



Monsieur Olivier Véran
Ministre des Solidarités et de la
Santé
14, avenue Duquesne
75700 Paris

Le 1er Février 2022

Monsieur le Ministre,

Le CNP de chirurgie orthopédique et traumatologique souhaite obtenir un entretien afin de discuter du projet de radiations de la liste en sus des implants méniscaux. Cette réforme va l'encontre de ce que nous faisons depuis des années SAUVER LES MENISQUES qui est un ENJEU DE SANTE PUBLIQUE.

La préservation méniscale est soutenue par toutes les sociétés savantes de chirurgie orthopédique et de médecine du sport depuis plus de 20 ans afin d'améliorer la qualité de vie des adultes jeunes atteints de pathologies du genou (entorse, problèmes méniscaux et cartilagineux) le plus longtemps possible. La réparation méniscale est l'intervention la plus fiable et la moins coûteuse qui permet de maintenir la bonne fonction du genou sur le long terme et de retarder la survenue d'arthrose et de handicap. De nombreuses techniques de réparation méniscales ont été développées pour rendre ces interventions fiables et de pratique quotidienne lorsque la situation le nécessite.

Le projet de radiation des implants de réparation méniscale va totalement à l'encontre des progrès réalisés dans ce domaine dans la prise en charge des patients et des recommandations des sociétés savantes. Ce projet est donc une régression dans nos pratiques et représente à la fois une réelle perte de chance pour les patients et une contrainte dans la prescription et le choix thérapeutique pour les professionnels de santé.

En effet ,en cas de radiation du remboursement des ancrs de suture méniscale, comme d'ailleurs de tout implant orthopédique, le chirurgien orthopédiste risque de se voir refuser par son



établissement l'utilisation d'un implant. Avec cette réforme les établissements deviendront décideurs de l'utilisations des ancrés méniscales et pour des raisons économiques en limiteront l'accès aux chirurgiens ce qui diminuera automatiquement le pourcentage de sutures méniscales. Le chirurgien sera donc contraint de réaliser une intervention délétère pour son patient à savoir une méniscectomie (alors que toutes les sociétés savantes prônent le contraire depuis plus de 20 ans) plutôt qu'une réparation de son ménisque. Cette dérive semble suffisamment grave à la fois pour la perte de chance encourue pour le patient et pour l'interdiction de prescription et de choix thérapeutique pour son chirurgien.

Sur le plan médico-économique à moyen et long termes cela expose à un surcoût à plusieurs niveaux :

- Au niveau des dépenses médicales : retard de récupération avec arrêt de travail prolongé, soins de rééducation, consultations spécialisées, gestes thérapeutiques itératifs (infiltrations, réinterventions), augmentation du nombre d'arthroplasties totales du genou de façon précoce, impossibilité de reprise des activités sportives allant à l'encontre du sport santé pour prévenir d'autres pathologies (cardiovasculaires, pulmonaires ...)
- Au niveau du retentissement social et professionnel : arrêts de travail prolongés ou récurrents, reconversion professionnelle, inaptitude au travail.

Une information a été publiée dans Le Monde du 17 décembre 2021 pour sensibiliser le grand public de l'intérêt et de l'enjeu de la préservation méniscale (1). Les associations de patients ont également été alertées et sensibilisées afin d'annuler ce projet de radiation des implants de réparation méniscale qui représente une dégradation majeure et une perte de chance pour des patients jeunes et actifs.

Le rationnel, les détails chiffrés et les récentes publications internationales sont développés ci-dessous.

Interprétation des Chiffres concernant les Sutures Méniscales

Dans le monde entier, l'orientation de la pratique chirurgicale vis-à-vis des ménisques est « **Save the Meniscus** » car l'ensemble des études scientifiques (Ref ci jointes) nous ont démontré que la préservation méniscale est l'élément fondamental de la préservation du cartilage à moyen et long terme et donc de la diminution du nombre de prothèse de genou.



Cela explique pourquoi le taux de croissance annuelle moyen entre 2014 et 2019 des sutures méniscales isolées (NFEC001 et NFEC002) a augmenté d'environ 12 % alors que celui de méniscectomie (NFCC003 et NFCC004) a diminué d'environ 4 %.

