

## Les infiltrations de corticoïdes

**Les corticoïdes sont des médicaments anti-inflammatoires puissants, prescrits dans les poussées inflammatoires et les douleurs liées à l'arthrose.**

**Injectés directement dans l'articulation, ils sont à la fois plus efficaces (car au plus près de la lésion arthrosique) et mieux tolérés (moins d'effets indésirables) que les corticoïdes administrés sous forme de comprimés.**

**Ce ne sont pourtant pas des médicaments anodins. Même injectés localement dans la région à traiter, ils n'en conservent pas moins des restrictions d'usage et des précautions d'emploi.**

### Pourquoi et comment ?

Dans l'arthrose, les injections de corticoïdes ont une **action anti-inflammatoire**, précieuse dans les poussées aiguës et une **action antalgique**, précieuse quand les antalgiques habituels sont en échec.

Dans les 2 cas, les injections intra-articulaires de corticoïdes permettent de « passer un cap difficile ».

Les infiltrations de corticoïdes sont pratiquées au cours de la consultation. Le médecin s'entoure des précautions d'asepsie habituelles : désinfection locale de la région avant l'injection et pansement sec recouvrant le point d'entrée de l'aiguille après l'injection.

Avec une aiguille montée sur une seringue, le médecin pique la peau puis pénètre dans l'articulation. Il s'assure qu'il est bien dans l'articulation en aspirant une petite quantité de liquide synovial. Dans un 2<sup>e</sup> temps, il injecte l'anti-inflammatoire. En cas « d'épanchement de synovie », il convient de l'évacuer avant d'injecter le corticoïde.



Après l'injection, le retour au domicile se fait en voiture et la mise au repos de l'articulation est conseillée pendant 48 heures. En règle générale, la tolérance de l'injection est bonne et les douleurs liées à l'arthrose diminuent en quelques jours (entre 2 jours et 2 semaines). La surveillance est faite par le patient lui-même. Une recrudescence de la douleur, des signes inflammatoires (chaleur, rougeur et gonflement de l'articulation), de la fièvre sont des signes d'alerte. L'avis du médecin traitant est impératif.

On ne fait rarement plus de 3 infiltrations par an dans la même articulation. C'est une règle qui a été instituée lors des premières infiltrations de corticoïdes non pas en raison de risques d'abimer l'articulation mais plutôt parce que cela signe l'absence d'efficacité de celles-ci. Elle continue d'être valable sinon souhaitable.

### Quels effets indésirables faut-il craindre ?

L'injection intra-articulaire de corticoïdes peut être responsable de troubles liés soit à l'injection, soit au produit injecté.

#### L'injection intra-articulaire d'un produit peut déclencher :

- un malaise vagal, réaction d'hyperémotivité se manifestant par des sueurs et un malaise général pouvant aller jusqu'à une brève perte de connaissance ; c'est un malaise bénin traité par la surélévation des membres inférieurs ;
- un saignement à l'intérieur de l'articulation ou sur le trajet de l'aiguille ; le risque est plus grand en cas d'hémophilie ou de traitement anticoagulant ; dans ces cas, le médecin doit s'entourer d'un grand nombre de précautions (diamètre de l'aiguille, technique d'injection) ou déconseiller l'injection ;
- une infection articulaire, très rare, avec des signes inflammatoires et de la fièvre et la nécessité d'un traitement hospitalier avec des antibiotiques en perfusion.

#### L'injection intra-articulaire de corticoïdes peut avoir des conséquences sur :

- un patient diabétique : si le diabète est mal équilibré, il est préférable de s'abstenir ;
- un patient allergique : même si les allergies à la cortisone sont exceptionnelles, le signalement au médecin de toutes les allergies connues est la meilleure façon de prévenir les accidents ;
- un patient « infecté » : si la maladie infectieuse est en cours, il convient de repousser l'infiltration pour éviter l'aggravation de l'infection.