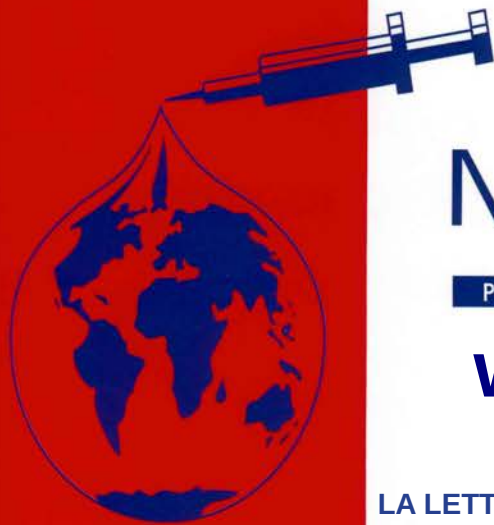




LA REVUE DE MÉSOTHÉRAPIE

PUBLICATION OFFICIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE

www.sfmesotherapie.com

LA LETTRE DU PRESIDENT DE LA SFM Dr Jean Marc Piumi	p. 3
PLACE DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LA PRATIQUE MÉDICAL. RAPPEL DE LA POSITION DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS Dr Benoît Labenne	p. 4
EFFICACITÉ DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LES LOMBALGIES ARTHRO- SIQUES CHEZ LE SUJET ÂGÉ EN MILIEU THERMALE À PROPOS DE 30 CAS Dr Marc Godel Salem	p. 5
EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ACOUPHENES PAR MESOTHERA- PIE. à PROPOS DE 10 CAS Isabelle Thierry - Florence Tirand - Julien Pokorski	p. 9
ANALYSE MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA PRISE EN CHARGE ANTALGIQUE DE LA LOMBALGIE COMMUNE PAR MÉSOTHÉRAPIE EN MÉDECINE GÉNÉ- RALE : A PROPOS DE 5 CAS Dr Marie-Ange Bonnet	p. 13
ÉTAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE DE LA MÉSOTHÉRAPIE: QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES DIPLÔMÉS DU D.I.U. DE MÉSOTHÉRAPIE DE LA PITIÉ-SALPÊ- TRIÈRE. Goulet L-P., Lenoir-Labilloy E., Dehas M.	p. 22
14 ^{ÈME} CONGRÈS NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE - 17 ET 18 NOVEMBRE 2018 - PARIS	p. 28
DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE MESOTHERAPIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2018-2019	p. 31
FORMATIONS DANS VOS REGIONS	p. 32
PETITES ANNONCES	p. 33

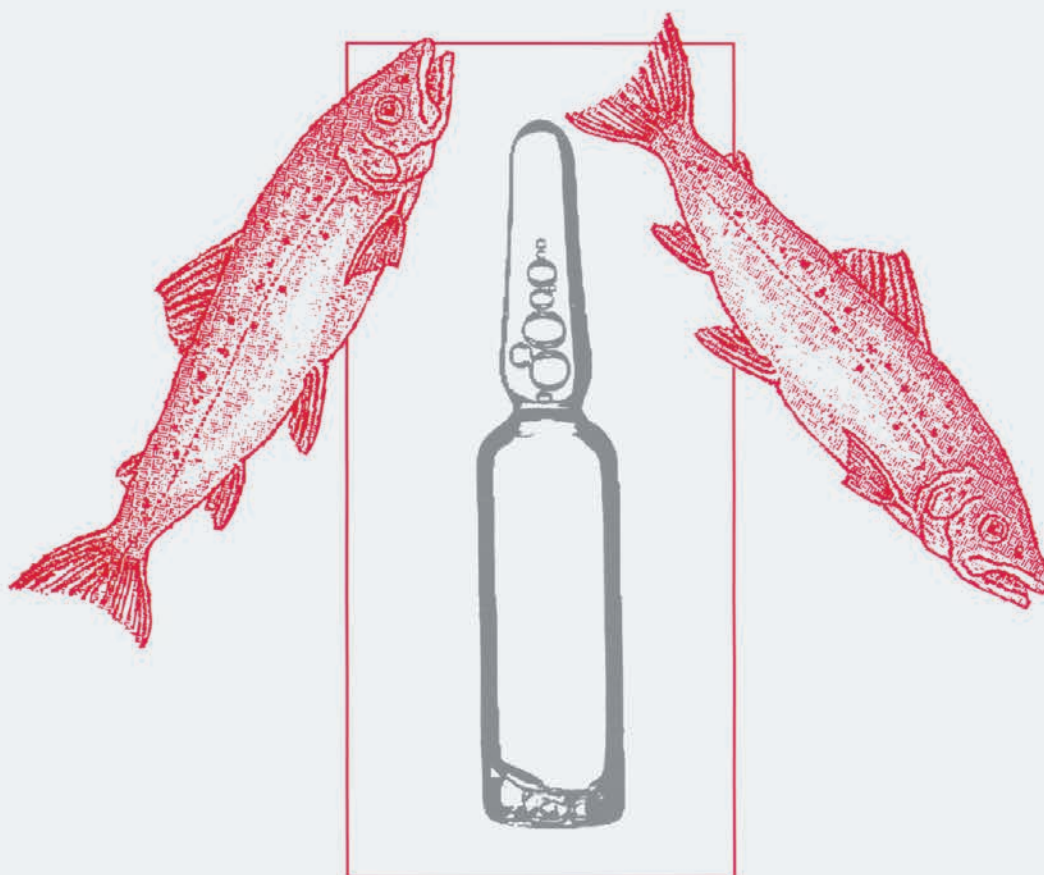
Calcitonine Pharmy II

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. **DONNÉES 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, administrée 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 un 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. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES** * **Propriétés pharmacodynamiques** * **Propriétés pharmacocinétiques** * **Données de sécurité précliniques** * **DONNÉES PHARMACEUTIQUES** * **Précautions particulières de conservation** A conserver au réfrigérateur (entre +2°C et +8°C). Laboratoires PHARMY II 26, rue des Gaudines 78100 SAINT-GERMAIN-EN-LAYE AMM : 100 U.I. 5 Amp : 347 644 - 7 (22,49) - 50 U.I. 5 Amp : 347 643 - 0 (13,75). **LISTE II** - Sec Soc 35%. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** : juillet 2004. * Pour une information plus complète se reporter au dictionnaire VIDAL.

LA LETTRE DU PRÉSIDENT



Jean Marc Piumi

Le deuxième semestre de l'année 2018 sera principalement consacré à l'organisation de notre 14ème Congrès National qui aura lieu les 17 et 18 novembre 2018 à la Faculté Pitié Salpêtrière.

La table ronde du samedi matin aura pour thème les pathologies du genou, centrées sur les tendinites, avec un abord pluridisciplinaire: mésothérapie, chirurgie, rééducation, posturologie...

L'anatomie sera traitée par le Professeur Jean-Yves Lazennec, la physio-pathologie et les traitements en dehors de la mésothérapie seront développés par le Professeur Jacques Rodineau. Les indications chirurgicales seront présentées par le Professeur Frédéric Khiami, et nous aborderons les traitements par mésothérapie ainsi que la rééducation et les traitements podo posturologiques.

Dans l'après-midi, comme à l'accoutumée, vous seront présentés les meilleurs mémoires des différents DIU.

Le dimanche sera consacré aux ateliers pratiques qui concerneront toutes les indications de mésothérapie ainsi que les traitements complémentaires permettant d'obtenir une guérison complète.

Par ailleurs, nous restons vigilants sur l'évolution du conflit entre une fronde grandissante de confrères allopathes agressifs qui ne cessent de critiquer et dénigrer certaines pratiques médicales telles que l'homéopathie, et nous, d'autant que la mésothérapie faisait partie de ces pratiques mises en cause dans la tribune insultante et calomnieuse de mars dernier. Il se pourrait que ces « confrères », après s'être essuyé les pieds sur nos collègues homéopathes, décident d'en faire de même avec nous.

Nous serons prêts à répondre si d'aventure ce cas de figure se présentait.

Très prochainement, vous aurez le plaisir de surfer sur le tout nouveau site de la SFM qui s'est offert un « mésolift » de rajeunissement. Nous espérons que vous aurez plaisir à le consulter.

Les CERM Franche-Comté et Alsace-Lorraine organisent chacun une réunion de formation, le 6 octobre à Besançon sur le thème des cervicalgies pour le premier et le 13 octobre sur les dorso-lombalgies à Strasbourg pour le deuxième. Ces réunions seront indemnisables ainsi que le congrès au titre de l'AN-DPC grâce à notre partenariat avec le GEMA.

Enfin et pour finir, le 15ème Congrès International de Mésothérapie devrait avoir lieu à Tunis en 2019. Nous espérons vous préciser les dates avant la fin de l'année ou début 2019 au plus tard. La Société Française de Mésothérapie participera activement à ce congrès auprès de nos amis tunisiens.

Bonne reprise à toutes et à tous et rendez-vous, en octobre dans nos CERM ou en novembre à la Pitié Salpêtrière.

J-Marc Piumi

PLACE DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

RAPPEL DE LA POSITION DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Docteur Benoit LABENNE

Conseil d'administration de la Société Française de Mésothérapie

L'acte de mésothérapie médicale à visée antalgique (ANLB003), acte thérapeutique pur (non esthétique), pratiqué par un docteur en médecine, membre de la société française de mésothérapie et titulaire du diplôme inter-universitaire de mésothérapie, entre parfaitement dans le cadre déontologique des pratiques médicales, tel que le rappelle, l'ordre national des médecins, dans son bulletin numéro 56 de juillet, août 2018, sur les médecines alternatives et complémentaires: « Tout en respectant la liberté d'expression des opinions critiques ou divergentes de chacun dans l'espace public, le Conseil national de l'ordre des médecins tient à rappeler fermement:

que le terme « médecine » implique, comme préalable à toute prescription thérapeutique, une démarche médicale initiale de diagnostic clinique, complétée au besoin par des investigations complémentaires en faisant appel, s'il y a lieu, à des tiers compétents;

que tout médecin doit exercer la médecine conformément aux données acquises de la science, tant dans l'élaboration du diagnostic que dans la proposition d'un traitement;

que les données acquises de la science étant par essence évolutive, les controverses sur telle ou telle modalité de traitement, médicamenteux ou autre, doivent conduire à une évaluation actualisée, impartiale et rigoureuse par la communauté médicale et scientifique du service médical rendu.

Le conseil national réaffirme, en conséquence, que la prise en charge médicale d'un patient doit être conforme aux exigences de qualité et de sécurité des soins, voire de leur urgence. Le traitement préconisé par un médecin ne peut, en aucun cas, être alternatif aux données acquises de la science et à l'état de l'art, mais il peut comporter une prescription adjuvante ou complémentaire, médicamenteuse ou autre, que le médecin apprécie en conscience dans chaque situation, après avoir délivré au patient une information loyale, claire et appropriée. Le conseil national rappelle toutefois que le code de la santé publique relatif à la déontologie médicale interdit de présenter comme salubre et sans danger des prises en charge ou des thérapeutiques non éprouvées. Tel est le cadre déontologique qui s'impose à tous »

Dr.LABENNE

Union Française Pour une Médecine Libre (UFML)

Coordination des médecins Libéraux de Seine saint Denis

Maître de stage et chargé d'enseignement de la Société Française de Mésothérapie, Université Paris VI

Vice-Président du Syndicat des Médecins Français Praticiens en Mésothérapie

EFFICACITÉ DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LES LOMBALGIES ARTHROSIQUES CHEZ LE SUJET ÂGÉ EN MILIEU THERMALE À PROPOS DE 30 CAS

DR GODEL SALEM Marc

INTRODUCTION

La prise en charge de la douleur du sujet âgé est une priorité de santé publique du fait de ses conséquences délétères sur la qualité de vie et l'autonomie.

Les lombalgies chroniques toucheraient 20 % des plus de 65 ans [1]. Parmi les étiologies des lombalgies, les affections vertébrales dégénératives, arthrose et ostéoporose (par ses complications fracturaires), arrivent en tête.

Le traitement est symptomatique afin de soulager les douleurs dans le but d'améliorer la qualité de vie, de maintenir les capacités physiques et enfin de prévenir le déconditionnement et la chronicisation.

Le but de cette étude était de montrer l'efficacité de la mésothérapie dans le traitement des lombalgies arthrosiques chez le sujet âgé pendant la cure thermale et éviter la crise thermale.

L'étude a été effectuée dans mon cabinet de Médecin thermal à Bagnoles de l'Orne.

PHYSIOPATHOLOGIE

L'arthrose est une maladie articulaire d'évolution lente, caractérisée par la survenue progressive de douleurs, de raideurs et de limitation des mobilités [1].

Le rachis lombaire est soumis tout au long de l'existence à des contraintes liées à sa mobilisation quasi permanente, et aux contraintes de poids qu'il subit. Il n'est pas étonnant qu'une structure aussi sophistiquée et autant sollicitée se détériore et soit exposée précocement à l'arthrose.

Elle commence par la détérioration des disques intervertébraux, puis les plateaux vertébraux se densifient, au pourtour des vertèbres se développent des ostéophytes. Les lésions anatomiques de l'arthrose lombaire sont très fréquentes, pratiquement constantes chez les sujets de plus de 60 ans.

Parmi les lésions élémentaires de la discarthrose, les ostéophytes sont les plus souvent observés, puis les pincements discaux, puis l'ostéocondensation des plateaux vertébraux. Les étages le plus souvent concernés sont les étages moyens, de L2 à L5. L'arthrose interapophysaire postérieure prédomine également aux étages moyens, L3-L4 et L4-L5.

Le facteur principal favorisant la discarthrose lombaire est génétique [4].

D'autres facteurs sont:

- Les efforts,
- Le tabagisme,
- L'obésité.

L'arthrose rachidienne n'est pas toujours douloureuse, il est difficile d'identifier une cause anatomique précise aux lombalgies, en particulier chez les lombalgiques chroniques. {5}

Il faut porter une certaine attention, non pas à la présence de lésions élémentaires d'arthrose lombaire, quasiment constantes chez le sujet âgé, mais à leur nombre et à leur sévérité. En particulier aux lésions de discarthrose, et plus encore aux pincements discaux, des étages lombaires moyens (L2 à L5).

MATÉRIELS ET MÉTHODES

30 patients sont sélectionnés. Il s'agit d'une étude comparative de la douleur avant et après un traitement par Mésothérapie pendant leur cure thermale à Bagnoles de l'Orne. Nos patients souffrent de lombalgie chronique arthrosique.

Ils ont bénéficié de 3 séances de Mésothérapie au cabinet. Tous les autres traitements avant la Mésothérapie sont restés inchangés pendant l'étude. Aucun nouveau traitement autre que la Mésothérapie leur est proposé pendant l'étude.

La douleur a été comparée par une Echelle Visuelle Analogique: EVA, à J0 avant de commencer les séances, j7, j15 et à J 20 (4jours après 3 séances de Mésothérapie).

Critères d'inclusion et d'exclusion

Patients âgés de 65 à 80 ans. Autonomie, souffrants de douleurs lombaires chroniques d'origine arthrosique, sans sciatalgie ni cruralgie, documentées par radiographie ou scanner.

Ses patients sont déjà traités par des médicaments, Kinésithérapie, ostéopathie Mais non soulagés ou partiellement soulagés par ces moyens thérapeutiques.

Les patients allergiques aux produits utilisés, les patients aux antécédents de traumatisme rachidien ou de chirurgie du rachis lombaire et les patients souffrant de lombalgies avec sciatalgies ou cruralgies sont exclus de l'étude.

Durée d'étude

La durée de cette étude est de 20 jours. 3 séances de Mésothérapie à J0, J8, J15.

Les mesures de l'EVA, sont faites à J0 avant de commencer les séances, puis à j7, j15 et à J 20 (4jours après 3

séances de Mésothérapie).

Critères d'évaluation

L' Echelle Visuelle Analogique de la douleur / EVA. Au besoin, aidé d'une réglette de démonstration. Echelle de cotation de la douleur de 0 à 10.

0 : Pas de douleur,

10 : La douleur dans son intensité la plus forte.

L'autre critère d'évaluation était la capacité fonctionnelle du patient, faite par l'interrogatoire au début et à la fin du traitement. Les conséquences fonctionnelles de la douleur, la capacité à marcher, se mouvoir, à dormir

Sujet étudié

Critère de jugement principal

Protocole d'investigation clinique

Les patients ont été informés du recueil de données les concernant et ont donné leur accord oral.

