Dr Janssens Raphaël
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE · CHIRURGIE DU GENOU ET DE LA HANCHE · BRUXELLES

Centre des Nations · 127 av. Franklin Roosevelt, 1050 Ixelles · 02 / 660 02 66
Cabinet Janson · 44 rue Paul-Émile Janson, 1050 Ixelles · rendez-vous en ligne
Hôpital Molière-Longchamps · 142 rue Marconi, 1190 Forest · 02 / 348 50 80
Hôpital Etterbeek-Ixelles · 63 rue Jean Paquot, 1050 Ixelles · 02 / 641 41 11
drjanssensr@gmail.com · **orthojanssens.be**

GENOU · CHIRURGIE ARTHROSCOPIQUE

Lésions du ménisque

Suture méniscale ou méniscectomie partielle sous arthroscopie

Le ménisque est l'amortisseur du genou. Lorsqu'il se déchire, la priorité est de le préserver : la suture est tentée chaque fois que la lésion peut cicatriser ; sinon, seul le fragment abîmé est retiré, de la façon la plus économique possible.

DURÉE DE L'INTERVENTION	HOSPITALISATION
20 à 45 min arthroscopie, deux incisions de 5 mm	Ambulatoire retour à la maison le jour même
APRÈS MÉNISCECTOMIE	**APRÈS SUTURE**
Appui immédiat sport vers 6 à 8 semaines	Protection 6 semaines sport de pivot vers 4 à 6 mois

EN BREF

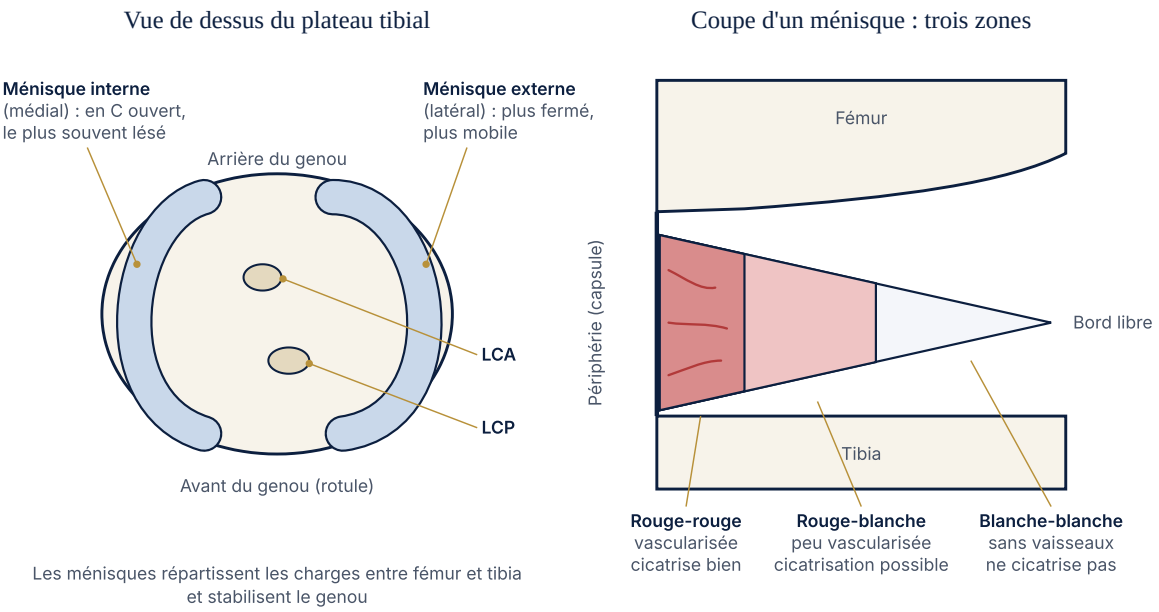
Ce qu'il faut retenir

Les ménisques sont deux coussinets de fibrocartilage en forme de croissant, posés entre le fémur et le tibia. Ils amortissent les chocs, répartissent les charges et stabilisent le genou. Une lésion méniscale peut être traumatique (le jeune sportif) ou dégénérative (l'usure, après 40-50 ans) : ce sont deux maladies différentes, qui ne se traitent pas de la même façon.

- **Toutes les lésions ne s'opèrent pas :** une déchirure dégénérative à l'IRM, chez un patient de plus de 45 ans, se traite d'abord par kinésithérapie et traitement médical.
- **Préserver le ménisque chaque fois que possible :** lorsque la lésion siège dans une zone vascularisée et peut cicatriser, elle est suturée sous arthroscopie.
- **Méniscectomie partielle :** lorsque la lésion ne peut pas cicatriser, seul le fragment instable est retiré, en gardant le maximum de tissu sain.
- **Deux récupérations différentes :** quelques semaines après une méniscectomie, 4 à 6 mois pour le sport de pivot après une suture — le prix d'un ménisque conservé pour la vie.

