

LÉSIONS DU MÉNISQUE : TYPES ET TRAITEMENT

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

Il existe de nombreuses situations différentes dans lesquelles une **déchirure** ou une **blessure méniscale** peut subir un **traitement** ou un autre. Dans cet article, nous allons essayer d'expliquer les **types de déchirures méniscales** et leur traitement le plus recommandé, en essayant de comprendre deux principes : 1) une déchirure méniscale ne nécessite pas toujours une **intervention chirurgicale** ; et 2) si une déchirure méniscale doit être opérée, il est conseillé de toujours essayer d'économiser autant de **ménisque** que possible en **suturent** ou en cousant le ménisque (éviter d'enlever des parties du ménisque, ce qu'on appelle la **méniscectomie**).

Les déchirures méniscales peuvent être classées de différentes manières :

- 1) En fonction du temps d'évolution :
 - a. **Aiguë** : **Ruptures** clairement liées à un mécanisme de blessure ou à un **traumatisme** qui viennent être évaluées au cours des 3 premières semaines.
 - b. **Chronique** : Ruptures qui ne sont pas liées à un mécanisme clair de blessure, ou qui le sont, mais qui vont chez le **médecin** pour une évaluation après 6 semaines (entre 3 et 6 semaines peuvent être définies comme subaiguës).
- 2) En fonction de la **stabilité méniscale** :
 - a. **Stable** : ce sont **des déchirures douloureuses** au moment où elles se produisent (si elles se produisent clairement avec un mécanisme de blessure), mais avec le temps, elles peuvent cesser de faire mal car **la mobilité** ou sur le **genou** ne causent pas d'autres dommages au ménisque, à moins que la **charge** ne soit soulevée et qu'une nouvelle blessure se produise sur la zone qui avait été endommagée.
 - b. **Instable** : il s'agit de déchirures méniscales qui peuvent impliquer un fragment plus ou moins important du ménisque et avec le mouvement du genou ou la charge sur l'**articulation**, le fragment blessé se déplace et donc fait mal.
- 3) Selon la **ligne de** déchirure méniscale :
 - a. **Déchirure radiale** : **la déchirure se produit en une ligne verticale** qui coupe le ménisque de sa partie **centrale** à sa partie **périphérique**.
 - b. Déchirure **longitudinale** : la déchirure se produit en ligne verticale mais a une **direction** qui suit les **fibres du ménisque d'avant en arrière**.
 - c. Déchirure oblique : La déchirure **oblique** est comme une déchirure radiale, mais avec une certaine inclinaison (non **perpendiculaire** à la paroi du ménisque).
 - d. Déchirure **horizontale** : la déchirure se produit dans un trait horizontal, **parallèle** à la **surface articulaire**, divisant le ménisque en deux moitiés, une au-dessus et une en dessous.
 - e. Rupture : **désinsertion** de la **racine méniscale** : la rupture implique une désinsertion de la racine du ménisque à sa jonction avec l'**os**, à la fois la racine antérieure (moins fréquente) et la racine postérieure (plus fréquente).
 - f. Rupture de la rampe méniscale : la déchirure se produit au niveau de la zone postérieure du ménisque où elle rejoint la **capsule articulaire**.
 - g. Déchirure de la **poignée du seau** : il y a une déchirure **verticale longitudinale** qui produit une **luxation** ou un déplacement de la zone déchirée du ménisque vers le centre du genou (**intercondyle**). Ce type

de déchirure **bloque généralement l'extension du genou**, ce qui signifie que le patient est incapable de redresser le genou.

h. Cassure **complexe** : il s'agit d'une combinaison des modèles énumérés ci-dessus.

