

PLACE DE LA MESOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE LA BANDELETTE ILIO TIBIALE EN PHASE AIGÛE

Claire Plassard

INTRODUCTION

Le syndrome de la bandelette ilio-tibiale également appelé syndrome de l'essuie-glace correspond à une tendinopathie de la bandelette ilio-tibiale. Il est dû à une inflammation de la partie distale de la bandelette ilio tibiale par frottement excessif de celle-ci sur le condyle fémoral lors des mouvements répétés de flexion extension.

Il peut s'accompagner d'une bursite, inflammation de la bourse séreuse.

C'est une pathologie fréquemment rencontrée chez le coureur à pied, professionnel ou amateur, mais également chez le randonneur ou le cycliste.

C'est la deuxième pathologie la plus courante liée à la course à pied et la principale cause de douleurs latérales du genou chez le coureur (1).

Il se traduit par une douleur du compartiment externe du genou d'intensité variable et empêche la poursuite de l'activité physique.

À l'heure de la pratique de la course à pied se généralise, cette pathologie devient un problème actuel (2). Le nombre d'événements sportifs est croissant. En 2012, l'incidence de ce syndrome était estimée entre 5 et 14% (3).

Aujourd'hui le traitement actuel consiste principalement en la prise orale d'AINS.

Il m'a semblé intéressant d'évaluer l'apport de la mésothérapie dans la prise en charge aigüe de cette pathologie.

L'objectif de cette étude est d'apprécier la place de la mésothérapie dans la prise en charge de la douleur à la phase aigüe du syndrome de la bandelette ilio tibiale et notamment de définir son importance au sein des thérapeutiques associées.

CRITÈRES DE L'ÉTUDE: MATÉRIELS ET MÉTHODES

a) Type de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive portant sur 10 cas suivis par le Dr Laurens, d'octobre 2016 à Mars 2017.

b) Objectifs

L'objectif de cette étude est d'apprécier la place de la mésothérapie dans la prise en charge de la douleur à la phase aigüe du syndrome de la bandelette ilio tibiale et notamment de définir son importance au sein des thérapeutiques associées.

c) Critères de jugement

Le critère de jugement principal était l'évaluation de la douleur sur un critère diagnostique principal, le test de Noble à J1 et après la totalité des séances de mésothérapie. L'évaluation de la douleur était objectivée par l'échelle visuelle analogique allant de 0 à 10, 0 correspondant à l'absence de douleur et 10 à la douleur maximale imaginable.

Le critère de jugement secondaire était le nombre de jours avant la reprise de l'activité physique.

d) Population étudiée

Les patients ont été recrutés au sein de la patientèle du Dr Laurens, dans un cabinet de la région parisienne.

La population étudiée regroupait 8 hommes et 2 femmes. Ils étaient âgés de 23 à 37 ans pour un âge moyen de 27,6 ans.

On note 8 sujets atteints d'une pathologie latéralisée à droite, 2 sujets atteints d'une pathologie latéralisée à gauche.

Tous les sujets inclus dans l'étude pratiquaient une activité physique régulière.

L'ancienneté des symptômes était également notifiée et allait de 21 jours à 120 jours.

6 patients avaient reçu un traitement antérieur par AINS, 4 patients n'avaient reçu aucun traitement antérieur.

e) Critères d'inclusion

Les patients étaient tous atteints du syndrome de la bandelette ilio-tibiale. Les critères cliniques nécessaires au diagnostic étaient l'apparition d'une douleur de la face externe du genou au bout d'une certaine distance d'activité physique, et un test de Noble positif.

Une imagerie n'était pas nécessaire à la confirmation du diagnostic.

Tous les patients inclus ont reçu un traitement des facteurs favorisants: orthèses plantaires, chaussures, ostéopathie.

f) Protocole

Le traitement mésothérapeutique administré était le suivant:

Mélange 1

En Intra dermique profond, en regard du condyle latéral sur la bursite

Calcitonine 100 UI (1cc) + Piroxicam (1cc) + Etamsylate (2cc)

Mélange 2

En IDP et IED, sur le corps du muscle tenseur fascia

lata

Mésocaine (1cc) + Thiocolchicozide (2cc) + Pidolate de magnésium (2cc)

Le rythme des séances était J1, J8, J15, J30+/- J45 en fonction de la symptomatologie.

Tous les sujets inclus ont reçu au moins 2 séances: 2 patients ont reçu 2 séances, 7 patients ont reçu 3 séances et 1 patient a reçu 4 séances de mésothérapie.