Les lésions du ménisque

Chaque genou possède deux ménisques : le **ménisque interne** (médial), en forme de C ouvert, et le **ménisque externe** (latéral), plus fermé et plus mobile. Vus en coupe, ils ont la forme d'un coin : épais à la périphérie, où ils s'attachent à la capsule, et fins vers le centre, au bord libre. Ils sont fixés au tibia par leurs deux extrémités, les cornes antérieure et postérieure, dont l'attache s'appelle la racine.



Les ménisques et leur vascularisation. Seule la périphérie du ménisque (zone « rouge ») reçoit des vaisseaux sanguins et peut cicatriser ; le bord libre (zone « blanche ») n'en reçoit aucun. La localisation de la lésion décide donc largement du traitement.

À quoi servent les ménisques ?

- **Amortir et répartir les charges :** ils transmettent 50 à 70 % du poids du corps entre fémur et tibia et élargissent la surface de contact, ce qui protège le cartilage. Sans ménisque, les contraintes sur le cartilage sont multipliées par deux à trois.
- **Stabiliser :** ils approfondissent le plateau tibial et participent à la stabilité du genou, en particulier le ménisque interne, qui seconde le ligament croisé antérieur.
- **Lubrifier et informer :** ils participent à la répartition du liquide articulaire et contiennent des capteurs qui renseignent le cerveau sur la position du genou.

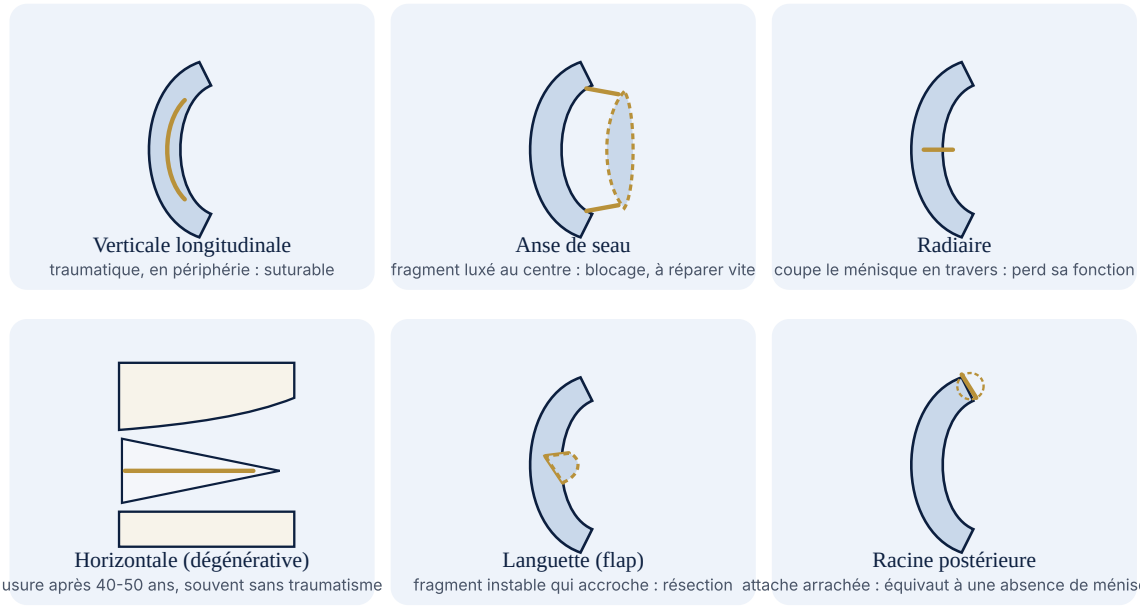
Deux types de lésions très différents

La lésion traumatique

Elle survient chez le sujet jeune ou sportif, lors d'un mouvement de pivot, d'une torsion ou d'un relevé brutal depuis la position accroupie. Elle est souvent verticale, périphérique, parfois longue (anse de seau), et s'associe fréquemment à une rupture du ligament croisé antérieur. Le ménisque est sain à côté de la lésion : c'est le candidat idéal à la suture.

La lésion dégénérative

Après 40-50 ans, le ménisque s'use et se fissure progressivement, le plus souvent horizontalement dans la corne postérieure du ménisque interne, parfois sans aucun traumatisme. Elle s'inscrit souvent dans un début d'arthrose du compartiment et est très fréquente chez des personnes qui n'ont aucun symptôme. Elle relève d'abord du traitement médical.



