

Guide pratique de mésothérapie

2^e édition

Chez le même éditeur

La pratique de la médecine chinoise, 2^e édition, par G. Maciocia. 2011, 1592 pages.

Vademecum de la prescription en homéopathie, 2^e édition, par A. Horvilleur. 2011, 568 pages.

Homéopathie, pratique et bases scientifiques, 3^e édition, par A. Sarembaud et B. Poitevin. 2011, 320 pages.

140 ordonnances en homéopathie, par A. Sarembaud. 2008, 276 pages.

Mésothérapie pratique, par M. Pistor. 2008, 224 pages.

Aide-mémoire de l'acupuncteur traditionnel, par J.-F. Borsarello. 2007, 132 pages.

Atlas pratique de médecine manuelle ostéopathique, par F. Lecorre, E. Rageot. 2006, 320 pages.

Traité de mésothérapie, par J. Le Coz. 2005, 272 pages.

Traité d'acupuncture, par M.-P. Borsarello. 2005, 544 pages.

Traité de phytothérapie clinique, par C. Duraffourd, J.-C. Lapraz. 2005, 864 pages.

Médicaments à base de plantes, par L. Chevallier, C. Crouzet-Segarra. 2004, 368 pages.

Guide pratique de mésothérapie

2^e édition

Christian Bonnet

Médecin, président fondateur de l'Association de médecine et mésothérapie esthétique internationale (AMME internationale), ancien chargé d'enseignement au DIU de mésothérapie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, directeur de la formation professionnelle de médecine et mésothérapie esthétique, directeur de la commission de recherche et développement en mésothérapie au sein de l'AMME internationale, président fondateur de la certification qualité Medicalcert médecine et mésothérapie esthétique. Diplômé des lasers médicaux (Européen)

Denis Laurens

Médecin, président de la Société Française de Mésothérapie (SFM), directeur d'enseignement au DIU de mésothérapie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, diplômé de médecine sportive, président du Collège d'étude de mésothérapie et traumatologie sportive, président de la Société Internationale de Mésothérapie (SIM)

Jean-Jacques Perrin

Médecin, président de l'Association de médecine et mésothérapie esthétique Île-de-France (AMME IdF), secrétaire général de la SFM, ancien chargé d'enseignement au DIU de mésothérapie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, directeur de la formation professionnelle de médecine et mésothérapie esthétique au sein de l'AMME IdF, directeur de la commission de recherche et développement en mésothérapie de l'AMME



**ELSEVIER
MASSON**



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du «photo-copillage». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Avertissement

L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable de tout incident ou accident, tant aux personnes qu'aux biens, qui pourrait résulter soit de sa négligence, soit de l'utilisation de tous produits, méthodes, instructions ou idées décrits dans la publication. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics et la posologie.

Remerciements

Au docteur Didier Mrejen pour sa collaboration scientifique active, précieuse et indispensable dans ce guide.

Au professeur Michel Perrigot qui non seulement nous a fait l'honneur de nous préfacier, mais de nous offrir une relecture détaillée et constructive de cet ouvrage.

À Michèle, Christine et Bernadette que nous délaissions souvent aux dépens de notre passion.

À Alexandre, Maxime, Xavier, Chloé, Anne-Sophie et tous les patients ayant prêté une partie de leur anatomie.

Photographies et arrangements

Christian Bonnet, Jean-Jacques Perrin

Toutes les photographies sont sous copyright des auteurs.

© Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2012, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-71220-3

« Peu, rarement et au bon endroit. »

Michel Pistor

« Celui qui se perd dans sa passion perd moins que celui qui perd sa passion. »

Saint Augustin

Préface de la première édition

À côté de la thérapeutique médicamenteuse classique, dite médecine fondée sur les preuves, bien d'autres traitements ont permis, chez les patients, la disparition d'un symptôme ou la guérison d'une lésion. La mésothérapie est l'un d'entre eux. Un essor récent est survenu suite à la cotation de l'acte dans le traitement de la douleur et à l'encadrement universitaire de l'enseignement par les diplômes interuniversitaires.

Ce guide très complet présente les techniques, les règles d'utilisation, les produits utilisés, avec indications et contre-indications, et un grand nombre de fiches thérapeutiques pour de très nombreux domaines de la médecine. Il va sans dire que le

traitement des troubles fonctionnels d'origines très diverses est entrepris après un examen clinique approfondi, un diagnostic établi, jamais au détriment des traitements médicamenteux classiques, souvent en complément au titre du traitement de la douleur.

L'innocuité et la rapidité d'action permettent de recommander la mésothérapie comme traitement de première intention, en particulier dans les pathologies de l'appareil locomoteur.

Michel Perrigot

Service de rééducation fonctionnelle à l'hôpital
Pitié-Salpêtrière – Paris, 2008

Présentation

Ce guide est le résumé le plus complet possible de plus de 30 ans d'exercice de la mésothérapie, de pratique exclusive de cette fabuleuse technique médicale par chacun des auteurs.

Dans ce travail, nous avons voulu vous transmettre toute notre expérience clinique et pratique. C'est ainsi que l'idée de fiches pratiques est née, afin de vous donner la possibilité de traiter tous vos patients dans tous les domaines possibles.

Nous avons voulu remettre à l'honneur la notion fondamentale de médecine globale, de prise en charge globale du patient, que la mésothérapie nous permet de réaliser.

Vous allez pouvoir jongler avec la douleur, le stress, l'esthétique et plus encore, en faisant défiler les fiches. L'objectif de ce guide est de réaliser une référence thérapeutique puisqu'il s'adresse aussi bien aux étudiants médecins se formant dans les différents diplômes interuniversitaires (DIU) de mésothérapie qu'au médecin isolé ayant une pratique occasionnelle.

Nous avons mesuré les risques et les avantages de mettre à disposition de tous les médecins, formés ou non, cet outil thérapeutique, mais notre ambition est de permettre le perfectionnement de certains et d'inciter les autres à rejoindre les enseignements de la Société Française de Mésothérapie (SFM) et de l'Association de médecine et mésothérapie esthétique (AMME).

La SFM a mis en place des DIU de mésothérapie dans différentes facultés françaises et l'AMME organise des formations médicales axées sur le compagnonnage et la pratique de la mésothérapie et de la médecine esthétique. Ces deux sociétés fonctionnent dans la recherche optimale de la qualité professionnelle et de l'éthique médicale.

Vous trouverez toutes les informations utiles aux adresses Internet suivantes : www.sfmestherapie.com et www.estheticmeso.com

Cette nouvelle édition permet de réactualiser les différents mélanges utilisés en mésothérapie en raison de la disparition progressive des médicaments injectables. Il faudra de plus en plus se faire à l'idée que notre pratique finisse par disparaître faute de produits utilisables, l'aspect « retour sur investissement » prenant le dessus sur l'efficacité thérapeutique.

L'autre nouveauté de cette édition est de donner une plus grande part à l'association des techniques thérapeutiques, principalement dans les traitements esthétiques. *A contrario* de la pénurie de produits injectables en pathologie, nous assistons au développement de produits et, surtout, de matériels (lasers, radiofréquences, carboxythérapie, LED, complexes vitaminés, ultrasons, infrarouges et autres).

Notre pratique de terrain va nous permettre de dégager de tout cela, l'intérêt d'utiliser ces nouvelles techniques.

Généralités

Historique

La mésothérapie est l'aboutissement d'une idée de génie issue du cerveau d'un médecin de campagne, le docteur Michel Pistor, qui a cherché à rapprocher le lieu du traitement de celui de la pathologie. Certes, d'autres praticiens avaient posé des jalons bien avant lui, mais il a eu le mérite de quantifier la notion de thérapeutique de première intention.

1844 : Rynd préconise la voie intradermique (ID) en Angleterre, puis Behier introduit cette méthode en France en 1855.

1905 : Einhorn synthétise la procaine et donne de grands espoirs au traitement de la douleur.

1924 : Lemaire est le premier à utiliser des injections ID métamériques dans les névralgies du trijumeau.

1928 : Leriche utilise pour la première fois la procaine en injection locale avec des résultats qui dépassent toutes ses espérances.

1937 : Aron publie la première étude préliminaire sur l'intérêt de l'introduction des substances médicamenteuses par voie intradermique.

1947 : à la suite de Leriche, Aslan publie ses travaux sur l'utilisation de la procaine en gériatrie.

1952 : Michel Pistor, dans son village de Bray-et-Lû, est amené à traiter le cordonnier pour une crise d'asthme par de la procaine IV. Ce traitement n'a eu que peu d'effet sur la pathologie de départ, par contre ce patient qui était sourd depuis de nombreuses années a pu de nouveau entendre les cloches du village sonner les heures tout au long de la journée et de la nuit. Il eut alors l'idée de poursuivre le traitement par la procaine mais en regard de l'oreille et les résultats furent concluants. C'est à partir de cette observation qu'il chercha inlassablement à traiter au plus près de la pathologie.

1952 à 1958 : Pistor et Lebel expérimentent l'utilisation locorégionale de mélanges médicamenteux dans de nombreuses indications. Afin de faciliter les injections locales, leurs travaux aboutissent à la création de l'aiguille de Lebel.

1958 : première publication des travaux de Michel Pistor dans le n° 44 de la *Presse Médicale* avec pour la première fois l'apparition du mot mésothérapie.

1960 : grâce à l'esprit novateur du professeur Bordet, qui dirige l'école, Michel Pistor peut enseigner la mésothérapie à l'école vétérinaire Maison-Alfort.

1964 : création de la Société française de mésothérapie à Paris. Elle comprend seize membres. Le premier président est le docteur Lebel, puis se succèdent à la présidence Michel Pistor, Jacques Le Coz, Philippe Petit et Denis Laurens.

1968 : Michel Pistor présente un mémoire sur la mésothérapie devant l'Académie de médecine. À partir de cette époque, la mésothérapie se développe dans le corps médical grâce aux premiers « disciples » de Pistor : Bicheron et Dalloz-Bourguignon, avec pour ce dernier la première consultation hospitalière à l'hôpital Necker-Enfants malades dans le service du professeur Thierree qui est reprise ensuite par Didier Mrejen pendant dix ans, avant qu'il ne poursuive l'enseignement de la mésothérapie au centre antidouleur de l'hôpital Lariboisière.

1976 : l'engouement pour la mésothérapie est tel qu'en 1976 se déroule le premier congrès international de mésothérapie à Bray-et-Lû. Il est suivi d'une longue série de congrès toujours en cours : 1979 en l'abbaye de Royaumont; 1982 à Rome; 1985 et 1988 à Paris; 1992 à Bruxelles; 1995 à Bordeaux; 1998 à São Paulo; 2000 à Paris; 2003 à Alger; 2006 à Madère; 2008 à Mexico et 2011 à Moscou.

1980 : création des cercles d'études et de recherches en mésothérapie (CERM), la mésothérapie se structure car le nombre de mésothérapeutes ne cesse de croître.

1981 : Yves Demarais permet à la mésothérapie de faire son entrée à l'Institut national des sports à Paris avec une consultation assurée par Jacques Le Coz. Cette implication dans le sport de haut niveau est déterminante pour la reconnaissance future de la mésothérapie.

1983 : création du Collège national des maîtres de stages (CNMS). Il est présidé successivement par Didier Chos, André Valter, Jean-Paul Keundjian et Philippe Salato.

1983 : création de la Société internationale de mésothérapie dont le président a longtemps été Michel Pistor. En 2003, Brahim Baba a la lourde tâche de présider cette société qui regroupe plus de vingt pays pratiquant la mésothérapie. Malheureusement, le décès brutal de Brahim Baba, en mars 2008, marque une grande perte pour la mésothérapie car il avait, à travers son action, su faire l'unanimité. Depuis la présidence est assurée par Denis Laurens.

1987 : la mésothérapie est reconnue par l'Académie de médecine comme faisant partie intégrante de la médecine traditionnelle.

1989 : Grâce au docteur Didier Mrejen, le premier diplôme d'université de mésothérapie voit le jour à la faculté de Marseille dans le service du professeur Delboy.

1996 : un deuxième diplôme d'université voit le jour à Bordeaux grâce à l'esprit éclairé du professeur Lavignolle.

2001 : Afin d'établir la nouvelle classification commune des actes médicaux (CCAM), la CNAM demande à l'ANAES (devenue HAS) de valider les traitements retenus par les comités d'experts. C'est chose faite pour la mésothérapie dans le cadre du traitement de la douleur en mai 2001.

2002 : cette reconnaissance a permis en juin 2002 de mettre en place le diplôme interuniversitaire de mésothérapie grâce au soutien du professeur Saillant, doyen de la faculté Pitié-Salpêtrière. Ce diplôme se déroule à Marseille (Pr Delarque), à Bordeaux (Pr Lavignolle) et à Paris (Pr Perrigot).

2003 : malheureusement, Michel Pistor nous quitte le 3 août 2003, mais il nous laisse une formidable envie de soigner nos patients comme le résume sa devise « peu, rarement et au bon endroit ».

2003 : deux nouvelles facultés, Dijon (Pr Baulot) et Clermont-Ferrand (Pr Boisgard), viennent rejoindre les trois premières en octobre.

2003 : le conseil national de l'Ordre des médecins valide le diplôme en décembre 2003, permettant

ainsi aux seuls titulaires du DIU de faire état de leur diplôme sur leurs plaques et ordonnances.

2005 : une rubrique « mésothérapie » est créée en janvier 2005 dans les Pages jaunes pour l'année 2006, elle est réservée aux titulaires du DIU.

2005 : la CCAM entre en application en juin 2005 avec, au chapitre 1.7, l'acte de mésothérapie dans le traitement de la douleur.

2006 : création des centres régionaux d'enseignement de la mésothérapie (CREM). Au nombre de six, centrés autour d'un pôle de DIU, ils regroupent les CERM correspondant à la région concernée. Ils ont pour but l'enseignement de la mésothérapie : DIU, hors DIU et FMC.

2008 : création du premier DU de mésothérapie esthétique en juin 2008 à la faculté de Bordeaux sous la responsabilité du Pr Casoli.

2010 : une nouvelle faculté, Lyon 1 (Pr Guyen), vient compléter les cinq premières en octobre 2010. Il y a ainsi six pôles d'enseignement du DIU de mésothérapie.

2011 : création du Collège de mésothérapie esthétique (CME) en juillet 2011. Il a pour but la recherche, la diffusion et la formation continue de la mésothérapie esthétique, l'enseignement étant assuré par le DU de la faculté de Bordeaux à laquelle vont s'adjoindre en 2012 les facultés de Pitié-Salpêtrière, Dijon et Clermont-Ferrand afin de constituer un DIU identique à celui du traitement de la douleur avec à la clé la reconnaissance du Conseil national de l'Ordre. Cela permettra de couvrir l'ensemble des indications de la mésothérapie avec un enseignement strictement universitaire.

Mise en place d'une certification qualité accréditation selon un référentiel qualité « techniques d'injections en esthétique » par l'AMME.

La mésothérapie a ainsi beaucoup évolué depuis deux ans, des médicaments ont disparu mais d'autres les ont avantageusement remplacés essentiellement dans le traitement de la douleur qui représente 80 % des consultations de mésothérapie.

Terminologie de base

Mésothérapie : technique médicale visant à injecter dans la **peau** un mélange à un endroit **choisi** et dans une **quantité mesurée** des médicaments injectables dans un but thérapeutique.

IED – intra-épidermique : technique d'injection superficielle, par glissement de l'aiguille biseau en haut (environ 1 mm).

Épidermique : *idem* IED.

IDS – intradermique superficiel : injection dans le derme superficiel (environ 2 mm).

IDP – intradermique profond : injection point par point ou nappage dans le derme profond (environ 4 mm).

DHD – dermo-hypodermique : injection point par point dans l'hypoderme (environ 6 à 10 mm).

Nappage : technique d'injection par piqûres rapides rapprochées avec une aiguille orientée à 45 degrés.

Nappage superficiel : nappage superficiel d'environ 2 mm de profondeur.

Papule : technique d'injection en papule épidermique ou dermique, piqûre avec aiguille orientée à 10 degrés, biseau en haut pour réaliser un décollement de la membrane basale (aspect dit « en peau d'orange »).

Point par point : technique d'injection avec une aiguille orientée à 90 degrés, généralement à une profondeur de 4 mm, mais pouvant varier de 2 à 10 mm.

Rétrotraçante : injection dermique ou hypodermique de produit du plus profond au plus superficiel, d'avant en arrière, en reculant la seringue tout en continuant de pousser le produit.

MPS – mésothérapie ponctuelle systématisée : fondements thérapeutiques de la mésothérapie établis à partir des cartographies issues de la SOS.

SOS – sémiologie objective systématisée : fondements cliniques et physiopathologiques de la mésothérapie établis à partir d'études cliniques validées.

Quantité injectée par point : en moyenne 0,2 cc.

Mélange principal : c'est le mélange idéal, initialement administré à l'aide de la première seringue. Il peut varier quelque peu lors de chaque séance

selon la clinique. Lorsqu'il y a deux mélanges principaux à utiliser dans la même séance, il est nécessaire de préparer deux seringues différentes.

Mélange secondaire : mélange complémentaire destiné à traiter une autre pathologie liée à celle d'origine (exemple : lombalgie chronique et mésostress).

Injection superficielle (IED, IDS) = effet prolongé durant au moins 15 jours.

