|  |  |
| --- | --- |
| **Fiche d’information n°** | **2019.148.T05-1.2.01-1** |
| Annexe n° | 1 |
| Version du | 10.12.2019 |

**Indications et contre-indications pour le remplacement chirurgical du ménisque dans l’articulation du genou**

Pour toute demande de garantie de prise en charge des frais, prière de remplir la liste suivante et de fournir les annexes demandées:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Matériel de remplacement prévu (greffe/implant)** | **Oui** | **Non** |
| 01 | greffe cadavérique (allogreffe) |  |  |
| 02 | implant artificiel d’origine non naturelle (une description plus précise est fournie dans la documentation en annexe) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **indications (cumulatives)** | **Oui** | **Non** |
| 01 | douleurs au niveau du compartiment articulaire concerné par la résection du ménisque |  |  |
| 02 | patient actif de moins de 50 ans |  |  |
| 03 | axe jambier orthograde |  |  |
| 04 | le genou présente des ligaments solides |  |  |
| 05 | bonne mobilité de l’articulation, absence d’importantes altérations dégénératives |  |  |
| 06 | Croissance terminée |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3.** | **Contre-indications** | **Oui** | **Non** |
| 01 | signes radiologiques d’arthrose (≥ stade II selon classification de Kellgren et Lawrence) |  |  |
| 02 | lésions cartilagineuses de l’articulation du genou ≥ ICRS III dont le traitement n’est pas intégré au concept thérapeutique |  |  |
| 03 | axe jambier pathologique dont le traitement n’est pas intégré au concept thérapeutique |  |  |
| 04 | existence d’une instabilité articulaire dont le traitement n’est pas intégré au concept thérapeutique |  |  |
| 05 | existence d’une polyarthrite rhumatoïde ou d’une arthrite para-infectieuse ou métabolique (par exemple: goutte, chondrocalcinose) ou d’une arthrite infectieuse, et statut après ces maladies |  |  |
| 06 | lésions cutanées au membre à opérer |  |  |
| 07 | abus de médicaments ou d’alcool |  |  |
| 08 | limitation fonctionnelle des membres supérieurs empêchant l’utilisation de béquilles pour décharger les membres |  |  |
| 09 | antécédents de trouble de la coagulation ou antécédents personnels ou familiaux de thrombophilie |  |  |
| 10 | obésité (indice de masse corporelle > 30 kg/m2) |  |  |
| 11 | statut après Complex Regional Pain Syndrome CRPS |  |  |
| 12 | statut après résection complète du ménisque, si un tissu méniscal de remplacement artificiel d’origine non naturelle est utilisé (cela ne s’applique pas aux greffes cadavériques [allogreffes]) |  |  |

Le retardement important d’une dégénérescence cartilagineuse et d’un développement d’une arthrose attendus généralement après une perte du ménisque par le biais de mesures de remplacement chirurgical du ménisque n’a jusqu’ici pas été démontré de manière convaincante. L’indication de remplacement chirurgical du ménisque avec l’objectif de prévenir le développement d’une arthrose ne repose pas sur les données scientifiques exigibles, et ne peut par conséquent pas être prise en compte.

Les pathologies du cartilage articulaire (circonscrit), de l’axe jambier et de la solidité des ligaments de l’articulation du genou concernée ne posent pas de contre-indications contraignantes pour le remplacement chirurgical du ménisque, pour autant qu’elles soient traitées dans le cadre d’un concept thérapeutique complet. Cependant, le principe de proportionnalité de la charge des interventions chirurgicales complémentaires sur la personne assurée doit être respecté et, le cas échéant, faire l’objet d’une discussion du point de vue des attentes réalistes vis-à-vis des résultats de traitement à attendre compte tenu de ces circonstances.

**Annexes demandées:**

1. Rapport de consultation comprenant les informations de l’anamnèse et le résultat de l’analyse clinique ainsi que la discussion concernant l’indication du remplacement chirurgical du ménisque
2. IRM originale avec commentaire radiologique
3. Radiographie jambe entière ap (orthoradiogramme)
4. Radiographie du genou ap debout, profil et rotule vue axiale, datant de six mois au maximum
5. Certification Swissmedic pour le produit utilisé dans le cadre du remplacement méniscal
6. En cas d’opération: compte rendu d’arthroscopie / d’opération et documentation peropératoire (photo/vidéo)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’auteur de la demande: | Lieu / date: | Signature de l’auteur de la demande: |
|  |  |  |