

**FORMULAIRES D'EVALUATION DU GENOU DE L'IKDC
INTERNATIONAL KNEE DOCUMENTATION COMMITTEE**

***(COMITE INTERNATIONAL
DE DOCUMENTATION DU GENOU)***

LISTE DES FORMULAIRES 1999

1. Profil démographique compatible avec MODEMS®
2. Evaluation de l'état de santé actuel
3. Evaluation subjective du genou
4. Historique du genou
5. Documentation chirurgicale
6. Examen clinique du genou

1. Tabagisme. Fumez-vous ?

{ Oui
{ Non, j'ai arrêté il y a plus de 6 mois

{ Non, j'ai arrêté au cours des 6 derniers mois
{ Non, je n'ai jamais fumé

2. Taille : m cm

3. Poids : kg

4. Race (cochez les cases correspondantes) :

{ Blanc
{ Asiatique

{ Noir
{ Indien d'Amérique

{ Hispano-Américain
{ Autre

5. Niveau d'étude :

{ BEPC
{ Niveau licence

{ Baccalauréat

{ Enseignement supérieur
{ Troisième cycle

6. Niveau d'activité. Vous faites :

{ Du sport à un haut niveau
{ Du sport fréquemment, et vous êtes bien entraîné
{ Du sport de temps en temps
{ Aucun sport

8. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point la douleur physique a-t'-elle perturbé votre travail et vos activités ménagères ?

{ Pas du tout { Un petit peu { Moyennement { Beaucoup { Enormément

9. Les questions suivantes concernent votre état général qu cours des 4 dernières semaines. Pour chaque question, donnez la réponse la plus proche. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois...

 Tout le temps La plupart du temps Souvent Parfois Rarement Jamais

- a- Vous êtes-vous senti en super forme ?
- b- Avez-vous été très nerveux ?
- c- Avez-vous été calme, serein ?
- d- Avez-vous eu beaucoup d'énergie ?
- e- Avez-vous été déprimé ?
- f- Vous êtes-vous senti épuisé ?
- g- Avez-vous été heureux ?
- h- Vous êtes-vous senti fatigué ?

10. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point votre état de santé physique ou émotionnel a-t'-il perturbé vos activités sociales (comme rendre visite à des amis, de la famille, etc...) ?

Tout le temps La plus part du temps Souvent Parfois Rarement Jamais

11. Cochez la case correspondante aux affirmations suivantes :

 Vrai Plutôt vrai Ne sais pas Plutôt faux Faux

- a- Je pense tomber malade plus souvent que d'autres personnes
- b- Je suis aussi bien portant que n'importe qui d'autre
- c- Je pense que ma santé se détériore
- d- Ma santé est excellente

12. Depuis votre visite au cours de laquelle vous avez rempli ce même questionnaire, comment estimez-vous le fonctionnement actuel de votre genou en comparaison avec le précédent questionnaire :

- { Infiniment mieux
- { Beaucoup mieux
- { Un peu mieux
- { Pareil
- { Moins bien
- { Nettement moins bien
- { Franchement pire

ACTIVITES SPORTIVES

8. Quel est le plus haut niveau d'activité que vous pouvez pratiquer régulièrement ?

- { Activités très intenses comportant sauts et rotations comme au basket ou au football
- { Activités intenses comme un travail physique dur, le ski ou le tennis
- { Activités modérées comme un travail physique moyen, la course à pied ou le jogging
- { Activités douces comme la marche, le ménage ou le jardinage
- { Aucune des activités ci-dessus ne m'est possible à cause de mon genou

9. Rencontrez-vous des difficultés pour les activités suivantes ? Cochez la case correspondante.

	Pas difficile	Légèrement difficile	Difficile	Très difficile	Impossible
a- Monter les escaliers	}	}	}	}	}
b- Descendre les escaliers	}	}	}	}	}
c- S'agenouiller (poids du corps sur le devant du genou)	}	}	}	}	}
d- S'accroupir	}	}	}	}	}
e- S'asseoir	}	}	}	}	}
f- Se lever d'une chaise	}	}	}	}	}
g- Courir en ligne droite	}	}	}	}	}
h- Sauter avec réception sur la jambe faible	}	}	}	}	}
i- S'arrêter et repartir brusquement (marche, course à pied)	}	}	}	}	}