Ces données comprennent les informations suivantes :

-sexe,

-année de naissance,

-ancienneté des douleurs,

-les traitements contre la douleur utilisés,

-l'intensité de la douleur à l'aide de l'échelle visuelle analogique,

-la survenue d'événements indésirables,

-le retentissement fonctionnel grâce à l'échelle Eifel (annexe 3).

On pratiquait:

-interrogatoire,

-examen physique,

- Examen clinique spécifique en mésothérapie selon la S.O.S de Mrejen.

Cet examen recherche ici classiquement des points de souffrance segmentaire, décrit dans la S.I.D. (souffrance intervertébrale dégénérative), selon la sémiologie objective systématisée du rachis (S.O.S). Des douleurs abarticulaires vertébrales réveillées à la pression palpation digitale au niveau :

Du point médian (0) interépineux : Ligamentite du ligament interépineux;

À 1,5 cm de la ligne médiane : arthropathie de l'articulaire postérieure ;

À 5 et 8 cm de la ligne médiane : Tendino-myalgies latéro-vertébrales (muscles : grand dorsal / épiépineux / sacro-lombaire / long dorsal).

Des cellulalgies ou dermoneurodystrophies locorégionales réveillées au palper rouler:

La peau sera largement désinfectée avec de la chlorhexidine (Biseptine).

Le médecin portera des gants en latex.

Les données ont été saisies dans une base de données et analysées.

Protocole de traitement

-Produits utilisés (A.M.M injectable)

Lidocaïne 1%: pour son effet non seulement antalgique, mais aussi vectoriel. Mélangée aux autres produits, elle en potentialise la diffusion et ainsi l'efficacité.

Piroxicam 20 mg: pour son effet anti-inflammatoire.

Thiocolchicoside: pour son effet myorelaxant.

Calcitonine 100 UI: Pour son action antalgique puissante, par son action périphérique sur le flux du calcium à travers la membrane neuronale, et son action centrale, en augmentant les bêta endorphines, mais aussi pour son action vasomotrice et anti-inflammatoire sur les tissus mous, notamment par inhibition de la synthèse des prostaglandines.

-*Mélanges utilisés* (pas plus de 3 produits)

Seringue 1: **Lidocaïne 1% + Piroxicam + Calcitonine**

Seringue 2: Pour les zones de contractures musculaires pures: **Lidocaïne 1% + Thiocolchicoside + Magnésium**

-*Rythme des séances*

Première séance à J0: examen clinique complet avec évaluation de l'intensité de la douleur, et réalisation du traitement mésothérapique.

Deuxième séance à J7: réévaluation clinique avec l'évaluation de l'intensité de la douleur, puis réalisation du traitement de mésothérapie.

Troisième séance à J14: réévaluation clinique avec l'évaluation de l'intensité de la douleur, puis réalisation du traitement de mésothérapie.

Quatrième séance à J20: bilans

-*Points d'injections*

En M.P.S sur (seringue 1): Les points de la S.I.D: 0 – 1,5 – 5 et 8 cm (Examen clinique méso).

Les points de convergence neuro-tendino-musculaires et points plexiques au niveau lombaire:

Les points plexiques S1: en regard du premier trou sacré. Les points de crête: en regard du rebord postérieur de la crête iliaque. Les points plexiques lombaires de «Lavignoles»: 1 cm latéralement des apophyses épineuses des première et deuxième vertèbres lombaires.

: en présence d'un conflit de charnière thoraco-lombaire. (Points douloureux en D12 – L1.).

En I.E.D sur:

Les zones de cellulalgies ou dermoneurodystrophies (Seringue 1). Les zones de contractures musculaires (cordons musculaires indurés) (Seringue 2).

-*Techniques et profondeurs d'injection* (manuelles ou mécaniques)

La mésothérapie ponctuelle systématisée (M.P.S / MREJEN)

Elle se fait en injections hypodermiques de **10 mm** de profondeur, avec une aiguille de 13 mm de longueur et de 0,30 mm de diamètre, la peau pouvant faire l'objet d'un pli au niveau du point d'injection, l'aiguille étant enfoncée quasi perpendiculairement à la peau.

La mésothérapie intra-épidermique (I.E.D / PERRIN).

Environ **1 mm** de profondeur. Elle se pratique également avec une aiguille de 13 mm et de 0,30 mm de diamètre appliqué tangentiellement à la peau, biseau tourné vers le ciel.

L'intradermique superficielle (I.D.S)

La profondeur des injections se situe à environ **2 à 3 mm** de profondeur, dans le derme. Elle se pratique avec une aiguille de 4 mm de longueur et de 0,35 mm de diamètre, le biseau de l'aiguille vers le bas, avec un angle de l'aiguille et de la seringue de 45° à 60° par rapport à

la peau.

Tous mes patients (30 patients) ont été traité par une Technique mixte soit l'utilisation de deux techniques successivement lors d'une même séance:

M.P.S à 10 mm de profondeur pour les souffrances ponctuelles «profondes» et circonscrites.

I.E.D et/ou I.D.S pour les souffrances «superficielles» et diffuses (cellulalgies).

-Matériels utilisés

Les injections sont réalisées à la main ou par technique assistée d'un injecteur mécanique. Les mesures d'hygiène de la paillasse servant exclusivement à préparer les seringues sont strictement respectées.

RÉSULTATS

30 patients étudiés: 21 femmes et 9 hommes

Tous les sujets avaient:

- des signes de discarthrose sévères aux étages L2-L3, L3-L4 et L4-L5, Les ostéophytes sont les plus souvent observés, puis les pincements discaux, puis l'ostéochondensation des plateaux vertébraux,

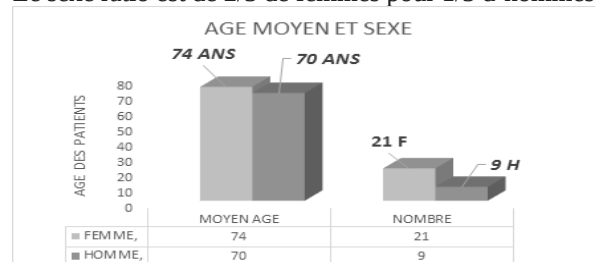
- des signes d'arthrose inter-apophysaire postérieure aux étages L3-L4 et L4-L5.

Toutes les patientes et tous les patients suivent une cure thermique

Age et sexe

La moyenne d'âge est de 70 ans chez les hommes et 74 chez les femmes, avec des extrêmes allant de 65 ans à 80 ans.

Le sexe ratio est de 2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes.



Traitement reçu pour les lombalgies

Les patients ont tous des traitements antalgiques pour leurs lombalgies. Les différentes thérapeutiques utilisées par les patients sont des antalgiques de palier 1 et 2, des décontractants musculaires, des anti-inflammatoires per os ou locaux, des corticoïdes per os et des infiltrations. Elles sont utilisées en monothérapie ou en association.

Ces thérapeutiques sont reportées dans l'histogramme. Les thérapeutiques les plus utilisées sont le paracétamol pour 100% des patients, les anti-inflammatoires non stéroïdiens dans 30% des cas. Le tramadol comme la codéine pour 33.33% des cas, la kinésithérapie est également fréquemment réalisée pour 66.6% des patients.



Evaluation EVA

Les patients ont évalué leur douleur de 0 à 10 d'après l'échelle visuelle. Ils ont réalisé quatre évaluations. L'EVA avant la consultation de mésothérapie varie d'une douleur évaluée à 6/10 à une douleur à 10/10 soit des douleurs modérées à sévères.

L'EVA après la mésothérapie varie de 0/10 à 4/10 soit des douleurs variant de douleurs légères à aucune douleur.

Effet sur la prise de médicament

On note une diminution nette de prise de médicaments à la fin des 3 séances de mésothérapie, surtout pour la prise des anti-inflammatoires, de la codéine, du miorel et du tramadol.

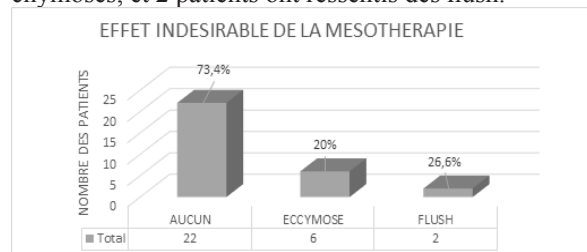
Effet sur l'activité fonctionnelle de patient

EIFFEL

A l'aide de l'échelle Eiffel, une mesure de l'amélioration des capacités fonctionnelles du patient a été effectuée. En moyenne, la valeur de l'échelle est passée de 16,2 avant la première séance à 4,6 au terme du traitement.

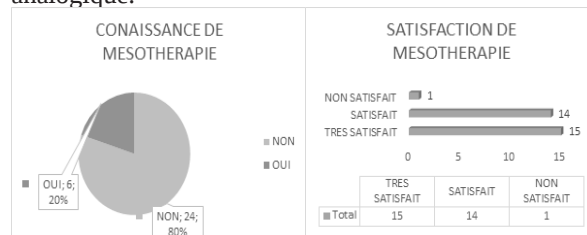
Effets indésirables

Peu d'effets indésirables sont retrouvés chez les patients, seuls 6 patients sur les 30 ont présenté des ecchymoses, et 2 patients ont ressentis des flush.



Connaissance et satisfaction de mésothérapie

Cette item du questionnaire permet de savoir si les patients connaissaient la mésothérapie et si la mésothérapie répond à leurs attentes. 20% des patients seulement connaissaient la mésothérapie et seul 1 patient n'était pas satisfait de la mésothérapie. Les résultats de cette étude montrent donc un réel bénéfice au traitement par Mésothérapie avec une amélioration franche de la douleur après les trois séances d'après l'échelle Visuelle analogique.



DISCUSSION

Avec près de 500 000 curistes par an, la rhumatologie correspond à l'orientation la plus prescrite en crénothérapie. {8}

Les agents mis en jeu sont l'eau de source, et la boue. Leur utilisation se fait quasi exclusivement par voie externe. Le mode d'action est complexe et résulte proba-

blement des effets combinés de plusieurs facteurs.

La lombalgie chronique, qu'elle soit d'origine discale ou articulaire postérieure, apparaît comme une excellente indication de la cure thermique, mais pendant la cure thermique, la douleur peut être augmentée ou inchangée (crise thermique) {9}, et l'efficacité de la cure thermique ne débute qu'un mois à un mois et demi après le début de la cure en apportant un soulagement pendant plusieurs mois.

Les patients avaient dans 100% des cas un traitement conventionnel par antalgiques mais dont l'efficacité était insuffisante malgré le suivi de leurs cures thermiques.

Dans mon étude, le nombre des cures thermiques effectuées auparavant varie entre 3 et 10 cures avec moyenne de 6,2 cures.

L'ancienneté de la douleur était en moyenne de 12.6 ans.

On note ici que, pendant la cure thermique, la douleur reste inchangée chez 50% des patients, présente une exacerbation chez 40% et une diminution de la douleur chez 10%.

Dans les résultats on remarque une nette amélioration de la douleur et une diminution significative de la prise des médicaments, mais les patients ont continué la prise de paracétamol par peur d'avoir toujours mal pendant la cure.

La Mésothérapie constitue donc une très bonne thérapie complémentaire à la crénothérapie.

Les patients ont été très réceptifs à cette technique du fait de l'absence des effets indésirables et assez contents des résultats avec une amélioration significative de leur qualité de vie.

Et enfin presque la totalité des patients traités recommanderaient la mésothérapie à leurs proches et envisageraient d'y avoir recours pour eux même ultérieurement.

Des patients ont ajouté «Pourquoi ne me l'avez-vous pas proposé avant ?....»

Les limites de cette étude:

Cette étude porte sur un nombre limité de patients.

Etant donnée la durée de l'étude sur 21 jours, on ne disposait pas de recul suffisant pour effectuer un suivi évolutif prolongé. Il aurait été intéressant de voir le bénéfice de la mésothérapie à plus long terme.

L'échelle utilisée pour évaluer l'intensité de la douleur et le suivi du patient au fil des séances (EVA) ne peut pas être comparative d'un patient à l'autre,

D'autres méthodes auraient pu être utilisées ou associées.

CONCLUSION

Mon étude présente la particularité d'être le premier travail qui soulève la question de complémentarité entre

mésothérapie et médecine thermique, ce qui pourrait être considéré comme point fort et point faible en même temps.

Point fort car il s'agit d'un sujet intéressant et original, mais également point faible car la recherche bibliographique sur ce sujet a été infructueuse. D'où la difficulté de comparer mon travail à d'autres travaux de recherche sur ce sujet.

Bien que cette étude ne porte que sur une trentaine de cas, on peut considérer que la mésothérapie s'est avérée une technique efficace dans la prise en charge de patients souffrants de lombalgies arthrosiques en complément de leurs cures thermiques.

Sa bonne tolérance, la quasi absence de contre-indications sont un plus pour ne pas hésiter à proposer au patient cette technique thérapeutique encore souvent méconnue.

Sa mise en œuvre est facilement réalisable en cabinet de médecine générale à condition d'y être formé et d'y consacrer un temps de consultation assez long.

En contrepartie, les 2 protagonistes y trouveront chacun des bénéfices:

- pour le patient, une amélioration notable de sa maladie douloureuse, la baisse des prises médicamenteuses per os, la reprise d'activités;

- pour le praticien, le soulagement de sa main des maux de ses patients sera très gratifiant.

En cas d'échec, ou de résultat mitigé, il restera que la relation médecin/patient sera souvent renforcée, le patient ayant conscience de l'implication de son médecin à avoir essayé de le soulager.

REFERENCE:

1. Valat J-P. Progrès en pathologie rachidienne. L'évolution de la prise en charge des lombalgies communes. Revue du Rhumatisme. 2007;(74):73-8.
2. Introduction Lombalgies communes, aspects cliniques et éducatifs. Douleurs. 2004;Cahier 2(5,1).
3. Valat J-P, Rozenberg S. Arthrose lombaire et lombalgie. Revue du Rhumatisme Monographies. 2011 Feb;78(1):17-21.
4. Mayoux-Benhamou M-A. Données épidémiologiques sur la détérioration discale. Revue du Rhumatisme. 2000 Dec;67(4):247-52.
5. Poiraud S. La discarthrose. Revue du Rhumatisme. 2000 Dec;67(4):261-5.
6. Mrejen D, Perrin J-J. Mésothérapie et rachis. Editions S.F.M.
7. Bigorra E. Place de la mésothérapie dans les lombalgies communes (hors fibromyalgie et autres lombalgies liées au stress). La revue de Mésothérapie. 2012 Jan;(142):15-24.
- 8- A. Françon, R. Forestier, F. Constant. Faits et preuves Bonnes indications Bonnes pratiques, Crénothérapie en rhumatologie.
- 9- Greze G. La crise thermique entre le huitième et le douzième jours au cours de la cure à Amélie-les-bains, Thèse/mémoire, Université de Montpellier 1. Montpellier. Fra/com., 1977

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES ACOUPHÈNES PAR MESOTHERAPIE. A PROPOS DE 10 CAS

Isabelle THIERRY – Florence TIRAND – Julien POKORSKI

INTRODUCTION

L'acouphène est un symptôme fréquent qui concerne 10 à 15 % de la population. (1)

Qu'il soit idiopathique ou séquellaire, les résultats inconstants des différentes méthodes thérapeutiques actuelles mènent à rechercher d'autres solutions afin de soulager des patients dont la qualité de vie est parfois significativement dégradée. (2)

La mésothérapie est une méthode de traitement des acouphènes qui n'a pas subi d'évaluation scientifique à ce jour dans cette indication.

L'étude de la prise en charge de l'acouphène, nous a permis, par le biais de ce mémoire, de nous intéresser à ce que peut apporter la mésothérapie dans une indication autre que la douleur.

Au travers d'une étude clinique réalisée au sein de nos cabinets médicaux, nous avons voulu évaluer l'un des protocoles de mésothérapie déjà existant et discuter de la place de celle-ci dans la prise en charge de l'acouphène.

GENERALITES

Définition et étiologies

L'acouphène se définit par la perception d'un signal sonore sans source sonore extérieure. (1) Ce n'est ni un son, ni une hallucination auditive.

Aucune méthode paraclinique ne permet de l'enregistrer.

Toute plainte d'acouphène doit mener à une recherche étiologique afin d'éliminer un certain nombre de causes (1) qui peuvent être classées en fonction de l'étiologie et de la localisation:

1/. Causes otologiques:

- atteinte de l'oreille moyenne: otospongiose, otite chronique, cholestéatome, barotraumatisme
- atteinte de l'oreille interne: maladie de Ménière, presbycusie, traumatisme du rocher
- atteinte du nerf auditif: neurinome du VIII

2/. Causes non otologiques:

- origine vasculaire: hypertension artérielle, sténose ou anévrisme carotidien
- origine articulaire: atteinte cervicale, dysfonction temporo-mandibulaire
- autres étiologies: diabète, hyperthyroïdie, pathologies neurologiques, syndrome d'apnées du sommeil.

