

LA REVUE DE
MÉSOTHÉRAPIE

PUBLICATION OFFICIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE

www.sfmestherapie.com

LA LETTRE DU PRESIDENT DE LA SFM Dr Denis Laurens	p. 3
PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE PAR MÉSOTHÉRAPIE: ÉTUDE RÉALISÉE À PROPOS DE HUIS CAS. Dr Nathalie Fontaine	p. 4
EVALUATION DE LA MESOTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DES DOIGTS A RESSAUT Dr Inès Afia	p. 11
COCCYGODYNIES CHRONIQUES DU POST PARTUM & PLACE DE LA MESOTHERAPIE Dr El Mokhtari – Assarini Majida,	p. 16
PRATIQUE DES MEDECINS MESOTHERAPEUTES DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA RHIZARTHROSE Dr Julie EMONT , Dr Shirley ROY	p. 20
DE L'INTÉRÊT DE LA COMBINAISON «ACIDE HYALURONIQUE + PLASMA RICHE EN PLAQUETTES» EN MÉSOTHÉRAPIE ESTHÉTIQUE Dr Patrick Micheels, Dr Stéphane Saint-Hillier	p. 27
NOTES DE LECTURE ET PETITES ANNONCES	p. 32
DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE MESOTHERAPIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018	p. 33
13 ^{ÈME} CONGRÈS NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE - 18 ET 19 NOVEMBRE 2017 - PARIS	p. 34

N° 159

Septembre 2017

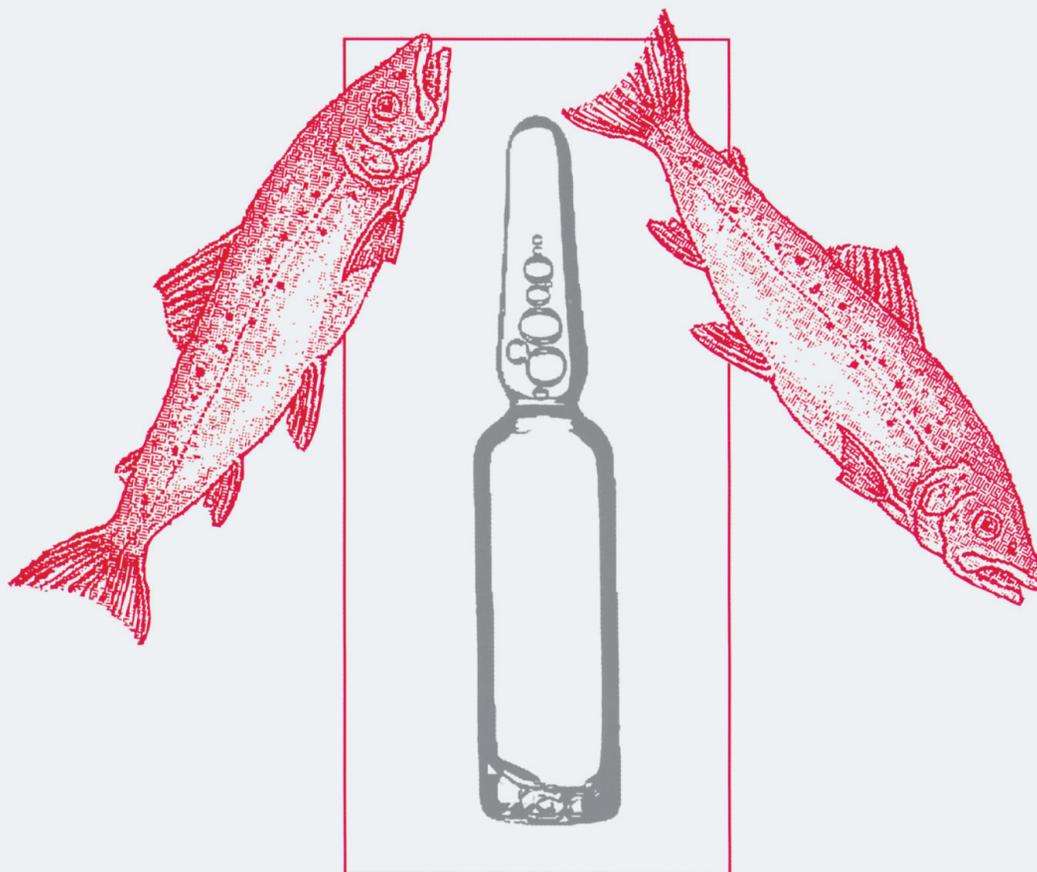
Calcitonine Pharmy II

CALCITONINE DE SAUMON DE SYNTHÈSE

50 UI & 100 UI

Boîtes de 5 ampoules prêtes à l'emploi

La Calcitonine la moins chère du marché



CALCITONINE PHARMY II 100 U.I./1 ml, solution injectable. **CALCITONINE PHARMY II 50 U.I.**, solution injectable. **COMPOSITION** Calcitonine de saumon 50 U.I. et 100 U.I. pour une ampoule de 1ml. **DONNEES CLINIQUES Indications thérapeutiques** : La calcitonine est indiquée dans : - Prévention de la perte osseuse aiguë liée à une immobilisation soudaine, notamment chez les patients avec des fractures ostéoporotiques récentes. - Maladie de Paget. - Hypercalcémie d'origine maligne. **Posologie et mode d'administration** : Par voie sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse chez les personnes âgées de 18 ans ou plus. La calcitonine de saumon peut être administrée au coucher afin de réduire l'incidence des nausées ou des vomissements qui pourraient se produire, en particulier au début du traitement. Prévention de la perte osseuse aiguë La posologie recommandée est de 100 U.I. par jour ou 50 U.I. deux fois par jour pendant 2 à 4 semaines, en administration sous-cutanée ou intramusculaire. La dose peut être réduite à 50 U.I. par jour au début de la remobilisation. Le traitement sera poursuivi jusqu'à ce que le patient soit complètement mobile. Maladie de Paget La posologie recommandée est de 100 U.I. par jour, administré par voie sous-cutanée ou intramusculaire ; toutefois, un schéma posologique minimal de 50 U.I. trois fois par semaine a apporté une amélioration clinique et biochimique. La posologie doit être adaptée aux besoins de chaque patient. La durée du traitement dépend de l'indication traitée et de la réponse du patient. L'effet de la calcitonine peut être suivi par la mesure de marqueurs appropriés du remodelage osseux tels que les phosphatases alcalines sériques ou l'hydroxyproline et la déoxyypyridine urinaires. La posologie pourra être réduite après amélioration de l'état du patient. **Hypercalcémie d'origine maligne** La dose de départ recommandée est de 100 U.I. toutes les 6 à 8 heures, par injection sous-cutanée ou intramusculaire. De plus, après une réhydratation préalable, la calcitonine de saumon peut être administrée par voie intraveineuse. Si la réponse n'est pas satisfaisante après un ou deux jours, la dose peut être augmentée jusqu'à un maximum de 400 U.I. toutes les 6 à 8 heures. Dans les cas sévères ou d'urgence, une perfusion intraveineuse avec au maximum 10 U.I./kg de poids corporel dans 500 ml de solution de chlorure de sodium à 0,9 % p/v peut être administrée sur une période couvrant au moins 6 heures. **Utilisation chez le sujet âgé et en cas d'insuffisance hépatique ou rénale** L'expérience dont on dispose sur l'utilisation de la calcitonine chez le sujet âgé n'a pas mis en évidence de diminution de la tolérance ni la nécessité de modifier les doses chez ces patients. Il en est de même chez les patients présentant une insuffisance hépatique. La clairance métabolique est beaucoup plus faible chez les patients souffrant d'insuffisance rénale terminale que chez les sujets sains. La pertinence clinique de cette observation n'est toutefois pas connue. **Contre-indications** : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. La calcitonine est également contre-indiquée chez les patients souffrant d'hypocalcémie. **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi** : La calcitonine de saumon étant un peptide, il existe une possibilité de réactions allergiques systémiques, de réactions de type allergique, notamment des cas isolés de choc anaphylactiques, ont été rapportés chez des patients traités par la calcitonine. Ces réactions sont à distinguer des bouffées vasomotrices locales ou généralisées, qui sont des effets non allergiques fréquents de la calcitonine. Des tests cutanés devront être réalisés chez les patients présentant une sensibilité suspectée à la calcitonine de saumon avant de débiter le traitement par la calcitonine. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions*** : Il faut agir avec prudence chez les patients recevant un traitement concomitant par les digitaliques ou les inhibiteurs calciques. L'utilisation de calcitonine en association avec les bisphosphonates peut résulter en un effet hypocalcémiant additif. **Grossesse et allaitement*** : La calcitonine n'a pas été étudiée chez la femme enceinte. La calcitonine ne sera utilisée pendant la grossesse que si le médecin juge le traitement nécessaire. Le passage de la substance dans le lait maternel n'est pas connu. En conséquence, l'allaitement n'est pas recommandé pendant le traitement. **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines*** : Les patients doivent être prévenus de la possibilité de survenue de sensations vertigineuses transitoires ; auxquels cas ils ne devront pas conduire ou utiliser des machines. **Effets indésirables*** : - Troubles gastrointestinaux - Troubles vasculaires - Troubles généraux et liés au site d'administration - Troubles cutanés et des tissus sous-cutanés - Troubles du système nerveux - Troubles rénaux et urinaires - Troubles du métabolisme et de la nutrition - Troubles du système immunitaire. **Surdosage*** : En cas de survenue de tels symptômes de surdosage, un traitement symptomatique sera entrepris. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES* Propriétés pharmacodynamiques* Propriétés pharmacocinétiques* Données de sécurité précliniques* DONNEES PHARMACEUTIQUES* Précautions particulières de conservation** A conserver au réfrigérateur (entre +2°C et +8°C). Laboratoires PHARMY II 26, rue des Gaudines 78100 SAINT-GERMAIN-EN-LAYE AMM : 100 U.I. 5 Amp : 347 644 - 7 (22,49) - 50 U.I. 5 Amp : 347 643 - 0 (13,75). LISTE II - Sec Soc 35%. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** : juillet 2004. * Pour une information plus complète se reporter au dictionnaire VIDAL.

LA LETTRE DU PRÉSIDENT



Denis Laurens

Dans les prochains jours vous allez recevoir par la poste les documents nécessaires à l'élection du Conseil d'Administration de notre société: lettre explicative, bulletin de vote et enveloppes de vote et d'expédition.

J'ai décidé de ne pas me représenter, car après 15 ans de présidence de la SFM et 10 ans comme secrétaire général, je pense qu'il est temps de laisser la place, des raisons familiales confortent également cette décision.

Je tiens à remercier les membres des différents CA que j'ai présidé pour tout le travail qu'ils ont accompli, pour leur soutien indéfectible et leur aide si précieuse.

Un grand merci également à notre secrétaire Marina pour l'efficacité et la qualité de son travail pour la SFM.

Je continuerai à aider du mieux que je le pourrai le nouveau CA et son président et surtout je leur souhaite bonne chance.

Vous trouverez dans cette revue le programme complet et le bordereau d'inscription de notre 13^{ème} congrès qui aura lieu à la faculté Pitié Salpêtrière les 18 et 19 novembre. Ce congrès est agréé DPC par l'ANDPC. Si vous voulez bénéficier de l'indemnisation de 585€, il est urgent de vous inscrire en renvoyant le bordereau et en allant sur le site du GEMA, notre partenaire de FMC: www.gema-fm.fr/

Car le budget de l'ANDPC risque d'être clôturé dans les prochaines semaines.

Comme je vous l'annonçais dans la dernière revue les CERM Nord Pas de Calais, Champagne, Alsace Lorraine et Ile de France organisent en partenariat avec le GEMA, une FMC validée par l'ANDPC, du 9 au 18 mars 2018 à l'Ile Maurice à l'hôtel Luxe Bellemare 5 étoiles.

Le thème sera: Actualités des traitements des pathologies articulaires douloureuses micro-traumatiques, soit un enseignement de 21 heures indemnisées 945€. Le voyage et le séjour sont totalement défiscalisables. Le prix est de 2600€ par personne en chambre double et 3600€ en single tout compris (vol, transfert, hôtel en demi-pension) Le nombre de places est limité à 48 par l'ANDPC. Vous pouvez vous pré inscrire dès à présent auprès d'un des 4 présidents de CERM:

Olivier Stien (Cerm Nord Pas de Calais): olivier.stien@wanadoo.fr

Christophe Danhiez (Cerm Champagne): christophe.danhiez@wanadoo.fr

Jean-Marc Piumi (Cerm Alsace Lorraine): dr.jm.piumi@gmail.com

Philippe Salato (Cerm Ile de France): psalato@aol.com

Je vous donne rendez-vous les 18 et 19 novembre pour notre 13^{ème} Congrès National

Denis laurens

PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE PAR MÉSOTHÉRAPIE: ÉTUDE RÉALISÉE À PROPOS DE HUIS CAS.

DR NATHALIE FONTAINE

INTRODUCTION

DÉFINITION

Le syndrome de l'intestin irritable (SII) est un trouble fonctionnel multifactoriel, complexe, chronique, de sévérité variable, se caractérisant par des douleurs abdominales, une sensation de ballonnement ou de distension abdominale, une modification de la fréquence et de la consistance des selles. Les critères de Rome IV précisent cette définition: la douleur doit être présente au moins un jour par semaine dans les trois derniers mois, associée à au moins deux des points suivants:

-douleurs améliorées avec la défécation/ l'émission de gaz

-début associé avec une modification

*de la fréquence des selles

*de la consistance des selles

Plusieurs sous-types de SII peuvent être retrouvés: Constipé, Diarrhées, Mixte ou Non classé (Lacy *et al.*, 2016)

ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence du SII dans la population générale est d'environ 15 %. Le sex ratio (femme/homme) est de 2 pour 1. Les premiers symptômes apparaissent le plus souvent avant l'âge de 35 ans pour environ la moitié des personnes. De plus, des études ont montré que les patients ayant des antécédents familiaux de SII présentent un risque accru de développer la maladie. Il n'est pas clair si l'influence des antécédents familiaux sur le risque de SII est liée aux gènes, à des facteurs communs dans l'environnement d'une famille voire les deux.

DIAGNOSTIC DES TFI

Les douleurs abdominales chroniques posent au clinicien un problème diagnostique complexe. Devant un patient présentant des douleurs abdominales chroniques, avec anomalies du rythme et /ou de la consistance des selles, il convient toujours d'éliminer une pathologie digestive organique, le diagnostic de TFI étant toujours un diagnostic d'élimination. Ceci étant, les critères diagnostics de Manning ont été validés (Cayley *et al.*, 2005). Ils permettent le diagnostic positif de TFI dès lors qu'ils sont présents pour trois d'entre eux (sensibilité 66-90%, spécificité: 61-93%)

Critères de Manning:

Douleurs abdominales:

A type de contraction, parfois de tension intolérable ; elles siègent habituellement au niveau des fosses iliaques gauche (parfois droite), ou le long du cadre

colique, diffuses, parfois migratrices. Elles peuvent également irradier vers le rachis lombaire, ou encore être décrites, en barre dans la région ombilicale ou péri-ombilicale. Elles surviennent habituellement en période post-prandiale mais peuvent-être aussi matinales (douleur réveil-matin), rarement nocturnes. Elles évoluent pendant un temps variable, de quelques heures à quelques jours. Elles sont augmentées par les repas copieux, le stress, l'anxiété, la fatigue physique et améliorées par la détente, le repos et les vacances.

Douleurs soulagées par la défécation, l'émission de gaz

Les ballonnements intestinaux sont très fréquents au cours de la colopathie. Ils peuvent être généralisés à tout l'abdomen, ou localisés à un angle colique, allant de la simple gêne post-prandiale à une distension douloureuse très violente souvent renforcée par une sensation d'angoisse.

Selles plus fréquentes, avec douleurs

Selles peu moulées, avec douleurs

La constipation plus ou moins douloureuse, peut-être entrecoupée de débâcles de fausses diarrhées spontanées (hypersécrétion réactionnelle à la stase fécale) ou de débâcles après la prise de laxatifs. Les diarrhées sont d'allure hypoélectrolytiques indolores à prédominance matinale ou post prandiale, avec parfois incontinence ou diarrhées motrices.

