



Infiltrations en 2026 Où en est-on ?

Soirée SARADOL 03/03/2026

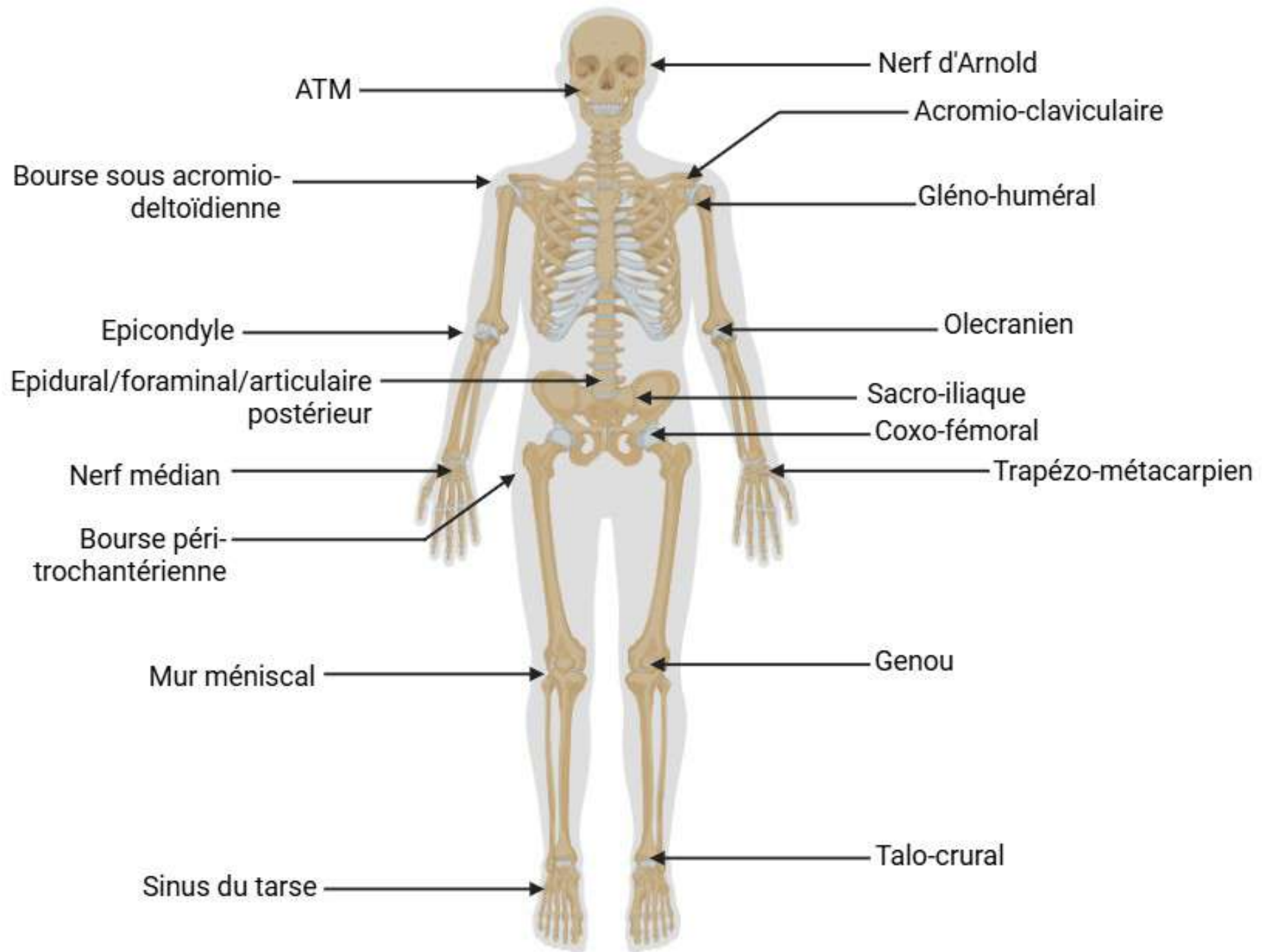
Dr Julien SEILLER

Introduction

- Techniques d'injections locales pour soulager la douleur
 - Articulaires, péri-tendineux, intra-bursal, intra-rachidien
- Objectif: effet anti-inflammatoire en limitant effet systémique
- Indications:
- **Pathologies mécaniques**
 - Arthrose, Syndromes canaux et radiculaires, Tendinopathies, Bursites
- **Rhumatismes inflammatoires**
 - Polyarthrite rhumatoïde, PPR, Chondrocalcinose, Spondylarthrite

Maugars Y, et al. Revue du Rhumatisme. 2023

Pascart T, et al. Lancet Rheumatol. 2024



Corticoïdes

- **2 millions** d'infiltrations par an
- 75% réalisées par des rhumatologues
- Différents produits
 - *Cortivazol – Altim – retiré du marché pour difficultés de production*
- Problématique majeur des **disponibilités**
 - *Rupture Diprostene 2023*

Corticoïdes injectables	Concentration et volume	Equivalence-prednisone	Persistance locale	Indications	Coûts
Acétate + phosphate de bétaméthasone (Diprostène*, Célestène chronodose*)	3,0mg acétate + 3,9mg PNa ₂ /1ml	1 mg = 7,1mg	8 jours	intraarticulaire périarticulaire	4,29€
Hexacétonide de triamcinolone (Hexatrione*)	40mg/2ml	1mg = 1,25mg	30 jours	intraarticulaire	9,41€
Acétonide de triamcinolone (Kénacort*)	10mg/1ml ou 40mg/1ml ou 80mg/2ml	1mg = 1,25mg	10 jours	intraarticulaire	2,05€ 3,71€
Acétate de prednisolone (Hydrocortancyl*)	125mg/5ml	1mg = 1mg	8 jours	intraarticulaire périarticulaire péridurale	4,81€
Acétate de méthylprednisolone (Dépomédrol*)	40mg/1ml ou 80mg/2ml ou 120mg/3ml	1mg = 1,25mg	8 jours	intraarticulaire périarticulaire	hôpital
Phosphate sodique de dexaméthasone (Dexaméthasone gén*)	4mg/1ml ou 20mg/5ml ou 10mg/1ml	1mg = 7,1mg	qq jours	intraarticulaire périarticulaire	Prix libre
Phosphate sodique de bétaméthasone (Célestène*, Betnésol*)	4mg/1ml ou 8mg/2ml	1mg = 7,1mg	qq jours	intraarticulaire périarticulaire	Prix libre

Corticoïdes

- **Effets indésirables loco-régionaux**
- Infection iatrogène
 - Risque estimé de **1 pour 3000 à 1 pour 70 000 gestes** selon les études
- Surrisque d'infection du site opératoire sur arthroplastie
 - Si infiltration **dans les trois mois précédant** la chirurgie
- Atrophie sous-cutanée, hypopigmentation cutanée
- Rupture tendineuse
- **Risque hémorragique**

			Risque hémorragique		
			Mineur	Modéré	Majeur
			• Articulaires périphériques sauf hanche • Sacro-iliaque, sterno-claviculaire, costo-vertébrale. • Interarticulaire postérieure (HAS 2013) • Périarticulaire • Canalaire superficielle • BGSA • Myélogramme	• Coxo-fémorale • Epidurale lombaire • Lavage articulaire • Biopsie osseuse ou synoviale • Canalaire profonde • Capsulodistension, ponction-trituration d'épaule	• Epidurale cervicale ou thoracique • Intradurale cervicale et lombaire • Intradiscale • Ponction-biopsie discovertébrale, cimentoplastie
Risque thrombo-embolique	AAP	Faible	Poursuite aspirine et des autres AAP	• Poursuite aspirine • Arrêt autres AAP avec <u>relai par aspirine</u> Clopidogrel J-5 Ticagrélor J-5 Prasugrel J-7 • Reprise AAP le lendemain en l'absence d'hémorragie	• Arrêt aspirine J-3 • Arrêt autres AAP avec <u>relai par aspirine jusqu'à J-3</u> Clopidogrel J-5 Ticagrélor J-5 Prasugrel J-7 • Reprise AAP le lendemain en l'absence d'hémorragie
		Élevé		Geste non réalisable (hors situation d'urgence)	
	AVK	Faible	Poursuite pour tous (INR cible < 3)	• Arrêt AVK Acenocoumarol-fluindione J-3 / Warfarine J-5 • <u>Pas de relai</u> par héparine • Reprise après le geste en l'absence d'hémorragie: Acenocoumarol 24h / Warfarine 6h	
		Élevé		• Arrêt AVK Acenocoumarol-fluindione J-3 / Warfarine J-5 • <u>Relai</u> par héparine • Reprise après le geste en l'absence d'hémorragie: Acenocoumarol > 24h / Warfarine > 6h	
	AOD	Faible ou élevé	• Pas de prise le jour du geste • Pas de contrôle biologique • Reprise > 6h après le geste	• Arrêt AOD Apixaban J-3 Edoxaban J-3 Rivaroxaban J-3 Dabigatran J-4 • <u>Pas de relai</u> • Reprise après le geste en l'absence d'hémorragie >24h	
	HNF	Faible ou élevé	• Arrêt HNF : 6h avant le geste si IV / 24h avant le geste si SC • Reprise HNF 2h après le geste		• Arrêt HNF : 6h avant si IV / 24h avant si SC • Reprise HNF 6h après le geste
	HBPM	Faible ou élevé	• Arrêt HBPM : 12h avant le geste si dose prophylactique / 24h avant le geste si dose curative • Reprise HBPM 4h après le geste	• Arrêt HBPM : 12h avant le geste si dose prophylactique / 24h avant le geste si dose curative • Reprise HBPM 12-24h après le geste	
	Fondaparinux	Faible ou élevé	• Arrêt Fondaparinux : 4j avant • Reprise Fondaparinux 6h après le geste		• Arrêt Fondaparinux 4j avant • Reprise Fondaparinux 24h après le geste

Corticoïdes

- **Effet systémiques**

- Flush

- Jusqu'à 20-30% de prévalence – Diprostène ++

- Déséquilibre glycémique chez le diabétique

- +0,37g/L pendant 3 à 7jours après triamcinolone

- Syndrome de **Tachon**

- Dorso-lombalgies hyperalgiques
 - Dans les minutes suivant le geste lié au passage veineuse
 - Anxiété / sensation de mort imminente
 - Flush
 - Evolution favorable en 30min

