

APPORT DES INJECTIONS CUTANÉES LOCALES CIBLÉES (MÉSOTHERAPIE) DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE - FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2000 – 2001 - Mémoire pour le diplôme d'université de formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur -

Thierry BEZOT

Aux Docteurs Denis Laurens et Yannick Huteau

Vous avez eu l'amabilité d'examiner ce travail et suggéré les corrections nécessaires.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements

Je tiens à remercier les laboratoires AVENTIS, PFIZER, ROCHE et UPSA pour leur contribution à ce travail par les recherches bibliographiques qu'ils ont eu l'amabilité d'entreprendre

À Dany.



THIERRY BEZOT

Généraliste exerçant en milieu rural, études de Médecine à Amiens (Somme).

S'est intéressé à la mésothérapie en recherchant des solutions

thérapeutiques mieux adaptées aux plaintes douloureuses affectant de trop nombreux patients.

Premier contact avec la technique dans le cadre d'un enseignement dispensé à Bobigny puis stage avec le Docteur Jacques LE COZ.

Diplôme de Médecine et Biologie du sport.

Capacité d'Aide Médicale d'Urgence.

INTRODUCTION

Soulager la douleur est une demande parmi les plus fréquentes exprimées par les patients à leur médecin généraliste. Il y répond par une recherche diagnostique de l'affection causale associée à un premier traitement antalgique. Il peut également assurer la prise en charge spécifique d'une douleur devenue chronique lorsque la cause en est définie et les soins spécifiques réalisés.

La Mésothérapie s'intègre au nombre des traitements disponibles. Depuis ses débuts en 1952 cette technique contribue à soulager les douleurs liées à certaines affections. Elle se révèle fort utile lorsqu'elle est employée à bon escient, dans des indications correctement définies. Son évolution est constante. Les indications, les produits disponibles, leur domaine d'emploi sont constamment précisés.

Ce travail se propose de faire le point sur l'actualité de l'utilisation de la Mésothérapie dans le cadre particulier du traitement de la douleur en médecine générale.

GLOSSAIRE

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

DC : Dénomination commerciale

DCI : Dénomination chimique internationale

I.D.P.c : Injection " Intradermique profonde ciblée

I.D.S.c : Injection " Intradermique superficielle ciblée

I.E.D.c : Injection "

Intraépidermique ciblée "

I.H.D.c : Injection "

Intrahypodermique ciblée

Nappage : Procédure technique

réalisant des injections

superficielles pratiquées à jet

continu ou en " rafale ", à la main ou avec un appareil.

SFM : Société Française de Mésothérapie

CHAPITRE 1**LA DOULEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE****1 - 1 - IMPORTANCE DE LA DOULEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

La douleur demeure un des plus importants motifs de consultation en médecine générale ainsi que le confirment les études consacrées à ce problème.

François BOUREAU, dans un travail réalisé en 1993 portant sur 2703 malades consultant en médecine générale, montre que 50 % de ces patients ressentent une douleur. Il s'agit d'une douleur chronique pour 15,5 % des cas tandis que 35,4 % des sujets ayant une douleur l'évaluent intense ou insupportable dans les dernières 48 heures (4).

Une autre étude publiée récemment, réalisée avec la collaboration de 178 médecins généralistes en Ile de France évalue à 43 % la prévalence de la douleur comme motif primaire ou secondaire de consultation (22). Dans ce travail, les douleurs de l'appareil locomoteur sont les plus fréquentes (36 % dont 28 % pour la rhumatologie et 8 % pour la traumatologie). Ensuite, les douleurs sont d'origine ORL (24 %) et digestives (14 %). Ces trois domaines couvrent plus de la moitié des plaintes douloureuses, le cancer n'en représente que 1 %.

Les lombalgies représentent un fort contingent des plaintes. En 1992, selon le CREDES, cette pathologie (hors sciatgie) a occasionné 5,25 millions de consultations ou de visites en médecine générale (21).

Une enquête menée par le Comité français pour la santé (CFES) dans le cadre du Baromètre santé 2000 "révèle que 42 % des patients s'adressant à un généraliste se déclarent satisfaits du traitement mis en oeuvre et que 19,7 % se déclarent non satisfaits. Dans cette étude, les généralistes se placent après les kinésithérapeutes (53,8 % de "très satisfaits", 7,7 % de "non satisfaits"), les dentistes (56 % de "très satisfaits", 9,5 % de "non satisfaits") et avant l'hôpital (23,5 % de "non satisfaits") et les spécialistes (21,4 % de "non satisfaits") (14)

1 - 2 - ASPECTS SPÉCIFIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DU MALADE DOULOUREUX EN VILLE

La position occupée par le médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur se révèle incontournable.

Comme le remarque P. TAJFEL (46), il est souvent consulté de première intention et, de ce fait, assure la première gestion de cette douleur. Il met en oeuvre son premier traitement. Le même auteur note également que "le caractère subjectif de la douleur et sa nature individuelle rendent nécessaire l'approche dite globale du malade". Le médecin traitant reste donc le mieux placé pour apprécier le retentissement psychosocial de la douleur sur son patient.

La prise en charge de la douleur chronique demeure une tâche difficile pour le médecin généraliste.

Un des principaux problèmes rencontrés est le facteur temps. Comme le souligne E. COLLIN (10), l'évaluation et la prise en charge de la douleur chronique sont "chronophages". Il faut pouvoir consacrer du temps à l'écoute du malade afin de réaliser une analyse aussi complète que possible de sa douleur ainsi que pour en appréhender le retentissement psychologique et social.

P. TAJFEL y ajoute le temps nécessaire aux explications pour l'acceptation et la bonne observance du traitement (46).

À cette contrainte s'ajoute une exigence de disponibilité. P. TAJFEL insiste sur la capacité à répondre à tout moment à la douleur, à un événement imprévu, à une situation d'urgence réelle ou ressentie comme telle.

