

UNIVERSITE PARIS VI – FACULTE PITIE-SALPETRIERE

Année universitaire 2017-2018

**DIPLÔME INTERUNIVERSITAIRE DE
MESOTHERAPIE**

Evaluation de la mésothérapie dans la prise en charge de la
ténosynovite de De Quervain de forme aiguë

*Mémoire rédigé par Mme le Dr Ophélie Courtois- Deroide
M. le Dr Pierre Guéret*

Le mercredi 6 Juin 2018



SOMMAIRE

I.	Introduction.....	p.3
II.	Rappels sur la ténosynovite de De Quervain.....	p.3
	A. Physiopathologie.....	p.3
	B. Présentation clinique.....	p.4
	C. Examens complémentaires.....	p.5
	D. Diagnostics différentiels.....	p.5
	E. Panorama thérapeutique actuel.....	p.6
III.	Présentation de l'étude.....	p.6
	A. Objectifs.....	p.6
	B. Inclusion des patients.....	p.6
	C. Protocole thérapeutique.....	p.7
	D. Recueil des résultats.....	p.7
IV.	Présentation des cas cliniques et résultats.....	p.7
	A. Présentation des cas.....	p.7
	B. Evolution de l'échelle numérique de la douleur en fonction du temps.....	p.9
	C. Résultats de l'enquête de satisfaction.....	p.9
V.	Discussion.....	p.10
	A. Sur les résultats concernant l'évolution de la douleur.....	p.10
	B. Sur le questionnaire de perception de la mésothérapie par les patients.....	p.12
VI.	Conclusion.....	p.13
	Annexe 1.....	p.14
	Bibliographie.....	p.15

I. Introduction

C'est en 1895 que Fritz De Quervain, chirurgien suisse décrit une ténosynovite intéressant la première colonne dorsale du poignet, cette colonne regroupant le tendon du long abducteur et du court extenseur du pouce. A ce jour, elle reste appelée ténosynovite de De Quervain.

Une vaste étude épidémiologique américaine de 2009^[1], portant sur plus de 11000 cas, a retrouvé une prédominance féminine de cette pathologie avec une incidence de 2,8/1000 contre 0,6/1000 chez l'homme. Dans ces études, les autres facteurs de risque sont l'âge supérieur à 40 ans et être un sujet de race noire (incidence de 1,3 versus 0,8/1000).

De par sa localisation superficielle et sa physiopathologie bien comprise, il nous a paru intéressant d'évaluer l'efficacité de la mésothérapie auprès de notre patientèle.

II. Rappels sur la ténosynovite de De Quervain

A. Physiopathologie

La première colonne dorsale du poignet inclut les tendons des muscles long abducteur et court extenseur du pouce. Ces deux tendons coulissent sur le versant latéral du processus styloïde du radius grâce à une gaine synoviale dans un canal ostéofibreux inextensible dont le plancher est la styloïde radiale et dont le plafond est constitué par un rétinaculum.

Il s'agit d'une pathologie de sur-utilisation par des mouvements répétés de flexion-extension du poignet. Dans la vie quotidienne, les activités ménagères sont un facteur favorisant. Les pratiques sportives pourvoyeuses de cette pathologie sont essentiellement les sports de raquette comme le tennis et le badminton ^[2].

Il existe une réaction inflammatoire au sein de la gaine synoviale responsable d'une douleur de type nociceptive. Le stade initial peut être crépitant par épaissement de la gaine sous le rétinaculum.

La phase aiguë de cette ténosynovite s'accompagne d'un épanchement liquidien dans la gaine. Il s'agit alors d'une forme dite exsudative.

En l'absence de traitement efficace, la chronicisation du conflit entraîne un épaissement des feuillets de la gaine synoviale et des tendons avec phénomène de striction par les parois du tunnel ostéo-fibreux empêchant une bonne course tendineuse réalisant la ténosynovite sténosante.

Il existe parfois des variations anatomiques avec la présence d'un septum inter tendineux ^[3]. La ténosynovite sera de type I ou II, selon respectivement la présence ou non de ce septum. Dans le type II, la ténosynovite intéresse d'avantage le tendon du court extenseur du pouce. ^[4]

Par ailleurs, il existe une forme particulière et spontanément résolutive de ténosynovite de De Quervain au dernier trimestre de grossesse. Sous l'effet d'une imprégnation hormonale, la gaine synoviale s'hypertrophie. Ce phénomène disparaît à l'arrêt de l'allaitement du nourrisson ^[5]

B- Présentation clinique [2]

