



LIVRET D'INFORMATION PATIENT

Reconstruction du ligament croisé antérieur

Dr Matthieu Guyard
Dr Matthieu Malatray
Dr Tristan Vialla

Version 2025

Vous avez une rupture du ligament croisé antérieur.

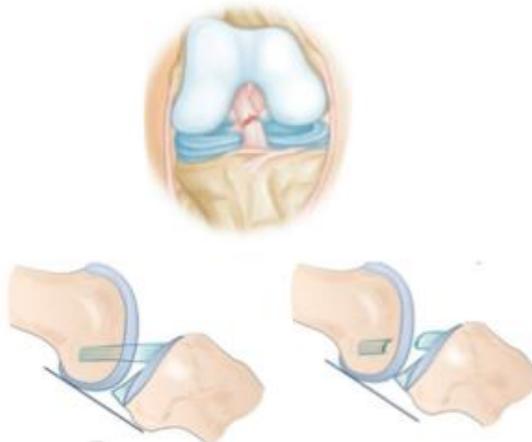
Vous allez être opéré(e) d'une reconstruction du ligament croisé antérieur sous arthroscopie.

➤ Qu'est-ce qu'une rupture du ligament croisé antérieur ?

L'articulation du genou fait lien entre la partie basse du fémur et la partie haute du tibia. Les surfaces articulaires sont recouvertes de **cartilage**. Les **ménisques** améliorent le contact et jouent le rôle d'amortisseurs entre le cartilage fémoral et le cartilage tibial.

Il s'agit d'une articulation extrêmement mobile, dont la stabilité est assurée par les ligaments périphériques et le pivot central (association ligament croisé antérieur et postérieur). Le **ligament croisé antérieur (LCA)** empêche le tibia de partir en avant par rapport au fémur et stabilise lors des mouvements de rotation.

Ce ligament peut être rompu dans les suites d'un traumatisme, et générer des épisodes d'instabilité et de blocage. Cette instabilité est secondaire à une mobilité anormale du tibia par rapport au fémur. La pratique sportive majore cette sensation.



➤ Pourquoi une opération ?

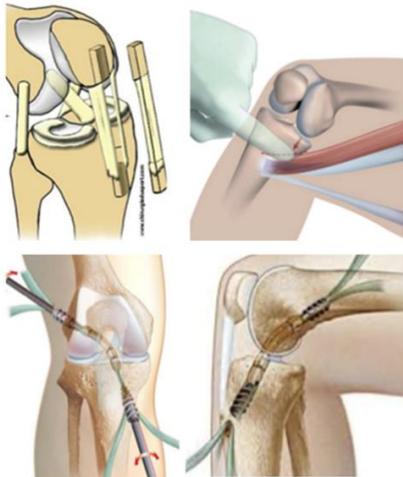
La rupture du ligament croisé antérieur ne cicatrise pas en bonne position. La stabilité du genou peut être compromise, les répercussions sont variables selon les patients.

Certaines activités sportives ne peuvent pas être réalisées en l'absence de LCA efficace. Ces activités provoquent des accidents d'instabilité pouvant causer des dommages au niveau des **ménisques**, du **cartilage** et des autres ligaments. Dans ces conditions, l'évolution naturelle se fait vers une dégradation de l'articulation : **l'arthrose**.

Le but de la ligamentoplastie de LCA est de récupérer un genou stable permettant tous types d'activités en évitant les lésions cartilagineuses ou méniscales, et la dégradation articulaire.

➤ Qu'est-ce qu'une reconstruction du LCA sous arthroscopie ?

Cette chirurgie consiste à remplacer le ligament rompu. Ce geste est réalisé sous arthroscopie, c'est-à-dire sans ouvrir l'articulation, par introduction d'une caméra dans le genou. Cette technique **mini-invasive** respecte les structures anatomiques et permet d'accéder à l'articulation sans aggraver les muscles.



L'introduction de la caméra et de multiples petits instruments permet de visualiser la lésion du **LCA**, ainsi que de faire le point sur **cartilage et ménisques**.

