

MÉSOPERFUSION ET COXARTHROSE

(À propos de 7 observations)

Jean-Paul Chemin

RESUME

La mésoperfusion, initiée dans les années 60 par le Dr M. PISTOR, repose sur les mêmes concepts de base que la mésothérapie, mais utilise des tubulures diffusant des mélanges référencés, sur un espace temps variable de quinze à quarante cinq minutes.

Recommandée dans les pathologies inflammatoires hyperalgiques et les douleurs chroniques, la technique a été mise à l'étude pendant huit semaines (soit 4 séances) sur une cohorte de sept patients souffrant de coxarthrose primaire hyperalgique, radiologiquement avérée, dont le caractère douloureux ou invalidant persistait après traitement conventionnel.

Régression de la douleur de 50% (dans les accès hyperalgiques) à 66% (sur la douleur moyenne) - amélioration de 2 points de l'indice algofonctionnel de Lequesne - absence d'effet indésirable - parfaite acceptabilité des patients... Soit des résultats très satisfaisants, plaidant pour que la mésoperfusion intègre pleinement l'arsenal thérapeutique de la mésothérapie.

ABSTRACT

The mésoperfusion, initiated in the Sixties by Dr. M. PISTOR, is based on the same basic concepts that the mésothérapie, but uses pipes diffusing of the mixtures referred, on a variable space time from fifteen to forty five minutes. Recommended in hyperalgic inflammatory pathologies and the chronic pains, the technique was studied during eight weeks (that is to say 4 meetings) on a hyperalgic troop of seven patients suffering from coxarthrose primary, radiologically proven, whose character painful or invalidating persisted after conventional treatment. Regression of the pain of 50% (in the accesses hyperalgic) with 66% (on the average pain) - improvement of 2 points of the index algofonctionnel of Lequesne - absence of adverse effect - perfect acceptability of the patients... Maybe of the very satisfactory results, pleading so that the mésoperfusion fully integrates the therapeutic arsenal of the mésothérapie.

Notre étude vise à expliciter cette technique peu usitée, qu'est la mésoperfusion. D'aucuns disent qu'elle est à la Mésothérapie ce que la perfusion est à la simple piqûre intraveineuse. Nous avons ainsi choisi son application dans la prise en

charge de la coxarthrose, à travers sept patients, suivis en cabinet médical sur une période de 8 semaines.

1. CRITÈRES D'INCLUSION.

Les patients sélectionnés ont été recrutés parmi l'ensemble des personnes suivies au cabinet médical, pour une pathologie de type coxopathie. Sur un panel de 68 patients initialement sélectionnés, sept seulement ont été retenus, répondant aux critères sélectifs suivants :

- Diagnostic de coxarthrose primaire confirmé, avec bilan radiographique à l'appui.
- Patient insuffisamment soulagé eu égard sa douleur et/ou son handicap, à l'issue des thérapeutiques précédemment instaurées (médicamenteuses, non médicamenteuses, ou mixtes).
- Patient disponible durant tout le déroulement de l'étude, et apte à se rendre ou se faire amener au cabinet médical.
- Patient acceptant la méthode thérapeutique et le protocole proposé (tel qu'il est décrit ci-dessous), jusqu'à l'issue de l'étude, sauf événement indésirable majeur.

Implicitement, nous avons donc été amenés à écarter les patients : soit ne répondant pas au diagnostic précis de coxarthrose primaire, soit ne souffrant guère de leur coxarthrose, soit ne pouvant pas se déplacer au cabinet médical, ces trois catégories représentant la grande majorité des motifs d'exclusion de l'étude. Dans certains cas plus rares, il s'agissait de patients n'ayant pu présenter leurs clichés radiographiques dans les délais souhaités, ou (exprimé dans 1 seul cas) par méfiance vis-à-vis de la méthode thérapeutique, ou parfois encore par absence de motivation à s'inscrire dans un nouveau modèle thérapeutique.

2. CRITÈRES D'APPRECIATION.

Conformément au descriptif du suivi de cette pathologie, que nous avons brièvement présenté dans un chapitre précédent, nous avons sélectionné deux critères de surveillance prioritaires :

- **Le suivi de la douleur.** L'EVA (échelle visuelle analogique) qui, selon les recommandations de l'ANAES, doit être utilisée en première intention, comme échelle

d'évaluation de la douleur, sera notre instrument de référence. Cette petite réglette a, outre la particularité de se glisser aisément dans la poche du médecin, l'avantage d'être un outil facilement maîtrisé par le patient (dans 90% des cas) (1), et permettant une appréciation évolutive de la douleur, pour un même patient ; en effet, l'EVA ne permet pas de comparer les douleurs interindividuelles. Afin de collecter un maximum d'informations, l'on s'enquerra auprès du patient de l'intensité moyenne de la douleur durant la semaine précédant la consultation, de l'intensité maximale de la douleur (fut elle très brève) durant cette même semaine, et de l'intensité de la douleur le jour de la consultation.

