

# INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT UNE INJECTION DE PRP (Plasma riche en plaquettes)

Vous allez bénéficier d'une injection de PRP (plasma riche en plaquettes).

Il sera pratiqué avec votre consentement. Une information vous est fournie sur la préparation, le déroulement et les suites de cet examen.

Nous vous demandons de lire et de respecter les recommandations qui vous sont faites pour le bon déroulement de l'examen. N'hésitez pas à nous interroger pour tout renseignement complémentaire.

**Le médecin radiologue est à votre disposition pour vous exposer un complément d'information.** N'oubliez pas d'apporter vos anciens examens d'imagerie si vous en possédez.

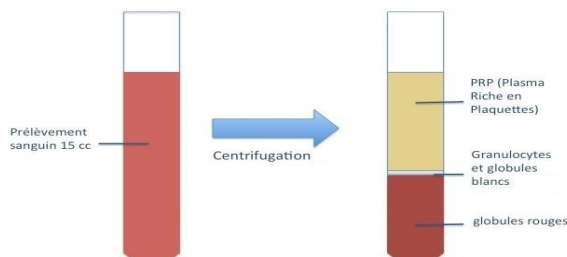
Il est important de préciser que cet acte n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Le tarif appliqué est de 140 euros, avec délivrance d'une facture.

## De quoi s'agit-il ?

Le PRP (Plasma riche en plaquettes) est un concentré de plaquettes (2 à 5 fois LE TAUX NORMAL) obtenu par centrifugation de sang, qui, injecté, constitue une thérapie naturelle optimale, issue du propre sang du patient, et sans aucun risque d'allergies et sans aucun effet secondaire.

Les plaquettes sont des cellules avec des microtubules, des mitochondries et des alpha granules. Il existe entre 50 et 80 alpha granules par plaquette. Ces alpha granules synthétisent, stockent et libèrent une trentaine de protéines, qui sont des facteurs de croissance dont la fonction est l'hémostase (coagulation du sang) et la cicatrisation tissulaire.

Le plasma obtenu est alors riche en facteurs de coagulation et en protéines.



### Comment agissent les facteurs de croissance ?

Cette thérapie permet de reproduire le phénomène naturel de réparation tissulaire (régénération et cicatrisation) afin de traiter des lésions difficiles ou chroniques et obtenir une guérison complète.

Suite à une lésion des tissus, le processus de réparation se fait en 3 étapes :

**Phase 1** : phase d'inflammation des tissus initiée par les plaquettes qui libèrent une grande quantité de facteurs de croissance.

**Phase 2** : phase de prolifération cellulaire et de la matrice (tissu autour de la cellule) activée par les facteurs de croissance.

**Phase 3** : phase de remodelage de tissus, réorganisation des tissus cicatrisés

## Préparation à l'examen

L'examen ne nécessite pas de préparation particulière préalable. **Il n'est pas nécessaire d'être à jeun.**

Si vous prenez un traitement : **d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et corticoïde**, il faudra le stopper **1 semaine avant l'injection** et **3 semaines après l'injection** (Les anti inflammatoires risquent d'inhiber l'action des prostaglandines et ainsi les effets stimulateurs du PRP).

**Il est nécessaire qu'aucune infiltration cortisonée n'ait été réalisée dans l'articulation cible ou à proximité du tendon cible au cours des 6 semaines précédentes.**

En cas de traitement par antiagrégants plaquettaires ou aspirine, une diminution possible de l'efficacité est à anticiper. L'arrêt du traitement devra être envisagé au cas par cas, en concertation avec le médecin traitant ou le cardiologue, en fonction du risque vasculaire du patient (idéalement 10 jours avant l'intervention et jusqu'à une semaine après).

**IL EST PRÉFÉRABLE DE VENIR ACCOMPAGNE** : en effet il peut être difficile de conduire un véhicule à cause des éventuelles douleurs.

# INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT UNE INJECTION DE PRP (Plasma riche en plaquettes)



## Recommandations d'hygiène

**Préparation à la visite :** Pour le confort de chacun, nous vous invitons à accorder une attention particulière à votre hygiène personnelle avant votre rendez-vous. Cela contribuera à créer un environnement agréable pour tous et facilitera le bon déroulement de votre examen.