La disponibilité et le facteur temps sont donc des éléments essentiels pour soigner un malade douloureux à domicile.

Outre ces conditions, P. TAJFEL cite également la formation aux traitements de la douleur ainsi que le sens de l'organisation parmi les qualités nécessaires au médecin généraliste pour réaliser ce travail. En effet, il doit pouvoir assurer la coordination des différents soignants impliqués. De plus, l'approche multidimensionnelle de la douleur peut nécessiter plusieurs avis confirmant ainsi la place du généraliste dans son rôle de pivot dans le système de soins.

Ces réflexions conduisent les auteurs précités à recommander d'effectuer cette tâche en liaison avec une équipe hospitalière.

Il reste beaucoup à faire. Une enquête téléphonique réalisée par A. COLLOMB auprès de 100 généralistes révèle que plus d'un tiers des praticiens contactés (35 %) ne connaissent pas les structures d'évaluation et traitement de la douleur de leur région moins de moitié (46 % ont reçu une formation sur la prise en charge de la douleur (11).

CHAPITRE 2

MÉSOTHÉRAPIE ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR : PRÉSENTATION DE LA TECHNIQUE

2 - 1 - DÉFINITION DE LA MÉSOTHÉRAPIE

C'est en 1958 que le terme " Mésothérapie " est proposé par M. Pistor, qui a mis au point cette technique.

Médecin généraliste ayant une pratique importante de la médecine rurale, il eut l'idée de rapprocher le lieu de l'intervention thérapeutique du lieu de la souffrance (30). Le préfixe " méso " est expliqué par son auteur qui estimait que sa thérapeutique n'apparaissait active que sur les dérivés du mésoderme (vaisseaux, tendons, tissus conjonctifs).

La société française de Mésothérapie définit en 1984 cette technique comme " une conception thérapeutique nouvelle et simple qui vise à rapprocher le lieu du traitement du lieu de la maladie ; elle met en oeuvre des doses intradermiques, sous-cutanées et superficielles qui peuvent être minimales puisqu'elles sont loco-régionales ". Pour M. Pistor : " il faut injecter peu, rarement, au bon endroit et, bien entendu sans shunter l'étape diagnostique, préliminaire indispensable à tout acte thérapeutique

2 - 2 - DESCRIPTION TECHNIQUE

2- 2 - 1 - PRINCIPE DE L'ACTE DE MÉSOTHÉRAPIE

L'acte de mésothérapie consiste en l'injection d'un principe actif en regard des zones du corps à traiter à une profondeur variant de 0,05 à 10 mm (le plus couramment 4 mm). Plusieurs techniques sont décrites en fonction de la profondeur de l'injection (38). Le volume injecté à chaque poncture demeure faible: 0, 1 à 0, 3 ml. Le volume total injecté est généralement de 0,5 à 3 ml.

Les produits utilisés sont généralement administrés en mélange. Ces mélanges comportent une association de deux à trois principes actifs maximum.

Les séances de Mésothérapie se déroulent entre 8 à 21 jours d'intervalle. Le nombre de séances dépend de la pathologie à traiter et de l'expérience du praticien.

2 - 2 - 2 - MATÉRIEL

Il existe deux sortes de matériel :

- La seringue et l'aiguille de mésothérapie
- Le support de la seringue

1 - L'aiguille et la seringue

L'aiguille classique de mésothérapie s'appelle l'aiguille de Lebel. Ses caractéristiques sont 4 mm de long et 4/10 mm de diamètre. Elle est disponible avec un cône Luer ou Record. D'autres aiguilles sont également utilisées en fonction des indications : 6 mm 4/10, 13 mm 3/10, 0,29 x 4 mm, 0,5 x 4 mm.

La seringue peut être de 1 ml, 2 ml, 5 ml, 10 ml selon la pathologie à traiter. Il faut en choisir l'embout (Luer ou Record) en fonction du cône de l'aiguille. (30)

2 - Le support de la seringue

Il s'agit des appareils mis à la disposition des médecins pratiquant la mésothérapie qui permettent des variantes dans les techniques d'injection. Ils permettent des injections plus précises et moins douloureuses. L'utilisation et le

Pour M. Pistor :
« Il faut injecter peu, rarement, au bon endroit et, bien entendu sans shunter l'étape diagnostique, préliminaire indispensable à tout acte thérapeutique ».

choix de l'appareil dépendent de l'expérience et de l'appréciation du praticien.

2 - 2 - 3 - TECHNIQUES D'INJECTION

Il existe plusieurs techniques d'injection caractérisées essentiellement par la profondeur d'injection,

La classification de ces techniques résulte d'un consensus du Conseil Scientifique de la S.F.M. établi en 1999 (3 8) -,

- 1) Technique superficielle, en deçà de 2 mm

* Injections épidermiques (du Dr. PERRIN)
Procédé d'injections loco-régionales pratiquées à une profondeur inférieure à 1 mm. Elle se pratique avec une seringue de 5 ml à embout décentré, et une aiguille de 13 mm. 3 /10 appliquée à plat tangentiellement à la peau.

* Injections intra-dermiques superficielles ciblées (I.D.Sc) de 1 à 2 mm.

Nappage (du Dr. DALLOZ-BOURGUIGNON)

Il s'agit d'une procédure technique réalisant des injections superficielles pratiquées " à jet continue " ou " en rafale ", à la main ou avec un appareil.

- 2) Technique profonde, au delà de 2 mm

Injection intra-dermiques profondes ciblées (ID.P.c) de 3 à 4 mm. C'est le geste de base de la Mésothérapie.

