

TENDINOPATHIES ET MÉSOTHÉRAPIE



Denis Laurens

PRATIQUE LA MESOTHERAPIE depuis 1983 (formé par J. Le Coz)
 C.E.S. DE MEDECINE ET BIOLOGIE DU SPORT en 1985 à Cochin
 ATTACHE A L' INSEP depuis 1986
 SECRETAIRE GENERAL DE LA SFM de 1991 à 2002
 SECRETAIRE GENERAL DU COLLEGE DES MAITRES DE STAGE de 1991 à 1999
 PRESIDENT DE LA SFM depuis mars 2002

1 / Définition

La mésothérapie est une conception thérapeutique qui vise à rapprocher le lieu de la thérapeutique du lieu de la pathologie pour une plus grande efficacité. C'est une allopathie injectable par voies intradermique et sous-cutanée superficielle, loco-régionale, polyvalente et micro-dosée.

Elle a été conçue par le Docteur Michel Pistor en 1952 (1).

2 / Matériel

Préalable fondamental : Le matériel est à usage unique.

Deux pratiques sont possibles :

Pratique manuelle avec une seringue de 5 ou 10 cm³ selon les préférences du praticien.

Pratique assistée avec l'utilisation d'injecteurs

pneumatiques ou électroniques. Ils ont pour but de rendre les injections quasiment indolores et d'assurer une précision maximale.

Aiguilles : Diamètre : 0,29 mm,
Longueur : 4, 6 ou 10 mm
selon les pathologies à traiter.

Désinfection : Chlorhexidine.

3 / Médicaments

Préalable fondamental : **Jamais de dérivés cortisoniques.**

- AINS :

Le plus utilisé est le piroxicam car très facile à mélanger ; mais il n'a pas été démontré de différences significatives d'efficacité entre les divers AINS.

- Lidocaïne 1% et procaïne 2% :

Des études en cours dans le service de pharmacologie de la faculté de médecine Bordeaux II montrent que ces molécules permettent une meilleure diffusion des autres composants du mélange. Ils servent donc de vecteurs.

La lidocaïne ayant une action antalgique sera utilisée en pathologies aiguës et la procaïne en pathologies chroniques.

- Vasodilatateurs :

Ils ont un rôle fondamental de drainage des gaines tendineuses et d'amélioration de la circulation intra-tendineuse. On utilise essentiellement l'étamsylate, le buflomédil et la pentoxifylline.

- Calcitonine :

Très utilisée en mésothérapie, la calcitonine est indiquée dans les tendinopathies d'insertion, son action étant aussi bien centrale que locale (étude en cours à Bordeaux II avec de la calcitonine marquée au technétium 99).

la calcitonine de saumon 100 UI pour sa rapidité d'action et sa grande efficacité. Par ailleurs, les effets secondaires sont moindres que la calcitonine humaine.

- Myorelaxants:

On utilise essentiellement le thiocolchicoside car le diazépam de par son acidité est de manipulation délicate.

Produit à action trophique :

Dans les pathologies chroniques, on utilise un hydrosol polyvitaminé.

Dopage

Seule la lidocaïne peut poser problème, bien que les injections locales soient autorisées. Il est judicieux d'établir une *notification préalable* et de la remettre au sportif traité par mésothérapie dans les *trois jours précédant une compétition*.

4 / Techniques

Plusieurs techniques sont nécessaires à la réalisation d'une bonne mésothérapie. Elles demandent un *apprentissage rigoureux* et surtout une *pratique régulière* pour obtenir des résultats optimaux.

- Le point par point :

Ce sont des injections à 4 mm de profondeur appelées Intradermiques Profondes ciblées (IDPc). Elles se font en regard des insertions tendineuses ou du corps du tendon. On injecte dans la gaine mais jamais en intratendineux. La quantité injectée est de 0,1 cm³ par point.

- Le nappage :

Il consiste en de multiples injections très rapprochées entre 1 et 2 mm de profondeur appelées Intradermiques Superficielles ciblées (IDSc). La quantité injectée est d'une goutte par point.

Il se fait en regard du corps musculaire correspondant au tendon malade afin de drainer et de décontracter.

- La mésothérapie épidermique :

Ce sont des injections à moins d'1 mm dans l'épiderme appelées Intra-épidermiques ciblées (IEDc). Elle se pratique avec une aiguille de 13

mm que l'on applique parallèlement à la peau, biseau tourné vers le haut, réalisant des lignes tous les 2 cm.

Comme le nappage, elle se pratique en regard du corps musculaire afin de drainer et de décontracter.

C'est l'examen clinique qui déterminera laquelle de ces deux dernières techniques doit être appliquée.

5 / Mélanges

Préalable fondamental: Pour des raisons pharmacologiques *on ne mélangera jamais plus de trois médicaments*.

