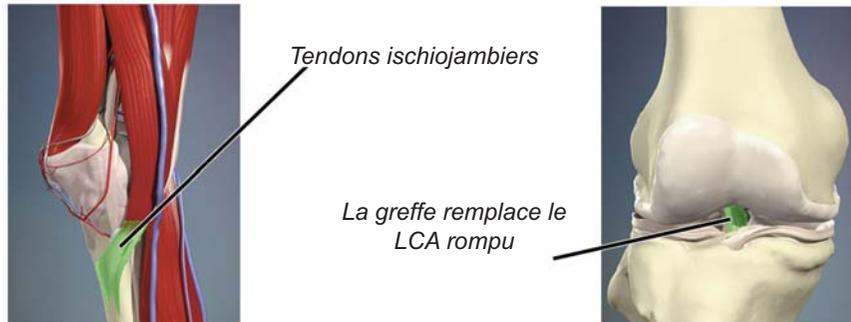


TECHNIQUE DIDT

Les tendons prélevés pour la greffe sont les ischiojambiers. Sous arthroscopie, ces tendons sont préparés et sont introduits (par des tunnels forés dans l'os) dans l'articulation pour remplacer le LCA rompu. Les moyens de fixation du transplant sont très variables. La cicatrisation de la greffe est effective aux alentours du 4ème mois post-opératoire.



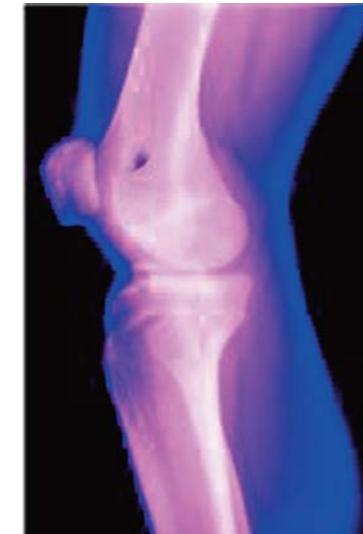
EN PRATIQUE

- **Hospitalisation** : 3 jours
- **Immobilisation** : soit aucune ; soit une attelle de genou quelques jours. La marche en appui est autorisée sous couvert de cannes anglaises.
- **Rééducation** : immédiate en centre ou en cabinet de kinésithérapie
- **Reprise sportive** : en fonction du sport :
 - * Natation : 3 mois
 - * Course terrain plat : 4 mois
 - * Sports à risque (rugby, foot, ski...) : entre 6 et 9 mois post-opératoire



LA CHIRURGIE DU GENOU

pratiquée par
Les Chirurgiens Spécialistes du genou
du Centre Hospitalier de Lannemezan

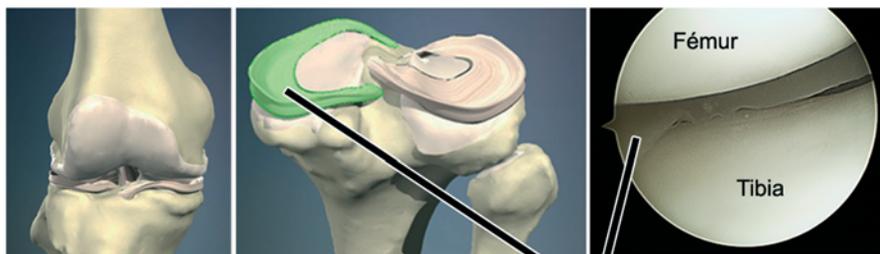


L'arthroscopie du genou est une technique chirurgicale permettant d'explorer et traiter les pathologies du genou **lésion du ménisque, rupture du ligament croisé antérieur...** en introduisant une caméra dans l'articulation. Il s'agit d'une chirurgie dite "mini invasive" nécessitant uniquement de petites incisions.

CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL - HOPITAUX DE LANNEMEZAN
644, Route de Toulouse - BP 90167 - 65308 LANNEMEZAN Cédex
Chirurgie et Consultations Spécialisées
Services des Consultations externes : 05 62 99 53 30
Secrétariat de Chirurgie : 05 62 99 53 90

ARTHROSCOPIE DU GENOU POUR LÉSION DU MÉNISQUE

Le ménisque est un fibrocartilage en forme de croissant qui joue le rôle d'amortisseur entre le fémur et le tibia. Il y en a 2, un interne et un externe. Ils participent également à la stabilisation secondaire du genou. En cas de lésion de ces ménisques, cela peut provoquer des douleurs, des épanchements (gonflement du genou) avec formation de kyste, souvent en arrière du genou (kyste poplité).



