

Informations

Ménisectomie au genou

LES MÉNISQUES

Les lésions méniscales constituent une pathologie extrêmement fréquente qui se rencontre aussi bien chez l'adulte jeune lors d'un traumatisme sportif, que chez le sujet plus âgé où elle est souvent l'illustration de phénomènes dégénératifs au niveau du genou. Cette lésion est la lésion traumatique la plus fréquente du genou. De manière générale, il faut distinguer :

- les lésions du ménisque interne et les lésions du ménisque externe dont les caractéristiques physiopathologiques et cliniques spécifiques expliquent une attitude thérapeutique et un pronostic différents
- les lésions méniscales associées à une autre pathologie, en pratique une lésion ligamentaire associée (rupture du ligament croisé antérieur) ou une pathologie dégénérative fémoro-tibiale (arthrose)

Qu'est-ce qu'un ménisque? A quoi servent-ils?
Chaque genou possède deux ménisques, un ménisque interne et un ménisque externe.

Les ménisques sont des fibro-cartilages en forme de demi-lune dont la section est triangulaire et la base périphérique. Ils sont situés entre le fémur et le tibia. Il ne s'interpose pas complètement entre ces deux os laissant persister un contact entre le cartilage du fémur et le cartilage du tibia. Ils ont un rôle de cale, stabilisant le genou, et un rôle d'amortisseur. Une lésion méniscale isolée ne retentit cependant pas beaucoup sur la stabilité du genou tant que les ligaments sont intacts. Mais elle entraîne un risque d'arthrose plus tard, surtout si le ménisque a du être enlevé.

Le ménisque interne a une forme d'un C. Il joue un double rôle d'amortisseur entre le fémur et le tibia et de stabilisateur dans la rotation externe du tibia en flexion. Le ménisque externe a une forme d'un O, épousant au mieux la convexité du plateau tibial externe et le condyle externe lui aussi

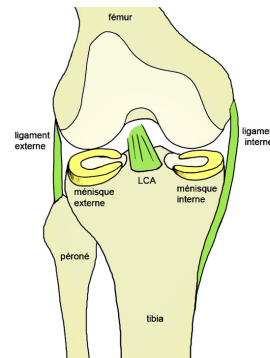
M....., le/..../.....

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

convexe. Ils sont attachés l'un à l'autre et aux ligaments croisés du genou avec lesquels ils fonctionnent en harmonie.

Ils suivent les mouvements du fémur et du tibia lors de la flexion et de l'extension du genou pour s'adapter au mieux à toutes les situations.



Le ménisque interne est fixé au ligament latéral interne du genou sur toute sa longueur : il est donc plus stable et moins mobile que le ménisque externe mais en même temps très vulnérable aux mouvements de cisaillement créés par la rotation du genou. Le ménisque externe n'est pas attaché à la capsule articulaire sur toute sa longueur et est séparé du ligament latéral externe : il est donc plus mobile et moins stable que le ménisque interne.

La vascularisation méniscale s'effectue à partir de sa périphérie (mur méniscal) alors que son bord libre n'est pas vascularisé. La cicatrisation est donc nettement moins bonne sur le bord libre qu'en périphérie : on ne traitera donc pas une lésion méniscale située en zone "blanche" comme une autre située en zone "rouge".

Les ménisques contribuent à la répartition des contraintes fémoro-tibiales mais ont également un rôle stabilisateur au niveau du genou (en synergie avec les ligaments notamment les croisés) :

Ainsi, lors de la disparition d'un ménisque, on observe un pic de contraintes susceptible d'aggraver une souffrance cartilagineuse sous-jacente. Ceci est prouvé par l'expérience malheureuse des ménisectomies totales telles qu'elles étaient pratiquées autrefois, souvent responsable de phénomènes arthrosiques plusieurs années après. De nos

jours, la ménisectomie partielle (arthroscopique) respecte le mur méniscal périphérique ce qui modifie peu la répartition des contraintes fémoro-tibiales.

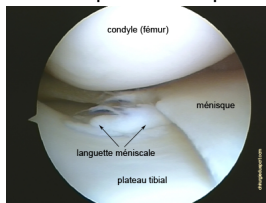
D'autre part, l'atteinte d'un ménisque peut compliquer une atteinte ligamentaire associée (rupture du ligament croisé antérieur par exemple). Dans ce cas, il faut prendre en compte la totalité du "complexe ménisco-ligamentaire" et traiter à la fois le ménisque touché et le ligament rompu.

