

LÉSIONS MÉNISCALES

Description

Le genou est composé de deux ménisques, le ménisque médial (interne) et le ménisque latéral (externe).

Leur rôle est important dans le bon fonctionnement du genou. Ces organes en forme de croissants servent à la fois de stabilisateur de l'articulation et d'amortisseurs. Ils permettent ainsi aux os du tibia et du fémur de bien s'emboîter et de bien glisser entre eux, évitant ainsi une usure prématurée des cartilages. Les ménisques sont constitués eux-mêmes d'un tissu fibrocartilagineux.

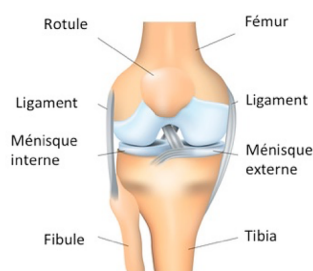


fig 1 . vue globale du genou

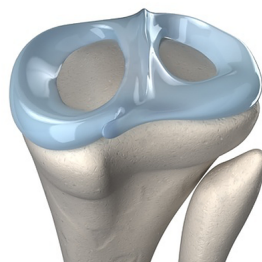


fig 2 . vue du dessus des deux ménisques

Diagnostic

La pathologie méniscale est un motif de consultation fréquent.

Les ménisques peuvent se fissurer ou se déchirer, et, en vieillissant s'usent.

Une fente se crée dans le ménisque et un fragment plus ou moins important peut s'en détacher et parfois venir se bloquer dans le genou.

Le diagnostic se fait en consultation, à l'interrogatoire et à l'examen clinique du genou. On retrouve généralement des douleurs localisées en interne ou en externe selon le ménisque atteint, des sensations de blocages, des gonflements et épanchements récidivants du genou.

Puis une IRM est nécessaire pour confirmer et préciser l'atteinte du ménisque. Dans le cadre des lésions dégénératives, survenant sur un genou « usé », une radiographie est nécessaire pour objectiver et quantifier cette usure. Dans certains cas, un arthroscanner peut être demandé par votre chirurgien.

Il faut différencier l'atteinte traumatique souvent chez le sujet jeune (avec un traumatisme clairement identifié) et l'atteinte dégénérative du sujet âgé (sans traumatisme).

Au terme de ce bilan clinique et radiologique, une prise en charge adaptée vous sera proposée.

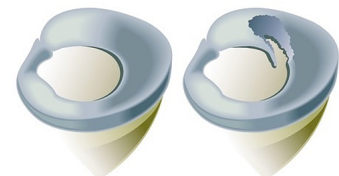


fig 3. Ménisque sain à gauche, fissure méniscale à droite

Prise en charge

La prise en charge diffère en fonction de l'âge et d'une éventuelle usure globale du ménisque et/ou d'une atteinte du cartilage associée.

Les patients jeunes ont un cartilage en bon état. D'où la possibilité de "réparer" les ménisques pour les sauver grâce aux évolutions récentes de la chirurgie orthopédique. Aujourd'hui, les chirurgiens s'efforcent de suturer le ménisque si la lésion est dans une zone qui le permet (en périphérie). Dans le cas contraire, ils retirent le morceau déchiré (ménisectomie partielle).

Chez les patients plus âgés, l'opération du ménisque est moins fréquente. Du fait de son usure, sa réparation et sa cicatrisation sont plus difficiles à partir de 50 ans. Retirer un ménisque provoquerait, une accélération de l'usure du cartilage des os et de l'arthrose. D'autres traitements non chirurgicaux sont alors préférés.

En revanche, l'intervention chirurgicale est préconisée pour retirer un morceau important de ménisque qui s'est détaché et qui reste bloqué à l'intérieur du genou.

1. Chez les patients jeunes

Accueil

Notre équipe

Pathologies

Parcours de soin

Infos pratiques

De grands progrès ont été réalisés ces dernières années dans les techniques de suture des ménisques et de méniscectomie. Les interventions s'effectuent sous arthroscopie, ce qui évite d'ouvrir le genou comme on le faisait auparavant. Deux ou trois petites incisions de moins d'un centimètre sont effectuées pour laisser passer un ou deux instruments et une caméra (arthroscope) afin de suturer le ménisque. L'intervention est réalisée en ambulatoire tout comme la méniscectomie partielle. Selon le souhait du patient, l'anesthésie est locorégionale (une moitié ou la totalité du rachis ou les nerfs du bloc crural-fémoral) ou générale.

En cas d'atteinte traumatique avec une lésion instable chez un patient jeune, une suture sera réalisée selon le type et la localisation de la fissure méniscale :

- lésion périphérique,
- lésion longitudinale verticale,
- tissu méniscal non dégénératif,
- ménisque externe car le taux de cicatrisation est meilleur.

