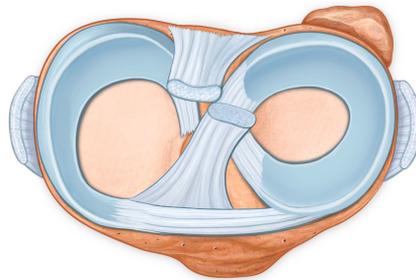


Les lésions méniscales du genou

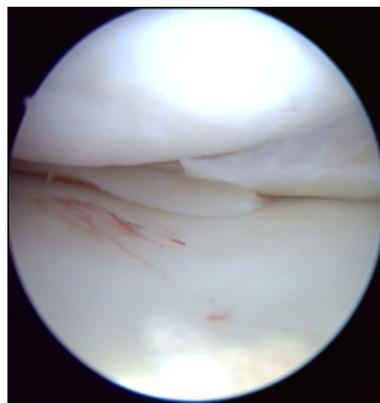
La Lésion

Les ménisques se situent au niveau du genou entre les surfaces articulaires du fémur et du tibia. Ce sont des fibro-cartilages, de consistance semi-rigide, en forme de croissant, qui améliorent le contact entre les surfaces articulaires et jouent le rôle d'amortisseur. Il existe un ménisque du côté interne du genou et un ménisque du côté externe. Les lésions méniscales internes sont les plus fréquentes (75%).

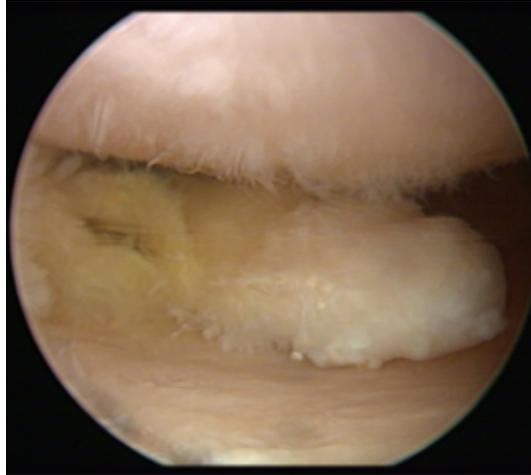


On distingue 3 types de lésions méniscales :

Les lésions traumatiques: elles surviennent après un accident sportif chez le sujet jeune ou lors d'un accident domestique en passant brutalement de la position accroupie à la position debout (le ménisque reste alors « coincé » entre le fémur et le tibia); parfois elles sont associées à une atteinte du ligament croisé antérieur, survenant au moment de la rupture ou plus tard, consécutive à la laxité ligamentaire.



Les lésions dégénératives: elles apparaissent après 40 ans, sans notion de traumatisme vrai, plus volontiers dans certaines professions exposées (carreleurs ...) ou chez les sportifs (coureurs à pied, sports avec impacts répétés) mais parfois sans cause particulière; une variété particulière de ces lésions dégénératives est la chondrocalcinose, qui se traduit par la présence calcifications dans le tissu méniscal.



Les lésions sur anomalies congénitales : il s'agit essentiellement des ménisques discoïdes externes qui peuvent devenir symptomatique au cours de l'adolescence.

Le Diagnostic

Une lésion du ménisque peut être ressentie par la patient de différentes façons : douleur ou sensation de gêne, gonflement de l'articulation, blocage ou déroboement du genou. Ces signes ne sont pas permanents et permettent parfois, pour les sportifs, la poursuite de leurs activités.

Lors de l'examen clinique, le médecin, par des tests spécifiques, établit le diagnostic.

Des examens complémentaires (IRM, arthro-scanner) sont demandés afin de confirmer l'existence d'une lésion méniscale et rechercher des lésions associées (cartilage, œdème osseux).

Lorsqu'une lésion dégénérative est suspectée, un bilan radiographique standard est demandé afin de rechercher une arthrose débutante. Toute la difficulté est alors de déterminer si les signes ressentis par le patient sont imputables à la lésion méniscale ou à l'arthrose débutante.

Les Possibilités Thérapeutiques

Les médicaments (antalgiques, anti-inflammatoires) permettent de lutter contre la douleur et le gonflement du genou.

Dans les cas de poussées inflammatoires sur chondrocalcinose ou en cas de lésions dégénératives, les infiltrations intra-articulaires de corticoïdes sont souvent efficaces.

Dans certains cas de lésions horizontales, des injections de facteurs de croissance plaquettaires (PRP) peuvent se discuter pour faire « cicatriser » la lésion.

