

Méniscectomie, principes et techniques



S Descamps

Clermont Ferrand



Société Francophone d'Arthroscopie

★ ADHÉRER À LA SFA

● NOUS CONTACTER

🔍 RECHERCHER

Identifiant

Mot de passe

La SFA

SFA'NEWS

CONGRÈS

FORMATIONS

DIU

BOURSES

🔗 ARCHIVES

SFA Risq

ENQUÊTES

LIENS

EMPLOI

SAUVONS LES MÉNISQUES !

Bonnes pratiques médicales et chirurgicales

Sauvons les ménisques !

LA SFA défend ardemment les bonnes pratiques médicales et chirurgicales.....

SAUVONS LES MENISQUES !



Menisectomie totale ----> économique

- Des lésions réparables
- Mais également des lésions irréparables
- Geste nécessaire et suffisant
- Résection et sutures ne sont pas incompatibles
- Tous les résultats plus péjoratifs au ménisque latéral

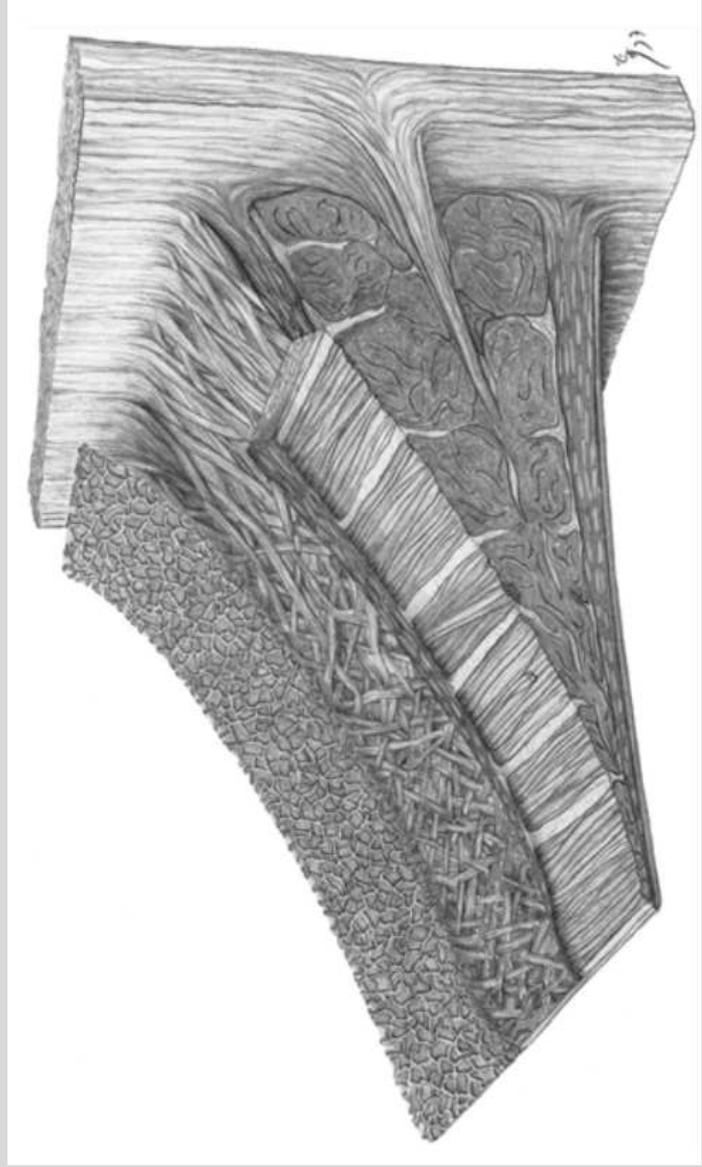
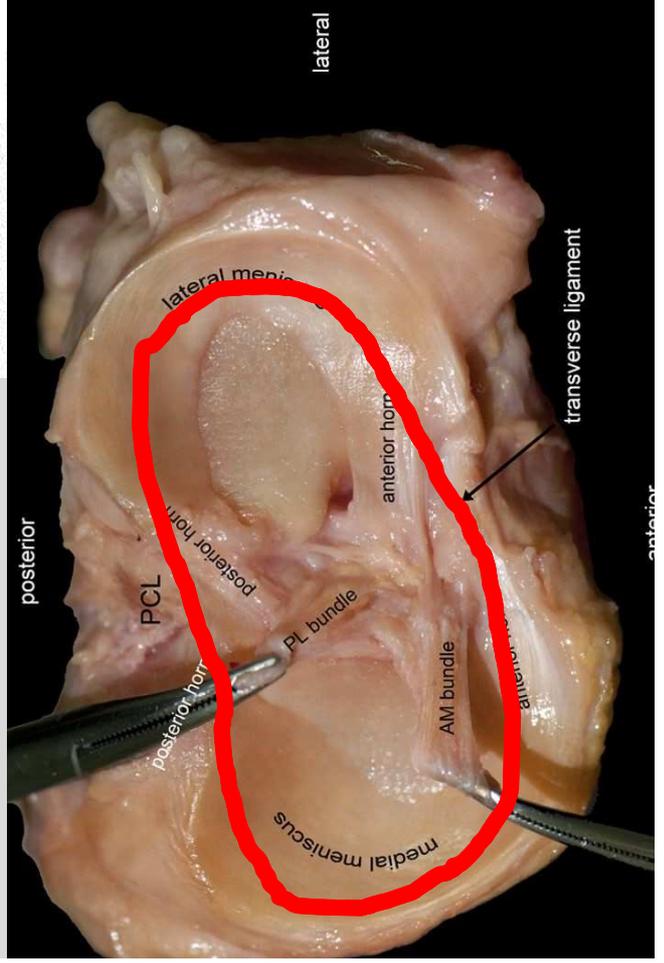
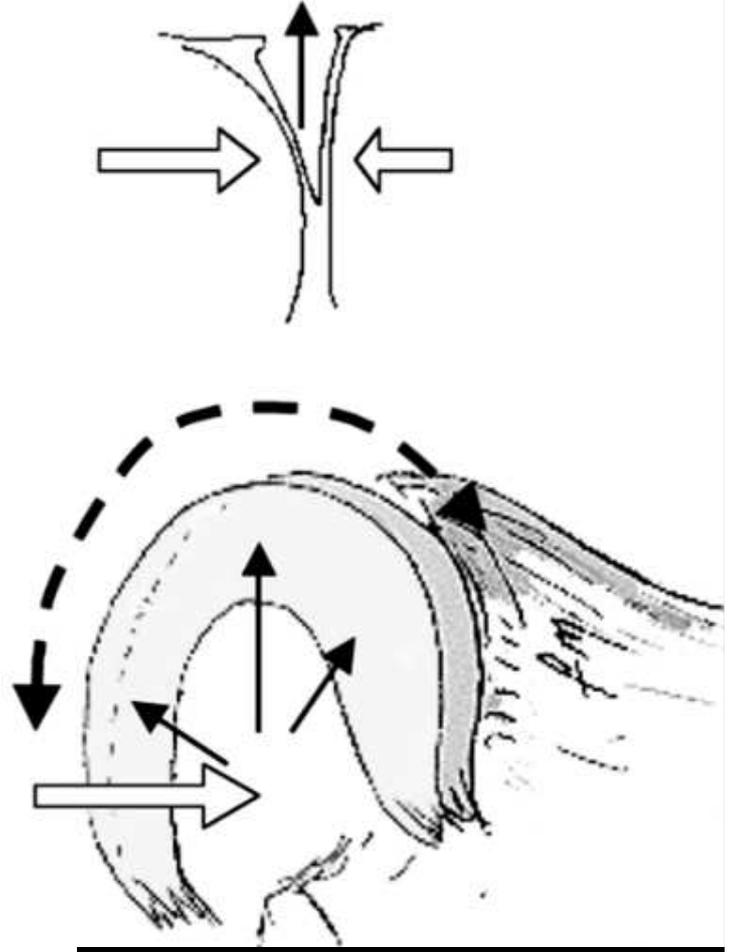
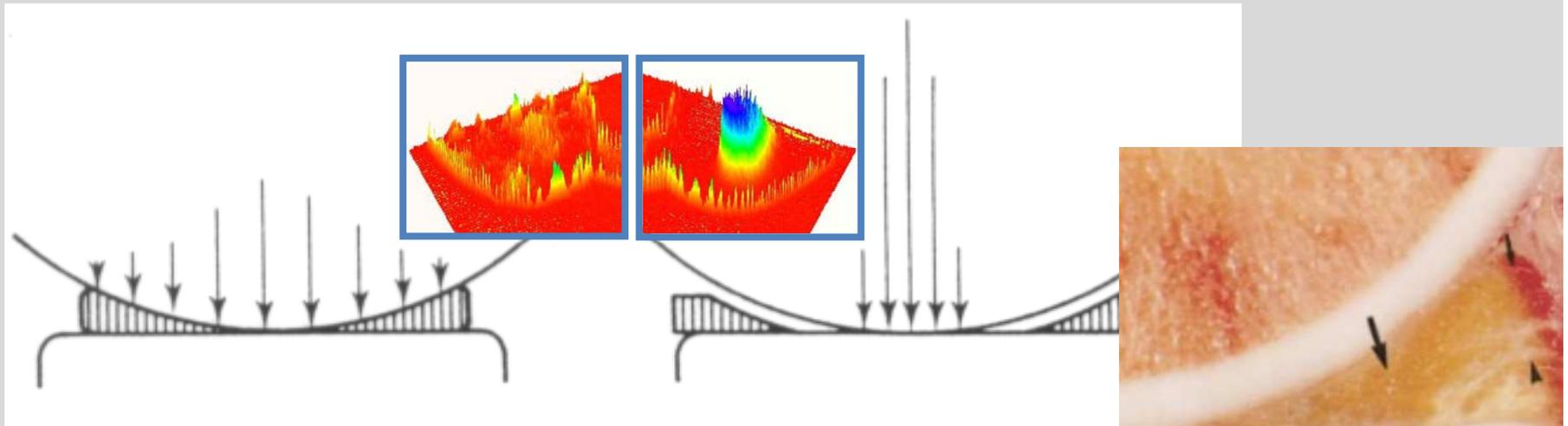


