

## **INTÉRÊT DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS DU POIGNET D'ORIGINE MICROTRAUMATIQUE.**

*MARTIN Ronan, THOMAS-POHL Marie*

### **INTRODUCTION**

La pathologie du poignet est riche et est en rapport avec la complexité de fonctionnement de multiples articulations

Articulation primordiale pour le fonctionnement de la main, elle permet les changements d'orientation de celle-ci par rapport à l'avant bras, transmet les forces appliquées de la main à l'avant bras et permet d'adapter la capacité de flexion-extension maximale des doigts et de la préhension.

Ainsi, le poignet est soumis dans la vie quotidienne et dans de nombreuses activités professionnelles et sportives à des sollicitations importantes favorisant l'apparition de lésions aiguës ou chroniques.

C'est ce qu'illustrent les cas cliniques qui vont suivre.

### **CAS CLINIQUES**

#### **OBSERVATION 1**

Mlle D. Angélique, 31 ans, célibataire sans enfant, employée en cuisine, à la restauration de la base aérienne de Reims.

#### **Histoire clinique:**

L'histoire débute fin septembre 2009, suite à une chute de sa hauteur; la patiente consulte pour un traumatisme de la cheville droite en varus forcé. Elle est traitée pour cette entorse du ligament collatéral externe avec une orthèse de cheville trois semaines et marche avec l'aide de deux béquilles.

Suite à cette même chute et au béquillage, elle se plaint quelques semaines plus tard de douleurs au niveau du poignet gauche. Ces douleurs, d'apparition rapidement progressives sont présentes initialement aux mouvements et à la mobilisation du poignet et de la main, puis deviennent permanentes. Ces douleurs traitées initialement par anti-inflammatoires et immobilisation par orthèse par le médecin traitant, persistent. Elle est adressée au rhumatologue qui pose l'indication d'une infiltration et propose de la revoir pour sa réalisation.

Elle est alors vue au service médical de la base aérienne à ce moment, fin novembre 2009, afin de faire le point sur sa pathologie après plus de deux mois d'arrêt de travail.

Lors de la consultation du 30.11.2009, la patiente (droitière) sans antécédent notable ni allergie, se plaint d'une impotence fonctionnelle et de douleurs diffuses de la face dorsale du poignet gauche, empêchant toute flexion des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> doigts et porte depuis plusieurs semaines une attelle de poignet avec strapping sous-jacent (cf photo) afin de maintenir les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> doigts en extension.



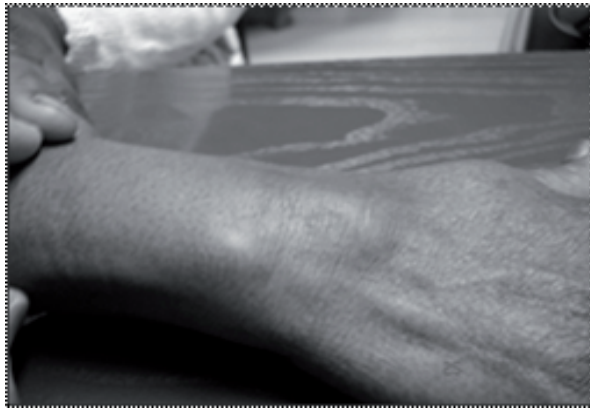
Elle est à ce moment là sous VOLTARENE LP®, 1 comprimé par jour, DIANTALVIC® 6 gélules par jour, pommade NIFLUGEL®, traitement qui la soulage partiellement.

#### **Examen clinique**

L'inspection retrouve un œdème en regard du carpe, sans rougeur ni augmentation de la chaleur localement. La palpation retrouve une douleur et oedème au niveau de l'extenseur commun des doigts, au niveau du carpe et 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> métacarpiens, entraînant un mouvement de retrait de la main. Cette douleur est majorée à l'étirement, à la mise en tension passive du tendon (c'est-à-dire à la flexion des doigts) et à la contraction contrariée. Cette tuméfaction est d'ailleurs mobile à la flexion/extension des doigts. Il n'y a pas de crépitations. Il n'y a pas de kyste synovial. L'aspect des doigts est normal, il n'y a pas de douleurs au niveau des phalanges ou des articulations métacarpophalangiennes, pas de douleurs à l'insertion distale des extenseurs.

On ne retrouve pas de douleurs musculaires de l'extenseur des doigts, ni de cellulalgie au palper-rouler de l'avant-bras.

La mobilisation des doigts et quasiment impossible, la mobilisation du poignet est gênée par la douleur et commence à s'enraidir. On note un débattement de 10 degrés autour de la position neutre.



aspect typique du poignet à la prise en charge



testing des extenseurs communs

### Examens complémentaires

Les radiographies face et profil de la main et du poignet gauche ne retrouvent pas de lésion osseuse visible.

