UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

cnrs dépasser les frontières

Journées de l'Hôpital Sud

Résultats Symposium SFA
Plasties antéro-latérales

Régis Pailhé

Hôpital Sud

Pr Saragaglia

CHU GRENOBLE ALPES

TIMC

Rupture LCA

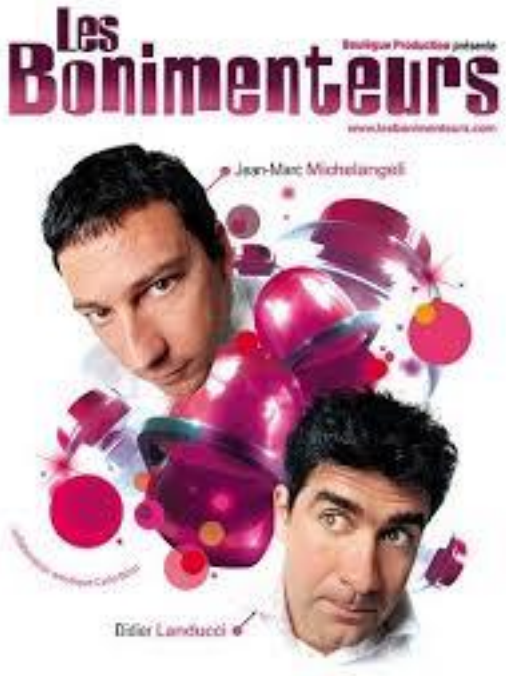
- Rupture LCA =>
  - Instabilité
  - Lésions méniscales
  - Arthrose avec ou sans reconstruction

- Reconstruction du LCA=>
  - Supprimer instabilité et prévenir lésions méniscales
  - Arthrose?

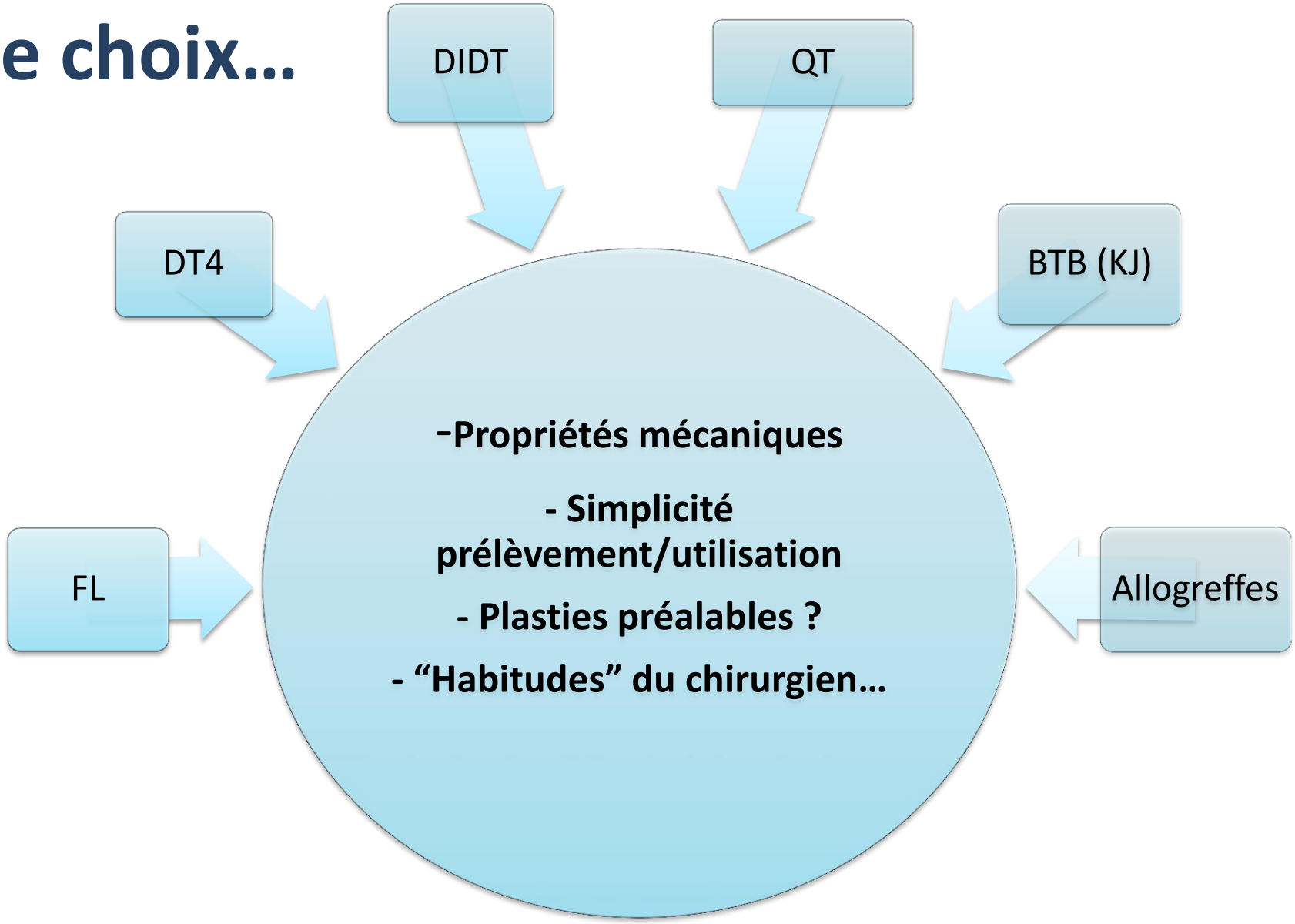
LE CHOIX de la technique chirurgicale

=> pas de CONSENSUS…

« Mon transplant est le meilleur ! »



