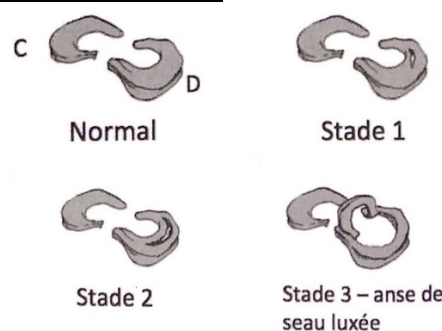
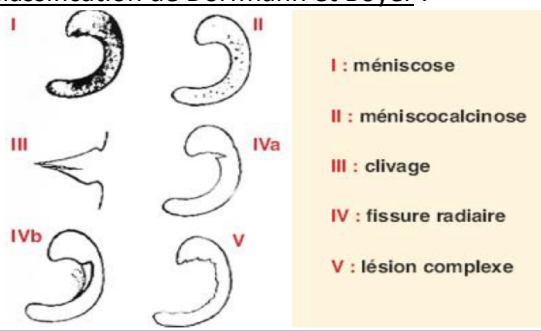


Item 357 – Lésions méniscales du genou

Etiologie	Epidémiologie	Physiopathologie	Classification						
Origine traumatique Tt : Suture ++, ménisectomie si lésion ancienne	▪ Adulte jeune 20-30 ans, H>F ▪ Traumatismes sportifs (foot ++), activités professionnelles (carreleurs) ▪ Ménisque médial +++ ▪ Lésion verticale +++ : en périphérie du ménisque (jonction ménisco-synoviale), sur le segment post ▪ +/- lésion radiaire Favorisé par lésion du LCA ++	▪ Fréquence ++++ ▪ Rotation externe du tibia : indirect : contrainte divergente => cisaillement vertical => fente longitudinale à point de départ post puis trajet curviligne => +/- anse de Seau ▪ Hyperflexion prolongée suivie hyperextension brutale => lésion verticale stade I de Trillat ▪ Lésions 2aires à une rupture du LCA => microtraumatismes => désinsertions ménisco-capsulaires	<u>Classification de Trillat :</u>  <table><tr><td>Stade I</td><td>Fente verticale post en arrière du LLI</td></tr><tr><td>Stade II</td><td>Fente étendue vers avant => bandelette en anse de seau (épisodes de blocage aigu)</td></tr><tr><td>Stade III</td><td>Luxation permanente de anse de seau dans échancrure inter-condylienne (guérison apparente)</td></tr></table>	Stade I	Fente verticale post en arrière du LLI	Stade II	Fente étendue vers avant => bandelette en anse de seau (épisodes de blocage aigu)	Stade III	Luxation permanente de anse de seau dans échancrure inter-condylienne (guérison apparente)
Stade I	Fente verticale post en arrière du LLI								
Stade II	Fente étendue vers avant => bandelette en anse de seau (épisodes de blocage aigu)								
Stade III	Luxation permanente de anse de seau dans échancrure inter-condylienne (guérison apparente)								
Origine dégénérative Tt : chirurgie (ménisectomie) si PAS de lésion arthrosique associée. A défaut, Tt médical	▪ Adulte 30-35 ans, H>F ▪ Possible surmenage articulaire ▪ Segment post et moyen du ménisque médial	▪ = Méniscose = lésion pré-arthrosique ▪ Aspect irrégulier, ramolli, +/- calcifié du ménisque ▪ => clivages horizontaux	<u>Classification de Dorfmann et Boyer :</u>  I : méniscose II : méniscocalcinose III : clivage IV : fissure radiaire V : lésion complexe						
Origine malformative / congénitale Tt : méniscopeplastie	▪ Ménisque externe ++ ▪ Ménisques discoïdes = persistance du ménisque dans sa forme embryonnaire +/- complète ▪ Lésions méniscales horizontales du sujet jeune (intraméniscales, pas d'ouverture intra-articulaire) +/- kystes en périphérie	▪ Méga-corne ant ou post ▪ Ménisque discoïde : recouvre totalement plateau tibial ▪ Ménisque hypermobile : anomalie d'attachement de corne post							
Kyste méniscal	▪ = <i>dégénérescence fibreuse avec accumulation d'une substance mucoïde lors de microtraumatismes répétés</i> ▪ <i>Peut compliquer tous types de lésions méniscales</i> ▪ <i>Palpable sous la peau au niveau interligne articulaire</i>								

Diagnostic	- Recherche troubles statiques, étude de la marche Douleur de interligne articulaire Choc rotulien (hydarthrose mécanique) - Sensation d'instabilité +/- dérobement du genou Signes de souffrance articulaire prolongée (amyotrophie quadriceps, effacement des reliefs de la rotule +/- flexum du genou, +/- kyste méniscal)	- Recherche de blocage aigu (↔ anse de seau) Manœuvre de MacMurray (ressaut méniscal ↔ méniscopathie médiale) Signe de Oudard (cri méniscal) Grinding test d'Appley - Recherche de kyste méniscal, épanchement intra-articulaire Test de Genety <u>Bilan des lésions associées</u> : laxité ligamentaire ? signe du rabot ? douleur osseuse localisée ?
Paraclinique	- Radios standards IRM +++++ : - Stade normal : hyposignal triangulaire et homogène <u>Grade I</u> : hypersignal intra-méniscla central nodulaire homogène <u>Grade II</u> : hypersignal intra-méniscal central linéaire homogène <u>Grade III</u> : hypersignal intra-méniscal linéaire ou complexe, étendu à au – 1 surface => stade symptomatique ++ +/- arthroscanner, arthrographie, arthroscopie du genou	
Evolution	<u>Non traitée</u> : régression des symptômes => intervalle libre => récidives de crises douloureuses articulaires +/- hydarthrose <u>Après ménisectomie</u> : favorable, disparition hématome post-op dans le mois, amélioration perçue en 3 mois, reprise du sport à M3 <u>Après réparation</u> : cicatrisation en 6 semaines Reprise du sport : - Si suture isolée : 3-6 mois - Si réparation associée à lésion ligamentaire : → Sport en ligne 3 mois → Pivots en entraînement 6 mois → Compétition 9 mois	
Complications	<u>Immédiates</u> : Décompensation de tares - Complications liées à anesthésie - Complications per-op <u>Secondaires</u> : Infection Raideur post-op <u>Tardives</u> : - SDRC 1 - Echec de suture => Tt : ménisectomie - Chondrolyse rapide => Tt : antalgique + repos - Syndrome post-ménisectomie => Tt : repos + antalgiques + AINS - Arthrose - Complications de l'arthroscopie	
Diagnostics différentiels	- Blocage en flexion ? => CE, rupture ancienne du LCA « en battant de cloche » - Blocage en extension ? => pseudo-blocage fémoro-patellaire - Crises douloureuses répétées, latéralisées, hydarthrose ? => arthrose débutante	
Traitement	<u>Fonctionnel</u> : mise au repos stricte ++, antalgiques, AINS, cryothérapie, éviction des sports sollicitant les genoux en rotation <u>Chirurgical</u> : Ménisectomie (+ appui immédiat, anticoagulation) partielle ou subtotale, réparation d'une lésion traumatique (avivement puis suture), ménisco-plastie - Tt des lésions associées (LCA)	