Injection profonde (IDP) = effet rapide durant 3 à 6 jours.

Injection très profonde (DHD) = effet immédiat se prolongeant 3 jours.

Techniques mixtes : utilisation de différentes techniques au cours d'une même séance, par exemple DHD + IDP + IED – utilisation logique conséquence aux effets ci-dessus.

Dermoneurodystrophie (DND) = zones de projections cutanées d'une souffrance organique, osseuse, viscérale ou musculaire, d'origine neurovégétatif périphérique.

Métamère = zones de projections cutanées d'une souffrance radiculaire.

Cellulopathie = cellulalgie = DND, termes employés en mésothérapie pour les irradiations cutanées d'une souffrance organique, osseuse ou viscérale.

N'oubliez jamais :

- mésothérapie = peau (épiderme, derme, hypoderme) ;
- injection SC (sous-cutanée), IM (intramusculaire), on passe dans le système vasculaire de diffusion systémique générale, donc **vérifier les profondeurs d'injection pratiquées**.

Préambule sur l'utilisation de ce guide

Nous avons fait le choix de vous présenter ce guide sous forme de fiches synthétiques regroupant l'ensemble des pathologies traitées par la mésothérapie. Pour cela, le classement alphabétique nous a paru plus aisé pour vous faciliter les recherches de façon encyclopédique. La classification par thèmes, rhumatologie, médecine du sport, médecine générale, esthétique nous semblait moins refléter la notion de « mésothérapie médecine globale », qui nous est cher.

Afin de vous permettre une lecture rapide, pratique et efficace, nous avons volontairement synthétisé nos fiches et privilégié l'iconographie.

Nous n'avons pas la prétention de vous instruire sur la physiopathologie et avons délibérément simplifié cette rubrique et nous en excusons auprès des spécialistes dans cette matière.

Comment lire les fiches :

Le titre vous met en situation pratique, il correspond à la pathologie clinique recherchée. Certain titres correspondent à un traitement de mésothérapie, ce sont des dénominations qui sont entrées dans le langage « universel » de notre méthode, ils indiquent à eux seuls une pathologie.

Dans chaque fiche, vous trouverez la description clinique, les mélanges à effectuer, la technique et les lieux d'injections.

Mélanges principaux : ce sont les mélanges obligatoires de base du traitement, à faire en extemporané et dans une première seringue.

Mélanges complémentaires : ce sont des mélanges soit systématiques, soit supplémentaires, à faire dans une deuxième seringue en extemporané et lors de la même séance. Dans le mot « complémentaire » nous comprenons : « si besoin, pour traiter un terrain ou symptomatologie associée ».

Pour ce qui concerne les *contre-indications* : vous devrez vous reporter à celles relatives aux médicaments injectés, mais uniquement mentionnées en mésothérapie, dans la pharmacopée.

Il en est de même pour les précautions d'emploi ou complications qui sont en plus précisées en fin de fiche.

La mésothérapie est une technique sans risque, les seuls problèmes proviennent du praticien qui ne respecte pas les consignes d'hygiène de base, propre à toutes injections, ou à l'utilisation de produits ou matériels impropres et inappropriés.

Remarques préliminaires

Consultation mésothérapique

La consultation mésothérapique comporte, comme toute consultation médicale, plusieurs étapes successives :

- un interrogatoire ;
- un examen clinique complet :
 - l'examen physique se fait de la surface de la peau vers la profondeur. Ainsi, on examine en premier lieu les anomalies superficielles de la peau (cellulopathies). Lorsque la peau est épaissie, tendue, les points de tension profonds peuvent être plus difficiles à repérer,
 - la main de l'examineur doit être la plus légère possible. On peut ressentir avec la pulpe des doigts ou la paume de la main. On peut pousser, étirer, pincer la peau. Pour apprécier les modifications de la sensibilité, on peut doucement frotter la peau avec la pulpe des doigts et tester ainsi la sensibilité tactile grossière, la sensibilité à la pression. On peut légèrement griffer la peau avec les ongles et ainsi tester les terminaisons libres de la douleur, très superficielles,
 - le bruit du coton de désinfection lors de l'application permet, par la tonalité de bruit émis sur la peau, d'évaluer la tension tissulaire,
 - il est plus aisé de pratiquer un examen bilatéral comparatif afin de mieux cerner les différences,
 - le patient reste le meilleur témoin et porteparole du ressenti cutané ;
- un diagnostic le plus précis possible ;
- un traitement adapté : chaque médicament est utilisé en fonction de la correspondance des indications et des signes cliniques. Par exemple, une contracture est traitée par un médicament décontracturant (thiocolchicoside), une inflammation aiguë est traitée par un anti-inflammatoire non stéroïdien (piroxicam).

La mésothérapie peut être utilisée comme test thérapeutique de débrouillage pour tenter de simplifier des cas cliniques complexes et intriqués. Une même zone de souffrance cutanée peut avoir plusieurs origines. Par exemple, une cellulopathie de la région maxillaire peut être d'origine infectieuse ou allergique (sinusite aiguë ou chronique) et/ou d'origine cervicale (tension des muscles cervicaux postérieurs).

En l'absence de troubles cellulopathiques et douloureux, aucun traitement n'est appliqué.

Il est intéressant pour une meilleure efficacité de déborder assez largement une zone en souffrance.

Principaux éléments constitutifs de la peau concernés par la mésothérapie

	Vasculaire	Conjonctif	Sensibilité lemniscale	Sensibilité extralemniscale	Immunitaire
Épiderme			Disque de Merkel (sensibilité tactile épicrotique)	Terminaisons libres de la douleur	Immunité non spécifique (protection mécanique : physique, chimique, biologique – flore commensale)
Couche basale					Immunité spécifique cellulaire (lymphocytes T)
Derme superficiel	Capillaires vrais	Conjonctifs papillaires		Corpuscules de Meissner (tact protopathique – sensibilité tactile grossière)	Immunité spécifique humorale (lymphocytes B)
Derme profond	Veinules Artérielles	Conjonctif réticulaire	Terminaisons nerveuses annexées au poil	Corpuscules de Krause (sensibilité thermique au froid) Corpuscules de Ruffini (sensibilité thermique au chaud)	
Hypoderme	Veines Artères Coulées adipocytaires	Conjonctif lamellaire	Corpuscules de Paccini (baresthésie = sensibilité à la pression) Corpuscules de Golgi-Mazzoei (baresthésie = sensibilité à la pression)		

La peau : les quatre unités de compétence

La peau est le siège, sur quelques millimètres d'épaisseur, des principaux systèmes fonctionnels de l'organisme, regroupés en unités de compétence :

- *unité de compétence circulatoire*, avec les capillaires veineux et artériels, les veinules et les artérioles, les veines et les artères de petit calibre, le réseau lymphatique ;
- *unité de compétence nerveuse*, avec de très nombreux récepteurs sensitifs (terminaisons libres de la douleur, tact épicrotique, tact grossier, sensibilité thermique, sensibilité à la pression, sensibilité à l'étirement, sensibilité proprioceptive) dispersés dans les couches superficielles de la peau ;
- *unité de compétence immunitaire*, avec à la fois l'immunité cellulaire et l'immunité humorale ;
- *unité de compétence fondamentale*, avec la substance fondamentale ou matrice extracellulaire, qui baigne l'ensemble des éléments des unités de compétence et assure la transmission incessante d'informations, d'éléments nutritifs et humoraux. De ce fait, les informations données à la peau par le traitement mésothérapique sont très rapidement diffusées localement et locorégionalement, à l'endroit où se situent les troubles, avec des doses injectées relativement faibles.

La peau : témoin de la souffrance, vecteur du traitement

Un organe en souffrance (tension, inflammation, infection, traumatisme) s'exprime par une ou plusieurs zones cellulopathiques et des points douloureux plus profonds. Il est de ce fait le témoin de cette souffrance, repérable par l'examen clinique attentif.

L'application sur cette zone cellulopathique d'un mélange mésothérapique adapté aux troubles cliniques par voie épidermique IED ou nappage IDS et l'injection du même mélange par voie intradermique profonde IDP ou dermo-hypodermique DHD-MPS atténuent rapidement les perturbations cliniques, de la surface à la profondeur, jusqu'aux organes concernés.

La peau est le vecteur du traitement mésothérapique.

Cellulopathies

La souffrance d'un tissu, d'un organe, provoque une réaction de la peau appelée cellulopathie ou dermoneurodystrophie (DND). Ce terme s'applique à toute modification de la peau. Il est préférable au terme de cellulalgie qui se restreint aux modifications relatives à la douleur et se confond avec les cellulites.

Les modifications de la peau peuvent être :

- un manque de souplesse, une rétraction sur les plans profonds, une tension ;
- un épaissement avec aspect gaufré, cartonné, ou un amincissement avec aspect terne, transparent ;
- une froideur avec pâleur, voire cyanose, ou une chaleur avec rougeur, augmentation de la vascularisation locale ;
- une hyperalgie ou anesthésie, ou anesthésie douloureuse au frottement, à la pression, aux changements de température.

La cause peut être :

- une action locale ou à distance ;
- une tension musculaire, périarticulaire ;
- un spasme viscéral ;
- un traumatisme, accidentel ou chirurgical ;
- une lésion cutanée avec troubles trophiques ;
- une infection ;
- un syndrome douloureux régional complexe (type algoneurodystrophie).

Effet réflexe de la mésothérapie

La griffure (mésothérapie épidermique IED) ou la poncture (point par point en IDS, IDP ou DHD) ont des effets quasi immédiats lors de leur application, que ce soit sur les cellulopathies ou les points douloureux.

Il est possible d'en faire l'expérience au quotidien. Par exemple, lors d'activation de points douloureux lombosacrés associés à des cellulopathies fessières, le fait de traiter le point plexique S1 entraîne souvent une disparition ou une atténuation des autres points douloureux et des cellulopathies.

Il est très intéressant pour le praticien de faire ce test en collaboration avec le patient qui participe activement à celui-ci. Ainsi, le praticien développe sa base de données cliniques et le patient s'approprie ses troubles et leurs atténuations avec le traitement mésothérapique.

Effets pharmacologiques des médicaments utilisés

Chaque médicament utilisé possède ses propres effets thérapeutiques qui sont retenus pour chaque patient dans sa spécificité.

La combinaison de plusieurs médicaments (en général deux ou trois au total) permet d'augmenter

l'effet thérapeutique en associant les propriétés de chacun d'entre eux.

Le bon choix des médicaments

La clinique prime pour le choix de chaque médicament. L'examen clinique établit les médicaments nécessaires aux troubles retrouvés. À titre d'exemple, ce tableau des principaux produits et de leurs indications en mésothérapie.

Indications des produits de mésothérapie

Pathologie clinique	Produit de mésothérapie
Contracture	Thiocolchicoside
Antalgie	Calcitonine et AINS
Inflammation aiguë	Piroxicam ou kétoprofène
Inflammation chronique	Calcitonine
Dysneurotonie Stress ¹	Pidolate de magnésium, amitriptyline
Saignement capillaire Œdème	Étamsylate
Saignement	Arnica
Douleurs neuropathiques	Bricanyl [®] , tiapride, clonazépam, amitriptyline
Déficit immunitaire	Vitamine C, vaccin antigrippal
Fibrose Cicatrice	Complexe multivitaminé, vitamine E

Veiller pour le mélange des médicaments à ne pas associer des produits incompatibles entre eux.

Points réflexes

Les points plexiques sont des « clés » qui peuvent corriger les troubles cliniques de certaines régions anatomiques.

Le point plexique cervical supérieur (mastoïde) est le lien entre la région céphalique et le cou.

Le point plexique cervical inférieur, à l'intersection inférieure du trapèze et du sternocléidomastoïdien, correspondant au plexus stellaire est le lien entre le rachis cervical et la région scapulaire.

Le point plexique lombaire, en regard du trou S1, est le lien entre le rachis lombaire et la région fessière, le membre inférieur.

D'autres points ont une réactivité réflexe importante :

- la pointe du deltoïde, la pointe de la coracoïde et un point du sous-scapulaire (le long du rebord interne de l'omoplate) libèrent les mouvements de l'épaule;
- les points douloureux des insertions basses des ischio-jambiers.

Première séance

La première séance de mésothérapie doit rester relativement prudente dans son application, en évitant de trop stimuler les zones en souffrance, au risque de déclencher une hyperalgie le lendemain du traitement. En effet, il est important de ne pas oublier la puissance et la réactivité du traitement mésothérapique.

Cette première séance permet de débrouiller des cas cliniques complexes et souvent anciens.

Lors des séances ultérieures, les signes cliniques sont souvent plus nets, plus précis.

Rythme habituellement pratiqué

Une séance tous les 7 jours pendant 3 semaines.

Une quatrième séance, 15 jours plus tard.

Les premières séances sont rapprochées tous les 3 à 4 jours en cas de troubles aigus inflammatoires.

Fiche 1

Acné

Mots clés

Acné – Cicatrice – Mésovaccination – Mésomasque – Laser – LED

Définition

Inflammation des glandes sébacées et/ou pilo-sébacées, localisées dans l'acné juvénile ou vul-gaire, au visage et à la partie supérieure du thorax.

Physiopathologie

Les androgènes modifient la composition sébacée en la rendant plus comédogène.

Une bactérie *Propionibacterium acnes* provoque l'inflammation des follicules.

Examen clinique

Recherche et évaluation des zones inflammatoires, infectieuses ou cicatricielles.

Examens complémentaires

Inutiles.

Traitement mésothérapique (figure 1.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS, lignes espa-cées de 2 à 3 mm, parfois croisées.

Mélange principal

Acné commune :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Soluvit® ou vitamine E	2 cc

Mélanges complémentaires

Acné surinfectée – protocole mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Mésomasque à l'acide rétinoïque en entretien.

Disposer sur la peau une solution d'acide réti-noïque (0,5 %), puis une crème à 0,05 %.

Mettre une compresse au-dessus, appliquer le masque 20 minutes puis faire le protocole méso-vaccination en épidermique.

Zones d'application

Acné en débordant largement les zones inflamma-toires, tout le visage et les zones acnéiques.

Rythme

J1, J7, J15, puis tous les 15 jours.

Associations

LED : la lumière utilisée, ici principalement la lumière rouge, permet un assèchement des lésions et une légère amélioration des cicatrices. La méso-thérapie peut être suivie avantageusement d'une séance de LED.

Laser : certaines fréquences laser (1064nm, 1450nm) ont un effet démontré sur la destruc-tion de *P. acnes*, logé dans la glande du follicule pileux. Le laser provoque une nécrose de ce folli-cule et détruit le germe responsable. Les résultats sont très bons sur l'acné inflammatoire et infectée. La mésothérapie appliquée après ce traitement laser voit son efficacité augmentée et permet l'es-pacement des crises acnéiques.

Le traitement des cicatrices d'acné est aussi le domaine des lasers de dermabrasion et la mésothé-rapie y trouve également un intérêt.

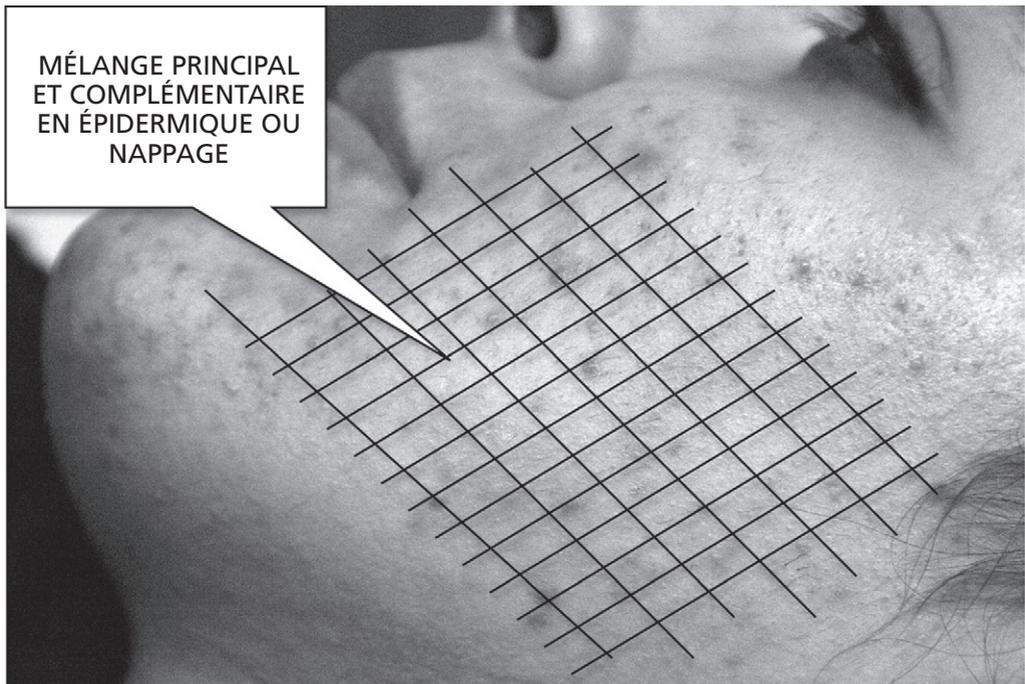


Figure 1.1

Traitement de l'acné.

La mésothérapie est une bonne technique pour rapidement désenflammer, diminuer les poussées et atténuer les cicatrices d'acné. L'acné conglobata n'est pas une bonne indication à la mésothérapie.