3/. Causes idiopathiques.

Physiopathologie

L'acouphène est une perception anormale de l'oreille, dont la physiopathologie est encore mal connue. Elle est probablement plurifactorielle avec une composante neurologique, ORL et psychologique (3).

Les principales hypothèses sont:

- soit liées à un stimulus auto-entretenu à partir d'une lésion des voies auditives périphériques ou centrales,
- soit liées à un processus de réorganisation neuronale centrale secondaire à une altération transitoire ou définitive des voies auditives.

Ces hypothèses permettent d'expliquer la persistance d'un symptôme d'acouphène malgré la prise en charge d'une étiologie organique si elle existe.

Traitement

Nous ne parlerons ici que des traitements proposés pour améliorer l'acouphène chronique, sujet de notre étude, c'est-à-dire l'acouphène résiduel (après traitement de la cause organique ou post-traumatique) et idiopathique.

Certains facteurs peuvent favoriser la fréquence de survenue ou l'intensité des acouphènes: stress, fatigue, exposition sonore. Ils doivent être pris en compte dans la prise en charge globale des patients.

Sur le plan médical, elle repose sur:

- les traitements médicamenteux (vasodilatateurs, anti-épileptiques, anti-dépresseurs, anxiolytiques, agonistes dopaminergiques)
- la thérapie sonore externe (stimulation sonore pour diminuer la perception de l'acouphène)
- la stimulation magnétique transcrânienne (en cours d'évaluation) (4)
- la stimulation électrique ou électro-acoustique
- l'implant cochléaire

Cette prise en charge étant complexe, elle nécessite souvent le recours à d'autres intervenants:

- audio-prothésiste
- dentiste
- sophrologue
- psychologue ou psychiatre (thérapie cognitive et comportementale)
- hypnothérapeute
- ostéopathe

Ces propositions thérapeutiques sont d'une efficacité relative et souvent transitoire, entraînant une demande importante d'autres solutions de la part des patients (1)

Retentissement

En raison du caractère invalidant de ce symptôme, plus de 60% des patients ayant un acouphène consulteront au moins 3 médecins différents afin d'essayer de trouver une thérapeutique efficace.(5)

La persistance de ce symptôme peut avoir un retentissement psychologique majeur. Il peut entraîner des troubles du sommeil chez 56,9% des patients (gêne à l'endormissement, altération de la qualité de sommeil) et 36,1% ressentent un sentiment de désespoir, de frustration pouvant aller jusqu'à la dépression. (6)

MATERIELS ET METHODES

Le but de ce travail est d'évaluer le traitement de l'acouphène par mésothérapie et d'en estimer l'efficacité à l'aide d'échelles d'évaluation.

Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur trois cabinets de médecine générale des villes de Reims et Châlons-en-Champagne, chez des patients ayant des acouphènes chroniques déjà connus et explorés.

Cette étude a été menée entre février et mai 2018.

Objectif :

Déterminer l'impact d'un traitement par mésothérapie sur cette plainte d'acouphène, à l'aide d'une échelle d'évaluation adaptée.

Moyens d'évaluation :

Les échelles choisies pour évaluer l'efficacité du traitement sont l'échelle visuelle analogique (EVA, Annexe 1) et l'inventaire du handicap acouphénique (THI pour Tinnitus Handicap Inventory, Annexe 2).

L'échelle THI a été demandée aux patients lors de l'évaluation initiale et à 15 jours post-traitement par mésothérapie.

L'EVA a été relevée avant chaque séance et à 15 jours post-traitement concernant l'intensité de l'acouphène et la gêne ressentie.

Critères d'inclusion :

- adultes âgés de 18 ans à 70 ans, présentant une symptomatologie d'acouphènes
- durée des symptômes de plus de 3 mois
- accord pour suivre l'intégralité du protocole de traitement par mésothérapie

Critères d'exclusion :

- acouphène aigu avant exploration étiologique
- intolérance ou allergie aux produits de mésothérapie utilisés

Traitement administré :

Concernant les acouphènes, les produits utilisés étaient :

- Lidocaïne 1% : 2ml
- Chlorhydrate d'amitriptyline 50mg/2mL (Laroxyl): 1ml
- Pidolate de magnésium : 2ml

S'il existait une composante cervicale, un deuxième mélange était utilisé. Ce mélange était :

- Lidocaïne 1%: 2ml
- Piroxicam: 1ml
- Thiocolchicoside: 1ml

La technique de mésothérapie est dite mixte avec des

injections intra-épidermiques IED (profondeur inférieure à 1mm) et intradermiques profondes IDP (profondeur inférieure à 4 mm) point par point (0,1 mL par injection) sur des zones et points bien définis (7) tels que décrits ci-dessous.

Pour les acouphènes: points péri-auriculaires et mastoïdiens en IDP, zone péri-auriculaire en IED.

Pour l'atteinte cervicale: points de la souffrance intervertébrale dégénérative (SID) du côté douloureux en IDP, zone cervicale unilatérale en IED.

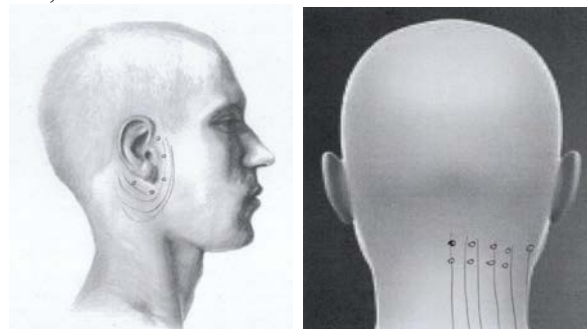


Fig. 1 : Points IDP et zones de traitement IED péri-auriculaires et cervicaux

Le même mélange était utilisé pour les deux techniques pour la zone concernée (acouphènes ou cervical).

Le matériel était stérile à usage unique avec seringues de 5cc et aiguilles de 4mm pour la technique profonde et 13mm pour la méthode superficielle. La désinfection était réalisée en deux temps avec usage de Biseptine®. Les séances ont été programmées selon un schéma J1, J7, J14 puis une dernière consultation d'évaluation des résultats à J28.

Avant la première séance, les patients ont reçu une information éclairée sur la méthode, les effets indésirables possibles, ainsi que les précautions d'usage post-injection.

RESULTATS

Dix patients ont été inclus dans cette étude:

- 4 femmes et 6 hommes
- âge moyen de 53 ans (23 à 70 ans)
- 7 présentaient des acouphènes unilatéraux, 3 présentent une plainte bilatérale
- tous avaient des acouphènes constants
- 4 avaient des acouphènes depuis moins de 5 ans, 2 entre 5 et 10 ans, 4 depuis plus de 10 ans
- concernant les étiologies des acouphènes: 2 étaient idiopathiques, 5 étaient d'origine otologique, 2 d'origine vasculaire, 1 d'origine neurologique.
- 7 n'avaient jamais été pris en charge pour leurs acouphènes

- 4 patients présentaient des cervicalgies associées

Tous les détails concernant la population étudiée sont décrits dans le tableau 1: (en fin d'article)

Le recueil des données (EVA intensité, EVA gêne, échelle THI et niveau de satisfaction globale) a été réalisé sous Excel®. Ces résultats sont regroupés dans le tableau 2: (en fin d'article):

40% des patients ont présenté une diminution de

l'échelle EVA intensité concernant l'intensité de leurs acouphènes après la dernière séance. 50% ont diminué leur EVA concernant la gêne engendrée par ceux-ci.

80% ont présenté une diminution de leur score THI après la dernière séance de mésothérapie.

40% ont décrit une diminution de ces trois paramètres.

Seulement 20% des patients n'ont décrit aucune amélioration sur aucun de ces paramètres.

40% des patients se sont dits satisfaits à très satisfaits des résultats et de cette méthode de traitement.

Cette satisfaction était cohérente avec les scores EVA et THI décrits.

3 patients ont présenté une diminution de leur score THI sans pour autant ressentir une amélioration sur leur symptomatologie.

Tous les patients ont présenté une bonne tolérance à la méthode de mésothérapie.

Aucun effet indésirable majeur n'a été notifié en dehors de somnolences survenant quelques heures après la séance, effet imputable à l'amitriptyline.

DISCUSSION

On constate que 70% des patients n'avaient eu aucune prise en charge de leurs acouphènes auparavant.

Ceci peut être lié au fait que les autres méthodes de traitement non médicamenteuses sont plus difficiles d'accès: consultations spécialisées dont les délais peuvent prendre plusieurs mois. Elles sont pour la plupart plus onéreuses et non remboursées (stimulation magnétique transcrânienne, appareillage auditif, stimulation sonore, sophrologie, psychothérapie, hypnose), sans parler des méthodes beaucoup plus invasives et encore peu développées (stimulation électrique, électro-acoustique).

Les patients sont également souvent réticents à l'idée de prendre un traitement médicamenteux au long cours entraînant des effets secondaires parfois importants, et cela sans faire disparaître leur acouphène pour autant.

Le discours médical, souvent défaitiste au sujet du traitement des acouphènes, est également probablement responsable de ce phénomène.

On peut également retenir de cette étude que 40% des patients inclus ont pu être au moins partiellement soulagés. Ce résultat peut paraître peu satisfaisant, mais il est à confronter aux autres méthodes thérapeutiques ayant cette même indication.

L'une des méthodes les plus prometteuses actuellement est la stimulation magnétique transcrânienne(4). D'après une méta-analyse cette méthode permet de diminuer l'intensité des symptômes pour 39,5% des patients (8), ce qui est un résultat comparable à celui de notre étude, cependant la mise en œuvre de ce type de traitement reste plus compliquée et coûteuse que la prise en charge par mésothérapie.

L'implant cochléaire a également un impact bénéfique sur les acouphènes mais ne concerne que les patients atteints de surdité (9)

D'autre part, ces résultats permettent d'évaluer un protocole de mésothérapie unique. Ce protocole a été choisi

si en s'inspirant des données de la littérature (7) et nous n'avons pas retrouvé d'autre protocole publié et validé par la SFM à ce jour.

Les points d'injection quant à eux ont été discutés et choisis en fonction de nos expériences de stage.

Les résultats encourageants retrouvés ci-dessus doivent inciter à continuer l'évaluation de cette méthode de traitement des acouphènes.

D'autres protocoles pourraient être élaborés et comparés à la méthode décrite dans ce travail pour poursuivre l'amélioration de la prise en charge de ces patients en mésothérapie.

L'évaluation de la méthode est ici basée sur des échelles d'auto-évaluation reconnues et validées (9) mais qui restent néanmoins tout à fait subjectives.

A ce titre, on constate que les scores rapportés par les différentes échelles ne sont pas toujours corrélés.

En effet, l'échelle THI est longue et complexe, et les patients souvent hésitants dans leurs réponses (10).

A l'inverse l'EVA est beaucoup plus simple et exprime plus facilement un ressenti à un instant donné. C'est aussi une des limites de l'EVA qui peut aussi fluctuer au cours de la journée (les patients décrivant parfaitement une majoration de la gêne ou de l'intensité au moment du coucher par exemple) ou en fonction de l'exposition récente à certains facteurs favorisants (stress, bruit).

En l'absence de mesure scientifique et objective de l'acouphène, il n'est malheureusement pas possible de s'affranchir de ces échelles pour évaluer le résultat d'un traitement. Il faut donc autant que possible en utiliser plusieurs, afin de limiter un biais lié à leur subjectivité (11).

Enfin, les résultats de cette étude sont bien évidemment limités par la taille très réduite de notre échantillon. Elle est également limitée dans le temps puisque nous nous sommes arrêtés à un protocole classique de 3 séances or dans la prise en charge en mésothérapie de certaines pathologies chroniques davantage de séances sont nécessaires pour entretenir ou majorer l'efficacité.

Ces résultats sont malgré tout encourageants et ce travail peut être considéré comme préliminaire à une étude de plus grande ampleur, qui permettrait de comparer différents protocoles de mésothérapie, mais également de les confronter à d'autres méthodes de traitement des acouphènes.

CONCLUSION

Cette étude préliminaire nous a permis d'étudier l'intérêt de la mésothérapie dans une indication différente de ses champs d'action habituels. En effet l'usage de cette méthode dans la prise en charge des acouphènes chroniques semble pouvoir apporter un soulagement à des patients souvent en situation d'impasse thérapeutique.

De par sa simplicité de mise en œuvre et le faible niveau de risque de survenue d'effets indésirables, la mésothérapie pourrait représenter un réel complément des thérapeutiques actuelles. Pour cela, une évaluation par une étude de plus grande ampleur reste nécessaire

La revue de Mésothérapie

afin de confirmer les résultats de ce travail et de pouvoir étudier d'autres protocoles de mésothérapie dans cette même indication.

BIBLIOGRAPHIE

- Langguth B, Kreuzer PM, Kleinjung T, De Ridder D. Tinnitus: causes and clinical management. *Lancet Neurol*. 2013 Sep;12(9):920–30.
- Zarenov R, Ledin T. Quality of life in patients with tinnitus and sensorineural hearing loss. *B-ENT*. 2014;10(1):41–51.
- Møller AR. Pathophysiology of tinnitus. *Otolaryngol. Clin. North Am*. 2003 Apr;36(2):249–266, v–vi.
- Londero A, Bonfils P, Lefaucheur JP. Transcranial magnetic stimulation and subjective tinnitus. A review of the literature, 2014-2016. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2017 Dec 26;
- Frachet B. Acouphènes subjectifs. *La revue du Praticien Médecine générale*. 2004 Nov;18(670/671):1331,1338.
- Bouscau F. Acouphenes et hyperacousie [Internet]. Unité de traitement des acouphènes et de l'hyperacousie. [cited 2018 May 13]. Available from: <http://www.acouphenes-hyperacousie-bordeaux.com/acouphenes.htm>
- Bonnet C. Guide pratique de mésothérapie. Elsevier Masson. p. 29,30.
- Song J-J, Vanneste S, Van de Heyning P, De Ridder D. Transcranial Direct Current Stimulation in Tinnitus Patients: A Systemic Review and Meta-Analysis [Internet]. *The Scientific World Journal*. 2012 [cited 2018 May 22]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2012/427941/>
- Ohresser M. Les acouphènes: diagnostic, prise en charge et thérapeutique. S.l.: Elsevier-Masson; 2017.
- Kleinstäuber M, Frank I, Weise C. A confirmatory factor analytic validation of the Tinnitus Handicap Inventory. *J Psychosom Res*. 2015 Mar;78(3):277–84.
- Dauman N, Erlandsson S, Lundlin L, Dauman R. Intra-individual variability in tinnitus patients: current thoughts and perspectives. *HNO*. 2015 Apr;63(4):302–6.

N°Patient	Sexe	Age	Acouph Uni/bilat	Constant/intermittent	Ancienneté en année	Etiologie	TT antérieur de l'acouphène	Cervicalgies associées
1	F	49	Unilat	Constant	3	Ménière	Stimul auditive TT médical	Non
2	H	69	Unilat	Constant	20	Cholestéatome	Aucun	Non
3	H	49	Bilat	Constant	7	Presbyacousie	Aucun	Non
4	F	53	Unilat	Constant	>10	Idiopathique	Aucun	Oui
5	F	63	Bilat	Constant	>10	Otites à répétition	Aucun	Non
6	F	70	Unilat	Constant	<5	HTA	Aucun	Oui
7	H	46	Bilat	Constant	>10	Idiopathique	Médicaments Sophrologie TCC	Oui
8	H	23	Unilat	Constant	5	Fracture du rocher	Aucun	Non
9	H	55	Unilat	Constant	2	HTA	Aucun	Non
10	H	53	Unilat	Constant	>10	SEP	Stimul auditive TT médicamenteux	Oui

Tableau 1 : descriptif de la population étudiée

Tableau 2 : recueil des données

N° Patient	EVA intensité initiale	EVA gêne initiale	THI initial	EVA intensité après 1 séance	EVA gêne après 1 séance	EVA intensité après 2 séances	EVA gêne après 2 séances	EVA intensité après 3 séances	EVA gêne après 3 séances	THI final	variation EVA intensité	variation EVA gêne	variation THI	niveau de satisfaction
1	8	9	84	8	9	8	7	8	6	72	0	-3	-12	satisfait
2	9	5	30	8	9	8	8	4	3,5	25	-5	-1,5	-5	très satisfait
3	7	5	34	5	5	7	6	7	5	36	0	0	2	pas d'amélioration particulière (activités bruyantes depuis la 2ème séance)
4	5	3	40	7	4	5	4	7	3	26	2	0	-14	intensité augmentée par période de stress et bronchite
5	2	2	16	2	2	2	2	2	2	10	0	0	-6	pas d'amélioration
6	7	5	48	5	4	3	3	2	2	11	-5	-3	-37	satisfait
7	7	7	76	7	7	7	7	7	7	52	0	0	-24	pas d'amélioration particulière ressentie
8	7	7	58	5	4	7	6	6	5	54	-1	-2	-4	satisfait : amélioration de la concentration
9	7	7	32	3	3	7	6	7	7	32	0	0	0	mitigé
10	8	8	62	7	7	7	7	7	7	58	-1	-1	-4	NON

ANALYSE MÉDICO-ÉCONOMIQUE DE LA PRISE EN CHARGE ANTALGIQUE DE LA LOMBALGIE COMMUNE PAR MÉSOTHÉRAPIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE :

A PROPOS DE 5 CAS

Dr Marie-Ange BONNET

Les lombalgies sont un motif de consultation extrêmement fréquent et représentent un enjeu de santé Publique (1, 2):

- Douleur et altération de la qualité de vie chez un grand nombre de personnes, avec risque de passage à la chronicité entraînant des risques de désinsertion sociale et professionnelle.
- Dépenses élevées: des coûts directs (traitements, consultations médicales, hospitalisations), ou indirects (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de productivité...)