Mucus dans les selles

Sensation d'évacuation incomplète après une selle

PHYSIOPATHOLOGIE

La physiopathologie des TFI est complexe, incomplètement appréhendée, expliquant en partie les différents tableaux cliniques, même atypiques

LES DOULEURS:

- Par dysfonction des communications entre les systèmes nerveux centrale (SNC) et le système nerveux entérique ou "axe cerveau-intestin"

L'axe «cerveau-intestin» désigne l'ensemble des voies nerveuses qui relient le plexus myentérique (véritable «cerveau intestinal») et le SNC. Près de 80% de ces neurones sont des neurones sensitifs et les voies afférentes qui transmettent les informations du tractus digestif vers le SNC jouent un rôle important dans la régulation physiologique des fonctions digestives ainsi que dans certains états pathologiques dont les TFI.

Les causes de l'hypersensibilité viscérale (retrouvée chez au moins 60% des patients) qui caractérise les TFI

ont été rattachées à des anomalies observées au niveau des différents segments nerveux qui constituent l'axe cerveau intestin.

Les patients porteurs de ce type de pathologie présentent fréquemment une hypersensibilité viscérale qui se traduit par une perception accrue et pénible des phénomènes physiologiques normaux.

- Références:

La douleur référée est l'expression d'un trouble fonctionnel, témoin d'une souffrance viscérale au sens large. Elle emprunte les voies de conduction nerveuse sans que celles-ci soient pour autant le siège d'une pathologie propre. La douleur référée s'explique par la convergence sur les neurones spino-thalamiques d'informations provenant de la peau, des muscles, des tendons, des ligaments ou des viscères. Un même segment médullaire reçoit des informations de la peau et des viscères. Ainsi, l'information viscérale sera «faussement» interprétée comme provenant du dermatome correspondant (Estève-Lopez *et al.*)

LES TROUBLES DE LA MOTRICITÉ DIGESTIVE

Des troubles moteurs ont été décrits au niveau de l'intestin grêle et du côlon. Au niveau de l'intestin grêle, ils concernent à la fois la motricité inter-digestive et post-prandiale. Dans le côlon, ils s'observent surtout après la prise d'un repas (réponse motrice colique à l'alimentation diminuée). Cependant, un tiers des patients souffrant de TFI n'ont aucune perturbation de la motricité intestinale.

Cette physiopathologie complexe et encore non totalement connue explique que les thérapeutiques proposées à ces patients soient souvent symptomatiques avec une efficacité médiocre. Le traitement repose donc sur la prescription:

- d'antispasmodiques, antidiarrhéiques, régulateurs du transit, probiotiques...

- de règles hygiéno-diététiques: alimentation équilibrée et supplémentation en fibres alimentaires (son), boisson abondante, activité physique régulière...

Face à ces difficultés à prendre en charge les patients souffrant de TFI, il nous a paru pertinent de préciser la place de la mésothérapie dans la prise en charge du SII.

LE STRESS

Le stress, notion introduite par Hans Selye, a été clairement identifié comme facteur de risque de développer des troubles fonctionnels intestinaux (TFI) avec une plus grande vulnérabilité chez les patients présentant des modifications psychologiques à type de troubles anxio-dépressifs, troubles de la personnalité de type obsessionnel. Le stress se manifeste alors par un état de tension intérieure avec manifestations cliniques psychiques, physiques et tensions musculaires et/ou viscérales (Bonet *et al.*, 2008).

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Ce travail a pour but d'évaluer l'effet de la mésothérapie chez 8 patients présentant tous des troubles fonctionnels intestinaux.

Le diagnostic a été posé de façon certaine, avec des facteurs déclenchant de crises bien identifiés mais fluctuants d'un patient à l'autre. Ces patients étaient tous insuffisamment soulagés par les moyens conventionnels qu'il s'agisse de moyens pharmacologiques, de médecine adjuvantes (principalement l'ostéopathie, l'hypnose, l'acupuncture, la prise en charge par psychologie cognitivo-comportementale) voire pour une patiente le recours à un magnétiseur.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

CRITÈRES D'INCLUSION

Seuls les patients dont le diagnostic de TFI avait été posé de façon certaine par des médecins hépato-gastro-entérologues après examen clinique soigneux, examens complémentaires biologiques et endoscopiques normaux ont été inclus. Ces patients étaient insuffisamment soulagés par les thérapeutiques conventionnelles justifiant leur prise en charge par mésothérapie. Ont été retenus des patients dont la douleur était présente au moins un jour par semaine dans les trois derniers mois associée à au moins deux des points suivants:

-douleurs améliorées avec la défécation / l'émission de gaz

-début associé avec une modification

*de la fréquence des selles

*de la consistance des selles

En l'absence de toute pathologie organique intestinale.

CRITÈRES D'EXCLUSION

Les sujets qui souffrent d'une autre pathologie gastro-intestinale organique.

Les sujets qui utilisent une thérapeutique concomitante aux injections allopathiques par mésothérapie (médicaments, psychothérapie cognitive et comportementale, hypnose, acupuncture, ostéopathie...)

Les sujets qui présentent une pathologie neurologique avec troubles cognitifs et les patients atteints d'une pathologie psychiatrique

CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Le critère de jugement principal étudié est la douleur abdominale quantifiée et évaluée à l'aide de l'Echelle Visuelle Analogique (EVA): douleur légère (0 à 3); douleur modérée à intense (4 à 7); douleur très intense (8 à 10)

CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES

Quatre critères de jugement secondaires, correspondant aux autres symptômes les plus fréquemment rencontrés chez les patients se plaignant de TFI ont été retenus:

- Symptômes moteurs (constipation, diarrhée, sensation d'évacuation incomplète après une selle): amélioration nulle, faible, moyenne, satisfaisante.

- Symptômes gazeux (ballonnement, sensation de distension abdominale) amélioration nulle, faible, moyenne, satisfaisante.

- Retentissement sur la qualité de vie (plan socio-professionnel): retentissement faible, modéré, important,

invalidant.

- Retentissement sur le stress (échelle de stress définie par l'échelle ADP du Dr D. Mrejen): score entre 0 et 10 (0 absence de stress-10: stress maximal)

POPULATION ET MATÉRIELS POUR LA RÉALISATION DES SÉANCES DE MÉSOTHÉRAPIE

Population

Cinq patients étaient originaires d'Amiens et trois de Senlis.

N°1: Femme de 33 ans, infirmière. La patiente souffre de TFI depuis 10 ans. Les thérapeutiques à type d'antalgiques de palier 1, 2 et 3; de phloroglucinol, de diosmectite, de métopimazine ainsi...que le recours à un magnétiseur ont été faiblement efficaces sur sa symptomatologie digestive. La patiente avait exclu de son alimentation le lactose et avait identifié le lait et le stress comme facteurs déclenchant ses douleurs abdominales qui étaient retrouvées à une fréquence hebdomadaire avec un retentissement important sur sa vie socio-professionnelle.

N°2: Femme de 57 ans, hôtesse de caisse. La patiente se dit stressée (échelle de Mrejen 6) Elle souffre de TFI depuis 20 ans. L'efficacité des antalgiques de palier 1, le phloroglucinol, la mébévérine, l'actapulgite et l'ostéopathie a été globalement nulle. La patiente avait exclu de son alimentation les fibres. Les épisodes de TFI étaient retrouvés toutes les semaines et le retentissement socio-professionnel de ces derniers était modéré.

N°3: Femme de 24 ans, étudiante en droit. La patiente se dit stressée (échelle de Mrejen 7) Elle souffre de TFI depuis 6 à 8 mois. L'efficacité des traitements par phloroglucinol, trimébutine, magnésium, laxatifs osmotiques et par l'ostéopathie a été globalement nulle. La patiente avait un régime végétarien. Elle avait identifié le stress comme un facteur déclenchant de ses TFI avec une symptomatologie de ces derniers quotidienne et un retentissement sur sa vie socio-professionnelle important.

N°4: Homme de 44 ans, cadre supérieur, se dit stressé (échelle de Mrejen 8). Le patient présente des TFI depuis 3 ans. L'efficacité des traitements par antalgiques de palier 1 et 2, phloroglucinol, trimébutine et par l'ostéopathie a été globalement nulle. Le patient avait exclu de son alimentation le gluten et le lactose, ayant identifié ces derniers et les repas copieux comme des facteurs déclenchant ses troubles digestifs. Le patient évoquait un retentissement socio-professionnel invalidant et ses troubles digestifs étaient quotidiens.

N°5: Homme de 53 ans, sans emploi. Le patient présentait des TFI depuis environ 15 ans. Ce patient était, de plus, diabétique avec des complications neurologiques à type de neuropathie. Les traitements par phloroglucinol, mébévérine et diosmectite avaient été globalement de faible efficacité. Aucun facteur déclenchant les TFI n'avait été identifié mais le patient relatait un retentissement social important de sa symptomatologie avec des

troubles quotidiens.

N°6: Femme de 24 ans, professeur des écoles. Cette patiente souffre de TFI depuis 1 an. L'efficacité des traitements par antalgiques de palier 1 et 3, phloroglucinol, Amitriptyline, IPP et probiotiques a été globalement nulle. La patiente avait exclu de son alimentation le lactose. Le stress était le facteur déclenchant clairement identifié à ses troubles qui étaient hebdomadaires avec un retentissement socio-professionnel invalidant

N°7: Femme de 69 ans, retraitée. La patiente souffrait de TFI «depuis toujours»... et ne se souvient pas des traitements antalgiques déjà initiés...Elle peut seulement préciser que l'ostéopathie, l'acupuncture et l'hypnose ont eu une efficacité globalement nulle sur sa symptomatologie. Seuls les repas copieux comme facteur déclenchant avaient été identifiés et cette patiente évaluait le retentissement de sa symptomatologie hebdomadaire sur sa vie sociale comme important avec des troubles hebdomadaires.

N°8: Femme de 36 ans: se dit stressée (échelle de Mrejen 9). La patiente présente des TFI depuis 10 à 12 mois. L'efficacité des traitements par phloroglucinol, trimébutine, mébévérine, diosmectite, laxatifs osmotiques et stimulants, magnésium et thérapie cognitivo-comportementale était globalement nulle. La patiente avait auto-exclu de son alimentation le gluten. Les seuls facteurs déclenchants identifiés étaient le stress et la patiente évoquait un retentissement socio-professionnel invalidant, compte-tenu du fait que ses troubles digestifs étaient quotidiens.

Pour la réalisation des séances de mésothérapie

- plateaux de préparation
- haricots pour jeter les ampoules et le matériel coupant
- collecteur d'aiguilles
- seringues de 10ml
- aiguilles de prélèvements des médicaments à injecter et aiguilles de mésothérapie: 4mm X 0,29mm pour le nappage et 13mm X 0,29mm pour les injections en DHD et en IED.
- gants non stériles
- matériels pour désinfection cutanée : compresses non stériles et Biseptine
- produits utilisés pour injections: Lidocaïne 1%, Pidolate de magnésium, Phloroglucinol, Amitriptyline.

MÉTHODES

Mélange principal

Lidocaïne 1% : 2cc
Pidolate de magnésium : 2cc
Phloroglucinol : 2cc

Zones et techniques d'application:

- Point par point DHD: 6 points plexus primaire (sous appendice xyphoïde, sus-ombilical, au milieu des deux, sous ombilical, sus-pubien, entre les deux)
- Epidermique IED ou nappage IDS: cadre colique

Rythme des séances:

J1, J8, J14, J28 et à la demande en fonction de l'évolution (Bonnet *et al'*, 2008) pour 3 patients, J1, J8, J14,

J21, J35 pour 1 patient; J1, J14, J35 pour 1 patient; J1, J8, J14, J35 pour 1 patient; J1, J8, J14, J21, J28, J35 pour 1 patient et J1, J8 et J14 pour 1 patient.

Mélange pour la réalisation du Mésostress

Lidocaïne 1%: 2cc

Pidolate de magnésium: 2cc

Amitriptyline: 1cc

Zones et techniques d'application:

Plexus solaire, 4^e espace intercostal, partie médiane du faisceau superficiel du sternocléidomastoïdien, articulation temporo-mandibulaire, angle interne du sourcil, zone temporale, droite et gauche, 3 points sur le triangle occipital, 3 points sur le triangle médio crânien.

Epidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathies. Point par point IDP sur point douloureux.

Rythme des séances:

J1, J8, J14, J21, J28, J35 en fonction de l'évolution sans forcément que les patients aient suivi les recommandations édictées quant au rythme recommandé des séances à pratiquer. (Bonet *et al.*, 2008)

Le rythme des séances a été le même que celui réalisé pour les injections du mélange principal

Les séances de mésothérapie doivent s'inscrire dans une prise en charge globale du patient notamment le respect de règles hygiéno-diététiques (activité sportive, bonne hydratation, régime alimentaire équilibré et diversifié, pauvre en FODMAP ((hydrates de carbone à chaînes courtes fermentables, oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols), consommation d'alcool modérée, éviction du tabac.

Nous avons rempli une fiche lors de la première consultation mentionnant: sexe, âge, antécédents, début des symptômes, thérapeutiques déjà utilisées, facteurs déclenchant la douleur, fréquence des épisodes, retentissement socio-professionnel, douleurs abdominales, symptômes moteurs et gazeux, évaluation du stress. Au cours des séances suivantes, les symptômes ont été à chaque fois réévalués ainsi que les critères de jugement principal et secondaires avant les injections et les résultats ont été retranscrits sur la même fiche patient.

IV RESULTATS / V DISCUSSION

Au total, 8 patients âgés de 24 à 69 ans ont été sélectionnés. Le nombre de patients n'a pas été plus important en raison des critères de sélection stricts que nous avons retenus pour notre étude.

Sexe: Parmi ces 8 patients, on retrouvait 6 femmes et 2 hommes.

Âge: Les troubles ayant débuté entre l'âge de 23 et de 41 ans. Seule une patiente n'a pu préciser l'anamnèse des faits et se disait atteinte de TFI depuis «toujours»... Ces résultats indiquent une forte prédominance dans la population féminine. Ceci est en corrélation avec de nombreuses études épidémiologiques qui s'accordent à dire que ces troubles sont deux fois plus fréquents chez la femme que chez l'homme avec une prévalence d'environ 15%. (En France, plus de 9 millions de personnes souffriraient de troubles fonctionnels intestinaux). Le

syndrome de l'intestin irritable s'observe à tous les âges de la vie y compris chez le jeune enfant mais le plus souvent, la symptomatologie débute entre 20 et 60 ans.

Enjeux sociaux et économiques: Le SII représente 50% des consultations en gastro-entérologie avec un retentissement économique certain (absentéisme, examens complémentaires, médicaments). Il constitue donc, en dépit de sa bénignité, un véritable problème de santé publique.

Prise en charge Pharmacologique: Parmi les 8 patients inclus dans notre étude, 7 avaient bénéficié des thérapeutiques recommandées dans la prise en charge des TFI, à savoir des médicaments visant à soulager les douleurs abdominales et à améliorer les troubles du transit essentiellement. Trois patients seulement retrouvaient une efficacité faible de ces dernières et pire encore, 5 d'entre eux disaient que les traitements prescrits avaient une efficacité nulle avec plutôt, *à priori* une bonne observance thérapeutique. Les résultats de notre étude corrélaient les données de la littérature, en particulier ceux obtenus dans une méta-analyse de la Task Force nord-américaine (Ford *et al.*, 2014) retrouvant une efficacité modeste des antispasmodiques (en précisant que certaines options thérapeutiques disponibles en France mais pas aux USA (phloroglucinol notamment) n'ont pas été évaluées. Les options thérapeutiques pharmacologiques actuelles ne permettent donc pas de soulager efficacement les malades.

Régime alimentaire: Concernant les facteurs déclenchant les crises, ils étaient assez bien identifiés par les patients avec une hétérogénéité importante. Le lait étant retrouvé chez 2 patients, le gluten pour 1 patient, les fibres pour 1 patient, les repas copieux pour 2 patients et le stress pour 4. Seul 1 patient n'avait pu identifier de facteur déclenchant sa symptomatologie. De plus, les règles hygiéno-diététiques adjuvantes recommandées ont été peu suivies. Certains patients déséquilibrant totalement leur régime alimentaire en évinçant même le lactose (3 patients) et/ou le gluten (1 patient). Or, les données de la littérature ne recommandent une éviction du lactose que chez les patients présentant une malabsorption vraie au lactose (démontrée par une biopsie jéjunale ou un test respiratoire après charge en lactose). L'éviction est d'autant moins justifiée chez les patients non intolérants que les patients ayant une authentique malabsorption tolèrent un apport quotidien de l'ordre de 12g/j (soit deux tasses de lait). Concernant l'auto-éviction du gluten, le patient n°4 de notre étude n'avait pas constaté de réelle amélioration de sa symptomatologie digestive dans les suites de ce régime mais se disait «encore plus malade» lorsqu'il consommait du gluten.... Ces résultats sont à nuancer puisque des études déjà menées ont conclu que la consommation de gluten n'aggrave pas les douleurs abdominales ni la symptomatologie motrice ou gazeuse de ces patients plus que le placebo apportant donc des arguments contre un rôle nocif du gluten dans les TFI (Halmos *et al.*, 2014).

