

RÉVISION DE LA THÉORIE UNIFIÉE 1992

Dr André Kaplan

Président de la Société Israélienne de Mésothérapie

ABSTRACT IN ENGLISH

The Unified Theory of the mode of action of Mesotherapy had been proposed in 1992. It appeared interesting to confront it with the more recent assets, like with the various conceptions of the Mesotherapy implemented nowadays.

We can then see appearing contours of a more complete theory, sticking to the established facts during these twenty last years.

(English version available on request: kaplan.andré@gmail.com).

ABSTRACT

La théorie unifiée du mode d'action de la mésothérapie a été proposée en 1992. Il nous a paru intéressant de la confronter avec les acquis les plus récents, comme avec les différentes conceptions de la Mésothérapie mis en œuvre aujourd'hui.

Nous pouvons alors voir apparaître les contours d'une théorie plus complète, collant aux faits établis ces vingt dernières années.

CONSTAT

Un certain nombre de théories sur la Mésothérapie, avec ou sans applications pratiques, ont vu le jour depuis les années 80. Il est assez remarquable de constater qu'il s'agissait fréquemment de systèmes fermés où chacun ignorait les avancées souvent importants de l'autre. Heureusement des consensus se sont dégagés au cours des ans.

J'ai donc voulu effectuer une révision des vingt ans, et un dépoussiérage de la Théorie Unifiée du mode d'action de la Mésothérapie, que j'avais proposée en 1992. Également il m'a paru judicieux de la confronter aux acquis plus récents ainsi qu'aux différentes conceptions de la MT mises en œuvre de nos jours.

On peut alors voir apparaître les contours d'une théorie plus complète, collant aux faits établis ces vingt dernières années. En effet:

On ne peut ignorer les intuitions géniales de Michel Pistor et son humilité scientifique. «Je ne sais pas pourquoi ça marche, mais ça marche. C'est vous les savants.»

On ne peut ignorer l'apport de la théorie des trois unités d'André Dalloz-Bourguignon. L'injection d'un produit vasodilatateur n'a pas les mêmes impacts et les mêmes conséquences que l'injection d'un neuroleptique ou d'un vaccin.

On ne peut ignorer l'apport de la Mésothérapie Ponctuelle Systématisée de Didier Mregen avec des notions aussi importantes que la Séméiologie Objective Systématisée, les dermoneurodystrophies, la chronophysio-pathologie...

On ne peut ignorer l'apport des expérimentations en Médecine Nucléaire de Daniel Corbel et André Kaplan montrant sur des scintigraphies:

- le transport à distance de faibles quantités de produits injectés en surface

- la durée de leur persistance in situ selon les profondeurs d'injection.

On ne peut ignorer la formulation récente de la Mésothérapie Métamérique par Bruno Estève-Lopez et Yves Jeanmaire, déjà évoquée par Michel Pistor et André Dalloz-Bourguignon, et collationnant les travaux les plus récents de neurophysiologie.

Révision de la théorie unifiée 1992

Tout d'abord je reviens pour nos jeunes confrères sur la théorie unifiée de 1992. Elle a été proposée à la suite des travaux de Médecine Nucléaire effectués par Daniel Corbel à Tours dans le service du professeur ITTI, et par André Kaplan, Gérard Coutris et Didier Rincourt à Paris dans le service du Professeur Milhaud (Hôpital Saint Antoine) à partir de 1983.

Théorie unifiée 1992

Pharmacocinétique des produits injectés

L'imagerie nucléaire utilisant des isotopes radioactifs a confirmé:

- Le transport à distance des faibles quantités de produits injectés en mésothérapie

- Le derme superficiel constitue un réservoir cutané persistant

- Les molécules de faible poids moléculaire diffusent par voie capillaire vers la grande circulation

- Les molécules de grand poids moléculaire diffusent par voie lymphatique

- Les produits conservent leur tropisme habituel vis à vis des cellules ou tissus spécifiques.

- Plus l'injection est effectuée superficiellement, plus la diffusion par voie sanguine sera retardée, selon un gradient régulier.