La prise en charge des patients avec lombalgie aiguë, intégrant la mésothérapie, représentent ¼ des consultations de mésothérapie (3).

OBJECTIFS

Comparer la prise en charge antalgique par mésothérapie de 5 patients consultant pour lombalgie commune en médecine générale, à celle de 5 patients traités de façon conventionnelle (11), et suivis sur une période de 1 mois, avec l'idée de rechercher des résultats en faveur de la mésothérapie au travers:

1/ de l'évaluation de l'efficacité et de la tolérance des 2 prises en charge:

- Auto-évaluation de la douleur et satisfaction globale des patients
- Prescription et consommation d'antalgiques, de traitements associés, du nombre total de consultations
- Nombre de jours d'arrêt de travail

2/ du calcul des coûts de la prise en charge dans les 2 bras.

MÉTHODOLOGIE ET PROTOCOLE

Méthodologie

- Patients étudiés:

Adultes actifs âgés de 25 à 55 ans souffrant de lombalgie commune depuis moins de 3 mois.

Critères d'exclusion:

Femmes enceintes; femmes au foyer; personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle; personnes exerçant une activité en télétravail; personnes > 55 ans; lombalgie d'origine infectieuse ou tumorale; syndrome de la queue de cheval; lombalgie chronique évoluant depuis plus de 3 mois.

- Méthode:

Afin d'éviter le biais de sélection, les patients n'ont pas été sélectionnés: ils ont été inclus au fur et à mesure qu'ils se sont présentés en consultation, sous réserve de leur accord.

Après interrogatoire et examen clinique, le recueil des données a été fait au moyen de questionnaires spécifiques -J0 et suivi. Les rendez-vous ont été pris d'une fois sur l'autre dans le groupe mésothérapie, tandis que les patients étaient invités à consulter s'ils avaient encore mal dans le groupe contrôle.

La douleur a été évaluée au moyen de l'échelle visuelle analogique (E.V.A.).

La satisfaction a été enregistrée par auto-évaluation sur une échelle de 1 à 10.

Le recrutement des patients a été fait sur mes lieux de remplacement en médecine générale (3 cabinets).

Protocole de mésothérapie (9,10)

- Les médicaments

- Lidocaïne pure sans conservateur (Mésocaïne® 1% 50mg/5ml): anesthésique local, il atténue la douleur d'injection, et a un effet de potentialisation des autres médicaments.

- Piroxicam (Zofora® Gé 20 mg/2ml): pour son effet anti-inflammatoire et antalgique, et également sa grande miscibilité aux autres produits.

- Calcitonine de saumon (Calcitonine® Pharmy II 100 UI/ml), a un effet antalgique puissant, et aussi anti-inflammatoire, trophique osseux cartilagineux, microcirculatoire

- Magnésium (Magainjectable® 0,8%), pour son action myorelaxante puissante

- Thiocolchicoside (Thiocolchicoside® Pharmy II 4mg/2ml), pour son effet myorelaxant.

- Le matériel

- Seringues: de 10 ml à embout décentré et à usage unique. (« kit Mixte » Pharmy II)

- Aiguilles: 0,30 x 4 mm et 0,30 x 13 mm (+ aiguille 0,8 x 40 mm pour prélever)

- Désinfection cutanée à la Biseptine®, avant les injections (double désinfection)

- Gant latex non poudré, pour la main gauche qui tamponne avec une compresse

- Autres: plateau de soins, haricot de déchets, collecteur

d'aiguilles

- Les techniques d'injection et profondeur

Utilisation d'une technique mixte:

- Technique profonde pour sa rapidité d'action (MPS en DHD)

- Technique superficielle pour un effet prolongé (IDS ou IED)

Les ponctures sont réalisées de façon manuelle.

Mésothérapie ponctuelle systématisée (MPS)

- Les points d'injection sont ceux retrouvés à l'examen clinique, par pression digitale au niveau des points de souffrance segmentaire décrits dans la S.I.D. (souffrance intervertébrale dégénérative):

- point 0: Point médian interépineux: ligamentite du ligament interépineux

- à 1,5 cm de la ligne médiane: arthropathie de l'articulaire postérieure

- à 5 et 8 cm de la ligne médiane: tendino-myalgies latéro-vertébrales.

- points plexiques (convergence neuro-tendino-musculaire) au niveau lombaire: 1er trou sacré, et rebord postérieur de la crête iliaque.

J'ai également piqué les points douloureux signalés par le patient.

Les techniques superficielles (IDS et IED)

Elles sont utilisées pour traiter les zones de cellulalgie (ou dermoneurodystrophie), identifiées par palper-rouler, et les zones de contractures musculaires

• Mésothérapie intra-épidermique (IED), du Dr Perrin J'ai utilisé principalement cette technique quand la zone de cellulopathie ou de contracture musculaire était large, ou quand le patient appréhendait les «piqûres».

• Le nappage IDS (intradermique superficiel)

4. Les mélanges utilisés et la fréquence

En fonction de l'appréciation clinique (intensité de la douleur -EVA-, contracture):

- MPS: Lidocaïne 1% 2 cc + Piroxicam 1cc + Calcitonine 100 UI 1 cc

ou

Lidocaïne 1% 2 cc + Piroxicam 1cc + Thiocolchicoside 2 cc

- IDS ou IED: Lidocaïne 1% 2 cc + Thiocolchicoside 2 cc

ou

Lidocaïne 1% 1 cc + Thiocolchicoside 1 cc + Mag injectable 2 cc

- Fréquence des injections: J0 ; J8 ; J15; Bilan J30

NB: je n'ai pas pu proposer une séance supplémentaire à 48h – 72h pour les patients les plus algiques, car cela ne correspondait pas à mes journées de remplacement.

- Les traitements associés

- Conseils après la séance de mésothérapie: pas de bain le soir même, ni d'exposition solaire, ni massage. Éviter également l'application de produits sur les zones traitées le jour de la séance.

- Proposition d'antalgiques, AINS, myorelaxant.

- Conseils afin de prévenir les récidives: pas de repos au lit, continuer les activités de la vie quotidienne, arrêt

de travail si nécessaire, mais bref, respecter les bonnes postures (protéger son dos en pliant les jambes...), pratiquer une activité physique régulière.

- +/- Kinésithérapie: rééducation posturale, musculation de la sangle abdominale

- +/- Séance d'ostéopathie

- +/- Bilan de podologie

RÉSULTATS

J'ai inclus 10 patients au total (5 dans chaque groupe), du 5 février au 11 avril 2018, lors de consultations de médecine générale, dans le cadre de remplacements dans 3 cabinets différents.

Caractéristiques générales

Nombre de Patients	Total 10	Mésothérapie 5	Contrôle 5
Hommes	6	2	4
Femmes	4	3	1
Age moyen	42		
Hommes	39	37.5	46.5
Femmes	46.5		
Cat Prof			
Ouvriers	4 H	2	2
Employés	5 (4H 1F)	3	2
Trav indépendants	1 H	0	1
Cadres	0	0	0

L'âge moyen est de 42 ans.

Le groupe mésothérapie est plus jeune de 9 ans par rapport au groupe contrôle.

Les femmes incluses ont un âge moyen supérieur à celui des hommes (+7,5 ans), et appartiennent toutes à la catégorie professionnelle des employées, alors que les hommes sont majoritairement des ouvriers.

Tous les patients, à part 1, ont des antécédents de lombalgie dans les 3 années précédentes.

Cas cliniques cf tableaux 3 et 4 (voir en annexe)

Tableau 4 : Groupe mésothérapie

A noter: Les patients du groupe contrôle, invités à consulter en cas de persistance de la douleur, n'ont pas consulté au-delà de 2 consultations sur une période de 1 mois.

Efficacité et tolérance

Dans le groupe mésothérapie: 3 patients ont bénéficié de 3 séances de mésothérapie conformément au protocole, 1 patient de 2 séances, et 1 patient d'une seule séance (disparition de la douleur)

Dans le groupe traitement conventionnel: 2 patients ont bénéficié de 2 consultations, et 3 patients d'une seule consultation.

Cliniquement, un seul patient présente des signes de radiculalgie (dans le groupe contrôle)

1. Auto-évaluation des patients

- Douleur (Échelle E.V.A. de 0 à 100)

L'auto-évaluation se fait au début de chaque consultation. « Fin du traitement » signifie la dernière auto-évaluation après 1 ou plusieurs séances de mésothérapie

(ou de consultations).

Je considère que les patients qui ont annulé leur rendez-vous de mésothérapie, ou qui n'ont pas pris un nouveau rendez-vous de consultation dans le groupe contrôle, ont une E.V.A. à 0.

	MESO			CONTRÔLE		
EVA	Moyenne	Minimum	Maximum	Moyenne	Minimum	Maximum
Avant TT	70	40	80	62	50	80
Après TT	8	0	20	16	0	50
Variation	Baisse moyenne de 62 soit -88.5 %			Baisse moyenne de 46 soit -74 %		

- Tolérance et satisfaction des patients

J'ai obtenu une auto-évaluation de la satisfaction des patients chez tous les patients en mésothérapie, mais uniquement chez les 2 patients revenus 2 fois en consultation dans le groupe contrôle.

	MESO			CONTRÔLE		
Satisfaction	Moyenne	Minimum	Maximum	Moyenne	Minimum	Maximum
Autoévaluation de 1 à 10 en fin de TT	9	7	10	6	5	7

Sur 12 traitements par mésothérapie répartis sur la totalité de la prise en charge, il est à noter 2 effets secondaires rapportés par les patients:

Un flush (1ère séance, patient 1: mélange contenant 1 cc de Calcitonine 100 UI)

Griffures persistantes chez le patient 2 (IED)

Deux patients ont ressenti des gastralgies sous AINS imposant l'arrêt du traitement (1 cas dans chaque groupe).

Bien que difficilement mesurable, je note que le verbatim rapporté après traitement par mésothérapie est globalement plus positif que celui sous traitement conventionnel (jusqu'à une patiente que j'entends faire l'éloge de la mésothérapie en salle d'attente...)

2. Prescription et consommation médicamenteuse

Avant la première consultation, le traitement (prescrit ou automédication) a été très variable: bouillotte chaude, paracétamol +/- codéine, AINS per os et/ou en gel, voire rien du tout.

Tous les patients (dans les 2 groupes) se sont vus proposer une prescription médicamenteuse per os: antalgique +/- AINS +/- myorelaxant. Dans le groupe témoin, Les 2 patients qui ont accepté ont eu plus de spécialités prescrites.

Quatre patients sur 5 dans le groupe mésothérapie a pris le traitement prescrit - tout (1 patient) ou partiellement, et 1 patient n'a rien absorbé.

Dans le groupe contrôle, je n'ai les informations que pour 2 patients. Par défaut, je considère que le traitement a été pris par les autres patients.

A noter: L'arrêt pour gastralgie aux AINS dans le groupe contrôle, a été remplacé par la prescription d'un antalgique.

3. Nombre total de consultations et autres prescriptions

- Nombre de consultations médicales

Le nombre cumulé de consultations médicales (ie incluant avant J0), dans le groupe mésothérapie est de 17 consultations de médecine générale, pour 11 dans le groupe contrôle (moyenne de 3,4 consultations par patient dans le groupe mésothérapie versus 2,2 dans le groupe contrôle.)

Néanmoins, le patient 2 du groupe mésothérapie cumule à lui seul 7 consultations. Si on exclut ce patient, la moyenne du groupe mésothérapie passe alors à 2,5 consultations pour la prise en charge thérapeutique totale.

Si on exclut ce qui se passe avant J0, le nombre moyen est de 2,8 consultations dans le groupe mésothérapie, versus 1,4 dans le groupe contrôle.

- Autres prescriptions, incluant les arrêts de travail.

Ostéopathie: 1 séance prescrite dans le groupe méso pour dysfonction sacro-iliaque

A noter que le patient 2 du groupe contrôle a visité un ostéopathe à 3 reprises (dont 2 fois dans les semaines précédant la première consultation).

Kinésithérapie: 1 patient dans chaque groupe.

A noter que le patient 2 du groupe contrôle a bénéficié de 2 séries (dont 1 avant J0)

Imagerie: 1 patient dans chaque groupe a bénéficié de radiographie.

	Groupe Mésothérapie					Groupe TT Conventionnel				
	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
jours cumulés AT	5	22 (9 avant J0)	10	0	2	0	0	15 (5 avant J0)	6	4
Autres prescriptions après J0	Non	kiné (10)	non	os-téo (1)	non	non	Radio kiné (10) os-téo (1)	non	non	os-téo (10 avt j0)

Le nombre moyen d'arrêt de travail = 7,8 jours dans le groupe mésothérapie versus 5 jours dans le groupe conventionnel pour la totalité de l'épisode.

Si on retire les jours prescrits avant J0, la moyenne est de 6 jours dans le groupe mésothérapie versus 4 jours dans le groupe contrôle. NB: dans le groupe contrôle, les patients 1 et 2 ne voulaient pas s'arrêter (travailleur indépendant pour l'un et emploi précaire pour l'autre)

Coûts

1. Coût unitaire des actes (NB: consultation à 25 € dans les 2 groupes)

Actes	la séance / l'acte	prix boîte	Ribet
consultation médecin généraliste	25 €	4,76 €	65%
ostéopathie	60 €	3,20 €	NR
kinésithérapie rachialgie	16,13 €	4,14 €	65%
Radio rachis dorso-lombaire	92,72 €	2,74 €	65%
Radio bassin	56,70 €	3,32 €	65%

La revue de Mésothérapie

2. Coût unitaire des médicaments et dispositifs médicaux source : Pharmanity.com

Médicaments et dispositifs	nombre/boîte	prix boîte	Rbst
Kétoprofène 100 mg LP	plaquette de 20	4,76 €	65%
Thiocolchicoside	boîte de 12	3,20 €	NR
DXPRIM	boîte de 20	4,14 €	65%
DOLIPRANE CODEINE	boîte de 16	2,74 €	65%
Diclofenac	boîte de 30	3,32 €	65%
Diclofenac gel	flacon	3,72 €	30%
Kétoprofène gel	tube	4,01 €	NR
DOLIPRANE 1000	boîte de 8	2,18 €	65%
LAMALINE	boîte de 16	2,55 €	65%
Pantoprazole 40 mg	boîte de 7	2,78 €	65%
Oméprazole 20 mg	boîte 7 gélules	2,38 €	65%
Patch chauffants	boîte de 4	12,80 €	NR
kit mixte	boîte pour 1 séance	2,72 €	NR
Piroxicam	boîte de 2 ampoules	2,27 €	NR
Thiocolchicoside	boîte de 5 ampoules	5,17 €	NR
Calcitonine 100 UI	boîte de 5 ampoules	20,39 €	NR
Maginjectable	boîte de 12 ampoules	3,34 €	NR
MESOCAINE	boîte de 1 ampoule	2,21 €	NR

3. Coût de la mésothérapie (incluant 1 kit Mixte / séance)

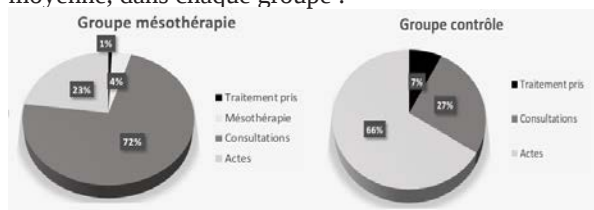
Médicaments et dispositifs	nombre/boîte	prix boîte	Rbst
Kétoprofène 100 mg LP	plaquette de 20	4,76 €	65%
Thiocolchicoside	boîte de 12	3,20 €	NR
DXPRIM	boîte de 20	4,14 €	65%
DOLIPRANE CODEINE	boîte de 16	2,74 €	65%
Diclofenac	boîte de 30	3,32 €	65%
Diclofenac gel	flacon	3,72 €	30%
Kétoprofène gel	tube	4,01 €	NR
DOLIPRANE 1000	boîte de 8	2,18 €	65%
LAMALINE	boîte de 16	2,55 €	65%
Pantoprazole 40 mg	boîte de 7	2,78 €	65%
Oméprazole 20 mg	boîte 7 gélules	2,38 €	65%
Patch chauffants	boîte de 4	12,80 €	NR
kit mixte	boîte pour 1 séance	2,72 €	NR
Piroxicam	boîte de 2 ampoules	2,27 €	NR
Thiocolchicoside	boîte de 5 ampoules	5,17 €	NR
Calcitonine 100 UI	boîte de 5 ampoules	20,39 €	NR
Maginjectable	boîte de 12 ampoules	3,34 €	NR
MESOCAINE	boîte de 1 ampoule	2,21 €	NR

4. Coût de la prise en charge des patients

Si on considère l'intervalle d'inclusion à partir de J0, la moyenne du coût de traitement pris par patient est de 3,55 € dans le groupe mésothérapie, versus 10 € dans le groupe contrôle.

