



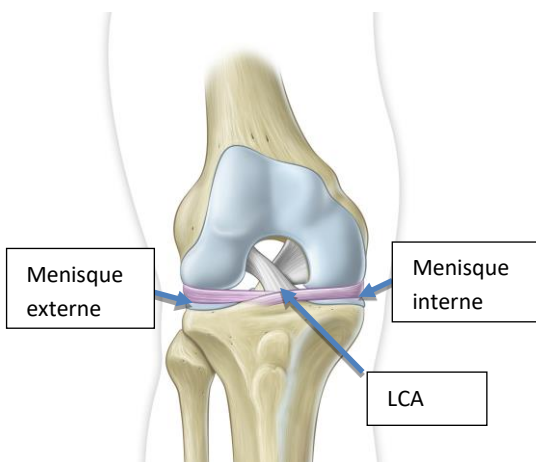
Ce document a été réalisé par la Société Française d'Arthroscopie (SFA)

Fiche d'information destinée aux patients à qui une intervention de ligamentoplastie du ligament croisé antérieur (LCA) par autogreffe sous arthroscopie a été proposée.

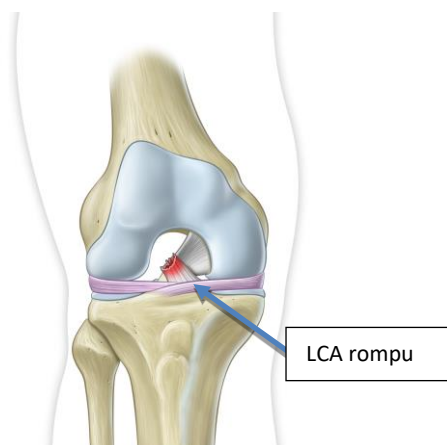
Le Ligament Croisé Antérieur (LCA)

Le ligament croisé antérieur est un ligament situé au centre de l'articulation du genou.

d'activité en pivot-contact (football, rugby, handball, basket...) ou en pivot (ski).



La rupture du ligament croisé antérieur est une lésion fréquente en traumatologie du sport, notamment lors



La lésion du ligament croisé antérieur survient le plus souvent sur une torsion du genou pied bloqué (lors d'un

changement de direction lors d'une course par exemple, ou lors d'une chute à ski avec le ski qui reste attaché à la chaussure), mais peut survenir dans d'autres circonstances (accident de la voie publique, traumatisme en hyper extension).

Le patient peut ressentir un craquement, une sensation immédiate d'instabilité, une vive douleur, une impossibilité de poser le pied par terre. Parfois les symptômes sont peu importants, mais le genou gonfle toujours dans les jours qui suivent. Il est important de voir rapidement un médecin après tout traumatisme avec gonflement du genou afin de ne pas méconnaître une lésion ligamentaire.

Le plus souvent, une radiographie sera faite afin d'éliminer une fracture nécessitant un traitement spécifique.

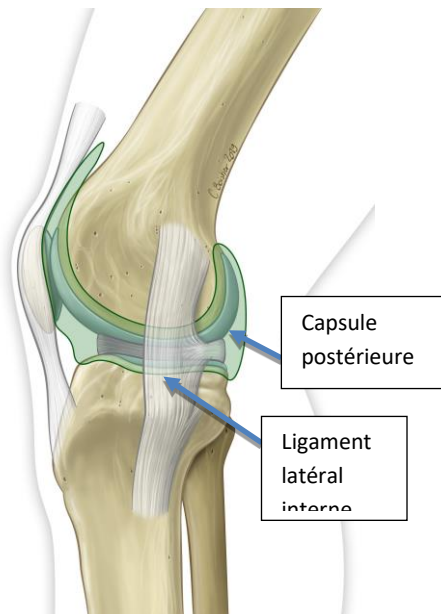
Le diagnostic de lésion du ligament croisé antérieur repose sur l'examen clinique et est complété par la

réalisation d'une IRM, qui permettra en outre d'analyser les autres ligaments du genou, les ménisques, et l'importance de la contusion osseuse.



