Dr Janssens Raphaël
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE · CHIRURGIE DU GENOU ET DE LA HANCHE · BRUXELLES

Centre des Nations · 127 av. Franklin Roosevelt, 1050 Ixelles · 02 / 660 02 66
Cabinet Janson · 44 rue Paul-Émile Janson, 1050 Ixelles · rendez-vous en ligne
Hôpital Molière-Longchamps · 142 rue Marconi, 1190 Forest · 02 / 348 50 80
Hôpital Etterbeek-Ixelles · 63 rue Jean Paquot, 1050 Ixelles · 02 / 641 41 11
drjanssensr@gmail.com · **orthojanssens.be**

GENOU · CHIRURGIE LIGAMENTAIRE

Ligament croisé antérieur

Rupture et reconstruction du LCA sous arthroscopie

Le ligament croisé antérieur est le pivot central du genou. Sa rupture, fréquente chez le sportif, ne cicatrise pas d'elle-même : lorsque le genou est instable ou que le sport de pivot fait partie de votre vie, une reconstruction par autogreffe lui rend sa stabilité.

DURÉE DE L'INTERVENTION 1 h à 1 h 30 sous arthroscopie	HOSPITALISATION Ambulatoire ou 1 nuit retour à domicile avec béquilles
APPUI Complet, immédiat béquilles 2 à 3 semaines, sans attelle	REPRISE DU SPORT Course à 3-4 mois sports de pivot à 8-12 mois

EN BREF

Ce qu'il faut retenir

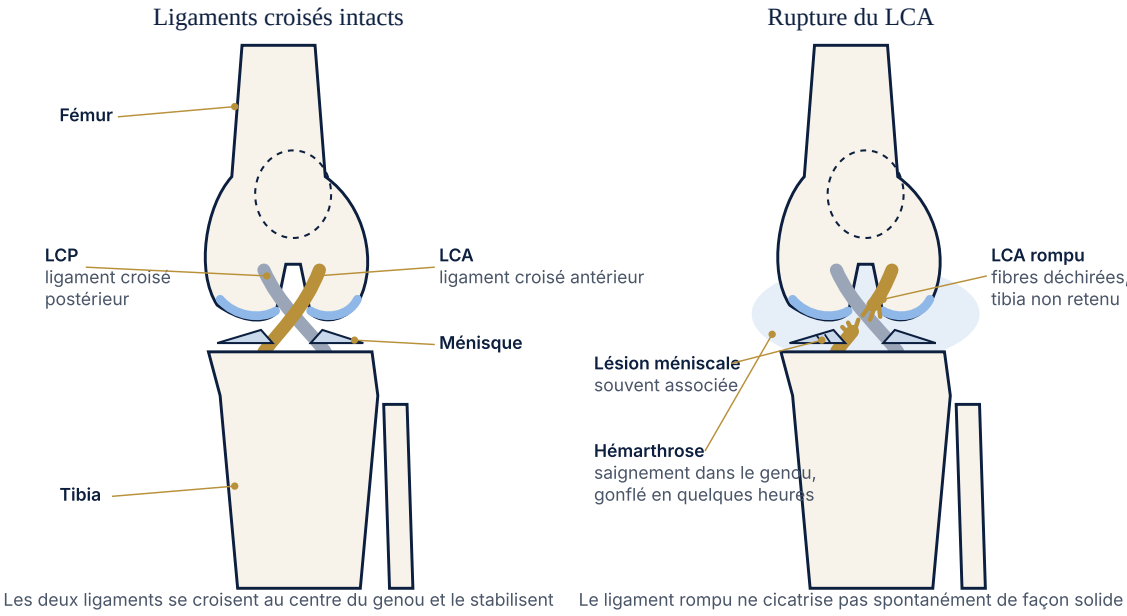
Le ligament croisé antérieur (LCA) empêche le tibia de glisser vers l'avant et de tourner sous le fémur. Sa rupture survient le plus souvent lors d'un sport de pivot (football, ski, basket, handball, rugby) et laisse un genou qui « lâche ». Le ligament rompu ne cicatrise pas de façon solide : la chirurgie le remplace par un greffon prélevé sur vos propres tendons, sous arthroscopie.

- **Indication :** pas systématique. Elle dépend de l'âge, de la pratique d'un sport de pivot, de l'instabilité ressentie et des lésions associées (ménisques surtout).
- **Technique :** autogreffe des tendons ischio-jambiers (demi-tendineux ± gracile) passée dans des tunnels osseux et fixée, sous arthroscopie ; ténodèse latérale ajoutée chez les patients à risque de rerupture ; ménisques réparés dans le même temps.
- **Suites :** appui complet immédiat, béquilles 2 à 3 semaines, pas d'attelle, kinésithérapie 4 à 6 mois.
- **Résultat :** genou stable dans plus de 90 % des cas ; 85 à 90 % des patients retrouvent leur sport, les sports de pivot vers 8 à 12 mois.