Habitus et mode de vie: Sur les huit patients, 7 avaient

une hygiène de vie non satisfaisante (1 patient pratiquait une activité sportive deux fois par semaine contre 7 qui étaient sédentaires). Trois patients fumaient (entre 10 et 25 PA) et seulement 2 avaient une consommation d'alcool nulle. Trois consommaient de l'alcool occasionnellement avec même pour l'un deux une consommation excessive estimée à 100g lors des alcoolisations aiguës et pour les deux autres des consommations quotidiennes estimées entre 40 et 60g/j. Or, le traitement du SII repose avant tout sur une prise en charge globale incluant des mesures hygiéno-diététiques valables pour tout à chacun mais essentiels chez ces patients qui ont tendance déjà à instaurer des régimes parfois très restrictifs sur des intolérances supposées. On pourra retenir quelques règles générales d'hygiène alimentaire : repas à heures régulières, en ambiance sereine avec diminution de la ration calorique absorbée sous forme de graisses (Delveaux M, 2005).

Douleurs abdominales: Concernant l'évaluation du critère de jugement principal dans notre étude, à savoir la quantification de la douleur abdominale par l'EVA, la mésothérapie a montré son efficacité chez 7 patients sur 8 avec amendement total des douleurs pour 3 patients. Seul 1 patient avait vu son EVA inchangée. Rappelons que pour ce patient (n°5 dans notre étude), la symptomatologie douloureuse était «légère» en contradiction avec le retentissement social de la pathologie que le patient jugeait comme important. Ce patient présentait une neuropathie diabétique avec la description de douleurs diffuses plutôt d'aspect neurogène. Il est donc possible que ce patient ait eu du mal à faire une dissociation stricte entre les douleurs plutôt diffuses qu'il présentait et les douleurs d'origine abdominales *stricto sensu*.

On peut légitimement au-delà de ce premier constat s'interroger sur la variabilité individuelle de l'efficacité de la mésothérapie allant d'une amélioration légère à un amendement total des douleurs. Ceci peut s'expliquer par le simple fait que L'EVA est par définition subjective mais au-delà de cette explication simpliste, rappelons que le SII est une pathologie complexe et multifactorielle touchant une population très hétérogène de patients.

L'hypersensibilité viscérale, d'origine intestinale ou centrale, paraît être un élément déterminant, en amenant le patient à percevoir de façon pénible des influx sensitifs d'origine digestive qui parviennent au niveau des structures centrales d'intégration. Enfin, il semble exister une dysbiose intestinale à l'origine d'une activité métabolique différente de la flore intestinale, une modification du type et de la quantité des acides biliaires endoluminaux et une perméabilité paracellulaire intestinale accrue facilitant la survenue d'une inflammation de bas grade par mise en jeu des cellules immunocompétentes au contact des afférences sensitives contribuant à cette hypersensibilité.

De plus, dans notre étude comme dans celle réalisée par Sitbon *et al* en 2010, la mésothérapie apparaissait

comme une alternative thérapeutique très intéressante dans le traitement des troubles fonctionnels intestinaux chez des patients insuffisamment ou nullement soulagés par l'arsenal thérapeutique habituellement utilisé dans cette indication. Dans cette étude, la douleur était en diminution significative chez 64% de l'ensemble des patients traités.

Symptômes moteurs et gazeux: Concernant l'évaluation des critères de jugement secondaires, les symptômes moteurs (constipation, diarrhée, sensation d'évacuation incomplète après une selle) et gazeux (ballonnement, sensation de distension abdominale) la mésothérapie a montré son efficacité de façon satisfaisante pour 2 patients, de façon moyenne pour 4 et de façon faible pour 2.

La mésothérapie semble donc avoir un intérêt certain dans le traitement de la diarrhée au cours des TFI mais semble moins agir sur la constipation (1 seul patient soulagé de façon satisfaisante contre 2 concernant les diarrhées). Toutefois, même si les degrés d'efficacité de la mésothérapie sur le traitement des troubles moteurs ou gazeux étaient moindres, tous les patients avaient vu leur symptomatologie améliorée par la mésothérapie. Nos résultats sont assez bien corrélés avec ceux de Sitbon *et al.*, qui concluaient dans leur étude à une amélioration du transit chez 75% des patients. Enfin, tous les patients se plaignant de ballonnements intestinaux, avaient été au moins en partie soulagés par le traitement proposé.

Qualité de vie: Parmi les 8 patients, les TFI étaient fréquents: au moins une fois par semaine pour 3 d'entre eux et au moins une fois par jour pour les cinq autres avec un retentissement sur la qualité de vie de la symptomatologie modéré pour 1 patient, important pour 4 et invalidant pour 3. La qualité de vie est un concept large qui inclut la perception du patient par rapport à sa maladie et l'influence de celle-ci sur sa vie quotidienne (sociale, professionnelle...). Or, plusieurs facteurs augmentent cette influence de la maladie sur la vie quotidienne (dépression, anxiété...), antécédents d'abus sexuel ou physique, association à d'autres syndromes douloureux chroniques. La relation entre qualité de vie et sévérité des symptômes reliés au SII a fait l'objet de plusieurs études, mais n'a pu être formellement démontrée dans la mesure où la réponse du patient aux questionnaires de qualité de vie est directement influencée par de nombreux facteurs autres que les symptômes et les conséquences de la dysfonction sensori-motrice digestive. On note cependant, une corrélation entre la baisse de la qualité de vie et les patients atteints de TFI avec diarrhées chroniques qui interfèrent fortement avec la qualité de vie des patients (Delveaux M, 2005) **Stress:** Enfin, la mésothérapie avait été efficace dans la prise en charge du stress chez tous les patients testés par l'échelle de Mrejen soit 6 patients sur 8 (échelle de stress non évaluée pour 2 patients). En effet, le rôle du stress a aujourd'hui bien été identifié dans le développement du SII mais également comme cible thérapeu-

tique de ce dernier: ce que nous nous sommes attachés à faire *via* la technique du mésostress. La perception d'un stress induit la production de Corticotropin-Releasing-Factor (CRF) que beaucoup considèrent comme le «médiateur du stress». Le CRF stimule l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, ce qui conduit à la libération plasmatique d'adrénocorticotrophine (ACTH) puis de cortisol. Le CRF hypothalamique stimule également le système nerveux autonome par le biais de relais pontiques. Or, des dysfonctionnements du système nerveux sympathique ont été observés chez des patients atteints de TFI avec diarrhées prédominantes et des dysfonctionnements du système parasympathique chez les patients atteints de TFI avec constipation prédominante. C'est par ce dernier mécanisme que le stress exerce ses effets sur le tube digestif (Taché *et al.*, 2007). Une hypersensibilité viscérale peut se développer après un stress, ce qui pourrait s'expliquer par les troubles de la perméabilité digestive d'une part et par une sensibilisation centrale d'autre part. Il est à noter que le tube digestif exprime également le CRF et ses récepteurs. Ceux-ci sont probablement à l'origine comme le CRF central de la réponse au stress extéro et intéroceptif (Taché *et al.*, 2007)

Par ailleurs, le stress psychologique aigu altère également la perméabilité intestinale en induisant la dégranulation mastocytaire muqueuse (Vanuytsel *et al.*, 2014) Sur le plan thérapeutique, les antidépresseurs ont été proposés depuis de nombreuses années dans le traitement des patients atteints de TFI. A des doses quotidiennes inférieures à celles prescrites dans la dépression elle-même, il a été démontré que les antidépresseurs ralentissent la motricité viscérale. A la dose de 50mg/j, l'Amitriptyline apporte une amélioration des symptômes du SII et élèverait les seuils de perception de la distension rectale. Ainsi, à ces doses, l'Amitriptyline apporte une rémission des symptômes digestifs dans 81% des cas et à la dose de 25 à 75 mg/j, l'Amitriptyline s'est révélée plus efficace que le placebo pour le traitement des douleurs abdominales et des troubles du transit chez les patients atteints de SII (Delveaux M, 2005). C'est la raison pour laquelle le traitement antistress par mésothérapie présente un intérêt tout particulier. Il permet en effet de supprimer la prise *Per Os* de ces substances antidépresseurs à l'origine souvent d'effets indésirables notoires.

Il est important de noter que le traitement par mésothérapie doit s'intégrer dans une prise en charge globale du patient incluant l'utilisation d'alternatives non pharmacologiques telles que les thérapies cognitivo-comportementales, la méditation, la sophrologie et surtout l'hypnothérapie. Elles ont en commun de diminuer la réponse neuroendocrine au stress ainsi que l'activation de zones cérébrales (amygdale, tronc cérébral...) spécifiquement activées au cours du stress. Elles s'accompagnent également d'une élévation des seuils de réaction douloureuse à la distension digestive en offrant de plus l'avantage d'induire une amélioration symptomatique

souvent pérenne dans le temps en même temps qu'elles diminuent les niveaux d'anxiété et de dépression rapportés par les patients qui deviennent alors acteurs de leur prise en charge.

VI CONCLUSION

Le syndrome de l'intestin irritable est un trouble fonctionnel multifactoriel chronique et complexe représentant un motif fréquent de consultation en médecine générale et en gastroentérologie. En dépit de sa bénignité, il représente un véritable enjeu de santé publique. Malheureusement, la prise en charge, notamment pharmacologique proposée à ces patients ne permet pas de leur apporter une réponse satisfaisante d'une part sur leurs douleurs et d'autre part sur la symptomatologie motrice et gazeuse, le retentissement sur leur qualité de vie et sur leur stress.

Notre étude a mis en évidence que les médecins disposaient, grâce à la mésothérapie, d'une autre alternative thérapeutique beaucoup plus efficace que les traitements conventionnels utilisés tant sur l'amélioration des douleurs abdominales, de la symptomatologie motrice et gazeuse, de la qualité de vie et du stress. Cette thérapeutique trop méconnue, est d'autant plus intéressante qu'elle peut s'appliquer à tous les patients puisqu'il n'y a pas de contre-indication à son utilisation et peu d'effets indésirables. Elle est de plus très facile à mettre en œuvre et peu coûteuse. Nous nous devons, pour le bien des patients, de démocratiser cette technique.

RÉFÉRENCES

- Bonnet Christian, Laurens Denis and Perrin Jean-Jacques. *Guide pratique de mésothérapie*. Ed Masson, Août 2008, p 258.
- Bonnet Christian, Laurens Denis and Perrin Jean-Jacques. *Guide pratique de mésothérapie*. Ed Masson, Août 2008, p 54
- Cayley William E Jr. Irritable bowel syndrome. *British Medical Journal*. 2005 March 17; 330-632.
- Estève-Lopez Bruno, Jeanmaire Yves. *La mésothérapie métamérique: apports neurophysiologiques et neuroanatomiques*. MésoMet édition, p45
- Delveaux Michel. *Les douleurs abdominales en question: rôle physiologique de la sensibilité viscérale*. Ed Springer, 2005: p73
- Delveaux Michel. *Les douleurs abdominales en question: rôle physiologique de la sensibilité viscérale*. Ed Springer, 2005: p71-72
- Delveaux Michel. *Les douleurs abdominales en question: rôle physiologique de la sensibilité viscérale*. Ed Springer, 2005: p85-86.
- Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE *et al.* American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol* 2014; 109 (Suppl 1): S2-S26.
- Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, Gibson PR, Muir JG.

La revue de Mésothérapie

A diet low in FODMAP reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2014; 146 (1): 67-65.

- Lacy BE, Mearin BF, Chang Lin, Chey William D, Lembo Anthony J, Simren Magnus and Spiller Robin, Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016; 150:1393-1407.

- Sitbon Jean-Claude, Sitbon Stéphane et Grozlan Yohan. *Troubles fonctionnels intestinaux et mésothérapie*, DIU de mésothérapie, université Paris VI, 2010.

- Taché Y, Bonaz B. Corticotropin-releasing factor receptors and stress-related alterations of gut motor function. *J. Clin Invest* 2007; 117 (1): 33-40.

- Vanuytsel T, Van Wanrooy S, Vanheel H et al. Psychological stress and corticotrophin-releasing hormone increase intestinal permeability in humans by a mast cell-dependent mechanism. *Gut*, 2014; 63 (8): 1293-9.

EVALUATION DE LA MESOTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DES DOIGTS A RESSAUT

Dr Inès AFIA

RÉSUMÉ

Le doigt à ressaut est une pathologie fréquente de la main liée à une inadéquation entre la taille des tendons fléchisseurs et celle du canal digital, principalement au niveau de la poulie A1, provoquant des douleurs, un ressaut, un blocage ou une diminution de la mobilité du doigt à ressaut.

Les principales méthodes thérapeutiques traditionnellement utilisées sont l'immobilisation, les injections de corticoïdes et la chirurgie.

Le but de cette étude descriptive unicentrique est d'évaluer l'efficacité de la mésothérapie dans le traitement des doigts à ressaut à partir de deux cas.

Les deux patientes ont bénéficié du même protocole de mésothérapie : injections en IDP d'un mélange de vit C vit E et conjonctyl.

Au terme de cette étude, il a été démontré une nette amélioration de l'EVA, excellente tolérance, régression du nodule fibreux mais persistance du ressaut notamment dans les lésions anciennes.

Mots clés: doigts à ressaut, corticoïdes, chirurgie, mésothérapie, tolérance.

INTRODUCTION

Le doigt à ressort ou à ressaut est lié à une inadéquation de volume entre la taille des tendons fléchisseurs et celle du canal digital au niveau de la poulie A1 en regard de la métacarpophalangienne (MP) (1)

Les traitements employés sont l'immobilisation, l'injections de corticoïdes et ou la chirurgie selon la forme clinique du doigt à ressort.(1)

A partir de deux cas cliniques nous allons démontrer les effets de la mésothérapie dans le traitement de cette pathologie.

RAPPEL

Définition

Le doigt à ressaut fait partie des tendinopathies digitales par atteinte de la structure péri-tendineuse provoquant des douleurs, un ressaut, un blocage ou une diminution de la mobilité du doigt concerné. (fig1)

Le ressaut digital est un signe clinique. Il se caractérise par un temps d'arrêt dans le mouvement de flexion ou d'extension d'un doigt suivi de la reprise du mouvement qui s'achève de manière brusque, lorsque l'obstacle a été surmonté (1)

Etiopathogénie

L'origine peut être primaire (idiopathique) (1) par conflit entre les tendons fléchisseurs et la poulie A1, celle-ci étant le siège d'une métaplasie chondroïde (2) dans le cadre d'une téno-synovite chronique (3).

Secondairement elle peut être rhumatismale ou par dépôts amyloïdes ou autres au niveau des fléchisseurs entraînant des épaissements tendineux 4 associée ou non à un syndrome du canal carpien, un diabète ou une hypothyroïdie 5.

Physiopathologie

Le canal digital est un canal ostéofibreux avec des condensations fibreuses segmentaires (les poulies), tapissé de synoviale et qui contient enclous les tendons fléchisseurs. Le rôle des poulies est de plaquer le tendon contre le squelette digital et de permettre ainsi un glissement harmonieux du tendon sans frottement (5) (fig2)

Le canal digital devient trop petit pour un tendon trop volumineux entraînant une friction puis un blocage en flexion du doigt concerné que l'extenseur ne pourra lever.

L'obligation d'une extension volontaire forcée pour passer le goulot d'étranglement explique le ressaut lorsque l'obstacle est franchi, s'il l'est.

