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 une réinsertion transosseuse de la racine postérieure du ménisque

Ménisque interne ou ménisque externe

Fiche d'information patient
Version : septembre 2026 - v5.3

Pourquoi cette intervention ?

La racine postérieure d'un ménisque correspond à sa zone d'ancrage sur le tibia. Elle joue un rôle essentiel dans la transmission et la répartition des contraintes au sein du genou. Une rupture complète de cette racine peut entraîner une perte importante de la fonction mécanique du ménisque, favoriser son extrusion et augmenter les contraintes sur le cartilage.

L'intervention peut être proposée pour une rupture de la racine postérieure du ménisque interne ou du ménisque externe lorsque la lésion est considérée comme réparable et que l'état du genou permet d'espérer une cicatrisation utile. L'indication dépend notamment des symptômes, du caractère traumatique ou dégénératif de la lésion, de la qualité du ménisque, de l'état du cartilage, de l'axe du membre inférieur, des lésions associées et de votre situation personnelle. Une arthrose avancée peut rendre la réparation inadaptée.

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

L'évolution est variable. Les douleurs et la gêne fonctionnelle peuvent persister. Une rupture de racine peut diminuer fortement la capacité du ménisque à répartir les charges, avec extrusion méniscale et augmentation des contraintes sur le cartilage. Une dégradation arthrosique peut alors progresser. Toutefois, toutes les ruptures de racine ne relèvent pas d'une réparation chirurgicale : en présence d'une arthrose avancée ou lorsque les conditions de cicatrisation sont défavorables, une autre stratégie peut être préférable.

Quelles sont les alternatives ?

Selon la situation, une prise en charge non chirurgicale peut être proposée : adaptation des activités, traitement antalgique ou anti-inflammatoire lorsqu'il est indiqué, autorééducation ou rééducation, prise en charge d'un éventuel excès de poids et, dans certaines situations, infiltration. Une méniscectomie partielle n'est pas équivalente à une réinsertion de racine et n'a pas le même objectif de préservation méniscale. En cas d'arthrose avancée ou de déformation importante du membre inférieur, d'autres options peuvent être discutées.

Comment se déroule l'intervention ?

L'intervention est réalisée sous arthroscopie, par de petites incisions permettant l'introduction d'une caméra et des instruments. La rupture est contrôlée et la zone d'insertion tibiale de la racine est préparée afin de favoriser sa cicatrisation.

Des fils sont passés dans la racine méniscale. Ils sont ensuite récupérés à travers un tunnel transtibial réalisé jusqu'à la zone anatomique d'insertion de la racine. La mise en tension des fils permet de ramener la racine au contact de son site d'insertion. Dans ma pratique, la fixation tibiale est mixte, par une vis tibiale résorbable associée à une platine métallique corticale.

Selon les constatations peropératoires, le geste peut être adapté. Une lésion associée du ménisque, du cartilage ou d'un ligament peut nécessiter une prise en charge spécifique si elle a été discutée ou si elle est nécessaire à la réalisation de l'intervention. Dans certaines situations, la qualité des tissus ou l'état articulaire constaté pendant l'arthroscopie peut conduire à ne pas réaliser la réparation prévue ou à modifier la stratégie.

Garrot, anesthésie et prise en charge ambulatoire

Dans ma pratique, l'intervention est réalisée en ambulatoire, sous anesthésie générale, avec utilisation d'un garrot pneumatique. Je ne réalise pas de bloc fémoral pour cette intervention. Les modalités et les risques propres à l'anesthésie générale vous seront expliqués par le médecin anesthésiste lors de la consultation dédiée.

Infiltration antalgique

En fin d'intervention, je réalise une infiltration locale de ropivacaïne (Naropeine 2 mg/mL, soit 0,2 %) afin d'améliorer le confort postopératoire. Comme pour toute anesthésie locale, son effet est transitoire. Une diffusion vers des structures nerveuses voisines est possible et peut exceptionnellement entraîner pendant quelques heures une diminution de la sensibilité ou de la force du membre inférieur ; il faut alors être particulièrement prudent lors des déplacements jusqu'à récupération complète.

Saignement

Le saignement attendu est faible. Il n'est pas prévu de transfusion sanguine ni de supplémentation postopératoire en fer pour cette intervention.

Quels bénéfices peut-on attendre ?

L'objectif est de réinsérer la racine sur son site anatomique afin de restaurer autant que possible la fonction biomécanique du ménisque et de préserver le compartiment articulaire. La réparation peut améliorer les douleurs et la fonction chez des patients correctement sélectionnés et peut limiter la progression dégénérative par rapport à une absence de réparation dans certaines situations.

La cicatrisation n'est cependant jamais garantie. La réparation ne permet pas nécessairement de faire disparaître une extrusion méniscale déjà présente et ne peut pas garantir l'absence d'évolution ultérieure vers l'arthrose. Une douleur persistante reste possible, notamment lorsqu'il existe des lésions cartilagineuses associées.

Quelles sont les chances de cicatrisation ?

Les résultats de cicatrisation ne sont pas identiques pour la racine postérieure du ménisque interne et celle du ménisque externe. Une revue systématique récente portant sur 23 études et 871 patients a retrouvé, lors d'une arthroscopie de contrôle, une cicatrisation complète dans 52,3 % des réparations de racine médiale, avec 14,1 % d'échecs francs. Pour les racines latérales, la cicatrisation complète

était de 85,2 % et l'échec de 2,7 %. Sur l'IRM postopératoire, une cicatrisation était observée dans 53,3 % des réparations médiales et 75,7 % des réparations latérales.

