

PLACE DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES FOOTBALLEURS DE HAUT NIVEAU DU FOOTBALL CLUB DE NANTES. A PROPOS DE 5 CAS.

Dr Xavier MENANTEAU

INTRODUCTION

Le suivi médical du sportif de haut niveau constitue une étape majeure et indispensable dans sa préparation et sa performance. La guérison de ses blessures est primordiale.

Les disciplines conventionnelles comme la kinésithérapie, l'ostéopathie ou encore la podo-posturologie sont incontournables dans la prise en charge médicale du sportif. La mésothérapie utilisée de manière adaptée et cohérente intègre de plus en plus cette stratégie thérapeutique.

La mésothérapie est une discipline médicale validée, connue et reconnue qui a pour domaine de prédilection la traumatologie du sport.

Les sportifs de haut niveau et notamment les footballeurs, qu'ils soient professionnels ou non, sont intéressés par cette alternative thérapeutique, ils la connaissent et en ont l'expérience.

OBJECTIF DE L'ETUDE

Nous savons que la mésothérapie peut être un traitement de choix en traumatologie du sport.

Le but de ce mémoire, n'est pas de prouver l'efficacité ni la supériorité de la mésothérapie par rapport aux autres disciplines plus conventionnelles mais de voir comment elle peut intégrer de façon adaptée l'arsenal thérapeutique du sportif de haut niveau.

Pour cela, je vais baser mon travail sur l'étude de 5 cas cliniques pris au sein de l'équipe professionnelle du Football Club de Nantes évoluant en championnat de France de ligue 1. Leur point commun réside dans l'utilisation, du point de vue thérapeutique, de protocoles de mésothérapie validés.

La discussion ouverte par l'exposé de ces 5 cas cliniques sélectionnés permettra d'apprécier quelle place peut avoir la mésothérapie dans la stratégie thérapeutique proposée aux footballeurs de haut niveau du FC Nantes.

ETUDE DE CAS CLINIQUES

Pour réaliser ce travail, j'ai pu bénéficier de l'aide indispensable du Docteur RIAUD, l'un des deux médecins du FC Nantes, qui m'a permis de m'intéresser à 5 cas cliniques de mésothérapie qu'il a réalisés lui-même au sein du club.

CAS 1: Lésion de l'aponévrose plantaire

- Histoire:

14/07/14, le joueur 1, 28 ans, gardien, droitier, présente au cours d'un entraînement un traumatisme du pied gauche, seul sans contact ni mécanisme de torsion lors d'une détente verticale en appui unipodal.

- Signes fonctionnels:

Le joueur 1 ressent une douleur immédiate au niveau de la face interne et de la plante du pied gauche, sans craquement. Il présente une impotence fonctionnelle lui imposant l'arrêt de l'entraînement mais lui permettant quand même l'appui.

- Examen médical:

Le médecin du club consulté sur place constate un œdème localisé avec un léger hématome de l'arche interne du pied gauche. La palpation confirme l'œdème et l'hématome. La mobilisation du pied avec mise en tension de l'aponévrose plantaire est douloureuse. Les reliefs osseux ainsi que les différents tests ligamentaires et tendineux sont indolores.

- Diagnostic clinique:

Une lésion de l'aponévrose plantaire du pied gauche est évoquée.

- Prise en charge thérapeutique immédiate:

Mise au repos avec décharge et surélévation du pied gauche.

Soins de kinésithérapie avec glaçage, massage, drainage et compression avec pose de bande de contention élastique en fin de séance.

L'appui partiel et la marche sont autorisés sous couvert d'un béquillage.

- Bilan complémentaire:

15/07/14, l'échographie réalisée confirme une rupture interstitielle du 1/3 moyen de l'aponévrose plantaire superficielle gauche.

- Indisponibilité sportive:

Un arrêt de travail d'au moins 6 semaines est recommandé.

- Stratégie thérapeutique:

Traitement médicamenteux par voie orale pendant quelques jours (antalgique de palier 1 et AINS).

Soins de kinésithérapie pluriquotidiens.

Soins d'ostéopathie.

Bilan podo-postural avec confection d'orthèses plantaires visant à soulager l'appui sur l'arche interne du

pied gauche.

Injection de PRP le 18/07/14.

- Soins de selon le protocole suivant:

4 séances sur 6 semaines (J7 J15 J21 J36 du traumatisme initial). La 1^{ère} a lieu le 24/07/14.

Aiguille de 0,30x4mm.

Technique mixte, en IDP point par point et en IDS nap-page.

Mélange: Piroxicam 1ml + Calcitonine 100 1ml + Etamsylate 2ml

- Evolution:

29/08/14, l'évolution est tout à fait favorable. Le joueur 1 est asymptomatique et les différents tests cliniques sont rassurants. L'échographie de contrôle confirme la bonne évolution. Le joueur 1 reprend la course à pied puis l'entraînement individuel aménagé et enfin l'entraînement collectif. Il retrouve la compétition à son poste initial mi-septembre.

