



LA REVUE DE MÉSOTHÉRAPIE

PUBLICATION OFFICIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE

www.sfmesotherapie.com

- LA LETTRE DU PRESIDENT DE LA SFM p. 3
Dr Jean Marc Piumi
- PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES AIGÜES COMMUNES DU SUJET
ÂGÉ: UNE ÉTUDE PROSPECTIVE DE TYPE AVANT-APRÈS MENÉE SUR 11
CAS p.4
P.A Riquier
- PLACE DE LA MESOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME
DE LA BANDELETTE ILIO TIBIALE EN PHASE AIGÜE p.8
Claire Plassart
- ETAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE DE LA MESOTHERAPIE PAR LES MEDECINS
DU SPORT DE BRETAGNE: QUESTIONNAIRE AUPRES DES ADHERENTS DE LA
SMESB EN 2017 p. 12
Christophe Sicard
- ÉTUDE DES BÉNÉFICES DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT
DE LA MALADIE DE DUPUYTREN. À PROPOS DE 5 CAS p.17
Jean Marc Piumi
- PATIENTS ET MESOTHERAPIE – ENQUETE DE SATISFACTION p. 22
Anissa Hidar, Catalina Palacean
- INTERÊT DE LA MESOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ALOPECIE p. 26
Arnaud Lambert
- DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE MESOTHERAPIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019 p. 31
- FORMATIONS DANS VOS REGIONS p. 32

N° 161

Mai 2018

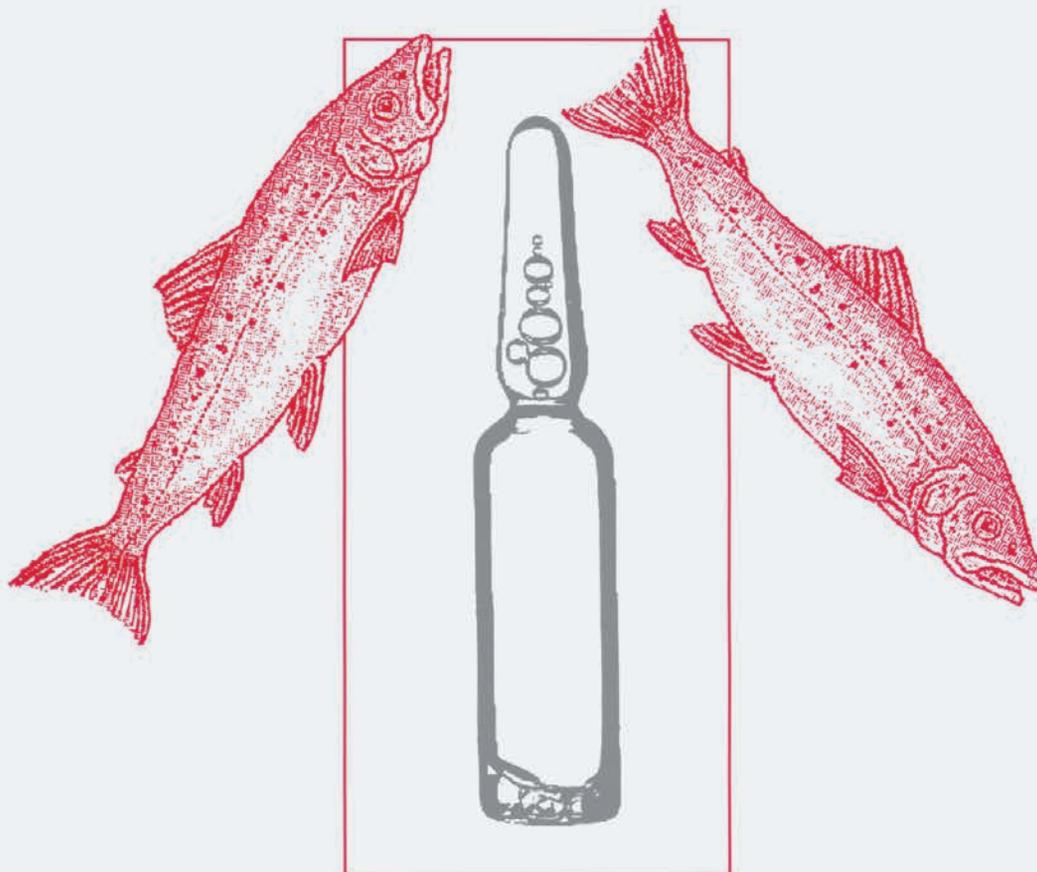
Calcitonine Pharmy II

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 déoxypyridoline 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 À 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



Jean Marc Piumi

Le 19 mars dernier, 124 «confrères» (car il paraît, même en certains cas, que nous devons continuer à les appeler ainsi) ont fait publier dans Le Figaro, une tribune incendiaire, vitriolée, calomnieuse contre des médecines dites «alternatives» qui ne sont au final que le reflet d'une autre façon de pratiquer notre art et de soulager nos patients. J'ai nommé l'homéopathie, l'acupuncture et la mésothérapie.

Il est scandaleux que l'on puisse autoriser ce type de publication (dont on connaît l'impact auprès du grand public, toujours prompt à prendre pour argent comptant ce qui est dit dans les médias), sans autoriser et provoquer un débat contradictoire avec les parties incriminées.

Pire, on peut en venir à se demander, sans verser dans la paranoïa, si tout ceci n'est pas savamment orchestré par des individus qui, en nous discréditant, espèrent reconquérir cette part de patients de plus en plus nombreux qui, lassés de l'agressivité des thérapeutiques classiques et délaissés par des médecins fatigués, usés, déshumanisés et formatés par le discours «tout-chimie» des laboratoires pharmaceutiques, nous font confiance et nous plébiscitent.

Nous avons réagi instantanément en publiant une réponse à cette attaque sur Face Book et sur le site de la SFM, et nous avons eu une interview qui est passée le lundi soir au journal de Marc-Olivier Fogiel sur RTL.

Ces attaques nous incitent une fois de plus à faire front et rester unis tout en poursuivant la quête de cette publication scientifique qui nous ancrera définitivement dans le paysage médical, puisqu'il paraît que soulager et (même) guérir nos patients ne suffit pas à valider la mésothérapie.

Nous travaillons avec tout le conseil d'administration de la SFM pour réunir les éléments nécessaires et suffisants permettant cette validation mais le chemin est long et compliqué!

Pour revenir à l'actualité immédiate, notons que courant du 1^{er} trimestre ont eu lieu des formations dans différents CERM (Lille le 13 janvier, Bordeaux le 28 janvier, Besançon le 24 mars, Lyon le 24 mars et Nancy le 7 avril). Nous avons eu entre 15 et 30 participants à ces formations, ce qui est très honorable mais l'objectif est d'inciter encore plus de médecins à participer à ces journées, toutes riches d'un contenu très intéressant et didactique avec des enseignants de grande qualité.

Vous pouvez également inscrire sur vos agendas la réunion du CERM Alsace-Lorraine à Strasbourg le samedi 13 octobre sur le thème du rachis et le 14^{ème} Congrès National de Mésothérapie qui aura lieu à Paris les 17 et 18 novembre à La Pitié Salpêtrière avec comme thème de table ronde «Les pathologies du genou».

Là aussi, nous vous attendons nombreux.

Bon été à toutes et à tous, profitez du repos, du soleil, du sport, bref, rechargez vos batteries et rendez-vous en pleine forme en octobre en Alsace ou en novembre à la Pitié Salpêtrière.

Jean-Marc Piumi

PRISE EN CHARGE DES LOMBALGIES AIGUËS COMMUNES DU SUJET ÂGÉ UNE ÉTUDE PROSPECTIVE DE TYPE AVANT- APRÈS MENÉE SUR 11 CAS

P.A Riquier

INTRODUCTION

Les lombalgies aiguës communes sont un motif fréquent [1] de consultation dans nos cabinets de médecine générale. Chez les patients âgés leur prise en charge médicamenteuse peut être délicate en raison d'une part, du risque lié au traitement pharmacologique et à l'âge du patient et d'autre part, aux interactions des substances prescrites avec le traitement habituel.

L'étude proposée a consisté à prendre en charge ces patients en leur proposant des soins de mésothérapie à la place d'un traitement médicamenteux conventionnel (antalgiques de palier I ou II seuls ou en association avec des anti-inflammatoires *per os*).

L'intérêt majeur de cette approche est d'éviter la consommation de médicaments par voie orale utilisés dans les prises en charge habituelles. La mésothérapie permet d'utiliser des agents pharmacologiques localement et à doses très faibles, limitant ainsi le risque d'interactions médicamenteuses et d'effets secondaires. L'évaluation de la prise en charge s'est faite par questionnaire, dispensé avant la séance puis deux jours après.

Définitions

La mésothérapie est une technique qui consiste à injecter localement de façon superficielle et peu douloureuse des produits de la pharmacopée française.

La lombalgie aiguë (moins de 3 mois) commune [2] se caractérise par une douleur lombaire basse, avec sensation de blocage et impotence fonctionnelle souvent majeure évoluant depuis moins de trois mois. Souvent, un facteur déclenchant est retrouvé à l'interrogatoire.

Cliniquement, il existe une limitation des mobilités mais seulement dans un ou deux secteurs. Les signes d'irritation radiculaire et les signes neurologiques déficitaires des membres inférieurs ou périnéaux sont absents dans les lombalgies communes, ce qui permet notamment de les différencier des lombalgies dites «symptomatiques».

Physiopathologie

La fréquente intrication des mécanismes physiopathologiques dans la lombalgie aiguë complique l'identification de la structure anatomique causale.

Ainsi classiquement, le disque est souvent responsable des lombalgies du sujet jeune alors que chez le sujet

âgé, il s'agit plutôt des atteintes dégénératives disco-vertébrales ou inter-apophysaires [3].

Les ligaments et les muscles spinaux peuvent aussi être responsables de douleurs lombaires.

OBJECTIF

La mésothérapie est une alternative à la prise en charge classique des lombalgies du sujet âgé. Elle permet de limiter la consommation médicamenteuse et les effets indésirables dans cette population à risque et souvent polymédiquée (le nombre médian de médicaments est de 10 chez les personnes de plus de 80 ans en France, avec des antalgiques et des anti-inflammatoires dans la moitié des cas [4]).

L'hypothèse testée est que la mésothérapie permet une amélioration du score clinique de la lombalgie aiguë des patients âgés.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude d'intervention quasi-expérimentale, sans tirage au sort, avec comparaison «avant-après».

Les patients inclus sont des volontaires (accord oral) âgés de 65 ans et plus se présentant spontanément en consultation avec comme principal motif celui d'une lombalgie aiguë.

À l'inclusion, un examen clinique est pratiqué afin de ne traiter que les patients répondants aux critères de lombalgie aiguë commune. Pour être inclus dans l'étude, les patients devaient répondre aux critères suivants :

À l'interrogatoire:

- ne pas avoir de douleurs lombaires nocturnes
- ne pas avoir de fièvre

À l'examen clinique:

- ne pas avoir de syndrome de la queue de cheval;
- avoir des réflexes ostéo tendineux présents aux membres inférieurs;
- ne pas présenter de lombo-radiculalgies;
- et ne pas avoir de déficit moteur des membres inférieurs et du périnée.

La palpation précise du rachis détermine pour chaque patient le niveau de la SID (souffrance intervertébrale dégénérative) à traiter.

Le questionnaire EIFEL (échelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgies) est réalisé avant

l'intervention thérapeutique. Ce questionnaire administré par le praticien comporte 24 affirmations (Annexe I). La majorité des questions explorent le retentissement fonctionnel de la lombalgie (sommeil, irritabilité, appétit, douleur, repos, changement de position pour soulager le dos). Il a été développé par Roland et Morris en 1983 «The Roland and Morris Disability Questionnaire» [5].

En 1993, Coste *et al.* en ont validé la version française [6] et l'ont rebaptisé «Echelle d'incapacité fonctionnelle pour l'évaluation des lombalgiques (EIFEL)». Ce questionnaire est simple, rapide d'utilisation et reproductible. Une diminution d'au moins 2 à 3 points est nécessaire pour parler de modification clinique significative [7]. Le questionnaire EIFEL est resoumis par téléphone pour mesurer l'efficacité de l'intervention quarante huit heures après le traitement.

Afin d'éviter un biais lié à la méthode d'injection et aux produits utilisés, le protocole de mésothérapie est standardisé et consiste à injecter à chaque séance deux mélanges selon des techniques distinctes, la MPS (mésothérapie ponctuelle systématisée) et la MIE (mésothérapie intra-épidermique):

La MPS consiste en l'injection dermohypodermique de 1 à 10mm de profondeur de substances allopathiques microdosées. Les points sont fixes et reproductibles. Elle se pratique avec une aiguille de 13mm 3/10^{èmes}.

La MIE est un procédé d'injection non douloureuse et non sanglante, à environ 1mm de profondeur cutanée. Elle se pratique avec la même aiguille, appliquée tangentiellement à la peau, biseau orienté vers le ciel, avec une pression d'environ 40g.

Le premier mélange pratiqué en MPS comprend:

- calcitonine de saumon 100UI pour ses qualités anti-inflammatoire, antalgique et vasomotrice;
- piroxicam pour son action anti inflammatoire;
- mésocaïne pour son effet antalgique et vectoriel vis-à-vis des deux autres produits.

Le deuxième mélange réalisé en MIE comprend:

- mésocaïne pour son effet antalgique et myorelaxant;
- thiocolchicoside pour son effet décontracturant;
- pidolate de magnésium pour son effet myorelaxant.

Le traitement statistique des résultats a été réalisé avec le logiciel NCSS version 2007 et StatXact version 8.00 de Cytel Studio.

RESULTATS

Population traitée

Nous avons recruté 11 patients: 6 hommes et 5 femmes (figure 1).



Figure 1: répartition de la population traitée en fonction du sexe

L'âge médian est de 69ans (minimum : 67ans, maximum: 81ans) et la moyenne d'âge est de 75 ans.

Résultats de l'intervention clinique

Le score EIFEL médian T₀ (avant l'intervention) est de 9, avec une moyenne de 8,5 et va de 5 au minimum à 13 au maximum. Le score médian T₁ (après intervention) est de 3 avec un minimum à 0 et un maximum à 12 (Figure 2).

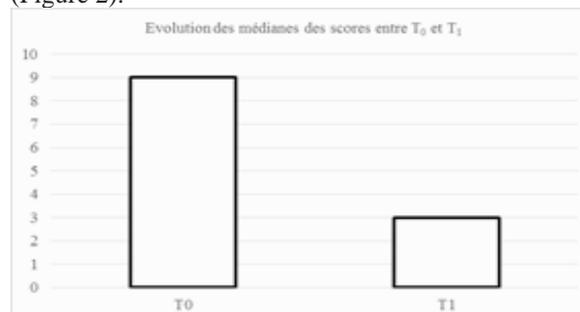


Figure 2: évolution de la médiane des scores EIFEL avant et après la mésothérapie

La moyenne du score EIFEL est passée de 8,5 avant l'intervention à 5 après l'intervention (Figure 3).

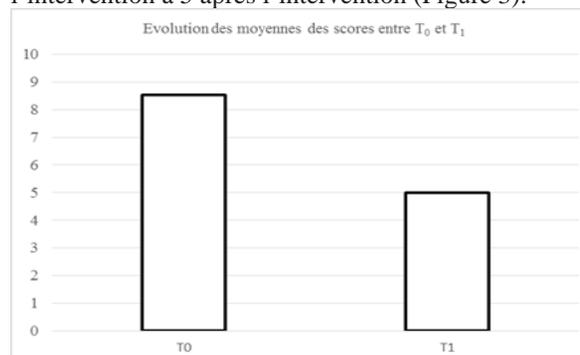


Figure 3: évolution des moyennes des scores EIFEL avant et après la mésothérapie

Significativité des données observées

Pour savoir si l'observation de l'évolution des médianes entre T₀ et T₁ avait un risque d'être imputable au hasard, nous avons réalisé un test de rangs de Wilcoxon sur séries appariées comparant les médianes. Il a été mis en évidence une diminution significative du score EIFEL ($p = 0,004$).

On observe (Figure 4) que l'amélioration clinique significative (diminution du score d'au moins 3 points), s'observe dans 7 cas sur 11 (64% des cas).

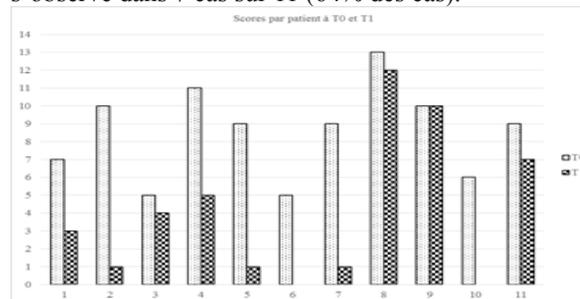


Figure 4: évolution des scores pour chacun des patients de l'étude entre T₀ et T₁

Suite à ces observations, nous avons testé l'hypothèse d'une variation du résultat en fonction du sexe. Pour cela, nous avons utilisé le test de Wilcoxon Mann Whitney. Aucune différence significative imputable au sexe du patient sur l'évolution du score n'a pu être démontrée.

