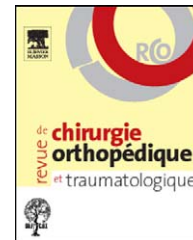




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



MÉMOIRE ORIGINAL

Traitement arthroscopique du ménisque discoïde chez l'enfant : résultats cliniques et IRM[☆]

Arthroscopic treatment of discoid meniscus in children: Clinical and MRI results

L. Wasser*, J. Knörr, F. Accadbled, A. Abid, J. Sales De Gauzy

Service d'orthopédie pédiatrique, hôpital des enfants, CHU de Toulouse, 330, avenue de Grande-Bretagne, 31059 Toulouse cedex 9, France

Acceptation définitive le : 20 décembre 2010

MOTS CLÉS

Ménisque discoïde ;
Arthroscopie ;
Suture ;
Réparation ;
IRM ;
Enfants

Résumé

Introduction. — Le traitement du ménisque discoïde symptomatique chez l'enfant est une méniscopectomie réalisée sous arthroscopie. L'attitude vis-à-vis des lésions méniscales associées est discutée, entre méniscopectomie partielle et suture. C'est cette dernière attitude qui a été appliquée dans la série étudiée. L'objectif était d'évaluer cette attitude chirurgicale.

Matériel. — Étude rétrospective de 20 ménisques discoïdes (18 patients) opérés entre 2004 et 2007.

Méthode. — Méniscopectomie première sous arthroscopie, puis geste dépendant du ménisque résiduel : abstention en l'absence de lésion, suture ou réinsertion en cas de lésion réparable, méniscopectomie partielle en cas de lésion non réparable. Tous les patients ont été évalués cliniquement et par IRM postopératoire.

Résultats. — Le recul moyen est de 37 mois. Cinq ménisques discoïdes ne présentant pas de lésion, ont été traités par méniscopectomie isolée. Quinze ménisques discoïdes présentaient une lésion. Dans quatre cas la méniscopectomie emportait cette lésion. Dans huit cas nous avons réalisé une suture après la méniscopectomie. Dans trois cas nous avons dû effectuer une méniscopectomie partielle. Le score de Lysholm passait de 67 à 88. Seize patients étaient satisfaits ou très satisfaits dans 16 cas. Le score de Tegner moyen était de 5,9. L'IRM postopératoire n'a pas montré de signe dégénératif chondral. Les mesures moyennes du ménisque résiduel correspondaient aux recommandations. Les patients ayant eu une méniscopectomie associée à une suture allaient mieux que ceux ayant eu une méniscopectomie partielle ou une méniscopectomie seule ($p = 0,007$ avec le test de Fisher).

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2010.11.009](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2010.11.009).

[☆] 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 : wasser.lionel@yahoo.fr (L. Wasser).

1877-0517/\$ - see front matter © 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:[10.1016/j.rcot.2011.02.011](https://doi.org/10.1016/j.rcot.2011.02.011)

Discussion. — Il n'existe pas d'autre étude ayant évalué la chirurgie du ménisque discoïde avec IRM postopératoire, et peu d'études publiées concernant la méniscopectomie associée à une réparation. Cette approche a permis l'économie méniscale, confirmée par l'IRM où les mensurations du ménisque résiduel correspondaient aux recommandations. Nous avons obtenu de bons résultats cliniques et anatomiques, avec une bonne cicatrisation méniscale et des mensurations satisfaisantes.

Niveau de preuve. — Niveau III.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Le ménisque discoïde est une anomalie anatomique congénitale relativement rare du ménisque latéral, décrite pour la première fois par Young en 1889 [1]. Son incidence varie, selon les séries publiées, de 0,4 à 16,6 % de la population avec une répartition identique selon le sexe [2–4]. Sa prévalence varie selon la race : de 5 % chez les Caucasiens [5] à 16,6 % chez les Japonais [3]. Les plus récentes théories étiopathogéniques penchent pour une étiologie malformative, congénitale, entrant dans le cadre d'une dysplasie fémorotibiale régionale [6,7]. Watanabe et al. [8] classent les ménisques discoïdes en trois types selon l'aspect arthroscopique : type I pour un ménisque discoïde complet, type II pour un ménisque discoïde incomplet et type III pour un ménisque discoïde instable par absence du ligament méniscotibial postérieur (Wrisberg-ligament type).

