

Stratégies opératoires dans les lésions ligamentaires complexes du genou

D. Saragaglia



Clinique Universitaire de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie du Sport. CHU de Grenoble-Hôpital Sud. France.

Définition

- **Lésions ligamentaires complexes = lésions multiligamentaires du genou**
 - Luxations du genou
 - Luxations spontanément réduites ou réduites par un tiers
 - Pentades internes ou externes
 - Lésions bi-croisées

Plusieurs questions à se poser

- **Lésion vasculaire ou non?**
- **Quand réparer?**
- **Que réparer ?**
 - Formation périphériques seules
 - LCP + Formations périphériques
 - LCA + LCP + Formations périphériques
- **Comment réparer?**
 - Arthroscopie + Ciel ouvert
 - Tout à ciel ouvert
- **Quels transplants utiliser?**

Lésion vasculaire ou non?

- Le membre est ischémique et restera ischémique après la réduction**
 - **Chirurgien vasculaire**
 - Angio-scanner ou artériographie
 - Pontage veineux
 - Aponévrotomies
 - **Stabilisation du genou**
 - fixateur externe
 - » Avant ou après le geste vasculaire
 - » Ré-axer correctement le genou (ampli +++)
 - Chirurgie ligamentaire au second plan

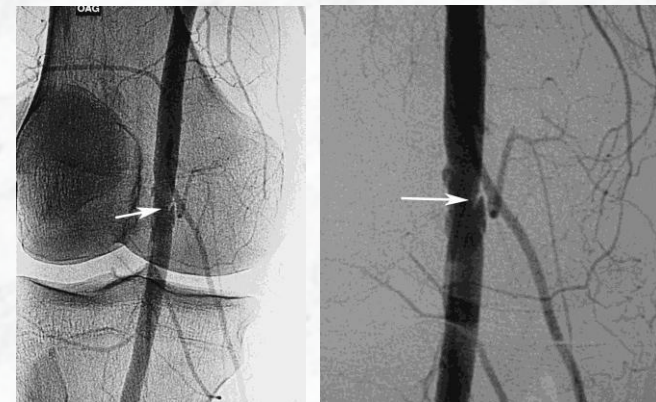
– Le membre n'est plus ischémique après la réduction

- Urgence moindre
- Genou dans une attelle amovible
- Surveillance horaire du pouls
- Doppler artériel (méfiance)
- **Angio-scanner => Surtout si chirurgie ligamentaire programmée**
 - Si lésion vasculaire => cas précédent
 - Si absence de lésion vasculaire => cas suivant



– **Le genou est luxé sans trouble vasculaire avant et après la luxation**

- Réduction
- Attelle amovible
- Pas de chirurgie en urgence sans IRM et surtout sans angio-scanner
- Risque de lésion intimale qui se décompense au lâcher de garrot



- **Le genou n'est pas luxé => lésions bicroisées +++**
 - Piège car lésions peuvent être identiques (luxation méconnue)
 - Pas de précipitation en urgence
 - Examen clinique soigneux (pouls bilatéral et MS)
 - Doppler artériel systématique
 - Angio-scanner (garrot +++)
 - IRM pour
 - Lésions ménisco-ligamentaires
 - Lésions tendineuses (tendon patellaire +++)

Quand réparer?

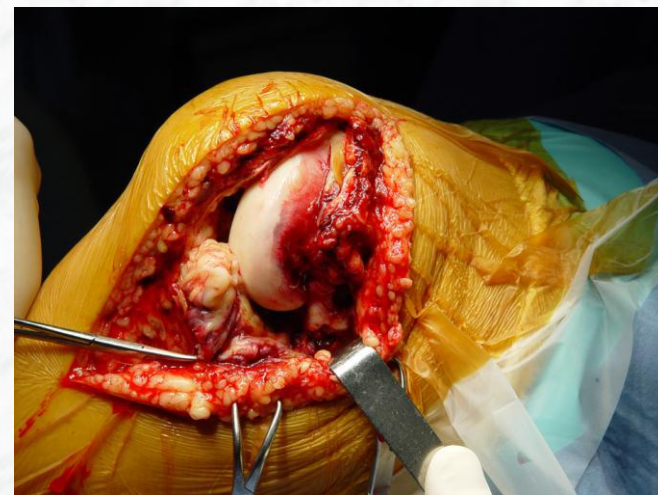
- **Première moitié du siècle dernier**
=> **Traitement orthopédique +++**
- **Début des années 1960**
=> **Traitement chirurgical (Kennedy, Shields, Reckling)**
- **Aujourd'hui => TTT chirurgical +++**
 - **Fanelli, Shelbourne, Sisto, Frassica, Shapiro, Noyes, Wascher, Yeh...**
 - **quand?**
 - **Pas en urgence +++**
 - **Pour certains vers le 15^e jour**
 - **Pour nous : dans la semaine qui suit le traumatisme**

Que réparer?

