

Fiche RAAC

La suture méniscale

Les ménisques et leur rôle

Les ménisques sont au nombre de deux, interne et externe. Leur rôle est de protéger le cartilage qui recouvre le fémur et le tibia. Le tibia est plutôt plat et les ménisques permettent d'augmenter la surface d'appui du fémur d'une part et ils participent à la stabilisation antéro-postérieure du fémur sur le tibia avec les ligaments croisés.

Conséquences d'un traumatisme : la fissure

Si le ménisque vieillit avec l'âge, il peut aussi se fissurer lors d'un traumatisme, d'une entorse ou en se relevant d'une position accroupie par exemple. Cette fissure peut provoquer la « libération » partielle d'un fragment méniscal. Cette languette mobile reste attachée au reste du ménisque, peut s'interposer entre le fémur et le tibia et provoquer douleur, gonflement et possible blocage.

Que faire sur cette languette mobile ?

L'abstention :

Elle est évidente si vous n'avez pas de symptômes de cette lésion : le genou ne vous gêne plus, il a dégonflé et vous avez repris une marche normale.

Meniscectomie :

Il s'agit d'enlever la languette sous arthroscopie après avoir coupé ce qui la retient au reste du ménisque. Ce geste simple, très efficace dans l'immédiat, présente à long terme, un risque de lésions cartilagineuses (chondropathies) et d'arthrose prématurée.

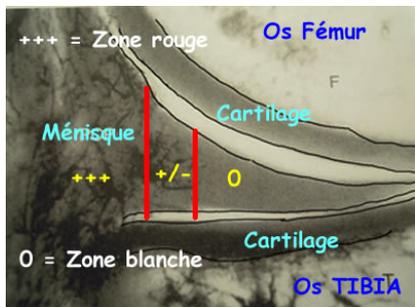
Les chiffres de l'étude HAS donnent

- pour le ménisque **interne** : 90% de bons et très bons résultats (sur genou stable) avec un taux de pincement articulaire de 20% à 13 ans de recul...
- pour le ménisque externe : 58 à 95 % de bons et très bons résultats mais un taux de pincement de l'interligne qui peut atteindre 42 % à 13 ans...

Suture méniscale

Il s'agit de garder le fragment en le suturant : la suture (ou plutôt réparation méniscale) a fait beaucoup de progrès. Mais de bons résultats ne sont possibles que pour certaines lésions.

Anatomie : la vascularisation méniscale



Sur cette coupe du ménisque entre le fémur et tibia, les petits vaisseaux apparaissent sous forme de petits traits noirs. Deux zones différentes sont nettes : la zone +++, dite zone rouge, semble bien vascularisée tandis que la zone 0 (zone blanche) semble dénuée de toute vascularisation. La zone intermédiaire est appelée rouge-blanche.

Or pour que la cicatrisation puisse se faire, il faut du sang !

En quoi consiste une suture méniscale ?

L'arthroscopie

L'arthroscopie est un outil chirurgical simple qui permet de voir et de réaliser des gestes opératoires dans un genou. Elle se pratique dans un bloc opératoire, sous anesthésie (générale ou loco-régionale).

L'arthroscope est un tube de quelques mm de diamètre, couplé à une caméra vidéo miniaturisée, elle-même reliée par un câble optique à un écran de télévision couleur. L'image est très agrandie ce qui permet au chirurgien d'être très précis.

L'installation du patient est importante car il faut passer entre fémur et tibia. La cuisse est mise dans un étau qui permet de la fixer. La poussée de la jambe vers l'extérieur permettra d'opérer dans le compartiment interne du genou, ainsi distracté.

Principe de la suture

Le premier temps consiste à rapprocher et mettre au contact les deux bords de la fissure. Une fois poussé l'un contre l'autre, il faut piquer chaque fragment et passer un fil, faire un noeud que l'on pourra serrer pour bien « coller » les fragments.

