

# **LES LESIONS MENISCALES**

## **diagnostic et prise en charge**

Dr Florian DUCELLIER

Département de chirurgie osseuse – CHU d'Angers

05/11/2016

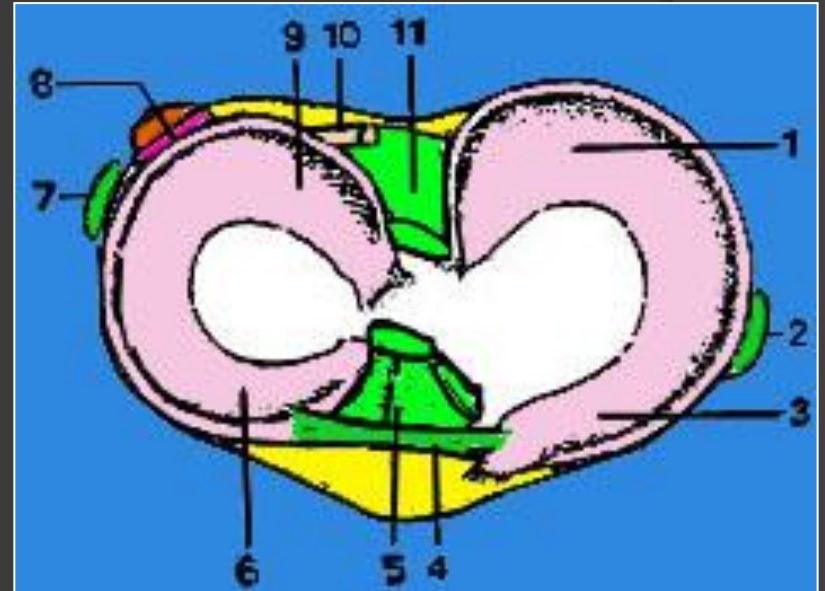
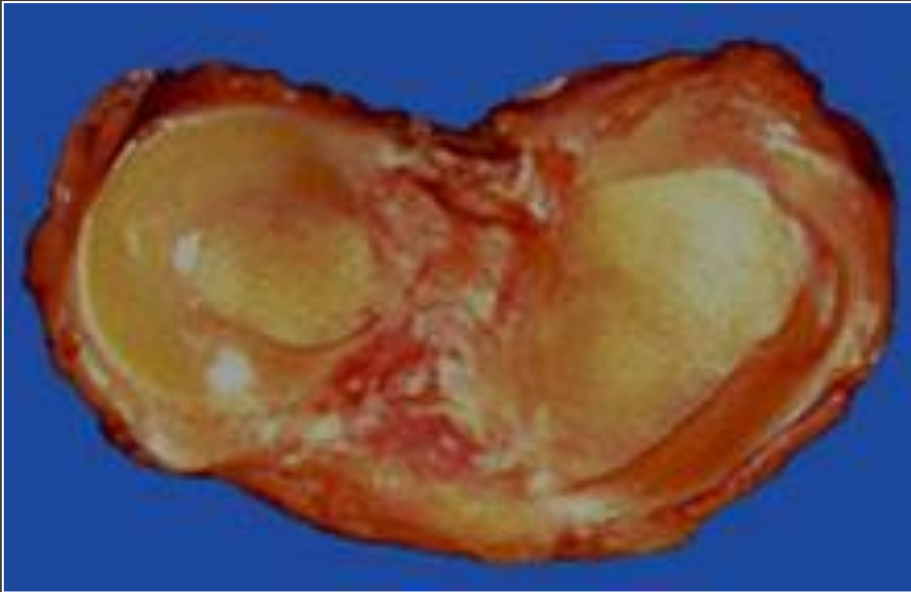
# PLAN

- INTRODUCTION ET RAPPELS
- LES DIFFERENTS TABLEAUX CLINIQUES
- LA CONSULTATION
- L'IMAGERIE
- LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS
- QUELS TRAITEMENTS ET POUR QUI ?
- PRONOSTIC
- CONCLUSION