Russell et al. Rheumatology (Oxford) 2018

Hajjioui A et al. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. 2007

Corticoïdes

- Syndrome de **Nicolau** - *embolia cutis medicamentosa*
 - mécanisme vasculaire artériel : spasme vasculaire/thrombose
 - traumatisme direct par aiguille - injection IM
 - douleur violente immédiatement après le geste
 - lésions maculeuses érythémateuses puis livédoïdes
 - évolution imprévisible : ischémie membre, surinfection cutanée, parésie, douleurs neuropathiques, rhabdomyolyse
 - traitement : antalgiques, parage nécroses, +/- oxygénothérapie hyperbare ou héparinothérapie



Re

	Recommandations	Niveau de preuve
1	L'indication d'une infiltration de corticostéroïde ostéoarticulaire doit reposer sur un diagnostic établi au préalable par un médecin ayant une compétence clinique ostéoarticulaire.	IV
2	Une infiltration de corticostéroïde ostéoarticulaire devra en général être précédée d'une imagerie comportant de manière courante une radiographie standard et/ou une échographie.	IV
3	Dans certaines indications, un guidage par imagerie peut apporter plus de précision et de confort.	Ib
4	Le médecin demandeur et celui réalisant une infiltration de corticostéroïde ostéoarticulaire doivent informer au préalable le patient sur l'indication de cet acte, sa procédure adaptée et ses risques. Son consentement doit être obtenu tout en respectant, hors urgence ou demande du patient, un délai de réflexion.	IV
5	Une injection locale de corticostéroïde peut être proposée en première intention dans certains cas où la balance bénéfice-risque est plus favorable.	IV
6	La réalisation rapprochée d'une seconde injection locale de corticostéroïde n'a pas lieu d'être en cas d'échec de la première injection dès lors qu'elle a été réalisée de manière satisfaisante, mais est possible en cas de résultat incomplet, d'absence de guidage ou de rechute.	III
7	La répétition des injections locales de corticostéroïde doit être précédée d'une évaluation de la balance bénéfices/risques, en tenant compte, d'une part, de l'efficacité et de la tolérance des précédentes infiltrations et, d'autre part, d'un possible effet délétère local à long terme des corticostéroïdes.	IIb
8	Il faut s'assurer systématiquement avant une infiltration de corticostéroïde ostéoarticulaire qu'il n'y a pas d'infection locale ou générale, de diabète ou d'hypertension mal équilibrés, de risque hémorragique, et tenir compte des délais de sécurité avant une chirurgie programmée.	IV
9	Le type et la posologie du corticostéroïde injectable doivent être adaptés au site et à la pathologie traitée, en tenant compte de sa puissance anti-inflammatoire, de la durée d'action et de son pouvoir atrophiant, ainsi que des comorbidités du patient.	III
10	La réalisation d'une infiltration de corticostéroïde rachidienne doit tenir compte des risques de complications neurologiques graves qui restent exceptionnels, mais majorés au cas d'antécédent chirurgical, de localisation cervicale et/ou foraminale. Les situations complexes justifient une concertation pluridisciplinaire.	III
11	Un compte-rendu doit être rédigé pour toute injection locale de corticostéroïde, mentionnant au minimum l'indication, la procédure d'injection, le nom, la posologie et le numéro de lot du ou des produits injectés, et les conseils post-procéduraux.	IV
12	Une infiltration de corticostéroïde ne justifie pas une immobilisation systématique de l'articulation concernée.	IIb
13	Une infiltration de corticostéroïde périarticulaire est possible à proximité d'une prothèse articulaire sous réserve d'un guidage avec aseptie rigoureuse de type chirurgical et d'une indication posée en concertation avec le clinicien spécialiste.	III

Recommandations 2023

- ***Dans certaines indications, un guidage par imagerie peut apporter plus de précision et de confort.***
- Dépend de l'**articulation** et de l'**expérience** de l'opérateur
 - Localisations simples : genou, doigt à ressaut, canal carpien
 - Localisations difficiles : hanche, cheville, sacro-iliaques

Localisation	Pourcentage de précision en repérage anatomique selon les séries (min.-max.)
Hanche	71,5 (50-93)
Épaule	79,0 (27-100)
Cheville	67,5 (50-85)
Coude	90,0 (25-100)
Poignet	60,0 (50-70)
Genou	90,0 (25-100)

Gui

- Essc
- Nécc
- Amé

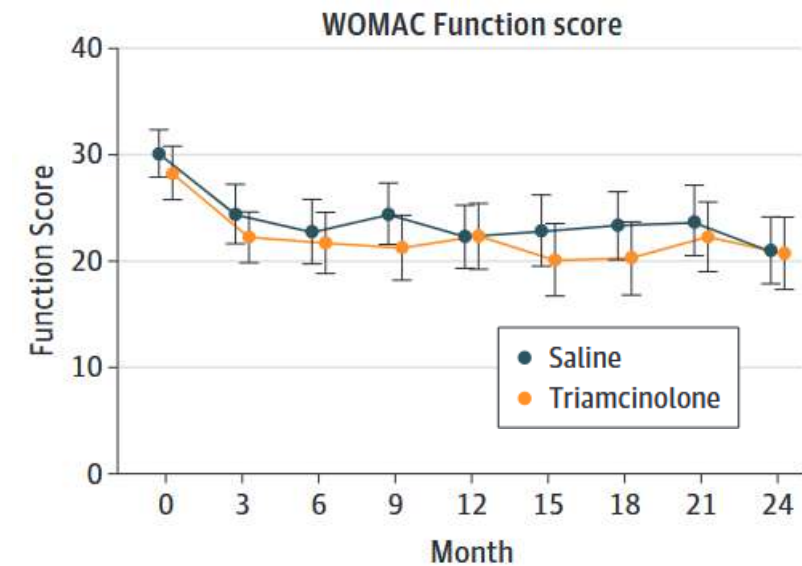
Reference	Joint Pathology	Needle placement accuracy (%)	
		Image-guided	No imaging
Balint et al ¹⁵	Knee RA, seronegative arthritis, OA	94.7 (18 of 19)	40.0 (4 of 10)
Bliddal ¹⁷	Knee OA	100 (56 of 56)	91.1 (51 of 56)
Cunnington et al ¹⁹	Knee Inflammatory arthritis	91.4 (32 of 35)	81.8 (27 of 33)
Curtiss et al ²⁰	Knee Cadaveric, no pathology	100 (40 of 40)	77.5 (31 of 40)
Im et al ²¹	Knee OA	95.6 (43 of 45)	77.3 (34 of 44)
Park et al ²⁶	Knee OA	96.0 (48 of 50)	83.7 (41 of 49)
Bisbinas et al ¹⁶	Shoulder (AC) NR	100 (66 of 66)	39.4 (26 of 66)
Catalano et al ¹⁸	Shoulder (GH) NR	100 (147 of 147)	85.0 (125 of 147)
Cunnington et al ¹⁹	Shoulder (GH) Inflammatory arthritis	63.2 (12 of 19)	40.0 (8 of 20)
Peck et al ²³	Shoulder (AC) Cadaveric, no pathology	100 (10 of 10)	40.0 (4 of 10)
Pichler et al ²⁴	Shoulder (AC) Cadaveric, no pathology	100 (20 of 20)	56.6 (43 of 76)
Rutten et al ²²	Shoulder (SB) Impingement syndrome	100 (10 of 10)	100 (10 of 10)
Sabeti-Aschraf et al ²⁵	Shoulder (AC) Cadaveric, no pathology	95.0 (57 of 60)	71.7 (43 of 60)

Recommandations 2023

- ***Un compte-rendu doit être rédigé pour toute injection locale de corticostéroïde, mentionnant au minimum***
 - ***l'indication***
 - ***la procédure d'injection***
 - ***le nom***
 - ***la posologie***
 - ***le numéro de lot du ou des produits injectés***
 - ***les conseils post-procéduraux.***
- Intérêt médico-légal

Genou

- Gonarthrose - Revue Cochrane 2015
 - Bénéfice douleur sur au moins 6 semaines (-1pt d'EVA)
- Gonarthrose - Essai clinique randomisé 2017
 - Triamcinolone vs NaCl **tous les 3mois** pendant 2ans
 - Pas de bénéfice sur la douleur/fonction
 - **Aggravation de la diminution du cartilage dans le groupe CTC**
- Données non confirmées dans études observationnelles plus récentes
 - *Pas de surrisque de PTG à 5ans*