Les principaux types de lésions. La forme, la localisation et l'étendue de la déchirure, ainsi que l'état du ménisque autour d'elle, déterminent si elle peut être suturée, si elle doit être réséquée, ou si elle peut être laissée en place.

Les symptômes

- **Douleur** sur le côté du genou, à l'interligne (la ligne qui sépare fémur et tibia), réveillée par l'accroupissement, la torsion, les escaliers ou la position en tailleur.
- **Gonflement** (épanchement), souvent retardé de quelques heures après le traumatisme, ou récidivant à l'effort dans les lésions dégénératives.
- **Blocage** : impossibilité brutale de tendre complètement le genou, caractéristique de l'anse de seau luxée dans l'articulation.
- **Ressaut, accrochage, claquement** douloureux lors de certains mouvements, par passage d'un fragment instable.
- **Dérobement**, sensation que le genou « lâche », par douleur réflexe.

- **Kyste méniscal** : une petite boule sur le côté du genou, en regard de l'interligne, alimentée par une fissure horizontale.

Le diagnostic

L'examen clinique est souvent très évocateur : douleur précise à la pression de l'interligne, douleur ou claquement lors des manœuvres de torsion du genou (tests de McMurray, d'Apley, de Thessaly), limitation de l'extension. Des **radiographies en charge** sont systématiques pour évaluer l'état du cartilage et l'axe de la jambe : une lésion méniscale dans un genou déjà arthrosique ne se traite pas comme dans un genou sain. L'**IRM** confirme la lésion, précise son type, sa localisation et son étendue, et recherche les lésions associées (ligaments, cartilage, os).

> #### Une lésion à l'IRM ne veut pas dire opération
>
> Après 50 ans, l'IRM montre une lésion méniscale chez environ une personne sur trois qui n'a aucune douleur. La décision ne se prend jamais sur l'image seule, mais sur la confrontation entre vos symptômes, l'examen clinique, les radiographies et l'IRM.

— L'INDICATION

Suturer, enlever ou ne pas opérer ?

C'est la question centrale. Trois options existent, et le choix dépend du type de lésion, de sa localisation, de votre âge, de votre niveau d'activité et de l'état du reste du genou. Le fil conducteur est toujours le même : **préserver le ménisque chaque fois que possible**, parce qu'un ménisque retiré ne repousse pas et que sa perte expose le cartilage.

	TRAITEMENT NON OPÉRATOIRE	SUTURE MÉNISCALE	MÉNISCECTOMIE PARTIELLE
Type de lésion	Dégénérative, stable, sans blocage ; petite lésion traumatique stable	Traumatique, verticale, longitudinale ; anse de seau ; lésion de la racine	Languette, lésion radiaire ou complexe du bord libre, lésion dégénérative instable
Zone	Indifférente	Périphérie vascularisée (zone rouge-rouge ou rouge-blanche)	Bord libre, zone blanche
Âge et activité	Surtout après 45-50 ans	Surtout avant 40-45 ans, patient actif ; sans limite d'âge si le ménisque est sain	Tout âge, lorsque la suture n'est pas possible
État du genou	Arthrose débutante ou avérée	Cartilage sain ; LCA intact ou reconstruit dans le même temps	Cartilage conservé ; prudence si arthrose

	TRAITEMENT NON OPÉRATOIRE	SUTURE MÉNISCALE	MÉNISCECTOMIE PARTIELLE
Délai depuis l'accident	—	Idéalement moins de 3 mois (meilleure cicatrisation)	Indifférent
Récupération	6 à 12 semaines de traitement médical et kinésithérapie	Longue : protection 6 semaines, sport de pivot 4 à 6 mois	Rapide : marche immédiate, sport 6 à 8 semaines
Bénéfice à long terme	Évite une chirurgie inutile	Ménisque conservé, cartilage protégé	Soulagement rapide ; risque d'arthrose proportionnel à la quantité retirée

Le traitement non opératoire

Pour les lésions dégénératives, c'est le traitement de première intention : les études comparatives montrent qu'à un an, la kinésithérapie donne des résultats équivalents à l'arthroscopie chez la majorité des patients. Il associe une période de repos relatif (pas d'accroupissement, pas de torsion), des antalgiques ou anti-inflammatoires en cure courte, parfois une infiltration de corticoïdes en cas d'épanchement, et surtout une **kinésithérapie** de renforcement du quadriceps et des ischio-jambiers pendant 6 à 12 semaines. Une petite lésion traumatique stable, sans blocage, peut également cicatriser ou devenir asymptomatique sans chirurgie.

