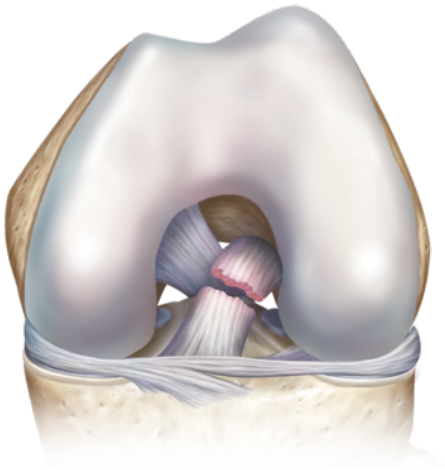
Reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA) sous arthroscopie



Service de chirurgie orthopédique

Hôpital Renée Sabran

Boulevard Edouard Herriot

83400 HYERES

Tél. 04 94 38 17 00

Hospices Civils de Lyon

Fiche d'information explicative

Vous allez être opéré d'une reconstruction du ligament croisé antérieur dans le service. Cette fiche d'information vous explique pourquoi cette opération est indiquée dans votre cas, en quoi cette opération consiste, et ce que l'on peut en attendre. **Si un élément ne vous parait pas clair, n'hésitez pas à en parler avec votre chirurgien.**

Anatomie du genou :

Le genou est l'articulation complexe permettant des mouvements entre le fémur, le tibia et la rotule.

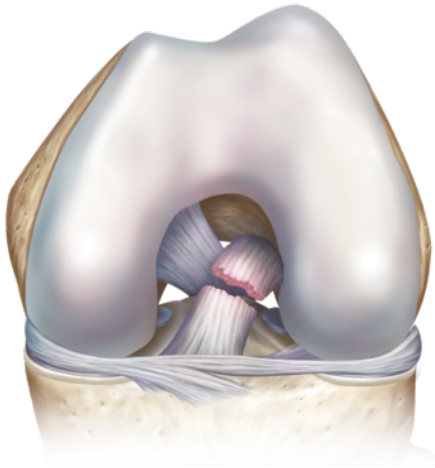
L'articulation est stabilisée par un appareil musculaire et ligamentaire complexe. Le ligament croisé antérieur permet de contrôler la translation tibiale antérieure sous le fémur. Les ménisques sont situés entre les condyles fémoraux et les plateaux tibiaux ; ils jouent le rôle d'amortisseurs.

Une rupture des ligaments croisés est généralement causée par un traumatisme en torsion lors d'un sport en pivot (ski) ou pivot contact (football, rugby…)

Cette lésion du ligament croisé antérieur peut occasionner une instabilité du genou avec des sensations de dérobements.

Le diagnostic d'une rupture du ligament croisé antérieur:

Le diagnostic est à la fois clinique et paraclinique.
L'histoire clinique est souvent évocatrice : le type de traumatisme, l'épanchement, et l'instabilité ressentie. Le testing clinique recherche une translation tibiale antérieure ou un ressaut rotatoire.
L'IRM permet d'affirmer le diagnostic et de rechercher des lésions associées, soit au traumatisme initial, soit aux épisodes d'instabilités ressentis ultérieurement. Les ménisques et le cartilage peuvent être touchés.



Rupture du ligament croisé antérieur

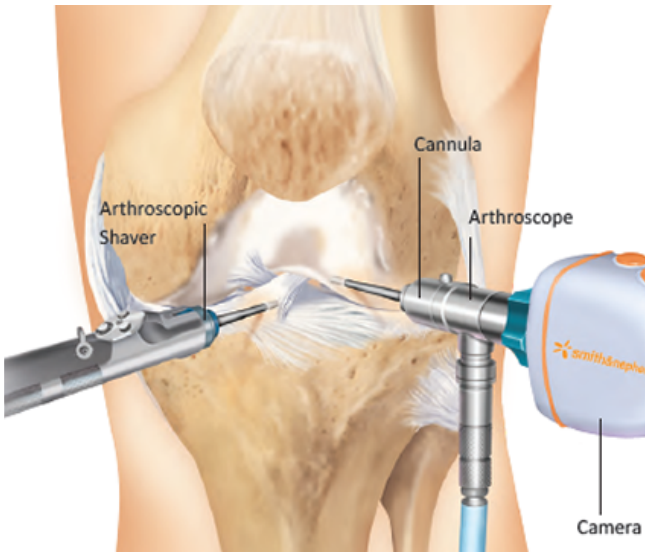
Pourquoi opérer :

La reconstruction du LCA permet de stabiliser le genou afin de reprendre des activités physiques. La stabilité du genou limite le risque de lésion des ménisques et du cartilage à moyen et long terme.

Comment reconstruire le ligament croisé antérieur ?

