

Énoncé de position sur l'arthroscopie du genou

de l'Arthroscopy Association of Canada (AAC)
Septembre 2017



Auteurs :

Ivan Wong, MD, MACM, FRCSC, diplôme de MSE
Laurie Hiemstra, MD, Ph.D., FRCSC
Olufemi R. Ayeni, MD, M.Sc., Ph.D., FRCSC, diplôme de MSE
Alan Getgood, MD, FRCS (tr. et orth.), diplôme de MSE
Cole Beavis, MD, FRCSC, diplôme de MSE
Monika Volesky, MDCM, FRCSC, diplôme de MSE
Ross Outerbridge, MD, FRCSC, diplôme de MSE
Brendan Sheehan, MD, FRCSC, diplôme de MSE
Robert McCormack, MD, FRCSC, diplôme de MSE
Robert Litchfield, MD, FRCSC, diplôme de MSE
Daniel Whelan, MD, M.Sc., FRCSC, diplôme de MSE
Nicholas Mohtadi, MD, M.Sc., FRCSC, diplôme de MSE
Catherine Coady, MD, FRCSC
Peter B. MacDonald, MD, FRCSC, diplôme de MSE

Approuvé par le conseil d'administration de
l'Association Canadienne d'Orthopédie (ACO)
Janvier 2018



Introduction

Le présent énoncé de position a été rédigé en réaction à l'attention croissante portée par les médias et les autorités sanitaires au rôle de l'arthroscopie du genou avec et sans preuve radiographique d'arthrose. Tout en reconnaissant l'écart entre la preuve scientifique et la pratique clinique, et en tenant compte des données probantes ainsi que des connaissances cliniques d'orthopédistes chevronnés, le présent énoncé donne un aperçu des lignes directrices fondées sur les pratiques exemplaires actuelles. Il a pour objet d'encadrer le recours à l'arthroscopie tout en permettant à l'orthopédiste et au patient de prendre leur propre décision après avoir considéré tous les risques et avantages d'une procédure donnée.

La position de l'Arthroscopy Association of Canada (AAC) est pour ainsi dire identique à celle de l'Australian Knee Society^[1], et conforme aux énoncés de position publiés en Europe^[2], par la Haute Autorité de Santé^[3] française et par la société allemande d'orthopédie et de traumatologie (DGOU)^[4].

Énoncé de position

Le débridement arthroscopique du genou, avec ou sans lavage, n'a pas d'effet bénéfique démontré sur l'évolution naturelle de l'arthrose, et n'est pas indiqué comme traitement primaire de l'arthrose du genou. Cela n'empêche toutefois pas l'utilisation judicieuse de l'arthroscopie dans le traitement d'une pathologie symptomatique en présence d'arthrose ou d'une dégénérescence.

En voici quelques exemples :

- Arthrite septique connue ou soupçonnée
- Lésion méniscale symptomatique, après un traitement non chirurgical approprié
- Souris articulaires symptomatiques
- Blocage du genou
- Lésion méniscale nécessitant une réparation
- Arthropathie inflammatoire nécessitant une synovectomie
- Pathologie synoviale nécessitant une biopsie ou une résection
- Pathologie chondrale instable avec symptômes mécaniques
- En complément d'autres procédures chirurgicales appropriées pour l'arthrose, comme l'ostéotomie tibiale haute et la correction fémoro-patellaire
- Arthroscopie diagnostique, si un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'est pas concluant ou s'il est impossible de mener un examen d'IRM, en présence de symptômes autres que ceux de l'arthrose

Sommaire de l'examen de la littérature

Le présent énoncé de position est fondé sur un examen systématique de la littérature mené récemment par l'Australian Knee Society^[1] ainsi que sur celui publié récemment dans le *Journal of ISAKOS*^[5]. Cet examen englobe dix essais cliniques aléatoires sur l'arthroscopie du genou, soit quatre auprès de patients ayant une lésion du ménisque interne sans preuve d'arthrose et six auprès de patients atteints d'arthrose. L'une des études incluses dans l'examen a été menée au Canada^[6]; il s'agit peut-être de l'étude la plus pertinente relativement au présent énoncé et aux particularités du système de santé canadien. Les participants à cette étude étaient atteints d'arthrite modérée à grave selon les radiographies, et l'étude comprenait pour les deux groupes un plan de traitement non chirurgical global et optimisé. Après deux ans, l'arthroscopie n'a apporté aucun avantage sur le plan de la qualité de vie liée à la santé des patients traités dans les limites du système de santé canadien.

