

CHIRURGIE DU GENOU: UNE ÉQUIPE APPLIQUE LES DERNIÈRES AVANCÉES

SPÉCIALISTES EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE DU SPORT, LES DOCTEURS LAURENT GILLAIN ET ÉRIC CHOUDJA OUABO APPLIQUENT AU QUOTIDIEN LES DERNIÈRES AVANCÉES DE LA CHIRURGIE DANS LA RECONSTRUCTION DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR. AVEC SUCCÈS.

Le Dr Éric Choudja Ouabo a rejoint depuis peu la Clinique Bois-Cerf. Le Dr Laurent Gillain voit dans cette arrivée l'opportunité de créer une équipe uniquement consacrée à la chirurgie du genou, en particulier pour les sportifs. «Nous voulons développer ensemble des projets afin d'améliorer encore la prise en charge globale des patients avant, pendant et après l'opération», affirme-t-il. En effet, pour ces deux spécialistes passionnés, les prérequis à la réussite d'une intervention sont non seulement une technique chirurgicale qui préserve le plus possible la biologie du patient et qui reproduit au mieux la biomécanique du genou, mais aussi une prise en charge pluridisciplinaire personnalisée qui tient compte des spécificités de chacun.

«Beaucoup de gens pensent que si leur genou est atteint, ils en souffriront longtemps, voire toute leur vie», explique le Dr Choudja Ouabo. À tort, semble-t-il, car la chirurgie du genou, en particulier dans le domaine de la reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA), a connu des progrès considérables depuis cinq ans. Des progrès qui sont intégrés dans le protocole de soins de la Clinique Bois-Cerf.

PRÉSERVATION DU LCA NATIF ROMPU ET RÉPARATION DES MÉNISQUES

L'autogreffe du LCA – le ligament qui stabilise le genou en rotation – se fait ainsi par un prélèvement de tissus sur les tendons (de la cuisse ou rotulien) ou sur le muscle quadriceps du patient. Première nouveauté d'importance: le LCA lésé, qui était autrefois remplacé, est désormais conservé afin de servir de tuteur à la greffe, facilitant ainsi son



Le Dr Éric Choudja Ouabo et le Dr Laurent Gillain.

intégration. «Cette technique s'est vulgarisée en Europe depuis 2014 et est de plus en plus utilisée», précise le Dr Gillain.

La deuxième avancée concerne l'amélioration du diagnostic et de la réparation de lésions méniscales très instables, appelées déchirures ménisco-capsulaires. «Il y a encore deux ou trois ans, chez deux patients sur cinq, ces lésions n'étaient visibles ni par IRM, ni même lors de l'intervention», soulignent les Drs Gillain et Choudja Ouabo. Cette avancée permet une meilleure préservation des ménisques, qui jouent un rôle d'amortisseurs de chocs indispensables à la protection des cartilages. Le patient peut ainsi espérer retarder l'apparition d'une arthrose précoce.

BIO EXPRESS

Formé en Belgique, à l'Université catholique de Louvain, puis au CHUV, le Dr Laurent Gillain opère depuis 2010 à la Clinique Bois-Cerf. Il concentre son activité sur le genou et pratique quelque 400 interventions chaque année. Après avoir obtenu un titre de spécialiste FMH en chirurgie orthopédie en Suisse et un fellowship en chirurgie du genou et traumatologie du sport au Centre orthopédique Santy, Centre médical d'excellence de la FIFA, à Lyon, le Dr Éric Choudja Ouabo a rejoint la Clinique Bois-Cerf le 1^{er} avril dernier.

UN «NOUVEAU» LIGAMENT

C'est Steven Claes, un jeune chirurgien belge, qui est à l'origine de la troisième évolution majeure de cette sous-spécialisation de la chirurgie orthopédique. En 2013, sur la base d'anciens travaux et avec la collaboration d'autres spécialistes, il a mis en lumière l'existence d'un «nouveau» ligament du genou:

le ligament antéro-latéral (LAL). «Avec le LCA, ce ligament joue un rôle important dans la stabilité rotatoire du genou», relève le Dr Choudja Ouabo, lui-même auteur d'un ouvrage sur le sujet*.

Reconstruire ce ligament en même temps que le LCA augmente la stabilité du genou et protège la greffe de ce dernier. «Le taux de rupture du LCA après opération est généralement de 6%», poursuit le spécialiste. «Sur la base d'une analyse de 600 patients, avec un suivi minimum de deux ans, la réparation simultanée de ces deux ligaments permet aujourd'hui de diviser par trois ce pourcentage.» L'enjeu actuel pour le chirurgien est de définir dans quel cas il est nécessaire d'entreprendre cette greffe du LAL, afin d'éviter tout acte chirurgical inutile. À cet effet, les Drs Choudja Ouabo et Gillain ont lancé une étude afin de préciser les indications opératoires.

