



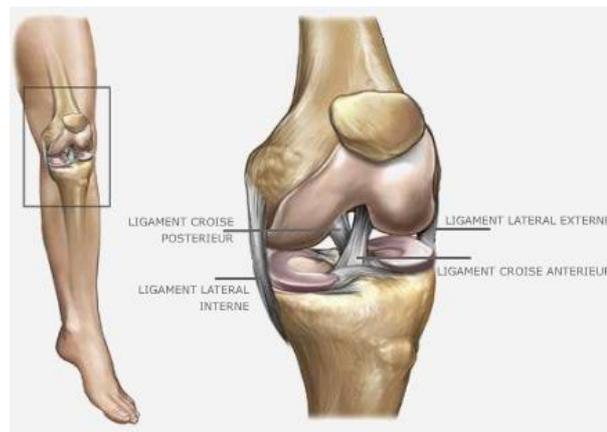
CHIRURGIE RÉPARATRICE DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR SOUS ARTHROSCOPIE (LCA)

www.flandre-orthopedie.com



Qu'est ce qu'une rupture du ligament croisé antérieur?

Le genou correspond à l'articulation entre la partie basse du fémur et la partie haute du tibia. Les surfaces articulaires de glissement sont recouvertes de cartilage. A l'intérieur, deux ménisques servant de coussinets jouent un rôle d'amortisseurs entre le fémur et le tibia. La stabilité du genou est assurée par les ligaments périphériques (interne et externe), l'environnement musculaire, les ménisques et le pivot central composée des ligaments croisés, un antérieur et un autre postérieur. Le ligament croisé antérieur peut être rompu à la suite d'un traumatisme, entraînant parfois une instabilité chronique du genou. Ces phénomènes d'instabilité peuvent survenir lors d'activité sportive voire plus simplement lors des mouvements de la vie quotidienne en pivot ou rotation.



Pourquoi une réparation par ligamentoplastie sous arthroscopie de genou?

Il n'existe pas de cicatrisation spontanée d'une rupture du ligament croisé antérieur. Cette rupture entraîne une instabilité variable selon les personnes et leur activité provoquant ainsi d'autres lésions (méniscales, ligamentaires et cartilagineuses). Le genou évolue plus précocement vers une dégradation arthrosique du genou. Le but de la ligamentoplastie du ligament croisé antérieur est de stabiliser le genou, permettant la reprise des activités sportives et professionnelles, et de le préserver d'une dégradation arthrosique trop précoce.

Votre intervention.

La ligamentoplastie du ligament croisé antérieur sous arthroscopie est réalisée sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie lors d'une courte hospitalisation de 2 à 3 jours.

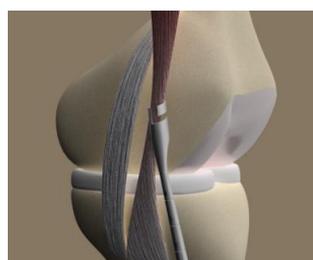
On vous demandera d'être à jeun, c'est à dire de ne plus boire et de ne rien manger à partir de minuit avant l'opération.

Une préparation cutanée sera réalisée selon un protocole bien établi, comprenant des badigeonnages antiseptiques dans le but de limiter les risques infectieux.

Afin de réduire au minimum des pertes de sang, un garrot pneumatique est mis en place pour interrompre la circulation sanguine.

Il existe de nombreuses techniques opératoires et nous réalisons différents types de techniques selon chaque cas. Afin de remplacer l'ancien ligament croisé antérieur, il est possible de prendre comme greffons:

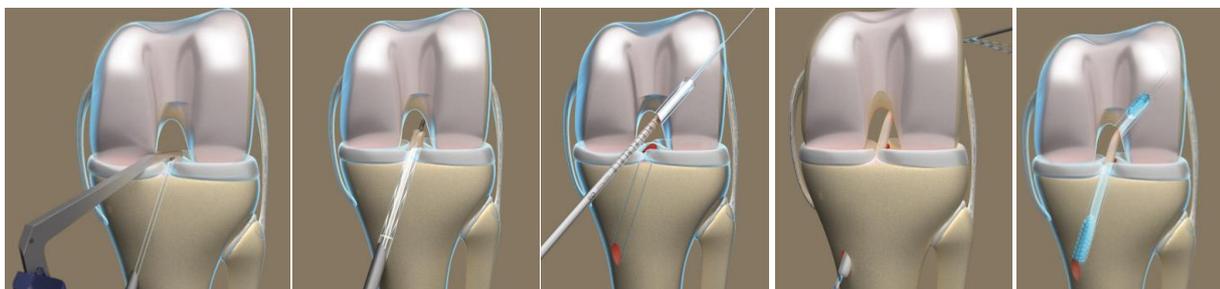
- une partie du tendon rotulien (technique de « Kenneth Jones »). La cicatrice est donc antérieure en avant du tendon rotulien sur environ 6 cm.
- les tendons internes (Droit Interne et Demi Tendineux ou techniques du DIDT). La cicatrice se situe sur la face interne de la partie proximale du tibia sur 3 cm.
- Parfois un renfort ou un retour externe peut être en cas de grande instabilité.



