

Dr Laurent Béguin

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET ARTHROSCOPIQUE
CHIRURGIE DE L'ÉPAULE

Dr François Chalencon

CHIRURGIE DE LA HANCHE ET DU GENOU
TRAUMATOLOGIE DU SPORT

Dr Florent Delangle

CHIRURGIE DE LA HANCHE ET DU GENOU
CHIRURGIE DU PIED

Dr François-Xavier Verdot

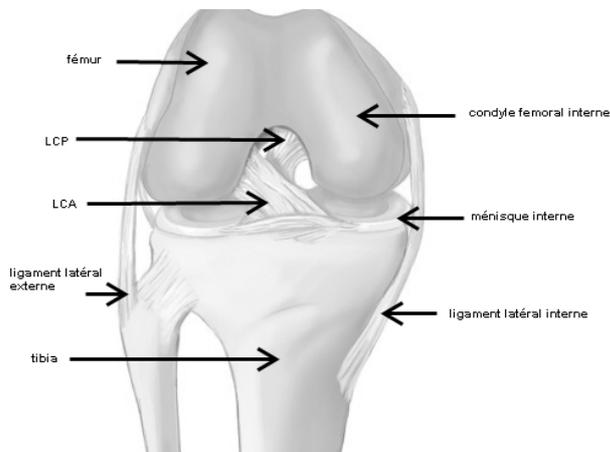
CHIRURGIE DE LA HANCHE ET DU GENOU
TRAUMATOLOGIE DU SPORT

Plastie Ligamentaire du Genou

*Voici quelques renseignements
concernant l'intervention chirurgicale ainsi que le protocole de suivi
que nous vous proposons.*

A quoi servent les ligaments croisés ?

Il existe deux ligaments croisés au sein du genou, le *ligament croisé antérieur* (LCA) et le *ligament croisé postérieur* (LCP). Ce sont les principaux éléments stabilisateurs du genou. Le LCA évite la translation du tibia vers l'avant et l'excès de rotation interne de la jambe sous le fémur. Le LCP empêche le tibia de reculer sous le fémur, surtout lorsque le genou est en flexion. Ces ligaments peuvent être touchés lors d'entorses graves du genou et c'est le LCA qui est le plus souvent rompu.



Pourquoi m'opère-t-on ?

Suite à un accident (torsion du genou à ski par exemple), votre genou a présenté une rupture d'un ou de plusieurs ligament(s) et se trouve donc instable, c'est-à-dire qu'il peut se dérober à nouveau.

Les ménisques et les cartilages peuvent aussi présenter des anomalies consécutives à cet accident, mais aussi liées à l'usure, au vieillissement. Celles-ci peuvent avoir également des conséquences sur l'état futur de votre genou.

Votre chirurgien vous propose une intervention chirurgicale car votre genou ne vous permet plus de pratiquer certains sports ou de reprendre votre travail, et parce que, sans opération, il se dégraderait prématurément.

Comment se déroule l'opération ?

L'intervention chirurgicale se déroule au bloc opératoire le jour de votre hospitalisation dans le service d'ambulatoire-orthopédie de la clinique. La veille au soir et le matin de l'opération, vous prendrez une douche + shampoing avec un savon antiseptique. Vous resterez à jeun depuis minuit le jour de l'opération, c'est-à-dire que vous ne mangerez ni ne boirez rien à partir de minuit (pas de chewing-gum de tabac ou de bonbon non plus). Vous serez conduit par les brancardiers au bloc opératoire, où vous l'équipe chirurgicale et anesthésique vous accueillera et vous installera en salle d'opération.

L'anesthésiste vous endormira le plus souvent complètement (anesthésie générale), selon ce qui a été prévu lors de la consultation pré-anesthésique. Il vous fera au préalable une anesthésie loco-régionale (injection au niveau de la racine de la cuisse) pour prévenir les douleurs post-opératoires.

L'opération pourra alors débuter.

Votre chirurgien va remplacer le ligament rompu par un ou plusieurs tendons qu'il va prélever sur votre genou : tendons ischio-jambiers (droit interne et demi tendineux : « DI-DT »), tendon rotulien ou tendon quadricipital selon les cas. Il va réaliser le geste en utilisant une mini-caméra et un écran de contrôle (« arthroscopie »), avec des instruments adaptés. Il est nécessaire de réaliser des tunnels dans le fémur et le tibia pour servir d'ancrage au nouveau ligament, là où se situait le précédent. Ce nouveau ligament sera fixé par des vis biorésorbables, qui disparaissent quelques années après l'intervention, lorsque l'os a « digéré » celles-ci, et éventuellement par du matériel métallique (agrafes osseuses). L'intervention terminée, vous serez transféré(e) en salle de surveillance post-interventionnelle (« salle de réveil »), où vous sera mise en place une attelle de cryothérapie, puis sera pratiquée une radiographie de contrôle avant le retour dans votre chambre.