L'IRM de la main gauche réalisé le 18 novembre 2009 avec injection retrouve une synovite de la gaine commune des trois extenseurs des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> doigts (hypersignal en T2, réhaussement au gadolinium).



L'examen clinique, confirmé par l'imagerie, nous fait porter le diagnostic de ténosynovite des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> extenseurs des doigts de la main gauche, probablement consécutif au béquillage.

### Prise en charge:

Devant la persistance des douleurs, l'escalade thérapeutique depuis deux mois et la prévision d'une infiltration de corticoïdes par le rhumatologue, nous proposons, dès notre première consultation, un traitement par mésothérapie sur cette ténosynovite exsudative en phase aiguë.

### Protocole de mésothérapie:

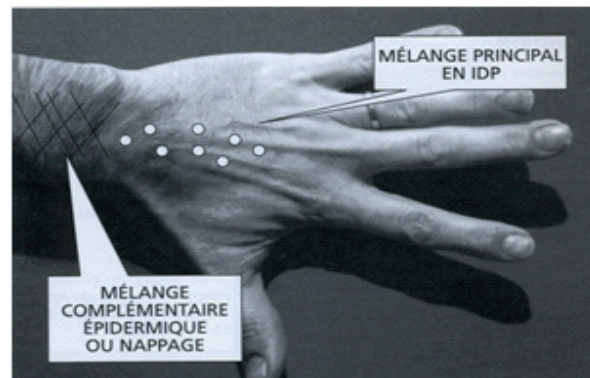
Dans les conditions d'hygiène et d'asepsie décrits plus haut (désinfection à la BISEPTINE®, port de gants), avec du matériel stérile et à usage unique (seringues, trocards, aiguilles, ...), la patiente bénéficie de trois séances de mésothérapie à une semaine d'intervalle:

MESOCAINE® 1% (lidocaïne) 2cc  
+ ZOFORA® (piroxicam 20mg) 1cc  
+ CALCITONINE PHARMY II® (calcitonine de saumon 100UI) 1cc  
à la première séance du 3.12.2009 (J1)

MESOCAINE® 1% (lidocaïne) 2cc  
+ ZOFORA® (piroxicam 20mg) 1cc  
+ DICYNONE® (étamsylate) 1cc  
aux séances des 10.12.2009 (J8) et 17.12.2009 (J15).

Les points d'injection sont ceux décrits par la patiente et retrouvés à l'examen clinique c'est-à-dire en regard des tendons extenseurs au niveau de la face dorsale du carpe. On ne retrouve pas de douleurs du muscle extenseur des doigts et aucune cellulalgie, on utilisera donc un seul mélange.

On utilise une technique manuelle avec:  
des injections en derme profond (IDP) en point par point sur les points douloureux avec une aiguille de 0,35mm x 4mm  
des injections en intra-épidermique (IED) sur la zone douloureuse élargie avec une aiguille de 0,30 x 13mm



Elle est revue le 04.01.2010 en consultation (J32) puis le 05.02.2010.

### Traitements associés:

poursuite des antalgiques à la demande, initialement par paracétamol-dextropropoxyphène puis paracétamol seul  
anti-inflammatoires locaux de façon dégressive (NI-FLUGEL®)  
repos relatif du poignet avec maintien de l'orthèse de poignet, ablation progressive du strapping maintenant les doigts en extension

## La revue de Mésothérapie

physiothérapie et kinésithérapie prudente et progressive afin de récupérer, à l'issue des séances de mésothérapie, les amplitudes articulaires du poignet

### Résultats

*Sur le plan subjectif*, la patiente rapporte une amélioration de la douleur dès la première séance mais surtout à compter de la troisième séance avec, depuis mi-décembre, aucune prise d'anti-inflammatoires per os ou d'antalgiques.

*Sur le plan physique*, début janvier, un mois après le début de la prise en charge, l'examen clinique ne retrouve plus de douleur à la palpation des extenseurs, ni d'œdème au niveau de la face dorsale du carpe. La flexion des doigts est possible, poignet en position neutre. La flexion palmaire du poignet est encore difficile.

*Sur le plan échographique*, il persiste une synovite à minima de l'extenseur commun des doigts mais une nette amélioration est notée par rapport à l'IRM initial. Sur le plan médico-social, elle reprend le travail depuis le 4.12.2009, initialement en activité sédentaire, à la caisse de la restauration puis, fin janvier, elle reprend progressivement son activité en cuisine avec une exemption au port de charges lourdes.

