



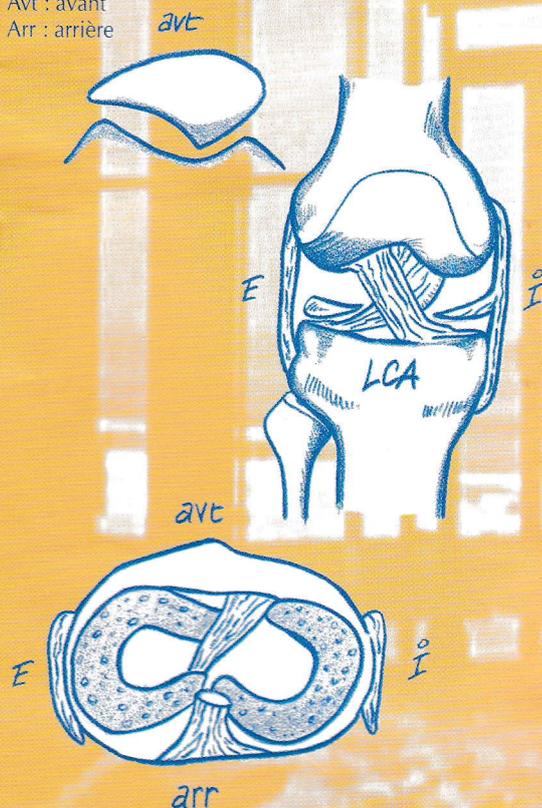
Histoire d'un LCA rompu

Les éducatifs du
CERS

Le LCA

Le ligament croisé antérieur fait partie, avec le ligament croisé postérieur, les ligaments latéraux et les ménisques, des éléments de stabilisation passive du genou. Le LCA contrôle la translation antérieure du tibia (tiroir) et la rotation interne (ressaut).

I : interne
E : externe
Avt : avant
Arr : arrière



Le ligament croisé antérieur (LCA) mesure environ 35 mm.

En cas de rupture, il existe une instabilité de genou qui peut justifier une chirurgie de remplacement chez des sujets jeunes et sportifs.

L'intervention consiste à utiliser un tendon pour remplacer le LCA = tendon rotulien, fascia-lata, droit interne + demi-tendineux.



Résistance du greffon.

La rééducation doit tenir compte :

- du tendon prélevé
- de la cicatrisation du nouveau ligament
- des modifications du nouveau ligament avec le temps...

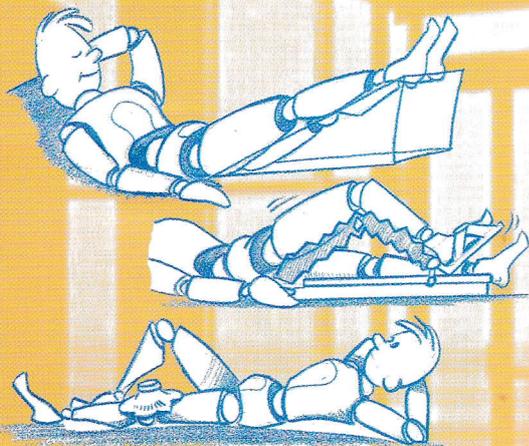
Entre 2 et 4 mois après l'intervention, le nouveau ligament se fragilise.

Temps.



la phase post-opératoire

En post-opératoire, il est important de lutter contre les réactions post-chirurgicales : hématome, gonflement, douleur. Le travail de rééducation est progressif dans les jours qui suivent l'intervention. Il consiste en un travail de flexion sur attelle motorisée et un réveil musculaire par la technique de l'écrase-coussin ou par électromyostimulation. La marche s'effectue avec 2 cannes anglaises.



Le glaçage du genou, la réalisation de pansements alcoolisés en cas d'hématome, la surélévation du membre inférieur et le traitement médical sont indispensables pour éviter les complications : phlébite, raideur...

L'infirmière et le médecin ont un rôle important.



la phase de rééducation

Vers le 15^e/20^e jour.

Un bilan clinique complet permet de mettre en place le traitement de rééducation et de réadaptation. La récupération de la flexion et de l'extension du genou doit être progressive et régulière.



Chacun va à son rythme. Le travail musculaire s'effectue au mieux en chaîne cinétique fermée avec un appui sous le pied : CCF 100, Kinétron.



