

# IRBMS

## Institut Régional du Bien-être, de la Médecine et du Sport Santé

NORD-PAS-DE-CALAIS – WWW.IRBMS.COM

**Titre :** « Traitement des lésions méniscales. »

**Auteur(s) :** Professeur Gilles PASQUIER.

**Catégories :** Traumatologie du sport - Diaporama : 48 vues / Poids : 2 Mo

**Date :** Novembre 2010 - 15<sup>e</sup> Congrès Arformes Irbms

**Rappel :** Ce diaporama, propriété exclusive de son/ses concepteur(s), ne peut être reproduit, ni diffusé en public, même partiellement sans autorisation expresse écrite. Pour ce faire veuillez nous envoyer votre demande à l'adresse suivante : [contact@medecinedusport.fr](mailto:contact@medecinedusport.fr)

**Note :** **Attendre le chargement** du diaporama puis utilisez la **Barre d'espacement** de votre clavier ou la roulette de votre **souris** pour passer d'une diapositive à l'autre.



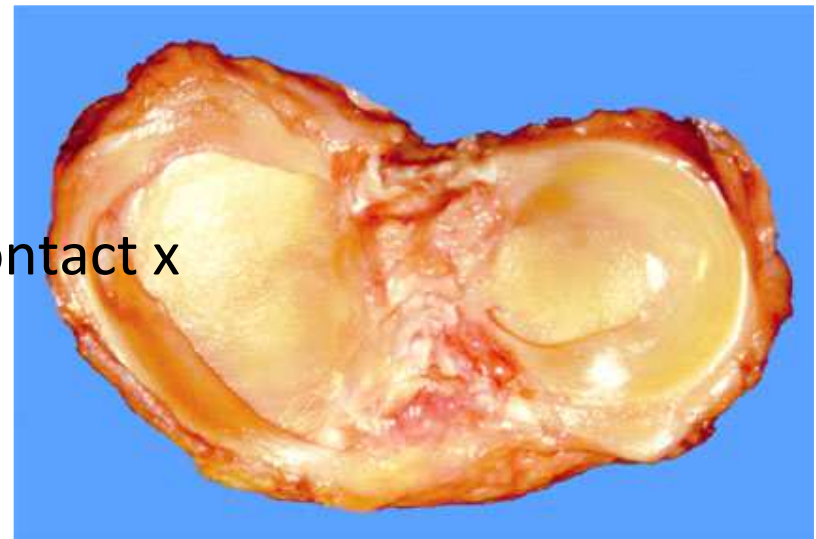
# Traitement des lésions méniscales

**Gilles PASQUIER**

**CHRU de Lille**

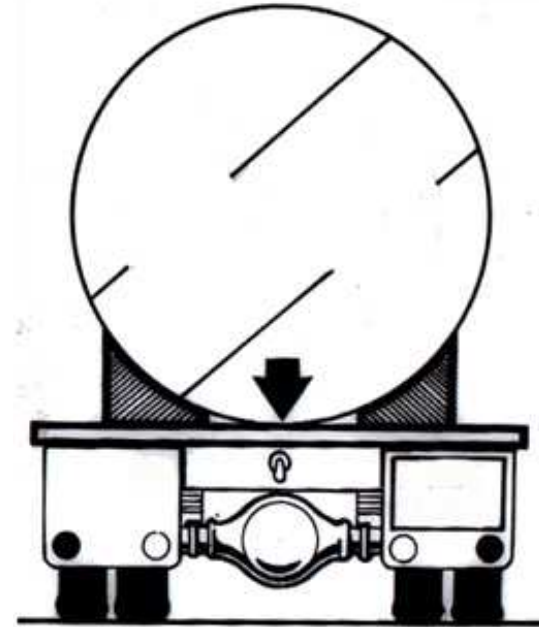
# Rappel anatomique et fonctionnel

- Importance du rôle des ménisques
  - Environ 60% espace entre cartilages T et F
  - Transmission de 50% des forces de compression
  - Après méniscectomie
    - Diminution de la surface de contact de 50% TF
    - Augmentation forces de contact x 2 – 3
    - Retentissement cartilage

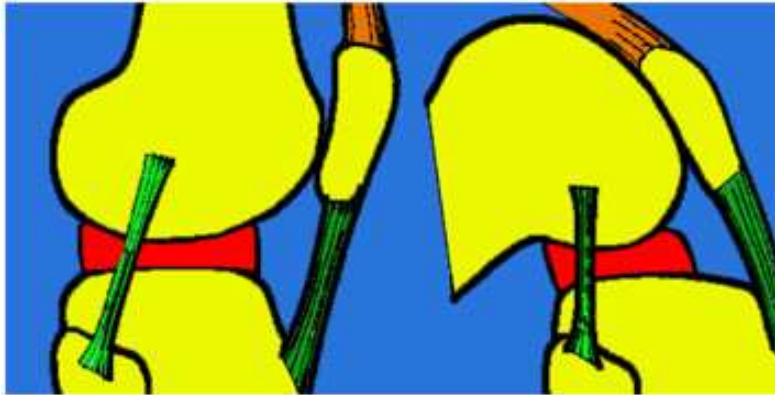


# fonctions ménisques

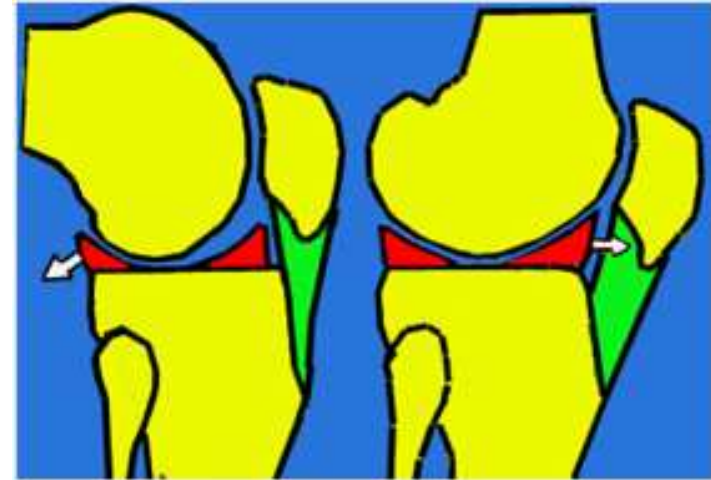
- espaceur entre surfaces articulaires
  - Amélioration de la congruence articulaire
- Répartition et transmission de contraintes
  - 50 % des forces de compression en extension
  - 85% en flexion à 90°
- absorbeur de choc pendant le mouvement
- élément de stabilisation du genou
- Lubrification articulaire



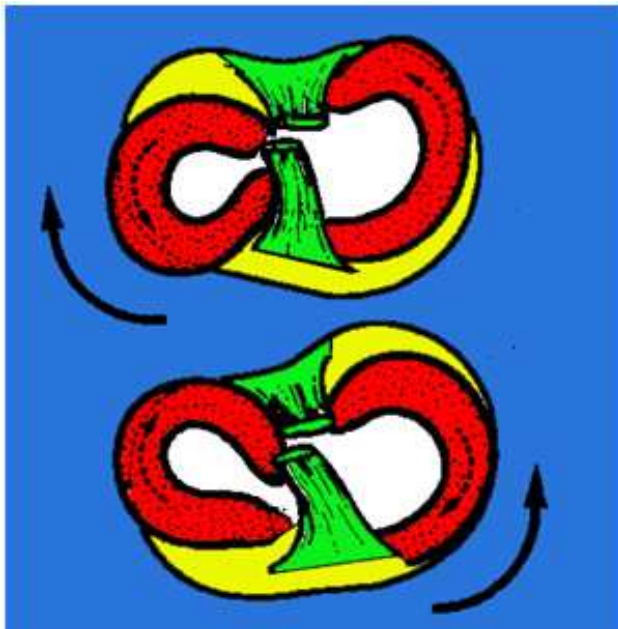
## Mobilité des ménisques (genou D)



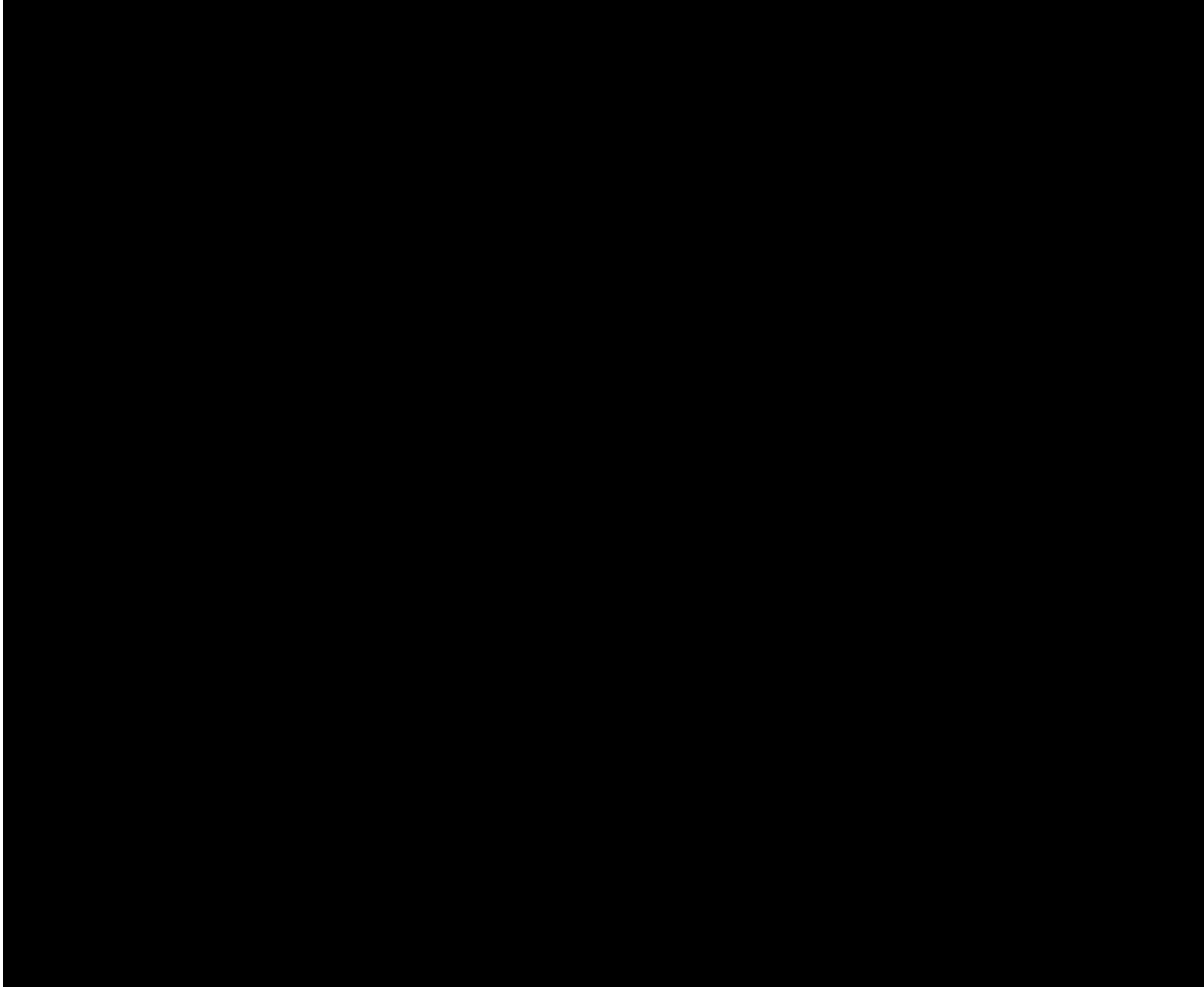
**Le ménisque externe avance en extension et recule en flexion**



