

Dr Omar BOUGHEBRI

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE & SPORTIVE

Ancien Interne des Hôpitaux

Ancien Chef de Clinique - *Assistant à la Faculté de Médecine*

DESC de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

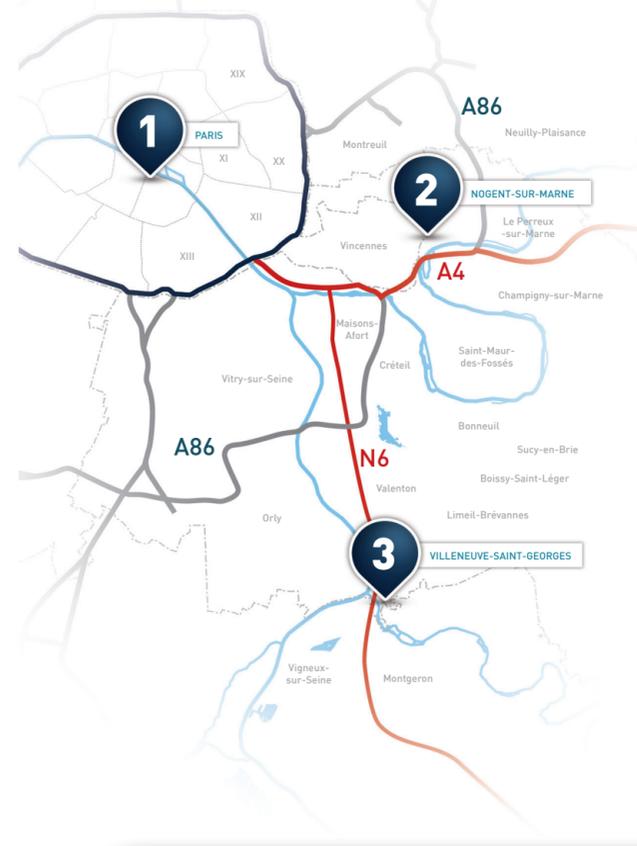
Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique - *SOFOT*

Membre de la Société Française d'Arthroscopie - *SFA*

Membre de la Société Européenne de Chirurgie de l'Épaule et du Coude - *SECEC*

DIPLOMES INTER-UNIVERSITAIRES

- DIU Chirurgie du Genou (*Faculté de Médecine - Lyon*)
- DIU Arthroscopie (*Faculté de Médecine - Paris VII*)
- DIU Chirurgie de l'Épaule et du Coude (*Faculté de Médecine - Paris XII*)
- DIU Chirurgie de la Main et du Membre Supérieur (*Faculté de Médecine - Paris VI*)
- DU Microchirurgie (*Faculté de Médecine - Rouen*)



CHIRURGIE
ORTHOPÉDIQUE & SPORTIVE
Dr Omar BOUGHEBRI



01 84 60 20 60



dr.boughebri@gmail.com
www.chir-ortho-paris.com



PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Results of 45 arthroscopic Bankart procedures: Does the ISIS remain a reliable prognostic assessment after 5 years?

O. Boughebri, A. Magdes, T. Moraiti, C. Dib, F.M. Leclère, Ph. Valenti, European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology, Mai 2015

Transfer of the clavicular or sternocostal portion of the pectoralis major muscle for irreparable tears of the subscapularis. Technique and clinical results.

Ph. Valenti, O. Boughebri, C. Moraiti, C. Dib, A. Magdes, T. Amouyel, G. Ciais, J. Kany, International Orthopaedics, Mars 2015

Prothèse d'Épaule Inversée combinée à un transfert tendineux de Latissimus Dorsi et Teres Major pour déficit actif de l'élévation et de la rotation externe. Résultats de 15 cas avec un recul minimum de 34 ans.

O. Boughebri, A. Kilinc, P. Valenti, Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research, Avril 2013

Small supraspinatus tears repaired by arthroscopy: are clinical results influenced by the integrity of the cuff after two years? Functional and anatomic results of forty-six consecutive cases.

O. Boughebri, X. Roussignol, O. Delattre, J. Kany, P. Valenti, Journal of Shoulder and Elbow Surgery, Mai 2012

Analyse Dynamique par Arthroscopie du Conflit huméro-scapulaire dans l'Arthroplastie Inversée d'Épaule.

O. Boughebri, F. Duparc, J.M. Adam, P. Valenti, Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research, Décembre 2011

Arthroplastie Totale de Hanche à couple de frottement Métal-Métal en grand diamètre. Résultats préliminaires d'une série continue de 106 implants Durom au recul moyen de 30 mois.

P. Merti, O. Boughebri, E. Havet, P. Tricot, J.F. Lardanchet, A. Gabrion, Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research, Février 2010

Traitement des fractures de l'extrémité proximale de l'humérus par clou Télégraph : Etude prospective de 34 cas.

