

2 L'infiltration de la trapézo-métacarpienne

Techniques... trucs et astuces!

L'infiltration intra-articulaire de la trapézo-métacarpienne fait partie des gestes quotidiens de la rhumatologie interventionnelle ■ Sa principale indication est la rhizarthrose ; très rarement, elle peut aussi soulager une arthropathie post-traumatique ■

Dr Henri Lellouche*, Dr Eric Roulot**, ***

L'infiltration intra-articulaire de la trapézo-métacarpienne doit être bien maîtrisée techniquement, car elle peut soulager nettement les patients. Le choix du produit à utiliser doit être réfléchi, car l'articulation est juste sous la peau et le risque d'atrophie cutanée lié au reflux est important. Elle peut être pratiquée en consultation ou sous contrôle radioscopique, voire échographique. Quelques petites astuces permettent d'en faire un geste simple et peu douloureux. L'injection d'un acide hyaluronique en intra-articulaire dans le cadre d'une visco-supplémentation fait actuellement l'objet de plusieurs publications.

LE POINT DE PONCTION

Le patient est installé en décubitus dorsal, rassuré, et la peau est désinfectée. Les conditions d'ase-

psie sont habituellement celles de la rhumatologie interventionnelle. Un patch anesthésique type Emla® peut être mis en place une heure avant l'injection, chez des patients inquiets ou pusillanimes. Une anesthésie locale traçante péri-articulaire peut être nécessaire si le geste est techniquement difficile ou si le praticien manque d'expérience.

Les repères anatomiques permettent de repérer le **point de ponction**. En effet, l'interligne trapézo-métacarpien se situe à la partie la plus distale du fond de la tabatière anatomique, limitée en dehors par les tendons accolés de l'*abductor pollicis longus* (long abducteur du pouce) et de l'*extensor pollicis brevis* (court extenseur du pouce), et, en dedans, par le tendon de l'*extensor pollicis longus* (long extenseur du pouce).

L'abduction-extension contrariée du pouce fait saillir ces tendons, les individualise à la vue et à la palpation et creuse la tabatière anatomique.

Pour trouver le point de ponction, le médecin maintient le pouce

d'une main et repère l'interligne en faisant glisser l'index de l'autre main le long du métacarpe, avant de sentir une légère dépression souvent sensible à la palpation. Une légère traction du pouce dans l'axe fait bailler l'interligne et ouvre l'articulation (Fig. 1).

LE POINT D'INJECTION

Le **point d'injection** se situe à l'aplomb de la dépression et doit être proche du tendon du *flexor pollicis brevis* pour éviter de piquer l'artère radiale. Le réseau veineux superficiel doit être évité, pour prévenir l'hématome.

Certains préfèrent une voie plus externe, en dehors du tendon de l'*extensor pollicis brevis*. Nous conseillons l'utilisation d'aiguilles courtes et fines de 5/10^e de diamètre et de 16 mm de long. Après ponction et anesthésie sous-cutanée et peri-articulaire, l'aiguille est "glissée" à la verticale du point de ponction, dans l'articulation (Fig. 2).

*IAL Nolle, Paris

**Institut de la main, Clinique Jouvenet, 6 square Jouvenet, Paris

***Unité Rhumatologique des Affections de la Main, Hôpital Lariboisière, Paris



Figure 1 - Repérage du point de ponction avec traction du pouce dans l'axe.



Figure 2 - Aiguille en place avec anesthésie péri-articulaire.



Figure 3 - Injection d'un dérivé cortisoné peu atrophiant.



Figure 4 - Atrophie cutanée.



Figure 5 - Arthrographie avant injection.

L'INJECTION INTRA-ARTICULAIRE

L'injection se fait souvent sous pression. Elle peut être douloureuse au moment de la distension articulaire. La mobilisation spontanée du pouce sous l'effet du remplissage articulaire confirme la bonne position intra-articulaire du produit.

En moyenne, on injecte 0,5 à 1 ml d'un dérivé cortisoné peu atrophiant (Fig. 3). En effet, le risque de reflux par le pertuis de ponction est important, avec pour conséquence une atrophie cutanée lentement et inconstamment régressive (Fig. 4).

LE RÔLE DE L'IMAGERIE

Sans contrôle d'une imagerie, nous nous limitons à l'utilisation de prednisolone (Hydrocortancyl®), voire de cortivasol (Altim®) ou de bétaméthasone (Diprostène®). L'hexacétonide de triamcinolone (Hexatrione®) doit être injectée sous contrôle radiographique (Fig. 5) ou échographique. Ce contrôle peut aussi être proposé en cas d'échec d'une première injection



Figure 6 - Infiltration difficile.



Figure 7 - Strapping post-infiltration.

simple, si l'articulation est déformée ou si l'accès est rendu difficile par la présence d'ostéophytes ou de déformations importantes (Fig. 6).

APRÈS L'INFILTRATION

La nécessité d'un positionnement strictement intra-articulaire pour espérer le meilleur résultat possible est aussi opportun dans le cadre d'une visco-supplémentation.

Après infiltration, une immobilisation, par exemple par strapping (Fig. 7), ou sous orthèse, ou au minimum un ménagement articulaire, sont recommandés pour 48 heures. ■

Mots-clés :

Rhizarthrose,
Rhumatologie interventionnelle,
Infiltration intra-articulaire,
Acide hyaluronique, Visco-supplémentation