

CHIRURGIE RÉPARATION MÉNISCALE
DR DAVID BLANCHETTE • DR MICHEL FALLAHA •
DR PATRICK LAVIGNE • DR BENJAMIN LÉGER-ST-JEAN

LIGNES DIRECTRICES POUR SUIVI POSTOPÉRATOIRE EN PHYSIOTHÉRAPIE

MISE EN CHARGE :

- Immédiate partielle avec béquilles en général
**** *toe-touch* si réparation méniscale plus complexe (à valider au besoin avec l'orthopédiste)

CONTRE-INDICATIONS:

- Flexion du genou limitée à **90 degrés** pour 4 semaines pour les chirurgies des Dr David Blanchette, Dr Patrick Lavigne et Dr Benjamin Léger
- Aucune chaîne fermée > **90 degrés** pour 8 semaines
- Aucun renforcement des ischio-jambiers pour 8 semaines si réparation corne postérieure (attache sur le semi-membraneux)
- Éviter les torsions / pivots

PHASE 1 : Protection (0-4 SEMAINES)

Buts : Protéger la réparation chirurgicale, contrôler l'inflammation et la douleur, prévenir ou corriger le flexum.

- **ÉDUCATION** du patient sur le processus de réadaptation, les précautions et restrictions, la posture et le positionnement (pas d'oreiller sous le genou pour dormir); enseignement du programme d'exercices à domicile, des signes et symptômes à surveiller (plaie-phlébite).
- **ENTRETIEN DE LA CICATRICE**
- **RANGE OF MOTION :**
Genou, flexion-extension : 0-90 degrés mobilisations passives, actives-assistées selon tolérance pour la flexion et étirement libre avec gravité pour l'extension.
- **ROM ROTULE :** mobilisations passives dans toutes les directions.
- **ÉTIREMENT :** fléchisseurs plantaires en position assise.
- **MARCHE ET MISE EN CHARGE :** augmenter progressivement la mise en charge selon tolérance; travailler les transferts de poids, le patron de marche.
- **RENFORCEMENT :** débiter en chaîne ouverte.

Critères pour progresser à la phase suivante :

1. Douleur et inflammation contrôlées
2. *Ranger of motion* du genou 0-90 degrés.
3. Quadriceps $\geq 3/5$, bon contrôle du genou au SLR actif (aucun LAG)
4. Mise en charge bien tolérée

PHASE 2 : Mobilité – Renforcement (4-8 SEMAINES)

- **ÉTIREMENT** : chaîne postérieure.
- **RANGE OF MOTION : Genou, flexion-extension** : poursuivre les mobilisations passives et actives-assistées en flexion sans restriction. S'assurer de garder 0 degré en extension.
- **MISE EN CHARGE-PATRON DE MARCHÉ** : travailler le retrait progressif de l'auxiliaire à la marche. Cesser l'utilisation de l'auxiliaire seulement si patron de marche adéquat, absence de flexum, quadriceps 3/5, aucune douleur.
- **RENFORCEMENT** : débiter le renforcement en chaîne fermée de bipodal vers unipodal et angle inférieur à 90 degrés. Débiter les exercices de stabilité du tronc.
- **PROPRIOCEPTION** : débiter en bipodal et progresser vers l'unipodal seulement si bon contrôle en proximal et force adéquate du membre inférieur.

Critères pour progresser à la phase suivante :

1. Aucune augmentation de la douleur et du gonflement avec les exercices
2. *Range of motion* du genou 0-135 degrés
3. Patron de marche adéquat
4. Équilibre unipodal statique >15 secondes

PHASE 3 : Renforcement (8-12 SEMAINES)

- **ÉTIREMENT/RANGE OF MOTION GENOU-ROTULE** : poursuivre les exercices de la phase 2 et débiter l'étirement de la chaîne latérale et antérieure.
- **RENFORCEMENT** : progresser du bipodal vers l'unipodal, débiter le renforcement des ischio-jambiers.
- **CARDIO-VASCULAIRE** : débiter avec vélo, natation, elliptique, etc.
- **PROPRIOCEPTION** : travailler en unipodal +++, progresser de statique vers dynamique, sur des surfaces bidirectionnelles puis multidirectionnelles.

Critères pour obtenir le congé de physiothérapie :

1. Aucune augmentation de la douleur et du gonflement avec les exercices
2. ROM genou complet
3. Quadriceps 4+/5
4. Bon contrôle et alignement adéquat lors du renforcement unipodal et dans les exercices de proprioception.
5. Patient autonome dans ses exercices.

Critères de retour aux sports :

- Autorisation de l'orthopédiste
- Aucune douleur
- Force MI 85-90 %
- *Hop test* 85%
- Bon contrôle neuro-musculaire dynamique

Rédaction : Anne Ducharme, pht
Révision : Benjamin Léger-St-Jean, MD, FRCSC, chirurgien orthopédiste
Marie-Ève Toussaint, pht
Anis Chikh, pht
Révision linguistique : Marie Léger-St-Jean
Publication : Février 2017

Références :

Meniscal repair. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital, Department of Rehabilitation Services; 2007. 3 p.

Heckmann TP, Noyes FR, Barber-Westin S. Chapter 30: Rehabilitation of meniscus repair and transplantation procedures. Dans: Noyes FR, editor. Noyes' Knee Disorders: Surgery, Rehabilitation, Clinical Outcomes. Philadelphia, PA: Saunders; 2009. p. 806-17.

Atkinson HDE, Laver JM, Sharp E. Physiotherapy and rehabilitation following soft-tissue surgery of the knee. *Orthopaedics and Trauma*. 2010;24(2):129-38.

Cavanaugh JT, Killian SE. Rehabilitation following meniscal repair. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*. 2012;5(1):46-58.

Noyes FR, Heckmann TP, Barber-Westin SD. Meniscus repair and transplantation: a comprehensive update. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2012;42(3):274-90.

Kelleher L. Rehabilitation protocol: Meniscal repair: Lahey Hospital & Medical Center; 2013. 8 p.
Sherry M. Rehabilitation guidelines for meniscal repair. Madison, WI: University of Wisconsin Health Sports Medicine; 2013. 10 p.

Chirurgie réparation méniscale : Lignes directrices pour suivi postopératoire en physiothérapie. 4 p.
Meniscal repair post-operative protocol. Park City, UT: Rosenberg Cooley Metcalf; 2 p.

Rehabilitation after knee meniscus repair. Boston, MA: Massachusetts General Hospital; [Orthopaedics; Sports Medicine].

Meniscal repair protocol. Somersworth, NH: Marsh Brook Rehab; 4 p.

Meniscal repair with weight restrictions clinical practice guidelines. Columbus, OH: Ohio State University Wexner Medical Center. 6 p.

Freedman JA. Arthroscopic meniscus repair post-operative rehabilitation protocol. Cambridge, MA: Cambridge Health Alliance; 4 p.

Stewart BA. Meniscal repair protocol. Holland, MI: Shoreline Orthopaedics;.

Tous droits réservés

© CIUSSS de l'Est-de-l'Îles-de-Montréal, HMR, 2017