Pas de « nettoyage » de l'arthrose

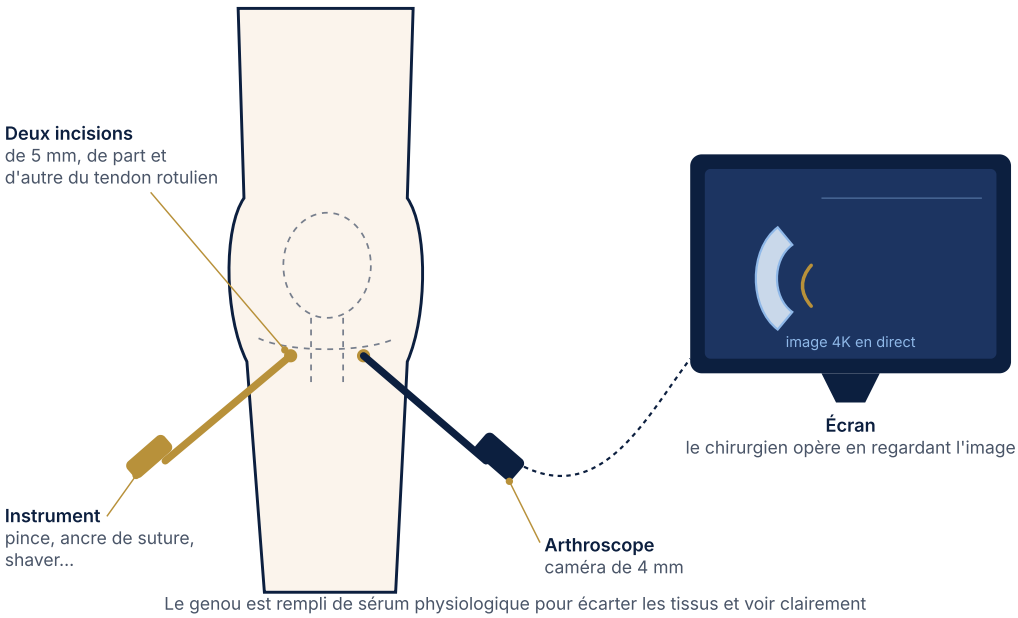
L'arthroscopie n'a aucun effet durable sur l'arthrose elle-même. Dans un genou arthrosique, elle n'est proposée qu'en cas de blocage vrai ou de symptômes mécaniques persistants liés à un fragment méniscal instable, après échec du traitement médical.

Quand l'opération s'impose

- **Blocage du genou** par une anse de seau luxée : l'arthroscopie doit être réalisée rapidement, dans les jours ou semaines qui suivent, pour remettre le fragment en place et le suturer avant qu'il ne se déforme.
- **Lésion de la racine** du ménisque : l'attache arrachée équivaut à une absence de ménisque et expose à une arthrose rapide ; sa réinsertion est une urgence relative.
- **Lésion traumatique** chez le patient jeune ou sportif, symptomatique, en particulier si elle accompagne une rupture du LCA : la réparation est réalisée dans le même temps que la reconstruction ligamentaire.
- **Échec du traitement médical** bien conduit pendant 2 à 3 mois, avec symptômes mécaniques (accrochages, blocages, épanchements récidivants).

Comment se déroule l'intervention ?

Toute la chirurgie du ménisque se fait sous **arthroscopie** : une caméra de 4 mm et des instruments fins sont introduits dans le genou par deux incisions de 5 mm. Le genou n'est jamais ouvert. Le geste exact — suture ou résection — est décidé pendant l'intervention, après avoir examiné la lésion à la caméra et testé sa stabilité au crochet.



L'arthroscopie. La caméra entre par une incision, l'instrument par l'autre ; le genou est gonflé de sérum physiologique et le chirurgien opère en regardant l'écran. L'ensemble de l'articulation est inspecté : cartilage, ligaments, les deux ménisques.

La suture méniscale

Les berges de la déchirure sont d'abord **avivées** (râpées) pour stimuler la cicatrisation, puis rapprochées et maintenues par des points de suture. Plusieurs techniques existent, choisies selon la localisation de la lésion :