Selon les données probantes tirées de ces études, on peut tirer les conclusions suivantes :

1. Chez les patients atteints d'arthrose modérée à grave au genou qui ne présentaient pas de souris articulaires ni de blocage du genou, le débridement arthroscopique n'a pas amélioré les résultats à moyen et long termes comparativement à l'intervention de contrôle.^[6, 7]
2. La majorité des patients ayant une lésion dégénérative du ménisque interne et atteints d'arthrose légère ou sans arthrose ont répondu à une intervention non chirurgicale et ne sont pas susceptibles d'avoir besoin d'une méniscectomie interne par arthroscopie.^[8-12]
3. Un sous-groupe de patients (jusqu'à 30 %) ayant une pathologie dégénérative du genou, chez qui il n'y a pas eu soulagement adéquat des symptômes après une période initiale de traitement non chirurgical, pourraient avoir besoin d'une intervention chirurgicale, sans égard à l'âge.^[11]
4. Après une arthroscopie du genou, les symptômes des patients qui n'avaient pas répondu au traitement non chirurgical se sont améliorés.^[11, 12]
5. Chez les patients ayant une lésion du ménisque interne, le rôle des symptômes mécaniques dans la décision de recourir à l'arthroscopie n'est pas clair.^[8]
6. Le rôle de l'arthroscopie dans le traitement des lésions du ménisque externe n'était pas à l'étude.
7. Bien que l'on recommande la conservation des ménisques interne et externe grâce à la réparation du corps et de la racine, elle n'a pas fait l'objet d'un essai clinique aléatoire.
8. Aucune étude ne portait sur le rôle de l'arthroscopie diagnostique lorsqu'un examen d'IRM n'est pas concluant ou qu'il est impossible d'en mener un. La valeur de l'IRM dans l'investigation de symptômes non traumatiques et non liés à un blocage du genou et en présence d'arthrose reste incertaine.

La décision de recourir à une arthroscopie du genou en présence d'arthrose ou d'une dégénérescence doit être prise par l'orthopédiste traitant seulement :

après un examen minutieux de la situation clinique, plus particulièrement l'évaluation du rôle relatif de l'arthrose et de la pathologie pouvant être traitée par arthroscopie par rapport aux symptômes du patient

et

en fonction des données probantes pertinentes mentionnées dans le présent énoncé et publiées ultérieurement

et

après un traitement non chirurgical global approprié de six à neuf mois

et

après une discussion sérieuse avec le patient sur les avantages et risques relatifs de la procédure comparativement à la poursuite du traitement non chirurgical

Définition de « lésion méniscale dégénérative »

Les lésions méniscales dégénératives se développent généralement lentement et sont dues à l'usure ou à l'attrition. Ces lésions sont souvent non traumatiques, bien que des patients puissent avoir déjà subi un traumatisme mineur ayant entraîné l'apparition de douleurs au genou.^[5] Un changement dégénératif survient habituellement dans le corps et la corne postérieure, le clivage est complexe, oblique ou horizontal, et il touche le plus souvent le ménisque interne.^[13] Sur l'IRM, le signal intraméniscal est linéaire et atteint la surface inférieure, supérieure ou du bord libre du ménisque sur deux coupes successives, dans un clivage horizontal ou complexe.^[14] Sur le plan arthroscopique, les lésions dégénératives ont des clivages complexes, souvent avec un clivage horizontal.^[5]

Les lésions méniscales dégénératives sont fréquentes dans la population en général et sont souvent découvertes accidentellement lors d'un examen d'IRM du genou. Ces lésions sont considérées comme un marqueur d'un changement dégénératif précoce du genou et sont probablement un signe précoce d'arthrose.^[2] Une radiographie montrant un pincement de l'interligne articulaire implique également une forte probabilité de lésion méniscale dans l'amincissement. La prévalence d'une lésion méniscale est d'environ 25 % chez les patients âgés de 50 à 59 ans, 35 % chez ceux âgés de 60 à 69 ans et 45 % chez ceux âgés de 70 à 79 ans. Chez les patients atteints d'arthrose du genou, la prévalence est de 75 à 95 %.^[2]

Traitement non chirurgical global de l'arthrose

Le traitement non chirurgical de l'arthrose demande une approche multidisciplinaire globale visant à réduire les symptômes au genou. Les traitements suivants, entre autres, doivent être envisagés et appliqués pendant au moins six à neuf mois avant de considérer le recours à l'arthroscopie :