- Le fractionnement de la dose augmente le nombre des récepteurs cutanés activés

D'où découle directement le Consensus de 1999

Un consensus du Conseil National des Maîtres de Stage de la S.F.M. s'est dégagé fin 1999 prenant acte de l'acti-

La revue de Mésothérapie

tivité pharmacologique et thérapeutique différente d'un produit selon sa profondeur d'injection. Selon la vitesse désirée de l'action thérapeutique on modulera, de la surface à la profondeur, selon un gradient régulier.

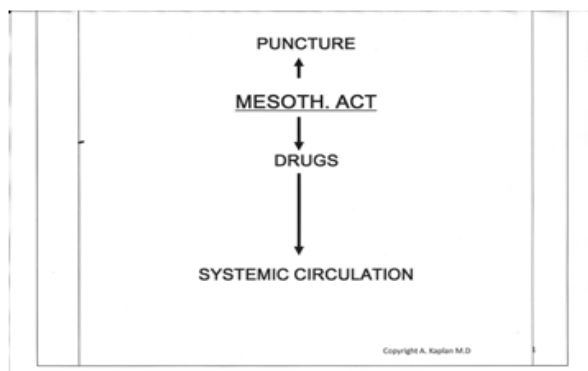
- IDS: libération lente mais durable
- IDP: libération rapide et peu durable

En résumé:

Pharmacocinétique des molécules injectées

L'action de la mésothérapie participe de deux paramètres:

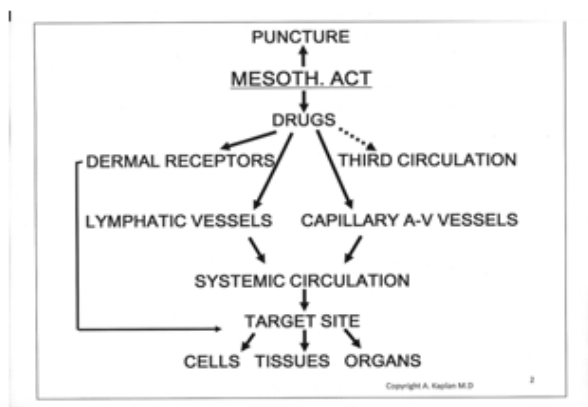
- la puncture, assimilable à une réflexothérapie,
- les médicaments injectés.



La situation se complique avec les voies différentes empruntées:

- par les produits de faible poids moléculaire (la plupart) qui diffusent lentement par voie capillaire, pour rejoindre les récepteurs cutanés d'une part, la circulation systémique d'autre part.
- par les produits de poids moléculaire important (par exemple les vaccins) qui diffusent rapidement par la voie lymphatique et les ganglions lymphatiques, pour rejoindre la grande circulation.

Accessoirement Jean-Pierre Multedo a évoqué la diffusion directe par les pertuis des plans cutanés et profonds (troisième circulation).



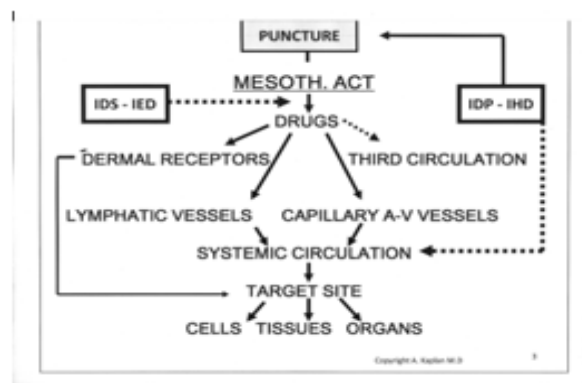
De toute façon l'imagerie nucléaire a montré que les produits injectés rejoignent leurs cellules ou tissu ou organes cible selon leur tropisme propre.

Aujourd'hui:

La partie du schéma concernant la Pharmacocinétique des molécules injectées reste valable après 20 ans. Mais il ne concerne que les molécules injectées en surface, soit en IDS et probablement en IED (ou IDS light). Remarquons que le passage dans la circulation systémique de ces molécules injectées en surface est différé et leur diffusion retardée.

