

INFILTRATIONS : PASSEZ À L'ACTION !



Hélène Demers et Michel Lapierre

VOUS VOULEZ FAIRE UNE INFILTRATION DE CORTICOSTÉROÏDE ? LISEZ CE QUI SUIT !

C'est décidé, vous allez faire une infiltration. Vous avez posé le diagnostic, éliminé soigneusement les contre-indications (tableau I²), fait passer le questionnaire préinfiltration au patient et versé son consentement au dossier. Mais quel corticostéroïde devriez-vous choisir ? Quelle dose devriez-vous prescrire ? Avec ou sans anesthésique local ? La FMOQ a produit une application qui contient le questionnaire préinfiltration ainsi que les conseils généraux post-infiltration (<https://itunes.apple.com/ca/app/examen-du-genou/id821341208?1=fr&mt=9>).

QUELQUES OUTILS POUR VOUS AIDER À PRESCRIRE

En Amérique du Nord, de plus en plus d'omnipraticiens font des infiltrations pour soigner différentes affections musculosquelettiques³. Les « recettes » varient toutefois grandement d'une clinique à l'autre, notamment parce que les essais à répartition aléatoire à double insu comparant l'efficacité et la toxicité des corticostéroïdes pour les infiltrations articulaires et périarticulaires sont rares⁴.

QUEL CORTICOSTÉROÏDE CHOISIR ?

Les corticostéroïdes sont classés en trois groupes selon leur durée d'action, qui est inversement proportionnelle à leur solubilité² (tableau II³). Ainsi, les produits les plus solubles possèdent de nombreuses indications et sont plus sûrs, mais agissent moins longtemps⁵. Au contraire, les corticostéroïdes les moins solubles procurent un soulagement de plus longue durée, mais sont associés à un plus grand risque d'effets indésirables⁵. C'est pourquoi ils

TABLEAU I

CONTRE-INDICATIONS DES INFILTRATIONS ARTICULAIRES ET PÉRIARTICULAIRES DE CORTICOSTÉROÏDES^{1,2}

Absolues

- ▶ Présomption d'un processus infectieux évolutif, local ou généralisé
- ▶ Lésion cutanée dans la zone de l'injection (cellulite, lacération, etc.)
- ▶ Allergie aux produits injectés (corticostéroïdes, anesthésiques)
- ▶ Trouble important de la coagulation
- ▶ Infiltrations périarticulaires répétées (risque accru de rupture)
- ▶ Patient très hésitant ou non rassuré par les informations
- ▶ Incertitude du médecin (clinicien mal à l'aise avec le diagnostic, méconnaissance de l'anatomie ou de la technique)

Relatives

- ▶ Anticoagulation avec RIN thérapeutique (2-3) (risque minime si l'aiguille utilisée est petite et si la technique est bonne)
- ▶ Prothèse (s'en remettre à l'orthopédiste ou au rhumatologue)
- ▶ Diabète mal maîtrisé
- ▶ Hémarthrose

devraient être réservés aux affections articulaires comportant une synovite chronique ou récurrente que l'on souhaite

M^{me} Hélène Demers, pharmacienne, travaille à la pharmacie Jean-Michel Coutu et Tristan Giguère, à Longueuil.
Le D^r Michel Lapierre, omnipraticien, exerce au sein de l'UMF-GMF Jacques-Cartier, à Sherbrooke, et est professeur d'enseignement clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Sherbrooke.

TABLEAU II | COMPARAISON ENTRE LES PRINCIPAUX CORTICOSTÉROÏDES EMPLOYÉS POUR LES INFILTRATIONS

Produit	Concentration	Début d'action	Durée d'action	Solubilité	Utilité
Acétate et phosphate sodique de bétaméthasone (Celestone Soluspan)	6 mg/ml	< 48 à 72 heures	Courte (< 4 semaines)	++++	Tissus mous Articulations
Acétate de méthylprednisolone (Depo-Medrol)	20 mg/ml 40 mg/ml 80 mg/ml	< 48 à 72 heures	Intermédiaire (de 4 à 6 semaines)	+++	Tissus mous Articulations
Acétonide de triamcinolone (Kenalog)	10 mg/ml 40 mg/ml	> 48 à 72 heures	Longue (> 6 semaines)	+	Articulations seulement

Adapté de: Thériault G. L'infiltration de substances corticoïdes – Un outil indispensable. *Le Médecin du Québec* 2006; 41 (8) : 67-71. Reproduction autorisée.

