

TENOSYNOVITE DE DE QUERVAIN ET MESOTHERAPIE MÉMOIRE DE DIU DE MÉSOTHÉRAPIE ANNÉE 2015-2016 A PROPOS DE 20 CAS TRAITÉS PAR LE DR LAURENS,

Bastien BOURRION et Antoine SZCRUPAK

INTRODUCTION

La ténosynovite de De Quervain est une tendinopathie du poignet décrite par le chirurgien suisse Fritz de Quervain en 1895. Elle touche une population essentiellement féminine, âgée d'environ une cinquantaine d'année et peut devenir réellement handicapante si traitée de manière insuffisante.

De nombreux traitements ont été proposés, mais aucun toutefois n'a une valeur de référence et peu de thérapeutes sont unanimes concernant la conduite à tenir.

De plus nous pouvons déplorer l'absence d'étude de mésothérapie faite sur le sujet dans la littérature quant à une approche thérapeutique directe sur cette pathologie. C'est pourquoi la Société Française de Mésothérapie a décidé de mettre en place une

alternative thérapeutique, en effectuant une étude utilisant un traitement basé sur une approche physiopathologique de cette pathologie.

En effet, la mésothérapie est une nouvelle approche thérapeutique créée par Michel Pistor au début de la seconde moitié du 20^{ème} siècle fondée sur une approche clinique et

physiopathologique des maladies qu'elle traite. Elle est définie par l'injection localisée et superficielle et en faible quantité de substances médicamenteuses visant à assurer une guérison optimale du patient. Elle est donc par principe beaucoup moins invasive et délétère que la plupart des traitements médicamenteux en vigueur.

Le but de cette étude sera donc de déterminer l'efficacité du traitement mésothérapique afin de pouvoir l'utiliser comme alternative aux stratégies thérapeutiques usuelles.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, portant sur 20 cas. Réalisée entre avril 2015 et mars 2016.

Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de démontrer l'efficacité du traitement par mésothérapie là où les traitements dits classiques retrouvés dans la littérature ont eu une efficacité moindre.

Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était l'évaluation de la douleur sur les critères diagnostics principaux : Test de Finkelstein, palpation du poignet et extension du pouce.

La sévérité de la douleur lors de l'examen était objectivée par une cotation allant de 1 à 4, 4 étant le degré le plus douloureux et 1 signifiant une douleur nulle.

Population étudiée

La population était répartie de la manière suivante : 18 femmes et 2 hommes.

Les sujets inclus dans l'étude étaient âgés de 26 à 67 ans lors de l'étude.

L'ancienneté de la symptomatologie permettait de classer les patients en 2 groupes : aigu et chronique.

Il n'y avait pas de préférence quant au côté atteint chez les sujets recrutés, on note 13 sujets présentant une pathologie latéralisée à droite, 5 à gauche et 2 bilatéralement. Les sports pratiqués par le patient, ainsi que son activité professionnelle étaient aussi renseignés à titre indicatif afin de mieux visualiser la physiopathologie de la ténosynovite chez les sujets.

Critères d'inclusion

Les sujets devaient tous être atteints par la Ténosynovite de de Quervain. Les critères

cliniques retenus étaient les suivants :

Palpation de la face externe du poignet douloureuse

Test de Finkelstein positif

Douleur à l'extension active du pouce.

Tous les sujets devaient avoir un examen complémentaire objectivant la pathologie

(échographie et ou IRM) et tous avaient reçu un traitement dit classique avant de recevoir le traitement par mésothérapie.

Durant l'étude tous reçoivent un traitement adjuvant au traitement mésothérapique administré (strapping, orthèse).