Le blocage de l'articulation inter-phalangienne proximale (IPP) se situe soit en aval de la poulie A1 soit en regard de la décussation du fléchisseur superficiel (3)

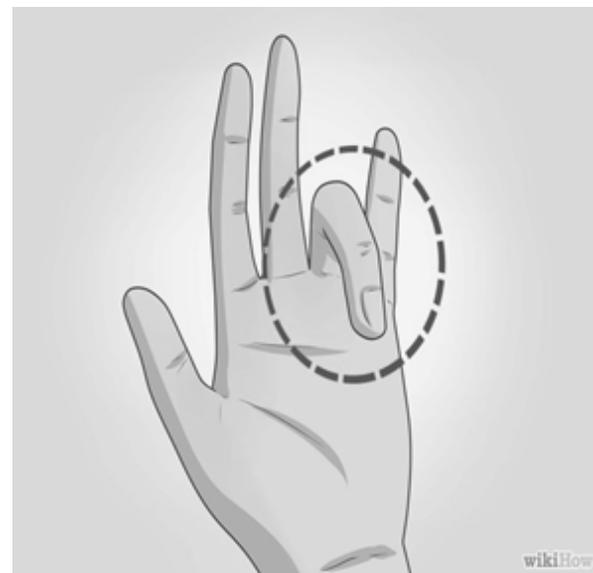


Figure 1 annulaire à ressaut gauche

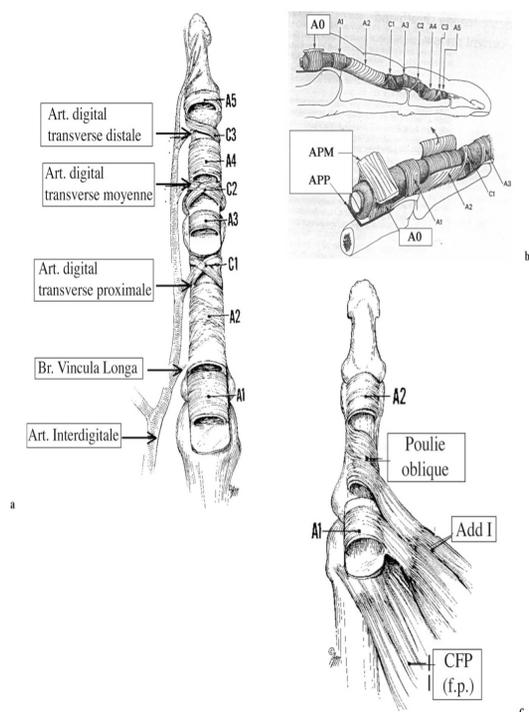


Figure 2 les poulies nomenclature actuelle.
 APM= aponevrose palmaire moyenne.
 APP= aponevrose palmaire profonde

Diagnostic

Il est orienté voir posé par l’anamnèse: circonstances de survenue, ressaut typique décrit par le patient (essentiellement femme en période prémenopausique ayant un travail manuel) (6) ou post traumatique voire secondaire à une chirurgie des fléchisseurs.

Les arguments cliniques confirmer le diagnostic par la présence d’un nodule douloureux et mobile au niveau de la paume, des articulations MP ou IP, sous ou en amont de A1 (fig3). La mobilisation active recrée le phénomène de ressaut lors de l’extension en demandant quelques flexions forcées du doigt intéressé.

L’atteinte peut être bilatérale et symétrique. La sévérité du doigt à ressaut peut être quantifiée en utilisant la classification de Green (tableau 1) (5)

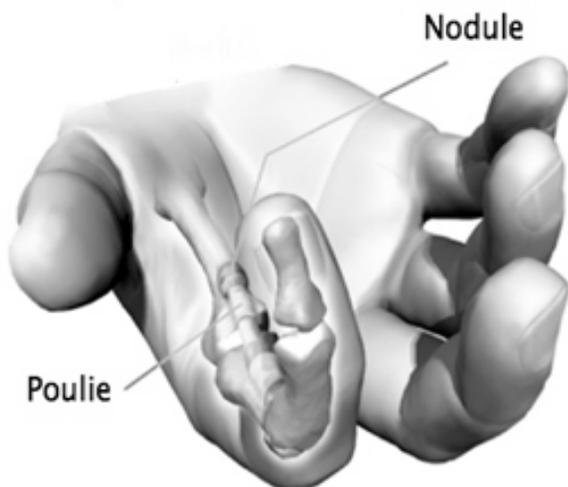


Figure 3 nodule fibreux en regard de l’articulation MP

Classification de Green	
Stade 1	Douleur, histoire de blocage.
Stade 2	Ressaut mais extension active possible.
Stade 3A	Blocage nécessitant une extension passive.
Stade 3B	3A avec flexion digitale impossible.
Stade 4	Blocage fixé avec raideur de l’IPP.

Tableau 1 : stades de sévérité des doigts à ressaut selon la classification de Green

Examens radiologiques

Parmi les examens paracliniques l’échographie et le doppler montrent l’épaississement et l’importante hyper vascularisation de la poulie A1 quasi pathognomonique des doigts à ressaut (7). La radiographie standard bilatérale, la TDM et l’IRM sont utiles aux diagnostics différentiels 6.

Traitement

Le traitement doit être le plus précoce possible ayant pour but de rétablir le glissement des tendons en supprimant le conflit. Il peut être conservateur et/ou chirurgical.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Objectifs

A partir de deux cas évaluer l’efficacité de la mésothérapie dans les doigts à ressaut.

Caractéristiques de l’étude:

Il s’agit d’une étude descriptive unicentrique réalisée au service de médecine physique et de réadaptation de l’hôpital universitaire de la Pitié salpêtrière à Paris.

Elle a été menée entre octobre et mars 2017, chez deux patiente âgées de 58 et 63 ans. Celles ci ont encore une activité professionnelle sollicitant beaucoup les mains. La patiente la plus âgée présente deux doigts à ressaut évoluant depuis plus de 2 ans et a bénéficié pour le doigt le moins atteint d’infiltrations de corticoïdes.

Cliniquement on note au niveau de l’autre doigt un nodule fibreux palpable très douloureux et un ressaut important nécessitant une extension passive à l’aide de l’autre main et port d’une attelle la nuit avec prise d’AINS per os.

La cotation de la douleur s’est faite selon l’échelle visuelle analogique: EVA = 10 au ressaut pour le doigt le plus atteint, EVA = 3 pour le second.

La seconde patiente à un doigt à ressaut évoluant depuis un mois. La douleur malgré la prise d’AINS per os est cotée à 2-3 et le ressaut rétabli par extension active.

Dans ses antécédents on note une intervention chirurgicale pour canal carpien.

Protocole de mésothérapie

- Matériel:

Un gant, pour la main libre du praticien, des compresses Pistolet (pistor Eliance), Une seringue stérile de 10 ml

à usage unique. Aiguille stérile de 4mm de longueur et 0,3 mm de diamètre, Aiguille longue stérile de prélèvement. Appareil de neurocryostimulation

- Médicaments et mélange:

Biceptine ® pour la double désinfection cutanée.

Laroscobine ®, Vit C pour son action défibrosante et antioxydante.

Vit E pour son action anti fibrosante et cicatrisante dans les tendinopathies chroniques.

Conjonctyl ® pour la toplicité et la nutrition locale dans le vieillissement tissulaire.

Le mélange utilisé dans la même seringue comportait:

Vit C 2cc + vit E 2cc + conjonctyl 1cc

- Technique :

Désinfection cutanée faite en deux temps à quelques minutes d'intervalle

Neurocryostimulation pour atténuer la douleur sur chaque doigt atteint,

Mésothérapie en IDP à l'aide d'un pistolet muni d'une aiguille stérile à usage unique de 4 mm.

6 points d'injections au niveau de l'articulation MP des doigts, en regard du nodule palpé.

Le traitement de mésothérapie se déroule au rythme d'une séance par semaine les trois premières semaines (j0 j7 j14) avec un bilan à un mois (j30-j45) pour apprécier l'évolution et envisager la suite de la prise en charge.

Critères de jugements à J45 du traitement

- L'efficacité du traitement a été évaluée selon la cotation de la douleur par les patientes avant et après chaque consultation, à l'aide EVA (0 à10).

- Est également pris en compte l'amélioration des signes cliniques et fonctionnels, notée de 1 à 3 (bonne, moyenne, médiocre):

- persistance ou non du ressaut,
- le devenir du nodule fibreux et
- la mobilité des doigts.

- La tolérance du traitement a été évaluée par l'interrogatoire à chaque consultation, à la recherche d'effets indésirables éventuels (hématome, ecchymose, douleur à l'injection).

- La satisfaction du patient a été déterminée par l'efficacité, la tolérance, la reprise des activités et l'acceptabilité du traitement.

- La satisfaction globale du médecin a été également prise en compte.

EVALUATION DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES

Patiente de 63 ans: lésions anciennes

A j7:

- EVA = 5
- Examen clinique : moins de douleur à la palpation
- Ressaut à l'effort
- Séance de mésothérapie identique

A j 14:

- EVA = 3
- Examen clinique identique

- Pas de ressaut
- Séance de mésothérapie identique

Contrôle après J45

- EVA = 3
- Examen clinique:

Au niveau de la main droite diminution de la taille du nodule fibreux, sa palpation est moins douloureuse.

Disparition du gonflement de l'annulaire droit.

- Ressauts apparaissant uniquement lors des flexions importantes des doigts.

- Séance de mésothérapie identique

Patiente de 58 ans : lésions récentes

A j7:

- Examen clinique : pas de douleur (EVA = 0)
- Ressaut à l'effort
- Séance de mésothérapie identique

A j 14:

- EVA = 0
- Examen clinique identique
- Persistance du ressaut
- Séance de mésothérapie identique

Contrôle après j45:

- EVA = 0
- Pas de ressaut, mais gêne à l'extension du doigt
- Séance de mésothérapie réalisée identique aux précédentes

• 3 autres séances de mésothérapie à une semaine d'intervalle sont programmées

5e séance de mésothérapie

- EVA = 0
- Ressaut du doigt
- Notion de gêne à l'extension exacerbée le matin au réveil

6e séance

- EVA =0
- Persistance du ressaut
- Persistance de la gêne à l'extension qui s'améliore avec les mouvements

7e séance

- EVA = 0
- Persistance du ressaut
- Persistance de la gêne à l'extension notamment le matin

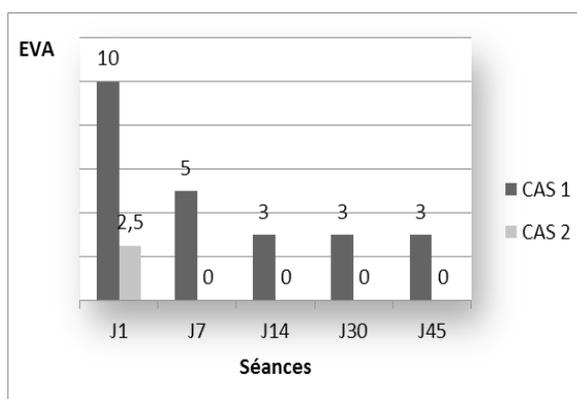
RÉSULTATS

	Cas n°1	Cas n°2
Population		
Sexe	femme	femme
âge	63 ans	58 ans
Main dominante	droite	droite
Localisation	Annulaire D/G	Majeur G
Durée d'évolution	G: 3 ans D: 13mois	1 mois

Traitement déjà entrepris	AINS G: 2 infiltrations de CTC D: attelle la nuit	AINS
Examen clinique initial		
EVA au repos	0	0
EVA au ressaut	G: 3 D: 10	2-3
Ressaut	Fréquent à gauche Quotidien à droite	Quotidien (matin ++)
Déblocage du ressaut	G: extension active D: extension passive	Extension active
Nodule fibreux	G: Petit/peu douloureux D: gros/très douloureux	Petit/peu douloureux
Tuméfaction	Annulaire gauche	0
Thérapeutique appliquée	Vit C 2cc + Vit E 2cc + conjonctyl 1cc, en IDP	
Rythme des séances	J0, j7, j14, j45	J0, j7, j14, j45 J52, j59, j66
Examen clinique final		
EVA	G: 0 D: 3	0
ressaut	Peu fréquent à gauche Fréquent à droite	Peu fréquent Absent de j14 à j45
Nodule fibreux	G: absent D: taille et douleur	Absence
tuméfaction	Diminution	Absence
Effets secondaires	Ecchymoses + douleur à l'injection	
Satisfaction du patient	G: satisfaite D: moyennement satisfaite	Bonne
Satisfaction du médecin	Bonne	Bonne

Tableau 2 : étude des cas

• La douleur à la palpation ou lors du déblocage a nettement diminué dans les doigts à ressaut n'ayant subi aucun traitement antérieur. elle a disparu dans le doigt préalablement infiltré par des corticoïdes.



Graph 1 évolution de l'EVA après prise en charge par mésothérapie

- Le nodule fibreux a disparu dans le doigt à ressaut récent, sa taille a simplement diminué dans la lésion dont la durée est supérieure à une année.
- Le ressaut a disparu après la troisième séance pour réapparaître ensuite dans le cas de lésion récente ce qui a motivé une deuxième série de séances espacées de 7 jours. Dans le cas de lésion ancienne le blocage a été moins fréquent sans disparaître totalement.
- La tuméfaction dans le doigt à ressaut ancien a complètement disparu au début du traitement pour réapparaître lors des gros efforts.
- La satisfaction des patients et du médecin est moyenne

DISCUSSION

L'utilisation de la mésothérapie dans les doigts à ressaut ne fait pas l'objet d'études approfondies.

Notre étude sur deux patientes permet de contribuer à l'intérêt de la mésothérapie comparativement aux autres traitements mieux étudiés dans la littérature.

Cependant la taille limitée de notre échantillon ne nous permet pas de généraliser nos résultats à l'ensemble de la population.

Les 02 cas étudiés semblent représentatifs de la population concernée par les doigts à ressaut, ce sont des femmes de plus de 50 ans qui sollicitent beaucoup leurs mains, ce qui correspond aux données de la littérature 1. Par ailleurs elles ne sont pas similaires sur le plan clinique puisque l'une concerne une atteinte unilatérale d'un doigt à ressaut récent (1 mois) l'autre une atteinte bilatérale de doigts à ressaut anciens (à une année).

Dans notre étude la prise en charge des doigts à ressaut par la mésothérapie a été efficace, elle a permis:

- De diminuer voire de supprimer la douleur des patientes EVA entre 0 et 3.
- De diminuer voire supprimer la tuméfaction
- D'améliorer le stade de la maladie: l'extension passive est remplacée par l'extension active
- La disparition du nodule fibreux dans l'atteinte récente et dans le doigt ayant subi une infiltration préalable à notre traitement et diminution de taille dans la lésion ancienne.
- La disparition du ressaut chez une patiente (cas 2) en début de traitement avec réapparition dans les semaines

suyvantes nécessitant d'autres séances de mésothérapie. L'autre patiente (cas 1) présente uniquement une diminution de la fréquence du ressaut.

Ces résultats sont satisfaisants cependant ils seraient probablement meilleurs en cas de suspension de l'activité professionnelle des patientes.

La mésothérapie semble être un traitement symptomatique améliorant le confort du patient en diminuant sa douleur mais aussi à long terme le traitement curatif des doigts à ressaut notamment dans les lésions anciennes.

Dans les lésions très évoluées la mésothérapie étant dénuée d'effets secondaires peut être une alternative pour retarder la chirurgie ou chez les personnes refusant l'intervention.

La tolérance du traitement a été excellente.

La satisfaction des patientes a été bonne pour l'atteinte récente et décevante pour l'atteinte ancienne mais dans ce cas nous ne pouvons tirer de conclusions le nombre de séances étant faible.

La satisfaction du médecin est bonne mais ce résultat doit être nuancé du fait du nombre peu important de patients.

CONCLUSION

Les doigts à ressaut sont une pathologie fréquente chez les femmes.

La mésothérapie est très peu utilisée dans cette pathologie par rapport aux traitements conventionnels : infiltrations de corticoïdes et chirurgie.

Notre étude portant sur deux cas a montré une excellente tolérance avec des résultats très bons dans l'atteinte récente et dans l'atteinte ancienne préalablement traitée par des infiltrations.

Dans les lésions anciennes non traitées les résultats sont moins bons mais le nombre de séances faible ne permet pas de parler d'inefficacité.

D'après nos résultats la mésothérapie serait le traitement de choix dans les lésions récentes qui justifient d'au moins 07 séances. Dans les lésions anciennes il faudrait un nombre plus important de séances pour défibroser durablement le nodule. Il serait intéressant de

proposer après le traitement de la phase aiguë un traitement s'étalant sur 6 mois à raison d'une séance par mois.

