

Traitement des lésions méniscales dégénératives

Dr méd. Raphael Kaelin^a; Dr méd. Bernhard Christen^b, MHA; Prof. Dr méd. Stefan Egli^c;
Dr méd. Hermes Miozzari^d; Prof. Dr méd. Markus P. Arnold, PhD^a

^a LEONARDO – Ärzte für Orthopädie und Traumatologie, Hirslanden Klinik Birshof, Münchenstein; ^b Christenortho, Orthopädische Klinik Bern, Bern;

^c Orthopädie Sonnenhof, Bern; ^d Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève



Les douleurs du genou liées à une lésion méniscale comptent parmi les motifs les plus fréquents de consultation dans la pratique orthopédique. Alors qu'une approche chirurgicale est le plus souvent incontestée en cas de lésions méniscales traumatiques chez les patients jeunes, la question suivante se pose en cas de lésions méniscales dégénératives chez les patients d'âge moyen à avancé: A partir de quand considère-t-on qu'un traitement conservateur a échoué et qu'une intervention chirurgicale est indiquée? Cette problématique est traitée de manière nuancée dans cet article.

Introduction

D'après les statistiques médicales des hôpitaux, avec 16 871 interventions réalisées en 2015, la méniscectomie partielle (MP) arthroscopique représente l'intervention orthopédique stationnaire la plus fréquente en Suisse, sachant qu'environ les deux tiers des MP se déroulent en milieu stationnaire [1]. Environ un tiers des lésions méniscales sont d'origine accidentelle et leur prise en charge est dès lors couverte par l'assurance-accidents [1]. Les arthroscopies pratiquées dans le cadre des lésions méniscales dégénératives révèlent des lésions cartilagineuses dans le segment articulaire correspondant chez env. trois quarts des patients et des signes radiologiques de gonarthrose chez près de la moitié des patients [2, 3].

Dans le contexte des lésions méniscales dégénératives, l'arthroscopie du genou a eu mauvaise presse ces derniers temps. Des conclusions indifférenciées et généralisées, du type «Des interventions inutiles» (*Basler Zeitung* du 08.07.2017) ou «Stop aux opérations du genou!» (*Wissenschaftsmagazin SRF 2* du 03.06.2017) peuvent être lues et entendues. Au lieu d'informer sérieusement les patients, cette polémique est responsable d'une incertitude croissante en ce qui concerne le choix du traitement adapté, qu'il soit chirurgical ou conservateur.

Avec notre publication, nous entendons contribuer à ce que l'indication ou la non-indication d'une MP en

cas de lésions méniscales dégénératives puisse continuer à être posée de manière nuancée dans le climat des discussions de politiques de santé actuelles. Pour ce faire, nous nous basons sur les recommandations, revues de la littérature et méta-analyses actuelles.

Anatomie et fonction du ménisque

Le ménisque joue un rôle clé dans l'intégrité et le maintien de l'articulation du genou [4, 5]. Il compense l'incongruence entre les condyles fémoraux ronds et le plateau tibial relativement plat, permettant ainsi une meilleure introduction, absorption et distribution des forces [6, 7]. Il contribue en outre à la stabilisation de l'articulation, à la proprioception, ainsi qu'à la lubrification et à la nutrition du cartilage articulaire [8].

Les ménisques reposent sur la tête du tibia et se présentent sous forme de demi-cercles en «C», dont la section est triangulaire (fig. 1). Le ménisque médial (interne) et le ménisque latéral (externe) sont reliés à la capsule articulaire, et les racines méniscales antérieures et postérieures sont reliées au plateau tibial [7]. Le ménisque médial est en outre relié au ligament interne. Il présente un plus grand rayon, est moins mobile et couvre une plus petite surface cartilagineuse de l'articulation mobile que le ménisque latéral, ce qui reflète la géométrie osseuse différente et la cinématique des deux compartiments [7, 9]. Env. 70% des contraintes



Raphael Kaelin

dans le compartiment latéral et env. 50% des contraintes dans le compartiment médial sont transmises via le ménisque. En raison de la modification du rayon des

