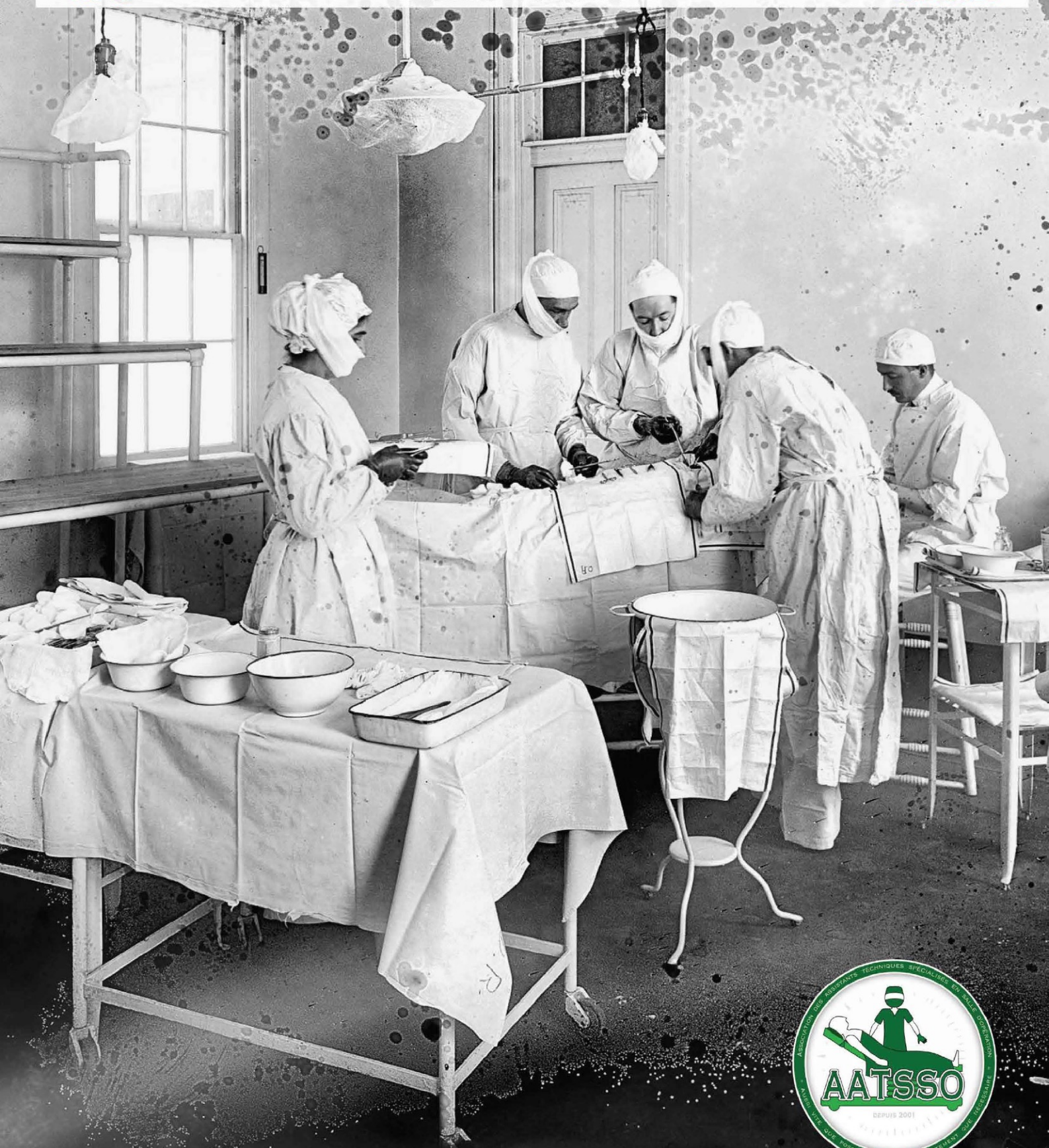


LA COMPRESSE

No 15

LE JOURNAL QUI COMPTE !

Juin 2023





Monsieur Stefan Arlt
Président EHC Morges
Certificat ATSSO



Monsieur Carmine CIARAMELLA
Caissier EHC Morges
Certificat ASSO



Madame Sandrine Strehl
Vice-présidente eHnv Saint Loup
Certificat ASSO + ASA
stérilisation niveau 1



Madame Floriane DISERENS
Secrétaire, eHnv Saint Loup
Certificat ATSSO



Monsieur Bruno Dias
Membre adjoint
Certificat ASSO



Madame Patricia Karius
Ex-présidente, Membre honoraire
EHC Morges
Certificat ASSO + ASA

Présentation du comité

Sommaire

Présentation du comité	02
Le mot du Président	03
Remise des certificats AtSSO	04
Formation AtSSO	05
Patricia Karius à travers le prisme des années de bloc	07
L'arthroscopie de hanche	08
Transplantation allogreffe de ménisque	14
Zoé4life	19
Photos journée informative	21



Le mot du Président

Mesdames, Messieurs,
Chères et chers collègues,

Pourquoi avoir choisi, me demanderez-vous, cette photographie prise en 1915 au Washington Asylum Hospital comme couverture de la dernière édition de notre journal ?

Eh bien parce qu'il y a un lien ; un dispositif médical simple, incontournable, qui aura traversé plus d'un siècle de chirurgie, j'ai nommé : la compresse.

La Compresse, ce sera dès à présent le tout nouveau titre de notre journal qui reparait après deux ans d'absence, selon un rythme désormais biennal ; au nom du comité de notre association, j'ai le plaisir de vous le présenter à travers mon premier éditorial en tant que nouveau président.

Nous espérons que vous aurez du plaisir à lire cette nouvelle édition ; comme de coutume, vous pourrez y lire des articles à caractère typiquement chirurgical, des témoignages, ainsi qu'une émouvante présentation de l'association Zoe4life qui lutte contre le cancer chez l'enfant.

Espace Compétences s'exprime également à travers nos pages pour nous annoncer l'arrivée prochaine d'une formation ATSSO niveau 2, évolution du niveau 1 « de base » qui commencera fin octobre 2023.

Je voudrais aussi en profiter pour vous remercier pour votre confiance, ainsi que mes camarades du comité pour leur engagement et leur soutien efficace, amical et désintéressé ; sans eux, sans vous, nous ne serions rien.

Permettez-moi encore d'adresser des remerciements particuliers à mon fils Vladimir, étudiant à l'École Romande d'Arts et Communication (Eracom) de Lausanne, qui a bien voulu réaliser une nouvelle page de couverture d'après mes instructions ; nous espérons que vous l'apprécierez.

Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter une bonne lecture de cette nouvelle édition, et de garder une santé de fer et un moral d'acier dans ce monde étonnant qui se forge en permanence autour de nous.

Stefan Arlt



Remise des certificats AtSSO

Félicitations à nos lauréates et lauréats 2023! Certificat d'AtSSO en poche, l'aventure continue! Voici, pour en témoigner, quelques photos de la remise des certificats au centre de formation Espace Compétences à Cully le 4 mars 2023.

Très sympathique moment, suivi d'un délicieux apéritif concocté par le chef cuisinier de l'hôpital de Lavaux.

Bonne suite à toutes et à tous!



Journée de formation «installation opératoire du patient»

Deux jours de cours liant la pratique à la théorie, donnés par M. Vasquez et S. Strehl à l'hôpital de Rennaz.





ESPACECOMPÉTENCES

CENTRE DE FORMATION
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

Formation ATSSO - Niveau 2

Renforcer et mobiliser vos
capacités relationnelles et
organisationnelles

Agir rapidement et
efficacement au sein de
votre service

Intégrer une autonomie
professionnelle dans votre
champ de compétences

Élevez votre potentiel en
cultivant une pratique
médicotechnique

**L'EXCELLENCE AU BLOC OPÉRATOIRE !
ÉVOLUEZ DANS VOTRE CARRIÈRE AVEC LA FORMATION
ATSSO NIVEAU 2**

Information et inscription
www.espace-competences.ch/go/ATSSO2/



Patricia Karius à travers le prisme des années de bloc

Quand un ATSSO sort de salle, il finit toujours par y revenir !

2023, quarante ans l'âge de raison, ou comme moi les années passées au sein d'une institution hospitalière. Cela peut être aussi l'âge de la retraite.

38 ans dans l'ancre du bloc opératoire et jamais un regret quant au choix de ma « carrière ».

J'ai connu le chirurgien multi-tâches, multi-casquettes...

J'ai vu les chirurgiens et les orthopédistes généralistes. Puis est arrivée la spécialisation de chacun.

Les installations et machines ont suivi cette évolution. Et moi, formée par une ancienne au départ, j'ai suivi.

J'ai commencé comme Aide de Salle puis comme les chirurgiens j'ai changé de nom pour devenir Aide Spécialisée en salle d'Opération.

Grâce aux cours donnés par H+ en 2003, nous avons mis une certification sur pieds. Mais cela ne nous a pas suffi, le terme Aide ne nous convenait plus et nous avons opté pour Assistant Technique Spécialisé en Salle d'Opération.

Nos institutions ont bien compris et joué le jeu car à l'heure actuelle elles engagent ou envoient se former leur personnel.

J'ai eu la chance de faire partie du comité ATSSO et de concrétiser sa nouvelle appellation. Ce fut un beau challenge d'en être la présidente pendant de nombreuses années. D'être aussi, à Espace Compétences SA (ancien H+), au sein de la ComATSSO qui préside à la formation.

Quelle évolution en 20 ans, partir de rien mais avec une immense envie de formation. Il n'y avait pas moins de 3 volées de 20 participants les premières années.

Ce fut un peu long et laborieux pour que l'on accepte notre changement de nom et c'est encore loin d'être acquis mais c'est vraiment au bon vouloir de chacun.

Je dois remercier, ici, notre cadre Véronique Pirlot (EHC) qui a toujours joué le jeu et suivi avec intérêt notre évolution.

On peut juste regretter que cela ne suive pas dans l'échelle des salaires au sein de la FHV, dans laquelle notre formation n'est pas répertoriée alors que nous sommes dans tous les blocs engagés comme personnel spécialisé. Le chemin est encore long pour l'obtention de ce créneau, longue aussi la suite de notre formation.

Il va bien y avoir un niveau II, que je trouve un peu élitiste, et cela ne va pas résoudre le problème pour la majorité qui aspire à cette envie de reconnaissance.

Me voici donc, à ce que tout le monde aspire « la retraite ». Bon, j'avoue, je garde encore un pied dans le bloc avec un jour de travail par semaine. Difficile de quitter ce que l'on aime.

Je vous souhaite à tous de garder, comme moi, cette envie, cette curiosité des nouveautés et le challenge du travail en équipe.

La journée peut être orageuse ou sereine, c'est selon, mais toujours avec l'envie d'y revenir.

Merci de m'avoir lue et très belle suite de carrière à vous, qu'elle vous donne autant de satisfaction qu'à moi.

Patricia Karius



L'arthroscopie de hanche : une technique chirurgicale en plein essor !

L'arthroscopie de hanche est une technique chirurgicale mini-invasive. Elle est développée et améliorée depuis le début des années 80, et constitue aujourd'hui une des techniques chirurgicales de référence pour l'abord de l'articulation coxofémorale.

Cette technique chirurgicale est en plein essor depuis 2003, mais son développement est limité en raison de la courbe d'apprentissage longue, des indications beaucoup plus rares que pour l'arthroscopie de genou ou d'épaule ainsi que de la nécessité d'avoir du matériel spécifique.

Au niveau de la hanche en particulier, elle nécessite une expertise fine du fait de la faible accessibilité de cette articulation ultra-congruente liée à sa profondeur et à la masse de tissus graisseux et musculaires qui l'entoure.

Histoire

L'endoscopie voit le jour déjà au XIX^e siècle (1), celle-ci est principalement utilisée pour aborder la cavité abdominale, la vessie et l'utérus. Mais c'est en 1918 que la première arthroscopie de genou est réalisée au Japon (2). Elle s'est par la suite développée pour d'autres articulations du corps (épaule, coude, cheville, hanche, poignet.)

C'est en 1931 que l'américain Burman (3) est le premier à aborder la hanche par voie arthroscopique.

L'arthroscopie de hanche est alors utilisée principalement à but diagnostique initialement jusqu'à l'apparition de l'IRM où elle est progressivement abandonnée. Puis se développent progressivement les premiers gestes arthroscopiques dans la hanche

et l'arthroscopie de hanche à but thérapeutique voit son essor s'envoler depuis que le Bernois, le Pr. Ganz (4), publie un article en 2003 qui décrit précisément le conflit de hanche et ses risques quant au développement de l'arthrose. Depuis, la technologie n'a cessé de progresser pour nous conduire aux arthroscopies que nous connaissons aujourd'hui.

Indications

De manière générale, l'arthroscopie est indiquée lorsqu'une coxodynie (douleur de la hanche) est résistante au traitement conservateur (antalgie, infiltrations, physiothérapie, ...). Il existe des indications intra-articulaires et extra-articulaires.

