

LA PLACE DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DU SYNDROME FÉMOROPATELLAIRE.

Docteur Laffitte Aude, rhumatologue libéral, Les Clayes sous bois.

1. INTRODUCTION

Le syndrome fémoropatellaire est une entité clinique très fréquente regroupant de nombreuses pathologies. Il est décrit dans la littérature comme «une douleur antérieure du genou provoquée par un mouvement anormal de la rotule dans la gorge trochléenne et qui résulte de modifications biochimiques et/ou physiques de l'articulation fémoropatellaire».

Il existe différentes classifications du syndrome fémoropatellaire. Nous avons décidé d'étudier les syndromes fémoropatellaires stables avec chondropathie associée, comprenant notamment les arthroses fémoropatellaires.

Le traitement de ce syndrome n'est pas très bien codifié. La kinésithérapie est le principal traitement (1) mais semble bien souvent insuffisante. Lorsqu'il existe une arthrose, le traitement peut être plus diversifié (selon les recommandations de l'EULAR 2003) (2) (3) mais les résultats de ces différentes prises en charge sont souvent décevants.

Nous avons donc voulu étudier la place de la mésothérapie parmi les différents traitements dans le syndrome fémoro-patellaire stable avec chondropathie.

2. ÉTUDE

Il s'agit d'une étude de 3 cas afin d'évaluer l'intérêt de la mésothérapie dans le traitement du syndrome fémoropatellaire stable avec présence de chondropathie. Une étude a déjà été publiée retrouvant une efficacité de la mésothérapie sur le syndrome rotulien à radiologie normale (4).

Pour chaque cas, le syndrome fémoropatellaire est défini sur la clinique comprenant une gonalgie mécanique antérieure ou antéro-interne, principalement en se relevant d'une station assise prolongée, dans la montée et surtout la descente des escaliers et pouvant être associée à une sensation d'instabilité ou de blocage du genou. Chaque patient a eu une radiographie standard (voir une IRM) afin de juger de la chondropathie.

Les patients sont vus à J1, J8, J15 et J30.

La technique de mésothérapie utilisée est manuelle, mixte: en IDP (Intradermique Profond) sur les points douloureux retrouvés à l'examen et selon des points anatomiques précis et en IDS (Intradermique Superficiel) sur les zones douloureuses et les zones dermalgiques.

Les produits utilisés dépendront de l'atteinte. Nous

avons utilisé des produits dans un premier temps pour traiter une phase subaigüe, puisque les patients sont toujours vus dans une phase d'accentuation des douleurs. Dans un 2ème temps, nous avons utilisé des traitements de phase chronique puisque, dans les 3 cas, les douleurs sont installées depuis plus de 3 mois.

L'efficacité a été évaluée par une EVA (Échelle Visuelle Analogique) douleur, réalisée à chaque consultation.

3. CAS CLINIQUES

Nous avons inclus 3 cas cliniques, dont 2 avec la même physiopathologie.

Cas 1 et 2

Le 1er cas est celui d'une femme de 63 ans, présentant depuis 6 mois un syndrome fémoropatellaire droit. Cette femme a des antécédents de ménissectomie interne partielle du genou gauche avec développement secondaire d'une gonarthrose ayant nécessité une viscosupplémentation en 2007. Les anti-inflammatoires locaux sont inefficaces.

Le 2ème cas est celui d'une femme de 61 ans, obèse, présentant un syndrome fémoropatellaire bilatéral depuis 6 ans. Les différents traitements comprenant antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, antiarthrosiques d'action lente, kinésithérapie ont été inefficaces. La viscosupplémentation l'a complètement soulagé à droite. Mais elle présente une récurrence douloureuse du genou gauche précoce, 3 mois après la viscosupplémentation. La douleur est maintenant présente de manière permanente dès la mise en charge.

La radiographie standard de ces 2 patientes retrouve une arthrose fémoropatellaire bilatérale.