Néanmoins, des études complémentaires et plus élargies (essais randomisés, contrôles, en aveugle et comparant plusieurs mélanges) seront nécessaires pour confirmer ces données ce qui pourrait placer la mésothérapie comme traitement de choix en raison de sa totale innocuité et de son excellente tolérance.

RÉFÉRENCES

1 Durand S, Daunois O, Gaujoux G et al. Les doigts à ressort. *Chirurgie de la main*. 2011 ; 30 : 1 - 10.

2 Moutet F. Les poulies de l'appareil fléchisseur : anatomie, pathologies, traitements. *Chirurgie de la main*. 2003 ; 22 : 1-12.

3 Cognet JM, Martinache X, Schernberg F. Blocage de l'articulation metacarpophalangienne : à propos de quatre cas. *Chirurgie de la main*. 2011 ; 30 : 114 -116.

4 Gaisne E. Les tendinopathies digitales. *Journal de traumatologie du sport*. 2007 ; 24 : 32 – 36.

5 Tordjman D, Pierrart J, Masméjean E. Doigt à ressaut. *La revue du praticien*. 2013 ; 63 : 1268 – 1270.

6 Bourguignon D, Roulot E. synovectomie des extenseurs et des fléchisseurs de la main et du poignet. *EMC- techniques chirurgicales – orthopédie – traumatologie*. 2015 ; 10 (03): 1-12.

7 Guérini H, Drapé JL, Le Quintrec JS et al. Aspect échographique des doigts à ressaut : à propos de 25 cas. *Journal de radiologie*. 2005 ; 86 : p 1292.

8 Migaud H, Fontaine Ch, Brazier J et al. La plastie d'agrandissement de la poulie A1 selon Kapanjji. *Annales de chirurgie de la main et du membre supérieur*. 1996 ; 15 (1) : 37- 42.

9 Lapegue F, Faruch M, Cabrera R et al. L'infiltration du poignet et des doigts : quand ? Comment ? *Journal de radiologie diagnostique et interventionnelle*. 2015 ; 96 : 600- 610.

COCCYGODYNIES CHRONIQUES DU POST PARTUM & PLACE DE LA MESOTHERAPIE

Dr El Mokhtari – Assarini Majida,

INTRODUCTION

Lors de l'accouchement, le franchissement de la filière pelvi-génitale par le fœtus est à l'origine de multiples douleurs pelviennes dont les coccygodynies. Celles-ci peuvent s'améliorer spontanément avec ou sans prise d'antalgiques. Il s'agit des coccygodynies aiguës.

Au-delà de 8 semaines, ces douleurs sont conventionnellement qualifiées de coccygodynies chroniques, plus difficiles à traiter.

Les traitements proposés actuellement, seuls ou en association, sont les traitements conservateurs per os (antalgiques et les AINS), les injections in situ (radio guidée ou non) de stéroïdes, les techniques manuelles et enfin la coccygectomie chirurgicale pour les cas les plus récalcitrants.

Aucun article abordant le traitement par mésothérapie des coccygodynies chroniques du post partum n'a été retrouvé dans la littérature.

Cette étude a pour but d'évaluer l'efficacité du traitement par mésothérapie dans cette indication. Et ce, afin de l'intégrer à l'arsenal thérapeutique antalgique disponible.

Définition

La douleur de coccygodynie commune présente deux caractéristiques essentielles: elle est localisée à l'aire coccygienne, sans irradiation significative et est très augmentée ou n'existe qu'en station assise. Il est donc essentiel de demander au patient de tourner le dos à l'examineur et de montrer avec un seul doigt la zone douloureuse, qui doit correspondre au coccyx.

Les coccygodynies sont d'abord aiguës puis deviennent chroniques, par convention, au-delà de deux mois.

Elles sont attribuées à l'accouchement lorsqu'elles surviennent moins de 2 semaines après celui-ci.

Physiopathologie

Anatomiquement, le coccyx est constitué de 4 pièces osseuses d'une longueur de 1 à 5cm. Il est rattaché au sacrum par les ligaments sacro-coccygiens:

Les ligaments sacro-coccygiens antérieurs,

Les ligaments sacro-coccygiens postérieurs,

Les ligaments sacro-coccygiens latéraux.

Ces ligaments doivent permettre une bonne mobilité en maintenant les structures sacro-coccygiennes.

Les mouvements physiologiques du coccyx sont des mouvements de flexion et extension. La flexion (en avant) est liée à la contraction des releveurs de l'anus et du sphincter externe. L'extension (arrière) est liée à

la relaxation de ces muscles et à la pression intra abdominale qui survient lors de la défécation et de l'accouchement.

Lors de l'accouchement, la tête du fœtus doit franchir le bassin maternel en passant par trois détroits: un détroit supérieur, un détroit moyen, et un détroit inférieur.

Le détroit supérieur est le premier passage osseux pour le fœtus, qui s'engage dans le bassin. Pour passer le détroit supérieur, la tête fœtale effectue une première rotation dans un des diamètres obliques. Il se produit le mouvement de contre-nutation, qui permet d'agrandir le détroit supérieur en mobilisant le sacrum et les os iliaques.

Le coccyx avance et le plateau sacré recule lors de l'engagement dans le détroit supérieur.

Lors de la contre-nutation, les ailes iliaques s'écartent et les ischions se rapprochent.

Puis la tête fœtale descend dans le bassin et pénètre dans le détroit moyen où s'effectue une deuxième rotation. Elle rencontre alors les muscles profonds du plancher pelvien. A ce niveau, entre les épines sciatiques, l'excavation est plus étroite: la tête se tourne d'un quart de tour pour placer sa face vers le sacrum, puis se fléchit.

Enfin, la tête atteint le détroit inférieur. C'est la phase dite d'expulsion, la tête fœtale va se défléchir pour effectuer sa sortie. Il va se produire le mouvement de nutation (inverse du mouvement de contre-nutation), de rétroimpulsion du coccyx, ainsi qu'un léger mouvement de glissement et d'écartement de la symphyse pubienne. L'ensemble de ces mouvements vont permettre d'élargir le détroit inférieur.

Diagnostic clinique

L'interrogatoire du patient souffrant de coccygodynie doit comprendre les étapes suivantes: assurer le diagnostic, préciser l'ancienneté des troubles, chercher une cause et évaluer le retentissement.

La présence d'une vive douleur lors du passage de la position assise à debout est un signe de lésion radiologique, en général une luxation, parfois de spicule.

Il est important de faire préciser si la douleur lombaire est survenue après ou avant la survenue de la coccygodynie.

Apparue après, elle peut être liée aux mauvaises positions que le patient prend pour éviter ou minimiser sa douleur coccygienne.

Apparue avant, elle peut avoir joué un rôle dans la survenue de la coccygodynie.

La douleur peut être plus ou moins bien supportée. C'est surtout à l'occasion des trajets en voiture que l'on peut le mieux juger de la gêne, car tous les patients ont mal. Dans certains cas, tout trajet en voiture peut être impossible. Au travail, les patients qui peuvent travailler debout sont évidemment moins pénalisés.

Comme dans toute douleur vertébrale, la recherche de signes d'alerte est indispensable, une douleur de la région coccygienne pouvant révéler une pathologie pelvienne ou lombaire grave.

L'examen clinique doit être pratiqué sur un patient en décubitus ventral. On cherche d'abord la présence d'une fossette cutanée, voire d'un sinus pilonidal (dont la présence signale celle d'un spicule) dans le pli fessier. On cherche le long du coccyx si le point le plus douloureux (celui dont la pression reproduit le mieux la douleur) correspond à un disque (sacro ou inter-coccygien) ou à la pointe du coccyx, et si un spicule osseux est palpable à ce niveau. L'examen intra-rectal est facultatif.

Diagnostic paraclinique

La réalisation d'examens est liée à l'identification d'éléments en faveur de la présence d'une lésion radiologique.

<i>En faveur de la présence d'une lésion radiologique</i>	<i>En faveur de radiographies normales</i>
Douleur localisée au coccyx	Douleur tendant à diffuser vers les fesses et les cuisses
Douleur uniquement en station assise	Douleur significative présente aussi debout
Douleur au relevé (surtout si spontanée)	Absence de douleur au relevé
Douleur survenant immédiatement lors de la station assise	Douleur ne survenant qu'au-delà de 30 à 60 minutes de station assise
Station assise douloureuse dès le début de la journée	Station assise douloureuse surtout en fin de journée
Douleur soulagée au moins un mois par une injection de stéroïde	Douleur non soulagée par une injection de stéroïde

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Toute douleur plus diffuse que celles décrites ou toute douleur présente indifféremment en position debout ou assise ne constitue pas une coccygodynie commune.

Il faudra chercher: une névralgie pudendale, une irradiation lombaire, une pathologie lombo-sacrée ou sacro-iliaque, une pathologie anale ou recto-anale, un syndrome dépressif.

Traitements actuellement proposés

Les moyens médicamenteux per os: les antalgiques (niveaux 1, 2 et 3) et anti-inflammatoires.

Les injections coccygiennes intra discale de stéroïdes: acétate de prednisolone.

Les blocs anesthésiques.

Le traitement manuel ostéopathie.

Le traitement manuel est le plus ancien traitement de la coccygodynie. Les techniques de base sont le massage des releveurs, la mobilisation du coccyx en extension et l'étirement des releveurs. Elles se pratiquent par voie rectale, à raison de trois à quatre séances en deux semaines en moyenne.

Trois techniques manuelles: celle de Thiele, la plus ancienne (massage interne des muscles releveurs de l'anus, s'insérant sur les bords latéraux du coccyx), la

technique avec un étirement léger des releveurs (sans action sur le coccyx lui-même), la technique mobilisant le coccyx en pleine extension. Les deux dernières techniques sont attribuées au Dr Maigne.

Le traitement chirurgical.

La coccygectomie s'adresse exclusivement aux instabilités invalidantes, non soulagées par d'autres moyens.

Un contexte d'accident de travail ou de conflit médico-légal est péjoratif. De même, les patients avec instabilité, et n'ayant pas répondu du tout à l'injection intradiscale sont plus à risque de mauvais résultat.

MÉTHODE DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'un essai clinique simple, non contrôlé, non randomisé. L'accueil et le traitement des patientes s'est déroulé au sein d'un cabinet de ville de médecine générale entre Janvier 2017 et Avril 2017.

Il s'agit de 6 femmes âgées de 28 à 45 ans ayant accouché par voie basse et répondant aux critères d'inclusion. Les coccygodynies doivent être:

- postérieures à la grossesse,
- apparues à moins de 2 semaines du post partum,
- persistantes depuis plus de 8 semaines,
- non liées à un traumatisme autre que l'accouchement,
- chez une femme non allaitante.

Les critères d'exclusion retenus sont:

- une infection du site d'injection
- l'allaitement.

Les patientes répondant aux critères sont incluses après information et recueil oral de leur consentement.

Elles reçoivent le mélange principal en IDP et le mélange complémentaire en IED à J1, J8 et J15.

En IDP, les points d'injection correspondent aux points douloureux montrés par la patiente et à ceux retrouvés à la palpation.

En IED, l'ensemble de la région sacro coccygienne est couvert.

L'évaluation de la douleur se fait à J1, J8, J15 et J22 en utilisant l'échelle visuelle analogique (EVA) numérique.

Cette évaluation prend en compte la douleur ressentie spontanément mais également celle ressentie à la palpation de la région sacro coccygienne.

Les patientes peuvent avoir recours aux antalgiques avec consignation de la nature des produits pris (paracétamol et/ou ibuprofène) et du moment des prises. Cette consignation débute 7 jours avant la première séance de mésothérapie (J-7) et continue jusqu'à la consultation de contrôle à J22.

PRODUITS ET TECHNIQUES D'INJECTION

Les produits sont administrés en technique manuelle mixte.

En IDP, le mélange principal comportant:

- La lidocaïne 1% (2cc) qui atténue la douleur de l'injection et potentialise l'action des autres molécules.
- Le piroxicam (1cc), AINS, qui a des propriétés antalgiques

La revue de Mésothérapie

- La cacitonine 100 UI (1cc) qui a des propriétés antalgiques et anti inflammatoires avec une action sur la microcirculation.

En IED, le mélange complémentaire comportant:

- La lidocaïne 1% (2cc)
- Le thiocolchicoside 2cc qui a des propriétés défibrantes et myorelaxantes.

Description des cas & résultats

AJ1

Le score moyen d'évaluation de la douleur est de 7,7/10 pour l'ensemble du groupe.

AJ8

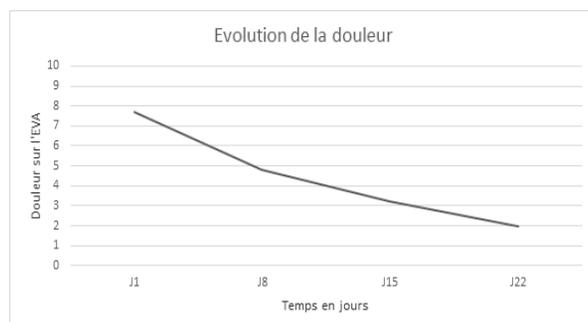
Le score moyen d'évaluation de la douleur est de 4,8/10 pour l'ensemble du groupe.

AJ15

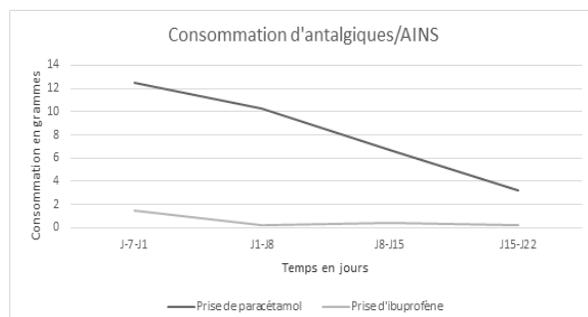
Le score moyen d'évaluation de la douleur est de 3,2/10 pour l'ensemble du groupe.

AJ22

Le score moyen d'évaluation de la douleur est de 2/10 pour l'ensemble du groupe.



Il n'y a eu aucun effet indésirable suite à la mésothérapie. Il n'y a eu aucun effet indésirable suite à la prise orale de paracétamol et/ou d'ibuprofène.



La coccygodynie est réduite chez toutes les patientes. L'EVA moyen est passé de 7,7/10 à J1, à 2/10 à J22. Toutes les patientes traitées par mésothérapie ont réduit leur consommation de paracétamol et d'ibuprofène.

DISCUSSION

Les résultats, encourageants, sont à discuter en prenant en compte les biais de l'étude.

Il s'agit d'une étude simple non randomisée avec un effectif réduit.

La consommation de paracétamol et d'ibuprofène était parfois liée à d'autres motifs que les coccygodynies, engendrant ainsi un autre biais.

Aucune donnée de la littérature, concernant le traitement des coccygodynies chroniques par mésothérapie, n'a été retrouvé.

La réalisation d'études avec un effectif plus important permettrait de confirmer ou d'infirmer les résultats de cette étude.

CONCLUSION

Les coccygodynies chroniques du post partum semblent être une bonne indication du traitement par mésothérapie. Les douleurs ont été soulagées dès la première séance.

Afin de confirmer ou d'infirmer ces résultats, il serait préférable de mener des études avec un effectif plus important. L'élargissement de l'indication aux coccygodynies du post partum compliquées (avec lésion radiologiques) en association aux autres traitements seraient intéressantes pour ajouter la mésothérapie à l'arsenal thérapeutique du traitement des coccygodynies chroniques compliquées ou non.

BIBLIOGRAPHIE

Calais-Germain B., Le périnée féminin et l'accouchement. Édition Désiris, 2006, 158p

Actualités sur la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la coccygodynie.

Samira Lahrabli, Ngor side Diagne, Loubna Riah, Fatima Lmidmani, Abdelatif El Fatimi
Service de médecine physique et de réadaptation, CHU Ibn Rochd, Casablanca - Maroc.

Les bases indispensables à la prise en charge du coccyx douloureux.