Intra-articulaires

- Conflits fémoro-acétabulaire
- Déchirures du labrum
- Corps étrangers
- Lésions chondrales
- Drainage d'arthrite septique

Extra-articulaires

- Déchirure ou instabilité de la capsule
- Conflit du psoas
- Bursite inflammatoire et tendinopathies de hanche

Les principales contre-indications à l'arthroscopie sont la présence d'une maladie articulaire dégénérative (coxarthrose) (5) où une intervention prothétique est plus appropriée ainsi que les dysplasies de hanche (6) en raison du risque d'apparition d'une instabilité de l'articulation.



Anesthésie

Une anesthésie générale est majoritairement pratiquée pour l'arthroscopie de hanche. De plus, l'articulation coxo-fémorale étant entourée par de nombreuses structures musculaires, il est impératif d'obtenir une relaxation optimale du patient par le biais de molécules curarisantes. Ceci dans le but de pouvoir appliquer une traction suffisante pour décoapter l'articulation et y accéder avec la caméra et les instruments.

Plus rarement, en général pour des causes extra-articulaires isolées où un abord artriculaire n'est pas nécessaire, une anesthésie loco-régionale peut être suffisante.

Installation

Durant l'intervention, le patient est en général positionné sur la table en décubitus dorsal (Fig.1), mais certains chirurgiens préfèrent la position en décubitus latéral. Une traction (Fig. 2) est mise en place au niveau des membres inférieurs.



Fig.1 Organisation de la salle d'opération.

Le but de cette traction est de décoapter au maximum le fémur de l'acétabulum afin de libérer le plus possible l'articulation pour opérer dans les meilleures conditions.



Fig.2 Table de traction.

Le fait de mettre le membre en traction provoque un étirement des structures nerveuses (7), principalement le nerf sciatique, ainsi qu'un risque de compression du nerf pudendal. Afin d'éviter toutes complications post opératoires, et notamment une neurapraxie, il est recommandé de relâcher la traction toutes les 60 à 90 minutes.



La fluoroscopie (Fig. 3) est régulièrement utilisée tout au cours de l'opération afin de se repérer dans l'articulation et d'apprécier l'avancée de la chirurgie selon la planification.

Fig.3 Repérage scopique de l'espace artculaire.

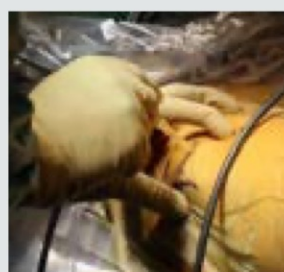
Repérage

Avant l'intervention, des points de repères sont dessinés sur la peau du patient (Fig.4). On note l'emplacement du grand trochanter, de l'épine iliaque antéro-supérieure et l'axe allant de l'épine iliaque à la partie latérale de la rotule. Cette ligne à ne pas franchir par le chirurgien permet de déterminer la zone à risque pour les vaisseaux et nerfs de la jambe.



Fig.4 Repérage sur la peau du patient

Voie d'abord



Un premier portail est placé au niveau antéro-latéral (Fig.5 & 6). C'est le port de visualisation principal. Il est établi sous contrôle de la scopie.

Fig.5 Incision au niveau du portail antéro-latéral



D'autres portails sont ensuite ajoutés pour permettre le passage des instruments arthroscopiques. Ils sont variables selon l'indication et les besoins du chirurgien (Fig. 7) :

- Portail antérieur
- Portail antéro-latéral distal (DALA)
- Portail antérieur moyen (MAP)
- Portail postéro-latéral (PL)

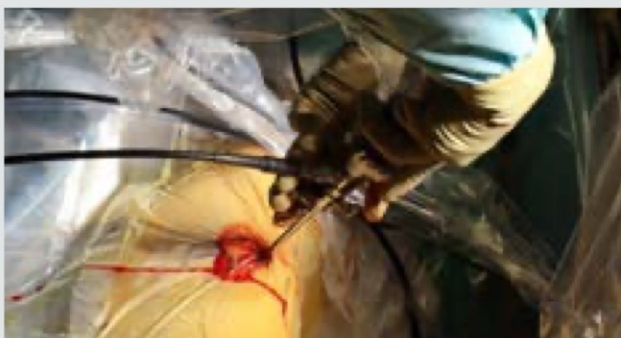


Fig.6 Insertion de l'arthroscope dans l'articulation

Plusieurs structures nerveuses sont proches de ces zones et il est primordial de les préserver afin d'éviter toutes complications.

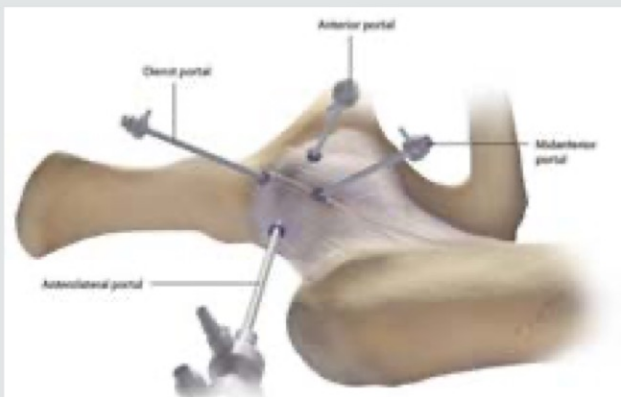


Fig.7 Schématisation des différents portails d'arthroscopie (8)

Matériel arthroscopique

En plus de la tour d'arthroscopie, composée d'un générateur de lumière froide, d'un écran et d'un câble de fibre optique relié à un optique et une caméra, de nombreux instruments chirurgicaux (Fig. 8) sont nécessaires pour l'opération.



Fig.8 Set d'instruments arthroscopiques

Leur caractéristique commune est leur longueur importante, entre 18 et 21 cm, permettant de travailler en profondeur, mais aussi leur faible diamètre pour qu'ils puissent être insérés dans les portails d'arthroscopie. De plus, ils doivent être ergonomiques pour être manipulés d'une seule main par le chirurgien, l'autre main étant occupée par la caméra ou par un autre instrument.

Le Conflit Fémoroacétabulaire

Définition

Le conflit fémoroacétabulaire (CFA) (4,9) est la principale indication à l'arthroscopie de la hanche. Il est caractérisé par un contact anormal entre le fémur et l'acétabulum. Ce contact peut entraîner des lésions labrales ou cartilagineuses puis des douleurs progressives de la hanche. Le diagnostic est radiographique, avec des radiographies de hanche montrant un surplomb fémoral asphérique (conflit type Cam) ou acétabulaire antéro-supérieur (conflit type Pince) ou encore, le plus fréquent, une combinaison de ces deux types (conflit mixte). (Fig.9)



Fig.9 Types de conflits fémoro-acétabulaires (9)



Étiologie

Un conflit de type Cam fait référence à un trouble fémoral. On le retrouve plus fréquemment chez les jeunes hommes sportifs. On observe un décalage de sphéricité de la tête fémorale qui entraîne un cisaillement au niveau de la jonction chondro-labrale puis une délamination du cartilage et une séparation labrale.

