

CONSEILS DE REEDUCATION LIGAMENTOPLASTIE DU CROISE ANTERIEUR AU ISCHIO-JAMBIERS (DIDT)

Une ligamentoplastie du LCA a été réalisée, consistant en un remplacement du LCA par une greffe des tendons Droit Interne et Demi Tendineux.

Les tendons ainsi greffés passent par une phase de fragilité relative avant l'ancrage osseux définitif, d'où une rééducation prudente et progressive selon trois phases successives :

Phase 1 : J1 à J10

La fixation du transplant est assurée exclusivement par le matériel, sans ancrage naturel osseux.

Le patient conserve l'attelle jour et nuit et l'enlève lors des séances de rééducation effectuées à raison de 5 fois par semaine.

La marche est effectuée avec deux cannes anglaises et un appui contact.

- Education du patient à la mise en place matinale d'un bas de contention, au positionnement fréquent du membre en déclive et au glaçage répété du genou.
- Massage du membre opéré à visée circulatoire et de drainage.
- Récupération progressive de la flexion passive à 90° et de l'extension stricte de préférence sur arthromoteur.
- Mobilisation manuelle passive de la patella.
- Electrothérapie excito-motrice non tétanisante du quadriceps et triceps sural.
- Travail statique intermittent du quadriceps sans charge.

Phase 2 : J11 à J90

La fixation du transplant est toujours assurée par le matériel, sans ancrage naturel osseux suffisant, avec une phase de fragilité relative de ligamentisation progressive du transplant à partir du deuxième mois.

La marche avec appui complet est débutée de suite avec sevrage concomitant progressif de l'attelle sur dix jours.

L'objectif est d'obtenir en toute sécurité un sevrage total des cannes anglaises et de l'attelle à J20.

A noter que la phase d'immobilisation et de marche en décharge peut être allongée en cas de suture méniscale associée.

Toute apparition de réactions douloureuses ou inflammatoires doit imposer un travail moins intensif.

- Poursuite du travail antalgique, circulatoire et anti-inflammatoire par les techniques de drainage et la cryothérapie systématique.
- Massage et mobilisation des cicatrices.
- Mobilisation manuelle passive de la patella.
- Electrothérapie excito-motrice des différents groupes musculaires.
- Poursuite du travail articulaire passif en flexion à 90° jusqu'à J30 puis récupération progressive indolore de l'intégralité des amplitudes.
- Travail statique intermittent du quadriceps avec charge proximale.
- Début du travail quadricipital en chaîne fermée à 1 mois, puis progressivement en chaîne ouverte.
- Travail des ischio-jambiers en mode d'abord statique à 90° de flexion puis dynamique.
- Début du travail proprioceptif d'abord en chaîne ouverte puis progressivement fermée.
- Vélo et natation dans l'axe sans palme à partir du deuxième mois post-opératoire.

Phase 3: après J90

L'ancrage du transplant est alors effectif.

- Récupération complète passive et active des différentes amplitudes articulaires.
- Travail statique intermittent du quadriceps avec charge proximale.
- Travail quadricipital en chaîne fermée et en chaîne ouverte.
- Travail des ischio-jambiers en mode dynamique.
- Travail proprioceptif en chaîne fermée, progressivement adapté aux différentes contraintes professionnelles et sportives.
- Reprise de la course à pied d'abord dans l'axe et sur terrain stable puis réintégration progressive du geste professionnel ou sportif.
- Reprise d'activité sportive sans contrainte en pivot du genou au sixième mois post-opératoire.
- Reprise d'activité sportive avec contrainte en pivot du genou au septième mois post-opératoire.
- Reprise d'activité sportive avec contrainte en pivot et avec contact du genou au neuvième mois post-opératoire.

La rééducation devra être poursuivie jusqu'à une récupération complète et cessera avec le retour des habitudes antérieures de la vie quotidienne, professionnelle et sportive.