

Mésothérapie antalgique au Royaume-Unis

DIU de Mésothérapie Paris

Dr Milla Marinova

Résumé: Mésothérapie antalgique au Royaume-Unis

Introduction : La mésothérapie pour la gestion de la douleur n'est pas bien reconnue au Royaume-Uni, car il y a d'importants obstacles à son adoption comme une option de traitement. L'institut nationale pour la santé et l'excellence des soins (National Institute for Health and Care Excellence (NICE)) a identifié et a reconnu une base de données très limitée pour la mésothérapie de la douleur. L'indisponibilité de la majorité des produits utilisés dans la mésothérapie, la nécessité de justifier leur utilisation et le long approvisionnement pour chaque patient individuel crée des difficultés importantes. En outre, il y a un manque de possibilités de formation.

Méthodes : Deux études ont été menées. La première était un examen systématique des études universitaires en anglais, pour évaluer la solidité de la base de données disponible pour les médecins britanniques. La seconde était une étude par questionnaire électronique pour quantifier le nombre de spécialistes consultants qui pratiquent la mésothérapie de la douleur, et établir leurs réflexions sur la pratique au Royaume-Uni.

Résultats : Seul 1 des 1457 résultats de la recherche, seulement 18 articles complets pertinents en anglais concernant la pratique de la mésothérapie de la douleur ont été trouvés. 23 autres journaux avaient été résumés en anglais, mais le reste du papier est dans une langue différente. Parmi ceux-ci, l'un était un examen systématique, quatre essais contrôlés ont été randomisés, neuf étaient des essais ouverts ou des études de cas et le reste était des lignes directrices. 2) Un total de 1 463 consultants ont été envoyés et 678 ont répondu. Tous ces consultants ne pratiquent pas la mésothérapie de la douleur. Parmi ceux-ci, 86 % n'ont pas donné de détails, 10 % ont répondu qu'ils n'ont pas entendu parler de lui, et 1 % avaient entendu parler, mais ne la pratiquent pas. Neuf ont donné commentaires négatifs et neuf consultants ont exprimé un intérêt en elle.

Conclusions : L'étude a confirmé qu'il y a une faiblesse de la base de données disponible dans la langue anglaise pour l'utilisation de la mésothérapie de la douleur. Des documents multiples avec seulement des résumés en anglais ont été trouvés, ce qui conduit à la présomption qu'il existe des preuves, mais dans différentes langues. D'autres études doivent être menées sous la forme de grands essais randomisés afin de prouver l'efficacité et les études existantes doivent être traduites en anglais. Bien qu'aucun des consultants ne pratique la mésothérapie, leurs commentaires ont souligné le besoin d'information, à la fois des preuves cliniques et l'information du public afin d'améliorer les connaissances sur la mésothérapie comme une technique. Ce document exhorte les associations de mésothérapie du Royaume-Uni et dans le monde pour aider à sensibiliser, diffuser des informations, mener des essais cliniques et de créer des possibilités de formation au Royaume-Uni.

Table des matières

1. INTRODUCTION	4
A) QU'EST LA MÉSOTHÉRAPIE?	4
B) QUELS SONT LES USAGES DE LA MÉSOTHÉRAPIE?	4
C) MÉSOTHÉRAPIE AU ROYAUME-UNI	5
D) MÉSOTHÉRAPIE DE DOULEUR AU ROYAUME-UNI.....	6
<i>i) Le système de santé au Royaume-Uni</i>	7
a) NICE et les médicaments de mésothérapie :.....	7
b) NICE et les traitements de mésothérapie :	9
c) Le système de santé est-il une barrière à la mésothérapie de la douleur?	11
<i>ii) La formation en mésothérapie, les associations et les attitudes :</i>	11
a) Formation Mésothérapie :	11
b) Sociétés et Associations de mésothérapie au Royaume-Uni	12
c) Attitudes du public envers la mésothérapie	12
d) Les obstacles pour mésothérapie de la douleur au Royaume-Uni	13
E) OBJECTIFS/HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	13
2. LES MÉTHODES DE RECHERCHE ET DE CONCEPTION	13
A) OBJECTIF 1 : PREUVES	14
B) OBJECTIF 2 : CONSULTANTS	14
3. RÉSULTATS	14
A) OBJECTIF 1 : PREUVES	14
B) OBJECTIF 2 : CONSULTANTS	18
4. DISCUSSION	18
5. LIMITATIONS	20
6. CONCLUSION	21
7. BIBLIOGRAPHIE	22
8. ANNEXES	25

1. Introduction

A) Qu'est la mésothérapie?

La mésothérapie est une technique d'injection médicale à pénétration minimale, où les injections locales dans, ou sous la peau sont utilisés comme une méthode de livraison pour les produits pharmaceutiques, et d'autres substances bioactives¹. Elle a été développée par le français, Dr Michel Pistor en 1952, pour le traitement de la douleur et les troubles vasculaire². Pour son travail, il a été décoré la Légion d'honneur en France, la plus haute récompense à ceux qui sont considérés comme des héros nationaux, pour leurs réalisations importantes. Sa découverte est arrivée lorsqu'il a injecté de la procaine intraveineuse, pour traiter un asthmatique. Bien que son asthme n'ait pas amélioré, la déficience auditive du patient s'est améliorée. Il a ensuite commencé à injecter de petites doses de procaine de 3 à 5 m autour de l'oreille pour renforcer l'effet. Il a constaté que non seulement l'ouïe a été améliorée, mais que cela a également contribué à d'autres conditions associées, telles que la douleur associée au syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur, l'exéma du canal auditore, ainsi que les acouphènes^{3,4}. Le terme mésothérapie a été utilisé pour la première fois en 1958, avec la devise de Pistor, « petit, rarement et à la bonne place » qui forme l'essence de la technique.

Les multiples modes d'action de la mésothérapie sont applicables au traitement de plusieurs pathologies. Le mode d'action générale suivant a été suggéré : « le derme est l'élément commune de trois unités : les fonctions circulatoires, immunologiques ainsi que neurovégétatives. Il est proposé que par une action à chacune de ces unités, la mésothérapie corrige le trouble fonctionnel qui provoque la pathologie suspectée »⁵. Par la livraison de faibles doses de médicaments sur le site de la condition, la mésothérapie évite l'effet de premier passage et réduit la nécessité d'un traitement systématique⁶. Les effets pharmacologiques des médicaments ne sont pas les seuls avantages de la mésothérapie. Des microdoses de substances actives conduisent à la distension mécanique des tissus et fibres environnants et la pique de la peau active les récepteurs cutanés et subcutanés. En outre, les interactions entre les cellules immunitaires dans le derme et le système microvasculaire peuvent jouer un rôle dans le bénéfice de la technique⁷.

En 1964, Pistor fonde la Société française de mésothérapie, et étend la technique pour traiter les conditions cosmétiques, vétérinaires et les conditions médicales générales. Depuis sa découverte, la mésothérapie a gagné en popularité dans une grande partie de l'Europe, les États-Unis, Amérique du Sud et les pays asiatiques.

B) Quels sont les usages de la mésothérapie?

Les traitements de mésothérapie peuvent être divisés en deux groupes principaux : la douleur et l'esthétique. Pour soulager la douleur, la mésothérapie peut être utilisée dans le traitement de la névralgie⁸, les maux de dos, la fibromyalgie, les maux de tête, la goutte, les maladies rhumatismales, les blessures sportives (par exemple, les entorses, les bursites, les tendinites, etc.), les procédures dentaires⁹ et beaucoup d'autres. Ici, la procédure implique l'administration de plusieurs petites injections de volume d'analgésiques tels que les AINS (par exemple, le piroxicam ou le kétorolac), des relaxants des musculaires (par exemple le baclofène ou le diazépam) et un anesthésique local (par exemple, la lidocaïne à 1 % ou de la procaine à 1 %). En France, d'autres produits qui sont utilisés comprennent la calcitonine de saumon (normalement utilisé pour les troubles osseux douloureux), des vasodilatateurs tels que buflomédil et pentoxifylline pour augmenter la microcirculation des tissus. En esthétique, la mésothérapie est dans le groupe d'applications cosmétiques non chirurgicales et est utilisé pour l'élimination de la graisse non désirée/corps/contour/cellulite (les fesses, les jambes, les bras, les hanches, les cuisses et les zones du visage)^{10,11}, le rajeunissement de la peau¹² (pour minimiser les rides et resserrer la peau lâche), alopecie¹³, des stries¹⁴, le vitiligo, hyperpigmentation et l'acné¹⁵. Les préparatifs utilisés pour l'élimination de matières grasses/cellulite ainsi que le rajeunissement du visage contiennent des ingrédients tels que la lidocaïne, L-carnitine, de la phosphatidylcholine, de l'aminophylline, des multivitamines (par exemple, A, C, D, E, K), des oligoéléments, du silicium, de l'acide hyaluronique, le diméthylaminoéthanol (DMAE), la caféine, l'artichaut, le mélilot et pentoxyphylline. Pour l'alopecie, les injections de lidocaïne, le finastéride, le minoxidil, les multivitamines et les T3/T4 peuvent être utilisés¹³. La mésothérapie a également été

utilisé dans d'autres domaines, tels que les injections hormonales dans la FIV, mais ceux-ci ne seront pas évoqués dans le présent document¹⁶.

Comme nous pouvons le voir, la mésothérapie est une technique qui peut être utilisée pour traiter une multitude de pathologies. Dans les prochains chapitres de ce document, je vais étudier l'utilisation de la mésothérapie dans le Royaume-Uni (R.-U.).

C) Mésothérapie au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, la mésothérapie est principalement utilisée dans l'esthétique, plutôt que la gestion de la douleur. Bien que mes recherches plus loin dans le présent document ne se concentreront pas sur l'utilisation esthétique de la mésothérapie, il est crucial qu'il soit question ici de comprendre la scène actuelle de mésothérapie et les attitudes potentielles.

Le marché de l'esthétique au Royaume-Uni est un secteur privé en croissance rapide et lucratif. En 2010, la valeur du marché des procédures cosmétiques au Royaume-Uni était de 2,3 milliards de livres, et l'on estime qu'il augmentera à 3,6 milliards de livres d'ici 2015^{17,18}. De cette valeur totale, les procédures non chirurgicales représentent 75 %, ou 9 procédures sur 10¹⁹. Comme les traitements cosmétiques peuvent avoir des effets temporaires, les clients reviennent souvent pour d'autres traitements (75 % des clients envisagent une autre procédure)¹⁸.

Au cours de la dernière décennie, des procédures minimalement invasives sont la croissance la plus rapide de la chirurgie esthétique, la commodité et la baisse des coûts ont stimulé un gain de popularité²⁰. En outre, l'acceptation culturelle des procédures cosmétiques a augmenté, en particulier chez les jeunes. La preuve démontre qu'un nombre de femmes dans leur début de la vingtaine envisage des traitements d'anti-âge.

Moins de 10 % des interventions cosmétiques sont effectuées pour des raisons médicales et les dangers doivent être soulignés²¹. Le large éventail de risques associés avec les techniques et les produits injectables vont de l'infection localisée et des cicatrices à effets permanents¹⁹. Il n'y a cependant pas de données centralisées et complètes sur les effets indésirables et le reportage est sporadique au sein du secteur au Royaume-Uni. Malgré ces risques potentiels graves pour la santé, certaines procédures cosmétiques sont actuellement non réglementées¹⁸. Ces conséquences négatives peuvent également constituer un fardeau économique. Le coût des complications au Service national de santé est inconnu, mais on sait qu'il porte un grand coût grâce aux complications de traitements par les prestataires de moins bonne réputation. Ceci est particulièrement élevé pour les procédures non chirurgicales, car plusieurs praticiens n'ont pas un système de suivi des patients de même être assuré. Un hôpital de Londres a rapporté 12 cas de complications d'injections de remplissage dermique plus de 15 mois, avec un coût moyen de 3.000 £ pour la NHS par patient²².

Il y a un besoin urgent de normes réglementaires, de sécurité et de qualité pour les praticiens au Royaume-Uni. Suite au scandale des implants mammaires Poly Implant Prothèse (PIP), le Ministère de la Santé (Department of Health (DOH)) a enquêté sur des préoccupations au sujet du secteur des procédures cosmétiques. Naturellement, les fournisseurs de procédures non chirurgicales sont soumis à des contrôles moins stricts que ceux qui fournissent la chirurgie. Il y a trois préoccupations réglementaires importantes : les préoccupations liées à l'endroit des locaux, des praticiens et des produits. La première préoccupation est la difficulté de réglementer certains environnements, d'autant plus que les procédures non chirurgicales peuvent être réalisées dans les cliniques, les coiffeurs, les salons de beauté et à la maison¹⁸. La deuxième préoccupation porte sur les praticiens. Inquiétante, au Royaume-Uni, la mésothérapie esthétique peut être livrée par quiconque. Des traitements cosmétiques non chirurgicaux peuvent être effectués par quiconque des médecins et d'infirmières ayant une formation médicale ou même des esthéticiennes¹⁸. Chacun doit être enregistré auprès de l'organisme de réglementation professionnelle pertinente et le ministère de la Santé stipule que « les individus effectuant des procédures risquées doivent être compétents et avoir une expertise technique appropriée »¹⁸. Cependant, il n'y a pas d'autres exigences — beaucoup fonctionnent sans aucune forme de certification¹⁸ et les clients peinent à identifier ces praticiens de renom¹⁹. L'absence de réglementation et d'accréditation des fournisseurs de traitement non chirurgical professionnel a été identifiée par le ministère de la Santé et un cadre de formation détaillé a été proposé dans lequel le rajeunissement de la peau par mésothérapie est pris en compte et les exigences de formation spécifique sont décrites²³. D'autres travaux gouvernementaux continus dans l'examen des qualifications requises pour la fourniture d'interventions cosmétiques non chirurgicales. Peut-être, le Royaume-Uni adoptera l'exemple de l'Italie, où la mésothérapie esthétique ne peut être effectuée par un médecin²⁴.

La dernière préoccupation est à propos de la réglementation des produits cosmétiques. La directive sur la sécurité générale des produits de l'UE, mis en œuvre au niveau national au Royaume-Uni, accorde une responsabilité sur les fabricants et les distributeurs afin d'assurer que leurs produits sont sûrs en cours d'utilisation normale et prévisible. En outre, les produits sont soumis à la directive sur les produits cosmétiques de l'UE, qui fixe les règles sur les évaluations de sécurité, des ingrédients et de l'emballage. Néanmoins, les préoccupations autour de l'utilisation de produits dangereux, par exemple à propos des préparations topiques utilisées comme injectables, ont été soulevées²⁵.

Comme nous pouvons le voir, le fait que la mésothérapie est regroupée dans le cadre de l'esthétique non chirurgicale a conduit aux publicités nuisibles et inquiétudes entourant sa réglementation. Peut-être que cette image négative a contribué à la popularité limitée de la mésothérapie dans la gestion de la douleur.

La mésothérapie pour la gestion de la douleur n'est pas bien reconnue dans le Royaume-Uni et n'est pas enseignée à l'école de médecine, malgré le grand besoin et un marché potentiel énorme.

Le nombre de personnes souffrant de douleurs au Royaume-Uni est difficile à estimer, mais il est une approximation de 5.000.000 à 10.000.000²⁶. Dans le monde, 25 % de la population totale souffre d'une douleur cliniquement significative en un an²⁷. Néanmoins, il y a beaucoup de difficultés dans la gestion de la douleur et le contrôle insuffisant de la douleur reste un problème majeur dans le monde. Il y a un besoin urgent et non satisfait pour gérer la douleur correctement, d'autant plus que 50 % des personnes qui prennent des médicaments ne sont pas satisfaits avec les résultats²⁷.

La demande pour de nouveaux traitements efficaces est évidente, surtout dans un domaine comme les maux de dos; la cause unique de premier plan de l'invalidité dans le monde entier²⁸. La lombalgie seule est censée affecter 8 personnes sur 10 à un certain moment dans leur vie^{29,30}. Affectant environ 1 à 3 adultes au Royaume-Uni chaque année, la lombalgie est un trouble très fréquent, avec environ 2,5 millions de personnes cherchant de l'aide de leur médecin sur leur état. Le traitement consiste en des médicaments tels que le paracétamol, analgésiques anti-inflammatoires, analgésiques forts comme la codéine et de relaxants musculaires tels que le diazépam. Pour les maux de dos chroniques non spécifiques, en plus des analgésiques, des traitements peuvent inclure des antidépresseurs, des programmes d'exercice, de la thérapie manuelle (massage/mobilisation vertébrale et/ou manipulation vertébrale), la thérapie comportementale et cognitive ou encore l'acupuncture³¹. L'utilisation d'injections de stéroïdes intra-articulaires avec anesthésique local est également rependue pour une inflammation persistante dans les blessures sportives³², tendinopathies³³, l'arthrite³⁴, douleur à l'épaule et au dos³⁵. La mésothérapie n'est pas sur la liste de ces traitements possibles offerts aux patients sur le service national de santé.

La nécessité pour le traitement de la douleur est si élevée, que les cliniques et les centres de gestion de la douleur spécialisés ont été créés pour que les patients puissent être recommandés par leur médecin généraliste ou un spécialiste. Ici, les patients bénéficient d'un ensemble de traitement, y compris les médicaments, les thérapies physiques et un soutien psychologique, mais encore une fois pas de la mésothérapie.

Il semblerait qu'au Royaume-Uni comme la mésothérapie est un traitement considéré comme partie de la médecine complémentaire et alternative (CAM). Une simple recherche sur internet trouve de nombreux praticiens de la mésothérapie homéopathique (ou homeomesotherapy) et biopuncture. Les patients paient pour ces traitements privés, car la plupart ne sont pas financés par le service national de santé. Alors, pourquoi est-il qu'en France la mésothérapie est une partie intégrale de la médecine et non au Royaume-Uni?

D) Mésothérapie de douleur au Royaume-Uni

Dans la prochaine partie de cet article, je vais enquêter sur les raisons pour lesquelles la mésothérapie n'est pas un traitement de routine pour la douleur au Royaume-Uni. La première partie portera sur le plus grand obstacle, qui est le système de soins de santé et son acceptation de la mésothérapie comme un traitement. Dans la deuxième partie, je vais considérer l'importance et l'impact de la formation de la mésothérapie, les associations et les attitudes du public qui pourraient avoir affecté son infiltration et la popularité.

i) Le système de santé au Royaume-Uni

Le Royaume-Uni dispose d'un service national de santé, en abrégé « NHS », qui a été lancé en 1948. Le principe de base est la croyance que la bonne santé doit être accessible à tous, indépendamment de la richesse³⁶. La NHS reste libre au point d'utilisation (en dehors de quelques charges pour les ordonnances, ainsi que les services optiques et dentaires) pour tous les résidents du Royaume-Uni. Actuellement, ce sont 64 millions de personnes au Royaume-Uni qui sont servies par la NHS³⁶. Le financement pour la NHS vient directement de la fiscalité et pour 2015/2016 à un budget de 115.400.000.000 £³⁶.

Un système de soins de santé privée existe aussi parallèlement à la NHS, qui est utilisé par 8 % de la population³⁷ surtout comme un service additionnel et est payé par l'assurance privée ou par les particuliers³⁸.

Afin de décider quels traitements et des médicaments pour passer le budget du NHS, la Institut nationale pour la santé et l'excellence des soins (National Institute for Health and Care Excellence (NICE)) a été créé. NICE fournit des directives et des conseils nationaux pour améliorer la santé et les services sociaux³⁹. Ce corps recherche régulièrement à de nouveaux médicaments et traitements pour évaluer si elles sont sûres, plus ou moins efficaces que d'autres médicaments ou des traitements et si elles représentent une valeur pour l'argent en évaluant l'adéquation de médicaments ou de traitement des œuvres par rapport à son cout⁴⁰. La NHS en Angleterre et au Pays de Galles sont légalement tenus de financer les médicaments et les traitements que le NICE recommande. Cela signifie que lorsque NICE recommande un médicament ou un traitement, la NHS doit assurer qu'elle est à la disposition de ces personnes, il pourrait aider, normalement dans les trois mois de la direction étant émise⁴⁰. D'autre part, la NHS n'est pas obligée de financer un médicament ou un traitement qui ne soit pas recommandé par le NICE, même si un médecin estime qu'il serait bénéfique pour un patient. Il est crucial pour un médicament ou un traitement à être recommandé par le NICE si elle doit être utilisée dans la NHS.

Dans la prochaine partie, l'auteur va enquêter sur l'opinion de Nice à propos de la mésothérapie comme un traitement et les médicaments utilisés.

a) NICE et les médicaments de mésothérapie :

Au Royaume-Uni, tous les médicaments doivent être agréés par l'agence de Régulation de la Médecine et des produits de soins de Santé (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA)), qui évalue et autorise les médicaments pour le marché britannique. Cette licence est également connue comme une autorisation de mise sur le marché (AMM). Il n'y a aucune interdiction de prescrire des médicaments autorisés que le NICE n'a pas encore évalués ou, si une évaluation du NICE est en cours, mais le financement des traitements est à la discrétion des organismes de financement locaux⁴⁰.

Les médecins peuvent parfois recommander l'utilisation d'un médicament au-delà des spécifications spécifiques de sa licence, par exemple pour une indication non autorisée, ou en doses, préparations, la population ou la voie d'administration du patient ne sont pas couvertes par la licence^{41,42}. Les médecins peuvent également prescrire des médicaments non enregistrés, qui n'ont pas l'autorisation de commercialisation. Fait à noter, lorsque deux médicaments autorisés sont mélangés dans une seringue, un nouveau médicament sans licence est créé⁴. Cela signifie que la plupart des mélanges de médicaments utilisés en mésothérapie sont des médicaments non homologués. L'utilisation généralisée de médicaments au-delà de leur autorisation de mise sur le marché se produit surtout dans des spécialités telles que la médecine de la douleur et les soins palliatifs. L'AMM ne réglemente pas la pratique clinique du médecin, mais les activités de marketing des compagnies pharmaceutiques.

