

PRATIQUE DES MEDECINS MESOTHERAPEUTES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA RHIZARTHROSE

Dr Julie EMONT, Dr Shirley ROY

Faculté de médecine de Bourgogne

INTRODUCTION

La rhizarthrose correspond à l'atteinte arthrosique de la racine du pouce, au niveau de l'articulation trapèzo-métacarpienne. Volontiers bilatérale, elle frappe essentiellement la femme dans une proportion de 80 à 90 % des cas. Elle se manifeste surtout après l'âge de 50 ans et touche 15% à 25% des femmes âgées de 50 à 70 ans. C'est l'arthrose la plus fréquente au niveau de la main.

Le plus souvent la rhizarthrose est primitive, favorisée par des mouvements répétitifs. Elle est plus rarement secondaire à une fracture articulaire ou à une dysplasie trapéziennne. Elle se caractérise par un enraidissement progressif du pouce, des douleurs lors des poussées inflammatoires et des déformations et évolue vers une destruction progressive du cartilage.

La rhizarthrose est susceptible d'entraîner un handicap physique et une dégradation de la qualité de vie. Les recommandations actuelles de traitement se limitent à une prise en charge médicale puis chirurgicale en cas d'échec. Le traitement médical, or l'orthèse, correspond essentiellement aux AINS par voie générale et à l'infiltration de corticoïdes avec les effets indésirables connus de ces traitements. La mésothérapie semble être une alternative intéressante que les praticiens utilisent volontiers dans le traitement médical de la rhizarthrose. Cependant peu d'études existent à ce sujet. Ainsi nous avons décidé de nous intéresser à la pratique des médecins mésothérapeutes dans la rhizarthrose.

L'objectif de ce travail est donc de faire un état des lieux de la pratique des médecins mésothérapeutes dans la prise en charge de la rhizarthrose en mésothérapie

MATERIEL ET METHODE

Objectif

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux de la pratique des médecins mésothérapeutes dans la prise en charge de la rhizarthrose en mésothérapie.

Type d'étude

Il s'agit d'une enquête de pratique prospective, observationnelle, descriptive, de type déclarative, quantitative.

L'enquête est réalisée en procédant à une collecte individuelle d'informations. Chaque médecin mésothérapeute répondra de façon anonyme à un questionnaire via internet.

Population d'étude

La population se compose des médecins inscrits à la

société française de mésothérapie, soit 700 médecins.

- Critères d'inclusion

Le critères d'inclusion: être médecin inscrit à la société française de mésothérapie.

- Mode de recrutement:

Tous les médecins inscrits à la société française de mésothérapie ont reçu le questionnaire par mail.

Recueil des données

Le recueil des données s'est effectué entre le 15 juin 2016 et le 15 août 2016.

Les médecins mésothérapeutes ont répondu par un questionnaire en ligne, élaboré via le logiciel de partage de fichiers Google Drive®.

Le lien vers le questionnaire en ligne était accompagné d'un message explicatif précisant qu'il s'agissait d'un questionnaire pour la réalisation d'un mémoire de DIU de mésothérapie portant sur la pratique des médecins mésothérapeutes dans la prise en charge de la rhizarthrose en mésothérapie, et que les réponses étaient strictement anonymes.

Le questionnaire était assez court afin que les médecins mésothérapeutes soient le plus nombreux à y répondre. Il comportait entre 4 et 11 items selon les réponses.

Les questions étaient à choix simples ou multiples, ou échelle numérique.

Le questionnaire s'articulait en 2 parties (voir annexe 1)

- La première partie recueillait des renseignements généraux (durée de la pratique de mésothérapie, nombres d'actes)

- La deuxième partie s'intéressait à la pratique des médecins.

Les médecins avaient des questions sur les mélanges utilisés dans le traitement de la rhizarthrose en phase aiguë et chronique, les techniques d'injection.

Analyse statistique

Les variables quantitatives ont été exprimées en médiane et étendue (minimum - maximum). Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage.