Dr Jean-Yves Maigne, 2004

Post partum coccygodynia: a case series study of 57 women.
J.Y Maigne, F.Rusakiewicz, M. Diouf
EUR J PHYS REHABIL MED 2012; 48: 387-92

Favourable outcomes of coccygectomy for refractory coccygodynia

B Haddad, V Prasad, W Khan, M Alam, S Tucker
Royal National Orthopaedic Hospital NHS Trust, UK
Ann R Coll Surg Engl 2014; 96: 136-139

La revue de Mésothérapie

Patientes	Âge années	Parité	DAS*	DPC**	Douleur EVA à J1	Douleur EVA à J8	Douleur EVA à J15	Douleur EVA à J22
H.F	44	G3P4	10	7	7	5	2	1
G.D	38	G2P2	4	13	8	6	3	2
E.D	28	G2P2	2	9	9	6	4	3
E.M	36	G3P2	9	3	6	4	3	3
K.R	45	G6P6	6	4	7	3	3	1
K.G	33	G1P1	3	3	8	5	4	2
Moyenne	37,3	G3P3	5,7	6,5	7,5	4,8	3,2	2

Evolution de la douleur au cours du traitement par mésothérapie

**Délai d'apparition des symptômes après l'accouchement (jours)*

***Délai entre l'apparition des symptômes et le début de la prise en charge par mésothérapie (mois)*

Patientes	J-7- J1 Para.*	J-7- J1 Ibu.**	J1-J8 Para.	J1-J8 Ibu.	J8-J15 Para.	J8-J15 Ibu.	J15-J22 Para.	J15-J22 Ibu.
H.F	14	0	10	0	6	0	2	0
G.D	8	2,8	8	0,8	6	0,4	3	0
E.D	16	2,4	14	2	9	0,8	5	0,4
E.M	7	0	6	0	4	0	3	0
K.R	14	3,2	11	2	8	0,8	2	0,8
K.G	16	0,8	12	0,8	7	0,4	4	0,4
Consom- mation moyenne	12,5	1,5	10,2	0,9	6,7	0,4	3,2	0,27

Paracétamol : 1 gramme par priseIbuprofène : 400 milligrammes par prise
Antalgiques au cours de l'étude: nature et quantité en grammes*

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

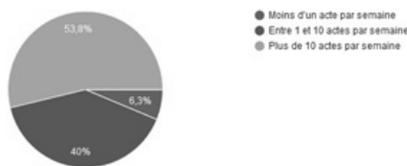
- Ancienneté d'exercice de la mésothérapie
La majorité des médecins ont plus de 20 ans d'exercice (47.5%), suivi des moins de 5 ans d'exercice (22.5%) puis des tranches entre 5/10 ans et 11/ 20 ans (15% pour chacune).

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)



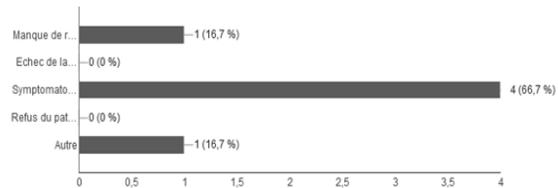
- Raisons freinant à la pratique de la mésothérapie dans la rhizarthrose

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)



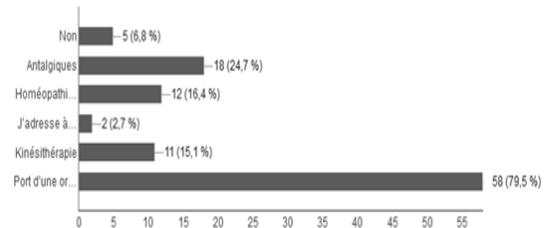
Pratique de la mésothérapie dans la rhizarthrose

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-

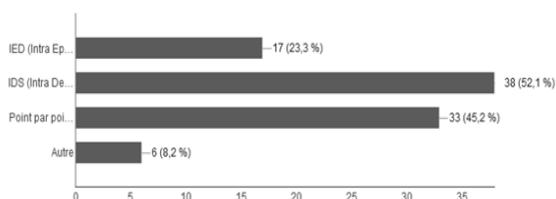
La revue de Mésothérapie

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.

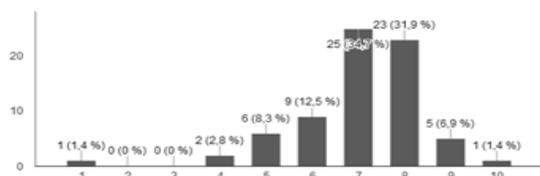
La majorité des médecins (52.1%) utilisent des injections par IDS (intradermique superficiel), 45.2% utilisent la technique du point par point, 23.3% utilisent l'IED (intra épidermique)



- 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).

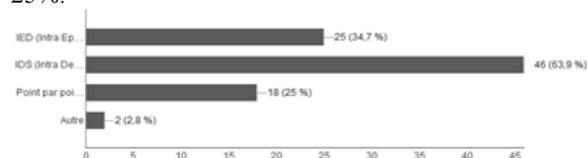
Enfin le mélange: lidocaïne (ou autre anesthésique) + Calcitonine 100 UI + piroxicam est utilisé par 2 médecins soit 2,8 %.

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.

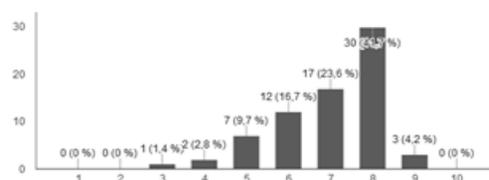
La majorité des médecins (63.9%) utilisent des injections par IDS, 34.7% utilisent l'IED, enfin la technique du point par point est utilisée par 25%.



- 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.

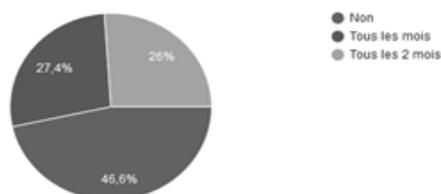
La note de 8 sur 10 représentant le degré de satisfaction est donné par 41.7% des médecins.



- 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 pratiquent 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'EULAR 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 bêta-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 jonctyl 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 aiguë 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 aiguë ?

- 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

DE L'INTÉRÊT DE LA COMBINAISON «ACIDE HYALURONIQUE + PLASMA RICHE EN PLAQUETTES» EN MÉSOTHÉRAPIE ESTHÉTIQUE

P. Micheels - 6, av de Champel 1206 - Genève - Suisse

St. Saint Hillier - 26, rue Mathias Ullmann - 25000 Besançon - France

INTRODUCTION

La mésothérapie, connue depuis 1952, est une autre façon d'injecter des médicaments, voire aujourd'hui des dispositifs médicaux. Elle bénéficie d'un enseignement universitaire reconnu. Dans le cadre de la médecine générale, la mésothérapie est remboursée par la Sécurité Sociale à condition que le médecin soit titulaire d'un D.I.U. (Réf 1, 2)

L'acide hyaluronique (HA) est actuellement, en médecine esthétique, la molécule «gold standard», largement utilisée, tant pour l'hydratation de la peau que pour le comblement des rides, voire la correction de la volumétrie du visage. (Réf 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13) Depuis plus de 7 ans, le plasma riche en plaquettes (PRP) est utilisé tant en traumatologie-rhumatologie qu'en chirurgie esthétique et médecine ou dermatocologie esthétique. (Réf 14, 15)

La société suisse RegenLab® a pensé combiner l'HA avec le PRP dans un kit prêt à l'emploi, à visée mésothérapeutique. L'avantage du kit est l'évitement des manipulations non stériles.

Il nous a semblé très intéressant, en tant que Vice-Président de la Société Suisse de Mésothérapie, de voir s'il y avait un intérêt réel à cette combinaison, dans le cadre de la bio-revitalisation de la peau en mésothérapie.

Nous avons traité 5 sujets. Nous rapportons ici nos observations au niveau de leur visage et de leurs mains, sur un suivi clinique de 195 jours, soit 5½ mois environ. Nous avons fait évaluer les résultats par les sujets eux-mêmes, et les photographies par 2 personnes, l'une néophyte, la seconde habituée à ce type d'évaluation. Un troisième évaluateur n'est autre que l'injecteur (PM).

SUJETS

Après explication du but de l'étude, délai de réflexion, signature d'un consentement éclairé, et dans le respect de la déclaration d'Helsinki, 5 sujets féminins, tous caucasiens, ont participé à cette étude.

L'âge moyen des sujets est de 58½ ans (Extrêmes: 55 ans - 63 ans).

Classification des sujets

- Suivant la *classification de Fitzpatrick*, (Annexe 1A)
- 1 sujet est de type 4
- 2 sujets sont de type 3
- 2 sujets sont de type 2.

- Le grade de *photo-vieillesse* suivant *Glogau* (Annexe 1B) est de
- 4 pour 1 sujet
- 3 pour les 4 autres sujets.

EVALUATION DE LA QUALITÉ DE LA PEAU

Au niveau du visage

Les sujets présentent, au niveau de leur visage, une peau:

- Grasse et épaisse: 1
- Épaisse et déshydratée: 1
- Mixte et légèrement déshydratée: 1
- Grasse, plus ou moins épaisse et déshydratée: 2

Au niveau des mains

La peau, au niveau des mains, se présente comme:

- Fine et sèche et déshydratée: 2
- Fine et légèrement déshydratée: 2
- Mixte et légèrement déshydratée: 1

MATÉRIEL

Kit RegenLab®

Nous avons utilisé le matériel inclus dans le kit « *Cellular Matrix BCT-HA kit* ® » se composant de:

3 tubes *RegenBCT HA*, chacun contenant:

- 2 ml de gel d'HA non réticulé (masse moléculaire: 1550 KDal) à la concentration de 40 mg par tube.
- 2 ml de gel séparateur inerte en polyester, pour la séparation des globules rouges.
- 0.6 ml de citrate de sodium 4% comme anticoagulant.
- Et d'un kit avec les accessoires de prélèvement.

Toutes les injections ont été réalisées avec des aiguilles BD® 30G½.

Photographie des sujets

Nous avons utilisé un appareil *Nikon*® D40X, avec un objectif AF Micro Nikkor 600mm.

MÉTHODE

Les sujets ont été injectés à J0, J45, et J135.

Des photos ont été réalisées, avant les traitements, à J0, J45, J135. Une dernière photo a été prise à J 195, soit 2 mois après le dernier traitement.

Aucune anesthésie, ni par injection, ni locale sous forme de crème, n'a été nécessaire.

La revue de Mésothérapie

Après double désinfection à l'éthanol 70°, nous avons pratiqué des injections intradermiques profondes (IDP), en «point par point» (micro-papules), combinées à des injections intradermiques superficielles (IDS), en nappage.

Nous avons choisi de traiter

- les mains des sujets
- les zones les plus déshydratées de leur visage (paupières inférieures, joues ou pourtour péribuccal).

3 personnes ont évalué les photographies avant-après (J0-J195), suivant l'échelle GAIS, présentant 5 échelons (annexe 2):

- La première a déjà participé à ce type d'évaluation.
- La seconde est néophyte,
- La 3^{ème} personne est l'injecteur (PM).

Les sujets ont évalué, avec la même échelle, le résultat de leur traitement, y ajoutant une appréciation de la tonicité de leur peau. (Tableau 1)

EFFETS SECONDAIRES

Certains sujets ont ressenti une gêne qualifiée, pour les plus sensibles, de douloureuse.

Particulièrement au niveau des paupières inférieures, quelques très petites ecchymoses, classiques dans cette région anatomique, ainsi que sur la face dorsale des mains, ont été observées.

Les micro-papules, réalisées lors des traitements, ont été visibles pendant maximum 48 à 72 heures, le plus souvent à jour frisant.

RÉSULTATS

Au niveau du visage:

Pour les évaluateurs: Tous les sujets de cette petite étude ont présenté une amélioration de la qualité de leur peau, comprise entre légère et nette amélioration, suivant l'échelle GAIS. Seule la profondeur des rides ne semble pas être améliorée avec le cocktail combinant l'HA et le PRP, pour 2 sujets, et 2 des évaluateurs.

Pour les sujets: A l'exception du sujet 1, travaillant dans le domaine de la cosmétologie, tous les sujets évaluent l'amélioration de la qualité de la peau, y compris le tonus de cette dernière, comme allant de nette à très nette. Les sujets estiment qu'il y a, aussi, une amélioration, légère certes, mais présente, de la profondeur de leurs rides.

Au niveau des mains:

Pour les évaluateurs: Ici, à l'exception du sujet 4, tous les évaluateurs reconnaissent une amélioration de légère à nette. L'absence d'amélioration chez le sujet 4 peut trouver son origine dans le fait qu'elle travaille en milieu hospitalier...avec des lavages de mains itératifs, et l'utilisation de produits probablement irritants.

Pour les sujets: tous les sujets ont observé une amélioration évidente de la qualité de la peau des mains, y compris le tonus de celle-ci et la profondeur des rides, après les 3 séances de traitement.

Les différentes évaluations sont reprises au tableau 1.

DISCUSSION-CONCLUSION

Nous avons déjà écrit plusieurs articles sur la bio stimulation, réhydratation, de la peau par différents types de produits injectables en mésothérapie. (Réf 9,10,14) Parmi ceux-ci, nous avons présenté à l'époque, les résultats d'injection de PRP pur. (Réf 14)

Nous nous sommes demandé s'il y avait intérêt à adjoindre de l'acide hyaluronique à ce dernier. En effet, le PRP a pour propriété, entre autres, de stimuler, grâce aux facteurs de croissance plaquettaires, le métabolisme des fibroblastes, et donc la synthèse du collagène, de l'élastine et de l'acide hyaluronique.

D'autre part, nous savons, par les travaux de Wang et al (Réf 15, 16) que l'injection d'acide hyaluronique réticulé entraîne, elle aussi, une stimulation de la synthèse de collagène par les fibroblastes.

Si l'acide hyaluronique réticulé a cette propriété, il pourrait en être, peut-être, de même pour la forme non réticulée, connaissant les innombrables propriétés de l'acide hyaluronique natif au sein de la matrice extracellulaire. (Réf 4, 8, 17, 18)

Nous avons réalisé une petite étude au cours de laquelle nous avons traité, en combinant acide hyaluronique non réticulé et plasma riche en plaquettes, grâce à un kit tout prêt de la société RegenLab®, le visage et les mains de 5 sujets féminins.

Ce traitement a été réalisé suivant les techniques d'injection de mésothérapie, à savoir les injections intradermiques superficielles (IDS) ou nappage, et le point par point ou injections intradermiques profondes (IDP ou micro-papules). Dans cette étude, nous avons combiné ces 2 techniques d'injection, tant dans le visage que sur le dos des mains des sujets.

Si, certes, le nombre de sujets est très faible, il n'en ressort pas moins que, tant pour les évaluateurs que pour les sujets de l'étude, il existe cliniquement une amélioration de la qualité de la peau dans les zones traitées. Cette amélioration peut être qualifiée de nette à très nette chez la plupart des sujets de cette étude.

Les sujets ont aussi apprécié le fait que leur peau leur paraisse plus tonique.

Il serait souhaitable que nous puissions bénéficier d'une étude à plus grande échelle, avec 4 groupes:

- un premier groupe «placebo» (sérum physiologique par exemple)
- un deuxième groupe «acide hyaluronique non réticulé»,
- un 3^{ème} groupe «Plasma Riche en Plaquettes»
- un dernier groupe où serait combinés «Plasma Riche en Plaquettes et acide hyaluronique non réticulé».

Nous pourrions réaliser des histologies, rechercher des biomarqueurs, afin de confirmer ou infirmer notre assertion quant à la bio-stimulation engendrée par la combinaison «Plasma Riche en Plaquettes et acide hyaluronique non réticulé».

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer nos plus vifs remerciements aux personnes suivantes:

- Les sujets, qui ont accepté de participer à cette étude.
- Le laboratoire Regen-Lab-Suisse, et plus particulièrement Madame Kamila Szydlowska pour son soutien dans notre projet, et Monsieur Antoine Turzi, pour la mise à disposition des kits spécifiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ch. Bonnet, D. Laurens, J-J. Perrin: «Guide pratique de mésothérapie.» 2008: 1-2 Edition Masson.
2. Société Suisse de Mésothérapie: Présentation de la Mésothérapie- Centre Hospitalier Universitaire du Canton de Vaud, 2015.
3. Olenius M.: The first clinical study using a new biodegradable implant for the treatment of lips, wrinkles and folds. Aesth. Plast.Surg 1998; 22:97-101.
4. Bonnetblanc, J.M. Propriétés Pharmacologiques de l'acide Hyaluronique. Ann Dermatol Venereol 2001:9-12
5. Micheels P., Sarazin D., Besse St., Sundaram H., Flynn T.C. :A blanching technique for intradermal injection of hyaluronic acid Belotero. Plast reconstr. Surg. October 2013
6. Micheels P, Sarazin D, Tran C, Salomon D.: «Un gel d'acide hyaluronique est-il semblable à son concurrent?» DERM ACTU 2015; 145 mars-avril:38-43
7. Flynn T. C., Sarazin D., Bezzola A., Terrani C., Micheels P. : Comparative histology of intradermal implantation of mono and biphasic hyaluronic acid fillers”. Dermatol Surg 2011;37: 637-643
8. S. Boisnic, M-C. Branchet: «Evaluation de l'effet anti-âge sur peau humaine maintenue en survie et après injection d'un mélange d'acide hyaluronique et multivitamines à l'aide du

Méso Injecteur U225 Biophymed®.» J. Med Esth et Chir Dermatol. Vol XXXIII, 132, Déc 2006: 253-258.