Au Royaume-Uni, ce qui suit peut prescrire des médicaments sans une maîtrise légalement⁴²:

- Médecins
- Les infirmières ou les pharmaciens qui sont inscrits comme prescripteurs indépendants
- Les infirmières, les pharmaciens, podologues, kinésithérapeutes et radiologues enregistrés comme « prescripteurs supplémentaires » dans le cadre d'un plan de gestion clinique convenu en partenariat avec un médecin.

Quand un médicament est prescrit sans AMM, la prescription doit être justifiée : par exemple, utilisation d'un médicament pour une maladie pour laquelle il n'y a pas d'autres traitements, prescrire un médicament pour l'indication établie prouvée, mais sans licence ou le mélange de

médicaments avant l'administration⁴². La responsabilité pour les conséquences de prescrire un médicament au-delà de sa AMM se trouve avec le prescripteur⁴². La Formulaire National Britannique (British National Formulary (BNF))(un livre qui contient tous les médicaments autorisés au Royaume-Uni) a été utilisée pour rechercher les médicaments utilisés en France pour la mésothérapie⁴³ (Figure 1).

Product group	Substances actives	Licence globale	Disponible par voie sous-cutanée?	Licence pour l'indication	Autres notes	Substitut
Les anesthésiques locaux	Lidocaïne sans conservateur	Licence	Oui	Oui		
	Procaine	Non-licence	N/A	N/A		
Les produits diluants	Eau distillée	Licence	Oui	Oui		
	Solute physiologique de chlorure de sodium 0.9%	Licence	Oui	Oui		
Les produits à action rhumatologique	Calcitonines	Licence	Oui - mais par IM/IV	No		
	Diclofenac	Licence	No	Oui - douleur		
	Piroxicam	Licence	No	Oui - l'arthrose, la polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosantes	Moins adapté à la prescription	? Tenoxicam: disponible IM / IV pour la douleur et dans inflam maladies et troubles musculo-squelettiques rheumatics
	Ketoprofene	Licence	Non	Oui - douleur		
	Thiocolchicoside	Non-licence	N/A	N/A		
Les produits à action nutritionnelle	Pidolate de Magnesium	Non-licence	N/A	N/A		
	Dexpanthenol Vit B5	Non-licence	N/A	N/A		
	Biotine Vit H	Non-licence	N/A	N/A		
	Alpha tocopherol acetate	Licence	Non - suspension	Non - carence en vitamine E		
	Vitamines B1, B2, B5, PP, B7, B9, B12, H,C	Non-licence	N/A	N/A		? Pabrinex (IM): l'acide ascorbique, le nicotinamide, le chlorhydrate de pyridoxine, riboflavine, chlorhydrate de thiamine pour alcoolism chronique, l'encéphalopathie de Wernicke::
	Calcium glubionate	Non-licence	N/A	N/A		? Gluconate de calcium ou chlorure de calcium (plus irritant) pour IV d'hypocalcémie aiguë sévère ou tétanie hypocalcaemic - avec surveillance ECG
	Cobalamine Vit B12	Licence	Oui - mais par IM	Non - serieuse carence en vitamine B12		
	Hydroxycobalamine	Licence	Oui - mais par IM	No - l'anémie pernicieuse + anémies macrocytic sans atteinte neurologique, ou la prophylaxie de l'anémie macrocytaire associée à une carence		
Les produits à action micro circulatoire	Monomethyltrisilanol orthohydroxybenzoate de sodium	Non-licence	N/A	N/A	Conjonctyl disponibles à l'achat privé	
	Equisitum arvense	Non-licence	N/A	N/A		
	Propranolol	Licence	Oui -mais par IV	Non - hypertension, l'angine, infarctus du myocarde, arythmies, Thyrotoxicose, No -traitement de la migraine aiguë		Autres médicaments admissible pour IV dans un même groupe: tartrate de métoprolol, le chlorhydrate d'esmolole
	Dihydroergocristine/Raubasin Dihydroergotamine Nicergoline Piracetam	Ergotamine licence Uniquement sur ordonnance	Non Non	Non Non: aiguë anoxique Myoclonal Spasmes ou myoclonies.		
	Etamsylate	Licence	Non	Non: la perte de sang à court terme dans la ménorragie		
Les produits à action neurologique	Arnica Montana	Pas dans la BNF	Pas dans BNF			
	Diazepam	Licence	Oui - mais par IM/IV	Oui - spasme musculaire aiguë		
	Clonazepam	Licence	Non	Non: épilepsie, la myoclonie		
	Chlorpromazine	Licence	Oui - mais par IM	Non - antipsychotique, des nausées et vomissements de la maladie en phase terminale		
	Hydroxyzine	Licence	Non	Oui - prurit		
	Amitriptyline	Licence	Non	Oui - la douleur neuropathique		
	Meprobamate	Licence	Non	Non - l'utilisation à court terme de l'anxiété		
	Tiapride Clomipramine	Non-licence Licence	N/A Non	N/A Oui - maladie dépressive, phobiques et obsessionnels Etats, le traitement d'appoint de la cataplexie associée à narcoptexy		
Acetyl-Leucine Capsicum/Capsaicine	Non-licence Licence	N/A Non	N/A Oui - neuropathie diabétique, la douleur neuropathique, OA, névralgie post-herpétique			
Produits a action viscerale	Phloroglucinol	Non-licence	N/A	N/A		
	Bromogalactogluconate de Ca	Non-licence	N/A	N/A		
Desinfectants et anesthésiques	Chlorexidine/Benzalkonium Chlorure/Alcool benylique/ Chlorexidine digluconate	Licence	Oui	Oui		
	Lodocaïne/Prilocaine	Licence	Oui - patch	Oui - Anesthésie		

Figure 1. Disponibilité des produits de mésothérapie au Royaume-Uni. Adaptation de⁴³

Nous pouvons voir que les seuls médicaments autorisés pour les indications de mésothérapie sont la lidocaïne, l'eau distillée, une solution de chlorure de sodium, la chlorhexidine, du désinfectant et de la crème anesthésiante EMLA. De nombreux produits clés utilisés pour leurs actions rhumatologiques ou neurologiques sont disponibles sous une forme injectable, mais pas

pour les indications de mésothérapie (par exemple la calcitonine, le propranolol, le diazépam, cobalamine). D'autres ne sont pas disponibles comme un injectable (par exemple, le diclofénac, le piroxicam, la clomipramine). Certains comme la thicolchicoside ne sont pas autorisés. Bien que certains sont disponibles comme un injectable, un médecin doit justifier son utilisation et ne sera en mesure de le commander auprès d'un pharmacien pour chaque patient qu'il souhaite l'utiliser pour. La disponibilité limitée de médicaments essentiels est un obstacle important à la pratique de la mésothérapie dans le Royaume-Uni.

b) NICE et les traitements de mésothérapie :

Le Royaume-Uni exerce la médecine fondée sur des preuves, qui est le processus d'une révision systématique, l'évaluation et l'utilisation des résultats de la recherche clinique pour offrir des soins optimaux pour les patients. NICE utilise ces principes et a créé une base de données fondée sur des preuves appelées « Évidence de la NHS » (NHS Evidence), offert pour le public et les médecins à utiliser. Il est important de mentionner que NICE commente, identifie, et inclut toutes les études pertinentes, dans toutes les langues. Une recherche sur NHS Evidence utilisant le terme de recherche « mésothérapie » a trouvé quatre résultats. Trois résultats sont immédiatement exclus; celui qui mentionne la mésothérapie comme un terme de recherche⁴⁴ et dans les deux autres, il était un critère d'exclusion pour les études^{8,45}. La dernière étude était une étude d'intervention appelée «Traitements conservateur pour l'entorse cervicale » (Conservative treatments for whiplash)⁴⁶, qui décrit une seule étude de, faible qualité (50 patients et l'électrothérapie a été comparée à la mésothérapie), qui n'a trouvé aucune différence que la moitié des patients les deux groupes ont déclaré se sentir mieux à la fin du traitement⁴⁷. Dans l'ensemble, une base de preuves décevant pour la mésothérapie.

L'auteur considère que peut-être le mot « mésothérapie » lui-même n'est pas utilisé donc, une recherche sur la NHS Evidence pour « Intra-cutanée et injection » ou « Intradermique et l'injection » a également été menée. Sur les 269 résultats, il a été constaté que cette voie est utilisée uniquement pour ce qui suit :

- Injections de corticostéroïdes⁴⁸
- Injections d'allergènes dans des tests d'allergie⁴⁹
- Les vaccins (Tuberculose⁵⁰, de l'hépatite B⁵¹, la grippe⁵² etc.)
- La capsaïcine pour une sciatique⁵³
- Anesthésie locale
- Le traitement du mélanome IMM-101⁵⁴
- Botox pour l'hyperhidrose palmaire et axillaire⁵⁵, douleur à l'épaule^{56,57}
- Les produits de comblement⁵⁸
- Lymphoscintigraphie⁵⁹ et la biopsie du ganglion sentinelle⁶⁰
- Gestion de la douleur dans le travail avec l'injection intradermique de l'eau stérile⁶¹
- Injections de triamcinolone utilisées en ophtalmologie
- La lipoatrophie faciale chez les patients VIH⁶².

De la pertinence à la mésothérapie était seulement l'utilisation de la lidocaïne comme anesthésique local.

Comme certains auteurs inclussent à la fois les méthodes d'administration intradermique et sous-cutanée pour la mésothérapie²⁴, une nouvelle recherche avec la mention «subcutanée et injections » au sein de NHS Evidence a été réalisée. Cela a donné des résultats 3655. Chacun de ces éléments de preuve a été examiné et regroupé par type de médicament (Annexe 1). À noter, pour les médicaments qui ne sont pas utilisés en mésothérapie, il n'a pas été noté si la preuve était positive ou négative.

La majorité des groupes ne sont pas pertinents pour la mésothérapie (par exemple, les anticorps monoclonaux, les médicaments anticancéreux, analgésiques opioïdes, vaccins, antiémétiques, et le diabète). Plusieurs médicaments utilisés pour le traitement de la douleur ont été trouvés. Ces éléments de preuve ont été examinés en détail et vont maintenant être discutés.

Des conditions communes et des tissus mous

L'utilisation de l'injection sous-cutanée la plus répandue avec de multiples éléments de preuve et conclusions positives semble être dans le traitement des tissus mous et problèmes de joints. Les médicaments utilisés comprennent les corticostéroïdes, les anesthésiques locaux, une solution saline, des radio-isotopes et infliximab⁶³. La majorité des données sont axées sur l'utilisation de corticostéroïdes. Des injections de glucocorticoïde sont couramment utilisées dans les soins courants pour traiter la douleur de l'épaule en raison de diverses conditions, y compris la coiffe des rotateurs et l'épaule gelée⁶⁴. Les injections de corticostéroïdes intraarticulaires sont également utilisées comme thérapie de deuxième ligne (après une analgésie orale) dans le traitement de l'arthrose⁶⁵, non-septique bursite prépatellaire⁶⁶, bursite trochantérienne⁶⁷ et la sténose⁶⁸. Pour l'épicondylite, les injections de corticostéroïdes sont indiquées uniquement si les symptômes persistent et d'autres options ont été essayées⁶⁹ car il existe des preuves limitées et il semble être plus efficace à court terme⁷⁰. Il y a peu de preuves pour l'utilisation de stéroïdes dans la ténosynovite de De Quervain⁷¹. Plusieurs autres produits ont été mentionnés pour les blessures musculosquelettiques. Les injections intraarticulaires d'acide hyaluronique ne sont pas utilisées par la plupart des rhumatologues, comme il existe que des preuves limitées, et ils ne sont pas recommandés par le NICE⁷². En outre, des études sur l'arthrose ont trouvé qu'elles ne sont pas rentables⁶⁵. L'utilisation des thérapies plasma riche en plaquettes (PRP) pour les blessures des tissus mous musculosquelettiques ne sont pas pris en charge en raison de preuves insuffisantes⁷³. Fait à noter, le diclofénac est administré uniquement par des injections intramusculaires ou intraveineuses pour les troubles musculosquelettiques⁷⁴.

Botox

Plusieurs preuves sur l'utilisation de la toxine botulique sous-cutanée sont disponibles. Une revue Cochrane démontre que pour la douleur de l'épaule, injections botuliques semblent réduire la sévérité de la douleur et améliorer la fonction de l'épaule et de l'amplitude des mouvements chez les patients avec la douleur d'une hémiplégie spastique ou l'arthrite, mais le nombre limité d'études et la petite taille des échantillons ne permet pas une conclusion ferme⁵⁶. D'autre part, des études n'ont montré aucun avantage de l'utilisation contre l'épicondylite⁷⁵ et son utilisation dans la lombalgie reste discutable⁷⁶.

Douleur de dos et de nerf :

Le « Spinal Reports » de la NHS indique clairement que les thérapies d'injection pour la douleur radiculaire chez les patients avec une compression de la racine nerveuse et/ou inflammation sont une procédure appropriée et adaptée pour la mise en service^{77,78}. Cependant, les thérapies d'injection ne sont pas recommandées à tous pour le traitement de la lombalgie non spécifique⁷⁷. La lidocaïne sous-cutanée peut être utile pour traiter la douleur neuropathique aiguë. L'injection sous-cutanée de vasodilatateur n'a montré aucun changement chez les patients présentant une maladie neuromotrice⁷⁹.

La calcitonine :

La calcitonine n'est pas largement utilisée au Royaume-Uni et reste un médicament controversé. Il est actuellement seulement disponible comme une formule injectable. En 2012, la MHRA a publié des directives que les médicaments contenant de la calcitonine ne devraient plus être utilisés dans le traitement de l'ostéoporose en raison d'un risque accru de cancer; par conséquent, la formulation intranasale a été interrompue⁸⁰. En outre, la forcaltonin comme injection a eu son autorisation de mise sur le marché de l'UE retirée⁸¹.

La British National Formulary déclare que les utilisations actuelles sont pour l'hypercalcémie de malignité, la maladie osseuse de Paget et la prévention de la perte osseuse aiguë liée à l'immobilité soudaine⁸². Toutefois, la preuve de son utilisation est encore très limitée. Un examen par la Collège Australien et Néozélandais d'anesthésistes – Faculté de la Gestion de la Douleur (Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine) ont constaté que la calcitonine réduit la douleur et améliore la mobilisation après fractures vertébrales liées à l'ostéoporose⁸³. Il a également réduit la douleur aiguë, mais pas la douleur chronique du membre fantôme⁸³. La preuve est limitée pour son utilisation dans le contrôle de la douleur des métastases osseuses⁸⁴ et il n'a montré aucune différence dans la douleur ou l'amplitude des mouvements comme un traitement pour le syndrome douloureux régional complexe (SDRC)⁸⁵.

Voie d'administration :

Un article a enquêté sur les avantages de la voie d'administration, soit en utilisant des injections sous-cutanées, plutôt que des perfusions chez les patients présentant des métastases osseuses⁸⁶. Ceci est la seule fois que j'ai vu une mention des avantages des injections tels que, sans aucun besoin de surveiller la fonction rénale et la longueur plus courte de temps pour la procédure. Les patients ont signalé qu'ils préféraient les injections plus que des perfusions⁸⁶.

c) Le système de santé est-il une barrière à la mésothérapie de la douleur?

Suite à cette vaste recherche du site de la NHS Evidence, il semblerait qu'il existe des obstacles importants à l'utilisation de la mésothérapie au Royaume-Uni. Premièrement, il y a une disponibilité limitée des médicaments essentiels pour la mésothérapie. Certains sont sans licence et certains ne sont pas disponibles pour les indications spécifiées. Même si certains peuvent être obtenus en tant que médicaments hors AMM pour différentes indications, le prescripteur doit justifier leur utilisation pour les pharmaciens. Le processus d'autorisation prendrait plus de temps et les prescriptions seraient faites par patient, qui à nouveau allonge la procédure. En outre, comme la mésothérapie nécessite le mélange de différents médicaments ensemble, les préparatifs seraient classés comme un médicament non homologué.

Il est également clair que la mésothérapie ne semble pas être pratiquée, car il y a très peu de preuves sur la base de données de NHS Evidence. Les injections sous-cutanées ne sont pas utilisées pour le soulagement de la douleur. La recherche d'injections sous-cutanées relève une pléthore de preuves de l'utilisation commune des injections de stéroïdes dans le traitement de conditions de tissus articulaires et mous. Seulement pour la douleur radiculaire de la racine nerveuse compression/inflammation sont indiquées les injections sous-cutanées. En outre, la calcitonine reste un médicament très controversé.

Malgré la base de preuves limitées pour son utilisation et des difficultés à se procurer des médicaments, il est encore possible pour les médecins d'utiliser la mésothérapie prudemment, mais bien plus probable dans le secteur privé.

ii) La formation en mésothérapie, les associations et les attitudes :

En plus des obstacles du système de soins de santé, l'auteur va maintenant examiner l'importance et l'impact de la formation en mésothérapie, les associations et les attitudes du public, qui pourrait avoir affecté son infiltration et la popularité.

a) Formation Mésothérapie :

La formation en mésothérapie est cruciale pour assurer que les praticiens pratiquent efficacement et en toute sécurité. La recherche documentaire a révélé que la Société de la Mésothérapie Royaume-Unis (Society of Mesotherapy UK - SOMUK) est la seule organisation à offrir une formation de mésothérapie pour la gestion de la douleur. Le cours de trois jours enseigne la mésothérapie à la fois la douleur et de l'esthétique. J'ai personnellement suivi cette formation en décembre 2014 et j'ai constaté que l'accent a été mis sur l'esthétique. Le traitement de la douleur a été enseigné au premier jour que pendant quelques heures. Le cours en décembre 2014 a été suivi par un total de 8 personnes, dont 4 ont été des médecins-praticiens médicaux, un de France, un du Canada et deux au Royaume-Uni. Les trois autres médecins souhaitent en apprendre davantage sur la mésothérapie esthétique que pour compléter leur revenu et ne pas avoir l'intention d'utiliser la mésothérapie pour la douleur. À l'avenir, la société annonce qu'elle offrira un diplôme en gestion de la douleur²⁵. Bien que la société a une section de Praticiens Certifiés par le Conseil (Board Certified Practitioners), il est impossible d'accéder à cette option pour afficher le nombre de personnes qui ont terminé leurs cours accrédités.

Plusieurs entreprises offrent une journée de cours de formation de mésothérapie esthétique couteuse. Recherche documentaire sur Internet trouvé: KTtraining, InnoMed Training Academy, Serenity Beauty Academy, Salon West Training, Glow Aesthetic Training, Medics Direct Training, Vida Health and Beauty, Pasha Clinic Mayfair, Lorena Oberg, UK Cosmetic Training, Emma Coates Aesthetic Training, Turning Point Training, Rosmetics, Aestha, Rachel Goddard Aesthetics, Face Facts Training, Totally Aesthetics, MCCM School of Medical Cosmetics, VTCT Training Courses, Boston International Training Academy, Medical Aesthetics Group, Advanced Aesthetics Training, MATA Courses, and Visage Academy).

En outre, plusieurs cours de formation de troisième cycle qui comprennent la mésothérapie sont maintenant disponibles au Royaume-Uni. L'Université de Central Lancashire offre une maîtrise ou un diplôme d'études supérieures (PGDip) en « Esthétique du visage non chirurgical »⁸⁷. De même, une nouvelle maîtrise (MSc) ou PGDip dans « le vieillissement de la peau et de médecine esthétique » à l'Université de Manchester vont commencer en 2015⁸⁸. Un certificat d'études supérieures à temps partiel en « médecine esthétique » est également disponible à l'Université de Queen Mary (University of London)⁸⁹. Tous ces forfaits incluent la mésothérapie esthétique, même si à ce que le niveau de spécificité est inconnue, car ils comprennent de multiples techniques.

En conclusion, même s'il y a beaucoup de cours offerts pour la mésothérapie esthétique, il est clair qu'il y a un manque de possibilités de formation pour la mésothérapie de la douleur. Même si les cours sont disponibles à l'étranger, les barrières linguistiques freinent les médecins qui ne comprennent pas la langue, d'y assister. Il y a un besoin urgent pour la création d'un cours semblable au court offert à Paris DIU au Royaume-Uni, pour former des médecins afin qu'ils puissent pratiquer en toute sécurité et efficacement.

b) Sociétés et Associations de mésothérapie au Royaume-Uni

Les associations jouent un rôle clé dans l'unification des praticiens dans le même domaine, l'organisation de cours de formation, ainsi que des conférences et des congrès pour assurer une pratique mise à jour. Une recherche sur le Web a trouvé quatre associations de mésothérapie. La première est la Société Internationale de Mésothérapie (SIM), qui a été fondée à l'origine par le Dr Pistor et dispose de 16 pays membres. Les représentants de chaque pays se réunissent une fois par année et son objectif principal est la promotion et le développement de la mésothérapie dans le monde entier, grâce à la recherche, l'éducation et de la coordination des sociétés nationales. Il ne semble cependant pas y avoir de membre du Royaume-Uni dans la liste des membres.

Le second est la UK Association of Mesotherapy (UKAM)⁹⁰ fondée en 2006 par le Dr Vincent Kabeya qui possède la London Mesotherapy Center. Il déclare qu'il travaille en collaboration avec la Société internationale de mésothérapie pour assurer des normes élevées de pratiques au Royaume-Uni. Aucune preuve n'a été trouvée sur ceci, et la UKAM ne semble pas offrir une formation ou avoir une promotion à part sur le site de la London Mesotherapy Center.

Le troisième et le plus actif des sociétés de mésothérapie au niveau national sont la Société de Mésothérapie Royaume-Uni (SOMUK)²⁵ qui a été fondée en 2013 afin d'enseigner la mésothérapie aux praticiens par l'entremise de cours accrédités par la GMC et des congrès.

