

LA REVUE DE MÉSOTHÉRAPIE

PUBLICATION OFFICIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE

www.sfmesotherapie.com

LA LETTRE DU PRESIDENT Dr Denis Laurens	p. 3
INTERET DE LA MESOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES TENDINOPATHIES DE LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'EPAULE: à propos de 16 cas Dr Simone Dragos, Dr Sylvain Belot	p. 4
ETAT DES LIEUX DE L'INFORMATION ET DE LA PRATIQUE DE LA MÉSOTHÉRAPIE, CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE BRETAGNE Dr Laurence Brindejonc, Dr Fleur Keufer, Dr Frédéric Everard	p. 12
ETUDE D'UNE FRACTURE DE FATIGUE DU BASSIN DANS UN CONTEXTE DE SYNDROME DOULOUREUX PUBIEN AUTOUR D'UN CAS CLINIQUE Noémie Fenech, Michael Hazan, Grégory Zaghdoun	p. 17
PLACE DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES FOOTBALLEURS DE HAUT NIVEAU DU FOOTBALL CLUB DE NANTES. A PROPOS DE 5 CAS. Dr Xavier Menanteau	p. 20
NOTES DE LECTURE	p. 26
RÉUNIONS FMC AGRÉÉES OGDPC, REUNIONS DE CERM	p. 28
DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE MESOTHERAPIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017	p. 29
PETITES ANNONCES	p. 30

N° 155

Mai 2016

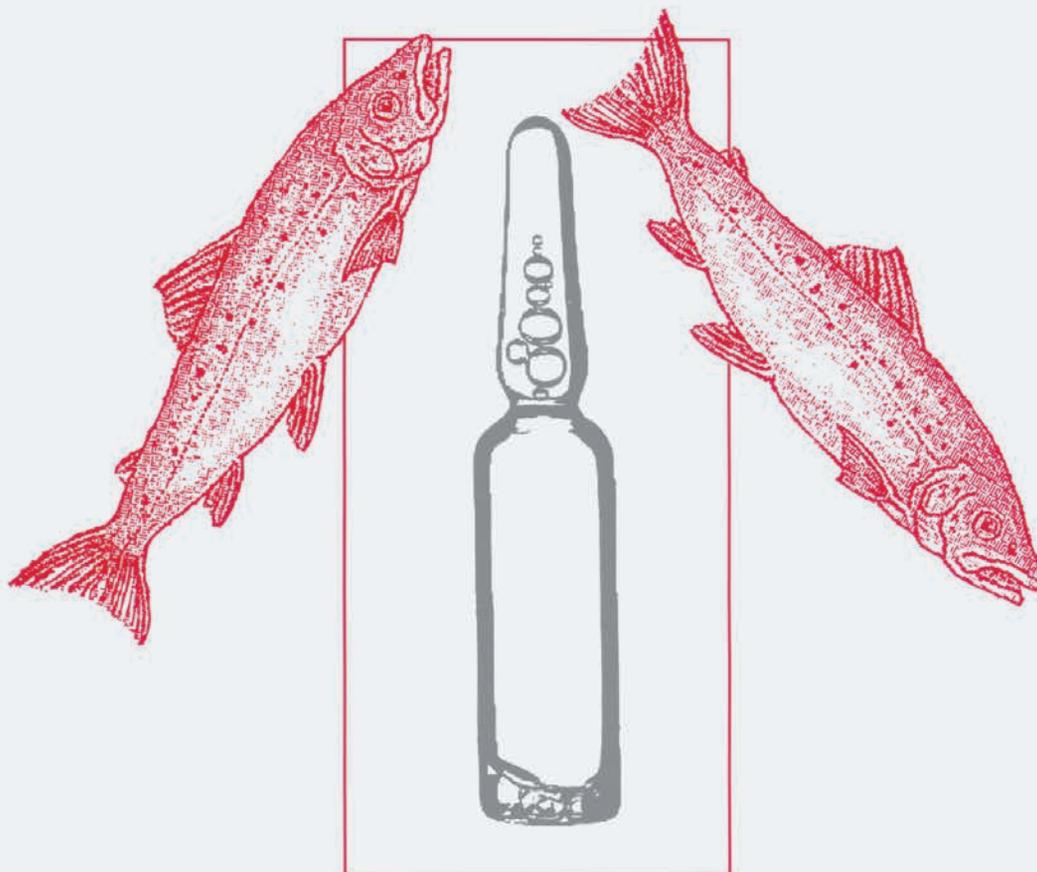
Calcitonine Pharmy II

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

LA LETTRE DU PRÉSIDENT



Denis Laurens

L'année 2016 verra la création d'une nouvelle convention négociée entre la CNAM et les 5 syndicats médicaux représentatifs: la CSMF, la FMF, MG France, le BLOC et le SML. Elle déterminera les modalités d'exercice de notre profession pour les 5 ans à venir d'où l'importance capitale des négociations en cours. Elles ont débutées fin février au siège de la CNAM, j'ai participé en tant que président de l'Union MEP (Union des Médecins à Expertises Particulières, créée par le SML, elle regroupe les principaux syndicats de MEP dont le SNPM, syndicat de la SFM) aux réunions des 16 et 31 mars car pour la première fois les MEP ont leur place dans ces discussions.

La première phase de ces négociations vient de se terminer, elle a consisté en une sorte d'état des lieux de la pratique médicale. Nous allons maintenant rentrer dans le vif du sujet avec la seconde phase, à savoir les revalorisations des honoraires (espace de liberté tarifaire, nouvelle nomenclature au cabinet, majoration selon le type de consultation), la permanence des soins, la réorganisation des forfaits et la valorisation de la CCAM technique.

En ce qui concerne les négociations sur les MEP, l'Union MEP a demandé de prendre comme base de discussion les travaux de la commission MEP créée dans la dernière convention et qui s'est réunie entre 2013 et 2015. A savoir premièrement: officialiser la liste des MEP selon les diplômes reconnus par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (dont deux représentants assistaient aux réunions de la commission), deuxièmement: que l'expertise fasse partie intégrante de la consultation C ou CS, et troisièmement: maintenir l'article 54 de la convention actuelle qui autorise le HN (c'est-à-dire la possibilité de faire une facture à part du complément d'honoraires mais qui n'est pas un dépassement). Je serais à nouveau présent lors de la prochaine réunion conventionnelle portant sur les rémunérations des MEP.

Par ailleurs nous avons déposé un dossier de FST: Formation Spécialisée Transversale. La Direction Générale de la Santé a demandé en 2014 à un groupe d'experts de proposer une nouvelle organisation de la formation initiale ainsi que de la formation tout au long de la vie des spécialités médicales (rapport du Pr Couraud juin 2015). Il ressort de ce rapport que les diplômes actuels vont être remplacés par des DES: Diplômes d'Etudes Spécialisées. La liste des spécialités a été revue et actualisée, quant aux diplômes complémentaires (DIU, DU, etc) ils devront être remplacés par des FST, elles-mêmes rattachées à un ou plusieurs DES. En ce qui nous concerne, la FST de mésothérapie se déroulera toujours sur un an et nous avons demandé qu'elle soit accolée à 4 DES: Médecine Générale, Médecine Physique et de Réadaptation, Chirurgie Orthopédique et Rhumatologie.

Notre autre grand chantier concerne le 14^{ème} Congrès International de Mésothérapie, organisé par la SFM, qui aura lieu les 11,12 et 13 novembre 2016 à la Faculté Pitié Salpêtrière à Paris. Le programme se met en place, chaque pays membre de la Société Internationale de Mésothérapie envoie ses communications au comité scientifique qui donnera ou pas son accord pour la présentation et donc la publication lors du congrès. Le programme définitif sera publié dans le courant du mois de juillet sur le site de la SFM d'abord, puis adressé par courrier début septembre à tous les adhérents de la SFM et des pays membres de la SIM.

Je vous rappelle que ce congrès est agréé FMC par l'OGDPC pour les médecins français et qu'il faut rapidement vous inscrire car les crédits de l'OGDPC devraient être épuisés fin juin. Vous pouvez le faire soit directement sur le site de l'OGDPC soit le site du GEMA.

Je vous souhaite à toutes et à tous de très bonnes vacances d'été ensoleillées.

Denis Laurens

INTERET DE LA MESOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES TENDINOPATHIES DE LA COIFFE DES ROTATEURS DE L'ÉPAULE

À PROPOS DE 16 CAS

Docteur Simone Dragos, Docteur Sylvain Belot

INTRODUCTION

La prévalence des douleurs de l'épaule dans la population générale est de 14% à 20%. Parmi ces douleurs, les atteintes de la coiffe des rotateurs (CR) (tendinopathies et bursites) sont les plus fréquentes. Elles représentent entre 44% et 65% des visites médicales pour un syndrome douloureux de l'épaule.²² Les pathologies de la CR de l'épaule se répartissent entre les tendinopathies spécifiques à chaque tendon: supra-épineux, infra-épineux, sous-scapulaire et les conflits sous-acromio-coracoïdiens (CSAC), qui les favorisent et les aggravent s'ils coexistent avec les premiers.

Les **tendinopathies de la coiffe des rotateurs (TCR)** sont un motif fréquent de consultation en ville. Son incidence augmente avec l'âge, notamment chez les sujets actifs et chez les sportifs, et rentre parfois dans le cadre d'une maladie professionnelle.

Chez les sujets jeunes, les tendinopathies apparaissent sur une coiffe saine et sont dues aux micro-traumatismes lors des activités physiques et sportives intenses ou à un conflit. Chez les sujets âgés, les tendinopathies apparaissent sur une coiffe dégénérative, responsable secondairement d'un décentrage de la tête humérale. Les modes de survenue peuvent être par traction ou surmenage (activités, sport), par frottement ou compression (conflit) ou par contusion (sport).

Les formes cliniques de TCR sont variées, simples non calcifiantes et non rompues, calcifiantes, rompues et/ou associées à une tendinopathie de la longue portion du biceps brachial (BB).

Le traitement classique utilisé est basé sur l'administration des anti-inflammatoires et des antalgiques, associés à un protocole de rééducation fonctionnelle: physiothérapie, kinésithérapie, balnéothérapie et ergothérapie.

L'évolution de ces pathologies est souvent lente et pénible, notamment en cas de coexistence d'un conflit (CSAC), d'où l'intérêt d'une prise en charge conjointe entre le médecin et le kinésithérapeute pour obtenir un bon résultat dans les meilleurs délais. Dans ces cas, les antalgiques par voie orale étant souvent peu efficaces sur la douleur, le recours à la mésothérapie antalgique apparaît comme une option intéressante.

Les objectifs de ce travail sont d'apprécier l'intérêt de la mésothérapie couplée au traitement conventionnel des tendinopathies de la CR de l'épaule, isolées ou

s'intégrant dans le cadre d'un conflit sous-acromial primaire (CSA I), en termes de réduction de la douleur et de la consommation d'antalgiques, d'amélioration de la fonctionnalité de l'épaule et d'introduction plus précoce de la rééducation fonctionnelle.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude prospective recrutant, sur une période de 6 mois, tous les cas de tendinopathies de la CR de l'épaule, simples ou avec un conflit CSA I, qui ont bénéficié, en plus de leur traitement classique, d'un traitement par mésothérapie.

Tous les cas des tendinopathies de la CR de l'épaule, simples ou associées à un CSAC I, avec si possible un diagnostic confirmé à l'échographie ou à l'IRM, évoluant depuis plus de 1 mois, sans traitement chirurgical dans les 3 derniers mois ont été inclus dans ce travail.

Tous les cas ayant des diagnostics différentiels tels que: l'omathrose connue, l'arthropathie acromio-claviculaire (AC), l'arthrose cervicale avec pathologies neurologiques (NCB), les pathologies vasculaires, la capsulite rétractile, les CSA II, la bursite post-traumatique, la paralysie du grand dentelé, les instabilités gléno-humérales, la rupture des tendons de la coiffe des rotateurs (RCR), les pathologies acromio-claviculaires et la tendinopathie calcifiante de CR ont été exclus.

Les cas ont été recrutés en cabinet de consultations de médecine générale en ville, en cabinet de consultation externe hospitalière ou en hôpital de jour (HJ) d'un centre de rééducation fonctionnelle (CRF).

Les cas ont bénéficié d'un traitement médical conventionnel, d'une rééducation de l'épaule d'intensité variable chez un kinésithérapeute en ville ou en CRF et d'un traitement par mésothérapie.

Le protocole du traitement par mésothérapie proposé a été:

- **pour les tendinopathies simples de la CR de l'épaule:**

Techniques mixtes: point par point en intradermique profond (IDP) et intra-épidermique (IED) ou nappage en intradermique superficiel (IDS).

Mélange principal en 4 à 5 points en IDP en regard du tendon:

Lidocaïne 1% 2 cc + Piroxicam 1 cc + Calcitonine 100 UI 1 cc ou Etamsylate 1 cc;

Mélange complémentaire en IED ou IDS en regard du

corps musculaire:

Lidocaïne 1% 1 cc + Thiocolchicoside 1 cc + Magnésium 1 cc ou Etamsylate 1 cc.

Rythme: 3 à 5 séances à un délai d'une semaine. Rééducation fonctionnelle de l'épaule dès que possible.

- **pour les tendinopathies de la CR de l'épaule sur CSA I**, selon le stade 1, de bursite; respectivement, le stade 2, de tendinopathie fibrosante:

Techniques mixtes: point par point en IDP et IED ou nappage en IDS. Trois seringues en cas de stade 1 les 5 séances et, respectivement, en cas de stade 2, les deux premières séances, ensuite 2 seringues:

Mélange principal 1 en 7 à 8 points en IDP en regard de l'insertion des tendons en cas de stade 1 les 5 séances; en cas de stade 2, les deux premières séances:

Lidocaïne 1% 2 cc + Piroxicam 1 cc + Calcitonine 100 UI 1 cc;

Mélange principal 2 en regard du ligament acromio-coroïdien en cas de stade 1 les 5 séances; en cas de stade 2, les deux premières séances:

Lidocaïne 1% 2 cc + Piroxicam 1 cc + Etamsylate 1 cc, ensuite,

Mélange principal 3 en regard du ligament acromio-coroïdien les 3 à 4 séances suivantes:

Conjonctyl 2 cc + Vitamine C 2 cc + Calcitonine 100 UI 1 cc;

Mélange complémentaire 1 en IDS en regard des corps musculaires en cas de stade 1 les 5 séances et, respectivement, en cas de stade 2, les deux premières séances:

Lidocaïne 1% 1 cc + Thiocolchicoside 1 cc à 2 cc + Magnésium 1 cc, ensuite,

Mélange complémentaire 2 en IDS en regard des corps musculaires les 3-4 séances suivantes:

Procaïne 2% cc + Thiocolchicoside 1 cc + Magnésium 1 cc.

Rythme: 5 à 6 séances: J(jour)1, J8, J15, ensuite J30, J45, +/-J 60. Rééducation fonctionnelle de l'épaule dès que possible.

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire renseigné par le patient avant chaque séance ou l'interrogeant lors de chaque séance. Il portait sur les caractéristiques des cas, sur le niveau de l'intensité de la douleur et sur la consommation d'antalgiques. Le bilan de la fonction de l'épaule, la tolérance de la mésothérapie et l'adéquation de cette dernière avec le programme de rééducation de l'épaule ont été appréciés par les médecins au cours de chaque séance.

Paramètres de la qualité du protocole de mésothérapie:

Nous avons conclu à une bonne tolérance de la mésothérapie si absence de contre-indications, s'il y a eu une bonne tolérance de la technique de mésothérapie lors de chaque séance, si absence des effets secondaires (ES) notables, et si le patient a été satisfait.

Paramètres de l'évaluation des effets des traitements:

- L'évaluation des effets des traitements a été réalisée en comparant les données recueillies en début (B0) et en fin du traitement par mésothérapie (B1).

- L'évaluation de l'intensité de la douleur a été réalisée à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA sur 10) et classée en: douleur d'intensité faible: 1-3; moyenne: 4-6 ou forte: 7-10. L'évaluation de la diminution de l'intensité de la douleur a été calculée par la différence entre la douleur sur EVA entre le B1 et le B0.