**Le ménisque interne est moins mobile**

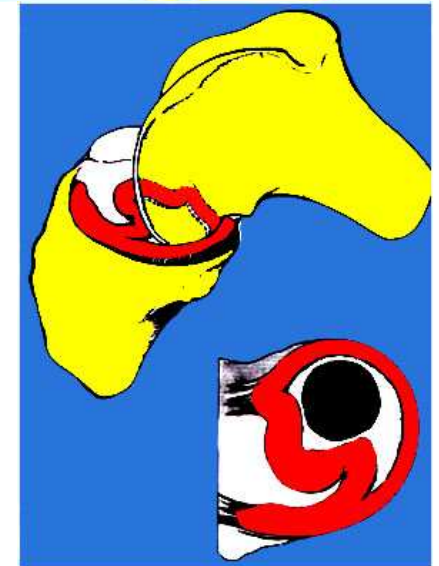
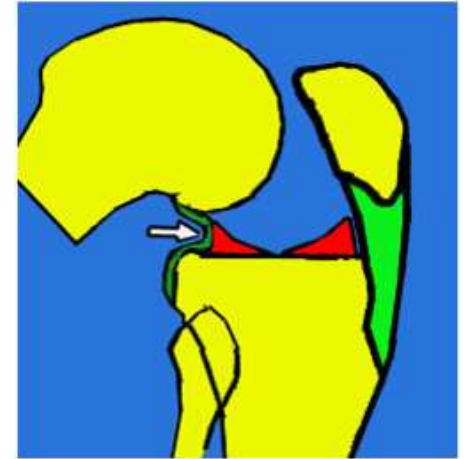


# Ménisques normaux



# Signes méniscaux

- Douleur
  - latérale (interne ou externe)
  - à la marche, en rotation, à l'accroupissement
- Douleur à la pression des interlignes FTI ou FTE
- Blocages
- flessum
- Manœuvres méniscales +



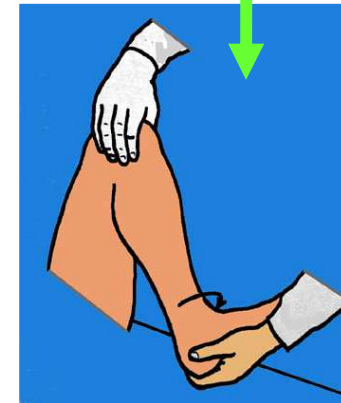
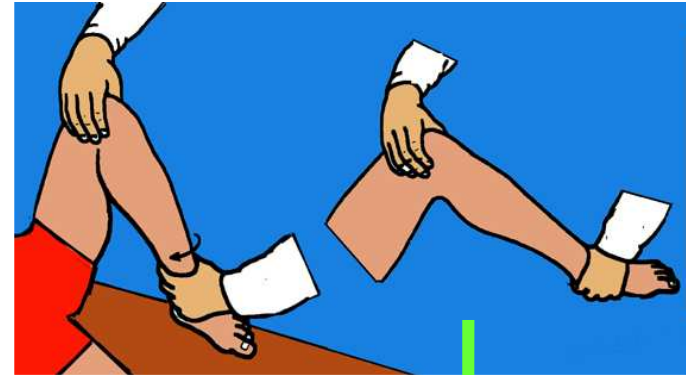
# Examen clinique couché

- Manœuvres méniscales
  - **Douleur à la pression** de l'interligne lors de l'extension
  - **Grinding test**
    - Patient en DV,
    - genou fléchi à 90°,
    - compression par appui sur le pied et mouvements de torsion externe (ME), interne (MI)

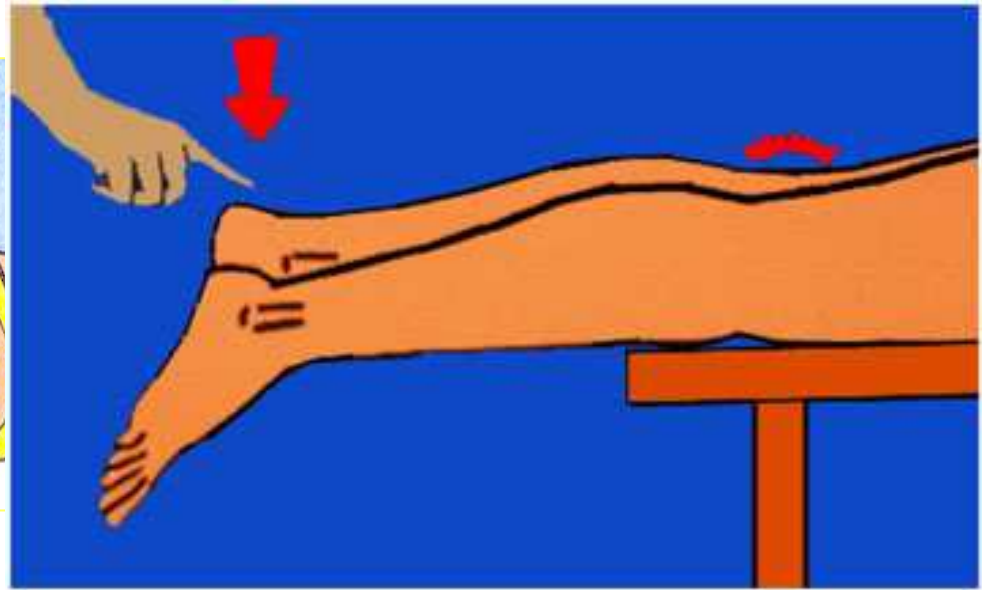
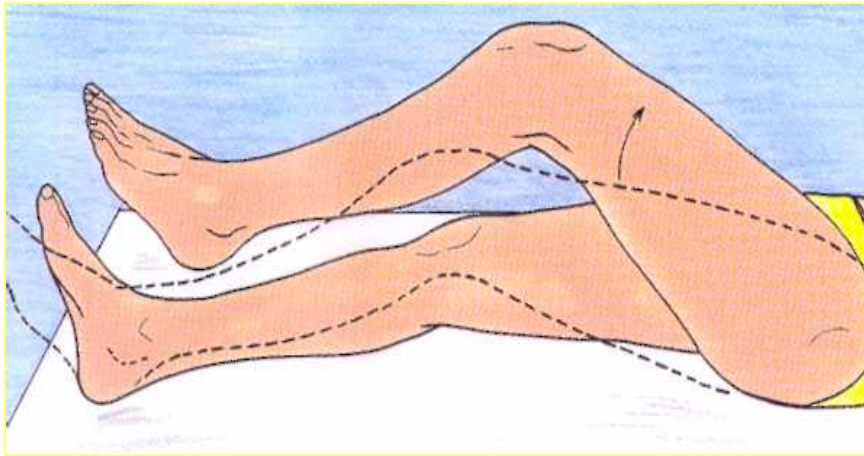


# Examen clinique couché

- Manœuvres méniscales
  - **Mac Murray**
    - Douleur par mise en extension du genou fléchi en le bloquant en RE et en mettant un doigt sur l'interligne interne (partie antérieure)
  - **Cabot**
    - Genou fléchi en tailleur, pouce dans l'interligne externe, extension du genou pied maintenu en RI



# Flessum non réductible



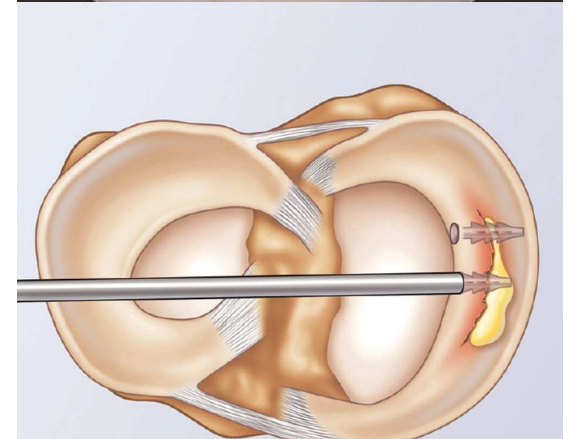
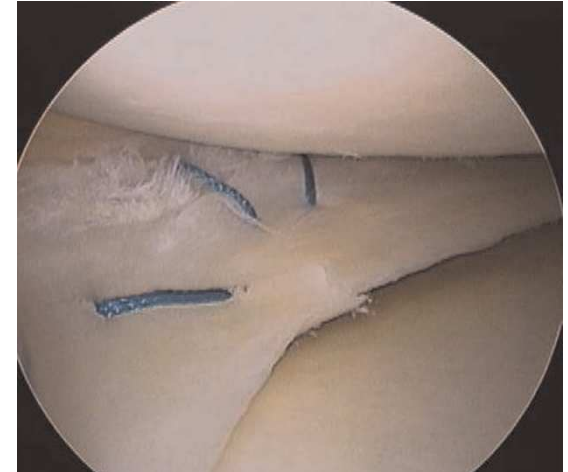
# Diagnostic

- Imagerie IRM
  - Clivage horizontal
  - Bonne spécificité
  - Attention faux positifs
- Arthroscanner



