

Fiche RAAC

La Plastie du LCA après entorse du genou

Vous avez été victime d'une **entorse du genou** et non pas d'une rupture seule du LCA (ligament croisé antérieur)!

En effet le LCA a lui seul n'assure pas toute la stabilité du genou !

Dans le cas de ce traumatisme, il existe en fait de multiples atteintes possibles de l'articulation du genou :

- le LCA,
- les ménisques
- le LLI (ligament latéral interne ou collatéral médial)
- Le cartilage du genou
- Le ligament antéro latéral (stabilité en rotation du genou)

Nous ne parlerons pas ici d'entorse avec rupture du LCP (ligament croisé postérieur) ou d'atteintes plus graves multi ligamentaire

Certaines associations lésionnelles peuvent favoriser les instabilités du genou, le LCA protégeant les ménisques et vis et versa.

Cette atteinte « globale » du genou est facile à comprendre, imaginez votre voiture heurtant un mur... Il est rare de n'avoir que le clignotant avant droit d'abimé !

Que faire après cet épisode traumatique?

Le risque principal est la récurrence d'une **instabilité** (généralement ressentie lors de l'entorse) à la maison comme sur un terrain de sport (si vous n'aviez pas été averti du risque de récurrence après votre première entorse !...).

Vous pouvez ressentir un « déboitement ». Il est à l'origine des lésions méniscales qui sont absolument à éviter (nous expliquerons pourquoi plus loin)

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

En dehors d'une fracture associée diagnostiquée à la radiographie ou de certaines lésions associées, l'appui est autorisé. La marche avec 2 cannes béquilles peut être utile.

La consultation « d'après » avec le spécialiste

Elle a pour but de confirmer le diagnostic et de rechercher les lésions pouvant être associées.

- le LCA,
- les ménisques
- le LLI (ligament latéral interne ou collatéral médial)
- Le cartilage du genou
- Le ligament antéro latéral ou LAL (stabilité en rotation du genou)

Cet examen clinique sera complété **par une IRM** et éventuellement **des clichés radiologiques** dynamiques (+/- par laximétrie par télos ou GnRB) afin de quantifier la laxité pathologique sur votre articulation.

-L'examen clinique sera toujours effectué **avant** de regarder vos images d'IRM, il détermine 2 types de Laxité :

- Le « **tiroir** » **antérieur** par la manœuvre de Lachman
- L'instabilité rotatoire par le **test du ressaut**

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

Existe t il des ruptures partielles du LCA ?

Le problème n'est pas vraiment le LCA isolément mais le genou dans sa globalité, de plus, l'entorse lorsque elle entraîne une lésion du LCA entraîne systématiquement sa rupture qui est **TOTALE** mais possiblement **CICATRICIELLE (une partie se « recolle »)**. Il n'existe pas de forme partielle à proprement dit.

Quelle rééducation après cette entorse?

L'objectif est de récupérer un genou souple, ayant bien dégonflé, indolore avec un bon tonus musculaire. Il est important de préparer **une éventuelle intervention** par des séances de kinésithérapie.

Elle permet de se familiariser avec les exercices que vous effectuerez après une éventuelle intervention.

Quand et que doit on réparer en cas d'entorse avec rupture du LCA ? Quel traitement après cette entorse ?

L'enjeu se situe sur la STABILITE de votre genou et votre RESSENTI.

Laisser le genou être instable peut conduire à des phénomènes d'usures du cartilage (arthrose) rapidement. (Bibliographie, SYMPOSIUM 2014 de la société française d'orthopédie).

Donc après votre première entorse 2 situations se dégagent :

- Soit il n'y a pas de récurrence d'instabilité et que la stabilité du genou est acceptable, il est possible de s'orienter plutôt vers un traitement fonctionnel. Vous serez alors réévaluer par votre médecin afin de vérifier que tout se passe bien. Mais vous devez garder à l'esprit que le genou a été traumatisé et que la **récurrence d'instabilité peut survenir des mois après**.

Ce traitement doit pouvoir vous convenir pour permettre de retrouver l'ensemble de ses capacités aussi bien dans la vie quotidienne que dans la vie sportive.

-Soit ce n'est pas le cas et si il existe **des récurrences de dérobements (instabilités récurrentes)** ou des sensations qui empêchent la reprise d'une vie sereine ou sportive souhaitée, on considère que **la réparation ligamentaire** (et méniscale) est indispensable.

On considère qu'une seule récurrence peut être une indication à une réparation chirurgicale. Une solution chirurgicale peut être proposée dans ces cas.

La technique chirurgicale.

Le but de ce traitement est de **reconstituer** le LCA avec/ ou pas **le ligament antéro latéral** et le traitement d'éventuelles **lésions méniscales**.

En effet le LCA a lui seul n'assure pas toute la stabilité du genou

Le LCA est remplacé par une greffe provenant d'une partie de vos tendons des ischiojambiers (Droit interne ou gracilis et semitendineux).

Le ligament antéro-latéral (LAL) est remplacé par une greffe provenant d'une partie de votre tendon du Fascia-Lata, **intervention nécessaire si l'instabilité rotatoire est majeure++**

C'est ce que on appelle une **Ligamentoplastie** :

- **Pour le LCA → La plastie par DIDT**
- **Pour le LAL → La plastie de Lemaire**

La plastie du LCA se fait sous arthroscopie, le LAL (si il doit être réparé) est faite par ouverture classique.

Le début de l'opération commence par une **arthroscopie** (Camera dans le genou) pour faire le bilan des ménisques et du ligament croisé antérieur.

Opération en ambulatoire, à lire : « **PREPARATION DE VOTRE INTERVENTION CHIRURGICALE** »

L'opération se déroule en ambulatoire, vous entrez le matin et ressortez le soir. Vous ne pouvez pas rentrer seule en transport et vous ne pouvez pas dormir seul le soir de l'intervention.

Il est évident qu'il faut proscrire les déplacements en train ou en avion dans les jours qui suivent...