

RÉPARATION MÉNISCALE

Par le Dr Eduard Alentorn-Geli

Les blessures **au ménisque** sont très fréquentes chez la population générale et les athlètes. Il existe différents types de **lésions** en fonction de la localisation de la lésion dans le ménisque (corne postérieure, corps ou corne antérieure), du degré de vascularisation de la région touchée (zone blanche, zone blanc-rouge et zone rouge), de la trace lacrymale (longitudinale, radiale, oblique, horizontale, complexe ou cubique) ou de la présentation (aiguë, subaiguë ou chronique). Le traitement le plus approprié de ces lésions dépendra des caractéristiques du patient et des facteurs indiqués ci-dessus.

Lorsqu'un traitement chirurgical est indiqué, notre philosophie est d'essayer de préserver le tissu **méniscal** autant que possible. Cette tendance s'inscrit dans la tendance actuelle de la **Société européenne de traumatologie du sport, de chirurgie du genou et d'arthroscopie (ESSKA)**, qui défend le concept de « Save the Meniscus ». Elle consiste à essayer d'éviter un traitement chirurgical et, le cas échéant, à toujours essayer de réparer ou de suturer le ménisque au détriment de la méniscectomie ou de l'ablation du tissu méniscal.

Comme indiqué au début, il existe différents types de **déchirures méniscales**. Les déchirures symptomatiques aiguës et les déchirures longitudinales dans la zone rouge ont tendance à mieux répondre à la réparation méniscale. La réparation méniscale consiste à placer des sutures à travers le ménisque qui, dans la plupart des cas, sont ancrées à l'extérieur de l'articulation, dans la région externe de la **capsule articulaire**. Un détail technique important est de sangler ou de rayer les bords de la blessure, surtout si la blessure n'est pas aiguë, pour générer des tissus saignants qui facilitent la guérison. Il existe différentes façons de réparer le ménisque. D'une manière générale, nous avons des systèmes de réparation capsulaire et ménisco-méniscale. Les premiers sont des systèmes de réparation « all-in », « out-in » ou « inside-out » en relation avec la façon dont les sutures sont passées pour réparer le ménisque. Le système ménisque-ménisque consiste à passer la suture d'un côté de la déchirure méniscale à l'autre côté de la déchirure (de ménisque à ménisque et non de ménisque à capsule). Les sutures utilisées dans ces réparations sont irrésorbables et resteront dans le ménisque normalement enfoui dans le tissu et incorporées d'une manière ou d'une autre dans le corps sans provoquer de symptômes. Dans le cas des systèmes « all-in », en plus des sutures, des ancres en matériau « peek » (plastique) sont placées qui seront situées à l'extérieur de l'articulation, en maintenant le ménisque ancré à la capsule articulaire.

En plus du type de système de fixation, on peut parler de la configuration de la réparation. Les configurations les plus courantes seront les verticales supérieures, les verticales inférieures, horizontales et transversales. Dans la verticale supérieure, une suture ira à la capsule au-dessus du ménisque et une autre à travers le ménisque, l'ancrant et fermant la déchirure. Pour les sutures inférieures, la même chose sera faite, mais la suture qui traverse le ménisque le fait par la partie inférieure. Ce type de suture permet d'abaisser le ménisque lorsqu'il a été soulevé par la mise en place d'autres sutures.

Il existe un type de réparation qui mérite une mention à part. Parfois, le tissu méniscal est considérablement dégénéré au point que le tissu ne résiste pas à la mise en place de sutures à travers le tissu. Dans ces cas, la réparation est effectuée en passant la suture de la capsule au-dessus du ménisque à la capsule au-dessous du ménisque, compactant le tissu méniscal. Cela produit une réduction de volume mais permet dans la plupart des cas de conserver une plus grande quantité de ménisque.

La réparation méniscale nécessite un processus de rééducation adéquat **après** la chirurgie. Ce processus sera d'autant plus long que la réparation sera délicate. Dans les déchirures radiales dans lesquelles nous essayons de joindre les deux côtés de la déchirure méniscale d'un côté à l'autre, la charge (mettre le pied au sol) doit être évitée pendant environ 6 semaines, car le poids du corps aura tendance à séparer les extrémités réparées. En cas de casse due à un clivage horizontal, la charge peut être autorisée mais sans mouvement, c'est-à-dire en extension à l'aide de béquilles et d'une **genouillère**. Un mouvement avec une charge produirait un cisaillement sur les extrémités réparées du clivage qui pourrait prédisposer à la non-cicatrisation. Le mouvement à vide peut être autorisé plus ou moins tôt sans forcer au-delà de 60-70° jusqu'à la semaine 3 ou 4 après la chirurgie, progressant jusqu'à 10° par semaine par la suite. Dans les cassures longitudinales sur lesquelles il y a une solidité de la réparation, le patient pourrait s'appuyer avec **des béquilles** (charge partielle) et se déplacer plus tôt. Dans tous les cas, le concept sera toujours d'adapter le processus de réadaptation aux caractéristiques du patient, à la blessure et à son évolution, et non en fonction du temps.

En guise de résumé final, il convient de noter que les déchirures méniscales doivent être traitées de manière conservatrice dans la plupart des cas, à l'exception des blessures aiguës et de celles qui ne répondent pas adéquatement au **traitement conservateur**. Lorsque la chirurgie est indiquée, la philosophie doit être de préserver autant que possible le ménisque, répondant ainsi à la tendance actuelle de « **Sauver le ménisque** ».