L'arthroscopie a permis des progrès considérables pour réaliser une suture méniscale. Les laboratoires se sont « battus » pour mettre au point le meilleur système de fixation. Actuellement, nous avons plusieurs systèmes de fixation à notre disposition. L'orientation actuelle se fait vers des implants hybrides (un fil de suture appuyé sur un petit implant de 2 mm).

Le principe est d'utiliser une grosse aiguille creuse (de 2 mm de diamètre environ) qui permet de transfixier les fragments et de glisser ensuite le système de fixation par l'aiguille derrière le ménisque. Ce geste est répété quelques mm à côté du premier. Le noeud est déjà fait et il ne reste qu'à le serrer, ce qui affronte les berges de la fissure. Le fil est ensuite coupé court.

La cicatrisation

Une fois cette fixation mécanique réalisée avec un ou plusieurs implants, il faut attendre que la **cicatrisation biologique** se fasse. On peut considérer que sa durée est d'environ six mois.

Pendant cette période, il faudra bien sûr respecter la suture, ce qui est un peu contraignant pour le patient.

Le suivi de la cicatrisation par IRM ou arthroscanner n'est pas recommandé (HAS) sauf en cas de douleurs persistantes au bout de 6 mois.

Faut-il suturer toutes les lésions méniscales ?

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte et en particulier l'association ou non d'une rupture du ligament croisé antérieur. Ce texte est basé sur les recommandations de la HAS.

« L'âge du patient est évidemment un argument pour sauver le ménisque. »

Si la lésion méniscale traumatique est isolée

Elle doit être symptomatique !

Il faut que la lésion soit **symptomatique** pour qu'un geste soit discuté. Pas de douleur, pas de blocage mécanique, ni gonflement : abstention logique.

La localisation de la fissure

Comme nous l'avons vu, le ménisque n'est bien vascularisé que dans sa périphérie. La probabilité de cicatrisation est très faible si la fissure se trouve en zone blanche (0 sur le dessin ci-dessus). Il n'est pas recommandé de les suturer (HAS).

A l'inverse, une lésion en **zone rouge** a de bonnes chances de cicatriser.

Quel ménisque ?

Nous avons vu qu'une ablation même partielle du ménisque latéral (**externe**) est très pourvoyeuse d'arthrose à 13 ans de recul.

La taille, l'étendue de la languette mobile

Il semble logique d'essayer de suturer les gros fragments; les conséquences d'une méniscectomie seraient sûrement plus dommageables.

En pratique, une fissure **périphérique** entraîne la mobilisation d'un gros fragment.

Association à une rupture du ligament croisé antérieur

C'est un argument de plus pour sauver le ménisque, nous avons vu son rôle stabilisateur.

Il est très important pour le genou de reconstruire le ligament croisé antérieur pour que les chances de cicatrisation de la suture soient meilleures.

Abstention : fente stable du ménisque interne, petite lésion (moins de 20mm) stable du ménisque externe),

Suture : toute lésion périphérique instable, surtout du ménisque interne

En pratique

« Il faut suturer toute lésion étendue périphérique instable, en particulier du ménisque externe. »

« Plus le patient est jeune, plus il faut sauver le ménisque »
« Si une rupture du ligament croisé antérieur est associée, il faut le reconstruire.»

Quels sont les résultats d'une suture méniscale ?

Elle permet d'obtenir pour les lésions en zone rouge , toujours d'après l'étude HAS, 70-80 % de résultats satisfaisants à moyen terme avec un taux de méniscectomies secondaires (le ménisque n'a pas cicatrisé) de 4 à 28%.

Quelle est l'alternative à la suture méniscale pour le patient ?

Pour une lésion méniscale isolée symptomatique, deux alternatives sont possibles, ne rien faire ou faire une méniscectomie partielle.

Le patient peut ne pas vouloir se faire opérer et privilégier un traitement médical associant médicaments et infiltrations.

Il peut aussi préférer l'ablation de la languette (méniscectomie partielle a minima de la languette). Il est important qu'il ait pris conscience des risques potentiels, en particulier s'il s'agit d'une lésion étendue périphérique du ménisque, d'où ce texte d'information.

