

## **E 3.9.1 Les lésions méniscales du genou**

Amortisseurs indispensables du genou, ce sont des fibrocartilages en forme de croissant qui assurent la congruence entre les condyles du fémur et le plateau tibial.

Il assurent une partie de la stabilité du genou et de l'absorption des chocs. Leur ablation précoce peut conduire à une arthrose dans les vingt ans qui suivent.

A – Les ménisques du genou

### ***Ménisque interne***

En forme de croissant un peu allongé comme la lettre "C", il présente trois parties nommées : corne antérieure, portion moyenne, corne postérieure. Il est plus épais en arrière car il reçoit la pression du condyle fémoral en flexion et en accroupissement et doit donc absorber plus de pression. Sa partie périphérique est épaisse et la coupe transversale lui donne une forme en triangle épais en périphérie. Cette partie périphérique est fixée à la capsule et vascularisée et donc parfois réparable par suture ou avivement. La portion centrale est fine est uniquement cartilagineuse, inerte et donc non réparable.

### ***Ménisque externe***

Le ménisque externe est plus trapu que son collègue, il forme un "O" et se différencie par ses attaches plus labiles et il devient donc plus mobile. Lors du mouvement de flexion du genou, le ménisque se translate d'avant en arrière sur la convexité du plateau tibial externe.

Il est donc plus difficile de le réparer.

B – Les lésions méniscales traumatiques

B1 Isolée

On peut retrouver des lésions isolées des ménisques sur des mécanismes d'entorse en flexion compression en cisaillement du ménisque sur lui même prit en compression par une rotation appuyée du condyle fémoral sur le plateau tibial.

- lésions radiaires : perpendiculaires au ménisque

- lésions longitudinales : parallèle au bord méniscal détachant un lambeau de ménisque plus ou moins mobile allant d'un simple "signe de la vague" à une rupture complète luxé au centre du genou en "anse de seau"

#### **Anse de seau du ménisque interne.**

Le ménisque présente un tissu sain mais totalement plicaturé sur lui même en avant du condyle fémoral.

Il ne peut se remettre en place et empêche le genou de s'étendre.



- lésions oblique horizontale clivant le ménisque en une partie inférieure et une partie supérieure.

### B2 Associée à une entorse ligamentaire

Lors d'une entorse, la torsion du genou met en tension et en compression plusieurs structures dont les ligaments collatéraux entourant le genou en dehors de l'articulation, les ligaments croisés situés au centre du genou assurant le pivot central et les ménisques mis à mal dans les déplacements anormaux lors de l'entorse. Différents types de lésions s'associent aux déchirures ligamentaires mais surtout les désinsertions périphériques assimilables à des décollements et aux anse de seau dont la prise en charge doit être rapide.

### B3 Les lésions méniscales dégénératives

Elles proviennent d'une dégénérescence tissulaire progressive modifiant la structure du noyau central du ménisque et surtout de sa corne postérieure par l'âge, l'activité (travaux physiques lourds avec port de charge, torsion, accroupissements itératifs) mais également par certains facteurs génétiques de la structure du collagène.

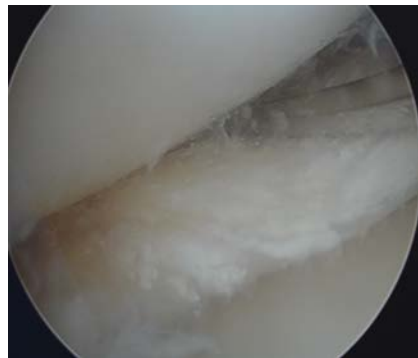
Ainsi la lésion la plus fréquente est la *lésion oblique horizontale de la corne postérieure du ménisque interne*. Cette partie de ménisque restant fixe, elle reçoit une plus grande pression en cas de flexion ou d'accroupissement.

Elle survient progressivement souvent sur plusieurs années se signifiant de temps en temps par de petites douleurs fugaces dans le coin postéro-interne du genou. Puis la lésion s'agrandissant elle peut venir à se rompre sur un mécanisme banal et trop peu important pour être comprise. Ainsi le ménisque vieillissant peut surprendre au lever du lit, en randonnée, en nageant, sur une rotation simple. L'image que j'en donne en consultation est celle d'un pont de neige sur une crevasse qui peut se rompre à tout moment.

## B4 Les lésions méniscales dans le cadre d'une pathologie du genou

Les ménisques s'abiment avec l'**arthrose**, mais pas de façon systématique, le plus souvent ils sont laminés et présentent des déchirures complexes comme s'ils étaient épluchés. Mais on peut retrouver des ménisques d'aspect sain dans une arthrose évoluée.

Une maladie rhumatismale nommée **chondrocalcinose** provoque une sécrétion de grains de pyrophosphate de calcium par la membrane synoviale inflammatoire. Ceux ci peuvent incruster le tissu tendre des ménisques et les déchirer petit à petit.



## C – Le traitement des lésions méniscales

Selon l'état du tissu , l'ancienneté du traumatisme, les lésions associées on peut proposer

- une résection partielle ou sub-totale
- une suture périphérique "ouverte" ou "arthroscopique".
- une fixation par implants sous arthroscopie
- des avivements périphériques par perforation
- une abstention

Les greffes et matrice de collagènes restent depuis des années sans ouverture pratique chez l'homme pour l'instant. Leurs utilisations restent encore sporadiques et ne sont réalisées que dans le cadre de protocoles scientifiques.

Pour donner une idée des traitements, sur une série continue de 851 cas entre 1998 et 2002 j'avais réalisé 692 résections méniscales internes (82%) ; 121 résections méniscales externes (14%) 26 sutures méniscales (3%) et 12 perforations avivements (1%)