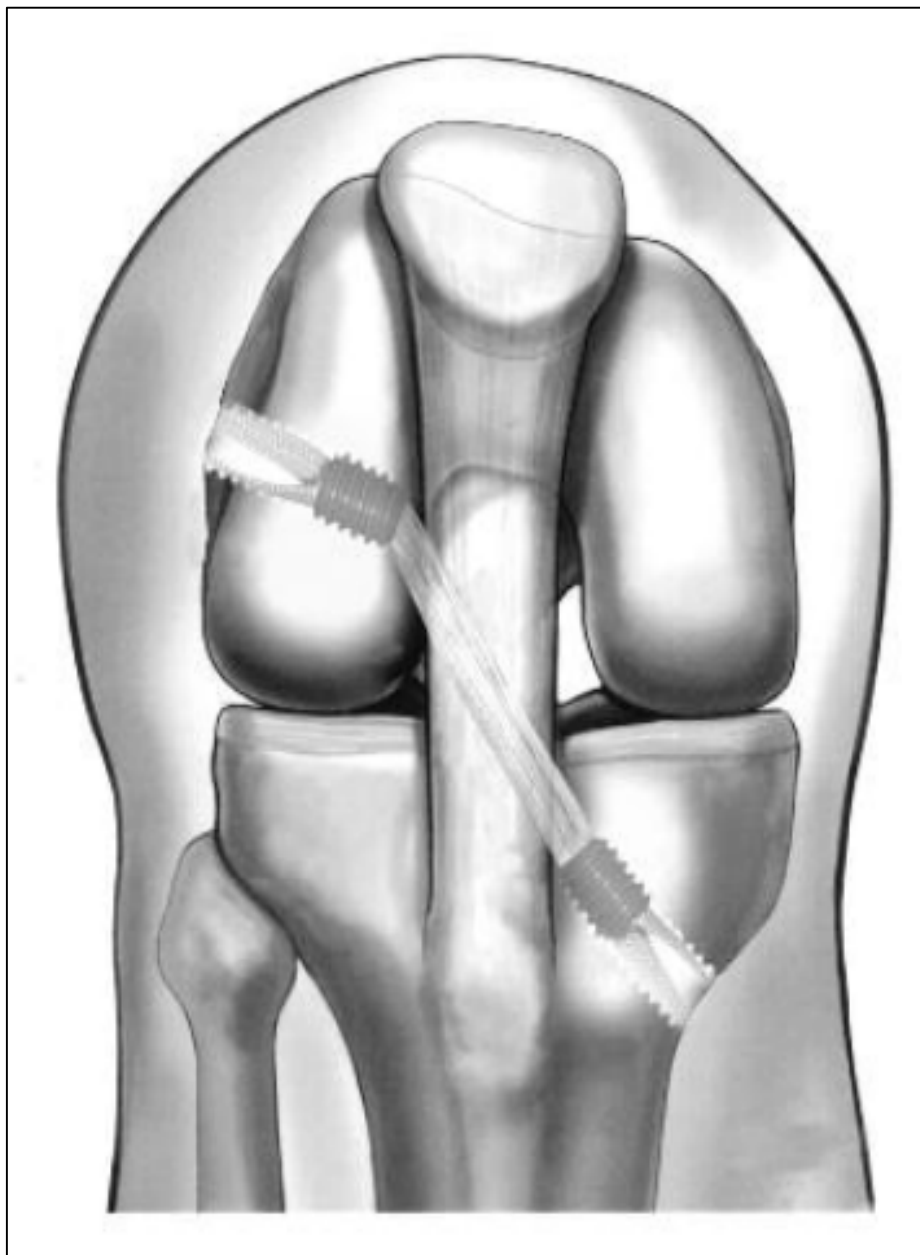


## **LIGAMENTOPLASTIE DU CROISE ANTERIEUR**

### **PROTOCOLE DT-4 CAGE**



Il existe quatre principaux ligaments qui assurent la stabilité du genou. Les ligaments latéraux situés de part et d'autre du genou (ligament latéral interne et externe) assurent la stabilité dans le plan frontal.

Les ligaments situés à l'intérieur de l'articulation (ligaments croisés antérieur et postérieur) assurent la stabilité dans le plan sagittal.

Le ligament croisé antérieur relie la partie antérieure du tibia à la partie postérieure du fémur. Il empêche la translation antérieure du tibia par rapport au fémur et stabilise le genou lors des mouvements de rotation. Il croise le ligament croisé postérieur qui a un trajet et une fonction opposés.

Les surfaces articulaires de glissement sont recouvertes de cartilage et sont complétées par les ménisques (structures fibrocartilagineuses en forme de croissant) qui jouent le rôle d'amortisseur entre le fémur et le tibia.

### **La rupture du ligament croisé antérieur**

Elle survient le plus souvent au cours d'activités physiques (sport collectif avec pivot et contact : football rugby, basket... sport individuel en pivot : ski, tennis...).

Le patient chute et perçoit un craquement dans son genou avec une douleur intense mais souvent très courte. Lorsque la douleur devient tolérable, le blessé, qui tente de se relever, ne peut se tenir en appui sur le membre inférieur lésé qui est instable. Dans les heures qui suivent il faut noter un gonflement du genou en rapport avec un saignement intra articulaire.

