Dr Bernard de Geofroy
Chirurgien orthopédiste · Chirurgie de la hanche et du genou
RPPS 10102056552 · Conventionné secteur 2 OPTAM

Hôpital Privé Clairval — 317 bd du Redon, 13009 Marseille
Château-Gombert — 16 rue Louis Leprince-Ringuet, 13013 Marseille
Maison de santé Les Iris — Av. Jean Giono, 13190 Allauch
Secrétariat : 04 65 38 20 54 · chirurgie-hanche-genou-marseille.fr

PROTOCOLE DE RÉÉDUCATION · GENOU

Rupture du LCP : traitement fonctionnel

Version 1 · octobre 2026

ATTELLE	ISCHIO-JAMBIERS	REPRISE SPORTIVE
Appui jambier postérieur, jour et nuit 3 à 4 mois	**Pas de travail isolé avant 12 semaines**	**3 à 6 mois selon le grade, sur critères**

Protocole indicatif. Il est adapté à chaque patient par votre médecin et votre kinésithérapeute, en fonction de l'examen, de l'imagerie et de l'évolution.

Consignes générales

- Le ligament croisé postérieur empêche le tibia de glisser vers l'arrière. Contrairement au ligament croisé antérieur, il a une bonne capacité de cicatrisation : une rupture isolée, partielle ou complète, se traite le plus souvent sans chirurgie.
- Ce traitement fonctionnel concerne les ruptures isolées du LCP. Une lésion associée de l'angle postéro-latéral ou des autres ligaments, ou un arrachement osseux déplacé, relève en général de la chirurgie : le bilan clinique et l'imagerie le précisent.
- L'objectif est que le ligament cicatrise sans s'allonger. Pour cela, le tibia doit être maintenu vers l'avant pendant toute la phase de cicatrisation : c'est le rôle de l'attelle dynamique à appui jambier postérieur, qui pousse le haut du mollet vers l'avant.
- Avec ce type d'attelle portée 4 mois, une étude a montré une réduction du glissement postérieur du tibia de 7,1 mm à 2,3 mm à un an, avec une bonne récupération fonctionnelle.
- Le quadriceps est le muscle protecteur du LCP : il est travaillé dès le début. À l'inverse, les ischio-jambiers tirent le tibia vers l'arrière : leur travail isolé est différé.
- Les consignes du chirurgien priment sur ce protocole, en particulier pour la durée de port de l'attelle.

Consignes de port de l'attelle à appui jambier postérieur

- Elle se porte jour et nuit, y compris pendant le sommeil, pendant 3 à 4 mois, puis selon l'avis du chirurgien.
- La mettre et la retirer allongé sur le dos, jambe tendue, en plaçant un coussin sous le mollet et jamais sous le genou, pour que le tibia ne recule pas.
- Centrer les charnières de l'attelle sur l'articulation du genou ; l'appui jambier doit reposer sur le haut du mollet, juste sous le pli du genou.
- Fermer les sangles en commençant par celles de la jambe, puis celles de la cuisse ; elles doivent être serrées sans comprimer ni engourdir.
- Régler le système de tension de l'appui postérieur comme indiqué par le chirurgien ou l'orthoprothésiste ; ne pas modifier le réglage sans avis.
- Pour la toilette, retirer l'attelle allongé, jambe tendue et mollet soutenu ; se laver de préférence assis, jambe allongée, puis remettre l'attelle aussitôt.
- Vérifier chaque jour la peau sous les appuis et les sangles ; signaler une rougeur persistante, une plaie, ou une attelle qui glisse vers le bas.
- Les séances de kinésithérapie se font attelle en place ou, si elle est retirée, toujours avec le tibia soutenu vers l'avant.

Les étapes de la rééducation

Phase 1 — Semaines 0 à 6 — Protection

OBJECTIFS

- Laisser le ligament cicatriser en position réduite.
- Un genou sec, une extension complète.
- Réveiller le quadriceps.

CONTENU

- Attelle à appui jambier postérieur portée jour et nuit (voir les consignes de port).
- Appui autorisé selon la douleur, avec deux cannes au début, attelle en place.
- Flexion limitée à 90°, travaillée en position allongée sur le ventre, de façon passive, pour que la pesanteur ne fasse pas reculer le tibia.
- Contractions isométriques du quadriceps, élévations jambe tendue, électrostimulation si le quadriceps est sidéré.
- Mobilisation de la rotule, glaçage, lutte contre l'épanchement.
- Travail du triceps sural et de la hanche.

À ÉVITER

- Pas de contraction isolée ni de renforcement des ischio-jambiers.
- Pas de flexion du genou au-delà de 90°.
- Ne jamais laisser la jambe pendre genou plié sans attelle, ni poser le talon en hauteur genou fléchi en position allongée sur le dos.

