

La ligamentoplastie du croisé antérieur

Service de chirurgie orthopédique - Sport et genou

Des réponses à vos questions.



Sommaire

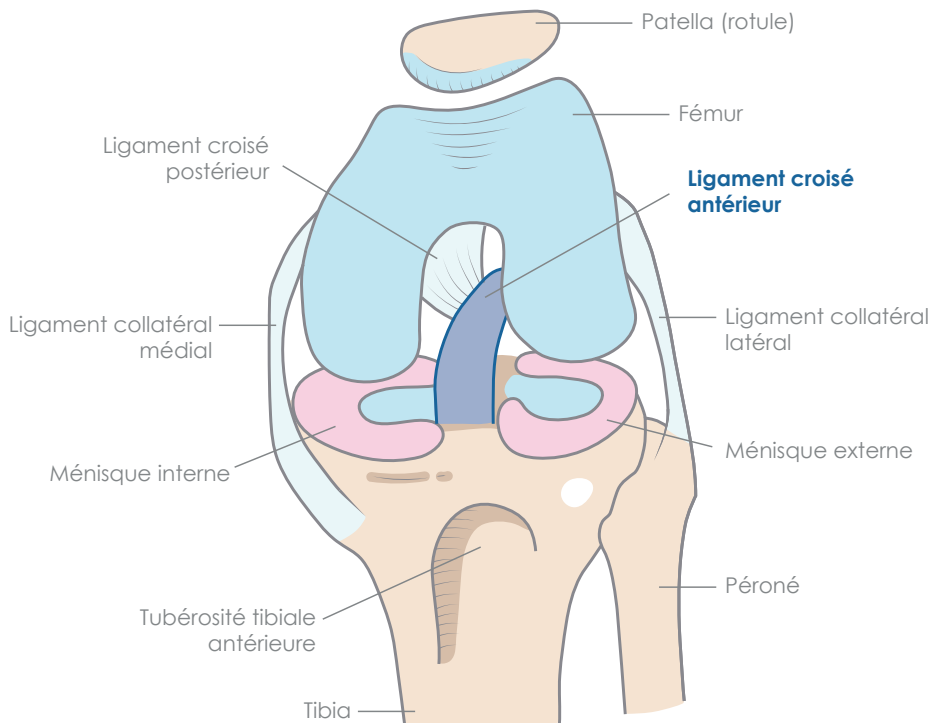
- Rupture du ligament croisé antérieur
- Une reconstruction du LCA, c'est quoi ?
- Avant l'hospitalisation
- Pendant l'hospitalisation
- Après l'hospitalisation
- Les bénéfices et prévention des risques
- Questions fréquentes
- Check-lists avant, pendant et après intervention

Nous vous remercions d'avoir choisi le CHRSM.

Avant de décider de bénéficier d'une chirurgie de reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA), il est primordial de bien en comprendre les avantages, les risques et les étapes. Ce guide vous fournit les informations nécessaires pour une décision éclairée, et aide à votre participation active tout au long de votre trajet de soins.

Au fil des pages, explorez la rupture du ligament croisé, les possibilités, le déroulement de la chirurgie, les avantages, les risques, la préparation à l'hospitalisation, la convalescence et la vie avec un genou stable.

Nous vous invitons à lire attentivement ce livret et à **poser des questions à votre équipe chirurgicale.**



Rupture du ligament croisé antérieur : comprendre l'anatomie et les symptômes

Anatomie

La stabilité du genou est assurée par 4 ligaments principaux, qui jouent le rôle de haubans et maintiennent ainsi entre eux les os de l'articulation du genou. Le plus célèbre d'entre eux est sans conteste le **ligament croisé antérieur (LCA)**, situé au cœur de l'articulation, il relie la partie antérieure du tibia à la partie postérieure du fémur. Ce ligament empêche le tibia de partir en avant et stabilise le genou lors des mouvements de rotation interne du genou.

Mécanisme de rupture

À la suite d'un traumatisme en torsion ou en hyperextension, il peut y avoir une rupture de ce ligament, causant ainsi une instabilité du genou et des sensations de lâchage. Malheureusement, cette rupture du LCA cicatrise souvent difficilement dans une position efficace. En fonction de la personne et de son niveau d'activité, les répercussions sur la stabilité du genou sont variables. Certaines pratiques sportives et certains mouvements ne peuvent plus être effectués en l'absence d'un LCA efficace. Cela peut entraîner des accidents d'instabilité, qui peuvent eux-mêmes occasionner, à terme, des lésions du cartilage, des ménisques et des autres ligaments.

L'instabilité : symptôme majeur

Le symptôme majeur d'une rupture du LCA est l'instabilité du genou.

La reconstruction du ligament croisé antérieur, ou ligamentoplastie du croisé antérieur, a pour but de récupérer un genou parfaitement stable. L'objectif est de permettre de pratiquer à nouveau toutes les activités en évitant de dégrader l'articulation (par des lésions cartilagineuses ou méniscales).

Des solutions ?

Traitement conservateur
ou chirurgical ?

En cas de rupture du LCA, il sera, quelle que soit l'option thérapeutique retenue, essentiel de renforcer la musculature et la souplesse du genou par de la kinésithérapie. Un examen par IRM et un rendez-vous chez votre chirurgien orthopédiste permettront d'avoir un diagnostic précis, et de discuter au mieux des solutions et de vos attentes.