- **Le suivi du handicap.** Là encore, nous utiliserons un outil référencé dans la coxarthrose de hanche : l'indice algofonctionnel de Lequesne. Celui-ci prenant en compte à la fois la douleur et le handicap fonctionnel du malade. Il permet à travers une cotation allant de 0 à 24, d'apprécier l'importance du retentissement de la pathologie sur le confort du patient, et d'en suivre l'évolution. Un indice supérieur ou égal 12 étant considéré comme un indice de sévérité.

Intégrée à chacun des examens cliniques, on appréciera également la mobilité articulaire à travers la mesure des différentes amplitudes articulaires rappelées précédemment.

Enfin, nous ne réaliserons pas la surveillance radiographique de l'interligne articulaire, étant donné bien entendu la durée bien trop brève de cette étude.

3. CAS CLINIQUES.

Dans cette étude, les patients étant peu nombreux, il semblait intéressant de faire une présentation condensée de l'histoire de chacun. Puisque nous n'avons guère l'intérêt et l'avantage d'une étude prospective de masse, ne nous privons pas du confort de pouvoir respecter l'individualité de chaque cas-patient, et en tirer des informations intéressantes pour la discussion à venir.

- **Mme C...** est âgée de 77ans, commerçante en retraite. Elle vit seule à domicile, suivie pour hypertension artérielle, dyslipémie, arthrose et ostéoporose. Depuis la mort de son mari, il y a 2 ans, son état général s'est quelque peu altéré. Elle souffre beaucoup plus de sa hanche droite notamment. « Vous savez docteur, si je ne peux même plus monter sur la place, alors... » Cette coxarthrose existe depuis 5 ans environ, et devient de plus en plus pénible. La radiographie témoigne d'un pincement coxofémoral interne bilatéral. Mme C. sollicite régulièrement une adaptation thérapeutique pour la soulager, et lui permettre de retrouver une certaine autonomie dans ses déplacements ; mais elle ne supporte ni le tramadol, ni les antiinflammatoi-

res, et les antalgiques de palier II lui posent de sérieux problèmes de constipation, et nausées. Elle n'habite pas très loin du cabinet médical, et veut bien tenter ce nouveau traitement.

- **Mme N...**est âgée de 81 ans, suivie pour hypertension artérielle, dyslipémie et coronarite. Elle est agricultrice en retraite. Sa coxalgie gauche s'est manifestée il y 10 mois, et s'est révélée rapidement invalidante, notamment en fin de journée. « Au repos ça va très bien, mais dès que je veux faire des efforts, c'est vraiment dur. Vous savez docteur, à la ferme on ne s'écoutait pas... » La radiographie confirme une coxarthrose débutante supéro externe gauche. Les déplacements sont devenus très difficiles. Antalgiques, antiinflammatoires, kinésithérapie...ne la soulagent que très partiellement, et transitoirement. Son mari viendra donc l'accompagner pour cette prise en charge en mésoperfusion.

- **Mme T...**anglaise, n'a que 51 ans. Elle travaille le week-end dans la restauration. Elle a consulté il y a 8 mois en raison de vives douleurs fessières et inguinales droites, mais le gêne douloureuse remonte à environ 3 ans. L'examen clinique note déjà un flexum de hanche. La radiographie décèle une quasi-disparition de l'interligne articulaire coxofémoral antéro-supéro-externe avec condensation, et géodes de la tête fémorale. Le rhumatologue devait poser une indication chirurgicale, mais la patiente ne peut y prétendre avant 6 mois pour raisons personnelles. « Oh you know, I agree the intervention, but now, I'm suffering so much !.. ».Les antalgiques de palier I et II sont soit inefficaces soit mal tolérés. Les anti-inflammatoires apportent à forte posologie un meilleur soulagement. Mme T a connaissance de la Mésothérapie, et me demande de tenter ce traitement pour améliorer son profil douloureux.

- **Mme F...**, 63 ans, est un cadre retraité, et s'occupe très régulièrement de ses petits enfants. Il y a 4 mois, elle déclare une douleur de la fesse droite dont le bilan radiographique confirme l'origine coxarthrosique débutante sous forme d'une ostéo-condensation, unilatérale. La douleur est inhabituelle, et donc mal tolérée par cette patiente très active. Elle ne régresse que très partiellement sous antalgique niveau II et anti-inflammatoire. « Vous savez docteur, j'ai encore mal, et pourtant je prends bien le traitement... » La mésoperfusion viendra donc compléter ce traitement médicamenteux insuffisant.

- **Mr D...**, 83 ans, ancien agriculteur, vit avec sa femme, suivi pour une bronchopneumopathie chronique obstructive évoluée, hypertension artérielle, artérite des membres inférieurs et arythmie cardiaque. Il est porteur d'une coxarthrose bilatérale, très évoluée à gauche avec quasi-disparition de l'interligne articulaire. La coxalgie gauche est connue depuis une quinzaine d'années. Il en souffre, et devrait se faire opérer, mais l'anesthésiste récuse toute intervention compte tenu de ses lourds antécédents. « On ne peut

vraiment pas m'opérer ? Alors il faut trouver quelque chose...» Sa fille l'accompagnera au fil des semaines pour son suivi de mésoperfusion.

- **Mr C...**, 55ans, est agriculteur en activité.

