

# TENOSYNOVITE DE DE QUERVAIN ET MESOTHERAPIE

Docteur Denis Laurens

(Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Professeur Pascale Pradat-Diehl)

(Hôpital de la Salpêtrière 75634 PARIS CEDEX 13)

## INTRODUCTION

La tendinopathie de de Quervain est une pathologie complexe pour laquelle divers traitements ont été proposés sans pouvoir toutefois établir une démarche thérapeutique unanime. Ceci repose essentiellement sur la difficulté de compréhension de l'origine exacte de la maladie. La mésothérapie permet un traitement calqué au mieux sur la physiopathologie.

## PHYSIOPATHOLOGIE

La ténosynovite de de Quervain est la conséquence d'un processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce et de leurs gaines synoviales (4).

La douleur siège en regard de la styloïde radiale avec des irradiations fréquentes sur la face dorso latérale du pouce et la face latérale de l'avant-bras.

On distingue deux phases:

La phase aiguë: c'est une ténosynovite exsudative avec lésions inflammatoires et hypertrophie de la gaine synoviale(2)

La phase chronique (au-delà de trois mois): c'est une ténosynovite crépitante avec épaissement fibreux de la poulie de réflexion qui entraîne une symphyse des différentes couches de la gaine synoviale avec possibilités d'altérations dégénératives des tendons(2).

## MATERIEL

Première grande règle: le matériel est à usage unique.

La désinfection se fait avec de la chlorhexidine.

On utilise des aiguilles de 4 x 0,30 mm et de 13 x 0,30 mm.

Les seringues sont de 5 ou 10 cc selon la technique employée. Il existe deux possibilités d'injection : soit manuelle, soit assistée par des injecteurs électromagnétiques ou pneumatiques.

## PROFONDEURS

Nous intervenons à trois niveaux:

premier millimètre: en intra épidermique (IED)

à 2 mm: en intra dermique superficielle (IDS)

à 4 mm: en intra dermique profonde (IDP)

## TECHNIQUES

Dans cette pathologie la mésothérapie nécessite l'utilisation de techniques mixtes:

Point par point en intra dermique profonde (IDP) avec une aiguille de 4 mm que l'on applique perpendiculairement à la peau en regard de la zone malade.

Mésothérapie épidermique en intra épidermique (IED) avec une aiguille de 13 mm que l'on applique avec un angle de 15° à la peau et une pression de 40g.

Nappage en intra dermique superficiel (IDS) avec une aiguille de 4mm que l'on applique à 45°.

## MELANGES UTILISES

Nous sommes en face d'un conflit entre la gaine et son tendon, le but sera de lutter contre le grippage gaine tendon grâce à la calcitonine de saumon 100 UI.

Il faudra différencier la phase aiguë de la phase chronique:

### **Phase aiguë = Ténosynovite exsudative (4):**

AINS (1cc) + Lidocaïne 1% (1cc) + Etamsylate (2cc) : sur les gaines tendineuses

En IDP

Lidocaïne 1% (1cc) + Myorelaxant (1à 2cc) + Magnésium (1cc): au niveau des corps musculaires sur l'avant-bras

En IDS ou IED selon l'importance de la contracture

Plus strapping sur le poignet

### **Phase chronique = Ténosynovite crépitante (4):**

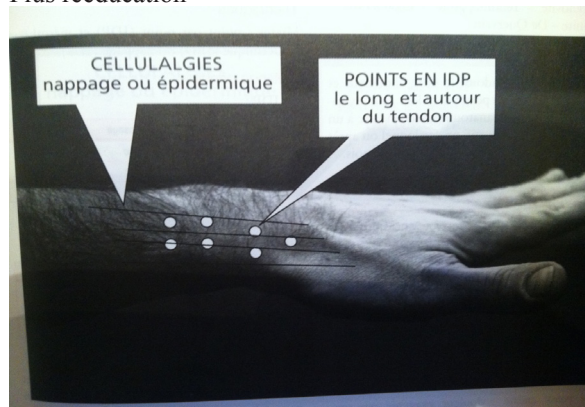
Vitamine C (2cc) + Silicium (2cc) + Calcitonine 100 UI (1cc): sur les gaines tendineuses

En IDP

Procaïne 2% (1cc) + Myorelaxant (1cc) + Magnésium (1cc): sur les corps musculaires

En IED

Plus rééducation



### RYTHME DES SEANCES

On pratique trois séances à une semaine d'intervalle : J1, J8, J15 et un bilan à J30 et J45 avec le cas échéant une séance complémentaire.