*Sur le plan thérapeutique*, la patiente est retournée en consultation chez son rhumatologue afin de lui rendre compte de l'évolution. Celui-ci confirme l'amélioration clinique et échographique. Il conseille le maintien de l'attelle de poignet encore un mois et récuse l'indication initiale d'infiltration. Il n'y a pas eu besoin d'autres séances de mésothérapie.

*Sur le plan psychologique*, la patiente est parfaitement satisfaite, après deux mois d'errance thérapeutique sans efficacité notable, la patiente retrouve progressivement l'usage de sa main gauche pour les gestes de la vie quotidienne ainsi que dans sa vie professionnelle.

A 3 mois de sa prise en charge sur la base aérienne, la patiente a quasiment récupéré toutes les amplitudes articulaires de son poignet et main gauche. Elle a repris son travail en cuisine sans restrictions, avec port de charges lourdes possible de façon indolore. Quelques douleurs persistent aux changements climatiques et aux mouvements répétés des doigts.

### Discussion

Nous discuterons successivement les différents aspects de ce cas clinique particulièrement intéressant: le diagnostic, le traitement, le choix des produits, etc...

#### Concernant le diagnostic:

La douleur présentée par la patiente est d'apparition progressive, mécanique, c'est-à-dire augmentée par le mouvement et calmée par le repos initialement. La symptomatologie est caractérisée par une douleur et

une tuméfaction en regard des tendons de l'extenseur commun, sans crépitation.

L'examen clinique retrouve la «triade symptomatique» de la tendinopathie c'est-à-dire le réveil et/ou l'accroissement de la douleur spontanée au cours des tests suivants [4,5,6]:

la palpation du tendon

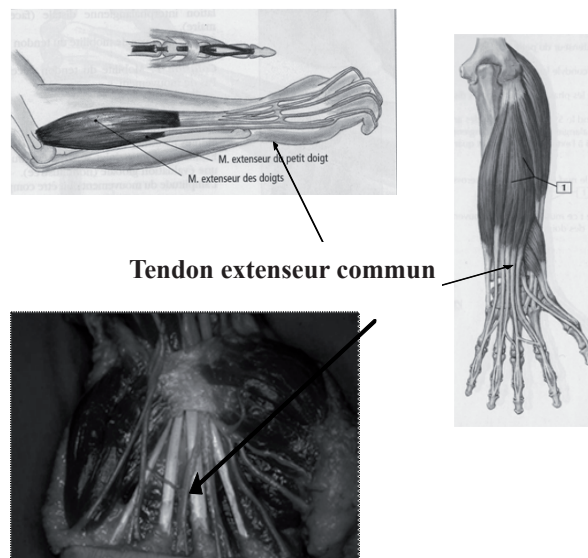
la mise en tension passive du tendon;

la contraction résistée du muscle, test diagnostique fondamental, mettant en évidence la douleur tendineuse élective dans son siège et dans son mode de reproduction.

Ici, il s'agit d'une ténosynovite exsudative.

En effet, les ténosynovites sont le résultat d'une réaction congestive, d'origine mécanique de la gaine qui entoure le tendon. Cette gaine de type cylindrique est composée de deux feuillets: le feuillet pariétal tapisse la coulisse ostéofibreuse contenant le tendon, le feuillet viscéral engaine le tendon. Ces deux feuillets ménagent entre eux une cavité synoviale qui contient un mince film de liquide synovial [3].

La ténosynovite exsudative est liée à la présence d'un épanchement liquidien dans la gaine, ce qui est confirmé par l'imagerie du poignet de notre patiente. L'examen clinique et l'échographie font par ailleurs éliminer un kyste synovial, très fréquent dans la région, mais non mobile à la flexion/extension des doigts et pour lequel on ne retrouve pas la triade caractéristique des tendinopathies.



*Evaluation clinique de la fonction musculaire:* M.LACOTE, A.-M. CHEVALIER, A. MIRANDA, J.P. BLETON

#### Concernant le mécanisme lésionnel:

Sur le plan épidémiologique, la ténosynovite des tendons extenseurs s'observe le plus souvent au cours de certaines activités sportives telles que la gymnastique, notamment les agrès, les lancers, et basket-ball, le volley-ball, le bowling. Sur le plan pathogénique, elle est

consécutives à des mouvements répétés des doigts, à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Ici, la chute initiale occasionne probablement une contusion du poignet gauche à la réception mais la patiente ne se rappelle pas de sa position lors de cette chute, le mécanisme initial est donc difficile à mettre en évidence. Le béquillage à deux cannes qui s'en suit, entraîne une hypersollicitation en hyperextension du poignet. On ne retrouve pas d'autre traumatisme. Dans son poste, la patiente travaille en restauration, sans geste répétitif retrouvé mais avec sollicitations régulières du poignet, port de charges lourdes, ... Ainsi, mêmes minimales, les agressions répétées peuvent être délétères pour une articulation particulièrement vulnérable par la richesse de ses tendons.

