

Les lésions des ménisques

Brochure d'information médicale

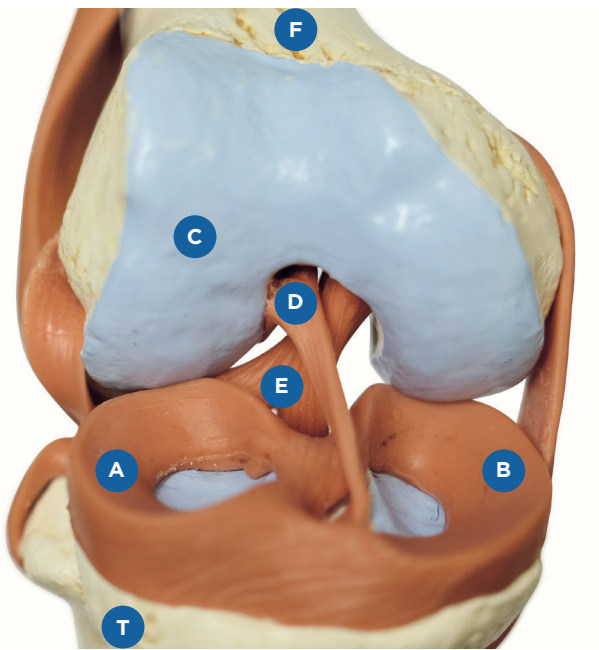


Lésions des ménisques

ANATOMIE

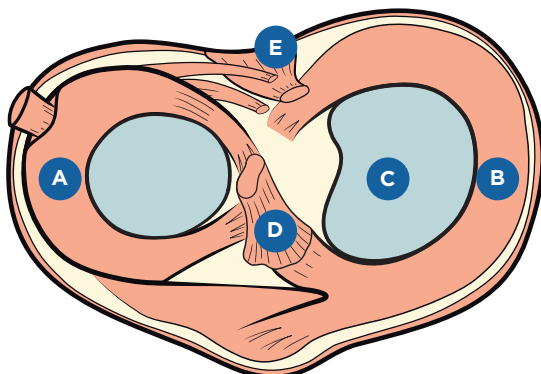
Les ménisques sont des coussinets de fibrocartilage (cartilage fibreux) en forme de croissant présents dans l'articulation du genou et fixés à la capsule articulaire. Mobiles par rapport aux surfaces cartilagineuses, leur fonction est de répartir la charge et de stabiliser l'articulation du genou.

Vue de face du genou droit



- A. Ménisque externe
- B. Ménisque interne
- C. Cartilage
- D. LCA (ligament croisé antérieur)
- E. LCP (ligament croisé postérieur)
- F. Fémur
- T. Tibia

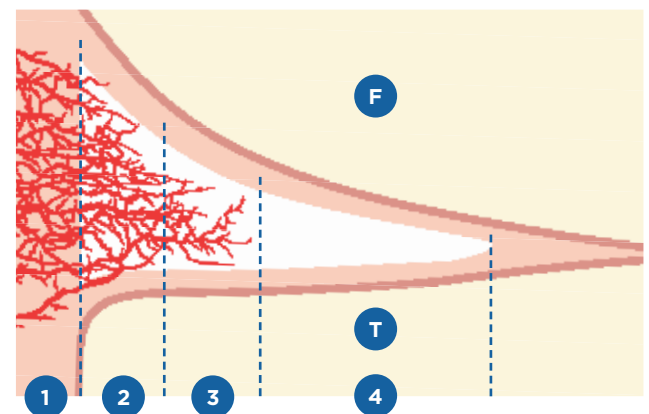
Vue supérieure des ménisques du genou



VASCULARISATION

Les ménisques sont irrigués en périphérie du genou par des vaisseaux sanguins. Ceux-ci proviennent de la capsule articulaire et irriguent le ménisque dans sa portion la plus épaisse. La partie centrale du ménisque, plus mince, est nourrie par imbibition par le liquide articulaire (synovie). La vascularisation joue un rôle clé dans le processus de cicatrisation.

