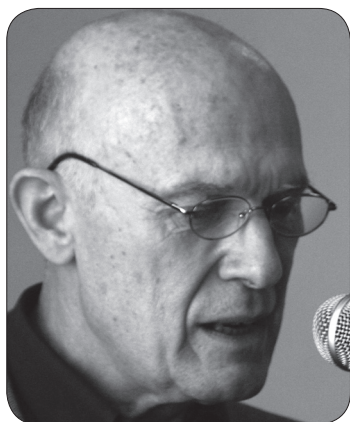


TRAITEMENT DE LA COXARTHROSE PAR MESOTHERAPIE LENTE (MESOPERFUSION)

Jean-Pierre MARTIN (Montélimar)



Jean-Pierre MARTIN

RESUME

TRAITEMENT DE LA COXARTHROSE PAR MESOTHERAPIE LENTE OU MESOPERFUSION

La mésothérapie lente ou mésoperfusion est une technique de traitement locorégionale permettant de traiter les coxarthroses pendant de nombreuses années. Quelle soit pratiquée de façon séquentielle ou continue, cette technique respecte des règles strictes pour la constitution des mélanges qui sont injectés en DHD à l'aide d'un mésoperfuseur relié à une tubulure à 4 sorties. Les points traités sont ceux de la projection de la douleur, donc particuliers pour chaque patient. Les résultats sont jugés très satisfaisants par le soignant et par le soigné. Toutes les coxarthroses peuvent être traitées en attendant l'inévitable prothèse totale, seul traitement radical de la coxarthrose.

La mésoperfusion est une technique médicale complémentaire, qui s'intègre dans la prise en charge pluridisciplinaire de la coxarthrose et qui permet d'attendre ou de repousser le plus loin possible l'heure de la chirurgie prothétique.

SUMMARY

TREATMENT OF THE OSTEOARTHRITIS OF THE HIP BY SLOW MESOTHERAPY OR MESOPERFUSION

The slow mesotherapy or mesoperfusion is a technique of local treatment to treat the osteoarthritis of the hip during many years. Which is practised in a sequential way or continues, this technique complies with strict rules for the constitution of the mixtures which are injected in DHD using a mesoperfuser connected to a pipe at 4 exits. The treated points are those of the projection of the pain, therefore particular for each patient. The results are considered to be very satisfactory by looking after and by the patient. All the osteoarthritis of the hip can be treated while waiting for the inevitable total prosthesis, only radical treatment of the osteoarthritis of the hip.

The mésoperfusion is a complementary medical technique, which is integrated in the multi-field assumption of responsibility of the osteoarthritis of the hip and which makes it possible to wait or to push back further possible the hour from the prosthetic surgery.

L'objectif de cet exposé est de proposer une technique de Mésothérapie encore mal connue en France, pour traiter la coxarthrose. Les récentes recommandations Européennes de l'EULAR, ont orienté la prise en charge de la coxarthrose, dans le sens de la combinaison des techniques médicamenteuses et non médicamenteuses, LOCALES et générales.

La Mésothérapie, et en particulier la Mésothérapie lente ou Mésoperfusion est une technique de traitement local et loco régional des pathologies douloureuses aiguës ou chroniques, et son utilisation pour traiter la coxarthrose apparaît donc comme conforme aux recommandations européennes.

Rappelons simplement que la coxarthrose est la deuxième localisation de la maladie arthrosique après la gonarthrose pour les grosses articulations. Elle touche environ 10% des français à partir de 65 ans, et elle a tendance à être plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Les premiers signes radiologiques apparaissent entre 45 et 54 ans et, si l'évolution est très variable dans le temps d'un individu à l'autre, elle va s'étendre généralement sur plusieurs années, sauf dans les rares cas d'arthrose destructrice rapide.

L'arthrose étant une pathologie dégénérative, nous ne disposons pas actuellement de traitement médical curatif étiologique, et le seul véritable traitement de la coxarthrose est le traitement radical par la mise en place d'une prothèse totale de hanche.

Il se pose en France environ 100 000 prothèses totales de hanche chaque année, dont 60 000 pour des coxarthroses.

