

MÉSOTHÉRAPIE ET RHIZARTHROSE DU POUCE ENQUÊTE DESCRIPTIVE SUR 37 CAS

MESOTHERAPY AND RHIZARTHROSIS OF THUMB DESCRIPTIVE STUDY BASED ON 37 CASES



Franck TESTUZ

Dr Franck TESTUZ

Travail initié par Franck TESTUZ, Anouska PORTEVIN, Patrice BOURNISIEN, Gil DUBOILLE, Anne ALFASSA et Vincent SALCES-NEDEO

dans le cadre du DIU de Mésothérapie à la Faculté Pitié-Salpêtrière.

RESUME

L'objectif de cette étude est d'évaluer les formes anatomo-cliniques de rhizarthrose du pouce qui répondent le mieux à la mésothérapie, ainsi que les techniques et mélanges les plus performants.

Cette étude permet de mettre en évidence que :

- Les formes très invalidantes et intermédiaires, évaluées par examen clinique et cotées de 0 à 19 avant et après traitement sont très nettement améliorées (de nombreux facteurs prédictifs qui restent à mettre en évidence et à analyser pourraient jouer un grand rôle dans l'amélioration)
- le mélange lidocaïne + piroxicam + calcitonine semble être le plus performant
- la technique mixte associant DHD et IDS ou IDE est la plus adaptée
- l'efficacité de la mésothérapie semble optimisée par le port d'une orthèse d'immobilisation
- la tolérance de la mésothérapie est excellente
- les patients ont été satisfaits des résultats

Cette étude repose sur un nombre limité de cas mais pourra sans doute initier de nouvelles études, celles-ci prospectives, randomisées, en simple ou double aveugle, permettant ainsi d'améliorer encore la prise en charge de la rhizarthrose du pouce par mésothérapie.

SUMMARY

The objective of this study is to assess which anatomo-clinical forms of the rhizarthrosis of thumb can be dealt with efficiently through mesotherapy, as well as to find out which methods and mixtures are the most effective ones.

This study enables us to highlight the following points:

- The most disabling and intermediate forms, assessed through clinical exam and ranked from 0 up to 19 prior to and after the treatment, have been significantly improved (even though many predictive factors remain yet to be probed and analysed, they could actually be instrumental in the aforementioned improvement).
- The mixture with lidocaïne, piroxicam and calcitonine, seems to be the most effective one.
- The "mixed method" (including deep and superficial injections) is the most relevant one.
- The effectiveness of the mesotherapy seems enhanced when associated with a resting hand splint.
- Tolerance for mesotherapy appears excellent.
- The patients are really satisfied with the outcome.

This study relies on a limited number of cases but it could foster further studies, be they prospective, randomized, in a single or double blind, thus improving the mesotherapy care of the rhizarthrosis of thumb.

BUT DE L'ENQUETE

Enquête proposée par le Dr Didier MREJEN afin :

- d'identifier et quantifier les formes anatomo-cliniques de rhizarthrose du pouce qui répondent le mieux à la mésothérapie
- d'analyser les techniques ou associations de produits les plus performants

INTRODUCTION

La rhizarthrose du pouce se définit comme l'arthrose péri-trapézienne, intéressant toutes les surfaces articulaires du trapèze. Elle est très fréquente (30% des atteintes arthrosiques à 70 ans), volontiers bilatérale et touche surtout les sujets de sexe féminin (80%) entre 50 et 60 ans. Cette nette prédominance féminine s'explique par le rôle d'un statut hormonal dans sa survenue et dans son aggravation en post ménopause. Elle est souvent associée à des nodosités d'Heberden qui seraient le témoin clinique d'un gène de l'arthrose, à expression dominante chez la femme et récessive chez l'homme. D'autre part, les phénomènes physiques apparaissent essentiels dans la survenue de cette affection, il s'agit d'une articulation extrêmement mobile et les forces de préhension entraînent une tendance à l'expulsion en dehors de la base du 1^{er} métacarpien.