Pourquoi est-il important de faire le diagnostic de lésion du ligament croisé antérieur ?

Après une rupture, partielle ou complète, du ligament croisé antérieur, le patient récupère habituellement un genou mobile et indolore en 6 à 12 semaines, en fonction notamment de la contusion osseuse (qui correspond à un hématome dans l'os du tibia et / ou du fémur suite au traumatisme) et des lésions associées.



La rééducation, débutée précocement après le traumatisme, aide souvent à récupérer plus rapidement un genou fonctionnel pour la vie quotidienne. Cette récupération de la fonction du

genou ne préjuge néanmoins pas de sa stabilité, et *il est fréquent qu'un patient soit faussement rassuré et se blesse à nouveau sur une petite torsion du genou*. En effet, la principale fonction du ligament croisé antérieur est de permettre la stabilité du genou dans les torsions. Une rupture du ligament croisé antérieur peut aboutir à une instabilité secondaire, à risque accru lors d'activités physiques de pivot et pivot-contact.

L'évolution naturelle d'une lésion non opérée du LCA (avec un genou gardant des accidents d'instabilité à répétition) peut provoquer des lésions méniscales et cartilagineuses secondaires qui conduisent à une arthrose.

La reconstruction du ligament croisé antérieur (ligamentoplastie du LCA).

Après une lésion du ligament croisé antérieur, si le genou est laxé et instable, ou si vous pratiquez des sports à pivots, ou encore en fonction de l'appréciation de votre chirurgien sur votre risque de vous blesser à nouveau sur ce même genou, ce dernier peut vous proposer une intervention chirurgicale visant à *reconstruire le ligament croisé antérieur afin d'éviter de vous blesser à nouveau et d'aggraver les lésions de votre genou*.

Il est important de réaliser cette intervention sur un genou qui a *récupéré les amplitudes articulaires* et qui est *le moins douloureux possible*,

afin d'optimiser la récupération rapide après chirurgie.

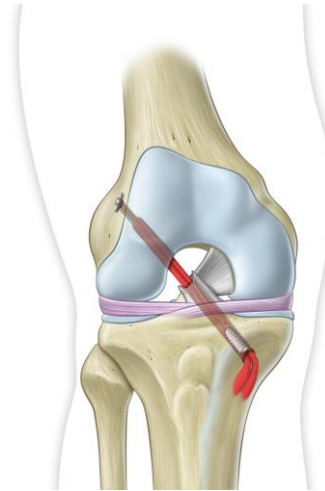
Cette intervention chirurgicale consiste le plus souvent en une **greffe ligamentaire** autologue (prélevée sur le genou du patient) pour remplacer les fibres lésées du ligament croisé antérieur.

Il existe différentes possibilités de prélèvement de la greffe, dont les plus fréquentes sont :

- un ou deux tendons ischio-jambiers (techniques DIDT, DT3, DT4 ...)

- le tiers central du ligament patellaire (technique de greffe au tendon rotulien, ou technique Kenneth Jones...)
- le tendon quadricipital
- le fascia lata (ou technique de MacIntosh au fascia lata)

L'intervention de reconstruction du LCA est réalisée **sous arthroscopie**, c'est à dire avec une caméra introduite à l'intérieur du genou, ce qui permet une intervention plus précise, des suites post-opératoires plus rapides, Seul le prélèvement de la greffe n'est pas fait sous arthroscopie.



Le déroulement de l'intervention.

Une consultation avec votre chirurgien devra être réalisée afin de confirmer le diagnostic et de poser l'indication chirurgicale. Seul un examen clinique précis permettra de décider si une reconstruction du LCA est nécessaire, l'imagerie n'étant qu'une aide pour poser le diagnostic de lésion du LCA et apprécier d'éventuelles lésions associées.