Un conflit Pince survient quant à lui lorsque le surplomb os acétabulaire / labrum est trop large. Le

col fémoral heurte et écrase le labrum créant ainsi une déchirure, puis, par effet de levier sur la tête fémorale, entraîne une lésion cartilagineuse ou labrale (Fig.10).



Fig.10 Vue arthroscopique d'une déchirure labrale (11).

On retrouve ce type de conflit plus volontiers chez la femme active d'âge moyen.

L'étiologie exacte de l'un ou l'autre des deux conflits est encore incertaine à ce jour.

Diagnostic

On évoque un diagnostic de CFA sur la clinique, principalement sur des coxodynies progressives, reproductibles en flexion et rotation interne de la hanche.

Il est confirmé par un bilan radiographique qui met en évidence le conflit. (Fig. 11)

Plusieurs angles ont été décrits (Fig.12) (10) et permettent de définir le CFA :

- Angle de Tönis ou HTE
- Angle de Wiberg ou VCE
- Angle de Lequesne ou VCA
- Angle de Nötzli ou angle Alpha

11 (A)



11 (B)



Fig.11 Radiographie pré-opératoire d'une patiente atteinte d'un CFA type pince.

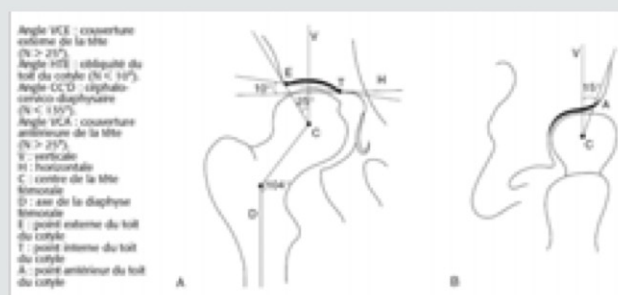


Fig.12 Différents angles décrits (10)

Traitement

Le traitement de première intention est, comme souvent en orthopédie, conservateur.

Les patients sont invités à modifier et modérer leur activité physique et à débuter des séances de physiothérapie. La prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens peut être bénéfique chez certains patients.

Le traitement de seconde intention, après échec des mesures conservatrices, est chirurgical (Fig.14). L'ostéoplastie fémorale permet à l'aide d'une fraise arthroscopique (Fig. 13) d'enlever la came.



L'ostéoplastie acétabulaire, toujours avec une fraise permet de diminuer la couverture de l'acétabulum. Le labrum peut être réinséré à l'aide d'ancres ou s'il est trop usé, excisé, certains vont même jusqu'à greffer un nouveau labrum en allant prélever des tendons ailleurs dans le corps.

D'autres techniques sont décrites comme la correction du conflit par un abord mini-open antérieur ou par luxation chirurgicale ouverte de hanche. Enfin, une arthroplastie de hanche (prothétique) peut être proposée dans les cas très avancés.

Clément Faivre
Boris Morattel

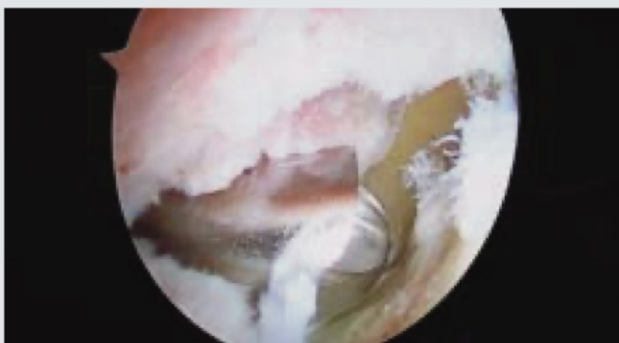


Fig.13 Résection osseuse d'une excroissance fémorale.



Fig.14 Radio post-opératoire après une ostéoplastie sous arthroscopie de hanche gauche.

Bibliographie :

- ¹ Spaner SJ, Warnock GL. A Brief History of Endoscopy, Laparoscopy, and Laparoscopic Surgery. J Laparoendosc Adv Surg Tech. déc 1997;7(6):369-73.
- ² Maric D, Garces G, Martinez A, Petkovic L. History of arthroscopy. Med Pregl. 2002;55(1-2):51-6.
- ³ Glick JM, Sampson TG, Gordon RB, Behr JT, Schmidt E. Hip arthroscopy by the lateral approach. Arthrosc J Arthrosc Relat Surg. janv 1987;3(1):4-12.
- ⁴ Ganz R, Parvizi J, Beck M, Leunig M, Nötzli H, Siebenrock KA. Femoroacetabular Impingement: A Cause for Osteoarthritis of the Hip. Clin Orthop. déc 2003;417:112-20.
- ⁵ Bogunovic L, Gottlieb M, Pashos G, Baca G, Clohisy JC. Why Do Hip Arthroscopy Procedures Fail? Clin Orthop. août 2013;471(8):2523-9.
- ⁶ Peters CL, Erickson JA. Treatment of Femoro-Acetabular Impingement with Surgical Dislocation and Débridement in Young Adults: J Bone Jt Surg. août 2006;88(8):1735-41.
- ⁷ Byrd TWJ, Jones KS. Prospective Analysis of Hip Arthroscopy with 10-year Followup. Clin Orthop. mars 2010;468(3):741-6.
- ⁸ Puncture capsulotomy showing anterolateral (viewing), anterior, mid-anterior and Dienst portals. Illustration by Nicole Wolf, MS, © 2017. <https://advances.massgeneral.org/ortho/article.aspx?id=1034>
- ⁹ Khan M, Bedi A, Fu F, Karlsson J, Ayeni OR, Bhandari M. New perspectives on femoroacetabular impingement syndrome. Nat Rev Rheumatol. mai 2016;12(5):303-10. https://www.wmaker.net/kinesport/Le-conflit-femoro-acetabulaire-nouvellesperspectives-Partie-1_a3273.html
- ¹⁰ Lequesne M. The normal hip joint space: variations in width, shape, and architecture on 223 pelvic radiographs. Ann Rheum Dis. 1 sept 2004;63(9):1145-51. <https://www.fiches-book.fr/themes/voir/radiographie-de-hanche-814>
- ¹¹ Ernest SHILDERS © - Labral Tears <http://ernestschilders.com/labral-tears.php>

L'AAtSSO remercie l'Ensemble Hospitalier de la Côte pour la mise à disposition des salles à l'Hôpital de Morges pour nos séances et les cours organisés par Espace Compétences.



