

## CHIRURGIE D'UNE RÉPARATION MÉNISCALE

### Protocole pour le suivi post-opératoire en physiothérapie

Nom : \_\_\_\_\_

Date SOP : \_\_\_\_\_

**Ménisque interne**       **Ménisque externe**

Pour une réparation complexe,  
des CI supplémentaires  
peuvent s'ajouter.

**Contre-indication** : - Aucun stress en torsions/pivots

- Limiter la flexion à **90 degrés** pendant 4 semaines

- Aucun exercice de renforcement **en chaîne fermée > 90 degrés** pendant 8 semaines

**Précaution** : - renforcement spécifique des IJ pendant 6 semaines

### **Phase 1 (0 à 2 semaines)** : Phase aiguë et de protection de la réparation

**Objectif** : Contrôler la douleur et l'inflammation.  
Gagner de l'amplitude articulaire 0-90 degré. Minimiser  
l'atrophie musculaire. Mise en charge progressive selon  
tolérance. Débuter la physio dès le jour 3.

\* **Port d'un « zimmer » pour 48h**, même la nuit, puis  
retrait. **MEC** partielle avec béquilles sauf si réparation  
complexe (mentionné par l'orthopédiste) \*\*

Éducation	Précautions/Contre-indications, ne pas dormir avec un oreiller sous le genou, prendre l'analgésie pour la douleur, limiter la distance de marche, reconnaître les complications (TPP/infection) et explication du programme d'exercices
Cicatrice	Mobilisation de la cicatrice suite aux retraits des points.
Minimiser l'inflammation	Glace aux 3h, exercices circulatoires et élever la jambe lorsqu'assis ou couché
AA genou 0-90 degré. Minimiser le risque de flexum.	<i>Dès le jour 0</i> : Passif, actif-assisté et actif pour l'extension (à privilégier). <i>Passif, actif-assisté et actif pour la flexion</i> selon tolérance <b>jusqu'à 90°</b> .
Mobilité de la rotule	Glissement toutes les directions
Renforcement	Renforcement isométrique du quadriceps (activation) 0° et 30°. SLR. Renforcement progressif à débiter <b>en chaîne ouverte sans résistance</b> Renforcement de la hanche
Patron de marche (sauf si indication différente de l'orthopédiste)	MEC progressive selon tolérance (2 béquilles → 1 béquille/canne → aucune aide technique si quad > 3/5, aucun flexum et aucune douleur). Exercices de transfert de poids (100%) et correction du patron de marche
Relâchement des tissus adjacents	Étirement des fléchisseurs plantaires ou autres tissus tendus

### **Critères à atteindre pour progresser à la prochaine phase :**

- Douleur et inflammation contrôlées
- Amplitude articulaire du genou 0-90 degrés
- Mise en charge complète bien tolérée (peut marcher avec at)
- Aucun « quad lag » au SLR

## **Phase 2 (2 à 8 semaines)**: Phase de mobilité et début de renforcement

**Objectif** : Gagner toute l'AA en flexion dès la 4<sup>e</sup> semaine. Améliorer la force et l'endurance musculaire. Débuter le renforcement progressif en chaîne fermée jusqu'à 90.

AA genou en flexion	Maintenir 0° d'extension. Passif, actif-assisté, actif selon tolérance sans restriction pour la flexion <b>dès la 4<sup>e</sup> semaine</b> .
Mise en charge/ patron de marche	Si ce n'est pas encore fait, retrait progressif de l'aide technique si patron adéquat, quad >3/10, aucun flexum et aucune douleur.
Renforcement	Renforcement progressif en chaîne fermée à un angle inférieur de <b>60 degrés jusqu'à la 4<sup>e</sup> semaine, puis jusqu'à 90 degrés</b> selon tolérance. Prioriser les exercices fonctionnels (bipodal → progressivement unipodal <b>après la 6<sup>e</sup> semaine</b> ). Vélo sans résistance selon tolérance
Étirement	Étirement doux de la chaîne postérieure selon la douleur au besoin
Proprioception	Exercices bipodaux si force adéquate et progresser vers unipodal si bon contrôle

### **Critères à atteindre pour progresser à la prochaine phase :**

- Aucune douleur ou augmentation de l'œdème avec les exercices
- Mobilité complète du genou (0-125°)
- Patron de marche optimal
- Équilibre unipodal > 15 secondes

