

LE LIGAMENT CROISÉ POSTÉRIEUR (LCP)

LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES DE LIGAMENTOPLASTIE



Docteur
Pierre-Louis FOURNIER
*Spécialiste du membre inférieur,
Chirurgien du Sport*
dr.plfournier@gmail.com



PÔLE SANTÉ RÉPUBLIQUE
105 Avenue de la République
63000 CLERMONT-FERRAND
Tél.: 04 73 99 43 11


UNIVERSITÉ
Clermont
Auvergne

LES RECONSTRUCTIONS DU LCP

2 PRINCIPES



- ▶ *Mono faisceau +++ : Anatomique
=> remplace le faisceau antéro-latéral point isométrique sur le fémur*
- ▶ *Double faisceaux : 2 faisceaux non isométriques -Tendus en extension puis en flexion*

2 TECHNIQUES



- ▶ Ciel ouvert voie Antérieur+/-voie Trickey
- ▶ Arthroscopie +++



CHOIX DE LA GREFFE

1-AUTOGREFFES

TENDON PATELLAIRE 10-12 mm de large mono ou double faisceau - Mais attention baguette tibiale courte car difficile à passer 15 mm

Avantage : résistant et BTB / Inconvénient : morbidité du transplant longueur

TENDON QUADRICIPITAL++ 10mm DE LARGE 10-12cm de long 1 ou 2 fsx

Avantage : longueur / Inconvénients : moins résistant et 1 seule insertion os

ISCHIOJAMBIERS 3 brins ou 4 brins / pédiculés ou non

Avantages : faible morbidité de prélèvement, passage dans les tunnels / Inconvénient : faible résistance

CHOIX DE LA GREFFE



► 2- ALLOGREFFES++

Quasiment pas utilisées en France % aux E.U. (Fenton, Noyes, Swenson) AUGMENTATION DEPUIS 4 AN OBA

- ⇒ inconvénients des allogreffes tissulaires : rejet aigue , réponse immunitaire
- ⇒ Coût = faux problème TIPS +++ REMBOURSEMENT SS
- ⇒ **TRES UTIL EN CAS DE LESION MULTILIGAMENTAIRE**
- ⇒ **PAS DE MORBIDITE +++++**
- ⇒ **MERCI OBA POUR LEUR DISPONIBILITE ET LEUR TRAVAIL**

CHOIX DE LA GREFFE

3-LES LIGAMENTS SYNTHETIQUES

⇒ LARS®

⇒ meilleurs résultats que pour le LCA

⇒ +/- intéressantes dans les lésions aiguës bicroisées (LCP)

TECHNIQUES

1-ARTHROSCOPIC +++ 3 voies : antéro médiale /antéro-latérale /postéro-médiale

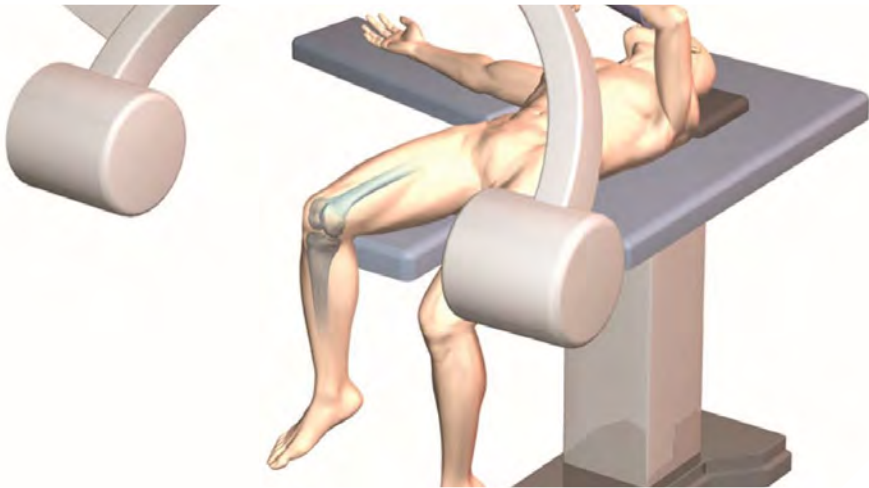
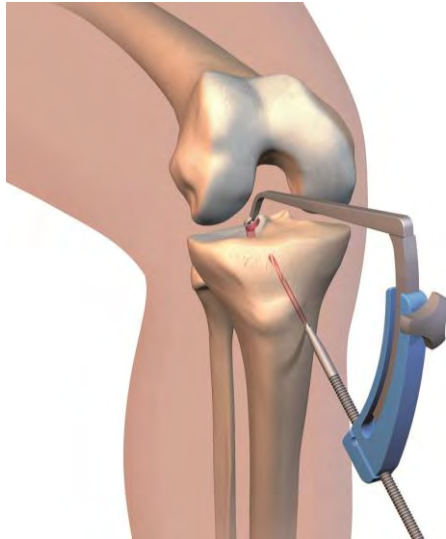
2- A ciel ouvert 2 voies : antérieure et Trickey modifié