La British College of Aesthetic Membership est une organisation uniquement pour les médecins enregistrés GMC, qui pratiquent la médecine esthétique au Royaume-Uni⁹¹. Il prétend être un groupe qui organise des formations, des protocoles de traitement et la revalidation pour les médecins en médecine esthétique. Il dispose d'un réseau de 300 médecins, dont le public peut rechercher pour trouver un médecin inscrit à l'ordre.

c) Attitudes du public envers la mésothérapie

Les médias Britannique ces dernières années, ont été très négatifs au sujet des procédures cosmétiques, avec plusieurs histoires d'horreur comme l'achat de botox sur Internet et l'auto-injection, les effets de trop de botox, les interventions de safari (les patients volent dans un autre pays pour avoir des traitements moins chers), les personnes ayant des charges injectées dans les chambres d'hôtel, puis meurent. Chaque semaine, il y a des rapports dans le domaine médical de nouvelles procédures dites l'heure du déjeuner, dont beaucoup disparaissent du jour au lendemain¹⁷

La presse négative sur les procédures non cosmétiques a inévitablement un effet d'entraînement sur l'opinion publique à propos de la mésothérapie. La naïveté à propos de la différence entre les procédures non chirurgicales signifie qu'une grande partie du public croit que le botox, les produits injectables et la mésothérapie sont tous les mêmes, car ils sont administrés en utilisant des injections.

Un autre facteur qui contribuant au scepticisme peut être la phobie des injections et de l'aiguille. Ceux-ci sont extrêmement fréquents, mais pas très bien reconnus, affectant 3,5 % à 10 % de la population britannique⁹². La phobie de l'aiguille a longtemps été un problème pour la National Blood Service, que de nombreux donateurs potentiels excluent la possibilité de donner du sang, sur les motifs qu'ils ont peur des aiguilles.

Environ, 12 % des Britanniques souffrent d'anxiété dentaire extrême et 25 % d'une sorte d'anxiété avant de visiter le dentiste. La phobie des aiguilles et du sang peuvent même empêcher les gens d'aller voir le médecin, être traités à l'hôpital, ou avoir certaines procédures médicales⁹³.

En outre, les Britanniques entendent que société, acceptent moins de la douleur qu'avant⁹⁴. Il y a un sentiment que tout peut être résolu par la profession médicale — la douleur en particulier. Dre Cathy Stannard (consultante en médecine de la douleur) va même jusqu'à dire que, à l'avenir, même une piqûre sera une douleur de trop⁹⁴. Les médias rapportent constamment que les injections pourraient bientôt devenir une chose du passé en raison de solutions indolores. De même, en mésothérapie certains pratiquent maintenant « la mésothérapie sans aiguilles »; une technique qui prétend offrir les mêmes résultats, mais sans la douleur associée aux injections⁹⁵. La technique consiste à l'application topique des ingrédients actifs et l'utilisation de courants électriques à basse fréquence pulsés pour livrer les ingrédients dans la peau en utilisant par exemple l'eporex, l'achyderm ou des dispositifs de cryoderm⁹⁶.

d) Les obstacles pour mésothérapie de la douleur au Royaume-Uni

Les sections précédentes du présent document ont révélé plusieurs obstacles importants à la mésothérapie de la douleur au Royaume-Uni. Le principal obstacle à l'utilisation de la mésothérapie de la douleur est le système de soins de santé. Ici, l'indisponibilité de la majorité des produits utilisés dans la mésothérapie, la nécessité de justifier leur utilisation et le long approvisionnement pour chaque patient crée des difficultés importantes.

L'utilisation de la médecine fondée sur les preuves au Royaume-Uni signifie que les médecins utilisent uniquement des traitements avec des avantages cliniques prouvés. La base de données sur la NHS Evidence ne dispose que d'un élément de preuve faible pour la mésothérapie de la douleur. Est-il vraiment possible qu'il y ait seul élément de preuve clinique valide, lorsque la mésothérapie pour la gestion de la douleur est pratiquée dans le monde entier, notamment en France? Une autre question est de savoir si les possibilités limitées de formation au Royaume-Uni et les médias négatifs à propos des injectables environnants ont dissuadé les médecins de pratiquer la mésothérapie de la douleur? Ces questions seront abordées lors de la prochaine partie de ce document de recherche.

E) Objectifs/hypothèses de recherche

L'objectif pour la prochaine partie de cet article est à la recherche de deux objectifs. Le premier objectif est d'analyser avec précision les éléments de preuve académique en anglais sur le sujet de la mésothérapie de la douleur à la disposition des médecins au Royaume-Uni et de déterminer si cela est positif ou négatif, car cela pourrait influencer sur leur décision de pratiquer. La base de données sur la NHS Evidence a des études limitées sur la mésothérapie de la douleur, il est donc prévu, qu'il y aura peu de preuves disponibles, soit parce que de leur mauvaise qualité ou pas de preuve d'efficacité. Le deuxième objectif est de réaliser une recherche quantitative et qualitative dans le nombre de médecins consultants (par exemple, les spécialistes) qui pratiquent la mésothérapie de la douleur au Royaume-Uni et leurs réflexions concernant cette pratique. Il est prévu qu'en raison des obstacles dans le système de soins de santé discutés, seuls quelques consultants pratiquent la mésothérapie au Royaume-Uni. Par conséquent, les questions de recherche sont :

1. Y a-t-il des preuves solides académiques en anglais pour l'utilisation de la mésothérapie de la douleur, et est-ce positif ou négatif?
2. Combien de consultants pratiquent la mésothérapie au Royaume-Uni? Quelles sont leurs réflexions sur la pratique de la mésothérapie de la douleur dans le Royaume-Uni?

2. Les méthodes de recherche et de conception

Deux types de recherche différents doivent être utilisés pour répondre aux questions de recherche. La première question concernant la preuve académique, sera répondue au moyen d'un examen systématique de la littérature disponible en anglais. La deuxième question sera étudiée à travers un questionnaire envoyé par courriel.

A) Objectif 1 : Preuves

Une recherche électronique en utilisant Medline, PubMed, les revues Cochrane, Web of Science, SCOPUS, OVID (comprend EMBASE), TRIP et Google Scholar (y compris la littérature grise) sera effectuée. En outre, les listes de toutes les revues Cochrane portant sur ce sujet de référence seront examinées pour assurer que tous les documents sont capturés.

Comme que le terme mésothérapie est très spécifique, la stratégie de recherche sera d'utiliser les mots « mésothérapie » et « douleur ». La recherche sera limitée à la littérature publiée et d'études sur l'Homme. Tout d'abord, les documents seront examinés par titre et par le résumé. Ensuite, l'article au complet sera examiné et les données compilées abondaient. L'auteur va également prendre une décision à propos de l'impact global du papier et de documenter ce qu'il soit négative ou positive.

Pour être inclus dans cette étude, un élément de preuve doit évaluer l'utilisation de la mésothérapie dans le traitement de la douleur. Les sources relatives à l'utilisation cosmétique de la mésothérapie ou d'autres indications seront exclues. Les études qui ne sont pas en anglais seront exclues, mais ceux qui sont un résumé traduit seront également analysés et documentés dans un tableau distinct. Une méthode d'analyse descriptive sera adoptée.

B) Objectif 2 : Consultants

Une recherche électronique sera effectuée en utilisant www.specialistinfo.com, qui est une base de données de tous les consultants qui pratiquent la médecine au Royaume-Uni. La base de données contient des médecins qui pratiquent dans la NHS et/ou dans le privé. Les données comprennent les coordonnées ainsi que les pratiques des médecins ou son hôpital. La base de données nécessite une inscription; l'auteur est un médecin qualifié, elle va donc être inscrite.

Les huit spécialités dans lesquelles les consultants peuvent pratiquer la mésothérapie de la douleur ont été identifiées comme : orthomédecine aigüe, la médecine homéopathique, médecine musculosquelettique, neuroréadaptation, médecine orthopédique et sportive, orthopédie et traumatologie, orthopédie et la chirurgie de la colonne vertébrale, la médecine de la douleur, des sports et exercer la médecine, de la rhumatologie et de médecine de réadaptation. Dans chaque spécialité, chaque page de consultant individuel sera examinée pour extraire le nom et l'adresse courriel. Ceux-ci seront utilisés pour créer une base de données. Les critères d'exclusion seront les consultants qui ont des adresses courriel personnelles (par exemple Hotmail, Gmail, etc.). Les consultants restants avec une adresse courriel académique seront contactés par courriel en utilisant séparément en utilisant l'adresse courriel académique professionnelle des auteurs. Le courriel (Annexe 2) demandera au consultant de répondre s'ils pratiquent la mésothérapie (oui/non), et si oui, ils sont invités à partager quelques réflexions sur la mésothérapie de la douleur au Royaume-Uni (par exemple : les attitudes de médecin / attitudes des patients / produits / pathologies les plus utilisés pour / haies / avantages / inconvénients / formation / associations / utilisation privées ou NHS, etc.).

Les réponses seront recueillies sur une période d'un mois. À la fois quantitative (le nombre de consultants) et qualitative (leurs réflexions) les données de recherche seront compilées dans une base de données et analysées en utilisant une méthode d'analyse descriptive.

3. Résultats

A) Objectif 1 : Preuves

Un total de 1457 résultats inclut la terminologie « mésothérapie et la douleur ». Chaque résultat a été examiné et 1401 résultats exclus (Annexe 3). De multiples études utilisent à la fois les termes mésothérapie et la douleur, mais se réfère à la douleur de la technique en mésothérapie cosmétique ou d'autres indications. Certains ne citent pas la mésothérapie comme une option de traitement ou dans leur bibliographie, tandis que d'autres ont discuté les produits homéopathiques ou appareils électriques, etc. Un avis mentionne une étude de la mésothérapie, mais était à la recherche à la durée de maux de dos et aucun commentaire n'a été fait sur son efficacité.

Un total de cinquante-six résultats ont été lus entièrement. D'autres exclusions ont été faites (raisons ci-dessus). En fin de compte, le nombre final de sources complètes après toutes les exclusions était dix-huit (Figure 2).

Étude	Journal	Maladie	Nombre de patients	Pays de l'étude	Caractéristiques de l'étude	Drogues utilisées	Contrôle	Période du suivi	Nombre de traitements	Résultats	Conclusions
Conforti et al. 2014	Korean Journal of Pain	Syndrome du canal carpien	25	Italie	P O	Lidocaïne, ketoprofène, xantanol nicotinate, cyanocobalamine	NC	1 an	1 traitement	Un jour après le traitement : 84% de réduction significative de la douleur et de paresthésie; 1 année après le traitement : 68% de soulagement complet de la douleur	Positif
Narvarte & Rosset-Llobe. 2011	Medical Problems of Performing Artists	Troubles ostéo-musculaires	67	Espagne	P O	Thiocolchicosid, diazepam, buflomedil, piroxicam	NC	4 semaines	1 à 18 traitements	Tolérance/Sécurité Positif	Positif
Di Cesare et al. 2010	Complementary Therapies in Medicine	Douleur dans le bas du dos	62	Italie	RA P C	Lidocaïne	La mésothérapie dans les points d'acupuncture versus les points gâchette	12 semaines	4 traitements	Meilleures réductions de douleur avec la mésothérapie dans les points d'acupuncture	Positif
Costantino et al. 2010	Evidence-Based Complementary et Alternative Medicine: eCAM	Douleur dans le bas du dos	84	Italie	RA P C	Lidocaïne, ketoprofène, et méthylprednisolone	Norme de thérapie kétoprofène, l'ésoméprazole (bothorally) & IM méthylprednisolone	6 mois	5 traitements	La douleur et le handicap des groupes réduits. De manière significative : la mésothérapie a même efficace et la thérapie systémique de la sécurité	Positif
Cacchio et al. 2009	Arthritis & Rheumatism	Tendinite calcifiante de l'épaule	80	Italie	RA DB	Disodium EDTA et procaïne	PC	1 an	Un traitement chaque semaine pendant 3 semaines	Groupe d'étude : la calcification a complètement disparu dans 62,5% et partiellement dans 22,5% des patients; dans le groupe témoin : 0% totalement et 15% partiellement	Positif
Michel-Batôt et al. 2008	Joint Bone Spine.	L'arthrite septique de l'articulation de facettes	6	France	CS	n/a	n/a	n/a	n/a	1 cas : la septicémie traitement suivante de la mésothérapie. Plus d'infos : vraiment malade?	Négatif
Monticone et al. 2004	Europa Medicophysica	La lombalgie (dysfonctionnement sacro-iliaque)	22	Italie	RA P C	NSAID's	La thérapie au laser	1 an	2 traitements par semaine (8 traitements)	Réduction de mieux pour la mésothérapie, l'exercice et le soutien dynamique que la thérapie au laser douleur	Positif
Rosina et al. 2001	International Journal of Dermatology	Sciatique névralgique Gauche	1	Italie	CS	Aminophilline, xantanol nicotinate et lidocaïne	n/a	n/a	1 traitement	Psoriasis déclenché après la séance de mésothérapie nécessitant un traitement IV de l'hôpital	Négatif
Nagore et al. 2001	Acta Dermatovenereologica	1. ostéoarticulaire afflicion du genou; 2. ténosynovite de ravisseur tendon; 3. l'obésité	3	Espagne	CS	Procaine, piroxicam et pentoxilin	n/a	n/a	1.chaque semaine pendant 3 mois; 2. traitement unique	3 cas de Mycobacterium fortuitum par même praticien : 2 sur 3 cas ont été de mésothérapie pour la douleur : les patients de traitement multimédicamenteux nécessaire	Négatif
Giannelli et al. 2007	BMC Family Practice	n/a	1808	Italie	P	n/a	n/a	n/a	n/a	Questionnaire autoadministré postal pour GP de : 9,1% recommandent mésothérapie, de ceux qui pratiquent CAM actuellement 31% de pratique mésothérapie	Positif
International Society of Lymphology 2003	Lymphology	Lymphoedème	n/a	Partout dans le monde	n/a	Hyaluronidase ou similar agents	n/a	n/a	n/a	Bénéfices incertains	Négatif
International Society of Lymphology 2013	Lymphology	Lymphoedème	n/a	Partout dans le monde	n/a	Hyaluronidase ou agents similaires	n/a	n/a	n/a	Bénéfices incertains, mais peuvent être nuisible	Négatif
Mammucari et al. 2014	Journal of Medical Cases	Douleur dans le bas du dos	1	Italie	CS	Thiocolchicoside, ketoprofène	n/a	21 days	J 0, 3, 7, 14, 21	Effectif : douleur entièrement partie	Positif
Foti et al 2006	Europa Medicophysica	Mal au dos	353	Italie	R O	Lidocaïne et: ketorolac ou thiocolchicoside ou lysine acetylsalicylate, ou ketorolac & thiocolchicoside	NC	n/a	5 traitements, 1 par semaine	Étude rétrospective de 353 cas : Mésothérapie efficace et avantageuse : la douleur améliorée dans 87.3% des cas. Dans 30% de plus que 50% d'amélioration.	Positif
Torbica et Fattore 2005	The European Journal of Health Economics	n/a	n/a	Italie	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	Beaucoup de traitements de physiothérapie excluent des prestations nationales, mais les régions ont approuvé l'inclusion dans les retombées régionales. Presque toutes les régions fournissent mésothérapie antalgique	Positif
Mammucari et al. 2012	Evidence-Based Complementary et Alternative Medicine	Toutes les conditions musculosquelettiques - revue papier	28 studies	Tous, principalement l'Italie	All	n/a	n/a	n/a	n/a	Des résultats prometteurs en termes de réduction de la douleur d'au moins 50% par rapport à la ligne de base pour les troubles musculo-squelettiques. Résultats positifs pour la douleur post-traumatique chez les athlètes. Avantages en lombalgies et tendinites calcifiantes de l'épaule.	Positif
National Guideline Clearinghouse 2015	Website	Rotator tendinopathies de la coiffe	n/a	États-Unis	n/a	EDTA	n/a	n/a	n/a	Aux États-Unis, il n'y a aucune recommandation pour EDTA mésothérapie pour tendinopathies de la coiffe en raison de preuves insuffisantes	Négatif
Moretti et al. 2005	Rivista Italiana di Ossigeno-Ozonoterapia	Épaule douloureuse: tendinose sus-épineux et tendinite de la longue portion du biceps	meso: 40	Italie	R O	Ketoprofène, betaméthasone, lidocaïne	Le contrôle était la méso : d'autres traités avec de l'oxygène-ozone administration locale	n/a	10 traitements, deux fois par semaine	O2-O3 plus efficace : Méso VAS 9 descend à 6, O2-O3 VAS 9.4 a 2.09 patients moins heureux avec le résultat	Négatif
		Douleur au poignet et de la main: le syndrome du canal carpien, oviitis tenosyn- de Quervain, syndrome maladie de Dupuytren, tenosyn-ovitis des extenseurs	meso: 22			Ketoprofène, betaméthasone, lidocaïne	n/a	n/a	n/a	Aucune différence statistique entre deux thérapies	
		Talon douloureux et pied: métatarsalgies, fasciite plantaire, péronier tenosyn-ovitis, névrome de Morton, tendinite d'Achille, post-érieure jambier ténosynovite	meso: 16			Ketoprofène, betaméthasone, lidocaïne	n/a	n/a	n/a		
		Douleur au pubis: ravisseur insertion tendinite	meso: 10			Ketoprofène, betaméthasone, lidocaïne	n/a	n/a	n/a		
		Genou douloureux: tendinite, tendinopathie rotulienne	meso: 13			Ketoprofène, betaméthasone, lidocaïne	n/a	n/a	n/a		
		Coude douloureux: médial et l'épicondylite latérale	meso: 10			Ketoprofène, betaméthasone, lidocaïne	n/a	n/a	n/a		

Key : RA : Randomised M: multicentre, R: rétrospectif, P: prospectif, O: ouvert, C: contrôlé, PC: placebo contrôlé, NC: pas contrôlé CS: rapport de cas, DB : double aveugle, n/a : information non-reporté

Figure 2. La preuve de l'utilisation de la mésothérapie de la douleur (contenu complet disponible) n'oublie pas la clé. Source: adapté de 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 7, 112, 113.

L'enquête sur les preuves académiques disponibles en anglais a montré que dix-huit éléments de preuve complètent relatifs à l'utilisation de la mésothérapie pour la gestion de la douleur. Parmi ceux-ci, l'un était un examen systématique, quatre étaient des essais contrôlés randomisés, neuf étaient des essais ouverts ou des études de cas et le reste était des lignes directrices. Onze des dix-huit études ont été jugées comme positives à propos de l'utilisation de la mésothérapie en tant que traitement de la douleur.

Dans l'ensemble des données cliniques disponibles sur la mésothérapie (13 pièces), trois d'entre elles décrivent les effets secondaires négatifs (infection ou le déclenchement du psoriasis), cinq utilise la mésothérapie pour le traitement des maux de dos et seule une étude a été décrits pour d'autres conditions (syndrome du canal carpien, troubles ostéomusculaires chez les musiciens, tendinite calcifiante de l'épaule, le trouble du genou) deux études ont porté sur plusieurs troubles musculosquelettiques.

Le nombre final de papiers avec seulement le résumé en anglais était de vingt-deux (Figure 3).

