



BROCHURE DESTINÉE AU PATIENT



Reconstruction du Ligament Croisé Antérieur (LCA)

ortho **GP** Genou
Hanche
Pied





Vous allez être opéré(e) d'une **reconstruction du ligament croisé antérieur** (LCA). Ce livret a été réalisé afin de vous accompagner depuis le traumatisme jusqu'au retour aux activités sportives.

Vous trouverez des explications concernant :

- l'anatomie et la fonction du LCA,
- les indications opératoires,
- la technique opératoire,
- la rééducation post-opératoire,
- les questions les plus fréquentes.

Nous restons bien-sûr à votre disposition pour répondre à toutes vos questions.

- Questions administratives : **orthopedie.lambermont@hotmail.com**
- Questions médicales : **ortho.demuyllder@hotmail.com**

Vous trouverez également des explications complémentaires et une bibliothèque (vidéos et schémas) sur notre site internet :

orthoghp.be



L'ÉQUIPE CHIRURGICALE

Dr Michel Collette



Dès le début de sa carrière en 1979, il s'est consacré essentiellement à la chirurgie du genou. compte parmi les pionniers de l'arthroscopie en Belgique et c'est lui qui introduisit cette technique aux cliniques universitaires St-Luc dans les années 80.

Passionné par la chirurgie mini-invasive, le Dr Collette est l'auteur de plusieurs brevets d'invention. Il est, entre autres, le concepteur du système TLS (Tape Locking Screw), technique particulièrement innovante et mini-invasive de reconstruction du ligament croisé antérieur. Elle fut lancée en France en 2002 et compte aujourd'hui plus de 50.000 cas opérés en Europe et aux Etats-Unis.

Dr Jérôme De Muylder



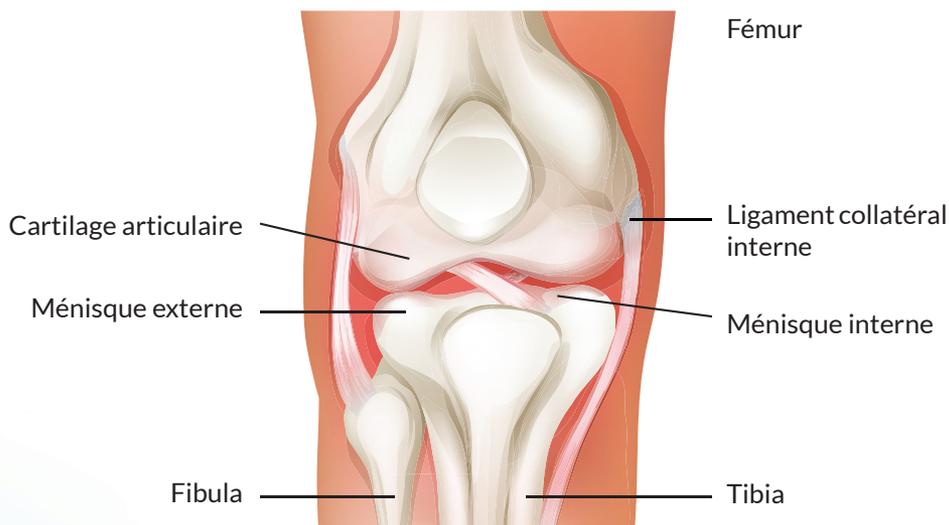
Dès le début de sa formation chirurgicale, le Dr De Muylder s'est intéressé à la chirurgie sportive. Après une formation en chirurgie orthopédique à l'UCL, il a réalisé un fellowship d'un an (Clinique du Sport – Bordeaux), pour se perfectionner en chirurgie du sport et participer à un diplôme inter-universitaire en chirurgie arthroscopique et en chirurgie du genou.

Il est également le médecin attaché d'une équipe professionnelle de football. En mars 2015, il a rejoint le Dr Collette et depuis lors ils continuent de travailler en étroite collaboration.

L'ÉQUIPE D'ANESTHÉSIE

Les **Dr Kersten** et **Dr Clanet** sont les 2 anesthésistes qui assureront votre prise en charge. Un contact pré-opératoire permettra de définir avec vous le type d'anesthésie (générale ou locorégionale) qui convient le mieux à votre personne.

L'ANATOMIE ET FONCTION DU LCA



La stabilité du genou est assurée par différents ligaments (ligaments croisés, ligaments collatéraux). Le ligament croisé antérieur « relie » la partie postérieure du fémur et la partie antérieure du tibia. Son rôle est de limiter le déplacement vers l'avant et en rotation interne du tibia par rapport au fémur.

Le LCA est particulièrement à risque lors des traumatismes par torsion du genou (chute à ski, mauvaise réception d'un saut, mouvement de pivot avec le pied fixé au sol, etc.).

Lorsque le LCA est rompu, le genou devient relativement instable et les épisodes récidivants de « dérobade » qui en résultent, entraînent un risque majeur de dégradation secondaire des cartilages et des ménisques.



QUELLES OPTIONS DE TRAITEMENT ?

La reconstruction chirurgicale du ligament croisé (ligamentoplastie) est l'option de choix pour les personnes pratiquant une activité sportive avec « pivots » (tennis, football, tous les sports de ballon, danse etc.).

