

Fiche information RAAC ligamentoplastie du LCA

Rappel sur la pathologie

Le ligament croisé forme avec le ligament croisé postérieur le pivot.

Il lie le tibia à la face axiale du condyle externe et joue un rôle important dans le contrôle de la translation antérieure et la rotation du tibia. Il est donc particulièrement sollicité dans les mouvements de torsion et les changements de direction.

Faut-il que je me fasse opérer ?

Première précision importante, il est tout à fait possible de vivre normalement après une rupture du ligament croisé antérieur. L'intervention chirurgicale n'est absolument pas obligatoire et les cas où celle-ci est envisagée répondent aux recommandations de la haute autorité de santé.

3 situations assez claires se distinguent :

- Les patients qui malgré une rééducation bien conduite, et une bonne récupération musculaire rapporte une instabilité (dérobements du genou, manque de confiance en celui –ci). Celle-ci peut être ressentie soit dans la vie quotidienne, soit durant les activités sportives et empêcher leur reprise.
- Les patients présentant de façon conjointe à la lésion du ligament croisé antérieur une lésion sur un ménisque nécessitant un geste. En Effet, la stabilisation du genou est nécessaire afin d'améliorer les chances de cicatrisation en cas de suture du ménisque ou pour limiter le risque d'arthrose (usure du cartilage) en cas d'ablation du ménisque.
- Les patients pratiquant des activités de pivots ou de pivots contact (football, handball, sport de combat, rugby etc..) à fortiori s'ils sont jeunes. En effet, ces activités sportives sollicitant de façon importante le genou, exposent à de nouvelles entorses et donc à une dégradation de l'articulation (lésions sur les ménisques, le cartilage..).

En dehors de ces situations, il est possible de s'orienter plutôt vers un traitement fonctionnel, c'est à dire la rééducation. Vous serez alors réévaluer par votre médecin afin de vérifier que tout se passe bien.

ATTENTION, une absence de traitement chirurgical ne correspond pas à un abandon thérapeutique.

Cela doit permettre de retrouver l'ensemble de ses capacités aussi bien dans la vie quotidienne que dans la vie sportive.

Si cela n'est pas le cas, on considère que la rééducation est un échec. La situation doit être réévaluée et une solution chirurgicale peut être proposée secondairement.

Vous avez été victime d'une entorse du genou responsable d'une rupture du ligament croisé antérieur.

Prise en charge initiale.

L'immobilisation initiale peut être utile. Elle permettra de diminuer la douleur en attendant de voir un médecin.

Il faudra associer un glaçage 5 fois par jour pendant 20 minutes. Cela participera également à diminuer vos douleurs et accélérer le dégonflement du genou.

La plupart du temps la ponction du genou pour évacuer le sang est inutile.

En dehors d'une fracture associée diagnostiquée à la radiographie ou de certaines lésions associées, l'appui est autorisé.

L'immobilisation et l'épanchement intra articulaire gênant le retour veineux, se discute un traitement anti coagulant initial par injection quotidienne afin d'éviter une phlébite.

Votre rendez vous médical.

Il a pour but de confirmer le diagnostic et de rechercher les lésions pouvant être associées (lésion d'un autre ligament, d'un ménisque, anse de sceau etc...).

Le praticien va rechercher une laxité antérieure (test de lachman ou test du tiroir, un ressaut rotatoire) ainsi que d'autres laxités.

Lorsque ce rendez vous est précoce, un examen fiable peut être difficile en raison de l'épanchement et de la douleur. Son but, là encore est de rechercher des lésions associées, de confirmer le diagnostic en évaluant la laxité du genou.

Cet examen physique sera complété par une IRM et éventuellement des clichés dynamiques afin de quantifier la laxité pathologique sur votre articulation

Le chirurgien ou le médecin du sport vous expliquera lors de cette consultation la marche à suivre pour les semaines suivantes.

Quelle organisation ?

Une éventuelle intervention chirurgicale n'est que rarement urgente.

Seule l'existence de lésions associées (lésion d'autres ligament, anse de sceau du ménisque) peut nécessiter une prise en charge rapide.

Si cela n'est pas le cas, il est important de préparer cette intervention par des séances de kinésithérapie.

L'objectif est de récupérer un genou souple, ayant bien dégonflé, indolore avec un bon tonus musculaire.

Vouloir se précipiter est une erreur à ne pas commettre car la récupération post opératoire sur un genou non « préparé » peut être plus difficile.

Cette rééducation pré opératoire n'est jamais du temps perdu.

Elle permet de se familiariser avec les exercices que vous effectuerez après l'intervention et d'éviter d'être perdu après celle-ci.

