|  |  |
| --- | --- |
| **Fiche d'information n°** | **2019.147.829.01-1** |
| Annexe n° | 1 |
| Version du | 10.12.2019 |

**Indications et contre-indications pour une ACI au genou**

Pour une demande de prise en charge, veuillez remplir la liste suivante et fournir les annexes demandées en page 2.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indications** | | **Oui** | **Non** |
| 01 | Lésion isolée du cartilage du genou, stade III-IV selon classification Outerbridge ou ICRS |  |  |
| 02 | Etendue de la lésion: 2 à 6 cm2, documentée par IRM ou arthroscopie |  |  |
| 03 | Lame osseuse sous-chondrale préservée (perte de substance ostéochondrale avec perte de substance osseuse d'une profondeur ≤ 2mm; en cas de lésion d'une profondeur supérieure à 2 mm, une reconstruction osseuse préalable est nécessaire) |  |  |
| 04 | Structure du cartilage environnant intacte autour de la perte de substance, afin de pouvoir ancrer la membrane aux bords du cartilage |  |  |
| 05 | Localisation: condyle fémoral médial et latéral, trochlée, rotule |  |  |
| 06 | Surface articulaire en regard intacte (lésion en miroir acceptable jusqu'au stade II de la classification Outerbridge) |  |  |
| 07 | Mobilité articulaire libre |  |  |
| 08 | Stabilité ligamentaire |  |  |
| 09 | Croissance du patient achevée |  |  |
| 10 | Age: jusqu'à 55 ans |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contre-indications** | | **Oui** | **Non** |
| 01 | Plus de deux lésions isolées ou deux lésions en miroir |  |  |
| 02 | Lésions simultanées aux deux membres inférieurs |  |  |
| 03 | Signes radiologiques d'arthrose (≥ stade II selon classification de Kellgren et Lawrence) |  |  |
| 04 | Lésion osseuse sous-jacente d'une profondeur supérieure à 2 mm |  |  |
| 05 | Existence d'une instabilité articulaire n'ayant pas fait l'objet d'un traitement chirurgical préalable |  |  |
| 06 | Existence d'une polyarthrite rhumatoïde ou d'une arthrite para-infectieuse, infectieuse ou métabolique (par exemple: goutte, chondrocalcinose), ou statut après ces maladies |  |  |
| 07 | Lésions cutanées au membre à opérer |  |  |
| 08 | Statut après résection méniscale (la résection partielle d'un tiers de la superficie totale est acceptable.) |  |  |
| 09 | Abus de médicaments ou d'alcool |  |  |
| 10 | Infection connue au VIH ou infection active à l'hépatite A, B, C ou non-A, non-B |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contre-indications** | | **Oui** | **Non** |
| 11 | Maladies infectieuses aiguës connues, maladies endocriniennes ou métaboliques, maladies du système immunitaire ou pathologies tumorales, syndromes d'anomalies génétiques, tels que le syndrome de Turner, etc. |  |  |
| 12 | Hypoplasie sévère, aplasie ou dysplasie trochléenne ou rotulienne ≥ grade 2 selon Wiberg |  |  |
| 13 | Déviations de l'axe physiologique de la jambe > 5 ° (sauf correction préalable à l'ACI ou simultanée) |  |  |
| 14 | Limitation fonctionnelle des membres supérieurs, empêchant l'utilisation de béquilles pour décharger les membres inférieurs |  |  |
| 15 | Antécédents de troubles de la coagulation ou antécédents personnels ou familiaux de thrombophilie |  |  |
| 16 | Grossesse ou allaitement |  |  |
| 17 | Allergies connues au collagène |  |  |
| 18 | Statut après maladie de Sudeck |  |  |
| 19 | Obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30) |  |  |
| 20 | Techniques de régénération du cartilage utilisant la stimulation de la moelle osseuse au cours des six derniers mois (p. ex. : microfracturation, forage Pridie, etc.) |  |  |

**Annexes demandées pour la demande de prise en charge:**

1. IRM originale de la lésion cartilagineuse **avec** commentaire radiologique prenant position sur l'étendue et sur la profondeur de la perte de substance chondrale et/ou ostéochondrale
2. Radiographie jambe entière ap (orthoradiogramme)
3. Radiographies du genou ap et profil + rotule vue axiale, datant de 6 mois au maximum
4. Certification Swissmedic pour le produit utilisé dans le cadre de l'ACI
5. Après chirurgie effectuée: compte rendu d'arthroscopie / d'opération et documentation vidéo peropératoire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du requérant: | Lieu et date: | Signature du requérant: |
|  |  |  |