Fiche 2

Acouphène

Mots clés

Céphalée – Mésostress – Cervicalgie – Contracture – Tension cervicale – Céphalée occipitale, frontale, temporale – Acouphène – Cervicarthrose

Définition

Impression auditive correspondant à la perception d'un son.

Physiopathologie

Les acouphènes ont des origines très variées : musculaires (contractures), vasculaires, nerveuses, surmenage sonore aigu ou chronique, catarrhe tubaire.

Examen clinique

Recherche de tensions musculaires cervicales (muscles occipitaux, SCM).

Examen des tympans (otite séreuse, perforation, etc.).

Recherche des facteurs déclenchants ou favorisants : stress, tension cervicale, bruit...

Examens complémentaires

En seconde intention, en l'absence de résultats significatifs avec trois séances de mésothérapie.

Éliminer toute cause tumorale ou infectieuse (otite, mastoïdite, abcès cérébral...).

Traitement mésothérapique (figures 2.1 et 2.2)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélanges principaux

Si tension musculaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Piroxicam	2 cc

Si trouble circulatoire, terrain débilité :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc
Vitamine C 1 g	2 cc
Vitamine E	2 cc

Mélanges complémentaires

Si tension musculaire avec inflammation chronique, raideur articulaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc

Si stress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Région péri-auriculaire et mastoïdienne.

Muscles cervicaux supérieurs et moyens, SCM.

Rythme

J1, J7, J14, renouvelable si besoin.

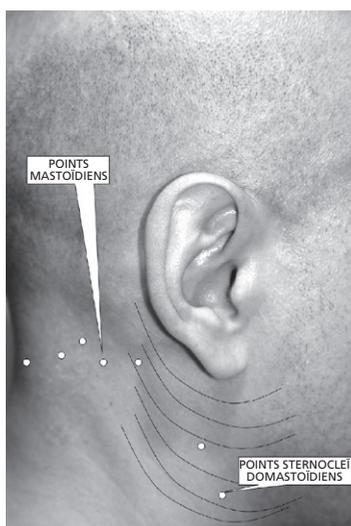


Figure 2.1
Acouphènes.

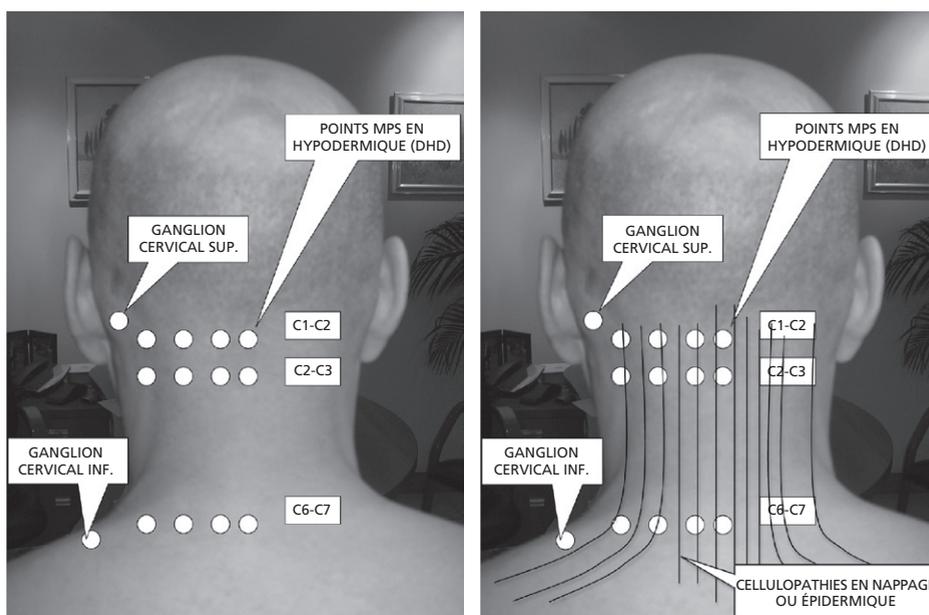


Figure 2.2
Points MPS rachis cervical.

Les acouphènes ont des origines très variées. De ce fait, le traitement mésothérapique s'y adaptera par ses mélanges. L'efficacité y est également variable. La mésothérapie doit toujours être essayée, pour débrouiller certains tableaux cliniques complexes et tester l'évolutivité des acouphènes. Comme très souvent, ne pas oublier d'examiner l'ensemble du rachis et de rechercher des tensions chroniques accessibles au traitement mésothérapique. Le mésostress est également souvent utile.

Fiche 3

Alopécie

Mots clés

Mésopécie – Pelade – Mésostress – Cheveux – Alopécie – Plasma riche en plaquettes (PRP)

Définition

La mésopécie est le traitement symptomatique de la chute anormale des cheveux, périodique ou chronique, aboutissant à une diminution du nombre de cheveux au cm².

Physiopathologie

Multifactorielle : microcirculatoire, neuro-hormonale, génétique...

Examen clinique

Test traction des cheveux.

Examens complémentaires

Bilan biostandard.

Bilan hormonal si besoin.

Traitement mésothérapique (figure 3.1)

Techniques

IDS, nappage.

Mélanges principaux

	Composé	Dosage
Mélange 1	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Étamylate	2 cc
	Vitamine B5	2 cc
	Vitamine H	1 cc
Mélange 2	Cernevit®, Soluvit® ou Vitalipid®	2 cc

Mélange complémentaire

Si besoin, faire le mésostress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Cuir chevelu, zone d'alopécie.

Rythme

Une séance par semaine pendant 5 semaines. Puis, cinq séances, 15 jours), puis entretien selon les cas (1 à 2 mois).

Association

PRP : une alternative aux produits de mésothérapie est l'injection de plasma riche en plaquettes (PRP) qui consiste à injecter le plasma du patient selon la même technique que la mésothérapie. Les études montrent que trois séances suffisent.

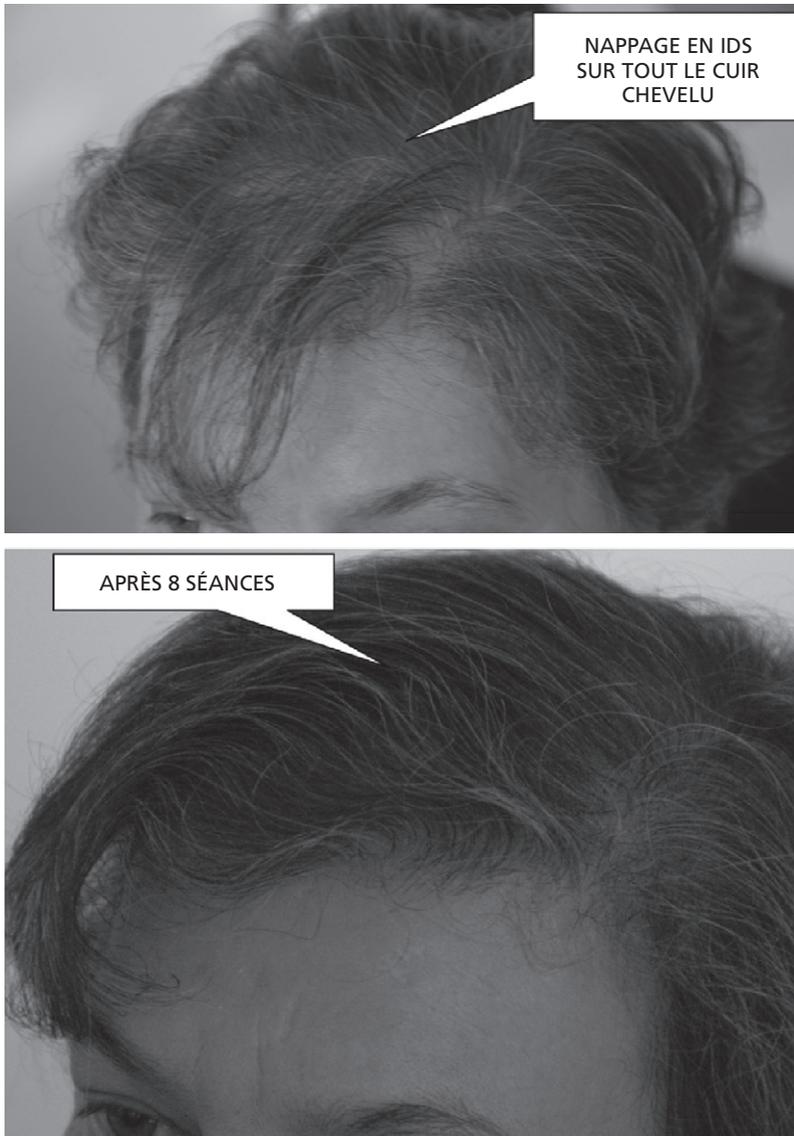


Figure 3.1
Mésopécie : traitement de la chute des cheveux avant et après mésothérapie.
Arrêt de la chute des cheveux en cinq séances.

Fiche 4

Aphonie

Mots clés

Aphonie – Trachéite – Laryngite – Méso vaccination – Méso stress

Définition

Extinction de voix d'origine fonctionnelle, virale, inflammatoire ou neurotonique, sans origine organique.

Physiopathologie

Origines variées : allergique, virale, stress, par agent physique (chaleur, produit, reflux acide œsogastrique).

Examen clinique

Recherche de signes inflammatoires ou infectieux par examen endobuccal, examen sous-maxillaire et pharyngolaryngé externe.

Recherche de signes organiques.

Examen complémentaire

Examen ORL par spécialiste si besoin.

Traitement mésothérapique (figure 4.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélanges principaux

	Composé	Dosage
Mélange 1	Procaine 2 %	2 cc
	Piroxicam	1 cc
	Étamsylate	2 cc
Mélange 2	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Calcitonine 100 UI	1 cc
	Piroxicam	1 cc

Mélange complémentaire

Protocole méso stress sur aphonie récidivante :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Région trachée et cordes vocales.

Points de méso stress, cf. p. 301.

Rythme

Si aigu : J1, J3.

Si chronique : J1, J7, J14, renouvelable si besoin.

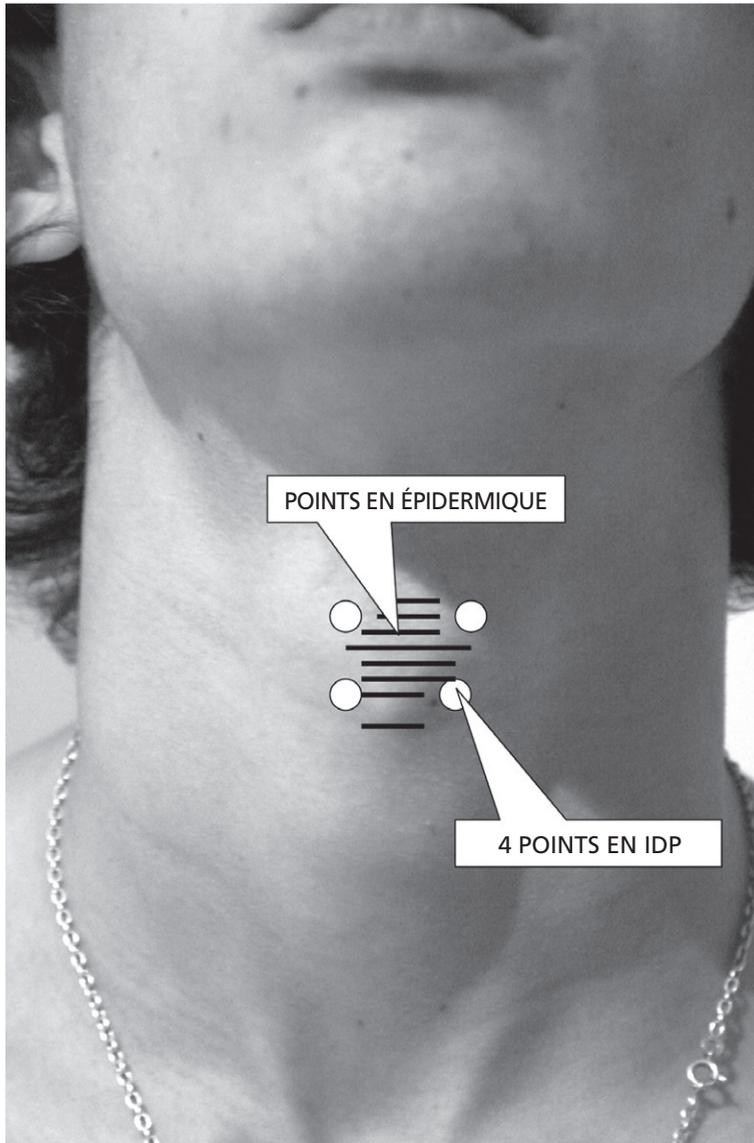


Figure 4.1

Cartographie aphonie.

Traitement très bon et rapide, pour les chanteurs aphones avant la représentation – évite la corticothérapie.

Fiche 5

Aponévrosite plantaire en phase aiguë

Mots clés

Aponévrosite – Tendinite – Ostéocondrose – Épiphysite de croissance – Sever – Épine calcanéenne

Définition

Inflammation de l'aponévrose plantaire en regard du tubercule postéro-interne du calcanéum secondaire à des microtraumatismes répétés (sportifs, chaussage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion interne de l'aponévrose plantaire (excès d'entraînement, chaussage inadapté, troubles de la statique plantaire).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient sous le talon.

Douleur à la pression digitale du tubercule postéro-interne du calcanéum.

Douleur déclenchée par la dorsiflexion passive du pied.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 5.1)

Technique

Point par point (IDP).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tubercule postéro-interne après glaçage.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

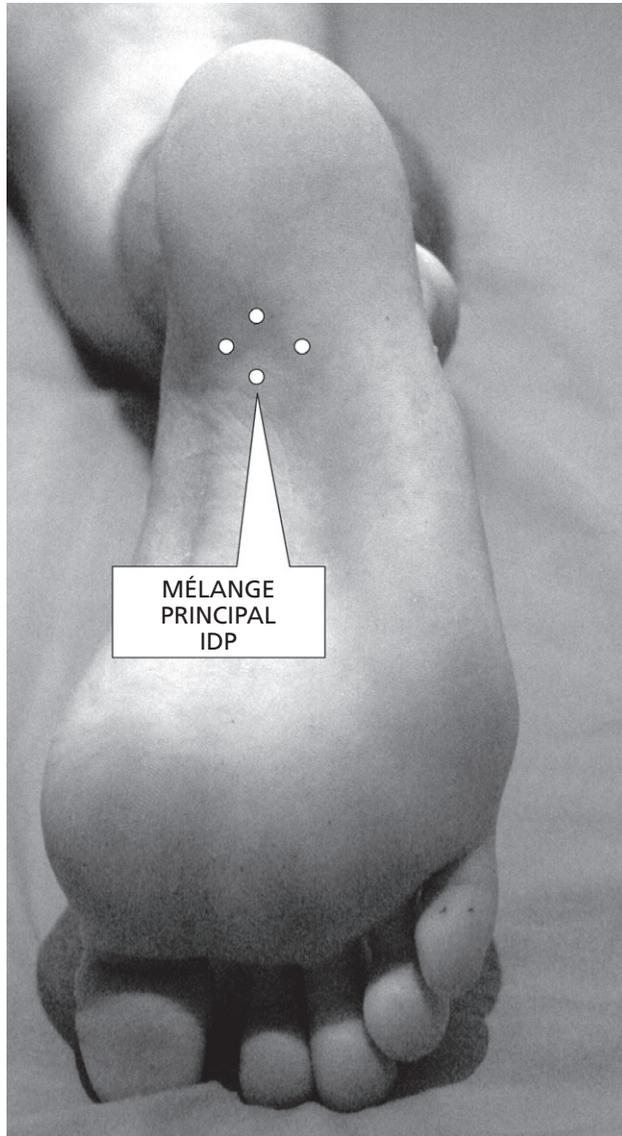


Figure 5.1
Aponévrosite plantaire en phase aiguë.

Fiche 6

Aponévrosite plantaire en phase chronique

Mots clés

Aponévrosite – Tendinite – Ostéochondrose – Épiphysite de croissance – Sever – Épine calcanéenne

Définition

Inflammation de l'aponévrose plantaire en regard du tubercule postéro-interne du calcanéum secondaire à des microtraumatismes répétés depuis plus de 3 mois (sportifs, chaussage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion interne de l'aponévrose plantaire (excès d'entraînement, chaussage inadapté, troubles de la statique plantaire).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient sous le talon.

Douleur à la pression digitale du tubercule postéro-interne du calcanéum.