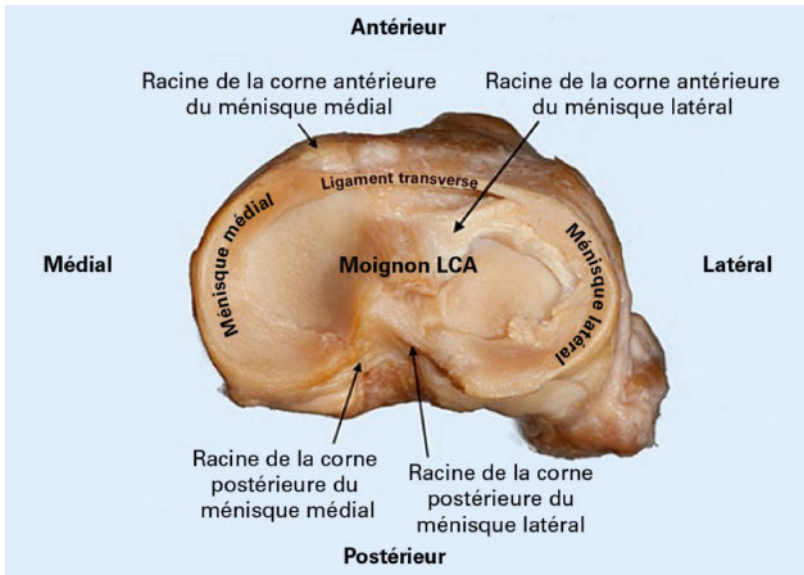


Figure 1: Vue d'un plateau tibial avec le ménisque médial et latéral (issu de [16]: Kopf S, Stärke C, Gwinner C, Becker R. Meniscus insertion. Arthroscopie. 2014;28(1):13–7. Reproduction avec l'aimable autorisation de Springer Medizin Verlag).

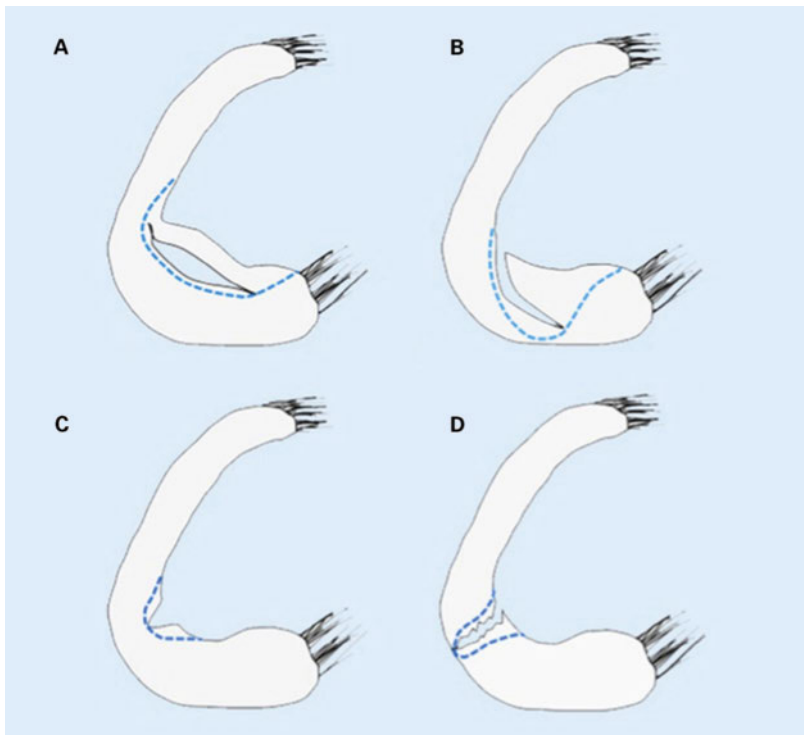


Figure 2: Différentes formes de fissures avec résection méniscale correspondante (ligne hachurée). D'un point de vue biomécanique, l'étendue de la résection en direction périphérique est pertinente. Dans ce sens, les cas **A** et **C** sont relativement non problématiques, alors qu'un large sectionnement de la coupe transversale comme dans **B** et **D** entraîne une importante perte fonctionnelle (issu de [5]: Stärke C, Kopf S, Becker R. Partial meniscectomy. Arthroscopie. 2015;8–12. Reproduction avec l'aimable autorisation de Springer Medizin Verlag).

condyles fémoraux en fonction des degrés de flexion, le ménisque est soumis à une sollicitation croissante particulièrement lors de la flexion [9]. Les faisceaux de fibres collagènes sont majoritairement organisés de façon longitudinale, c.-à-d. circonférentielle et parallèle. Grâce à cet agencement des fibres et à l'ancrage tibial du ménisque, la tension circonférentielle peut être maintenue, permettant de convertir les forces de compression refoulant le ménisque vers l'extérieur en forces de traction.

En cas de perte de tissu méniscal, il se produit un changement considérable de la cinématique du genou et de la répartition des contraintes dans l'articulation [4]. Ceci est avant tout attribuable à la perte de la tension circonférentielle décrite ci-dessus et à la couverture diminuée du plateau tibial par le tissu méniscal. La résection de tissu méniscal expose le cartilage articulaire à une surcharge importante et constitue dès lors un facteur de risque d'arthrose. [10–12]. Plus la fissure ou la résection s'étend vers la base du ménisque, plus la perte fonctionnelle est grande. Le ménisque restant est refoulé en dehors de l'articulation et devient largement inefficace; il se produit une méniscectomie fonctionnelle [13]. Cela explique également pourquoi certaines formes de fissures sont plus défavorables sur le plan biomécanique que d'autres (fig. 2).

