

Livret d'information
pour les patients opérés d'une
ligamentoplastie du genou



Professeur Sébastien LUSTIG

Professeur Elvire SERVIEN

Service de Chirurgie Orthopédique

Centre Hospitalo-Universitaire Lyon Croix Rousse



VOUS AVEZ UNE RUPTURE DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR

VOUS ALLEZ ÊTRE OPÉRÉ D'UNE RECONSTRUCTION

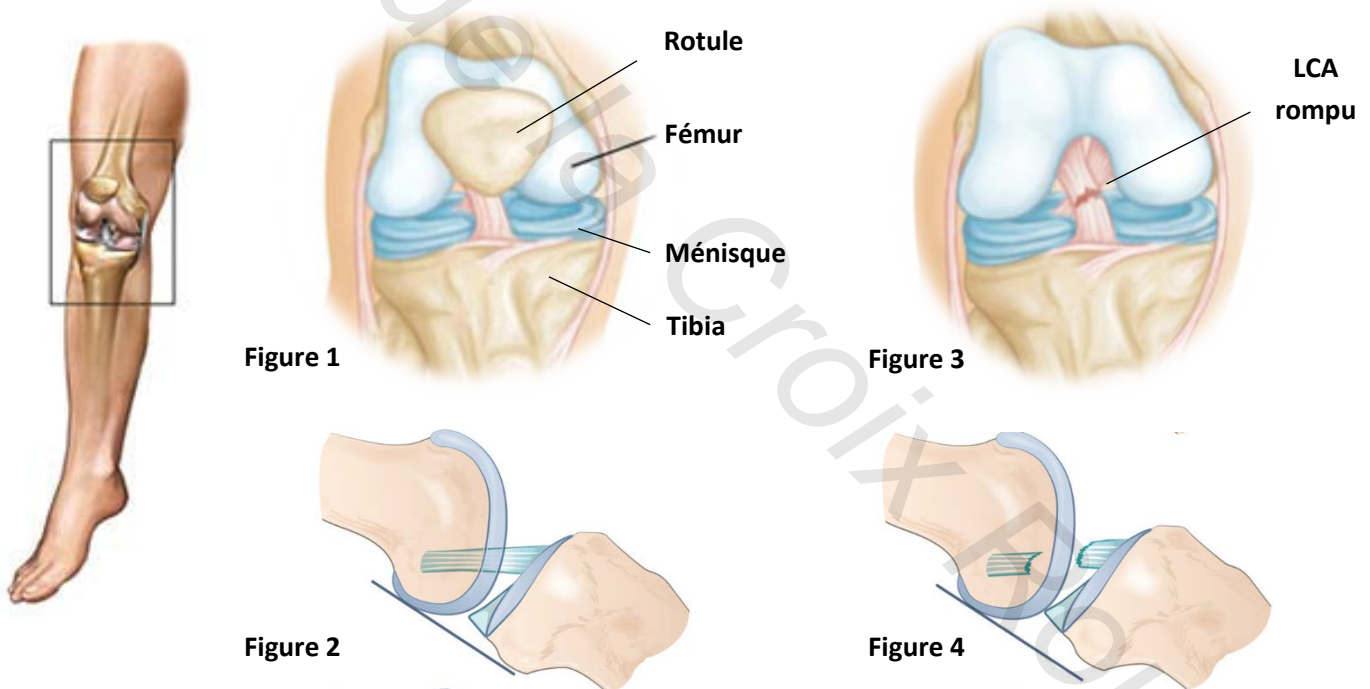
DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR SOUS ARTHROSCOPIE

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. Les ménisques sont des petits coussins en forme de croissants qui améliorent le contact et jouent le rôle d'amortisseurs entre le cartilage du fémur et celui du tibia.

La stabilité du genou est assurée par des ligaments qui sont des sortes de rubans plus ou moins élastiques. Le ligament croisé antérieur, situé à l'intérieur de l'articulation, relie la partie antérieure du tibia à la partie postérieure du fémur. Il empêche le tibia de partir en avant et stabilise le genou lors des mouvements en rotation (Fig 1 et 2).

