



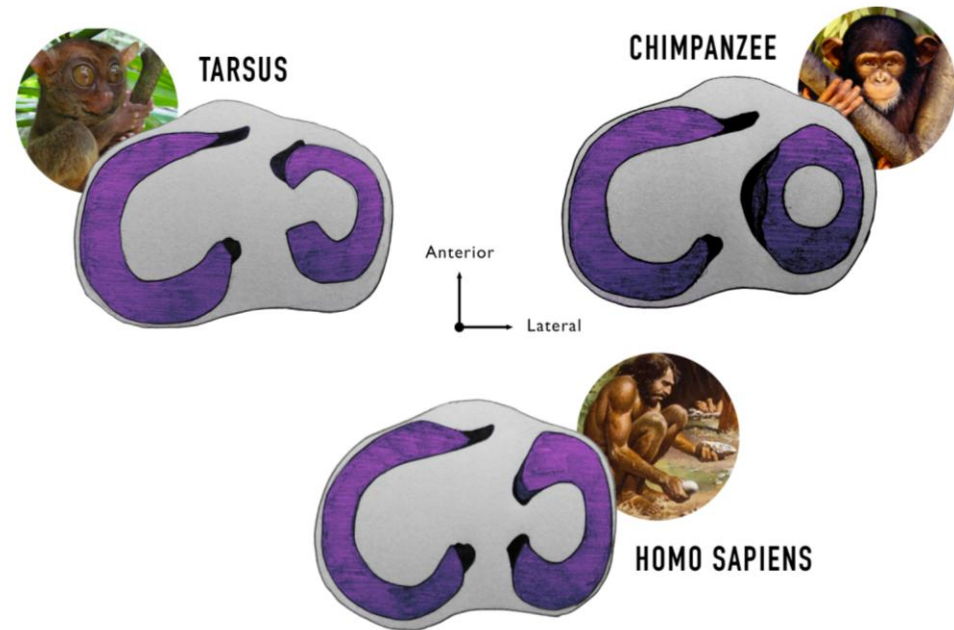
LESIONS MENISCALES: DEMEMBREMENT DES LESIONS

Dr A. PELTIER,

Dr O REYNAUD, Dr C DEBETTE, Pr S. LUSTIG, Pr E SERVIEN, Pr P NEYRET

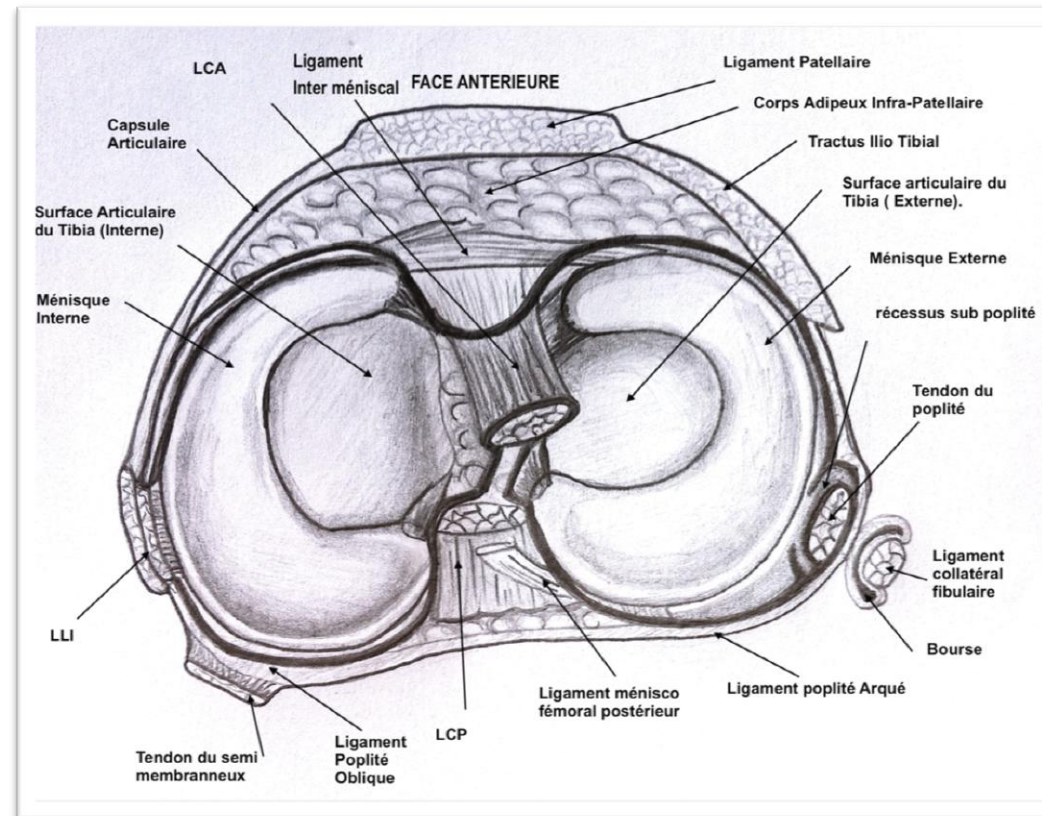
RAPPELS: LES MENISQUES

- **Phylogénie:** Ancêtre
Commun+++
- Oiseaux: Ménisques, Lig. Colat.,
Lig. Croisés, Rotule, ménisques
- **Ontogénie:** Vascularisation de
l'ensemble du ménisque
naissance+++
- Evolution toute la vie:
 - Collagène et vasc.
 - Prot. Non collagénique

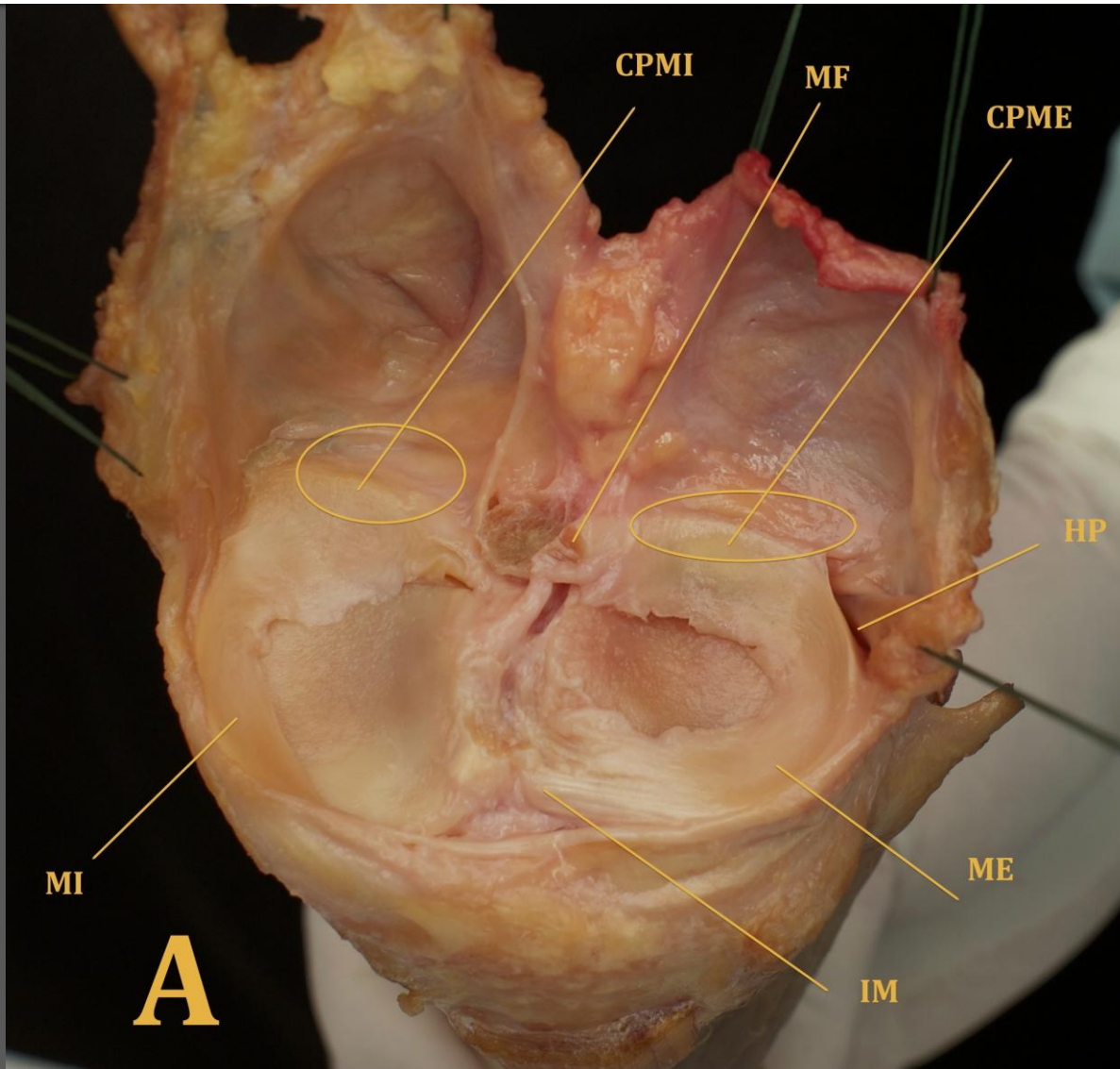


ANATOMIE

- Fibrocartilage
- Recouvrent 70 % surface contact F/T
- Nombreuses insertions
++
 - Capsulaires
 - Osseuses
 - Inter-méniscal
 - Ménisco-fémoraux