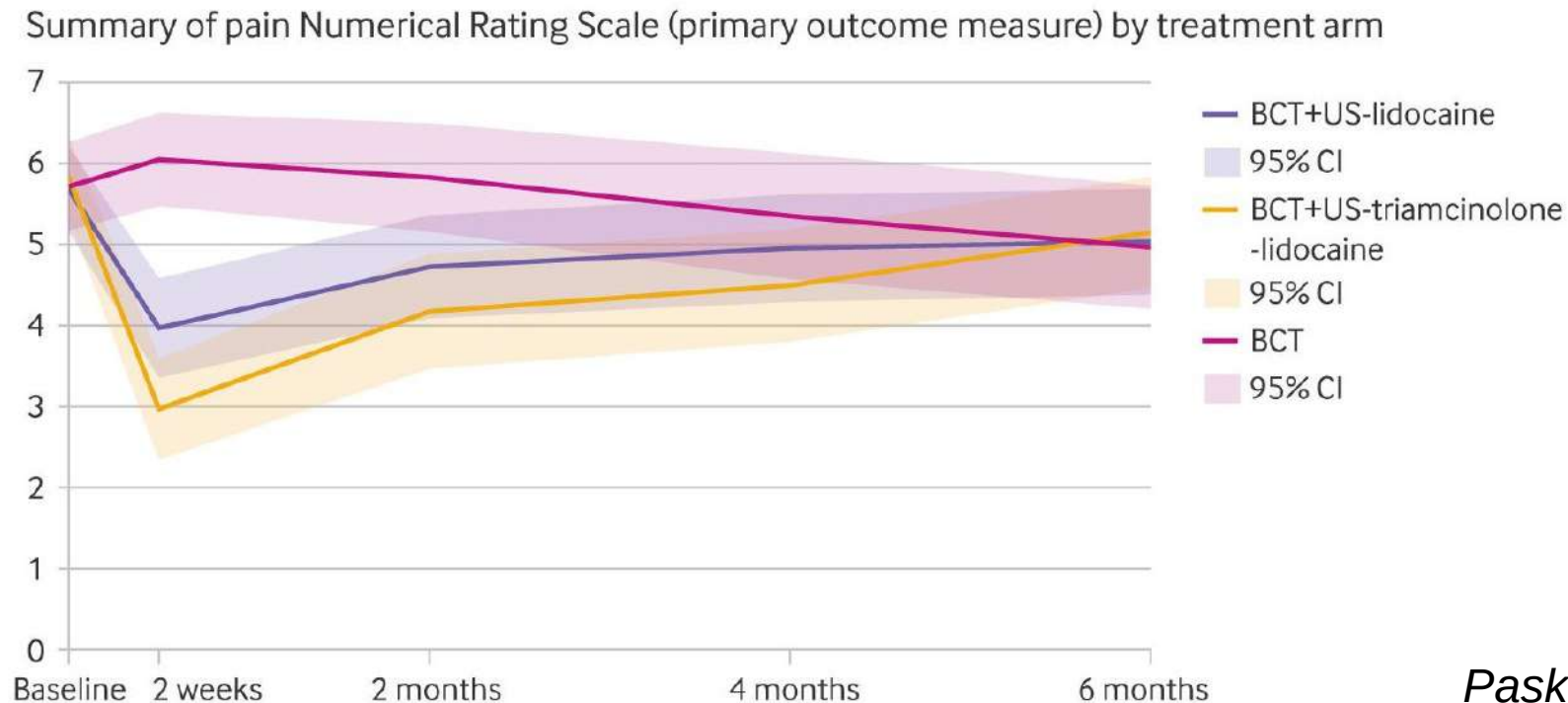
Jüni P, et al. 2015

McAlindon TE, et al. JAMA. 2017

Latourte A et al. Arthritis & Rheumatology. 2022

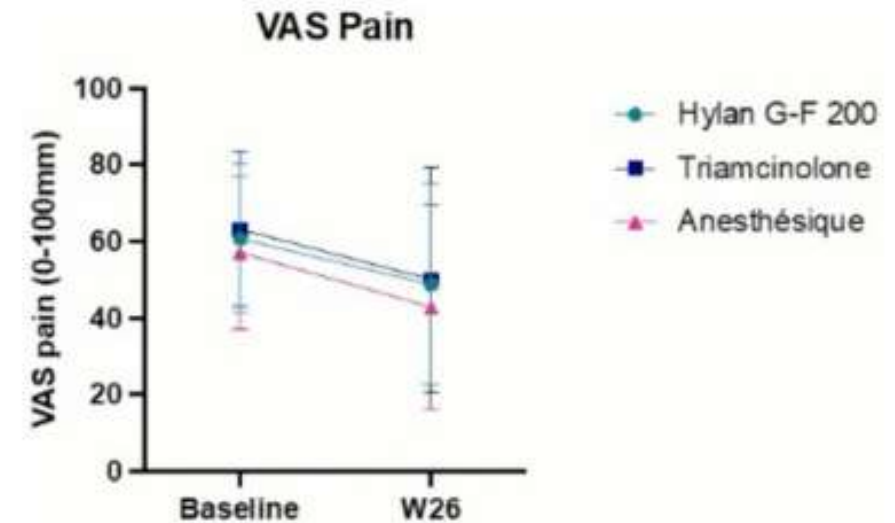
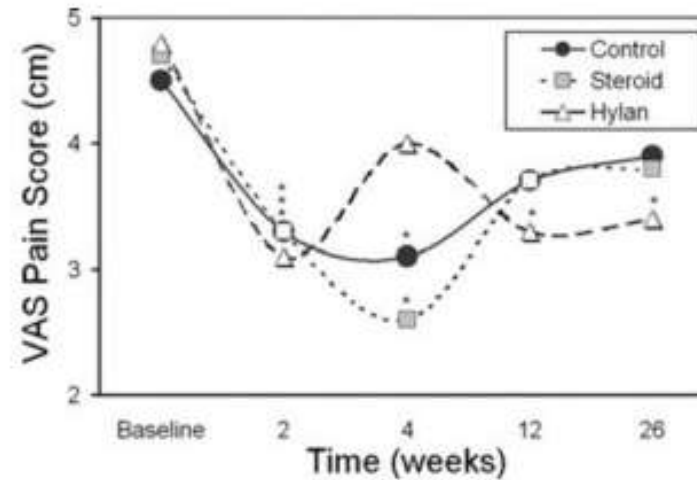
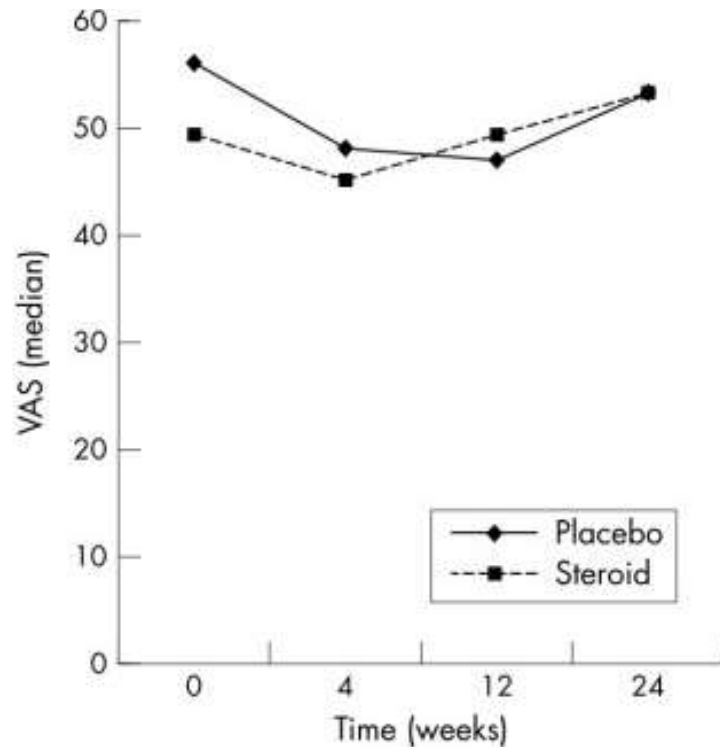
Coxarthrose

- Infiltration triamcinolone + lidocaïne sous échographie
 - Amélioration -1,43 EVA sur 6mois
- A opposer au **bénéfice majeur** de l'arthroplastie totale



Rhizarthrose

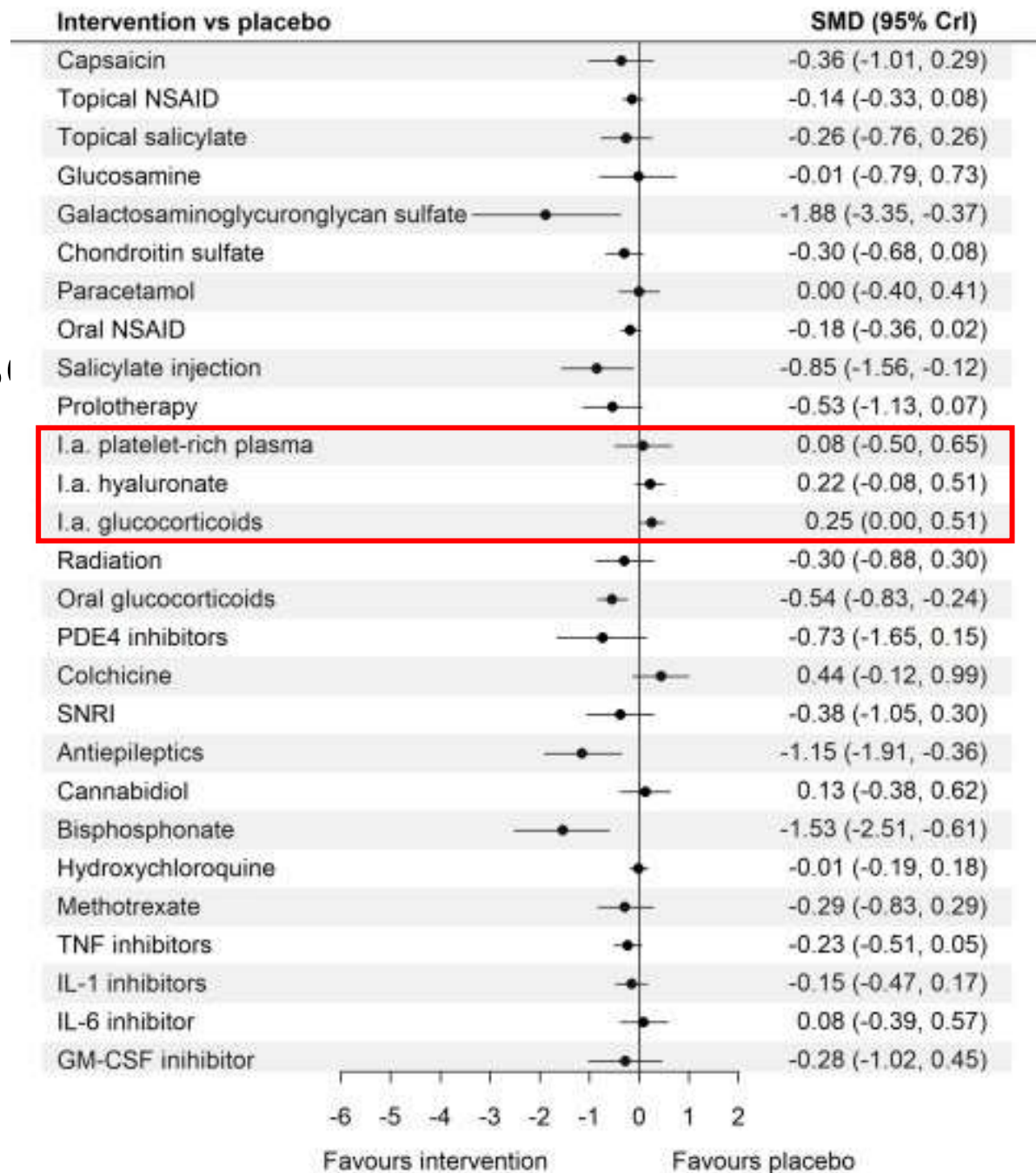
- Trois essais contre placebo négatifs dans la rhizarthrose



Meengagh, Ann Rheum Dis, 2004
Heyworth et al, J Hand Surg Am 2008
Mandl et al, Arthritis Rheum, 2012