1+2 Athrotomie combinée arthroscopie+

TECHNIQUES

1-ARTHROSCOPIE +++

- ▶ Matériel spécifique
- ▶ Amplificateur de brillance obligatoire
- ▶ Viseur tibial indispensable



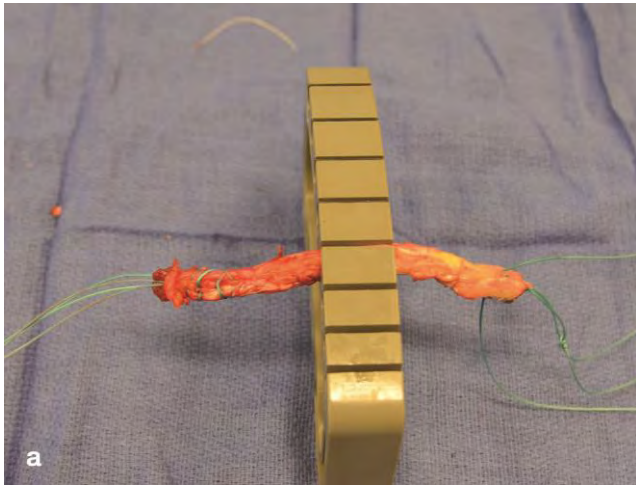
CHOIX DE LA GREFFE

TENDON QUADRICIPITAL :

- ▶ l'avantage de présenter une largeur, une longueur et une épaisseur Sa résistance à la rupture étant comparable à celle du LCP (2353N+_495)un bloc osseux rotulien.
- ▶ L'incision cutanée t sur 5 à 6 cm dans l'axe de la cuisse
- ▶ disséquer le tendon du droit antérieur le plus loin possible jusqu'à la jonction tendino-musculaire



PREPARATION DE LA GREFFE



- ▶ découpe de la baguette rotulienne qui fera une taille de 10-12 mm de long sur 9-10 mm de large et 6 mm d'épaisseur
- ▶ des trous à la mèche de 1 mm pour le passage des fils de traction métallique pour repérage sous ampli



TEMPS ARTHROSCOPIQUE

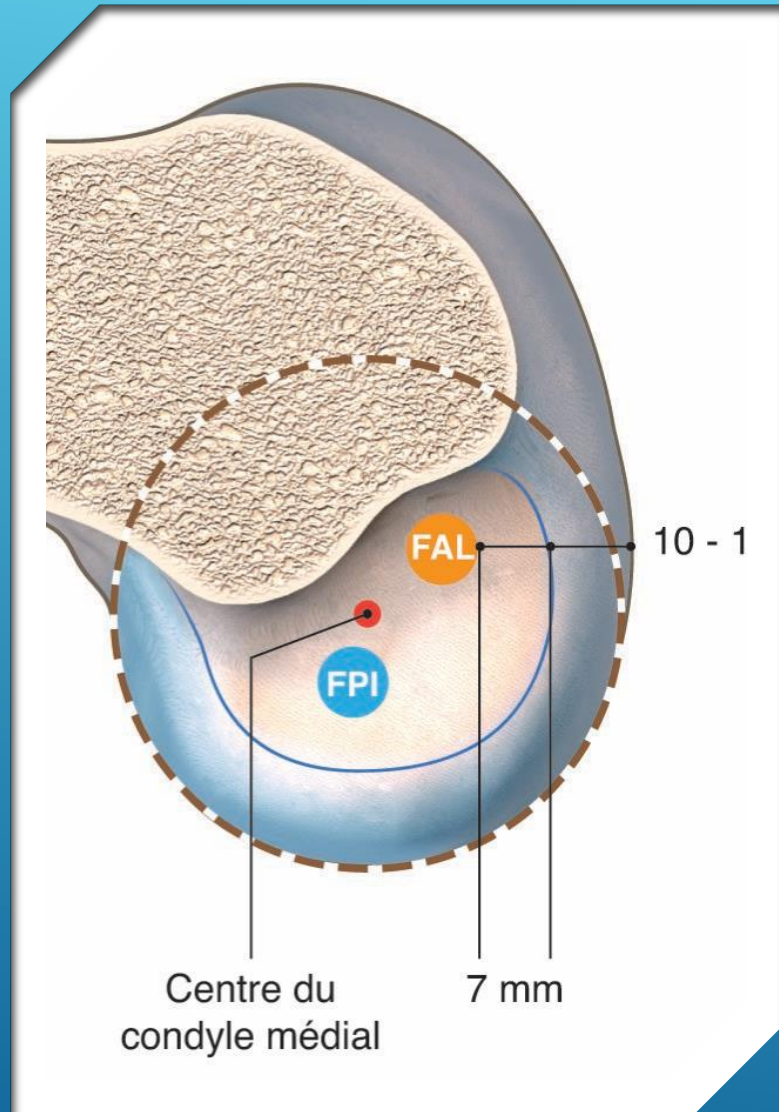
1-Abord antéro-médial et antéro-latéral classique de part et d'autre du tendon rotulien

