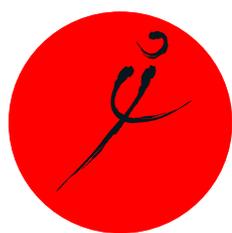




Fiche d'information patient

VOUS ALLEZ ÊTRE OPÉRÉ D'UNE LIGAMENTOPLASTIE DU GENOU



Docteur Philippe Paillard

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE • TRAUMATOLOGIE DU SPORT

www.chirurgie-orthopedique-paris.com

VOUS AVEZ UNE RUPTURE DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR

VOUS ALLEZ ÊTRE OPÉRÉ

D'UNE LIGAMENTOPLASTIE DU CROISÉ ANTERIEUR SOUS ARTHROSCOPIE

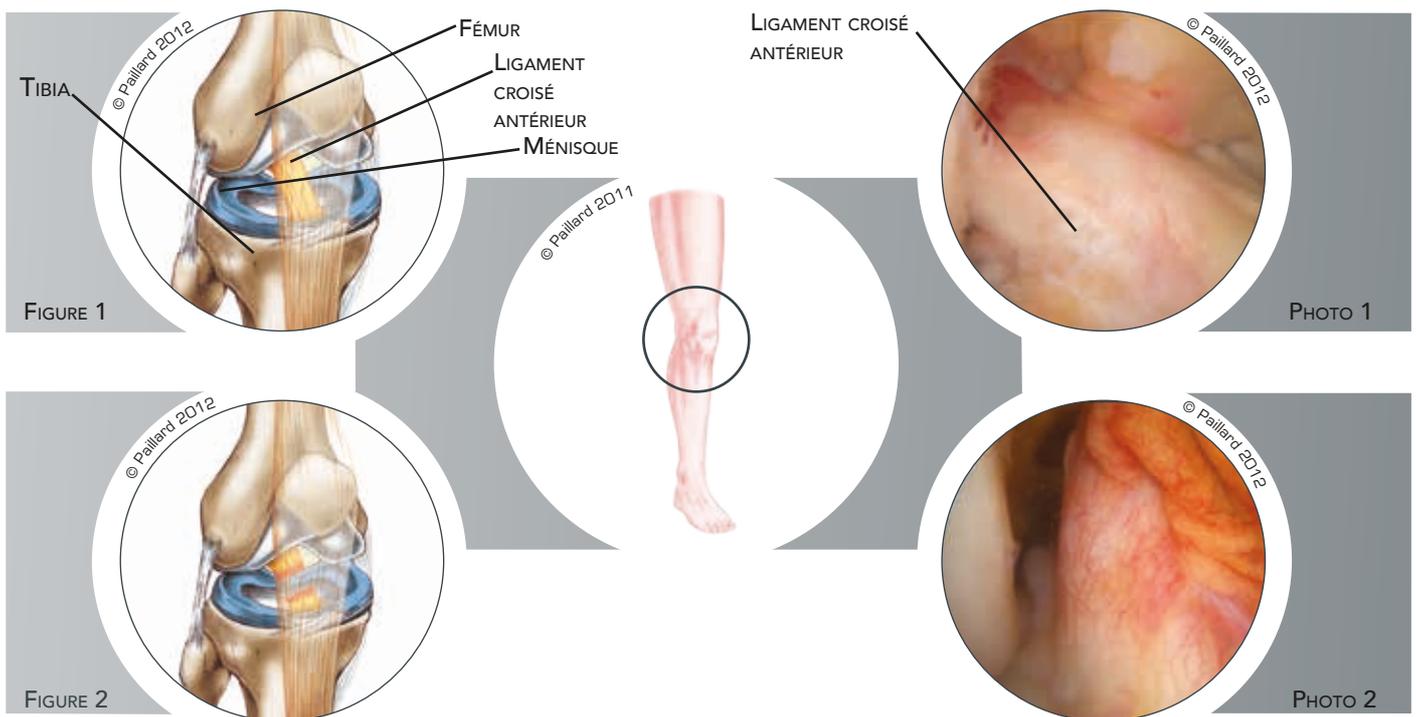
QU'EST CE QU'UNE RUPTURE DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR ?

