FACE ET ORTHOPÉDIE

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Chef de service : Dr. FREDERIC SALMERON
Cadre de pôle : Mme Isabelle RUMEAU
Cadre de santé : Mme Cécile CASES

Hôpital
Consultations au RDC, Chirurgie Ambulatoire au 1er étage, Hopitalisation au 2ème étage

Consultations
04 68 61 67 40
04 68 61 89 78
Hospitalisation
04 68 61 65 50
04 68 61 89 74
Bureau infirmier
04 68 61 65 65

Présentation générale du service

Le service de chirurgie orthopédique et traumatologique assure les consultations spécialisées et les interventions chirurgicales programmées et en urgence des spécialités d'orthopédie et de traumatologie.

Les activités :

- Chirurgie arthroscopique et ligamentaire du genou et de l'épaule
- Chirurgie ambulatoire
- Chirurgie de la main
- Chirurgie du pied
- Chirurgie prothétique (hanche, genou, épaule)
- Traumatologie

Les moyens :

- Le service dispose de 15 lits d'hospitalisation conventionnelle auxquels s'ajoutent les 15 lits d'hospitalisation de semaine du Pôle Face et Orthopédie.
- Le service utilise les 25 lits de chirurgie ambulatoire situés au premier étage du nouvel hôpital.

Les techniques opératoires

LA CHIRURGIE LIGAMENTAIRE SOUS ARTHROSCOPIE (GENOU ET CHEVILLE) ET LA CHIRURGIE PERCUTANÉE DU PIED

Docteur Frédéric SALMERON, orthopédiste et ancien chef de clinique des hôpitaux de Toulouse.
Spécialisé dans la chirurgie ligamentaire du **genou** et de la **cheville** sous arthroscopie ainsi que dans la chirurgie percutanée du **pied**.
Chirurgien expert au sein du GRECMIP (Groupe de Recherche et d'Étude en Chirurgie Mini-Invasive du Pied) qui développe la chirurgie mini-invasive du pied et de la cheville.
Membre du groupe TALUS groupe de recherche sur la chirurgie du pied et de la cheville.

Au cours des années **Dr SALMERON** s'est spécialisé vers toutes les techniques **mini-invasives et arthroscopiques en chirurgie ambulatoire** permettant une récupération du patient et un retour plus rapide à ses activités, qu'elles soient professionnelles ou sportives avec, à terme, une absence quasi-totale de cicatrice.

Types d'interventions :

HALLUX VALGUS

L'**Hallux-Valgus** est une déformation de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil (hallux) qui se déforme vers l'extérieur (valgus), cette déformation de la phalange est souvent appelée "oignon".

L'Hallux-Valgus peut avoir des conséquences qui s'étendent à l'ensemble du pied ou du membre inférieur, en raison de crampes ou de mauvaises postures s'étendant au genou, à la hanche ou au dos.
Pour diagnostiquer un Hallux-Valgus, votre chirurgien aura besoin d'une radiographie récente afin d'évaluer le degré de déformation de votre articulation. Cette radio sera effectuée debout avec le pied portant le poids du corps.

Les différents traitements possibles:

Le traitement médical

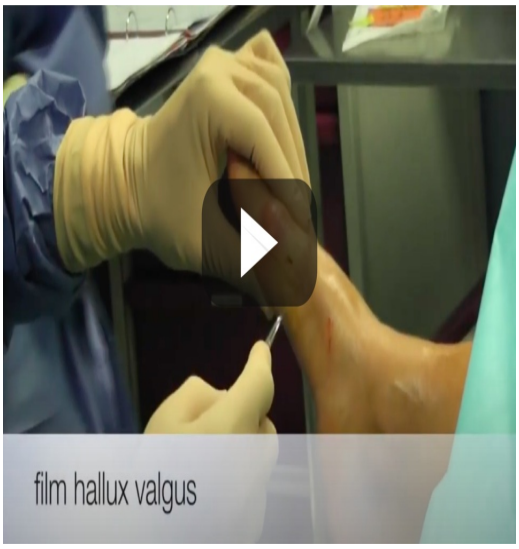
Pour soulager les douleurs, on peut proposer des antalgiques et des anti inflammatoires, le port de semelles orthopédiques et une rééducation adaptée visant à assouplir l'articulation et à renforcer les muscles et les tendons.
Le traitement médical peut soulager temporairement, mais si la gêne fonctionnelle devient trop importante, il peut être bénéfique de voir un chirurgien spécialiste du pied.