Rhizarthrose

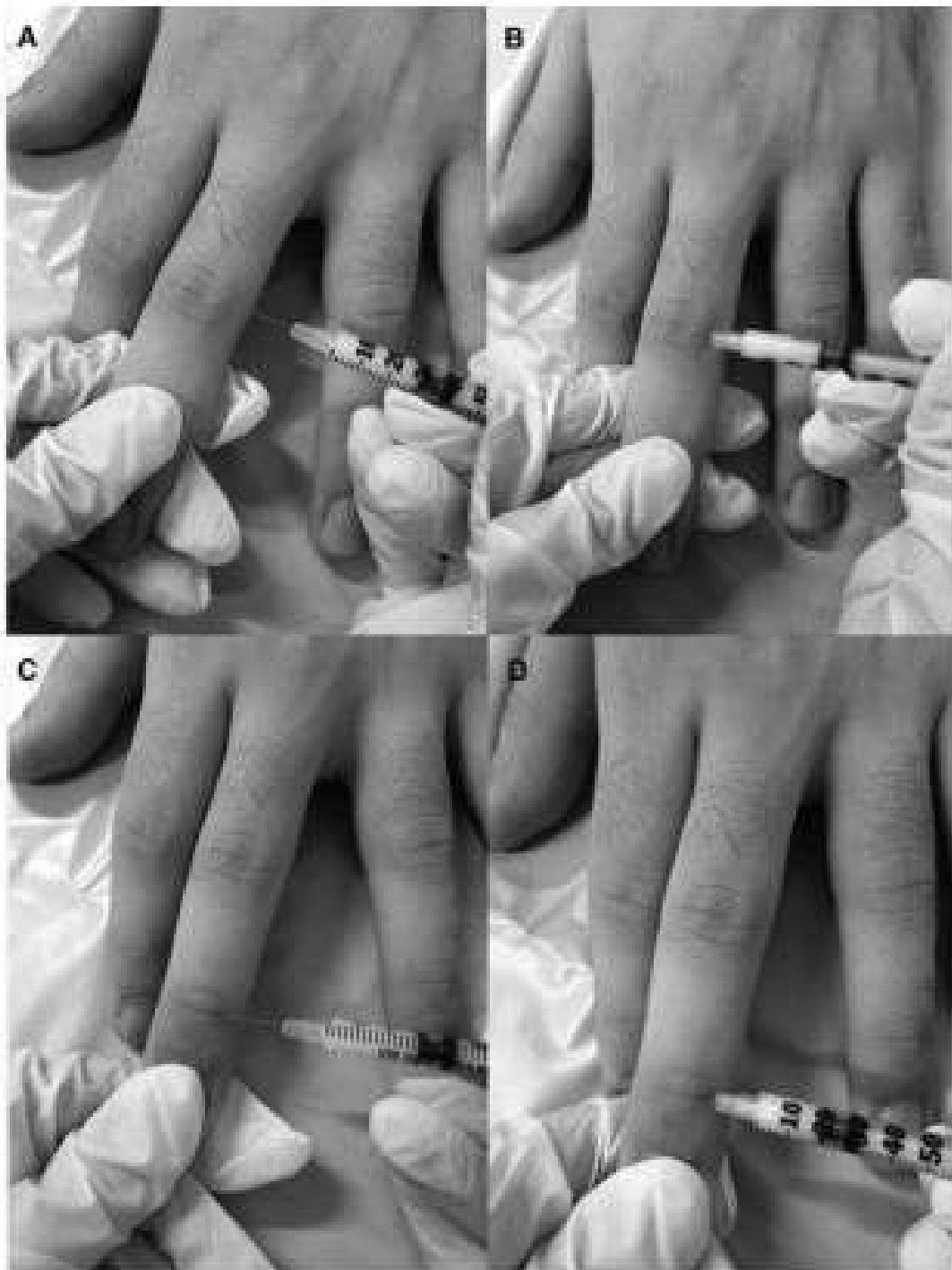
- Meta-analyse danois



Arthrose

• Rec

Table 1 2018 Update	
Overarching principles	
A.	The primary goal of management is to reduce pain and improve function in order to maximise quality of life.
B.	All patients should be offered advice on self-management principles and treatment options.
C.	Management of hand osteoarthritis should be based on the patient's clinical presentation and personal goals.
D.	Management of hand osteoarthritis should be based on the patient's clinical presentation and personal goals.
E.	Optimal management of hand osteoarthritis should include pharmacological and non-pharmacological treatments.
Recommendations	
1.	Education and training in self-management should be offered to all patients.
2.	Exercises to improve hand function should be offered to all patients.
3.	Orthoses should be offered to patients with pain and functional impairment.
4.	Topical treatments (analgesics, NSAIDs) should be offered to patients with pain.
5.	Oral analgesics, paracetamol, NSAIDs should be offered to patients with pain.
6.	Chondroitin sulfate should be offered to patients with pain.
7.	Intra-articular injections of corticosteroids should be offered to patients with pain.
8.	Patients with hand osteoarthritis should be offered surgery if they have severe pain and functional impairment.
9.	Surgery should be offered to patients with severe pain and functional impairment.
10.	Long-term follow-up should be offered to patients with hand osteoarthritis.