Quels sont les risques de l'intervention ?

Comme toute intervention chirurgicale, votre opération comporte des bénéfices et des risques. Vous l'avez acceptée après discussion avec votre chirurgien car vous pensez tous les deux que la balance penche en faveur des bénéfices attendus (stabilisation de votre genou, reprise des sports, de votre travail, etc.).

Les risques principaux de ce type d'intervention sont les suivants :

* *Risque anesthésique* : il vous a été expliqué lors de la consultation pré-anesthésique.

* *Risque d'infection* : comme pour toute intervention, le risque de développer une infection existe mais demeure très faible (<0,5%). Une ré-intervention (lavage du genou sous arthroscopie) et un traitement antibiotique par perfusions à l'hôpital peuvent être nécessaires et prolonger votre séjour.

* *Risque de thrombose veineuse profonde (phlébite, embolie pulmonaire)* : également faible, il dépend surtout de vos antécédents médicaux et de vos traitements en cours. Il peut justifier une prévention par injection quotidienne d'anticoagulant après l'opération, durant une période de 10 jours généralement, et selon les prescriptions du médecin anesthésiste.

* *Risque de raideur du genou* : dans certains cas, votre genou peut réagir de manière exagérée à votre accident et/ou à la chirurgie, devenant rouge, raide et douloureux. Ceci est appelé « algodystrophie », c'est une réaction d'inflammation, c'est-à-dire d'irritation, disproportionnée de votre organisme. Le traitement est long et il peut persister une limitation des mobilités de votre genou après celui-ci.

* *Diminution de la sensibilité de la peau autour des cicatrices* : il est assez classique que la peau ait une sensibilité un peu diminuée à la face antérieure du genou après l'opération. Ceci s'explique par les cicatrices qui peuvent léser des petits rameaux nerveux cutanés. Cette diminution de la sensibilité concerne surtout l'effleurement, la sensibilité à la piqûre étant respectée. Elle n'entraîne habituellement pas de gêne importante, n'empêche pas la reprise des activités physiques et professionnelles et diminue avec le temps.

* *Lésions des vaisseaux sanguins, des muscles, des nerfs et des tendons* : ces complications très exceptionnelles peuvent survenir pendant ou après l'opération, accidentellement ou suite à un gonflement important du mollet ou à un déplacement des moyens de fixation. Elles peuvent nécessiter une réparation et créer des problèmes de fonctionnement ou de sensibilité de certaines parties de la jambe.

Quelles sont les étapes à suivre avant l'opération ?

Vous venez de consulter votre chirurgien et vous avez décidé ensemble d'une intervention. Il faut alors en fixer la date ainsi que celles des

autres consultations indispensables avant celle-ci.

Il est nécessaire (et obligatoire légalement) de voir un médecin anesthésiste lors de la consultation pré-anesthésique, afin de décider du type d'anesthésie réalisée lors de la chirurgie. Cette consultation a lieu à la clinique, sur rendez-vous.

Il faut aussi dans certains cas réaliser des radiographies complémentaires, pour mieux évaluer votre genou (usure cartilagineuse, axes, mesure du « jeu » lié à la rupture ligamentaire, en comparant par rapport au genou sain). Une IRM est aussi nécessaire pour confirmer les lésions ligamentaires mais surtout pour rechercher des lésions au niveau des ménisques et du cartilage.

Vous serez examiné(e) également par un kinésithérapeute qui fera un bilan articulaire précis à l'aide d'un appareil qui mesure le jeu articulaire (laximétrie).

Combien de temps vais-je rester à la clinique ?

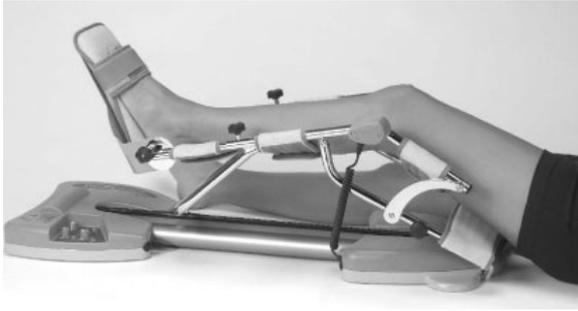
Vous serez hospitalisé(e) le jour-même de l'intervention à la clinique, et vous sortirez le soir-même (ambulatoire), ou plus rarement, le lendemain matin.