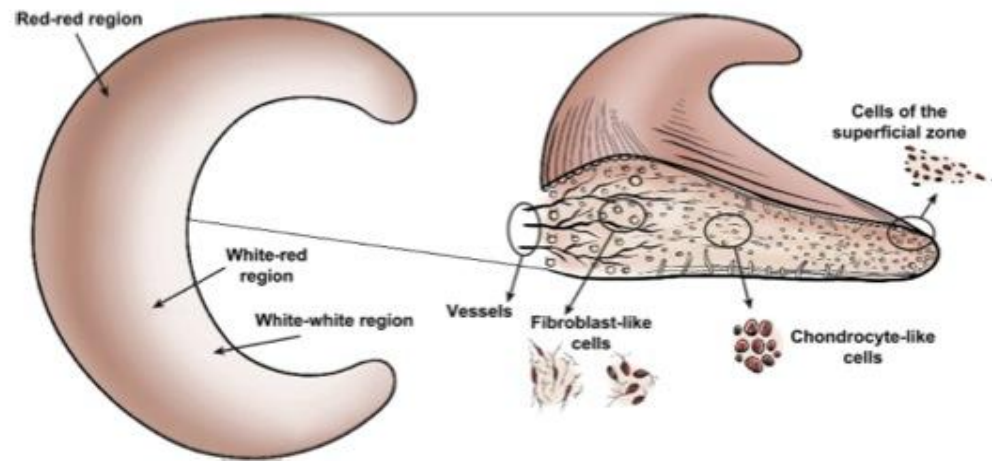


ANATOMIE



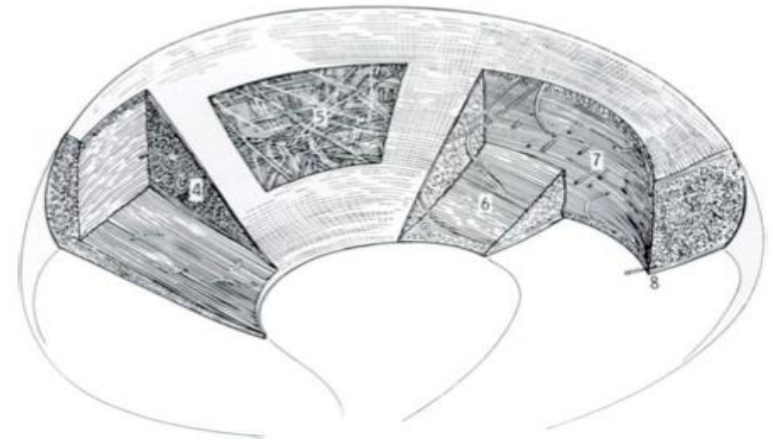
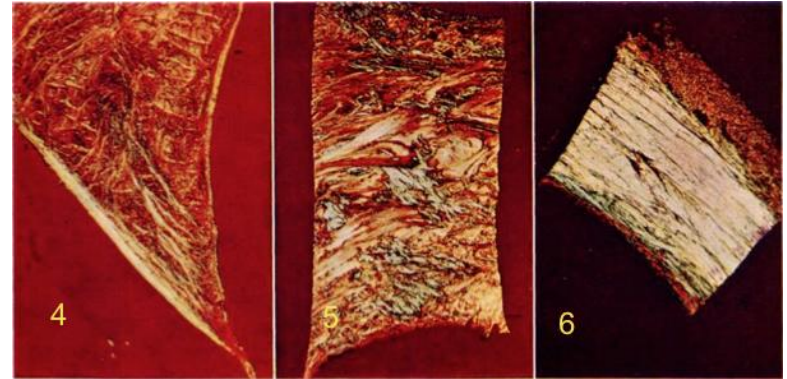
VASCULARISATION

- Naissance:
Vascularisation complète +++
- Zone avasculaire 1/3 central de façon centrifuge.
- 3 Zones adulte:
 - Blanche-blanche
 - Rouge-blanche
 - Rouge-rouge



HISTOLOGIE

- Composition:
 - 72% H₂O
 - 22% collagène
 - 0.8%
Glycosaminoglycanes
 - 0.12% ADN
- Orientation Fibres collagène
- =en fonction contraintes qu'il subit



BIOMECHANIQUE

- Forces de traction
 - Résistance longitudinale >>> radiale
 - → Lésions longitudinales +++
- Forces de compression
 - Elasticité +++ Augmentation surfaces de contact
- Rôle: Transmission forces de compression axiales+++
 - Guide points de contact Fémoro-tibiaux= Stabilité
 - Proprioception
 - Lubrification ++

EXAMEN CLINIQUE

- INDISPENSABLE
- Interrogatoire ++ Traumatisme, date, sport
- Examen clinique:
 - PDMI/PDME
 - Mac Murray
 - Grinding test ou autres ...
 - Limitation douloureuse amplitudes
- Eliminer lésions associées +++ (LCA, autres)

EXAMEN CLINIQUE

- MI: Se 98% Sp65%
- ME: Se 91% Sp 93%
- Simplicité, Innocuité, Fiabilité=
- FONDAMENTAL +++

EXAMEN CLINIQUE

MAC MURRAY



GRINDING TEST



Lesions chroniques/ Aigues

- Début des symptômes +++
- Lésions chroniques
 - Douleur intermittente
 - Episodes de blocages
 - Sensibilité en regard de l'interligne
 - Douleur augmentée hyperflexion
 - Amyotrophie
- Lésions Aigues
 - Douleur importante ++
 - Epanchement du genou
 - Point douloureux méniscal

IMAGERIE

- Radiographies
- Echographie
 - IRM
- Arthro-IRM
- Arthro-TDM

Radiographies

- Eliminer: Lésion osseuse, fracture, ostéochondrite
- Schuss (Arthrose ?)



ECHOGRAPHIE

- Peu réalisé (En cours d'évaluation)

ECHOGRAPHIE	IRM
Se 86%	Se 86%
Sp 69%	Sp 100%
VPP 82%	VPN 81%
VPN 75%	VPP 100%

Accuracy of hand-held ultrasound scanning in detecting meniscal tears.

A A Shetty, A J Tindall, K D James, J Relwani, and K W Fernando

King's College Hospital, Denmark Hill, London SE5 9RS, UK.