DISCUSSION

Ces résultats permettent de confirmer l'hypothèse de départ selon laquelle la mésothérapie permet une amélioration du score clinique de la lombalgie aiguë des patients âgés, avec une diminution significative (d'au moins 2 à 3 points) du score EIFEL chez 64% des patients avant et après intervention. De plus, la médiane du score EIFEL avant et après intervention a significativement diminué en passant de 9 à 3. L'efficacité de l'intervention ne semble par ailleurs pas influencée par le sexe des patients.

Ces résultats peuvent renforcer l'idée de proposer cette approche à un plus grand nombre de patients âgés dans le cadre des soins de premier recours.

Ces résultats sont cependant à interpréter avec précaution compte-tenu de la taille de la cohorte traitée, de l'effet praticien, du caractère temporaire, observationnel et monocentrique de cette étude pouvant entraîner des biais.

Notre étude présente notamment un biais de recrutement, lié à l'attribution non aléatoire et au fait que nos patients étaient des volontaires donc potentiellement plus réceptif à des soins de mésothérapie que le reste de la population.

Un groupe témoin comparable traité de façon conventionnelle avec des traitements médicamenteux *per os* aurait été utile afin de comparer l'efficacité de notre prise en charge, selon une attribution aléatoire des deux interventions.

Cette intervention a certes été réalisée selon le même protocole clinique pour chaque patient, mais il aurait été intéressant de faire intervenir plusieurs soignants pratiquant la mésothérapie afin de croiser les données et d'éviter un biais lié au praticien.

On pourrait se poser la question de l'évolution de la lombalgie après le T₁ (48 heures) de l'étude, et ainsi étudier les effets à plus long terme de la mésothérapie.

Une étude italienne publiée en 2011 [8] compare dans la lombalgie aiguë une prise en charge conventionnelle comprenant soit un traitement *per os* d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou de corticoïdes, soit une prise en charge par mésothérapie. Le protocole de mésothérapie comprenait de lidocaïne, kétoprofène et méthylprednisolone. Une évaluation de l'intervention a été réalisée avec le questionnaire EIFEL et l'EVA avant le traitement, après la fin du traitement (douzième et treizième jours) et à 6 mois. Les auteurs ont conclu à l'absence de différence significative entre le groupe mésothérapie et le groupe traité conventionnellement.

À la lumière de cette étude et des résultats publiés, la mésothérapie semble avoir un intérêt thérapeutique en première intention dans la prise en charge des lombal-

gies aiguës de la personne âgée.

CONCLUSION

La prise en charge des lombalgies commune du sujet âgé par mésothérapie permet d'obtenir une diminution significative de leur incapacité fonctionnelle (score EIFEL) indépendamment du sexe. Elle ouvre une alternative à la prise en charge médicamenteuse habituelle de ces patients.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Koes BW, van Tulder MW, Thomas S, Diagnosis and treatment of low back pain, *BMJ*, 2006;332:1430-4
- [2] MASSON RHUMATOLOGIE COFER Collège français des Enseignants en Rhumatologie, Novembre 2005. p255
- [3] Lombalgie aiguë. La maladie. Recommandations (www.vidal.fr). Mise à jour le 21 mars 2017. Consulté le 2 avril 2017. Lien vers la page : https://www.vidal.fr/recommandations/2699/lombalgie_aigue/la_maladie/
- [4] Huon JF, Lenain E, LeGuen J, Chatellier G, Sabatier B, Saint-Jean O. How Drug Use by French Elderly Patients Has Changed During the Last Decade. *Drugs Real World Outcomes*. 2015;2(4):327-333.
- [5] Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. *Spine*, 1983;8(2):141-4
- [6] Coste J, Le Parc JM, Berge E, et al. French validation of a disability rating scale for the evaluation of low back pain (EIFEL questionnaire). *Rev Rhum Ed Fr*, 1993;60(5):335
- [7] Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*, 2000;25(24):3115-24.
- [8] Costantino C, Marangio E, Coruzzi G. Mesotherapy versus Systemic Therapy in the Treatment of Acute Low Back Pain: A Randomized Trial. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine : eCAM*. 2011;2011:317183. doi:10.1155/2011/317183

RÉSUMÉ

Les lombalgies aiguës communes sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. Chez les patients âgés leur prise en charge médicamenteuse peut être délicate. Cette étude vise à tester l'hypothèse que la mésothérapie permet une amélioration du score clinique de la lombalgie aiguë des patients âgés par une étude «avant-après» incluant des volontaires (accord oral) âgés de 65 ans et plus se présentant spontanément en consultation avec comme principal motif celui d'une lombalgie aiguë.

Nous avons recruté 11 patients: 6 hommes et 5 femmes L'âge médian est de 69 ans (minimum: 67ans, maximum: 81ans) et la moyenne d'âge est de 75 ans. Le score EIFEL médian T₀ (avant l'intervention) est de **9**, avec une moyenne de 8,5 et va de 5 au minimum à 13 au maximum. Le score médian T₁ (après intervention) est de **3** avec un minimum à 0 et un maximum à 12. ($p = 0,004$). La moyenne du score EIFEL est passée de 8,5 avant l'intervention à 5 après l'intervention. Une amélioration clinique significative (diminution du score d'au moins 3 points), a été observée dans 7 cas sur 11 (64% des cas) ($p = 0,004$).

La revue de Mésothérapie

Ces résultats permettent de confirmer l'hypothèse de départ selon laquelle la mésothérapie permet une amélioration du score clinique de la lombalgie aiguë des patients âgés. Suite à cette étude et à des résultats publiés,

la mésothérapie semble avoir un intérêt thérapeutique en première intention dans la prise en charge des lombalgies aiguës de la personne âgée.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE REMIS AUX PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE

Plus le score est élevé plus le retentissement du mal de dos est important

Questions	Oui = 1	Non = 0
1-Je reste pratiquement tout le temps à la maison à cause de mon dos		
2-Je change souvent de position pour soulager mon dos		
3-Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos		
4-A cause de mon dos je n'effectue aucune tâche que j'ai l'habitude de faire à la maison		
5-A cause de mon dos je m'aide de la rampe pour monter les escaliers		
6-A cause de mon dos je m'allonge plus souvent pour me reposer		
7-A cause de mon dos je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil		
8-A cause de mon dos j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place		
9-A cause de mon dos je m'habille plus lentement que d'habitude		
10-Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos		
11-A cause de mon dos j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller		
12-A cause de mon dos j'ai du mal à me lever d'une chaise		
13-J'ai mal au dos la plupart du temps		
14-A cause de mon dos j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit		
15-J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos		
16-A cause de mon mal de dos j'ai du mal à mettre mes chaussettes (bas collants)		
17-Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos		
18-Je dors moins à cause de mon mal de dos		
19-A cause de mon dos quelqu'un m'aide pour m'habiller		
20-A cause de mon dos je reste assis(e) la plus grande partie de la journée		
21-A cause de mon dos j'évite de faire de gros travaux à la maison		
22-A cause de mon dos je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens		
23-A cause de mon dos je monte les escaliers plus lentement		
24-A cause de mon dos je reste au lit la plupart du temps		
Total		

PLACE DE LA MESOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE LA BANDELETTE ILIO TIBIALE EN PHASE AIGÛE

Claire Plassard

INTRODUCTION

Le syndrome de la bandelette ilio-tibiale également appelé syndrome de l'essuie-glace correspond à une tendinopathie de la bandelette ilio-tibiale. Il est dû à une inflammation de la partie distale de la bandelette ilio tibiale par frottement excessif de celle-ci sur le condyle fémoral lors des mouvements répétés de flexion extension.

Il peut s'accompagner d'une bursite, inflammation de la bourse séreuse.

C'est une pathologie fréquemment rencontrée chez le coureur à pied, professionnel ou amateur, mais également chez le randonneur ou le cycliste.

C'est la deuxième pathologie la plus courante liée à la course à pied et la principale cause de douleurs latérales du genou chez le coureur (1).

Il se traduit par une douleur du compartiment externe du genou d'intensité variable et empêche la poursuite de l'activité physique.

À l'heure de la pratique de la course à pied se généralise, cette pathologie devient un problème actuel (2). Le nombre d'événements sportifs est croissant. En 2012, l'incidence de ce syndrome était estimée entre 5 et 14% (3).

Aujourd'hui le traitement actuel consiste principalement en la prise orale d'AINS.

Il m'a semblé intéressant d'évaluer l'apport de la mésothérapie dans la prise en charge aigüe de cette pathologie.

L'objectif de cette étude est d'apprécier la place de la mésothérapie dans la prise en charge de la douleur à la phase aigüe du syndrome de la bandelette ilio tibiale et notamment de définir son importance au sein des thérapeutiques associées.

CRITÈRES DE L'ÉTUDE: MATÉRIELS ET MÉTHODES

a) Type de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive portant sur 10 cas suivis par le Dr Laurens, d'octobre 2016 à Mars 2017.

b) Objectifs

L'objectif de cette étude est d'apprécier la place de la mésothérapie dans la prise en charge de la douleur à la phase aigüe du syndrome de la bandelette ilio tibiale et notamment de définir son importance au sein des thérapeutiques associées.

c) Critères de jugement

Le critère de jugement principal était l'évaluation de la douleur sur un critère diagnostique principal, le test de Noble à J1 et après la totalité des séances de mésothérapie. L'évaluation de la douleur était objectivée par l'échelle visuelle analogique allant de 0 à 10, 0 correspondant à l'absence de douleur et 10 à la douleur maximale imaginable.

Le critère de jugement secondaire était le nombre de jours avant la reprise de l'activité physique.

d) Population étudiée

Les patients ont été recrutés au sein de la patientèle du Dr Laurens, dans un cabinet de la région parisienne.

La population étudiée regroupait 8 hommes et 2 femmes. Ils étaient âgés de 23 à 37 ans pour un âge moyen de 27,6 ans.

On note 8 sujets atteints d'une pathologie latéralisée à droite, 2 sujets atteints d'une pathologie latéralisée à gauche.

Tous les sujets inclus dans l'étude pratiquaient une activité physique régulière.

L'ancienneté des symptômes était également notifiée et allait de 21 jours à 120 jours.

6 patients avaient reçu un traitement antérieur par AINS, 4 patients n'avaient reçu aucun traitement antérieur.

e) Critères d'inclusion

Les patients étaient tous atteints du syndrome de la bandelette ilio-tibiale. Les critères cliniques nécessaires au diagnostic étaient l'apparition d'une douleur de la face externe du genou au bout d'une certaine distance d'activité physique, et un test de Noble positif.

Une imagerie n'était pas nécessaire à la confirmation du diagnostic.

Tous les patients inclus ont reçu un traitement des facteurs favorisants: orthèses plantaires, chaussures, ostéopathie.

f) Protocole

Le traitement mésothérapeutique administré était le suivant:

Mélange 1

En Intra dermique profond, en regard du condyle latéral sur la bursite

Calcitonine 100 UI (1cc) + Piroxicam (1cc) + Etamsylate (2cc)

Mélange 2

En IDP et IED, sur le corps du muscle tenseur fascia

lata

Mésocaine (1cc) + Thiocolchicozide (2cc) + Pidolate de magnésium (2cc)

Le rythme des séances était J1, J8, J15, J30+/- J45 en fonction de la symptomatologie.

Tous les sujets inclus ont reçu au moins 2 séances: 2 patients ont reçu 2 séances, 7 patients ont reçu 3 séances et 1 patient a reçu 4 séances de mésothérapie.

L'échelle visuelle analogique était utilisée pour l'évaluation de la douleur, allant de 0 correspondant à l'absence de douleur à 10 correspondant à la douleur maximale imaginable.

L'évaluation de la douleur a été pratiquée à J0 et au bilan à J15, J30 ou J45 selon les patients. Une appréciation du résultat a également été demandée au patient et au praticien lors du bilan. Cette appréciation a été évaluée sur la base d'une échelle à 4 niveaux: 1 «mauvais résultat», 2 «résultat moyen», 3 «bon résultat», 4 «très bon résultat».

Toutes les données ont été retransmises sur Word puis sur Excel dans un tableur. Elles ont ensuite fait l'objet d'analyses statistiques (test de Student)

RÉSULTATS

a) Caractéristiques de la population

L'étude a porté sur 10 patients, 8 hommes et 2 femmes d'âge moyen 27,6 ans.

L'IMC moyen était de 22,5.

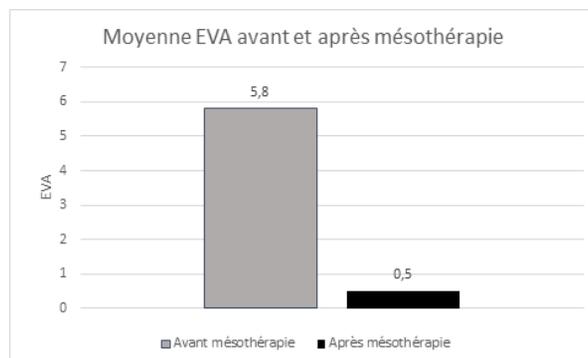
L'ancienneté des symptômes était en moyenne de 56,4 jours.

6 patients avaient reçu un traitement antérieur par AINS, 4 patients n'avaient reçu aucun traitement. On note que la totalité des patients qui ont reçu un traitement antérieur par AINS ont rapporté ne pas avoir été totalement soulagés.

4 patients ont réalisé une échographie qui a confirmé le diagnostic, 3 patients ont réalisé des radiographies standards qui se sont révélées normales, 3 patients n'ont eu aucun examen complémentaire.

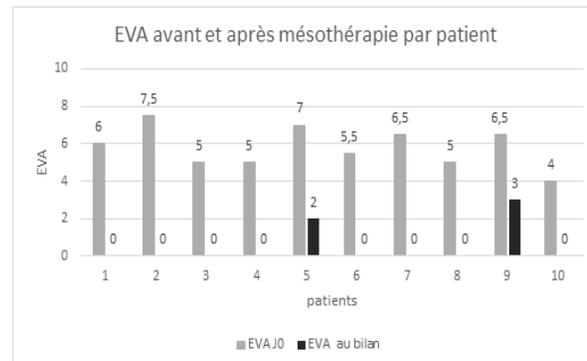
Le traitement par mésothérapie a nécessité en moyenne 2,9 séances.

b) Résultat du traitement par mésothérapie

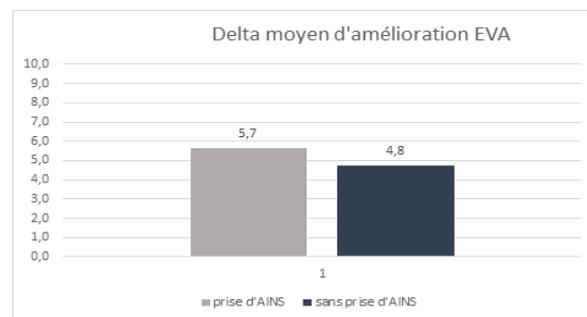


L'évolution de l'EVA lors du test de Noble était significativement différente avant et après traitement par la mésothérapie ($t = 14,45$, $p = 1,56.10^{-7}$, intervalle de

confiance à 95% [4,47; 6,12]).



80% des patients ont rapporté une EVA à 0 après le traitement par la mésothérapie.



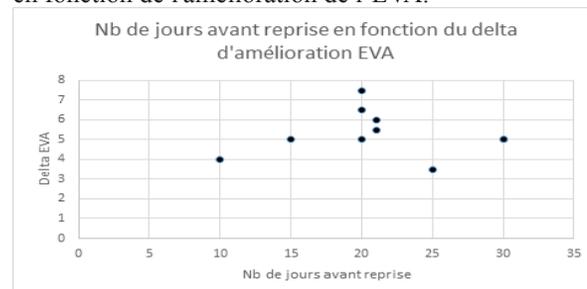
En ce qui concerne l'impact de la prise antérieure d'AINS sur l'amélioration de l'EVA, on constate que celle-ci est peu significative. En effet le delta moyen d'amélioration est à 5,7 pour les sujets ayant eu recours à un traitement antérieur par AINS et à 4,8 pour les patients n'ayant pas pris de traitement antérieur.

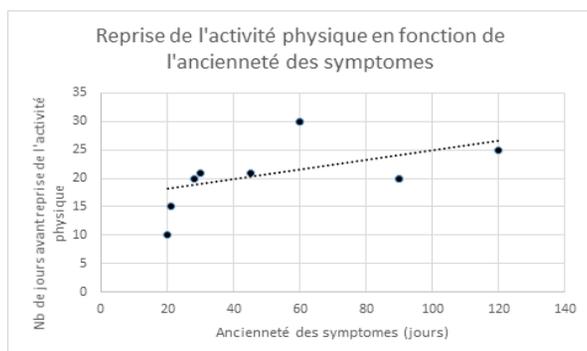
Aucune différence significative entre le delta d'amélioration de l'EVA et l'IMC n'a été mise en évidence. Cependant tous les sujets inclus dans l'étude avaient un IMC inférieur à 25.

Il n'a pas non plus été mis en évidence de différence significative entre l'ancienneté des symptômes et le delta d'amélioration de l'EVA.

En ce qui concerne le critère secondaire à savoir le nombre de jours avant la reprise d'une activité sportive, la moyenne de celui-ci était de 21,2 jours, la médiane était de 20,5 jours.

