

LES TENDINOPATHIES DE LA PATTE D'OIE

Traitement par mésothérapie à propos de 19 cas

Docteur Philippe Gerhart

I. INTRODUCTION

L'existence d'une pathologie tendineuse d'hypersollicitation des muscles de la patte d'oie est un problème depuis longtemps débattu. En effet, si les douleurs au niveau de cette région sont très fréquentes, les causes en sont multiples mais rarement d'origine tendineuse. Chez le sportif, les tendinopathies vraies semblent rares, comparativement à l'extrême fréquence des autres atteintes tendineuses du genou. Elles sont rarement décrites et n'ont fait à notre connaissance l'objet d'aucune série publiée. L'apport de l'imagerie moderne a permis de démembrer les « syndromes de la patte d'oie ».

Malgré tout, il semble que de véritables lésions tendineuses aient été rapportées dans certaines disciplines sportives de pratique intensive : courses de haies, cyclisme, tennis, équitation, ski, danse.

PATHOGENIE

La surcharge mécanique d'hyperutilisation survient plutôt dans des circonstances différentes de cette utilisation physiologique, lorsque la rotation interne active contre résistance est sollicitée de manière importante.

Certains facteurs favorisants ont été invoqués : genu valgum, laxité chronique en valgus par lésion traumatique du LCT, traumatisme direct initial de la patte d'oie ? Microtraumatismes répétés lors du franchissement de la haie ?

Plus connues sont les bursites se développant chez les patients souffrant de gonarthroses valgusantes.

Comme toutes les tendinites du sportif, un certain nombre de circonstances favorisantes doivent être recherchées afin de prévenir les rechutes. Il s'agit soit de facteurs favorisant d'ordre général ou « endogène » liés au terrain (âge, troubles métaboliques, vascularisation, psychologie du sportif), ou bien plus spécifique du genou : troubles statiques, laxité articulaire, accidents musculaires récents, soit encore des causes dites « exogènes » propres au sport pratiqué ou aux modalités d'entraînement : terrain, matériel, diététique, conditions climatiques.

CLINIQUE

Les douleurs sont très localisée à la face interne du genou. Elles peuvent parfois irradier vers la face interne de la cuisse, suivant un horaire évocateur d'un « rythme tendineux ». On ne retrouve pas de notion de traumatisme récent, pas de signe de coincement articulaire. La douleur peut entraver la vie quotidienne : marche, descente des escaliers, port de charge.

L'examen cherche à mettre en évidence la classique « triade tendineuse », ce qui, dans ce cas, n'est pas simple compte tenu des différentes fonctions de ces trois muscles.

Il paraît judicieux de tester l'étirement en rotation externe de jambe, en maintenant le fémur fixé en légère flexion de genou afin d'éviter la compensation en rotation externe de hanche.

L'étirement en élévation jambe tendue et abduction de hanche n'est pas utilisé, car freiné par la mise en tension des autres muscles et fascias, notamment le semi-membranosus.

Seuls les tests isométriques ont une véritable valeur discriminative.

→ Pour les muscles gracilis et semi-tendinosus :

- la rotation interne de jambe contrariée, à partir de la position de pré-tension en rotation externe de jambe, genou légèrement fléchi pour éviter la compensation par l'action des muscles rotateurs internes de hanche ;
- la flexion contrariée du genou dans les premiers degrés, en rotation externe de jambe ;
- la flexion contrariée du genou dans les premiers degrés associée à la rotation interne de jambe contrariée.

→ Pour le muscle gracilis : adduction contrariée avec une résistance distale sur la jambe.

→ Pour le muscle sartorius : étirement et test isométrique spécifiques ne paraissent pas discriminatifs dans ce contexte.

- M.P.S. : on utilise un test spécifique de mobilisation passive assistée, nous permettant de sensibiliser les DND latentes.

La palpation d'un point exquis douloureux, à deux travers de doigt sous l'interligne interne, en avant de l'insertion distal du LCT, est le signe le plus fréquemment retrouvé.

Elle peut mettre en évidence une tuméfaction signant en général l'existence d'une bursite. Il s'agit de palper soigneusement les structures avoisinantes (LCT, interligne fémoro-tibial) et la patte d'oie controlatérale du fait d'une fréquente sensibilité naturelle de cette zone. Le palper-rouler recherche une cellulalgie qui rendra prudente l'interprétation des signes palpatoires.