En cas de rupture complète du LCA, un traitement conservateur, c'est-à-dire sans chirurgie, peut constituer une option intéressante pour les patients moins sportifs (sport sans pivot), plus âgés, n'ayant pas de demande fonctionnelle importante ou ne souhaitant pas bénéficier d'une

chirurgie pour leur genou. Il s'agira dans ce cas de renforcer au maximum la stabilité du genou malgré le ligament rompu, grâce à de la kinésithérapie intensive. Notons que même si un traitement conservateur est choisi dans un 1^{er} temps, une indication chirurgicale pourrait être réévaluée dans un second temps si le genou présente une instabilité persistante.

Le traitement chirurgical sera, lui, généralement proposé endéans les 6 mois suivants le traumatisme. Il suivra une période dite de pré-habilitation correspondant à une phase de kinésithérapie pré-opératoire afin de récupérer la souplesse de l'articulation. La ligamentoplastie du croisé antérieur du genou consiste alors à reconstruire le ligament croisé rompu.



Une reconstruction du LCA, c'est quoi ?

La chirurgie de reconstruction du LCA, ou ligamentoplastie du croisé antérieur du genou, consiste à reconstruire le ligament rompu.

Déroulement de l'intervention

Le geste chirurgical est réalisé sous arthroscopie, une technique peu invasive qui, à l'aide de petites incisions et d'une caméra miniature (arthroscope), permet de visualiser la rupture du ligament et faire le bilan des lésions méniscales et cartilagineuses.

Greffe de tendon

Une courte incision est réalisée à proximité du genou afin de prélever un ou deux tendons de la cuisse (semi-tendineux +/- gracilis), ou le tendon rotulien, ou le tendon quadricipital. Le choix de la greffe se fait selon les caractéristiques de la lésion du ligament croisé antérieur, le profil du patient, mais aussi de la qualité perçue du greffon durant l'intervention (ce dernier peut, dans de rares cas, être changé en

cas de qualité insuffisante). Cette greffe de tendon va servir à la confection du nouveau ligament et ainsi remplacer celui rompu.

Gestes associés : ménisques et ténodèse latérale extra-articulaire

Renfort externe

Pour certains patients sélectionnés, un renfort externe, aussi appelée ténodèse latérale extra-articulaire, peut constituer un élément de stabilité supplémentaire du genou, essentiellement dans les mouvements rotatoires. Associé à la reconstruction du LCA, ils vont agir un peu à la manière de ceinture et bretelles.

Les techniques utilisées dans le service sont appelées le Monoloop et le Mini-Monoloop.

Méniscectomie ou suture méniscale

Au sein de l'articulation du genou, les ménisques exercent un rôle d'amortisseurs et de stabilisateurs entre le fémur et le tibia.

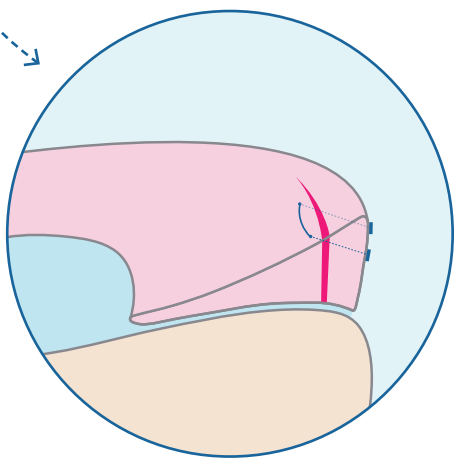
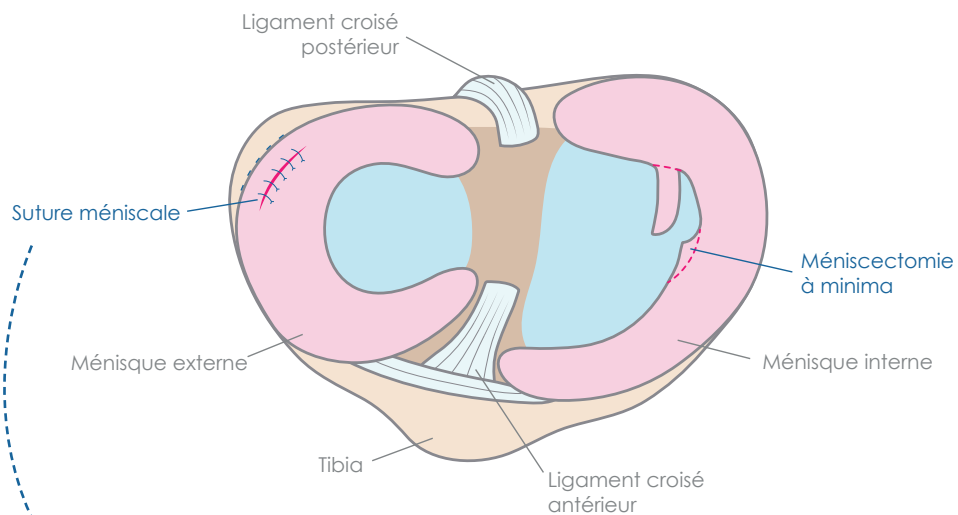
Le ménisque possède une vascularisation particulière : riche en périphérie, elle est inexistante sur le bord libre du ménisque. En cas de lésion méniscale, selon sa localisation, le type de lésion et les antécédents du patient, le chirurgien peut choisir entre une suture ou une régularisation partielle du ménisque.

Lorsque la lésion méniscale n'a qu'une très faible chance de cicatriser seule, la partie déchirée du ménisque est enlevée (elle n'était déjà plus fonctionnelle) et la partie saine du ménisque est préservée autant que possible : on parle de méniscectomie partielle.

