Reconstruction du ligament croisé antérieur

La rupture du ligament croisé antérieur (LCA**)** est un traumatisme fréquent chez l'enfant et l'adolescent.
La rupture du LCA peut survenir :

- A la maison ou lors de sports à l'école
- Sport de Pivot: ski, tennis…
- Sports de pivot-contact : foot, rugby, hand, basket…

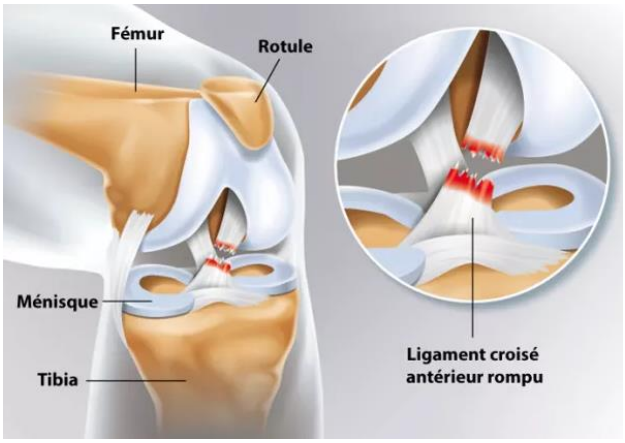


Image d'une rupture du LCA

Une IRM est indispensable pour rechercher une rupture du LCA et d'éventuelles lésions associées notamment méniscales, cartilagineuses ou d'autres ligaments.

Une intervention chirurgicale est fréquemment indiquée pour réparer l'ensemble des lésions, restaurer l'anatomie et la stabilité du genou pour l'avenir et permettre le retour au sport sur le long terme.

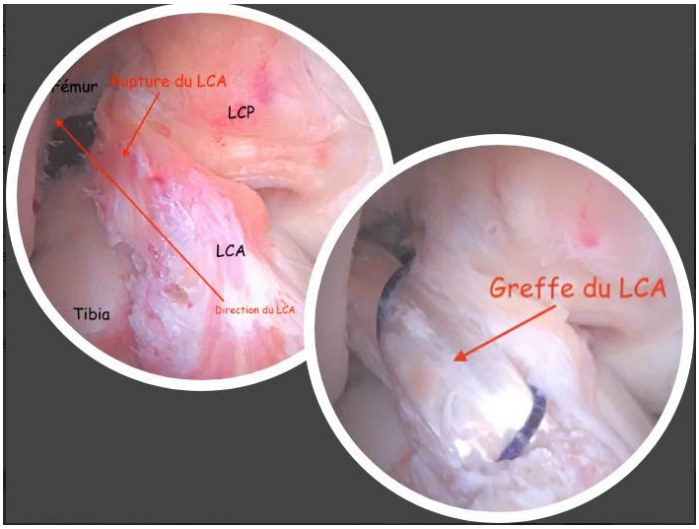
Il existe plusieurs techniques de reconstructions ligamentaires chez l'enfant et l'adolescent. Elles doivent être adaptées à la maturité du squelette osseux et aux cartilages de croissance.

La greffe aux Ischio-Jambiers (DIDT) est la greffe de choix et validée par les études scientifiques aujourd'hui. Le Droit-Interne (=gracilis) est un adducteur et le Demi-Tendineux est un des trois ischio-jambiers, leur prélèvement n'altère pas le fonctionnement du genou.

Comment se déroule la chirurgie ?

L'intervention se déroule sous anesthésie générale en arthroscopie, avec une caméra et de petites incisions (de part et d'autre de la rotule et une face interne de jambe). En cas de lésions méniscales, une réparation et des sutures méniscales seront effectuées dès que possible pour préserver au mieux la fonction du genou et afin de reconstruire l'anatomie dans sa globalité sur le long terme.

Des tunnels osseux sont réalisés dans le fémur et le tibia au niveau des zones d'insertions anatomiques du LCA. La greffe du LCA est fixée dans ses tunnels à l'aide de vis résorbable**.**



Images arthroscopique d'une reconstruction de LCA

Un renfort antéro latéral sera réalisé pour les patients sportifs avec trouble rotatoire lors du testing sous AG pour :

- Mieux stabiliser le genou en rotation
- Améliorer le succès des réparations méniscales
- Diminuer le risque de re-rupture

On utilisera alors soit une partie du DIDT si la longueur est suffisante, soit une greffe de fascia lata, nécessitant une nouvelle incision sur la face latérale de cuisse.

Quelles sont les suites opératoires ?

Une attelle de zimmer sera mise en place pour une durée de 1 mois environ jusqu'à récupération du verrouillage du quadriceps.

La durée d'hospitalisation est d'une nuit. La sortie se fait généralement le lendemain de l'intervention.

Une kinésithérapie sera entreprise dès l'hospitalisation et poursuivie à la sortie avec des consignes précises à respecter qui seront transmise au kinésithérapeute. L'appui sera autorisé sauf avis contraire sous couvert de l'attelle initialement. La mobilisation sera limitée à 90° (ou 60° si lésion méniscale) pendant 6 sem. Des contractions isométriques du quadriceps seront réalisées pour éviter de perdre trop de muscles. Ces exercices vous seront expliqués avant votre sortie.

Une dispense scolaire sera faite pour 1 mois environ mais possibilité de moins si l'enfant le souhaite.

Concernant la reprise sportive, le vélo, natation et course sur terrain plat pourront être repris à 3 mois post opératoire. Les sports pivots ou contact seront repris à partir du 8 ème mois à 1 an pour prévenir des risques de re-rupture.

Durant toute cette période de repos sportif, une rééducation et des exercices de renforcement devront être réalisés. La rééducation occupe une part essentielle dès la chirurgie réalisée pour assurer une récupération et la reprise des sports dans les meilleures conditions.

Le suivi médical comporte une consultation à 6 semaines, 3 mois, 6 mois et 12 mois minimum avec le chirurgien.

C'est avec un suivi médical et de rééducation rigoureux que nous pourrons décider ensemble de la reprise des sports.