- Sensibilisation
- Modification des activités
- Physiothérapie (force, équilibre et stabilisation du tronc)
- Perte de poids
- Produits nutraceutiques
- Médication orale (anti-inflammatoires non stéroïdiens et acétaminophène)
- Injections (cortisone, acide hyaluronique et plasma riche en plaquettes)

L'AAC reconnaît que les données probantes sur ces traitements et leurs modalités évoluent. La portée du présent énoncé de position ne comprend cependant pas un examen minutieux de la littérature. Comme les données probantes appuient le recours à un traitement non chirurgical global en cas d'arthrose du genou, l'AAC croit que les autorités sanitaires devraient soutenir le recours à ce traitement non chirurgical pour les patients atteints d'arthrose.



Le rôle des radiographies et de l'IRM dans l'investigation des douleurs non traumatiques au genou

Une radiographie standard doit être le premier examen d'imagerie pour l'investigation de douleurs non traumatiques au genou chez un patient d'âge moyen ou plus âgé. Les radiographies doivent comprendre des incidences postéro-antérieures en appui à 30° de flexion^[15], et des incidences axiales fémoro-patellaires et de profil.

Un examen d'IRM peut être un complément utile aux radiographies standard, mais est rarement nécessaire pour établir le diagnostic ou le plan de traitement si des changements dégénératifs ont déjà été révélés par les radiographies standard.^[16] L'IRM doit être utilisée judicieusement, en plus de radiographies standard, pour déceler des pathologies supplémentaires pouvant expliquer les symptômes du patient et orienter le traitement.^[17] L'IRM est un outil de détection de pathologies méniscales à la fois sensible et précis^[18], mais associé à un fort taux de découvertes accidentelles chez les patients d'âge moyen^[19]. Le médecin traitant doit par conséquent interpréter les résultats d'IRM avec prudence dans l'élaboration du plan de traitement. **Un examen d'IRM n'est pas un critère justifiant l'aiguillage vers un orthopédiste ou un autre spécialiste.**

Nécessité de poursuivre la recherche

Le Canada est un chef de file en arthroscopie et dans la tenue et l'application d'études cliniques rigoureuses. À l'heure actuelle, les indications de l'arthroscopie du genou doivent être clairement définies au moyen d'études de grande qualité aux méthodes fiables. Les bases ont été jetées grâce à des études qui ont démontré que l'arthroscopie du genou n'est pas indiquée comme traitement primaire chez les patients atteints d'arthrose ou ayant une lésion méniscale dégénérative.^[6, 7, 11] Par contre, il importe de ne pas faire de grandes généralisations à partir des résultats de ces études, car ils s'appliquent à un groupe hétérogène. Le traitement de chaque patient doit être établi judicieusement selon les caractéristiques uniques du tableau clinique. Les études examinant les résultats du traitement de l'arthrose, y compris par arthroscopie, étaient essentielles au resserrement des questions investiguées et à l'amélioration de la compréhension des résultats à tous les stades de dégénérescence du genou. Le taux élevé de changement de traitement dans les études comparant un traitement non chirurgical à l'arthroscopie du genou montre qu'un nombre significatif de patients ne répondent pas au traitement non chirurgical. Il faut donc établir la durée des symptômes et du traitement non chirurgical appropriée avant la considération de l'arthroscopie. Le prochain défi pour les professionnels de la santé traitant l'arthrose du genou consistera à déterminer les patients qui pourraient bénéficier de l'arthroscopie et ceux qui risquent de ne pas répondre au traitement non chirurgical. Il faut continuer d'investiguer d'autres traitements non chirurgicaux de l'arthrose. Enfin, les autorités sanitaires et les assureurs doivent financer de manière appropriée des stratégies de traitement globales.



L'AAC s'engage à continuer d'élaborer des lignes directrices sur l'arthroscopie du genou fondées sur des données probantes et convenant à la population canadienne.

