



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire original

Méniscectomie versus réparation méniscale : résultats radiocliniques à 10 ans des lésions verticales sur genou stable[☆]



Meniscectomy versus meniscal repair: 10 years radiological and clinical results in vertical lesions in stable knee

C. Lutz^{a,*}, F. Dalmay^b, F.-P. Ehkirch^c, T. Cucurulo^d, C. Laporte^f,
 G. Le Henaff^e, J.-F. Potel^g, N. Pujol^h, G. Rochcongarⁱ, E. Salledechouⁱ, R. Seil^j,
 F.-X. Gunepin^k, B. Sonnery-Cottet^l, la Société française d'arthroscopie

^a Clinique du Diaconat, 50, avenue des Vosges, 67000 Strasbourg, France

^b 2, rue du Docteur-Marcland, 87025 Limoges cedex, France

^c Clinique Maussins-Nollet, 67, rue de Romainville, 75019 Paris, France

^d 118, rue Jean-Mermoz, 13008 Marseille, France

^e CHU Cavale-Blanche, 29200 Brest, France

^f CHU de Rennes, 2, rue Henri-Le-Guilloux, 35033 Rennes cedex 9, France

^g Medipôle, 45, rue de Gironis, 31036 Toulouse cedex 1, France

^h Centre hospitalier de Versailles, 177, rue de Versailles, 78150 Le-Chesnay, France

ⁱ Département d'orthopédie traumatologie, CHRU Caen-Côte-de-Nacre, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex 9, France

^j Centre hospitalier de Luxembourg, 78, rue d'Eich, 1460 Luxembourg, France

^k Clinique mutualiste, 3, rue Robert-de-la-Croix, 56324 Lorient cedex, France

^l Centre orthopédique Santy, 24, avenue Paul-Santy, 69008 Lyon, France

INFORMATIONS

Historique de l'article :

Reçu le 2 juillet 2015

Accepté le 3 septembre 2015

Mots clés :

Genou

Long terme

Méniscectomie

Réparation méniscale

RÉSUMÉ

Introduction. – Le traitement chirurgical d'une lésion méniscale consiste en une méniscectomie ou une réparation. Si les réparations donnent des suites immédiates plus contraignantes et un taux de ré-interventions et de complications plus important, le potentiel arthrogène des méniscectomies est bien connu. L'objectif de l'étude était de comparer les résultats cliniques et radiologiques à 10 ans de recul des méniscectomies et des réparations pour des lésions verticales isolées sur genou stable. Notre hypothèse était qu'il y avait un bénéfice fonctionnel et radiologique de la réparation par rapport à la méniscectomie.

Patients et méthode. – Il s'agissait d'une série rétrospective, multicentrique, comparative de 32 patients, 24 hommes et 8 femmes. Le recul moyen était de 10,6 ans (10–13). Il y avait 10 réparations (groupe R) et 22 méniscectomies (groupe M) réparties sur 17 genoux droits et 15 gauches. L'âge moyen au moment de la chirurgie était de 33,45 ± 12,3 ans (9–47). Il y avait 28 lésions du ménisque médial et 4 du ménisque latéral, 26 étaient en zone 1 et 6 en zone 2.

Résultats. – Score fonctionnel : le score KOOS était significativement supérieur pour le groupe R par rapport au groupe M pour presque tous les items : 98 ± 4,69 versus 77,38 ± 21,97 pour les symptômes ($p = 0,0043$), 96,89 ± 7,20 versus 78,57 ± 18,9 pour la douleur ($p = 0,0052$), 99,89 ± 0,33 versus 80,88 ± 19,6 pour la vie quotidienne ($p = 0,0002$), 96,11 ± 9,83 versus 54,05 ± 32,85 pour sport et loisir ($p = 0,0005$), mais 91 ± 16,87 versus 68,15 ± 37,7 pour la qualité de vie ($p = 0,1048$) ; score radiologique : pour le groupe R, 7 patients n'avaient pas d'arthrose et 2 une arthrose de grade 1. Dans le groupe M, 5 patients avaient une arthrose de grade 1, 10 de grade 2, 3 de grade 3 et 3 de grade 4. Concernant le score quantitatif, la médiane était de 0 (moyenne 0,22 ± 0,44) pour le groupe R et de 2 (moyenne 2,19 ± 0,98) pour le groupe M ($p < 0,0001$).

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2015.09.008>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lutzortho@wanadoo.fr (C. Lutz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcot.2015.09.295>

1877-0517/© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Discussion. – À plus de 10 ans de recul, le score fonctionnel était significativement supérieur après réparation méniscale qu'après méniscectomie pour l'ensemble des items du score KOOS hormis la qualité de la vie. Les scores fonctionnels et radiologiques étaient fortement corrélés. Notre étude a démontré que la réparation méniscale des lésions verticales sur genou stable a un rôle protecteur par rapport à l'arthrose et est donc fortement recommandée.

Niveau de preuve. – Étude rétrospective. Niveau IV.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Méniscectomie et réparation méniscale sont 2 possibilités chirurgicales pour traiter une lésion méniscale. Si le potentiel arthrogène à long terme des méniscectomies est connu [1–10], les réparations méniscales entraînent des suites immédiates plus contraignantes [11–15] avec une majoration des taux de complications et de ré-interventions [16–20].