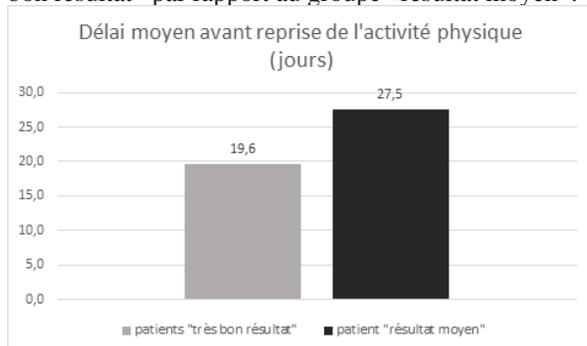
Il n'a pas été mis en évidence de différence significative du nombre de jours avant reprise de l'activité physique en fonction de l'amélioration de l'EVA.





Il a toutefois pu être mis en évidence que les patients reprenaient une activité physique d'autant plus tôt que les symptômes étaient récents.

Néanmoins on a pu constater que la reprise de l'activité physique se fait plus tôt chez les patients du groupe «très bon résultat» par rapport au groupe «résultat moyen».



DISCUSSION

Le syndrome de la bandelette ilio tibiale est une des pathologies les plus fréquentes liées à la course (1).

Il semblerait que le sexe masculin associé à un âge inférieur à 34 ans représentent des facteurs de risque de cette pathologie (5).

La population de l'étude est donc comparable concernant ces facteurs de risque.

Le diagnostic du syndrome de la bandelette ilio tibiale est clinique. Or très souvent les patients ne sont plus douloureux au moment de l'examen. Dans cette étude tous les patients sont douloureux au moment du diagnostic clinique. A ce jour, il n'existe pas d'étude sur la fiabilité de l'examen clinique dans le diagnostic du syndrome de la bandelette ilio tibiale. Comme le signalent les auteurs dans une étude (1), un consensus international pour le diagnostic de ce syndrome semble nécessaire.

L'échographie est l'examen de choix à ce jour dans le diagnostic de ce syndrome en cas de doute diagnostique. Une étude récente a étudié la prévalence et la distribution du liquide en regard de la bandelette ilio tibiale chez des coureurs occasionnels asymptomatiques. Il s'est avéré qu'un épanchement a été retrouvé chez la totalité des sujets. Les résultats de cette étude invitent à la prudence quant à l'interprétation de cet épanchement (6).

La mésothérapie a permis une amélioration significative de la douleur chez tous les patients. La reprise de l'activité physique, qui est un critère essentiel pour tout sportif, semble se faire d'autant plus précocement que le diagnostic se fait tôt. Aucune étude sur la prise en charge de ce syndrome en mésothérapie n'a été retrouvée dans la littérature.

La prise antérieure d'AINS semble tendre vers une majoration de l'efficacité de la mésothérapie dans la prise en charge du syndrome de la bandelette ilio tibiale en phase aigüe.

Cependant aucune conclusion n'est possible. Le traitement par AINS représentant le traitement actuel principal de ce syndrome notamment à sa phase aigüe, il semblerait intéressant de comparer l'efficacité respective des AINS et de la mésothérapie. En effet, la prise d'AINS a des effets indésirables non retrouvés en mésothérapie, et la mésothérapie présente également un avantage d'un point de vue économique.

Les mesures associées ont toute leur importance dans la prise en charge de ce syndrome: correction d'une mauvaise statique plantaire en podoposturologie, ostéopathie, chaussage adaptée.

De nombreuses études ont analysé ces facteurs biomécaniques. La revue de la littérature est peu claire sur les facteurs biomécaniques impliqués dans ce syndrome.

Une augmentation de l'adduction maximale de la hanche et de la rotation interne du genou ont été mis en cause (1), une faiblesse de l'abduction de la hanche également (7).

Toutefois, même si la coordination de la hanche et du genou ainsi que le style de course semblent être des facteurs clés dans le traitement de ce syndrome, aucune étude n'apporte de réponse claire. Les coureurs pourraient également bénéficier des exercices sur le renforcement des muscles postérieurs de la hanche (8) et des conseils sur les chaussures de course et la surface de course (3).

La compréhension de la physiopathologie de ce syndrome reste primordiale afin de la traiter efficacement et de prévenir les récives.

Les résultats des études sur les étiologies du syndrome de la bandelette ilio tibiale restent limités et contradictoires. De nouvelles études semblent nécessaires afin d'apporter des réponses plus claires sur l'implications des facteurs biomécaniques dans ce syndrome, ainsi que sur l'efficacité des mesures préventives.

CONCLUSION

Le syndrome de la bandelette ilio tibiale est un problème actuel de plus en plus fréquent.

L'objectif de cette étude était d'apprécier la place de la mésothérapie dans la prise en charge de ce syndrome à la phase aigüe.

La mésothérapie semble apporter un réel bénéfice dans le traitement de la douleur à la phase aigüe de ce syndrome.

En effet dans cette étude, la mésothérapie a permis une amélioration significative de la douleur de tous les su-

jets. Il a également pu être mis en évidence une tendance à une reprise physique d'autant plus précoce que le diagnostic se fait tôt.

La mésothérapie semble avoir toute sa place dans la prise en charge de la douleur du syndrome de la bandelette ilio tibiale à la phase aigüe. Cependant, une étude à plus grande échelle semble nécessaire afin de légitimer la place de la mésothérapie dans le traitement à la phase aigüe de ce syndrome.

RÉFÉRENCES

1. Aderem J, Louw QA. Biomechanical risk factors associated with iliotibial band syndrome in runners: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2015 Nov 16 [cited 2017 May 12];16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647699/>
2. Tschopp M, Brunner F. [Diseases and overuse injuries of the lower extremities in long distance runners]. *Z Rheumatol*. 2017 Feb 24;
3. Van der Worp MP, van der Horst N, de Wijer A, Backx FJG, Nijhuis-van der Sanden MWG. Iliotibial band syndrome in runners: a systematic review. *Sports Med Auckl NZ*. 2012 Nov 1;42(11):969–92.
4. Rouvière H, Delmas A. Anatomie humaine Tome 3 Membres [Internet]. 15th ed. Vol. Tome 3. [cited 2017 May 12]. Available from: http://www.unitheque.com/Livre/elsevier_-_masson/Anatomie_humaine_Tome_3_Membres-1825.html
5. Taunton J, Ryan M, Clement D, McKenzie D, Lloyd-Smith D, Zumbo B. A retrospective case-control analysis of 2002 running injuries. *Br J Sports Med*. 2002 Apr;36(2):95–101.
6. Elsing EJ, Finnoff J, Levy B, Smith J. The prevalence of fluid associated with the iliotibial band in asymptomatic recreational runners: an ultrasonographic study. *PM R*. 2013 Jul;5(7):563–7.
7. Mucha MD, Caldwell W, Schlueter EL, Walters C, Hassen A. Hip abductor strength and lower extremity running related injury in distance runners: A systematic review. *J Sci Med Sport*. 2017 Apr;20(4):349–55.
8. Baker RL, Fredericson M. Iliotibial Band Syndrome in Runners: Biomechanical Implications and Exercise Interventions. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2016 Feb;27(1):53–77.

ETAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE DE LA MESOTHERAPIE PAR LES MEDECINS DU SPORT DE BRETAGNE: QUESTIONNAIRE AUPRES DES ADHERENTS DE LA SMESB EN 2017

Dr SICARD Christophe (RENNES)

I INTRODUCTION

Devant l'efficacité de la mésothérapie sur la douleur, les médecins du sport se sont intéressés tôt à cette pratique. Dès 1981, une consultation de mésothérapie est ouverte à l'INSEP assurée par le Dr Jacques Le Coz. La mésothérapie met donc à cette occasion un pied dans le sport de haut niveau.

Parallèlement à l'accroissement de la pratique de l'activité physique dans notre société, qu'elle soit sportive ou de loisir, nous constatons ces dernières années le développement de la médecine du sport au travers du DESC de médecine du sport ou de la Capacité de médecine et biologie du sport. Néanmoins, dans ces différentes formations, la mésothérapie est actuellement peu abordée. Pourtant, la pratique de la mésothérapie est régulièrement utilisée par les praticiens médecins du sport.

Plus de la moitié des pathologies pouvant être prises en charge en mésothérapie sont des pathologies de l'appareil locomoteur, qu'elles soient d'origine mécanique, traumatique ou rhumatologique. (1) Il serait donc logique que la mésothérapie soit une technique fortement utilisée par les médecins du sport.

L'INPES lors de son enquête nationale en 2009 retrouve que 25.8% des médecins généralistes utilisent la mésothérapie dont 18.4% de manière occasionnelle, 6.9% de manière régulière et 0.5% systématiquement. (2)

On peut penser que la pratique de la mésothérapie soit plus importante chez les médecins du sport que chez les médecins généralistes sans affinité particulière pour la médecine du sport. Cependant, aucune enquête n'a pour l'instant étudié cette pratique chez les médecins du sport.

Nous allons donc dans cette étude, essayer de préciser par un questionnaire la pratique de la mésothérapie par les médecins pratiquant la médecine sportive en région Bretagne.

II MATERIEL ET METHODE

Population

La population cible était constituée de l'ensemble des médecins adhérents à la Société de Médecine de l'Exercice et du Sport de Bretagne (SMESB) au 1^{er} janvier 2017 et ayant transmis une adresse mail lors de leur inscription. Tous ne sont pas nécessairement titulaires d'un diplôme de médecine et biologie du sport pour adhérer

à la société. Il peut s'agir de médecins généralistes ou spécialistes intéressés par la médecine du sport et simplement titulaires d'un DU de Traumatologie du sport par exemple.

Elaboration du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire visant à définir les caractéristiques du médecin, son mode d'exercice, sa pratique ou non de la mésothérapie et les raisons le cas échéant de son absence de pratique.

Il était composé de 17 questions dont 5 questions communes.

A partir de la sixième question, les médecins étaient séparés en deux bras suivant s'ils pratiquaient ou non la mésothérapie. Pour les médecins pratiquant la mésothérapie, une série de 7 questions permettait de préciser leur pratique (techniques d'injection, produits utilisés, indications). Pour les médecins ne pratiquant pas la mésothérapie, une série de 3 questions précisait les raisons de leur absence de pratique et leur position vis-à-vis de la mésothérapie.

Les questions étaient des questions fermées à choix multiples.

Diffusion du questionnaire

L'envoi du questionnaire a été effectué par le secrétaire de la SMESB, après accord du bureau.

L'envoi a été réalisé par mail à l'ensemble des médecins adhérents à la SMESB en 2017 avec une relance un mois plus tard.

A la fin du mail, un lien hypertexte permettait l'accès au questionnaire via Google Forms qui permet un enregistrement des réponses sous forme de feuille de calcul de façon anonyme.

Analyse des résultats

Nous avons utilisé le logiciel Excel 2010 pour l'analyse des réponses aux questionnaires.

Les analyses statistiques ont été effectuées à partir du test de chi 2.

III RESULTATS

Taux de participation

Le questionnaire a été envoyé aux 205 médecins inscrits à la SMESB.

Nous avons donc reçu 52 réponses complètes au questionnaire. Soit un taux de participation à l'étude de 25.37%.

Profil des médecins

1) *Sexe et Age*

Parmi les 52 médecins ayant participé à l'étude, il y avait 11 femmes (21.15 %) pour 41 hommes (78.85 %). Toutes les tranches d'âge proposées dans le questionnaire étaient représentées avec 12 médecins entre 25 et 35 ans (23.08%), 7 médecins entre 35 et 45 ans (13.46%), 14 médecins entre 45 et 55 ans (26.92%), 15 médecins entre 55 et 65 ans (28.85%), 4 médecins de plus de 65 ans (7.69%).

2) *Type d'exercice*

31 médecins (59.6%) ont une activité en cabinet privé exclusive, 14 médecins (26.9%) ont une activité hospitalière exclusive, 7 médecins (13.5%) ont une activité mixte.

Connaissance et pratique de la mésothérapie

92.3% (48) des médecins déclarent connaître au sens large la mésothérapie.

Parmi les 52 médecins, ils sont 40.4% (21) à déclarer pratiquer cette discipline.

Nous avons étudié dans un tableau croisé la pratique de la mésothérapie par les médecins de l'échantillon en fonction de leur tranche d'âge:

	25-35 ans	35-45 ans	45-55 ans	55-65 ans	Plus de 65 ans	Total
Pratique	1 (8.33%)	2 (25%)	8 (57.14%)	9 (64.29%)	1 (25%)	21 (40.4%)
Ne pratique pas	11 (91.66%)	6 (75%)	6 (42.86%)	5 (35.71%)	3 (75%)	31 (59.6%)
Total	12	8	14	14	4	52

Questions aux médecins pratiquant la mésothérapie

Cette partie du questionnaire ne concerne et n'a été remplie que par les médecins ayant déclaré qu'ils pratiquaient la mésothérapie à la question précédente.

L'effectif de cette catégorie de médecins est donc de 21.

1) *Type de formation*

Parmi les 21 médecins ayant répondu à cette question: 7 déclarent avoir été formés à la mésothérapie lors d'une Formation Médicale Continue;

7 n'ont pas bénéficié de formation officielle mais de formation par un confrère;

4 déclarent avoir suivi la formation du DIU de mésothérapie;

3 n'ont eu aucune formation en mésothérapie.

2) *Fréquence de pratique de la mésothérapie*

Nous avons ensuite cherché à préciser l'importance de la pratique de la mésothérapie dans l'activité des médecins du sport interrogés.

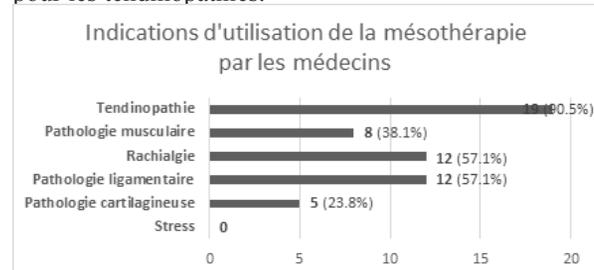
66% d'entre eux affirment ne pratiquer la mésothérapie qu'une fois par semaine maximum dont la moitié de

ceux-ci seulement une fois par mois.

3 médecins utilisent la mésothérapie en moyenne de manière uni-quotidienne et 4 médecins de manière pluri-quotidienne dont 2 plus de 10 fois par jour.

3) *Type de pathologies traitées par la mésothérapie*

Parmi les 21 médecins de notre étude, on retrouve une utilisation de la mésothérapie dans le traitement de différents types de pathologies avec une prédominance pour les tendinopathies.



4) *Matériel utilisé et profondeur d'injection pour pratiquer la mésothérapie*

Nous avons constaté qu'une grande majorité des médecins utilisait une technique manuelle. Seuls 2 médecins utilisent des injecteurs assistés pour réaliser les injections. Il s'agit de médecins utilisant la mésothérapie plus de 5 fois par jour.

En ce qui concerne la profondeur d'injection, 8 médecins utilisent des techniques mixtes (superficielle et profonde), 4 uniquement des techniques profondes et 9 uniquement des techniques superficielles.

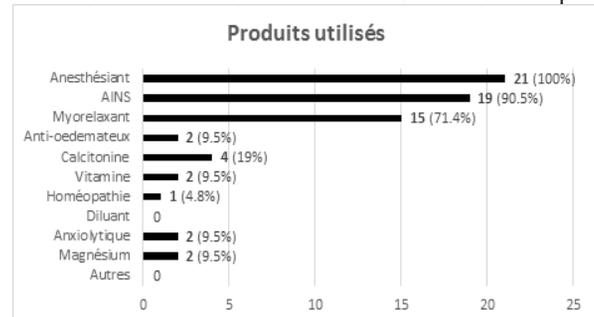
5) *Produits utilisés pour la mésothérapie*

La pharmacopée en mésothérapie est relativement importante avec 38 produits courants utilisables dont la majorité peut avoir un intérêt en médecine du sport. (1) Nous nous sommes donc intéressés aux produits utilisés par les médecins du sport de notre étude dans leur pratique de la mésothérapie.

Nous constatons une utilisation majoritaire de 3 types de produits: Les anesthésiants (100%), les AINS (90.5%) et les myorelaxants (71.4%).

La calcitonine, puissant anti-inflammatoire et dégrépant n'est utilisée que par 4 médecins (19%).

Les autres produits ne sont utilisés que par 2 médecins au maximum. Il s'agit de 2 médecins ayant bénéficié d'une formation dans le cadre du DIU de mésothérapie.



Questions aux médecins ne pratiquant pas la mésothérapie

La revue de Mésothérapie

Les 31 médecins ayant déclaré en début de questionnaire ne pas pratiquer la mésothérapie ont donc répondu à ces questions.

1) Pourquoi ne pratiquez-vous pas la mésothérapie?

Parmi les 31 médecins de notre étude ne pratiquant pas la mésothérapie, on retrouve plusieurs raisons à cette absence de pratique:

- 16 par manque de formation;
- 9 par non connaissance du champ d'application de cette technique;
- 5 par absence d'intérêt thérapeutique;
- 1 par peur du risque médico-légal.

