LA REVUE DE
MÉSOTHÉRAPIE
PUBLICATION OFFICIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE
www.sfmesotherapie.com

LA LETTRE DU PRÉSIDENT p. 3
Denis Laurens

COMPTE RENDU DE LA 149ÈME RÉUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE
Philippe Salato p. 4

MÉSOTHÉRAPIE ET EXTRACTIONS DENTAIRES p. 5
Dr. Bertrand Pihouée

APPORT DES TECHNIQUES DE MÉSOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERHIDROSE DES MEMBRES RÉSIDUELS PAR TOXINE BOTULIQUE: ÉTUDE D'UN CAS. p. 8
Dr S.Compère, Dr H.Bisseriex, Dr S.Truffaut, Dr L.Thefenne, Pr E.Lapeyre

EFFICACITÉ DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LES DOULEURS AIGUËS DE TASSEMENTS VERTÉBRAUX OSTÉOPOROTIQUES, À PROPOS DE 5 CAS p. 12
Dr Nolwenn ASTRUC

PRISE EN CHARGE PAR LA MESOTHERAPIE DES PERI- ARTHRALGIES DE HANCHE APRES MISE EN PLACE CHIRURGICALE D'UNE PROTHESE TOTALE. A PROPOS DE 100 CAS p. 17
Dr Yves DATURI

RESPONSABILITE MEDICALE ET PRATIQUE DE LA MESOTHERAPIE p. 20
Dr Dragan Miljkovic

NOTES DE LECTURE p. 25
Dr Philippe Salato

RÉUNIONS FMC AGRÉÉES OGDPC: 2 ème semestre 2015 p. 26

DIPLÔMES INTER-UNIVERSITAIRES DE MÉSOTHÉRAPIE 2015/2016 p. 27

N° 152

Juin 2015

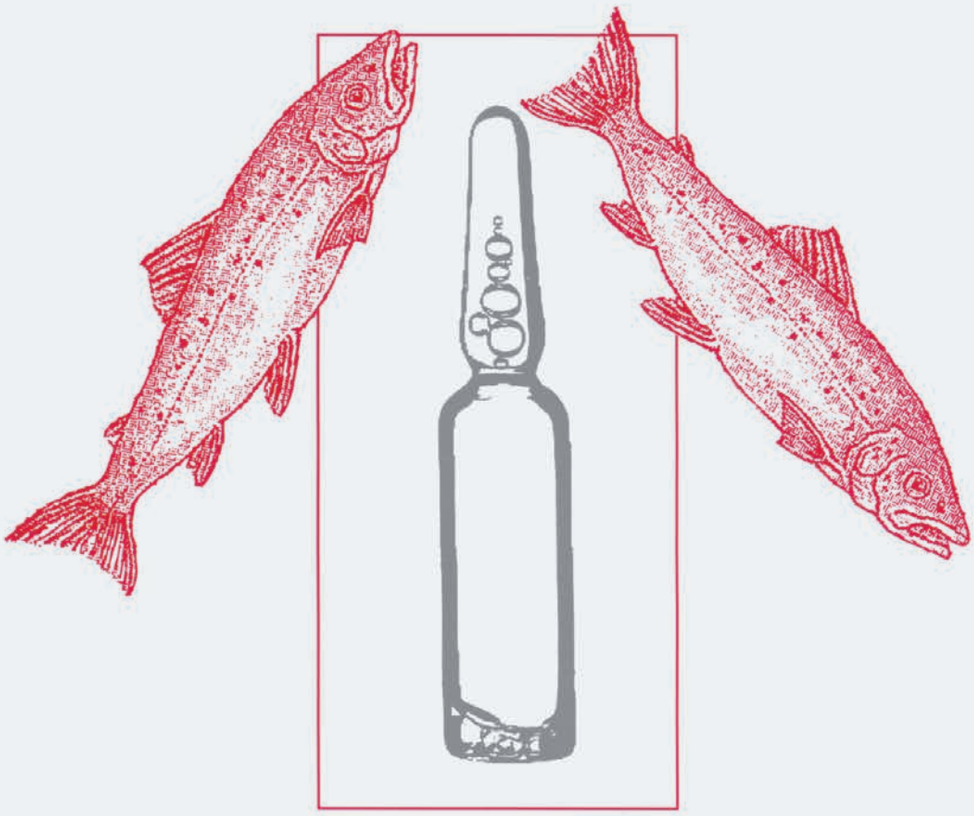
Calcitonine Pharmy *II*

CALCITONINE DE SAUMON DE SYNTHESE

50 UI & 100 UI

Boîtes de 5 ampoules prêtes à l'emploi

La Calcitonine la moins chère du marché



CALCITONINE PHARMY II 100 U.I./1 ml, solution injectable. **CALCITONINE PHARMY II 50 U.I.**, solution injectable. **COMPOSITION** Calcitonine de saumon 50 U.I. et 100 U.I. pour une ampoule de 1ml. **DONNEES CLINIQUES Indications thérapeutiques** : La calcitonine est indiquée dans : - Prévention de la perte osseuse aiguë liée à une immobilisation soudaine, notamment chez les patients avec des fractures ostéoporotiques récentes. - Maladie de Paget. - Hypercalcémie d'origine maligne. **Posologie et mode d'administration** : Par voie sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse chez les personnes âgées de 18 ans ou plus. La calcitonine de saumon peut être administrée au coucher afin de réduire l'incidence des nausées ou des vomissements qui pourraient se produire, en particulier au début du traitement. Prévention de la perte osseuse aiguë La posologie recommandée est de 100 U.I. par jour ou 50 U.I. deux fois par jour pendant 2 à 4 semaines, en administration sous-cutanée ou intramusculaire. La dose peut être réduite à 50 U.I. par jour au début de la remobilisation. Le traitement sera poursuivi jusqu'à ce que le patient soit complètement mobile. Maladie de Paget La posologie recommandée est de 100 U.I. par jour, administré par voie sous-cutanée ou intramusculaire ; toutefois, un schéma posologique minimal de 50 U.I. trois fois par semaine a apporté une amélioration clinique et biochimique. La posologie doit être adaptée aux besoins de chaque patient. La durée du traitement dépend de l'indication traitée et de la réponse du patient. L'effet de la calcitonine peut être suivi par la mesure de marqueurs appropriés du remodelage osseux tels que les phosphatases alcalines sériques ou l'hydroxyproline et la déoxypyrolidine 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 débuter 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 bisphophonates peut résulter en un effet hypocalcémiant additif. **Grossesse et allaitement*** : La calcitonine n'a pas été étudiée chez la femme enceinte. La calcitonine ne sera utilisée pendant la grossesse que si le médecin juge le traitement nécessaire. Le passage de la substance dans le lait maternel n'est pas connu. En conséquence, l'allaitement n'est pas recommandé pendant le traitement. **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines*** : Les patients doivent être prévenus de la possibilité de survenue de sensations vertigineuses transitoires ; auxquels cas ils ne devront pas conduire ou utiliser des machines. **Effets indésirables*** : -Troubles gastrointestinaux - Troubles vasculaires -Troubles généraux et liés au site d'administration -Troubles cutanés et des tissus sous-cutanés -Troubles du système nerveux -Troubles rénaux et urinaires -Troubles du métabolisme et de la nutrition - Troubles du système immunitaire. **Surdosage*** : En cas de survenue de tels symptômes de surdosage, un traitement symptomatique sera entrepris. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES* Propriétés pharmacodynamiques* Propriétés pharmacocinétiques* Données de sécurité précliniques* DONNEES PHARMACEUTIQUES* Précautions particulières de conservation** A conserver au réfrigérateur (entre +2°C et +8°C). Laboratoires PHARMY II 26, rue des Gaudines 78100 SAINT-GERMAIN-EN-LAYE AMM : 100 U.I. 5 Amp : 347 644 - 7 (22,49) - 50 U.I. 5 Amp : 347 643 - 0 (13,75). LISTE II - Sec Soc 35%. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE :** juillet 2004. * Pour une information plus complète se reporter au dictionnaire VIDAL.

LA LETTRE DU PRÉSIDENT

Denis Laurens

La loi de santé de la ministre Marisol Touraine a mis le monde médical en ébullition avec pour conséquence l'opposition de l'ensemble des syndicats médicaux, ce qui ne s'était jamais vu. La SFM, par l'intermédiaire de son syndicat le SMPM, a intégré dès le début le MPST: Mouvement Pour la Santé pour Tous qui compte maintenant 49 syndicats de soignants.

Grace à l'énergie développée par son vice-président le docteur Benoit Labenne qui a su mobiliser un grand nombre d'adhérents, le SMPM prend une part active dans la lutte pour le retrait de cette loi qui met gravement en danger l'avenir de la médecine libérale.

Le texte sera discuté au Sénat en septembre avant de revenir devant l'Assemblée Nationale. Des actions ciblées sont menées chaque semaine en direction du ministère de la Santé, du monde politique mais aussi de l'opinion publique. Notre motivation est intacte et nous irons jusqu'au bout.

Dans le cadre de notre partenariat, le GEMA nous a reversé 11104€ au titre de la FMC pour notre dernier congrès, ce qui nous permet d'avoir un bilan financier positif de 3290,08€, ce qui n'était pas arrivé depuis plusieurs années. Or cette somme ne correspond qu'à 27 dossiers correctement remplis de médecins participants. Nous veillerons lors de notre prochain congrès à ce que l'ensemble des dossiers soient complets.
Ce congrès aura lieu les 21 et 22 novembre à la Faculté Pitié Salpêtrière, le programme complet sera publié dans la prochaine Revue en septembre.

Comme nous nous y sommes engagés, vous trouverez dans cette Revue le compte rendu de la dernière réunion du CA de la SFM qui s'est déroulée le vendredi 1er mai au siège de la SFM, rue des Suisses.
Une réunion extraordinaire de la Société Internationale de Mésothérapie a eu lieu le vendredi 27 mars au siège de la SFM qui est également celui de la SIM, avec l'élection d'un nouveau bureau suite à ma démission de la présidence. Voici la composition du nouveau bureau:

Président: Dr Giuseppe Iuvara (Suisse)
Président d'Honneur: Dr André Kaplan (Israel)
1er Vice-Président: Dr Mohamed Ali Farah (Tunisie)
2ème Vice-Présidente: Dr Nedret Erguven (Turquie)
Secrétaire Générale: Dr Blanca Miller (Mexique)
Secrétaire Générale Adjointe: Dr Lucia Lopez Aguero (Argentine)
Trésorier: Dr Denis Laurens (France)

Je tiens à féliciter Giuseppe Iuvara pour son élection et lui souhaite beaucoup de succès pour cette présidence et je ferais de mon mieux pour l'aider à mener à bien tous ses projets.

Une réunion s'est tenue à Rome le 14 mai à l'initiative de la Société Italienne de Mésothérapie afin d'essayer d'uniformiser les orientations scientifiques des différentes sociétés nationales, la SFM était représentée par son Vice-Président le docteur Christophe Danhiez. Une réunion de Consensus International a été fixé au 22 novembre prochain à Paris lors du congrès de la SFM.

Je vous souhaite à toutes et à tous un très bon été.

Denis Laurens

COMPTE RENDU DE LA 149ÈME RÉUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE

Dr Philippe Salato - Secrétaire Général de la SFM

le Conseil d'Admninistration de la SFM s'est réuni le **Vendredi 1er Mai 2015 au siège de la SFM**, 15, rue des Suisses à Paris XIV ème.
Tous les membres étaient présents sauf le Dr Benoît Labenne, excusé, avec lequel nous avons pu communiquer en visio conférence via internet.
Les principaux sujets abordés ont porté sur:

- L'approbation du Compte-rendu de la réunion du CA du 13 décembre 2014.
- le bilan financier du XIème Congrès: qui dégage cette année un bénéfice de 3290,08€.
- La réorganisation de la Trésorerie de l'association, présentée par notre Trésorier, le Dr Bruno Estève Lopez.
- La réalisation des deux prochaines Revues de la SFM, la sélection des articles et la répartition des rubriques.
- Le point sur les cotisations 2015 et la réalisation de l'Annuaire 2015, la mise à jour du fichier des cotisants, la décision d'adresser le fichier des inscrits à l'imprimeur le 15 mai pour un envoi courant juin.
- La décision de faire apparaitre sur la liste des Cotisants, la rubrique "Médecin non installé".
- Le point sur l'avenir de la Mésothérapie, sachant que nous nous sommes tous investis sur le plan personnel, en expliquant sur le terrain auprès de nos patients et de nos élus, la dangerosité de la nouvelle loi de santé.
- La méthodologie à mettre en place pour qu'enfin nos études soient recevables auprès des Commités de lecture qui jusque là nous ont refusé nos publications. Nous sommes parfaitement conscients de l'urgence de cette action, mais les obstacles sont toujours aussi difficiles à franchir. Toute l'énergie du Commité scientifique est concentrée sur ce sujet.
- Nous avons également pris acte de la non réaction de la revue "Prescrire" qui nous avait sollicité pour "corriger" un projet d'article sur la "Dangerosité de la Mésothérapie". Manière de diffuser largement dans le monde médical, les conclusions du rapport très contestable sur le fond et sur la forme, formulées par la HAS au printemps 2014. Notre réponse collégiale, faite au nom de la Commission Scientifique de la SFM, démontait point par point tous ces éléments contestables.
- La Société Française de Mésothérapie sera présente à Estoril lors du Congrès International de Médecine Physique, de même que dans le DU du Rachis de la Pitié.
- Le Dr Christophe Danhiez sera sur le plateau de Fr 3 Champagne Ardennes le 28 mai, à 09 h 50.
- Concernat les CERM, il a été confirmé comme stipulé dans le RI, qu'il n'y aurait pas de reversement sur les cotisations pour ceux qui ne font aucune réunion dans l'année. Par ailleur, le CERM Franche Comté se relance et le Dr Christophe Danhiez participera à leur première réunion le 14 juin.
- Concernant les CREM, le DIU de Marseille reprendra en avril 2017, sur 1 semaine.
- Le point sur le site sfmesotherapie.fr, nous confirme qu'il est toujours autant fréquenté, avec 80% de première visite, surtout à la recherche d'un thérapeute méso dans sa région.
- Sur le plan international nous avons pris acte de la création d'un nouveau bureau à la SIM, espérant que la reprise en main de cette société permette de reprendre le développement et le rayonnement de la Mésothérapie à l'international.

La prochaine réunion se tiendra le vendredi 20 novembre, la veille de notre XII ème Congrès national.