Study	Journal	Disease	No of patients	Study country	Study Characteristics	Drugs used	Control	Period of follow-up	Number of sessions	Outcomes	Conclusion:
Sibert et al 2010	Prog Urol	Soins de la douleur pelvienne chronique	Pas d'info	France	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Aucune preuve pour la mésothérapie n'a été découverte	Négatif
Soncini et Costantino 1998	Acta Biomed Ateneo Parmense	Calcification de tendons de l'épaule	31	Italy	Pas d'info	EDTA	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	La douleur a disparu dans 93,5% des patients. Calcifications ont complètement disparu dans 80% des patients, et partiellement dans 13%.	Positif
Shaladi et al 2009	Infez Med	La douleur du cou	1	Italy	CS	Pas d'info	N/A	Pas d'info	Pas d'info	Un cas de patient ayant une adénopathie cervicale due à une infection par <i>Pseudomonas aeruginosa</i> suivant la mésothérapie	Négatif
Parrini et al 2002	Minerva Ortopedica e Traumatologica	La douleur lomboscoliotique	44	Italie	RAP C	L'acide acétylsalicylique	Physiological solution	Pas d'info	Pas d'info	La Méso utilisée comme un traitement complémentaire. Diminution de 60% de la douleur quatre heures après le traitement, mais pas après sessions consécutives	Positif
Messedi-Kamoun et al 2000	Journal of medical readjustment	Mal au dos	120	Émirats arabes unis	R	Pas d'info	Pas d'info	4 ans	Pas d'info	Méso utilisé comme traitement d'ajout. Taux de succès de 76,6%	Positif
Mattozzi 2015	Minerva Med.	Radiculopathie cervicale	60	Italie	R C	Pas d'info	5% lidocaine medicated plaster	30 jours	Deux fois par semaine jusqu'à ce que la douleur résolu	À la fois efficace, mais ceux traités avec du plâtre a montré accélérer le contrôle des symptômes douloureux	Positif
Landi 1998	Minerva Ortop. Traumatol.	Cervicales douloureuses syndromes post-distorsion	50	Italie	P O	Thiocolchicoside, lidocaine et ketoprofen	Pas d'info	Pas d'info	2-3 séances tenues à intervalles hebdomadaires	Après 2-3 séances, la réduction substantielle ou complète de troubles de la douleur et végétatifs, ainsi qu'une nette amélioration de la randonnée et la fonction articulaire	Positif
Erguven et al 2010	Reg. Anesth. Pain Med.	Fibromyalgie	25	Turquie	P O	Lidocaine, diazepam, buflomedil, magnesium pidolate	Pas d'info	1 an	Une fois par semaine 4 semaines, toutes les 2 semaines pendant 2 mois, 6e et 12e mois	Résultat moyen de douleur VAS ont été réduits de manière significative après le traitement et le nombre de jours sans douleur moyenne était de 302 / an.	Positif
Laurens 2010	Ann. Phys. Rehabil. Med.	Biceps long ténosynovite, maladies du pubis, de douleurs lombaires aiguës chirurgie cardiaque	61, 51, Pas d'info	France	Pas d'info	Pas d'info	Oui mais pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Bons résultats avec aucun effet secondaire	Positif
Danhiez et al 2013	Ann. Phys. Rehabil. Med.	Supra-épineux tendinite de l'épaule calcifiée	35	France	Pas d'info	Calcium chelating agent	Oui mais pas d'info	7 mois	5 sessions (J1,8,15,29,43)	Eva 68% d'amélioration. Amélioration de la douleur à la palpation (69%) et de la douleur lors des tests musculaires (65%). 15 patients ont récupéré l'activité de l'épaule normale. Pour 22 cas des études radiologiques ont été effectués au mois 4: la disparition de 68% complète des lésions calcifiées; 23% avaient une réduction de 50%. Satisfaction à l'égard du traitement: 77% et 74% improvement de qualité de vie.	Positif
Miljkovic et al 2013	Ann. Phys. Rehabil. Med.	Pubalgie	51	France	P O	Lidocaine, piroxicam, calcitonine, thioalcolchicoside, Vit C, procaine, magnesium	Pas d'info	3 mois	J1, 8, 15, 30, 45, 60, 75	AVS est passé de 3,98 à 0,9 au repos et de 7,25 à 1,87 dans l'effort. 75% de bons résultats, 14% de résultats moyens et 11% de défaillances.	Positif
Laurens et Borg 2013	Ann. Phys. Rehabil. Med.	Tendinite du sus-épineux	54	France	P	AINS, lidocaine, calcitonine, myorelaxant	Les non-sportifs	30 jours	4 traitements: J 1, 8, 15, 30	AVS est passé de 7,22 à 0,83. Amélioration de la douleur à la palpation (2,55 à 0,3), et la douleur musculaire pendant les essais (2,77 à 0,24). La qualité de vie est également améliorée.	Positif
Karagounis et al 2014	Ann. Phys. Rehabil. Med.	Tennis elbow, golf elbow, lombalgie, douleur à l'épaule	18 (4, 3, 6, 5)	Grèce	CS	Sodium chloride, lysine acetyl salicylate et lidocaine	Pas d'info	Pas d'info	7 traitements chaque semaine	La douleur a diminué de 7,8 à 4, plus d'amélioration dans la lombalgie.	Positif
Ferrer Pastor et al 2010	Rehabilitacion	Chronique douloureuse condition de l'appareil locomoteur	59	Espagne	P O	Piroxicam, lidocaine, pentoxifylline	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Amélioration statistiquement significative de l'état douloureux de l'appareil locomoteur après le traitement de mésothérapie avec des baisses moyennes de 52,28 mm (CI à 95%: de 44,78 à 59,79) dans le VAS, 45,86cm (IC à 95%: de 30,97 à 60,75) dans le diamètre de la lésion et moyenne augmentation du score EQ-5D Indice de 0,3550 (CI à 95%: de 0,2924 à 0,4177).	Positif
Boudokhane et al 2014	Ann. Phys. Rehabil. Med.	Les maux de dos (42%), suivie par des douleurs au cou (14%), l'arthrose (14%), l'épicondylite latérale (20%) et douleur à l'épaule (10%)	Pas d'info	Tunisie	P	Procaine, thiocolchicoside et piroxicam	Pas d'info	Pas d'info	4 traitements chaque semaine once weekly	Mésothérapie montre des résultats plus efficaces dans l'intensité de la douleur et de l'autosatisfaction (57,2%). Les patients rapportent une rémission totale de la douleur dans 11% des cas.	Positif
Metsavaht 2005	3rd World Congress of the International-Society-of-Physical-et-Rehabilitation-Medicine (ISPRM)	Les tendinopathies, arthropathies, maux de dos, les nerfs périphériques syndromes de compression	7,000	Brésil	R	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Méthode de traitement efficace pour minimiser les symptômes de douleurs musculaires squelettiques dans les phases aiguës et chroniques.	Positif
Metsavaht et al 2005	3rd World Congress of the International-Society-of-Physical-et-Rehabilitation-Medicine (ISPRM)	Coude tendinosis latérale	64	Brésil	RA P	Pas d'info	Pas d'info	5 ans	Pas d'info	75% des résultats excellents et bons	Positif
Graber-Duvernay et al 1996	Rhumatologie	La maladie dégénérative des articulations	379	France	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Étude de l'avis du patient du traitement : la mésothérapie fait partie de la médecine alternative : 19% des patients ayant celles-ci, la mésothérapie moins utilisée. Les patients croient que les traitements classiques sont plus efficaces que les autres	Négatif
Ferrata et al 1991	Gazzetta Medica Italiana Archivio per le Scienze Mediche	La douleur chronique post-les distorsions qu'elles induisent du genou et de la cheville	47	Italie	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Dans 94% des douleurs enlevé, dans la douleur d'autres reculaient seulement	Positif
Lupo et Biagio 1987	Medicina dello Sport (Turin)	Tendinopathie de la longue portion du biceps brachial	20	Italie	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Rapidement et efficacement agi sur le tableau clinique et fonctionnel et les récives efficacement empêchées.	Positif
Spagnolini et al 1986	Clinica Terapeutica	La maladie de Quervain	20	Italie	Pas d'info	Orgotein	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Résultats était hautement positif	Positif
Solinas et al 1986	Rassegna Medica Sarda	La douleur chronique de la colonne vertébrale	15	Italie	Pas d'info	Tricyclic compounds	Pas d'info	Pas d'info	Pas d'info	Résultats remarquables dans la majorité des cas (70%)	Positif

Key : RA : Randomised M: multicentre, R: rétrospectif, P: prospectif, O: ouvert, C: contrôlé, PC: placebo contrôlé, NC: pas contrôlé CS: rapport de cas, DB : double aveugle, n/a : information non-reporté

Figure 3. La preuve de l'utilisation de la mésothérapie de la douleur (résumé disponible uniquement) (ne pas oublier la clé). Adapté de : 114–119,120–128, 129–131, 132,133,134, 135

Un total de neuf était d'Italie, six de la France, deux en provenance du Brésil et un chacun de la Tunisie, Espagne, Grèce, Émirats arabes unis et la Turquie. Treize ont été résumés de revues et neuf étaient des résumés de conférences. De nombreux résumés ne comprennent pas les détails concernant la conception de l'étude. Dix-neuf des vingt-deux ont été identifiés comme positifs pour l'utilisation de la mésothérapie dans le traitement de la douleur.

B) Objectif 2 : Consultants

Un total de 1 463 consultants ont été communiqués par courriel, d'une possibilité de 2.750 spécialistes possibles (ceux qui ont eu des courriels personnels ou sans adresse de courriel ont été exclus [annexes 4]). Leurs réponses ont été recueillies à partir du 8 avril 2015 jusqu'au 6 mai 2015. Les annexes 5 et 6 montrent les noms de consultants et les détails des réponses. Le nombre de réponses reçues était de 678, ce qui est un taux de réponse de 46 % (annexe 7).

Dans l'ensemble, 100 % des consultants ont répondu qu'ils n'utilisent pas la mésothérapie dans leur pratique médicale.

Parmi ceux-ci, 86 % n'ont pas donné de détails, 10 % ont répondu qu'ils n'ont pas entendu parler de la mésothérapie, et 1 % avait entendu parler, mais ne la pratique pas. Fait intéressant, ceux qui n'avaient pas entendu parler de la mésothérapie étaient pour la plupart des rhumatologues. Neuf consultants ont donné des commentaires négatifs — quatre d'entre eux étaient des rhumatologues. Neuf autres consultants ont exprimé effectivement un intérêt à ce sujet; la majorité d'entre eux étaient en médecine de réadaptation ainsi que la rhumatologie.

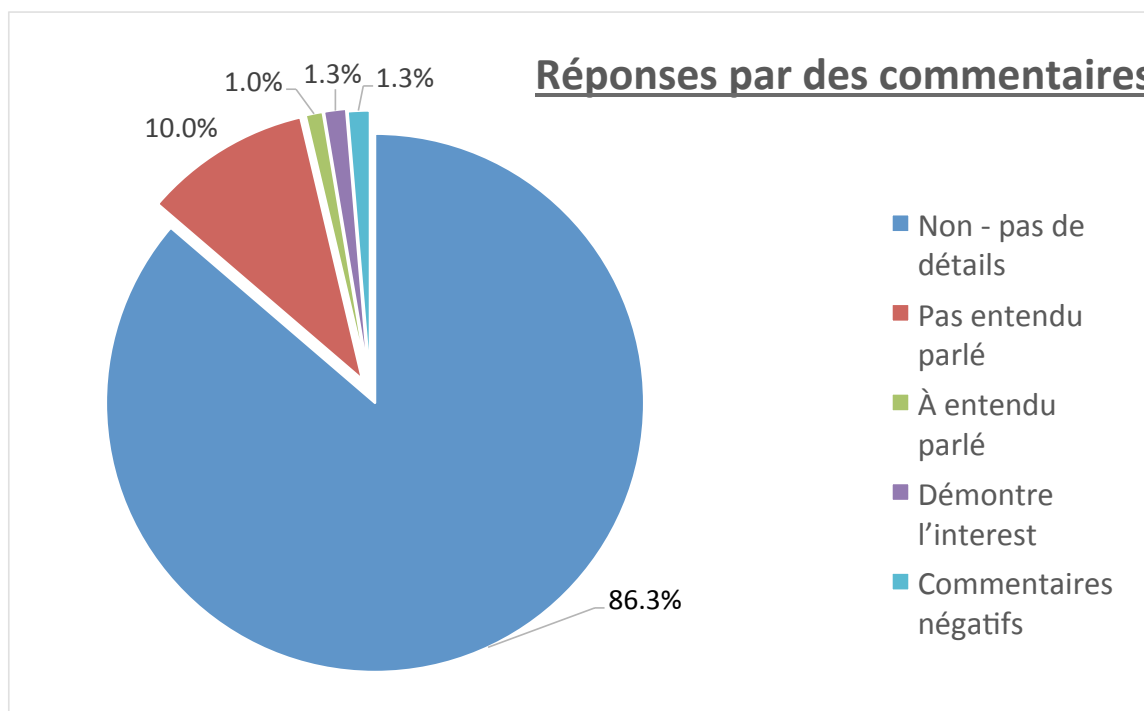


Figure 4 : Diagramme montrant les réponses par type de commentaire (annexe 8) Source: auteur

4. Discussion

La recherche a fait découvrir plusieurs obstacles importants pour la pratique de la mésothérapie au Royaume-Uni. Le premier obstacle le plus grave est le manque de preuves dans la base de données NHS Evidence où un seul élément de preuve a été trouvé pour la mésothérapie. Pour une technique utilisée dans le monde entier (par exemple, 16 000 médecins aux États-Unis seuls⁴, ce qui est surprenant. Cependant, l'utilisation stricte au Royaume-Uni, de la médecine fondée sur des preuves suggère qu'il peut y avoir des preuves, mais il peut être faible, négatif ou inconsistant et donc pas utilisé. Les résultats de l'enquête de preuves académiques disponibles en anglais soutiennent le fait qu'il y a une faiblesse de la base de données probante pour l'utilisation de la mésothérapie. Seuls 13

éléments de preuve clinique de mésothérapie ont été trouvés. En outre, tous les quatre essais contrôlés randomisés avaient moins que 100 patients et la plupart des études qui étaient encore ouvertes ainsi que les cas cliniques étaient très petites. La seule étude plus vaste (353 patients) était rétrospective. Comme la mésothérapie dans ces études est utilisée comme un traitement pour de nombreuses conditions différentes, la preuve pour des indications individuelles est encore fragile. Il est particulièrement intéressant de noter que les éléments de preuve négative sont principalement de la notification des effets indésirables et les lignes directrices, plutôt que des résultats négatifs dans les essais cliniques. En fait, douze des treize études cliniques ont montré des effets positifs mésothérapie. Néanmoins, dans l'ensemble il y a certainement une faiblesse de la base de preuves dans la langue anglaise. Le manque d'essais contrôlés randomisés soulève aussi des préoccupations au sujet de la validité de cette technique.

La seule condition avec de fortes preuves est la douleur au dos, pour lequel il y avait trois essais contrôlés randomisés, un essai rétrospectif et une étude de cas. La plus grande étude réalisée par Foti et coll.¹¹⁰, bien qu'elle soit rétrospective, a découvert l'amélioration de la douleur chez 87 % des patients. D'autres études ont trouvé que la mésothérapie est efficace lorsqu'elle est utilisée dans les points d'acupuncture⁹⁹ et significativement plus efficace que le traitement au laser¹⁰³. Plus intéressante est l'étude qui relève que la mésothérapie a conduit à réduire considérablement la douleur et de l'invalidité par rapport au traitement oral standard¹⁰⁰. Les faibles doses de médicaments utilisés et une injection plus lente dans les tissus, mais avec un début rapide, réduisent le besoin pour un traitement systémique et évite l'effet de premier passage²⁴. Ce sont des avantages évidents de la mésothérapie⁶, par exemple chez les patients qui sont intolérants à l'analgésie systémique¹⁰⁹. Plus récemment, il est utilisé pour les injections hormonales en raison de ces avantages. Bien que cette étude semble prometteuse, dans le traitement de la principale cause d'invalidité, l'étude malheureusement utilisée des stéroïdes dans les injections.

Une autre condition pour laquelle il existe des preuves positives pour l'utilisation de la mésothérapie est une tendinite calcifiante de l'épaule en utilisant l'EDTA. Cacchio et coll.¹⁰¹ ont mené un contrôle, double aveugle, randomisé, par placebo. Le groupe de mésothérapie a montré une amélioration de tous les paramètres (la douleur et le niveau fonctionnel) après le traitement et à 1 an après. Même plus importantes, dans 62,5 % des patients de la mésothérapie, les calcifications avaient complètement disparu, alors que ce chiffre était de 0 % pour le groupe qui a reçu des placebo¹⁰¹. Encore une fois très prometteur, mais seulement un seul essai. La même chose pour le traitement du syndrome du canal carpien⁹⁷ — des résultats encourageants, mais une petite taille d'étude ouverte.

Malgré les efficacités positives démontrées dans ces essais, trois documents ont porté sur les effets néfastes de la mésothérapie. Un patient a développé une arthrite septique de l'articulation de facette après le traitement par mésothérapie, mais ne donne aucune information ou indication des produits utilisés. Nagore et coll. décrivent également trois infections par *Mycobacterium fortuitum*, les trois par le même praticien, deux chez les patients qui reçoivent la mésothérapie pour la douleur et l'autre pour l'obésité¹⁰⁵. Le dernier document décrit un cas où le psoriasis a été exacerbé après une procédure de mésothérapie pour la douleur¹⁰⁴). Ces événements indésirables sont probablement le résultat d'une mauvaise technique de mésothérapie. La mésothérapie nécessite des compétences cliniques et pharmacologiques et doit être effectuée par un personnel médical qualifié, en utilisant des techniques strictes d'asepsie, stérilisation correcte et procédures d'hygiène. Ceci est absolument crucial, car le personnel formé peut appliquer la technique correctement pour veiller à ce que la mésothérapie soit une technique sûre et bien tolérée qui provoque peu d'inconfort local et ne provoque pas d'effets significatifs systémiques ou de complications⁹⁸. Couplés avec la base de preuves insuffisantes, les effets indésirables sont une partie de la raison pour laquelle les pays peuvent décider de ne pas adopter la mésothérapie. Aux États-Unis par exemple, les lignes directrices stipulent expressément que la mésothérapie n'est pas recommandée pour les tendinopathies de la coiffe des rotateurs¹¹² et le lymphœdème¹⁰⁸.

Naturellement, les médecins n'utilisent pas des résumés (qui ne contiennent généralement pas assez de détails sur les études ou des médicaments) pour prendre des décisions sur l'utilisation d'un traitement dans leur pratique clinique. Cependant, le fait qu'il y a 22 résumés, la majorité d'eux qui décrivent les essais cliniques, montre qu'il y a des essais menés et publiés, mais n'est pas traduit en anglais. L'Italie et la France avaient le plus de résumés. En outre, neuf d'entre eux étaient des résumés de conférences, ce qui indique que les résultats sont souvent partagés seulement parmi les praticiens.

Comme presque tous les résultats ont été décrits comme positifs, si ceux-ci avaient été traduits, ils auraient considérablement ajouté à la base de preuves anglaise. La question de savoir combien des études plus sont disponibles dans différentes langues, mais pas traduite (même pas les résumés) doivent être soulevées.

L'Italie en particulier utilise la mésothérapie, comme deux des dix-huit papiers trouvés concentrés sur sa disposition. Malgré de nombreux services de physiothérapie étant exclus de l'ensemble des avantages national, de nombreuses régions ont approuvé leur inclusion dans les retombées régionales. Presque toutes les régions fournissent la mésothérapie antalgique¹¹¹ et sont régulièrement recommandés par 9,1 % des médecins généralistes¹⁰⁶. Ceci est la raison pour laquelle les deux tiers des études trouvées ont été faits en Italie. Le document unique d'évaluation qui a trouvé 28 essais cliniques publiés⁷ pour la mésothérapie de la douleur avait 24 essais qui étaient en italien et n'a pas été trouvé par l'auteur de ce document. Si cette preuve était disponible en anglais, ce serait montrer le soutien de la mésothérapie dans les maux de dos, tendinite calcifiante de l'épaule, troubles musculosquelettiques et des douleurs posttraumatiques chez les athlètes⁷. Plusieurs documents ont également signalé que beaucoup des preuves sont également en français⁴. Cela démontre un besoin évident pour la traduction en anglais et de l'édition, des études existantes et futures pour la mésothérapie de la douleur.

L'absence d'une base de preuves scientifiques en anglais est seulement l'une des parties de la raison pour laquelle aucun des consultants qui pratiquent la mésothérapie au Royaume-Uni n'a été trouvé. L'autre raison majeure est le manque d'information sur la mésothérapie de la douleur. Il est bien sûr possible que ceux qui ne pratiquent pas soient dans les 64 % qui n'aient pas répondu à l'étude. Néanmoins, les commentaires de ceux qui ne pratiquent pas mettent en évidence le manque d'information. De ceux qui ont répondu, 10 % (ou 68 consultants) ont indiqué qu'ils n'avaient jamais entendu parler. L'auteur de cette étude est un médecin qui exerce au Royaume-Uni, et peut confirmer que la mésothérapie n'est pas enseignée à l'école de médecine ni mentionnée. Ce type de réponse suggère qu'il y a une nécessité d'accroître la sensibilisation du public et le personnel médical au Royaume-Uni à propos de la mésothérapie de la douleur comme un traitement alternatif aux médicaments systémiques. Certains consultants ont même demandé pour cette information directement. Neuf répondants ont exprimé un intérêt positif en mésothérapie et ont demandé des informations à ce sujet. Il est intéressant de constater que la majorité de ces consultants étaient en médecine de réadaptation ou de rhumatologie. Parmi les seize qui ont entendu parler de la mésothérapie de la douleur, neuf ont fourni des réponses négatives, certaines indiquent que le manque de preuves cliniques est la raison pour laquelle il ne devrait pas être pratiqué. Cela démontre en outre la nécessité pour les informations de l'essai clinique. Il soutient également la première conclusion de ce document — qu'il y a une base de données clinique extrêmement limitée en anglais et un besoin immédiat non seulement de traduire les études, mais aussi pour les essais cliniques plus.

5. Limitations

Les limites de l'étude incluent le taux de réponse faible en raison des contraintes de temps et le fait que seuls les consultants ont été contactés. En rétrospective, il aurait été une bonne idée d'envoyer un rappel aux consultants et pour les études futures, il est recommandé de contacter aussi des médecins plus tôt dans leur formation de spécialiste, qui peut aussi pratiquer la mésothérapie. La base de données a aussi ses limites et plus de 1000 consultants n'ont pas été consultés comme ils avaient une adresse courriel personnelle ou pas de courriel. Cependant, il est incroyablement difficile de communiquer avec tous les consultants sans utiliser cette base de données, car elle exigerait la recherche de chaque courriel individuelle sur Internet. Fait à noter, l'auteur a essayé de contacter SOMUK pour une liste de spécialistes exerçants, mais n'a reçu aucune réponse.

Les limitations de la recherche de preuves comprennent l'utilisation de la capacité de cet auteur pour prendre une décision si un papier est positif ou négatif à propos de la mésothérapie. En continuant, une autre limitation est que la qualité des études individuelles n'a pas été évaluée, ce qui aurait pu révéler des failles même dans les preuves limitées trouvées.

6. Conclusion

Dans la première partie de ce document, le système de soins de santé a été identifié comme un obstacle majeur à la pratique de la mésothérapie de la douleur, à la fois comme des médicaments ne sont pas disponibles et que le NICE n'a pas adopté comme traitement en raison d'un manque de preuves. La recherche menée dans cette étude a confirmé qu'il y a une faiblesse de la base de données disponible dans la langue anglaise pour l'utilisation de la mésothérapie de la douleur, ce qui est une grande partie de la raison pour laquelle aucun des consultants qui pratiquent dans le Royaume-Uni n'a été trouvé. Même si la majorité des résultats des essais cliniques sont positifs, il y a très peu entre eux, et ils sont pour la plupart de l'étiquette ouverte ou des études de cas avec seulement quelques essais contrôlés randomisés. En outre, ils se rapportent au traitement de différentes conditions. Cela soulève la validité de la mésothérapie comme une technique. Cependant, comme plusieurs papiers avec seulement des résumés en anglais ont également été trouvés, on peut présumer qu'il y a une pléthore de preuves disponibles, mais dans différentes langues. Cela montre un besoin évident pour la traduction en anglais et de l'édition, des études existantes et futures pour la mésothérapie de la douleur. Néanmoins, d'autres études doivent être menées notamment sous la forme de grandes études randomisées et contrôlées afin de prouver l'efficacité.

