



CENTRE ORTHOPEDIQUE DE PROVENCE SPORT - ARTHROSE

Docteurs A. BLOCH – Ph. CALAS - G.CASTERA – F.VEDEL

ATTENTION :

Pour la prise de RDV tél : 04 42 95 73 80

Pour renseignements administratifs : 04 42 95 73 99

email : accueil@orthopedie-provence.com

Fax : 04 42 95 73 76

LIGAMENT CROISE ANTERIEUR

Technique Chirurgicale

Le Centre Orthopédique de Provence s'occupe de la chirurgie ligamentaire du genou depuis sa création. Après avoir pratiqué des interventions de type Lindemann, nous avons très vite évolué, comme tous les chirurgiens qui pratiquent ce type d'intervention sur le ligament croisé antérieur en France et au niveau international, sur la pratique de l'intervention Mc Intosh. Puis sur la pratique de Kenneth Johns dite « KJ » par arthroscopie. Ainsi dans les années 90 nous avons été marqués par le Docteur ROSENBERG et sa technique faite aux dépens du demi-tendineux prélevé dans la face postéro-interne de cuisse (ischio-jambier).

Nous avons pratiqué à partir de janvier 1997, une technique appelée le « DT4 » Demi Tendineux plicaturé en 4 faisceaux.

Est arrivé très rapidement le « DIDT » qui est exactement le même type d'intervention mais qui par contre, prélève les 2 tendons le droit interne et le demi tendineux.

Nous sommes restés fidèles au DT4 qui demande une intervention un peu plus longue et plus précise, et qui peut d'autre part, permettre de conserver un tendon au niveau de la cuisse et qui donne un diamètre de transplant légèrement plus gros. Il est à noter que ce transplant sera plus court, et il est prouvé actuellement que ceci ne donne pas de fragilité et que le problème de longueur ne pose aucun problème technique bien au contraire.

Le Kenneth Johns est considéré quand même jusqu'aux années 2005, comme étant le « golden star » de la chirurgie ligamentaire du croisé antérieur, il reste une intervention qui doit faire partie du choix technique de tout chirurgien opérant des genoux.

Nous avons suivi au cours de ces 15 dernières années de nombreuses réunions de sociétés savantes, locales, nationales ou internationales sur la chirurgie ligamentaire du genou.

Nous avons évolué avec différents groupes de chirurgiens étant unis en association pour la chirurgie ligamentaire du genou, et avons en 2003, pratiqué une intervention intitulée « DT4 TLS ». Nous étions co-inventeurs de cette technique mise à disposition des chirurgiens par la société Fourniture Hospitalière. Il s'agissait d'une amélioration de la technique DT4 de la chirurgie le temps chirurgicale était le même.

CENTRE ORTHOPEDIQUE DE PROVENCE

44 av Maréchal de Lattre de Tassigny – 13090 AIX EN PROVENCE

Site : www.orthopedie-provence.com / mail : accueil@orthopedie-provence.com

En cas d'urgence appeler le 15

Membre d'une association agréée accepte à ce titre le règlement des honoraires par chèque



CENTRE ORTHOPEDIQUE DE PROVENCE SPORT - ARTHROSE

Docteurs A. BLOCH – Ph. CALAS - G.CASTERA – F.VEDEL

La préparation du transplant étant toujours en 4 faisceaux, par contre, la fixation était mise de dehors en dedans, fixant les mêmes bandelettes, mais permettait une remise en charge plus précoce pour ces opérés du genou.

Nous sommes passés en 2008 à un système appelé DT4 cage, qui présente une évolution technologique de la fixation de ce transplant. En effet, le prélèvement est toujours un demi tendineux isolé et plicaturé en 4 faisceaux. Ces 4 faisceaux sont mis sur une table pré-tension à plus de 50 kg. Ce tendon est maintenu par deux bandelettes qui sont passées à travers le fémur et le tibia pour tendre le transplant à l'intérieur du genou, pour remplacer le ligament croisé antérieur, et les cages qui sont en PEEK, sont introduits de-dehors en-dedans dans le tunnel osseux et vont ainsi limiter une logette dans laquelle va rentrer et se plaquer le nouveau ligament croisé antérieur.

L'intérêt de cette technique outre le fait de prendre un seul tendon et de permettre à un ancillaire simple de préparer une logette réglable très facilement grâce au taraud, en fonction du sujet et du transplant.

