

EFFETS DE LA MESOTHERAPIE SUR LA MOBILITE DE L'EPAULE DANS LE CONFLIT ANTERO-SUPERIEUR PAR TENDINOPATHIE DU SUPRA-SPINATUS.

A PROPOS DE 54 CAS

D. LAURENS, P. L. BORG

(Service de Médecine Physique et Réadaptation, Professeur Michel Perrigot)

(Hôpital de la Salpêtrière 83 boulevard de l'Hôpital 75013 PARIS)

I – INTRODUCTION

Le conflit sous acromial antéro-supérieur de l'épaule avec tendinopathie du supra-spinatus est rencontré en pathologies microtraumatiques sportives (tennis, golf, handball, basket etc...), domestiques (bricolage, jardinage) ou professionnelles (manutention).

On observe fréquemment une diminution de l'amplitude articulaire de l'épaule, notamment en abduction, après 5 à 6 semaines d'évolution.

Le traitement classique proposé repose surtout sur les AINS et antalgiques par voie orale, plus souvent sur les infiltrations locales de corticoïdes.

Les problèmes posés par ces thérapeutiques traditionnelles sont la relative 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.

Etant donné les différents problèmes posés par ces traitements classiques, il nous a paru intéressant d'étudier l'effet de la mésothérapie dans cette pathologie.

II – OBJECTIFS ET METHODES

a) Objectifs

Nous travaillons sur une modalité d'étude dite enquête épidémiologique descriptive cherchant à évaluer l'efficacité de la mésothérapie sur l'amplitude articulaire du conflit sous acromial antéro-supérieur avec tendinopathie du supra-spinatus isolée. L'évolution de l'amplitude sera mesurée en abduction car le secteur de mobilité le plus caractéristique du supra-spinatus.

Le protocole a été réalisé par Didier Mrejen avec le conseil en méthodologie d'Elisabeth Capdenat. L'étude est coordonnée par Dominique Gazielly et Denis Laurens, les opérateurs sont Patrick-Laurent Borg et Denis Laurens. Le promoteur est la Société Française de Mésothérapie.

b) Critères d'inclusion

Patients âgés de 18 à 65 ans

Conflit sous acromial antéro-supérieur avec tendinopathie du supra-spinatus stricte

Confirmée par échographie

c) Critères d'exclusion

Patients âgés de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans

Déchirure partielle du supra-spinatus

Autres lésions des tendons de la coiffe des rotateurs

Névralgie cervicobrachiale

Femme enceinte

d) Protocole

Le protocole comprend plusieurs volets :

Un volet sémiologique

. Identification du médecin

. Identification du patient : nom, prénom, âge, sexe, ancienneté de la douleur et cause déclenchante

- Evaluation de la douleur par le patient (EVA):

0 _____ 10

Pas de douleur douleur maximum imaginable

- Douleur à la palpation pression digitale sur le tendon (main - dos)

■ forte: 3 ■ moyenne: 2 ■ minime: 1 ■ nulle: 0

- Douleur au palper rouler du muscle supra-spinatus

■ forte ■ moyenne ■ minime ■ nulle

-Etude de la limitation de l'amplitude de l'abduction du membre supérieur.

-importante (3): amplitude égale ou inférieure à 30° ;

-moyenne (2): amplitude entre 30 et 90° ;

-minime (1): amplitude entre 90 et 170°

-normale (0): amplitude égale ou supérieure à 170°

-Indice composite de qualité de vie: perturbation dans la vie quotidienne (professionnelle, domestique, loisirs, sport) :

-importante (3), moyenne (2), minime (1), aucune (0)

Un volet thérapeutique

Mélanges: 2 types

En point par point en regard du trochiter (0,1ml par point):

AINS 1cc +

Lidocaïne % 1cc +

VD/ Etamsylate 2cc

En mésothérapie épidermique en regard du supra-spinatus :

Lidocaïne 1% 1cc +

Myorelaxant 2cc

Traitement associé: rééducation

Rythme des séances: J1, J8, J15, J30

Evaluation thérapeutique: J1 et J30 mais évaluation de l'abduction à chaque séance et

Indice composite de qualité de vie : perturbation dans la vie quotidienne (professionnelle, domestique, loisirs et sports): importante (3) moyenne (2) minime (1) aucune (0)

III – RESULTATS

a) Identification des patients

- Nombre de cas: l'étude a porté sur 54 cas de juillet 2007 à juillet 2008.

- Âge: 54 patients de 22 à 65 ans pour une moyenne de 38,6 ans.

- Sexe: 34 hommes et 20 femmes

- Ancienneté de la douleur: une moyenne de 6.4 mois (1 à 24 mois).

- Critère d'activité sportive: 34 sportifs (16 tennis, 10 golf, 4 handball, 2 volley, et 2 squash) avec un arrêt depuis 42 jours en moyenne en raison de la douleur.

- Autres causes: bricolage: 8 cas, jardinage: 5 cas, chutes: 4 cas, autres: 3 cas.

