

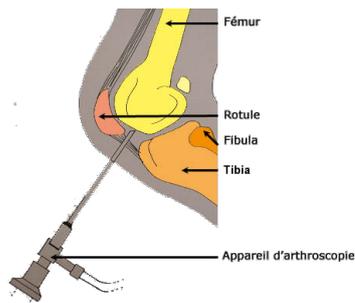
Informations

Arthroscopie du genou

DE QUOI S'AGIT-IL ?

L'**arthroscopie** est effectuée en salle d'opération, sous anesthésie générale ou péridurale.

L'**arthroscope** est un tube de quelques millimètres de diamètre, muni d'un système optique et d'un système d'éclairage ; il est couplé à une caméra vidéo miniaturisée, elle-même reliée à un écran de télévision.



Arthroscope

L'arthroscope est mis en place à l'intérieur du genou par un orifice minime. Un ou parfois plusieurs autres petits orifices cutanés sont nécessaires pour l'introduction d'instruments fins dans l'articulation. Pendant tout l'examen, le genou est gonflé avec du liquide (sérum physiologique).

QUELLES SONT LES INDICATIONS DE L'ARTHROSCOPIE ?

La place de l'arthroscopie a été mieux précisée par l'A.N.D.E.M. (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale), à la suite de la « Conférence de Consensus » du 7 octobre 1994.

Arthroscopie opératoire Il est possible par arthroscopie d'effectuer un certain nombre d'interventions chirurgicales intra-articulaires, sans qu'il soit nécessaire d'ouvrir le genou, et ceci, grâce à l'utilisation d'instruments miniaturisés de haute précision. L'intervention peut porter sur :

M....., le/..../.....

Fiche conçue pour fournir un support et/ou un complément à l'information orale délivrée par le chirurgien au cours des consultations précédant la décision opératoire. Seule, l'information orale peut être adaptée à chacun, à sa demande. Elle donne la possibilité de répondre aux questions posées, et constitue l'essentiel de l'information délivrée.

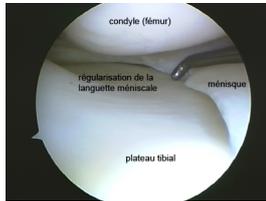
_____ D^r Christian LEONARDI

- les ménisques : ablation, le plus souvent partielle, se limitant à la zone lésée du ménisque et conservant toute sa portion saine. L'arthroscopie peut également être utilisée pour suturer un ménisque dans les rares cas où cela est possible.
- le cartilage : régularisation du cartilage lorsqu'il est fissuré, irrégulier, hypertrophique. Cette régularisation, peut si besoin, intéresser l'os sous-jacent au cartilage ou permettre l'ablation d'un fragment d'ostéochondrite.
- la synoviale : excision d'adhérences, de replis (plica), ablation partielle ou totale de la synoviale.
- l'arthroscopie peut permettre d'enlever de petits fragments osseux ou cartilagineux libres dans l'articulation (corps étrangers).
- l'arthroscopie est enfin utilisée pour certaines opérations plus importantes du genou, en particulier lors du traitement des ruptures des ligaments croisés, de certaines fractures des plateaux tibiaux. En évitant d'ouvrir l'articulation, elle rend l'intervention moins traumatisante.

Arthroscopie diagnostique Beaucoup plus rarement l'arthroscopie est utilisée pour rechercher la cause d'un trouble dans le fonctionnement du genou (douleurs, gonflement, blocages, instabilité, etc...). Dans la majorité des cas en effet, l'examen clinique, et les examens complémentaires modernes (radiographies, scanner, IRM ?) permettent de faire le diagnostic, et le recours à l'arthroscopie diagnostique n'est indiqué que si leurs renseignements sont insuffisants. L'arthroscopie permet de regarder :

- la cavité articulaire
- les ménisques (interne et externe)
- les cartilages (de la rotule, du fémur, du tibia)

- la membrane synoviale (poche qui entoure l'articulation)
- les ligaments croisés.



Arthroscopie

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS DE L'ARTHROSCOPIE ?

Les complications de l'arthroscopie sont très rares, encore plus rares que celles de la chirurgie classique. Mais toute opération, si bénigne soit-elle et quelles que soient les précautions prises, comporte un risque qui va de la complication minimale à la complication majeure.

Les complications au cours de l'arthroscopie

Complications anesthésiques Elles ne revêtent aucun aspect spécifique à la chirurgie arthroscopique.

Complications vasculaires l'artère ou la veine poplitée peuvent être exceptionnellement blessés (0,003% des arthroscopies) pouvant avoir des conséquences graves.