La revue française de Mésothérapie
Numéro 152 - Juin 2015
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

MÉSOTHÉRAPIE ET EXTRACTIONS DENTAIRES

Dr. Bertrand Pihouée

INTRODUCTION

Dans cette étude, le but est d'utiliser l'action, la souplesse et adaptabilité des protocoles de Mésothérapie, non plus pour traiter une pathologie mais pour améliorer les suites d'interventions chirurgicales. En tant que Stomatologiste j'avais choisi les extractions dentaire, et pour se rapprocher autant que possible d'autres interventions: les extractions de dent de sagesse (3° Molaire), Incluse Mandibulaire.

C'est une interventions très fréquentes sur l'os mandibulaire: élément osseux, mobile et fonctionnel, en agissant sur les phénomènes douloureux, oedémateux et l' hématome, soit, la gêne fonctionnelle.

Une gêne fonctionnelle de légère à importante pour l'alimentation-mastication et élocution, une douleur post-opératoire très variable, et une atteinte à son image du visage.

RAPPEL ANATOMIQUE:

Le maxillaire inférieure ou mandibule est un os courbe, dit en «fer à Cheval» (ou en U), à deux extrémités articulaires identiques et, devant fonctionner de manière parfaitement symétrique.

Les mouvements de la mandibule sont: Ouverture / Fermeture, et de faibles mouvements latéraux dits de «diduction» droit et gauche.

La face interne présente l'Epine de Spix: orifice d' entré du canal dentaire, sortant sur la face externe par l'orifice mentonnier.

Ce canal dentaire est parcourue par:

- L'artère Maxillaire interne, issue de la carotide externe, et donnant l'artère alvéolaire inférieure.
- Le nerf Maxillaire Inférieure qui appartient au Trijumeau Inférieure (V° Paire Crânienne), Nerf mixte, sensitivomoteur, et qui véhicule les fibres végétatives des glandes salivaires.

Les mouvements de la mandibule sont assurés pas les muscles masticateurs: Masséters et Ptérygoïdiens.

ANATOMIE DENTAIRE

La 3° molaire dite «dent de sagesse» échappe à une description anatomique précise.

On distingue l'organe dentaire comme une entité anatomique avec une possibilité de mouvement (utilisé en Orthodontie) d'où la notion d'articulation entre l'os et la dent et, la notion d'arthrite dentaire

L'INTERVENTION:

Elle impose une radiographie préalable, actuellement, le cliché panoramique.

- L'intervention est effectuée, sous anesthésie locorégionale, en ambulatoire avec un traitement d'accompagnement et prémédication.
- Conseils écrits et, glaçage en post-opératoire.
- L'intervention touche donc des éléments muqueux, osseux, et musculaires, ce qui permet une analogie avec des interventions touchant des éléments identiques et une réponse au traitement par Mésothérapie pouvant être extrapolée à d'autres interventions: Chirurgie Maxillo-Faciale et reconstructrice, chirurgie orthopédique, entre autres.
- Les complications:

. L'abcès: La mésothérapie ne peut avoir aucune action sur cet incident.

. L'alvéolite sèche: l'alvéole est vide, et devient douloureuse. La cicatrisation sera tardive. La Mésothérapie pourrait être intéressante pour soit éviter, soit faciliter la cicatrisation osseuse par des injections post-opératoires à J3 et J6 par exemple: des études restent à faire.

APPLICATION D'UN PROTOCOLE DE MÉSOTHÉRAPIE

Certains patients ont été exclus de cette étude: les Fumeurs notoires et les patients poly médicamentés avec antalgiques et/ou AINS ainsi que les patients sous anticoagulant.

PROTOCOLE MÉSOTHÉRAPEUTIQUE CHOISI

Le protocole suivant a été employé:

Magnésium (2 ml) + Etamsylate (2 ml) + Calcitonine 100 (1 ml)

- Le Pidolate de Magnésium à la dose de 2 ml, pour sa qualité anti-spasmodique, sédative,et son effet myorelaxant.
- L'Etamsylate à la dose de 2 ml, pour sa qualité anti-odèmateuse locale, par un effet "drainant", décongestionnant.
- La Calcitonine de saumon 100, à la dose d' 1 ml, a été retenue pour sa très bonne qualité antalgique, et pour observer son influence sur la cicatrisation osseuse dans l'angle mandibulaire.

L'ensemble a été appliqué Avant l'intervention pour la voie cutanée, Après pour la voie muqueuse.

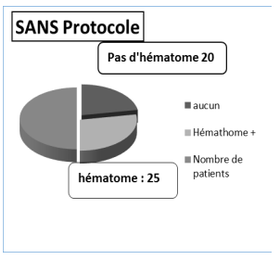
Administration en exo-buccale, cutané, sur la joue inférieure, le long de l'angle mandibulaire, en I.D.P. à 4 mm en quatre points, à dose de 0,1 ml/point.
En fin d'intervention, en zone anesthésiée, par voie muqueuse de part et d'autre du site opératoire, à l'aiguille de 13 mm/30 G, en étant superficiel le long de la fermeture par fils de suture, faisant une «papule-tunnel» longiligne le long de l'incision à la dose de 0,1 ml par point x 3 fois.
Ces injections sont possibles en l'absence de toute lésion muqueuse, ou pathologie buccale.

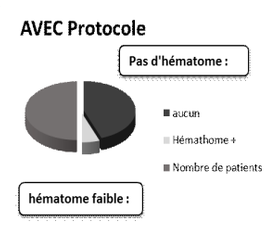
Voie Dermique *Voie endo-buccale*

Soit: administration de 0,7 ml au total par patient.
Trois critères d'évaluation ont été retenus: L'oedème, l'Hématome et la Douleur soit les marqueurs de la gêne fonctionnelle.
L'étude a portée sur 45 Patient(e)s traités, informés, soit
- 45 patients avec le protocole et 45 patients sans le protocole soit 90 patients
- Age: L'âge des patients s'étend de 15 ans à 36 ans.
- Sexe: il y a eu 26 femmes et 19 hommes pour les patients ayant reçus le protocole.
Les critères d'oedème et d'hématome sont faciles à apprécier: l'apparence passe parfois avant la douleur pour certains patients.
On remarque aussi que l'oedème et l'hématome sont indépendants de la douleur ressentie.

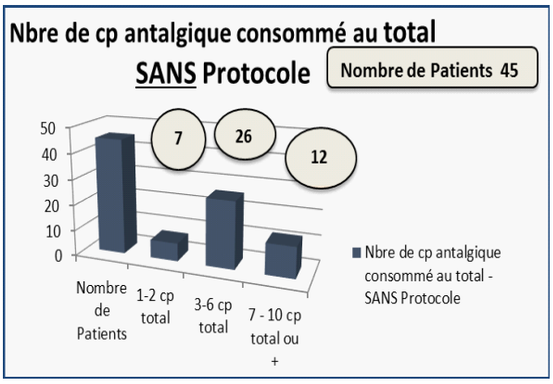
L'Oedème:
L'Etamsylate: anti-oedèmateux, décongestionnant, drainant, a le rôle primordial à jouer.
Sans Mésothérapie :
oedèmes importants, de longues durées: 6 patients.
oedème notable pendant 3 jours: 32 patients, le but du protocole sera donc d'agir sur cette majorité.
oedème très faible à absent: 7 patients.
L'oedème étant d'apparition rapide après l'intervention, on peut noter que l'action de L'étamsylate est efficace et rapide

L'Hématome:
Il apparait classiquement vers les 4 à 5èmes jours, en région mandibulaire basse.
L'hématome est tardif mais touchent les mêmes zones: la muqueuse endo-jugale inférieure et la région cutanée jugale mandibulaire.
L'action de l'Etamsylate est à la fois rapide et prolongée, pour une seule injection.
L'interrogatoire a précisé l'absence de prise d'Arnica.





La Douleur:
Manifestations plus délicates à mesurer objectivement.
Il a été demandé à chaque patient de noter le nombre de comprimé antalgique consommé dans les 8 jours suivants l'extraction.
La douleur «ressentie» est indépendante de l'oedème et hématome. Compte-tenu du temps de latence d'action du protocole avec la Calcitonine 100, il a été demandé à chaque patient de prendre les deux premiers comprimés antalgiques rapidement: un comprimé avant que l'anesthésie s'en aille, un comprimé lorsque l'anesthésie diminue.
Ne pas attendre que la douleur apparaisse.
Pour les 90 patients, seul le «paracétamol-codéïné» a été prescrit et retenue.
En conséquence, le résultat repose essentiellement sur la qualité antalgique de la Calcitonine de Saumon 100, incluse à la dose d' 1 ml dans le protocole et, sur le respect de la part des patients d'éviter tout élément irritant.

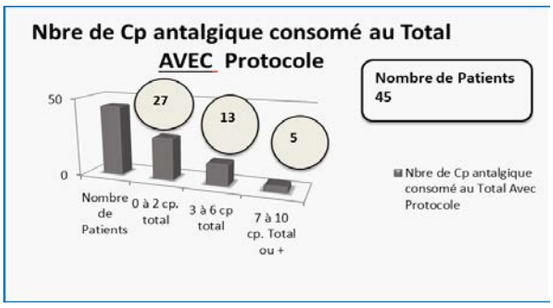


- 7 patients: 2 premiers comprimés antalgiques au total.
- La majorité (26 patients) se situe dans une fourchette de 3 à 6 cp au total en 8 jours.
- 12 patients allant de 7 cp à plus, en 8 jours.

La majorité est à 5 à 6 cp antalgique au total sur 8 jours.
Le but est donc d'agir sur cette majorité.
La notion d'absence de pathologie (Il n'y a rien à soigner), a tendance à augmenter la perception désagréable de douleur «inutile».
- 27 patients de 0 à 2 cp. (contre 7)
- 13 patients: 4 à 5 cp (contre 26)
- 5 patients: 7 à 12 cp au total (contre 12).

Des adolescents craintifs et mal-informés par leur entourage, ont reconnues la faiblesse «étonnante» de leurs

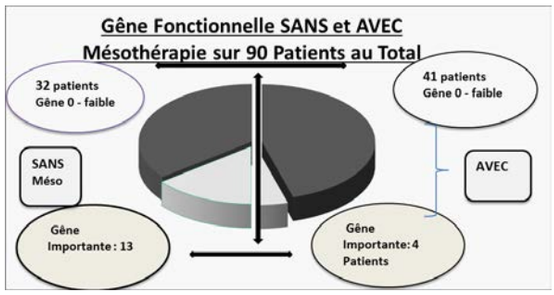
symptômes par rapport aux «copains»
Pour ce ressentie de la douleur, le protocole montre là aussi un bénéfice évident, et donc l'action favorable de la Calcitonine 100 administrée au plus proche du site opératoire.
L'absence de prise tardive d'antalgique montre l'intérêt de la Calcitonine sur plusieurs jours. Aucune réaction de type Flush, nausée, vertige n'a été notée sur les 45 patients.



La Gêne Fonctionnelle:
Cet élément d'évaluation est le seul à prendre en compte l'oedème et la douleur ensemble.
La gêne concerne l'élocution et la mastication. Elle est considérée comme normale dans les 48 premières heures mais d'intensité différente.

Résultats	sans Mésothérapie.	avec Mésothérapie.
Gêne 0 à faible:	32 Patients	41 Patients
Fortement gênée:	13 Patients	4 Patients
Total	45 Patients	45 Patients

L'action de la mésothérapie doit intervenir rapidement (Etamsylate), et longtemps: plusieurs jours (Calcitonine 100).
Dans ce critère d'évaluation, l'association "Etamsylate + Calcitonine 100» permet une amélioration notable.
La Gêne Fonctionnelle ressentie résultant de l'ensemble : Oedéme + Douleur, l'ensemble peut être résumé dans un tableau comparatif «Avec et Sans Mésothérapie».



CONCLUSIONS:

L'administration du protocole méso-thérapeutique n'a provoqué aucun effet indésirable. Dans tous les cas, il y a une amélioration évidente, quel que soit le critère choisi.
Cette analyse montre un effet bénéfique rapide et prolongé: aucun patient n'a décrit l'apparition d'un oedéme tardif, ni la prise d'antalgique 5 ou 6 jours après l'intervention. Cet effet, souligne, la nécessité de deux voies d'administration du protocole.
Mais le protocole n'a pas eu d'effet sur la cicatrisation osseuse et, le profil psychologique du patient, sa nervosité a un impact important dans les suites: on peut se poser l'intérêt d'y associer un traitement type Méso-Stress pré-opératoire. Il s'agit ici d'une porte ouverte sur un vaste champ d'études.
La liste des interventions pouvant bénéficier d'une Mésothérapie de Préparation et d'aide à la cicatrisation est vaste compte-tenu de la souplesse offerte par les différents protocoles adaptables à chaque situation.

BIBLIOGRAPHIE :

- *Anatomie Humaine-Descriptive et Topographique-H.Rouvière-Tome **1**-3° Edition (07-1932)-Masson et Cie, Editeurs.*
- Ricbourg B. et Bugnet JM, Système artériel cervico-maxillo-facial. Encycl. Méd Chir (Elsevier, Paris), Stomatologie, 22-001-B-30, 1997, 17 p.
- Istria N., Ricbourg B. – Anatomie sensitive de la face, EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Stomatologie, 22-001-B-36, 2006.
- Archives personnelles.

APPORT DES TECHNIQUES DE MÉSOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERHIDROSE DES MEMBRES RÉSIDUELS PAR TOXINE BOTULIQUE: ÉTUDE D'UN CAS.

Dr S.Compère, Dr H.Bisseriex, Dr S.Truffaut, Dr L.Thefenne, Pr E.Lapeyre

Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart

INTRODUCTION:

La prise en charge des patients amputés appareillés des membres inférieurs pose le problème de l'hyperhidrose du membre résiduel, gênante sur les plans esthétique (lésion cutanée de macération), fonctionnel (désadaptation de prothèse lors de la marche, déchaussage pour sécher le moignon), social, professionnel, psychologique, et affectant la qualité de vie[15].

L'hyperhidrose résulte de la conjonction du confinement du membre résiduel dans le manchon ou l'emboiture et de la relative augmentation de la transpiration par compensation du membre manquant. Le port de la prothèse empêche l'évacuation de la sueur produite. Ces phénomènes apparaissent préférentiellement durant les périodes chaudes, lors d'une activité intense et prolongée (comme le sport).

Le traitement par sels d'aluminium (étiaxyl) est le traitement de référence jusqu'à maintenant mais il est décevant. Il existe les ionophorèses dont la mise en œuvre est plus difficile et donc plus exceptionnelle pour les membres résiduels. L'utilisation des injections intra dermiques de toxine botulique (TB) constitue une alternative moderne et très efficace, comme cela est proposé pour le traitement des hyperhidroses axillaires, seule étiologie à avoir l'AMM en France pour l'utilisation de la toxine botulique dans le traitement de l'hyperhidrose.