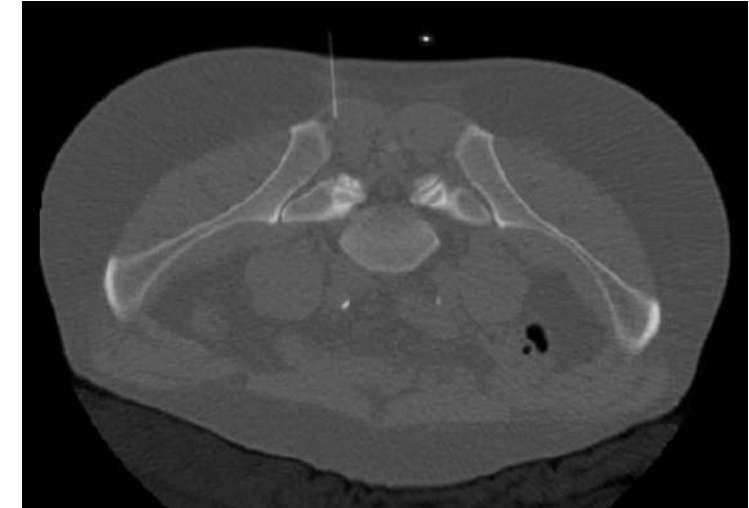


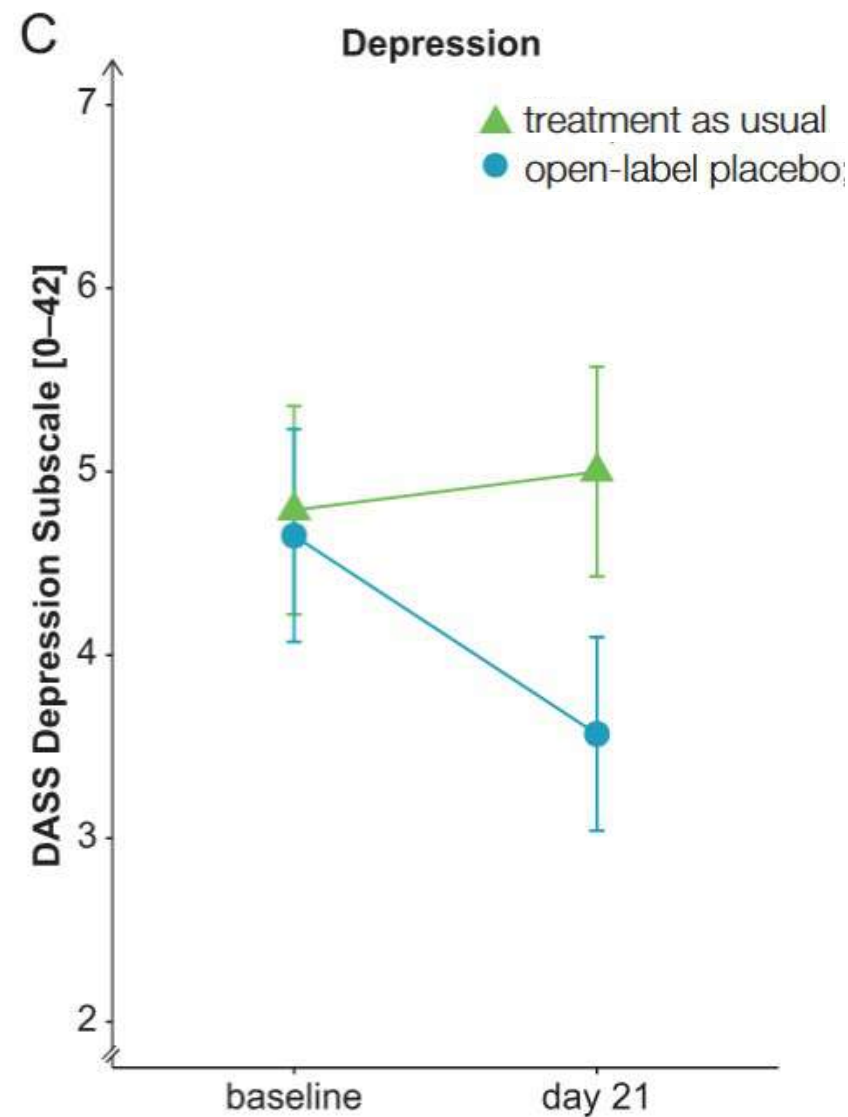
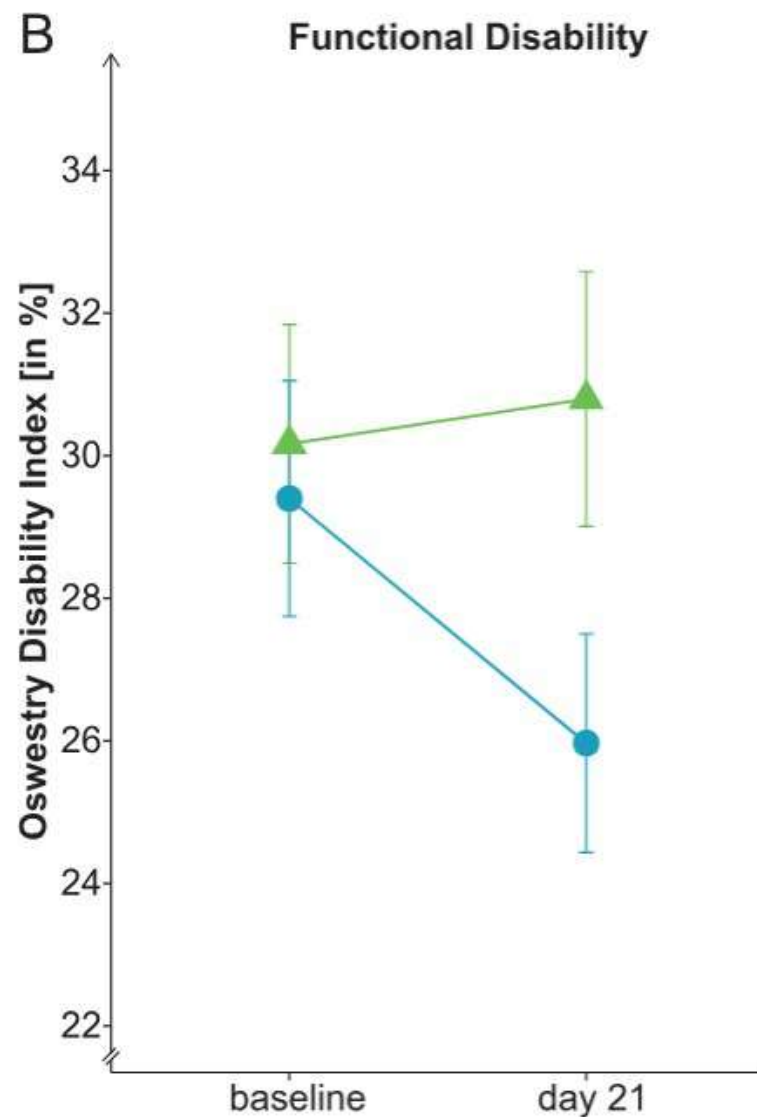
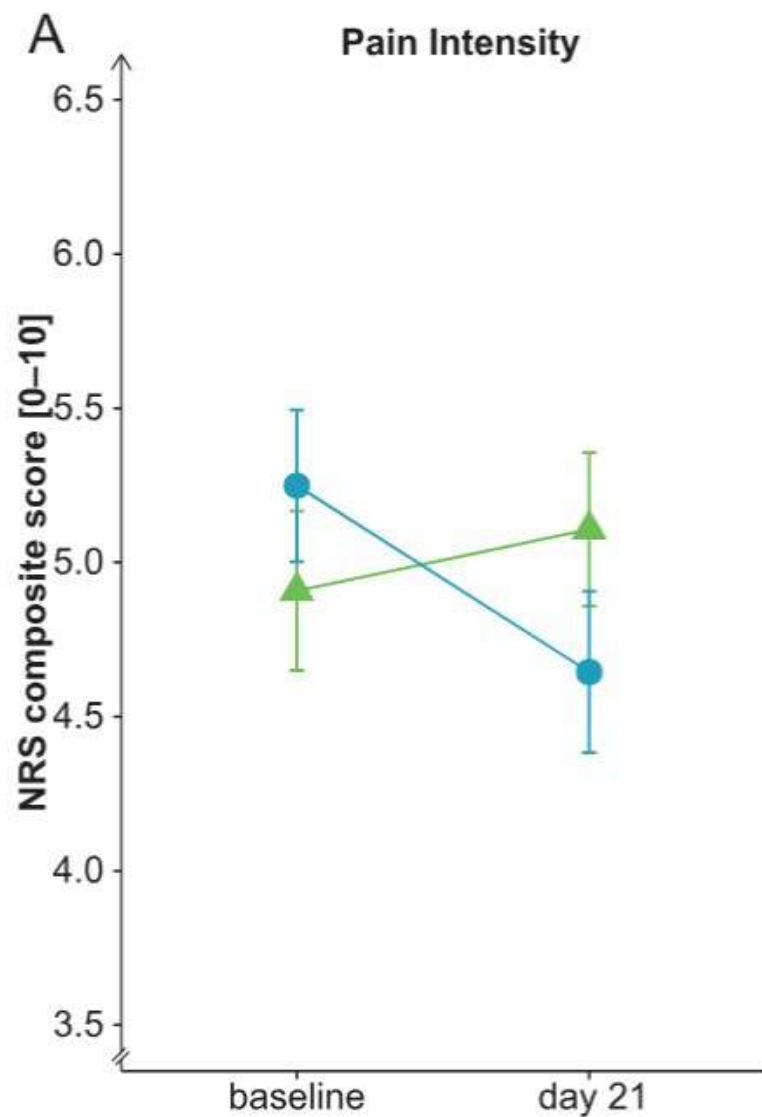
LoE*	GoR†	LoA (0–10)
		9.7 (0.7)
		9.8 (0.8)
		9.9 (0.2)
		9.6 (1.1)
		9.3 (1.2)
ent. 1b	A	9.3 (1.1)
1a	A	9.1 (1.6)
1b	A	9.3 (1.0)
1b	A	8.6 (1.8)
1a	A	9.4 (0.9)
1b	A	7.3 (2.7)
1a†–1b‡	A	7.9 (2.4)
1a	A	8.8 (1.8)
5	D	9.4 (1.4)
5	D	9.5 (1.7)

heum Dis. 2019
oro Paschoal et al, J rheumatol, 2015

Rachis

- Geste dépend de la localisation
- Articulaire postérieure
- Epidurale
 - Hernie discale médiane/para médiane
 - Canal lombaire rétréci
- Foraminale
- *Intra-discales*
- **Bénéfice à court terme**





Sci

- Ess

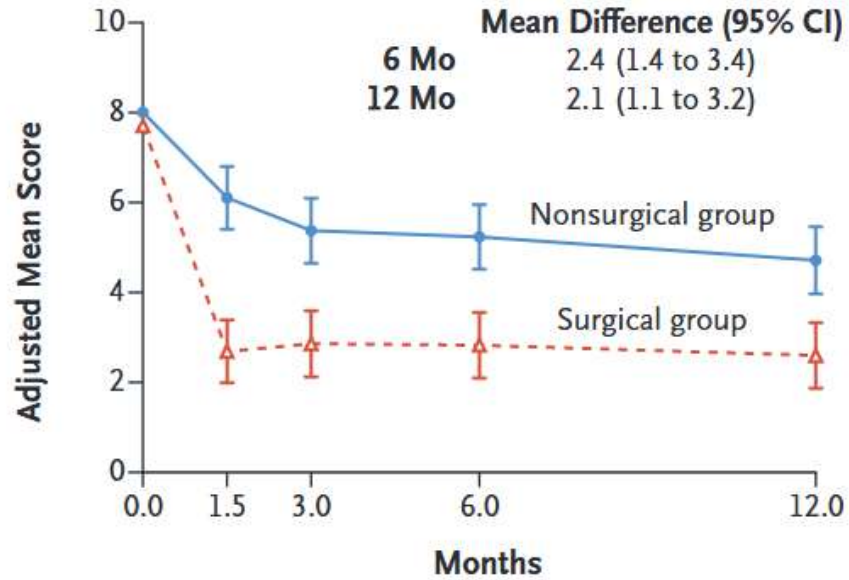
- Scia

- Gro

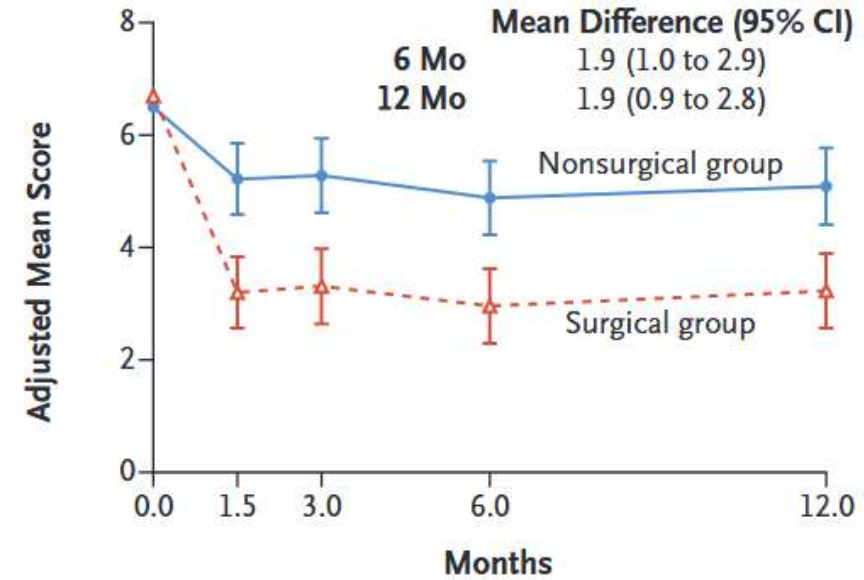
cort

- P

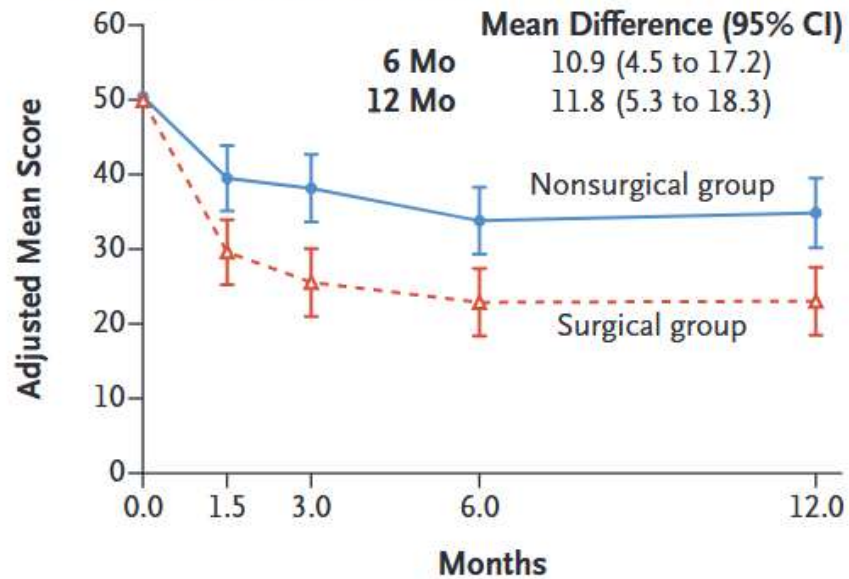
A Intensity of Leg Pain



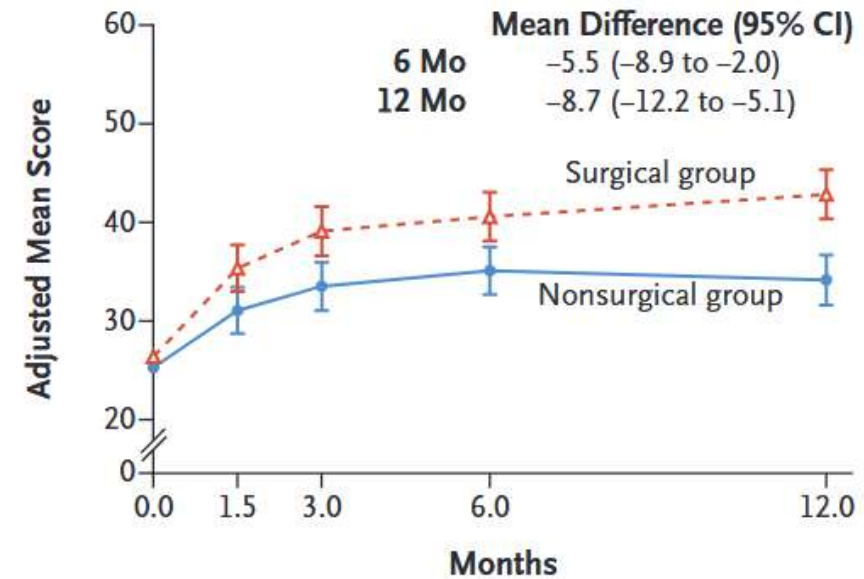
B Intensity of Back Pain



C Score on Oswestry Disability Index



D SF-36 Physical Component Score



de

Canal lombaire rétréci



- Review JAMA 2022 : Bénéfice modéré à 3 semaines, limité à 6 semaines
- Basé sur essai randomisé CTC vs lidocaïne, 400 patients
 - Critères d'inclusion : âge > 50 ans et canal lombaire rétréci à l'imagerie