Le choix…

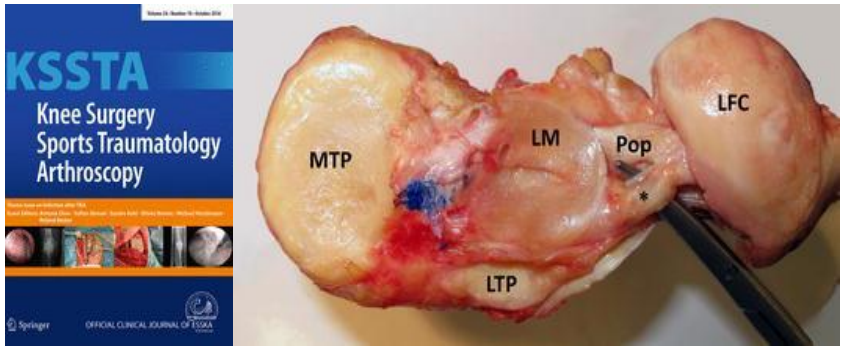


Duchman KR et al. **Graft selection in anterior cruciate ligament surgery: who gest what and why ?** Clin Sports Med.2017 Jan;36(1):25-33

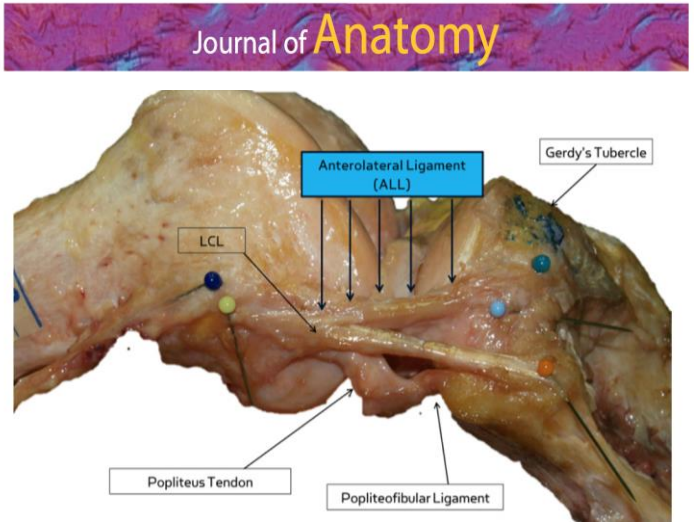
… → "PAS DE CONSENSUS"

PLASTIES ANTÉRO-LATÉRALES

Re-découverte du L.A.L.
2012-2013



Jean-Philippe Vincent
Philippe Neyret

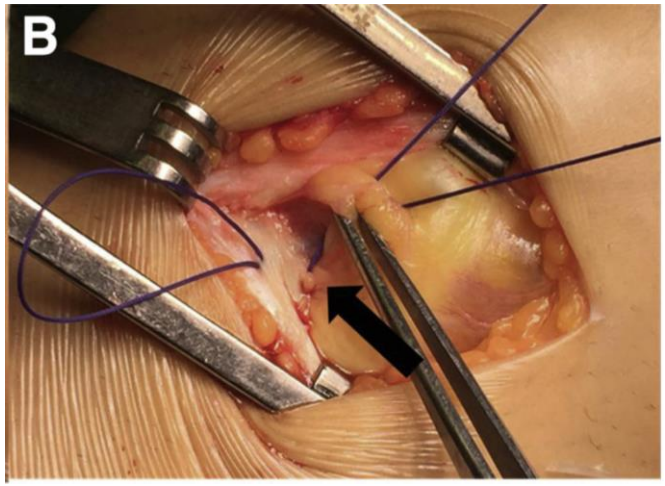


Steven Claes

INTRODUCTION

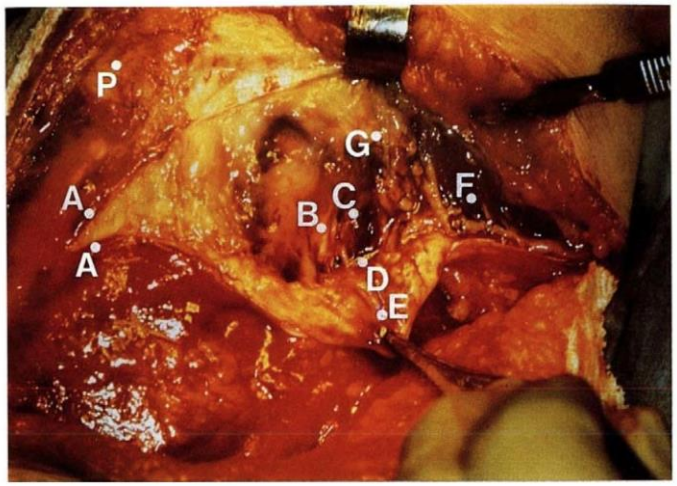
De fréquentes lésions anatomiques!