## **Phase 3 (8 à 12 semaines)** : Phase de renforcement en unipodal

**Objectif** : Progresser vers un renforcement unipodal et un renforcement en chaîne fermée sans restriction.

Renforcement	Progresser les exercices bipodaux vers des exercices unipodaux fonctionnels (single leg-squat, fente, step up/down, hip hike). Renforcement en salle d'entraînement possible. Début d'exercices spécifiques pour les ischio-jambiers.
Proprioception	Progresser vers des exercices unipodaux, dynamique et multidirectionnel
Cardio-vasculaire	Débuter le vélo avec résistance, la natation, l'elliptique ... <b>Semaine 12</b> : Débuter le jogging progressivement si aucune douleur et bonne force musculaire
Impact et saut	<b>Semaine 12</b> : Débuter les sauts unipodaux, plyométrie et activités spécifiques au sport. Pas de sport de contact <b>avant 4 mois</b> (attendre l'autorisation)

### **Critères de retour aux sports :**

- Autorisation de l'orthopédiste ou du physiothérapeute en pratique avancée
- Aucune douleur/appréhension lors d'exercices spécifiques au sport
- Force quadriceps et IJ à 85-90% du côté sain
- Triple hop test à 85-90% du côté sain

### **Référence :**

Document réalisé par la clinique d'orthopédie de l'hôpital du Haut-Richelieu, CISSS Montérégie-Centre. Document écrit par Sébastien Dion, physiothérapeute en pratique avancée, et révisé par les orthopédistes : Dr J. Armano, Dr P-L Charlebois, Dr M. Corriveau, Dr X. Jodoin-Fontaine, Dr M Leroux, Dr L-D Raymond et Dr H. Viens. (Mars 2023)

- O'Donnell, K., Freedman, K. B., & Tjoumakaris, F. P. (2017). Rehabilitation protocols after isolated meniscal repair: a systematic review. *The American journal of sports medicine*, 45(7), 1687-1697.
- 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.
- Lin, D. L., Ruh, S. S., Jones, H. L., Karim, A., Noble, P. C., & McCulloch, P. C. (2013). Does high knee flexion cause separation of meniscal repairs?. *The American journal of sports medicine*, 41(9), 2143-2150.
- Shelbourne, K. D., Patel, D. V., Adsit, W. S., & Porter, D. A. (1996). Rehabilitation after meniscal repair. *Clinics in sports medicine*, 15(3), 595-612.
- VanderHave, K. L., Perkins, C., & Le, M. (2015). Weightbearing versus nonweightbearing after meniscus repair. *Sports Health*, 7(5), 399-402.
- Le service d'orthopédie du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2022). Protocole de chirurgie LCA et déchirure méniscale. 1-3. [https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Symposium/2022/Transfert\\_connaissance\\_etudiants/02\\_Protocole\\_LCA\\_physiotherapeute\\_vf.pdf](https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Symposium/2022/Transfert_connaissance_etudiants/02_Protocole_LCA_physiotherapeute_vf.pdf)
- Ducharme, A. Léger-St-Jean, B. Toussaint, ME. Chikh, A. (2017). Chirurgie réparation méniscale. CIUSSS de l'Est-de-l'Îles-de-Montréal, HMR
- Massachusetts General Brigham Sports Medicine. (2021). Rehabilitation Protocol for Arthroscopic Meniscal Repair. Mass General Brigham, 1-9
- Sherry, M. (2017). Rehabilitation Guidelines for Meniscal Repair. Uw Health Sports Medecine and Rehabilitation. 1-5
- Physical therapy and sports rehabilitation. Isolated Meniscus Repair Post-op Rehabilitation Protocol. University Othopedics, Inc. Sports Medecine Division. Brown Alpert Medical School. 1-3
- Meniscus Repair Rehabilitation Protocol. Orthopeadic Medical Group of Tempa Bay. 1-5. <https://www.omgtb.com/wp-content/uploads/pdfs/meniscus-repair-rehab-protocol.pdf>
- Richards, D. P., Barber, F. A., & Herbert, M. A. (2005). Compressive loads in longitudinal lateral meniscus tears: a biomechanical study in porcine knees. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*, 21(12), 1452-1456.