L'échelle visuelle analogique était utilisée pour l'évaluation de la douleur, allant de 0 correspondant à l'absence de douleur à 10 correspondant à la douleur maximale imaginable.

L'évaluation de la douleur a été pratiquée à J0 et au bilan à J15, J30 ou J45 selon les patients. Une appréciation du résultat a également été demandée au patient et au praticien lors du bilan. Cette appréciation a été évaluée sur la base d'une échelle à 4 niveaux: 1 «mauvais résultat», 2 «résultat moyen», 3 «bon résultat», 4 «très bon résultat».

Toutes les données ont été retransmises sur Word puis sur Excel dans un tableur. Elles ont ensuite fait l'objet d'analyses statistiques (test de Student)

RÉSULTATS

a) Caractéristiques de la population

L'étude a porté sur 10 patients, 8 hommes et 2 femmes d'âge moyen 27,6 ans.

L'IMC moyen était de 22,5.

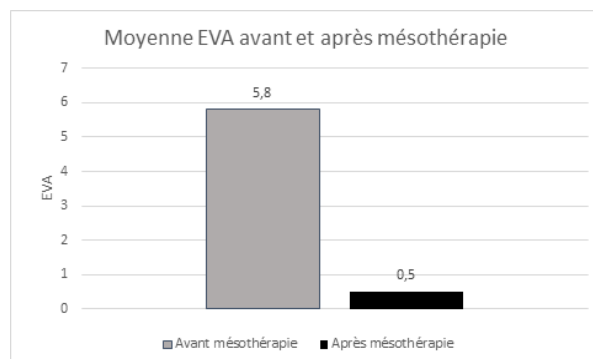
L'ancienneté des symptômes était en moyenne de 56,4 jours.

6 patients avaient reçu un traitement antérieur par AINS, 4 patients n'avaient reçu aucun traitement. On note que la totalité des patients qui ont reçu un traitement antérieur par AINS ont rapporté ne pas avoir été totalement soulagés.

4 patients ont réalisé une échographie qui a confirmé le diagnostic, 3 patients ont réalisé des radiographies standards qui se sont révélées normales, 3 patients n'ont eu aucun examen complémentaire.

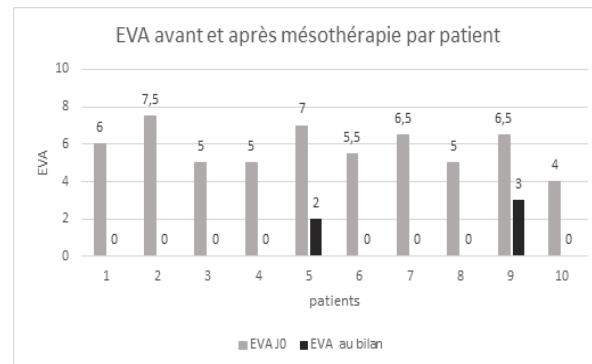
Le traitement par mésothérapie a nécessité en moyenne 2,9 séances.

b) Résultat du traitement par mésothérapie

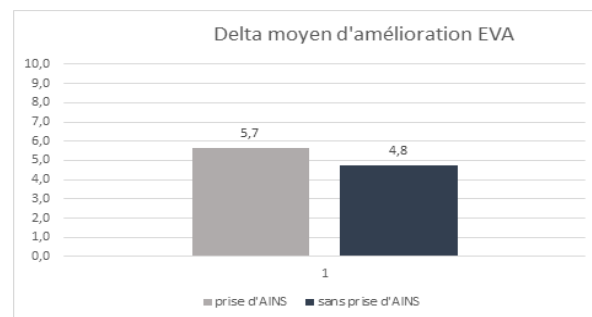


L'évolution de l'EVA lors du test de Noble était significativement différente avant et après traitement par la mésothérapie ($t = 14,45$, $p = 1,56.10^{-7}$, intervalle de

confiance à 95% [4,47; 6,12]).



80% des patients ont rapporté une EVA à 0 après le traitement par la mésothérapie.



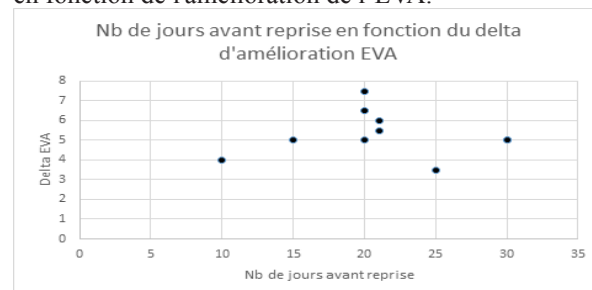
En ce qui concerne l'impact de la prise antérieure d'AINS sur l'amélioration de l'EVA, on constate que celle-ci est peu significative. En effet le delta moyen d'amélioration est à 5,7 pour les sujets ayant eu recours à un traitement antérieur par AINS et à 4,8 pour les patients n'ayant pas pris de traitement antérieur.