90%



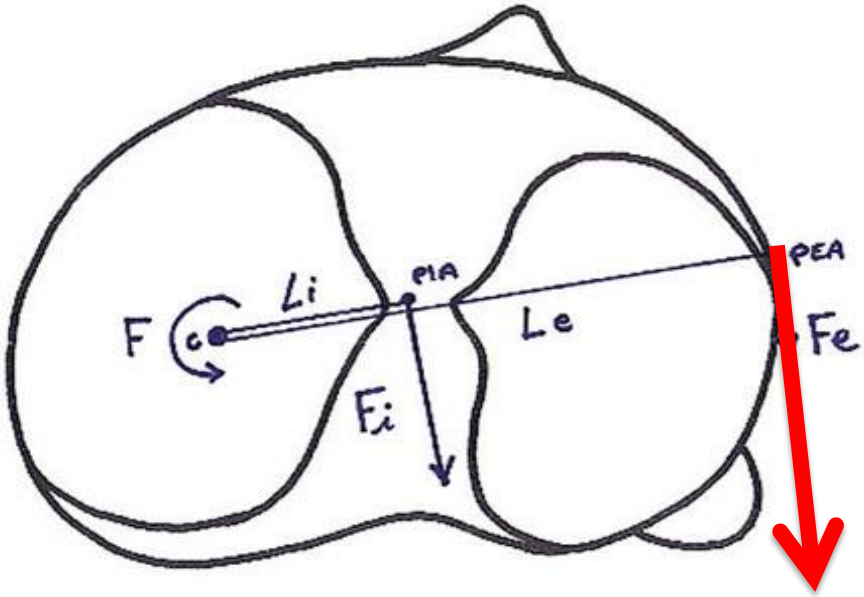
Andrea Ferretti, Arthroscopy, 2016

93%



TERRY GC, Am J Sports Med. 1993

…. 2 principes biomécaniques:



Contrôle de la stabilité rotatoire et ligamentoplastie du lca. P. Imbert, Maîtrise Orthopédique, 2006

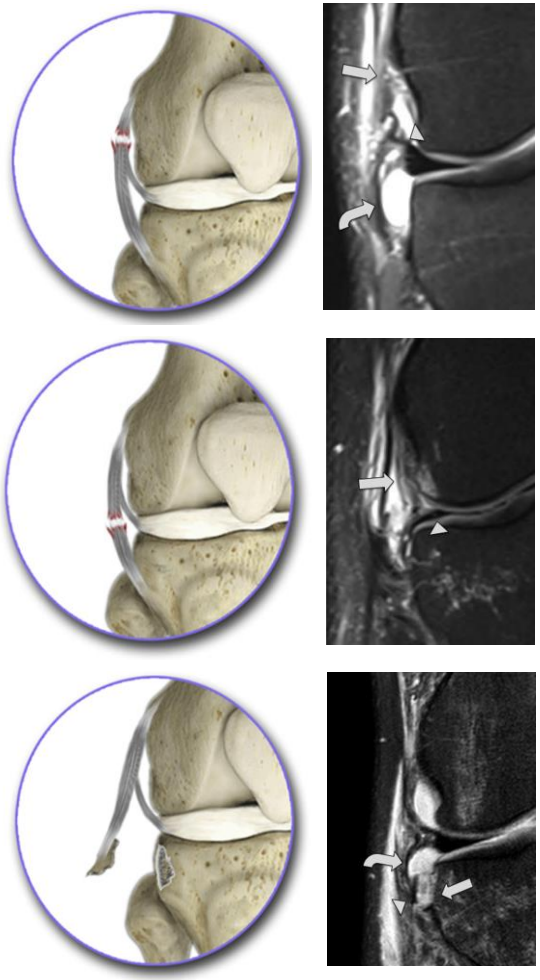
IRM chez sujet pathologique

Helito - Arthroscopy. - 2016

- 101 IRM avec rupture LCA < 3 semaines
- **Classification lésionnelle**
- **32,6 % lésions LAL**
  - Lésion proximales majoritaires (72 %)

