

## MÉSOTHÉRAPIE CIRCULATOIRE ET NUTRITIVE

Dr Pierre Lecomte

### I. Mésothérapie circulatoire

Pistor déclarait en 1984 « La mésothérapie est une conception thérapeutique nouvelle et simple qui vise à rapprocher le lieu de la thérapeutique du lieu de la pathologie, pour une plus grande efficacité ».

Cette conception est particulièrement adaptée à la pathologie artérielle. En effet, les traitements par voie générale n'ont que peu d'effet sur les troubles trophiques et sur les symptômes que décrivent les patients, à type de gêne, d'inconfort ou de douleur.

Si l'insuffisance circulatoire est responsable d'une hypoperfusion des tissus périphériques et des symptômes associés, il est peu probable que les traitements parviennent dans ces tissus en quantité suffisante.

La mésothérapie permet de résoudre cette difficulté.

#### A. insuffisance veineuse, défaut de drainage des tissus

Responsable de gêne, d'inconfort pour nos patients, cette pathologie doit être prise en charge de façon classique et bénéficier d'un bilan étiologique. La mésothérapie ne remplacera jamais une prise en charge phlébologique ou chirurgicale, si celles-ci s'avèrent nécessaires. Cependant elle remplacera aisément les traitements oraux. Ressentie comme plus efficace par les patients, la mésothérapie leur permettra rapidement de se passer de leur traitement quotidien.

Le traitement comporte une technique de point par point en intradermique profond en regard des grands axes vasculaires (inguinal, poplité), et des points en regard des projections des ganglions neurovégétatifs (L2, S2 : paramédian, bilatéral).

Les membres inférieurs seront ensuite entièrement traités grâce à la technique de nappage de DALLOZ BOURGUIGNON ou la mésothérapie épidermique de J.J. PERRIN.

Les produits utilisés sont les suivants :  
 PROCAÏNE ou LIDOCAÏNE  
 BUFLOMEDIL (alpha-bloquant)  
 PENTOXIFYLINE (effet rhéologique)  
 ETAMSYLATE (effet drainant)

Le rythme des séances est bimensuel, puis mensuel dès que le patient est soulagé de façon stable pendant 2 semaines.

Les séances peuvent être espacées davantage car ce traitement à une efficacité prolongée.

#### B. Artériopathie des membres inférieurs, défaut de perfusion des tissus

Cette pathologie nécessite un bilan médical et parfois chirurgical rigoureux, recherchant systématiquement les différents facteurs de risque, réalisant un bilan évolutif permettant de prendre les décisions thérapeutiques adaptées.

La mésothérapie a pour objectif d'améliorer le confort des artériopathes en limitant les douleurs secondaires à la pathologie vasculaire et les symptômes persistants après le traitement étiologique.

### 1. Diagnostic clinique

Classification de Leriche et Fontaine [3]

Stade 1	Stade infra clinique, abolition d'un pouls périphérique ou présence d'un souffle à l'examen des axes vasculaires
Stade 2	Claudication intermittente
Stade 3	Stade de la douleur en décubitus
Stade 4	Stade des troubles trophiques

Il est classique de décrire ces 4 stades de l'artériopathie des membres inférieurs, cependant l'évolution se fait par poussées successives, ne respectant pas toujours cet ordre chronologique.

### 2. Le bilan paraclinique

Il repose sur l'examen doppler des membres inférieurs

Les artériographies sont invasives et ne sont réali-

sées que dans le cadre d'un bilan préopératoire. Le bilan biologique et notamment lipidique est systématique.

### 3. Le bilan des facteurs de risque

Antécédents familiaux, âge, tabac, HTA, excès alimentaires et dyslipidémies, population noire, obésité, sexe masculin, sédentarité, diabète.

### 4. Traitement par mésothérapie

**Technique :** Mésothérapie épidermique (Dr J.J. Perrin) sur les membres inférieurs (face antérieure et postérieure) et point par point sur les grands axes vasculaires (pli inguinal, pli poplité), ainsi que sur les projections des ganglions sympathiques lombaires et sacrés (L2 et S2 droits et gauches). Le PPP sera réalisé en IDPC, mais il sera réalisé et IDSC en cas de traitement anticoagulant équilibré.