JUSTIFICATIF DE L'ENQUETE

La rhizarthrose du pouce (3^{ème} rang des arthrose périphériques) se traite en première intention avec les AINS par voie générale. Cependant comme toute affection mécanique, plus la lésion est circonscrite, plus le traitement par voie générale s'avère excessif du fait des effets indésirables des AINS, d'autant que l'efficacité n'est pas toujours évidente. L'alternative traditionnelle au traitement général, consiste essentiellement en l'infiltration de corticoïdes, or l'effet des infiltrations n'est perceptible qu'à moyen et long terme, ce qui implique plusieurs injections et ce qui revient à des inconvénients similaires à ceux de la voie générale des corticoïdes.

Par ailleurs, l'effet anxiogène créé par les infiltrations chez certains patients (longueur d'aiguilles en particulier) ont encouragé à rechercher d'autres possibilités thérapeutiques, au moins aussi efficaces que les infiltrations, mais nettement moins nocives et plus acceptables, notamment la mésothérapie.

GENERALITES SUR LA RHIZARTHROSE DU POUCE

Clinique :

Début vers 50 ans avec des douleurs et une impotence fonctionnelle. Les douleurs sont mécaniques survenant lors de manœuvres de préhension brutales et cédant à l'arrêt de l'effort. Il existe une impotence relative avec diminution de la force d'opposition du pouce, ce qui entraîne une certaine maladresse. Se

surajoutent à ces phénomènes algiques, des poussées inflammatoires avec une exacerbation de la douleur qui prend un caractère clinique mixte ; un gonflement (hypertrophie non liquidienne) de l'articulation avec une augmentation de la chaleur locale très nette sur le bord externe du poignet. Sur la dizaine d'années, durant laquelle évolue la rhizarthrose, la décroissance algique des poussées s'accompagne d'une augmentation des lésions anatomiques : subluxation puis luxation complète de l'articulation trapézo-métacarpienne. La gêne est alors majeure avec une adduction du pouce et une hyper extension de la première phalange. S'installe donc progressivement un handicap avec réduction de la mobilité et de la force musculaire permettant habituellement de mobiliser le pouce.

Radiologie :

On décrit 4 stades d'imagerie de la rhizarthrose du pouce (classification de DELL -1978)

- Stade I : pincement articulaire
- Stade II : pincement articulaire + subluxation + ostéophytes
- Stade III : pincement articulaire + ostéophytes + luxation articulation trapézo-métacarpienne
- Stade IV : pincement articulaire + ostéophytes + luxation articulation trapézo-métacarpienne + géodes.

Traitement :

Le traitement de la rhizarthrose est avant tout médical :

- AINS locaux et par voie générale
- Orthèse de repos (en plastique thermomoulé)
- Infiltrations de dérivés cortisonés : ne peuvent être répétées plus de 3 fois
- Viscosupplémentation : injection d'acide hyaluronique

En cas de non réponse au traitement médical et une gêne fonctionnelle majeure, on peut proposer un traitement chirurgical (arthrodèse trapézo-métacarpienne, trapézectomie, implant de Swanson, arthroplastie totale scellée.

ENQUETE

Critères d'inclusion :

- Sujet de 18 à 78 ans
- Sexe masculin ou féminin
- Cliniquement :
 1. douleur mécanique de la base de la colonne du pouce
 2. douleur à la pression digitale dans le fond de la tabatière anatomique à la face externe de la racine du pouce
 3. « grindtest » positif (craquement à la mobilisation en circumduction du pouce)
- Confirmation radiologique avec clichés Face + Profil

La revue de Mésothérapie

Critères d'exclusion :

Rhizarthrose associée ou secondaire à

- Ténosynovite infectieuse
- Pupture tendineuse
- Fracture du trapèze et/ou du métacarpe

PROTOCOLE

Fiche d'observation : Enquête descriptive sur la rhizarthrose du pouce *

(* voir en fin de document)

EVALUATION DES RESULTATS

a- Avant traitement

Cotation sur 19 de l'examen clinique réalisée à J0

- Douleur à l'EVA cotée de 0 à 10 par le patient

- Douleur à la pression dans le fond de la tabatière anatomique

- insupportable : 3
- moyenne : 2
- modérée : 1
- inexistante : 0

- Incapacité fonctionnelle de la rotation du pouce

- totale : 3
- importante : 2
- minime : 1
- aucune incapacité : 0

- Présence de dermoneurodystrophies autour de l'articulation en souffrance

- oui : 3
- non : 0

Soit un total maximum de 19. La note de 19 / 19 correspond à une atteinte maximale et 0 / 19, pas d'atteinte du tout.