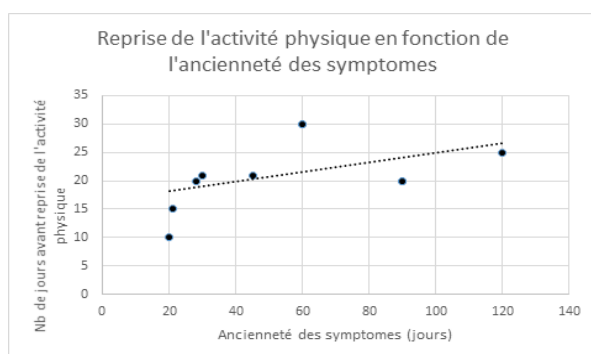
Aucune différence significative entre le delta d'amélioration de l'EVA et l'IMC n'a été mise en évidence. Cependant tous les sujets inclus dans l'étude avaient un IMC inférieur à 25.

Il n'a pas non plus été mis en évidence de différence significative entre l'ancienneté des symptômes et le delta d'amélioration de l'EVA.

En ce qui concerne le critère secondaire à savoir le nombre de jours avant la reprise d'une activité sportive, la moyenne de celui-ci était de 21,2 jours, la médiane était de 20,5 jours.

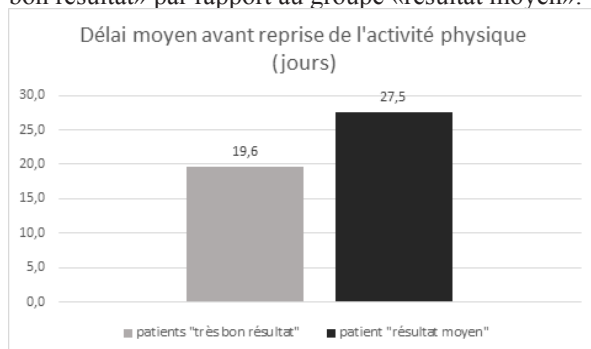
Il n'a pas été mis en évidence de différence significative du nombre de jours avant reprise de l'activité physique en fonction de l'amélioration de l'EVA.





Il a toutefois pu être mis en évidence que les patients reprenaient une activité physique d'autant plus tôt que les symptômes étaient récents.

Néanmoins on a pu constater que la reprise de l'activité physique se fait plus tôt chez les patients du groupe «très bon résultat» par rapport au groupe «résultat moyen».



DISCUSSION

Le syndrome de la bandelette ilio tibiale est une des pathologies les plus fréquentes liées à la course (1).

Il semblerait que le sexe masculin associé à un âge inférieur à 34 ans représentent des facteurs de risque de cette pathologie (5).

La population de l'étude est donc comparable concernant ces facteurs de risque.

Le diagnostic du syndrome de la bandelette ilio tibiale est clinique. Or très souvent les patients ne sont plus douloureux au moment de l'examen. Dans cette étude tous les patients sont douloureux au moment du diagnostic clinique. A ce jour, il n'existe pas d'étude sur la fiabilité de l'examen clinique dans le diagnostic du syndrome de la bandelette ilio tibiale. Comme le signalent les auteurs dans une étude (1), un consensus international pour le diagnostic de ce syndrome semble nécessaire.

L'échographie est l'examen de choix à ce jour dans le diagnostic de ce syndrome en cas de doute diagnostique. Une étude récente a étudié la prévalence et la distribution du liquide en regard de la bandelette ilio tibiale chez des coureurs occasionnels asymptomatiques. Il s'est avéré qu'un épanchement a été retrouvé chez la totalité des sujets. Les résultats de cette étude invitent à la prudence quant à l'interprétation de cet épanchement (6).

La mésothérapie a permis une amélioration significative de la douleur chez tous les patients. La reprise de l'activité physique, qui est un critère essentiel pour tout sportif, semble se faire d'autant plus précocement que le diagnostic se fait tôt. Aucune étude sur la prise en charge de ce syndrome en mésothérapie n'a été retrouvée dans la littérature.

