

Rupture du ligament croisé antérieur

Brochure d'information médicale



Rupture du LCA

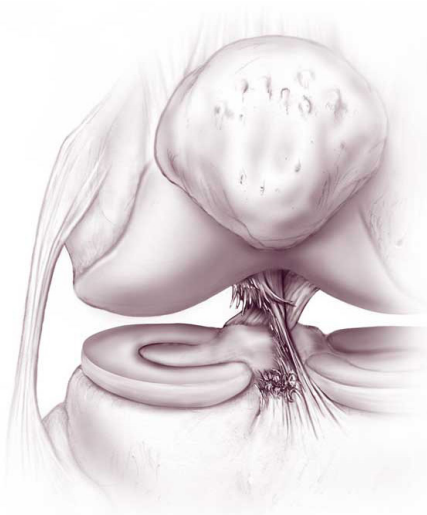
INTRODUCTION – ÉPIDÉMIOLOGIE

La déchirure du ligament croisé antérieur (LCA) est une lésion fréquente, en pratique sportive. On compte aujourd'hui plus de 3'000 cas par an en Suisse (plus de 200'000 aux USA) et ce nombre ne cesse de croître chaque année. L'incidence est plus élevée chez la femme. Cette lésion survient fréquemment lors d'un changement brusque de direction à la course ou à la réception d'un saut. Les sports les plus concernés sont les sports de balle et le ski.

Chaque cas mérite une évaluation personnalisée, un bilan clinique complet et IRM pour déterminer le choix du traitement qui n'est pas toujours chirurgical.

ANATOMIE

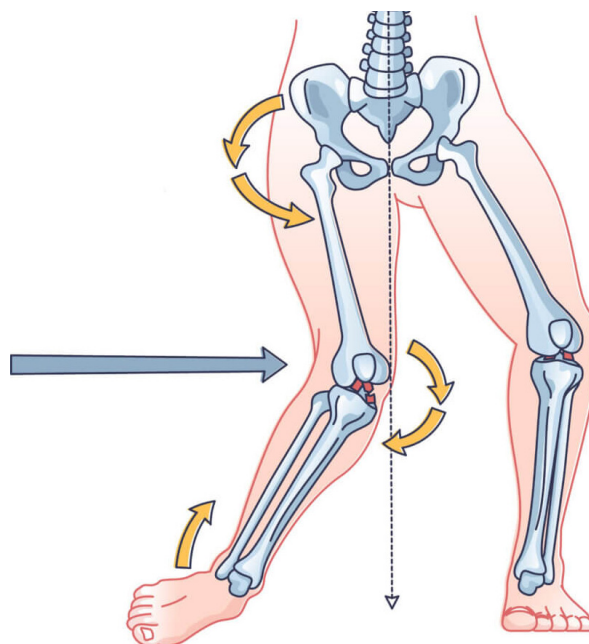
Les ligaments croisés constituent le «pivot central» du genou qui contrôle le centrage de l'articulation dans le mouvement. Les ligaments latéraux et les ménisques contribuent à la stabilisation du genou. Ces structures peuvent aussi être lésées en cas de déchirure du LCA et doivent être réparées pour restaurer la pleine fonction du genou.



LES FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risques sont multiples et parfois peu connus comme l'Hallux Limitus Fonctionnel (www.fhl.science) qui, par une bascule brutale du pied en pronation lors d'un changement de direction, fait pivoter le tibia en rotation interne et expose le LCA à la rupture. L'activité exercée joue également un rôle important, comme les sports de balle où le LCA est plus exposé. À ski, le pied et la cheville sont immobilisés et le genou doit assumer un surplus de contraintes qui se reportent sur le LCA.

Le manque de condition physique, la fatigue musculaire, l'absence d'équilibre sont également des facteurs de risque qui exposent le genou ou la cheville à des entorses. Un mouvement imprévisible en fin de partie ou en fin de journée peut provoquer une perte de contrôle du genou et aboutir à une lésion du LCA.



