

IDENTIFICATION :

Prescription de physiothérapie
Protocole postopératoire

Nom :

Reconstruction Ligament croisé antérieur

Chirurgien :

- Dr K. Cabrejo-Jones
- Dr S. Larrivée
- Dr A. Marmen
- Dr J. Nguyen
- Dr J. Valériote

Autre(s) procédure(s) :

- ménissectomie partielle interne
- ménissectomie partielle externe
- réparation méniscale
- microfracture

Prénom :

Date de Naissance :

No dossier :

Date de l'intervention : JJ / MM / 20__

Côté opéré : Droit Gauche

Signature de l'orthopédiste : _____ Numéro de pratique : _____

PROTOCOLE

- Type de greffe : Ischio-jambiers
 Quadriceps
 BTB (tendon patellaire avec os)

Ménisque :

Si réparation méniscale type anse de sceau

- o 0-3 semaines : MEC toe-touch avec orthèse (zimmer ou articulée si disponible)
- o 3-6 sem : MEC progressive et ROM 0-90° permis

Si réparation méniscale type réinsertion de la racine ou radiale

- o 0-6 semaines : aucune MEC, ROM progressif 0-90° (zimmer ou articulée si disponible)

★ **Pas de squat > 90°, course et saut pour 6 mois**

Ne commencez pas les exercices sans l'accord de votre médecin ou physiothérapeute. Vous devez voir un physiothérapeute **dans les 2 premières semaines** suivant votre chirurgie.

Attention : aucun appareil *leg extension* au gym

Semaine 0-2

- ✓ Glace, repos, médication
 - o Le genou sera très enflé, il peut y avoir une ecchymose derrière la cuisse
- ✓ Mise en charge avec béquilles selon tolérance (si pas de réparation méniscale)
- ✓ Sevrer béquilles progressivement (autour de deux semaines) sous la supervision d'un physiothérapeute (œdème, contrôle moteur, dérobage, fore des quads >3)
- ✓ Escaliers non-alternés avec appui sur la rampe x 3 sem min
- ✓ ROM 0-90° selon tolérance (se concentrer sur la récupération de l'extension) sauf si réparation méniscale ou MCL
- ✓ Exercices :
 - o Mettre talon sur ballon avec le genou dans le vide
 - o Sur le ventre, laisser pendre les jambes distal aux genoux
 - o Mobilisations de la rotule
 - o Activation quads en contraction isométrique

Semaines 2-6

- ✓ Suivi en clinique externe à 2-3 sem post-op selon votre chirurgien
- ✓ Mise en charge selon tolérance sans béquilles
 - Rééducation à la marche
- ✓ Contrôle œdème, douleur et éviter fatigue musculaire
- ✓ ROM 0-120° selon tolérance (ne pas forcer), l'extension est la priorité
 - Ne pas progresser vers un recurvatum
- ✓ Exercices :
 - Mobilisations de la rotule
 - Débuter renforcement léger en chaîne fermée, SLR permis
 - Étirements quadriceps, bandelette IT, tendon d'Achilles
 - Étirements ischiojambiers (pas avant 4 semaines)
 - Squat bipodal avec theraband pour activer les fessiers
 - Renforcement de la hanche avec poids au-dessus du genou
 - Renforcement des chevilles, étirements mollets
 - Vérifier contrôle du *CORE*
 - Débuter **vélo stationnaire** 4-6 semaines – selon votre physio
 - Step up si aucune douleur
 - Proprioception bipodale

Semaines 7-12

- ✓ ROM devrait être complet et sans douleur
- ✓ Exercices :
 - Progression des exercices de renforcement en chaîne fermée
 - Proprioception et équilibre
 - Fentes, squat unipodal
 - Step down contrôlé
 - Entraînement en gym permis selon évolution en physiothérapie
 - Continuer vélo, augmenter niveau de difficulté
 - **PAS** de course