Au niveau musculaire, plus vous partirez de haut, moins vous descendrez bas !

L'Intervention chirurgicale.

Il s'agit d'une ligamentoplastie. Cela correspond au prélèvement sur votre genou d'un tendon qui va remplacer votre ligament rompu.

L'intervention se déroule sous arthroscopie (on gonfle votre articulation avec de l'eau et on place une caméra à l'intérieur).

Il existe plusieurs techniques chirurgicales qui varient en fonction de la nature du tendon prélevé :

-DIDT (on utilise les ischio jambiers, situés derrière la cuisse)

-Kenneth Jones (KJ) (on utilise le tendon rotulien)

-Mac FL (on utilise le fascia lata, membrane fibreuse située sur la face latérale du genou et de la cuisse)

-Tendon quadricipital

Aucune technique n'est supérieure à une autre. On choisira en fonction de la complexité des lésions et du profil du patient (sportif et professionnel).

Le traitement des lésions associées se fait en même temps que la reconstruction du ligament.

RESULTATS

La ligamentoplastie du ligament croisé antérieur donne dans plus de 90% des cas un résultat satisfaisant avec un taux de retour aux activités sportives de 85%.

RISQUES

Comme pour toute intervention, un risque infectieux existe. Celui-ci est faible mais en cas d'infection, une nouvelle chirurgie est en général nécessaire pour laver et mettre en route une antibiothérapie adaptée. Il existe également un risque d'hématome et de raideur pouvant là encore nécessiter une reprise chirurgicale.

Il existe également un risque de rupture itérative qui varie dans les études scientifiques entre 6 et 15%.

SUITES OPÉRATOIRES ET RÉÉDUCATION

L'hospitalisation peut se faire en ambulatoire (vous rentrez le matin et sortez le soir) ou en hospitalisation (une ou deux nuits après l'intervention) en fonction de votre lieu d'habitation, de votre entourage ou de vos préférences ou de celles du chirurgien.

Après l'intervention, le centre de rééducation n'est pas indispensable. En effet, à ce stade, la greffe n'est absolument pas assez solide pour être sollicitée. L'objectif du premier mois post opératoire est de retrouver un genou fonctionnel pour la vie quotidienne et pas pour le sport.

Les efforts doivent donc se porter de façon prioritaire sur :

- La régression de l'épanchement post opératoire
- La récupération de l'extension et du verrouillage du quadriceps
- La récupération de la flexion.

Les exercices doivent se faire sans douleurs.

Très souvent, celle-ci se fait avec un kinésithérapeute près de chez vous à raison de 2 à 3 séances par semaine. Il est inutile d'y aller tous les jours. Elle débute quelques jours après l'intervention.

En revanche, les kinésithérapeutes de la clinique et votre chirurgien vous montreront les exercices très simples à effectuer tous les jours afin de faciliter la récupération et ce dès votre retour à domicile.

Les béquilles seront conservées les 3 premières semaines afin de laisser l'articulation au repos et vous équilibrer.

Le port d'une attelle peut être utile les premiers jours afin de sécuriser le patient jusqu'au bon verrouillage musculaire (quadriceps).

PREPARATION DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

AVANT L'INTERVENTION :

- **Tous les examens** qui ont été prescrits sont à apporter pour l'intervention notamment
 - l'ensemble du bilan radiologique : radiologies des genoux de face + profil+ schuss + défilés fémoro patellaires, grands axes des membres inférieurs, IRM, etc...
 - bilan pré-opératoire
 - dossier de pré admission
- **Un RDV avec l'anesthésiste** est indispensable avant l'intervention afin de choisir le type d'anesthésie qui sera le plus adapté. C'est vous qui déciderez avec l'anesthésiste du mode d'anesthésie mais dans la grande majorité des cas, l'intervention est menée sous rachis anesthésie et dure aux alentours d'une heure (cela peut varier en fonction des gestes associés à la reconstruction du LCA).

- L'appui complet est autorisé après l'intervention mais sous couvert de béquilles. Il vaut mieux s'exercer avant l'intervention à marcher avec des béquilles et n'oubliez pas de les apporter le jour de votre intervention.