- La consommation des antalgiques a été enregistrée lors de chaque séance et son évolution a été comparée entre le B1 et le B0.

- L'évaluation fonctionnelle de l'épaule (mobilités passives et actives et leurs amplitudes, force musculaire) a été réalisée lors de chaque séance et son évolution a été comparée entre le B1 et le B0.

Les critères d'efficacité des traitements, à la fin des séances de mésothérapie, ont été définis comme suit:

Efficacité sur la douleur: Nous considérons avoir obtenu un bon résultat si, l'intensité de la douleur en fin du traitement est inférieure à 5 et/ou une diminution de l'intensité de la douleur supérieure ou égale à 2 (EVA).

Nous considérons avoir obtenu un résultat insatisfaisant si la douleur en fin du traitement est supérieure ou égale à 5 et/ou diminution de la douleur inférieure à 2 (EVA).

Efficacité sur la consommation d'antalgiques: Nous avons considéré les traitements efficaces si une diminution de leur consommation globale a été constatée.

Efficacité sur la fonction de l'épaule : Nous avons considéré les traitements efficaces si les mobilités passives et actives de l'épaule sont devenues normales en fin de traitement ou si nous avons observé une amélioration nette des mobilités et de leurs amplitudes articulaires puisque la rééducation était encore en cours.

L'adéquation du traitement de mésothérapie avec le programme de rééducation fonctionnelle a été un point particulièrement suivi lors de ce travail.

Une **appréciation générale** a synthétisé les résultats de cette évaluation comme suit:

L'effet global des traitements a été jugé bénéfiquesi: la douleur B1 est inférieure à 5, diminution de la douleur supérieure ou égale à 2 (EVA); diminution de la consommation d'antalgiques par voie orale; mobilités actives au B1 normales ou nettement améliorées; amélioration des mobilités actives; adéquation de la mésothérapie avec la rééducation fonctionnelle;

L'effet global des traitements a été jugé insuffisant si: la douleur B1 est supérieure ou égale à 5, diminution Douleur est inférieure à 2 (EVA); mais diminution consommation antalgiques par voie orale; mo-

La revue de Mésothérapie

bilités actives au B1 limitées mais en amélioration. ; adéquation de la mésothérapie avec la rééducation fonctionnelle (Cf. Fig.1 Algorithme).

Enfin, trois types **d'évolution** des cas ont été identifiés, au regard des résultats de cette évaluation et, en l'occurrence, trois conduites différentes ont été adoptées dans la suite de la prise en charge:

Guérison, si lors de l'évaluation finale le patient était sans douleur ou avait une douleur faible inférieure ou égale à 3 (EVA) avec une épaule fonctionnelle normale.

Amélioration nette, si le patient souffrait encore d'une douleur moyenne, supérieure à 3 et inférieure à 5 (EVA), mais avait observé une diminution de la douleur supérieure ou égale à 2 (EVA) et si les mobilités actives de l'épaule ont été nettement améliorées. Pour ces patients, nous avons décidé de se laisser un délai supplémentaire, de revoir le patient à 30 J et de poursuivre le traitement en insistant sur les traitements associés.

Légère amélioration, si le patient souffrait encore d'une douleur moyenne supérieure ou égale à 5 (EVA) et avait observé une diminution insuffisante de sa douleur, inférieure à 2 (EVA) ou les mobilités actives étaient encore limitées par la douleur. Dans ces cas, en absence d'amélioration nous avons remis en cause le diagnostic et décidé de reprendre l'interrogatoire, l'examen clinique et la prescription des examens complémentaires, afin de réajuster ou prolonger le traitement.

Ces types d'évolution ont été considérés **favorables**. (Cf. Fig.1 Algorithme).

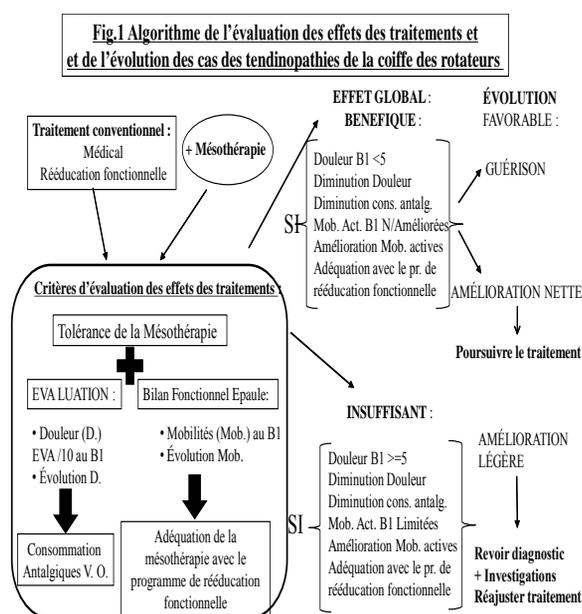


Fig.1

DONNEES DES CAS

Analyse des données de l'ensemble des cas.

Nous disposons des données de 16 cas de tendinopa-

thies de CR de l'épaule, simples ou associées à un CSA I, recrutés en cabinet de consultations de médecine générale en ville (8), en cabinet de consultation externe hospitalière (4) ou en hôpital de jour (HJ) d'un centre de rééducation fonctionnelle (CRF) (4).

Description démographique et clinique des cas:

Les femmes représentent plus de la moitié des cas (56%). L'âge moyen est compris entre 40 et 60 ans. 81% des cas ont une ou plusieurs activités à risque: 31% un sport (5) ; 31% l'activité professionnelle (5) ; 37% les activités domestiques (6); 6% béquillage (1).

Tous les cas avaient une atteinte du sus-épineux; 19% d'entre eux avait aussi une atteinte du sous-épineux (3) et 19% une atteinte du sous-scapulaire (3). Presque la moitié des cas (44%) avait une atteinte de l'insertion haute du biceps brachial associée (7). Un CSA I coexistait pour la moitié des cas (8). Tous souffraient depuis plus d'un mois et étaient en phase aiguë.

Tous les cas ont bénéficié d'un traitement par mésothérapie couplé au traitement conventionnel médical et rééducatif, 81% des cas consommaient des antalgiques oraux. 3 à 6 séances ont été réalisées, selon le cas, à l'intervalle d'une semaine d'intervalle, ensuite de deux semaines, soit 4,2 séances en moyenne.

Description initiale des cas selon les paramètres d'efficacité des traitements:

Près d'un tiers (31%) accusait une douleur d'intensité forte (7-10) et plus de deux tiers (69%) moyenne (4-6) à l'évaluation initiale (B0). La moyenne de l'intensité de la douleur initiale était de 5,9 (EVA).

81% des patients consommaient des antalgiques oraux de palier 1, 2 ou 3 (13), dont 2 d'entre eux avait déjà bénéficié d'infiltration locale de corticoïdes.

Les mobilités passives étaient pour tous dans les limites de la normale. Le testing des tendons était positif pour tous. Pour la moitié des cas les tests de conflit étaient positifs. Les mobilités actives ont été limitées par la douleur pour trois quarts des cas (12). Aucun déficit musculaire n'a pas été mis en évidence.

RÉSULTATS

Description des résultats sur la qualité du protocole de mésothérapie:

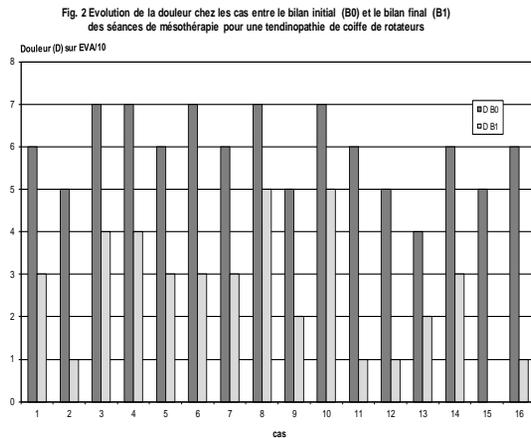
Aucun cas n'a eu de contre-indication. Tous les cas ont bien toléré la mésothérapie, sans effet secondaire notable. Tous les patients ont été satisfaits.

Description des résultats de l'évaluation des effets des traitements:

Au terme des séances de mésothérapie, trois quarts des cas se présentaient: soit sans douleur (1), soit avec une douleur d'intensité faible (1-3) (11) et un quart de cas avait une douleur d'intensité moyenne (4-6) (4). La moyenne de l'intensité de la douleur finale a été de 2,6 (EVA).

Concernant l'intensité de la douleur, le résultat a été considéré bon pour 87,5% des cas (douleur < 5) (14)

et insatisfaisant (douleur = 5) pour 12,5% des cas (2). L'intensité de la douleur a diminué de 3,4 points en moyenne (Cf. Fig. 2. Graphique), soit un soulagement moyen de plus de la moitié de l'intensité de la douleur (58%).



Parmi les 13 patients qui consommaient des antalgiques par voie orale, tous ont observé un effet favorable, dont plus de trois quarts (77%) ont diminué significativement la dose et près d'un tiers (23%) les ont arrêtés. Parmi les 12 cas initialement limités en actif par la douleur, 83% ont eu une bonne évolution des mobilités actives (10), dont 70% amélioration nette des mobilités actives et 33% normalisées; 12,5% des cas ont observé une légère amélioration des mobilités actives (2). Pour tous les cas le traitement de mésothérapie a été en adéquation avec le programme de rééducation fonctionnelle de l'épaule.

Le taux d'effet global bénéfique des traitements des tendinopathies de la CR de l'épaule a été de 88% (14/16). L'effet a été considéré comme insuffisant pour 12% des cas (2/16).

Il est à noter que chez les sportifs, l'effet global bénéfique a été observé pour 100% des cas (5/5); mais, chez les personnes âgées de plus de 60 ans, seulement pour la moitié des cas (2/4).

L'évolution a été favorable dans tous le cas: pour 44% des cas vers une guérison (7), 44% vers une amélioration nette (7) et 12% vers une légère amélioration (2) (Cf. Fig. 3 Tableau).

Analyse séparée des données des cas des tendinopathies simples et des données des cas ayant un CSA I associé et comparaison des deux groupes

Cette analyse a été réalisée sur les mêmes critères (Cf. Fig. 3 Tableau). Quelques différences ont été observées entre les deux groupes.

Les tendinopathies simples ont bénéficié de 3,6 séances en moyenne; pour celles sur un CSA I, plus de séances ont été nécessaires, 4,8 en moyenne.

Les deux groupes ont enregistré une diminution de l'intensité de la douleur, mais elle a été plus faible (moins

d'1 EVA en moyenne) pour les cas ayant un CSA I, par rapport aux cas simples.

L'arrêt d'antalgiques a été constaté pour la moitié des cas des tendinopathies simples; le reste des cas ont pu diminuer leur consommation.

Une limitation initiale de la fonctionnalité active a été enregistrée pour la moitié des tendinopathies simples et pour tous les cas sur un CSA I. Son amélioration a été obtenue dans des proportions similaires (75%, respectivement 88%).

Au total, un effet global bénéfique des traitements a été obtenu dans la plupart des cas, dans les deux groupes (88%).

Enfin, en termes de l'évolution de cas, nous avons constaté que la guérison a été plus fréquente pour les tendinopathies simples (63%); pour les tendinopathies sur un CSA I nous avons observé le plus souvent une nette amélioration (63%).

Fig. 3

DISCUSSIONS

Ce travail, visant à apprécier l'intérêt de la mésothérapie au sein d'un protocole médical et de rééducation fonctionnelle, dégage quelques points forts.

Parmi les cas rencontrés en ville et dans différentes structures de soins, pour lesquelles un traitement par mésothérapie a pu être proposé, nous avons choisi la pathologie la plus représentée. Ainsi, le recrutement des cas a été réalisé au sein d'un échantillon se rapprochant, autant que possible, des caractéristiques de la population générale.

Concernant la qualité du protocole de mésothérapie, nous avons constaté l'innocuité de ce traitement. Par ailleurs, la prise en charge habituelle n'a pas été perturbée par les séances de mésothérapie.

Nous pouvons conclure que l'effet de ces traitements toujours a été bénéfique sur la douleur, avec un meilleur contrôle de celle-ci, et a permis de réduire l'utilisation des antalgiques par voie orale (le palier ou la dose). Ceci est particulièrement intéressant, notamment pour les personnes âgées, présentant souvent des comorbidités, des contre-indications, des effets indésirables ou des intolérances à ces traitements.

Parmi les cas ayant initialement une limitation fonctionnelle en actif de l'épaule, 83% ont observé une amélioration de cette fonction, alors que la rééducation fonctionnelle était en cours. Nous pouvons penser que cet effet est imputable en partie à la mésothérapie.

Nous avons noté un effet global bénéfique de ces traitements pour 88% des cas, ce qui est très encourageant. L'évolution des cas a toujours été favorable : guérison (44 %), amélioration nette (44%) ou légère (12%). La guérison a été plus fréquente pour les tendinopathies simples et que pour celles sur un CSA I, celles-ci étant le plus souvent en nette amélioration.

Cependant ce travail comporte aussi quelques limites

méthodologiques, dont il convient de tenir compte.

Le nombre de cas limité ne lui permet pas d'être représentatif.

Les patients ont été inclus dans un protocole de mésothérapie en parallèle de leur parcours de rééducation fonctionnelle et de soins habituels. Ils ont été impliqués dans le protocole de soins et ils étaient avides de propositions thérapeutiques. Tous les patients auxquels une prise en charge par mésothérapie a été proposée l'ont acceptée. De plus, ils ont été assidus dans le protocole de mésothérapie proposé. Par ailleurs, cela suggère aussi un « biais de sélection » des cas.

Il n'a pas été possible d'isoler l'effet de la mésothérapie par rapport aux autres traitements. En effet, il paraît difficile de pouvoir ressortir les bienfaits de la mésothérapie, lorsque celle-ci n'est pas évaluée indépendamment des autres techniques de soins. Les effets de ces « facteurs de confusion » n'ont pas pu être écartés, ce qui limite la valeur de ce travail par un « biais de confusion ».

Compte-tenu de la contrainte de temps, la mise en place d'une étude cas-témoins n'a pas été possible, notamment en termes de méthodologie et de temps requis pour le suivi des cas. La période des séances de mésothérapie a été étalée sur 2 mois au maximum, alors que les effets de la rééducation fonctionnelle apparaissent plus tardivement. Pour cette raison, la plupart des cas était encore en cours de rééducation fonctionnelle à la fin de ce travail. Ceci introduit un « biais chronologique ».

Enfin, pour les 2 cas ayant eu un effet global des traitements jugé insuffisant, une séance supplémentaire a pu être encore proposée. Sans amélioration par la suite, nous avons prévu de rechercher une autre atteinte de l'épaule associée. En raison d'absence des radiographies pour certains cas et s'agissant des cas de plus de 60 ans, nous pensons qu'une omarthrose et/ou une rupture partielle de tendons de coiffe (RCR) sont d'abord à exclure (pour lesquels les effets de la mésothérapie sont plus modestes). D'autres investigations sont nécessaires pour confirmer ou préciser le diagnostic, prolonger ou réajuster le traitement. Par ailleurs, si ces diagnostics se confirmaient, ces 2 cas auraient dû être exclus, ce qui nous fait penser ici à un « biais de recrutement ».

D'autres travaux, dans des mémoires précédents, avaient utilisé une méthodologie plus rigoureuse pour pouvoir avancer des résultats davantage interprétables. Mais ici, il s'agissait d'observer la possibilité d'inclure la mésothérapie dans des programmes de rééducation ayant déjà fait preuve d'efficacité.

Les résultats obtenus sont en accord avec les travaux déjà menés, ce qui donne une bonne cohérence externe à ce travail. Nous renforçons ainsi le niveau d'évidence que chaque médecin s'attend de connaître sur l'utilisation de la mésothérapie dans le choix thérapeutique des tendinopathies de CR de l'épaule.

