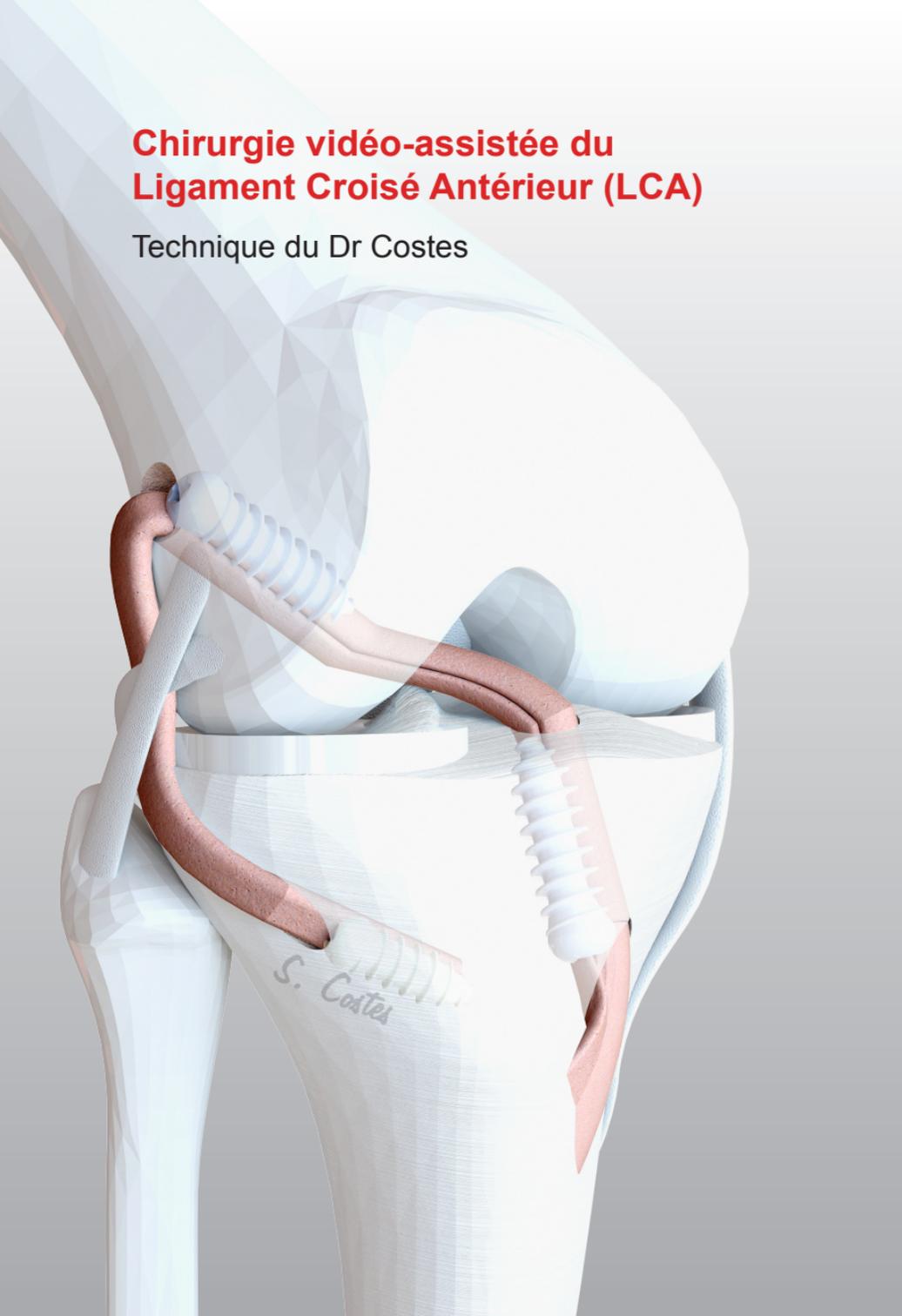


Chirurgie vidéo-assistée du Ligament Croisé Antérieur (LCA)

Technique du Dr Costes



S. Costes

Imagerie pré-opératoire : IRM

Confirmation de la rupture du Ligament Croisé Antérieur (LCA).

Recherche de lésions associées : ménisques, atteinte du cartilage ou contusion de l'os, atteinte d'autres ligaments du genou.