CAS 2: Lésion musculaire du mollet.

- Histoire:

03/01/15, le joueur 2, 21 ans, milieu, droitier, présente au décours d'un entraînement une lésion du mollet droit, seul sans contact ni traumatisme.

- Signes fonctionnels:

Le joueur 2 ressent une pointe douloureuse dans le mollet droit qu'il décrit comme étant dure avec une légère gêne à la marche.

- Examen médical:

Le médecin du club consulté sur place constate à la palpation une zone douloureuse sur le corps musculaire du jumeau interne et du soléaire, sans hématome. La mise en tension musculaire, passive et active contre-résistance, sont indolores tout comme la marche.

- Diagnostic clinique:

Une contracture du mollet droit intéressant le 1/3 moyen du jumeau interne et du soléaire est évoquée.

- Prise en charge thérapeutique immédiate:

Mise au repos relatif avec décharge et surélévation de la jambe droite.

Soins de kinésithérapie avec glaçage, massage, drainage et compression avec pose en fin de séance de bande de contention élastique.

L'appui complet et la marche sont autorisés.

Pas de traitement médicamenteux par voie orale.

- Bilan complémentaire:

Après réflexion et discussion collégiale, les 2 médecins du club prennent la décision de ne pas réaliser d'exams complémentaires. Ils se réservent le droit d'en programmer selon l'évolution clinique du joueur 2.

- Indisponibilité sportive:

Elle est courte, 3-4 jours. Le joueur 2 n'est pas mis en arrêt de travail, il reste à la disposition de l'entraîneur.

- Stratégie thérapeutique:

Soins de kinésithérapie quotidiens.

Soins d'ostéopathie.

Pas de bilan podo-postural nécessaire.

Pas de PRP.

Soins de mésothérapie, selon le protocole suivant:

3 séances sur 3 semaines (J1 J8 J15 du traumatisme initial). La 1^{ère} a lieu le 04/01/15, la 2^{ème} a lieu le 11/01/15 et la 3^{ème} ne sera pas réalisée.

Aiguilles de 0,30x4mm.

Technique mixte, en IDP point par point et en IDS nap-page.

Mélange:

1^{ère} séance: Procaine 1ml + Thiocolchicoside 2ml + Magnésium 2ml

2^{ème} séance: Etamsylate 2ml + Thiocolchicoside 2ml + Magnésium 2ml

- Evolution:

07/01/15, l'évolution est favorable. Le joueur 2 est asymptomatique et les différents tests cliniques sont rassurants. La 3^{ème} séance de mésothérapie ne sera donc pas pratiquée et poursuit simplement les soins de kinésithérapie. A J+3 de la blessure le joueur 2 reprend la course à pied puis à J+5 l'entraînement individuel aménagé et à J+6 l'entraînement collectif. Il est mis à la disposition de l'entraîneur pour reprendre la compétition. Lors du prochain match de championnat, il est titularisé. Le contrôle clinique réalisé à la mi-temps est rassurant. Il poursuit le match et vu le bon résultat sportif de l'équipe il sera sorti 10 minutes avant la fin du match par prudence pour le ménager.

CAS 3: Lésion récidivante de l'adducteur

- Histoire:

08/05/2014, le joueur 3, 23 ans, défenseur central, droitier, présente au cours d'un match une douleur de l'adducteur gauche sur un appui latéral lors d'une relance du ballon du plat du pied l'obligeant à sortir du terrain.

- Signes fonctionnels:

Le joueur 3 ressent une douleur de l'adducteur gauche avec gêne à la marche et à la mobilisation de la hanche.

- Examen médical:

Le médecin du club présent le jour du match constate à la palpation une douleur du 1/3 proximal de l'adducteur gauche sans douleur sur l'insertion tendineuse ni sur le corps musculaire. Il n'y a pas d'hématome. La mobilisation de la hanche en abduction et les tests cliniques contre-résistance sont douloureux. La marche est sensible.

- Diagnostic clinique:

Une lésion de la partie proximale de l'adducteur gauche est évoquée.

- Prise en charge thérapeutique immédiate:

Mise au repos relatif avec appui complet et marche autorisée.

Soins de kinésithérapie avec glaçage et massage.

Un traitement médicamenteux par voie orale pendant quelques jours est préconisé (antalgique de palier1)

- Bilan complémentaire:

13/05/14, l'échographie met en évidence une lésion myo-tendineuse proximale superficielle stade IIB du moyen adducteur gauche.

- Indisponibilité sportive:

Elle est d'au moins 6 semaines. Le joueur 3 est mis en arrêt de travail.

La revue de Mésothérapie

- Stratégie thérapeutique:

Pas de traitement médicamenteux par voie orale de façon prolongée.

Soins de kinésithérapie réguliers.

Soins d'ostéopathie.

Bilan podo-postural avec confection d'orthèses plantaires déjà réalisé en début de saison.

Pas de PRP.