2-Contrôle intra-articulaire – Cartilage – Ménisques – LCA et LCP • Traitement des lésions méniscales +/- cartilagineuse

3-Préparation de l'échancrure sous arthroscopie

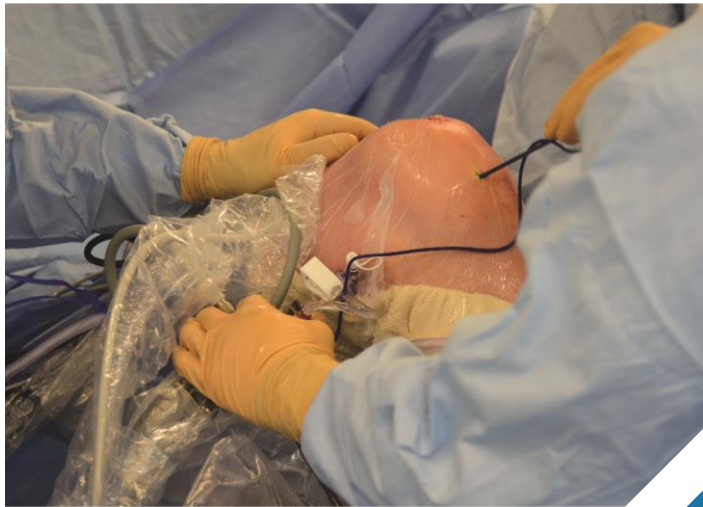
Ce temps opératoire est le temps essentiel et probablement celui le plus appréhendé par les chirurgiens : shaver et à l'électrocoagulateur

TUNNEL FÉMORAL



- ▶ L'ancillaire du viseur fémoral LCP doit **se situer 10 mm en arrière de la limite cartilagineuse antérieure du condyle interne, et 2 à 3 mm en dessous de la jonction paroi condylienne interne - toit de l'échancrure selon Christel.**
- ▶ Le viseur fémoral est positionné et permet de mettre en place la broche transfixiant le condyle fémoral médial de DD en DHS genou hyperflexion