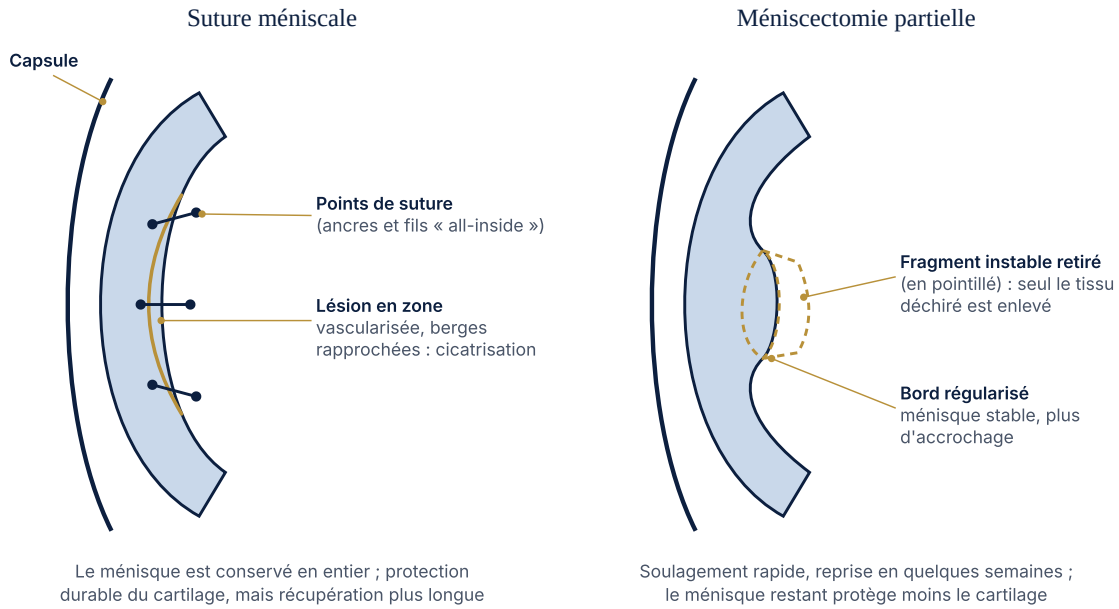
- **« All-inside »** : des implants (petites ancres reliées par un fil) sont placés entièrement de l'intérieur du genou, par les deux incisions habituelles. C'est la technique la plus utilisée, surtout pour la corne postérieure.
- **« Inside-out » et « outside-in »** : les fils sont passés de l'intérieur vers l'extérieur de l'articulation (ou l'inverse) et noués sur la capsule par une petite incision complémentaire. Elles sont utiles pour les lésions longues ou les cornes antérieure et moyenne.
- **Réinsertion de la racine** : la corne arrachée est refixée au tibia par des fils passés dans un tunnel osseux.

Dans certains cas, la cicatrisation est stimulée par une perforation de l'échancrure ou l'apport de caillot sanguin, et lorsqu'une rupture du LCA est associée, sa reconstruction dans le même temps crée un environnement favorable à la cicatrisation méniscale.

La méniscectomie partielle

Lorsque la lésion ne peut pas cicatriser (zone blanche, tissu dégénéré, languette, lésion complexe), le fragment instable est retiré à la pince et au shaver, puis le bord du ménisque est **régularisé** pour qu'il ne reste

aucune portion qui accroche. La résection est toujours la plus **économique** possible : on retire ce qui est déchiré, jamais tout le ménisque. Une méniscectomie totale est devenue exceptionnelle.



Suture et méniscectomie partielle. À gauche, une lésion périphérique suturée par des points « all-inside ». À droite, le fragment instable du bord libre est retiré et le ménisque restant régularisé.

Le déroulement en pratique

Anesthésie

Rachianesthésie (anesthésie du bas du corps) ou anesthésie générale, selon vos préférences et l'avis de l'anesthésiste. Une anesthésie locale complémentaire dans le genou limite la douleur des premières heures.

Durée

20 à 30 minutes pour une méniscectomie partielle, 30 à 45 minutes pour une suture ; comptez 2 à 3 heures entre le départ de votre chambre et le retour.

Hospitalisation

En ambulatoire : vous entrez le matin et rentrez chez vous le jour même, accompagné. Une nuit à l'hôpital est possible si votre situation le justifie.

Cicatrices

Deux incisions de 5 mm de part et d'autre du tendon rotulien, fermées par un point chacune, retirés vers le 15^{e} jour. Pas de drain. Un pansement étanche permet la douche.

PRÉPARATION

Avant l'opération

L'arthroscopie est une intervention légère, mais elle reste une opération et se prépare :

- **La consultation d'anesthésie**, obligatoire : l'anesthésiste décide, selon vos antécédents et votre état de santé, des examens éventuellement nécessaires. Apportez la liste complète de vos médicaments.
- **Les infections en cours** (urinaire, cutanée, dentaire) doivent être traitées avant l'opération. Une plaie ou un bouton sur le genou peut faire reporter l'intervention.
- **L'arrêt du tabac** : le tabac diminue la cicatrisation, ce qui compte tout particulièrement pour une suture méniscale.
- **Les médicaments** : anticoagulants et antiagrégants sont adaptés selon les consignes de l'anesthésiste.
- **L'organisation du retour** : vous ne pourrez pas conduire ; prévoyez quelqu'un pour vous ramener et, si une suture est envisagée, une attelle et des béquilles à la maison.
- **La veille et le jour J** : douche à la solution antiseptique, jeûne selon les consignes (généralement 6 h pour les solides, 2 h pour les liquides clairs), bijoux et vernis retirés.

