

RECONSTRUCTION DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR QUEL TYPE DE GREFFE CHOISIR ?

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

La reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA) est une technique chirurgicale dans laquelle le ligament est remplacé par une greffe ou une plastie correspondant à un tendon. Ce tendon est incorporé dans le **genou** et transformé au fil des mois en ligament, dans un processus appelé **ligamentisation**.

Il existe deux grands groupes de **greffons**, ceux du patient lui-même (**autologue** ou **autogreffe**) ou ceux d'un donneur (**hétérologue** ou **allogreffe**). Il est intuitif que les allogreffes auront une incorporation et une ligamentisation plus difficiles, car elles n'appartiennent pas au patient lui-même. En fait, le **taux de rupture** de la plastie du LCA en cas d'utilisation d'allogreffes est d'environ 13%, bien au-dessus des 3-5% de l'autogreffe de **tendon rotulien** ou des 7-8% des autogreffes de tendon rotulien. Le type d'allogreffe le plus couramment utilisé est le **tendon d'Achille**, qui est livré avec un bouchon **d'os du talon** qui sera inséré dans le tunnel fémoral. L'avantage d'utiliser l'allogreffe d'Achille est qu'il n'y aura pas de douleur ou de dysfonctionnement dans la zone donneuse, c'est-à-dire la zone du patient qui sert à fournir le tendon. Cela signifie moins de douleurs postopératoires et une **récupération** plus rapide. Cependant, il s'agit souvent d'une arme à double tranchant car le patient se sent mieux et s'impose donc moins de restrictions de manière même parfois inconsciente. Une activité excessive dans les premières semaines postopératoires augmente le risque d'étirement ou de dommages causés par la plastie.

Les autogreffes principalement utilisées sont l'**os du tendon rotulien**, les **ischio-jambiers (semi-tendineux et droit interne)** ou le **tendon du quadriceps**, qui peut être retiré avec ou sans bloc osseux. Les **avantages** évidents des autogreffes par rapport aux allogreffes sont une meilleure intégration et un taux d'étirement ou de rupture plus faible de la plastie. L'**inconvenient évident** est une période postopératoire immédiate (les premières semaines) avec un peu plus **de douleur** et la possibilité de **complications chirurgicales** dans la zone à partir de laquelle la plastie est obtenue (telles que des douleurs antérieures au genou, **des neuropathies sensorielles** ou des adhérences péri-tendineuses). Cependant, les complications de la zone donneuse sont rares et la meilleure intégration et le taux plus faible de rupture du greffon justifient son utilisation chez la plupart des patients. L'autogreffe qui offre normalement une plus grande stabilité au genou est l'os du tendon rotulien, suivi du tendon **du quadriceps** et enfin des ischio-jambiers. C'est le cas en termes généraux, bien qu'il puisse y avoir des patients avec une très forte stabilité dans les cas d'ischio-jambiers, et plus laxiste dans les cas d'os-tendon rotulien-os, mais ce ne serait pas la norme.

Une stratégie qui est généralement recommandée en termes de choix de greffe est basée sur le niveau d'**activité physique** à effectuer, ainsi que sur les caractéristiques de **l'âge**. Normalement, chez une personne ayant une demande fonctionnelle plus faible (sans prétentions de grands efforts dans les activités sportives), ou qui pratique **des sports à faible risque (cyclisme, natation, etc...)**, l'utilisation d'allogreffes peut être acceptée, surtout à partir de l'âge mûr de la vie. Cependant, la recommandation la plus répandue chez les patients **plus jeunes** ayant une forte demande fonctionnelle (en particulier les sports de saut, de rotation, de pivotement) est l'utilisation d'autogreffes.