#### Les Produits utilisés :

PROCAÏNE ou LIDOCAÏNE  
BUFLAMEDIL  
PENTOXIFYLINE ou ETAMSYLATE si insuffisance veineuse associée.

**Le rythme des séances :** 1 par semaine pendant 3 à 4 semaines puis tous les 15 jours puis toutes les 3 à 4 semaines.

## II. Mésothérapie nutritive

### A. mésothérapie et cicatrisation

L'artériopathie des membres inférieurs peut s'aggraver de troubles trophiques voire d'ulcères ou de nécroses ischémiques.

La prévalence ponctuelle des ulcères veineux dans les pays occidentaux est de 0,1 à 0,2%. On estime que 1% de la population présentera un ou plusieurs épisodes d'ulcère de jambe au cours de sa vie [2].

La mésothérapie peut faciliter la cicatrisation des troubles trophiques associés au stade IV. En aucun cas la mésothérapie ne devra retarder la prise en charge étiologique (chirurgie de revascularisation). La mésothérapie peut compléter efficacement le traitement étiologique en soulageant les

gênes et douleurs des patients et en facilitant la cicatrisation.

Dans le but d'apporter un élément d'évaluation de notre pratique, des mésothérapeutes ont proposé à un service de Chirurgie Vasculaire (CHU Rennes), de prendre en charge les plaies chroniques, résistantes à la chirurgie. En voici les éléments principaux :

Nous avons pris en charge 13 patients qui présentaient des ulcères artériels, veineux ou mixtes en collaboration avec les praticiens du service de Chirurgie Vasculaire du CHU Rennes ( Dr A. Cardon).

Tous les patients présentaient des ulcères sévères, résistants aux traitements étiologiques et aux soins locaux classiques. La mésothérapie était proposée comme une alternative à l'amputation pour des patients en impasse thérapeutique.

### 1. Les Formes Cliniques

#### Les ulcères artériels

Ils représentent le stade évolué de l'artériopathie des membres inférieurs dans sa forme chronique et représentent 6 à 10 % des ulcères de jambe. Ils sont d'étendue et de profondeur variable. Ils sont situés plus souvent sur la malléole externe, de petite taille, creusant et nécrotique, aux contours réguliers et très douloureux.

#### Les ulcères veineux

Les ulcères veineux représentent 90% des ulcères des membres inférieurs. Situés plus souvent sur la malléole interne, ils sont volumineux, rouges ou jaunâtres, peu creusants, aux contours réguliers, ils sont associés à une dermite ocre, un œdème, des varices, une guêtre sclérodermiforme. Ils sont réputés non douloureux.

#### Les ulcères mixtes

Les ulcères mixtes sont une entité mal définie, l'insuffisance artérielle est présente chez 25% des patients souffrant d'un ulcère de jambe veineux.

### 2. Matériel et méthode de notre étude

#### a) Population

Cette étude réalisée du 01/01/01 au 01/11/01, a concerné 13 patients sélectionnés par les chirurgiens,

présentant des ulcères de jambe de forme grave. Les patients ont été sélectionnés soit parce que tous les gestes chirurgicaux avaient été effectués, mais les résultats étaient considérés insuffisants ; soit parce que le geste chirurgical présentait trop de risque.

Parmi ces 13 patients, 2 sont sortis de l'étude car des complications autres que les ulcères ont entraîné leur transfert vers d'autres hôpitaux. Le résultat du traitement par mésothérapie sera analysé pour 11 patients sur les 13 traités.

On retrouve dans notre population un nombre équilibré d'hommes (6/11) et de femmes (5/11). L'étiologie des ulcères est artérielle pour 5 patients, veineuse pure pour 1 patient et mixte pour 5 patients.

#### b) Le Protocole thérapeutique

Le protocole a été proposé par le Dr Yannick HUTEAU, nous pouvons le définir comme suit : **Technique :** Mésothérapie épidermique du Dr J.J. Perrin ou technique de nappage de DALLOZ BOURGUIGNON.