RÉCUPÉRATION

Les suites opératoires

Les suites dépendent entièrement du geste réalisé. Après une méniscectomie partielle, le genou peut être utilisé presque normalement très vite. Après une suture, le ménisque réparé doit être protégé le temps de cicatriser : c'est plus long, mais c'est ce qui permet de conserver le ménisque pour la vie.

Le retour à domicile

Vous rentrez le jour même, avec des antalgiques, des consignes de glaçage (15 à 20 minutes plusieurs fois par jour, jambe surélevée) et un rendez-vous de pansement. Un **traitement anticoagulant préventif** par injection quotidienne est prescrit pendant 10 à 15 jours lorsque l'appui est limité ou qu'une attelle est portée, ou en cas de facteur de risque de phlébite. La douleur est habituellement modérée et bien contrôlée par des antalgiques simples.

Après méniscectomie partielle

Jour 0 — Appui complet immédiat

Marche avec deux béquilles pour le confort, pendant 2 à 5 jours. Glace, jambe surélevée.

Semaine 1 — Autonomie

Marche sans béquilles, conduite, reprise d'un travail sédentaire. Vélo d'appartement dès que le genou le permet.

Après suture méniscale

Semaines 0 – 6 — Protection de la réparation

Attelle articulée limitant la flexion à 90°, appui partiel avec deux béquilles. Pas d'accroupissement, pas de torsion. Kinésithérapie dès la première semaine : mobilité dans les limites autorisées, réveil du quadriceps.

Semaines 2 – 4
Kinésithérapie
Quelques séances : mobilité, dégonflement, renforcement du quadriceps. Retrait des fils vers le 15e jour, consultation de contrôle.

Semaines 4 – 6
Reprise de la course
En ligne droite, sur terrain souple. Travail physique vers 3 à 6 semaines.

Semaines 6 – 8
Sports de pivot
Football, tennis, ski… lorsque le genou est sec, indolore et que la force est récupérée.

Semaines 2 – 3
Première consultation
Retrait des fils, vérification de la mobilité et de l'épanchement. Travail sédentaire possible.

Semaines 6 – 12
Sevrage progressif
Fin de l'attelle et des béquilles, flexion libre, conduite. Vélo, natation (crawl). Renforcement musculaire. Consultation à 6 semaines.

3 – 4 mois
Reprise de la course
En ligne droite, puis travail de proprioception. Accroupissement complet autorisé. Travail physique. Consultation à 3 mois.

4 – 6 mois
Sports de pivot
Retour progressif aux sports avec changements de direction, lorsque la force et le contrôle du genou sont symétriques.

En pratique

ACTIVITÉ	APRÈS MÉNISCECTOMIE PARTIELLE	APRÈS SUTURE MÉNISCALE
Appui	Complet, immédiat	Partiel sous couvert de béquilles pendant 4 à 6 semaines
Attelle	Aucune	Articulée, flexion limitée à 90°, 4 à 6 semaines
Béquilles	2 à 5 jours	4 à 6 semaines
Douche	Dès le lendemain, pansement étanche	Dès le lendemain, pansement étanche
Conduite	Environ 1 semaine	6 semaines (fin de l'attelle)
Travail sédentaire	3 à 7 jours	2 à 3 semaines
Travail physique	3 à 6 semaines	3 mois

ACTIVITÉ	APRÈS MÉNISCECTOMIE PARTIELLE	APRÈS SUTURE MÉNISCALE
Accroupissement, position à genoux	Dès que le genou le permet	Pas avant 3 à 4 mois
Vélo, natation	2 semaines	6 à 8 semaines
Course à pied	4 à 6 semaines	3 à 4 mois
Sports de pivot et de contact	6 à 8 semaines	4 à 6 mois

La rééducation

Après une méniscectomie, la kinésithérapie est brève : quelques séances pour faire dégonfler le genou, retrouver l'extension complète et réveiller le quadriceps, qui s'inhibe très vite après toute intervention sur le genou. Après une suture, elle est plus longue et plus encadrée : elle respecte d'abord les limites de flexion et d'appui, puis progresse vers le renforcement, la proprioception et enfin la réathlétisation. Dans les deux cas, un genou qui reste un peu chaud ou gonflé le soir pendant quelques semaines est normal.

Quand contacter le service ou votre médecin ?

