

Fiche RAAC

La résection méniscale ou méniscectomie

Les ménisques et leur rôle

Les ménisques sont au nombre de deux, interne et externe. Ils ont un rôle d'amortisseur. Ils protègent 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.

La lésion méniscale

Le ménisque est une structure à la fois très simple et très complexe, soumise à des contraintes de pression très importantes.

Il vieillit avec l'âge et des lésions sont fréquentes, souvent asymptomatiques à partir de 50 ans.

Il peut s'abimer en l'absence de traumatisme, c'est le cas par exemple des coureurs de fonds qui pratiquent un sport impactant sur le genou du fait de microtraumatismes répétés. Il peut aussi se fissurer lors d'un traumatisme, une entorse (par exemple lors d'une rupture du ligament croisé antérieur) ou en se relevant brutalement d'une position accroupie par exemple.

Certains ménisques sont constitutionnellement de moins bonne qualité que d'autres expliquant leur fragilité et des lésions chez des sujets plus jeunes.

La lésion méniscale peut provoquer une douleur localisée qui diffuse parfois, un gonflement et parfois des blocages.

Que faire sur une lésion méniscale?

L'abstention :

L'abstention est la règle si les symptômes de la lésion ont progressivement disparus ou sont faibles, c'est à dire que le genou ne gêne plus, a dégonflé et qu'une marche normale a été reprise. Il est parfois nécessaire de temporiser quelques mois avant que la situation s'améliore. Après 50 ans il est recommandé d'attendre 6 mois entre le début des symptômes et une éventuelle intervention en l'absence de traumatisme ou de blocage aigu.

La méniscectomie :

La méniscectomie consiste en l'ablation de la lésion méniscale en laissant le maximum de ménisque sain. Elle doit donc être le plus économe possible.

Ce geste est simple, très efficace dans l'immédiat, mais c'est à long terme un facteur de risque d'usure avec des lésions cartilagineuses (chondropathies) et d'arthrose parfois prématurée particulièrement en cas d'association à d'autres facteurs de risque comme le surpoids.

Il est très important de bien comprendre le pronostic cartilagineux à moyen et à long terme de la méniscectomie particulièrement après 50 ans.

Les chiffres des études de la Haute Autorité de la Santé donnent

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

En quoi consiste une méniscectomie ?

Une méniscectomie consiste en l'ablation chirurgicale d'une partie du ménisque. Ce geste se pratique sous arthroscopie.

L'arthroscopie est une technique chirurgicale qui permet de voir et de réaliser des gestes opératoires dans une articulation et particulièrement le genou. Elle se pratique dans un bloc opératoire, sous anesthésie (générale ou locorégionale).

L'arthroscope est un tube de quelques millimètre 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 précis. La taille des instruments est aussi très petite.

L'installation du patient est importante car il faut passer entre fémur et tibia. La cuisse est fixée dans un étau. Le genou est gonflé de sérum physiologique.

Le premier temps opératoire consiste en une exploration de l'articulation, l'étude du cartilage, l'étude des ligaments croisés, le bilan méniscal interne et externe. Les lésions sont visualisées mais peuvent aussi être palpées, mobilisées afin d'être étudiées au mieux.

La méniscectomie consiste en l'ablation de la lésion méniscale en laissant le maximum de ménisque sain. Elle doit être le plus économe possible et si une suture peut être réalisé c'est préférable.

En pratique

La méniscectomie ne doit pas être systématique, elle s'adresse aux patients présentant des symptômes invalidants. Elle doit être économe pour conserver le capital méniscal, ce qui est important pour l'avenir cartilagineux particulièrement chez les sujets jeunes.

Quelle est l'alternative à la méniscectomie pour le patient ?

Pour une lésion méniscale isolée symptomatique, deux alternatives sont possibles, ne rien faire et temporiser ou faire une infiltration soit intra articulaire soit du mur méniscal en regard de la lésion éventuellement sous guidage échographique.

Quels sont les résultats de la méniscectomie ?