CONCLUSION

Ce travail montre un bénéfice de l'association du traite-

ment par mésothérapie au traitement conventionnel des tendinopathies de la CR de l'épaule, simples ou sur un CSA I, en raison de l'innocuité de cette technique et d'un meilleur contrôle de la douleur, favorisant ainsi la récupération de la fonction de l'épaule.

Par ailleurs, nous avons observé que l'association de la mésothérapie accompagne et améliore la rééducation fonctionnelle, de manière plus précoce et plus efficace, réduisant vraisemblablement la durée de prise en charge habituelle.

Il nous paraît donc bénéfique actuellement de proposer la mésothérapie en complément du traitement médical et de la rééducation fonctionnelle de l'épaule pour les cas des tendinopathies de la CR de l'épaule, qu'elles soient simples ou associées à un CSA I.

Les résultats encourageants de ce travail pourraient être vérifiés par une étude prospective de cohorte randomisée en double aveugle ou par une étude rétrospective cas-témoins, réalisée sur un nombre suffisant de patients, en utilisant le questionnaire déjà testé et ce jusqu'à la fin du programme de rééducation fonctionnelle.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Balg F. – Tendinopathies de l'épaule : un éventail des pathologies – Conférence L'Appareil Locomoteur, Université de Sherbrooke, sept. 2006

Biron F. – Pathologies canalaires, abarticulaires et mésothérapie – Rhumatologie – Huitième séminaire - DIU mésothérapie 2014-2015

Bonnet C., Laurens D., Perrin J.J. – Guide pratique de mésothérapie - Elsevier Masson, 2008: 30-31; 62-68; 338-339; 356-360, 392-399, 412-415

Brunet-Guedj E, Moyen B, Genety J. – Tendinites de l'épaule – Médecine du sport Masson Juin 2000 : 94-95

Chanussot J.C., Danowski R. G. – Traumatologie du sport – Abrégés, Elsevier Masson, 2012: 1-71

Collin Ph. – Pathologie de la coiffe de rotateurs de l'épaule: www.orthopédie-et-readaptation.com

De Lecluse J. – Les conflits de l'épaule – Pathologies du membre supérieur – Quatrième séminaire - DIU mésothérapie 2014-2015

De Lecluse J. – Les tendinopathies du sportif – Journal du traumatologie du sport -Masson – 1996 13, N. 4 bis:2-8

Issartel J.M. – Les douleurs de l'épaule et la mésothérapie – Mésothérapie – SPASMagazine N 23 sept/oct 2007

Ghoslane L. – Epaule micro-traumatique du sportif – Cours Traumatologie du sport INSEP – Capacité de Médecine et de Biologie du Sport Paris 2013-2014

- Khiami F. – Tendinopathies de l'épaule – Pathologies du membre supérieur – Quatrième séminaire - DIU mésothérapie 2014-2015
- Laboratoire de rhumatologie appliquée – La pathologie de la coiffe des rotateurs: www.labrha.com
- Laurens D – Intérêt de la mésothérapie dans le traitement du conflit sous-acromial - La revue de la SF de mésothérapie N 112, juillet, 2001: 15-18
- Laurens D.- Tendinopathies et mésothérapie - La revue de mésothérapie N. 115, sept 2002:26-28
- Laurens D., Gazielly D. - Traitement de la ténosynovite du biceps brachii par mésothérapie - À propos de 61 cas
- Laurens D.- Traitement mésothérapeutique de l'épaule – 22ème journée de Mésothérapie – Bordeaux – 31 janv 2009
- Laurens D. – Traitement des pathologies de l'épaule par mésothérapie – Pathologies du membre supérieur – Quatrième séminaire - DIU mésothérapie Paris 2014-2015
- Le Coz J. – Traité de mésothérapie - Elsevier Masson, 2009
- Pistor M. – Mésothérapie pratique, Abrégés, Elsevier Masson, 1998
- Marc T. et al. - Rééducation d'une épaule douloureuse, faire simple ou compliqué ?) Revue du rhumatisme monographies 77-2010
- Mortamais J. – Pourquoi utiliser les calcitonines en mésothérapie - La revue de la SF de mésothérapie N 106, juillet, 1999: 8-9
- Marc T., Gaudin T., Teissier J., Bonnel. F. – Pathologies de la coiffe des rotateurs et TMS – Rééducation de l'épaule non-opérée - SF de Rééducation de l'Epaule – www.sfre.org
- Thoreux P. – Instabilités de l'épaule – Cours Traumatologie du sport INSEP – Capacité de Médecine et de Biologie du Sport Paris 2013-2014

La revue de Mésothérapie

Fig. 3 Tableau comparatif des cas des tendinopathies de la CR de l'épaule	Ensemble des cas		Simples		Sur CSA I	
	N=16	Effectif ; % ou moyenne	N=8	Effectif ;% ou moyenne	N=8	Effectif ;% ou moyenne
ANALYSE DESCRIPTIVE DES CAS:						
Sexe :	16		8		8	
H	7	44%	3	37%		4 50%
F	9	56%	5	63%		4 50%
Classe d'âge :	16		8		8	
<=40	3	19%	3	37%		0 0%
40-60	9	56%	3	37%		6 75%
>=60	4	25%	2	25%		2 25%
Activités à risque:	16		8		8	
-sport	5	31%	2	25%		3 37%
-act. prof.	5	31%	1	12,5%		4 50%
-act. dom.	6	37,5%	3	37%		3 37%
- béquillage	1	6%	1	12,5%		0 0%
Localisation tendinopathies :	16		8		8	
- Sus-épineux	16	100%	8	100%		8 100%
- Sous-épineux	3	19%				3 37%
- Sous-scapulaire	3	19%				3 37%
- Long chef du biceps brachial associé	7	44%	4	50%		3 37%
Traitement suivi :	16		8		8	
-Médical :	16	100%	8	100%		8 100%
dont, antalgiques voie orale,	13	81%	6	75%		7 87,5%
dont, infiltrations loc. corticoïdes retard	2	12%	0	0%		2 25%
- Rééducation fonctionnelle	16	100%	8	100%		8 100%
- Mésothérapie :	16	100%	8	100%		8 100%
N. moyen séances mésothérapie		4,2		3,6		4,8
Evolution au B0	16		8		8	8
Intensité My initiale (EVA)	16	5.9	8	5.9		8 6.0
Classe Dleur initiale forte (EVA 7 à 10)	5	31%	2	25%		3 37%
Classe Dleur initiale moyenne (EVA 4 à 6)	11	69%	6	75%		5 62%
Mobilité active sde l'épaule: classe limité àB0	12/16	75%	4/8	50%	8/	8 100%
Analyse des traitements au B1	16		8			8
Douleur moyenne: Intensité (EVA)	16	2.6	8	2	8	8 3.1
Classe sans douleurs	1	6%	1	12.5	0	0 0%
Classe douleur faible	11	69%	4	50%	2	2 25%
Classe douleur moyenne	4	25%	3	37%	6	6 75%
Résultats sur l'intensité de la dleur en B1						
bon	14	87.5%	7	87%		7 87%
insuffisant	2	12.5	1	12.5%		1 12.5%

La revue de Mésothérapie

Evolution consommation antalgiques peros	13	100%	6	100%		7	100%
diminution antalgiques	10	77%	3	50%		7	100%
Arrêt antalgiques	3	23%	3	50%		0	0%
Mobilité active de l'épaule limité au B1	9/16	56%	3/8	37,5%		6/8	75%
Evolution mobilité active B1/B0	12		4			8	
Satisfaisante	10	77%	3	75%		7	88%
Nette	7	77%	2	75%		5	71%
Normalisation	3	23%	1	25%		2	29%
Légère	2	12.5%	1	25%		1	12,5%
Adéquation avec la Rééducation Fonctionnelle	16	100%	8	100%		8	100%
Effet bénéfique global	14/16	88%	7	88%		7	88%
Évolution favorable des cas :	16	100%	8	100%		8	100%
-Guérison	7	44%	5	63%		2	25%
-Amélioration nette	7	44%	2	25%		5	63%
-Amélioration légère	2	12%	1	12%		1	12

ETAT DES LIEUX DE L'INFORMATION ET EVENTUELLEMENT DE LA PRATIQUE DE LA MÉSOTHÉRAPIE, CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE BRETAGNE

BRINDEJONC Laurence, médecin généraliste,

KEUFER Fleur, médecin généraliste,

EVERARD Frédéric, médecin généraliste,.

INTRODUCTION

La mésothérapie est une technique médicale mise au point en 1952 par le médecin français Michel Pistor. Elle est définie par la Société Française de Mésothérapie comme des injections locales et très superficielles de doses faibles de médicaments à l'endroit où les troubles et la douleur sont ressentis.

La mésothérapie présente de nombreuses indications: traitement de la douleur, ainsi qu'une constellation de traitements allant du traitement des acouphènes à celui du zona.

Lors de notre exercice de médecin généraliste où parfois nous sommes dans l'impasse thérapeutique, nous nous sommes rendus compte que la mésothérapie pouvait être une alternative extrêmement intéressante. Cependant peu de confrères autour de nous semblent exercer cette pratique.

L'objectif de notre étude est d'évaluer l'état de l'information et éventuellement de la pratique de la mésothérapie chez nos confrères médecins généralistes de Bretagne.

MESOTHERAPIE: CRÉATION ET RECONNAISSANCE

En 1989, le Docteur Mrejen crée à la faculté de Marseille, le diplôme universitaire de mésothérapie.

En 2001, l'ANAES reconnaît la place de la mésothérapie dans le traitement de la douleur, puis l'acte de mésothérapie est reconnu par la CNAM, ce qui permet au patient d'accéder à un remboursement.

Cette reconnaissance a permis la création du DIU en juin 2002. Ce Diplôme est reconnu par le conseil de l'ordre des médecins en 2003, ce qui autorise l'affichage du titre sur la plaque ainsi que les documents médicaux. [1]

L'acte de mésothérapie est un acte technique médical, reconnu par la CNAM, par l'ONM, par l'HAS et par certaines mutuelles. Il fait partie de la classification commune des actes médicaux (CCAM), sous le code ANLB003: «séance de mésothérapie à visée antalgique», mais n'a pas donné lieu pour l'instant à une

tarification et est codifié comme acte non remboursable par la sécurité sociale. [2]

METHODOLOGIE

Pour réaliser cette étude, nous avons suivi le guide publié par l'ANAES (audit clinique : bases...) [3], afin de concevoir une grille d'évaluation comportant 9 questions.

L'étude s'est déroulée de façon prospective sur une période de deux mois consécutifs, février et mars 2015.

Nous avons envoyé 120 questionnaires à des médecins généralistes de Bretagne, de façon anonyme et aléatoire.

RESULTATS

Sur les deux mois d'études, nous avons rassemblé 51 questionnaires.

Seul un questionnaire n'était pas exploitable.

En moyenne les médecins généralistes de l'échantillon ont 50,7ans.

61% des médecins interrogés sont des hommes.

On retrouve que 71% des médecins sont installés avant l'an 2000.

53% exercent en semi-rural, 12% en rural et 35% en zone urbaine.

92% des médecins interrogés déclarent connaître la mésothérapie.

86% des médecins interrogés déclarent en connaître le principe.

Sur les 50 médecins, 41 déclarent connaître les indications:

37 en traumatologie, 12 en dermatologie, 39 en rhumatologie et 6 autres indications.

9 médecins pratiquent la mésothérapie.

Les 41 médecins qui ne pratiquent pas la mésothérapie, ne l'exercent pas pour les raisons suivantes:

- manque de temps pour 28%,
- manque de temps et d'information pour 28%,
- manque de temps et peur des risques médico-légaux pour 13%,
- manque de temps, manque d'information et peur des risques pour 9%,
- manque d'information pour 22%.

78% des médecins n'exercent pas la mésothérapie par manque de temps.

Un seul médecin sur les neuf médecins exerçant la mésothérapie est titulaire du DIU.

66% des médecins ne sont pas informés que l'acte de mésothérapie est reconnu par la CNAM.

84% des médecins interrogés pensent que la mésothérapie a un intérêt thérapeutique.

ANALYSE ET DISCUSSION

a) Echantillon

Les médecins interrogés ont en moyenne 50 ans. Ils sont représentés à 61% par des hommes.

53% exercent en semi-rural et 71% étaient installés avant l'an 2000.

En 2014, le tableau de l'ordre des médecins recense en France 90630 médecins généralistes en activité, tous modes d'exercice confondus. Agés en moyenne de 51 ans, les médecins généralistes sont représentés à 57% par des hommes. 25,8% sont âgés de plus de 60 ans. [4] 8 médecins titulaires du DIU de mésothérapie sont recensés en Bretagne. [4]

Dans notre échantillon de médecins bretons, seuls 9 médecins pratiquaient la mésothérapie et 1 seul était titulaire du DIU de mésothérapie.

b) Résultats

Plus de 80 % des médecins interrogés déclarent connaître la mésothérapie, 96% déclarent connaître la mésothérapie et 86% son principe thérapeutique.

Pour ceux-ci les indications sont surtout à visées traumatologique et/ou rhumatologique (92% traumatologie, 97% rhumatologie).

Malgré ces chiffres, seulement 18% pratique la mésothérapie, les raisons sont essentiellement le manque de temps et/ou d'information (28% par manque de temps et 28% par manque de temps et d'information)

84% des médecins interrogés pensent que la mésothérapie est un avantage dans l'arsenal thérapeutique mais seulement 49% de ceux qui ne la pratiquent pas orientent vers un confrère mésothérapeute.

Les données mettent en évidence l'intérêt des médecins pour la pratique de la mésothérapie qu'ils intègrent à l'arsenal thérapeutique de la prise en charge des pathologies musculo-tendineuses et ostéo-articulaires.

Les éléments limitant son utilisation semblent être le manque de temps et d'information.

Nous allons faire un état des lieux des connaissances de l'information du corps médical sur la mésothérapie et de ses inconvénients mais aussi proposer des voies de sensibilisation et d'amélioration à la pratique de la mésothérapie.

c) Manque de temps des médecins généralistes, données démographiques

De nombreuses études pointent du doigt le manque de temps des médecins libéraux quelle que soit leur spécialité.

L'étude de la DREES sur les emplois du temps des médecins généralistes, publiée en mars 2012 met l'accent sur la durée de travail des médecins, environ 53 à 60 heures par semaine, avec pour 26% d'entre eux les tâches de secrétariat à effectuer. [5]

Ce même organisme indiquait en 2008 un taux de féminisation de 31,6 % parmi les généralistes libéraux et mixtes, installés et remplaçants. D'après les estimations de la DRESS, les femmes seront plus nombreuses que les hommes parmi les médecins installés en activité en 2020. [6]

Une récente synthèse de l'IRDES a évalué à 54,6 heures le temps de travail hebdomadaire moyen des généralistes, temps d'astreinte, de formation continue et de tâches administratives inclus. [6]

La CNOM indique un âge moyen de 50 ans chez les médecins généralistes ce qui traduit une dynamique de vieillissement de la profession de médecin. [4]

Dans ce contexte de charge de travail hebdomadaire importante tant sur le plan clinique qu'administratif, il est primordial de développer un accès simple, fiable et indépendant à l'information sur la mésothérapie.

d) Place de la Mésothérapie en France

En France, seuls des médecins, peuvent légalement pratiquer la mésothérapie.

Celle-ci fait maintenant partie de la classification commune des actes médicaux mais elle n'est pas encore tarifée. Les actes de mésothérapie à visée esthétique sont classés dans la catégorie de confort et ne peuvent donc faire l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Il est difficile d'estimer le nombre de médecins pratiquant la mésothérapie. En 2008, la SFM regroupait 880 médecins. Le conseil de l'Ordre national des médecins répertorie sur son site 400 médecins avec le titre autorisé «DIU de mésothérapie». [4]

Selon le baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 INPES, issu d'une enquête réalisée auprès de 2057 médecins généralistes exerçant en mode libéral, la mésothérapie concerne plus d'un tiers des praticiens. [8]

Par ailleurs, le chiffre de 15000 à 20000 médecins pratiquant la mésothérapie est souvent annoncé. [9]

Ce chiffre impliquerait que la majorité des médecins pratiquant la mésothérapie n'ont pas suivi le DIU.