- Fièvre supérieure à 38,5 °C, frissons.
- Genou très gonflé, tendu, chaud et de plus en plus douloureux.
- Cicatrice rouge, qui suinte ou s'écarte.
- Douleur du mollet, gonflement de la jambe ou du pied.
- Essoufflement soudain, douleur thoracique : **appelez le 112**.
- Après une suture : blocage ou nouveau claquement douloureux du genou.

— RISQUES

Les complications éventuelles

L'arthroscopie du ménisque est l'une des interventions les plus sûres de l'orthopédie. Les complications sont rares et le plus souvent bénignes. Les fréquences ci-dessous sont des ordres de grandeur issus de la littérature ; votre risque personnel dépend de votre état de santé et vous sera précisé en consultation.

Infection

Infection superficielle d'une incision, ou plus rarement de l'articulation (arthrite septique), qui nécessite un lavage sous arthroscopie et des antibiotiques. Prévention : antibiotique avant l'incision, préparation cutanée, report en cas de plaie ou d'infection en cours.

< 0,5 %
INFECTION ARTICULAIRE

Phlébite et embolie pulmonaire

Caillot dans une veine de la jambe, pouvant migrer vers les poumons. Le risque est faible après une arthroscopie, mais augmente avec l'immobilisation, l'appui limité, le tabac, la pilule et les antécédents. Une douleur du mollet ou un essoufflement brutal doivent faire consulter sans délai.

< 1 %
PHLÉBITE SYMPTOMATIQUE

Hémarthrose

Saignement dans l'articulation qui gonfle et raidit le genou dans les premiers jours. Il se résorbe habituellement avec le repos et la glace ; une ponction est rarement nécessaire.

1 à 2 %
DES PATIENTS

Raideur

Perte de quelques degrés d'extension ou de flexion, surtout après une suture ou en cas de rééducation insuffisante. Elle se corrige le plus souvent avec la kinésithérapie ; une mobilisation sous anesthésie est exceptionnelle.

1 à 3 %
DES PATIENTS

Lésion nerveuse ou cutanée

Une zone d'insensibilité autour des incisions (petites branches du nerf saphène) est possible et généralement transitoire. Les atteintes des gros nerfs ou des vaisseaux sont exceptionnelles.

< 1 %
DES PATIENTS

Lésion du cartilage, bris d'instrument

Une éraflure du cartilage par les instruments ou la rupture d'une pièce d'instrument (récupérée pendant l'intervention) sont rares et sans conséquence durable dans la grande majorité des cas.

< 1 %
DES PATIENTS

Échec de cicatrisation de la suture

Propre à la suture : la lésion ne cicatrise pas et redevient symptomatique, parfois des mois plus tard. Une nouvelle arthroscopie est alors nécessaire pour retirer le fragment (méniscectomie secondaire). Le risque est plus élevé pour les lésions anciennes, étendues, dégénérées ou chez le fumeur, et plus faible lorsque le LCA est reconstruit dans le même temps.

10 à 20 %
DES SUTURES

Douleurs persistantes, algodystrophie

Une gêne résiduelle est possible, surtout lorsque le cartilage était déjà abîmé. L'algodystrophie (syndrome douloureux régional complexe), réaction inflammatoire imprévisible avec douleur, gonflement et raideur, est rare et guérit en plusieurs mois.

1 à 2 %
ALGODYSTROPHIE

Arthrose à long terme

Propre à la méniscectomie : la perte de tissu méniscal augmente les contraintes sur le cartilage. Le risque d'arthrose est d'autant plus élevé que la résection est étendue, que le ménisque externe est concerné, que le cartilage était déjà fragilisé ou que l'axe de la jambe est déformé. Une résection partielle limitée a un impact modéré. C'est le principal argument pour suturer chaque fois que c'est possible.

Variable
SELON L'ÉTENDUE RETIRÉE

Risques liés à l'anesthésie

Ils sont faibles pour cette intervention courte et vous seront détaillés par l'anesthésiste lors de la consultation préopératoire.

— CE QUE VOUS POUVEZ ATTENDRE

Les résultats

85-90 %

de bons résultats après méniscectomie

Disparition rapide des blocages et des accrochages, genou fonctionnel en quelques semaines.

80-90 %

de cicatrisation après suture

Dans les bonnes indications, avec un ménisque conservé qui continue à protéger le cartilage.

2 × 5 mm

de cicatrices

Une chirurgie mini-invasive, le plus souvent en ambulatoire.

Après une **méniscectomie partielle**, le soulagement est rapide : les symptômes mécaniques disparaissent dès que le fragment instable est retiré, et la plupart des patients reprennent leurs activités, y compris sportives, en 6 à 8 semaines. Le résultat est moins prévisible lorsque le cartilage était déjà usé : la douleur liée à l'arthrose, elle, ne dépend pas du ménisque.

