

# PRISE EN CHARGE PAR LA MESOTHERAPIE DES PERI- ARTHRALGIES DE HANCHE APRES MISE EN PLACE CHIRURGICALE D'UNE PROTHESE TOTALE. A PROPOS DE 100 CAS

Docteur Yves DATURI

SERVICE D'ORTHOPEDIE ET DE TRAUMATOLOGIE

Professeur Stéphane BOISGARD – Professeur Jean Paul LEVAI

HOPITAL GABRIEL MONTPIED

BP 69 – 630003 CLERMONT – FERRAND CEDEX 1

## INTRODUCTION

Après le congrès de Strasbourg de Novembre 2007 qui portait sur 40 cas, nous voulions confirmer ou pas les résultats et savoir si le changement de mélange utilisé avait eu une influence sur le résultat final avec cette fois-ci 100 cas.

## ETUDE

La série porte donc sur 100 patients traités de janvier 2014 à Mai 2014, soit 10 ans. Elle comporte 63 % de femmes et 37 % d'hommes allant de 45 à 85 ans, 70 ans en moyenne chez les premières, 67 ans chez les seconds. Le côté gauche concerne 43 % des sujets contre 57 % à droite.

Le délai séparant l'intervention chirurgicale avec les séances de mésothérapie va de 2 mois à 7 ans avec une moyenne de 11,5 mois.

Tous les patients ont été, soit revus en consultation, soit contactés par téléphone, au minimum 2 mois après la dernière séance.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

### A) Matériel:

- Den'Hub
- Aiguilles de 4 mm 4/10 ème
- Aiguilles de 12,7 mm 3/10 ème
- Alcool à 70° puis Bétadine dermique (jaune)
- Compresses, Micropore
- Solution hydro alcoolique pour les mains

### B) Mélanges:

	40 cas
Lidocaïne à 2 %	1 ml
Pentoxifylline	2 à 3 ml
Piroxicam	1 ml
Diazepam	1 ml

### 60 cas

Lidocaïne à 2%	1,5 ml
Maginjectable	1,5 ml
Ketoprofene	1 amp
Rivotril	1 amp

### C) Technique

Installation du patient:

En Décubitus latéral sur le côté opposé du côté à traiter  
Jambe de dessous fléchie et celle du dessus allongée  
Patient à environ 90° du plan de la table



### D) Déroulement d'une séance:

Repérage des zones douloureuses: Palper ou Pincer  
rouler

Désinfection à l'alcool des zones: Péri trochantériennes,  
Face latérale de la cuisse, Fosse iliaque,  
Mains du médecin: solution hydro alcoolique

### E) injections

Il nous semble indispensable d'insister sur l'asepsie rigoureuse à respecter. Lors des intra-hypodermiques une compresse stérile sera entreposée entre la peau du patient et la main du médecin pour effectuer un pli ou pour repérer les zones les plus douloureuses.

## La revue de Mésothérapie

IDP systématique sur l'insertion du moyen fessier,  
IDP autour du grand trochanter  
IDP le long de la cicatrice opératoire,  
IDP sur les insertions fémorales du grand fessier,  
IDS sur la fesse en «éventail» en manuel,  
IDP sur les irradiations.  
Puis en IHD avec l'aiguille de 12,7 mm après repérage  
avec une compresse stérile alcoolisée des principaux  
points algiques.  
En plissant bien la peau, injection perpendiculaire, 2 à  
4 points maximum.

### F) Fréquence

J0 – J7 – J21 – J51 puis en fonction de la clinique

G) Notre but a d'abord été la guérison complète car  
une amélioration partielle comporte trop de biais  
d'appréciation pour être fiable même avec les cri-  
tères définis ci-après.

- Méthode d'évaluation de la douleur avant traitement

#### Très intense

Ne sort pratiquement pas.

Marche avec une ou deux cannes béquille en perma-  
nence.

Traitement antalgique continue.

Périmètre de marche inférieur à 50 m.

#### Intense

Sort à l'extérieur.

Marche avec une canne béquille à l'extérieur.

Traitement antalgique occasionnel.

Périmètre de marche inférieur à 500 m.

