

# Société Suisse de Rhumatologie et de Médecine Physique et Réadaptation

## Recommandations concernant les injections effectuées par les médecins spécialistes de l'appareil moteur

---

Les bases de ces recommandations proviennent des renseignements de la littérature (1, 2) et d'un consensus de praticiens exerçant en cabinets et cliniques de moyenne et grande importance (5 cliniques universitaires) en Suisse.

Les principes de base de toute injection sont une bonne indication et le respect strict des contre-indications.

La complication la plus grave après ponctions et injections est l'infection. En 1964, on estimait ce risque à 1/1'000 au maximum (3). Actuellement, il faut compter avec un risque de 1/35'000 injections (4-6). Il n'est nullement prouvé que des mesures additionnelles à celles standards sous-mentionnées puissent diminuer ce risque (7-9).

Une question à examiner est l'attitude à adopter lors de troubles de l'hémostase. Pour les injections rachidiennes, un compte plaquettaire et le Quick sont obligatoires (Quick > 50%, plaquettes > 100'000/mm<sup>3</sup>, arrêt de l'héparine de longue durée depuis > 12 h et de l'héparine intra-veineuse depuis > 2 h). En cas de suspicion d'arthrite septique, la ponction doit être réalisée même si le patient est anticoagulé (10). Il n'existe pas d'étude concluante concernant l'attitude à adopter avec l'aspirine et le clopidogrel ; ces deux médicaments ne doivent pas être systématiquement arrêtés contrairement à l'avis de la Société Allemande d'Anesthésiologie (11). Une estimation du rapport risque-bénéfice doit être établie pour chaque situation ; en cas de doute, ces deux médicaments peuvent être arrêtés 3 à 7 jours avant l'injection.

Quelques recommandations additionnelles ont été faites pour certaines infiltrations (par exemple : la mise en place d'une voie veineuse et une surveillance clinique d'au moins une heure lors d'un bloc sacral, etc.). Ces recommandations supplémentaires sont mentionnées sur des feuilles annexes.

1. Information du patient/de la patiente avec documentation correspondante.
2. Pièce propre.
3. Eventuellement: masque protecteur, gants pas obligatoirement stériles.
4. Utilisation d'ampoules à dose unique.
5. Désinfection avec un désinfectant reconnu efficace  
(pas de lésions de la peau, pas de rasage, désinfection par un tampon, respect du temps d'attente).
6. Injection selon la technique « no-touch ».

Point 1: Information: L'information doit être courte, simple et facile à comprendre. Le patient doit être informé des différentes possibilités de traitement. On doit lui exposer les éléments essentiels concernant les indications des injections, de même que les possibilités d'autres traitements. Les effets secondaires possibles (infection, hémorragie, lésion tissulaire) doivent être mentionnés. En outre, les réactions spécifiques aux glucocorticoïdes, comme l'atrophie du tissu sous-cutané, la poussée inflammatoire micro-cristalline („flare“), la rougeur du visage avec chaleur transitoire („flush“) et les difficultés à régler les glycémies lors de diabète, doivent lui être expliquées (12). Le patient doit aussi savoir qu'il doit faire appel au médecin en cas d'aggravation des symptômes. L'information au patient doit être consignée dans le dossier médical, si possible à l'aide d'une feuille d'information signée par le patient.

Point 2: Pièce propre: Un point qui est parfois oublié. Toute personne ayant une infection active doit être tenue à l'écart de la salle d'injection.

Point 3: Masque protecteur: La dissémination de germes à partir des voies respiratoires supérieures est plus faible lorsque l'on ne parle pas. C'est la raison pour laquelle il faut éviter de parler après l'ouverture du matériel stérile. Lors d'infection du système respiratoire chez le patient ou chez le médecin, un masque jetable doit être appliqué sur le visage. Le masque protecteur souligne les précautions prises par le médecin dans une perspective psychologique et juridique. Il met en évidence les soins d'hygiène que tout médecin est sensé observer. La littérature ne démontre cependant pas son utilité médicale (13-15).

Gants non stériles: Le port de gants stériles n'est pas nécessaire (16, 17). Dans une étude ancienne portant sur 75000 injections, le taux d'infections était 11 fois plus élevé sous conditions aseptiques strictes comparé aux injections effectuées en cabinet sans gants stériles. Le médecin peut porter des gants même non stériles pour sa propre protection (5).

Point 4: Matériel jetable: L'emploi d'ampoules à dose unique pour les glucocorticoïdes et les anesthésiques locaux correspond au standard actuel des techniques d'injections (1, 2, 13, 14, 18).