- Suivi minimal: 2 mois

b) Volet thérapeutique

- 4 séances à J1, J8, J15, J30

Point par point : 21 cas

Point par point + mésothérapie épidermique: 33 cas

Nombre moyen de séances: 3,57 (2 à 4)

Rééducation associée: 18 cas (33%) travail musculaire excentrique, proprioception

Reprise du sport après 28 jours de traitement et au même niveau pour 28 cas (82,35%)

. Échelle visuelle analogique :

EVA	J1	J30
0 à 10	7,22	0,83

. Évaluation de la douleur à la palpation pression digitale du tendon:

Evaluation	J1	J30
0 à 3	2,55 (30x3 et 24x2)	0,296 (16x1 et 38x0)

Évaluation de la douleur au test isométrique en abduction:

Evaluation	J1	J30
0 à 3	2,77 (42x3 et 12x2)	0,24 (3x2, 7x1 et 44x0)

Évaluation de la douleur au palper rouler du muscle:

Evaluation	J1	J30
0 à 3	0,66 (5x2, 26x1 et 23x0)	0

Amplitude de l'abduction:

Evaluation	J1	J30
0 à 3	1,74 (40x2 et 14x1)	0,185 (16x1 et 38x0)

Indice de qualité de vie:

Evaluation	J1	J30
0 à 3	2,70 (38x3 et 16x2)	0,20 (3x2, 5x1 et 46x0)

- Évaluation de la tolérance générale: 52 patients (96,3%) l'ont considéré comme bonne,

2 comme moyenne (en raison de nausées et de flush dans les 2 premières heures). Aucun ne l'a considérée comme mauvaise.

- Évaluation de la tolérance locale: 44 patients (81,49%) l'ont considéré comme bonne et 10 (18,51%) comme moyenne (en raison d'hématomes et/ou d'hyperalgie dans les 24 premières heures). Aucun ne l'a considérée comme mauvaise.

- Satisfaction globale du patient et du médecin:

Null	Minime	Moyenne	Bonne
0	3	5	46
0%	5,55%	9,27%	85,18%

IV – DISCUSSION

Première étude clinique d'évaluation de l'effet de la mésothérapie sur l'amplitude en abduction de l'épaule dans le conflit sous acromial antéro-supérieur du supraspinatus.

Globalement les résultats sont très satisfaisants, on constate une amélioration rapide de l'amplitude en abduction: 15 patients ont retrouvés une abduction normale après 1 séance et 10 après 2 séances. Certes il reste un syndrome inflammatoire qui nécessite souvent 1 ou 2 séances supplémentaires pour disparaître mais l'action sur la mobilité est rapide et durable (recul moyen de 6 mois)

On observe 3 résultats médiocres qui après examens complémentaires (arthroIRM) sont dus à des lésions plus complexes de la coiffe.

Les 5 résultats moyens représentent les cas les plus anciens, avec probablement une fibrose tendineuse qui aurait nécessité un traitement différent par mésothérapie (vitamine E + vasodilatateur/vitamine C et calcitonine) La qualité de vie est notablement améliorée: 85% des cas avec un coût de traitement très faible.

Un tiers des patients (18 cas) a nécessité l'adjonction de rééducation afin de ramener l'épaule à son état antérieur (amplitude globale, force musculaire et stabilité)

Certes une étude sur un plus grand nombre de cas serait nécessaire pour étoffer ces résultats mais nous n'avons retrouvé aucune étude dans la littérature internationale montrant l'efficacité d'un traitement sur l'amplitude de l'épaule dans le conflit sous acromial.

V – CONCLUSIONS

L'amplitude en abduction dans le conflit sous acromial antéro-supérieur par tendinopathie du supra-spinatus est très nettement améliorée par la mésothérapie: 85,18% de bons résultats, 9,27% moyens et 5,55% minimes. On ne constate aucun échec.

L'examen clinique et échographique doit être rigoureux afin de bien cibler la pathologie et la technique mésothérapique très précise.

La qualité de vie est très notablement améliorée: 85% avec des effets secondaires mineurs et un coût de traitement très faible.

Ces constats nous font penser que le traitement mésothérapique devrait être proposé en première intention dans ce type de tendinopathies de l'épaule.

Il serait cependant intéressant de prolonger cette étude

et d'envisager dans un second temps la réalisation d'une étude pragmatique comportant deux groupes distincts, tirés au sort, bénéficiant l'un de la mésothérapie, l'autre d'un autre procédé thérapeutique, avec un double observateur.

BIBLIOGRAPHIE

de Gautard R, Grémion G. L'épaule complexe. 3^{ème} journée scientifique de l'association Genevoise de Physiothérapie 24 Novembre 2001).

Saragaglia D. Les ruptures de la coiffe des rotateurs. Corpus médical de la faculté de médecine de Grenoble - Mars 2003. Référence : Gazielly D.F.

Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. HAS, Avril 2005.

Blanquart D, Lebrun P. Les pathologies de l'épaule. A M M P U, Maizières 19 Mars 2005.

Noël E. Pathologie de l'épaule : traitement en 2001. Synoviale Avril 2001 ; N° 100.

Maynou C. Pathologie de la coiffe des rotateurs. FMC Faculté Henri Warembourg, Lille - Avril 2003.

M.Caroit M. Augereau B. Bernageau J. Blotman J. Duquesnoy B. Gazielly D. Godefroy D. Heuleu JN. Mole D. Railhac JJ. Tard P. Tavernier T. Walch G. Recommandations de la conférence de consensus sur l'imagerie dans la pathologie mécanique et dégénérative d'une épaule non opérée. A.N.M.S.R. 1998.

De Lecluse J. Test et examen clinique en pathologie sportive. Journal de traumatologie du sport Masson 1997.

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 vétérinaire, 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

Laurens D ; Gazielly D.F. Ténosynovite du long biceps dans la gouttière bicipitale. Enquête épidémiologique descriptive A propos de 44 cas. Sport Med n° 154, septembre 2003 ; 21-23