### Concernant la prise en charge thérapeutique:

#### *sur la prise en charge par mésothérapie:*

Depuis plus de deux mois, on assistait à une escalade thérapeutique avec prise quotidienne d'anti-inflammatoires per os et d'antalgiques de classe II.

L'emploi de la mésothérapie permet de diminuer la consommation de médicaments par voie générale notamment les AINS et d'en diminuer les effets secondaires, notamment les problèmes de tolérance digestive. Par ailleurs, la mésothérapie offre également une alternative intéressante aux infiltrations de corticoïdes qui génèrent des effets négatifs sur la trophicité des tissus tendineux et dont l'indication avait été portée chez notre patiente.

Enfin, l'observance est totale puisque le traitement est immédiatement administré par le praticien.

#### *sur les produits utilisés:*

La première séance est faite avec une association de piroxicam, lidocaïne et calcitonine, surtout à visée antalgique. Devant la présence d'un œdème à l'examen clinique évoquant une ténosynovite exsudative, le protocole de mésothérapie est adaptée pour les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> séances avec l'utilisation de l'étamsylate.

On ne rapporte pas d'effets secondaires locaux suite aux séances ou dus à l'emploi des produits comme la calcitonine.

#### *sur les résultats*

Notre cas clinique est l'illustration d'une efficacité incontestable de la mésothérapie sur la ténosynovite des extenseurs communs et peut être étendue au traitement de l'ensemble des tendinopathies. Ces résultats ont déjà été démontrés en pratique quotidienne, comme par le Dr BOUTRON chez une patientèle d'informaticiens [2].

#### *sur les traitements associés:*

La mésothérapie s'inclut dans un arsenal thérapeutique. Une fois la ténosynovite traitée, il convient de récupé-

rer de façon douce et progressive les amplitudes articulaires du poignet, limitées par la raideur successive à l'immobilisation prolongée mais nécessaire. Puis, la physiothérapie et kinésithérapie vont permettre de retrouver la fonctionnalité de sa main gauche que la patiente a sous-utilisée depuis quelques mois, avec travail de l'activité de préhension, le port de charges.

### Concernant le retentissement psychosocial

Lors de sa première consultation, la patiente accumule deux mois d'arrêts de travail suite à ses douleurs du poignet, empêchant toute conduite de véhicule et toute activité utilisant sa main gauche. La première séance, consolidée par les suivantes ont permis une réinsertion de la patiente à un emploi initialement adapté puis à son poste. Elle fut une excellente alternative thérapeutique pour le patient et pour le soignant. Elle a permis de traiter la cause de la douleur, d'éviter l'escalade thérapeutique, l'engrenage des arrêts de travail successifs et le nomadisme médical qui découle souvent des douleurs chroniques sans traitement efficace.

### **OBSERVATION 2:**

Mr Frédéric S, 28 ans, célibataire sans enfant, droitier, pompier professionnel sur la base aérienne de Reims depuis 5 ans.

### **Histoire clinique**

L'histoire début progressivement il y a 4 à 6 semaines, par des douleurs de la face latérale du poignet droit, sans traumatisme ni choc direct retrouvé à l'interrogatoire. Ces douleurs apparaissent essentiellement à l'effort, lors de mouvements brusques ou dans les amplitudes extrêmes du poignet. Elles ne gênent pas l'activité quotidienne et professionnelle mais rappellent le patient «à l'ordre» lors de mouvements trop rapides et brutaux.

Le patient n'a pas d'antécédents particuliers, il est actif et sollicite particulièrement ses poignets en force pendant son activité professionnelle (vérification des camions de pompiers et entretien, exercices et interventions réelles assez contraignantes). Il pratique la musculation à raison d'une heure par jour de façon régulière, avec peut-être une augmentation de l'entraînement ces dernières semaines.

A l'occasion de sa visite de médecine du travail annuelle du 6 avril 2010, il relate alors ces douleurs du poignet pour la première fois.

### **Examen clinique**

A l'inspection, le poignet droit ne présente pas de déformation, pas d'œdème.

La palpation retrouve immédiatement une douleur exquise de la styloïde radiale, douleur très localisée que

l'on ne retrouve pas ailleurs. La palpation du carpe et des métacarpiens est indolore. Il n'y a pas de tuméfaction à ce niveau.

Les amplitudes articulaires passives et actives sont respectées et non douloureuses. La contraction et l'étirement des différents muscles de l'avant bras ne déclenchent pas de douleurs notamment lors de l'abduction et de l'extension du pouce, le test de Finkelstein (poignet du patient en inclinaison ulnaire, doigts longs fléchis sur le pouce replié dans la paume) est négatif. Il n'y a pas de douleur à la flexion contrariée de l'avant-bras en demi prono-supination ni à la supination (lorsque le membre supérieur est en pronation extrême).