# INTRODUCTION

- Fréquence +++
- Diagnostic clinique
- Confirmation par l'imagerie
- Attention aux lésions associées

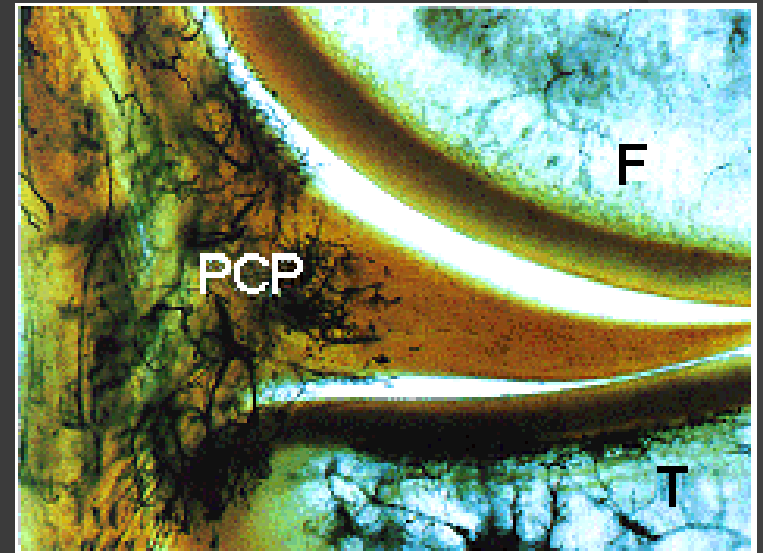
# ANATOMIE



- Formes des ménisques
- Rapports anatomiques nombreux

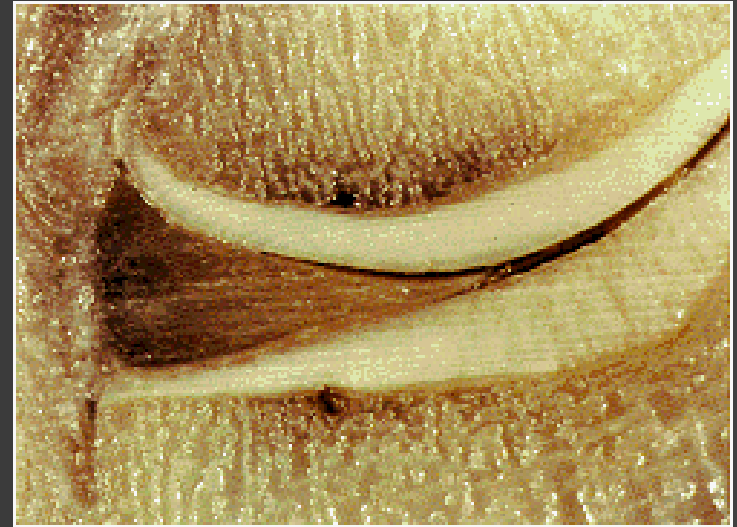
# STRUCTURE

- Collagène type 1
- Disposition spécifique des fibres
- Vascularisation périphérique
- Qui décroît avec l'âge
- Innervation par la capsule
  - Récepteurs sensitifs
  - Récepteurs proprioceptifs



# BIOMECANIQUE

- Transmission des contraintes
- Congruence articulaire
- Méniscectomie =
  - Augmentation de 75% de la surface de contact articulaire
  - Augmentation de 235% des contraintes
- Rôle stabilisateur du genou (rupture LCA)
- Proprioception



# LES TABLEAUX CLINIQUES

- Adulte jeune (20–40 ans)
- Douleur brutale
- Mécanisme évocateur
- Flessum, limitation de la flexion
- Impotence fonctionnelle
- Douleur à la palpation de l'interligne
- Adulte « moins jeune » (50-65 ans)
- Début progressif
- Hydarthrose
- Lésion associée ++
- Ménisque latéral : plus rare
- Symptomatologie atypique
- Gêne +/- permanente
- Parfois un kyste associé

