

LE GENOU DOULOUREUX RHUMATHOLOGIQUE ET MÉSOTHÉRAPIE

ARTHROSE ET PATHOLOGIES ASSOCIÉES

Dr Philippe SALATO

Président du CERM Ile de France – Enseignant au DIU de la Pitié Salpêtrière

INTRODUCTION:

S'il est maintenant bien admis que la mésothérapie tient un rôle important dans la prise en charge des pathologies abarticulaires du genou, son efficacité n'en est pas moins vérifiée dans les pathologies rhumatismales de cette même articulation. Son impact sur la phase douloureuse et son action locorégionale sur l'évolutivité de ces pathologies dégénératives est important. Après avoir revu rapidement certaines caractéristiques qui nous rendent efficaces, nous allons étudier la pratique de la mésothérapie dans la prise en charge de la gonarthrose et dans celles des arthrites microcristallines.

LA GONARTHROSE:

Définition:

L'arthrose se définit sur le plan physiopathologique comme un ensemble d'atteintes articulaires associant:

La dégénérescence des cartilages qui représente l'élément central

Un déficit de réparation du tissu cartilagineux, cette insuffisance entraînant

Le remodelage de l'os sous chondral avec une ostéo-condensation locale

Et l'apparition d'une réaction synoviale secondaire, entretenue par les débris présents dans l'espace articulaire

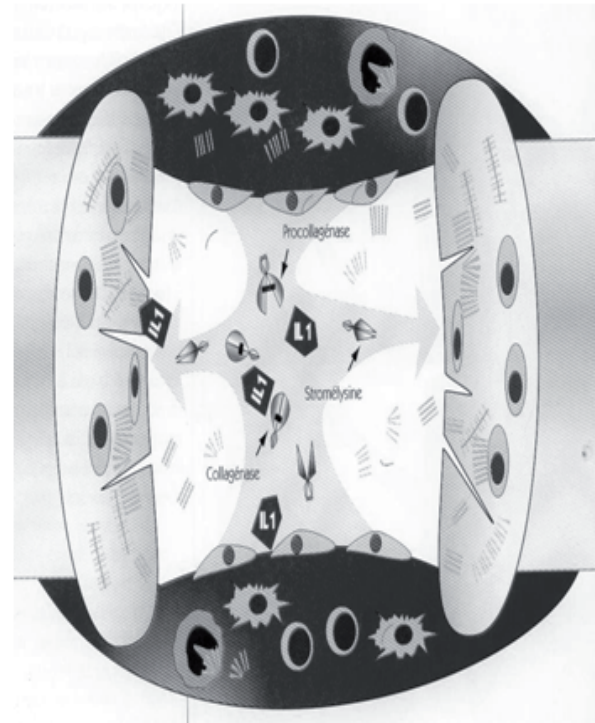


Fig. II: action des cellules de la synoviale (Pr Lequesne Atlas de la douleur -Lab Negma)

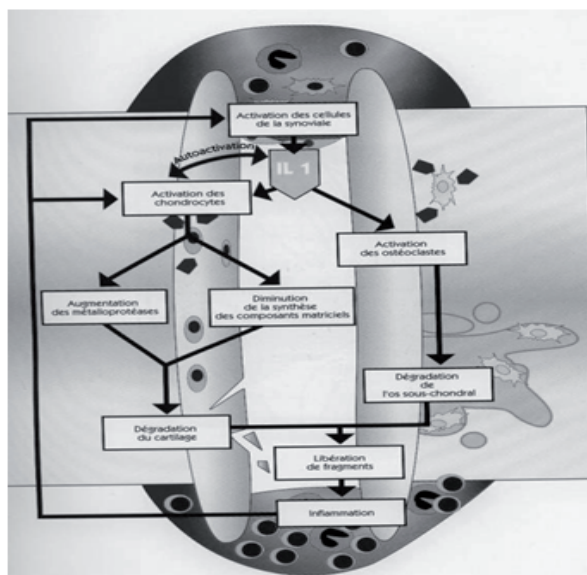


Fig. I: les mécanismes de dégradation du cartilage (Pr Lequesne Atlas de la douleur -Lab Negma)

Parmi les différentes localisations de l'arthrose, la gonarthrose est la plus fréquente au membre inférieur (4 millions de français). Les facteurs de risque reconnus sont surtout: les femme de plus de 40 ans, l'obésité, les troubles de la statique et des axes aux membres inférieurs.

On distingue, l'arthrose fémoro-tibiale plutôt moins fréquente mais plus invalidante et l'arthrose fémoro-patellaire considérée comme moins douloureuse mais entraînant une gêne importante à la marche en terrain accidenté.

Diagnostic:

Aisé le plus souvent par:

L'anamnèse, douleur mécanique, évoluant par crises successives et limitant l'autonomie à la marche ou à la station debout.

L'examen clinique minutieux et comparatif, notant les modifications d'amplitude articulaire, les déformations mais aussi recherchant des anomalies statiques qui une fois corrigées peuvent permettre de ralentir l'évolution

La revue de Mésothérapie

du processus dégénératif.

