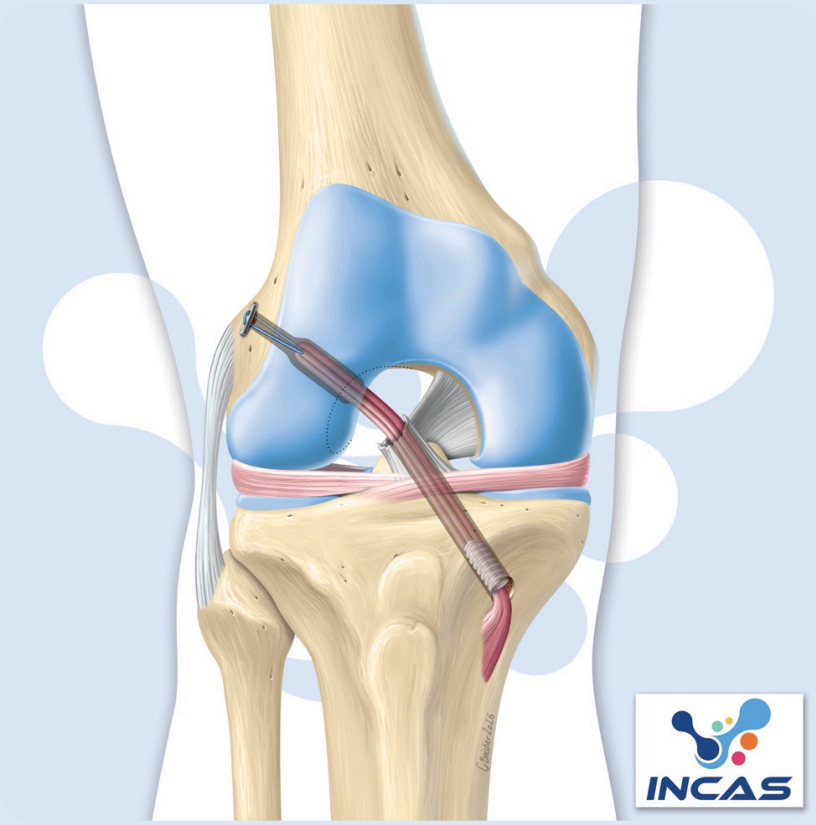
La ligamentoplastie du ligament croisé antérieur LCA

Livret d'information



INCAS
INSTITUT NORMAND DE CHIRURGIE ARTHROSE ET SPORT

Votre adresse de consultation chirurgien

11 Avenue Albert 1er
14000 CAEN

Téléphone : 02 31 72 72 72

ELSAN
POLYCLINIQUE DU PARC

Votre adresse d'hospitalisation

20, avenue Capitaine Georges Guynemer
14052 CAEN – Cedex 4

Téléphone : 02 31 82 82 82

Ce livret d'information a été élaboré par l'équipe de chirurgie orthopédique.
Il a pour objectifs de vous aider à préparer votre intervention, et se compose de trois parties :

1ère partie
avec des documents d'information relatifs à la pathologie, l'intervention et les suites opératoires,

2ème partie
avec des conseils pratiques à mettre en œuvre avant et après l'intervention

3ème partie
avec les coordonnées utiles

1ère partie

Information

Vous allez être opéré(e) d'une ligamentoplastie du ligament croisé antérieur. Cette opération va vous permettre de reprendre vos activités progressivement et d'éviter l'instabilité récidivante du genou.

Les suites de l'intervention permettent une **reprise progressive des activités**, en fonction de la cicatrisation articulaire, musculaire et cutanée.

Ce délai est variable selon les patients. Certains facteurs vont influencer cette récupération comme votre niveau physique avant l'intervention et une **mobilisation rapide.** La rééducation va impliquer votre motivation en vue de son bon déroulement et de sa bonne réussite.

Afin d'éviter d'éventuelles complications, certaines précautions sont à prendre. Elles sont expliquées et illustrées dans ce livret et vous seront rappelées par votre chirurgien et votre rééducateur

1.1 Description de la pathologie

Le ligament croisé antérieur (LCA) est l'un des principaux ligaments du genou. Il relie le fémur au tibia et joue un rôle clé dans la stabilité de l'articulation, en limitant notamment **le glissement antérieur du tibia** sous le fémur et **les rotations excessives** du genou.

Il joue un rôle clé dans la **stabilité dynamique** notamment dans mouvements de pivot, sauts, changements de direction (sports comme le football, ski, basket) et assure, par sa stabilité, la **protection des structures** méniscales ou cartilagineuses à long terme.

