

# Les réparations méniscales

- I Rôles des ménisques
- II Quel ménisque réparé ?
- III Technique chirurgicale
- IV Suites opératoires et rééducation après réparation méniscale
- V Résultats

## I. Rôles des ménisques

Les ménisques sont des fibrocartilages. Ils sont au nombre de 2 par genou : le ménisque interne qui a une forme de C et le ménisque externe qui a une forme de O.



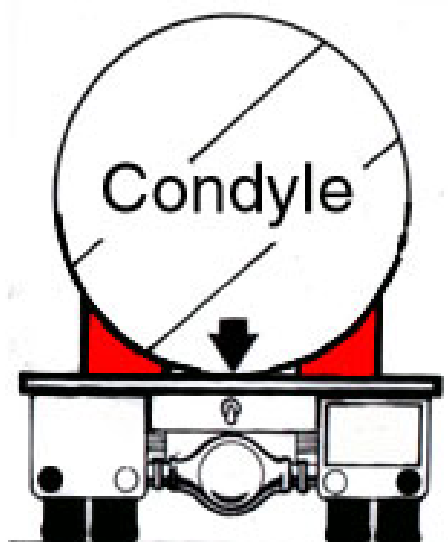
**Fig.1.** Coupe anatomique du tibia



**Fig. 2.** Schéma représentant les deux ménisques

Ils ont des rôles essentiels au sein du genou :

- 1- Répartition des contraintes en augmentant la congruence de l'articulation. Le condyle fémoral est un cylindre posé sur le tibia qui est une plateforme. Les ménisques viennent épouser le condyle afin de répartir les forces s'exerçant sur le tibia.



**Fig. 3.** Schéma représentant le condyle fémoral (citerne) sur le tibia (remorque). Les ménisques (en rouge) épousent le condyle afin de répartir au mieux les contraintes.

- 2- Stabilisation de l'articulation tant dans le plan frontal que dans le plan, sagittal avec leur forme triangulaire à la coupe.



**Fig. 4.** Forme triangulaire du ménisque avec une partie centrale fine et une périphérie épaisse diminuant la mobilité du condyle fémoral sur le plateau tibial.

- 3- Lubrification de l'articulation en absorbant et en sécrétant du liquide synovial en fonction des contraintes articulaire.

## **II. Quel ménisque réparé ?**

Au total 5 à 10 % des lésions méniscales peuvent être réparées.

On réparera plus volontiers une lésion méniscale si :

- elle survient chez un patient jeune
- elle est récente
- il existe une lésion associée du ligament croisé antérieur et que celui-ci va être réparé.
- La lésion est instable, supérieur à 5mm, verticale et périphérique. En effet le ménisque est vascularisé uniquement à sa périphérie donc seules les lésions périphériques ont un potentiel de cicatrisation.



**Fig. 5.** Schéma du ménisque montrant que la vascularisation du ménisque est uniquement périphérique.

### **III. Technique chirurgicale**

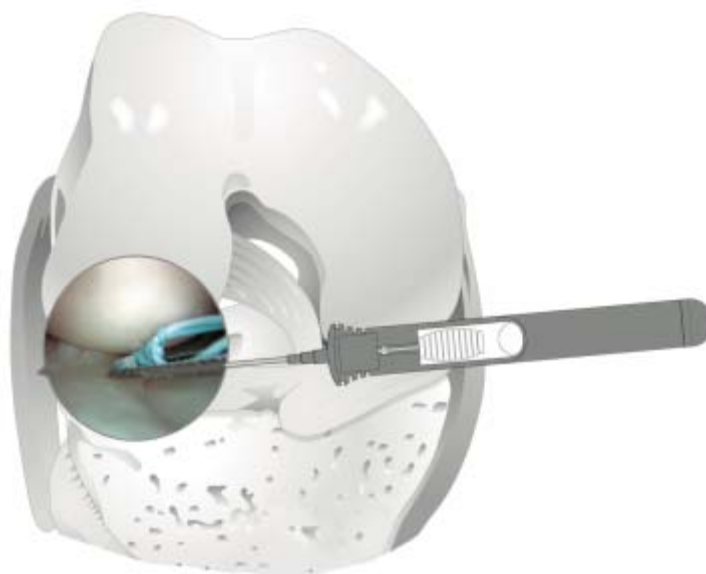
L'intervention s'effectue sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie (anesthésie des jambes uniquement). En général le patient entre le matin et ressort le soir de la clinique.

Le but de l'intervention est de permettre une cicatrisation de la lésion.

Pour se faire l'indication doit être parfaitement posée et la technique chirurgicale rigoureuse.

Il faut :

- 1- aviver la lésion afin de provoquer un afflux sanguin [[fichier vidéo1](#)]
- 2- affronter les berges de la lésion [[fichier vidéo 2](#)]
- 3- effectuer un montage stable permettant la cicatrisation du ménisque



**Fig. 6.** Système de réparation méniscale all inside Fast fix



**Fig. 7.** Vue sous arthroscopie d'une réparation méniscale complète

## **IV. Suites opératoires et rééducation après réparation méniscale**

### **A. Réparation méniscale isolée**

Dans ce cas le patient doit soulager l'appui par des cannes anglaises pendant 3 semaines. La première semaine il doit se mettre au repos et glacer régulièrement son genou. La kinésithérapie commencera 8 jours après l'intervention. On commencera par mobiliser le genou en ne dépassant pas 90° de flexion avant la fin de la 4<sup>e</sup> semaine. Les positions à genoux et accroupi sont interdites pendant les 3 mois qui suivent l'intervention. Ces 3 mois correspondent au délai moyen de cicatrisation méniscale.

### **B. Réparation méniscale associée à une ligamentoplastie du genou.**

Le protocole de rééducation est le même que pour une ligamentoplastie isolée.

## **V. Résultats**

Les résultats de ces réparations méniscales sont les suivants :

- 20% de ménisectomie secondaire
- 20% de douleurs résiduelles
- 60% de genou totalement asymptomatique

Mais à 10 ans de recul on ne retrouve que 10% de modification de l'interligne articulaire (signe l'apparition de l'arthrose) contre 28% lors des ménisectomies internes et 40% lors des ménisectomies externes.

Au total dès que les conditions sont réunies pour proposer une réparation du ménisque celle-ci doit être tentée en prévenant le patient des risques d'échec (20% soit une réparation sur 5).