

PRISE EN CHARGE DE LA RHIZARTHROSE PAR MESOTHERAPIE

Dr Philippe SALATO

INTRODUCTION:

La rhizarthrose ou arthrose de la base du pouce est la plus fréquente des arthroses de la main. Elle correspond à l'usure chronique du cartilage qui recouvre le trapèze et le premier métacarpien à la base du pouce. Elle touche préférentiellement le sexe féminin avec plus de 20% de femmes touchées à partir de la cinquantaine. Le plus souvent primitive, elle se bilatéralise fréquemment à des stades cliniques et radiologiques différents, pour aboutir progressivement à une subluxation de la métacarpo-phalangienne et une déformation en «Z» de la colonne du pouce.

DIAGNOSTIC:

Cliniquement, la douleur est de type mécanique déclenchée par l'activité et calmée par le repos. Elle évolue par poussées parfois violentes, limitant les capacités fonctionnelles. L'examen clinique met en évidence:

Une douleur à la mobilisation du pouce associée parfois à des craquements;

Une diminution de la force musculaire dans le testing de l'opposition du pouce.

A un stade plus avancé, on notera la subluxation interne de la métacarpo-phalangienne, réduisant l'espacement naturel de la première commissure, voir la déformation en «Z» de la colonne du pouce.

La radiologie confirme le diagnostic de rhizarthrose évoqué lors de l'examen en découvrant les quatre signes de l'arthrose: le pincement de l'interligne articulaire, L'ostéocondensation sous chondrale, les micros géodes retrouvées également dans l'os sous chondral et les ostéophytes.

LE TRAITEMENT «CLASSIQUE»:

Le traitement est essentiellement médical avec une amélioration nette dans près de 80% des cas. Outre le repos, on utilise les antalgiques, les AINS, les AASAL (chondroïtine, Glucosamine, diacerhéine, insaponifiables d'avocats), les topiques (pommades anti-inflammatoires et pommades à base de capsaïcine (comme Capsaïne®) selon les recommandations EULAR 2006. Le port d'une attelle en plastique thermoformable sur mesure maintenant le pouce en bonne position, portée la nuit est également très efficace pour limiter douleurs

et déformations.

Lors des poussées durables avec douleurs nocturnes, les infiltrations cortisoniques peuvent être indiquées mais doivent être réalisées par un médecin entraîné.

On peut également proposer des injections de visco supplémentation à l'Acide Hyaluronique avec des dispositifs adaptés aux petites articulations (HappyMini®)

La chirurgie n'est proposée qu'en cas d'échec du traitement médical après un traitement bien suivi sur une période de 6 mois à un an. Donnant souvent de bons résultats, elle repose sur deux techniques:

Soit la trapézectomie associée à une stabilisation ligamentaire utilisant un transplant tendineux. Cette technique donne les meilleurs résultats avec des améliorations sur la douleur de 90-95%, sur la mobilité: 40 à 50° d'abduction, sur la force de 120 à 150% de la force préopératoire.

Soit les prothèses trapézo-métacarpiennes mais qui présentent des problèmes de descellement et demandent un trapèze de bonne taille. Elles sont plutôt proposées classiquement aux patients âgés car les suites sont plus rapides, bien que de nouvelles prothèses semblent très prometteuses, réduisant notablement les complications classiquement citées.

PLACE DE LA MÉSOTHÉRAPIE:

Par son mode d'action loco régional, la mésothérapie a toute sa place dans la prise en charge de l'arthrose. Elle permet de traiter les poussées douloureuses (AINS, Calcitonine, Anesthésiques locaux...) mais aussi d'agir localement comme des anti-arthrosiques lents (Silicium organique Magnésium, anti radicalaires vitaminiques et calcitonine). Ceci est d'autant plus vrai que l'on traite de petites articulations, peu vascularisées, où les molécules peros peinent à se concentrer à dose efficace. Enfin le traitement par mésothérapie permet de limiter la prise au long cours de médicaments peros avec un moindre coût et une moindre iatrogénicité.