En ce qui concerne la mésothérapie à visée esthétique, l'annuaire des médecins membres de l'AMME répertorie 196 médecins. [10]

Actuellement, le nombre important de médecins exerçant la mésothérapie sans avoir de formation validée, les risques infectieux liés à l'effraction cutanée et l'insuffisance d'études rigoureuses d'évaluation de l'efficacité de la mésothérapie afin d'estimer le bénéfice/risque peuvent mettre en difficulté la poursuite de cette pratique.

e) Travaux sur la mésothérapie, effets indésirables

Les travaux évaluant la mésothérapie sont rares. Plu-

sieurs articles relatent la survenue d'effets indésirables. Les effets secondaires les plus fréquents sont des douleurs, des hématomes, des nausées et des oedèmes transitoires, une intolérance ou allergie aux produits utilisés. Selon les mésothérapeutes, le principal avantage de la mésothérapie est l'utilisation de doses minimales limitant ainsi les effets secondaires. A contrario, comme toute technique entraînant une effraction cutanée, il existe un risque non négligeable de surinfections bactériennes. Certains cas particulièrement sévères ont été rapportés en France. [11]

Deux enquêtes nationales ont été réalisées en France par les mésothérapeutes. [12]

L'étude **ENATOME 1** portait sur 2839 observations.

Les médicaments utilisés étaient lidocaïne, kétoprofène, piroxicam et calcitonine.

Les effets indésirables retrouvés étaient les suivants:

- des réactions neurovégétatives: sueurs, pâleur, petit malaise transitoire (1,2 % lors de la 1ère séance) mais aucun choc anaphylactique, ni choc vagal.

- flush 2,7 %

- réactions locales: douleur 9,2%, hématome 5,3%, prurit 1,8%, induration 0,7%, érythème 0,3%, aucune infection locale ni nécrose.

L'étude **ENATOME 2** portait sur 280 observations réalisées chez des patients poly-médicamentés.

Les résultats mettent en évidence des effets indésirables locaux un peu plus fréquents: douleur 14,3 % , hématome 15 % , érythème 2,1%. [13]

Outre les réactions locales, les complications de la mésothérapie rapportées dans la littérature sont des réactions allergiques, des lésions lichénoides, des alopecies et surtout des complications infectieuses (infections bactériennes à germes banaux , BCGites et infections bactériennes dues à des mycobactéries atypiques de l'environnement). [7]

Les réactions allergiques décrites vont de la réaction urticarienne locale ou généralisée à l'oedème de Quincke et au choc. Les cas publiés sont peu nombreux mais certains sont graves.

Doutre et Beylot décrivent en 1997, un choc anaphylactique mortel en Belgique après injection d'un mélange Procaine et Thiomucase pour traiter la cellulite. [14]

Des toxidermies lichénoides ont été décrites mais uniquement dans le cadre de mésothérapie à visée thérapeutique effectuée pour des douleurs rachidiennes avec un mélange Périidilhéparine et Feldène [15] et pour une arthrose avec Procaine et Voltarène. [16]

Deux cas d'alopecie ont été décrits en Italie en 2002 et 2007 de zones d'alopecie qui se sont développées chez de jeunes femmes soignées par mésothérapie pour alopecie androgénique. Les caractéristiques histopathologiques suggèrent une alopecie aiguë non cicatricielle similaire à l'anagène effluvium. La pathogénèse de la perte de cheveux n'a pas été établie. [17]

Des cas d'arthrites septiques [18,19] et de BCGite [20] ont été décrites en France suite à des séances de méso-

thérapie à visée thérapeutique effectuées pour lumbago, scoliose, anosmie ou entorse de cheville. Les modes de contamination n'ont pas été élucidés. Le germe retrouvé était un staphylocoque doré méti-S dans 2 cas et méti-R dans le 3ème cas. Un défaut de désinfection et/ou une contamination à partir des mains de l'opérateur ou du plan de travail souillé, voire une erreur dans le choix des flacons utilisés pour la mésothérapie ont été évoqués. Ces infections iatrogéniques ne sont pas spécifiques à l'indication thérapeutique.

Dans l'étude nationale sur les mycobactérioses cutanées observées en France de 1986 à 1990, 92 cas ont été recensés. La mésothérapie était à l'origine de 15 % des cas soit la seconde cause de l'inoculation en France après les aquariums et les piscines. [21]

L'alerte la plus importante a concerné une épidémie de 16 cas d'infections sous-cutanées iatrogènes contractées dans le cadre de séances de mésothérapie pour traiter la cellulite. [22]

En Janvier 2007, 16 cas d'infections sous-cutanées à des Mycobacteries atypiques ont été signalés sur 105 patients ayant consulté un médecin pour mésothérapie. Les produits injectés étaient stériles et le matériel était à usage unique. La recherche de mycobactéries dans le cabinet a montré la présence dans l'eau froide du lavabo d'une souche de Mycobactérie chelonae de même empreinte génomique que les souches isolées chez les patients. L'analyse des pratiques a permis d'identifier un nettoyage inapproprié de l'appareil d'injection multiple (pistolet injecteur) utilisant l'eau du robinet. [23]

Suite à cette épidémie, un groupe de travail composé d'hygiénistes du CCLIN, de l'association française de mésothérapie, de l'AFSSAPS et de la DGS, a élaboré une fiche de synthèse mise en ligne sur les sites du Ministère de la Santé et de l'AFSSAPS. Cette fiche aborde la prévention des infections liées aux injections réalisées avec un pistolet injecteur. [24]

En complément, une fiche rédigée par l'AFSSAPS propose un certain nombre de rappels liés à la réglementation des dispositifs médicaux pour guider l'utilisateur dans le choix et l'utilisation d'un pistolet multi-injecteur. [25]

Sur son site, la Société Française de Mésothérapie publie la fiche sur la méthodologie à adopter pour réaliser des injections avec des pistolets injecteurs ainsi qu'une charte de qualité de l'acte de mésothérapie listant les normes d'hygiène. [7]

De plus, en 2009, l'AMME a engagé un processus de certification des acquis des connaissances, du savoir faire et de la qualité en collaboration avec l'association MEDICALCERT fondée entre autre par les Docteurs Bonnet et Perrin.

En pratique, chaque médecin s'engage volontairement dans cette démarche en participant régulièrement à des formations qui lui permettent d'accéder à un programme d'accréditation et d'obtenir une licence de certification MEDICALCERT Médecine Esthétique Mésothérapie. [26]

Il est à noter que depuis 1992, les techniques d'injections et leur asepsie ont considérablement évolué et que la Société Française de Mésothérapie a demandé à ses adhérents d'abandonner les multi-injecteurs, les anciens pistolets, les seringues en verre et les aiguilles à stériliser jugeant qu'ils ne donnaient plus de garanties suffisantes de sécurité d'emploi.

Enfin, il n'y a pas de cas documenté de transmissions du virus de l'hépatite B ou du VIH. [7]

f) Information, sensibilisation des médecins à la Mésothérapie

La mésothérapie présente de nombreuses indications dans le traitement de la douleur (rhumatologie, pathologies liées à la pratique du sport, pathologies rachidiennes), ainsi que dans une constellation de troubles allant du traitement des acouphènes à celui du zona.

La mésothérapie à des fins esthétiques connaît une expansion croissante à travers le monde.

Ce large domaine d'applications fait que la mésothérapie peut être citée comme traitement dans de nombreux articles médicaux et en formation médicale continue; les médecins se formant dans d'autres spécialisations sont fréquemment sensibilisés à la pratique de la mésothérapie (Médecine du sport, Médecine esthétique, Médecine manuelle ostéopathique...).

La mésothérapie fait partie de la prise en charge globale de la douleur et de ce fait, est connue aussi des autres acteurs du traitement de la douleur (kinésithérapeutes, ostéopathes, acupuncteurs, podologues,...). Elle est conseillée et/ou pratiquée dans les centres anti-douleur. Les médecins généralistes peuvent donc aussi être informés de cette technique par le biais de leurs patients pris en charge pour des douleurs aiguës ou chroniques, leurs patients sportifs ou désireux de traitements anti âge ou d'amaigrissement (information des patients par la presse grand public où la mésothérapie apparaît comme une méthode d'amaigrissement, de rajeunissement et traitant la cellulite).

En 1981, l'ouverture de la première consultation de mésothérapie dans un service pour sportifs de haut niveau (Institut National des Sports à Paris) montre son implication déterminante dans le sport de haut niveau et sa reconnaissance dans cette application. [22]

Plusieurs étapes dans l'évolution de la mésothérapie ont permis son développement dans la pratique des médecins, soit pour adresser leurs patients à un mésothérapeute soit pour se former à cette technique:

- La reconnaissance de la mésothérapie par l'Académie de Médecine en 1987
- L'inscription de l'acte de mésothérapie dans le traitement de la douleur à la Classification commune des actes médicaux en 2005 est un élément important pour la diffusion de la mésothérapie (facilitation pour les médecins à proposer cet acte et meilleure adhérence des patients à un acte partiellement remboursé...).
- La mise en place du diplôme inter-universitaire de mésothérapie en 2002 et sa reconnaissance par le Conseil

de l'Ordre des médecins en 2003 permettant aux médecins de faire état de leur diplôme sur leur plaque et leurs ordonnances, valorisant ainsi la mésothérapie auprès des médecins et des patients et permettant aux médecins de communiquer sur leur pratique ou sur cette nouvelle approche du traitement de la douleur.

- Le perfectionnement et l'enseignement hors DIU sont assurés par les CERMs (Cercles d'Etudes et de Recherche en Mésothérapie – création du 1er cercle en 1980) qui assurent depuis 2008 l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et la formation Médicale Continue en mésothérapie (FMC)

- La création d'un annuaire de mésothérapeutes titulaires du DIU de mésothérapie

g) Le Voies de réflexions

En dehors des médecins ayant déjà une pratique spécifique en plus de la médecine générale qui leur aura permis de connaître la mésothérapie (ostéopathie, acupuncture, traitement de la douleur, médecine esthétique), les autres ne feront pas la démarche de connaître la mésothérapie principalement par manque de temps, par méconnaissance de l'intérêt de cette technique.

La démarche serait donc d'aller vers ces médecins généralistes, de se faire connaître et de faire connaître la mésothérapie.

Plusieurs possibilités:

- Les mésothérapeutes peuvent se présenter auprès des médecins généralistes de leur ville, en prenant RDV ou en leur adressant une carte de visite et un courrier expliquant leur formation et les indications de la mésothérapie.
- Mise en place et ou renforcement de la formation médicale continue FMC.
- Information du congrès annuel de mésothérapie organisé par la SFM par l'envoi d'une plaquette à chaque médecin généraliste.
- Incitation des médecins généralistes pratiquant la mésothérapie à obtenir le DIU de mésothérapie.
- Possibilité de se former en ligne (suivre les cours du DIU) pour répondre au manque de temps des médecins.
- Information auprès des étudiants par le biais de la formation universitaire.

CONCLUSION:

Nous avons réalisé une étude de février à mars 2015 auprès de nos confrères médecins généralistes bretons, afin de faire un état des lieux de l'information et éventuellement de la pratique de la mésothérapie.

De cette étude ressort que le manque de temps et d'information sont les principaux freins à l'exercice de cette technique.

Bien que beaucoup de confrères montrent un intérêt pour la mésothérapie et l'intègrent dans leur arsenal thérapeutique des pathologies traumatologiques ostéo-articulaires et rhumatismales, peu adressent leurs patients vers un confrère mésothérapeute.

Nous avons souligné plusieurs axes de sensibilisation et

d'information à la mésothérapie, afin de proposer plus largement cette pratique à nos patients.

La reconnaissance du diplôme, les guides de bonnes pratiques, l'optimisation du matériel d'injection évitant infections iatrogènes, les faibles doses et le choix des médicaments utilisés minimisant les effets secondaires répertoriés devraient favoriser l'intégration de la mésothérapie dans le traitement de la douleur de façon plus systématique. Des études permettant de mettre en évidence de façon objective l'efficacité de ces traitements dans les affections citées permettront l'essor de cette pratique médicale.

BIBLIOGRAPHIE

1. D Laurens. *Introduction-Définition-Historique*. DIU de mésothérapie Faculté Pitié Salpêtrière 2014-2015.
2. B Labenne. *Cotation, facturation, déclaration, prescriptions du médecin à expertises particulières (mep)*. DIU de mésothérapie Faculté Pitié Salpêtrière 2014 2015.
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation en établissement de santé. L'audit clinique. *Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles*. PARIS: ANAES; 1999.
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins (en ligne), www.conseil-national.medecins.fr/annuaire (consulté le 18 avril 2015).
5. DREES. (2012, mars). *Les emplois du temps des médecins généralistes*. (En ligne) <http://www.drees.sante.gouv.fr/article10839.html> (page consultée le 9 mai 2012).
6. M-E Leroux. Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale. *Enquête descriptive auprès d'un échantillon de médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle*. Thèse de Médecine Générale. 2009.
7. Société française de mésothérapie. *C'est quoi? Définition*. (en ligne), www.sfmesotherapie.com/quoi/default.asp?menuactive=2 (page consultée le 6 avril 2015).
8. INPES. (2003) *baromètre sante medecins/pharmaciens*. (en ligne) <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BaroMP2003/ouvrage/index.asp> (page consultée le 3 mai 2015).
9. INSERM. *Evaluation de l'efficacité et de la pratique de la mésothérapie à visée thérapeutique*. 2010. (en ligne) <http://www.quid.fr/2007/Medecine/Therapeutique.Diverses/2> (page consultée le 3 mai 2015).
10. AMME. (en ligne) <http://www.estheticmeso.com> (page consultée le 19 avril 2015).
11. Ministère des affaires sociales et de la santé. *Mésothérapie. Le point sur produits de santé et du corps humain*. (en ligne) http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depliant_Mesothe-rapie.pdf (page consultée le 6 mai 2015).
12. F Biron. Enquête ENATOME tirée du bulletin SFM 1989;74. DIU de mésothérapie Faculté Pitié Salpêtrière 2014-2015.
13. M De Bandt et RL Dreiser. *Rhumato-net. Traitements anti-inflammatoires et antalgiques percutanés*. 1995(en ligne). <http://www.santor.net/pdf/rhumato/map/tropiquejvp2000.pdf> (page consultée le 6 mai 2015).
14. MS Doutré et M Beylot. *Effets secondaires de la mésothérapie*. Thérapie. 1997. (en ligne) <https://www.em-consulte.com/article/153888> (page consultée le 19 avril 2015).
15. L Vaillant, A De Muret, C Muller et al. *Toxidermie lichenoïde après mésothérapie*. Ann Dermatol Venerol 1992;119-133.
16. M-F Grojean et L Vaillant. *Eruption lichenoïde induite par la mesotherapie*. Ann Med Interne 1995;146:365-366.
17. B Duque-Estrada, C Vincenziet, Misciali C et al. *Alopecia secondary to mesotherapy*. J Am Acad Dermatol 2009 Jul 2.
18. J Ehrman, D Louieille, H Ditinger et al. *Les complications infectieuses osteo-articulaires de la mésothérapie*. Revue du rhumatisme 2007;74:1120-1121.
19. C Michel-Batôt, H Ditinger, A Blum et al. *A particular form of septic arthritis: septic arthritis of facet joint*. Joint Bone Spine 2008 Jan ;75(1):78-83.
20. J Marco-Bonnet, M Beylot-barry, J Texier-Maujein et al. *Begite cutanée après mésothérapie: 2 cas*. Ann Dermatol Venereol 2002;129:728-731.
21. J Bonafé, N Grigorieff-Larrue et R Bauriaud. *Les mycobactérioses cutanées atypiques. Résultats d'une enquête nationale*. Ann Dermatol Venereol 1992;119:463-70.
22. INSERM. *Evaluation de l'efficacité de la mésothérapie à visée esthétique*. 2010. (en ligne) <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/rapports-publies> (page consultée le 3 mai 2015).
23. HAS. *Evaluation des risques liés aux pratiques de la mésothérapie à visée esthétique*. Juin 2014 (en ligne) http://www.has.sante.fr/portail/jcms/c_1522566/fr/evaluation-des-risques-lies-aux-pratiques-de-mesotherapie-a-visee-esthetique-rapport-d-evaluation (page consultée le 19 avril 2015).
24. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, et des Droits des Femmes. (en ligne) <http://www.sante.gouv.fr/prevention-des-injections-liees-aux-injections-realisees-avec-un-pistolet-injecteur.html> (page consultée le 19 avril 2015).
25. AFSSAPS. *Compte rendu de la commission nationale des dispositifs médicaux*. (en ligne) <http://www.afsapps.fr/var/afsapps/site/storage/original/application> (page consulté le 3 mai 2015). 2009.
26. Certification qualité médecine esthétique, mésothérapie. (en ligne) www.medicalcert.com (page consultée le 3 mai 2015).