# LA CONSULTATION

- Motif de consultation : douleur
  - Date et mode d'apparition :
    - Traumatisme ?
    - Effort inhabituel ?
  - Rythme et fréquence :
    - Accroupissement
    - Rotation de la jambe
    - Douleur positionnelle
    - Douleur aux efforts prolongés
  
- Morphotype
- Epanchement
- Cicatrices
- Flessum

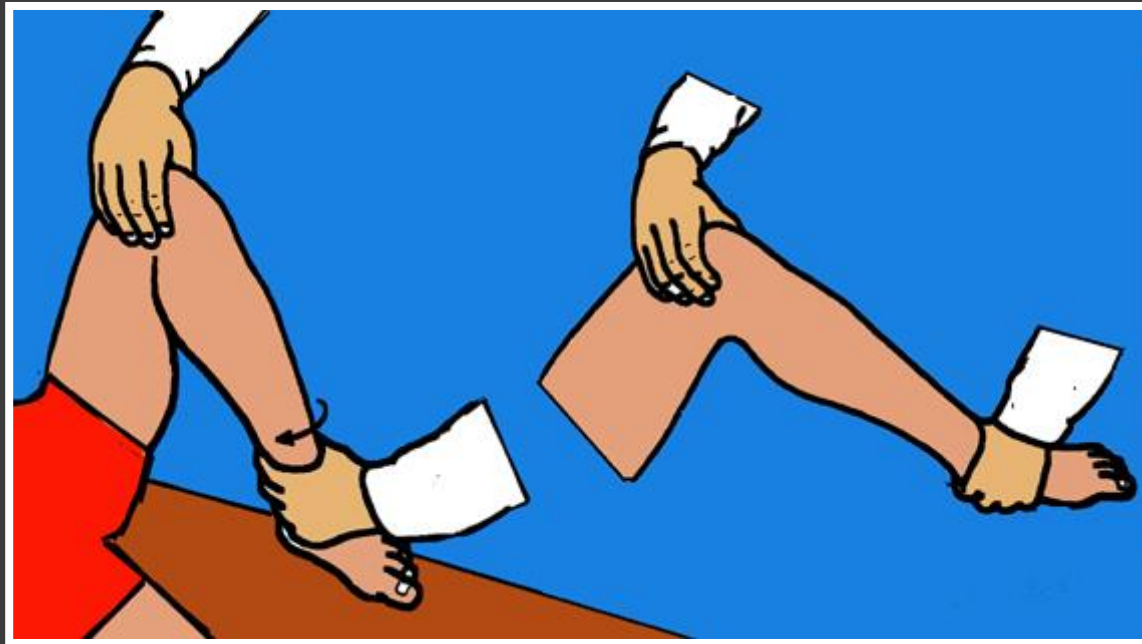


# LA CONSULTATION

- Choc rotulien ?
- Mobilités articulaires
- Point douloureux méniscal
  - Présent dans 80% des cas (= cri méniscal)
- Autres point douloureux
- Recherche de lésions associées
  - **Laxité**
  - Kyste synovial
  - Rabot,...

# LA CONSULTATION

## TESTING MENISCAL SPECIFIQUE



Mac Murray

# LA CONSULTATION

## TESTING MENISCAL SPECIFIQUE



Grinding test (d'Appley)

# LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

- Devant une douleur de l'interligne médiale :
  - Gonarthrose débutante
  - Syndrome rotulien a minima
- Devant des blocages à répétition :
  - Blocages d'origine rotulienne
  - Corps étrangers intra-articulaires