Hartigan - Arthroscopy. - 2016

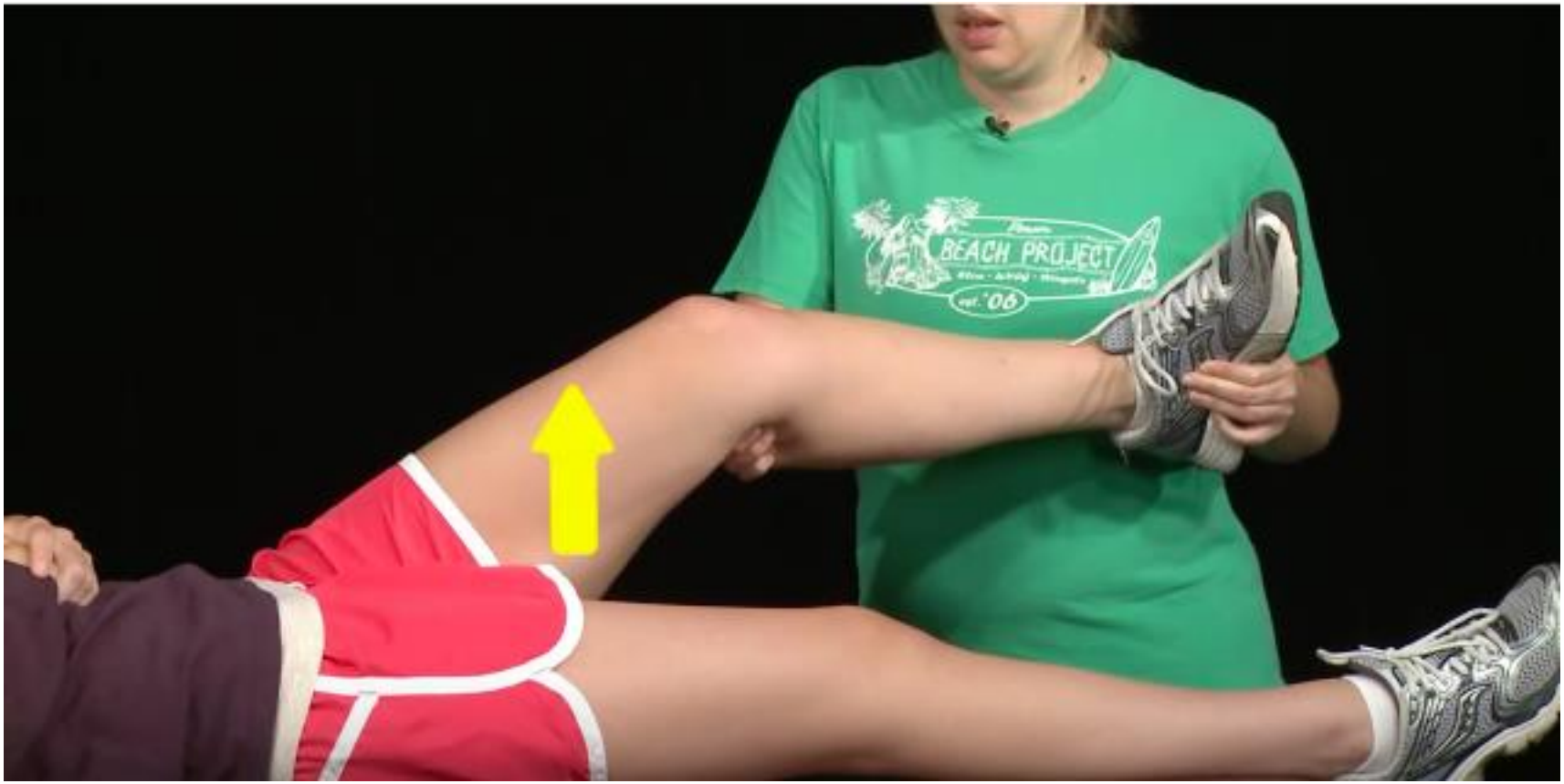
- 72 IRM (1,5T) LCA rompus. 2 radiologues seniors. 100 % LAL vus
- Analyse lésionnelle non corrélée et non reproductible
  - 26% lésions par R1 ; 62 % par R2
- **Lésions du LAL non identifiables sur séquences IRM standard**



Instabilité rotatoire:
PIVOT SHIFT TEST

PIVOT SHIFT TEST

PIVOT SHIFT TEST

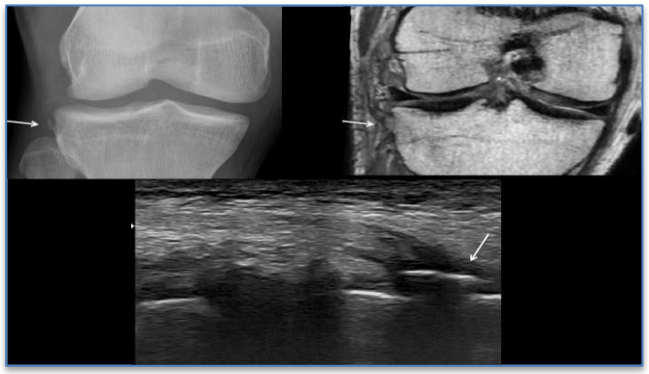


PIVOT SHIFT TEST

Echographie chez sujet pathologique

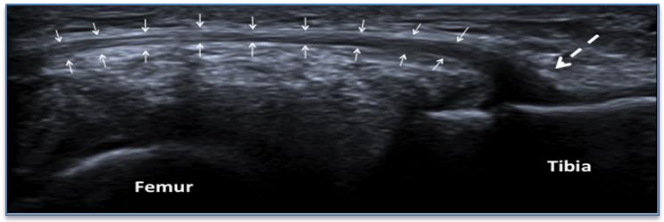
- Etude de l'équipe d'E. CAVAIGNAC en cours de publication
  - Prospective, 30 patients avec rupture isolée LCA
  - Analyse imagerie et clinique indépendante

	IRM (n=30)	Echographie (n=30)
ALL totalement identifié	96 %	**100 %**
ALL lésé	53 %	**63 %**
Fracture de Segond	13 %	50 %