Fig. 24.5 A compressive force (white arrow) is



Transmission et amortissement des forces + répartition de la surface d'appui

50% de la compression transmise aux ménisques en ext, 85 % en flexion

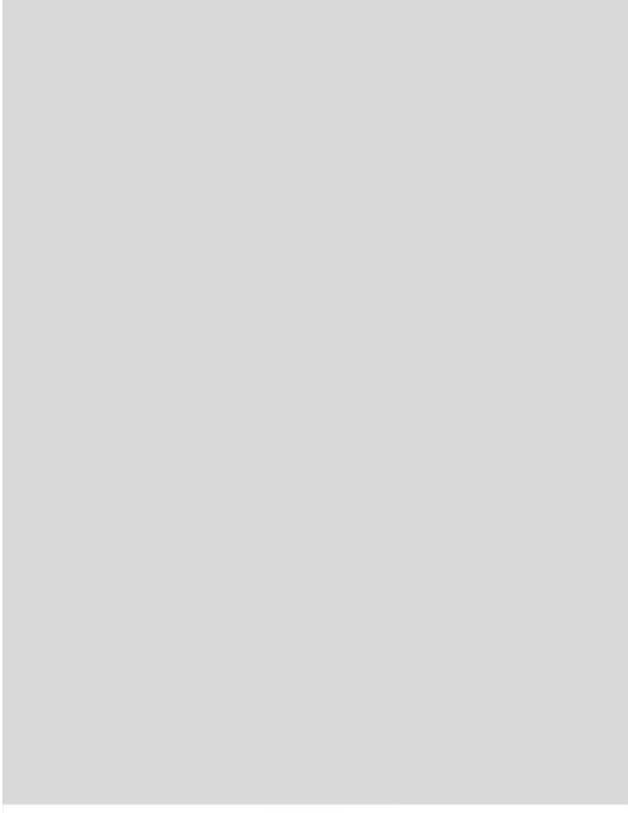
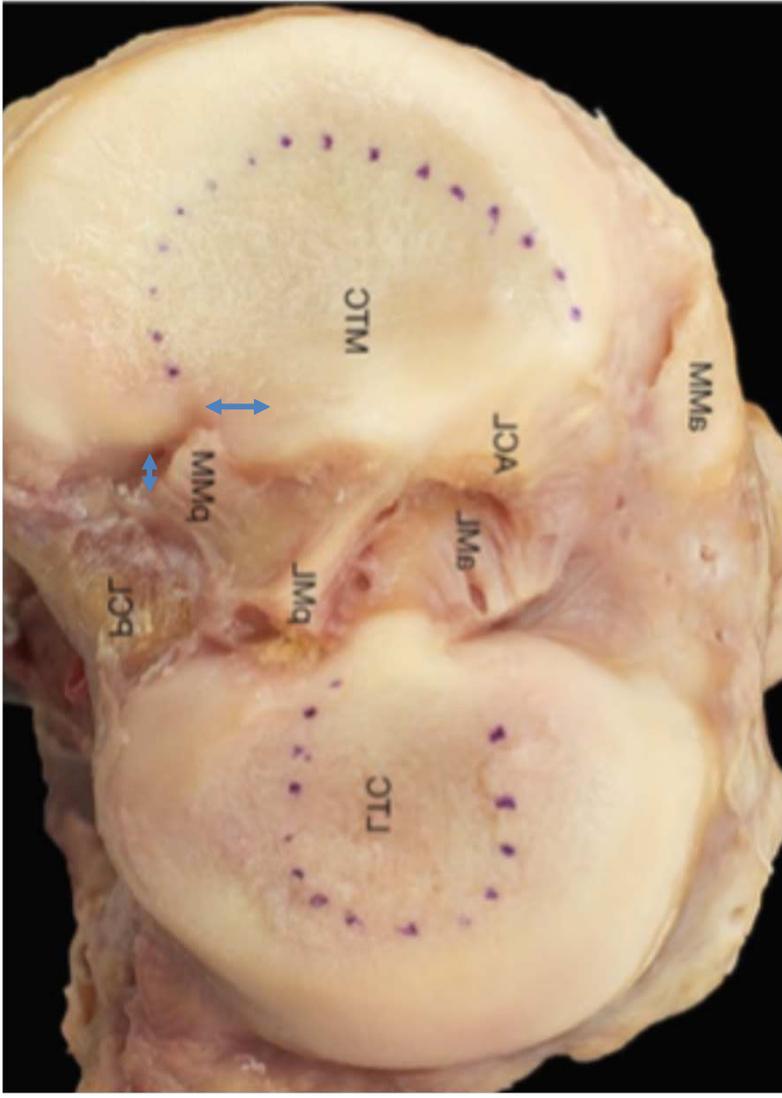


