

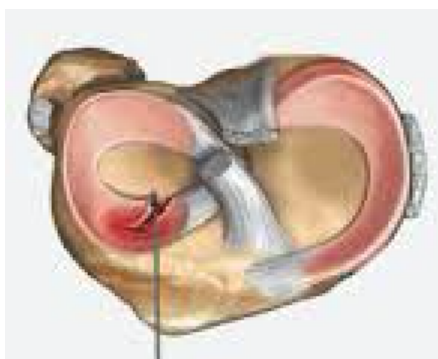


Les ménisques et leur pathologie.

Des signes cliniques au traitement - Fiche patient

Dr Maxime-Louis Mencière - Novembre 2015
www.menciere-orthopedie.fr

Définition - Anatomie des ménisques



Les ménisques sont des structures cartilagineuses (comme le cartilage du pavillon de l'oreille ou du nez) jouant un rôle primordial dans la fonction du genou.

- d'une part, ce sont des amortisseurs protégeant alors le genou de l'arthrose (usure du cartilage).
- d'autre part, ils jouent un rôle sur la stabilité du genou lors de la mobilisation du fémur (dont l'extrémité discale articulaire est convexe) sur le tibia de par leur structure dite viscoélastique (ils adaptent la position du fémur sur le tibia).

Il existe donc deux ménisques par genou, l'un externe et l'autre interne, ressemblant à des croissants posés sur le tibia (cf ci-contre)

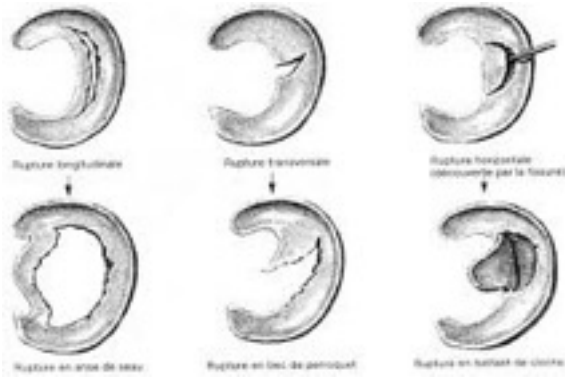


Les ménisques peuvent être le siège de lésions qui ont deux origines bien distinctes et dont le traitement est différent:

- **les lésions méniscales traumatiques** résultants le plus souvent d'un accident de sport du patient jeune lors d'un mécanisme d'entorse (possiblement associées à une lésion du ligament croisé antérieur).

- **les lésions méniscales dégénératives** du patient plus âgé, sans notion de macro-traumatisme, qui correspondent à une usure méniscale dans le cadre d'une

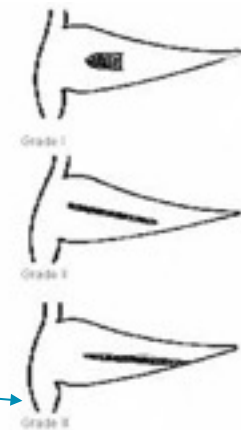
« pré-arthrose ».



Dans les deux cas, les lésions peuvent être **stables** ou **instables** (petite languette mobile dans l'articulation jusqu'à l'anse de sceau).

Les lésions méniscales sont classées en lésions verticales, horizontales ou radiaires et peuvent évoluées jusqu'à une lésion en dite « en anse de sceau » responsable de blocages méniscaux. (cf figures de gauche sur le schéma ci-contre)

De plus, les lésions peuvent être purement intraméniscales (grades 1 et 2) ou peuvent atteindre un bord libre du ménisque et alors être éventuellement accessible à un



traitement chirurgical. (grade 3)



L'IRM ou l'arthroscanner permettent de mettre en évidence les lésions méniscales (trait blanc au sein du ménisque noir).

L'arthroscopie permet de prendre en charge les lésions quand cela devient nécessaire.



Symptômes (signes cliniques)

Les lésions méniscales sont responsables de **douleurs du genou**. Ces douleurs sont localisées le plus souvent, au niveau de l'interligne articulaire du côté du ménisque lésé (en interne pour le ménisque interne et en externe pour le ménisque externe). Les douleurs méniscales peuvent être spontanées lors des efforts (marche, escaliers, sport) ou provoquées à la palpation du ménisque par votre médecin.

Les lésions méniscales, lorsqu'elles sont instables, peuvent également entraîner des **ressauts**, des **claquements** (audibles ou non), ou de réels **blocages** du genou (en flexion) nécessitant alors une consultation au service des urgences.

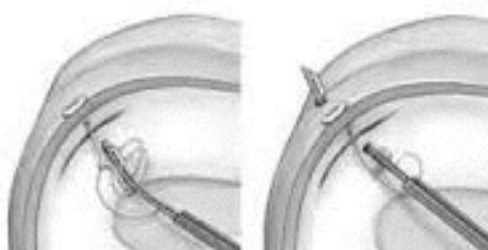
Prise en charge des lésions méniscales traumatiques

La prise en charge des lésions méniscales traumatiques repose en premier lieu sur un traitement médical (essentiellement sur les mesures hygiéno-diététiques, sur le traitement de la douleur et sur la rééducation à visée antalgique).

