

Infiltrations articulaires et traitements interventionnels dans les maladies rhumatismales

Dr JEAN-JACQUES VOLKEN^a et Pr THOMAS HÜGLE^b

Rev Med Suisse 2019; 15: 246-8

INTRODUCTION

Ce bref article résume les indications et l'efficacité des infiltrations des articulations périphériques et de la colonne vertébrale. Les ponctions-infiltrations lors de maladies articulaires périphériques sont une mesure diagnostique importante et permettent la détection des cristaux et des bactéries ainsi que la détermination du nombre de cellules pour distinguer les maladies articulaires dégénératives et inflammatoires. Elles sont utilisées par exemple pour confirmer les atteintes microcristallines, dont le diagnostic ne peut souvent pas être posé par la radiologie ou les examens sanguins. L'infiltration d'un anesthésique local est également utilisée à des fins diagnostiques pour préciser l'origine de la douleur. Au niveau de la colonne vertébrale, par exemple, une distinction peut ainsi être faite entre atteinte facettaire et ostéochondrose. L'utilisation thérapeutique des infiltrations articulaires et rachidiennes n'est pas fondée sur des données probantes, surtout dans l'arthrose. Cela est dû à la forte hétérogénéité de l'arthrose, dans laquelle l'effet des corticostéroïdes est incontesté en clinique, du moins en ce qui concerne la réduction de la douleur à court et moyen termes. A noter qu'un effet chondrotoxique a été décrit lors d'infiltrations excessives de corticostéroïdes (> 3 par an), du moins au niveau du genou. De tels effets ont aussi été rapportés pour des anesthésiques locaux.

A part les corticostéroïdes, l'acide hyaluronique et le plasma riche en plaquettes (PRP) sont également utilisés pour traiter l'arthrose, tous deux sans effets secondaires notables connus. L'acide hyaluronique semble exercer un effet anti-inflammatoire (en inhibant son récepteur CD44) plutôt qu'un effet rhéologique. Le mécanisme d'action du PRP est moins clair.

Sur le plan de l'imagerie, l'ultrasonographie joue un rôle important pour l'infiltration des articulations périphériques. La fluoroscopie est utilisée pour la hanche et le rachis; elle offre une excellente visualisation de l'os en profondeur et permet de travailler avec les deux mains. L'échographie, qui a l'avantage d'être un examen non irradiant, est disponible au lit du malade; elle est ainsi de plus en plus utilisée pour les infiltrations du rachis, par exemple au niveau des facettes.

DESCRIPTION TECHNIQUE DES INFILTRATIONS

Infiltration des facettes

La prévalence des douleurs facettaires est de 20% au niveau lombaire et environ 50% au niveau cervical.

Vignette clinique

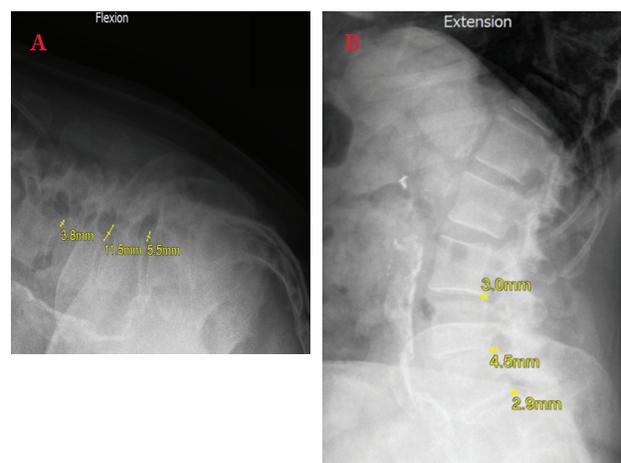
Une patiente de 59 ans présente une instabilité segmentaire sur 2 niveaux en raison d'une discopathie modérée de L4 à S1. Le diagnostic est confirmé par des radiographies (incidences fonctionnelles de profil, **figure 1**). Après infiltration des articulations postérieures de L4 à S1 des deux côtés (lidocaïne pour obtenir un effet immédiat et un corticoïde dépôt pour un effet prolongé), la patiente devient rapidement asymptomatique, reprend sa tonification abdomino-pelvienne et rachidienne pour stabilisation musculaire et retravaille à 100% dans le domaine des soins.

Indications

Les infiltrations articulaires facettaires sont indiquées en cas de discarthrose avec arthrose facettaire active (en poussée congestive), d'arthrite des facettes articulaires postérieures

FIG 1 Radiographies fonctionnelles de la colonne lombaire

Les images de profil en hyperflexion (A) et hyperextension (B) montrent une instabilité segmentaire en L4/L5 et L5/S1.



