



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

L'infiltration du poignet et des doigts : quand ? Comment ?



F. Lapegue^{a,*}, M. Faruch^a, R. Cabrera^a, C. Brun^a,
S. Bakouche^a, H. Chiavassa^a, Z. Cambon^a,
N. Brucher^a, N. Sans^a

^a Service d'imagerie, CHU Toulouse-Purpan, bâtiment Pierre-Paul-Riquet, place du Dr-Baylac, TSA 40031, 31059 Toulouse cedex 9, France

^b Centres d'imagerie du Languedoc, 26, rue Ernest-Cognacq, ZAC Bonne source, 11100 Narbonne, France

MOTS CLÉS

Infiltration ;
Guidage
échographique ;
Poignet ;
Doigt

Résumé Les infiltrations sous guidage échographique connaissent ces dernières années un essor important. La main est un site idéal pour ce type de geste en raison de son anatomie complexe et du caractère superficiel des cibles potentielles. À condition de respecter quelques principes de bases (asepsie stricte, patient et médecin bien installés, suivi de la pointe de l'aiguille en temps réel, repérage consciencieux des nerfs et des vaisseaux), il sera possible à l'opérateur entraîné d'infiltrer à peu près « tout et n'importe quoi ». Après vous avoir livré quelques astuces utiles (comme le « gel pad » ou l'angulation des aiguilles), nous décrivons les gestes les plus fréquemment réalisés aux doigts et aux poignets : infiltration des doigts à res-saut, des rhizarthroses, des ténosynovites de De Quervain, des canaux carpiens, etc. Enfin, nous aborderons les modifications que ce type de procédures peuvent induire dans les relations avec vos correspondants : « l'échographiste » qui pratique ces gestes n'est plus seulement un « imageur » mais devient un « thérapeute » et empiète sur des domaines de compétences appartenant traditionnellement à la rhumatologie, à la rééducation fonctionnelle ou même à la chirurgie de la main.

© 2015 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Le développement de l'échographie musculosquelettique ces dix dernières années a eu pour corollaire l'émergence de gestes échoguidés.

Les ponctions d'hématomes et les infiltrations de l'épaule ont été les premiers gestes pratiqués de façon courante.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : franck.lapegue@gmail.com (F. Lapegue).

En 2015 on peut considérer que quasiment toutes les infiltrations réalisées historiquement sous repères cliniques ou contrôle radiographique peuvent se faire sous échographie avec les avantages suivants : précision du geste accrue, contrôle en direct de la progression de l'aiguille, contrôle de la diffusion du produit injecté, absence d'irradiation du patient et du médecin. Le guidage échographique a un intérêt particulier pour les infiltrations au niveau de la main et des doigts en permettant un repérage précis des cibles peu profondes à infiltrer et des nombreuses structures nobles à éviter (nerfs, vaisseaux...).

Nous exposerons dans les chapitres suivants quelques généralités sur les principes de bases de cette technique, puis nous décrirons les gestes les plus couramment réalisés avant d'essayer de proposer un « timing adapté » au malade et au contexte.

Comment infiltrer : généralités [1]

Voici quelques points très concrets pour vous permettre de réaliser ces gestes en pratique courante.

Quel matériel utiliser ?

Une sonde droite de haute fréquence (entre 12 et 18 Mhz) s'impose d'autant plus qu'au niveau des doigts et du poignet les cibles seront superficielles. Une sonde de type club de « golf », même si elle n'est pas indispensable, peut s'avérer pratique pour les doigts.

Une aiguille de petit calibre (25G) de 25 mm de long permet de réaliser la quasi-totalité des gestes au niveau de la main.

Position du patient

Avec un opérateur habitué et un patient peu stressé, on peut se contenter de la position « classique » d'un examen échographique de la main : patient assis en face du médecin, main posée sur la table d'examen.

Si le geste envisagé semble compliqué, ou si le patient est stressé, on préférera allonger le patient en décubitus dorsal sur un brancard d'examen et poser son avant-bras et sa main sur une « tablette ». Ainsi le patient n'aura pas une « vision » directe du geste, et sera déjà allongé en cas de malaise vagal (complication la plus fréquente dans notre expérience : 3 à 5 % des procédures).

Conditions d'asepsie

Même si le « risque » infectieux est statistiquement faible [2,3] lors d'une infiltration percutanée (inférieur à 5/100 000), il est évident qu'en 2015 le principe de précaution doit s'appliquer, et impose la mise en œuvre de mesures d'asepsie adaptées :

- désinfection de la zone à traiter selon un protocole validé (par exemple désinfection en 4 temps avec bétadine scrub, sérum physiologique, séchage avec compresse, bétadine alcoolique) ;
- utilisation de champs stériles (champ troué placé au niveau de la zone à infiltrer) ;

- protège sonde stérile et gel stérile (Fig. 1) ;
- médecin « équipé » de gants stériles, d'un calot et d'un masque.

Petits « trucs pratiques » [1,4]

Pour accéder à des cibles très superficielles comme les poulies digitales il est intéressant de courber l'aiguille utilisée à sa base (truc de G. Morvan). Le trajet de l'aiguille ainsi « angulée » et montée sur sa seringue de xylocaïne pourra alors être beaucoup plus horizontal (Fig. 2).

L'utilisation d'un bras articulé pour maintenir en place la sonde habillée stérilement, en regard de la zone à infiltrer, tout en pouvant disposer de ses deux mains libres à son gré, constitue un vrai confort pour l'opérateur (truc de H. Guérini, Fig. 3).

Enfin j'utilise une petite astuce personnelle très utile quand la cible est superficielle et le trajet de l'aiguille court (donc pour la quasi-totalité des infiltrations du doigt) : le « gel pad » ou matelas de gel (Fig. 4). Un « triangle » de gel stérile est placé à la partie proximale du trajet envisagé. L'aiguille est mise en place dans ce matelas de gel avec la bonne direction et en regard du bon point d'entrée, il ne reste plus qu'à l'enfoncer jusqu'à la cible. . .

Quels produits injecter ?

La plupart des gestes demandés consistent en une infiltration de corticoïdes retards, celui que nous utilisons le plus est l'Altim® (cortivazol). La quantité est bien sûr à adapter en fonction du volume de l'espace de diffusion de la zone à traiter (une demi-ampoule de 1,5 mL est la plupart du temps largement suffisante).

Un anesthésiant local (par exemple xylocaïne) est utilisé au début et à la fin du geste. L'utilisation en début de geste permet une anesthésie des plans cutanés et la vérification de l'espace de diffusion du produit (passage dans les gaines tendineuses ? en périphérie des retinacula ? en intra-articulaire ?).

De façon empirique nous avons pris l'habitude avant de retirer l'aiguille de pousser un peu de xylocaïne pour limiter le dépôt de dérivés cortisonés immédiatement sous la peau et dans le derme afin d'éviter une complication rare mais gênante et irréversible : l'atrophie des parties molles sous-cutanées [5].

Enfin la visco-supplémentation par injection intra-articulaire d'acide hyaluronique est une demande de plus en plus fréquente. L'échographie est notamment tout à fait adaptée pour infiltrer l'articulation trapézo-métacarpienne dans le cadre d'une rhizarthrose.

Comment infiltrer : exemples concrets

Voici classés par ordre de fréquence des exemples concrets issus d'une série comprenant une centaine de gestes réalisés sous échographie au niveau de la main par un médecin senior sur une année (activité dans une structure privée et en CHRU).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663129>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663129>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)