POUR PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE

- Extension complète, flexion de 90°.
- Marche sans canne avec l'attelle, sans boiterie.

Phase 2 — Semaines 6 à 12 — Renforcement protégé

OBJECTIFS

- Récupérer progressivement toute la flexion.
- Un quadriceps puissant.
- Une marche normale.

CONTENU

- Attelle toujours portée jour et nuit.
- Récupération progressive de la flexion au-delà de 90°, toujours avec le tibia soutenu vers l'avant.
- Renforcement du quadriceps en chaîne fermée dans un secteur limité : presse et mini-squats entre 0 et 60-70° de flexion.
- Vélo d'appartement sans résistance, selle haute.
- Proprioception et équilibre en appui sur les deux jambes puis sur une jambe.
- Natation en crawl avec battements de jambes, sans brasse.

À ÉVITER

- Pas de travail isolé des ischio-jambiers.
- Pas de squat profond ni de flexion en charge au-delà de 70°.

POUR PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE

- Mobilité presque complète, genou sec.
- Appui unipodal stable, squat partiel contrôlé.

Phase 3 — Semaines 12 à 20 — Réathlétisation

OBJECTIFS

- Sevrer l'attelle.

- Une force et un contrôle comparables au côté sain.
- Reprendre la course.

CONTENU

- Sevrage progressif de l'attelle selon l'avis du chirurgien, souvent après un contrôle clinique et parfois des radiographies dynamiques : d'abord la nuit, puis le jour ; port conservé pendant les activités à risque.
- Introduction progressive du renforcement des ischio-jambiers, d'abord en chaîne fermée.
- Renforcement du quadriceps dans toute l'amplitude.
- Course à pied dans l'axe à partir de 12 à 16 semaines si le genou est sec, la mobilité complète et la force du quadriceps d'au moins 70 % du côté sain.
- Pliométrie et changements de direction progressifs.

POUR PASSER À L'ÉTAPE SUIVANTE

- Test isocinétique et tests de sauts pour orienter la reprise.

Phase 4 À partir de 3 à 6 mois — Reprise du sport

OBJECTIFS

- Retour au sport sur critères.

CONTENU

- Entraînement spécifique du sport pratiqué, d'abord sans contact.
- Reprise habituelle vers 3 à 4 mois pour les ruptures partielles, vers 6 mois pour les ruptures complètes.
- Attelle éventuellement conservée pour les sports de contact pendant la première saison, selon l'avis du chirurgien.
- Poursuite du renforcement du quadriceps.

Critères de reprise du sport

La reprise des sports de pivot et de contact se décide sur des critères, pas seulement sur un délai :

- force du quadriceps au moins égale à 90 % du côté sain ;
- tests de sauts au moins égaux à 90 % du côté sain ;
- genou sec, mobilité complète, absence d'instabilité ;
- laxité postérieure stable lors du contrôle clinique ou radiographique.

Une laxité résiduelle modérée est fréquente et généralement bien tolérée lorsque le quadriceps est puissant.

Informations pour le kinésithérapeute

- Éviter les manœuvres répétées de tiroir postérieur ; pas de flexion en décubitus dorsal sans soutien du tibia.
- Privilégier le travail de flexion en décubitus ventral et le renforcement du quadriceps ; pas de travail isolé des ischio-jambiers avant 12 semaines.
- Signaler toute augmentation du tiroir postérieur, une instabilité ou une douleur postéro-externe, qui peut traduire une lésion associée de l'angle postéro-latéral.

Référence

Jacobi M, Reischl N, Wahl P, et al. Acute isolated injury of the posterior cruciate ligament treated by a dynamic anterior drawer brace: a preliminary report. J Bone Joint Surg Br. 2010;92(10):1381-1384. doi:10.1302/0301-620X.92B10.24807 — Pierce CM, O'Brien L, Griffin LW, LaPrade RF. Posterior cruciate ligament tears: functional and postoperative rehabilitation. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2013;21(5):1071-1084. doi:10.1007/s00167-012-1970-1 — Zappalà G, et al. Effectiveness of dynamic brace in posterior tibial translation in acute PCL lesion. Healthcare. 2026;14(7):953. doi:10.3390/healthcare14070953

Contacter rapidement l'équipe chirurgicale en cas de

- fièvre supérieure à 38,5 °C ou frissons ;
- rougeur, chaleur ou écoulement au niveau de la cicatrice ;
- genou très gonflé, chaud ou douloureux qui ne s'améliore pas avec le repos et la glace ;
- douleur ou gonflement du mollet ;
- perte brutale de mobilité, blocage ou impression de lâchage ;
- difficulté à récupérer les amplitudes malgré une rééducation régulière.

Essoufflement brutal ou douleur dans la poitrine : appelez le 15.