

E 3.17.3 Consignes après plastie du LCA aux tendons de la patte d'oie DIDT ou DT4

A – La technique opératoire :

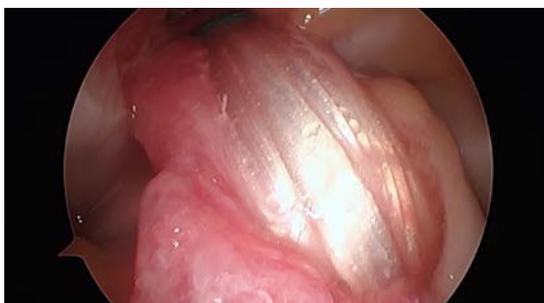
Votre opération consiste à remplacer le ligament croisé antérieur (LCA) rompu par un ou deux tendons prélevés dans la face interne de cuisse. Il s'agit des tendons ischio-jambiers (fléchisseurs de genou) nommés demi tendineux (DT) et droit interne (DI).

Le ou les tendons prélevés sont préparés pour être rendus rigides et résistants de façon à remplir le cahier des charge tensionnel du ligament croisé antérieur.



La greffe préparée et suturée

Ils sont positionnés dans un tunnel fémoral et tibial de façon à ce que le nouveau ligament soit toujours tendu quelque soit la flexion du genou (en isométrie).



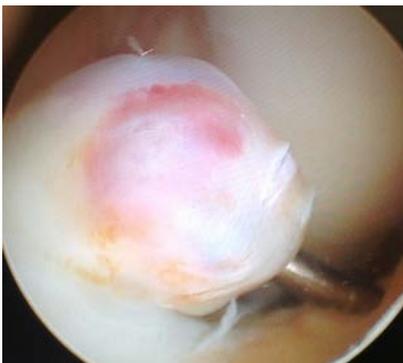
Position de la greffe du LCA

Ce ligament est fixé par des implants de type plaquelette , vis broches soit résorbables soit en titane ,

des mini cordage en dacron ou polyester . Ces implants ne sont pas allergisants.

Type d'implants

L'intervention se fait à l'aide d'un arthroscope pour positionner la greffe dans les tunnels et aussi pour traiter les éventuelles lésions méniscales et cartilagineuses qui peuvent-être associées.



Moignon de LCA ou cyclop syndrome



fixation méniscale

B – L'évolution de la greffe et la reprise du sport.

1°/ La prise de greffe dans votre cuisse va entraîner une déchirure musculaire qui va entraîner une perte de force estimée de 15 à 25% des fléchisseurs de cuisse. La cicatrisation fibreuse est le plus souvent peu gênante, de rares cas de douleurs musculaires résiduelles sont signalés. Cette cicatrisation est obtenue en quelques semaines (6 à 12 en général). Ne forcez pas sur la flexion contre résistance de la cuisse pendant cette période. Faites masser en cas de douleur.

2°/ La greffe ne sera entièrement vascularisée qu'au bout d'un an. La reprise des activités

sportives dans l'axe est autorisée progressivement à partir du deuxième mois (vélo) puis en rotation douce (brasse) vers le troisième mois et en activité sportive de loisir à pivot à six mois.

3°/ Pour les sportifs de haut niveau ou les sportifs professionnels, la compétition ou l'activité professionnelle ne pourra s'envisager qu'à huit mois et sous réserve d'une bonne préparation physique menée progressivement par votre entraîneur. Un test de contrôle de type isocinétique est recommandé pour connaître son potentiel musculaire et la possibilité de reprise de la compétition. Le travail d'équipe : Kiné – Coach sportif – Chirurgien – médecin du sport est nécessaire.

C – Les suites post-opératoires

Immédiatement après la chirurgie, le genou est placé dans une **attelle compressive réfrigérante** pour diminuer les douleurs post-opératoires et diminuer les hématomes.