Vue arthroscopique d'un ménisque normal

Il y a classiquement deux types de lésion de ces ménisques : une lésion traumatique d'une part, favorisée par certains sports ou pratiques professionnelles. D'autre part, il peut s'agir d'une usure avec le temps, cela correspond alors à un stade initial d'arthrose du genou (avant l'usure du cartilage).

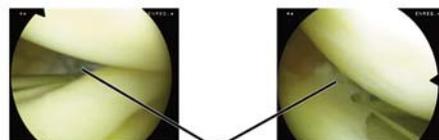
Toutes les lésions du ménisque ne s'opèrent pas : l'indication dépend du type de lésion et des symptômes cliniques. Une IRM est le plus souvent nécessaire pour faire le diagnostic.

Le traitement chirurgical est réalisé sous arthroscopie lors d'une hospitalisation d'une journée. Deux techniques sont possibles, le choix dépend des caractéristiques de la lésion :

- **Ménisectomie économique** : le principe est d'enlever la partie malade du ménisque.
- **La suture méniscale** : il est parfois possible de réparer la lésion (traumatique), c'est la suture méniscale. L'avantage évident est la conservation du rôle "amortisseur" du ménisque.



Lésion du mécanisme interne

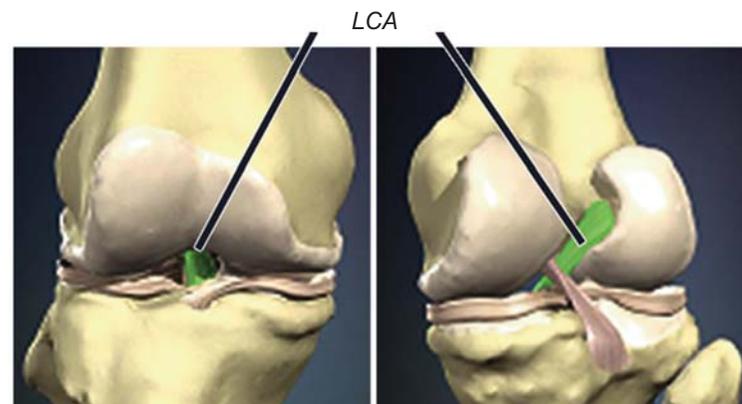


Lésion du Ménisque interne avant et après suture

EN PRATIQUE

- **Hospitalisation** : quelques heures (chirurgie ambulatoire)
- **Immobilisation** : pas d'attelle, la marche est immédiate avec béquille en cas de douleur.
- **Rééducation** : sauf cas particulier, il n'est pas nécessaire de réaliser des séances de kinésithérapie.
- * **Arrêt de travail** : variable car dépend de votre profession.

LA RECONSTRUCTION DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR (LCA) sous arthroscopie



Le ligament croisé antérieur (LCA) a un rôle important dans la stabilité du genou (stabilité antérieure et rotatoire). La lésion de ce ligament est fréquente et survient le plus souvent lors de l'activité sportive (rugby, foot, ski...).

Le diagnostic est clinique. On retrouve les caractéristiques de l'entorse grave : craquement du genou au moment du traumatisme, gonflement immédiat, arrêt du sport en cause, douleur...

Puis il peut se produire une instabilité du genou, c'est-à-dire la survenue de dérobolements à la marche : le genou "lâche" brutalement lors de l'appui.

Le testing du genou en consultation confirme le diagnostic.

Une IRM est le plus souvent demandée pour confirmer la lésion; rechercher des lésions associées, notamment au niveau des ménisques.

L'intervention chirurgicale n'est pas systématique. L'indication d'opérer

dépend de plusieurs arguments : l'âge du patient, le pratique sportive, la gêne fonctionnelle (instabilité), présence de lésions associées (ménisques...)

Classiquement, cette intervention chirurgicale est recommandée chez un patient jeune, d'autant plus s'il pratique un sport à risque type pivot/contact (foot, rugby...).

A long terme (après plusieurs années), le risque d'une rupture du LCA est la survenue de lésions des ménisques. L'évolution se fait lentement vers l'arthrose.

Il n'y a pas de cicatrisation "anatomique" possible après rupture du LCA. La chirurgie doit remplacer ce tendon par une greffe utilisant un tendon de la jambe. Les techniques varient selon le choix du tendon utilisé pour la greffe.

Nous décrivons la technique du DIDT utilisant les tendons ischiojambiers pour remplacer le LCA rompu.