Douleur déclenchée par la dorsiflexion passive du pied.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 6.1)

Technique

Point par point (IDP).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tubercule postéro-interne après glaçage.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

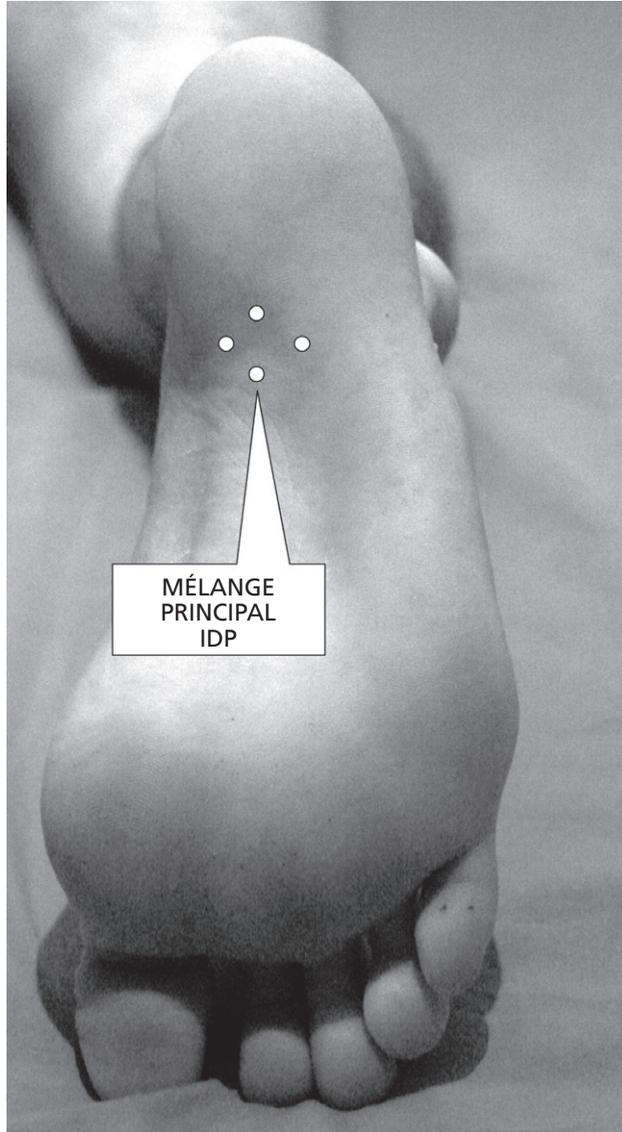


Figure 6.1
Aponévrosite plantaire en phase chronique.

Fiche 7

Artérite des membres inférieurs

Mots clés

Mésodrain – Ulcère – Artériopathie – Artérite

Définition

Troubles symptomatiques des membres inférieurs par inflammation artérielle et réduction du débit.

Physiopathologie

Insuffisance artérielle, inflammation, artériosclérose.

Examen clinique

Recherche des tensions douloureuses, des pouls périphériques et capillaires, œdèmes et lésions cutanées.

Évaluation du périmètre de marche.

Recherche d'une claudication intermittente.

Examen complémentaire

Bilan spécialisé (angéiologue).

Traitement mésothérapique (figure 7.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS ou IDP sur axes artériels.

Mélange principal

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	2 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire

Si troubles trophiques :

Composé	Dosage
Procaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc

Zones d'application

Épidermique ou IDS ou IDP : axes artériels du pli inguinal aux orteils.

Rythme

J1, J7, J14, J30 ou J45, puis 1 fois par mois.

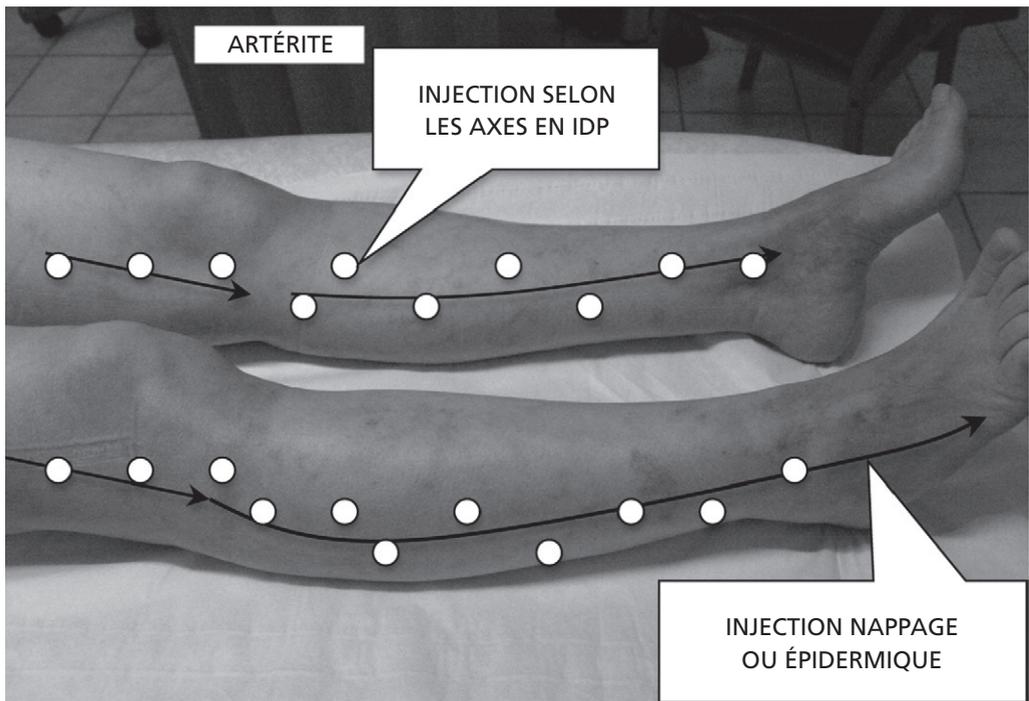


Figure 7.1

Artérite des membres inférieurs.

Évaluer l'amélioration sur le périmètre de marche et les troubles fonctionnels.

Fiche 8

Arthropathie acromio-claviculaire en phase chronique

Mots clés

Arthropathie – Arthrose

Définition

Avant tout radiologique : élargissement de l'interligne avec présence de microgéodes uniquement claviculaires (cinq à sept).

Physiopathologie

Lésions dégénératives secondaires à un traumatisme.

Examen clinique

Douleur spontanée en regard de l'acromio-claviculaire.

Douleur à la pression digitale de l'interligne plus particulièrement sur le versant claviculaire.

Test isométrique : adduction contrariée du membre supérieur à 45°.

Test passif assisté : adduction passive forcée (main-épaule opposée).

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapeutique (figure 8.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Calcium	2 cc
Silicium	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne articulaire et plus précisément claviculaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45, J60.

Traitement complémentaire

Rééducation selon l'évolution.



Figure 8.1
Arthropathie acromio-claviculaire.

Fiche 9

Asthme

Mots clés

Bronchite chronique – Mésovaccination – Mésostimulation – Mésostress – Anergie – Allergie – Asthme

Définition

La mésothérapie est un complément des traitements allopathiques habituels de l'asthme, en jouant sur les terrains anergique et dysneurotonique.

Physiopathologie

Atopie.

Examen clinique

Standard.

Examens complémentaires

Faits par le spécialiste.

Traitement mésothérapique (figures 9.1 et 9.2)

Techniques

IED épidermique ou IDS nappage sur cellulopathie. IDP.

Mélanges principaux

Mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Mésostress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Cartographie mésostress.

Cartographie mésovaccination.

Cartographie MPS dysfonction vasculoviscérale bronchopulmonaire.

Zone de tensions musculaires cervico-thoraciques.



Figure 9.1
Cartographie de la mésovaccination.



Figure 9.2
Cartographie du mésotress : faces postérieure, antérieure et thoracique.
Traitement souvent intéressant qui améliore le confort du patient.

Fiche 10

Bronchite chronique

Mots clés

Mésovaccination – Mésostimulation – Inflammation chronique – Anergie – Bronchite chronique

Définition

La mésothérapie traite le terrain; c'est un traitement complémentaire visant à stimuler les défenses immunitaires.

Physiopathologie

Inflammation et encombrement bronchique chronique.

Examen clinique

Standard.

Examens complémentaires

Faits par le spécialiste.

Traitement mésothérapique (figures 10.1 et 10.2)

Techniques

IED, IDS, IDP, DHD.

Mélanges principaux

Mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Mésostimulation :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc
Cernevit®, Soluvit® ou Vitalipid®	2 cc

Zones d'application

Cartographie de mésovaccination avec points pulmonaires.

Cartographie MPS dysfonction vasculoviscérale bronchopulmonaire.

Cartographie de la mésostimulation.

Rythme

J1, J7, J14 et tous les 3 mois.

Figure 10.1
Cartographie MPS
bronchopulmonaire.

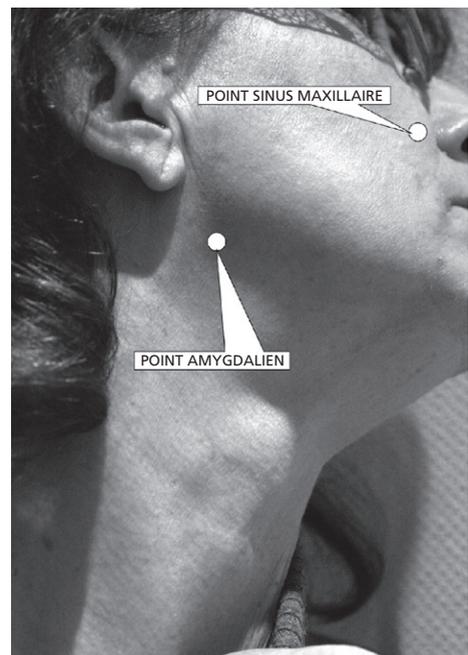
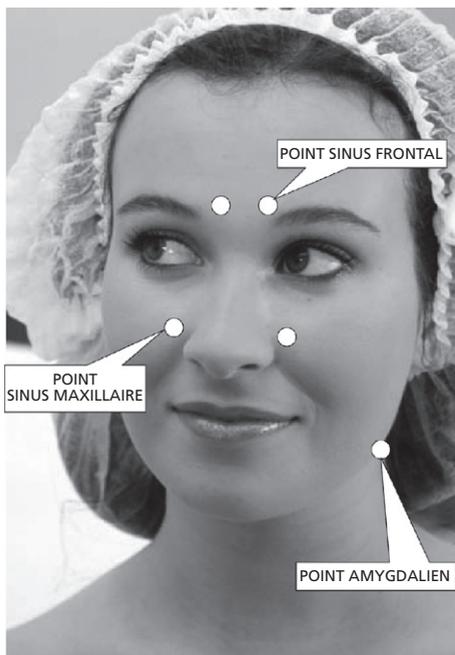
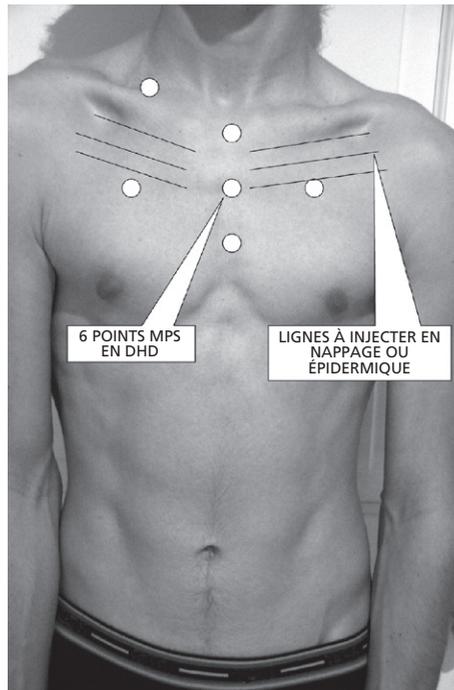


Figure 10.2
Cartographie de la mésovaccination.
Encore un bon traitement renforceur, complémentaire à la thérapeutique classique.

Fiche 11

Capsulite rétractile de l'épaule

Mots clés

Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Lésions scléro-atrophiques des structures abarticulaires de l'épaule avec grippage articulaire aboutissant à une limitation plus ou moins complète de la mobilité.

Physiopathologie

Phase terminale d'un processus de type algodystrophique.

Examen clinique

Impotence fonctionnelle marquée en opposition avec un processus douloureux qui s'atténue progressivement.

Tests isométriques impossibles.

Limitation articulaire.

Contractures musculaires des rotateurs externes et du deltoïde retrouvées au palper-rouler.

Examens complémentaires

Arthroscanner, arthro-IRM.

Traitement mésothérapeutique (figure 11.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Terbutaline	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc
Lidocaïne 1 % (ou magnésium)	2 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	2 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne articulaire et mélange complémentaire en regard des corps musculaires.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45, J60.

Traitement complémentaire

Rééducation très active.

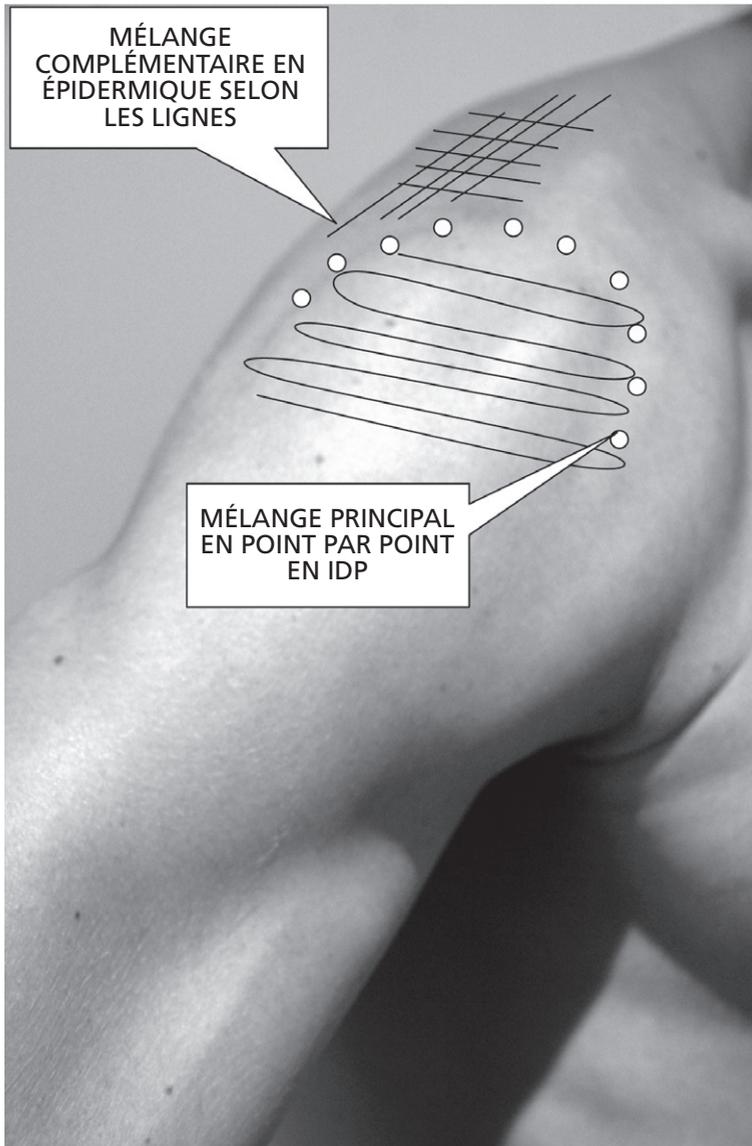


Figure 11.1

Capsulite rétractile.

Les diagnostics différentiels à éliminer sont l'épaule aiguë hyperalgique, l'épaule gelée et l'épaule pseudo-paralytique.

Fiche 12

Cellulite - mésodissolution

Mots clés

Mésodrain – Cellulite – Lipodystrophie – Lyse adipocytaire – Drainage – Mésodissolution – Lipolyse – Mésocellulite – Adipolyse – Lipolyse – Laser – Radiofréquence – Carboxythérapie

Définition

Traitement des hydrolipodystrophies et des tissus graisseux par accélération de la lipolyse et drainage.

Les travaux de C. Bonnet (2004–2007) montrent, sur 450 observations, 85 % de satisfaction des patientes, et une diminution du tissu graisseux de 30 %, contrôlée à l'échographie de façon significative.

Un suivi de pharmacovigilance sur 3 ans (2004–2007) à propos de 2500 observations n'a pas montré d'effet indésirable. L'indice efficacité-tolérance est excellent.

Quelques définitions basiques et indispensables sont à rappeler. En effet, l'intérêt que suscitent les traitements de la cellulite et la recherche d'explications scientifiques, à l'efficacité d'un traitement ou d'une technique, nous amènent le plus souvent à banaliser des hypothèses théoriques pour des raisons pédagogiques. Cela provoque des erreurs scientifiques par des terminologies incorrectes.

La définition de la mésodissolution de notre première édition mentionnait l'hypothèse d'une lyse adipocytaire, ce qui était un abus de langage et une absurdité scientifique, que seul notre désir de simplification pédagogique peut excuser. En effet, **il ne faut pas confondre la lyse adipocytaire ou cellulaire ou l'adipolyse avec la lipolyse.**

La mésothérapie-mésodissolution, avec ses faibles quantités injectées, sa faible profondeur, sa concentration, ne peut en aucun cas nécroser un adipocyte, elle accélère seulement la lipolyse.

La lipolyse est un phénomène naturel qui englobe les mécanismes physiologiques contribuant à la

vidange des adipocytes pour récupérer l'énergie contrairement à la lipogénèse.

La lyse adipocytaire est une nécrose cellulaire amenant fièvre, inflammation, perte de substances qui ne peut s'observer que par des traitements invasifs, tels que la lipolyse laser, la lipo-aspiration, la phosphatidylcholine, la chirurgie.

Physiopathologie

Accélération de la lipolyse par drainage des tissus et accélération de la microcirculation.

Examen clinique

Marquer les zones à traiter.

Examen complémentaire

Recherche d'un éventuel syndrome métabolique associé.