^a FMH en rhumatologie et traitements de la douleur, Swiss Society of Interventional Pain Management, Place Beaulieu 10, 3960 Sierre, ^b Service de rhumatologie CHUV, 1011 Lausanne
jjvolken@hin.ch | thomas.hugle@chuv.ch

(par exemple lors de spondylarthrite axiale) et d'instabilité segmentaire.

Diagnostic

Le diagnostic fonctionnel repose sur l'anamnèse, un examen rhumatologique et de médecine manuelle. La confirmation de l'instabilité segmentaire suspectée à l'anamnèse et à l'examen clinique se fait souvent avec des radiographies fonctionnelles standardisées et pas avec une IRM.

Technique

Les infiltrations facettaires se font en général sous contrôle radiographique par CT-scan lombaire ou par radioscopie (avec ou sans produit de contraste). On utilise par exemple, la lidocaïne, la bupivacaïne et/ou un corticoïde dépôt. Ce traitement peut être pratiqué 2 à 3 fois par année.

Evaluation du résultat

Le résultat d'une infiltration facettaire est considéré comme positif si la douleur (quantifiée au moyen d'une échelle visuelle analogique - EVA) diminue de plus de 80%. Si le résultat est positif, on peut proposer un traitement par radiofréquence (thermocoagulation).

Infiltrations épidurales

Indications

Les infiltrations épidurales sont indiquées lors de conflit disco-radicaire (par exemple, hernie discale) ou en présence d'un canal lombaire étroit symptomatique.

Diagnostic

Le diagnostic se fait cliniquement par un examen neurologique. Lorsqu'il y a plusieurs conflits disco-radicaire possibles (hernies discales, sténoses foraminales), on peut demander au neurologue un examen par électroneuromyogramme (ENMG) pour déterminer quel niveau est symptomatique. La confirmation du conflit disco-radicaire se fait en général par une IRM. On ne décide pas d'effectuer une infiltration sur la seule base des images radiologiques, c'est la clinique qui est déterminante (concordance radioclinique)!

Technique

Il y a 3 voies d'abord pour les infiltrations épidurales: les voies interlaminaire, transforaminale et celle au travers du hiatus sacralis.

Lors des infiltrations épidurales, surtout foraminales, il existe un risque de complication neurologique grave (tétraplégie ou paraplégie) sur infarctus de la moelle, surtout au niveau cervical. Comme possible cause, on postule l'injection de cristaux de corticostéroïdes dans les artères radiculo-médullaires (syndrome de l'artère spinale antérieure). En conséquence, il est actuellement interdit d'injecter en épidurale des formes cristallines de corticostéroïdes (CS) telles que Solumedrol, Kenacort A et Diprophos, etc. Lors d'infiltration épidurale transforaminale au niveau cervical, la Société suisse de rhumatologie (SSR) recommande d'utiliser seulement des formes solubles de CS (par exemple, dexaméthasone).

Les infiltrations épidurales par le hiatus sacralis s'effectuent avec un produit de contraste pour contrôle. On injecte par exemple,

de la lidocaïne (5 cc), 2 ampoules de dexaméthasone à 1 ml ainsi que 10 cc de NaCl à 0,9% (soit 17 cc au total); le produit peut monter jusqu'à L3/L4 (L2/L3), ce qui est très pratique en présence d'un canal lombaire étroit multi-étagé.

Articulations sacro-iliaques

Indications

Les indications pour infiltration des articulations sacro-iliaques sont les arthroses activées, qui produisent souvent des syndromes lombospondylogènes chez les personnes âgées (syndrome pseudo-radicaire) et les arthrites des articulations sacro-iliaques.

Diagnostic

Chez les jeunes présentant des lombalgies inflammatoires, il faut rechercher les sacro-iléites dans le cadre d'une spondylarthrite axiale (forme non radiographique) et de la maladie de Bechterew.

Technique

Les infiltrations se font sous contrôle radioscopique (avec ou sans produit de contraste, par exemple, Iopamiro 300) ou ultrasonographique. On injecte un anesthésique local pour obtenir un effet immédiat ainsi qu'un corticoïde dépôt pour