Pour le généraliste, la question à terme sera donc de savoir quand adresser le patient au chirurgien? Il s'agit là d'un constat d'échec du traitement médical à long terme, mais avant de passer la main au chirurgien, la prise en charge de la coxarthrose est bien codifiée :

- o Les objectifs à atteindre sont clairement identifiés
- o Un certain nombre de traitements et de mesures doivent être instaurés de façon conjuguée et progressive.
- o Les recommandations de l'EULAR doivent être mises en pratique, de façon personnalisée pour chaque patient, car pour chacun d'entre eux, l'évolution de la maladie dans le temps sera différente.

-A- LES OBJECTIFS

1. Soulager la douleur
2. Améliorer la fonction articulaire, car l'association raideur + douleur entraîne une gêne fonctionnelle

3. Retarder, si possible, la destruction articulaire qui, à terme sera totale.
4. Eduquer ce patient qui va devenir un douloureux chronique, dont la prise en charge sur le plan de douleur est bien codifiée.

En pratique, c'est la douleur qui motive la consultation plus que la gêne fonctionnelle.

Que l'étiologie soit secondaire ou primitive, la symptomatologie clinique de la coxarthrose est univoque, associant raideur, douleur et impotence fonctionnelle.

La douleur est habituellement de type mécanique, c'est donc une douleur diurne, aggravée par la mise en charge de l'articulation et l'activité physique, améliorée par la mise en décharge et le repos. On peut avoir de temps à autre des poussées inflammatoires aiguës, et, à la douleur de type mécanique s'ajoutera une douleur nocturne de type inflammatoire. En général, l'évaluation de la douleur à l'EVA se situe autour de 50 en poussée inflammatoire et de 20 en douleur chronique.

Le siège de la douleur est antérieur, dans la région inguinale irradiant à la face antérieure du quadriceps jusqu'au genou, et la gonalgie est parfois le seul signe évocateur de la coxarthrose.

L'irradiation de la douleur est également postérieure, à la partie supérieure de la fesse, et vers la face postérieure de la cuisse.

Elle peut être externe, vers le grand trochanter au niveau de la face externe de la cuisse et également interne, dans le pli inguinal, vers les adducteurs

La gêne fonctionnelle est très différente selon les patients et elle est due à la douleur et/ou à l'enraidissement de l'articulation. Elle touche préférentiellement surtout les rotations, la flexion et l'abduction puis l'extension et s'accompagne d'une amyotrophie du quadriceps et des fessiers.

On peut avoir également parfois une boiterie à la marche, le patient « passant le pas ».

Le diagnostic repose donc sur l'examen clinique : devant l'association douleur plus raideur de la hanche, il faut rechercher des points douloureux dans le triangle de Scarpa, au niveau du grand trochanter, dans la région fessière, à la partie interne du pli inguinal, face antérieure de la cuisse et au niveau de la rotule.

L'examen radiologique (bassin de face et hanches de profil – faux profil de Lequesne), quant à lui, montrera un pincement de l'interligne articulaire plus ou moins important, une ostéo-condensation avec parfois la présence de géodes et d'ostéophytes.

Les signes cliniques et radiologiques peuvent être

La revue de Mésothérapie

décalsés dans le temps, et certaines coxarthroses douloureuses au début de leur évolution montrent des signes radiologiques très discrets, voire absents. Par contre, les coxarthroses avec signes radiologiques importants s'accompagnent toujours d'une impotence fonctionnelle majeure, mais pas forcément très douloureuse.

En pratique, le diagnostic positif sera porté devant deux tableaux cliniques :

- o Douleurs de hanche plus rotation interne inférieure à 15°, plus flexion inférieure ou égale à 115°.
- o Douleurs de hanche plus rotation interne supérieure à 15° mais douloureuse, plus raideur matinale avec dérouillage inférieur ou égal à 60 mn chez un patient âgé de plus de 50 ans.

Bien sûr, on confirmera le diagnostic au minimum par le bilan radiographique précédemment cité.

Sur le plan fonctionnel, l'évaluation du handicap fonctionnel est réalisée grâce à l'indice algo fonctionnel de LEQUESNE qu'il faudra faire avant, pendant et à la fin du traitement.