Le logiciel Microsoft Excel a été utilisé pour encoder les réponses.

RESULTATS

Sur les 700 questionnaires envoyés, 80 d'entre eux nous ont été retournés soit un taux de réponse de 11%.

Renseignements généraux

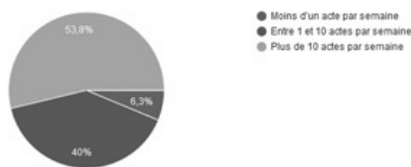
- Ancienneté d'exercice de la mésothérapie
La majorité des médecins ont plus de 20 ans d'exercice (47.5%), suivi des moins de 5 ans d'exercice (22.5%) puis des tranches entre 5/10 ans et 11/ 20 ans (15% pour chacune).

Depuis combien d'années pratiquez-vous la mésothérapie (80 réponses)



- Nombres d'actes de mésothérapie pratiqués

En moyenne, combien d'actes de mésothérapie pratiquez-vous ? (80 réponses)



La majorité des médecins ont une pratique de plus de 10 actes par semaine (53.8%), suivi des médecins faisant entre 1 et 10 actes par semaine (40%), et enfin 6.3% d'entre eux pratiquent moins d'un acte par semaine.

- Pratique de la mésothérapie dans le traitement de la rhizarthrose

La majorité des médecins (91.3%) pratiquent la mésothérapie pour le traitement de la rhizarthrose.

Pratiquez-vous la mésothérapie pour le traitement de la rhizarthrose ? (80 réponses)



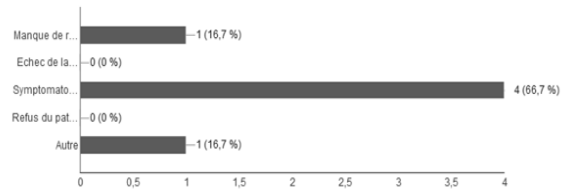
- Raisons freinant à la pratique de la mésothérapie dans la rhizarthrose

Six médecins sur les 80 répondants (soit 7.5%) ne pratiquent jamais la mésothérapie dans cette indication. La raison principale évoquée pour 66.7% d'entre eux (soit 4 médecins) est que la symptomatologie de rhizarthrose n'est pas rencontrée dans leur pratique. Pour 16.7 % (soit 1 médecin) la raison évoquée est

un manque de recul sur l'efficacité de la mésothérapie dans cette indication.

Aucun des médecins n'a considéré l'échec de la mésothérapie ni le refus du patient comme des arguments de non pratique de la mésothérapie dans la rhizarthrose.

Si vous ne pratiquez jamais la mésothérapie dans cette indication, merci d'indiquer la raison (6 réponses)



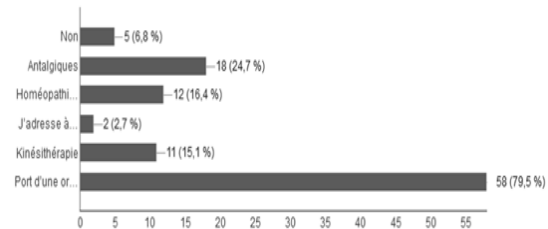
Pratique de la mésothérapie dans la rhizarthrose

Les résultats suivants ne concernent que les médecins pratiquant la mésothérapie dans la rhizarthrose (74 médecins soit 92.5%).

- Autres thérapeutiques associées à la mésothérapie:

Le questionnaire était à choix multiples.

La majorité des médecins (79.5%) associent la mésothérapie au port d'une orthèse, 24.7% l'associent aux antalgiques, 16.4% à l'homéopathie/ phytothérapie. A noter que 6.8% utilisent la mésothérapie seule et 2.7% adressent à un confrère.



