

INTERET DE LA MESOTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DES ENTORSES DE CHEVILLE. ETUDE PROSPECTIVE AVEC RANDOMISATION. A PROPOS DE 33 CAS.

Mémoire Diplôme Inter-Universitaire de Mésothérapie DIJON 2007-2008

GEVREY Anne, BAMBILI Jamal, CHAMBRU Thérèse, JACAMON Xavier, MEUNIER Sylvain,
OLBINSKI Patrick, TARDY Anne-Sophie, TORREITER Isabelle, VERNEAUX Pascale, SERVER Serge

L'entorse de cheville est une lésion fréquente en traumatologie avec environ 6000 cas par an. Son retentissement socio-économique est important. En l'absence de fracture, le traitement de choix de l'entorse moyenne de la cheville est un traitement fonctionnel avec attelle stabilisatrice.

Nous avons réalisé une étude prospective, randomisée, en non aveugle pour évaluer l'intérêt de la mésothérapie sur la douleur, la durée d'arrêt de travail et de sport dans l'entorse du ligament latéral externe de la cheville (entorse talo-crurale latérale avec atteinte des faisceaux du ligament talo-fibulaire antérieur) par rapport au traitement fonctionnel seul.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons randomisé 33 patients après une entorse de cheville en deux groupes. Dans un groupe, les patients ont bénéficié d'un traitement fonctionnel. Dans un autre groupe, nous avons associé à ce traitement fonctionnel un traitement mésothérapeutique.

->Nous avons retenu comme critères d'inclusion :

- Patients entre 18 et 65 ans
- Entorse datant de moins de 48 heures
- Entorse moyenne

->Les critères d'évaluation sont de deux types:

Critères primaires:

Les patients sont évalués avec la fiche cheville établie par la Société Française de Médecine et de Chirurgie du Pied (SFMCP). A cette fiche est ajoutée l'échelle visuelle analogique (EVA).

Critères secondaires:

Durée de l'arrêt de travail (seul critère d'évaluation économique), durée d'arrêt de l'activité sportive, prises de paracétamol.

->Les modalités thérapeutiques:

Traitement fonctionnel :

»Glace Repos Elévation Compression (Protocole GREC)

»Attelle type Aircast 6 semaines.

»Antalgie par paracétamol 3 ou 4 grammes par jour.

»Kinésithérapie.

Protocole de mésothérapie :

»Mélange à visée antalgique et antioedémateux, en IDP en regard du ligament talofibulaire antérieur et sur la zone d'œdème :

JO :

- Lidocaïne 2 cc +
- Piroxicam 1 cc +
- Etamsylate 2 cc

J7 :

- Lidocaïne 2 cc +
- Piroxicam 1 cc

»Puis mélange cicatrisant en IDP en regard du ligament :

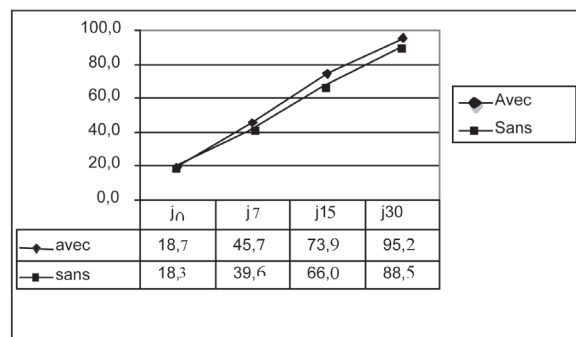
J15 et J30 :

- Pentoxifylline 2 cc +
- Acide Ascorbique 1 cc +
- Monométhyltrisilanol orthohydroxybenzoate de sodium 1% (Conjonctyl) 1 cc

L'asepsie a été rigoureuse lors de chaque acte mésothérapeutique

RESULTATS

Les statistiques ont été réalisées avec le test exact de Fisher (ou approché du Chi2) réalisé avec l'aide de Mr D'ATHIS Philippe du Département d'Informatique Médicale du CHU LE BOCAGE à Dijon



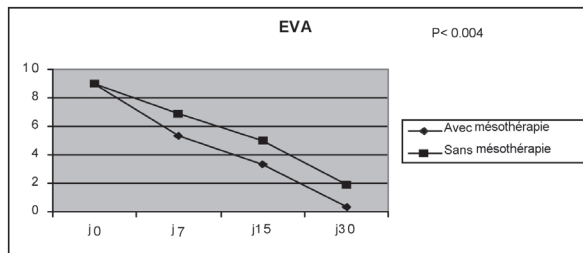
Evaluation du score clinique :

J0, le score clinique dans les 2 groupes est proche de 18,50 (p non significatif).

