

Rééducation après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie

DOSSIER DE SAISINE

➤ Intitulé du projet

Rééducation après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie.

➤ Type de produit soumis :

Conformément à l'article L162-1-7¹ du code de la sécurité sociale, l'Assurance maladie propose un nombre d'actes au-delà duquel un avis du service du contrôle médical est nécessaire pour la poursuite de la prise en charge de la rééducation prescrite après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie.

¹ Article L162-1-7 du code de la sécurité sociale

La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. **Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.** La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

➤ **Champ du projet :**

En dehors des causes congénitales qui touchent presque exclusivement l'enfant, les lésions méniscales chez l'adulte sont essentiellement d'origine :

- traumatiques (traumatisme bien identifié), le point essentiel est alors l'existence ou non d'une lésion ligamentaire associée (notamment du ligament croisé antérieur (LCA))
- dégénératives, liées au vieillissement tissulaire, elles posent le problème de leur relation avec l'altération cartilagineuse (arthrose)

Ce document ne concerne que la rééducation réalisée dans les suites de lésions méniscales chez l'adulte, d'origine traumatiques ou dégénératives, bénéficiant d'une méniscectomie isolée, latérale et / ou médiale, totale ou subtotale par arthroscopie.

Les actes de la CCAM correspondant, sont :

Code	Libellé
NFFC004	Méniscectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie
NFFC003	Méniscectomie latérale et médiale du genou, par arthroscopie

Sont donc exclues, les réparations méniscales et les méniscectomies bilatérales ou celles sur un seul genou, associées à un autre acte chirurgical, notamment sur le ligament croisé antérieur.

➤ **Fondements scientifiques retenus :**

La méniscectomie arthroscopique est un geste chirurgical réputé peu traumatisant [1]. Il peut être réalisé en chirurgie ambulatoire et, en cas d'hospitalisation, la durée habituelle de séjour est d'une journée.

Les suites postopératoires sont habituellement simples[2]. Les complications immédiates (thrombophlébites, arthrite septique, lésions vasculo-nerveuses, bris de matériel, hémarthrose) sont réputées rares (< 0,2% pour les plus fréquentes).

Selon les auteurs, la marche est possible avec appui d'emblée ou après quelques jours seulement [2-3-4]. Les douleurs et hydarthrose transitoires assez fréquentes (30% des cas) favorisées par une reprise trop précoce de l'activité, mais s'estompent rapidement.

La méniscectomie latérale pourrait être suivie plus souvent d'épanchements [3].

Le sport peut être repris entre 4 et 6 semaines selon sa nature [2-3-4-5-6-7]. Dans le cadre de lésions dégénératives, la reprise des activités sportives dépend surtout de l'importance des lésions cartilagineuses coexistantes [4].

Selon certains auteurs, la rééducation chez le masseur-kinésithérapeute n'est pas toujours nécessaire [2], d'autres considèrent qu'elle est utile.

« Après une méniscectomie interne, le patient peut marcher le lendemain de l'intervention et récupérer complètement ses amplitudes articulaires (flexion complète). Souvent (une dizaine) de séances de rééducation sont conseillées : électrostimulations, étirements et rééducation proprioceptive peuvent accélérer la récupération. La méniscectomie externe peut être suivie par des épanchements les premières semaines » [3].

« La rééducation est proposée d'emblée, quelques séances de rééducation paraissent bénéfiques. La rééducation doit être douce, et éviter de créer des douleurs. Pour cela, il faut remettre au kinésithérapeute un protocole précis. Le but est de retrouver la mobilité du genou sans douleur, le travail de renforcement musculaire se fait avec beaucoup de précautions, en associant systématiquement des étirements des chaînes musculaires antérieures et postérieures » [4].

The Medical disability advisor, guide américain, recommande également de la rééducation : 12 séances sur une période de 6 semaines [5].

Ainsi, quand elle est conseillée, il semble se dégager un consensus pour considérer que la rééducation doit débiter immédiatement après l'intervention chirurgicale dans le but d'accélérer la récupération et garantir une reprise plus précoce des activités professionnelles et sportives des patients. Une association à la pratique d'auto-exercices est également conseillée [5].