Injections intra-hypodermiques ciblées (I.H.D.c) au delà de 4 mm

Injections intra-fasciales. Au-delà de 10 mm

2 - 2 - 4 - PHARMACOPÉE

La pharmacopée utilisée en mésothérapie se compose de produits disponibles par voie injectable. Ils sont généralement administrés sous forme de mélanges qui comportent généralement deux ou trois principes actifs. Les mélanges à 5 ou 6 médicaments sont déconseillés. (30)

L'expérience acquise par les médecins pratiquant la mésothérapie permet de sélectionner des mélanges sans incompatibilité physique ou

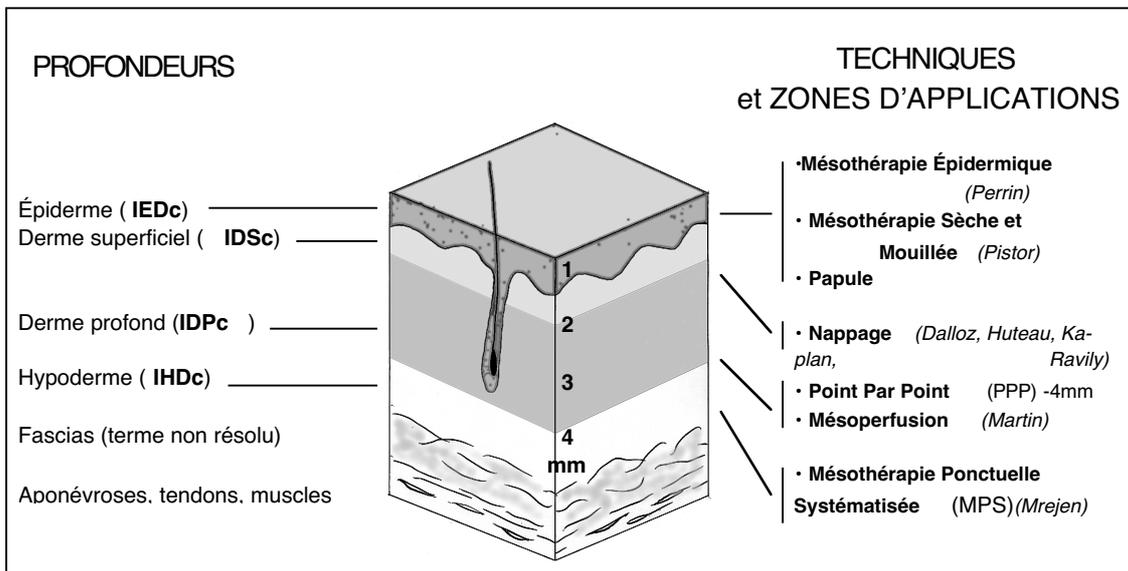


Schéma synthétique des profondeurs d'injection, des techniques et des zones d'application.
HUTEAU Y., PERRIN J.J.

« La Société Française de Mésothérapie édite un ouvrage récemment actualisé qui répertorie les produits disponibles, leur utilisation en Mésothérapie, les précautions d'emploi ainsi que les associations incompatibles. »

chimique.

La Société Française de Mésothérapie édite un ouvrage récemment actualisé qui répertorie les produits disponibles, leur utilisation en Mésothérapie, les précautions d'emploi ainsi que les associations incompatibles (23).

Trois familles de produits dominent les schémas thérapeutiques de la douleur en mésothérapie (24) :

- les AINS
- les anesthésiques locaux
- la calcitonine

S'y ajoutent la thiocolchicoside comme décontracturant musculaire, des produits à action microcirculatoire et neurologiques.

1) - AINS

Ce sont des produits qui comptent parmi les plus employés en Mésothérapie. Leur utilisation impose certaines règles pour éviter les accidents, il est impératif de les diluer avant l'injection intra-dermique pour en diminuer la concentration.(25, 30)

Piroxicam :

Présentation : ampoule de 2 ml à 20 mg (D. C. : FELDENE[®], ZOFORA[®])

C'est le plus pratique et le plus maniable des AINS.

Utilisé en Mésothérapie en pathologie rhumatismale et inflammatoire localisée.

Mélange possible avec la lidocaïne, pas avec la procaïne.

Kétoprofène :

Présentation : flacon sec IM à 100 mg (D. C. : PROFENID[®], TOPFENA[®]) ampoule de 2 ml à 100 mg (D. C. : PROFENID[®])

Même utilisation que le piroxicam.

Ne doit pas être associé avec la Procaïne (formation de précipité)

Mélanges recommandés : flacon sec : lidocaïne à 1 %, diluer à 3/1 ampoule: diluer également avec la lidocaïne.

Ténoxycam :

Présentation: ampoules de 2 ml à 20 mg
Mélanges recommandés : diluer le produit dans son solvant, en prélever 1/4 à 1/2 puis

diluer avec de la lidocaïne en proportion 3/1 au minimum, puis éventuellement thiocolchicoside.

Ne pas mélanger avec la procaïne.

Diclofénac :

Cité pour mémoire, ce produit est abandonné par le consensus des maîtres de stage de la S.F.M.

Présentation : ampoule de 3 ml à 75 mg (DC : VOLTARENE[®], XENID[®])

Ce produit présente plus de risques que les autres anti-inflammatoires, car son solvant contient du propylène glycol exposant à des risques de nécrose. De plus, il ne peut être mélangé ni à la mésocaïne ni à la procaïne car il existe une incompatibilité physique et chimique (30).

Une étude a été publiée en 1990, consacrée à un essai de l'utilisation de diclofénac dans le traitement de tendinites sur 60 patients. Les auteurs concluent que, dans ce travail, le traitement aboutit à des résultats similaires que l'on utilise la piqûre seule, le sérum physiologique ou le diclofénac. La tolérance est médiocre avec ecchymoses aux points de piqûre dans presque tous les cas (36)

2) - ANESTHÉSIIQUES LOCAUX

La lidocaïne

Présentation: MESOCAINE[®] : ampoules de 5 ml - 0,5 ou 1 %

XYLOCAINE[®] : flacon de 20 ml à 0, 5 - 1 ou 2 % - sans conservateur

Utilisation : atténuation de la douleur d'injection, potentialisation.

La procaïne

Premier produit utilisé en mésothérapie par Michel PISTOR en 1952.