On sait en effet qu'un indice dont le score est entre 1 et 4 est en faveur d'une coxarthrose modeste, entre 4 et 7 moyenne, entre 8 et 10 importante, entre 11 et 13 très importante et à partir de 14 et au-delà la coxarthrose est qualifiée de très sévère.

-B- LES MOYENS THERAPEUTIQUES

Les moyens thérapeutiques dont nous disposons actuellement pour la prise en charge de la coxarthrose peuvent se classer en quatre catégories :

1. Les moyens non pharmacologiques
2. Les moyens pharmacologiques généraux
3. Les moyens pharmacologiques locaux
4. Un nouveau moyen pharmacologique loco régional : La Mésothérapie.

Parmi ces moyens, certains sont validés, confirmés par des essais thérapeutiques concluants, d'autres sont des moyens traditionnels moins bien validés.

<i>Moyens bien validés (essais thérapeutiques concluants)</i>	<i>Moyens thérapeutiques traditionnels (moins bien validés)</i>
Moyens non pharmacologiques	
Exercices physiques en décharge, kinésithérapie Amaigrissement si surpoids Education du malade	Cannes, béquilles Semelles, chaussage Cures thermales

Moyens pharmacologiques généraux	
Paracétamol AINS (± IPP), coxibs Au prurit faible (palier 2 de l'OMS) Anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente (AASAL)	
Moyens pharmacologiques locaux	
Infiltrations de corticoïde radioguidées Moyens chirurgicaux Ostéotomies PTH	Visco induction par l'acide hyaluronique
Nouveau moyen pharmacologique loco régional	
Mésothérapie et mésoperfusion	

LES PARTICULARITES DE LA MESOPERFUSION

Depuis plus de quinze ans, nous utilisons la Mésothérapie lente ou Mésoperfusion pour traiter les coxarthroses en Mésothérapie.

Le Dr Michel PISTOR, inventeur de la technique disait volontiers de la Mésoperfusion :

« Pour mieux définir ce nouveau procédé, on peut dire que la Mésothérapie lente est à la Mésothérapie normale, ce que la perfusion est à la simple piqûre intraveineuse. »

On peut donc définir la Mésoperfusion comme une technique d'injection loco régionale dermo-hypodermique (DHD), entre 4 et 13 mm de profondeur. La Mésoperfusion peut être continue ou séquentielle.

La Mésoperfusion séquentielle (MPSeq) est caractérisée par un temps d'injection court, de 1 à 5 secondes, suivi d'une pause plus longue, de 10 à 50 secondes.

L'ensemble, temps d'injection plus temps de pause, constitue la séquence d'injection. Cette séquence est fixe ou modulable selon les matériels à notre disposition.

La durée d'une séance de Mésoperfusion varie entre 15 et 45 minutes en MPSeq, et de 5 à 30 minutes en MPC, en fonction des pathologies traitées et des possibilités techniques des mésoperfuseurs utilisés.

Dans cette technique de Mésoperfusion, trois facteurs interviennent :

- o Le liquide injecté
- o Le système récepteur.
- o Le système injecteur

- 1 - *Le liquide injecté : le mélange*

Il est constitué d'un seul médicament ou d'un mélange de plusieurs médicaments compatibles, dont la viscosité est parfois différente, mais le mélange doit toujours rester parfaitement fluide, sans floculat ni agrégat ni suspension.

La quantité de liquide injecté va donc dépendre de la pression exercée sur le piston par le moteur, d'où l'importance du diamètre du corps de seringue, du débit, d'où l'importance du diamètre de l'aiguille. Certaines règles élémentaires sont à respecter pour réaliser des Mésoperfusions de qualité : le mélange injecté est préparé et utilisé de façon extemporanée, il doit être hydrosoluble, isotonique, son pH entre 6 et 7,5, les solvants alcooliques ou propylène-glycols doivent être largement dilués au sérum physiologique isotonique. On utilise de préférence la Lidocaïne à la Procaïne dans les mélanges de Mésothérapie. Ne pas dépasser 10ml de mélange, sachant que l'on injectera au maximum 7.5ml, compte tenu de la purge de la tubulure (2.5ml)

- 2 - *Le récepteur : la peau*

La peau a des compliances variables selon que l'injection est faite dans le derme ou dans l'hypoderme. La création de la micro chambre d'injection par dilacération tissulaire progressive est plus difficile à réaliser dans le derme, dont la densité est plus importante que dans l'hypoderme. Mais, dans les deux cas, la création de cette micro chambre d'injection entraînera peu de lésions vasculaires et la douleur locale sera très modérée.