ETUDE D'UNE FRACTURE DE FATIGUE DU BASSIN DANS UN CONTEXTE DE SYNDROME DOULOUREUX PUBIEN AUTOUR D'UN CAS CLINIQUE

Fenech Noémie, Hazan Michael et Zaghdoun Grégory (Paris)

INTRODUCTION

Le concept de pubalgie regroupe un faisceau d'étiologies diverses qu'on généralise sous le terme de «maladie pubienne». En effet, les régions pubo-abdominale et inguino-crurale peuvent être le siège d'affections multiples. Elles sont particulièrement sollicitées dans la pratique sportive où elles représentent près de 10 % des motifs de consultations. La pubalgie demeure ainsi un syndrome douloureux difficile à interpréter en raison de la complexité anatomique de la région pubienne.

Par ailleurs, l'enchevêtrement des multiples pathologies locorégionales complique la pose d'un diagnostic de certitude face à une douleur de la région inguino-pubienne. Celle-ci est trop souvent étiquetée à tort «pubalgie». Ce symptôme impose une démarche rigoureuse, la pubalgie devant être considérée comme un diagnostic d'élimination.

En effet, un des diagnostics différentiels de la maladie pubienne est représenté par la fracture de fatigue. Celle-ci est trop souvent sous estimée alors qu'elle représente 10 % des lésions liées aux sports dont 95% concernent les membres inférieurs. Le caractère ubiquitaire des irradiations douloureuses retarde souvent le diagnostic. Il est impératif d'envisager cette possibilité, particulièrement lorsque le patient est un sportif.

Pour affiner son diagnostic, le médecin peut avoir recours à des examens complémentaires permettant ainsi de mettre en place une stratégie thérapeutique ciblée.

ETUDE D'UN CAS CLINIQUE

Présentation

Mr M... âgé de 45 ans, présente une douleur inguinale gauche évoluant depuis Mars 2014 (depuis environ 4 mois). Il pratique la course à pied régulièrement avec 3 sorties par semaine de 60 min et le beach volley. Il n'a pas d'antécédent médico-chirurgical particulier. Il s'agit d'une douleur diffuse de la région inguinale gauche irradiant vers le pubis et vers l'insertion des adducteurs du même côté.

Les douleurs surviennent à l'effort et sont d'horaire mécanique. Aucun facteur déclenchant n'est retrouvé.

Il ne peut plus courir et se sent gêné dans la vie de tous les jours avec une EVA au repos à 4 et 10 à l'effort.

La survenue des douleurs, durant l'activité sportive malgré la prise d'AINS, le pousse à consulter le Dr De-

nis Laurens en juillet 2014 soit 4 mois après l'apparition des symptômes.

Mr M... mesure 1.75cm pour un poids de 75 Kg soit un IMC de 24.

L'examen clinique retrouve une douleur diffuse de la région inguinale gauche irradiant vers le pubis et une douleur à l'insertion des adducteurs du même côté. La douleur à la palpation des insertions des adducteurs est évaluée à 3,5/4, il ne présente par ailleurs pas de douleur à la palpation des muscles grands droits, obliques et transverses. La douleur au testing isométrique des muscles adducteurs retrouve une cotation de 4/4 et une douleur sur les grands droits, obliques et transverses cotée à 0/4.

Le diagnostic de pubalgie est posé et un traitement par mésothérapie est alors débuté associé au traitement classique de la pubalgie:

Repos et arrêt des activités sportives.

Bilan podopostural avec semelle si nécessaire.

Le traitement par mésothérapie associée en technique mixte:

- Mélange 1 dans l'aîne gauche par MPS + IDP (Intra Dermique Profond):

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

- Mélange 2 sur les adducteurs en intra épidermique (IED):

Thiocolchicoside (2cc) + Lidocaine 1% (1cc) + Magnésium (2cc)

Le rythme des séances de mésothérapie proposé est J1, J8 et J15 avec des mélanges identiques.

Le patient est réévalué le 15 Septembre après avoir bénéficié de ses 3 séances de mésothérapie, soit 1 mois et demi plus tard sans qu'une amélioration de son état douloureux puisse être objectivée. Le patient restant toujours aussi algique, une IRM pour réorienter le diagnostic est réalisée le 6 Octobre.

L'IRM conclut à une fracture de fatigue de la branche ischio pubienne gauche.

Un nouveau traitement par mésothérapie spécifique aux fractures de fatigue est alors réalisé comprenant:

- Mélange dans l'aîne gauche par MPS + IDP:

Gluconate de calcium (2cc) + Vit D3 (1cc) + calcitonine 100UI (1cc)

Les séances de mésothérapie sont réalisées tous les 15j sur une période de 6 semaines avec des mélanges iden-

tiques.

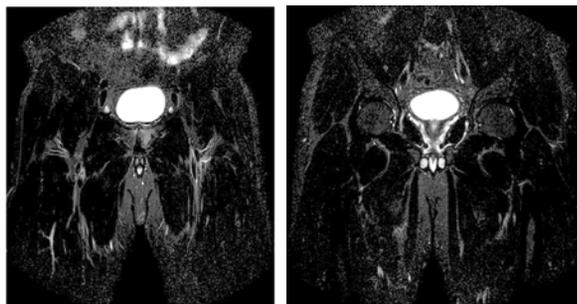


Fig 1: IRM Bassin

Ce nouveau schéma thérapeutique est alors très efficace et permet de constater une nette amélioration des signes cliniques et radiologiques puisque l'IRM de contrôle réalisée le 9 Février, soit quatre mois après la réalisation de l'IRM, montre une amélioration avec consolidation du trait de fracture qui reste cependant visible.

Le patient bénéficie de deux nouvelles séances de mésothérapie avec le même protocole. La réévaluation au cours de la consultation du 21 Mars retrouve une sédation complète des douleurs de repos avec une EVA à 0 et une franche diminution des douleurs à l'effort avec une EVA à 1,5. La palpation de l'aîne retrouve une légère douleur et les tests isométriques sont négatifs. Le patient se dit satisfait du résultat.

Le patient est autorisé à reprendre progressivement la course à pied en respectant la règle de la non douleur.

Discussion

Le cas clinique rencontré illustre bien la difficulté de poser un diagnostic de précision à partir de l'examen clinique, face à une douleur de la région pubienne.

En effet, le patient présentait un tableau clinique orientant davantage vers une pubalgie à type de tendinopathie des adducteurs puisque l'examen retrouvait une douleur à la palpation des insertions tendineuses des adducteurs et une douleur au testing isométrique musculaire (étirements douloureux, triade de Rodineau positive). Ces douleurs sont quasi constantes dans la pubalgie à forme de tendinite des adducteurs alors qu'elles sont très variables lors de fracture de fatigue du bassin.

L'anamnèse de la douleur pouvait aussi bien faire penser à une pubalgie qu'à une fracture de fatigue du bassin, puisqu'elle retrouvait une douleur mécanique qui s'est progressivement majorée pour rester présente même au repos.

L'interrogatoire n'a pas retrouvé de modification récente quantitative (augmentation de la durée ou de la fréquence, nouvelle activité) ni qualitative (modification du matériel, du sol, de l'environnement...) de l'activité, pourtant fréquemment retrouvée comme facteur déclenchant dans l'apparition des fractures de fatigue.

L'inefficacité du traitement par mésothérapie a permis de réévaluer le diagnostic initial et la réalisation d'une imagerie.

Nous pouvons considérer que l'imagerie a été réalisée un peu tardivement. En effet, la diversité des douleurs inguinales (allant de la simple douleur réveillée par la

marche, à des douleurs intenses interdisant l'appui et entraînant une position anormale du membre inférieur), correspond à de très nombreuses lésions anatomopathologiques. Seul un examen clinique très précis et un bilan d'imagerie guidé permettent de faire le diagnostic lésionnel.

Finalement l'IRM finit par démasquer une fracture de fatigue de la branche ischio-pubienne gauche...

Dans la littérature un autre témoignage comparable est rapporté. Il s'agit du cas présenté par le Dr J.-L. ZIL-TENER intitulé «pubalgie chez le sportif: pas toujours si simple...» dans la revue médicale suisse {1} Il décrit le cas d'une coureuse à pied régulière qui présente une douleur de type mécanique dans la région inguinale gauche irradiant vers le pubis et les adducteurs homo latéraux. Il ne retrouve pas de facteur déclenchant. Après plusieurs consultations, il constate une exacerbation des douleurs s'exprimant même au repos devenant quasi permanentes. Au bout de 6 mois il retrouve à l'examen clinique une douleur élective à la palpation de la branche ischio-pubienne gauche qui le conduit à la réalisation d'un TDM révélant une double fracture de fatigue de la branche ischio-pubienne.

Nous n'avons pas trouvé, en effectuant une recherche PUBMED, de publication supplémentaire relatant la pose d'un diagnostic initial de pubalgie qui s'avère être finalement une fracture de fatigue.

En revanche, plusieurs publications traitent de la difficulté diagnostique devant une douleur de la région inguino-pubienne, particulièrement chez le sportif.

Dans un article paru dans le British Journal of Sports Medicine {2}, l'auteur souligne l'importance de rechercher une hernie avant la pose du diagnostic de pubalgie.

Un autre article paru dans le Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy {3} décrit un athlète de 18 ans qui présentait une douleur inguinale dont le diagnostic aura été établi qu'au bout de 3 ans. Cet article illustre clairement la difficulté diagnostique même chez un sportif, d'où la nécessité d'avoir une équipe avisée et formée à ce type de pathologie dans les centres d'entraînement sportif.

Un autre article paru dans le british journal of general practice {4} relate également cette difficulté diagnostique. Les auteurs de cet article proposent un algorithme afin de diagnostiquer le plus précocement possible la pubalgie et l'adresser à un spécialiste. Nous pouvons noter que l'IRM n'est réalisée que devant un diagnostic incertain.

Enfin, nous pouvons parler de la méta-analyse d'Orchard {5}, qui met aussi en évidence la difficulté diagnostique, mais laisse entrevoir un espoir grâce à une méthode de diagnostic échographique.

Ainsi, ces différentes études démontrent la difficulté diagnostique de pubalgie devant une douleur de la région pubienne. Le recours à une imagerie plus précoce aurait permis dans ces différents cas de poser le diagnostic. La question reste de savoir si nous pouvons gé-

néraliser ceci à toutes les douleurs de la région pubienne et pratiquer une IRM de manière plus systématique.

Nous constatons que l'utilisation du traitement par mésothérapie avec des mélanges non adaptés à la physiopathologie a été inefficace pour notre patient. En effet, les premiers mélanges associant l'étamsylate, le piroxicam et la calcitonine 100UI n'ont pas permis d'améliorer les douleurs ressenties par le patient.

Cette inefficacité du traitement par mésothérapie à jouer un rôle important dans la remise en question du diagnostic. Il est intéressant de noter que l'absence d'amélioration des douleurs après 2-3 séances doit systématiquement remettre en cause notre orientation diagnostique.

Par ailleurs, nous remarquons qu'une fois le diagnostic de fracture de fatigue établi, le traitement par mésothérapie a été d'une efficacité remarquable puisqu'au fur et à mesure des séances le patient en ressentait les bienfaits avec une diminution significative des douleurs et une cicatrisation objective de la fracture visible à l'IRM de contrôle. Le traitement par mésothérapie a permis de raccourcir le temps de cicatrisation et d'en améliorer la qualité. Ce traitement occupe donc une place judicieuse et complémentaire.

CONCLUSION

Bien que le concept de mésothérapie soit ancien dans l'Histoire de la Médecine, cette technique a été reconvenue tardivement.

Son utilisation s'est généralisée à diverses pathologies, aussi bien organique que psychologique, grâce à la diversification des produits actifs utilisés.

Les progrès médicaux actuels s'orientent de plus en plus vers des traitements localisés et utilisant des doses adaptées, afin de diminuer les effets secondaires et nuire le moins possible.

Ce mémoire a mis en évidence, la conduite à tenir face à une douleur de la région pubienne en prenant soin de détailler les différences entre pubalgie et fracture de fatigue à la lumière d'un cas clinique rencontré.

Le traitement par mésothérapie a une place importante dans la prise en charge de ces pathologies et son efficacité est largement démontrée par des études pragmatiques.

La mésothérapie reste avant tout un traitement complémentaire et d'appoint des techniques médicales ou

chirurgicales.

Ce travail original et peu abordé dans la littérature met en évidence la difficulté à poser un diagnostic précis devant une douleur de la région pubienne. Il apporte une donnée supplémentaire, à partir d'un cas clinique concret, sur la nécessité de préconiser un examen d'imagerie en plus d'un examen clinique rigoureux dans le cadre de la pathologie pubienne et ce, afin d'éviter le retard au diagnostic et de permettre de diminuer le temps d'arrêt de compétition ou d'activité sportive des différents patients. En effet, pour notre patient, il s'est écoulé environ 3 mois entre la première consultation et la réalisation de l'IRM qui a permis de poser le diagnostic, et environ 7 mois pour qu'il puisse reprendre l'activité sportive. Depuis la première douleur jusqu'à la quasi guérison il se sera écoulé près d'une année.

Il reste difficile de proposer une IRM systématique à tous les patients se présentant pour une pubalgie; nous devons cependant probablement avoir recours à l'IRM plus fréquemment.

De plus, ce travail montre, une fois de plus, l'intérêt de proposer un traitement par mésothérapie en association au traitement médical usuel, aux patients présentant une fracture de fatigue objectivée.

BIBLIOGRAPHIE

- {1} J.-L. Ziltener and al.: «Pubalgie chez le sportif: pas toujours si simple...» . Rev Med Suisse 2012; 8 :210-212
- {2} R.-G. Hackney British and al.:«The sports hernia: a cause of chronic groin pain». Br J Sp Med 1993; 27
- {3} C.-A. Unverzagt and al.:«Differential diagnosis of a sports hernia in a high-school athlete». J Orthop Sports Phys Ther. 2008 Feb; 38(2):63-70
- {4} A. Brown and al.: «Sports hernia: a clinical update» Br J Gen Pract. 2013 Mar; 63(608): e235-e237
- {5} J.W. Orchard and al. : «Groin pain associated with ultrasound finding of inguinal canal posterior wall deficiency in Australian Rules footballers» Br J Sports Med. 1998 Jun; 32(2):134-9.
- {6} D. Laurens and al.: «Traitement de la maladie pubienne par mésothérapie: enquête épidémiologique descriptive à propos de 51 cas». La revue de mésothérapie N°136. Janvier 2010

PLACE DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES FOOTBALLEURS DE HAUT NIVEAU DU FOOTBALL CLUB DE NANTES. A PROPOS DE 5 CAS.

Dr Xavier MENANTEAU

INTRODUCTION

Le suivi médical du sportif de haut niveau constitue une étape majeure et indispensable dans sa préparation et sa performance. La guérison de ses blessures est primordiale.

Les disciplines conventionnelles comme la kinésithérapie, l'ostéopathie ou encore la podo-posturologie sont incontournables dans la prise en charge médicale du sportif. La mésothérapie utilisée de manière adaptée et cohérente intègre de plus en plus cette stratégie thérapeutique.