Les résultats à court terme sont bons avec une disparition des symptômes. La qualité des résultats est aussi fonction d'éventuelles lésions associées cartilagineuses par exemple. Un gonflement persistant est possible parfois plusieurs semaines. Si les symptômes persistent une imagerie de contrôle est à envisager.

Quelles sont les complications possibles d'une méniscectomie?

Les complications sont rares.

Malgré les progrès actuels de la chirurgie, et en particulier de la chirurgie du genou, le risque de complication existe. La méniscectomie sous arthroscopie fait partie des gestes de chirurgie mini invasive mais toute opération, si bénigne soit-elle et quelles que soient les précautions prises, implique un risque qui va de la complication minime à la complication majeure.

Complications pendant l'opération

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

Complications post opératoires (liste non exhaustive)

Elles sont le plus souvent bénignes et temporaires.

- Un hématome, une hémarthrose par saignement intra articulaire, une raideur du genou sont possible. Parfois ils nécessitent un traitement spécifique, ponction ou reprise chirurgicale.
- Des douleurs post opératoires trainantes, cutanées ou articulaires Un épanchement persistant.
- L'infection est toujours possible, elle nécessite un traitement associant ré-intervention(s) et antibiothérapie prolongée.
- La phlébite : elle peut survenir malgré la prévention par traitement anticoagulant
- L'algodystrophie toujours possible même si elle est exceptionnelle après ce type de chirurgie.

Cette énumération (incomplète) ne doit pas faire oublier que la ménisectomie a en le plus souvent des suites très simples.

Il est 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 surtout de votre type d'activité et des contraintes du trajet domicile travail. Une activité sédentaire peut être reprise après une dizaine de jour, une activité physique après 3 à 4 semaines en général. Il vous sera remis avec vos papiers de sortie.

Avant l'opération

Consultation d'anesthésie

Elle est indispensable comme avant toute intervention. Vous pourrez choisir entre anesthésie générale et anesthésie locorégionale dont les modalités, les avantages les risques et les inconvénients vous seront expliqués.

La prescription d'antalgiques et éventuellement d'anti-coagulants se fait pendant cette consultation : il faut les acheter et prévoir la venue d'une infirmière si un traitement anticoagulant est nécessaire.

Préparez et apportez vos documents

Bilan d'imagerie (radios, IRM..) 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 entrez 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 méniscectomie

Les objectifs

Le premier objectif est de retrouver une vie quotidienne normale dans les 2/3 semaines post- opératoires environ : genou peu ou pas gonflé, pas ou peu douloureux, fluide avec une marche normale.

Le deuxième objectif sera la reprise ultérieure des activités sportives.

Attelle post-opératoire

Une attelle n'est pas nécessaire.

Appui post-opératoire

L'appui complet est autorisé. L'utilisation de cannes anglaises n'est en général pas nécessaire. Elle est parfois préconisée 2 ou 3 semaines en cas de lésions cartilagineuses importantes associées.

Une marche normale en déroulant le pas peut être progressivement reprise.

Rééducation immédiate

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

Il n'est pas nécessaire de limiter la flexion mais il ne faut pas la forcer non plus.

Il est nécessaire de glacer le genou 3 fois par jour. L'activité doit être modulée en fonction des douleurs et du gonflement.

Consultation post-opératoire

Elle a lieu environ deux semaines après l'intervention. Le chirurgien vérifiera les cicatrices et vous prescrira éventuellement de la kinésithérapie. Celle ci n'est pas systématique elle dépend de l'évolution du genou.

Il vous précisera aussi les délais de reprise des différentes activités. Elle est variable en fonction de l'âge, du travail effectué, du type de sport pratiqué, du niveau sportif (compétiteur ou loisir). Chez les patients jeunes en l'absence d'autre lésion la reprise des sports en décharge (vélo natation) se fait en général à la fin du premier mois, les sports en charge (course) étant repris vers la fin du deuxième ou du troisième mois.

Le traitement des lésions associées sera mis en place si nécessaire:

Réduction d'une surcharge pondérale, prescription de semelles orthopédiques, prise en charge médicale des lésions cartilagineuses etc..