Il est traité pour hypertension artérielle, dyslipémie, arythmie cardiaque et hyperuricémie. Il souffre de sa hanche droite depuis 3 à 4 ans. Les conditions de travail sont difficiles ; il n'est pas question pour lui de se mettre en arrêt de travail. La radiographie montre désormais un net pincement articulaire coxo-fémoral droit. Mr C n'est pas un adepte des médicaments, et reconnaît sa mauvaise observance thérapeutique, mais il doit recourir par intermittence aux anti-inflammatoires à fortes doses qui lui permettent de soulager partiellement la souffrance. « L'autre jour, pour mon épaule, la Mésothérapie a été radicale ! Pourquoi pas essayer encore ?... » Alors la mésoperfusion ? Il veut bien s'y prêter puisque les séances ont lieu le soir après sa journée de travail.

- **Mr W...**, 75 ans, ancien agriculteur, reste un amoureux de son métier, et n'hésite pas à remonter sur le tracteur à la première occasion. Il consulte régulièrement pour ses problèmes d'hypertension artérielle, dyslipémie, prostatisme, et gastrite. Il souffre de la hanche depuis 8 à 10 ans. Les clichés radiographiques montrent bien l'ostéo-condensation avec pincement coxofémoral à prédominance droite, siège d'ostéophytes importants. La douleur, il s'y est plus ou moins habitué car sa tolérance médicamenteuse est précaire. L'intervention, il ne veut pas en entendre parler. « Je supporte la douleur, mais elle est quand même de plus en plus forte. Et qu'est ce que je peux prendre de plus ?... ». La mésoperfusion est une opportunité.

Nous aurions pu intituler ce chapitre « scènes de vie ». C'est en fait notre quotidien. C'est aussi ce qui nous motive à être davantage encore à l'écoute de nos patients.

4. MÉTHODOLOGIE.

a. matériel

Nous avons opté pour un matériel adapté à la pratique courante de Mésothérapie, ayant du reste fait ses preuves. Le « PISTOR 4 » est un pistolet automatique de Mésothérapie qui propose divers programmes d'injection au coup par coup ou injection en continu. L'originalité de cet instrument est de proposer un programme de mésoperfusion. La dose délivrée à chaque impulsion est fixe, l'ordre de 0,01 ml (en utilisant une seringue de 10ml) mais la fréquence est variable, délivrant une poussée toutes les 8 à 48 secondes. Au total, on peut ainsi délivrer entre 0,75 et 4,50 ml par heure. L'appareil est muni d'une batterie rechargeable sur secteur, ce qui nous procure une certaine autonomie, et laisserait augurer une possible prise en charge à domicile, en maison de retraite etc...

Insérée au contact du poussoir, la seringue est raccordée à une tubulure à usage unique, qui donne suite à 4 sorties, raccordées chacune à une aiguille de Mésothérapie de type 0,29mmX13mm. Ce type d'aiguille permet ainsi des injections de 2 à 13 mm de profondeur, et une implantation parfaitement indolore.

L'ensemble du matériel nécessaire à la séance de mésoperfusion est repris dans la photo ci-dessous. On soulignera la présence de l'antiseptique, élément essentiel à la réalisation de toute séance de Mésothérapie.



b. schéma thérapeutique et mélanges

- le rythme des séances

Durant cette période d'observation et de traitement, quatre séances de mésoperfusion pourront être proposées aux malades :

La 1^{ère} séance à JO intégrant l'interrogatoire – l'examen clinique – le contrôle radiographique – la mésoperfusion.

La 2^{ème} séance à J7 intégrant l'interrogatoire – l'examen clinique – la mésoperfusion.

La 3^{ème} séance à J21 intégrant l'interrogatoire – l'examen clinique – la mésoperfusion.

La 4^{ème} séance à J35 intégrant l'interrogatoire – l'examen clinique – la mésoperfusion.

En outre, chaque patient bénéficiait d'une consultation préalable, avec vérification des documents médicaux, puis une consultation de fin d'étude à J42.

- les volumes

Chaque séance de mésoperfusion dure 40 minutes, permettant de délivrer 3,20 ml de mélange thérapeutique, puisque nous avons choisi la fréquence maximale de une impulsion toutes les 8 secondes. Tenant compte d'un volume résiduel dans la tubulure de 2,50 ml, il conviendra de préparer dans la seringue, un volume initial minimal de 5,70 ml.

A ce sujet, on observera qu'en 1983, les schémas thérapeutiques proposaient l'administration de 0,50ml toutes les 10 secondes (soit 3ml par minute) (3). En 1998, ce débit ralentissait nettement jusqu'à 2,80ml en 30 minutes, dans le souci de laisser aux tissus un

temps d'absorption et de diffusion suffisant (4).

- la technique

Nous savons que désormais, la Mésothérapie préconise fréquemment l'association de deux techniques complémentaires (l'injection point par point et le nappage épidermique ou nappage intradermique superficiel), amplifiant ainsi les résultats.

L'objet de cette étude étant d'apprécier l'intérêt de la mésoperfusion dans la coxarthrose, nous avons délibérément choisi de n'utiliser que cette seule technique, au risque de nous priver d'un effet potentiel d'amplification, sur les bénéfices du traitement.