3^e mois

- ✓ Suivi en clinique externe
- ✓ Exercices de renforcement complets
- ✓ Exercices de flexibilité
- ✓ Pas chassés et croisés, figure en 8
- ✓ Exercices de pliométrie/sauts bipodale avec alignement adéquat
- ✓ Début natation : pas de brasse, fly, eggbeater ou palme
- ✓ Débuter **course** en ligne droite (jog léger par intervalle) sur le plat après 12 semaines si aucune douleur et patron symétrique (sous la supervision de votre physio)
- ✓ Débuter le patin : pas de compétition, pas d'arrêts ou départs brusques

4^e mois

- ✓ Débuter course à pied sur terrain plat si course fractionnée intégrée
- ✓ Pliométrie unipodale avec bon alignement

5^e mois

- ✓ Débuter entraînement spécifique au sport : rééducation en préparation au sport si ROM 0-135, force minimum 80%, aucune appréhension, bonne proprioception
- ✓ Pliométrie et proprioception avancée
- ✓ Continuer renforcement et endurance
- ✓ Entraînement en agilité : simulation pivot, stop and go

6^e au 9^e mois

- ✓ Préparation spécifique au sport, pratique contrôlée, pas de contact

9^e au 12 mois

- ✓ Retour au sport lorsque force >90% (dynamomètre isocinétique ou test fonctionnels*).
 - Selon le sport, valider avec orthopédiste
- ✓ Si **révision de reconstruction du LCA, retour complet au jeu après 1 an**

* Exemples de tests fonctionnels

Single leg hop test

Cross over hop test

3-hop test

6 meter timed hop test

Square hop test

Y balance test

Saut vertical à une jambe

Considérations post-opératoires

Plaie

Dr Cabrejo-Jones, Dr Larrivée, Dr Marmen, Dr Valeriotte

Les incisions seront refermées avec des points fondants. Elles seront couvertes par des stéri-strips et un pansement épais. Vous pouvez enlever le pansement épais après 72h mais pas les stéri-strips. Placez un pansement sec de type diachylon sur les stéri-strips. Vous pouvez prendre une douche (pas de bain) après 10 jours. Vous pouvez enlever les stéri-strips après 2 semaines. Si vous voyez toujours les fils fondants, vous pouvez les couper à la peau

Dr Nguyen

Retirez le pansement épais après 5 jours. Gardez les Mepore jusqu'au rendez-vous de suivi. Ne pas mouiller le site chirurgical. Les agrafes seront retirées au premier rendez-vous.

Général

Après 3 semaines, vous pouvez masser les cicatrices si complètement guéries. La rougeur ne signifie pas nécessairement une infection, mais un écoulement important peut être un signe d'infection. Si vous êtes inquiet, contactez immédiatement votre chirurgien ou présentez-vous à l'urgence.

Douleur et œdème

Si vous avez eu un bloc nerveux (anesthésie), celui-ci cessera de faire effet dans les 48h. Il est normal d'avoir des engourdissements pendant quelques jours après la chirurgie (voir pamphlet d'information). Commencez à prendre la médication prescrite dès que vous sentez la douleur apparaître. Il peut y avoir une ecchymose derrière la cuisse ou au mollet. Tentez de garder le pied surélevé pour la première semaine. Vous pouvez appliquer de la glace pendant une durée de 15-20 min à chaque 2 heures au besoin ou utiliser l'appareil de cryothérapie si vous avez choisi cette option.

Conduite automobile

Il est précisé dans un document de la SAAQ qu'afin de pouvoir conduire de façon sécuritaire, une personne doit « pouvoir tourner le volant sur toute son amplitude et faire fonctionner les commandes du véhicule avec aisance, rapidité et précision, notamment en cas d'urgence et simultanément lorsque requis ». Donc, la conduite est permise si la chirurgie est au genou GAUCHE, si la douleur et l'œdème le permettent et si la voiture est automatique. Si la chirurgie est du côté DROIT, pour que la conduite soit permise une personne doit être capable de freiner rapidement en cas d'urgence. Le patient devra vérifier avec son physiothérapeute et son médecin. Habituellement ceci est le cas entre 6-12 semaines. Le patient devrait également contacter sa compagnie d'assurance avant de conduire une voiture.

Retour au travail

Le retour au travail sera individualisé pour chaque patient.