

● Sutures méniscales

Introduction

La survenue d'une lésion méniscale a souvent été considérée comme un accident mineur, dont le traitement de choix a longtemps été la méniscectomie, d'abord totale (intra murale), effectuée à ciel ouvert ; puis « économique » grâce à l'apport de l'arthroscopie. Nombre d'auteurs ont montré cependant le mauvais pronostic à long terme des lésions méniscales. C'est le cas en particulier pour les lésions méniscales internes, associées à une laxité antérieure, que celle-ci soit opérée ou non, avec survenue d'une Arthrose Fémoro Tibiale Interne (AFTI) à 10 ans ou plus d'évolution. Les méniscectomies sur genou stable, même partielles, n'ont pas un pronostic meilleur en termes d'arthrose, avec à 10 ans 20 % d'AFTI après méniscectomie interne, et 40 % d'Arthrose Fémoro Tibiale Externe (AFTE) après méniscectomie externe. Le concept « d'économie méniscale », ou nécessité de conserver le capital méniscal, voire plus récemment de réalisation des greffes méniscales, s'est aujourd'hui imposé.

Une IRM ou un arthroscanner est très souvent réalisé pour confirmer le diagnostic et visualiser la lésion avant de prévoir tout geste chirurgical. Des radiographies peuvent être réalisées pour éliminer une autre pathologie. L'intervention n'est pas urgente, excepté en cas de blocage de genou.

Indications

En principe, les lésions méniscales devraient être suturées à chaque fois que possible. L'indication idéale concerne les lésions périphériques, transfixiantes, longitudinales et périphériques. Les lésions radiaires, complexes, ou bien encore une « anse de seau » vieillie et rétractée ne peuvent pas être suturées de manière satisfaisante. Dans ce cas, une méniscectomie la plus économique doit s'imposer. En aigu, les désinsertions périphériques, emportant le mur méniscal, sont susceptibles de cicatriser si le genou est stabilisé.

Techniques

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale. Un garrot peut être mis en place à la racine de la cuisse. Le geste est réalisé le plus souvent sous arthroscopie, c'est à dire en réalisant deux incisions de quelques millimètres sous la rotule, une en interne et une en externe. La caméra est introduite dans l'articulation par une incision et les instruments par l'autre incision. Le geste débute par l'exploration de l'articulation. La lésion du ménisque est ensuite visualisée. Un ou plusieurs points de suture sont ensuite réalisés sous arthroscopie à l'aide d'instruments spécifiques. Une incision supplémentaire ou de taille plus importante est parfois nécessaire pour réaliser certaines sutures. La durée de l'intervention est fonction de la complexité de la lésion et dure en général entre 15 et 45 minutes. L'hospitalisation est le plus souvent en ambulatoire.

Suites postopératoires

La mobilisation articulaire doit être immédiate, dès le lendemain de l'intervention. La recherche de l'extension complète, ou la flexion au-delà de 90° peuvent être différées de 3 à 6 semaines, en particulier pour les sutures sur genou stable. L'aspect de la suture en peropératoire peut faire modifier ces restrictions.

La reprise de l'appui doit être différée de 4 à 6 semaines pour les sutures sur genou stable. Elle est immédiate pour les sutures qui accompagnent une greffe du Ligament Croisé Antérieur (LCA). Dans certains cas cependant, où une translation tibiale excessive a été notée sur le cliché de profil en appui monopodal, il est prudent de différer l'appui de 1 mois ; ou encore lorsqu'une ostéotomie a été associée.

La reprise sportive n'est pas envisageable avant le 3ème mois postopératoire. Elle doit débuter par la reprise des sports sans pivot ni contact (natation, vélo, footing), puis s'étendre vers des sports plus contraignants (tennis, ski, puis football, rugby...) de manière progressive entre 3 et 6 mois.

Complications

Comme toute chirurgie, il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle générale tout seul. Il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical. Un traitement anticoagulant peut-être prescrit en prévention. Des ruptures de matériel dans le genou, ou des infections peuvent être observées, mais sont rares. Les raideurs postopératoires sont surtout observées en cas de chirurgie ligamentaire associée. La formation de kystes méniscaux a également été observée, ainsi que la migration ou la rupture d'implants.

Conclusion

La réparation méniscale est une technique de plus en plus fiable et reproductible. Malgré un taux de ré-opération plus élevé comparativement aux méniscectomies, les récentes études montrent de meilleurs résultats à long terme pour la fonction du genou et de risque arthrogène plus favorable en cas de suture méniscale. Cette technique doit, de nos jours, faire partie de l'arsenal thérapeutique de tout chirurgien du genou. Il y a à l'heure actuelle une suture méniscale pour 10 méniscectomies. Il faut donc préserver au maximum les ménisques en respectant les indications de réparation méniscale. Toute éventuelle réparation doit être anticipée en ayant le système de fixation en salle avant toute arthroscopie de genou.

Référence : Traités EMC,
www.maitrise-orthopedique.com

Dr CALARAS Vladimir

DIU Pathologie Chirurgicale du genou
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

POST SCRIPTUM

Très récemment la Clinique du Vivarais vient de faire l'acquisition d'une colonne vidéo d'orthopédie VIMS de dernière génération. Equipée d'une technologie 4K et destinée à l'ensemble des interventions orthopédiques (membre inférieur et supérieur) elle permettra de visionner des interventions et de questionner le chirurgien en direct via votre ordinateur de cabinet.

Nous vous proposerons au cours des mois qui viennent des « sessions découvertes ».

Bien cordialement
Philippe NOWAK Directeur