Présentation : ampoules de 2 ml, 5 ml et 10 ml à 2 %

Effets indésirables : allergie aux sulfites de l'excipient, allergie au radical " para " croisée avec les sulfamides, précipitation avec certains AINS

3) - CALCITONINE

Les calcitonines sont largement utilisées en mésothérapie, Par cette technique, elles

sont employées dans le traitement des douleurs chroniques, en rhumatologie dans le traitement des arthropathies et tendinopathies inflammatoires, les algodystrophies en phase "chaude" (8, 3 5), la maladie d'Osgood-Schlatter (27)

Les effets secondaires décrits au décours de l'administration des calcitonines par voie sous-cutanée (nausées, vomissements, bouffées vasomotrices) sont très diminués par voie intradermique profonde (IDPc) (28, 32) et inexistantes par nappage (IEDc ou IDSc)

Présentation :

- calcitonine humaine de synthèse: CIBACALCINE® - ampoules de poudre + solvant 0,50 et 0,25 mg
- calcitonine de saumon: - MIACALCIC® ampoules 50 UI/1 ml et 80 UI/0,8 ml
- CADENS® ampoules 50 UI/ml ou 80 UI/0,8 ml
- CALCITONINE PHARMY II® 50 et 100 u
- CALSYN® ampoules de 50 UI/0,5 ml ou 100 UI/1 ml

La procaine détruit lentement la CIBACALCINE®.

4) - THICOLCHICOSIDE (D.C. COLTRAMYL, MIOREL).

Présentation: Ampoules de 2 ml à 4 mg
Décontractant non sédatif très utilisé en pathologie rhumatologique et traumatologique
S'emploie en mélange avec les anesthésiques locaux et les AINS

5) - PRODUITS A ACTION MICROCIIRCULATOIRE.

- Buflomédil (DC : FONZYLANE®), ampoules de 5 ml à 50 mg
- Ifenprodil (DC : VADILEX®), ampoules de 2 ml à 5 mg
- Pentoxifylline (DC : TORENTAL®), ampoules de 5 ml à 100 mg

Ces produits sont utilisés en Mésothérapie dans les pathologies dégénératives (arthrose). Ils présentent peu d'inconvénients.

- Etamsylate (DC : DICYNONE®), ampoules de 2 ml à 250 mg Produit à action décongestionnante et de drainage, utilisé dans l'arthrose, la traumatologie sportive.

6) - PRODUITS A ACTION NEUROLOGIQUE.

- Diazépam (DC : VALIUM®), ampoules de 2 ml à 10 mg utilisé en Mésothérapie comme décontractant musculaire puissant. S'emploie en I.E.D. ou Nappage I.D.S. exclusivement. Le Vidal déconseille toute association. En Mésothérapie, préférer donc une seringue simple: lidocaïne + diazépam.

- Tiapride (DC : TIAPRIDAL®), ampoules de 2 ml Antalgique neuroleptique, utilisé en Mésothérapie dans les algies chroniques ou aiguës, intenses ou rebelles.

Mélange recommandé : MESOCAINE® 1 % (1 cc) diluer avec MAG 2® (1 à 2 cc pour 1/4 à 1/2 ampoule de produit.

Récemment s'est faite jour la proposition de traiter en Mésothérapie les douleurs neurogènes avec ces produits ainsi qu'avec le clonazépam et l'amitriptyline (44).

2 - 4 - EFFETS SECONDAIRES DÉCRITS

* Manifestations allergiques générales.

Des cas d'oedèmes de Quincke sont décrits au décours de séances de mésothérapie pour des patients asthmatiques (16, 30) ainsi que des réactions urticariennes. Deleixhe et col. signalent un choc anaphylactique mortel après injection de Procaïne®-Thiomucase® dans le traitement d'une cellulite. Il faut préciser que, depuis, la Thiomucase® n'est plus disponible.

* Réactions de toxicité locale

Ont été également décrites :

- Un cas de Parapsoriasis en gouttes varioliforme de Mucha-Habermann après traitement par un mélange Procaïne®-Feldène®-Cibacalcine® (18)
- Une observation décrivant un cas de toxidermie lichénoïde avec un mélange Périidil-Héparine® - Feldène® (46). À noter : le Périidil-Héparine® n'est plus produit actuellement.
- Un cas de vascularite nécrosante après traitement par Procaïne®-Esberiven® - Hyaluronidase® (18)
(L' Esberiven® injectable et la Hyaluronidase® ne sont plus disponibles ce jour).

Des nécroses cutanées sont également décrites

« Concernant l'antiseptie cutanée : La SFM recommande actuellement la BISEPTINE® (labo Roche-Nicholas) qui associe la chlorexidine, le chlorure de benzalkonium et l'alcool benzylique qui par leur synergie ont une action complémentaire antiseptique à large spectre sur la majorité des germes rencontrés sur la peau. »

avec l'emploi d'AINS, surtout ceux comportant du propylène glycol et les corticoïdes. Ces derniers ne doivent pas être employés en mésothérapie car ils exposent également à des risques de fonte du tissu cellulo-adipeux et de décoloration cutanée.(30)

* Réactions locales banales

Des réactions locales peuvent survenir au niveau des points de puncture. Il peut s'agir d'érythème et/ou d'œdèmes avec ou sans prurit, de douleurs parfois responsables de malaises vagues, d'hématomes.

Ces réactions locales semblent plus particulièrement fréquentes avec l'emploi d'AINS (16,24,32).

Elles sont dues à plusieurs facteurs :

- La toxicité de la molécule d'AINS sur le derme d'où la nécessité de la dilution de celle-ci avant l'injection ID pour diminuer sa concentration (20, 25, 30)
- La nature de l'excipient
- La profondeur et le site d'injection

* Les infections

La pratique de la mésothérapie expose au risque d'infection secondaire de la zone puncturée, inhérent à toute effraction cutanée. Des cas de nécroses cutanées durables à mycobactéries ont été décrits (13, 26, 30). De 1984 à 1995, environ une quarantaine d'observations de patients ayant développé des complications septiques inhabituelles, mettant en cause ce germe ont été publiées par des dermatologues (33). Dans la majorité des cas, il s'agit de traitements à visée esthétique (cellulite). La prévention de tels accidents repose sur une bonne désinfection cutanée avant chaque séance.