La prise antérieure d'AINS semble tendre vers une majoration de l'efficacité de la mésothérapie dans la prise en charge du syndrome de la bandelette ilio tibiale en phase aigüe.

Cependant aucune conclusion n'est possible. Le traitement par AINS représentant le traitement actuel principal de ce syndrome notamment à sa phase aigüe, il semblerait intéressant de comparer l'efficacité respective des AINS et de la mésothérapie. En effet, la prise d'AINS a des effets indésirables non retrouvés en mésothérapie, et la mésothérapie présente également un avantage d'un point de vue économique.

Les mesures associées ont toute leur importance dans la prise en charge de ce syndrome: correction d'une mauvaise statique plantaire en podoposturologie, ostéopathie, chaussage adaptée.

De nombreuses études ont analysé ces facteurs biomécaniques. La revue de la littérature est peu claire sur les facteurs biomécaniques impliqués dans ce syndrome.

Une augmentation de l'adduction maximale de la hanche et de la rotation interne du genou ont été mis en cause (1), une faiblesse de l'abduction de la hanche également (7).

Toutefois, même si la coordination de la hanche et du genou ainsi que le style de course semblent être des facteurs clés dans le traitement de ce syndrome, aucune étude n'apporte de réponse claire. Les coureurs pourraient également bénéficier des exercices sur le renforcement des muscles postérieurs de la hanche (8) et des conseils sur les chaussures de course et la surface de course (3).

La compréhension de la physiopathologie de ce syndrome reste primordiale afin de la traiter efficacement et de prévenir les récurrences.

Les résultats des études sur les étiologies du syndrome de la bandelette ilio tibiale restent limités et contradictoires. De nouvelles études semblent nécessaires afin d'apporter des réponses plus claires sur l'implications des facteurs biomécaniques dans ce syndrome, ainsi que sur l'efficacité des mesures préventives.

CONCLUSION

Le syndrome de la bandelette ilio tibiale est un problème actuel de plus en plus fréquent.

L'objectif de cette étude était d'apprécier la place de la mésothérapie dans la prise en charge de ce syndrome à la phase aigüe.

La mésothérapie semble apporter un réel bénéfice dans le traitement de la douleur à la phase aigüe de ce syndrome.

En effet dans cette étude, la mésothérapie a permis une amélioration significative de la douleur de tous les su-

jets. Il a également pu être mis en évidence une tendance à une reprise physique d'autant plus précoce que le diagnostic se fait tôt.

La mésothérapie semble avoir toute sa place dans la prise en charge de la douleur du syndrome de la bandelette ilio tibiale à la phase aigüe. Cependant, une étude à plus grande échelle semble nécessaire afin de légitimer la place de la mésothérapie dans le traitement à la phase aigüe de ce syndrome.

RÉFÉRENCES

1. Aderem J, Louw QA. Biomechanical risk factors associated with iliotibial band syndrome in runners: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2015 Nov 16 [cited 2017 May 12];16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647699/>
2. Tschopp M, Brunner F. [Diseases and overuse injuries of the lower extremities in long distance runners]. *Z Rheumatol*. 2017 Feb 24;
3. Van der Worp MP, van der Horst N, de Wijer A, Backx FJG, Nijhuis-van der Sanden MWG. Iliotibial band syndrome in runners: a systematic review. *Sports Med Auckl NZ*. 2012 Nov 1;42(11):969–92.
4. Rouvière H, Delmas A. Anatomie humaine Tome 3 Membres [Internet]. 15th ed. Vol. Tome 3. [cited 2017 May 12]. Available from: http://www.unitheque.com/Livre/elsevier_-_masson/Anatomie_humaine_Tome_3_Membres-1825.html
5. Taunton J, Ryan M, Clement D, McKenzie D, Lloyd-Smith D, Zumbo B. A retrospective case-control analysis of 2002 running injuries. *Br J Sports Med*. 2002 Apr;36(2):95–101.
6. Elsing EJ, Finnoff J, Levy B, Smith J. The prevalence of fluid associated with the iliotibial band in asymptomatic recreational runners: an ultrasonographic study. *PM R*. 2013 Jul;5(7):563–7.
7. Mucha MD, Caldwell W, Schlueter EL, Walters C, Hassen A. Hip abductor strength and lower extremity running related injury in distance runners: A systematic review. *J Sci Med Sport*. 2017 Apr;20(4):349–55.
8. Baker RL, Fredericson M. Iliotibial Band Syndrome in Runners: Biomechanical Implications and Exercise Interventions. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2016 Feb;27(1):53–77.