FONCTIONNEMENT

Noter le fonctionnement du genou sur une échelle de 0 à 10 (10 correspondant au fonctionnement optimal, et 0 étant l'incapacité à accomplir les activités de la vie quotidienne) :

Fonctionnement avant l'accident ou blessure du genou :

Performance nulle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Performance optimale

Fonctionnement actuel du genou :

Performance nulle 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Performance optimale

{ Trochléoplastie
{ Patellectomie

{ Chirurgie de l'arthrose

{ Ostéotomie

{ Chirurgie des surfaces articulaires

{ Shaving

{ Abrasion

{ Forage

{ Micro fracture

{ Thérapie cellulaire

{ Autogreffe ostéocondrale / mosaïcplasty

{ Autre

Nombre total d'interventions préalables :

Imagerie :

{ Morphologiques (IRM) _ _ _ _ _

{ Métaboliques (scintigraphie osseuse) _ _ _ _ _

{ Tomodensitométrie _ _ _ _ _

{ Arthrographie _ _ _ _ _

Résultats de l'imagerie :

Ligament _ _ _ _ _

Ménisque _ _ _ _ _

Cartilage articulaire _ _ _ _ _

Os _ _ _ _ _

Rapport taille, localisation et degré des lésions du cartilage articulaire :

Fémur

Côté	Droit	Gauche				
Condyle	Interne	Externe				
Plan sagittal	Trochlée	Antérieur	Moyen Postérieur			
Plan frontal	Externe	Central	Interne			
Degré de lésion du cartilage (*)	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					
Taille de la lésion avant la régularisation	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					
Taille de la lésion après la régularisation	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					

1 ^{ère} lésion	2 ^{ème} lésion																																				
<table border="1" style="width: 60px; height: 60px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																			<table border="1" style="width: 60px; height: 60px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																		
mm																																					
mm																																					

Tibia

Côté	Droit	Gauche				
Plateau	Interne	Externe				
Plan sagittal	Antérieur	Moyen	Postérieur			
Plan frontal	Externe	Central	Interne			
Degré de lésion du cartilage (*)	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					
Taille de la lésion avant la régularisation	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					
Taille de la lésion après la régularisation	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					

1 ^{ère} lésion	2 ^{ème} lésion																																				
<table border="1" style="width: 60px; height: 60px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																			<table border="1" style="width: 60px; height: 60px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																		
mm																																					
mm																																					

Rotule

Côté	Droit	Gauche				
Plan sagittal	Distal	Moyen	Proximal			
Plan frontal	Externe	Central	Interne			
Degré de lésion du cartilage (*)	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					
Taille de la lésion avant la régularisation	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					
Taille de la lésion après la régularisation	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					

1 ^{ère} lésion	2 ^{ème} lésion																																				
<table border="1" style="width: 60px; height: 60px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																			<table border="1" style="width: 60px; height: 60px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																		
mm																																					
mm																																					

Diagnostic :

- | | |
|--|------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> { Lésion traumatique du cartilage { Arthrose { Nécrose avasculaire { Autres | } Ostéochondrite disséquante |
|--|------------------------------|

Biopsie / Carottes ostéochondrales : Localisation :
Diamètre des carottes :

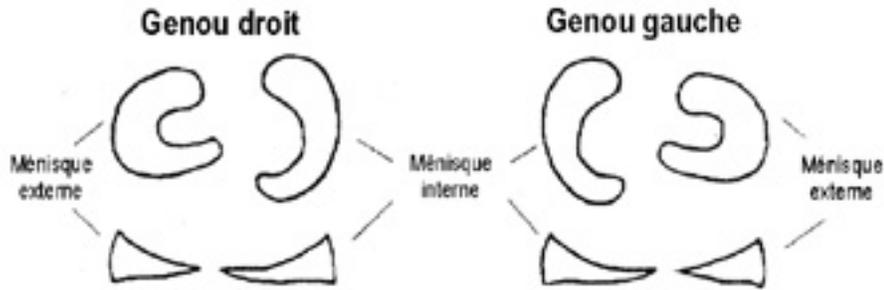
Nombre de carottes :
mm

Traitement :