Les complications nerveuses une zone d'anesthésie cutanée voire des fourmillements localisés sont possibles par atteinte de petits rameaux nerveux situés sous la peau au niveau de la cicatrice. En général ces sensations désagréables s'atténuent avec le temps. Les lésions plus importantes sont exceptionnelles.

Entorse du ligament latéral interne peut survenir, due aux manœuvres qui permettent d'écartier le fémur du tibia pour accéder aux ménisques

Bris d'instruments les instruments utilisés sont fragiles et peuvent se casser même s'ils sont maniés par un opérateur soigneux et entraîné.

Les complications après l'arthroscopie

Les complications thrombo-emboliques les phlébites ne sont pas spécifiques de l'arthroscopie. Elles sont très rares (0,12%) malgré le traitement anticoagulant préventif. Elles peuvent entraîner des embolies pulmonaires exceptionnellement mortelles (0,003%).

L'arthrite c'est une infection post-opératoire de l'articulation. La fréquence est rare moins de 0,5% de toutes les arthroscopies. Le traitement nécessite une nouvelle intervention, un lavage arthroscopique de l'articulation et un traitement antibiotique adapté.

L'hémarthrose c'est la survenue d'un épanchement sanguin important et douloureux dans l'articulation. Rare (0,5%), son traitement peut nécessiter une ponction, plus rarement un lavage.

Un épanchement non sanguin de l'articulation est possible, souvent du à une reprise trop rapide de l'activité. Sa persistance peut parfois nécessiter une infiltration intra-articulaire.

Une tuméfaction localisée sur la cicatrice est possible. La guérison spontanée est habituelle. Exceptionnellement un geste chirurgical d'excision est nécessaire.

Le syndrome algodystrophique complication très rare mais non spécifique de l'arthroscopie est responsable de douleurs et de raideur. Son évolution est longue parfois 12 à 18 mois. Sous traitement la guérison est habituelle.

Délire postopératoire Parfois, les personnes âgées vivent une période de confusion ou de délire après une chirurgie. Il se peut qu'elles agissent ou qu'elles parlent de façon anormale. Par exemple, il est possible qu'elles commencent à oublier des choses, qu'elles soient confuses, ou encore qu'elles voient, qu'elles entendent ou qu'elles croient des choses qui n'ont aucun sens. Le délire disparaît généralement en quelques jours, mais, à l'occasion, il subsiste pendant quelques semaines. De façon générale, il est attribuable à plus d'une cause. Les effets secondaires des anesthésiques et des médicaments, le manque de sommeil, la douleur, l'infection, le sevrage d'alcool, la constipation et un faible taux d'oxygène font partie des causes courantes de délire. L'équipe soignante cherche et corrige la cause du délire dans la mesure du possible.

Rétention urinaire L'incapacité à uriner est un problème très fréquent après tout type de chirurgie. On règle le problème en insérant une sonde dans la vessie pour évacuer l'urine. Il peut rester en place pendant plusieurs jours ou être retiré immédiatement après qu'on ait vidé la vessie.

Nausées L'alimentation par voie intraveineuse est généralement suffisante. Une fois que votre estomac fonctionne normalement, vous pouvez recommencer à vous alimenter comme d'habitude. Si les nausées et les vomissements persistent, un médicament peut être administré.

Réactions allergiques Les médicaments que l'on vous a prescrits peuvent causer des réactions allergiques. Les réactions à la pénicilline, aux sulfamides et à la codéine sont les plus courantes. Elles peuvent varier d'une éruption cutanée légère à une réaction grave. N'oubliez pas d'avertir votre médecin si vous avez déjà présenté une réaction allergique. Si vous croyez que vous avez une réaction allergique, informez-en l'infirmière immédiatement.

Court-on un risque vital en se faisant opérer? Toute opération chirurgicale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre état général est bon, ce risque est minime. Cependant si votre état général est moins bon (grand âge, maladies graves du cœur, du poumon, obésité, etc.), le risque peut être plus ou moins important. De toute façon, un bilan de votre état de santé global sera fait avant de vous opérer (généralement lors de la consultation avec le médecin anesthésiste). À son issue, vous serez informé(e) des risques et invité(e) à poser toutes les questions nécessaires et à bien réfléchir avant de prendre votre décision. Dans de rares cas, l'intervention pourra même vous être formellement déconseillée, si le risque encouru est supérieur au bénéfice de l'intervention.

QUELLES SONT LES SÉQUELLES POSSIBLES ?

