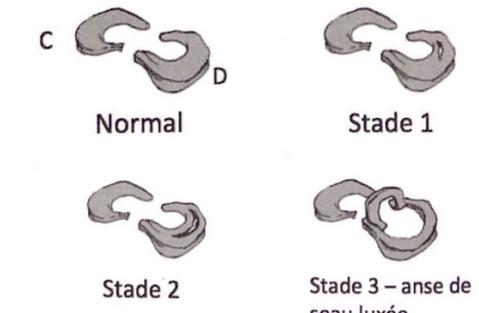
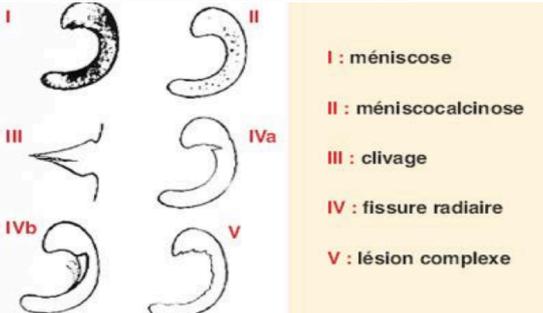


## Item 357 – Lésions méniscales du genou

Etiologie	Epidémiologie	Physiopathologie	Classification						
<p><b>Origine traumatique</b></p> <p>Tt : Suture ++, ménisectomie si lésion ancienne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adulte jeune 20-30 ans, H&gt;F</li> <li>▪ <b>Traumatismes sportifs</b> (foot ++), activités professionnelles (carreleurs)</li> <li>▪ <b>Ménisque médial</b> +++</li> <li>▪ <b>Lésion verticale</b> +++ : en périphérie du ménisque (jonction ménisco-synoviale), sur le segment post</li> <li>▪ +/- lésion radiaire Favorisé par lésion du LCA ++</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Fréquence</b> ++++</li> <li>▪ <b>Rotation externe du tibia : indirect</b> : contrainte divergente =&gt; cisaillement vertical =&gt; fente longitudinale à point de départ post puis trajet curviligne =&gt; +/- <b>anse de Seau</b></li> <li>▪ <b>Hyperflexion</b> prolongée suivie <b>hyperextension brutale</b> =&gt; lésion verticale stade I de Trillat</li> <li>▪ Lésions 2aires à une rupture du LCA =&gt; microtraumatismes =&gt; désinsertions ménisco-capsulaires</li> </ul>	<p><u>Classification de Trillat :</u></p>  <table border="1" data-bbox="917 548 1428 907"> <tr> <td><b>Stade I</b></td> <td>Fente verticale post en arrière du LLI</td> </tr> <tr> <td><b>Stade II</b></td> <td>Fente étendue vers avant =&gt; bandelette en anse de seau (épisodes de blocage aigu)</td> </tr> <tr> <td><b>Stade III</b></td> <td>Luxation permanente de anse de seau dans échancrure inter-condylienne (guérison apparente)</td> </tr> </table>	<b>Stade I</b>	Fente verticale post en arrière du LLI	<b>Stade II</b>	Fente étendue vers avant => bandelette en anse de seau (épisodes de blocage aigu)	<b>Stade III</b>	Luxation permanente de anse de seau dans échancrure inter-condylienne (guérison apparente)
<b>Stade I</b>	Fente verticale post en arrière du LLI								
<b>Stade II</b>	Fente étendue vers avant => bandelette en anse de seau (épisodes de blocage aigu)								
<b>Stade III</b>	Luxation permanente de anse de seau dans échancrure inter-condylienne (guérison apparente)								
<p><b>Origine dégénérative</b></p> <p>Tt : chirurgie (ménisectomie) si PAS de lésion arthrosique associée. A défaut, Tt médical</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adulte 30-35 ans, H&gt;F</li> <li>▪ Possible surmenage articulaire</li> <li>▪ Segment post et moyen du ménisque médial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ = <b>Méniscose</b> = <b>lésion pré-arthrosique</b></li> <li>▪ Aspect irrégulier, ramolli, +/- calcifié du ménisque</li> <li>▪ =&gt; <b>clivages horizontaux</b></li> </ul>	<p><u>Classification de Dorfmann et Boyer :</u></p>  <ul style="list-style-type: none"> <li>I : méniscose</li> <li>II : méniscocalcinose</li> <li>III : clivage</li> <li>IV : fissure radiaire</li> <li>V : lésion complexe</li> </ul>						
<p><b>Origine malformative / congénitale</b></p> <p>Tt : méniscoplastie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ménisque <b>externe</b> ++</li> <li>▪ <b>Ménisques discoïdes</b> = persistance du ménisque dans sa forme embryonnaire +/- complète</li> <li>▪ Lésions méniscales horizontales du sujet jeune (intraméniscales, pas d'ouverture intra-articulaire) +/- kystes en périphérie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Méga-corne ant ou post</li> <li>▪ <b>Ménisque discoïde</b> : recouvre totalement plateau tibial</li> <li>▪ <b>Ménisque hypermobile</b> : anomalie d'attachement de corne post</li> </ul>							
<p><b>Kyste méniscal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ = <i>dégénérescence fibreuse avec accumulation d'une substance mucoïde lors de microtraumatismes répétés</i></li> <li>▪ <i>Peut compliquer tous types de lésions méniscales</i></li> <li>▪ <i>Palpable sous la peau au niveau interligne articulaire</i></li> </ul>								

Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recherche troubles statiques, étude de la marche</li> <li>▪ <b>Douleur de interligne</b> articulaire</li> <li>▪ <b>Choc rotulien</b> (hydarthrose mécanique)</li> <li>▪ Sensation <b>d'instabilité</b> +/- dérobement du genou</li> <li>▪ <b>Signes de souffrance articulaire prolongée</b> (amyotrophie quadriceps, effacement des reliefs de la rotule +/- flossum du genou, +/- kyste méniscal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recherche de <b>blocage aigu</b> (↔ anse de seau)</li> <li>▪ <b>Manœuvre de MacMurray</b> (ressaut méniscal ↔ méniscopathie médiale)</li> <li>▪ <b>Signe de Oudard</b> (cri méniscal)</li> <li>▪ <b>Grinding test d'Appley</b></li> <li>▪ Recherche de kyste méniscal, épanchement intra-articulaire</li> <li>▪ <b>Test de Genety</b></li> <li>▪ <u>Bilan des lésions associées</u> : laxité ligamentaire ? signe du rabot ? douleur osseuse localisée ?</li> </ul>
Paraclinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Radios standards</li> <li>▪ <b>IRM +++++</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Stade normal : hyposignal triangulaire et homogène</li> <li>– <u>Grade I</u> : hypersignal intra-ménisclaire central nodulaire homogène</li> <li>– <u>Grade II</u> : hypersignal intra-méniscal central linéaire homogène</li> <li>– <u>Grade III</u> : hypersignal intra-méniscal linéaire ou complexe, étendu à au – 1 surface =&gt; stade symptomatique ++</li> </ul> </li> <li>▪ +/- arthroscanner, arthrographie, arthroscopie du genou</li> </ul>	
Evolution	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Non traitée</u> : <b>régression</b> des symptômes =&gt; <b>intervalle libre</b> =&gt; <b>récidives</b> de crises douloureuses articulaires +/- hydarthrose</li> <li>▪ <u>Après ménisectomie</u> : <b>favorable</b>, disparition hématome post-op dans le mois, amélioration perçue en 3 mois, <b>reprise du sport à M3</b></li> <li>▪ <u>Après réparation</u> : <b>cicatrisation en 6 semaines</b> Reprise du sport : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Si suture isolée : 3-6 mois</li> <li>○ Si réparation associée à lésion ligamentaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Sport en ligne 3 mois</li> <li>→ Pivots en entraînement 6 mois</li> <li>→ Compétition 9 mois</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
Complications	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Immédiates</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Décompensation de tares</b></li> <li>– Complications liées à <b>anesthésie</b></li> <li>– Complications <b>per-op</b></li> </ul> </li> <li>▪ <u>Secondaires</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Infection</b></li> <li>– <b>Raideur post-op</b></li> </ul> </li> <li>▪ <u>Tardives</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>– SDRC 1</li> <li>– Echec de suture =&gt; Tt : ménisectomie</li> <li>– Chondrolyse rapide =&gt; Tt : antalgique + repos</li> <li>– Syndrome post-ménisectomie =&gt; Tt : repos + antalgiques + AINS</li> <li>– Arthrose</li> </ul> </li> <li>▪ Complications de l'arthroscopie</li> </ul>	
Diagnostics différentiels	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blocage en flexion ? =&gt; <b>CE, rupture</b> ancienne du <b>LCA</b> « en battant de cloche »</li> <li>▪ Blocage en extension ? =&gt; <b>pseudo-blocage fémoro-patellaire</b></li> <li>▪ Crises douloureuses répétées, latéralisées, hydarthrose ? =&gt; <b>arthrose</b> débutante</li> </ul>	
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Fonctionnel</u> : <b>mise au repos stricte</b> ++, <b>antalgiques, AINS, cryothérapie</b>, éviction des sports sollicitant les genoux en rotation</li> <li>▪ <u>Chirurgical</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Ménisectomie</b> (+ appui immédiat, anticoagulation) partielle ou subtotale, <b>réparation d'une lésion traumatique</b> (avivement puis suture), <b>ménisco-plastie</b></li> <li>– Tt des lésions associées (LCA)</li> </ul> </li> </ul>	