2) Orientation vers un confrère pour pratiquer de la mésothérapie

Parmi les 31 médecins de notre étude ne pratiquant pas de la mésothérapie, 11 soit 35.5% déclarent adresser leurs patients à un confrère pour assurer une prise en charge par mésothérapie.

3) La mésothérapie: technique médicale validée ou médecine alternative?

Nous avons cherché à savoir quelle place était donnée à la mésothérapie par les médecins ne pratiquant pas cette technique. Presque 2/3 (61.3%) de ces médecins considéraient cette pratique comme une médecine alternative. Seuls 38.7% de ces médecins estiment qu'il s'agit bien d'une technique médicale validée.

Dans notre étude, on constate que les médecins considérant la mésothérapie comme une technique médicale validée adressent statistiquement plus leurs patients à des confrères que ceux considérant la mésothérapie comme une médecine alternative ($p < 0.04$).

Adresse à un confrère	Technique médicale validée		Total
	OUI	NON	
OUI	15	4	19
NON	5	7	12
Total	20	11	31

Cotation CCAM dans la prise en charge de la douleur

Nous avons demandé à tous les médecins de l'échantillon s'ils étaient au courant de l'existence d'une cotation CCAM pour les actes de mésothérapie effectués par les médecins titulaires du DIU de mésothérapie dans la prise en charge de la douleur. Cette cotation pouvant déboucher sur un remboursement des actes aux patients.

Seuls 6 médecins étaient au courant de cette cotation. 46 médecins ont déclaré ne pas être au courant de l'existence de cet acte CCAM.

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les médecins pratiquant et ne pratiquant pas la mésothérapie.

IV DISCUSSION

Profil des médecins

Les médecins de notre étude sont tous adhérents à la SMESB en 2017 mais ne sont pas tous obligatoirement

titulaires d'un diplôme de médecine du sport. Il peut s'agir de médecins ayant uniquement un diplôme universitaire de traumatologie du sport ce qui peut être un biais pour notre étude.

Concernant l'âge des médecins de notre échantillon, il est en accord avec l'âge moyen des médecins inscrits au tableau de l'Ordre qui était de 51.3 ans au 1^{er} janvier 2016. Effectivement, on constate que 63.46% des médecins ayant répondu à notre questionnaire ont plus de 45 ans. (3)

Parmi les médecins de moins de 45 ans, on retrouve dans notre échantillon un nombre plus important de médecins entre 25 et 35 ans qu'entre 35 et 45 ans. Ceci est probablement la conséquence de deux phénomènes: tout d'abord, l'augmentation du numerus clausus depuis 10 ans mais également l'augmentation de l'attrait et du développement actuel de la médecine du sport, que ce soit dans le cadre de la prise en charge des sportifs de haut niveau ou du sport santé.

Dans notre étude, on constate une part beaucoup plus importante d'hommes que la moyenne nationale. En effet, 78.8% des médecins ayant répondu au questionnaire sont des hommes. En 2016, 54% des médecins inscrits au tableau de l'Ordre étaient des hommes. (3)

On remarque, dans notre étude, une pratique libérale supérieure (61.5%) à la moyenne nationale (43.9%) au détriment de la pratique hospitalière. En réalité, seuls 25 % des médecins de l'étude ont une activité hospitalière unique contre 45.8% à l'échelle nationale. (3) Ceci peut s'expliquer par le fait que la médecine du sport ne soit pas une spécialité médicale à part entière et donc par la rareté des services hospitaliers dédiés à cette discipline.

Connaissance et pratique de la mésothérapie

En 2012, une enquête auprès des médecins généralistes de la région nantaise a permis de constater un taux important de médecins connaissant la mésothérapie (86.2%) mais néanmoins plus faible que les médecins du sport de notre échantillon (92.3%). (4)

On retrouve dans notre étude 40.4% des médecins qui déclarent pratiquer la mésothérapie.

Ces résultats montrent un intérêt particulier des médecins du sport pour la mésothérapie puisque le taux de pratique de cette technique dans notre étude est supérieur à celui retrouvé chez les médecins généralistes. Dans les différentes enquêtes auprès des médecins généralistes, on retrouve des taux de pratique à 25.3 % pour l'INPES en 2009 (2), 16.94% en 2009 en Meurthe et Moselle (5) et 11.26% en 2005 dans le Gard (6). Ce taux de pratique selon l'INPES est en constante diminution depuis 1994 où 40.7% des médecins généralistes déclaraient pratiquer la mésothérapie. (2)

On remarque, dans notre étude, que les médecins de plus de 45 ans pratiquent statistiquement plus la mésothérapie que les médecins de moins de 45 ans ($p < 0.01$). En effet, seuls 15% des médecins de moins de 45 ans signalent pratiquer la mésothérapie alors qu'ils sont 60.71% dans la tranche d'âge entre 45 et 65 ans. Ceci

pourrait s'expliquer par une volonté de diversifier ses pratiques avec le temps et de s'ouvrir à des techniques non apprises à la faculté.

Par contre, on ne retrouve pas de différence significative de pratique selon le sexe.

Le lieu de pratique semble influencer sur la pratique de la mésothérapie puisque 14.29% (2/14) des médecins travaillant en hospitalier font de la mésothérapie contre 35.48% (11/31) des médecins exerçant en structures privées. Néanmoins, les effectifs sont trop limités pour permettre de mettre en évidence une significativité ($p=0.15$). Ceci peut s'expliquer par le manque de développement universitaire de cette discipline.

Type de pratique de la mésothérapie par les médecins de l'échantillon

Parmi les médecins du sport de notre échantillon pratiquant la mésothérapie, on constate que seuls 1/3 de ces médecins en font une utilisation quotidienne. Malgré une utilisation par un nombre important de praticiens, peu l'exercent de manière régulière. La mésothérapie reste pour 2/3 de ces médecins une activité sporadique. Les médecins utilisant la mésothérapie quotidiennement ont tous plus de 45 ans.

Ceci peut s'expliquer par la volonté au fil de leur carrière professionnelle de diversifier leur pratique et de s'orienter vers des techniques moins classiques pour trouver des solutions efficaces dans la prise en charge de leurs patients.

Concernant la formation en mésothérapie, on constate que près de la moitié des médecins pratiquant la mésothérapie n'ont jamais reçu de formation officielle qu'elle soit universitaire ou par FMC.

Un faible taux de formation chez les médecins généralistes a été également retrouvé dans une étude en Meurthe et Moselle en 2009. En effet, seulement 10% des médecins généralistes pratiquant la mésothérapie avaient une formation dans cette discipline (5). On ne remarque pas de correspondance entre le type de formation et le volume de pratique.

Cette étude nous permet de nous apercevoir également de l'utilisation très limitée de la pharmacopée mésothérapique. Effectivement, on note que la grande majorité des médecins utilise uniquement les anesthésiants, les AINS et les myorelaxants. Cette utilisation restreinte de la pharmacopée est très probablement en lien avec le manque de formation de ces médecins en mésothérapie. Ceci est confirmé par le fait que seuls les 4 médecins ayant bénéficié d'une formation universitaire en DIU utilisent d'autres molécules et notamment la calcitonine.

L'utilisation de méthode assistée par pistolet est rare puisqu'elle ne concerne que 9.5% des médecins de notre étude. Il s'agit de médecins ayant une pratique pluriquotidienne de la mésothérapie. Ces résultats semblent cohérents au vu de l'investissement que représente ce type de matériel pour des médecins pratiquant peu la mésothérapie.

Lorsque l'on s'intéresse aux pathologies traitées par mésothérapie chez les médecins de notre étude, on relève que les tendinopathies sont au premier plan. Effectivement, la pathologie tendineuse est une très bonne indication de la mésothérapie car il s'agit d'une pathologie souvent superficielle pour laquelle un traitement local permet une efficacité optimale.

Le caractère fibrosé et hypo vasculaire de ces tendons rend inefficace tout traitement par voie orale et donc la mésothérapie est d'autant plus utile. Elle permet une efficacité notable avec peu de produit et donc une tolérance maximale (7).

Il est bien sûr nécessaire d'associer à cette technique une prise en charge complémentaire telle que la kinésithérapie ou la podo-posturologie. 90.5% des médecins de l'étude utilisent la mésothérapie en complément des autres prises en charge.

Néanmoins, on s'aperçoit encore une fois que la moitié des médecins de notre étude n'utilise pas toutes les possibilités de la mésothérapie notamment pour les pathologies cartilagineuses, musculaires, ligamentaires et les rachialgies. Ceci est encore probablement en lien avec leur manque de formation universitaire à la mésothérapie.

Seul le stress n'est pas pris en charge en mésothérapie par les médecins de notre étude.

Les médecins ne pratiquant pas la mésothérapie

80% des médecins de notre étude ne pratiquant pas la mésothérapie déclarent avoir pour frein principal à leur pratique le manque de connaissance, qu'il soit sur le champ d'application de la mésothérapie ou sur sa réalisation. Seuls 16.20% des médecins pensent que la mésothérapie n'a aucun intérêt thérapeutique.

On peut donc dire que même chez les médecins ne pratiquant pas la mésothérapie, cette technique a plutôt bonne réputation mais qu'elle souffre d'un manque d'information et de formation.

Ceci est confirmé par le fait que 61.30% des médecins ne pratiquant pas la mésothérapie considèrent cette technique comme une médecine alternative alors qu'elle est actuellement reconnue par le Conseil de l'Ordre et la CNAM comme une technique médicale validée.

Il semble qu'en comparaison aux médecins généralistes, les médecins du sport connaissent mieux la validité médicale de la mésothérapie. En effet, 69.45% des généralistes considèrent la mésothérapie comme une médecine alternative en prenant en compte les pratiquants et les non pratiquants. (4)

Néanmoins, la bonne réputation de la mésothérapie est confirmée par le fait que 35.5% de ces médecins adressent leur patient à un confrère pour la réalisation de séances de mésothérapie. C'est donc qu'à leur sens, la mésothérapie est indispensable pour la prise en charge de certains de leurs patients.

On peut donc en déduire, que 61.5% des médecins ayant répondu au questionnaire pensent que la mésothérapie est indispensable dans certains cas pour assurer une prise en charge optimale de leurs patients.

La revue de Mésothérapie

On note que les médecins considérant la mésothérapie comme une médecine alternative adressent statistiquement moins leurs patients à un confrère qu'un médecin considérant la mésothérapie comme une technique médicale validée.

V CONCLUSION

Cette étude nous a permis par un questionnaire adressé aux médecins du sport adhérents de la SMESB de préciser la pratique de la mésothérapie par les médecins du sport.

Nous avons recueilli 52 réponses avec un taux de réponse de 25.37%. Nous retrouvons un taux de pratique de la mésothérapie de 40.4% et confirmons donc l'intérêt particulier qu'on les médecins du sport pour cette pratique par rapport aux médecins généralistes. Néanmoins, en étudiant leur pratique, on s'aperçoit qu'une grande partie de ces médecins n'utilise qu'un champ restreint de la mésothérapie que ce soit dans la diversité des produits utilisés ou dans les pathologies traitées. Ceci est probablement la conséquence d'une formation très limitée de ces médecins à la mésothérapie. En effet, on constate que seuls les médecins titulaires du DIU utilisent plus de trois produits.

Chez les médecins non pratiquants, on constate une bonne réputation de cette technique. Le frein principal à leur pratique semble être le manque de formation et d'information sur cette technique.

Il paraîtrait donc intéressant de s'intéresser aux raisons de cette faible formation globale. Est-ce par manque de temps ou d'information sur l'existence des formations universitaires?

Nous pouvons penser qu'un élargissement de la forma-

tion universitaire continue chez les médecins pratiquant la mésothérapie permettrait d'améliorer leur pratique et donc l'efficacité de celle-ci.

Pour améliorer la connaissance de la mésothérapie par les médecins, qui semble être le frein principal à leur pratique, il serait intéressant d'inclure dans la formation universitaire initiale quelques heures d'initiation à cette pratique dans le but de montrer sa validité, son champ d'application et l'existence d'un DIU.

Un élargissement de l'information et de la formation autour de la mésothérapie auprès des médecins semble nécessaire pour continuer à démocratiser cette technique et ainsi en tirer le maximum de bénéfice pour le maximum de patients.

VI BIBLIOGRAPHIE

- (1) Guide pratique de mésothérapie, 2ième Edition: Christian Bonnet, Denis Laurens, Jean jacques Perrin. Elsevier Masson
- (2) Baromètre médecins généralistes 2009 INPES page 36
- (3) Atlas de la démographie médicale. CNOM. Janvier 2016
- (4) Que savent les médecins généralistes de ville de la mésothérapie? Etude sur un échantillon de médecins Nantais- Mémoire de DIU de mésothérapie-Docteur Hélène DUROSOIR
- (5) Modes d'exercices particuliers et diversification de l'exercice en médecine générale. Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en Meurthe et Moselle. Thèse pour le doctorat en médecine, Docteur Marc-Edouard Leroux
- (6) Etude épidémiologique sur la connaissance et la pratique de la mésothérapie par les médecins généralistes du Gard en 2005-Mémoire de DIU de Mésothérapie-Docteur Michael Didierjean
- (7) Enquête ENATOMÉ 1 et 2. Revue de la SFM, oct 1995;47-55

ÉTUDE DES BÉNÉFICES DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE DUPUYTREN. À PROPOS DE 5 CAS

Dr Jean-Marc PIUMI

INTRODUCTION

Des doigts qui se contractent, une main qui se déforme peu à peu, une sensation de nodule qui «pousse» dans la paume.

Tous les médecins évoquent d'emblée le diagnostic: maladie de Dupuytren.

Cette maladie décrite en 1831 par le baron du même nom, chirurgien à l'Hôtel-Dieu à Paris, se traduit par une fibrose rétractile de l'aponévrose palmaire de la main.

L'étiologie est inconnue, l'atteinte souvent bilatérale, des facteurs favorisants sont évoqués (micro traumatismes, diabète, alcoolisme...) mais non certains.

Notons toutefois une association relativement fréquente avec le diabète (10 à 40 % selon les auteurs).

La seule cause établie avec certitude est l'existence d'un facteur génétique. De plus elle touche plus fréquemment l'homme que la femme, (Sex Ratio de 8 pour 10, avec un âge moyen de début autour de 50 ans).

RAPPEL ANATOMO- CLINIQUE

A. Description des symptômes

Le début est insidieux et en majorité, le patient consulte car il a vu apparaître au creux de sa main un (ou plusieurs) nodule plus ou moins gros, la plupart du temps indolore (ce qui peut différer la consultation), siégeant le plus souvent à la base du quatrième ou du cinquième doigt (75% des cas). Il est ferme, adhérent à la peau et au plan profond.

Au cours du temps vont se former de véritables cordes longitudinales, rétractiles, s'étendant peu à peu aux autres doigts, sauf le pouce, toujours indolores, mais pouvant dans les formes graves amener la main à se fermer complètement et de façon irréductible. On note des lésions bilatérales dans 50% des cas.

La fibrose entraîne une transformation de l'aponévrose palmaire et digitale, aboutissant à la formation de brides fibreuses qui vont s'associer à des nodules sous-cutanés et des ombilications.

Les brides palmaires entraînent une flexion des articulations métacarpo-phalangiennes, les brides digitales entraînent une flexion des articulations inter-phalangiennes proximales et parfois distales.

L'atteinte du ligament palmant interdigital entraîne une

limitation de l'écartement des doigts par le biais d'une rétraction commissurale.

B. Histologie

Il existe deux types de lésions distinctes:

l'épaississement nodulaire de haute densité cellulaire

l'épaississement aponévrotique lamellaire de faible densité cellulaire.

On décrit classiquement trois stades histologiques qui se succèdent:

- Le stade prolifératif

Initial, avec un nodule situé dans le tissu sous-cutané ou le fascia, constitué de fibroblastes hyperplasiques.

- Le stade évolutif

Où le nodule est accompagné d'une contracture, les nodules étant faits de cellules type myofibroblastique et les brides, de fibres collagènes.

- Le stade résiduel

Épaississement fibreux de l'aponévrose palmaire. Les cellules sont constituées de fibroblastes et de myofibroblastes.

La presque totalité des lésions siège dans des plans superficiels de l'aponévrose palmaire moyenne et du fascia digital. L'hypertrophie fibreuse des structures conduit à la formation de nodules ou de brides fibreuses à l'origine de rétractions irréductibles des segments mobiles concernés.

C. Les stades cliniques

Comme il a été d'emblée dit dans l'introduction, le diagnostic de la maladie de Dupuytren est clinique et ne nécessite pas d'examen complémentaires.

La première manifestation clinique débute en général (dans 75 % des cas) par une ombilication ou un nodule situé au niveau du quatrième ou du cinquième doigt, à la base de ceux-ci.

La maladie peut rester longtemps stable, mais également évoluer par poussées successives vers une aggravation des nodules et des brides, avec une rétraction progressive et irréductible des doigts.

L'importance de l'atteinte clinique est généralement appréciée en utilisant la classification décrite par Tubiana. Cette classification est basée sur le déficit d'extension globale du doigt à considérer.

Chaque stade correspond à une progression de 45° du déficit d'extension globale (ou inversement, du degré

de flexion irréductible). Il est calculé en additionnant le déficit d'extension au niveau de chacune des trois articulations, métacarpo-phalangienne, interphalangienne proximale et interphalangienne distale.