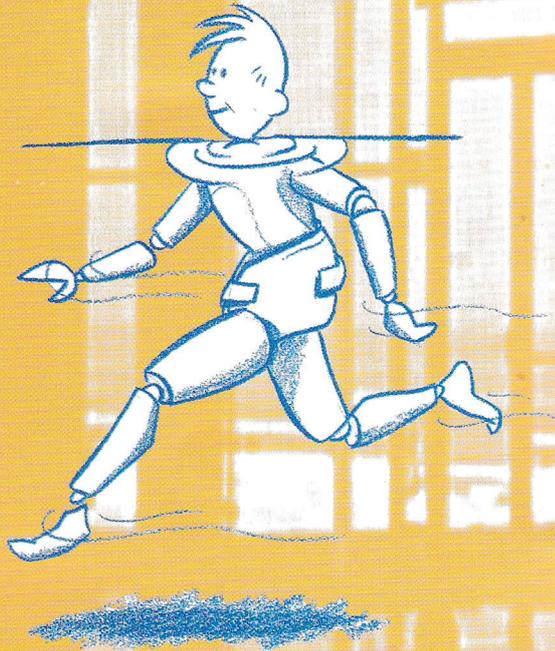
Ce travail permet de travailler tous les grands groupes musculaires du membre inférieur sans risque pour le LCA.



CERS

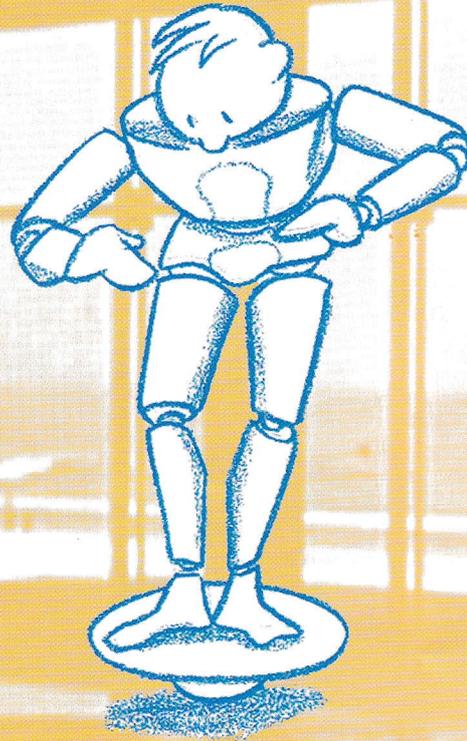
Le travail isolé du quadriceps est à limiter (travail statique avec petite résistance) pour ne pas tirer sur le ligament.
Le travail des ischio-jambiers est important car ils s'opposent à la mise en tension du ligament.
Un travail de réentraînement à l'effort est réalisé en piscine.
Des étirements et de la musculation sont effectués en gymnase.

A la sortie du Centre, la rééducation se poursuit chez votre kinésithérapeute, au rythme de 3 à 5 séances par semaine.
Le but de cette rééducation est l'entretien des amplitudes articulaires dans le secteur articulaire 0/130 et la poursuite du renforcement musculaire.



Un travail sur presse peut être réalisé s'il n'y a pas de douleur sur le tendon rotulien.
Ce travail doit être progressif en résistance et en amplitude.

La marche, à partir de la 4^e semaine, s'effectue avec l'aide d'une canne anglaise.
Le sevrage de la dernière canne dépend de la récupération musculaire.

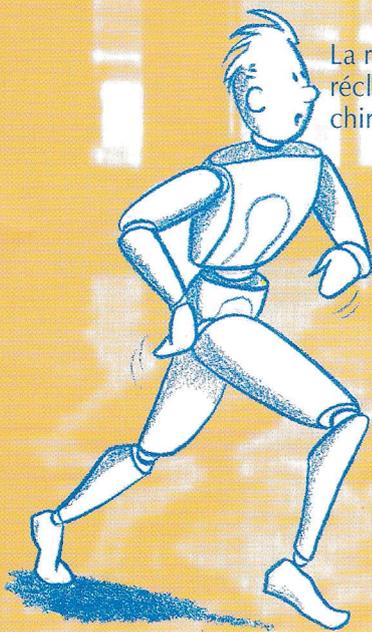
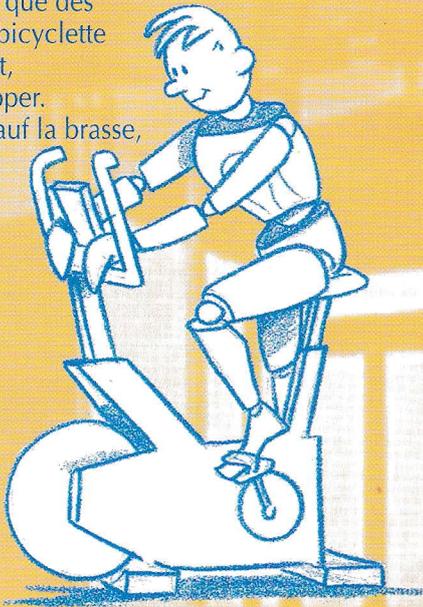


Au travail de renforcement musculaire, s'associe à partir de la 7^e semaine, un travail de contrôle du genou ou rééducation proprioceptive.



