

> DU NOUVEAU POUR OPÉRER LES LIGAMENTS CROISÉS ANTÉRIEURS

Laure Péquegnot



© Eric Beallet

La vice-championne olympique de slalom à Salt Lake City et vainqueur du petit globe en 2002 est une collaboratrice de longue date de Ski Chrono. Diplômée en kinésithérapie, elle délivre dans chaque numéro ses conseils pour prendre soin de votre condition de skieur.



Le chirurgien orthopédiste Johannes Barth.

Le panel de traitements pour les ruptures de LCA est assez large : ligamentoplastie avec greffe, suture du ligament ou même immobilisation sans intervention chirurgicale. Le Dr. Johannes Barth (chirurgien orthopédiste à la Clinique des Cèdres à Grenoble) nous parle de ces différentes méthodes.

Pour la réparation du ligament croisé antérieur, une nouvelle technique opératoire est pratiquée, pouvez-vous nous la présenter ?

« En réalité, il n'y a rien de bien innovant, il s'agit juste d'une technique "oubliée" depuis 30 ans qui a été remise au goût du jour grâce aux progrès technologiques apportés par l'arthroscopie !

Le Dr. Chambat (Lyon) avait publié en 1984 une série de 71 réparations/sutures (on répare le ligament en le conservant) du LCA avec 80% de cicatrisation (favorisée par un renfort externe ou une augmentation avec une greffe).

Ces réparations donnaient de meilleurs résultats si la rupture du LCA était haute. À l'époque, ces réparations étaient réalisées en chirurgie à "ciel ouvert" et les patients étaient immobilisés par un plâtre durant 45 jours pour protéger la cicatrisation. Au même moment, dans les années 80, c'est le plein essor des reconstructions/ligamentoplasties du LCA au tendon rotulien (Kenneth Jones) et aux ischio-jambiers (DI-DT), plus simples et plus reproductibles, avec une rééducation immédiate plus séduisante. Les réparations sont donc abandonnées !

Dans les années 90, les techniques de ligamentoplastie deviennent encore plus attractives avec l'essor de l'arthroscopie, plus mini-invasive que le "ciel ouvert". Fini les grandes cicatrices !

Qu'a-t-on observé par la suite ?

Les années 2000 ont terni l'enthousiasme des chirurgiens avec d'importantes re-ruptures (10% en moyenne mais jusqu'à 30% chez les jeunes athlètes de sports en pivot), des problèmes en postopératoire, sous forme de douleur ou de perte de force difficile à récupérer et laissant parfois des séquelles). Ainsi, si la ligamentoplastie reste la technique chirurgicale de référence, elle ne peut prétendre garantir le retour à un genou "normal". C'est pour cela que le traitement de réparation en conservant le LCA a repris une grande place dans le traitement des ruptures notamment avec le protocole de Delin proposé par les médecins de montagnes (qui consiste à faire cicatriser le LCA avec le port d'une attelle articulée pendant 3 mois), pour éviter l'intervention chirurgicale.

C'est dans ce contexte que la réparation a certainement une place. C'est une suture (sans greffe) du LCA sous arthroscopie (mini-invasive, donc pas de grosses cicatrices), rendu possible par les progrès technologiques de l'arthroscopie (vision, instrumentation, moyens de fixation). Le LCA suturé est protégé par un tuteur interne (qui remplace le plâtre et qui permet une rééducation immédiate). Il s'agit quand même d'une méthode techniquement plus difficile à réaliser qu'une greffe. Elle s'adresse à des ruptures particulières où le LCA est « détaché » du fémur, et c'est là que

les progrès de l'imagerie (IRM) nous aident pour sélectionner les bons candidats à cette chirurgie.»

Quels sont les avantages pour le patient ?

« Ils sont multiples, pas de prélèvement de greffe donc pas de problème lié au site donneur, moins d'agressivité sur le genou (pas de forage de gros tunnels pour passer la greffe, pas de gestes chirurgicaux agressifs), rendant les genoux moins inflammatoires, moins douloureux et moins raides en postopératoire. Il y a donc moins de perte musculaire et une reprise plus rapide des activités de la vie quotidienne et sportive, et c'est ce que la skieuse slovaque Veronika Zuzulova, nous a montré en étant présente aux Jeux Olympiques de PyeongChang, juste quatre mois après sa rupture ! Et surtout, en cas d'échec, une ligamentoplastie ne pose aucun problème, puisque toutes les greffes possibles sont intactes ! »

Y a-t-il des inconvénients ? Quels sont les risques de re-rupture ?

« Oui, le principal inconvénient est que l'on n'a pas encore suffisamment de recul. Il faut donc rester prudent ! Seul le Dr. DiFelice à New York a publié une petite série de onze cas à cinq ans avec 10% de re-rupture. Il faut également bien évaluer la qualité et la longueur du reliquat du LCA restant pour savoir si on peut le rattacher au fémur, et cela ne peut se faire que pendant le temps de l'exploration arthroscopique. Le temps joue également en défaveur de ces réparations car le reliquat se rétracte petit à petit, ce qui nécessite une prise en charge rapide (diagnostique, IRM, intervention). »

Depuis quand est-elle pratiquée en France ?

« Veronika Zuzulova est la première athlète à avoir été opérée avec cette technique à Lyon pour pouvoir concourir aux JO de PyeongChang. Suite à sa blessure aux Jeux, Ophélie David a été opérée avec cette même méthode à Grenoble car elle ne voulait pas avoir de séquelles liées au prélèvement d'une greffe. Elles ont toutes les deux incité leurs chirurgiens à réaliser cette technique.»

SKI

CHRONO

N°63

SKICHRONO.COM

Juin-Juillet-Août-Septembre 2018

TESTS 2019
GÉANT & SLALOM FIS



JULIA PEREIRA

NOUVELLE VAGUE

> Rencontre sur les terres de la plus
jeune médaillée olympique française

➤ **COURCHEVEL-MÉRIBEL 2023**

LES SECRETS D'UNE VICTOIRE

le dauphiné libéré

L 14696 - 63 - F: 6,00 € - RD



BEL: 6,20 € - SUISSE: 10,80 FS