La Société Française de Mésothérapie recommande certaines mesures concernant la gestion du risque infectieux au cabinet (33) :

- Concernant l'agencement du cabinet médical :
Nécessité de respecter un secteur avec salle d'examen et de soins, peu exposé à la contamination, avec un sol lessivable, et une paillasse facile à entretenir, une table

d'examen lisse et lessivable, protégée par un drap à usage unique ; avoir un poste de lavage des mains avec distributeur de savon antiseptique liquide.

- Concernant l'antiseptie cutanée :

La SFM recommande actuellement la BISEPTINE® (labo Roche-Nicholas) qui associe la chlorexidine, le chlorure de benzalkonium et l'alcool benzylique qui par leur synergie ont une action complémentaire antiseptique à large spectre sur la majorité des germes rencontrés sur la peau (Gram +, gram -, Candida albicans, mycobactéries). Ce produit est disponible en flacon de 500 ml ainsi qu'en pulvérisateur de 100 ml

- Concernant le matériel d'injection :

Il doit être à usage unique. Les injecteurs sans aiguilles, de type " mésoflash® " ou " dermojet® de Krantz " sont formellement interdits. En effet, les hématomes et les lésions tissulaires provoquées par une injection violente forment un milieu de culture favorable à toutes les bactéries.

- Concernant les substances injectées :

Elles doivent avoir une A.M.M. "injectable", évidemment être stériles dans leur conditionnement d'origine, et les mélanges doivent être préparés de façon extemporanée à l'injection.

- Concernant la profondeur des injections :

Les injections hypodermiques profondes sur des régions lipodystrophiques mettent des bactéries atypiques dans des conditions de croissance favorables, dans un tissu peu vascularisé, faiblement immuno-compétent, et à température basse.

2 - 5 - CONDITIONS PRÉALABLES AU CHOIX D'UN TRAITEMENT PAR MÉSOTHÉRAPIE

Y. Huteau expose les conditions nécessaires avant toute décision de traitement par Mésothérapie (23):

- 1 *Etablir un diagnostic clinique -*
- 2 *Etablir un traitement étiopathogénique (pas de traitement à l'aveugle ou seulement symptomatique).*
- 3 *Etablir la place de la Mésothérapie par rapport au traitement classique (avec/sans)*
- 4 *Appréhender l'efficacité de la Mésothérapie, à priori, selon sa propre expérience et les travaux, s'ils existent.*

CHAPITRE 3**ASPECTS PRATIQUES DU TRAITEMENT DE LA DOULEUR PAR MÉSOTHÉRAPIE: APPLICATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE****3 - 1 - INDICATIONS ACTUELLES DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR****3 - 1 - 1 - Considérations générales.**

Un diagnostic précis demeure préalable avant toute décision de traitement par Mésothérapie. Cette technique ne peut prétendre soulager toutes les formes de douleur.

Actuellement, il apparaît que le domaine d'action de la Mésothérapie concerne surtout les douleurs par excès de nociception (42, 44). La majorité des pathologies en cause intéressent l'appareil locomoteur (24).

Il a été proposé récemment de traiter également les douleurs neurogènes par Mésothérapie.

Les résultats signalés apparaissent modestes et cette proposition ne fait pas l'objet d'un consensus (44).

Dans leur ensemble les affections accessibles à un traitement par Mésothérapie peuvent être prises en charge par le médecin généraliste à son cabinet. Elles ne diffèrent pas de celles rencontrées dans les consultations de la douleur.

3 - 1 - 2 - Affections concernées**3.1.2.1. Les douleurs d'origine rachidienne*****Les lombalgies**

Comme il a été écrit plus haut, les lombalgies sont un motif de consultation très fréquent en médecine générale.

La Mésothérapie apporte une réponse thérapeutique très intéressante à condition d'établir un diagnostic précis et de respecter les indications. Les lombalgies symptomatiques (tumeurs, infections) relèvent d'un traitement spécifique. En ce qui concerne les lombalgies mécaniques, la hernie discale, le canal osseux étroit, l'épaississement du ligament vertébral commun postérieur représentent autant de limites à un traitement par Mésothérapie.

Le domaine d'application électif des techniques mésothérapeutiques est constitué par les lombalgies

communes résultant essentiellement de souffrances abarticulaires : ligamentites, arthropathies postérieures, tendinomyalgies paravertébrales, cellulalgies, dermalgies locorégionales.

Les mélanges les plus utilisés associent la lidocaïne + un AINS (généralement le piroxicam) + thiocolchicoside. On peut également utiliser la calcitonine.

Une étude a été présentée par J.J. Perrin au congrès international de Mésothérapie d'Octobre 2000, réalisée sur 103 patients souffrant de lombalgies communes (40). Les points ou zones douloureuses précises et profondes sont traitées par injections Intra Hypo Dermiques (HID) ou Intra Dermiques Profondes (IDP).

Les zones cellulalgiques sont traitées par injections Intra Epi Dermique (IED). En ce qui concerne les mélanges utilisés, on observe deux tendances :

- Les formes simples, récentes, traitées avec l'association lidocaïne-thiocolchicoside-piroxicam

- Les formes complexes, rebelles et anciennes traitées par l'association lidocaïne-calcitonine

Les patients sont réévalués 10 jours après la première séance. Au cours de ces 10 jours 58 % des patients ont bénéficié de 2 séances, 26 % de 3 séances, 14 % d'une séance, 1 % de 4 séances, 1 % de 8 séances.

64 % des patients se déclarent soulagés à 10 jours avec une excellente tolérance.