Comment évaluer une lésion méniscale ? Il faut distinguer plusieurs cas de figures bien distincts. Par ordre de fréquence, on retrouve :

La lésion traumatique du ménisque interne : le ménisque « accident ». Le contexte : flexion forcée prolongée puis relèvement brutal ou mécanisme d'entorse bénigne du genou. Il s'agit d'une atteinte franche, verticale, de siège variable, souvent postérieur. Parfois, le fragment est volumineux et se luxe sous un condyle (on parle d'anse de seau réalisant un blocage aigu du genou).

Le traumatisme responsable d'une lésion méniscale est variable, habituellement indirect. Le mécanisme le plus caractéristique est le relèvement d'une position accroupie. Un tel mouvement, brusquement suivi d'un blocage du genou avec perte de l'extension, permet de porter, en effet, un diagnostic quasi certain de rupture méniscale avec anse de seau.

Il peut également s'agir d'accidents en torsion, en particulier lors des activités sportives. Ces accidents doivent faire rechercher systématiquement la possibilité d'une lésion associée du ligament croisé antérieur ou très rarement d'une rupture du ligament croisé postérieur, ou des ligaments latéraux. Les lésions méniscales traumatiques les plus fréquentes sur genou stable sont : l'anse de seau, la languette, une rupture longitudinale ou transversale, voire des lésions plus complexes.



lésion méniscale

La lésion du ménisque du sujet mûr : le ménisque « maladie ». Elle est secondaire à une altération progressive des structures méniscales (ménisquose due à l'âge et/ou à une déformation surtout en genu varum). Il s'agit de clivages horizontaux pouvant détacher des languettes méniscales en avant ou en arrière. Un banal traumatisme peut être retrouvé. Elles peuvent être responsables de l'apparition d'un kyste méniscal, surtout en externe

Ces lésions sont constamment retrouvées en cas d'arthrose du genou.

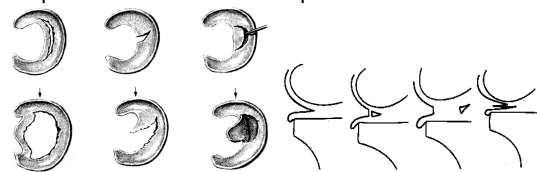
Il s'agit, bien entendu, par définition, de lésions méniscales survenant en dehors de tout traumatisme nettement individualisable. Cette absence de traumatisme, à priori paradoxale pour une rupture méniscale, risque de faire méconnaître le diagnostic. Or c'est une lésion très fréquente. Il faut savoir y penser chez des patients d'âge mûr qui présentent des douleurs internes à début progressif. L'évolution est volontiers cyclique, avec épisodes douloureux plus ou moins longs qui rentrent dans l'ordre pendant quelques temps suivis de la réapparition d'une symptomatologie identique. C'est un diagnostic difficile qui nécessite habituellement de recourir à la radiographie (arthrographie), ou l'IRM.

Ces lésions méniscales peuvent parfois s'associer à une usure cartilagineuse au niveau du fémur et du tibia (arthrose). Il importe de préciser cette atteinte cartilagineuse car elle peut être responsable de douleurs résiduelles, et elle peut éventuellement s'aggraver, l'ablation du ménisque n'ayant aucune action préventive de l'arthrose. Ce sont les radiographies standards (en position de "schuss"), et l'exploration articulaire lors de l'arthroscopie, qui permettent de dépister une atteinte cartilagineuse.

La lésion isolée du ménisque externe. Le contexte : lésions soit traumatiques soit dégénératives, parfois favorisées par une anomalie congénitale (ménisque discoïde ou hypermobile).

Le kyste du ménisque externe. C'est la formation d'un petit kyste à la périphérie du ménisque lui-même fissuré, à contenu gélatineux. Le terme de "kyste" ne doit surtout pas inquiéter car cette lésion est tout à fait bénigne, en aucun cas cancéreuse. Il peut être à l'origine de douleurs à la face externe du genou, avec parfois existence d'une petite tuméfaction sous la peau.