Attelle Game ready

Ensuite le membre est libéré et devient libre de toute flexion dans un secteur d'amplitude allant de quelques degrés de flexion (entre 5 et 10°) jusqu'à 100 à 120° selon les recommandations du chirurgien.

L'appui complet est réalisé le jour même sous la surveillance du kinésithérapeute protégé par deux cannes et une genouillère articulée. On ne place pas le membre dans une attelle rigide pour éviter l'extension complète nuisible à la greffe et favorisant l'atrophie du quadriceps.

La stimulation du quadriceps est essentielle, elle se fait en volontaire aidé par le kiné et éventuellement avec des électrostimulateurs.

Un exemple de travail consiste à faire des séries de contractions flash pour réveiller le muscle puis des contractions longues pour enrichir le muscle en collagène et en fibres musculaires.

Le protocole suivant est proposé (prendre une montre) :

1. Faire 12 contractions flash des deux cuisses, jambes allongées sur le lit, talon posé sur le lit (non suspendu) avec un petit coussin sous le genou pour le genou opéré. Ce sont des

contractions volontaires rapides d'une seconde mais avec le but de contracter pleinement le muscle et le relâcher aussitôt complètement.

2. Faire 5 séries de suite soit 60 contractions en espaçant les séries de 20 secondes.
3. Faire 8 contractions longues de 6 secondes puisque le muscle est maintenant réveillé et rempli de sang. Vous contractez 6 secondes pleinement puis vous relâchez complètement 6 secondes en répétant l'opération 8 fois.
4. Faire 5 séries de suite soit 40 contractions en espaçant les séries de 30 secondes.
5. Si vous répétez ce long exercice trois fois dans la journée cela fera 300 contractions par jour...et c'est un minimum!.

La récupération des amplitudes articulaires se fait progressivement mais doit démarrer le jour même de l'intervention. Plier fréquemment votre genou, allongé ou assis. Un bon exercice consiste à plier le genou au bord du lit en balancier en se servant du poids du pied comme d'un pendule.

Le travail de l'extension doit se faire progressivement en douceur. Il est important de ne pas chercher l'extension complète les premières semaines pour ne pas appuyer sur la greffe, un résidu de 5° suffit à la protéger. L'extension complète provoque un appui du fémur sur la corde que représente votre nouveau ligament et peut vous gêner voire tirer sur ses attaches qui sont fraîchement posées. Un risque de distension est à craindre dans certains cas.

La marche régulière est importante pour stimuler le drainage veineux, la dispersion des hématomes, favoriser l'entretien musculaire et la densité osseuse mais aussi améliorer le travail cellulaire de cicatrisation. (cicatrisation dirigée des fibrocytes).

Dans le cas des prélèvements des ischio-jambiers de la cuisse le travail en flexion contre résistance est déconseillé pendant 45 jours en attendant la cicatrisation musculaire.

La cicatrice doit être massée régulièrement avec une pommade grasse pour éviter qu'elle ne colle et devienne adhérente. Massez-la dans le sens de la cicatrice et transversalement. Elle restera pigmentée pendant 6 mois, et pendant cette période vous devez la protéger du soleil (spatras ou écran total). Après ce délai, elle deviendra progressivement blanche. Si elle suinte au-delà de 15 jours ce n'est pas normal ; montrez-là à votre médecin.

La rééducation auprès de votre kiné doit être régulière et programmée avant l'intervention. Ne faites pas trop de séances, un excès de rééducation entraîne une inflammation de votre genou et peut rétracter la capsule articulaire. Les massages et la prise en main sont indispensables. Respectez un

rythme de trois séances par semaine.

Le travail personnel par contre doit être quotidien et la cryothérapie (application de froid) est recommandée une à trois heures par semaine les trois premières semaines.

Si votre genou reste gonflé et douloureux montrez le à votre chirurgien, il est parfois nécessaire de pratiquer une ponction évacuatrice de l'hématome intra-articulaire (hémarthrose).