Un traitement kinésithérapique avec renforcement musculaire suffit le plus souvent chez les personnes sédentaires ou ne pratiquant que des sports légers (vélo, marche, natation etc.).

Toutefois, si un problème d'instabilité persiste au terme du traitement conservateur, le traitement chirurgical pourra toujours être envisagé avec la même efficacité.

Les appareils articulés (genouillère ou orthèse) peuvent être utilisés à titre transitoire, mais en sachant que cette solution ne procure qu'une aide très relative incapable de sécuriser entièrement le genou lors des activités à risque.

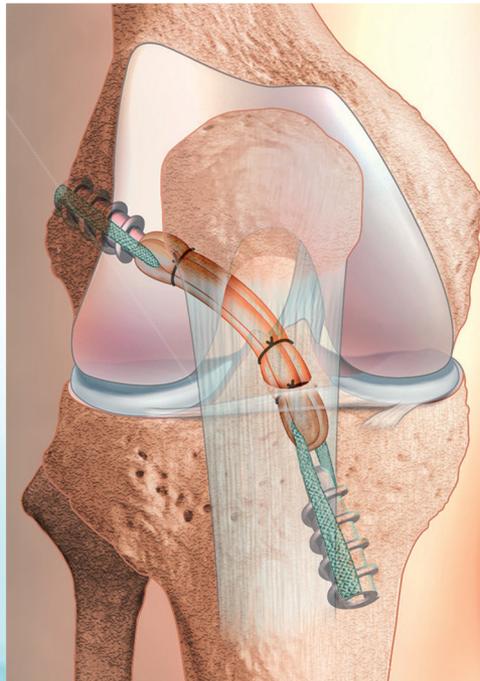




LA CHIRURGIE

Pour reconstruire le ligament croisé antérieur (LCA), il faut remplacer le ligament rompu par du tissu tendineux intact en provenance du patient lui-même. On réimplante ensuite ce tissu (appelé greffe ligamentaire) là où se trouvait le LCA avant la rupture. Les structures tendineuses les plus couramment utilisées pour prélever et préparer la greffe sont le tendon rotulien (volumineux tendon reliant la rotule au tibia) et les tendons ischio-jambiers qui sont des petits tendons longs et grêles courant à l'arrière de la cuisse jusqu'à la face interne du tibia (demi-tendineux et gracilis).

Alors que les techniques classiques de préparation de la greffe nécessitent le prélèvement de deux tendons ischio-jambiers, la technique TLS permet de le faire à partir d'un seul tendon. Le grand avantage de cette technique chirurgicale est son côté mini-invasif. En effet, elle permet une épargne osseuse (réalisation de tunnels calibrés à la longueur de la greffe), et tendineuse (conservation du tendon droit interne).





SOINS POST-OPÉRATOIRES

L'appui partiel est autorisé immédiatement après l'opération, mais l'aide de 2 béquilles est souhaitable pendant 3 à 4 semaines.

Le port d'une attelle d'extension amovible est conseillé pendant les 2 premières semaines afin de protéger la greffe durant la période post-opératoire précoce.

La rééducation post-opératoire est une partie clef du traitement.

Pendant les 15 premiers jours, on a recours au seul travail individuel : contraction des muscles de la cuisse en gardant le genou immobile en extension, petits mouvements de flexion réalisés par le patient lui-même, en laissant reposer le pied sur le plan du lit, de manière à éviter de devoir soulever le poids de la jambe.

La kinésithérapie proprement dite ne commence qu'après la première consultation post-opératoire (10 à 15 jours après l'intervention).

La reprise des activités est variable selon les patients.

La conduite d'un véhicule est généralement possible vers 2 à 3 semaines post-opératoires.

Les activités sportives légères (vélo, natation) sont autorisées vers 6 à 8 semaines à partir de l'opération.

La course sur sol régulier est généralement autorisée entre 3 et 6 mois post-opératoires.

Les activités sportives de pivot peuvent être réintroduites progressivement entre 6 et 9 mois post-opératoires, avec toutefois une prudence particulière pour les sports de pivot et contact (football, rugby etc.) qui ne sont généralement repris qu'entre le neuvième et le douzième mois post-opératoire.



COMMENT NOUS TROUVER ?

Les interventions chirurgicales se déroulent à la clinique Edith-Cavell

Clinique Edith-Cavell

32, rue Edith Cavell
1180 Uccle

PRISE DE RENDEZ-VOUS

- via notre site internet : orthoghp.be/progenda
- par téléphone

Dr Collette

Cabinet privé : 228, rue Geleytsbeek – 1180 Uccle
02/373.80.60

Dr De Muylder

Centre Médical Europe-Lambermont
1, rue des pensées – 1030 Bruxelles
02/434.24.20

Clinique Edith Cavell
02/434.42.40

Cabinet privé : 228, rue Geleytsbeek – 1180 Uccle
02/373.80.60

Secrétariat Lambermont Mme Deneys

Du lundi au jeudi : 02/434.24.20
orthopedie.lambermont@hotmail.com

Fournisseur :



mtor.eu - info@mtor.eu