Traitement mésothérapeutique (figure 12.1)

Techniques

IDS, IDP, épidermique IED en drainage, injection sur les paquets graisseux à 6 mm maximum de profondeur en point par point.

Depuis 2004, l'expérience de ces traitements a permis de modifier quelque peu les mélanges afin d'améliorer l'efficacité. J'ai pour ma part traité plus de 10 000 patients avec ce mélange avec succès.

Mélange principal

Mésodissolution :

Composé	Dosage
Procaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Vitamine C	1 cc
Eau ppi*	6 cc

* ppi : pour préparation injectable.

Mélange complémentaire

Mésodrain systématique (cf. p. 192) :

Composé	Dosage
Procaïne	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Toutes les zones graisseuses et axes vasculaires.

Rythme

Une séance par semaine, 8 à 10 fois et entretien tous les 1 à 2 mois.

Associations

En fonction de mon expérience personnelle :

- laser : dans la fréquence infrarouge (1064 nm), avec des lasers Nd-Yag, nous améliorons principalement le relâchement cutané (*tightening*) et donc la fibrose et l'aspect peau d'orange. Un avantage indéniable à l'association avec la mésodissolution ;
- carboxythérapie : il en est de même, à moindre efficacité, pour cette technique qui consiste à injecter du dioxyde de carbone dans les tissus ;
- radiofréquence : monopolaire, bipolaire et maintenant tripolaire, cette technique permet d'activer la microcirculation, d'accélérer la lipolyse, de stimuler les fibroblastes et le nouveau collagène, en chauffant en profondeur les tissus (2 cm). Potentialise la mésodissolution sans aucun doute.

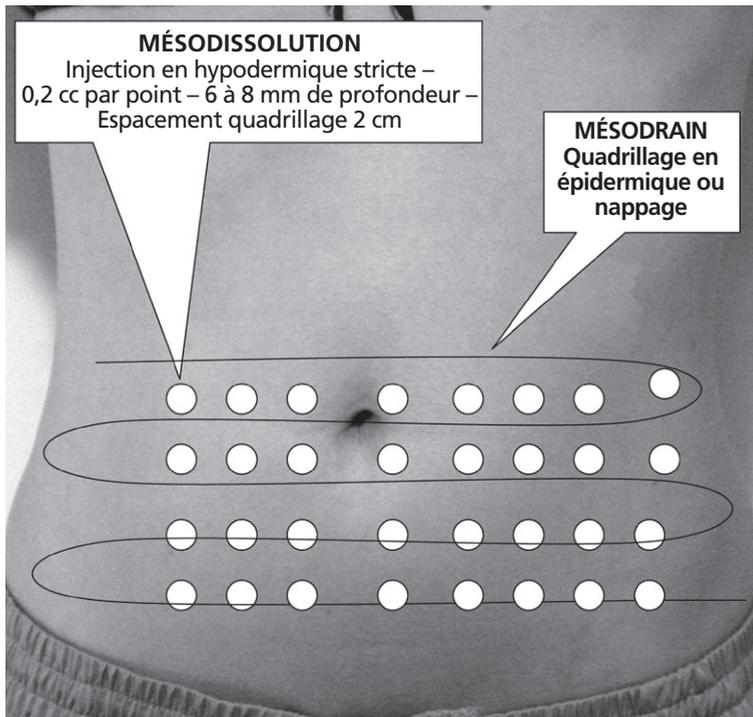


Figure 12.1

Mésodissolution – cellulite.

Possibilité de faire une technique modifiée sans calcitonine (mésodissolution modifiée et mésodrain modifié). Pour garder l'hypo-osmolarité, ne changer ni les produits ni les dosages.

Fiche 13

Cellulite - mésocellulite

Mots clés

Mésodrain – Cellulite – Lipodystrophie – Lyse adipocytaire – Drainage – Mésodissolution – Lipolyse – Mésocellulite – Adipolyse – Laser – Radiofréquence – Carboxythérapie

Définition

Cette étude clinique a pour objet d'évaluer l'efficacité anticellulitique d'un mélange mésothérapique ortho-osmolaire dans le cadre d'un apport alimentaire équilibré. Les travaux effectués sur la physiologie et le métabolisme du tissu adipeux par différentes équipes, et en particulier celle de l'Inserm de Toulouse, mènent à penser que l'injection locale d'un mélange ortho-osmolaire à visée essentiellement vaso-active conduirait à une réduction des amas graisseux et plus particulièrement cellulitiques. Les résultats présentés ici portent sur 124 cas¹. L'étude est toujours en cours afin d'atteindre un échantillon de 500 cas exploitables.

Résultats de l'étude

Sur 137 cas d'étude démarrés, seulement 129 questionnaires ont été retenus, certains cas n'ayant pas été acceptés car les sujets soit sont sortis de l'étude, soit ont présenté un dossier incomplet, soit n'ont pas respecté les conseils nutritionnels (trois cas). Ensuite, sur les 129 cas exploitables restants, cinq cas ont été exclus de l'analyse à cause de la survenue d'événements intercurrents susceptibles de fausser les résultats.

L'analyse porte donc sur 124 cas. Les résultats obtenus sont statistiquement significatifs.

L'échantillon est constitué de 124 femmes.

L'IMC moyen à l'inclusion était de 25,23.

Soixante-quinze sujets avaient un IMC (indice de masse corporelle) inférieur à 25. L'IMC le plus bas était de 21,84 et l'IMC le plus haut, de 29,70.

Le poids le plus élevé à l'inclusion à J0 était de 82 kg, et le poids le moins élevé, de 49,8 kg.

Variation du poids

La perte de poids moyenne a été de :

- 0,51 kg à B1 ;
- 0,82 kg à B2 ;
- 1,21 kg à B3.

La perte de poids observée chez les patientes n'est pas significative car à B3 elle n'est que de 1,8 %.

Cette faible perte de poids n'introduit donc pas de biais dans l'étude et renforce la valeur des autres critères quantitatifs se rapportant aux mesures.

1 Résultats présentés par les docteurs C. Bonnet, E. Pujos, G. Vasseur, M. Murat, J.-J. Perrin et D. Dubois.

Variation du tour de hanches

La diminution du tour de hanche a été de :

- 3,1 cm à B1 ;
- 4,2 cm à B2 ;
- 6,5 cm à B3.

En pourcentage, la diminution moyenne du tour de hanches a été de :

- 3,04 % à B1 ;
- 4,11 % à B2 ;
- 6,37 % à B3.

La perte maximum de tour de hanche a été de 7,62 %.

Variation du tour de genou

La diminution du tour de genou a été de :

- 1,2 cm à B1 ;
- 2,5 cm à B2 ;
- 3,6 cm à B3.

En pourcentage, la diminution moyenne du tour de genou a été de :

- 3,18 % à B1 ;
- 6,58 % à B2 ;
- 9,47 % à B3.

La perte maximum de tour de genou a été de 11,22 %.

Qualité de la peau

Il a été demandé à chaque patiente d'évaluer l'amélioration de l'aspect « peau d'orange » de leur peau en utilisant une EVA (échelle visuelle analogique) cotée de 0 à 10 (0 = aucune amélioration et 10 = amélioration spectaculaire).

Après neuf séances de traitement, l'indice moyen de satisfaction était de 8,9/10. Il est intéressant de noter que celui-ci a progressé de façon importante dès le début du traitement avec un chiffre de 5,3 après 3 semaines et 7,9 après 6 semaines de traitement.

Amélioration de la silhouette

La même EVA a été utilisée pour évaluer l'amélioration de la silhouette.

On obtient après 9 semaines de traitement un indice moyen de satisfaction qui atteint 9,2. Celui-ci était de 3,1 après 3 semaines et 6,5 après 6 semaines.

Le ressenti concernant l'amélioration de la silhouette est plus long à se dessiner que celui concernant l'amélioration de la qualité de la peau. Mais au final, l'indice de satisfaction est supérieur avec un chiffre que l'on peut qualifier d'exceptionnel.

Confort vestimentaire

La même EVA a été utilisée pour évaluer le confort vestimentaire.

Le résultat est logiquement assez proche des résultats obtenus pour l'amélioration de la silhouette. Cependant, il concerne essentiellement les traitements appliqués sur les hanches et assez peu les genoux.

Les résultats obtenus sont de 3,6 après 3 semaines, 6,1 après 6 semaines et 8,5 après 9 semaines.

Physiopathologie

Les indices de satisfaction rapportés pour un traitement concernant la cellulite sont remarquables et ont même surpris les expérimentateurs.

Le fait d'agir sur la physiologie et le métabolisme des graisses par le biais de la microcirculation apporte un respect et une redynamisation de l'environnement cellulaire susceptibles d'éliminer toute iatrogénéité.

Accélération de la lipolyse par drainage des tissus et accélération de la microcirculation.

Examen clinique

Marquer les zones à traiter.

Examen complémentaire

Recherche d'un éventuel syndrome métabolique associé.

Traitement mésothérapique (figure 13.1)

IDS, IDP, épidermique IED en drainage, injection sur les paquets graisseux à 6 mm maximum de profondeur en point par point.

Mélange principal (10 cc)

Composé	Dosage
Procaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	3 cc
Étamsylate	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Eau ppi*	1 cc

* ppi : pour préparation injectable.

Zones d'application

Toutes les zones graisseuses et axes vasculaires.

Rythme

Une séance par semaine 8 à 10 fois et entretien tous les 1 à 2 mois.

Association

Idem mésodissolution.

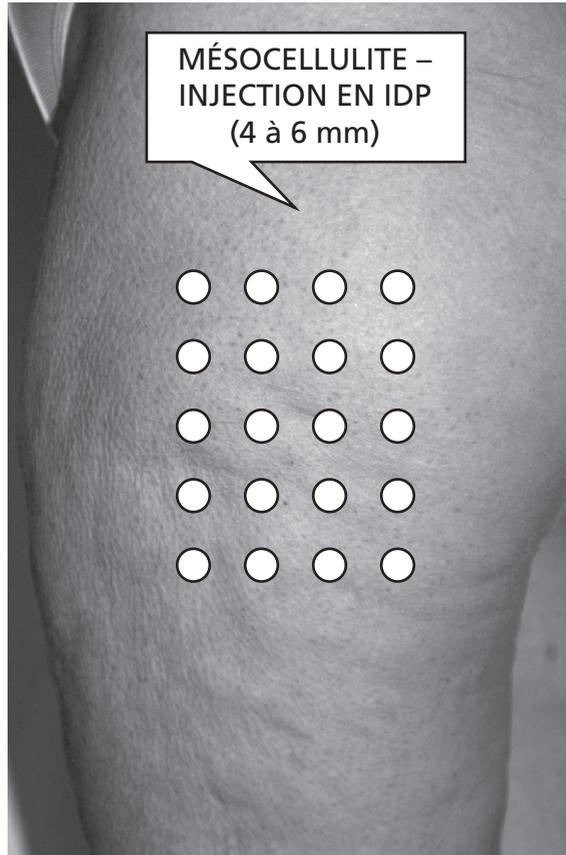
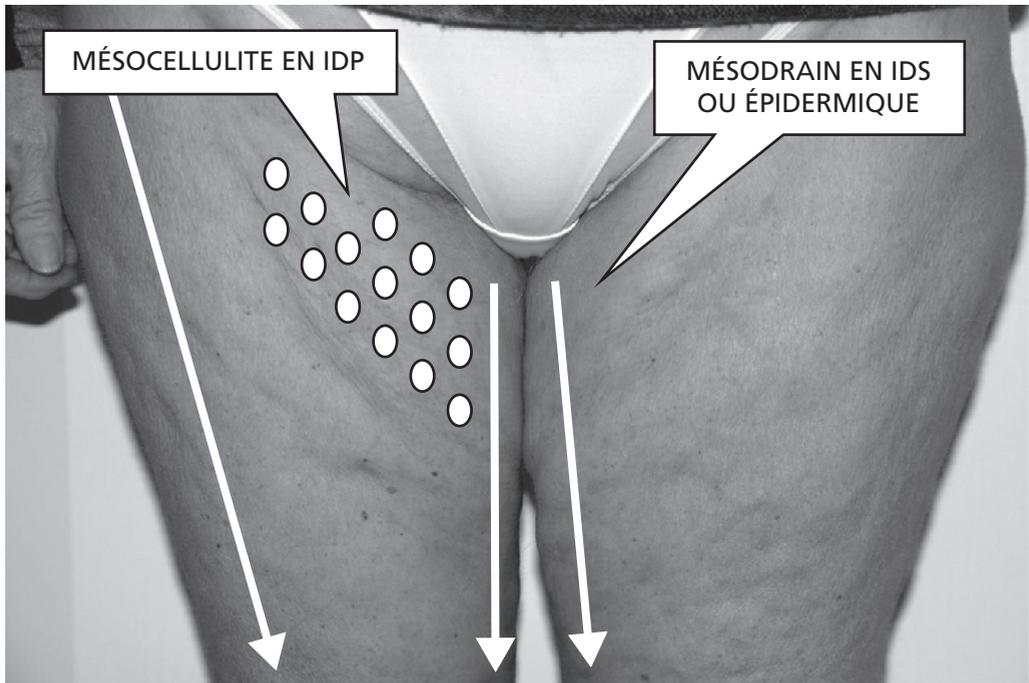


Figure 13.1
Mésocellulite – cellulite.



Fiche 14

Céphalée frontale

Mots clés

Céphalée – Mésostress – Cervicalgie – Contracture – Tension cervicale, occipitale, frontale

Définition

Douleurs frontales, uni- ou bilatérales.

Physiopathologie

Douleurs frontales uni- ou bilatérales, d'origines variées : tension musculaire cervicale postérieure des muscles sternocléidomastoïdiens, origine migraineuse, sinusite frontale, fatigue intellectuelle, trouble de la vision.

Examen clinique

Analyse clinique des signes locaux et locorégionaux :

- recherche de points de tension douloureux frontaux, cervicaux, sinusiens ;
- recherche de cellulopathies frontales, faciales, céphaliques et cervicales.

Examens complémentaires

En fonction de l'examen clinique :

- radiographies simples ou scanner cervical du massif facial ;
- fibroscopie ORL des sinus de la face ;
- examen ophtalmologique.

Traitement mésothérapique (figure 14.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélanges principaux

Si tension musculaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Si inflammation aiguë ou subaiguë (sinusite) :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc
Piroxicam	1/2 cc

Si terrain migraineux, stressé :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Mélange complémentaire

Si asthénie :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc

Zones d'application

Cellulopathies frontales et faciales, cervicales postérieures et/ou latérales.

Points douloureux frontaux et musculaires.

Rythme

J1, J7, J14.

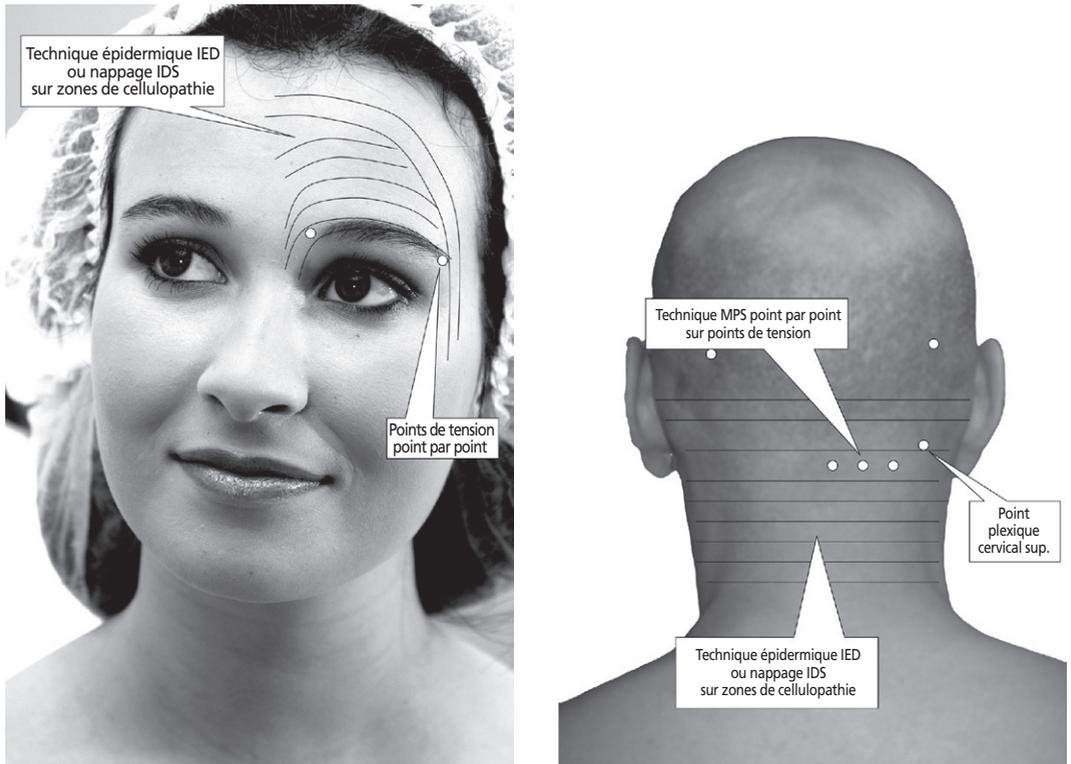


Figure 14.1

Céphalée tension frontale : faces antérieure et postérieure.

Les céphalées frontales ont de nombreuses étiologies possibles.