Sa rupture peut survenir selon plusieurs mécanismes de torsion dans la pratique sportive ou lors d'un accident de la vie courante. Les symptômes associés à la rupture sont un craquement ressenti ou audible et un épanchement articulaire plus ou moins conséquent.

Une immobilisation la plus courte possible est indiquée (< 7 jours) et une rééducation précoce est à prévoir pour récupérer les mobilités articulaires, la force musculaire afin de retrouver un genou "normal" pour la vie quotidienne.

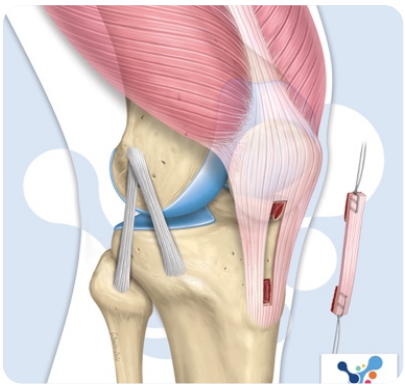
A distance du traumatisme, des symptômes d'instabilités du genou récidivantes à la pratique sportive ou parfois dans la vie quotidienne peuvent survenir

1.2 Les techniques opératoires

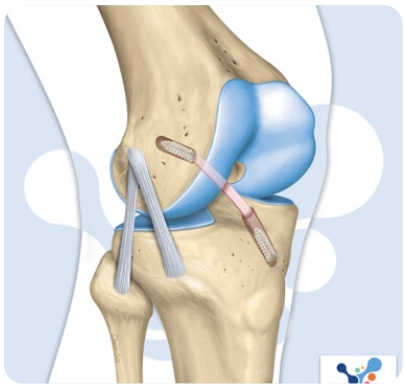
De multiples techniques existent pour la reconstruction du LCA. Elle se réalise dans tous les cas sous arthroscopie (avec la caméra) dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire. En tant que centre référent de la prise en charge du sportif rôdé à la chirurgie ligamentaire, nous maîtrisons toutes les techniques de reconstruction du LCA.

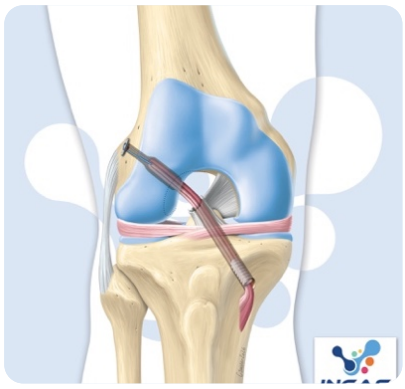
La chirurgie est réalisée selon le concept de "chirurgie à la carte" selon le profil du patient : le type de greffe peut varier (ligament patellaire Kenneth Jones, Ischio Jambiers DIDT, Tendon quadricipital, Fascia lata ou allogreffe) et une plastie combinée associant une reconstruction du ligament antéro-latéral (LAL) du genou peut vous être proposée. La greffe réalisée en première intention va aussi dépendre des habitudes du chirurgien, chaque type de greffe possédant ses avantages et inconvénients spécifiques.

Plasties Isolées du LCA



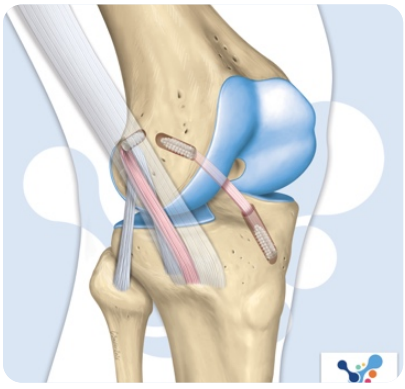
KJ (ligament patellaire)



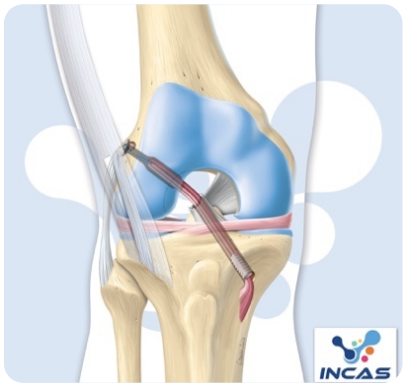


DIDT/DT4 (ischiojambiers)