Quelles sont les complications possibles d'une suture méniscale ?

Malgré les progrès actuels de la chirurgie, et en particulier de la chirurgie du genou, le risque de complications existe. Toute opération, si bénigne soit-elle et quelles que soient les précautions prises, implique un risque qui va de la complication minimale à la complication majeure.

Complications pendant l'opération

Elles sont très rares mais graves : la blessure d'un gros vaisseau (artère, veine ou nerf) est possible car ils sont très proches derrière les ménisques. Elle nécessite une prise en charge spécialisée avec possible transfert.

Complications post opératoires (liste non exhaustive)

Hématome, hémarthrose, par saignement et raideur du genou pouvant nécessiter une reprise chirurgicale.

Douleurs post opératoires trainantes, cutanées ou articulaires.

Infection : toujours possible; elle nécessite un traitement associant ré-intervention(s) et antibiothérapie prolongée.

Phlébite : elle peut survenir malgré la prévention par traitement anticoagulant

Algodystrophie toujours possible même si exceptionnelle après ce type de chirurgie.

Cette énumération (incomplète) ne doit pas faire oublier que la suture méniscale a en général des suites très simples et qu'elle permet de conserver le capital méniscal, ce qui est important pour l'avenir cartilagineux surtout chez les jeunes.

Il est très important de tenir au courant votre chirurgien au fur et à mesure des problèmes que vous rencontrez.

Organisation pratique

L'arrêt de travail

Il dépend du geste réalisé et de votre type d'activité : environ 2-3 semaines minimum.

Avant l'opération

Consultation d'anesthésie

Elle est indispensable comme avant toute intervention. Vous pourrez choisir entre anesthésie générale et anesthésie loco-régionale.

La prescription d'anti-coagulants se fait pendant cette consultation : il faut les acheter et prévoir la venue d'une infirmière

Préparez et apportez vos documents

Radiologiques, bilan biologique, dossier de pré-admission, autorisations parentales pour les mineurs.

Protocole de préparation cutanée

Il a dû vous être remis par nos assistantes. Dans le cas contraire ou si vous avez des questions, contactez nous.

Il est indispensable de respecter ce protocole à la lettre car l'opération n'aura pas lieu en cas de non respect.

Vous aurez besoin de produits pour la faire : n'oubliez pas de les acheter à l'avance.

L'hospitalisation

Cette intervention se fait en général en ambulatoire; vous rentrez le matin et sortez le soir.

Les médicaments contre la douleur

Vous les avez acheté avant l'intervention et vous les prendrez systématiquement ou à la demande en rentrant chez vous le soir.

Appel du lendemain

Une infirmière de la clinique vous appelle le lendemain pour vérifier que tout va bien. Vous pourrez lui poser vos questions, si besoin.

Les suites opératoires d'une suture méniscale

Les objectifs

Le premier objectif est de retrouver une vie quotidienne normale dans les 4-8 semaines post-opératoires environ : genou sec indolore, fluide avec une marche normale.

Le deuxième objectif est de protéger la suture.

Le troisième objectif sera la reprise ultérieure des activités sportives

Attelle post-opératoire

Selon la lésion, le chirurgien peut vous demander de porter une attelle pendant un mois.

Appui post-opératoire

En général, l'appui complet est autorisé, sous couvert de béquilles au début si besoin.

Rééducation immédiate

Elle se fait essentiellement à la maison, en auto rééducation quotidienne avec les exercices expliqués par le kinésithérapeute à la clinique et/ou votre chirurgien.

Pour la flexion, il semble important de ne pas dépasser une flexion de 90° pendant un mois pour protéger la suture.

Consultation post-opératoire

Elle a lieu environ deux semaines après l'intervention. Le chirurgien vérifiera les cicatrices et vous prescrira éventuellement de la kinésithérapie.

Il vous précisera aussi les délais de reprise des différentes activités

Il est très important de tenir au courant votre chirurgien, au fur et à mesure, des problèmes que vous rencontrez.