Plusieurs techniques peuvent être utilisées :

- **Des techniques classiques** type Scarf, Chevron.
- **Des techniques mini invasives**, globalement les mêmes techniques que les classiques avec des incisions moins grandes.
- **La technique percutanée**, cette technique consiste à redresser le gros orteil grâce à des incisions de 2mm, et à faire des ostéotomies (coupes osseuses) avec des fraises de petit diamètre sous contrôle radio.
  Elle permet d'éliminer les cicatrices et leurs complications, de diminuer le risque d'hématome et d'infection, et de diminuer les douleurs postopératoires.

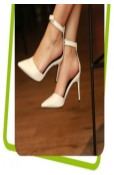
  L'intervention est faite en Chirurgie Ambulatoire, le patient a été vu au préalable par l'anesthésiste qui a décidé d'une anesthésie loco-régionale ou générale. Le patient arrive une heure avant l'intervention, l'horaire lui a été communiqué la veille par téléphone.

  L'intervention dure 20 minutes. Le pansement du pied est fait au Bloc Opératoire, le patient retourne à son domicile après environ 3 heures de surveillance. Il part en marchant sur son pied avec une chaussure (spécialement conçue pour cette intervention) qu'il gardera 4 à 6 semaines, il gardera également des béquilles pendant 15 jours et reviendra au bout de cette période pour faire le premier pansement en consultation.



Hallux Valgus : la technique percutanée

Celles qui portent des talons pourront à nouveau en porter en moyenne :



- 3 mois après l'intervention (talons de 3 cm)
- 5 mois après l'opération (talons de 5 cm et plus)

HALLUX RIGIDUS OU DORSAL BUNION

L'Hallux-Rigidus est une dégradation due à l'arthrose qui occasionne la formation d'ostéophytes (becs osseux) responsables d'un enraidissement de l'articulation métatarso-phalangienne.
Les ostéophytes forment une bosse sur le dessus de l'articulation également appelée **Dorsal Bunion.**

Les causes principales sont :

- Une **morphologie particulière** dite "pied egyptien" (gros orteil plus long)
- La **pratique intensive** de certains **sports** tels que le football ou la course à pied

D'autres causes sont moins fréquentes : les traumatismes, les rhumatismes, les infections...

Le chirurgien aura besoin d'une radiographie récente dite "en charge", c'est-à-dire debout avec le pied portant le poids du corps.

Les différents traitements possibles

1. Le traitement médical

Pour soulager les phénomènes douloureux, le traitement médical peut proposer la prise d'antalgiques et d'anti inflammatoires, le port d'une semelle orthopédique et une rééducation adaptée visant à assouplir l'articulation et renforcer les muscles et les tendons. Le cas échéant une perte de poids significative peut être envisagée.

Néanmoins, s'agissant d'une maladie dégénérative, le traitement médical ne peut que soulager temporairement, si la gêne fonctionnelle devient trop importante, une consultation chirurgicale doit être envisagée afin de déterminer la prise en charge la plus adaptée à votre cas.

2. Les traitements chirurgicaux

- **Le traitement conservateur**
  Il ne comprend pas de fixation par vis ou broche et consiste principalement à supprimer la bosse osseuse supérieure responsable du conflit.
  Si l'orteil est trop long, un ostéotomie peut être pratiquée pour limiter les contraintes de compression.

- **Blocage de l'articulation (arthrodèse)**
  Cette intervention consiste à faire fusionner le métatarsien avec la première phalange. Cette technique, généralement bien supportée, permet de se chausser comme à l'habitude et de récupérer un niveau intéressant de pratique sportive.

- **Une ostéotomie du premier métatarsien et de la première phalange**
  Elle se fait en chirurgie percutanée, sans cicatrice, à travers la peau sous contrôle radiographique et permet la décompression de l'articulation en gardant de la mobilité.

MÉTATARSALGIES

Une déformation de votre avant-pied peut occasionner un déséquilibre sur l'avant et sur la plante du pied quand vous le posez au sol, cette pression anormale entraîne des douleurs : les **métatarsalgies**.