Ces sutures méniscales restent un acte peu fréquent puisqu'elles représentent, tous secteurs confondus, entre 0,9 et 1,4% des séjours en 2019. En moyenne, environ 40000 DMI sont posés chaque année avec une répartition de 70 % dans le privé, 30 % dans le public et en moyenne entre 2,2 et 2,7 DMI posés par intervention. Il est surtout important de comprendre que 48 % en 2019 et 47% en 2020 de ces DMI sont posés au cours des ligamentoplasties du LCA (**NFMC003**) sans que cela soit mis en évidence dans les actes de cotation. Effectivement, il n'y a pas de cotation spécifique puisqu'ils sont englobés dans l'acte de ligamentoplastie (<https://irma.chu-brest.fr/CCAMv1/detailcod.php?codact=NFMC003> - **Facturation : le tarif prend en compte les prélèvements de greffon tendineux ou ostéotendineux et les éventuels gestes associés intraarticulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux**). De plus, le système de codage de l'ensemble des actes de Méniscectomie et de Suture Méniscale renvoie vers le même GHM Méniscectomie (08C45) ce qui complique encore l'interprétation des chiffres.

Qui pose ces DMI ?

La majorité (341 sur 743) des établissements posent entre 1 et 50 DMI/an avec une répartition égalitaire entre le privé et public. Par contre, environ 15 % des établissements posent 70 % des DMI. Dans ce cas, il s'agit principalement d'établissements privés (68%) car c'est là que s'effectuent majoritairement les ligamentoplasties du LCA (50333 reconstructions du LCA en 2019, 18% dans les établissements publiques, 82% établissements privés – Source Scansanté.fr).

Que dit la Littérature internationale récente ?

A meta-analysis comparing meniscal repair with meniscectomy in the treatment of meniscal tears: the more meniscus, the better outcome? Xu C, Zhao J. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2015 Jan;23(1):164-70.

Cet article a passé en revue les articles publiés qui comparaient la suture méniscale à la méniscectomie. Ils ont constaté que la suture était significativement supérieure à la méniscectomie en termes de scores cliniques postopératoires. Ces scores évaluent les symptômes, la fonction et l'activité sportive après l'opération.



Ces bons résultats sont la conséquence de la préservation du ménisque par la suture méniscale qui apporte plus de stabilité au genou. Par ailleurs, la littérature démontre que la préservation du ménisque protège le genou contre le développement de l'arthrose, ce qui réduit les coûts globaux des soins de santé à long terme.

Lateral Meniscal Tears in Young Patients: A Comparison of Meniscectomy and Surgical Repair. Duethman NC, Wilbur RR, Song BM, Stuart MJ, Levy BA, Camp CL, Krych AJ. *Orthop J Sports Med.* 2021 Oct 11;9(10):23259671211046057.

Cet article compare la suture méniscale et la méniscectomie pour le traitement des lésions méniscales latérales chez les jeunes patients. Il est important de parler de ces lésions méniscales latérales car elles sont plus susceptibles de nécessiter une suture, la littérature ayant montré que la méniscectomie entraîne une dégradation cartilagineuse rapide du genou. Ils ont constaté que les améliorations des scores cliniques postopératoires étaient significativement supérieures avec la suture méniscale et qu'il y avait une augmentation significative de l'arthrose chez les patients traités par méniscectomie.

A Cost-Effectiveness Analysis of Isolated Meniscal Repair Versus Partial Meniscectomy for Red-Red Zone, Vertical Meniscal Tears in the Young Adult. Rogers M, Dart S, Odum S, Fleischli J. *Arthroscopy.* 2019 Dec;35(12):3280-3286.

Cet article américain a évalué le rapport coût-efficacité de la suture méniscale par rapport à la méniscectomie chez le jeune adulte. Leur modèle à horizon de 40 ans a évalué la probabilité de développer de l'arthrose dans chaque groupe et la probabilité d'envisager une future prothèse totale du genou. Ils ont montré que le coût direct total de la méniscectomie était de 38648\$, alors que le coût direct total de la réparation du ménisque était de 23948\$, d'où une économie de 14700\$ avec la suture du ménisque. Ils ont donc conclu que la suture méniscale était la procédure la plus économique dans le traitement des lésions méniscales chez les jeunes adultes.

1 (PJ) : Grand Angle ménisques : Le Monde vendredi 17 décembre 2021



Danger ! → SAUVER VOS MÉNISQUES SERA-T-IL TOUJOURS POSSIBLE DEMAIN ?