- Mélange(s) (ou molécule) de mésothérapie utilisé(es) pour le traitement de la rhizarthrose en phase aigüe:

Le mélange le plus représenté est celui associant lidocaïne (ou autre anesthésique) + Piroxicam (ou autre AINS) + Calcitonine 100 UI (21 médecins soit 30 %). Viennent ensuite les mélanges: lidocaïne (ou autre anesthésique) + Piroxicam (ou autre AINS) et lidocaïne (ou autre anesthésique) + Piroxicam (ou autre AINS) +Etamsylate (dicynone) (6 médecins soit 8,2 %). Pour 3 médecins (4,1%) c'est un mélange associant 4 molécules qui est utilisé: lidocaïne (ou autre anesthésique) + Piroxicam (ou autre AINS) + Calcitonine 100 UI + Etamsylate (dicynone). Le mélange : lidocaïne (ou autre anesthésique) + Piroxicam (ou autre AINS) + thiocolchicoside est utilisé par 2 des médecins interrogés (2,7%). Les autres mélanges ne sont utilisés que par une personne.

Pour ailleurs, on retrouve l'utilisation de certaines mo-

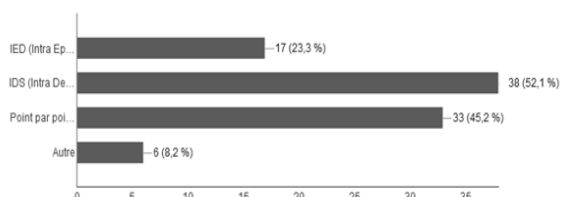
La revue de Mésothérapie

lécules seules: la calcitonine et le piroxicam, utilisées chacune par 12,3% médecins (soit 9) en phase aiguë. L'étamsylate est également utilisé seul par 5,4% des praticiens interrogés.

- Technique(s) d'injection utilisé(es) en mésothérapie dans le traitement de la rhizarthrose en phase aiguë

Le questionnaire était à choix multiples.

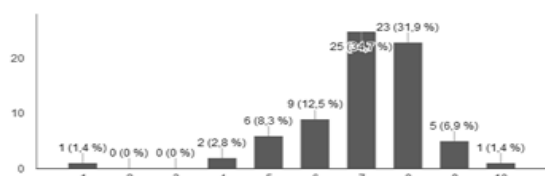
La majorité des médecins (52.1%) utilisent des injections par IDS (intradermique superficiel), 45.2% utilisent la technique du point par point, 23.3% utilisent l'IED (intra épidermique)



- Degré satisfaction quant au résultat des séances de mésothérapie dans le traitement de la rhizarthrose en phase aiguë

La moyenne est à 7 et la médiane à 7.

La note de 7 sur 10 représentant le degré des satisfaction est donné par 34.7% des médecins. Le minimum est à 1et signifie insatisfait et le maximum à 10 signifie très satisfait.



- Mélange(s) (ou molécule) de mésothérapie utilisé(es) pour le traitement de la rhizarthrose en phase chronique:

A cette question, 3 médecins n'ont pas répondu, nous avons donc calculé les pourcentages sur un total de 70 médecins.

Le mélange le plus représenté est: lidocaïne (ou autre anesthésique) + Calcitonine 100 UI + conjonctyl (6 médecins soit 8,5 %).

Les mélanges les plus utilisés ensuite sont: lidocaïne (ou autre anesthésique) + Piroxicam (ou autre AINS) + Conjonctyl, ainsi que: lidocaïne (ou autre anesthésique) + Calcitonine 100 + complexe poly-vitaminique (ex: cernevit). Chacun représente 4,2% (soit 3 médecins).

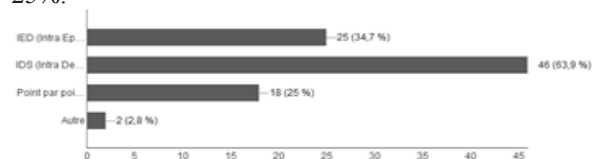
Enfin le mélange: lidocaïne (ou autre anesthésique) + Calcitonine 100 UI + piroxicam est utilisé par 2 médecins soit 2,8 %.