Chez les sujets ayant fait l'objet d'une méniscectomie, le risque relatif de développer une gonarthrose est env. 14 fois plus élevé 21 ans après l'intervention par rapport aux contrôles appariés [14]. Après une MP, près des trois quarts de l'ensemble des patients développent des signes radiologiques de gonarthrose au cours des 20–30 années suivantes [15]. Les facteurs de risque de survenue d'une arthrose après méniscectomie sont présentés dans le tableau 1. Chez les patients jeunes, la perte de tissu méniscal peut contribuer à la survenue d'une arthrose. Chez les patients âgés, la lésion méniscale peut être considérée comme une composante naturelle du développement d'une arthrose [6].

Tableau 1: Facteurs de risque de développement d'une gonarthrose post-méniscectomie (d'après [12] et [49]).

Méniscectomie partielle latérale > méniscectomie partielle médiale
Résection de grandes zones de tissu méniscal
Fissure radiaire allant jusqu'à la base (= méniscectomie fonctionnelle)
Lésions cartilagineuses préexistantes
Instabilité ligamentaire
Variations axiales (varus médial, valgus latéral)
Obésité (IMC élevé)
Age >40 ans
Faible niveau d'activité préopératoire

Etiologie et classification des lésions méniscales

Il existe plusieurs classifications, les plus utilisées étant les classifications en fonction du type de fissure et de la localisation. Les différents types de fissures sont présentés dans la figure 3.

Tout particulièrement en présence d'altérations arthrosiques, il est fréquent d'être confronté à des formes mixtes entre les différents types de fissures en raison des lésions dégénératives du tissu méniscal. Concernant la localisation, outre le côté touché (ménisque médial vs ménisque latéral), la distinction est également faite entre les lésions touchant la corne antérieure du ménisque, celles touchant le corps du ménisque et celles touchant la corne postérieure du ménisque. La lésion de la racine du ménisque, qui peut également être d'origine dégénérative, est une forme particulière qu'il convient de citer, car celle-ci peut parfois être manquée à l'imagerie et est associée à une arthrose rapidement progressive [16].

En principe, il convient de distinguer les lésions méniscales traumatiques, causées par un accident aigu, et les lésions méniscales dégénératives, sans événement déclenchant évident. Cette distinction n'est pas toujours facile à faire dans la pratique clinique quotidienne, conduisant à des discussions récurrentes avec les assureurs-accidents en Suisse.

Les lésions méniscales dégénératives surviennent dans un contexte non traumatique et se développent souvent sur des années chez des personnes d'âge moyen à avancé [6, 17]. Il s'agit typiquement de fissures horizontales, qui surviennent probablement suite à des altérations intra-méniscales, bien que la pathogenèse ne soit pas encore totalement comprise [6, 18]. En raison de la macération/dégénération du tissu méniscal, des fissures complexes et des fissures en languette apparaissent aussi souvent par la suite. Elles représentent env. 40% des lésions méniscales en cas d'arthrose radiologiquement avérée [2]. La prévalence des altérations méniscales est élevée dans la population générale; elle est présentée dans le tableau 2. Env. deux tiers des personnes d'âge moyen à avancé présentant une lésion méniscale confirmée par imagerie par résonance magnétique (IRM) sont asymptomatiques [17]. En cas de gonarthrose avancée, les lésions méniscales sont très fréquentes et sont une composante de la maladie [6]. Leur prévalence s'élève à 70–95% dans cette population [17, 18]!

Anamnèse et examen clinique

Les lésions méniscales aiguës correspondent le plus souvent à un traumatisme par rotation survenant lorsque l'articulation du genou est fléchie et soumise à une charge. Outre les douleurs, les symptômes cliniquement évidents et très gênants pour les patients incluent des phénomènes mécaniques, tels que des accrochages, des blocages, une limitation soudaine de la mobilité et un déficit d'extension. Les douleurs purement liées à l'effort et les douleurs à la rotation sont typiques des lésions méniscales, tandis que les douleurs au démarrage, les douleurs nocturnes et les douleurs au repos sont plutôt évocatrices d'une arthrose. Des épanchements peuvent se rencontrer à la fois en cas de lésions méniscales et en cas de lésions arthrosiques de l'articulation du genou.

Tableau 2: Prévalence des lésions méniscales dans la population globale (d'après [17]).