Le ménisque est un élément essentiel au fonctionnement du genou, jouant un rôle primordial dans sa biomécanique en assurant la transmission des charges, l'absorption des chocs, la lubrification de l'articulation et son équilibre. Il permet de diminuer les contraintes en charge sur le cartilage, qui sont trois fois plus élevées en son absence.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie et la pratique du sport, la demande de préservation du cartilage augmente pour profiter pleinement de ses genoux tout en évitant ou en retardant la mise en place de prothèses. Une des stratégies essentielles dans la préservation du genou repose sur le concept d'épargne méniscale : la perte d'un ménisque pouvant être considérée comme un tournant vers le devenir arthrosique du genou, le chirurgien doit sauver les ménisques autant qu'il le peut. Dans le monde entier, la prise en charge des ménisques est passée d'une ablation quasi systématique des ménisques lésés (ménisectomie) à une préservation méniscale accrue, soit par abstention chirurgicale (la lésion cicatrise sans opération), soit par réparation (suture) du ménisque abîmé. Bien sûr, toutes les lésions méniscales ne sont pas réparables et la ménisectomie en place dans l'arsenal thérapeutique. Néanmoins, ce changement de paradigme a contraint les acteurs de la santé (chirurgiens, industriels et rééducateurs) à s'adapter afin d'atteindre ce même but : « sauver » les ménisques. De nouvelles techniques chirurgicales ont été développées, avec la création de nouveaux implants chirurgicaux permettant de réparer les ménisques sous arthroscopie. Le lent processus de cicatrisation biologique du ménisque doit être respecté, impliquant une adaptation

des protocoles de rééducation, qui doivent être plus prudents, et dans l'attente vers le retour au sport qui pourra être différé, permettant à plus de 85 % des athlètes de reprendre leur activité. Si le risque de réopérer le ménisque réparé existe, la ménisectomie secondaire sera moins importante que si elle avait été réalisée d'emblée. Les études scientifiques montrent que les résultats des réparations méniscales réalisées au moment de la reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA) sont meilleurs que ceux d'une ménisectomie, tant sur la stabilité du genou que sur l'action protectrice du ménisque sur le cartilage.

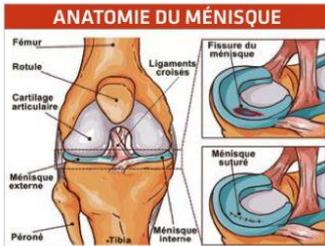
LA RÉPARATION MÉNISCALÉ N'EST PAS UNE PETITE CHIRURGIE SANS ECUEIL. Elle est techniquement difficile, et sa courbe d'apprentissage est longue. La Société francophone d'Arthroscopie (SFA) s'investit depuis plusieurs années dans la formation des jeunes chirurgiens, pour qu'ils puissent acquies les bases de ces techniques chirurgicales difficiles et nécessitant des instruments et des matériels chirurgicaux coûteux. Grâce à la disponibilité de chirurgiens experts bénévoles et à l'aide des industriels qui distribuent le matériel chirurgical gracieusement, des cours de chirurgie sont organisés gratuitement chaque année, sous l'égide de la SFA, dans les laboratoires d'anatomie, afin que les chirurgiens en formation

puissent apprendre ces techniques, qui demandent souvent plus de ménisques. Grâce à des chirurgiens bien formés, les lésions bien réparées auront plus de chances de bien cicatriser.

DE NOMBREUX OBSTACLES... Malheureusement, les récentes lois votées rendent de plus en plus difficile l'organisation de ces cours, les industriels ne pouvant plus financer la tenue de ces manifestations de formation pour les jeunes médecins, gratuites pour les participants, mais très coûteuses d'un point de vue logistique (location du laboratoire d'anatomie, achat de pièces anatomiques, prêt de matériel d'arthroscopie et mise à disposition des

implants chirurgicaux...). C'est un premier coup d'arrêt à cet élan vers la préservation méniscale. Un deuxième écueil vient ternir l'horizon des réparations méniscales : l'intégration du coût des implants utilisés pour la réparation des ménisques dans le forfait hospitalier versé aux établissements. Cela signifierait, à terme, un déremboursement des implants chirurgicaux destinés à la réparation méniscale, laissant au final la charge de ces implants aux établissements, voire au patient. Ce signal est d'autant plus dramatique que la majorité des réparations méniscales sont réalisées au

