
EXPLICATIONS SUR LA REINSERTION MENISCALE

1. LE PRINCIPE DE L'INTERVENTION
 2. LES SUITES OPERATOIRES
 3. LES BENEFICES
 4. LES RISQUES LIES A CETTE INTERVENTION
 5. LES RISQUES D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE
-

1. LE PRINCIPE DE L'INTERVENTION

Les ménisques sont des fibrocartilages situés dans l'articulation du genou entre le fémur et le tibia. Ils ont pour but d'amortir les chocs au cours des mouvements du genou. Il en existe deux par genou, un ménisque interne et un ménisque externe.

Ces ménisques peuvent se fissurer, spontanément ou après un traumatisme.

Lorsque la racine d'un ménisque est désinsérée ou qu'il existe une fente radiaire du ménisque à proximité de la racine, le ménisque n'a plus aucune fonction mécanique.

Les données récentes de la littérature médicale suggèrent que ce type de lésion entraîne un risque d'arthrose majeur dans les quelques années qui suivent ce type de lésion. Il semble exister une proportion importante d'évolutions très défavorables conduisant à l'implantation de prothèse de genou.

La chirurgie de réinsertion a donc pour but de replacer votre ménisque dans son espace naturel et de lui redonner sa fonction pour tenter de préserver l'évolution arthrosique de votre genou.

Il s'agit d'une chirurgie relativement récente dont les techniques et les résultats demandent encore beaucoup d'analyses pour donner pleine satisfaction.

En accord avec votre chirurgien et selon la balance bénéfice-risque, il vous a été proposé une réinsertion méniscale. Le chirurgien vous a expliqué les autres alternatives. Il va de soi que votre chirurgien pourra, le cas échéant en fonction des découvertes peropératoires ou d'une difficulté rencontrée, procéder à une autre technique jugée par lui plus profitable à votre cas spécifique.

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale. Un garrot peut être mis en place à la racine de la cuisse. Le geste est réalisé le plus souvent sous arthroscopie (caméra), c'est-à-dire en réalisant deux incisions de quelques millimètres sous la rotule, une en interne et une en externe. La caméra est introduite dans l'articulation par une incision et les instruments par l'autre incision. Le geste débute par l'exploration de l'articulation. La lésion du ménisque est ensuite visualisée. Le chirurgien procède à l'avivement de la lésion afin de favoriser la bonne cicatrisation. Un ou plusieurs points de suture sont ensuite réalisés sous arthroscopie à l'aide d'instruments spécifiques. Une incision supplémentaire ou de taille plus importante est parfois nécessaire pour réaliser certaines sutures. Toute autre lésion visualisée est également traitée dans le même temps si cela est nécessaire.

2. LES SUITES OPERATOIRES

Durée d'hospitalisation prévisible : ambulatoire sauf si vous vivez seul

Retour : à domicile

Appui : interdit pendant 45 jours puis reprise d'appui de 25% du poids du corps par semaine pendant 4

semaine, pas d'hyperflexion (120°) pendant 3 mois, pas d'accroupissement pendant 6 mois.

Kinésithérapie après intervention : 10 séances prévues par la SECU, bien plus en pratique.

Pas de conduite pendant : 45 jours minimum

Arrêt de travail : 60 à 90 jours.

Retour au sport : 90 à 120 jours

Ordonnances post opératoires :

- Antalgiques palier II + AINS

- Pansements : à ne pas refaire sauf si souillures

- Kinésithérapie Post opératoire : entretien des amplitudes articulaires sans dépasser 120°, voir protocole remis.