#### Les Produits utilisés :

Sur les grands axes vasculaires et la jambe  
BUFLAMEDIL  
LIDOCAÏNE  
PENTOXIFYLINE ou ETAMSYLATE si œdème

Sur la plaie en « piquetage fin »

BUFLAMEDIL  
LIDOCAÏNE  
HYDROSOL POLYVITAMINE BON

**Le rythme des séances :** 1 par semaine pendant 3 à 4 semaines puis tous les 15 jours puis toutes les 3 à 4 semaines

**Les soins locaux** étaient réalisés par les infirmières du service et par les infirmières à domicile. ALGOSTERIL et ADAPTIC sur la zone ulcérée après un nettoyage soigneux à l'eau et à la curette.

Il faut insister sur le fait qu'en dehors de soins locaux parfaitement réalisés et d'une contention

veineuse efficace, il semble illusoire d'attendre un résultat bénéfique de la mésothérapie.

### 3. Evaluation de l'efficacité du traitement :

La mésothérapie permet-elle d'accélérer la cicatrisation ?

Sur quel paramètre de suivi clinique, la mésothérapie est-elle efficace ?

Influence de la nature artérielle, veineuse ou mixte sur les résultats du traitement ?

Influence de l'ancienneté de l'ulcère sur la rapidité d'évolution ?

Influence des autres antécédents médicaux, en particulier le diabète ?

#### La mésothérapie permet-elle d'accélérer la cicatrisation ?

Le temps moyen de cicatrisation est de 4, 7 mois chez les patients cicatrisés en fin d'étude (4 patients entre 0,5 mois et 9 mois)

#### Sur quel paramètre de suivi clinique, la mésothérapie est-elle efficace ?

La vitalité des berges : La mésothérapie intervient de façon constante et rapide sur ce paramètre (effet favorable au bout de 1, 57 séance en moyenne)

Le bourgeonnement du fond de la plaie est obtenu de façon rapide et constante en 2,1 séances en moyenne.

La diminution de l'œdème est obtenue aussi rapidement (2 séances) mais de façon moins constante que les 2 précédents paramètres.

Le comblement et la cicatrisation sont obtenus, même dans des situations qui paraissent désespérées (avant amputation ou exérèse de tendons exposés).

#### Influence de la nature artérielle, veineuse ou mixte sur les résultats du traitement

La composante veineuse – surajoutée à la composante artérielle - dans les formes mixtes, n'est pas dans notre série un facteur de mauvais pronostic pour l'efficacité de la mésothérapie. Les résultats sont identiques entre les formes artérielles et mixtes (3 évolutions favorables et 2 échecs dans les 2 groupes).

### Influence de l'ancienneté de l'ulcère sur la rapidité d'évolution

En dehors d'un cas historique d'ulcère veineux d'origine congénitale, vieux de 44 ans, et résistant à toute chirurgie, nos patients présentent des plaies depuis 1 mois à 4 ans avec une moyenne de 8,8 mois.

Plus la plaie est récente plus la mésothérapie est rapidement efficace. Cependant des ulcères très anciens et résistants aux traitements chirurgicaux peuvent évoluer grâce à la mésothérapie (lésions les plus anciennes : ulcère mixte 4 ans d'évolution, ulcère veineux 44 ans d'évolution).

### Influence des autres antécédents médicaux, en particulier le diabète

Les antécédents associés et surtout le diabète ne constituent pas dans notre série un facteur de mauvais pronostic pour la mésothérapie. En effet, la mésothérapie s'avère très efficace chez tous les patients diabétiques traités, évitant même l'amputation chez certains.

### 4. Discussion

Les publications récentes dans le domaine de la chirurgie vasculaire nous apportent des éléments de réflexion.

Ainsi Treiman et al, ont revu 59 patients porteurs d'ulcères mixtes et traités entre 1995 et 2000. Le traitement étiologique permet la guérison dans 58% des cas mais dans des délais toujours longs (7,9 mois en moyenne). Les ulcères ne cicatrisent pas dans 31 % des cas et dans 12 % des Cas on a recours à une amputation secondaire. Deux facteurs de mauvais pronostic se distinguent, il s'agit de l'existence d'une thrombose veineuse profonde et de la sténose du pontage. D'autres facteurs ont été examinés, mais ils n'ont pas de valeur pronostique sur l'évolution de l'ulcère : Indice de pression systolique, reflux veineux profond, localisation de l'ulcère, ancienneté de l'ulcère, existence d'une thrombose veineuse superficielle, d'une insuffisance rénale, d'un reflux veineux superficiel, d'une HTA, sexe (féminin), infection, tabagisme, insuffisance artérielle post opératoire, diabète, âge > 69 ans, gangrène. (12)