Délai avant l'opération

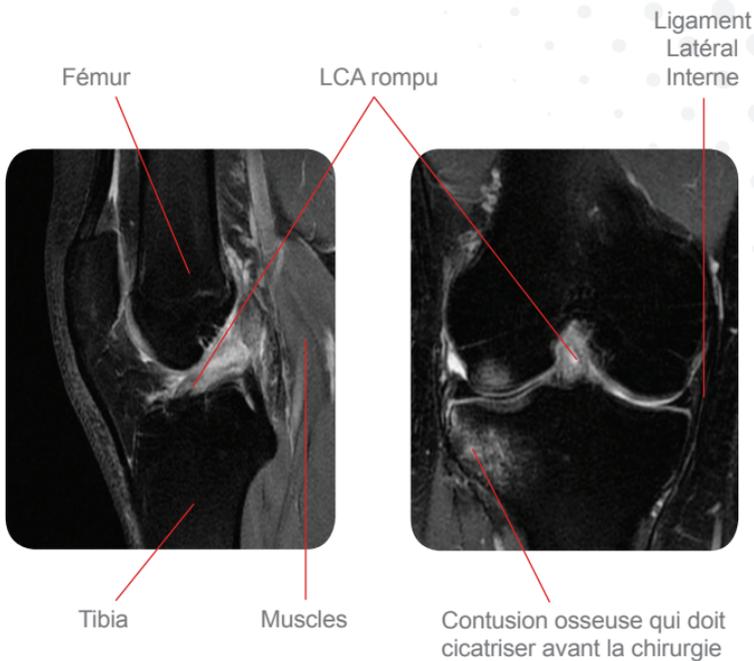
Au moins 8 semaines pour permettre au genou de redevenir indolore et mobile.

Ce délai permet aussi de faire cicatriser les lésions associées (distension du ligament latéral interne ou contusion osseuse).

Dans ce laps de temps la rééducation permet de diminuer la douleur et le gonflement du genou. Elle permet également de renforcer les muscles et prépare au mieux l'intervention chirurgicale.

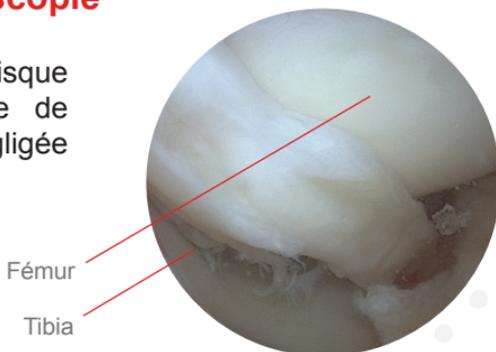
Je ne réalise pas d'intervention chirurgicale en urgence car elle augmente le risque de complications (genou raide, algodystrophie).

IRM pré-opératoire



Vue en arthroscopie

Lésion du ménisque interne en anse de seau (rupture négligée du LCA).



Buts de l'intervention

Reprise de toutes les activités sportives et professionnelles dans les mêmes conditions qu'avant l'accident.

La stabilisation du genou par l'intervention chirurgicale réduit au maximum le risque de complications de la rupture du Ligament Croisé Antérieur, en particulier la survenue de lésions méniscales ou cartilagineuses (arthrose).

Principes de l'intervention

Remplacer le LCA rompu par un transplant DIDT* (ligamentoplastie) réalisé à l'aide d'un dispositif vidéo (arthroscopie).

La plastie du LCA comporte un « retour externe » pour bien contrôler la laxité rotatoire, mieux répartir les contraintes mécaniques et éviter ainsi la rupture future du nouveau ligament croisé.

La greffe est fixée dans les tunnels par l'intermédiaire de vis de blocage résorbable.

*DIDT : Droit Interne - Demi Tendineux (tendons de la patte d'oie)