4) Selon la zone du ménisque touchée :

a. Rupture dans **la zone blanche** : la zone blanche est la zone **non vascularisée**, c'est-à-dire qu'aucun sang ne l'atteint. Cette zone est la zone la plus proche du centre du genou et aura le moins de potentiel de **cicatrices**.

b. Rupture dans **la zone blanc-rouge** : la zone blanc-rouge a un certain potentiel de cicatrisation puisqu'elle reçoit **le sang** des petites **artérioles** qui circulent à l'intérieur du ménisque. Cette zone serait celle qui serait équivalente au tiers central du ménisque.

c. Rupture **de la zone rouge** : il s'agit de la zone la plus proche de la capsule articulaire, c'est-à-dire la plus éloignée du centre du genou. C'est la zone la mieux vascularisée et donc celle qui a le plus grand potentiel de guérison.

À tous ces types de ruptures, il faut ajouter l'**âge du patient** et le niveau d'**activité physique** en termes de **sport** et de travail, afin de décider du traitement. Examinons quelques considérations de **traitement** en fonction du type de déchirure et de l'âge/niveau d'activité.

1. En fonction du temps d'évolution :

a. **Rupture aiguë** : Le traitement chirurgical est généralement indiqué dès le départ dans de nombreux cas, sauf s'il s'agit d'une lésion stable dans la zone rouge et que le patient accepte une **période** de repos pour bien cicatriser. La chose la plus normale est que cette blessure survienne chez le **patient jeune athlète** et que pour reprendre le sport en bonne condition, une réparation (ou **excision**) de la lésion méniscale est nécessaire. Le concept est « **Sauvez le ménisque** », ce qui signifie que vous devez essayer de préserver autant de tissu méniscal que possible en suturant.

b. **Rupture chronique** : dans les cas où cette rupture n'est pas symptomatique, le traitement est la **prise en charge expectative** et le **renforcement musculaire**. Si la rupture est douloureuse, un traitement conservateur est recommandé dès le départ et une intervention chirurgicale ne sera pratiquée qu'en cas d'échec. Cela est particulièrement vrai chez les patients d'âge **moyen** et qui ne développent pas d'activité physique ou sportive forte.

2. En fonction de la stabilité méniscale :

a. **Pauses d'écurie** : commencez toujours le traitement conservateur au début et n'**opérez qu'** en cas d'échec.

b. **Fractures instables** : en général, un traitement chirurgical doit être recommandé car la blessure ne guérira pas et, au contraire, elle peut progresser de sorte que la fracture ne pourra pas être réparée à l'avenir. **Une réparation arthroscopique par tentative de suture méniscale est recommandée.**

3. En fonction de la ligne de rupture :

a. La trace de rupture ne conditionne pas en soi la suggestion quant au traitement de l'entrée, mais l'acuité d'une blessure ou si elle produit des blocages (instables) ou d'autres symptômes. En effet, une déchirure

- radiale ou horizontale peut être complètement asymptomatique et ne pas nécessiter de chirurgie.
- b. Une exception à cette règle est la rupture de **la poignée du godet**. Cette blessure nécessite un traitement chirurgical au début, même si elle est asymptomatique (c'est-à-dire qu'elle ne provoque pas de douleur ou de blocage articulaire), car le ménisque peut se déchirer davantage et la déchirure ne serait alors pas réparable, perdant une grande quantité de tissu méniscale.
4. Selon la zone du ménisque touchée :
- a. La zone touchée elle-même n'est peut-être pas considérée comme un facteur déterminant pour choisir entre un traitement conservateur ou chirurgical, mais il est vrai que les ruptures dans la zone rouge ont de grandes chances de guérir et, même si elles sont asymptomatiques, il serait conseillé **de les opérer de** manière à ce que la rupture ne progresse pas.
 - b. Les ruptures dans la zone blanche et rouge-blanc ont une philosophie similaire. Il est vrai qu'une rupture dans la zone blanche, pour laquelle la réparation a peu de chance de guérir, peut évoluer vers une rupture majeure qui rend la réparation elle-même difficile. Ces types de ruptures doivent être pris en compte dans le contexte du patient afin de décider du meilleur **traitement** possible.