- | | | |
|---|-----------------------------|----------|
| <ul style="list-style-type: none"> { Shaving { Mosaïcplastie { Implantation de chondrocyte autologue (ICA) | } Forage
} Microfracture | } Autres |
|---|-----------------------------|----------|

Observations :

Status méniscal



Geste chirurgical :

- { Ménisectomie interne
- { Suture du ménisque interne
- { Transplant méniscal interne
- { Abrasion et perforation internes

- { Ménisectomie externe
- { Suture du ménisque externe
- { Transplant méniscal externe
- { Abrasion et perforation externes

Interne :

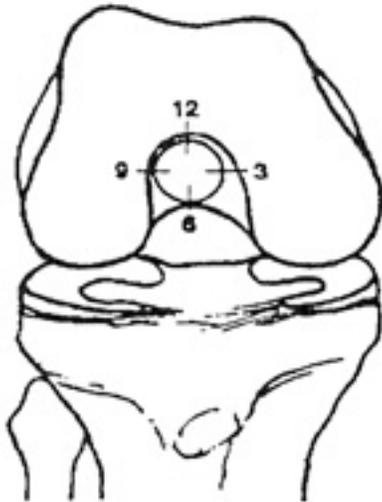
- | | | | |
|-------------------------------------|---------------|--------------------------|-------------------|
| { Normal | { Ectomie 1/3 | { Ectomie 2/3 | { Ectomie 3/3 |
| Fibres de Hoop circonférentielles : | | { Intactes | { Lésées |
| Tissu méniscal restant : | | { Normal | { Dégénératif |
| | | { Lésion stable | { Lésion instable |
| | | { Lésion laissée in situ | |

Externe :

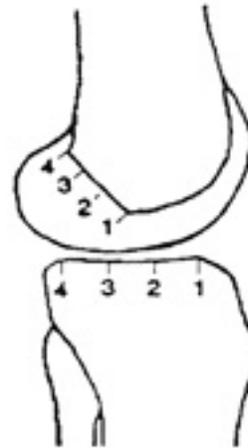
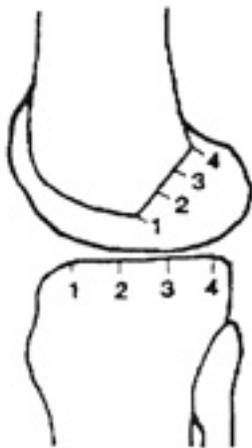
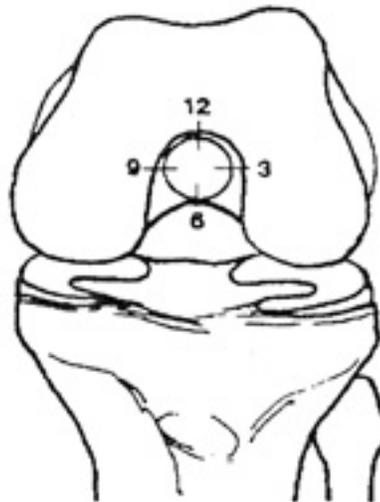
- | | | | |
|-------------------------------------|---------------|--------------------------|-------------------|
| { Normal | { Ectomie 1/3 | { Ectomie 2/3 | { Ectomie 3/3 |
| Fibres de Hoop circonférentielles : | | { Intactes | { Lésées |
| Tissu méniscal restant : | | { Normal | { Dégénératif |
| | | { Lésion stable | { Lésion instable |
| | | { Lésion laissée in situ | |

Etat du ligament

Genou droit



Genou gauche



Reporter l'emplacement des tunnels pour la reconstruction ligamentaire sur les illustrations suivantes :

Technique :

- } Réparation du LCA
- } Réparation du LCP
- } Réparation / Reconstruction du ligament latéral interne
- } Réparation / Reconstruction du ligament latéral externe
- } Reconstruction du LCA intra-articulaire
- } Reconstruction intra-articulaire du LCP
- } Plastie externe extra-articulaire
- } Reconstruction du PAPE (Point d'Angle Postéro-Externe)

Greffe :

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| } Tendon rotulien autologue | } Ischio-jambier (2 ou 4 faisceaux) | } Tendon du quadriceps |
| } Autres | | |

Greffe prélevée préalablement :

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| } Tendon rotulien autologue | } Ischio-jambier (2 ou 4 faisceaux) | } Tendon du quadriceps |
| } Autres | | |

* Niveau du groupe : Le niveau le plus bas détermine le niveau du groupe.