Cette étude a clairement démontré le besoin d'informations à propos de la mésothérapie, à la fois des preuves cliniques et de l'information publique afin de sensibiliser à ce sujet comme une technique. La réponse à tous les commentaires des consultants (si naïve, négative, ou intéressés) est bien de fournir des informations et une formation appropriée. Même si les médecins en ont entendu parler et qui souhaitent pratiquer la mésothérapie de la douleur, il n'y a pas de cours qu'ils peuvent assister au Royaume-Uni pour le moment. Il est impératif que le manque de formation soit également abordé. Ce document exhorte les associations de mésothérapie du Royaume-Uni et dans le monde pour aider à sensibiliser, de diffuser des informations et de créer des possibilités de formation au Royaume-Uni. En outre, il est recommandé que, à l'avenir, ce document sera envoyé à ceux qui ont exprimé leur intérêt afin qu'ils puissent comprendre le rôle potentiel de la mésothérapie de la douleur dans la pratique clinique.

7. Bibliographie

1. Rotunda, A. M. & Kolodney, M. S. Mesotherapy and phosphatidylcholine injections: historical clarification and review. *Dermatol. Surg. Off. Publ. Am. Soc. Dermatol. Surg. AI* **32**, 465–480 (2006).
2. Pistor, M. What is mesotherapy? *Chir. Dent. Fr.* **46**, (1976).
3. Le Coz, J. History of Mesotherapy. *Am. J. Mesotherapy* **3**, 11–40 (2005).
4. Sivagnanam, G. Mesotherapy – The french connection. *J. Pharmacol. Pharmacother.* **1**, 4–8 (2010).
5. Coleman, W. P. Mesotherapy and Lipolysis: A Comprehensive Clinical Approach. *Dermatol. Surg.* **35**, 860 (2009).
6. Mammucari, M., Gatti, A., Maggiori, S., Bartoletti, C. A. & Sabato, A. F. Mesotherapy, definition, rationale and clinical role: a consensus report from the Italian Society of Mesotherapy. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.* **15**, 682–694 (2011).
7. Mammucari, M., Gatti, A., Maggiori, S. & Sabato, A. F. Role of mesotherapy in musculoskeletal pain: opinions from the italian society of mesotherapy. *Evid.-Based Complement. Altern. Med. ECAM* **2012**, 436959 (2012).
8. Menkes, C. J., Laoussadi, S., Kac-Ohana, N. & Lasserre, O. [Controlled trial of injectable diclofenac in mesotherapy for the treatment of tendinitis]. *Rev. Rhum. Mal. Osteoartic.* **57**, 589–591 (1990).
9. Medioni, G. Oro-dental mesotherapy. *Chir. Dent. Fr.* **46**, (1976).
10. Leibaschoff, G. Mesotherapy and Cellulite. *Am. J. Mesotherapy* **53** (2006).
11. Matarasso, A., Pfeifer, T. M. & Plastic Surgery Educational Foundation DATA Committee. Mesotherapy for body contouring. *Plast. Reconstr. Surg.* **115**, 1420–1424 (2005).
12. Savoia, A., Landi, S. & Baldi, A. A new minimally invasive mesotherapy technique for facial rejuvenation. *Dermatol. Ther.* **3**, 83–93 (2013).
13. Mysore, V. Mesotherapy in Management of Hairloss — Is it of Any Use? *Int. J. Trichology* **2**, 45–46 (2010).
14. Rittes, P. Stretch marks – Striae. *Am. J. Mesotherapy* 11–36 (2005).
15. Bryant, R. Controversial mesotherapy: Could it be the next Botox? *Derm Times* **25**, (2004).
16. Hsu, C.-C. & Hsu, C.-T. Conception using vaginal administration of gonadotrophins in IVF: a case report. *Reprod. Biomed. Online* **12**, 170–173 (2006).
17. Hill, A. Cosmetic treatments up as Britons turn to surgeon's knife. *the Guardian* (2011). at <<http://www.theguardian.com/uk/2011/jan/31/cosmetic-treatment-britons-surgery-knife>>
18. Parliamentary Office of Science and Technology. Cosmetic Procedures. *POSTnote* (2013). at <www.parliament.uk/briefing-papers/POST-PN-444.pdf>
19. Department of Health. Review of the Regulation of Cosmetic Interventions - Publications - GOV.UK. (2013). at <<https://www.gov.uk/government/publications/review-of-the-regulation-of-cosmetic-interventions>>
20. Big bucks spent on nips and tucks. *BBC* (2008). at <<http://news.bbc.co.uk/1/hi/business/7245544.stm>>
21. Creative Research. Regulation of Cosmetic Interventions: Research among the General Public and Practitioners. (2013).
22. Hachach-Haram, N., Gregori, M., Kirkpatrick, N., Young, R. & Collier, J. Complications of facial fillers: resource implications for NHS hospitals. *BMJ Case Rep.* **2013**, (2013).
23. Health Education England. Review of qualifications required for delivery of non-surgical cosmetic interventions: Final Report, Phase 1. (2014). at <<http://nwl.hee.nhs.uk/files/2014/07/Non-surgical-cosmetic-interventions-Report-on-Phase-1.pdf>>
24. Tufaro, G. *et al.* What is mesotherapy? Recommendations from an international consensus. *TRENDS Med.* **14**, 1–10 (2014).
25. SOMUK. Society of Mesotherapy UK: SOMUK. *SOMUK* (2013). at <<http://www.somuk.co.uk/>>
26. Npowered. The Pain Management Plan. *The Pain Management Plan* (2002). at <<http://www.pain-management-plan.co.uk/>>
27. Research and Markets: Global Pain Management Therapeutics Market 2013-2019. *Reuters* (2014). at <<http://www.reuters.com/article/2014/04/10/research-and-markets-idUSnBw105909a+100+BSW20140410>>
28. Back pain. *Wikipedia, the free encyclopedia* (2015). at <http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Back_pain&oldid=659843278>
29. NICE. Low back pain | Guidance and guidelines. (2009). at <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg88/evidence>>
30. Choices, N. H. S. Back pain - NHS Choices. (2015). at <<http://www.nhs.uk/conditions/back-pain/Pages/Introduction.aspx>>
31. Hill, J. C. *et al.* Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *The Lancet* **378**, 1560–1571 (2011).
32. Choices, N. H. S. Sports injuries - Treatment - NHS Choices. (2015). at <<http://www.nhs.uk/Conditions/Sports-injuries/Pages/Treatment.aspx>>
33. Rees, J. D., Stride, M. & Scott, A. Tendons – time to revisit inflammation. *Br. J. Sports Med.* *bjsports–2012–091957* (2013). doi:10.1136/bjsports-2012-091957
34. Wright, M. Achilles Tendinopathy. Treatment and Information. *Patient.co.uk* (2014). at <<http://www.patient.co.uk/health/achilles-tendinopathy>>
35. Driver, C. Cortisone Injection: Get the Facts on Injection Side Effects. *MedicineNet* (2015). at <http://www.medicinenet.com/cortisone_injection/article.htm>
36. Choices, N. H. S. About the National Health Service (NHS) in England - NHS Choices. (2015). at <<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>>
37. National Health Service (England). *Wikipedia, the free encyclopedia* (2015). at <[http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=National_Health_Service_\(England\)&oldid=653338847](http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=National_Health_Service_(England)&oldid=653338847)>
38. Doyle, Y. & Bull, A. Role of private sector in United Kingdom healthcare system. *BMJ* **321**, 563–565 (2000).
39. What we do | About | NICE. (2014). at <<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do>>
40. Choices, N. H. S. Can I demand a specific treatment? - Health questions - NHS Choices. (2014). at <<http://www.nhs.uk/chq/Pages/1317.aspx>>
41. Choices, N. H. S. Medicines information - Licensing - NHS Choices. (2014). at <<http://www.nhs.uk/Conditions/Medicinesinfo/Pages/Safetyissues.aspx>>
42. The British Pain Society. Use of medicines outside of their UK marketing authorisation in pain management and palliative medicine. (2012). at <https://www.britishtainsociety.org/static/uploads/resources/files/useofmeds_professional_final.pdf>
43. BNF. *British National Formulary*. (2014). at <<http://www.bnf.org/bnf/index.htm>>
44. Cao, H. *et al.* in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (John Wiley & Sons, Ltd, 1996). at <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009436.pub2/abstract>>
45. Maund, E. *et al.* Management of frozen shoulder: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technol. Assess. Winch. Engl.* **16**, 1–264 (2012).
46. Verhagen, A. P., Scholten-Peeters, G. G., van Wijngaarden, S., de Bie, R. & Bierma-Zeinstra, S. M. in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (John Wiley & Sons, Ltd, 1996). at <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003338.pub3/abstract>>
47. Florio, A., Ceruti, R., Sguazzini-Viscontini, G. & Cisari, C. The sequelae of cervical whiplash injury. Static posturography for evaluating disability and the efficacy of rehabilitation (mesotherapy versus physiotherapy). *Eur. Medicophysica* **35**, 171–6 (1999).
48. medicines.org.uk. Adcortyl Intra-Articular/Intradermal Injection 10mg/ml. *X-PIL* (2014). at <<http://xpil.medicines.org.uk/ViewPil.aspx?DocID=17854>>
49. Rotiroti, G., Shamji, M., Durham, S. & Till, S. Repeated low-dose intradermal allergen injection suppresses allergen-induced cutaneous late responses. *J. Allergy Clin. Immunol.* **130**, 918–24.e1 (2012).
50. Tameris, M. *et al.* Safety and efficacy of MVA85A, a new tuberculosis vaccine, in infants previously vaccinated with BCG: a randomised, placebo-controlled phase 2b trial. *Lancet* **381**, 1021–8 (2013).
51. Sangaré, L., Manhart, L., Zehrung, D. & Wang, C. C. Intradermal hepatitis B vaccination: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine* **27**, 1777–1786 (2009).
52. Young, F. & Marra, F. A systematic review of intradermal influenza vaccines. *Vaccine* **29**, 8788–8801 (2011).
53. Sumracki, N. *et al.* The effects of pregabalin and the glial attenuator minocycline on the response to intradermal capsaicin in patients with unilateral sciatica. *PLoS One* **7**, e38525 (2012).
54. Stebbing, J. *et al.* An intra-patient placebo-controlled phase I trial to evaluate the safety and tolerability of intradermal IMM-101 in melanoma. *Ann. Oncol. Off. J. Eur. Soc. Med. Oncol. ESMO* **23**, 1314–9 (2012).

55. NICE. *Hyperhidrosis: Scenario: Management of hyperhidrosis*. (2013). at <<http://cks.nice.org.uk/hyperhidrosis#scenario>>
56. Singh, J. A. & Fitzgerald, P. M. in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (John Wiley & Sons, Ltd, 2011). at <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008271.pub2/abstract>>
57. Ambrogi, V. *et al.* Bilateral Thoracoscopic T2 to T3 Sympathectomy Versus Botulinum Injection in Palmar Hyperhidrosis. *Ann. Thorac. Surg.* **88**, 238–245 (2009).
58. Sturm, L. *Permanent and Semi-Permanent Dermal Fillers*. (ASERNIP-S, 2009). at <http://www.surgeons.org/media/7141/Dermal_Filler_Review.pdf>
59. Tartaglione, G. *et al.* Intradermal lymphoscintigraphy at rest and after exercise: a new technique for the functional assessment of the lymphatic system in patients with lymphoedema. *Nucl. Med. Commun.* **31**, 547–551 (2010).
60. Giammarile, F. *et al.* The EANM and SNMMI practice guideline for lymphoscintigraphy and sentinel node localization in breast cancer. *Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging* **40**, 1932–1947 (2013).
61. Jones, L. *et al.* in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (John Wiley & Sons, Ltd, 1996). at <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub2/abstract>>
62. Sturm, L. P., Cooter, R. D., Mutimer, K. L., Graham, J. C. & Maddern, G. J. A Systematic Review of Permanent and Semipermanent Dermal Fillers for HIV-Associated Facial Lipoatrophy. *AIDS Patient Care STDs* **23**, 699–714 (2009).
63. Wright, M. Joint Injections and Aspiration. *Patient.co.uk* (2012). at <<http://www.patient.co.uk/doctor/joint-injection-and-aspiration>>
64. Bloom, J. E., Rischin, A., Johnston, R. V. & Buchbinder, R. in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (John Wiley & Sons, Ltd, 2012). at <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009147.pub2/abstract>>
65. NICE. Osteoarthritis management. *National Institute for Health and Care Excellence* (2015). at <<http://cks.nice.org.uk/osteoarthritis#scenario>>
66. NICE. Pre-patellar bursitis management. *National Institute for Health and Care Excellence* (2010). at <<http://cks.nice.org.uk/pre-patellar-bursitis#scenario>>
67. NICE. Greater trochanteric pain syndrome (trochanteric bursitis) management. *National Institute for Health and Care Excellence* (2010). at <<http://cks.nice.org.uk/greater-trochanteric-pain-syndrome-trochanteric-bursitis#scenario>>
68. Fleisch, S. B., Spindler, K. P. & Lee, D. H. Corticosteroid injections in the treatment of trigger finger: a level I and II systematic review. *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* **15**, 166–171 (2007).
69. NICE. Tennis Elbow: Management. *National Institute for Health and Care Excellence* (2015). at <<http://cks.nice.org.uk/tennis-elbow#scenario>>
70. Coombes BK, Bisset L, Brooks P, Khan A & Vicenzino B. Effect of corticosteroid injection, physiotherapy, or both on clinical outcomes in patients with unilateral lateral epicondylalgia: A randomized controlled trial. *JAMA* **309**, 461–469 (2013).
71. Peters-Veluthamaningal, C., van der Windt, D. A., Winters, J. C. & Meyboom-de Jong, B. in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (John Wiley & Sons, Ltd, 2009). at <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005616.pub2/abstract>>
72. NICE. Intra-articular hyaluronan injections are not recommended for the treatment of osteoarthritis. | Do not do | Savings and productivity | NICE. *NICE* (2008). at <<https://www.nice.org.uk/savingsAndProductivityAndLocalPracticeResource?ci=http%3a%2f%2fsearch.nice.org.uk%2fusingguidance%2fdonotdorecommendations%2fdetail.jsp%3faction%3ddetails%26ndid%3d90>>
73. Moraes, V. Y., Lenza, M., Tamaoki, M. J., Faloppa, F. & Belloti, J. C. in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (John Wiley & Sons, Ltd, 2014). at <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010071.pub3/abstract>>
74. BNF. Dyloject (Diclofenac Sodium). *British National Formulary* (2015). at <<http://www.evidence.nhs.uk/formulary/bnf/current/10-musculoskeletal-and-joint-diseases/101-drugs-used-in-rheumatic-diseases-and-gout/1011-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs/diclofenac-sodium/dyloject>>
75. Hayton, M. J. *et al.* Botulinum toxin injection in the treatment of tennis elbow. A double-blind, randomized, controlled, pilot study. *J. Bone Joint Surg. Am.* **87**, 503–507 (2005).
76. Waseem, Z. *et al.* in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (John Wiley & Sons, Ltd, 2011). at <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008257.pub2/abstract>>
77. National Spinal Taskforce. *Commissioning spinal services - getting the service back on track. A guide for commissioners of spinal services*. (Society of British Neurological Surgeons, 2013). at <http://www.nationalspinaltaskforce.co.uk/pdfs/NHSSpinalReport_vis7%2030.01.13.pdf>
78. Arthritis Research UK. Low back pain : Topical Review. (2003). at <<http://www.arthritisresearchuk.org/~media/Files/Education/Topical-Reviews/TR01-Sep-2003.ashx>>
79. Peloso, P. M. J. *et al.* in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (John Wiley & Sons, Ltd, 2007). at <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000319.pub4/abstract>>
80. MHRA. Calcitonin (Miacalcic): increased risk of cancer with long-term use Drug Safety Update. *Gov.uk* (2012). at <<https://www.gov.uk/drug-safety-update/calcitonin-miacalcic-increased-risk-of-cancer-with-long-term-use>>
81. EMA. Public statement on Forcaltonin: Withdrawal of the marketing authorisation in the European Union. (2008). at <http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Public_statement/2009/11/WC500007325.pdf>
82. BNF. Calcitonin (Salmon)/ Salcatonin. *British National Formulary* (2015). at <<https://www.evidence.nhs.uk/formulary/bnf/current/6-endocrine-system/66-drugs-affecting-bone-metabolism/661-calcitonin-and-parathyroid-hormone/calcitonin-salmonsalcatonin>>
83. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Acute pain management: scientific evidence: third edition. (2010). at <<http://www.fpm.anzca.edu.au/resources/books-and-publications/publications-1/Acute%20Pain%20-%20final%20version.pdf>>
84. Martinez-Zapata, M. J., Roqué i Figuls, M., Alonso-Coello, P., Roman, Y. & Català, E. in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (John Wiley & Sons, Ltd, 2011). at <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003223.pub2/abstract>>
85. O'Connell, N. E., Wand, B. M., McAuley, J., Marston, L. & Moseley, G. L. in *Cochrane Database of Systematic Reviews* (John Wiley & Sons, Ltd, 2013). at <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009416.pub2/abstract>>
86. Matza, L. S. *et al.* Utilities associated with subcutaneous injections and intravenous infusions for treatment of patients with bone metastases. *Patient Prefer. Adherence* **7**, 855–865 (2013).
87. UCLAN. Postgraduate Courses: Non-Surgical Facial Aesthetics. *UCLan - University of Central Lancashire* (2015). at <http://www.uclan.ac.uk/courses/msc_pgdipl_nonsurgical_facial_aesthetics_for_registered_healthcare_professionals.php>
88. University of Manchester. Skin Ageing and Aesthetic Medicine MSc. *University of Manchester* (2015). at <<http://www.manchester.ac.uk/study/masters/courses/list/09805/skin-ageing-and-aesthetic-medicine-msc/course-details/>>
89. QMUL. Aesthetic Medicine: Postgraduate Certificate. *Queen Mary University of London* (2015). at <<http://www.qmul.ac.uk/postgraduate/coursefinder/courses/121567.html>>
90. Kabeya, V. The London Mesotherapy Center. *The London Mesotherapy Center* (2015). at <<http://www.londonmesotherapycenter.co.uk/>>
91. BCAM. British College of Aesthetic Medicine. *British College of Aesthetic Medicine* (2010). at <<http://www.bcam.ac.uk/>>
92. AnxietyUK. Injection Phobia and Needle Phobia. (2010). at <<http://www.thesf.org.uk/documents/Emotional-Health/Needle-Phobia-web.pdf>>
93. Roxby, P. Fear of dentists and needles needs sympathetic ear. *BBC News* (2011). at <<http://www.bbc.co.uk/news/health-12182855>>
94. Moorhead, J. Why are so many of us terrified of injections? *the Guardian* (2004). at <<http://www.theguardian.com/society/2004/apr/20/health.medicineandhealth>>
95. Cocoon Medical Spa. No needle Mesotherapy. *Cocoon Medical Spa* (2015). at <<http://cocoonmedicalspa.com/treatments/cosmetic-treatments/mesotherapy-needle-high-frequency/>>
96. Consultingroom. No-Needle Mesotherapy. *Consulting Room* (2015). at <<http://www.consultingroom.com/treatments/no-needle-mesotherapy>>
97. Conforti, G., Capone, L. & Corra, S. Intradermal therapy (mesotherapy) for the treatment of acute pain in carpal tunnel syndrome: a preliminary study. *Korean J. Pain* **27**, 49–53 (2014).
98. Navare, D. A. & Rosset-Llobet, J. Safety of subcutaneous microinjections (mesotherapy) in musicians. *Med. Probl. Perform. Art.* **26**, 79–83 (2011).
99. Di Cesare, A. *et al.* Comparison between the effects of trigger point mesotherapy versus acupuncture points mesotherapy in the treatment of chronic low back pain: a short term randomized controlled trial. *Complement. Ther. Med.* **19**, 19–26 (2011).
100. Costantino, C., Marangio, E. & Coruzzi, G. Mesotherapy versus Systemic Therapy in the Treatment of Acute Low Back Pain: A Randomized Trial. *Evid.-Based Complement. Altern. Med. ECAM* **2011**, (2011).
101. Cacchio, A. *et al.* Effectiveness of treatment of calcific tendinitis of the shoulder by disodium EDTA. *Arthritis Rheum.* **61**, 84–91 (2009).
102. Michel-Batot, C. *et al.* A particular form of septic arthritis: septic arthritis of facet joint. *Jt. Bone Spine Rev. Rhum.* **75**, (2008).