b- Après traitement

Cotation sur 19 de l'examen clinique réalisé à J30 +/- 2

- Douleur spontanée résiduelle à l'EVA cotée de 0 à 10 par le patient

- Douleur résiduelle à la pression dans le fond de la tabatière anatomique

- insupportable : 3
- importante : 2
- minime : 1
- absente : 0

- Incapacité fonctionnelle de la rotation du pouce résiduelle

- totale : 3
- importante : 2
- minime : 1

- nulle : 0

- Disparition des dermoneurodystrophies

- nulle : 3
- minime : 2
- importante : 1
- totale : 0

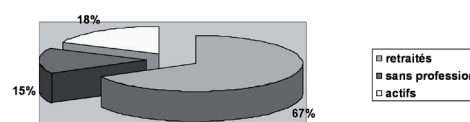
ANALYSE DES RESULTATS

- 37 cas de rhizarthrose du pouce répartis en 27 patients dont 10 bilatéraux

- **moyenne d'âge** : 62.9 ans

- **sexe** : 21 femmes pour 6 hommes

- **profession** :



- **évaluation clinique pré thérapeutique** :

1. échelle EVA : douleur moyenne à 5,8

2. cotation à J0 de la clinique : 11,57

3. radiographie : seule 23 cas sur 37 ont eu une radiographie interprétée avec des éléments permettant d'utiliser la classification de DELL :

- 10 cas stade I
- 9 cas stade II
- 4 cas stade III
- 0 cas stade IV

- **autres signes cliniques associés à la rhizarthrose** :

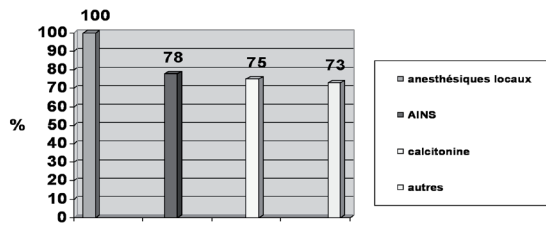
Présence d'autres signes cliniques associés à la rhizarthrose du pouce dans 48% des cas avec 10 arthroses rachidiennes étagées, 3 canaux carpien et 5 gonarthroses.

- **traitement par mésothérapie** :

• technique mixte associant injections profondes en DHD + injections en IDS ou IDP autour de l'articulation utilisée dans 100% des cas avec la répartition suivante :

- DHD + IDS : 70% des cas
- DHD + IDP : 30% des cas

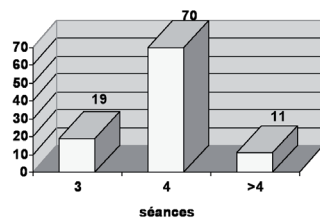
• mélange utilisé



Parmi les autres produits utilisés dans 73% des cas, nous avons :

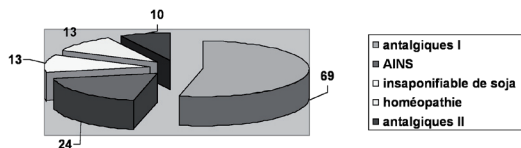
- dicynone : 7%
- pentoxifylline : 19%
- HPV Bon : 15%
- B12 : 11%

• nombre de séances



• traitements associés

Les traitements généraux ont été prescrits dans 78% des cas.



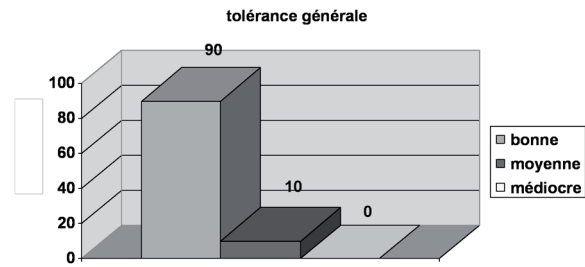
Les traitements locaux ont été prescrits dans 62% des cas répartis ainsi :