Soins de mésothérapie selon le protocole spécifique suivant:

2 séances réalisées, la 1^{ère} a lieu le 23/05/14 à J+14 de la blessure et la 2^{ème} a lieu le 20/06/14 soit 1 mois après.

Aiguilles de 0,30x4mm.

Technique mixte, en IDP point par point et en IDS napage.

Mélange: Silicium Organique 2ml + Etamsylate 2ml + Calcitonine 100u 1ml

- Evolution:

02/06/14, l'évolution est relativement favorable. Le joueur 3 est peu symptomatique et les différents tests cliniques en amélioration. L'échographie de contrôle est rassurante avec mise en évidence d'une cicatrice fibreuse. Le joueur 3 reprend la course à pied puis l'entraînement individuel aménagé. La saison se termine, il part en vacances.

Début juillet 2014, au retour des vacances, le joueur 3 se dit non douloureux et part avec le reste de l'équipe en stage de préparation physique de début de saison à Annecy.

12/07/14, au cours d'un entraînement, il ressent à nouveau une douleur de l'adducteur gauche.

- Signes fonctionnels:

La symptomatologie est identique.

- Examen médical:

Le médecin du club, présent lors du stage de préparation, met en évidence les mêmes constatations cliniques qu'en fin de saison dernière.

- Diagnostic clinique:

Une lésion récidivante de la jonction myo-tendineuse de la partie proximale du moyen adducteur gauche est donc évoquée.

- Prise en charge thérapeutique immédiate:

Mise au repos avec appui et marche autorisés.

Soins de kinésithérapie avec glaçage et massage.

Un traitement médicamenteux par voie orale est préconisé pendant quelques jours (antalgique de palier 1).

- Bilan complémentaire:

18/07/14, de retour au club, l'échographie confirme une lésion récidivante myo-tendineuse de la partie proximale du moyen adducteur gauche sur sa cicatrice fibreuse.

- Indisponibilité sportive:

Etant donné le caractère récidivant de la lésion, l'arrêt de travail est plus long que celui de fin de saison dernière. Le joueur 3 est arrêté au moins 8 semaines.

- Stratégie thérapeutique:

Pas de traitement médicamenteux par voie orale de fa-

çon prolongée.

Soins de kinésithérapie intensifs pluriquotidiens.

Soins d'ostéopathie.

Bilan podo-postural avec confection d'orthèses plantaires prévu pour ce début de saison.

1^{ère} injection de PRP le 25/07/14 réalisée par le médecin du club sous contrôle échographique. 2^{ème} injection de PRP le 01/09/14 réalisée par le radiologue à son cabinet sous contrôle échographique.

Soins de mésothérapie selon le protocole classique suivant:

4 séances sur 4 semaines (J7 J15 J21 J36 du traumatisme initial), la 1^{ère} est réalisée le 05/09/14.

Aiguilles de 0,30x4mm.

Technique mixte, en IDP point par point et en IDS napage.

Mélange identique: Silicium Organique 2ml + Etamsylate 2ml + Calcitonine 100u 1ml

- Evolution:

Cliniquement la lésion évolue relativement bien. Les différents contrôles échographiques réalisés les 02/08, 09/08 et 10/09/14 sont plutôt rassurants. Le joueur 3 reprend la course à pied sur le mois de septembre. Les contrôles échographiques des 19 et 30/09/14 sont encore rassurants. Il reprend un programme de ré-athlétisation individuelle aménagée sur le mois d'octobre. Le 22/10/14, un bilan lésionnel est réalisé par IRM et constate que les lésions traumatiques récidivantes semblent correspondre à des lésions de désinsertion progressive myo-tendineuse du moyen adducteur autour du prolongement tendineux intra-musculaire qui aboutissent à une majoration de la rétraction et de l'amyotrophie. Le joueur 3 reprend l'entraînement collectif sur le mois de novembre. Fin novembre il est mis à la disposition de l'entraîneur pour la reprise de la compétition. Il ne présentera pas de récurrence traumatique de cette lésion sur le reste de la saison 2014-2015 mais il reste fragile et aura du mal à retrouver sa place de titulaire.

CAS 4: Lésion du tendon rotulien

- Histoire:

En fin de saison 2013-2014, le joueur 4, 21 ans, défenseur latéral, gaucher, présente en dehors de tout contexte traumatique (match ou entraînement) une douleur du genou droit. Il faut noter que lors de la 1^{ère} partie de la saison 2012-2013, le joueur 4, déjà au sein de l'effectif du club, avait présenté ce même type de douleur après un entraînement.

- Signes fonctionnels:

Le joueur 4 ressent de façon récurrente une douleur rotulienne droite à type de gêne à la course mais sans douleur à la marche ni impotence fonctionnelle. Cette symptomatologie est la même que celle présentée lors de la saison 2012-2013.