Ces 2 premiers cas sont donc des arthroses fémoropatellaires

Le protocole de mésothérapie est associé au repos, à un port de chaussures adapté, un régime hypocalorique. Les produits utilisés sont les mêmes à J0 et J8 : la lidocaïne 1% sans conservateur (1cc) utilisée à visée antalgique, le piroxicam (1cc) à visée anti-inflammatoire en raison d'une douleur de plus en plus intense, la calcitonine 100UI (1cc) à visée antalgique et pour ses pouvoirs trophiques sur l'os et le cartilage et l'étamsylate en raison des troubles veinolymphatiques associés chez la 2ème patiente obèse. A J15 et J30, en raison de la bonne évolution, nous avons réalisé un mélange de la phase chronique de l'arthrose à visée trophique et antiradicalaire avec de la calcitonine 100 UI (1cc), du

Conjonctyl® (1cc) et de la Vitamine E ou C (1cc) (5). Les résultats de la 1ère patiente sont une EVA à 7/10 à J1, 5/10 à J8, 0/10 à J15 et 3/10 à J30. A J30, la marche n'est plus limitée et la patiente ne prend aucun antalgique. L'examen clinique est quasiment normal avec un minime signe du rabot.

Les résultats de la 2ème patiente sont une EVA à 8/10 à J1, 3/10 à J8, 1/10 à J15 et 2/10 à J30. La patiente a pu reprendre toutes ses activités, a le sourire et a perdu 3 kgs en 1 mois.

cas 3

Le 3ème cas concerne un homme de 28 ans, policier, qui présente une gonalgie gauche depuis 7 mois suite à un choc direct frontal sur la face antérieure du genou. Cette gonalgie s'aggrave progressivement, a fait cesser la course à pied. Depuis quelques semaines, les douleurs sont permanentes avec un syndrome rotulien net, une amyotrophie quadricipitale et une palpation de la pointe de la rotule douloureuse. Il est intolérant aux AINS.

La radiographie standard est normale. L'IRM montre une chondropathie de la crête de la patella avec une ulcération ainsi qu'une enthésite proximale du tendon rotulien et des stigmates de bursite.

Le syndrome fémoropatellaire est dans ce cas est lié à la tendinite rotulienne d'insertion et à l'atteinte du cartilage rotulien. Il faut donc traiter ces 2 pathologies.

Le protocole de mésothérapie est associé au repos avec arrêt de travail compte tenu de son métier physique et à la kinésithérapie compte tenu de l'amyotrophie quadricipitale.

A J1, l'EVA était à 5/10. Nous avons réalisé un mélange associant lidocaïne 1% sans conservateur (2cc), piroxicam (1cc) et étamsylate (2cc) à visée antalgique, anti-inflammatoire et de drainage (stigmatisme de bursite). Nous avons piqué en IDP en péri rotulien et sur l'insertion du tendon rotulien et IDS sur le genou et sur le tendon.

A J8, l'EVA était toujours à 5/10. Nous avons utilisé un mélange associant lidocaïne 1% sans conservateur (2cc), piroxicam (1cc), calcitonine 100 UI (1cc). La calcitonine est utilisée à visée antalgique et pour la trophicité du cartilage.

A J15, l'EVA est 3/10. Monsieur A. a débuté de la kinésithérapie associant massages transverses profonds et physiothérapie. Le tendon rotulien est moins douloureux mais le syndrome fémoropatellaire est toujours présent. Nous avons utilisé un mélange associant lidocaïne 1% sans conservateur (2cc), vitamine C (1cc), calcitonine 100 UI (1cc). Nous avons rajouté la vitamine C à visée trophique pour le tendon et antiradicalaire pour le cartilage ;

A J30, le patient n'est pas revenu mais il a été revu à 2 mois du début du traitement. Il avait poursuivi la kinésithérapie, la tendinite avait disparu, l'EVA était toujours à 3/10. Nous avons repris le même mélange qu'à J15.

DISCUSSION

Les 2 premiers cas cliniques de syndrome rotulien sont des cas d'arthrose fémoropatellaire. Dans les 2 cas, nous pouvons constater une nette amélioration.