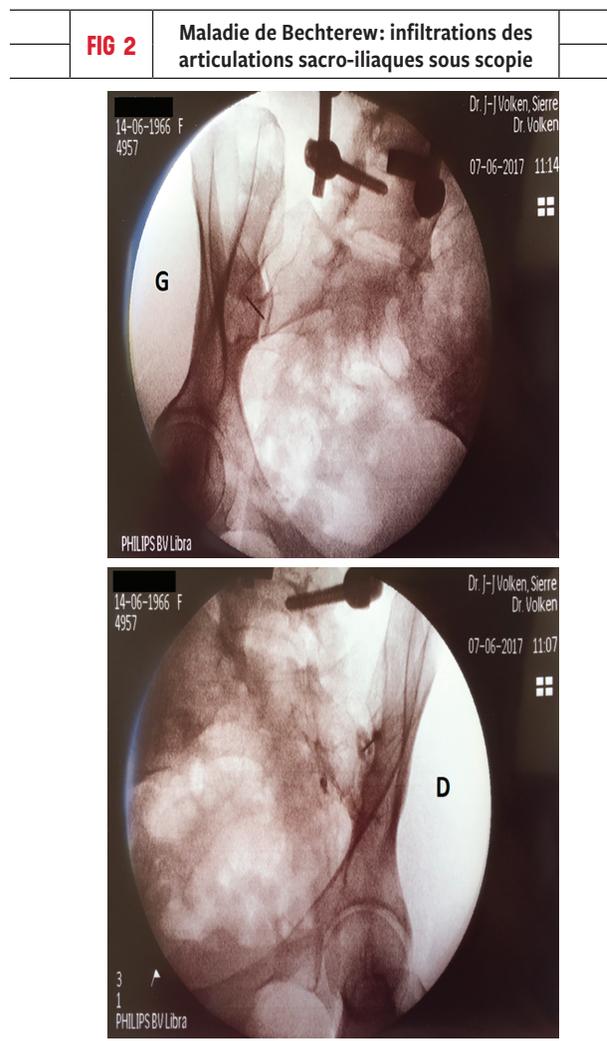


FIG 3 Infiltration coxo-fémorale d'une coxite chronique gauche en 2016

Patient avec une spondylarthrite axiale et périphérique.



un effet prolongé et pour stopper le processus inflammatoire dans l'articulation sacro-iliaque. Une (à trois) infiltrations par année des articulations sacro-iliaques, combinées à un traitement de fond de la spondylarthrite axiale, permettent plus souvent de mettre les patients en *low disease activity* (LDA) ou en rémission clinique (figure 2).

Articulations coxo-fémorales (hanches)

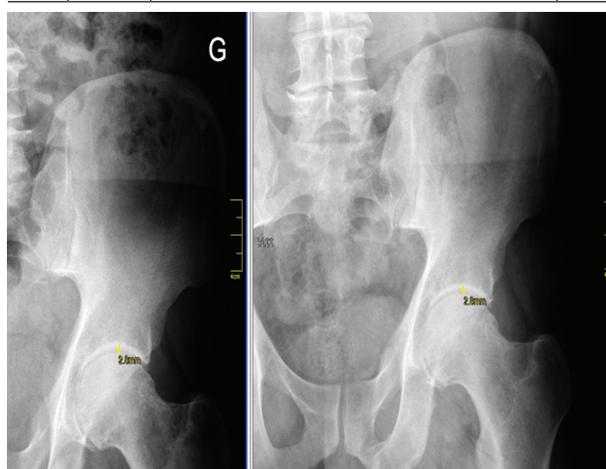
Indications

Les infiltrations sont indiquées en cas d'arthrose activée, de coxite chronique dans le cadre d'une spondylarthrite axiale (SpA) et périphérique. Celles-ci sont mieux traitées depuis plus de 20 ans (notamment par des médicaments biologiques), mais beaucoup de patients ne sont pas en rémission complète ni en LDA. La coxite chronique chez les personnes jeunes peut détruire en peu de temps l'articulation coxo-fémorale, ce qui peut alors nécessiter une arthroplastie totale de hanche.

Technique

Sous scopie ou ultrason, on peut ponctionner l'articulation coxo-fémorale (avec analyse du liquide synovial), puis injecter une ampoule de corticoïde dépôt (figures 3 et 4).

FIG 4 Evolution radiographique de la hanche G de 2016 à 2018 du patient de la figure 3



CONCLUSION

L'infiltration des articulations périphériques et du rachis reste un élément important dans l'arsenal diagnostique et thérapeutique du rhumatologue. En respectant les limites et les indications de l'infiltration, la prise en charge du patient peut être améliorée avec cette technique, notamment combinée avec d'autres modalités thérapeutiques.

- Hetland ML, Østergaard M, Ejbjerg B, et al. Short- and long-term efficacy of intra-articular injections with beta-methasone as part of a treat-to-target strategy in early rheumatoid arthritis: impact of joint area, repeated injections, MRI findings, anti-CCP, IgM-RF and CRP. *Ann Rheum Dis* 2012;71:851-6.
- Marty M. Peut-on encore infiltrer la colonne vertébrale? *Rev du Rhum* 2018;85S:A15-21.
- Rannio T, Asikainen J, Hannonen P, et al. Three out of four disease-modifying

anti-rheumatic drug-naïve rheumatoid arthritis patients meet 28-joint Disease Activity Score remission at 12 months: results from the FIN-ERA cohort. *Rannio, 3 of 4 DMAID naïve RA meet DAS28 remission. Scand J Rheumatol* 2017;46:425-31.

- van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2017;76:978-91.