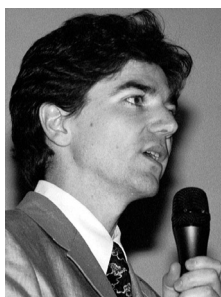


***ÉVALUATION DE LA MÉSOTHÉRAPIE
DANS LE TRAITEMENT DES ULCÈRES ARTÉRIELS ET VEINEUX
DANS LE CADRE D'UNE CONSULTATION HOSPITALIÈRE
DE CHIRURGIE VASCULAIRE
À PROPOS DE 13 CAS.***

**P. LECOMTE , J GALVEZ
(CHU de Rennes)**



P. Lecomte

« L'ulcère de jambe se définit comme une perte de substance cutanée chronique, sans tendance spontanée à la cicatrisation. Il ne s'agit pas d'une pathologie en soi, mais de la complication d'une maladie vasculaire sous-jacente,

souvent ancienne ou grave, qui règle le pronostic et la conduite thérapeutique. L'ulcère de jambe, très fréquent, est invalidant et à l'origine de très nombreuses hospitalisations. » [1]

Les ulcères peuvent être d'origine purement artérielle, veineuse ou mixte.

L'expérience de nos maîtres en mésothérapie montre que cette technique peut avoir sa place parmi ceux-ci. En effet, la mésothérapie permet de relancer la microcirculation locale et de faciliter le bourgeonnement de la plaie en apportant les médicaments classiques in situ. La mésothérapie peut aussi faciliter le drainage des tissus périphériques.

Nous avons pris en charge 13 patients qui présentaient des ulcères artériels, veineux ou mixtes en collaboration avec les praticiens du service de Chirurgie Vasculaire (CHU Rennes, Pr Kerdiles et Dr A. Cardon)

Tous les patients présentaient des ulcères

sévères, résistants aux traitements étiologiques et aux soins locaux classiques. La mésothérapie était proposée comme une alternative à l'amputation pour des patients en impasse thérapeutique.

Le but de ce travail était d'évaluer la place de la mésothérapie dans la prise en charge des ulcères sévères, en secteur hospitalier et en coopération avec des médecins non mésothérapeutes.

A. Epidémiologie

La prévalence ponctuelle des ulcères veineux dans les pays occidentaux est de 0,1 à 0,2%. On estime que 1% de la population présentera un ou plusieurs épisodes d'ulcère de jambe au cours de sa vie [2].

B. Artériopathie des membres inférieurs

1. Diagnostic clinique :

Classification de Leriche et Fontaine [3]

Stade 1 : stade infra clinique, abolition d'un pouls périphérique ou présence d'un souffle à l'examen des axes vasculaires

Stade 2 : Claudication intermittente

Stade 3 : Stade de la douleur en décubitus

Stade 4 : Stade des troubles trophiques

Il est classique de décrire ces 4 stades de l'artériopathie des membres inférieurs, cependant l'évolution se fait par poussées successives, ne respectant pas toujours cet ordre chronologique.

2. Le bilan paraclinique

Il repose sur l'examen doppler des membres inférieurs

Les artériographies sont invasives et ne sont réalisées que dans le cadre d'un bilan préopératoire.

Le bilan biologique et notamment lipidique est systématique.

3. Le bilan des facteurs de risque :

Antécédents familiaux, âge, tabac, HTA, excès alimentaires et dyslipidémies, race noire, obésité, sexe masculin, sédentarité, diabète.

C. Les Formes Cliniques

Les ulcères artériels

Ils représentent le stade évolué de l'artériopathie des membres inférieurs dans sa forme chronique et représentent 6 à 10 % des ulcères de jambe. Ils sont d'étendue et de profondeur variable.

Ils sont situés plus souvent sur la malléole externe, de petite taille, creusants et nécrotiques, aux contours réguliers et très douloureux.

Les ulcères veineux

Les ulcères veineux représentent 90 % des ulcères des membres inférieurs.