Age	Prévalence
50–59 ans	Env. 25%
60–69 ans	Env. 35%
70–79 ans	Env. 45%

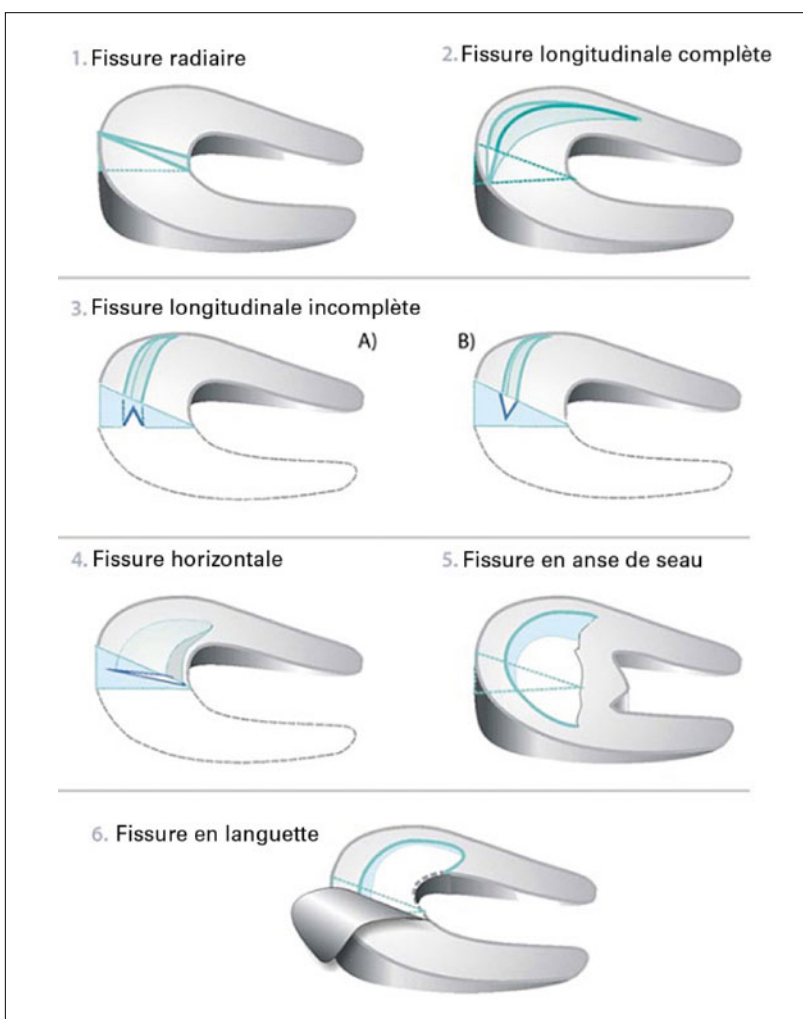


Figure 3: Formes typiques de fissures du ménisque (issu de [50]: Müller-Rath R, Ingenhoven E. Partial meniscus resection. *Arthroskopie*. 2010;24(1):15–21. Reproduction avec l'aimable autorisation de Springer Medizin Verlag).

L'examen clinique débute par l'inspection et l'évaluation de la démarche: Y a-t-il un boitement visant à ménager l'articulation ou un déficit d'extension déjà visible? L'axe de la jambe est-il droit ou les jambes sont-elles en O ou en X (varus/valgus)? Une accentuation dynamique de la malposition est-elle visible lors de la marche («varus thrust» ou «valgus thrust»)? Y a-t-il une tuméfaction?

Lors de la palpation, les lésions méniscales donnent typiquement lieu à une douleur à la pression au niveau de l'interligne articulaire correspondant. Il convient également d'évaluer s'il y a un épanchement.

Le diagnostic de lésion méniscale peut le plus souvent être posé sur la base de l'examen clinique. Il existe une multitude de tests cliniques, qui consistent tous à mettre le tissu méniscal sous stress via des positions spécifiques de l'articulation du genou et à déclencher les douleurs correspondantes [19]. Il s'agit typiquement de douleurs à la rotation survenant à des niveaux de flexion différents, mais un accrochage peut parfois être provoqué. Les douleurs lors de l'extension maximale possible de l'articulation du genou sont également typiques. La combinaison de différents tests cliniques et de l'anamnèse permet de poser le diagnostic correct de lésion méniscale dans env. 90% des cas [20].

Lors de l'examen, les pathologies et lésions concomitantes suivantes devraient être prises en compte [21]:

- altérations musculaires et pathologies des articulations voisines (en particulier de la hanche et du pied);
- instabilités de l'appareil ligamentaire (ligaments latéraux et ligaments croisés);
- pathologies de l'articulation fémoro-patellaire;
- autres pathologies intra-articulaires (cartilage, plica, synovite);
- circulation périphérique, motricité et sensibilité.

Imagerie

Tout patient devrait bénéficier de la réalisation en bonne et due forme d'un cliché en incidence antéro-postérieure en charge (station unipodale), ainsi que d'un cliché en incidence latérale et d'un cliché en incidence axiale de la patella. L'amincissement de l'interligne articulaire peut uniquement être évalué sur des clichés radiographiques qui ont été réalisés en charge. Dans la pratique orthopédique, un cliché en incidence de Rosenberg (incidence antéro-postérieure, en flexion d'env. 45°, en charge) est souvent réalisé en plus, car l'amincissement de l'interligne articulaire, qui reste masqué dans d'autres conditions, peut ainsi être visualisé [22]. En cas de déviations de l'axe, un cliché de la jambe entière (orthoradiographie) est en outre réalisé.