### Examens complémentaires

Les radiographies standards de face et profil ne retrouvent pas de lésion osseuse ni de densification localisée de la trame osseuse, notamment au niveau de la styloïde radiale.

### Prise en charge:

Devant un diagnostic clinique suspecté de styloïdite radiale ou tendinite de l'insertion distale du long supinateur ou brachio-radial en phase subaiguë, nous proposons un protocole de mésothérapie.

Dans les conditions d'hygiène et d'asepsie décrits plus haut (désinfection à la BISEPTINE®, port de gants), avec du matériel stérile et à usage unique (seringues, trocards, aiguilles), le patient bénéficie de deux séances de mésothérapie à une semaine d'intervalle en technique mixte:

1. MESOCAINE® 1% (lidocaïne) 2cc  
+ ZOFORA® (piroxicam 20mg) 1cc  
+ CALCITONINE PHARMY II® (calcitonine de saumon 100UI) 1cc

Ce premier mélange sera utilisé sur la jonction ténopériostée au niveau de la styloïde radiale, sur le point douloureux décrit par le patient et retrouvé à l'examen clinique. On utilisera une technique manuelle en 3 points en injections en derme profond (IDP) avec une aiguille de 0,35mm x 4mm.

2. MESOCAINE® 1% (lidocaïne) 1cc  
+ MIOREL® (thiocolchicoside) 2cc

Ce deuxième mélange est utilisé sur le corps musculaire même en l'absence de douleurs électives à ce niveau, uniquement à la première séance, avec une technique manuelle en injections en intra-épidermique (IED) sur la zone musculaire du long supinateur élargie au niveau de l'avant-bras avec une aiguille de 0,30 x 13mm.

### Traitement associé:

repos sportif relatif, diminution du travail en force, ergonomie du geste pendant les séances de musculation.

### Résultats

Le patient est soulagé dès la première séance mais surtout après la deuxième. La palpation de la styloïde radiale reste sensible mais sans douleur spontanée, y compris dans les mouvements rapides initialement déclencheurs de cette douleur. Nous ne ferons pas de troisième séance en raison d'un départ en vacances du patient et d'une bonne efficacité des deux premières séances. Nous le reverrons en cas de besoin.

### Discussion

Nous discuterons successivement les différents aspects de ce cas clinique: le diagnostic, le choix des produits, etc...

#### Concernant le diagnostic et le mécanisme lésionnel:

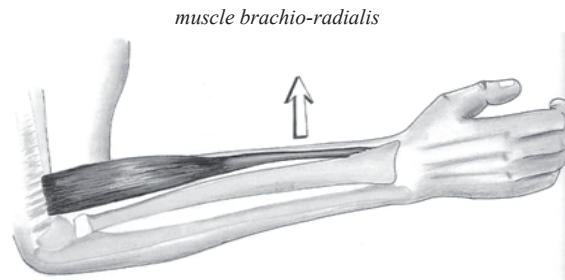
La douleur présentée par le patient est d'apparition progressive, mécanique, c'est-à-dire augmentée par le mouvement et calmée par le repos. La symptomatologie est caractérisée par une douleur élective de la styloïde radiale mais sans douleur significative à l'étirement et à la contraction résistée du muscle brachio-radial. C'est le tableau classique de la styloïdite radiale. Le principal diagnostic différentiel est la ténosynovite de de Quervain, synovite des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce au niveau du premier canal ostéo-fibreux du carpe en regard de la styloïde radiale. L'examen clinique met alors en évidence une tuméfaction allongée fusiforme à ce niveau et le test spécifique est celui de Finkelstein. Ici, on ne retrouve pas ces éléments caractéristiques [3,6]

Par ailleurs, une fracture de fatigue doit être évoquée dans ce contexte de possible surentraînement bien que rare au niveau du poignet. La radiographie du poignet après 6 semaines de douleurs et l'échographie ne retrouvent pas d'anomalies ce qui nous fait réfuter ce diagnostic bien qu'en cas de forte suspicion, il aurait fallu réaliser un IRM voire une scintigraphie beaucoup plus sensibles.

La styloïdite radiale est une ténopériostite du brachio-radial (bien que ne faisant pas l'unanimité des auteurs): cette tendinite d'insertion peut apparaître soit de façon brutale après mise en tension violente du tendon (ce qui ne semble pas le cas ici), soit de façon progressive après des sollicitations de moindre importance mais répétées sur un site constant. A ces phénomènes mécaniques s'ajoutent la pauvreté de la vascularisation de la zone d'insertion du tendon et son appauvrissement consécutif au vieillissement.