Le patient se présente pour des douleurs du versant externe du poignet, de tonalité inflammatoire dans un contexte de gestes répétitifs du poignet. L'examineur peut constater une petite tuméfaction sur la partie basse du processus styloïde radial. Comme toute tendinopathie, l'examen clinique peut retrouver une triade associant :

- douleur à la palpation en regard de la pointe de la styloïde radiale
- douleur à l'étirement : c'est la manœuvre de Finkelstein (figure 1). Cette manœuvre consiste à mettre le pouce en flexion, dans la paume de la main et à imprimer une inclinaison ulnaire sur le poignet
- douleur à la contraction : c'est le test décrit par Brunelli en 2003 [8]. Le poignet est en prono-supination neutre, en inclinaison radiale et on demande au patient de réaliser une abduction vigoureuse du pouce. Par cette manœuvre, les tendons et leur gaine sont alors plaqués contre le rétinaculum (figure 2)

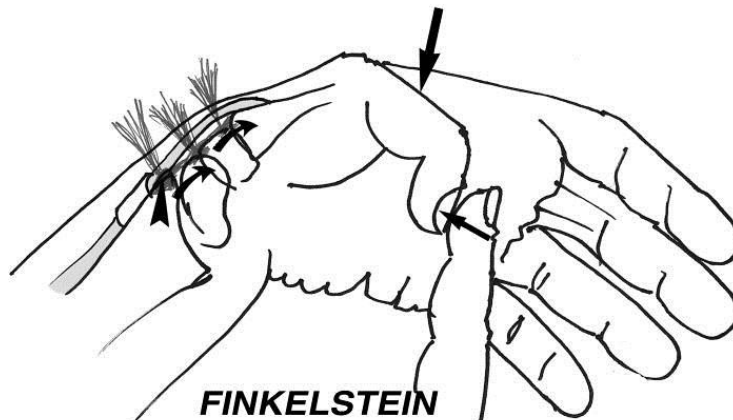


Figure 1 – manœuvre de Finkelstein. Image issue de l'article de Brunelli [3]

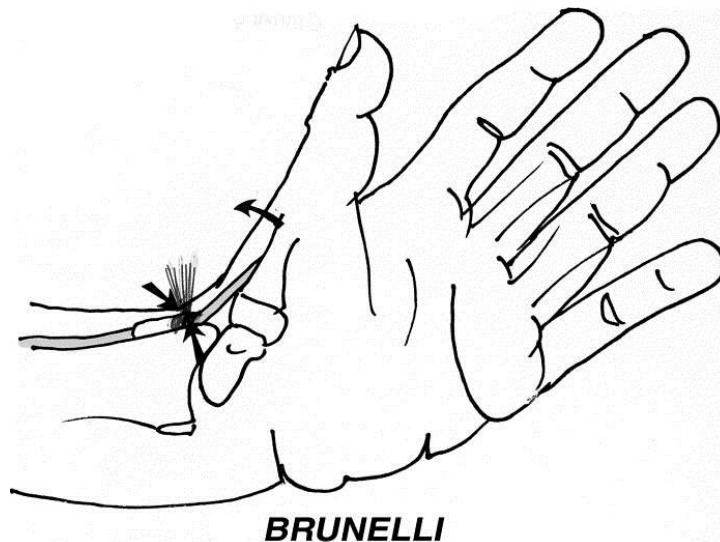


Figure 2 – Manœuvre de Brunelli, avec illustration empruntée à l'article princeps décrivant ce test clinique [3]

C- Examens complémentaires

Bien plus que les clichés radiologiques qui ne montrent que de rares anomalies anatomiques, l'échographie est l'examen nécessaire et suffisant pour le diagnostic positif [7].

L'échographie doit être réalisée avec des sondes de haute fréquence et de façon bilatérale et comparative. La sémiologie ultra sonore montre un épaissement du rétinaculum de la première colonne. On pourra visualiser un épanchement péri tendineux sous la forme d'un halo hypoéchogène autour des tendons qui peuvent être épaissis. En Doppler de puissance, il existe une hyperhémie du rétinaculum et des tendons. Enfin, les manœuvres dynamiques permettent d'apprécier la course tendineuse et de rechercher une éventuelle sténose.

L'IRM permet aussi de porter le diagnostic mais n'est réservé qu'en cas de doute diagnostique ou à but pré opératoire.