L'origine de cette **hyperpression plantaire** peut s'expliquer par une anomalie morphologique liée à la taille ou la forme des métatarses, ou encore à un angle anormal entre le métatarse et sa phalange.
Cette hyperpression peut être aggravée par le surpoids et par l'Hallux Valgus du gros orteil, elle occasionne des frottements excessifs sur la plante du pied qui forment un durillon douloureux ("cor au pied"), la cause est donc le conflit avec l'os. Le "cor" reviendra malgré des soins de pédicurie tant que le conflit ne sera pas levé par des semelles orthopédiques ou par une intervention chirurgicale.

En l'absence de traitement adapté, les pressions peuvent engendrer des lésions sur l'articulation métatarso-phalangienne voire, entraîner des déchirures ligamentaires et des luxations.
Le chirurgien pratiquera un examen clinique pour évaluer les déformations et observer la pression plantaire. Il aura également besoin d'une radiographie récente dite "en charge", autrement dit, debout avec le pied portant le poids du corps.

Les différents traitements possibles

1. Le traitement médical

Les soins de pédicurie peuvent apporter un soulagement temporaire mais ne corrigent pas la cause des douleurs. Une rééducation adaptée et le port de semelles orthopédiques peuvent soulager plus durablement les phénomènes douloureux. Toutefois, si les douleurs et la gêne sont sont importantes, une intervention chirurgicale peut être proposée.

2. Le traitement chirurgical

L'intervention **DMMO** (Distal Metatarsal Invasive Osteotomy) consiste à provoquer des réorientations des têtes des métatarsiens pour une répartition plus harmonieuse du poids du corps sur l'avant-pied.

Au CH Perpignan, l'intervention appelée **DMMO** est pratiquée en **ambulatoire** en chirurgie percutanée sans utiliser de matériel, vis, plaques.
Le patient sort avec une chaussure spéciale avec laquelle il peut marcher pendant un mois. Il n'y a pas de pansement à faire à domicile, le premier pansement est fait en consultation 15 jours après l'opération.

ORTEILS EN GRIFFE

L'orteil en griffe est une **déformation** occasionnée par un dysfonctionnement des tendons et peut concerner **n'importe quel orteil**. Une **morphologie particulière** du pied (orteils trop longs) prédispose à cette déformation qui peut être aggravée par le port de **chaussures mal adaptées**.

Cette déformation est due à un déséquilibre entre les tendons fléchisseurs et les tendons extenseurs de l'orteil qui a alors tendance à se replier en forme de griffe. La déformation occasionne d'importantes contraintes de compression sur l'articulation, la peau s'épaissit et forme une excroissance couramment appelée "cor" ou "durillon", qui peut être très douloureuse.

Avec le temps, le chaussage et la marche peuvent devenir difficiles, l'articulation peut s'enraidir et des douleurs peuvent s'étendre sous la plante de pied (**métatarsalgies**).

Le chirurgien aura besoin d'une radiographie récente dite "en charge" (debout avec le pied portant le poids du corps).

Les différents traitements possibles

1. Le traitement médical

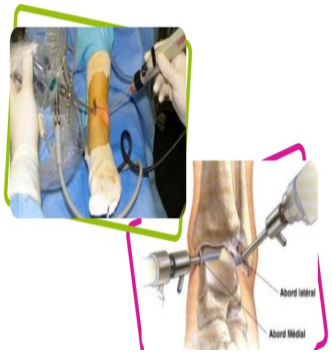
Pour soulager les phénomènes douloureux, le traitement médical peut proposer la prise d'antalgiques et d'anti inflammatoires, ainsi que le port d'une semelle orthopédiques et/ou d'orthèses souples pour soulager les zones douloureuses.
Les soins de pédicurie peuvent soulager momentanément mais ne corrigent pas la cause du problème. Lorsque la gêne fonctionnelle devient trop importante, une consultation chirurgicale doit être envisagée afin de déterminer la prise en charge la plus adaptée.

2. Le traitement chirurgical

La prise en charge d'un orteil en griffe peut demander de faire des allongements des tendons ou des ostéotomies des phalanges ou bien les deux gestes associés.
Chaque patient aura une prise en charge personnalisée en fonction de sa déformation.
Le geste, au CH de Perpignan, sera réalisé en chirurgie percutanée, à savoir à travers la peau, quasiment sans cicatrice et sans utiliser de matériel, de vis ou de plaque.
L'intervention sera réalisée en chirurgie ambulatoire.