La phase d'attente

Il faut continuer le travail sur presse puis un travail de squat ainsi que des exercices sur bicyclette d'appartement, rameur et stepper. La natation, sauf la brasse, est autorisée.



La reprise du footing réclame le feu vert du chirurgien.

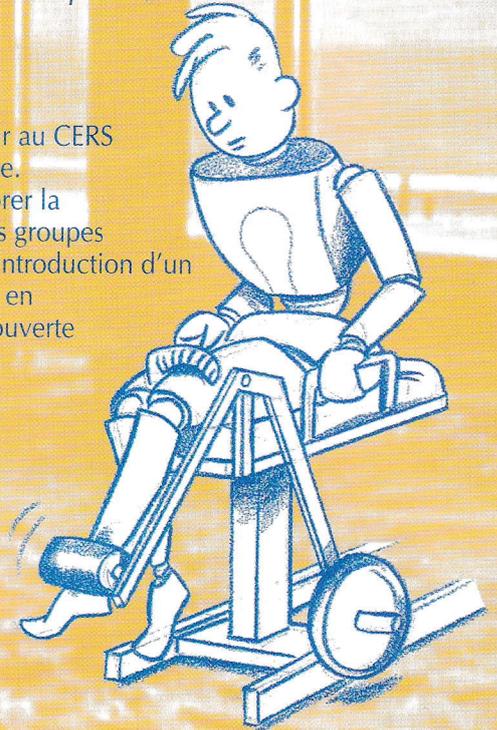
Préparation au retour sur le terrain

A partir du 5^e/6^e mois, vous pourrez, après accord de votre entourage médical, préparer votre retour sur les terrains de sport.



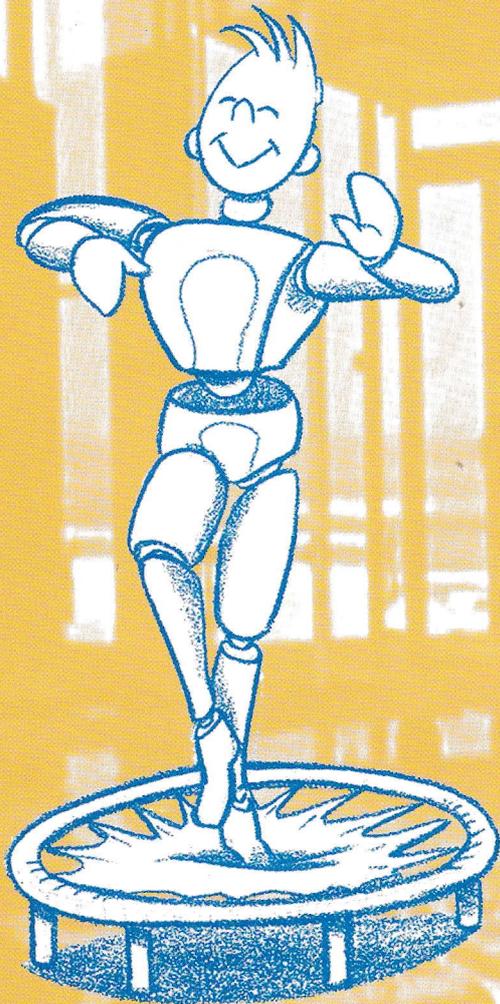
Dynamomètre isocinétique.

Un nouveau séjour au CERS peut être bénéfique. Il permet d'améliorer la force des différents groupes musculaires par l'introduction d'un travail dynamique en chaîne cinétique ouverte (pied libre).



A ce stade, un travail de sauts et réceptions de sauts est également entrepris.

Ces exercices nécessitent une bonne récupération musculaire. Ils sont envisageables si le travail sur presse (3 séries de 15 mouvements) est possible avec une résistance du 3/4 du poids du corps (60 à 80 kg).