- orthèse : 100%
- gel anti-inflammatoire : 3%

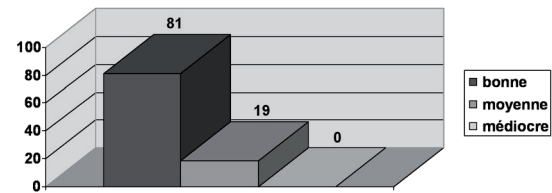
- évaluation clinique post thérapeutique à J30 :

1. échelle EVA : douleur résiduelle moyenne à 2,4
2. cotation clinique : 6,16

- tolérance générale et locale :

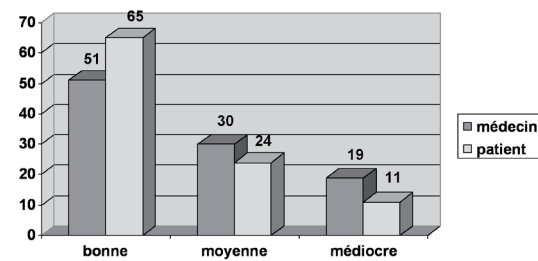


tolérance locale



A noter, 4 cas d'hyperalgie après la 1^{ère} séance. Aucune récidive par la suite

- satisfaction globale du traitement :



DISCUSSION

- Prédominance féminine de la rhizarthrose du pouce, ce qui est comparable aux données épidémiologiques

- La majorité des patients atteints sont des retraités du secteur tertiaire. Il semble qu'il y ait un lien de causalité direct entre rhizarthrose du pouce et gestes répétitifs avec la pince pouce-index (travaux de force, couture, tapisserie, etc...) dans le cadre professionnel ou des loisirs. Par ailleurs, on constate que les patients actifs obtiennent de moins bons résultats avec la mésothérapie, peut-être en raison du rôle physiologique du pouce.

- Absence de parallélisme entre les différentes lésions radiologiques et leur traduction clinique (discordance radio-clinique) que l'on retrouve dans bons nombres d'autres localisations arthrosiques.

- La rhizarthrose du pouce s'inscrit dans un processus arthrosique car dans près de 50% des cas, il existe d'autres localisations arthrosiques associées.

La revue de Mésothérapie

- Les différents signes cliniques ont permis une classification des patients, en définissant, selon l'échelle cotée de 0 à 19, des formes cliniques :

- cotation de 0 à 6 : forme peu invalidante
- cotation de 7 à 12 : forme intermédiaire
- cotation de 13 à 19 : forme très invalidante

Cette cotation a permis un suivi des patients pendant toute la phase d'expérimentation.

Nous avons donc pu objectiver :

- 17 formes très invalidantes
- 15 formes moyennes ou intermédiaires
- 5 formes peu invalidantes

Si l'on considère qu'une bonne réponse à la mésothérapie correspond à une diminution de la cotation clinique de 6 points (soit un passage à une forme clinique moindre), on constate que :

- 76% des 17 formes très invalidantes ont eu une bonne réponse. La cotation moyenne pré traitement est à 14,6 et à 6,47 en post mésothérapie, soit une amélioration de 8,13 points
- Parmi les 15 formes intermédiaires, 8 cas ont eu une bonne réponse avec une amélioration du score de 7 points en moyenne. 6 cas ont été modérément améliorés (- 2, 3 en moyenne). A noter que, parmi ceux-ci, 2 cas ont reçu 2 séances supplémentaires permettant le passage vers les bons réponders. Enfin, 1 cas où l'on a objectivé une aggravation (+ 7 points)
- Parmi les formes peu invalidantes, on notifie 4 améliorations très modestes (moyenne de - 2) et 1 aggravation (+ 9 points)

- Le mélange lidocaïne + piroxicam + calcitonine a obtenu 15 fois sur 21, une diminution de la cotation > ou = à 6 points, soit 72% de bonnes réponses grâce à ce mélange. Par ailleurs, l'introduction de calcitonine dans le mélange à la 2^{ème} ou 3^{ème} séance a permis d'obtenir de très bons résultats jugés insuffisant avec le mélange initial sans celle-ci. Il est à noter également que le thiocolchicoside semble n'avoir aucun effet dans cette pathologie.

- La technique mixte associant injections en DHD et IDS ou IDP apparaît comme la plus adaptée et permet d'obtenir d'excellents résultats bien que les autres techniques n'aient pas vraiment été évaluées.

