

LÉSION DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

Le **ligament croisé antérieur** est un élément clé pour assurer la **stabilité** du **genou** (empêcher les os de se séparer). Il fait partie de ce que l'on appelle le **pivot central**, avec le **ligament croisé postérieur**. Sa fonction principale est d'empêcher le **tibia** de se déplacer vers l'avant par rapport au **fémur** et de tourner vers l'intérieur. Sa blessure est très fréquente dans les **sports** de mouvements de rotation, de saut ou de pivotement (rotation du corps avec le pied fixé au sol) tels que le football, le futsal, le basket-ball, le handball, le football américain, le rugby, le volley-ball ou le ski. Il se blesse généralement sans contact avec un adversaire, c'est-à-dire après un mauvais geste dans lequel l'athlète effectue un mauvais appui, généralement avec un certain **valgus**, une rotation externe et un déplacement antérieur du tibia. Le patient ressent une **douleur** immédiate, une sensation de cliquetis ou de **rupture** et de renversement dans les 2 premières heures. Parfois, il y a une **blessure partielle**, c'est-à-dire non pas de l'ensemble du **ligament**, mais seulement d'une partie de celui-ci. Dans ces cas, le patient n'a généralement pas remarqué de claquement, parfois les patients expliquent qu'ils ont pu continuer le jeu et qu'il n'a pas trop gonflé.

Il existe de nombreux facteurs de **risque identifiés** pour les lésions du ligament croisé antérieur : **anatomiques** (liés à la forme du **fémur** et du **tibia**), **hormonaux** (influençant particulièrement **les femmes**), **environnementaux** (tels que le type de surface de jeu, le type de chaussures ou les conditions météorologiques), facteurs **biomécaniques** (comment les actions de **jouer** pendant le sport) et des facteurs **neuromusculaires** (liés à la façon dont les **muscles** se contractent et à la protection que les muscles fournissent aux **articulations**).

Le **diagnostic** des lésions du ligament croisé antérieur est fait par un **examen physique**. Le **médecin** doit explorer à travers des tests spécifiques comment est la fonction ligamentaire. Parfois, si la blessure est récente et que le patient présente des douleurs, l'examen physique sera entravé par la contraction musculaire défensive. Il est important que le patient soit détendu afin que la stabilité du genou ne soit pas aidée ou compensée par les stabilisateurs dynamiques, qui sont les muscles. Les manœuvres les plus couramment utilisées sont le test de **Lachman** et le test de changement de *pivot*. Ils visent à évaluer le degré de stabilité antéro-postérieure et rotationnelle, respectivement. Il existe des degrés d'instabilité en fonction du degré de lésion ligamentaire mais aussi de la lésion éventuelle d'autres structures. En cas de **rupture partielle**, il peut arriver que l'un des deux tests soit positif et l'autre négatif. En général, l'instabilité rotationnelle mise en évidence par le déplacement du pivot est moins tolérée que l'instabilité antéro-postérieure (par la manœuvre de Lachman). Par conséquent, en cas de ruptures partielles, il est possible que le patient n'ait pas d'insuffisance articulaire en fonction des parties du ligament touchées. Par conséquent, dans ces situations, il est très important de parler au patient afin qu'il comprenne les risques de ne pas subir de chirurgie et les limites que cela peut entraîner. Les ruptures totales du ligament croisé antérieur entraînent une instabilité qui, dans la plupart des cas, est symptomatique, c'est-à-dire qu'elles impliquent l'impossibilité d'effectuer des activités sportives. Par conséquent, ils nécessitent un traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical du ligament croisé antérieur implique une reconstruction et non une réparation, compte tenu du faible potentiel de guérison de ce ligament. Une reconstruction consiste à remplacer le ligament par une autre structure (un **tendon**), qui au fil du temps devient un ligament en raison du processus de **ligamentisation** que le corps lui-même effectue au fil des mois. En reconstruction, les restes du

ligament précédent doivent d'abord être retirés, à moins qu'ils ne gênent pas l'emplacement de la plastie ou du nouveau ligament que nous allons placer (parfois, le ligament se déchire et est cicatrisé vers l'arrière avec le ligament croisé postérieur). La chose la plus importante à propos d'une bonne reconstruction est la position correcte des tunnels à travers lesquels le nouveau ligament doit être placé. Lorsqu'une reconstruction doit être faite, des trous sont faits dans l'os à l'endroit où se trouve le ligament, pour introduire le tendon qui servira à agir comme un ligament. Le mauvais emplacement des tunnels est la principale cause d'échec de cette **chirurgie**. Une fois les tunnels en place, il s'agira d'entrer dans la plastie (ou nouveau ligament) et de la fixer avec l'un des systèmes disponibles. Le **type de greffe ou de** plastie dépendra de plusieurs facteurs et doit être décidé avec le patient selon nos propres recommandations.