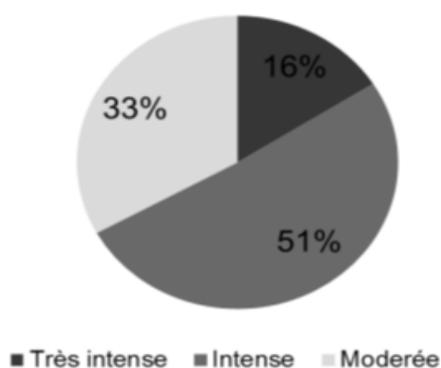
#### Modérée ou Acceptable

Sort à l'extérieur.

Marche sans canne béquille.

Gêne plus qu'une douleur locale.

Antalgique occasionnel.

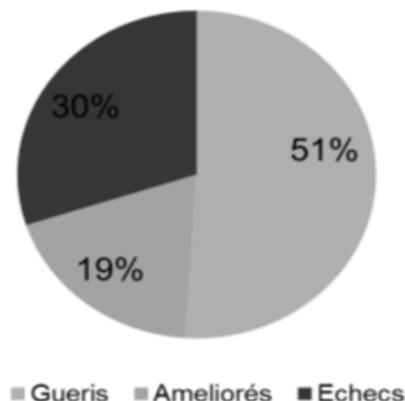


- Répartition des douleurs

TRES INTENSE: 16 cas = 16%

INTENSE: 51 cas = 51%

MODEREE: 33 cas = 33%



## RÉSULTATS

GUERIS: 51 cas soit 51%

AMELIORES: 19 cas soit 19%

ECHECS: 30 cas soit 30%

Concernant les 30 échecs:

4 Descellements.

2 Migrations de prothèse.

1 Canal lombaire étroit.

3 Décès => arrêt de l'étude et considérés comme des échecs.

2 Augmentation des douleurs.

18 Sans explication.

Complications et effets secondaires

Allergie: 1 cas ayant entraîné l'arrêt

Hématomes locaux: 30%

Rebond algique: 20% dans les 24 heures qui suivent  
dont 2 cas supérieurs à 15 jours qui ont motivé l'arrêt  
de la séance.

### Aucune infection n'a été notée

## DISCUSSION

Hypothèses sur l'origine de ces péri-arthralgies:

Les traumatismes musculo ligamentaires occasionnés  
par la chirurgie, les hématomes post opératoires surtout  
s'ils sont volumineux et qu'ils ont nécessité un drai-  
nage, une chute dans les jours ou mois suivants sem-  
blent favoriser ces péri-arthralgies et ce d'autant plus  
qu'ils surviennent sur un état musculaire déficient avant  
le geste chirurgical.

Nous attirons aussi l'attention sur une rééducation par-  
fois trop agressive qui a un rôle délétère certain sur

cette pathologie.

Toutes ces hypothèses et constatations nous incitent à poursuivre l'utilisation de techniques ou de gestes économiques en traumatismes directs sur l'appareil locomoteur, même la mobilisation du patient sur la table orthopédique devrait être précautionneuse!

Il faut faire attention aux pathologies associées ou aux diagnostics différentiels: canal lombaire étroit, descellement prothétique (douleur de l'aîne), cotyloïdite, pathologies rachidiennes rapportées comme nous l'avons vu précédemment.

Dans cette deuxième étude complémentaire à la première, nous pouvons aussi noter:

- que le changement de mélange n'a pas entraîné de différence significative sur les résultats,

- que nous avons raccourci le délai de traitement qui est passé de 24 mois à 11,5 mois avec dans ce cas un glissement des séances de mésothérapie vers des douleurs modérées et intenses au détriment des douleurs très intenses (22.5 % à 16 % dans la deuxième tranche.)

Les guérisons les plus fréquentes semblent se situer dans les tranches de douleurs de départ les plus faibles:

Très intenses: guérison 25%

Intenses: guérison 50%

Modérées: guérison 78%

Ce qui devrait nous inciter:

- A ne pas attendre trop longtemps entre l'apparition des algies et leur traitement: 3 à 6 mois.

- A ne pas stopper les séances trop rapidement, en faire 4 minimum et revoir ensuite les patients. Inversement ne pas insister en cas d'échec au bout de 3 séances

- A rechercher une autre étiologie en cas d'échec en particulier quand la douleur est très intense et située dans l'aîne.

### CONCLUSION

Même si, seules les guérisons nous intéressent dans cette étude (51%), force est de constater que 70% des patients tirent un bénéfice antalgique de la mésothérapie au prix de rares effets secondaires dont aucun préjudiciable à moyen et à long terme au patient et ceci après échec des autres traitements.