- Examen médical:

Le médecin du club consulté sur place constate à la palpation une douleur, une gêne sur l'insertion proximale du tendon rotulien mais également une sensibilité sur l'insertion distale du tendon quadricipital, avec un lé-

ger œdème localisé. La mobilisation passive du genou est indolore et les tests contre-résistance sont sensibles mais peu douloureux. Les appuis, les sauts, la course et les passes de balles ne déclenchent pas de franche douleur.

- Diagnostic clinique:

Une récurrence de tendinopathie d'insertion du tendon rotulien associée à une légère tendinopathie distale du quadriceps est évoquée.

- Prise en charge thérapeutique immédiate:

Elle est la même qu'en 2012-2013;

Mise au repos relatif. L'appui complet et la marche sont autorisés.

Soins de kinésithérapie avec glaçage, massage et drainage.

Pas de traitement médicamenteux par voie orale.

- Bilan complémentaire:

Du fait du caractère récidivant de cette lésion chronique et de la symptomatologie simple sans critères de gravité, les deux médecins du club décident après réflexion de ne pas faire d'autres examens complémentaires que l'IRM réalisée le 17/10/12. Elle mettait en évidence une enthésopathie modérée du tendon quadricipital et surtout une tendinopathie rotulienne d'insertion avec également une plica para-rotulienne interne potentiellement pathogène s'accompagnant d'une chondropathie œdémateuse et fissuraire de la facette rotulienne interne.

- Indisponibilité sportive:

Comme lors de la saison 2012-2013, le joueur 4 n'est pas mis en arrêt de travail. Il est laissé à la disposition de l'entraîneur car se dit peu douloureux et souhaite finir la saison.

- Stratégie thérapeutique:

Elle est la même qu'en 2012-2013;

Soins de kinésithérapie quotidiens.

Soins d'ostéopathie.

Bilan podo-postural avec confection d'orthèses plantaires déjà réalisé en début de saison étant donné la tendinopathie rotulienne récurrente du joueur 4.

Pas de PRP.

Soins de mésothérapie selon le protocole suivant:

3 séances sur 3 semaines (J7 J15 J21 du traumatisme initial).

Aiguilles de 0,30x4mm.

Technique mixte, en IDP point par point et en IDS napage.

Mélange: Piroxicam 1ml + Calcitonine 100 1ml + Etamsylate 2ml

- Evolution:

Lors de la saison 2012-2013, l'évolution clinique du joueur 4 avait été rapidement favorable sous couvert de soins de kinésithérapie réguliers. La saison 2013-2014, a été une saison éprouvante physiquement et sportivement qui a engendrée une récurrence de sa tendinopathie rotulienne. Sur cette saison, après la prise en charge thérapeutique, l'évolution clinique a également été favorable, il a pu finir la saison mais il reste fragile et bénéficie d'un suivi rapproché du staff médical avec

soins de kinésithérapie réguliers. La saison 2014-2015 se passera sans problèmes spécifiques pour le joueur 4.

CAS 5: Lésion du ligament latéral interne du genou droit

- Histoire:

27/02/15, le joueur 5, 28 ans, gardien, droitier, présente au cours d'un entraînement un traumatisme du genou droit survenant seul, sans contact lors d'un changement d'appui latéral.

- Signes fonctionnels:

Le joueur 5 ressent une douleur face interne du genou droit l'obligeant à arrêter l'entraînement mais lui autorisant l'appui et la marche. Il ne décrit pas de notion de craquement, de dérobement, de gonflement ni de blocage du genou. Le pied n'est pas resté bloqué au sol en rotation externe.

- Examen médical:

Le médecin du club consulté sur place constate un léger œdème localisé et une douleur sur l'insertion proximale du Ligament Latéral Interne (LLI) du genou droit reproductible à la mobilisation du genou lors de la mise en tension du ligament. Il n'y a pas d'hématome ni de choc rotulien ou de laxité. Le pivot central est intact, il n'y a pas de blocage lors de la flexion-extension du genou ni de douleur sur l'interligne fémoro-tibial interne.

- Diagnostic clinique:

Une entorse simple du LLI du genou droit est évoquée.

- Prise en charge thérapeutique immédiate:

Mise au repos relatif du genou avec décharge et surélévation du membre inférieur droit. L'appui complet et la marche sont autorisés sans attelle ni béquillage.

Soins de kinésithérapie avec glaçage, massage, drainage et pose d'un strapping du LLI en fin de séance.

Un traitement médicamenteux par voie orale par antalgique de palier 1 est recommandé pendant quelques jours.

- Bilan complémentaire:

02/03/15, l'échographie met en évidence un remaniement lésionnel du LLI avec hypoéchogénéité de la partie proximale et un renflement net du LLI au contact du segment moyen et postérieur du ménisque interne évoquant une désinsertion capsulo-méniscale partielle.

- Indisponibilité sportive:

Le joueur 5 n'est pas mis en arrêt de travail, il est juste ménagé et mis au repos.

- Stratégie thérapeutique:

Pas de traitement médicamenteux par voie orale de façon prolongée.