SPORTIFS EN PREMIÈRE LIGNE

Aujourd'hui en Suisse, ce sont les sportifs d'élite ou de compétition âgés de 16 à 32 ans qui sont le plus souvent concernés par une intervention chirurgicale sur le genou. «Les footballeurs sont les plus touchés, puis les skieurs, ainsi que ceux qui pratiquent d'autres sports de pivot, sollicitant fortement les genoux, comme le basket, le volley, le badminton, le squash ou le moto-

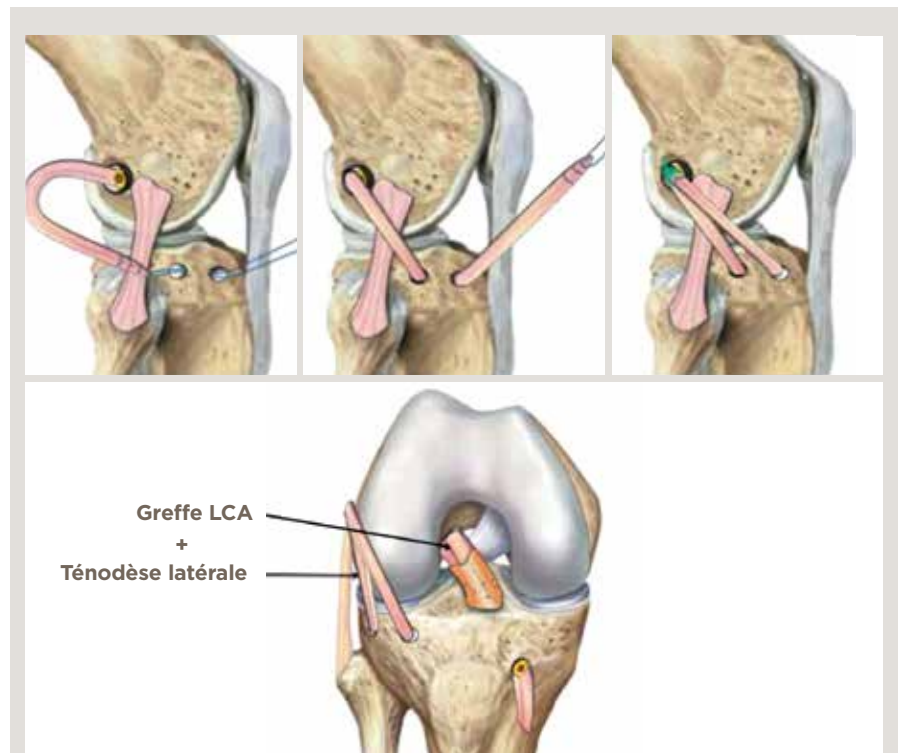


Image de reconstruction combinée du ligament croisé antérieur (LCA) et du ligament antéro-latéral (LAL).

cross», indique le Dr Choudja Ouabo. Et si l'âge a pendant longtemps été un critère important dans l'indication opératoire – passé 40-45 ans, un patient n'était en général pas opéré –, c'est beaucoup moins le cas aujourd'hui. Une discussion au préalable avec le patient permet de déterminer son niveau d'activité et de proposer une opération selon son désir de maintenir une pratique sportive à risque. «Sauf s'il s'agit d'un genou très usé, siège d'arthrose avancée, il n'y a plus de contre-indication majeure au traitement chirurgical», complète le Dr Gillain.

DOULEURS ATTÉNUÉES

Depuis plusieurs années déjà, les opérations sont pratiquées par arthroscopie, une technique mini-invasive qui consiste, après de très petites incisions, à introduire dans le genou une caméra, puis à traiter les lésions à l'aide d'instruments miniatures. Elles sont réalisées sous anesthésie locorégionale ou générale, parfois même en y associant l'hypnose. À la Clinique Bois-Cerf, la durée moyenne de séjour est de deux à trois jours. Les douleurs postopératoires sont fortement réduites, notam-

ment grâce à un nouveau système de cryothérapie compressive. «Mais la chirurgie n'est pas tout», relativise le Dr Gillain. «Nous intégrons le patient opéré dans un programme personnalisé de réathlétisation, auquel collaborent aussi préparateurs physiques, médecins du sport et physiothérapeutes.» Après l'usage de cannes durant un mois et une physiothérapie «classique» durant trois mois, le patient peut reprendre un sport de pivot après huit ou neuf mois, une fois cette réathlétisation terminée. Les résultats sont probants: selon une statistique interne, plus de 90% des patients opérés se disent satisfaits et plus de la moitié ont retrouvé le même niveau sportif qu'avant l'opération. ■

SANDRINE FATTEBERT KARRAB

* *Actualités sur le traitement chirurgical du LCA en 2017*, É. Choudja, B. Sonnery-Cottet, *Le Genou SIMS 2017*, Éditions Sauramps Médical, juin 2017.