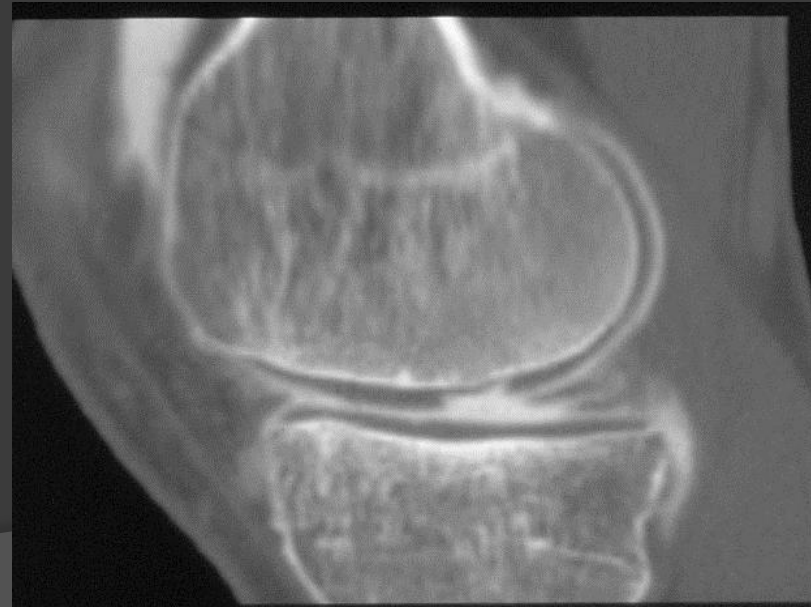
# L'IMAGERIE

- Pour tous :
  - Rx standard : F + P + DFP + SCHUSS



# L'IMAGERIE

- Pour tous :
  - Rx standard : F + P + DFP + SCHUSS
- En fonction des patients :
  - IRM : adulte jeune, suspicion lésion ligamentaire
  - Arthro-TDM : adulte « vieillissant », évalue le cartilage (pronostic)



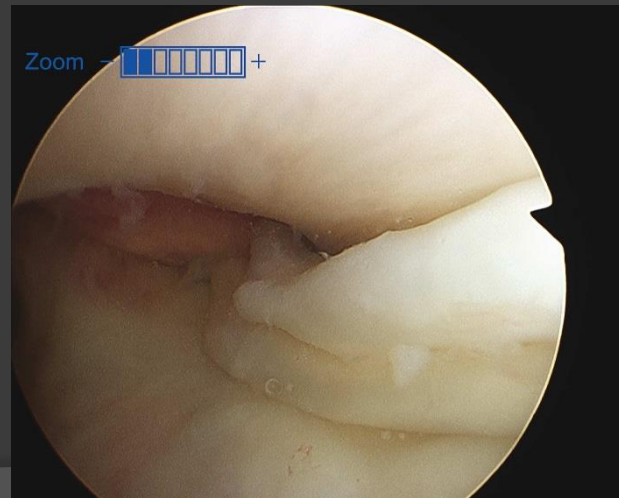
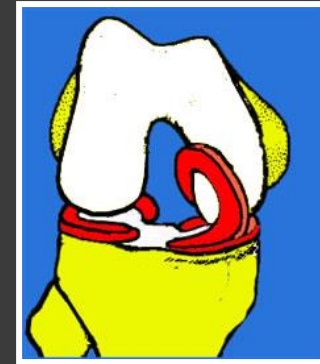
# CLASSIFICATION