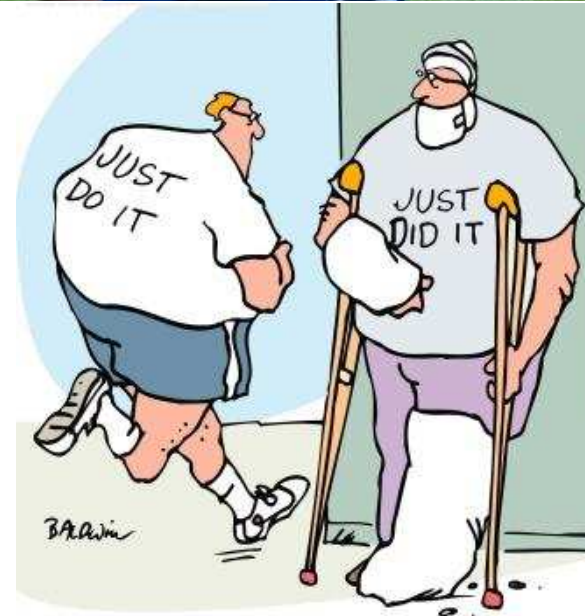
# Traitement des lésions méniscales

- Traitement non chirurgical
- Méniscectomie partielle
- Réparation méniscale
  - Suture
  - Fixation
- Transplantation méniscale



# types de lésions méniscales

- Types de lésions
  - Lésions méniscales traumatiques
  - Lésions dégénératives des ménisques
    - Accompagnant arthrose
    - Isolées
  - ~~Lésions méniscales congénitales~~



# Lésions méniscales traumatiques

- En leur faveur
  - Traumatisme récent
  - Ou épisode de blocage aigu +/- intervalle libre
    - Sportif de 30-40 ans
- Crises articulaires douloureuses
  - Pour même mécanisme
  - Pour des accidents de + en + bénins



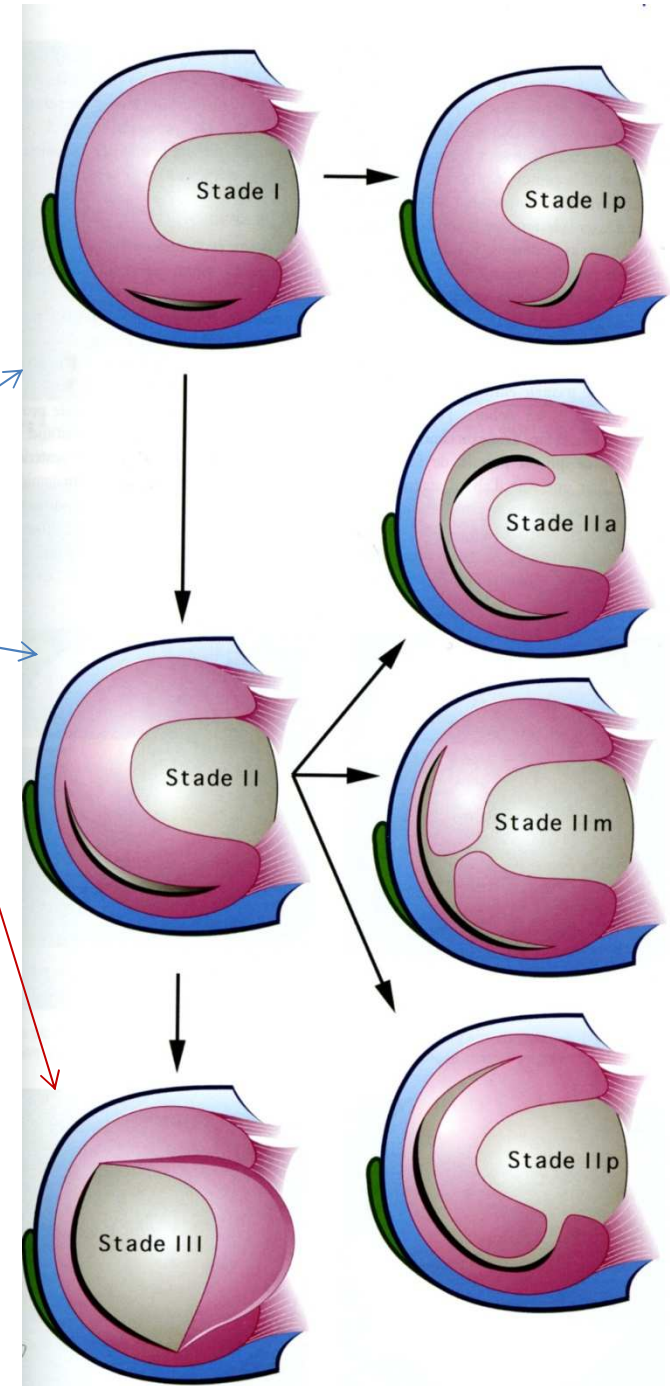
# Lésion traumatiques

- Épidémiologie
  - 4,2 F vs 9 H pour 10 000 hab (acta O scand 1990)
  - 75% sur Ménisque médial
  - Âge médian de 45 ans avec 35% > 50 ans
- Lésions associées
  - Cartilagineuses: Rotuliennes (45%), Fém-tibiales (22%)
  - Ligamentaires (LCA) variables



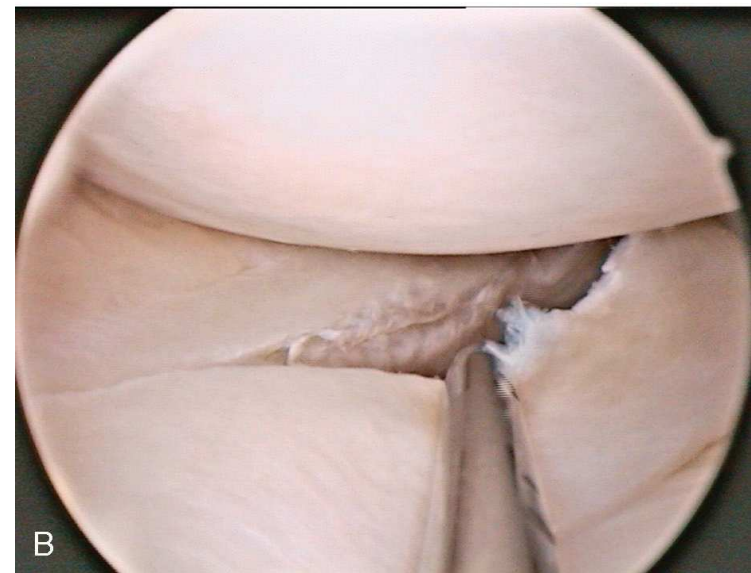
# Lésions méniscales sur genou stable

- **Lésions ménisque médial**
  - Typiquement lésion verticale (60%)
  - **Languette** (19%)
  - Fréquente **anse de seau** (21%)
  - Topographie postérieure (98%)
    - Extension segment moyen (28%)
- **Lésions ménisque latéral**
  - 68% traumatiques
  - Lésions horizontal + fréquentes (25-50%)
  - Kystes méniscaux (1,5%)



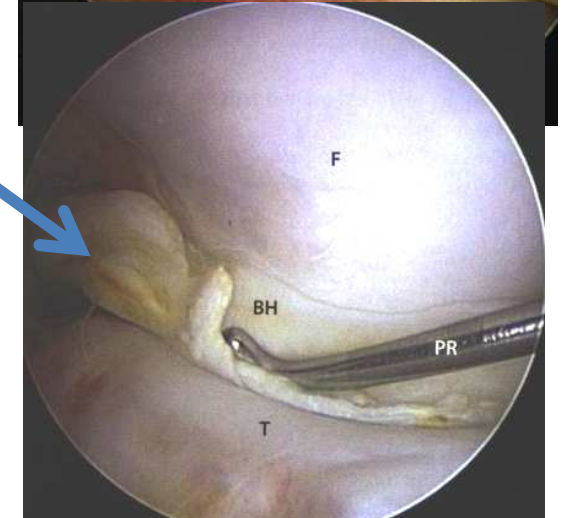
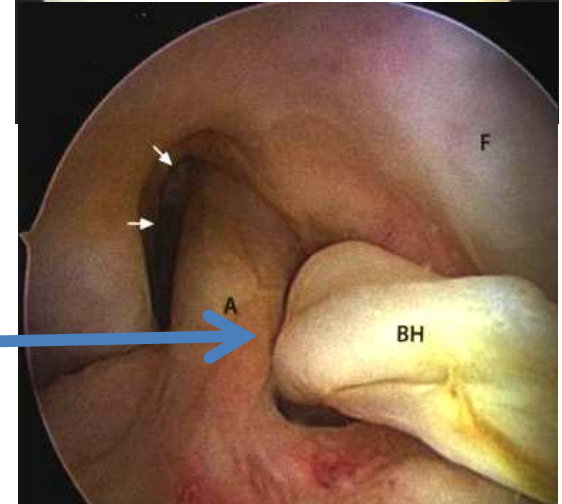
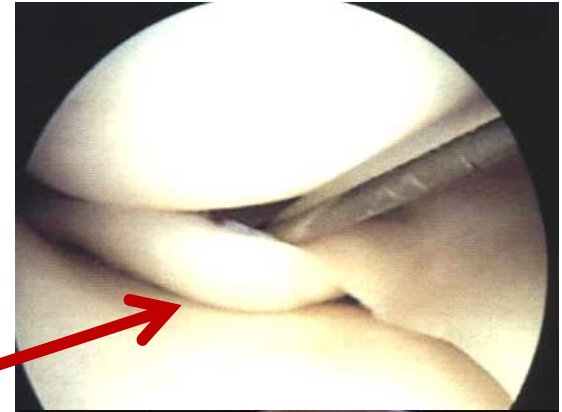
# Lésions méniscales traumatiques

- Lors de l'arthroscopie
  - Lésion avec composante verticale
    - Fissure longitudinale ou lambeau
    - Classification de Trillat
  - Lésions intra articulaires variables
  - Tissu méniscal lisse ferme
    - Ps de dégénérescence mixoïde