Ce ligament peut être rompu à la suite d'un traumatisme, occasionnant une instabilité du genou et des sensations de blocage (Fig 3 et 4). Cette instabilité est liée à une mobilité excessive entre le tibia et le fémur. Elle est d'autant plus ressentie lors de la pratique sportive ou lors des mouvements en rotation de la jambe.



Pourquoi une opération ?

La rupture du ligament croisé antérieur ne cicatrise pas spontanément dans une position efficace. Les répercussions sur la stabilité du genou sont variables selon les personnes.

Certaines activités sportives et certains mouvements ne peuvent pas être effectués en l'absence de ligament croisé antérieur efficace. Ces activités provoquent des accidents d'instabilité qui peuvent occasionner des lésions du cartilage, des ménisques et des autres ligaments. Dans ces conditions, l'évolution naturelle se fait vers une dégradation progressive de l'articulation.

Le but de la ligamentoplastie du croisé antérieur est de récupérer un genou parfaitement stable permettant tous types d'activités en évitant les lésions cartilagineuses ou méniscales, et donc la dégradation de l'articulation.

Qu'est-ce qu'une ligamentoplastie du croisé antérieur sous arthroscopie ?

Une ligamentoplastie du croisé antérieur du genou consiste à remplacer le ligament rompu. Ce geste est réalisé sous arthroscopie, c'est-à-dire sans ouvrir l'articulation du genou. L'arthroscopie respecte toutes les structures anatomiques et permet d'accéder à l'articulation sans aggraver les muscles. Cette technique présente donc des avantages prouvés par rapport à la chirurgie traditionnelle comme par exemple une perte sanguine minimisée et une récupération post-opératoire accélérée.

Un arthroscope, c'est-à-dire une petite caméra, est introduit dans l'articulation par une petite incision, pour visualiser la rupture du ligament et faire le bilan des lésions méniscales et cartilagineuses. Plusieurs instruments de petite taille sont introduits pour réaliser le geste chirurgical. Une incision courte est réalisée pour prélever une partie d'un des tendons situé à proximité du genou : le tendon rotulien pour la technique de Kenneth-Jones (Fig 5) ou deux tendons de la cuisse pour celle du DIDT (« Droit-Interne, Demi-Tendineux », ou ischio-jambiers) (Fig 6). Ce morceau de tendon sert à constituer le nouveau ligament qui est placé dans le genou à la place du ligament rompu. Il est fixé dans un tunnel au fémur et dans un autre au tibia par des vis résorbables (Fig 7).

Les conséquences sur le tendon dont on a prélevé une partie sont minimales voire nulles puisque le tendon cicatrise et fonctionne presque aussi bien qu'avant l'intervention. Les lésions des ménisques sont traitées dans le même temps opératoire. Une suture méniscale est réalisée autant que possible pour conserver l'intégrité des ménisques. En cas de lésion non suturable, celle-ci est enlevée.