- M.P.S. : on parle de dermoneurodystrophies (DND) qui constituent des dermalgies palpables à la pression ou (et) au masser rouler dont la consistance spongieuse, épaisse et douloureuse est parfois remplacée par un aspect nodulaire, filamenteux, ou cartonnée et scléreuse, collant la peau aux tissus cellulaires sous-cutanés.

Elles sont significatives dans leur organisation et distribution des souffrances neuroarticulaires et vasculo-viscérales dont les cartographies sont fixes, constantes et reproductibles.

II. OBJECTIF

Nous avons démarré une étude avec l'aide des membres du C.E.R.M. Alsace-Lorraine pour voir si le protocole choisi dans le traitement des tendinopathies de la patte d'oie était efficace. Grâce à la collaboration d'une dizaine de médecins, nous avons pu recruter un nombre relativement important de cas (19 cas).

Le mélange des produits a été choisi d'une façon consensuelle. Il est le reflet de la pratique usuelle pour ce type de pathologie dans notre CERM.

III. CRITERES DE L'ETUDE

- Etude multicentrique : 10 médecins participants du C.E.R.M. Alsace-Lorraine.
- Total des cas qui ont pu être exploités : 19 cas.

Chaque médecin participant avait reçu une fiche résumant le protocole.

Différents facteurs étaient à relever :

- âge du patient
- son sexe
- antécédents sportifs
- ancienneté des lésions
- la technique : mixte
 donc → **intra-dermique profonde (I.D.P.)**
 technique point par point à 4 mm de profondeur
 3 à 4 point loco doloris
 → **intra-épi dermique (I.E.D)**
 technique : mésothérapie épidermique sur la zone douloureuse.
- le mélange : trois produits maximum dans la même seringue
 - Mésocaïne 1 % : 2cc
 Indication : méso
 Modificateur de membrane (atténuation de la douleur d'injection)
 - Piroxicam _ cc
 Indication : méso
 Poussées arthrosiques, inflammations intra ou péri-articulaires arthrosiques accessibles à la mésothérapie locale, traumatologie sportive, douleurs d'origine inflammatoire surtout localisées
 - Calcitonine pharmy II 100 UI : _ cc
 Indication : méso
 Antalgique puissant, anti-arthrosique, algo-neurodystrophie, ostéoporose, pseudarthroses, retard consolidation fracture, tendinites d'insertion et ostéochondrose.
 Anti-inflammatoire.

Effet micro-circulatoire dans les hydrolipodystrophies et les dermo-neurodystrophies de MREJEN

- Fréquence
J1 – J8 et si besoin J15
- Mesures associées
Exemples : Traitement par voie générale
Kinésithérapie
Repos
- Evaluation
Utilisation de l'échelle visuelle analogique (E.V.A.)
Elle se présente sous la forme d'une ligne horizontale de 100 mm. A l'extrémité gauche de cette ligne figure l'inscription « douleur absente », alors que l'extrémité opposée porte la mention « douleur maximale imaginable ». Cette échelle a été validée uniquement dans une présentation horizontale chez l'adulte et pour une longueur de trait supérieure ou égale à 100 mm. Le patient évalue globalement sa douleur en plaçant un trait ou une croix sur la ligne. L'intensité de la douleur est donnée en mesurant la distance entre l'extrémité gauche de la ligne (absence de douleur) et le trait du patient. Elle est exprimée en mm.

On définit une douleur faible pour une EVA comprise entre 10 et 30 mm, une douleur moyenne pour une EVA comprise entre 40 et 60 mm et une douleur forte pour une EVA supérieure à 70 mm.

IV. DESCRIPTIONS DES CAS CLINIQUES

- Etude :
- Age

8 cas entre 20 et 49 ans :	20 – 30 ans = 4 cas
	31 – 40 ans = 2 cas
	41 – 50 ans = 2 cas
11 cas entre 50 et 80 ans :	51 – 60 ans = 3 cas
	61 – 70 ans = 5 cas
	71 – 80 ans = 3 cas
 - Sexe

12 femmes
7 hommes
 - Sport

13 cas sportif + / ++ / +++ /
6 cas non sportif ou pas d'antécédents sportifs
 - Ancienneté des lésions

8 cas entre 8 et 15 jours
7 cas entre 1 et 3 mois
4 cas entre 6 mois et 3 ans

Nous avons pris comme critère d'efficacité l'échelle E.V.A. avec un score à 5 limite.

Si ≥ 5 : mauvais résultat

Si < 5 : bon résultat

Ceci nous donne :

12 cas : bon et 7 cas : mauvais

on s'aperçoit aussi que c'est dans les cas mauvais qu'existe le plus souvent des traitements associés.