D- Diagnostics différentiels

Les autres douleurs de la région externe du poignet comprennent :

- le syndrome de l'entrecroisement ou à crepitant syndrom. Il s'agit de la formation d'une bursite au croisement des tendons extenseurs radiaux du carpe et des tendons de la première colonne dorsale. La topographie est plus proximale que pour une ténosynovite de De Quervain et il existe une crépitation neigeuse sur le site douloureux.
- La styloïdite radiale ; enthésopathie terminale du muscle brachio-radial

- La rhizarthrose : arthrose de l'articulation trapézo-métacarpienne. La douleur est plus distale, sur l'interligne trapézo-métacarpien. Il existe aussi un grinding test douloureux
- Les fractures de l'extrémité distale du radius et du scaphoïde seront suspectées dans un contexte traumatique
- La névrite de Wartenberg : il s'agit de l'atteinte de la branche antérieure sensitive du nerf radial. Cette branche sensitive croise le rétinaculum de la première colonne et peut donc être irritée lors d'une ténosynovite de De Quervain, expliquant les irradiations douloureuses jusque dans le pouce et l'index.

E- Panorama thérapeutique actuel

Outre la mésothérapie, les thérapeutiques actuelles comprennent [8] :

- l'usage d'anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie locale ou générale
- le port d'une attelle d'immobilisation
- la physiothérapie
- les infiltrations de corticoïdes
- la libération sous échographie des tendons par section du rétinaculum au moyen d'une aiguille de 21 Gauge [9]
- la chirurgie en cas de persistance des symptômes malgré un traitement médical bien conduit.

III. Présentation de l'étude

A. Objectifs

Devant le peu de travaux antérieurs sur la mésothérapie dans une ténosynovite de De Quervain, nous avons décidé d'évaluer l'efficacité de cette thérapeutique dans les formes aiguës.

L'efficacité est mesurée par l'évaluation numérique de la douleur, prise à chaque consultation ainsi qu'un mois après la fin du traitement. Ceci constitue notre critère premier de jugement.

En guise de critères secondaires de jugement, nous avons voulu recueillir les impressions des patients quand à l'utilisation de la mésothérapie grâce à un questionnaire (Annexe 1)

B. Inclusion des patients

Ont été inclus tous les patients qui présentaient une ténosynovite de De Quervain de moins de 3 mois. Le diagnostic a été clinique.

La période de recrutement s'est étendue du 1^{er} Janvier 2018 au 15 Avril 2018.

Les patients furent recrutés parmi les patientèles du Dr Ophélie Courtois exerçant à Montdidier, en milieu semi-rural en médecine générale et de celle du Dr Pierre Guéret, exerçant en tant que médecin du sport au sein d'une clinique à Amiens et collaborant avec des chirurgiens de la Main.

Les patients ne présentaient ni allergie ni contre-indication au protocole de mésothérapie proposé. Enfin, ils ne devaient pas avoir été traité auparavant par une infiltration.

C. Protocole thérapeutique

Les mélanges choisis découlent de la physiopathologie de la ténosynovite aiguë exsudative et sont ceux enseignés au DIU de Mésothérapie de la Pitié-Salpêtrière.

Ainsi, à proximité des gaines synoviales, un premier mélange associant: 1 cc de Lidocaïne à 1%, 1 cc de Piroxicam à visée anti-inflammatoire, et 2 cc d'Etamsylate à visée drainante.

Ce premier mélange sera injecté en intradermique profond (IDP) à 4 millimètres de profondeur.

Le second mélange a pour dessein de décontracturer les corps musculaires des long abducteur et court extenseur du pouce. Pour cela, on utilise une technique superficielle (Intra épidermique ou nappage en intra dermique superficiel) avec les molécules suivantes :

Lidocaïne à 1% (1 cc) + Magnésium injectable (1 cc) + Thiocolchicoside (2 cc).

Le protocole associe 3 séances, réalisées à une semaine d'intervalle.

D. Recueil des résultats

L'évolution a été suivie grâce à l' échelle numérique de la douleur à chacune des 3 séances. Un mois après la troisième séance, un interrogatoire par voie téléphonique a été réalisé permettant de recueillir une nouvelle évaluation de la douleur à distance et laissant l'opportunité de colliger les opinions des participants sur la mésothérapie (Cf. questionnaire en Annexe numéro 1).

IV – Présentation des cas cliniques et résultats

A. Présentation des cas

Nous avons recruté 4 patientes. Trois sont issues de consultations de médecine générale et une de médecine du sport.

Le diagnostic a été clinique pour chacune d'entre elles ; test d'étirement de Finkelstein, contraction contre résistance et palpation des tendons.

Mme T.D., jeune maman de 22 ans,

Elle était venue faire une visite pour son premier enfant. Au moment de partir, elle signale une douleur de son poignet droit lorsqu'elle le porte et qui la fait souffrir un peu plus depuis qu'elle a repris son travail.