- les mélanges

L'arthrose est une pathologie multifactorielle comme nous l'avons précédemment signalé, et de fait, plusieurs mélanges médicamenteux étaient envisageables :

- . mésocaine/calcitonine/miorel
- . mésocaine/calcitonine/hydrosolpolyvitaminé
- . mésocaine/calcitonine/torental.

On remarquera tout d'abord la présence de deux produits « incontournables » dans chacune des trois propositions.

La mésocaine présente un effet anesthésique local assez rapide et intense. Et bien qu'indiquée dans ce type de pathologie chronique, et dotée de propriétés vasodilatatrices très intéressantes, la procaine n'est généralement pas utilisée en mésoperfusion. La mésocaine a l'avantage de ne pas majorer les risques de réactions allergiques, et permet une séance moins douloureuse (12). La bonne tolérance de la mésoperfusion étant une condition sine qua non à la poursuite du traitement. La calcitonine dont la présence est logique compte tenu de ses effets favorables sur le tissu osseux, et la douleur. Bien plus, certaines études ont établi la supériorité antalgique des mélanges intégrant cette molécule en Mésothérapie (17). Dans cette étude, nous avons utilisé un dosage de 50 U pour les deux premières séances, afin de tester la tolérance du patient à la molécule et d'éviter les effets indésirables bien connus et fréquents (flushs, nausées, vomissements, vertiges...). Le dosage de 100 U étant réservé aux deux séances suivantes, sous réserve de la bonne tolérance de la molécule.

Enfin, nous avons également retenu le Miorel pour son effet décontracturant et le Torental pour son effet rhéologique puissant, particulièrement indiqué dans les pathologies dégénératives.

Finalement les mélanges suivants ont été retenus :

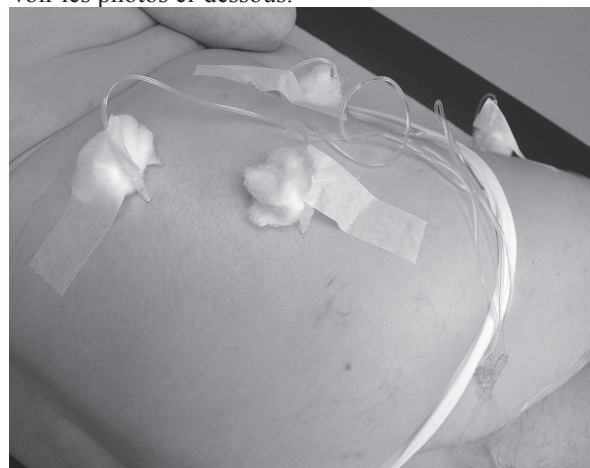
- . pour les 2 premières séances :
Mésocaine 3ml + Calcitonine 50 U 1ml + Miorel 2ml
- . pour les 2 séances suivantes :
Mésocaine 3ml + Calcitonine 100 U 1ml + Torental 2ml

c. points de punctures

Quatre points d'injection, et cette fois encore, plusieurs combinaisons possibles. C'est à travers la synthèse de l'expérience des docteurs MARTIN et SAVOYE, les écrits du docteur MREJEN, ou encore le travail du docteur ESTEVE-LOPEZ, que nous avons sélectionné le schéma suivant :

- 1 aiguille en périphérie du grand trochanter, sur le point cliniquement le plus douloureux.
- 1 aiguille sur le moyen fessier, en regard du point cliniquement le plus douloureux.
- 1 aiguille sur le pli inguinal, au milieu de la ligne qui unit l'épine iliaque antéro-supérieure et le pubis.
- 1 aiguille à la face antérieure de la cuisse.

Une fois tous ces éléments parfaitement réfléchis et établis, il ne reste qu'à installer correctement le patient. En effet, il s'agit souvent de patients relativement âgés, de mobilité réduite, et en souffrance. Encore une fois, le bon confort d'installation du patient sera un élément important de l'observance du patient à ce traitement qui nécessite la multiplication des séances. Voir les photos ci-dessous.



4. ANALYSE ET COMMENTAIRES

I. Analyse

Il convient tout d'abord de signaler que cette étude a pu être menée jusqu'à son terme puisque les sept patients ont su observer leurs quatre séances de mésoperfusion sans aucun souci. Cela nous conduit à aborder immédiatement la question de la tolérance de ce traitement, qui s'est avérée excellente. Aucun effet indésirable n'a été rapporté à l'interrogatoire des patients. De même, l'adhésion de chacun à cette technique de soin a été tout a fait satisfaisante, mais nous y reviendrons dans le paragraphe suivant.

1) Données cliniques et paracliniques

Les patients suivis dans cette étude étaient âgés de 51 à 83 ans ; trois avaient moins de 75 ans. Ils étaient trois de sexe masculin et quatre de sexe féminin. Quatre d'entre eux étaient agriculteurs actifs ou en retraite. Aucun n'avait pratiqué d'activité sportive de moyen ou haut niveau. Il est intéressant de noter également que tous avaient une surcharge pondérale : l'indice de masse corporelle était entre 25 et 30 pour quatre d'entre eux, entre 30 et 35 dans un cas, entre 35 et 40 dans les deux derniers cas.