L'IRM ne devrait pas être utilisée comme modalité diagnostique primaire chez les patients d'âge moyen à avancé. Si la radiographie conventionnelle révèle déjà une arthrose avancée, l'IRM doit uniquement être réalisée pour répondre à certaines questions spécifiques (œdème médullaire, ostéonécrose, corps articulaires libres, parties instables du ménisque, état du cartilage articulaire dans le segment articulaire non touché) et n'est pas indiquée en première intention chez les patients d'âge moyen à avancé [18]. Lorsqu'une intervention chirurgicale est envisagée sur la base de l'examen clinique, nous recommandons de réaliser une IRM afin de détecter ou d'exclure de telles pathologies structurales. En ce qui concerne les lésions méniscales, l'IRM offre une précision diagnostique élevée de l'ordre d'env. 90% [23].

Traitement des lésions dégénératives du ménisque

La prévalence des lésions du ménisque est élevée chez les patients d'âge moyen à avancé et elle est encore davantage accrue en cas d'arthrose manifeste à la radiographie conventionnelle (tab. 2) [17, 24]. Il existe une association claire entre les lésions/dégénérescences du ménisque et la gonarthrose. Il est bien souvent impossible de délimiter précisément ces deux entités [6]. Par conséquent, le défi pour le clinicien consiste à déterminer si les symptômes décrits par le patient et les résultats des examens sont attribuables à l'arthrose débutante ou à la lésion méniscale [25]. Les douleurs lancinantes et liées exclusivement à l'effort, les blocages, un déficit d'extension de survenue aiguë avec des signes méniscaux positifs constituent une bonne indication opératoire en cas d'anomalies IRM corrélées. Précisément en raison de la prévalence élevée des lésions méniscales dégénératives, l'indication opératoire doit en premier lieu se baser sur l'anamnèse et l'examen clinique, et uniquement dans un second temps sur la lésion méniscale diagnostiquée à l'IRM.

La MP a pendant des décennies constitué le traitement de choix en cas de lésions méniscales dégénératives, et son efficacité a été démontrée dans différentes cohortes [12, 26–28]. Avec la publication en 2002 de la «Moseley study», l'une des premières (et par conséquent très remarquée) études randomisées et contrôlées sur ce thème, le bénéfice de l'arthroscopie du genou dans le cadre de la gonarthrose a été remis en question [29]. Le lavage articulaire arthroscopique en cas de gonarthrose avancée ne devrait plus être réalisé en raison de l'absence de bénéfice [18, 30–32]. Ainsi, l'arthroscopie en cas de gonarthrose n'est par ex. plus remboursée par l'assurance-maladie en Allemagne depuis le 01.04.2016.

Depuis 2002, d'autres études randomisées et contrôlées ayant évalué le traitement des lésions méniscales dégénératives ont été publiées et n'ont pas montré de bénéfice de la MP en cas de lésions méniscales dégénératives par rapport au traitement non chirurgical ou à une intervention chirurgicale factice («sham surgery») [33–38]. Seule l'étude randomisée et contrôlée de Gauffin et al. est parvenue à montrer une amélioration clinique à court terme, mais il n'y avait plus de différences après 3 ans [39, 40]. Ces travaux ont bénéficié d'une grande attention, et des doutes fondamentaux quant à l'efficacité de la MP en cas de lésions méniscales dégénératives ont été émis. Dans la pratique quotidienne, on constate un certain décalage entre la pratique clinique quotidienne et les résultats de ces études. En Suisse et dans d'autres pays européens, le nombre d'arthroscopies du genou réalisées n'a pas régressé au cours des dernières années [1, 41].

Malgré la nature randomisée et prospective de ces études, le risque de biais dans cette population de patients complexe n'est pas négligeable, et toutes ces études présentent des faiblesses parfois importantes [30, 42, 43]. L'élément critique pour toutes les études était le taux d'inclusion, qui s'élevait à seulement 15% dans l'étude de Sihvonen et al. (biais de sélection) [36]. Un autre problème concerne les «crossovers» pour les patients qui ont changé de groupe de traitement durant la période de suivi (biais de transfert) [18, 30, 42]. Dans les analyses en intention de traiter réalisées, ces «crossovers» constituaient un facteur confondant pertinent, pouvant occulter les différences de résultats entre les groupes évalués [42]. Par ex. dans l'étude de

Herrlin et al., 27,7% des patients ayant reçu un traitement conservateur sont passés dans le groupe traité par arthroscopie du genou en raison d'une absence d'amélioration des symptômes et ont par la suite présenté une amélioration clinique [34]. A l'avenir, il convient d'analyser plus en détails les caractéristiques de ces groupes de patients.

Dans les études randomisées et contrôlées réalisées, le biais de performance et le biais de détection jouent également un rôle [42]. Une analyse secondaire du succès thérapeutique de ces études randomisées et contrôlées a montré que dans les études de Katz et al. [35] et Herrlin et al. [33], les patients du groupe traité par arthroscopie avaient significativement plus souvent obtenu un succès thérapeutique, bien qu'aucune différence entre les groupes n'ait été démontrée dans l'analyse en intention de traiter initiale [42].

