Dr Jean-Philippe CAMILLERI
Chirurgie de la hanche et du genou
Ancien Assistant des Hôpitaux de Lyon
Chef de Clinique des Universités
Société Française de la Hanche et du Genou

ORTHOPARC

Clinique du Parc Lyon
155 boulevard de Stalingrad
69006 Lyon

Je vais avoir un nettoyage, un débridement ou une synovectomie du genou sous arthroscopie

Fiche d'information patient
Version : octobre 2026 - v5.4

Pourquoi cette intervention ?

Une arthroscopie peut être proposée lorsqu'une anomalie intra-articulaire susceptible d'expliquer les symptômes a été identifiée et qu'un geste chirurgical ciblé paraît justifié : fragment ou corps étranger intra-articulaire, tissu instable, synoviale inflammatoire ou pathologique, ou autre anomalie accessible à un traitement arthroscopique. L'indication dépend des symptômes, de l'examen clinique, de l'imagerie et de l'évolution sous traitement non chirurgical lorsqu'il est applicable. Un lavage ou un débridement ne reconstruit pas le cartilage et ne constitue pas un traitement de fond de l'arthrose isolée.

Synovectomie

La synovectomie consiste à retirer tout ou partie d'une synoviale pathologique. Elle peut être partielle ou plus étendue selon la pathologie et les constatations opératoires. Des prélèvements peuvent être adressés à une analyse anatomopathologique et/ou microbiologique lorsqu'elle est indiquée. La synoviale peut se reconstituer et la pathologie peut persister ou récidiver. Les résultats de ces analyses peuvent modifier le diagnostic, le traitement médical, la surveillance ou conduire à discuter un geste complémentaire.

Alternatives thérapeutiques

Selon la pathologie en cause, les alternatives peuvent comprendre la surveillance, l'adaptation des activités, un traitement médicamenteux, la rééducation, une infiltration ou d'autres traitements spécifiques. Dans certaines situations, une chirurgie ouverte peut être préférable ou nécessaire. Les alternatives pertinentes dans votre situation vous sont expliquées en consultation.

Bénéfices et limites

L'objectif est de traiter la lésion identifiée afin de diminuer les symptômes qui lui sont attribuables et d'améliorer la fonction du genou. Le résultat dépend de la nature de la lésion et de l'état global de l'articulation. La disparition complète des douleurs ne peut être garantie. Une atteinte cartilagineuse ou une arthrose associée peut notamment être responsable de douleurs persistantes malgré un geste techniquement satisfaisant.

Incisions, anesthésie et infiltration

Plusieurs petites incisions permettent l'introduction de la caméra et des instruments. Dans ma pratique, l'intervention est réalisée sous anesthésie générale, éventuellement associée à une anesthésie locorégionale. Selon les constatations opératoires ou les difficultés techniques, une arthrotomie complémentaire peut être nécessaire. En fin d'intervention, je réalise une infiltration d'anesthésique local destinée à améliorer le confort postopératoire. Son effet antalgique se prolonge généralement environ 24 heures. Une diffusion transitoire vers le nerf sciatique peut parfois entraîner une difficulté à mobiliser la

cheville ou le pied et une diminution de sensibilité du pied. Lorsqu'ils sont liés à l'anesthésique, ces troubles régressent généralement en moins de 24 heures sans séquelle. Pendant cette période, prudence lors des déplacements ; toute persistance, aggravation ou absence de régression doit être signalée.

Accès au compartiment postérieur du genou

Lorsque la lésion ou la synoviale pathologique siège dans la partie postérieure du genou, les voies antérieures habituelles peuvent être insuffisantes. Une voie postéro-médiale et/ou une voie postéro-latérale peuvent alors être réalisées afin d'introduire la caméra ou des instruments dans les compartiments postérieurs. Dans certaines situations, une communication trans-septale entre les compartiments postéro-médial et postéro-latéral peut également être créée. Ces voies complémentaires ne sont pas systématiques : leur utilisation dépend de la localisation de la pathologie et des constatations opératoires.

Ces voies sont réalisées à proximité de structures nerveuses et vasculaires. Elles exposent donc à des risques spécifiques, rares mais potentiellement graves : atteinte de la veine saphène ou d'une branche du nerf saphène du côté postéro-médial ; atteinte du nerf fibulaire commun du côté postéro-latéral ; atteinte de l'artère ou de la veine poplitée, ou d'une branche vasculaire géniculée, lors du travail postérieur ou trans-septal. Une telle lésion peut entraîner un saignement ou un hématome, des troubles sensitifs, une douleur neuropathique, un déficit moteur du pied, une ischémie du membre et nécessiter une exploration ou une réparation vasculaire ou nerveuse urgente. Des séquelles sont possibles.