J Bone Joint Surg Br

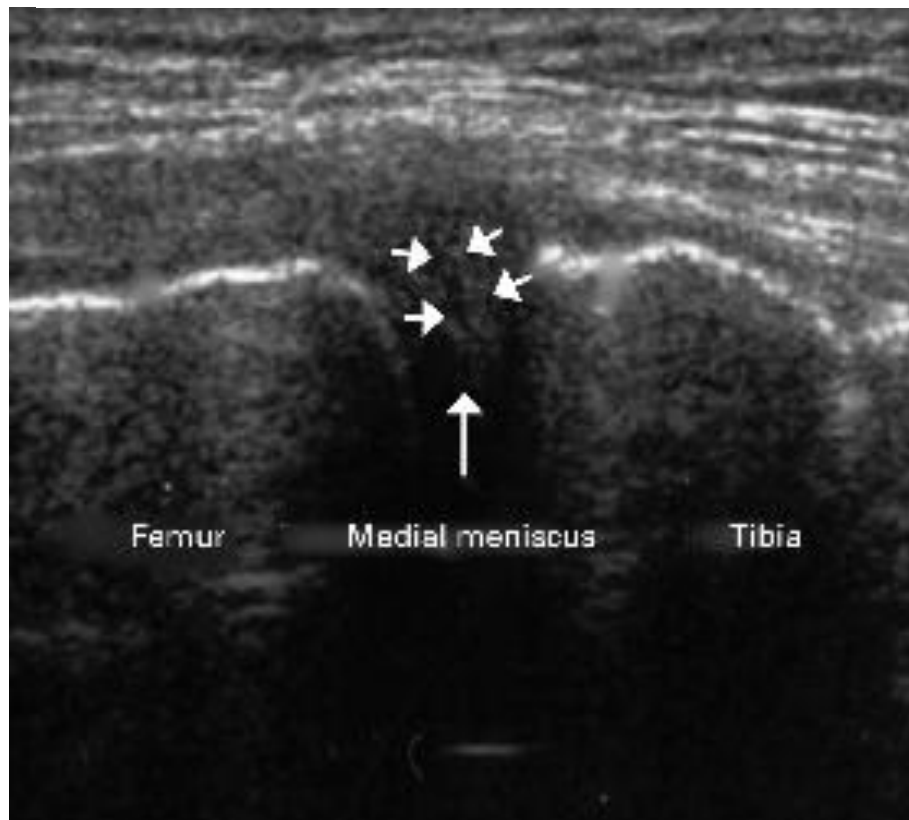
2008 vol. 90 (8) pp. 1045-1048

ECHOGRAPHIE

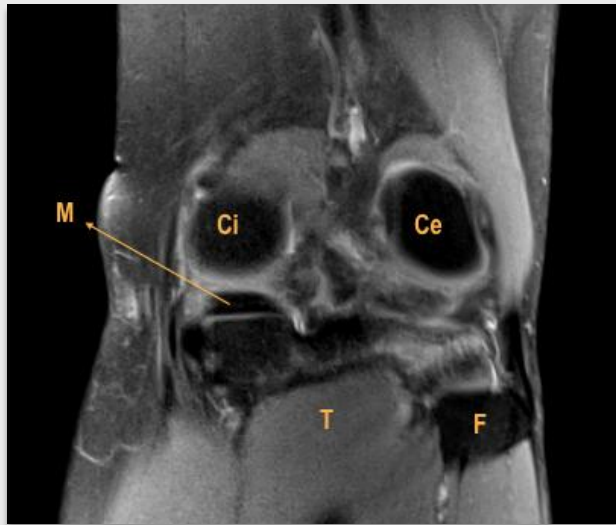


Accuracy of hand-held ultrasound scanning in detecting meniscal tears

A. A. Shetty,
A. J. Tindall,
K. D. James,
J. Relwani,
K. W. Fernando

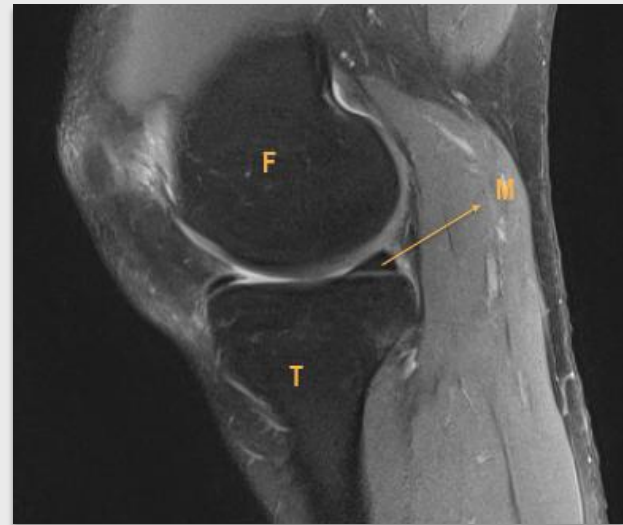


IRM: Examen d'imagerie de référence +++



IRM

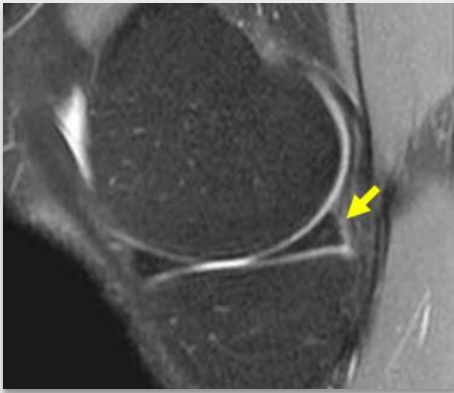
Coupe Frontale



IRM

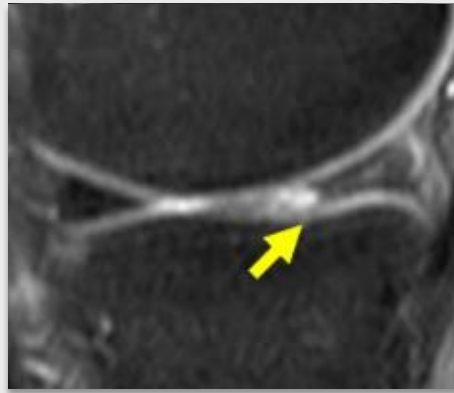
Coupe sagittale

IRM: Classification



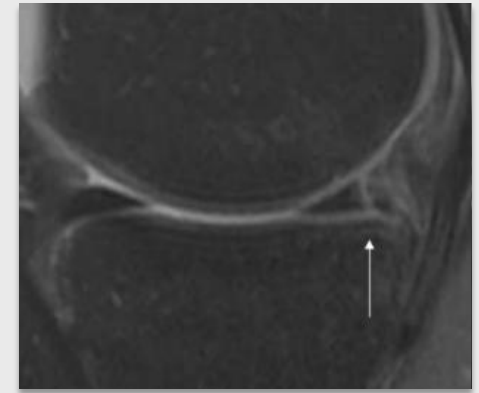
IRM

Lésion méniscale Grade 1



IRM

Lésion méniscale grade 2



IRM

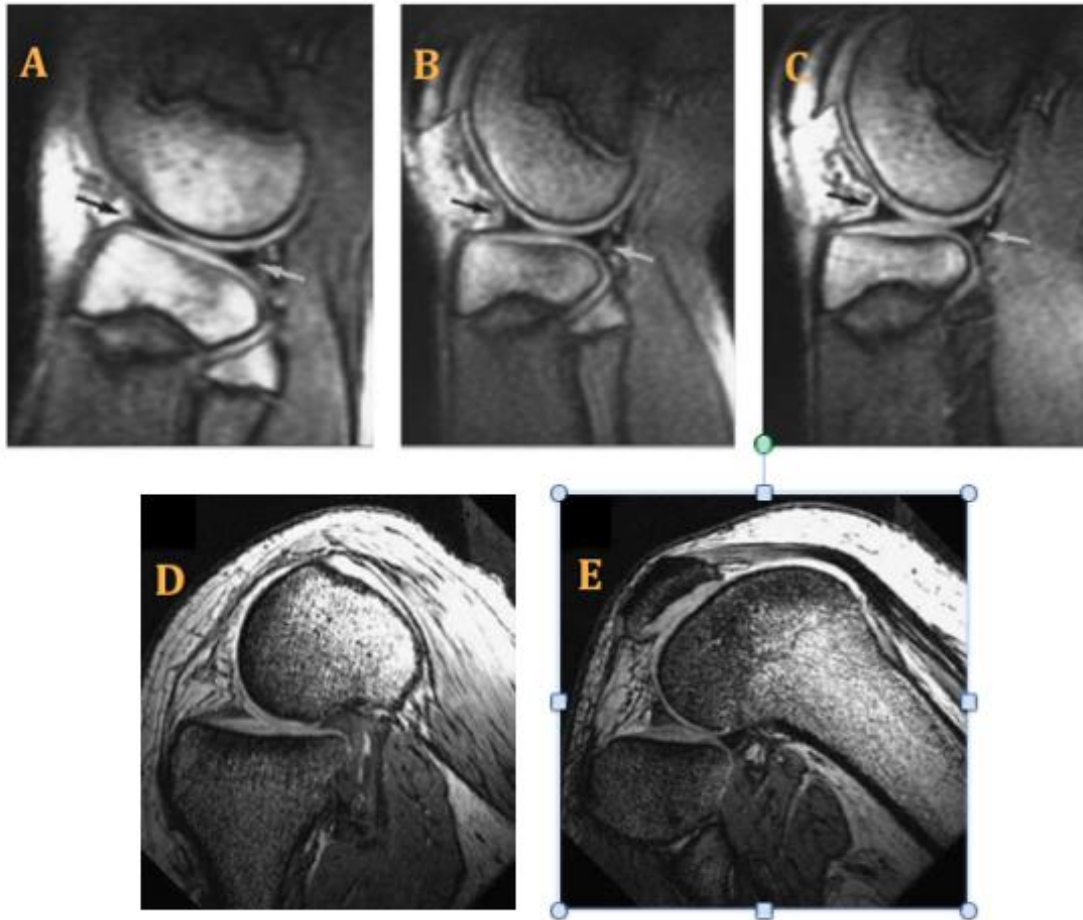
Lésion méniscale grade 3

Stade 1: Hyper signal globulaire + dégénérescence mucoïde

Stade 2: Hyper signal linéaire sans communication avec articulation

Stade 3: Hyper signal linéaire avec communication = Seul CHIRUGICAL

IRM



CAS PARTICULIER

IRM si rupture du LCA

- Sensibilité pour le diagnostic des lésions méniscales = diminuée +++
- ME: Sensibilité 83%
- MI: Sensibilité 82%
- Lésions manquées: CP des ménisques
- Endroit le plus fréquent +++
- Normalité= N'élimine pas le diagnostic

Accuracy of MRI in the diagnosis of meniscal tears in patients with chronic ACL tears

M. I. A. Sharifah · C. L. Lee · A. Suraya ·
A. Johan · A. F. S. K. Syed · S. P. Tan

Indispensable

- Avant toute prise en charge chirurgicale ++
- Inutile +++
- En post opératoire
- → ARTHRO TDM

ARTHRO-TDM

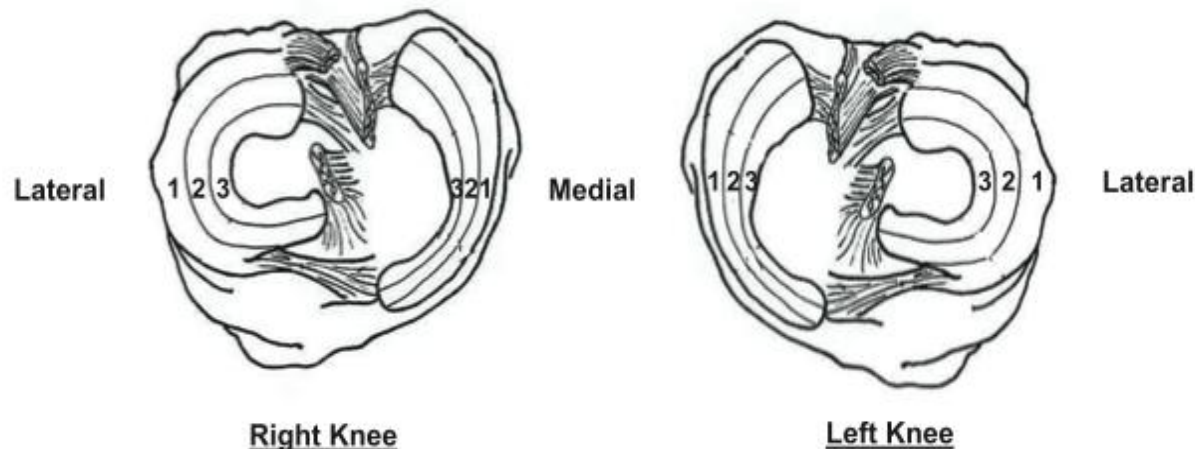
- Invasif
- Rayons X
- Interprétation difficile
- Contre indication IRM
- Contrôle post opératoire

GOLD STANDART: ARTHROSCOPIE

- Ne peut plus être utilisée à des fins diagnostiques +++
- Vision directe de la lésion
- Signe indirect (Vague)
- Palpation +++ crochet palpeur

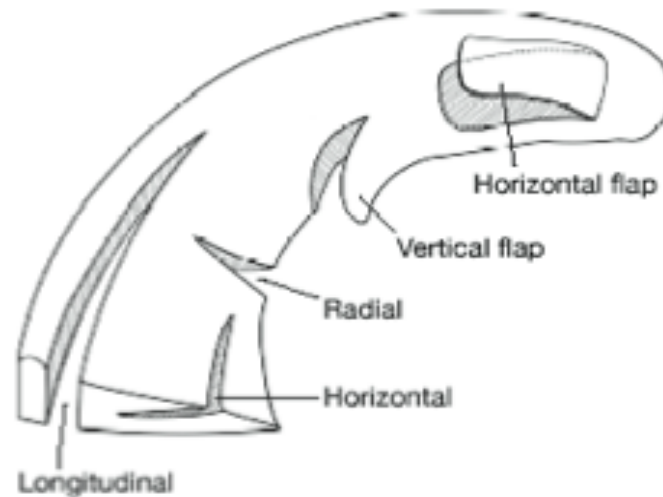
CLASSIFICATION ARTHROSCOPIQUE DES LESIONS MENISCALES

- 2006 ISAKOS
 - (International society Arthroscopy Knee surgery Orthopaedic sport medicine)
- Classification validée
 - Profondeur lésion : partielle ou complète
 - Localisation radiaire (Zone 1, 2 ou 3)



ISAKOS 2006

- Localisation Antéro postérieure
- Rapport avec Hiatus poplité
- Orientation de la lésion
- Qualité du tissu méniscal: sain ou dégénératif
- % ménisque excisé





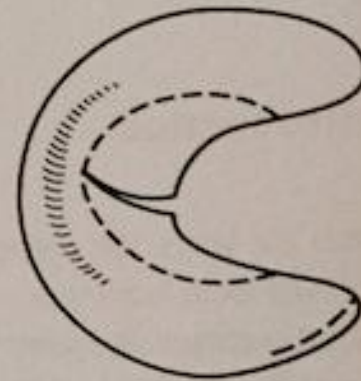
A. Vertical, Longitudinal



B. Flap



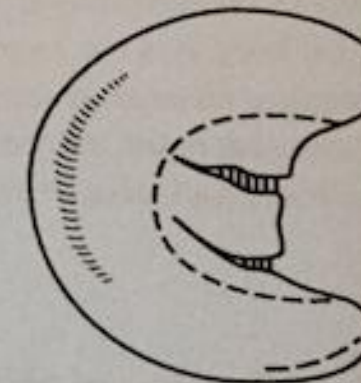
C. Horizontal Cleavage



D. Radial



E. Degenerative



F. Discoid with Radial Tear

LES LESIONS MENISCALES

- LES LESIONS TRAUMATIQUES
 - Genou Stable
 - Laxité Antérieure (LCA ++)

Les Lésions Longitudinales

- Les plus fréquentes ++
- Corne postérieure
- Autant d'atteinte du ME que du MI
- Autant de lésions complètes que partielles
- Plus d'anses de seau sur le MI
- Flexion + RI
- = CPMI coincée entre fémur et tibia si extension brutale lésion longitudinale
- Mécanisme similaire sur ME

Lésions transverses, radiales, obliques

- + rares
- Ménisque externe: + vulnérable (mobile++)
- Lésions transverses: Etirement antéro postérieur
- Lésion radiale: SM du ME= forces de cisaillement ++

Autres Classification:

Selon la réparabilité

Selon le mécanisme lésionnel

Lésions méniscales et LCA

- LES RUPTURES DU LCA Fréquentes +++
- Lésions MENISCALES = Souvent Associées ++
→ 47 à 61 % des cas

Corne Postérieure du MI (CPMI) > 75 % cas.