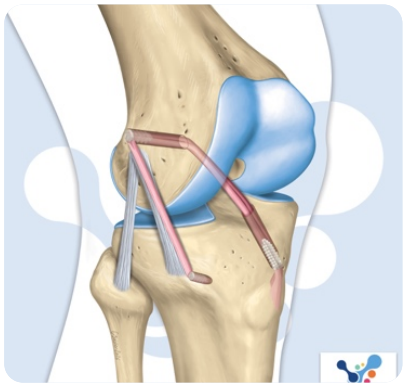
Plasties combinées du LCA et du LAL



KJ + lemaire



DIDT/DT4 + lemaire



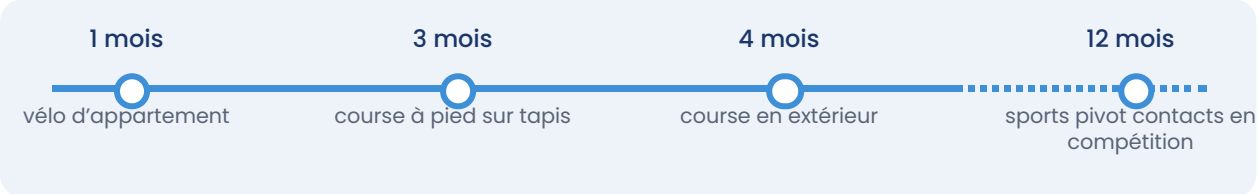
DIDT 4+1

1.3 Les résultats attendus de la chirurgie

L'objectif est de retrouver à terme un genou stable dans la vie quotidienne et pour la pratique des sport pivot/pivot contact avec un retour au sport similaire au niveau antérieur. Chez le sportif loisir les taux de retour au sport au niveau antérieur rapportés dans la littérature sont de 55 à 65% alors qu'ils sont de 95 à 98% chez le sportif professionnel.

Le résultat final met plusieurs mois à s'obtenir et peut varier selon les profils patients.

Le retour au sport est progressif : le vélo d'appartement est souvent possible à 1 mois post opératoire, la course à pied sur tapis à 3 mois, en extérieur à 4 mois et la reprise des sports pivot contacts en compétition le plus souvent autour des 12 mois. Ce sont des indicateurs qui peuvent varier légèrement selon le profil de chacun.



La récupération est longue car c'est le temps moyen nécessaire minimal pour obtenir une intégration biologique de la greffe (et donc une solidité de celle-ci) ainsi qu'une récupération musculaire suffisante (quadriceps et ischiojambiers) permettant un contrôle proprioceptif et fonctionnelle limitant le risque de nouvelle blessure.

1.4 Les complications postopératoires

Toute décision d'intervention chirurgicale se fait en adoptant le principe de la balance bénéfices risques. Bien que rare, toute chirurgie peut présenter un risque de complication potentielle, que ce soit pendant l'opération (per-opératoire) ou à distance (post-opératoire)

Risques per opératoire principaux :

- **Risques anesthésiques** : une consultation avec nos anesthésistes vous permettra d'appréhender les risques potentiels.
- **Risques liés à la mise en place du garrot :** il peut générer des troubles cutanés ou neurologiques locaux, habituellement régressifs.
- **Risques liés au matériel** : étant donnée la petite taille de l'instrument, il peut arriver qu'un fragment de matériel se casse dans l'articulation.
- **Risques liés à la technique chirurgicale** : dans la littérature, ont été rapportés quelques cas exceptionnels de blessure des gros vaisseaux ou des nerfs situés à proximité de l'articulation, au cours du geste opératoire qui sont bien connus du chirurgien.

Risques post opératoires principaux :

- **L'hématome :** la cryothérapie post opératoire joue un rôle clé peut lutter contre ce phénomène.
- **La raideur :** un déficit d'extension appelé flessum peut survenir notamment en cas d'inhibition motrice d'origine arthrogène (AMI) par une contraction réflexe des ischiojambiers. L'accent est mis sur la récupération rapide de l'extension et le réveil moteur du quadriceps et en particulier du vaste médial par des exercices de contraction isométrique.
- **La thrombose veineuse profonde ou superficielle**
- **L'infection** du site opératoire
- **La re-rupture de** la greffe
- L**e syndrome douloureux régional complexe de type 1** qui est une réaction douloureuse du corps après une chirurgie ou un traumatisme d'origine mal connu.

Un suivi prolongé est nécessaire pour diagnostiquer toutes complications potentielles et les traiter.