Traitement administré

Au cours des consultations différents mélanges ont été administrés, ils sont détaillés ci-dessous :

Phase aiguë

En regard de la face externe du poignet en IDP 8 points en 2 lignes de 4

Mélange 1 : Mesocaine 0,50 (2cc) + Piroxicam (1cc) + Etamsylate (1cc)

Sur les corps musculaires au niveau de l'avant-bras en IDP + IED

Mélange 2 : Mésocaine 0,50 (1cc) + Thiocolchicoside (2cc) + Pidotate de magnésium (2cc)

Phase chronique :

Mélange 3 : Vitamine C (2cc) + Silicium (2cc) + Calcitonine 100UI (1cc)

La revue de Mésothérapie

Mélange 4 : Procaine 2% (2cc) + thicolchicoside (1cc) + Pidolate de Magnésium (1cc)

Rythme des séances

Les séances se font à l'intervalle suivant :

En phase aiguë : J1, J8, J15, +-J30

En phase chronique : J1, J8, J15, J30,+-J45,+-J60

Objectivation de la douleur

La sévérité de la douleur lors de l'examen était objectivée par une cotation allant de 1 à 4, 4 étant le degré le plus douloureux et 1 signifiant une douleur nulle.

Une évaluation de la douleur fut pratiquée en début d'étude et en fin d'étude, après les séances de mésothérapie.

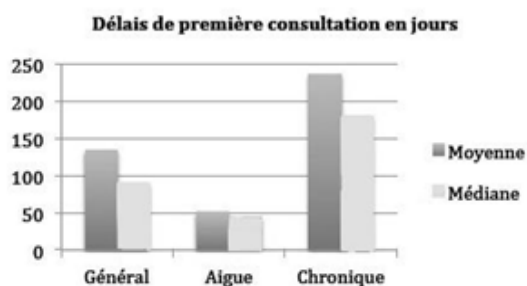
Associée à cette évaluation chiffrée de la douleur une appréciation laissée à la charge du praticien ainsi que du patient, allant de mauvais résultat à très bon résultat était retenue.

Traitement des résultats

Toutes les données des différents cas ont été retransmises sur Word et ont été analysées individuellement.

Les différentes variables, qualitatives ainsi que quantitatives ont été retransmises sur Excel dans un tableur.

Les variables quantitatives ont fait l'objet d'analyses statistiques, les données qualitatives ont été retransmises sous formes de pourcentages.



RÉSULTATS

Population

L'étude porte sur 20 cas dont 18 femmes et 2 hommes âgés en moyenne de 41 ans.

La moyenne d'âge étant de 37 ans dans les cas aigus contre 46 ans dans les cas chroniques.

L'IMC moyen est respectivement de 22,7 ; 22 et 23,6 dans la population générale de l'étude, aiguë et chronique.

Ancienneté au moment de la première consultation

Dans la population générale de l'étude, l'âge médian de première consultation est de 90 jours (moyenne de 135) contre 45 et 180 jours respectivement dans la population aiguë et chronique.

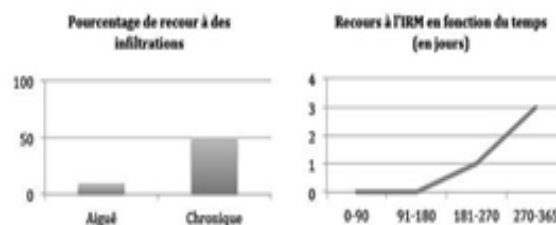
Bilan paraclinique

La totalité des patients, avant première consultation, a réalisé une imagerie comprenant au minimum une échographie des parties molles. Cependant, plus la pathologie se chronicise, plus ils ont recours à l'IRM.

Traitement médical

On note que tous les patients avec une pathologie chro-

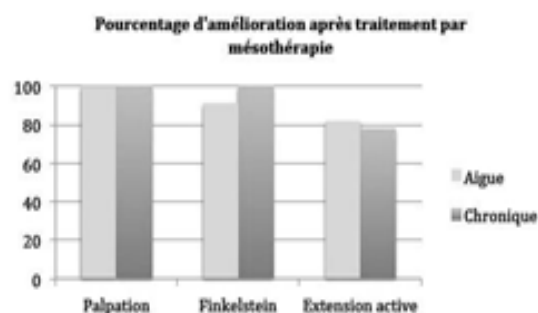
nique ont pris des AINS per os avant la réalisation des séances de mésothérapie. Chez les patients aigus, la moitié d'entre eux avaient pris des AINS.