- **Pas de consensus**
- **Pour certains**
 - Formations périphériques en urgence
 - Secondairement: pivot central sous arthroscopie
- **Pour d'autres**
 - LCP + formations périphériques (symposium SOFCOT 2008)
 - LCA secondairement si nécessaire
- **Pour nous : tout réparer en un temps**

Comment réparer?

- **Pas de consensus**
- **Tendance actuelle**
 - **Pivot central sous arthroscopie**
 - **Formations périphériques à ciel ouvert**
 - **Aucun étude comparative disponible**
 - **Surement très difficile de « centrer » correctement le genou**
- **Pour nous « ciel ouvert »**



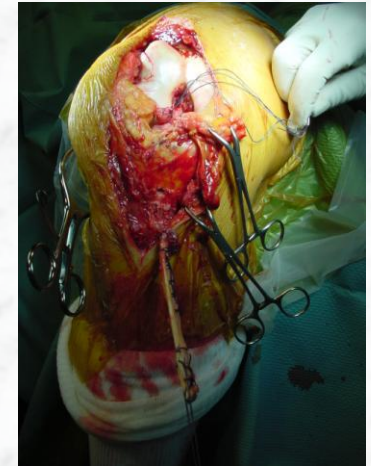
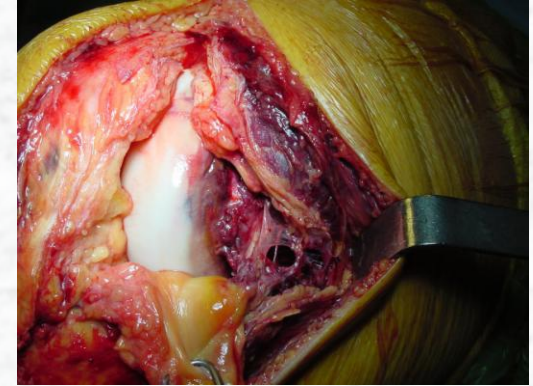
Quels transplants utiliser?

- Éviter de mutiler plus le genou en prélevant plusieurs tendons
- Allogreffes largement répandues aux USA
- Éviter de prendre le tendon patellaire
 - Risque de raideur d'où
 - Mobilisation sous AG, d'où
 - Risque de rupture de l'appareil extenseur
- **Pour nous**
 - DI-DT pour le LCA
 - Prothèse ligamentaire pour le LCP (LARS®)
 - Réparations ligamentaires pour la périphérie

Notre stratégie opératoire

- **Testing sous AG +++ à confronter à l'IRM et aux RX pré-opératoires**
- **Chirurgie longue et difficile**
 - **Connaissance parfaite de l'anatomie périphérique et du pivot central**
 - **A réserver à des chirurgiens expérimentés**

- **Technique opératoire**
 - Demi-lune, genou fléchi à 90°, GP
 - Double voie d'abord
 - Médiale (type Gernez)
 - Réparation du plan interne
 - Du pivot central
 - Prélèvement de la patte d'oie
 - Latérale (du Gerdy -> +/- haut sur la cuisse)
 - Réparation
 - » LLE, poplité, biceps, fascia lata
 - Amarrage du LCA



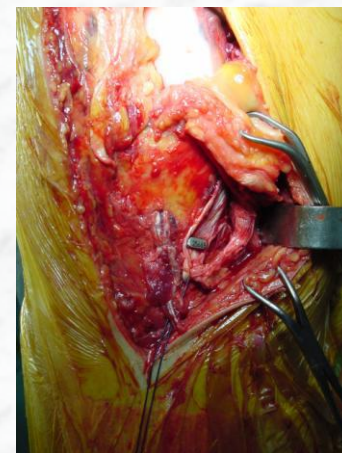
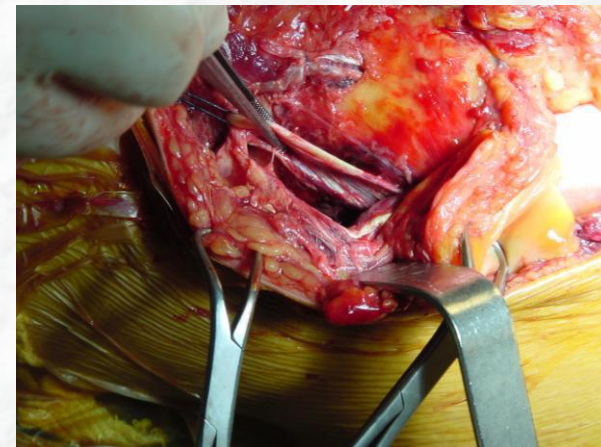
• **Traitement des lésions médiales**