En France, le taux de réparation méniscale sur genou stable a augmenté de 2,5% à 12,05% entre 2006 et 2012, représentant pour cette année 14 781 réparations (source : site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [ATIH]). Ces techniques de préservation méniscale ont pour objectif de préserver à long terme le capital cartilagineux et de diminuer ainsi le taux d'arthrose. Pour que cet engouement se pérennise dans le temps et que la réparation méniscale devienne l'indication prioritaire, il nous semble nécessaire d'évaluer nos résultats à long terme.

L'objectif de notre étude était de comparer les résultats cliniques et radiologiques à 10 ans de recul des méniscectomies et des réparations pour des lésions verticales isolées sur genou stable, en zones 1 et 2. Notre hypothèse était qu'il y avait un bénéfice fonctionnel et radiologique de la réparation par rapport à la méniscectomie.

2. Patients et méthodes

2.1. Population

Il s'agissait d'une série rétrospective, multicentrique, comparative. Les critères d'inclusion étaient les patients opérés d'une lésion méniscale verticale en zones 1 et 2 entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2004. Les critères d'exclusion étaient l'existence de lésion ligamentaire associée, notamment du ligament croisé antérieur, des antécédents chirurgicaux du genou concerné, les lésions en zone 3, des lésions cartilagineuses concomitantes > grade 2.

2.2. Technique chirurgicale

Les méniscectomies étaient toutes réalisées sous arthroscopie, à la pince basket et/ou au shaver en conservant le tissu méniscal sain et stable.

Les réparations étaient réalisées sous arthroscopie, par des techniques de sutures hybrides ou au fil, tout en dedans pour les lésions des segments postérieurs et moyens, et de dehors en dedans pour les segments antérieurs. Ces techniques étaient associées en cas de lésions étendues.

2.3. Évaluation clinique et radiologique

La description de la lésion méniscale, son traitement et le statut chondral étaient colligés sur une fiche de renseignement à partir du compte-rendu opératoire et/ou de l'IRM préopératoire.

L'évaluation fonctionnelle du genou était réalisée au dernier recul par le score KOOS.

L'évaluation radiologique comprenait une radiographie de face, de profil, un schuss, une incidence fémoropatellaire à 30° et une

téléométrie en appui bipodal au dernier recul. Les lésions arthrosiques étaient classées en 5 stades selon la classification de Kellgren et Lawrence [21].

2.4. Analyse statistique

Les comparaisons de variables qualitatives entre deux groupes de sujets ont été réalisées par des tests du Chi² ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes dans les variables considérées. Les distributions des variables quantitatives ont été comparées par des tests non paramétriques de Mann et Whitney pour des séries non appariées en raison des petits échantillons considérés.

Des tests non paramétriques de Kruskal Wallis ont été réalisés pour comparer deux distributions de 2 variables, une qualitative à plus de 2 classes et une quantitative ne suivant pas une loi normale.

La recherche de corrélations entre variables quantitatives a été réalisée par un test non paramétrique de Spearman ou par un test de corrélation simple. Une régression linéaire a été utilisée pour étudier la liaison entre ces 2 variables quantitatives.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05. Les logiciels utilisés ont été Statview 5.0 et SAS 9.1.3 (SAS Institute, Cary, NC, États-Unis).

3. Résultats

3.1. Population étudiée

Trente-deux patients ont été inclus dans l'étude, 24 hommes et 8 femmes. Il y avait 10 réparations (groupe R) et 22 méniscectomies (groupe M) réparties sur 17 genoux droits et 15 gauches. L'âge moyen au moment de la chirurgie était de 33,45 ± 12,3 ans (9–47) pour l'ensemble de la série avec une différence significative ($p = 0,0007$) entre le groupe M à 38,9 ± 8,1 ans (18–47) et le groupe R à 20,11 ± 10,8 ans (9–45). Le recul moyen était de 10,6 ans (10–13). Les méniscectomies ont été réalisées dans un centre et les réparations dans 2 autres centres.

Il y avait 28 lésions du ménisque médial et 4 du ménisque latéral. Vingt-six étaient en zones 1 et 6 en zone 2. Concernant la localisation par segment, 29 fissures étaient situées sur les segments postérieurs et/ou moyens et 3 sur les segments antérieurs (Fig. 1).

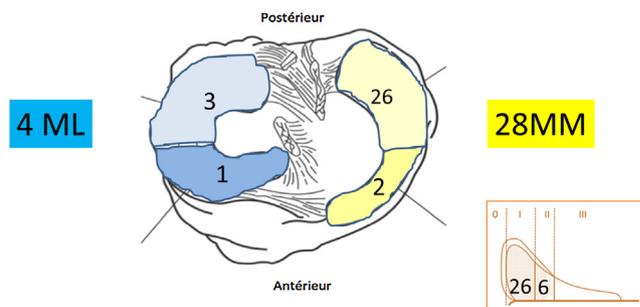


Fig. 1. Localisation des lésions méniscales initiales.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4089799>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4089799>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)