La moyenne de coût par patient pour la mésothérapie est de 19,20 €.

Voici la ventilation pour l'ensemble des dépenses, en moyenne, dans chaque groupe :



Bien que la taille des groupes rende sujette à caution cette ventilation, on peut néanmoins constater que, quel que soit le groupe, le coût des médicaments reste minime.

Si on calcule la somme des coûts pour les 5 patients du groupe mésothérapie (à partir de J0), on obtient: 695,33 €, versus 663,35 € pour le groupe contrôle, soit un surcoût de +4,5% pour le groupe mésothérapie.

Cependant, étant donné le poids que représentent les actes et le faible nombre de patients, si on reprend le même calcul sur les coûts totaux (incluant la période avant J0), la différence est alors de -21,9% pour le groupe mésothérapie!

DISCUSSION

Préambule

Ce travail contient de nombreux biais, parmi lesquels:

- Faible effectif: 5 patients dans chaque bras ne sont pas significatifs.

- Je suis médecin remplaçant, pas présente tous les jours, et j'ai recruté sur 3 cabinets.

- J'ai effectué les prescriptions des 2 groupes. Probablement la comparaison avec le traitement conventionnel aurait été plus pertinente si la prise en charge conventionnelle avait été faite par un autre médecin, afin de retirer «l'effet médecin».

- Ma faible expérience en mésothérapie (ces patients représentaient ma première pratique de la mésothérapie), ce qui induit certainement un biais, et peut-être une prescription complémentaire per os plus conséquente que ne le ferait un mésothérapeute expérimenté.

J'ai essayé d'éviter le biais de sélection en incluant les patients au fur et à mesure qu'ils se présentaient et en décidant à l'avance, avant de les voir, à quel groupe ils appartiendraient.

A noter que la même facturation (tarif de consultation à 25 €) a été appliqué pour chaque groupe.

Je n'ai eu aucun refus de mésothérapie, ce qui est aligné avec l'étude du Dr Lallemand (12) : <5%, (jusqu'à 10% maximum).

Caractéristiques générales

Le profil des patients inclus dans l'étude est en adéquation avec les données épidémiologiques publiées en termes d'âge et de sexe, et également du fait de leur profession qui représente un risque de lombalgie pour la majorité d'entre eux:

- Port de charge: mécanicien automobile, agent de nettoyage urbain, archiviste, contrôleur de palettes
- Et/ou obligeant à une flexion du tronc: 2 agents des écoles maternelles, câbleur.
- Efficacité, tolérance et satisfaction

La douleur

Avec toute la réserve liée au petit nombre de patients, les résultats semblent montrer que la réduction moyenne de la douleur en fin de traitement est supérieure dans le groupe mésothérapie: baisse de l'E.V.A. de -62 points soit -88,5%, versus -46 points soit -74%.

Cela reste néanmoins théorique, car la moyenne de l'EVA dans le groupe mésothérapie à la fin du traitement est de 8/100, et il est de 16/100 dans le groupe témoin, ce qui indiquerait plutôt que les 2 prises en charge antalgiques ont été équivalentes.

Cette équivalence dans la prise en charge de la douleur a été montrée dans l'analyse des pratiques (12), puisqu'à la fois les déclarations des médecins ne permettent pas d'objectiver une efficacité supérieure de la mésothérapie (ni une inefficacité d'ailleurs), et également la satisfaction des patients qui reste stable le confirmer.

La tolérance

Deux effets secondaires mineurs ont été rapportés dans le groupe mésothérapie, dont 1 lié à ma technique encore novice (griffure), et l'autre à un effet connu (flush). Ce flush est apparu chez mon tout premier patient...et cela m'a un peu bridée quant à l'utilisation de la Calcitonine, d'autant que j'ai vu utiliser avec succès d'autres mélanges sans Calcitonine lors de mes stages pratiques.

Je n'ai donc pas utilisé la Calcitonine pour les 2 patients suivants par peur de déclencher à nouveau ce phénomène, jusqu'à mon stage chez le Dr Laurens, où j'ai pu constater la pratique fréquente de la Calcitonine sans effet secondaire; j'ai donc réutilisé la Calcitonine chez les 2 derniers patients, sans effets secondaires.

Deux patients ont ressenti des gastralgies sous AINS imposant l'arrêt du traitement (1 cas dans chaque groupe).

Je pense qu'avec le développement de ma pratique de la mésothérapie, je vais être amenée à modifier -qualitativement et quantitativement- mes prescriptions per os, d'où moins de risques d'effets secondaires pour les patients.

Mon travail montre une tendance à plus de spécialités prescrites par patient dans le groupe contrôle (pour ceux qui acceptaient), et c'est ce que semble montrer l'étude des pratiques (12): Les médecins généralistes pratiquant la mésothérapie prescrivent, en moyenne, moins de traitements per os que le groupe témoin. Cependant, il existe des variations en fonction des groupes et des pratiques, mais ceux utilisant le plus la mésothérapie (représentant 57% de l'étude), parviennent à réduire jusqu'à plus de -70% leurs prescriptions per os (12).

La satisfaction des patients

Dans mon travail, la moyenne de satisfaction du groupe mésothérapie semble meilleure (auto-évaluation à 9/10), que celle du groupe contrôle (6/10), restriction faite du faible nombre de patients.

Il est à noter que la satisfaction des 2 patients ayant eu un effet secondaire sous mésothérapie n'a pas impacté leur satisfaction (auto-évaluation respectivement de 10/10 et 9/10.)

J'ai remarqué une différence de verbatim dans les 2 groupes: exprimé de façon plutôt positive et enthousiaste dans le groupe mésothérapie, et plutôt dans le registre «du verre à moitié vide» dans le groupe contrôle....

La publication du Dr Lallemand (12) note que 6% des médecins généralistes pratiquant la mésothérapie évoquent les effets secondaires comme cause d'insatisfaction des patients, versus 32% dans le groupe témoin ne pratiquant pas la mésothérapie. Cependant, les douleurs résiduelles sont toujours la première cause d'insatisfaction des patients. (12)

Un autre point intéressant retrouvé dans cette étude des pratiques (12): la non compliance serait réduite dans le groupe mésothérapie (3%) versus le groupe témoin (11%): les hypothèses avancées sont un discours mieux adapté aux patients, un meilleur conseil.

Je pense qu'il y a un effet supplémentaire de la mésothérapie: la perception du patient que le médecin qui pratique la mésothérapie lui consacre plus de temps (ce qui est d'ailleurs vrai), plus d'attention et d'écoute, et qu'il administre un traitement plus personnalisé, fait pour son propre cas..., cela participe évidemment à la satisfaction des patients, et les poussent aussi à mieux

se prendre en charge.

Les coûts

- Nombre de consultations et autres prescriptions

Dans mon travail, le nombre de consultations a été supérieur dans le groupe mésothérapie et c'est aussi ce qui est décrit dans l'analyse des pratiques (12): de 3 à 4 séances, jusqu'à 5 à 8 séances.

Ce nombre de consultations plus élevé induit donc un surcoût à un premier niveau, court terme... Cependant ce surcoût doit, peut-être, être modulé dans la durée: est-ce que la prise en charge plus complète et plus globale des patients (plus de temps, meilleurs conseils, meilleure compliance), ne pourrait pas avoir un effet bénéfique plus long terme en réduisant le nombre de patients devenant chroniques ?

Le nombre de jours d'arrêt de travail dans mon étude, ne permet pas de conclure pour un groupe comme pour l'autre, mais il y a le biais médecin, puisque j'ai prescrit dans les 2 groupes, et également un biais de sélection car 2 patients ne voulaient pas s'arrêter dans le groupe contrôle.

Quant aux autres prescriptions, imagerie, kinésithérapie, ostéopathie ...Elles pèsent évidemment lourd dans la répartition des coûts, ce qui plaide en faveur d'un bon diagnostic de départ et d'une prescription raisonnée, justifiée.

- Coût des traitements per os

- Même si la moyenne du coût de traitement per os pris par les patients est de 3,55 € dans le groupe mésothérapie, versus 10 € dans le groupe contrôle, je ne peux rien en déduire, du fait du manque d'informations vérifiées dans le groupe contrôle

- Cependant, de façon factuelle, le traitement par mésothérapie constitue en moyenne un surcoût de 19,20 € par patient.

- Il faut quand même noter que la part que représente les traitements par rapport au coût total est minime notamment en regard du coût des consultations et celui des autres prescriptions (imagerie, kiné, ostéopathe...)

Un mémoire du DIU de 2006 (13), retrouve que le coût des traitements per os prescrits avant mésothérapie a diminué après mésothérapie, du fait de la réduction de prescription: -34,43% en moyenne, malgré une baisse moins sensible pour les lombalgies: -18,62%.

Ce résultat va dans le même sens que l'étude du Dr Lallemand (12), et les 2 études concluent sur une économie pour la sécurité sociale et le bénéfice d'une reprise d'activité plus rapide.

- Quelle économie pour quel bénéfice ?

Le coût principal de la lombalgie (85% des dépenses) est supporté par 10% de patients chroniques. Par conséquent tout patient arraché à la chronicité devrait alléger de façon conséquente le fléau de la balance des coûts, et par là même compenser le léger surcoût de la prise en charge initiale : c'est là que se situe le véritable enjeu ! Dans une étude portant sur une centaine de patients en arrêt de travail depuis plus de 3 mois pour lombalgie

chronique, la caisse primaire d'assurance maladie de Moselle a rapporté les résultats suivants en termes de coûts (14):

Bien que datant de 2004, les ordres de grandeurs restent valides: sans surprise, ce sont les indemnités journalières, suivies des hospitalisations qui représentent les parts les plus importantes, ce qui écrase la représentation des autres postes.

Néanmoins, je remarque qu'ici aussi la part pharmacie représente moins de 6% du coût total.

Par conséquent, la réduction des prescriptions per os chez les patients traités pour mésothérapie représente certes une économie, mais elle peut être qualifiée de modeste.

A l'inverse, le surcoût des médicaments de mésothérapie ne peut pas non plus être considéré comme prohibitif par rapport au coût global, mais surtout en regard du bénéfice potentiel qui serait de participer à la réduction du taux de passage à la lombalgie chronique, grâce notamment aux points forts de la mésothérapie revus au cours de cette recherche:

- Son efficacité dans une démarche personnalisée en intégrant le recours aux traitements associés.

- Son ouverture à un meilleur conseil, grâce notamment à un temps d'échange plus long entre le médecin et le patient, et aussi grâce à la compréhension des douleurs qu'ont les médecins pratiquant une mésothérapie antalgique.

- Le nombre réduit d'effets secondaires de 2 origines: minimales au cours de la mésothérapie, et par diminution des prescriptions de traitements per os.

- Et en conséquence de tout cela, une meilleure observance et une satisfaction des patients élevée.

Par ailleurs, la prise en charge initiale joue un rôle important dans le mécanisme de passage à la lombalgie chronique, et l'attitude du médecin est clé, puisqu'il est démontré que l'éducation et l'information du patient sont très efficaces pour prévenir la chronicisation (15).

Au total, l'ambition serait que la mésothérapie soit considérée et reconnue de façon officielle comme une ressource supplémentaire, complémentaire dans l'arsenal thérapeutique contre la lombalgie commune et plus encore, intégrée dans les moyens thérapeutiques pour prévenir le passage à la lombalgie chronique grâce à sa dimension relationnelle qui favorise le conseil....

CONCLUSION

Cette analyse médico-économique a été réalisée afin de comparer la prise en charge antalgique de la lombalgie commune par mésothérapie à une prise en charge conventionnelle.

Il s'agit d'une étude de cas, 5 patients dans chaque bras, ce qui est bien sûr faible pour démontrer un résultat. Cependant, au-delà de cela, il s'agit d'une opportunité de réfléchir à la place de la mésothérapie dans la prise en charge de la lombalgie commune.

Les résultats de mon travail montrent:

- Une efficacité dans la prise en charge de la douleur

objectivée par l'auto-évaluation au moyen de l'E.V.A., équivalente dans les 2 groupes

- La bonne tolérance de la mésothérapie: 2 effets secondaires mineurs dont 1 évitable, et par ailleurs 2 gastro-intestinaux sous AINS

- Une satisfaction des patients qui semble meilleure dans le groupe mésothérapie, sans être impactée par les 2 effets secondaires survenus.

- Un coût moyen de traitement mésothérapie par patient de 19,20€.

- Je ne peux pas conclure concernant les autres postes de dépenses. Néanmoins, il faut noter la part minimale du coût des médicaments (mésothérapie comprise) dans le coût global moyen par patient.

- Aucune différence entre les groupes concernant le nombre de jours d'arrêt de travail.

Concernant les coûts et le nombre de jours d'arrêt de travail, il y a un biais médecin qui fausse les résultats et qui s'ajoute au biais lié au faible effectif.

La mésothérapie a toute sa place dans l'arsenal thérapeutique contre la lombalgie commune, bien que peu reconnue, et encore très confidentielle en pratique.

Au-delà de cela, l'enjeu de la prise en charge de la lombalgie est de réussir à diminuer le nombre de patients qui passent à la chronicité et engendrent 85% des coûts, sans compter les répercussions sur leur qualité de vie et leur devenir socioprofessionnel.

On sait par ailleurs que l'éducation et l'information des patients sont clé pour empêcher le mécanisme de chronicisation de la lombalgie, et que la séance de mésothérapie est propice à dispenser des conseils aux patients.

En conséquence, la question pourrait alors devenir : Et si intégrer la mésothérapie dans la démarche thérapeutique globale de prise en charge de la lombalgie permettrait non seulement de mieux prendre en charge le patient à chaque épisode de lombalgie aiguë, en aidant à en réduire l'impact et le taux de récurrences, mais aussi, in fine d'éviter le passage à la chronicité d'un certain nombre de patients ?

Il s'agirait d'une place ambitieuse de la mésothérapie... utopique ?... je ne crois pas.

Cependant, toute avancée dans ce sens nécessitera le développement d'études cliniques incluant un nombre important de patients et un suivi sur de nombreuses années.....

RÉFÉRENCES

(1) SFMG. Lombalgie commune en soins premiers - Rapport de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) pour la CNAMTS; Mars 2017

(2) MARTIN-CASSEREAU C, RAMOND-ROQUIN A, Profil des adultes consultant pour lombalgie commune: étude observationnelle fondée sur l'activité de 35 médecins généralistes. Exercer. 2012 ; 103 : 161-2.