Les techniques préconisées sont, en fonction des besoins du patient : drainage, physiothérapie, mobilisations passives et actives, renforcements et étirements musculaires, exercices proprioceptifs) [3-5-7-8]. La rééducation doit être douce afin d'éviter de créer des douleurs et une hydarthrose iatrogènes, notamment en cas d'exercices de renforcement musculaire [4-7-8] pour lesquels il est conseillé une association systématique à des étirements des chaînes musculaires antérieures et postérieures.

Il n'y a pas de protocole standardisé recommandé, mais il semble exister un consensus [7-8] pour considérer que la durée de rééducation ne dépasse pas habituellement un mois avec :

- ↳ De J1 à J7 elle consiste en cryothérapie, travail isométrique du quadriceps, mobilisation immédiate et marche avec 2CA.
- ↳ Après J7, elle vise en une récupération du quadriceps

Les suites d'une méniscectomie latérale sont souvent plus longues selon certains [5] qu'après méniscectomie médiale (75% des méniscectomies).

➤ Description des pratiques :

En 2007, la CNAMTS recense, pour des patients du régime général, 116 346 séjours suite à une méniscectomie arthroscopique chez des patients de plus de 18 ans et de moins de 79 ans sans autres actes chirurgicaux associés (Données 2007 Régime Général, ERASME V1). La majorité de ces actes (78%) portent sur un seul ménisque.

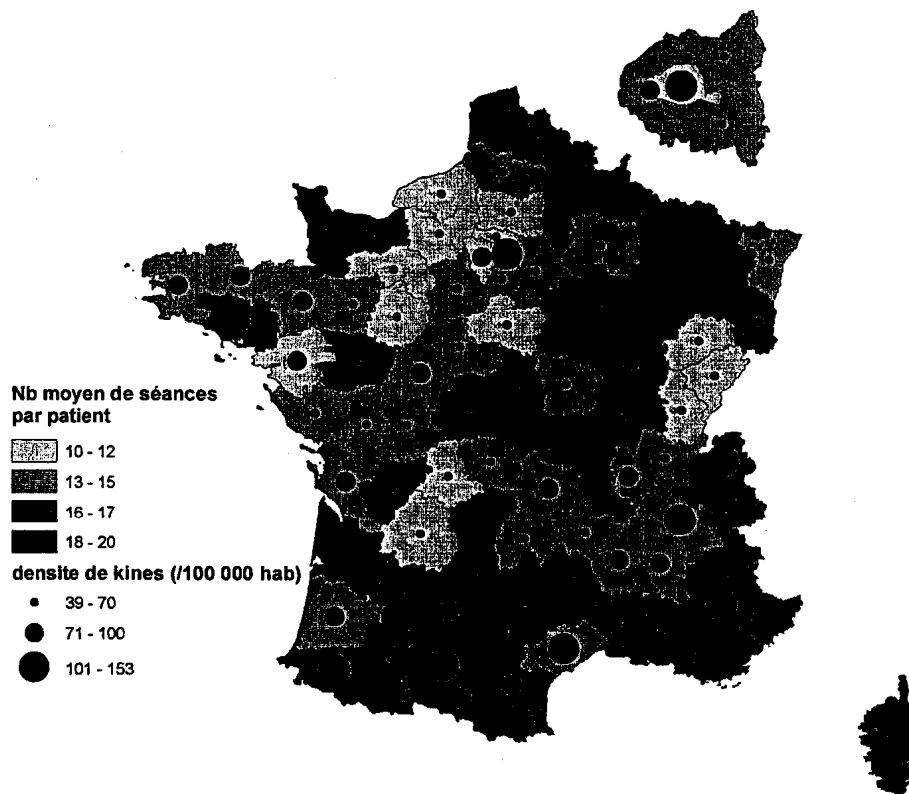
Pour cette intervention chirurgicale, les recommandations de la HAS précisent que, la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville [9]. Conformément à ces recommandations, on observe un retour à domicile pour 99,6 % des patients.

La pratique observée montre que 70% des patients ayant eu une méniscectomie arthroscopique sur un seul ménisque effectuent des soins de masso-kinésithérapie, et 75% d'entre eux lorsqu'elle porte sur deux ménisques.