Il semblerait également que plus la maladie se chronicise, plus les patients ont recours à des infiltrations. En effet, seul un patient aigu a eu recours à une infiltration (soit 9%), contre 50% des patients chroniques.

Traitement par mésothérapie

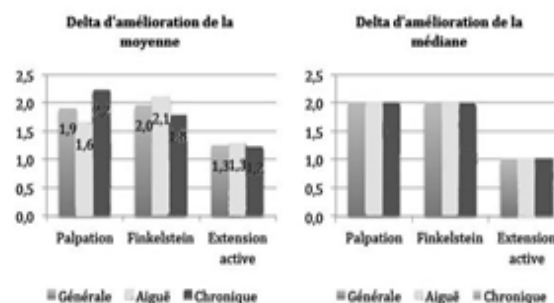
Le traitement de la pathologie a nécessité en moyenne 5 séances de mésothérapie (4,2 en aiguë contre 6 en chronique).



Après traitement mésothérapique on constate 100% d'amélioration au niveau de la palpation de la face externe du poignet en aiguë et en chronique.

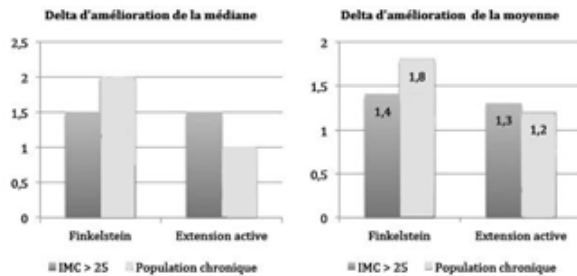
Au niveau du test de Finkelstein, on observe 91% d'amélioration en aiguë contre 100% en chronique.

Au niveau de l'extension active du pouce, on observe 81,8% d'amélioration en aiguë contre 77,7% en chronique avec une stabilité à un taux optimal de 1 pour les 25% restants.



Dans le cas de la palpation et du test de Finkelstein, le delta médian d'amélioration de la douleur est de 2 (sur une échelle de 4) avec une valeur de dispersion en faveur d'une moins bonne améliora-

tion dans le cas aigu au niveau de la Palpation. Pour ce qui est de l'extension active, le delta médian d'amélioration de la douleur est de 1 avec cette fois-ci des valeurs de dispersions qui tendent à montrer que l'amélioration est globalement supérieure à 1 puisque la moyenne générale, la moyenne aiguë et la moyenne chronique sont de respectivement 1,3 ; 1,3 et 1,2.

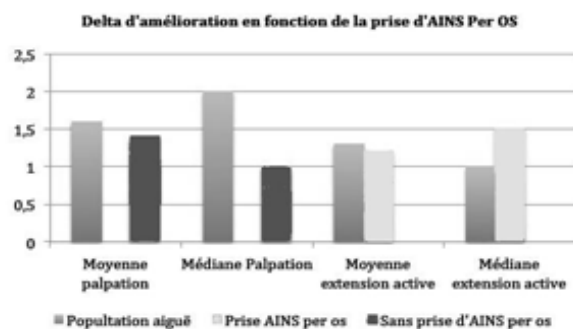
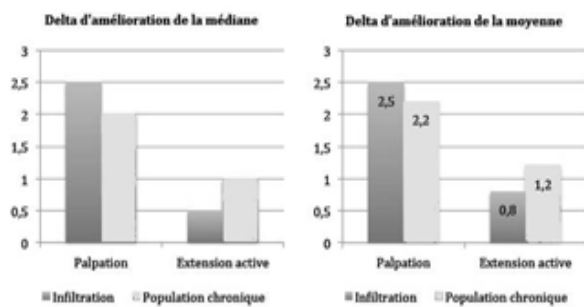


Si on se penche sur l'amélioration de la douleur chez les patients chroniques en fonction de leur IMC -les patients aigus ayant tous un IMC inférieur à 25- on s'aperçoit que l'on est moins efficace sur le test de Finkelstein et relativement plus efficace sur l'extension active.