L'arthrose fémoropatellaire est la plus fréquente des localisations de la gonarthrose. Elle toucherait la totalité des femmes et 40 % des hommes après 70 ans mais elle reste longtemps asymptomatique. Les principaux facteurs de risques de l'arthrose fémoropatellaire sont les traumatismes ou microtraumatismes, les dysplasies rotuliennes survenant sur une rotule centrée, les troubles statiques axiaux, et les facteurs de risques plus généraux comme le tabac, la ménopause (rôle des œstrogènes?), polymorphisme génétique. Dans les 2 cas, nous n'avons pas retrouvé d'anomalie morphologique favorisant ce type d'arthrose.

Une étude sur l'action de la mésothérapie dans la gonarthrose fémorotibiale publiée en 2005 par Camus (6) dans la revue de mésothérapie montrait également le bénéfice de ce traitement avec une diminution de l'indice algofonctionnel de Lequesne. Mais dans cette étude, les arthroses fémoropatellaires étaient exclues.

Dans les 2 cas d'arthrose fémoropatellaire, nous avons associés des mesures adaptées à chaque patiente, que ce soit le repos (lors de la crise douloureuse), la prise en charge podologique et le régime hypocalorique. La 1ère patiente utilisait du paracétamol en début de traitement, qu'elle a pu arrêter en fin de prise en charge. Pour le traitement de la gonarthrose, nous sommes aidés par les recommandations internationales de L'EULAR en 2003 et de l'OARSI en 2009.(2)(3) Ces recommandations insistent sur l'éducation du patient et les mesures non pharmacologiques.

Ces 2 observations montrent que la mésothérapie peut faire partie de l'arsenal thérapeutique de l'arthrose fémoropatellaire mais qu'elle ne peut bien entendu pas être efficace seule (sans les mesures associées). Il est intéressant de constater que la mésothérapie peut être efficace en début de prise en charge (comme dans le 1er cas où la patiente n'avait eu quasiment aucun traitement) ou en fin de prise en charge comme dans le cas de la 2ème patiente.

La viscosupplémentation dans la gonarthrose apporte un bénéfice sur 1 an environ. L'amélioration est significative sur les douleurs mais il n'y a pas d'études prouvant l'efficacité sur l'interligne articulaire. De plus l'efficacité sur une arthrose fémoropatellaire isolée (comparativement à une arthrose fémorotibiale) semble moins bonne (7).

Dans notre 2ème cas, la patiente avait bénéficié d'une viscosupplémentation des 2 genoux mais l'efficacité avait été de très courte durée au genou gauche. La mésothérapie a été une bonne alternative chez cette patiente. Chez une même personne ayant une gonarthrose bilatérale identique, la viscosupplémentation a donc été efficace sur un genou et pas l'autre. Il est très difficile de prévoir l'efficacité de la viscosupplémentation. Une

étude comparant la viscosupplémentation et la mésothérapie sur 1 an permettrait de situer la place exacte de la mésothérapie dans le traitement de la gonarthrose. De plus l'avantage de la mésothérapie par rapport à la viscosupplémentation est que l'action antalgique de la mésothérapie est rapide (dans les 2 cas l'EVA a baissé à J8) alors que la viscosupplémentation apporte une amélioration des douleurs au bout d'un mois seulement. Il faudrait pouvoir étudier la durée d'action des mélanges à visée anti arthrosique.

Pour une meilleure évaluation de l'efficacité de la mésothérapie il aurait été intéressant d'utiliser l'indice algofonctionnel de Lequesne, en plus de l'EVA dans ce mémoire.

Le 3^{ème} cas était un syndrome rotulien traumatique avec une enthésite rotulienne et une lésion du cartilage. La mésothérapie a apporté une amélioration principalement sur les symptômes de la tendinite rotulienne. L'amélioration clinique a été tout à fait nette. Le traitement classique de ces lésions repose sur les antalgiques, les AINS de courte durée (souvent inefficaces) et la kinésithérapie. La mésothérapie apporte une amélioration rapide dans les tendinites et a un rapport bénéfices/risques largement en sa faveur (8) La mésothérapie doit faire partie intégrante de l'arsenal thérapeutique de cette pathologie.

