# RUPTURE DU LIGAMENT CROISÉ ANTÉRIEUR

02-Nov-2023

**Traitement par Ostéotomie de Nivellement du Plateau Tibial (TPLO)**

La rupture du ligament croisé antérieur est l'affection orthopédique la plus fréquente du genou chez le chien et la cause principale des phénomènes arthrosiques qui s'y développent. Elle peut être d'origine uniquement traumatique mais, plus souvent, est la conséquence d'une dégénérescence ligamentaire progressive ; les ruptures bilatérales ne sont donc pas rares et affectent 20 % de nos patients. Les races les plus représentées sont les Labradors, les Golden Retrievers, les Rottweilers, les Boxers, les Cane Corso, les Staffordshire Bull Terriers, les Bulldogs.

Cette entorse entraîne un déplacement antérieur du tibia par rapport au fémur — ou un déplacement postérieur du fémur par rapport au tibia — : c'est le signe du tiroir, caractéristique de la rupture du ligament croisé antérieur (Fig. 1 & 2). Cette instabilité est responsable une inflammation articulaire et engendre douleur et dégénérescence arthrosique.

## HISTORIQUE

Longtemps, les chirurgiens vétérinaires ont tenté d'annuler ce déplacement en disposant, sur le côté de l'articulation ou à l'intérieur de celle-ci, une prothèse synthétique ou biologique dont le rôle est d'empêcher le glissement postérieur du fémur. Les plus connues sont les techniques de Flo (extra-articulaire) et d'Arnoczky (intra-articulaire).

Les résultats de ces techniques se sont révélés suffisamment inconstants pour que, depuis désormais une trentaine d'années, les techniques d'ostéotomie tibiale les remplacent progressivement.

## PRINCIPE DE L'OSTÉOTOMIE DE NIVELLEMENT DU PLATEAU TIBIAL — TIBIAL PLATEAU LEVELING OSTEOTOMY, TPLO

La technique d'ostéotomie de nivellement du plateau tibial a été mise au point chez le chien par le Dr Barclay Slocum en 1993. Le principe est le suivant.

La surface articulaire tibiale (appelée plateau tibial), sur laquelle s'articule le fémur, est anatomiquement inclinée vers l'arrière, de 20 à 35° selon les chiens, par rapport à l'axe mécanique de l'os (Fig. 3). Cette inclinaison favorise le déplacement postérieur du fémur lorsqu'il n'est plus retenu par le LCA. L'annulation de cette pente empêche le glissement fémoral postérieur.

## INDICATIONS

Cette technique, d'abord développée pour les grands chiens, s'applique désormais à tous les formats et se révèle particulièrement efficace chez les petites races de chiens dont la pente tibiale est très forte. Elle peut également être mise en œuvre chez le chat.

## TECHNIQUE CHIRURGICALE

L'articulation est systématiquement inspectée : les débris ligamentaires sont éliminés et les ménisques inspectés.

**© Clinique Michel Baron. Cette fiche est la propriété de la Clinique Michel Baron, et ne peut faire l'objet d'une utilisation commerciale.**

S’ils présentent des lésions, celles-ci sont traitées en s’attachant à préserver le plus de structure méniscale possible. La correction de la pente tibiale nécessite l’ostéotomie du massif articulaire tibial, sa réorientation et sa fixation. La coupe se réalise à l’aide d’une scie oscillante en cloche dont le diamètre est choisi en fonction de la taille et de la forme du tibia. La réorientation est calculée à partir de radiographies pré-opératoires précises. La fixation est réalisée à l’aide de plaques spécifiques, de vis corticales et verrouillées.

**POSTOPÉRATOIRE**

Le patient est hospitalisé au moins 24 heures. De retour à la maison, il doit être confiné à l’intérieur et seules les sorties hygiéniques sont autorisées, en laisse, jusqu’aux premières radiographies de contrôle, à 6 semaines postopératoires. Si tout va bien lors de ce contrôle, l’activité est reprise peu à peu, toujours sous surveillance et en laisse jusqu’aux secondes radiographies de contrôle, à 12 semaines postopératoires. Passé ce délai, l’activité redevient normale.

**RÉSULTATS**

La mise en charge est rapide et le retour à la normale est généralement constaté lors de la première radiographie de contrôle, parfois avant.

**COMPLICATIONS**

Les complications inhérentes à toute intervention chirurgicale n’épargnent pas celle-ci : infection, épanchement, déhiscence des sutures. L’utilisation de vis verrouillées (qui se vissent à la fois dans l’os et dans la plaque) réduit considérablement les risques de perte de stabilité du montage.

Les lésions méniscales postopératoires surviennnent dans 1 à 2 % des cas et peuvent nécessiter une autre intervention.

Le « rejet » des implants — c’est-à-dire le développement d’une infection localisée à l’interface os-implant — peut survenir plusieurs mois après l’intervention et nécessite le retrait de la plaque et des vis.

**© Clinique Michel Baron. Cette fiche est la propriété de la Clinique Michel Baron, et ne peut faire l'objet d'une utilisation commerciale.**



**Fig. 1 > LCA INTACT**
© CMB 2015

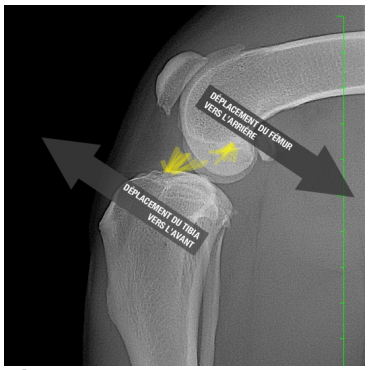



**Fig. 2 > LCA ROMPU ET SIGNE DU TIROIR**
© CMB 2015

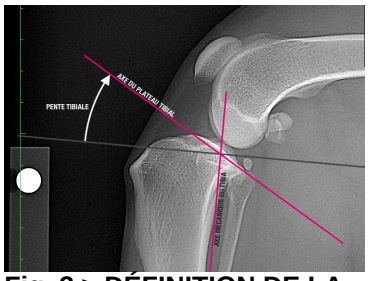



**Fig. 3 > DÉFINITION DE LA PENTE TIBIALE**
© CMB 2015



**Fig. 4 > VUES PRÉ-OPÉRATOIRES**
© CMB 2015

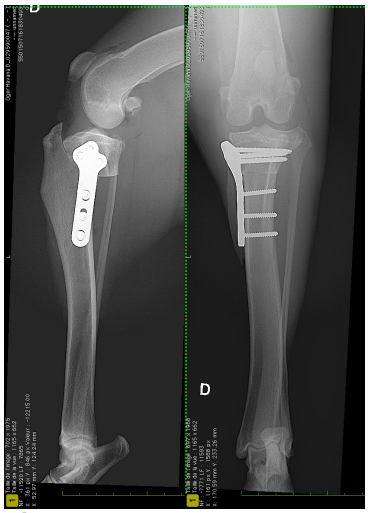


**Fig. 5 > VUES POSTOPÉRATOIRES**
© CMB 2015

**© Clinique Michel Baron. Cette fiche est la propriété de la Clinique Michel Baron, et ne peut faire l'objet d'une utilisation commerciale.**