Le ménisque discoïde se révèle souvent cliniquement dans l'enfance. Cependant beaucoup d'enfants avec un ménisque discoïde restent asymptomatiques, et ne requièrent donc aucun traitement [9–12]. Ce n'est qu'en cas de ménisque discoïde symptomatique qu'il existe une indication chirurgicale [13], dont les buts sont la disparition des symptômes et la prévention d'une dégradation méniscale afin d'accroître les possibilités de conservation [14].

Le ménisque discoïde est un ménisque dysplasique, plus fragile qu'un ménisque normal, ce qui explique la fréquence des lésions méniscales retrouvées dans la littérature (40 à 80 %) [10,11,13,15–17].

Le traitement est une méniscopectomie arthroscopique, c'est-à-dire une résection de la portion centrale du ménisque discoïde, visant à redonner à ce ménisque une forme se rapprochant de la normale [16,18,19]. En cas de lésion persistante après cette méniscopectomie, une méniscectomie partielle emportant la lésion est nécessaire [10,20].

Chez l'enfant l'économie méniscale est un concept important à considérer. En effet l'évolution articulaire post-méniscectomie chez l'enfant est marquée par l'apparition prématurée de signes radiologiques dégénératifs [21–23], en particulier en cas de méniscectomie latérale [20,24]. De plus la cicatrisation d'un ménisque est pour plusieurs auteurs directement liée à la qualité de sa vascularisation [25,26]. Or il existe une meilleure vascularisation du tissu méniscal de l'enfant par rapport à l'adulte [27]. Ces deux arguments doivent inciter à épargner et donc réparer le ménisque lésé de l'enfant [28,29]. C'est pourquoi certains auteurs proposent, en cas de lésion persistante après la méniscopectomie, une suture méniscale [3,11,30–32]. Cette

attitude a été appliquée dans la série étudiée.

Le but de cette étude était d'évaluer les résultats de cette attitude chirurgicale, de manière clinique et de manière anatomique par IRM systématique.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective sur une série continue de 20 ménisques discoïdes (18 enfants) opérés entre 2004 et 2007. Tous les patients ont été opérés par le même chirurgien. Dans 12 cas l'enfant était de sexe féminin, dans six cas de sexe masculin. L'âge moyen des patients au moment du diagnostic était de neuf ans (5–13 ans). Tous présentaient un ménisque discoïde symptomatique.

Le motif principal de consultation était des douleurs dans dix cas, des ressauts dans cinq cas, des associations douleurs et blocages dans quatre cas, et des blocages isolés dans un cas. L'examen clinique retrouvait le plus souvent un ressaut (*clunk*) dans sept cas, un flessum dans cinq cas et des tests méniscaux positifs dans également cinq cas (Tableau 1).

Tous les patients ont eu une IRM préopératoire ce qui a permis de confirmer le diagnostic (Fig. 1).

En peropératoire, le ménisque discoïde était classé selon la classification de Watanabe. Une éventuelle lésion était notée, ainsi que la présence de lésion cartilagineuse.

Le premier geste chirurgical était une méniscopectomie (*saucerization* pour les Anglo-Saxons) consistant en une résection centrifuge, pour obtenir un ménisque se rapprochant d'une forme normale. Puis le ménisque résiduel était évalué. En cas de ménisque instable (type III), celui-ci était suturé aux structures périphériques (capsule et/ou tendon poplité à travers le hiatus poplité). En cas de lésion méniscale réparable, celle-ci était suturée. En cas de lésion non réparable, il était réalisé une méniscectomie partielle emportant la zone lésée.

La suture était effectuée par technique tout en dedans par fils : Rapid Lock™ [Mitek] ou Fast Fix™ [Smith et Nephew]. La décision de suture ou de méniscectomie partielle était basée sur l'aspect peropératoire de la lésion persistante. La suture était réalisée en cas de lésion accessible à une suture, qu'elle soit en zone rouge-rouge ou rouge-blanc, voire blanc-blanc. Le critère principal était la présence d'un tissu méniscal sain. Dans les autres cas, une méniscectomie partielle était réalisée.

Les suites opératoires étaient différentes en fonction du geste chirurgical : en cas de méniscopectomie isolée, attelle simple de genou pendant dix jours avec appui partiel ; en cas de méniscopectomie associée à une méniscectomie partielle, attelle simple de genou pendant trois semaines

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091986>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091986>

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