Lorsque la lésion méniscale laisse espérer une cicatrisation, on peut réaliser une suture de ce ménisque et ainsi conserver l'intégralité de l'amortisseur/stabilisateur. Cette suture est réalisée au moyen de fils chirurgicaux afin de stabiliser la lésion.

Cette suture méniscale peut impacter le début de la rééducation globale. Les premières semaines, des béquilles vous aideront à marcher sans la mise en charge de votre genou (sans mettre de poids dessus). La flexion du genou sera limitée à 90° pendant quelques semaines.

La suture méniscale ne permet malheureusement pas d'obtenir une cicatrisation dans tous les cas. Si une gêne réapparaît, une nouvelle arthroscopie peut être envisagée afin de réséquer la partie non-cicatrisée du ménisque.



Avant l'hospitalisation



Se préparer à l'intervention

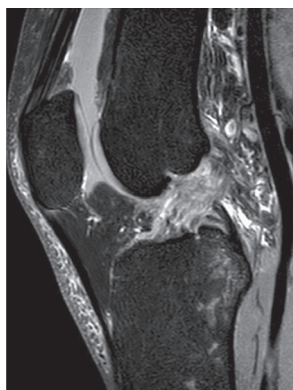
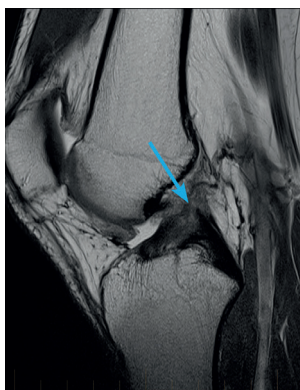
Le délai entre la 1^{ère} consultation et l'intervention peut parfois paraître long, mais il permet une préparation méticuleuse.

Une fois que votre chirurgien orthopédiste a planifié la date de l'intervention, la planification d'un bilan pré-opératoire sera réalisée.

L'objectif de cette étape est d'optimiser votre état physiologique pour réduire les risques de l'intervention. Concrètement, **les facteurs péjoratifs vont être corrigés au maximum**: limitation de la consommation d'alcool et de tabac dans les 4 semaines avant l'opération.

De façon générale, les rendez-vous à prévoir sont les suivants :

- Kinésithérapie : aussi appelé préhabilitation, la kinésithérapie avant l'intervention est essentielle afin de récupérer la souplesse et réveiller/entretenir le quadriceps.
- IRM



- Éventuellement, rendez-vous avec l'anesthésiste/unité de mise au point.

Types d'anesthésies

Quelle que soit la procédure anesthésique, il est possible de ne rien voir et de ne rien entendre lors de l'intervention chirurgicale.

- **Anesthésie rachidienne :**

En l'absence de contre-indication, c'est une anesthésie restreinte aux jambes. En pratique, le produit anesthésique est infiltré dans le bas du dos afin d'endormir les membres inférieurs. À cette anesthésie est le plus souvent associée une sédation, qui permet de vous détendre.

- **Anesthésie générale :**

Dans ce cas, vous serez totalement endormi(e) grâce à des produits anesthésiques performants.

- **Autres informations :**

- > **Vous devrez être à jeun** (ne pas boire ni manger ni fumer) **à partir de minuit la veille de l'intervention.**
- > L'anesthésiste détaillera les risques éventuels liés à l'anesthésie.

Préparation du retour à domicile

L'intervention de ligamentoplastie du LCA s'effectue **en hôpital de jour ou avec une nuit d'hospitalisation.**

Il est important d'anticiper en avance la suite, en prévoyant :

- > un moyen de transport pour le retour,
- > l'adaptation du domicile si nécessaire,
- > l'aide de proches ou des voisins pour les premiers jours.

Il est préférable d'avoir déjà **pris contact avec un kinésithérapeute et une infirmière à domicile** pour les jours suivant le retour à domicile.

Préparer votre séjour quelques jours avant

Préparer tous vos documents :

- Carte d'identité, vignette mutuelle.
- Documents d'assurance et de mutuelle.
- Documents spécifiques d'interruption de travail.
- Liste complète et détaillée des médicaments personnels.
- Clichés radiographiques ou CD ou codes de résultats s'ils ont été réalisés dans une autre institution.

Préparer votre valise

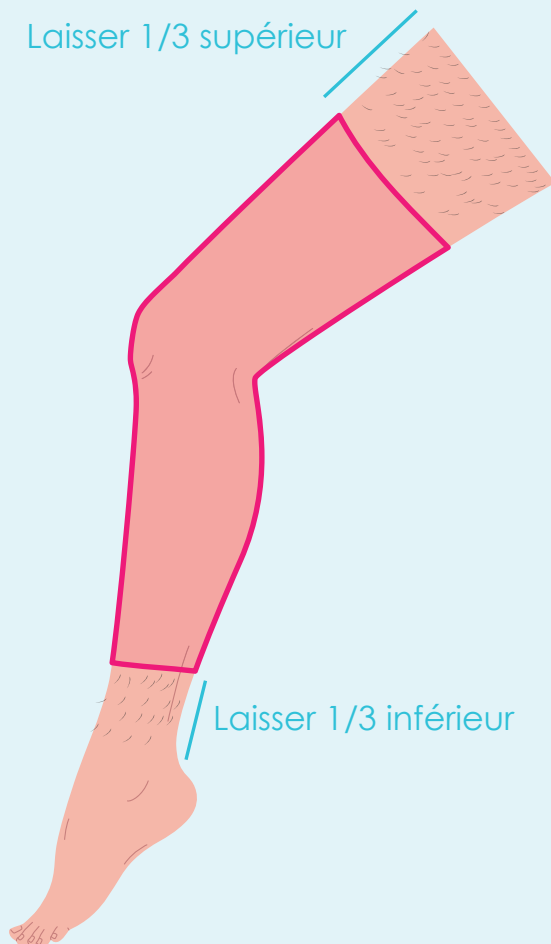
- Vêtements amples et confortables.
- Chaussures fermées, faciles à chausser et confortables.
- Lunettes.
- De quoi vous occuper : lecture, GSM, radio, jeux, écouteurs...
- Ne pas emporter des objets de valeur ou trop d'argent.
- Si vous en avez, munissez-vous d'une paire de béquilles.