Elle voudrait juste une crème pour la soulager rapidement et ne souhaite pas prendre de médicaments par voie orale.

Elle est droitière, est responsable d'un drive de supermarché et fait beaucoup de manutention.

Elle accepte sans hésitation la proposition de mésothérapie.

A J1 elle évalue sa douleur à 5/10, à J7 elle est déjà bien soulagée à 2/10, les tests sont encore sensibles mais elle dit ne plus penser à sa douleur, sauf au travail.

A J14, il persiste une douleur en fin d'étirement seulement, alors qu'elle n'évoque plus de douleur au quotidien, même au travail.

A J45, elle ne souffre plus du tout et n'est surtout plus du tout gênée pour travailler.

Mme L.D., 50 ans, secrétaire,

Elle est venue consulter pour une douleur du poignet gauche qui la dérange au quotidien. Elle a pris l'initiative de porter une attelle pour immobiliser son poignet la nuit et à la maison, elle a pris aussi du paracétamol de manière ponctuelle et appliqué le soir du gel de diclofénac. Elle évalue sa douleur à 5,5/10 à J1, 4/10 à J7 où les 3 tests restent douloureux.

A J14, l'amélioration est importante selon elle, sa douleur est tout de même cotée à 3/10, et les tests restent sensibles.

A J45, elle ne décrit plus aucune douleur, mais dit qu'elle a mis 15 jours après la dernière séance de mésothérapie pour s'amender.

Mlle E.A., 21 ans, étudiante,

Elle vient de reprendre des cours et est très gênée pour écrire. Tous les tests du De Quervain sont positifs, elle évalue sa douleur à 6,5/10. Elle accepte tout de suite de faire une première séance mais demande une ordonnance d'antalgiques, au cas où la mésothérapie ne la soulagerait pas.

A J7, les douleurs reviennent uniquement lors de manipulations en stage, qu'elle côtoie dans ces moments là à 5/10. La palpation est encore très douloureuse.

A J14, la palpation est bien souple, légèrement sensible, la patiente déclare ne plus souffrir du tout.

A J45, elle confirme une douleur à 0/10.

Mme A. L., âgée de 33 ans, joueuse de badminton,

Après blessure au genou l'ayant laissée hors des terrains durant plusieurs semaines, elle a repris son sport favori au rythme de quatre entraînements par semaine. Depuis trois semaines, elle présente une symptomatologie douloureuse du poignet.

Cette dernière patiente consulte sur le conseil de son médecin traitant qui l'adresse initialement pour une infiltration. N'étant pas rassurée par le principe de la corticothérapie locale, elle apprécie le principe de la mésothérapie et accepte le protocole.

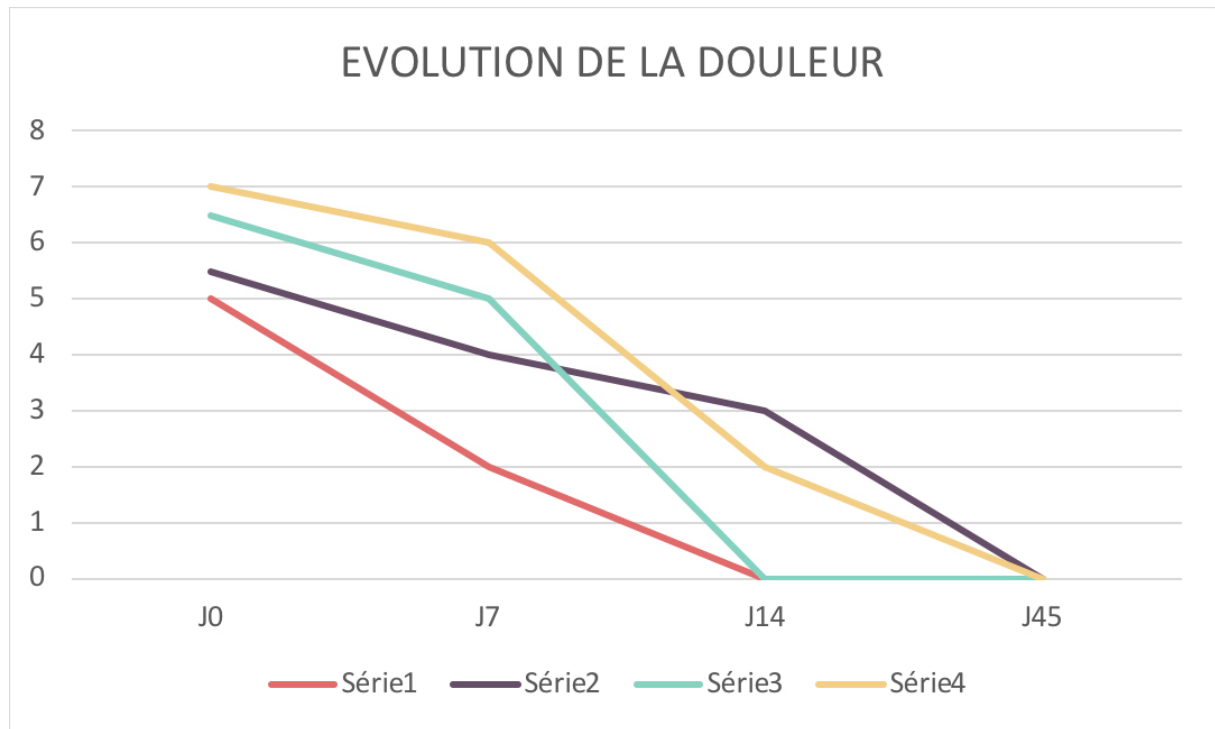
Initialement, elle estime sa douleur à 7/10, 6/10 à J7.