Le patient sort en marchant avec une chaussure spécialisée qu'il gardera entre 3 et 4 semaines. Pas de pansement à faire à la maison, le premier pansement sera réalisé en consultation 15 jours post-opératoire.

ARTHROSCOPIE DE CHEVILLE



L'**arthroscopie de cheville** consiste à pratiquer une petite incision au niveau antéro-médial pour introduire l'optique et une incision antéro-latérale pour introduire les instruments.

Arthroscopie pour conflit antérieur de cheville

Le chirurgien va observer l'état des lésions du cartilage et des ostéophytes (becs osseux) puis introduire un instrument appelé "shaver" (fraise motorisée) qui permet d'enlever les tissus endommagés et ostéophytes.
L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco régionale décidée avec l'anesthésiste en consultation avant l'opération. Elle se fait en hospitalisation ambulatoire, le patient arrive 1h avant l'opération et sort 3h après avec des béquilles.

L'immobilisation dure 15 jours avec une botte achetée en pharmacie avant l'intervention (remboursée) ; l'appui protégé par des béquilles est autorisé.
La rééducation est de 10 à 12 séances à partir de la première consultation postopératoire à 15 jours.
L'arrêt de travail, si travail physique, est de 1 mois.

Arthrodèse de cheville

Grâce à l'arthroscopie, les incisions sont de petite taille et cette forme de chirurgie est moins invasive que la technique dite à « ciel ouvert ».
L'arthrodèse consiste à fusionner les os de la cheville entre eux dans le but d'éliminer les douleurs liées à l'arthrose.
Cette intervention n'empêche pas la marche ni la pratique sportive, si le reste des articulations du pied sont saines.
Dans un premier temps, le chirurgien enlève le cartilage endommagé, puis la cheville est maintenue par deux vis.

On distingue deux techniques d'arthrodèse :

Arthrodèse de cheville ou arthrodèse tibio-talienne
C'est une fusion des os du tibia et du talus (anciennement astragale).

L'intervention se fait sous anesthésie générale ou loco régionale, à ciel ouvert ou sous arthroscopie en fonction des cas, la technique arthroscopique permettra, en évitant une large ouverture, de diminuer les risques cicatriciels de désunion et d'infection.

L'hospitalisation est de 2 jours en moyenne, l'immobilisation est de 45 jours dans une botte, sans appui.

Arthrodèse sous-talienne
C'est une fusion du calcanéum (talon) et du talus (anciennement astragale) dans
les suites d'une arthrose souvent post-traumatique après une fracture du
calcanéum.

Cette intervention se fait sous arthroscopie en chirurgie ambulatoire.

Le patient est immobilisé 45 jours dans une botte, sans appui. La rééducation ne commence qu'après avoir enlevé la botte à un mois et demi de l'intervention.

ARTHROSCOPIE POUR CONFLIT POSTÉRIEUR DE CHEVILLE

Les incisions sont de petite taille et cette forme de chirurgie est moins invasive que la technique dite à "ciel ouvert". Avec l'évolution des techniques arthroscopiques et des instruments, l'arthroscopie permet aujourd'hui de traiter un nombre important de pathologies ostéo-articulaires. L'arthroscopie pour conflit postérieur de cheville consiste à pratiquer une petite incision au niveau postéro-latéral pour introduire l'optique et une incision postéro-médiale pour introduire les instruments.
Dans le premier temps opératoire, le chirurgien va observer l'état des lésions du cartilage et la formation d'éventuelles ostéophytes (becs osseux).
Dans un second temps, on introduit un instrument appelé "shaver" (fraise motorisée) qui permet d'enlever les tissus endommagés et procéder à la résection des ostéophytes.

L' intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale, décidé lors de la consultation d'anesthésie. Elle est faite sous arthroscopie en chirurgie ambulatoire.
En post-opératoire, l'immobilisation est de 15 jours avec appui autorisé. La rééducation commence au 15ème jour.