La toxine botulique bloque la libération présynaptique d'acétylcholine des terminaisons innervant les glandes sudoripares. La durée moyenne d'efficacité de la toxine botulique dans l'hyperhidrose des membres résiduels est de 8 à 12 mois selon la littérature[16].

Au vu de la bibliographie sur le thème «hyperhidrose de moignon et toxine botulique», nous avons établi un protocole standardisé d'injection et d'évaluation de la toxine botulique chez les patients amputés de membre inférieur gênés fonctionnellement par l'hyperhidrose. La technique d'injection utilisée est celle classiquement décrite dans la littérature sur le sujet, à savoir l'injection intradermique superficielle de type papule (IDS papule), technique utilisée en mésothérapie. Nous avons traité 10 cas d'hyperhidrose par cette technique suivant notre protocole. Les douleurs ressenties lors des injections sont variées, allant de l'absence de douleur à des douleurs intolérables à 100/100 à l'EVA, malgré une analgésie par lidocaïne en crème (Emla), glaçage et inhalation d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) et malgré l'utilisation d'aiguilles très fines (30 gauges).

PROBLÉMATIQUE:

Différents auteurs rapportent ce problème de douleur lors des injections de toxine botulique par «IDS papule», douleur liée tant à la piqûre qu'à la diffusion du produit. Différentes analgésies sont décrites dans la littérature concernant le traitement de l'hyperhidrose localisée: les blocs nerveux dans les hyperhidroses palmaires et plantaires[5] (répandus mais non dénués de risques de lésion nerveuse); l'anesthésie régionale intraveineuse par injections de prilocaïne (avec garrot) dans l'hyperhidrose palmaire, avec succès[2;] l'application de lidocaïne en crème, 30 minutes avant le geste, sur le membre résiduel[4]; le petit diamètre des aiguilles (30 Gauges minimum) participant à diminuer la douleur produite[6, 19], comme la lenteur de l'injection[19]; la dilution de la TB dans une solution de lidocaïne plutôt que dans du sérum physiologique dans l'hyperhidrose axillaire[18], avec efficacité comparable et diminution des douleurs de moitié à l'injection (un cas de mort par choc anaphylactique décrit chez une patiente traitée par TB- lidocaïne pour douleurs cervicales et dorsales); l'hypnose[14] et le MEOPA[14] efficaces; l'utilisation de doses faibles et de dilutions fortes[13] de toxine botulique; l'anesthésie générale à l'occasion d'une reprise chirurgicale du membre résiduel[17].

Dans la littérature, aucun article ne rapporte l'utilisation de techniques d'injection autre que l'«intradermique papule».

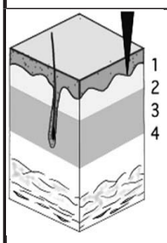
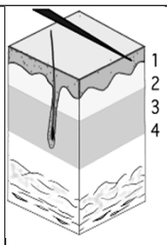
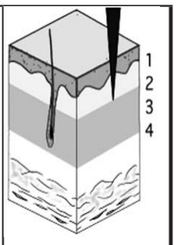
Nous avons souhaité pratiquer d'autres techniques de mésothérapie, décrites comme non ou peu douloureuses, à savoir l'injection intra épidermique et l'injection intradermique de type nappage.

Nous avons proposé à un patient l'utilisation de ces 2 dernières techniques. Le patient avait eu des douleurs lors de l'injection IDS papule à 80/100 à l'EVA.

CAS CLINIQUE:

L'étude de cas concerne un patient âgé de 37 ans, à 5 ans d'une amputation tibiale d'origine médicale par arthropathie nerveuse appareillée, présentant une hyperhidrose sévère à l'origine de désadaptation de prothèse à la marche, de 2 déchaussages quotidiens pour sécher

le moignon et de gêne fonctionnelle.
Le patient bénéficie d'injection de toxine botulique selon 3 techniques d'injection différentes, utilisées successivement au fur et à mesure de l'épuisement de la toxine: injection en intra dermique superficielle de type papule (IDS papule, technique rapportée classiquement dans la littérature), puis injection en intraépidermique (IED, technique de Perrin dite indolore) et enfin injection en intradermique superficielle de type nappage (IDS nappage, réputée peu douloureuse et effectuée en excellente zone d'échanges, donc réactive sur le plan thérapeutique).
Pour les 3 techniques, le protocole d'injection est le même: 100 UI de botox dilué dans 4 ml de sérum physiologique, réparti de façon homogène en utilisant une aiguille 30 G.

IDS papule 28/03/2012	IED 03/12/12	IDS nappage 25/07/2013
100 IU botox / 4 ml sérum physiologique Répartition homogène 30 G		
		
40 papules	lignes	gouttelettes
Emla	**0 analgésie**	**0 analgésie**

Nous avons appliqué le même protocole d'évaluation pour chaque technique, avec comparaison des résultats au 1er jour (J0) et au 3ème mois (M3).
L'objectif premier de cette étude est de diminuer les douleurs d'injection, les objectifs secondaires sont d'obtenir une diminution de l'hyperhidrose et une diminution voire disparition de la gêne fonctionnelle liée à l'hyperhidrose. Ci-dessous les critères d'évaluation:

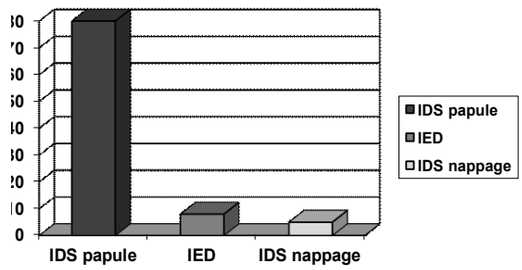
JO	
Douleur à injection	EVA (échelle visuelle analogique, de 0 à 100)

JO et M3 post injection	
quantité sueur	EVA
fonctionnalité	%: Amélioration subjective ressentie (ASR) EVA liées à la sueur: - désadaptation prothèse («à quel point la sueur engendre t elle des désadaptations de votre prothèse?») - trouble marche («à quel point la sueur engendre t elle des troubles de la marche») - gêne globale («à quel point la sueur vous gêne t elle dans la vie quotidienne?») - globale (*) Nombre déchaussages/ jour (pour sécher la prothèse) Heures de port de prothèse / jour
QDV	EVA SF36 (*) DLQI (*)
Durée efficacité TB (*)	Mois

(*) SF-36: questionnaire de qualité de vie
(*) DLQI: «dermatology life quality index». Questionnaire de qualité de vie utilisé en dermatologie, évaluant l'impact d'une maladie de peau et de son traitement sur la qualité de vie. 10 items, côté de 0 («pas du tout») à 30 («énormément»).
(*) L'«EVA globale liée à la sueur» correspond à la somme des 3 items suivants:«EVA désadaptation de prothèse», «EVA troubles de la marche», «EVA gêne globale». Elle est cotée sur 300.
(*) La durée d'efficacité est définie par l'épuisement de l'efficacité de la TB correspondant arbitrairement à la récidive du déchaussage pour sécher le moignon.

RÉSULTATS:

1/ **1er objectif**: diminuer la douleur lors de l'injection



2/ 2ème objectif: obtenir une diminution de l'hyperhidrose et une diminution voire disparition de la gêne fonctionnelle liée à l'hyperhidrose.

Les résultats sont présentés en variation entre J0 et M3. A droite de chaque colonne est noté en gras le résultat à M3.

	IDS papule	IED	IDS nappage
EVA quantité sueur	-83% 15	-37,5% 25	40% 30
% ASR	60	60	80
EVA désadap° prothèse	-16% 50	-40% 30	-70% 15
EVA trouble marche	-89% 10	-33% 20	-66,6% 10
EVA gêne globale	-89% 10	-44% 25	-50% 20
EVA globale (/300)	258 70	125 70	120 45
nbre déchaussages/ j	2 → 0	2 → 0	1 → 0
Heures port prothèse / j	6 → 10	16 → 15	14 → 15
EVA QDV	+25% 80	+12% 90	+125% 90
SF36	↑	↑	↑
DLQI (0 à 30)	-50% 5	-30% 7	- 75% 2
Durée efficacité (mois)	8	4	5

DISCUSSION:

La quasi indolence lors de l'injection est atteinte avec les techniques proposées, IED (EVA 8/100) et IDS nappage (EVA 5/100), et ce en l'absence de toute antalgie associée. L'injection par la technique classique IDS papule est très douloureuse (EVA 80/100), et ce malgré l'application locale d'EMLA au préalable.

Concernant les objectifs secondaires:

Le patient rapporte pour chacune des 3 techniques une diminution de la quantité de la sueur, avec à M3 une quantité modérée d'hyperhidrose (EVA de 15/100 à 30/100).

Concernant les 2 critères subjectifs d'amélioration fonctionnelle : l'«amélioration subjective ressentie» est notable pour les 3 techniques, à 60% pour les techniques IDS papule et IED, et même 80% pour la technique IDS nappage; à M3, l'«EVA globale liée à la sueur » est améliorée pour les 3 techniques, similaire à 70/300 pour les techniques IDS papule et IED, et également meilleure pour l'IDS nappage à 45/100.

Concernant les 2 critères objectifs d'amélioration fonctionnelle: les 3 techniques permettent la disparition totale à M3 des déchaussages quotidiens pour sécher le moignon, avec en parallèle arrêt de l'utilisation de l'etiaxyl; à M3, la durée de port de la prothèse est similaire voire améliorée (pour la technique IDS papule), s'échelonnant de 10 heures de port par jour (IDS papule) à 15 heures de port par jour (IED, IDS nappage).

Les 3 critères étudiant la qualité de vie (EVA, SF36 et DLQI) sont améliorés à M3 pour les 3 techniques. La qualité de vie à l'EVA à M3 est quasi semblable pour les 3 techniques et est très correcte (entre 80 et 90/ 100).

L'amélioration pour le DLQI porte sur les items «activités avec les autres, sport, loisirs» pour les 3 techniques. L'amélioration à la SF-36 porte sur des critères variables suivant la technique.

La durée d'efficacité maximale est obtenue avec la technique IDS papule (8 mois), elle est moins longue avec la technique IDS nappage (5 mois) et encore moins avec la technique IED (4 mois).

Au vu des résultats obtenus, Le patient a souhaité réitérer les injections par la technique IDS nappage, ce qui a été fait à 2 reprises avec des résultats globaux semblables.

CONCLUSION:

Nous avons testé deux techniques de mésothérapie (IED et IDS nappage) pour le traitement de l'hyperhidrose gênante du moignon d'un patient amputé tibial, dans le but de diminuer les douleurs lors de l'injection de toxine botulique faite classiquement en IDS papule.

L'utilisation de ces 2 techniques dans cette indication n'est pas rapportée dans la littérature.

Ces 2 techniques ont permis de répondre à l'objectif premier de cette étude, à savoir une quasi indolence lors de l'injection. Elles ont permis d'obtenir une efficacité fonctionnelle semblable à celle obtenue avec l'injection IDS papule, avec notamment la disparition totale des déchaussages quotidiens pour sécher le moignon. Ceci répond aux objectifs secondaires de l'étude. La durée d'efficacité est retrouvée maximale avec la technique classique (IDS papule) et minimale avec la technique IED.

Nous proposons dorénavant, dans le cadre du traitement de l'hyperhidrose gênante fonctionnellement, la technique IDS nappage en première intention chez un patient amputé présentant des douleurs chroniques importantes du membre résiduel chez qui on peut craindre des douleurs intenses lors du geste en IDS papule, et en deuxième intention lorsque l'injection classique IDS papule s'est révélée trop douloureuse.

Ce cas clinique ouvre des voies de réflexion vers des thèmes de recherche comme l'apport des techniques de mésothérapie dans des traitements conventionnels.

BIBLIOGRAPHIE:

1. Biary N, Al Amiri N, Bahou Y, Sofi MA. Stump and phantom limb dystonia. Mov Disord 1994; 9(suppl1): 36.

2. Bosdotter Enroth S, Rystedt A, Covaciu L, Hymnelius K, Rystedt E, Nyberg R, Naver H, Swartling C. Bilateral forearm intravenous regional anesthesia with prilocaine for botulinum toxin treatment of palmar hyperhidrosis. J Am Acad Dermatol. 2010 Sep;63(3):466-74.

3. Campanelli A, Salomon D. Hyperhidrose localisée: clinique et traitements. Rev Med Suisse 2009 Apr 22; 5(200): 870-5.
4. Charrow A, DiFazio M, Foster L, Pasquina PF, Tsao JW. Intradermal botulinum toxin type A injection effectively reduces residual limb hyperhidrosis in amputees: a case series. Arch Phys Med Rehabil. 2008 Jul ; 89(7):1407-9.

5. de Almeida AR, Kadunc BV, de Oliveira EM.Improving botulinum toxin therapy for palmar hyperhidrosis: wrist block and technical considerations. Dermatol Surg. 2001 Jan;27(1):34-6.

6. Glaser DA, Hebert AA, Pariser DM, Solish N. Palmar and plantar hyperhidrosis: best practice recommendations and special considerations. Cutis. 2007 May; 79(5 Suppl):18-28.

7. Gratrix M, Hivnor C. Botulinum toxin A treatment for hyperhidrosis in patients with prosthetic limbs. Arch Dermatol. 2010 Nov ; 146(11):1314-5.

8. Hachisuka K, Nakamura T, Ohmine S, Shitama H, Shinkoda K. Hygiene problems of residual limb and silicone liners in transtibial amputees wearing the total surface bearing socket. Arch Phys Med Rehabil. 2001 Sep ; 82(9):1286-90.

9. Humbert Ph et Marti-Mestres G. Voie percutanée. Site de Thérapeutique Dermatologique1er septembre 2008. http://www.therapeutique-dermatologique.org/spip.php?article1402.

10. Jin L, Kollewe K, Krampfl K, Dengler R, Mohammadi B. Treatment of phantom limb pain with botulinum toxin type A. Pain Med. 2009 Mar ; 10(2):300-3.

11. Kern U, Martin C, Scheicher S, Muller H. Does botulinum toxin A make prosthesis use easier for amputees? J Rehabil Med. 2004 Sep;36(5):238-9.

12. Kern U, Martin C, Scheicher S, Muller H. Effects of botulinum toxin type B on stump pain and involuntary movements of the stump. Am J Phys Med Rehabil. 2004 May;83(5):396-9.
13. Kern U, Kohl M, Seifert U, Schlereth T. Botulinum toxin type B in the treatment of residual limb hyperhidrosis for lower limb amputees: a pilot study. Am J Phys Med Rehabil. 2011 Apr ; 90(4):321-9.

14. Maillard H, Bara C, et Célérier P. Intérêt de l'hypnose dans les injecitons palmaires de toxine botulique A. Ann Dermatol Venereol 2007; 134:653-4.