103. Monticone, M. *et al.* Symptomatic efficacy of stabilizing treatment versus laser therapy for sub-acute low back pain with positive tests for sacroiliac dysfunction: a randomised clinical controlled trial with 1 year follow-up. *Eur. Medicophysica* **40**, 263–268 (2004).
104. Rosina, P., Chieragato, C., Miccolis, D. & D'Onghia, F. S. Psoriasis and side-effects of mesotherapy. *Int. J. Dermatol.* **40**, 581–583 (2001).
105. Nagore, E. *et al.* Cutaneous infection with Mycobacterium fortuitum after localized microinjections (mesotherapy) treated successfully with a triple drug regimen. *Acta Derm. Venereol.* **81**, 291–293 (2001).
106. Giannelli, M., Cuttini, M., Da Frè, M. & Buiatti, E. General practitioners' knowledge and practice of complementary/alternative medicine and its relationship with life-styles: a population-based survey in Italy. *BMC Fam. Pract.* **8**, 30 (2007).
107. International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphoedema. *Lymphology* 84–91 (2003).
108. International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphoedema: 2013 consensus document of the International Society of Lymphology. *Lymphology* 1–11 (2013).
109. Mammucari, M., Maggiori, E., Maggiori, S. & Sabato, A. F. Low Back Pain in Patients With Systemic Analgesic Intolerance Managed With Mesotherapy: A Case Report. *J. Med. Cases* **5**, 238–240 (2014).
110. Foti, C., Cassarino, A., Magni, E., Ljoka, C. & Coco, V. Mesotherapy in spine pain. *Eur. Medicophysica* **42**, 26–27 (2006).
111. Torbica, A. & Fattore, G. The 'Essential Levels of Care' in Italy: when being explicit serves the devolution of powers. *Eur. J. Health Econ.* **6**, 46–52 (2005).
112. National Guideline Clearinghouse. Shoulder disorders. *Agency for Healthcare research and quality* (2015). at <<http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=36626>>
113. Moretti, B. *et al.* O2-O3 therapy in tendinopathies and entrapment syndromes. *Riv. Ital. Ossigeno-Ozonoterapia* **4**, 20–9 (2005).
114. Mattozzi, I. [Conservative treatment of cervical radiculopathy with 5% lidocaine medicated plaster.]. *Minerva Med.* **105**, 1–7 (2015).
115. Messedi-Kamoun, N., Ben Salah, F. & Dziri, C. Contribution of mesotherapy to management of back pain. *J. Readaption Medicale* **20**, (2000).
116. Parrini, M., Bergamaschi, R. & Azzoni, R. Controlled study of acetylsalicylic acid efficacy by mesotherapy in lumbo-sciatic pain. [Italian]. *Minerva Ortop. E Traumatol.* **53**, 181–4 (2002).
117. Shaladi, A. M. *et al.* [Cervical lymphadenopathy due to Pseudomonas aeruginosa following mesotherapy]. *Infez. Med. Riv. Period. Eziologia Epidemiol. Diagn. Clin. E Ter. Delle Patol. Infett.* **17**, 169–172 (2009).
118. Sibert, L., Rigaud, J., Delavierre, D. & Labat, J.-J. [Therapeutic education and alternative medicine]. *Prog. En Urol. J. Assoc. Fr. Urol. Société Fr. Urol.* **20**, 1089–1094 (2010).
119. Soncini, G. & Costantino, C. [The treatment of pathologic calcification of shoulder tendons with E.D.T.A. bisodium salt by mesotherapy]. *Acta Bio-Medica Ateneo Parm. Organo Della Soc. Med. E Sci. Nat. Parma* **69**, 133–138 (1998).
120. C, D., B, D. & P, G. Calcified shoulder's supra-spinatus tendinitis treatment by mesotherapy by calcium chelating agent. *Ann. Phys. Rehabil. Med.* (2013). doi:10.1016/j.rehab.2013.07.1054
121. D, L. & P, B. Effects of the mesotherapy on the mobility of the shoulder in the impingement syndrome by tendinitis of supra spinatus over 54 cases. *Ann. Phys. Rehabil. Med.* (2013). doi:10.1016/j.rehab.2013.07.1057
122. D, L. Mesotherapy for sports injury. *Ann. Phys. Rehabil. Med.* (2010). doi:10.1016/j.rehab.2010.08.003
123. D, M., Y, D. & D, L. Treatment of pubalgia by mesotherapy, study of 51 cases. *Ann. Phys. Rehabil. Med.* (2013). doi:10.1016/j.rehab.2013.07.1055
124. Landi, A. Mesotherapeutic treatment of cervical post-distortion and contractural syndromes. [Italian]. *Minerva Ortop. E Traumatol.* (1998).
125. M, F. P. *et al.* Mesotherapy as a therapeutic option in painful condition of locomotor apparatus. *Rehabil.* **2010** **44**, 311–316 (2010).
126. N.h, E., S, U., B, M. & I, E. Mesotherapy: As a new technique on management of pain related to fibromyalgia. *Reg. Anesth. Pain Med.* (2010). doi:10.1097/AAP.0b013e3181f3582c
127. P, K. *et al.* The analgesic effect of mesotherapy on musculoskeletal pain: Our 12 months clinical experience. *Ann. Phys. Rehabil. Med.* (2014). doi:10.1016/j.rehab.2014.03.994
128. S, B. *et al.* Mesotherapy in the treatment of regional musculoskeletal pain in rehabilitation medicine. *Ann. Phys. Rehabil. Med.* (2014). doi:10.1016/j.rehab.2014.03.722
129. Caniggia, M., Ferrata, P., Morreale, P. & Bandinelli, I. MESOTHERAPY IN CHRONIC POST-DISTORSIVE PAIN OF THE LOWER EXTREMITY IN SPORT. *GAZZETTA MEDICA Ital. Arch. Sci. MEDICHE* **150**, 83–85 (1991).
130. Graber, D. B., Emin, J. F., Blattier, F. & Duplan, B. Opinions of patients about some usual therapeutics in rheumatology. *Rhumatologie* **48**, 53–57 (1996).
131. Spagnolini, D., Della Torre, F. & Bozzolini, G. [Use of meso-therapy with orgotein in De Quervain disease]. *Clin. Ter.* **119**, 475–478 (1986).
132. Metsavaht, L. Mesotherapy in physical rehabilitation medicine. *Proc. 3rd World Congr. Int. Soc. Phys. Rehabil. Med. ISPRM* 625–632 (2005).
133. Metsavaht, L., Gripp, A., Azulay, L. & Assumpcao, F. Mesotherapy for the treatment of psoriatic arthritis: A study of 8 cases. *Proc. 3rd World Congr. Int. Soc. Phys. Rehabil. Med. ISPRM* 625–632 (2005).
134. Solinas, G. & Solinas, L. Mesotherapy of chronic pain of the spine treated with tricyclic compounds. *Rass. Med. Sarda* **89**, 387–392 (1986).
135. Lupo, S. & Biagio, C. Tendinopathy of the long head of the biceps brachii in volleyball players therapeutic effects of mesotherapy combined with specific muscle strngthening. *Med. Dello Sport Turin* **40**, 131–140 (1987).

8. Annexes

Annexe 1: Les résultats de la NHS Evidence pour «subcutanée et injections ». Adapté de¹

Groupe	Nom de la drogue	Indication	Groupe	Nom de la drogue	Indication	
Anti-coagulants	Heparin	anticoagulant	Les interférons	Peginterferon alfa-2a	Hepatitis B	
	Dalteparin	anticoagulant		Ribavarin	Hepatitis C	
	Enoxaparin	anticoagulant		Interferon beta-1a	Multiple sclerosis	
Monoclonal antibodies	Fondaparinux	anticoagulant	Oncologie	Interferon alfa 2a	Kaposi/AIDS	
	Rituximab	Non-hodgkins lymphoma		Bortezomib	Multiple myeloma/mantle cell lymphoma	
	Omalizumab	Allergic asthma/urticaria		Decapeptyl	Prostate cancer	
	Tocilizumab	Rheumatoid Arthritis/GCA		Cytarabine	Leukaemias	
	Rituximab	Follicular lymphoma/ Rheumatoid arthritis		Epirubicin Hydrochloride	Antineoplastic agents	
	Infliximab	Psoriatic arthritis		Degarelix	Porstate cancer	
	Ustekinumab	Psoriatic arthritis		Azacididine	Leukaemias	
	Golimumab	Rheumatoid Arthritis		Leuporelin/Triptorelin acetate	Prostate cancer/endometriosis	
	Denosumab	Osteoporosis/bone metastases		Cladribine	Hairy cell leukaemia and CLL	
	Canakinumab	Gouty arthritis		Carfilzomib	Multiple myeloma	
	Secukinumab	Rheumatoid Arthritis		Tecemotide	Lung cancer	
	Brodalumab	Psoriatic arthritis		Volasertib	Acute myeloblastic leukaemia	
	Adalimumab	Rheumatoid Arthritis		Buserelin	Porstate cancer	
	Trastuzumab	Breast cancer		Goserelin	Ovarian cancer	
	Reomosozumab	Osteoporosis		Lanreotide	Neuroendocrine tumours	
Hormones	Menotrophins	Fertility hormones - anovulation	Rilimogene glafolivec	Prostate cancer		
	Medroxyprogesterone	Fertility hormones	Asparaginase	Acute lymphoblastic leukaemia		
	Darbepoetin	Anaemia	Plerixafor	Lymphoma/multiple myeloma		
	Progesterone	IVF	Vaccins	AVA anthrax vaccine	Anthrax	
	Corifollitropin alpha	IVF		BiovaxID	B cell lymphoma vaccine	
	Somatropins	Growth hormone replacement		Fluvirin	Influenza vaccine	
	Choriogonadotropin alfa	IVF		Autres	Copaxone	Multiple sclerosis
	Human recombinant parathyroid hormone	Osteoporosis for menopausal women			Costicosteroids	Shoulder pain/ RA/tendinopathies
	Human luteinizing hormone	LH deficient women			Filgrastims	Neutropenia
	Urofollitropin	Fertility hormones			Carbetocin	Uterine atony
Human normal immunoglobulin	Replacement therapy	Ferric carboxymaltose			Iron deficiency	
Immunoglobulins	Cyclizine	Vomiting			Deferoxamine	Chronic iron overload
	Antiemetics	Granisetron			Vomiting	Octreotide
		Ondansetron	Vomiting		Gadobenic acid	Ccontrast agent for MRI
		Metoclopramide	Vomiting/hiccups		Methotrexate	Rheumatoid Arthritis
		Levomopromazine	Nausea and vomiting		Phenylephrine	High blood pressure
Botox	Botox	Trigeminal neuralgia	Pasireotide	Cushing's disease		
Diabète	Insulins	Diabetes	Etanercept	Psoriatic/rheumatoid arthritis/sciatica		
	Humulin	Diabetes	Rilonacept	Gout flair prevention		
	Desmopressin acetate	Diabetes	Abatacept	Rheumatoid Arthritis		
	Liraglutide	T2DM	Apomorphine	Parkinsons		
	Lixisenatide	GLP 1 agonist - insulin	Peginesatide	Anaemia		
	GLP-1 analogues	Diabetes	Abaloparatide	Ppostmenopausal osteoporosis		
	Glucagon	Hypoglycaemia	Tirofiban hydrochloride monohydrate	Myocardial infarction prevention		
Soulagement de la douleur / l'anesthésie	Ketamine	Cancer pain	Methylalntrexone bromide	Consipation in palliative patients		
	Oxycodone	Cancer pain/post-op pain	Ciliary neurotrophic factor	Amyotrophic lateral sclerosis or motor neuron disease		
	Palladone	Cancer pain	Icatibant	Hereditary angioedema		
	Morphine suphate	Seevere pain, breathing, pre-op	Haloperidol	Restlessness/confusion		
	Oxynorm	Pain	Hyoscine hydrobromide	Bowel colic/excessive respiratory secretions		
	Pentazocine	Pain	Adrenaline	Angioedema		
	Pethidine hydrochloride	Obstetric analgesia	Romiplostim	Idiopathic thrombocytopenic purpura		
	Alfentanil	Pain	Puerarin	Unstable angina pectoris		
	Diamorphine hydrochloride	Pain	Dihydroergotamine	Migraines		
	Naproxen	Pain	Nandrolone	Osteoporosis (speicalist centres only)		
	Papaveretum	Pain/post-op analgesia/chronic pain in children	Calcitonin	Hypercalcaemia of malignancy, Paget's disease of the bone, prevention of acute bone loss due to sudden immobility, Osteoporosis		
	Methadone hydrochloride	Pain	Anakinra	Rheumatoid Arthritis		
	Dihydrocodeine Tartrate	Pain	Hyaluronidase	To enhance permeation of injections		
	Remifentanil Noridem	General anaesthetic	Sumatriptan	Migraines, Cluster Headache		
	Rocuronium bromide	General anaesthtic - muscle relaxant	Calcitonin	Hypercalcaemia of malignancy, Paget's disease of bone and prevention of acute bone loss due to sudden immobility		
	Lidocain/Bupivacaine/ Levobupivacaine	Local anaesthesia				
	Diclofenac	Pain				

Annexe 2 : Courriel envoyé à des consultants pour participer à la recherche. Source : auteur

Cher Dr,

Mon nom est Milla et je suis un médecin à l'hôpital Charing Cross. Je suis actuellement étudiante pour un diplôme en mésothérapie à la Sorbonne à Paris.

Je vous écris pour vous demander si vous utilisez la mésothérapie dans votre pratique. Si vous ne le faites pas, s'il vous plait bien vouloir répondre à ce message avec « Non » et ignorer le reste de ce courriel.

Si vous le faites, je voudrais vraiment apprendre de vos expériences avec la mésothérapie pour ma thèse, que j'écris sur la « Mésothérapie pour la douleur au Royaume-Uni ». Je souhaite entendre vos réflexions que vous avez sur la mésothérapie de la douleur au Royaume-Uni (par exemple, les attitudes des médecins/attitudes des patients/produits/pathologies les plus utilisés pour/haies/avantages/inconvénients/formation/associations/privé ou utilisation par la NHS, etc.)

Il n'y a aucune enquête; mon objectif principal est de savoir si elle est pratiquée au Royaume-Uni principalement pour la douleur. Je tiens à vous assurer que toute information fournie sera anonyme et confidentielle pour la thèse seulement.

Je serais extrêmement reconnaissant pour vos commentaires, même si c'est seulement une seule ligne! Je comprends que cela est beaucoup demander donné votre horaire chargé; si vous ne possédez pas le temps de me donner des commentaires, je voudrais encore juste savoir ce que vous pratiquez la mésothérapie.

Je suis dans l'attente de votre réponse.

Très cordialement,

Dr Milla Marinova

Annexe 3 : Nombre de résultats trouvés à la recherche de NHS Evidence. Source: auteur

	Nombre de résultats	Résultats lus entièrement	Le nombre final de papiers abstraits après toutes les exclusions	Nombre final des papiers après toutes les exclusions
Books	2	0	0	0
Pubmed and Pubmed central	91	18	3	13
Cochrane	10	2	1	1
Tripdatabase	28	1	0	1
SCOPUS	87	1	0	0
OVID	255	14	11	0
Web of Science	61	8	6	0
Google Scholar	923	12	1	8
TOTAL	1457	56	22	23

Annexe 4 : Nombre de consultants par spécialité et le nombre de spécialistes envoyés par courriel.

Source: auteur

Spécialité médicale	Nombre total des consultants	Consultants communiqués par courriel
Orthomédecine aiguë	1	1
La médecine homéopathique	1	1
Muskuloskeletal medicin	7	5
Neuro-réadaptation	8	7
Orthopaedic & médecine du sport	2	2
Orthopédie et traumatologie	1724	826
Orthopédie et chirurgie rachidienne	4	3
Douleur Médecine	119	95
Médecine du sport	30	23
Rhumatologie	722	411
La médecine de réadaptation	132	89
Total	2750	1463

Annexe 5 : Détails des consultants envoyés par courriel par spécialité. Source : auteur