L'histoire de la maladie a été très brièvement résumée pour chacun des patients. Nous en retiendrons que dans deux observations, la douleur date de moins d'un an ; c'est dans ces deux mêmes cas que le diagnostic de « coxarthrose débutante » a été porté sur le compte-rendu radiographique. Pour les autres patients, les anomalies d'imagerie étaient plus importantes. On précisera même que dans deux cas (Mme T. et Mr D.), pour lesquels une indication opératoire était posée, le bilan radiographique rapportait l'association d'ostéophytes, ostéocondensation, quasi-disparition de l'interligne coxofémoral, et aussi géode de la tête fémorale chez notre anglaise.

2) Handicap douloureux

Avant toute analyse, rappelons bien que les patients inclus avaient tous bénéficié préalablement de traitements antalgiques, avec un résultat pour le moins insuffisant. La mésoperfusion était donc présentée comme un traitement alternatif, pour des douleurs arthrosiques manifestement rebelles. Deux critères d'appréciation étaient intéressants pour évaluer la douleur initiale et suivre son évolution : l'échelle visuelle analogique, et les médications antalgiques.

a. L'échelle visuelle analogique

L'EVA permettait au patient de répondre aux trois questions suivantes :

1. Évaluez l'intensité moyenne de votre douleur de

hanche depuis une semaine.

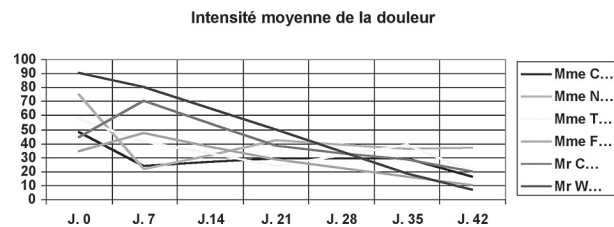
2. Évaluez l'intensité maximale de votre douleur depuis une semaine, même si elle était de courte durée.

3. Évaluez l'intensité immédiate de votre douleur, le jour même de la consultation.

Le résultat pouvant osciller de 0 (pas de douleur) à 100 (douleur maximale imaginable). Cet outil n'a pu être utilisé dans le suivi de Mr D., le patient reconnaissant qu'il ne comprenait pas le fonctionnement de la réglette. Donc pour chacune des six évaluations exploitables, les graphiques ci-dessous permettent une appréciation imagée intéressante, et complémentaire à l'interprétation que l'on pourra donner des chiffres obtenus.

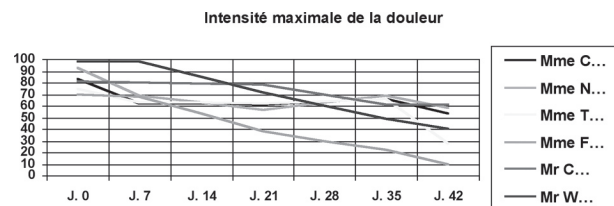
- l'intensité moyenne de la douleur :

A l'entrée dans l'étude, elle oscillait entre 34 et 90, pour une moyenne de 58. En fin d'étude, elle se situait entre 7 et 37, pour une moyenne de 18. L'analyse de l'ensemble des observations montre ainsi une régression moyenne de la douleur de 66,09 % sur cette période de huit semaines (le bénéfice antalgique s'échelonnant au cas par cas entre 50,66 % et 92,22 %). Dans aucun cas la douleur n'a progressé, ou même ne s'est stabilisée.



- l'intensité maximale de la douleur :

La douleur maximale était, par définition, bien plus indexée, puisque évaluée par les patients entre 70 et 98 (soit une moyenne de 83). A la consultation de contrôle de J42, cet indice se situait entre 10 et 58 (soit un bénéfice antalgique moyen de 50.80 %, correspondant à un indice moyen de 41,66). Pour ce critère, il était bien expliqué aux patients que l'intérêt était d'apprécier à quel point la douleur pouvait être pénible ou difficilement tolérable, à l'issue de gros efforts, ou même en dehors de toute charge.



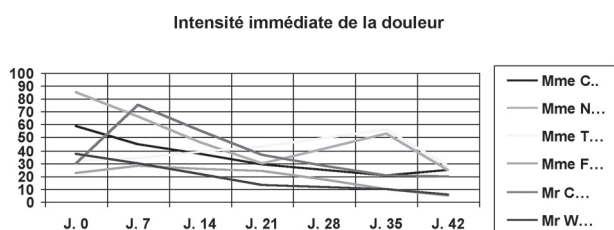
- l'intensité immédiate de la douleur :

Cette dénomination facile mais quelque peu inexacte, représente plus précisément la douleur appréciée le jour de la consultation.

Comme les indices précédents, elle régressait de 12,50

La revue de Mésothérapie

à 83,78 %, soit pour l'ensemble des six cas documentés, une baisse de l'ordre de 55,85 %.



b. Consommation d'antalgiques

Les antalgiques prescrits à l'origine de l'étude étaient soit de palier II (six cas sur sept), soit de palier I dans le cas de Mme C... qui ne tolérait ni les autres antalgiques, ni les anti-inflammatoires. On peut du reste noter que quatre patients présentaient une intolérance à au moins un analgésique, et quatre patients relevaient d'une précaution d'emploi quant à l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, étant donné leur âge avancé (deux patients cumulaient ces deux contraintes).