C'est alors une vis conique qui va bloquer dans la cage, les bandelettes de traction qui maintiennent le ligament croisé en bonne place.

Nous n'avons donc pas de matériel métallique et une IRM de contrôle peut être pratiquée. Il n'est pas nécessaire d'enlever le matériel d'ostéosynthèse secondairement. Ce matériel est mis de dehors en dedans et donc n'a aucun risque de donner une atteinte intra-articulaire. Une réintervention est toujours possible, la solidité est supérieure à une vis résorbable et surtout le transplant rentre en « press-fitt » au niveau des logettes prévues à cet effet, avec un contact parfait du transplant par tout le pourtour de sa circonférence.

Notre expérience repose donc sur des centaines de cas opérés. Aucune ligamentoplastie du croisé antérieur n'est pratiquée en urgence. Un consensus récent de la Haute Autorité de Santé montre bien les indications quasi obligatoires et seront lisibles en pièces jointes.

Cependant, une règle stricte n'existe pas, un sportif de haut niveau n'a aucun intérêt à attendre longtemps, pour une réparation chirurgicale. En effet, nous différencions : rupture avec laxité à réparer de mobilité secondaire liée à une rupture du LCA, qui risque d'avoir un moins bon résultat post-chirurgical par défaut cicatriciel, des lésions périphériques obligatoires dans ces lésions. L'indication est propre au chirurgien.

Tous les patients rentrent en clinique la veille au soir pour être opérés le lendemain. Il est pratiqué un test dynamique avec un appareil radiologique appelé Télôs. Ce télôs est pratiqué à 0 Kg et 20 Kg de tiroir antérieur sur le genou malade et sur le genou sain, ce qui permet de calculer un différentiel de laxité



CENTRE ORTHOPEDIQUE DE PROVENCE SPORT - ARTHROSE

Docteurs A. BLOCH – Ph. CALAS - G.CASTERA – F.VEDEL

en millimètre. Cela sera pratiqué à 5 mois et demi post-opératoire par la même manipulatrice et chiffré de telle manière à avoir le résultat donné par la ligamentoplastie.

L'IRM est un examen important, pas indispensable au diagnostic car on ne connaît pas un pourcentage de résultat assez proche de la maladie, mais confirmera des lésions méniscales.

Nous n'opérons jamais un ligament croisé antérieur du genou sans avoir fait les tests dynamiques pré et post-opératoires. Les enregistrements numériques sont faits en per-opératoire car l'intervention se passe sous arthroscopie. Des photos sont à disposition pour chaque patient si celui-ci apporte sa clé USB.

Une fiche per-opératoire est tenue par le chirurgien et l'instrumentiste sur le type de lésion méniscale associée à différents types et mesures per-opératoires du transplant et des tunnels pratiqués sur le patient.

Il est signalé pour chaque patient que son dossier ou ses photographies peuvent être utilisés pour des publications ou des présentations médicales anonymes bien sûr.

Au total, le diagnostic est actuellement facile à poser d'une rupture du ligament croisé antérieur entre l'examen clinique, para-clinique, les tests dynamiques ou IRM, en sachant que l'examen clinique et le test radio-dynamique sont quand même les éléments les plus performants.

Le chirurgien doit poser une indication soit d'une intervention faite avec l'appareil extenseur type Kenneth Johns ou « KJ » soit fait avec les muscles de la patte d'oie, DIDT ou DT4.

Dans les cas les plus fréquents, nous pratiquons un DT4 (demi-tendineux) pour conserver un muscle ischio-jambier, le droit interne (gracilis).

L'avantage de la cage, comme nous l'avons dit, est de pouvoir éviter le port de cannes et le port d'attelle post-opératoire la résistance est supérieur à 500 newtons, chiffre indispensable lors de la marche ou le début de la rééducation.

Il n'y a pas de règle définit actuellement entre une intervention ou l'autre, certains choisissent telle ou telle interventions pour tels ou tels sportifs ou sports ou tels ou tels sexes. Cette technique est fréquente aux Etats-Unis, en Allemagne, en Autriche et se développe en France.

Tiger WOOD (le golfeur) a été opéré d'une intervention de type DT4. Le but actif de tous est de trouver une intervention la moins traumatique possible, entraînant le moins de complications secondaires possibles avec le meilleur résultat.