Le ménisque externe discoïde. Il s'agit d'un ménisque en forme de disque (au lieu de sa forme habituelle en croissant de lune), d'origine congénitale. Il recouvre la totalité du plateau tibial externe. Un ménisque externe discoïde intact n'entraîne habituellement aucun symptôme. Mais il est plus fragile et peut se déchirer, en particulier chez l'enfant.



lésions méniscales

Au terme de cette distinction fondamentale pour le traitement (contexte le plus souvent évocateur), on fait rapidement le diagnostic :

- par l'examen clinique
- par l'imagerie : les radiographies sont normales ou mettent en évidence des signes d'arthrose. L'arthrographie (radiographies après l'injection d'un produit de contraste moultant la lésion) est désuète sauf dans les cas où une IRM est impossible à réaliser (pace-maker...). L'IRM est devenu l'examen le plus performant car elle fait le diagnostic, classe la lésion et permet de voir les pathologies associées (arthrose, rupture ligamentaire)

L'ARTHROSCOPIE DU GENOU

Quelles sont les traitements d'une lésion méniscale ?

Ne rien faire La guérison des lésions méniscales est souvent difficile spontanément. Lorsque le ménisque est lésé il ne cicatrise pratiquement jamais spontanément. Mais les lésions minimales, si elles sont tolérées, doivent entraîner une abstention thérapeutique. Il est en effet possible de laisser en place un ménisque déchiré s'il n'est pas gênant en particulier lorsqu'il accompagne une rupture du ligament croisé antérieur où la priorité est à la réparation de ce ligament.

Il n'y a pas de raisons médicales qui doivent faire conseiller l'ablation systématique du ménisque s'il est lésé. En effet, l'indication d'une éventuelle intervention dépend uniquement de l'importance des douleurs, de la gêne fonctionnelle et du souhait du patient d'être soulagé. Le rôle du médecin ou du chirurgien n'est pas de prendre la décision, mais de faire un diagnostic précis et d'apporter au patient toutes les informations pour lui permettre de décider du traitement le plus approprié.

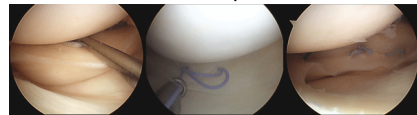
Ce principe est d'autant plus valable qu'il n'y a pas d'urgence : laisser en place une lésion méniscale n'aggrave pas l'état du genou et ne complique pas une éventuelle opération faite ultérieurement si elle devenait nécessaire en raison de l'aggravation de la symptomatologie fonctionnelle. La seule conséquence de cette temporisation peut-être bien sûr la persistance ou l'aggravation des douleurs, que le patient est seul à pouvoir apprécier. Il ne faut pas se faire opérer si la gêne douloureuse est minimale, tout à fait supportable et sans conséquence sur la vie quotidienne ; c'est dans de tels cas que le traitement médical (antalgiques, anti-inflammatoires) peut parfois être efficace sur les douleurs et permettre de retarder

ou d'éviter l'intervention. A l'opposé, il serait dommage de se gâcher la vie en souffrant et en réduisant ses activités, en particulier sportives, alors qu'il est possible d'être guéri par une petite opération peu agressive.

La suture méniscale lorsqu'elle est réalisable, ce qui est exceptionnel dans les lésions méniscales sur genou stable.

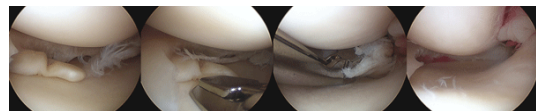
La suture n'est possible que chez le sujet jeune et si la lésion est située dans la portion vascularisée périphérique du ménisque. Les ménisques dégénératifs des patients âgés ne peuvent être suturés. Deux types de suture sont possibles, soit à l'extérieur de l'articulation avec des fils aiguillés qui sont récupérés par une voie d'abord supplémentaire pour les nouer en dehors de l'articulation, soit la suture est entièrement faite par l'intérieur de l'articulation. Elle nécessite alors un matériel de suture particulier (le plus souvent, un fil appuyé sur de petites ancrures intra-méniscales).