A l'issue de l'étude, la prise d'antalgiques a été réduite d'au moins un tiers, dans six observations, et même totalement interrompue dans un cas (Mme F...).

Dans le cas de Mme T..., la consommation d'antalgiques a été transitoirement majorée pendant l'étude. C'est le seul cas aussi où nous avons même dû reprendre les anti-inflammatoires en cours de traitement. Nous tenterons d'y rechercher une explication.

3) Handicap fonctionnel

Pour appréhender le retentissement de cette pathologie sur la vie courante de nos malades, nous avons donc choisi l'indice algofonctionnel de Lequesne. Nous rappellerons qu'au-delà de 12, il est considéré comme un critère de gravité.

Toutes observations confondues, l'indice moyen à l'entrée était évalué à 14,14. Au plus bas (Mme F...), l'indice était de 9 ; au plus haut (Mr D...), il était de 19. Dans ce dernier cas, le suivi de ce critère était d'autant plus important que nous n'avions pu utiliser l'échelle visuelle analogique avec suffisamment de fiabilité.

A l'issue du traitement, l'indice moyen avait diminué à 12 (échelonné entre 6 et 17,5), soit une amélioration de plus de 2 points. Le tableau ci-dessous permet de préciser l'évolution de cet indice pour chaque patient.

	MmeC...	MmeN...	Mme T...	Mme F...	Mr D...	Mr C...	Mr W...
J 0	16	16	11	09	19	12	16
J 42	14,5	13	10	06	17,5	10	10

En concordance avec les résultats précédents, on observe que c'est dans le cas de Mme T... que le bénéfice est le moins significatif, avec un gain de 1 point seulement.

4) amplitudes articulaires.

Chaque séance de mésoperfusion était précédée d'un interrogatoire et d'un examen clinique, avec mesure des différentes amplitudes articulaires. S'il n'est pas question ici de rapporter l'ensemble des mesures collectées, par souci de clarté, il importe toutefois d'en témoigner les points essentiels.

Ainsi, nous nous attacherons à transcrire la moyenne des angulations mesurées avant et après ce protocole de mésoperfusion.

	Flexion	Rotation externe	Rotation interne	Abduction	adduction
J 0	113°	29°	11°	26°	19°
J 42	116°	28°	15°	25°	21°

Dans ce chapitre, on précisera que la mobilité de certains patients étant difficile, la mesure de l'hyperextension n'a pas toujours pu être réalisée, donc n'a pas été intégrée à cette synthèse. Les mesures ont toutefois été relevées chez l'ensemble des 7 patients.

5) appréciation des patients.

Lors du tout dernier entretien, une partie de l'interrogatoire visait à apprécier la perception de cette technique par chacun des patients. Nous allons reprendre de manière synthétique ce questionnaire : l'énoncé des cinq questions, les réponses proposées, et l'évaluation que nous avons obtenue, dans cette étude (étant bien établi que le nombre de cas était fort restreint, et sera analysé comme tel).

La mésoperfusion a-t-elle été efficace sur votre douleur ?	Pas du tout efficace 0	Modérément efficace 2/7	Efficace 5/7	Très efficace 0
La mésoperfusion a-t-elle été efficace sur votre confort de vie ?	Pas du tout efficace 0	Modérément efficace 2/7	Efficace 5/7	Très efficace 0
La mésoperfusion est-elle une technique douloureuse ?	Pas du tout douloureuse 6/7	Peu douloureuse 1/7	Douloureuse 0	Très douloureuse 0
La mésoperfusion est-elle une technique contraignante ?	Pas du tout contraignant 1/7	Peu contraignante 6/7	Contraignante 0	Très contraignante 0
Donnez une note de satisfaction globale de la mésoperfusion	Ensemble des notes attribuées : 15/20 – 18/20 – 16/20 – 18/20 – 12/20 – 15/20 – 15/20 Moyenne des notes attribuées : 15,57 / 20.			

Pour conclure ce chapitre d'analyses, et propos rapportés, on peut préciser également que la totalité des patients pris en charge ont sollicités la poursuite des séances de mésoperfusion...

II. Commentaires

La mésoperfusion est ainsi une technique de soin à part entière, et a bien été considérée comme telle par les patients. Ces mêmes patients qui avaient eu accès à d'autres thérapeutiques préalables, mais sollicitaient une prise en charge plus efficace.

Ce protocole de mésoperfusion a été proposé dans une pathologie hyperalgique, chronique, conformément aux recommandations relevées dans la littérature ; il s'agissait donc manifestement d'une bonne indication. Même s'il s'adressait ici à des cas particuliers, puisque relativement résistants aux antalgiques prescrits.

Les séances étaient effectuées au cabinet médical, en dehors des heures habituelles de consultation. Nous mettons là le doigt sur un inconvénient majeur de cette technique : le facteur temps. Donc disponibilité du patient et du médecin sont indispensables à la pratique de la mésoperfusion. La motivation de l'un et l'autre peut justifier, de fait, de réserver cette pratique à certains cas particuliers, résistants aux traitements

médicamenteux habituels, ou même à la Mésothérapie dite traditionnelle.