HÔPITAL DE MORGES **BLOC OPÉRATOIRE**

- 6 salles d'opération (endoscopie comprise)
- 1 salle de réveil
- Bloc opératoire pluridisciplinaire
- Plateau technique de pointe
- Environ 6000 interventions par année
- Equipe interdisciplinaire



PROXIMITÉ
HUMANITÉ
COMPÉTENCE
RESPONSABILITÉ

GILLY
Hôpital de Gilly

AUBONNE
Hôpital et EMS d'Aubonne

MORGES
Hôpital de Morges
EMS Nelly de Beausobre
EMS Les Pâquis
Centre Médical Charpentiers

ECUBLENS
Centre médical
Arcades EPFL



Transplantation allogreffe de ménisque : Etat actuel

Introduction :

Le ménisque est important pour la répartition de la charge, l'absorption des chocs et la stabilité de l'articulation du genou¹. Le principe de la prise en charge des lésions méniscales est de préserver autant que possible la fonction du ménisque, et «sauver le ménisque» est un slogan récent de la chirurgie du ménisque^{2,3}.

Malgré cela, la méniscectomie est parfois nécessaire pour traiter les déchirures irréparables. Une lésion du ménisque ou une méniscectomie entraîne une augmentation des pressions de contact fémorotibiales et finalement des modifications dégénératives précoces et l'évolution arthrosique du genou⁴. Milachowski a réalisé la première transplantation d'allogreffe de ménisque (MAT) chez l'humain en 1984 associée à une reconstruction du ligament croisé antérieur (LCA) chez 22 patients de 1984 à 1986. Il s'agissait d'une chirurgie ouverte, et des greffons lyophilisés stérilisés aux rayons gamma ou congelés ont été utilisés, les résultats à long terme ont été publiés en 2002⁵.

La greffe méniscale est devenue une procédure largement acceptée dont le but est de restaurer la biomécanique articulaire et de préserver le cartilage dans le compartiment concerné. Plusieurs études ont montré de bons résultats à court, moyen et long terme. Cependant, il n'y a pas d'essais cliniques randomisés ou d'autres études comparatives avec un groupe témoin de patients postméniscectomie traités de manière conservatrice. Un effet préventif sur le développement de l'arthrose n'a pas été démontré, mais il semble que l'évolution soit retardée. Les buts de la transplantation d'allogreffe du ménisque sont: réduire la douleur mécanique

suite à la méniscectomie; retarder l'évolution dégénérative du cartilage en zone de charge et la surcharge de l'os sous-chondral; éviter ou diminuer les risques d'arthrose; restaurer la mécanique du genou.

Sélection des donneurs et patients, indications et contre-indications :

Lois et réglementations :

L'utilisation de tissus musculo-squelettiques provenant de donneurs pour des transplantations est réglementée dans l'Union européenne (UE) et en Suisse. Cependant, les réglementations nationales peuvent différer de celles-ci. Le Conseil européen et l'OMS ont également fourni des lignes directrices pour les transplantations de tissus.

Sélection des donneurs :

La première étape du processus consiste à obtenir le consentement de la famille du donneur potentiel. La plupart des pays européens ont développé un consentement dit présumé du donneur, mais exigent un consentement supplémentaire de la famille. Aux États-Unis, les personnes qui souhaitent devenir donneurs donnent leur consentement écrit avant leur décès. L'étape suivante consiste à évaluer l'aptitude du donneur. Cela inclut des antécédents médicaux où les maladies auto-immunes systémiques, les troubles neurologiques, les maladies génétiques, les infections chroniques, l'alcoolisme et la malignité sont des contre-indications générales. Il n'y a pas de limite d'âge supérieure fixée par la loi. Les directives européennes fixent une limite d'âge à 45 ans pour les allogreffes méniscales.



Prélèvement, traitement et conservation:

Aux États-Unis, le prélèvement doit être effectué dans les 24 heures après le décès, si le corps a été refroidi et dans les 15 heures si non refroidi. En Europe, dans les 12 heures sans refroidissement et 48 heures avec refroidissement. Une analyse bactériologique est effectuée. Le traitement ultérieur comprend le débridement et le traitement antibiotique. Le risque de transmission virale est très faible, avec un risque entre 1 sur 173 000 et 1 sur 1 million pour le VIH et 1 sur 421 000 pour l'hépatite C pour les greffes non traitées. Il a été démontré que l'irradiation gamma à 2,5 mrad ou plus affecte négativement les propriétés biomécaniques des ménisques. Les cellules seront détruites par de telles méthodes, de sorte que les greffes viables fraîches et les greffes cryo-conservées ne sont pas stérilisées^{6,7}. Il existe quatre méthodes de stockage des greffons: les greffons frais viables, les greffons cryo-conservés, les greffons lyophilisés et les greffons fraîchement congelés. Ce dernier est le greffon le plus couramment utilisé aujourd'hui.

Après le traitement initial, le greffon est rapidement congelé à -80°C . Les cellules du donneur sont détruites par le processus de congélation. Les greffons peuvent être conservés jusqu'à 5 ans.

Indications et contre-indications:

Cette procédure est recommandée pour les patients jeunes (<45 ans) avec une usure cartilagineuse minimale, des douleurs localisées au compartiment concerné. La déformation en varus ou valgus doit être prise en compte et corrigée si nécessaire avec une ostéotomie combinée. La principale contre-indication est la lésion sévère du cartilage articulaire dans le compartiment méniscal déficient, bien que la transplantation pour les patients asymptomatiques ne doive pas être considérée. La procédure est contre-indiquée chez les personnes âgées, genoux avec une instabilité ligamentaire et arthroses sévères (grade 3 ou 4) du compartiment avec déficit méniscal.

Technique Chirurgicale:

Installation:

Après anesthésie, un examen bilatéral du genou est effectué. Le patient est placé en décubitus dorsal comme d'habitude pendant une chirurgie arthroscopique du genou avec un appui latéral au genou, au niveau du garrot rembourré (Fig 1 A). Un appui à ménisque est placé pour empêcher la rotation externe de la hanche et maintenir le genou fléchi à 90° si nécessaire, et mobilisation complète (Fig 1 B et C).



Figure 1.