MÉCANISME DE LA LÉSION

75% des entorses surviennent lors de traumatismes sans contact. La lésion survient principalement lors d'un changement brusque de direction ou d'une réception de saut en déséquilibre. Le pronostic est différent selon qu'il s'agit d'un traumatisme à faible ou haute vitesse (plus fréquent). L'entorse survient lors d'une décélération brutale associée à un changement de direction qui déséquilibre le genou et provoque une dislocation du tibia en avant du fémur qui déchire le LCA. Ce mouvement brutal est dû à une bascule du pied en pronation qui entraîne le genou dans une spirale infernale en valgus-rotation tibiale interne, le «medial collapse» du genou. D'autres mécanismes existent, notamment les chocs directs, mais ils sont beaucoup moins fréquents. Les lésions associées, surtout méniscales, sont présentes une fois sur deux et sont traitées simultanément en cas d'intervention.

Diagnostic

SYMPTÔMES

La présence d'un épanchement important, un craquement au moment de l'accident ou un sentiment d'instabilité avec déboîtement de l'articulation doivent faire suspecter une déchirure du LCA. Les autres symptômes sont: l'obligation d'interrompre l'activité en raison des douleurs, l'impossibilité de plier ou d'étendre complètement le genou, une appréhension d'instabilité à la marche. Dans les heures qui suivent l'accident, une enflure du genou apparaît fréquemment, en raison d'un saignement à l'intérieur de l'articulation.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

L'examen clinique suffit dans la presque totalité des cas à poser le diagnostic d'une lésion du LCA. Cet examen est rendu parfois difficile en urgence en raison de la douleur et de la crispation de la musculature autour du genou. La présence de sang dans l'articulation après une entorse du genou est synonyme de déchirure du ligament croisé antérieur dans plus de 70% des cas.

Des tests spécifiques fiables peuvent confirmer la rupture du LCA. Deux manœuvres cliniques sont spécifiques: le tiroir antérieur à 20° de flexion appelé Lachman test, la manœuvre du ressaut tibial en avant du fémur appelée pivot shift ou Losee test.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE ET IRM

Les radiographies du genou sont le plus souvent normales et il faut recourir à l'IRM pour voir la lésion du LCA. Cet examen permet aussi le diagnostic des lésions méniscales, ligamentaires ou cartilagineuses associées. Les lésions méniscales sont présentes dans plus de la moitié des cas de déchirures du ligament croisé antérieur.

CONTEXTE MÉDICO-SPORTIF

L'évaluation des capacités fonctionnelles individuelles est essentielle pour orienter la prise en charge. Elle comprend un questionnaire type, un bilan de mobilité et de stabilité, l'évaluation de l'état de santé et des sports pratiqués. Cette évaluation permet d'adapter le traitement aux besoins spécifiques de chaque patient et de définir des objectifs de récupération réalistes en fonction des attentes et des capacités.



Préparation à la chirurgie

POURQUOI FAUT-IL OPÉRER?

Le LCA est un élément-clé de la stabilité rotatoire du genou. En cas de lésion, un sentiment d'insécurité peut être ressenti comme une impression de déboîtement dans certains mouvements ou une appréhension à la marche (terrain inégal, descente des escaliers). Il faut alors reconstruire le ligament croisé antérieur pour lever cette instabilité et retrouver confiance dans son genou. Le type d'activités que le patient souhaite pouvoir poursuivre après sa déchirure ligamentaire doit aussi être pris en compte.

En cas de lésions méniscales associées, la reconstruction du LCA est nécessaire pour assurer la cicatrisation de ces structures après réparation. La chirurgie des ménisques est une chirurgie de préservation et non plus de résection et doit être pratiquée assez vite après l'accident pour donner de bons résultats.

POINT CLÉ:

La chirurgie intervient généralement dans les semaines qui suivent le traumatisme une fois que le genou est de nouveau sous contrôle, que le patient a récupéré sa mobilité et que la marche est possible sans boiterie.

INFLAMMATION ET DOULEURS DU GENOU

Les douleurs sont le plus souvent soulagées par la prise de médicaments, mais si le genou est très enflé les douleurs peuvent être insupportables. Il faut alors ponctionner le genou pour évacuer l'épanchement sous tension et le soulagement est immédiat.

Plus que la lésion du LCA, ce sont souvent les lésions associées qui sont douloureuses. La déchirure du plan ligamentaire interne notamment peut retarder de plusieurs semaines la reconstruction du LCA car la douleur peut entraver la rééducation. Il ne faut donc pas se précipiter et attendre que le genou ait récupéré.