Dans notre cas, la douleur est apparue de façon progressive chez un patient qui contraint son poignet à de

nombreuses sollicitations, de moindre importance mais quotidienne.



Evaluation clinique de la fonction musculaire: M.LACOTE, A.-M. CHEVALIER, A. MIRANDA, J.P. BLETON

**Concernant la prise en charge thérapeutique:**

*sur la prise en charge par mésothérapie:*

La mésothérapie est indiquée en première intention dans cette pathologie. Elle permet une observance totale, une efficacité rapide et prolongée sans les effets secondaires systémiques des anti-inflammatoires non stéroïdiens, qui constituent souvent le traitement médicamenteux classique. Parallèlement, le patient prend conscience de l'importance de l'ergonomie du geste ce qui permettra de limiter les récurrences.

*sur les produits utilisés:*

Les séances sont réalisées avec une association de piroxicam, lidocaïne et calcitonine, mélange reconnu sur les tendinopathies sur insertion osseuse [1]. On ne rapporte pas d'effets secondaires locaux suite aux séances ou dus à l'emploi des produits comme la calcitonine.

*sur les résultats:*

Notre cas clinique est l'illustration d'une efficacité incontestable de la mésothérapie sur la ténopériostite du long supinateur et peut être étendue au traitement de l'ensemble des tendinopathies.

**OBSERVATION 3**

Mlle B. Mélodie, 26 ans, célibataire, employée de la restauration sur la base aérienne d'Avord, sans antécédents particuliers.

**Histoire clinique**

L'intéressée se présente en consultation d'urgence au Centre Médical des Armées le 17 mars 2010 pour un traumatisme de la main gauche par écrasement entre deux armoires. La patiente est droitrière.

**Examen clinique**

L'examen clinique initial retrouvait à l'inspection une main légèrement oedématisée avec une impotence fonctionnelle importante et une douleur de la face dorsale du

carpe et du poignet.

Des signes d'irritation du nerf médian sont aussi décrits par la patiente avec des paresthésies dans les 3 premiers doigts de la main gauche.

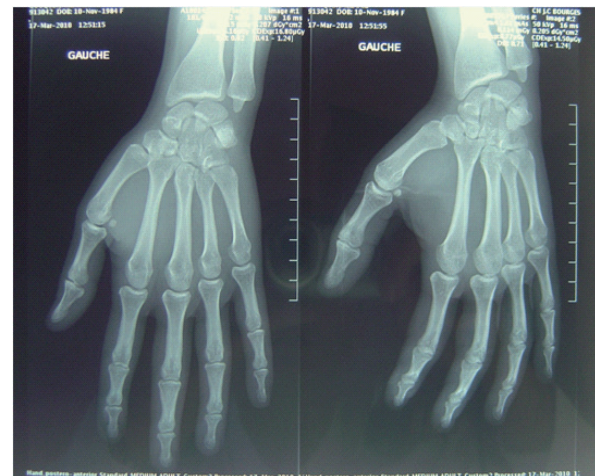
La mobilisation passive du poignet et de la main est douloureuse.

La palpation du poignet retrouve une douleur élective à la pression de la tabatière anatomique et lors des mouvements de traction et compression dans l'axe de la colonne du pouce. Ces signes font donc suspecter une lésion du carpe avec probable atteinte du scaphoïde.

L'intéressée est donc adressée aux urgences du CH de Bourges dans l'heure qui suit pour bilan radiologique et avis spécialisé. Elle est transférée par nos soins après immobilisation dans une attelle poignet-pouce et traitement per os par antalgiques de niveau 2 (DIANTALVIC® 2 cp 3 fois par jour) et AINS (Piroxicam 1 cp 2 fois par jour).

**Examens complémentaires**

Le bilan radiologique conventionnel (radiographie main et poignet 2 incidences) effectué au CH de Bourges émet un doute sur une éventuelle fracture du scaphoïde. Elle ressort cependant du CH avec une immobilisation par attelle.



**Evolution**

Le 18/03/2010 nous revoyons l'intéressée en consultation. Devant le doute radiologique et la persistance de douleurs compatibles avec une fracture du scaphoïde un nouvel examen radiologique est prescrit en milieu privé. L'examen clinique refait systématiquement à cette occasion ne retrouve plus de signes d'irritation du nerf médian.

Le 24/03/2010 la patiente est revue avec les résultats du bilan radiologique effectué le 22/03/2010 en polyclinique privée. Les incidences scaphoïdiennes et des clichés dynamiques sont effectués, ne retrouvant pas

## La revue de Mésothérapie

de trait de fracture mais une densification médiane. La dynamique des os du carpe est respectée.