(3) BONNET C, PERRIN JJ, Un an de consultations mésothérapeutiques exclusives; La revue de Mésothérapie; n° 119 ; Février 2004: 26-31

(4) Assurance Maladie après avis de la HAS; Le patient adulte atteint de lombalgie commune; 2018

(5) Assurance Maladie; Rapport charges et produits 2017:

Propositions de l'Assurance maladie pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – 7 juillet 2016
 (6) Assurance Maladie; Santé travail: Enjeux & actions: les lombalgies liées au travail: quelles réponses apporter à un enjeu social, économique et de santé publique ; Janvier 2017.
 (7) COUTAUX A; Lombalgies et lombosciatiques; cours DIU mésothérapie 2018
 (8) BENHAMOU M, BRONDEL M, SANCHEZ K, POIRAUDEAU S, Lombalgies; EMC 1-0780 2012
 (9) MREJEN D, MARIJNEN P, Lombalgies communes, mésothérapies et/ou thérapie manuelle; aide à la décision thérapeutique; La revue de Mésothérapie n° 114: 20-24
 (10) BIGORRA E. Place de la mésothérapie dans les lombalgies communes (hors fibromyalgies et autres lombalgies liées au stress); La revue de Mésothérapie n° 142 – Janvier 2012: 15-24
 (11) ANAES; Prise en charge diagnostique et thérapeutique

des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de 3 mois d'évolution; février 2000
 (12) LALLEMAND E E , Réduction des traitement per os par l'apport de mésothérapie antalgique au cabinet du médecin généraliste. La revue de Mésothérapie; n°138; Septembre 2010: 8-19
 (13) REZICINER P, La mésothérapie: un progrès scientifique et économique contre la douleur. Étude rétrospective en pratique courante de médecine générale. Mémoire DIU Mésothérapie 2005-2006
 (14) HAUMESSER D, BECKER P, GROSSO-LEBON B, WEILL G, Aspects médicaux, sociaux et économiques de la prise en charge des lombalgies chroniques; Rev Med Ass Maladie 2004; 35, 1: 27: 35
 (15) NGUYEN C, POIRAUDEAU S, REVEL M, PAPELARD A, Lombalgie chronique: facteurs de passage à la chronicité. Revue du Rhumatisme 76 ; 2009: 537-542

Groupe	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
Sexe	H	H	H	H	F
Age	44	55	52	26	55
Cat Prof	Trav indépendant	employé	ouvrier	ouvrier	employé
Accident du W	Non	Non	Non	Non	Non
ATCD lombalgie	oui	oui	oui	oui	oui
Atcd lésion trauma rachis	Non	Non	Non	Non	Non
Parcours de soin avant J0					
Médecin consulté	Non	MG 2 fois	MG 1 fois	Non	Non
Jour arrêt de travail	0	0	5	0	0
Imagerie médicale	Non	Non	Non	Non	0
Kinésithérapie	Non	10 séances	Non	Non	0
Ostéopathie	Non	2 séances	Non	Non	1 séance
Traitement pris	0	Paracétamol 1000 x3	Ketoprof 100 x2 Oméprazole 20mg Paracétamol 1000 x3 Kétoprofène gel	0	Voltarène 75 mg
1ère Consultation					
Date	05/02/2018	12/03/2018	12/03/2018	19/03/2018	29/03/2018
Début	02/02/2018	début janvier 2018	06/03/2018	17/03/2018	15/03/2018
Douleur EVA	50/100	70/100	60/100	80/100	50/100
Commentaires	mieux debout qu'assis	0	0	Très algique surtout assis	pas de dysfonction sacro-iliaque
Radiculalgies	oui	non	non	non	non
TT per os Prescrit	Ketoprof 100 + thiocolchicoside Paracétamol 1000 Patch chauffants	Paracétamol 1000	Ketoprof 100 x2 Oméprazole 20mg Paracétamol 1000 x3 Kétoprofène gel	Diclofénac 75x2/j Pantoprazole 40mg Paracetamol + opium+ caféine	Paracétamol + Tramadol thiocolchicoside
Jours d'AT	non	non	5	6	4
Prescription complémentaire	non	Rx bassin+ Kiné	non	non	non
Conseils	oui	oui	oui	oui	oui

La revue de Mésothérapie

Parcours de soin avant J0					
Parcours de soin entre 1ère et 2ème consultation					
Medecin consulté	-	non	non	-	-
Jours d'AT	-	0	0	-	-
Imagerie médicale	-	Rx satandard	non	-	-
Kinésithérapie	-	3 séances	non	-	-
Ostéopathie	-	1 séance	non	-	-
Traitement pris	-	Paracétamol 1000 x4/j 5 jours	Arrêt AINS car troubles digestifs	-	-
2ème Consultation					
Date	-	29/03/2018	19/03/2018	-	-
Douleur EVA	-	30/100	50/100	-	-
Satisfaction post J0	-	7/10	5/10	-	-
Critères et Com- mentaires	-	Douleur moins pénible	Toujours mal et ne supporte plus le TT	-	-
TT per os prescrit	-	Non	Paracetamol + Tramadol	-	-
Jours d'AT	-	non	5	-	-
Prescription com- plémentaire	-	Non	non	-	-
Conseils	-	Oui	Oui	-	-

Tableau 3 : Groupe contrôle : traitement conventionnel

Tableau 4 : Groupe mésothérapie

Groupe	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
Sexe	H	H	F	F	F
Age	31	26	50	47	34
Cat Prof	ouvrier	ouvrier	employée	employée	employée
Accident du W	Non	Non	Non	Non	Non
ATCD lombalgie	oui	oui	oui	oui	Non
Atcd lésion trauma rachis	Non	Non	Non	Non	Non
Parcours de soins avant J0 pour cet épisode lombalgique					
Médecin consulté	Non	MG x3	Non	Non	Non
Jours arrêt travail	0	9	0	0	0
Imagerie médicale	0	0	0	0	0
Kinésithérapie	0	0	0	0	0
Ostéopathie	0	0	0	0	0
TT per os	0	Ketoprof 100 + Para- cétamol codéine	Diclofénac gel Paracétamol 1000	Paracétamol 1000	Paracétamol 1000
Première Consultation					
Date	26/02/2018	26/02/2018	05/03/2018	19/03/2018	29/03/2018
Début	21/02/2018	10/02/2018	02/03/2018	14/03/2018	26/03/2018
Douleur EVA	80/100	80/100	80/100	40/100	70/100
Commentaire	Douleurs et contractures+++	?	Surtout en position assise	Peu algique pas bloquée	?
Radiculalgie	Sciatique	0	0	0	0
TT méso	Lidocaïne + Piroxicam + calci- tonine/ Lido + Thiocolchicoside	Lidocaïne + Piroxicam + Thiocolchicosid	Lidocaïne + Piroxicam + Thiocolchicosid	Lidocaïne + Piroxicam + Thiocolchicosid	Lidocaïne + Piroxicam + calcitonine/ Lido + Mag + Thiocolchicoside
Jours arrêt travail	5	4	5	0	2
Prescription com- plémentaire	Non	Non	Non	Non	Non

La revue de Mésothérapie

Conseils	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Parcours de J0 à J8					
Médecin consulté	Non	MG 1 fois	Non	Non	Non
Jours arrêt travail	0	3	0	0	0
Imagerie médicale	Non	Non	Non	Non	Non
Kinésithérapie	Non	Oui mais pas commencé	Non	Non	Non
Ostéopathie	Non	Non	Non	Non	Non
TT per os	Ketoprof 100 + thiocolchicoside	Diclofénac 50	Diclofénac + Paracétamol codéine	thiocolchicoside	non
Consultation J8					
Date	05/03/2018	07/03/2018	12/03/2018	26/03/2018	11/04/2018
EVA	10/100	45/100	70/100	30/100	20/100
Satisfaction post J0	10/10	9/10	5/10	8/10	10/10
Commentaires	Bonne récup fonctionnelle Moins de douleurs Mais Flush	Bonne récup fonctionnelle Moins de douleurs pendant 3 j Effets secondaires :0	Bonne récup fonctionnelle Moins de douleurs epigastralgies sous Diclofénac	Moins de douleurs Effets secondaires :0	Douleurs et gêne fonctionnelle très diminuées Effets secondaires : 0
TT per os	Non	Non	Non	Non	Non
TT méso	Non n'a plus mal	Lidocaïne + Piroxicam + Thiocolchicoside	Lidocaïne + Piroxicam + Thiocolchicoside	Lidocaïne + Piroxicam + calcitonine/ Lido + Mag + Thiocolchicoside	Lidocaïne + Piroxicam + calcitonine/ Lido + Mag + Thiocolchicoside
Jours d'AT	0	7	5	0	0
Prescriptions complémentaires	0	0	0	1 séance Ostéo	0
Conseils	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Parcours de J8 à J15					
Médecin consulté	0	Non	Non	Non	0
Jours arrêt travail	0	En cours	En cours	Non	0
Imagerie médicale	0	Non	Non	Non	0
Kinésithérapie	0	2 séances	Non	Non	0
Ostéopathie	0	Non	Non	Oui et mieux	0
TT per os	0	Non	Paracétamol	Non	0
Consultation J15					
Date	-	15/03/2018	19/03/2018	03/04/2018	Plus mal RV annulé
EVA	-	10/100	10/100	20/100	-
Satisfaction	-	9/10	10/10	7/10	-
Commentaires	-	Quelques griffures	Très satisfaite	Satisfaite mais + efficace à J0	-
TT per os	-	0	0	0	-
TT méso	-	Lidocaïne + Piroxicam + calcitonine	Lidocaïne + Piroxicam + calcitonine	Lidocaïne + Piroxicam + calcitonine	-
Jours arrêt travail	-	0	0	0	-
Bilan à J30					
	Arrêt soins après J8	RV annulé	Episode guéri	Episode guéri	Arrêt soins après J8

ÉTAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE DE LA MÉSOTHÉRAPIE : QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES DIPLÔMÉS DU D.I.U. DE MÉSOTHÉRAPIE DE LA PITIÉ-SALPÊTRIÈRE.

Goulet L-P., Lenoir-Labilloy E., Dehas M.

I. INTRODUCTION:

C'est dans le petit village de Bray et Lu, dans le Val d'Oise, que fut découverte en 1952 la mésothérapie. Le Docteur Michel Pistor, alors médecin généraliste de campagne a la brillante idée de rapprocher l'administration d'un médicament au plus près du site actif de la pathologie.

Le résultat est concluant avec une efficacité plus importante au niveau local que général (1) (2).

Au fil des années, elle connaît une expansion majeure avec un nombre de mésothérapeutes ne cessant de croître passant de 16 membres au sein de la SFM en 1964 (3) à 617 médecins en 2017 (4).

Cette discipline en plein essor, pratiquée depuis plus de 60 ans, a fortement évolué et présente désormais un nouveau visage avec une multiplication des indications, produits, techniques d'injection...

Ce travail a pour objectif de réaliser un état des lieux de la pratique de la mésothérapie chez tous les médecins anciennement diplômés du D.I.U. de la Pitié Salpêtrière.

A travers cette étude, nous cherchons à déterminer: le profil des médecins utilisant cette discipline, les indications qu'ils privilégient, les produits qu'ils ont l'habitude d'utiliser, les éventuels effets indésirables rencontrés et la proportion que représente les actes de mésothérapie dans leur profession...

En outre, nous espérons mettre en évidence une certaine homogénéité des pratiques mais également déceler quelques divergences qui pourraient faire l'œuvre de pistes à explorer dans des travaux futurs.

II. MATERIELS ET METHODE:

2.1. Population:

Nous avons interrogé les médecins ayant obtenu le DIU de Mésothérapie de la Pitié-Salpêtrière depuis l'année 2013-2014. Il y avait donc 4 promotions interrogées.

2.2. Elaboration du questionnaire:

Nous avons élaboré un questionnaire sur internet via le site Google Forms. Il était composé de 19 questions. Le temps estimé pour y répondre était de 5 minutes.

2.3. Diffusion du questionnaire:

L'envoi a été fait par mail à l'ensemble des médecins ayant obtenu leur DIU de mésothérapie depuis l'année 2013-2014.

L'e-mail en lui-même contenait le titre de notre travail, ainsi que la raison de ce travail, c'est-à-dire la réalisation d'un mémoire en vue du DIU de mésothérapie. L'objectif de ce mémoire était présenté. A la fin du mail, un lien hypertexte permettait l'accès au questionnaire. Le médecin remplissait le questionnaire sur internet puis validait ses réponses. Celles-ci étaient alors directement enregistrées sur une feuille de calcul de façon anonyme.

2.4. Réception des réponses:

Lorsque les médecins répondaient au questionnaire sur internet, les réponses étaient automatiquement enregistrées sur une page internet appartenant à Google Forms. Pour que les réponses d'un questionnaire soient validées, il fallait que le médecin ait rempli tous les items obligatoires.

III. RESULTATS :

3.1. Taux de participation :

Nous avons reçu 77 réponses au questionnaire soit un taux de participation de 39,48 %.

3.2. Profil des médecins:

3.2.1. Répartition selon le sexe:

Le profil des répondants montrait une parité au niveau du sexe avec 39 femmes (50,6 %) contre 38 hommes (49,4 %).

3.2.2. Répartition selon l'âge:

Les répondants étaient principalement dans la tranche d'âge des moins de 40 ans avec 47 médecins (61 %), puis 18 médecins (23,4 %) entre 41 et 50 ans, 9 médecins (11,7 %) entre 51 et 60 ans et 3 médecins (3,9 %) de plus de 60 ans.

3.2.3. Répartition selon l'activité:

Cinquante-cinq répondants (71,4 %) avaient une activité libérale. L'activité hospitalière arrivait en second avec 18 répondants (23,4 %), puis l'activité mixte pour 4 répondants (5,2 %).

3.2.4. Répartition selon le lieu d'exercice:

Soixante et un médecins (79,2 %) exerçaient en milieu urbain, 11 (14,3 %) en milieu semi-rural et 5 (6,5 %) en milieu rural.

3.2.5. Spécialités des répondants:

La spécialité la plus représentée était la médecine générale avec 55 médecins (71,4 %), dont 47 médecins (61

%) ne pratiquant que la médecine générale, 7 médecins (9,1 %) faisant également de la médecine du sport et 1 médecin (1,3 %) faisant également de la médecine esthétique.

Il y avait également 7 médecins du sport (9,1 %), 5 médecins rééducateurs (6,5 %), 4 urgentistes (5,2 %) (dont un ayant également une activité d'algologue et un autre ayant une activité de médecin du sport), 2 médecins algologues (2,6 %), 2 stomatologues (2,6 %), 1 gériatre (1,3 %) et un rhumatologue (1,3 %).

3.2.6. Diplômes complémentaires des répondants: La plupart des médecins ayant obtenu leur D.I.U. de mésothérapie combinaient d'autres diplômes (66 personnes soit 85,7 %).

Dans les autres diplômes cités, celui qui revenait majoritairement était la capacité de médecine du sport, citée 16 fois (24,2 %). L'ostéopathie a été citée 11 fois (16,7 %), la médecine d'urgence 10 fois (15,2 %). Ensuite, on retrouvait la traumatologie du sport (7 fois soit 10,6 %), la gynécologie-obstétrique pour les médecins généralistes (6 fois soit 9,1 %), l'algologie (6 fois soit 9,1 %) et les techniques d'injections et de comblements (3 fois soit 4,5 %).

D'autres diplômes ont été cités mais restent peu fréquents : la nutrition du sport, le système cardio-vasculaire du sport, la micronutrition, la nutrition, l'homéopathie, la médecine morphologique et anti-âge, la tabacologie, la médecine de catastrophes, l'acupuncture, la phytothérapie, les lasers médicaux, l'échographie ostéo-articulaire et l'échographie musculo-squelettique, la physiologie du sport et la biologie du sport, les plaies et cicatrisations, l'oncogériatrie et la neurourologie.

Un répondant n'avait pas spécifié son diplôme complémentaire.

3.3. Histoire de la pratique de la mésothérapie:

3.3.1. Année d'obtention du DIU:

La promotion la plus représentée dans les répondants à notre questionnaire était celle de 2017 avec 26 répondants (33,8 %). On retrouvait par la suite dans l'ordre décroissant: 21 répondants de la promotion 2015 (27,3 %), 17 répondants de la promotion 2016 (22,1 %), et 13 répondants de la promotion 2014 (16,9 %).

3.3.2: Pratique de la mésothérapie avant l'obtention du DIU:

Treize médecins (16,9 %) pratiquaient la mésothérapie avant l'obtention du DIU contre 64 (83,1 %).

Parmi ces 13 médecins, 11 (84,6 %) ont modifié leur manière de pratiquer la mésothérapie.

Les modifications apportées étaient: la modification des produits utilisés pour 9 médecins (81,8 %), la modification des indications de pratique pour 7 médecins (63,6 %), l'augmentation de la fréquence d'utilisation de la mésothérapie pour 5 médecins (45,5 %), la modification du tarif de la consultation pour 3 médecins (27,3 %), l'augmentation de l'efficacité de la mésothérapie pour 1 médecin (9,1 %), l'amélioration de l'examen

clinique et des prescriptions associées pour 1 médecin (9,1 %).