Soins de kinésithérapie pluriquotidiens avec pose d'un strapping du LLI en fin de séance.

Soins d'ostéopathie.

Bilan podo-postural avec confection d'orthèses plantaires déjà réalisé.

Soins de mésothérapie selon le protocole suivant:

3 séances sur 3 semaines (J7 J14 J21 du traumatisme initial).

Aiguilles de 0,30x4mm.

Technique mixte, en IDP point par point et en IDS nap-

page.

Mélange: Silicium Organique 2ml + Etamsylate 2ml + Calcitonine 100u 1ml

- Evolution

19/03/15, l'évolution est favorable et les différents tests cliniques sont rassurants. L'échographie de contrôle est rassurante. Le joueur 5 avait précocement repris la course à pied puis l'entraînement individuel aménagé sous couvert d'un strapping du LLI du genou droit. La reprise de l'entraînement collectif est donc autorisée. Il est mis à disposition de l'entraîneur. Cependant il ne reprendra pas la compétition immédiatement car à cette période de la saison, la ligue 1 laisse place aux matchs de coupe de France et coupe de la ligue. De toute façon, il n'était pas prévu initialement qu'il soit titularisé pour ces matchs qui sont promis de principe à un autre gardien. Il reprendra sa place de titulaire dès lors que les matchs de ligue 1 auront repris quelques jours après.

DISCUSSION

Cette étude ne devait pas permettre:

D'exposer l'intérêt scientifique des protocoles de mésothérapie déjà validés

De comparer la mésothérapie aux autres disciplines plus conventionnelles que sont la kinésithérapie, l'ostéopathie ou encore la podo-posturologie.

D'apporter la preuve de l'efficacité de la mésothérapie déjà reconnue ou encore de l'intérêt des joueurs de football professionnels pour la mésothérapie car ils connaissent déjà cette alternative thérapeutique.

Cette étude devait montrer comment la mésothérapie s'intègre dans la prise en charge thérapeutique des footballeurs de haut niveau au sein du FC Nantes.

Dans cette étude, tous les cas répertoriés concernent des pathologies du membre inférieur:

- Joueur 1, lésion du pied.
- Joueur 2, lésion du mollet.
- Joueur 3, lésion de la hanche.
- Joueur 4, lésion du genou.
- Joueur 5, lésion du genou.

L'épidémiologie du football met en évidence que la traumatologie de ce sport concerne à 90% le membre inférieur, en grande partie représenté par les lésions musculaires (ischio-jambiers, adducteurs, quadriceps, jumeau interne) et les lésions tendineuses (achille, rotulien, adducteurs). Le domaine de prédilection de la mésothérapie est la traumatologie du sport. Les indications privilégiées de la mésothérapie en traumatologie spécialisée du football sont les suivantes:

- Tendinopathies.
- Enthésopathies.
- Lésions musculaires.
- Lésions ligamentaires.

Cela est bien en accord avec l'étude réalisée ici puisque:

- Joueur 1 lésion de l'aponévrose plantaire.
- Joueur 2 lésion musculaire du jumeau interne.
- Joueur 3 lésion myo-tendineuse de l'adducteur.

- Joueur 4 lésion du tendon rotulien.

- Joueur 5 lésion du ligament latéral interne du genou.

Au cours de cette étude, nous avons pu constater que la prise en charge médicale de chaque joueur est bien organisée ce qui permet un suivi médical adapté. Les différentes étapes sont les suivantes:

- Traumatisme initial.
- Avis médical.
- Diagnostic clinique.
- Soins de kinésithérapie précoces.
- Bilan complémentaire si nécessaire.
- Annonce de l'indisponibilité sportive.
- Stratégie thérapeutique avec principalement des soins de kinésithérapie réguliers et dans un second temps des soins de mésothérapie, selon des protocoles validés, si nécessaires.
- Evolution favorable et reprise d'un programme de ré-entraînement aménagé en individuel puis en collectif en vue de reprendre la compétition.

Dans cette étude, tous les joueurs connaissaient la mésothérapie. Certes, seulement 5 cas sont exposés ici mais ils étaient tous demandeurs de mésothérapie. Lors de la stratégie thérapeutique mise en place, et avant toute réalisation de séance de mésothérapie, si l'indication était correctement posée, cette alternative thérapeutique leur était tout d'abord proposée par le médecin dans le but de recueillir leur accord initial. Ils ont bien sûr tous acceptés. Les joueurs de football ont un a priori favorable concernant la mésothérapie.

Il faut prendre conscience que la mésothérapie ne se fait jamais en urgence au bord du terrain ou dans les vestiaires. Elle se réalise la plupart du temps à distance lors de séances programmées (cas 1, 3, 4 et 5). Seul le joueur 2 a bénéficié d'une séance de mésothérapie précoce à J+1 du traumatisme initial. Elle a été réalisée après que les étapes classiques de prise en charge médicale précédemment vues aient été respectées. Dans tous les autres cas, la mésothérapie a été pratiquée à partir de J+7.

