TEST N° 1

Le lever sign (test du levier de Lelli)

Un poing sous le mollet, un appui sur la cuisse… et on regarde le talon

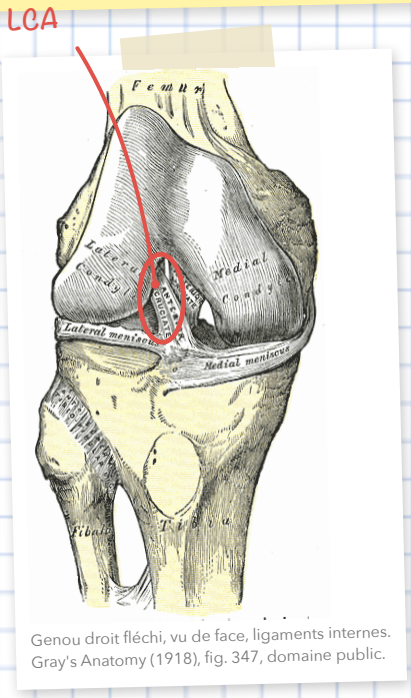
1 Le geste, pas à pas

[2] (Méthodes, « Procedure »)

1. Le patient est allongé sur le dos, sans chaussures, les deux genoux tendus.
2. Le kiné vérifie d'abord que le genou a assez d'amplitude pour le test.
3. Il place son **poing fermé sous le tiers proximal du mollet**.
4. De l'autre main, il appuie avec une force modérée sur le **tiers distal de la cuisse**, vers la table.
5. Il regarde le **talon** :
   - le talon **se soulève** de la table : le test est **négatif**, le LCA tient ;
   - le talon **reste sur la table** : le test est **positif**, il évoque une rupture du LCA.
6. Il compare toujours avec le genou sain.

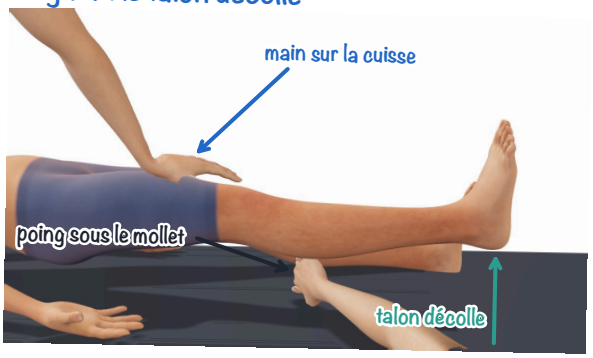
Le principe

Le LCA intact transmet l'appui sur la cuisse au tibia, qui bascule sur le poing comme un levier et soulève le talon. Sans LCA, le tibia ne suit pas.



Genou droit fléchi, vu de face, ligaments internes. Gray's Anatomy (1918), fig. 347, domaine public.

Négatif : le talon décolle



Positif : le talon reste sur la table



Personnage Ouba (visionneuse Trigger), jambe droite au premier plan. Geste d'après la description de [2].

2 Ce que vaut le test

La méta-analyse [1] (12 études, 1 365 sujets) :

- sensibilité **0,81** (IC 95 % 0,69-0,89) ;
- spécificité **0,78** (IC 95 % 0,58-0,90) ;
- RV+ 3,15 (1,78-5,55) et RV− 0,21 (0,08-0,53) [1] (Résumé, Résultats).
- Ces chiffres sont **probablement trop optimistes**. L'étude d'origine de Lelli annonçait 100 % de sensibilité et 100 % de spécificité sur 400 patients [1] (tableau 1). Les auteurs de [1] reconnaissent une forte hétérogénéité et des études à haut risque de biais.

L'étude la plus rigoureuse [2]

101 sujets vus plus de 3 semaines après la blessure, 52,5 % de ruptures complètes à l'IRM [2] (tableau 2).

Surface	Examinateur	Sensib.	Spécif.	RV+	RV−
Table dure	**Aveugle**	0,26	0,79	**1,27**	0,93
Table dure	Non aveugle	0,57	0,81	3,02	0,53
Table molle	**Aveugle**	0,58	0,69	**1,87**	0,60
Table molle	Non aveugle	0,72	0,63	1,91	0,45

- **Les chiffres honnêtes sont ceux de l'examinateur aveugle** : un RV+ de 1,27 à 1,87, qui change très peu la probabilité de rupture [2] (Résultats).
- Le RV+ de 3,02 est le meilleur chiffre de l'étude, mais il vient de l'examinateur **non aveugle**, qui connaissait l'histoire clinique.
- L'accord entre les deux examinateurs était seulement **moyen** (kappa 0,53 sur table molle) [2] (Résumé).
- La surface et la position du poing changent le résultat. L'épanchement, la force appliquée et la douleur ne le changent pas significativement [2] (Résumé).

3 · Ce que le test ne dit pas

- Il ne classe pas une **rupture partielle** : ces patients étaient exclus de [2], car on ne sait pas quel résultat donner pour eux [2] (Méthodes).
- Il ne dit rien des **lésions associées** (ménisques, ligament latéral interne).
- Au-delà de 3 semaines après la blessure, **un test négatif ne suffit pas pour exclure une rupture** : avec l'examinateur aveugle, le RV− va de 0,60 à 0,93 [2].
- Il ne remplace pas l'IRM ni l'avis du chirurgien.

4 · La décision au cabinet

1. **Fais le lever sign en plus du Lachman, jamais à sa place.** Aucun test seul ne suffit [1][2].
2. **Si le test est positif**, la rupture devient un peu plus probable : demande une IRM ou un avis orthopédique.
3. **Si le test est négatif** mais que l'histoire est évocatrice (craquement, genou qui gonfle vite, dérobement), ne rassure pas : demande quand même l'imagerie.
4. **Standardise ton geste** : toujours la même surface, le poing au même endroit (tiers proximal du mollet), et une comparaison avec l'autre genou. Note la surface dans le dossier, car elle change le résultat [2].

Références. [1] Hu et al., J Orthop Surg Res 2024 (texte intégral). [2] Norris et al., Orthop J Sports Med 2025 (texte intégral). Niveau de preuve : faible à modéré ; [2] est l'étude la plus rigoureuse (examinateur aveugle, IRM faite avant le test, protocole enregistré).

Planche : Henry Gray, *Anatomy of the Human Body* (1918), fig. 347, domaine public, via Wikimedia Commons.