Préparation du genou

- **Enlever le vernis** à ongles ou les éventuels **ongles artificiels**.
- **Retirer les bijoux et piercings**.
- **Tondre le genou à l'aide d'une tondeuse personnelle** (si vous en avez une) **deux jours avant l'intervention** : ne jamais utiliser un rasoir mécanique (rabet) qui provoque des micro-coupures et augmente les risques infectieux. Évitez également les crèmes épilatoires.
- **Couper les ongles** de mains et des pieds **une semaine avant** l'intervention.

Zone à tondre

Laisser 1/3 supérieur



Laisser 1/3 inférieur

- **Se laver complètement**, cheveux compris, avec un savon **désinfectant** (sauf si vous présentez des allergies spécifiques) :
 - > Une **douche** est préférée à un bain.
 - > L'utilisation de gants de toilette, d'essuies et de linge de corps **fraîchement lavés** est préconisée.

Comment effectuer la douche ?

1. **Commencez par le haut du corps et terminez par le bas du corps** en insistant sur : le pourtour du nez, les aisselles, les ongles des mains, le nombril, les régions des organes génitaux et du pli interfessier, les pieds (ongles des pieds et entre les orteils).
2. **Rincez abondamment** les cheveux, la tête et le corps.
3. **Séchez-vous** avec une serviette propre.
4. Remettez des vêtements **fraîchement lavés et repassés**.

Le savon antiseptique choisi est l'**Isobétadine®**, utilisez **4 flapules de produit par douche**. **Frictionnez jusqu'à ce que le produit brun devienne blanc.**

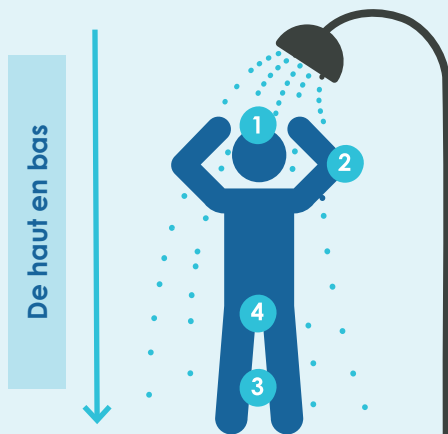
Isobétadine savon uniwash

4 unidoses de 10 ml

1 unidoses à chaque étape

1. Visage et cheveux
2. Haut du corps
3. Jambes et pieds
4. Zone génitale et pli interfessier

Lavez-vous jusqu'à ce que le produit devienne blanc.



Stoppez le tabac !

Pour les fumeurs, il est recommandé de stopper la consommation de tabac

au moins 4 semaines avant l'intervention.

La consommation de tabac est associée à

une augmentation significative des risques de

complications comme les infections et les douleurs chroniques.



Téléphonez au secrétariat

La veille de votre hospitalisation, **téléphonez au secrétariat** de l'hospitalisation au **081 72 65 90** ou à l'Hôpital de Jour Chirurgical au **081 72 62 75** pour Namur, ou au **071 26 52 65** pour Auvelais, pour connaître l'heure à laquelle vous êtes attendu(e).

- > **Exclusivement entre 13h45 et 15h30** car le **programme opératoire n'est jamais défini plus tôt.**
- > Appelez le vendredi pour une opération prévue le lundi.
- > Appelez le jour ouvrable précédent votre intervention en cas de jour férié.

Pendant l'hospitalisation



Entrée en hospitalisation

Généralement l'entrée à l'hôpital se fera **le matin de l'intervention (J0)** dans **l'hôpital de jour ou l'unité de soins orthopédiques** (2^{ème} étage).

Jour de l'intervention (J0)

- **Avant l'opération**

Les bijoux seront enlevés.

Conformément aux recommandations de l'anesthésiste, vos éventuels médicaments à poursuivre seront administrés avec un peu d'eau. **Pour le reste, vous devrez rester à jeun (ne rien manger, ni boire) et vous ne pourrez pas fumer.**

- **Bloc opératoire**

Une fois arrivé(e) au bloc opératoire, l'équipe médico-chirurgicale vous posera à de multiples reprises des questions sur votre identité et la raison de votre présence au bloc opératoire, vos allergies, si vous êtes bien à jeun. **Rassurez-vous, toutes ces questions sont habituelles** et correspondent à une check-list de sécurité.

Ensuite, un antibiotique vous sera administré (antibioprophylaxie).

Vous serez ensuite endormi(e) totalement (anesthésie générale) ou partiellement (anesthésie rachidienne) par l'anesthésiste.

L'intervention durera en moyenne 1h, mais cette durée peut varier selon votre situation particulière.