cours d'une procédure chirurgicale de reconstruction du LCA. Or, le système de comptabilisation des réparations méniscales en France occulte toutes celles réalisées au cours de ces procédures de chirurgie ligamentaire, ce qui fait sous-estimer par les autorités de santé l'importance grandissante de ces réparations. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2008 portant sur le traitement des lésions méniscales et du LCA semblent donc aujourd'hui compromises : comment favoriser la réparation méniscale, dont les études récentes montrent que le coût à long terme pour la société est moins important que celui d'une ménisectomie, tout en voulant limiter le remboursement des implants et en rendant plus difficile l'accès à la formation des jeunes chirurgiens à une technique difficile ? La Société francophone d'Arthroscopie œuvre depuis près de quarante ans pour la diffusion du savoir et la formation des chirurgiens francophones aux techniques chirurgicales arthroscopiques, à l'aide de chirurgiens experts bénévoles. Elle s'inquiète aujourd'hui de l'orientation prise dans les discussions avec les autorités de santé qui ne va pas vers la facilitation de la réparation méniscale. Sauver vos ménisques est important. Cela sera-t-il demain toujours possible pour vous ? © SFA



Lésions méniscales → DES SOLUTIONS CONTRE L'ARTHROSE DU GENOU

De l'intérêt des injections d'acide hyaluronique pour lutter contre l'arthrose du genou.

Que faire en cas d'arthrose dans le genou, découlant de lésions parfois graves des ménisques ? Aujourd'hui, l'une des interventions de référence s'appelle la « viscosupplémentation ». Cette technique, basée sur l'injection d'acide hyaluronique, vise à améliorer la mobilité du genou et à calmer la douleur. « L'acide hyaluronique est une molécule présente naturellement dans le liquide synovial qui baigne le genou. Sa fonction est essentielle, en permettant au liquide synovial de lubrifier, nourrir et protéger l'articulation », explique le Dr Hervé Collado, médecin du sport. Au fil des ans, le cartilage s'use, ce qui favorise l'apparition d'arthrose et réduit le volume d'acide hyaluronique. Le liquide synovial perd alors son élasticité et absorbe moins bien les chocs. Grâce à la viscosupplémentation, il est possible de compenser cette perte d'élasticité. A l'issue d'une simple injection pratiquée directement dans le genou au cabinet du médecin, le patient retrouve de la mobilité et ressent moins de douleur. Le traitement est efficace quelques semaines après l'intervention et persiste plusieurs mois et jusqu'à un an en moyenne. Leader mondial dans la production d'acide hyaluronique, le laboratoire IBSA Pharma (anciennement Laboratoire Genevrier) est parmi les plus investis en rhumatologie et



Caring Innovation
www.ibsa-pharma.fr

en traumatologie, il travaille notamment à améliorer sans cesse l'efficacité et la simplicité d'usage de ses solutions contre l'arthrose avec, par exemple, des médicaments, qui contiennent un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) destiné à réduire les poussées douloureuses en cas d'arthrose du genou. La prise en charge des traumatismes, en particulier du genou, appelle à une prise en charge collégiale du patient, où chaque professionnel a sa place.

FACE AU RISQUE D'ARTHROSE DU GENOU, LA PREVENTION EST ESSENTIELLE. Elle s'illustre tout d'abord par la lutte contre le tabagisme et le surpoids, principaux facteurs de risques, mais aussi par une activité physique régulière et éventuellement, avec le podologue, un chaussage du patient adapté, notamment en cas d'antécédents de traumatismes ligamentaires. Des médicaments antarthrosiques d'action lente peuvent également être prescrits, particulièrement efficaces dès les premiers symptômes, et sans effets secondaires notables. Sachant que le cartilage qui s'use ne repousse pas, il faut donc tout entreprendre pour diminuer la dégradation des articulations, en particulier dans le genou.

© Pierre Mongès

Réhabilitation → L'ORTHÈSE 3D, UN FACTEUR DE PERFORMANCE

Directeur général de Bauerfeind France, Philippe Chenaie détaille l'intérêt de porter une orthèse après une opération du ménisque ou en cas de gonarthrose.