9. P. Micheels: Mésolift: une nouvelle formule J. Med Esth et Chir Derm. Vol XXVII, 105, mars 2000.
10. P. Micheels: Le glycérol: le plus du Mésolift! J. Med Esth et Chir Derm. Vol XXXIV, 135, septembre 2007
11. P. Micheels: Le Mésolift en 2010 Journal de l'AFME. Octobre 2010
12. P. Micheels, Y. Elbaz: Hydratation de la peau par acide hyaluronique combiné au mannitol: comment injecter correctement cette préparation? J. Med Esth et Chir. Dermatol. Vol XXXX, 157; Mars 2013:21-29.
13. P. Micheels, J. Vandeputte, M. Kravtsov: Treatment of age-related mid-face atrophy by injection of cohesive polydensified matrix hyaluronic acid volumizer. J. Clinical and Aesthetic dermatol. 2015; March, 8-n°31: 20-26.
14. P. Micheels: Case report: 4 techniques de revitalisation J. Med Esth et Chir Derm. Décembre 2008 Vol XXXV, 140.
15. F. Wang, L.A. Garza, S.Kang et al: In vivo stimulation of de novo collagen production caused by cross-linked hyaluronic acid dermal filler injections in photodamaged human skin. Arch Dermatol. 2007; 143: 155-163.
16. T. Quan, F.Wang, Y.Shao et al: Enhancing structural support of the dermal microenvironment activated fibroblasts, endothelial cells, and keratinocytes in aged human skin in vivo. J. of investigative Dermatology. 2013; 133: 658-667.
17. J-L. Ziltener, M. Grosclaude, L. Allet: Traitement des tendinopathies chroniques: Intérêt des injections de plasma riche en plaquettes (PRP). Rev Med Suisse 2011 ;1533-1537.
18. V. Cervelli, P. Gentile et al: Application of platelet-rich plasma in plastic surgery: clinical and in vitro evaluation.

ANNEXES

Annexe 1 A: Classification des types de peaux suivant Fitzpatrick

	Réaction au soleil	Description du type de peau
Phototype I	- ne bronze pas, - attrape systématiquement des coups de soleil.	- peau très claire, - taches de rousseur, - cheveux blonds ou roux
Phototype II	- bronze difficilement - attrape souvent des coups de soleil	- peau très claire, - cheveux blonds ou châtain, - des taches de rousseur apparaissent au soleil, - yeux clairs
Phototype III	- a parfois des coups de soleil - bronze progressivement	- peau claire, - cheveux blonds ou châtain
Phototype IV	- attrape peu de coups de soleil - bronze bien	- peau mate, - cheveux châtain ou bruns
Phototype V	- a rarement des coups de soleil - bronze facilement	- yeux foncés - peau foncée,
Phototype VI	- peau foncée, - n'a jamais de coups de soleil	- yeux foncés - peau noire

La revue de Mésothérapie

Annexe 1B: Classification du photo-vieillessement suivant Glogau

Grade	Classification	Age Moyen (ans)	Description	Caractéristiques cutanées
I	léger	28-35	Pas de ride	Photoaging léger: changement pigmentaire léger, pas de kératose, rides minimes, peu ou pas de maquillage nécessaire.
II	Modéré	35-50	Rides au mouvement	Photoaging léger à modéré: taches brunes pigmentées légèrement visibles, kératoses palpables mais non visibles, rides jugales apparaissant au sourire. Nécessité d'un maquillage léger.
III	Avancé	50-65	Rides au repos	Photoaging avancé: réelle discoloration. Capillaires visibles (couperose-télangiectasie), kératoses visibles, nécessité de mettre du fond de teint.
IV	Sévère	60-75	Nombreuses rides permanentes	Photoaging sévère: peau citrine-grise, lésions précancéreuses, rides permanentes. Maquillage difficile et visible dans les rides.

Annexe 2: Echelle d'évaluation de l'efficacité du traitement-GAIS

- 0 = aggravation
- 1 = pas de changement
- 2 = légère amélioration
- 3 = nette amélioration
- 4 = très nette amélioration

Tableau 1: Ensemble des évaluations de l'efficacité du traitement par le mélange acide hyaluronique non réticulé + plasma riche en plaquette du laboratoire Regen-Lab Suisse.

	VISAGE					MAINS				
	Sujet 1 G N	Sujet 2 MN	Sujet 3 RL	Sujet 4 SE	Sujet 5 VL	Sujet 1 G N	Sujet 2 MN	Sujet 3 RL	Sujet 4 SE	Sujet 5 VL
Evaluateur 1										
Eclat de la peau	2	3	2	2	2-3	3	3	2	1-2	3
Hydratation de la peau	2	3	2	2	2-3	3	3	2	1-2	3
Profondeur des rides	1	3	2	1	2	3	2	2	1	2-3
Evaluateur 2										
Eclat de la peau	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
Hydratation de la peau	3	3	4	4	3	2	3	2	3	3
Profondeur des rides	2	3	2	2	2	2	3	2	1	3
Evaluateur 3										
Eclat de la peau	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3
Hydratation de la peau	3	3	3	3	3	3-4	3	2-3	2	3
Profondeur des rides	1	2-3	2	1-2	2	3	3	1	0	3
Tonicité de la peau	2	2	2	2	3	3	2	1	0	2
Evaluation par les sujets de l'étude eux-mêmes	Sujet 1					Sujet 1				
Eclat de la peau	2					2				
Hydratation de la peau	2					2				
Profondeur des rides	1					2				
Tonicité de la peau	1					2				
		Sujet 2					Sujet 2			
Eclat de la peau		3					3			
Hydratation de la peau		3					3			
Profondeur des rides		3					3			

Tonicité de la peau		3					3		
			Sujet 3					Sujet 3	
Eclat de la peau			4					3	
Hydratation de la peau			3					3	
Profondeur des rides			3					3	
Tonicité de la peau			3					4	
				Sujet 4					Sujet 4
Eclat de la peau				3					3
Hydratation de la peau				3					3
Profondeur des rides				2					1
Tonicité de la peau				4					2
					Sujet 5				Sujet 5
Profondeur des rides					3				3
Hydratation de la peau					4				3
Profondeur des rides					2				4
Tonicité de la peau					3				4

NOTES DE LECTURE

Philippe Salato

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE: UN PATCH À MICRO-AIGUILLE AUSSI EFFICACE QUE L'INJECTION.

FABIENNE RIGAL/ 28/06/2017

"Une étude menée par une équipe de l'Institut de Technologie et de l'Université Emory en Géorgie, aux Etats Unis, et publiée dans «The Lancet», montre que des patchs à micro-aiguilles pourraient offrir une alternative aussi efficace et sûre, mieux acceptée et moins onéreuse que la vaccination par injection intramusculaire habituelle.

Ce dispositif consiste en 100 aiguilles solubles dans l'eau juste assez longues pour pénétrer la peau, et qui restent en place le temps que le vaccin pénètre grâce à un patch. Le vaccin est encapsulé dans les aiguilles et relargué en quelques minutes, quand les micro-aiguilles se dissolvent dans la peau, le patch est alors retiré comme un pansement. Le dispositif ne nécessite pas d'être conservé au frais et présente donc plusieurs avantages techniques.

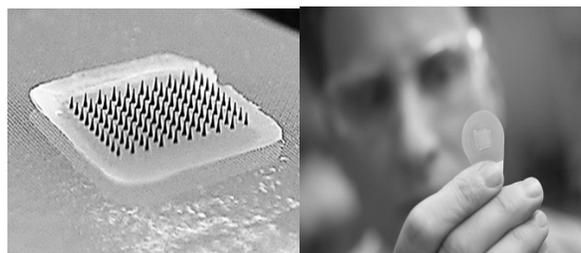
Cette étude de phase 1, randomisée contre placebo, a inclus 100 patients de 18 à 49 ans, naïfs de vaccin contre la grippe. Les participants ont été assignés à 4 groupes différents et ont reçu entre juin et septembre 2015, le vaccin inactivé (de la saison 2014/2015), sous la forme du patch posé par un professionnel de santé ou par le patient lui-même, ou par injection intramusculaire. Le dernier groupe a reçu un placebo sous forme de patch.

Dans les groupes effectivement vaccinés, les effets secondaires étaient de même intensité (moyenne), il s'agissait surtout de sensibilité locale et de douleurs après l'injection, de prurit et d'érythème après le patch. Ils duraient 2 à 3 jours. Aucun effet secondaire grave n'a été observé. L'immunogénicité était la même selon que le patch avait été posé par un professionnel de santé ou le participant lui-même. (Dans les 3 groupes effectivement vaccinés).

Plus de 70% des participants des deux groupes «patch» ont indiqué qu'ils préféreraient à l'avenir un patch plutôt qu'une injection ou une vaporisation intranasale. Les auteurs soulignent que cette solution pourrait réduire le coût d'une campagne de vaccination puisqu'il n'y aurait plus besoin d'un professionnel de santé pour réaliser le geste. L'équipe américaine prévoit de développer ce type de patch pour d'autres vaccins tels que la rougeole, la rubéole et la polio.

(Crédit photo centrale: Georgia Tech.

Source: lequotidiendumedecin.fr



PETITES ANNONCES

Pour toute annonce, merci d'adresser le texte aux responsables de publication: Denis Laurens - Philippe Salato (drdenisLAURENS@aol.com, psalato@aol.com), qui se réservent le droit de ne pas publier une annonce qui ne serait pas conforme à la mission de notre revue

MÉDECIN GÉNÉRALISTE INSTALLÉ ET PRATIQUANT LA MÉSO DEPUIS 35 ANS, AUX SABLES D'OLONNE, cède patientelle en octobre 2017.

dr.chab.olona@wanadoo.fr

DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE MESOTHERAPIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

Diplôme validé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en décembre 2003 avec Droit au titre:
Seuls les titulaires du DIU peuvent mentionner la pratique de la mésothérapie sur leurs plaques et ordonnances.
Le programme porte sur l'ensemble des indications de la mésothérapie.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX, FACULTÉ DE MÉDECINE PAUL BROCA

Directeur universitaire: Pr Vincent Casoli (Service de chirurgie plastique et réparatrice)

Responsable technique: Dr Françoise George, Email: francoise.george@aol.fr

Dates: 5 séminaires d'un jour et demi (vendredi après-midi et samedi sauf janvier): 24 et 25 novembre 2017, 15 et 16 décembre, 18,19 et 20 janvier, 16 et 17 mars, 1er et 2 juin, examen le 15 juin 2018.

UNIVERSITÉ PARIS VI, FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ SALPÊTRIÈRE

Directrice universitaire: Pr Pascale Pradat Diehl (Service de Médecine Physique et de Réadaptation)

Responsable technique: Dr Denis Laurens, Email: drdenislaurens@aol.com

Inscriptions: Mlle Bardon: tél: 01 42 16 11 49, Email: marina.bardon@aphp.fr

Dates: 27/09/2017, 18/10, 15/11, 13/12, 10/01, 07/02, 14/03, 04/04, 16/05/2018, examen écrit et oral: 06/06/2018

UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE, FACULTÉ DE MÉDECINE DE DIJON

Directeur universitaire: Pr Emmanuel Baulot (Service de Chirurgie Orthopédique)

Responsable technique: Dr Serge Server, Tél: 03 80 78 83 48, Email: drserver1@orange.fr

Dates: 3 séminaires de 3 jours en novembre 2017, janvier et mai 2018

UNIVERSITÉ D'Auvergne, FACULTÉ DE MÉDECINE DE CLERMONT FERRAND

Directeur universitaire: Pr Stéphane Boisgard (Service de Chirurgie Orthopédique)

Responsables techniques: Dr Jean-Pierre Martin, Tél: 04 75 51 95 45, Email: docteur.martin.jeanpierre@wanadoo.fr et Dr André Walter, Tél: 04 73 27 75 59, Email: walter.beraud@wanadoo.fr

Inscriptions: Mme Elodie Guillaume: tél: 04 73 17 79 36, Email: elodie.guillaume@udamail.fr

Dates: 7, 8 et 9/12/2017; 8,9 et 10/03: 14,15 et 16/06/2018

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1, FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON HÔPITAL EDOUARD HERRIOT

Directeur universitaire: Pr Michel Fessy (Service de Chirurgie Orthopédique)

Responsable technique: Dr Philippe Lafuma, Tel: 04 72 11 04 44, Email: philippe.lafuma@chu-lyon.fr

Retrait des dossiers d'inscriptions sur internet: www.univ-lyon1.fr (services Spécialités Médicales)

Dates: 01 et 02/12/2017, 12 et 13/01, 09 et 10/02, 16 et 17/03, 6 et 7/04, 20/05, 26/05/2018 Examen le 23/06/2018
+ présentation du mémoire

13^{ÈME} CONGRÈS NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE

18 ET 19 NOVEMBRE 2017 - PARIS

EDITORIAL

Notre 13^{ème} Congrès National aura lieu les 18 et 19 novembre 2017, dans les locaux de la Faculté Pitié Salpêtrière à Paris.

Le samedi 18 débutera par une table ronde sur les pathologies du pied: hallux valgus et rigidus, sésamoïdite, syndrome de Morton et aponévrosite plantaire avec présentation multidisciplinaire des thérapeutiques.

Les meilleurs mémoires des différents DIU constitueront le programme de l'après-midi.

Le dimanche 19 sera consacré aux ateliers pratiques qui se dérouleront pour la première fois au même endroit que le samedi dans les locaux de la faculté Pitié Salpêtrière, avec l'ensemble des indications de la mésothérapie et des traitements associés: podo-posturologie, vertébrothérapie, strapping et orthèses, ostéopathie, techniques de rééducation du pied et nutrition.

Tous les professeurs qui dirigent nos pôles de DIU seront présents et une fois encore nous leurs témoignerons notre immense gratitude.

Je vous souhaite un très bon congrès.

Denis Laurens
Président de la Société Française de Mésothérapie

COMITE D'ORGANISATION

Responsable scientifique: Dr Denis Laurens
Responsables techniques: Dr Christophe Danhiez
Dr Bruno Estève Lopez
Mlle Marina Bardon

SAMEDI 18 NOVEMBRE 2017 FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ SALPÉTRIÈRE AMPHI F

8h00: Accueil des participants.

8h45: Cérémonie d'ouverture: **Dr Denis Laurens**

1^{ère} Session

TABLE RONDE

Pathologies du pied: Hallux valgus et rigidus, pathologies sésamoïdiennes, névrome de Morton,

Président: Pr Jacques Rodineau

9h00: Anatomie fonctionnelle du pied.

Dr H. Lelièvre

9h20: Physiopathologie et examen clinique.

Pr J. Rodineau

9h40: Imagerie du pied

Dr S. Kemel

10h00: Actualités thérapeutiques des pathologies du pied.
Pr J. Rodineau

10h20: Discussion

10h30: Pause

Président: Dr Olivier Laffenêtre

11h00: Traitements par mésothérapie.
Dr D. Laurens

11h20: Quand et comment faut-il opérer?
Dr O. Laffenêtre

11h40: Rééducation.
Mr O. Dessert

12h00: Podo-posturologie.
Mr Th. Le Royer

12h20: Discussion

12h30: Déjeuner

2^{ème} Session

Présidents: Prs Emmanuel Baulot et Michel Fessy

14h00 : Evaluation de la mésothérapie dans le traitement du syndrome de loges d'effort antérolatéral de jambe. A propos de 3 cas.

Drs A. Benzerak, L. Chelihi, J. Chrifi, T. Kraiem, J. Ladon, J. Masat et M. Vanderweyen

14h15: Traitement de la gonarthrose fémoro-tibiale interne par mésothérapie globale. A propos de 80 cas.