Dans le texte des recommandations de l'ANAES pour la "prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution" il est noté : "Aucune étude n'a été identifiée dans la littérature concernant les thérapeutiques suivantes : mésothérapie, balnéothérapie, homéopathie." (1).

***Les cervicalgies**

La Mésothérapie se révèle intéressante dans le traitement des cervicalgies d'origine arthrosique ainsi que dans les névralgies d'Arnold (43). Les mélanges les plus utilisés associent Lidocaïne, Piroxicam et/ou calcitonine.

Dans le cas des névralgies cervico-brachiales, il convient de ne l'utiliser qu'en deuxième intention.

***Les dorsalgies**

La Mésothérapie a une indication de choix dans les dorsalgies d'origine arthrosique. L'emploi de la

calcitonine lui confère un rôle antalgique appréciable. (43) La Mésothérapie n'occupe qu'une place accessoire dans le traitement de l'ostéoporose et de la maladie de Scheuermann.

3.1.2.2 - Les syndromes canaux (3)

La Mésothérapie est intéressante dans le traitement de l'atteinte du nerf cubital au canal de Guyon.

Dans le syndrome du canal carpien, cette technique ne s'emploie qu'en complément du traitement chirurgical.

3.1.2.3 - Les syndromes douloureux myofasciaux (39,45)

L'importance de cette pathologie est restée longtemps sous estimée bien qu'il semble qu'elle représente une proportion importante des douleurs chroniques d'allure rhumatologique.

Le syndrome douloureux myofascial est attribué à un dysfonctionnement neuro-musculaire au niveau de la plaque motrice (39). Le tissu contractile musculaire, en raison de l'usure liée aux activités quotidiennes, peut développer des points-détente myofasciaux ou points-gâchette qui projettent des douleurs caractéristiques, parfois accompagnées de troubles neuro-végétatifs sur une zone éloignée.

La Mésothérapie apporte une réponse thérapeutique intéressante car peu agressive et simple à mettre en oeuvre.

E. Naud et P. Petit proposent un traitement en deux temps avec un mélange lidocaïne + AINS (Piroxicarn ou kétoprofène) + éventuellement thiocolchicoside sur chaque point musculaire repéré associé à un mélange procaïne + buflomédil + éventuellement thiocolchicoside sur toute la surface du muscle intéressé et sur le territoire référé (39).

3.1.2.4 - Les tendinites

Il s'agit là d'une pathologie fréquemment traitée en mésothérapie. De bons résultats sont obtenus notamment dans les tendinites de l'épaule (28), achilléennes (2) et les épicondylites (5, 27) Cette technique est associée au repos et à la physiothérapie. Les mélanges employés associent classiquement AINS + lidocaïne et/ou thiocolchicoside et/ou calcitonine.

3.1.2.5 - Syndrome myofascial

algodysfonctionnel de l'appareil mandicateur (S.A.D.A.M.)

Lorsque l'étiologie est musculaire, cette pathologie répond assez bien au traitement par Mésothérapie. Les injections sont réalisées en regard des muscles douloureux ou contracturés avec un mélange associant anesthésique local + AINS + thiocolchicoside (3).

3.1.2.6 Algodystrophie

La Mésothérapie peut s'intégrer dans le traitement de cette pathologie difficile à prendre en charge. En phase " chaude " il est possible de proposer des séances avec utilisation d'un mélange associant calcitonine de saumon + buflomédil (DC : FONZYLANE[®]). En phase " froide ", on peut employer un mélange comprenant Procaïne + lfenprodil (DC : VADILEX[®]) + calcitonine (8).

3.1.2.7 - Maladie d'Osgood-Schlatter

Y. LAMBERT présente une série de 48 cas traités par une association repos sportif et/ou immobilisation avec la Mésothérapie. Le protocole décrit comprend des séances tous les 15 jours avec emploi de la calcitonine (27).

3.1.2.8 - Pathologie sportive

La mésothérapie est très employée dans le traitement des douleurs occasionnées par l'activité sportive, ce qui est logique compte tenu des indications de cette technique dans les affections de l'appareil locomoteur.

Les anesthésiques locaux utilisés sont répertoriés dans la liste des substances dopantes adoptée par le Groupe de Suivi de la Convention contre le dopage du Conseil de l'Europe, reconnue par les autorités françaises (Décret n° 98 464 du 10 juin 1998). Leur usage est interdit par injections systémiques (I.V., I.M.) mais autorisé " sans notification " en injection locale ou intra-articulaire, uniquement lorsque l'application est médicalement justifiée. La S.F.M. recommande d'établir un certificat à tout sportif licencié bénéficiant d'une séance de mésothérapie (41).

D. Laurens rapporte un cas de contrôle anti-dopage positif chez un footballeur après traitement par Mésothérapie pour une entorse du ligament latéral externe de la cheville. Le produit incriminé est la lidocaïne. Le dosage n'est pas quantitatif mais qualitatif. Il a fallu prouver la véracité des

séances de Mésothérapie.

L'affaire s'est terminée par une recommandation : un joueur recevant une séance de Mésothérapie avant un match susceptible de comporter un contrôle antidopage devra se munir d'une notification préalable indiquant le geste pratiqué et d'une ordonnance mentionnant les produits utilisés (29).

3 - 2 - EXPÉRIENCES DÉCRITES DE L'UTILISATION DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LES CONSULTATIONS ANTI-DOULEUR

F. Pinchaux-Sorin décrit en 1998 son expérience de l'utilisation de la Mésothérapie au Centre d'Évaluation et du Traitement de la douleur de l'Hôpital Laënnec (42). Cette technique se révèle particulièrement intéressante dans les projets de prise en charge de douleurs nociceptives.

Au congrès de Mésothérapie d'Octobre 2000 a été présenté le résultat d'une enquête réalisée rétrospective concernant des patients pris en charge au centre de consultation de la douleur de l'Hôpital Lariboisière (8).

Elle concerne 210 patients souffrant de tendinomyalgies du rachis, ayant consulté sur 2 ans (1996 - 1998).

