

Les Lésions du Ligaments Croisé Antérieur : ce que vous devez savoir.

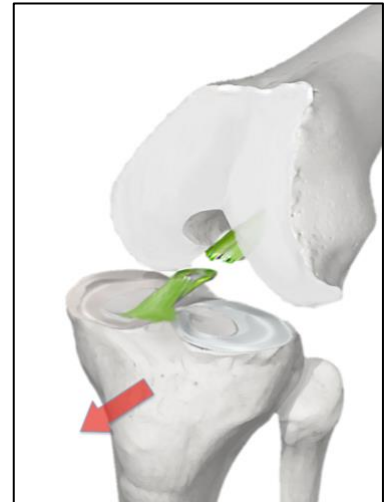
Quel est le rôle d'une rupture du Ligament Croisé Antérieur ?

Le ligament croisé antérieur (LCA) est un des principaux ligaments de l'articulation du genou. Les ligaments sont des haubans tendus d'un os à l'autre. Ils permettent aux surfaces articulaires de rester bien en contact lors des mouvements et assurent ainsi la stabilité de l'articulation.

Le rôle du LCA est double :

1°- **d'avant en arrière**, il s'oppose au déplacement en avant du tibia: il empêche ainsi un mouvement de "**tiroir antérieur**" du tibia par rapport au fémur.

2°- il s'oppose à la **rotation interne** du tibia par rapport au fémur.



Comment se fait-on une entorse du ligament croisé antérieur ?

Le LCA intervient dans les activités où les membres inférieurs sont mis à contribution de façon importante en particulier dans des gestes de torsion du genou telles que le ski, les sports de balle collectifs (Football, Hand-Ball, Basket) ou de combat...

Le plus souvent, il s'agit d'une torsion du genou lors d'une réception d'un saut ou lors d'un changement de direction en courant, le pied restant bloqué au sol. L'accident de ski lors d'un virage ou d'une chute sans déchausser est également classique.

D'autres mécanismes existent, en particulier l'hyperextension du genou lors d'une réception (gymnastique)

Quels signes font suspecter une rupture du ligament croisé antérieur ?

Une sensation de craquement, une très forte douloureuse souvent sur l'extérieur du genou et imposant l'arrêt de l'activité en cours, ainsi que la sensation de dérochement de la jambe, sont des signes de rupture du LCA.

« Les entorses externes n'existent pas »

Diagnostic de rupture du ligament croisé antérieur

Le diagnostic de rupture du LCA se fait essentiellement en vous examinant au cabinet. Grâce à la réalisation de tests spécifiques, réalisés sur vos 2 genoux, vous sentirez de vous-même les anomalies dues à la rupture du ligament, et qui se ressent par une augmentation du jeu dans l'articulation. En cas de rupture ancienne, vous aurez peut-être déjà ressenti ces anomalies, entraînant une sensation d'insécurité, voire d'instabilité sur le genou, notamment lors de tentatives de reprise sportive.

L'IRM n'est qu'une aide au diagnostic. Comme tous les examens complémentaires, son interprétation ne doit être faite qu'après un examen soigneux de votre genou.

Se reporter à l'interprétation seule de l'IRM conduit à 20% de faux diagnostic. L'IRM est donc généralement moins sensible et moins spécifique que l'examen clinique réalisé par un orthopédiste qualifié.

(K. J. O'Shea et al., « The Diagnostic accuracy of history, physical examination, and radiographs in the evaluation of traumatic knee disorders. », Am J Sports Med, vol. 24, 1996, p. 164–167).

L'IRM a surtout l'intérêt de diagnostiquer les lésions associées (lésions méniscales, cartilagineuses ou osseuses, et lésions d'autres ligaments).

Pourquoi traiter ?

La rupture du ligament croisé antérieur entraîne une diminution de la stabilité du genou et a comme conséquence le risque de déboîtements à répétition du genou. Ces déboîtements entraînent des lésions des cartilages et des ménisques pouvant aboutir à moyen ou long terme à une arthrose du genou. L'objectif du traitement est d'assurer une stabilité du genou dans la vie quotidienne, professionnelle et sportive.

Comment traiter ?

Deux traitements de la rupture du LCA existent: le traitement fonctionnel et le traitement chirurgical.

☐ **Le traitement fonctionnel** : Le traitement fonctionnel consiste à suppléer l'absence de ligament croisé antérieur par une rééducation musculaire et proprioceptive qui permettra au genou de rester stable. En effet, le ligament croisé antérieur est un des éléments de stabilité du genou, mais d'autres structures y participent également et en particulier les muscles.

La rééducation va donc devoir développer d'une part la force musculaire des muscles du genou (quadriceps en avant et ischio-jambier arrière) et d'autre part, le fonctionnement global du genou en situation

(debout, saut, course) pour améliorer l'équilibre et la stabilité du genou.

❑ **Le traitement chirurgical** : Le traitement chirurgical consiste à refaire (ligamentoplastie) un nouveau ligament grâce à un tendon prélevé à proximité de l'articulation. Plusieurs types de chirurgie existent en fonction du type de prélèvement : ischio-jambiers (DIDI, DT4), tendon rotulien (Kenneth-Jones), tendon quadricipital ... Un renfort externe peut-être réalisé en simultané selon la pratique des sports et l'importance de la laxité.



Chirurgie associant une réparation du LCA et un renfort externe

Qui opérer ?

Chaque situation est différente. Le traitement fonctionnel sera plus approprié pour certains patients. D'autres patients auront besoin d'une stabilité parfaite dans leur vie soit du fait d'activités sportives ou professionnelles exigeantes, soit parce qu'il existe une instabilité au quotidien.

3 situations sont souvent reconnues en pratique quotidienne :

- Pas d'instabilité fonctionnelle
- Quel que soit l'âge
- Pas d'activité sportive de pivot ou professionnelle à risque
- Pas de lésion méniscale

☞ PAS DE CHIRURGIE

Un traitement fonctionnel est conseillé, suivi d'une chirurgie en cas de récurrence

- Instabilité fonctionnelle (genou qui se déboîte) malgré la rééducation
- Patient jeune
- Ayant une activité sportive de pivot ou professionnelle à risque

☞ CHIRURGIE FORTEMENT CONSEILLÉE

- Patient jeune
- Vu précocement
- Ayant une activité sportive de pivot
- Et présentant une laxité significative

👉 CHIRURGIE CONSEILLÉE PREMATUREMENT

Même s'il n'a pas eu le temps de développer une instabilité fonctionnelle

Quand opérer?

Il n'y a pas d'urgence à opérer une rupture du ligament croisé antérieur. En effet, opérer un genou douloureux et inflammatoire ou raide expose à un certain nombre de complications (algodystrophie, raideur) qui, finalement, retardent la récupération.

En pratique :

- L'appui est autorisé immédiatement,
- Evitez de garder une attelle au-delà de 10 à 15 jours,
- Débutez le plus tôt possible le réveil articulaire et musculaire par des séances de rééducation.

Dans ces conditions une chirurgie pourra être envisagée dans les 4 à 8 semaines. Certaines situations nécessiteront une prise en charge urgente (lésions méniscales, association à d'autres lésions ligamentaires, lésions fracturaires osseuses, ...).

Dr FORTERRE O.