Risques

- infection superficielle ou profonde ou problème de cicatrisation ;
- hémarthrose ou hématome, notamment après synovectomie étendue ;
- thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire, rares ;
- douleurs ou gonflement prolongés ;
- raideur ;
- persistance ou récidive de la pathologie synoviale ;
- lésion cartilagineuse préexistante ou constatée pouvant limiter le résultat ;
- impossibilité éventuelle d'extraire intégralement certains fragments ou corps étrangers sans risque disproportionné ;
- lésion nerveuse, vasculaire ou cutanée, rare, notamment lors de la réalisation éventuelle d'une voie postéro-médiale, postéro-latérale ou trans-septale ;
- lésion cartilagineuse iatrogène ou lésion accidentelle d'un tendon, d'un ménisque, du ligament croisé postérieur ou d'un autre ligament, exceptionnelle ;
- bris ou rétention exceptionnelle d'un instrument ou d'un fragment de matériel ;
- syndrome des loges, exceptionnel mais urgent ;
- algodystrophie ;
- conversion en arthrotomie si le geste ne peut pas être réalisé complètement ou en sécurité par arthroscopie ;
- nouvelle intervention si nécessaire ;
- complication générale ou anesthésique, exceptionnellement grave.

Suites

Intervention ambulatoire. Pas d'immobilisation, appui immédiat, pas de béquilles systématiques, pas d'anticoagulant systématique en l'absence d'indication individuelle. Dans ma pratique, la conduite peut parfois être envisagée à partir de J3 au plus tôt si les conditions de sécurité sont réunies. L'utilisation de béquilles est pour moi une contre-indication à la conduite.

Travail et récupération

Arrêt de travail initial de l'ordre d'un mois, pouvant être raccourci selon l'évolution et rarement prolongé sauf travail de force ou exposant à un danger. La récupération fonctionnelle se situe généralement entre 1 et 3 mois selon le geste. Une synovectomie importante, un travail dans les compartiments postérieurs ou

une arthrotomie complémentaire peut prolonger ces délais. La disparition complète des douleurs peut parfois prendre jusqu'à environ 3 mois.

Bains, piscine et balnéothérapie

Les bains, la piscine et la balnéothérapie peuvent être repris à partir d'un mois après l'intervention uniquement si la cicatrice est parfaitement fermée, sèche et saine. En présence d'une anomalie de cicatrisation, l'immersion doit être différée et un avis médical demandé.

Que peut-il se passer si je ne me fais pas opérer ?

L'évolution dépend de la pathologie traitée. Les douleurs, gonflements, épanchements ou phénomènes mécaniques peuvent persister ou s'aggraver. Une synovite peut continuer à provoquer des épisodes inflammatoires. L'évolution individuelle reste imprévisible.

Quand consulter rapidement ?

Fièvre, écoulement ou ouverture de la cicatrice, rougeur croissante, douleur ou gonflement inhabituel, douleur importante du mollet, perte brutale de fonction, essoufflement ou douleur thoracique nécessitent un avis médical rapide ou urgent selon la situation. Après une voie postérieure, une faiblesse nouvelle de la cheville ou du pied, une perte de sensibilité, un pied froid ou pâle, ou un gonflement rapidement croissant impose également une évaluation urgente.

Important

Cette fiche complète l'information personnalisée qui vous a été délivrée en consultation. Elle ne remplace pas l'entretien individuel. Votre situation étant personnelle, certains bénéfices, risques, alternatives ou modalités opératoires peuvent différer. Si un point n'est pas clair, demandez une explication complémentaire. Vous pouvez également demander un second avis si vous le souhaitez.

Références principales

Keyhani S, Movahedinia M, Vazir AS, Soleymanha M, Vosoughi F, Tahami M, LaPrade RF. Is posterior knee arthroscopy using posterior portals necessary for orthopedic surgeons? The latest evidence on applications and techniques. EFORT Open Reviews. 2023;8(4):189-198. DOI : 10.1530/EOR-22-0133.

Pace JL, Wahl CJ. Arthroscopy of the posterior knee compartments: neurovascular anatomic relationships during arthroscopic transverse capsulotomy. Arthroscopy. 2010;26(5):637-642. DOI : 10.1016/j.arthro.2009.09.009.

Moran J, Porrino J, Cheng R, et al. An imaging overview of the posterior septum of the knee and trans-septal portal procedure: normal anatomy, indications, and unique imaging considerations. Current Problems in Diagnostic Radiology. 2022;51:562-567. DOI : 10.1067/j.cpradiol.2021.04.001.

CNP-COT / SOFCOT / Orthorisq. Document d'information sur le risque chirurgical et fiches d'information patients labellisées, version consultée en octobre 2026.

Pour en savoir plus

Des informations supplémentaires sur votre intervention, votre parcours chirurgical et les suites opératoires sont disponibles sur mon site d'information consacré à la chirurgie de la hanche et du genou.

Scannez ce QR code pour accéder au site.
Ces informations générales complètent, sans la remplacer, l'information personnalisée qui vous a été délivrée en consultation.