

Le test de Lachman

Région(s) & Pathologie(s) concernée(s)

Genou, ligamentoplastie, entorse du genou

Objectif

Objectiver la laxité du ligament croisé antérieur

Descriptif du test



Le patient est en décubitus, le genou reposant sur le genou du praticien, à 30° de flexion. L'extrémité supérieure du tibia est empaumée, l'extrémité inférieure du fémur fixée. Le kinésithérapeute réalise un glissement antéro-postérieur du tibia sous le fémur. Un mouvement antérieur anormal du tibia avec un arrêt souple comparativement au côté opposé indique une atteinte du ligament croisé antérieur. Le relief du tendon rotulien peut disparaître lors de la manœuvre. Le test clinique reste largement en deçà de la zone critique pouvant imposer au ligament croisé antérieur une déformation plastique.

Valeurs retrouvées

La valeur est quantitative (le test est positif ou ne l'est pas). Une gradation peut être proposée : de l'importance du déplacement antérieur comparativement au côté sain ou présumé tel dépend la gravité de l'atteinte ligamentaire. Ainsi, un déplacement de -1 à 2 mm est normal, de 3 à 5 est proche de la normale, de 6 à 10 mm est anormal, plus de 10 mm de déplacement antérieur étant franchement anormal.

Le test est sensible à 85% (83-87) et spécifique à 94% (92-95). L'odd-ratio est de 70 (23-206).

Fiabilité

Elle est modérée.

En intra-examineur

Estimer le signe de Lachman positif ou négatif est d'une concordance moyenne entre deux examens ($\kappa = 0,51$), comme sur la gravité de l'entorse (κ pondéré = 0,46). Elle est plus forte pour un chirurgien que pour un kinésithérapeute.

En inter-examineurs

Estimer le signe de Lachman positif ou négatif est d'une concordance faible entre deux kinésithérapeutes ($\kappa = 0,19-0,42$). Elle est plus forte entre kinésithérapeutes qu'entre chirurgiens.

Le test permet plus de se prononcer sur l'absence d'une atteinte ligamentaire (valeur prédictive d'une absence d'atteinte à 70%) que sur sa présence (valeur prédictive d'une atteinte à 47%).

Bibliographie

- * David S. Logerstedt, Lynn Snyder-Mackler, Richard C. Ritter, Michael J. Axe, Joseph J. Godges. Knee Stability and Movement Coordination Impairments: Knee Ligament Sprain. *J Orthop Sports Phys Ther* 2010;40(4):A1–A37
- * Hollman JH. Deusinger RH. Knee joint movements in subjects without knee pathology and subjects with injured anterior cruciate ligaments. *Physical Therapy*. 2002;82:960–72
- * Threlkeld A. The effects of manual therapy on connective tissue. *Physical Therapy* vol 72 n°12 1992
- * Jonathan M Cooperman, Dan L Riddle, and Jules M Rothstein. Reliability and Validity of Judgments of the Integrity of the Anterior Cruciate Ligament of the Knee Using the Lachman's Test. *Physical Therapy* 1990 70: 225–233.