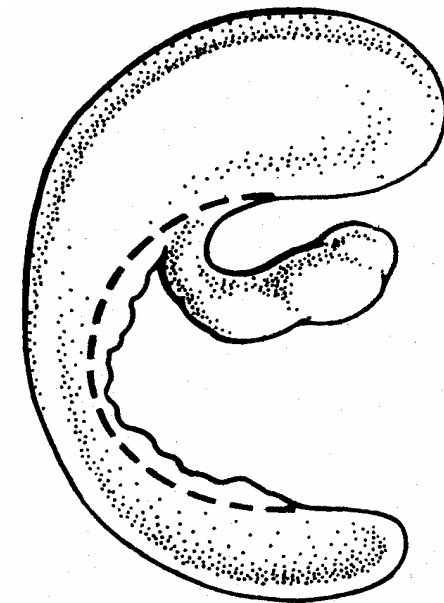
# Lésions traumatiques

- **Verticales longitudinales**
  - **Peu évoluées**
  - Lambeau ou languette
  - **En anse de seau**
- Lésions radiales
- Clivages horizontaux
- Lésions complexes



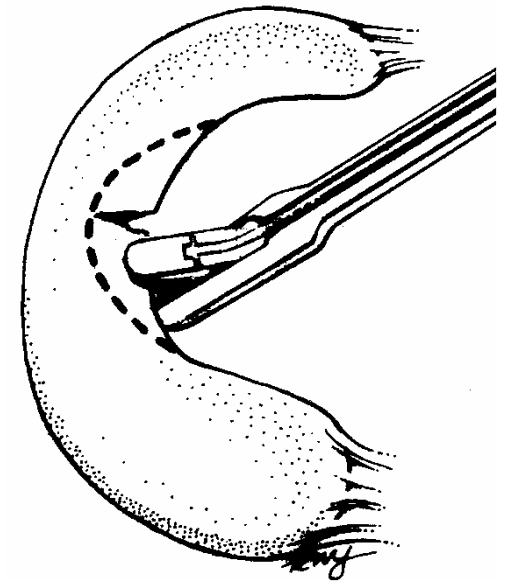
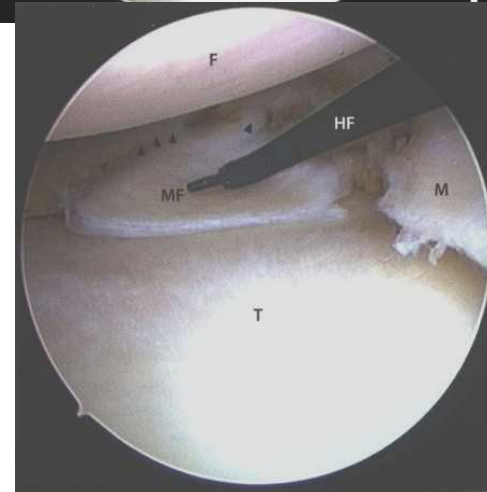
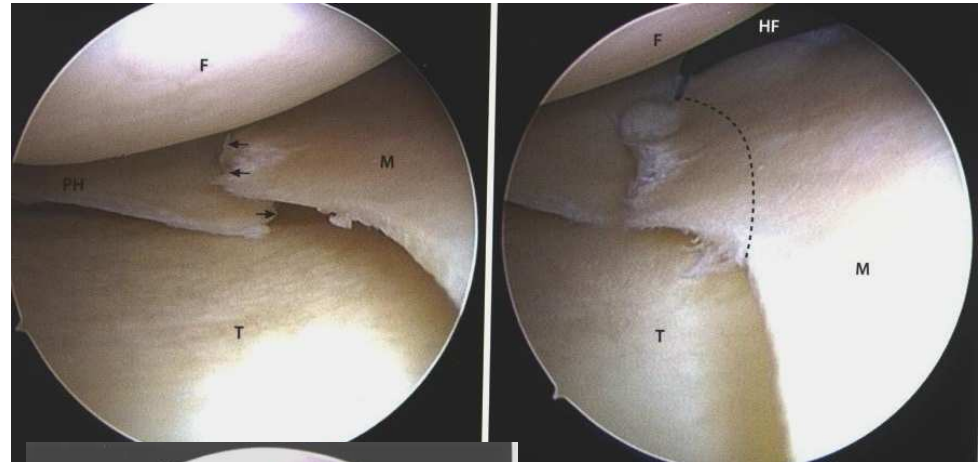
# Lésions traumatiques

- **Verticales longitudinales**
  - Peu évoluées
  - **Lambeau ou languette**
  - En anse de seau
- Lésions radiales
- Clivages horizontaux
- Lésions complexes



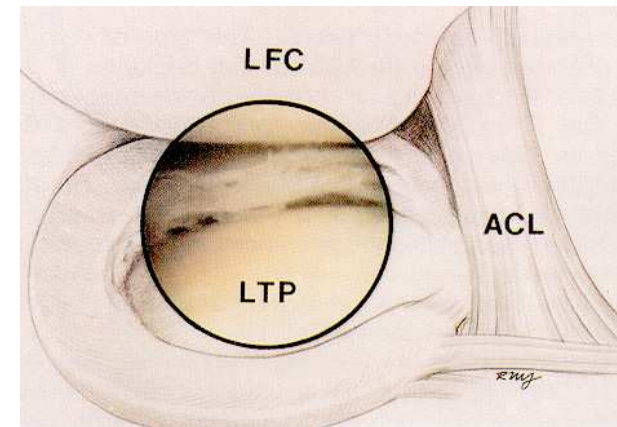
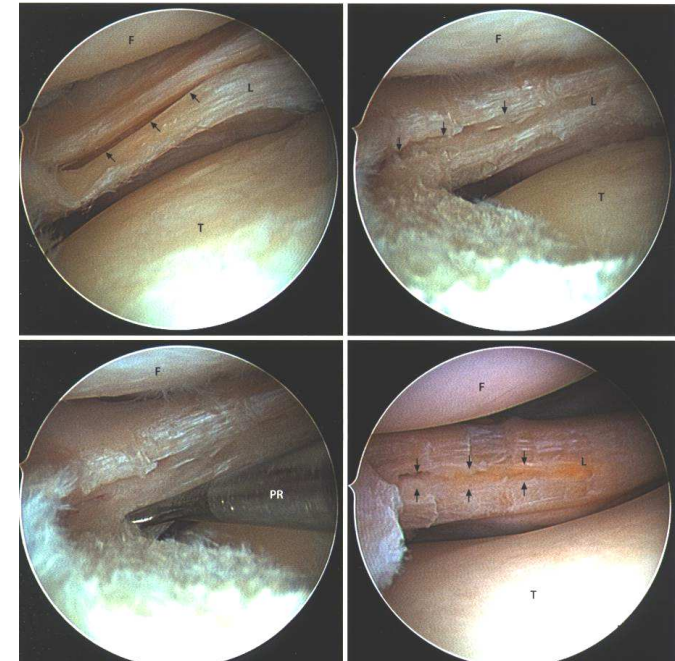
# Lésions traumatiques

- Verticales  
longitudinales
  - Peu évoluées
  - Lambeau ou  
languette
  - En anse de seau
- **Lésions radiales**
- Clivages horizontaux
- Lésions complexes

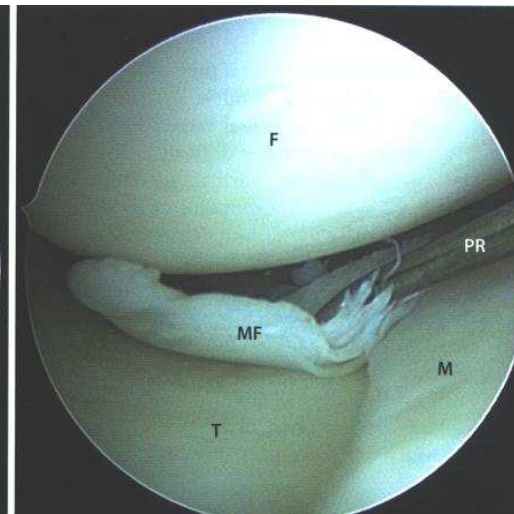
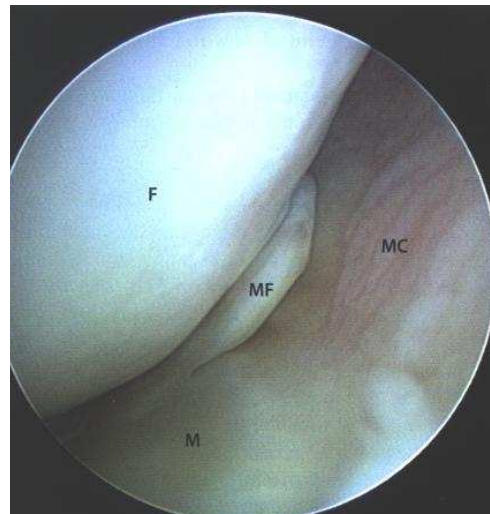
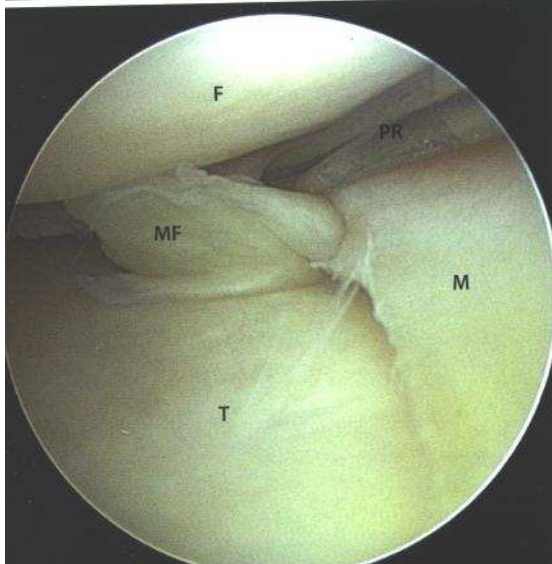
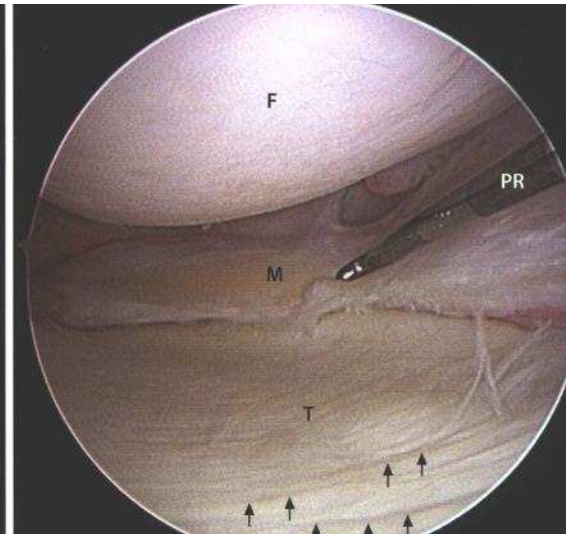
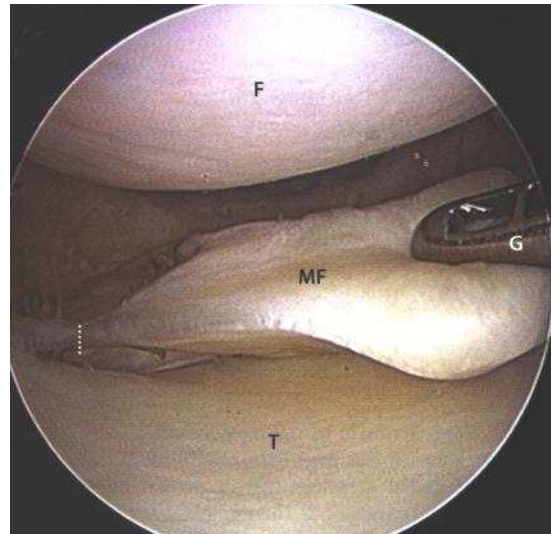
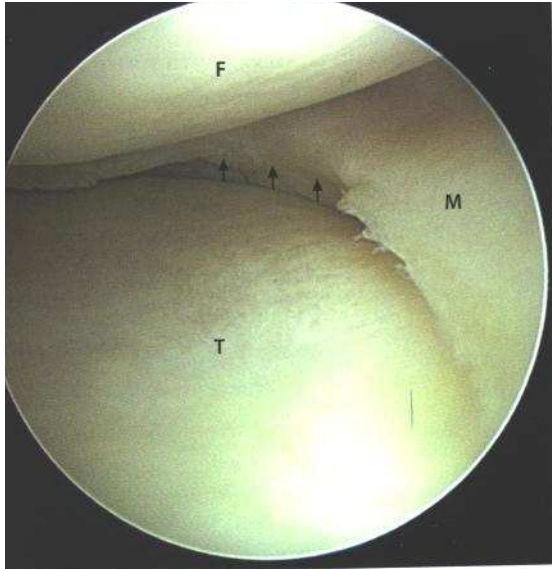