### EFFETS SECONDAIRES

Ils sont très rares et sans caractère de gravité:

Hyperalgie dans les 24 premières heures au niveau des points de poncture, en général consécutive à une dose injectée trop importante.

Hématomes aux points de ponctures

Flush et nausées secondaires à l'injection de calcitonine

### DISCUSSION

Nous avons débuté une étude depuis 6 mois sur cette pathologie. Elle porte pour l'instant sur 12 cas et actuellement les bons résultats sont de l'ordre de 70% mais le recul est encore insuffisant. La plupart des cas ont déjà reçu d'autres traitements sans résultat.

Le seul traitement associé inclus dans le protocole est le strapping du poignet pendant la durée du traitement. Certes il n'existe pas actuellement d'étude publiée sur le traitement de la ténosynovite par mésothérapie (3) mais nous n'avons pas retrouvé non plus sur Med line d'études portant sur les autres traitements (AINS per os, infiltration de corticoïdes, orthèse de repos prenant le pouce ou physiothérapie) ce qui laisserait à penser que les résultats de ces traitements sont insuffisants.

Il existe juste une publication sur le traitement chirurgical par Ait Benali et coll. (5) en 2014 portant sur 22 cas de sportifs ayant eu un traitement médical bien conduit mais inefficace (antalgiques, AINS per os, orthèse de repos et trois infiltrations en moyenne) ce qui correspond avec l'absence de publications sur ces traitements. Le résultat du traitement chirurgical a été satisfaisant dans les 22 cas sans complication majeure.

Ceci nous incite à promouvoir le traitement par mésothérapie beaucoup moins lourd à appliquer.

La physiopathologie doit impérativement nous guider pour un traitement optimal.

Dans la phase aiguë les gaines tendineuses sont exsudatives d'où l'utilisation de l'Etamsylate puissant anti-œdémateux et qui associé à du piroxicam et de la lidocaïne permettra de ramener le couple tendon gaine à son état initial. La seconde seringue permettra de traiter la contracture réactionnelle des muscles de l'avant-bras grâce à l'association du thiocolchicoside et du magnésium potentialisé par l'action antalgique de la lidocaïne (1).

Dans la phase chronique les gaines tendineuses sont crépitantes et ce grippage tendon gaine sera traité au

mieux par la calcitonine associée à des défibrosants et antioxydants comme la vitamine C et le silicium. La seconde seringue sera identique à la phase aiguë sauf que la procaïne sera plus adaptée à cette phase pour ses propriétés microcirculatoires (1).

### CONCLUSIONS

La mésothérapie peut être proposée en première intention dans le traitement de la ténosynovite de de Quervain.

La composition des mélanges utilisés est calqué sur la physiopathologie d'où la perspective de résultats intéressants.

De plus, elle entraîne très peu d'effets secondaires, elle a un faible coût, et assure une meilleure qualité de vie. Toutefois, vu la localisation de cette pathologie, elle nécessite une pratique expérimentée.

### BIBLIOGRAPHIE

- (1) Estève-Lopez B.- Tendinites du poignet, Revue de la SFM, juin 2008 n°131 ; 12-16
- (2) Daniel C. -Mésothérapie et poignet et main, Revue de la SFM, octobre 2009 n°135 ; 17-22
- (3) Martín R., Thomas-Pohl M.- Intérêt de la mésothérapie dans la prise en charge des douleurs du poignet d'origine micro traumatique, Revue de la SFM, avril 2011 n°140 ; 10-17
- (4) Bonnet Ch., Laurens D., Perrin J.J.- Guide pratique de Mésothérapie, Elsevier Masson 2<sup>ème</sup> édition 2012 ; 416-419
- (5) Ait Benali H. et coll.- Le traitement chirurgical de la ténosynovite de de Quervain chez le sportif à propos de 22 cas, Journal de Traumatologie du Sport, volume 31, décembre 2014 ; 199-202

### RESUME

Le traitement de la ténosynovite de de Quervain n'est pas systématisé. En effet aucune étude montrant une efficacité satisfaisante n'a été publiée. Différents traitements ont été proposés mais sans preuve irréfutable. La mésothérapie apparaît comme une technique thérapeutique logique car la composition des mélanges utilisés est calquée sur la physiopathologie d'où la perspective de résultats satisfaisants. Une étude est en cours avec à mi-parcours des bons résultats de l'ordre de 70%.

Les mélanges médicamenteux sont adaptés à la phase soit aiguë soit chronique ainsi que les techniques et les lieux d'injections.

La mésothérapie présente de plus une quasi absence d'effet secondaire et une très nette amélioration de la qualité de vie.

Toutefois elle nécessite de faire appel à des praticiens expérimentés au regard de la localisation des lésions.