Le genou est une articulation fragile, qu'il faut souvent protéger en cas de lésion méniscale. Situés dans le genou, ces deux fibrocartilages (le ménisque interne et le ménisque externe) sont de véritables « amortisseurs », permettant au genou de supporter l'ensemble du corps et le protégeant également contre l'arthrose. Au fil du temps, ou à l'issue d'un traumatisme, les ménisques peuvent se fissurer, provoquant une gêne dans les mouvements, associée à des douleurs plus ou moins intenses. Une intervention chirurgicale, destinée à suturer le ménisque, peut alors être indiquée dans certaines conditions, mais elle peut exiger d'équiper le patient d'une orthèse, afin de soulager le ménisque durant la phase de cicatrisation de la lésion. « Ces orthèses jouent le rôle d'attelles de décharge du compartiment qui a été suturé », indique le Dr Philippe Chenaie, Directeur général de Bauerfeind France. La solution que nous proposons, GenuTrain OA®, a été spécialement conçue pour favoriser la mobilité et la stabilité du genou, ainsi que les douleurs associées à ce type de lésion. L'entreprise allemande est aujourd'hui l'un des leaders mondiaux pour ce type de dispositif médical, proposant des orthèses de stabilisation, mais également des bas de com-

pression ou des semelles orthopédiques. Elle a réalisé une étude qui prouve l'intérêt de GenuTrain OA® pour une autre indication : la gonarthrose (ou arthrose du genou).

« Menée à partir de 113 patients répartis dans sept cabinets différents, elle montre que les patients ont ressenti une réduction de moitié de la douleur, ainsi qu'une nette amélioration des sensations de stabilité et de mobilité du genou », précise Philippe Chenaie. L'orthèse a également permis de diminuer la consommation de médicaments anti-douleur. Par ailleurs, des indicateurs de satisfaction ont été recueillis, qui montrent une réelle amélioration de la qualité de vie des patients.

« Ils apprécient notamment la simplicité d'usage et de maintenance, le fait que l'orthèse peut être facilement dissimulée sous des vêtements et la possibilité pour la plupart de reprendre une vie quasi normale », ajoute Philippe Chenaie. GenuTrain OA® présente l'avantage d'être « morphologiquement adaptable » : le patient peut la retirer quand il le souhaite dans la journée. Par rapport aux orthèses rigides, l'étude atteste d'un meilleur niveau d'observance par les patients... et donc d'un meilleur potentiel de réhabilitation. © P.M.





COMMUNIQUÉ

VENREDI 17 DÉCEMBRE 2021

Grand Angle

www.grandanglesante.fr

Spécial Ménisques

SAUVER LES MÉNISQUES !

Les ménisques sont des fibrocartilages qui servent d'amortisseurs entre le fémur et le tibia. Au nombre de deux, le ménisque interne et le ménisque externe, ils sont essentiels à la mobilisation des genoux et participent selon les mouvements à leur stabilisation.

→ TRIBUNE

Pr Stéphane Boisgard
Chef du service de traumatologie-orthopédie au CHU de Clermont-Ferrand, Directeur médical Orthopédoque, Président du CNP-COT.

MÉNISQUE : QUAND IL N'Y EN A PLUS, ON PEUT LE GREFFER !

Le ménisque est un élément fondamental de la mécanique du genou. C'est pourquoi en cas de lésion, il faut le conserver au maximum par des traitements adaptés, essentiellement des fixations par sutures. Malheureusement, dans certains cas, il doit être résecté, occasionnant à terme une gêne fonctionnelle et un risque d'arthrose pour le patient. Il est alors possible pour certains patients de bénéficier d'une greffe de ménisque, avec des résultats très satisfaisants. Les indications sont précises : patient jeune, sans déformation majeure du squelette du membre inférieur, avec des ligaments fonctionnels. Ces greffons méniscaux sont recueillis essentiellement lors des prélèvements multi-organes (au même titre que les os et les ligaments) effectués par des équipes chirurgicales, puis confiés à des banques de tissus qui s'assurent de la conformité des modalités de prélèvement et de l'absence de contamination microbienne avant la mise à disposition. La difficulté spécifique des greffes méniscales est qu'il existe un ménisque interne et externe pour chaque genou, et que la taille est une donnée importante. Il faut donc faire de nombreux prélèvements pour disposer de la bonne greffe méniscale pour le bon patient (côté et taille). Et c'est là que se situe le problème. En effet, en France, comparativement aux autres pays, il faudrait greffer entre 300 et 400 ménisques par an pour répondre à la demande. Malheureusement, une cinquantaine de greffes seules sont disponibles (par manque de prélèvements), entraînant par conséquent une perte de chance pour les patients. Pour améliorer cette situation, en collaboration avec les banques de tissus et l'Agence de biomédecine travaillant déjà sur ce sujet, les pouvoirs publics, devraient nécessairement adapter la réglementation pour fluidifier les procédures. Chacun d'entre nous, donneur potentiel, doit être informé et savoir que les ligaments, les os et les ménisques sont indispensables à la qualité de vie du receveur, de même que les organes le sont à la survie de ces mêmes patients. Précisez à votre entourage que vous êtes donneur non seulement d'organes, mais aussi de tissus, ainsi vous sauvez des vies avec vos organes et vous donnez de la qualité à la vie avec vos tissus. www.osteobanque.com