Une biologie inflammatoire le plus souvent normale (VS, CRP) en dehors des fortes poussées.

Un bilan radiographique: avec clichés comparatifs et en charge, qui recherche les quatre anomalies signant l'arthrose: le pincement articulaire, l'ostéocondensation sous chondrale, les géodes d'ostéonécrose et les ostéophytes.

Les traitements:

L'arsenal thérapeutique comprend:

Les antalgiques: le Paracétamol à 3 ou 4 grammes par jour reste le traitement de référence pour ce qui est de la douleur.

Les AINS seront proposés lors des poussées congestives inflammatoires, plutôt en cure courte sur quelques jours afin d'en limiter les effets secondaires.

Les anti-arthrosiques lents sont maintenant reconnus comme efficaces sur l'évolution de la maladie et sont donc à prescrire le plus précocément.

Les corticoïdes locaux (infiltrations), utilisés par certains lors des épisodes invalidants sont à limiter autant que faire ce peut.

Les lavages articulaires, en cas de fragments intra-articulaires sont également proposés mais représentent également un geste invasif et non dénué de dangers.

Les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique sont maintenant très utilisées. Elles améliorent la fonctionnalité articulaire pendant plusieurs mois et permettent de reculer la date d'une pose de prothèse.

La kinésithérapie (rééducative et posturale, physiothérapie, balnéothérapie...) très efficace pour maintenir un bon tonus quadricipital et les orthèses sont à systématiquement discuter.

Et bien sûr, la mésothérapie qui mérite d'être privilégiée pour son action locorégionale antalgique mais aussi anti arthrosique lente. elle soulage et améliore le plan fonctionnel, diminue, voire supprime la prise de médicaments, limite ainsi les effets secondaires, la dépendance et l'accoutumance. C'est donc un traitement efficace et bien suivi car réalisé au cabinet, à toxicité nulle et ceci à un moindre coût

Traitement de la gonarthrose en mésothérapie:

A la phase aiguë: La phase la plus douloureuse

La mésothérapie sera proposée le plus souvent en association avec les antalgiques, à raison de 3 séances espacées d'une semaine: classiquement J1, J8, J15. En cas d'échec: il faudra rediscuter le diagnostic et compléter la thérapeutique.

Sur le plan physiopathologique, on retrouve la souffrance ostéochondrale au premier plan accompagnée d'un épanchement intra articulaire et souvent associé sur cette articulation, à des troubles veinolymphatiques. On pourra proposer deux mélanges en fonction du problème prédominant, soit:

- Lidocaïne 1% 2 cc + Piroxicam 20 mg 2 cc

+ Calcitonine 100 ui 1 cc ou,

- Lidocaïne 1% 2 cc + Piroxicam 20 mg 2 cc
+ Etamsylate 1 cc

La technique sera **mixte**: **IDP** 2 à 3 points le long de l'interligne articulaire douloureuse avec une technique superficielle **IED** ou **IDS** large des 4 faces du genou
La fréquence: J1, J8, J15 reste classique pour un traitement de phase aiguë.

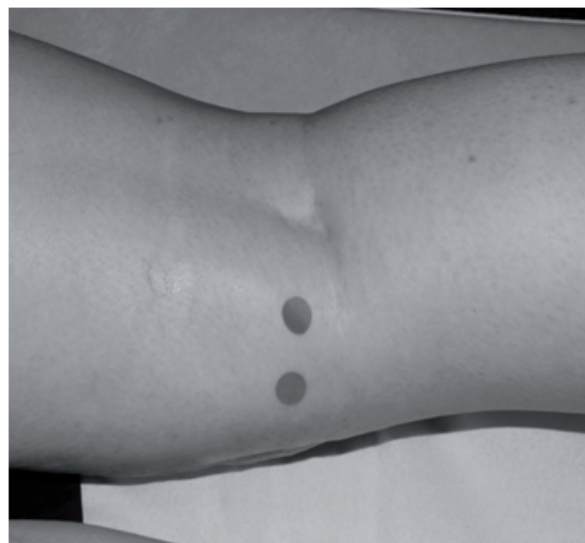


Fig. 3: Arthrose fémoro-tibiale

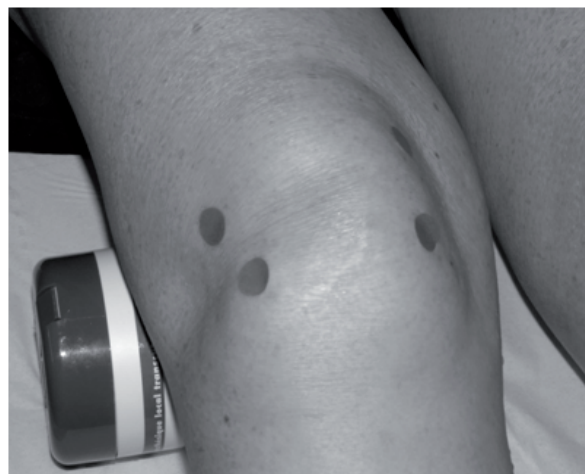


Fig. 4: Arthrose fémoro-patellaire

A la phase chronique: C'est la phase la plus intéressante pour la mésothérapie.