- un minimum de 3 séances semblent utiles avec pour une grande majorité, une bonne réponse après 4 séances de mésothérapie. L'intervalle doit être d'environ une semaine entre chaque séance.

- L'association mésothérapie et orthèse (quelque soit le mélange) est efficace 16 fois sur 23. En revanche, le mélange lidocaïne + piroxicam + calcitonine et orthèse s'avère efficace 10 fois sur 11, soit plus de 90% de bonne

réponse en associant les deux. Le cas où cette association n'a obtenu qu'un résultat très modeste, s'explique peut-être par la mauvaise utilisation de l'orthèse (c'est-à-dire : port de l'orthèse toute la nuit au minimum et dans la journée, au cours des poussées douloureuses) ou par la présence d'un facteur non évalué.

- Concernant les traitements associés par voie générale, il faut savoir que plus de $\frac{3}{4}$ des patients les utilisaient avant les séances de mésothérapie. La plupart d'entre eux ont d'ailleurs pu arrêter ces traitements dès les premières séances de mésothérapie. Cet arrêt est le seul fait du patient qui a été laissé juge de l'importance de la douleur et de l'intérêt de continuer ce type de traitement.

- Excellente tolérance de la mésothérapie

- Satisfaction globale patient-médecin bonne dans plus de la moitié des cas. Une très légère différence entre médecins et patients pourraient être liée aux signes objectifs évalués par le médecin.

- Concernant les résultats médiocres ou très modestes, plusieurs hypothèses sont envisageables :

- Etat psychologique du patient (les patients déprimés ou hypochondriaques semblent moins bons réponders)
- Utilisation non optimale de l'orthèse en association avec la mésothérapie
- Compréhension difficile de l'EVA par le patient
- Mauvaise évaluation clinique pré et post thérapeutique
- Ancienneté d'installation de l'arthrose trapézo-métacarpienne (facteur non évalué dans cette enquête descriptive)

CONCLUSION

Cette étude repose sur un nombre limité de cas mais permet de mettre en évidence une certaine efficacité de la mésothérapie dans ce type d'affection arthrosique.

Les formes très invalidantes et intermédiaires semblent bien répondre à la mésothérapie mais certaines conditions doivent être remplies pour que l'efficacité soit optimale :

- Utilisation d'un mélange lidocaïne, piroxicam et calcitonine de saumon
- Technique mixte d'injection
- Orthèse de repos

Pour les cas, où la réponse est plus modeste, il semble qu'un certain nombre de facteurs jouent un rôle fondamental et en particulier, l'ancienneté d'installation des lésions. En effet, plus l'atteinte serait ancienne et plus la rhizarthrose du pouce serait difficile à traiter. Malheureusement, ce critère n'a pas été évalué dans cette étude et mériterait une analyse plus fine.

Concernant la tolérance générale et locale, la

La revue de Mésothérapie

mésothérapie a toute sa place dans la thérapeutique de cette affection comparativement à d'autres traitements comme les AINS per os ou les infiltrations locales de corticoïdes dont les effets secondaires ne sont plus à démontrer.

Cette étude positive, quant au traitement de la rhizarthrose du pouce par mésothérapie sera peut-être,

dans un avenir proche, à l'origine d'études prospectives, randomisées, en simple ou double aveugle, permettant de comparer plusieurs mélanges mésothérapiques définis à l'avance, d'évaluer la mésothérapie en fonction des formes anatomo-cliniques initiales, de déterminer les facteurs prédictifs de bonne ou mauvaise réponse.

- ✓ **INDOLORE**
- ✓ **PRECIS**
- ✓ **AUTONOME**
- ✓ **ERGONOMIQUE**



PISTOR 4

Tous les domaines de la mésothérapie :
*Traumatologie, Médecine Esthétique,
Dermatologie, Soins Post-opératoire,
Rééducation fonctionnelle, Médecine du Sport, ...*



Pour plus d'informations, contactez nous :

MI-MEDICAL Innovation

Parc d'activités - 48230 CHANAC - FRANCE

Tél : +33 (0)4 66 48 22 79 - Fax : +33 (0) 4 66 48 26 99

E-Mail : medicalin@mi-medicalinnovation.com