- **Salle de réveil**

Après l'intervention, vous serez surveillé(e) en salle de réveil jusqu'à stabilisation de vos paramètres vitaux.

- **Retour en chambre**

Le retour en chambre peut s'effectuer **4 à 6h après votre départ pour le bloc opératoire**, en raison du cumul des temps (installation en salle opératoire, anesthésie, intervention, salle de réveil, transport par brancardier, etc.).

Vous pourrez manger et boire, en fonction du type d'anesthésie reçue.

La reprise de la miction (urine), les nausées éventuelles... seront également surveillés.

Vous serez alité, mais tout sera mis à votre portée (téléphone, sonnette, télécommande, etc.) pour que vous soyez à l'aise.

- **Soins/surveillance**

Optimiser votre confort après l'opération est la priorité, notamment grâce à différents antidouleurs. Pour limiter le gonflement du genou opéré, des poches de glace seront posées sur votre genou, l'extrémité du lit peut être relevée.

- **Médicaments**

Plusieurs médicaments seront administrés, avec une explication donnée au fur et à mesure sur leurs actions et effets attendus.

- **Antidouleurs**

L'optimisation de votre confort est notre principale préoccupation, c'est pourquoi la prise en charge est multiple : combinaison d'antidouleurs, application locale de glace, surélévation de la jambe.

- **Anticoagulants**

Pour limiter le risque de thrombose veineuse, un anticoagulant vous sera administré. Habituellement, l'administration se fait par voie sous-cutanée.

- **Radiographie**

Vous bénéficierez de radiographies qui permettront au chirurgien d'objectiver les résultats de l'intervention.

- **Kinésithérapie**

La kinésithérapie sera débutée le jour de l'intervention, cette mobilisation précoce permet d'éviter la raideur articulaire ainsi que la fonte musculaire.



Organisation de la sortie

Un proche devra vous accompagner pour la sortie et idéalement dormir à vos côtés les premières nuits. **De nombreux documents et rendez-vous futurs vous seront transmis, notamment :**

- Lettre d'hospitalisation.
- Prescriptions des différents médicaments.
- Prescriptions de matériel de soins.
- Prescription des séances de kinésithérapie et protocole de rééducation proposé.
- Documents relatifs à l'aide à domicile si nécessaire.
- Prochains rendez-vous avec votre chirurgien(ne).
- Certificat d'arrêt de travail.

N'oubliez pas de fournir précocement les documents et attestations d'assurances et de mutuelle devant être remplis par le médecin.

Votre médecin-traitant recevra une lettre qui résume votre séjour hospitalier.

Après l'hospitalisation



Étapes de la rééducation : 5 phases

La rééducation après une ligamentoplastie du LCA est essentielle, afin de retrouver la force, la stabilité et la fonction normale du genou. Le processus de rééducation comprend 5 grandes phases et **exige un investissement régulier et soutenu de votre part**. La durée des phases et la passage à la phase suivante peut varier d'un patient à l'autre, et se fera sous l'expertise de votre kinésithérapeute ou de votre chirurgien orthopédiste. Le travail d'équipe patient, kinésithérapeute, chirurgien est la base du succès de l'intervention.

La durée totale de la rééducation peut s'étendre sur **9-12 mois après l'intervention**.

Phase 1 : Cicatrisation (jusqu'à 3 semaines)

Objectifs :

- Obtention d'un verrouillage actif en extension.
- Flexion de 90°.
- Prévention des maladies thromboemboliques.

Exercices et moyens :

- Travail musculaire en extension protégée.
- Mobilisation douce.
- Massage et réveil musculaire.
- Poches de glace et kinésithérapie.
- Électrostimulation pour prévenir l'amyotrophie.

LES EXERCICES À RÉALISER PAR SOI-MÊME:

Série de 10 répétitions, tenus 6 secondes, 2 fois par jour:

1. **Jambe de bois:** Travail de l'extension, PASSIF.

Description: allongé sur le dos, serviette passée sous la plante du pied, élévation à 30 cm du sol, tenir 6 secondes et relâcher.



-
2. **Accordéon:** travail de la flexion.

Description: tirer la serviette vers soi en faisant glisser le pied au sol, puis allonger la jambe (lentement, se limiter à la douleur).



3. La barrique

Description : allongé sur le côté sain, élévation latérale du membre inférieur tendu, 10 fois, puis se tourner progressivement pour finir sur le dos, sans cesser les élévations. Terminer par 10 élévations, allongé sur le dos.



4. Bain de soleil

Description : allongé sur le ventre, un coussin sous le genou opéré, jambe dans le vide, garder la posture 5 min.



5. Le fessier

Description: allongé sur le ventre, décoller du sol jambe tendue, par contractions des fessiers.



6. Accélérateur

Description: demi assis, en appui sur les coudes, pied contre le mur appuyé sur un ballon (ou coussin), tendre la pointe du pied pour écraser le ballon, jambe tendue.



Phase 2: Autonomie (3 à 6 semaines)

Objectifs:

- Reprise progressive d'appui avec abandon des béquilles.
- Récupération des amplitudes articulaires.
- Libération de l'attelle.

Exercices et moyens:

- Rééducation à la marche.
- Récupération de la mobilité.
- Travail musculaire modéré.
- Renforcement musculaire par électrostimulation.
- Activités d'équilibre et de proprioception.
- Massages et soins autour de la cicatrice.