3. LES BENEFICES

La cicatrisation cutanée rapidement obtenue. La cicatrice méniscale est quant à elle plus difficile et nécessite en moyenne un délai de 3 à 6 mois. Elle dépend du ménisque touché (meilleure pour le ménisque externe), de la zone concernée, de la forme de la lésion et de l'âge du patient. La reprise des activités sportives sera possible après un délai qui vous sera précisé par votre chirurgien. Le résultat attendu est une disparition de la douleur après 3 à 6 mois. La réinsertion méniscale permet une cicatrisation dans plus des 2/3 des cas. En cas d'échec et de mauvaise cicatrisation après plusieurs mois, un geste de méniscectomie partielle sous arthroscopie peut vous être proposé (ablation de la lésion méniscale par arthroscopie).

4. LES RISQUES LIES A CETTE INTERVENTION

L'exploration de certaines régions peu accessibles de l'articulation, en particulier lorsque celle-ci est serrée, nécessite de forcer sur les structures ligamentaires pour pouvoir passer l'arthroscope et les instruments. Ceci explique que parfois, le ligament latéral interne du genou présente quelques douleurs dans les jours suivant l'arthroscopie. Sur un terrain d'arthrose, il est toujours difficile d'évaluer avant l'opération le degré de participation de l'arthrose dans les phénomènes douloureux. En cas de suture méniscale, il existe une possibilité de récurrence de la lésion méniscale, soit précoce en cas d'échec de la cicatrisation, soit tardive sur un nouveau traumatisme. Il est important de noter qu'un examen IRM sur un ménisque suturé montrera toujours une image pathologique sur ce ménisque, même si le patient se porte bien. Elle ne préjuge donc en rien d'une récurrence de lésion et c'est la clinique qui prime. La raideur du genou : la cicatrisation des tissus dans le genou peut créer des adhérences qui vont limiter la flexion.

5. LES RISQUES D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Il y a d'abord les risques inhérents à toute chirurgie, liés à l'anesthésie. Le médecin anesthésiste que vous consulterez vous les expliquera de manière précise lors de la consultation pré-opératoire obligatoire.

Les risques d'infection :

Dans notre établissement, il est inférieur à 1 % et le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales) travaille régulièrement pour améliorer encore la prévention. Le taux de référence est de 5% en France.

Toutes les précautions d'hygiène et d'asepsie seront prises à la Clinique : utilisation d'un plateau technique moderne et parfaitement entretenu (traitement de l'air, flux laminaire par plafond diffusant et salles d'opérations en pression positive), stérilisation du matériel aux normes les plus strictes avec traçabilité, personnel diplômé en nombre suffisant, médecins et chirurgiens expérimentés, procédures validées par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Ces précautions nous permettent de réduire considérablement le risque d'infection.

Malgré ces précautions, une infection du site opératoire reste toujours possible, essentiellement à partir d'un germe dont vous êtes porteur, dans votre organisme, ou sur la peau ou les muqueuses.

Il est également nécessaire de traiter toute infection que vous pourriez avoir avant votre hospitalisation (carie dentaire, infection urinaire, cutanée...)

Hygiène corporelle :

Une mauvaise hygiène, permet aux nombreux germes présents habituellement sur notre corps de se multiplier. Ces germes qui ne sont pas dangereux en temps normal peuvent pénétrer dans le corps lors de l'intervention et causer une infection. Il est fondamental de respecter le protocole d'hygiène préopératoire qui vous sera remis mais aussi de veiller à votre hygiène après l'intervention.

Tabagisme :

Un tabagisme même modéré est à l'origine de troubles de la vascularisation des tissus pouvant entraîner des difficultés de cicatrisation, portes ouvertes aux germes responsables des infections. L'interruption du tabagisme un mois avant une intervention réduit ce risque.

Obésité :

En dehors de troubles métaboliques qu'elle peut entraîner, l'obésité est un facteur de risque car elle rend l'intervention plus difficile et plus longue. Elle facilite la nécrose des tissus graisseux mal vascularisés qui peut favoriser l'infection.

Mauvais état général (alcoolisme, dénutrition...) :

Il diminue la résistance de votre organisme aux infections.