O. Boughebri, E. Havet, M. Sanguina, L. Daumas, P. Jacob, B. Zerkly, P. Heissler, Revue de Chirurgie Orthopédique, Juin 2007

1. PARIS

Cabinet Médical
Place Daumesnil
46 Boulevard de Reuilly, 75012 Paris

2. NOGENT SUR-MARNE

Hôpital Privé
Armand Brillard
3 Avenue Watteau, 94130 Nogent-sur-Marne

3. VILLENEUVE SAINT-GEORGES

Polyclinique de
Villeneuve-Saint-Georges
47 Rue de Crosne, 94190 Villeneuve-Saint-Georges

ARTHROSCOPIE DU GENOU POUR CHIRURGIE DU MENISQUE



01 84 60 20 60
dr.boughebri@gmail.com



Dr Omar BOUGHEBRI
CHIRURGIE ÉPAULE & GENOU

www.chir-ortho-paris.com



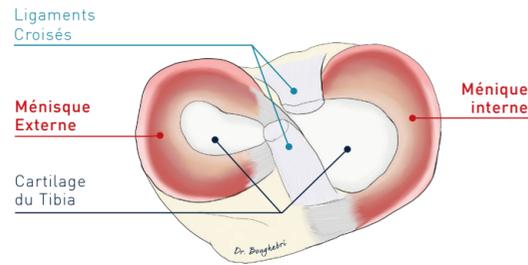
Dr Omar BOUGHEBRI
CHIRURGIE ÉPAULE & GENOU

QUE SONT LES MÉNISQUES ?

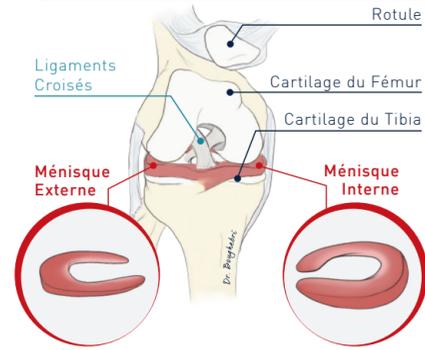
Le genou est une articulation supportant le poids du corps, composée de 3 os : le fémur, le tibia et la rotule.

Le **ménisque interne** (ou médial) et le **ménisque externe** (ou latéral) sont situés entre les condyles du fémur et les plateaux du tibia. Ils protègent les cartilages du fémur et du tibia.

MÉNISQUES VUE DE HAUT



CALE ET AMORTISSEUR DU GENOU



Ils ont une forme de croissants composés de fibres résistantes, mais souples, pouvant donc se déchirer.

La partie périphérique du ménisque est nourrie par de petits vaisseaux sanguins qui peuvent contribuer à la cicatrisation d'une déchirure à ce niveau, en particulier chez les patients jeunes (moins de 40 ans).

La partie centrale est très peu alimentée en sang, ce qui limite la cicatrisation.

QUEL EST LEUR RÔLE ?

Amortisseur : Ils absorbent les chocs liés au poids du corps lors de la marche et de la course. Ils protègent ainsi les cartilages du fémur et du tibia de l'usure et de l'arthrose.

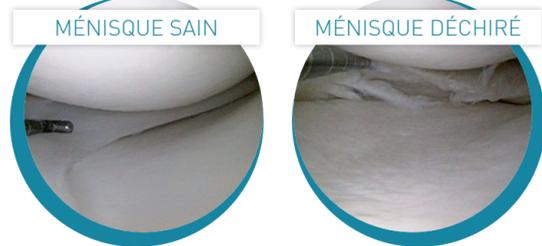
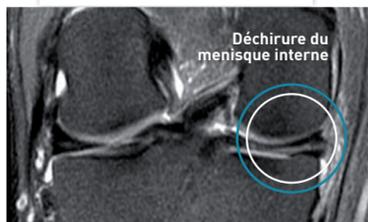
Cale : ils sont importants dans la stabilité du genou lors des mouvements de flexion / extension et de pivots.

DIAGNOSTIC D'UNE DÉCHIRURE MÉNISCALE

La douleur : du côté interne ou externe du genou selon le ménisque qui est abîmé.

Des blocages en position de flexion du genou : l'extension peut être gênée par une partie du ménisque abîmé qui bloque l'articulation.

IRM



Une IRM ou un Arthro-scanner permet de confirmer la lésion du ménisque la plupart du temps. Des lésions associées des ligaments et des cartilages sont également recherchées.

Les radiographies standards montrent l'importance de l'arthrose en cas de lésion méniscale dégénérative.

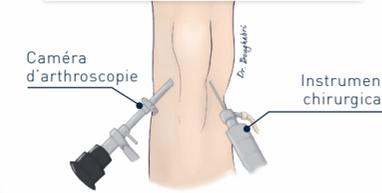
LES TRAITEMENTS

Le repos, le glaçage, les antalgiques et anti inflammatoires sont parfois suffisants pour soulager les douleurs au début. Chez les patients jeunes, le ménisque peut cicatriser au cours des premières semaines, sans geste chirurgical.

Si les symptômes persistent ou s'aggravent, un geste chirurgical par Arthroscopie devient nécessaire.