** Evaluation Finale : Le groupe avec niveau le plus bas détermine l'évaluation finale pour les patients atteints de façon aiguë et subaiguë. Pour les patients atteints de façon chronique, comparez les évaluations pré-opératoire et post-opératoire. Seulement les 3 premiers groupes sont évalués pour l'évaluation finale mais tous les groupes doivent être documentés.

Δ Différence entre le genou évalué et un genou normal ou considéré comme normal.

IKDC - INTERNATIONAL KNEE DOCUMENTATION COMMITTEE, Members of the Committee :

AOSSM : Anderson A., Bergfeld J., Boland A., Dye S., Feagin J., Harner C., Mohtadi N., Richmond J., Shelbourne D., Terry G.

ESSKA : Staebli H., Hefti F., Hoher J., Jakob R., Mueller, W., Neyret P.

APOSSM : Chan K., Kurosaka M.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE EXAMEN CLINIQUE DU GENOU

Le formulaire d'examen du genou contient des données qui s'apparentent à l'un des sept domaines de mesure. Cependant, seulement les trois premiers domaines sont classés par niveau. Les sept domaines déterminés par le formulaire d'examen du genou sont les suivants :

1. Epanchement :

On détermine un épanchement par palpation du genou. Un épanchement sans tension (moins de 25cc) est considéré comme une trace d'épanchement. Si la palpation révèle plus de liquide (25 à 60cc) le degré d'épanchement est moyen. Dans le cas d'un épanchement sous tension (plus de 60cc) celui-ci est considéré comme important.

2. Perte de mobilité passive :

La perte de mobilité passive est mesurée avec un goniomètre et est enregistrée en comparant le genou examiné et le genou opposé (ou le côté normal). L'enregistrement détermine le degré d'hyper extension / du point zéro / de la flexion (par ex : 10 degrés d'hyper extension, 150 degrés de flexion = 10/0/150). L'extension est comparée avec l'autre genou.

3. Examen ligamentaire :

Le test de Lachman, la translation antéropostérieure totale à 70°, les baillements interne et externe de l'articulation peuvent être faits manuellement, à l'aide d'instruments ou d'un examen radiographique «en stress». Seul un de ces moyens doit être utilisé afin de classer par niveau, en préférant le moyen donnant une mesure chiffrée. La force standard utilisée est de 14kg pour l'examen instrumental des deux genoux. La différence chiffrée entre les 2 côtés est arrondie au chiffre inférieur et est reportée dans la bonne case.

Le test de Lachman-Trillat évalue le tiroir proche de l'extension. Le tiroir en extension affecte la mesure du genou examiné quand celle-ci a 3 à 5 mm plus de laxité antérieure que le genou normal. Dans ce cas, le tiroir en extension est qualifié de « mou » et aboutit à un niveau anormal plutôt que presque normal.

L'avalement postérieur à 70 degrés est estimé en comparant le profil du genou blessé et du genou normal avec palpation des condyles et plateaux tibiaux. Celui-ci peut être confirmé par le fait que la contraction du quadriceps tire le tibia antérieurement.

Les tests de rotations externe se font le patient en décubitus ventral et le genou fléchi à 30° puis à 70°. Une rotation externe égale est appliquée aux deux pieds et l'angle de rotation externe est noté.

Le « Pivot Shift » et le « Reverse Pivot Shift » se font avec le patient en décubitus dorsal, avec la hanche entre 10°-20° d'abduction et le tibia en rotation neutre. Une des techniques suivantes peut être utilisée : celle de Losee, de Noyes, de Dejour ou de Jakob. Le ressaut le plus net comparé à l'autre genou est pris en considération et est enregistré.

4. Crépitus :

La crépitation fémoro-patellaire est obtenue en appliquant une résistance modérée à l'extension. La crépitation des espaces interne et externe est provoquée par un passage du genou de la flexion en extension associé à des contraintes en varus puis en valgus (par ex. test de Mc Murray). La notation se fait en fonction de l'intensité de la crépitation et de la douleur.