# Lésions traumatiques

- Verticales longitudinales
  - Peu évoluées
  - Lambeau ou languette
  - En anse de seau
- Lésions radiales
- **Clivages horizontaux**
- Lésions complexes



# Languettes cachées



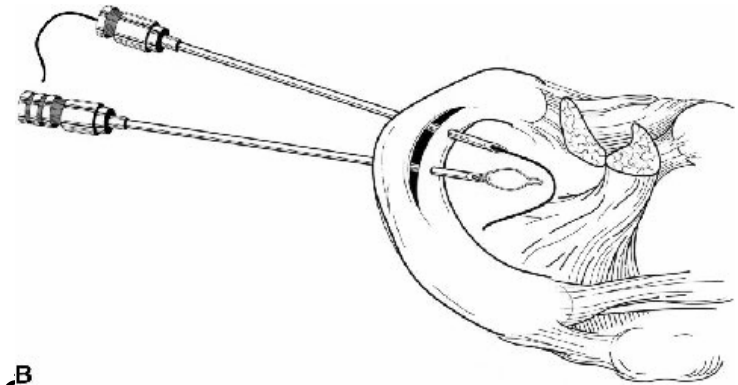
Lésion méniscale complexe, sj 35 ans



# Lésions traumatiques

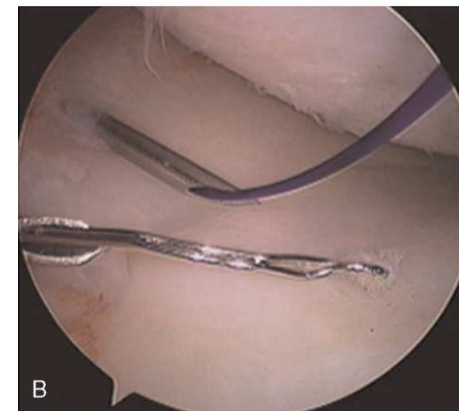
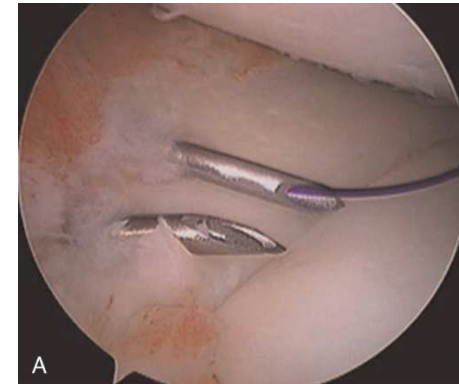
- **Sur genou stable:** 2 situations
  - Aigue après un traumatisme isolé
  - Traumatisme mineur avec un passé douloureux
- **Sur genou instable**
  - Soit accompagnant une **rupture aigue**
  - Soit dans une **laxité chronique**
    - La RI n'est plus verrouillée par le LCA = ressaut
    - Subluxation antérieure du tibia à la marche
    - Contraintes sur segment postérieur du MI
      - **Déchirure progressive** et **détérioration cartilagineuse**

# Lésions méniscales sur laxité antérieure



- Rupture LCA

- associée dans 70% à lésion méniscale<sup>B</sup>
- Le plus souvent latéral (40%),
- Fréquence atteinte bi méniscale (25%)
- Rupture dans zone vascularisée
  - Bon potentiel de cicatrisation notamment pour lésion verticale (67% à 3 mois)(69% pour ML, 57% pour MM)
  - Mauvais potentiel pour lésions radiaires
  - Cicatrisation avant 3 mois

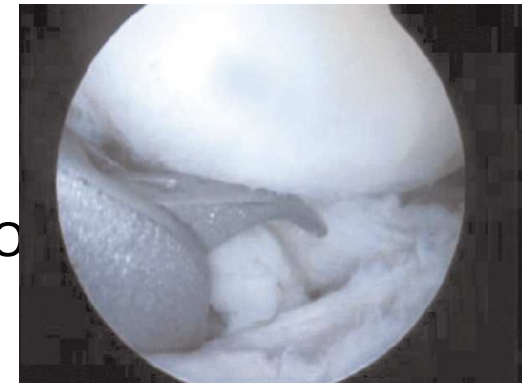
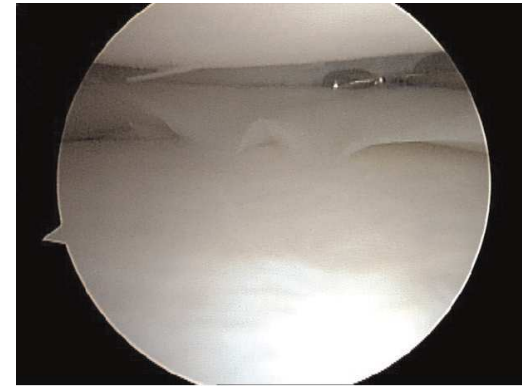


# Lésions méniscales sur laxité antérieure

- À 1 an de l'accident
  - 80% de lésions méniscales présentes
  - Augmentation nombre lésions médiales
  - Augmentation lésions complexes
- Au-delà
  - Lésions complexes
- Probabilité lésions méniscale augmente avec délai et laxité

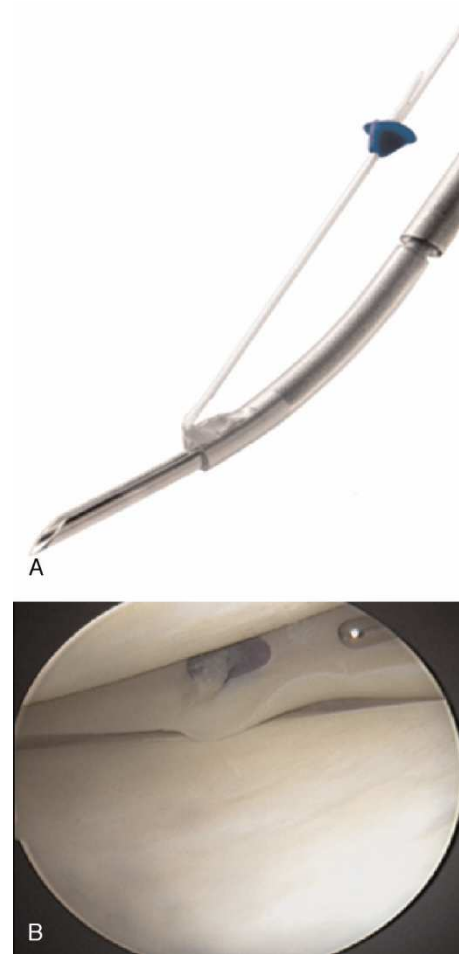
# Traitement lésions traumatiques

- Sur genou stable
  - Ménisectomie intracapsulaire
    - Excellents résultats
  - Suture méniscale
    - Bons résultats (79% de survie à 5 ans) (SFA-RCO 2004)
- Sur **genou instable**
  - **Préservation du capital méniscal**
    - Élément essentiel du pronostic
  - Associée à la plastie de **reconstruction du LCA**
  - Ménisectomie
    - que forcé !