J7, 69% des patients du groupe mésothérapie ont un score clinique entre 42 et 58 contre seulement 29% des patients du groupe sans mésothérapie (p=0,038).

J15, 56 % des patients du groupe avec mésothérapie ont un score clinique entre 70 et 83 contre seulement 24% des patients du groupe sans mésothérapie (p=0,080).

J30, dans le groupe avec mésothérapie, 63 % des patients ont un score clinique supérieur à 92 contre seulement 24 % des patients du groupe sans mésothérapie (p=0,037).



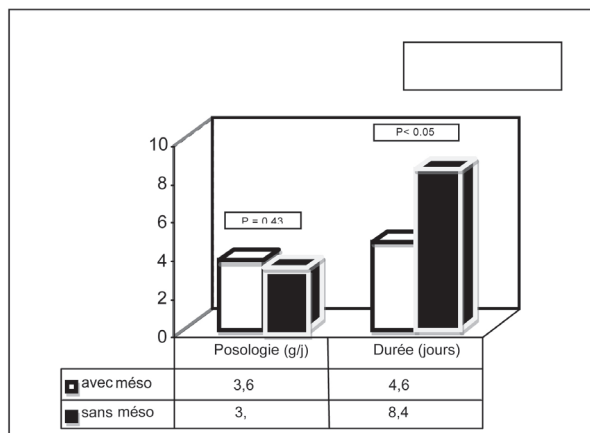
Analyse de l'échelle visuelle analogique

J0, 100% des patients dans les 2 groupes ont une EVA à 9 (p non significatif).

J7, dans le groupe mésothérapie, 81% des patients présentent une EVA entre 0 et 5 versus 6% dans le groupe sans mésothérapie (p<0,0001).

J15, dans le groupe mésothérapie, 81% des patients présentent une EVA entre 0 et 3 (p<0,0001). Dans le groupe sans mésothérapie, il n'y a aucun patient entre 0 et 3.

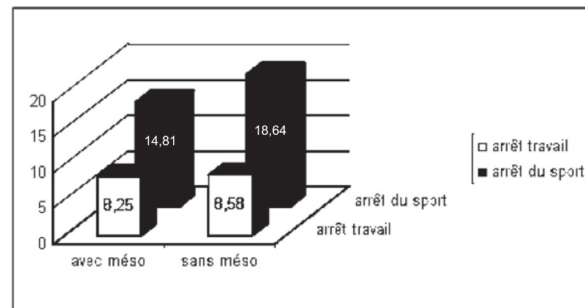
J30, dans le groupe mésothérapie, 88% des patients présentent une EVA à 0 versus 35 % dans le groupe sans mésothérapie (p=0,004).



Consommation de paracétamol :

56% des patients du groupe mésothérapie ont pris la plus forte dose, 4g/jour de paracétamol en début de traitement, contre seulement 23,5% dans le groupe sans mésothérapie; Mais ceci sur une plus courte période, puisque la prise de paracétamol pour 75% des patients

dans le groupe mésothérapie a duré entre 3 et 6 jours contre 35% dans le groupe sans mésothérapie (p<0,05).



Durée d'arrêt de travail et activité sportive :

*La durée d'arrêt de travail dans le groupe mésothérapie est de 8,25 jours contre 8,58 jours dans le groupe sans mésothérapie (p non significatif).

*La moyenne d'arrêt de l'activité sportive est de presque 15 jours dans le groupe mésothérapie alors qu'elle est proche de 19 jours dans le groupe sans mésothérapie (p<0,05).

DISCUSSION

Il existe une amélioration du **score clinique** et donc de l'indice algofonctionnel supérieure dans le groupe traitement fonctionnel et mésothérapie par rapport au groupe traitement fonctionnel seul. L'amélioration de ce score a permis une diminution de la durée de la prise d'antalgique et probablement une meilleure qualité de vie.

Dans notre étude, nous avons trouvé que les patients traités par mésothérapie avaient significativement moins de douleurs comparées au traitement fonctionnel seul.

En effet, le **score de L'EVA** diminue à J7, J15 et J30 de manière nettement supérieure dans le groupe avec mésothérapie par rapport au groupe sans mésothérapie. En comparant nos valeurs d'EVA à celles de l'étude réalisée par Mach-Houty [1] sur l'entorse de cheville et mésothérapie, les résultats sont proches avec quelques remarques intéressantes:

Dans notre étude, les valeurs à J15 sont très significatives (p<0,0001) avec un meilleur résultat sur la douleur que dans l'étude précédente.

A J30, les résultats sont sensiblement identiques dans les deux études.