Coupe du ménisque dans son épaisseur



1. La capsule articulaire est située en périphérie du ménisque. La vascularisation y est excellente.
2. La zone rouge est située dans la zone périphérique du ménisque. La vascularisation y est excellente et le potentiel de cicatrisation élevé.
3. La zone rouge-blanche est localisée dans la zone intermédiaire du ménisque. La vascularisation et le potentiel de cicatrisation y sont variables.
4. La zone blanche est au centre du ménisque. La vascularisation y est absente et le potentiel de cicatrisation faible.

LA DÉCHIRURE MÉNISCALE

Le ménisque peut être lésé en cas d'entorse du genou avec ou sans lésions ligamentaires associées. Le pronostic de guérison en cas de suture est d'autant plus favorable que la lésion est localisée en périphérie sur un ménisque sain et dans un genou stable.

Les coussinets méniscaux peuvent aussi se déchirer en cas de sollicitations excessives et répétées. Il s'agit alors de lésions d'usure dites dégénératives qui ont un faible potentiel de guérison. Dans cette situation, on observe souvent des lésions cartilagineuses associées qui sont synonymes d'une arthrose débutante.

Opération par arthroscopie

L'ARTHROSCOPE

Il s'agit d'un instrument optique que l'on introduit dans l'articulation à travers une incision de 5 mm. Ce «tube» est connecté par des tuyaux à un système d'irrigation (pompe) et par une fibre optique à une source de lumière. Relié à une caméra, ce système permet de visualiser sur un ou plusieurs écrans l'intérieur de l'articulation explorée.

Le genou est l'articulation qui est le plus souvent arthroscopée, mais toute articulation est susceptible de l'être.

L'arthroscopie du genou est indiquée aussi bien pour la chirurgie des ménisques que pour celle des ligaments et/ou du cartilage.