LES EXERCICES À RÉALISER PAR SOI-MÊME:

Série de 10 répétitions, tenus 6 secondes, 2 fois par jour:

1. **Laçage de soulier:**

Description: le pied côté opéré, posé sur une chaise (contre le mur), avancer le corps en pliant le genou, aller toucher le pied avec les mains, buste droit (pénétrer lentement dans la douleur et s'arrêter).

Si flexion inférieure à 90°, poursuivre l'exercice « Accordéon »



2. **Skateboard**

Description: assis en bordure de chaise, pied côté opéré à plat sur un skateboard ou planche à roulette. Faire rouler le skateboard vers l'avant, en appuyant le talon, puis vers l'arrière, en appuyant la pointe.



3. Passage à niveau

Description : semi assis, en appui sur les coudes, élévation jambe tendue, décoller le talon de 30 cm, genou verrouillé en extension, pointe du pied vers soi, tout en poussant le talon dans le sens opposé.



4. Le piston

Description : debout avec les deux béquilles, en appui sur la jambe saine. Tendre un élastique entre les deux béquilles, à 40 cm maximum du sol. Avec la plante du pied, marcher sur l'élastique et l'écraser au sol, en tendant la jambe, le bassin venant à l'aplomb de l'élastique puis retour à la position initiale.



5. Équerre

Description : couché dos au sol, jambes contre le mur. Venir toucher le mur avec les fesses, en écrasant les fesses au sol, pousser le talon vers le plafond sans décoller les fesses (5 fois 30 secondes).



6. Le curieux

Description : debout sur les deux jambes, se hisser lentement sur la pointe des pieds, puis retour.



Phase 3: Consolidation (Jusqu'au 4^{ème} mois)

Objectifs:

- Renforcement musculaire du quadriceps et des ischio-jambiers.
- Rééducation gestuelle et activités proprioceptives.
- Réentraînement cardio-vasculaire à l'effort.

Exercices et moyens:

- Travail en co-contraction.
- Renforcement musculaire progressif.
- Développement du contrôle neuro-musculaire et de la proprioception.
- Réentraînement cardio-vasculaire.
- Début de footing en terrain plat et souple en fin de période.

Phase 4: Réathlétisation (Jusqu'au 6^{ème} mois)

Objectifs:

- Reprendre des activités plus importantes en puissance et endurance.
- Réaliser des activités physiques et sportives adaptées.

Exercices et moyens:

- Athlétisation des différents groupes musculaires.
- Travail isocinétique.
- Travail dynamique avec sauts et changements de direction.
- Poursuite du footing, natation et vélo.
- Activités de réinsertion physique progressive.

Phase 5: Reprise du sport (Au-delà du 6^{ème} mois)

Objectifs:

- Rééducation pré-sportive.
- Reprise de l'entraînement sportif et de la compétition selon le type de sport pratiqué (pivot/contact) et les recommandations du chirurgien.

Exercices et moyens:

- Test isocinétique comparatif.
- Réapprentissage des gestes sportifs préférentiels.
- Reprise progressive de l'entraînement spécifique.
- Bilans sportifs spécifiques.

Conclusion:

La rééducation après une opération du ligament croisé antérieur du genou est un processus long, progressif et structuré, s'adaptant aux différents stades de récupération et aux délais post-opératoires. En suivant ce guide, en collaboration avec votre kinésithérapeute, vous maximiserez vos chances de récupération réussie et de retour à vos activités sportives.

Rendez-vous médicaux

Ces timings sont indicatifs et susceptibles d'être adaptés selon votre situation particulière et les recommandations de votre chirurgien

- **2-3 semaines post opératoires :**
Consultation post-opératoire permettant notamment de ré-évaluer la douleur, de refaire le pansement, de faire le point sur le début de la kinésithérapie.
- **6 semaines post opératoires :**
Vérification de l'état de votre genou : mobilité, stabilité, gonflement, cicatrisation.
- **3 mois post opératoires :**
Évaluation de la stabilité du genou, plan de reprise progressive des activités sportives et quotidiennes.
- **6 mois post opératoires :**
Évaluation approfondie de la stabilité du genou, ainsi que de la récupération de la force quadricipitale (éventuellement à l'aide de test isocinétique).
- **9 mois** avant la reprise de sport pivot/contact en compétition.

Prise de rendez-vous et secrétariat des consultations (8-17h)

Site Meuse (Namur) : 081/72 69 00

Site Sambre (Auvélais) : 071/26 54 05

Les bénéfices et prévention des risques



Quels bénéfices attendus ?

La reconstruction du LCA vise à restaurer la stabilité du genou, pour permettre au patient de retrouver une fonction normale dans ses activités quotidiennes et sportives. Cette intervention permet également de prévenir le développement de dégradations des ménisques et du cartilage (qui sont plus fréquentes sur un genou instable).

Rapidement après l'opération, on observe une disparition des douleurs, sensations d'instabilité et blocages. La récupération complète de la mobilité et de la force musculaire survient en général entre 3 et 6 mois. Il faut garder en mémoire que le ligament remplacé n'est pas

meilleur que le ligament d'origine, et que les activités sportives avec mouvements de pivot (comme le tennis, le football ou le volley-ball) restent risquées. Les résultats de la ligamentoplastie du croisé antérieur sont néanmoins très encourageants puisqu'on retrouve un genou stable avec une amélioration de la fonction dans plus de 95% des cas.

Les bénéfices individuels dépendent toujours de plusieurs facteurs, comme l'âge, le niveau d'activité, la gravité de la rupture du LCA, les lésions associées, la technique chirurgicale utilisée, la qualité de la rééducation et de l'investissement personnel du patient, etc.