Préparation de la greffe:

L'allogreffe fraîchement congelé et non irradié (Fig. 2A-B, 3A) est décongelé au bloc opératoire dans une solution saline associée à une ampoule de rifampicine pendant 30 minutes. Une scie oscillante, une gouge et une râpe sont utilisées pour créer deux bloc osseux cylindriques de 2 cm de hauteur et 7 mm de diamètre aux racines méniscales antérieure et postérieure (Fig 2-3 C-D-E-F) fauflés par du fil de FiberWire 2-0 permettant de mobiliser les blocs osseux lors de la transplantation de l'allogreffe.

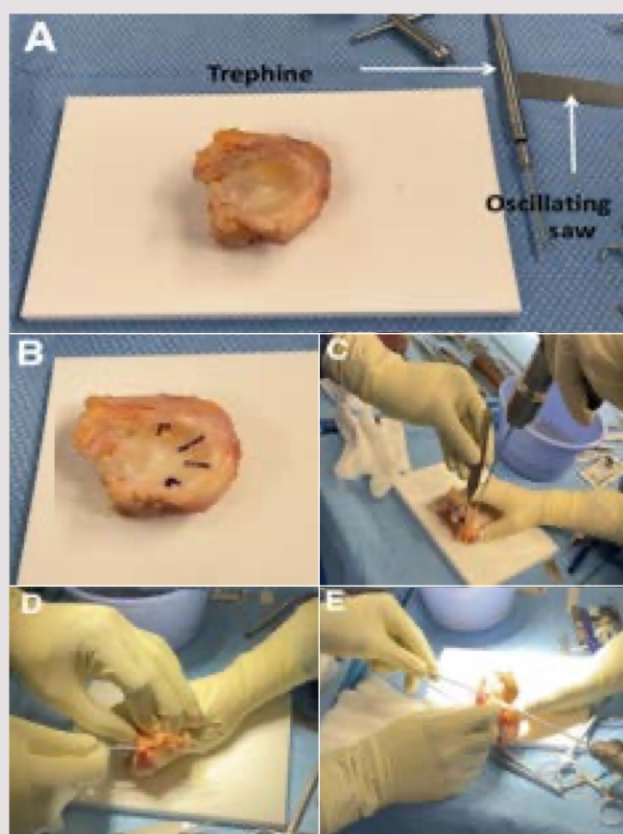


Figure 2.

Passage de la greffe et suture:

Sous arthroscopie, un diagnostic est effectué, le reliquat méniscal restant est débridé à l'aide d'un shaver de 4,0 mm pour stimuler le saignement et la cicatrisation de la future greffe (Fig 4 D, E et F). A l'aide d'un viseur, deux broches de 2,4 mm sont positionnées sur l'empreinte des racines postérieure et antérieure du ménisque (Fig 5 A, B, C et D). Un FlipCutter de diamètre 8 mm est utilisé pour faire un tunnel retrodrill 2 cm de hauteur pour les racines antérieure et postérieure (Fig. 5 E). Le transplant

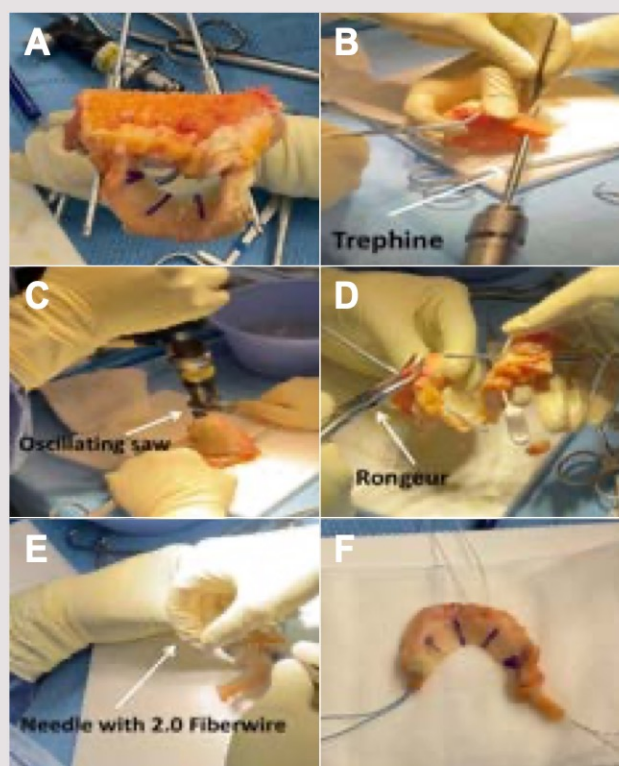


Figure 3.

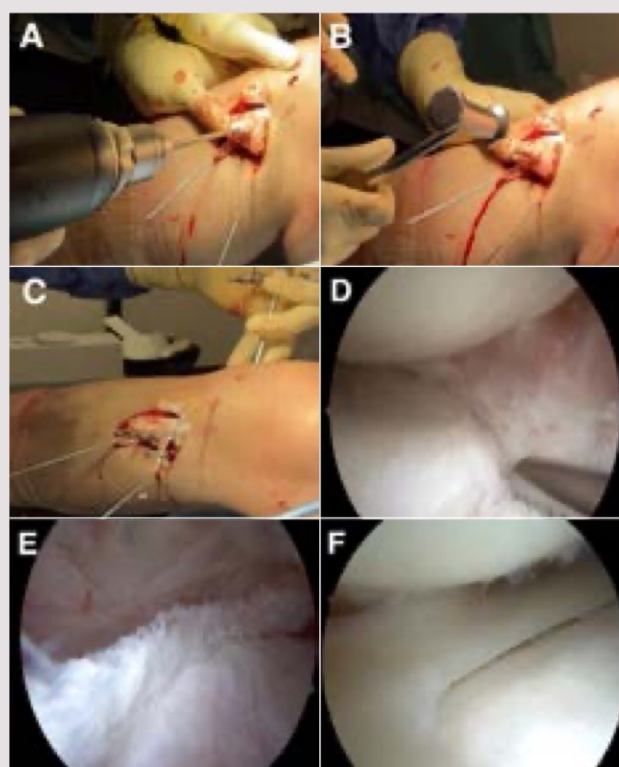


Figure 4.

