

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.

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.

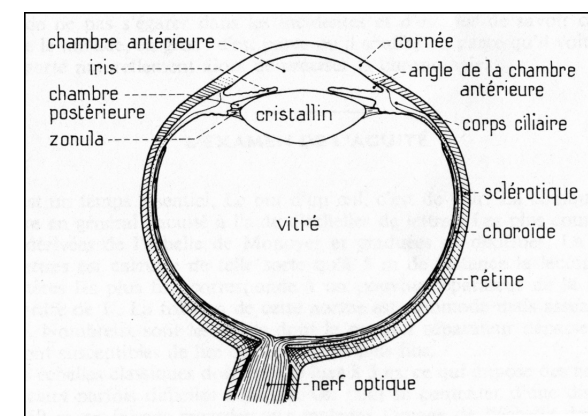
Le cristallin est suspendu dans le globe par un ligament élastique la zonula qui s'insère à la périphérie sur le muscle ciliaire. Lorsque ce muscle se contracte la zonula se relâche, le cristallin tend de lui-même à modifier sa forme augmentant ainsi son pouvoir de réfraction.

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 augmente en quel-

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 :

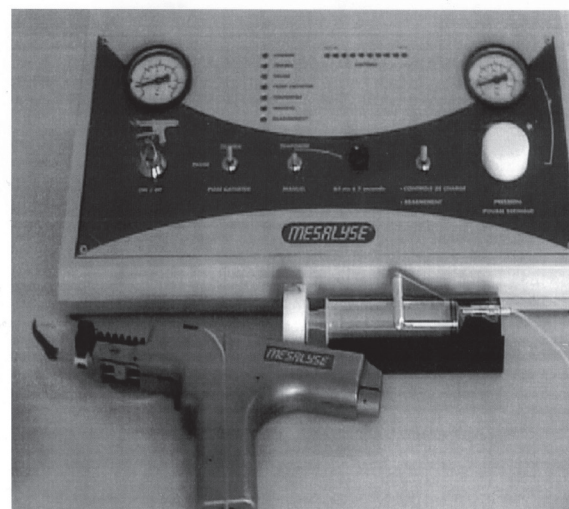
1- La tunique fibreuse la plus externe est la sclérotique. Dans sa portion antérieure nous trouvons enchâssé un hublot transparent : la cornée.

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.

MESALYSE®

Un concept médical hi-tech



MESALYSE®

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



ques étapes pour aboutir à +3 à 60 ans, moment où l'accommodation ayant disparu on ne craint plus d'aggravation.

On pensait jusqu'à ce jour qu'avec l'âge il y a un affaiblissement de la fonction du muscle ciliaire et une sclérose du cristallin entraînant une perte de son élasticité d'où l'impossibilité à accommoder de près à moins de 40 cm...

Une nouvelle théorie de l'accommodation commence à séduire de plus en plus d'ophtalmologues et ouvre de nouvelles voies thérapeutiques. Ce qui se résume par :

Le cristallin grandit avec l'âge et l'espace entre le cristallin et le muscle ciliaire diminue, par conséquent la chambre postérieure devient plus petite encore d'où la baisse du pouvoir d'accommodation du cristallin qui trouve sa marge, pour varier son volume, réduite !!

Ce constat a permis de proposer une nouvelle chirurgie de la presbyopie :

"Limbal or scleral surgery for presbyopia" d'après le Prof. Benjamin F. Boyd.

Article apparu dans la revue : Highlights of Ophthalmology Refractive surgery - late Breaking Techniques N°2 Volume 27 1999 Séries.

Des techniques de chirurgie de la sclère pour presbyopie ont été suggérées dans une tentative à étendre la bague ciliaire et faire plus de place pour que la zonula puisse tirer le cristallin et permettre l'accommodation.

Deux techniques ont été proposées :

- L'une implique l'implantation de polyméthacrylate (PMMA) dans la partie antérieure de la sclère dans le but d'entraîner une expansion de l'anneau ciliaire. (Dr Ronald SHACHAR du Texas).

- L'autre technique est basée sur l'usage d'incisions radiales dans la sclère du péri-limbe pour induire périphériquement une liberté de mouvement du corps ciliaire rendant possible le changement de forme du cristallin et donc l'accommodation.

Les auteurs ont eu de bons résultats pour l'accommodation pour six malades sur neuf opérés, ce qui confirme leur théorie. Mais une sérieuse complication : Les trois sur neuf restants ont développé une ischémie du segment antérieur due à l'interruption des artères ciliaires antérieures!! Techniquement il y a encore beaucoup à faire avant de valider cette

chirurgie.