La Mésothérapie a été utilisée seule dans 45 % des cas avec succès. Dans les autres cas, elle était associée à d'autres thérapeutiques : antalgiques, AINS par voie générale, kinésithérapie, relaxation, antidépresseurs. Le mélange le plus intéressant consiste à associer : mésocaïne + piroxicam ou calcitonine de saumon + thiocolchicoside.

Une étude a été réalisée au Centre anti douleur de l'hôpital de Bayonne du 1/9/1999 au 29/2/2000 afin de connaître le profil des patients pris en charge et d'apprécier la participation de la Mésothérapie dans les traitements utilisés (44). 32 patients ont été étudiés. Dans 47 % des cas les patients sont adressés pour lombo-sciatalgie, la Mésothérapie a été retenue comme modalité thérapeutique pour 37,5 % des cas soit 12 patients souffrant de lombalgies et lombo-sciatalgie (8 cas) de cervico-dorso-trapézalgie (2 cas), fibromyalgie (1 cas).

3 - 3 - AVANTAGES DE LA

MÉSOTHÉRAPIE

La Mésothérapie se présente comme une méthode thérapeutique simple d'emploi qui trouve de nombreuses applications en médecine générale.

Les opportunités d'utilisation sont nombreuses : ainsi que décrit antérieurement, beaucoup d'affections douloureuses rencontrées en ville intéressent l'appareil locomoteur qui demeure un des principaux domaines d'emploi de la Mésothérapie.

L'emploi de cette technique permet de diminuer la consommation de médicaments par voie générale notamment les AINS. De plus la Mésothérapie permet leur utilisation lorsque se posent des problèmes de tolérance digestive.

Les effets secondaires demeurent peu fréquents à condition de respecter les précautions d'emploi ainsi que les règles d'asepsie.

L'observance est totale puisque le traitement est immédiatement administré par le praticien.

La Mésothérapie offre également une alternative intéressante aux infiltrations de corticoïdes qui génère des effets négatifs sur la trophicité des tissus tendineux et des capsules. De plus les infiltrations sont déconseillées dans les cas de diabète mal équilibré et chez les sportifs de haut niveau. Aussi, comme l'observe le Pr J.M. Le Parc: " La Mésothérapie s'y est substituée en médecine générale pour le traitement de nombreuses douleurs rhumatismales juxta ou para-articulaires. C'est un moyen d'apporter localement, en petites quantités, des mélanges comportant anesthésiques locaux, anti-inflammatoires non stéroïdiens, désinfiltrants au site d'une douleur alléguée " (3 1).

4 - PROBLÈMES RENCONTRÉS

Il sont surtout d'ordre administratif :

- Les médicaments généralement utilisés n'ont pas l'AMM pour la voie intradermique.
- La mention " Mésothérapie " n'est pas autorisée sur les plaques professionnelles. La mention " Membre de la société Française de Mésothérapie " sur les ordonnances est tolérée par certains

« ... beaucoup d'affections douloureuses rencontrées en ville intéressent l'appareil locomoteur qui demeure un de principaux domaines d'emploi de la Mésothérapie. »

conseils de l'ordre départementaux (17, 30). Cette mention doit être retirée en cas de demande du conseil de l'ordre ou de plainte d'un confrère (17). - Jusqu'en février 2001, l'acte de Mésothérapie ne faisait pas partie de la nomenclature générale des actes médicaux. Cette situation a récemment évolué La commission de la nomenclature a examiné le problème particulier de son emploi dans le domaine de la douleur : la séance de Mésothérapie à visée antalgique fait désormais partie de la nomenclature générale des actes médicaux. ■

BIBLIOGRAPHIE

1 - ANAES

Prise en Charge Diagnostique et Thérapeutique des Lombalgies et Lombosciatiques Communes de moins de trois mois d'évolution
Texte des recommandations - Février 2000

2 - AYDIN T., KUZULUGIL A.

Traitement médical de la tendinite d'Achille - A propos de 27 cas
La Revue de la Société Française de Mésothérapie - VOL, 1 – N° 2 - 2000, 52 - 54

3 - BARBAT J.C.

Les syndromes canalaires du membre supérieur
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 106, juillet 99, 4 - 7

4 - BOUREAU F., SAHMOUD T.

The prevalence of acute and chronic pain in the french général practice
Abstracts - 7 th world congress on pain. Abstract 257 ; 23 August 1993

5 - BORG P.

L'épicondylite : place de la mésothérapie
Sport Med. N° 24, 10 - 11

6 - BORGES DA SILVA Ge, BORGES DA SILVA Gi, FENDER P., ALLEMAND H.

Quelques repères médico-socio-économiques sur les lombalgies
Le Concours Médical. 2 décembre 2000, N° 39, 4

7 - BOURGEOIS P.

La prise en charge de la lombalgie a t'elle changé ?
FIMM douleur, Mars 1998, 50 - 54

8 - CHARTON J.P.

Algodystrophie et syndromes apparentés
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie, N° 104, Novembre 98, 9-16

9 - CHOS D.

Enquête sur les tendino-myalgies du rachis dans un centre de traitement de la douleur

Le Livre du Neuvième Congrès International de Mésothérapie, 20, 21 et 22 octobre 2000, 69-81

10 - COLLIN E.

La prise en charge de la douleur
Thérapeutiques, Mars 2000, N° 50, 1 - 2

11 - COLLOMB A.

Enquête sur la douleur et sa prise en charge
L'observatoire de la douleur, Nov. 2000, N° 8, 25 -36

12 - CORBEL D.

L'ID-Thérapie dans les tendinites
Le Généraliste, mardi 15 mai 1990, N° 1172, 16- 19

13 - CORBEL D.

ID.thérapie et cellulite
Masson, Paris, 1991

14 - DELEIX]HE-MAUHIN F., NU~, -YËLS A., PAQUET P., GOFFIN F.,

PIERARD-FRANCHIMONT C., PIERARD G. E.
La mésothérapie est-elle sans danger ?
Revue médicale de Liège, XLVI, 4 -91, 213-215

15 - DORRA A.