Acute Orthopedic Medicine:	Mr James Bidwell	Mr Nick Cooke	Professor Jeremy Farbank	Mr Ian Harvey	Mr Bernd Ketzer	Mr John Murphy	Mr Pamjit Sian
Dr Gary Heyburn	Mr Frank Bindi	Mr Paul Cooke	Mr Mohammad Faisal	Mr Robert Harvey	Mr Richard Keys	Professor David Murray	Mr Alexander Siegmeth
Hemepathic Medicine:	Mr Peter Binfeld	Mr Stephen Cooke	Mr Hlal Fareed	Mr Aresh Najed	Mr Hamdreza Kharandish	Mr Judy Murray	Mr Dominic Simon
Dr Peter A G Fisher	Mr Andrew Bing	Mr Paul Cool	Mr Mark Fardon	Mr Munawar A Hashmi	Mr Arshad Khaelel	Miss Shona Murray	Mr Adrian Simons
Muskuloskeletal Medicine:	Mr Martin Birchler	Mr Julian Cooper	Mr Umberto Fazzi	Mr Ali Hassan	Mr Aazer Khan	Mr Jonathan Muller	Mr Brijendra Singh
Dr John Tanner	Mr Paul Birsall	Mr Jonathan Coorsh	Mr Pedro Fearon	Mr Cameron Hatrick	Mr Farid Khan	Mr Graham Myers	Mr Dishaan Singh
Dr Mike Hutson	Mr Stuart J Birwistle	Mr Marcus Cope	Mr Helmy Fekry	Ms Amanda Hawkins	Mr Muhammad Khan	Mr Ashraf M M Naguib Salem	Mr Keshav Singhal
Dr Simon Petrides	Mr Michael Bishay	Mr Steven Corbett	Mr David Fender	Mr Douglas Hay	Mr Rashid Khan	Mr Sunil Nair	Mr Amit Sinha
Dr Theodoros Peters	Mr Iain J Bissell	Mr Niall Craig	Mr Rupert Ferdinand	Mr Stuart Hay	Mr Rabi Khazim	Mr Ramathanathan Natarajan	Mr Joydeep Sinha
Dr Kenneth Kennedy	Mr Martin Blakemore	Mr John Crawford	Mr James Fernandes	Mr James Heal	Mr Nigel Kiely	Mr Soosal Nathan	Mr Siva Sirkonda
Neurorehabilitation:	Mr James Bliss	Mr Mark Conell	Mr Nicholas Fiddian	Mr Matthew Heath	Mr Richard King	Mr Dinesh Nathani	Mr Soren Sjolin
Dr Ruth M Kent	Mr Christopher Blundell	Mr Nigel Courtman	Mr Jeremy Field	Mr Nima Heidari	Mr Christian Kinmonth	Mr Senbaga Needhirajan	Mr Paul Skinner
Dr Colin Pinder	Mr Mark Blyth	Mr Alexander Cowey	Mr Brian Finnegan	Mr Gideon Heintert	Mr Andrew Kinninmonth	Mr Paul Nicolai	Mr Neil Slater
Professor Michael P Barnes	Mr Peter Bobak	Mr Timothy Cresswell	Mr Jochen Fischer	Mr Anthony Helm	Mr Christos Kitsis	Mr Matthew Nixon	Mr Andrew Sloan
Dr John P S Burn	Mr David Boddie	Mr Timothy Crook	Mr Andrew Fitzgerald	Mr Timothy Hems	Mr Richard Knebel	Mr Ali Noorani	Mr Roger Sloan
Dr Hamid Sultan	Mr Jonathan Borhill	Mr Paul Crossman	Mr Mark Flitzery	Mr Alistair Henderson	Mr Andre Kocalkowski	Mr Fabian Norman-Taylor	Mr Graham Smbert
Dr David T Shakespeare	Mr Petros Boscainos	Mr Mark Crowther	Mr Mark Flowers	Mr John Henderson	Mr Robert Kucharski	Mr Mark Norton	Mr Christopher Smith
Professor Derick Wade	Miss Deepa Bose	Mr Paul Culpin	Mr Niall Flynn	Mr Matthew Henderson	Mr Gunasekaran Kumar	Mr Ian Nugent	Mr Kevin Smith
Orthopaedic & Sports Medicine:	Mr Stephen Bostock	Mr David Cumming	Mr Anthony Fogg	Mr Nigel Henderson	Mr Kapil Kumar	Miss Valerie Nunez	Mr Robert Smith
Dr Keith Bush	Mr Michael Boudk	Miss Lucy Cutler	Mr Andrew Foggitt	Mr Michiel Hendrix	Mr Rik Kundra	Mr Thomas Nunn	Mr Simon Smith
Mr Gordon Varley	Mr Nicholas Bowman	Mr David Dalton	Mr David Foguet	Mr Philip Herman	Mr Nasser Kurdy	Mr Elmoez Obied	Miss Andrea Sott
Orthopaedics and Trauma:	Mr Kevin Boyd	Ms Karen Daly	Mr David Ford	Mr Steve Hepple	Mr Jomy Kurian	Mr Abraham Odumala	Mr Jeremy Southgate
Mr Anwar Abdol-Salam	Mr Simon Boyle	Mr Mark Forster	Mr Mark Foster	Mr Gordon Heintert	Mr Harish Kurup	Mr Colin Ogilvie	Mr Tim Spalding
Mr Mohammed Abdus-Samee	Mr Christopher Bradish	Mr Amitava Datta	Mr Daren Forward	Mr Gareth Hill	Mr Satish Kutty	Mr Aeneas O'Kelly	Mr Robert Spencer
Mr Alwyn Abraham	Miss Diane Bramley	Mr Gorav Datta	Mr Graeme Foubister	Mr Richard Hill	Mr Patrick Laing	Mr Shong Ong	Mr Benjamin Squares
Mr Rashid Abu-Rajab	Mr Timothy Brammar	Mr Rupen Dattani	Miss Anna Fox	Mr Robert Hill	Mr Francis Lam	Mr Michael Orr	Mr Makaram Srinivasan
Mr Seggy Abudu	Mr Christopher Brew	Mr John Davidson	Mr Matthew Freudmann	Miss Caroline Hing	Mr Mandeep Lamba	Mr Ian Osborne	Mr Sankar Sripada
Mr Pramod Acharya	Mr Mark Brewster	Mr Andrew Davies	Mr Tai Frieseem	Mr Jonathan Hobbs	Mr Simon Lambert	Mr James Owen	Mr Subodh Srivastava
Mr Mehool Acharya	Mr Nigel Brewster	Mr Andrew Davies	Mr Andrew Furlong	Mr Michael Hockings	Miss Ilana Langdon	Mr Ricardo Pacheco	Mr James Stanley
Mr Alex Acornley	Miss Carol Brignall	Mr Evan Davies	Mr Omar Gasbar	Mr Stephen Hodgson	Mr Ben Lankester	Mr Greg Packer	Mr Andrew Starke
Mr Ajeaya Adhikari	Surg Cdr Mark Brinsden	Mr Geraint Davies	Mr Regai Gadel Rab	Mr James Holland	Mr Mark Latimer	Professor Ian Pallister	Mr Hugh Stewart
Mr Manish Agarwal	Mr Simon Britton	Mr Mark Davies	Mr Anuradh Gadgil	Mr Mark Holt	Mr David Lavalette	Mr Stephen Palmer	Mr Martin Stone
Mr El Nasri Ahmed	Mr John Britton	Mr Mark Davies	Mr Mounoud Gadir	Ms Samantha Hook	Mr Thomas Lawrence	Mr Richard Parkinson	Mr Robin Strachan
Mr Mushtaq Ahmed	Mr Guy Broome	Mr Neil Davies	Mr Andrew Gaffey	Mr Richard Hopcroft	Mr William Leach	Mr Edward Parnell	Mr Geoffrey Stranks
Mr Anmar Al-Shawi	Mr Andrew Brown	Mr Neville Davies	Mr David Gale	Mr Peter Hope	Mr Joshua Lee	Mr Vipul Patel	Mr Simon Sturdee
Mr Philip Ahrens	Mr Daniel Brown	Mr Edward Davis	Mr Peter Gallacher	Mr Philip Hoggood	Mr Marcus Lee	Mr Giles Pattison	Mr Khushroo Suraiwala
Mr Anmar Al-Shawi	Mr Jeremy Brown	Miss Naomi Davis	Mr Anil Gambah	Mr James Hopkinson-Woolley	Mr John Leitch	Mr George Pavlou	Mr David Sweetnam
Mr Charles Aldam	Mr Richard Brown	Professor Timothy Davis	Mr Moham Gangopadhyay	Mr David Houlihan-Burne	Mrs Lisa Leonard	Mr Oliver Pearce	Mr Asad Syed
Mr Stephen Aldridge	Mr Harry Brownlow	Mr John Davison	Mr Jose Garcia	Mr Philip Housden	Mr Jonathan Livesey	Mr Derek Pegg	Mr Brian Syme
Mr Farhan Ali	Mr Colin Bruce	Mr Adrian Day	Mr Jonathan Gardiner	Mr Gwynne Howell	Mr Mark Loeffler	Mr David Pemberton	Mr Tamer Tadross
Mr Fazal Ali	Mr Keyur Buch	Mr Gavin De Kiewiet	Mr Shashi Garg	Mr Colin Howie	Mr Nicholas London	Mr Mark Phillips	Mr Thomas Taggart
Mr Seyed Ali	Mr Martin Buchan	Mr John De Leeuw	Mr Martin Gargan	Mr Ivan Hudson	Mr John Lourie	Mr Jeremy Pike	Mr Charlie Talbot
Miss Patricia Allen	Mr S Adam Budgen	Mr Nicholas De Roock	Mr Nicholas Garlick	Mr Anthony Hui	Mr Gavin Love	Mr Gavin Love	Mr Sumedh Talwalkar
Mr Paul Allen	Miss Sabine Burgert	Miss Susan Deakin	Mr Ian Garnham	Mr Peter Hull	Mr Harry Lyall	Mr David Machin	Mr Simon Tan
Mr Amit Amin	Mr David Burton	Mr Jonathan Dearing	Mr Nicholas Geary	Mr Michael Hulin	Mr David Mackay	Mr Dominic Mackay	Mr Hiro Tanaka
Mr Alexander Amini	Mr Michael Butler	Professor David Deehan	Mr John Geoghegan	Miss Alison Hulme	Mr Anthony Humphrey	Mr Paul MacKenney	Mr John Targett
Mr Rouin Amirfeyz	Mr Benjamin Caesar	Miss Lucy Dennell	Mr Marc George	Mr James Hunter	Mr James Hunter	Mr Angus MacLean	Mr Shawn Tavares
Mr Sanjay Anand	Mr David Calder	Mr Frans Denolf	Mr Craig Gerrard	Miss Saj Hussain	Mr Shaik Hussain	Mr Alan MacLeod	Mr Andrew Taylor
Mr Sanjeev Anand	Mr Peter Campbell	Mr Sandeep Deo	Mr Ania Ghassemi	Mr Shaik Hussain	Mrs Rachael Hutchinson	Mr Sanjeev Madan	Miss Emma Taylor
Mr Alexander Anderson	Mr Jonathan Campion	Mr Rupinderbir Deol	Mr Ali Ghaz	Mr Les Irwin	Mr Nasser Hyder	Mr Peter Magnusson	Mr Geoffrey Taylor
Mr David Anderson	Mr Jaime Candal-Couto	Mr Rajiv Deshmukh	Professor Peter Giannoudis	Mr Dominic Inman	Mr Dominic Inman	Mr Martein Magnusson	Mr Graham Taylor
Mr Antonio Andrade	Mr Stephen Canty	Mr Roberto Carew	Mr Christopher Gibbons	Miss Sarah Irwin	Mr Andrew Irwin	Mr Ashish Mahendra	Mr Geoffrey Taylor
Mr Glynne Andrew	Mr Robert Carew	Mr Livio Di Mascio	Mr Alastair Gibson	Mr Andrew Irwin	Mr Les Irwin	Mr Nilesch Makwana	Mr Graham Taylor
Mr Andrew Armitage	Mr Ian Carluke	Professor Joseph Dias	Mr Richard Gibson	Mr David Isaac	Mr David Isaac	Miss Olivia Malaga Shaw	Mr Osmond Thomas
Miss Alison Armstrong	Mr Ian Carmichael	Mr Ravinder Dinni	Mr David Giddens	Mr Mooben Ismail	Mr Mooben Ismail	Mr Ahmad Malik	Professor Peter Thomas
Mr Angus Arthur	Mr Nicholas Carrington	Mr Paul Dixon	Mr Grey Giddins	Mr Mark Jackson	Mr Mark Jackson	Mr Ajab Ray	Mr Simon Thomas
Mr Robert Ashford	Dr Andrew Carrothers	Mr Sean Dixon	Mr Sameer Gidwani	Mr William Jackson	Mr William Jackson	Mr Pinka Ray	Mr William Thomas
Mr Rajan Asrivatham	Mr Simon Carter	Mr Matthew Dodd	Mr Stephen Giles	Mr Anwar Jafri	Mr Anwar Jafri	Mr Charles Mann	Miss Katharine Thomson
Mr Guy Atherton	Mr Michael Cass	Mr Richard Dodds	Mr Paul Gill	Mr Amar Jain	Mr Amar Jain	Mr Drummond Mansbridge	Miss Vigdis Thorisdottir
Mr David Atkinson	Miss Helen Cattemole	Professor Simon Donnell	Mr Paul Gillespie	Mr Rahul Jain	Mr Rahul Jain	Mr John Marshall	Mr Roger Tillman
Mr Henry Atkinson	Mr Simon Cavanagh	Mr Anthony Doran	Mr Nikolaos Giotakis	Mr Sunil Jain	Mr Sunil Jain	Mr William Mason	Mr Eugene Toh Mir-Aun
Mr Salah Atrah	Miss Carolyn Chadwick	Mr Hugh Dornell	Mr Robert Gleeson	Mr Leroy James	Mr Leroy James	Mr Samir Massoud	Miss Claire Toplis
Mr Jason Auld	Mr Anil Chakrabarti	Mr Nicholas Downing	Mr Steven Godoff	Mr Stephen James	Mr Stephen James	Mr Keshav Mathur	Mr David Townshend
Mr Jeff Auyeung	Mr Jagannath Chakravarty	Mr Kingsley Draviraj	Mr Andrew Goldberg	Mr Jeremy Jarratt	Mr Jeremy Jarratt	Mr Jonathan Matthews	Mr Allister Trezies
Mr Gillies Avison	Miss Miranda Champion	Mr Stephen Drew	Miss Aurora Gonzalez Castro	Mr Vinay Jassani	Mr Vinay Jassani	Mr Stuart Matthews	Mr Paul Trikla
Mr Koldo Azurza	Mr Prakash Chandran	Mr Sunil D'Souza	Mr William Gough	Mr Russ Jeffers	Mr Russ Jeffers	Mr Andrew McAndrew	Miss Samantha Tross
Mr Joseph Baines	Mr Amit Chandratreya	Mr Stephen Duckett	Mr Charles Gozzard	Mr Mark Jeffery	Mr Mark Jeffery	Miss Julie McBirnie	Mr Nirmal Tulwa
Mr Kevin Baird	Mr Peter Chapman	Mr Patrick Duffy	Mr David Graham	Mr Gavin Jennings	Mr Gavin Jennings	Mr Donald McBride	Mr Nezar Tulwa
Mr Peter Baird	Mr Charalambos Charalambides	Mr Roderick Duncan	Mr Alistair Gray	Mr Prashanth Jeesudason	Mr Prashanth Jeesudason	Mr Donal McCarthy	Mr Philip Turner
Mr Rajiv Bajekal	Mr Raymond Chari	Mr Alan Dunkley	Mr Andrew Gray	Mr David Johnson	Mr David Johnson	Mr Ian McDermott	Mr Roy Twyman
Mr Alexander Baker	Mr Mihail Chatoo	Mr David Dunlop	Mr Stephen Green	Mr Bryn Jones	Mr Bryn Jones	Mr Ronan McGivney	Mr Graham Tytherleigh-Strong
Ms Cheryl Baldwick	Mr Bob Chatterjee	Mr Urfi Chatterji	Mr Antony Greer	Mr David Johnstone	Mr David Johnstone	Mr Peter McLardy-Smith	Mr Michael Unger
Mr Khalid Baloch	Mr Urfi Chatterji	Mr Andrew Dunn	Mr Simon Gregg-Smith	Mr Cledwyn Jones	Mr Cledwyn Jones	Mr Magnus McLaren	Mr Petrus Van Der Walt
Mr David Bamford	Mr Mark Chatterton	Mr William Dunnet	Mr Alberto Gregori	Mr Gregory Jones	Mr Gregory Jones	Ms Jacquelyn McMillan	Miss Maria Van Kampen
Mr Homayoon Banan	Mr Sandeep Chauhan	Mr Robert Dunsmuir	Mr Robert Grimer	Mr Simon Jones	Mr Simon Jones	Mr Ian McNab	Mr Marck Van Liefland
Mr Ronan Banim	Mr Tim Chesser	Mr Edward Dunstan	Mr Julian Grundy	Mr Stanley Jones	Mr Stanley Jones	Mrs Scarlett McNally	Mr Lee Van Rensburg
Mrs Joanne Banks	Mr Ramiah Chidambaram	Mr Robert Duthie	Mr Arif Gul	Mr Juhu Joseph	Mr Juhu Joseph	Mr Michael McNicholas	Mr Stephen Velth
Mr Simon Barker	Mr Nishan Chirodian	Mr Amalabh Dwyer	Mr Roger Gundie	Mr Nadi Kalap	Mr Nadi Kalap	Mr Jayshheel Mehta	Mr Ramakrishnan Venkatesh
Mr Steven Barnes	Mr Jai Chitnavis	Mr Jonathan Dwyer	Mr William Hague	Mr Socrates Kalogirantis	Mr Socrates Kalogirantis	Mr Joel Melton	Mr George Verghese
Mr James Barrie	Mr Sanjeev Chitnis	Mr Stephen Eastaugh-Waring	Mr Rohit Gupta	Mr Ravindra Kamath	Mr Ravindra Kamath	Mr Dipen Menon	Mr Alastair Vince
Mr Richard Barrington	Mr Neil Chiverton	Mr Hedley Easter	Mr Roger Hackney	Mr Gregoria Kambourajou	Mr Gregoria Kambourajou	Mr William Merriam	Mr Khalood Wahab
Mr Gavin Bartlett	Mr Adrian Chopnowski	Miss Alison Edwards	Mr Omar Haddo	Mr Raghubir Kankate	Mr Raghubir Kankate	Mr James Metcalfe	Mr Andrew Wainwright
Mr Cefin Barton	Mr Emyr Chowdhury	Mr Dennis Edwards	Mr William Hage	Mr Harish Kapoor	Mr Harish Kapoor	Miss Roslyn Miller	Mr Jonathan Wake
Mr Alf Bass	Mr Samuel Church	Mr Tarek El-Fakhry	Mr John Haines	Mr Dimitrios Karadagkis	Mr Dimitrios Karadagkis	Mr Stephen Milner	Mr Robert Wakeman
Mr Salah Bastawrous	Mr Darren Clark	Mr Mustafa El-Zebdeh	Mr Matthew Hall	Mr Babis Karagevrekis	Mr Babis Karagevrekis	Mr Sanjay Miranda	Mr Michael Waldram
Mr Parthasarathi Basu	Mr David Clark	Mr Jonathan Eldridge	Mr Peter Hallam	Mr Michael Karski	Mr Michael Karski	Mr Ahmed Mirza	Mr Christopher Walker
Mr Peter Bates	Mr Andrew Clarke	Mr Najab Ellaheh	Mr Andrew Hamer	Mr Fadhil Kashif	Mr Fadhil Kashif	Mr Philip Mitchell	Mr Murray Wallace
Mr Mohamed Bawarish	Professor Nicholas Clarke	Mr David Ellis	Mr Paul Hamilton	Mr Ata Kasis	Mr Ata Kasis	Mr Peter Mobbs	Mr Phillip Wainmsley
Mr Richard Baxendale	Mr Robert Clayton	Mr Mark Emerton	Mr Rodney Hammett	Mr Andrew Kelly	Mr Andrew Kelly	Mr Farid Moftah	Mr Sean Walsh
Mr Neil Bayless	Mr Benedict Clift	Mr Kevin Emmerson	Mr Campbell Hand	Mr Cormac Kelly	Mr Cormac Kelly	Mr Aslam Mohammed	Mr Jon Wand
Mr James Beasall	Mr Simon Clint	Mr Nicholas Emms	Mr Robert Handley	Mr Michael Kelly	Mr Michael Kelly	Mr Neel Mohan	Mr Guy Wansbrough
Mr Gavin Best	Mr David Cloke	Mr Ola Eini-Oiktu	Mr Amir Hanna	Mr Sean Kelly	Mr Sean Kelly	Professor Amr Mohsen	Mr David Ward
Mr Shaishav Bhagat	Mr Christopher Coates	Mr Magdy Eskander	Mr Richard Harker	Mrs Namita Kendall	Mrs Namita Kendall	Mr Ray Monkhouse	Mr Peter Ward
Mr Vijaya Bhalak	Mr Andrew Cobb	Mr Marius Espag	Mr Richard Harker	Mr Matthew Kent	Mr Matthew Kent	Mr Piers Moreau	Mr Patrick Watrough
Mr Raj Bhatia	Mr Adam Cohen	Mr Ronald Evans	Mr Bill Harries	Mr Gregor Kerr	Mr Gregor Kerr	Mr Gerald Morgan	Mr Alexander Watson
Mr Ishan Bhoora	Mr Andrew Collier	Mr Jason Eyre	Mr Nicholas Harris	Mr Philip Kerr	Mr Philip Kerr	Mr Prabhakar Motkur	Mr Anthony Waters
Mr Bhaskar Bhowal	Mr David Conlan	Mr Damian Fahy	Mr William J Harrison	Mr Robert Kerry	Mr Robert Kerry	Mr Scott Muller	Mr Adrian Weale
Mr Mohammed Bhatta	Mr Kevin Conn		Professor Alistair Hart	Mr Christopher Kershaw	Mr Christopher Kershaw	Mr Mark Mullins	Mr Mark Weibel
Miss Leela Biant				Mr Steven Kershaw	Mr Steven Kershaw	Mr Gary Mundy	Mr Stefan Weitzel
							Mr Kevin Wernbridge