congruence articulaire

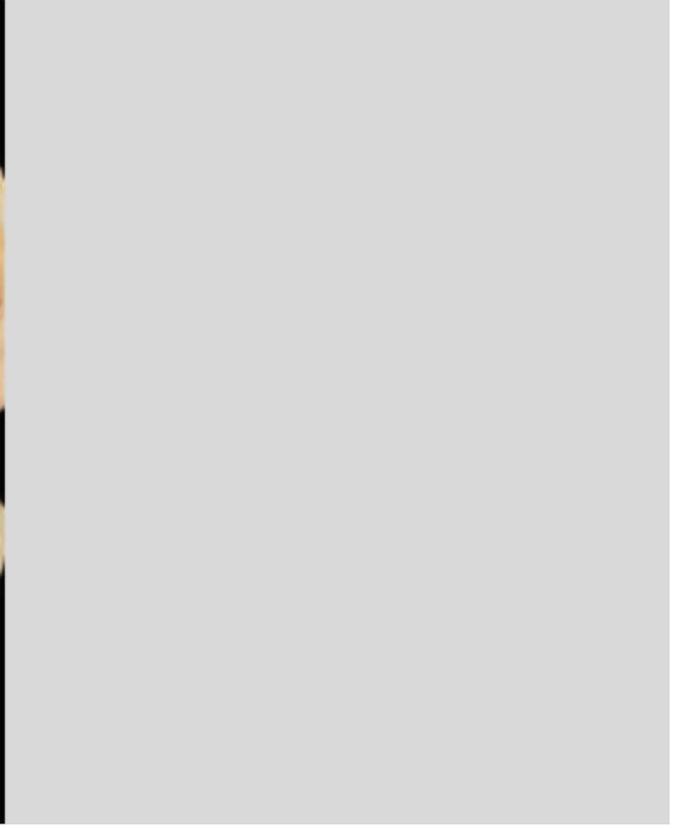
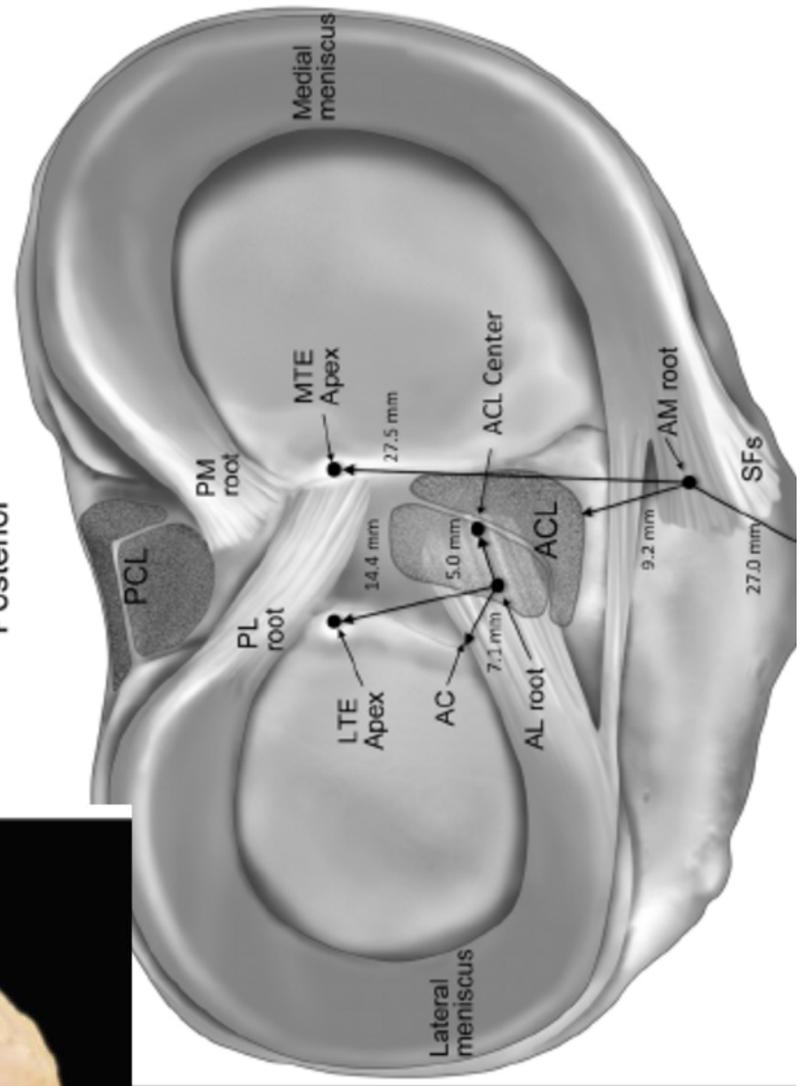
stabilisation du genou