Medial and lateral meniscal tear patterns in anterior cruciate ligament-deficient knees. A prospective analysis of 575 tears. J P Smith and G R Barrett Am J Sports Med 2001 vol. 29 (4) pp. 415-419

Les « Ramp Lesions »

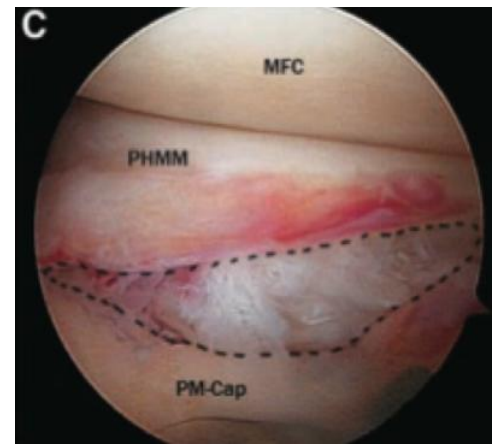
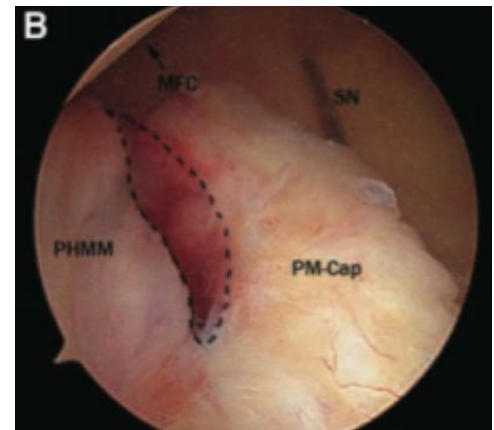
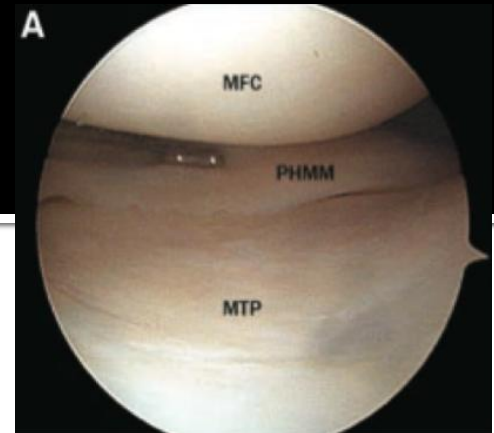
- Lésions périphériques CPMI
- Longitudinales
- Strobel (1980)

> 16 %

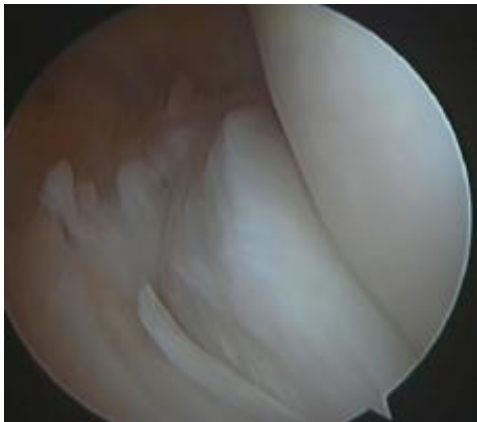
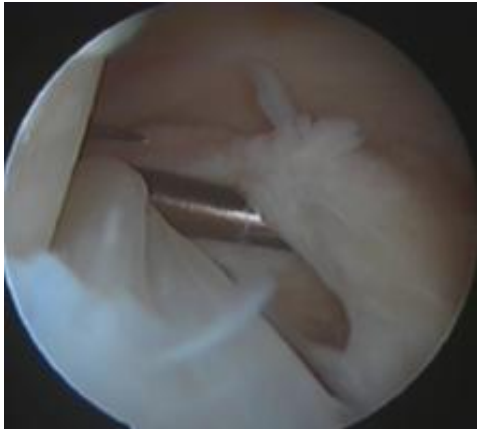
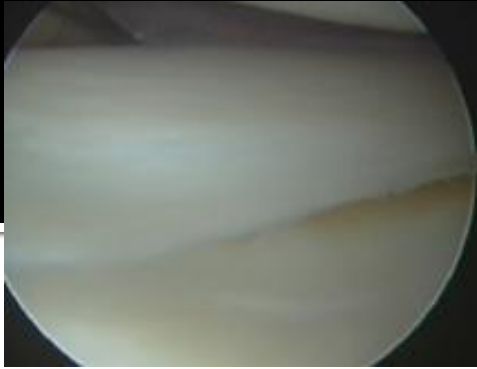
Arthroscopic Prevalence of Ramp Lesion in 868 Patients With Anterior Cruciate Ligament Injury

Xin Liu,* MD, Hua Feng,*[†] MD, Hui Zhang,* MD, Lei Hong,* MD, Xue Song Wang,* MD, and Jin Zhang,* MD
Investigation performed at Beijing Jishuitan Hospital, Beijing, People's Republic of China

The American Journal of sports medicine, 2011, Vol 39.



Lésion du Ligament ménisco-tibial (CPMI)



- Plus périphérique
- Rupture en plein corps
- Avulsion Osseuse

FACTEUR DE RISQUE

Lésions CPMI

→ Délai TRAUMATISME –
CHIRURGIE

→ >6 S 12%

→ <6S 18%

BIOMECHANIQUE: INTERDEPEDANCE LCA/CPMI

- Lésion isolée CPMI=↗ Forces LCA x1.5
- Lésion isolée LCA=↗ Forces MI x2
- Lésion CPMI+LCA= ↗ Translation Tib. Ant.

Longitudinal Tear of the Medial Meniscus Posterior Horn in the Anterior Cruciate Ligament-Deficient Knee Significantly Influences Anterior Stability

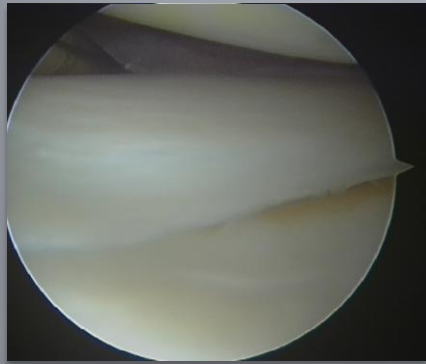
Jin Hwan Ahn, Tae Soo Bae, Ki-Ser Kang, Soo Yong Kang and Sang Hak Lee
Am J Sports Med 2011 39: 2187 originally published online August 9, 2011

The Biomechanical Interdependence Between the Anterior Cruciate Ligament Replacement Graft and the Medial Meniscus*

Christos D. Papageorgiou, MD, Jorge E. Gil, Akihiro Kanamori, MD, James A. Fenwick, MD, Savio L-Y. Woo,† PhD, and Freddie H. Fu, MD

LCA et Lésion méniscale

LESION DU LIGAMENT MENISCO TIBIAL



Temps 1

Voie Antéro externe.



Temps 2

Voie Inter Condylenne.

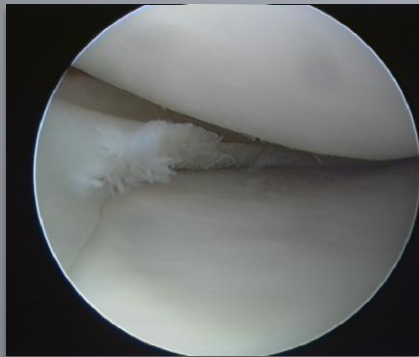


Temps 3

Voie Postéro Interne.

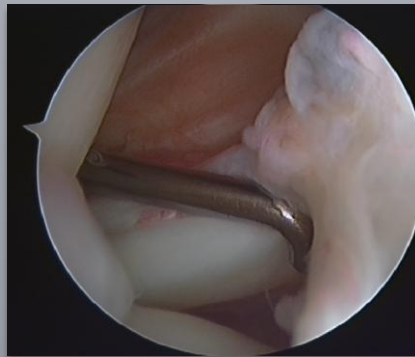
LCA et Lésion méniscale

RAMP LESION



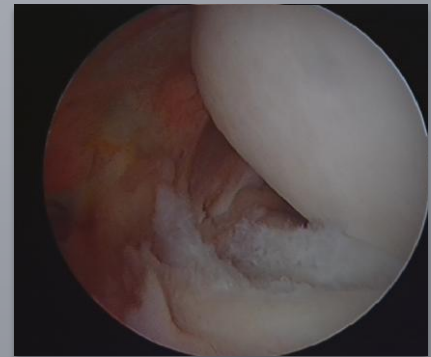
Temps 1

Voie Antéro Externe.



Temps 2

Voie Inter Condylenne.