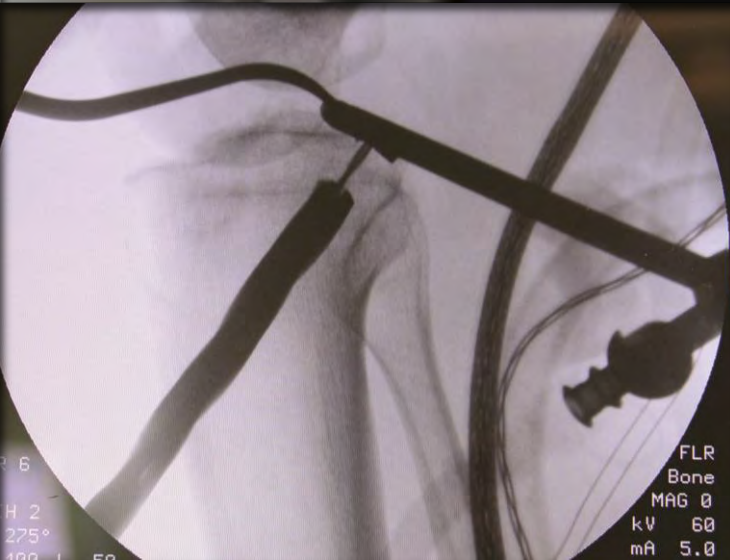
TUNNEL TIBIAL



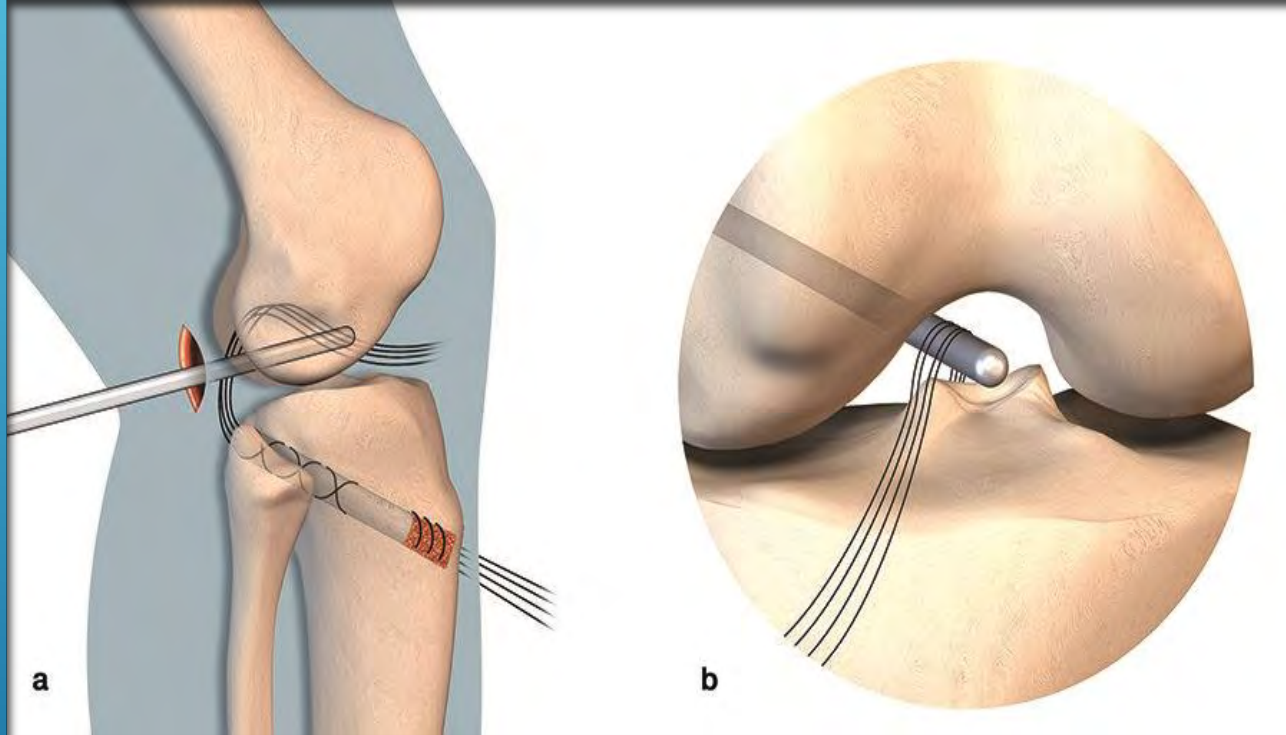
- ▶ Amplificateur de brillance indispensable
- ▶ Nettoyer parfaitement cette zone d'insertion rétro spinale
- ▶ On peut s'aider dans cette préparation de la voie d'abord postéro médiale

TUNNEL TIBIAL

- ▶ La palette est placée le plus bas possible,
- ▶ Arthroscopie est alors introduit par la voie postéro-médiale, vérifie la bonne position de celle-ci.
- ▶ Une vérification radiographique est obligatoire
- ▶ Introduction la broche dans le canon de visée, par une petite incision réalisée en dedans de la TTA
- ▶ Le contrôle radiographique est fait. Le viseur est laissé en place pour protéger le forage.



PASSAGE DE LA GREFFE



- ▶ Le plus délicat de la technique
- ▶ L'extrémité tendineuse est mise en place à l'entrée du tunnel tibial.
- ▶ Pas faire un passage en un seul temps car la greffe va se bloquer à la sortie du tunnel tibial.
- ▶ Utilité voie postéro-médiale

FIXATION DU TRANSPLANT

- ▶ TIBIA FIRST la baguette osseuse et monter au ras du tunnel et sera fixée par une vis d'interférence +/- associée à une vis corticale complémentaire si il est faufile avec fil métallique
- ▶ FEMUR 2 La fixation sera faite le genou entre 70° et 90° de flexion en maintenant celui-ci en tiroir antérieur pour réduire l'avalement au maximum vis interférence



LES SUITES OPÉRATOIRES

- ▶ *Le patient sera maintenu dans une attelle en extension, avec un coussin sous le mollet pour maintenir la position de tiroir antérieur.*
- ▶ *Il reste sans appui ou appui contact pendant 45 jours.*
- ▶ *La rééducation douce est commencée immédiatement pour éviter un flexum et récupérer la flexion*
- ▶ *Travail en kinésithérapie sur le ventre pour minimiser les contraintes.*
- ▶ *La reprise des sports se fera après évaluation isocinétique après le 8ème mois.*



Docteur
Pierre-Louis FOURNIER
*Spécialiste du membre inférieur,
Chirurgien du Sport*
dr.plfournier@gmail.com

PÔLE SANTÉ RÉPUBLIQUE
105 Avenue de la République
63000 CLERMONT-FERRAND
Tél.: 04 73 99 43 11



MERCI POUR VOTRE ATTENTION