Situés plus souvent sur la malléole interne, ils sont volumineux, rouge ou jaunâtre, peu creusants, aux contours réguliers, ils sont associés à une dermite ocre, un œdème, des varices, une guêtre sclérodermiforme. Ils sont réputés non douloureux.

Les ulcères mixtes

Les ulcères mixtes sont une entité mal définie, l'insuffisance artérielle est présente chez 25 % des patients souffrant d'un ulcère de jambe veineux.

D. Matériel et méthode de notre étude

1. Population

Cette étude réalisée du 01/01/01 au 01/11/01 a concerné 13 patients, sélectionnés par les chirurgiens, présentant des ulcères de jambe de forme grave. Les patients ont été sélectionnés soit parce que tous les gestes chirurgicaux ont été effectués, mais les résultats étaient considérés insuffisants ; soit parce que le geste chirurgical présentait trop de risque.

Parmi ces 13 patients, 2 sont sortis de l'étude car des complications autres que les ulcères

ont entraîné leur transfert vers d'autres hôpitaux.

Le résultat du traitement par mésothérapie sera analysé pour 11 patients sur les 13 traités.

On retrouve dans notre population un nombre équilibré d'hommes (6/11) et de femmes (5/11). L'étiologie des ulcères est artérielle pour 5 patients, veineuse pure pour 1 patient et mixte pour 5 patients.

2. Le Protocole thérapeutique

Le protocole a été proposé par le Dr Yannick Huteau. Nous pouvons le définir comme suit :

Technique : Mésothérapie épidermique (Dr J.J. Perrin)

Les Produits utilisés :

Sur les grands axes vasculaires et la jambe
 FONZYLANE® (buflovedil)
 MESOCAINE® (lidocaïne)
 TORENTAL® (pentoxifylline) ou
 DICYNONE® (etamsylate) si œdème
 Sur la plaie en « piquetage fin »
 FONZYLANE® (buflovedil)
 MESOCAINE® (lidocaïne)
 HYDROSOL POLYVITAMINE BON®
 (Vitamines A, D3, E, B1, B2, PP, B6, C)

Le rythme des séances : 1 par semaine pendant 3 à 4 semaines puis tous les 15 jours puis toutes les 3 à 4 semaines

Les soins locaux étaient réalisés par les infirmières du service et par les infirmières à domicile.

ALGOSTERIL® et ADAPTIC® sur la zone ulcérée après un nettoyage soigneux à l'eau et la curette.

Il faut insister sur le fait qu'en dehors de soins locaux parfaitement réalisés et une contention veineuse efficace, il semble illusoire d'attendre un résultat bénéfique de la mésothérapie.

E. Evaluation de l'efficacité du traitement :

1. La mésothérapie permet-elle d'accélérer la cicatrisation ?
2. Sur quel paramètre de suivi clinique, la mésothérapie est-elle efficace ?
3. Influence de la nature artérielle, veineuse ou mixte sur les résultats du traitement ?
4. Influence de l'ancienneté de l'ulcère sur

la rapidité d'évolution ?

5. Influence des autres antécédents médicaux, en particulier le diabète ?

1. La mésothérapie permet-elle d'accélérer la cicatrisation ?

Le temps moyen de cicatrisation est de 4,7 mois chez les patients cicatrisés en fin d'étude (4 patients entre 0,5 mois et 9 mois)

2. Sur quel paramètre de suivi clinique, la mésothérapie est-elle efficace ?

La vitalité des berges : la mésothérapie intervient de façon constante et rapide sur ce paramètre (effet favorable au bout de 1,57 séances en moyenne)

Le bourgeonnement du fond de la plaie est obtenu de façon rapide et constante en 2,1 séances en moyenne.

La diminution de l'œdème est obtenue aussi rapidement (2 séances) mais de façon moins constante que les 2 précédents paramètres.

Le comblement et la cicatrisation sont obtenus, même dans des situations qui paraissent désespérées (avant amputation ou exérèse de tendons exposés).