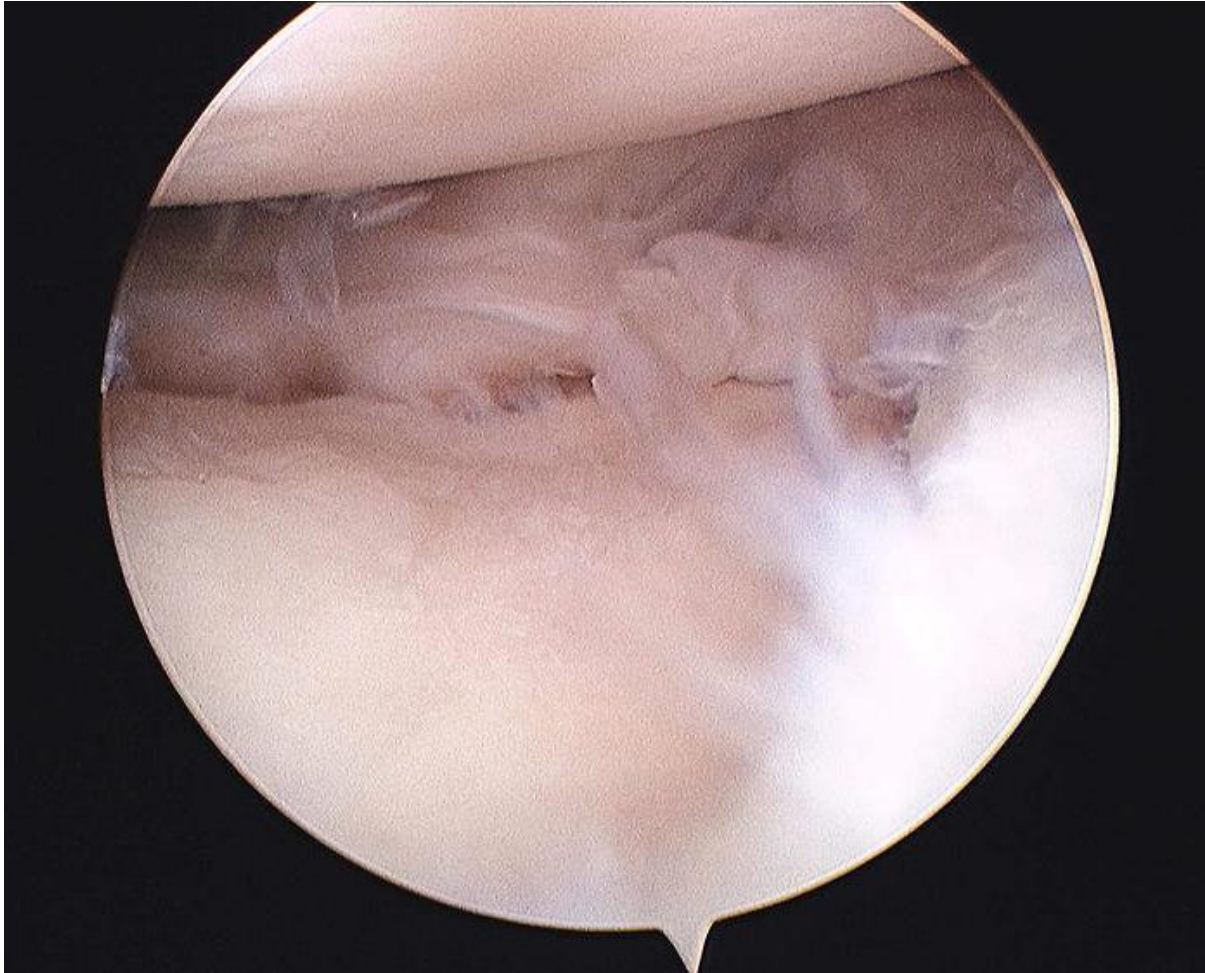
Temps 3

Voie Postéro Interne.

Lésions dégénératives

- Dégénérescence mixoïde du ménisque: jaune opaque, calcifications et kystes méniscaux
- Atteinte de la zone péri méniscale avec formations de kystes
- Atteinte du MI + (38% après 65 ans)
- Lésions horizontales de la CP
- Signaux Intra méniscaux IRM chez patients asymptomatiques:

MENISQUE DEGENERATIF



conclusion

- Différentes classifications
 - MI/ME/MI+ME
- Ménisque dégénératif / Traumatique
 - Chronique ou Aigue
 - Genou stable (LCA)
 - Autres lésions associées



LESIONS MENISCALES: TRAITEMENT CHIRURGICAL ET RESULTATS

Dr A. PELTIER,

Dr O REYNAUD, Dr C DEBETTE, Pr S. LUSTIG, Pr E SERVIEN, Pr P NEYRET

MENISCECTOMIE

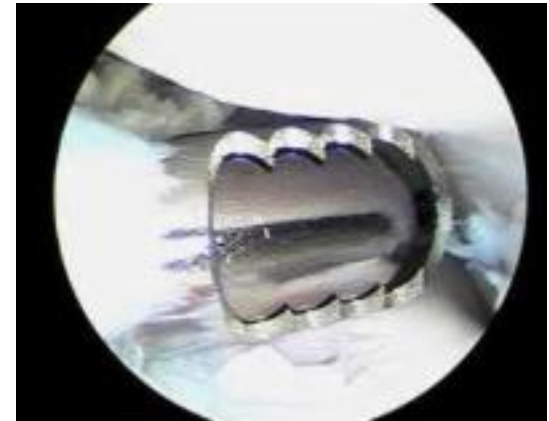
- 1ere Description BroadHurst Londre 1866
- 1970: Excision totale du Ménisque +++
(Smillie) Régénération du ménisque ...
- 1ere Meniscectomie partielle sous arthroscopie Watanabe 1962

ARTHROSCOPIE +++



ARTHROSCOPIE+++

- Sous AG ou ALR
- Décubitus Dorsal
- Garrot racine de cuisse 300mmHg (Genou)
- Méniscectomie partielle: pincés basket ou autres, couteau motorisé shaver
- 450000 Arthroscopies/An USA



Suture « Ramp Lesion »

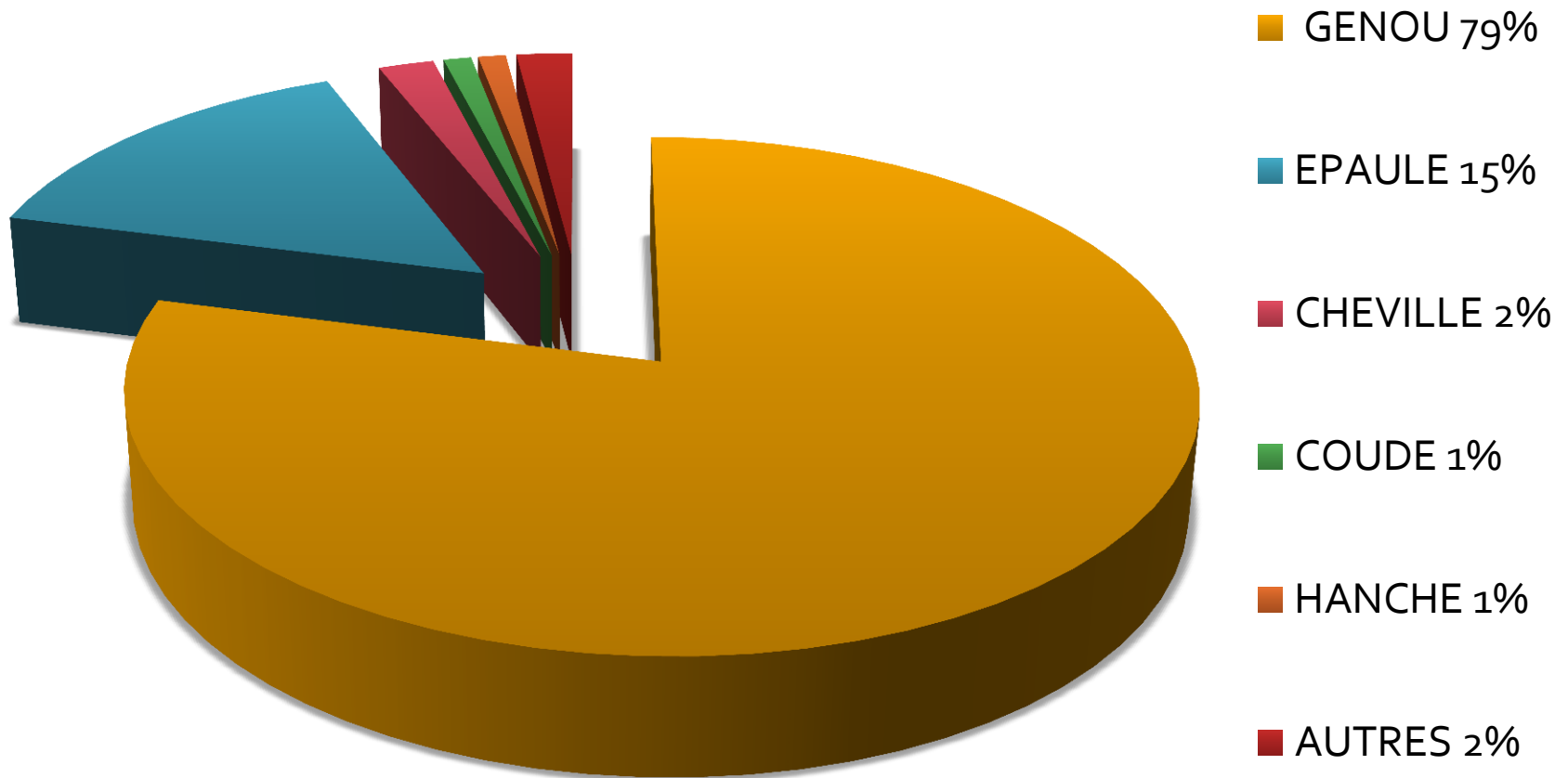


COMPLICATIONS des ARTHROSCOPIES

- 1^{er} intervention pratiquées en France tous types chirurgies confondues+++
- Avantages : diminution infections nosocomiales (-10X dans chirurgie méniscale)
- Inconvénient: (médiatisation) Fausse idée arthroscopie non dangereuse et sans complications

Arthroscopie en France

ANNEE 2003



TAUX COMPLICATION GLOBAL

- Etude prospective SFA 2001 :

→ taux de complication global

16% +++

→ Altération du résultat DEFINITIF

Complications générales

- Liées à l'anesthésie
 - Générale : décès 1/10000
 - Rachianesthésie : RAU ++ : fréquente, toujours transitoire
 - Bloc périphérique/AL: crise comitiale, arythmie cardiaque, lésion nerveuse

COMPLICATIONS PER OPERATOIRE: LESION VASCULAIRE

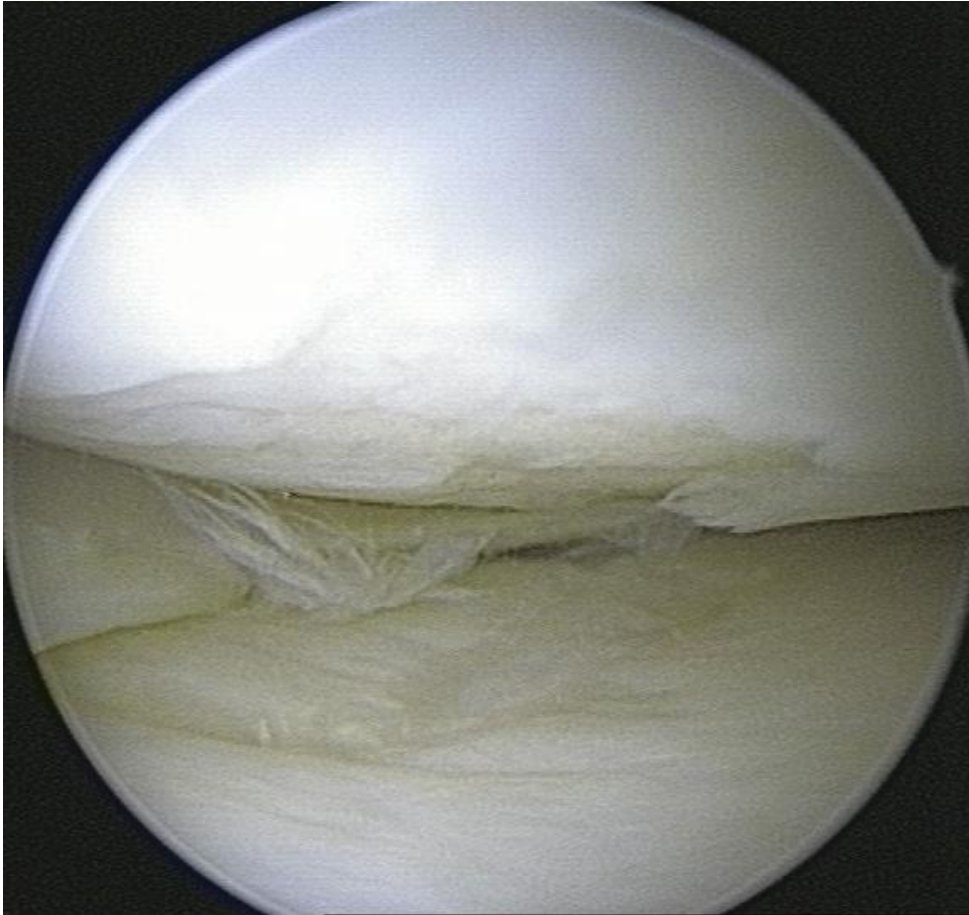
- Rare (0.003%)
- DRAMATIQUE
- Diagnostic précoce
- Parfois tardif: Anévrisme, Fistule A/V
 - Broches LCA/LCP
 - Voies d'abord postérieures VPI/VPE

