

| | |
|-----------------------|---|
| Physiothérapie | |
| Procédure: | S. Gard, Dr Ph. Tscholl, Dr E. Dromzee |
| DS: | Mars 2017 |
| Validation: | A. Laubscher, Directeur des soins HUG Pr A. Perrier, Directeur médical HUG |
| Classement sous: | Secteur Locomoteur |
| N°: | 1.20 |

REEDUCATION LIGAMENT CROISE POSTERIEUR

Domaine

Musculo-squelettique

Définition

Le ligament croisé postérieur (LCP) assure la stabilisation postérieure du tibia. Il est lésé lors d'un choc antérieur sur le tibia ou lors d'une luxation grave du genou impliquant souvent d'autres ligaments latéral interne ou latéral externe, le point d'angle postéro-externe ou le ligament croisé antérieur.

Indication

La reconstruction est rarement proposée lors de rupture isolée du LCP. En principe, le chirurgien propose un traitement conservateur avec attelle sur mesure / spécifique. Si le massif des épines est arraché, une réinsertion est nécessaire (traitée comme une fracture et légèrement différemment d'une plastie du LCP). Lorsque la stabilité du genou est compromise par d'autres ruptures ligamentaires (périphériques) ou lorsque le traitement conservateur a échoué, le chirurgien propose une reconstruction.

La rééducation d'une lésion d'un LCP traité conservativement ou chirurgicalement ne diffère pas de beaucoup hormis pour les risques liés à l'intervention.

Le patient porte dans les deux cas une attelle en extension ou articulée avec un appui en tiroir antérieur.

Précautions

Le tiroir postérieur doit être absolument évité. La mobilisation en flexion se fait passivement, en décubitus ventral et très progressivement.

La contraction des muscles ischio-jambiers n'est pas autorisée.

Ces précautions sont valables pour le traitement conservateur, la plastie du LCP ainsi que pour la réinsertion du massif.

Risques et complications

- Infection.
- Hématomes.
- Perte de mobilité articulaire.
- Rupture de la plastie ou non-guérison / insuffisance du greffon.
- Lésion vasculaire.

Déroulement du traitement

J0 – J3:

Attelle en tiroir antérieur articulée ou attelle en extension avec appui.
Marche avec cannes, charge partielle 10-15 kg.
Antalgie-cryothérapie.
Mobilisation de la rotule.
Réveil isométrique du muscle quadriceps.
Mobilisation passive en décubitus ventral limitée à 30°- 0°- 0°.

J4 – J15:

Retour à domicile.
Marche avec deux cannes en charge partielle de 10-15 kg.
Attelle bloquée en extension jusqu'à 6 semaines.
Renforcement isométrique du muscle quadriceps côté opéré.
Electrostimulation du muscle quadriceps côté opéré.
Mobilisation passive en décubitus ventral limités à 30°- 0°- 0°.
Pas de contraction des muscles ischio-jambiers.
Entretien de la musculature du tronc, de la hanche, mobilisation de la cheville.
Stretching des muscles ischio-jambiers.

J15 – 6 sem.:

Attelle bloquée en extension jusqu'à 6 semaines.
Marche avec deux cannes en charge partielle.
Mobilisation, flexion passive en décubitus ventral uniquement.
2 - 4 sem: 60°- 0°- 0°
4 - 6 sem: 90°- 0°- 0°
Pas de contractions isolées des muscles ischio-jambiers.
Stretching des muscles ischio-jambiers et gastrocnémiens.
Renforcement isométrique du muscle quadriceps côté opéré 60°- 0°.
Electrostimulation du muscle quadriceps côté opéré.
Extension active assistée avec un appui postérieur ou attelle pour éviter le tiroir postérieur.
Mini-squats attelle libérée 30°- 0°- 0°.
Presse 30°- 0°- 0° avec attelle.
Renforcement du tronc, de la hanche et de la cheville.

6 sem. – 3 mois:

Attelle dynamique LCP

Charge progressive avec attelle (totale à 3 - 5 mois, selon évolution).
Gain de flexion progressif 2 mois: 0°- 90°, 2-3 mois: 0°- 120°.
Extension active 60°- 0°.
Renforcement excentrique du muscle quadriceps.

Squats 60°- 0°- 0°, fentes 60°- 0°- 0°.

Presse 60°- 0°- 0°.

Travail de la proprioception du membre opéré.

Renforcement des muscles ischio-jambiers de 0°- 30° de flexion pour éviter la force en tiroir postérieur, puis progressivement vers 45°.

Endurance sur vélo stationnaire dès 2 mois.

3 mois:

Activités physiques progressives.

Pas d'activation des ischio-jambiers isolée jusqu'à 4 mois au-delà de 30° de flexion (selon prescription médicale).

Renforcement progressif des muscles ischio-jambiers.

Intensification du renforcement du muscle quadriceps.

Squats plus profonds 90°- 0°- 0°, fentes multi-directionnelles.

Pas de course à pied avant que la force du quadriceps ne soit revenue à 90% du côté sain (4-5 mois).

Pas de sprint avant 6 mois.

Bibliographie

- Pierce, C.M., et al., *Posterior cruciate ligament tears: functional and postoperative rehabilitation*. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 2013. **21**(5): p. 1071-84.
- Owesen, C., et al., *Epidemiology of surgically treated posterior cruciate ligament injuries in Scandinavia*. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc, 2015.
- LaPrade, C.M., et al., *Emerging Updates on the Posterior Cruciate Ligament: A Review of the Current Literature*. Am J Sports Med, 2015. **43**(12): p. 3077-92.
- Kim, J.G., et al., *Rehabilitation after posterior cruciate ligament reconstruction: a review of the literature and theoretical support*. Arch Orthop Trauma Surg, 2013. **133**(12): p. 1687-95.
- Fanelli, G.C., J.D. Beck, and C.J. Edson, *Current concepts review: the posterior cruciate ligament*. J Knee Surg, 2010. **23**(2): p. 61-72.
- Edson, C.J., G.C. Fanelli, and J.D. Beck, *Postoperative rehabilitation of the posterior cruciate ligament*. Sports Med Arthrosc, 2010. **18**(4): p. 275-9.