Six stades sont décrits :

- Stade zéro : absence de lésion.
- Stade N : nodules sans rétraction.
- Stade I : déformation entre zéro et 45°.
- Stade II : déformation entre 45 et 90°.
- Stade III : déformation entre 90 et 135°.
- Stade IV : déformation supérieure à 135° avec hyper extension de P3 sur P2 elle-même complètement repliée sur P1.

Notons que la maladie de Dupuytren peut être associée à une maladie de Ledderhose (aponévrose plantaire), ou de La Peyronie (corps caverneux de la verge).

LES TRAITEMENTS CLASSIQUES

Quand on survole la littérature, les traitements en dehors de la chirurgie et de l'aponévrotomie à l'aiguille sont pauvres.

Certains n'hésitent pas à affirmer de façon péremptoire qu'aucun traitement médical n'a, à ce jour, fait la preuve de son efficacité. Citons-les pour mémoire:

- Injection de vitamine E
- Traitements enzymatiques
- Physiothérapie
- Radiothérapie

Infiltrations de corticoïdes

Extension continue par fixateurs externes

Au final, seul deux traitements sont retenus:

- l'exérèse chirurgicale (aponévrectomie)
- l'aponévrotomie percutanée à l'aiguille.

A. La chirurgie (aponévrectomie)

Elle a pour but de rendre aux doigts atteints leurs possibilités d'extension active, si possible sans entraîner de complications, toute la difficulté de l'opération tenant au fait que les artères et les nerfs sensibles des doigts, qu'il faut évidemment respecter, sont plus ou moins étroitement liés aux tissus malades et que le risque de section de l'un d'entre eux existe.

Il faut noter qu'en raison de l'ignorance de la cause de la maladie et de ses facteurs de poussée évolutive, le traitement chirurgical n'a pas la prétention de guérir et que les récurrences sont toujours possibles.

Le temps de guérison est d'environ un mois pendant lequel le patient ne pourra pas utiliser pleinement ses mains.

B. L'aponévrotomie à l'aiguille (ou fasciotomie)

L'émergence de cette technique (traitement non chirurgical et ambulatoire) mise au point il y a une vingtaine d'années, a permis une alternative non invasive à la chirurgie.

Elle s'est progressivement imposée comme traitement de première intention de la maladie de Dupuytren de stade I à III. Effectuée par des mains bien entraînées, elle est très efficace à court et moyen terme et présente

un taux de récurrence à cinq ans (supérieur à 50 %) comparable à celui de l'aponévrectomie chirurgicale, avec toutefois une plus grande précocité dans l'apparition des récurrences.

La méthode consiste, sous anesthésie locale, à sectionner les cordes aponévrotiques à l'aide du biseau de l'aiguille utilisée pour l'anesthésie, en lui imprimant un mouvement de scie. Le tranchant coupe et perce transversalement les cordes.

Il faut parfois répéter les séances mais l'amplitude de récupération du mouvement est satisfaisante dans 81 % des cas.

Toutefois la technique étant faite à l'aveugle, il existe un risque important de sectionner les nerfs sensitifs des doigts. De plus elle laisse en place les tissus lésés et le risque de récurrence est donc important.

LE TRAITEMENT PAR MÉSOTHÉRAPIE

A. Introduction

Au moment de choisir le sujet de ce mémoire, et après un survol - non exhaustif - de la littérature, deux choses nous sont apparues :

- La première, c'est le peu de références bibliographiques concernant le traitement de la maladie de Dupuytren en mésothérapie.
- La seconde, c'est que la majorité des médecins, spécialistes (rhumatologues, MPR) ou chirurgiens, ne voient comme thérapeutique de la maladie de Dupuytren que les techniques invasives (aponévrectomie ou aponévrotomie).

Compte tenu de l'innocuité absolue de la mésothérapie, il nous est paru naturel de tenter d'observer si les patients pouvaient avoir une amélioration de leur pathologie, quel qu'en soit le stade, et donc, de leur proposer une alternative plus «douce».

B. Choix des techniques

La main est, comme nous le savons tous, très richement innervée. De ce fait, la moindre piqûre sur un doigt ou une paume peut être particulièrement inconfortable et douloureuse.

Nous avons décidé de n'utiliser que les techniques superficielles IDS (intradermiques superficielles) et IED (intra-épidermiques avec la technique dite de Perrin) et de laisser totalement de côté les injections IDP (intradermiques profondes).

Les séances ont été quasiment indolores et nous avons tenté d'évaluer si sans IDP les résultats avaient un intérêt et des bénéfices au moins équivalents aux séances avec IDP.

Pour être le plus objectif possible, nous n'avons ajouté aucun traitement adjuvant (par exemple hyper-extension des doigts après les séances).

Les IDS et IED étaient associées sur l'ensemble des cordes et nodosités observées sur la face palmaire de la main et des doigts, en utilisant la totalité du mélange préparé soit 4 cc, et en multipliant les passages, longitudinaux et transversaux, réalisant un véritable «quadrillage» de la main.

Le matériel, à usage unique, utilisait des seringues de 5 ml et des aiguilles de 0,3 x 13 mm, biseau vers le haut pour les IED, puis biseau vers le bas pour les IDS.

L'antiseptique utilisé était la Biseptine, avec une double désinfection en passages croisés et la technique d'application, uniquement manuelle.

C. Choix des produits

Nous avons décidé de ne pas respecter la règle des trois produits maximum par seringue, et d'utiliser le mélange suivant:

- Procaine 2% Lavoisier 1 ml
- Conjonctyl 1 ml
- Vitamine E Nepalm 1 ml
- Laroscorbine injectable 1 ml.

La décision d'associer ces quatre molécules a été prise en considérant d'une part, que mélanger des vitamines était tout à fait compatible, et d'autre part, que les seringues associant, dans les trois classiquement admis, des produits comme Soluvit ou Cernevit (mélange de multivitamines), amènent plus que trois principes actifs.

Les raisons pour lesquelles nous avons choisi ces produits sont les suivantes:

- Procaine 2 % Lavoisier : propriétés vasodilatatrices, stimulation immunitaire, utilisée dans toutes les pathologies chroniques et potentialisatrice de l'effet des autres produits.

- Conjonctyl : salicylate de silice à action trophique sur le tissu conjonctif.

- Vitamine E Népal : rappelons que dans son AMM, elle est proposée comme traitement de la maladie de Dupuytren.

Utilisée en mésothérapie, c'est un remarquable défibrillant, pro-cicatrisant et anti-oxydant.

- Vitamine C Laroscorbine : c'est un trophique anti-oxydant utile dans toutes les pathologies dégénératives. Elle a des propriétés anti-radicalaires permettant une lutte active contre la fibrose.

Le mélange ainsi constitué nous paraissait relativement cohérent pour lutter contre l'hyperplasie fibroblastique, la dégénérescence du tissu collagène et l'épaississement fibreux de l'aponévrose palmaire. Les choix ont été dictés également par la nécessité de se tourner vers d'autres molécules du fait de la disparition des vasodilatateurs qui étaient des composants de choix de nos mélanges de mésothérapie.

D. Déroulement de l'étude

a- Inclusion des patients. Stade évolutif

Cinq patients ont été étudiés, dont le pourcentage différait de celui relevé dans la littérature, à savoir trois femmes et deux hommes.

L'âge des patients était de 55 (homme) 57 (homme) 59 (femme) 68 (femme) et 72 (femme) ans, soit un âge moyen de 62,2 ans.

Les atteintes, indolores pour tous les cas, étaient plus ou moins importantes.

Par rapport à l'échelle de Tubiana:

- 1 était en stade N avec un nodule palmaire en regard de la tête du quatrième métacarpien.

- 1 était en stade N avec deux cordes palmaires, un nodule le long des quatrième et cinquième métacarpiens, sans rétraction.

- 1 était en stade I avec un début de rétraction à 20-30° des quatrième et cinquième doigts et la présence de cordes et nodules métacarpo-phalangiens.

- 1 était en stade II avec rétraction de l'ordre de 95° sur les quatrième et cinquième doigts, de multiples nodules et cordes allant jusqu'au médius et, il faut le noter, une atteinte bilatérale.

- 1 était en stade IV pour les quatrième et surtout cinquième doigts, avait déjà été opéré et avait une atteinte bilatérale qui s'étendait jusqu'à chaque pousse.

b- Rythme des séances et tolérance

Nous avons décidé du rythme de séances suivant : J 1, J 8, J 15, J 30 et J 45 avec une première réévaluation clinique à J 30. À ce moment-là et en fonction de l'évolution, trois options se présentaient:

- Suspendre les séances après celle de J 30 en cas d'amélioration nette des symptômes, le patient ayant pour consigne de revenir pour une évaluation clinique trois mois plus tard. Si la stabilité des lésions se maintenait, décision était prise de stopper les séances avec consigne au patient de ne revenir qu'en cas de rechute.

- Poursuivre des séances d'entretien à rythme variable (bi-mensuel, mensuel, bimestriel, trimestriel), la décision, prise en accord avec le patient, concernant les cas où l'amélioration était patente séance après séance, mais le stade évolutif laissait supposer une reprise de la progression pathologique en cas d'arrêt de la mésothérapie (l'intervalle entre chaque séance d'entretien est de 3-4 mois à ce jour).

- Réaliser 2 séances supplémentaires et arrêter définitivement les soins de mésothérapie en cas d'inefficacité du traitement au terme de ces 2 séances.

Comme précisé plus haut, la tolérance des actes de mésothérapie a été excellente avec une quasi indolence des ponctures, bien qu'effectuées sur une zone anatomique particulièrement riche en corpuscules sensitifs.

E. Évaluations cliniques et résultats

Les cinq cas ont, à des degrés divers, été améliorés avec les résultats suivants :

- Les trois patients en stade N et I ont vu leurs nodosités disparaître de façon presque totale et il a été décidé avec eux de ne les revoir que s'ils constataient une réapparition de leurs symptômes.

L'un d'eux est revenu voici un mois, pour une séance suite à une petite reprise évolutive. Le résultat a été très efficace puisque la paume de la main est redevenue quasiment lisse.

- La patiente en stade II a bénéficié d'une amélioration nette sur la main droite avec un gain d'extension de 20° sur les quatrième et cinquièmes doigts, un assouplissement des cordes et une diminution des nodules. Il a été décidé de poursuivre avec elle une séance mensuelle tant qu'il y aurait un sentiment de mieux.

Nous avons débuté les soins de la main gauche de façon différée, suite aux résistances initiales de la patiente

qui souhaitait «voir ce que cela donnerait sur une seule main», en raison de craintes sur la douleur et de doutes sur l'efficacité.

Devant le gain spectaculaire de sa main droite et le confort des soins, elle a souhaité faire traiter sa main gauche, ce qui a été débuté deux mois après la main droite. Le gain clinique a été équivalent sauf sur le cinquième doigt droit dont l'atteinte importante en flexion ne peut laisser espérer qu'une amélioration partielle, voire une sanction chirurgicale.

- La patiente en stade IV enfin, a pu observer un assouplissement des cordes et une plus grande souplesse dans les doigts. Elle est toutefois décédée au bout de six mois après le début des soins et avant que nous n'ayons évalué le gain d'ouverture des doigts.

DISCUSSION

Notre choix de mélanges de mésothérapie et de techniques d'injections a été guidé par des critères précis:

- Traiter la pathologie sur le plan de la dégénérescence et de l'hyperplasie tissulaire.
- Travailler sur la main en étant le plus confortable possible.

Encore fallait-il pouvoir évaluer l'intérêt de ces choix en comparant nos résultats avec des techniques et des mélanges différents.

D'un strict point de vue clinique, nous avons pu objectiver une réponse positive chez tous les patients traités, avec un bénéfice très net dans les stades les moins avancés (N,I). En comparant nos résultats avec les études répertoriées dans la littérature (5 - 6), nous constatons que ceux-ci sont au moins équivalents à ceux des autres protocoles, voire, par rapport à une des études (6), légèrement supérieurs.

En effet, en analysant cette étude dans laquelle neuf cas ont été traités,

- Trois patients ont présenté des résultats parfaits avec disparition des fibres et gênes fonctionnelles (patients au stade N ou I).
- Un patient n'a plus présenté de fibres et rétractions articulaires avec toutefois persistance d'une douleur modérée.
- Quatre patients ont amélioré leur fibres et rétractions.
- Un patient par contre, a été non répondeur (pourtant en stade I de la classification de Tubiana).

Dans notre étude, nous avons eu une réponse thérapeutique de tous, avec le même bénéfice que l'étude suscitée pour ceux en stade N ou I et une amélioration pour les autres cas.

Nous pouvons donc déduire, malgré l'étroitesse des échantillons de chaque publication, que nous avons pu pallier efficacement la disparition des vasodilatateurs dans les mélanges de mésothérapie, par l'apport d'autres molécules qui les remplacent avantageusement.

D'un point de vue technique, nous pouvons affirmer sans hésiter que l'utilisation des IDS et IED, n'a en rien

altéré la qualité des résultats cliniques par rapport aux techniques avec IDP, mais que le confort des patients a été grandement amélioré avec une parfaite tolérance de l'ensemble des séances, et une quasi indolence des gestes thérapeutiques.

Cette notion pourrait s'appliquer à d'autres pathologies des extrémités en facilitant le traitement et le bien-être des patients et permet de démontrer l'importance de l'interface méso dans la qualité du résultat thérapeutique.

On peut aussi supposer que la stimulation cutanée lors des applications en IDS a facilité l'action défibrosante grâce à l'action mécanique de l'aiguille qui a pu avoir un impact sur la microcirculation (donc l'oxygénation) et sur la synthèse des protéines de stress (HSP) réparatrices des tissus. Ce constat, bien que supposé s'appuie sur les observations effectuées à de nombreuses reprises par le Docteur Pistor, lorsqu'il effectuait des séances de mésothérapie à l'aiguille «sèche».

PERSPECTIVES D'AVENIR

Il semblerait que l'association des techniques IDS et IED puisse permettre aux patients une excellente tolérance des actes de mésothérapie avec des résultats au moins équivalents à ceux observés avec des techniques associant des IDP.

En outre le mélange des produits laisse apparaître, bien qu'au nombre de quatre au lieu de trois, une cohérence certaine, une très bonne tolérance et une efficacité réelle observée tant par les patients qu'objectivée par l'examen clinique.

L'idéal pour évaluer de façon scientifique (et non empirique) les résultats serait de recruter un nombre de patients significatifs avec une mesure échographique de l'épaisseur des nodules et des cordes, avant et après traitement, ainsi qu'une mesure de l'angulation des doigts.

Nous pouvons aussi raisonnablement nous poser la question de la place que pourrait occuper la mésothérapie dans le traitement de la maladie de Dupuytren..

Devant la remarquable tolérance de la technique, son association de médicaments non iatrogènes (« Peu, rarement et au bon endroit»), sans effets secondaires ou presque (attention toutefois aux allergies avec notamment le Conjonctyl qui est un médicament salicylique, à ne pas utiliser en cas d'antécédents d'allergie à l'aspirine), et devant les améliorations cliniques constatées au cours de l'étude, nous n'hésitons pas à la proposer en traitement de première intention dans les stades N, I et II.

La mésothérapie peut également être intéressante à double titre dans les stades III et IV:

- En post-chirurgical immédiat, mais dans ce cas pour agir sur la cicatrisation lors d'une aponévrectomie, et la réaction inflammatoire lors d'une aponévrotomie.
- À titre préventif des récurrences à distance des gestes chirurgicaux, en raison des propriétés thérapeutiques des différents constituants du mélange.

Ceci pourrait permettre aux patients d'éviter un retour trop précoce sur la table d'opération.

CONCLUSION

Même si actuellement, le traitement de première intention de la maladie de Dupuytren reste l'aponévrotomie à l'aiguille, et, en deuxième lieu, la chirurgie, l'alternative thérapeutique que propose la mésothérapie est très intéressante dans la mesure où elle ne présente quasiment aucun effet secondaire, qu'elle est remarquablement tolérée, et que son efficacité semble prometteuse sur les cas cliniques étudiés.

Nous pouvons raisonnablement espérer, à moyen terme, proposer cette technique en traitement de première intention, principalement dans les premiers stades de la maladie.

Ceci représente un argument de poids dans une démarche de soins où, outre l'attente du résultat thérapeu-

tique, l'important est de : « Primum, non nocere ».

BIBLIOGRAPHIE

1. DOREL : La rhumatologie, la main et la mésothérapie. Bulletin de la SFM. Novembre 1991
2. RAVILY : Traité pratique de mésothérapie. Mai 1996
3. TUBIANA : Traité de chirurgie de la main Tome 6. Maladie de Dupuytren, malformations congénitales, amputations, prothèse, rééducation, la main dans l'art. MASSON 1998
4. MREJEN - LAURENS : Atlas de mésothérapie du membre supérieur. 1er congrès national de la SFM. Mars 2003
5. AUTRET : Maladie de Dupuytren et mésothérapie. «A propos d'un cas». Mémoire au DIU de mésothérapie. Pitié-Salpêtrière Paris 2009
6. HUGUENIN - PASQUINI - STOPIN : Traitement de la maladie de Dupuytren, stades 1 et 2 par mésothérapie. 7ème congrès national de la SFM. Novembre 2009
7. BONNET - LAURENS - PERRIN : Guide pratique de mésothérapie. 2ème édition. MASSON 2012

PATIENTS ET MESOTHERAPIE – ENQUETE DE SATISFACTION

Docteur Anissa HIDAR
Docteur Catalina PALACEAN

INTRODUCTION

Depuis sa mise au point en 1952, la Mésothérapie s'est imposée comme un traitement efficace dans les pathologies douloureuses, dermatologiques et vasculaires et malgré ses nombreuses indications, la Mésothérapie demeure une technique mal connue du grand public et même d'une partie du corps médical.