Nous constatons dans cette étude que la mésothérapie ne peut pas être réalisée sans un diagnostic clinique précis pouvant être appuyé par un bilan complémentaire. Nous pouvons comprendre donc que parfois la pratique d'exams d'imagerie peut retarder la pratique de la mésothérapie à fin de préciser le bilan lésionnel. Le joueur 2, n'ayant pas eu d'imagerie et présentant une lésion aiguë bénigne, a pu bénéficier de séances de mésothérapie précoces. Le joueur 4 lui aussi n'a pas eu de nouveaux exams complémentaires mais, sa lésion étant chronique, il devait d'abord être pris en charge rapidement par le kinésithérapeute pour ensuite avoir de la mésothérapie à distance. Les autres cas présentaient la même méthodologie thérapeutique.

De part ces protocoles codifiés et validés, la mésothérapie impose un examen clinique rigoureux avant chaque

séance, ce qui permet aussi de réévaluer régulièrement la symptomatologie du joueur et donc d'adapter au mieux la stratégie thérapeutique. Ainsi, dans le cas du joueur 2, étant donné l'évolution clinique rapidement favorable, la 3^{ème} séance n'a pas été pratiquée. Concernant le cas du joueur 3, lors de sa lésion initiale de l'adducteur, le protocole de mésothérapie lui a été spécifique et n'a pas pu être optimal. Il n'a eu que 2 séances à un mois d'intervalle du fait de la fin de la saison de ligue 1 et de ses vacances. Le médecin du club doit en permanence s'adapter à chaque situation. Rien n'est figé en mésothérapie.

La mésothérapie elle aussi doit composer avec les spécificités et les contraintes du football de haut niveau. Dans un club comme celui du FC Nantes (pris en exemple dans cette étude) ce n'est pas aussi simple de pratiquer la mésothérapie. Deux médecins sont présents pour s'occuper des joueurs, un seul pratique la mésothérapie. Ils doivent donc discuter ensemble des dossiers pour valider la meilleure stratégie thérapeutique possible pour le joueur. Aussi, les soins de kinésithérapie prennent à juste titre une place importante et primordiale dans cette stratégie thérapeutique. Nous pouvons préciser que dans cette étude, les séances de mésothérapie étaient souvent pratiquées en fin de semaine (le vendredi) pour laisser le joueur blessé se reposer de tous soins le week-end, jours de match. Ainsi le joueur n'avait pas de kinésithérapie pendant 48 heures. En effet, il est préconisé de respecter un certain délai entre les séances de mésothérapie et les soins de kinésithérapie du fait que lors des massages des zones à traiter des huiles spécifiques peuvent être utilisées. Ces huiles n'étant pas compatibles avec les punctures mésothérapeutiques.

Il est important de souligner que le médecin du club est l'organisateur de la stratégie thérapeutique, il la coordonne pour qu'elle soit la meilleure possible. Il ne peut pas être que mésothérapeute, il n'est pas là que pour piquer ! L'utilisation de la mésothérapie au sein d'un club de football ne peut être que ponctuelle et non systématisée. Il ne faut pas généraliser la mésothérapie dès la moindre blessure aux risques d'en perdre tout son sens et de faire « peur » aux joueurs. Ces derniers, qui d'une manière générale ont déjà peur des piqûres, seraient, en cas de mésothérapie inadaptée et excessive, amenés à être réticents à voir le médecin du club lorsqu'ils sont blessés. Ou à voir de manière préférentielle le médecin qui ne pratique pas la mésothérapie. Ainsi, ils pourraient être amenés à cacher leurs blessures au staff médical et à l'entraîneur avec les risques d'aggravation des lésions que cela entraîne. Et par la même occasion se repercuter sur les résultats sportifs de l'équipe. A l'inverse, des risques de « pseudo-dépendance » à la mésothérapie peuvent être possibles, dans une certaine mesure, avec des joueurs qui souhaitent en bénéficier dès la moindre petite blessure.

Le staff médical doit donc garder une certaine cohésion

dans la stratégie thérapeutique des joueurs. L'utilisation de la mésothérapie doit rester cohérente et les indications bien posées.

Le désir du joueur doit être respecté. La mésothérapie lui est proposée et non imposée. Ainsi elle sera mieux acceptée et les résultats que plus positifs. Dans cette étude, tous les cas de mésothérapie réalisés par le Docteur RIAUD l'ont été parce que le traitement conventionnel ne suffisait pas et cela a fait gagner du temps dans le processus de guérison du joueur. Nous pouvons ainsi constater que tous les délais d'indisponibilité ont globalement été respectés. La stratégie thérapeutique, de cette étude, intégrant la mésothérapie a été efficace. La mésothérapie est donc complémentaire des soins de kinésithérapie qui restent primordiaux.