En cas de douleurs persistantes, la prise en charge peut devenir chirurgicale et consister en une suture (une réparation) de la lésion, selon ses capacités de cicatrisation, ou en une régularisation qui doit être la plus minimale possible.

Si il existe une **rupture associée du ligament croisé antérieur**, la reconstruction de ce ligament doit être associée au traitement de la lésion méniscale.

Chez les patients jeunes, les lésions doivent être réparées au maximum afin de limiter le risque d'arthrose secondaire.



Les lésions réparables le sont à l'aide « d'ancres » permettant de fixer le ménisque sur la capsule articulaire du genou sous contrôle d'une caméra (arthroscopie).

En cas de lésion horizontale n'atteignant pas le bord articulaire du ménisque, il est possible de suturer le ménisque par une courte incision sur le côté du genou.

L'intervention se déroule alors en chirurgie ambulatoire dans la grande majorité des cas. Les pansements sont réalisés par une infirmière à domicile deux fois par semaine, les fils sont le plus souvent résorbables (ne nécessitent pas d'ablation).

La rééducation consiste en une récupération progressive des amplitudes articulaires mais la flexion reste limitée à 90° ou 120° pendant 4 à 6 semaines afin de protéger la suture méniscale, l'entretien musculaire s'effectue sans résistance pendant 6 semaines au minimum. La reprise du sport est progressivement envisageable à partir du 4ème mois postopératoire.

Prise en charge des lésions méniscales dégénératives

La prise en charge des lésions méniscales dégénératives s'apparente au traitement médical de l'arthrose. En effet, il est primordial d'éviter les méniscectomies élargies au risque d'entraîner une usure plus rapide du genou.

Pour le genou, le surpoids est un facteur aggravant les douleurs. La perte de poids est une étape nécessaire à la prise en charge des douleurs de genou des patients en surcharge pondérale ou obèses. Pour cela, il est nécessaire d'avoir une alimentation équilibrée et une activité physique régulière (dans la mesure où les douleurs le permettent). Vous pouvez avoir recours à une diététicienne pour vous aider à changer vos habitudes alimentaires et pour être suivis dans cette démarche.

Le traitement de la douleur repose sur les antalgiques (paracétamol, tramadol, codéine, morphine...) et sur des cures courtes d'anti-inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) lors des poussées douloureuses. Dans un second temps, il est possible de recourir à des infiltrations de Corticoïdes retard dans la partie du ménisque lésé et à des injections intra-articulaires de « gel » (ou visco-supplémentation) afin de « lubrifier » l'articulation. Ces injections s'effectuent par cycle de 3 injections réalisées à 1 ou 2 semaines d'intervalles et les cycles sont renouvelables deux fois par ans et par articulation.

Lorsque le traitement médical « bien conduit » est inefficace après 6 mois, il est possible de réaliser une intervention chirurgicale appelée **méniscectomie partielle** qui consiste en l'ablation économe de la zone de ménisque qui est lésée. Cette intervention se déroule sous contrôle d'une caméra (appelée **arthroscopie**) en chirurgie ambulatoire le plus souvent. Les suites opératoires sont plus rapides que la suture méniscale. Les soins infirmiers restent les mêmes que précédemment, la marche est d'emblée autorisée sans restriction et selon les capacités de chaque patient (selon la douleur ressentie) et quelques séances de kinésithérapie peuvent être utiles dans les suites immédiates de l'intervention.

Dans le cadre précis des lésions méniscales dégénératives instables entraînant des ressauts et craquements douloureux et gênants, il est possible de pratiquer cette intervention plus tôt mais après une période de traitement médical « bien conduit ».

Les complications.

Comme toute intervention chirurgicale, il existe des risques à la prise en charge chirurgicale des lésions méniscales. Vous trouverez ici une liste des complications les plus fréquentes mais **cette liste ne peut être exhaustive**.

- Les risques liés à l'anesthésie vous seront expliqués par l'anesthésiste en consultation de pré-anesthésie.

- L'hémarthrose postopératoire est un épanchement de sang dans le genou du aux saignements. Ce risque est plus fréquent dans les suites des sutures méniscales du fait de la nécessité de l'avivement du ménisque nécessaire à sa bonne cicatrisation. Le plus souvent cette hémarthrose est traitée médicalement ou par ponction évacuatrice et elle peut entraîner une raideur de genou.

- L'échec de la suture méniscale est possible car il s'agit d'un tissu peu vascularisé, en cas de « lâchage » de la suture, il est souvent nécessaire de réaliser une méniscectomie au niveau de la lésion. Cette méniscectomie réalisée secondairement est **moins importante** que celle qui aurait été réalisée initialement en l'absence de suture.

- En cas de méniscectomie, l'aggravation de l'arthrose par chondrolyse (destruction du cartilage) est possible mais reste un risque faible en cas de lésion traumatique. Elle est plus fréquente en cas de lésion dégénérative.

- L'infection est un risque extrêmement faible mais non nul. Son traitement consiste en un lavage du site opératoire (nouvelle intervention chirurgicale) et une antibiothérapie prolongée (6 semaines).

- D'autres complications plus rares sont possibles. Pour plus d'information, vous pouvez consulter votre chirurgien orthopédiste.