laxité et/ou lésion ligamentaire

Instabilité mixte (ligamentaire et lésions associées)



Les syndromes d'instabilité ligamentaire

Syndrome d'instabilité objective

- ⇒ Entorses graves à répétition
- ⇒ Laxité ligamentaire clinique et / ou radiographique
- ⇒ +/- Absence de douleur

Syndrome d'instabilité potentielle

- ⇒ Instabilité subjective
- ⇒ Lésion ligamentaire radiographique
- ⇒ Absence de laxité clinique et/ou radiographique

Syndrome d'instabilité douloureuse

- ⇒ Douleur
- ⇒ Lésion ligamentaire radiographique
- ⇒ Absence de laxité clinique et/ou radiographique

Les indications incontournables

- Réparation, suture et réinsertions
 - Entorses fraîches
 - Bonne qualité des tissus restants
 - Désinsertion (sans trop attendre)
 - Laxité modéré
- Ténodèse (laxité prédominant dans le plan frontal)
 - Laxité de la sous-talienne
 - Hyperlaxité
 - Petit sportif
- Reconstruction anatomique (laxité du plan frontal et sagittal)
 - Laxité sévère
 - Grand sportif



Conclusion

- Opérer plus et plus tôt
- Spécialistes
- Arthroscopie mais c'est sous cutané
- Allogreffe et transplants artificiels réhabilitables ?
- Privilégier l'anatomie c'est à dire l'isométrie.
- Connaître plusieurs techniques pour s'adapter à la qualité des tissus et aux