

## RECONSTRUCTION DU LIGAMENT CROISÉ POSTÉRIEUR

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

Le **ligament croisé postérieur (LCP)** est une structure stabilisatrice du **genou** qui fait partie du **pivot central** avec le **ligament croisé antérieur (LCA)**. Il s'agit d'un ligament spiroïde qui possède deux fascicules nettement différenciés, le postéro-médial et l'antérolatéral. Sa fonction est de stabiliser le genou dans le plan sagittal, c'est-à-dire d'empêcher le tibia de reculer.

Les lésions du LCP peuvent être classées comme aiguës ou chroniques, isolées ou combinées à d'autres blessures, ou comme partielles ou totales. Ces facteurs, ainsi que le type de patient (**âge, poids, activité professionnelle** et niveau sportif) conditionneront le type de traitement.

Une différence importante entre le LCP et le LCA est la plus grande capacité de guérison du premier. Cela explique en partie les meilleurs résultats et la meilleure tolérance de ces lésions lorsqu'elles sont partielles ou complètes sans grande **instabilité**. L'autre explication est la grande efficacité du muscle quadriceps à contrôler les déplacements antéro-postérieurs du tibia, action principale du LCP. Normalement, si le tibia ne recule pas beaucoup (<10mm), cela signifie que la **blessure** est partielle ou complète, mais sans associer de blessure à d'autres ligaments. Ces lésions peuvent être plus adaptées à un traitement conservateur ou non chirurgical, bien que le niveau de déplacement puisse être abaissé dans le cas de patients plus jeunes et plus actifs, avec une forte demande fonctionnelle.

Les blessures au LCP surviennent généralement dans des accidents de voiture ou de sport et impliquent un traumatisme ou un coup à l'avant du tibia dans la direction postérieure. Quelque chose de crucial lors de l'évaluation de ces blessures est d'exclure qu'il n'y a pas d'autres ligaments touchés. Si **l'examen physique** et **l'IRM** indiquent la possibilité d'autres ligaments blessés, il faut exclure que le **patient** n'ait pas subi de **luxation du genou** (parfois non expliquée par le patient si l'action a été rapide et que le genou n'a pas été disloqué). Dans ces cas, il est essentiel d'explorer l'état **vasculaire** pour exclure les lésions circulatoires.

Les lésions partielles aiguës seront traitées de manière conservatrice avec des mesures anti-inflammatoires, la mise en place d'une **attelle de genou PCL** spécifique et une infiltration **intra-articulaire et intraligamentaire** des **facteurs de croissance (PRP)** guidée par échographie, suivie d'un bon travail de tonification des quadriceps, en évitant **le travail des ischio-jambiers** pendant quelques mois. Les blessures aiguës complètes peuvent être traitées de manière conservatrice ou chirurgicale selon chaque cas, tandis que les blessures chroniques seront opérées en fonction du degré de symptômes du patient. En règle générale, lorsque le patient a une blessure complète au LCP, il sera plus susceptible d'avoir des symptômes et de nécessiter une intervention chirurgicale, mais chaque cas doit être évalué. D'autre part, en cas de blessures complètes avec implication d'autres ligaments, la recommandation sera d'opérer car l'instabilité du LCP sera plus grande et moins bien tolérée en raison de la présence d'instabilité dans d'autres plans de mouvement.

La chirurgie du LCP comporte 2 possibilités : **la réparation** ou **la reconstruction**. La réparation n'est généralement possible qu'en cas d'avulsions (désengagement) de la partie fémorale ou tibiale, et surtout si elles surviennent de manière aiguë (ils vont chez le **médecin** dans les 2-3 premières semaines). La réparation consiste à coudre le ligament à son point d'attache à l'os. S'il y a un fragment d'os arraché, la réinsertion peut même se faire avec des **vis** (généralement dans le tibia) s'il est gros. S'il n'y a pas de fragment d'os ou s'il est petit, le réancrage se fera généralement avec **des** sutures

transosseuses ou des ancrages de suture. Les cas chroniques ou les cas qui n'ont pas d'indication de réparation doivent être traités par reconstruction, c'est-à-dire le remplacement du ligament par un **tendon**. Il n'y a pas de consensus sur le meilleur tendon pour reconstruire le LCP, ni sur la question de savoir s'il est préférable de l'obtenir du patient ou d'une banque de tissus (**allogreffe**). Chaque option a ses avantages et ses inconvénients, ainsi que le type de **fixation**. La reconstruction du LCP avec les propres tissus du patient implique généralement une meilleure incorporation, **une meilleure guérison**, une meilleure maturation et une meilleure stabilité, mais elle présente l'inconvénient de créer un peu plus de douleur postopératoire en raison de la nécessité de retirer un tendon à d'autres endroits. La reconstruction du LCP avec allogreffe a une période postopératoire plus supportable, mais c'est un tissu qui a un pourcentage plus élevé d'allongement ou de non-incorporation.

La **rééducation** des lésions opérées du LCP passe également par la mise en place d'une attelle de genou spécifique à ce ligament, ainsi que par le gain progressif de mobilité plus ou moins précoce associé à une tonification précoce des quadriceps, évitant la tonification des ischio-jambiers pendant plusieurs mois. Comme le LCA, le PCL implique généralement une période d'absence sportive entre 10 et 12 mois.