VIGILANCE +++

LESIONS NERVEUSES (0.01 à 0.06%)

- Branches du nerf saphène interne.
 - Voie d'abord
 - Suture In/Out MI
 - Dysesthésies, hyperesthésie locale
- SPE
 - Suture In/Out ME

LESIONS CARTILAGINEUSES +++



- « L'arthroscopiste inexpérimenté peut détruire en quelques secondes autant de cartilage que la nature en 10 ans »

PRESSION

- Syndrome compartimentaire, Sd des loges (0.6 %)
- Arthro-pompe +++
- Attention pression d'infusion
- Risque extravasation
- Toujours palper les loges pdt et après procédure

Complications associated with the use of an infusion pump during knee arthroscopy

Bryan C. Bomberg, U.S.A.F., M.C.  (Maj.), Patrick E. Hurley, U.S.A.F., M.C. (Maj.), Charles A. Clark, U.S.A.F., M.C. (Maj.), Chester S. McLaughlin, U.S.N., M.C. (Capt.)

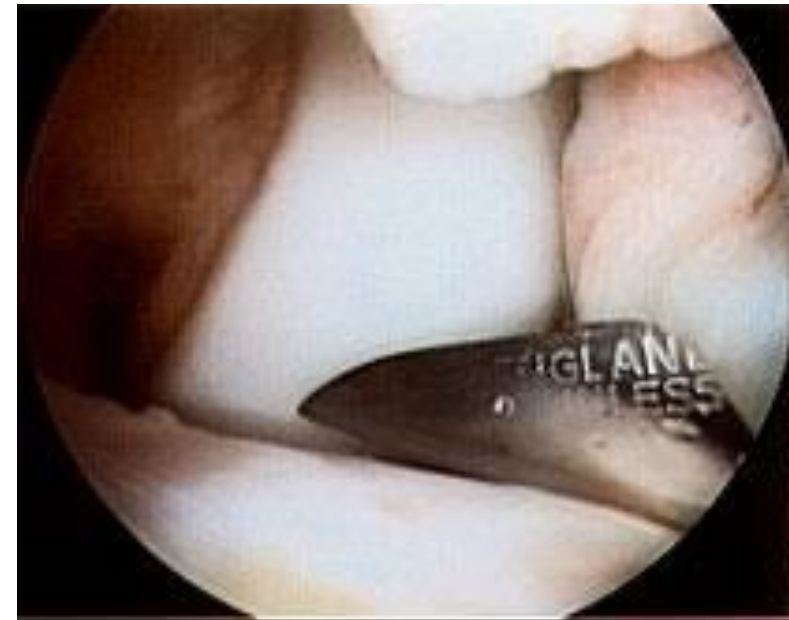
Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery

ENTORSE LLI

- Manœuvre de VALGUS
- Aide Op trop « vaillant »
- Personnes âgées (femmes++)
- Exposition à réaliser par l'opérateur

BRIS D'INSTRUMENTS

- Basket, palpeur ...
- Vis d'interférences
- Agir immédiatement +++
 - Couper l'arrivée d'eau
 - Ne plus mobiliser le genou
 - Agrandir voie d'abord
 - Amplificateur de brillance



COMPLICATIONS PER OPERATOIRE: LA PANNE !

- Optique
- Lumière froide
- Shaver
- Vérifier matériel +++
- Check List ++
- Instruments fragiles ++



COMPLICATIONS POST OPERATOIRE.

- Arthrite septique post opératoire
 - Pic incidence 14 jours
 - 0,07-0,2%
 - Staph epidermidis et aureus +++
 - Rare : pyocyanique, pseudomonas, meningocoque
- Troubles de cicatrisation

COMPLICATIONS POST-OP

- Hémarthrose
 - Risque le + fréquent : 1%
 - ↗ section aileron rotulien externe (reprise chirurgicale 7 à 12 %)
 - ↘ si drainage post chirurgical

Complications Thrombo-emboliques

- Thrombose
 - Cheville et genou ++, rarissime épaule
 - 0,12%
 - TVP Asymptomatique genou : 3,5%
 - EP: 0,26/1000
 - Durée du garrot : ne modifie pas le risque
 - Intérêt thrombo-prophylaxie ++

Autres

- Syndrome algodystrophique (SAD)
 - Plus fréquent dans l'épaule
 - Fréquence : 5-10%
 - Prise en charge longue
- Synovite aseptique 0.6%
 - Ancre méniscale (*Arthroscopy 2001*)
 - Fragment métallique (*Arthroscopy 2003*)
- Brulures / garrot

ARTHROSCOPIES DU GENOU

American Board orthopaedic surgery Database

- 92565 Patients
- 4305 Complications

TAUX GLOBAL 4.7 %

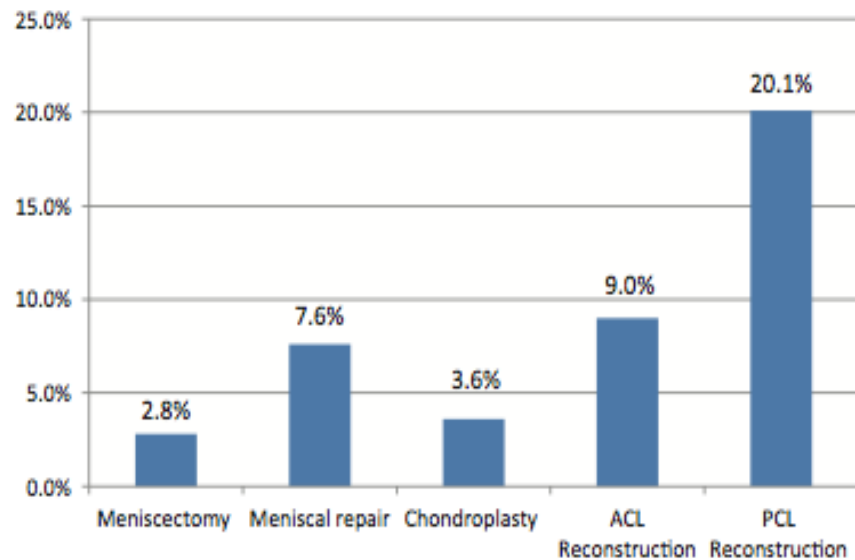
Complications After Arthroscopic Knee Surgery

Matthew J. Salzler,* MD, Albert Lin,* MD, Chealon D. Miller,[†] MD, Sarah Herold,* MS,
James J. Irrgang,* PT, PhD, ATC, FAPTA, and Christopher D. Harner,*[‡] MD

Investigation performed at the University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, Pennsylvania

Risques différents

- LCP 20.1%
- LCA 9.0%
- Suture méniscale 7.6%
- Gestes cartilagineux 3.6%
- Méniscectomie 2.8%



RESULTATS des MENISCECTOMIES

- A mettre en relation avec:
 - Statut cartilagineux
 - Aspect du LCA
 - % résection
 - Atteinte du MI/ME

Moyens d'évaluation

- Résultats cliniques: Self Satisfaction index
- Scores fonctionnels : IKDC, Lysholm
- Taux de reprises chirurgicales
- Evaluation radiologique:
 - Progression d'une arthrose
- Arthro IRM et Arthro TDM

- Comparaison des études difficile = protocoles différents +++

GENOU STABLE

ETUDE	Follow-up	Résultat fonctionnel	Modifications dégénératives
Neyret et Al.	20 ans		35% after MM 12% after LM
Ramadier et Beaufils	3-6 mois	90% TS et S pour MM 85% pour ML	
SFA	11 ans	86% sans symptômes (MM) 80% (ML)	22% after MM 38% after LM
Higuchi and Kimura	12 ans	84% satisfaits (MM) 73% (ML)	60% after MM 33% after LM

RESULTATS SUBJECTIFS

- ETUDE SFA
- Pas de différence entre MI et ME (Suivi 10 ans)
- 85% patients considèrent GENOU NORMAL
- 90% Satisfaits ou très satisfaits
- Résultats similaires dans d'autres études


RESULTATS FONCTIONNELS

- Aucune différence +10 ans entre MI et ME sur :
 - Douleur et épanchement.
- Retour au sport
 - MI: niveau initial
 - ME: + difficile, dégradation avec le temps ++
 - Nouvelle opération ME > MI

RESULTATS RADIOLOGIQUES

- Pas de différence à 1 mois (Prové et Al.) sur hauteur de l'interligne
- + 10 ans (comparativement genou sain controlatéral)
- Lésions méniscales partielles
 - MI 21.5%
 - ME 37.5%

A comparative study of medial versus lateral arthroscopic partial meniscectomy on stable knees: 10-year minimum follow-up

[F Chatain, M.D.](#)  [P Adeleine, M.D.](#), [P Chambat, M.D.](#), [P Neyret, M.D.](#), [the Société Française d'Arthroscopie](#)