Variable	Lidocaine			Glucocorticoid–Lidocaine			Treatment Comparison	
	No. of Patients	Overall Mean	Mean Change from Baseline	No. of Patients	Overall Mean	Mean Change from Baseline	Adjusted Difference (95% CI) [†]	P Value
Overall								
RMDQ score								
Baseline	200	15.7±4.3	—	200	16.1±4.5	—	—	—
3 wk	189	13.1±5.7	−2.6±4.4	195	11.7±6.1	−4.4±5.7	−1.8 (−2.8 to −0.9)	<0.001
6 wk [‡]	193	12.5±6.4	−3.1±5.3	193	11.8±6.3	−4.2±5.8	−1.0 (−2.1 to 0.1)	0.07

JA 2022

JM 2014

Canal lombaire rétréci

Table 2: Age-specific prevalence estimates of degenerative spine imaging findings in asymptomatic patients^a

Imaging Finding	Age (yr)						
	20	30	40	50	60	70	80
Disk protrusion	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Annular fissure	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Facet degeneration	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Spondylolisthesis	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%

Viscosupplémentation

- Acide hyaluronique : composant du liquide synovial normal
 - Elasticité, souplesse, résistance du cartilage, anti-inflammatoire local
 - Articulation arthrosique : altérations qualitatives et quantitatives de liquide synovial
- Visco-supplémentation : injection locale d'acide hyaluronique
- Objectifs
 - Améliorer l'élasto-viscosité
 - Diminuer la douleur
 - Diminuer l'impact fonctionnel
 - Pas d'effet structural

Grecomoro G, et al. Int J Tissue React. 2001

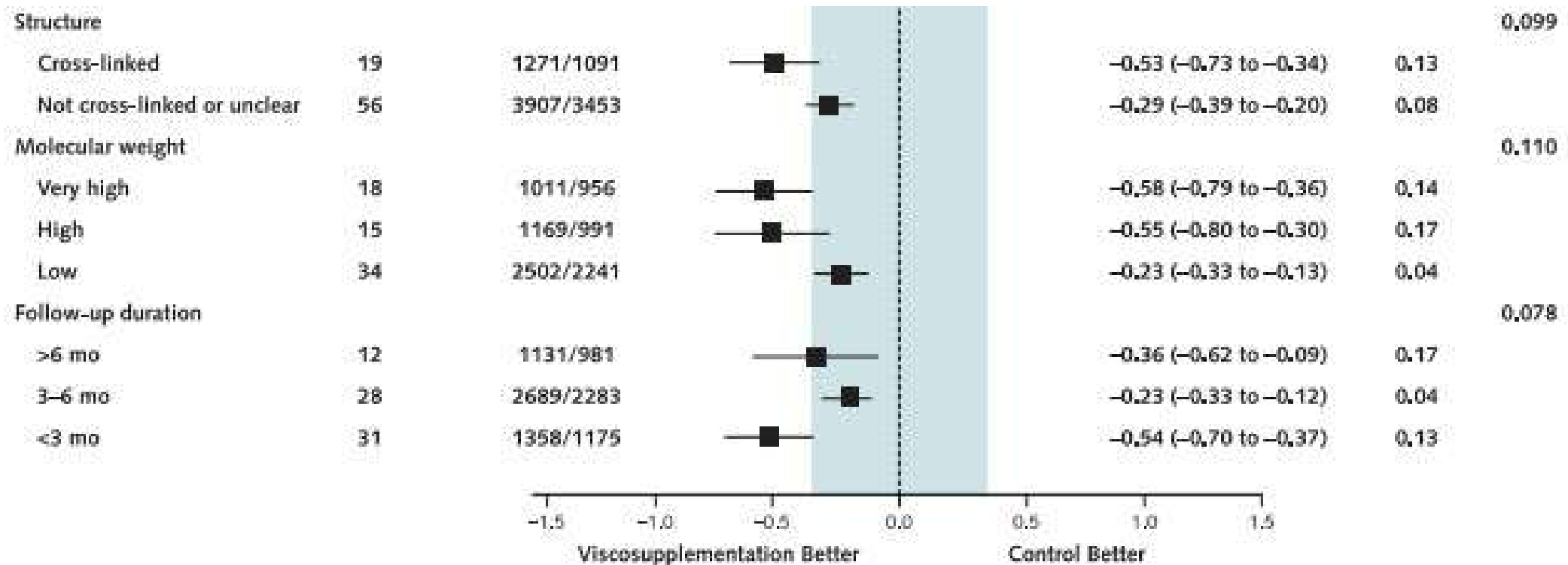
Bagga H, et al. J Rheumatol. 2006

Viscosupplémentation

- Formes linéaires
 - Arthrum, Hyalexo mono, Durolane, Ostenil, Ostenil Plus, Synocrom, Euflexxa, Go on, Hyalgan
- Formes réticulées
 - Happycross, Hyalexo cross
- Formes hybrides
 - Sinovial HL
- Déremboursés progressivement jusqu'en 2017

Visco-supplémentation

- Bénéfice potentiel sur la douleur à 12 semaines

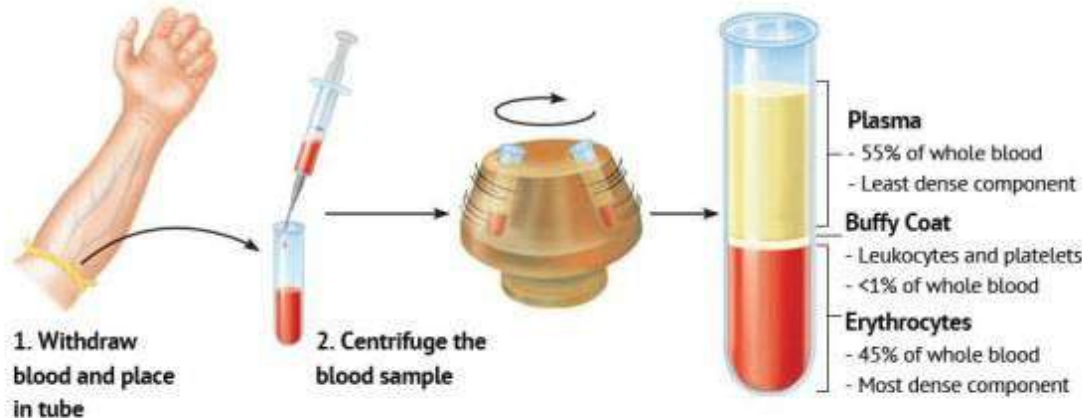


Vincent P. Current Therapeutic Research. 2021

Rutjes et al. Ann Intern Med. 2012

Plasma riche en plaquet

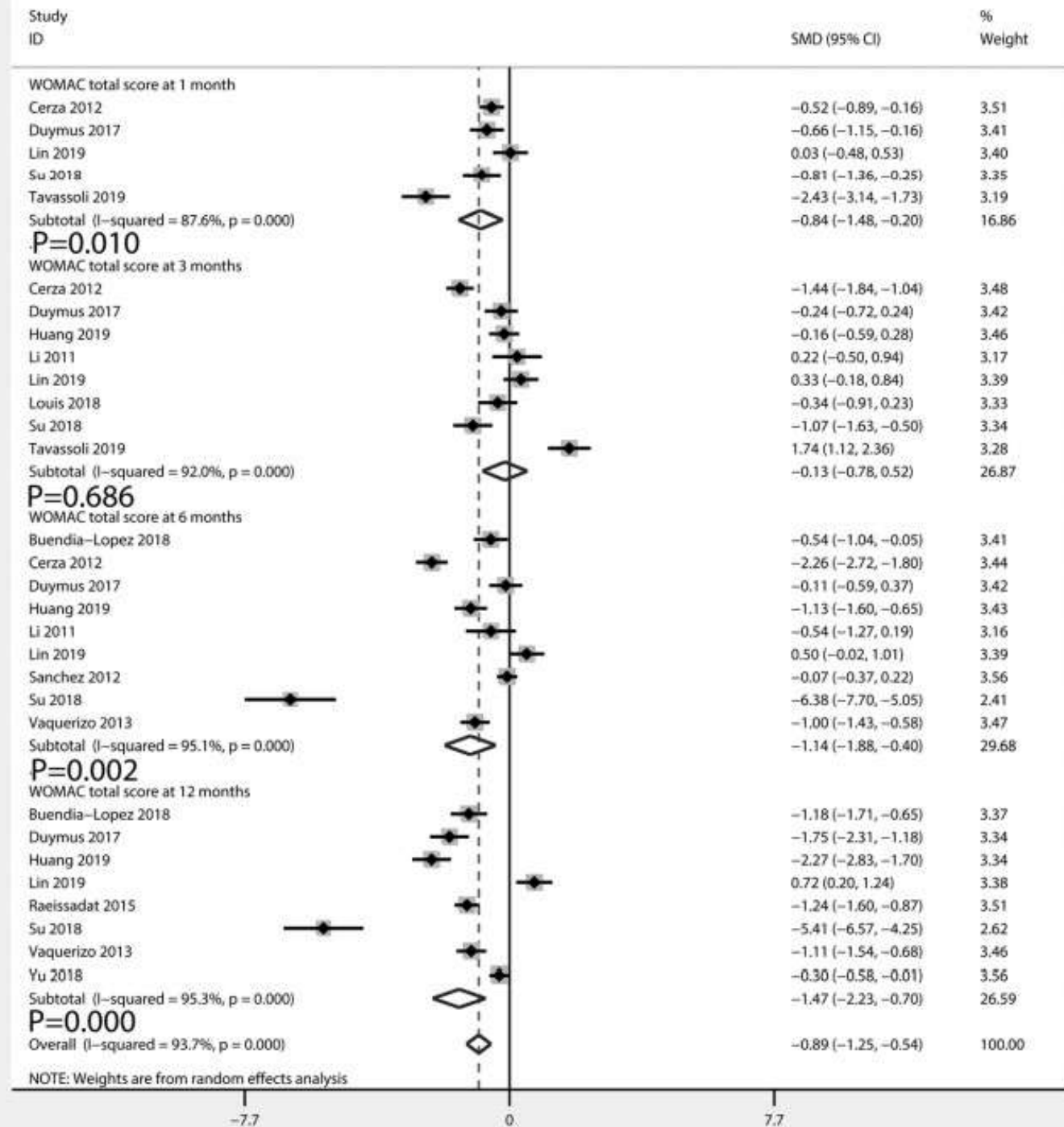
- **Essor majeur en rhumatologie**
- Infiltrations intra-articulaires et péri-articulaires
- **Hétérogénéité des protocoles**
- Acte hors nomenclature