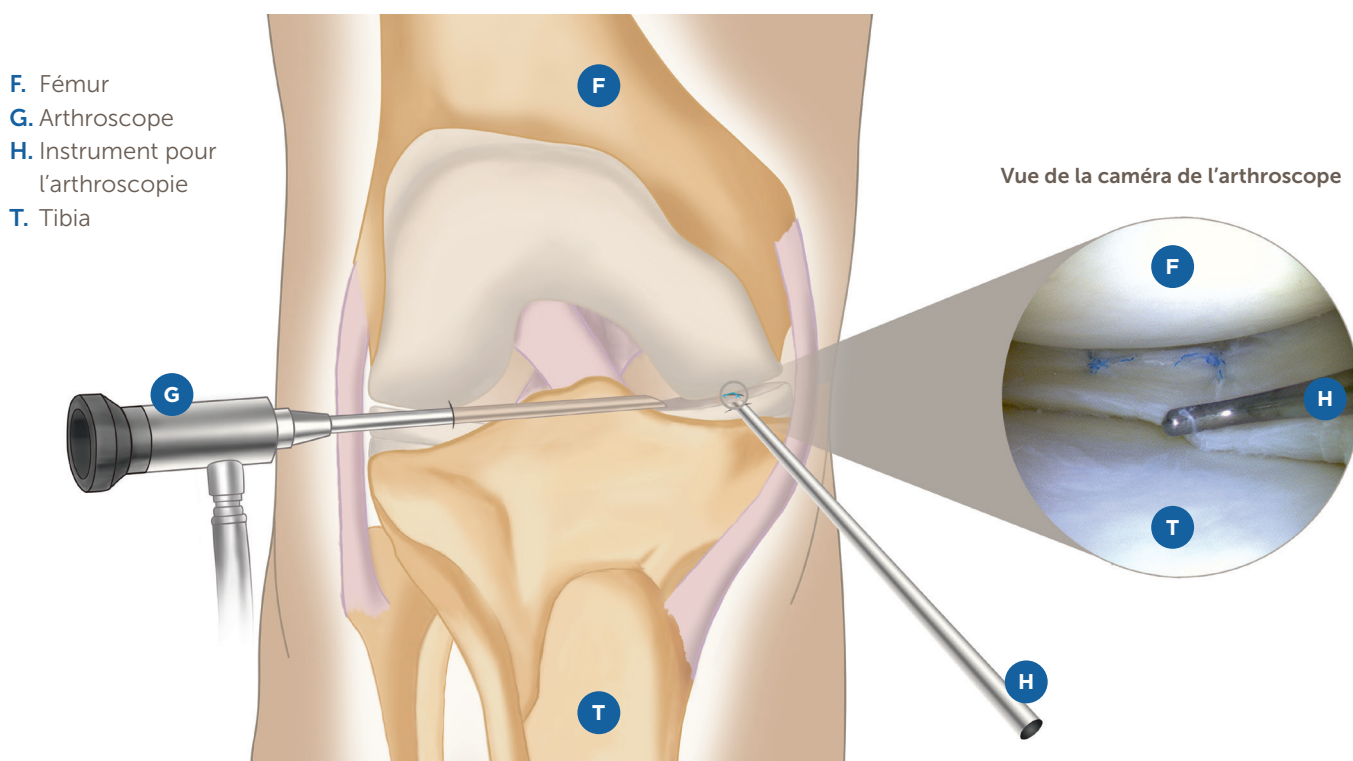
ARTHROSCOPIE

L'arthroscopie est une technique chirurgicale inventée au Japon. Introduite en Europe dans les années 1960, elle donne la possibilité d'explorer une articulation depuis l'intérieur, de visualiser et de palper les différentes structures. Au départ, l'arthroscopie était proposée à visée diagnostique, mais elle s'est rapidement imposée comme une technique chirurgicale à part entière avec l'avantage d'éviter l'ouverture de l'articulation.

Des gestes chirurgicaux sont réalisés sous contrôle visuel par des instruments miniaturisés introduits à travers de petites incisions cutanées. La panoplie de ces instruments s'est considérablement étoffée ces dernières années et parallèlement les possibilités chirurgicales. L'arthroscopie a l'avantage de faciliter la récupération postopératoire et vous offre plus de confort.

L'intervention peut être filmée ou documentée par des photographies aux moments-clés de l'opération.

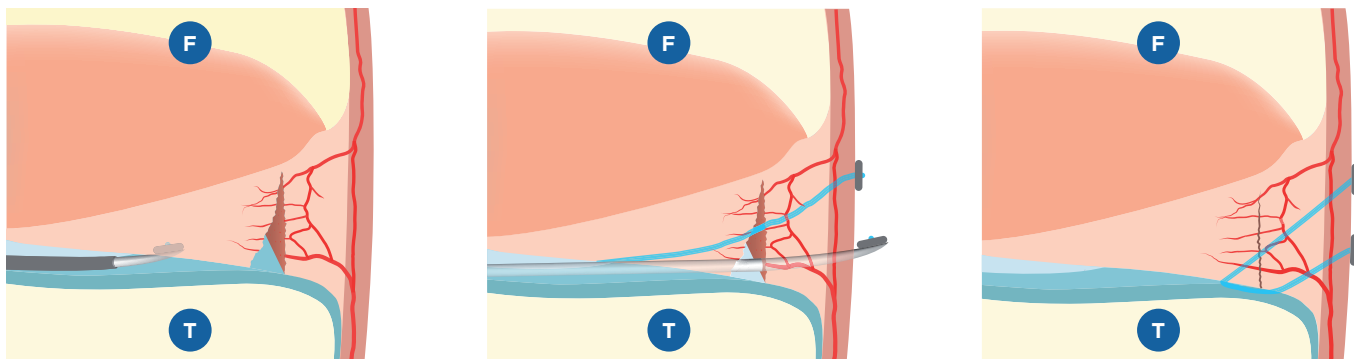
Vue de face du genou droit avec les points d'entrée de l'arthroscope et des instruments dans le genou