1) cas cliniques

L'histoire de nos patients met en évidence l'existence de un ou plusieurs des facteurs de risques « nouveaux » signalés dans cette étude, en l'occurrence l'activité professionnelle ou la surcharge pondérale (dont nous rappelons que la mise en cause n'est pas aussi clairement établie que dans les gonarthroses).

Ainsi faut-il prendre en considération différentes données dans ces observations. Tout d'abord, le stade évolutif de la coxarthrose pouvait être totalement différent d'un patient à l'autre. D'autre part, nos patients pouvaient conserver une activité physique d'intensité très variable selon les cas, pouvant interférer de façon négative sur les résultats attendus. C'est ainsi que nous pourrions individualiser le cas de Mme T..., notre anglaise pour laquelle le bénéfice de la mésoperfusion a été largement en retrait, comparativement à l'ensemble des autres observations. Si dans son cas, l'intensité moyenne de la douleur a régressé de 57 à 20, c'est en tenant compte de la nécessité de doubler la prise d'antalgiques avec

reprise d'antiinflammatoires, durant la dernière semaine d'étude, alors qu'initialement la douleur régressait progressivement (passant de 57 à 41 puis 24). C'est tout de même le seul cas où nous n'avons pas obtenu de diminution de la prise médicamenteuse. L'explication peut tenir au fait que Mme T a cumulé à cette période une activité professionnelle contraignante et une fatigue physique inhabituelle en compagnie de sa fille. Il s'agit par ailleurs d'une coxarthrose sévère, d'évolution sans doute rapidement progressive (nous n'avons pas de clichés antérieurs permettant d'évaluer la vitesse d'évolution de la coxopathie), en attente d'intervention chirurgicale.

Ceci nous permet de mettre l'accent sur un point essentiel de la prise en charge de la coxarthrose : la nécessité absolue d'accompagner le traitement proposé d'autres mesures telles une rééducation, et surtout un programme d'éducation, ainsi que nous l'avions précédemment stipulé.

2) impact de la mésoperfusion sur la vie courante de nos patients.

Les tableaux de suivi de l'indice de douleur ont donc témoigné d'une baisse tout à fait nette de l'impact douloureux, tant pour la douleur chronique, que pour l'intensité des épisodes hyperalgiques.

Nous avons en quelques semaines, obtenu une amélioration incontestable du confort de vie de nos patients, dans six cas sur sept.

- Mme C... prend bien moins d'antalgiques, et a ainsi amélioré son confort digestif. Elle se sent mieux, et fait à nouveau sa petite promenade matinale.

- Mme N... désespérait ne plus pouvoir aller dans son jardin. Actuellement, elle se déplace beaucoup mieux dans la maison, ce qui ne s'était pas produit depuis l'apparition des douleurs il y a une dizaine de mois.

- Mme F... a retrouvé un meilleur sommeil, et reprend ses occupations familiales.

- Mr D... est porteur d'une coxarthrose sévère, mais il assure qu'il se sent mieux. D'ailleurs il a significativement baissé sa consommation d'antalgiques, et son indice de Lequesnes est passé de 19 à 17,5.

- Mr C... est un homme heureux car il ne ressent presque plus cette douleur permanente qui lui rendait le travail bien pénible. Mais il sait que la poursuite de son activité professionnelle nourrit le risque de rechute.

- Mr W... est totalement satisfait. Lui qui supporte bien mal les antalgiques, a aussi réduit sa consommation d'un tiers.

Dans le cas de Mme T..., la prise

d'antalgique a donc été majorée, et le bénéfice antalgique reste modéré. Même l'indice de Lequesne n'a régressé que de un point, passant de 11 à 10.

Il importe donc de surveiller l'impact du traitement sur la douleur. Mais le retentissement sur le bien-être du patient est aussi un critère de surveillance important. De plus, l'un des avantages essentiels de la Mésothérapie en général est de pouvoir éviter l'absorption médicamenteuse orale, et tous les effets indésirables qu'elle génère. Cette petite étude en témoigne bien. Attention aux effets indésirables des antalgiques de palier II et antiinflammatoires, spécifiquement chez les personnes âgées. Attention à l'association entre les antiinflammatoires et les antiagrégants plaquettaires, ou même avec les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, chez les personnes âgées toujours (risque d'insuffisance rénale), largement usités. La présentation des patients met en évidence, dans plus de la moitié des cas, une précaution d'emploi ou un effet indésirable vis-à-vis de certaines molécules. C'est ici l'un des points forts de la mésoperfusion, dont la tolérance a été excellente, ce qui n'est pas à négliger dans le cas d'une pathologie intéressant en priorité une population âgée.

La mesure des amplitudes articulaires n'a pas permis, en quelques semaines, une amélioration significative. Les mesures sont restées quasiment identiques, même si l'évaluation moyenne a été légèrement modérée par les mauvais résultats de Mme T..., dont la souplesse articulaire s'est globalement dégradée.

3) appréciation des patients.