3. Influence de la nature artérielle, veineuse ou mixte sur les résultats du traitement ?

La composante veineuse – surajoutée à la composante artérielle - dans les formes mixtes, n'est pas dans notre série un facteur de mauvais pronostic pour l'efficacité de la mésothérapie. Les résultats sont identiques entre les formes artérielles et mixtes (3 évolutions favorables et 2 échecs dans les 2 groupes).

4. Influence de l'ancienneté de l'ulcère sur la rapidité d'évolution ?

En dehors d'un cas historique d'ulcère veineux d'origine congénitale, vieux de 44 ans, et résistant à toute chirurgie, nos patients présentent des plaies depuis 1 mois à 4 ans avec une moyenne de 8,8 mois.

Plus la plaie est récente plus la mésothérapie est rapidement efficace. Cependant des ulcères très anciens et résistants aux

traitements chirurgicaux peuvent évoluer grâce à la mésothérapie (lésions les plus anciennes : ulcère mixte 4 ans d'évolution, ulcère veineux 44 ans d'évolution).

5. Influence des autres antécédents médicaux, en particulier le diabète ?

Les antécédents associés et surtout le diabète ne constituent pas dans notre série un facteur de mauvais pronostic pour la mésothérapie . En effet, la mésothérapie s'avère très efficace chez tous les patients diabétiques traités, évitant même l'amputation chez certains.

E. Discussion

Les publications récentes dans le domaine de la chirurgie vasculaire nous apportent des éléments de réflexion.

Ainsi Treiman et al. ont revu 59 patients porteurs d'ulcères mixtes et traités entre 1995 et 2000. Le traitement étiologique permet la guérison dans 58 % des cas mais dans des délais toujours longs (7,9 mois en moyenne). Les ulcères ne cicatrisent pas dans 31 % des cas et dans 12 % des cas on a recours à une amputation secondaire. Deux facteurs de mauvais pronostic se distinguent, il s'agit de l'existence d'une thrombose veineuse profonde et de la sténose du pontage. D'autres facteurs ont été examinés, mais ils n'ont pas de valeur pronostique sur l'évolution de l'ulcère : indice de pression systolique, reflux veineux profond, localisation de l'ulcère, ancienneté de l'ulcère, existence d'une thrombose veineuse superficielle, d'une insuffisance rénale, d'un reflux veineux superficielle, d'une HTA, du sexe (féminin), infection, tabagisme, insuffisance artérielle post opératoire, diabète, âge > 69 ans, gangrène. (12)

Nos impressions cliniques après l'analyse de notre série sont confirmées par cette étude, qui ne retrouve pas de différence entre les patients cicatrisés et les patients non cicatrisés sur tous les facteurs précités sauf la thrombose veineuse profonde et la sténose du pontage.

F. Conclusion

Quant à l'évolutivité des plaies, notre population représente un échantillon trop

faible pour présenter des résultats statistiques fiables, cependant dans cette population, la cicatrisation est obtenue après 4,7 mois en moyenne à partir du premier jour de prise en charge en mésothérapie. Pourtant nos patients ont été sélectionnés dans une population de sujets ayant résisté au traitement chirurgical.

Treiman insiste sur l'importance que nous devons accorder aux techniques alternatives à l'amputation, notamment pour prévenir le risque de chronicité et de surinfection . [4]

Il semble donc que dans la majorité des cas , la mésothérapie peut apporter un bénéfice au patient. Dans les revascularisations efficaces, la mésothérapie peut diminuer le temps de cicatrisation. Dans les cas de retard de cicatrisation, la mésothérapie permet probablement d'éviter certaines amputations secondaires.

Bibliographie

[1] collège des enseignants de dermatologie vénérologie de France, cours de 2 ème cycle des études médicales », Ann. Dermatol. Vénérol. 2000 ; 127 (HS1) : 200p

[2] Ramelet A.A., Monti M. Phlébologie. Abrégé Masson, 4 ème édition 1999.

[3] Rouffy J. et Natali J. .Artériopathies athéromateuses des membres inférieurs. Masson ed. 1989

[4] Treiman et al. Management of ischemic heel ulceration and gangrene : an evaluation of factors associated with successfull healing. Vasc. Surg. 2000 Jun 31(6) :1110-8.