- Lésions longitudinales



# CLASSIFICATION

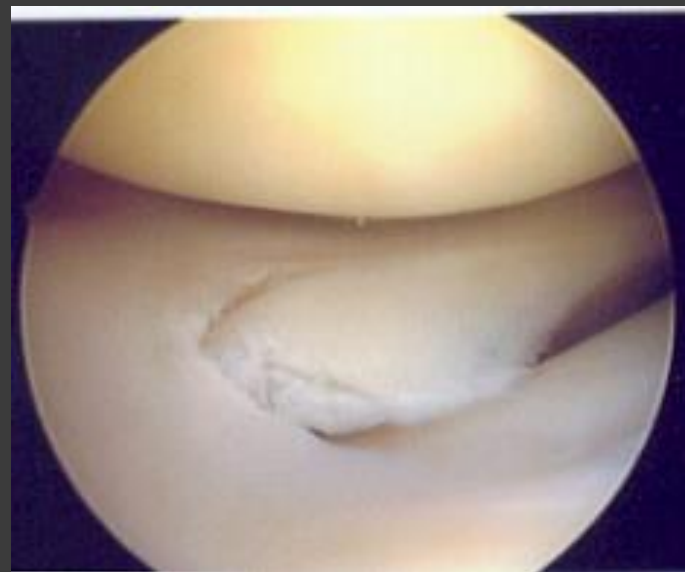
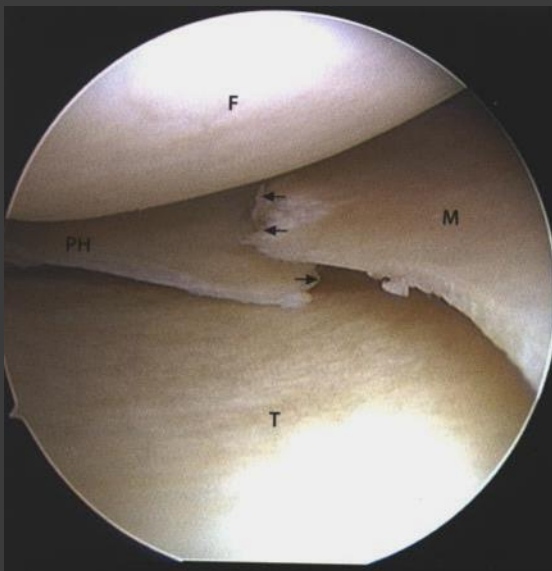
- Anse de sceau





