

ARTHROSCOPIE

INTRODUCTION

C'est à partir de 1960 que l'arthroscopie est née avec les travaux du japonais WATANABE. Le matériel s'est amélioré avec la miniaturisation des outils, l'amélioration des optiques, l'usage de la lumière froide, et la possibilité d'utiliser des mini caméras fixées sur les optiques.

Cette technique permet à la fois de voir et de palper les éléments anatomiques pour faire un diagnostic, et traiter les lésions intra-articulaires par de minimes incisions cutanées.

Elle concerne donc plusieurs domaines de la pathologie des articulations: les rhumatismes inflammatoires et l'arthrose, les traumatismes sportifs, et tous les dérangements articulaires demandant un diagnostic ne pouvant être obtenu par une autre technique. C'est en effet l'examen le plus fiable et le plus précis.

Cette technique facilite la rapidité de reprise des activités physiques, diminue les risques de complications (hématome, infection...) et réduit la durée d'hospitalisation.

Les chirurgiens orthopédistes spécialement intéressés par ces techniques se sont regroupés en association nationale (SFA) et internationale (ISAKOS).



TECHNIQUE et MATERIEL

L'arthroscope (constitué d'un tube de 2 à 6 mm de diamètre) est introduit dans l'articulation par un point de ponction. Il contient des fibres optiques permettant l'illumination de l'articulation et la retransmission de l'image sur un écran de télévision grâce à une caméra miniaturisée.

Des instruments à main (pinces, curettes...) et des instruments motorisés (fraises, shaver...) sont introduits par une deuxième et/ou une troisième petite incision.



pince



râpe



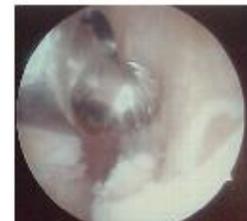
suture



palpeur



pince coupante



fraise motorisée

INDICATIONS

La miniaturisation des instruments rend possible l'arthroscopie chez le jeune enfant dès l'âge de 5 ans environ.

Pratiquement toutes les articulations peuvent être explorées par arthroscopie: c'est principalement le genou qui est le plus souvent exploré. Viennent ensuite l'épaule, la cheville et la hanche.

On peut ainsi réaliser une ablation de corps étranger, un fragment de ménisque, suturer un tendon, traiter du cartilage abîmé, abraser une excroissance osseuse, enlever des adhérences ou de la synoviale inflammatoire, drainer et nettoyer une infection, refaire des ligaments, greffer du cartilage, raiter certaines fractures, etc.

DÉROULEMENT de la PRISE en CHARGE de L'OPÉRÉ

AVANT L'INTERVENTION un bilan complet pré-anesthésique est indispensable.

Il est très important de dépister et traiter toute maladie pouvant entraîner des complications lors de l'anesthésie ou lors de l'acte chirurgical et de faire le point sur les **facteurs de risque** susceptibles de favoriser des complications post-opératoires. Nous vous remettons donc des ordonnances pour effectuer un bilan médical avant l'intervention.

Le jour de l'hospitalisation, le personnel procédera au rasage du membre, une préparation de la peau du membre opéré après une douche antiseptique.

L'OPÉRATION

L'acte chirurgical est actuellement un acte bien codifié. Sa durée est fonction des traitements à effectuer. Il dure entre 15 mn et 1H30 selon l'intervention pratiquée.

La réparation des formations extra-articulaires périphériques (ligaments - tendons - os) pourra nécessiter des abord chirurgicaux complémentaires. Ceci vous sera expliqué par le chirurgien.

L'HOSPITALISATION

Elle dure 1 jour pour les arthroscopies simples et quelques jours en cas de réparations plus complexes (ligaments - fractures osseuses).

La rééducation débutera aussitôt.

Le premier lever se fait le lendemain de l'opération.

SUITES POST-OPÉRATOIRES

Après l'arthroscopie, vous serez surveillé en salle de réveil d'anesthésie, puis reconduit dans votre chambre. Votre jambe sera surélevée, et votre articulation recouverte d'une vessie de glace pour diminuer l'inflammation et la douleur ; des calmants vous seront administrés en cas de besoin.

Dès que possible, vous pourrez mobiliser votre membre pour faciliter la circulation sanguine et contracter vos muscles immédiatement.

Si vous pouvez sortir du service le soir ou le lendemain de l'intervention vous verrez l'anesthésiste et le chirurgien avant de regagner votre domicile.

Le chirurgien vous délivrera les instructions et conseils nécessaires à la suite du traitement après vous avoir expliqué et éventuellement montré les photographies des dommages constatés et des réparations effectuées dans votre articulation.