Nouveau LCA

Ligament
Latéral
Interne

Tunnel
fémoral

Ligament
Latéral
Externe

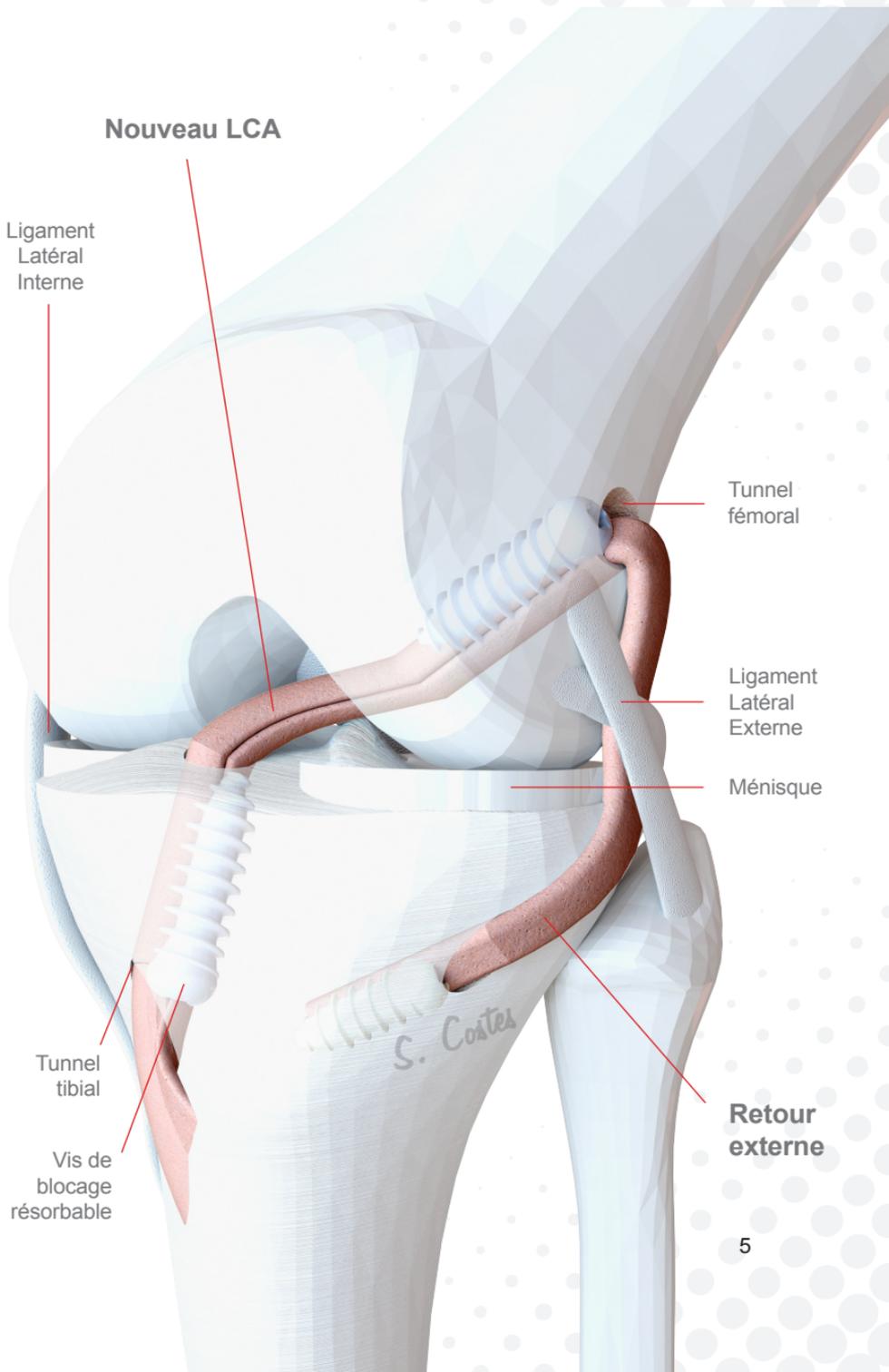
Ménisque

Tunnel
tibial

Vis de
blocage
résorbable

S. Costes

Retour
externe

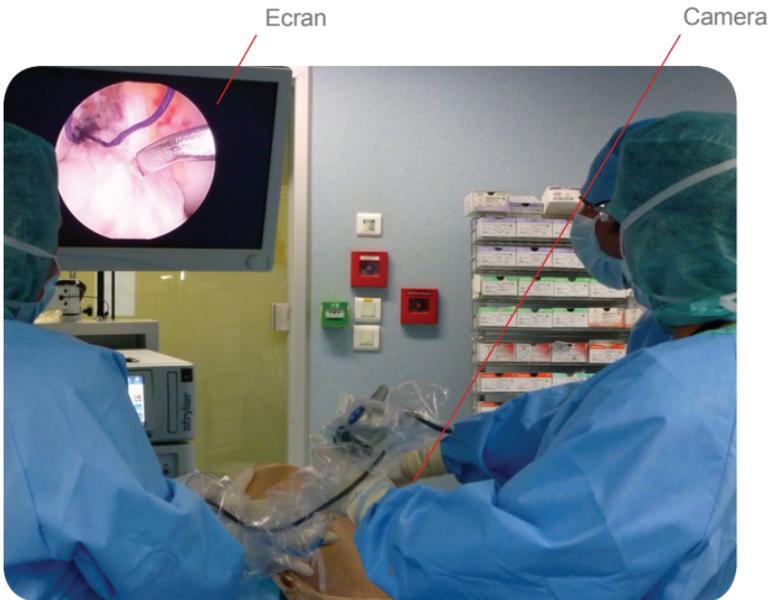


L'intervention

Toute l'intervention est pratiquée sous contrôle vidéo (arthroscopie) à l'aide d'une caméra positionnée à l'intérieur du genou opéré.

L'écran permet de contrôler le positionnement du nouveau ligament.

L'opération dure entre 50 et 80 minutes, elle ne nécessite pas la pose de drain.