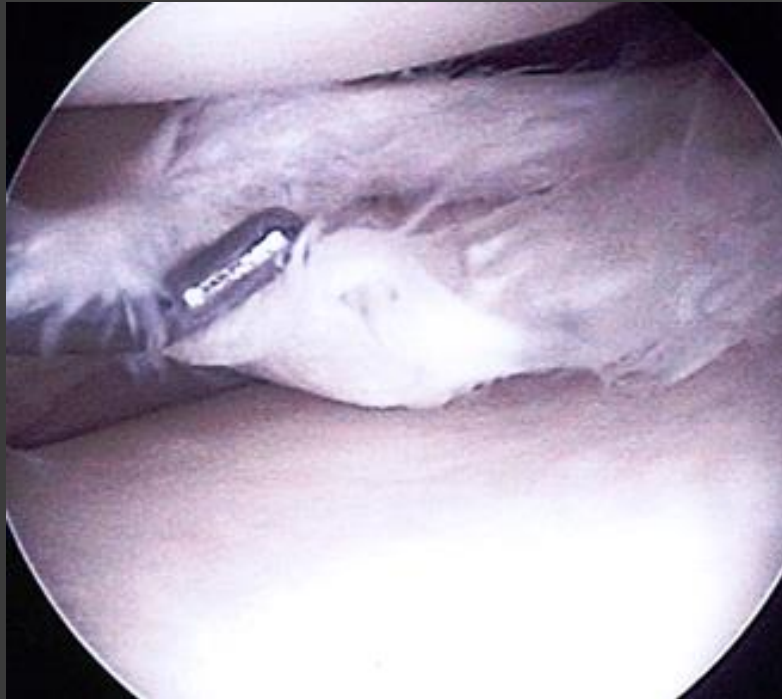
# CLASSIFICATION

- Lésions radiales



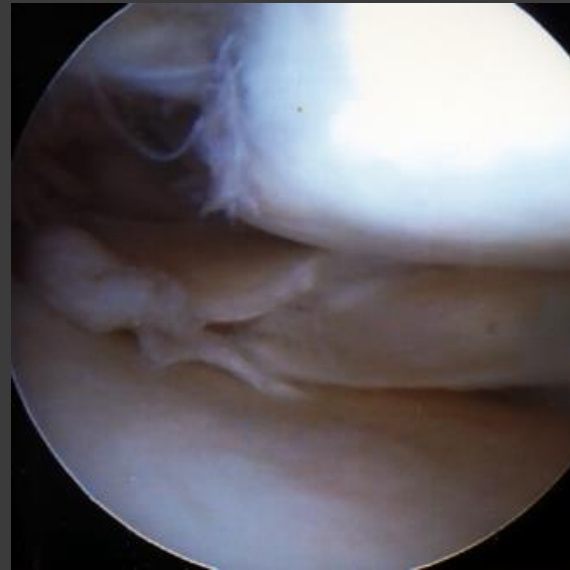
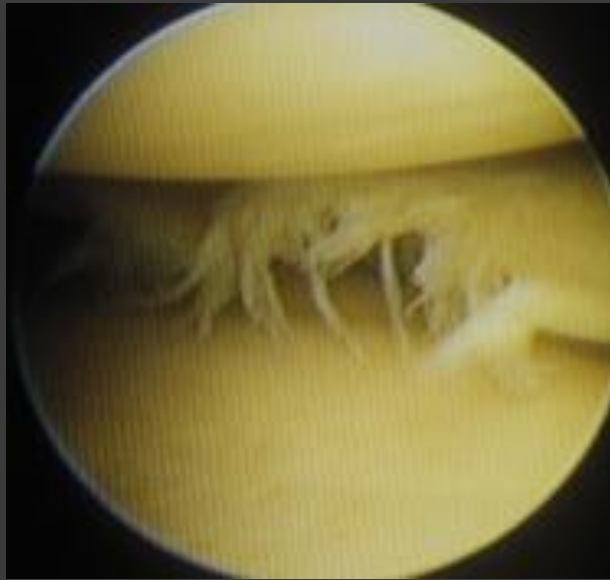
# CLASSIFICATION

- Clivages horizontaux



# CLASSIFICATION

- Lésions complexes, souvent dégénératives



# TRAITEMENTS

- **Médical**
- **Chirurgical : ARTHROSCOPIE**
  - Méniscectomie
    - La plus économe possible
  - Suture méniscale
    - Le plus souvent possible en cas de lésion associée du LCA
  - À éviter en cas de gonarthrose

# Quel TTT pour qui ?

- ~~Lésion méniscale = Meniscectomie~~
- La lésion méniscale mérite t-elle d'être traitée chirurgicalement ?
- Si oui, par quelle méthode ?

# Quel TTT pour qui ?

## Genou laxe

- Ménisectomie isolée = mauvais résultats
- Ménisectomie + LCA = moins bons résultats

# Quel TTT pour qui ?

## Genou laxe

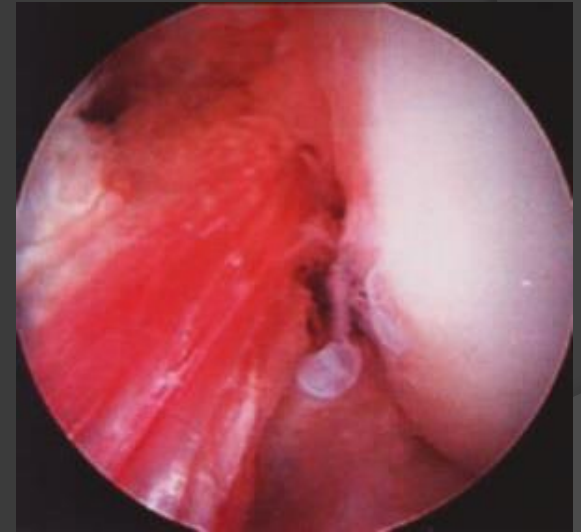
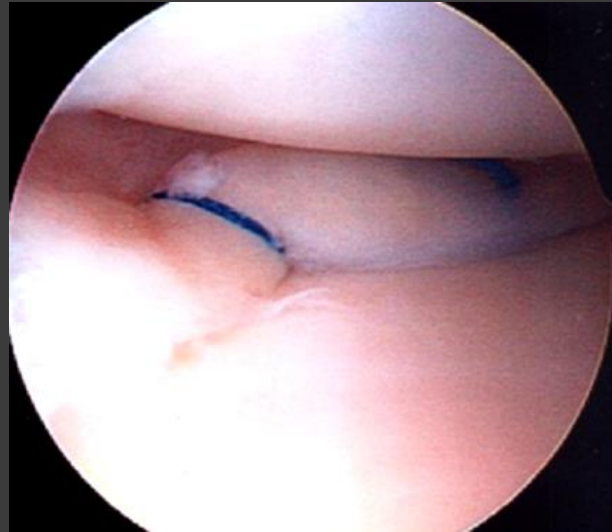
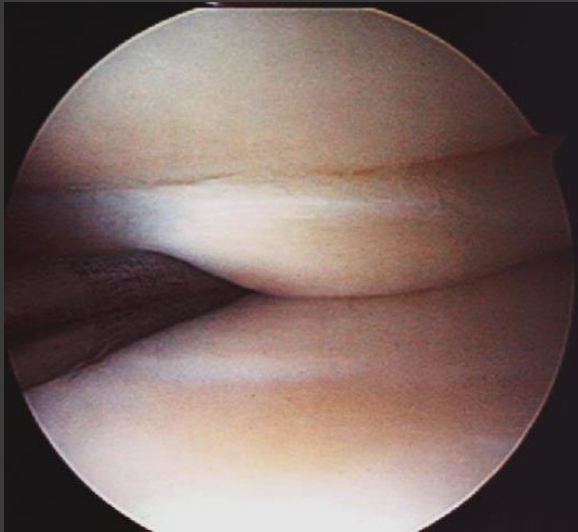
- Abstention pour toute lésion asymptomatique et stable, périphérique ou non