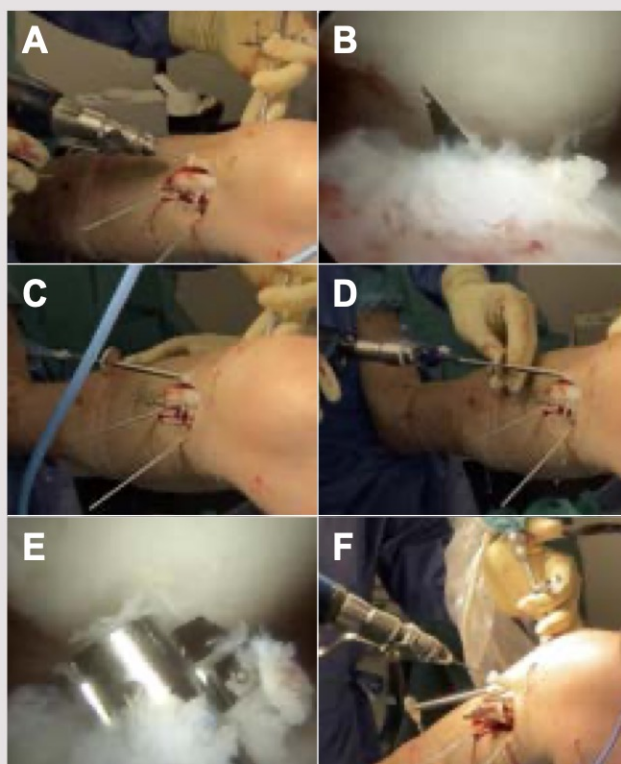


Figure 5.

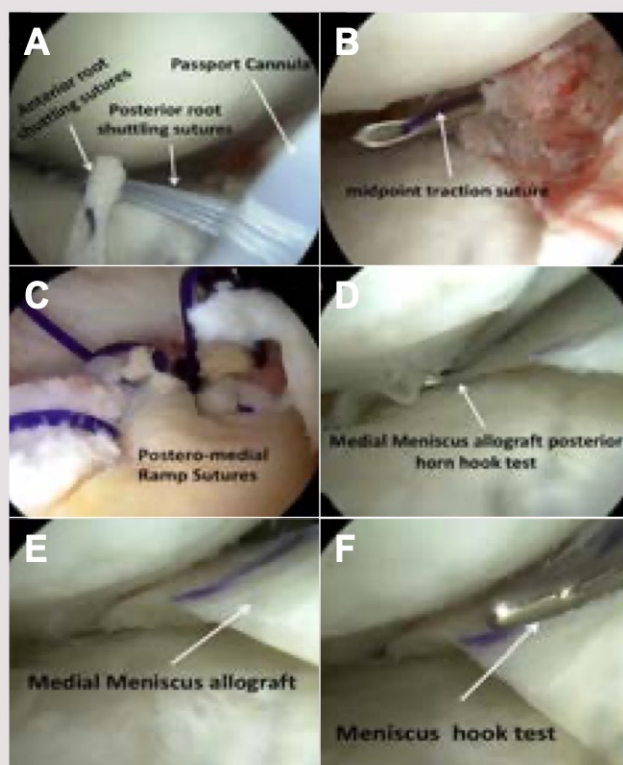


Figure 6.

est ensuite introduit dans le genou à travers une canule (Fig 6 A). Un abord postéro-médial ou parfois postéro-externe est nécessaire pour la suture de la rampe méniscale (Fig 6C). Ensuite, une suture est effectuée de postérieur à antérieur tous les Cm en utilisant plusieurs techniques de suture. À l'aide d'un crochet, nous vérifions la stabilité du ménisque sur toute sa circonférence (Fig 6 A, B, C, D E et F). Les racines sont fixées avec deux ancrs à la corticale tibiale antérieure sous contrôle arthroscopique, d'abord la racine postérieure puis la racine antérieure.

Rééducation post-opératoire :

La cryothérapie compressive (Game Ready; CoolSystems, Inc., Concord, CA) est débutée immédiatement en salle de réveil pendant 4 heures en continu puis 30 minutes toutes les 3 heures pendant 15 jours. La mise en charge est limitée à 10 à 15 kg pendant 6 semaines puis une augmentation progressive de l'appui de 10 kg chaque semaine, jusqu'à une charge complète à 3 mois. La flexion du genou est limitée à 30° pendant 15 jours, puis 60° jusqu'à 4 semaines postopératoires et 90° jusqu'à 6 semaines postopératoires. Nous vous déconseillons d'utiliser une attelle. Une reprise progressive des activités sportives est autorisée à partir de 6 mois pour les sports sans pivots, à 9 mois pour les sports de pivots sans contact et à 12 mois pour les sports pivots avec contact.

Résultats de la chirurgie :

Verdonk et al. ont rapporté une survie de 11,6 ans en utilisant la courbe de survie cumulée de Kaplan-Meier chez 100 patients traités par transplantation d'allogreffe de ménisque⁸. Il n'y avait pas de différence dans les taux d'échec entre le ménisque médial et latéral. Van der Wal et al. ont rapporté que les taux d'échec augmentaient avec le temps, avec un taux de survie de 52 % à 16 ans⁹. Il existe des résultats contradictoires sur le taux de réussite et de survie selon les auteurs. Verdonk et al. ont rapporté un taux de survie cumulé à 10 ans de 74 % pour le côté médial et de 70 % pour le côté latéral⁸. Cependant, van Arkel et al.¹⁰ ont rapporté des taux de succès plus élevés pour le côté latéral (88 %) par rapport au côté médial (63 %) sur un suivi de 63 patients avec un recul moyen de 60 mois.



Conclusion:

Les études rapportant des résultats après transplantation d'allogreffe de ménisque sont pour la plupart des études de niveau 3 et 4. Les résultats cliniques sont bons à court, moyen et long terme. Les études radiologiques montrent un pourcentage élevé d'extrusion méniscale à l'IRM, mais cela n'est pas corrélé au résultat clinique. La fixation avec une baguette osseuse est associée à moins d'extrusion que la fixation aux tissus mous. Avec un respect rigoureux des indications et de la technique chirurgicale, Le taux de complications est d'environ 10 %, la rupture du greffon étant la plus fréquente¹¹.