Prise en charge de la douleur : huit patients sur dix satisfaits
Panorama du Médecin, Jeudi 12 Octobre 2000 – N° 4744

16 - DOUTRE M. S., BEYLOT C.

Effets secondaires de la mésothérapie
Thérapie 1997 ; 52 : 93 – 96

17 - DUCREUX Ph.

Relations Caisse Sécurité Sociale/Ordre des Médecins
Prescription d'ordonnance en Mésothérapie -
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 101 -
Octobre 97, 13-16

18 - FYOT P.

Manifestations lichenoïdes après mésothérapie
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 90 - Juin 94, 5-7

19 - GERARD R.

Etude clinique du Piroxicam en mésothérapie
L'actualité thérapeutique internationale, juin 1988, N° 72

20 - GINIES P.

La mésothérapie, une pratique - trois principes actifs
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 102 - Mai 98, 6

21 - GOUPILLE P., AVIMADJE A.M., ZERKAK D., VALAT J.P.

Eléments cliniques d'orientation diagnostique devant une lombalgie
La Revue du Praticien, 2000, 50, 1760 – 1764

22- RUAS D., TAJFEL P., GERCHE S.

Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale
La Revue du Praticien - Médecine Générale, 23 octobre 2000
(14) 512, 1837 – 1841

23 - HUTEAU Y.

La Pharmacopée en Mésothérapie. 3^{ème} édition 2000 / 2001
Les documents de la S.F.M.

- 24 - HUTEAU Y., BOURIT G.
Douleurs aiguës et mésothérapie au cabinet du généraliste
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 102 - Mai 98, 18
- 25 - HUTEAU Y, MARIJNEN P.
Allergie et mésothérapie
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 107- Octobre 99, 41
- 26 - LABELLE B.
Mycobactéries atypiques et mésothérapie
Le Concours Médical - 26-11-1994 - 116-39
- 27 - LAMBERT Y,
Maladie d'Osgood-Schlatter - Traitement par la calcitonine à propos de 48 cas.
La Revue de la Société Française de Mésothérapie - VOL. 1 – N° 1, 2000, 6 - 7
- 28 - LAURENS D.
Traitements étiopathogéniques des épicondylalgies : étude rétrospective à propos de 62 cas
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 104 - Novembre 98, 22-24
- 29 - LAURENS D.
Premier cas de dopage en Mésothérapie
La Revue de la Société Française de Mésothérapie - VOL. 1 – N° 3 - 2000, 100
- 30 - LE COZ J.
Mésothérapie en médecine générale
Masson, Paris, 1993
- 31 - LE PARC J. M.
Consultations du Concours Médical - Réponse
Le Concours Médical, N° 35 du 4 novembre 2000, Tome 122-35, 2478
- 32 - MARCAIS-LEFEBVRE E.
Enquête épidémiologique sur le mal de dos. Prévalence de la Mésothérapie
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 95, 10 - 12
- 33 - MARIJNEN Ph.
De l'actualité des nécroses cutanées à mycobactéries, imputables à la mésothérapie:
Etude de cas recueillis auprès des services de dermatologie et des assurances médicales professionnelles
Le Livre du Neuvième congrès international de mésothérapie - 20, 21 et 22 Octobre 2000 - 137- 139
- 34 - MARTIN J.P.
Intérêt de la Mésothérapie en stomatologie
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 103, Juillet 98, 8-14
- 35 - MARTIN J.P.
Utilisation des calcitonines en mésothérapie
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 93 - Février 95, 9
- 36 - MENKES C. J., LAOUSSAD S., KAC-OHANA N., LASSERRE O.
Essai contrôlé du Diclofénac injectable en mésothérapie dans le traitement des tendinites
Revue du rhumatisme, 1990, 57 (7-8), 589-591
- 37 - MREJEN D.
Démembrement des étiopathologies des lombalgies. Ressources et limites de la Mésothérapie
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 104, Novembre 98, 25 - 26
- 38 - MREJEN D.
Les différentes techniques : sémiologie clinique et pharmacologique en Mésothérapie
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 107, Octobre 1999, 27 - 32
- 39 - NAUD E, PETIT Ph.
Les syndromes douloureux myofasciaux
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 106, juillet 1999, 11 - 15
- 40 - PERRIN J.J.
Enquête descriptive sur les lombalgies communes
Le Livre du Neuvième Congrès International de Mésothérapie, 20,21 et 22 Octobre 2000, 1 - 33
- 41 - PERRIN J.J.
Dopage-Certificat-Précautions
Le Livre du Neuvième congrès international de mésothérapie, 20,21 et 22 Octobre 2000, 207 - 208
- 42 - PINCHAUX-SORIN F.
Centre d'évaluation de la douleur et Mésothérapie - Hôpital Laënnec - Paris
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 102 - Mai 98, 11 - 12
- 43 - RICARD-MEILLE C.
Nouvelle approche de la pathologie rachidienne en mésothérapie
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 100, 2 - 9
- 44 - ROCH F.X.
Place de la mésothérapie dans un centre anti-douleur
Le Livre du Neuvième congrès international de mésothérapie, 20,21 et 22 Octobre 2000, 53 - 63
- 45 - ROCH F.X.
Proposition pour l'utilisation de la Mésothérapie dans le traitement des syndromes myofasciaux.
Bulletin de la Société Française de Mésothérapie N° 95 - Octobre 95, 8 - 10
- 46 - TAJFEL P.
Prise en charge du malade douloureux en ambulatoire, notamment à domicile
Le médecin, le malade et sa douleur. QUENEAU P., OSTERMANN G.
Masson, 2000, 393
- 47 - VAILLANT L., DE MURET A., MULLER C., MACHET L., LORETTE G.
Toxiderrnie lichénoïde après Mésothérapie
Ann. Derm. Vénérl. 1992, 119, 936 - 937