En MPSeq, on recherche l'effet de réflexothérapie provoqué par les stimulations répétées des mécanorécepteurs. La diffusion du produit injecté est plus ou moins rapide par la microcirculation en fonction de la profondeur de l'injection. En effet, plus les profondeurs sont importantes, plus l'effet systémique est rapide.

La Mésoperfusion apparaît donc comme une véritable « voie de surface » alternative mésothérapique aux voies intraveineuses, intramusculaires, intradermiques ou sous cutanées.

- 3 - *Le système injecteur : le mésoperfuseur*

Il est constitué par le Mésoperfuseur, la seringue de 10 cc trois pièces, la tubulure stérile usage unique à quatre sorties Luer-lock, les quatre aiguilles de Mésothérapie. C'est l'appareil qui gère le temps et le volume d'injection.

Les indications de la Mésoperfusion sont celles de la Mésothérapie traditionnelle.

Les contre indications de la Mésoperfusion sont celles de la Mésothérapie traditionnelle, mais il faut bien sûr tenir compte de la quantité du volume injectée, qui est ici plus importante qu'en Mésothérapie traditionnelle.

EN PRATIQUE, DEUX VARIANTES DE LA MESOPERFUSION SONT A NOTRE DISPOSITION

- Mésoperfusion continue
- Mésoperfusion séquentielle.

-1 - *Mésoperfusion continue:*

- Pousse seringue Razel® à vitesse fixe, équipé d'un moteur 1 tour/min permettant d'injecter 3,3 ml en dix minutes, avec une seringue de 10 ml. Il est compatible avec toutes les seringues du marché, et est équipé d'un système de sécurité surpression en fin d'injection.

- Tubulure à quatre sorties Luer-lock usage unique (mésotube RA Mi-Médical® ou tubulure Mésalyse®). La purge de la tubulure nécessite 2,5 ml de mélange, donc sur les 10 ml de la seringue, 7,5 ml de la seringue seront effectivement injectés au maximum.

-2 - *Mésoperfusion séquentielle :*

- Le Pistor 4 permet une Mésoperfusion séquentielle variable pour le temps de pause (de 8 à 48 secondes), mais fixe pour le temps le temps d'injection (0,0285 ml en 1 seconde) pour une seringue normale de 10 ml. Ce pistolet accepte toutes les seringues actuellement commercialisées.

- Le Mésoméga, pistolet d'injection permettant également la Mésoperfusion, dont nous ne possédons pas les caractéristiques techniques.

- Le Mésoperfuseur Vial est le mésoperfuseur le plus perfectionné, mais il n'est plus actuellement commercialisé.

Qu'il s'agisse de Mésoperfusion séquentielle ou continue, on utilise systématiquement une seringue de 10 ml sur laquelle est branchée une tubulure à quatre sorties, équipée d'aiguilles de mésothérapie de 0,35 X 4 ou de 0,35 x13 (ou même 0.5 x 16 pour le rachis chez les sujets en surpoids).

LES AVANTAGES DE LA MESOPERFUSION

- Pratiquement indolore, donc d'un grand confort pour le patient.
- Action thérapeutique rapide, en raison des taux

La revue de Mésothérapie

sériques élevés rapidement atteint.

- Nombre de séances réduit.

INCONVENIENTS DE LA MESOPERFUSION

- Appareillage et consommables à usage unique d'un certain coût, plus ou moins élevé à l'achat
- Immobilisation d'une salle de soins pendant cinq à quarante cinq minutes, avec surveillance obligatoire du patient.

- Réactions secondaires rapides et intenses en cas d'intolérance médicamenteuse.

CHOIX DES POINTS D'INJECTION

Le choix des points d'injection est capital pour obtenir un bon résultat. Les points retenus sont les points de projection de la douleur ressentie par le patient, ou les points retrouvés comme très douloureux à la palpation. En ce qui concerne la coxarthrose, le plus souvent nous aurons deux points dans la région inguinale à 4 ou 6 mm de profondeur, un point dans la région trochantérienne à 4 ou 6 mm de profondeur, et un point fessier ou sacro iliaque à 10 ou 12 mm de profondeur. Parfois, lorsque la douleur est projetée exclusivement dans le quadriceps et le genou, on utilisera deux points au niveau du genou, un point au niveau du quadriceps et un point inguinal.