A J14, elle a repris le badminton (après avoir respecté un repos sportif de 10 jours), déjà deux entraînements. Elle évalue sa douleur à 2/10 avant la troisième séance.

A J45, la douleur n'existe plus.

B. Evolution de l'échelle numérique de la douleur en fonction du temps

Les résultats concernant l'évolution de la douleur (critère principal de jugement) sont présentés dans le graphique suivant :



De manière générale, à J7 les patientes ne se plaignaient plus de douleurs permanentes ; disparition des douleurs au repos, recrudescence des douleurs encore lors de manipulations, manutentions.

A J14, les douleurs se font oublier, le testing est quasi indolore, il persiste pour deux patientes une sensibilité en fin d'étirement ainsi qu'une légère douleur à la palpation.

A J45, toutes les patientes de notre série n'ont plus de douleurs.

C. Résultats de l'enquête de satisfaction

Nous avons recontacté les quatre patientes à J45 de la première séance de mésothérapie pour réévaluer leurs douleurs et avoir leurs opinions à propos de la mésothérapie.

1- Est-ce que vous connaissiez déjà la mésothérapie?

Une seule patiente connaissait.

2- Aviez-vous déjà eu recours à la mésothérapie?

Cette même patiente y avait déjà eu recours il y a longtemps dans un contexte post traumatique.

3- Quels sont pour vous les résultats de ce traitement?

2 bons, 1 très bon (la jeune maman), 1 excellent (la sportive)

4- Si vous en aviez encore besoin, auriez vous de nouveau recours à la mésothérapie?
Oui à l'unanimité.

5- Recommanderiez vous ce traitement?
4 oui aussi.

6- Avez vous trouvé la méthode douloureuse? Contraignante?
Personne ne l'a trouvée douloureuse, mais deux patientes l'ont trouvé désagréable le temps des ponctures.
Seule la patiente de médecine du sport a trouvé la méthode contraignante du fait de devoir se déplacer à trois reprises. Par contre les trois patientes de médecine générale ne l'ont pas vécu comme une contrainte du fait de la proximité de leur médecin généraliste.

7- Qu'est-ce qui vous a motivé à utiliser la mésothérapie?
T.D. : la curiosité, la possibilité d'être soulagée sans prendre de traitement per os car peur des effets secondaires.
L.D. : « le médecin! », le fait de bénéficier d'un traitement local pour régler un problème local et éviter de prendre des anti-inflammatoires avec leurs effets secondaires.
E.A. : le côté pratique; simple et rapide car cela évite de devoir prendre d'autres traitements, ce qui est contraignant. L'observance est certaine et il n'y a pas d'effets secondaires.
A.L. : contre indication à la prise d'anti-inflammatoires et mauvaise expérience avec une infiltration.

8- Que choisiriez vous entre trois séances de mésothérapie à une semaine d'intervalle et une infiltration sous échographie?
Les 4 patientes choisiraient la mésothérapie.
Même si 3 patientes n'ont jamais bénéficié d'une infiltration,
Même si l'une d'entre elles doit faire de la route,
Même si les frais financiers de la mésothérapie ne sont pas pris en charge, cela ne représente pas un frein du fait des bons résultats pour les 4 patientes.