Afin de vérifier ce constat, une enquête de satisfaction a été menée auprès des patients ayant bénéficiés de traitements par mésothérapie afin de vérifier leurs degrés de satisfaction suite aux traitements reçus.

PHYSIOPATHOLOGIE

Le champ d'application de la mésothérapie est assez large. A ses débuts, la mésothérapie s'est surtout développée dans la médecine du sport. Cette technique médicale peut cependant être utilisée dans de nombreux cas: (Réf. 4):

Douleurs de l'arthrose, lombalgie, douleurs rhumatismales;

Névralgies, migraines et stress;

Traumatismes sportifs (entorse, tendinite, claquage, contractures);

Toutes les pathologies douloureuses, surtout résistantes aux traitements classiques;

Affections dermatologiques (zona, herpès, psoriasis);

Troubles de la circulation sanguine;

Infections ORL récidivantes (sinusite, rhinite);

Certains troubles esthétiques (cellulite, alopecie, relâchement cutané).

Les mécanismes d'action sont multiples: (Réf. 5,7,8,9)

Une action pharmacologique: due à l'administration de médicaments qui agissent immédiatement sur la douleur sans administration par voie orale ou parentérale. En plus la résorption lente des médicaments permet de prolonger l'efficacité de ces derniers.

Une action mécanique: qui utilise le même principe que l'acupuncture à savoir l'action des aiguilles sur la microcirculation

Une action thérapeutique.

METHODOLOGIE

L'enquête de satisfaction, objet de cette étude, a été menée en collaboration avec le Docteur Denis LAURENS

à sa consultation externe au Service de médecine physique et réadaptation de l'hôpital Pitié Salpêtrière.

Cette enquête a porté sur un échantillon de 37 patients et s'est déroulée chaque mercredi entre le 20 décembre 2016 et le 29 mars 2017 en utilisant un questionnaire à choix multiples ainsi que des questions ouvertes.

L'échantillon a été choisi d'une manière aléatoire parmi les patients poursuivant un traitement régulier par Mésothérapie auprès du Docteur Denis LAURENS sans limite d'âge ni de sexe. Seuls les questionnaires remplis complètement ont été retenus pour les besoins de l'enquête.

RESULTATS DE L'ENQUETE

L'échantillon est constitué essentiellement de femmes à hauteur de 86.5% contre 13.5% d'hommes répartis par tranches d'âge comme suit:

Tranche d'âge	Femme	Homme	Total	%
[35 - 45]	1		1	3
[46 - 55]	5	1	6	16
[56 - 65]	11		11	29
[66 - 75]	8	2	10	27
[76 - 100]	7	1	8	22
Total	32	5	37	100
	(86.5%)	(13.5%)		

La principale catégorie socio-professionnelle de la population cible est constituée de «Retraités» avec près de 49% des patients suivi par le «personnel paramédical» à savoir infirmière, aide-soignante, technicienne laboratoire et orthophoniste dans 16% des cas et des personnels de l'administration pour 13%.

Catégories socio-professionnelles	Femme	Homme	Total	%
Retraite	16	2	18	49
Paramédicale	5	1	6	16
Administration	4		4	11
Enseignement	2	1	3	8
Sans profession	3		3	8
Cadre	2		2	6
Total	32	5	37	100

L'enquête révèle que les pathologies de l'appareil locomoteur sont de loin la principale cause de consultation en mésothérapie avec plus de 67% (29/43) des cas pour les femmes et 100% des cas pour les hommes.

Il est à noter que certains patients ont indiqué plusieurs pathologies nécessitant le traitement par mésothérapie ce qui explique le total de 43 pour 37 patients. De même, les résultats indiquent que la liste des choix pos-

sibles était suffisante vue que l'option «Autres» n'a été utilisée que dans deux cas uniquement.

Pathologies	Femme	Homme	Total	%
Pathologies de l'appareil locomoteur	29	5	34	79
Pathologies veineuses	2		2	5
Stress	2		2	5
Cancérologie	2		2	5
Migraine	1		1	2
AVC neuropathie fonctionnelle	1		1	2
Total	38	5	43	100

L'analyse des moyens de prise de connaissance révèle que le principal canal de promotion et de communication de la mésothérapie consiste en la recommandation des médecins traitants dans plus de 73% (27/37) des cas.

Les recommandations d'un proche ou ami ne concerne que 21% (8/37) des cas ce qui est non négligeable. Une étude plus poussée permettra de confirmer ses résultats à savoir si la satisfaction des patients est un moyen de communication efficace.

Il est enfin important de noter la faible part des médias comme moyen de communication pour contribuer à la reconnaissance de la mésothérapie comme une médecine complémentaire dans les traitements des douleurs essentiellement.

Moyen de communication	Femme	Homme	Total	%
Votre médecin traitant	23	4	27	72
Un proche: ami, voisin, famille,...	7	1	8	22
Medias: télévision, presse, internet,...	1		1	3
Autres: équipe kiné	1		1	3
Total	32	5	37	100

La principale raison de l'orientation des patients vers un traitement par mésothérapie est l'échec des traitements conventionnels et en particulier pour le traitement de l'atteinte de l'appareil locomoteur dans près de 62% des cas.

Le désir de limiter la consommation des médicaments vient en deuxième lieu avec près de 32% des réponses ce qui coïncide parfaitement avec l'esprit de la mésothérapie à savoir réduire la consommation médicamenteuse au strict nécessaire en ciblant uniquement les zones douloureuses.

Orientation	Femme	Homme	Total	%
Echec des traitements conventionnels	21	2	23	62
Désir de limiter conso. médicamenteuses	10	2	12	33
Connaissance des bonnes indications	1	1	2	5
Total	32	5	37	100

Tous les patients sont unanimes pour affirmer que le fait que le traitement par mésothérapie ne doit être effectué que par un médecin diplômé. Le besoin d'être rassuré semble être important dans le choix des patients d'essayer la mésothérapie en remplacement de la médecine

allopathique.

En terme de durée de traitement, il apparaît des résultats de l'enquête que traitement par mésothérapie peut être long et durer dans le temps. En effet, dans la majorité des cas, les patients continuent à suivre un traitement pour une période allant de un an à cinq ans pour un nombre de séances ne dépassant pas dix séances.

Il apparaît des résultats que 25 des patients sont satisfaits des traitements en terme d'efficacité et de rapidité soit près de 67% (25/37) contre uniquement 5 qui sont moyennement satisfaits en terme d'efficacité et de rapidité combinées. Il est important de noter qu'aucun patient ne s'est montré insatisfait du traitement que ce soit en termes d'efficacité ou de rapidité.

Efficacité	Satisfait (e)	Rapidité	
		Moyenne-ment satisfait (e)	Total
Satisfait (e)	25	4	29
Moyennement satisfait (e)	3	5	8
Total	28	9	37

L'analyse des pourcentages de satisfaction des patients par sexe montre que le traitement par mésothérapie est aussi efficace pour les femmes que pour les hommes avec des taux de 69% et 60% respectivement.

Une étude plus poussée de la satisfaction révèle que les femmes sont doublement satisfaites de l'efficacité et de la rapidité du traitement pour près de 69% contre 60% chez les hommes.

En termes de répartition par tranches d'âges, les données indiquent que le pourcentage de satisfaction double (efficacité/rapidité) au sein de la même tranche d'âge est le plus élevé pour la tranche [65 - 75] avec près de 90% des cas contre 75% pour la tranche [55 - 65] et 50% pour les tranches [45 - 55] et [75 - 100].

Une étude plus approfondie de la satisfaction par pathologie indique un taux de satisfaction double (efficacité/rapidité) de 71% pour les pathologies de l'appareil locomoteur, qui représente la majorité des cas étudiés. Pour les autres pathologies, les résultats sont doublement satisfaisants mis à part pour la migraine et le stress avec des résultats moyennement satisfaisants.

Le tableau ci-dessous montre que le traitement par mésothérapie ne présente aucun effet secondaire dans près de 75% des cas (30/40) et pour les deux sexes. De plus, chez les hommes, aucun effet secondaire n'a été reporté.

En ce concerne les femmes, on remarque que les principaux effets secondaires sont de types douleurs de courte durée, hématomes ainsi que quelques marques sur la peau dans près de 10 cas (soit 25% de l'échantillon).

Effets secondaires	Femme	Homme	Total	%
Aucun effet secondaire	25	5	30	75
Hématomes	5		5	12
Marque sur la peau	3		3	8
Douleurs	2		2	5
Total	35	5	40	100

La revue de Mésothérapie

Il est important de signaler qu'il y a eu aucun cas d'allergie aux produits injectés pour les 37 patients étudiés alors que des effets secondaires multiples (hématomes + marque sur la peau) n'ont été reportés que pour un seul cas. Ces résultats pourraient expliquer le degré de satisfaction élevé constaté et reporté dans les paragraphes précédents.

L'analyse des données montre que la majorité des médecins traitants sont favorable au traitement par mésothérapie avec près de 84% (36/43). Alors que le pourcentage des médecins indifférents au traitement par mésothérapie ne dépasse pas 14% des cas.

Il est important de signaler que seul les cas de pathologies de l'appareil locomoteur affichent des avis contrariés des médecins traitant avec 27 pour, 1 contre et 6 indifférents alors que pour toutes les autres pathologies, l'avis est toujours favorable. Ces résultats confirment la bonne réputation du traitement par mésothérapie.

Une analyse des avis des mêmes médecins post-traitement révèle que la majorité des médecins traitants connaissent déjà les bienfaits de la mésothérapie dans près de 55% des cas. Seul 3 médecins demeurent indifférent au traitement bien qu'ils étaient favorables.

Au vue des résultats obtenus, tous les patients sont favorables pour recommander le traitement par mésothérapie à leurs entourages sans exception. La mésothérapie paraît comme un traitement efficace et sans effets secondaires notables.

En effet, la réduction des douleurs est le principal avantage de la mésothérapie dans près de 46% des cas alors que la limitation de la consommation médicamenteuse vient en second lieu avec 24% suivie de la réduction des effets indésirables pour 11% des cas.

Les données collectées montrent que dans 81% des cas, les patients ne trouvent aucun inconvénient à la thérapie par mésothérapie, ce qui confirme les résultats constatés dans les questions précédentes. Le principal inconvénient est la douleur lors des injections, ce qui pourrait s'expliquer par l'hyper-sensibilité de la zone traitée.

Les autres inconvénients sont plutôt d'ordre administratif et organisationnel vu le nombre important de séances nécessaires et le besoin de se déplacer pour le traitement ce qui constitue une gêne non négligeable pour les sujets âgés en particulier.

Inconvénients	Total	%
Aucun inconvénient	30	81
Douleurs piqures	3	8
Nombre de séances	2	5
Trajet pour venir à l'hôpital	1	3
Difficulté pour avoir un rdv	1	3
Total	37	100

DISCUSSION

Dans notre étude, la représentativité des hommes était faible comparée à celle des femmes vu que l'échantillon a été choisi d'une manière chronologique sans aucun échantillonnage préalable. D'autres études ont été menées avec des proportions égales et les conclusions ont été assez similaires à savoir la mésothérapie est aussi efficace pour les deux sexes. (Réf. 4)

L'étude manque de données fiables sur l'historique des retraites qui ont été traitées comme une catégorie socio-professionnelle à part ce qui n'est pas le cas de certaines études.

La mésothérapie permet de soigner plusieurs pathologies en particulier celle de l'appareil locomoteur. Ceci confirme les résultats obtenus par l'étude ENATOME 1 et 2 à savoir l'appareil locomoteur occupe la majorité des indications: 95%. (Réf. 4)

L'analyse des moyens de prise de connaissance révèle que le principal canal de promotion et de communication de la mésothérapie consiste en la recommandation du médecin traitant. En effet, le rôle du médecin traitant est primordial dans l'orientation des patients vers de traitement de mésothérapie. On peut constater dans notre étude que malgré l'ère du numérique et de l'Internet, la source d'information privilégiée des patients reste le médecin. Notre résultat semble cohérent avec les données de la littérature comme l'étude IPSOS 2010. (Réf. 10)

L'échec des traitements conventionnels constitue la raison principale d'orientation des patients vers des traitements de mésothérapie. En effet, plusieurs études ont prouvé la supériorité de l'association des traitements conventionnels avec des traitements de mésothérapie et ceci pour plusieurs pathologies. (Réf. 6)

Les résultats de l'étude montrent qu'il est difficile de tirer des conclusions sur le nombre optimal de séances à suivre ainsi que la durée efficace du traitement par mésothérapie. En effet, ces derniers varient largement d'un patient à un autre. Le Dr. D. Laurens a utilisé des techniques mixtes de mésothérapie et il a adapté la fréquence et le nombre de séances en fonction de la pathologie. De nombreuses publications précisent la corrélation de la pathologie avec le nombre de séances. Les études cliniques sont faites généralement sur 3 séances J0, J7 ET J14. (Réf. 11,12)

Cette étude a permis de confirmer l'efficacité de la mésothérapie pour les deux sexes et les catégories socio-professionnelles. Cette efficacité est maximale essentiellement pour les pathologies de l'appareil locomoteur et pour la tranche d'âge entre 55 et 75 ans. Une étude plus approfondie de la satisfaction par pathologie permettrait d'expliquer les résultats obtenus.

Bien que 25% des patients ont présenté des effets secondaires, il est important de constater qu'ils sont tous bénins ce qui est cohérent avec la majorité des publications trouvées dans la littérature mis à part les célèbres cas d'infection cutanée. (Réf. 13,14)

La majorité des médecins traitants sont favorable au traitement par mésothérapie ce qui confirme la bonne réputation du traitement par mésothérapie et il peut être expliqué par le retour d'information (feedback) des patients sur l'efficacité du traitement que ce soit en termes d'efficacité ou de rapidité.

Tous les patients sont favorables pour recommander le traitement par mésothérapie à leurs entourages sans exception. La mésothérapie paraît comme un traitement

efficace et sans effets secondaires notables.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de mettre en évidence que la mésothérapie paraît comme un traitement efficace sur les hommes et les femmes, sur toutes les tranches d'âge, pour toutes les catégories socioprofessionnelles et sans effets secondaires notables.

Cette étude a conforté les constats obtenus par les autres études sur l'efficacité de la mésothérapie sur de nombreuses pathologies en particulier celle de l'appareil locomoteur.

Tous les patients sont favorables pour recommander le traitement par mésothérapie à leurs entourages sans exception.

Suites aux résultats très positifs obtenus dans cette enquête la mésothérapie mérite d'être enseignée à un nombre croissant de médecins afin de proposer aux patients une réelle alternative aux thérapeutiques conventionnelles, à laquelle ils ne demandent qu'à adhérer.

BIBLIOGRAPHIE

1. BONNET C, LAURENS D, PERRIN J-J. Guide pratique de mésothérapie. Edition Masson. Vottem: Elsevier Masson S.A.S ; 2008, P1-8
2. Société Française de Mésothérapie – WWW.sfmesothe-
rapie.com
3. La revue de mésothérapie 2002, Dr. Laurens Denis page.
206- nr 115, article: Tendinopathies et Mésothérapie
4. BONNET C, LAURENS D, PERRIN J-J. Guide pratique
de mésothérapie, ENQUETE ENATOME. Edition Masson.
Vottem: Elsevier Masson S.A.S ; 2008 377-380
5. Bibliographie des fondements scientifiques de la Mésothé-
rapie - La revue de mésothérapie 2017, janvier pag.10 Drs
Kaplan A. et Ordiz I.
6. Académie Nationale de Médecine: Bull. Acad. Natle. Med.
1987. Pag 171,923-924, séance du 27.oct.1987
7. Revue de la Mésothérapie: nr 157 – janv 2017, pag 30 – ar-
ticle: Notes de lecture – Dr. D. Laurens et P. Salato
8. www.elsevier.com/locate/pain - Pain 151 (2010) 146-154
; German Randomized Acupuncture Trial for chronic shoul-
der pain (GRASP) – A pragmatic, controlled, patient-blinded,
multi-centre trial in an outpatient – Albrecht F. Molsberger,
Thomas Schneider, Hermann Gotthardt, Attyla Drabik
9. Trigger point acupuncture treatment of chronic low back
pain in elderly patients – a blinded RCT: Kazunori Itoh, Ya-
sukazu Katsumi, Hiroshi Kitakoji – Acupuncture in Medicine
2004; 22 (4): 170-177. www.medical-acupuncutre.co.uk/ai-
mintro.htm
10. Etude IPSOS 2010: Les conséquences des usages d'inter-
net sur Les relations patients médecin
11. Revue de la Mésothérapie 2002 – nr.115 pag. 27 – Sur
rythme et nombre de séances pour pathologies aigue en gé-
néral.
12. Traite de mésothérapie Le Coz Jacques Elsevier Masson
2009 p17-34
13. Mesotherapy and cutaneous Mycobacterium fortuitum in-
fection, first published: 28 May 2009, International Journal
of Dermalogy - Elisa Margherita Difonzo MD, Grazia Lucia
Campanille MD, Laura Vanzi MD, Lorena Lotti MD - Library
on line
14. Psoriasis and side effects of mesotherapy. International
Journal of Dermatology published: Sept. 2001, Paolo Rosina
MD, Carlo Chierigato MD, Domenico Miccolis MD, Fran-
cesco Saverino D'Onghia MD – Library on line

INTERÊT DE LA MESOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ALOPECIE

ARNAUD LAMBERT

PHYSIOPATHOLOGIE DU FOLLICULE PILEUX ET CYCLE PILAIRE

Le follicule pileux est une annexe de l'épithélium. Le nombre de follicules est déterminé à la naissance et il n'y a pas de néogénèse après. Durant les phases pré et postnatales le follicule produit du duvet. Ce duvet se transforme par la suite en poils «terminaux» avant de progressivement se miniaturiser à la fin de la vie. Le nombre de follicules est prédéterminé à la naissance et il n'y a plus de folliculoplasie après.