LES MELANGES

La constitution des mélanges doit bien sûr respecter les éventuelles incompatibilités avec le traitement per os suivi par les patients.

S'il s'agit d'une poussée inflammatoire aigue, nous avons l'habitude d'utiliser un mélange associant :

- PIROXICAM 20mg	1 ml
- LIDOCAÏNE 1%	2ml
- SERUM PHYSIOLOGIQUE ISOTONIQUE	7 ml.

Et en traitement de fond :

- LIDOCAÏNE 1%	2 ml
- SERUM PHYSIOLOGIQUE ISOTONIQUE	7 ml
- CALCITONINE DE SAUMON 100 UI	1 ml

Jean-François SAVOYE, qui a également une grande expérience de la mésoperfusion, utilise en traitement de fond:

- LIDOCAÏNE 1%	2 ml
- THIOCOLCHICOSIDE ou BUFLOMEDIL	2 ml
- SERUM PHYSIOLOGIQUE	5 ml
- CALCITONINE DE SAUMON 100 UI	1 ml

FREQUENCE DES SEANCES

En poussée inflammatoire J0 - J8 - J15.
Habituellement la poussée inflammatoire aigue est jugulée à J15, on passe alors au traitement de fond à J30 - J60 - J90, puis tous les 45 ou 60 jours en traitement d'entretien. Cela représente, globalement dans l'année, 7 à 10 séances de mésoperfusion.

LES EFFETS INDESIRABLES DE LA MESOPERFUSION

Ils sont rares et sont fonction des produits utilisés dans le mélange.

En ce qui concerne les mélanges utilisés pour la coxarthrose, on peut éventuellement avoir des épigastralgies très discrètes, des bouffées de chaleur et nausées à la calcitonine, mais ces réactions sont très discrètes et sans aucune mesure avec celles observées par la voie sous cutanée traditionnelle.

RESULTATS

1- Appréciés par le Médecin.

Notre longue expérience de la mésoperfusion nous a permis de constater que les poussées inflammatoires étaient peu fréquentes chez les patients traités régulièrement en traitement de fond. Les résultats sont bons ou très bons en poussée inflammatoire aigue, avec amélioration rapide du score de l'indice de Lequesne. Les traitements sont bons en traitement de fond avec stabilisation ou amélioration de la douleur de fond et de la raideur.

2- Appréciés par les patients.

Les patients signalent une baisse de la consommation d'antalgiques et d'AINS, de l'ordre de 50 à 60%, qui s'accompagne bien évidemment de la suppression des traitements protecteurs à visée digestive. Les patients estiment également que les résultats sont bons en poussée inflammatoire aigue, avec arrêt des AINS entre J5 et J8.

Dans une étude menée pour son mémoire au DIU de Mésothérapie de Paris en 2004, le Dr JP CHEMIN, note que les patients ont attribué une note de

satisfaction globale de 15,5 /20 à la mésoperfusion pour cette pathologie.

Les patients disent également avoir repris certaines activités qui avaient été abandonnées en raison de la raideur et de la douleur et nous précisent que la canne n'est plus indispensable... mais le médecin doit cependant les encourager à utiliser ce moyen de décharge très bénéfique.

3- Comparaison des 2 techniques de mésothérapie

Nous n'avons pas à notre disposition, dans la littérature méso, de comparaison possible des résultats de la mésoperfusion et de la mésothérapie multipunctorielle, dans la coxarthrose.

A titre indicatif, on peut comparer les résultats sur l'intensité de la douleur évaluée à l'EVA dans l'étude princeps de SAVOYE et BLONDEL en mésothérapie multipunctorielle sur dix huit cas et celle du Dr CHEMIN en mésoperfusion sur sept cas, dans ces deux études, le seul élément commun pour évaluer la douleur était l'EVA .