- Réparation de toute lésion périphérique instable ou douloureuse
- Associer la reconstruction du LCA

- Lésion complexe, symptomatique non réparable...

# Quel TTT pour qui ?

- Genou laxe = Suture méniscale + Ligamento





# Quel TTT pour qui ?

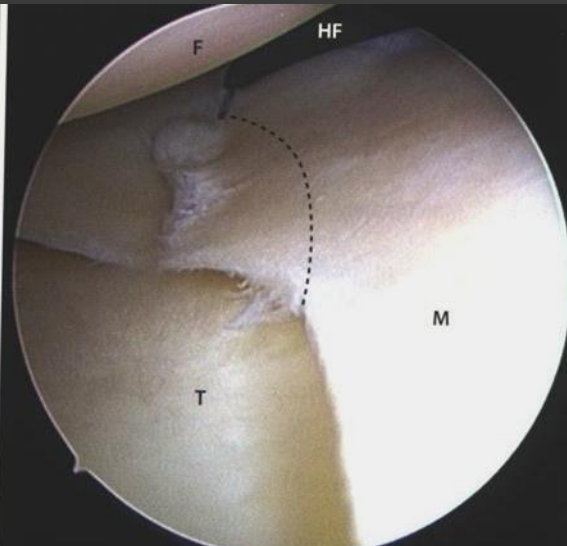
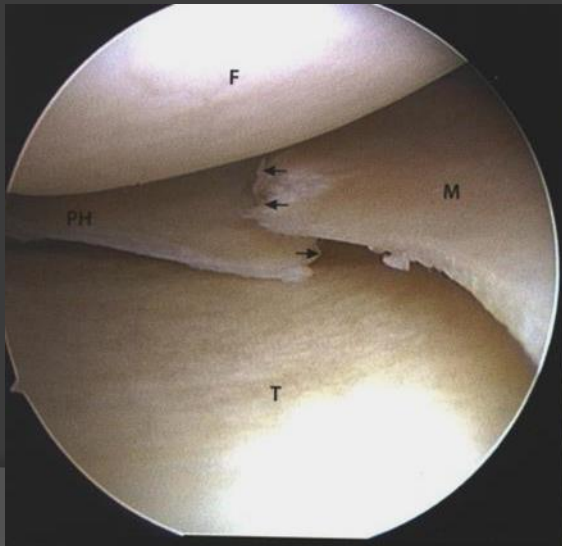
## Genou stable

- Abstention si :
  - Lésion à l'IRM mais absence de symptomatologie
  - Symptômes et IRM concordent mais lésion de grade 2
  - Symptômes et IRM concordent avec une lésion de grade 3 mais gêne supportable
  - Lésion stable avec chondropathie