Ces chiffres doivent être interprétés avec prudence : les populations, les types de rupture, les techniques de réparation et les méthodes utilisées pour juger la cicatrisation diffèrent entre les études. Les ruptures latérales sont en outre fréquemment réparées en association à une reconstruction du ligament croisé antérieur chez des patients plus jeunes, ce qui empêche de transposer directement leurs résultats aux ruptures dégénératives de racine médiale.

En pratique, pour une rupture de racine postérieure du ménisque interne, il est raisonnable d'informer le patient qu'une cicatrisation anatomique complète n'est obtenue que chez environ un patient sur deux dans les séries récentes. Une cicatrisation partielle peut néanmoins s'accompagner d'une amélioration clinique. À l'inverse, une amélioration des douleurs ne prouve pas nécessairement une cicatrisation complète.

Même lorsque la racine cicatrise, la réparation ne garantit ni la disparition de l'extrusion méniscale, ni l'arrêt de toute évolution arthrosique, ni la disparition complète des douleurs.

Risques et limites

- infection ;
- hémarthrose, hématome ou saignement ;
- thrombose veineuse ou embolie pulmonaire malgré la prévention ;
- raideur du genou ou perte de mobilité ;
- douleurs persistantes ou récidivantes ;
- non-cicatrisation de la racine ou cicatrisation incomplète ;
- rupture secondaire ou arrachement de la réparation ;
- extrusion méniscale persistante ;
- progression de lésions cartilagineuses ou de l'arthrose malgré la réparation ;
- complication liée au tunnel tibial ou au matériel de fixation ;
- lésion cartilagineuse iatrogène, ou lésion nerveuse ou vasculaire, rare ;
- algodystrophie ;
- nouvelle lésion du ménisque ou nécessité d'une nouvelle intervention.
- fracture du plateau tibial ou autre complication osseuse liée au tunnel transtibial, rare ;
- rupture, migration ou gêne liée au matériel de fixation pouvant nécessiter une nouvelle intervention ;
- saignement ou hématome favorisé par l'anticoagulation préventive prescrite pendant la période de décharge ;
- complication générale ou anesthésique, exceptionnellement grave ;

Suites et protection de la réparation

Il n'y a pas d'attelle. La flexion du genou est limitée à 90° pendant les 6 premières semaines. L'appui est totalement interdit pendant 6 semaines : les déplacements se font avec deux béquilles en décharge complète. Cette période de protection vise à limiter les contraintes sur la racine pendant le début de sa cicatrisation ; elle ne signifie pas que le genou est mécaniquement instable.

À partir de la 7e semaine, la remise en charge est progressive sur une période d'environ 6 semaines. Les consignes peuvent être adaptées en fonction de l'évolution clinique et des éventuels gestes associés.

Rééducation

Il n'y a pas de kinésithérapie pendant les 6 premières semaines. Une autorééducation est réalisée selon les consignes données, en respectant strictement l'absence d'appui et la limitation de flexion à 90°. La kinésithérapie débute ensuite afin d'accompagner la récupération progressive de la mobilité, de l'appui, de la force et de la fonction.

Prévention de la thrombose

Dans ma pratique habituelle, en raison de la décharge prolongée, un traitement anticoagulant oral préventif est prescrit pendant 3 mois, sauf contre-indication. Cette durée est un élément de mon protocole et peut être adaptée avec l'équipe d'anesthésie selon votre risque thrombotique et hémorragique individuel et le protocole de l'établissement. Ce traitement diminue le risque de thrombose veineuse et d'embolie pulmonaire sans le supprimer totalement et augmente le risque de saignement.

Conduite, travail et sport

La conduite automobile est incompatible avec la période de décharge totale et ne doit être reprise qu'après récupération d'un appui, d'une mobilité et d'un contrôle du membre permettant un freinage d'urgence en sécurité, et en l'absence de traitement altérant la vigilance.

L'arrêt de travail est habituellement de 3 à 4 mois, à adapter à la profession, aux contraintes du poste et à l'évolution.

La reprise des activités sportives est envisagée à partir d'environ 6 mois, de manière progressive et selon la récupération clinique et fonctionnelle. Ce délai peut être modifié en fonction du sport pratiqué, des lésions associées et de l'évolution.

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.

Quand consulter rapidement ?

Fièvre, écoulement ou ouverture de la cicatrice, rougeur croissante, douleur ou gonflement inhabituel, douleur importante du mollet, essoufflement ou douleur thoracique, saignement anormal sous anticoagulant, perte brutale de fonction ou traumatisme du genou doivent conduire à demander rapidement un avis médical.

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

Chahla J, Garcia JR, Tollefson L, et al. International Delphi Consensus on Medial Meniscal Root Tears. Arthroscopy. 2025;41(11):4683-4698. doi:10.1016/j.arthro.2025.06.028.

ESSKA-AOSSM-AASPT. The formal EU-US Meniscus Rehabilitation Consensus. 2024. Root tears: absence d'appui 6 semaines et limitation de l'amplitude au début de la cicatrisation.

Feucht MJ, et al. Arthroscopic transtibial pullout repair for posterior meniscus root tears. Oper Orthop Traumatol. 2019. doi:10.1007/s00064-018-0574-4.

Knapik DM, Smith MV, Matava MJ, Brophy RH. Surgical Management of Meniscus Tears: Update on Indications and Techniques for Repair. J Am Acad Orthop Surg. 2025;33(13):711-719. doi:10.5435/JAAOS-D-24-01219.

Dzidzishvili L, Pedemonte-Parramón G, Garcia-Oltra E, et al. Lateral meniscus posterior root repairs show superior healing, reduced meniscal extrusion and improved clinical outcomes compared to medial meniscus posterior root repairs: a systematic review. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2025;33(2):581-605. doi:10.1002/ksa.12478.

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