15. Naumann MK, Hamm H, Lowe NJ; Effect of botulinum toxin type A on quality of life measures in patients with excessive axillary sweating: a randomized controlled trial. Br J Dermatol. 2002 Dec;147(6):1218-26.

17. Swartling C, Naver H, Pihl-Lundin I, Hagforsen E and Vahlquist A. Sweat gland morphology and periglandular innervation in essential palmar hyperhidrosis before and after treatment with intradermal botulinum toxin. J Am Acad Dermatol 2004 Nov; 51(5):739-45.

18. Trull B, Hearn M, Jeffery S. Residual limb hyperhidrosis : use of botulinum-A toxin to improve prosthesis fit and function. Wounds UK 2011; 7(1):92-7.

19. Vadoud-Seyedi J, Simonart T. Treatment of axillary hyperhidrosis with botulinum toxin type A reconstituted in lidocaine or in normal saline: a randomized, side-by-side, double-blind study. Br J Dermatol. 2007 May;156(5): 986-9.

20. Wollina U and Konrad H. Managing Adverse Events Associated with Botulinum Toxin A, A Focus on Cosmetic Procedures. Am J Clin Dermatol 2005; 6(3):141-50.

21.wwwsfmesotherapie.com. Principes thérapeutiques en mésothérapie: les techniques, revue SFM n°117-mai 2003. www.dr-perrin-mesotherapie.fr.

EFFICACITÉ DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LES DOULEURS AIGUËS DE TASSEMENTS VERTÉBRAUX OSTÉOPOROTIQUES,À PROPOS DE 5 CAS

Dr Nolwenn ASTRUC

INTRODUCTION

L'ostéoporose est une affection généralisée du squelette caractérisée par une masse osseuse basse et une détérioration de la micro-architecture du tissu osseux conduisant à une fragilisation de l'os et à une susceptibilité accrue aux fractures [1].

Si l'on considère uniquement les fractures de siège vertébral liées à l'ostéoporose (FVO), décelées radiologiquement, la prévalence en Europe chez les femmes de 75 ans est de 25% [2].

En France, le nombre de ces fractures décelées cliniquement est estimé chaque année entre 40000 et 65000 [2].

La fréquence élevée de ces fractures et leur caractère le plus souvent asymptomatique ne doivent pas faire oublier leurs complications éventuelles.

Source de rachialgies aiguës, parfois intenses et invalidantes, ces fractures peuvent conduire à l'hospitalisation avec le risque, chez la personne âgée, de faire décompenser un état psychique ou fonctionnel préalablement précaire.

A plus long terme, l'installation d'une douleur chronique séquellaire entraine altérations fonctionnelles, troubles psychiques et perte de qualité de vie.

Outre le traitement préventif des récidives, la prise en charge de ces FVO est conservatrice, associant repos, kinésithérapie, port d'un corset et antalgiques classiques [3, 4].

L'usage de ces derniers se révèle souvent difficile chez le sujet âgé du fait des comorbidités et fréquentes intolérances [5].

Dans cette tranche d'âge de la population, le recours à la mésothérapie apparait comme une alternative intéressante.

L'objectif de cette étude est de déterminer l'efficacité de la mésothérapie dans les douleurs aiguës liées aux FVO.

MATERIELS ET METHODES

Déroulement de l'enquête

L'évaluation de l'efficacité de la mésothérapie sur les douleurs aiguës de fracture vertébrale ostéoporotique a été réalisée au travers d'une enquête rétrospective.

Cette enquête consistait en une étude de dossiers médicaux.

Les dossiers étudiés concernaient des patients suivis par le Dr Laurens, praticien mésothérapeute au sein du service de médecine physique et de réadaptation de l'hôpital Salpêtrière à Paris. Ces patients devaient avoir consulté pour une douleur aiguë en rapport avec un tassement vertébral ostéoporotique.

La sélection des dossiers médicaux étudiés a été faite par le Dr Laurens. Ce dernier a ensuite été sollicité pour remplir un questionnaire par dossier sélectionné.

Nature du questionnaire

Le questionnaire rempli par le Dr Laurens a été élaboré spécifiquement pour ce mémoire (Annexe 1).

Les items choisis devaient répondre à des objectifs:

- s'assurer du respect des critères d'inclusion: patient(e) ayant consulté pour une rachialgie aiguë (douleur évoluant depuis moins de 6 mois), en rapport avec un ou plusieurs tassements vertébraux authentifiés par une imagerie rachidienne et d'origine ostéoporotique, l'ostéoporose devant être également confirmée par ostéodensitométrie,
- évaluer les conséquences globales de la FVO dans la vie du sujet, avant toute prise en charge mésothérapique: évaluation de l'intensité douloureuse par l'EVA (échelle visuelle analogique) et du score de performance de l'OMS, recherche de perturbation du sommeil et de troubles anxio-dépressifs réactionnels à la douleur,
- définir le protocole de mésothérapie utilisé: produits utilisés, dose, sites d'injection, techniques d'injection, rythme des séances,
- déterminer l'efficacité de la prise en charge mésothérapique, en réévaluant à l'issue de celle-ci, certains des paramètres initiaux: EVA, score de performance de l'OMS, perturbation du sommeil et troubles anxio-dépressifs réactionnels à la douleur, consommation des antalgiques,
- déterminer la tolérance au traitement par l'étude des effets secondaires et la satisfaction des patients à l'issue de la prise en charge.

Protocole mésothérapique utilisé

Les patient(e)s ont bénéficié du même traitement par mésothérapie en ce qui concerne les produits utilisés, leur dose, les techniques d'injection et les sites d'injection.

Les produits utilisés (Calcium Glubionate, Vitamine D3 Bon, Calcitonine de Saumon) constituaientt un mélange

à visée osseuse, à fonction de traitement étiologique d'inhibition de la résorption osseuse.
La technique d'injection utilisée était mixte, associant la MPS (mésothérapie ponctuelle systématisée) et l'IED (intra-épidermique).
La MPS consiste à piquer, avec des aiguilles de 13/0,3 mm, en dermo-hypodermique entre 5 et 10 mm de profondeur au niveau du ligament inter-épineux (point à 0 cm de la ligne médiane des épineuses) et au niveau de l'articulaire postérieure (point à 1,5 cm de la ligne médiane). On peut y adjoindre des ponctures à 5 et 8 cm de la ligne médiane, correspondant aux souffrances ab-articulaires, mais cela n'a pas été le cas dans notre étude, le mélange mésothérapique utilisé étant à visée osseuse et non musculaire.
L'IED consiste à réaliser des lignes sur la peau avec une aiguille de 13/0,3 mm au niveau des zones de cellulopathie.
Les sites d'injection correspondaient à la localisation fracturaire avec l'étage vertébral sus et sous-jacent à la fracture.

EXPOSE DES CAS CLINIQUES

Cas clinique n°1
Femme de 75 ans, présentant un tassement vertébral dorsal D11 ostéoporotique, survenu au décours d'activités banales, responsable d'une douleur évoluant depuis deux mois.
Ce tassement vertébral a été authentifié par radiographies et IRM rachidiennes et l'ostéoporose confirmée par ostéodensitométrie.
Prise en charge actuelle: antalgique simple (Paracétamol) associé à de la kinésithérapie
Protocole de mésothérapie:
Calcium Glubionate 2cc + Calcitonine 100UI 1cc + Vitamine D3 Bon 1cc
au niveau de D11 et étages sus et sous-jacent en MPS (points à 0 et 1,5 cm de la ligne des épineuses) et IED
Rythme des séances:
J1-J8-J15-J30-J45 avec bilan à J60
Paramètres d'évaluation de l'efficacité du protocole de mésothérapie:

	Evaluation initiale	Evaluation à J60 du début de la prise en charge méso
EVA	8,2/10	2,8/10
Perturbation du sommeil	oui	amélioration
Troubles anxio-dépressifs réactionnels	oui	amélioration
Score de performance de l'OMS	3	1
Consommation d'antalgiques per os	oui	diminution consommation

Paramètres de qualité du protocole de mésothérapie:
- aucun effet secondaire rapporté
- patiente se déclarant satisfaite de la prise en charge à l'issue des séances

Cas clinique n°2
Femme de 71 ans, présentant un tassement vertébral lombaire L4 ostéoporotique, survenu à la suite d'une chute de sa hauteur, responsable d'une douleur évoluant depuis un mois.
Ce tassement vertébral a été authentifié par radiographies et IRM rachidiennes, l'ostéoporose confirmée par ostéodensitométrie.
Prise en charge actuelle par antalgiques (nature de l'antalgique non précisé)
Protocole de mésothérapie:
Calcium Glubionate 2cc + Calcitonine 100UI 1cc + Vitamine D3 Bon 1cc
au niveau de L4 et étages sus et sous-jacent en MPS (points à 0 et 1,5 cm) et IED
Rythme des séances:
J1-J8-J15-J30-J45 avec bilan à J60
Paramètres d'évaluation de l'efficacité du protocole de mésothérapie:

	Evaluation initiale	Evaluation à J60 du début de la prise en charge méso
EVA	7.5/10	1.5/10
Perturbation du sommeil	oui	amélioration
Troubles anxio-dépressifs réactionnels	oui	amélioration
Score de performance de l'OMS	3	0
Consommation d'antalgiques per os	oui	diminution consommation

Paramètres de qualité du protocole de mésothérapie:
- aucun effet secondaire rapporté
- patiente se déclarant satisfaite de la prise en charge à l'issue des séances

Cas clinique n°3
Femme de 64 ans, présentant un tassement vertébral dorsal D9 ostéoporotique, survenu au décours d'activités banales, responsable d'une douleur évoluant depuis trois mois.
Ce tassement vertébral a été authentifié par radiographies et IRM rachidiennes, l'ostéoporose confirmée par ostéodensitométrie.
Prise en charge actuelle par antalgiques (Lamaline®) et kinésithérapie
Protocole de mésothérapie:

Calcium Glubionate 2cc + Calcitonine 100UI 1cc + Vitamine D3 Bon 1cc
au niveau de D9 et étages sus et sous-jacent en MPS (points à 0 et 1,5 cm) et IED
Rythme des séances:
J1-J8-J15-J30-J45 avec bilan à J60
Paramètres d'évaluation de l'efficacité du protocole de mésothérapie:

	Evaluation initiale	Evaluation à J60 du début de la prise en charge méso
EVA	8.5/10	2.5/10
Perturbation du sommeil	oui	amélioration
Troubles anxio-dépressifs réactionnels	oui	amélioration
Score de performance de l'OMS	3	1
Consommation d'antalgiques per os	oui	diminution consommation

Paramètres de qualité du protocole de mésothérapie :
- aucun effet secondaire rapporté
- patiente se déclarant satisfaite de la prise en charge à l'issue des séances

Cas clinique n°4
Femme de 73 ans, présentant des tassements vertébraux dorsaux D8 et D9 ostéoporotiques, survenus après une chute de sa hauteur, responsable d'une douleur évoluant depuis trois mois.
Ces tassements vertébraux ont été authentifiés par radiographies et IRM rachidiennes, l'ostéoporose confirmée par ostéodensitométrie.
Prise en charge actuelle par antalgiques (Lamaline®) et kinésithérapie
Protocole de mésothérapie:
Calcium Glubionate 2cc + Calcitonine 100UI 1cc + Vitamine D3 Bon 1cc
au niveau de D8 et D9 et étages sus et sous-jacent en MPS (points à 0 et 1,5 cm) et IED
Rythme des séances:
J1-J8-J15-J30-J45 avec bilan à J60
Paramètres d'évaluation de l'efficacité du protocole de mésothérapie:

	Evaluation initiale	Evaluation à J60 du début de la prise en charge méso
EVA	8.5/10	2/10
Perturbation du sommeil	oui	amélioration
Troubles anxio-dépressifs réactionnels	non	non
Score de performance de l'OMS	3	1
Consommation d'antalgiques per os	oui	diminution consommation

Paramètres de qualité du protocole de mésothérapie :
- aucun effet secondaire rapporté
- patiente se déclarant satisfaite de la prise en charge à l'issue des séances

Cas clinique n°5
Femme de 76 ans, présentant un tassement vertébral dorsal D12 ostéoporotique, survenu à la suite d'une chute de sa hauteur. La patiente consulte dans les quelques jours qui suivent la chute.
Ce tassement vertébral a été authentifié par radiographies et IRM rachidiennes, l'ostéoporose confirmée par ostéodensitométrie.
Prise en charge actuelle par antalgiques (Dafalgan codéiné®) et kinésithérapie
Protocole de mésothérapie:
Calcium Glubionate 2cc + Calcitonine 100UI 1cc + Vitamine D3 Bon 1cc
au niveau de D12 et étage sus et sous-jacent en MPS (points à 0 et 1,5 cm) et IED
Rythme des séances:
J1-J8-J15-J30-J45-J60 avec bilan à J75
Paramètres d'évaluation de l'efficacité du protocole de mésothérapie:

	Evaluation initiale	Evaluation à J60 du début de la prise en charge méso
EVA	7.6/10	1.5/10
Perturbation du sommeil	oui	amélioration
Troubles anxio-dépressifs réactionnels	oui	amélioration
Score de performance de l'OMS	3	1
Consommation d'antalgiques per os	oui	diminution consommation

Paramètres de qualité du protocole de mésothérapie:
- aucun effet secondaire rapporté
- patiente se déclarant satisfaite de la prise en charge à

l'issue des séances

RESULTATS

Description de la population

Cinq cas cliniques ont été rapportés. Tous concernaient des femmes âgées de plus de 60 ans. L'âge moyen de ces femmes était de 71,8 ans.

Toutes les patientes souffraient de rachialgie aiguë, dorsale basse ou lombaire, en rapport avec une FVO authentifiée par une imagerie rachidienne, l'origine ostéoporotique ayant été explorée par ostéodensitométrie. Ces FVO étaient toutes secondaires à un traumatisme de faible intensité (après chute de sa hauteur ou au cours d'activités banales).

Description des paramètres d'efficacité

Pour chacune des cinq patientes, l'intensité douloureuse évaluée par l'EVA au début et à l'issue de la prise en charge (J60 pour les quatre premières patientes et J75 pour la cinquième patiente) a nettement diminué.

La moyenne de l'EVA initiale des cinq patientes était de 8,06.

La moyenne de l'EVA finale des cinq patientes était de 2,06 soit un soulagement de 75%.

La diminution de l'intensité douloureuse s'est accompagnée pour chacune des patientes d'une diminution de la consommation médicamenteuse antalgique et d'une amélioration fonctionnelle nette révélée par l'amélioration du score de performance de l'OMS.

En effet, alors que chacune des cinq patientes avait un score de performance initial à 3, quatre patientes ont vu leur score final abaissé à 1 et une des patientes à 0.