Références

1. ADELANI, M.A., N.A. MALL, R.H. BROPHY, M.E. HALSTEAD, M.V. SMITH et R.W. WRIGHT. « The Use of MRI in Evaluating Knee Pain in Patients Aged 40 Years and Older », *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, vol. 24, n° 9 (2016), p. 653-659.
2. AUSTRALIAN KNEE SOCIETY. *Position statement from the Australian Knee Society on arthroscopic surgery of the knee, including reference to the presence of osteoarthritis or degenerative joint disease*, 2016. Internet (consulté le 11 janvier 2018) : https://www.aoa.org.au/docs/default-source/Advocacy/aoa-and-aks-statement-osteoarthritis-and-knee-arthroscopy-october-2017.pdf?sfvrsn=47b6c404_2
3. BEAUFILS, P., et R. BECKER. *ESSKA Meniscus Consensus Project: Degenerative meniscus lesions*, 2016. Internet (consulté le 11 janvier 2018) : <http://c.ymcdn.com/sites/www.esska.org/resource/resmgr/docs/2016-meniscus-consensus-proj.pdf?hhSearchTerms=22meniscus+and+project%22>
4. BECKER, R., M. BUCHNER, J. FÖRSTER *et al.* *S2k-Leitlinie Meniskuserkrankung - Methodenreport der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)*, 2015. Internet (consulté le 11 janvier 2018) : www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-006m_S2k_Meniskuserkrankungen_2015-07.pdf
5. DAVIES, A.P., D.A. CALDER, T. MARSHALL et M.M. GLASGOW. « Plain radiography in the degenerate knee. A case for change », *British Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 81, n° 4 (1999), p. 632-635.
6. de SMET, A.A., et M.J. TUIE. « Use of the “Two-Slice-Touch” Rule for the MRI Diagnosis of Meniscal Tears », *American Journal of Roentgenology*, vol. 187, n° 4 (2006), p. 911-914.
7. ENGLUND, M., A. GUERMAZI, D. GALE *et al.* « Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons », *New England Journal of Medicine*, vol. 359, n° 11 (2008), p. 1108-1115.
8. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. *Prise en charge thérapeutique des lésions méniscales et des lésions isolées du ligament croisé antérieur du genou chez l'adulte*, 2008. Internet (consulté le 15 février 2018) : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/lesions_meniscales_et_du_ligament_croise_anterieur_-_recommandations.pdf



9. HERRLIN, S.V., P.O. WANGE, G. LAPIDUS, M. HÅLLANDER, S. WERNER et L. WEIDENHIELM. « Is arthroscopic surgery beneficial in treating non-traumatic, degenerative medial meniscal tears? A five year follow-up », *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, vol. 21, n° 2 (2013), p. 358-364.
10. KATZ, J.N., R.H. BROPHY, C.E. CHAISSON *et al.* « Surgery versus physical therapy for a meniscal tear and osteoarthritis », *New England Journal of Medicine*, vol. 368, n° 18 (2013), p. 1675-1684.
11. KIRKLEY, A., T.B. BIRMINGHAM, R.B. LITCHFIELD *et al.* « A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee », *New England Journal of Medicine*, vol. 359, n° 11 (2008), p. 1097-1107.
12. MOSELEY, J.B., K. O'MALLEY, N.J. PETERSEN *et al.* « A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee », *New England Journal of Medicine*, vol. 347, n° 2 (2002), p. 81-88.
13. PETRON, D.J., P.E. GREIS, S.K. AOKI *et al.* « Use of knee magnetic resonance imaging by primary care physicians in patients aged 40 years and older », *Sports Health*, vol. 2, n°5 (2010), p. 385-390.
14. PHELAN, N., P. ROWLAND, R. GALVIN, J.M. O'BYRNE. « A systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of MRI for suspected ACL and meniscal tears of the knee », *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, vol. 24, n° 5 (2016), p. 1525-1539.
15. POEHLING, G.G., D.S. RUCH et S.J. CHABON. « The landscape of meniscal injuries », *Clinics in Sports Medicine*, vol. 9, n° 3 (1990), p. 539-549.
16. SIHVONEN, R., M. PAAVOLA, A. MALMIVAARA *et al.* « Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear », *New England Journal of Medicine*, vol. 369, n° 26 (2013), p. 2515-2524.
17. STONE, J.A., M. SALZLER, D.A. PARKER, R. BECKER et C.D. HARNER. « Degenerative meniscus tears - assimilation of evidence and consensus statements across three continents: state of the art », *Journal of ISAKOS*, vol. 2, n° 2 (2017), p. 108-119.
18. YIM, J.H., J.K. SEON, E.K. SONG *et al.* « A comparative study of meniscectomy and nonoperative treatment for degenerative horizontal tears of the medial meniscus », *American Journal of Sports Medicine*, vol. 41, n° 7 (2013), p. 1565-1570.
19. VERMESAN, D., R. PREJBEANU, S. LAITIN *et al.* « Arthroscopic debridement compared to intra-articular steroids in treating degenerative medial meniscal tears », *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, vol. 17, n° 23 (2013), p. 3192-3196.