Bénéficiant le même jour d'un avis spécialisé de chirurgie orthopédique elle ressort avec une orthèse d'abduction du pouce pour éviter les effets de pincement à porter jusqu'à la prochaine consultation dans 1 mois.

Cependant, la patiente se plaint malgré le traitement orthopédique et médicamenteux de douleurs nocturnes la réveillant souvent.

### Prise en charge [1]

Un protocole de mésothérapie lui est donc proposé à visée anti-douleur dans les conditions d'asepsie et d'hygiène décrits plus haut (désinfection à la BISEPTINE, port de gants), avec du matériel stérile et à usage unique (seringues, trocards, aiguilles...)

### Technique:

point par point (IDP)

### Mélange

Lidocaïne 1% (1cc)

Calcitonine de saumon 100 UI (1cc)

Etamsylate (2cc)

### Zones d'application.

Mélange en regard de la zone douloureuse au niveau de la tabatière anatomique en IDP après avoir fait un pli cutané en technique manuelle, aiguille de 4mm x 0,35 (3 à 4 injections).

### Rythme

J1, J8, J15.

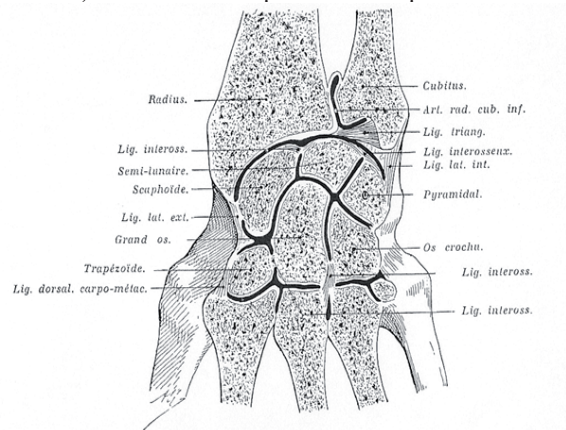
Au final, l'intéressée ne bénéficiera que d'une seule séance. Nous la reverrons le 20/04/2010 à la suite de sa consultation de contrôle à 1 mois auprès du chirurgien orthopédique. L'attelle d'abduction a été enlevée et les douleurs sont à présent bien atténuées. Le bilan radiologique de contrôle ne retrouve pas de lésions osseuses discernables. La mésothérapie a cependant été profitable à l'intéressée dans une optique de thérapeutique antidouleur puisqu'elle n'a plus été gênée par la douleur la nuit.

### Discussion

Concernant le mécanisme lésionnel:

Le poignet est un ensemble articulaire complexe, composé de 7 os disposés entre le radius et le cubitus d'une part: la première rangée (proximale) des os du carpe composée du **scaphoïde**, du **semi-lunaire** (ou lunatum), du **pyramidal** (ou triquetrum), et de l'**os pisiforme** et la deuxième rangée (distale) des os du carpe composée

du **trapèze** (ou trapezium), du **trapézoïde** (ou trapezoidum), du **grand-os** (ou capitatum) et de l'**os crochu** (ou hamatum) et les 5 métacarpiens d'autre part.



*Coupe frontale des articulations des os de l'avant-bras, du carpe et du métacarpe [7]*

Etant donné les signes cliniques initiaux, on pouvait s'attendre à des signes radiologiques plus francs. Finalement, il s'agit probablement d'une impaction scaphoïdienne en raison de la densification médiane visible sur les radiographies initiales. Ce type de lésion peut aussi se rapprocher du «bone bruise» des auteurs anglosaxons correspondant à un hématome sous périosteal, et signalé par un hypersignal à l'IRM (non effectué ici).

### Concernant la prise en charge thérapeutique:

#### *Sur la prise en charge par mésothérapie:*

La mésothérapie est indiquée dans cette pathologie qui peut se rapprocher d'une périostite. Elle permet une diminution rapide des douleurs et un confort de vie supplémentaire.

#### *Sur les produits utilisés:*

La séance a été réalisée avec une association de lidocaïne, calcitonine, et étamsylate, mélange adapté pour le traitement des périostites. Aucun effet secondaire n'a été rapporté par l'intéressée.

#### *Sur les résultats:*

La mésothérapie est un traitement adjuvant à l'immobilisation pour permettre dans ce cas une meilleure tolérance voire une disparition de la douleur.

### CONCLUSION

Les lésions microtraumatiques du poignet entraînent des répercussions fonctionnelles et douloureuses pouvant entraver l'activité professionnelle, sportive voire quotidienne du patient et diminuer sa qualité de vie. Articulation complexe mais superficielle, le poignet est particulièrement accessible à la mésothérapie, tech-

nique qui permet d'injecter «peu, rarement et au bon endroit» les principes actifs nécessaires au traitement de la pathologie.

