

TRAITEMENT DE LA GONARTHROSE FÉMORO-TIBIALE PAR MÉSOTHÉRAPIE.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ À TROIS MOIS: EVA DOULEUR, INDICE ALGOFONCTIONNEL DE LEQUESNE, TRAITEMENT ASSOCIÉ.

Drs H. Frikha, N. Jubran, D. Labaune, V. Sivier, A. Sekfali, P. Stortz, K. Haouchette, Ph. Lafuma, J.P. Martin. Pr O. Guyen, Me A. Bestion

Service d'orthopédie du membre inférieur de l'hôpital Edouard Herriot de Lyon

RESUME:

Nous avons voulu évaluer l'efficacité de la mésothérapie sur la gonarthrose fémoro-tibiale interne douloureuse selon un protocole fixe. Il s'agit d'une étude ouverte concernant 27 patients sans groupe contrôle. Cinq séances de mésothérapie (technique d'injection en Intradermique Profond (IDP) 4mm et Intradermique Superficiel (IDS) 1 à 2 mm) comprenant un mélange de Mésocaïne 1 %, Piroxicam 20 mg et Calcitonine 100 unités ont été réalisées en deux mois. Les résultats ont été évalués à chaque étape de l'étude et à trois mois par recueil de l'EVA douleur, de l'indice algofonctionnel de Lequesne et de la prise de traitements antalgiques et/ou anti-inflammatoires associés. Nous avons constaté une amélioration significative de tous les paramètres à la fin du suivi.

I. INTRODUCTION

L'arthrose en général et la gonarthrose en particulier est une affection fréquente qui touche essentiellement le sujet âgé avec une prévalence qui passe de moins de 1% des individus entre 25-34 ans à 30% dans la tranche d'âge supérieure à 75 ans. Les conséquences médico-économiques de la gonarthrose sont importantes et sa prise en charge thérapeutique n'a cessé d'évoluer.

Elle est un motif fréquent de consultation en médecine générale et en rhumatologie du fait de la douleur et de l'impotence fonctionnelle qu'elle engendre.

De nombreux traitements médicamenteux ainsi que des thérapeutiques non médicamenteuses ont été développés et évalués par des études cliniques. L'efficacité de la prise en charge de la gonarthrose requiert l'association de moyens thérapeutiques de spécialités différentes avec une stratégie cohérente.

La mésothérapie s'est imposée comme un moyen thérapeutique intéressant dans la prise en charge globale de l'arthrose par le médecin généraliste et le rhumatologue.

L'efficacité du traitement mésothérapique lors de poussées d'arthrose douloureuse et son action locorégionale

sur le processus évolutif de cette maladie n'est pas négligeable.

Comme l'avaient fait les Docteurs A. Camus et collaborateurs (DIU 2003-2004 – Faculté Pitié- Salpêtrière), nous avons voulu étudier par une étude observationnelle longitudinale l'intérêt de la mésothérapie dans le traitement de la gonarthrose fémoro-tibiale interne modérée en poussée douloureuse avec un suivi de 3 mois et une évaluation finale de 24 patients. Nous avons utilisé l'EVA douleur, l'indice algofonctionnel de Lequesne et l'évolution de la consommation médicamenteuse.

II. MATERIEL ET METHODE

• OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude observationnelle longitudinale a été d'évaluer l'efficacité d'un traitement par mésothérapie dans la gonarthrose fémoro-tibiale interne modérée en phase douloureuse non inflammatoire. Les outils d'évaluation utilisés étaient ceux qu'utilise la plupart des études cliniques qui ont évalué les traitements de la gonarthrose ces dernières années à savoir l'indice algofonctionnel de Lequesne, l'EVA douleur et la consommation des antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens par le patient.

• PROTOCOLE

choix des patients

Critères d'inclusion:

– Homme ou femme, Age > 50 ans avec gonalgie unilatérale prédominant en fémoro-tibiale interne depuis plus de 3 mois.

– Confirmation par une radiographie du genou de moins de 12 mois: face + profil + rotule 30° (schuss non oblique) Stade 1, 2 et 3 d'Ahlback.

– Acceptant un suivi de 90 jours

Critères d'exclusion:

– Infiltration, visco induction ou ponction depuis moins de 2 mois.

– Épanchement ou autres signes de poussée inflammatoire (douleur non positionnelle la nuit, augmentation de la chaleur du genou).

- Gonalgie controlatérale.
- AOMI sévère.
- Canal lombaire étroit décompensé, sciatique et cruralgie.
- Coxarthrose symptomatique.
- Refus du patient.
- INR > 3 si traitement par AVK.

• Déroulement de l'étude

Durée de recrutement:

3 mois, de janvier 2012 à mars 2012. Ont participé au recrutement: 2 rhumatologues libéraux, 3 médecins généralistes, 1 praticien hospitalier service long séjour gériatrique.

Durée totale de l'étude: 6 mois

Rythme des visites:

- J0: inclusion, recueil des données du patient: âge, sexe, poids et taille pour le calcul de l'IMC, EVA douleur, score sur l'échelle de Lequesne, contrôle de prise de médicaments (AINS ou antalgiques), prescrits ou pris par automédication, depuis le début des signes cliniques. Prise en compte des comorbidités et de leurs traitements. Recherche de contre indications aux produits de mésothérapie utilisés. 1ère séance de mésothérapie.

- J8, J15, J30, J60 : EVA douleur, recherche d'effets indésirables et de prises de médicaments, séance de mésothérapie.