L'examen clinique s'attache à cerner ces étiologies et à adapter le traitement mésothérapique qui a un rôle de débrouillage d'un tableau complexe et un rôle spécifique de soulagement rapide.

Ne jamais oublier d'examiner l'ensemble du rachis et de le traiter en cas de désordre fonctionnel.

Fiche 15

Céphalée occipitale

Mots clés

Céphalée – Mésostress – Cervicalgie – Contracture – Tension cervicale occipitale

Définition

Céphalées de la région occipitale irradiant vers le vertex et/ou la région frontale ayant pour origine la mise en tension aiguë ou chronique des muscles occipitaux.

Physiopathologie

La mise en tension aiguë ou chronique des muscles occipitaux, d'origine variée (traumatisme, fatigue, courbature, stress, désordre intervertébral mineur...), provoque des douleurs musculaires (points de détente) et des cellulopathies occipitales, du cuir chevelu, de la région frontale et de la face.

Examen clinique

Recherche fine des cellulopathies sur un patient détendu (décubitus dorsal, tête en rétroflexion) et des points de détente musculaires.

Examens complémentaires

Radiographies du rachis cervical de face, profil et trois quarts, clichés centrés sur C1 et C2, si les douleurs ne cèdent pas au bout de trois séances de mésothérapie.

Scanner cervical avec reconstruction du rachis et des vertèbres en images 3D.

Traitement mésothérapique (figure 15.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur points douloureux.

Mélanges principaux

Si tension musculaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Si tension musculaire avec inflammation aiguë :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Piroxicam	1/2 cc

Si tension musculaire avec inflammation chronique, raideur articulaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc

Si tension musculaire avec inflammation aiguë, raideur articulaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Piroxicam	1/2 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc

Mélanges complémentaires

Si asthénie, terrain débilité :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc

Si stress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Région cervicale.

Point plexique cervical supérieur (pointe mastoïde).

Régions frontale et faciale si cellulopathie.

Prévoir un traitement mésostress si asthénie, terrain dysneurotonique déstabilisé, terrain débilité (mauvaise alimentation, tabac, soleil, convalescence de maladie importante).

Rythme

J1, J7, J14.

J1, J4, J8 si trouble très aigu.

Renouvelable tous les 7 à 15 jours en cas de trouble chronique encore améliorable par le traitement mésothérapique.

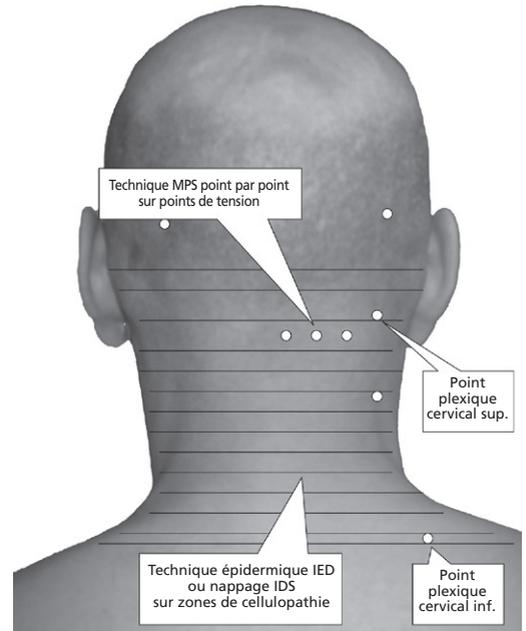


Figure 15.1
Céphalée tension occipitale : faces antérieure et postérieure.

Fiche 16

Céphalée temporelle

Mots clés

Céphalée – Mésostress – Cervicalgie – Contracture – Tension cervicale, occipitale, frontale, temporelle

Définition

Douleurs temporales, uni- ou bilatérales.

Physiopathologie

Douleurs temporales uni- ou bilatérales, d'origines variées : tension musculaire cervicale postérieure des muscles sternocléidomastoïdiens, origine migraineuse, fatigue intellectuelle.

Examen clinique

Analyse clinique des signes locaux et locorégionaux :

- recherche de points de tension douloureux temporaux, cervicaux ;
- recherche de cellulopathies temporales, faciales, céphaliques et cervicales ;
- évaluation clinique des différentes étiologies.

Examens complémentaires

Parfois nécessaires.

Radiographies simples ou scanner cervical.

Traitement mésothérapeutique (figure 16.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélanges principaux

Si tension musculaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Si terrain migraineux, stressé :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Mélange complémentaire

Si asthénie :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc

Zones d'application

Cellulopathies temporales et faciales, cervicales postérieures et/ou latérales.

Points douloureux musculaires.

Rythme

J1, J7, J14.

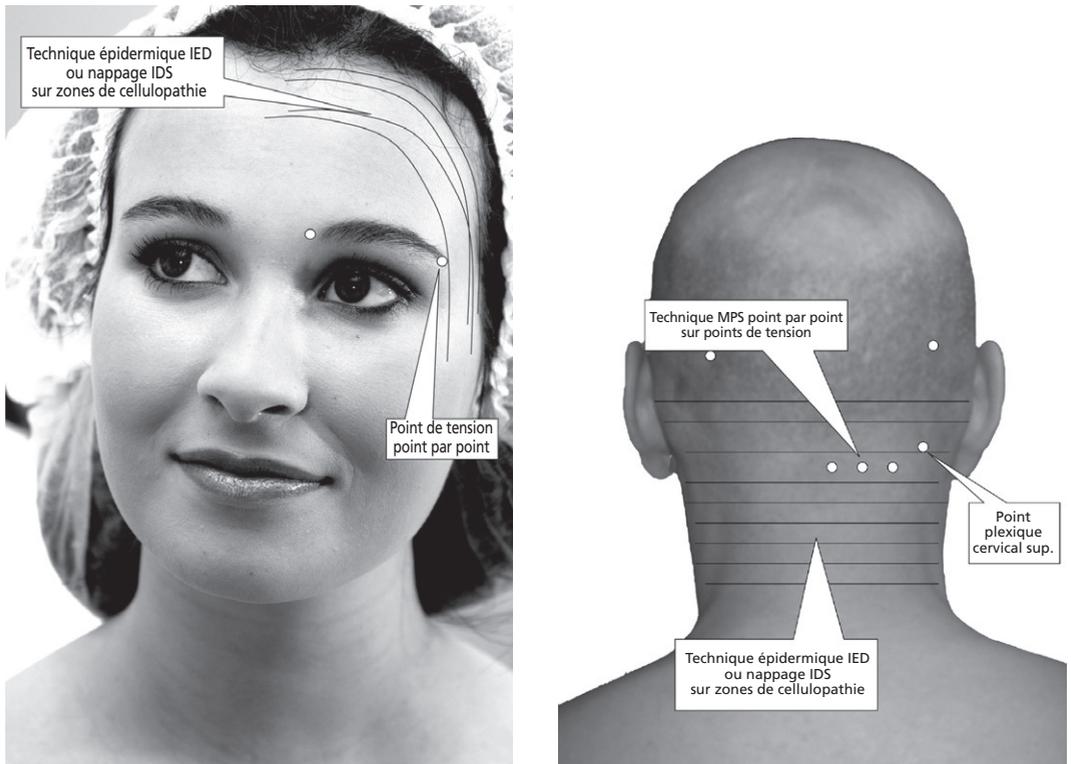


Figure 16.1

Céphalée tension temporale : faces antérieure et postérieure.

Les céphalées temporales sont fréquentes.

Le stress, la tension cervicale quotidienne sont des causes habituelles.

La tension du sternocléidomastoïdien (suite à des travaux tête relevée ou mauvais couchage par exemple) est douloureuse à la palpation du corps musculaire et induit des cellulopathies temporales et faciales.

Ne jamais oublier d'examiner l'ensemble du rachis et de le traiter en cas de désordre fonctionnel.

Fiche 17

Céphalée de tension cervicale

Mots clés

Céphalée – Mésostress – Cervicalgie – Contracture – Tension cervicale

Définition

Céphalées de la région cervicale moyenne ou supérieure irradiant vers la région occipitale, le vertex et/ou la région frontale ayant pour origine la mise en tension aiguë ou chronique des muscles cervicaux postérieurs.

Physiopathologie

La mise en tension aiguë ou chronique des muscles cervicaux postérieurs, d'origine variée (traumatisme, fatigue, courbature, stress, désordre intervertébral mineur, etc.), provoque des douleurs musculaires (points de détente) et des cellulopathies cervicales postérieures, du cuir chevelu, de la région frontale et de la face.

Examen clinique

Recherche fine des cellulopathies sur un patient détendu (décubitus dorsal, rotations droite et gauche de la tête, ou position assise tête appuyée sur les mains elles-mêmes posées à plat sur une table, coudes écartés) et des points de détente musculaires.

Examens complémentaires

Radiographies du rachis cervical de face, profil et trois quarts si les douleurs ne cèdent pas au bout de trois séances de mésothérapie.

Scanner cervical avec reconstruction du rachis en images 3D, éventuellement.

Traitement mésothérapique (figure 17.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélanges principaux

Si tension musculaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Si tension musculaire avec inflammation aiguë :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Piroxicam	1/2 cc

Si tension musculaire avec inflammation chronique, raideur articulaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc

Si tension musculaire avec inflammation aiguë, raideur articulaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Piroxicam	1/2 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc

Mélanges complémentaires

Si asthénie :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc

Si douleur stress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Si œdème, contusion, hématome :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 cc

Zones d'application

Région cervicale.

Point plexique cervical supérieur (pointe mastoïde).

Point plexique cervical inférieur.

Point réflexe latéro-cervical (niveau C4–C5).

Point réflexe stellaire (creux sus-claviculaire).

Régions frontale et faciale si cellulopathie.

Prévoir un traitement mésostress si asthénie, terrain dysneurotonique déstabilisé, terrain débilité (mauvaise alimentation, tabac, soleil, convalescence de maladie importante).

Rythme

J1, J7, J14 ou J1, J4, J8 si trouble très aigu.

Renouvelable tous les 7 à 15 jours en cas de trouble chronique.

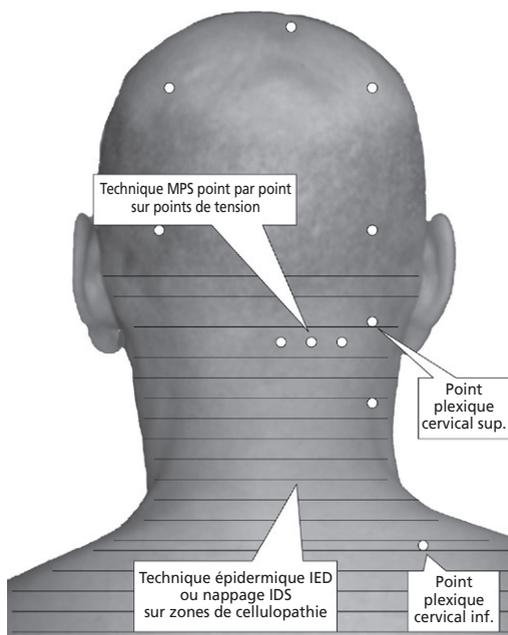
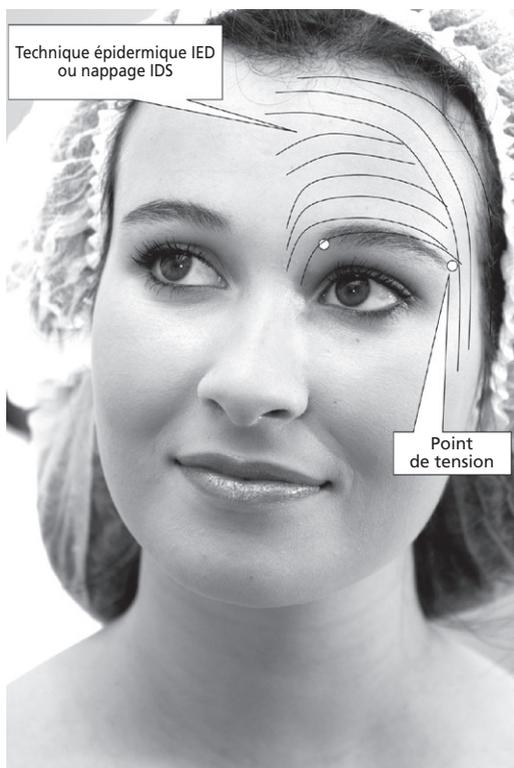


Figure 17.1

Céphalée de tension cervicale : faces antérieure et postérieure.

Les céphalées de tension cervicale sont très fréquentes. L'implication du stress est forte. Il ne faut pas hésiter à élargir le traitement à l'ensemble du rachis et à la région thoracique antérieure et à la base latérale du cou pour augmenter l'efficacité. Ne pas surtraiter un patient hyperesthésique.

Fiche 18

Cervicalgie commune abarticulaire

Mots clés

Névralgie – NCB – Dorsalgie – Arthrose

Définition

Inflammation des structures abarticulaires du rachis cervical.

Physiopathologie

Processus inflammatoire mécanique et/ou dégénératif des tendons, muscles et ligaments du rachis cervical.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis cervical.

Douleur à la pression digitale des tendons, muscles et ligaments cervicaux au niveau du rachis cervical sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de quatre points relevant d'une souffrance intervertébrale mécanique et/ou dégénérative (SID); points : interépineux (0 cm), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).

Douleur à la pression digitale de points plexiques à l'intersection supérieure du trapèze et du sternocléidomastoïdien (plexique cervical supérieur) et à l'intersection inférieure (plexus cervical inférieur).

DND sur le rachis cervical.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 18.1)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien et les points plexiques :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si flush ou nausées, calcitonine en IED ou IDS dans mélange complémentaire.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis cervical, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du segment rachidien et des points plexiques et mélange complémentaire en regard de tout le rachis.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si piroxicam insuffisant : kétoprofène mais, dans ce cas, la calcitonine se fait sur le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation.

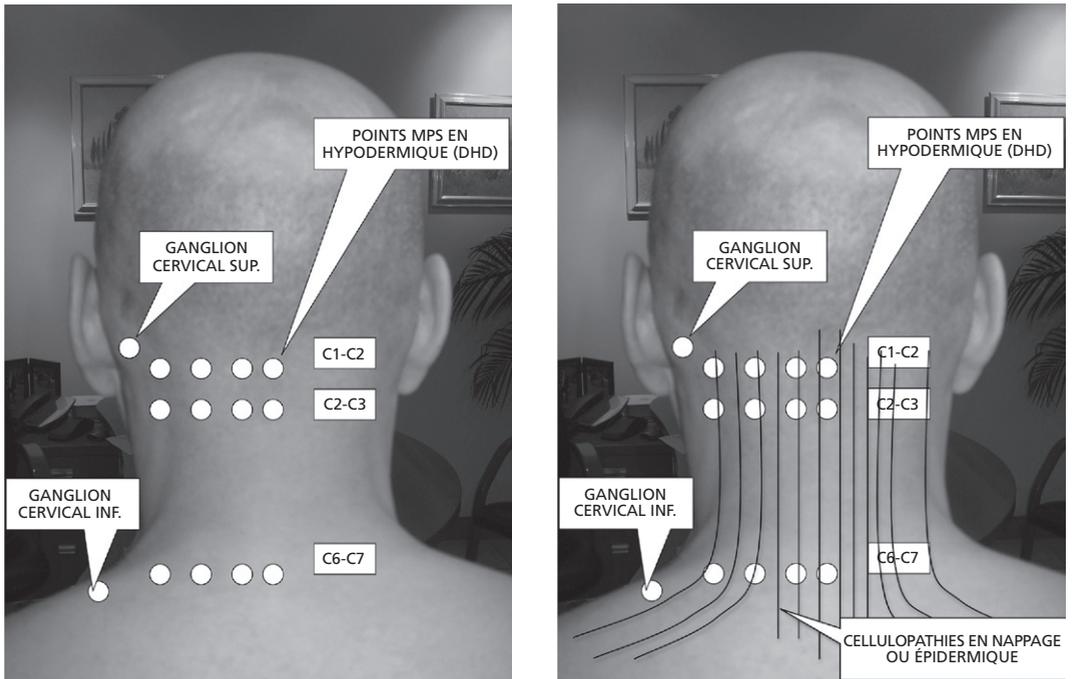


Figure 18.1
Points MPS rachis cervical.

Fiche 19

Cervicalgie commune arthrosique

Mots clés

Névralgie – NCB – Dorsalgie – Arthrose

Définition

Inflammation dégénérative des structures articulaires du rachis cervical.

Physiopathologie

Poussées aiguës inflammatoires sur un rachis cervical dégénératif.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis cervical.

Douleur à la pression digitale sur l'interligne du rachis donnant une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de quatre points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0 cm), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).

Douleur à la pression digitale de points plexiques : à l'intersection supérieure du trapèze et du sternocléidomastoïdien (plexus cervical supérieur) et à l'intersection inférieure (plexus cervical inférieur).

DND sur le rachis cervical.

Examen complémentaire

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 19.1)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien et les points plexiques :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si nausées ou flush, calcitonine en IED ou IDS dans le mélange complémentaire.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis cervical, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du segment rachidien et des points plexiques et mélange complémentaire en regard de tout le rachis cervical.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si kétoprofène, déplacer la calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation.