L'intervention chirurgicale peut se réaliser en ambulatoire, avec une arrivée dans le service de chirurgie ambulatoire le matin de l'opération et une sortie le soir.

Une hospitalisation d'une ou plusieurs nuits peut néanmoins être nécessaire en fonction de votre cas et des habitudes de l'équipe chirurgicale qui s'occupe de vous.

Dès votre retour en chambre, une collation vous sera donnée et vous pourrez vous lever avec une infirmière en fonction des consignes de votre chirurgien et de l'anesthésiste. Sauf cas particulier, vous pourrez poser le pied par terre en soulageant l'appui avec deux béquilles.

Vous aurez en sortant :

- une ordonnance de **médicaments** (notamment contre la douleur)
- une ordonnance de **rééducation** à réaliser par un kinésithérapeute
- une ordonnance pour les **soins infirmiers** à réaliser à domicile

Dans les jours qui suivent l'intervention.

Il est important de prendre les médicaments qui vous ont été prescrits, et de réaliser au besoin des exercices d'auto-rééducation.

Il est important de **glacer le genou** et **surélever le membre inférieur** pendant les jours qui suivent l'intervention, de manière à limiter l'hématome et la douleur post opératoires.

L'infirmière devra **surveiller les cicatrices** régulièrement selon les consignes de votre chirurgien.

Par la suite, la **rééducation** sera poursuivie plusieurs mois chez un kinésithérapeute selon un **protocole bien précis**.

L'abandon des béquilles se fait habituellement autour de la troisième semaine, mais parfois plus longtemps selon l'évolution de votre état ; la conduite automobile est autorisée une fois que vous arrivez à marcher sans béquille et sans boiter.

Le premier objectif de la rééducation est de pouvoir **verrouiller le genou en extension** complète, c'est-à-dire genou tendu, grâce à une contraction efficace du quadriceps.

La reprise des activités professionnelles sera fonction du travail et des moyens de locomotion (en général de 1 à 3 mois post-opératoire).

Les risques de complications et les évènements qui peuvent perturber le bon déroulement de votre intervention.

Un acte chirurgical n'est JAMAIS un acte anodin. Quelles que soient les précautions prises, le « risque zéro » n'existe pas. Lorsque vous décidez de vous faire opérer, vous devez en avoir conscience et mettre en balance les risques avec le bénéfice attendu d'une intervention (= balance bénéfique/risque).

Il est impossible d'établir une liste exhaustive des complications potentielles, ni du pourcentage de risque de chacune d'entre elles, car les variations sont fonction de l'affection à traiter, mais aussi susceptibles de différences individuelles.

IL EST DONC INDISPENSABLE D'EN PRENDRE CONNAISSANCE EN CONSIDERANT QUE, MEME PEU FREQUENTES, ELLES PEUVENT VOUS CONCERNER.

Vous devez avoir conscience que vous prenez un risque pour améliorer votre condition de vie. Votre chirurgien est là pour accompagner votre choix, il est à votre disposition pour vous fournir toute l'information nécessaire avant l'intervention, vous assurer qu'il fera tout son possible pour réaliser le geste technique le plus parfait possible et qu'il prendra en charge les suites opératoires en association avec le médecin anesthésiste. Aussi inconfortable que cela puisse être pour vous, il peut, en cas d'événement imprévu, être amené à reporter, interrompre ou modifier votre intervention.

Votre anesthésiste veillera à prendre toutes les précautions pour adapter votre anesthésie et l'encadrement médical de vos suites opératoires à votre état de santé. Il est aussi important que vous compreniez l'importance du respect des consignes qui vous seront données : bilan préopératoire, adaptation de votre traitement, prévention des risques d'infection et de luxation. Le respect de ces consignes est indispensable pour assurer votre sécurité.