- Un protocole de préparation pré opératoire vous a été remis avec des consignes de dépilation de la jambe opérée, et une douche antiseptique à faire la veille de l'intervention : **pensez à aller chercher le nécessaire à l'avance.**

- Achetez et **apportez avec vous** lors de l'hospitalisation le matériel prescrit pour le post opératoire : bas de contention, cannes anglaises ou béquilles, attelle

APRES L'INTERVENTION :

- Une rééducation sera nécessaire après l'intervention au rythme de 2 à 3 séances par semaine, initialement au domicile puis dès que possible au cabinet du kinésithérapeute. **Pensez à prendre vos RDV à l'avance.**
NB : le transport pour aller chez le kiné n'est pas pris en charge par la sécurité sociale.
Si votre choix s'est porté sur un centre de rééducation, cela doit être organisé par votre chirurgien AVANT l'intervention. Le plus souvent cette prise en charge se fait en hôpital de jour, c'est à dire que vous dormirez chez vous et des taxis conventionnés s'occuperont des trajets pour vous rendre au centre (dans ce cas de figure, ce mode de transport est pris en charge par la sécurité sociale).
- Des soins infirmiers à domicile seront nécessaires après l'intervention :
 - Réfection des pansements 2 à 3 fois / semaine
 - Injection quotidienne d'anticoagulants durant un dizaine de jours
 - **Pensez à prendre vos RDV à l'avance**

HOSPITALISATION :

- En arrivant à la clinique, passez aux admissions
- Vous serez ensuite accueilli par une infirmière dans l'unité de soins où vous serez pris en charge : elle vérifiera que votre dossier médical est complet (radios, bilan biologique, ...), que la dépilation a bien été faite, que l'état cutané ne pose pas de problème particulier, que vous n'avez pas de fièvre ou autres signes d'infection en cours : autant d'éléments qui pourraient conduire à un report de la chirurgie en cas de problème
- Nouvelle douche antiseptique
- Peu avant l'intervention, vous serez prévenu et préparé pour descendre au bloc opératoire. Un brancardier viendra vous chercher avec votre dossier et vous conduira en salle de pré-anesthésie. Un(e) infirmier(e) vous posera une perfusion et l'anesthésiste viendra vous voir.
- Ensuite vous serez conduit en salle d'opération
- Après l'intervention, vous retournerez en salle de réveil le temps de s'assurer que tout va bien (douleurs, nausées, ...) avant de remonter dans votre chambre où vous serez attendu par l'infirmière.

Les douleurs seront prises en charge en fonction de ce que vous ressentez et dès que possible un kiné viendra vous voir pour mobiliser votre genou et vous aider à vous lever afin de marcher avec les béquilles.

AU MOMENT DE LA SORTIE :

Un bon de transport vous sera délivré pour le retour à votre domicile.

Vous aurez le dossier de sortie avec tous les documents nécessaires :

- Rdv avec le chirurgien
- Ordonnance pour les radios de contrôle
- Ordonnance pour la rééducation
- Ordonnance pour les soins infirmiers
- Ordonnance pour les médicaments, pansements
- Arrêt de travail
- Coordonnées de l'établissement en cas de problème

A LA MAISON :

Après l'intervention, un hématome est fréquent au niveau du site opératoire est également à l'arrière du genou. Cet hématome a tendance à descendre dans le mollet et le pied, entraînant un gonflement du mollet.

Les bas de contention (à mettre le matin et à retirer le soir) sont là pour lutter contre ce phénomène. Ils sont à porter 3 semaines minimum.

Le genou est également plus chaud que l'autre durant plusieurs semaines.

Les douleurs diminuent progressivement dans les jours qui suivent. Il peut parfois y avoir une journée plus douloureuse sans que soit anormal, mais si vous ressentez des douleurs de plus en plus intenses jours après jour non gérables avec les médicaments prescrits : contactez l'établissement.

Si vous avez de la fièvre, une rougeur ou un écoulement au niveau de la cicatrice : contactez l'établissement

RDV DE CONTROLE :

Lors des différents RDV, votre chirurgien s'assurera que les choses évoluent favorablement et vous donnera les consignes à suivre en fonction de l'évolution.

Questions fréquentes

Après l'intervention, la conduite automobile est interdite durant 1 mois pour des questions d'assurance.

La durée d'arrêt de travail varie en fonction des activités sportives et du temps de trajet. Elle est généralement comprise entre 1 et 3 mois.

Les injections d'anti coagulant sont quotidiennes, effectuées par une infirmière qui viendra chez vous.

Le glaçage après l'intervention est très important, à raison de 5 à 6 fois par jour pendant 20 minutes (les petits pois surgelés fonctionnent très bien !).

Les plaies ne doivent pas être mouillées jusqu'à cicatrisation. Pour prendre une douche, vous pouvez utiliser du film alimentaire qui peut rendre les pansements étanches. Une infirmière viendra réaliser les pansements à votre domicile tous les 2 à 3 jours.

Il peut exister pendant plusieurs semaines une zone insensible sur la face antérieure du genou en raison de la section durant l'intervention de petits nerfs cutanés. Cela récupère le plus habituellement.