absorption des chocs, la protection du cartilage

Lésion complète = menisectomie



Posterior

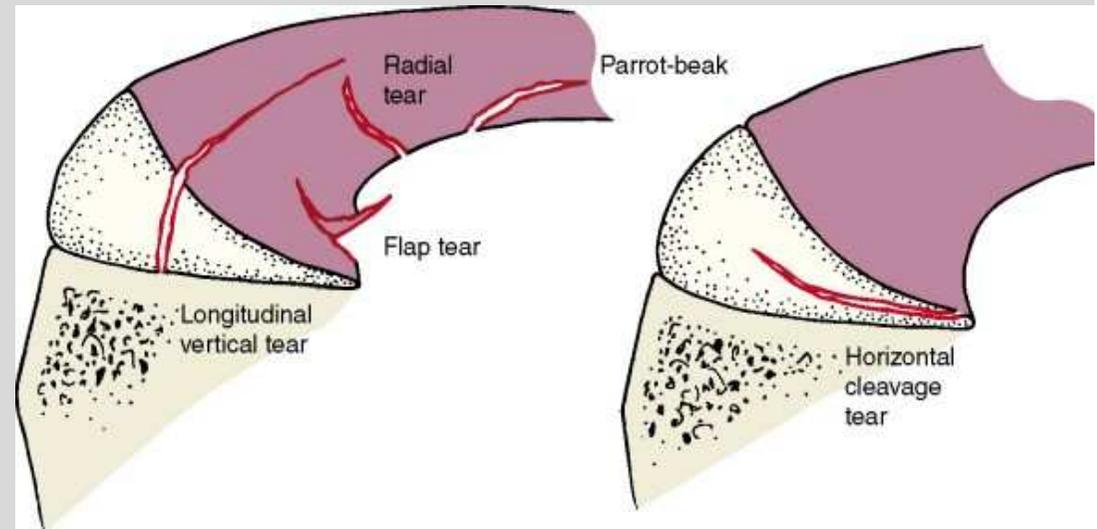
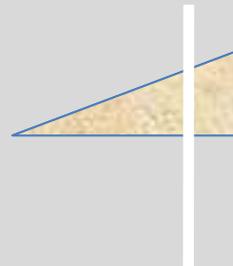
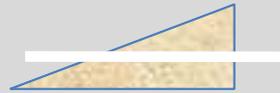


Lésions méniscales : Classification selon la physiopathologie



- Lésions traumatiques
 - Traumatisme indirect en rotation du tibia entraînant un cisaillement vertical du ménisque
 - Ménisque lésé est sain
- Lésions dégénératives
 - Microtraumatismes répétés souvent sur genu varum
 - Ménisque lésé est pathologique
- Lésions congénitales

Classification descriptive : type de lésions : fentes



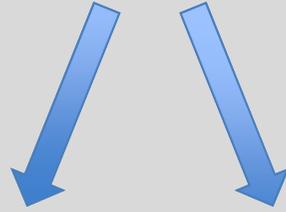
Descriptive : type de fente et étendue

- lésion longitudinale
- anseseau
- languette
- lésion radiaire
- lésion horizontale
- complexe /
dégénératif
- kyste méniscal
- Discoïde

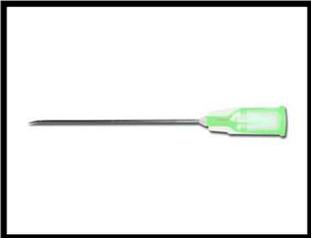
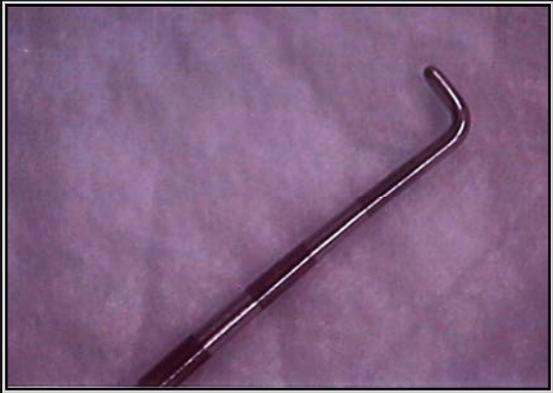
T

NT

Installation



Instrumentation



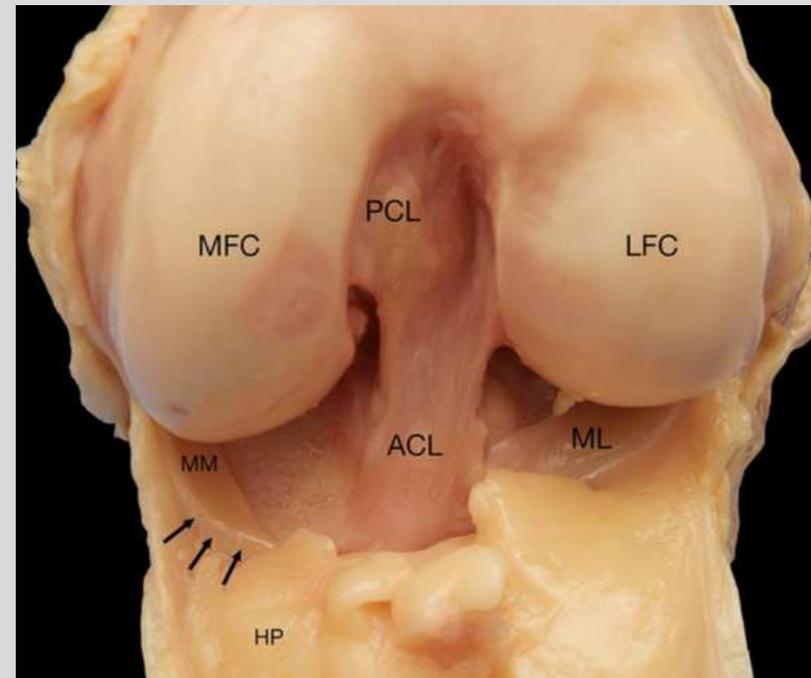
Stratégies voies abord

- Optique : antero-laterale
- Instrumentation : antero-médiale

Choisir la hauteur de ses voies d'abord

Trop haute = segment postérieur du ménisque non visible / accessible

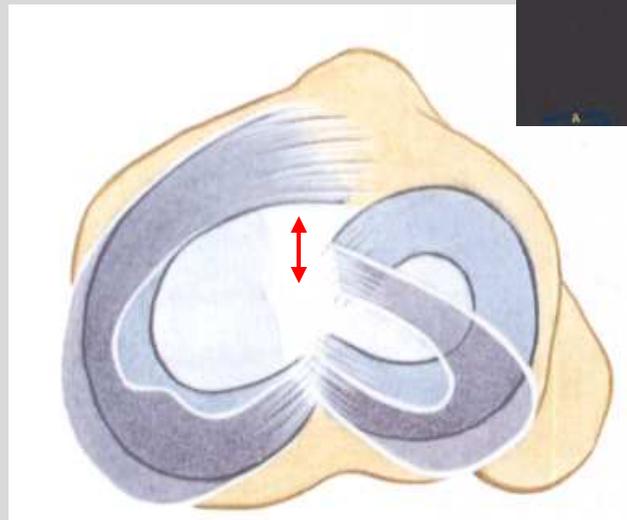
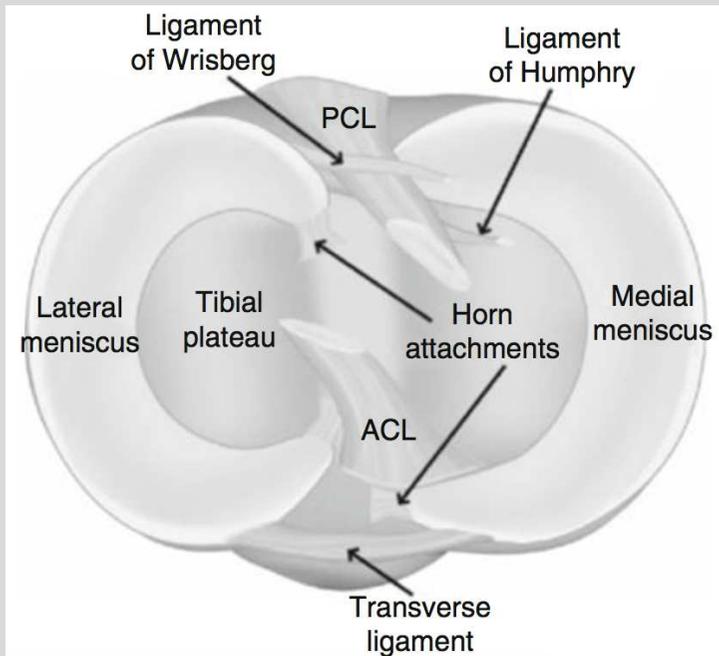
Trop basse = passage des instruments bloqué par les épines