CONCLUSIONS

Je me suis donc intéressé à 5 cas cliniques de mésothérapie dans un groupe de footballeurs professionnels. Dans cette étude, la mésothérapie, dont l'efficacité déjà reconnue, est une nouvelle fois validée dans le domaine de la traumatologie du sport. Elle est une alternative thérapeutique de choix aux disciplines conventionnelles et indispensables que sont la kinésithérapie, l'ostéopathie et la podo-posturologie. Cependant, pour être utilisée de façon cohérente toujours dans l'intérêt thérapeutique du joueur, la mésothérapie invite à la réflexion au sein du staff médical du club et doit composer avec les spécificités et les contraintes du sport de haut niveau.

Cette étude permet le constat suivant :

Oui, la mésothérapie a sa place dans la prise en charge thérapeutique des footballeurs de haut niveau du FC Nantes. Elle s'intègre parfaitement dans une stratégie thérapeutique qui doit rester pluridisciplinaire.

Pour appuyer ce constat, il faudrait réaliser d'autres études de cas avec des échantillons de joueurs beaucoup plus importants. Il serait également intéressant d'y inclure une enquête concernant les facteurs de risques et la prévention des pathologies traumatiques du football de haut niveau.

Concernant les contrôles antidopage, très fréquents dans le football professionnel, la mésothérapie n'est pas un obstacle mais encore une fois une alternative thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- Dr Gonzalez.B. Introduction de la mésothérapie dans l'arsenal thérapeutique proposé aux footballeurs de haut niveau dans le cadre du suivi médical d'une équipe professionnelle (stade de Reims), bilan d'une première année d'utilisation (saison 2003-2004), à partir de 5 cas. Université Paris VI, DIU de mésothérapie, 2003-2004.

- Boukhriss.M et Shahandeh.A. Mésothérapie appliquée aux sportifs de haut niveau, suivi de l'équipe de France d'athlétisme: groupe de Mr.Pepin.F. Université Paris VI, DIU de mésothérapie, 2012-2013.

- Dr Riaud.G. Intérêt de la mésothérapie dans un club de football professionnel, référence : centre de formation du FCN. La revue de mésothérapie, p13-15, n°136, janvier 2010.

NOTES DE LECTURE

Jean Michel Coulomb - Olivier Stien - Benoît Labenne

COMMENTAIRES SUR L'ARTICLE DE LA REVUE "PRESCRIRE". (RÉPONSE ADRESSÉE AVANT PUBLICATION.)

«MÉSOTHÉRAPIE: DES RISQUES AVÉRÉS ET PAS D'EFFICACITÉ PROUVÉE»

Cette publication est manifestement partielle, le fil conducteur étant le procès de la mésothérapie. Ceci nous a amené à consulter le Conseil Scientifique de la Société Française de Mésothérapie pour cette relecture. La mésothérapie est une technique d'injection locale, développée par le Dr Michel PISTOR en 1952. L'originalité de sa découverte repose sur une nouvelle approche injectable: «peu, rarement et au bon endroit», de 1 à 4mm de profondeur, sur la zone de souffrance.

Le Dr PISTOR crée la Société Française de Mésothérapie (SFM) en 1964. Il présente un mémoire sur la Mésothérapie devant l'Académie de Médecine en 1968 avec l'ouverture d'une première consultation hospitalière à l'hôpital Necker-Enfants Malades dans le service du Professeur THIERREE.

La société Française de Mésothérapie regroupe aujourd'hui plus de 700 médecins, dont la grande majorité est titulaire du DIU de Mésothérapie. Peu pratiquent des actes à visée esthétique, mais traitent **essentiellement** la douleur. L'efficacité de cette technique est reconnue par l'académie de Médecine depuis 2007 et l'ANAES validera la Mésothérapie dans le cadre du traitement de la douleur en 2001, avec une lettre clé dans la nouvelle CCAM (ANLB003).

La pratique de la mésothérapie est validée aujourd'hui par l'obtention d'un diplôme inter-universitaire (DIU) dans **6 facultés** de France (Bordeaux, Clermont Ferrand, Dijon, Lyon, Marseille et Paris-Pitié-Salpêtrière) et ce, depuis 2002. Ce diplôme est reconnu par le Conseil National de l'Ordre des Médecins depuis 2003, avec droit au titre. Le DIU intègre pour la première fois un module de médecine esthétique à Bordeaux en 2008.

Pensez vous raisonnablement que ces facultés accueilleraient l'enseignement d'une technique dangereuse et inefficace?

Se pose donc la légitimité de vos sources. En effet vous n'appuyez votre article que sur vos seules publications et du récent rapport de l'HAS concernant les effets secondaires actes d'esthétique.

Vous semblez ignorer que la plupart des effets secondaires recensés sont engendrés par des pratiques sans formation et/ou sans diplôme (doctorat en médecine, DIU). Le référencement des effets secondaires ne prend pas en compte ces éléments.

