

- Pour éviter le risque de conflit avec les ancrs dans l'articulation en cas d'échec avec avulsion du système de fixation

- Pour éviter une réaction inflammatoire liée à la résorption des ancrs au niveau de l'attache du LCA sur le fémur

- Pour maximiser le contact osseux avec le LCA réparé

- Pour rendre la technique plus reproductible car cela revient à forer le même tunnel que pour la reconstruction d'un faisceau antéro-médial.

- Pour permettre d'y associer une augmentation par auto-greffe si la qualité du reliquat du LCA natif nous paraît insuffisante.

Discussion - Conclusion

Nous avons présenté une technique originale et reproductible de suture des avulsions proximales du LCA qui représente un faible pourcentage de nos indications opératoires (<10%). Il faut rester prudent sur les indications car cette technique revisitée nécessite l'épreuve du temps

pour être validée, on peut toutefois argumenter son intérêt sur le fait que l'on ne se coupe pas de pont : la morbidité est faible et cela n'empêche pas une reprise par reconstruction en cas d'échec.

De multiples questions restent en suspens comme le délai de cicatrisation, le délai de reprise du sport après réparation, quand faut-il associer une augmentation par auto-greffe et quand faire un renfort externe. Nous constatons cependant une récupération plus rapide qu'en cas de reconstruction mais nous ne savons pas encore expliquer pourquoi.

En tant que chirurgiens, nous devons avoir conscience que nos techniques de reconstruction en référence restent critiquables dans leurs résultats. D'ailleurs certains médecins semblent privilégier une voie conservatrice prônée par les médecins de montagne avec le traitement orthopédique codifié par le protocole de Delin.

Ce traitement contraignant nécessite une immobilisation par attelle articulée pendant 3 mois et la reprise du sport n'est possible qu'à 1 an. Cette technique chirurgicale s'inscrit aussi dans un registre plus conservateur avec l'avantage d'un traitement fonctionnel c'est à dire une rééducation immédiate.

Finalement, ce n'est pas tant cette technique de réparation qui est importante, mais plus le fait de pouvoir discuter plusieurs options thérapeutiques avec nos patients, de la plus conservatrice à la plus invasive, en précisant les avantages et inconvénients de chacune afin que le (la) patient(e) puissent choisir avec une information éclairée.

Nous avons adopté la philosophie suivante : « réparer quand c'est possible, augmenter si besoin et reconstruire si nécessaire ! ».