La rupture du ligament croisé antérieur

Le genou est tenu par quatre ligaments principaux : les deux ligaments latéraux (interne et externe) sur les côtés, et les deux **ligaments croisés** au centre de l'articulation. Le ligament croisé antérieur (LCA) part de l'arrière du fémur, sur la face interne du condyle externe, et s'attache en avant sur le tibia ; le ligament croisé postérieur (LCP) suit le trajet inverse. Ils se croisent en X et forment le « pivot central » du genou.

Le LCA a deux rôles : empêcher le tibia de partir **vers l'avant** sous le fémur (tiroir antérieur) et contrôler sa **rotation**. C'est lui qui permet les changements de direction, les réceptions de saut et les pivots sur jambe d'appui. Il contient aussi des capteurs qui renseignent le cerveau sur la position du genou (proprioception).



Ligaments croisés intacts et LCA rompu. Le LCA (doré) et le LCP (gris) se croisent au centre du genou. Lors de la rupture, les fibres se déchirent et l'articulation se remplit de sang (hémarthrose) ; un ménisque est souvent lésé dans le même temps.

Comment se produit la rupture ?

Le mécanisme typique est un **pivot du corps sur un pied bloqué au sol**, genou légèrement fléchi, qui part en dedans (valgus) et en rotation : changement de direction au football ou au handball, réception de saut déséquilibrée au basket ou au volley, chute en ski avec le ski qui ne déchausse pas. Le contact avec un adversaire n'est responsable que d'une minorité des ruptures : dans plus de deux cas sur trois, le patient se blesse seul. Les femmes sont deux à trois fois plus exposées que les hommes à sport égal, pour des raisons anatomiques, hormonales et de contrôle neuromusculaire.

Le ligament se déchire le plus souvent en plein corps. Contrairement aux ligaments latéraux, qui sont entourés de tissus bien vascularisés et cicatrisent, le LCA baigne dans le liquide articulaire et **ne se répare pas spontanément** de façon solide.

Les symptômes

Au moment de l'accident

Un **craquement** ou une sensation de déboîtement, une douleur vive, l'impossibilité de poursuivre l'activité. Le genou **gonfle en quelques heures** : c'est l'hémarthrose, le saignement du ligament rompu dans l'articulation, très évocatrice de la rupture.

Dans les semaines qui suivent

Le gonflement et la douleur régressent et la marche redevient normale. Mais le genou reste **instable** : sensations de dérobement, de « genou qui lâche » dans les escaliers, sur terrain irrégulier ou lors d'un changement de direction, manque de confiance dans le genou.

Chaque nouvel épisode d'instabilité est un petit traumatisme qui peut abîmer les ménisques et le cartilage : c'est la raison principale de stabiliser un genou qui se dérobe.

Les lésions associées

Le LCA se rompt rarement seul. La violence du traumatisme touche souvent les structures voisines, ce que l'IRM précise :

- **Les ménisques** (dans 40 à 60 % des cas) : le ménisque externe lors de l'accident aigu, le ménisque interne surtout dans les genoux restés instables longtemps. Leur réparation est une priorité, car ils protègent le cartilage.
- **Le ligament latéral interne** (LLI), souvent lors d'un valgus forcé : il cicatrise en général seul avec une attelle. L'association LCA + LLI + ménisque interne est la « triade » classique.
- **Le cartilage et l'os sous-jacent** : les « contusions osseuses » (œdème de l'os sur l'IRM) sont quasi constantes et témoignent du choc entre fémur et tibia ; elles guérissent en quelques mois.
- **Le ligament antéro-latéral** et la capsule externe, dont l'atteinte augmente l'instabilité rotatoire.
- Plus rarement le LCP, le point d'angle postéro-externe ou une fracture.

Le diagnostic

L'**examen clinique** est souvent suffisant pour affirmer la rupture, idéalement à distance de l'accident quand le genou a dégonflé : le test de Lachman (tiroir antérieur à 20° de flexion) montre une translation excessive du tibia avec un arrêt mou ; le pivot-shift reproduit le ressaut de l'instabilité rotatoire. L'examen recherche aussi les lésions associées et mesure la laxité comparativement au genou opposé.

Les **radiographies** éliminent une fracture (arrachement osseux, fracture de Segond très évocatrice). L'**IRM** confirme la rupture, précise son niveau, et surtout fait le bilan des ménisques, du cartilage et des autres ligaments : c'est l'examen clé pour planifier la prise en charge. Un laximètre peut quantifier la laxité dans certains cas.

L'INDICATION

Faut-il opérer ?

Toutes les ruptures du LCA ne doivent pas être opérées. On peut vivre normalement avec un LCA rompu si l'on ne pratique pas de sport de pivot et si le genou ne se dérobe pas. La décision est prise avec vous, en fonction

de quatre éléments :

1. **Votre activité** : le sportif de pivot (football, ski, basket, handball, rugby, tennis, arts martiaux, danse…), de loisir ou de compétition, et le travailleur sur terrain accidenté ou en hauteur ont besoin d'un genou stable.
2. **L'instabilité** : des dérobements dans la vie quotidienne imposent de stabiliser le genou, quel que soit l'âge, pour protéger ménisques et cartilage.
3. **Les lésions associées** : une lésion méniscale réparable est un argument fort pour opérer, car une suture méniscale ne tient que dans un genou stable.
4. **L'âge et les attentes** : les patients jeunes sont opérés dans la grande majorité des cas ; après 50 ans, l'indication dépend de l'activité et de l'état du cartilage, pas de l'âge en soi.