1.5 Les différentes étapes du parcours patient

Lorsque votre chirurgien retient l'indication d'une chirurgie pour une reconstruction du ligament croisé antérieur, il conviendra avec vous d'une date opératoire et vous expliquera le principe de la chirurgie. Il vous remettra ce livret d'information, des **questionnaires à compléter impérativement** ainsi que des ordonnances. L'ordonnance des traitements anti-douleurs vous sera remise lors de la consultation avec le médecin anesthésiste

La consultation d'anesthésie aura lieu dans le mois précédant l'intervention et servira à évaluer votre état physique et les risques liés à la chirurgie. Le médecin décidera de la technique d'anesthésie la plus adaptée à votre état de santé. Des documents d'information sur l'anesthésie vous seront remis ainsi que l'ordonnance des traitements anti-douleurs.

Il est théoriquement indiqué de voir le même anesthésiste en consultation qu'au bloc opératoire le jour de l'opération.

1.6 Type d'hospitalisation

Ambulatoire

Un séjour hospitalier est dit « ambulatoire » lorsque vous rentrez chez vous le soir de la chirurgie. La prise en charge du patient est organisée dans les unités dites « ambulatoires » où la durée du séjour n'excède pas 12 heures.

Le retour à domicile reste soumis à l'avis médical. Si votre état de santé le nécessite, votre sortie peut être repoussée.

Hospitalisation conventionnelle

L'hospitalisation est dite « conventionnelle » lorsque le séjour du patient s'étend au-delà de la journée opératoire. Votre entrée s'effectuera la veille ou le jour même de l'intervention.

L'heure d'intervention est susceptible d'être modifiée par le chirurgien.

> **Si au cours des jours précédant votre intervention, vous êtes malade (température >37,5°C, rhume, angine, bronchite…) ou si vous avez des lésions sur la peau, sur les plis de l'aine ou sur le membre opéré, vous devez contacter la clinique.**
> En cas de doute, n'hésitez pas à nous appeler.

1.7 Déroulement de votre séjour

1.7.1 Entrée

Vous serez contacté(e) quelques jours avant votre séjour pour vous confirmer les date et heure d'entrée à la polyclinique. Merci de vous rendre au service des admissions à l'horaire indiqué afin de respecter l'organisation mise en place.

Lors de l'entrée administrative, l'agent vérifiera avec vous votre identité, votre dossier et vous indiquera la localisation de votre chambre.

A votre arrivée dans le service, merci de vous adresser aux professionnels de santé dans le poste de soin qui se situe devant les escaliers (au 1er étage, à droite en montant les escaliers).

L'infirmier(e) viendra vous voir dans votre chambre pour :

- Finaliser votre entrée
- S'assurer du respect du jeûne préopératoire
- Vérifier la préparation cutanée
- S'assurer de la complétude de votre dossier médical

1.7.2 Transfert au bloc opératoire

Un brancardier se présentera pour vérifier votre identité et vous accompagnera au bloc opératoire avec votre dossier médical. Vos bas de contention seront apportés avec vous.

A l'arrivée au bloc opératoire, vous serez accueilli par l'équipe médico-chirurgicale qui vérifiera de nouveau votre identité, votre chirurgie, le côté opéré avant de vous installer pour votre intervention.

Une dernière vérification sera réalisée par le médecin anesthésiste réanimateur avant l'intervention. Une perfusion sera posée au niveau de votre bras et vous serez installé(e) en salle d'opération.

L'intervention dure en moyenne 45 minutes et vous serez ensuite conduit(e) en salle de réveil pour environ 1 à 2 heures selon votre état de santé. Le médecin anesthésiste-réanimateur validera alors votre retour en chambre. De la glace pourra être mise en place et poursuivie durant votre hospitalisation pour lutter contre la douleur et réduire l'inflammation.

1.7.3 Retour en chambre après l'intervention

Le brancardier vous installera dans votre lit avec l'aide des professionnels du service. L'infirmier(e) procèdera aux vérifications usuelles, évaluera votre douleur et vous administrera les antalgiques et autres traitements prescrits.

Le 1er lever sera réalisé en présence d'un professionnel de santé. **Pour votre sécurité, il est impératif de solliciter l'équipe avant de vous lever**. Le/La kinésithérapeute interviendra ensuite pour vous aider à retrouver votre mobilité.

Une radiographie postopératoire sera réalisée.

1.7.4 Sortie

Le chirurgien validera votre sortie et vous remettra les documents nécessaires (ordonnances, courrier médical, bon de transport, date de prochain rendez-vous, etc.). Vous devrez passer par le bureau des sorties avant de quitter la Polyclinique pour clôturer votre dossier administratif.