A noter que 11 médecins (soit 15.7 %) se servent de la calcitonine seule, 8 médecins (11%) utilisent le conjonctyl, 5 (7,1%) le piroxicam, 4 (5,7%) la lidocaïne, 3 (4,2%) un complexe poly-vitaminique et 2 (2,8%) le

thiocolchicoside.

- Technique(s) d'injection utilisé(es) en mésothérapie dans le traitement de la rhizarthrose en phase chronique: Le questionnaire était à choix multiples.

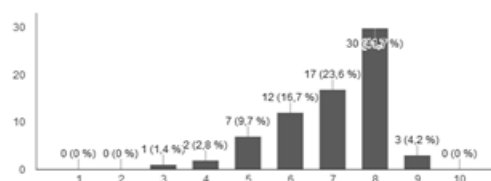
La majorité des médecins (63.9%) utilisent des injections par IDS, 34.7% utilisent l'IED, enfin la technique du point par point est utilisée par 25%.



- Degré de satisfaction quant au résultat des séances de mésothérapie dans le traitement de la rhizarthrose en phase chronique:

La moyenne est à 7 et la médiane à 7.

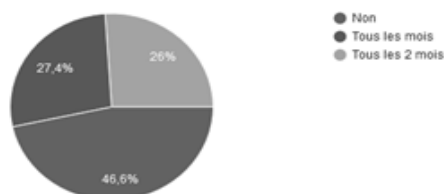
La note de 8 sur 10 représentant le degré de satisfaction est donné par 41.7% des médecins.



- Pratique d'un traitement de fond par séances de mésothérapie:

La majorité des médecins (46.6%) ne pratiquent pas la mésothérapie en traitement de fond. A

l'inverse, 27.4% la pratique tous les mois, et 26% tous les 2 mois.



DISCUSSION

Analyse des résultats et recommandations

Concernant le nombre d'années de pratique des médecins, la catégorie des plus de 20 ans est la plus représentée. Ce résultat est plutôt concordant avec l'âge moyen des médecins qui est de 51.6 ans (selon le conseil national de l'ordre des médecin). Ainsi la catégorie des plus de 20 ans représente une grande partie de la population des médecins.

A la question de la fréquence des actes de mésothérapie par semaine, plus de la moitié des médecins pratiquent très régulièrement la mésothérapie. Ceci peut être à l'origine d'un biais de sélection (seuls les médecins les plus intéressés ont répondu au questionnaire). En

revanche, on peut également considérer que ces médecins sont ceux ayant le plus d'expérience voire de recul dans cette prise en charge.

Par ailleurs la mésothérapie semble être tout à fait justifiée dans le traitement de la rhizarthrose comme le montre le fort pourcentage de médecins répondants la pratiquant dans cette indication. Ceci est en accord avec les études de F.Testuz et J.F. Olonde [1,2].

Dans notre étude, la thérapeutique largement associée à la mésothérapie est le port d'une orthèse, cela fait partie des recommandations internationales sur la prise en charge thérapeutique de la rhizarthrose [3].

En effet, elle entraîne une diminution des douleurs [4,5], permet de réduire le degré de subluxation de l'articulation trapézo métacarpienne [4,5]. Elle améliore également la fonction de la main [4,5] comme cela avait été démontré dans une étude utilisant un score fonctionnel de la main [6].

Concernant les antalgiques classiques, ils sont utilisés de façon modérée par les médecins de notre étude, rappelons que le paracétamol est l'antalgique par voie orale à retenir en première intention.[7]

La kinésithérapie est peu utilisée par les médecins alors qu'il s'agit de la troisième recommandation de l'EU-LAR qui insiste sur l'importance de l'exercice. Le mouvement est essentiel pour l'articulation atteinte d'arthrose, la perte de la contraction musculaire entraîne l'atrophie du cartilage. Le repos est préconisé dans la phase inflammatoire de la maladie. (Cf annexe 4) [7]

De même l'OARSI recommande des « exercices réguliers type aérobie, de renforcement musculaire et d'amplitude articulaire ». [8]

En cas de poussée douloureuse la physiothérapie peut être très utile notamment l'application locale de chaleur et les ultrasons. [7]

Concernant les mélanges (ou les molécules utilisés) dans le traitement de la rhizarthrose en phase, le mélange majoritairement utilisé est lidocaïne (ou autre anesthésique) + Piroxicam (ou autre AINS) + Calcitonine 100.

