

Ténosynovite du long biceps dans la gouttière bicipitale

ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE À propos de 44 cas

D. LAURENS, Ch. BONNET, P.L. BORG, Ph. MARIJNEN, Ph. SALATO
(DIU de mésothérapie Faculté Pitié Salpétrière Université Paris VI)



Dr. D. Laurens

I - INTRODUCTION

- La ténosynovite du long biceps est rencontrée en pathologie dégénérative à partir de 40 ans ; mais elle se manifeste fréquemment chez les sujets plus jeunes en traumatologie du sport essentiellement dans les sports de raquette, le golf, la gymnastique ou la musculation.

Une autre cause est représentée par les suites de chirurgie de l'épaule (prothèse totale, rupture de la coiffe des rotateurs ou ablation de calcifications tendineuses). C'est pour cette raison que ce travail a été initié par le docteur Dominique Gazielly (Paris), spécialiste de la chirurgie de l'épaule.

Le protocole a été élaboré par le docteur Didier Mrejen (Paris) et la méthodologie a été validée par le docteur Elisabeth Capdenat (Bordeaux).

Il s'agit d'une étude multicentrique destinée au Collège de Mésothérapie en Traumatologie du Sport, dont voici les premiers résultats colligés par les enseignants du DIU de mésothérapie de la faculté Pitié Salpétrière de Paris VI.

II - JUSTIFICATIF DU PROTOCOLE CHOISI ET DE LA METHODOLOGIE

- Le traitement classique de la ténosynovite du long biceps repose surtout sur la prise d'AINS et/ou d'antalgiques par voie orale, plus rarement sur les infiltrations locales de corticoïdes.

- Les problèmes posés par ces thérapeutiques traditionnelles sont l'inefficacité de la voie orale et les effets indésirables des AINS.

- Les infiltrations de corticoïdes n'ont pas d'effet à moyen et long terme et leur multiplication pose des problèmes d'intolérance similaires à ceux de la voie générale ; de plus, il y a une certaine réticence des sportifs à l'égard des infiltrations de corticoïdes, car on les soupçonne de « fragiliser » les tendons.

Il convient par conséquent d'évaluer la mésothérapie par rapport aux autres procédés thérapeutiques classiques utilisés, de façon multicentrique, en analysant à la fois la satisfaction des patients et des médecins.

Plusieurs possibilités d'études sont possibles :

- **l'étude dite explicative** (double aveugle versus placebo) n'est pas adaptée, car ce type d'Etude normative implique l'évaluation d'un seul paramètre exclusivement ; c'est le cas de l'évaluation d'un principe actif lors de l'obtention d'une AMM ; ce qui n'est pas le cas ici, car la mésothérapie n'est pas un principe actif isolé, mais une technique thérapeutique globale comprenant plusieurs paramètres / principes actifs associés, aiguille injectée à des profondeurs variables, etc...

- **l'étude dite pragmatique** évalue globalement un procédé thérapeutique (comportant plusieurs paramètres) par rapport à un autre procédé thérapeutique, en maintenant le tirage au sort, et le principe du double observateur. Ce type d'étude entraîne une logistique beaucoup trop lourde (Comité d'Ethique, assurance, consentement écrit des patients, charge financière importante du fait des exigences de la loi Huriet).

- **l'enquête épidémiologique dite descriptive** va mettre en évidence les stratégies les plus performantes sur le plan thérapeutique, selon la pratique des médecins, dans les différentes formes anatomo cliniques. Nous avons retenu ce type d'étude dans un premier temps avec pour objectif de réaliser une étude pragmatique dans un deuxième temps.

III - BUT DE L'ENQUETE

Identifier et quantifier les formes anatomo cliniques de la ténosynovite du long biceps ; analyser les stratégies thérapeutiques les plus performantes en mésothérapie ou (et) les autres procédés thérapeutiques utilisés de complément ou de substitution.

IV - DEFINITION

1)- Inclusion

- Tendinosynovite du long biceps dans la gouttière bicipitale (portion extra articulaire) chez les sujets de 18 à 60 ans ;

- Confirmée à l'échographie

2) - Exclusion

- Rupture tendineuse du tendon du long biceps
- Autres affections : ténosynovite infectieuse
- La femme enceinte.
- Les sujets de moins de 18 ans et de plus de 60 ans.