La marche avec des cannes anglaises est une chose importante car elle permet d'une part de soulager les douleurs et d'autre part de remarcher sans boiterie. Une attelle de genou peut parfois être prescrite en cas de lésions périphériques mais son inconvénient est de perturber la récupération du contrôle musculaire du genou.

CONTRÔLE ACTIF DU GENOU

Avant une opération du genou, il est impératif d'avoir récupéré une démarche normale et contrôlée par la musculature même s'il persiste un petit déficit d'extension. L'opération consiste à reconstruire le ligament et non à le réparer. Dès lors, comme il s'agit d'un geste électif, il ne faut pas précipiter les choses sauf si des lésions graves méniscales ou osseuses l'exigent.

Le patient ne doit pas être livré à lui-même et une physiothérapie est rapidement instituée dans le but de garder le contrôle du genou et la force musculaire. Le programme comprend un traitement local par massage drainant, la rééducation à la marche ainsi que des exercices de stabilisation active du genou et de renforcement musculaire.



Traitement par électrostimulation

Une attention particulière est donnée à la musculature et notamment l'inhibition motrice du muscle quadriceps. Cette variable a récemment trouvé une place majeure dans la décision opératoire. Si vous présentez une inhibition motrice, nous pouvons vous proposer un traitement spécial notamment par électrostimulation.

La qualité de votre préparation et la motivation sont les meilleurs atouts pour une rééducation facilitée et un retour dans les meilleurs délais à vos activités.

Opération

RECONSTRUCTION DU LIGAMENT

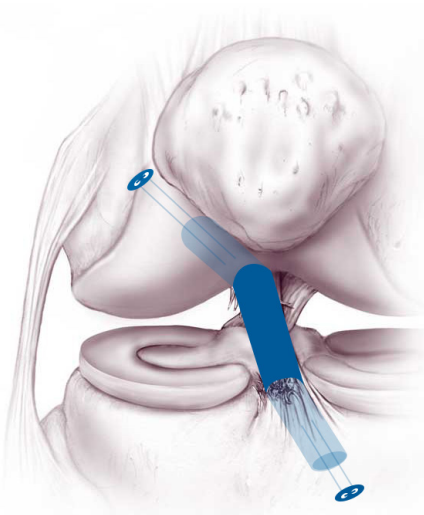
La réparation d'un ligament croisé par suture ou refixation osseuse n'est malheureusement possible que dans un très faible pourcentage de cas. Le plus souvent la lésion siège en plein cœur du ligament et une suture simple ne suffit pas à garantir la stabilité du genou. Une reconstruction ligamentaire est dès lors nécessaire et plusieurs techniques existent avec des greffons et des modes de fixation différents, propres à chaque chirurgien.

Le principe de la plastie chirurgicale du LCA consiste à reconstruire le ligament croisé antérieur par un greffon tendineux (auto ou allogreffe) qui reproduit fidèlement la tension et la position naturelle du ligament croisé antérieur. L'opération est réalisée sous contrôle arthroscopique pour permettre le placement adéquat du néo-ligament.

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale (rachi-anesthésie) avec une antalgie post-opératoire combinée (bloc nerveux et médicaments).

TRAITEMENT DES LÉSIONS MÉNISCALES

Les ménisques sont essentiels pour la stabilité de l'articulation et la répartition des charges à la marche. Ils sont donc réparés en cas de déchirure et le pronostic de cicatrisation est favorable en cas de reconstruction simultanée du LCA.



Reconstruction du ligament par plastie tendineuse



GESTES COMPLÉMENTAIRES

Certains gestes associés peuvent être ajoutés comme une plastie extra-articulaire complémentaire, une ostéotomie de réalignement ou une correction à distance d'une dysfonction (Hallux Limitus Fonctionnel par exemple). Chaque situation doit être évaluée de manière personnalisée pour améliorer le pronostic.

VISITE CHEZ LE MÉDECIN ANESTHÉSISTE

Avant votre intervention, vous rencontrerez l'un de nos médecins anesthésistes.