Comment se passera la rééducation après l'opération ?

Dans la plupart des cas, votre chirurgien vous demandera de garder une attelle type Zimmer la première nuit, puis vous pourrez la quitter définitivement dans les 2 jours suivant l'intervention. L'utilisation de deux béquilles sera nécessaire pendant 3 semaines après l'opération, mais vous pourrez d'emblée appuyer tout le poids du corps sur la jambe opérée. L'utilisation (4 à 5 fois par jour) de l'attelle de cryothérapie (type « Igloo ») sera indispensable pendant les 45 premiers jours. Les kinésithérapeutes vous feront travailler les muscles (quadriceps) pour réapprendre à « verrouiller » votre genou, (c'est-à-dire à être capable de lever la jambe tendue), marcher avec les béquilles et débiter la flexion de votre genou.

Après votre sortie de la clinique, il faudra que vous fassiez de la rééducation chez un kinésithérapeute, à son cabinet, trois fois par semaine généralement, d'abord pendant 6 semaines selon un premier protocole, puis deux à trois par semaines pendant encore 6 semaines, selon un deuxième protocole.

Vous serez revu en consultation par votre chirurgien entre ces deux phases.



Quand vais-je pouvoir mener une vie quotidienne « normale » ?

Après votre sortie de la clinique, vous devrez respecter une période de repos d'environ 10 jours, seulement entrecoupée par des phases de marches courtes et les séances de rééducation chez le kinésithérapeute.

Vous garderez les béquilles pour marcher généralement 3 semaines. Vous marcherez sans limitation ni gêne importante aux alentours de 4 à 6 semaines après l'opération.

Quand vais-je pouvoir conduire à nouveau ?

Vous serez capable de reprendre la conduite automobile sur des petits trajets généralement 3 semaines après l'opération, lorsque vous serez apte à marcher sans béquilles.

Quand vais-je pouvoir reprendre le travail ?

Une période de repos de quinze jours après l'opération est nécessaire. Après cette date, il faut encore marcher avec des béquilles pendant 8 à 15 jours.

La reprise d'un travail sédentaire peut donc être envisagée un mois après l'opération, mais de manière plus habituelle et plus prudente, un mois et demi après celle-ci.

Un travail de force et/ou sollicitant beaucoup les genoux ne sera repris que plus tard, après l'accord de votre chirurgien.

Quand vais-je pouvoir reprendre les activités sportives ?

Vous pourrez reprendre les sports dans l'axe (natation en battements, footing, vélo) 3 mois après l'opération, selon l'état de votre genou et après accord de votre chirurgien ou du médecin du sport que vous verrez à cette date lors de la consultation de contrôle.

Vous ne pourrez reprendre les sports pivot/contact (football, rugby, ski...) que 6 à 7 mois après la chirurgie, après accord de votre chirurgien et selon les résultats de votre bilan d'isocinétisme réalisé au préalable par le médecin du sport lors du suivi.

Mon genou reste gonflé après l'opération, est-ce normal ?

Après toute intervention chirurgicale et celle-ci en particulier, il est très habituel que le genou reste gonflé par rapport au côté sain. Cette différence peut persister plusieurs semaines après l'opération sans que cela ne soit anormal.

Par contre, si le genou gonflait, devenait rouge et chaud et que la rééducation ne se passe pas correctement, il faut avertir rapidement votre médecin traitant et votre chirurgien pour vérifier qu'il ne s'agit pas des premiers signes d'une infection.

Mon nouveau ligament sera-t-il plus solide que celui qui a cassé ?

Non, le nouveau ligament mis en place lors de la chirurgie n'est pas indestructible. Il a une résistance équivalente et, comme le ligament d'origine, il peut s'abîmer avec le vieillissement ou en cas de nouvel accident.

Pourquoi faut-il que je revienne en consultation régulièrement après l'opération ?

Un suivi régulier en consultation sera nécessaire après l'opération pour vérifier que votre genou récupère bien et que votre nouveau ligament s'intègre correctement. De plus, la reprise des sports et de votre travail sera adaptée en fonction de votre cas personnel et il faudra réévaluer le genou après celle-ci. Ce suivi sera réalisé par votre chirurgien et un médecin du sport qui pourra vous conseiller et évaluer votre genou afin d'envisager la reprise progressive des activités sportives.