Dans leur analyse, Liebs et Berger [44] ont confirmé les faiblesses méthodologiques considérables et parfois lourdes des études de Mosley et al. [29], Kirkley et al. [38] et Katz et al. [35], et estiment que la décision des autorités allemandes («Gemeinsamer Bundesausschuss», [G-BA]) de ne plus rembourser l'arthroscopie en cas de gonarthrose depuis le 01.04.2016 ne se fonde pas sur les bases scientifiques nécessaires. Ils indiquent qu'avec la suppression de l'arthroscopie en tant qu'option thérapeutique, il y a un risque que l'indication d'une prothèse articulaire puisse être posée plus précocement. En effet, le nombre d'implantations de prothèses de genou en Allemagne a à nouveau augmenté depuis 2016, alors qu'il était en régression durant les années précédentes.

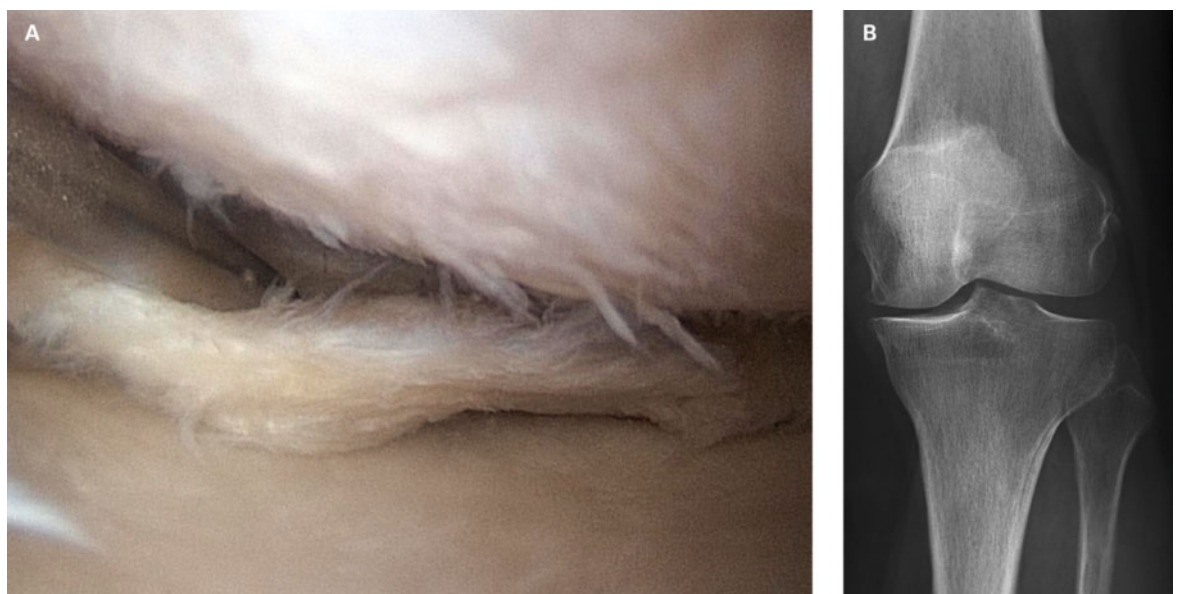


Figure 4: Lésion symptomatique dégénérative du ménisque médial chez une patiente de 68 ans. **A)** Arthroscopie: fissure en languette du ménisque médial, lésion cartilagineuse bien visible au niveau tibial et fémoral. **B)** Rétrécissement médial de l'interligne articulaire à la radiographie conventionnelle, sclérose sous-chondrale accrue et début de formation d'ostéophytes.

Dans la majorité des études, la forme de fissure n'a pas été précisément déterminée. Les fissures exclusivement horizontales ne sont généralement pas responsables de phénomènes mécaniques et par conséquent, elles répondent mal à une MP [37]. Il existe cependant des indices évidents montrant que les lésions méniscales instables, telles que les fissures en languette, répondent bien à une MP (fig. 4) [30, 33].

Seules quelques rares études ont évalué les aspects socio-économiques de la MP en cas de lésions méniscales dégénératives dans le cadre d'une gonarthrose. Une simple analyse des coûts thérapeutiques fera probablement ressortir l'avantage du traitement conservateur. Toutefois, les coûts de la physiothérapie ambulatoire ne sont pas négligeables. Globalement, ces coûts ont augmenté de plus de 40% en Suisse pour la période 2010–2015, passant de 891 à 1275 millions de

francs suisses [45]. Un groupe de travail américain n'a montré aucune différence majeure en termes de rapport coût-efficacité entre l'approche chirurgicale et l'approche conservatrice et contredit ainsi le dogme selon lequel la chirurgie occasionne des coûts supplémentaires par rapport au traitement conservateur lorsque des facteurs, tels que les prestations d'assurance et d'indemnités journalières, sont pris en compte dans les calculs financiers [46]. Les lésions méniscales dégénératives concernent souvent des patients professionnellement actifs et un traitement conservateur peut conduire une incapacité de travail plus longue, avant tout en cas de métiers impliquant des efforts physiques. Lors de la pose de l'indication, il convient également de tenir compte des aspects relevant de la médecine du travail et des exigences du patient.

