

IRBMS

Institut Régional de Biologie et de Médecine du Sport

NORD-PAS-DE-CALAIS – WWW.IRBMS.COM

Titre : « Ligamentoplastie DIDT sous arthroscopie »

Auteur(s) : Docteur Thierry TRICHARD, Clinique de la Victoire Tourcoing, Clinique Saint Jean Roubaix.

Catégories : Médecine du Sport - Kinésithérapie du Sport - Diaporama : 19 vues / Poids : 280 Ko

Date : Novembre 2008, lors du 13ème Congrès de Médecine et de Kinésithérapie du Sport.

Rappel : Ce diaporama, propriété exclusive de son/ses concepteur(s), ne peut être reproduit, ni diffusé en public, même partiellement sans autorisation expresse écrite. Pour ce faire veuillez nous envoyer votre demande à l'adresse suivante : contact@medecinedusport.fr

Note : **Attendre le chargement** du diaporama puis utilisez la **Barre d'espacement** de votre clavier ou la roulette de votre **souris** pour passer d'une diapositive à l'autre.



Ligamentoplastie DIDT sous Arthroscopie :

Indications, technique, rééducation,
arrêts (sport et vie professionnelle)



Dr Thierry TRICHARD

Clinique de la victoire Tourcoing, Clinique Saint Jean Roubaix

Historique

Différentes techniques:

- Kenneth Jones (KJ): os tendon os, technique fiable, rééducation plus douloureuse, conséquence plus importante sur l'appareil extenseur (sportif de shoot ou d'impulsion)
- Tendon quadricipital: os tendon, technique plus récente, prélèvement du tiers médian du droit antérieur avec une baguette osseuse rotulienne supérieure; même conséquence que le KJ sur l'appareil extenseur
- Droit interne et demi tendineux: tendons de la patte d'oie situés sous l'aponévrose d'insertion du muscle couturier

Indications

- Formelles:
 - Instabilité (Lachman, ressaut rotatoire)
 - Sportif pivot ou désir de sport pivot même occasionnel
 - ATCD de méniscectomie avec instabilité
- Relative: instabilité dans la vie courante chez des patient non sportif (escaliers)
- Limite d'âge? NON



Indications

- Quand opérer?
 - Rarement en urgence sauf si association à des lésions ligamentaires périphériques
 - Genou non inflammatoire
 - Après récupération de la flexion et extension totales
 - 3 à 4 semaines post traumatique pour les sportifs loisirs
 - 2 à 3 semaines post traumatique pour les sportifs de haut niveau
- En cas de lésion méniscale associée:
 - Préservation +++ (résection aggrave l'instabilité et l'arthrose)
 - Réinsertion ménisque externe aux fils
 - Partie périphérique ménisque interne à laisser cicatriser

Indications (suite)

- Ostéotomie associée:
Importance du calcul de l'axe de jambe
Si varus $> 10^\circ$ ostéotomie associée sous peine d'une évolution arthrogène à court terme
- Plastie de Lemaire associée :
Difficile à régler,
arthrogène si mal réglée,
Peu nécessaire pour contrôler le ressaut rotatoire
- DIDT double faisceau:
Objectif= restituer l'anatomie originale du LCA
Idée « à la mode »
Nécessité de deux tunnels fémoraux
Problème : tension des deux faisceaux (répartition de la charge rotatoire sur les deux faisceaux, sinon risque de rupture ou de détente avec perte de stabilité)

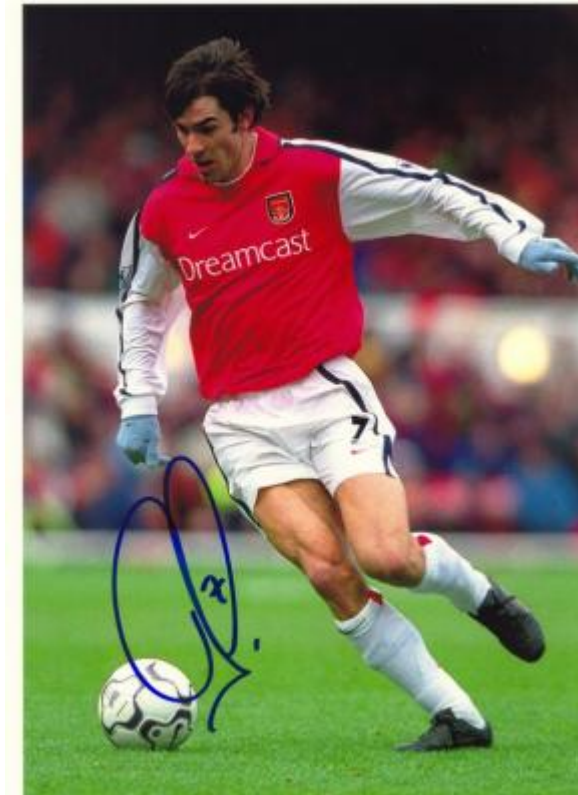
Objectifs du DIDT/Ao

- Récupération d'une stabilité rotatoire du genou
- Faible morbidité lié a la technique /AO :
 - Peu ou pas de douleur post op
 - Pas de drainage post opératoire
 - Rééducation immédiate à J1



Avantages du DIDT/KJ

- Moins douloureux en post op immédiat: rééducation immédiate plus aisée
- Esthétique
- Possible en cas de syndrome fémoro patellaire
- Pas ou peu d'influence sur l'appareil extenseur
- Limite la perte de force de shoot (football) et d'impulsion (basket handball volley etc)



Technique

- Intervention réalisée sous garrot pneumatique
- Sous anesthésie générale ou rachi anesthésie
- Intérêt d'une intervention courte < 1 heure si possible: évite toute compression trop longue du quadriceps par le garrot source d'amyotrophie quadricipitale et de douleur post op.
- Sous arthroscopie diminution:
 - du risque infectieux,
 - de la morbidité,
 - du saignement intra articulaire.