Ensuite, une courte incision est réalisée pour prélever un tendon proche du genou pour réaliser la greffe : **le tendon rotulien** pour la technique KJ (Kenneth-Jones) ou les tendons de la cuisse (**ischio-jambiers**) pour la technique DIDT (cf Figures). Ce morceau de tendon remplace le ligament rompu, à la place du LCA rompu. Sa fixation est assurée par des vis résorbables ou des endo-boutons (Figures).

Les conséquences sur le tendon prélevé sont minimes, la cicatrisation étant très bonne et le tendon fonctionnant presque aussi bien qu'avant l'intervention. Les lésions méniscales sont traitées dans le même temps, en privilégiant autant que possible la **réparation** ou **suture**. Si celle-ci rd impossible, la zone lésée est retirée.

Elle est habituellement réalisée en **chirurgie ambulatoire**. Elle peut se conduire sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie. C'est avec votre anesthésiste que vous décidez de la solution la plus adaptée à votre situation.

Après la chirurgie, des pansements sont mis en place pour 15 jours. Le traitement de la douleur est adapté, en collaboration avec votre médecin traitant.

La rééducation post opératoire et la reprise des activités

La rééducation peut être réalisée avec votre kinésithérapeute. Le but initial est de réduire les douleurs et de conserver une souplesse et la mobilité. Dans un deuxième temps, la récupération des muscles et des sensations au genou démarre.

La rééducation sera guidée par les lésions méniscales éventuelles associées.

La reprise de la conduite est possible habituellement à 1 mois. La reprise des activités professionnelles est prévues autour de 2 mois.

Le sport dans l'axe (vélo, natation, course à pied) sont repris à partir de 3 mois. La reprise de tous sports à l'entraînement est possible à partir de 6 mois, sans contact avant 9 mois pour les sports pivot (football, rugby, tennis).

Un programme progressif vous sera confié pour vous guider dans la progression des activités.

➤ Quels sont les risques et les complications ?

Il existe des risques liés à l'anesthésie et à toute chirurgie. En plus de ces risques, on peut noter des risques spécifiques à cette chirurgie :

- Une raideur articulaire peut apparaître si la rééducation n'est pas bien conduite.
- Une nouvelle rupture du LCA et donc de la greffe est possible, notamment de cas de non-respect des phases de la rééducation. Le risque est variable selon la greffe et le patient mais n'excède habituellement pas 7%, sauf chez les patients de moins de 20 ans.
- Une infection reste rare (0,5% des cas) mais nécessitera une prise en charge rapide et une antibiothérapie adaptée.
- Les nerfs entourant le genou peuvent être accidentellement blessés. Ceci occasionne des douleurs et une perte de sensibilité sur une partie de la jambe.
- Des réactions inflammatoires majorées pouvant correspondre à un syndrome complexe appelé algodystrophie, nécessitant une prise en charge adaptée.
- Un caillot de sang peut se former dans les jambes (phlébite). Un traitement préventif vous sera donné à ce titre, par anticoagulant.

Les risques présentés ne constituent bien sûr pas une liste exhaustive et ils peuvent bien sûr être détaillés à votre demande par votre chirurgien.

➤ Quels sont les résultats attendus ?

La disparition des douleurs, des blocages et des épisodes d'instabilité est très rapide après la réalisation de la chirurgie. La période rééducation peut atteindre entre 6 et 9 mois avant une récupération complète.

L'état musculaire est important à prendre en considération dans la pratique sportive et pour aider à guider la récupération. Des tests spécifiques réalisés par des médecins du sport pourraient aider à guider cette récupération.

Le ligament greffé n'est pas plus fort que le ligament anciennement rompu et une nouvelle rupture peut toujours survenir. Les résultats de cette technique sont néanmoins encourageants avec 95% de récupération d'un genou stable. Le risque de dégradation cartilagineuse et méniscale est moins importante sur un genou stable.



COORDONNÉES

Hôpital Saint Joseph Saint Luc
20 quai Claude Bernard
69007 Lyon

ACCÈS

MÉTRO

Ligne A, station Perrache
Ligne B, station Jean Macé

TRAMWAY

Ligne T1, arrêt Quai Claude Bernard
Ligne T2, arrêt Centre Berthelot

BUS

Ligne 35, arrêt Rue de l'Université



Hôpital
Saint Joseph
Saint Luc