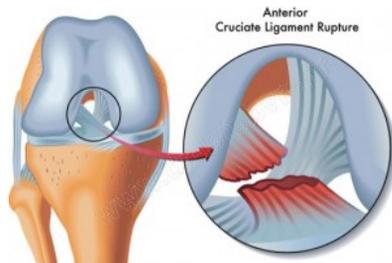


## LIGAMENTOPLASTIE DU GENOU

Par prélèvement du tendon rotulien ou du DIDT

Les ligaments croisés assurent la stabilité du genou et se situent à l'intérieur de l'articulation. Le ligament croisé antérieur est tendu entre la partie postérieure du fémur et la partie antérieure du tibia. Il empêche le tibia de partir en avant (translation antérieure). Il stabilise également le genou lors des mouvements de pivot.



## LA RUPTURE DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR

Les ruptures du LCA sont toujours traumatiques, lors de torsions (entorses) excessives ou d'une hyperextension. Elles peuvent s'accompagner de lésions méniscales. Elles donnent lieu à une laxité de l'articulation qui peut, en fonction de vos activités sportives, s'accompagner d'une instabilité ou d'une appréhension. La répétition des entorses peut entraîner une aggravation des lésions, notamment en regard des ménisques et du cartilage.

## POURQUOI UNE OPÉRATION ?

Le LCA ne cicatrise pas spontanément. Il peut parfois se fixer au ligament croisé postérieur mais souvent, cette cicatrisation n'est pas fonctionnelle ou efficace lors de la reprise des activités sportives.

Le but de l'intervention est de remplacer le ligament rompu afin de retrouver une bonne stabilité et de pouvoir reprendre vos activités sportives et professionnelles.

Le but est également d'empêcher la survenue de lésions méniscales et cartilagineuses, et donc de ralentir l'évolution vers une arthrose.

## COMMENT SE DÉROULE L'INTERVENTION ?

Pour reconstruire le LCA, 2 techniques sont principalement utilisées:  
le prélèvement du tendon rotulien ou le prélèvement du DT (ischio-jambiers)

- Pour le tendon rotulien, on prélève le 1/3 central du tendon avec 2 baguettes osseuses rotulienne et tibiale pour permettre sa fixation osseuse.

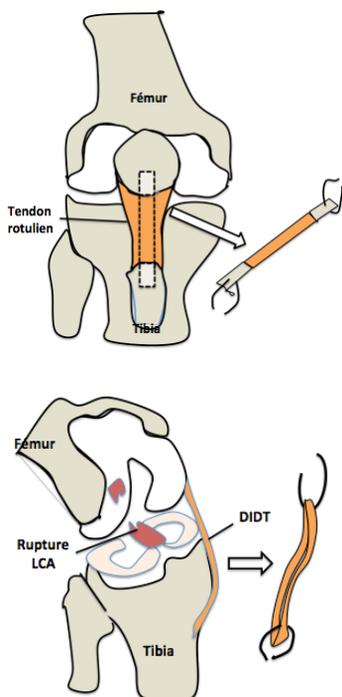
- Pour le demi-tendineux, on prélève le tendon en regard de la patte d'oie, on le replie sur lui-même afin de réaliser un transplant à 4 brins.

Ces deux transplants ont une résistance mécanique supérieure à celle d'un LCA natif. Le transplant os-tendon rotulien-os a pour lui la fiabilité de la fixation os-os dans les tunnels. Le transplant aux ischio-jambiers a pour lui l'esthétique de la cicatrice, des suites opératoires habituellement plus simples mais une laxité résiduelle en règle générale plus importante.

Il n'y a actuellement aucune recommandation sur le choix du transplant fondée sur des considérations scientifiques.