Ces mesures sont mises en place pour votre sécurité et pour assurer le bon déroulement de votre soin. Nous vous remercions de votre coopération et de votre compréhension.

## Indications

1 : **arthrose débutante** : à réaliser sous scopie (sous contrôle radiographique ou sous contrôle échographique). Elle est efficace dans les stades débutants de l'arthrose. L'injection de PRP présente une plus grande efficacité et des effets plus stables dans le temps que la viscosupplémentation seule.

Deux options thérapeutiques sont proposées et seront précisées par le médecin prescripteur :

- une injection de PRP seul,
- ou une injection combinée de PRP et d'acide hyaluronique (viscosupplémentation).

2 : **lésions tendineuses** : à réaliser sous échographie  
Fissuration, tendinites (coiffe des rotateurs, épicondylite)  
PRP simple.

## Déroulement de l'examen

La durée totale de la procédure est généralement d'environ **30 minutes**.

### 1. Prise de sang

Un(e) manipulateur(trice) effectue une **prise de sang classique** de 15 ml, généralement au pli du coude.

### 2. Centrifugation

Le sang prélevé est placé dans une centrifugeuse pendant environ **5 minutes** afin d'en extraire le **Plasma Riche en Plaquettes (PRP)**.

### 3. Injection

Après une désinfection rigoureuse de la zone concernée, le PRP est injecté de manière stérile au niveau de la lésion.

Si l'injection est réalisée sous contrôle radiologique, le radiologue peut injecter quelques millilitres de **produit de contraste** afin de mieux visualiser la zone ciblée.

Une **surveillance de 30 minutes** est alors effectuée sur place à partir de l'injection du produit de contraste.

### 4. Après l'injection

Dans certains cas, une période de repos en salle d'attente peut être nécessaire.

Des douleurs peuvent apparaître après l'injection et durer **2 à 3 jours**. Il est alors recommandé de respecter un **repos strict**, et de prendre si besoin un **antalgique simple (paracétamol)**, en l'absence de contre-indication.

Le geste est ciblé sur la zone pathologique et **guidé par imagerie** (échographie, radiographie, ou plus rarement scanner), ce qui permet de suivre en temps réel sa progression et d'optimiser son efficacité. Il peut être associé à une **ténotomie** dans le cadre du traitement des tendinopathies.

**À noter :** le geste peut être **douloureux**, tant au moment de l'injection que dans les heures suivantes. Il est alors possible d'appliquer localement une **poche de glace protégée par un linge**, en complément du paracétamol, sous réserve de l'absence de contre-indication.

# INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT UNE INJECTION DE PRP (Plasma riche en plaquettes)



## Suivi après injection

En cas d'injection dans un tendon, la cicatrisation s'amorce après 3 à 4 semaines. Le tendon et /ou le muscle lésé restent fragiles.

Des douleurs suivant l'injection peuvent durer 2 à 3 jours durant lesquels le repos strict, voir la prise d'antalgiques simples (paracétamol) seront nécessaires.

La reprise de la kinésithérapie pourra s'effectuer après 1 semaine mais en suivant bien les recommandations du médecin.

Un contrôle échographique, **non systématique**, peut être réalisé **au bout de 8 semaines** afin d'apprécier le début de la réponse au traitement et guider la prise en charge par rééducation.

En cas d'injection intra articulaire, les effets bénéfiques sont évalués vers le 3ème mois.

## Consignes particulières, renseignements préalables

Lors de votre arrivée, nous nous assurerons à l'aide du questionnaire préalablement rempli de la possibilité de réaliser le geste. Merci de préciser toutes autres informations de maladie sérieuse.

**En cas de fièvre ou d'infection avant le geste, merci d'appeler le centre afin de reporter le rendez-vous.**

**Il n'y a pas de contre-indication à l'infiltration chez la femme enceinte lorsque l'examen est réalisé sous contrôle échographique.**

## Effets indésirables et précautions

Le PRP étant issu de votre propre organisme, le risque d'effets indésirables est très faible. Toutefois, malgré un haut niveau de maîtrise et les conditions de sécurité rigoureusement respectées, il s'agit d'un acte invasif comportant certains risques.

