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 reprise de ligamentoplastie du ligament croisé antérieur du genou

Nouvelle reconstruction du LCA après rupture du transplant ou instabilité persistante/récidivante

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

Pourquoi une reprise ?

Une nouvelle rupture du transplant ne signifie pas nécessairement que la première intervention a échoué. Elle survient souvent après un nouveau traumatisme sur un genou qui avait récupéré une stabilité satisfaisante. Chez les patients jeunes et actifs, certaines études rapportent un risque non négligeable de nouvelle rupture du greffon et de rupture du LCA controlatéral ; ces données de population ne permettent pas de prédire votre risque individuel.

Bilan avant reprise

La reprise nécessite d'analyser le mécanisme de la nouvelle rupture, l'instabilité, les interventions antérieures, les tunnels fémoral et tibial, le matériel, les ménisques, le cartilage, les autres ligaments, l'axe du membre et certains facteurs anatomiques. Radiographies, IRM ou scanner peuvent être nécessaires. L'objectif est d'identifier les facteurs ayant pu contribuer à la nouvelle rupture ou à l'instabilité afin de les corriger lorsqu'ils sont accessibles à un traitement.

Un temps ou deux temps

La reprise peut être réalisée en un temps lorsque les tunnels permettent une reconstruction satisfaisante. En cas de tunnels trop élargis ou mal positionnés, une première intervention avec ablation de matériel, préparation et greffe osseuse des tunnels peut être nécessaire. Dans cette stratégie en deux temps, le nouveau LCA n'est pas reconstruit lors de la première intervention ; la reconstruction définitive est réalisée lors d'une seconde intervention après incorporation suffisante de la greffe osseuse.

Greffe osseuse des tunnels

Selon la situation et les possibilités techniques, la greffe osseuse peut utiliser votre propre os (autogreffe) ou de l'os humain provenant d'une banque de tissus (allogreffe). Lorsqu'une allogreffe est utilisée, les tissus proviennent d'une banque autorisée et font l'objet de procédures de sélection, de contrôle et de traçabilité. Malgré ces précautions, le risque de transmission infectieuse ne peut être considéré comme absolument nul.

Choix du transplant

Le choix est individualisé : tendons ischio-jambiers, tendon rotulien, tendon quadricipital, prélèvement controlatéral ou allogreffe. Il dépend de l'examen, du patient, des antécédents, des

prélèvements déjà réalisés, des tunnels, de la qualité osseuse et des lésions associées. Un prélèvement controlatéral transforme également le genou opposé en site opératoire. Lorsqu'une allogreffe tendineuse humaine est utilisée, elle provient d'une banque de tissus avec procédures de sélection, contrôle et traçabilité ; un risque résiduel de transmission infectieuse ne peut être considéré comme nul.

Renfort antérolatéral

Dans ma pratique, un renfort antérolatéral est systématiquement associé à la reprise, sauf lorsqu'un renfort réalisé lors de la première intervention est toujours présent et fonctionnel. Le renfort percutané est fixé au fémur et au tibia par vis résorbables ; le renfort au fascia lata dans un tunnel fémoral par vis résorbable.

Bénéfices et limites

L'objectif est de restaurer une stabilité fonctionnelle et de permettre la reprise progressive des activités compatibles avec l'état du genou. Une reprise est plus complexe qu'une première reconstruction et ses résultats sont moins prévisibles. Une stabilité parfaite, un retour au niveau sportif antérieur, l'absence de nouvelle rupture ou l'absence d'arthrose future ne peuvent pas être garantis.

Alternatives

Une prise en charge non chirurgicale peut être discutée dans certaines situations et repose sur la rééducation, le renforcement, le travail neuromusculaire et l'adaptation des activités. Elle peut impliquer de renoncer aux activités de pivot lorsque le genou ne permet pas de les pratiquer en sécurité.

Incisions, anesthésie et infiltration

Les cicatrices antérieures peuvent être réutilisées, prolongées ou complétées selon les gestes nécessaires. 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 antalgique 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. 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 et limites

- infection, phlébite/embolie, hématome ;
- raideur et douleurs persistantes ;

- instabilité ou laxité persistante ;
- nouvelle rupture du transplant ;
- complications propres au site de prélèvement, y compris genou controlatéral le cas échéant ;
- risques propres à l'allogreffe, notamment intégration biologique et risque infectieux exceptionnel ;
- problème lié au matériel ;
- lésions nerveuses/vasculaires rares ;
- possibilité d'une nouvelle intervention.
- arthrofibrose ou syndrome du cyclope avec perte de mobilité, pouvant nécessiter un traitement complémentaire ;
- malposition ou élargissement des tunnels, pouvant imposer une greffe osseuse et une reconstruction en deux temps ;
- défaut d'intégration ou de consolidation d'une greffe osseuse, lorsqu'elle est nécessaire ;
- fracture osseuse liée aux tunnels, au matériel ou au prélèvement, rare ;
- syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie) ;
- complication générale ou anesthésique, exceptionnellement grave ;

Suites, travail et sport

Le protocole postopératoire reprend celui du LCA primaire, avec adaptations si greffe osseuse ou geste associé : pas d'immobilisation de principe, appui complet, mobilisation et autorééducation dès J0, deux béquilles jusqu'au verrouillage satisfaisant pendant environ 15 jours à un mois, pas d'anticoagulation systématique en l'absence d'indication individuelle, puis séances de kinésithérapie habituellement à partir de 15 jours à 3 semaines. Une suture méniscale peut limiter charge et flexion pendant un mois. Arrêt initial d'environ 1,5 mois, souvent prolongé jusqu'à 3-4 mois selon évolution/profession. Les délais sportifs sont des repères et peuvent être prolongés selon la reconstruction, les lésions associées, une stratégie en deux temps et les tests fonctionnels : sports en ligne 3-4 mois si critères satisfaits ; Cybex/GNRB et éventuel K-Start à partir de 6 mois ; pivots 8-9 mois ; compétition autour d'un an.

Arthrose

La reprise du LCA ne garantit pas l'absence d'arthrose future. Le risque dépend notamment des traumatismes successifs, des lésions méniscales et cartilagineuses et de l'état du genou.

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.

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

Sans nouvelle reconstruction, l'instabilité peut persister et limiter les activités avec pivot. Des épisodes de dérobement peuvent exposer à de nouvelles lésions méniscales ou cartilagineuses. L'indication de reprise reste individualisée selon les symptômes, les objectifs et l'état du genou.

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

Wiggins AJ et al. Risk of Secondary Injury in Younger Athletes After ACL Reconstruction. Am J Sports Med. 2016.

Tischer T et al. Management of anterior cruciate ligament revision in adults: the 2022 ESSKA consensus. Part I - diagnostics and preoperative planning. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2023;31:4642-4651. doi:10.1007/s00167-022-07214-w. Condello V et al. Part II - surgical strategy. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2023;31:4652-4661. doi:10.1007/s00167-023-07550-5. Tischer T et al. Part III - indications for different clinical scenarios. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2023;31:4662-4672. doi:10.1007/s00167-023-07401-3.

Saithna A, Geeslin AG, Sonnery-Cottet B. Lateral Extra-articular Procedures With Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: International Consensus. Arthroscopy. 2025;41(9):3300-3302. doi:10.1016/j.arthro.2025.06.011.

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.