V- Discussion

A- Sur les résultats concernant l'évolution de la douleur

A la lumière de l'analyse brute des résultats concernant l'évolution de la douleur, il est tentant de conclure que la mésothérapie est une excellente thérapeutique dans la maladie de De Quervain d'évolution récente. En effet, dans notre série, l'intégralité des patients s'est déclarée guérie à l'issue de notre étude et aucune n'a reçu d'autre traitement complémentaire. Ceci s'explique par le fait que la physiopathologie d'une ténosynovite exsudative est bien connue et par le fait que la pharmacopée utilisée en mésothérapie permet d'apporter une réponse adaptée

Il est cependant nécessaire d'apporter des restrictions au résultat global énoncé ci-dessus. Le poids de notre enquête reste faible avec seulement quatre patients. Il est donc difficile de généraliser ces données à la population entière. Notre échantillon est restreint, et ne comprend pas de patients de sexe masculin. Nous espérons recruter d'avantage de patients car le Dr Pierre Guéret travaille en étroite collaboration avec deux chirurgiens de la main à forte activité et nous comptons inclure une dizaine de patients. L'autre frein à la constitution d'un plus grand nombre de patients s'explique par un intervalle de temps restreint pour accepter d'autres patients. Il fallait que le plan de notre étude soit validé mais nous avons aussi eu besoin de temps pour l'acquisition des bons gestes pour pratiquer nos premiers actes de mésothérapie. De plus, il fallait bien entendu un recul nécessaire après l'étude pour analyser les résultats.

Notre enquête semble mettre en lumière une efficacité forte de la mésothérapie. Il ne fut pas aisé de se comparer à des travaux antérieurs qui restent restreints dans la ténosynovite de De Quervain. En 2016, Laurens ^[10], publiait une série de 12 cas avec un recul de 6 mois et rapportait une efficacité de l'ordre de 70%. Cette étude montre des résultats bénéfiques inférieurs à ceux de notre série, qui sont eux probablement trop optimistes en raison d'une faible cohorte. Notre recherche bibliographique s'est élargie à d'autres ténosynovites, et en 1993 ^[11], une série de 44 cas, entreprise par les enseignants du DIU de mésothérapie de la Pitié-Salpêtrière, s'intéressait aux ténosynovites de la longue portion du biceps brachial à l'épaule traitées par mésothérapie. Il était alors retrouvé 84% de bonne satisfaction des patients dans cette pathologie. Ainsi, nos résultats bien que probablement trop optimistes vont néanmoins dans le même sens que les travaux antérieurs qui concluaient à une bonne efficacité de la mésothérapie en cas de ténosynovite.

Concernant les autres thérapeutiques usuelles de la ténosynovite de De Quervain, les infiltrations de corticoïdes sont d'usage fréquent. Aucun travail ne compare les infiltrations de corticoïdes à la mésothérapie. Les infiltrations de corticoïdes apportent des bons résultats dans environ 80-90% des cas ^[12 ; 13 ; 14]. Toutefois, ces injections ne sont pas dénuées de complications. Sawaizumi ^[14], dans une série de 38 poignets infiltrés, rapporte 10% de dépigmentation secondaire, et 7% de d'atrophie du tissu graisseux sous cutané. Ces effets indésirables étaient spontanément régressifs en 6 mois mais ils ne sont pas rencontrés avec la mésothérapie qui n'utilise pas les corticoïdes. Enfin, fait non négligeable, en 1990, Harvey ^[15] souligne que sur les poignets secondairement opérés après une infiltration, 10 sur les 11 sont porteurs d'une ténosynovite de type II avec présence d'un septum inter tendineux. Ceci met en lumière la nécessité de réaliser une échographie afin de diagnostiquer la présence éventuelle de ce septum si on envisage une infiltration de corticoïdes. Ce geste infiltratif devra donc aussi être réalisé sous guidage échoscopique pour être efficace.

Ainsi, notre étude manque de puissance en ne comprenant que quatre patientes. Toutefois, dans une forme exsudative, la ténosynovite de De Quervain semble pouvoir se traiter avec des bons résultats à court terme avec la mésothérapie. La mésothérapie n'engendre pas d'effets indésirables notables, est réalisable dès que le diagnostic est posé et ne nécessite pas de matériel coûteux. A contrario, les infiltrations qui font l'objet de d'avantage de publications requièrent une échographie préalable à la recherche d'un éventuel septum inter tendineux qui imposera une infiltration sélective dans le

compartiment du court extenseur du pouce. L'infiltration fait aussi courir le risque d'atteinte de la branche sensitive du nerf radial. La mésothérapie, en injectant des médicaments micro-dosés dans l'épaisseur du derme s'affranchit des différentes difficultés anatomiques. De ce fait, la mésothérapie peut être proposée au cabinet en première intention au patient, en raison de ses résultats et de sa faisabilité au cabinet une fois le diagnostic posé. Elle est bien tolérée, et ne nécessite pas d'examen complémentaires préalables, contrairement à une infiltration qui nécessite une échographie afin de connaître l'anatomie de la première colonne dorsale (et la présence d'un septum inter tendineux).