Cela est conforme aux recommandations de la SFM [9] ainsi qu'aux études de F.Testuz, J.F. Olonde [1,2] et P. Salato [10].

En effet le piroxicam est choisi pour ses propriétés antalgiques et inflammatoires, intéressantes pour lutter contre la composante aiguë de la poussée (inflammatoire) d'arthrose. Certains praticiens choisissent d'ailleurs de l'utiliser seul comme nous l'avons vu dans les résultats, tout comme la calcitonine.

La calcitonine a une action antalgique (action périphérique: action sur le flux de calcium à travers la membrane neuronale et action centrale: augmentation des béta-endorphines) et anti- inflammatoire (inhibition de la synthèse des prostaglandines) et une action trophique osseuse et cartilagineuse.

La lidocaïne pure sans conservateur à 1% (mésocaïne 1%) permet d'atténuer la douleur au point d'injection.

A noter que la lidocaïne est moins vasodilatatrice que la procaine.

Le second mélange utilisé est: lidocaïne (ou autre anesthésique) + Piroxicam (ou autre AINS) + Etamsylate (Dicynone®).

L'intérêt majeur de l'étamsylate est dans les formes œdémateuses (action anti- œdémateuse avec diminution de la perméabilité capillaire et augmentation de la résistance capillaire). Ceci est en accord avec l'étude de J.F. Olonde [2] qui utilise la dicynone chez une patiente présentant un œdème persistant après une séance utilisant le mélange (dicynone + lidocaïne + piroxicam) avec une bonne amélioration de l'œdème.

Concernant la technique d'injection la majorité utilise une technique mixte: point par point associé à IED ou IDS, qui semble être tout à fait adaptée, c'est ce que retrouve également l'étude de F.Testuz et de J.F. Olonde [1,2]. Par contre, il existe un pourcentage supérieur d'utilisation de l'IDP en phase aiguë, qui peut s'expliquer par la volonté de calmer des zones plus douloureuses et d'avoir donc une action localisée (exemple: nodosités d'Heberden).

En phase chronique, le mélange le plus fréquemment utilisé est celui associant lidocaïne (ou autre anesthésique) + Piroxicam (ou autre AINS) + Silicium.

Vient ensuite: lidocaïne (ou autre anesthésique) + Piroxicam (ou autre AINS) + Conjonctyl®. Cela correspond aux recommandations. Nous avons développé précédemment les propriétés de la lidocaïne et du piroxicam. Le Silicium (conjonctyl®) est intéressant car c'est un antalgique et trophique cutané ayant une action sur la synthèse du collagène.

Egalement assez utilisé, le mélange: lidocaïne (ou autre anesthésique) + Calcitonine 100 + complexe poly-vitaminique (ex : cernevit®). Les complexes poly-vitaminiques ont des propriétés anti radicalaires, intéressantes dans la pathologie dégénérative.

Nous avons remarqué que certains médecins n'utilisent qu'une seule molécule. Cela peut être expliqué par la tendance actuelle des autorités qui préconisent de mettre peu de molécules dans les mélanges. Cependant face à un pourcentage si élevé de médecins utilisant une seule molécule (notamment la calcitonine) nous pouvons nous interroger sur un défaut de compréhension, en effet il est possible que ces médecins aient compris que le choix était à choix unique.

Ainsi, contrairement à la phase aiguë où les mélanges sont souvent les mêmes chez les médecins interrogés (calcitonine lidocaïne piroxicam), en phase chronique les médecins utilisent des mélanges variés à base d'anti radicalaires.