La mésothérapie est une discipline médicale validée, connue et reconnue qui a pour domaine de prédilection la traumatologie du sport.

Les sportifs de haut niveau et notamment les footballeurs, qu'ils soient professionnels ou non, sont intéressés par cette alternative thérapeutique, ils la connaissent et en ont l'expérience.

OBJECTIF DE L'ETUDE

Nous savons que la mésothérapie peut être un traitement de choix en traumatologie du sport.

Le but de ce mémoire, n'est pas de prouver l'efficacité ni la supériorité de la mésothérapie par rapport aux autres disciplines plus conventionnelles mais de voir comment elle peut intégrer de façon adaptée l'arsenal thérapeutique du sportif de haut niveau.

Pour cela, je vais baser mon travail sur l'étude de 5 cas cliniques pris au sein de l'équipe professionnelle du Football Club de Nantes évoluant en championnat de France de ligue 1. Leur point commun réside dans l'utilisation, du point de vue thérapeutique, de protocoles de mésothérapie validés.

La discussion ouverte par l'exposé de ces 5 cas cliniques sélectionnés permettra d'apprécier quelle place peut avoir la mésothérapie dans la stratégie thérapeutique proposée aux footballeurs de haut niveau du FC Nantes.

ETUDE DE CAS CLINIQUES

Pour réaliser ce travail, j'ai pu bénéficier de l'aide indispensable du Docteur RIAUD, l'un des deux médecins du FC Nantes, qui m'a permis de m'intéresser à 5 cas cliniques de mésothérapie qu'il a réalisés lui-même au sein du club.

CAS 1: Lésion de l'aponévrose plantaire

- Histoire:

14/07/14, le joueur 1, 28 ans, gardien, droitier, présente au cours d'un entraînement un traumatisme du pied gauche, seul sans contact ni mécanisme de torsion lors d'une détente verticale en appui unipodal.

- Signes fonctionnels:

Le joueur 1 ressent une douleur immédiate au niveau de la face interne et de la plante du pied gauche, sans craquement. Il présente une impotence fonctionnelle lui imposant l'arrêt de l'entraînement mais lui permettant quand même l'appui.

- Examen médical:

Le médecin du club consulté sur place constate un œdème localisé avec un léger hématome de l'arche interne du pied gauche. La palpation confirme l'œdème et l'hématome. La mobilisation du pied avec mise en tension de l'aponévrose plantaire est douloureuse. Les reliefs osseux ainsi que les différents tests ligamentaires et tendineux sont indolores.

- Diagnostic clinique:

Une lésion de l'aponévrose plantaire du pied gauche est évoquée.

- Prise en charge thérapeutique immédiate:

Mise au repos avec décharge et surélévation du pied gauche.

Soins de kinésithérapie avec glaçage, massage, drainage et compression avec pose de bande de contention élastique en fin de séance.

L'appui partiel et la marche sont autorisés sous couvert d'un béquillage.

- Bilan complémentaire:

15/07/14, l'échographie réalisée confirme une rupture interstitielle du 1/3 moyen de l'aponévrose plantaire superficielle gauche.

- Indisponibilité sportive:

Un arrêt de travail d'au moins 6 semaines est recommandé.

- Stratégie thérapeutique:

Traitement médicamenteux par voie orale pendant quelques jours (antalgique de palier 1 et AINS).

Soins de kinésithérapie pluriquotidiens.

Soins d'ostéopathie.

Bilan podo-postural avec confection d'orthèses plantaires visant à soulager l'appui sur l'arche interne du

pied gauche.

Injection de PRP le 18/07/14.

- Soins de selon le protocole suivant:

4 séances sur 6 semaines (J7 J15 J21 J36 du traumatisme initial). La 1^{ère} a lieu le 24/07/14.

Aiguille de 0,30x4mm.

Technique mixte, en IDP point par point et en IDS nap-page.

Mélange: Piroxicam 1ml + Calcitonine 100 1ml + Etamsylate 2ml

- Evolution:

29/08/14, l'évolution est tout à fait favorable. Le joueur 1 est asymptomatique et les différents tests cliniques sont rassurants. L'échographie de contrôle confirme la bonne évolution. Le joueur 1 reprend la course à pied puis l'entraînement individuel aménagé et enfin l'entraînement collectif. Il retrouve la compétition à son poste initial mi-septembre.

CAS 2: Lésion musculaire du mollet.

- Histoire:

03/01/15, le joueur 2, 21 ans, milieu, droitier, présente au décours d'un entraînement une lésion du mollet droit, seul sans contact ni traumatisme.

- Signes fonctionnels:

Le joueur 2 ressent une pointe douloureuse dans le mollet droit qu'il décrit comme étant dure avec une légère gêne à la marche.

- Examen médical:

Le médecin du club consulté sur place constate à la palpation une zone douloureuse sur le corps musculaire du jumeau interne et du soléaire, sans hématome. La mise en tension musculaire, passive et active contre-résistance, sont indolores tout comme la marche.

- Diagnostic clinique:

Une contracture du mollet droit intéressant le 1/3 moyen du jumeau interne et du soléaire est évoquée.

- Prise en charge thérapeutique immédiate:

Mise au repos relatif avec décharge et surélévation de la jambe droite.

Soins de kinésithérapie avec glaçage, massage, drainage et compression avec pose en fin de séance de bande de contention élastique.

L'appui complet et la marche sont autorisés.

Pas de traitement médicamenteux par voie orale.

- Bilan complémentaire:

Après réflexion et discussion collégiale, les 2 médecins du club prennent la décision de ne pas réaliser d'exams complémentaires. Ils se réservent le droit d'en programmer selon l'évolution clinique du joueur 2.

- Indisponibilité sportive:

Elle est courte, 3-4 jours. Le joueur 2 n'est pas mis en arrêt de travail, il reste à la disposition de l'entraîneur.

- Stratégie thérapeutique:

Soins de kinésithérapie quotidiens.

Soins d'ostéopathie.

Pas de bilan podo-postural nécessaire.

Pas de PRP.

Soins de mésothérapie, selon le protocole suivant:

3 séances sur 3 semaines (J1 J8 J15 du traumatisme initial). La 1^{ère} a lieu le 04/01/15, la 2^{ème} a lieu le 11/01/15 et la 3^{ème} ne sera pas réalisée.

Aiguilles de 0,30x4mm.

Technique mixte, en IDP point par point et en IDS nap-page.

Mélange:

1^{ère} séance: Procaine 1ml + Thiocolchicoside 2ml + Magnésium 2ml

2^{ème} séance: Etamsylate 2ml + Thiocolchicoside 2ml + Magnésium 2ml

- Evolution:

07/01/15, l'évolution est favorable. Le joueur 2 est asymptomatique et les différents tests cliniques sont rassurants. La 3^{ème} séance de mésothérapie ne sera donc pas pratiquée et poursuit simplement les soins de kinésithérapie. A J+3 de la blessure le joueur 2 reprend la course à pied puis à J+5 l'entraînement individuel aménagé et à J+6 l'entraînement collectif. Il est mis à la disposition de l'entraîneur pour reprendre la compétition. Lors du prochain match de championnat, il est titularisé. Le contrôle clinique réalisé à la mi-temps est rassurant. Il poursuit le match et vu le bon résultat sportif de l'équipe il sera sorti 10 minutes avant la fin du match par prudence pour le ménager.

CAS 3: Lésion récidivante de l'adducteur

- Histoire:

08/05/2014, le joueur 3, 23 ans, défenseur central, droitier, présente au cours d'un match une douleur de l'adducteur gauche sur un appui latéral lors d'une relance du ballon du plat du pied l'obligeant à sortir du terrain.

- Signes fonctionnels:

Le joueur 3 ressent une douleur de l'adducteur gauche avec gêne à la marche et à la mobilisation de la hanche.

- Examen médical:

Le médecin du club présent le jour du match constate à la palpation une douleur du 1/3 proximal de l'adducteur gauche sans douleur sur l'insertion tendineuse ni sur le corps musculaire. Il n'y a pas d'hématome. La mobilisation de la hanche en abduction et les tests cliniques contre-résistance sont douloureux. La marche est sensible.

- Diagnostic clinique:

Une lésion de la partie proximale de l'adducteur gauche est évoquée.

- Prise en charge thérapeutique immédiate:

Mise au repos relatif avec appui complet et marche autorisée.

Soins de kinésithérapie avec glaçage et massage.

Un traitement médicamenteux par voie orale pendant quelques jours est préconisé (antalgique de palier1)

- Bilan complémentaire:

13/05/14, l'échographie met en évidence une lésion myo-tendineuse proximale superficielle stade IIB du moyen adducteur gauche.

- Indisponibilité sportive:

Elle est d'au moins 6 semaines. Le joueur 3 est mis en arrêt de travail.

La revue de Mésothérapie

- Stratégie thérapeutique:

Pas de traitement médicamenteux par voie orale de façon prolongée.

Soins de kinésithérapie réguliers.

Soins d'ostéopathie.

Bilan podo-postural avec confection d'orthèses plantaires déjà réalisé en début de saison.

Pas de PRP.

Soins de mésothérapie selon le protocole spécifique suivant:

2 séances réalisées, la 1^{ère} a lieu le 23/05/14 à J+14 de la blessure et la 2^{ème} a lieu le 20/06/14 soit 1 mois après.

Aiguilles de 0,30x4mm.

Technique mixte, en IDP point par point et en IDS napage.

Mélange: Silicium Organique 2ml + Etamsylate 2ml + Calcitonine 100u 1ml

- Evolution:

02/06/14, l'évolution est relativement favorable. Le joueur 3 est peu symptomatique et les différents tests cliniques en amélioration. L'échographie de contrôle est rassurante avec mise en évidence d'une cicatrice fibreuse. Le joueur 3 reprend la course à pied puis l'entraînement individuel aménagé. La saison se termine, il part en vacances.

Début juillet 2014, au retour des vacances, le joueur 3 se dit non douloureux et part avec le reste de l'équipe en stage de préparation physique de début de saison à Annecy.

12/07/14, au cours d'un entraînement, il ressent à nouveau une douleur de l'adducteur gauche.

- Signes fonctionnels:

La symptomatologie est identique.

- Examen médical:

Le médecin du club, présent lors du stage de préparation, met en évidence les mêmes constatations cliniques qu'en fin de saison dernière.

- Diagnostic clinique:

Une lésion récidivante de la jonction myo-tendineuse de la partie proximale du moyen adducteur gauche est donc évoquée.

- Prise en charge thérapeutique immédiate:

Mise au repos avec appui et marche autorisés.

Soins de kinésithérapie avec glaçage et massage.

Un traitement médicamenteux par voie orale est préconisé pendant quelques jours (antalgique de palier 1).

- Bilan complémentaire:

18/07/14, de retour au club, l'échographie confirme une lésion récidivante myo-tendineuse de la partie proximale du moyen adducteur gauche sur sa cicatrice fibreuse.

- Indisponibilité sportive:

Etant donné le caractère récidivant de la lésion, l'arrêt de travail est plus long que celui de fin de saison dernière. Le joueur 3 est arrêté au moins 8 semaines.

- Stratégie thérapeutique:

Pas de traitement médicamenteux par voie orale de façon

prolongée.

Soins de kinésithérapie intensifs pluriquotidiens.

Soins d'ostéopathie.

Bilan podo-postural avec confection d'orthèses plantaires prévu pour ce début de saison.

1^{ère} injection de PRP le 25/07/14 réalisée par le médecin du club sous contrôle échographique. 2^{ème} injection de PRP le 01/09/14 réalisée par le radiologue à son cabinet sous contrôle échographique.

Soins de mésothérapie selon le protocole classique suivant:

4 séances sur 4 semaines (J7 J15 J21 J36 du traumatisme initial), la 1^{ère} est réalisée le 05/09/14.

Aiguilles de 0,30x4mm.

Technique mixte, en IDP point par point et en IDS napage.

Mélange identique: Silicium Organique 2ml + Etamsylate 2ml + Calcitonine 100u 1ml

- Evolution:

Cliniquement la lésion évolue relativement bien. Les différents contrôles échographiques réalisés les 02/08, 09/08 et 10/09/14 sont plutôt rassurants. Le joueur 3 reprend la course à pied sur le mois de septembre. Les contrôles échographiques des 19 et 30/09/14 sont encore rassurants. Il reprend un programme de ré-athlétisation individuelle aménagée sur le mois d'octobre. Le 22/10/14, un bilan lésionnel est réalisé par IRM et constate que les lésions traumatiques récidivantes semblent correspondre à des lésions de désinsertion progressive myo-tendineuse du moyen adducteur autour du prolongement tendineux intra-musculaire qui aboutissent à une majoration de la rétraction et de l'amyotrophie. Le joueur 3 reprend l'entraînement collectif sur le mois de novembre. Fin novembre il est mis à la disposition de l'entraîneur pour la reprise de la compétition. Il ne présentera pas de récurrence traumatique de cette lésion sur le reste de la saison 2014-2015 mais il reste fragile et aura du mal à retrouver sa place de titulaire.

CAS 4: Lésion du tendon rotulien

- Histoire:

En fin de saison 2013-2014, le joueur 4, 21 ans, défenseur latéral, gaucher, présente en dehors de tout contexte traumatique (match ou entraînement) une douleur du genou droit. Il faut noter que lors de la 1^{ère} partie de la saison 2012-2013, le joueur 4, déjà au sein de l'effectif du club, avait présenté ce même type de douleur après un entraînement.

- Signes fonctionnels:

Le joueur 4 ressent de façon récurrente une douleur rotulienne droite à type de gêne à la course mais sans douleur à la marche ni impotence fonctionnelle. Cette symptomatologie est la même que celle présentée lors de la saison 2012-2013.

- Examen médical:

Le médecin du club consulté sur place constate à la palpation une douleur, une gêne sur l'insertion proximale du tendon rotulien mais également une sensibilité sur l'insertion distale du tendon quadricipital, avec un lé-

ger œdème localisé. La mobilisation passive du genou est indolore et les tests contre-résistance sont sensibles mais peu douloureux. Les appuis, les sauts, la course et les passes de balles ne déclenchent pas de franche douleur.

- Diagnostic clinique:

Une récurrence de tendinopathie d'insertion du tendon rotulien associée à une légère tendinopathie distale du quadriceps est évoquée.

- Prise en charge thérapeutique immédiate:

Elle est la même qu'en 2012-2013;

Mise au repos relatif. L'appui complet et la marche sont autorisés.

Soins de kinésithérapie avec glaçage, massage et drainage.

Pas de traitement médicamenteux par voie orale.

- Bilan complémentaire:

Du fait du caractère récidivant de cette lésion chronique et de la symptomatologie simple sans critères de gravité, les deux médecins du club décident après réflexion de ne pas faire d'autres examens complémentaires que l'IRM réalisée le 17/10/12. Elle mettait en évidence une enthésopathie modérée du tendon quadricipital et surtout une tendinopathie rotulienne d'insertion avec également une plica para-rotulienne interne potentiellement pathogène s'accompagnant d'une chondropathie œdémateuse et fissuraire de la facette rotulienne interne.

- Indisponibilité sportive:

Comme lors de la saison 2012-2013, le joueur 4 n'est pas mis en arrêt de travail. Il est laissé à la disposition de l'entraîneur car se dit peu douloureux et souhaite finir la saison.

- Stratégie thérapeutique:

Elle est la même qu'en 2012-2013;

Soins de kinésithérapie quotidiens.

Soins d'ostéopathie.

Bilan podo-postural avec confection d'orthèses plantaires déjà réalisé en début de saison étant donné la tendinopathie rotulienne récurrente du joueur 4.

Pas de PRP.

Soins de mésothérapie selon le protocole suivant:

3 séances sur 3 semaines (J7 J15 J21 du traumatisme initial).

Aiguilles de 0,30x4mm.

Technique mixte, en IDP point par point et en IDS napage.