Toutes les patientes présentaient des troubles du sommeil en rapport avec la douleur fracturaire. A l'issue de la prise en charge, toutes mentionnaient une amélioration de ces troubles.

Enfin, quatre patientes sur cinq présentaient des troubles anxio-dépressifs consécutifs à l'évènement fracturaire, qui se sont également améliorés à l'issue du traitement par mésothérapie.

Description de la tolérance au traitement

Aucun effet secondaire n'a été rapporté au cours des différentes séances menées chez chacune des patientes.

Description de la satisfaction des patientes

Toutes les patientes se sont déclarées satisfaites de la prise en charge mésothérapique.

DISCUSSION

Cette étude rétrospective sur cinq cas indique que la mésothérapie peut être un complément efficace des antalgiques classiques dans la douleur aiguë des FVO.

En effet, tous les paramètres d'évaluation de l'efficacité de la thérapeutique (EVA, consommation des médicaments, retentissement fonctionnel et global de la douleur au travers de la survenue de troubles du sommeil et de troubles anxio-dépressifs) se sont améliorés, si l'on compare les données initiales aux données recueillies à l'issue de la prise en charge mésothérapique.

L'efficacité de la méthode est par ailleurs couplée à une excellente tolérance de celle-ci, aucun effet secondaire n'ayant été rapporté, et à une satisfaction globale des patientes.

L'absence d'effets secondaires fait de la mésothérapie une thérapeutique intéressante particulièrement chez le sujet âgé.

En effet, dans cette catégorie d'âge, les effets secondaires des antalgiques de palier 2 et 3 ont des conséquences souvent plus graves que chez le sujet jeune (confusion, instabilité posturale, risque de chute…).

Trois des cinq patientes étudiées bénéficiaient d'ailleurs d'antalgiques de palier 2 (Lamaline® ou Dafalgan Codéiné®) avec cependant un mauvais contrôle des douleurs (EVA initiale supérieure à 7). Le recours à la mésothérapie a donc probablement permis d'éviter chez ces patientes le recours aux morphiniques.

Le choix du mélange mésothérapique utilisé peut se justifier par le rôle du calcium, de la vitamine D et de la calcitonine sur l'os.

Le calcium et la vitamine D ont pour fonction d'assurer une minéralisation osseuse satisfaisante, garant de la solidité osseuse, la calcitonine diminue quant à elle la résorption osseuse ostéoclastique.

C'est pourquoi l'HAS et l'ESCEO (Société Européenne pour les aspects cliniques et économiques de l'ostéoporose et de l'arthrose) recommandent un apport suffisant en calcium et en vitamine D chez le sujet jeune, dans la période de constitution de la masse osseuse, et souligne l'importance d'une supplémentation vitamino-calcique en cas de déficit chez le sujet âgé, la carence en calcium ou vitamine D étant reconnue comme un facteur de risque d'ostéoporose [10, 13].

Le recours au mélange calcium-vitamine D-calcitonine en mésothérapie se conçoit donc comme un traitement étiologique, à visée de consolidation osseuse et d'inhibition de la résorption osseuse.

L'usage de la calcitonine par voie mésothérapique dans l'ostéoporose vertébrale post-ménopausique avait montré des résultats satisfaisants en terme de contrôle de la douleur et amélioration de la mobilité rachidienne dans l'étude d'Iliescu et coll. [14].

De même, son utilisation au niveau rachidien semble stabiliser voire améliorer l'index minéral osseux mesuré en ostéodensitométrie [15].

Les résultats encourageants de l'étude de ces cinq cas nécessiteraient d'être contrôlés sur une plus grande série de patients, en groupes parallèles, comparant un groupe mésothérapie versus un groupe placebo (mésothérapie avec injection de sérum physiologique), randomisés et idéalement en double aveugle.

L'évaluation des paramètres d'efficacité devrait se faire à chaque séance de mésothérapie, ce qui permettrait de différencier l'amélioration liée à la thérapeutique de l'amélioration spontanée liée à l'évolution naturelle de la pathologie.

Cette évaluation plus régulière pourrait également être intéressante pour préciser la rapidité de décroissance de l'intensité douloureuse.

CONCLUSION

L'étude de la prise en charge par mésothérapie de ces cinq patientes présentant des douleurs rachidiennes aiguës en rapport avec une fracture vertébrale ostéoporotique nous amène à penser que le recours à la mésothérapie est tout à fait légitime dans le traitement conservateur de ces fractures.

La mésothérapie permettrait un meilleur contrôle des douleurs et une amélioration globale de la qualité de vie des patientes.

L'innocuité d'un tel traitement en fait, par ailleurs, un choix de premier ordre chez la personne âgée, l'usage des antalgiques classiques s'avérant souvent délicat du fait des comorbidités, contre-indications et fréquentes intolérances.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Evaluation du risque de fracture et son application au dépistage de l'ostéoporose post-ménopausique, rapport d'un groupe d'étude de l'OMS, Genève 1994

[2] Dargent-Molina P. Données épidémiologiques concernant l'ostéoporose. Médecine thérapeutique. 2004;10(6):392-9

[3] Kallmes DF, Comstock BA, Heagerty PJ. A randomized trial of vertebroplasty for osteoporotic spinal fractures. N Engl J Med. 2009;361(6):569-79

[4] Buchbinder R, Osborne RH, Ebeling PR, Wark JD, Mitchell P et al. A randomized trial of vertebroplasty for painful osteoporotic vertebral fractures.N Engl J Med 2009;361(6):557-68.

[5]
Pergolizzi J, Böger RH, Budd K. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly : Consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). Pain Pract 2008;8:287-313

[6] Haguenauer D, Cudennec T. Les fractures tassements vertébraux ostéoporotiques. Mise au point.

[7] Cooper C, Atkinson EJ, O'Fallon WM, Melton LJ. Incidence of clinically diagnosed vertebral fractures: a population-based study in Rochester, Minnesota, 1985-1989. J Bone Mineral Res 1992;7:221-7

[8] Briot K, Cortet B, Thomas T. 2012 update of French guidelines for the pharmacological treatment of postmenopausal osteoporosis Joint Bone Spine. 2012;79(3):304-13

[9] Roux C, Thomas T. Optimal use of FRAX. Joint Bone Spine. 2009;76(1):1-3

[10] Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose. Note de synthèse de l'HAS, juillet 2006.

[11] Prather H, Hunt D, Watson JO, Gilula LA. Conservative care for patients with osteoporotic vertebral compression fractures. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2007 Aug;18(3):577-91

[12] Laroche M, Vertebroplasty and kyphoplasty in the treatment of vertebral osteoporotic compression fractures. Revue du Rhumatisme. 2006;73:859-862

[13] Rizzoli R, Boonen S, Brandi M-L. Vitamin D supplementation in elderly or postmenopausal woman: a 2013 update of the 2008 recommendations from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis. Current Medical Research 2013;29(4):1-9

[14] Iliescu V, Westerburg K, Iliescu R. Calcitonine en mésothérapie et ostéoporose vertébrale post ménopausique. Etude thérapeutique à propos de 100 cas. 5è congrès international de mésothérapie à Paris.

[15] Kaplan JA. Ostéoporose et mésothérapie. Contrôle par densitométrie osseuse. 5è congrès international de mésothérapie à Paris

PRISE EN CHARGE PAR LA MESOTHERAPIE DES PERI- ARTHRALGIES DE HANCHE APRES MISE EN PLACE CHIRURGICALE D'UNE PROTHESE TOTALE. A PROPOS DE 100 CAS

Docteur Yves DATURI

SERVICE D'ORTHOPEDIE ET DE TRAUMATOLOGIE

Professeur Stéphane BOISGARD – Professeur Jean Paul LEVAI

HOPITAL GABRIEL MONTPIED

BP 69 - 630003 CLERMONT – FERRAND CEDEX 1

INTRODUCTION

Après le congrès de Strasbourg de Novembre 2007 qui portrait sur 40 cas, nous voulions confirmer ou pas les résultats et savoir si le changement de mélange utilisé avait eu une influence sur le résultat final avec cette fois-ci 100 cas.

ETUDE

La série porte donc sur 100 patients traités de janvier 2014 à Mai 2014, soit 10 ans. Elle comporte 63 % de femmes et 37 % d'hommes allant de 45 à 85 ans, 70 ans en moyenne chez les premières, 67 ans chez les seconds. Le côté gauche concerne 43 % des sujets contre 57 % à droite.

Le délai séparant l'intervention chirurgicale avec les séances de mésothérapie va de 2 mois à 7 ans avec une moyenne de 11,5 mois.

Tous les patients ont été, soit revus en consultation, soit contactés par téléphone, au minimum 2 mois après la dernière séance.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

A) Matériel:

- Den'Hub
- Aiguilles de 4 mm 4/10 ème
- Aiguilles de 12,7 mm 3/10 ème
- Alcool à 70° puis Bétadine dermique (jaune)
- Compresses, Micropore
- Solution hydro alcoolique pour les mains

B) Mélanges:

40 cas

Lidocaïne à 2 %	1 ml
Pentoxifylline	2 à 3 ml
Piroxicam	1 ml
Diazepam	1 ml

60 cas

Lidocaïne à 2%	1,5 ml
Maginjectable	1,5 ml
Ketoprofene	1 amp
Rivotril	1 amp

C) Technique

Installation du patient:

En Décubitus latéral sur le côté opposé du côté à traiter
Jambe de dessous fléchie et celle du dessus allongée
Patient à environ 90° du plan de la table

D) Déroulement d'une séance:

Repérage des zones douloureuses: Palper ou Pincer rouler
Désinfection à l'alcool des zones: Péri trochantériennes, Face latérale de la cuisse, Fosse iliaque,
Mains du médecin: solution hydro alcoolique

E) injections

Il nous semble indispensable d'insister sur l'asepsie rigoureuse à respecter. Lors des intra-hypodermiques une compresse stérile sera entreposée entre la peau du patient et la main du médecin pour effectuer un pli ou pour repérer les zones les plus douloureuses.

IDP systématique sur l'insertion du moyen fessier,
IDP autour du grand trochanter
IDP le long de la cicatrice opératoire,
IDP sur les insertions fémorales du grand fessier,
IDS sur la fesse en «éventail» en manuel,
IDP sur les irradiations.
Puis en IHD avec l'aiguille de 12,7 mm après repérage avec une compresse stérile alcoolisée des principaux points algiques.
En plissant bien la peau, injection perpendiculaire, 2 à 4 points maximum.

F) Fréquence
J0 – J7 – J21 – J51 puis en fonction de la clinique

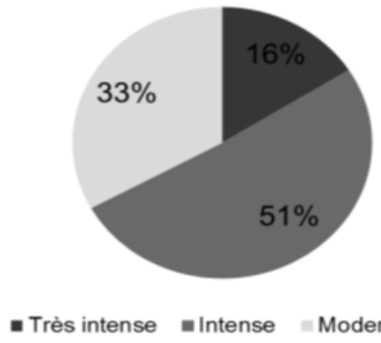
G) Notre but a d'abord été la guérison complète car une amélioration partielle comporte trop de biais d'appréciation pour être fiable même avec les critères définis ci-après.

- Méthode d'évaluation de la douleur avant traitement

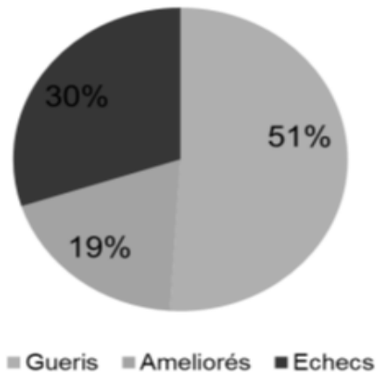
Très intense
Ne sort pratiquement pas.
Marche avec une ou deux cannes béquille en permanence.
Traitement antalgique continue.
Périmètre de marche inférieur à 50 m.

Intense
Sort à l'extérieur.
Marche avec une canne béquille à l'extérieur.
Traitement antalgique occasionnel.
Périmètre de marche inférieur à 500 m.

Modérée ou Acceptable
Sort à l'extérieur.
Marche sans canne béquille.
Gêne plus qu'une douleur locale.
Antalgique occasionnel.



- Répartition des douleurs
TRES INTENSE: 16 cas = 16%
INTENSE: 51 cas = 51%
MODEREE: 33 cas = 33%



RÉSULTATS

GUERIS: 51 cas soit 51%
AMELIORES: 19 cas soit 19%
ECHECS: 30 cas soit 30%

Concernant les 30 échecs:
4 Descellements.
2 Migrations de prothèse.
1 Canal lombaire étroit.
3 Décès => arrêt de l'étude et considérés comme des échecs.
2 Augmentation des douleurs.
18 Sans explication.

Complications et effets secondaires
Allergie: 1 cas ayant entraîné l'arrêt
Hématomes locaux: 30%
Rebond algique: 20% dans les 24 heures qui suivent dont 2 cas supérieurs à 15 jours qui ont motivé l'arrêt de la séance.

Aucune infection n'a été notée

DISCUSSION

Hypothèses sur l'origine de ces péri-arthralgies:
Les traumatismes musculo ligamentaires occasionnés par la chirurgie, les hématomes post opératoires surtout s'ils sont volumineux et qu'ils ont nécessité un drainage, une chute dans les jours ou mois suivants semblent favoriser ces péri-arthralgies et ce d'autant plus qu'ils surviennent sur un état musculaire déficient avant le geste chirurgical.
Nous attirons aussi l'attention sur une rééducation parfois trop agressive qui a un rôle délétère certain sur

cette pathologie.
Toutes ces hypothèses et constatations nous incitent à poursuivre l'utilisation de techniques ou de gestes économes en traumatismes directs sur l'appareil locomoteur, même la mobilisation du patient sur la table orthopédique devrait être précautionneuse!
Il faut faire attention aux pathologies associées ou aux diagnostics différentiels: canal lombaire étroit, descellement prothétique (douleur de l'aine), cotyloïdite, pathologies rachidiennes rapportées comme nous l'avons vu précédemment.
Dans cette deuxième étude complémentaire à la première, nous pouvons aussi noter:
- que le changement de mélange n'a pas entrainé de différence significative sur les résultats,
- que nous avons raccourci le délai de traitement qui est passé de 24 mois à 11,5 mois avec dans ce cas un glissement des séances de mésothérapie vers des douleurs modérées et intenses au détriment des douleurs très intenses (22.5 % à 16 % dans la deuxième tranche.)
Les guérisons les plus fréquentes semblent se situer dans les tranches de douleurs de départ les plus faibles:
Très intenses: guérison 25%
Intenses: guérison 50%
Modérées: guérison 78%

Ce qui devrait nous inciter:
- A ne pas attendre trop longtemps entre l'apparition des algies et leur traitement: 3 à 6 mois.
- A ne pas stopper les séances trop rapidement, en faire 4 minimum et revoir ensuite les patients. Inversement ne pas insister en cas d'échec au bout de 3 séances
- A rechercher une autre étiologie en cas d'échec en particulier quand la douleur est très intense et située dans l'aine.