SITUATION	ORIENTATION HABITUELLE	COMMENTAIRE
Jeune sportif de pivot	Reconstruction	Seule solution fiable pour reprendre le sport sans dérobement et protéger les ménisques.
Genou instable dans la vie quotidienne	Reconstruction	Quel que soit l'âge, pour éviter les lésions secondaires.
Lésion méniscale réparable associée	Reconstruction + suture	Les deux gestes dans le même temps opératoire.
Patient peu sportif, genou stable, sans lésion associée	Traitement fonctionnel	Rééducation, renforcement, adaptation des activités ; chirurgie secondaire si instabilité.
Enfant et adolescent (cartilage de croissance ouvert)	Reconstruction adaptée	Techniques épargnant les zones de croissance ; attendre expose aux lésions méniscales.
Arthrose déjà installée	Au cas par cas	La plastie ne traite pas l'arthrose ; la stabilité peut néanmoins améliorer la fonction.

Le traitement fonctionnel

Lorsque l'opération n'est pas retenue, ou dans l'attente de celle-ci, la rééducation vise à récupérer la mobilité, à renforcer les muscles stabilisateurs (ischio-jambiers surtout, quadriceps) et à réentraîner la proprioception. Une genouillère ligamentaire peut aider lors d'activités à risque. Si des dérobements persistent malgré une rééducation bien menée, la reconstruction est proposée secondairement.

À quel moment opérer ?

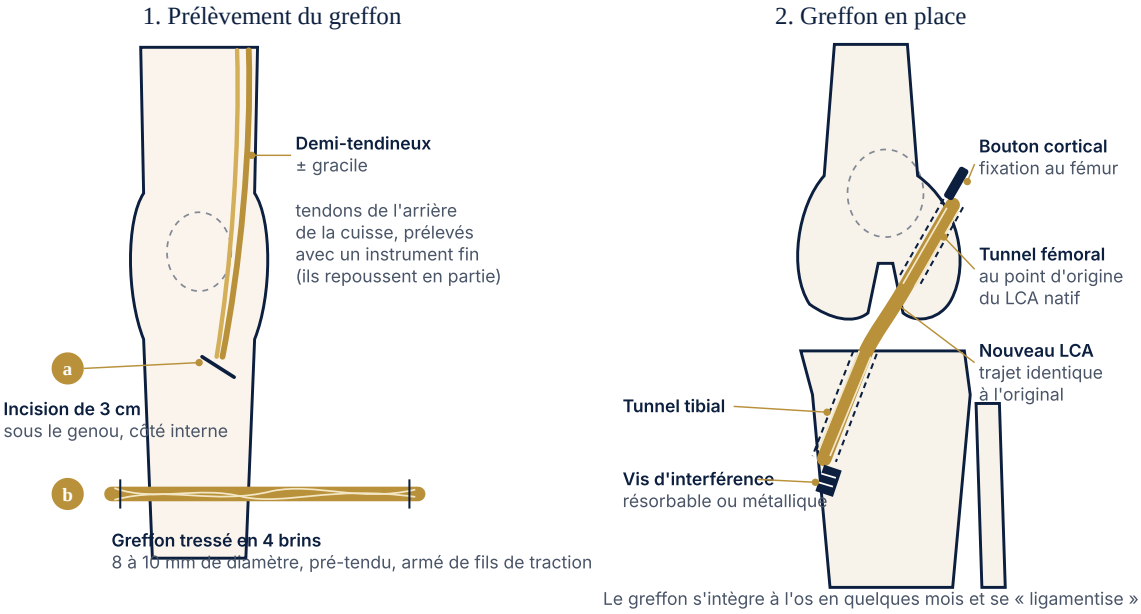
On n'opère pas un genou « chaud ». L'intervention est programmée lorsque le genou a **dégonflé, retrouvé son extension complète et une bonne flexion**, avec un quadriceps réveillé : en pratique 3 à 6 semaines après l'accident, parfois plus. Opérer un genou raide et inflammatoire augmente le risque de raideur postopératoire. À l'inverse, une lésion méniscale instable ou un blocage du genou peuvent faire avancer la date. Pendant cette période, la kinésithérapie préopératoire est essentielle.

Comment se déroule l'intervention ?

Un ligament rompu ne peut pas être simplement recousu de façon fiable : on le **remplace par un greffon**, prélevé sur vos propres tendons, qui est placé exactement sur le trajet du LCA d'origine à travers des tunnels forés dans le fémur et le tibia. L'intervention se déroule sous arthroscopie, c'est-à-dire sans ouvrir l'articulation.