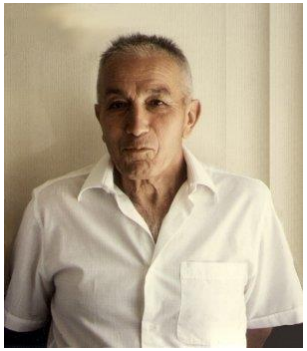


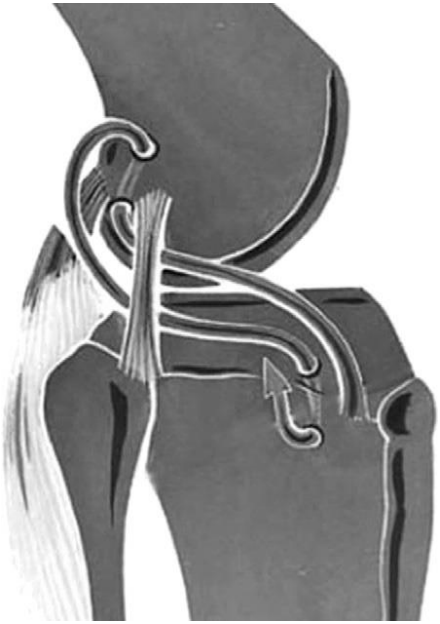
- ***E. Cavaignac (sous presse)***

=> Une lésion du LAL est plus souvent associée à un ressaut de haut grade (Chi^2=13,7, p<0,05)

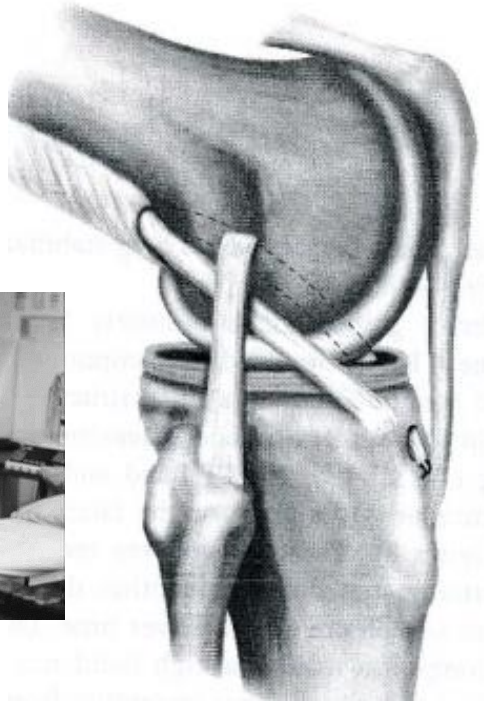


Les pionniers 1970's





Marcel Lemaire, J. Chir 1967



David MacIntosh - JBJS 1974

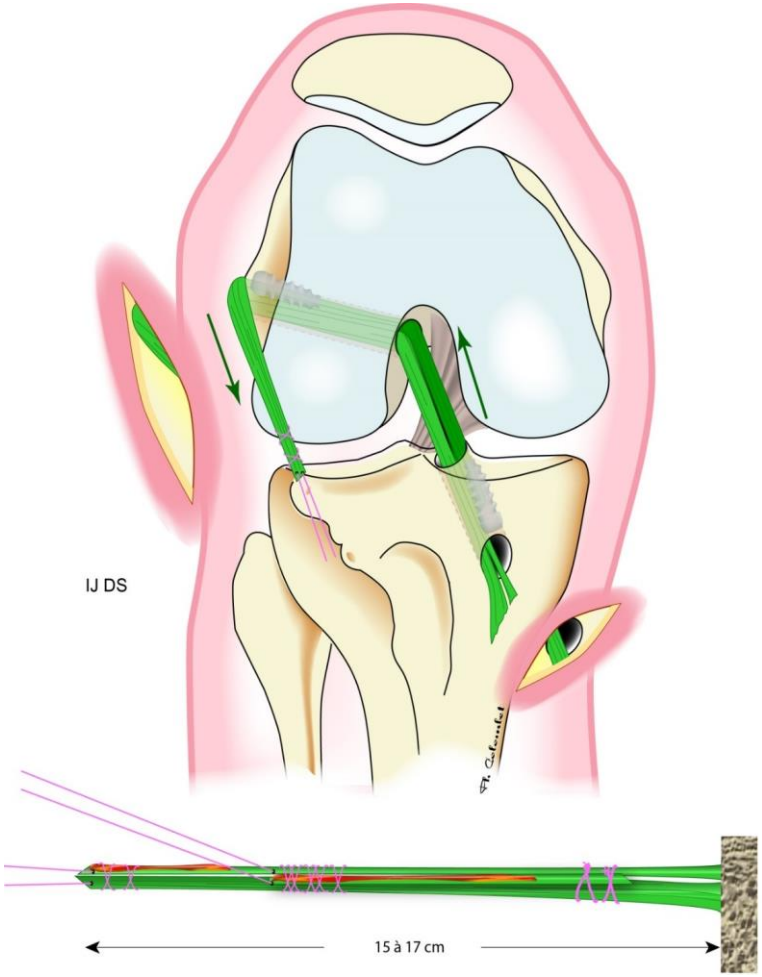
Les reproches

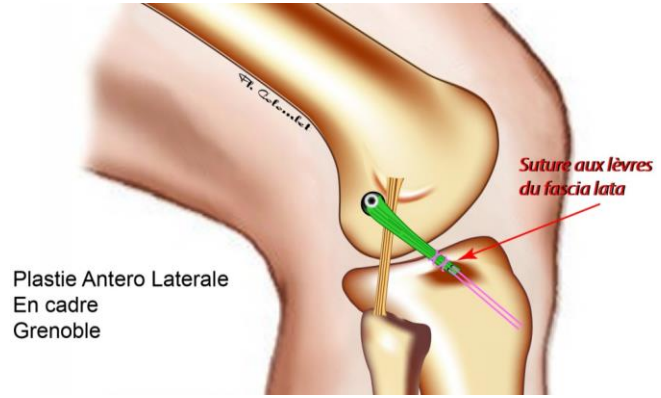
- Le prélèvement de longs transplants
  → séquelles inflammatoires de l'appareil extenseur