Les anti radicalaires vitaminiques sont assez utilisés (ex: magnésium + conjonctyl). Rappelons que le magnésium a une action sédatrice et myorelaxante.

La difficulté probable rencontrée par les médecins devant citer les mélanges utilisés est qu'en situation réelle face au patient, la décision concernant le choix des molécules repose sur un faisceau d'arguments

cliniques. Par exemple en cas de composante œdémateuse, l'étamsylate est la molécule de choix. Ainsi cela n'est pas retranscriptible dans un simple questionnaire à choix multiples. Peut-être serait-il intéressant de réaliser un sondage sur les molécules utilisées au moyen de cas pratiques.

En phase aiguë comme en chronique, le degré de satisfaction des médecins quant à l'utilisation de la mésothérapie dans la rhizarthrose est très bon. On suppose que le sentiment de satisfaction du médecin comprend à la fois le retour du patient sur son traitement et comment le médecin a vécu cette prise en charge. On peut donc penser qu'à la fois la mésothérapie est efficace dans le traitement de la rhizarthrose aussi bien en phase aiguë que chronique, ce qui se retrouve dans l'étude de J.F. Olonde [2]. On peut également imaginer que le médecin adhère à cette prise en charge pour de nombreuses raisons: efficacité de la prise en charge, technique quasiment indolore, rapidité d'exécution, innocuité de la technique. Ces pistes pourraient faire l'objet d'une autre étude portant sur les critères de satisfaction chez le patient et le médecin vis-à-vis de la mésothérapie.

Concernant la pratique de la mésothérapie en traitement de fond, les résultats sont partagés. En effet la moitié des médecins ne pratiquent pas de traitement de fond.

Nous aurions probablement dû préciser ce que nous entendions par traitement de fond, à savoir un traitement d'entretien une fois la phase chronique passée (c'est-à-dire une fois que nous avons obtenu un retour à l'état antérieur). Il est possible que les termes «traitement de fond» et «phase chronique» aient été confondus.

Ceux ne pratiquant pas de traitement de fond, sont en accord avec l'adage du Dr Michel Pistor: «peu, rarement et au bon endroit» [10].

Cependant il existe également une proportion importante de médecins qui pratiquent un traitement d'entretien, ce qui est très intéressant. En effet on pourrait s'interroger sur l'intérêt d'un traitement de fond dans la rhizarthrose voire dans la pathologie arthrosique en général ? Cette question est également posée par P. Salato [11]. Ceci pourrait être traité dans une autre étude (efficacité du traitement d'entretien dans la fréquence des poussées d'arthrose, fréquence des séances, etc.)

Limites et forces de l'étude

Le taux de réponse est plutôt faible (11%), en effet le questionnaire en ligne a un taux de réponse généralement moins important (environ 20%) que par voie postale ou sondage téléphonique. Ce taux faible peut aussi s'expliquer par le fait que les questionnaires ont été envoyés en période estivale. De plus, les médecins sont souvent sollicités pour répondre en ligne à des questionnaires pour différents motifs.

Ce faible taux de réponse peut être à l'origine d'un biais de sélection, car seuls les médecins les plus intéressés ont répondu au questionnaire. Biais de sélection qui peut également être dû au fait que seuls les méde-

cins informatisés ont reçu ce questionnaire.

Le questionnaire a été envoyé uniquement aux médecins inscrits à la société française de mésothérapie ce qui peut être aussi à l'origine d'un biais de recrutement. En effet, certains médecins ne sont pas inscrits à la SFM et pratiquent la mésothérapie.

Les principales limites de notre questionnaire sont liées au fait que la majorité des questions étaient des questions fermées à choix multiples. Ces questions aux réponses prédéfinies peuvent être à l'origine d'un biais d'information (réponses orientées).

En revanche le questionnaire en ligne a l'avantage de pouvoir être envoyé à un plus grand nombre de médecins et permet donc un échantillon plus large.