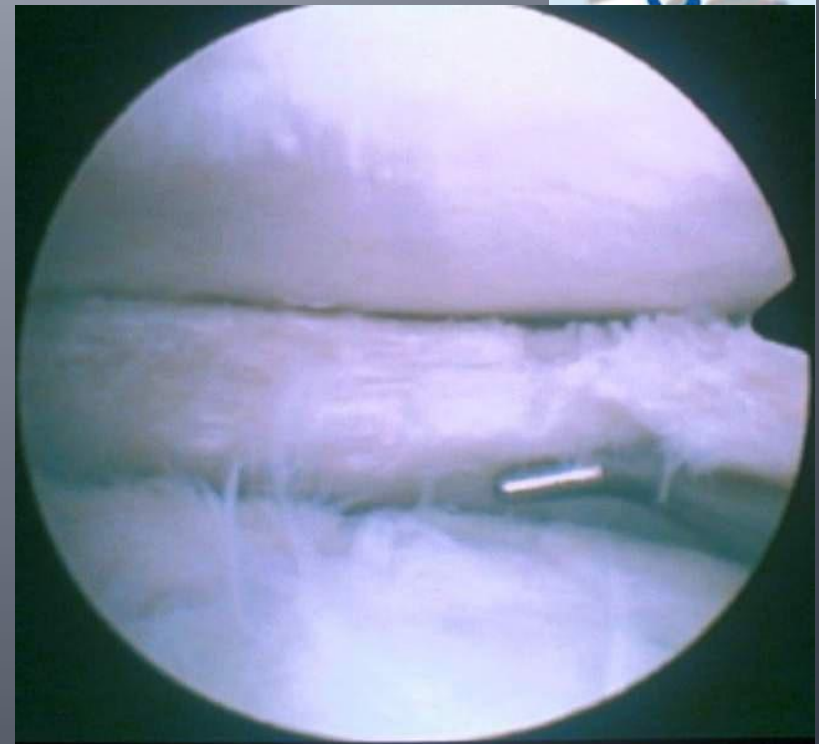
SYMPOSIUM SFA

P. Chambat, Ph. Neyret

Ph. Beaufile, M. Boussaton, F. Chatain, P. Djian, F. Dubrana, Ph Hardy, C. Hulet, JC. Imbert, JY. Jenny, B. Moyen, JF.Potel, JL. Prudhon, D. Saragaglia, L. Rillardon, et la SFA

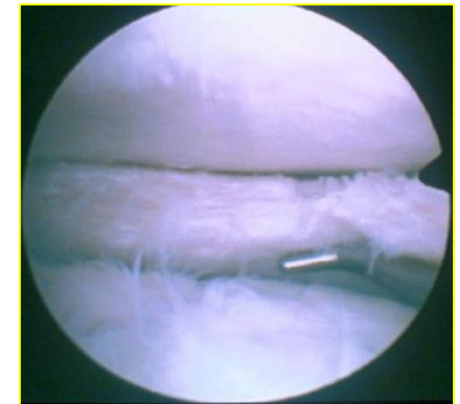
- Rétrospective
- Multicentrique
- Suivi Moyen 11,5 ans (10-15)

317 MI / 100 ME



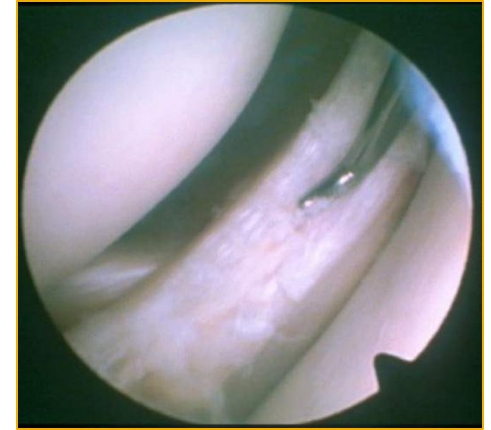
Matériel et Méthode

- Hommes 81 %
- Age à l'intervention
MI: 38 ans* ME: 34 ans*
- Lésions méniscales verticales
MI: 72 %* ME: 55 %*
- Lésions cartilagineuses tibiales Stade 4
MI: 8 %* ME :13 %*

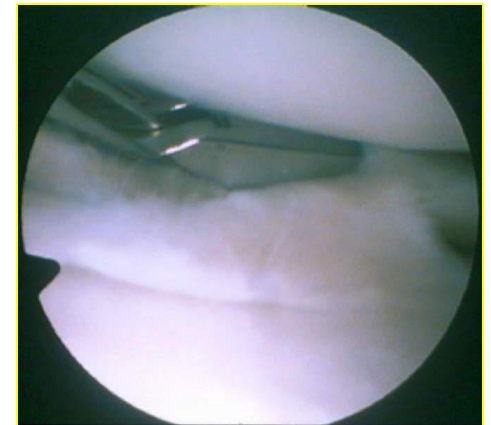


Compte-rendu opératoire

- Intégrité du mur méniscal
MI: 89%* ME: 79%*



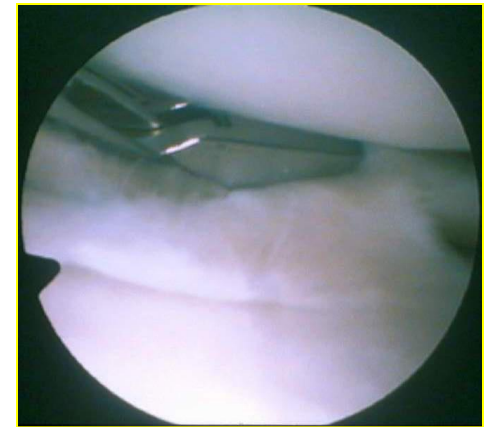
- Lésions du segment
postérieur
MI: 95%* ME: 69%*



Résultats subjectifs

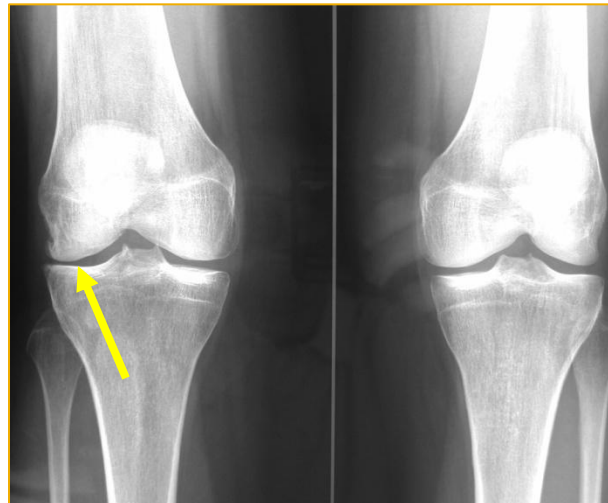
	TS	S	D	M
MI	75%	21%	4%	1%
ME	58%	36%	6%	4%

IKDC	A	B	A+B
MI	63%	28%	91%
ME	44%	25%	79%



Résultats radiologiques

	A Normal	B Modelé	C Pincement incomplet	D Pincement complet	C+D
MI G opposé	53% 82%	16% 9%	28% 8,5%	3% 0,5%	31% 9%
ME G opposé	50% 92%	8% 4%	31% 3%	11% 1%	42% 4%



Résultats radiologiques

- La différence de *prévalence* de l'arthrose en comparaison avec le genou opposé est de:

$$31 - 9 = 22\%$$

MI

$$42 - 4 = 38\%$$

ME

Facteurs pronostiques

- Age à l'opération
- Lésions cartilagineuses initiales
- Etendue de la méniscectomie

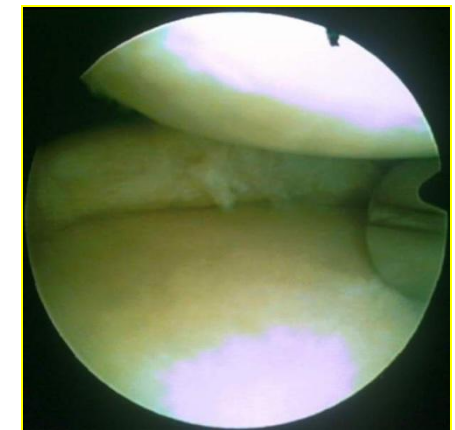
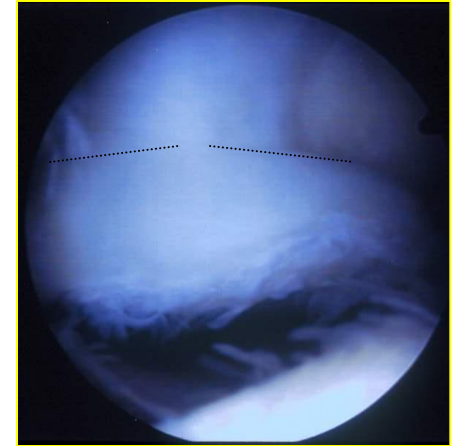
MI

- Lésions cartilagineuses initiales

ME

Discussion: Recommandations

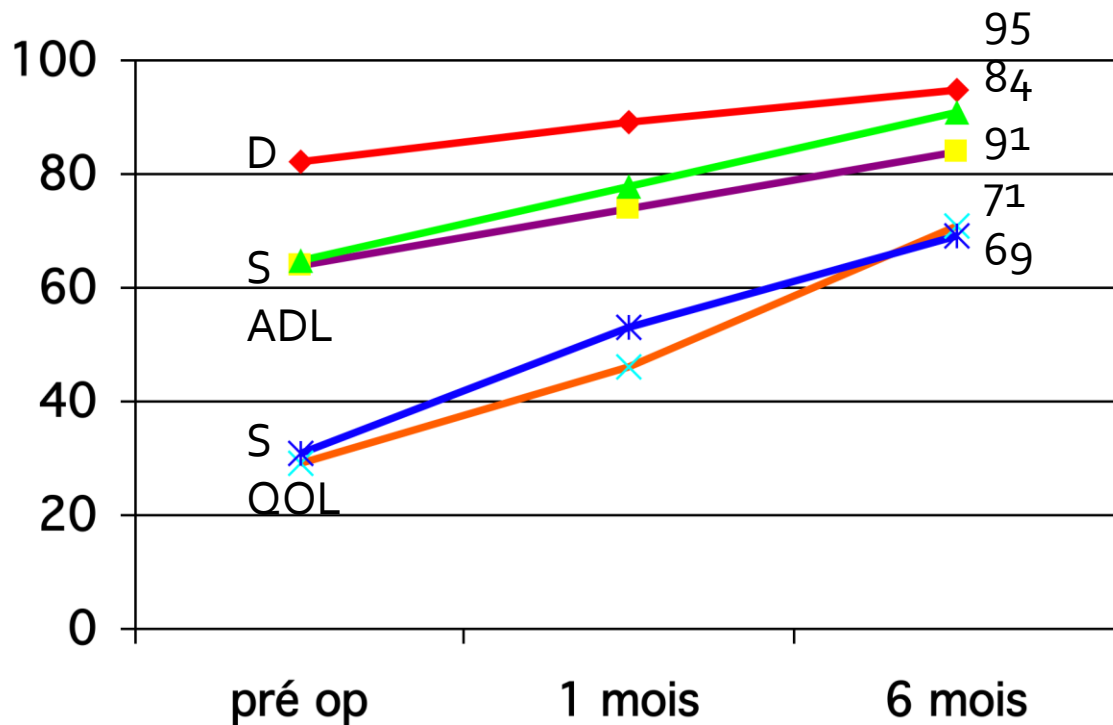
- Méniscectomie économique
- Méniscectomie respectant le mur méniscal
- Respect du cartilage +++
- Bilan radiologique précis
 - AMP toujours
 - Schuss après 50 ans
 - Irm après 60 ans



Suites post opératoires ME

- 12% suites troublées ++(ponction, raideur ...)
- Infection (n=2)
- Aucune corrélation :
 âge / sexe / BMI / type de lésion /
 chondropathie FTL/ geste réalisé
... donc suites « IMPREVISIBLES » ... n=104

Résultats Subjectifs : KOOS



GAIN :

Douleur 95 ± 7 %

Sympt 83 ± 14 %

ADL 91 ± 13 %

Sport 72 ± 23 %

QOL 71 ± 17 %

Résultats

Aucune différence significative (Koos / IKDC) en fonction :

- sexe, BMI
- niveau d'activité
- traitement réalisé, suites troublées
- volume réséqué, type de lésion

Seul critère pronostique : âge
(Diminution du gain après 40 ans)

Conclusion

- Suites opératoires longues
(parfois difficiles : 10%)

Bonne évolution pour les critères douleur, symptômes, et activités de la vie quotidienne ...