Toute lésion méniscale ne justifie pas obligatoirement d'une intervention chirurgicale (arthroscopie). Ce sont généralement les lésions traumatiques instables qui font l'objet d'une opération alors que les lésions dégénératives sont plutôt du ressort du traitement médical. L'opération est rarement urgente sauf si le genou est bloqué. C'est lors de la consultation avec le chirurgien que sera proposé, en fonction du type de la lésion, des symptômes cliniques, des données de l'imagerie et des attentes du patient, le traitement le plus adapté.

L'arthroscopie du genou

L'intervention consiste à positionner une caméra dans le genou par 2 cicatrices de moins de 1 cm ainsi que des instruments dédiés à la chirurgie arthroscopique.

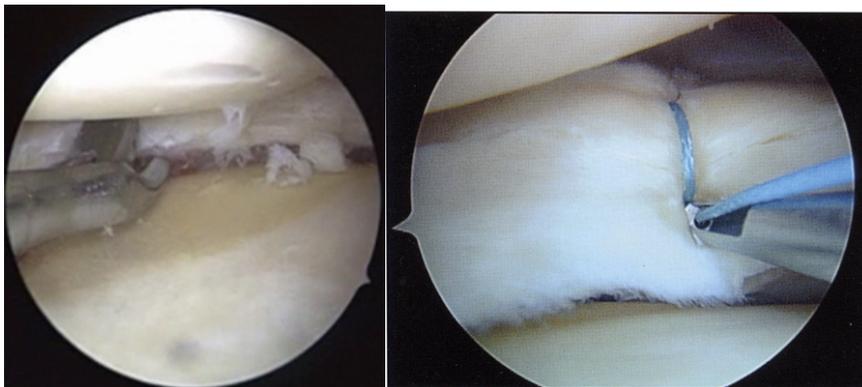
Le premier temps de l'opération est de faire un bilan complet de l'articulation : état du cartilage, des 2 ménisques, des ligaments croisés, de la membrane synoviale.

Le geste chirurgical proprement dit consiste soit à enlever une partie du ménisque (méniscectomie) soit à le réparer.

Lorsque la lésion n'est pas réparable, la partie du ménisque lésé est retirée en laissant en place la partie encore intacte.

Dans les cas où le ménisque est réparable, la partie lésée est refixée à la partie intacte par un système de suture spécifique.

Le choix du geste à effectuer est déterminé par le chirurgien au moment de l'intervention. Il peut parfois être différent de ce qui était initialement prévu en raison de la modification ou de l'évolution de la lésion entre la consultation et l'intervention.



Risques et Complications

Toute intervention chirurgicale est sujette à un certain nombre de risques chirurgicaux et de complications précoces ou tardives.

Les risques pouvant survenir **pendant l'intervention** sont :

La lésion de tissus voisins (cartilage ou ligaments croisés).

La lésion de vaisseaux sanguins.

La lésion de nerfs qui peut entraîner une baisse de la sensibilité d'une zone de la peau ou une paralysie plus sévère.

Le bris de matériel.

Les risques pouvant survenir **les jours suivant l'intervention** sont :

Infection du site opératoire (arthrite du genou) ; elle nécessite alors une ré-intervention avec un lavage de l'articulation et l'administration d'un traitement antibiotique ; la durée de récupération sera alors allongée avec parfois des séquelles de type douleurs résiduelles ou de raideur.

Hématome : il peut soit diffuser et provoquer une ecchymose qui va s'étendre sous la peau, soit remplir l'articulation et provoquer des douleurs liées de la mise en tension (hémarthrose). Une ponction est parfois nécessaire afin d'évacuer cette collection de sang.

Phlébite : le ralentissement circulatoire secondaire à mise au repos de la jambe provoque une agrégation des cellules dans les veines avec un risque de constitution de caillots. Ces caillots une fois constitués peuvent boucher les veines et provoquer une phlébite ou se détacher, migrer et constituer une **embolie pulmonaire**. La décision d'administrer une prévention par injection d'anticoagulants est prise lors de la consultation d'anesthésie pré-opératoire en fonction des facteurs de risque spécifiques de chaque patient.

Douleurs résiduelles : elles peuvent être localisées en regard de la partie antérieure du genou et liées à l'amyotrophie du muscle quadriceps ; elles sont parfois localisées du côté de la méniscectomie liées à l'hyper-sollicitation ou à des lésions associées du cartilage.

Epanchement : cet épanchement est fréquent durant les premières semaines, il peut dans certains cas persister plusieurs mois, notamment en cas d'atteinte du ménisque externe ou de lésions du cartilage associées.

Les principales **complications tardives** après une arthroscopie du genou sont :

Raideur du genou, en extension ou en flexion – il est normal que la récupération de la flexion complète dure plusieurs semaines.