Après l'analyse des données chiffrées, le questionnaire présenté au terme de l'étude devait permettre de confirmer ou mettre en doute, cette impression de résultat globalement favorable. L'on peut conclure que 5 patients sur 7 évaluent la mésoperfusion comme un traitement efficace sur la douleur. La technique est jugée modérément efficace, dans les 2 observations de coxarthrose sévère. De même, 5 patients sur 7 estiment qu'elle a été efficace sur leur confort de vie. 6 patients sur 7 ont estimé la mésoperfusion indolore et peu contraignante.

L'appréciation globale de cette technique de soins apparaît donc globalement satisfaisante, comme en témoigne la note d'évaluation attribuée par les participants de cette étude, dont la moyenne calculée est de 15,57 sur 20.

Peut-être doit-on y attribuer également une reconnaissance implicite du patient vis-à-vis du temps qui lui est consacré, et parallèlement un effet relaxant manifeste (2).

Bien plus, cette impression était confortée par la sollicitation de chacun des patients de poursuivre les

séances, assimilant de fait ce traitement à un traitement de fond de leur arthrose coxofémorale.

5. CONCLUSION

La première satisfaction issue de ce travail, est d'avoir apporté un confort manifeste aux patients, à moindre risque iatrogène. Il faut reconnaître que si les résultats timides issus des deux premières séances suscitaient quelques interrogations, les deux séances suivantes allaient radicalement faire la différence. Le regret issu de cette étude, est de n'avoir pu intégrer davantage de patients, et de n'avoir pu poursuivre le traitement plus avant (ce qui du reste sera fait, mais en dehors de ce mémoire). En effet, la courbe décroissante de nos divers critères de surveillance laisse espérer des résultats encore perfectibles, sur les semaines et mois à venir.

Finalement, ce travail témoigne de l'intérêt que mérite manifestement cette technique de Mésothérapie qu'est la mésoperfusion, et des nombreuses interrogations qu'elle suscite.

Comme nous l'avons déjà affirmé, il faudra de nombreuses études encore pour définir les meilleures indications de la mésoperfusion et les protocoles les plus efficaces. C'est à force de persévérance que l'on pourra mettre en avant tout son intérêt thérapeutique. S'agissant de Mésothérapie, une question importante reste en suspens : la mésoperfusion est-elle, au moins dans cette indication, plus efficace que la Mésothérapie dite traditionnelle ? La question n'était certes pas le sujet de ce travail. Et il serait illusoire de prétendre apporter une réponse, à l'issue d'une étude si brève, incluant si peu d'observations. Un travail des docteurs BLONDEL et SAVOYE, réalisée sur 23 cas de coxarthrose, arguait des résultats très satisfaisants sous Mésothérapie « traditionnelle ». Il serait alors intéressant de proposer un protocole rigoureux, basé sur chacune des deux méthodes, et visant à définir la supériorité éventuelle d'une technique par rapport à l'autre.

En conclusion, la mésoperfusion est bien une technique de Mésothérapie, ni archaïque, ni révolutionnaire. Elle est une approche de soin qui vient manifestement enrichir notre panel thérapeutique. Elle suppose une disponibilité du patient et du soignant, mais présente aussi des atouts particulièrement intéressants, qu'il convient d'explorer et mettre à profit dans certaines indications qui restent à définir.

6. BIBLIOGRAPHIE

- Art. 1 : BLONDEL.M.D., SAVOY.J.P.
Nouvelle alternative thérapeutique dans le traitement des coxarthroses. Introduction de cibacalcine 0,50mg par voie loco-régionale (Mésothérapie) dans 23 cas de coxarthrose.
- Art. 2 : BOZET.G.
FMC et prise en charge de la douleur.
XVIIe Congrès français de rhumatologie, Paris, 17-19 novembre 2003
Le Quotidien du médecin, 2003.
- Art. 3 : DI MAR.P.
Une nouvelle technique en Mésothérapie : la mésoperfusion.
Le Quotidien du Médecin., 1983, 1.
- Art. 4 : EVRARD.Y.
Douleurs aiguës et chroniques : l'intensité et le type de la douleur guident le traitement.
Impact médecine, 2004, 70 : 44-45.
- Art. 5 : FREYDT.C.
La perfusion par voie sous-cutanée
Impact Médecin, 1997, 1009 : 15.
- Art. 6 : JOMAAH.N., LAREDO.J.D.
Anatomie et imagerie de la hanche.
La revue du praticien, 2002, 52 : 597-604.
- Art. 7 : LEQUESNE.M., DANG.N., DEGIEUX.P.
Coxarthrose : facteurs de risque classiques et « nouveaux ».
L'Actualité rhumatologique, 2001, 162-175.
- Art. 8 : LEQUESNE.M.
Coxarthrose.
La revue du praticien, 2002, 52 : 604-610
- Art. 9 : MARIE.A.
Etude ECHODIAH : l'arthrose de hanche revisitée.
Le Quotidien du médecin, 1999.
- Art. 10 : MARTIN.J.P.
Mésoperfusion séquentielle : intérêt du Mésothérapie Rhône-Alpes.
Communication au Congrès international de Mésothérapie de Bruxelles, 1992
- Art. 11 : MARTIN.J.P.
Todo lo que ud. Debes aber de la mesoterapia lenta (mesoperfusion).
Meso Estetic., 1997, 1 : 17-21.
- Art. 12 : MARTIN.J.P.