Suture du ménisque

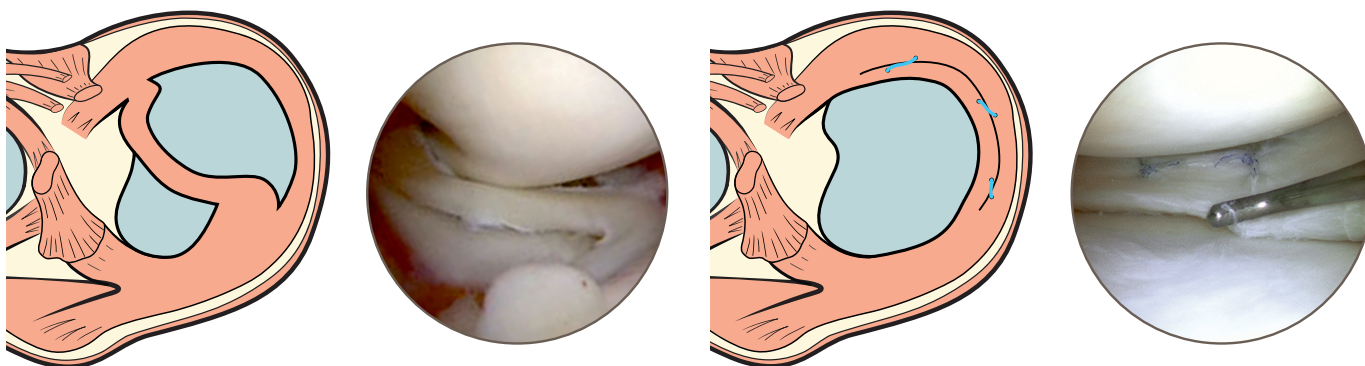
1. SUTURE MÉNISCALE

Dans la mesure du possible, il faut suturer les déchirures méniscales. Pour ce faire, nous employons de petites ancres résorbables que l'on dépose tels de petits harpons dans la capsule articulaire en arrière du ménisque. Les ancres sont reliées entre elles par un fil qui est noué sous tension dans l'articulation.



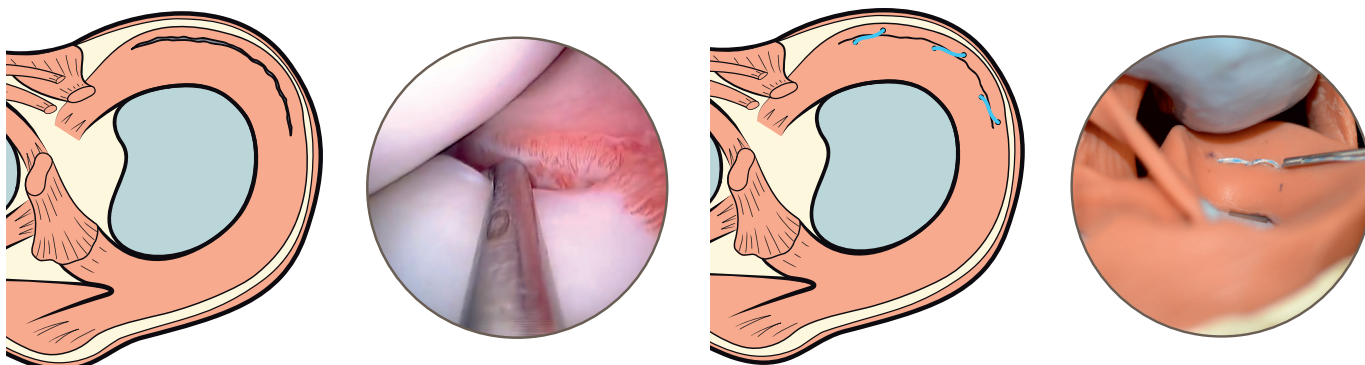
2. DÉCHIRURE EN ANSE DE SEAU DU MÉNISQUE INTERNE DROIT

Ci-dessous, vous trouverez un visuel d'une déchirure complexe en lambeau avec une luxation de toute la partie postérieure et médiane du ménisque interne. Étant donné que la déchirure est située en zone rouge-blanche vascularisée, on procède d'abord à la réduction de la luxation du lambeau méniscal, puis à sa suture par plusieurs points de fixation.