En moyenne, 14 ou 16 séances de masso-kinésithérapie ont été réalisées selon que l'intervention porte sur 1 ou 2 ménisques du même genou.

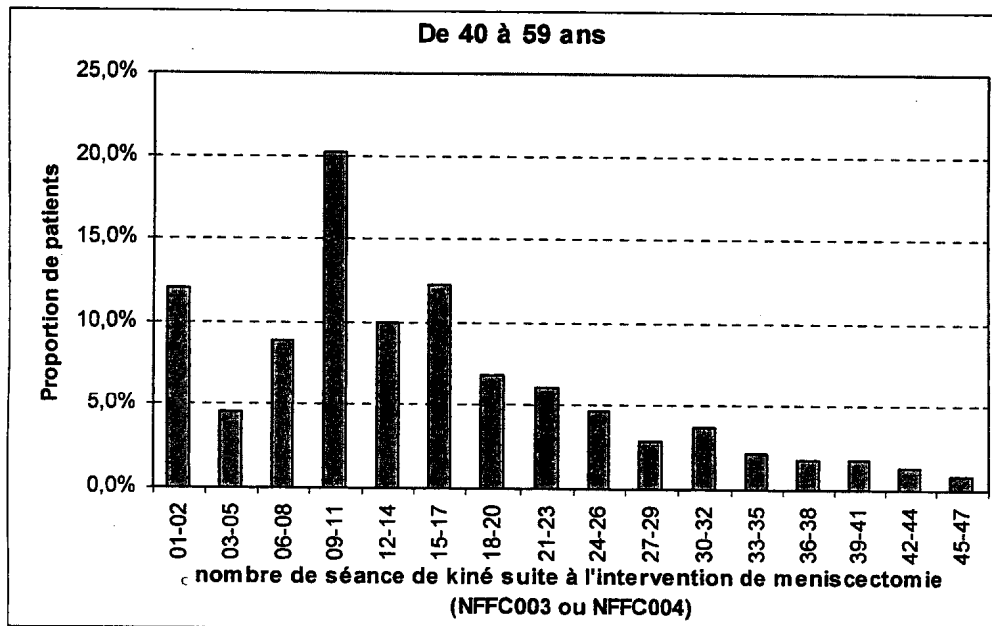
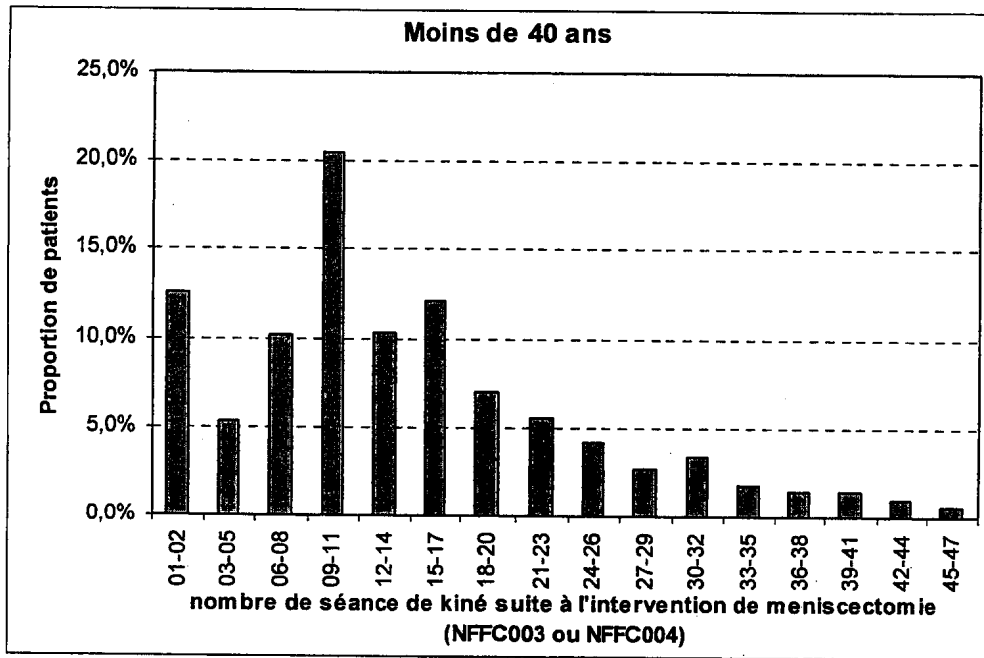
Il existe néanmoins de fortes variations interdépartementales de cette moyenne (par exemple de 10 séances dans l'Eure, à 20 séances dans les Bouches-du-Rhône).