Lors de cette consultation, il vous posera des questions sur votre état de santé et réalisera un examen clinique. Vous pourrez également discuter avec lui du type d'anesthésie recommandé et des mesures mises en place pour vous assurer le meilleur confort possible après l'opération.

Plusieurs solutions existent, toutes efficaces et adaptées à votre situation.

Réhabilitation et risques

PRINCIPES DE RÉHABILITATION

La réhabilitation après une plastie du ligament croisé antérieur tient compte des principes biologiques de cicatrisation du transplant tendineux et de la guérison des lésions associées. La rééducation à la marche débute le jour même de l'opération, d'abord en appui partiel puis graduellement en charge complète. La marge de progression de chacun est personnelle et doit être respectée dans la mesure du possible.

PREMIERS JOURS APRÈS L'OPÉRATION

Glace, drainage, réveil musculaire et rééducation à la marche sont au programme. Chacun progresse à son rythme en fonction de ses possibilités et du traitement entrepris. Une fois la marche maîtrisée dans les escaliers, l'autonomie retrouvée et les douleurs contrôlées un retour à domicile est envisagé.

RETOUR À DOMICILE

À votre retour, vous serez en mesure de poursuivre les exercices montrés et pratiqués lors de votre séjour en clinique et vous irez marcher deux fois par jour au moins 20 minutes en extérieur. Vous aurez à disposition une médication anti-inflammatoire, anti-douleur et anti-thrombotique, une ordonnance de physiothérapie (les séances devant être prises au rythme de deux à trois fois par semaine) et un rendez-vous chez votre chirurgien pour réfection du pansement, ablation des fils et contrôle clinique ainsi que le programme détaillé de votre réhabilitation.

À domicile, les exercices doivent être pratiqués au minimum deux fois par jour dans le cadre d'une séance qui dure approximativement une heure et dans laquelle tous les exercices sont groupés. L'intensité des exercices doit être adaptée à l'enflure du genou et aux douleurs. Il est impératif de marcher en évitant de boiter en utilisant les cannes à cet effet.

LES ÉTAPES DE VOTRE PROGRAMME

Le programme détaillé des exercices à faire et des tests visant à assurer la reprise de vos activités dans les meilleures conditions vous sera transmis de semaine en semaine durant votre parcours de rééducation. Des exercices vous parviendront par mail pour vous permettre de vous entraîner quotidiennement et toute suggestion ou remarque de votre part est bienvenue.

INFECTION

L'infection est toujours une complication redoutable en chirurgie orthopédique mais heureusement très rare (inférieure à 0.5%). Des mesures particulières sont prises pour limiter au maximum ces risques: l'antibiothérapie systématique pré et postopératoire immédiate, des salles d'opérations munies d'un flux laminaire à haut débit, une équipe chirurgicale entraînée et routinière de l'orthopédie, une préparation optimale de la peau et une évaluation soigneuse de votre état de santé. En cas de fièvre ou de rougeurs locales apparaissant au décours de votre intervention une fois que vous serez rentré à domicile, vous devez appeler votre chirurgien sans délai.

THROMBOSE VEINEUSE ET EMBOLIE PULMONAIRE

La thrombose veineuse est caractérisée par l'occlusion d'une veine par un caillot (thrombus) qui va empêcher le retour du sang par le cœur. Si le caillot migre, il peut obstruer à son tour les vaisseaux pulmonaires, synonyme d'embolie pulmonaire. Pour minimiser ces risques, le garrot n'est pas utilisé durant votre intervention, une prévention par injections sous-cutanées d'héparine à bas poids moléculaire est utilisée et la rééducation à la marche intervient le plus tôt possible. Une prophylaxie anti-thromboembolique sera prescrite pendant cinq à dix jours à dater de votre intervention. Si vous présentez des douleurs au mollet ou un aspect tendu de celui-ci durant la phase postopératoire à domicile, vous devez appeler votre chirurgien sans délai.

LÉSIONS NERVEUSES

Il est possible en postopératoire que vous constatiez une diminution de la sensibilité sur la partie supérieure du tibia (proximal) en relation avec un étirement d'une branche nerveuse superficielle. L'incision est en effet pratiquée au voisinage d'une branche sensitive qui peut être étirée au moment de l'intervention. Habituellement, la sensibilité revient après plusieurs semaines. Plus rarement, un névrome peut être source de douleurs persistantes.