Nos impressions cliniques après l'analyse de notre série sont confirmées par cette étude, qui ne retrouve pas de différence entre les patients cicatrisés et les patients non cicatrisés sur tous les facteurs

précités sauf la thrombose veineuse profonde et la sténose du pontage

### 5. Conclusion

Quant à l'évolutivité des plaies, notre population représente un échantillon trop faible pour présenter des résultats statistiques fiables, cependant dans cette population, la cicatrisation est obtenue après 4,7 mois en moyenne à partir du premier jour de prise en charge en mésothérapie. Pourtant nos patients ont été sélectionnés dans une population de sujets ayant résisté au traitement chirurgical.

Treiman insiste sur l'importance que nous devons accorder aux techniques alternatives à l'amputation, notamment pour prévenir le risque de chronicité et de surinfection. [4]

Il semble donc que dans la majorité des cas, la mésothérapie peut apporter un bénéfice au patient. Dans les revascularisations efficaces, la mésothérapie peut diminuer le temps de cicatrisation. Dans les cas de retard de cicatrisation, la mésothérapie permet probablement d'éviter certaines amputations secondaires.

[1] collège des enseignants de dermatologie vénérologie de France, cours de 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales », Ann. Dermatol. Vénérol. 2000 ; 127 (HS1) : 200p

[2] Ramelet A.A., Monti M. Phlébologie. Abrégé Masson, 4<sup>ème</sup> édition 1999.

[3] Rouffy J. et Natali J. Artériopathies athéromateuses des membres inférieurs. Masson ed. 1989

[4] Treiman et al. Management of ischemic heel ulceration and gangrene : an evaluation of factors associated with successful healing. Vasc. Surg. 2000 Jun 31(6) :1110-8.

Extrait du mémoire de DIU de Mésothérapie « Evaluation de la mésothérapie dans le traitement des ulcères artériels et veineux. Dans le cadre d'un consultatif hospitalière de Chirurgie Vasculaire. A propos de 13 cas. » Par le Dr Pierre Lecomte Cerm Armor et Dr José Galvez Cerm Loire Atlantique.

### B. Mésothérapie nutritionnelle et stratégies fonctionnelles régionales

Nous venons d'étudier les possibilités offertes par la mésothérapie pour relancer un processus cicatriciel dans des conditions régionales très altérées (plaie sur artériopathie distale stade IV, pré-amputation). Bien sûr cette indication extrême n'est pas

courante, une telle pratique étant difficilement réalisable en dehors d'une structure hospitalière. Il faut retenir une action circulatoire évidente et aussi une action nutritive intéressante.

Plus généralement, la mésothérapie peut tenter de rétablir un fonctionnement régional optimal, en jouant principalement sur la relance de la circulation artérielle et veino-lymphatique, sur l'augmentation des défenses immunitaires locales, ou en apportant des substances dites nutritives comme les complexes de vitamines (HPV BON).

Cette indication peut alors être retenue dans de nombreux cadres nosologiques.

Nous vous en proposons quelques-uns, issus de notre pratique quotidienne :

- Mésothérapie préventive chez le sportif (pratique régulière et intensive), on améliore la capacité de récupération et on limite les petites blessures musculaires.

- Mésothérapie et tendinites professionnelles : la méso nutritionnelle vient alors compléter la prise en charge de la tendinopathie, dans un contexte d'« over-use syndrome » (Dr. J. Travell). Rappelons que dans la pathologie myofasciale chronique, les troubles métaboliques et circulatoires précèdent les anomalies histologiques. Il convient donc d'agir au plus vite lors de l'instauration de tels phénomènes et d'éviter la chronicité en associant les mesures correctives et environnementales à la mésothérapie circulatoire et nutritive. [Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux. J. Travell et D. Simons. Haug ed. 1993]

- Mésothérapie et contractures chroniques d'origine structurelle : les sujets présentant un trouble de la statique vertébrale se plaignent en premier lieu de douleurs myofasciales, pouvant s'aggraver secondairement de douleurs articulaires. La mésothérapie nutritive est alors associée au traitement manuel ou à la rééducation, elle optimise alors la prise en charge fonctionnelle et en prolonge le bénéfice.