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 de 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. (figure 1, photo 1)

Ce ligament peut être rompu à la suite d'un traumatisme, occasionnant une instabilité du genou et des sensations de blocage (figure 2, photo 2). Cette instabilité 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.

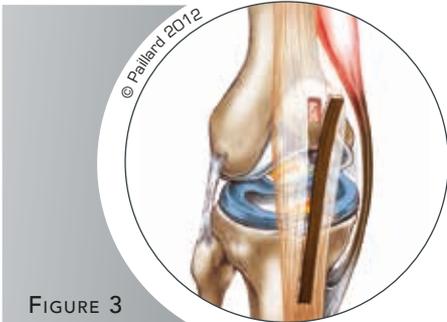


FIGURE 3

Un arthroscope, c'est-à-dire une petite caméra, est introduit dans l'articulation pour visualiser la rupture du ligament et faire le bilan des lésions méniscales et cartilagineuses.

Plusieurs instruments de petite taille sont introduits par la suite pour réaliser le geste chirurgical.

Une incision courte est réalisée pour prélever une partie d'un des tendons situés à proximité du genou : le tendon rotulien pour la technique de Kenneth-Jones ou deux tendons de la cuisse pour celle du DIDT (figure 3). 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 (figure 4 et 5, photo 3).

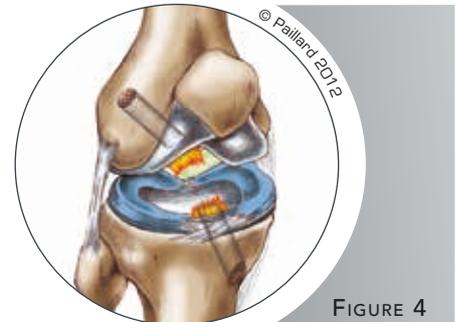


FIGURE 4

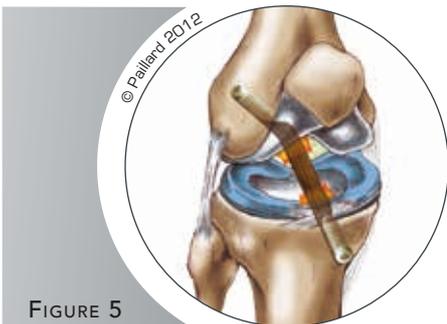


FIGURE 5

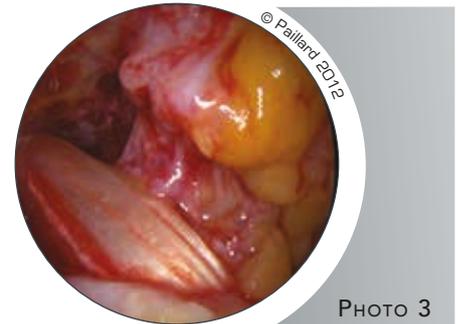


PHOTO 3

Les conséquences sur le tendon dont on a enlevé 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 pour conserver autant que possible l'intégrité des ménisques. En cas de lésion non suturable, celle-ci est enlevée.

C'est une intervention qui dure en moyenne 1 heure. Elle ne nécessite qu'une journée d'hospitalisation ambulatoire : l'entrée et la sortie se font le jour même de l'intervention.

Cette intervention est réalisée sous anesthésie locorégionale ou sous anesthésie générale. C'est l'anesthésiste qui décide avec le patient de la meilleure anesthésie en fonction de l'état de santé.

Après l'opération, un pansement stérile est mis en place pendant 10 jours. Le traitement de la douleur sera mis en place, surveillé et adapté de manière très rapprochée dans la période postopératoire. Une attelle sert à immobiliser et à protéger le genou.

LA RÉÉDUCATION POST-OPÉRATOIRE ET LA REPRISE DES ACTIVITÉS

La rééducation post-opératoire est effectuée dès le lendemain de l'intervention avec le 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.