3. FRACTURE DU MÉNISQUE INTERNE DROIT EN CAS DE DÉCHIRURE SIMULTANÉE DU LCA

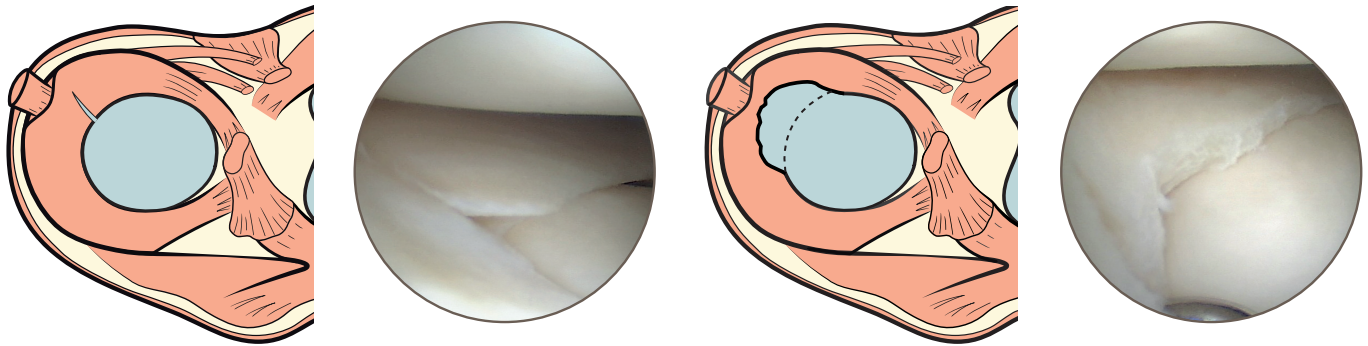
Il s'agit d'un cas typique de lésion très favorable à une réparation par suture. Le pronostic est d'autant meilleur en cas de reconstruction simultanée du ligament croisé antérieur. La lésion est située en zone bien vascularisée à haut potentiel de cicatrisation. Le type de réparation est une suture fixant les deux berges de la lésion dans leur position d'origine.



Résection partielle du ménisque

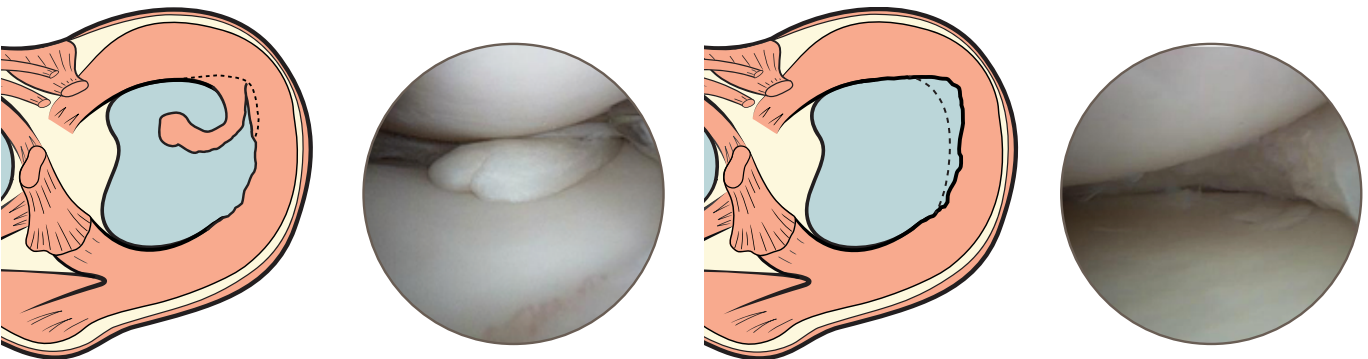
1. DÉCHIRURE RADIAIRE DU MÉNISQUE EXTERNE DROIT

La configuration de cette lésion en zone blanche-blanc ne se prête pas bien à une suture seule. La résection partielle est obligatoire, mais doit être aussi économe que possible en préservant au maximum le ménisque sain. Une suture complète fréquemment le traitement et évite que la lésion se prolonge ou récidive.



