Dr Jean-Philippe CAMILLERI
Chirurgie de la hanche et du genou
Ancien Assistant des Hôpitaux de Lyon
Chef de Clinique des Universités
Société Française de la Hanche et du Genou

ORTHOPARC

Clinique du Parc Lyon
155 boulevard de Stalingrad
69006 Lyon

Je vais avoir une ligamentoplastie du ligament croisé antérieur du genou

Reconstruction du LCA par autogreffe, avec renfort antérolatéral selon l'indication

Fiche d'information patient
Version : septembre 2026 - v5.3

Pourquoi une ligamentoplastie ?

Chez un patient actif présentant une rupture du LCA et souhaitant retrouver des activités comportant pivots, changements de direction ou sauts, une reconstruction du LCA peut être proposée lorsque l'instabilité, les objectifs fonctionnels et sportifs et les caractéristiques du genou la justifient. Elle vise à restaurer une stabilité fonctionnelle et à réduire les épisodes d'instabilité susceptibles d'entraîner de nouvelles lésions méniscales ou cartilagineuses.

Que peut-il se passer si je ne me fais pas opérer ?

Chez un patient actif souhaitant reprendre des activités avec pivot, un genou déficient en LCA peut rester instable et exposer à de nouveaux épisodes de dérobement ainsi qu'à des lésions méniscales ou cartilagineuses secondaires. Une prise en charge non chirurgicale conserve une place chez certains patients dont les objectifs sont essentiellement dans l'axe et dont le genou reste fonctionnellement stable.

Quelles sont les alternatives ?

Une prise en charge non chirurgicale peut être proposée dans certaines situations. Elle repose notamment sur la rééducation, le renforcement musculaire, le travail neuromusculaire et proprioceptif et l'adaptation des activités sportives. Certains patients peuvent obtenir une stabilité fonctionnelle satisfaisante sans reconstruction. En cas d'instabilité persistante ou d'objectifs incompatibles avec cette instabilité, une reconstruction peut être discutée.

Bénéfices et limites

L'objectif principal est de restaurer une stabilité fonctionnelle. La reconstruction ne garantit ni un retour au niveau sportif antérieur, ni l'absence de nouvelle rupture, ni l'absence d'arthrose ultérieure. Les résultats dépendent notamment des lésions associées et de la récupération fonctionnelle.

Quelle greffe est utilisée ?

Dans ma pratique, la reconstruction primaire est réalisée en première intention avec les ischio-jambiers, le plus souvent par technique DT4 utilisant le demi-tendineux. Si le greffon obtenu est insuffisant, le gracilis (droit interne) peut être prélevé en complément pour réaliser un DIDT. Le KJ au tendon rotulien est réservé aux situations où les ischio-jambiers ne sont plus disponibles ou ne

peuvent pas être utilisés. Le choix définitif du greffon et de sa fixation peut être adapté à l'anatomie, à la qualité et aux dimensions du greffon, à la qualité osseuse et aux constatations opératoires.

Fixation des greffons

DT4 : fixation de première intention par endoboutons au fémur et au tibia ; des vis résorbables peuvent être utilisées selon la qualité osseuse ou du greffon. KJ : fixation fémorale par vis résorbable ou endobouton, et fixation tibiale par vis résorbable.

Renfort antérolatéral

Dans ma pratique, un renfort antérolatéral est fréquemment associé lorsque le risque d'instabilité rotatoire ou de nouvelle rupture le justifie, notamment chez le patient jeune, dans les sports de pivot, en présence d'une instabilité rotatoire importante ou de certaines lésions méniscales associées. Le renfort percutané au droit interne est fixé au fémur et au tibia par vis résorbables ; le renfort au fascia lata est fixé dans un tunnel fémoral par vis résorbable.

Gestes méniscaux associés

Les ménisques sont évalués au cours de l'arthroscopie. Une lésion associée peut être suturée lorsqu'elle est réparable ou régularisée lorsque sa conservation n'est pas raisonnablement possible, avec priorité à la préservation méniscale. Une suture méniscale peut modifier les consignes postopératoires.

Incisions, anesthésie et infiltration

L'intervention utilise des petites incisions arthroscopiques, auxquelles s'ajoutent l'incision nécessaire au prélèvement et, lorsqu'un renfort est réalisé, l'abord correspondant. Dans ma pratique, l'intervention est réalisée sous anesthésie générale, éventuellement associée à une anesthésie locorégionale. En fin d'intervention, je réalise une infiltration d'anesthésique local dont l'effet se prolonge généralement environ 24 heures. Une diffusion transitoire vers le nerf sciatique peut entraîner un déficit moteur ou sensitif du pied ; lorsqu'il est bien lié à l'anesthésique, une récupération complète est attendue en moins de 24 heures. Prudence pour se lever et marcher ; toute persistance ou aggravation doit être signalée.