Après une **suture méniscale**, le bénéfice se juge à long terme : un ménisque cicatrisé protège le cartilage et réduit le risque d'arthrose, ce qui compte surtout chez le patient jeune. La contrepartie est une récupération plus longue et un risque d'échec de 10 à 20 % qui conduit alors à une méniscectomie secondaire — sans perte de chance par rapport à une résection d'emblée.

Le suivi

Une consultation est prévue vers la 2^{e}-3^{e} semaine, puis à 6 semaines et à 3 mois après une suture. Au-delà, un contrôle est utile en cas de nouveau symptôme. Entretenez votre genou par le renforcement musculaire, une activité régulière sans excès d'impacts et le contrôle du poids.

— QUESTIONS FRÉQUENTES

Vos questions sur le ménisque

J'ai 55 ans et mon IRM montre un ménisque déchiré : faut-il opérer ?

Le plus souvent non, en tout cas pas d'emblée. À cet âge, la lésion est généralement dégénérative et très fréquente chez des personnes qui n'ont aucun symptôme. Le traitement commence par la kinésithérapie et le traitement médical, qui soulagent la majorité des patients en 2 à 3 mois. L'arthroscopie est réservée aux blocages vrais et aux échecs du traitement médical avec symptômes mécaniques, et elle ne traite pas l'arthrose associée.

Pourquoi suturer plutôt qu'enlever le morceau abîmé ?

Parce que le ménisque est irremplaçable : chaque partie retirée augmente les contraintes sur le cartilage et le risque d'arthrose, surtout chez le sujet jeune. La suture conserve le ménisque entier. Elle demande une récupération plus longue et ne réussit que lorsque la lésion est dans une zone qui peut cicatriser, ce qui est vérifié pendant l'intervention.

Le ménisque repousse-t-il ?

Non. Le tissu méniscal retiré ne se régénère pas. C'est pourquoi la résection est toujours la plus économique possible, et la suture privilégiée chaque fois qu'elle est raisonnable. Les greffes de ménisque existent mais s'adressent à des situations très particulières (patient jeune, ménisque entièrement retiré, douleurs sans arthrose).

Une infiltration peut-elle remplacer l'opération ?

Pour une lésion dégénérative avec épanchement, une infiltration de corticoïdes peut calmer la poussée inflammatoire et faciliter la kinésithérapie ; elle fait partie du traitement non opératoire. Elle ne répare pas le ménisque et n'a pas sa place dans une lésion traumatique bloquante du sujet jeune.

Combien de temps dure la récupération ?

Après une méniscectomie partielle : marche immédiate, conduite et travail de bureau en une semaine, sport en 6 à 8 semaines. Après une suture : attelle et béquilles pendant 4 à 6 semaines, course vers 3 à 4 mois, sports de pivot vers 4 à 6 mois. Le geste réalisé est décidé pendant l'intervention ; vous saurez au réveil dans quel calendrier vous êtes.

Pourrai-je reprendre le sport au même niveau ?

Dans la grande majorité des cas, oui, y compris pour les sports de pivot, à condition de respecter les délais et de récupérer une force et un contrôle du genou symétriques. Après une méniscectomie étendue, une activité à fort impact très intensive peut accélérer l'usure du cartilage ; le vélo et la natation sont alors de bons compléments.

Mon genou gonfle encore après l'opération, est-ce normal ?

Un gonflement modéré en fin de journée pendant les premières semaines est habituel, surtout si vous êtes très actif. Glace, surélévation et réduction temporaire de l'activité suffisent. Un genou tendu, chaud, de plus en plus douloureux, ou accompagné de fièvre, doit en revanche faire consulter rapidement.

Une méniscectomie donne-t-elle de l'arthrose ?

Le risque augmente avec la quantité de ménisque retirée : une résection partielle limitée a un impact modéré, une méniscectomie étendue ou totale expose à une arthrose en 10 à 20 ans, surtout si l'axe de la jambe est déformé ou que le cartilage était déjà fragilisé. C'est pourquoi la résection est économique et la suture

privilégiée chez le patient jeune. Voir aussi les pages prothèse unicompartimentale et prothèse totale de genou.

Ces informations sont données à titre général pour vous aider à comprendre l'intervention. Elles ne remplacent pas la consultation, au cours de laquelle les indications, les alternatives, les bénéfices attendus et les risques sont discutés en fonction de votre situation personnelle. Les délais et fréquences cités sont des ordres de grandeur. Dernière mise à jour : novembre 2026.