Vous ne pourrez pas repartir en conduisant votre véhicule (moto, voiture), prévoyez le transport de retour à domicile par vos proches. Sinon, un billet de transport par taxi ambulance pourra vous être fourni.

Prévoyez des vêtements larges que vous pourrez enfiler par-dessus le pansement ou l'atelle.

Chez vous :

Continuer d'appliquer de la glace sur l'articulation.

Respecter les prescriptions médicamenteuses: Pour prévenir une phlébite, une anticoagulation par injection sous cutanée vous sera prescrite pour une durée de 8 jours avec des contrôles sanguins 2 fois par semaine à montrer à votre médecin.

Surélever votre membre opéré lorsque vous êtes au repos. Vous pouvez être aussi actif que la douleur le permet, et vous devez débiter la rééducation prévue par le chirurgien dans les délais prévus. Un programme de rééducation est généralement conseillé et donné avec l'ordonnance pour le kinésithérapeute.

Le pansement ne sera changé que le 3ème jour puis le 8ème jour. Eviter de le mouiller lors de votre toilette. Les points de suture seront enlevés le 8° jour.

COMPLICATIONS ET RISQUES

Même s'ils sont extrêmement rares, il existe des risques potentiels et des complications. Les principaux sont cités ci-dessous. Cette liste n'est pas exhaustive.

L' infection : c'est un risque présent pour toute chirurgie malgré toutes les précautions prises. Ce risque est extrêmement faible en raison du lavage intra-articulaire permanent (1 / 2500). En cas d'infection votre genou devient alors chaud, rouge, douloureux, et impossible à mobiliser . Vous devrez être réhospitalisé et réopéré.

Une infection locale sur un fil de fermeture d'une voie d'abord peut se voir ; des soins locaux sont suffisants.

Le kyste synovial: il peut survenir sur le trajet des points de ponction, et cède habituellement spontanément en 2 à 3 mois; il sera sans conséquence, mais peut rester douloureux pendant cette période; une infiltration ou une exérèse chirurgicale peut être nécessaire s'il ne guérit pas.

Epanchement post-opératoire: Il s'agit plus d'un inconvénient que d'une vraie complication; il disparaît en général spontanément en 2 à 4 semaines. Il peut nécessiter une ponction en cas d'épanchement très volumineux. Un traitement anti-inflammatoire physique (glace) et médicamenteux suffit à le faire disparaître.

Ils sont plus fréquents si l'articulation souffre de longue date, en cas d'arthrose, de rhumatisme articulaire, ou après ménissectomie externe du genou.

Les lésions vasculaires: Les lésions veineuses sous cutanées sont possibles lors de la ponction antéro-interne du fait de la présence de veines. On peut l'éviter en visualisant les vaisseaux par transillumination. Elle peut laisser un petit hématome ou une ecchymose quelques jours qui se résorbe seul.

Il a été décrit des lésions rarissimes de l'artère poplitée, dont les conséquences sont catastrophiques .

Les lésions nerveuses : elles se manifestent par une modification de la sensibilité cutanée au niveau du genou ou du membre inférieur opéré; elles peuvent se voir en cas de compression par un garrot laissé de façon prolongée . Elle sont réversibles dans des délais variables.

Des zones d'hyposensibilité ou d'anesthésie cutanée superficielle peuvent aussi se voir ; elles sont la conséquence de la section inévitable de petits rameaux nerveux sensitifs cheminant dans la peau au niveau des incisions. La récupération est longue et parfois incomplète.

Phlébite du membre : là encore, le risque est très rare car il n'y a pas d'immobilisation post-opératoire. Dans certains cas, un traitement préventif par anticoagulants sera cependant prescrit. Elle se manifeste par une douleur du mollet , un gonflement de la jambe. Un traitement médical anticoagulant est nécessaire rapidement.

L'algodystrophie : elle est rare (1 à 3%) . Elle est impossible à prévenir ou à prévoir (sauf en cas d'épisode antérieur) son traitement médical est long et parfois difficile. Elle peut laisser des séquelles plusieurs mois. Son traitement est médical et se fait dans un centre anti-douleur.

Elle se manifeste par une rougeur, des douleurs, un gonflement, des troubles cutanés, mais peut aussi se généraliser à tout le membre inférieur.

En cas de survenue de symptômes pouvant correspondre à une de ces complications , ou en cas d'évolution qui vous paraît anormale, consultez votre médecin généraliste , ou appelez le secrétariat de votre chirurgien.