V - PLAN EXPERIMENTAL ET PROTOCOLE

1) Le volet seméiologique

- Palpation digitale statique le long de la gouttière bicipitale en vue d'identifier les points les plus douloureux.
- Cette palpation peut être sensibilisée par un test d'étirement passif (main dos).
- Cette palpation sera complétée par un testing isométrique : élévation du membre supérieur en rotation externe avec test résisté du médecin.
- Recherche de dermoneurodystrophies loco régionales sur la peau (pincer rouler) et le corps musculaire du biceps (pression - masser rouler).

2) Le volet thérapeutique

- L'enquête porte sur des ténosynovites du long biceps définies dans l'inclusion (et l'exclusion) sans tirage au sort.
- Le choix du traitement est fait par le médecin selon les grandes lignes des conclusions d'études précédentes, de communications significatives ou/et selon ses habitudes personnelles.
- Les études et enquêtes du dernier congrès international de mésothérapie (octobre 2000) ont mis en évidence les stratégies les plus performantes suivantes :

- Les techniques mixtes en mésothérapie :

- Points locaux en intra dermique profond (IDP) : à la palpation digitale du tendon du long biceps sur la gouttière bicipitale avec une profondeur de 4 mm.

- Points locaux en dermo hypodermique (DHD) selon la technique de mésothérapie ponctuelle systématisée: à la palpation digitale du tendon du long biceps sur la gouttière bicipitale avec une profondeur de 6 mm.

- Points loco régionaux en regard de la peau et du muscle long biceps soit en nappage : intra dermique superficielle (IDS) soit par technique épidermique : mésothérapie épidermique (ME).

- Les médicaments les plus utilisés

- Mésocaïne 1 % : 5 ml (1 ampoule)
- Calcitonine 100 UI : 1 ampoule (1 ml)
- Piroxicam : 1 ampoule (1 ml)
- Autres produits : thiocolchicoside, etc. ...
- pas plus de 3 produits par mélange.

Il y a lieu de noter le type de produit injecté, la posologie et le volume global utilisé.

Pour les autres traitements (AINS - Antalgiques par voie orale), il convient également de noter le produit, sa posologie, la durée du traitement. Il y a lieu également de mentionner les traitements de complément ou de substitution : rééducation ou chirurgie par exemple.

Enfin, il faut noter le nombre de jours pendant lesquels le sport a été arrêté.

3) L'enquête est multicentrique.

Les données sont recueillies sur une fiche d'observation (voir fiche en annexe).

4) Les séances de traitement et d'évaluation.

- L'évaluation (séméiologique et thérapeutique) par le médecin se fait habituellement à :
J 1 - J 8 - J 15 - J 30 - J 45

- Bilan global : J 60

VI - ANALYSE DES RESULTATS

- L'étude s'est déroulée de mars à octobre 2002.

- Elle a porté sur 44 cas : 25 hommes et 19 femmes.

- Age : de 23 à 59 ans moyenne : 46,8 ans.

- Latéralité : 34 atteintes droites, 6 gauches et 4 bilatérales.

- Ancienneté des lésions : de 10 jours à 8 mois avec en moyenne 42,8 jours.

- Sports ayant occasionné la ténosynovite :

Tennis = 8 cas	Planche à voile = 1 cas
Golf = 4 cas	Judo = 1 cas
Musculation = 5 cas	Badmington = 1 cas
Gymnastique = 4 cas	Tir à l'arc = 1 cas
Natation = 2 cas	Handball = 1 cas

- Autres causes :

Bricolage = 3 cas
Jardinage = 1 cas
aucune = 4 cas

- Suites de chirurgie de l'épaule :

Prothèse totale = 3 cas
Calcifications tendineuses = 3 cas
Rupture de la coiffe des rotateurs = 2 cas

- Techniques utilisées :

IED	0 cas	0
IDS	8 cas	18,18%
IDP	25 cas	56,82%
DHD	5 cas	11,36%
MIXTES	6 cas	13,64%

- Médicaments utilisés :

Lidocaïne 1% , procaïne 2%
Piroxicam ou kétoprofène
Etamsylate
Calcitonines
Thiocolchicoside
Pentoxiphillyne
Buflomédil

- Mélanges utilisés :

- Pathologie sportive
Lidocaïne 1% ou procaïne 2% + AINS + étamsylate ou VD
- Pathologie dégénérative
Lidocaïne 1% ou VD + AINS + calcitonine
Lidocaïne 1% + Thiocolchicoside