- J90: évaluation finale avec EVA douleur et score sur l'échelle de Lequesne.

• Traitement: Technique et produits

Nous avons décidé d'associer trois produits et de conserver cette même association tout au long de notre étude.

- **Calcitonine pharmy II 100 UI** (pH 4.2) 1 ampoule de 1ml, pour ses pouvoirs trophiques sur les os, les cartilages et pour ses effets antalgiques et micro circulatoires.

- **Mésocaïne 1% pharmy II** (pH6.5) 2ml: pour son pouvoir antalgique.

- **Piroxicam** (pH 8) 1ml, pour ses actions reconnues sur les pathologies inflammatoires localisées au niveau du tissu osseux, cartilagineux et synovial. Nous avons respecté la règle des pH pour le mélange des substances (du plus acide au moins acide), la séance a été faite dans les 15 minutes qui suivent le mélange pour éviter la dégradation des produits. Avant chaque consultation, nous avons recherché les effets secondaires de la séance précédente. La prise de tension artérielle a été systématique.

• **Matériel:** Aiguille de 0.35 x 4. Seringue de 5 ou 10 ml

• RESULTATS

Population à J0

- Nombre de patients: 27 dont 3 sorties de protocole
- Sexe: 19 femmes et 8 hommes

- Age moyen: 74,8 ans minimum: 53 ans, maximum: 91 ans

- IMC moyen: 29,08 minimum: 19,1, maximum: 38,9
25 < IMC < 30: 10, IMC > 30: 12

- Côté: gauche = 9 et droit = 17, non précisé = 1

- Stade d'Ahlback 1: 13, Stade 2: 10, Stade 3: 4

- Activité professionnelle: 23 patients retraités, 1 femme au foyer, 1 ouvrier en métallurgie, 1 agriculteur, 1 responsable administratif.

- Prise de traitements antalgiques et AINS: 15 dont 8 antalgiques niveau 1, 6 niveau 2 et 1 AINS et niveau 2

Population à J90

- nombre de patients sortis de l'étude: 3; 1 pour disparition à J8 des symptômes et refus de poursuivre le suivi, 1 à J30 pour réévaluation de la pathologie (apparition d'une nécrose osseuse du condyle) et 1 à J15 pour orientation chirurgicale à sa demande.

- Prise de traitements antalgiques et AINS: 6 dont 3 antalgiques de niveau 1, 3 de niveau 2. Le patient sous AINS et antalgique de niveau 2 est sorti de l'étude pour diagnostic d'ostéonécrose aseptique.

- Pas d'effets secondaires répertoriés

III. DISCUSSION

Notre étude a porté sur un échantillon de 27 patients recrutés selon des critères d'inclusion bien définis dans un souci d'homogénéité du groupe de patients. Le suivi a été rigoureux et seulement 3 patients sont sortis de l'étude. Il n'y a pas eu d'effet indésirable ou autre complication de la mésothérapie nécessitant l'abandon du traitement. Les résultats nous permettent de dire que la mésothérapie effectuée selon le protocole de cette étude (rythme des séances, produits et technique) est efficace sur les gonarthroses fémoro-tibiales internes en poussée douloureuse. L'évaluation a été faite selon des critères bien connus et largement utilisés, fiables et reproductibles que sont l'EVA douleur, l'indice algofonctionnel de Lequesne et la consommation de traitements antalgiques et AINS.

La baisse de l'indice de Lequesne est statistiquement significative à J90 ($p < 0.001$) et celle de l'EVA douleur à partir de J8 ($p < 0.001$) avec un résultat qui se maintient et se confirme à J90 ($p < 0.001$).

Nous savons tous qu'il n'y a pas de parallélisme radio clinique dans la gonarthrose, notamment sur la présence ou non de douleur quelque soit le stade radiologique. Dans notre étude, où tous les patients recrutés étaient douloureux, il semble y avoir un lien entre l'importance de la douleur, de la gêne fonctionnelle et le stade radiologique. A tous les stades radiologiques la baisse de l'indice de Lequesne et de l'EVA douleur est comparable. Les 4 patients stade 3 dans la classification d'Ahlbäck ont des douleurs plus importantes à J0 et une amélioration moins nette à J90 mais la mésothérapie paraît néanmoins efficace même à un stade avancé d'arthrose.

La revue de Mésothérapie

Seulement 15 patients prenaient un traitement symptomatique essentiellement des antalgiques de niveau 1 et 2 en début d'étude, 5 ont pu l'arrêter complètement et 3 le diminuer.

CONCLUSION

La mésothérapie est une alternative thérapeutique intéressante dans le traitement de la gonarthrose fémoro tibiale interne surtout débutante et modérée mais aussi à un stade avancé, ce qui doit nous inciter à la proposer de façon régulière, précoce voire en première intention. Cette méthode, maîtrisée et bien conduite, est peu

agressive avec des effets secondaires minimes.

Elle a pour mérite également de rapprocher le soignant de son patient.

Les produits utilisés dans ce protocole avaient pour objectif de traiter la poussée douloureuse. Ce traitement peut être suivi et entretenu par un protocole à visée trophique.

L'intérêt de cette étude réside dans l'homogénéité, la rigueur du recrutement et du suivi des patients.

Nous avons conscience de ses limites. La petite taille de l'échantillon, l'absence de groupe contrôle ou avec une alternative thérapeutique en limite la portée scientifique. Cela doit nous inciter à poursuivre ce travail.