S'aider des propriétés : Mobilité - stabilité

Avancent en extension
Reculent en flexion

ME : 11-12 mm
MI : 5-6 mm



Menisectomie arthroscopique : principes

Travailler en triangulation : apprentissage

Contrôler son geste en stabilisant l'optique dans la position optimale

Les instruments doivent circuler librement dans l'articulation sans contraintes

Le principe du « trajet direct » : lame 11

- Trajets en chicane lors des mouvements de valgus-varus

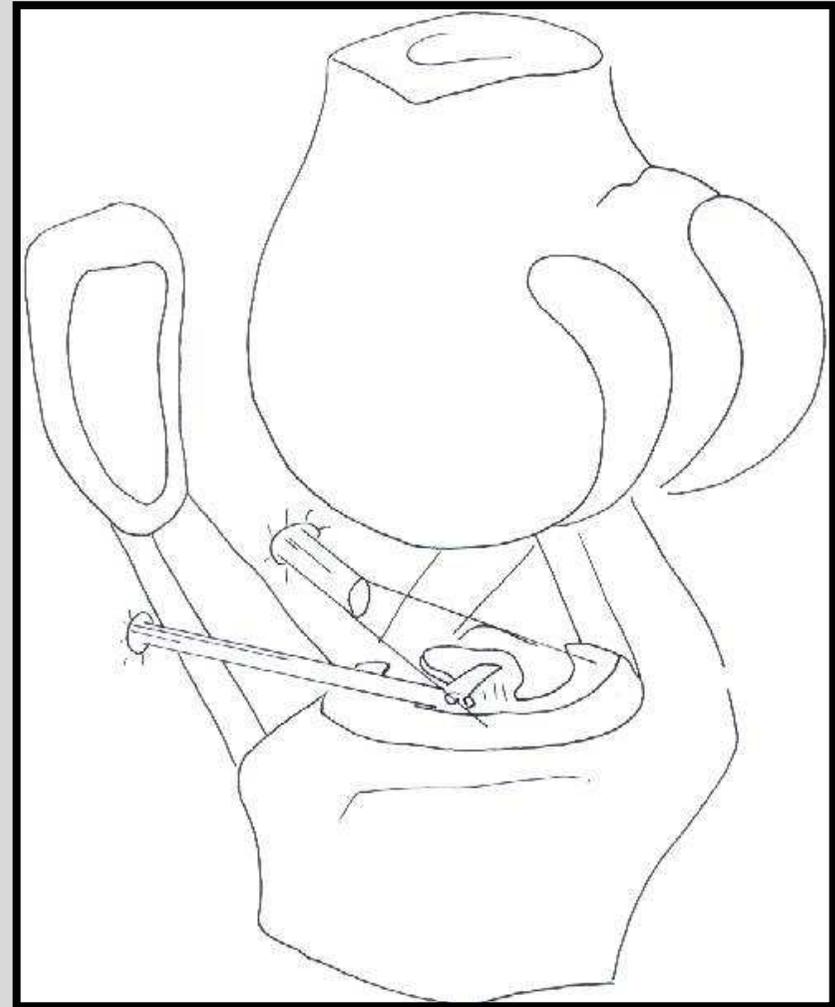
- Source d'obstacle lors de l'introduction des instruments

- Ne pas hésiter à réaliser un nouvel orifice capsulo-synovial à travers le même orifice cutané

Menisectomie arthroscopique : nbre de voies d'abord

Ménisectomie à 2 voies

- Voie antéro-latérale et voie antéro-médiale
- Instrument homolatéral au ménisque pour atteindre son segment postérieur
- Instrument controlatéral pour son segment antérieur



Menisectomie arthroscopique : stratégie 3 voies

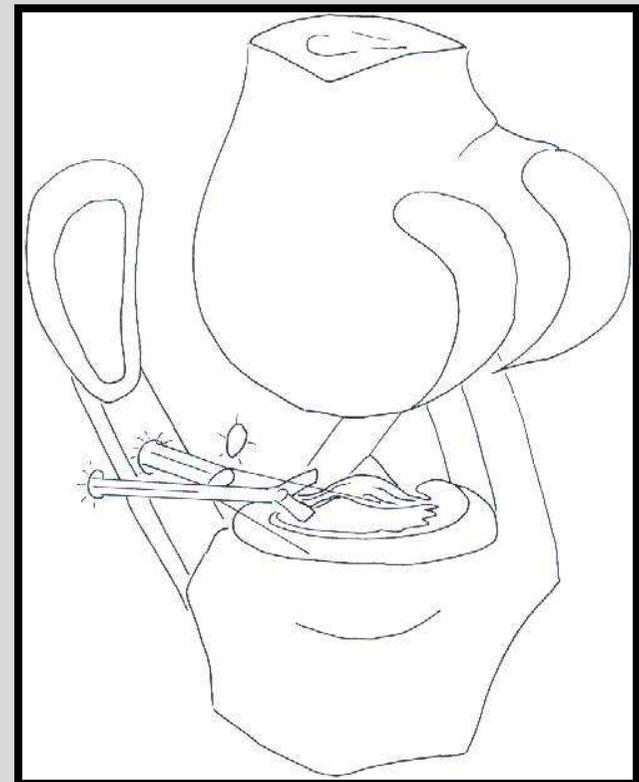
Technique à 3 voies

- La troisième voie est par ex transtendineuse pour l'optique
- Souvent utile pour saisir un gros fragment méniscal en évitant sa fuite dans l'articulation