1.7.5 Suivi téléphonique post-opératoire

Si vous êtes opéré en ambulatoire, vous serez appelé systématiquement le lendemain de votre intervention.

En cas de besoin, n'hésitez pas à nous solliciter par mail : **arthrocaen@gmail.com** ou par téléphone : **02 31 72 72 72**

2ème partie

Conseils pratiques

2.1 Ce que je dois faire avant l'intervention

Vous serez contacté la veille de l'intervention pour vous donner votre heure de convocation

2.1.1 RDV avec l'anesthésiste

A programmer dès que possible.

- Respectez les consignes concernant la prise de votre traitement habituel ainsi que les règles de jeûne prescrites par l'anesthésiste.
- Il vous délivrera **l'ordonnance des traitements anti douleurs**

2.1.2 Récupérer le matériel prescrit

Récupérer à la pharmacie le matériel prescrit : Pansements, Traitements, Attelle de cryothérapie (commande ou pharmacie selon chirurgien). Tout doit être prêt pour le retour à la maison.

L'attelle de cryothérapie doit être laissée à la maison pour le retour le soir.

2.1.3 RDV kinésithérapie

Le programme de RDV avec votre rééducateur doit être planifié avant la chirurgie. La rééducation doit débuter dans les 5 jours suivant l'intervention.

2.1.4 Tabac et Alcool

Le tabagisme augmente les risques infectieux, respiratoires et cardiaques. Les **risques** liés à la mauvaise cicatrisation sont **augmentés de 200 à 400%** selon les études actuelles. Plus la durée de l'arrêt du tabac avant l'intervention est longue, moins le risque de complications sera important.

Si l'**arrêt** a lieu **6 à 8 semaines avant l'intervention**, le risque n'est pas différent de celui d'un non-fumeur.

Si vous ressentez le besoin d'une aide dans cet arrêt, parlez-en à votre médecin traitant.

La consommation chronique excessive d'alcool augmente les **risques infectieux** : majoration de celui-ci de **150 à 300%** à partir d'une consommation quotidienne **supérieure à 2 verres** tous les jours.

Il est recommandé de se limiter à 2 unités d'alcool par jour maximum 5 jours par semaine maximum et ce, au moins 1 mois avant la chirurgie jusqu'à un mois après la chirurgie.

Un sevrage complet est d'autant plus bénéfique.

Si vous ressentez le besoin d'une aide dans cet arrêt, parlez-en à votre médecin traitant.

2.1.5 La rééducation pré- opératoire

La rééducation pré-opératoire joue un rôle essentiel dans la récupération post opératoire. Le principe est simple : plus le genou est « normal » avant l'opératoire (Contrôle musculaire, masse musculaire, mobilités), plus la récupération post opératoire sera simple.

2.1.6 Alimentation

Privilégiez une alimentation saine en attendant votre opération.

Le dîner de la veille de l'intervention ne nécessite aucune précaution particulière mais il est conseillé d'éviter un dîner trop copieux ainsi que la consommation d'alcool dans les 12 heures avant la chirurgie.

2.1.7 Infection

La peau de votre cuisse et de votre jambe doit être indemne de plaies, croutes ou boutons.

Les infections cutanées chroniques, urinaires, dentaires, ORL ou digestives peuvent se disséminer lors de votre intervention. Il est donc très important que toute infection, même banale, soit signalée et traitée avant votre chirurgie.

N'hésitez pas à contacter notre équipe, y compris la veille de l'intervention, si vous avez des doutes sur une infection en cours.

2.1.8 Hygiène préopératoire

La veille au soir de l'intervention, nous vous recommandons de prendre une douche complète (y compris les cheveux) avec votre savon habituel ou au savon antiseptique prescrit par votre chirurgien, en vous lavant méticuleusement à deux reprises, de vous sécher avec une serviette propre « sortant de l'armoire » qui n'a pas encore été utilisée depuis son lavage et de vous habiller avec des vêtements parfaitement propres (sous-vêtements et chaussettes inclus) qui n'ont pas encore été utilisés depuis leur lavage.

Vous pouvez vous reporter au document intitulé : « Passeport Hospitalisation livret d'accueil Chirurgie – Médecine (page 9) » pour les consignes de la douche préopératoire.

Retirez tous les éléments de maquillage (y compris le vernis à ongles), piercing, bijoux (alliance comprise) et faux-ongles.

Le matin de l'intervention, reprenez une douche comme la veille au soir. Mettez des vêtements et des sous-vêtements propres. Ne mettez pas de maquillage, de déodorant, de parfum, de lotion, de poudre ou de vernis à ongles.

