Déchirure ligamentaire, quand faut-il opérer ?

La bataille avait été terrible, les contacts rudes, le terrain lourd! La troisième équipe de la Valsainte venait d'obtenir, de haute lutte, un maintien inespéré en cinquième ligue! Cependant, Lucien et André, les deux stratèges du collectif, avaient été évacués en bordure de terrain peu avant la fin de la confrontation, touchés respectivement au genou et à la cheville.

Une fois l'indispensable 3e mi-temps écoulée, ils se dirigent vers les urgences de l'hôpital le plus proche. Ils en ressortent un peu plus tard, munis d'une paire de cannes et des doutes plein la tête. Lucien, ligament croisé antérieur du genou déchiré, «espère éviter l'intervention chirurgicale». André, entorse grave de la cheville, «préférerait passer sur le billard, pour garder ses chances de jouer ». Comme eux, de nombreux sportifs atteints de ces deux pathologies, fort répandues au demeurant, se demandent si l'opération est souhaitable. L'acte chirurgical ne représente sans doute pas la voie de la facilité pour le patient et ne saurait être systématique. Il s'avère souvent incontournable en présence de lésions associées (fractures, déchirure méniscale, atteinte grave de plusieurs ligaments...), ce qui a initialement été exclu chez nos deux compères. En cas de déchirure «simple» par contre, les avantages et inconvénients sont encore débattus dans la littérature professionnelle.

Examinons tout d'abord la situation de Lucien. La procédure chirurgicale - grossièrement résumée - consiste à reconstruire un ligament croisé à l'aide d'une greffe de tendon prélevée en avant du genou. La rééducation postopératoire se base sur un protocole rigoureux afin de récupérer force, mobilité, endurance et réactivité musculaire sans nuire à la cicatrisation du greffon. Il faut travailler près d'une année avant de reprendre la compétition dans un sport contraignant. Comme on le présage, l'intervention s'adresse à des personnes motivées et constantes dans l'effort. Elle vise généralement la reprise des activités physiques au niveau antérieur chez des patients jeunes et sportifs. Un cadre A de l'équipe nationale de ski entre sans doute dans cette catégorie. Reste à savoir concrètement si Lucien, charpentier de 32 ans, footballeur à ses heures, en fait partie ou non.

Dans les nombreux cas problématiques, la décision est prise en fonction de la réussite ou de l'échec du traitement de rééducation. Les objectifs de la physiothérapie sont globalement identiques à ceux décrits auparavant dans les suites opératoires. Cependant, la physiothérapie est particulièrement centrée sur les exercices proprioceptifs qui visent à développer au maximum la rapidité et la précision des contractions musculaires en cas de déséquilibre, Les muscles étant des stabilisateurs articulaires complémentaires des ligaments, le patient parvient généralement à récupérer un genou stable et fonctionnel. Ce n'est qu'en cas d'échec que l'intervention chirurgicale s'impose, afin de prévenir les lésions méniscales et l'arthrose à long terme.

Dans le cas d'André, qui souffre de la cheville, l'opération est moins courante, car les bénéfices de la chirurgie ne sont pas évidents. Seules certaines entorses graves de la cheville relèvent de la chirurgie. L'intervention concerne principalement les patients atteints d'une instabilité rebelle au traitement conservateur et les athlètes de haut niveau, bien que cette dernière appréciation soit encore sujette à délibérations.

Dans tous les autres cas de figure, il n'y a aucun avantage à subir une intervention. Avec ou sans chirurgie, quatre patients sur cinq récupèrent sans séquelle. Cependant il sérail erroné de négliger l'entorse et de la traiter par le mépris. Le risque de récidive après un premier épisode

est élevé, et l'entorse à répétition risque de déboucher sur une instabilité chronique... indication notoire pour la chirurgie.

La première mesure thérapeutique consiste à respecter une période d'immobilisation partielle à l'aide d'un taping -bandage élastique adhésif - ou d'une attelle de soutien. Durant ce laps de temps, la surélévation, les applications de glace, le massage, la mobilisation douce et, dans les cas plus ardus, le drainage lymphatique permettent de résorber l'œdème. Une fois la situation aiguë sous contrôle, la rééducation proprioceptive devient à nouveau la pierre angulaire de la prise en charge physiothérapeutique. Elle cible cette fois les muscles péroniers latéraux, stabilisateurs de l'entorse par excellence. Une immobilisation plâtrée est à éviter, quelle que soit la gravité de l'entorse. Elle ne fait que retarder le processus de guérison et favorise la raideur et l'œdème.

On constate donc que les situations de Lucien et André ne sont pas tout à fait comparables, malgré leurs similitudes. Lucien devra faire un bilan après un minimum de six semaines de rééducation bien conduites. Il pourra éviter l'opération si son genou est assez stable pour lui permettre d'exercer sa profession en toute sécurité. Il lui appartient aussi d'évaluer s'il souhaite impérativement reprendre la compétition, ou s'il se contente d'activités sportives moins contraignantes pour ses genoux.

Le sort d'André semble a priori moins aléatoire. Il a de bonnes chances de retrouver les joies de la compétition, à condition de suivre son traitement avec assiduité. Le port sélectif d'une attelle au moment des activités à risque peut lui être utile s'il en ressent le besoin.

Quoi qu'il en soit, joueur ou spectateur, ils finiront bien par se retrouver bientôt à la buvette du stade pour boire à la santé des sportifs !