Vous recensez 400 effets indésirables, selon le rapport de l'HAS de juin 2014: « *Evaluation des risques liés aux pratiques de mésothérapie esthétique* ». Ces complications relèvent de la responsabilité du praticien et

n'engage en rien la Mésothérapie dans son concept global.

En effet, il est avéré que les praticiens mis en cause ont failli aux règles rigoureuses de l'asepsie tant dans l'entretien de leur appareillage classiquement utilisé en médecine esthétique que dans les protocoles de désinfection locale avant injection.

La Mésothérapie est essentiellement utilisée chaque jour depuis 1968 avec succès en pathologie du sport et dans toutes les pathologies rhumatologiques aiguës ou chroniques.

Le matériel utilisé est à usage unique, l'injection étant faite à la main ou avec un injecteur mécanique ne nécessitant aucun nettoyage de tubulure avec les précautions d'asepsie d'usage (*port de gants + double désinfection avec de la Biseptine*).

Les mélanges les plus souvent utilisés sont les mêmes que ceux utilisés par voie intra-musculaire: *AINS, Myorelaxants, Magnésium* pour les plus courants. Seules quelques gouttes de ce mélange sont injectées en quelques points bien codifiés après examen clinique.

Dans votre liste d'effets secondaires après séance de mésothérapie, nous ne retiendrons que les hématomes voire des érythèmes (favorisés par un terrain circulatoire déficient) relativement rares quand la technique est faite selon les règles de l'art. Pour les autres (*malaises, fièvres, asthénies, syndromes pseudo-grippaux, hémiplésies, myalgies, palpitations, malaises vagues, douleurs articulaires*) vous ne faites que le procès des substances injectées!

Vous devriez faire également le procès de la voie intra-musculaire qui délivre 10 à 50 fois plus de produits Quant à la liste des produits utilisés, vous manquez d'information.

La mésothérapie est l'alternative à l'infiltration!

Il n'y a jamais d'injection de corticoïdes.

Vous êtes vous intéressés aux effets secondaires de ces infiltrations de corticoïdes ? (ruptures tendineuses, choc allergique, infection ou nécrose cutanée...). La rhumatologie est-elle pour autant condamnée?

Vous citez des produits qui n'existent plus sous forme injectable: Thiomucase, Buflomédil, Pentoxifylline, l'Artichaut, le Mélilot, les Rutosides ...

Selon les recommandations faites lors des enseignements des DIU, les produits suivants ne sont JAMAIS utilisés: Antibiotiques, Vérapamil, Alpha chymotrypsine et dérivés hormonaux. Ces substances sont utilisées dans d'autres pays où la législation est plus «laxiste», **lors d'un «acte dit de mésothérapie» pratiqué par un thérapeute (souvent non médecin) n'ayant aucune formation validée officiellement. Cela entraîne effectivement un grand nombre de publications d'effets secondaires «à charge» contre la «Mésothérapie» ainsi pratiquée, ce que nous ne cessons de dénoncer.**

Il n'y a pas, comme vous le citer, de mélanges extemporanés. Ils sont faits juste avant l'injection avec des conditionnements unitaires, comme pour tout acte injectable.

La composition des mélanges tient compte par ailleurs des monographies du Vidal.

Avez-vous comptabilisé le nombre d'infections post-opératoires en traumatologie? Une infection sur prothèse de hanche ou de genou est envisageable (*selon la décharge que signe tout patient avant de se faire opérer*), mais pour autant, l'acte chirurgical prothétique n'est pas remis en cause.

C'est le praticien, médecin diplômé, qui engage sa responsabilité lors de l'injection d'un produit quelle qu'en soit la technique.

Ainsi, la SFM soucieuse de la qualité des pratiques, a mis en place:

- Une formation assurée par des Facultés de Médecine sous forme de DIU, formation destinée à des médecins et uniquement des médecins.
- Des formations médicales continues dans les différentes régions
- Des études prospectives sont en cours dans différents domaines: pathologies sportives, maladies inflammatoires, syndrome régional douloureux complexe de type II .

Ces études ont pour but de mettre en évidence l'efficacité de la mésothérapie, l'utilité de celle-ci dans la prise en charge des différentes douleurs rencontrées, d'en recenser les effets indésirables rencontrés . **La SFM s'engage à les publier.**

Nous espérons que tous ces éléments permettront de revoir avec plus de recul et d'éthique vos affirmations concernant la Mésothérapie : *concept médical innovant aboutissant à une thérapeutique ciblée et peu coûteuse.*

Le comité scientifique de la Société Française de Mésothérapie

REVUE DE PRESSE GRAND PUBLIC

Trois articles grand public ont attiré notre attention car citant la mésothérapie comme choix thérapeutique.

SCIENCES et AVENIR de janvier sur le mal de dos et mésothérapie (pages 10 à 15)

SERENGO de février sur "on choisit quoi pour les douleurs: mésothérapie ou acupuncture" (pages 146 et 147)

FEMME ACTUELLE N°1648 du 25 Avril, "En finir (pour de bon) avec le mal de dos"