Mais l'idée est née !! et ceci attire notre attention sur le mode d'action de la Mésothérapie dans la presbytie !

Mode d'action de la Mésothérapie

En pratique de Mésothérapie on sait que plusieurs patients ont pu retarder le port de lunettes pour la presbytie de dix ans et plus !! Mais par quel mécanisme ?

Nous proposons une réponse : Le muscle ciliaire se contractant beaucoup pour assurer l'accommodation adéquate, va entraîner une augmentation de son volume avec diminution de l'espace dans la chambre postérieure et réduction de la marge du cristallin pour modifier son volume.

La Mésothérapie drainerait le muscle ciliaire et diminuerait l'excès de volume de ce muscle avec augmentation du volume de la chambre postérieure ? D'où récupération d'une certaine marge pour l'accommodation ?

Le mélange logique serait:

Piroxicam + Etamcylate + Calcitonine.

en alternant avec :

Piroxicam+ Buflomedil + Calcitonine.

En IDP et en nappage sur le trajet des carotides, l'artère temporale et en péri-orbitaire

à J0, J15, puis tous les mois trois mois puis une fois tous les six mois.

Notre modeste étude porte sur 13 malades avec un recul d'un an.

- Deux patients ne sont pas revenus la deuxième fois.

- Trois ne se sont pas sentis améliorés à la troisième séance, ont préféré le port de lunettes correctrices.

- Les huit restants ont noté une nette amélioration et se disent satisfaits de la méthode et sont régulièrement suivis en ophtalmologie et continuent leur traitement par mésothérapie .

EPICONDYLITE OU ÉPICONDYLALGIE OU TENNIS-ELBOW

Philippe Ducreux - France

1 - Définition

L'épicondylite est une affection connue depuis plus d'un siècle et caractérisée par «une étiologie variée, une pathologie obscure et un traitement incertain» (Speed).

Ici, la clinique prime et permet de préciser la cause dans la plupart des cas.

2 - Rappels anatomiques

Les muscles épicondyliens sont classés en plusieurs groupes.

a) Les muscles postérieurs du bras

Le muscle anconé

(Musculus Anconeus)

Il renforce le triceps brachial lors de l'extension et maintient tendue la capsule articulaire de l'articulation du coude.

Innervation : se fait par le nerf radial (C7 - C8).

b) Les muscles radiaux de l'avant-bras : ils sont principalement fléchisseurs de l'articulation du coude.

Le muscle deuxième radia

(Musculus Extensor Carpi Radialis Brevis)

Il est extenseur direct de la main, se contracte synergiquement avec le cubital postérieur et le 1° radial.

Innervation : par la branche profonde du nerf radial (C7).

Le muscle premier radial

(Musculus Extensor Carpi Radialis Longus)

Extenseur et abducteur de la main, tournant la face dorsale de la main en dehors.

Innervation : par la branche profonde du nerf radial (C5-C7).

Le muscle long supinateur

(Musculus Brachio-radialis)

Fléchisseur de l'avant-bras, n'est supinateur que

lorsque le bras est en pronation.

Innervation : par le nerf radial (C5-C6).

c) Les muscles postérieurs de l'avant bras, plan superficiel (cubital)

Le muscle extenseur commun des doigts

(Musculus Extensor Digitorum)

C'est le plus puissant fléchisseur dorsal de la main, il est également adducteur de la main.

Innervation : par la branche profonde du nerf radial (C6-C8).

Le muscle extenseur propre du petit doigt

(Musculus Extensor Digiti Minimi)

C'est un muscle inconstant qui participe à la flexion dorsale et à l'adduction de la main.

Innervation : par la branche profonde du nerf radial (C6-C8)

Le muscle cubital postérieur

(Musculus Extensor Carpi Ulnaris)

C'est un pur adducteur de la main.

Innervation : par la branche profonde du nerf radial (C7-C8).

d) Les muscles postérieurs de l'avant-bras, plan profond.

Le muscle court supinateur

(Musculus Supinator)

Il est supinateur de l'avant-bras dans toute position de flexion ou d'extension.

Innervation : par la branche profonde du nerf radial (C5-C6).

3 - Rappels de l'articulation huméro-radiale et du nerf radial

La tête radiale est fixée à l'olécrane par un *ligament annulaire* qui l'entoure sur la totalité de sa circonférence.

La tête radiale est fixée à l'humérus par le *ligament latéral externe* formé de trois faisceaux :

- *Un faisceau antérieur*, qui renforce le ligament annulaire en avant ;