Inconvénient: encombrement de l'articulation

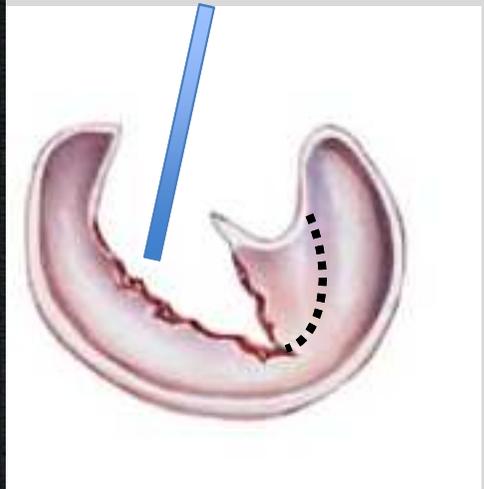
Technique recommandée en début d'expérience

Mais coordination avec son « cadreur »



Technique : languette

- Languette :

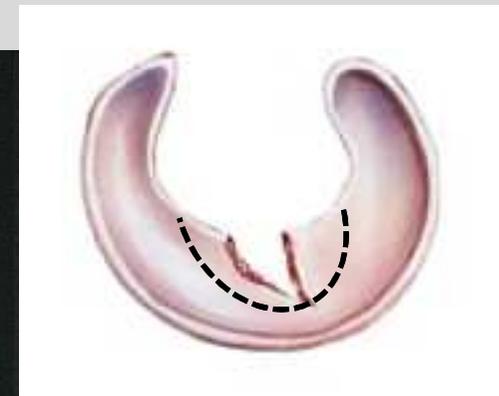


Se méfier des lésions cachées



Technique : fissure

- Fissure radiaire



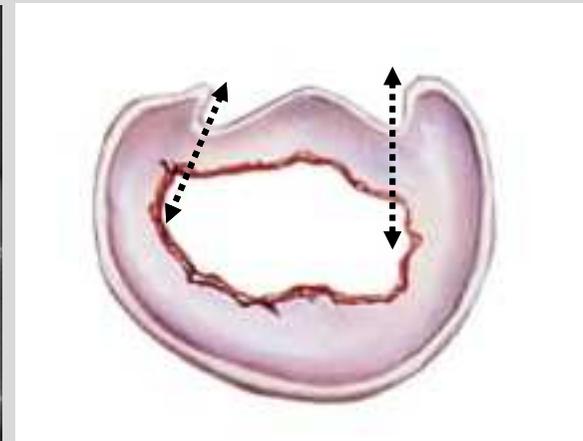
Technique : Anse de seau

- Anse de seau : si luxée d'abord on ne voit rien



Technique : Anse de seau

- Anse de seau : réduction (avant stimulisuture)



Technique : Anse de seau

- Anse de seau

Section post

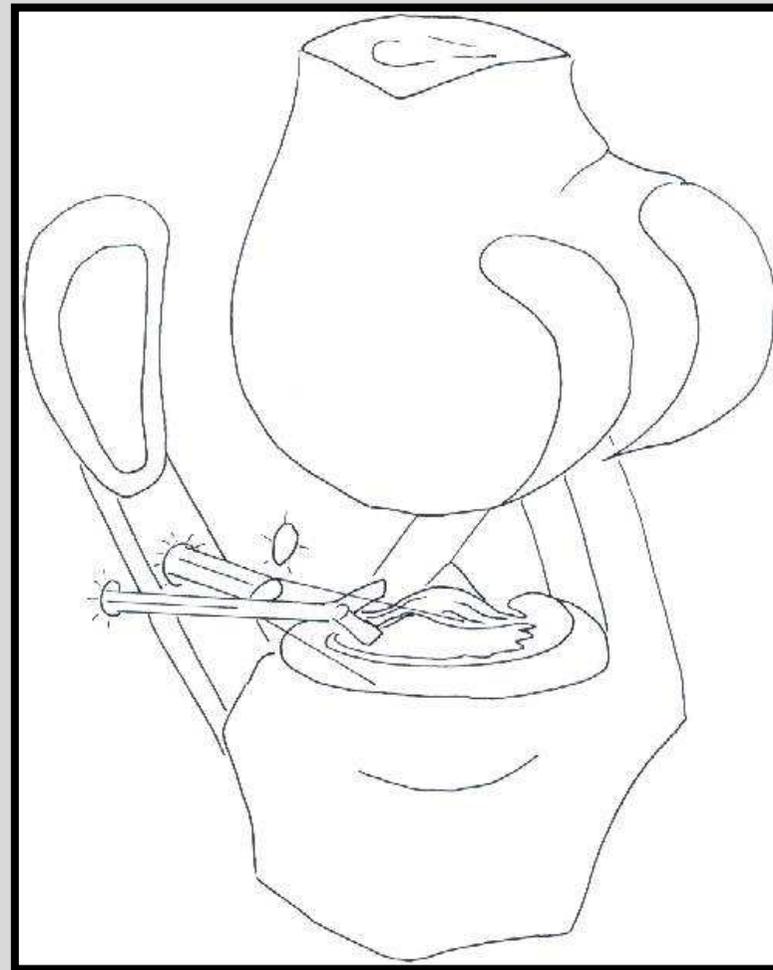
Rongeur ou ciseau

Ne pas compléter totalement
la section



Technique : Anse de seau

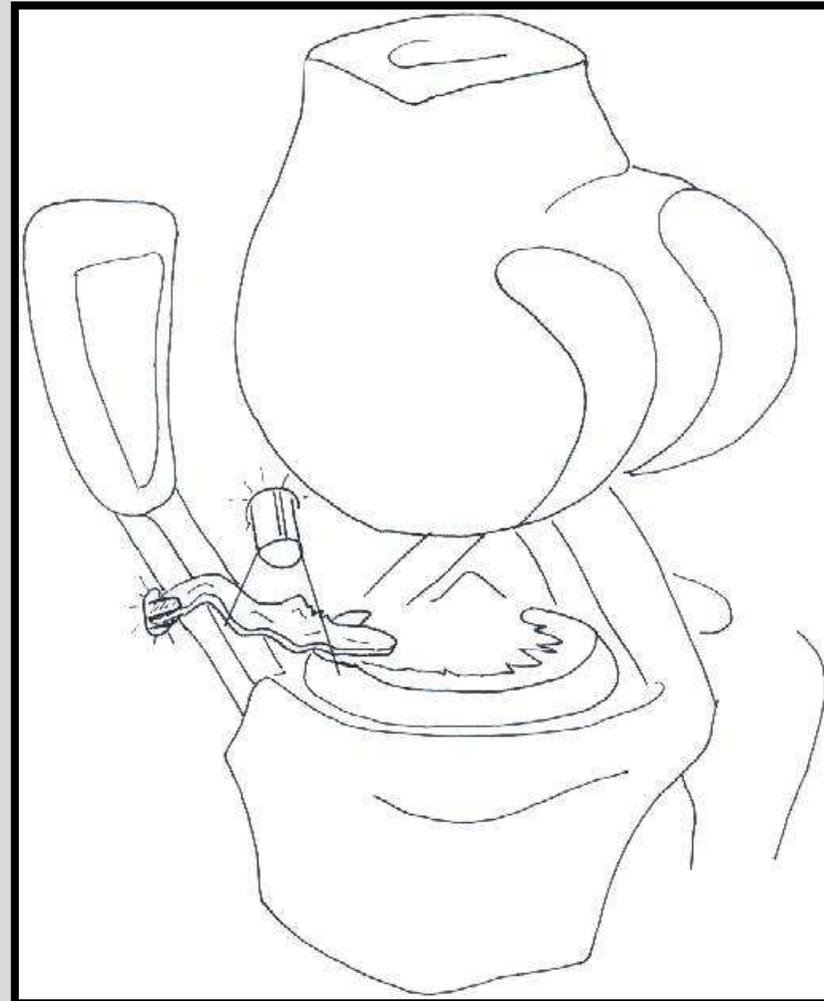
Section antérieure par la voie antéro-médiale
(instruments angulés)
Changement de voie avec
le scope