Technique

- Prélèvement du DROIT INTERNE ET DEMI TENDINEUX : voie d'abord < 2 cm peu d'ouverture de l'aponévrose du couturier



- Faufilage et mise en tension et calibrage



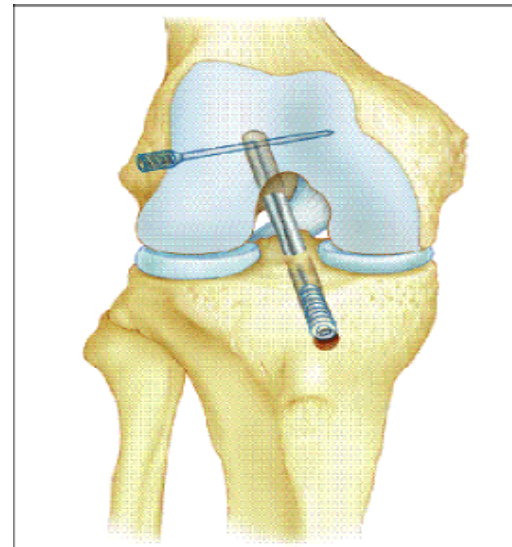
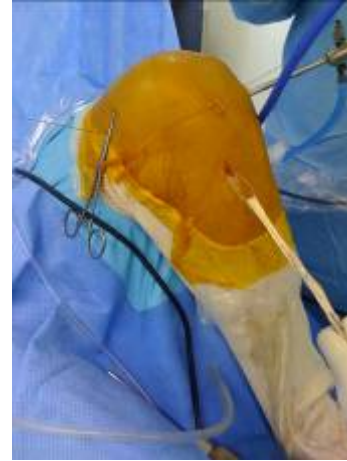
Technique

- Préparation articulaire avec ablation des reliquats du ligament croisé antérieur
- Vérification des ménisques
- Préparation des tunnels +++ : leur position et leur préparation indépendantes sont le garant d'un greffon isométrique



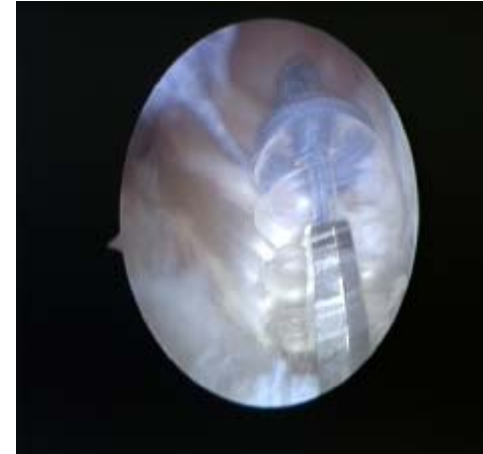
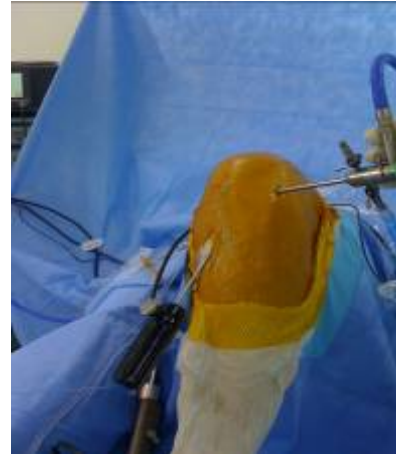
Technique

- Montée du greffon en un temps et non traumatique (diamètre du greffon = diamètre des tunnels)
- Fixation fémorale première par transfix: baguette résorbable qui cravate le greffon



Technique

- Testing du greffon par cycles multiples
- Vérification de l'absence de conflit avec l'échancrure (générateur de flexion post opératoire)
- Fixation tibiale: nouvelle technique retroscrew (fixation sous chondrale) et une vis en chicane distale



Rééducation

- Hospitalisation 3 a 4 Jours (initier la rééducation et lutter contre la douleur post op (cathéter crural)
- Rééducation, deux options:
 - Rééducation en ville (sportif loisir, actif professionnel, familial)
 - Centre de rééducation (sportif de haut niveau, hôpital de jour +++)

Rééducation

- Immédiate
- Sans limitation de flexion car greffon isométrique
- Douce et infra douloureuse
- Protéger par un bloc crural pendant 48 heures
- Passive (arthromoteur) et active
- Massage, glaçage +++



J1 post opératoire, arthromoteur

Rééducation

- Appui immédiat soulagé par des cannes anglaises
- Pas de posture en flessum
- Renforcement du quadriceps+++
- Renforcement des ischio jambiers différé



J2 post opératoire

Arrêts

- Sportifs:
 - 5 mois tous sports en dehors de la rééducation
 - À 5 mois reprise des sports en ligne
 - A 8 mois reprise sports pivots et compétitions
- Professionnel:
 - Secteur tertiaire entre 1 et 1 mois $\frac{1}{2}$
 - Travailleurs de force 2 mois

Conclusion

- Chirurgie simplifiée
- Moindre morbidité liée à la technique AO et au DIDT
- Résolution des problèmes de fixations tibiale et fémorale du DIDT aussi fiable que le KJ pour la prise en charge des instabilités rotatoires chez les sportifs

Conclusion

Réparation du LCA à proposer le plus souvent possible chez les patients qui pratiquent des sports pivots même occasionnellement

Elle évite :

- l'apparition de **lésions méniscales**
- **l'arthrose**



Merci de votre attention



Dr Thierry Trichard
Consultation : 03 20 25 65 08