Author	PRP		
	Injection dose (ml)	Times	Intervals
Ahmad 2018 [22]	4	3	2 Weeks
Buendia-Lopez 2018 [23]	5	NS	NS
Cerza 2012 [24]	5.5	4	Weekly
Cole 2017 [20]	4	3	Weekly
Di Martino 2019 [25]	5	3	Weekly
Duymus 2017 [26]	5	2	Monthly
Filardo 2015 [19]	5	3	Weekly
Gormeli 2017 [27]	5	3	Weekly
Huang 2019 [28]	2	3	Weekly
Li 2011 [29]	3.5	3	3 Weeks
Lin 2019	5	3	Weekly
Louis 2018 [30]	3	1	NS
Montanez-Heredia 2016 [31]	NS	3	2 Weeks
Paterson 2016 [32]	3	3	Weekly
Raeissadat 2015 [33]	43,927	2	Monthly
Sanchez 2012 [34]	8	3	Weekly
Su 2018 [35]	6	2	2 Weeks
Vaquerizo 2013 [36]	8	3	2 Weeks
Yu 2018 [37]	2-14	4	Weekly
Tavassoli 2019 [38]	4-6	4	3 Weeks

Plasma

- PRP vs vis

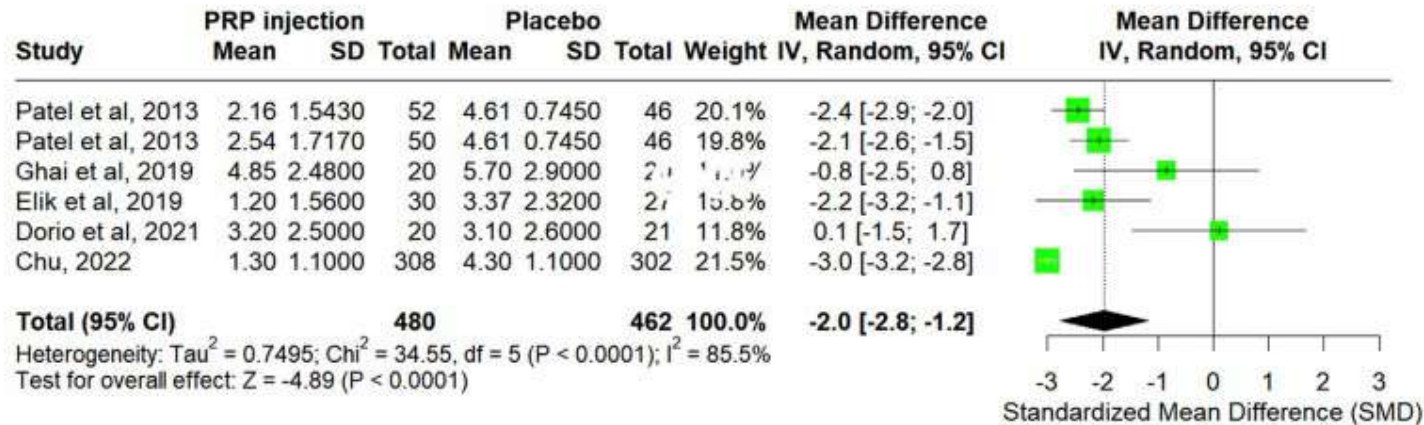


rose

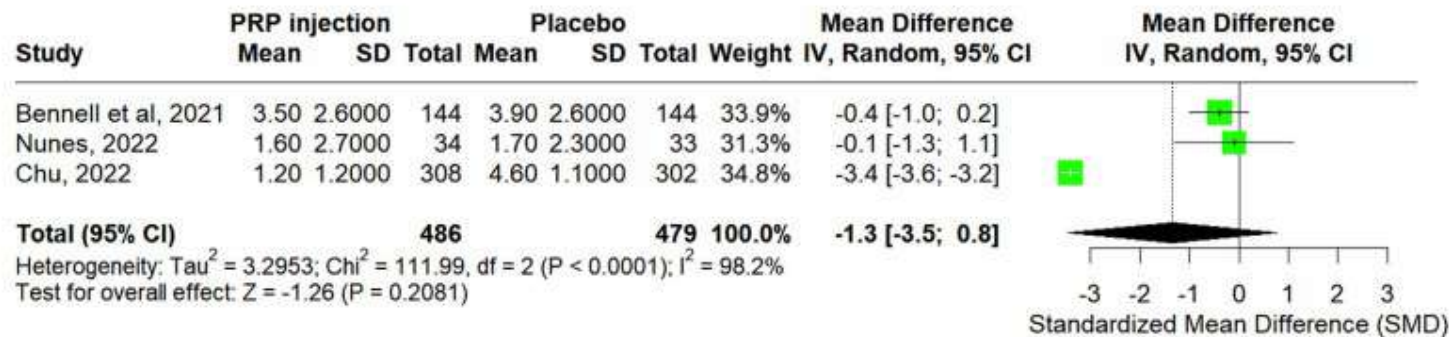
Plasma riche en plaquettes

- Efficacité
 - Gonarthr

2B. VAS score mean difference between PRP and placebo effect 6 months after intervention



2C. VAS score mean difference between PRP and placebo effect 12 months after intervention



Recomm

ise

		RACGP** ¹	ACR** ²	OARSI** ³	NICE** ⁴	EULAR** ⁵	BMJ** ⁶
Exercise	Land/unspecified	●	●	●	●	●	
	Aquatic exercise	●	●	●			
Education	Provided	●	●	●	●	●	
	Formal program	●	●	●	●	●	
Weight loss		●	●	●	●		
Adjuncts	CBT	●	●	●		●	
	Walking aids	●	●	●	●	●	
	Insole unspecified	●			●	●	
	Medial wedge	●	●	●			
	Lateral wedge	●	●	●			
	Brace unspecified		●	●	●	●	
	Brace varus unloader	●		●			
	Brace valgus unloader	●		●			
	Brace patellofemoral	●	●	●			
	Manual therapy	●	●	●	●		
	Acupuncture	●	●	●	●		
	TENS	●	●	●	●		
	US	●	●	●	●		
	IFT	●		●	●		
	Laser	●		●	●		
	Heat therapy	●	●	●			
	Cold therapy	●	●	●			
Pharmacology	Paracetamol	●	●	●	●		
	NSAIDs	●	●	●	●		
	Selective NSAIDs	●	●	●			
	Topical NSAIDs	●	●	●	●		
	Weak opioids		●		●		
	Other opioids	●	●	●	●		
	Transdermal opioids	●		●			
	Duloxetine	●	●	●			
	Topical capsaicin	●	●	●			
	Corticosteroid	●	●	●	●		
Injections	Hyaluronic acid	●	●	●	●		
	Platelet Rich Plasma	●	●	●			
	Stem cell	●	●	●			
	Prolotherapy	●	●	●			
	Chondroitin	●	●	●			
Nutraceuticals	Curcumin	●		●			
	Fish Oil/Omega 3	●	●	●			
	Glucosamine	●	●	●	●		
	Vitamin D	●	●	●			
Surgical	Arthroscopy	●			●		●

RACGP = Royal Australian College of General Practitioners; ** = Guideline with joint specific recommendations; ACR = American College of Rheumatology; OARSI = Osteoarthritis Research Society International; NICE = National Institute of Healthcare Clinical Excellence; ** = guideline with general osteoarthritis recommendations; EULAR = European League Against Rheumatism; BMJ = British Medical Journal Rapid Recommendations; Land = Land-based exercise; CBT = Cognitive Behavioural Therapy; TENS = Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation; US = Ultrasound Therapy; NSAIDs = Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs; ● = strong for; ● = option can be considered within strong for recommendation; ● = conditional for; ● = neutral; ● = conditional against; ● = strong against.

osteoarthritis and Cartilage. 2023

Conclusion

- Les infiltrations sont des outils **largement utilisés** encore en 2026
- Bénéfice surtout à **court terme**
- Optimisation de l'efficacité avec un radio/écho-**guidage**
- Besoin de **standardisation** dans les protocoles de PRP
- A intégrer dans une **prise en charge globale**