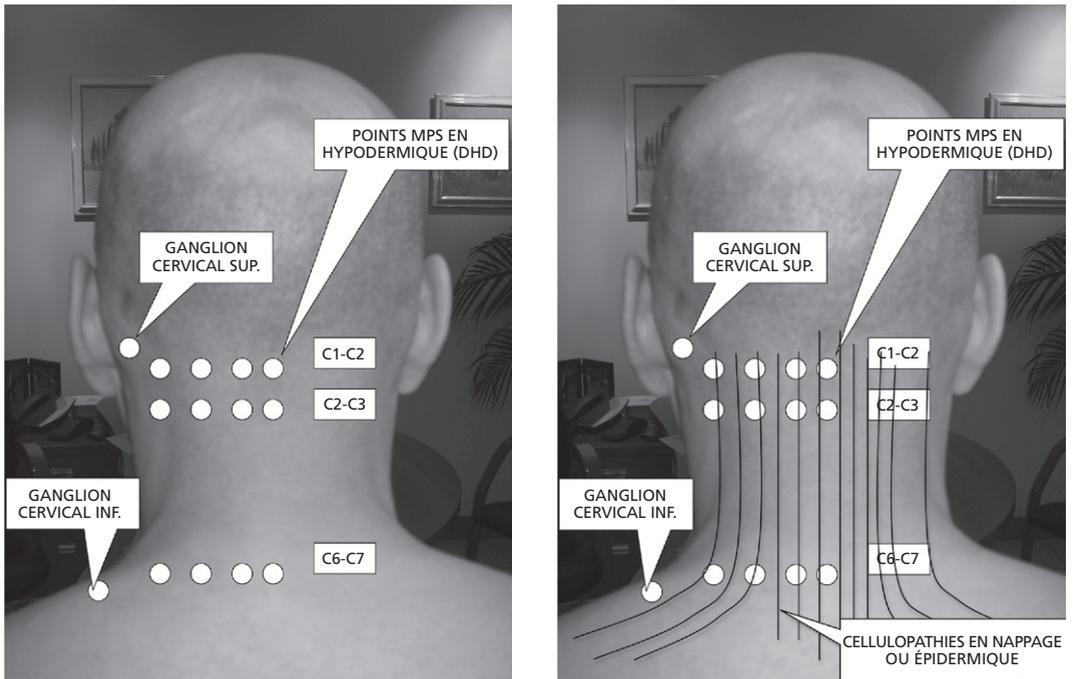


Figure 19.1
Points MPS rachis cervical.

Fiche 20

Chéloïde

Mots clés

Chéloïde – Fibrose – Cicatrice

Définition

Formation fibreuse cicatricielle formant un bourrelet inesthétique plus ou moins volumineux, le plus souvent dans les suites d'une plaie chirurgicale ou autre.

Physiopathologie

Dysrégulation des processus de cicatrisation–fibrose.

Traitement mésothérapique (figures 20.1 et 20.2)

Techniques

IDS, épidermique.

Mélange principal

Composé	Dosage
Bléomycine +	1 flacon
Procaïne	2 cc
Pentoxifylline	1 cc
Vitamine E	1 cc
Calcinonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Directement dans la chéloïde et terminer par un nappage ou épidermique.

Rester superficiel et non agressif.

Rythme

J1, J15, J30, J45 et une séance par mois.

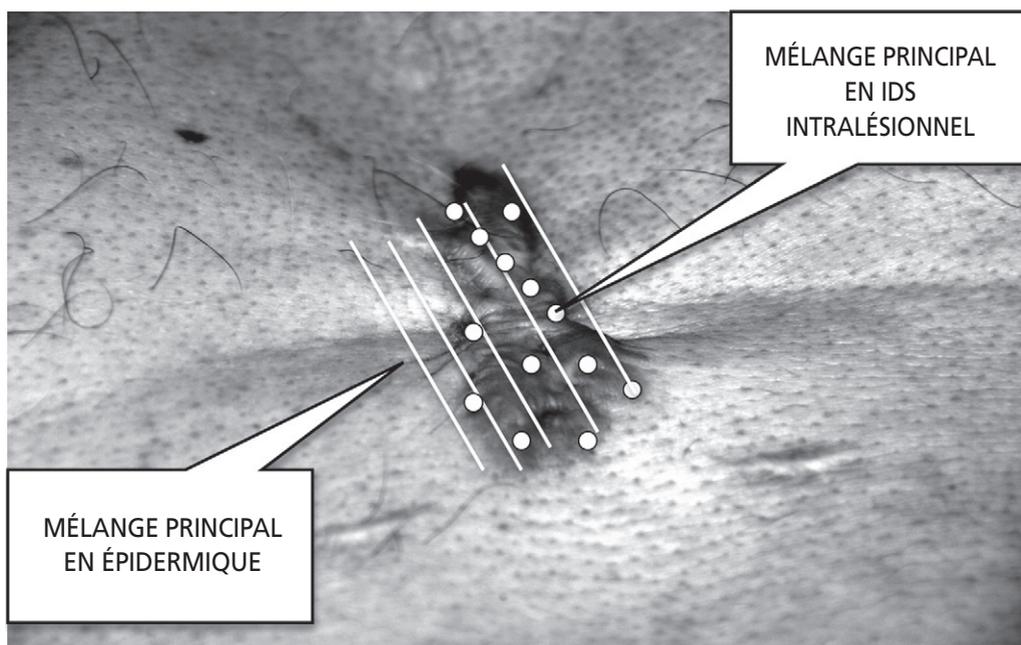


Figure 20.1

Traitement des chéloïdes.

Ce traitement est très intéressant et a le mérite d'agir préventivement et curativement, la réduction de la chéloïde est nette et son inflammation (rougeur) diminue largement. Les petites chéloïdes réagissent beaucoup plus rapidement. La mésothérapie remplit un vide thérapeutique.

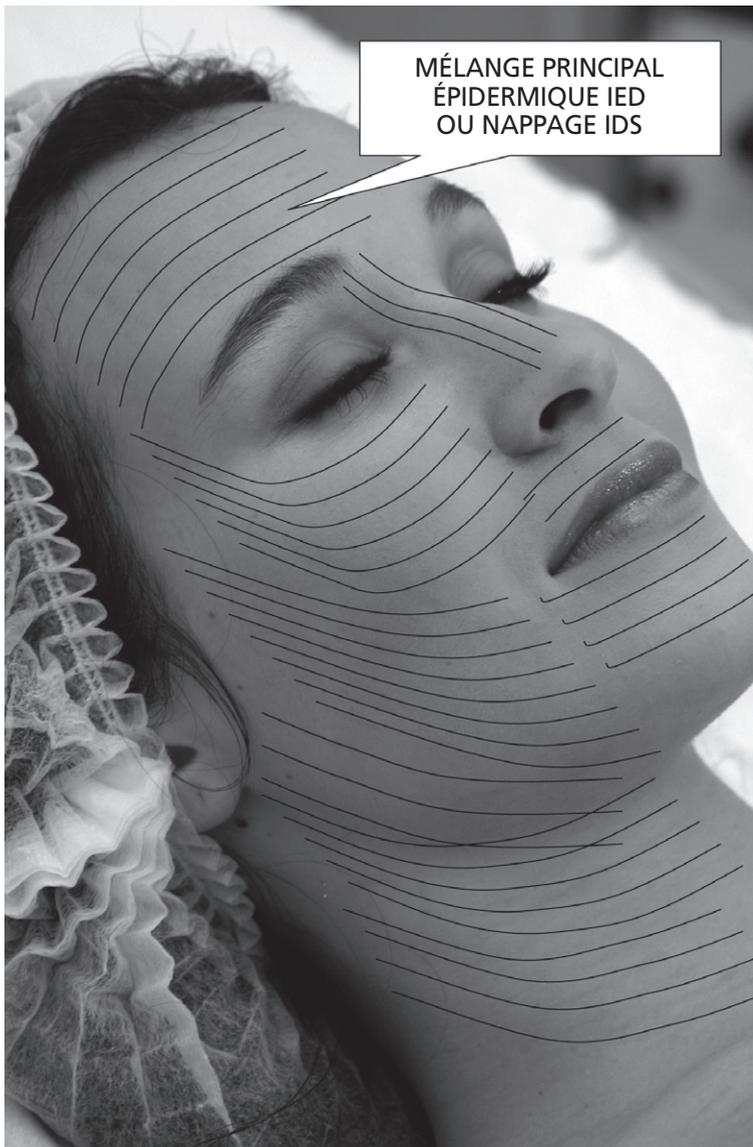


Figure 20.2

Chirurgie de la face.

La mésothérapie apporte un confort exceptionnel à la chirurgie de la tête, face et cou.

Grâce au traitement préopératoire, les tissus retrouvent une bonne trophicité.

Grâce au traitement postopératoire précoce (à partir du 4^e jour postopératoire, début de la phase de prolifération, granulation, contraction), les douleurs s'estompent rapidement, l'œdème régresse.

Grâce au traitement postopératoire tardif (remodelage, maturation), la cicatrisation se termine et les tissus retrouvent une bonne trophicité et une antalgie.

La mésothérapie apporte des effets positifs même très tardivement (plusieurs années) après l'intervention.

Fiche 21

Cicatrice

Mots clés

Cicatrice – Acné – Vergeture – Postchirurgie – Laser – Carboxythérapie

Définition

Plaie traumatique ou chirurgicale, suturée ou non, datant de 4 jours à plusieurs années, en phase évolutive de cicatrisation ou en phase de cicatrice terminée, avec séquelles esthétiques ou fonctionnelles.

Physiopathologie

Quatre phases :

- phase 1 : hémostase (J0) ;
- phase 2 : inflammation (J1 à J4) ;
- phase 3 : prolifération–granulation–contraction (J4 à J21) ;
- phase 4 : remodelage–maturation (J21 à 2 ans).

Le traitement mésothérapique s'applique à partir de la phase 3, en respectant scrupuleusement les règles de désinfection de la peau en période postopératoire.

Examen clinique

Troubles esthétiques : tissus en creux, en relief, atones, fins, épaissis, hyperkératosiques, pigmentés, dépigmentés, blancs, bleus, violacés, rouges, chauds, froids, hypervascularisés, hypovascularisés.

Troubles fonctionnels : adhérence aux plans profonds, rétraction, manque de souplesse au mouvement, hypoesthésie, hyperesthésie, dysesthésie.

Toucher en finesse, du bout des doigts, avec la pulpe des doigts, en étirant ou en poussant, en pinçant doucement la peau.

Exploration des régions adjacentes, des organes sous-jacents.

Rechercher un trouble locorégional.

Examens complémentaires

Souvent inutiles.

Traitement mésothérapique (figure 21.1)

Techniques

IED épidermique – IDS nappage par lignes espacées de 2 à 3 mm.

Papules.

IDP points par point – IDP rétrotraçantes.

Mélanges principaux

Cicatrice J4 postopératoire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc
Vitamine C	2 cc

Cicatrice entre J4 et 2 ans :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc

Cicatrice ancienne avec sensation de brûlure :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc
Vitamine E	2 cc

Cicatrice ancienne douloureuse :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	1,5 cc
Vitamine C	1,5 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc

Zones d'application

Sur la cicatrice en débordant largement la zone.

Rythme

J1, J7, J14, J30.

Associations

Laser : principalement les lasers ablatifs, dermabrasion par le laser CO₂ ou Erbium-Yag, dans le but de relisser les cicatrices épaisses et anciennes.

Carboxythérapie : injection de CO₂ en épidermique afin de diminuer l'aspect inflammatoire de la cicatrice et de l'assouplir.

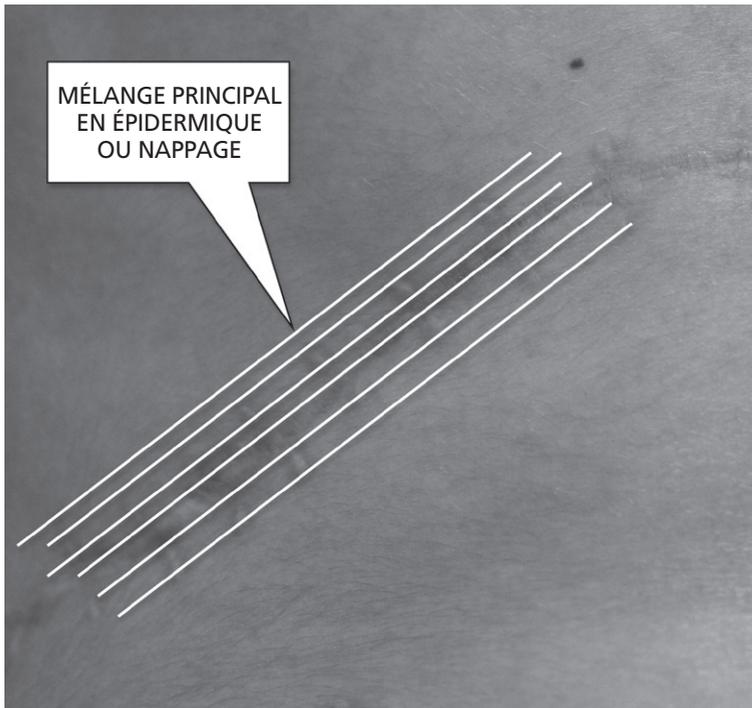


Figure 21.1

Cicatrice cutanée.

Il est possible d'appliquer un traitement mésothérapique à partir du 4^e jour postopératoire, en respectant scrupuleusement les règles de désinfection de la peau et en utilisant exclusivement la technique IED épidermique qui ne traverse pas la couche basale.

Avec les mêmes précautions, il est possible de traiter une cicatrice en regard d'une prothèse (genou par exemple).

Le mélange des médicaments utilisés est préparé en fonction des constatations cliniques de l'examen, sans oublier l'état général du patient, et est ainsi adapté à chaque cicatrice.

Les cicatrices, même très anciennes, gardent souvent un fort potentiel réactif.

La mésothérapie est une technique de choix pour rétablir de bonnes conditions locales de croissance tissulaire.

Seules les cicatrices chéloïdes récentes sont modérément réceptives à la mésothérapie.

Fiche 22

Colique néphrétique

Mots clés

Colite – Colopathie – Colique néphrétique – Spasme – Cystite

Définition

Traitement complémentaire symptomatique du spasme aigu hyperalgique provoqué par la dilatation urétérale et rénale.

En amont d'une obstruction ou compression, intra- ou extrinsèque de l'uretère.

Physiopathologie

Stase, dilatation capsulaire rénale et urétérale par obstacle en aval.

Examen clinique

Standard.

Examens complémentaires

Biologie.

Échographie abdominale, rénale.

UIV.

IRM.

Traitement mésothérapique (figures 22.1 et 22.2)

Techniques

IDS nappage, IDP, MPS en DHD.

Mélanges principaux

	Composé	Dosage
Mélanges 1	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Kétoprofène	1 cc
	Thiocolchicoside	2 cc
Mélanges 2	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Pidolate de magnésium	2 cc
	Phloroglucinol	2 cc

Zones d'application

Points MPS dysfonction viscérale, abdominale.
Aires rénale et urétérale.

Rythme

J0, J3, J7.

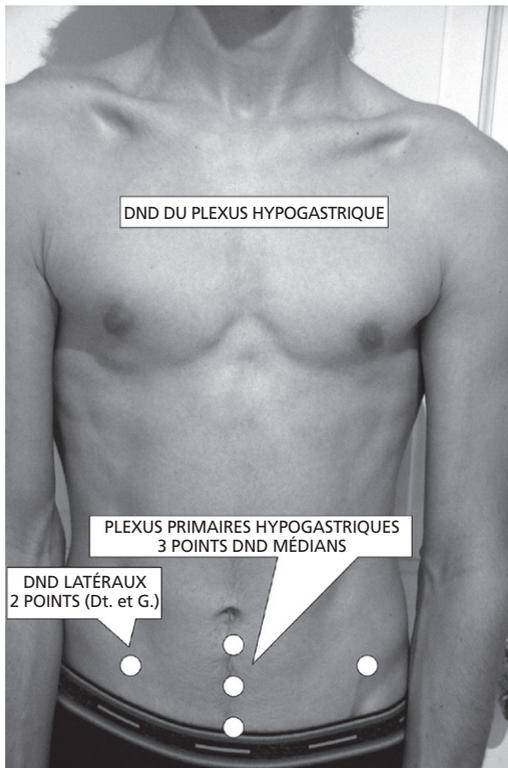


Figure 22.1
Cartographie du plexus hypogastrique – DND viscérales.

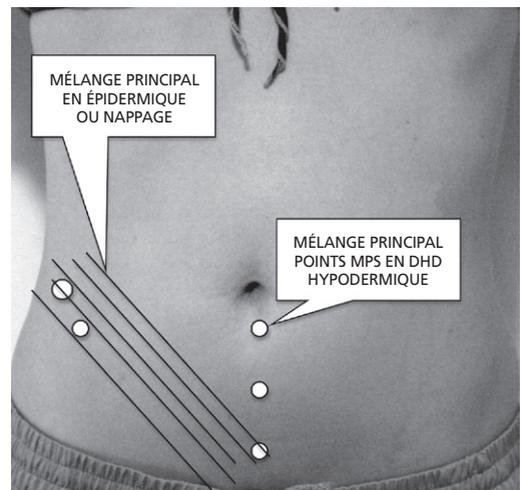


Figure 22.2
Colique néphrétique droite.
Traitement symptomatique efficace et complémentaire.

