

APPORT DE LA MESOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ENTORSE AIGUE DE LA CHEVILLE (LIGAMENT LATÉRAL EXTERNE)

Dr L. Kimbaboula

Clinique du Sport de Lesquin - 59810 Lesquin

INTRODUCTION

L'entorse de cheville est un étirement plus ou moins important d'un ou plusieurs ligaments de l'articulation de la cheville; les lésions ligamentaires sont consécutives à un traumatisme par mécanisme indirect sans perte de rapports normaux entre les surfaces articulaires, contrairement à ce qui se passe dans une luxation.

Elle est rare avant la puberté et après 55ans.

C'est l'évènement traumatique le plus fréquent du système ostéo-articulaire; l'incidence est de 6000 cas par jour en France; elle représente un véritable problème de santé publique (nombre de jour d'arrêt de travail, pourcentage élevé de séquelles plus ou moins invalidantes). Parfois l'évolution traîne en longueur, les douleurs persistantes, la cheville augmente de volume au moindre effort et donne une désagréable impression d'insécurité. Elles représentent environ 20 % de tous les traumatismes sportifs et constituent le motif de consultation le plus fréquent en traumatologie. Elles concernent tous les sports, quel que soit le niveau et surviennent surtout dans les sports collectifs avec changements brutaux d'appui et de direction (basket-ball, football, volleyball, etc.); mais elles peuvent survenir aussi lors de la course et de la marche. La plupart de ces entorses se produisent en inversion du pied et intéressent le ligament collatéral (LLE ligament latéral externe).

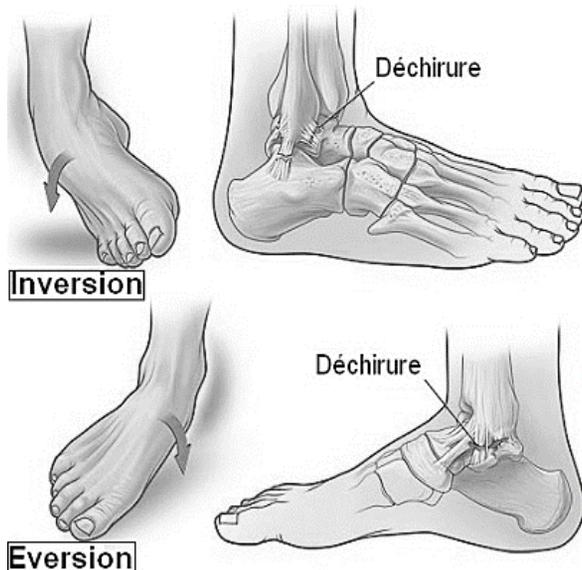


Schéma 1: Mécanisme classique en varus équin forcé et lésions ligamentaires

La sévérité de ces lésions peut être gradée de I à III
Le grade I, la lésion est limitée à un simple étirement

du ligament; dans le grade II et III; on peut noter une rupture complète ou une avulsion du complexe ligamentaire.

OBJECTIF DE L'ETUDE

Le but de l'étude est d'évaluer l'efficacité de l'apport de la mésothérapie dans la prise en charge de l'entorse aigue de la cheville associée aux autres traitements classiques.

MATERIELS ET METHODES

Cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective mono centrique conduite dans une clinique chirurgicale à Lesquin: Clinique Lille Sud SOS Mains et Pieds, durant la période du 1er Octobre 2012 au 28 Février 2013.

La population concernée est une population de traumatisés récents, c'est à dire des patients vus dans les heures suivant le traumatisme. Le nombre de patients inclus a été déterminé, en accord avec le Professeur PERRIGOT, à 110 patients.

Critères d'inclusion

- Patients des deux sexes, entre 15 ans et 65 ans
- Entorse aigue datant de moins de 48 heures
- Mécanisme: torsion, marche, course, choc direct, sport, chute

Critères d'évaluation:

- Primaire: EVA, fiche de cheville établie par la Société Française de Médecine et de Chirurgie du Pied (SFMCP)
- Secondaire: Durée de l'arrêt de travail, durée d'arrêt des activités sportives. La prise d'un antalgique en dehors de la mésothérapie

Les critères d'exclusions:

Ils concernaient les entorses graves, la présence des signes radiologiques de fractures associées, les luxations ou les autres types de luxations.