Il peut enfin arriver que votre intervention soit reportée ou arrêtée avant sa réalisation (No Go) afin d'assurer au mieux votre sécurité :

- en cas de maladie survenue peu avant votre hospitalisation,
- de modification récente de votre traitement habituel,
- de blessure ou infection à proximité du site opératoire,
- d'oubli ou de non-respect des consignes données par votre chirurgien ou votre anesthésiste,
- en cas de non disponibilité imprévisible du matériel nécessaire à votre intervention.

Les complications les plus fréquentes :

Comme toute chirurgie, il existe un risque d'**hématome** qui se résorbe en règle générale tout seul. Le premier traitement de l'hématome reste la surélévation du membre inférieur et l'application régulière de vessie de glace. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

La **phlébite** peut survenir en dépit d'un traitement anticoagulant. Il s'agit d'un caillot qui se forme dans les veines des jambes, celui-ci pouvant migrer et entraîner une embolie pulmonaire.

Plus rarement...

La cicatrisation des tissus dans le genou peut créer des adhérences qui peuvent limiter les amplitudes du genou et créer une **raideur**.

L'**algodystrophie** est un phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris. Elle est traitée médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois des années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois une prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

Afin de limiter sa survenue, il est important d'opérer si possible un genou le moins douloureux et le plus mobile possible, d'où l'importance du délai accident-chirurgie.

L'infection profonde est une complication très rare. Elle peut nécessiter une nouvelle intervention et la prescription d'un traitement antibiotique prolongé. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection. Certaines pathologies comme le diabète, ou certains traitements diminuant l'immunité (comme les corticoïdes ou les immunosuppresseurs) peuvent favoriser les infections post opératoires. Il est impératif de veiller à l'état cutané du membre opéré, toute plaie ou toute lésion cutanée récente ou chronique pouvant favoriser l'apparition d'une infection post opératoire.

Dans tous les cas, vous devez informer votre chirurgien et l'anesthésiste de toute pathologie ou tout traitement vous concernant, de manière à ce qu'il puisse apprécier votre risque infectieux post opératoire.

La rupture itérative de la greffe du LCA est rare mais possible au décours d'un nouveau traumatisme (autour de 5%). Il est important de respecter les délais donnés par votre chirurgien pour la reprise des activités sportives. Il existe des facteurs favorisants à la récurrence d'instabilité, et notamment des populations à risque comme les sujets très jeunes ou les patients pratiquant des sports à pivot. Certaines lésions associées (ligamentaires, méniscale...) ou certains facteurs anatomiques peuvent également favoriser une nouvelle rupture de la greffe ligamentaire du LCA.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique.

Les résultats à espérer :

La cicatrisation cutanée est obtenue après 2 semaines et la cicatrisation profonde après plusieurs semaines.

Le processus **de « ligamentisation »**, c'est à dire le temps qu'il faut pour que la greffe ligamentaire prenne la solidité et la résistance d'un ligament croisé antérieur, varie de **6 mois à un an** après la chirurgie reconstructrice.

La reprise des activités sportives est possible après un délai de plusieurs mois qui vous sera précisé par votre chirurgien.

Le résultat attendu est un **genou stable, mobile et indolore** avec une reprise des activités sportives.

Un délai de 3 mois est en général attendu pour la reprise des sports dans l'axe, alors que pour la reprise des sports à pivots les délais sont en général autour de 6 à 9 mois post opératoires. Concernant les patients mineurs, les délais de reprise du sport peuvent être parfois plus longs, afin de limiter les risques de récurrence.

Le résultat à espérer sur la douleur et la stabilité dépend aussi des lésions associées (méniscales, cartilagineuses) constatées pendant l'intervention.

En résumé :

La reconstruction du ligament croisé antérieur du genou sous arthroscopie par autogreffe est un geste chirurgical fréquent en chirurgie orthopédique.

La récupération après chirurgie nécessite plusieurs mois de rééducation.

La reprise des sports doit être progressive et réalisée sous contrôle médical en respectant les délais donnés par votre chirurgien ou le médecin rééducateur en charge de votre suivi.