

## LES PARAMENISCITES

Brahim Baba

Il est vrai que l'approche diagnostique et thérapeutique des lésions méniscales, s'est nettement modifiée ces dernières années. Il persiste néanmoins quelques rares cas où une discordance peut se voir entre la positivité de l'arthrographie et la négativité de l'arthroscopie.

Pour les patients dont la clinique méniscale est peu parlante, la Mésothérapie à visée antalgique et anti-inflammatoire locale peut être adoptée, mais aussi comme épreuve thérapeutique et diagnostique.

**Critères d'inclusion :** nous avons retenus les gonalgies de type mécanique dont le contexte clinique n'est pas bruyant et évoque une souffrance méniscale.

Nous avons écarté de ce travail les cas où le diagnostic de lésion méniscale est évident avec notion d'hydarthrose et/ou de blocage en flexion.

## 1 - Généralités

**MENISQUE INTERNE :**

La fréquence des lésions isolées du ménisque interne est dans une proportion de 7/10. L'âge moyen de survenu des lésions est de 36 ans (Smillie). L'homme est plus souvent intéressé que la femme.

**Les lésions méniscales traumatiques :**

Ce sont les lésions les plus fréquentes. Elles sont retrouvées dans toutes les descriptions classiques avec une clinique hautement caractéristique, des signes d'examen physiques caricaturaux.

L'étude du segment postérieur du ménisque interne est bien mis en évidence par l'arthrographie, alors qu'il peut être d'analyse difficile en arthroscopie. En cas de doute il est rassurant pour l'arthroscopie de se reposer sur les constatations de l'arthrographie.

Le tableau caricatural du blocage méniscal vrai, définitif avec flossum, vu immédiatement peut dispenser d'une arthrographie. Il faut cependant

connaître un certain nombre de pièges lorsque le patient est vu à distance ou lorsque l'interrogatoire est hâtif.

La proposition thérapeutique logique dans ce tableau est bien évidemment la méniscectomie par arthroscopie.

**Les lésions méniscales dégénératives :**

Elles méritent d'être individualisées et considérées comme une entité particulière anatomique, clinique et thérapeutique. L'âge est un des éléments à prendre en considération. Elles surviennent de façon régulière au delà de 50-55 ans. La notion de traumatisme initial est souvent facultative, mais un banal mouvement de torsion ou de flexion forcée est parfois retrouvé.

La symptomatologie est souvent faite de douleurs avec hydarthrose, peu de sensations de dérangement interne ; l'existence de douleurs nocturnes de type inflammatoire est assez caractéristique. L'examen physique est banal. L'arthrographie ou l'IRM mettent souvent en évidence des lésions complexes du segment postérieur avec fusée intra-méniscale du produit de contraste. L'aspect le plus habituel est celui d'une fissuration horizontale du segment postérieur. Le traitement proposé dans un premier temps est médical.

Ce type de lésion, encore décrit par les anglosaxons sous le terme de « maceraton of posterior horn » est douloureux par le syndrome inflammatoire qu'il déclenche au niveau de la synoviale. Ce syndrome inflammatoire est résolutif dans le temps (3 à 6 mois) et sensible aux thérapeutiques anti-inflammatoires. Enfin l'épreuve du temps permet de faire le tri naturel entre les patients qui ne sont pas améliorés et qui relèvent ainsi d'une méniscectomie, et les patients qui s'améliorent et guérissent définitivement et spontanément de leur lésion méniscale.

Cette attitude attentiste paraît raisonnable ; en effet l'évolution spontanée peut se faire vers la guérison. La méniscectomie arthroscopique comme

tout geste articulaire, à partir d'un certain âge, a un potentiel de récupération plus lent et plus difficile qu'à 20 ou 30 ans.

Le dernier argument en faveur de cette attitude est un élément chirurgical. Ces lésions correspondent en règle générale à une maladie de l'ensemble du tissu méniscal. Lors de la méniscectomie, il est parfois difficile de faire la part entre le tissu méniscal sain à conserver et le tissu méniscal pathologique à supprimer. Une méniscectomie trop économique entraîne infailliblement une persistance des signes douloureux. Une méniscectomie trop large risque certainement à terme de favoriser la survenue d'une arthrose interne. Seulement 10 à 20 % de ces patients nécessiteront une méniscectomie.