Dr Johannes Barth
Président de la Société francophone d'Arthroscopie.

Les pathologies méniscales sont extrêmement fréquentes et touchent aussi bien les jeunes sportifs que les personnes plus âgées et sédentaires. Une lésion aiguë du ménisque va engendrer des douleurs et des blocages du genou, entraînant une gêne dans les activités professionnelles, sportives ou de loisirs mais aussi au quotidien. A long terme, les lésions des ménisques vont aboutir à une usure prématurée des cartilages hyalins, provoquant des crises douloureuses et évoluant vers une arthrose du genou. La prise en charge des patients souffrant d'une pathologie méniscale aiguë ou chronique est source de nombreux arrêts de travail, de soins médicaux et d'interventions chirurgicales, représentant plus de 200 000 interventions par an. Cela en fait la chirurgie oséo-articulaire la plus pratiquée en France, avec un impact socio-économique non négligeable, bien qu'elle soit réalisée sous arthroscopie (c'est-à-dire avec une petite caméra sans ouvrir l'articulation) dans les unités de soins ambulatoires (le patient rentre à domicile le jour même de l'intervention). Les lésions des ménisques ne nécessitent pas toutes une intervention chirurgicale. La plupart des lésions dites « dégénératives », d'usure, sont traitées médicalement sans recours à la chirurgie.

Mais lorsque l'indication d'opérer est retenue, deux types de gestes chirurgicaux sous arthroscopie peuvent être proposés :

La suture - (ou réparation) du ménisque

Elle est recommandée lorsque les déchirures méniscales sont centées, situées dans des zones périphériques bien vascularisées qui cicatrisent facilement, chez des personnes jeunes. Les ménisques sont recousus par le chirurgien, qui utilise du matériel orthopédique tel que des fils spécifiques ou des implants de fixation résorbables comme des ancrés, qui peuvent être enfoncés. C'est un geste chirurgical long, techniquement exigeant, et qui requiert un long apprentissage pour être parfaitement maîtrisé. Il permet de préserver le capital du ménisque et donc de limiter l'apparition future d'une arthrose du genou (celle-ci est potentiellement coûteuse à traiter par la suite : médicaments, rééducation, arrêts de travail, chirurgie plus lourde de type ostéotomie ou prothèses partielles ou totales du genou). Cet acte technique n'est pas très bien valorisé économiquement par le système de cotation de la nomenclature des actes médicaux (CCAM), eu égard au temps consacré à sa réalisation, et à l'expertise requise. Il est même non rémunéré s'il est fait dans le même temps qu'une réparation du ligament croisé antérieur du genou. L'autre difficulté que peut rencontrer le chirurgien souhaitant réaliser une suture méniscale est le plafonnement de la prise en charge du matériel nécessaire à la suture du ménisque par la CCAM,

« Les lésions des ménisques ne nécessitent pas toutes une intervention chirurgicale. »

avec une limitation à trois ancrés remboursés par intervention. Au-delà, le chirurgien et l'établissement de soins doivent discuter avec le fournisseur de matériel médical des modalités financières pour bénéficier d'ancres supplémentaires. **La résection d'une partie du ménisque** Elle consiste à enlever uniquement la zone abîmée du ménisque. C'est la ménisectomie partielle. Le chirurgien laisse en place le plus de ménisque possible. Il conserve au mieux toutes les parties saines du ménisque. C'est un acte chirurgical moins lourd techniquement que la suture méniscale. Il donne de très bons résultats précoces, mais ces résultats se dégradent progressivement, avec l'apparition quasi systématique d'une arthrose du genou à long terme.