Après une suture vous pourrez mobiliser le genou dès le lendemain et marcher avec appui sous couvert d'une attelle qui sera conservée quatre semaines. La récupération de la flexion sera limitée en générale à 90° pendant les trois premières semaines. Il faudra glacer le genou et bénéficier d'un traitement anticoagulant pendant une dizaine de jours. La reprise sportive ne pourra pas être envisagée avant trois mois post-opératoire. Le taux d'échec des sutures est supérieur à 25 %.



Suture méniscale

La résection méniscale Dans le cas des ménisques « accident », entraînant une lésion isolée interne ou externe symptomatique, la bonne attitude est la ménisectomie partielle réalisée sous arthroscopie. Cette intervention se déroule sous arthroscopie, et consiste à enlever uniquement la partie abîmée du ménisque.



Résection méniscale

Les résultats de cette petite intervention dépendent beaucoup de l'existence ou non de lésions associées :

- les résultats pour une rupture isolée d'un ménisque, sans atteinte associée du cartilage ou d'un ligament, sont excellents dans la très grande majorité des cas : disparition des douleurs et des éventuels blocages, reprise possible

de toutes les activités sportives. Faut-il en déduire que le ménisque ne sert à rien ? Certainement pas. Il a un rôle de stabilisation et surtout d'amortissement. Sa lésion entraîne un risque, à distance, de souffrance du cartilage et de survenue d'arthrose, et son ablation augmente ce risque. Le délai d'apparition éventuelle de cette arthrose est variable, habituellement très long, mais semble plus important après ablation du ménisque externe que du ménisque interne.

- S'il existe une atteinte associée du ligament croisé antérieur, l'ablation isolée du ménisque, sans réparation du ligament, entraîne un risque d'aggravation de l'instabilité et de survenue d'arthrose.
- En cas d'arthrose associée, l'ablation du ménisque donne des résultats variables car il est difficile de faire la part, dans le déterminisme des douleurs, de ce qui revient à l'arthrose et à la lésion méniscale. L'ablation du ménisque peut bien soulager, mais ne modifie pas l'évolution de l'arthrose et la nécessité d'une éventuelle opération ultérieure sur cette arthrose.

Dans le cas des ménisques « maladie », il s'agit d'un stade de pré-arthrose à traiter comme tel c'est à dire médicalement ou chirurgicalement par une ostéotomie correctrice mais il peut cependant exister de véritables lésions traumatiques sur ménisque dégénératif répondant bien à la ménisectomie arthroscopique. Attention néanmoins aux arthroscopies "de confort", qui généralement ne soulagent pas durablement et n'empêchent pas l'évolution arthrosique, ce d'autant que le "capital méniscal" a été entamé.

Dans le cas des « accidents méniscoligamentaires », associant lésion méniscale et rupture du LCA, la bonne attitude est le plus souvent de stabiliser le genou (reconstruction du pivot central) et de réinsérer le ménisque (suture méniscale).

Comment se déroule l'intervention ? L'opération se fait sans ouvrir le genou, grâce à un petit câble relié à une caméra (fibre optique) et à des instruments chirurgicaux spéciaux (technique arthroscopique).

Soit on endort le bas de votre corps ou votre jambe (anesthésie loco-régionale), soit vous dormez complètement (anesthésie générale).

L'arthroscopie est une intervention peu invasive qui permet d'explorer l'intérieur d'une articulation au moyen de fibres optiques appelé un arthroscope de quelques millimètres de diamètre, relié à

une caméra qui projette une image sur un écran de télévision externe. L'arthroscope est introduit dans le genou par plusieurs orifices (2 à 4) minimes (en moyenne 5 mm). L'arthroscopie n'est pas un simple geste diagnostique mais permet la réalisation d'interventions intra-articulaires. La chirurgie arthroscopique, en tant que technique opératoire mini-invasive, appartient dorénavant aux méthodes d'intervention standard en matière de chirurgie articulaire.

Une résection se fait à l'aide de pinces à main ou de rongeurs motorisés (shavers), en essayant d'être le plus économe possible. 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.