- Nombre de séances : de 1 à 6 avec une moyenne de 3,77

- Satisfaction globale du patient et du médecin :

Bonne	32 cas	72,73%
moyenne	6 cas	13,64%
Minime	4 cas	9,09%
nulle	2 cas	4,54%

- Tolérance locale :

Hématomes : 2 cas = 4,55%
Hyperalgies secondaires : 3 cas = 6,82%

- Tolérance générale selon le patient :

bonne = 100%

- Traitements associés :

Rééducation	15 cas	34,09%
Cryothérapie	1 cas	2,27%
Antalgiques per os	1 cas	2,27%
Manipulation vertébrale	1 cas	2,27%

- Nombre de jours d'arrêt de sport : 16,36 jours

VII – DISCUSSION

Cette étude met en évidence deux groupes à particularités spécifiques.

Il faut différencier d'un point de vue thérapeutique les ténosynovites d'origine traumatique et celles d'origine dégénérative ou post-opératoire.

En effet les atteintes liées à la pratique d'un sport nécessitent 1 à 3 séances de mésothérapie sans autre traitement associé avec des résultats très positifs :

- 19 cas de sportifs de moins de 40 ans

Satisfaction globale du patient et du médecin :

bonne	= 84,21%
moyenne	= 10,53%
nulle	= 5,26%

Par ailleurs la technique utilisée est presque toujours l'IDP, le mélange associé de la lidocaïne ou de la procaïne avec un AINS et un vasodilatateur.

Les bons résultats sont dus à la prise en charge précoce ainsi qu'au caractère isolé de l'atteinte, le reste de l'examen clinique étant strictement normal. On peut parler de ténosynovite simple du long biceps.

Dans les pathologies dégénératives ou secondaires à une chirurgie de l'épaule le traitement par mésothérapie sera plus long et plus difficile. Cela est dû à la prise en charge plus tardive faisant souvent suite à d'autres traitements. Il faudra 3 à 6 séances de mésothérapie pour obtenir un résultat satisfaisant mais globalement inférieur à celui des pathologies sportives.

Les techniques utilisées seront variables en fonction de l'examen clinique de même que le mélange. Les techniques mixtes trouvent ici tout leur intérêt car il faut traiter au niveau de la coulisse bicipitale mais souvent également sur les irradiations musculaires. Ces techniques nécessitent deux seringues : la première en regard du long biceps avec un AINS associé à de la calcitonine et un vasodilatateur et la seconde sur la loge musculaire avec de la lidocaïne et du thiocolchicoside. Par ailleurs, la mésothérapie sera très souvent associée à la rééducation s'intégrant dans un schéma thérapeutique global. On peut parler de ténosynovite complexe du long biceps.

Ceci démontre l'intérêt d'une parfaite maîtrise de la pratique de la mésothérapie afin de pouvoir déterminer la ou les techniques les plus appropriées à la pathologie rencontrée permettant ainsi d'appliquer les substances médicamenteuses pour une action optimale.

VIII – CONCLUSION

La ténosynovite du long biceps représente une très bonne indication de la mésothérapie.

Dans le cadre des pathologies liées au sport chez l'adulte de moins de 40 ans, la mésothérapie obtient des résultats remarquables et doit ainsi

être proposée en première intention. C'est un traitement rapide (1 à 3 séances), efficace et sans effet secondaire.

Dans les pathologies dégénératives ou secondaires à une chirurgie de l'épaule, la mésothérapie entre dans un ensemble thérapeutique avec notamment la rééducation.

Il faudra entre 3 et 6 séances et une pratique mésothérapique très expérimentée pour résoudre ces cas souvent évolués.