CONCLUSION

Même si les cas cliniques sont hétérogènes, la mésothérapie a apporté une amélioration sur la douleur dans ces 3 cas de syndrome fémoropatellaire. Il y a eu également une amélioration de l'impotence fonctionnelle et de la qualité de vie. Mais ces données n'ont pas été quantifiées.

Il ne s'agit évidemment que de 3 cas cliniques mais qui confirme la place de la mésothérapie dans le traitement des syndromes rotuliens stables avec chondropathie. Il faudrait poursuivre l'étude pour avoir une meilleure évaluation. La mésothérapie fait partie d'un programme de traitement et il faut bien entendu associer les mesures non pharmacologiques (régime hypocalorique, kinésithérapie, podoposturologie).

BIBLIOGRAPHIE

1. EMC kinésithérapie, syndrome fémoropatellaire prise en charge clinique, 1 (2005) 101-111.
2. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, and al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials 5ESCISIT. *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 1145-55.
3. Henrotin Y and al, Traduction française des recommandations de l'Osteoarthritis Research Society International (OARSI) sur la prise en charge de la gonarthrose et de la

coxarthrose, *revue du rhum*, 76 (2009) 279-288.

4. Lafuma P. Le syndrome douloureux rotulien évaluation d'un protocole de mésothérapie. *Revue de mésothérapie*, mai 2010.

5. Salato P. Participation de la mésothérapie dans le traitement de l'arthrose. Le point en 2009. *Revue de mésothérapie*, juillet 2009.

6. Camus A, Gautié J, Giraud F, Pennamen P. Evaluation de l'action de la mésothérapie sur la gonarthrose par l'indice algofonctionnel de Lequesne. *Revue de mésothérapie*, sept 2005.

7. Conrozier T, Mathieu P, Scott AM, and al. Existe-t-il des facteurs prédictifs de l'efficacité à long terme de la viscosupplémentation par hylane GF-20 dans la gonarthrose?, *revue du rhum*, 70 (2003)253-258.

8. Danhiez C. Tendinopathies du genou, *revue de mésothérapie*, sept 2011.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Le syndrome fémoropatellaire est une entité fréquente dont le traitement est mal codifié. Il repose surtout sur le repos et la kinésithérapie. Nous avons voulu étudier l'intérêt de la mésothérapie dans le cas particulier du syndrome fémoropatellaire avec chondropathie.

ÉTUDE

Nous avons inclus 3 cas : 2 cas d'arthrose fémoropatellaire et 1 cas post traumatique de tendinite rotulienne avec atteinte du cartilage de la patella. Nous avons vu les patients à J1J8J15J30. Les patients inclus présentaient un syndrome fémoropatellaire clinique et une atteinte cartilagineuse à la radiographie. L'efficacité a été jugée par une EVA douleur à chaque consultation.

Dans les 3 cas nous avons constaté une nette amélioration de la douleur.

DISCUSSION

L'amélioration des symptômes de l'arthrose par la mésothérapie a déjà été rapportée mais pas dans le cas spécifique de l'arthrose fémoropatellaire. La mésothérapie semble efficace en 1^{ère} ligne ou en dernière ligne de traitement puisque une des patientes n'avait eu quasiment aucun traitement et la 2^{ème} avait eu de très nombreux traitements. Les mesures non pharmacologiques et l'éducation du patient sont indispensables en association. La mésothérapie a également apporté une amélioration dans le cas de syndrome fémoropatellaire post traumatique avec tendinite rotulienne, confirmant l'intérêt de ce traitement dans le syndrome fémoropatellaire.

CONCLUSION

Les 3 cas cliniques sont hétérogènes, mais les résultats concordent en faveur de la mésothérapie. Une étude avec de plus nombreux cas, plus homogènes permettrait une meilleure évaluation de la mésothérapie dans le syndrome fémoropatellaire avec chondropathie.