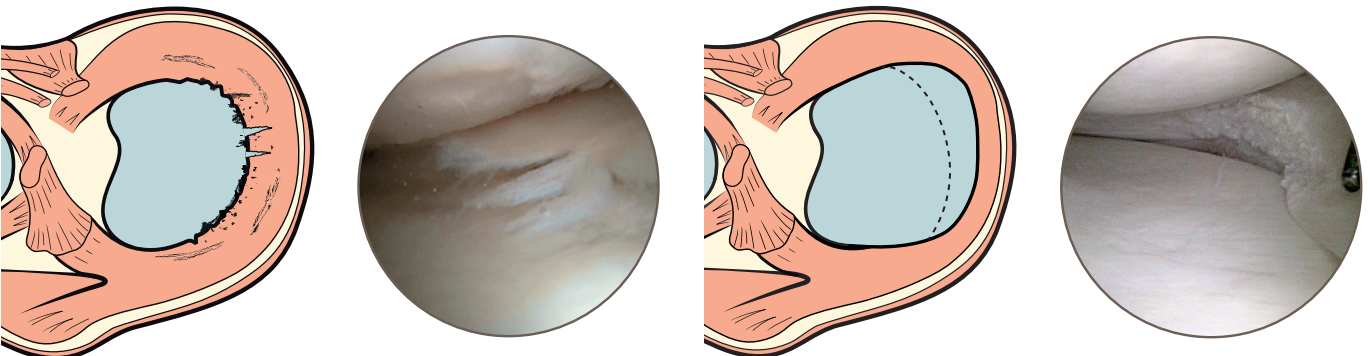
2. DÉCHIRURE OBLIQUE AVEC LAMBEAU EN BATTANT DE CLOCHE DU MÉNISQUE INTERNE DROIT

Cette lésion ne laisse pas d'autre solution que la résection de la languette méniscale. Une résection économe permet au reste du ménisque sain de continuer à jouer son rôle d'amortisseur et de stabilisateur. Ces lésions sont plus fréquentes dans le compartiment médial.



3. DÉCHIRURE D'ORIGINE DÉGÉNÉRATIVE DU MÉNISQUE INTERNE DROIT

Il s'agit de lésions d'usure qui s'accompagnent de lésions du cartilage plus ou moins avancées. Une suture ne peut être envisagée et seule la résection des lambeaux méniscaux est indiquée. Le traitement arthroscopique ne modifie pas le pronostic et n'est indiqué qu'en cas de blocages ou de douleurs vives.



Suites opératoires

APRÈS L'OPÉRATION

Dès que vous aurez récupéré de votre anesthésie, vous serez invité à vous mettre debout et à faire quelques pas. Une physiothérapie peut être proposée sous forme de massage drainant, réveil musculaire et école de marche. Un traitement ambulatoire est la règle pour des résections simples du ménisque, l'hospitalisation est possible en cas de suture.

RETOUR À LA VIE ACTIVE

Après une suture ou une résection d'une partie du ménisque, il est possible de marcher en appui sans limitation de la charge, si les douleurs le permettent. Il faut éviter de laisser le genou fléchi trop longtemps et se garder des porte-à-faux (pas de pied sur une chaise!). En cas de suture, la flexion du genou est limitée à 90° pendant les 4 premières semaines. Un programme personnalisé vous sera proposé en fonction du traitement pratiqué, de votre âge et de vos capacités sportives.

À LA SORTIE DE LA CLINIQUE

En quittant la clinique, vos douleurs doivent pouvoir être contrôlées par une médication simple. Vous devez avoir compris et savoir pratiquer les différents exercices à faire à la maison.

TRAITEMENT MIXTE

Une suture peut être associée à une résection méniscale en cas de lésion complexe. Les languettes centrales (zone blanche) non vascularisées sont excisées et le «mur» méniscal soit la partie localisée en zone rouge est ensuite suturé pour préserver la fonction du ménisque. Le pronostic est favorable si la partie suturée est bien vascularisée.

LES SUITES

Les petites incisions pratiquées pour l'arthroscopie sont généralement fermées par des points de suture. L'ablation des fils est réalisée après 8-10 jours au cabinet médical.

En cas de saignements, les pansements doivent être changés et les plaies désinfectées. Si les plaies sont sèches après 4 jours, les fils de suture peuvent rester à l'air libre moyennant une désinfection une fois par jour. En cas de rougeur ou d'écoulement suspect, il faut en référer immédiatement à votre chirurgien.