La valorisation économique de la ménisectomie par la nomenclature CCAM est très proche de la valorisation de la suture méniscale. Il n'y a pas d'incitation financière à pratiquer un des deux actes. Le praticien propose toujours le geste chirurgical le plus adapté au patient, en plaçant l'intérêt de celui-ci avant l'enjeu économique. Ces deux techniques sont complémentaires et permettent au thérapeute de traiter la plupart des lésions méniscales rencontrées.

Les suites opératoires après une ménisectomie ou une suture méniscale sont très différentes, avec des conséquences non négligeables sur le plan médical et social.

Après une ménisectomie, la rééducation du patient est souvent simple. Il est recommandé de marcher dès que possible. La rééducation par kinésithérapie se révèle parfois nécessaire. Elle permet de récupérer rapidement et débute immédiatement après l'intervention. Ses objectifs sont de retrouver une mobilité normale du genou et de restaurer la

La Société francophone d'Arthroscopie (SFA)

est une association 1901 à but non lucratif ayant pour finalité la promotion et le développement des techniques arthroscopiques dans le traitement des affections de l'appareil locomoteur, regroupées au sein d'une spécialité médico-chirurgicale, l'orthopédie. Sans distinction de pratique professionnelle, elle rassemble des chirurgiens orthopédistes du secteur public et libéral et compte plus de 2 000 membres. La SFA a une mission d'enseignement, c'est pourquoi elle organise chaque année des master courses, où elle sollicite ses meilleurs experts, qui vont partager leurs savoirs de manière binationnelle avec les chirurgiens en formation. La SFA présente ici sa réflexion autour des affections des ménisques afin de sensibiliser le grand public au concept de préservation du ménisque.

force musculaire et le fonctionnement global du genou. La rééducation peut être effectuée :

- Chez un kinésithérapeute, sur prescription du médecin traitant ou du chirurgien.
- En auto-rééducation. Le patient suit les consignes et effectue les exercices expliqués par le chirurgien. C'est le cas le plus fréquent après une arthroscopie. L'arrêt de travail ou des activités sportives est de courte durée, donc avec un impact socio-économique modéré.

Après une réparation d'un ménisque, les suites opératoires sont plus longues.

- Une immobilisation par attelle est souvent prescrite pour favoriser la cicatrisation.
- Des précautions d'appui sont recommandées jusqu'à six semaines pour protéger la zone de suture méniscale, avec parfois la prise d'anticoagulants qui nécessitent une prescription de soins infirmiers quotidiens et une surveillance biologique étroite. Les complications liées à la prise d'anticoagulants ne sont pas rares.
- L'arrêt de travail ou des activités sportives est plus conséquent, avec un impact socio-économique immédiat plus important pour le patient et la société. Toutefois, à long terme, l'impact économique et médical de la suture est plus favorable que la ménisectomie, grâce à un taux d'évolution vers l'arthrose moindre. Une meilleure compréhension du rôle des ménisques et donc de la nécessité de les préserver au mieux a abouti au concept de la préservation méniscale. Celui-ci est apparu au début des années 2000. Encore aujourd'hui, toutes les lésions méniscales ne peuvent pas être réparées. En revanche, toute lésion réparable doit l'être afin de préserver l'avenir du genou. ©

DATE DE PUBLICATION : GRAND ANGLE EN ÉTAT DE COMPTABILISATION. OBJECTIF CARRÉ EN ENLIGNE - CONSULTER LES AGENTS DE COMMUNICATION (GÉNÉRAL) : WWW.COMMUNIQUEONLINE.COM - RÉDACTEUR & PROOF READER : FLORE MARTEL
© CHATELAIN & MARTEL - Allée Joly - Secrétariat de RÉDACTION ITS Médical - LA RÉDACTION DU QUOTIDIEN LE MONDE N'A PAS PARTICIPÉ À LA RÉDACTION DE CE COMMUNIQUÉ. NE PEUT ÊTRE VENDU SÉPARÉMENT.



Nous vous remercions, Monsieur le Ministre, Cher Collègue, de l'attention que vous porterez à ce courrier et dans l'attente de vous rencontrer, nous vous prions de croire en l'assurance de notre considération distinguée.

Pr. Stéphane Boisgard
Président du CNP-COT

Pr. Alexandre Poignard
Secrétaire Général du CNP-COT

Pr. Philippe Massin
Président de la SOFCOT

Pr. Thomas Bauer
Président de SFA