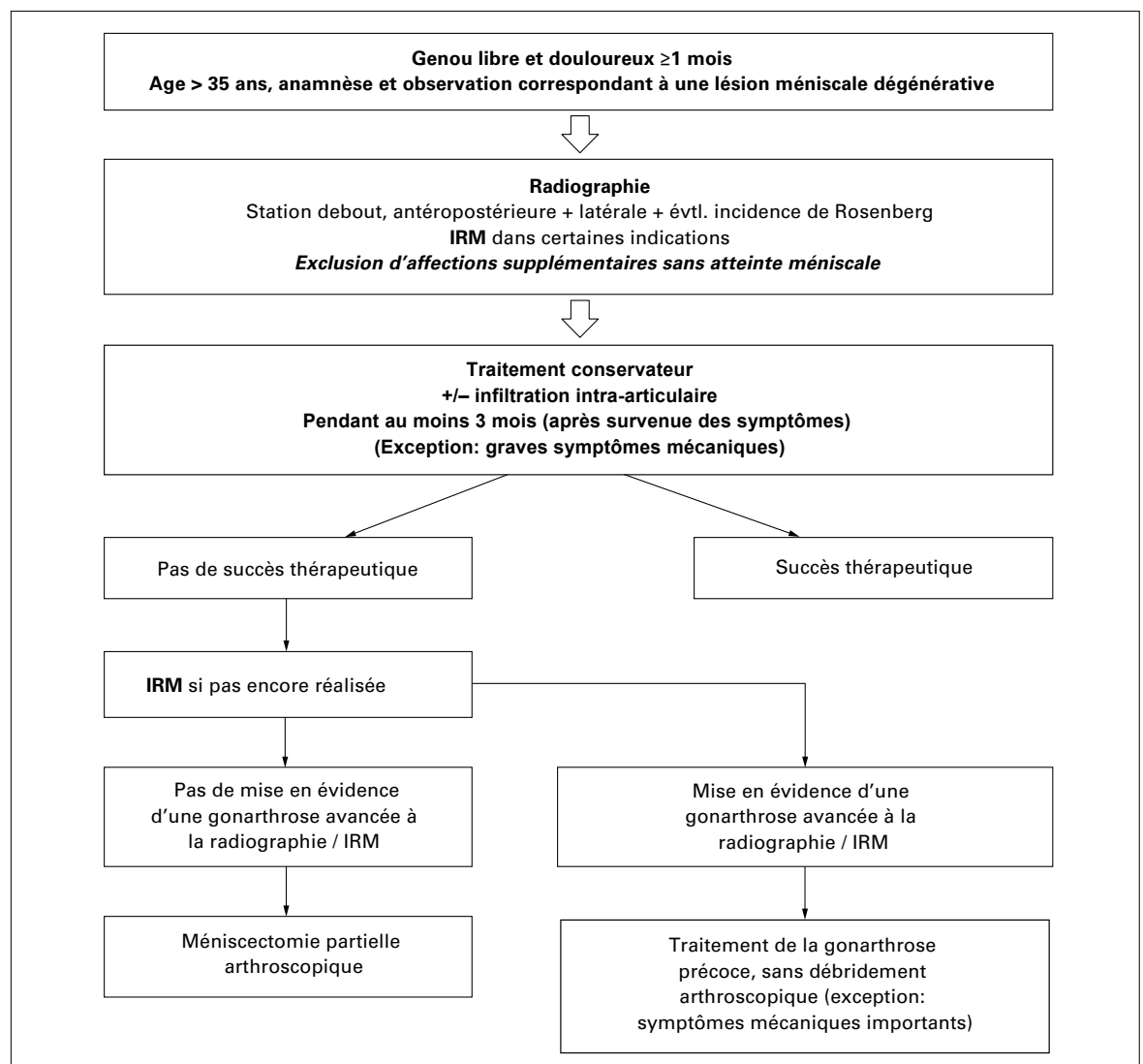


Figure 5: Algorithme thérapeutique pour les lésions méniscales dégénératives (modifié à partir de [18]).
IRM = imagerie par résonance magnétique.