Technique : Anse de seau

Faire céder le pont postérieur par traction

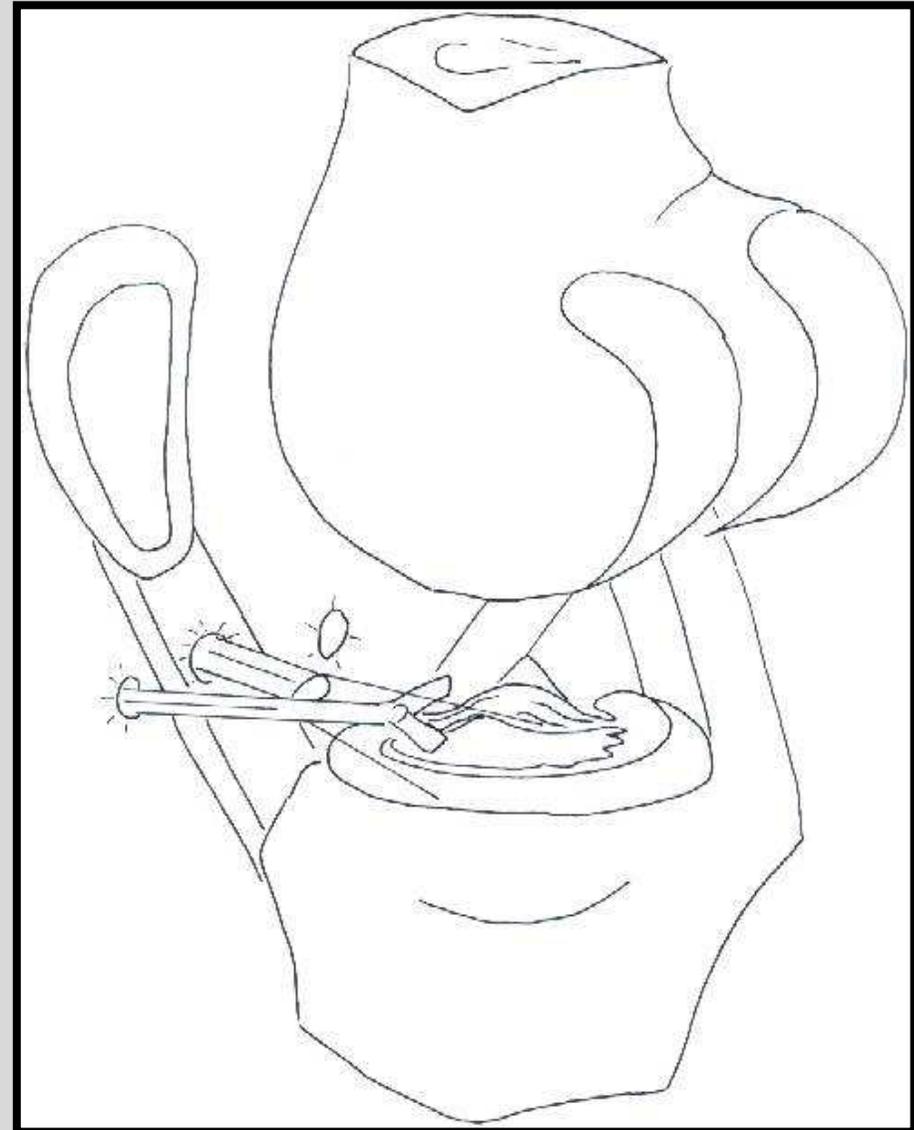
Extraction par mouvements circulaires sans forcer sous contrôle de la vue (risque de perte dans les parties molles+)



Technique à trois voies

Introduction d'une pince préhensile qui maintient en permanence le fragment méniscal

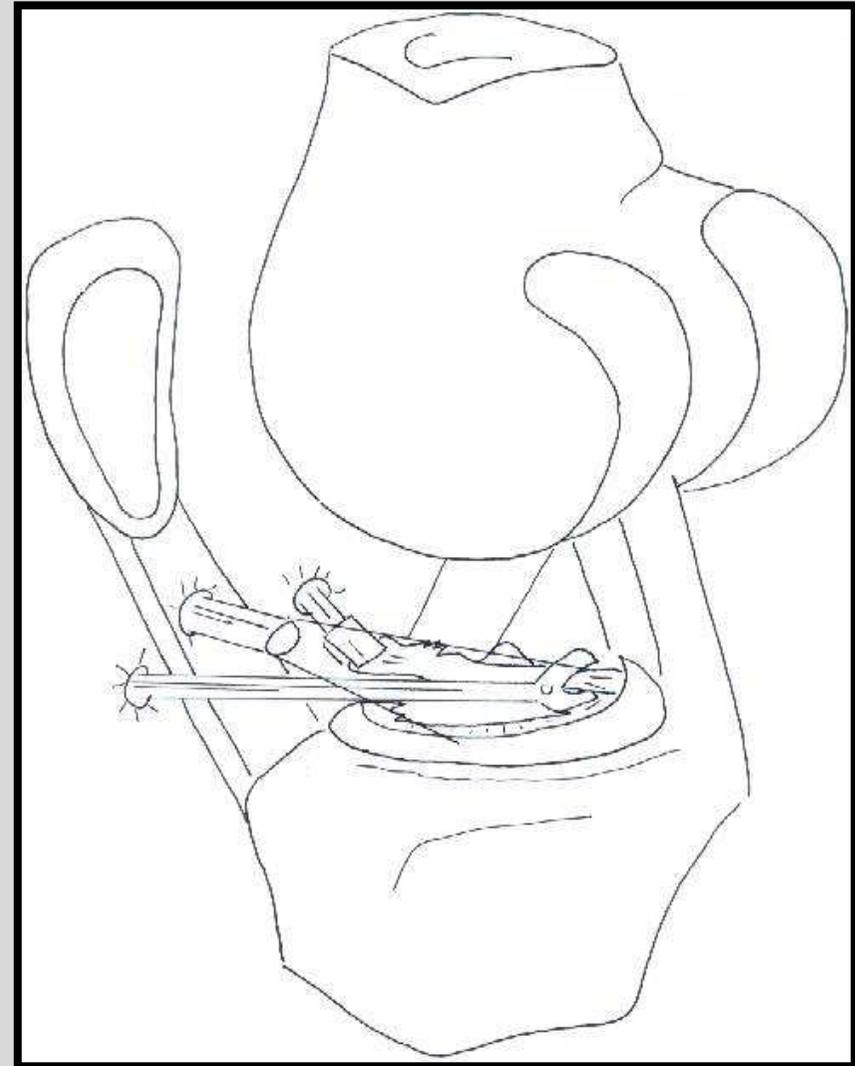
Optique par voie médiale
Premier temps section de l'attache antérieure mais contrôle à la pince