TABLEAU RECAPITULIF

Variables/individus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Age	61	37	64	27	23	54	64	74	61	51
Sexe	F	F	F	M	F	F	F	F	F	M
Sportifs	X	X	0	XXX	XXX	XX	0	0	X	XX
Ancienneté des lésions (en mois)	0,5	36	2	0,5	1	0,25	1	1	3	0,25
J0 EVA	6	8	7,5	7	8,9	6,7	8,3	6,5	7	9
J8 EVA	2	7,5	7	2	7	7,2	7,1	2,8	3	5,3
J15 EVA	n	6	5	n	5,5	n	n	n	n	5
Résultat final	+	-	-	+	-	-	-	+	+	-
Variations en%	-66	-25	-33	-71	-38	+07	-14	-56	-57	-44
Mesures associées	n	Kinésithérapie, antalgiques	Arrêt de travail 15j	Diminution entraînement	Résultats insuffisants ; infiltration chez spécialiste	Arrêt mésothérapie ; traitement voies générales	Arrêt mésothérapie, repos	Repos	n	Kinésithérapie + repos puis ondes de choc

TABLEAU RECAPITULATIF (suite)

Variables/individus	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Age	71	38	55	29	66	47	70	20	40
Sexe	F	M	F	F	M	M	F	M	M
Sportifs	0	XXX	XX	XXX	0	X	0	XXX	XX
Ancienneté des lésions (en mois)	0,33	0,5	12	12	2	6	1	0,33	0,5
J0 EVA	5,2	7,4	6,6	6	4,7	5	10	8	6
J8 EVA	3	5	2,8	4	3,5	3	8	2	2
J15 EVA	1	2,1	n	1,5	2,8	n	5	n	n
Résultat final	+	+	+	+	+	+	-	+	+
Variations en %	-81	-72	-58	-75	-40	-40	-50	-75	-66
Mesures associées	repos	n	repos	n	n	n	n	n	n

Ancienneté des Lésions

Évaluation Finale

Résultats après traitement

V. DISCUSSION

Les résultats sont globalement moyens, avec un peu plus de 1/3 d'échec.

Ceci peut s'expliquer par deux problèmes dans le protocole :

1. le recrutement des patients

Cette pathologie ne représente guère plus de 10 % de l'ensemble des tendinopathies des genoux.

On a pu voir précédemment les différents diagnostics différentiels.

Un certain nombre de cas ne sont pas de vraies tendinopathies de la patte d'oie mais bien plus une douleur du tissu sous-cutané riche en cellules lipodystrophiques (cellulalgie d'origine vasculaire), ou bien d'une atteinte de la corne antérieure du ménisque interne avec atteinte des ligaments ménisco-rotuliens ou bien encore d'une dermoneurodystrophie (DND) périphérique.

Il faudra systématiquement rechercher une cause rachidienne, il s'agit alors d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID) décapitée L2-L3-L4 et prévoir un traitement des 4 points SID associé au plexus sacré s'ils existent.

Et comme disait le Docteur PISTOR, la mésothérapie doit se faire « rarement et au bon endroit » cela confirme l'importance de poser le « bon » diagnostic.

2. le mélange choisi

Si la Mésocaïne et la Calcitonine ne posent pas de problème, il semblerait d'après d'autres études (BIGARRA E.) que le Piroxicam ou tout autre AINS ne sont pas adaptés à cette pathologie et que les vasodilatateurs (type Buflomédil ou Pentoxifylline) auraient une action de créer une hypervascularisation et seraient donc susceptibles d'améliorer le métabolisme local, car le tendon n'est pratiquement pas vascularisé à sa jonction périostée. Cette zone de mauvaise vascularisation correspondrait donc à une zone de faiblesse et de fragilisation du tendon vis-à-vis des microtraumatismes.

D'autre part, on sait maintenant que les AINS ne répondent qu'imparfaitement au problème car la composante inflammatoire d'une tendinopathie est très limitée voire absente.

L'utilisation des AINS n'aurait qu'un rôle antalgique.

On peut émettre l'hypothèse que les cas qui ont été correctement améliorés par notre mélange contenant des anti-inflammatoires n'étaient pas des tendinites pures mais des lésions neuroarticulaires mécaniques dégénératives en poussée aiguë.