Le greffon : vos tendons ischio-jambiers

Le greffon utilisé en première intention est l'**autogreffe des tendons ischio-jambiers** : le tendon du demi-tendineux, auquel est associé si nécessaire celui du gracile. Ces deux tendons longs et fins passent à l'arrière de la cuisse et s'attachent sous le genou, à la face interne du tibia (la « patte d'oie »). Leur prélèvement se fait par une incision de 3 cm à cet endroit, avec un instrument spécial (stripper) qui les détache sur toute leur longueur. Ils sont ensuite préparés sur table : nettoyés, pliés en quatre brins, tressés et armés de fils de traction, pour obtenir un greffon de 8 à 10 mm de diamètre, plus résistant que le LCA d'origine.



Du prélèvement au nouveau ligament. Les tendons prélevés sous le genou sont tressés en un greffon solide, passé dans les tunnels osseux et fixé au fémur par un bouton cortical et au tibia par une vis d'interférence.

Les muscles ischio-jambiers conservent leur fonction grâce aux autres tendons du groupe ; le tendon prélevé repousse partiellement. Le tendon rotulien (greffon « os-tendon-os ») ou le tendon quadricipital sont des alternatives, utilisées dans des situations particulières : reprise après échec, certains sportifs, ou préférence du patient. Les avantages et inconvénients de chaque greffon sont discutés en consultation.

Les temps opératoires

1. **Arthroscopie exploratrice.** Par deux petites incisions de 5 mm de part et d'autre du tendon rotulien, une caméra et des instruments fins sont introduits dans le genou. L'ensemble de l'articulation est examiné : ménisques, cartilage, ligaments.
2. **Traitement des lésions associées.** Une lésion méniscale est réparée par suture chaque fois que possible, ou régularisée si elle n'est pas réparable (voir la page ménisque). Les lésions du cartilage sont traitées

selon leur type.

3. **Prélèvement et préparation du greffon** (décrits ci-dessus).
4. **Préparation de l'échancrure et forage des tunnels.** Les restes du ligament rompu sont nettoyés. Un tunnel est foré dans le tibia, de la face antéro-interne jusqu'à l'ancienne insertion du LCA sur le plateau, puis un tunnel dans le fémur, à l'origine du ligament natif. Leur position, contrôlée sous arthroscopie, conditionne le bon fonctionnement de la plastie : c'est l'étape clé de l'intervention.
5. **Passage et fixation du greffon.** Le greffon est tracté à travers les tunnels, mis en tension, puis fixé : au fémur par un bouton cortical ou une vis, au tibia par une vis d'interférence (résorbable ou métallique) et/ou une agrafe. Sa stabilité est vérifiée sur toute l'amplitude de flexion.
6. **Ténodèse latérale** (voir ci-dessous), si elle est indiquée.
7. **Fermeture** des incisions, infiltration d'anesthésique local, pansement compressif.

Le « retour externe » : la ténodèse latérale

Chez certains patients, la reconstruction du LCA seule ne contrôle pas parfaitement la rotation du genou. On lui associe alors une **plastie antéro-latérale** (ténodèse latérale, ou plastie de type Lemaire modifiée) : une bandelette du fascia lata, prélevée par une courte incision sur le côté externe de la cuisse, est passée sous le ligament latéral externe et fixée au fémur. Elle agit comme une « ceinture de sécurité » qui réduit la rotation excessive et diminue de moitié le risque de rupture du greffon.

Elle est proposée aux patients à risque : moins de 20-25 ans, sport de pivot à haut niveau, hyperlaxité, pivot-shift explosif à l'examen, rupture ancienne avec laxité importante, ou reprise après échec d'une première plastie.

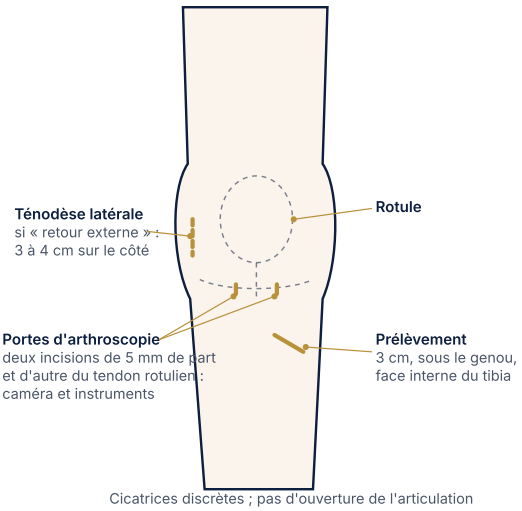
Le déroulement en salle d'opération

Anesthésie. Rachianesthésie (anesthésie du bas du corps) avec sédation, ou anesthésie générale, selon vos préférences et l'avis de l'anesthésiste. Un bloc nerveux ou une infiltration locale limite la douleur des premières heures.

Durée. Entre 1 h et 1 h 30 selon les gestes associés (suture méniscale, ténodèse). Comptez 2 h 30 à 3 h entre le départ de votre chambre et le retour.

Incisions. Deux portes d'arthroscopie de 5 mm, une incision de 3 cm sous le genou pour le prélèvement, et le cas échéant une incision de 3 à 4 cm sur le côté externe pour la ténodèse. Pas de drain. Fermeture par des fils ou agrafes retirés à 3 semaines ; pansement étanche permettant la douche.