BIBLIOGRAPHIE

Gazielly D.F.- L'épaule au quotidien , Sauramps médical 1999

Coudreuse J.M.- L'épaule du sportif , Sport Med , mai 2001 ;5-13

Middelton P.- Tendinopathies de la coiffe des rotateurs chez le sportif , Médecins du sport n°4, avril-mai 1996 ;11-20

Fichez O.- Traitement médical de l'épaule du tennisman vétérans , Médecins du sport n°31, octobre-novembre 1999 ;23-27

Gerber C. , Vienne P.- Examen clinique de l'épaule chez le sportif , Médecins du sport n°17, janvier 1998 ;11-23



FICHE D'OBSERVATION

ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE DESCRIPTIVE

DE LA TENOSYNOVITE DU LONG BICEPS

I - IDENTIFICATION DU MEDECIN

. Nom : . Prénom : Tél. : Fax : .Mail :
 . Adresse complète :
 . Tampon :

II - IDENTIFICATION DU PATIENT

. Nom : 3 lettres - - - . Prénom : Age : / _ / _ / ans
 . Sexe : Homme Femme
 . Poids : / _ / _ / kg Taille : / _ / _ / _ / cm
 . Profession :
 . Sport ayant occasionné la téno-synovite :
 . Coté : droit gauche
 . Ancienneté de la téno-synovite :

I - EXAMEN CLINIQUE DATE DE LA 1^{ère} CONSULTATION -

/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

1 - Evaluation de la douleur par le patient

pas de douleur				Douleur maximum imaginable
2 - Douleur à la palpation pression digitale sur le tendon long biceps	forte	moyenne	minime	nulle
3 - Douleur à la palpation pression digitale sur le tendon (main - dos)	forte	moyenne	minime	nulle
4 - Douleur au testing isométrique (membre supérieur en élévation - RE)	forte	moyenne	minime	nulle
5 - Douleur au masser rouler du corps musculaire et de la peau du biceps	forte	moyenne	minime	nulle

II - VOLET THERAPEUTIQUE

1)- Traitement de Mésothérapie non oui
 . Si oui, compléter ce qui suit (3 produits maximum) :

a)- Produits : mélange global dans la seringue

Lidocaïne 1 % sans conservateur. Laquelle ? / _ / _ / ml
 Piroxicam injectable. Lequel ? / _ / _ / ml
 Calcitonine 100 UI. Laquelle ? / _ / _ / ml
 Autre(s). Lesquels ? / _ / _ / ml

b)- Quantité totale (du mélange) injectée / _ / _ / ml
 pour 1 séance

c)- Technique mixte

Injections locales en IDP en regard du tendon à une profondeur de 4 mm. Quantité totale : / _ / _ / ml

Injections locales ponctuelles en DHD en regard du tendon à une profondeur de 6 mm. Quantité totale : / _ / _ / ml

Injections loco régionales en IDS ou en ME en regard du corps musculaire et de la peau. Quantité totale : / _ / _ / ml

d)- Si autre technique. Laquelle ?



2)- Autres traitements que la mésothérapie non oui

Si oui - Lesquels ?

Voie orale

AINS. Lesquels ?

Antalgiques. Lequel ?

Rééducation - Nombre de séances : / _ / _ /

Chirurgie - Technique ?

Autre - Laquelle ?

3)- Arrêt du sport incriminé non oui

Si oui - Nombre de jours : / _ / _ / jours

III - CONTROLE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

1)- Date de la dernière consultation : / _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /

2)- Nombre de séances de Méso pendant la durée du traitement : / _ / _ /

3)- Si des produits ont été utilisés par voie orale

. Nom

. Posologie

. Durée

.

.

.

4)- Evaluation de la douleur à l'échelle analogique

Pas de douleur

Douleur maximum imaginable

5)- Douleur à la palpation digitale du tendon long biceps
forte moyenne minime nulle

6)- Douleur à la palpation digitale du tendon (main dos)
forte moyenne minime nulle

7)- Douleur au masser rouler de la peau et du corps musculaire du long biceps
forte moyenne minime nulle

8)- Douleur au test isométrique
forte moyenne minime nulle

9)- Tolérance générale selon le patient (surtout digestive)
bonne moyenne médiocre

10)- Tolérance locale (douleur à l'injection - hématome)
bonne moyenne médiocre

11)- Nombre de jours d'arrêt du sport : / _ / _ / jours

12)- Satisfaction globale du patient (douleur - tolérance - activités)
bonne moyenne minime nulle

13)- Satisfaction globale du médecin
bonne moyenne minime nulle

14)- En cas d'échec ou de résultat moyen de la mésothérapie, à quel(s) autre(s) procédé(s) thérapeutique(s) avez-vous eu recours (produits avec dosages et durée) :

.
. .
.

- Avec un résultat à ce nouveau procédé :

bon

moyen

minime

nul

- Et une tolérance générale :

bonne

moyenne

médiocre

15)- Conclusion du médecin (1 à 3 lignes)