

Épicondylite, canal carpien : infiltrations ?

Les infiltrations de corticoïdes sont une habitude thérapeutique largement répandue en pathologie abarticulaire, mais leur efficacité n'est pas toujours scientifiquement démontrée. Il en est ainsi dans deux situations différentes: dans le syndrome du canal carpien (CC), l'ANAES en 1997, constatait que les infiltrations corticoïdes étaient une habitude thérapeutique, sans qu'il y ait de données les validant rigoureusement¹; dans les épicondylites une revue générale de l'efficacité des infiltrations n'était pas très concluante².

Deux études récentes tentent de répondre à ce manque: l'une hollandaise sur le CC, issue d'un service spécialisé³, l'autre anglaise effectuée en médecine générale⁴ concerne l'épicondylite (EPI), deux pathologies courantes en médecine générale.

L'étude sur le CC² a concerné 60 patients vus dans un service de neurologie, porteurs d'un CC depuis plus de 3 mois, non traité antérieurement et confirmé par EMG.

Les patients étaient randomisés en deux groupes de 30, recevant en double insu dans la même seringue soit lidocaïne 10 mg seule, soit lidocaïne + méthylprednisolone 40 mg. L'évaluation portait sur l'amélioration totale ou partielle des symptômes appréciée à un mois, puis à 3, 6, 9, 12 mois par un médecin différent de l'injecteur.

A un mois, 23 des 30 patients du groupe corticoïde étaient très améliorés ou guéris, contre 6 sur 30 dans le groupe contrôle ($p < 0,001$).

A un an, 15 des 30 patients du groupe corticoïde étaient encore très améliorés (50%), contre 2 du groupe contrôle (7%).

Les 28 patients non améliorés du groupe contrôle reçurent alors une infiltration corticoïde: 24 furent améliorés, mais transitoirement car 12 durent être opérés dans l'année.

L'étude sur les EPI³ a concerné 164 patients présentant une EPI récente, suivis par 37 généralistes.

Ils étaient randomisés en trois groupes recevant soit une infiltration locale de méthylprednisolone 20 mg + lidocaïne, soit naproxène 500mg 2 fois par jour/15 jours, soit tablette de placebo, 2 fois par jour/15 jours. L'évaluation était faite à 4 semaines, puis 6 et 12 mois, à partir d'échelles validées, par une infirmière ignorant le traitement reçu.

A 4 semaines, l'amélioration était totale ou très importante dans 92% des cas avec infiltration, 57% avec naproxène, 50% avec placebo.

A un an, les trois groupes se rejoignaient, avec des scores de soulagement équivalents dans les trois groupes: 84%, 85% et 82%, mais à 6 mois les chiffres étaient de 65%, 81% et 83%, donc moins bons dans le groupe infiltration.

Dans les trois groupes, le nombre d'arrêts de travail, et le nombre de patients prenant des antalgiques était similaires, à 4 semaines, 6 et 12 mois.

De ces deux études, et des études antérieures, que pouvons nous retenir ?

Pour le syndrome du canal carpien, selon l'ANAES, le diagnostic est basé essentiellement sur l'interrogatoire, l'EMG n'est pas indispensable initialement, et n'est recommandée qu'avant traitement chirurgical. L'infiltration corticoïde est jugée licite malgré l'absence de preuve scientifique, l'indication chirurgicale étant réservée aux formes résistantes. L'étude récente apporte des données supplémentaires en faveur de l'infiltration de première intention, en se rappelant qu'il s'agit d'une étude de petite taille, et d'un recrutement spécialisé. Il est possible que les résultats soient différents, et peut-être meilleurs, en recrutement de médecine générale.

Pour l'épicondylite, une revue systématique des essais randomisés² ne permettait pas de conclure quant à l'efficacité des infiltrations corticoïdes. Les études étaient de qualité médiocre, conduites pour la plupart en milieu spécialisé. Elles montraient globalement une efficacité à court terme (2-6 semaines), sans bénéfice à long terme. L'étude que nous analysons confirme nettement le bénéfice immédiat de l'infiltration comme traitement de première intention en médecine générale. Ce bénéfice n'est parfois que transitoire, et l'évolution naturelle de l'affection est la guérison en quelques mois, avec ou sans traitement.

Reste dans les deux situations à effectuer correctement le geste, qui s'il est simple et à la portée de tout généraliste, demande un minimum de formation et de précautions.

1 - ANAES. Stratégie des examens paracliniques et des indications thérapeutiques dans le syndrome du canal carpien. ANAES. 1997;201-213.

2 - Assendelft WJ et al. Corticosteroid injection for lateral epicondylitis: a systematic overview. Br J Gen Pract. 1996;46:209-216

3 - Dammers JW et al. Injection with methylprednisolone proximal to the carpal tunnel: randomised double blind trial; BMJ 1999;319:884-6.

4 - Hay EM, et al. Pragmatic randomised controlled trial of local corticosteroid injection and naproxen for treatment of lateral epicondylitis of elbow in primary care; BMJ 1999;319:964-968

Mots-clé: canal carpien infiltration corticoïde épicondylite

Numéro 160 du 4 novembre 1999