En l'absence de nouveaux travaux d'imagerie nucléaire, on peut légitimement supposer que la pharmacocinétique des molécules injectées en profondeur, IDP et IHD, court circuitte les voies capillaires et lymphatiques, situées en amont. D'où une action essentiellement in situ, de la puncture et de l'injection, les doses injectées étant minimales et de passage systémique quasi immédiate.

On modifiera ainsi le schéma initialement proposé:



Mais il s'est révélé une insuffisance de prise en compte de la séquence puncture du schéma de 1992. En effet l'action locale et réflexothérapeutique de l'aiguille métallique et de la goutte injectée a été mentionnée mais n'a pas été suffisamment prise en compte.

Par contre la Mésothérapie Ponctuelle Systématisée de Didier Mrejen a précisé et développé cette action en Mésothérapie.

Les travaux de neurophysiologie regroupés par nos collègues Bruno Estève-Lopez et Yves Jeanmaire sous la dénomination de Mésothérapie Métamérique ont montré l'importance de la notion de puncture, et du concept de localisation des injections.

D'où:

Additif 2012

Pharmacocinétique des produits injectés:

Les propositions de 1992 restent valables pour les injections superficielles en IDS et IED.

Les molécules injectées en profondeur, IDP et IHD, court circuitent les voies capillaires et lymphatiques et rejoignent directement la circulation systémique.

THÉORIE UNIFIÉE ACTUALISÉE

Est-il possible de parler aujourd'hui d'une théorie unifiée actualisée de la Mésothérapie? Plus que d'une théorie, on peut parler d'une séquence articulée de concepts, appuyée sur des arguments solides. Il nous a

paru nécessaire d'adjoindre à la Pharmacocinétique des produits injectés les paramètres apportés par la poncture. Notre développement prendra la forme de la réflexion du thérapeute devant son patient porteur d'une pathologie:

Après diagnostic classique par la clinique et les examens complémentaires, il prendra ou non la décision d'utiliser la mésothérapie.

Le plus souvent d'ailleurs dans le cadre d'une médecine intégrative dont la mésothérapie constituera un des volets. Cette décision de traitement prise, se posent les questionnements suivants:

OÙ

QUOI

COMMENT

QUAND

OÙ: **Michel Pistor**: «au bon endroit», mais lequel ?

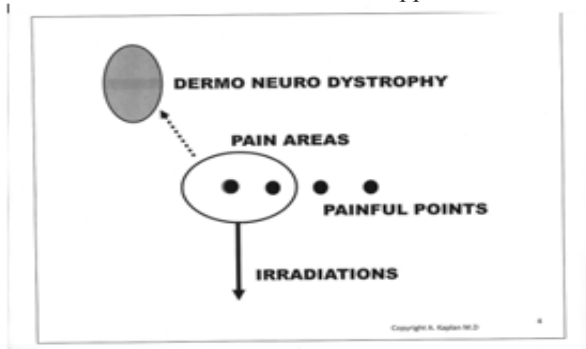
Dans un premier temps ont été injectées:

- les zones dites orthogonales, en regard des lésions ou de la douleur.
- puis les irradiations douloureuses;
- ensuite les métamères correspondants.

L'apport de la séméiologie objective systématisée de Didier Mrejen, et des travaux de neurophysiologie, a modifié cette optique.

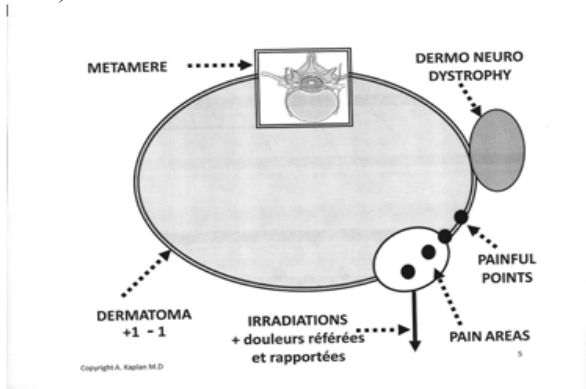
On traitera en plus aujourd'hui:

- Les points douloureux spontanés ou recherchés. Les trigger points.
- les cellulalgies ou Dermo Neuro Dystrophies
- Les zones de douleurs référées et rapportées.