Hospitalisation. L'intervention se fait en ambulatoire (retour à domicile le soir même) ou avec une nuit d'hospitalisation, selon les gestes associés, l'heure de l'intervention et votre situation. Vous repartez en marchant avec deux béquilles.



Les incisions. Deux portes d'arthroscopie, une courte incision de prélèvement sous le genou et, si nécessaire, une incision latérale pour la ténodèse.

PRÉPARATION

Avant l'opération

Le résultat d'une plastie du LCA se prépare avant l'intervention : un genou souple et musclé récupère beaucoup plus vite. Les semaines qui précèdent sont mises à profit pour :

- **La kinésithérapie préopératoire** : récupérer l'extension complète et la flexion, faire dégonfler le genou, réveiller et renforcer le quadriceps et les ischio-jambiers, apprendre les exercices que vous referez après l'opération et la marche avec béquilles.
- **La consultation d'anesthésie**, obligatoire : l'anesthésiste décide, selon vos antécédents et votre état de santé, des examens éventuellement nécessaires. Apportez la liste complète de vos médicaments.
- **Le traitement des foyers infectieux** : toute infection en cours (urinaire, cutanée, dentaire) doit être traitée avant l'opération. Une plaie, un bouton ou une mycose sur la jambe à opérer peuvent faire reporter l'intervention.
- **L'arrêt du tabac**, idéalement plusieurs semaines avant : le tabac ralentit l'intégration du greffon et la cicatrisation.

- **La gestion des médicaments** : anticoagulants, antiagrégants et certains traitements sont adaptés selon les consignes de l'anesthésiste ; pas d'anti-inflammatoires ni d'aspirine dans les jours qui précèdent sans avis.
- **L'organisation** : prévoir qui vous ramène (vous ne pourrez pas conduire), les béquilles, de la glace ou une poche de froid, et un arrêt de travail ou d'études adapté.
- **La veille et le jour J** : douche à la solution antiseptique, jeûne selon les consignes (généralement 6 h pour les solides, 2 h pour les liquides clairs), bijoux et vernis retirés, jambe à opérer marquée.

RÉCUPÉRATION

Les suites et la rééducation

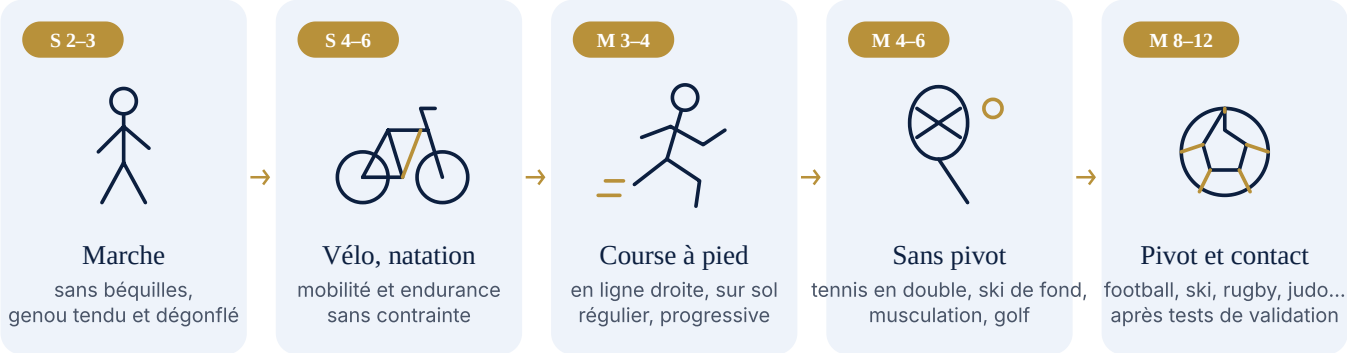
La plastie du LCA est une chirurgie dont le résultat dépend autant de la rééducation que du geste opératoire. Le greffon met des mois à se transformer en véritable ligament : le programme est progressif, par étapes validées sur des critères objectifs, et dure 6 à 12 mois jusqu'au retour au sport de pivot.

Les premiers jours

Le **lever a lieu le jour même**, avec un appui complet autorisé sur la jambe opérée, à l'aide de deux béquilles pour la sécurité et le confort. Aucune attelle n'est nécessaire en règle générale. Le genou est maintenu **en extension et surélevé** au repos, avec du **froid** plusieurs fois par jour (15 à 20 minutes), pour limiter le gonflement. La douleur est contrôlée par des antalgiques et anti-inflammatoires ; elle est modérée et diminue nettement après quelques jours.

Un **traitement anticoagulant préventif** (injection sous-cutanée quotidienne d'héparine de bas poids moléculaire) est prescrit pendant 2 semaines environ, le temps de retrouver une marche normale. Le pansement est refait à J2-J3 puis une fois par semaine ; les fils ou agrafes sont retirés à 3 semaines, lors de la première consultation de contrôle.

Le calendrier de récupération



Chaque étape est franchie sur critères (mobilité, force, stabilité, confiance), pas seulement sur le calendrier.
Le greffon est le plus fragile entre le 2e et le 6e mois : c'est la période où la prudence compte le plus.

