Réparation méniscale

Dr David Blanchette – Dr Patrick Lavigne
Dr Benjamin Léger-St-Jean – Dr Alexis Rousseau-Saine

Lignes directrices pour le suivi post-opératoire en physiothérapie

Structures touchées : Ménisque interne et/ou ménisque externe

Mise en charge : Selon les recommandations médicales

Généralement, mise en charge immédiate et partielle avec béquilles
**Toe-touch* ou pas de MEC pour 4 à 6 semaines si réparation méniscale plus complexe (à vérifier avec l'orthopédiste au besoin)

Critères pour le retrait de l'auxiliaire de marche :

- Mobilité en extension genou complète (Absence de flexum)
- Force musculaire quadriceps ≥ 3/5 (Absence de *quad lag*)
- Patron de marche adéquat
- Absence de douleur la marche

Contre-indications :

Pour 4 semaines : Aucune mobilisation en flexion du genou > 90° (Dr Blanchette et Dr Léger St-jean)

Pour 8 semaines : Aucun renforcement en chaîne fermée > 90°
Aucun renforcement musculaire des ischios-jambiers si réparation de la corne postérieure (attache du semi-membraneux)

Pour 12 semaines : Aucun pivot/aucune torsion

Phase 1 (0-4 semaines) - Protection

But **:** Protéger la chirurgie, diminuer la douleur et l'inflammation, prévenir l'ankylose

- Éducation sur les contre-indications/précautions, posture, positionnement, hygiène, signes et symptômes à surveiller (infection, thrombophlébite profonde), réassurance et débuter programme d'exercices à domicile
- Modalités antalgiques
- Surveiller la guérison des cicatrices
- Mobilisation et désensibilisation des cicatrices au besoin lorsque complètement fermées
- Débuter les exercices circulatoires
- Débuter étirement des fléchisseurs plantaires en position assise
- Débuter mobilité passive du genou, active-assistée, active **selon les contre-indications**
- Débuter la mobilisation de la rotule
- Travailler le patron de marche et les transferts de poids **si la mise en charge est autorisée par les recommandations médicales.**
- Débuter le renforcement musculaire isométrique du membre inférieur. Progresser avec la chaîne ouverte (à l'exception des IJ's si réparation corne postérieure)
    - Débuter entrainement par *Blood Flow Restriction* (BFR) à partir de 2 semaines si disponible en respectant les restrictions en lien avec le renforcement musculaire

Critères pour passer à la phase suivante :

- Douleur et inflammation bien contrôlée
- Mobilité du genou 0-90°
- Force musculaire du quadriceps ≥ 3/5
- Mise en charge bien tolérée

Phase 2 (4-8 semaines) - Mobilité/Renforcement

But : Récupérer la mobilité, récupérer la force musculaire, améliorer le contrôle neuro-musculaire

- Progresser la mobilisation du genou sans restriction
- Progresser l'étirement de la chaîne postérieure
- Continuer de travailler le patron de marche et la mise en charge. Viser le retrait de l'auxiliaire lorsque les critères sont atteints.
- Progresser le renforcement musculaire. Débuter le renforcement musculaire en chaîne fermée en évitant > 90°. Progresser de bipodal vers unipodal
- Débuter les exercices de proprioception et d'équilibre
- Débuter le vélo stationnaire lorsque la mobilité le permet (>110° de flexion du genou)

Critères pour passer à la phase suivante :

- Aucune augmentation de la douleur et de l'œdème avec les exercices
- Mobilité genou 0-135°
- Patron de marche adéquat
- Équilibre unipodal statique > 15 secondes

Phase 3 (8-12 semaines) - Renforcement

But : Récupérer la force musculaire, améliorer le contrôle neuromusculaire, optimiser la fonction

- Progresser le renforcement musculaire selon les besoins. Débuter le renforcement des ischiojambiers.
- Progresser les exercices de proprioception avec emphase sur l'unipodal.
- Poursuivre l'entrainement cardiovasculaire avec vélo, marche, natation, elliptique

Critères pour passer à la phase suivante :

- Absence de douleur
- Mobilité du genou complète
- Force musculaire 25% par rapport au côté sain
- Bon contrôle neuro-musculaire

Phase 4 (>12 semaines) - Renforcement avancé

But : Optimiser la fonction, initier les gestes sportifs, favoriser le retour aux activités sportives, récréatives et professionnelles

Selon les besoins de l'usager et **avec autorisation médicale :**

- Débuter la course à pied
- Débuter les sauts. Travailler en bipodal en progressant vers l'unipodal. Varier les surfaces en débutant sur surface ferme. Débuter avec saut unidirectionnel vers multidirectionnel.
- Débuter les changements de directions
- Travailler les gestes sportifs spécifiques

Critères pour retour aux sports :

- Autorisation de l'orthopédiste
- Aucune douleur musculaire
- Force membre inférieur 85-90% par rapport au côté sain
- *Hop test* 85% par rapport au côté sain
- Bon contrôle neuromusculaire dynamique

Rédaction : Anne Ducharme, pht
Myriam Drapeau, pht (révision 2026)

Révision : Jean-François Cantin, pht
Marie-Ève Toussaint, pht
Benjamin Léger-St-Jean, MD, FRCSC, chirurgien orthopédiste

Publication : 2016 (Révision 2026)

Références

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

2. Bouchard MD, Macciacchera M, Gilbert J, Lameire DL, Abouali J. Postoperative Rehabilitation Protocol After Isolated Meniscal Repair: A Systematic Review. Orthop J Sports Med. 2025 Jul 23;13(7):23259671251357513. doi: 10.1177/23259671251357513. PMID: 40717830; PMCID: PMC12290329.
3. Cavanaugh JT, Killian SE. Rehabilitation following meniscal repair. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine. 2012;5(1):46-58.
4. 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.
5. Freedman JA. Arthroscopic meniscus repair post-operative rehabilitation protocol. Cambridge, MA: Cambridge Health Alliance; 4 p.
6. Fried, J. W., Manjunath, A. K., Hurley, E. T., Jazrawi, L. M., Strauss, E. J., & Campbell, K. A. (2020). Return-to-Play and Rehabilitation Protocols Following Isolated Meniscal Repair-A Systematic Review. Arthroscopy, sports medicine, and rehabilitation, 3(1), e241–e247. https://doi.org/10.1016/j.asmr.2020.07.023
7. 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.
8. 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.
9. Meniscal repair. Boston, MA: Brigham and Women's Hospital, Department of Rehabilitation Services; 2007. 3 p.
10. Meniscal repair protocol. Somersworth, NH: Marsh Brook Rehab;. 4 p. Meniscal repair with weight restrictions clinical practice guidelines. Columbus, OH: Ohio StateUniversity Wexner Medical Center. 6 p.
11. Noyes FR, Heckmann TP, Barber-Westin SD. Meniscus repair and transplantation: a comprehensive update. J Orthop Sports Phys Ther. 2012;42(3):274-90.
12. Rehabilitation after knee meniscus repair. Boston, MA: Massachusetts General Hospital; Orthopaedics; Sports Medicine].
13. Spang Iii, R. C., Nasr, M. C., Mohamadi, A., DeAngelis, J. P., Nazarian, A., & Ramappa, A. J. (2018). Rehabilitation following meniscal repair: a systematic review. *BMJ open sport & exercise medicine*, *4*(1), e000212. https://doi.org/10.1136/bmjsem-2016-000212
14. Stewart BA. Meniscal repair protocol. Holland, MI: Shoreline Orthopaedics;.

Tous droits réservés
© Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire, HMR, 2026