L'attelle, également vouée au glaçage, est gardée 1 semaine jour et nuit, puis 1 semaine de plus uniquement la journée et après 2 semaines que pour le glaçage. L'attelle cryogène, utilisée pour le blocage du genou, permettra également d'effectuer un glaçage régulier et efficace. Les cannes sont utilisées pendant 2 à 3 semaines. A partir de 3 semaines, la marche s'effectue normalement sans plus aucun support.

Il faut souvent attendre un mois pour reprendre le volant. Cependant, la conduite d'une voiture automatique pourra être reprise plus rapidement si l'intervention a lieu sur le genou gauche.

La reprise du travail peut se faire très rapidement, seulement quelques jours après l'intervention pour un travail de bureau par exemple et peut atteindre jusqu'à 3 mois en fonction de l'activité professionnelle.

La reprise des sports sera progressive :

- à 3 semaines pour la natation et le vélo dans l'axe
- à 3 mois pour la course à pied
- à 5 mois : tous les sports à l'entraînement

QUELS SONT LES RISQUES ET LES COMPLICATIONS ?

En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, 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 solidifiés peuvent se former et se coincer dans les veines des jambes occasionnant une phlébite et nécessitant un traitement anti-coagulant pendant plusieurs semaines.

Les risques énumérés ne constituent pas une liste exhaustive. Le chirurgien donnera toute explication complémentaire et se tiendra à disposition pour évoquer chaque cas particulier avec les avantages, les inconvénients et les risques de l'intervention.

QUELS SONT LES RÉSULTATS ATTENDUS DE L'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 90% des cas. Le risque de dégradation cartilagineuse et méniscale est moins important sur un genou stable.





Docteur Philippe Paillard

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE • TRAUMATOLOGIE DU SPORT

CHIRURGIE DE LA HANCHE, DU GENOU, DE L'ÉPAULE,
DU COUDE ET DE LA CHEVILLE

ARTHROSCOPIE, PROTHÈSES ARTICULAIRES, CHIRURGIE DU SPORT

DOCTEUR PHILIPPE PAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique de la Pitié-Salpêtrière - Paris

Ancien Fellow de la Mayo Clinic - Rochester, USA

Ancien Fellow du Good Samaritan Hospital - Los Angeles, USA

Ancien Fellow du Inselspital - Bern, Suisse

Membre de la Société Française d'Arthroscopie

Membre de l'American Academy of Orthopaedic Surgeons

Vous pouvez visualiser l'intervention en 3D sur
www.chirurgie-orthopedique-paris.com



C A B I N E T D U T R O C A D É R O

☎ +33 (0)1 777 12 555

☎ +33 (0)1 777 12 557

☎ +33 (0)1 40 50 75 75

☎ +33 (0)6 26 530 530

☎ +33 (0)1 777 12 556

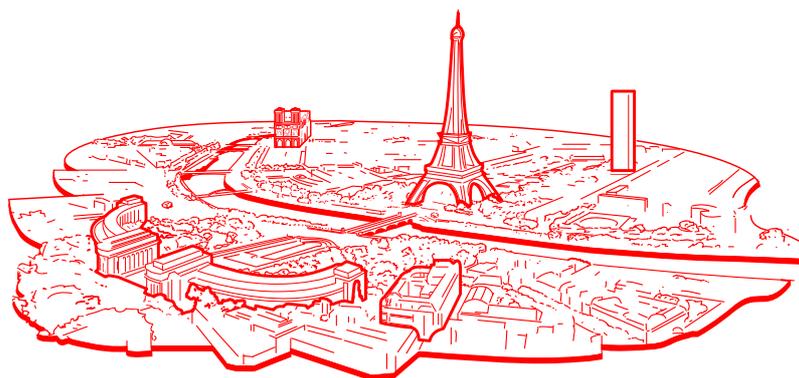
✉ secretariat@drpaillard.com

📍 9 rue Le Tasse
75116 Paris

🚇 M Trocadéro (6,9), Passy (6)

🚏 B Trocadéro (30,32,22)

🅑 P Georges Mandel, Moderne Garage



@Dr Paillard



Dr Paillard - Chirurgie Orthopedique Paris