Puis en développant

- le dermatome entier correspondant, élargi aux dermatomes sus et sous jacents (notion de rameaux communicants). Voir schéma.



L'embryologie est de retour (Pistor, le mésoderme) avec la Mésothérapie Métamérique de Bruno Estève-Lopez et Yves Jeanmaire, basée sur la notion de segment métamérique.

- comportant une cartographie complète des métamères et de leurs dérivés embryologiques:

- dermatomes;
- myotomes;
- sclérotomes;
- viscérotomes,
- angiotomes;

et permettant un traitement mésothérapique du métamère complet.

Base:

Les travaux actuels de neurophysiologie et de réflexothérapie, la Mésothérapie Ponctuelle Systématisée de Didier Mrejen, l'embryologie classique, la Mésothérapie Métamérique.

QUOI: **Michel Pistor**: «peu»

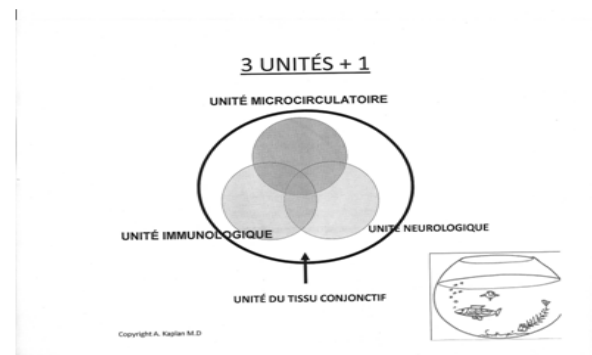
Peu, mais de quoi ?

Historiquement Michel Pistor a utilisé les médicaments injectables existants dans les années 50: procaine, isothionaiodine B1, péri-dil héparine etc ... Puis la gamme des injectables utilisables s'est considérablement élargie, pour se contracter actuellement. Comment les choisir?

André Dalloz-Bourguignon a conçu le concept des Trois Unités + 1 du derme.

Base: L'histophysiologie des éléments du derme et leur classement en Unités de compétence:

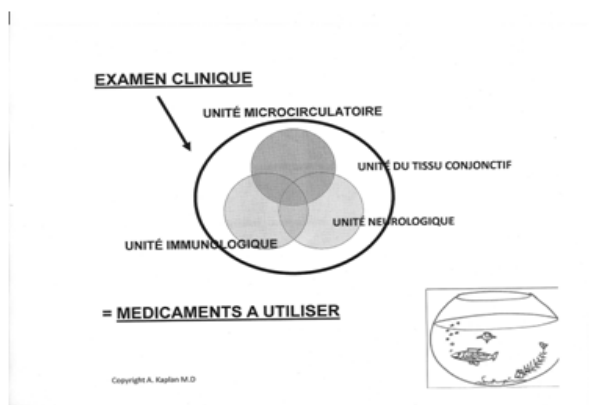
- microcirculatoire,
- neurologique,
- immunologique.
- Plus une quatrième unité dans laquelle baignent les trois premières: celle du tissu conjonctif.



Ce recensement un peu arbitraire a ouvert la voie à l'utilisation des injectables suivant leur impact sur une ou plusieurs unités de compétence, au fur et à mesure de leur apparition dans la pharmacopée.

On pourra donc utiliser la séquence suivante:

Clinique → **unité en cause** → **médicament à utiliser**
 À noter que bien que rarement évoqué, ce concept est constamment utilisé. On en parle peu, on l'emploie toujours.



La notion de chrono physiopathologie a été mise en évidence par Didier Mregen. Dans l'histoire de la maladie, les lésions évoluent dans le temps. D'où l'obligation d'ajuster selon la clinique les prescriptions de l'acte de mésothérapie.

Ceci confirme la nécessité déontologique de l'examen clinique lors de chaque consultation.

