

# GONARTHROSE FÉMORO TIBIALE MÉDIALE INTÉRÊT DE LA MÉSOTHÉRAPIE ET DES TRAITEMENTS ASSOCIÉS

Dr E Bigorra MPR Marseille

## INTRODUCTION :

Comme toute arthrose, la gonarthrose est une indication de la mésothérapie, celle-ci étant intégrée dans une prise en charge classique et pluridisciplinaire. La mésothérapie a pour but d'apporter un plus à cette prise en charge au niveau de la douleur et de la conservation du capital articulaire.

Elle est compétitive des traitements médicamenteux antalgique et anti-inflammatoires permettant leur diminution.

Le diagnostic est simple, l'articulation d'accès clinique facile, et en suivant le dogme de Mr Pistor «en regard de l'origine de la douleur» la mésothérapie paraît simple.

Mais certains résultats non satisfaisants nous obligent à élargir la technique de base et on peut considérer deux cas, la gonarthrose bien sûr mais aussi le patient gonarthrosique.

## MÉSOTHÉRAPIE ET GONARTHROSE

Elle a des indications préférentielles:

### Bonnes indications:

La gonarthroses stade 1 et 2 (radiographique).

### Indication relative:

Les gonarthroses stade 3 et 4 réfutées par la chirurgie

### Mauvaises indications:

La chondrolyse rapide ou la chondropathie sur chondrocalcinoses.

La mésothérapie s'intègre à la prise en charge classique.

### Quels traitements associés?

Ils sont médicamenteux, diététique, hygiène de vie, kinésithérapie, podologie, viscosupplémentation et chirurgie

### Poids et alimentation:

La lutte contre la surcharge pondérale est importante mais il ne faut pas oublier aussi, l'aspect qualitatif de l'alimentation (intolérance alimentaire).

### Activités physiques:

Il faut noter le rôle délétère des excès d'activités physiques, sportives et professionnelles (excès de contrainte), mais aussi le rôle délétère de la sédentarité (déconditionnement à l'effort).

*La prise en charge de rééducation et réadaptation est importante pour la gonarthrose.*

Elle est axée sur:

- L'antalgie
- La conservation de la mobilité articulaire
- Le renforcement musculaire du membre pathologique et du membre sain
- La rééducation proprioceptive des deux membres

*Les orthèses peuvent apporter un bénéfice supplémentaire, elles ont pour but:*

- De corriger ou compenser un trouble statique (genu varum)
- De compenser une ILMI anatomique
- D'amortir les forces d'impact au sol (choix des matériaux)

Le plan d'appareillage dépend de l'examen podologique du patient avec ses deux temps statiques (en charge et décharge) et dynamiques (examen de la marche), complété si besoin par une évaluation instrumentale.

La mésothérapie pour cette gonarthrose est à visée antalgique et chondroprotectrice

Le patient étant souvent vu en phase de crise douloureuse, la mésothérapie se décrit en deux phases, un traitement d'attaque à visée antalgique (3 séances rapprochées tous les 8/10 jours) puis un traitement au long cours à visée trophique et chondro protecteur (séances espacées).

### *Visée antalgique*

Technique mixte avec deux mélanges:

Mélange de base:

- Lidocaïne 2cc / ains 0,5 cc / calcitonine une ampoule 2cc, en regard de l'interligne médial en IDP ciblé plus nappage



Mélange complémentaire:

- Lidocaïne + thiocolchicoside en regard des masses musculaires médiales contracturées, en nappage.



*Visée trophique*

Préférentiellement en nappage avec

- Lidocaïne calcitonine conjonctyl Ou  
- conjonctyl calcitonine magnésium

En regard de l'interligne et de la face médiale du genou. Face aux résultats incomplets, il ne faut pas multiplier les sites d'injections sans argumentation claire mais s'orienter vers la mésoperfusion ou considérer le patient gonarthrosique.