Prévenir les risques

Au-delà des risques communs à toute intervention chirurgicale et à l'anesthésie, il existe des risques plus spécifiques à cette chirurgie. Il est essentiel de prendre toutes les précautions nécessaires pour les éviter. À plus long terme, certaines complications tardives peuvent également survenir.

Complications majoritairement précoces

Les risques énumérés ci-dessous ne sont pas exhaustifs, votre chirurgien vous donnera plus d'informations à ce sujet selon votre cas particulier.

En cas d'évolution défavorable, vous devez contacter rapidement votre chirurgien.

- **Saignement de la zone opérée et formation d'un hématome :**

L'ecchymose (coloration bleue puis jaune de la peau) est habituelle après l'opération. Par contre, il peut survenir dans certains cas un hématome (accumulation de sang à un endroit créant une tuméfaction tendue et douloureuse). Selon l'importance du saignement, il peut être nécessaire d'évacuer l'hématome.

- **Formation de caillot de sang :**

Un ralentissement de la circulation du sang dans les veines et la stagnation peut entraîner la formation de petits caillots de sang solidifié (thrombus). Si le caillot sanguin se loge dans une veine, on parle de thrombose veineuse. Pour limiter ce risque, un traitement anticoagulant vous est prescrit pendant plusieurs semaines : c'est la thrombo-prophylaxie. La mobilisation par le kinésithérapeute est une autre mesure pour limiter ce risque. Si une thrombose devait survenir, elle se manifeste généralement par des douleurs, une augmentation de la chaleur, une tuméfaction, des fourmillements ou une rougeur de la jambe.

- **Infection de l'articulation :**

C'est une complication rare puisque le geste chirurgical est réalisé sous arthroscopie. Quand elle est détectée rapidement, un simple lavage (par le chirurgien) et la mise sous antibiotique peuvent suffire. Il faut être vigilant en cas de retard de cicatrisation, de nécrose cutanée, de suintement post-opératoire...

Certains patients présentent des facteurs de risque qui peuvent majorer la fréquence de survenue d'une infection, comme : le diabète, l'obésité, la prise de corticoïdes, le tabagisme, la polyarthrite rhumatoïde, la prise de traitement anticoagulants, des antécédents de chirurgies au même genou, etc.

ATTENTION : Si vous présentez l'apparition d'une rougeur, chaleur, écoulement au niveau de la plaie ainsi que de la fièvre, contactez votre chirurgien ! En aucun cas des antibiotiques ne devraient être pris sans avoir consulté votre chirurgien orthopédiste au préalable.

- **Réactions inflammatoires prolongées**

Cette situation se caractérise par la persistance de douleurs, tuméfaction et rougeur au niveau de l'articulation du genou.

- **Raideur articulaire :**

Elle peut se développer si la rééducation post-opératoire n'est pas optimale ou auprès des patients qui cicatrisent « trop vite ». S'en suit alors le développement de cicatrices intra-articulaires qui peuvent être à l'origine d'un déficit de mobilité du genou. Il peut arriver que ces cicatrices forment un amas central dans le genou entraînant un défaut d'extension du genou (Syndrome du cyclope). Si persistant, ce déficit de mobilité peut nécessiter une intervention visant à nettoyer cet excès de tissus cicatriciels.

- **Blessure au niveau des nerfs et vaisseaux entourant le genou :**

Si les nerfs ou artères sont accidentellement endommagés durant la chirurgie, il peut y avoir une douleur ou perte de sensibilité ou déficit de vascularisation dans certaines parties de la jambe.

Complications majoritairement tardives

Plusieurs années après l'intervention, certains évènements indésirables peuvent persister et parfois d'autres peuvent apparaître alors que tout allait bien.

Ces complications sont **rares** mais doivent être **rapidement prises en charge** :

- **Récidive de rupture :**

Il faut garder en mémoire que le ligament remplacé n'est pas meilleur que le ligament d'origine, et que les activités sportives avec mouvements de pivot (comme le tennis, le football ou le volley-ball) restent risquées. La reprise d'activités physiques intenses ne doit donc pas être envisagée avant récupération complète.

- **Développement d'arthrose**

Au fil du temps et malgré la chirurgie, en fonction de la gravité de la lésion initiale, de la présence de lésions méniscales associées et la qualité de la reconstruction chirurgicale, une arthrose peut progressivement se développer au niveau du genou.

- **Instabilité résiduelle :**

Bien que cette chirurgie vise à restaurer la stabilité du genou, il arrive que certains patients éprouvent une sensation d'instabilité résiduelle. Elle peut être imputée à des problèmes de cicatrisation, à une laxité persistante ou d'autres facteurs.

- **Algodystrophie (également appelée syndrome douloureux régional complexe ou SDRC) :**

Cette pathologie se manifeste par des douleurs, une raideur et un membre rouge et chaud. L'organisme se défend de manière excessive contre l'acte chirurgical. La prise en charge sera basée

sur une association de médicaments ainsi qu'une rééducation douce et spécialisée. Cette complication peut être prévenue par une kinésithérapie précoce et adéquate après l'intervention.

Questions fréquentes



Des réponses à vos questions

Quand puis-je prendre des douches, bains ?

Les douches peuvent être reprises **3 jours** après l'ablation des fils, **souvent à 2-3 semaines post-opératoires**, elles doivent être courtes et suivies par un séchage délicat et soigneux. Les bains et la piscine peuvent être repris lorsqu'il n'y a plus aucune croûte sur la cicatrice.