ARTHROSCOPIE DE CHEVILLE POUR CONFLIT RÉTRO-CALCANÉEN "HAGLUND"

L'arthroscopie de cheville pour conflit rétro-calcanéen "Haglund" consiste à pratiquer une petite incision au niveau postéro-latéral pour introduire l'optique et un incision postéro-médiale pour introduire les instruments.Dans le premier temps opératoire, le chirurgien va observer l'état des lésions du cartilage et la formation d'éventuelles ostéophytes (becs osseux).
Dans un second temps, on introduit un instrument appelé "shaver" (fraise motorisée) qui permet la libération du tendon d'Achille et la résection du bord supérieur du calcanéum jusqu'à l'insertion du tendon d'Achille.

L' intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale, ceci est décidé lors de la consultation d'anesthésie. Elle est faite sous arthroscopie en chirurgie ambulatoire.
En postopératoire, l'immobilisation est de 15 jours avec appui autorisé. La rééducation commence au 15ème jour.

ARTHROSCOPIE POUR LÉSIONS OSTÉOCHONDRALES (LODA)

L'arthroscopie de cheville pour lésions ostéochondrales du dôme sous talien ou sous astragalien (LODA), consiste à pratiquer une petite incision au niveau antéro-médial pour introduire l'optique et une incision antéro-latérale pour introduire les instruments.
Dans le premier temps opératoire, le chirurgien va observer les lésions des tissus, du cartilage et des os.
Puis, il va pratiquer un débridement : un nettoyage de l'articulation pour retirer d'éventuels micro-fragments. Pour cela, il utilise des curettes ou un instrument appelé "shaver" qui est une fraise motorisée.
Les autres gestes : curetage, avivement, greffe osseuse, mosaicplastie, ou microfracturing, sont pratiqués soit seuls, soit en combinaison pour obtenir un saignement de l'os spongieux qui, en cicatrisant, favorisera la réparation fibrocartilagineuse.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale, sous arthroscopie en chirurgie ambulatoire.
L'immobilisation est de 45 jours, sans appui les 3 premières semaines.
La rééducation commence à partir de la 1ère consultation postopératoire.

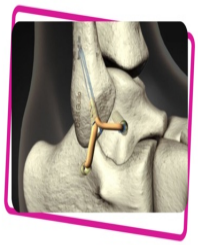
LIGAMENTOPLASTIE DE CHEVILLE SOUS ARTHROSCOPIE

L'arthroscopie permet aujourd'hui de traiter un nombre important de pathologies ostéo-articulaires.
La ligamentoplastie de cheville traite les cas d'instabilité chronique dans le but d'éviter les entorses à répétition et, avec le temps, l'apparition d'arthrose.

Il existe différentes techniques de ligamentoplastie:

La technique de Borström Gould
consiste à réparer le tendon et le renforcer par une greffe de tissu. Le résultat est donc dépendant de la qualité du tendon qui va être suturé.

La technique de reconstruction anatomique
consiste à réparer ou remplacer les ligaments abîmés par un greffon prélevé au niveau du genou.



L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale, sous arthroscopie en chirurgie ambulatoire.
L'immobilisation est de 45 jours, sans appui les 2 premières semaines.
La rééducation commence à partir du 15ème jour après la première consultation post-opératoire.

RÉPARATION DU TENDON D'ACHILLE

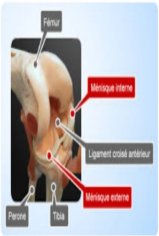
Il existe de nombreuses techniques de réparation des lésions du tendon d'Achille, dites à ciel ouvert, mini invasive ou sous arthroscopie. La possibilité d'utiliser ces techniques dépend de l'étendue et surtout de l'ancienneté des lésions.
Il est important de pouvoir traiter les ruptures du tendon d'Achille rapidement pour éviter que le tendon ne se rétracte. La réparation d'une rupture "fraîche" du tendon d'Achille sous arthroscopie consiste à pratiquer plusieurs mini incisions le long du tendon afin de le remettre en continuité et de permettre sa cicatrisation.
Le premier temps opératoire consiste en un débridement tendineux (nettoyage et libération), puis la réparation proprement dite consiste en une suture des deux extrémités du tendon rompu.

L'intervention se déroule sous anesthésie générale ou loco-régionale, en chirurgie ambulatoire, en utilisant une technique mini invasive.
L'immobilisation est de 45 jours, sans appui.