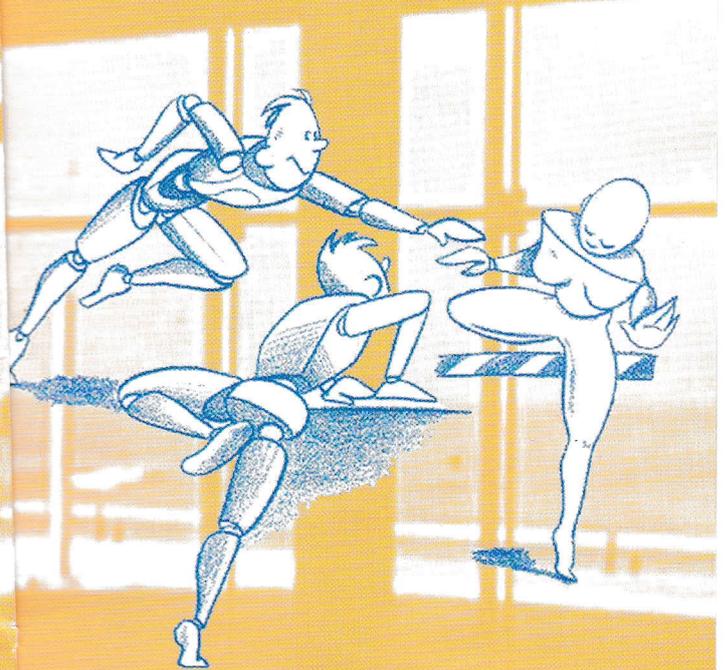


Un programme personnalisé de préparation physique contribue à une reprise optimale de votre activité sportive.

la reprise du sport

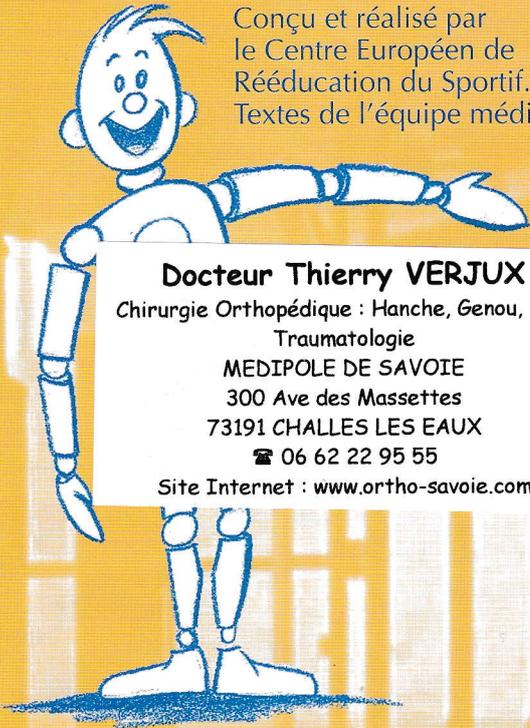
Un dernier bilan permet d'envisager la reprise du sport. Certains critères sont indispensables :

- absence d'appréhension
- bonnes sensations
- pas de gonflement du genou à l'effort
- pas de douleur sur le tendon rotulien
- bonne récupération musculaire et fonctionnelle



A chaque phase, la survenue d'un gonflement ou de douleurs de votre genou peut traduire un excès de travail. Vous devez consulter votre médecin.





Conçu et réalisé par
le Centre Européen de
Rééducation du Sportif.
Textes de l'équipe médicale.

Docteur Thierry VERJUX

Chirurgie Orthopédique : Hanche, Genou, Pied
Traumatologie

MEDIPOLE DE SAVOIE
300 Ave des Massettes
73191 CHALLES LES EAUX
☎ 06 62 22 95 55

Site Internet : www.ortho-savoie.com



83, avenue du M^{al} de Lattre de Tassigny
40130 Capbreton - France
Tél. : 33 (0) 5 58 48 88 88
Fax : 33 (0) 5 58 48 87 99
<http://www.cers.org>
E-mail : info.patients@cers.org

05.36.28.58.58

deux établissements du groupe



Rte de la Corniche d'Or - BP 510
83705 St-Raphaël Cedex - France
Tél. : 33 (0) 4 94 19 70 50
Fax admission : 33 (0) 4 94 82 23 37
Fax administration : 33 (0) 4 94 83 60 09
E-mail : cers.saint.raphael@libertysurf.fr

Dynamis

filiale de