Les cheveux poussent puis tombent et enfin repoussent selon une croissance cyclique appelée cycle capillaire, qui se reproduit en moyenne 25 fois dans la vie d'un cheveux. Celui-ci se décompose en trois phases.

La phase anagène est la phase de croissance du cheveu. C'est la phase la plus longue du cycle, elle dure entre 2 et 5 ans chez l'homme et entre 3 et 6 ans chez la femme. Le cheveu pousse d'environ 0,3 mm par jour durant cette phase. Du fait de sa longue durée environ 85% des cheveux sont en phase anagène à un moment T.

La phase catagène ou phase d'involution, où le cheveu cesse d'évoluer et reste au repos. Cette phase dure 1 à 2 mois. 3% des cheveux sont dans cette phase.

La phase télogène où le cheveu tombe, préparant un nouveau cheveu à entrer en phase anagène. Cette phase dure entre 2 et 4 mois, expliquant que nous perdons environ 150 cheveux par jour en moyenne. 12% des cheveux sont dans cette phase.

Il s'agit donc d'une activité germinatrice pour laquelle les follicules nécessitent des facteurs de croissances, des oligo-éléments (fer, zinc, sélénium...), des vitamines (vit A, vit C, Vit E...), des acides aminés.

Il existe aussi une forte participation hormonale. Les hormones thyroïdiennes et les oestrogènes favorisent la croissance des follicules pileux. La testostérone favorise également la croissance pileuse, mais son hormone dérivée la déhydrotestostérone entraîne une miniaturisation des cheveux et la diminution de leur nombre, car elle inhibe la production de VEGF, le principal facteur de croissance de la vascularisation des cheveux, et réduit donc la durée et l'efficacité de la phase anagène du cycle.

LES DIFFÉRENTS TYPES D'ALOPECIE

L'alopécie en médecine dermatologique a été un problème durant toute l'histoire de l'humanité, quel que soit l'âge ou le genre. Elle a souvent été interprétée comme étant un possible symptôme d'une maladie sous-jacente. La limite est fine entre l'alopécie physiologique et la maladie. Les classifications de la littérature séparent l'alopécie en deux grands types: l'alopécie androgénétique (AAG) et les alopecies non androgénétiques.

A) L'ALOPECIE ANDROGENETIQUE

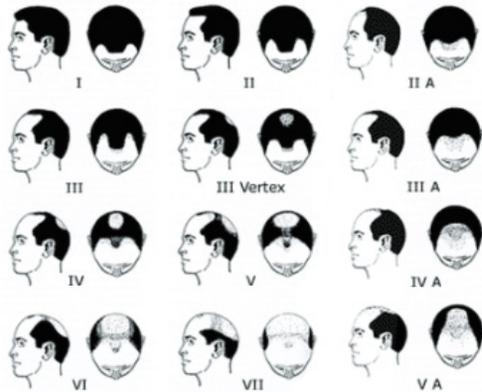
Les alopecies féminine et masculine suivent des schémas bien distincts, elles sont différentes sur le plan étiologique et sur le plan physiologique, bien que les deux sexes sont le plus fréquemment touchés par l'alopécie androgénétique pour laquelle la physiopathologie est similaire (même si indéniablement il y a une participation génétique plus importante chez l'homme). L'AAG est la plus fréquente des alopecies (75%) et est un diagnostic d'élimination. Elle est secondaire aux perturbations androgéniques (rôle de la DHT), à la prédisposition génétique et aux carences folliculaires et des papilles dermiques. La prévalence de l'AAG augmente avec l'âge et commence à survenir dans la troisième décennie de la vie: 30% des personnes entre 40 et 55 ans souffrent d'AAG, et 60% des personnes de plus de 65 ans (tout sexes confondus, avec bien sûr une plus forte prévalence chez les hommes.)

Il est communément admis que l'on ne parle plus de maladie lorsque l'on parle de l'alopécie androgénétique, car elle n'a pas d'autre retentissement que sur l'apparence physique. Il s'agit donc en premier lieu de rassurer le patient et de leur offrir un suivi psychologique si nécessaire.

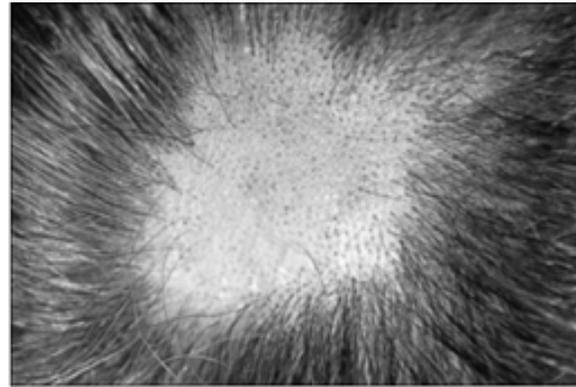
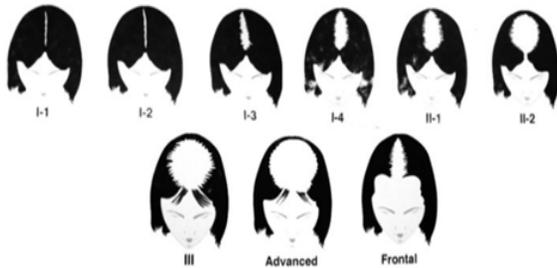
La répartition topologique de l'AAG diffère selon le sexe, selon des mécanismes encore non expliqués.

Chez l'homme, l'alopécie androgénétique s'étend progressivement mais reste circonscrite en affectant successivement les golfes fronto-temporaux et le vertex, puis la tonsure, selon la classification de Norwood-Hamilton.

Norwood-Hamilton Scale of Male Pattern Baldness



Female Pattern Hair Loss - Ludwig Classification System



Chez la femme l'alopecie androgenetique est d'evolution plus lente. Elle debute par une rarefaction des follicules sur le vertex mais respecte la lisiere frontale du cuir chevelu. Celle-ci progresse de maniere concentrique jusqu'a atteindre les stades avances de la classification de Ludwig.

B) Les autres types d'alopecie

- Destruction exogene (traumatisme, brulure...)
- Toxiques, chimiotherapies
- Infections (folliculites bacteriennes et mycosiques)
- Troubles hormonaux (dysthyroidies ++)
- Carences (hyposideremie, cachexie...)
- Trichotillomanie (trouble compulsif d'arrachage), Coiffage agressif et repetitif
- Affections auto-immune
- L'effluvium telogene (chute importante de cheveux diffuse et sans plaques dans les suites de diverses pathologies telles qu'infections, maladies inflammatoires, post-partum...)
- La pelade: ou alopecia areata. Il s'agit d'une alopecie non atrophique et non squameuse qui survient chez un sujet en bon etat general. Le cuir chevelu reste normal avec apparition en lisiere de cheveux «en point d'exclamation» ou en «pseudo-comedons» L'etiologie est inconnue et le diagnostic est clinique. L'evolution se fait spontanement vers la regression et la reaparition d'un duvet blanc puis d'une chevelure.

Exemples de pelade:

Le traitement de reference de la pelade pour de nombreux medecins reste la corticotherapie orale et locale, bien que cela ne fasse l'objet d'aucune recommandation et que les resultats restent tres discutes.

Le methotrexate aurait certaines vertus dans cette pathologie mais encore aucune etude concluante, et avec des effets secondaires importants.

La PUVAtherapie est une therapie qui a fait ses preuves dans la repousse des follicules touches par l'alopecia areata.

LES TRAITEMENTS CLASSIQUES DE L'ALOPECIE ANDROGENETIQUE

Seuls quatre traitements sont actuellement reconnus par le Collège des Enseignants de Dermatologie.

Le minoxidil 2 ou 5% en lotion ou mousse pour application locale. Le mode d'action n'est pas établi (vasoactif?), le médicament est à l'origine un antihypertenseur dont on a remarqué qu'il stimulait la pousse des cheveux. Les potentiels benefices du traitement ne sont visibles qu'à partir de 3-4 mois, à raison de deux applications par jour. La durée du traitement est de 6 à 8 mois.

Mais l'on obtient des resultats acceptables que dans 30 % des cas.

Le finasteride (Propecia), inhibiteur specifique de la 5-alpha-reductase (oxydoréductase) à raison de 1mg par jour. Ce traitement est contre-indiqué chez la femme avec un risque de pseudo-hermaphrodisme. Il est donc réservé à l'homme et a pour principal effet secondaire la dysfonction érectile.

L'acetate de cyprotérone (Androcure), antiandrogène, qui est préconisé surtout chez la femme en association avec une contraception orale. Les resultats sont discutés également, 10 à 20% de cas répondant favorablement selon les sources.

Les greffes de follicules pileux et de lambeaux capillaires restent la technique la plus fiable à ce jour, malgré la réalisation d'un geste invasif et les risques liés à la chirurgie et à l'anesthésie.

Parmi les autres traitements régulièrement prescrits:

- Le dutastéride (Avodart), pharmacodynamique similaire au finasteride, avec contre-indications et effets secondaires similaires.

-La spironolactone qui se fixe sur les récepteurs périphériques androgéniques. Les effets secondaires incluent la

La revue de Mésothérapie

dysfonction érectile, la tératogénie, les troubles de la menstruation, ainsi que tous les effets liés aux effets de l'aldostérone sur le système rénal (hypotension, hypokaliémie, dysurie...).

-Les analogues de la prostaglandine (ex: Xalatan), qui induisent une phase anagène lors de la phase télogène en ciblant le derme papillaire.

-Le ketoconazole, un agent antifongique imidazolé avec un effet anti-inflammatoire et antiandrogénique.

-Les oestrogènes, qui réduisent la phase télogène et allongent la phase anagène du cycle.

-La micropigmentation qui n'est pas un acte médical, mais une technique proche du tatouage qui consiste à implanter des pigments dans le derme et l'épiderme.



PLACE ET INTÉRÊT DE LA MÉSOTHÉRAPIE

La mésothérapie est une technique de traitement médical par injections dans la peau (épiderme, derme et hypoderme), inventée par le Dr PISTOR en 1952 dont la devise est d'injecter «peu, rarement et au bon endroit». Elle trouve son intérêt dans de diverses indications, en permettant d'obtenir des effets ciblés par injection de petites doses d'agents pharmacologiques, tout en évitant leurs effets secondaires, associés aux effets mécaniques des punctures à l'aiguille.

L'objectif de la mésothérapie dans l'alopecie est de fournir aux follicules tous les éléments dont ils sont carencés (oligoéléments, vitamines ect...) directement par injections intradermiques, alors que la voie systémique n'est plus assez efficace, permettant ainsi de stimuler la croissance capillaire et ralentir la chute des cheveux. Les injections de mésothérapie agissent:

- en hydratant et nourrissant les follicules grâce aux produits injectés
- associé à une action anti-oxydante
- en stimulant la vascularisation des follicules, favorisant ainsi une angiogénèse de la papille dermique
- en stimulant la sécrétion de fibroblastes (élastine, collagène, fibronectine...) par effet mécanique
- en ayant également une action non négligeable sur l'état séborrhéique.

RÉALISATION D'UNE ÉTUDE EN ASSOCIATION AVEC LE DR MAILLIU, MÉSOTHÉRAPEUTE À VANNES.

-L'objectif était de réussir à démontrer l'efficacité d'un traitement par mésothérapie en prévention de la chute

des cheveux et sur la repousse des cheveux de patients souffrant d'alopecie androgénétique ou d'alopecie areata.

-Etant Interne en Médecine je me suis tourné vers un médecin ayant une patientèle avec laquelle travailler.

-Le Dr Mailliu m'a permis de collecter les données qu'il détenait, de travailler dans son cabinet en recrutant de nouveaux patients et en réalisant directement les traitements.

A) Inclusion et Exclusion des patients.

Pour participer à l'étude devaient remplir ces critères:

- Souffrir d'alopecie androgénétique ou de pelade
- Ne pas présenter de chute récente ou rapide de cheveux ou d'autre signe évocateur d'effluvium télogène
- Ne pas prendre de traitement ayant une influence sur le cycle folliculaire
- Ne pas avoir d'antécédents personnels de trouble endocrinologiques
- Ne pas souffrir de carence
- Ne pas présenter de signe d'atteinte capillaire préalable
- Ne pas présenter d'allergie à l'un des composants du traitement

Tous les patients ont bénéficié d'une consultation d'inclusion avec interrogatoire complet, examen clinique et bilan biologique (NFS, Iono, Urée, Créat, Fonction Rénale, TSH, T4L, T3L, Bilan Martial, +/- Dosages de DHEA, Testostérone, Androstenedione, Prolactine, FSH et LH), afin d'exclure les autres causes d'alopecie.

B) Méthode

Choix du produit: NCTF 135 HA[®], Laboratoires Firlorga, choisi car produit de référence en mésothérapie et car participation du laboratoire (don de produit).

Composition du produit: Acide Hyaluronique hautement concentré, Vit C, Biotine (Vit BB), Vit B5, Vit B9, Vit I, Vit B3, Vit B6, Vit B2, Vit B1, Vit E, Vit A, Vit B12, Minéraux (Ca, K, Mg, Na, Zn), Acides Nucleiques, Acides Aminés, Coenzymes.

Le protocole de traitement consistait à réaliser 5 séances de mésothérapie espacées de 10 jours chacune et l'évaluation se faisait lors d'une consultation à J60. Les injections se déroulaient en nappage intradermique superficiel à l'aiguille de 32G et en insistant sur les zones les plus atteintes, après asepsie à la Biseptine[®].

C) Critères d'évaluation

- Densité capillaire avec photos avant/après
- Arrêt de la chute des cheveux
- Apparition d'une repouss
- Test de la poignée: le médecin tire une poignée de cheveux avec une intensité modérée et l'on décompte le nombre de cheveux qui s'arrachent ou cassent (supérieur à 5, supérieur à 20, supérieur à 50, supérieur à 100)
- Satisfaction du patient (excellente, bonne, satisfaisante, non-satisfaisante)
- Satisfaction du médecin (excellente, bonne, satisfaisante, non-satisfaisante)

D) Déroulement de l'étude

Entre le mois d'avril et d'août, nous avons inclus 6 patients souffrant d'alopecie androgénétique (4 hommes,

2 femmes), pour lesquels nous avons pu réaliser les 5 séances de traitement.

Un patient avait déjà débuté le traitement au mois de mars et correspondait aux critères d'inclusion.

Sur la dernière année 6 patients et 1 patiente souffrant d'alopecie androgénique ont été traités par le Dr Mailliu et 1 patient souffrant d'alopecia areata.

Nous avons donc décidé de réaliser l'étude de manière à la fois prospective et rétrospective afin d'obtenir un échantillon de 14 patients.

E) Résultats

Sur les 14 patients, 13 ont présenté un arrêt de la chute des cheveux:

-12 sur les 13 souffrant d'AAG

-1 seul patient l'a remarqué après la première séance

-8 patients présentaient un arrêt de la chute des cheveux après la 3ème séance

Sur les 14 patients, 6 ont déclaré présenter une repousse des cheveux au terme de l'étude.

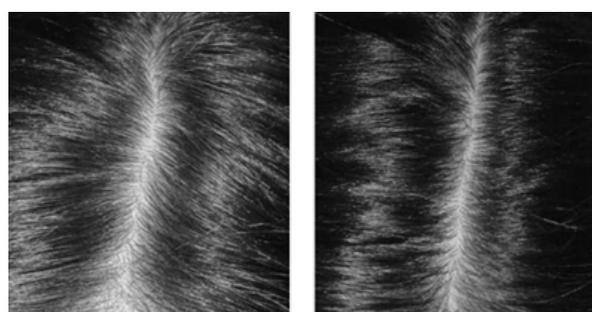
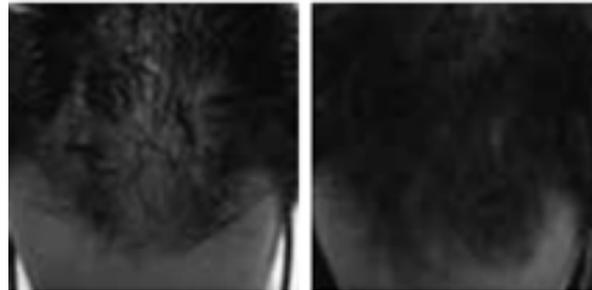
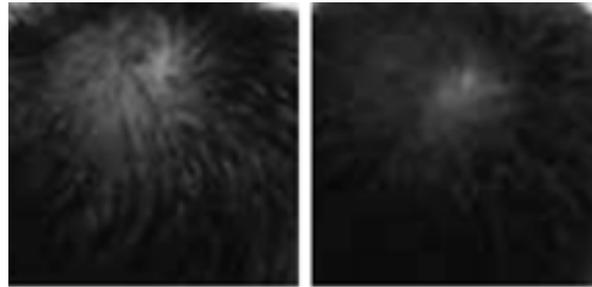
Sur les 14 patients, aucun ne présentait plus de 50 cheveux au test de la poignée.