Grâce à l'arthroscopie et au mode ambulatoire, les complications des interventions sur les ménisques sont très peu fréquentes (de l'ordre de moins de 1 cas sur 1 000). La suture d'un ménisque nécessite ensuite la cicatrisation de ce ménisque. Cette cicatrisation est acquise dans 80% des cas. Dans les 20% d'autres cas pour lesquels la cicatrisation échoue, une deuxième intervention est nécessaire, pour retirer la partie qui n'a pas cicatrisé. A noter que le tabagisme diminue les chances de cicatrisation du ménisque.

Après l'opération, le patient peut reprendre appui directement sur son genou. Quelques séances de kinésithérapie seront prescrites.

En cas de suture, on recommande la marche avec bequilles et une limitation de la flexion du genou à 90° pendant le premier mois.

La reprise d'une activité sportive peut intervenir entre un mois et trois mois selon le type de lésion et le type de réparation. Ce délai peut aller jusqu'à 3 mois en cas de suture méniscale.

Les quinze premiers jours, on recommande au patient de glacer le genou, sur élever la jambe opérée pour faire diminuer l'œdème, prendre le traitement prescrit par le chirurgien et se mettre au repos.

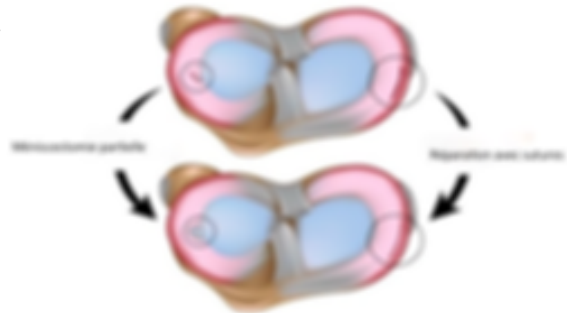


fig 4. suture méniscale (vue arthroscopique)

Des prothèses de ménisques ? Pas encore...

De nombreux patients demandent à leur chirurgien pourquoi ils ne remplacent pas le ménisque par une prothèse. La raison en est simple. S'il existe bien des ménisques de synthèse, ils n'en sont pour l'instant qu'au stade de l'expérimentation.

2. Chez les patients après 40-50 ans

• Symptômes

Les principaux signes qui peuvent indiquer une usure ou une lésion dégénérative des ménisques sont les douleurs apparaissant à l'effort (activité sportive ou professionnelle) lorsque, par exemple, le patient pivote sur lui-même ou s'accroupit. Parfois, des douleurs peuvent le réveiller la nuit lorsqu'il change de position dans son lit. En revanche, une gêne pendant la marche reste peu fréquente.

• Traitement

La visco-supplémentation

Pour les ménisques usés et douloureux, on propose une visco-supplémentation. Celle-ci consiste à injecter un produit (acide hyaluronique, par exemple) qui redonne de la viscosité au liquide synovial présent à l'intérieur du genou. Cela permet de mieux tolérer l'usure du cartilage. Ces injections, qui ne réparent pas le ménisque mais soulagent les douleurs, s'effectuent généralement en une seule fois. Leur effet peut durer de six mois à un an, après quoi, il est nécessaire de les renouveler lorsque les douleurs réapparaissent.

La chirurgie dans certains cas

Lorsque les douleurs persistent durablement malgré les injections, l'arthrose n'est peut être pas la seule cause. Il se peut qu'un morceau important du ménisque soit déchiré et bloqué à l'intérieur du genou. Dans ce cas, une intervention chirurgicale en ambulatoire similaire à celle des patients jeunes peut être pratiquée afin d'enlever le fragment de ménisque mais sans pratiquer de suture. On vérifie alors que les cartilages sont en bon

état à l'aide d'une radioaraphie. condition nécessaire pour que l'intervention apporte un réel bénéfice. Il est conseillé toutefois de ne pas se

[Accueil](#)

[Notre équipe](#)

[Pathologies](#)

[Parcours de soin](#)

[Infos pratiques](#)

En effet en cas d'usure trop importante au niveau du cartilage, synonyme d'arthrose avancée, et en cas d'échec des traitements médicaux et de la viscosupplémentation, l'arthroscopie n'est pas la solution et on s'orientera plutôt vers une arthroplastie de genou (en fonction de la gêne du patient et du retentissement fonctionnel et douloureux).

Source : site de la SOFCOT

Suivi

Des consultations de suivi sont organisées avec votre chirurgien à 1 mois, 3 mois, 6 mois.
Votre chirurgien vous accompagne tout au long de la récupération et de la rééducation.

La participation active du patient tout au long de la prise en charge est indispensable pour une récupération fonctionnelle optimale. La rééducation post opératoire est primordiale, et devra se faire selon le protocole proposé par le chirurgien.