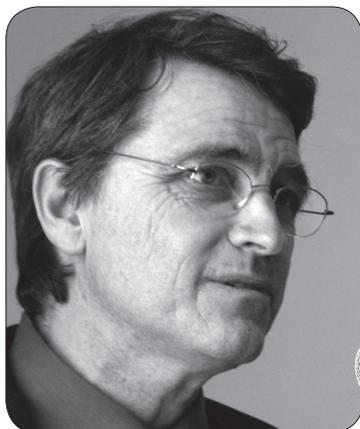


PLACE DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LES SÉQUELLES DOULOUREUSES DE LA CHIRURGIE DU GENOU (PTG)

Ernest Bigorra



Ernest Bigorra

RÉSUMÉ

L'objet de cette présentation est de préciser la place de la mésothérapie après une arthroplastie du genou avec douleur séquellaire.

Certaines étiologies sont de bonnes indications du traitement par mésothérapie, mais l'enquête étiologique peut être difficile tant au niveau clinique que paraclinique.

Après une analyse du diagnostic étiologique dans ses prothèses totales de genou (PTG) douloureuses, on étudiera la place et les protocoles de mésothérapie.

La difficulté de certains diagnostics et la non indication de l'acte de mésothérapie sans diagnostic précis, fait ressortir l'intérêt de la complémentarité entre le mésothérapeute, le chirurgien mais aussi l'équipe de rééducation.

SUMMARY

The aim of this presentation is to specify the place of the mesotherapy after a arthroplasty of the knee with pain as sequella. Some etiologies are good indications of the treatment by mesotherapy, but the etiologic investigation can be difficult as well at the clinical level as paraclinic.

After a etiologic analysis of the diagnosis in these painful total prosthesis of knee (PTG), we will study the place and the ptotocols of mesotherapy. The difficulty of some diagnoses and the non indication of the treatment of mesotherapy without precise diagnosis, emphasizes the interest of complementarity between the mesotherapeutic pratician, the surgeon but also the team of rehabilitation.

I) INTRODUCTION

Chirurgie fréquente (40 000 PTG par an) les séquelles douloureuses ne sont pas négligeables (10 à 15% de douleurs résiduelles « faibles », 5% de douleurs résiduelles « invalidantes »)

La mésothérapie a sa place dans la prise en charge des séquelles douloureuses mais nécessite au préalable d'une enquête diagnostique avant la thérapeutique.

Un ennemi redoutable **L'infection**

II) ENQUÊTE ÉTIOLOGIQUE

▶ Fractures osseuses

Fracture des plateaux tibiaux ou du fémur
Elles peuvent survenir en per ou post-opératoire
Le diagnostic peut être facile mais pas systématiquement, intérêt alors du scanner
Contre-indication bien sûr de la mésothérapie.

Fragilité osseuse fémorale pouvant aboutissant à une fracture de la diaphyse fémorale sur PTG
Diagnostic difficile si on veut le faire précocement
AVANT la lésion fracturaire
Intérêt de la scintigraphie
La mésothérapie est une contre-indication

▶ Descellements mécaniques

Diagnostic sur les radiographies successives, liseré de plus en plus visible. Le diagnostic est suspecté s'il existe une imperfection biomécanique.
Il faut penser à éliminer un sepsis.
La mésothérapie n'est pas indiquée, mais elle peut être pratiquée par ignorance de diagnostic positif.

▶ Descellements septiques

L'ennemi numéro 1 la hantise du chirurgien

Le diagnostic doit être fait le plus tôt possible il peut être difficile dans les sepsis à bas bruits.

Danger des antibiothérapies à l'aveugle et mono thérapie (résistance des germes).

La mésothérapie est bien sur CI, le mésothérapeute ne doit pas être en cause dans le retard au diagnostic.

Diagnostic sur :

la clinique : rougeur douleur fièvre

L'imagerie : **radiographie et scintigraphie** (technétium + gallium)

La biologie : PCR, ponction, les prélèvements per-opératoire (reprise)

▶ Luxations Fémoro Patellaire sur PTG

Douleur plus instabilité à la marche, en début de flexion, dans les descentes des escaliers.
Diagnostic clinique (décentrage de la rotule statique et dynamique, hyper mobilité externe de la rotule).
Confirmation radiographique (défilé rotulien).
Avis chirurgical.
RRF douce, travail isométrique du Q4 Tonification du VI, genouillère rotulienne.

La mésothérapie ne peut être qu'un traitement d'appoint.

▶ Rupture du tendon rotulien

Complication redoutable.

Le diagnostic est clinique.

Y penser en « préventif » si geste opératoire fragilisant sur l'appareil extenseur (noté sur protocole opératoire) sur les genoux multi opérés et si excès de contrainte notamment en RRF.

La mésothérapie ne doit pas être proposée si elle pérennise un excès de contrainte et qu'il y a un risque de rupture .

▶ Instabilité frontale sur PTG

Instabilité par déséquilibre ligamentaire.

Cliniquement douleur plus instabilité à la marche.

On retrouve une laxité frontale.

La mésothérapie est indiquée si la laxité est modérée, elle sera associée au port d'une orthèse ligamentaire.

Si l'instabilité est importante, avis chirurgical, pas d'indication de la mésothérapie, un descellement précoce est prévisible.

▶ Luxations fémoro tibiales

Luxations postérieures tibiales sur PTG à glissement avec lésion du LCP.

Intérêt alors des prothèses avec implant postéro-stabilisé.

Cliniquement douleur plus instabilité à la marche .

Le diagnostic est difficile, souvent du ressort du chirurgien.