La différence à J7 et particulièrement à J15 peut-être expliquée par le fait que le Dr Mach-Houty utilise à J0 un mélange mésothérapique ne contenant pas d'anti-inflammatoire mais de l'Arnica. Il n'introduit un anti-inflammatoire qu'à J7

L'utilisation du Piroxicam dans notre protocole mésothérapique dès J0 a probablement permis une meilleure réduction de la douleur à J15 et a apporté un confort

au patient responsable d'une mobilisation plus rapide, améliorant ainsi l'indice algofonctionnel.

Les avis sont d'ailleurs partagés quant à l'utilisation des anti-inflammatoires dans la phase précoce de cicatrisation ligamentaire.

Dans la phase précoce, l'inflammation est un processus nécessaire pour la cicatrisation et ne doit pas être freinée. Il est maintenant reconnu que l'inhibition prolongée des cyclo-oxygénases (COX) puisse provoquer des effets délétères sur le processus de réparation tissulaire. En conclusion, si les anti-inflammatoires ne font pas l'unanimité dans le traitement de l'entorse de la cheville, les anti-inflammatoires locaux ont un effet antalgique et présentent peu d'effets secondaires. En pratique, en diminuant la douleur ils permettent plus rapidement de faire bouger librement l'articulation dans le sens physiologique (flexion-extension grâce à une orthèse stabilisatrice qui empêche les mouvements de latéralité); En effet, pour bien cicatriser un ligament doit être soumis à des forces de traction, ce qui permet d'augmenter la vascularisation à un niveau supra-physiologique.

Les anti-inflammatoires seraient donc indiqués dans les premiers instants qui suivent le traumatisme afin de réduire les dommages inflammatoires non spécifiques. Mais leur utilisation inadéquate (prolongée par exemple), pourrait perturber la réparation tendineuse. L'utilisation du Piroxicam dans notre étude à J0 a probablement permis une meilleure réduction de la douleur à J15 et d'apporter un confort au patient.

Le paracétamol, antalgique de référence dans l'entorse de cheville a été prescrit à une dose comprise entre 3 et 4 g par jour.

Dans notre étude, sur la durée, la consommation de paracétamol est moins importante dans le groupe mésothérapique avec seulement 25% de patients qui prennent encore un antalgique entre le 7^{ème} et le 15^{ème} jour contre 65% dans le groupe traitement fonctionnel seul. Ceci montre que la mésothérapie permet de réduire la durée de la prise de paracétamol sans effet statistique sur la posologie.

L'arrêt de travail est un critère important retenu afin d'évaluer le gain économique à l'utilisation de la mésothérapie dans le traitement des entorses moyennes de la cheville.

Le nombre insuffisant de patients recrutés dans notre étude peut expliquer ce résultat d'une demi-journée. Il aurait pu être intéressant de prendre en compte l'acti-

tivité professionnelle du patient, paramètre influant sur la durée de l'arrêt de travail.

Dans notre étude, le gain sur la moyenne en **durée d'arrêt de sport** est de 4 jours, ce qui est non négligeable chez le sportif de haut niveau.

Nous n'avons constaté aucune infection ou effet secondaire liés à la pratique de la mésothérapie, durant notre étude.

Nous avons remis aux patients après la première séance de mésothérapie une fiche de consignes à respecter avant et après une séance afin de minimiser les risques infectieux.

CONCLUSION

A l'issue de cette étude réalisée par randomisation avec 33 patients ayant une entorse du ligament latérale externe de la cheville, les résultats montrent une différence significative du score clinique favorable au traitement avec mésothérapie.

La mésothérapie apporte un bénéfice en diminuant rapidement la douleur, évaluée par l'échelle visuelle analogique.

L'utilisation d'un anti-inflammatoire localement dès J0 a montré une amélioration significative de l'échelle visuelle analogique, avec de meilleurs résultats qu'avec l'Arnica. Cela permet de réduire la durée de prise d'antalgique per-os.

La reprise de la mobilisation est plus rapide ce qui est un facteur essentiel pour la cicatrisation du ligament, ceci sous le couvert d'une orthèse pendant 6 semaines.

Le gain d'une demi-journée de travail et de 4 jours de sport est un facteur économique important.

Nous n'avons constaté aucune infection ni effet secondaire.

Nous avons pu conclure, malgré la faible population étudiée, au bénéfice certain qu'apporte la mésothérapie associée au traitement fonctionnel sur la clinique et sur le coût socio-économique dans une pathologie très fréquente qu'est l'entorse de cheville, confirmant ainsi les études précédentes déjà réalisées.

BIBLIOGRAPHIE

Mach-Houty A. Intérêt de la Mésothérapie dans le traitement des entorses de la cheville. A propos de 40 cas. Livre du IV^{ème} Congrès National de la Société Française de Mésothérapie, Paris, décembre 2006