

Stéphane Plaweski

Clinique Universitaire de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie du sport

CHU de Grenoble

40 000 ligamentoplasties du LCA en France en 2009. Plus de 300 publications internationales par an portant sur ce petit morceau de tissu de 40 mm de longueur, et 8 à 9 mm de section. Pourquoi un tel engouement et une telle effervescence intellectuelle ? Pour de multiples raisons.

Le nombre d'échecs des ligamentoplasties n'est pas négligeable. Le chiffre varie entre 5 et 15 % selon les séries. Qui dit échec, dit retour à la case départ. C'est la particularité essentielle de cette chirurgie qui n'autorise pas un résultat intermédiaire. Il s'agit d'un véritable effet on/off survenant sur un sujet le plus souvent jeune et sportif et dont il est fondamental de conserver le capital méniscal et cartilagineux. Le contrat passé entre le patient et le praticien est un véritable contrat de résultat quasi similaire à celui de la chirurgie esthétique. Même si nos règles juridiques et ordinales n'imposent pas (encore) ce type de contrat, il n'en reste pas moins que le patient est de plus en plus exigeant. Cette épée de Damoclès a deux effets tranchants : l'inflation de procédures judiciaires amenant, dans certains cas, le juge à exiger de l'expert de répondre à la question de savoir si le ligament a été mis dans une bonne position anatomique ! Le deuxième couperet est celui de la sentence sportive. Qui dit chirurgien ligamentaire du genou, dit chirurgien du sportif et souvent du sportif de haut niveau, chirurgien scrutant tous les jours, non pas le JBJS ou l'AJSM mais bien le journal l'Equipe ! afin de savoir si son athlète opéré ne s'est pas blessé à nouveau et ne fait pas la une du journal !.

Les exigences sont donc aussi techniques : l'évolution de ces dernières années a été inflationniste vers des exigences de reproduire l'anatomie du LCA au plus près ainsi que l'isométrie de ses fibres et de respecter sa biomécanique. La navigation a été un outil merveilleux, puisqu'il nous a permis à la fois d'une part d'améliorer et d'augmenter la fiabilité du positionnement du greffon, de définir de véritables guide-lines, et d'autre part d'évaluer la laxité et le comportement de chaque genou opéré. Il a été ainsi développé une véritable chirurgie à la carte de cette chirurgie ligamentaire.

Les détails sont extrêmement subtils, avec des orientations spatiales tridimensionnels du greffon, d'un seul faisceau, de deux faisceaux, d'une reconstruction périphérique associée...

Cette compréhension anatomométrique ligamentaire est nécessaire au chirurgien qui se lance dans une reconstruction du LCA en 2011. De la même façon, en cas d'échec, il devra évaluer

au millimètre près le bon positionnement des anciens tunnels, évaluer la laxité périphérique associée, l'importance du ressaut. Mais comment quantifier ce ressaut ? En 2011, cela reste un test clinique. Quelques articles scientifiques d'équipes avant-gardistes commencent à proposer une évaluation mathématique de ce pivot shift. Egalement, de nouvelles options de recherche sont prises avec les stimulateurs de croissance et les PRP. Certains proposent même une chirurgie en urgence afin de conserver et de profiter de ces facteurs biologiques présents dans l'hémarthrose.

Mais nous reparlerons probablement de tout cela en 2020.

Affaire à suivre !!