



Figure 3 Évolution du niveau sportif. Cotation Arpège. (C: compétiteur; L: loisir, pratique régulière d'un sport; A: actif, activité sportive non régulière mais suffisante pour mettre le genou à l'épreuve; S: sédentaire: pas d'activité sportive).

sportives n'est pas précisé et pourrait être différent durant ces deux périodes, avant et après reconstruction du ligament croisé antérieur.

Il faut se rappeler qu'aucune technique de reconstruction chirurgicale ne parvient à redonner une cinématique normale au genou dont le LCA a été rompu. Dans ces conditions, l'indication principale de la reconstruction chirurgicale du ligament croisé antérieur est d'apporter satisfaction au patient qui décrit une instabilité rotatoire que l'examen physique confirme être due à l'insuffisance fonctionnelle du ligament croisé antérieur. Affirmer, dans les suites immédiates de l'accident initial, que la reconstruction chirurgicale du LCA est la seule option thérapeutique pour autoriser la reprise des activités sportives ou que cette reconstruction réduira le risque d'évolution vers l'arthrose, constituent des péchés d'orgueil chirurgical. À partir d'un certain âge, peut-être déjà 30 ans, une modification des activités sportives est une approche thérapeutique peut-être moins préjudiciable pour certains patients, sinon la majorité, si l'on se souvient que l'on nous annonce dans certaines communications que 10 à 20 % des reconstructions du LCA doivent être reprises (résumé 188, p S295, RCO 94 (Suppl n°7) présenté à la 83^e réunion annuelle de la SOFCOT).

En conclusion, le titre suivant « Reprise d'activités sportives plus fréquente après reconstruction différée du ligament croisé antérieur chez les patients de plus de 40 ans » m'apparaît plus opportun.

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

P. Delincé

Centre hospitalier universitaire Saint-Pierre, rue Haute
322, 1000 Bruxelles, Belgique

Adresse e-mail : Philippe.DELINCE@stpierre-bru.be

À propos de l'article : « Lésions ostéochondrales du talus » d'O. Laffenêtre publié dans *Rev Chir Orthop* 2010; 96:629–43[☆]

Comments on: "Osteochondral lesions of the talus: Current concept" by O. Laffenêtre published in *Orthop Traumatol Surg Res* 2010;96:554–66

Nous avons lu avec intérêt la mise au point du Dr Laffenêtre [1] sur les lésions ostéochondrales du dôme astragalien. Il présente une description utile et détaillée des options techniques et des indications.

L'auteur affirme que « l'arthroscopie apparaît comme la technique la plus efficace pour les lésions de moins d'1 cm² » se référant à des travaux dans lesquels aucune distinction n'est faite entre taille et résultats [2–5]. De plus, il affirme que « des lésions plus larges devraient être comblées, soit par de l'os spongieux, soit par une greffe ostéochondrale, soit par une greffe chondrocytaire ». Nous sommes en désaccord avec l'auteur sur cette limite d'1 cm².

Zengerink et al. [6], en 2010, ont rapporté, dans une revue des options thérapeutiques pour les lésions ostéochondrales du dôme astragalien, un taux de succès moyen de 85 % après débridement et stimulation médullaire pour des lésions jusqu'à 1,5 cm.

Concernant la greffe chondrocytaire, la greffe d'os spongieux, ou la greffe ostéochondrale, dans les lésions larges, le taux moyen de succès est respectivement de 76 %, 61 % et 87 % [6].

Dans différentes Revues Générales [7–9], le débridement et la stimulation médullaire sont recommandés pour des lésions primaires de diamètre inférieur à 1,5 cm ou de surface inférieure à 1,5 cm² [10]. La greffe spongieuse, la greffe ostéochondrale ou la greffe chondrocytaire sont recommandées pour les lésions secondaires ou les lésions de diamètre supérieur à 1,5 cm. Han et al. [11], en 2006, confirment que

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

les bons résultats cliniques et radiologiques sont obtenus après débridement arthroscopique et stimulation médullaire pour des lésions supérieures à 1,5 cm, en présence de kystes sous-chondraux.

Récemment, une limite de surface à 1,5 cm² a été déterminée sur l'étude de 120 chevilles, limite à partir de laquelle le risque d'échec apparaît après stimulation médullaire [12].