Si votre ménisque peut être réparé, ce qui est rare, le chirurgien fixe la partie déchirée dans sa position d'origine. Dans le cas contraire, il la retire. L'ablation, le plus souvent partielle, se limite à la zone lésée du ménisque et conserve toute sa portion saine. Il peut être effectué dans le même temps des gestes complémentaires suivant les lésions constatées :

- une 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.
- une excision d'adhérences, de replis (plica), ablation partielle ou totale de la synoviale.
- une ablation de petits fragments osseux ou cartilagineux libres dans l'articulation (corps étrangers)

L'opération dure habituellement entre 15 et 30 minutes. C'est une opération légère. Sauf exception, cette chirurgie est exclusivement réalisée en ambulatoire avec une hospitalisation de 6 à 10 heures.

Quel est le type d'anesthésie ? S'agissant d'une intervention courte et peu douloureuse en post-opératoire, il s'agit soit d'une anesthésie générale très légère permettant cette chirurgie ambulatoire, soit une anesthésie loco-régionale.

Quelles sont les suites habituelles de l'intervention ? Vous rentrez chez vous le lendemain de l'intervention ou le soir même. Après cette intervention, vous pourrez mobiliser votre genou immédiatement, l'appui et la marche sont autorisés. Aucune activité n'est interdite mais il est conseillé de rester au repos, de glacer le genou pendant trois ou quatre jours.

Si nécessaire, vous prenez un traitement pour éviter la formation de bouchons de sang (caillots) dans les veines des jambes (phlébite).

Avec l'accord de votre médecin, vous pouvez marcher tout de suite, peut être avec des cannes. La mobilisation, une auto-rééducation sera démarrée dès le lendemain de l'intervention. La reprise d'activités sédentaires basiques est possible au bout d'une semaine mais la vie quotidienne normale et le footing nécessitent, en général 3 à 4 semaines. La conduite automobile est en général possible au bout de 3 ou 4 jours.

Il est normal qu'une zone reste sensible pendant trois à six semaines. La rééducation n'est souvent pas nécessaire, sachant que l'utilisation normale et sans excès votre genou est un excellent exercice. Dans certains cas des séances de rééducation vous seront prescrites.

Attendez deux mois avant de reprendre une activité physique et évitez les sports ou le genou pivot (le football par exemple) pendant encore un ou deux mois. Ne soyez pas trop confiant, cela augmente le risque d'accident ! Une nouvelle déchirure est toujours possible. Il y a toujours un risque que le cartilage s'use trop vite chez les patients jeunes à qui on a enlevé le ménisque.

Si des lésions du cartilage constatées et régularisées lors de l'arthroscopie provoquent secondairement des douleurs résiduelles, on peut alors les traiter par injection intra-articulaire d'acide hyaluronique (en général une injection par semaine pendant 3 semaines) encore appelée viscosupplémentation.

Quelles sont les résultats à en attendre ? La ménisectomie arthroscopique permet une récupération fonctionnelle fréquente si elle est bien indiquée. Trois remarques néanmoins :

- ☞ la ménisectomie externe est moins favorable que la ménisectomie interne et l'évolution post-opératoire parfois aléatoire et imprévisible : douleurs, épanchements récidivants et même lésions des cartilages adjacents sont les complications possibles de cette forme clinique.

- ☞ la ménisectomie interne sur genu varum et ménisque dégénératif (méniscope) est rarement efficace à long terme. Elle est parfois délétaire et peut aggraver l'arthrose.

- ☞ Ses indications doivent donc être bien pesées dans les formes associant lésion méniscale et rupture du LCA, une réparation méniscale isolée sans reconstruction du pivot central est vouée à l'échec : le geste associant une reconstruction du ligament rompu est plus lourd mais le traitement complet préférable.

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 minime à la complication majeure. En effet, la survenue d'une complication rallonge souvent la récupération, compromet souvent le résultat attendu. Un traitement complémentaire, spécifique est souvent nécessaire. Si la plupart des complications guérissent avec des séquelles mineures, certaines peuvent laisser un handicap lourd, très important.

La liste n'est pas exhaustive et une complication particulièrement exceptionnelle peut survenir, liée à l'état local ou à une variabilité technique. Toutes les complications ne peuvent être précisées, ce que vous avez compris et accepté. En plus des risques communs à toute intervention chirurgicale et des risques liés à l'anesthésie, voici celles qui sont le plus couramment rencontrées, plus spécifiques à cette chirurgie et pour lesquelles nous réalisons une prévention active :

Les complications au cours de l'arthroscopie

Un hématome. Il existe un risque d'hématome qui se résorbe en règle tout seul, il peut exceptionnellement nécessiter une ponction évacuatrice ou un drainage chirurgical.