Repères cliniques

Audeval. Infiltrations intra et péri articulaires, Squibb

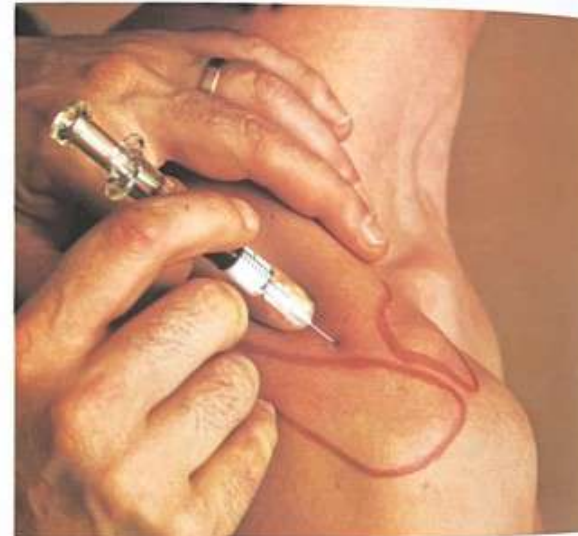
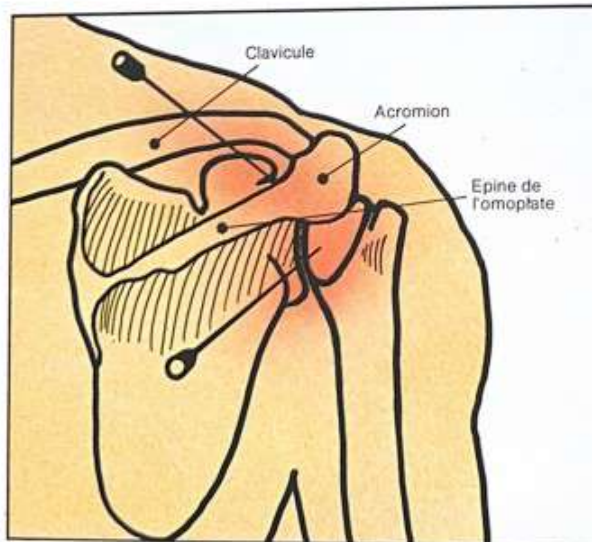
Intra-articulaire d'épaule

la voie postérieure

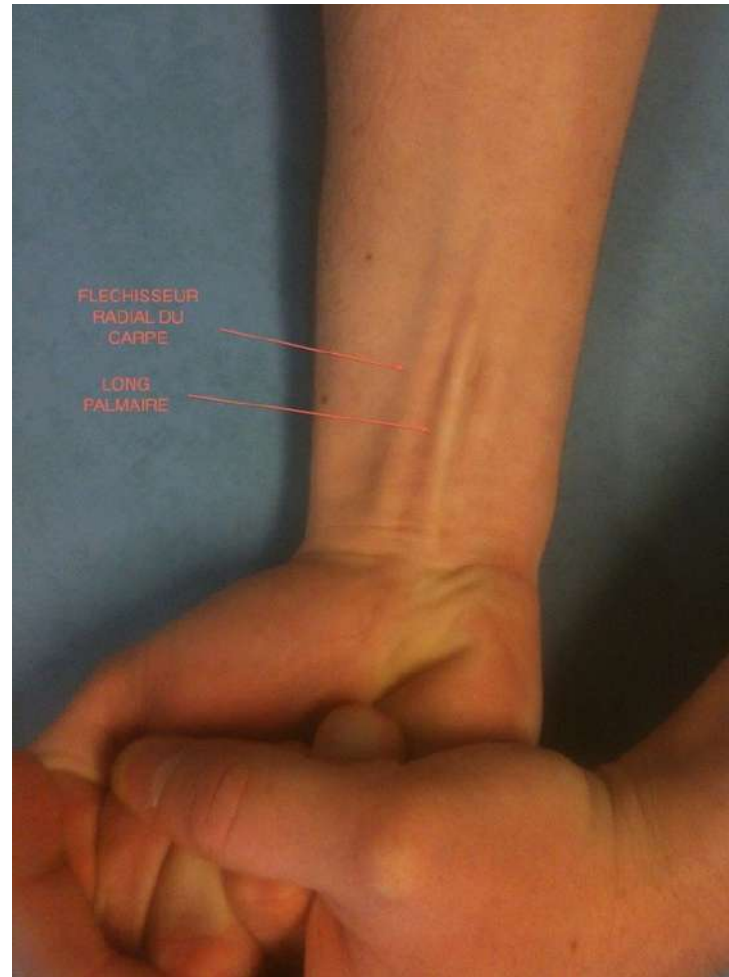
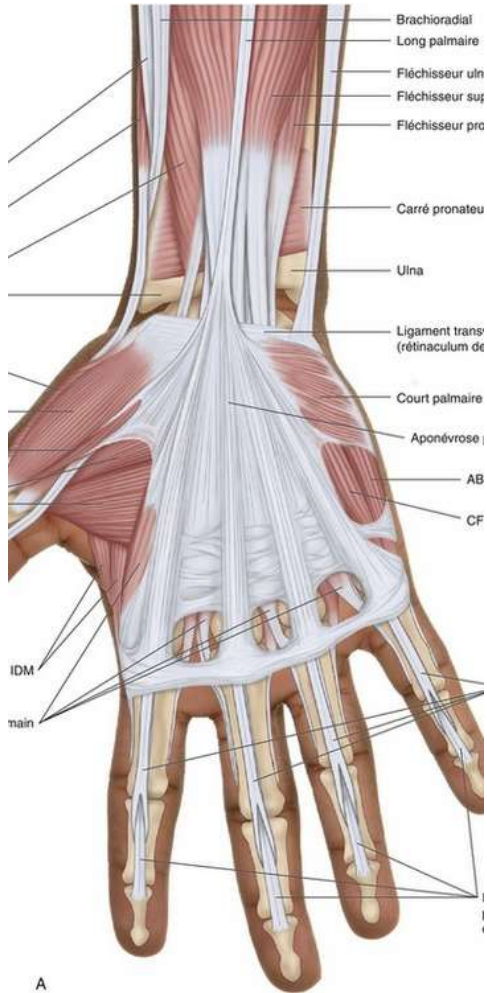
Nécessite une aiguille longue, car les parties molles sont souvent épaisses à ce niveau.
L'aiguille est enfoncée d'arrière en avant, légèrement en dehors, au-dessous de la partie postérieure de l'acromion en direction de la face postérieure de la tête humérale.

la voie supérieure

Est la plus facile et la plus couramment utilisée.
L'aiguille est introduite obliquement en bas et légèrement en dehors dans l'angle dièdre formé par la clavicule en avant, l'épine de l'omoplate en arrière et l'articulation acromio-claviculaire en dehors.



Nerf médian



Intra-articulaire du poignet

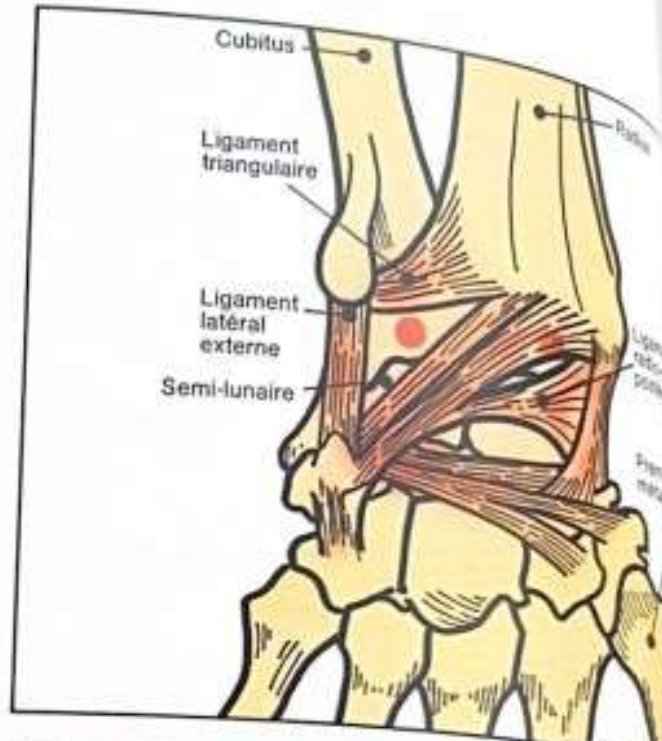
Infiltrations intra-articulaires du poignet

Deux voies d'abord sont possibles :

- Sous la styloïde cubitale facilement palpable à l'extrémité inférieure du cubitus ou plus en dehors...

- A la face dorsale du poignet (infiltration radio-carpienne) au niveau d'une zone dépressible assez facilement repérable située entre l'extrémité inférieure du radius d'une part et le semi-lunaire et la scaphoïde d'autre part.

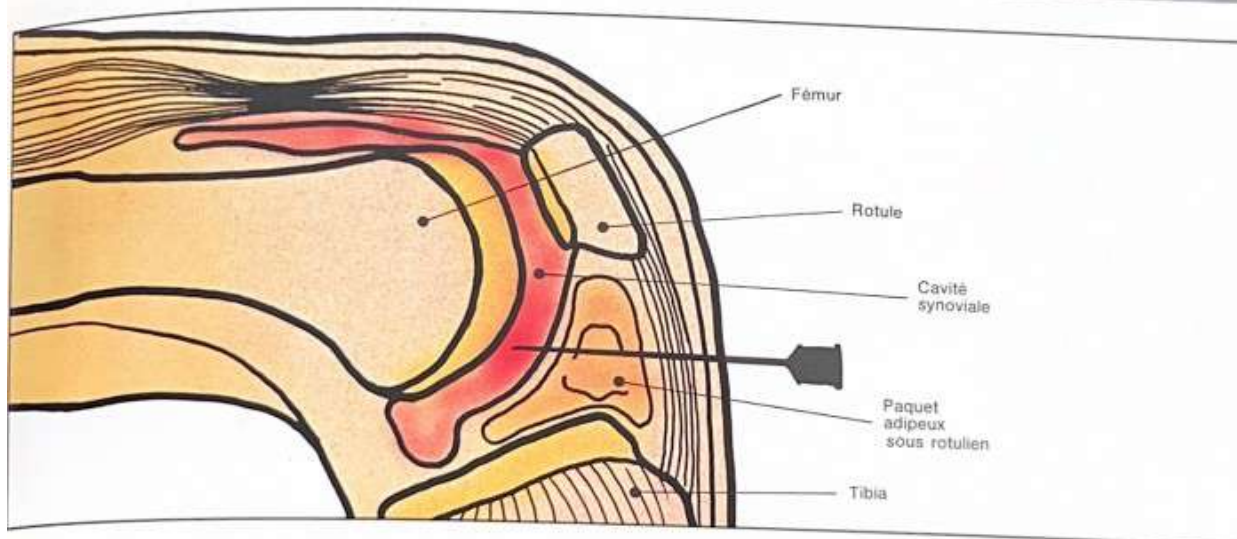
L'aiguille sera enfoncée perpendiculairement à la peau. Il faut savoir que chez certains sujets cette voie d'abord est très difficile, douloureuse et même impossible dans certains cas. On ne peut habituellement introduire que de petites quantités de corticoïde dans cette articulation (0,5 à 1,5 ml).



Tendons épicondyliens



Intra-articulaire genou abord antérieur



Aponévrose plantaire





Merci de votre
attention