# Traitement sur genou instable

- **Si lésion ménisque médial**
  - > 10 mm, en zone vascularisée ou se luxant
  - **Réparation méniscale**
    - 20% de récurrences dans 2 ans (Beaufils, RCO 2004)
    - Pas d'arthrose FT Médiale
  - Non réparation = 17% de récurrences (Pierre et al, RCO 1991)
- Si lésion du ménisque latéral
  - Morbidité > de la réparation du M latéral



# Anse de seau réinsertion



# Traitement sur genou instable

- La méniscectomie aggrave le pronostic
  - Laxité résiduelle, lésions cartilagineuses
- Sur laxité stabilisée
  - 25% de pincement arthrosique
  - 4% si ménisques préservés
- Donc tendance = économie méniscale

# Lésions dégénératives

- Dégénérescence ménisque fréquente
  - Souvent asymptomatique
  - Déchirure ou rupture : symptômes
- Aspect
  - Au début: dépoli , aplati, terne, ramolli mais homogène
  - Puis dépôts calciques
  - Puis clivage horizontal en feuillet de livre
  - Puis fissure radiale souvent union 1/3 post-moyen
  - Puis lésion complexe

# Lésions dégénératives - arthrose

- Dans arthrose
  - 75% atteintes sur genou asymptomatique
  - 90% sur genou symptomatique



# Lésions dégénératives - arthrose

- Symptomatologie dans arthrose
  - Quand languette mobile
  - Anamnèse:
    - Douleur interne en éclair
      - dans mouvements de torsion
      - La nuit lors de changement de position
    - Blocage ou accrochage
  - Clinique
    - Douleur sur interligne interne
  - IRM
    - Œdème osseux sous chondral



# Lésions dégénératives - arthrose

- Traitement dans arthrose
  - Règle = **non agression du ménisque** pendant arthrose
    - Après méniscectomie poussée arthrogène
  - Si Poussée douloureuse
    - Traitement médical symptomatique
    - + infiltrations cortisoniques
  - Si échec: traitement arthroscopique
    - Lésion instable avec languette franche
    - résection

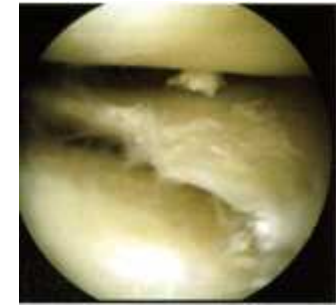


# Lésion méniscale patient > 50 ans



# Lésions méniscales dégénératives isolées (sans arthrose)

- Tous les types de lésions méniscales
  - Fréquente lésion en lambeau
- Fréquence augmente avec l'âge
  - Dégénérescence du ménisque
- Rupture de fatigue du ménisque
  - Typiquement lésion radiale
    - Bien vue en arthroscanner



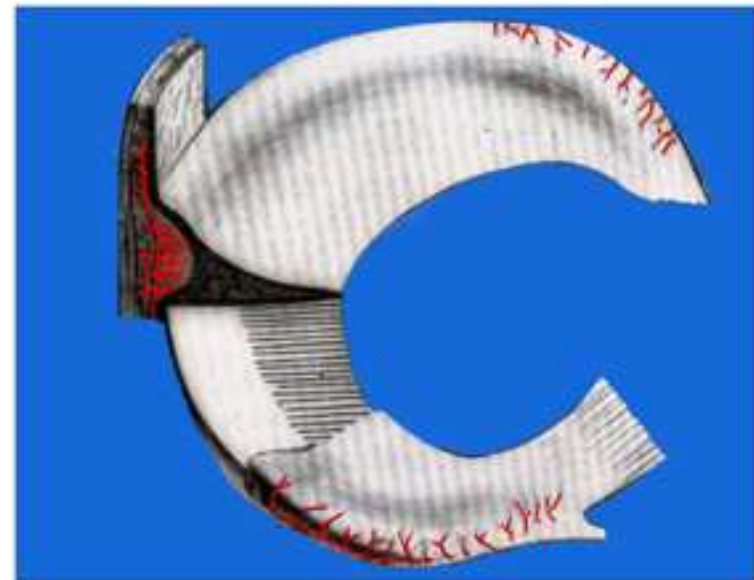
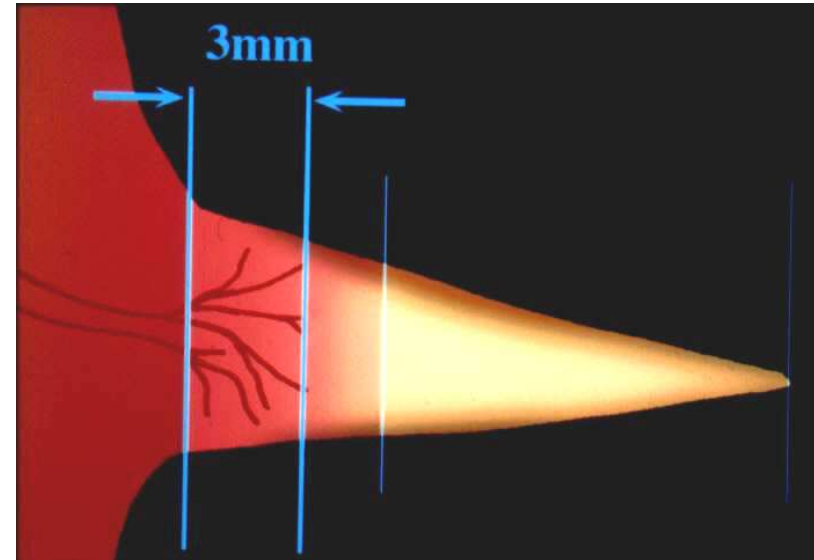
# Lésions méniscales dégénératives isolées

- Typiquement
  - En dehors de tout traumatisme
  - **Surmenage articulaire sportif**
    - Douleur après surmenage
    - Après position accroupie prolongée
  - **Homme 2/3**, âge moyen de 56 ans
  - Radios : pas d'arthrose
- Bons résultats à 6 ans (Dorfmann)
  - sur languette avec déchirure
  - Avant atteinte chondrale



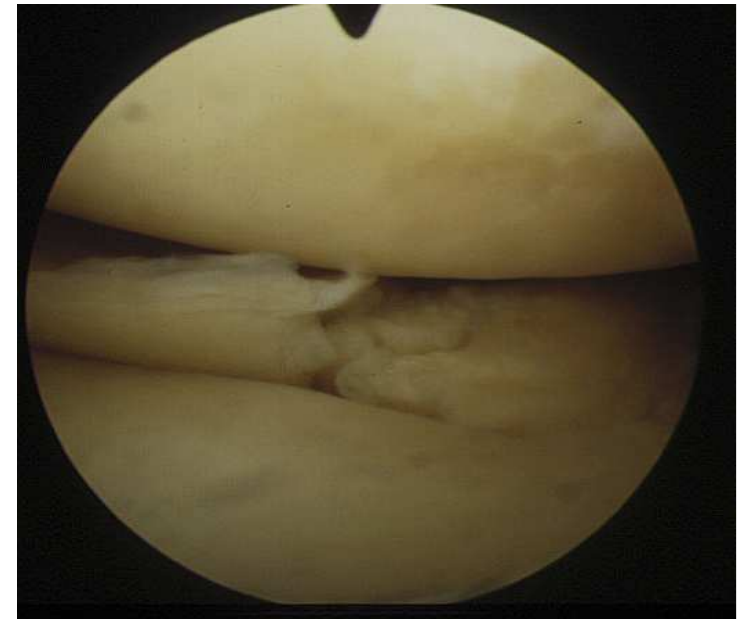
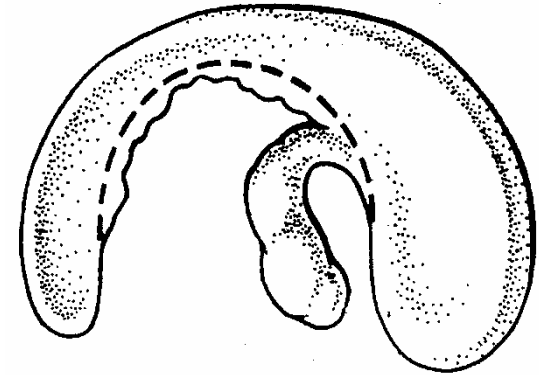
# Indications conservation ménisque

- Lésions traumatiques
- Patient actif < 60 ans
- Reconstruction ligamentaire
- Lésion réductible, intégrité méniscale après réduction



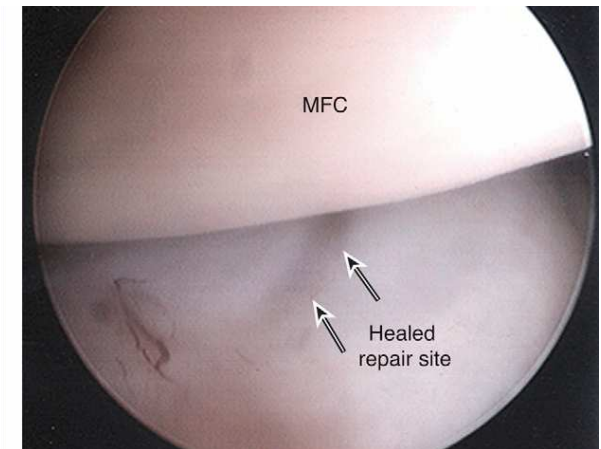
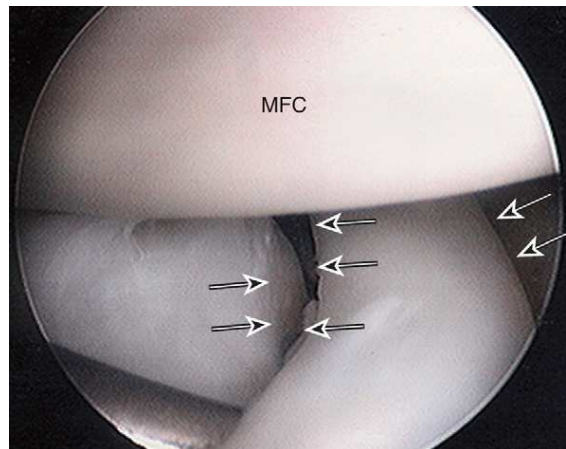
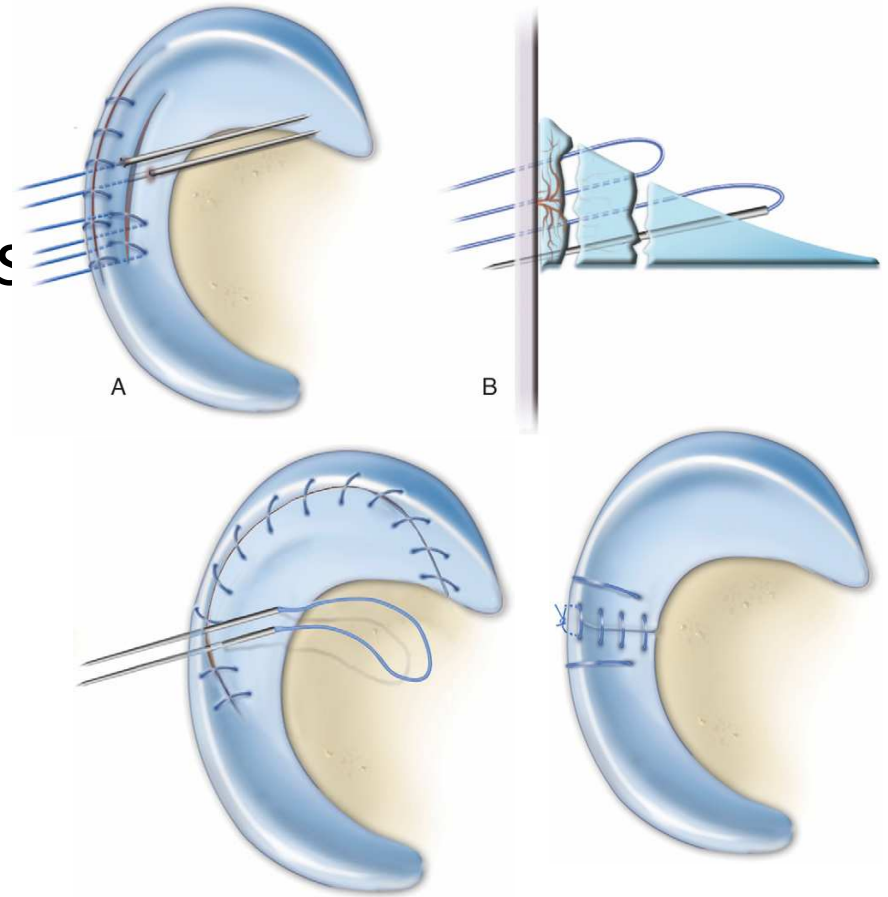
# contre indications réparations