Conclusion:

Les produits injectés en Mésothérapie correspondent à une allopathie micro dosée et diluée, choisie en fonction des cibles visées et de l'action désirée.

COMMENT:

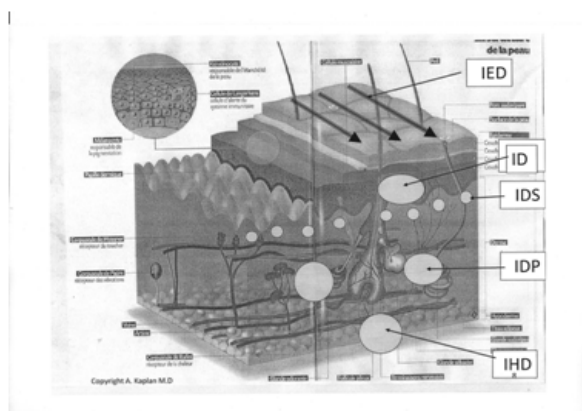
Les différentes sensibilités de la Mésothérapie et les profondeurs d'injection.

En réalité: les différentes techniques utilisent des profondeurs d'injection spécifiques.

On peut pratiquement les classer en injections dans le Derme superficiel: IDS / IED (IDS light)

Derme profond : IDP / IHD

Le plus souvent mixtes



Ces différentes profondeurs d'injection permettent de moduler selon la demande du praticien l'atteinte de structures histologiques différentes du derme.

Résultat:

Plus l'injection est superficielle, plus l'action des produits est durable mais faible. IDS / IED.

Plus l'injection est profonde, plus l'action des produits est de courte durée mais intense. IDP / IHD.

La technique mixte permet une action à la fois rapide, intense et prolongée.

Ces paramètres ont été validés par le Consensus du Conseil National des Maîtres de Stage en 1999.

Ce consensus est actuellement appliqué comme une évidence. On en parle peu, on l'emploie toujours.

Bases: Expérimentations en Médecine nucléaire, André Kaplan et thèse de doctorat de Didier Rincourt.

QUAND: Michel Pistor: «Rarement»

Les bases de la chronologie thérapeutique sont empiriques mais elles sont validées par 60 ans d'expérience de la technique.

Schéma standard: J7 + J7+ J7... Ensuite

- Pathologie aiguë: en cas d'arrêt de la symptomatologie, arrêt du traitement.

- Pathologie suraiguë: ajouter J3 ou J4

- Pathologie chronique: dès l'amélioration obtenue, éloigner les séances, J14, J21, J30 . Puis «échappement thérapeutique».

EN RÉSUMÉ

Après diagnostic classique: clinique + examens complémentaires. ➔ Décision ou non de traiter en mésothérapie.

Le choix de l'injection d'un produit, à un certain endroit, à une certaine profondeur, et selon un certain rythme, doit procéder d'une démarche réfléchie et non de l'application de formules.

EN CONCLUSION

Plus qu'une révision des vingt ans, il s'agit de compléter et d'ajouter des paramètres qui n'avaient pas été pris en compte en 1992.

Certains paraissent évidents et n'avaient pas été développés. D'autres, peu nombreux, sont des acquis récents. Mais fondamentalement les bases logiques de la Mésothérapie paraissent peu changées depuis vingt ans.

La question qui dérange: **Maturité ou immobilisme?**

La revue de Mésothérapie

		BASES
Où	en regard des lésions, irradiations, dermatome+ métamère, cellulalgie (DND), douleurs projetées et référées	Pistor: au bon endroit, Neurophysiologie, embryologie, MPS: <i>Mrejen</i> , Mésométamérique
Quoi	Allopathie microdosée diluée	Pistor: peu, 3 unités + 1: <i>Dalloz</i> , Chrono physiopathologie: <i>Mrejen</i>
Comment	Superficielles: IDS/ IED, Profondes: IDP /DHD, Mixtes	Médecine nucléaire: <i>Kaplan</i> , Consensus CNMS
Quand	Schéma standart, Echappement thérapeutique	Pistor: rarement, empirisme clinique