Un seul perdait plus de 20 cheveux au test.

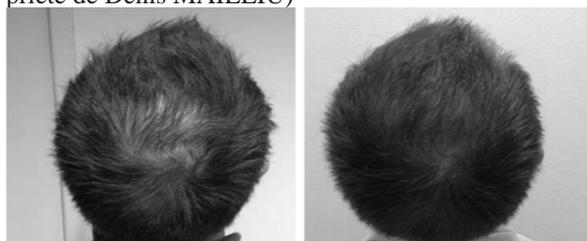
Chez trois de ces patients le test n'était pas réalisable, en raison de leur texture capillaire ou longueur de cheveux.

Concernant la satisfaction des patients, 7 la déclaraient excellente, 5 bonne et 2 satisfaisante.

Tandis que concernant la satisfaction du médecin, elle n'était excellente que dans 4 cas, bonne dans 5 cas, satisfaisante dans 2 cas, et non satisfaisante dans un cas.



Exemples de résultats photos avant/après (photos propriété de Denis MAILLIU)



-Alopecia Areata (dernière photo à 6 mois)
A noter qu'il y a eu à déplorer aucun effets secondaires

du traitement en dehors d'ecchymoses banales qui se sont taries en quelques heures/jours.

DISCUSSION

Bien que la taille de l'échantillon reste trop faible pour être représentative, il peut servir d'exemple et de piste dans la prise en charge de l'alopecie dans un cabinet et en médecine de ville.

De nombreux médecins mésothérapeutes traitent l'alopecie androgénétique en utilisant différents produits classiques de la pharmacopée de mésothérapie (Conjonctyl, Soluvit, Biotine...) ou avec le NCTF.

Tous sans exception rapportent l'absence d'effets secondaires.

Concernant la satisfaction des patients elle est majoritairement excellente, ce qui incite à continuer à proposer ce traitement. La satisfaction des patients est d'ailleurs bien supérieure à celle des thérapeutes. Je pense que la raison principale de cette différence est que les patients ne se basent pas seulement sur les résultats du traitement pour leur satisfaction. Il s'agit de patients en véritable souffrance: l'alopecie androgénétique, sans être pathologique, a un véritable retentissement psychologique sur ces patients, qui sont en recherche d'une prise en charge. La seule méthode classique efficace restant chirurgicale avec les risques que cela induit. Ils trouvent dans la mésothérapie un traitement sans risque, peu traumatique et aux bénéfices acceptables.

Concernant les résultats, il semble indéniable que le traitement permet un ralentissement à court terme de la chute des cheveux. Là encore l'échantillon n'est pas représentatif, et il serait intéressant de suivre les patients à plus long terme et de comparer ces résultats avec un échantillon en abstention de traitement.

La repousse des cheveux semble plus aléatoire et les mécanismes de la repousse ne sont pas compris (Il n'y a plus de plisie folliculaire après la naissance).

Concernant le test de la poignée il est à mes yeux non interprétable car non réalisé avant la prise en charge des patients. On ne peut donc comparer les résultats après traitement. Toutefois il confirme tout de même l'absence de toxicité du traitement sur le cheveu à court terme.

L'évaluation de la densité capillaire est également discutable, car deux «artefacts» faussent la perception des résultats. Les photos pré-traitement sont souvent

prises après la désinfection ce qui a tendance à coller les cheveux et donner une fausse impression d'hypodensité capillaire. De plus durant le traitement les cheveux poussent ce qui accentue également l'impression d'augmentation de la densité capillaire.

Malgré tout, les patients estiment tous avoir eu une amélioration de leur densité capillaire après traitement, et les photos restent indispensables dans la prise en charge afin de prouver l'absence de nocivité (médico-légal) et surtout obtenir la satisfaction du patient.

Les résultats du traitement de la pelade ne sont pas interprétables, car la prise en charge est plus longue que pour l'AAG et que l'on sait que la repousse se fait physiologiquement au bout de 6 mois.

Mais la mésothérapie peut être un traitement adjuvant, sans risques, et permettant au patient de ne pas se sentir abandonné par le corps médical.

Le choix du produit semble tout à fait acceptable car il s'agit d'un produit très largement distribué, et qui semble adapté à la physiopathologie de l'alopecie androgénique.

CONCLUSION

La mésothérapie est une technique médicale d'injection validée et sans risques ni effets secondaires lorsqu'elle est réalisée dans des conditions acceptables. L'alopecie androgénétique est une pathologie fréquente et dont la prévalence augmente avec l'âge. Sans être une pathologie à proprement dit, elle a un véritable retentissement sur les patients, pour lesquels en dehors de la prise en charge par greffe capillaire, aucun traitement n'a fait ses preuves. La mésothérapie permet donc à ces patients d'obtenir un traitement sans risques et un suivi régulier, leur procurant satisfaction psychologique mais qui semble également présenter des résultats curatifs favorables.

De par sa nature et sa cinétique la mésothérapie peut tout à fait s'intégrer dans une prise en charge plus globale avec les traitements classiques locaux et systémiques. Elle peut aussi être complémentaire d'une prise en charge chirurgicale par greffe.

Avec les évolutions technologiques récentes de nouvelles méthodes ont fait leur apparition: photobiomodulation par LED, Plasma enrichi en plaquettes ect... La mésothérapie peut également s'intégrer dans une prise en charge globale avec ces techniques.

DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE MESOTHERAPIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019

**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 plaque 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): novembre 2018, décembre 2018, janvier 2019, mars 2019, juin 2019, examen juin 2019

UNIVERSITÉ PARIS VI, FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ SALPÊTRIÈRE

Directeur universitaire: Pr Frédéric Khiami (Service de chirurgie orthopédique)

Responsables techniques: Dr Jean-Marc Piumi, Email: dr.jm.piumi@gmail.com, Tél: 06 03 18 30 04

Dr Dragan Miljkovic, Email: drmiljkovic@gmail.com, Tél: 06 76 09 71 58

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

Dates: 26/09/2018, 17/10, 14/11, 12/12, 16/01, 06/02, 13/03, 03/04, 22/05/2019, examen écrit et oral: 05/06/2019

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 (mercredi, jeudi et vendredi) en novembre 2018, janvier et mai 2019

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.jean-pierre@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: 3 séminaires de 3 jours (jeudi, vendredi et samedi) en décembre 2018, mars 2019 et juin 2019

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: 5 séminaires d'un jour et demi (vendredi après-midi et samedi) 30 novembre et 1er décembre 2018, 11 et 12 janvier, 8 et 9 février, 8 et 9 mars, 5 et 6 avril et mai 2019 Examen 22 juin 2019 + présentation du mémoire.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE

RÉUNIONS FMC AGRÉÉES ANDPC

REUNIONS DE CERM

SAMEDI 13 OCTOBRE 2018 À STRASBOURG, CERM ALSACE LORRAINE

Hôtel Sofitel Strasbourg Grande Ile, 4 Place Saint Pierre le Jeune; 67000 Strasbourg

Thème: "Prise en charge des pathologies du Rachis dorso-lombaire"

Organisateur : Dr Vincent Pujol, Tel: 03 88 29 37 24, 06 84 99 49 28, Email: vincent.pujol@wanadoo.fr

Intervenants : Drs J-Michel Coulon et Benoît Labenne

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

Date: 17 et 18 Novembre 2018

Lieu: Faculté de Médecine de la Pitié Salpêtrière, 105 Boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris

Thème: La pathologie du genou

Pour bénéficier de l'indemnisation, vous devez parallèlement à votre inscription auprès de notre organisateur, vous inscrire sur le site de l'ANDPC. Les inscriptions sur place ne pourront pas bénéficier de l'indemnisation par l'ANDPC

La revue française de Mésothérapie

Numéro 161 - mai 2018

Société Française de Mésothérapie

15 rue des Suisses - 75014 Paris

Site Internet : www.sfmesotherapie.com

Responsables de publication: Jean Marc Piumi - Philippe Salato

Maquette - mise en page: Philippe Salato

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



ANNEE UNIVERSITAIRE **2018 - 2019**

DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE

Faculté de médecine de LYON

avec la collaboration des facultés de BORDEAUX , CLERMONT-FERRAND,
DIJON , MARSEILLE et PARIS

MESOTHERAPIE

Responsable universitaire : **Pr Michel FESSY**
Responsable de l'enseignement : **Dr Philippe LAFUMA**
Lieu : Faculté de Médecine Rockefeller LYON
Pavillon T, Hôpital Edouard HERRIOT, LYON

La mésothérapie est une allopathie injectable par voie intradermique et sous-cutanée superficielle, locorégionale, polyvalente et microdosée.

La mésothérapie est reconnue par l'Académie de Médecine depuis 1987 comme faisant partie intégrante de la médecine classique. Elle est officialisée au sein des traitements de la douleur depuis 2001 dans le cadre de la C.C.A.M.

Ce diplôme donne une **qualification de titre sur plaque et ordonnance**

Enseignement : 5 séminaires d'une journée ½, vendredi après-midi et le samedi journée entière : 30 novembre et 1^o décembre 2018 , 11 et 12 janvier 2019 , 8 et 9 février 2019 , 8 et 9 mars 2019 , 5 et 6 avril 2019

Stages pratiques : 6 demi-journées **Validation examen 22 juin 2019** + mémoire

Module optionnel : **Mésothérapie , dermatologie et médecine vasculaire ,**
ouvert dans le cadre de la formation continue non diplômante,
pré-requis nécessaire : **titulaire DIU de Mésothérapie ou en cours de cursus**
Samedi 25 mai 2019

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Public : **docteurs en médecine** Durée : 1 an Retrait des dossiers d'inscription sur internet
www.univ-lyon1.fr (*Service Spécialités Médicales*)

Joindre obligatoirement l'accord écrit du responsable de l'enseignement lors de l'envoi du dossier d'inscription

Contactez le secrétariat du **Dr LAFUMA** 04 72 11 04 44

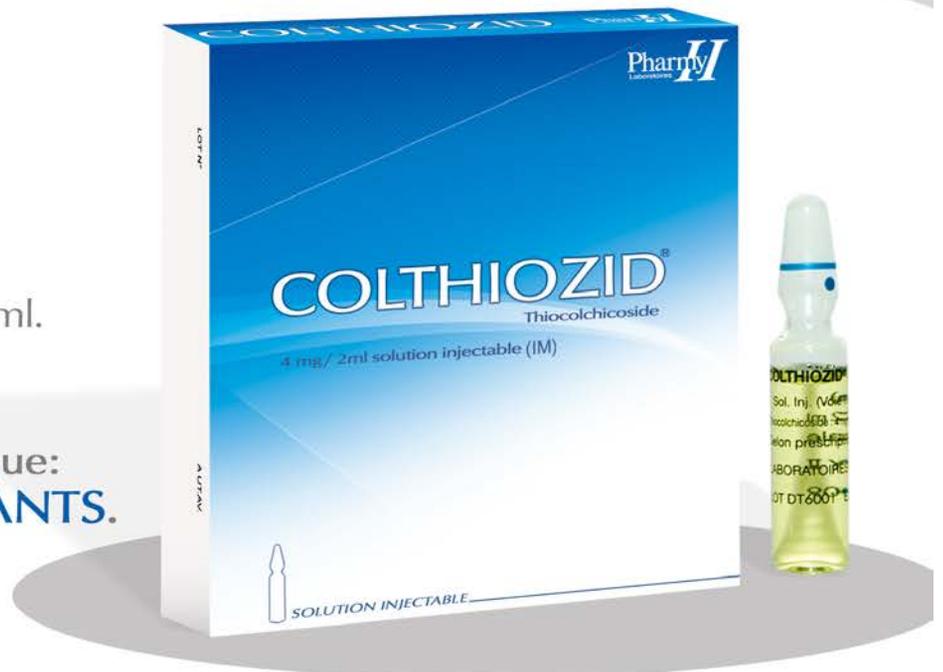
Service de Chirurgie Orthopédique , Pavillon T , Hôpital Edouard HERRIOT
Place d'Arsonval 69437 LYON CEDEX 03

ou par courriel : philippe.lafuma@chu-lyon.fr

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

RÉSERVÉ 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 foetotoxique 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

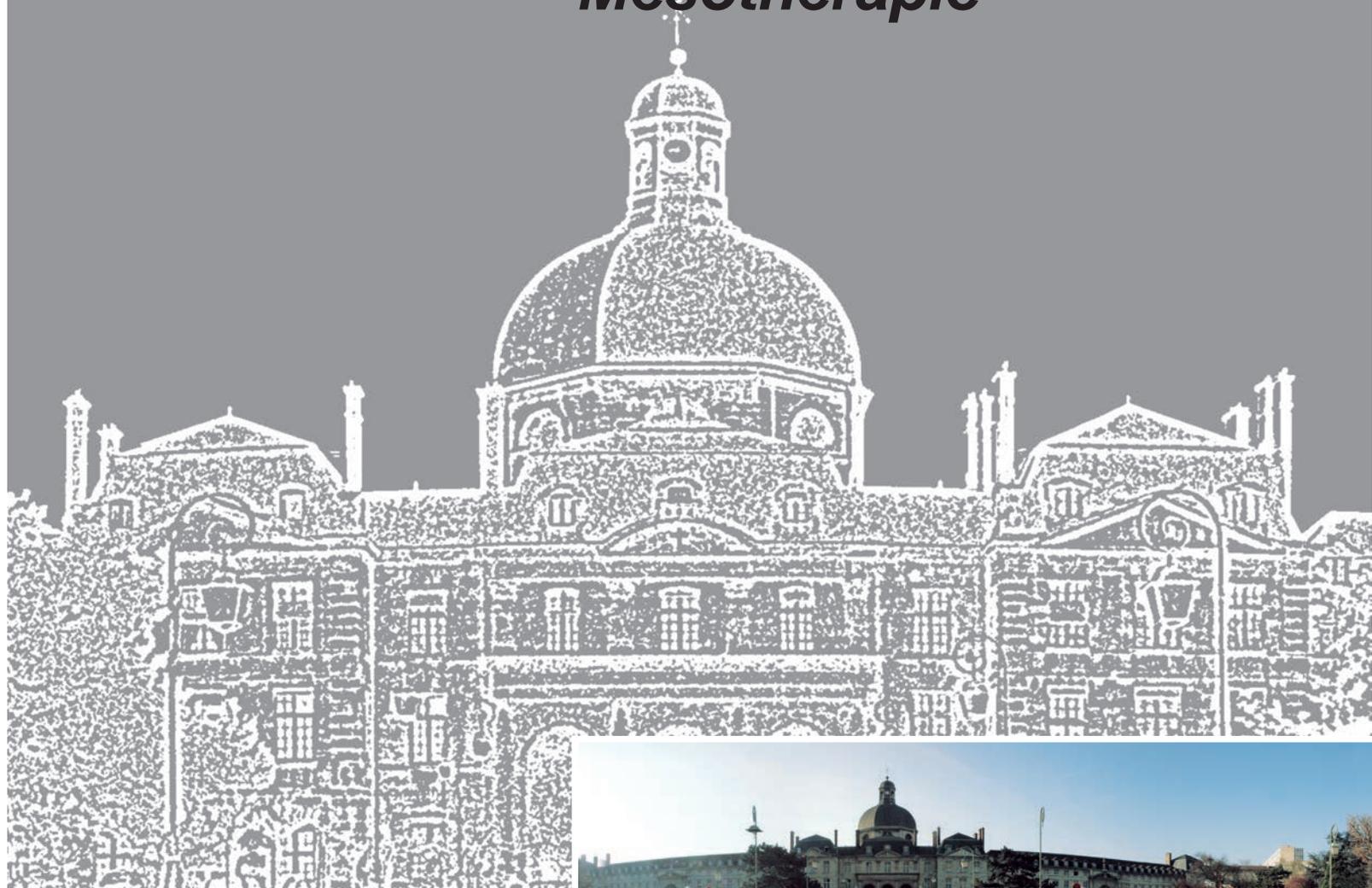
Tél : 01 34 51 50 97.

Fax : 01 34 51 49 46

E-mail : pharmacy2@wanadoo.fr

14^{ème}

Congrès National de la Société Française de Mésothérapie



17 et 18 novembre 2018

Faculté Pitié Salpêtrière
105 boulevard de l'Hôpital
75013 PARIS

www.sfmesotherapie.com