- lésions dans le 1/3 médial
- lésions dégénératives
  - tissu de mauvaise qualité
- patients > 60 ans
- lésions incomplètes peu étendues du 1/3 médial
- patient ne souhaitant pas suivre la rééducation PO



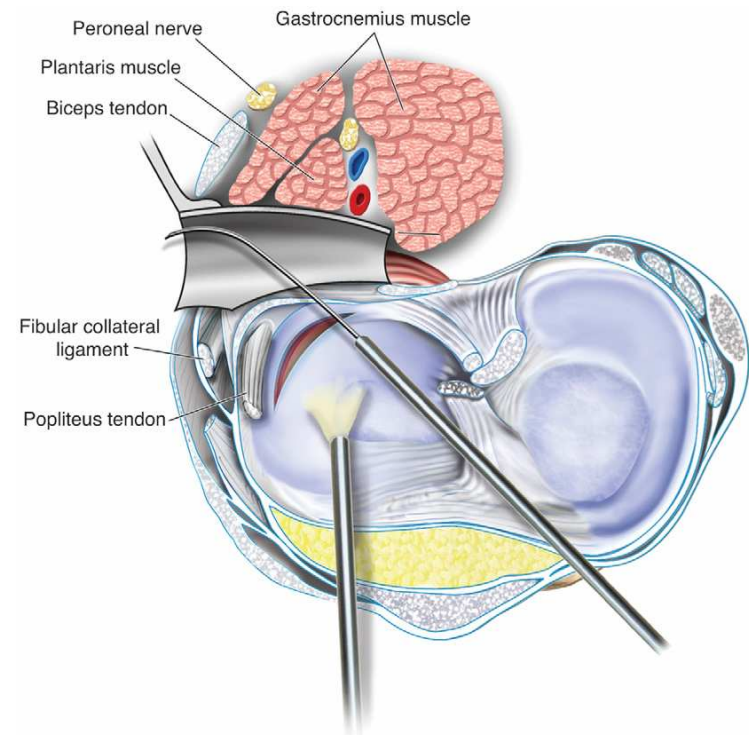
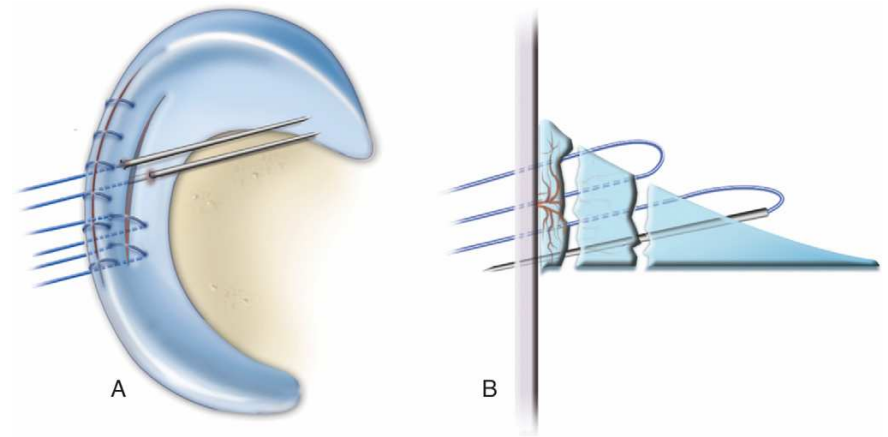
# qualité sutures

- sutures verticales / sutures horizontales
  - fixation initiale > et résistance à la rupture > sutures horizontales et systèmes de fixation
  - mobilité meilleure sutures horizontales



# Indications

- Lésions périphériques simples
  - En zone rouge-rouge,
  - en un plan
  - Toujours réparable, réussite
- Région des 2/3 internes libres
  - En zone rouge -blanche
  - Longitudinale, radiale, horizontale
  - souvent réparable
- lésions complexes, lésions multiples,
  - excision vs réparation

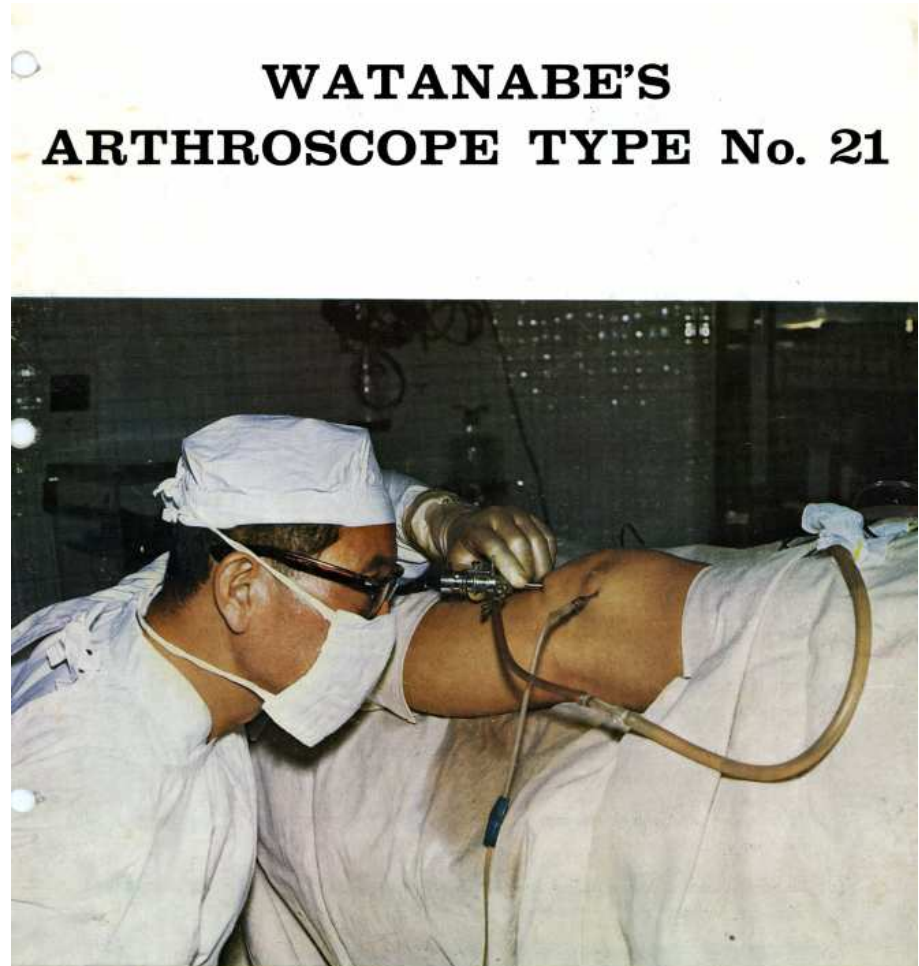


# Rééducation après suture méniscale

- Récupération de la flexion
  - 90° à 10 j, 120° à 1 mois
- Reprise appui
  - À 1 mois pour les réparations simples
  - À 2 mois pour les complexes
- Étirements et renforcements
  - Quadriceps et ischio-jambiers
- Reprise sport après 3 mois,
- Reprise sport pivot –contact à 6 mois