B- Sur le questionnaire de perception de la mésothérapie par les patients

Les résultats de l'enquête téléphonique à J45 mettent en lumière la perception très positive qu'ont nos quatre cas pour la mésothérapie. Evidemment, pour les raisons explicitées auparavant, la validité des résultats peut être remise en cause par le maigre échantillon recueilli.

On peut également reprocher certains biais à cette enquête. Notre étude est une étude prospective et d'opinion. Les critères d'évaluation sont totalement subjectifs; la douleur est subjective ainsi que les réponses au questionnaire propres à chaque patient. Le recrutement s'étant fait en consultation, les patientes étaient déjà en confiance avec le médecin, ce qui a pu influencer leur adhésion au protocole et leurs réponses au questionnaires. (Biais de recrutement). Mais elles ont été informées de la formation universitaire non achevée et auraient pu refuser.

Les patientes ayant été appelées par leur médecin pour répondre au questionnaire, leurs réponses ont pu être influencées, même si le médecin leur a rappelé que chacune devait exprimer librement leurs opinions et pouvaient préférer d'autres traitements.

Nous ne leur avons pas fait régler les actes de mésothérapie pour le service rendu afin de réaliser notre étude. L'existence de frais supplémentaires non pris en charge les aurait peut-être freinées à accepter le protocole ou influencé leur jugement.

En dépit de ces limites et biais, aucune patiente n'a exprimé d'appréhension à l'idée de recourir à la mésothérapie bien que 75% d'entre elles ne connaissaient pas la technique.

Leurs attentes étaient d'être soulagées rapidement et de voir disparaître leurs gênes dans leurs activités professionnelles et sportives.

50% ont trouvé la technique désagréable mais non douloureuse. En cela, la tolérance a été jugée bonne, aucune n'a décidé d'arrêter le protocole avant la fin des trois séances. L'acte technique est donc reproductible et acceptable. Cela va donc tout à fait dans le sens des études ENANTOME 1 et 2 présentées lors du premier séminaire de notre enseignement.

Une seule patiente déclare avoir dû attendre plus longtemps avant de voir sa douleur disparaître. Il semble que ce soit la patiente qui a attendu le plus longtemps avant de venir consulter. Ceci laisse penser que la mésothérapie a d'autant plus d'intérêt si elle est proposée au plus tôt.

100% des patientes ont été satisfaites de la méthode, de part la rapidité du geste, sa simplicité, le caractère non agressif. Nos réponses au questionnaire mettent en évidence l'avis positif et la satisfaction des patients envers la mésothérapie. Des enquêtes analogues vont dans le même sens ^[16].

L'observance totale de par ce traitement a aussi été relevée par les patientes, ce qui n'est pas toujours le cas avec la prise de médicaments par os.

Le fait de revenir au bout d'une semaine et d'être réévalué par le médecin est rassurant pour le patient et renforce la relation médecin-malade. Le principe de revenir implique le patient dans sa prise charge car le médecin a besoin de l'interroger et de l'examiner de nouveau; le patient a le sentiment d'être mieux suivi et le médecin a la satisfaction de « soigner » son patient.

VI- Conclusion

La ténosynovite de De Quervain est de physiopathologie bien connue et la pharmacopée utilisée en mésothérapie permet théoriquement de traiter la forme aiguë, exsudative. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'efficacité de la mésothérapie dans une telle ténosynovite d'évolution récente.

Pour cela, nous sommes parvenus à inclure 4 patientes. L'ensemble de la cohorte a répondu favorablement au traitement avec une régression complète des douleurs à J45 d'un protocole constitué de 3 séances réalisées à une semaine d'intervalle. Les résultats tendent à montrer l'efficacité de la thérapeutique étudiée mais ceci est à modérer, eu égard de la faible cohorte. Des études complémentaires avec d'avantage de patients et de recul sont donc nécessaires.

Enfin, notre questionnaire de fin d'enquête révèle la bonne tolérance et la satisfaction des patientes. A l'heure où beaucoup de patients prennent conscience de la toxicité potentielle des médicaments, rapprocher le lieu de traitement du lieu de souffrance semble plus pertinent et répond à leur désir de moins en consommer.

Nous concluons donc, en étant conscients des limites de notre travail, que la mésothérapie est un outil intéressant à proposer en première intention au cabinet à nos patients dans la ténosynovite de De Quervain de forme exsudative. Elle constitue une alternative possible aux infiltrations de corticoïdes et ne nécessite pas de matériel onéreux. La mésothérapie semble donc présenter une certaine efficacité tout en étant appréciée par les patients. Ce travail nous exhorte à poursuivre notre investissement professionnel dans la mésothérapie.

Annexe 1

Questionnaire de fin d'étude aux patients concourant à l'étude

Question 1 : Est-ce que vous connaissiez déjà la mésothérapie ?

Question 2 : Aviez-vous déjà recours à la mésothérapie ?

Question 3 : Quels sont pour vous les résultats de ce traitement ?

Nuls, moyens, bons, excellents

Question 4 : si vous en aviez besoin, auriez-vous de nouveau recours à la mésothérapie ?

Question 5 : recommanderiez-vous ce traitement ?

Question 6 : Avez-vous trouvé la méthode douloureuse ? Contraignante ?

Question 7 : qu'est ce qui vous a motivé à utiliser la mésothérapie? Réponse libre
(Curiosité? peur des effets secondaires des médicaments par voie orale, contre indication à certains traitements, peur des autres traitements, tolérance, faisabilité, rapidité, observance)

Question 8 : Que choisiriez-vous entre 3 séances de mésothérapie à une semaine d'intervalle (bien que non remboursées par l'Assurance Maladie) et une infiltration sous échographie?

BIBLIOGRAPHIE

1. Wolf JM, Sturdivant RX, Owens BD. Incidence of De Quervain's tenosynovitis in a young, active population. J Hand Surg Am 2009 ; 34 :112-5
2. Thomsen L, Le Viet D. ténosynovite de De Quervain. In : Rodineau J, Besch S. Les conflits du membre supérieur. Ed ELSEVIER- MASSON, 2008 : 220-30.
3. Parlier-Cuau C, Vuillemin-Bodaghi V, Roqueplan F, Cussenot O, Laredo J.D. Corrélations radioa-natomiques du premier compartiment des extenseurs du poignet. J Radiol 2005 : 86 (10) :1466
4. Vuillemin – Bodaghi V, Parlier- Cuau C, Morvan G, Mathieu P, Wybier M. Premier compartiment dorsal du poignet : tendons, septum et maladie de De Quervain. In : Actualités en échographie de l'appareil locomoteur (Tome 2) ; 2005 : 147-159
5. Seror P. Syndrome du canal carpien de la grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997 ; 26 : 148-53
6. Brunelli G. Le test de Finkelstein contre le test de Brunelli dans la ténosynovite de De Quervain. Chir Main 2003 ; 22 :43-45.
7. Sans N, Lapègue F. Echographie musculosquelettique. Editions Masson ; 2009.
8. Goel R, Abzug JM, De Quervain's tenosynovitis. Hand (2015) 10 : 1-5
9. Lapègue, F., André, A., Pasquier Bernachot, E. et al. Eur Radiol (2018). <https://doi.org/10.1007/s00330-018-5387-1>
10. Laurens D. Ténosynovite de De Quervain et mésothérapie. In: La revue de mésothérapie (2016); 154: 28-9.
11. Laurens D., Bonnet C., Borg P.L., Marijnen P., Salato P. Ténosynovite du long biceps dans la coulisse bicipitale. Enquête épidémiologique descriptive. A propos de 44 cas. In: La Revue de mésothérapie (1993); 117; 16-20.
12. Goel R.; Abzug J.M. De Quervain's tenosynovitis: a review of the rehabilitative options. Hand (2015) 10: 1-5
13. Peters-Veluthamaningal C.; Winters J.C; Groenier K.H., Meyboom-deJong B. Randomised controlled trial of local corticosteroid injections for de Quervain's tenosynovitis in general practice. BMC Musculoskeletal Disorders 2009, 10: 131.
14. Sawaizumi T.; Nanno M.; Ito H. De Quervain's disease: efficacy of intra-sheath triamcinolone. International Orthopaedics (SICOT) (2007) 31: 265-268.
15. Harvey F.J.; Harvey PM; Horsley MW. De Quervain's disease: surgical or nonsurgical treatment. J Hand Surg Am. 1990 Jan; 15 (1): 83-7.
16. Bénétou-Patouillard B.; Rau L. Découverte et évaluation de la mésothérapie par les patients en cabinet de ville, dans le cadre de la prise en charge de pathologies musculosquelettiques. La revue de mésothérapie (2015) 151: 16-20