Mélange: Piroxicam 1ml + Calcitonine 100 1ml + Etamsylate 2ml

- Evolution:

Lors de la saison 2012-2013, l'évolution clinique du joueur 4 avait été rapidement favorable sous couvert de soins de kinésithérapie réguliers. La saison 2013-2014, a été une saison éprouvante physiquement et sportivement qui a engendrée une récurrence de sa tendinopathie rotulienne. Sur cette saison, après la prise en charge thérapeutique, l'évolution clinique a également été favorable, il a pu finir la saison mais il reste fragile et bénéficie d'un suivi rapproché du staff médical avec

soins de kinésithérapie réguliers. La saison 2014-2015 se passera sans problèmes spécifiques pour le joueur 4.

CAS 5: Lésion du ligament latéral interne du genou droit

- Histoire:

27/02/15, le joueur 5, 28 ans, gardien, droitier, présente au cours d'un entraînement un traumatisme du genou droit survenant seul, sans contact lors d'un changement d'appui latéral.

- Signes fonctionnels:

Le joueur 5 ressent une douleur face interne du genou droit l'obligeant à arrêter l'entraînement mais lui autorisant l'appui et la marche. Il ne décrit pas de notion de craquement, de dérobement, de gonflement ni de blocage du genou. Le pied n'est pas resté bloqué au sol en rotation externe.

- Examen médical:

Le médecin du club consulté sur place constate un léger œdème localisé et une douleur sur l'insertion proximale du Ligament Latéral Interne (LLI) du genou droit reproductible à la mobilisation du genou lors de la mise en tension du ligament. Il n'y a pas d'hématome ni de choc rotulien ou de laxité. Le pivot central est intact, il n'y a pas de blocage lors de la flexion-extension du genou ni de douleur sur l'interligne fémoro-tibial interne.

- Diagnostic clinique:

Une entorse simple du LLI du genou droit est évoquée.

- Prise en charge thérapeutique immédiate:

Mise au repos relatif du genou avec décharge et surélévation du membre inférieur droit. L'appui complet et la marche sont autorisés sans attelle ni béquillage.

Soins de kinésithérapie avec glaçage, massage, drainage et pose d'un strapping du LLI en fin de séance.

Un traitement médicamenteux par voie orale par antalgique de palier 1 est recommandé pendant quelques jours.

- Bilan complémentaire:

02/03/15, l'échographie met en évidence un remaniement lésionnel du LLI avec hypoéchogénéité de la partie proximale et un renflement net du LLI au contact du segment moyen et postérieur du ménisque interne évoquant une désinsertion capsulo-méniscale partielle.

- Indisponibilité sportive:

Le joueur 5 n'est pas mis en arrêt de travail, il est juste ménagé et mis au repos.

- Stratégie thérapeutique:

Pas de traitement médicamenteux par voie orale de façon prolongée.

Soins de kinésithérapie pluriquotidiens avec pose d'un strapping du LLI en fin de séance.

Soins d'ostéopathie.

Bilan podo-postural avec confection d'orthèses plantaires déjà réalisé.

Soins de mésothérapie selon le protocole suivant:

3 séances sur 3 semaines (J7 J14 J21 du traumatisme initial).

Aiguilles de 0,30x4mm.

Technique mixte, en IDP point par point et en IDS nap-

page.

Mélange: Silicium Organique 2ml + Etamsylate 2ml + Calcitonine 100u 1ml

- Evolution

19/03/15, l'évolution est favorable et les différents tests cliniques sont rassurants. L'échographie de contrôle est rassurante. Le joueur 5 avait précocement repris la course à pied puis l'entraînement individuel aménagé sous couvert d'un strapping du LLI du genou droit. La reprise de l'entraînement collectif est donc autorisée. Il est mis à disposition de l'entraîneur. Cependant il ne reprendra pas la compétition immédiatement car à cette période de la saison, la ligue 1 laisse place aux matchs de coupe de France et coupe de la ligue. De toute façon, il n'était pas prévu initialement qu'il soit titularisé pour ces matchs qui sont promis de principe à un autre gardien. Il reprendra sa place de titulaire dès lors que les matchs de ligue 1 auront repris quelques jours après.

DISCUSSION

Cette étude ne devait pas permettre:

D'exposer l'intérêt scientifique des protocoles de mésothérapie déjà validés

De comparer la mésothérapie aux autres disciplines plus conventionnelles que sont la kinésithérapie, l'ostéopathie ou encore la podo-posturologie.

D'apporter la preuve de l'efficacité de la mésothérapie déjà reconnue ou encore de l'intérêt des joueurs de football professionnels pour la mésothérapie car ils connaissent déjà cette alternative thérapeutique.

Cette étude devait montrer comment la mésothérapie s'intègre dans la prise en charge thérapeutique des footballeurs de haut niveau au sein du FC Nantes.

Dans cette étude, tous les cas répertoriés concernent des pathologies du membre inférieur:

- Joueur 1, lésion du pied.
- Joueur 2, lésion du mollet.
- Joueur 3, lésion de la hanche.
- Joueur 4, lésion du genou.
- Joueur 5, lésion du genou.

L'épidémiologie du football met en évidence que la traumatologie de ce sport concerne à 90% le membre inférieur, en grande partie représenté par les lésions musculaires (ischio-jambiers, adducteurs, quadriceps, jumeau interne) et les lésions tendineuses (achille, rotulien, adducteurs). Le domaine de prédilection de la mésothérapie est la traumatologie du sport. Les indications privilégiées de la mésothérapie en traumatologie spécialisée du football sont les suivantes:

- Tendinopathies.
- Enthésopathies.
- Lésions musculaires.
- Lésions ligamentaires.

Cela est bien en accord avec l'étude réalisée ici puisque:

- Joueur 1 lésion de l'aponévrose plantaire.
- Joueur 2 lésion musculaire du jumeau interne.
- Joueur 3 lésion myo-tendineuse de l'adducteur.

- Joueur 4 lésion du tendon rotulien.

- Joueur 5 lésion du ligament latéral interne du genou.

Au cours de cette étude, nous avons pu constater que la prise en charge médicale de chaque joueur est bien organisée ce qui permet un suivi médical adapté. Les différentes étapes sont les suivantes:

- Traumatisme initial.
- Avis médical.
- Diagnostic clinique.
- Soins de kinésithérapie précoces.
- Bilan complémentaire si nécessaire.
- Annonce de l'indisponibilité sportive.
- Stratégie thérapeutique avec principalement des soins de kinésithérapie réguliers et dans un second temps des soins de mésothérapie, selon des protocoles validés, si nécessaires.
- Evolution favorable et reprise d'un programme de ré-entraînement aménagé en individuel puis en collectif en vue de reprendre la compétition.

Dans cette étude, tous les joueurs connaissaient la mésothérapie. Certes, seulement 5 cas sont exposés ici mais ils étaient tous demandeurs de mésothérapie. Lors de la stratégie thérapeutique mise en place, et avant toute réalisation de séance de mésothérapie, si l'indication était correctement posée, cette alternative thérapeutique leur était tout d'abord proposée par le médecin dans le but de recueillir leur accord initial. Ils ont bien sûr tous acceptés. Les joueurs de football ont un a priori favorable concernant la mésothérapie.

Il faut prendre conscience que la mésothérapie ne se fait jamais en urgence au bord du terrain ou dans les vestiaires. Elle se réalise la plupart du temps à distance lors de séances programmées (cas 1, 3, 4 et 5). Seul le joueur 2 a bénéficié d'une séance de mésothérapie précoce à J+1 du traumatisme initial. Elle a été réalisée après que les étapes classiques de prise en charge médicale précédemment vues aient été respectées. Dans tous les autres cas, la mésothérapie a été pratiquée à partir de J+7.

Nous constatons dans cette étude que la mésothérapie ne peut pas être réalisée sans un diagnostic clinique précis pouvant être appuyé par un bilan complémentaire. Nous pouvons comprendre donc que parfois la pratique d'exams d'imagerie peut retarder la pratique de la mésothérapie à fin de préciser le bilan lésionnel. Le joueur 2, n'ayant pas eu d'imagerie et présentant une lésion aiguë bénigne, a pu bénéficier de séances de mésothérapie précoces. Le joueur 4 lui aussi n'a pas eu de nouveaux examens complémentaires mais, sa lésion étant chronique, il devait d'abord être pris en charge rapidement par le kinésithérapeute pour ensuite avoir de la mésothérapie à distance. Les autres cas présentaient la même méthodologie thérapeutique.

De part ces protocoles codifiés et validés, la mésothérapie impose un examen clinique rigoureux avant chaque

séance, ce qui permet aussi de réévaluer régulièrement la symptomatologie du joueur et donc d'adapter au mieux la stratégie thérapeutique. Ainsi, dans le cas du joueur 2, étant donné l'évolution clinique rapidement favorable, la 3^{ème} séance n'a pas été pratiquée. Concernant le cas du joueur 3, lors de sa lésion initiale de l'adducteur, le protocole de mésothérapie lui a été spécifique et n'a pas pu être optimal. Il n'a eu que 2 séances à un mois d'intervalle du fait de la fin de la saison de ligue 1 et de ses vacances. Le médecin du club doit en permanence s'adapter à chaque situation. Rien n'est figé en mésothérapie.

La mésothérapie elle aussi doit composer avec les spécificités et les contraintes du football de haut niveau. Dans un club comme celui du FC Nantes (pris en exemple dans cette étude) ce n'est pas aussi simple de pratiquer la mésothérapie. Deux médecins sont présents pour s'occuper des joueurs, un seul pratique la mésothérapie. Ils doivent donc discuter ensemble des dossiers pour valider la meilleure stratégie thérapeutique possible pour le joueur. Aussi, les soins de kinésithérapie prennent à juste titre une place importante et primordiale dans cette stratégie thérapeutique. Nous pouvons préciser que dans cette étude, les séances de mésothérapie étaient souvent pratiquées en fin de semaine (le vendredi) pour laisser le joueur blessé se reposer de tous soins le week-end, jours de match. Ainsi le joueur n'avait pas de kinésithérapie pendant 48 heures. En effet, il est préconisé de respecter un certain délai entre les séances de mésothérapie et les soins de kinésithérapie du fait que lors des massages des zones à traiter des huiles spécifiques peuvent être utilisées. Ces huiles n'étant pas compatibles avec les punctures mésothérapeutiques.

Il est important de souligner que le médecin du club est l'organisateur de la stratégie thérapeutique, il la coordonne pour qu'elle soit la meilleure possible. Il ne peut pas être que mésothérapeute, il n'est pas là que pour piquer ! L'utilisation de la mésothérapie au sein d'un club de football ne peut être que ponctuelle et non systématisée. Il ne faut pas généraliser la mésothérapie dès la moindre blessure aux risques d'en perdre tout son sens et de faire « peur » aux joueurs. Ces derniers, qui d'une manière générale ont déjà peur des piqûres, seraient, en cas de mésothérapie inadaptée et excessive, amenés à être réticents à voir le médecin du club lorsqu'ils sont blessés. Ou à voir de manière préférentielle le médecin qui ne pratique pas la mésothérapie. Ainsi, ils pourraient être amenés à cacher leurs blessures au staff médical et à l'entraîneur avec les risques d'aggravation des lésions que cela entraîne. Et par la même occasion se repercuter sur les résultats sportifs de l'équipe. A l'inverse, des risques de « pseudo-dépendance » à la mésothérapie peuvent être possibles, dans une certaine mesure, avec des joueurs qui souhaitent en bénéficier dès la moindre petite blessure.

Le staff médical doit donc garder une certaine cohésion

dans la stratégie thérapeutique des joueurs. L'utilisation de la mésothérapie doit rester cohérente et les indications bien posées.

Le désir du joueur doit être respecté. La mésothérapie lui est proposée et non imposée. Ainsi elle sera mieux acceptée et les résultats que plus positifs. Dans cette étude, tous les cas de mésothérapie réalisés par le Docteur RIAUD l'ont été parce que le traitement conventionnel ne suffisait pas et cela a fait gagner du temps dans le processus de guérison du joueur. Nous pouvons ainsi constater que tous les délais d'indisponibilité ont globalement été respectés. La stratégie thérapeutique, de cette étude, intégrant la mésothérapie a été efficace. La mésothérapie est donc complémentaire des soins de kinésithérapie qui restent primordiaux.

CONCLUSIONS

Je me suis donc intéressé à 5 cas cliniques de mésothérapie dans un groupe de footballeurs professionnels. Dans cette étude, la mésothérapie, dont l'efficacité déjà reconnue, est une nouvelle fois validée dans le domaine de la traumatologie du sport. Elle est une alternative thérapeutique de choix aux disciplines conventionnelles et indispensables que sont la kinésithérapie, l'ostéopathie et la podo-posturologie. Cependant, pour être utilisée de façon cohérente toujours dans l'intérêt thérapeutique du joueur, la mésothérapie invite à la réflexion au sein du staff médical du club et doit composer avec les spécificités et les contraintes du sport de haut niveau.

Cette étude permet le constat suivant :

Oui, la mésothérapie a sa place dans la prise en charge thérapeutique des footballeurs de haut niveau du FC Nantes. Elle s'intègre parfaitement dans une stratégie thérapeutique qui doit rester pluridisciplinaire.

Pour appuyer ce constat, il faudrait réaliser d'autres études de cas avec des échantillons de joueurs beaucoup plus importants. Il serait également intéressant d'y inclure une enquête concernant les facteurs de risques et la prévention des pathologies traumatiques du football de haut niveau.

Concernant les contrôles antidopage, très fréquents dans le football professionnel, la mésothérapie n'est pas un obstacle mais encore une fois une alternative thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- Dr Gonzalez.B. Introduction de la mésothérapie dans l'arsenal thérapeutique proposé aux footballeurs de haut niveau dans le cadre du suivi médical d'une équipe professionnelle (stade de Reims), bilan d'une première année d'utilisation (saison 2003-2004), à partir de 5 cas. Université Paris VI, DIU de mésothérapie, 2003-2004.

- Boukhriss.M et Shahandeh.A. Mésothérapie appliquée aux sportifs de haut niveau, suivi de l'équipe de France d'athlétisme: groupe de Mr.Pepin.F. Université Paris VI, DIU de mésothérapie, 2012-2013.

- Dr Riaud.G. Intérêt de la mésothérapie dans un club de football professionnel, référence : centre de formation du FCN. La revue de mésothérapie, p13-15, n°136, janvier 2010.

NOTES DE LECTURE

Jean Michel Coulomb - Olivier Stien - Benoît Labenne

COMMENTAIRES SUR L'ARTICLE DE LA REVUE "PRESCRIRE". (RÉPONSE ADRESSÉE AVANT PUBLICATION.)

«MÉSOTHÉRAPIE: DES RISQUES AVÉRÉS ET PAS D'EFFICACITÉ PROUVÉE»

Cette publication est manifestement partielle, le fil conducteur étant le procès de la mésothérapie. Ceci nous a amené à consulter le Conseil Scientifique de la Société Française de Mésothérapie pour cette relecture. La mésothérapie est une technique d'injection locale, développée par le Dr Michel PISTOR en 1952. L'originalité de sa découverte repose sur une nouvelle approche injectable: «peu, rarement et au bon endroit», de 1 à 4mm de profondeur, sur la zone de souffrance.

Le Dr PISTOR crée la Société Française de Mésothérapie (SFM) en 1964. Il présente un mémoire sur la Mésothérapie devant l'Académie de Médecine en 1968 avec l'ouverture d'une première consultation hospitalière à l'hôpital Necker-Enfants Malades dans le service du Professeur THIERREE.

La société Française de Mésothérapie regroupe aujourd'hui plus de 700 médecins, dont la grande majorité est titulaire du DIU de Mésothérapie. Peu pratiquent des actes à visée esthétique, mais traitent **essentiellement** la douleur. L'efficacité de cette technique est reconnue par l'académie de Médecine depuis 2007 et l'ANAES validera la Mésothérapie dans le cadre du traitement de la douleur en 2001, avec une lettre clé dans la nouvelle CCAM (ANLB003).

