

PATHOLOGIE MENISCALE

Introduction : la pathologie méniscale et les interventions sur les ménisques représentent la première cause d'intervention en chirurgie orthopédique.

1° Rappel anatomique :

La congruence articulaire entre le fémur et le tibia est améliorée par deux ménisques, ménisque interne en forme de C et le ménisque externe en forme de O qui ont un double rôle de « joint » et d'« amortisseur » ce qui permet d'améliorer la complémentarité ou congruence articulaire en limitant par ailleurs les contraintes mécaniques. Ces structures méniscales sont parfois lésées dans des mouvements extrêmes ou dans des contraintes inhabituelles du genou. Ces ménisques ne sont que très partiellement vascularisés, ce qui explique les lésions méniscales qui cicatrisent très rarement spontanément. Il faut savoir qu'avec l'âge et le temps on peut observer des lésions « dégénératives » des ménisques qui ne justifient pas forcément une intervention chirurgicale.

2° Pathologie méniscale :

Les ménisques, lors d'un traumatisme sportif ou anodin « en se levant du lit » ou en s'accroupissant peuvent se fissurer, se déchirer ou se rompre occasionnant ainsi des phénomènes douloureux voire des blocages du genou gênant ou empêchant l'extension ou la flexion forcée. Ces phénomènes peuvent s'accompagner d'un gonflement du genou avec épanchement articulaire.

Une arthrose du genou peut également, outre l'usure du cartilage articulaire entraîner une dégénérescence des ménisques qui se fissurent.

Parfois le genou est complètement bloqué en demi-flexion, ceci est dû à une déchirure circonférentielle du ménisque, la partie déchirée vient se luxer en avant du condyle fémorale entraînant le blocage (lésion en « anse de seau »)

3° Diagnostic d'une lésion méniscale :

Le diagnostic d'une lésion méniscale se fait à la suite d'après vos symptômes lors de l'entretien ou de l'interrogatoire par votre chirurgien puis un examen de votre genou et enfin au mieux par une IRM qui est

l'examen de référence pour la pathologie méniscale, (les radiographies réalisées de façon systématique auparavant ne permettent pas de visualiser les lésions méniscales). L'arthro-scanner permet également de visualiser dans la majorité des cas les lésions méniscales.

Il faut savoir que dans un petit nombre de cas, les examens complémentaires ne permettent pas de mettre clairement en évidence les lésions méniscales.

4° Traitement :

Sauf exception, les lésions méniscales ne guérissent pas spontanément, il existe donc deux options thérapeutiques : soit l'abstention si la lésion est bien tolérée par le patient et si elle n'est pas gênante dans ses activités habituelles ou les sports pratiqués, soit une intervention chirurgicale par arthroscopie qui permet d'enlever la partie méniscale lésée et faire disparaître les phénomènes douloureux d'origine méniscale.

Il est essentiel de savoir que la ou les méniscales peuvent coexister avec une atteinte dégénérative du cartilage, chondropathie, ulcérations, arthrose, qui peuvent pour leur propre compte engendrer les phénomènes douloureux qui risquent de persister après l'intervention chirurgicale.

Votre chirurgien vous le précisera puisqu'il sera en mesure de par l'intervention arthroscopique d'évaluer dans son ensemble l'état de l'articulation de votre genou.

L'ARTHROSCOPIE :

Il s'agit d'une intervention chirurgicale réalisée au bloc opératoire, par un médecin habilité qui permet de visualiser l'ensemble de l'articulation du genou et de traiter un certain nombre de lésions.

L'intervention chirurgicale d'arthroscopie se fait en chirurgie ambulatoire (entrée le matin et sortie le soir).

L'intervention se déroule sous anesthésie loco régionale, rachi anesthésie ou anesthésie générale et consiste à introduire par une voie d'abord de quelques mm une caméra à l'intérieur du genou pour visualiser l'ensemble des structures intra articulaires et faire le point sur l'état du cartilage des 3 compartiments du genou, l'état méniscal et l'état ligamentaire ; la présence

de corps étrangers intra articulaires et une pathologie synoviale peuvent être également évaluées et traitées.

Dans certains cas très particuliers, il est possible sur certaines lésions de réaliser une suture méniscale ; votre chirurgien jugera de l'opportunité de cette indication.

Une voire deux autres voies d'abord visent à introduire dans l'articulation un instrument dit palpateur qui permet de juger de l'état physique du cartilage, des structures méniscales ou ligamentaires et d'introduire d'autres instruments pour traiter les lésions méniscales ou ligamentaires (pince à résection, shaver ou aspirateur).

L'intervention d'arthroscopie se déroule sous un flux continu qui permet un lavage permanent du genou qui améliore la visualisation et le travail chirurgical en réduisant considérablement le risque infectieux.