LIMITATION FONCTIONNELLE

Le genou peut garder une certaine raideur après l'opération et ne pas récupérer toute son amplitude articulaire. Cela peut être dû à une sidération musculaire, à l'apparition de tissu cicatriciel ou à des adhérences dans le genou. Le traitement doit être préventif et est aujourd'hui bien codifié.

Spécificités Medicol

RÉÉDUCATION ACTIVE

Le programme de rééducation spécifique à Medicol a pour but de vous informer et de vous donner les moyens de participer avec l'équipe soignante au succès de votre intervention. Ce programme repose sur un accompagnement rapproché durant la phase qui précède votre hospitalisation, pendant votre séjour à la clinique et à votre retour à domicile.

Le but essentiel de ce programme est que vous vous sentiez en confiance durant le parcours de réhabilitation et que les étapes fixées pour votre progression paraissent accessibles en toute sécurité. Trouvez votre allure de croisière et progressez à votre rythme et sans douleurs avec l'aide de votre thérapeute.

VOTRE PARCOURS

Après la consultation du chirurgien au cours de laquelle l'opération est agendée, une consultation par un médecin-assistant est prévue pour discuter des informations reçues, vérifier que tout est bien compris et organisé. Vous pourrez alors poser toutes les questions encore en attente de réponse. Lors de cet entretien, un questionnaire est consigné dans votre dossier avec les données spécifiques de l'examen clinique. Le recueil de ces données a pour but d'évaluer vos attentes et de les corréler avec vos capacités pour assurer une prise en charge optimisée et personnalisée.

RETOUR AU SPORT

La reprise du sport s'effectue par palier en fin et en cours de réhabilitation. Au préalable, il faut reprendre le contrôle du genou dans des activités de plus en plus sollicitantes et retrouver une bonne force musculaire. Durant votre parcours en physiothérapie, plusieurs tests de passage seront effectués pour constater vos progrès et vous faire progresser à votre rythme.

Les activités dans lesquelles vous vous sentez à l'aise sont privilégiées. Le but essentiel est de récupérer une démarche harmonieuse, équilibrée et sans boiterie. Gardez les cannes suffisamment longtemps pour arriver à marcher sans boiter au moment où vous les abandonnerez. Lâcher les cannes n'est pas un défi, ce sont vos amies qui vous aident à retrouver vos marques et à marcher juste.

La reprise sportive s'effectue par étapes: elle débute par la reprise du vélo, du ski de fond et du nordic walking après six semaines. Deux mois et demi après l'intervention, un programme d'entraînement spécifique peut déjà être proposé selon le sport pratiqué. Avant de reprendre des sports de pivot-contact (démarrages, freinages brusques, contacts et changements de direction) tels que le badminton, le squash, le tennis, le football, le basket-ball, le hockey sur glace, le ski etc., nous vous conseillons une phase de retour progressif au sport par des exercices de mime: retour au bord du terrain, pour répéter des séquences de votre pratique sportive, sans contact, à vitesse progressivement croissante.



En savoir plus

QUESTIONS FRÉQUENTES ET INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Scanner le QR code pour trouver
les réponses à vos questions.



Sur le site [medicol.ch](https://www.medicol.ch), vous trouverez les compléments d'informations détaillées concernant votre problème de genou avec des vidéos explicatives.

L'objectif est de vous informer, de vous rassurer et de vous donner les moyens de participer avec l'équipe soignante au succès de votre intervention.

La philosophie de Medicol repose sur un accompagnement rapproché durant la phase qui précède votre hospitalisation, lors de votre séjour à la clinique et pour toute la période qui suit l'opération.

Vous pouvez avant votre intervention lire tranquillement cette brochure et les autres documents contenus dans votre dossier et vous référer aux informations disponibles sur le site [medicol.ch](https://www.medicol.ch).

Votre médecin se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

L'objectif de ce document est de vous donner les réponses aux questions que vous vous posez. Il ne présente cependant que des généralités. Il ne remplace pas les informations que vous donne votre médecin sur votre propre état de santé et ne prévaut pas sur celles-ci.