Les patients inclus dans l'étude ont été informés du traitement proposé et leur consentement éclairé a été obtenu. La radiographie a été faite aux patients présentant les critères d'Ottawa

La technique de mésothérapie utilisée est mixte associant une technique intra épidermique (IED) à la profondeur de 0 à 1mm, à une technique intradermique profonde (IDP) à la profondeur de 4 mm, afin d'obtenir un effet synergique. La fréquence de J0, J4, J8, J15, J30

sera respectée.

Les injections se feront en regard des structures ligamentaires douloureuses retrouvées à l'examen clinique et sur toute la malléole externe par une technique mixte.

Les modalités thérapeutiques:

Matériel:

- Appareil U225 ; kit Mesbio U225 avec prolongateur 30Gx12 mm

- Biseptine, Compresses 7,5 x 7, 5 cm stériles, Gants 7,5

- Médicaments: Etamsylate, Lidocaïne, Arnica 4 DH, Piroxicam, Vitamine E Nepalm, Vitamine C

Etamsylate : utilisé dans notre étude dans son rôle d'antioedémateux et décongestionnant

Lidocaïne : anesthésie locale, modificateur de la membrane, atténuation de la douleur d'injection

Piroxicam: anti inflammatoire, antalgique, intérêt de bien diluer avec la Lidocaïne, faire attention aux contre-indications

Vitamine C: rôle de trophique local d'antioxydant, anti radicaux libres, cicatrisant

Vitamine E Nepalm: rôle de cicatrisant, défibrifiant et d'antioxydant

Procaïne anesthésie, vasodilatateur

Arnica: produit homéopathique utilisé dans les traumatismes sportifs, oedèmes congestifs, très utile dans les 72 heures après un traumatisme

Protocole de mésothérapie: mélange à visée antalgique, antioedémateux, antiinflammatoire.

Technique:

IDP en regard du ligament talo-fibulaire antérieur et sur la zone oedémateuse et IEP sur le reste de la zone

- J0: Etamsylate 2cc + Lidocaïne 1% 1cc + Arnica 4 DH 1cc (M E A : Mésocaïne, Etamsylate, Arnica)

- J4 : Etamsylate 2cc + Lidocaïne 1% 1cc + Arnica 4 DH 1 cc

- J8: Piroxicam 1cc + Lidocaïne 1% 2cc+ Etamsylate 2cc

- J15: Procaïne 1cc + Vitamine E 2cc + Vitamine C 2cc

- J30: Procaïne 1cc + Vitamine E 2cc + Vitamine C 2cc

DISCUSSION:

La taille de notre échantillon nous permet de tirer des conclusions qui pourront être vérifiées dans d'autres études multicentriques avec un échantillon beaucoup plus important.

La population étudiée est représentative de la société car nous avons des sportifs et des non sportifs. Tous les mécanismes ont été retrouvés.

La discussion de notre étude repose sur l'EVA (Echelle d'évaluation de la douleur), l'appui au sol immédiatement après la mésothérapie, la diminution de l'oedème, l'ecchymose, la consommation d'antalgique, la reprise de l'activité sportive, le nombre de jour d'arrêt maladie.

La douleur:

Dans cette étude, mon objectif n'était pas de com-

parer deux groupes avec et sans mésothérapie. Ayant une expérience sur la prise en charge classique de l'entorse aigue de la cheville, j'ai remarqué que l'introduction de la mésothérapie a diminué l'EVA de 30 à 50 % lors de la première séance. Une immobilisation par Strapping a été faite immédiatement après, j'ai prescrit la kinésithérapie à raison de deux séances par semaines pendant 4 semaines correspondant à la durée de l'étude. L'ablation du Strapping s'est faite dès l'obtention de l'attelle. L'EVA a continué à baisser à J4, J8 J15 et J30. Dans 5 % des cas, l'EVA n'a que légèrement diminué, ce qui m'a permis de réévaluer mon examen clinique permettant de conclure à une subluxation du talus. Tous ces patients ont eu un craquement lors du mécanisme initial. Une consultation immédiate chez l'ostéopathe a permis de réduire la subluxation. La diminution de la douleur par mésothérapie a permis une meilleure adhésion à la kinésithérapie par physiothérapie antalgique, de proprioception, de tonification des péronés latéraux et le drainage manuel.

L'appui au sol:

La reprise de l'appui des patients a été constatée immédiatement après la première séance de mésothérapie. Le pourcentage de patients reprenant la marche à J14 est de 95%, on peut dire que l'association de la mésothérapie dans la prise en charge de l'entorse aigue de la cheville a été prépondérante dans la reprise de la marche entraînant une diminution du nombre de jour d'indisponibilité fonctionnelle et donc une diminution du nombre de jour d'arrêt maladie.