**MENISQUE EXTERNE :**

Plus rares, ces lésions ont bénéficié en ce qui concerne le diagnostic de l'apport de l'arthroscopie.

L'arthrographie est beaucoup moins fiable que pour le ménisque interne (40 % environ d'erreur). L'IRM par contre est un examen certainement plus fiable et plus intéressant que pour le ménisque interne.

A l'inverse du ménisque interne il n'y a pas de zone « aveugle arthroscopique », et si une lésion existe, elle ne peut pas échapper au diagnostic arthroscopique.

L'existence du « ménisque malade » est une évidence, si l'on considère le début progressif non traumatique à l'âge de 35 ans environ. C'est ce « ménisque malade » qui donne à long terme des lésions cartilagineuses radiologiques et dans ce cas il est impossible au moment de l'intervention de parler de lésion méniscale isolée.

## 2 - Notre étude

Nous avons retenu, les cas de gonalgies de type mécanique, dont le contexte clinique n'est pas bruyant, évoquant une souffrance méniscale. Ont été écartés pour cette communication les cas, où le diagnostic de lésion méniscale est évident avec notion d'hydarthrose et/ou de blocage en flexion.

## 3 - Clinique

32 patients dont la tranche d'âge varie de 22 à 60 ans ont consulté pour gonalgie unilatérale, de type mécanique, évoquant un diagnostic en faveur d'une pathologie méniscale.

22 sportifs

10 dont l'âge varie de 48 à 60 ans,

L'examen clinique de ces patients met en évidence une souffrance méniscale non bruyante. Aucun cas d'hydarthrose, ni épisode de blocage en flexion.

L'arthrographie a été demandée aux 22 sportifs : 13 ont comme résultat identique « petite lésion méniscale »

11 d'entre eux vu leur arthroscopie revenir normale, c'est à dire qu'aucune lésion méniscale n'a été décelée. Des méniscectomies ont été pratiquées aux 2 autres cas.

Les 7 autres arthrographies sont revenues normales (pas de lésions méniscales).

Parmi les 22 sportifs, 17 d'entre eux souffrent de douleur du compartiment interne et les 5 autres souffrent du compartiment externe.

Il nous a paru important de séparer les lésions méniscales internes des lésions méniscales externes, plus rares et qui posent problèmes.

## 4 - Mésothérapie

Nous avons pratiqué des séances de Mésothérapie aux patients dont l'arthrographie et l'arthroscopie n'ont rien décelé.

**Mélange :**

Lidocaine (Xylocaïne 1%®)

Piroxicam (Feldène®)

Etamcylate (Dicynone®)

**Technique mixte :** IDP et IDS

**Rythme des séances :** J0 - J7 - J14 - J21

**Sites d'injection :** les points douloureux de l'interligne articulaire.

En ce qui concerne les 10 cas de douleurs méniscales de type dégénératif, nous n'adoptons pas la même attitude ; l'arthrographie n'est demandée qu'en cas d'échec du traitement médical.

Mélanges :

Lidocaïne (Xylocaïne 1%®)  
Ketoprofène (Profénid®)  
Calcitonine

## Ensuite :

Lidocaïne (Xylocaïne 1%®)  
Calcitonine  
Etamcylate (Dicynone®)

Technique mixte : IDP et IDS

Rythme : J0 – J7 – J14 – J30 – J45

**5 - Conclusion**

Les résultats sont satisfaisants chez le sportif. Il est vrai que l'important dans le cas des paraménisques est de confirmer d'abord le diagnostic, l'athlète étant souvent pressé pour la reprise de ses activités (pressions du club, de l'environnement, contrat, etc...). La Mésothérapie permet dans des délais moyens, d'apprécier les résultats dès les premières séances et d'adapter ainsi la meilleure attitude thérapeutique.

Les résultats sont plus rapides dans les paraménisques du compartiment interne.

Les douleurs méniscales de type dégénératif restent une bonne indication de la technique. Nos résultats sont très probants chez la quasi totalité de nos patients, 80% ont été traités par la mésothérapie seule. Pour les autres cas, la rééducation a été prescrite en complément.