La suture du ligament rompu n'est actuellement pas possible. Il est alors nécessaire de remplacer le LCA par un tendon prélevé sur le genou.
2 greffes sont fréquemment utilisées : la greffe au tendon rotulien appelée KJ (Keneth Jones) et celle aux tendons des muscles gracilis et demi tendineux appelée DIDT.

Chaque technique a ses avantages et ses inconvénients et sera discutée par le chirurgien en fonction de l'anatomie et de la demande du patient



Modalité d'hospitalisation :

L'intervention est réalisée en ambulatoire. Une douche à la Bétadine est à réaliser la veille de l'intervention. L'heure de la convocation est confirmée la veille de l'intervention par téléphone. Le retour à domicile doit être envisagé avec un proche. Le patient ne doit pas être seul la première nuit.

Intervention chirurgicale :

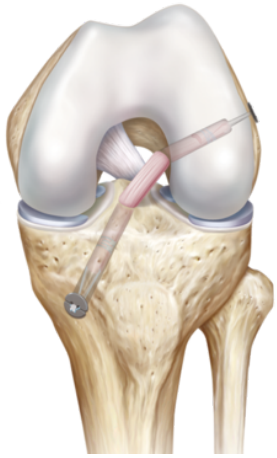
L'intervention peut être réalisée sous anesthésie générale ou rachianesthésie (décision prise en accord avec l'anesthésiste). La durée opératoire est d'environ une heure. L'intervention est réalisée sous arthroscopie.

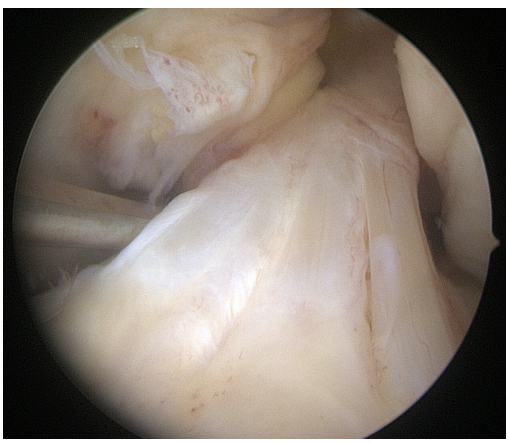
Le cartilage et les ménisques sont vérifiés en début d'intervention afin de traiter d'éventuelles lésions.

Des tunnels osseux de 8 à 10mm de diamètre sont réalisées au fémur et au tibia sur les zones d'insertion du LCA natif afin de pouvoir passer puis fixer la greffe. La greffe est fixée en tension, en lieu et place du LCA natif à l'aide de vis résorbables intra osseuses.

En fin d'intervention, des infiltrations de médicaments analgésiques sont réalisées afin de limiter la douleur post opératoire.

Le patient est ensuite transféré en salle de réveil le temps nécessaire à la récupération de l'anesthésie.





Rééducation post opératoire / Reprise des activités:

Le lever et l'appui sont autorisés le jour même, avec le personnel soignant. Le retour s'effectue le jour même. Une attèle en extension est nécessaire jusqu'à la récupération du verrouillage quadricipital (5 à 10 jours). La rééducation est réalisée à l'aide d'un kinésithérapeute. Les cannes seront à conserver 3 à 4 semaines ; une anticoagulation préventive sera mise en place pour une durée de 10 à 21 jours en période post opératoire. La conduite est possible dès le sevrage des béquilles. La reprise d'un travail de bureau est envisageable à partir du 2ème mois. La reprise des activités physiques sera très progressive.

La reprise des activités sportives à risque ne doit pas s'effectuer avant 9 mois à 1 an.

Risques et complications :

Comme toute intervention, reconstruction du LCA présente des risques liés à l'anesthésie et à la chirurgie. En plus des risques non spécifiques liés à tout acte chirurgical, nous pouvons citer :

- l'infection du site opératoire : complication rare, mais nécessitant un traitement complexe et contraignant.
- L'hématome post opératoire, pourvoyeur de douleurs et de raideur dans les premiers jours
- Les complications thromboemboliques (phlébite, embolie)
- Une re-rupture du LCA ; la greffe a une solidité équivalente a celle du LCA natif, et peut donc être rompue par un nouveau traumatisme

A noter que l'arthrose est une complication à long terme des ruptures du LCA.

Cette liste n'est pas exhaustive, le chirurgien peut apporter des précisions ou insister sur certaines complications en fonction des risques spécifiques de chaque patient.

Résultats attendus / Possibilités après reconstruction du LCA:

L'objectif de la reconstruction du LCA est de reprendre l'ensemble des activités réalisées avant l'accident. Une démarche sans boiterie est généralement obtenue autour du 1er mois. Des douleurs résiduelles peuvent persister jusqu'à 3 mois après l'intervention. La reprise de la course en ligne ne doit pas être effectuée avant le 3ème mois. Les activités a risques ne doivent pas être envisagées avant 9 mois voir 1 an.