Reprise du sport par paliers. Chaque étape est franchie sur critères, et le passage au sport de pivot est validé par des tests de force et de stabilité.

Jour 0 – 2 — Retour à domicile

Marche avec deux béquilles en appui complet, genou tendu au repos, glace, premiers exercices : contractions du quadriceps, mobilisation de la rotule, flexion douce.

Semaines 1 – 3 — Mobilité et verrouillage

Kinésithérapie 3 fois par semaine. Priorités : extension complète (le genou doit se tendre à 0°), flexion progressive vers 90-110°, réveil du quadriceps, marche sans boiterie. Abandon des béquilles vers 2-3 semaines. Consultation à 3 semaines.

Semaines 3 – 6 — Marche normale

Vélo d'appartement dès 100-110° de flexion, natation (crawl) une fois les cicatrices fermées, renforcement en chaîne fermée (presse, squat partiel), proprioception. Reprise de la conduite vers 4 à 6 semaines. Consultation à 6 semaines.

Semaines 6 – 12 — Renforcement

Musculation progressive du quadriceps et des ischio-jambiers, travail de l'équilibre, vélo de route, marche rapide. Objectif : flexion complète, symétrie de force proche de 70 %.

3 – 4 mois — Course à pied

Reprise du footing en ligne droite, sur terrain plat, si le genou est sec, mobile et la force suffisante. Consultation à 3 mois.

4 – 6 mois

Sports sans pivot

Course avec changements de rythme, sauts, puis sports sans pivot ni contact (natation, cyclisme, musculation, golf, tennis en double, ski de fond). Consultation à 6 mois.

8 – 12 mois

Sports de pivot et de contact

Retour au football, ski, basket, rugby, sports de combat… après tests isocinétiques et fonctionnels (force ≥ 90 % du côté sain, sauts symétriques, confiance). Consultation à 1 an.

En pratique

ACTIVITÉ	DÉLAI HABITUEL	REMARQUES
Marche sans béquilles	2 à 3 semaines	Dès que la marche est sans boiterie et le genou verrouillé en extension.
Douche	Dès le lendemain	Pansement étanche ; bain et piscine après cicatrisation complète (3 à 4 semaines).
Conduite	4 à 6 semaines	Il faut pouvoir freiner en urgence, sans béquilles ni antalgiques forts. Genou gauche avec boîte automatique : parfois dès 2 à 3 semaines.
Travail sédentaire, études	2 à 4 semaines	Plus tôt en télétravail, jambe surélevée.
Travail physique	3 à 4 mois	Métiers sur échelle, terrain accidenté ou port de charges : jusqu'à 6 mois.
Vélo, natation	4 à 6 semaines	Activités recommandées pendant toute la rééducation.
Course à pied	3 à 4 mois	En ligne droite, progressive, sur sol régulier.
Sports sans pivot	4 à 6 mois	Tennis en double, golf, ski de fond, musculation.
Ski alpin, football, basket, rugby, sports de combat	8 à 12 mois	Après validation par des tests ; délai plus long chez les moins de 20 ans.

Si un ménisque a été suturé en même temps

La suture méniscale impose un protocole plus prudent pendant 6 semaines, le temps de la cicatrisation : flexion limitée (généralement à 90°), pas d'accroupissement, appui parfois partiel ou attelle selon la lésion, et course retardée de quelques semaines. Les consignes précises vous sont données après l'intervention.

La rééducation

La kinésithérapie commence dès les premiers jours, à raison de 3 séances par semaine le premier mois puis 2 à 3 par semaine, pendant 4 à 6 mois au total. Elle suit un protocole en phases : **mobilité et dégonflement**, puis **force**, puis **contrôle neuromusculaire** (équilibre, réceptions, changements de direction), et enfin **réathlétisation** spécifique à votre sport. Les exercices doivent être répétés chaque jour à la maison. Un travail avec un préparateur physique peut prendre le relais dans la dernière phase.

Le greffon suit une évolution biologique particulière : solide au moment de la pose, il se fragilise temporairement entre le 2e et le 6e mois pendant qu'il se recolonise par des cellules et des vaisseaux (« ligamentisation »), avant de retrouver sa résistance. C'est pourquoi les sports de pivot sont interdits pendant cette période même si le genou paraît déjà « guéri ».

Quand contacter le service ou votre médecin ?

- Fièvre supérieure à 38,5 °C, frissons.
- Cicatrice rouge, chaude, qui suinte ou s'écarte.
- Genou très gonflé, tendu et douloureux, ou qui ne se plie plus.
- Douleur du mollet, gonflement de la jambe ou du pied.
- Essoufflement soudain, douleur thoracique : **appelez le 112**.
- Blocage du genou ou nouvel épisode de dérobement avec craquement.

— RISQUES

Les complications éventuelles

La plastie du LCA est une intervention courante et sûre, mais aucune chirurgie n'est sans risque. Les complications sont rares et le plus souvent traitables. Les fréquences ci-dessous sont des ordres de grandeur issus de la littérature ; votre risque personnel dépend de votre âge, de votre sport et de votre état de santé.