Quand puis-je conduire une voiture ?

Il faut attendre entre **2 et 4 semaines** afin de pouvoir à nouveau conduire une voiture.

J'ai une petite perte de sensibilité à l'avant du genou, est-ce normal ?

Il est fréquent d'avoir une diminution de la sensibilité de la peau autour de la cicatrice pendant les mois qui suivent l'intervention. En général, ces symptômes sont réversibles à moyen terme.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nous espérons que ce livret explicatif vous aura apporté les informations attendues et vous permettra de vous impliquer activement tout au long de votre parcours de soins. N'oubliez pas de le prendre avec vous durant l'ensemble de votre parcours.

Notre équipe reste bien évidemment joignable au besoin. N'hésitez pas à prendre contact puisque «Mieux vaut prévenir que guérir».

Veuillez noter que les données fournies dans cette brochure sont **à titre informatif et ne doivent pas être utilisées comme substitut à une consultation médicale**. Elles ne constituent pas des conseils médicaux exhaustifs et peuvent ne pas s'appliquer à toutes les situations cliniques. **Il est primordial de consulter un professionnel de la santé** pour un diagnostic précis et des recommandations de traitement adaptées à votre situation individuelle.

Check-lists avant, pendant et après intervention



Les listes 1 à 4 doivent être complétées avant l'intervention

1. Documents à prendre

- ☐ Carte d'identité
- ☐ Vignette mutuelle
- ☐ Documents d'assurance et mutuelle
- ☐ Certificat d'arrêt de travail spécifique *
- ☐ Liste détaillée des médicaments
- ☐ Radiographies, scanners (Hors CHRSM) *

2. Valise

- ☐ Vêtements amples et confortables
- ☐ Chaussures fermées et faciles à chausser
- ☐ Trousse de toilette
- ☐ Lunettes *
- ☐ Articles de divertissement (lecture, GSM, écouteurs)
- ☐ Paire de béquilles

3. Anticiper le retour

- ☐ Transport de retour
- ☐ Domicile adapté
- ☐ Contact avec le/la kinésithérapeute
- ☐ Contact avec l'infirmier(ère)
- ☐ Service social pour revalidation ou besoins spécifiques *
- ☐ Poches de glace à domicile

4. Préparer le genou

- ☐ Enlever le vernis *
- ☐ Retirer piercing et bijoux *
- ☐ Signaler si présence de blessure ou d'infection *
- ☐ Couper les ongles (J-7)
- ☐ Tondre le genou (J-2)
- ☐ Laver avec un savon désinfectant (J-1)
- ☐ À jeun à minuit (J0)

Téléphonez au secrétariat

La veille de votre hospitalisation, **téléphonez au secrétariat** de l'hospitalisation au **081 72 65 90** ou à l'Hôpital de Jour Chirurgical au **081 72 62 75** pour Namur, ou au **071 26 52 65** pour Auvélais, pour connaître l'heure à laquelle vous êtes attendu(e).

> **Exclusivement entre 13h45 et 15h30** car le **programme opératoire n'est jamais défini plus tôt.**

> Appelez le vendredi pour une opération prévue le lundi.

> Appelez le jour ouvrable précédent votre intervention en cas de jour férié.

5. Documents de sortie

- ☐ Lettre d'hospitalisation
- ☐ Certificat employeur *
- ☐ Certificat mutuelle
- ☐ Prescriptions médicaments
- ☐ Prescription kinésithérapie
- ☐ Prescription infirmier(ère)
- ☐ RDV de contrôle

6. Soins post-opératoires

- ☐ Thromboprophylaxie **
- ☐ Pansement propre et sec
- ☐ Surélever la jambe
- ☐ Glaçage jambe 4-6x/j
- ☐ Bonne prise des antidouleurs 3 semaines
- ☐ Étendre la jambe
- ☐ Séances de kinésithérapie

* : Ces items ne sont à compléter que s'ils s'appliquent chez vous

** : Si vous prenez des anticoagulants ou que vous avez des antécédents personnels ou familiaux de thrombose ou d'embolie pulmonaire, n'oubliez pas de toujours bien le mentionner à votre chirurgien(ne)





**Centre Hospitalier Régional
Sambre et Meuse**
www.chrsm.be

CHRSM - site Sambre
Rue Chère-Voie, 75
5060 Sambreville
Tél.: +32 (0)71 26 52 11
sambre.chrsm.be

CHRSM - site Meuse
Avenue Albert 1^{er}, 185
5000 Namur
Tél.: +32 (0)81 72 61 11
meuse.chrsm.be

Suivez l'actualité du **CHRSM**
sur les réseaux sociaux



Mise à jour: septembre 2025
Brochure à destination des patients
du Centre Hospitalier Régional Sambre
et Meuse

Réalisation: Service Communication
Éditeur responsable: Direction générale,
Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse

Service d'orthopédie (8-17h)

CHRSM – site Meuse (Namur)

Secrétariat:
081/72 69 00

Localisation:
Suivre la route 22

CHRSM – site Sambre (Auvélais)

Secrétariat:
071/26 54 05

Hôpital de Jour Chirurgical

CHRSM – site Meuse (Namur)
081/72 62 75

CHRSM – site Sambre (Auvélais)
071/26 52 65

Hospitalisation

CHRSM – site Meuse (Namur)
081/72 65 90

Service des urgences

CHRSM – site Meuse (Namur)
081/72 67 00

CHRSM – site Sambre (Auvélais)
071/26 51 23