Toujours précédée d'un interrogatoire précis, d'un examen clinique minutieux et d'éventuels examens complémentaires afin de poser un diagnostic étiopathogénique, la mésothérapie est un traitement de première intention. Trois cas cliniques détaillés permettent d'illustrer l'efficacité incontestable et durable de cette technique où elle fut une excellente alternative thérapeutique pour le patient et pour le soignant. Elle a permis de traiter la douleur et parfois sa cause, d'éviter l'escalade thérapeutique et le nomadisme médical qui découle souvent des douleurs qui se chronicisent.

### BIBLIOGRAPHIE

- 1- **BONNET C., LAURENS D., PERRIN J.-J.** - Guide pratique de mésothérapie. Elsevier Masson, 2008, 385 p.
- 2- **BOUSTRON C.** - Ténosynovite des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> doigts de la main à propos de 3 cas chez des informaticiens. -SFM- 2<sup>e</sup> congrès national de mésothérapie - 27 et 28 mars 2004 - Paris
- 3- **DANIEL C.** - Traitement des pathologies du poignet et de la main par mésothérapie. 4<sup>ème</sup> séminaire DIU Mésothérapie, Université Paris VI, 2009-2010.
- 4- **DANIEL C.** - Mésothérapie et poignet-main. - La revue de mésothérapie 2005 ; 135 : 17-22
- 5- **DONOWSKI R.-G., CHANUSSOT J.-C.** - Traumatologie du sport. Masson, Paris, 2005.
- 6- **RODINEAU J.** - 50 sites douloureux en traumatologie du sport : leur signification pathologique. Masson, Paris, 1999.
- 7- **ROUVIERE H.** - Atlas aide-mémoire d'anatomie. Masson, Paris, 1994.

### «INTERET DE LA MESOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS DU POIGNET D'ORIGINE MICROTRAUMATIQUE»

#### (RÉSUMÉ)

Articulation complexe primordiale pour le fonctionnement de la main, le poignet est soumis dans la vie quotidienne et dans de nombreuses activités professionnelles et sportives à des sollicitations importantes favorisant l'apparition de lésions microtraumatiques aiguës ou chroniques.

Par son action antalgique et étiologique, la mésothérapie est un traitement de première intention. Trois cas cliniques permettent d'illustrer la prise en charge du poignet douloureux microtraumatique par cette technique.

Le premier cas rapporte une ténosynovite exsudative de l'extenseur commun des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> doigts de la main gauche d'une patiente droitrière de 26 ans, suite à une hypersollicitation du poignet en hyperextension par béquillage. Résistante au traitement médicamenteux conventionnel, cette ténosynovite en phase aiguë est traitée par mésothérapie manuelle. Dans les conditions d'hygiène et d'asepsie avec du matériel stérile et à usage unique, trois séances par technique mixte (IntraDermique Profond IDP et IntraEpiDermique IED) avec lidocaïne, piroxicam et calcitonine ou dicynone en regard des tendons extenseurs au niveau de la face dorsale du carpe vont permettre une diminution de la douleur, la récupération des amplitudes articulaires et de la fonctionnalité de son poignet ainsi qu'une reprise du travail sans restrictions.

Le deuxième cas rapporte une styloïdite radiale subaiguë par tendinite d'insertion distale du brachio-radial droit chez un pompier de 28 ans, par hypersollicitation professionnelle. Deux séances de mésothérapie avec lidocaïne, piroxicam et calcitonine en IDP et lidocaïne et thiocolchicoside en IED vont permettre la disparition des signes fonctionnels et cliniques.

Le troisième cas rapporte une impaction scaphoïdienne du poignet gauche chez une patiente droitrière de 26 ans, par écrasement entre deux armoires. La douleur électorale de la tabatière anatomique, des signes temporaires de compression du nerf médian associés à une densification médiane du scaphoïde sans trait de fracture conduisent à un traitement orthopédique par immobilisation par orthèse d'abduction du pouce. Une séance de mésothérapie avec lidocaïne, calcitonine et dicynone en IDP en regard de la tabatière anatomique vont permettre de soulager les douleurs nocturnes et insomniantes de la patiente.

Adjuvante du traitement orthopédique, kinésithérapique et physiothérapique, la mésothérapie s'inscrit dans un arsenal thérapeutique dans la pathologie douloureuse microtraumatique du poignet.

D'une efficacité antalgique rapide et prolongée, l'emploi de la mésothérapie permet donc de diminuer la consommation de médicaments traditionnels antalgiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale et leurs effets secondaires systémiques, une observance totale et une amélioration de la qualité de vie.