- Une dissection tissulaire antéro-latérale étendue
  →Suites lourdes et douleurs latérales séquellaires

- La production de contraintes anormales
  → arthrose

Technique Saragaglia





International Orthopaedics (SICOT) (2013) 37:1575–1581
DOI 10.1007/s00264-013-1957-7

ORIGINAL PAPER

Lateral tenodesis combined with anterior cruciate ligament reconstruction using a unique semitendinosus and gracilis transplant

Dominique Saragaglia · Alexis Pison · Ramsay Refaie

SYMPOSIUM SFA 2016

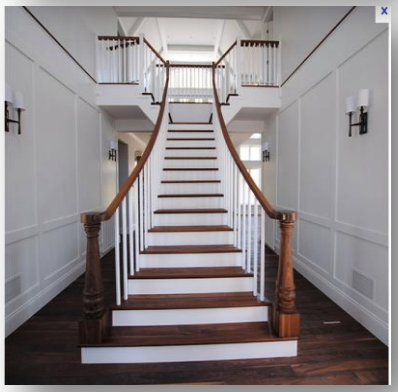
LES PLASTIES ANTERO-LATERALES

La série

- Importante
  - Première intention
    - Prospective : **n = 394**
    - Rétrospective : **n = 478**
  - Reprises (pro et rétro) : **n = 349**
  - **Soit : 1221 patients**
- 13 centres

Étude prospective +++ : n = 394

- Durée moyenne d'hospitalisation
  - 2 jours (1-6), **46% en ambulatoire**
  - Idem plasties isolées du LCA
- Suites immédiates (marche, escaliers)
    - Idem plasties isolées (*Sonnery-Cottet, AJSM, 2015*)
    - Plus rapide avec plasties aux ischio-jambiers (p<0,0001)
- Reprise du travail : 82,5% < 3 mois



Complications sur la première année = **12 %**

	Douleur >6	Hématome N op	Hématome op	Infection superf	Infection profonde	phlébite	Raideur flexum	Raideur flexion	Douleur PAL F	Douleur PAL T
1mois 88%=0	2,3%	6%	0,4%	0,4%	0,2%	0,2%	5%	9,3%		
3 mois 98%=0							1,6%	2%	1,4%	0,4%
6 mois 92%=0							1%	0,2%	0,8%	0,6%
12 mois 94%=0									0,2%	0,2%
									2,4%	**1,2%**

Reprises chirurgicales : n=394

	Arthro-lavage/infection	Arthroscopie : cyclope SD	Arthroscopie : lésions méniscales	Geste sur PAL	mobilisation
1 mois	1				1
3 mois		1		1	1
6 mois		2	2	2	
1 an		1	4	4	1 peignage TR
		1,0%	1,5%	1,7%	

Au total

- **Complications classiques de la chirurgie du LCA**
  - Avec raideurs en extension surtout
  - Lésions méniscales à la reprise du sport à 6 mois
  - Taux d'infection faible
  - Pas de complication thrombo-embolique
- ***Quelques complications spécifiques de la PAL (1,7%)***
  - Conflit
  - Rejet de vis
- ***Complications superposables aux plasties isolées (littérature)***