En fin d'intervention, je réalise une infiltration d'anesthésique local destinée à améliorer le confort postopératoire. Son effet antalgique se prolonge généralement environ 24 heures. Une diffusion transitoire vers le nerf sciatique peut parfois entraîner une difficulté à mobiliser la cheville ou le pied et une diminution de sensibilité du pied. Lorsqu'ils sont liés à l'anesthésique, ces troubles régressent généralement en moins de 24 heures sans séquelle. Pendant cette période, prudence lors des déplacements ; toute persistance, aggravation ou absence de régression doit être signalée.

Risques

- infection ;
- phlébite/embolie ;
- hématome ;
- raideur, notamment déficit d'extension ;
- douleurs persistantes ;

- laxité ou instabilité persistante ;
- rupture ou distension secondaire du transplant ;
- problème lié au matériel ;
- lésion nerveuse/vasculaire rare ;
- algodystrophie ;
- risques propres au prélèvement : troubles sensitifs, douleur, faiblesse transitoire ; pour le KJ, douleur antérieure/agenouillée, fracture rotulienne ou atteinte du tendon rotulien exceptionnellement.
- arthrite septique profonde pouvant nécessiter lavage articulaire et antibiothérapie prolongée ;
- syndrome du cyclope ou arthrofibrose pouvant entraîner un déficit d'extension et parfois nécessiter une arthrolyse ;
- malposition d'un tunnel, problème de fixation ou fracture osseuse liée aux tunnels ou au prélèvement, rares ;
- nécessité possible d'une nouvelle intervention selon l'évolution ;
- complication générale ou anesthésique, exceptionnellement grave ;

Suites

Pas d'immobilisation, pas de limitation systématique des amplitudes et appui complet. La mobilisation et l'autorééducation débutent dès J0 selon les consignes données. Deux béquilles sont utilisées jusqu'au verrouillage satisfaisant, généralement 15 jours à un mois. Il n'y a pas d'anticoagulation systématique en l'absence d'indication individuelle. Les séances avec le kinésithérapeute débutent habituellement dans les 15 jours à 3 semaines. Une suture méniscale associée peut limiter la charge et la flexion pendant le premier mois sans nécessiter d'attelle dans ma pratique.

Arrêt de travail, récupération et suivi

Arrêt initial d'environ 1 mois et demi, souvent prolongé selon l'évolution et la profession jusqu'à 3 ou 4 mois. Autonomie fonctionnelle entre 45 jours et 3 mois. Médecin du sport à 3 semaines ; consultations chirurgicales à 1,5 et 3 mois ; éventuel test de reprise de course vers 3 mois par le kinésithérapeute ; sports en ligne à partir de 3-4 mois si critères satisfaits ; à partir de 6 mois, évaluation Cybex et GNRB par le médecin du sport, consultation chirurgicale et éventuellement K-Start par le kinésithérapeute ; sports de pivot à partir de 8-9 mois selon les critères fonctionnels ; retour à la compétition autour d'un an. Ces délais sont des repères minimaux et ne constituent pas une autorisation automatique : la reprise dépend de la récupération clinique, musculaire, neuromotrice et des tests fonctionnels.

Arthrose

La reconstruction ne garantit pas l'absence d'arthrose future. Le risque dépend notamment du traumatisme initial, des lésions méniscales et cartilagineuses et des nouveaux traumatismes.

Bains, piscine et balnéothérapie

Les bains, la piscine et la balnéothérapie peuvent être repris à partir d'un mois après l'intervention uniquement si la cicatrice est parfaitement fermée, sèche et saine. En présence d'une anomalie de cicatrisation, l'immersion doit être différée et un avis médical demandé.

Quand consulter rapidement ?

Fièvre, écoulement ou ouverture de la cicatrice, douleur ou gonflement inhabituel, douleur importante du mollet, perte brutale de fonction, nouveau traumatisme avec sensation de rupture ou d'instabilité, déficit neurologique persistant, essoufflement ou douleur thoracique nécessitent un avis médical rapide ou urgent selon la situation.

Important

Cette fiche complète l'information personnalisée qui vous a été délivrée en consultation. Elle ne remplace pas l'entretien individuel. Votre situation étant personnelle, certains bénéfices, risques, alternatives ou modalités opératoires peuvent différer. Si un point n'est pas clair, demandez une explication complémentaire. Vous pouvez également demander un second avis si vous le souhaitez.

Références principales

Diermeier TA et al. Panther Symposium ACL Treatment Consensus Group. Br J Sports Med. 2021.

AAOS. Clinical Practice Guideline for Management of Anterior Cruciate Ligament Injuries. 2022.

ESSKA-AOSSM-AASPT. Formal EU-US ACL Rehabilitation Consensus, consensus achevé en juillet 2026 ; publication scientifique définitive à citer dès sa mise à disposition.

CNP-COT / SOFCOT / Orthorisq. Document d'information sur le risque chirurgical et fiches d'information patients labellisées, version consultée en septembre 2026.

Pour en savoir plus

Des informations supplémentaires sur votre intervention, votre parcours chirurgical et les suites opératoires sont disponibles sur mon site d’information consacré à la chirurgie de la hanche et du genou.

Scannez ce QR code pour accéder au site.

Ces informations générales complètent, sans la remplacer, l’information personnalisée qui vous a été délivrée en consultation.