Il semble difficile d'établir un protocole avec un seul mélange pour une pathologie telle qu'une tendinopathie car il existe une chronophysiopathologie qui doit entraîner un traitement adapté pour chaque phase.

- en aiguë avec œdème : nécessité d'associer de l'Etamsylate
- en chronique avec hypovascularisation du tendon : nécessité d'associer un vasodilatateur

VI. CONCLUSIONS

Les tendinopathies de la patte d'oie représentent une pathologie assez rare, trop souvent évoquée devant une douleur de cette région qui est, par ailleurs, très fréquente. Il s'agit souvent d'une zone de souffrances multiples de nature cellulo-téno-myalgique.

La mésothérapie occupe maintenant une place importante dans les stratégies du traitement. Elle est d'autant plus importante que nous avons pu voir qu'il existe une intrication de différentes causes à ces douleurs et que seul la mésothérapie peut s'adapter par ces mélanges et ces techniques d'injection.

Elle est utilisée en première intention, bien avant une infiltration surtout chez un sportif, ou encore avant les prescriptions médicamenteuses par voie générale qu'il faut limiter aux situations où leur efficacité est patente et durable, pour limiter, entre autres, les risques d'effets secondaires.

BIBLIOGRAPHIE

- BIGORRA E., Mésothérapie et Genou, D.I.U. de Mésothérapie de Marseille, La Revue de Mésothérapie (SFM), novembre 2003, N° 118, p. 16-18
- BIGORRA E., Tendinopathie du genou. Prise en charge médicale mésothérapique, La Revue de Mésothérapie (SFM), avril 2002, N° 114, p. 11-13
- BONTOUX D., Le Livre de l'Interne Rhumatologie Med.-Sciences, Flammarion PARIS 2002, p.154
- COFER, Abrégés Rhumatologie, Masson 2002, p.155-158
- DANOWSKI R.-G, CHANUSSOT J.-C, Traumatologie du Sport 5^{ème} Edition, Abrégé Masson 1999, p. 211-213
- DEMARAISY., MERATJ., PACLET J.P. et SIMON A., Pathologie articulaire, musculaire, tendineuse en milieu sportif. Encycl. Méd. Chir., Paris, Kinésithérapie, 26202 A 10, 4.8.04.
- FAUTREL B. – ROZENBERG S., Rhumatologie, Guide Diagnostique et Thérapeutique, PHARMACIA Pfizer, p. 47-49
- GENETY S. – BRUNET-GUEDJ E., Traumatologie du Sport en pratique médicale courante, Vigot Frères PARIS, 1976, p. 65-77
- LAURENS D., Tendinopathies et Mésothérapie, La Revue de Mésothérapie (SFM), septembre 2002, N° 115, p.26-28
- LE COZ J., Mésothérapie en médecine Générale, Masson, PARIS, 1993, p.127
- LE COZ J.- CHOS D., Mésothérapie et Traumatologie Sportive, Masson, PARIS, 2^{ème} édition revue et corrigée, 1986, p.110-119
- MORTAMAIS J., Examen programmé du genou et application de la mésothérapie à la pathologie du genou, La Revue de Mésothérapie (SFM), juillet 2001, N° 112, p. 25-27
- MREJEN D., La Mésothérapie ponctuelle systématisée, Médifusion Editeur, PARIS, 1987, p.146-156
- NAKACHE-LEICHTER S., DUMONT-FISCHER D., GUEDES C. et BOISSIER M.C. Rhumatismes abarticulaires (épaule exclue). Encycl. Méd. Chir. (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SA Paris, tous droits réservés), Appareil locomoteur, 15-14S-A-10, 2000, 10 p.
- PERRIN J.J., La Mésothérapie épidermique « Technique d'Avenir pour tous », Séminaire de Tozeur – mai 1999 – SFM, p.6-10

- PERRIN J.J., Protocoles Thérapeutiques en pathologie sportive, La Revue de Mésothérapie (SFM), avril 2001, N° 111, p. 22-25
- PISTOR M. Un défi thérapeutique : la Mésothérapie. Maloine S.A. Editeur 3^eme Edition 1979, 2^eme tirage 1982
- RODINEAU J.-, SAILLANT G. 19^eme Journée de Traumatologie du Sport de la Pitié Salpêtrière. Actualités sur les Tendinopathies et les Bursopathies des membres inférieurs Masson PARIS 2001, p. 103-112
- RODINEAU J.- SIMON L., Micro-Traumatologie du Sport, Collection de pathologie locomotrice 13, Masson, PARIS, 1987, p. 1-2