### MÉSOPERFUSION

#### Principes

Mésothérapie lente, séquentielle, entre 4 et 12 mm de profondeur, permettant d'injecter en 15 à 20 minutes, 5ml de produit réparti en 4 sites différents autour du genou. Séquentielle avec un temps d'injection et un temps de repos. Le temps d'injection est court, 1 à 5 secondes, suivi d'une pose plus longue, de 10 à 50 secondes. Pendant le temps de pose, le produit injecté va, avant de passer dans la microcirculation, diffuser et stimuler un nombre important de récepteurs. Cet effet de zone apporte une meilleure sédation des douleurs.

Utilisation de mésoperfuseurs type pousse seringue ou pistolet dernière génération type Pistor 5.



#### Inconvénients de la mésoperfusion

Immobilisation d'une salle de soins pendant 25 minutes, et surtout possibilités de réactions secondaires rapides et intenses, en cas d'intolérance médicamenteuse notamment avec la calcitonine.

#### Protocole:

Mélange à visée antalgique une à trois séances espacées de 8 jours.

-LIDOCAÏNE 2cc +PIROXICAM 1cc + CALCITONINE 2cc



### LE PATIENT GONARTHROSIQUE

Il faut tenir compte de tout ce qui est lié à la gonarthrose, du morphotype favorisant la gonarthrose fémoro-tibiale médiale, des conséquences biomécaniques de la gonarthrose (sur le MI, le bassin et le rachis) et enfin du terrain insuffisant veino lymphatique fréquent chez ces patients. A partir de ces éléments, il faut adapter notre traitement par mésothérapie et parfois aussi les traitements associés.

#### Morphotype en varus (gonarthrose FT médiale)

Le varus favorise au niveau du genou l'hyperpression médiale mais aussi un excès de traction des structures latérales et un excès de tension des chaînes musculaires d'ouverture du membre inférieur (concept du Dr Busquet, celle-ci favorise l'abduction rotation externe de la hanche, le varus du genou et du pied, la supination du pied (posture de la réception du pas)).

*Ce qui explique d'autres localisations douloureuses*

- Les contraintes du compartiment latéral par traction favorisant les pathologies de type tendinopathie du fascia lata.

- Les excès de tension sur la chaîne musculaire d'ouverture du MI (Busquet) avec contractures et rétraction musculaires de cette chaîne notamment du Sartorius, des rotateurs de hanche (obturbateurs pyramidal) et du grand fessier.

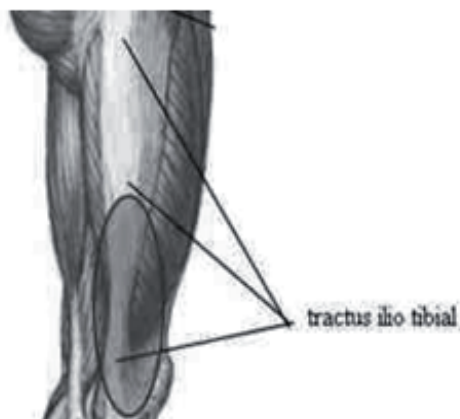
La mésothérapie s'adaptera aux lésions retrouvées. La

## La revue de Mésothérapie

rééducation traitera les rétractions musculaires.

### Application au traitement par mésothérapie:

- Au niveau compartiment FT médial idem patient gonarthrosique
- Au niveau du fascia lata: Lidocaine /étamsylate /ains en regard du fascia lata au genou en technique mixte (nappage et IDP).



- Au niveau du sartorius du pyramidal et du fessier: Procaine /thiocolchicoside /pidolate de magnésium en technique mixte (nappage et IDP).

(nappage et IDP)



### Orthèses plantaires et genu varum

Le plan d'appareillage va dépendre du bilan statique et dynamique du pied:

Si le sujet présente un varus de l'arrière pied en statique avec un déroulement du pas normal, on fera une correction par un coin pronateur postérieur.

Si le sujet présente un varus de l'arrière pied et une marche en supination, on fera une correction par un élément pronateur postérieur mais aussi sous cuboïdien et sous styloïdien (bande pronatrice).

Si le sujet ne présente pas de varus de l'arrière pied mais une marche en supination, on fera une correction par un élément sous-styloïdien ou sous-cuboïdien.

