

Faculté de Médecine de la Pitié Salpêtrière – Université Paris VI

Dr BINET-WOLFF Isabelle

Évaluation d'un traitement par mésothérapie du  
syndrome de Tietze

A propos de 3 cas

Mémoire pour l'obtention du Diplôme Inter-Universitaire de Mésothérapie  
Sous la direction de Monsieur le Docteur Jean-Marc PIUMI

Année universitaire 2021-2022

## REMERCIEMENTS

Merci au Docteur Jean-Marc PIUMI qui m'a incitée à suivre cette pratique médicale, de m'avoir reçue comme stagiaire lors de son activité professionnelle, d'avoir si bien encadré cet enseignement théorique et pratique, et ce mémoire en particulier.

Merci au Dr PIUMI Jean-Marc, au Dr PUJOL Vincent, au Dr SIFFERMANN Luc et au Dr MOUGEL Eric de m'avoir reçue comme stagiaire lors de leur activité professionnelle.

Merci à mon mari pour son soutien de toujours.

## SOMMAIRE

## Table des matières

<b>I.</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>II.</b>	<b>Rappels sémiologiques : le syndrome de Tietze.....</b>	<b>6</b>
<b>A.</b>	<b>Rappels historiques.....</b>	<b>6</b>
<b>B.</b>	<b>Étiologie et épidémiologie.....</b>	<b>6</b>
<b>C.</b>	<b>Physiopathologie .....</b>	<b>6</b>
<b>D.</b>	<b>Histopathologie.....</b>	<b>7</b>
<b>E.</b>	<b>Examen clinique.....</b>	<b>7</b>
<b>F.</b>	<b>Bilans complémentaires .....</b>	<b>8</b>
<b>G.</b>	<b>Diagnostic différentiel.....</b>	<b>9</b>
<b>H.</b>	<b>Traitement / Gestion.....</b>	<b>10</b>
<b>I.</b>	<b>Pronostic et complications .....</b>	<b>11</b>
<b>III.</b>	<b>Notre expérience/ Matériel/ Méthode.....</b>	<b>12</b>
<b>A.</b>	<b>Matériel.....</b>	<b>12</b>
1.	Critères d'inclusion et de non inclusion des dossiers.....	12
2.	Population étudiée.....	12
<b>B.</b>	<b>Méthodes/ Protocole d'investigation clinique.....</b>	<b>12</b>
1.	Fiche d'observation (support sémiologie).....	12
2.	Thérapeutique en mésothérapie.....	13
<b>IV.</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>18</b>
<b>A.</b>	<b>Présentation clinique des patientes .....</b>	<b>18</b>
<b>B.</b>	<b>Thérapeutiques et EVA.....</b>	<b>18</b>
1.	J1 : 1 <sup>ère</sup> séance de mésothérapie.....	18
2.	J8 : la deuxième consultation 7 jours après la première séance.....	18
3.	J15 : la troisième consultation 7 jours après la deuxième séance .....	18
4.	J30 : la quatrième consultation 14 jours après la troisième séance.....	19
5.	Résumé de l'évolution de l'EVA .....	19
<b>C.</b>	<b>Tolérance .....</b>	<b>20</b>
<b>V.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>22</b>
<b>A.</b>	<b>Synthèse .....</b>	<b>22</b>
<b>B.</b>	<b>Pourquoi cette efficacité ?.....</b>	<b>23</b>
<b>C.</b>	<b>Produits utilisés .....</b>	<b>23</b>
<b>D.</b>	<b>Techniques utilisées .....</b>	<b>23</b>
1.	IED .....	23
2.	IHD.....	24
<b>E.</b>	<b>Fréquence des injections.....</b>	<b>24</b>
<b>F.</b>	<b>Comparaison aux études .....</b>	<b>24</b>

<b>VI.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>26</b>
<b>VII.</b>	<b>Bibliographie .....</b>	<b>27</b>
<b>VIII.</b>	<b>Annexe .....</b>	<b>29</b>

## I. Introduction

Le syndrome de Tietze (également appelé syndrome de la jonction costochondrale ou chondropathia tuberosa) est une maladie inflammatoire rare et bénigne caractérisée par une douleur thoracique et un gonflement à la jonction costochondrale [1]. C'est une cause atypique de douleur thoracique antérieure caractérisée par une sensibilité localisée et une tuméfaction non suppurée, généralement associée unilatéralement aux 2e ou 3e cartilages costaux.

Ce syndrome est le plus souvent associé à une infection des voies respiratoires. La cause en est inconnue et l'évolution est variable. Le régime alimentaire n'a rien à voir avec son apparition. Les traumatismes, la syphilis et la tuberculose ne sont pas en cause.

Cette affection est bénigne et spontanément résolutive, la plupart des patients ressentant un soulagement complet de la douleur et de l'enflure en quelques semaines à quelques mois tout en utilisant des modalités de traitement symptomatique conservatrices.

Cette étude passe en revue l'évaluation et le traitement du syndrome de Tietze et met en évidence le rôle de l'équipe de soins dans la prise en charge des patients atteints de cette maladie.

## II. Rappels sémiologiques : le syndrome de Tietze

### A. Rappels historiques

Le syndrome de Tietze a été décrit pour la première fois en 1921 par le chirurgien allemand Alexander Tietze. Il a constaté quatre cas en Allemagne dans la période immédiate de l'après-guerre, à savoir un homme et trois femmes, de 28 à 50 ans. Il décrit un gonflement du cartilage des côtes, d'étiologie inconnue, de début insidieux, spontanément douloureux, non associé avec des perturbations constitutionnelles et d'évolution prolongée et fluctuante. Les douleurs sont aggravées par la toux, les éternuements, la respiration profonde, ou se moucher, se lever, se plier, les mouvements de torsion. Par ailleurs, incapacité à trouver une position confortable dans le lit ou s'allonger sur le côté affecté, réveil avec douleur en se tournant pour sortir du lit.

### B. Étiologie et épidémiologie

L'étiologie exacte du syndrome de Tietze n'est pas claire. Certaines études ont postulé que de multiples microtraumatismes du muscle pectoral (R. Davices-Colley en 1927) ou la malnutrition pourraient déclencher le développement du syndrome de Tietze. Il peut survenir plus fréquemment dans certaines conditions, telles que le rhumatisme psoriasique. Parfois, le développement du trouble peut être précédé d'une toux chronique et excessive, de vomissements, d'un traumatisme ou d'un impact sur la poitrine, d'infections virales ou bactériennes (Gill, Jones et Pollack en 1942 [18]), ou d'une intervention chirurgicale dans la région thoracique [2][3][11] ou lombaire en position couchée [17].

Cependant, l'étiologie reste encore inconnue [16].

La prévalence et l'incidence précises du syndrome de Tietze sont inconnues.

### C. Physiopathologie

Le syndrome de Tietze est décrit comme une masse localisée, douloureuse, gonflée et non pustuleuse, généralement sans rubor ni érythème. Elle est le plus souvent associée au cartilage des côtes deux ou trois et contenue d'un côté chez environ 70 % des patients, bien qu'elle ait été identifiée au niveau des articulations sternoclaviculaire et xiphisternale.[6]

Les symptômes sont souvent spontanément résolutifs, mais des récurrences du syndrome de Tietze sont possibles.

#### **D. Histopathologie**

L'histologie du cartilage « montre un tissu cartilagineux, dans un arrangement irrégulier suggérant une néoplasie, mais sans aucun signe de malignité, et montrant des zones de rapiéçage de dépôt de calcium et de dissolution à l'intérieur des fibres ». Il n'y a aucun signe d'inflammation sur un examen au microscope.

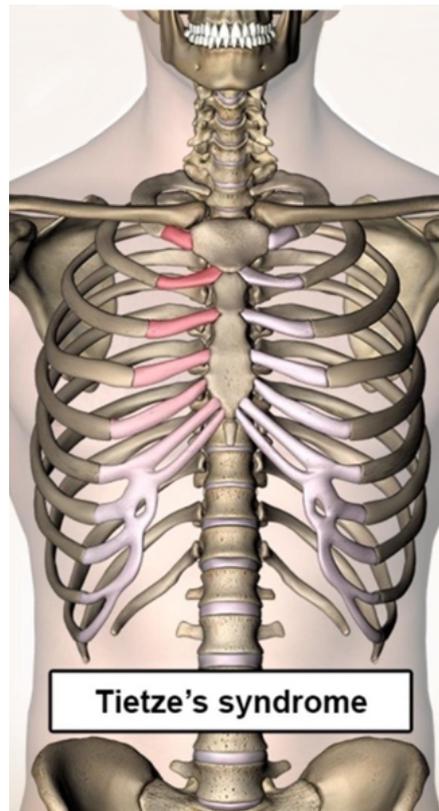
Il existe une hyperplasie du cartilage, dont certains sont des fibrocartilages. Certaines zones présentent une métaplasie du cartilage avec une formation osseuse précoce, d'autres une augmentation de la vascularisation, et dans d'autres zones des calcifications.

Le périchondre est épaissi par une augmentation du tissu fibreux. Quelques zones suggèrent la formation d'un cal atypique. [11]

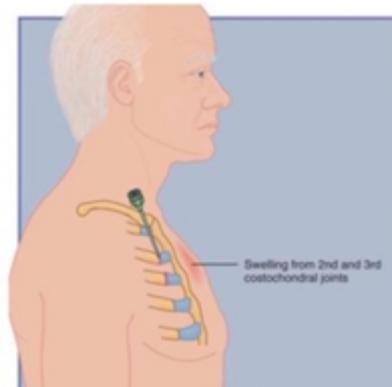
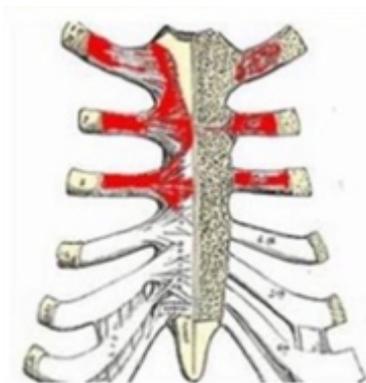
L'histopathologie du cartilage costal se caractérise par une vascularisation accrue et une hypertrophie du cartilage périphérique, ce qui indique qu'il y a une prolifération. Le périchondre ne semble pas affecté. D'autres découvertes incluent des fentes contenant des mucopolysaccharides qui peuvent subir une calcification.[7]

#### **E. Examen clinique**

Les patients se plaignent généralement de douleurs thoraciques aiguës sans antécédents de traumatisme. En raison de la population plus jeune dans laquelle le syndrome de Tietze a tendance à survenir, il n'est pas rare que les patients soient par ailleurs en bonne santé. La douleur est vive et lancinante sur la zone enflée et peut irradier vers l'épaule et le bras proximal. La chaleur et l'érythème ne sont généralement pas associés au gonflement. L'inconfort du patient peut être aggravé par le mouvement du bras ipsilatéral, le mouvement du torse, la toux, les éternuements et la respiration profonde.[2]



[14]



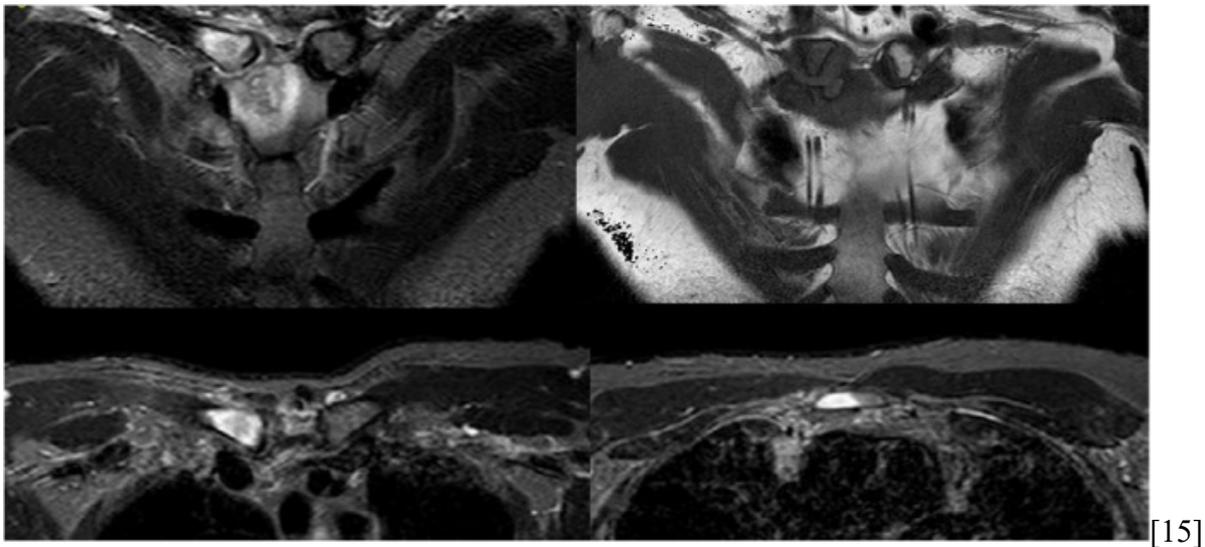
Les examens cardiaques, pulmonaires et neurologiques sont généralement bénins en lien avec le syndrome de Tietze, et tout problème cardio-pulmonaire sous-jacent découvert lors de l'examen doit faire l'objet d'une attention particulière.

## F. Bilans complémentaires

Le syndrome de Tietze est un diagnostic d'exclusion après un bilan approfondi des maladies potentiellement d'une certaine gravité ou plus courantes.

1. L'échographie s'est avérée être la modalité la plus efficace pour aider au diagnostic du syndrome de Tietze, car elle peut rapidement mettre en évidence un gonflement des tissus mous au site de l'inflammation.

2. Un autre outil de diagnostic utile, bien que non spécifique, est la résonance magnétique nucléaire (IRM), qui identifie avec précision les altérations du tissu adipeux et de la moelle osseuse voisines dues à l'inflammation. Ces changements inflammatoires peuvent entraîner une compression et un rétrécissement de l'articulation touchée.[2]



[15]

Les radiographies sont généralement lues comme normales,

3. La tomographie par émission de positons CT-fluorodésoxyglucose (PET/CT-FDG) permet de visualiser l'activité hypermétabolique au niveau de l'articulation symptomatique avec une calcification dense [9][10]. Ce type d'imagerie, bien que peu utilisé à l'heure actuelle, pourrait, à l'avenir, devenir un outil régulier dans le bilan du syndrome de Tietze.

### G. Diagnostic différentiel

En tant que diagnostic d'exclusion, il est essentiel lors de la présentation initiale d'une douleur thoracique aiguë qu'un diagnostic différentiel large soit envisagé.

Le syndrome de Tietze est avant tout un diagnostic clinique. Cependant, il est le plus souvent diagnostiqué à tort comme une costochondrite, car cette dernière se présente également

comme une douleur de la paroi thoracique antérieure qui se reproduit à la palpation aux jonctions sternochondrale et costochondrale. Il est important de la discerner du syndrome de Tietze. Le premier est plus fréquent et touche les personnes de plus de 40 ans. Elle affecte plus d'une jonction costochondrale (en particulier de la deuxième à la cinquième) et le gonflement local est absent. La seconde est rare et frappe les individus plus jeunes. Elle affecte une jonction costochondrale (la deuxième ou la troisième chez environ 70 % des patients), jointe à un gonflement local. Il est également rapporté que les femmes sont diagnostiquées avec la maladie plus souvent que les hommes par un rapport de 2:1. L'échographie ne montrera pas de résultats significatifs avec la costochondrite, alors que l'échographie est un pilier pour aider un diagnostic du syndrome de Tietze. [15]

D'autres pathologies sont aussi à exclure : le syndrome coronarien aigu, la crise hypertensive, les processus inflammatoires ou les infections des poumons et de la plèvre qui l'accompagne, les tumeurs malignes, les fractures thoraciques associées à un traumatisme, la polyarthrite rhumatoïde ou pyogène, le reflux gastro-œsophagien ou les troubles psychogènes.[2] [5]

Un bilan biologique et un ECG sont intéressants à réaliser dans ce contexte.

## **H. Traitement / Gestion**

La prise en charge médicale de première intention repose sur des agents anti-inflammatoires et analgésiques oraux ou topiques. Néanmoins, il peut être résistant aux anti-inflammatoires et à la kinésithérapie. [12]

D'autres traitements sont possibles et peuvent améliorer les symptômes : une injection ciblée d'anesthésique local comme la lidocaïne, de stéroïde ou des deux au site de gonflement maximal, qui doit être visualisé par échographie. [13]

Par ailleurs, les patients doivent être avisés d'éviter toute activité intense pendant 1 à 2 semaines, car cela est susceptible d'exacerber leur inconfort et éventuellement de retarder la résolution de leurs symptômes. Les prestataires doivent suivre ces patients de près s'ils craignent une aggravation des symptômes ou une augmentation de l'enflure.

## I. Pronostic et complications

Le syndrome de Tietze est une maladie spontanément résolutive de bon pronostic. La plupart des patients rapportent une résolution complète des symptômes en 1 à 2 semaines avec une prise en charge conservatrice, mais des cas de gonflement caractéristique ont duré jusqu'à un an. Des récurrences sont également possibles.

Il n'y a généralement pas de complications directes associées au syndrome de Tietze. Rarement des réactions médicamenteuses et des effets secondaires des médicaments et des cicatrices peuvent survenir.

Une intervention chirurgicale peut être envisagée exceptionnellement lorsque toutes les autres alternatives thérapeutiques n'ont pas montré une antalgie suffisante.

### **III. Notre expérience/ Matériel/ Méthode**

#### **A. Matériel**

##### **1. Critères d'inclusion et de non inclusion des dossiers**

Les patients hommes ou femmes (non enceintes) âgés de 18 ans ou plus, se présentant en consultation de médecine générale avec une demande de prise en charge des douleurs liées au syndrome de Tietze.

Nous proposons alors un traitement par mésothérapie en vue d'une meilleure tolérance et d'une meilleure efficacité sur les douleurs.

La première consultation fera l'objet d'un interrogatoire avec rédaction d'un dossier médical, d'un examen clinique complet. Des examens complémentaires sont prescrits, à savoir une analyse de sang avec notamment les marqueurs cardiaques, un ECG, et une radiographie du thorax afin d'éliminer des pathologies autres.

Nous vérifions également l'absence de réaction allergique connue, aux produits injectables utilisés dans notre protocole thérapeutique, à savoir la calcitonine, la procaine et le soluvit.

##### **2. Population étudiée**

Notre population comprend 0 hommes et 3 femmes, âgées de 40 à 65 ans.

La moyenne d'âge est de 55 ans et 4 mois.

L'ancienneté des symptômes, évaluée rétrospectivement par les patients lors de l'interrogatoire de la première consultation, est de 24 à 72 mois, soit une moyenne de 44 mois.

#### **B. Méthodes/ Protocole d'investigation clinique**

##### **1. Fiche d'observation (support sémiologie)**

Une fois le patient ou la patiente sélectionné(e), et après élaboration du dossier, nous remplissons une fiche patient, pour laquelle nous saisissons les informations suivantes : l'âge, le sexe, l'ancienneté des symptômes cliniques pour lesquels le patient vient consulter ; puis

après l'examen clinique général, un tableau analytique récapitulatif, dans lequel on reporte à chaque consultation :

- J1 : première consultation
  - Historique de la maladie et élaboration du dossier médical. Prescription des examens complémentaires et des médicaments nécessaires pour la mésothérapie
- J8 : deuxième consultation
  - Prise de connaissance des examens complémentaires
  - Première séance de mésothérapie
- J15 : troisième consultation
  - Évaluation de l'efficacité de la première séance
  - Deuxième séance de mésothérapie
- J30 : quatrième consultation
  - Évaluation de l'efficacité de la première séance
  - Deuxième séance de mésothérapie

Nous évaluons à chaque séance

- L'Évaluation Visuelle Analogique (EVA) de la douleur ressentie par le patient
- La présence ou non de traitement antalgique associé
- La tolérance du traitement par mésothérapie après chaque séance
- D'autres observations intéressantes relatées par le patient au cours du traitement

*(Cf Annexe « Fiche d'Observation clinique »)*

## 2. Thérapeutique en mésothérapie

### a) Séquence utilisée, fréquence des injections

Nous utilisons dans cette enquête le schéma thérapeutique suivant :

- Première consultation : temps de diagnostic et diagnostic différentiel avec interrogatoire, antécédents, histoire de la maladie, examen clinique, prescription des examens complémentaires, présentation au patient de la mésothérapie, rédaction d'une ordonnance contenant le matériel (seringues et aiguilles) et les médicaments injectables nécessaires au traitement.

- Deuxième consultation : première séance d'injections = J1
  - o NB : il est demandé au patient, dès la première séance effectuée, de diminuer les antalgiques
- Troisième consultation : deuxième séance d'injections = J8 (7 jours après J1)
- Quatrième consultation : troisième séance d'injections = J15 (7 jours après J8)  
(Fenêtre thérapeutique de 15 jours)
- Cinquième consultation : quatrième séance d'injections = J30 (15 jours après J15)

*b) Produits et mélanges utilisés*

Pour les quatre séances (J1, J8, J15, J30), un mélange identique est proposé :

En Aigü

ZOFORA 2cc

MÉSOCAÏNE 2 cc

CALCITONINE DE SAUMON Ethypharm 100 UI 1cc

En Chronique

CALCITONINE DE SAUMON 100 UI Ethypharm 2cc

PROCAÏNE 2% 2cc

SOLUVIT 2cc

*c) Points d'injection*

Les traitements sont appliqués sur les points douloureux et sur toute la zone de projection des douleurs.

d) *Technique utilisée/ profondeur d'injection*

○ La mésothérapie épidermique (IED/ PERRIN)

Il s'agit d'une technique thérapeutique d'injections loco-régionales, non douloureuses et non sanglantes intra-épidermique à 1 mm de profondeur (pas de franchissement de la membrane basale), avec un très grand nombre de points (interface méso importante) de substances allopathiques micro-dosées qui sont ainsi utiles et bien tolérées, sur les points douloureux.

Elle se pratique avec une aiguille de 13 mm de longueur et de 0,3 mm de diamètre, appliquée tangentiellement à la peau, biseau dirigé vers le haut, en exerçant sur le piston une pression d'environ 40g.

La seringue à embout excentré incliné à 15° par rapport à la peau.

Le praticien réalise des stries ou des microsillons très superficielles, dans la couche cornée, de manière parallèle, voire croisées ou serrées.

Cette méthode est utilisée sur les zones de projection de la douleur.

○ IntraHypoDermique IHD : Point par point (PISTOR)

C'est la technique la plus ancienne, pratiquée dès l'origine de la mésothérapie du Docteur PISTOR.

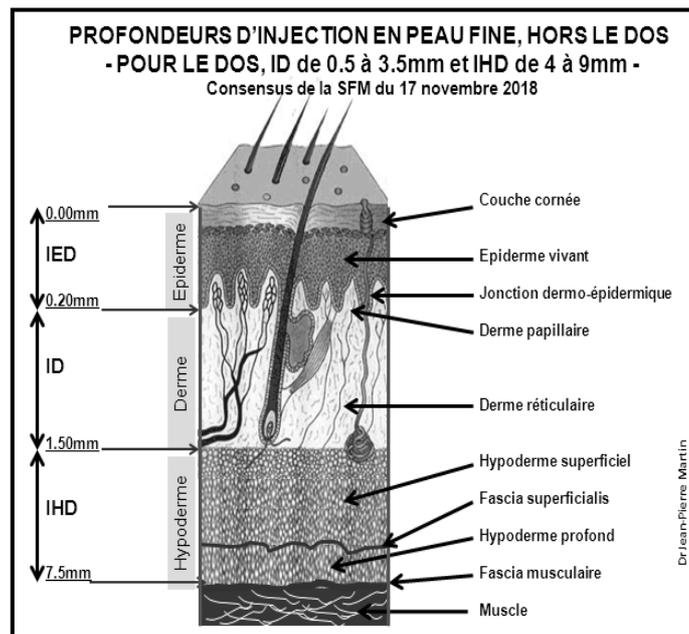
On utilisera une aiguille de 4 mm / 0,4 (0,3), avec le principe : « Je pique, j'injecte, je retire ».

C'est une technique dite profonde car le plus souvent en Intra Dermique Profonde : en Intra Hypodermique : IHD .

C'est une technique qui présente l'avantage de traiter des points douloureux précis, décrits par le patient ou retrouvés à l'examen.

C'est une méthode réalisée sur les points douloureux.

On réalise la plupart du temps les techniques superficielles et profondes, réalisant ainsi une technique mixte.



e) *Matériel utilisé*

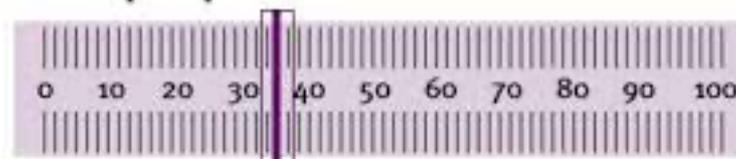
Une réglette à E.V.A. (Échelle Visuelle Analogique) :

- du côté patient : une échelle visuelle avec un curseur fluctuant de « Aucune douleur » à « La pire douleur imaginable »
- du côté praticien : une échelle numérique graduée de 0 à 100 parallèlement à la précédente

Face présentée au patient



Face vue par le praticien



Dans ce protocole, toutes les injections sont effectuées à la main (pas d'injecteur mécanique).

Les aiguilles de 13 mm/0,3 mm et 4 mm/0,35 mm montées sur des seringues de 5 ml à embouts excentrées sont prescrites par le médecin et délivrées par le pharmacien sur présentation de l'ordonnance (Kit Mixte).

Le patient amène son matériel avec lequel les injections sont réalisées. Ce matériel à usage unique est jeté dans des conteneurs prévus à cet effet, en fin de séance, sous les yeux du patient. Ceci confère une sécurité quant aux mesures de préventions contre d'éventuelles infections transmises par voie sanguine.

Il en est de même pour les ampoules de type mono dose, à usage unique et jetables après chaque utilisation pour chaque patient.

#### *f) Rappels d'asepsie et mesures de sécurité*

Il est conseillé au patient de s'abstenir de prendre des AINS avant et après chaque séance (un saignement serait plus important avec ce type de traitement), ainsi que l'usage de crème ou de pommade (majoration du risque infectieux, diminution de l'efficacité suite à un contact épidermique moins réceptif).

La paillasse servant à préparer les seringues, les aiguilles et les mélanges, est propre et libre de tout élément pouvant contaminer les préparations. Cet endroit « aseptique » est respecté et séparé des milieux plus exposés aux agents contaminants, où sont exposés les appareils servant aux autres pratiques médicales (tel le spéculum auriculaire, sthétoscopes, tensiomètre...).

La peau du patient est désinfectée avec la chlorhexidine (Biseptine).

Le praticien désinfecte ses mains à l'aide d'une solution antiseptique, à préférer au lavage de mains au savon et à l'eau. Puis il porte des gants à usage unique.

## IV. Résultats

### A. Présentation clinique des patientes

Cas clinique 1 : Mme S., 65 ans présente un syndrome de Tietze depuis 6 ans. Traitement occasionnel par AINS.

Cas clinique 2 : Mme SE., 40 ans présente un syndrome de Tietze depuis 2 ans. Traitement occasionnel par AINS.

Cas clinique 3 : Mme M., 61 ans, syndrome de Tietze 3<sup>e</sup> côte gauche, évoluant depuis 3 ans. Antécédents de fibromyalgie, insuffisance respiratoire, infarctus du myocarde.

### B. Thérapeutiques et EVA

#### 1. J1 : 1<sup>ère</sup> séance de mésothérapie

EVA moyenne est de 8,3 avant toute prise en charge par mésothérapie.

#### 2. J8 : la deuxième consultation 7 jours après la première séance

EVA moyenne passe de 8,3 à 6,3.

Un tiers des patientes a arrêté son traitement antalgique.

Un tiers des patientes a diminué partiellement les traitements antalgiques (lyrica).

Un tiers des patientes n'a pas changé son traitement.

#### 3. J15 : la troisième consultation 7 jours après la deuxième séance

EVA moyenne passe de 6,3 à 5,3.

Deux tiers des patientes n'ont pas changé les traitements : une des patientes a conservé son AINS, et l'autre patiente n'a pas repris de traitement.

Un tiers des patientes a majoré son traitement antalgiques (ixprim).

#### 4. J30 : la quatrième consultation 14 jours après la troisième séance

EVA moyenne passe de 5,3 à 3,6.

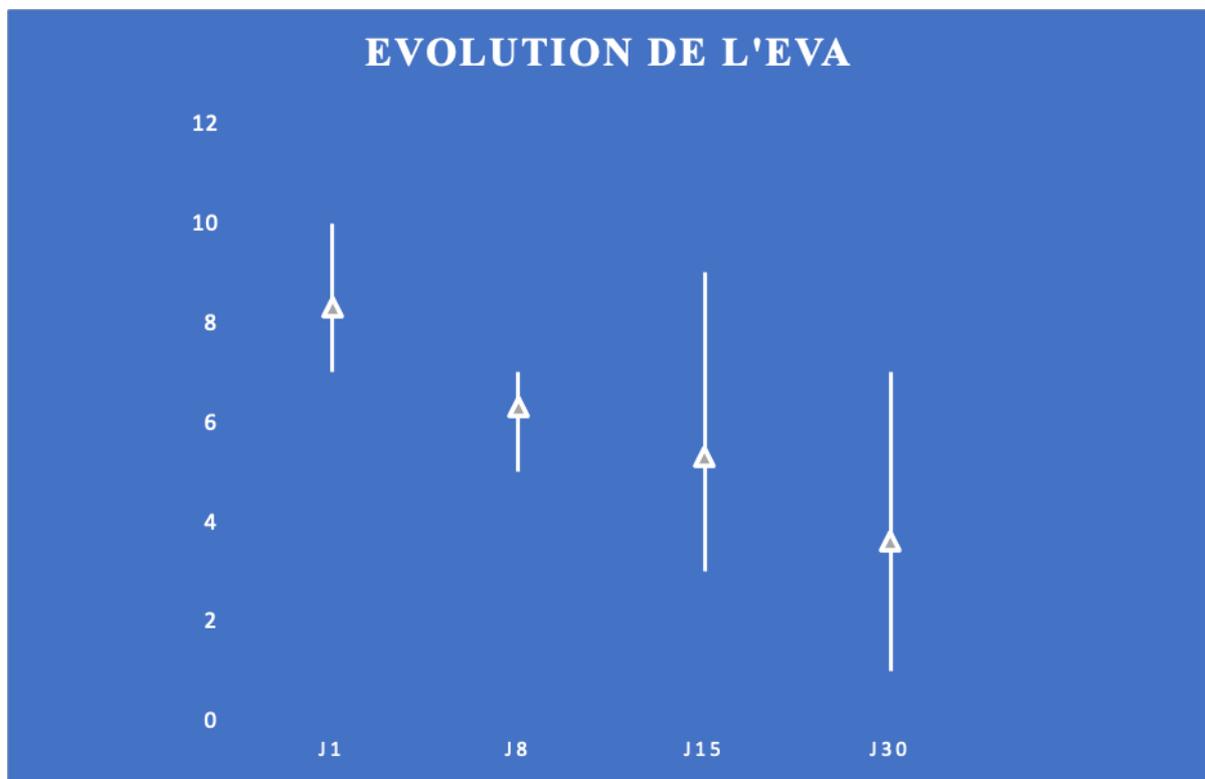
Un tiers des patientes n'a pas changé de traitement car arrêté.

Un tiers des patientes a arrêté son traitement antalgique à base d'aspirine.

Un tiers des patientes a majoré son traitement antalgique à base de fentanyl.

Observations : La patiente sous patch de morphiniques a diminué son patch de fentanyl de 125 à 112 mcg/H à J45, puis elle a de nouveau regressé son patch de fentanyl de 112 à 100 mcg/H à J75. Par ailleurs, diminution de la consommation de tabac chez cette même patiente.

#### 5. Résumé de l'évolution de l'EVA



### C. Tolérance

La tolérance générale, selon les patientes de la série est très bonne.

Quelques nausées liées à la calcitonine ont été notées pour une des trois patientes lors de la première séance. Cependant, ces symptômes n'ont pas été réitérés lors des séances suivantes.

De plus, il n'a pas été observé d'allergie, ni d'infection.

Tableau récapitulatif des résultats

CONSULTATIONS	EVA	TOLÉRANCE	TRAITEMENTS
			ANTALGSIQUES ASSOCIÉS
J1	7		Biprofenid
	8		Aspirine
	10		Lyrica 150 mg
			Fentanyl 112 µg/H Doliprane 3g/J Acupan 4 amp/J
J8	5	Excellente	Aucun
	7	Quelques nausées	Aspirine
	7	Excellente	Arrêt du lyrica et du nordaz
J15	3	Excellente	Aucun
	4	Bonne	Aspirine
	9	Excellente	Ajout ixprim
J30 - BILAN	1	Excellente	Aucun
	3	Bonne	Aucun
	7	Excellente	Majoration Fentanyl de 112 à 125 µg/H

	Patiente 1
	Patiente 2
	Patiente 3

## V. Discussion

### A. Synthèse

Le syndrome de Tietze étant une pathologie rare, cela explique le faible nombre de patients inclus dans cette étude.

Le traitement par mésothérapie du syndrome de Tietze paraît être une bonne alternative des traitements antalgiques per os tels que AINS et autres thérapeutiques.

Dans notre série, il existe une efficacité majeure du traitement sur la douleur, progressivement et au fur et à mesure des consultations : l'EVA moyenne passe de 8,3 à J1 à 3,6 à J30. Par conséquent, les patients ressentent une meilleure qualité de vie. Le sommeil est également amélioré.

Ce traitement par mésothérapie est très bien toléré : excellente pour deux tiers des patientes et bonne pour un tiers de celles-ci.

Un tiers des patientes a présenté quelques nausées après la première consultation, chose qui ne s'est pas reproduite ultérieurement.

Aucune complication telle infection ou allergie n'a été notée.

Celui-là a permis de diminuer les traitements de toutes les patientes. Une patiente, soit un tiers des patientes a initialement majoré ses traitements antalgiques par morphiniques à J30, après avoir pu arrêter le lyrica 150 mg.

Cependant, cette dernière a pu décroître ce traitement lourd, petit à petit, afin d'arriver à une posologie inférieure à celle de départ. Cette patiente a pu gagner significativement en qualité de vie suite à ce changement de traitement.

Ainsi, la mésothérapie semble une bonne alternative par rapport au traitement classique par AINS pour le syndrome de Tietze.

## **B. Pourquoi cette efficacité ?**

Expliquer les produits utilisés et les différentes techniques permet une bonne adhésion des patients à cette thérapeutique.

## **C. Produits utilisés**

Les thérapeutiques utilisées dans notre protocole semblent particulièrement adaptés au syndrome de Tietze. Le protocole utilisé pour les trois patients a finalement été le même, dans la mesure où il s'agissait pour toutes de phase chronique

- Calcitonine de saumon : pour son effet antalgique, son action vasomotrice.

Cependant, la désinfection à la biseptine doit être évitée car cette dernière inhibe l'efficacité de la calcitonine.

- Procaïne : pour son effet anesthésiant, mais aussi vectoriel en potentialisant la diffusion et ainsi l'efficacité.

- Soluvit : complexe multivitaminiques (vitamines B1, B2, B5, B6, B8, B9, B12, PP, C) ; il possède de puissantes vertus antiradicalaires avec notamment une efficacité redoutable sur les troubles dégénératifs et trophiques.

## **D. Techniques utilisées**

### **1. IED**

L'avantage de cette technique est d'être indolore. Par ailleurs, elle permet d'atteindre toutes les surfaces douloureuses afin d'être actif sur la plupart des vaisseaux.

Par ailleurs, cette technique évite la plupart des effets indésirables et permet aux produits de se diffuser lentement mais de manière prolongée.

## 2. IHD

Cette technique permet d'obtenir des résultats très rapides, en l'espace de quelques minutes, mais de manière assez brève.

### E. Fréquence des injections

Dans cette enquête épidémiologique descriptive, les injections se font par série de quatre séances, à J1, J8, J15 et J30.

Comme dans tout traitement par mésothérapie, lors de la quatrième consultation à J30, il faut s'accorder un temps de réflexion pour évaluer l'efficacité de sa thérapeutique : en cas de non amélioration ou insuffisamment significative sur l'évolution de la symptomatologie douloureuse, il faut savoir remettre son diagnostic en cause. Il faut alors évoquer les diagnostics différentiels pour lesquels les traitements ici utilisés ne pourraient être efficaces.

Par ailleurs, tout patient ne peut être réceptif à la mésothérapie. Par conséquent, il n'est pas nécessaire de prolonger les séances de mésothérapie en cas d'inefficacité, même si le bon diagnostic a bien été posé.

Néanmoins, il est important de proposer après la séance de J30, une consultation régulière tous les 15 jours à tous les mois, en fonction de l'évolution. Cette étude a mis en évidence une régression de la nécessité des traitements par morphiniques, mais uniquement à partir de J75.

### F. Comparaison aux études

Nous avons recherché des études analysant l'efficacité de la mésothérapie sur le syndrome de Tietze et versus allopathie, tout comme l'efficacité des AINS sur le syndrome de Tietze. A ce jour, il n'y a malheureusement pas de revue comparative.

Nous ne pourrions par conséquent pas apporter de chiffres exacts quant à ces derniers points.

Dans notre étude, deux tiers des patientes présentaient des AINS avant la prise en charge par mésothérapie. L'EVA était alors de 7 et 8. Les effets indésirables et en particulier gastriques, ne sont cependant pas négligeables. La prise en charge par mésothérapie permet donc une

efficacité aussi efficace voire davantage. Cependant, celui-ci ne génère pas d'effet indésirable, en particulier au niveau de l'estomac.

## VI. Conclusion

Le point le plus important concernant le syndrome de Tietze est qu'il s'agit d'une maladie bénigne et non mortelle. Pour réduire l'inconfort physique, l'angoisse mentale, la perte de temps et les dépenses du patient, les praticiens doivent être conscients de la présentation clinique, identifier l'affection, effectuer un examen approfondi de tout trouble aigu potentiellement grave qui pourrait être possible. Il convient d'informer les patients à ce sujet, condition pour les rassurer sur cette pathologie généralement bénigne et autolimitée [5]. La communication entre les médecins est un élément clé pour établir un diagnostic approprié et opportun.

L'objet de cette étude a été de démontrer l'efficacité du traitement par mésothérapie dans cette prise en charge par le généraliste.

La diminution des douleurs, évaluée par l'EVA, est un paramètre déterminant. Ce dernier est ainsi passé dans notre analyse de 8,3 à J1 à 3,6 à J30. Tous les patients ont pu diminuer leurs traitements antalgiques (AINS pour la plupart), avec une très bonne tolérance et sans effet indésirable. Ainsi, les effets indésirables des traitements per os, dont notamment gastriques, ont pu être évités.

Par conséquent, la mésothérapie apparaît comme une prise en charge optimale dans le syndrome de Tietze.

Cependant, un plus grand nombre d'observations nous serait néanmoins nécessaire pour valider cette enquête.

## VII. Bibliographie

- [1]. Wise CM, Semble EL, Dalton CB. Musculoskeletal chest wall syndromes in patients with noncardiac chest pain: a study of 100 patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 1992 Feb;73(2):147-9. [PubMed]
- [2]. Rokicki W, Rokicki M, Rydel M. What do we know about Tietze's syndrome? *Kardiochir Torakochirurgia Pol.* 2018 Sep;15(3):180-182. [PMC free article] [PubMed]
- [3]. Gregory PL, Biswas AC, Batt ME. Musculoskeletal problems of the chest wall in athletes. *Sports Med.* 2002;32(4):235-50. [PubMed]
- [4]. Fam AG, Smythe HA. Musculoskeletal chest wall pain. *CMAJ.* 1985 Sep 01;133(5):379-89. [PMC free article] [PubMed]
- [5]. Sawada K, Ihoriya H, Yamada T, Yumoto T, Tsukahara K, Osako T, Naito H, Nakao A. A patient presenting painful chest wall swelling: Tietze syndrome. *World J Emerg Med.* 2019;10(2):122-124. [PMC free article] [PubMed]
- [6]. Do W, Baik J, Kim ES, Lee EA, Yoo B, Kim HK. Atypical Tietze's Syndrome Misdiagnosed as Atypical Chest Pain: Letter to the Editor. *Pain Med.* 2018 Apr 01;19(4):813-815. [PubMed]
- [7]. Cameron HU, Fornasier VL. Tietze's disease. *J Clin Pathol.* 1974 Dec;27(12):960-2.[PMC free article] [PubMed]
- [8]. Honda N, Machida K, Mamiya T, Takahashi T, Takishima T, Hasegawa N, Kamano T, Hashimoto M, Ohno K, Itoyama S. Scintigraphic and CT findings of Tietze's syndrome: report of a case and review of the literature. *Clin Nucl Med.* 1989 Aug;14(8):606- [PubMed]
- [9]. Doudouh A, Benameur Y, Oueriagli SN, Ait Sahel O, Biyi A. A case of Tietze's syndrome visualized on PET/CT-FDG. *Nucl Med Rev Cent East Eur.* 2019;22(2):88-89. [PubMed]
- [10]. Oh JH, Park SB, Oh HC. 18F-FDG PET/CT and Bone Scintigraphy Findings in Tietze Syndrome. *Clin Nucl Med.* 2018 Nov;43(11):832-834. [PubMed]
- [11]. *Can Med Assoc J.* 1945 Déc ; 53(6) : 571-573 Tietze's syndrome

- [12]. Br Med J. Tietze's syndrome. 1977 Nov 26; 2(6099): 1417.
- [13]. C W McKean, M Härkönen. Tietze's syndrome. Br Med J. 1977 Oct 22; 2(6094): 1087–1088.
- [14]. CHARLES Caleb Jokebed. Le Syndrome de Tietze -PHARMINFOS's Blog.  
<https://pharminfoshaiti.wordpress.com> > 2019/06/30
- [15]. Giuseppe Mettola and Carlo Perricorne. Tietze syndrome. *Mediterr J Rheumatol*. 2020 Jun ; 31 (2) : 224
- [16]. A Aeschlimann 1, M F Kahn. Tietze's syndrome : a critical review. *Clin Exp Rheumatol*. Jul-Aug 1990 ; 8(4) : 407-12
- [17]. Kumar VA, Babu JN. Refractory Tietze' syndrome occurring after lumbar spine surgery in prone position. *Indian Journal of Orthopaedics*. 2019;53:574–577.  
doi: 10.4103/ortho.IJOrtho\_276\_18. [PMC free article][PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
- [18]. J. Landon, J.S.Malpas. Tietze's syndrome. *Ann. Rheum. Dis.* (1959), 18, 249

## VIII. Annexe

### FICHE D'OBSERVATION CLINIQUE

NOM PRÉNOM

ÂGE

SEXE

ANCIENNETÉ DU SYNDROME :

TRAITEMENT EN COURS :

EXAMEN CLINIQUE

CONSULTATIONS	EVA	TOLÉRANCE	TRAITEMENTS ANTALGIQUES ASSOCIÉS (PER OS)	OBSERVATIONS
J1				
J8				
J15				
J30 = BILAN				