De plus, une petite incision à la partie antérieure du genou sert d'accès à un instrument optique (arthroscope) que l'on introduit dans l'articulation. Celle-ci est ensuite remplie d'un produit liquide de façon à faire apparaître la quasi-totalité de la cavité articulaire et de permettre son étude détaillée.

Les structures articulaires (ménisques, cartilage, ligaments) doivent presque toujours faire l'objet d'un contrôle par palpation à l'aide d'un « palpeur ». Cet instrument est introduit par une deuxième petite incision. Cette incision permet également l'introduction des instruments nécessaires aux traitements envisagés (ligamentoplastie et régularisation ou suture méniscale si nécessaire).

Le greffon prélevé, celui prend la place de l'ancien ligament après préparation fémorale et tibiale. Ce greffon est ensuite fixé par différents systèmes (vis résorbables, broches, endo-bouton...)

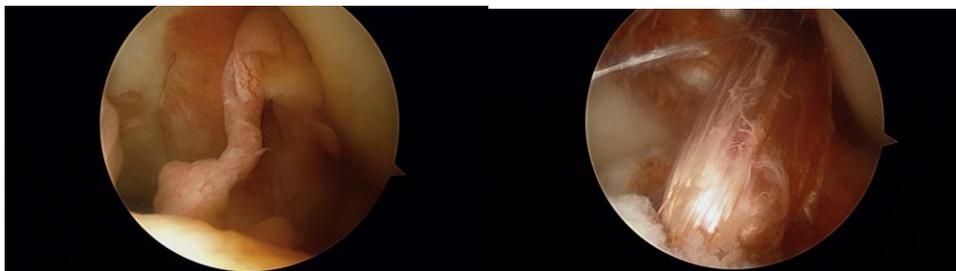


Un redon sera le plus souvent mis en place pour éviter un hématome intra articulaire.
L'intervention dure environ 1 heure.

Une fois opéré, vous demeurerez quelques temps en salle de réveil pour vérifier que tout va bien, puis vous retournerez dans votre chambre lorsque l'anesthésiste aura donné son accord.

Des médicaments contre la douleur vous seront administrés et un traitement anticoagulant sera débuté pour une quinzaine de jours. Vous bénéficierez également d'une cryothérapie immédiate afin de diminuer le risque d'hématome post-opératoire.

Le premier contrôle avec votre chirurgien s'effectuera 6 semaines après l'intervention à son cabinet.



Rupture du ligament croisé antérieur

Ligamentoplastie DIDT

Les suites opératoires.

La rééducation post opératoire débute dès le lendemain avec une marche en appui complet et un travail en flexion. Le patient doit marcher à l'aide de cannes ou sous couvert d'une attelle articulée et ceci jusqu'à récupération d'un verrouillage quadricipital. La conduite automobile peut être reprise dès le 1^{er} mois. Il en est de même de l'activité professionnelle mais cette reprise reste très variable en fonction de la profession.

La reprise des sports dans l'axe se fait au troisième mois. La reprise des sports de pivot sans contact se fait progressivement hors compétition à partir du 6^{ème} mois. Les sports de pivot contact (football – handball - basketball – football américain...) pourront être repris à partir du 10^{ème} voire 12^{ème} mois.

Les complications possibles.

La réparation du ligament croisé antérieur par arthroscopie du genou est un procédé comportant peu de risques et au cours duquel des incidents et des complications ne surviennent que dans des cas isolés :

- La survenue d'une infection de l'articulation reste exceptionnelle puisque le geste chirurgical est réalisé sous arthroscopie. Cette complication connue nécessite un lavage du genou et la mise sous antibiotiques plus ou moins longue.
- La formation et la migration de caillots sanguins, voire l'obstruction d'un vaisseau sanguin (thrombose, embolie).
- Des petites blessures du cartilage articulaire avec les instruments chirurgicaux peuvent s'observer, mais elles ne laissent généralement aucune séquelle.
- Occasionnellement, il se forme un épanchement articulaire, provoqué par exemple par un saignement secondaire qui peut s'observer notamment dans le cas d'opérations étendues touchant la synoviale ; en dépit de la ponction, un épanchement peut récidiver et persister plusieurs semaines.
- La formation d'un hématome nécessitant une cryothérapie plus longue voire une ponction. Cet hématome peut être favorisé par un geste sur une synoviale inflammatoire ou une petite plaie d'un vaisseau.
- Une blessure de nerfs qui peut entraîner une paralysie partielle du membre inférieur. Mais c'est exceptionnel.

- Des troubles passagers frappant de petits nerfs sensitifs peuvent entraîner une insensibilité au toucher et une sensation d'engourdissement de petits secteurs cutanés.
- Dans des cas exceptionnels, on observe un gonflement douloureux du genou avec une atrophie musculaire et une raideur articulaire (algoneurodystrophie post-traumatique ou syndrome douloureux régional complexe) dont le traitement demande plusieurs mois.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Votre chirurgien vous donnera toute explication complémentaire et se tiendra à votre disposition pour évoquer avec vous chaque cas particulier avec les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention.