



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Prise en charge des déchirures méniscales traumatiques et des lésions méniscales dégénératives. La préservation méniscale[☆]



Management of traumatic meniscal tear and degenerative meniscal lesions.

Save the meniscus

P. Beaufils*, N. Pujol

Service d'orthopédie traumatologie, centre hospitalier de Versailles, 78150 Le Chesnay, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 2 juillet 2017

Accepté le 23 août 2017

Mots clés :

Ménisque

Ligament croisé antérieur

Lésions capsulo-synoviales

Lésions des racines

Lésion méniscale dégénérative

Réparation méniscale

Traitement non opératoire

Méniscectomie

Consensus

RÉSUMÉ

La méniscectomie demeure l'une des interventions orthopédiques les plus fréquentes alors même que le concept de préservation méniscale est mis en avant depuis plusieurs décennies. Le taux de méniscectomies demeure trop élevé malgré des publications scientifiquement robustes démontrant l'intérêt de la réparation méniscale (ou du traitement non opératoire) dans les déchirures traumatiques ou du traitement non opératoire dans les lésions méniscales dégénératives. Il est vraiment temps de changer le paradigme de prise en charge des lésions méniscales en mettant en première ligne la préservation méniscale. Dans les déchirures traumatiques, et singulièrement les lésions verticales longitudinales en zone vascularisée, la réparation méniscale a un taux de succès élevé que ce soit en termes de délai de récupération, de résultats fonctionnels, de protection du cartilage. L'abstention peut se discuter devant des lésions asymptomatiques du ménisque latéral dans le cadre de la reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA). Les lésions capsulo-synoviales postérieures (dans le cadre de la rupture du LCA), les lésions traumatiques des racines, les lésions radiaires sont également d'excellentes indications à réparation. Encore faut-il souligner que l'histoire naturelle de ces lésions n'est pas totalement claire, posant aussi la question du traitement non opératoire. La lésion méniscale dégénérative du sujet d'âge mûr ou plus âgé est une découverte très fréquente à l'IRM. Elle est intimement liée à un processus de vieillissement des tissus, et donc probablement au processus arthrosique. La méniscectomie a été longtemps considérée comme la réponse de choix. Les huit études randomisées récentes, sauf une, montrent la non supériorité du traitement arthroscopique sur le traitement non opératoire. De sorte que ce traitement non opératoire doit être le choix de première ligne, et la méniscectomie arthroscopique envisagée seulement en cas d'échec du traitement non opératoire. Une indication précoce peut être envisagée en cas de symptômes mécaniques « considérables ». Un cas particulier est représenté par la lésion en clivage horizontal du jeune athlète, qui requiert une réparation méniscale pour éviter une méniscectomie nécessairement très étendue chez le patient jeune et actif. Le message demeure plus que jamais : *save the meniscus* !

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

« If it is torn, take it out ! Take it all out ! Even if you just think it's torn, take it out ». S'il est lésé, enlevez-le, enlevez-le complètement.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.otsr.2017.08.003>.

[☆] 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 : pbeaufils@ch-versailles.fr (P. Beaufils).

Même si vous ne faites qu'évoquer une lésion, enlevez-le (Smillie [1]).

Depuis 50 ans, les choses ont bien changé par la combinaison de l'amélioration de nos connaissances, des avancées technologiques (et singulièrement de l'arthroscopie), de l'évaluation de nos résultats.

La recherche fondamentale a montré le rôle crucial des ménisques dans l'homéostasie du genou. Elle a montré aussi la réparabilité de certaines lésions méniscales susceptibles de cicatrifier [2].

De nouveaux instruments diagnostiques sont apparus : l'IRM et l'arthroscopie nous ont permis de mieux comprendre les lésions

<https://doi.org/10.1016/j.rcot.2017.08.012>

1877-0517/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

méniscales. Dire qu'un ménisque est lésé n'est plus suffisant. Ces outils permettent de préciser l'aspect des lésions, leur extension, leur exacte localisation, les lésions associées, et en particulier du ligament croisé antérieur (LCA) ou du cartilage. Il n'y a pas une mais des lésions méniscales et en première approche, il faut distinguer les lésions ou ruptures méniscales traumatiques qui sont de véritables fractures et les lésions méniscales dégénératives (LMD). Leur prise en charge est complètement différente.

L'arthroscopie n'est pas seulement un outil. Sa mise en œuvre a correspondu à une véritable révolution dans l'évaluation diagnostique, et dans le développement de techniques mini-invasives avec leur corollaire : faible morbidité, durée de séjour courte.

Encore faut-il évaluer les résultats pour élaborer les indications les plus pertinentes et éviter les indications abusives.

Nous savons par exemple le nombre important, trop important ?, de ménisectomies arthroscopiques dans le monde [3,4] et singulièrement en France. La ménisectomie arthroscopique demeure une des procédures orthopédiques les plus fréquentes.

Sur genou stable, les résultats subjectifs sont certes bons à plus de 10 ans. Quatre-vingt-cinq pour cent des patients considèrent leur genou comme normal ou presque normal [5] en particulier sur le ménisque médial. Au ménisque latéral, les résultats se détériorent rapidement avec le temps et le taux de diminution d'activité sportive est net [5]. Le taux d'arthroscopie itérative est de 6 % au ménisque médial et de 14 % au ménisque latéral [5]. La ménisectomie latérale se caractérise également par la possibilité de survenue d'une complication dramatique : la chondrolyse rapide, qui survient le plus souvent chez un patient jeune et sportif [6,7]. Elle se caractérise par un épanchement et des douleurs qui persistent après une ménisectomie latérale. Les radiographies précoces montrent sur le schuss un pincement significatif. L'arrêt du sport, d'éventuelles injections de corticoïdes et en cas de persistance de l'épanchement, une arthroscopie-lavage permettent le plus souvent d'obtenir l'assèchement du genou mais au prix d'une atteinte cartilagineuse majeure. L'arthrose après ménisectomie est très fréquente : dans l'étude multicentrique de la SFA, la prévalence du pincement de l'interligne est de 22 % au ménisque médial et 40 % au ménisque latéral à 13 ans de recul moyen (Fig. 1) [5]. Pour Hulet et al. [8], à 20 ans de recul, la prévalence de l'arthrose est de 56 % après ménisectomie latérale. Outre le côté médial ou latéral, les facteurs pronostiques sont : la quantité de ménisque réséqué, l'âge à la chirurgie, l'état du cartilage. Ces deux derniers facteurs expliquent pourquoi Osti et al. [9] rapportent 100 % d'excellents et bons résultats fonctionnels après ménisectomie sur lésion (déchirure) verticale longitudinale versus 79 % pour des lésions complexes. Matsusue et Thomson [10] observent 74 % d'excellents résultats sur lésions traumatiques et 64 % sur lésions dégénératives.



Fig. 1. Arthrose globale 24 ans après une biménisectomie sur genou stable.

Sur genou laxé (rupture du LCA), la ménisectomie isolée aboutit à 100 % d'arthrose à 30 ans [11]. La ménisectomie dans le cadre d'une reconstruction du LCA est un facteur péjoratif d'arthrose. Dans leur étude multicentrique, Hulet et Gravelleau in Cantin et al. [12] observaient à 10 ans un taux d'arthrose de 31 % après ménisectomie médiale versus 11 % lorsque le ménisque est intact, réparé ou laissé en place. Ces chiffres passent à 20 ans de recul respectivement à 46 % et 17 %. Ils ont montré dans une analyse multivariée que la ménisectomie était le facteur le plus influent, suivi par l'état cartilagineux, la laxité résiduelle, l'âge à la chirurgie.

C'est pour pallier à cette évolution défavorable que le concept de préservation méniscale s'est donc progressivement développé au fil des ans [13,14] : *save the meniscus* ! Cette préservation méniscale passe par :

- la réparation méniscale ;
- l'abstention de tout geste méniscal car lésion méniscale n'implique pas nécessairement un geste méniscal.

Cependant ce concept de préservation méniscale se heurte, dans la pratique quotidienne à des résistances. Il est intéressant de pointer le fossé important entre les conclusions d'études scientifiques robustes qui plaident pour la préservation méniscale et la pratique quotidienne. Les raisons en sont multiples :

- le mythe : « j'ai toujours fait comme cela et ça marche ! Pourquoi changer ? » [15] ;
- la formation continue insuffisante et la courbe d'apprentissage qui peut rebuter certains : la réparation méniscale est réputée techniquement plus difficile que la ménisectomie. Est-ce la réalité ?
- la poussée sociétale : « mon IRM montre une lésion méniscale et "on" m'a dit qu'il fallait l'enlever » ou « l'entraîneur pense que je reviendrai plus vite sur le terrain après une ménisectomie » ;
- et enfin et non pas des moindres, les contraintes médico-économiques liées aux systèmes de soins.

Les objectifs de cette mise au point sont de présenter les possibilités de la préservation méniscale chez l'adulte, en excluant les lésions méniscales congénitales et en distinguant les lésions (déchirures) traumatiques et les lésions méniscales dégénératives.

2. La préservation méniscale

2.1. Lésions (déchirures) traumatiques

2.1.1. Déchirures verticales longitudinales

L'exemple type en est la lésion verticale longitudinale plus ou moins étendue mais les lésions radiaires, certains lambeaux, les lésions de la racine postérolatérale font également partie de ce groupe.

Deux notions sont essentielles :

- la stabilité ou l'instabilité du ménisque, évaluée par la traction au crochet, et directement liée à l'extension de la lésion ;
- la localisation en particulier par rapport à la zone vascularisée ou non du ménisque, qui conditionne le processus de cicatrisation.

2.1.1.1. *Sur un plan technique.* Nous ne détaillerons pas les moyens de fixation. Les techniques tout en dedans, de dedans en dehors, ou de dehors en dedans sont efficaces. Leur indication est volontiers affaire de culture : utilisation de matériel hybride (Fig. 2) en Europe, utilisation de technique au fil en Corée par exemple [16]. L'important est d'être éclectique en fonction du type lésionnel et d'obtenir une fixation solide par un point tous les 7 mm.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803578>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803578>

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