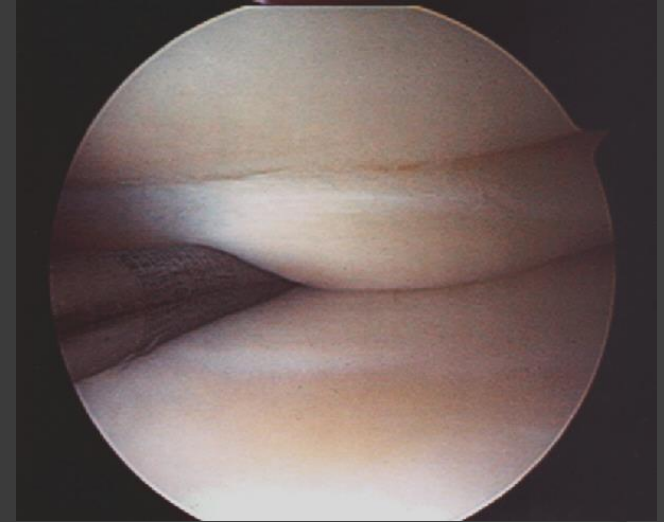
# Quel TTT pour qui ?

- Genou stable et lésion traumatique : Ménisectomie
- Arthroscopique
- Ambulatoire
- Faible morbidité
- La plus économe possible

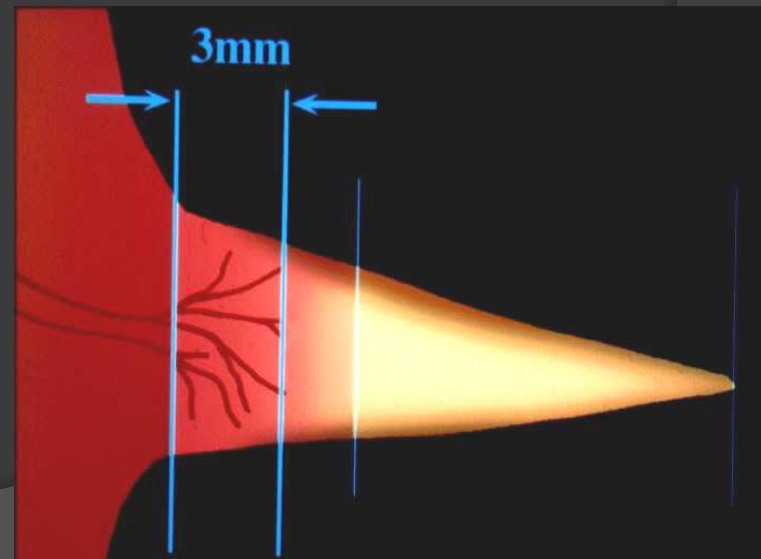


# Quel TTT pour qui ?

- Genou stable : suture méniscale ?



- Si tissu sain (= lésion traumatique)
- Lésion verticale
- Périphérique



# Quel TTT pour qui ?

**GENOU LAXE**

**Réparation**



**Abstention**



**Méniscectomie**

**GENOU STABLE**

**Méniscectomie**



**Abstention**



**Réparation**

# PRONOSTIC

- Entre 15 et 25% d'échecs des réparations méniscales
- Méniscectomie : 90% de résultats satisfaisants chez l'adulte jeune pour le ménisque interne (75% pour le ménisque externe).
- Pronostic très réservé en cas de lésions cartilagineuses associées, d'où l'intérêt de l'arthro-scanner chez l'adulte d'âge mûr
- Risque arthrogène bien supérieur en cas d'ablation du ménisque externe:
  - 25% d'arthrose à 10 ans pour le MM
  - 45% d'arthrose à 10 ans pour le ML

# TAKE HOME MESSAGE

- Savoir intégrer la lésion dans son contexte
- Commencer le bilan par les radio standard
- L'abstention chirurgicale n'est pas un abandon !

Merci de votre attention

Dr Florian DUCÉLLIER  
Département de chirurgie osseuse – CHU d'Angers  
05/11/2016