À la lecture des meilleurs travaux actuels fondés sur les preuves (*evidence based medicine*), il apparaît que le débridement et la stimulation médullaire pour les lésions isolées du talus sont les traitements de choix pour les lésions jusqu'à 1,5 cm de diamètre. Actuellement, les autres options sont essentiellement indiquées dans les lésions secondaires ou plus larges. Leur efficacité doit être évaluée sur des séries plus importantes avec des résultats à long terme.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

Références

- [1] Laffenetre O. Osteochondral lesions of the talus: current concept. *Orthop Traumatol Surg Res* 2010;96:544–66.
- [2] Loomer R, Fisher C, Lloyd-Smith R, Sisler J, Cooney T. Osteochondral lesions of the talus. *Am J Sports Med* 1993;(1):13–9.
- [3] Pritsch M, Horoshovski H, Farine I. Arthroscopic treatment of osteochondral lesions of the talus. *J Bone Joint Surg Am* 1986;68(6):862–5.
- [4] Kelberine F, Frank A. Arthroscopic treatment of osteochondral lesions of the talar dome: a retrospective study of 48 cases. *Arthroscopy* 1999;15(1):77–84.
- [5] Parisien JS. Arthroscopic treatment of osteochondral lesions of the talus. *Am J Sports Med* 1986;14(3):211–7.
- [6] Zengerink M, Struijs PA, Tol JL, van Dijk CN. Treatment of osteochondral lesions of the talus: a systematic review. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2010;18(2):238–46.
- [7] Amendola A, Panarella L. Osteochondral lesions: medial versus lateral, persistent pain, cartilage restoration options and indications. *Foot Ankle Clin* 2009;14(2):215–27.
- [8] Giannini S, Vannini F. Operative treatment of osteochondral lesions of the talar dome: current concepts review. *Foot Ankle Int* 2004;25(3):168–75.
- [9] van Dijk CN, van Bergen CJ. Advancements in ankle arthroscopy. *J Am Acad Orthop Surg* 2008;16(11):635–46.
- [10] Chuckpaiwong B, Berkson EM, Theodore GH. Microfracture for osteochondral lesions of the ankle: outcome analysis and outcome predictors of 105 cases. *Arthroscopy* 2008;24(1):106–12.
- [11] Han SH, Lee JW, Lee DY, Kang ES. Radiographic changes and clinical results of osteochondral defects of the talus with and without subchondral cysts. *Foot Ankle Int* 2006;27(12):1109–14.
- [12] Choi WJ, Park KK, Kim BS, Lee JW. Osteochondral lesion of the talus: is there a critical defect size for poor outcome? *Am J Sports Med* 2009;37(10):1974–80.

M.L. Reilingh*

C.N. van Dijk

Département de chirurgie orthopédique, centre de recherche orthopédique d'Amsterdam, centre médical académique, Amsterdam, Pays-Bas

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : m.l.reilingh@amc.uva.nl (M.L. Reilingh)

DOIs de l'article original : [10.1016/j.otsr.2011.03.014](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2011.03.014),
[10.1016/j.rcot.2010.06.002](https://doi.org/10.1016/j.rcot.2010.06.002), [10.1016/j.rcot.2011.04.007](https://doi.org/10.1016/j.rcot.2011.04.007)

doi:10.1016/j.rcot.2011.04.008

Réponse à la lettre de M.L. Reilingh et C.N. van Dijk[☆]

Response to the letter by M.L. Reilingh and C.N. van Dijk

J'ai lu avec intérêt les critiques formulées à l'égard de la taille limite pour retenir une indication raisonnable d'utilisation de « l'outil » arthroscopie. Vous avez tout à fait raison de prendre comme limite la valeur de 1,5 cm² retrouvée dans un certain nombre de publications que vous avez citées et, si j'ai bien précisé quand même que d'autres auteurs situent cette limite à 1 cm², cela n'exclut en rien qu'elle puisse être légèrement supérieure (en particulier pour des équipes rompues à l'arthroscopie).

Il s'agit vraiment d'un point de détail entre hyperspécialistes, car le vrai risque de ce genre de conférence d'enseignement serait de faire croire que l'arthroscopie permet de tout régler dans les LODA, ce que certains ont pu penser à une certaine époque.

La première version de ce travail a été corrigée, entre autres par le Pr T. Judet considéré en France du moins comme un expert de la cheville, et il avait trouvé lui, justement, que ce travail faisait la part trop belle à l'arthroscopie par rapport aux autres techniques, considérant globalement, tous traitements confondus, les résultats finalement assez moyens que l'on obtient dans la prise en charge de ces lésions. Où se situe donc la vérité ?

S'agissant d'un travail de synthèse, ne s'adressant pas spécialement à des hyperspécialistes, mais aussi à des juniors en formation, mon propos a plutôt été de situer la place *consensuelle* de l'arthroscopie pour traiter ces lésions, non pas avec un bénéfice immédiat de quelques mois ou années (pas vraiment de recul à long terme dans les publications citées), mais comme traitement vraiment fiable (et c'est un arthroscopiste convaincu qui vous l'écrit).

Je ferai d'ailleurs remarquer que cette notion de *surface*, elle-même arbitraire, ne tient absolument pas compte du *volume de la lésion en profondeur*, au moins aussi important dans le choix de la procédure chirurgicale, et jamais vraiment apprécié tant sur les scanners que les IRM.

Je pense qu'il faut rester très modeste dans la prise en charge difficile de ces lésions dont le pronostic à long terme ne reste quand même pas extraordinaire. Vous avez tout à fait raison de souligner que ces différentes options doivent être évaluées, mais vraiment à long terme (plus de dix ans) ce qui en pratique n'est pas vraiment le cas.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.