Correspondance:

Dr méd. Raphael Kaelin
 Facharzt für Orthopädische
 Chirurgie und Traumatolo-
 gie des Bewegungsapparates
 LEONARDO – Ärzte für
 Orthopädie und
 Traumatologie
 Hirslanden Klinik Birshof
 CH-4142 Münchenstein
 rkaelin[at]leonardo-ortho.ch
 und
 Prof. Dr méd.
 Markus P. Arnold, PhD
 Facharzt für Orthopädische
 Chirurgie und Traumatolo-
 gie des Bewegungsapparates
 LEONARDO – Ärzte für
 Orthopädie und
 Traumatologie
 Hirslanden Klinik Birshof
 CH-4142 Münchenstein
 Mparnold[at]leonardo-
 ortho.ch

En raison des données controversées, qui ne permettent pas d'émettre une recommandation définitive concernant le traitement des lésions méniscales dégénératives, la «European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy» (ESSKA) a décidé de lancer le projet européen «Meniscus Consensus Project». La première partie se concentre sur les lésions méniscales dégénératives et a été publiée en 2017 [18]. Le rapport complet est disponible en ligne (<https://cymcdn.com/sites/www.esska.org/resource/resmgr/Docs/meniscus-consensus-project-p.pdf>). Il n'a pas pour objectif de fournir des directives strictes, mais vise plutôt à proposer un cadre général pour le traitement des lésions méniscales dégénératives. La figure 5 donne un aperçu de l'algorithme de traitement.

Selon les auteurs et sur la base des données actuelles, l'indication primaire d'une MP en cas de lésions méniscales dégénératives et de lésions méniscales dans le cadre d'une gonarthrose peut être posée dans les situations suivantes [18, 30, 31]:

- lésions méniscales instables, telles que fissures en languette ou fissures en anse de seau, avec symptômes clairement attribuables à la lésion et phénomènes mécaniques significatifs;
- corps articulaires libres avec blocages articulaires;
- blocages, en particulier déficit d'extension de survenue aiguë, pouvant être attribués à une lésion méniscale.

La MP n'a pas un impact considérable sur l'évolution de la gonarthrose, qui est une maladie progressive, mais permet de soulager les symptômes aigus liés à la lésion méniscale [18, 47]. Lors de l'entretien explicatif, il convient néanmoins de signaler au patient que les lésions cartilagineuses ou médullaires osseuses («bone marrow lesions») préexistantes constituent des facteurs de risque majeurs de mauvais résultat de l'opération. En présence d'une extrusion méniscale, il existe une asso-

ciation entre la MP et l'ostéonécrose, ce qui peut également impliquer un mauvais résultat thérapeutique.

Dans le cadre des lésions méniscales dégénératives et de l'arthrose débutante, il convient de tenir compte des pathologies concomitantes, telles que les désaxations, et de les corriger le cas échéant afin de rétablir l'équilibre biomécanique [48]. L'objectif est de préserver le plus longtemps possible l'articulation native et de retarder le plus possible l'implantation d'une prothèse partielle ou totale.

A l'avenir, des études randomisées et contrôlées bien conçues devraient analyser plus précisément quels sous-groupes de patients avec une lésion méniscale dégénérative peuvent profiter le plus durablement d'une MP. Il convient de réaliser une stratification en fonction de variables, telles que la localisation de la fissure, le type de fissure, l'âge du patient, le niveau d'activité, le degré d'arthrose et les pathologies concomitantes (axe de la jambe, extrusion méniscale ou œdème médullaire à l'IRM).

Déclaration synthétique du groupe d'experts Genou (GEG) de Swiss Orthopaedics

- Le GEG approuve pleinement le document de consensus de l'ESSKA de 2017 [18].
- Le GEG se distancie des arthroscopies du genou de tout type lorsqu'une intervention chirurgicale n'est pas clairement indiquée et lorsque toutes les options thérapeutiques conservatrices n'ont pas été préalablement épuisées.
- Le GEG confirme les carences scientifiques sérieuses à lourdes de diverses études de cohorte mais également d'études randomisées ayant contesté l'effet thérapeutique de l'arthroscopie en cas de lésions méniscales dégénératives.
- Le GEG estime que l'arthroscopie du genou en cas de lésions méniscales dégénératives est indiquée et efficace sous certaines conditions.
- La polémique actuelle autour du thème de l'arthroscopie du genou est contre-productive et elle inquiète à part égale les patients, les assureurs et les médecins.
- La décision des autorités allemandes («Gemeinsamer Bundesausschuss», G-BA) de ne plus rembourser l'arthroscopie en cas de gonarthrose depuis le 01.04.2016 ne se fonde pas sur des critères scientifiques et conduit potentiellement à une extension de l'indication d'un remplacement prothétique articulaire.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré des obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur www.medicalforum.ch.

L'essentiel pour la pratique

- Les lésions méniscales dégénératives sans signe de blocage devraient initialement faire l'objet d'un traitement conservateur pendant au moins 3 mois.
- L'examen d'imagerie à réaliser en premier lieu est la radiographie conventionnelle en conditions de charge.
- En cas de début soudain des symptômes et de symptômes mécaniques clairs, la ménissectomie partielle arthroscopique reste le traitement de choix, même en cas de gonarthrose débutante.
- Le lavage articulaire arthroscopique en cas de gonarthrose s'avère isolé.
- Ce n'est qu'en cas de signes cliniques correspondants et de gonarthrose avancée à la radiographie que le remplacement de l'articulation par une prothèse (partielle ou totale) est indiqué. L'objectif est de repousser aussi longtemps que possible ce geste définitif.