La rééducation après rupture du ligament croisé antérieur

Finale du tournoi intersociétés 99. Justin Dupeton, centre-avant de l'Amicale des Bouchers se démarque et arme un shoot en pleine course. Il tient enfin l'occasion de laver l'affront subi l'an passée face à la Gendarmerie Municipale. Il bande ses muscles et d'un mouvement rageur ...shoote lamentablement dans le vide…puis s'effondre en hurlant de douleur. Ses amis, mi-goguenards mi-contrits le portent hors du terrain. Conduit aux urgences dès la fin de la rencontre, il y apprend qu'il souffre d'une rupture du ligament croisé antérieur du genou.

Cela lui évoque vaguement le souvenir d'autres vedettes du football, victimes de la même infortune. Cependant, comme tout un chacun, il connaît fort peu de chose sur le rôle de ce ligament, le traitement qui va suivre et les conséquences que l'accident peut impliquer. C'est ce que nous allons voir avec lui aujourd'hui.

Sans le savoir, Justin a probablement, du fait de sa profession, une certaine idée de l'apparence d'un ligament croisé. En effet, avez-vous déjà essayé de désosser un genou de poulet ? On y retrouve d'étonnantes similitudes avec l'articulation humaine. En fléchissant le genou on observe deux ligaments d'obliquité inverse, qui se croisent au centre de l'articulation. Nous possédons en effet un ligament croisé postérieur (LCP), et un ligament croisé antérieur (LCA), plus fréquemment lésé dans les accidents sportifs.

Le rôle principal du LCA est de limiter le « tiroir antérieur », c'est-à-dire le glissement vers l'avant du tibia par rapport au fémur. En cas de rupture, le tiroir n'est plus stabilisé, ce qui peut entraîner une sensation d'insécurité et des lâchages du genou. L'instabilité articulaire peut potentiellement favoriser de nouvelles entorses et des lésions secondaires des structures méniscales et cartilagineuse.

Face à cette situation, il existe deux alternatives de traitement : le traitement conservateur, basé essentiellement sur des exercices de stabilisation du genou et le traitement chirurgical qui vise à reconstituer un LCA fonctionnel. La décision est discutée entre le patient et le chirurgien orthopédiste en fonction de différents critères comme la stabilité du genou, la pratique sportive, la profession, l'âge ou la motivation. La présence de lésions associées des ménisques ou d'autres ligaments, comme ce peut être le cas lors de traumatisme en torsion du genou, est également un facteur important qui influence la décision thérapeutique.

Il existe plusieurs techniques opératoires envisageables pour reconstituer un LCA. La plus couramment utilisée consiste, sommairement résumée, à prélever une portion du tendon rotulien (qui relie la pointe de la rotule au tibia), forer un tunnel dans le fémur et le tibia selon l'orientation du LCA, et remplacer le ligament déficient par le transplant. Actuellement, la plupart des interventions sur des ligaments croisés peuvent être effectuées par arthroscopie.

Le greffon mis en place se nécrose progressivement, ce qui le fragilise lors des premières semaines, puis il se revascularise. Il subit ensuite une lente transformation, tant et si bien qu'après trois ans, il ressemble fort à un ligament d'un point de vue cellulaire.

La rééducation et la reprise des activités sportives et professionnelles devront prendre en compte ces données afin de préserver le néo-ligament. Bien qu'actuellement la tendance soit au raccourcissement des durées de rééducation, le patient doit s'attendre à un investissement de plusieurs mois avant récupération complète.

Dans les premiers jours postopératoires, les objectifs de la rééducation sont de calmer les douleurs, de limiter les réactions inflammatoires et de réactiver la musculature. La mobilisation du genou et de la rotule débutent dès le lendemain de l'opération, mais restent douces.

A ce stade, le patient éprouve souvent de la difficulté à contracter son quadriceps. Le « réveil » musculaire occupe donc une place importante dans le traitement, bien qu'il soit effectué en prenant certaines précautions. En effet, une contraction isolée du quadriceps entraîne un tiroir antérieur, qui met la plastie sous tension au risque de la léser. Son renforcement se fait en association avec une contraction des muscles de l'arrière de la cuisse, les ischio-jambiers, qui ont une composante de force inverse, afin de contrecarrer cette tendance. Le renforcement musculaire par électrostimulation peut également être appliqué, en respectant la même règle.

La marche avec des cannes débute rapidement, en général sous couvert d'une attelle. Au fil des semaines, des exercices de renforcement de plus en plus variés peuvent être envisagés, à condition qu'ils n'infligent pas trop de

contraintes au transplant. Il s'agit toujours de respecter la co-contraction et de travailler avec le pied en appui au sol, les exercices de renforcement pied en l'air étant délétères.

Le muscle ne doit pas seulement être fort, il doit aussi être capable de réagir rapidement dans les situations de déséquilibre. Aussi les exercices de stabilisation du genou revêtent-il une grande importance, un bon contrôle étant indispensable à la reprise sans risque des activités contraignantes.

La course peut être pratiquée progressivement dès le quatrième mois. Quant aux sports qui exigent des pivots et des changements de directions rapides, ils ne sont abordés qu'à partir du neuvième mois à condition que le genou soit désenflé, stable, mobile et fort.

Notre ami Justin a donc du pain sur la planche avant de soulever à nouveau les lourdes charges qu'exige son activité professionnelle et de revenir à son meilleur niveau sportif. Mais déjà il s'est lancé un défi pour l'été prochain : planter enfin un goal à cette sacrée équipe de la Gendarmerie Municipale !

Claude Pichonnaz
Physiothérapeute enseignant