3.4. Pratique actuelle de la mésothérapie:

3.4.1. Fréquence de la pratique de la mésothérapie:

Vingt et un médecins (37,5 %) déclaraient pratiquer la mésothérapie plusieurs fois par semaine, 13 médecins (23,2 %) une fois par semaine, 10 médecins (17,9 %) une fois par mois, 9 médecins (16,1 %) moins de 5 fois par jour, 2 médecins (3,6 %) déclaraient la pratiquer entre 5 et 10 fois par jour et 1 médecin (1,8 %) plus de 10 fois par jour.

3.4.2. Indications de la pratique de la mésothérapie:

Les indications fréquentes de la pratique de la mésothérapie étaient les pathologies chroniques de l'appareil locomoteur pour 65 médecins (84,4 %), les pathologies aiguës de l'appareil locomoteur pour 62 médecins (80,5 %), la médecine esthétique pour 15 médecins (19,5 %), le mésostress pour 11 médecins (14,3 %) et les pathologies vasculaires pour 8 médecins (10,4 %). Aucun médecin déclarait utiliser fréquemment la mésothérapie pour l'appareil digestif.

Dans les autres indications, 2 médecins (2,6 %) déclaraient utiliser fréquemment la mésothérapie dans le cadre d'acouphènes, 2 médecins (2,6 %) pour les douleurs neuropathiques (zona), 2 médecins (2,6 %) pour les douleurs chroniques (algoneurodystrophie, cyriax, névralgie faciale) et 1 médecin (1,3 %) pour les pathologies rachidiennes.

3.4.3. Durée d'une consultation de mésothérapie:

La durée moyenne d'une consultation de mésothérapie était inférieure à 15 minutes pour 4 médecins (5,2 %), entre 15 et 20 minutes pour 35 médecins (45,5 %), entre 20 et 25 minutes pour 25 médecins (32,5 %) et supérieure à 25 minutes pour 13 médecins (16,9 %).

3.4.4. Prescription d'AINS per os:

Cinquante-huit médecins (75,3 %) déclaraient prescrire moins d'AINS per os depuis l'obtention du DIU contre 19 médecins (24,7 %) qui déclaraient ne pas en prescrire moins.

3.4.5. Proposition de la mésothérapie en première indication:

A la question: «D'une façon générale, proposez-vous la mésothérapie en première intention une fois le diagnostic établi», 58 médecins (75,3 %) répondaient oui contre 19 (24,7 %) répondant non.

3.4.6. Cas pour lesquels la mésothérapie fut le seul traitement ayant fonctionné:

Par souci de simplicité, les indications données pour lesquelles la mésothérapie fut le seul traitement efficace ont été regroupées en différentes catégories.

Dix-sept médecins ont répondu non à cette question, soit 22,1 %.

Pour les autres (60 médecins soit 77,9 %), on retrouvait Les tendinopathies : citées 22 fois

Les lombalgies aiguës ou chroniques et lombosciatiques: 10 fois

Les cervicalgies mécaniques, arthrosiques et névralgies

cervico-brachiales: 14 fois
Les aponévrosites: 4 fois
Les douleurs arthrosiques: 5 fois
La situation post-opératoire sur douleurs ou adhérences cicatricielles: 2 fois
Les douleurs neuropathiques (zona, dysesthésies, lésions du plexus brachial, la névralgie de la face...): 8 fois
La fibromyalgie, les syndromes myofasciaux, les myalgies: 5 fois
La périostite: 4 fois
La chondrocalcinose: 2 fois
L'algodystrophie: 3 fois
La bursite: 1 fois
Les suites d'une entorse: 2 fois
Le mésolift: 1 fois
Autres réponses: « dans 70 % des cas » et « cas de personnes dialysées ».

3.4.7. Matériel utilisé:

La technique manuelle seule était utilisée par 48 médecins (62,3 %). Vingt-huit médecins (36,4 %) utilisaient la technique manuelle associée au pistolet. Un médecin (1,3 %) utilisait le pistolet uniquement.

3.4.8. Techniques d'injection utilisées:

Les techniques d'injection les plus utilisées étaient l'intra-épidermique (IED) seule pour 9 médecins (11,7 %), l'intra-dermique superficielle (IDS) seule pour 8 médecins (10,40 %), l'intra-dermique profonde (IDP) seule pour 18 médecins (23,4 %), la dermo-hypodermique (DHD) seule pour 4 médecins (5,2 %), la technique mixte IED+IDP pour 61 médecins (79,2 %), la technique mixte IED+DHD pour 13 médecins (16,9 %), la technique mixte IDS+IDP pour 32 médecins (41,6 %), la technique mixte IDS+DHD pour 12 médecins (15,6 %).

3.4.9. Produits utilisés :

Les produits les plus utilisés étaient, par ordre décroissant:

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens: 75 réponses, soit 97,4 %
- Les anesthésiants: 67 réponses, soit 87 %
- Les myorelaxants: 67 réponses, soit 87 %.
- La calcitonine: 61 réponses, soit 79,2 %.
- Le magnésium: 48 réponses, soit 62,3 %.
- Les anti-œdémateux: 44 réponses, soit 57,1 %.
- Les vitamines: 29 réponses, soit 37,7 %.
- Le Laroxyl®: 5 réponses
- L'homéopathie: 4 réponses
- Les diluants: 4 réponses
- Le Conjonctyl®: 3 réponses
- Le Bricanyl®: 3 réponses
- Les anxiolytiques: 3 réponses
- Le Silicium®: 2 réponses
- L'acide hyaluronique: 1 réponse
- Le Tiapridal®: 1 réponse
- Un antiépileptique: 1 réponse

3.4.10. Effets indésirables:

Sur les 77 répondants, 35 (45,5 %) n'avaient pas connu

d'effet indésirable. Parmi les 42 (54,5 %) ayant déjà eu des effets indésirables lors de la pratique de la mésothérapie, les réponses ont été classées en catégories pour plus de simplicité:

- Troubles digestifs (nausées, vomissements): 20 réponses, soit 26 %
- Flushs, bouffées de chaleur: 11 réponses, soit 14,3 %
- Réactions allergiques (prurit, érythème, urticaire): 9 réponses, soit 11,7 %
- Douleurs: 7 réponses, soit 9,1 %
- Hématomes, ecchymoses: 5 réponses, soit 6,5 %
- Palpitations, ESV : 2 réponses, soit 2,6 %
- Fatigue: 2 réponses, soit 2,6 %
- Céphalées: 1 réponse, soit 1,3 %
- Non précisé: 1 réponse, soit 1,3 %

Parmi les répondants évoquant les troubles digestifs et le flush, 21 ont cité la calcitonine comme responsable.

IV. DISCUSSION:

4.1. Résultats

4.1.1. Profil socio démographique des médecins:

Le sex ratio de notre étude est quasiment équivalent avec 50,6 % de femmes et 49,4 % d'homme. Selon l'atlas de démographie de 2017 du conseil national de l'ordre des médecins, il existe une légère prépondérance masculine à hauteur de 53 % pour 47 % de femmes. Toutefois, il existe une tendance à la féminisation de la profession chez les moins de 40 ans (5).

La grande majorité des médecins exercent la mésothérapie sous un régime libéral (71,4 %). Ces chiffres sont expliqués par la spécialité des répondants puisque 56 des 77 répondants (71,4 %) exercent en tant que médecin généraliste. Une très large proportion de médecins combine leur D.I.U. de mésothérapie avec un autre diplôme (85,7 %). Les deux premières disciplines associées sont la médecine du sport (24,2 %) et l'ostéopathie (16,7 %). Ceci semble logique puisque beaucoup de pathologies de la médecine du sport font partie des champs d'application de la mésothérapie. Quant à l'ostéopathie, la mésothérapie est souvent retrouvée en complément à une séance de manipulation.

4.1.2. Histoire de la pratique de la mésothérapie

L'obtention du diplôme inter-universitaire de mésothérapie pour ces médecins a modifié leur activité pour 84,6 % d'entre eux. Celui-ci leur a apporté en premier lieu une modification des produits utilisés (81,8 %) et une modification de leurs indications thérapeutiques (63,6 %). On peut supposer que le diplôme leur a amené des connaissances et informations supplémentaires ayant abouti à une optimisation de leur pratique. De plus, 45,5 % ont augmenté la fréquence d'utilisation de la mésothérapie à la suite du diplôme. Deux hypothèses peuvent être formulées: soit, la formation leur a permis d'acquérir une certaine aisance et habileté à la technique leur permettant d'augmenter leur cadence de consultation; soit, la reconnaissance officielle de leur pratique leur a permis de l'inscrire sur leurs ordon-

nances et plaques et se faire référencer dans les pages jaunes leur permettant de se faire connaître. Enfin, 27,3 % des médecins ont déclaré avoir modifié le tarif de la consultation. Ce changement peut être le fruit soit, d'une sensation de légitimité acquise par le praticien en ayant obtenu le diplôme, soit par une modification des pratiques (notamment esthétique) qui a pu contribuer à une augmentation du prix de la consultation. Dans la littérature, on retrouve également que l'obtention du DIU permet au mésothérapeute de fournir une information de meilleure qualité pour le patient (6).

4.1.3. Pratique actuelle de la mésothérapie:

En 2009, parmi les 50 motifs de consultations les plus fréquents rapportés par l'Observatoire de Médecine Générale, la lombalgie occupe la huitième place, et les pathologies de l'appareil locomoteur aiguës et chroniques représentent onze motifs parmi les 50 (7). Cela explique que les principales indications de la mésothérapie soient les troubles de l'appareil locomoteur dans notre étude.

La mésothérapie à visée esthétique représente moins de 20 % des indications. Le coût des consultations esthétiques justifie probablement que cette proportion ne soit pas plus élevée.

Le temps de consultation moyen d'un médecin généraliste est de 17 minutes (8). Or, dans notre étude, la consultation de mésothérapie a tendance à être un peu plus longue: le plus souvent entre 15 et 20 minutes, puis entre 20 et 25 minutes en deuxième position. Ce temps supplémentaire est dû aux gestes techniques associés et au temps dédié à l'examen clinique.

4.1.3.4. Prescription d'AINS per os:

Trois quarts des répondants (75,3 %) ont déclaré prescrire moins d'AINS per os depuis la pratique de la mésothérapie. Ce constat est confirmé dans plusieurs études avec une diminution voire un arrêt de la prise d'AINS (9) (10). Une enquête des médecins généralistes sur la pratique de la mésothérapie en Haute-Vienne avait montré également que la diminution de la prise d'AINS était un des avantages les plus cités pour l'utilisation de la mésothérapie (9,09 %) (11). On retrouve également le même constat du côté des patients sur la limitation de la consommation médicamenteuse orale par le biais de la mésothérapie (12). Malgré la gravité potentielle de leurs effets indésirables, les AINS restent une des classes thérapeutiques les plus prescrites dans le monde (13) (14), la mésothérapie apparaît ici comme une alternative intéressante pour pallier à cette surconsommation médicamenteuse (plus de 30 millions de consommateurs par jour dans le monde) (15).

4.1.3.5. Proposition de la mésothérapie en première indication:

La mésothérapie n'est pas enseignée dans le cursus universitaire classique. Pourtant, il est intéressant de noter que $\frac{3}{4}$ des médecins ayant adopté cette technique ont drastiquement changé leur algorithme de prise en charge des pathologies puisqu'ils la proposent en première intention. Plusieurs hypothèses peuvent expli-

quer ce bouleversement des conduites: outre son efficacité et sa faible innocuité qui n'est plus à démontrer, on peut supposer que la reconnaissance accrue du patient envers son médecin, l'attrait à la réalisation du geste technique en lui-même, et le soulagement immédiat que peut procurer parfois la mésothérapie, sont autant de moteurs potentiels pouvant expliquer son application en première intention. Ces mêmes motivations sont d'ailleurs dans l'ensemble similaires à l'ensemble des gestes techniques réalisés dans les cabinets libéraux (16) (17).

4.1.3.6. Cas pour lesquels la mésothérapie fut le seul traitement ayant fonctionné:

Les tendinopathies, les cervicalgies avec ou sans irradiation, et les douleurs neuropathiques sont les 3 indications dans l'ordre décroissant les plus citées par les médecins pour lesquelles la mésothérapie fut le seul traitement ayant fonctionné. Cette notion d'«ultime recours» est également retrouvée du côté des patients comme le montre cette étude sur la mésothérapie (18). Les tendinopathies ont été mentionnées 22 fois dans notre travail, surclassant de loin les autres indications. La place de la mésothérapie dans cette pathologie a déjà fait ses preuves dans la littérature (19) (20). Toutefois, l'interprétation de nos données est délicate, les tendinopathies représentent une des plus grandes affections rencontrées par les mésothérapeutes (11). Il aurait été intéressant de pouvoir rapporter la part que représente les tendinopathies, où seule la mésothérapie a été efficace, sur l'ensemble des tendinopathies rencontrées par les mésothérapeutes, et recommencer ce même procédé sur chacune des indications pour dresser, de manière relative et non en valeur absolue, une estimation des pathologies pour laquelle la mésothérapie a particulièrement son intérêt.

4.1.3.7. Matériel utilisé:

La technique manuelle est de loin la méthode la plus convoitée par les mésothérapeutes. Près des $\frac{2}{3}$ l'utilisent exclusivement. Quant aux adeptes des pistolets (37,7 %), ils emploient également la technique manuelle en complément pour 97 % d'entre eux. Cette prédominance est également retrouvée dans d'autres travaux (21). Plusieurs suppositions peuvent être données pour expliquer ce type d'exercice: le prix du pistolet et son entretien, l'absence de formation pratique à son usage durant le DIU, le nombre d'actes de mésothérapie pas assez conséquents pour justifier l'achat du matériel, la mauvaise image du pistolet suite à l'affaire des infections aux mycobactéries en 2006-2007. Toutefois, le pistolet présente quelques avantages comme l'injection à des sites dits «sensibles» (visage, cuir chevelu, doigts, ...), le confort du praticien devant la répétition des gestes, le contrôle précis de la profondeur...

4.1.3.8. Techniques d'injection utilisées:

Au niveau des méthodes d'injections, la technique mixte (IED + IDP) est la plus répandue (79,2 %). De façon générale, l'IED est plus popularisée au niveau superficiel et l'IDP au niveau profond.

Au niveau superficiel, quelques suppositions peuvent être effectuées pour expliquer la notoriété de l'IED face à l'IDS. Le nappage IDS paraît être de prime abord une technique plus compliquée à réaliser pour le praticien et présente une fatigabilité plus importante après une répétition journalière du geste. Pour le malade, l'injection même si elle est minime, peut être perçue comme source de douleur supplémentaire comparée à une simple «griffure» de l'IED. Cet éventuel frein est d'autant plus vrai pour une population particulière (enfants, patient ayant peur des aiguilles, fibromyalgie...) et peut donc faire privilégier l'IED.

Au niveau profond, la nette prédominance de l>IDP au détriment du DHD peut tout simplement être expliquée par la différence de prévalences des pathologies pour lesquelles l'une ou l'autre injection est indiquée. De façon générale, le DHD n'est utilisé que pour des situations restreintes (principalement en mésothérapie ponctuelle systématisée au niveau du rachis), raison pour laquelle elle a été retrouvée minoritaire dans cette étude.

4.1.3.9. Les produits utilisés:

Concernant les molécules utilisées, les principales sont les AINS, les myorelaxants, les anesthésiques et la calcitonine. Cela peut s'expliquer par les indications les plus fréquentes d'utilisation de la mésothérapie qui sont les pathologies de l'appareil locomoteur (11). Ce sont également les molécules les plus utilisées en médecine générale. On peut également remarquer que ce sont des molécules potentiellement remboursées selon la prescription du médecin ou des produits peu chers, donc plus simple à proposer aux patients (environ 5€ la boîte de 5 ampoules de Miorel par exemple).

4.1.3.10. Les effets indésirables:

Les effets indésirables les plus fréquents sont les bouffées de chaleur ou flush et les troubles digestifs, comme cela a déjà été remarqué dans une autre étude (principalement sous calcitonine) (18). Il est à noter que la proportion de médecins ayant eu des effets indésirables chez leurs patients et ceux n'en ayant jamais eu est pratiquement similaire. Aucun effet indésirable grave n'a été remarqué. Ces données vont dans le même sens que les études ENATOME 1 et 2 où l'absence d'effet indésirable est le plus fréquemment remarqué. Les effets indésirables parfois notés sont : la douleur, les hématomes et le flush, comme dans notre étude. (22)

V. CONCLUSION:

En conclusion, cette étude a montré tout l'intérêt de l'obtention du D.I.U. de mésothérapie en montrant les modifications de pratique des médecins, dorénavant plus faibles prescripteurs d'AINS per os. Cette technique est un véritable atout pour le médecin généraliste afin de répondre aux attentes des patients : soulager sans nuire et ce d'autant que les pathologies de l'appareil locomoteur sont un motif très fréquent de consultation en médecine générale.