TABLEAU III | DOSES DE CORTICOSTÉROÏDES SUGGÉRÉES POUR LES INFILTRATIONS ARTICULAIRES^{4,6}

Articulation	Corticostéroïde	Dose	Anesthésique (lidocaïne à 1% sans épinéphrine)
Épaule (approche glénohumérale)	Triamcinolone ou méthylprednisolone	40 mg	–
Coude	Méthylprednisolone	30 mg	–
Poignet	Méthylprednisolone	30 mg	–
Genou (approches sous-rotulienne et antérieure)	Triamcinolone ou méthylprednisolone	40 mg	–
Cheville	Méthylprednisolone	30 mg	–
Pouce	Triamcinolone	10 mg	0,5 ml

maîtriser à plus long terme en raison des risques de dégénérescence tissulaire et de réaction atrophique plus élevés qui leur sont associés³.

QUELLE DOSE PRESCRIRE ?

La dose de corticostéroïde varie selon la grosseur de l'articulation et l'étendue de l'atteinte périarticulaire. Les tableaux III^{4,6} et IV^{4,6} indiquent les quantités de corticostéroïdes et d'anesthésiques locaux en fonction du diagnostic.

AVEC OU SANS ANESTHÉSISQUE ?

En raison de l'espace articulaire souvent restreint au niveau des articulations, l'association corticostéroïde-anesthésique est plus populaire pour les infiltrations périarticulaires^{1,5,6}. L'ajout d'un anesthésique local présente plusieurs utilités : confirmation du diagnostic par le soulagement rapide de la douleur, meilleure distribution du corticostéroïde dans le tissu infiltré, réduction de la réaction inflammatoire post-injection^{1,6}.

Une attention particulière doit être portée aux fioles multidoses de lidocaïne puisqu'elles contiennent des agents de conservation bactériostatiques (méthylparabènes) qui peuvent diminuer la sensibilité de la culture du liquide synovial en cas d'infection¹. Ces agents peuvent aussi causer la précipitation des corticostéroïdes lorsqu'ils sont mélangés dans la même seringue, ce qui en réduit l'efficacité⁴.

LES PIÈGES À ÉVITER RÉACTION OU INFECTION ?

Certains effets indésirables ressemblent aux signes et aux symptômes d'une arthrite septique. Comment distinguer ces deux entités ? La réaction inflammatoire post-infiltration se produit immédiatement après l'infiltration et généralement à la suite d'une infiltration des tissus mous ou des tendons et dure rarement plus de 36 à 48 heures^{4,7}. Au contraire, l'arthrite septique survient surtout après une infiltration de l'articulation. Son début est moins soudain (habituellement > 48 heures post-infiltration), mais ses symptômes vont en empirant (douleur, rougeur, fièvre)^{4,7}.



TABLEAU IV | DOSES DE CORTICOSTÉROÏDES SUGGÉRÉES POUR LES INFILTRATIONS PÉRIARTICULAIRES^{1,4,6}

Lésions des tissus mous	Corticostéroïde	Dose	Anesthésique (lidocaïne à 1% ou à 2% sans épinéphrine)
Bursite sous-acromiale	Méthylprednisolone	40 mg	1 ml
Bursite trochantérienne	Méthylprednisolone ou triamcinolone	40 mg	1 ml – 3 ml
Épicondylite	Méthylprednisolone	20 mg – 40 mg	1 ml
Syndrome de la patte d'oie	Méthylprednisolone	20 mg – 40 mg	2 ml – 3 ml
Névralgie occipitale d'Arnold	Méthylprednisolone	20 mg – 40 mg	2 ml
Métatarsalgie de Morton	Méthylprednisolone	20 mg – 40 mg	1 ml
Fasciite plantaire	Méthylprednisolone	20 mg	2 ml
Syndrome du canal carpien	Méthylprednisolone	20 mg	–
Ténosynovite de De Quervain	Méthylprednisolone	10 mg	1,5 ml
Doigt gâchette	Méthylprednisolone	10 mg	0,75 ml

TABLEAU V | PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES DES CORTICOSTÉROÏDES EN INFILTRATION^{1,2,4,6,7}

Effet indésirable	Fréquence	Précisions
Réactions inflammatoires locales	3% – 80%	Bénignes même si elles sont douloureuses
Réactions vasomotrices (érythème facial)	12%	Ne sont pas de nature allergique, mais peuvent se répéter à chaque infiltration
Arthrite septique		Urgence médicale
Augmentation de la glycémie chez le patient diabétique		Majoration de la glycémie pendant 7 jours Augmentation du risque d'infection
Ostéoporose		Le métabolisme osseux revient à la normale de 1 à 2 semaines après l'infiltration. Il y a peu de risques lorsque les infiltrations sont suffisamment espacées
Rupture du tendon	Rare	Surtout avec la triamcinolone. Survient plus souvent lorsque le corticostéroïde n'est pas dilué avec un anesthésique
Atrophies mineures (cutanée, hypopigmentation, calcification dystrophique)		
Troubles menstruels passagers	50%	Une seule étude

Y A-T-IL UNE FRÉQUENCE MAXIMALE ?