Complications précoces

Raideur et syndrome du cyclope

La complication la plus fréquente : perte de l'extension complète ou de la flexion par adhérences (arthrofibrose), ou par un nodule cicatriciel qui se forme devant le greffon et bloque l'extension (« cyclope »). Elle est prévenue en opérant un genou calmé et par une rééducation précoce centrée sur l'extension. Si elle s'installe, une arthrolyse arthroscopique (libération des adhérences) règle le problème.

2 à 5 %
DES PATIENTS

Hématome, épanchement

Un saignement dans le genou ou au site de prélèvement, avec un gonflement et une ecchymose de la cuisse et du mollet, est fréquent et se résorbe seul en 2 à 3 semaines. Une ponction évacuatrice est rarement nécessaire.

Fréquent
BÉNIN

Infection

Rare sous arthroscopie. Une infection profonde se manifeste par une fièvre, un genou chaud, rouge et très douloureux dans les 2 à 3 semaines ; elle impose un lavage arthroscopique urgent et des antibiotiques, le greffon pouvant en général être conservé.

< 1 %
DES PATIENTS

Phlébite et embolie pulmonaire

Formation d'un caillot dans une veine de la jambe, rare chez le patient jeune mais favorisée par l'immobilité, la pilule et le tabac. Le traitement anticoagulant préventif, le lever précoce et la marche en réduisent le risque. Une douleur du mollet doit faire consulter.

≈ 1 %
PHLÉBITE SYMPTOMATIQUE

Troubles de la sensibilité

L'incision de prélèvement coupe souvent une petite branche sensitive du nerf saphène : une zone d'engourdissement de la peau à la face externe du genou et du haut de la jambe est habituelle. Elle diminue avec le temps et n'a pas de conséquence fonctionnelle. Une douleur résiduelle de la zone de prélèvement est possible pendant quelques mois.

Fréquent
BÉNIN

Faiblesse des ischio-jambiers

Un déficit de force des ischio-jambiers, surtout en flexion complète, persiste quelques mois après le prélèvement et se corrige par le renforcement. Une déchirure musculaire lors de la reprise sportive est possible si ce renforcement est négligé.

Transitoire
QUELQUES MOIS

Algodystrophie (syndrome douloureux régional complexe)

Réaction douloureuse inflammatoire imprévisible, avec gonflement, raideur et hypersensibilité, qui ralentit la récupération. Elle guérit en plusieurs mois avec un traitement adapté et une rééducation douce.

< 1 %
DES PATIENTS

Complications tardives

Rupture du greffon (rerupture)

Le nouveau ligament peut se rompre à son tour, lors d'un nouveau traumatisme : le risque est plus élevé chez les moins de 20 ans, dans les sports de pivot à haut niveau et en cas de reprise trop précoce. La ténodèse latérale, une rééducation complète et un retour au sport validé par des tests le réduisent nettement. Une nouvelle plastie est possible, avec un autre greffon. Le risque de rupture du LCA de l'*autre* genou est du même ordre.

5 à 10 %
À 5 ANS

Instabilité résiduelle

Une laxité persistante sans rupture du greffon, liée à un positionnement imparfait, à une distension progressive ou à des lésions associées non reconnues. Elle est devenue rare avec les techniques anatomiques et la ténodèse latérale.

2 à 5 %
DES PATIENTS

Douleurs antérieures du genou

Douleur autour de la rotule, à l'agenouillement ou dans les escaliers, plus fréquente avec le greffon au tendon rotulien qu'avec les ischio-jambiers. Elle s'améliore avec le renforcement du quadriceps et les étirements.

5 à 10 %
DES PATIENTS

Gêne liée au matériel

La vis ou l'agrafe tibiale peut être perçue sous la peau et devenir gênante à l'agenouillement ; elle peut être retirée par une courte intervention une fois le greffon intégré.

1 à 3 %
ABLATION DU MATÉRIEL

Arthrose à long terme

Un genou qui a subi une rupture du LCA a plus de risque de développer une arthrose 15 à 20 ans plus tard. Ce risque dépend surtout des lésions méniscales et cartilagineuses subies lors de l'accident ou des instabilités répétées, plus que de la plastie elle-même : stabiliser le genou et préserver les ménisques est la meilleure protection.

Variable

SELON LES MÉNISQUES

Risques liés à l'anesthésie

La consultation d'anesthésie vous informera précisément des risques propres à l'anesthésie choisie (rachianesthésie ou générale) et aux blocs nerveux. Ils sont très faibles chez les patients jeunes et en bonne santé qui constituent l'essentiel des opérés du LCA.

— CE QUE VOUS POUVEZ ATTENDRE

Les résultats

> 90 %

de genoux stables

Disparition des dérobements et confiance retrouvée dans le genou.

85-90 %

de retour au sport

Dont environ deux tiers au même niveau qu'avant l'accident.

8-12 mois

pour les sports de pivot

Délai nécessaire à la maturation du greffon et à la récupération de la force.