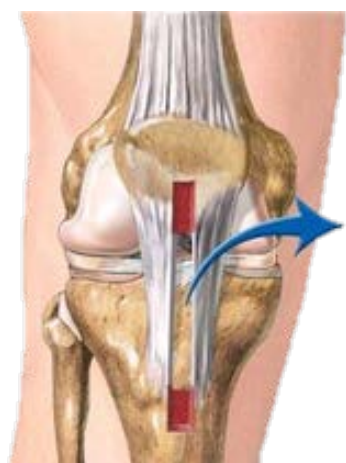


Figure 5

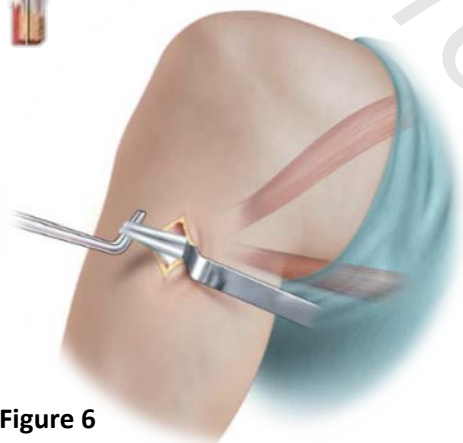


Figure 6

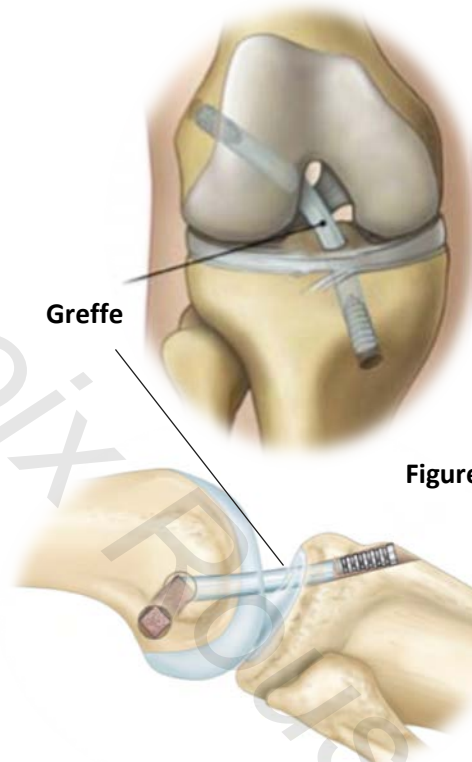


Figure 7

C'est une intervention qui dure en moyenne 1 heure. Elle est habituellement réalisée en ambulatoire, mais peut nécessiter une hospitalisation dans de rares cas.

Cette intervention est réalisée sous rachianesthésie ou sous anesthésie générale. C'est votre anesthésiste qui décide avec vous de la meilleure anesthésie en fonction de votre état de santé.

Après l'opération, un pansement stérile est mis en place pendant 15 jours. Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période post-opératoire. Une attelle sert à protéger votre genou pendant une quinzaine de jours.

La rééducation post-opératoire et la reprise des activités

La rééducation post-opératoire peut être effectuée avec votre kiné ou dans un centre de rééducation. Le but étant de réduire les douleurs initiales, de préserver la souplesse et la mobilité dans un premier temps, puis de récupérer les muscles et les sensations au niveau du genou dans un deuxième temps. Il faut souvent attendre un mois pour reprendre le volant. La reprise du travail survient en général entre le 1^{er} et le 3^{ème} mois et cela en fonction de votre profession. La reprise du travail de bureau peut être envisageable rapidement après l'intervention.

La reprise des sports dans l'axe (natation, vélo, course à pied) se fait au 3^{ème} mois. La reprise de tous les sports à l'entraînement est envisageable à partir du 6^{ème} mois. Il faut souvent attendre encore 1 à 2 mois pour retrouver tous les automatismes et renouer avec la compétition.

Quels sont les risques et les complications ?

En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, notons quelques risques plus spécifiques à cette chirurgie :

Une raideur articulaire peut se développer si la rééducation post-opératoire n'est pas bien prise en charge.

Des réactions inflammatoires exacerbées correspondent parfois à une algodystrophie. Cependant, de nouveaux traitements existent et permettent de gérer plus facilement cette complication rare.

Il est possible que la zone opérée saigne et qu'il se forme un hématome. En fonction de son importance, une évacuation peut être nécessaire.

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 avec éventuellement une reprise chirurgicale.

Des petits caillots de sang solidifié peuvent se former et se coincer dans les veines de la jambe occasionnant une phlébite. Afin de prévenir cette complication, un traitement anticoagulant est prescrit et des bas de contention sont portés pendant 10 jours.

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

Quels sont les résultats attendus de votre opération ?

La disparition des douleurs, des blocages et des sensations d'instabilité est très rapide après l'opération. La récupération complète de la mobilité et de la force musculaire survient en général entre 3 et 6 mois.

L'état des muscles est un élément majeur à considérer avant de pousser le genou à sa limite, en particulier dans le sport. Le ligament remplacé n'est pas meilleur que le ligament d'origine et une nouvelle rupture peut toujours survenir. Il faut donc rester vigilant face aux risques que représentent les sports où le genou pivote comme le tennis ou le football.

Les résultats de cette technique sont néanmoins très encourageants puisqu'on retrouve un genou stable avec une amélioration de la fonction dans plus de 95% des cas. Le risque de dégradation cartilagineuse et méniscale est moins important sur un genou stable.