5. Pathologie des sites de prélèvement de greffe :

Noter la sensibilité, l'hyper ou l'hypoesthésie au niveau du site de prélèvement de l'autogreffe.

6. Anomalies radiographies :

Une radiographie bilatérale en charge (PA), en flexion entre 35 et 45 degrés, est utilisée pour évaluer le pincement des compartiments interne et externe. Le cliché « Merchant » à 45 degrés est utilisé pour documenter le pincement fémoro-patellaire. Un niveau discret indique un changement minime (par ex. petits ostéophytes, légère sclérose ou aplatissement du condyle fémoral) ou un pincement de l'espace articulaire à peine décelable. Un niveau modéré peut présenter les changements cités ci-dessus et un pincement de l'espace articulaire (par ex. un espace articulaire de 2 à 4 mm ou un pincement de 50%). Sont considérés comme importants les changements suivants : un espace articulaire de moins de 2 mm ou un rétrécissement de l'espace de plus 50%.

7. Test fonctionnel :

Il est demandé au patient de sauter en appui monopodal du côté sain puis du côté à évaluer. On enregistre et on fait la moyenne des résultats obtenus pour chaque genou lors des trois essais donnés au patient. Un ratio du côté évalué par rapport à l'autre côté est calculé.



Normal

Degré 0



Presque normal

Degré 1



Anormal

Degré 2



Très anormal

Degré 3



Degré 4

INSTRUCTIONS POUR LE CALCUL DU SCORE DE LA FICHE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE DU GENOU IKDC Version 1999

On cote les réponses aux différents items de la fiche d'évaluation subjective selon une méthode ordinale afin qu'un score égal à 1 corresponde aux réponses représentant le plus bas niveau fonctionnel ou le niveau de symptomatologie le plus élevé.

Par exemple, on affecte à l'item n° 1 de la fiche (correspondant au plus haut niveau d'activité sans apparition d'une symptomatologie douloureuse significative) le score 2 à la réponse « activités douces comme la marche, le ménage ou le jardinage » et le score 5 à la réponse « activités intenses correspondant sauts et rotations comme au basket ou au football ».

Pour l'item n° 2 (correspondant à la fréquence d'apparition des douleurs au cours des 4 dernières semaines) on affecte le score 1 à la réponse « constamment » et le score 11 à la réponse « jamais ».

On évalue le retentissement fonctionnel par le plus haut niveau d'activité pour lequel le patient se considérera asymptomatique. On apprécie l'évaluation subjective IKDC selon un score égal à la somme des scores de chaque item compris entre 0 et 100. La méthode de calcul de ce score IKDC est la suivante :

1. On affecte un score spécifique pour chaque item afin que le score le plus bas corresponde au niveau d'activité le plus bas ou au niveau de symptômes le plus élevé
2. On calcule le « score brut », somme des scores des différents items
3. On transforme le « score brut » en score IKDC compris dans une échelle de 0 à 100 de la manière suivante :

$$\text{Score IKDC} = \frac{\text{Score brut} - \text{Score minimum}}{\text{Différence des scores extrêmes}}$$

Le plus petit score ou score minimum est égal à 18 et le plus élevé est égal à 101.

La différence des scores extrêmes est égale à 105-18 soit 87. Dans ce cas précis, si la somme des scores des 18 items est égale à 60 (= score brut), le score IKDC sera le suivant :

$$\text{Score IKDC} = \frac{60 - 18}{87} \times 100 = 50,6$$

Le score obtenu d'IKDC correspond à une évaluation fonctionnelle afin que sa valeur maximale représente le niveau maximal d'activité ou le niveau minimal de symptômes présents. Un score IKDC égal à 100 équivaut à un niveau d'activité journalière et sportive sans aucune limite en l'absence de tout symptôme.

Le score IKDC peut être calculé même en présence de seulement 90% de réponses obtenues aux items (par exemple, seulement 16 items répondus sur 18).

Dans ce cas, s'il manque des informations, on calculera le score brut en attribuant aux items laissés sans réponse une valeur de score moyenne. Une fois le calcul du score brut ainsi obtenu grâce à cet artifice, le score IKDC sera calculé comme décrit ci-dessus.

Ne pas prendre en compte l'item « Fonctionnement avant l'accident ou blessure du genou » dans le Fonctionnement de l'Évaluation subjective du genou.