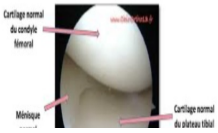
ARTHROSCOPIE DE GENOU

Réparation méniscale

L'évolution des techniques opératoires et de l'instrumentation a permis de rendre plus facile et plus fiable le geste de réparation méniscale.
Les recommandations européennes basées sur les études des séries de patients porteurs de lésions méniscales post-traumatiques sont de tenter coûte que coûte la réparation méniscale dans tous les cas. Car il est prouvé que toute résection méniscale aussi petite soit-elle a pour conséquence une accélération de l'usure du genou et donc, de l'arthrose.



Il faut considérer le ménisque comme un amortisseur des chocs à l'intérieur du genou afin de protéger le cartilage articulaire et donc tout sacrifice méniscal va entrainer une accélération de l'usure du cartilage.



Au CH Perpignan, les lésions méniscales du genou sont réparées sous anesthésie et sous arthroscopie.

Le patient arrive 1h avant l'intervention et sort 3h après en marchant avec des béquilles. Il commence la rééducation 8 jours après l'intervention et reprend ses activités professionnelles entre 15 et 21 jours en fonction du métier.
Les sports sont interdits pendant 3 mois, qui est la période théorique de cicatrisation du ménisque, celle-ci est contrôlée cliniquement ou avec une IRM si besoin.
Le patient est prévenu qu'on ne peut garantir 100% de bons résultats mais qu'on doit malgré tout tenter toujours cette réparation pour protéger l'avenir du genou.

Ligamentoplastie du genou sous arthroscopie DT4

La ligamentoplastie du genou sous arthroscopie est une technique récente qui apporte une stabilisation ligamentaire du genou reconstruit. Elle consiste à ne prélever que le tendon Demi-Tendineux pour reconstruire le Ligament Croisé Antérieur (LCA). Elle a l'avantage d'épargner le tendon Droit Interne qui n'est pas prélevé, laissé en place intact et permet ainsi de ne pas affaiblir d'avantage les muscles Ischio-Jambiers et facilitant ainsi la rééducation post-opératoire.

Il existe d'autres alternatives pour reconstruire le LCA avec d'autres choix de transplants utilisables tels les greffes au Tendon Rotulien (TR), au Tendon Quadricipital (TQ) ou au Fascia-Lata (FL). Le chirurgien vous expliquera lors de la consultation leurs spécificités s'il choisit plutôt une de ces techniques. Lors de la chirurgie s'il existe une lésion méniscale associée, elle sera réparée afin de protéger votre genou d'une évolution vers l'arthrose.

Pour préparer l'intervention

Le chirurgien fait le diagnostic de rupture du ligament croisé antérieur lors de la consultation par l'examen clinique. L'IRM confirmera le diagnostic et permettra de rechercher des lésions méniscales. De la kinésithérapie sera prescrite avant la chirurgie pour renforcer musculairement le genou.

A la différence de la technique dite « DIDT » qui utilise aussi le tendon Droit Interne, dans cette technique dite **« DT4 »**seul le tendon Demi-Tendineux est utilisé .

L'intervention se déroule ensuite sous arthroscopie (avec une caméra) par deux petites incisions sous la rotule.
Des tunnels osseux dans le fémur et le tibia au niveau des zones d'insertion du Ligament Croisé Antérieur sont réalisés. La greffe composée de 4 faisceaux de Demi-Tendineux (DT4) est positionnée puis fixée dans le genou par des endoboutons.

Si vous présentiez également une instabilité rotatoire il vous sera réalisé en plus de la reconstruction du LCA une plastie de renfort antéro-externe de type Lemaire modifiée dite plastie « anti-ressaut » recréant ainsi le ligament antéro-latéral accessoire du genou.