### Conséquences biomécaniques de la gonarthrose

Les conséquences sont marquées par:

- La raideurs (limitation de la mobilité)
- le retentissement sur la marche

- L'attitude vicieuse avec flessum du genou et de la hanche, le déséquilibre du bassin avec retentissement sur le rachis expliquant la présence de SID et de syndromes myofasciaux (fréquents en cas de trouble postural).

Marche et gonarthrose uni latérale: Pour éviter la douleur à l'appui sur son genou il va:

- Ralentir sa vitesse de marche,
- Diminuer la longueur du pas et ne pas étendre son genou,
- Fermer (diminuer) l'angle d'ouverture du pas (attaque moins varisante),
- Raccourcir la phase d'appui monopodal (simple appui) et le début de l'impulsion,
- Amortir l'attaque du pas (début réception double appui) par une surcharge de travail coté sain (effet d'amortissement).

### Rééducation

Il faut lutter +++ contre le flessum du genou, faire un renforcement musculaire du MI sain pour favoriser l'effet d'amortissement, proposer un traitement ostéopathique des blocages du bassin, favoriser les compensations bénéfiques de la marche et insister sur le rôle bénéfique des aides techniques (CA).

### Mésothérapie:

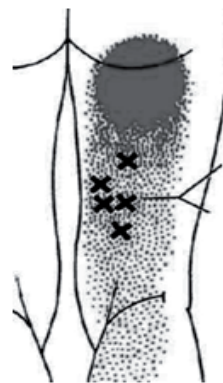
Il faut rechercher et traiter:

- Les syndromes myofasciaux
- Les SID secondaires

D'où l'importance de l'examen clinique palpatoire des tissus cutanés et musculaires du MI et du rachis.

Exemple: le syndrome myofascial des ischio jambiers Sur un discret flessum du genou (sans SID).

En complément du traitement classique de la gonarthrose on fera un traitement du syndrome myofascial avec Lidocaine + ains en regard des points détentes des ischio jambiers internes en IDP et un nappage en regard du muscle avec lidocaine (0,4) magnésium (0,4) calcitonine (0,2).



Exemple pour la SID:

dans le cas d'un déséquilibre du bassin avec surcharge du rachis et décompensation d'une arthrose L4-L5 avec SID L4L5. En complément du traitement classique de la gonarthrose le traitement de la SID L4-L5 avec Li-

docaine + ains+ calcitonine en regard des points locaux retrouvés à la palpation en IDP et du point dit plexique S1. On y associe le traitement de la dermosdystrophie cutanée lorsqu'elle est présente avec lidocaine/étamsylate si elle est spongieuse ou lidocaine /calcitonine si elle est cartonnée.

### Approche du terrain circulatoire

Surcharge pondérale et insuffisance veineuse sont souvent présentes (surtout chez la femme et gonarthrose globale) et majorent les phénomènes douloureux.

*On proposera des traitements associés:*

- Bas de contention
- Massage circulatoire
- Drainage lymphatique
- Pressothérapie
- Hygiène alimentaire

### *Mésothérapie*

En alternance avec la prise en charge arthrosique on effectuera une prise en charge du terrain veineux, avec une séance toutes les semaines au début (phase algique) puis toutes les trois semaines (phase trophique), une fois à type arthrose, une fois à type veineux.

Au niveau veineux, on pratiquera une mésothérapie en IED ou nappage en regard des axes veineux saphènes latéralement et axe artériel (face postérieure de la cuisse creux poplité jambe) avec lidocaine 2cc pidolate de magnésium 2cc et étamsylate 2cc.

### CONCLUSION

Il faut sortir de l'approche uniquement centrée sur l'articulation FT médiale mais aussi éviter la multiplication non fondée des sites d'injection. En cas de résultats insuffisants avec les techniques simples, il faut penser à la mésoperfusion.

Aborder le patient gonarthrosique pour adapter la mésothérapie et les traitements associés

Ne pas oublier l'importance de l'examen du patient gonarthrosique:

- Examen postural en décharge et en charge
- Bilan veineux
- Bilan des atteintes potentielles du genu varum et de l'excès de tension de la chaîne musculaire d'ouverture du MI
- Recherche de SID
- Recherche de syndromes myofasciaux
- Examen palpatoire tissulaire loco régional (MI / rachis lombaire).