

# Complications de la chirurgie méniscale

Dr Arthur Allard  
CHRU Brest



## Facteurs

Age, ATCD  
type d'opération  
Durée opération, de garrot  
Expérience de l'opérateur  
Mauvaise indication...

> Information du patient : complications et résultats escomptés : satisfaction postop

## Lésion vasculaire perop 0,003 %

Lésion directe des vaisseaux poplités (broches, chirurgie compartiment post, sutures méniscales CPME)  
S'éloignent en flexion

Arrachement artère capsulaire ( corne post ménisques)

## Lésion nerveuse perop 0,6%

Branche du saphène interne sur abords internes  
dysesthésies

Fibulaire (profondeur suture hiatus poplité)



## TVP

Asymptomatique 3,5%, Symptomatiques traitée : 0,1%  
ménisectomie = pas d'indication stricte a anticoagulation hors FDR  
Suture méniscale : en fonction de la décharge

EP: 0,03%

## Complications traumatiques perop:

Entorse LLI: aide, pie crusting

Fracture : Fragilité osseuse

**Bris d'instrument**

Aiguille, broches, palpateur, pinces, bistouri...

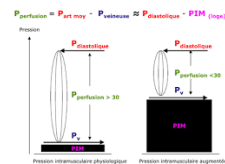
- Stop immédiat, arrêt irrigation, immobiliser le genou
- Agrandir la voie, pince a préhension +/- ampli
- Matéριοvigilance

**Syndrôme des loges 0,6 %**

- Examen clinique à la fin de la chirurgie
- +/- prise pression intramusculaire

pression perf restante < 30 = P Diastolique- P loge

- > aponévrotomie

**Infection 0,05%**

Antibioprophyaxie si matériel (résorbable ou non), ou si arthrotomie a ciel ouvert  
Pas recommandée si Arthro sans matériel implanté

- > Arthrolavage

**Hémarthrose 2%**

Si synovectomie, resection plica, geste osseux...

- > compressif

**Lésions cartilagineuses iatrogènes**

Jusqu'à 30% de lésion post arthroscopie,  
Le plus souvent superficielles

- Pas de geste à l'aveugle

**• Algodystrophie 3%**

Eliminer autres causes ...

## Réparation méniscale

- 4 à 28 % d'échec dans la littérature : environ 20 %
- Survient principalement dans les 4 ans
- Indication initiale ?

• > méniscectomie

## Méniscectomie

Echec méniscectomie : douleur (5 - 10%)

Lésion cartilagineuse associée = première cause d'échec  
Prélevants : évaluation préop chondrale : bilan RC complet, IRM et arthroTDM si doute, risque augmente avec l'âge  
Iatrogène : respect du cartilage, pas de geste à l'avant

Laxité antérieure chronique : éviter méniscectomie isolée sur genou instable, rôle du MI dans la stabilité frontale

Réséction insuffisante : analyse IRM préop et exploration complète

Chondrolyse post méniscectomie : plutôt externe, douleur précoce < 6 mois post op

Ostéonécrose post méniscectomie plutôt médiale, (modification des contraintes: ischémie sous chondrale)

Evolution arthrosique :  
Méniscectomie latérale vs - bien que la médiale  
A 10 ans Méniscectomie : ME = 42%, Arthro, M 23%



Echec méniscectomie :

- > Examen ligamentaire (LCA ?)
- > Rx (Arthrose ?)
- > IRM / Arthro TDM (ostéonécrose, chondrolyse, lésion méniscale résiduelle)

ArthroTDM : meilleur pour le cartilage et évaluer le ménisque restant

IRM : meilleur au stade débutant des nécroses

> Intérêt de l'examen préop et du dépistage perop