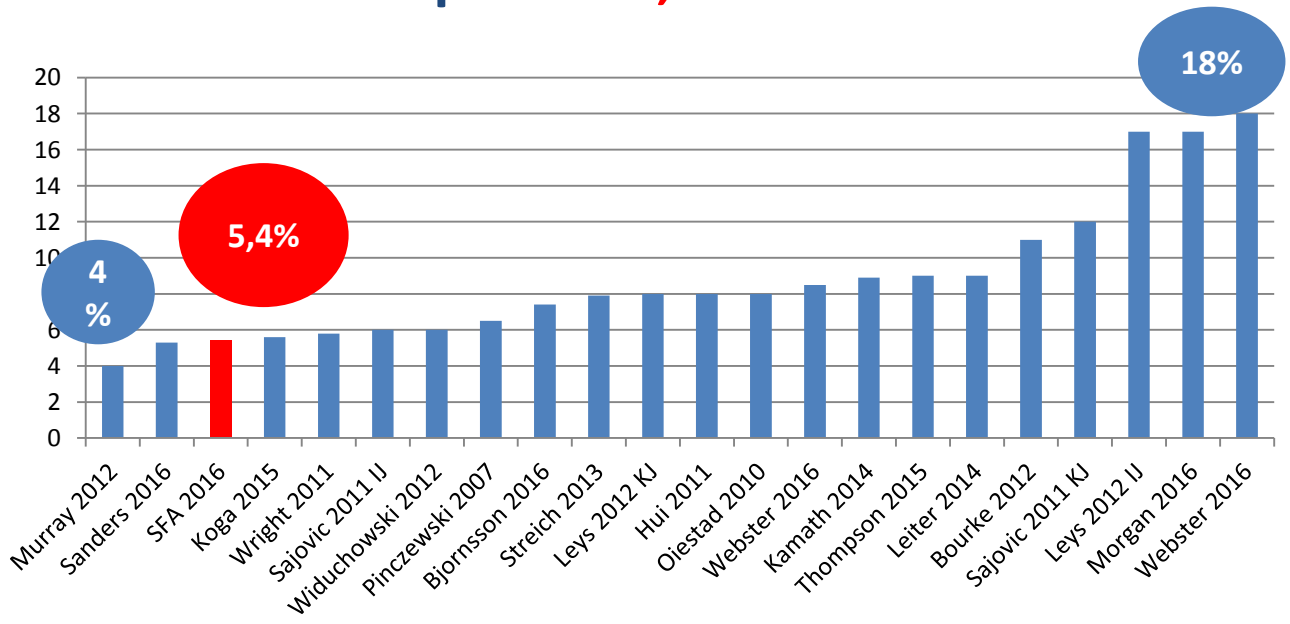
Étude rétrospective +++ : n = 478

LES RÉSULTATS Symposium SFA 2016

– Scores fonctionnels

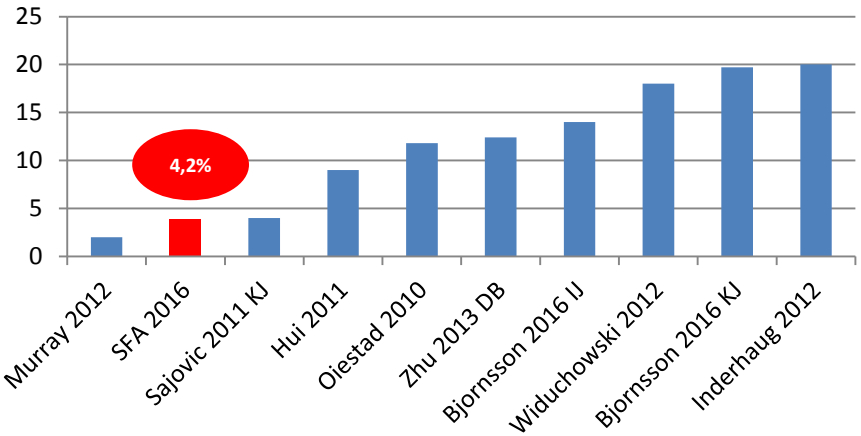
=> L'adjonction d'une PAL donne des scores fonctionnels identiques aux PIA isolées (IKDC : **86,4**; Lysholm : **91,2**)