Si une dépilation doit être effectuée, elle sera effectuée par nos équipes.

> **Ne pas raser la zone qui sera opérée.**

2.2 Ce que je dois faire le jour de l'opération

1. Prévoyez de venir 30 min plus tôt que l'horaire indiqué la veille pour faire face aux éventuels imprévus.
2. Venir avec vos radiographies, IRM, béquilles (pas d'attelle) et bas de contention
3. Prendre une douche comme mentionné au point 2.1.8
4. Venir à jeun (cf consignes données par l'anesthésiste)
5. Ne pas raser ni épiler le membre opéré point 2.1.8
6. La sortie se fera en fin de journée, dès que votre chirurgien aura terminé sa journée opératoire.
7. Le retour au domicile peut s'effectuer de préférence par vos propres moyens (accompagnant)

2.3 Ce que je dois faire après l'intervention

2.3.1 Exercices d'autorééducation (ANNEXE 2)

- Ne pas dormir avec un coussin sous le genou ni sur le côté les 15 premiers jours. Objectif : lutte contre le flessum (genou plié)
- Contractions isométriques du quadriceps quotidiennes les 10 premiers jours pour lutte contre l'inhibition motrice du quadriceps

Veuillez-vous référer à l'ANNEXE 2 en fin de document expliquant les exercices d'autorééducation à faire au retour au domicile.

2.3.2 Conseils de mobilisation

Le jour de l'opération, le/la kinésithérapeute ou un membre de l'équipe effectuera avec vous le premier lever et le béquillage.

Vous allez donc reprendre la marche rapidement et il faudra **répéter les exercices en dehors des séances** avec le/la kinésithérapeute.

Votre coopération et votre motivation sont indispensables !

Marcher avec des béquilles

Après l'opération, il est nécessaire **d'utiliser vos 2 béquilles pendant 2 à 3 semaines**. L'appui complet est autorisé avec les béquilles. Attention à ne pas aller trop vite car cela nécessite un bon contrôle musculaire.

Monter ou descendre les escaliers

Mettez une main en appui sur la rampe et tenez la béquille avec l'autre.

Pour monter, mettez la jambe non opérée sur la première marche puis avancez celle opérée à la même hauteur.

Pour descendre, mettez la **jambe opérée sur la marche du dessous** puis avancez celle non opérée à la même hauteur.

Conduite voiture

Vous pourrez sortir de la clinique dans votre voiture en tant que passager en **reculant au maximum le siège.**

La reprise de la conduite se fera aux alentours de **2-3 semaines**. Avant 2 semaines, vous n'aurez pas la mobilité ou les réflexes suffisants pour conduire en toute sécurité.

2.3.3 Kinésithérapie

A débuter dès le post-opératoire :

- 1 ère phase de récupération : 3 à 5 fois par semaine pendant 3 mois
- 2 ième de phase de réathlétisation à partir du 3ième-4ième mois.

La durée et la fréquence de la rééducation sera à adapter en fonction des objectifs de chacun.

2.3.4 Pansement

Le pansement sera refait dès J3 post opératoire (tous les 3 jours environ sauf protocole spécifique) par une infirmière à domicile. L'ablation des agrafes/extrémités des fils au ras de la peau aura lieu vers le 15ème jour après l'intervention.

En cas de stéristrips, il faut nettoyer simplement le pourtour sans les retirer, ils tomberont tout seuls.

2.3.5 Faire sa toilette

Préférez une douche avec un tapis antidérapant. Le pansement doit être parfaitement étanche pour que la cicatrice reste bien sèche (**utiliser du papier film alimentaire autour du genou permet de garder le pansement sec).**

2.3.6 Bas de contention

Le port des bas de contention est conseillé pendant 10 jours des 2 côtés, jour et nuit.
Il peut être descendu transitoirement du côté opéré en cas de gêne.

2.3.7 Autres conseils pendant et après votre hospitalisation

Prenez régulièrement vos antalgiques.

Il est plus facile d'anticiper la douleur en prenant vos antalgiques que de la soulager une fois qu'elle est installée.



Glacez votre genou 15 à 30 minutes plusieurs fois par jour (possibilité de le faire toutes les 60 à 90 minutes en respectant un intervalle libre). La glace permettra de limiter l'inflammation et l'hématome. C'est un antalgique efficace dénué d'effets indésirables.

Protégez la peau en mettant un linge entre la glace et celle-ci.