– Réinsertion

- tibiale,
- fémorale,
- ou bipolaire du LLI et de la coque
 - => agrafes ++, tunnels trans-osseux

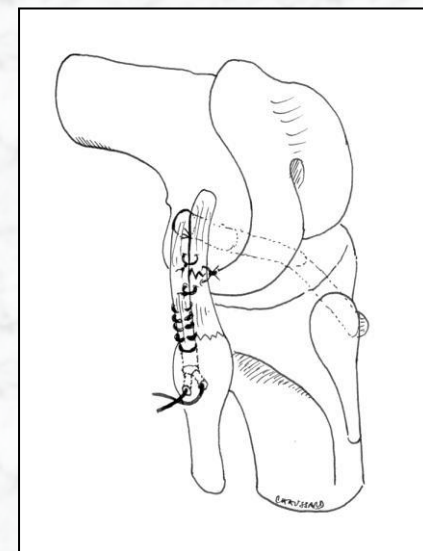
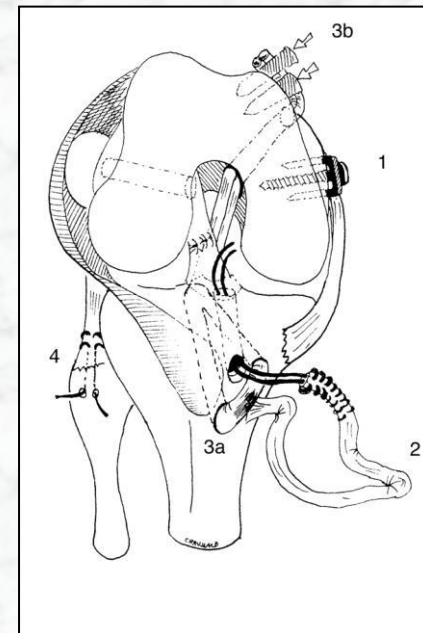
– Suture du LLI + renfort par Gracilis

– Suture du ménisque interne

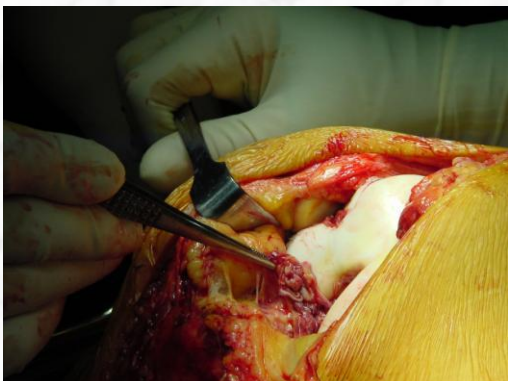


• Traitement des lésions latérales

- Suture du ménisque externe
- Réinsertion biceps-LLE sur la tête du péroné (tunnels trans-ossux)
- Réinsertion LLE-poplité sur le condyle latéral (agrafe ou tunnel trans-osseux)
- Réinsertion du fascia lata sur le gerdy
- Renforcement par excès de demi-tendineux



- **Traitement du pivot central**
 - Réparation du LCA et du LCP
 - Pour le LCA
 - Conservation du LCA rompu
 - Renforcement par le demi-tendineux
 - Pour le LCP => prothèse ligamentaire (LARS®)



- **Suites opératoires**

- RX post-opératoire pour vérifier le bon « centrage » du genou
- plâtre cruro-pédieux ou trochanter-malléole pour 30 jours, remplacé ensuite par une attelle amovible
- Raideurs fréquentes (20 à 40%)
- Mobilisation sous AG entre le 2^e et le 3^e mois

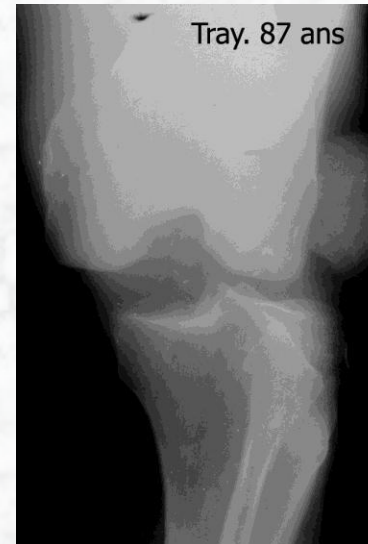


Conclusions

- **Lésions rares**
 - **Séries courtes**
 - **Difficilement comparables**
- **Chirurgie difficile**
- **Pas d'intervention systématique**
- **TTT orthopédique parfois surprenant**
- **Se méfier des lésions vasculaires latentes (surtout si chirurgie)**

Mr Tray. 87 ans !

- Accident de ski
- Luxation postéro-externe du genou gche
- TTT orthopédique



Reprise du ski 4 mois plus tard

Randonnées de 3 heures...



Merci de votre attention