La persistance de douleur La douleur est classiquement modérée après ce type de chirurgie, mais, comme cela a été expliqué, parfaitement maîtrisée par le traitement qui vous sera prescrit.

Les complications neurologiques Il peut y avoir une zone d'anesthésie (perte de sensibilité) sur la face latérale du genou. Un nerf sous-cutané sensitif peut être abîmé, même sur une cicatrice aussi minime, entraînant une diminution de la sensibilité (hypoesthésie), ou plus rarement des fourmis (paresthésies) ou des sensations désagréables telles que brûlures par exemple.

La persistance d'une raideur plus ou moins importante du genou Elle peut être prévenue par la mobilisation douce et précoce, mobilisation passive ou à l'aide d'un appareillage.

Le gonflement (œdème) n'est pas à proprement parler une complication, mais un élément normal des suites opératoires, surtout en cas de chirurgie percutanée. Il dépend bien sûr des gestes nécessaires à traiter votre cas, mais également de particularités qui vous sont propres, en particulier, la qualité de votre réseau veineux. Selon son importance, il sera pris spécifiquement en charge par

des cataplasmes d'argile verte qu'il est fortement conseillé de démarrer dès la fin du premier mois (la cicatrisation cutanée doit être parfaite), voire, des drainages lymphatiques fait par le kinésithérapeute. Porter des bas de contention est un excellent adjuvant.

Une insuffisance de récupération musculaire Il est possible de ressentir une certaine perte de force en particulier en extension du genou. Cela peut entraîner une gêne à la marche, une appréhension ou une sensation d'insécurité à effectuer certains gestes (monter les escaliers, courir, ...).

Les résultats insuffisants Les résultats d'une intervention ne peuvent être garantis. Ils dépendent de nombreux facteurs, en particulier de l'affection présentée, de l'ancienneté des lésions, d'éventuels problèmes associés, de l'âge, du poids, de l'activité ...

Risques liés au tabagisme. Il est établi que le tabagisme multiplie par 2 à 4 le risque de complications postopératoires, et en particulier celui d'infection et de nécrose cutanée. Cette majoration du risque disparaît lorsque le tabac est arrêté complètement pendant les 6 à 8 semaines qui précèdent l'intervention, et les 2 à 4 semaines qui la suivent. Nous déconseillons fortement l'usage du tabac pendant cette période.

Court-on un risque vital ? Toute opération chirurgicale comporte un tel risque, si minime soit-il. Si votre état général est bon, ce risque est minime. Cependant si votre état général est moins bon (grand âge, maladies graves du cœur, du poumon, obésité, etc.), le risque peut être plus ou moins important. Le risque de décès après une prothèse du membre inférieur est actuellement évalué à 0,5 %. De toute façon, un bilan de votre état de santé global sera fait avant de vous opérer (généralement lors de la consultation avec le médecin anesthésiste). À son issue, vous serez informé(e) des risques et invité(e) à poser toutes les questions nécessaires et à bien réfléchir avant de prendre votre décision. Dans de rares cas, l'intervention pourra même vous être formellement déconseillée, si le risque encouru est supérieur au bénéfice de l'intervention.

RASSUREZ-VOUS! Votre médecin connaît bien ces complications et met tout en œuvre pour les éviter. En cas de problème, ou si vous constatez quelque chose d'anormal après l'opération, n'hésitez pas en parler votre chirurgien. Il est en mesure de vous aider au mieux puisqu'il connaît précisément votre cas.

EN RÉSUMÉ

L'énumération, et la description de ces complications ne doit cependant pas faire oublier leur rareté et leur bénignité habituelle, surtout avec l'arthroscopie qui a fait diminuer le risque opératoire au niveau du genou, les séquelles résiduelles.

Quelques questions que vous devez vous poser ou demander à votre chirurgien avant de vous décider

Pourquoi recommandez-vous cette chirurgie?

Y a-t-il d'autres solutions pour mon cas et pourquoi ne me les recommandez-vous pas?

Si je ne me fais pas opérer, mon état va-t-il se dégrader?

Comment se passe l'acte chirurgical et en avez-vous l'expérience? Quel est le temps opératoire? Quelle est la durée de l'hospitalisation?

Aurai-je beaucoup de douleurs? Comment la traiter?

Quels sont les risques et/ou complications encourus?

Quels sont mes bénéfices à être opéré et quel résultat final puis-je espérer?

Au bout de combien de temps pourrai-je reprendre mon travail ou mes activités sportives? Quelle sera la durée de ma convalescence?

Me recommandez-vous un second avis?

Date et signature du patient (e) :