Chaque tendinopathie a ses propres caractéristiques et nécessite un traitement spécifique (2). Nous prendrons trois exemples pour illustrer ces différentes possibilités :

- Tendinopathies nodulaires

Phase aiguë :

Tendon:

AINS + étamsylate + pentoxifylline en IDPc

Corps musculaire : Myorelaxant + pentoxifylline en IEDc

Phase chronique :

Tendon:

Buflomédil + calcitonine 100 UI en IDPc

Corps musculaire : Procaïne 2% + pentoxifylline + HPB en IEDc

- Tendinopathie d'insertion

Tendon:

AINS + étamsylate + calcitonine en IDPc

Corps musculaire :

Myorelaxant + pentoxifylline en IEDc

- Jonction myotendineuse

Tendon :

AINS + étamsylate + ligroïne en IDPc

Corps musculaire : Myorelaxant + pentoxifylline en IEDc

6 / Rythme et nombre de séances

Les injections se font à une semaine d'intervalle et l'expérience montre que trois séances sont nécessaires mais pas forcément suffisantes à l'obtention d'un résultat satisfaisant : J1, J8, J15.

Selon l'ancienneté des lésions, l'âge du patient et le type de pathologie on pourra être amené à refaire une séance à J30 voir à J45. Cela dépendra également du résultat des traitements associés (kinésithérapie, podologie, ostéopathie). L'intervalle d'une semaine entre les premières séances est nécessaire à la bonne diffusion des médicaments utilisés et à la récupération de segment cutané traité.

7 / Effets secondaires

Ils sont rares et dépendent essentiellement de l'expérience du praticien.

- Hyperalgie

Elle survient dans les 24 premières heures. Elle est généralement liée à des doses injectées trop importantes.

- Hématomes

Ils prédominent à l'épaule et à la face interne des genoux et peuvent nécessiter la prise d'arnica per os.

- Nausées, flush

Ils sont secondaires à l'utilisation de la calcitonine mais sont bien moindres que lors des injections intramusculaires, en raison de la faible dose injectée.

- Allergies

Elles sont exceptionnelles et peuvent survenir avec les AINS ou la lidocaïne.

8 / Les résultats

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de la mésothérapie dans le traitement des tendinopathies.

- Fabbri et Laurens (3) en 1989 ont réalisé une étude sur 43 cas de tendinites du tenseur du fascia lata et ont obtenu 86% de bons et très bons résultats.

- Borg (4) en 2000 a présenté une étude sur 102 cas d'épicondylalgies avec une moyenne de 4 séances de mésothérapie et 79% de bons et très bons résultats.

- Belhocine et Oussedic (5) ont fait un suivi traumatologique par mésothérapie au Centre National de Médecine du Sport d'Alger de 1989 à 1999 sur 240 cas de tendinites (Achille, tendon rotulien, patte d'oie, péroniers latéraux). Ils ont obtenu des résultats satisfaisants dans 70 à 80% selon les tendinopathies.

- Laurens (6) a publié en 2001 le suivi traumatologique des perchistes de l'INSEP sur 2 ans. 9 cas de tendinopathies calcanéennes avec 7 guérisons en 3 séances et 2 échecs.

Un Collège de Mésothérapie en Traumatologie du Sport a été créé en 2001. Deux études multicentriques sont en cours sur la maladie pubienne et la ténosynovite du long biceps. Les résultats seront publiés fin 2003.

9 / Conclusions

La mésothérapie représente un traitement rapide, efficace, non toxique et reproductible. Son faible coût et l'amélioration sensible de la qualité de vie en font une thérapeutique de plus en plus pratiquée.

Elle s'intègre dans un ensemble thérapeutique avec la kinésithérapie, la podologie et l'ostéopathie. Elle doit être appliquée par des médecins expérimentés afin d'obtenir un résultat optimal et d'éviter les effets secondaires. ■

BIBLIOGRAPHIE

- (1) PISTOR M. - Mésothérapie pratique. Masson 1998,
- (2) BORG P.L. - Tendinopathies du genou. *Sport Med* novembre 2001 n°136 p27 à 29,
- (3) FABBRI Ph., LAURENS D. - Traitement du syndrome de la bandelette ilio-tibiale par mésothérapie. *Journée de médecine du sport, Entretiens de Bichat Paris* 1989 p26 à 30,
- (4) BORG P.L. - Epicondylalgies. À propos de 102 cas. *Sport Med* octobre 2000 n°125 p19 à 22,
- (5) BELHOCINE M., OUSSÉDIC E. - Dix années de mésothérapie en traumatologie du sport au CNMS d'Alger. *Sport Med* avril 2001 n°131 p12 à 14,
- (6) LAURENS D. - Suivi traumatologique des perchistes de l'INSEP de juillet 1998 à juillet 2000. *Sport Med* janvier 2001 128 p17 à 23.

« Un Collège de Mésothérapie en Traumatologie du Sport a été créé en 2001. Deux études multicentriques sont en cours sur la maladie pubienne et la ténosynovite du long biceps. Les résultats seront publiés fin 2003. »