La reprise de l'activité sportive:

Elle s'est faite trois semaines après le début de la prise en charge thérapeutique sans appréhension.

La Mésothérapie, l'orthèse de cheville, le RICE et la Rééducation par la kinésithérapie doivent constituer le quaternaire de la prise en charge de l'entorse aigue de la cheville.

Oedème:

Dans 95 % des cas, j'ai vu disparaître l'oedème péri lésionnel à J7. Cette disparition est due à la mise en route de l'arnica et de l'Etamsylate en phase précoce et à l'association du drainage manuel de la cheville par le kinésithérapeute. Cette diminution est à corréliser avec la diminution de la douleur ainsi que la reprise de l'appui au sol. La conséquence de cette diminution de l'oedème est le port de l'attelle de cheville permettant une bonne contention.

Ecchymose:

Disparition de l'ecchymose après administration de l'Etamsylate, à la deuxième consultation.

Consommation d'antalgique:

Malgré la prescription de l'antalgique sur l'ordonnance de sortie, moins de 5 % des patients ont pris leur antalgique.

La revue de Mésothérapie

L'arrêt de travail:

Est un critère important retenu (compte tenu de la fréquence de la lésion, 6000 cas par an) afin d'évaluer le gain économique à l'utilisation de la mésothérapie dans le traitement des entorses moyennes de la cheville.

Dans notre étude:

- Aucun patient n'a eu un arrêt excédant 8 jours, ce qui fait un gain de 21 jours.
- Cinq patients ont eu une subluxation de l'astragale qui a été réduite par l'ostéopathe.
- Deux patients sont sortis de l'étude grâce à la disparition totale de la symptomatologie douloureuse à j8.
- Aucune infection ou effets secondaires liés à la pratique de la mésothérapie durant cette étude n'a été constatée.

CONCLUSION

Les entorses de la cheville demandent un examen minutieux à la recherche de dérangements articulaires susceptibles d'occasionner des séquelles s'ils ne sont pas corrigés dans un délai raisonnable.

L'introduction de la mésothérapie dans ma pratique quotidienne dans la prise en charge de l'entorse aigue du ligament latéral externe de la cheville lors de cette étude m'a permis de mettre en évidence une performance indéniable de la mésothérapie dans l'arsenal thérapeutique de la prise en charge de l'entorse.

La mésothérapie apporte un bénéfice en diminuant rapidement la douleur, évaluée par l'échelle visuelle analogique.

La méthode mixte permet d'augmenter l'efficacité des injections. L'action est plus rapide sur la douleur, l'œdème, la reprise précoce de l'appui; et du point de vue de la santé publique, la diminution significative du nombre de jours d'arrêt maladie.

Dans le cadre de cette étude, nous pouvons conclure

avec certitude que la mésothérapie est indispensable dans la prise en charge de l'entorse de la cheville associée au traitement fonctionnel sur la clinique et sur la diminution du cout socio-économique dans une pathologie très fréquente qu'est l'entorse de cheville, confirmant ainsi les études précédentes déjà réalisées.

Le traitement fonctionnel associé à la mésothérapie permet une guérison rapide et complète en trois à quatre semaines environ. Ce traitement est pluridisciplinaire et nécessite le recours à des praticiens expérimentés

RESUME

L'entorse de cheville est une lésion fréquente avec un retentissement socio-économique important d'où l'importance d'une prise en charge rigoureuse. Le diagnostic précis permet d'apprécier l'importance des lésions ligamentaires et le stade de gravité.

La recherche des dérangements articulaires de la fibula et du talus est importante pour prévenir les séquelles douloureuses et les récides.

Les radiographies seront prescrites selon les critères d'Ottawa.

L'association du traitement fonctionnel et la mésothérapie ont pour but de retrouver le plus vite possible une cheville stable et indolore et un gain significatif sur les jours d'arrêts maladies.

Les mélanges mésothérapeutiques sont constitués de l'Etamsylate pour traiter l'œdème, l'Arnica 4DH pour résorber l'hématome, le Zofora comme anti inflammatoire ainsi que les vitamines C et E dans la phase de cicatrisation.

L'utilisation de la technique mixte est retenue associant le point par point et la mésothérapie épidermique.

Les séquelles d'entorses sont de trois ordres : algodystrophie, œdème résiduel et l'instabilité.

La mésothérapie doit faire partie de l'arsenal thérapeutique de l'entorse aigue de cheville.