On distingue donc un traitement par mésothérapie de la phase douloureuse aiguë, et un traitement d'entretien dont le but est de limiter la survenue des récurrences aiguës (rôles des anti-arthrosiques lents), dans leur fréquence, leur durée et leur intensité.

Enfin elle s'adresse plus particulièrement aux patients en phase débutante, dont la symptomatologie douloureuse est prédominante et où les déformations ne sont pas trop présentes.

Traitement mésothérapeutique de la phase douloureuse aiguë:

Le traitement repose sur l'association d'un AINS associé à la calcitonine, le tout dilué dans un anesthésique local. La calcitonine joue ici un double rôle par son effet antalgique mais aussi son effet vasoactif et structurel sur le tissu osseux.

Le mélange choisi sera donc ici:

Lidocaïne sans conservateur à 1% à la dose de 2cc, Piroxicam injectable 1cc

et calcitonine de saumon 100U 1cc.

Après double désinfection avec un antiseptique adapté, on pratiquera de 3 à 5 points en IDP en regard de la métacarpo-phalangienne atteinte, que l'on complètera par une technique superficielle (IDS ou IED) sur l'ensemble de la colonne du pouce.

On appliquera à ce traitement un rythme de trois séances séparées d'une semaine soit J0, J7 et J14.

Ce traitement permet dans la majorité des cas, associé à la confection et au port d'une attelle thermo moulée sur mesure (essentiellement la nuit) d'obtenir une amélioration très significative des symptômes de cette phase aiguë.

On reverra le patient à J30, soit pour consolider ce traitement (un fond douloureux persiste) soit pour démarrer le traitement d'entretien.

Traitement mésothérapeutique d'entretien:

Le but ici est d'agir sur les phénomènes de déclenchement et d'entretien des phénomènes arthrosiques:

- La production excessive d'interleukine I
- L'activation excessive des ostéoclastes
- La production excessive de métallo protéases et de radicaux libres.

Le Magnésium a prouvé son action réductrice sur la production des cytokines, sa capacité à dissoudre les cristaux de pyrophosphate de Ca (en cas de Chondrocalcinoïse associée) et de limiter les précipitations de phosphate de calcium (limitation des ostéophytes).

Parmi ses nombreuses propriétés trophiques et antalgiques, la calcitonine possède surtout une action inhibitrice sur l'activité des ostéoclastes (remaniement de l'os sous chondrale => micro géodes)

Les anti radicalaires vitaminiques ont également leur intérêt dans ce cadre thérapeutique.

Ici on peut proposer plusieurs traitements:

Magnésium 2cc + Silicium (Conjonctyl®) 2cc+ Calcitonine 1cc.

Ou Magnésium 2cc + Silicium (Conjonctyl®) 2cc + Vitamine C 1cc.

Ou Procaïne 2 cc ++ Silicium (Conjonctyl®) 2cc + Calcitonine 1cc.

On appliquera à ce traitement un rythme de trois séances séparées de deux semaines soit J30, J45 et J60.

Le patient reconsultera dès les premiers symptômes douloureux, ce qui définira l'intervalle avant l'échappement thérapeutique. On pourra par la suite entretenir le résultat soit en respectant cet intervalle soit en revoyant le patient lors de chaque début de crise douloureuse.

CONCLUSION:

La rhizarthrose du pouce est une pathologie fréquemment rencontrée dans nos cabinets et comme toute arthrose elle peut tirer un réel bénéfice dans une prise en charge par mésothérapie.

Cela est d'autant plus vrai que l'on traitera précocement dans l'évolution de cette arthrose.

La mésothérapie apportera un plus par:

- Son action sur la douleur lors des crises;
- Son action «anti arthrosique lente»;

Peu agressive et peu coûteuse, elle permet de réduire la prise continue de médicaments, l'usage des infiltrations cortisoniques et de diminuer les effets secondaires.

Son utilisation nécessite une bonne formation du praticien, gage d'une bonne efficacité sans iatrogénicité.