CONCLUSION

Même si, seules les guérisons nous intéressent dans cette étude (51%), force est de constater que 70% des patients tirent un bénéfice antalgique de la mésothérapie au prix de rares effets secondaires dont aucun préjudiciable à moyen et à long terme au patient et ceci après échec des autres traitements.

RESPONSABILITE MEDICALE ET PRATIQUE DE LA MESOTHERAPIE

Dr Dragan Miljkovic

Un praticien mésothérapeute peut-être mis en cause de trois façons possibles par un patient qui pense avoir subi un dommage du fait d'un acte de mésothérapie.
Il peut rechercher 3 types de responsabilité du praticien:

- **Responsabilité indemnitaire:** recherche d'une indemnisation, pour réparer le préjudice qui découle du dommage:
soit par voie amiable:
. réclamation écrite auprès du praticien et de son assurance,
. devant la CCI, Commission de Conciliation et d'Indemnisation, permettant l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux dont le préjudice présente un degré de gravité supérieur à un seuil établi, qu'il y ait faute ou absence de faute; cette voie est totalement gratuite.
soit par voie judiciaire:
. auprès du Tribunal de Grande Instance, si le praticien exerce en libéral: responsabilité civile.
. auprès du Tribunal Administratif, si le praticien exerce dans un établissement public de santé: responsabilité administrative

- R**esponsabilité pénale:** recherche d'une «punition» du praticien. Pour cela, il faut un dommage, une faute et un lien de causalité entre les deux.

Une fois la voie judiciaire choisie, le plaignant ne peut pas changer de voie, mais peut se constituer «partie civile au pénal», pour obtenir une indemnisation en plus de la punition du praticien.

- Responsabilité disciplinaire, devant le Conseil de l'Ordre des Médecins, si le patient pense qu'il y a une infraction au Code de Déontologie.

Nous allons étudier 2 cas réels pour illustrer ces situations, et en tirer quelques remarques et conclusions, utiles pour notre pratique quotidienne.

1° CAS

Rappel des faits:
Le 6 décembre 2010, Mr A. consulte le Dr Z. pour une douleur de l'épaule droite, apparue après un effort.
Le 9 décembre, l'imagerie confirme une tendinite calcifiée, et un traitement symptomatique par anti-inflammatoire et antalgique est prescrit.
Devant la non amélioration, le 13 décembre, le patient demande au médecin de le traiter par mésothérapie, se souvenant avoir été bien soulagé 5 ans auparavant par mésothérapie d'une épicondylite.
Le 18 décembre, le patient revient pour une cellulite de la région sus sternale, avec fièvre à 38°.
Le médecin fait hospitaliser le patient via les urgences, et le scanner montre un volumineux abcès s'étendant autour de l'articulation costo claviculaire droite, s'étendant en arrière.
Un diagnostic de médiastinite à staphylocoque doré est porté, avec extension médiastinale et thrombose des veines jugulaire et sous clavière droite; traitée par antibiotiques et anticoagulants.
Le 19 décembre, transfert en chirurgie thoracique, pour intervention chirurgicale: cervicotomie droite avec lavage de l'abcès, lame thoracique et lame cervicale, drain cervical.
Sur le plan infectieux, il s'agit d'un staphylocoque aureus multi sensible dans l'abcès et les hémocultures.
Le patient est hospitalisé du 19 au 22 décembre dans le service de soins intensifs, puis jusqu'au 7 janvier dans le service de chirurgie thoracique.
Puis il est transféré à l'hôpital de M. où il restera jusqu'au 13 janvier.
Son état est très satisfaisant lors du contrôle du 21 janvier 2011.
L'antibiothérapie sera poursuivie jusqu'au 31 janvier 2011, soit six semaines. Le traitement anticoagulant a duré jusqu'à la fin 2011.
Le patient entame une procédure judiciaire devant le TGI de M.
Une expertise judiciaire est réalisée, sur mission du tribunal de grande instance de M., par le Pr P., chirurgien des hôpitaux, spécialiste en orthopédie, expert près la cour d'appel de N., le 19 juin 2012, c'est à dire 1 an et demi après les faits.
Mission de l'expertise:
«Préciser la nature de la pathologie ayant motivé l'acte de mésothérapie, décrire le traitement prodigué, en décrire l'évolution, décrire les soins prodigués par l'hôpital.
Vérifier si le patient a été atteint par une infection, préciser laquelle et dire si cette infection est classée parmi les infections nosocomiales (Staphylocoque doré).

Dire si cette pathologie est en relation directe et exclusive aux soins prodigués par le docteur, et dans la négative, en préciser la cause réelle par référence notamment à un fait extérieur ou à l'état antérieur.
Dire si la pathologie procède seulement à l'aléa thérapeutique qui s'attache aux traitements dont s'agit, sinon rechercher si le praticien a mis en oeuvre tous les moyens dont il disposait en l'état actuel de la science; vérifier notamment si les pratiques d'antibioprophylaxie ont été correctement suivies, réunir tous les éléments permettant de déterminer si les normes en vigueur concernant les infections nosocomiales ont été respectées.
Relever éventuellement, en précisant leur nature, les fautes, erreurs, négligences ou maladresses qui auraient pu être commises en relation avec l'affection alléguée, et ce à quelque niveau que ce soit (soins et surveillance), et donner son avis sur l'imputabilité directe et exclusive des complications constatées à de tels manquements.
Dans tous les cas, déterminer les éléments du préjudice corporel subi par le demandeur »

Rapport définitif de l'expert

Doléances:

Relativement peu: une légère limitation active de l'élévation de l'épaule. (10° de différence entre les 2 côtés). Pas de phénomène douloureux majeur.

Examen:

«À la palpation, la région de l'épaule droite est plus développée qu'à gauche. Ce patient est droitier.
On met en évidence une circulation veineuse collatérale à la fois au niveau du moignon de l'épaule mais également jusqu'au bras et au début de l'avant-bras témoignage de thrombose (jugulaire) et des sténose (sous clavières) sous-jacentes…
La mobilité de l'épaule gauche est comparable à celle de l'épaule droite.»

Chapitre «Discussion» de l'expertise:

«La mésothérapie qu'a fait le docteur Z est une activité qu'il effectue depuis 1982.
Il fait environ 200 actes de ce type par an, c'est-à-dire quatre à cinq par semaine.
Il a une technique qui fait référence aux bonnes pratiques de la société de mésothérapie.
Le docteur nous l'a décrite. Elle a été précautionneuse et bien protocolisée avec un lavage des mains, un kit de matériel stérile, le chargement des 2 cc de liquide dans la seringue avec des manipulations protégées.
La préparation locale de l'épaule se fait en deux temps: un premier temps qui permet le badigeonnage et un deuxième temps, après que ceci soit sec, pour permettre un deuxième passage.
L'utilisation de l'aiguille pour faire ce geste était une aiguille de 4 mm de long et de 0,4 mm de diamètre.
Il nous a bien montré, et ceci a été confirmé par le patient, la zone qui a été piquée.
La première remarque que l'on peut faire c'est que la zone d'infection était très en dedans de la zone des diverses piqûres, à plusieurs centimètres de distance.
Nous avons interrogé le docteur Z sur les complications septiques qu'il avait eu avant. Il nous a expliqué qu'il n'en avait eu aucune durant la période. Les seules complications qu'il avait pu avoir et encore elles étaient mineures, étaient à type d'hématome très localisé.
Deuxième remarque: le germe (staphylocoque aureus sensible à tous les antibiotiques habituels) montre qu'il s'agit d'un germe qui peut-être un germe porté.
Il peut être aussi un germe qui a migré par voie sanguine mais compte tenu de la faible profondeur des aiguilles ceci paraît difficile à expliquer.
Quoi qu'il en soit, il y a une infection.
Cette infection répond à la définition d'infection nosocomiale.
Elle ne serait vraisemblablement pas survenue si on n'avait pas pratiqué ce geste.
En revanche, on ne retrouve pas de faute évidente dans la mise en place de l'acte de mésothérapie.
Lorsque les phénomènes infectieux sont apparus, la prise en charge du docteur a été parfaite .
On ne retrouve dans ce parcours aucune faute directe bien qu'il y ait un lien chronologique entre le geste et la survenue de cet abcès qui, nous le rappelons, est à distance chez un patient apparemment en bonne santé, sans pathologie particulière.
Le patient a été atteint d'une infection nosocomiale dont aucun des éléments qui ont été rapportés ne permet de dire qu'elle soit fautive .
On peut penser que cette pathologie procède de l'aléa thérapeutique.
On ne retrouve pas dans le circuit de la mise en oeuvre de faute particulière.
Nous rappelons que le docteur pratique ces maneuvres depuis 1982 (environ 200 actes par an) sans, d'après ce qu'il nous a dit, complication septique jusque-là.
Il y a toutefois un lien entre cette injection et la présence de cet abcès, au moins temporelle.

Conclusion de l'expertise:

«Le patient a été atteint d'une infection nosocomiale dont aucun des éléments qui ont été rapportés ne permet de dire qu'elle soit fautive…
Cette pathologie procède de l'aléa thérapeutique.»

Commentaires:

Il s'agit donc ici d'un cas d'infection nosocomiale, dans les suites d'une séance de mésothérapie, au cabinet.
L'indication de la séance de mésothérapie n'a pas été remise en cause, car reconnue comme faisant partie intégrante des traitements possibles pour des affections ostéoarticulaires. Ce d'autant plus qu'un traitement per os a été inefficace.
On peut remarquer que l'expert tient compte de la pratique personnelle du médecin.
Il s'est renseigné sur sa pratique mésothérapique, aussi bien sur le fond (nombre d'années de pratiques, nombre d'actes pratiqués par an, formation continue,), que sur la forme, notamment au niveau de ses protocoles de désinfection, du matériel utilisé.

Pour ce faire, il se base sur les recommandations de la Société Française de Mésothérapie.
Ceci lui permet d'écarter une faute technique.
Il est intéressant de noter aussi qu'il n'est pas fait spécialement mention du devoir d'information du médecin. Probablement l'expert a t il estimé que le patient connaissait bien la mésothérapie, pour avoir été traité par cette technique auparavant, avec succès.
En raison de sa nature, c'est-à-dire d'injections intra dermiques, le lien de causalité est souvent évident et ne peut être que difficilement remis en cause.
Ici, l'infection survient à distance des points d'injection. On ne peut pas expliquer de façon claire la survenue de cette infection médiastinale.
Mais il paraît évident que cette infection ne serait pas survenue sans la séance de mésothérapie.
Donc, même sans explication physiopathologique évidente, la causalité est établie avec certitude, et l'imputabilité est directe, certaine et totale.

2° CAS

«Concerne Mr M. B., menuisier artisan de formation, faisant essentiellement de la pose et du montage de meubles, parquet, travaillant seul.
Antécédents médicaux: fracture du plateau tibial du genou droit vissé (deux vis) en 1987».

Rappel des faits:

«Le 10 mars 2009, le patient consulte le docteur Y. pour un certificat médical afin de faire une épreuve d'effort.
Il dit également que depuis plusieurs semaines, il se plaint du genou droit, suite aux efforts faits dans son travail. Le médecin lui propose une séance de mésothérapie.
Le patient est installé en décubitus ventral et dit avoir eu 2 injections au niveau du creux poplité du genou droit.
La 3° injection a été suivie d'une décharge de type électrique ressentie jusqu'aux orteils.
Il reçoit une 4° injection qu'il ressent encore de manière très douloureuse et nous dit qu'une partie du produit aurait giclé de la seringue.
Nous n'avons pas la composition exacte du mélange injecté, pas d'ordonnance faite, mais le patient pense qu'il s'agit de Voltarène injectable.
Le patient est descendu de la table d'examen, la séance finie, et a chuté sur le sol, la jambe droite ne le portant plus.
Le patient nous dit qu'il ne sentait plus sa jambe droite.
Le médecin lui aurait dit que cela allait s'améliorer rapidement.
Le surlendemain, le patient consulte le médecin en raison de la faiblesse de sa jambe droite, mais dont il ne souffrait pas.
Le Dr Y lui a prescrit des cannes anglaises et un traitement anticoagulant.
Un rendez vous a été pris auprès d'un neurologue, et le dr C. fait un EMG du membre inférieur droit le 2 avril 2009, qui montre une atteinte périphérique du nerf sciatique poplité externe. Il conseille au patient le port de releveur du pied et de la rééducation à raison de trois séances par semaine. Le patient est régulièrement suivi par le neurologue »

Documents versés au dossier:

Lettre du neurologue le 2 avril 2009:
« Il est clair compte tenu de la clinique et de l'EMG qu'il y a eu une injection du produit de mésothérapie à l'intérieur du nerf responsable probablement d'un hématome qui explique le point douloureux du creux poplité qui déclenche une décharge électrique vers le pied. L'atteinte du nerf est partielle, puisqu'elle respecte les fibres du péronier latéral. Pour le moment l'atteinte est sévère et il n'y a pas de signe de récupération mais il faut se laisser du temps. Il n'y a pas d'argument pour envisager une chirurgie. J'ai prescrit une orthèse de releveur, il faut poursuivre la kinésithérapie, la récupération n'est pas certaine et il faut se laisser au moins un an de recul.»
Lettre du neurologue du 26 novembre 2009 après réalisation d'un nouvel EMG:
« L'état clinique est assez stable, …l'électromyographie est toujours aussi pauvre dans les tracés et sans élément de ré innervation. Dans ces conditions, le pronostic fonctionnel est très réservé et il est important de maintenir le principe de l'attelle des releveurs.»