La physiothérapie est facultative. Elle est présente si le médecin la juge nécessaire en plus des conseils prodigués par la physiothérapeute lors votre séjour en clinique.



Complications possibles

DOULEUR

La douleur est normale, mais peut être soulagée par des médicaments d'usage courant (anti-inflammatoires et paracétamol). Si la douleur est vive ou perdure, il faut tenir votre chirurgien au courant de cette évolution.

HÉMATOME

Toute intervention entraîne un saignement. Parfois, le volume de sang qui s'accumule dans le genou devient trop important; ce qui entraîne douleurs et gonflement. Une ponction pour évacuer les caillots peut s'avérer nécessaire et apporter un grand soulagement.

INFECTION

L'infection constitue un risque pour toute opération. Au niveau du genou, c'est une complication rare, mais qu'il faut suspecter en cas de douleurs, fièvre, gonflement du genou ou de rougeur anormale de la peau. Il est impératif d'informer votre chirurgien de la situation. On pourra ensuite identifier le microbe responsable avant de mettre en route un traitement antibiotique adapté. Le traitement de l'infection postopératoire est chirurgical.

THROMBOSE

La thrombose est la formation d'un caillot sanguin dans une veine qui ralentit le retour sanguin et crée un gonflement douloureux dans la jambe. Pour prévenir cette complication on recommande une rééducation à la marche précoce, la surélévation de la jambe et un traitement antithrombotique en cas de risque. La complication qui peut accompagner la thrombose est l'embolie pulmonaire par migration du caillot.

SYNDROME DOULOUREUX REGIONAL COMPLEXE

Également appelé Maladie de Südeck, ce syndrome se présente sous forme de douleurs précoces, d'œdèmes et d'une raideur articulaire. L'origine de cette complication est inconnue à ce jour et l'évolution vers la guérison est souvent longue.

RAIDEUR

La raideur constitue un risque pour toute intervention intra-articulaire. Elle se traduit par une limitation de la flexion ou/et de l'extension du genou. La raideur est le plus souvent due à des adhérences qui se forment à l'intérieur de l'articulation. Elle peut nécessiter une éventuelle mobilisation sous anesthésie ou plus tard une arthrolyse (libération des adhérences), intervention qui peut être effectuée sous arthroscopie. La rééducation postopératoire joue un rôle fondamental dans la prévention de cette complication.

COMPLICATIONS CUTANÉES

La cicatrice peut être douloureuse et/ou s'accompagner de zones d'anesthésie ou au contraire de zones hypersensibles. L'étirement ou la lésion de petits nerfs cutanés en est responsable. Le désagrément est passager dans la plupart des cas, mais un traitement peut parfois s'avérer nécessaire.

ARTHROSE

L'ablation d'une grande partie du ménisque peut conduire à l'arthrose à plus ou moins court ou moyen terme. L'évolution vers l'arthrose n'est toutefois pas toujours liée au geste chirurgical mais plus à l'état préopératoire du genou.

En savoir plus

QUESTIONS FRÉQUENTES ET INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Scanner le QR code pour trouver
les réponses à vos questions.



Sur le site [medicol.ch](https://www.medicol.ch), vous trouverez les compléments d'informations détaillées concernant votre problème de genou avec des vidéos explicatives.

L'objectif est de vous informer, de vous rassurer et de vous donner les moyens de participer avec l'équipe soignante au succès de votre intervention.

La philosophie de Medicol repose sur un accompagnement rapproché durant la phase qui précède votre hospitalisation, lors de votre séjour à la clinique et pour toute la période qui suit l'opération.

Vous pouvez avant votre intervention lire tranquillement cette brochure et les autres documents contenus dans votre dossier et vous référer aux informations disponibles sur le site [medicol.ch](https://www.medicol.ch).

Votre médecin se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

L'objectif de ce document est de vous donner les réponses aux questions que vous vous posez. Il ne présente cependant que des généralités. Il ne remplace pas les informations que vous donne votre médecin sur votre propre état de santé et ne prévaut pas sur celles-ci.