Chez les patients ayant reçu une infiltration si on regarde le delta d'évolution de la douleur uniquement chez les patients chroniques ; ce qui permet d'éliminer la variable du traitement per os ; on a une amélioration du delta concernant la palpation mais une diminution du delta concernant l'extension active.

Si on compare la prise de traitement per os chez les patients aigus on s'aperçoit que l'on a une amélioration du delta de la médiane concernant l'extension active si un traitement per os

a été pris avant de débiter le traitement par mésothérapie et une diminution du delta de la moyenne et de la médiane concernant la palpation en l'absence de traitement per os.



DISCUSSION

Dans la population générale, la ténosynovite de De Quervain touche principalement les femmes entre 40 et 50 ans (1) .La population de l'étude est donc comparable à la population générale.

Il semblerait qu'un des premiers atouts de la mésothérapie soit économique. En effet, dans le cadre de la ténosynovite de De Quervain, le diagnostic est clinique. Un diagnostic clinique précoce associé à un traitement précoce permettrait de diminuer le recours aux examens complémentaires tel que l'IRM, qui est couteux et est de plus en plus prescrit dans le temps au fur et à mesure que la maladie se chronicise.

Il n'existe pas de test clinique validé concernant la mesure de la douleur au niveau de la

ténosynovite de De Quervain. La mesure de la douleur à partir de trois tests différents permet de diminuer le risque de montrer à tort une amélioration de la douleur. Sur le plan thérapeutique la mésothérapie a permis une amélioration systématique des douleurs puisqu'il y a eu 100% d'amélioration au niveau de la palpation et du test de

Finkelstein en aiguë. Les autres patients ont stagnés avec une douleur nulle en dehors d'un patient qui a gardé une douleur à 2 au niveau du test de Finkelstein en aiguë. Ces données tendent à montrer qu'à défaut d'amélioration, la mésothérapie n'est pas douloureuse. L'analyse par groupe, cherchant à mettre en évidence un impact du poids ou de la réalisation d'une infiltration préalablement au traitement par mésothérapie, ne nous permet pas de conclure puisque nous avons des données discordantes entre les trois tests.

Cependant, il semblerait que la prise d'AINS per os ait un impact bénéfique sur l'amélioration des douleurs en aiguë puisque leur prise a montré une amélioration de la douleur, et leur absence de prise une moins bonne efficacité de la mésothérapie. Ces résultats tendent à renforcer l'intérêt de l'utilisation des AINS en phase aiguë, la prise per os d'AINS ayant des effets indésirables et secondaires que l'on ne retrouve pas en mésothérapie.

Pour ce qui est de l'appréciation déclarative des résultats après traitement par mésothérapie, on note 73% de « très bien » dans la population aiguë contre 44% dans la population chronique. On retrouve également 18% de « bons » résultats et 9% de « mauvais » résultats dans la population aiguë. La population chronique, quant à elle, déclare 38% de « bons » résultats et 25% de résultats « moyens ». Il semblerait donc qu'en plus de limiter le recours aux examens complémentaires couteux, la prise en charge précoce par mésothérapie donne de meilleurs résultats sur le plan fonctionnel.

Comme les auteurs le soulignent dans l'article (4), d'autres outils de mesures existent pour évaluer le retentissement de cette tendinopathie sur la performance et l'activité quotidienne telle que l'échelle de mesure *Activities of daily living (ADL)*. Il s'agit d'un outil de mesure que l'on pourrait utiliser dans une future étude. Bien que ces données montrent de façon évidente l'im-

La revue de Mésothérapie

Le pact de la mésothérapie, il s'agit d'une étude de niveau 4 à faible niveau de preuve scientifique. Le potentiel biais de mesure est limité par l'association d'une mesure clinique (réalisée par l'expérimentateur), associée à une mesure déclarative (de l'expérimentateur et du patient), qui dans l'étude, vont de façon systématique dans le même sens.

N'ayant pas pu mettre en évidence de différence entre la mésothérapie et le traitement par infiltration, ces deux méthodes ayant recours à une injection per-cutanée, on pourrait réaliser une étude comparative en simple aveugle et randomisée cherchant à démontrer une éventuelle supériorité de la mésothérapie.