À ce jour, aucune étude n'a évalué le délai minimal idéal entre deux infiltrations⁶. Cependant, en se fiant à la durée d'action des corticostéroïdes, un délai de quatre à six semaines entre deux infiltrations semble raisonnable⁶. La fréquence maximale d'infiltrations par année est incertaine, voire inconnue, et varie selon la nature de l'atteinte (arthrose ou polyarthrite rhumatoïde)⁴. Chez une personne souffrant d'arthrose, une infiltration tous les trois mois et quatre infiltrations tout au plus par articulation atteinte par année seraient acceptables en l'absence de toute autre solution thérapeutique^{1,4,6}. Chez un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde, l'infiltration mensuelle des articulations touchées pour quatre infiltra-

tions au total par articulation par année semble acceptable⁴. Cependant, lorsqu'une arthroplastie est envisagée, la fréquence des infiltrations pourrait passer aux quatre à six semaines afin de limiter les effets indésirables généraux des corticostéroïdes⁴.

JE FAIS UNE RÉACTION : EST-CE QUE CE SONT MES MÉDICAMENTS ?

Lorsqu'ils sont bien utilisés et bien administrés, les corticostéroïdes ont une puissance et une efficacité qui dépassent largement leurs effets indésirables possibles, mais rares^{2,7} (tableau V^{1,2,4,6,7}).

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ La méthylprednisolone (Depo-Medrol) a une action plus courte que la triamcinolone (Kenalog), mais elle possède plus d'indications différentes (articulations et tissus mous) et cause moins d'effets indésirables à long terme.
- ▶ Pour les infiltrations périarticulaires, l'ajout d'un anesthésique local (lidocaïne) présente plusieurs avantages.
- ▶ La réaction inflammatoire post-infiltration peut survenir après chaque infiltration et doit être différenciée de l'arthrite septique.
- ▶ La fréquence maximale d'infiltration par année est incertaine, voire inconnue, et varie selon la nature de l'atteinte rhumatismale.

Y A-T-IL UNE INTERACTION AVEC MES AUTRES MÉDICAMENTS ?

Les corticostéroïdes employés pour les infiltrations présentent peu de risques d'interactions avec d'autres médicaments en raison de leur effet local. Toutefois, les patients prenant de la warfarine de façon régulière ont un risque accru de saignements. Même si chaque cas doit être évalué individuellement en fonction des facteurs de risque de saignements et de thrombose, il est généralement possible de diminuer la dose de warfarine de deux à trois jours avant l'intervention et de la reprendre de 24 à 48 heures après³. //

BIBLIOGRAPHIE

1. Mahjoub Z. Ponctionner, infiltrer ? Pas si compliqué ! *Le Médecin du Québec* 2013 ; 48 (5) : 39-46.
2. Bernier M. Les infiltrations de cortisone en un tour de main. *Le Médecin du Québec* 2013 ; 48 (3) : 45-51.
3. Thériault G. L'infiltration de substances corticoïdes – Un outil indispensable. *Le Médecin du Québec* 2006 ; 41 (8) : 67-71.
4. Roberts WN. Intraarticular and soft tissue injections: What agent(s) to inject and how frequently ? (à jour au 27 août 2014). *UpToDate* 2014. Site Internet : www.uptodate.com/contents/intraarticular-and-soft-tissue-injections-what-agents-to-inject-and-how-frequently [Date de consultation : novembre 2014].
5. Thériault G, Hébert N. L'utilité de l'infiltration de corticoïdes dans le traitement de l'épaule douloureuse. *Le Médecin du Québec* 2003 ; 38 (3) : 53-9.
6. Albert A. Les infiltrations périarticulaires – Vaincre la peur de faire mal pour faire du bien... *Le Médecin du Québec* 2013 ; 48 (5) : 47-53.
7. Roberts WN, Hauptman HW. Joint aspiration or injection in adults: Complications (à jour au 3 septembre 2014). *UpToDate* 2014. Site Internet www.uptodate.com/contents/joint-aspiration-or-injection-in-adults-complications [Date de consultation : novembre 2014].

Applications

pour les professionnels
de la santé créées par la FMOQ

Compatibles avec les produits Apple

Nouvelle application !

Examen
de l'épaule
(iPhone et iPad)



Lipides et MCV
(iPad)



Examen
du genou
(iPhone et iPad)



Les problèmes
thyroïdiens
(iPhone et iPad)



Découvrez nos prochaines applications
dans les numéros à venir de la revue