Drs B.Cadilhac, Ph. Croze, A. Decorde, R. Maceno, J. Maire et F. Morasi

14h30: Amélioration des douleurs dans l'arthrose fémoro-tibiale en trois séances de mésothérapie.

Drs M. Musy, G. Pinganaud, F. Laz, A. Abalan, M. Lartin- Florestan, O. Mabilille, E. Khov, K. Ben Boutrif

14h45 : Analyse de l'apport de la mésothérapie dans le sevrage tabagique: gestion de la douleur du manque.

Drs M. Adler, M. Beltan et L. Juret

15h00 : Discussion

3^{ème} Session

Présidents: Prs Alain Delarque et Michel Perrigot

15h20: Place de la mésothérapie dans un club de basket-ball professionnel.

Dr B. Lebreton

15h35: Maladie d'Osgood-Schlatter traitée par mésothérapie.

Drs B. Canot et F. Carbonneaux

15h50: Traitement par mésothérapie du syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur post accident vasculaire cérébral.

Dr A. Rapin

16h05 : Apport de la mésothérapie dans la prise en charge des douleurs neuropathiques du membre amputé, dites douleurs du membre fantôme.

Drs A. Boutrois et T. Montalescot

La revue de Mésothérapie

16h20: Discussion

16h40 : Pause

4^{ème} Session

Présidents: Prs Vincent Casoli et Stéphane Boisgard

17h00 : Prise en charge de la douleur cancéreuse par mésothérapie.

Dr C. Lefebvre

17h15: Mise à jour des mélanges utilisés en mésothérapie.

Drs M. Akbayn et N. Procureur

17h30: Douleurs référées myofasciales du pied. Traitement par mésothérapie.

Dr P. Lecomte

17h45 : Mésolift: traitements combinés.

Dr J. Marthan

18h10: Discussion

19h00: Réunion des directeurs et enseignants universitaires du DIU de mésothérapie (Salle H)

20h00: Fin de la première journée

DIMANCHE 19 NOVEMBRE 2017

**Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière
105 boulevard de l'Hôpital 75013 PARIS
Ateliers pratiques**

Thème	Membre supérieur	Membre inférieur	Rachis	Médecine générale	Traitements associés	Traitements associés	Mésolift	Hydroli-podystro- phie
							Cicatrices	
8h30 9h15	J.M. Coulon	Ph. Lafuma	G.Riaud	D. Girard	Podo -postu- rologie	Ostéopathie	J.P. Martin .	J. Marthan
9h30 10h15	Ph. Lafuma	B.Bellemans	B.Estève Lo- pez	A. Walter	Podo-postu- rologie	Ostéopathie	J. Marthan	J.P. Martin
10h30 11h15	B.Bellemans	J.M. Coulon	Y.Jeanmaire	A. Walter	Strapping et orthèses	Vertebro	H. Ph.Taffin	P. Salato
11h30 12h15	B.Bellemans	H. Ph.Taffin	D. Mrejen	F.Biron	Strapping et orthèses	Vertebro	P. Salato	A. Walter
12h30 13h15	D. Laurens	Ch. Danhiez	D. Mrejen	J.M. Piumi	Rééducation	Nutrition	B.Labenne	H. Ph.Taffin
13h30 14h15	J.M. Piumi	Ch. Danhiez	D. Miljkovic	F.Biron	Rééducation	Nutrition	P. Salato	B.Labenne

Médecine Générale: Traitements des douleurs:

- Migraines, céphalées
- Colopathies fonctionnelles
- Douleurs secondaires à un zona
- Artérites des membres inférieurs

Podo-posturologie: MrsTh. Le Royer et V. Texier (Association Posturologie Internationale)

Strapping et orthèses: Mme M. Volondat (INSEP, kinésithérapeute de l'Equipe de France d'Escrime)

Vertébrothérapie: Dr D. Miljkovic (Service Médecine Physique et réadaptation Hôpital de la Pitié Salpêtrière Paris)

Ostéopathie: Mr O. De Lagausie (INSEP)

Nutrition: Dr M.F. Oprendek (INSEP)

Techniques de rééducation, ondes de chocs, Tecar: Mr O. Dessert (INSEP)

INFORMATIONS PRATIQUES

Lieu: Samedi 18 novembre ET dimanche 19 novembre

Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière

105, boulevard de l'Hôpital 75013 Paris

Métro: Saint Marcel (ligne 5)

Accès

SNCF: gare d'Austerlitz

Voiture: sur place

Avion: Aéroport d'Orly (30 mn), Aéroport Roissy CDG (45 mn)

HEBERGEMENT

- HOTEL DES ECRIVAINS ***: chambre double: 125€

8 rue Coypel - 75013 PARIS, Tél.: 01.47.07.76.32, Email: www.hoteldesecrivains.com

- LES HOTELS DE PARIS: chambre double: 159€

Villa Lutèce Port Royal,

52-52 bis rue Jenner, 75013 PARIS, Tél.: 01.53.61.90.90, Email: lutece@leshotelsdeparis.com, www.villa-lutece-port-royal.com

- HOTEL DEVILLAS ** chambre double: 110€

4 boulevard St Marcel, 75013 PARIS, Tél.: 01.43.31.37.50, info@hoteldevillas.com, www.hoteldevillas.com

- HOTEL DE LA DEMEURE *** chambre double: 161€

51 boulevard St Marcel, 75013 PARIS, Tél. : 01.43.37.81.25, la_demeure@netcourrier.com, www.hotel-paris-demeure.com

La revue française de Mésothérapie

Numéro 159 - septembre 2017

Société Française de Mésothérapie

15 rue des Suisses - 75014 Paris

Site Internet : www.sfmesotherapie.com

Responsables de publication: Denis Laurens - Philippe Salato

Maquette - mise en page: Philippe Salato

Imprimé à 800 exemplaires par Imprimerie Dridé: 49, Rue des Frères Lumière, 93330 Neuilly-sur-Marne



MI | Medical Innovation

*La référence en mésothérapie
depuis 1982*

PISTOR

Une gamme complète de pistolets de Mésothérapie.

Depuis près de 30 ans nous concevons et fabriquons des pistolets de mésothérapie. Notre savoir-faire et nos compétences sauront vous apporter satisfaction grâce à une offre complète répondant à vos besoins de thérapeutes.

Un pistolet qui répond aux besoins de votre pratique de la mésothérapie :

- Polyvalence,
- Simplicité et souplesse d'utilisation,
- Multidisciplinaire,
- Economique,
- Efficacité,
- Fiabilité

*Bénéficiez des tarifs
spécifiques SFM*

Un seul consommable pour une pratique économique!!!



MI | Medical Innovation - Parc d'activités - 48 230 Chanac - France - Tél : +33(0)4.66.48.22.79 - Site : www.mi-medicalinnovation.com



CE 0459



Colthiozid

THIOLCHICOSIDE INJECTABLE 4 mg

1 - Thiocolchicoside 4 mg.

2 - Soluté injectable
boîte de 5 ampoules de 2 ml.

3 - Classe pharmacothérapeutique:
MYORELAXANTS.



DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT

COLTHIOZID 4 mg/2 ml, solution injectable

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Thiocolchicoside 4 mg

Pour 1 ampoule de 2 ml de solution injectable.

Excipients : Chlorure de sodium, eau pour préparations injectables.

FORME PHARMACEUTIQUE

Solution injectable.

DONNÉES CLINIQUES

Indications thérapeutiques

Traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses en pathologie rachidienne aiguë.

Posologie et mode d'administration

RÉSERVE À L'ADULTE (plus de 15 ans).

Voie intramusculaire uniquement.

La dose quotidienne est de 1 ampoule (4 mg de thiocolchicoside), 2 fois par jour.

Contre-indications

· Hypersensibilité au thiocolchicoside, à l'un des excipients ou à la colchicine.

· Allaitement.

· Troubles de l'hémostase ou traitement anticoagulant en cours (contre-indication liée à la voie intra-musculaire).

· Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé pendant le premier trimestre de la grossesse.

Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi

La thiocolchicoside doit être administré avec prudence chez les patients épileptiques ou à risque de convulsions.

Ne pas associer dans la même seringue le thiocolchicoside avec d'autres produits.

En raison de la survenue rare de malaise de type vagal, éviter les conditions prédisposantes et surveiller une dizaine de minutes après l'injection.

Grossesse et allaitement

Grossesse

Les études effectuées chez l'animal ont mis en évidence un effet tératogène.

En clinique, il n'existe pas actuellement de données suffisamment pertinentes pour évaluer un éventuel effet malformatif ou fœtotoxique du thiocolchicoside lorsqu'il est administré pendant la grossesse.

En conséquence, l'utilisation de ce médicament est déconseillée pendant le premier trimestre de la grossesse. Cet argument ne constitue pas l'élément systématique pour conseiller une interruption thérapeutique de grossesse mais conduit à une attitude de prudence et à une surveillance prénatale soignée. Allaitement

Ce médicament est contre-indiqué en cas d'allaitement.

Effets indésirables

Très rares cas de réactions d'hypersensibilité type urticaire, œdème de Quincke et exceptionnellement choc anaphylactique.

Très rares cas de réactions cutanées type prurit, érythème, éruptions maculopapuleuses et exceptionnellement éruptions vésiculobulleuses. Dans de rares cas, excitation ou obnubilation passagère et dans de très rares cas, malaise de type vagal rapporté quasi exclusivement dans les minutes suivant une administration IM.

PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES

Propriétés pharmacodynamiques

Classe pharmacothérapeutique : MYORELAXANTS, Code ATC : M03BX05.

(M : Muscle et Squelette)

Analogue soufré, de synthèse, d'un glucoside naturel du colchique, le thiocolchicoside se comporte pharmacologiquement comme un myorelaxant, aussi bien chez l'homme que chez l'animal. Il supprime ou atténue considérablement la contracture d'origine centrale : dans l'hypertonie spastique, il diminue la résistance passive du muscle à l'étirement et réduit ou efface la contracture résiduelle. Son action myorelaxante se manifeste également sur les muscles viscéraux : elle a été mise en évidence notamment sur l'utérus. Par contre, le thiocolchicoside est dépourvu de tout effet curarisant : c'est en effet par l'intermédiaire du système nerveux central et non par une paralysie de la plaque motrice qu'il agit. Des travaux (1980) ont mis en évidence une affinité sélective de type agoniste du thiocolchicoside pour les récepteurs de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), ainsi que des propriétés agonistes glycinergiques. Il n'altère donc pas la motilité volontaire, ne provoque pas de paralysie et évite, de ce fait, tout risque respiratoire. Enfin, le thiocolchicoside est sans influence sur le système cardiovasculaire.

Propriétés pharmacocinétiques

Après administration intramusculaire chez le sujet sain :

· le pic plasmatique est atteint en 30 minutes environ,

· la demi-vie d'élimination est de l'ordre de 4h15 minutes.

Le thiocolchicoside est éliminé chez le sujet sain à la fois par la voie rénale sous forme inchangée (clairance rénale d'environ 70 ml/min.) et par voie extra-rénale (clairance extra-rénale d'environ 200 ml/min).

PROPRIÉTÉS PHARMACEUTIQUES

Incompatibilités

En l'absence d'études de compatibilité, ce médicament ne doit pas être mélangé à d'autres médicaments.

Durée de conservation

Avant ouverture : 3 ans.

Après ouverture : D'un point de vue microbiologique, le produit doit être utilisé immédiatement. En cas d'utilisation non immédiate, les durées et conditions de conservation après dilution et avant dilution relèvent de la seule responsabilité de l'utilisateur.

Précautions particulières de conservation

Pas de précautions particulières de conservation.

Nature et contenu de l'emballage extérieur

2 ml en ampoule (verre incolore de type I). Boîte de 5.

Instructions pour l'utilisation, la manipulation et l'élimination

Pas d'exigences particulières.

PRÉSENTATIONS ET NUMÉROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE

· 368 885-3 : 2 ml en ampoule (verre). Boîte de 5.

Non Remb Séc soc.

DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION

2005

DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE

2006

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE

Liste I.

LABORATOIRE EXPLOITANT

Laboratoires PHARMY II

Strategy Center

26, rue des Gaudines

78100 Saint-Germain-en-Laye

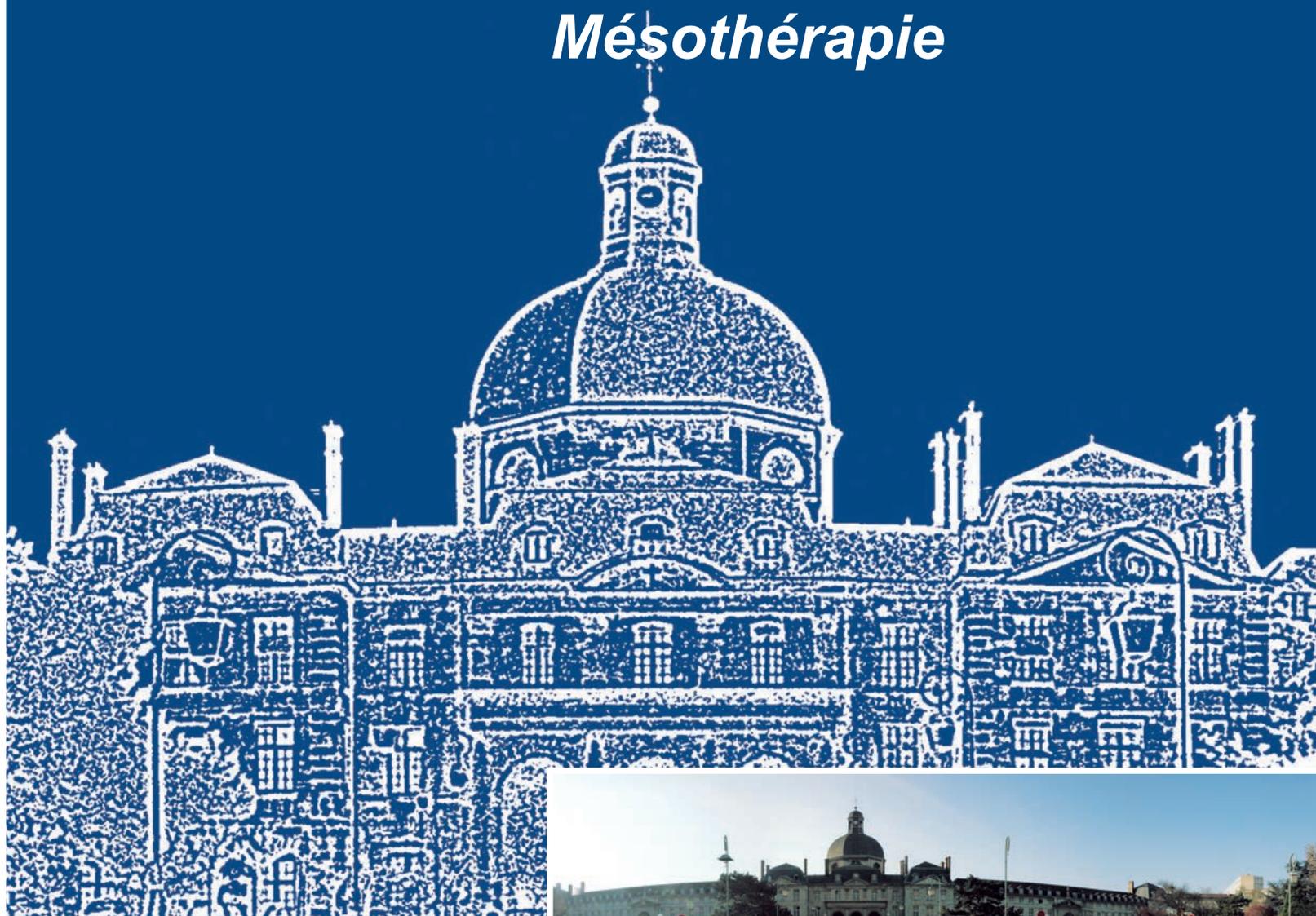
Tél : 01 34 51 50 97.

Fax : 01 34 51 49 46

E-mail : pharmy2@wanadoo.fr

13^{ème}

Congrès National de la Société Française de Mésothérapie



18 et 19 novembre 2017

Faculté Pitié Salpêtrière
105 boulevard de l'Hôpital
75013 PARIS

www.sfmesotherapie.com