Mr Anthony Westbrook	Dr Chris Naylor	Dr Martin Bevan	Dr Shirish Dubey	Professor Anthony K P Jones	Dr Rapti G Mediawake	Dr Martin Ridley	Dr Hazem Yousef
Mr Mark Westwood	Dr Farooz Nairami	Dr Shweta Bhagat	Dr Lisa A Dunkley	Dr Hugh W Jones	Dr Gary K Meenagh	Dr Shirley Rigby	Rehabilitation Medicine:
Mr John White	Dr Andrew Nicolou	Dr Sundeep Bhalara	Dr Nigel A Dunn	Dr Jeremy G Jones	Dr Peter Merry	Dr Lindsay Robertson	Dr David M Abankwa
Mr Steve White	Dr Abina C O'Callaghan	Dr Ashok Bhalia	Dr Ciaran A Dunne	Dr Sharon M Jones	Colonel Alan Mistlin	Dr Edward Roddy	Dr Salwa A Ahmed
Mr Timothy White	Dr Anthony Ordman	Dr Ajay Bhatia	Dr Sally Edmonds	Dr Stephen T M Jones	Dr William S Mitchell	Dr Euthalia Roussou	Dr Nosa A Akpohwe
Mr Duncan Whitwell	Dr Nicholas L Padfield	Dr Maria Bickerstaff	Dr Christopher Edwards	Dr Kelsey M Jordan	Dr Neil Mo	Dr Abdeaziz Saleh	Dr Syed A Alam
Miss Clare J Wildin	Dr Susan Peat	Dr Sarah Bingham	Professor Michael R Ehrenstein	Dr Nilay A Joshi	Dr Rupak K Moitra	Dr Ash Samanta	Dr Zuhair Alsinidi
Professor Keith Willett	Dr Charles E Pither	Dr Khalid Binymim	Professor Yasser El Miedany	Dr Elizabeth A Justice	Dr Arunmugham Moorthy	Dr Maryam Samavi	Dr Fahim Anwar
Mr Christopher Williams	Dr Gwendia E Porter	Dr Fraser Birrell	Dr Srinvasa R Elamanchi	Dr Sathiah Kallankara	Dr Ramesh Mootoo	Dr Abigail Sandhu	Dr Khalid Anwar
Mr Dan Williams	Dr Ivan Ramos Galvez	Dr Alison Black	Dr Spencer Ellis	Dr George U Kallarakal	Professor Robert Moots	Dr Ravinder Sandhu	Dr Rajkumar Ariyaratnam
Mr Hywel Williams	Professor Jon H Raphael	Dr Jan Bondeson	Professor Paul Emery	Dr Sanjeet N Kamath	Professor Ann Morgan	Dr Vininderjit Sandhu	Mr Derar A H Badwan
Mr James Williams	Dr Deepak Ravindran	Professor Marina Botto	Dr Nicola Erb	Dr Lesley J Kay	Dr Vanessa Morris	Dr Giovanni Sanna	Dr Ganesh Bavkate
Mr John Williams	Dr Mark P Rockett	Dr Marina Boulton	Dr Cristina Estrach	Dr Stephanie Barrett	Dr Katie E Moss	Dr Benjamin Schreiber	Dr Peter Benjamin
Mr Mark Williams	Dr Heike C Romer	Dr Brian Bourke	Dr Abdul A Faizal	Dr Andrew C Keat	Dr Dev Mukerjee	Professor David Scott	Professor Bipinchandra Bhakta
Mr Rhys Williams	Dr Sally-Ann Ryder	Dr Andrew Bowden	Dr Omar Farooqui	Dr Richard Keen	Dr Dermot Mulhern	Professor David Scott	Dr Renjin Bose
Mr Stephen Williams	Dr Tahir Sajjad	Professor Simon J Bowman	Dr Sarah J Farrow	Dr Clive Kelly	Dr Elizabeth A Murphy	Dr Debajit Sen	Dr Lloyd J Bradley
Mr Adrian Wilson	Dr Mark Sanders	Dr Anthony Bradlow	Dr Fiona W Fawthrop	Dr Stephen Kelly	Dr Andrea Myers	Dr Rajiv Sengupta	Dr Nicola D Brain
Mr James Wilson MacDonald	Dr Adrian E Searle	Dr Therese Brammah	Dr Andrew D J Filer	Dr Tom D Kennedy	Dr Pradip Nandi	Dr M Ragai Shaban	Dr Sheena B Caldwell
Mr Simon Winsley	Dr Cristoph Seifert	Dr Alexander Brand	Dr Daniel Fishman	Professor Munther Khamastia	Dr Julian Nash	Dr Preeti Shah	Dr Barbara J Chandler
Mr Ian Winson	Dr Manohar Sharma	Dr Matthew Bridges	Dr Halina Fitz-Claire	Dr Fazi Khattak	Dr Michael A Naughton	Dr Deirdre Shawe	Dr Prabal K Datta
Mr David Wise	Dr Karen H Simpson	Dr John Brockbank	Dr John N Fortham	Professor Bruce Kidd	Dr Rebecca L Neame	Dr Philip Shea-Simonds	Dr Elizabeth C Davis
Mr Martin Wood	Dr Rokas Tamosauskas	Professor Ian Bruce	Dr Helen E Foster	Dr Elizabeth Kidd	Dr Katherine W Nelson	Dr Thomas Sheeran	Dr Manishkumar H Desai
Mr Michael Woodruff	Dr Bhaskar Tandon	Dr Maciej Brzeski	Dr James B Francis	Dr Patrick Kiely	Dr Julia L Newton	Dr Peter Sheldon	Dr Zachaeus F Falope
Dr David Woods	Dr Glyn R Towleron	Dr Judith Bubbear	Dr Susan M Fraser	Dr Rachael F Kilding	Dr Paul Newton	Dr Nicholas Shenker	Dr Tarek Gali
Mr Jamie Wootton	Dr Hoo Kee Tsang	Dr Neil M M Buchanan	Dr J Karl Gaffney	Dr Alison J Kinder	Professor Fai Ng	Dr Michael Shipley	Dr Angela Gall
Mr Peter Worlock	Dr Jon M J Valentine	Professor Christopher D Buckley	Dr Anne R Kinderlerer	Dr Anne R Kinderlerer	Dr Mohamed Nisar	Dr Barbara Silverman	Dr Jan G S Gawronski
Mr Christopher Wray	Dr Tiemo Vemmer	Dr Roger Bucknall	Dr Robin Garnett OBE	Professor Gabrielle H Kingsley	Dr Arvind Sinha	Dr Hilary Sinclair	Dr Jeremy C Gibson
Mr Philip Wykes	Dr Stephen P Ward	Dr Manwan Bukhari	Dr Mark J Garton	Dr Bruce W Kirkham	Dr Sharmim Nizam	Dr Arvind Sinha	Professor Scott Gilkman
Mr Henry Wynn Jones	Dr Stephan Weber	Dr Paul Byrne	Professor John S H Gaston	Professor John R Kirwan	Dr Shaza Obaid	Dr Deva Situnayake	Dr Helen M K Gooday
Mr Marcon Zgodas	Dr Christopher Wells	Dr Andrew Cairns	Dr Ian C Gaywood	Dr Rainer Klocke	Dr Olabambo Ogunbami	Dr Shaun Smale	Dr Angus Graham
Mr Laszlo Zolczer	Dr Sean White	Dr Andrei Galin	Dr Nagui Gendi	Dr Susan Knight	Dr Roger Oldham	Dr Elaine Smith	Dr Laura A Graham
Mr Aamir Zubairi	Dr John R Wiles	Dr Rob Callaghan	Dr Emmanuel George	Dr Saily Knights	Dr Voon Ong	Dr Richard Smith	Dr Lorraine E Graham
Orthopaedics & Spinal Surgery:	Dr Paul R Wilkinson	Professor Margaret Callan	Dr Gerald H M George	Dr Eleanor Korendowych	Dr David O'Reilly	Dr Gillian Smith	Dr Naseer J Haboubi
Mr Maurice Paterson	Dr John P Williams	Dr Jeremy Camilleri	Dr Jane Gibson	Dr Vladena Krylova	Dr Andrew Ostor	Dr Gayle Smithson	Professor Keith G Harding
Mr Athanasios Tsirkos	Dr Ian Yellowwees	Dr David Carruthers	Dr Sara Carty	Dr Kar-Ping Kuet	Dr Margaret O'Sullivan	Dr H Neil Snowden	Dr Ramaswamy Haritharan
Mr Otto von Arx	Dr Roxaneh Zarnegar	Dr Maria Teresa Canull	Dr Maria Teresa Canull	Dr Nanita Kumar	Dr Adrian Pace	Dr Nidhi Sout	Dr Julian Harris
Pain Medicine:	Spots & Exercise Medicine:	Dr Michael Cawley	Dr Michael Cawley	Dr Valerie Kyle	Dr Badal Pal	Professor Taufat Southwood	Dr Ali M Hassoon
Dr Mark Abrahams	Dr Mike Allen	Professor Kuntal Chakravarty	Professor Kuntal Chakravarty	Dr Rhian M Goodfellow	Dr Thomas Palferman	Dr Anul Srinivasan	Dr Alison G Hatfield
Dr Magdy Aglan	Professor Mark Batt	Dr Antoni Chan	Dr Antoni Chan	Dr Nicola Goodson	Dr Jayanta Palit	Dr Usha Srinivasan	Dr Michael D Homer- Ward
Dr Dominic Aldington	Dr Ian Beasley	Dr Chandra Chattopadhyay	Dr Chandra Chattopadhyay	Dr Margaret M Gordon	Dr Robert Palmer	Dr Srinivasan Srirangan	Dr Caroline J Hutchings
Dr Wisam Ali	Dr Richard G M Budgett	Dr Easwarachand G Chelliah	Dr Easwarachand G Chelliah	Professor P Caroline Gordon	Dr Ira Pande	Dr Sophia Steer	Dr Lynne S Hutton
Dr Shyam S Balasubramanian	Mr Robin C Chakraverty	Dr Nap Cheung	Dr Nap Cheung	Dr Patrick A Gordon	Dr George K Pappasavas	Dr Anul Steer	Dr Yogendra Jagatish
Dr Ganesan Baranidharan	Dr Leon Creaney	Dr Ian Chikanza	Dr Ian Chikanza	Dr Rachel E Goodwin	Dr Benjamin J Parker	Dr Richard Stevens	Dr Richard Stratton
Dr Robert J H Baylis	Dr Thomas A Crisp	Dr Batsi Chikura	Dr Batsi Chikura	Dr Andy K S Gough	Dr Gulam Patel	Dr Millicent Stone	Dr Andrea Stang
Dr Raju C Bhadrasha	Dr Colin Crosby	Dr Hector Chinoy	Dr Hector Chinoy	Professor Rodney Grahame	Dr Samir K Patel	Dr Richard Summers	Dr Richard Stratton
Dr Balmukund B Bhalia	Professor Michael Cullen	Dr Sarang P Chitale	Dr Sarang P Chitale	Dr Mohini K Gray	Dr Sanjeev Patel	Dr Gregory Summers	Dr George Struthers
Dr Liam Blaney	Dr Geoff Davies	Dr Yee Ho Chi	Dr Yee Ho Chi	Dr Michael J Green	Dr Yusuf Patel	Dr Nurhan Sutcliffe	Professor Deborah Symmons
Dr Patrick Blossfeldt	Dr Roger Hawkes	Dr Ernest Choy	Dr Ernest Choy	Dr Sandra E Green	Dr Anindita Paul	Dr Bela Szebenyi	Dr Richard Taylor
Dr Margaret Bone	Dr Simon Kemp	Dr Alexis Chuck	Dr Alexis Chuck	Dr Matthew L Grove	Dr Colin Pease	Dr Allister Taggart	Dr Richard Taylor
Dr Uditha Bopiyia	Dr Courtney W G Kipps	Dr Anna Ciechomska	Dr Anna Ciechomska	Dr Nicola J Gullick	Dr Adrian Peall	Dr Adrian Tahir	Dr Philip Tait
Dr Piotr W Buczkowski	Dr Michael P Loosemore	Dr Emma Clark	Dr Emma Clark	Dr Harsha Gunawardena	Dr Philip Perkins	Dr Timothy Tait	Dr Lia Lyn Tan
Dr Alf Collins	Dr Stephen Motto	Dr Anthony Clarke	Dr Anthony Clarke	Dr Anindya Gupta	Dr J David Perry	Dr Samir K Patel	Dr Rachel Tattersall
Dr Katherine Collins	Dr Noel J D Pollock	Dr Geoffrey Clarke	Dr Geoffrey Clarke	Dr Monica Gupta	Dr Mark Perry	Dr Sanjeev Patel	Dr James Taylor
Dr Robin K Correa	Dr Ralph Rogers	Dr Shane Clarke	Dr Shane Clarke	Dr Alan J Hakim	Dr Malcolm Persey	Dr Anindya Gupta	Professor Peter Taylor
Dr Roman Clegg	Dr Michael Rossiter	Dr Adrian R Clewes	Dr Adrian R Clewes	Dr Gerard Hall	Dr Rohit Peshin	Dr Nara A Lovey	Dr Lee-Suan The
Dr Francis D'Costa	Dr Richard C L Seah	Dr Gavin P Clunie	Dr Gavin P Clunie	Dr Jennifer D Hamilton	Dr Pamela Peterson	Professor Raashid Luqmani	Dr Colin Trench
Dr Winston F de Mello	Dr Peter G Thomson	Dr David A Coady	Dr David A Coady	Dr M Imnamul Haq	Professor Costantino Pitzalis	Dr Alan MacDonald	Dr Eleri Thomas
Dr Simon J Dolin	Professor Nick Webborn	Dr Gerald L Coakley	Dr Gerald L Coakley	Dr Helen Harris	Dr Michael Plant	Dr Gordon I A MacDonald	Dr Joegi Thomas
Dr Neal Evans	Dr Thaminu G G Wedatiakke	Dr Helen E Cohen	Dr Helen E Cohen	Dr John P Harvie	Dr Philip Platt	Professor Alex J MacGregor	Professor Matthew C Pickering
Dr Richard J Faleiro	Rheumatology:	Dr David A Collins	Dr David A Collins	Professor Doran O Haskard	Dr Andrew Pool	Dr Kirsten Mackay	Professor Costantino Pitzalis
Dr Ashraf F Farid	Dr Veronica Abernethy	Dr Philip G Conaghan	Dr Philip G Conaghan	Dr Alaa I A K Hassan	Dr Roger J E Lee	Dr Rajan Madhok	Dr Michael Plant
Dr Bernhard Frank	Dr Sonya Abraham	Professor Gillian M Coombes	Professor Gillian M Coombes	Dr Waji Hassan	Dr Pamela E Levantis	Dr Margorzata Magliano	Dr Andrew Pool
Dr Andreas Goebel	Dr Matthew Adler	Professor Cynus Cooper	Professor Cynus Cooper	Professor Philip Luqmani	Dr Sarah J Levy	Dr Taher Mahmud	Dr Duncan R Porter
Dr Teodor Goroszenluk	Dr Sangtha Aganwal	Professor Robert G Cooper	Professor Robert G Cooper	Dr Alastair L N Hepturn	Dr Robert W Ley	Dr Rameh M Makadi	Dr Tanya Potter
Dr Donald Graham	Dr Yasmeen Ahmad	Professor Andrew P Coop	Professor Andrew P Coop	Professor Ariane L Herrick	Dr Mark S Lillcrap	Dr Alan MacDonald	Dr Elizabeth Price
Dr Gareth L Greenslade	Dr Khalid Ahmed	Dr Phillip A Courtney	Dr Phillip A Courtney	Dr Clare S Higgins	Dr Kean L Lim	Dr Gordon I A MacDonald	Dr Shyra Price
Dr Deane Halfenny	Dr Greg Hobbs	Dr Adrian J Crisp	Dr Adrian J Crisp	Dr Pauline Ho	Dr Stuart Linton	Dr Gordan I A MacDonald	Dr Alec Price-Forbes
Dr Magdi Hanna	Dr Wahab Al-Alaf	Dr Lorraine Croot	Dr Lorraine Croot	Dr Maxine B Hogarth	Dr Mark Lloyd	Professor A S MacGregor	Dr Michael Pritchard
Dr Dalvina Hanu-Cernat	Dr Atheer Al-Ansari	Dr Maria Cuadrado	Dr Maria Cuadrado	Dr Peter Hollingworth	Dr Stuart Linton	Dr Robert W Marshall	Dr Peter Prouse
Dr George R Harrison	Dr Ala A Hussiani	Professor Jane E Dacre	Professor Jane E Dacre	Dr Lesley D Hordon	Dr Stuart Linton	Dr James C Martin	Dr Mark Pugh
Dr George R Harrison	Dr Simon Allard	Dr Sandeep Dahiya	Dr Sandeep Dahiya	Dr Jon M Houghton	Dr Stuart Linton	Dr Vivian M Martin	Dr Thomas Pullar
Dr Greg Hobbs	Dr E Nicole Amft	Professor Bhaskar Dasgupta	Professor Bhaskar Dasgupta	Professor Graham R V Hughes	Dr Stuart Linton	Dr Helena Marzo Ortega	Dr Kiran Putchakayala
Dr Vanessa Hodgkinson	Dr Jacqueline Andrews	Dr Joel David	Dr Joel David	Dr Rod Hughes	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Dev Pyne
Dr Mike J Hudspeth	Dr Ray Armstrong	Dr Brian K S Davidson	Dr Brian K S Davidson	Dr Richard G Hull	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Sarah Rae
Dr John H Hughes	Dr Dayavathi Ashok	Dr Ursula Davies	Dr Ursula Davies	Dr John A Hunter	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Graham Rafferty
Dr Takashi Ito	Dr Ismael Achiha	Dr Diana Davis	Dr Diana Davis	Dr David G Hutchinson	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Professor Anisur Rahman
Dr Matthew J D Jarrett	Professor John Axford	Dr Julie Dawson	Dr Julie Dawson	Dr Kimme L Hyrich	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Fouz Rahme
Dr Christopher Jenner	Dr Jeremy Axon	Professor David D'Cruz	Professor David D'Cruz	Dr John Ioannou	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Nicholas Raj
Dr Graham W Johnson	Dr Syed Aayas	Dr Denise De Lord	Dr Denise De Lord	Dr Michael S Irani	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Vivek Rajagopal
Dr Nigel H Kellow	Dr Krishnan Baburaj	Dr Christopher M Deighton	Dr Christopher M Deighton	Professor John D Isaacs	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Professor Stuart Ralston
Dr Riaz K Khyshzai	Dr Louisa Badcock	Dr Francesca Demetriadi	Dr Francesca Demetriadi	Dr Amanda H Isdale	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Elizabeth Rankin
Dr Murl Krishna	Dr Elaine Baguley	Dr Elaine M Dennison	Dr Elaine M Dennison	Professor David A Isenberg	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Chandini Rao
Dr Somasundaram Krishnamoorthy	Dr Magnus Barkham	Dr Vinodh N Devakumar	Dr Vinodh N Devakumar	Dr Abbas A Ismail	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Dipak Ray
Dr Bakul Kumar	Dr Andrew St Clair Logan	Dr Veena B Dhilon	Dr Veena B Dhilon	Dr Jose James	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Karim Raza
Dr Sreemukh A Kunnumurath	Dr Louise A Lynch	Dr Tina Ding	Dr Tina Ding	Dr Michelle T McHenry	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Richard Reece
Dr Austin Leach	Dr Malvern May	Dr M Kassim Javid	Dr M Kassim Javid	Professor Neil McHugh	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Richard Rees
Dr Remigiusz Lecyoty	Dr Janet F McCowan	Dr Shahid Jawed	Dr Shahid Jawed	Professor Ian McInnes	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Marian Regan
Dr Ian Lieberman	Dr Patrick McCowan	Dr Frank McKenna	Dr Frank McKenna	Dr David W McCaree	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Piero Reynolds
Dr Andrew St Clair Logan	Dr Michael Bailey	Dr John S McLaren	Dr John S McLaren	Dr Fiona McCrae	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Geni Rhys-Dillon
Dr Louise A Lynch	Dr Sandeep Bawa	Dr Timothy R Jenkinson	Dr Timothy R Jenkinson	Dr Janet McDonagh	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Selwyn Richards
Dr Malvern May	Professor Jill Belch	Dr Paresah Janaputra	Dr Paresah Janaputra	Dr Anne McEntegart	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Philip Riches
Dr Janet F McCowan	Dr Robert M Bernstein	Dr Hilary Johnson	Dr Hilary Johnson	Professor Denis G McGonagle	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Ruth Richmond
Dr Patrick McCowan	Dr Hedley Berry			Dr Julie McHale	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	Dr Claire Riddell
Dr Victor A J W Mendis				Dr Imad T Jassim	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	
Dr Rajesh Munglani				Professor Neil McHugh	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	
Dr Manian Murali-Krishnan				Dr W Roland McKane	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	
				Dr Frank McKenna	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	
				Dr John S McLaren	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	
				Dr Michael J McMahon	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	
				Dr Jeremy D McNally	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	
				Dr Euan R McRorie	Dr Stuart Linton	Dr Rameh M Makadi	

Annexe 6 : Réflexions extraites des courriels.

I'm afraid not. I know about it and am quite sceptical. There again I practice prolotherapy and am a great believer in it whereas many are sceptical of its benefits. I would be surprised if you find any of my UK colleagues use mesotherapy at all, though some use Traumeel and even neural therapy.

No, I only use Strain Counter Strain in my practice.

sorry no experience of this treatment, would be interested in your results

Sorry but I don't use mesotherapy. I've never heard of it until today!

What is mesotherapy?

I have had no experience of mesotherapy. However, from what I understand it is a cosmetic therapy which involves injection of a variety of agents of no proven value so I think I would have ethical concerns about it on two grounds.

I had to look it up and I am not convinced by its use after reading it. I could not find a list of active ingredients. I hope that helps good luck.

I do not use mesotherapy at present but I would be keen to find out more about it.

No, but how very French. I did a fellowship in France and was intrigued by thalassotherapy.

Does it have another name?

No Milla afraid I don't but that is probably because I don't know what it is!

Never heard of it!

Milla, I don't even know what mesotherapy is!

Sorry I don't (never heard of this treatment).

I'm sorry to say that I had never heard of mesotherapy until your email. I looked it up, but I don't think it is the kind of thing that an orthopaedic surgeon would be involved with. How wonderful to be studying at the Sorbonne. You are very lucky - or, more likely, very clever.

No. I must admit to being unsure what this is!

No I don't use mesotherapy in my practice

I had to look the term mesotherapy up first, No I am not using it in my pain practice here but know it from Germany where it was used for some musculoskeletal pains using local anaesthetic intradermally

I do not use mesotherapy - in fact I know nothing about it!

Non. Qu'est-ce c'est?

No I don't use mesotherapy

No. Never heard of it. Will you be presenting your work at the SFETD congress?

I don't practice it Milla

No And I won't until there is some evidence Best of luck with it

It would be helpful if you could say what mesotherapy is.

What is mesotherapy? I don't practice it.

No I would be grateful if you could tell me where you got my email address from.

No – never heard of it!

Many thanks for your email I do not use mesotherapy and I'm afraid I do not know of anyone who does.

Sorry not to be of any help, but good luck with your dissertation.

I have never heard of mesotherapy.

No. The only person I know who has used it is Dr Ralph Rogers, sports doc in London.

I don't, thanks Milla - I do neural prolotherapy with fascial 5% dextrose water which I suspect may be similar in effect.

No, I don't use mesotherapy. Thanks for asking. I've sent on yr email to one of my colleagues Dr Parmar, he MAY use it. I'm sure he'll get in touch with you if it is relevant and applies to him.

Hi No, No doctor or patient mentioned it, I barely have any knowledge of it

I don't use mesotherapy

No, I had to look it up to find out what it was. We are increasingly encouraged to use treatments that have a sound evidence base - so I doubt this will have a future in the NHS.

I am afraid I do not use mesotherapy.

I have no idea what it is, and I am sure I don't use it, but good luck with your Diploma in it!

I have not ever used this therapy and although I have heard of it, I cannot recall any details now of what the technique involves. Good luck and hope you find someone who uses the treatment

No, never heard of it!

NO I don't, but I'm intrigued. If you have time to put together a brief paragraph on Mesotherapy to send to those who don't but who are interested, please do send me it! Good luck with your studies.

Hmm...Mesotherapy? Never heard of it ... so I looked it up, No, we don't use this. I sit on our regional Area Prescribing Committee and I suspect if it came up for local use we would ban it as an unproven / potentially dangerous therapy. Good luck

Not used here as far as I know, or taught

No. what is it? I may know it by a different name.

I would only consider using it if there were robust randomised controlled trials showing positive results in the conditions I treat (inflammatory arthritis). As there are

none, I don't use it.

Many thanks for your email, but Dr Kaye Barrett does not use mesotherapy within her practice.

Sorry but I don't use me mesotherapy or indeed know anything about it!

No I'm sorry I don't use mesotherapy. All the best with your Diploma

Sorry no, As William Heberden said – 'new medicines, and new methods of cure, always work miracles for a while'

No< I don't even know what mesotherapy is I'm afraid.

No I don't have access to this. I am not aware of it being available locally

No – never heard of it.

Many thanks for your email. I have to admit I have never heard of mesotherapy. I don't use it in my practice and I don't know anyone else who does.

I have never heard of mesotherapy! All the best with your work

the answer is no , what exactly is mesotherapy .

No, never heard of it.

What on Earth is Mesotherapy Milla ?!?, I think my above statement answers your question, Hope its something evidence based and not pseudoscience ?, Please dont meddle in it and exploit vulnerable patients Milla. Leave it to the physios On behalf of all the rheumatology consultants at the Countess of Chester Hospital, the answer is no.

NO I do not use it and I am only aware of it as a treatment for cellulite!

No we don't use mesotherapy.

Sorry I am not the right person for this

Thank for email. I have no knowledge of mesotherapy and am unaware of its use in the UK. It seems to be a French speciality!

I don't use mesotherapy and have to admit I don't know much about it. Good luck with your study.

No, I have never used mesotherapy,

Sorry I don't even know the term mesotherapy

No, we don't use this, in our rheumatology dept at Basingstoke

never heard of it! sorry

I do not use mesotherapy.

Not familiar with treatment.

No. Can I ask how you got my e-mail? I know someone who does Mesotherapy but would rather understand how you got my information before asking if it is ok for you to contact her.

I'm afraid I've not heard of this so my answer would be no.

No – not sure what it is!

No. I'm afraid I haven't heard of it.

Thank you for your e-mail Milla. I feel sorry to have to report that I do not use mesotherapy and nor have I any experience of it being used by colleagues around me.

Sorry. I do not use mesotherapy.

I do not use mesotherapy in my practice at all.

No in specialist rehab but not sure in pain services

Sorry, I'm not sure what mesotherapy is?

No we do not use this in our pain management.

No. what is mesotherapy for my interest.

This is very embarrassing. But I never heard of it till googling after receiving your e-mail. As you know Milla, UK medical practice is very conservative. In the NHS, we are not free to do what ever we feel fit (which is fantastic in my view) so evidence based practice is prevalent. I think that you should focus on private and independent health providers who are not as regulated as the NHS. Good luck with your work No, sorry we do not use it in this department.

Regards,

Thank you for contacting me regarding use of Mesotherapy. I'm afraid I don't even know what it is and therefore don't use it. However, I would be interested to know more about it and your involvement with it. Please can you give me some more information about it? Looking forward to hear from you.

The answer is NO from me

Many thanks for your email, I think my friend Dr Raviandran might be able to help you , I do not use this modality of treatment in my patients.

No, I've never used it..

I do not have any experience of mesotherapy at all.

We don't use it. Good luck with your work.

No I've never heard of it. Tell me about it!

I do not currently use Mesotherapy in my practice but would be interested to hear about its use in France and beyond.

Annexe 7 : Le nombre total de réponses par type de réponse. Source : auteur

Spécialité médicale	Répondu	Pas répondu
Orthomédecine aiguë	0	1
La médecine homéopathique	1	0
Muskuloskeletal medicin	2	3
Neuro-réadaptation	6	1
Orthopaedic & médecine du sport	1	1
Orthopédie et traumatologie	309	517
Orthopédie et chirurgie rachidienne	3	0
Douleur Médecine	45	50
Médecine du sport	14	9
Rhumatologie	248	263
La médecine de réadaptation	49	40
Total	678	885

Annexe 8 : Nombre total de réponses par des commentaires en réponse. Source : auteur

Spécialité médicale	Type de commentaire				
	Non - pas de détails	Pas entendu parlé	À entendu parlé	Démontre l'intérêt	Commentaires négatifs
Orthomédecine aiguë	-	-	-	-	-
La médecine homéopathique	1	-	-	-	-
Muskuloskeletal medicin	-	1	1	-	-
Neuro-réadaptation	5	-	-	1	-
Orthopaedic & médecine du sport	1	-	-	-	-
Orthopédie et traumatologie	295	10	-	2	2
Orthopédie et chirurgie rachidienne	3	-	-	-	-
Douleur Médecine	31	10	1	1	2
Médecine du sport	10	2	2	-	-
Rhumatologie	204	36	2	2	4
La médecine de réadaptation	35	9	1	3	1
Total	585	68	7	9	9