– Taux de re-rupture : 5,4%

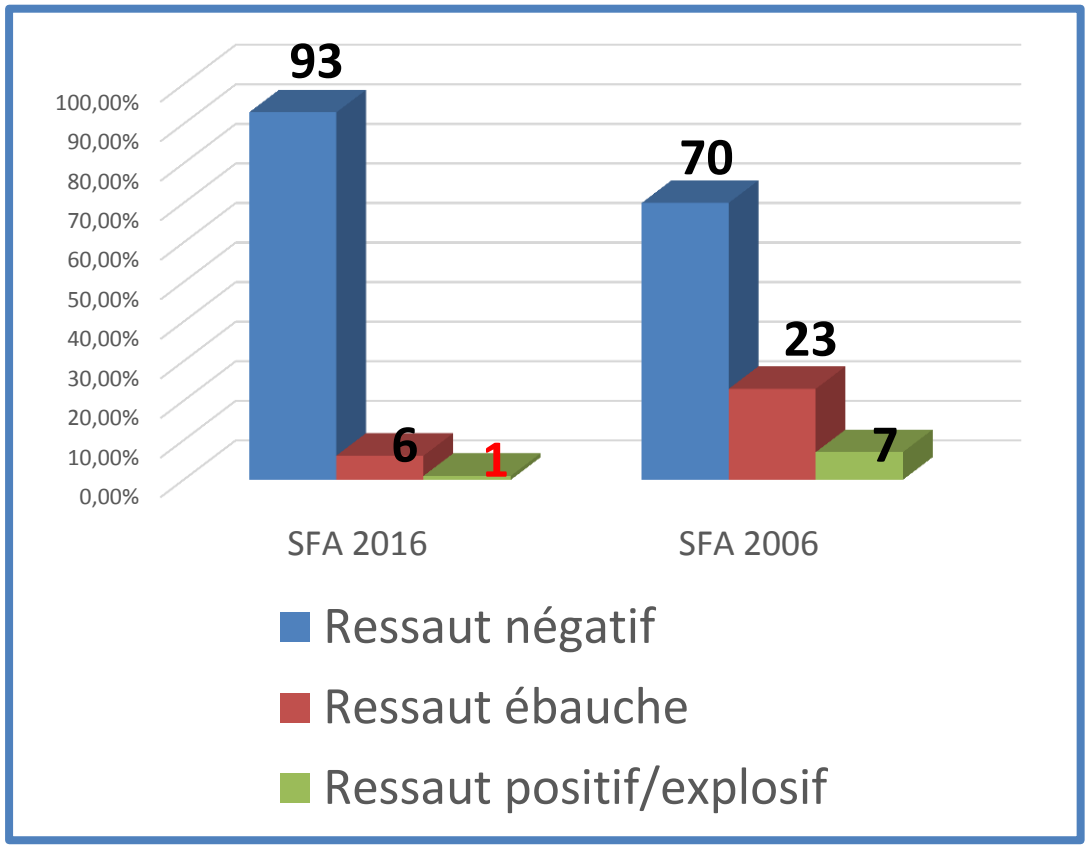


- **Taux de reprises pour lésions méniscales : 6,3%**
  - Inférieur aux PIA isolées de la littérature (jusqu'à 24%)
  - Absence de facteur significatif dans notre série => diminution du taux quelque soit l'âge, le sexe, le sport pratiqué, l'IMC, le délai op

- **Taux de ressaut rotatoire résiduel : 4,2%** (> ou = grade 2)
  - Ressaut rotatoire mieux contrôlé / PIA isolées (jusqu'à 20%)
  - Facteurs péjoratifs de notre série
    - Méniscectomie
    - IMC > 30



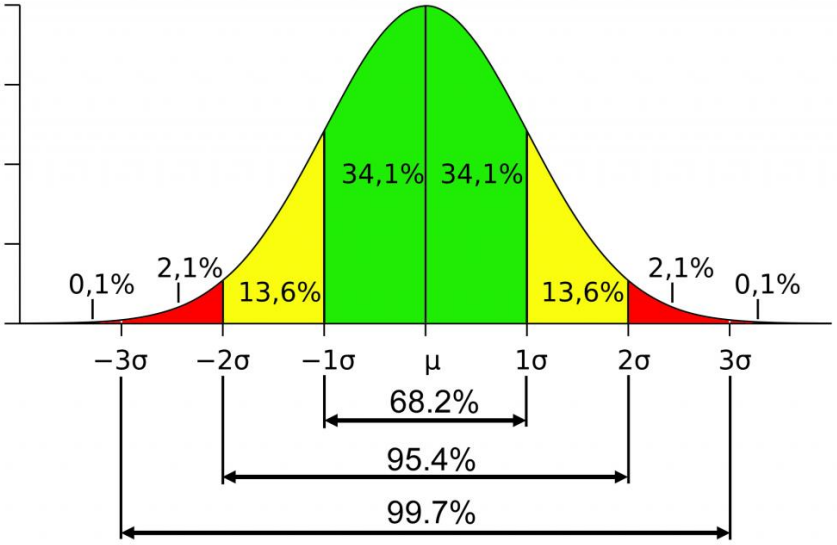
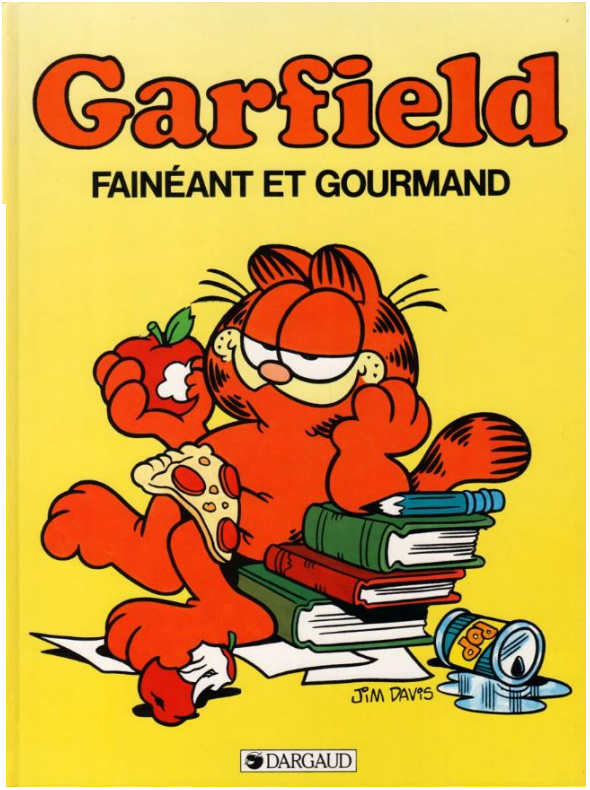
- Comparaison de la laximétrie avec SFA 2006 (57% de PAL)
  - Aucune différence pour ce qui concerne la laxité antérieure
  - Beaucoup moins de ressauts rotatoires



- **Quand ajouter une plastie antéro-latérale?**
  - Cette étude ne permet pas de le dire
  - Espoir +++ dans l'imagerie pré-opératoire (échographie)
  - Pour les plus réticents, probablement
    - **En cas de ressaut explosif ou de laxité antérieure différentielle majeure**
    - **En cas de sport à risque**
    - **En cas de reprise chirurgicale**
    - **En cas de méniscectomie médiale**
  - Pour ceux qui sont séduits, pourquoi pas dans tous les cas!
    - À condition d'acquérir une « technique moderne » de PAL ou de plastie mixte

La technique idéale dans toutes les situations n'existe pas

- Conséquences prélèvement
- Besoins différents : variabilité
  - Adapter greffe au patient
- Affaire école mais Attention certitude…



- Indication ne doit pas dépendre que de
  - durée opératoire
  - facilité de réalisation