La mésothérapie est non-indiquée.

▶ Ejection du patin tibial sur PTG

Luxations du patin tibial par éjection condylienne.

Certains éléments favorisent cette luxation :

Un défaut de congruence en flexion, défaut de résection des ostéophytes condyliens postérieure, tension excessive du LCP.

Cliniquement douleur plus instabilité, perception d'un ressaut .

Diagnostic difficile souvent du ressort du chirurgien.

La mésothérapie est non-indiquée.

▶ Douleurs Neurogènes

- Douleurs projetées : radiculalgie d'origine rachidienne (L4 L5 S1). Diagnostic sur la clinique (SID examen neurologique) et sur la para-clinique (Rx, scanner, IRM, EMG) .

La mésothérapie est indiquée si la douleur est référée, d'indication discutable et après avis chirurgical si la douleur est rapportée.

- Douleurs par lésion de nerf sensitif superficiel : douleur par déafférentation.

Bonne indication du traitement par mésothérapie, cliniquement contraste entre une zone hypoesthésique

La revue de Mésothérapie

à la sensibilité superficielle fine et allodynique à la stimulation plus profonde.

▶ Douleurs péri articulaires

Douleurs ligamentaires et musculo-tendineuses.

- Éliminer une instabilité importante
- Diagnostic clinique palpatoire
- Elles sont favorisées par un excès de contrainte (excès de rééducation - surcharge fonctionnelle) une imperfection biomécanique chirurgicale.
- Tendinopathies les plus fréquentes : (tendon rotulien - patte d'oie - fascia lata)
- Indications privilégiées de la mésothérapie.

▶ Douleurs et patient

Par abaissement des seuils douloureux.
Par insuffisance de traitement pré et péri opératoire (mémorisation)
Profil psychologique favorisant.
Risque d'algodystrophie

▶ Par altération du métabolisme osseux (ostéoporose)

Favorisera un descellement semi précoce

▶ Par excès de sollicitations

- Patient indiscipliné
- Patient trop pressé

▶ Douleur et algodystrophie

L'algodystrophie n'est pas rare après une PTG.
Le diagnostic peut être fait par excès et masquer une autre étiologie.
La clinique et la para clinique peuvent être trompeuses notamment en post opératoire récent.
Indication +++ de la mésothérapie.

Eléments caractéristiques :

- Douleur nocturne, sensation d'étau, de chaleur brûlure, paresthésie
- Aspect pseudo inflammatoire du genou : chaud, augmenté de volume, rougeur cutanée et de la cicatrice,
- Pas de fièvre, CRP normale, pas d'hyperleucocytose.

Hyper fixation à la scintigraphie (temps précoce et tardif) fixation plurifocale (cheville, tibia, hanche).

Son traitement doit être le plus précoce possible la mésothérapie peut être le choix thérapeutique de première intention.

Le traitement doit être efficace rapidement sinon passer RAPIDEMENT aux traitements plus spécialisés : bloc péri-dural, bloc de fonzylane, perfusion de ketamine.

La rééducation doit être adaptée surtout si s'associe une raideur à la douleur, elle doit toujours être infra douloureuse.

▶ Douleur et bilan normal

L'examen doit être complet.
La réflexion pluridisciplinaire.
La mésothérapie ne doit pas être proposée.

III) Protocoles de mésothérapie

▷ Douleurs osseuses

Éliminer une fracture, un descellement (mécanique et septique).

Indications : excès de contrainte sur os ostéoporotique
- chondropathie FT FP sur PUCI, PUCE

Protocole mésothérapie :

- Points profonds IHD ou IDP sur points osseux douloureux à la palpation	
- Points superficiels IDS ou IED en regard de la zone douloureuse palpable	
- J0 J10 J30	
- Mélange :	
lidocaine 1,5 cc	calcitonine 1,5 cc

▷ Douleur péri articulaire

Éliminer une laxité importante.

Repérage clinique palpatoire des zones ligamentaires, musculaires et cutanées douloureuses.

Protocole : Technique mixte, à J0 J7 J14...

- IHD ou IDP sur points exquis trouvés à l'examen clinique
- IED ou IDS en regard des zones objectives palpables
- Mélange : lidocaine - ains en IHD sur ligament
lidocaine thiocolchicoside sur muscle en IHD
pentoxifyline lidocaine calcitonine en IED sur zone cutané.

▷ Douleur neurogène (hors SID)

Mag 2 + laroxyll en IED ou IDS
2cc 2cc
En regard des zones douloureuses

▷ Algodystrophie

Repérage de points précis hyper algiques (épines irritatives)

Lidocaine calcitonine en IHD ou IDP sur ces points
Plus lidocaine-calcitonine en IED ou IDS sur zone algique
J0 J10 J20

CONCLUSION

L'enquête diagnostique (bilan clinique et para clinique) est indispensable mais pas « gagnante » à 100%

Certains diagnostics sont difficiles

Collaboration **importante** entre chirurgien médecin et kinésithérapeute.

Les bonnes indications : douleurs péri articulaires - douleurs par déafférentation - algodystrophie .

La contre-indication absolue ; le descellement septique.

Certains cas sont difficiles (luxation du patin, luxation tibiale postérieure descellement mécanique à bas bruit) car le diagnostic est souvent méconnu et la mésothérapie peut être pratiquée mais sans succès.

L'algodystrophie est une bonne indication de la mésothérapie mais le diagnostic est parfois fait par excès et masque une étiologie méconnue.

En l'absence de diagnostic précis le traitement par mésothérapie doit être réfuté.