

Les séquelles douloureuses après méniscectomie sous arthroscopie : stratégie diagnostique et thérapeutique

D. Saragaglia

**Clinique Universitaire de Chirurgie Orthopédique et de
Traumatologie du sport. CHU de Grenoble - Hôpital sud-**

- Loin d'être rares
- 5 à 10% entre des mains expérimentées
- Beaucoup plus entre d'autres mains
- Imposent un raisonnement et une stratégie précise
- **Deux situations possibles**
 - Dans les 6 mois qui suivent l'arthroscopie
 - Après plusieurs années

Dans les 6 mois qui suivent l'arthroscopie

I- interrogatoire

- **Motif initial de l'arthroscopie :**
 - Lésion méniscale ?
 - Arthroscopie diagnostique ?
 - Quel ménisque : interne ? Externe ?
- **Difficultés opératoires**
 - Genou serré
 - Problèmes techniques dûs au matériel
 - CRO si possible (mais svt laconique)

- **Type de douleur**
 - Même qu'avant l'intervention
 - Même mais en pire
 - Différente : caractères (permanente, nocturne, à l'effort ou après l'effort)
- **Demander l'imagerie préopératoire**
 - Si RX : Étaient-elles «normales» ?
 - IRM, arthro-scanner ?

II- Examen clinique

- Points douloureux (orifices de pénétration des instruments)
- Hydarthrose ?
- Morphotype ? Genu varum ? Genu valgum ?
- Flexum ?
- Mobilité de la rotule

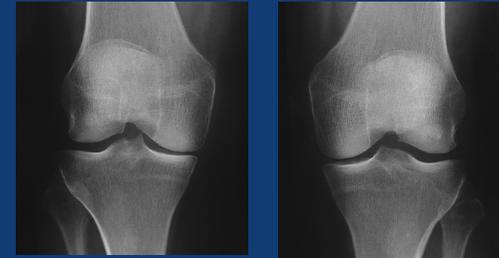
III- Imagerie

- **RX standards avant toute chose**
 - Face debout en schuss et en extension
 - Profil à 30°
 - Défilés à 30°
- **Elles peuvent montrer :**
 - Un pincement fémoro-tibial témoin d'une chondrolyse (n'existait-elle pas déjà avant l'arthroscopie ?)
 - Une nécrose du condyle
 - Des signes d'algodystrophie
 - Une dysplasie fémoro-patellaire
 - Rien

IV- Diagnostic étiologique et traitement

1- La chondrolyse FT interne

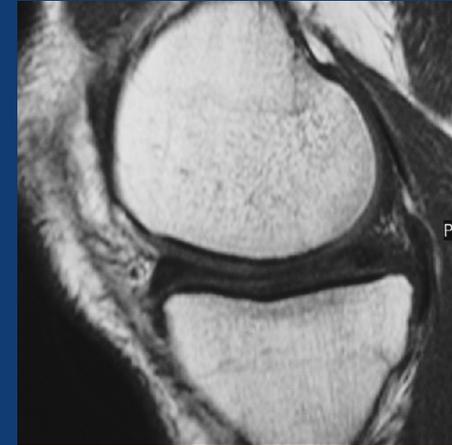
- Relativement fréquente (10% de nos indications d'OTV)
- Svt après 45 - 50 ans
- Svt préexistante à la meniscectomie (schuss pré-op +++ après 45 ans)
- Gonométrie et ensuite OTV
- «Succès assuré»



2- La nécrose du condyle interne

- 2 à 5% des cas
- Au delà de 55 à 60 ans
- Pfs prééxistante à la méniscectomie
- Pfs complication
- IRM ou scanner (étendue de la lésion ?)
- TTT :
 - Abstention
 - OTV
 - Prothèse Uni
 - PTG

- Mr But...75 ans : Abl. MI
- RX + IRM pré-op.
=> Pas de signe d'ostéonécrose
- Va bien pendant 1 mois puis douleurs
 - RX + IRM à 3mois
 - Ostéonécrose du cond. Interne
- Prothèse uni à J+ 9 mois



3- Les RX standards ne montrent rien

=> Lésion méniscale résiduelle ?

- **Arthro-scanner mieux que IRM**
 - > **cartilage +++**
- **Difficile de faire le diagnostic de lésion résiduelle**
- **Faisceau d'arguments pour arthroscopie itérative**
 - **Expérience de celui qui a fait l'arthroscopie**
 - **Aspect à l'arthro-scanner**
 - **Douleurs identiques**
 - **Difficultés opératoires (genou serré, caméra, garrot, etc...)**

- **Mr Lestr...35 ans**
- **Douleur post-méniscectomie**
 - J+ 4 mois
 - Mêmes symptômes
- **Indication d'arthroscopie**



- **En pratique les méniscectomies itératives précoces sont rares**
(3% série SFA 1996)
 - Svt faute technique (ectomie trop économique)
 - Résultats moins bons (75% versus 90%)

4- La fémoro-patellaire

– **Syndrome pseudo-méniscal sur rotule centrée**

-> **Chondropathie fémoro-patellaire**

- Trochlée
- Rotule pfs les deux
- Arthro-scanner +++

– **Dysplasie fémoro-patellaire décompensée par l'arthroscopie**

- Rééducation +++

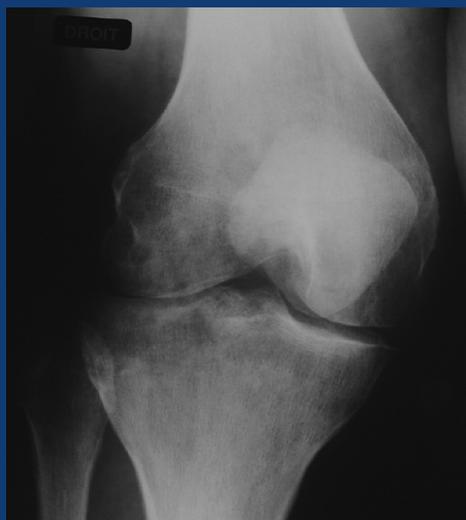
Dossiers cliniques

- Vagio... 25 ans
- Sprinter
- Ablation MI
 - Douleurs persistantes
 - À J+ 4 mois



5- L'algodystrophie

- Rare mais existe
- Diagnostic repose sur :
 - **Clinique :**
 - douleur permanente, différente de la douleur préopératoire
 - Douleur globale du genou
 - **RX et surtout scintigraphie**



Algodystrophie
historique après
Abl. du MI sur
LMD



Quelques années après la méniscectomie

1- Lésion méniscale itérative ?

- Rare
- Nécessité d'un nouveau traumatisme
- RX standards +++
- Sûrement pas d'IRM (pousse à l'arthroscopie itérative car tjs hyper signal)
- Arthro-scanner +++
- Refaire arthroscopie si RX normales et absence de lésions cart. à l'arthro-scan

2- Arthrose fémoro-tibiale interne débutante

- C'est de loin la lésion la plus fréquente
- RX +++
- Si pincement fémoro-tibial
 - Gonométrie +++
 - Arthro-scanner inutile
- Indication d'OTV et non pas d'arthroscopie



Conclusions

- **Séquelles rares** si indication bien posée et geste bien réalisé
- Intérêt fondamental des **RX en charge** (Extension et schuss)
- **IRM** est performante au stade de début des nécroses
- **L'arthro-scanner** est plus performant pour évaluer le ménisque restant et pour évaluer le cartilage

Merci