Le développement de la formation universitaire permettrait d'accroître le nombre de médecins formés en

mésothérapie pour rendre cette pratique plus fréquente.

VI- BIBLIOGRAPHIE

1. Pistor M. Mésothérapie pratique. Elsevier Masson; 1998. 230 p.
2. Coz JL. Traité de mésothérapie : Algologie, rhumatologie, médecine du sport, médecine esthétique, médecine générale. Elsevier Masson; 2011. 362 p.
3. SA N. Société Française de Mésothérapie [Internet]. [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.sfmsotherapie.com/non-adherents/presentation/default.asp?MenuActive=2&CatRef=905>
4. Perrin J-J. Les différentes techniques d'injection en mésothérapie [Internet]. 2008 sept 28; Faculté de médecine de la Pitié-Salpêtrière. Disponible sur: <http://www.sfmsotherapie.com/images/interface/techniquesmesosep08.pdf>
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
6. Aiche C, Djian B. Etre titulaire du DIU de mésothérapie, un gage de qualité en termes d'information pour le patient ? Université Paris VI; 2011.
7. Observatoire de la Médecine Générale. Top 50 des diagnostics les plus fréquents. [Internet]. [cité 26 avr 2018]. Disponible sur : <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>
8. Doctolib. Comment travaillent les médecins généralistes ? [Internet]. 2017. Disponible sur : https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synthese-Etude_MG.pdf
9. Bugeon M. Appréciation de la tolérance et de l'efficacité de traitements par mésothérapie, dispensés pour des pathologies ostéo-articulaires antérieurement traitées par voie orale (à propos de 44 patients de médecine générale) [Internet]. Université Paris VI; 2003. Disponible sur : http://www.sfmsotherapie.com/fichiers/memoires/memoires_paris/diu2004/pathologies_osteoarticulaires.pdf
10. Jacob M-T. Mésothérapie et traitement antalgique et anti-inflammatoire par voie générale dans les manifestations douloureuses des affections dégénératives. Université Paris VI; 2003.
11. Baldy B. La pratique de la mésothérapie en Haute-Vienne: enquête auprès des médecins généralistes [Internet]. Université de Limoges ; 2003. Disponible sur: https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjktumWub_aAhVMD8AKHX7QAzcQFjAAegQIABAU&url=http%3A%2F%2Ffaurore.unilim.fr%2Ftheses%2Fnxfile%2Fdefault%2F5383ca18-89a8-4602-bb57-6d82df39a8f9%2Fblobholder%3A0%2FM2003132.pdf&usq=AOvVaw1q5miM9Q7PSvBr2QP5CpY
12. Radoul L. Importance de la mésothérapie au sein de la médecine générale: enquête auprès de 45 patients caennais [Internet]. Université Paris VI; 2010. Disponible sur : http://www.sfmsotherapie.com/fichiers/memoires/memoires_paris/diu2010/medecinegenerale.pdf
13. Darnoux E. La prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients de plus de 65 ans en médecine ambulatoire [Internet]. Université Lyon 1 ; 2014. Disponible sur : bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/...1785.../THm_2014_COLLEONY_Emilie.pdf
14. Bessone F. Non-steroidal anti-inflammatory drugs: What is the actual risk of liver damage? World J Gastroenterol WJG. 7 déc 2010;16(45):5651-61.
15. Gargiulo G, Capodanno D, Longo G, Capranzano P, Tamburino C. Updates on NSAIDs in patients with and without coronary artery disease: pitfalls, interactions and cardiovascular outcomes. Expert Rev Cardiovasc Ther. Oct 2014 ;12(10) :1185-203.

16. Lecler A-S, Diserbo A. Les freins et motivations des médecins généralistes d'Isère et Savoie à la réalisation d'actes techniques cotés par la classification commune des actes médicaux: sutures, petite chirurgie, et gestes de dermatologie : enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés. Université de Grenoble;
17. Boulard B. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral: Etude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie. 2013.
18. Durantet B. De l'intérêt de la Mésothérapie en Médecine Générale [Internet]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2007. Disponible sur: [http://www.dr-durantet.com/pdf/de-linteret-de-la-mesotherapie-](http://www.dr-durantet.com/pdf/de-linteret-de-la-mesotherapie-en-medecine-generale.pdf)
19. Kac Ohana N, Menkès C. Essai contrôlé du diclofénac injectable en mésothérapie dans le traitement des tendinites. *Rev Rhum.* 1990 ;57 :589–91.
20. Les tendinopathies. Université Paris VI ; 2003.
21. Didierjean M. Etude épidémiologique sur la connaissance et la pratique de la mésothérapie par les médecins généralistes du Gard en 2005. Université Paris VI ; 2005.
22. Mrejen D, Le Coz J. Mésothérapie, le débat. *Rev Prescrire.* décembre 1992;12(124):646–9.

14ÈME CONGRÈS NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE

17 ET 18 NOVEMBRE 2018 - PARIS

EDITORIAL

Notre 14ème Congrès National aura lieu les 17 et 18 novembre 2018, dans les locaux de la Faculté Pitié Salpêtrière à Paris.

Le samedi 18 débutera par une table ronde sur les pathologies du genou : tendinopathies, pathologies dégénératives arthrosiques, entorses, conflits méniscaux et aspects chirurgicaux (ligamentoplastie, prothèses...) avec présentation multidisciplinaire des thérapeutiques.

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

Le dimanche 18 sera consacré aux ateliers pratiques qui se dérouleront comme l'an passé au même endroit que le samedi dans les locaux de la faculté Pitié Salpêtrière, avec l'ensemble des indications de la mésothérapie et des traitements associés : podo-posturologie, vertébrothérapie, strapping et orthèses, ostéopathie, techniques de rééducation du genou et nutrition.

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

Je vous souhaite un très bon congrès.

Jean-Marc Piumi

Président de la Société Française de Mésothérapie

COMITE D'ORGANISATION

Responsable scientifique :-	Dr Jean-Marc Piumi
Responsables techniques : -	Dr Christophe Danhiez
-	Dr Bruno Estève Lopez
-	Mlle Marina Bardou

SAMEDI 17 NOVEMBRE 2018

Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière

Amphi F

8h00 : Accueil des participants.

8h45 : Cérémonie d'ouverture : Dr Jean-Marc Piumi

1ère Session

TABLE RONDE Tendinopathies du genou

Président : Pr Jacques Rodineau

9h00 : Anatomie fonctionnelle du genou.

Pr J.Y. Lazennec

9h20 : Physiopathologie et examen clinique.

Pr J. Rodineau

9h40 : Imagerie du genou

Dr S. Charlon

10h00 : Actualités thérapeutiques des tendinopathies du genou.

Pr J. Rodineau

10h20 : Discussion

10h30 : Pause

Président : Pr Frédéric Khiami

11h00 : Traitements par mésothérapie.

Dr Ch. Danhiez

11h20 : Quand et comment faut-il opérer ?

Pr F. Khiami

11h40 : Rééducation.

Mr O. Dessert

12h00 : Podo-posturologie.

Mr Th. Le Royer

12h20 : Discussion

12h30 : Déjeuner

2ème Session

Présidents : Pr Alain Delarque et Dr Denis Laurens

14h00 : Intérêt de la mésothérapie en post-opératoire des arthroplasties totales du genou arthrosique.

Dr G. Ernst

14h15 : Apport de la mésothérapie dans les prothèses de genou douloureuses chroniques.

Drs K. Gottheff-Soussan et C. Lienart

14h30 : Prise en charge mésothérapique d'une ostéochondrite du genou chez une basketteuse de 12 ans.

Dr Ch. Montagne

14h45 : Prise en charge en mésothérapie des lésions du ligament collatéral du genou chez les sportifs de haut niveau.

Dr Abdulla Alrahoomi

15h00 : Discussion

3ème Session

Présidents : Prs Emmanuel Baulot et Stephane Boisgard

15h20 : Comparaison du traitement par mésothérapie et par ondes de choc dans la prise en charge du syndrome de la bandelette ilio-tibiale

Dr C. Conort

15h35 : Traitement par mésothérapie d'un syndrome douloureux régional complexe post-brûlure du pied chez un pompier de Paris.

Dr C. Folliot

15h50 : Mésothérapie et douleur neuropathique localisée

Dr J-L Lajoie

16h05 : Mésothérapie et acouphènes

Drs E. Bouvet, J-P Di Malta, J. Flori, J-P Hefner, Y. Vacher

16h20 : Discussion

16h40 : Pause

4ème Session

Présidents : Dr Françoise George et Pr Julien Wegrzyn

17h00 : Apport de la mésothérapie dans la prise en charge de la douleur du Syndrome d'Ehlers-Danlos.

Dr V. Blanchard-Marreseau

17h15 : Mésothérapie : une alternative dans le traitement de la coccygodynie ?

Drs L. Paumet-Jamin et C. Prabonnaud-Chay

17h30 : Analyse médico-économique de la prise en charge antalgique de la lombalgie commune par mésothérapie en médecine générale.

Dr M-A. Bonnet

17h45 : Enquête sur la pratique de la mésothérapie par les titulaires du diplôme interuniversitaire

Drs A. Bajard, N. Baouendi, N. Mostefa, C. Nègre, F. Voiry

18h10 : Discussion

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

20h00 : Fin de la première journée

DIMANCHE 17 NOVEMBRE 2018
Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière
105 boulevard de l'Hôpital 75013 PARIS
Ateliers pratiques

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

Médecine Générale : Traitements des douleurs :

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

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

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

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

Ostéopathie : Mr O. De Lagausie (INSEP)

Nutrition : Dr M.F. Oprendeck (INSEP)

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

INFORMATIONS PRATIQUES

Lieu : Samedi 17 novembre ET dimanche 18 novembre 2018

Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière

105, boulevard de l'Hôpital 75013 Paris

Métro : Saint Marcel (ligne 5)

Accès

SNCF : gare d'Austerlitz

Voiture : sur place

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

HEBERGEMENT

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

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

2)- LES HOTELS DE PARIS : chambre double : 159€

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

3)- HOTEL DEVILLAS ** chambre double : 110€, 4 boulevard St Marcel, 75013 PARIS, Tél. : 01.43.31.37.50
info@hoteldevillas.com, www.hoteldevillas.com

4)- HOTEL DE LA DEMEURE *** chambre double : 161€, 51 boulevard St Marcel, 75013 PARIS, Tél. : 01.43.37.81.25, la_demeure@netcourrier.com, www.hotel-paris-demeure.com

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: françoise.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 6 OCTOBRE À BESANÇON, CERM FRANCHE COMTÉ

Hôtel Mercure, Place MICAUD- 3 avenue Edouard Droz - 25000 BESANÇON - 03 81 40 34 34 - 14H30 / 18H

Thème: Mésothérapie du Poignet et de la main,

Intervenant: Dr Jean Michel Coulon en Vidéoconférence.

actualités de la SFM (Dr Yves MALIGE - DR JH COULON)

Organisateur: Dr J H Coulon - jacqueshenricoulomb@gmail.com - 06 67 22 74 03 et Dr Yves Malige - yves.malige@wanadoo.fr

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

PETITES ANNONCES

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

**MÉDECIN GÉNÉRALISTE AVEC UNE ACTIVITÉ DE MÉSOTHÉRAPIE , SOUHAITANT
PRENDRE SA RETRAITE LE 1^{ER} JUILLET 2019.**

cède sa patientèle ,tenue 34 ans, dans une Maison Médicale récente (3 médecins, 3 kinés ,1 infirmière et 1 podologue) village semi-rural banlieue de Lille (patientèle et environnement très agréables)”

Dr Buyssens

32 rue de Verdun 59152 Gruson

Tel: 06 11 62 89 89

Email: lbuyssens001@cegetel.rss.fr

La revue française de Mésothérapie

Numéro 162 - septembre 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



MI | Medical Innovation

*La référence en mésothérapie
depuis 1982*

PISTOR

Une gamme complète de pistolets de Mésothérapie.

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

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

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

*Bénéficiez des tarifs
spécifiques SFM*

Un seul consommable pour une pratique économique!!!



MI | Medical Innovation - Parc de Civité - 48 250 Urianac - France - Tél : +33(0)4.66.48.42.79 - Site : www.mi-medicalinnovation.com



CE 045



DÉ
CO
CO
Thi
Por
Exi
FO
Sol
DO
Ind
Tra
Por
RÉ
Vol
La
Co

Mi
La
Ne
En
mil
Gr
Gr
Ler
En
foe
En
ne
atti
Ce
Eff
Tré
vét
rap
PR
Prc
Cla
(M

F
L

Colthiozid

THIOCOLCHICOSIDE 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 administrée 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

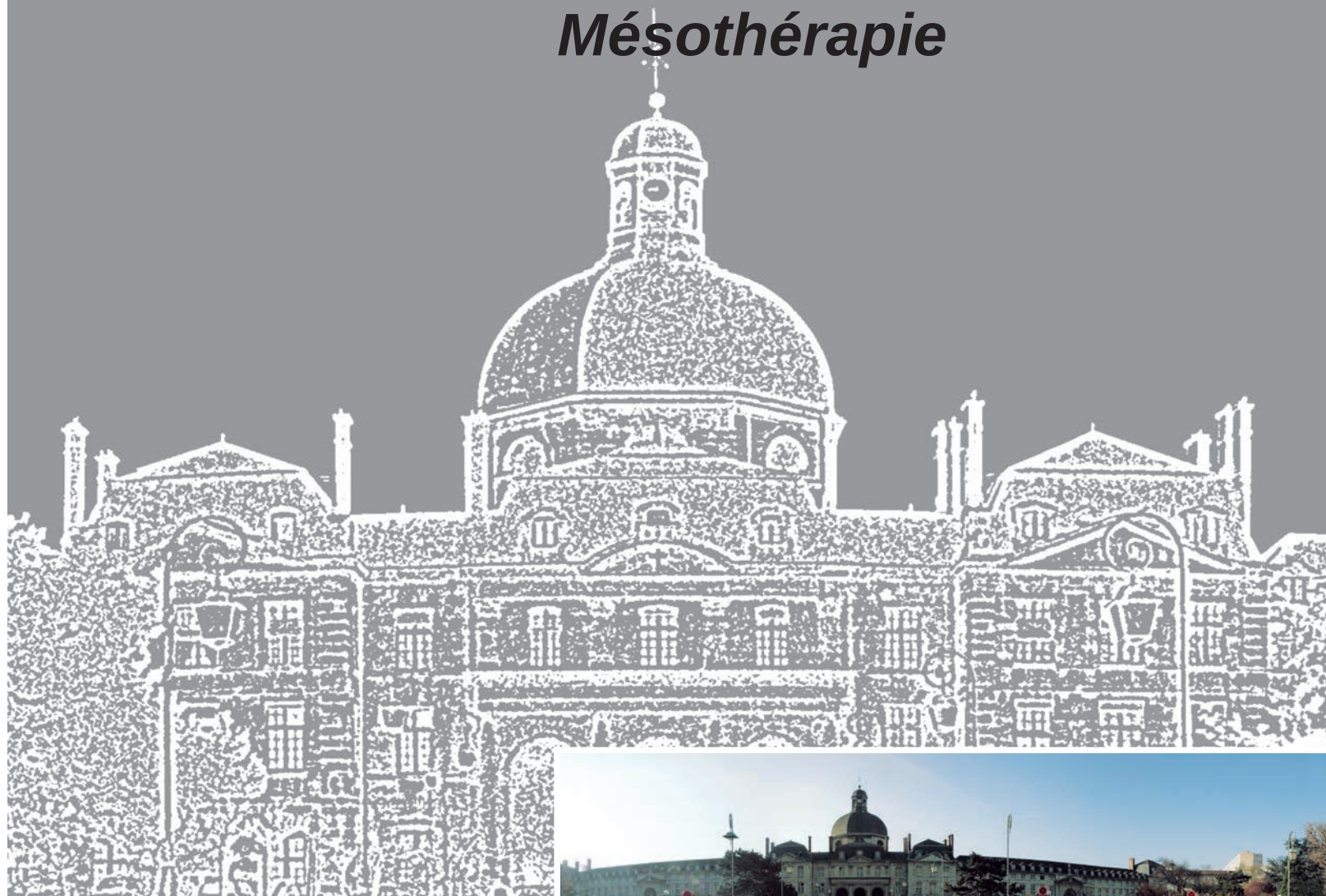
78100 Saint-Germain-en-Laye

Tél : 01 34 51 50 97.

Fax : 01 34 51 49 46

E-mail : pharma2@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