La pratique de la mésothérapie est validée aujourd'hui par l'obtention d'un diplôme inter-universitaire (DIU) dans **6 facultés** de France (Bordeaux, Clermont Ferrand, Dijon, Lyon, Marseille et Paris-Pitié-Salpêtrière) et ce, depuis 2002. Ce diplôme est reconnu par le Conseil National de l'Ordre des Médecins depuis 2003, avec droit au titre. Le DIU intègre pour la première fois un module de médecine esthétique à Bordeaux en 2008.

Pensez vous raisonnablement que ces facultés accueilleraient l'enseignement d'une technique dangereuse et inefficace?

Se pose donc la légitimité de vos sources. En effet vous n'appuyez votre article que sur vos seules publications et du récent rapport de l'HAS concernant les effets secondaires actes d'esthétique.

Vous semblez ignorer que la plupart des effets secondaires recensés sont engendrés par des pratiques sans formation et/ou sans diplôme (doctorat en médecine, DIU). Le référencement des effets secondaires ne prend pas en compte ces éléments.

Vous recensez 400 effets indésirables, selon le rapport de l'HAS de juin 2014: « *Evaluation des risques liés aux pratiques de mésothérapie esthétique* ». Ces complications relèvent de la responsabilité du praticien et

n'engage en rien la Mésothérapie dans son concept global.

En effet, il est avéré que les praticiens mis en cause ont failli aux règles rigoureuses de l'asepsie tant dans l'entretien de leur appareillage classiquement utilisé en médecine esthétique que dans les protocoles de désinfection locale avant injection.

La Mésothérapie est essentiellement utilisée chaque jour depuis 1968 avec succès en pathologie du sport et dans toutes les pathologies rhumatologiques aiguës ou chroniques.

Le matériel utilisé est à usage unique, l'injection étant faite à la main ou avec un injecteur mécanique ne nécessitant aucun nettoyage de tubulure avec les précautions d'asepsie d'usage (*port de gants + double désinfection avec de la Biseptine*).

Les mélanges les plus souvent utilisés sont les mêmes que ceux utilisés par voie intra-musculaire: *AINS, Myorelaxants, Magnésium* pour les plus courants. Seules quelques gouttes de ce mélange sont injectées en quelques points bien codifiés après examen clinique.

Dans votre liste d'effets secondaires après séance de mésothérapie, nous ne retiendrons que les hématomes voire des érythèmes (favorisés par un terrain circulatoire déficient) relativement rares quand la technique est faite selon les règles de l'art. Pour les autres (*malaises, fièvres, asthénies, syndromes pseudo-grippaux, hémiplésies, myalgies, palpitations, malaises vagues, douleurs articulaires*) vous ne faites que le procès des substances injectées!

Vous devriez faire également le procès de la voie intra-musculaire qui délivre 10 à 50 fois plus de produits Quant à la liste des produits utilisés, vous manquez d'information.

La mésothérapie est l'alternative à l'infiltration!

Il n'y a jamais d'injection de corticoïdes.

Vous êtes vous intéressés aux effets secondaires de ces infiltrations de corticoïdes ? (ruptures tendineuses, choc allergique, infection ou nécrose cutanée...). La rhumatologie est-elle pour autant condamnée?

Vous citez des produits qui n'existent plus sous forme injectable: Thiomucase, Buflomédil, Pentoxifylline, l'Artichaut, le Mélilot, les Rutosides ...

Selon les recommandations faites lors des enseignements des DIU, les produits suivants ne sont JAMAIS utilisés: Antibiotiques, Vérapamil, Alpha chymotrypsine et dérivés hormonaux. Ces substances sont utilisées dans d'autres pays où la législation est plus «laxiste», **lors d'un «acte dit de mésothérapie» pratiqué par un thérapeute (souvent non médecin) n'ayant aucune formation validée officiellement. Cela entraîne effectivement un grand nombre de publications d'effets secondaires «à charge» contre la «Mésothérapie» ainsi pratiquée, ce que nous ne cessons de dénoncer.**

Il n'y a pas, comme vous le citer, de mélanges extemporanés. Ils sont faits juste avant l'injection avec des conditionnements unitaires, comme pour tout acte injectable.

La composition des mélanges tient compte par ailleurs des monographies du Vidal.

Avez-vous comptabilisé le nombre d'infections post-opératoires en traumatologie? Une infection sur prothèse de hanche ou de genou est envisageable (*selon la décharge que signe tout patient avant de se faire opérer*), mais pour autant, l'acte chirurgical prothétique n'est pas remis en cause.

C'est le praticien, médecin diplômé, qui engage sa responsabilité lors de l'injection d'un produit quelle qu'en soit la technique.

Ainsi, la SFM soucieuse de la qualité des pratiques, a mis en place:

- Une formation assurée par des Facultés de Médecine sous forme de DIU, formation destinée à des médecins et uniquement des médecins.
- Des formations médicales continues dans les différentes régions
- Des études prospectives sont en cours dans différents domaines: pathologies sportives, maladies inflammatoires, syndrome régional douloureux complexe de type II .

Ces études ont pour but de mettre en évidence l'efficacité de la mésothérapie, l'utilité de celle-ci dans la prise en charge des différentes douleurs rencontrées, d'en recenser les effets indésirables rencontrés . **La SFM s'engage à les publier.**

Nous espérons que tous ces éléments permettront de revoir avec plus de recul et d'éthique vos affirmations concernant la Mésothérapie : *concept médical innovant aboutissant à une thérapeutique ciblée et peu coûteuse.*

Le comité scientifique de la Société Française de Mésothérapie

REVUE DE PRESSE GRAND PUBLIC

Trois articles grand public ont attiré notre attention car citant la mésothérapie comme choix thérapeutique.

SCIENCES et AVENIR de janvier sur le mal de dos et mésothérapie (pages 10 à 15)

SERENGO de février sur "on choisit quoi pour les douleurs: mésothérapie ou acupuncture" (pages 146 et 147)

FEMME ACTUELLE N°1648 du 25 Avril, "En finir (pour de bon) avec le mal de dos"

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE

RÉUNIONS FMC AGRÉÉES OGDPC

REUNIONS DE CERM

Samedi 17 septembre à Strasbourg CERM Alsace Lorraine

Hôtel Sofitel Strasbourg Grande ile, 4, place St Pierre le Jeune 67000 Strasbourg

Thème: Pubalgie et tendinopathies du bassin: place de la mésothérapie

Organisateur Dr Vincent Pujol 2 rue La Bruyere 67200 Strasbourg: tel 03 88 29 37 24

Expert clinique: Dr Alain Simon (MPR)

Expert méso: Dr Henri-Philippe Taffin

INSCRIPTIONS

2 possibilités:

SOIT SUR LE SITE DU GEMA: www.gema-fm.fr

Aller sur la page d'accueil, sélectionner "Nos thèmes", cliquer sur "Mésothérapie", choisir la ou les dates de session et compléter le bulletin d'inscription. Le GEMA vous contactera ensuite pour obtenir les différentes pièces nécessaires à l'inscription définitive.

SOIT EN ENVOYANT LE DOSSIER D'INSCRIPTION A L'ORGANISATEUR QUI LE RENVERRA AU GEMA

Un chèque de 25€ d'admission au GEMA pour l'année 2016

Un chèque de caution de 200€ (à l'ordre du GEMA) qui sera restitué le jour de la formation

Une feuille de soins barrée

Une photocopie de l'attestation de versement de la contribution à la formation professionnelle délivrée par l'URSSAF en 2015

DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE MESOTHERAPIE ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX, FACULTÉ DE MÉDECINE PAUL BROCA

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

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

Dates: 5 séminaires d'un jour et demi (vendredi après-midi et samedi en novembre, décembre, janvier, mars et juin)

UNIVERSITÉ PARIS VI, FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ SALPÊTRIÈRE

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

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

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

Dates: 28/09, 12/10, 16/11, 14/12, 11/01, 01/02, 08/03, 29/03, 17/05/2017,
examen écrit et oral: 07/06/2017

UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE, FACULTÉ DE MÉDECINE DE DIJON

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

Responsable technique: Dr Serge Server Tél: 0380788348, Email: drserver1@orange.fr

Dates: 3 séminaires de 3 jours (jeudi, vendredi et samedi en novembre, janvier et avril)

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 elodie.guillaume@udamail.fr.

Dates: 3 séminaires de 3 jours (jeudi, vendredi et samedi en décembre, février et juin)

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 (vendredi et samedi en décembre, janvier, mars, avril et mai).

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

AGGLOMERATION TOULON VAR FRANCE – IMPORTANT CABINET ACUPUNCTURE ET MÉSOTHÉRAPIE - CHERCHE ASSOCIÉ PUIS SUCESSEUR

Cadre de vie et de travail idéaux, pas de conditions de reprise.

Je vous remercie à l'avance de votre réponse.

Dr Goret Olivier

30 avenue Gabriel Péri

83130 La garde. tel 04 94 75 48 32, mail : goret.olivier@wanadoo.fr

PROCHE LAVAL, CAUSE RETRAITE CÈDE CABINET SECTEUR II DEPUIS 1986.

Activité: essentiellement Mésothérapie, avec fort potentiel de médecine générale à développer. Très bonne patientèle fidèle départementale et Lavalloise. Présentation de la patientèle.

Prix à débattre.

Pas de locaux à céder, possibilité d'intégrer une maison de santé sur Laval ou Laval Agglomération.

Docteur Jammes-Gaven Maryvonne

Parc Technopolis / bâtiment J; 53810 CHANGÉ

CÈDE À TAHITI (POLYNÉSIE FRANÇAISE) CABINET DE MEDECINE GENERALE AVEC DIU DE MESOTHERAPIE.

Cabinet tenu depuis 1992, bonne activité actuelle, 25 à 30% d'activité de mésothérapie. Départ à la retraite dès que je trouve un successeur. Possibilité de cession sur plusieurs mois, sous forme d'un travail en alternance ou d'un remplacement sur 2 ou 3 mois pour connaissance du cabinet et du pays.

Contact : Dr Michel PETIT - BP 51495 Pirae - Tél 00(689) 40 43 50 68. mpetit@mai.pf.

SUITE À CESSATION D'ACTIVITÉ, VENDS PISTOR 4 EN EXCELLENT ÉTAT

(peu servi, batterie récente, dans sa mallette d'origine) à 1500€.

Contacteur: Dr. SCHVARTZ Etienne 06.24.75.47.62 ou etienne.schvartz@gmail.com.

La revue française de Mésothérapie

Numéro 155 - Mai 2016

Société Française de Mésothérapie

15 rue des Suisses - 75014 Paris

Site Internet : www.sfmesotherapie.com

Responsables de publication: Denis Laurens - Philippe Salato

Maquette - mise en page: Philippe Salato

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

NOTES



MI | Medical Innovation

*La référence en mésothérapie
depuis 1982*

PISTOR

Une gamme complète de pistolets de Mésothérapie.

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

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

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

*Bénéficiez des tarifs
spécifiques SFM*

Un seul consommable pour une pratique économique!!!



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



CE 0459



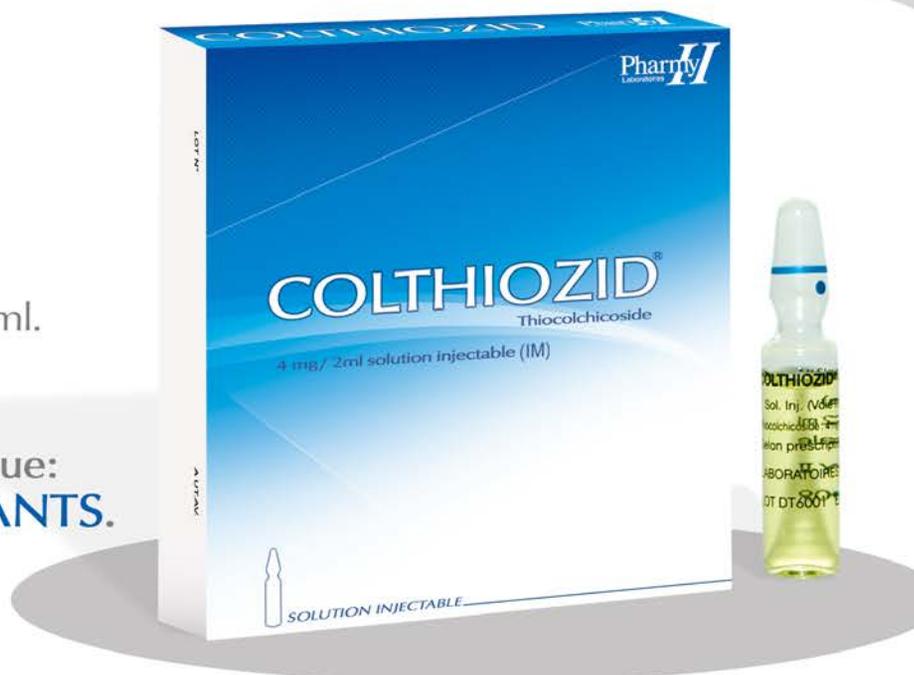
Colthiozid

THIOLCHICOSIDE INJECTABLE 4 mg

1 - Thiocolchicoside 4 mg.

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

3 - Classe pharmacothérapeutique:
MYORELAXANTS.



DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT

COLTHIOZID 4 mg/2 ml, solution injectable

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Thiocolchicoside 4 mg

Pour 1 ampoule de 2 ml de solution injectable.

Excipients : Chlorure de sodium, eau pour préparations injectables.

FORME PHARMACEUTIQUE

Solution injectable.

DONNÉES CLINIQUES

Indications thérapeutiques

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

Posologie et mode d'administration

RÉSERVÉ À L'ADULTE (plus de 15 ans).

Voie intramusculaire uniquement.

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

Contre-indications

- Hypersensibilité au thiocolchicoside, à l'un des excipients ou à la colchicine.
- Allaitement.
- Troubles de l'hémostase ou traitement anticoagulant en cours (contre-indication liée à la voie intra-musculaire).
- Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé pendant le premier trimestre de la grossesse.

Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi

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

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

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

Grossesse et allaitement

Grossesse

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

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

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

attitude de prudence et à une surveillance prénatale soignée. Allaitement

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

Effets indésirables

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

Très rares cas de réactions cutanées type prurit, érythème, éruptions maculopapuleuses et exceptionnellement éruptions vésiculobulleuses. Dans de rares cas, excitation ou obnubilation passagère et dans de très rares cas, malaise de type vagal

rapporté quasi exclusivement dans les minutes suivant une administration IM.

PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES

Propriétés pharmacodynamiques

Classe pharmacothérapeutique : MYORELAXANTS, Code ATC : M03BX05.

(M : Muscle et Squelette)

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

Propriétés pharmacocinétiques

Après administration intramusculaire chez le sujet sain :

- le pic plasmatique est atteint en 30 minutes environ,

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

Le thiocolchicoside est éliminé chez le sujet sain à la fois par la voie rénale sous forme inchangée (clairance rénale d'environ

70 ml/min.) et par voie extra-rénale (clairance extra-rénale d'environ 200 ml/min).

PROPRIÉTÉS PHARMACEUTIQUES

Incompatibilités

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

Durée de conservation

Avant ouverture : 3 ans.

Après ouverture : D'un point de vue microbiologique, le produit doit être utilisé immédiatement. En cas d'utilisation non

immédiate, les durées et conditions de conservation après dilution et avant dilution relèvent de la seule responsabilité de

l'utilisateur.

Précautions particulières de conservation

Pas de précautions particulières de conservation.

Nature et contenu de l'emballage extérieur

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

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

Pas d'exigences particulières.

PRÉSENTATIONS ET NUMÉROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE

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

Non Remb Séc soc.

DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION

2005

DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE

2005

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE

Liste I.

LABORATOIRE EXPLOITANT

Laboratoires PHARMY II

Strategy Center

26, rue des Gaudines

78100 Saint-Germain-en-Laye

Tel : 01 34 51 50 97

Fax : 01 34 51 49 48

E-mail : pharmy2@wanadoo.fr

Pharmy II
Laboratoires

14th *International Congress of Mesotherapy*



11,12 and 13 november 2016

Pitié Salpêtrière University
105 boulevard de l'Hôpital
75013 PARIS

www.sfmesotheapie.com