Diabète déséquilibré :

Un diabète mal équilibré est un facteur de risque susceptible d'augmenter le risque infectieux. Son équilibration avant, pendant et après votre intervention limite ce risque. Durant votre hospitalisation, une attention particulière sera portée au contrôle de votre glycémie afin de la maintenir à une valeur acceptable.

Lésions cutanées :

Certaines lésions cutanées aiguës ou chroniques (ulcères variqueux, érysipèle...) sont le siège d'une prolifération de germes susceptibles de vous infecter. Les lésions aiguës peuvent contre indiquer momentanément une intervention. Lorsqu'aucun traitement ne peut vous débarrasser définitivement d'une lésion cutanée chronique, la décision opératoire doit être prise en concertation avec votre chirurgien en fonction des bénéfices attendus de l'intervention.

Infection urinaire :

Elle peut être à l'origine de migration dans votre organisme de germes qui peuvent vous infecter. Leur dépistage et leur traitement doivent être envisagés avant une intervention.

Mauvais état dentaire :

Un mauvais état dentaire s'associe souvent à des foyers infectieux qui peuvent être le point de départ de migration de germes qui viendront se fixer au niveau de matériel mis en place. La consultation d'un spécialiste permet une prise en charge adaptée qui réduit voire fait disparaître ce risque.

Antécédent d'infection des os et des articulations :

Si vous avez déjà eu une telle infection, il est impossible d'affirmer si les germes qui l'ont causée ont été définitivement éliminés de votre organisme ou bien s'ils restent présents sans se manifester et peuvent redevenir actifs à l'occasion d'une intervention. Tout antécédent d'une telle infection doit être signalé

Traitement médicamenteux :

* Certains peuvent diminuer vos défenses immunitaires (par exemple : corticoïdes, chimiothérapie anticancéreuse...) et peuvent être à l'origine d'une diminution de votre résistance aux infections.

* Certains peuvent entraîner des complications hémorragiques (plavix, aspirine, préviscan, sintrom...) à l'origine d'hématomes postopératoires, zones favorables à la prolifération de germes. L'adaptation de ces traitements est indispensable avant une intervention.

C'est le microbe que vous portez sur vous qui peut être le plus dangereux. Dans ce cas, un traitement antibiotique vous sera prescrit de manière systématique pendant et après l'intervention. C'est pourquoi nous vous demandons de réaliser une épilation de la zone opérée avant votre entrée en clinique, pour éviter toute coupure qui serait susceptible de conduire à une infection.

Surveiller la cicatrice après votre retour à domicile et toute anomalie devra être signalée à votre médecin traitant ou à moi-même.

Toute injection infiltration, ponction dans la zone fraîchement opérée est formellement interdite.

Si malgré toutes ces précautions, une infection devait survenir, elle nécessiterait la mise en place d'un

traitement antibiotique et probablement une nouvelle opération pour nettoyer la zone opérée et peut-être l'articulation de l'infection qui s'y trouve. Si du matériel a été posé, l'ablation de celui-ci peut parfois être nécessaire. Ces décisions seront prises communément avec le Médecin infectiologue Dr ISSARTEL et moi-même.

Les risques liés à l'utilisation du garrot :

Le garrot est protégé de la peau et sa pression de gonflage est contrôlée. La circulation artérielle comme la circulation veineuse peuvent cependant être altérées par le garrot ou par l'intervention chirurgicale elle-même. Cela peut entraîner une sensation de jambe ou de pied froid et des défauts de sensibilité.

Le risque hémorragique :

Comme toute intervention comportant une coupure osseuse et/ou un travail sur les formations musculaires et ligamentaires, des hémorragies sont possibles. Elles peuvent provoquer un épanchement sanguin intra articulaire normalement aspiré par le drainage, mais parfois plus important, nécessitant le repos, l'utilisation de la glace, et parfois des ponctions évacuatrices. Dans de rares cas, il est nécessaire de réopérer pour évacuer cet hématome. Les phénomènes douloureux qui l'accompagnent, disparaissent en moyenne au bout de 3 semaines après l'intervention. Les phénomènes hémorragiques peuvent également être liés à une atteinte des vaisseaux et il est nécessaire de surveiller la sensibilité, la chaleur et la mobilité de la jambe.