La reconstruction du LCA rend un genou stable dans la grande majorité des cas et permet de reprendre la quasi-totalité des activités, y compris les sports de pivot. Le retour au niveau antérieur dépend de l'âge, du sport, de la motivation et surtout de la qualité de la rééducation : les patients qui franchissent les étapes sur critères et passent les tests avant de reprendre ont les meilleurs résultats et le moins de reruptures.

Il faut savoir qu'un genou opéré reste un genou qui a été blessé. Une légère différence de sensation, une gêne à l'agenouillement sur la zone de prélèvement ou une raideur matinale les premiers mois sont fréquentes et compatibles avec un excellent résultat. La prévention des nouvelles blessures (échauffement, renforcement, travail de la réception et du changement de direction) fait partie du programme à long terme.

Le suivi

Les consultations de contrôle ont lieu à 3 semaines (retrait des fils ou agrafes), 6 semaines, 3 mois, 6 mois et 1 an. Le retour au sport de pivot est autorisé après une évaluation fonctionnelle (tests de force isocinétique, tests de sauts, questionnaire de confiance). Au-delà, un contrôle n'est nécessaire qu'en cas de symptôme.

— QUESTIONS FRÉQUENTES

Vos questions sur le ligament croisé antérieur

Faut-il toujours opérer un LCA rompu ?

Non. On peut vivre avec un LCA rompu si l'on ne pratique pas de sport de pivot et si le genou ne se dérobe pas. La reconstruction est recommandée chez le sportif de pivot, en cas d'instabilité dans la vie quotidienne et lorsqu'une lésion méniscale réparable est associée. La décision se prend avec vous, en fonction de vos activités et de vos attentes.

Combien de temps après l'accident faut-il opérer ?

Pas dans l'urgence. On attend que le genou ait dégonflé et retrouvé sa mobilité complète, avec un quadriceps réveillé, soit 3 à 6 semaines en général, en faisant de la kinésithérapie dans l'intervalle. Opérer un genou raide et inflammatoire augmente le risque de raideur. Une lésion méniscale instable ou un blocage peuvent faire avancer la date ; à l'inverse, attendre des mois avec un genou instable expose à de nouvelles lésions.

Quel greffon est utilisé ?

En première intention, vos tendons ischio-jambiers (demi-tendineux, éventuellement gracile), prélevés par une incision de 3 cm sous le genou et tressés en 4 brins. Ce greffon est solide, la cicatrice discrète et les douleurs antérieures du genou moins fréquentes qu'avec le tendon rotulien. Le tendon rotulien ou le tendon quadricipital sont utilisés dans des cas particuliers (reprise, certains sportifs). On n'utilise pas de ligament artificiel.

Quand pourrai-je reprendre le sport ?

Vélo vers 4 à 6 semaines, course à pied vers 3 à 4 mois, sports sans pivot vers 4 à 6 mois, sports de pivot et de contact vers 8 à 12 mois. Ces délais ne sont pas des dates fixes mais des minimums : chaque étape est validée sur des critères (genou sec, mobilité complète, force proche du côté sain, tests de sauts réussis). Reprendre trop tôt est la première cause de rerupture.

Pourrai-je refaire du ski ?

Oui, mais pas avant 8 à 12 mois, après validation par les tests. Le ski alpin est un sport de pivot qui sollicite fortement le LCA. Une préparation physique spécifique avant la saison et des fixations bien réglées réduisent le risque de nouvelle blessure. Le ski de fond est possible plus tôt, vers 4 à 6 mois.

Quel est le risque que ça recasse ?

Environ 5 à 10 % des greffons se rompent dans les 5 ans, surtout chez les moins de 20 ans et dans les sports de pivot à haut niveau. Le risque de rompre le LCA de l'autre genou est du même ordre. La ténodèse latérale chez les patients à risque, une rééducation complète et un retour au sport progressif et testé réduisent ce risque de moitié. En cas de rerupture, une nouvelle plastie est possible avec un autre greffon.

Mon enfant s'est rompu le LCA : faut-il attendre la fin de la croissance ?

Non. Attendre la fin de la croissance avec un genou instable expose à des lésions méniscales et cartilagineuses irréversibles. Chez l'enfant et l'adolescent, la reconstruction se fait avec des techniques

adaptées qui respectent les zones de croissance (tunnels modifiés ou plastie extra-articulaire), et le suivi comprend un contrôle de la croissance.

Faut-il porter une attelle après l'opération ?

En règle générale non : l'appui complet est autorisé immédiatement, avec deux béquilles pendant 2 à 3 semaines pour la sécurité. Une attelle n'est prescrite que dans des situations particulières, notamment après une suture méniscale ou une réparation ligamentaire associée. Une genouillère n'est pas non plus nécessaire pour la reprise du sport, sauf cas particulier.

Ces informations sont données à titre général pour vous aider à comprendre l'intervention. Elles ne remplacent pas la consultation, au cours de laquelle les indications, les alternatives, les bénéfices attendus et les risques sont discutés en fonction de votre situation personnelle. Les délais et fréquences cités sont des ordres de grandeur. Dernière mise à jour : novembre 2026.