Première expertise, dans le cadre d'une procédure amiable

Le 17 décembre 2009, le patient est expertisé, dans le cadre d'une procédure amiable par le Dr E., rhumatologue (représentant le Sou Médical), et le dr F. (représentant l'assurance G)
Il s'agit d'une mission en responsabilité médicale et d'évaluation du dommage corporel.
Le docteur Y. est absent, il a juste téléphoné en expliquant que le patient avait effectivement présenté suite à la séance de mésothérapie une atteinte du nerf sciatique droit et qu'il n'était pas utile qu'il vienne.
Doléances actuelles du patient:
«Gêne à la marche car il ne peut pas relever son pied droit.
Sensibilité douloureuse de la loge externe de la jambe et du gros orteil droit…
Sur le plan professionnel, il se trouve gêné pour monter sur un escabeau, se mettre à genoux.»
Examen clinique
«Sujet debout: marche avec légère boiterie droite, steppage, le pied ne se déroule pas
Sujet en décubitus dorsal: réflexe achilléen diminué a droite et force d'extension de jambe et pied droits: diminuée»

Discussion:
«Suite à une séance de mésothérapie au niveau du creux poplité pour douleur du genou droit, pratiquée le 2 mars 2009, le patient a ressenti à la troisième piqûre une douleur vive de type «électrique» de toute la jambe droite immédiatement après l'injection, et renouvelée après la quatrième piqûre. Une atteinte du nerf sciatique poplité externe a été rapidement identifiée sur le plan électrique

par l'EMG fait par un confrère neurologue.
A plus de neuf mois de cette lésion du nerf sciatique poplité externe, il n'y a guère de signe de récupération électrique d'après le dernier EMG du 26 novembre 2009.
L'atteinte clinique du SPE droit est encore marquée.»
Conclusions provisoires:
«Sur l'imputabilité de la lésion à la séance de mésothérapie:
L'atteinte a été immédiate et reconnue par le médecin lors de notre entretien téléphonique, puisqu'elle est survenue dès la fin de la séance après une douleur de type «décharge électrique» de la jambe et parésie de la loge du SPE.
L'EMG authentifie cette lésion quelques jours plus tard.
Le patient était venu en consultation sans gêne fonctionnelle de la jambe droite.
Sur la méthode et l'indication des soins:
Il y a eu une séance de mésothérapie au niveau du creux poplité pour douleur du genou droit.
L'indication était probablement pour douleur du genou droit, le patient ayant déjà reçu un traitement par visco induction pour une gonarthrose.
Si des soins locaux devaient être fait, ils auraient consisté soit en injections intra articulaire du genou par corticoïde soit en une séance de mésothérapie mais réalisée sur la face antérieure du genou en périphérie articulaire et non au niveau du creux poplité dont on connaît la «richesse vasculaire et nerveuse».
On ne peut donc pas parler d'aléa thérapeutique compte tenu du lieu de la piqure (creux poplité) et de l'absence de diagnostic formel.» ….

Deuxième expertise, dans le cadre d'une procédure à la CCI

En parallèle, le patient a engagé une procédure devant la CCI.
Le 5 janvier 2010, une expertise est réalisée dans ce cadre par le professeur P. et le docteur W., neurologues au CHU de L. Là encore, le Docteur Y, mis en cause, ne s'est pas déplacé.
Voici quelques éléments intéressants de leur rapport d'expertise':
Examen clinique:
«Au total, les signes objectifs sont discrets, caractérisés par une gêne modérée à l'extension du pied droit. Il n'y a pas de trouble sensitif ni des réflexes. L'amyotrophie quadricipitale droite de 3 cm par rapport à la gauche s'explique par un traumatisme du genou ancien.»
Discussion:
« Cette technique souvent utilisée ne présente encore pas d'évaluation indiscutable, mais ne semble pas responsable de complications nombreuses. Pour un médecin versé dans la pratique de la mésothérapie, il était justifié de proposer ce traitement curatif de la douleur.
Nous avons décrit l'état actuel du patient plus de huit mois après les faits. Cet état est la conséquence d'un accident médical, qui avec les pièces médicales consultées, nous oriente vers un aléa une nouvelle expertise est souhaitable dans environ 18 mois.»
La complication retenue est un aléa, dont le patient va être indemnisé par l'Oniam (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux).

Commentaires

Il est intéressant de noter que les résultats des 2 expertises, réalisées à moins d'un mois d'intervalle ne sont pas du tout identiques.
D'abord, l'examen clinique montre dans le cadre de la deuxième expertise un déficit moteur bien moins important.
Surtout, la faute n'est pas retenue dans la deuxième expertise, mais il est conclu à un aléa thérapeutique.

Troisième expertise, dans le cadre d'une procédure judiciaire civile, au TGI

Mais le patient, probablement bien conseillé par son avocat, porte l'affaire en judiciaire.
Ainsi est réalisée une troisième expertise le 6 mai 2013, par le Docteur K., rhumatologue, à la demande du TGI de Y.
Le Docteur K., prenant connaissance des deux expertises précédentes, et ayant entendu les médecins représentant les parties, demande un avis sapiteur (avis technique spécialisé).
Son choix se porte sur le professeur K. (neuropsychiatrie et médecine légale). Celui ci écrit:
Discussion**:**
«Suite au fracas interne du genou en 1987 et de son traitement par ostéosynthèse, il était possible qu'une modification des rapports anatomiques soit supposée.
La proposition d'une mésothérapie peut-être jugée excessive
La douleur au niveau des genoux pouvait parfaitement être soignée par une simple application de pommade, ou même peut-être simplement de repos.
Envisager une séance de mésothérapie pour ces douleurs était sans commune mesure, dans son intensité, avec la douleur donc se plaignait le patient.
Il n'était pas nécessaire de procéder à un traitement traumatique invasif pour traiter ce signe fonctionnel banal.
Le médecin aurait dû utiliser un autre moyen thérapeutique, et dans le cas où il utilisait la mésothérapie, ce qu'il a fait, planté l'aiguille, savoir si elle entraînait une douleur et n'injecter son produit qu'en l'absence totale de douleur symptôme chez le sujet.
Le patient n'a pas reçu d'information. Il aurait dû être prévenu de la possibilité de léser un nerf superficiel ou d'une possible réaction allergique à ce moyen thérapeutique.
Le lien de causalité est direct et exclusif entre la piqûre de mésothérapie et la lésion présentée par Monsieur B., ainsi que ses séquelles.
L'accident survenu pouvait être évité.
Il s'agissait surtout de ne pas effectuer ce mode de traitement pour un signe fonctionnel aussi mineur.
La mésothérapie est une technique invasive, trauma-

tique, et il n'est pas rare d'avoir une atteinte d'un nerf lors de sa pratique; mais en général cela est sans dommage d'autant plus que la pénétration est faible et les aiguilles très fines.»

Conclusion:

«Les soins médicaux n'ont pas été conformes aux données acquises de la science médicale au moment des faits.

Ils n'ont pas été conformes dans le choix, la thérapie, et la réalisation.

Le contenu de l'information quant à la thérapie choisie a été insuffisant.

Il s'agit d'un accident médical du à une erreur fautive.»

Commentaires:

Ce cas montre de façon caricaturale le coté relatif, expert-dépendant d'une expertise.

Par ailleurs, le troisième expert désigné décide de se joindre l'avis d'un sapiteur. Et pour ce faire il choisit un professeur neuropsychiatre! Certes spécialiste reconnu en médecine légale.

Concernant cette troisième expertise, à la lecture de la discussion il paraît évident que le sapiteur ne connaît pas grand chose de la mésothérapie.

Dans ce cas ci aussi, le lien de causalité ne souffre aucune discussion, d'autant que le dommage est subi et ressenti directement au moment de l'injection.

Autre sujet intéressant à aborder: l'attitude du médecin mis en cause.

Il ne donne que peu d'informations, et celles-ci sont floues, concernant son acte:

Il ne déclare pas de diagnostic clairement posé avant l'acte de mésothérapie.

On ne sait finalement ni quel mélange de produits il a utilisé, ni quelle était la profondeur d'injection.

L'une de ses injections provoque une vive douleur à type de coup d'électricité irradiant jusqu'aux orteils, mais il fait quand même une autre injection après.

Enfin, il ne se présente à aucune de ces expertises.

Il est possible que le même acte, réalisé avec un diagnostic clairement posé, un dossier bien tenu qui précise les produits utilisés et le lieu d'injection ainsi que sa profondeur, aurait pu qualifier l'accident non pas en faute du médecin, mais en aléa thérapeutique.

D'autant plus que le médecin aurait été là pour expliquer son acte.

SYNTHESE

L'acte de mésothérapie a ceci de particulier qu'il consiste en des micro injections superficielles, le plus souvent répétées.

Il y a donc un double risque:

une infection via la porte d'entrée ainsi créée, et

la lésion de structure sous-jacente

(quelques cas pour des millions d'injections réalisées jusqu'à maintenant).

Ceci explique que le lien de causalité soit souvent établi avec certitude, et l'imputabilité directe, certaine et totale.

«L'enjeu» d'une expertise se trouve surtout dans la recherche de fautes, erreurs, négligences ou maladresses.

Une bonne pratique médicale devrait se traduire par leur absence, et le préjudice devrait alors être qualifié d'aléa thérapeutique.

La présence du mésothérapeute et ses explications lors de l'expertise sont des éléments importants, qui permettent d'éclairer utilement l'expert désigné, pas forcément pleinement et correctement informé sur la mésothérapie.

A travers ces deux cas, nous pouvons esquisser la bonne attitude du praticien mésothérapeute actuel, et finalement de tout praticien.

Celui ci doit être bien formé:

titulaire du diplôme officiel

suivant les formations médicales continues

pratiquant régulièrement «sa médecine»

suivant les recommandations de sa société savante

Il doit bien tenir son dossier médical, poser un diagnostic pour réaliser un acte adapté, idéalement informer le patient des effets secondaires et complications possibles.

Bien évidemment, un accident est toujours possible, mais sa fréquence devrait être moindre si le médecin applique toutes les règles de son art.

NOTES DE LECTURE

Philippe Salato

"LES VICES BIENS CACHÉS D'UNE PROTHÈSE DE HANCHE".

Nous avons relevé dans la presse médical un article rappelant une autre "triste histoire" de prothèses (après les prothèses mammaires PIP), avec un même retard quand au retrait de leur commercialisation en France.

Cette affaire révélée en France par le Figaro montre qu'en effet, *"malgré des alertes lancées à l'étranger, le fabriquant DePuy a tardé à retirer des implants défectueux du marché français"* C'est sous la pression des autorités sanitaires françaises que Johnson & Johnson à retirer en juillet 2010, un modèle défectueux de prothèses de hanche, les prothèses ASR, alors que les autorités sanitaires australiennes et américaines avaient obtenu le même résultat un an auparavant.

L'auteur souligne le manque de coopération dans la régulation internationale des dispositifs médicaux.

Qu'est il reproché aux prothèses ASR fabriquées par la division orthopédique DePuy de ce grand laboratoire de 2003 à 2010?

- un taux anormal de reprise du fait de douleurs persistantes, d'épanchements articulaires et d'altérations osseuses au contact de la prothèse.
- mais aussi une libération anormale de particules métalliques dans l'os et le sang des patients, dont on ignore les conséquences sur la santé des patients à long terme.
- Enfin il semble que le fabriquant américain n'ai pas pris en compte les signaux de plus en plus alarmant pour la garder le plus longtemps possible sur le marché.

Les premiers signes inquiétants proviennent dès 2007 d'Australie, où 5500 de ces prothèses ont été implantées entre 2003 et 2009. Il est mis en avant un taux anormal de reprise. Pour le fabriquant il s'agit là essentiellement d'un défaut de technique de pose, et il propose de renforcer la formation des chirurgiens pour un meilleur résultat.

Ceci n'arrange en rien les performances de ces prothèses ce qui amène, à la demande des autorités, leur retrait en Australie en décembre 2009, accompagné d'un avis défavorable de la FDA en août de la même année.

Il faudra attendre le 2 juillet 2010 pour qu'un premier courrier du laboratoire DePuy, adressé aux centres français implantant leur prothèse, leur demande de ne plus en poser. La raison invoquée alors reste le taux anormalement élevé de reprise, et le laboratoire de préciser qu'"*aucune action particulière n'est recommandée en dehors d'un simple suivi clinique standart en l'absence de symptômes tels que douleurs post opératoires, inflammations, gènes particulières chez le patient"*. On estime en effet, d'après le registre des prothèses tenu en Angleterre que le taux de reprise des prothèses ASR s'élève à 12 à 13% à 5 ans pour un chiffre de 5 à 8% pour les autres modèles.

Mais dans son nouveau courrier du 27 août 2010, la même firme demande que l'on réalise un bilan beaucoup plus lourd chez les porteurs de leur prothèse, notamment chez les patients symptomatiques, avec Scanner ou IRM et dosages sanguins des ions Cobalt et Chrome. Ceci faisant suite au rapport du MHRA (Medicines Healthcare products Regulatory Agency), équivalent de l'AFFSAPS en Angleterre, qui demandait déjà en date du 20 avril 2010,soit quatre mois plus tôt, le dosage de ces ions.

Ainsi entre les premières alertes en 2007 et le retrait effectif en juillet 2010 en France, il s'est passé près de 3 ans. On estime que si 93 000 de ses prothèses ont été posées dans le monde, 40 000 l'ont été en Europe pour 380 en France.

Enfin, cette affaire aurait pu passer inaperçue si la firme Johnson &Johnson n'avait pas provisioné près de trois milliard de dollars pour couvrir d'éventuels frais de procès...

Par Damien Mascret - le 27/02/2012

http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/02/27/17534-vices-bien-caches-dune-prothese-hanche

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉSOTHÉRAPIE
RÉUNIONS FMC AGRÉÉES OGDPC
2ÈME SEMESTRE 2015

Les thèmes proposés ont été déclarés par le GEMA à l'OGDPC qui leur a attribué un numéro de Référence programme. Tous les participants libéraux pourront être indemnisés à hauteur de 345€ par journée dans la limite d'1 programme de DPC pendant la période transitoire début 2015. Une grille d'audit clinique portant sur 10 dossiers patients sera à remplir pour le jour de la réunion et une autre identique dans le mois qui suit la réunion.
L'indemnisation des participants est liée au retour de ces 2 grilles d'audit.
Il est important de s'inscrire dès maintenant aux réunions (même celles du second semestre) qui vous intéressent afin d'être certain d'obtenir le financement OGDPC.