L'avantage de l'étude quantitative est qu'elle constitue un outil efficace pour évaluer les pratiques du plus grand nombre et permet d'obtenir un meilleur taux de réponse. Pour tenter de minimiser ce problème, nous avons rajouté aux différents choix possibles des réponses, une case «autre» pour la majorité des items mais cela ne remplace pas les questions ouvertes.

A notre connaissance, il s'agit de la seule étude traitant de la pratique des médecins dans la rhizarthrose en mésothérapie. En effet 4 autres études retrouvées sur la rhizarthrose et la mésothérapie traitent de cas pratiques. [1,2, 10,12]

CONCLUSION

Ce travail a permis d'évaluer la pratique des médecins inscrits à la SFM dans le traitement de la rhizarthrose en phase aiguë et chronique, grâce à un outil simple, un questionnaire anonyme en ligne.

Les médecins intègrent la mésothérapie dans une prise en charge globale associant la prise d'antalgiques et le port d'orthèse.

Les mélanges utilisés en phase aiguë sont assez consensuels, à savoir lidocaïne (ou autre anesthésique) + Piroxicam (ou autre AINS) + Calcitonine. En revanche en ce qui concerne la phase chronique, les résultats sont plus variés, les médecins utilisent volontiers le conjonctyl ainsi que des complexes anti radicalaires adaptés à la prise en charge d'une pathologie dégénérative en phase chronique. Il n'existe pas de recommandations concernant un mélange type et nous comprenons aisément que les molécules et mélanges sont adaptés à l'évolution clinique de chaque patient.

Les techniques d'injection en phase aiguë et chronique sont les mêmes, à savoir l'utilisation d'une technique mixte. L'IDP semble occuper une place plus importante en phase aiguë car permet de cibler l'action sur les zones douloureuses et inflammatoires.

Ainsi cette étude nous a permis de confirmer que la mésothérapie dans le traitement de la rhizarthrose est une thérapeutique utilisée par les médecins qui savent la pratiquer et qu'ils semblent largement satisfaits des résultats. Ces constatations sont en accord avec le peu d'études déjà réalisées à partir de cas cliniques et confirment le confort et l'efficacité de la technique.

Cette étude souhaite ainsi montrer l'intérêt de répandre cette utilisation dans le traitement de la rhizarthrose en phase aigüe et chronique et ouvre la voie à d'autres études comme l'intérêt de la mésothérapie en traitement d'entretien de la rhizarthrose.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Testuz F. Mésothérapie et rhizarthrose du pouce. Enquête descriptive sur 37cas. Mémoire dans le cadre du DIU de mésothérapie. Paris. 2006.

[2] Olonde J.F. Intérêt de la mésothérapie dans le traitement de l'arthrose digitale. A propos de cinq observations. Mémoire dans le cadre du DIU de mésothérapie. Paris. 2003.

[3] HAS: Evaluation des orthèses du membre supérieur. Janvier 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/rapport_ortheses_membre_superieur.pdf

[4] Wajon A, Ada L. No difference between two splint and exercise regimens for people with osteoarthritis of the thumb: a randomised controlled trial. Aust J Physiother 2005;51(4):245-9.

[5] Weiss S, LaStayo P, Mills A, Bramlet D. Prospective analysis of splinting the first carpometacarpal joint: an objective, subjective, and radiographic assessment. J Hand Ther 000;13(3):218-26.

[6] Rannou F, Dimet J, Boutron I, Baron G, Fayad F, Macé Y, et al. Splint for base-of-thumb osteoarthritis. A randomized trial. Ann Intern Med 2009;150(10):661-9.

[7] Recommandations 2008 de l'EULAR pour le traitement de l'arthrose digitale .

[8] Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. Osteoarthritis Cartilage 2008; 16:137- 62.

[9] Société Française de Mésothérapie

[10] Mésothérapie pratique par Michel Pistor. Masson.

[11] Salato P. Prise en charge de la rhizarthrose par mésothérapie. La revue de Mésothérapie.2016.