Les suites opératoires

Après l'intervention, votre chirurgien autorisera votre sortie de l'hôpital avec les ordonnances de soins nécessaires (pansements, antalgiques, anticoagulants, kinésithérapie) et un arrêt de travail. Les pansements stériles devront être réalisés par une infirmière diplômée d'état. La kinésithérapie est débutée dans la première semaine.
La marche avec appui total sous couvert de béquilles sera immédiatement autorisée, les béquilles seront nécessaires de 4 à 6 semaines. Une attelle d'immobilisation vous sera prescrite pour 15 jours. Par la suite, la rééducation sera poursuivie chez un kinésithérapeute ou en centre de

attelle d'immobilisation vous sera prescrite pour 15 jours. Par la suite, la rééducation sera poursuivie chez un kinésithérapeute ou en centre de rééducation. La conduite automobile sera reprise à 1 mois.
La reprise des activités professionnelles, en fonction du travail, est en général entre le 1er et le 3ème mois. La reprise très progressive des pratiques sportives ne devra pas être débutée sans l'accord de votre chirurgien, en général, aux alentours du 3ème mois pour les sports dans l'axe (course à pied en terrain plat, ...) et vers le 9ème mois pour les sports pivots, après notre validation des tests qui seront réalisés en consultation. Une ordonnance de rééducation vous sera remise et vous devrez le transmettre à votre kinésithérapeute.

Complications

Il existe des complications spécifiques mais rares qui sont une raideur de genou par défaut de rééducation, une infection articulaire qui nécessite une reprise chirurgicale avec lavage arthroscopique, une antibiothérapie.
Une rupture de la greffe est rare (5,8%) mais possible au cours d'un nouveau choc.

Il est important de respecter les délais donnés par votre chirurgien pour la reprise des activités sportives et de suivre le protocole de rééducation. Il existe des complications aspécifiques telles qu'une thrombose veineuse profonde dit phlébite, un hématome qui nécessite exceptionnellement une ponction ou un drainage chirurgical, une algodystrophie...

Il y a des risques liés à l'anesthésie expliqués précisément lors de la consultation d'anesthésie préalable à l'intervention.

Toutes ces complications spécifiques à ce type de chirurgie ou non spécifiques potentiellement rencontrées pour tout acte chirurgical vous seront expliquées en détail lors de la consultation.
Cependant **cette liste n'est pas exhaustive** et une complication particulièrement exceptionnelle qu'elle soit bénigne ou grave peut survenir.

Aprés la reconstruction du ligament par la greffe, le nouveau ligament reconstruit est initialement fixé dans votre genou par des moyens de fixation (endoboutons) qui ont une tenue suffisante pour assumer les contraintes appliquées sur votre genou pendant la période de rééducation, cependant, la force d'arrachement de ces systèmes de fixation sont de l'ordre de 1000 Newtons pour les endoboutons et ce n'est en fait qu'à partir de la 3emdes 4 phases du processus de ligamentisation que le nouveau transplant sera totalement incorporé et fixé biologiquement et définitivement dans votre genou.

C'est la raison pour laquelle la reprise des sports de pivot à fortes contraintes et la compétition ne doivent pas être reprises trop tôt. Le résultat attendu est un genou stable et indolore avec une reprise des activités sportives et le retour à la compétition.

Protocole de rééducation

Jour 0, Jour de l'intervention :

- Cryothérapie compressive (glace) utilisation du procédé game ready.

Jour 1 - Jour 30 :

- Cryothérapie , contraction isométrique du quadriceps, pas de travail en chaine cinétique ouverte (respect de la règle de l'indolence).
- Verrouillage actif du genou.
- Mobilisation rotulienne.
- Récupération de la flexion d'amplitude en actif et en passif entre 0 et 70 degrés
- Lutte contre le flessum recherche extension 0 degrés. Récupération de l'hyper extension symétrique au côté opposé.
- Maintien de l'attelle jusqu'au verrouillage actif du genou.
- Marche en appui total protégé par béquillage jusqu'au verrouillage actif du genou et sédation des douleurs.
- Anticoagulation préventive 15 jours

Jour 30 - Jour 90 :

- Rééducation des ischio-jambiers sans résistance
- Début de rééducation proprioceptive en appui bipodal puis monopodal.
- Balnéothérapie.
- Récupération musculaire en chaîne cinétique fermée.

Jour 90 - Jour 150 :

- Intensification de la rééducation musculaire quadriceps et ischiojambiers.
- Reprise sport en décharge (natation, vélo d'appartement avec assise haute, elliptique).
- Poursuite travail de proprioception.

Jour 150 - Jour 180 :

- Reprise progressive sport axiaux en charge (course en terrain plat)
- Prérequis à la reprise sportive : genou sec, indolore, stable, amplitude articulaire complète.

9ème mois :

- Reprise sports de pivot après testing musculaire

Équipe médicale