Nombre moyen de séances de kiné par patient suite à une ménissectomie (NFFC003 ou NFFC004)



source des données : actes CCAM réalisés en 2007, suivis de séances de rééducation réalisées dans les 6 mois suivant l'acte, données assurés du Régime Général, ERASME V1

L'étude de la dispersion des prescriptions montre qu'il existe un pic à 10 séances.



source des données : actes CCAM réalisés en 2007, suivis de séances de rééducation réalisées dans les 6 mois suivant l'acte, données assurés du Régime Général, ERASME V1

➤ **Objectifs du projet :**

Cette médicalisation de la procédure de demande d'accord préalable vise à simplifier les démarches médico-administratives pour l'exécutant des séances, le prescripteur et le patient.

Il s'agit de fixer, pour chaque situation médicale, un nombre d'actes au-delà duquel l'exécutant demandera, de manière exceptionnelle, un accord préalable du service médical en justifiant médicalement la poursuite des soins, après concertation avec le prescripteur. Dans la grande majorité des cas, la rééducation aura atteint ses objectifs thérapeutiques avec un nombre de séances inférieur à celui proposé dans ce document.

Ce nombre d'actes sera inscrit à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (Titre XIV, Chapitre V).

➤ **Projet proposé :**

Une rééducation chez le masseur-kinésithérapeute peut être utile dans les suites d'une méniscectomie arthroscopique. Elle pourrait favoriser une reprise plus rapide des activités dans de bonnes conditions.

Elle correspond à la pratique majoritairement observée, plus de 70% des patients bénéficiant de soins de masso-kinésithérapie post-méniscectomie, réalisés quasi exclusivement en ambulatoire. Cette rééducation doit être débutée immédiatement après la chirurgie et se déroule sur une période n'excédant pas habituellement un mois.

En l'absence de recommandations et/ou de protocoles standardisés consensuels rapportés dans la littérature sur la prise en charge rééducative en ville, et au regard de la pratique observée, il est proposé qu'au-delà de **15 séances**, un accord préalable du service du contrôle médical soit nécessaire, pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge d'une rééducation des suites d'une méniscectomie (médiale et/ou latérale) isolée par voie arthroscopique, sans pathologie associée du ligament croisé antérieur.

Références bibliographiques

1. HAS « Prise en charge thérapeutique des lésions méniscales et des lésions isolées du ligament croisé antérieur du genou chez l'adulte » - Juin 2008.
2. R. Verdonk, F. Almqvist. Lésions traumatiques des ménisques du genou - EMC 14-084-A-10.
3. <http://www.orthopedie.com> Site d'information sur la chirurgie orthopédique réalisé par des chirurgiens du CHU de Lyon.
4. JC Panisset, P Neyret. Méniscectomie sous arthroscopie. EMC 44-765.
5. <http://www.mdguidelines.com/meniscectomy-and-meniscus-repair> The Medical disability advisor, 6^{ème} édition .
6. F. Picard, J. Gaudin et all. Intérêt de la masso-kinésithérapie après méniscectomie sous arthroscopie. Ann. Kinésithér., 1998, t.25, no5, pp.197-200.
7. <http://www.corpo-kine-nancy.fr> Site de Corpo Kiné Nancy Etudiante (rubrique « Etudes »)

8. RG. Danowski, JC. Chanussot. Traumatologie du sport. MASSON; 7^e édition : p 166.
9. HAS « Recommandations de la Haute Autorité de santé, établies par consensus formalisé, portant sur les actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » – 29 mars 2006.
10. Michaël Andrieu, Guillaume Kerhousse. Indications de l'arthroscopie du genou. la revue du praticien vol. 59, 20 novembre 2009