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 malgré le traitement anticoagulant préventif. Il s'agit d'un caillot qui se forme dans les veines des jambes, celui-ci peut migrer et entraîner une embolie pulmonaire exceptionnellement mortelle. Un traitement anticoagulant peut être prescrit en prévention.

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. Il vous est fortement déconseillé de fumer pendant la période de cicatrisation, le tabagisme augmentant de manière significative le taux d'infection.

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.

Les complications générales

☞ **Les complications cardiovasculaires.** Les deux complications cardiaques postopératoires les plus courantes sont la crise cardiaque et l'insuffisance cardiaque. Le stress de la chirurgie

peut causer une crise cardiaque chez les personnes atteintes d'une maladie coronarienne, laquelle peut avoir entraîné ou non des symptômes avant la chirurgie. Assurez-vous de parler de votre santé cardiovasculaire au chirurgien et à l'anesthésiste et de suivre leurs directives.

☞ **Un 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.

☞ **Une 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.

☞ **Des nausées.** Si les nausées et les vomissements persistent, un médicament peut être administré.

☞ **Des 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 le médecin immédiatement.

☞ **Des risques de l'anesthésie.** Enfin comme toute chirurgie réalisée sous anesthésie, il existe des risques liés à l'anesthésie elle-même. N'hésitez pas à demander des informations complémentaires auprès du médecin anesthésiste.

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 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. Elle est souvent due à la présence de lésions associées, en premier lieu les lésions du cartilage. Si des lésions du cartilage constatées et régularisées lors de l'arthroscopie provoquent secondairement des douleurs résiduelles, on peut alors les traiter par injection intra-articulaire d'acide hyaluronique (en général une injection par semaine pendant 3 semaines) encore appelée viscosupplémentation.

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. La cicatrisation des tissus dans le genou peut créer des adhérences qui vont limiter la flexion. Elle peut être prévenue par la mobilisation douce et précoce, mobilisation passive ou à l'aide d'un appareillage.

L'algodystrophie : phénomène douloureux et inflammatoire encore mal compris, elle est traitée

médicalement et peut durer plusieurs mois (voire parfois années), entraînant une prise en charge spécifique avec rééducation adaptée, bilans complémentaires et parfois prise en charge spécifique de la douleur. Elle est imprévisible dans sa survenue comme dans son évolution et ses séquelles potentielles.

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, ...).

Une récurrence n'est jamais exclue. Elle peut survenir sur la portion de ménisque restante. Il peut s'agir d'une nouvelle lésion, mais aussi d'une lésion passée inaperçue, même sous arthroscopie. Il faut savoir qu'en cas de certaines lésions stables, le chirurgien peut privilégier de ne rien faire, plutôt que d'être amené à enlever la quasi-totalité du ménisque.

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 ...

Même lors d'une opération peu dangereuse en apparence et parfaitement réalisée, cela peut vous arriver. En fonction de votre cas et de votre état de santé, vous êtes plus ou moins exposé à l'un ou l'autre de ces risques. Sachez aussi qu'il faudra rester prudent et savoir adapter votre activité pour profiter le plus longtemps possible du résultat de l'opération.

LES RÉSULTATS ATTENDUS

La cicatrisation cutanée est rapidement obtenue. La reprise des activités sportives sont possibles après un délai moyen de 45 jours qui vous sera

précisé par votre chirurgien. Le délai peut être allongé en cas de lésion importante ou de lésion associée ou de lésion du ménisque externe. Le résultat attendu est une disparition de la douleur après quelques semaines. En cas de lésion cartilagineuse associée ou de ménisectomie importante, une arthrose peut apparaître après un délai de quelques

années.

EN RÉSUMÉ

La ménisectomie sous arthroscopie est un geste très fréquent. Les suites sont simples en général. La récupération après chirurgie est rapide et nécessite quelques séances de kinésithérapie. L'amélioration est significative après un délai moyen de quelques semaines. La reprise des sports doit être progressive et réalisée sous contrôle médical en respectant les délais donnés par votre chirurgien.

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) :