Dr Eric Choudja Ouabo

Références:

- ¹ Fox AJS, Wanivenhaus F, Burge AJ, et al. The human meniscus: A review of anatomy, function, injury, and advances in treatment. *Clin Anat* 2015;28:269-287.
- ² Beaufils P, Pujol N. Management of traumatic meniscal tear and degenerative meniscal lesions. Save the meniscus. *Orthop Traumatol Surg Res* 2017;103:S237-S244.
- ³ Seil R, Becker R. Time for a paradigm change in meniscal repair: Save the meniscus. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2016;24:1421-1423.
- ⁴ Fukubayashi T, Kurosawa H. The contact area and pressure distribution pattern of the knee. A study of normal and osteoarthrotic knee joints. *Acta Orthop Scand* 1980;51: 871-879.
- ⁵ Wirth CJ, Peters G, Milachowski KA, Weismeier KG, Kohn D. Long-term results of meniscal allograft transplantation. *Am J Sports Med.* 2002;30(2):174-81.
- ⁶ Yahia L, Zukor D. Irradiated meniscal allotransplants of rabbits: study of the mechanical properties at six months postoperation. *Acta Orthop Belg.* 1994;60(2):210-5.
- ⁷ Yahia LH, Drouin G, Zukor D. The irradiation effect on the initial mechanical properties of meniscal grafts. *Biomed Mater Eng.* 1993;3(4):211-2.
- ⁸ Verdonk PC, Demurie A, Almqvist KF, Veys EM, Verbruggen G, Verdonk R. Transplantation of viable meniscal allograft. Survivorship analysis and clinical outcome of one hundred cases. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87(4):715-24. doi:10.2106/jbjs.c.01344.
- ⁹ van der Wal RJ, Thomassen BJ, van Arkel ER. Long-term clinical outcome of open meniscal allograft transplantation. *Am J Sports Med.* 2009;37(11):2134-9. doi:10.1177/0363546509336725.
- ¹⁰ van Arkel ER, de Boer HH. Survival analysis of human meniscal transplantations. *J Bone Joint Surg.* 2002;84(2):227-31.
- ¹¹ LaPrade RF, Wills NJ, Spiridonov SI, Perkinson S. A prospective outcomes study of meniscal allograft transplantation. *Am J Sports Med.* 2010;38(9):1804-12. doi:10.1177/0363546510368133.



Zoé4life



Personne ne se bat seul !

C'est ainsi qu'est née l'association Zoé4life en 2013.

Zoé était une petite fille pas comme les autres. Atteinte d'un neuroblastome, un cancer, dès sa naissance, elle se battra toute sa vie contre la maladie. Lorsqu'elle rechute à l'âge de 4 ans, l'entourage et la famille de Zoé se mobilisent pour créer l'association Zoé4life dans le but de financer ce traitement de la dernière chance que la Suisse ne peut lui proposer. En collaboration avec l'équipe du CHUV, c'est en France ou en Allemagne qu'il pourra avoir lieu.

Un incroyable élan de solidarité se développe ainsi autour de la famille Guignard. La maladie ayant finalement pris le dessus, Zoé s'en est allée rejoindre les étoiles le 26 octobre 2013 dans les bras de sa maman, deux jours avant de fêter ses 5 ans.

Son sourire, son rire et sa volonté de trouver de la joie dans tout ce que la vie peut offrir furent un cadeau et une leçon.



Aujourd'hui, Zoé4life poursuit son combat car chaque année en Suisse :

- Entre 300 et 350 enfants de moins de 18 ans sont touchés par un cancer
- Seuls 3% des enfants atteints de cancer guérissent sans séquelles
- Un congé parental de 14 semaines permettant à un parent de s'occuper de son enfant gravement malade est entré en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2021. Mais les traitements durent de nombreux mois voire des années.
- Un enfant décède chaque semaine d'un cancer.

Zoé4life, une association reconnue d'utilité publique et exonérée d'impôt, poursuit 4 buts :

- Financer la mise en place en Suisse de traitements innovateurs en oncologie pédiatrique.
- Améliorer le quotidien de l'enfant en traitement.
- Apporter un soutien financier aux familles dont l'enfant est atteint d'un cancer.
- Sensibiliser le public au cancer de l'enfant.

Notre association ne vit que grâce à vos dons et grâce au fruit des événements que nous organisons chaque année.



Zoé4life

Ensemble, nous pouvons faire la différence !

Depuis la création de l'association :

- Parce que nous nous rappelons que la première volonté d'un enfant atteint de cancer et celle de ses proches est la guérison, nous soutenons activement la recherche spécifique au cancer pédiatrique: Depuis 2013, nous avons financé des projets de recherche, au niveau Suisse et international, pour plus de CHF 2'500'000. De nouveaux protocoles de traitements qui n'étaient jusqu'ici pas disponibles en Suisse ont vu le jour grâce à notre financement.
- Chaque année, plus d'une centaine de familles vivant en suisse dont l'enfant est atteint de cancer reçoivent notre soutien financier. Les deux seuls hôpitaux romands à soigner les enfants atteints de cancer sont le CHUV à Lausanne et les HUG à Genève. Il arrive très fréquemment que l'enfant doive suivre un traitement spécifique dans un autre hôpital en Suisse. Les enfants doivent être soignés dans des centres spécialisés avec des professionnels qui ont chacun leurs domaines de compétences.
Les traitements durent des mois voire des années. L'enfant passe environ 1 jour sur 4 à l'hôpital. Un des parents doit en général cesser ou diminuer son activité lucrative pour rester auprès de son enfant malade.
- Nous finançons divers programmes pour améliorer le quotidien des enfants, adolescents et jeunes adultes ayant été touchés par un cancer pédiatrique.

- Sensibiliser le public au cancer de l'enfant est un but important. C'est en parlant de la réalité de ce que vivent les enfants et leurs familles que nous pourrions toucher le plus de monde. Afin d'y arriver nous organisons différentes actions et manifestations:

1. Septembre est le mois de sensibilisation au cancer de l'enfant et sa couleur symbolique est la couleur OR. Le jet d'eau de Genève est illuminé en OR un soir de septembre et nous mettons en place une grande campagne de sensibilisation avec nos rubans OR
2. Nous organisons chaque année une grande journée de solidarité, Day4life
3. Deux Galas d'humour et un Gala de Charité ont eu lieu ces dernières années.
4. Le 6 mai 2023 nous avons organisé une conférence sur le cancer pédiatrique



**Faites un don avec
TWINT !**



Scannez le code QR avec
l'app TWINT



Confirmez le montant et
le don



Journée informative du 1^{er} octobre 2022 au Grand Hôtel des Bains de Lavey.

Conférence du Dr. Desmarchelier concernant la chirurgie du pied. Conférence du Dr. Dimitriou au sujet de la chirurgie spinale.

Tout ceci dans la bonne humeur, agrémenté d'un excellent repas et suivi, pour ceux et celles qui le souhaitent, d'une bienfaitrice baignade au centre thermal...





Passation de pouvoir entre Patricia Karius, présidente sortante, et Stefan Arlt, vice-président accédant à la présidence de notre association.





**Imprimerie
de Marcelin**

Numérique

Typo - Offset

**Z.I. Riond-Bosson 13 • 1110 Morges 1 • Tél. 021 801 82 96
www.imprimerie-marcelin.ch • imprimerie.marcelin@span.ch**

Ce n'est pas qu'une impression!