Samedi 27 juin à Lille CERM Nord Pas de Calais
Hôtel Alliance, Couvent des Minimes, 17 quai de Wault 59000 Lille, tel: 03 20 30 62 62, fax: 03 20 42 94 25
Thème: Prise en charge par mésothérapie des pathologies micro-traumatiques et entorses du genou
Réf: 104215 00025 – S1
Animateur: Dr Olivier Stien 18 rue Jean Jaurès 59494 Petite Forêt tel: 06 09 55 03 33
Expert clinique: Dr Jean-Michel Coulon (MPR)
Expert méso:Dr Dragan Miljkovic

Samedi 3 octobre à Strasbourg CERM Alsace Lorraine
Maison Kammersell 67000 Strasbourg
Thème: Intérêt de la mésothérapie en Médecine Générale
Réf: 10421500048 – S1
Animateur: Dr Luc Siffermann 19, rue des Hallebardes 67000 Strasbourg
tél: 03 88 32 50 25 ou 06 45 20 30 04
Expert clinique: Dr Philippe Salato
Expert méso: Dr André Walter

Samedi 10 octobre à Lille CERM Nord Pas de Calais
Hôtel Alliance, Couvent des Minimes, 17 quai de Wault 59000 Lille, tel: 03 20 30 62 62, fax: 03 20 42 94 25
Thème: Prise en charge par mésothérapie des pathologies micro-traumatiques et entorses du pied
Réf: 10421500027 – S1
Animateur: Dr Olivier Stien 18 rue Jean Jaurès 59494 Petite Forêt tel: 06 09 55 03 33
Expert clinique: Dr Jean-Michel Coulon (MPR)
Expert méso: Dr Benoit Labenne

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 2015
- 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 2014

DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE MESOTHERAPIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

Université de la Méditerranée, Faculté de Médecine de Marseille
Directeur universitaire: Pr Alain Delarque (Département Universitaire de Médecine Physique et de Réadaptation)
En raison du décès du Dr Ernest Bigorra les cours reprendront en 2016-2017

Université Victor Segalen Bordeaux 2, Faculté de Médecine Paul Broca
Directeur universitaire: Pr Vincent Casoli (Service de chirurgie plastique et réparatrice)
Responsable universitaire: Dr Françoise George Tél: 05 56 43 21 34. Email: francoise.george@aol.fr
Dates: 5 séminaires d'un jour et demi (vendredi après-midi et samedi) en novembre, décembre, janvier, mars et avril, examen en juin 2016

Université Paris VI, Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière
Directrice universitaire: Pr Pascale Pradat Diehl (Service de Médecine Physique et de Réadaptation)
Responsable universitaire: Dr Denis Laurens Tél: 06 09 11 39 89. Email: drdenislaurens@aol.com
Dates: 23/09, 14/10, 18/11, 16/12, 13/01, 03/02, 09/03, 30/03, 11/05/2016, examen écrit et oral: 01/06/2016

Université de Bourgogne, Faculté de Médecine de Dijon
Directeur universitaire: Pr Emmanuel Baulot (Service de Chirurgie Orthopédique)
Responsable universitaire: Dr Serge Server Tél: 03 80 78 83 48. Email: drserver1@orange.fr
Dates: 4,5 et 6/11; 14,15 et 16/01; 28 et 29/04/2016

Université d'Auvergne, Faculté de Médecine de Clermont Ferrand
Directeur universitaire: Pr Stéphane Boisgard (Service de Chirurgie Orthopédique)
Responsables universitaires: Dr Jean-Pierre Martin Tél: 04 75 51 95 45 Email: docteur.martin.jean-pierre@wanadoo.fr et Dr André Walter Tél: 0473277559 Email: walter.beraud@wanadoo.fr
Dates: 10, 11 et 12/12; 25,26 et 27/02: 26,27 et 28/05/2016

Université Claude Bernard Lyon 1, Faculté de Médecine de Lyon Hôpital Edouard Herriot
Directeur universitaire: Pr Michel Fessy (Service de Chirurgie Orthopédique)
Responsable universitaire: Dr Philippe Lafuma tel: 04 72 11 04 44 Email: philippe.lafuma@chu-lyon.fr
Dates: 11 et 12/12, 29 et 30/01, 11 et 12/03, 8 et 9/04, 20 et 21/05, 28/05. Examen le 25/06/2016 présentation du mémoire: octobre 2016

UNIVERSITE D'AUVERGNE CLERMONT 1
3ÈME CYCLE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE DE MESOTHERAPIE

ANNEE UNIVERSITAIRE **2015 - 2016**

Avec la collaboration des facultés de BORDEAUX, LYON, DIJON, MARSEILLE et PARIS

Responsable universitaire : **Pr BOISGARD Stéphane**
Responsable de l'enseignement : **Dr MARTIN Jean-Pierre et Dr WALTER André**
Lieu : Faculté de Médecine de CLERMONT-FERRAND
Place Henri Dunant CLERMONT-FERRAND

La mésothérapie est une allopathie injectable par voie intradermique et sous-cutanée superficielle, locorégionale, polyvalente et microdosée.
La mésothérapie est reconnue par l'Académie de Médecine depuis 1987 comme faisant partie intégrante de la médecine classique. Elle est officialisée au sein des traitements de la douleur depuis 2001 dans le cadre de la C.C.A.M.
Ce diplôme donne **une qualification de titre sur plaque et ordonnance.**
Enseignement : 3 journées entières, jeudi vendredi et samedi :
3, 4, 5 décembre 2015 - 25, 26, 27 février 2016 - 9, 10, 11 juin 2016.

Stages pratiques : 6 demi-journées **Validation** examen 10 juin 2016 + mémoire **octobre 2016**.

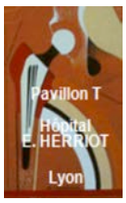
Module optionnel: Mésothérapie, dermatologie et médecine vasculaire,
Ouvert dans le cadre de la formation continue non diplômante, prérequis nécessaire :
titulaire DIU de Mésothérapie ou **en cours de cursus**
11 juin 2016

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Public : docteurs en médecine et internes Durée : 1 an
Renseignements administratifs et inscriptions :
Mme Nathalie EL AYDI Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand Tél : 04 73 17 79 36
Email : nathalie.elaydi@udamail.fr
Dr WALTER André Tél : 04 73 27 75 59 - email: walter.beraud @wanadoo.fr

Pour plus de renseignements sur le programme des cours
Dr MARTIN Jean-Pierre : 07 75 51 95 45
Dr WALTER André : 04 73 27 75 59

Université Claude Bernard Lyon 1



ANNEE UNIVERSITAIRE **2015- 2016**

DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE

Faculté de médecine de LYON

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

MESOTHERAPIE

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

La mésothérapie est une allopathie injectable par voie intradermique et sous-cutanée superficielle, locorégionale, polyvalente et microdosée.
La mésothérapie est reconnue par l'Académie de Médecine depuis 1987 comme faisant partie intégrante de la médecine classique . Elle est officialisée au sein des traitements de la douleur depuis 2001 dans le cadre de la C.C.A.M.

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

Enseignement : 5 séminaires d'une journée ½ le vendredi après-midi et le samedi journée entière **: 11 et 12 décembre 2015 , 29 et 30 janvier 2016 , 11 et 12 mars 2016 , 8 et 9 avril 2016 , 20 et 21 mai 2016 ,**
Stages pratiques : 6 demi-journées **Validation** examen **25 juin 2016** + mémoire **octobre 2016**

Module optionnel : Mésothérapie , dermatologie et médecine vasculaire ,
ouvert dans le cadre de la formation continue non diplômante,
pré-requis nécessaire :**titulaire DIU de Mésothérapie** ou **en cours de cursus**
28 mai 2016

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

Public : **docteurs en médecine** Durée : 1 an Retrait des dossiers d'inscription sur internet **www.univ-lyon1.fr** (*Service Spécialités Médicales*)
Joindre obligatoirement l'accord écrit du responsable de l'enseignement lors de l'envoi du dossier d'inscription

Contacter le secrétariat du **Dr LAFUMA** 04 72 11 04 44
Service de Chirurgie Orthopédique , Pavillon T , Hôpital Edouard HERRIOT
Place d'Arsonval 69437 LYON CEDEX 03
philippe.lafuma@chu-lyon.fr

MI | Medical Innovation

La référence en mésothérapie

Une gamme complète de pistolet de Mésothérapie.

Depuis plus de 20 ans nous concevons et fabriquons des pistolets de mésothérapie. Notre savoir-faire et nos compétences seront vous apporter satisfaction grâce à une offre complète répondant à vos besoins de thérapeutes.

PISTOR 5

Innovation et performance
Une souplesse d'utilisation et une ergonomie à votre service.

Bénéficiez des tarifs spécifiques pour les adhérents de la SFM

CE 0459

PISTOR 4

Robustesse et efficacité.
Simple d'utilisation avec ses doses préétablies.

méso BASIC

Simple et économique
Ultra léger et parfaitement maniable.

Tarif spécial SFM - Tarif spécial SFM - Tarif spécial SFM -

MI-Medical Innovation - Parc d'activité - 48 230 Chanac - France
Tél : +33(0)4.66.48.22.79 - Fax : +33(0)4.66.48.26.99
Email : contact@mi-medicalinnovation.com - Site : www.mi-medicalinnovation.com

AMM 368 885-3

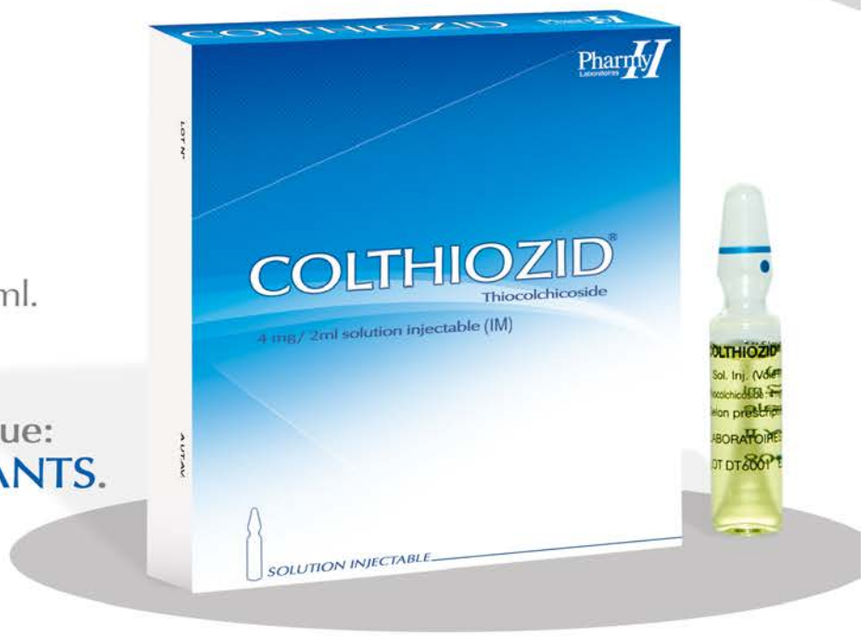
Colthiozid

THIOCOLCHICOSIDE INJECTABLE 4 mg

1 - Thiocolchicoside 4 mg.

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

3 - Classe pharmacothérapeutique:
MYORELAXANTS.



DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT
COLTHIOZID 4 mg/2 ml, solution injectable
COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE
Thiocolchicoside ..... 4 mg
Pour 1 ampoule de 2 ml de solution injectable.
Excipients : Chlorure de sodium, eau pour préparations injectables.
FORME PHARMACEUTIQUE
Solution injectable.
DONNÉES CLINIQUES
Indications thérapeutiques
Traitement d'appoint des contractures musculaires douloureuses en pathologie rachidienne aiguë.
Posologie et mode d'administration
RÉSERVÉ À L'ADULTE (plus de 15 ans).
Voie intramusculaire uniquement.
La dose quotidienne est de 1 ampoule (4 mg de thiocolchicoside), 2 fois par jour.
Contre-indications
- Hypersensibilité au thiocolchicoside, à l'un des excipients ou à la colchicine.
- Allaitement.
- Troubles de l'hémostase ou traitement anticoagulant en cours (contre-indication liée à la voie intra-musculaire).
- Ce médicament ne doit généralement pas être utilisée 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 déconseillé 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 soigneuse. Allaitement
Ce médicament est contre-indiqué en cas d'allaitement.
Effets indésirables
Très rares cas de réactions d'hypersensibilité type urticaire, œdème de Quincke et exceptionnellement choc anaphylactique. Très rares cas de réactions cutanées type prurit, érythème, éruptions maculopapuleuses et exceptionnellement éruptions vésiculobulleuses. Dans de rares cas, excitation ou obnubilation passagère et dans de très rares cas, malaise de type vagal rapporté quasi exclusivement dans les minutes suivant une administration IM.
PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES
Propriétés pharmacodynamiques
Classe pharmacothérapeutique : MYORELAXANTS, Code ATC : M03BX05.
(M : Muscle et Squelette)

Analogue soufré, de synthèse, d'un glucoside naturel du colchique, le thiocolchicoside se comporte pharmacologiquement comme un myorelaxant, aussi bien chez l'homme que chez l'animal. Il supprime ou atténue considérablement la contracture d'origine centrale : dans l'hypertonie spastique, il diminue la résistance passive du muscle à l'étirement et réduit ou efface la contracture résiduelle. Son action myorelaxante se manifeste également sur les muscles viscéraux : elle a été mise en évidence notamment sur l'utérus. Par contre, le thiocolchicoside est dépourvu de tout effet curarisant : c'est en effet par l'intermédiaire du système nerveux central et non par une paralysie de la plaque motrice qu'il agit. Des travaux (1980) ont mis en évidence une affinité sélective de type agoniste du thiocolchicoside pour les récepteurs de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), ainsi que des propriétés agonistes glycinergiques. Il n'altère donc pas la motilité volontaire, ne provoque pas de paralysie et évite, de ce fait, tout risque respiratoire.
Enfin, le thiocolchicoside est sans influence sur le système cardiovasculaire.
Propriétés pharmacocinétiques
Après administration intramusculaire chez le sujet sain :
- le pic plasmatique est atteint en 30 minutes environ,
- la demi-vie d'élimination est de l'ordre de 4h15 minutes.

Le thiocolchicoside est éliminé chez le sujet sain à la fois par la voie rénale sous forme inchangée (clairance rénale d'environ 70 ml/min.) et par voie extra-rénale (clairance extra-rénale d'environ 200 ml/min).
PROPRIÉTÉS PHARMACEUTIQUES
Incompatibilités
En l'absence d'études de compatibilité, ce médicament ne doit pas être mélangé à d'autres médicaments.
Durée de conservation
Avant ouverture : 3 ans.
Après ouverture : D'un point de vue microbiologique, le produit doit être utilisé immédiatement. En cas d'utilisation non immédiate, les durées et conditions de conservation après dilution et avant dilution relèvent de la seule responsabilité de l'utilisateur.
Précautions particulières de conservation
Pas de précautions particulières de conservation.
Nature et contenu de l'emballage extérieur
2 ml en ampoule (verre incolore de type I). Boîte de 5.
Instructions pour l'utilisation, la manipulation et l'élimination
Pas d'exigences particulières.
PRÉSENTATIONS ET NUMÉROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE
- 368 885-3 : 2 ml en ampoule (verre). Boîte de 5.

Non Remb Séc soc.
DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION
2005
DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE
2006
CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE
Liste I.

LABORATOIRE EXPLOITANT
Laboratoires PHARMY II
Strategy Center
26, rue des Gaudines
78100 Saint-Germain-en-Laye
Tél : 01 34 51 50 97.
Fax : 01 34 51 49 46
E-mail : **pharmy2@wanadoo.fr**

Pharmy II Laboratoires

21 et 22 Novembre 2015

12è Congrès national De Mésothérapie

Faculté de la Pitié Salpêtrière
105 Bd de l'hôpital
75013 PARIS

wwwsfmesotherapie.com