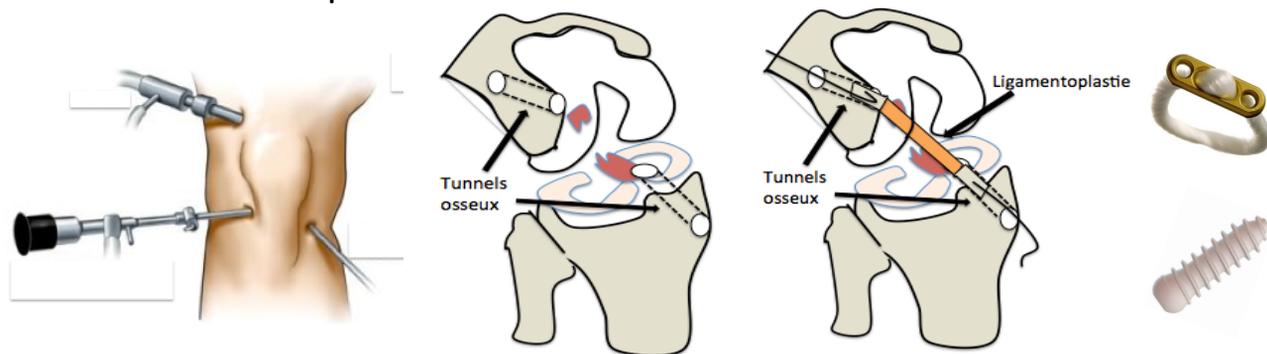
Le choix entre les 2 techniques se fera lors de la consultation en fonction de votre âge, poids, de l'examen clinique et du type de sport que vous pratiquez. Le prélèvement des tendons nécessite une cicatrice mais le reste de l'intervention se déroule ensuite sous arthroscopie.

L'opération dure environ 45 minutes. Vous déciderez lors de la consultation d'anesthésie entre une anesthésie générale ou une rachianesthésie.



L'arthroscopie permet d'explorer l'ensemble de l'articulation du genou, de traiter d'éventuelles lésions méniscales ou cartilagineuses.

Quelle que soit la technique, l'intervention consiste ensuite à réaliser des tunnels osseux, au tibia et au fémur, adaptés à la taille du transplant, et de le passer à l'intérieur. Celui-ci est ensuite fixé à l'aide d'un endo-bouton métallique et d'une vis d'interférence résorbable.



## LES SUITES OPÉRATOIRES

Vous serez hospitalisé pendant 2 jours. Vous débuterez la rééducation avec les kinésithérapeutes de notre service. Ils vous aideront pendant les 1ers jours à vous lever, à reprendre un appui complet, sous couvert d'une attelle d'extension et de cannes anglaises que vous utiliserez 10 jours, jusqu'à ce que vous réussissiez à vous déplacer avec un bon verrouillage du genou, sans flessum résiduel. Ils vous montreront comment retrouver une extension et une flexion normale. Cette récupération des amplitudes se fait de façon progressive, afin d'éviter le gonflement du genou et des douleurs inhabituelles.

Lors de votre retour à domicile, il faudra poursuivre cette rééducation avec le kinésithérapeute de votre choix. Vous recevrez une ordonnance sur laquelle les différentes phases de la rééducation sont détaillées. Pensez à respecter ces recommandations afin d'éviter toutes complications qui pourraient entraîner un mauvais résultat ou des difficultés de récupération.

Les 2 premières semaines sont dédiées à la récupération. Faites vos exercices pendant 10 minutes, 3 à 4 fois par jour, mais évitez les marches longues, la station debout prolongée, et n'oubliez pas de bien glacer votre genou, toutes les 2 à 3 heures.

Les douleurs disparaîtront progressivement, et les antalgiques prescrits vous aideront à les supporter les premières semaines. Prenez les de manière systématique les premiers jours.

## LES COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

La survenue d'un hématome intra-articulaire est classique après l'intervention. Il disparaît généralement après 1 ou 2 semaine. Dans la majorité des cas, une simple surveillance est nécessaire. Dans de rares cas, il est utile de l'évacuer par simple ponction ou lors d'une nouvelle arthroscopie.

Les infections sont rares car l'intervention se déroulent sous arthroscopie. Néanmoins, cette complication, si elle survient, peut nécessiter une surveillance rapprochée, ou une nouvelle intervention pour lavage associé à la prise d'antibiotiques.

Une raideur post-opératoire peut se développer malgré la rééducation. Dans de très rares cas, elle peut nécessiter une nouvelle intervention pour libérer l'articulation de ses adhérences.

Une phlébite du membre inférieur est une complication non exceptionnelle aux conséquences potentiellement graves. Un traitement anticoagulant vous sera prescrit pour prévenir sa survenue.

Des douleurs résiduelles peuvent persister dont la cause n'est pas toujours facile à déterminer. La cicatrice peut rester insensible ou douloureuse. Le transplant peut rompre lors d'une nouvelle entorse.

CETTE LISTE N'EST PAS EXHAUSTIVE