Prélèvement par une courte incision de 3 cm à la partie supérieure du tibia des tendons de la patte d'oie DIDT et réalisation d'un transplant de 20 cm de long et 8 mm de diamètre.

Transplant



Mèche permettant de forer le tunnel



LCA rompu

Viseur tibial



Aspect final

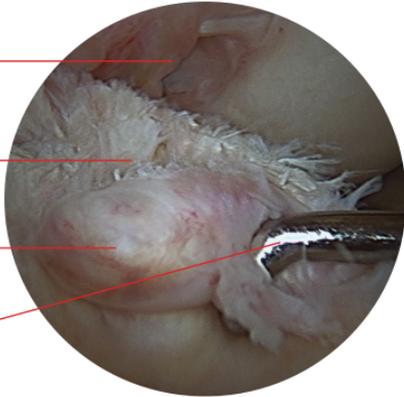
AVANT

Ligament croisé
postérieur

Ligament croisé
antérieur rompu

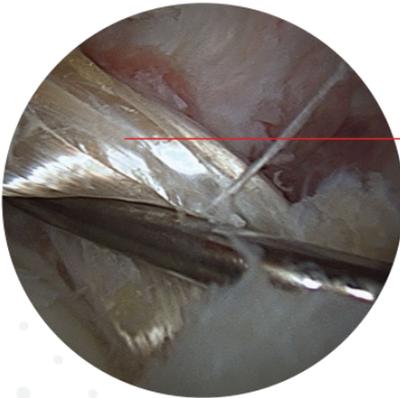
Moignon de LCA

Palpeur



APRES

Transplant ou
nouveau LCA



Après l'opération

La douleur est calmée au mieux par l'équipe médicale.

Le pansement est refait le lendemain.

La marche avec appui est autorisée le lendemain et la rééducation est débutée.

Aucune attelle n'est nécessaire.

Sortie au 4^{ème} jour.



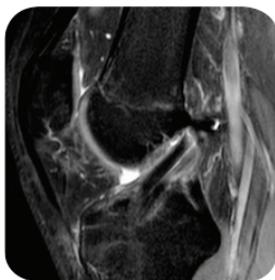
Le transplant se transforme progressivement en ligament et il est impératif de respecter les délais de transformation avant la reprise du sport.



Vue arthroscopique + 8 ans



Arthroscanner



IRM à 6 mois

Dans les premiers mois

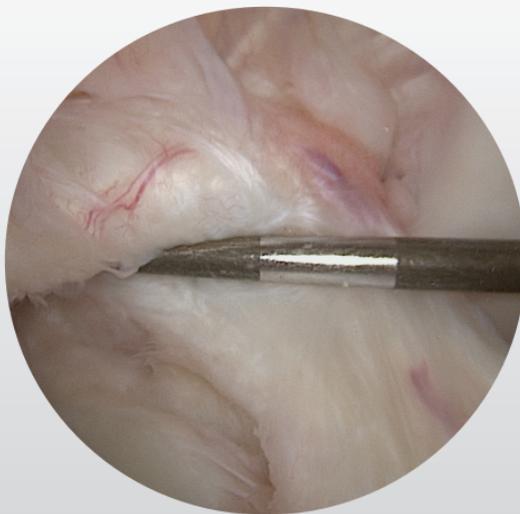
Visite de contrôle à 1 mois.
Rééducation intensive pendant 2 à 3 mois.
Conduite automobile à 1 mois.
Reprise du vélo à 2 mois.
Reprise de la course à 3,5 mois.
Reprise des sports en pivot (foot, rugby...) en compétition à 8 mois.
Arrêt de travail de 1 à 3 mois selon la profession.



Les risques

Comme toute chirurgie, la reconstruction du Ligament Croisé Antérieur comporte des risques. Cette opération n'est toutefois pas considérée comme lourde, les complications sont très rares :

- Algodystrophie entraînant une raideur très rare (intérêt d'une chirurgie différée).
- Infection de la cicatrice exceptionnelle (chirurgie mini-invasive).
- Phlébite prévenue par un traitement anticoagulant, le port de bas de contention et une reprise immédiate de la marche.
- Rupture du greffon : très faible du fait de la présence du retour externe qui protège le LCA. Elle représente 1% des cas environ.



Docteur Stéphane COSTES

Chirurgie de la hanche et du genou

Chirurgie du sportif

Centre Hospitalier de Libourne (Hôpital Robert Boulin)

112 rue de la Marne - BP 199 - 33505 Libourne Cedex

Téléphone : 05 57 55 35 38 / 05 57 55 35 42

Courriel : stephane.costes@ch-libourne.fr

Site internet : <http://stephane-costes.docvadis.fr>

Document réalisé avec la collaboration de la société SBM



V1.092012