Point 5: Désinfection: La peau doit être saine et sans lésions (du type plaques de psoriasis, lésions eczémateuses ou ulcères, qui sont toujours des zones colonisées par des germes). En raison des risques de lésion, il ne faut pas raser le site d'injection (5, 7, 19). Il n'y a aucune évidence qu'une désinfection par un tampon soit plus efficace qu'une désinfection par spray (20), mais les infectiologues suisses préfèrent les tampons. Pour la désinfection des mains un consensus recommande l'utilisation d'un produit reconnu et enregistré. Le désinfectant doit être enregistré et bien connu. Une solution colorée a l'avantage d'être visible tant par l'assistante médicale que par le patient. Il est important de savoir combien de temps le produit utilisé met pour être actif (21-24).

Point 6: Injection selon la technique « no-touch »: Après désinfection du site d'injection, celui-ci ne doit plus être touché et l'aiguille doit être introduite directement sous contrôle visuel. Si l'on peut aspirer du liquide, un examen bactériologique doit toujours être demandé.

## Littérature

1. Weber M. Rationale intraartikuläre Kortikosteroid-Injektion. *Schweiz Med Wochenschr* 1997;127:945-53.
2. Isenberg DA et al. *Oxford Textbook of Rheumatology*. Oxford University Press, 3<sup>rd</sup> ed., 2004: pp. 1228ff.
3. Strandberg B: Intra-articular steroid therapy. A survey and clinical report. *Acta Rheum Scand* 1964;10:29-54.
4. Bernau A. Intraartikuläre Injektionen - Rechtslage und Praxis. *SWISS MED* 1993;10:183-6.
5. Anders G. Gelenkpunktionen und intraartikuläre Injektionen in ambulanten orthopädischen Einrichtungen. *Beitr Orthop Traumatol* 1984;31:419-25.
6. Kaiser H, Kley HK. Cortisontherapie. *Corticoide in Klinik und Praxis*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 9. Aufl. 1992.
7. Bernau A, Heeg P. Aspekte der Infektionsprophylaxe bei Vorbereitung intraartikulärer Injektionen und Punktionen. *Med Orthop Techn* 1985;105:72-85.
8. Center for Disease Control. CDC Guidelines for the prevention and control of nosocomial infections: Guideline for prevention of intravascular infections. *Am J Infect Control* 1983;11:183-93.
9. Christiansen B, Höller C, Gundermann KO. Vorschlag einer neuen quantitativen Methode zur Prüfung der Eignung von Präparaten zur prä- und postoperativen Hautdesinfektion. *Méd & Hygiène* 1984;9:471-3.
10. Thumboo J, O'Duffy JD. A prospective study of the safety of joint and soft tissue aspirations and injections in patients taking warfarin sodium. *Arthritis Rheum* 1998;41:736-9.
11. Lemaire V, Charbonnier B, Gruel Y, Goupille P, Valat J-P. Antiagrégants, anticoagulants et infiltrations: comment faire? *Rev Rhum [Ed Fr]* 2002;69:8-11.
12. Gottlieb NL, Riskin WG. Complications of local corticosteroid injections. *JAMA* 1980;243:1547-8.
13. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, Kommission für Qualitätssicherung (Hsg.). *Qualitätssicherung in der Rheumatologie*. Darmstadt: Steinkopff. 1995.
14. Gray RG, Tenenbaum J, Gottlieb NL. Local corticosteroid injection treatment in rheumatic disorders. *Seminars Arthritis Rheum* 1981;10:231-54.
15. Gray RG, Gottlieb NL. Intra-articular corticosteroids. An updated assessment. *Clin Orthop Rel Res* 1983;177:235-63.
16. Yood RA. Use of gloves for rheumatology procedures. *Arthritis Rheum* 1994;36:575.
17. Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA). *Verhütung blut-übertragbarer Infektionen im Gesundheitswesen (Arbeitsmedizin)*. Bestell-Nr. 28 69/30, Seite 44.
18. Dixon ASTJ, Graber J. Lokale Injektionstherapie bei rheumatischen Krankheiten, *EULAR-Bulletin, Monograph Series*, 1981; No. 4.
19. Bernau A, Rompe G, Rudolph H, Werner HP. Intraartikuläre Injektionen und Punktionen. *Dtsch Ärztebl* 1988;85:74-6.
20. Bernau A, Heeg P. Experimentelle Untersuchungen zu Fragen der Hautdesinfektion. *Orthop Praxis* 1985;21:351-8.
21. Smith RW, Campell MJ, O'Connell S. Methods of skin preparation prior to intraarticular injection. *Br J Rheumatol* 1993;32:648.
22. Cawley PJ, Morris IM. A study to compare the efficacy of two methods of skin preparation prior to joint injection. *Br J Rheumatol* 1992;31:847-8.
23. Chapon JL, Ducel G. Efficacité de deux antiseptiques destinés à la désinfection de la peau saine. *Schweiz Rundsch Med (PRAXIS)* 1990;79:43-6.
24. Geelhoed GW, Sharpe K, Simon GL. A comparative study of surgical skin preparation methods. *Surg Gynaecol Obstet* 1983;157:265-8.