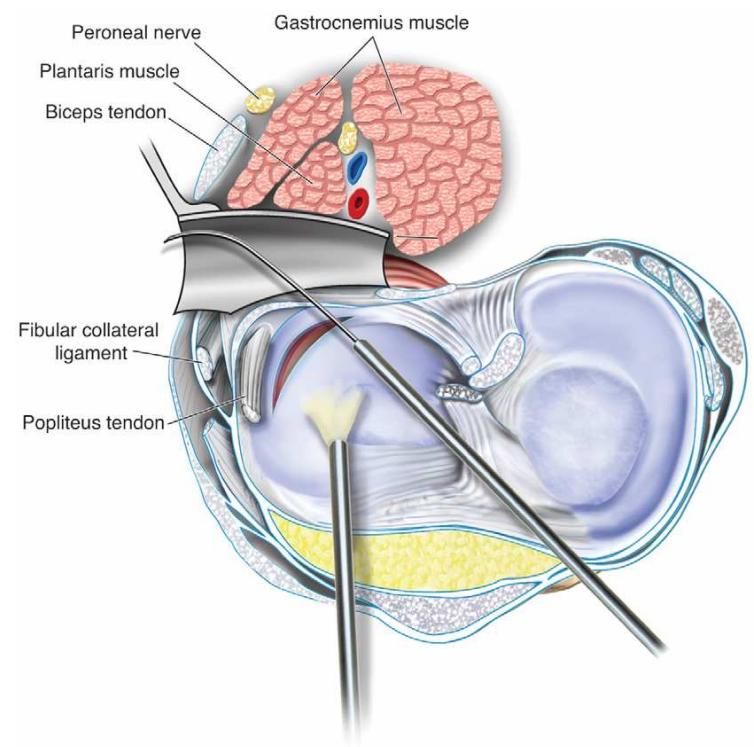
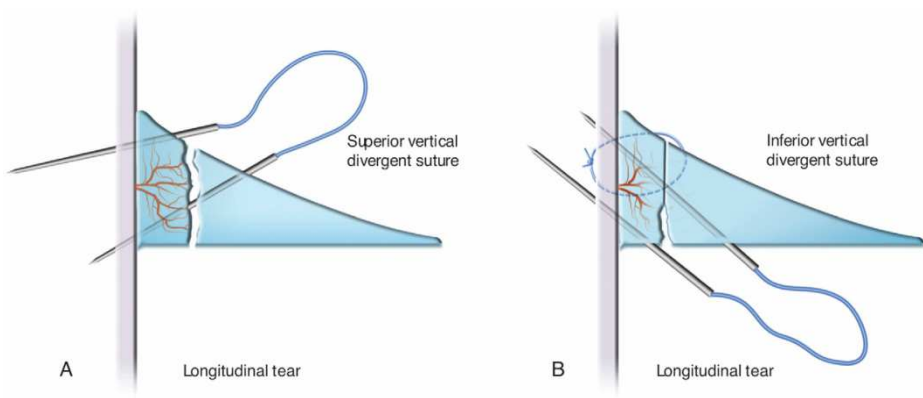
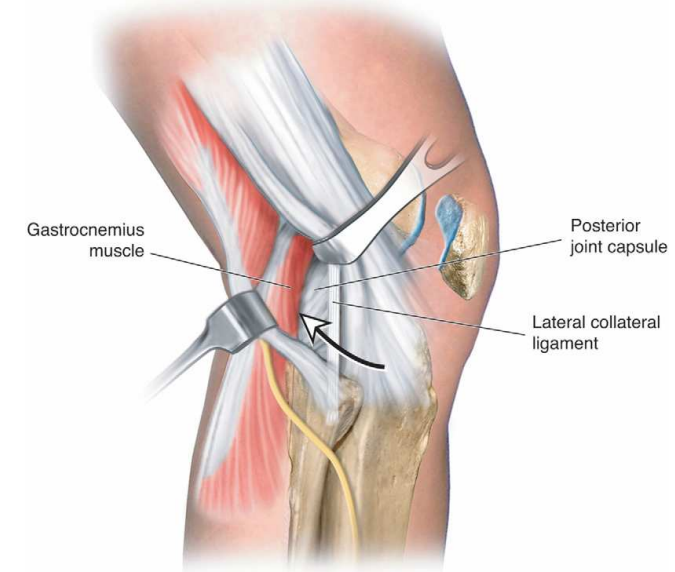
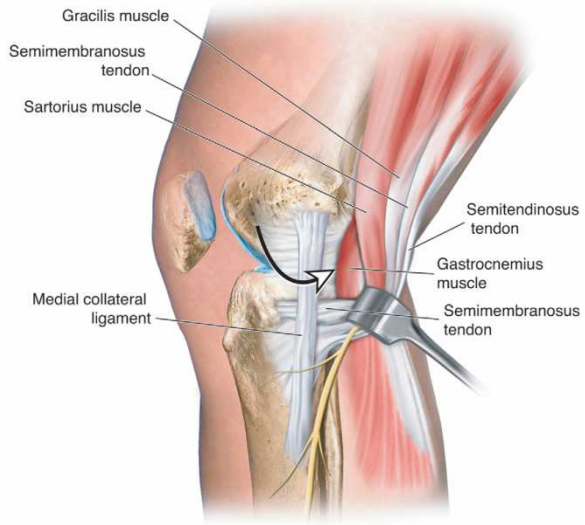
# Conclusion

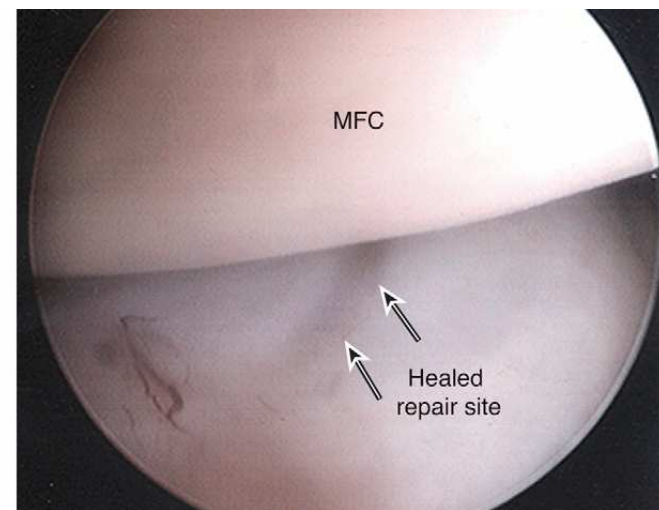
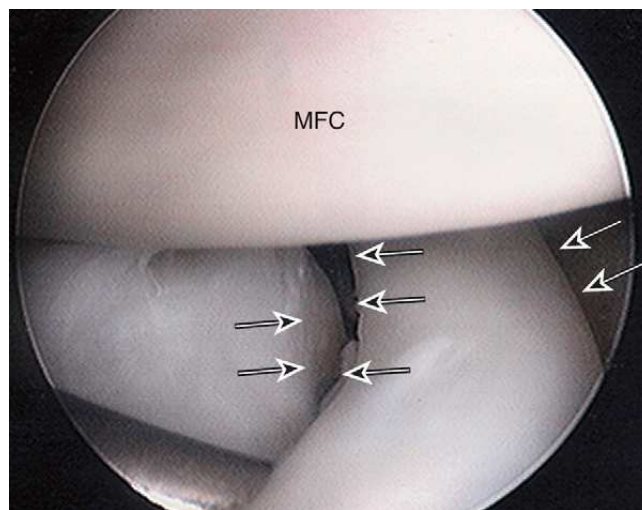
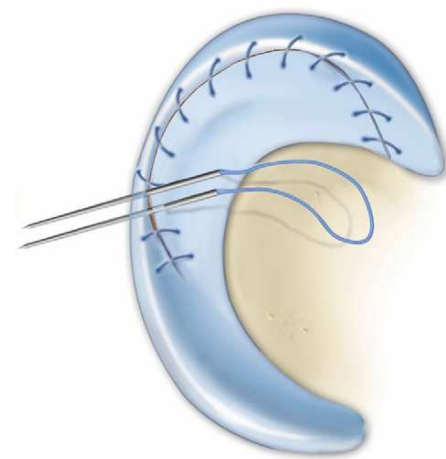
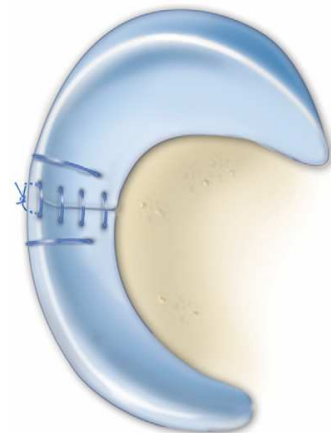
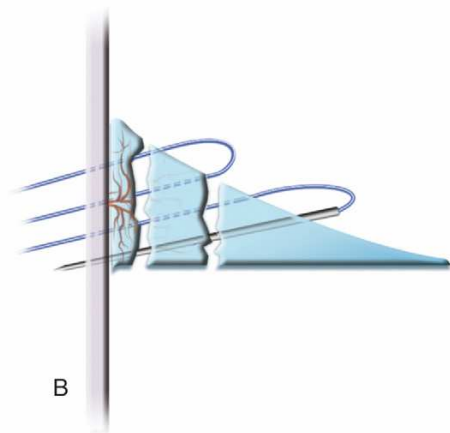
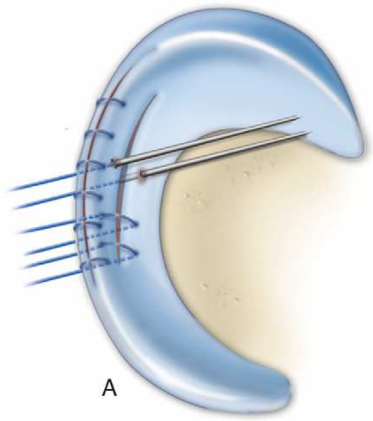
- Évolution des tendances
  - Moins de résections méniscales
  - Plus de réparation
    - Par suture
    - Par dispositif intra articulaire
- Ménisque + LCA
- Ménisque latéral



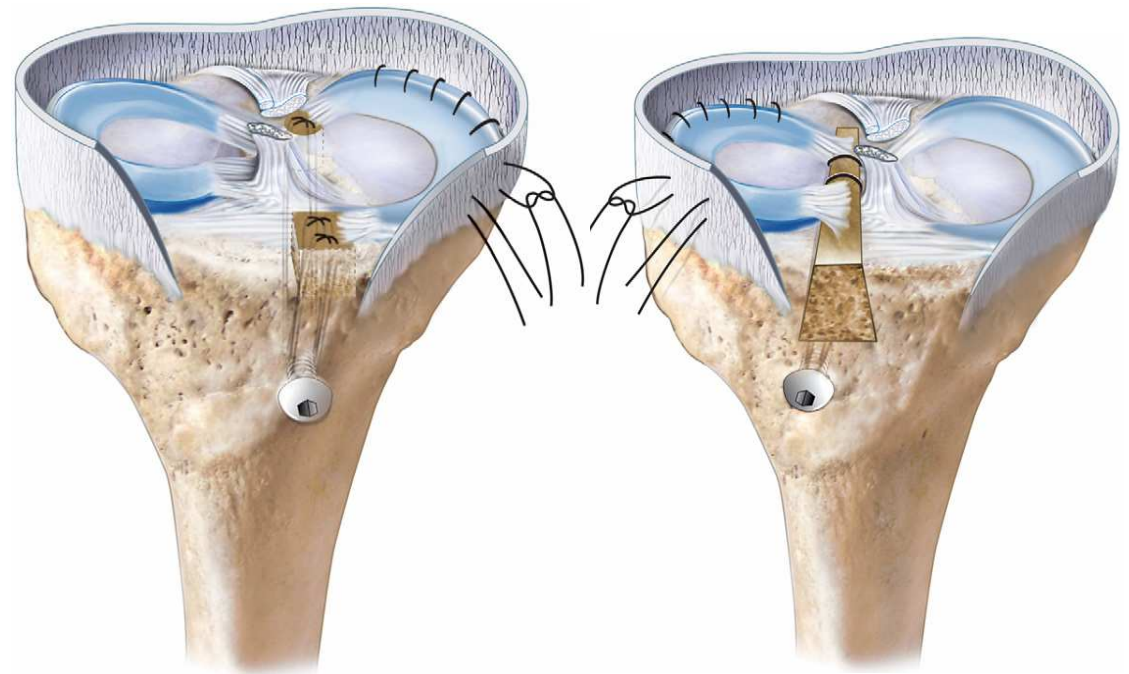








# Transplantation méniscale



# Méniscectomie - technique

- Qs p 102