Deux (ou trois) petites incisions de moins d'1 cm permettent l'introduction d'une caméra (de la taille d'un crayon) et d'instruments spécifiques pour réaliser un geste adapté au patient et au type de lésion

L'ARTHROSCOPIE DE GENOU



LÉSIONS MÉNISCALES

Déchirure réparable en zone périphérique

Déchirure non réparable en zone centrale

RÉPARATION MÉNISCALE

Du fait de l'importance des ménisques dans le fonctionnement du genou et dans la préservation de l'arthrose, il est important de privilégier leur intégrité. Une réparation par suture méniscale est envisagée à condition de respecter les critères qui permettent une bonne cicatrisation du ménisque et le bon résultat de l'intervention.

Critères pour la Réparation méniscale

Age < 40 ans

Lésion en zone périphérique

Rupture de Ligament Croisé associée

Pas de tabagisme

MÉNISCECTOMIE PARTIELLE

La partie endommagée du ménisque est retirée, en conservant un maximum de ménisque sain qui continue à assurer son rôle de protection.

SUITES ET RÉÉDUCATION

Une attelle d'extension de genou est mise en place après l'intervention pour une durée de 4 à 6 semaines, temps nécessaire à la cicatrisation méniscale. La marche avec appui est tout de même autorisée avec les béquilles et l'attelle. La rééducation peut être débutée rapidement après l'opération pour entretenir la force musculaire de la cuisse et la flexion douce (qui ne doit pas dépasser 90° pendant les 6 premières semaines).

Les sports « dans l'axe » peuvent être repris à partir du 3e mois : footing sur terrain plat, petits battements à la nage, vélo (sur terrain non accidenté).

La reprise de la compétition et des sports de pivot (foot et autres sports d'équipe, sports de combat...) est autorisée à partir du 6e mois, date à laquelle la réparation est estimée solide.

La marche avec appui est autorisée immédiatement, à l'aide de béquilles pendant les premiers jours pour soulager les douleurs initiales.

Une attelle n'est pas nécessaire. Des séances de rééducation permettent d'entretenir la souplesse du genou et de retrouver une marche normale.

La reprise du sport est autorisée rapidement, en général après 4 à 6 semaines.

En cas d'arthrose associée, la régularisation des ménisques usés peut être suivie, quelques semaines après l'intervention, d'une visco-supplémentation (infiltration d'un «gel lubrifiant» à base d'acide hyaluronique). Cette procédure peut permettre de différer un geste chirurgical plus important tel que la mise en place d'une prothèse de genou.

ANESTHÉSIE ET CONTRÔLE DE LA DOULEUR

L'intervention se fait le plus souvent sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie (équivalent de la péri-durale).

Après la salle d'opération, un passage en salle de réveil de quelques heures permet aux anesthésistes de surveiller le réveil du patient.

Pour le retour à domicile, les antalgiques oraux prescrits à la sortie de la clinique sont en général utiles les premiers jours, la douleur s'atténuant rapidement la plupart du temps

LES PRINCIPAUX RISQUES DE LA CHIRURGIE

La personne devant subir l'intervention doit être consciente des inconvénients et des risques possibles avant de donner son consentement, en sachant toutefois que la grande majorité des patients se rétablissent complètement.

- Lésion d'un vaisseau ou d'un nerf pendant l'intervention
- Hématome post-opératoire
- Infection du site opératoire
- Phlébite : caillot de sang se formant dans les veines du mollet ou de la cuisse. Des injections quotidiennes d'anticoagulant permettent de réduire le risque.
- Embolie pulmonaire : le caillot de sang peut migrer par la circulation sanguine vers les poumons et causer une douleur thoracique, un essoufflement, voire un état de choc en cas d'embolie massive pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardio-respiratoire.
- Baisse de sensibilité de la peau autour de la cicatrice.
- Enraidissement : la récupération de la mobilité du genou peut être longue parfois, rarement incomplète (limitation de la flexion ou de l'extension), nécessitant la poursuite de la rééducation.
- Algodystrophie : inflammation, douleur et enraidissement du genou pouvant s'étendre à l'ensemble du membre inférieur. Sa survenue est imprévisible et nécessite une rééducation douce. L'évolution peut être parfois longue, 6 à 18 mois en général, avec parfois des séquelles (douleurs ou raideur persistantes).
- Echec d'une réparation méniscale. Dans moins de 10% des cas, le ménisque réparé ne cicatrise pas. Les douleurs et les symptômes persistent. Une nouvelle arthroscopie pour méniscectomie peut être envisagée quelques mois après.
- Evolution vers l'Arthrose après Méniscectomie. La régularisation de la zone méniscale endommagée, qui peut être d'un volume plus ou moins important, peut favoriser l'aggravation de l'arthrose.



Chez les sportifs, la récupération ne permet parfois pas de récupérer le niveau précédant la lésion méniscale.

AVANT L'INTERVENTION

- Lire attentivement et signer la fiche de Consentement éclairé
- Consultation d'Anesthésie au moins 48 heures avant l'intervention
- Ne prendre aucun médicament contenant de l'Aspirine pendant les 10 jours précédant l'intervention
- L'arrêt du tabac est fortement recommandé
- Rester à jeûn 6 heures avant l'intervention (Ne pas boire, manger ou fumer)