[12] Annelot G. Traitement de la douleur en médecine générale par la mésothérapie. A propos de 10cas. Mémoire dans le cadre du DIU de mésothérapie. 2003.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE DE MEMOIRE DE MESOTHERAPIE: PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA MESOTHERAPIE: EXEMPLE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA RHIZARTHROSE

Renseignements généraux, pour mieux vous

connaitre.....

1. Depuis combien d'années pratiquez-vous la mésothérapie?

- Moins de 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 11 et 20 ans
- Plus de 20 ans

2. En moyenne, combien d'actes de mésothérapie pratiquez-vous ?

- Moins d'un acte par semaine
- Entre 1 et 10 actes par semaine
- Plus de 10 actes par semaine

Votre pratique...

1. Pratiquez-vous la mésothérapie pour le traitement de la rhizarthrose?

- Oui
- Non

2. Si vous ne pratiquez jamais la mésothérapie dans cette indication, merci d'indiquer la raison

- Manque de recul sur l'efficacité
- Echec de la mésothérapie dans cette indication
- Risque infectieux au niveau des mains plus important
- Symptomatologie de rhizarthrose non rencontrée
- refus du patient
- Autres

Si vous ne pratiquez jamais la mésothérapie dans cette indication, le questionnaire s'arrête là. Merci.

3. Associez-vous la mésothérapie à d'autres thérapeutiques?

- Non
- Antalgiques
- Homéopathie, phytothérapie
- J'adresse à un spécialiste pour une infiltration de corticoïde
- Kinésithérapie
- Port d'une orthèse de pouce

4. Quel est le (ou les) mélange(s) (ou la molécule) de mésothérapie utilisez-vous pour le traitement de la rhizarthrose en phase aigüe ?

- Licodaine (ou autre anesthésique)
- Piroxicam (ou autre AINS)
- Calcitonine 100 UI
- Etamsylate (dicynone*)
- Thiocolchicoside
- Complexe poly-vitaminique (ex cernevit)
- Silicium (conjonctyl*)
- EQUisetum A.
- Autre :

La revue de Mésothérapie

5. Quelles(s) technique(s) d'injection utilisez-vous en mésothérapie traitement de la rhizarthrose en phase aigüe? Merci de cocher la ou les molécules utilisées.

- IED (Intra Epidermique) de Perrin
- IDS (Intra Dermique Superficielle) en nappage
- Point par point en IDP (Intra Dermique Profond)
- Autre :

6. Sur une échelle de 1 à 10, quel est en moyenne votre degré de satisfaction quant au résultat de ces séances de mésothérapie dans le traitement de la rhizarthrose en phase aigüe? (1 = insatisfait et 10 = très satisfait)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

7. Quel est le (ou les) mélange(s) (ou la molécule) de mésothérapie utilisez-vous pour le traitement de la rhizarthrose en phase chronique? Merci de cocher la ou les molécules utilisées.

- Lidocaine (ou autre anesthésique)
- Piroxicam (ou autre AINS)
- Calcitonine 100 UI
- Etamsylate (dicynone*)
- Thiocolchicoside

- Complexe poly-vitaminique (ex cernevit)
- Silicium (conjunctyl*)
- EQUISETUM A
- Autre :

8. Quelles(s) technique(s) d'injection utilisez-vous en mésothérapie traitement de la rhizarthrose en phase chronique?

- IED (Intra Epidermique) de Perrin
- IDS (Intra Dermique Superficielle) en nappage
- Point par point en IDP (Intra Dermique Profond)
- Autre :

9. Sur une échelle de 1 à 10, quel est en moyenne votre degré de satisfaction quant au résultat de ces séances de mésothérapie dans le traitement de la rhizarthrose en phase chronique? (1 = insatisfait et 10 = très satisfait)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

10. Pratiquez-vous un traitement de fond par séances de mésothérapie régulières?

- Non
- Tous les mois
- Tous les 2 mois