Le traitement sera proposé le plus souvent après une phase aiguë calmée, selon la fréquence suivante: J1, J15, J30, J60 puis à la demande.

Il ne faut jamais surtraiter par crainte d'un effet inverse (rebond douloureux)

Il faut également prendre en charge le terrain, être patient et persévérant. C'est ainsi que l'on parvient à obtenir un ralentissement de la dégradation avec des crises moins fréquentes, plus courtes et moins destructrices.

Les mélanges doivent comporter de la Calcitonine asso-

ciée à d'autres médicaments à visée trophique, ainsi que des antiradicalaires. Ainsi on peut proposer:

- **Procaïne 2 cc + Conjonctyl® 2 cc + Calcitonine 100 ui 1 cc ou,**

- **Procaïne 2 cc + Conjonctyl® 2 cc + Polyvit 1 flacon ou,**

- **Procaïne 2 cc + Conjonctyl® 2 cc + Vit C + E 4 cc**

La technique se fera ici plutôt en technique superficielle, **IED / IDS** sur l'ensemble de la région (cuisse => mollet)

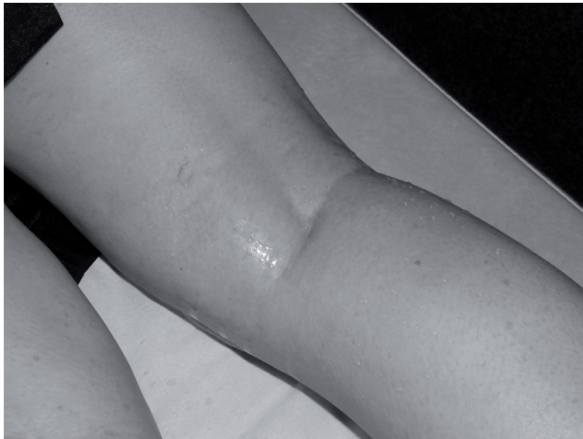


Fig. 5: Large nappage (IDS) de la cuisse au mollet

ARTHROPATHIES METABOLIQUES DU GENOU ET MESOTHERAPIE

La Goutte:

Il s'agit de précipitation de cristaux d'urate en zone cutanée péri-articulaire qui lors des crises aiguës réalise de véritables crises d'arthrite aiguë inflammatoire, la goutte chronique se définissant plus comme une polyarthropathie destructrice. La localisation au genou bien que non typique est loin d'être exceptionnelle.

A la phase aiguë:

on utilisera un mélange associant Ains et Thiocolchicoside à la place de la colchicine (si intolérance) ou en association avec celle-ci (réduction du temps de prise). Le mélange proposé sera:

- **Lidocaïne à 1% 2 cc + Piroxicam 20 mg 1 cc + Thiocolchicoside 2 cc**

On effectuera une à deux séances à J1 et J3, avec une technique superficielle IED ou IDS extrêmement douce

tant la zone peut être douloureuse.

A la phase chronique:

Elle ne devrait plus être vraiment d'actualité tant la connaissance de la maladie, les traitement de fond per os, le régime, sont maintenant bien codifiés. Deux mélanges sont ici utiles:

- **Lidocaïne à 1% 2 cc + Piroxicam 20 mg 1 cc + Thiocolchicoside 2 cc, pour le fond douloureux ou,**

- **Procaïne 2 cc + Conjonctyl® 2 cc + Calcitonine 100 ui 1 cc, pour le traitement de l'arthropathie**

Le traitement sera réalisé en technique mixte: **IDP** et **IED / IDS**, selon une fréquence de J1, J15, J30, J60 puis à la demande.

La Chondrocalcinosé:

Autre pathologie microcristalline avec ici des dépôts intra-articulaires de cristaux de pyrophosphate de calcium. Cette maladie provoque des crises pseudo-goutteuses mono ou polyarticulaires très invalidantes aboutissant souvent à de fortes lésions chondrales. Les genoux en sont une localisation très fréquente. Enfin, on retrouve souvent un terrain familial.

La perte du Tétracemat disodique nous rend moins efficace dans le traitement de cette affection et nous proposons en attendant des résultats plus aboutis concernant l'utilisation du Calcium Edetate de sodium de reprendre les traitements de phase aiguë et de phase chronique, vus plus haut dans le traitement de la goutte.

CONCLUSION

Le genou rhumatologique douloureux représente une affections très fréquemment traitées dans nos cabinet. Sa prise en charge nécessite d'une bonne connaissance de la pathologie

La Mésothérapie présente de nombreuses qualités car elle est active sur la douleur. Elle permet également de réduire la prise continue de médicaments comme l'usage abusif des infiltrations cortisoniques. Enfin, en se substituant à eux, elle diminue les effets secondaires de ces traitements.

On peut penser qu'elle freinerait certains mécanismes dégénératifs par des mécanismes anti radicalaires, ce qui reste à prouver.

Enfin, bien réalisée, elle est peu agressive et peu coûteuse.

Le diagnostic bien dirigé (un bon examen clinique) amène à un protocole de traitement maîtrisé et bien conduit.