Comme pour toute ponction, un **risque faible d'infection ou de saignement** peut survenir. À ce jour, **aucune publication scientifique ne rapporte d'événement grave** consécutif à une injection de PRP dans l'appareil locomoteur.

Il est fréquent d'observer **des douleurs transitoires au point d'injection**, apparaissant dans les suites immédiates du geste. Ces douleurs sont le plus souvent **bénignes et spontanément résolutive**s, mais peuvent nécessiter la prise d'un **antalgique simple**.

Dans de rares cas, une **réaction allergique** peut apparaître : nausées, vomissements, urticaire, voire exceptionnellement **choc anaphylactique**. Il est donc **indispensable de signaler toute réaction antérieure** à un produit de contraste utilisé lors d'un précédent examen radiologique.

Si un **avis allergologique** a été obtenu à la suite d'un tel épisode, **merci d'apporter ce compte rendu le jour de l'examen**.

La réalisation de l'injection reste **soumise à l'appréciation médicale du radiologue** le jour même.

En cas de **fièvre**, de **douleur inhabituelle ou intense**, ou de tout autre symptôme anormal dans les suites de l'injection, il est **fortement recommandé de contacter rapidement le centre**.

En l'absence de réponse, veuillez-vous rapprocher de votre **médecin traitant** ou du **service d'urgence le plus proche** pour avis médical.

## Documents à apporter le jour de l'examen

- La demande de votre médecin
- Votre dossier radiologique
- La liste écrite des médicaments que vous prenez

# INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT UNE INJECTION DE PRP (Plasma riche en plaquettes)

**NOM DE  
NAISSANCE :**  
**PRENOM :**  
**DATE DE NAISSANCE :**

Pour le bon déroulement de l'examen, **merci de répondre obligatoirement à ce questionnaire et le rapporter le jour de votre examen.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                              |                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Êtes-vous <b>allergique</b> à certains médicaments, pommades, matières (latex), ou êtes-vous <b>asthmatique</b> ?                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Non                                                                                                 |
| Avez-vous <b>une maladie du sang ou des saignements fréquents ou prolongés</b> (du nez par exemple ?)                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Non                                                                                                 |
| Prenez-vous un <b>traitement fluidifiant le sang</b> :<br>Antiagrégants (Aspegic®, Kardegic®, Aspirine®, Plavix®, Brilique®, Efigent®)<br>Héparine (HBPM) (Calciparine®, Fraxiparine®, Innohep®, Lovenox®)<br>Antithrombines (Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®)<br>Antivitamines K (Previscan®, Sintrom®, Coumadine®) ? | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Non |
| <b>Certains médicaments doivent être arrêtés momentanément avec l'accord de votre médecin.</b>                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              |                                                                                                                              |
| Etes-vous atteint d'une des maladies suivantes : <b>VIH, Hépatite B ou C ou toute autre maladie transmissible par le sang</b> ?                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Non                                                                                                 |
| Présentez-vous un <b>syndrome infectieux ou de la fièvre</b> ?                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Non                                                                                                 |
| Êtes-vous <b>sous-antibiotique</b> ?                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Non                                                                                                 |
| <b>Si vous êtes une femme UNIQUEMENT</b> : êtes-vous enceinte ou susceptible de l'être ?                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Non                                                                                                 |

**Ce questionnaire est conçu pour recueillir les informations nécessaires et assurer la sécurité du patient lors de l'examen.**

Je soussigné(e)..... certifie avoir pris connaissance de ce document et avoir rempli le questionnaire associé avec des réponses justes.

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer et à **nous informer de toute maladie sérieuse.**

.....  
.....  
.....

Je reconnais que la nature de l'injection de PRP, ses avantages et ses risques m'ont été expliqués.

Ces informations ont été compréhensibles et il a été répondu de façon satisfaisante à toutes les questions que j'ai posées avant la réalisation de celle-ci.

**Date :**

**Signature :**