CONCLUSION

Il semblerait après cette étude réalisée sur 20 cas dont 18 femmes et 2 hommes âgés de 26 à 67 ans que la mésothérapie ait toute sa place dans la prise en charge de la Tenosynovite de De Quervain puisqu'elle a montré d'excellents résultats dans la prise en charge de la douleur aussi bien en aiguë qu'en chronique. En effet, les différents critères cliniques : palpation du pouce, test de Finkelstein et extension du pouce ayant tous présentés une amélioration significative (de 77,7 à 100%) après traitement avec un

delta d'amélioration de 1 à 2 sur une échelle de 4.

Il semblerait également qu'une prise en charge précoce par mésothérapie permettrait de limiter le recours aux examens complémentaires et ainsi d'en limiter les coûts.

Le traitement de cette pathologie par mésothérapie mériterait une étude à plus grande échelle pour asseoir et démontrer la supériorité de la mésothérapie dans la prise en charge de la ténosynovite de De Quervain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aurore Nguyen , Sandrine Jousse-Joulin , Alain Sarau. Ténosynovite de De Quervain. Rev Rhum. 2012;(79):78-84.
2. Clarke MT, Lyall HA, Grant JW, Matthewson MH. The histopathology of de Quervain's disease. J Hand Surg Edinb Scotl. 1998 Dec;23(6):732-4.
3. Michael J. Pensak, MD, Jennifer Bayron, BS, Jennifer Moriatis Wolf, MD. Current Treatment of de Quervain Tendinopathy. Evidence Based Médecine. 2013 Nov;
4. Ashraf MO, Devadoss VG. Systematic review and meta-analysis on steroid injection therapy for de Quervain's tenosynovitis in adults. Eur J Orthop Surg Traumatol Orthopédie Traumatol. 2014 Feb;24(2):149-57.

Tableau récapitulatif des 20 cas

Age (ans)	23	32	31	28	26	27	35	62	35	54	47	30	40	37	42	50	47	68	67	32
Ancienneté avant première séance (mois)	21	30	30	15	40	45	45	45	50	50	90	330	150	180	180	180	240	365	365	365
Population	3	3	3	2	3	4	2	3	4	3	2	4	4	3	4	3	3	4	3	3
Sexe de l'individu	3	4	4	3	4	4	3	2	4	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	3
Ancienneté active du pouce	2	3	2	3	3	3	2	1	3	2	1	2	3	3	2	3	2	3	3	1
Population à distance	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
Sexe de l'individu à distance	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1
Ancienneté active pouce à distance	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Type d'examen complémentaire	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo	Echo / RM	Echo / RM	Echo / RM	Echo / RM
AIGUÛ avant traitement méso	-	+	-	-	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Infiltration avant traitement méso	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+	-	-	-	+	+
Absolu avant traitement méso	10	10	10	10	10	8	10	Moyen	10	10	8	10	8	10	8	8	Moyen	Moyen	10	10
Nombre de séances	3	4	3	4	4	5	4	4	6	4	5	5	6	5	7	6	6	7	7	5
Type de traitement utilisé	Strapping circulaire	Strapping circulaire	Strapping circulaire	Strapping circulaire	Strapping circulaire	Poursuite orthèse	Strapping circulaire	Strapping circulaire	Poursuite orthèse	Strapping circulaire	Strapping circulaire	Poursuite orthèse	Strapping circulaire	Poursuite orthèse	Strapping circulaire	Poursuite orthèse	Poursuite orthèse	Poursuite orthèse	Poursuite orthèse	Poursuite orthèse
Poids	61	60	71	59	59	60	61	66	60	50	60	59	77	67	60	74	53	75	88	60
Taille	1,72	1,62	1,8	1,68	1,67	1,55	1,72	1,64	1,58	1,59	1,59	1,67	1,69	1,68	1,68	1,68	1,63	1,63	1,62	1,71
MCI	25,62	23,86	25,91	26,90	25,16	24,97	29,62	24,94	26,05	19,79	24,92	21,16	25,21	21,26	26,12	26,41	27,53	26,57	28,52	