Ostéonécrose du condyle : elle se manifeste par un oedème dans l'os secondaire à l'hyperpression provoquée par l'ablation d'une partie du ménisque.

Chondrolyse rapide : c'est l'usure rapide du cartilage que l'on constate surtout après résection d'une lésion du ménisque externe.

Algodystrophie : c'est un syndrome douloureux de l'articulation entraînant des douleurs, en particuliers nocturnes, un genou augmenté de volume, chaud et raide. Cette affection peut durer plusieurs mois avant de récupérer, le plus souvent complètement.

Arthrose du genou : elle est liée à l'importance de la résection méniscale ainsi qu'à certain nombre de paramètres tels, le poids du patient, l'axe des membres inférieurs, des lésions associées du cartilage.

Aspects Pratiques

Les arthroscopies du genou réalisées par l'équipe d'ICOSS se déroulent en chirurgie ambulatoire au sein de la Clinique Rhéna (<https://www.clinique-rhena.fr/fr>) et de la Clinique de l'Orangerie ; à Strasbourg.

La cellule de régulation de la clinique vous téléphonera la veille de l'intervention (ou le vendredi pour les interventions du lundi) afin de vous préciser l'heure de convocation à la Clinique.

Un certain nombre de documents vous seront remis à l'occasion de votre intervention :

1/ Remis **avant l'intervention** lors de la consultation **chez l'anesthésiste** :

Une ordonnance avec des antalgiques et des anti-inflammatoires (sauf contre-indication) – ces médicaments sont **à récupérer à la pharmacie avant l'intervention** ;

2/ Remis **après l'intervention** au moment de votre sortie de la **Clinique** :

Un papier vous demandant de vous rendre chez votre médecin traitant pour le contrôle du pansement vers le 12^{ème} jour post-opératoire (fils résorbables)

Un arrêt de travail (si besoin);

Un carton de rendez-vous de contrôle chez votre chirurgien vers la 8^{ème} semaine après l'intervention.

Un document vous rappelant les consignes post-opératoire.

Un document avec un numéro de téléphone à appeler en cas de problème.

Post Opératoire

En post-opératoire, l'appui est libre et la mobilisation immédiate est autorisée. Le port de cannes n'est pas nécessaire. Il est conseillé de mettre de la glace 3 à 4 fois par jour durant les 3-4 premiers jours post-opératoires (il est tout à fait normal que le genou reste gonflé pendant cette phase initiale) et de limiter ses déplacements.

Le pansement est à conserver pendant 12 jours, jusqu'à votre visite chez votre médecin traitant.

Il se peut que ce pansement imperméable soit un peu traversé : ceci n'est pas grave et ne justifie pas le changement de ce pansement. En cas de doute, parlez-en à votre infirmière ou votre médecin.

Les suites opératoires sont dépendantes de la topographie de la lésion (suites plus longues pour les lésions méniscales externes), de sa nature (suites plus longues pour les lésions dégénératives), de l'existence de lésions associées (cartilage).

Le gonflement du genou fait partie des manifestations attendues au décours de l'intervention. Il peut persister quelques semaines.

La clinique vous téléphonera le lendemain de l'intervention afin de prendre de vos nouvelles et pourront vous rappeler la façon de prendre votre traitement antalgique en fonction de vos douleurs.

Il est fortement déconseillé de prendre un bain avec votre pansement.

A partir du 2^{ème} jour de l'intervention, il est tout à fait possible de prendre une douche en protégeant le pansement avec du film alimentaire déroulé autour du genou.

Une courte rééducation fonctionnelle est parfois nécessaire (récupération de la mobilité du genou, renforcement musculaire) mais **non systématique**. Le chirurgien décidera en fonction de l'évolution clinique du patient si des séances de kinésithérapie s'avèrent nécessaires.

La conduite automobile est autorisée à partir du 8^{ème} jour post-opératoire.

Globalement, la reprise des sports peut être effective 3 à 4 semaines après traitement d'une lésion méniscale interne et après 6 à 8 semaines pour une lésion méniscale externe.

Cette reprise sera progressive : elle débutera avec les activités en décharge telles que la natation et le vélo puis les sports en charge comme la course à pied.

Ces délais sont donnés à titre indicatif et peuvent varier en fonction de l'évolution. Ils seront adaptés à votre situation particulière lors des consultations de contrôle auprès de votre chirurgien.

Vous pouvez joindre le Cabinet Médical du 35 avenue du Rhin au **03 88 35 33 46** ou alors, en cas d'urgence, la Clinique Rhéna au **03 90 67 40 10**.