Technique à trois voies

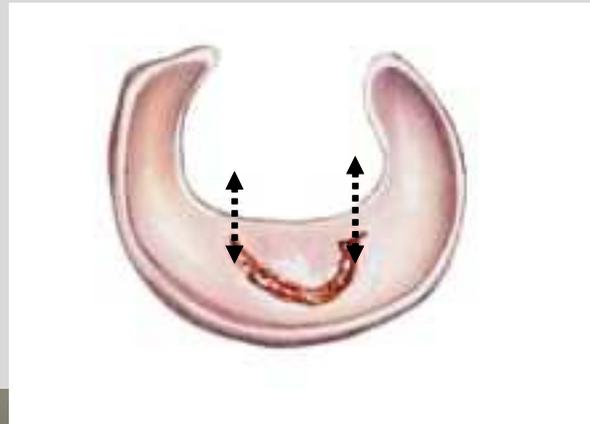
Deuxième temps: poursuite de la section en maintenant la traction

Troisième temps section de l'attache postérieure et extraction



Lésion

Fente longitudinale



Lésion dégénérative complexe

Lésions complexes non systématisables =
morcellement au rongeur et shaver



Lésion horizontale

Clivage horizontal :

Souvent extension ++

Morcellement au rongeur en alternant les
V.A jusqu'en zone suturable



Ménisectomie **latérale** : particularités

Hypermobilité

Épaisseur + importante que celle du M.I

Accessibilité meilleure en arrière, moins bonne en avant.

Présence du tendon et du hiatus poplité



En externe

Voies d 'abord : 2 le plus souvent suffisantes

voie antéro-latérale = reste la voie optique

voie antéro-médiale = voie instrumentale, parfois un peu plus haute que pour le M I.

Interversion possible et recommandée dès le moindre problème

Ménisectomie latérale

Position de Cabot :

Amener le pied sur le membre opposé, en varus-flexion



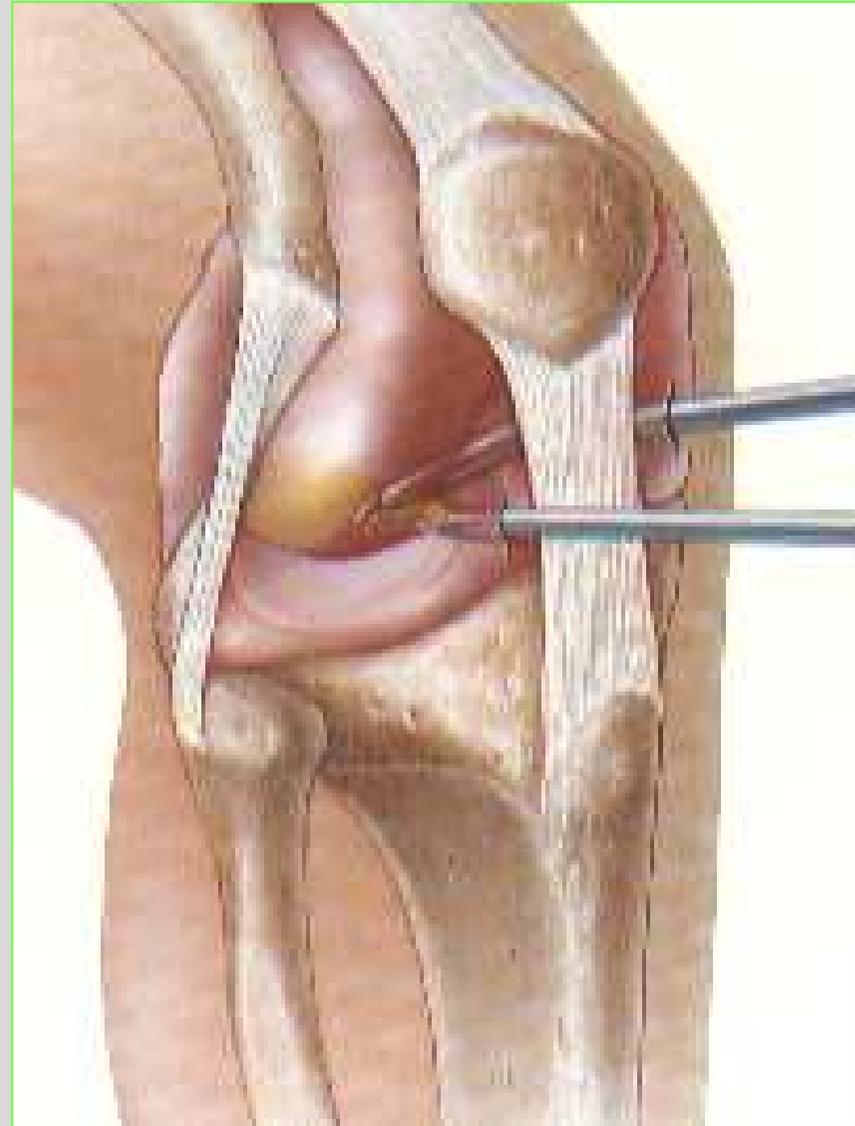
MÉNISCECTOMIE LATÉRALE

Instrumentation :

Pince préhensile, basket, droite, et courbe

Avec ≠ angulations (90° D et G)

Rester économique : ablation totale du segment post = méniscectomie totale du segment postérieur (Beaufils)



Lésion discoïde

Geste souvent très difficile, long

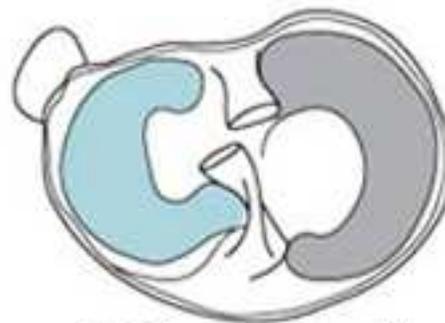
But : reconstituer un ménisque de morphologie correcte

morcellement par rongeur, changement de voies

Variétés du ménisque discoïde



Ménisque normal



Ménisque discoïde
incomplet



Ménisque discoïde
complet

Lésion : kyste méniscal

Kyste méniscal :

Traitement de la lésion méniscale (souvent horizontale) avec respect du mur, abord du kyste