Ce ligament n'a pas de potentiel de cicatrisation spontanée permettant de retrouver une anatomie normale. Spontanément, il persistera le plus souvent une laxité responsable d'une sensation de dérobement qui risque d'augmenter avec le temps.

Il est particulièrement sollicité donc indispensable pour la pratique des sports où il existe des changements de direction soudains, des impulsions et des réceptions. En cas d'insuffisance, le sportif risque des épisodes d'instabilité perçus comme une nouvelle entorse et susceptibles de provoquer des lésions évolutives méniscales ou cartilagineuses.

Par contre, même en cas de laxité, une activité sportive dans l'axe (vélo, jogging sur terrain peu accidenté, natation crawl, musculation) est souvent bien tolérée.

**Le désir de poursuivre une activité sportive** avec pivot justifie la réalisation d'une intervention chirurgicale visant à reconstruire le ligament croisé antérieur (ligamentoplastie) afin de stabiliser le genou, évitant les lésions secondaires et la dégradation de l'articulation.

L'âge de survenue de la rupture est à prendre aussi en considération puisqu'il détermine le nombre d'années pendant lesquelles le genou sera soumis à des contraintes sportives.

**Enfin l'existence de lésion méniscale et/ou cartilagineuse** impose le plus souvent un geste de stabilisation du genou par remplacement du ligament croisé antérieur. Sinon, le risque d'aggravation de ces lésions associées, et de l'apparition précoce d'une arthrose du genou est majeur.

Les résultats des ligamentoplasties sont maintenant connus avec un recul important. Ils sont très encourageants avec une disparition des épisodes d'instabilité dans la très grande majorité des cas.

Il faut cependant noter qu'il existe des sportifs ayant présenté une rupture ligamentaire qui peuvent reprendre une vraie activité sportive en raison d'une raideur du genou post traumatique importante ou d'une adaptation remarquable.

## **Principe de l'intervention chirurgicale**

L'intervention chirurgicale est réalisée en ambulatoire. Elle est pratiquée sous contrôle arthroscopique, à l'aide d'une petite caméra introduite dans le genou. Cela permet de réduire les incisions et d'accéder à l'articulation sans endommager les tissus. Cette technique permet une récupération plus rapide. Le geste chirurgical dure 30 à 50mn.

Une courte incision permet de prélever les tissus qui constitueront le nouveau ligament : les tendons ischio-jambiers de la cuisse (Demi-tendineux +/- Droit Interne) pour la technique DT-4.

Le choix du transplant dépend de différents critères que prend en considération le chirurgien, mais les suites opératoires et les résultats des différentes techniques sont similaires. Ce tendon sert à constituer le nouveau ligament. Il est d'abord préparé puis il est placé dans le genou à la place du ligament rompu. Le ligament est, ensuite, fixé dans un tunnel au fémur et dans un autre au tibia par un système de 'cage' en PEEK (Poly-Ether-Ether-Ketone).

Dans certains cas, il est parfois utile de renforcer la plastie par une ténodèse latérale. Nous utilisons dans ce cas le Droit Interne pour réaliser cette plastie extra-articulaire à la partie externe du genou. Cette technique nécessite la réalisation de deux incisions supplémentaire.

Les conséquences au niveau de la zone du prélèvement sont minimales voire nulles.

Les lésions des ménisques sont traitées dans le même temps opératoire. Une suture méniscale est réalisée pour conserver autant que possible l'intégrité des ménisques. En cas de lésion non réparable, la partie pathologique du ménisque est retirée.

### **Suites post opératoires**

L'appui total est autorisé en post-opératoire. Le port d'une attelle n'est pas nécessaire.

Sur les 6 premières semaines, il n'y a pas d'activités intenses. C'est une phase de récupération : diminution de l'œdème du genou (glace+++), récupération des amplitudes articulaires et réveil musculaire.

Le travail de musculation débute surtout à la 6<sup>e</sup> semaine. Le protocole de rééducation est étalé sur 6 mois. En effet, il faut 6 mois pour que la greffe soit solide et se transforme en vrai ligament. Le protocole de rééducation vise à protéger cette greffe pendant cette période.

Le sport en décharge et dans l'axe (vélo ou natation en crawl) est repris à 6-8 semaines. La course à pied est reprise à partir de 4 mois ½. Les sports de pivots sont repris au mieux à 6 mois (entraînement), plutôt à partir de 8-9 mois. Le sport en compétition est repris à 1 an.

La conduite peut être reprise à 1 mois post-opératoire.

Les activités professionnelles peu physiques sont reprises entre 3 et 6 semaines.

L'arrêt est prolongé à 3 mois en cas d'activité très physique et selon l'évolution.

### **Prochaines consultations**

- RDV 1 mois après l'intervention avec un des médecins du sport du service
- RDV 3 mois avec votre chirurgien muni de radiographie
  - Radiographie du genou opéré (face et profil)
  - Télémétries des membres inférieurs en charge
- RDV 4 mois après l'intervention avec votre médecin du sport du service
- RDV 6 mois avec votre chirurgien muni d'une IRM