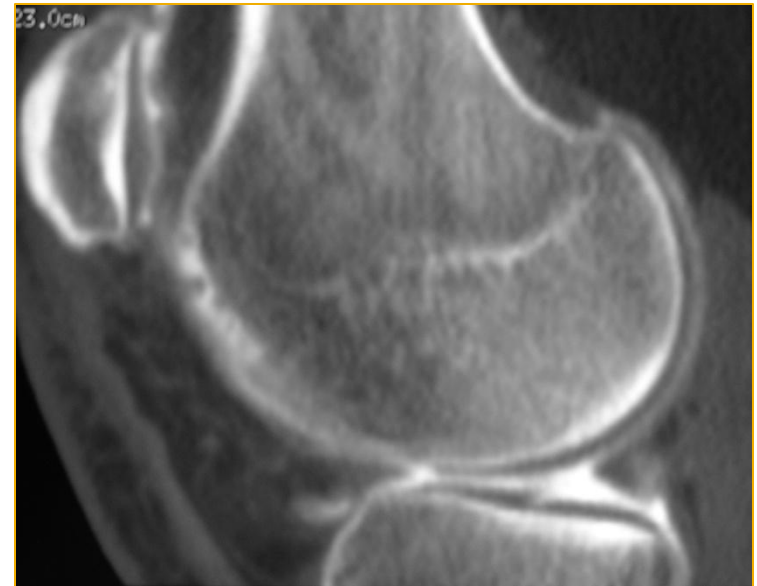
mais

plus difficile pour les critères reprise du sport et qualité de vie

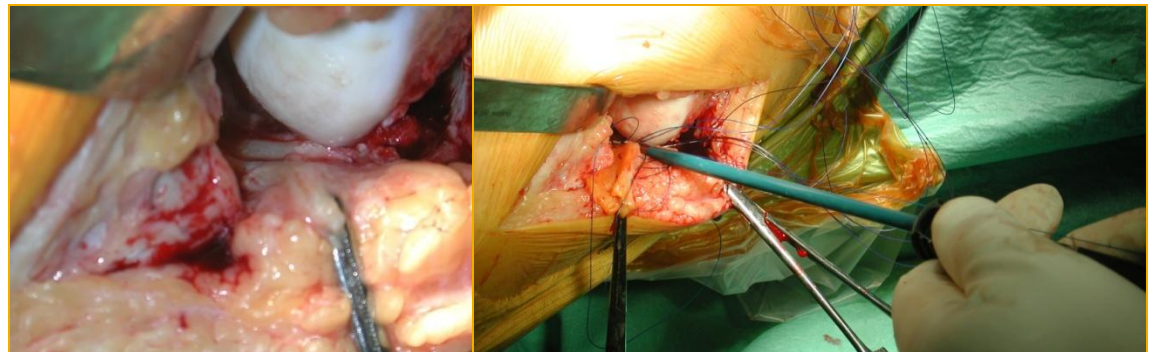
- Reprise du sport : 3 à 6 mois

Discussion: Voies de recherche

- Chondroprotecteurs ?
- Mosaicplasties ??
- Autogreffes cellules cartilagineuses ??
- Ostéotomie ???
- Séquelles ME...



Allogreffe ME



RESULTATS DES SUTURES

- 70 à 94% bons résultats à moyen et long terme.
- Meniscectomie secondaire 15 à 24 %

0363-5465/95/2306-0715\$02.00/0

THE AMERICAN JOURNAL OF SPORTS MEDICINE, Vol. 23, No. 6
© 1995 American Orthopaedic Society for Sports Medicine

Long-term Results of Arthroscopic Meniscal Repair

An Analysis of Isolated Tears

Stefan Eggli,*† MD, Herbert Wegmüller,‡ MD, Jana Kosina,* MD,
Cameron Huckell,§ MD, and Roland P. Jakob,* MD

Méniscectomie secondaire

- Principal échec: 24 % à 10 ans (Johnson),
- 29% à 13 ans (Rockborn)
- Défaut de cicatrisation: 1/3 Cas
- Lésion itérative: 2/3 Cas



Symposium SFA 2003

- 23% méniscectomie secondaire à 45 mois.
- 24% des sutures MI et 11% des sutures ME ont dû être reprises dans les deux ans.
- D'après Siebold, 81% des échecs surviennent dans les 3 ans

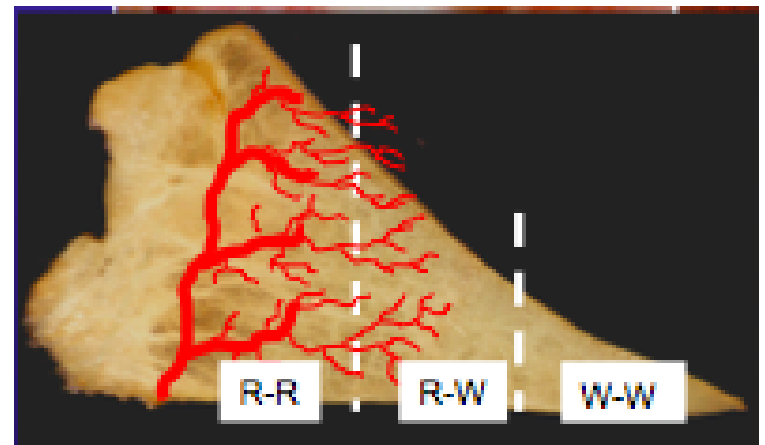
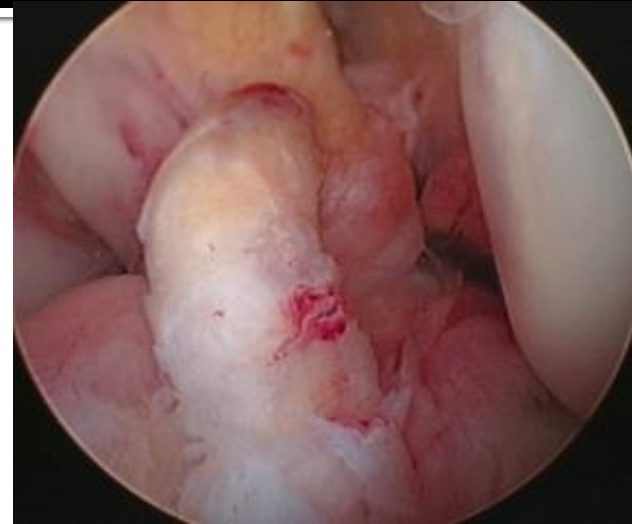
6 mois	6-24 mois	> 24 mois
Echec technique Mauvaise indication	Echec de cicatrisation	Lésion itérative

RESULTATS FONCTIONNELS

- 62 à 90% de bons résultats à moyen / long terme (2-20 ans)
- 62% dans le symposium SFA 2003
- IKDC moyen 80
- Mobilités normales 97%
- Résultats identiques genou stable / genou stabilisé
- Sur genou instable, 13 à 27% méniscectomie secondaire

Facteurs influençant les résultats

- Statut du LCA
- Localisation favorable: meilleure vascularisation en externe, zone
- Age: plus que âge qualité du tissu méniscal
- Délai: moins de 1 an meilleur pronostic



RESULTATS FONCTIONNELS

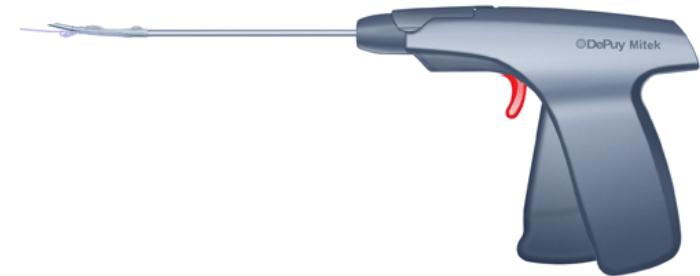
- Cicatrisation complète: 42-88%
- 70 à 94% de bons résultats
- Morgan: 84% asymptomatiques mais 65% cicatrisation, 19% incomplète, 16% d'échec. Tous echecs symptomatiques, toute cicatrisation asymptomatique meme partielle.
- Pujol: 53 suture all inside à 6 et 12 mois avec IRM: 92% bons résultats 58% cicatrisation complete, 24% partielle, 18% d'échec., taux moyen de cicatrisation 73,1%. Moins bonne cicatrisation pour les lésions isolées de la corne postérieure
- Une diminution de la taille des ménisques a été rapportée au niveau de la suture et est corrélée à une meilleure cicatrisation.

ARTHROSE SECONDAIRE

- Rares études comparatives
- Rockborn (2000) compare 30 méniscectomies totales ou partielles sous arthro vs 30 sutures à ciel ouvert: pincement articulaire minime pour 10% des sutures et 27% des méniscectomies à To. A 7 ans: plus de pincement parmi les méniscectomies. A 13 ans pas de différence.
- En 2003 SFA 11% de lésions dégénératives à 4 ans sur 203 sutures.

CONCLUSIONS

- 80% de bons résultats
- Meilleurs pour le ménisque latéral
- Moins bon résultats pour les sutures des lésions isolées de la corne postérieure surtout au ménisque médial
- 58% de cicatrisation complète, pourtant les cicatrisations incomplètes semblent évoluer aussi bien.
- La préservation du tissu méniscal est essentielle particulièrement chez les patients jeunes ++++



THM: ARTHROSCOPIE

- Lésions traumatiques symptomatiques +++
- Lésions dégénératives Traitement médical ++
- Préservation du capital méniscal ++ (Sutures)
- Méniscectomie économiques
- Suites Post Op ME: + longues
- Arthroscopie= Chirurgie= complications possibles ++



**Dr A PELTIER,
Centre Albert Trillat, Lyon, France**