Le risque de phlébite :

La phlébite est une obstruction d'une veine par un caillot sanguin. C'est pourquoi nous insistons sur le lever et l'appui immédiat, qui favorisent la circulation veineuse. Une phlébite peut survenir de manière totalement asymptomatique, il faut cependant surveiller la présence d'une douleur du mollet, en particulier lorsqu'elle s'associe à une accélération du pouls et / ou à une hyperthermie.

En cas de diagnostic de phlébite, un traitement anticoagulant vous sera prescrit. Sa durée sera déterminée par le médecin-cardiologue mais il n'empêchera pas la poursuite de la rééducation.

Risques douloureux :

Parfois, des phénomènes douloureux réflexes surviennent, qualifiés d'algodystrophie, réaction autonome de l'organisme à l'atteinte chirurgicale. Les douleurs sont exacerbées et des phénomènes vaso-moteurs locaux apparaissent : peau et tissus sous-cutanés gonflés, aspect brillant, sensation très douloureuse au toucher et enraidissement articulaire. Lorsqu'elle survient, l'algodystrophie doit être traitée par une rééducation douce et parfois par des traitements médicaux par voie orale ou par piqûres. Son évolution est toujours longue (6 à 24 mois) mais favorable.

Des troubles de la sensibilité cutanée sont quasi constants sur le bord externe de l'incision. Ils sont dus à l'atteinte des rameaux cutanés sensitifs qu'il est impossible d'éviter lors de l'ouverture cutanée. La sensation du toucher est diminuée, parfois associée à des fourmillements. Ces troubles s'atténuent avec le temps mais ne disparaissent jamais totalement.

Les complications mécaniques :

Après l'intervention, une souffrance musculaire par défaut de vascularisation et compression par l'œdème post-opératoire peut être à l'origine de ce qu'on appelle un syndrome des loges. Les muscles de la jambe sont comprimés dans leur gaine par l'épanchement ou l'inflammation, ce qui provoque des douleurs très importantes. Dans ce cas, un traitement médical permettant d'améliorer la circulation vasculaire est prescrit mais il est parfois nécessaire de recourir à une intervention chirurgicale pour décompresser les muscles. Elle est rendue impérative par la persistance prolongée des troubles pouvant être à l'origine de rétraction tendineuse définitive.

Les risques cicatriciels :

Les cicatrices opératoires peuvent être le siège de réactions désagréables (démangeaisons, rougeurs, douleurs localisées). Elles s'accompagnent également de troubles de la sensibilité cutanée à proximité de

cette cicatrice, liés aux lésions impossibles à éviter des rameaux sensitifs sous-cutanés. Ces troubles, en règle générale, régressent après plusieurs semaines mais il est fréquent qu'un des côtés de la cicatrice garde une baisse de la sensibilité de contact. La cicatrice elle-même peut évoluer vers un aspect dysesthétique. La qualité d'une cicatrice dépend de la suture effectuée, des qualités intrinsèques de la peau de chaque personne et de la nécessité de commencer rapidement une rééducation post-opératoire qui peut entraîner un élargissement cicatriciel.

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.

Enfin: L'arrêt du tabac est impératif, 1 mois avant la chirurgie et 3 mois après.

Il ne s'agit en aucun cas d'un document de responsabilité, mais un véritable contrat moral entre le Docteur Jeremy COGNAULT et vous-même, dans un climat de confiance réciproque, afin de vérifier que vous avez bien compris les données essentielles concernant cette intervention. Je reste à votre disposition pour répondre aux interrogations que vous garderiez après avoir lu ce document. N'hésitez pas à nous contacter téléphoniquement au **04.72.44.87.88** ou par E-Mail (dr.cognault@cliniqueduparclyon.com).

Docteur Jérémy COGNAULT