Dans l'étude de SAVOYE et BLONDEL, la douleur de départ était évaluée à 45 et après soixante jours, elle était à 22, soit un différentiel de 23. Dans l'étude du Dr CHEMIN, la douleur de départ était évaluée en moyenne à 58 et à quarante deux jours, à la fin de l'étude, elle était évaluée à 18, soit un différentiel de 40.

Si la Mésoperfusion est très satisfaisante dans son ensemble, on observe également des mauvais résultats ou des échecs. Ceux-ci sont souvent constatés dans les coxarthroses très évoluées et surtout dans les coxopathies dysplasiques et dans les coxarthroses destructrices rapidement.

QUAND POSER L'INDICATION CHIRURGICALE ?

C'est la grande question : quand envoyer au chirurgien ?.

Le professeur X. CHEVALIER de l'hôpital Henri Mondor, donne la réponse suivante :

« L'indication de la mise en place d'une prothèse de hanche n'est fonction que de la gêne fonctionnelle et/ou de la douleur du patient. Le degré d'atteinte radiologique n'intervient d'aucune façon dans la décision chirurgicale. »

Cet avis recoupe les recommandations européennes qui disent :

« Le remplacement prothétique doit être proposé chez des malades avec une arthrose radiologique prouvée, qui ont une douleur réfractaire et sont handicapés. »

Au final, c'est bien le patient qui pose l'indication, lorsque la douleur et la gêne deviennent intolérables. C'est donc toujours une décision spécifique pour

chaque patient, et le rôle du Médecin sera de confirmer la décision du patient, s'il existe une raideur, une douleur et des lésions radiologiques plus ou moins importantes.

CONCLUSION

En conclusion, on peut dire que la Mésoperfusion apporte un certain confort dans le traitement de la coxarthrose et permet d'attendre de façon sereine l'heure de la chirurgie.

La mésoperfusion ne se substitue pas au traitement de fond, ni à la mise en décharge, ni à la kinésithérapie, ni aux différentes mesures préconisées dans la prise en charge de la coxarthrose. C'est une technique médicale complémentaire, qui s'intègre dans la prise en charge pluridisciplinaire de la coxarthrose et qui permet d'attendre ou de repousser le plus loin possible l'heure de la chirurgie prothétique.

BIBLIOGRAPHIE

- M-D. BLONDEL - J-F. SAVOYE, Une nouvelle alternative dans le traitement des coxarthroses. Abstracts Euro-Congres of rheumato Athen Greece, 1987
- J-P. CHEMIN, Mésoperfusion et coxarthrose (à propos de 7 observation) Mémoire DIU Paris 2004, La revue de Mésothérapie, 2005, 124: 21-29
- X. CHEVALIER, Traitement de la coxarthrose. Thérapeutiques, 1999; 46: 27-28
- B. ESTEVE-LOPEZ, Les coxalgies. La revue de Mésothérapie, 2003;118:10-15
- F. JACQ, La coxarthrose. Panorama du Médecin, FMC Rhumatologie, 2005, 4995: 51-54
- M. LEQUESNE, Les localisations de l'arthrose. Atlas de l'arthrose, 1995; 87-97
- J-P. MARTIN, Prise en charge de douleur par mésoperfusion. Cours D.I.U. de Mésothérapie de la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand, 2005-2006
- J-P. MARTIN, Mésoperfusion: Technique de choix dans la prise en charge de la douleur. Xème Congrès international de Mésothérapie d'Alger, 2003• B. MAZIERES, Gonarthroses et coxarthroses. Le Généraliste, 2005; 2334:La FMC du généraliste
- B. MAZIERES, Prise en charge de la coxarthrose. Impact Médecine, Yearbook gérontologie, 2005: 40-42
- B. MAZIERES, Gonarthroses et coxarthroses. Le Généraliste, 2005; 2334:La FMC du généraliste
- J-F. SAVOYE - M.D. BLONDEL, Introduction de Cibacalcine par voie mésothérapique dans les gonarthroses et les coxarthroses. IVème Congrès International de Mésothérapie, Paris, 1985: 84-85
- J-F. SAVOYE - J-P. MARTIN, Intérêt de la mésoperfusion dans le traitement de la gonarthrose
- J-F. SAVOYE , Arthrose hors rachis. Cours D.I.U. de Mésothérapie de la Faculté de Clermont-Ferrand; 2004-2005