- Mésothérapie et pathologie posturale : dans le

syndrome de déficience posturale, les patients décompensent leur schéma lésionnel et établissent des stratégies coûteuses en énergie pour maintenir la posture érigée. La mésothérapie soulage l'excès de travail des muscles antigravitaires, le mésothérapeute doit alors s'intégrer dans l'équipe pluridisciplinaire nécessaire au traitement de cette pathologie complexe.

[Posturologie. Régulation et dérèglements de la station debout. P.M. GAGEY et B. WEBER, Masson ed. 1999. Publications de l'Association Posture et Equilibre, sous la direction de M. LACOUR, Solal ed.]

- Mésothérapie et séquelles des traitements anticancéreux : la mésothérapie nutritive peut avoir un rôle à la fin d'un traitement anticancéreux, notamment pour traiter les pathologies myofasciales post radiques. Ce traitement peut être un bon préalable au travail de kinésithérapie en rétablissant une circulation satisfaisante et une capacité de cicatrisation aux différents plans : la peau, les fascias, les muscles. Etonnamment, ces différentes structures évoluent favorablement de manière très rapide (3 séances). Rappelons toutefois qu'il n'est pas possible de réaliser de la mésothérapie dans un membre dépourvu de circulation lymphatique.

- Mésothérapie et contentions ou orthèses : la mésothérapie nutritive donne de bons résultats dans le traitement et la prévention des troubles trophiques présentés par les patients porteurs d'orthèses (amputations, séquelles de polio, corsets...). Les zones de frottement ou d'appui de ces matériels sont une des plaintes principales de ces patients, entraînant de nombreux travaux de modification ou de remplacement de matériels. Dans ce cas, la pratique de la mésothérapie à visée nutritive et aussi drainante / circulatoire paraît évidente (mais attention aux algodystrophies des moignons !).

### Les produits utilisés :

PENTOXIFYLINE et/ou BUFLOMEDIL  
HYDROSOL POLYVITAMINE BON  
(CALCITONINE 100U si douleurs en regard d'articulations ou de zones d'appui)

**Technique** : Mésothérapie épidermique (Dr J.J. Perrin) seulement.

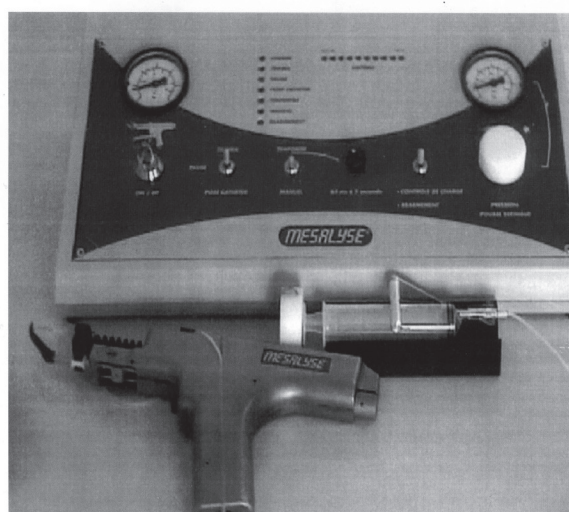


**Conclusion**

La mésothérapie doit permettre de mener à bien une réflexion de restauration fonctionnelle régionale, comme préalable ou au moins traitement associé dès le début des prises en charge. Certes il est important de soulager la plainte principale, cependant la mésothérapie nutritive peut améliorer le confort de vie et faciliter le travail de l'équipe soignante.

