

LA RUPTURE DU LIGAMENT CROISE

Le ligament croisé est un acteur essentiel de la stabilité passive du grasset; sa rupture est la cause la plus fréquente de boiterie de membre postérieur chez le chien. L'instabilité associée à la dégradation arthrosique de l'articulation est à l'origine du handicap fonctionnel.

Prise en en charge chirurgicale

Le traitement de la rupture du ligament croisé chez le chien repose sur la stabilisation chirurgicale. De nombreuses techniques existent et sont divisées schématiquement en:

- **techniques statiques** dans lesquelles la stabilité de l'articulation est obtenue par la mise en place d'une prothèse mimant le ligament croisé crânial (suture fabello-tibiale latérale Securos™ ou prothèse fémoro-tibiale Tightrope™).
- **techniques dynamiques** dans lesquelles la stabilité dynamique de l'articulation est obtenue par une modification de la biomécanique du grasset en jouant sur la conformation générale de l'articulation aboutissant à une absence de translation crâniale du tibia quand le chien prend appui (TPLO -Tibial Plateau Leveling Osteotomy-, TTA -Tibial Tuberosity Advancement-).

Les techniques répondent à des indications différentes et sont toutes réalisées au CHUVA.

Les différentes techniques



Suture fabello-tibiale latérale

Prothèse Tightrope™

TPLO

TTA

Résultats cliniques	Bon à excellent quand les indications et techniques sont respectées			
Complications	17.4% (rupture de prothèse, infection, collapsus articulaire...)	12.5% (infection, collapsus articulaire...)	18-28% (fractures : crête tibiale, fibula; infection; débricolage; lésions méniscales différées, desmite patellaire...)	7-20% (fractures de la crête tibiale, infection, débricolage, lésions méniscales différées...)
Avantages	Pas de matériel spécifique, technique peu onéreuse	Technique adaptée aux animaux lourds, morbidité faible	Reprise d'appui rapide, correction simultanée possible de déviations angulaires	Reprise d'appui rapide, traitement simultanée possible de luxation de rotule
Inconvénients	Reprise d'appui différé Laxité crâniale persistante chez un grand nombre d'animaux	Matériel spécifique nécessaire	Matériel spécifique nécessaire	Matériel spécifique nécessaire, non réalisable chez des animaux à forte pente tibiale

En complément de la chirurgie, et selon les animaux et les propriétaires, une prise en charge complémentaire par rééducation fonctionnelle et/ou thérapie cellulaire (injection de PRP) peut être proposée.

De plus des techniques de stabilisation intra-articulaires par prothèse ligamentaire (prothèse LARS™), visant à rétablir la biomécanique du grasset sont en cours d'évaluation au CHUVA, n'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations.

Informations pratiques

Horaires d'ouverture :

Consultation sur RDV du lundi au jeudi de 8H30 à 12H30 et de 14H à 17H30 et le vendredi de 8H30 à 12H30

Les interventions chirurgicales, sont assurées 24h/24, 7j/7 selon le degré d'urgence et de gravité.

Coût :

Consultation générale: 31 €
Consultation spécialisée: 56 €

Chirurgie: sur devis

De 800€ à 1500€ selon la technique

Adresse :

Centre Hospitalier Universitaire
Vétérinaire d'Alfort
7, Avenue du Général De
Gaulle
94700 Maisons Alfort (Métro :
ligne 8 - arrêt Maisons-Alfort
Ecole vétérinaire)

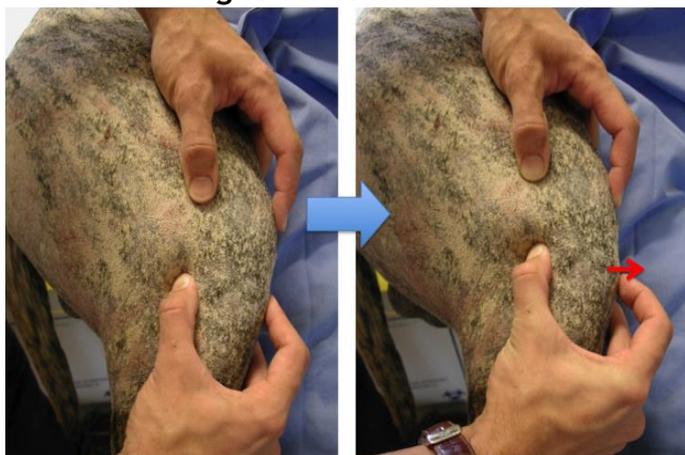
Pour tout renseignement,
veuillez contacter le CHUVA au
01 43 96 71 00

ou par mail à :
referechirurgie@vet-alfort.fr

Les RDV de bloc opératoire ne
peuvent pas être pris
directement par les
propriétaires.

Focus: La réalisation du signe du tiroir

Signe du tiroir direct



Pour réaliser un signe du tiroir direct, une main empaume l'extrémité distale du fémur, pouce positionné en arrière des sésamoïdes et l'extrémité de l'index en regard de la rotule. Cette main sert de point fixe et ne doit en aucun cas bouger. L'autre main saisit la partie proximale du tibia, pouce situé en arrière du plateau tibial, en contact avec la tête de la fibula, et index situé sur la crête tibial. Alors que le grasset est immobilisé en position physiologique, une tentative de translation crâniale du tibia est effectuée avec la main saisissant le tibia, tout en maintenant fixe l'extrémité distale du fémur avec l'autre main. Le signe du tiroir est considéré comme positif en présence d'une translation crâniale du tibia par rapport au fémur. La manipulation est à renouveler avec le grasset en position fléchie, puis en extension.

Signe du tiroir indirect



Pour réaliser un signe du tiroir indirect, une main empaume l'extrémité distale du fémur, pouce positionné en arrière des condyles fémoraux et l'index le long du ligament patellaire, jusqu'à la crête tibiale. Cette main sert de point fixe et ne doit en aucun cas bouger. L'autre main saisit les métatarsiens, jarret en extension et fléchit le tarse en prenant garde de laisser le grasset en position physiologique. Le signe du tiroir est considéré comme positif en présence d'une translation crâniale du tibia par rapport au fémur. La manipulation est à renouveler avec le grasset en position fléchie, puis en extension.

Le plus diagnostic...



L'examen radiographique du grasset ne permet pas la visualisation du ligament croisé crânial, et donc, ne permet pas un diagnostic direct de rupture de ligament croisé crânial. Cependant, il peut être utile pour mettre en évidence des signes indirects et notamment une tuméfaction péri-articulaire, des remaniements arthrosiques et la présence d'un épanchement artulaire (poussée crâniale du coussinet adipeux infra-patellaire).

De manière intéressante, un chien présenté pour une rupture unilatérale du ligament croisé crânial, avec un grasset controlatéral stable et non tuméfié, présente une probabilité de rupture de ce ligament de 85% dans les 3 ans, si un épanchement artulaire est visualisé à la radiographie sur le grasset stable.

(Fuller M et al. JAVMA 2014)

Cette observation souligne d'une part la composante "maladie" de la rupture du ligament croisé et d'autre part l'importance à surveiller l'apparition d'une rupture controlatérale chez un animal présenté pour une rupture unilatérale du ligament croisé crânial.