Si possible cryothérapie, 10 jours ou idéalement 15 jours :

- en location sur internet : GameReady.fr ou matériel médical.fr (easycryo). **Attention non remboursé**.
- **Sinon attelle réfrigérante** type KNEEFREEZ ou IGLOO ou PERFORM ICE

2.3.8 Signes devant entrainer une consultation rapide

Des douleurs modérées n'empêchant pas le sommeil ainsi que des douleurs à la marche sont habituelles. Elles seront calmées par le traitement prescrit. Un hématome pouvant diffuser à la jambe jusqu'à la cheville est assez habituel.

Si l'un des **symptômes suivants** survient après la chirurgie, il est important de **contacter rapidement** votre médecin traitant ou votre chirurgien

- douleurs intenses empêchant le sommeil malgré le traitement ou induisant une impossibilité complète de la marche
- rougeur douloureuse ou écoulement au niveau de la cicatrice
- essoufflement inhabituel ou difficultés respiratoires

2.3.9 Suivi médical

Le suivi peut différer selon les habitudes de votre chirurgien :

- **a.** Consultation 3 semaines, 3 mois et 9 à 12 mois post opératoire
- **b.** Test isocinétique (évaluation de la force musculaire) 4ème mois et 8-9ème mois possible chez le rééducateur mais non obligatoire
- **c.** Test de Retour au sport (K-Start) à 9 mois post opératoire si souhait de reprise d'activité sportives à risques. Ce test peut être réalisé dans certains centre de rééducation. Votre chirurgien pourra vous le proposer. (non obligatoire)

2.4 Reprise des activités sportives (ANNEXE 1)

Pour la reprise des activités sportives, veuillez-vous référez à l'ANNEXE 1

3ème partie

Coordonnées utiles

Secrétariat d'anesthésie :	02 14 99 02 63 secretariat@anesthparc.com
Secrétariat des chirurgiens Dayan, Delforge, Galaud, Klebaner et Praz :	02 31 72 72 72 arthrocaen@gmail.com
Secrétariat des consultations douleur :	02 31 82 81 05
Centre de radiologie du Parc :	02 31 52 10 00

Annexe 1

Conseils aux patients

Délai MINIMUM de reprise d'activités physiques et sportives suite à chirurgie L.C.A

Types d'activités	Description	Période de reprise
Vélo de rééducation	-> sans cales pieds, à type de rodage, hauteur de pédales et/ou de selle adaptée	30 jours PO
	-> résistance progressivement croissante	45 jours PO
Vélo de route	-> sans cales pieds, à type de rodage sur le plat ("moulinage")	90 jours PO
	-> avec cales pieds	120 jours PO
	-> avec pédales automatiques	150 jours PO
VTT	-> vélo tout terrain	180 jours PO
Course à pied	-> trotting	90 jours PO
	-> course à pied sans dénivelé	120 jours PO
	-> accélération ++ rapide	150 jours PO
	-> course à pied avec dénivelé	180 jours PO
Rameur	-> avec poussée pure, retour très lent	45 jours PO
	-> avec sangle cales pieds	60 jours PO
Steppeur	-> tronc incliné vers l'avant en vitesse contrôlée	45 jours PO
	-> tronc vertical à vitesse lente	60 jours PO
	-> tronc vertical à vitesse plus rapide	90 jours PO
Trampoline	-> en course sur place avec support manuel	75 jours PO
	-> en bondissements sur les deux jambes en simultané	90 jours PO
	-> en bondissements, jambe opérée/non opérée alternée	120 jours PO
	-> en réentrainement « SPORTIF PRO »	180 jours PO
Presse	-> poussée avec les 2 jambes et retour freiné avec la jambe opérée ƒ avec adaptation de la charge (pas de douleur) ƒ dans l'amplitude 0° -> 90° ƒ pieds dans le prolongement du corps pour éviter l'effet chaise si presse horizontale	45 jours PO
	-> poussée avec la jambe opérée	90 jours PO
Squat	-> sans charge autre que le poids du corps, amplitude 0° -> 60°	45 jours PO
Vélo elliptique	-> vitesse lente, à type de rodage sans tirer sur les mains	45 jours PO
	-> en classique	90 jours PO