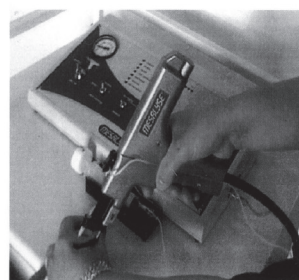


Un concept médical hi-tech



**Les raisons du succès**

- ◆ Absence de douleur
- ◆ Absence d'hématome
- ◆ Dosage haute précision
- ◆ Performance du geste
- ◆ Fiabilité
- ◆ Avance technologique au service des praticiens
- ◆ Reconnaissance hospitalo universitaire



**MESOTHERAPIE ET PRESBYTIE**

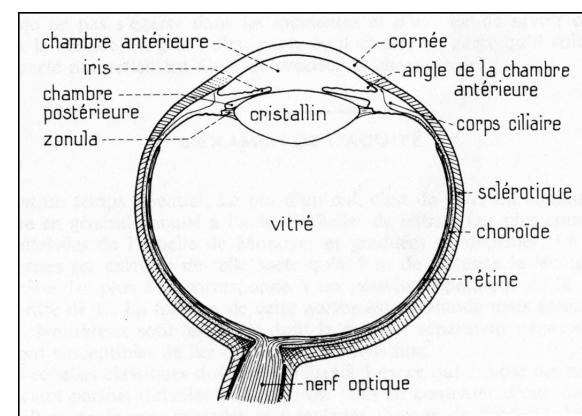
**Dr. Joseph Khazaal  
Neuro-Chirurgien**

**Avec la collaboration du Dr. FADI MAALOUF  
Ophtalmologue spécialisé dans la Chirurgie Réfractaire**

En apprenant que la Presbytie est une indication intéressante de la mésothérapie, je me suis demandé par quel mécanisme ceci est-il possible.

Dans cette conférence je propose de faire un petit rappel anatomique et un survol des nouvelles techniques de chirurgie de la presbytie, dans le but de faciliter la compréhension du mode d'action de la mésothérapie en matière de presbytie.

**Rappel anatomique**



L'oeil a grossièrement la forme d'une sphère de 23 mm de diamètre. Il est formé de l'extérieur vers l'intérieur par trois tuniques :

- 1- La tunique fibreuse la plus externe est la sclérotique. Dans sa portion antérieure nous trouvons enchâssé un hublot transparent : la cornée.
- 2- La tunique vasculaire forme en arrière la choroïde et en avant l'iris percé en son centre d'un orifice la pupille. A l'union de la choroïde et de l'iris nous trouvons un renflement, le corps ciliaire, élément essentiel de la sécrétion de l'humeur aqueuse.
- 3- La tunique nerveuse la plus interne est la rétine. C'est le lieu de la sensation visuelle. Elle se continue en avant avec la couche profonde du corps ciliaire.

**La Réfraction et les anomalies de la réfraction**

Les rayons lumineux qui pénètrent dans l'oeil sont influencés dans leur marche. Ils rencontrent des surfaces de réfraction et des milieux réfringents dont l'ensemble constitue l'appareil dioptrique de l'oeil.

La réfraction la plus considérable se produit au niveau de la cornée et elle est de l'ordre de 45 Dioptries. Le pouvoir réfringent total de l'oeil est de 58 Dioptries, le cristallin représentant l'essentiel de la réfraction additionnelle.

Enfin l'oeil jouit du pouvoir de voir net quelle que soit la distance. Cela lui est possible grâce au cristallin qui modifie son pouvoir de réfraction : c'est l'Accommodation.

Le cristallin est suspendu dans le globe par un ligament élastique la zonula qui s'insère à la périphérie sur le muscle ciliaire. Lorsque ce muscle se contracte la zonula se relâche, le cristallin tend de lui-même à modifier sa forme augmentant ainsi son pouvoir de réfraction.

L'importance de cette accommodation est variable avec l'âge : considérable chez l'enfant, elle est de 14 dioptries à l'âge de 10 ans. Elle baisse progressivement passant à 10 dioptries à l'âge de 20 ans, 6 à 36 ans, 4 à 45 ans, pour disparaître entre 60 et 70 ans.

**Les Troubles de l'accommodation - La PRESBYOPIE**

Le pouvoir d'accommodation diminuant avec l'âge on comprend très bien qu'à partir d'un certain moment la vision de près devienne plus difficile: c'est la presbyopie. On la corrige au moyen de verres sphériques convexes qui permettent une vision de près correcte mais troublent la vision de loin. On prescrit en général ces verres à 47 ans et l'on donne alors en règle + 1. On augment