Infiltrations de cortisone sous repère anatomique

Synthèse clinique, produits (Dépo-Medrol / Kenalog / lidocaïne), risques et consignes

ORIENTATION CLINIQUE PAR SITE

Guidage nettement préférable : long biceps (#44), patte d'oie (#131), acromio-claviculaire (#43), gléno-humérale (#40), symphyse pubienne (#107), conflit de cheville (#156), intersection (#73) et petites articulations du poignet/main.

Cortisone à éviter en 1re intention (⚠) : épicondylite latérale (#51), bursite olécrânienne (#55), fasciite plantaire non inflammatoire (#165), rhizarthrose (#80), arthrose digitale (#79).

Infiltration raisonnable tôt : capsulite (#36), De Quervain avec attelle (#72), doigt à ressaut avec blocage sévère (#81), crise de goutte mono-articulaire après exclusion d'une infection.

PRODUITS, DOSES & FRÉQUENCE

Équivalence : Kenalog et Dépo-Medrol sont équivalents mg pour mg ; 20 mg de Kenalog semblent aussi efficaces que 40 mg. Aucun corticoïde n'a démontré de supériorité sur un autre.

Fourchettes Dépo-Medrol : grosse articulation 20–80 mg · moyenne 10–40 mg · petite 4–10 mg · bourse/gaine 4–30 mg. Injecter dans la gaine, jamais dans le corps du tendon.

Fréquence : pas plus souvent qu'aux 3 mois (3–4/an max). Éviter dans les 3 mois précédant une arthroplastie (infection périprothétique, OR 1,39).

CONTRE-INDICATIONS

Absolues : infection cutanée en regard, arthrite septique suspectée, bactériémie suspectée, fracture, hypersensibilité antérieure.

Relatives : prothèse articulaire, immunosuppression sévère, coagulopathie, diabète mal contrôlé. Anticoagulants/antiplaquettaires poursuivis selon l'ASRA.

CONSIGNES DE RETOUR AU PATIENT

Éviter les activités intenses pendant quelques jours. Poussée douloureuse possible dans les 24–48 h.

Réévaluation rapide si aggravation ou persistance > 72–96 h, fièvre ou rougeur qui s'étend. Pansement compressif après ponction de bourse superficielle. Suivi à 2–6 semaines.

RISQUES À MENTIONNER AU PATIENT

Risque	Fréquence et évolution	Risque	Fréquence et évolution
Poussée douloureuse	3–25 % ; quelques heures à jours	**Infection articulaire**	0,03–0,08 % ; médiane 3,5 sem. (jusqu'à 16)
Rougeur du visage	Jusqu'à 15 % ; ≤ 3 jours	**Rupture tendineuse**	Rare (éviter injection intratendineuse)
Hyperglycémie (diabète)	Pic ≤ 2 j ; surveiller ≥ 48 h (parfois 7 j)	**Suppression surrénalienne**	Habituellement ≤ 4 semaines
Dépigmentation cutanée	1,3–4 % ; début 1–3 mois ; régresse souvent 1 an	**Saignement post-ménop.**	17 % contre 7 % chez les témoins
Atrophie graisseuse	3–14 % ; début 6–12 sem. ; parfois permanente	**Perte de cartilage**	Si injections systématiques aux 3 mois / 2 ans

Références principales : Benzon HT et al. (ASRA), Reg Anesth Pain Med, 2025 · Kamel SI et al., AJR Am J Roentgenol, 2024 · Creech-Organ JA et al., Am Fam Physician, 2023 · Anderson SE et al., Foot Ankle Int, 2019 · FDA Triamcinolone Acetonide Monograph, 2025 · Lai Q et al., Clin Orthop Relat Res, 2022 · Cushman DM et al., Sports Health, 2023 · Gross C et al., Sports Health, 2013 · Mehta N, Aulakh RS, JAMA Dermatol, 2024 · Nepple JJ, Matava MJ, Sports Health, 2009 · Grusky AZ et al., Curr Rev Musculoskelet Med, 2026 · Mueller MR et al., Arch Orthop Trauma Surg, 2026 · Johnston PC et al., Endocrine, 2015 · Suh-Burgmann E, Liu JY, Gynecol Obstet Invest, 2017 · McAlindon TE et al., JAMA, 2017 · Webb CW et al., Am Fam Physician, 2024

† = aucune source repérée, donnée de pratique ou extrapolation · Fiche clinique médecin · À usage professionnel

Dr. Morand