Types d'activités	Description	Période de reprise
Natation	-> crawl -> dos crawlé	90 jours PO
	-> brasse -> papillon	**Pas avant la reprise des sports pivots**
	-> palme	150 jours PO
Moto	-> moto de route	90 jours PO
	-> enduro	180 jours PO
Raquettes	-> sur piste, peu de dénivelé	90 jours PO
Ski	-> ski de piste	180 jours PO
	-> ski en profonde ou en compétition	240 jours PO
	-> ski de fond en classique	120 jours PO
	-> ski de fond en skating	180 jours PO
Equitation	-> en promenade	120 jours PO
	-> en randonnée équestre et saut d'obstacle	180 jours PO
Escalade	-> voie normale (3)	180 jours PO
	-> via ferrata	180 jours PO
Tennis	-> avec balle au mur	150 jours PO
	-> avec adversaire (terre battue)	210 jours PO
	-> squash	270 jours PO
Marche	-> sur sentier stabilisé, inclinaison modérée et terrain peu accidenté avec utilisation de bâtons	90 jours PO
	-> randonnée pédestre	180 jours PO

L'insuffisance d'amplitude, la douleur, l'insuffisance musculaire peuvent justifier un retard de reprise de certaines activités.

Quant à la pratique de « sports pivots », elle peut être possible à 6 mois post opératoires (180 jours PO), en fonction de l'évolution de votre genou.

Rappel :

30 jours PO = 1 mois révolus
60 jours PO = 2 mois révolus
90 jours PO = 3 mois révolus
120 jours PO = 4 mois révolus
150 jours PO = 5 mois révolus
180 jours PO = 6 mois révolus
210 jours PO = 7 mois révolus
240 jours PO = 8 mois révolus
270 jours PO = 9 mois révolus

Annexe 2

Protocole d'auto-rééducation du genou

A débuter dès la sortie

1) Les béquilles :

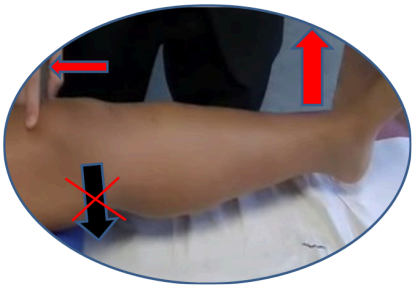
gardez les béquilles tant que le médecin qui s'occupe de votre suivi post-opératoire ne vous en a pas donné l'autorisation.

2) Exercice circulatoire :

en position allongée, mobilisez les chevilles d'avant en arrière (éventuellement aidez-vous d'une serviette ou d'une ceinture glissée sous votre pied pour accompagner les mouvements). Exercice à renouveler au minimum 5 à 6 fois par jour.

3) Exercices musculaires : Le plus important est le réveil de votre QUADRICEPS

La récupération de la flexion et de la marche se feront progressivement avec la rééducation, ce n'est pas la priorité de la 1ère semaine au **calme chez vous.**



La DOULEUR entraîne un FLESSUM ANTALGIQUE et c'est contre cela qu'il faut lutter. Il est donc préférable de dormir sur le dos à plat et de privilégier l'extension du genou lorsque vous êtes au repos.

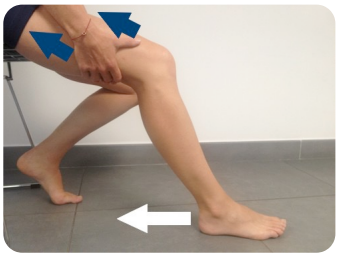
PLUSIEURS FOIS par JOUR, jambe tendue (au maximum, aidez-vous d'une petite serviette glissée sous le genou, de l'épaisseur d'une main), faites monter la rotule comme appris pendant votre hospitalisation : réalisez 10 contractions rapides puis tenez la contraction pendant 3 à 10 secondes.

> **SURTOUT NE PAS ECRASER DE COUSSIN SOUS LE GENOU, ce n'est pas le bon geste**
> **= ASCENSIONNER VOTRE ROTULE**
> Répéter 10 fois. Exercice à renouveler 3 à 4 fois par jour.

Si ce FLESSUM est important et difficile à réduire, mettez-vous sur le ventre et effectuez des petites flexions contre résistance douce, cela permet de relâcher vos ischio-jambiers



4) Réveil articulaire :



En position assise en bord de chaise, pliez votre genou doucement en reculant votre talon.

Lorsque que vous êtes au maximum, réalisez 10 flexions/extensions de cheville en laissant votre talon au sol. Puis reculez de nouveau votre talon.

Lorsque vous commencez à « tricher » en soulevant la fesse, arrêtez l'exercice. Ne pas forcer et rester en dessous du seuil douloureux.

Ne pas dépasser l'angle droit. A réaliser 2 à 3 fois par jour.

IMPORTANT : *glacer le genou pendant 30 min 4 à 5 fois par jour.*