Fiche 23

Colite spasmodique

Mots clés

Colite – Colopathie – Mésostress – Spasme

Définition

Dysfonction colitique, avec douleurs spasmodiques du côlon droit ou gauche, sans cause organique.

Physiopathologie

Spasme, inflammation, dysfonction.

Examens complémentaires

Bilan entérologue éventuel.

Coloscopie.

Traitement mésothérapeutique (figure 23.1)

Techniques

MPS en DHD.

IDS nappage, épidermique ou IDP.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Phloroglucinol	2 cc

Mélange complémentaire

Mésostress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Magnésium	1 cc
Pidolate de magnésium	2 cc

Zones d'application

Points MPS dysfonction viscérale.

Cadre colique.

Point de mésostress.

Région lombaire si besoin (douleurs projetées).

Rythme

J1, J7, J14 et à la demande.

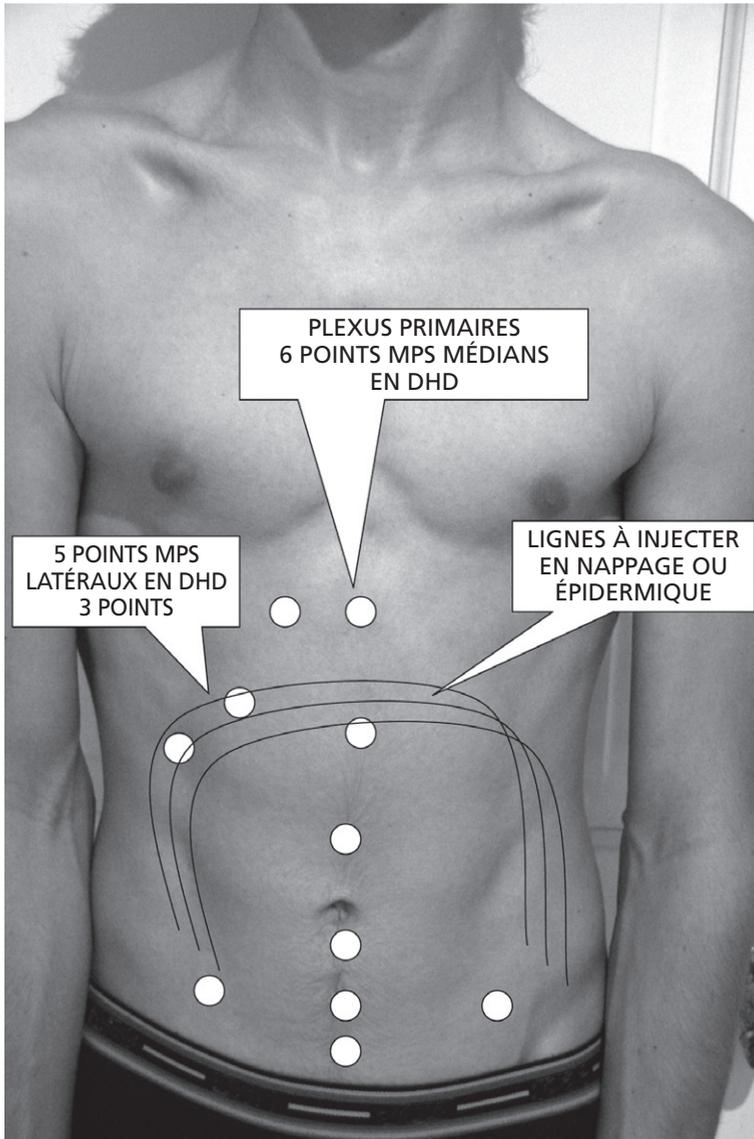


Figure 23.1

Cartographie abdominale.

Rechercher une douleur projetée lombaire et la traiter par mésothérapie (lombalgie).

Fiche 24

Colopathie fonctionnelle

Mots clés

Dysfonction intestinale – Neurotonie – Mésostress – Colopathie

Définition

Dysfonctions colitiques. Douleurs coliques à type de crampes, spasmes, troubles du transit (diarrhée ou constipation) en absence de cause organique.

Physiopathologie

Spasme et trouble sympathique.

Examen clinique

Bilan des troubles somatiques.

Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

Examens complémentaires

Recherche de causes organiques.

Biologie.

Consultations spécialisées, coloscopie.

Traitement mésothérapique (figure 24.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.

DHD sur point douloureux plexique gastrique, épigastrique et hypogastrique (points MPS).

Nappage ou IDS sur points abdominaux.

Mélanges principaux

	Composé	Dosage
Mélange 1	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Pidolate de magnésium	2 cc
	Phloroglucinol	2 cc
Mélange 2	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Pidolate de magnésium	2 cc
	Thiocolchicoside	2 cc

Mélange complémentaire sur terrain stressé

Mésostress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Point par point DHD : 6 points plexus primaire (sous-appendice xyphoïde, sus-ombilical, au milieu des deux, sous-ombilical, sus-pubien, entre les deux).

Épidermique IED ou nappage IDS : cadre colique.

Rythme

J1, J7, J14, J28 et à la demande en fonction de l'évolution.

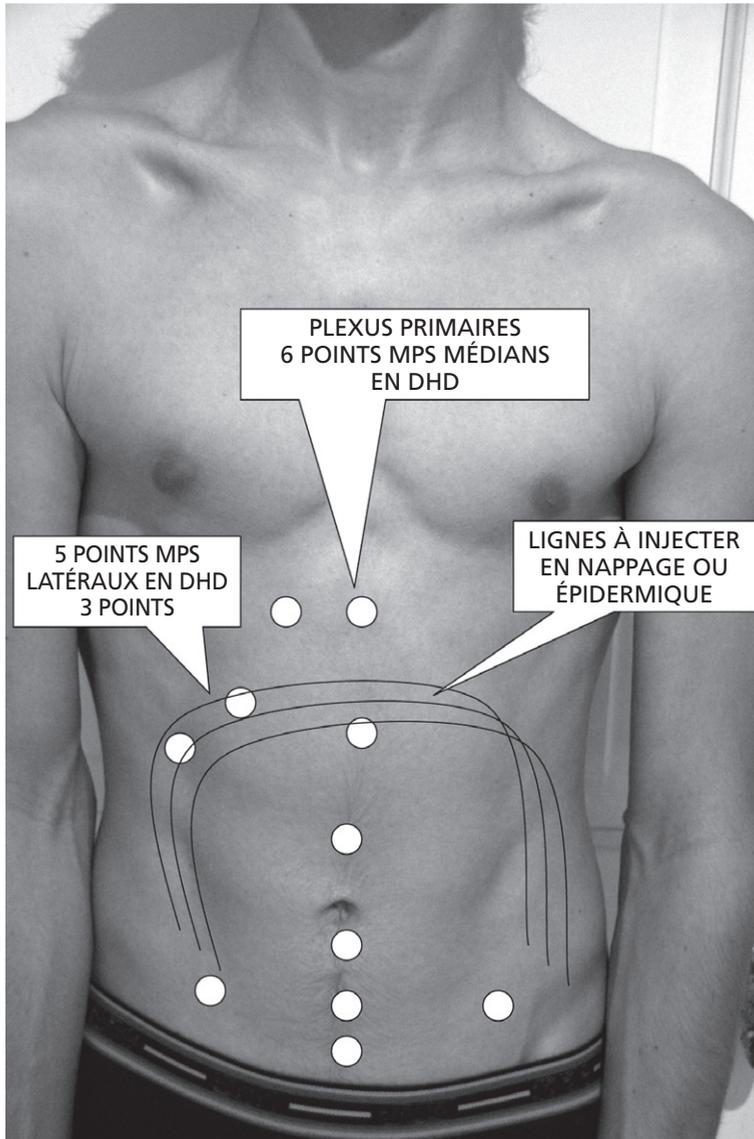


Figure 24.1

Cartographie abdominale.

Le traitement mésothérapique mésostress peut être associé favorablement.

Fiche 25

Comblement de ride

Mots clés

Mésolift – Lipolift – Mésodissolution – Lipodrain – Anti-âge – Comblement – Ride

Définition

Injection de produits comblants dans le derme pour un effet de remplissage des rides et pour une durée variable.

Physiopathologie

Comblement remplissage-hydratation, stimulation fibroblastique.

Traitement mésothérapeutique (figures 25.1 et 25.2)

Techniques

Injection rétrotraçante dans le derme.

Mélanges principaux

De nombreux produits existent sur le marché.

Nous retiendrons les plus utilisés, à base d'acide hyaluronique :

- réticulé résorbable (avec marquage CE) ;
- réticulé pur, en quantité variable, le plus souvent 0,8 à 3 cc par séance.

Zones d'application

Sillons nasogéniens, glabeller, patte-d'oie, pommettes, lèvres et corrections de petits volumes.

Rythme

Une séance tous les 6 à 12 mois, selon l'épaisseur du sillon et la concentration du produit injecté.

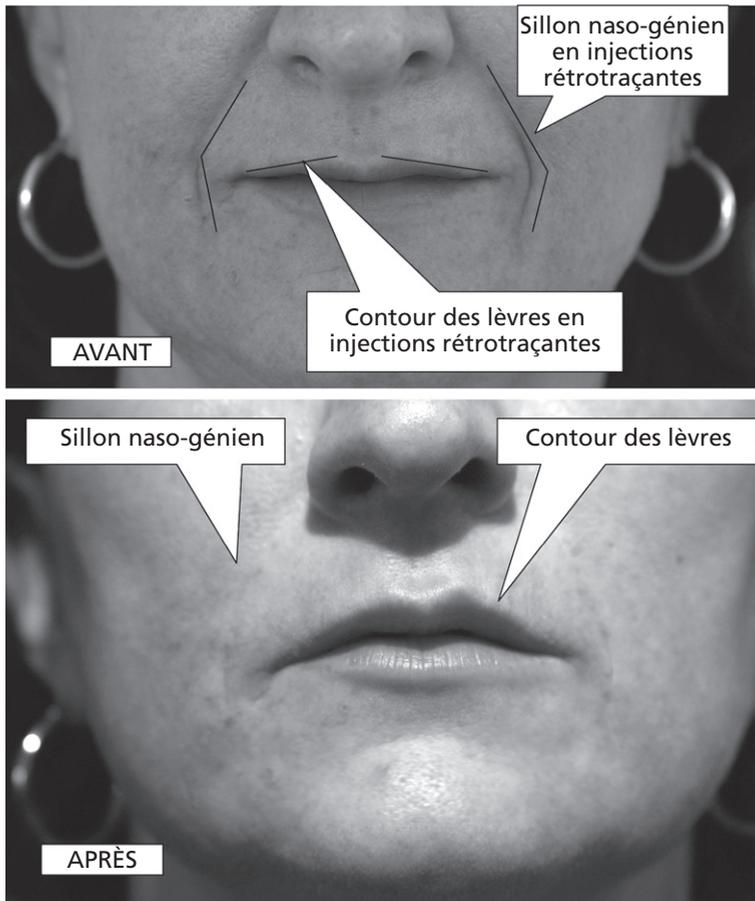


Figure 25.1
Comblement des sillons nasogéniens et contour des lèvres.

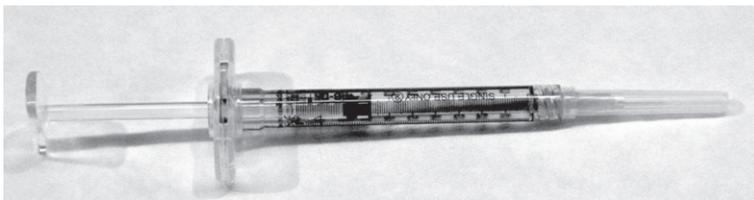


Figure 25.2
Seringue d'acide hyaluronique.
La mésothérapie consiste à injecter des produits dans la peau, c'est pourquoi cette indication en fait partie.

Fiche 26

Conflit sous-acromial antéro-supérieur de stade I

Mots clés

Conflit sous-acromial – Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Souffrance des tendons de la coiffe des rotateurs sous la partie antéro-supérieure de l'arche acromio-coracoïdienne chez l'adulte jeune ayant une activité physique intensive.

Physiopathologie

Déséquilibre mécanique entre le deltoïde et les tendons rotateurs associé à un déficit microcirculatoire des structures anatomiques concernées chez le sujet jeune.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle antéro-supérieur de l'épaule.

Douleur à la pression digitale des tendons concernés.

Tests spécifiques : Neer, Jobe, Hawkins, Yocum, Mac Nab.

Test passif assisté : Mrejen (brasse papillon avant/arrière).

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.

Arthroscanner, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 26.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélanges principaux

En IDP :

	Composé	Dosage
Mélange 1	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Piroxicam	1 cc
	Calcitonine 100 UI	1 cc
Mélange 2	Piroxicam	1 cc
	Étamsylate	2 cc
	Lidocaïne 1 %	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 2 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal 1 en regard du tendon, mélange principal 2 en regard du ligament acromio-coracoïdien et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

Traitement complémentaire

Rééducation ± manipulation si forme secondaire à une subluxation de la tête radiale.

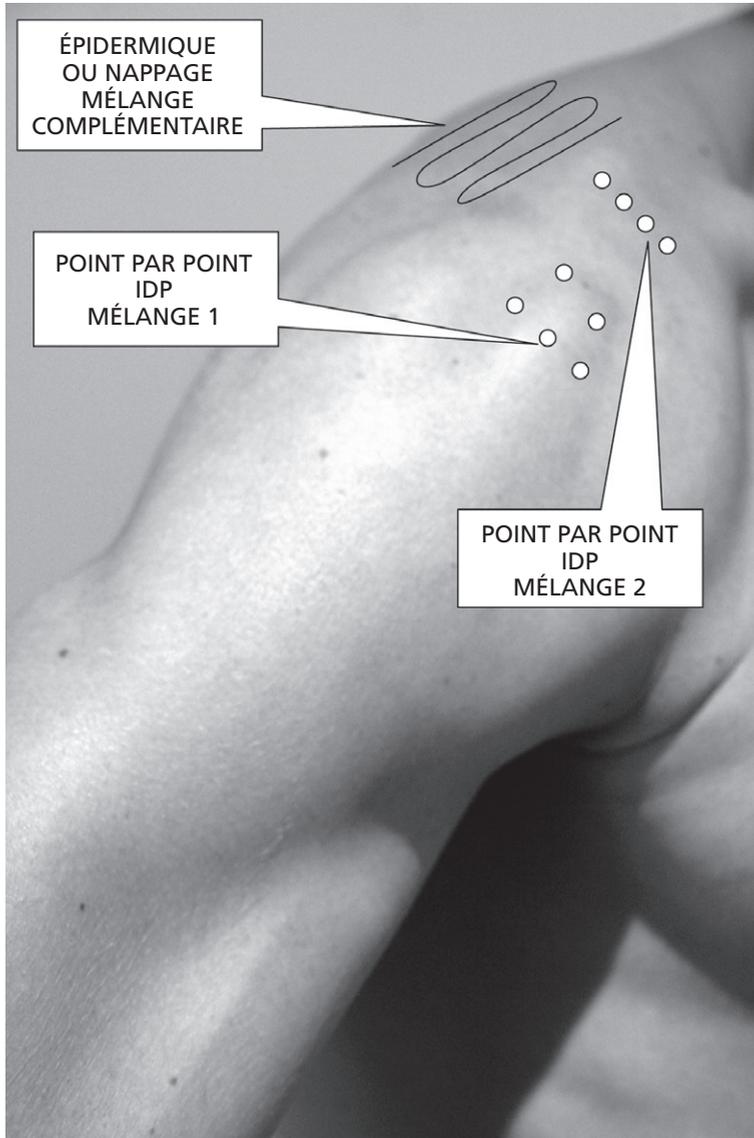


Figure 26.1
Conflit sous-acromial, stade I.

Fiche 27

Conflit sous-acromial antéro-supérieur de stade II

Mots clés

Conflit sous-acromial – Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Souffrance des tendons de la coiffe des rotateurs sous la partie antéro-supérieure de l'arche acromio-coracoïdienne chez l'adulte de 40 à 60 ans.

Physiopathologie

Déséquilibre mécanique entre le deltoïde et les tendons rotateurs associé à un déficit microcirculatoire des structures anatomiques concernées sur un terrain dégénératif.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle antéro-supérieur de l'épaule.

Douleur à la pression digitale des tendons concernés et en péri-tendineux diffus.

Tests spécifiques : Neer, Jobe, Hawkins, Yocum, Mac Nab.

Test passif assisté : Mrejen (brasse papillon avant/arrière).

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.

Arthroscanner, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 27.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélanges principaux

En IDP :

	Composé	Dosage
Mélange 1	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Piroxicam	1 cc
	Calcitonine 100 UI	1 cc
Mélange 2	Piroxicam	1 cc
	Calcitonine 100 UI	1 cc
	Étamylate	1 cc
Mélange 3	Vitamine E	2 cc
	Vitamine C	2 cc
	Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélanges complémentaires

En IED ou IDS :

	Composé	Dosage
Mélange 1	Lidocaïne 1 %	1 cc
	Thiocolchicoside	1 à 2 cc
	Magnésium	1 cc
Mélange 2	Thiocolchicoside	1 cc
	Magnésium	1 cc
	Procaine 2 %	1 cc

Zones d'application

Mélange principal 1 en regard du tendon, mélange principal 2 en regard du ligament acromio-coracoïdien et mélange complémentaire 1 en regard du corps musculaire à J1 et J8, puis mélange principal 3 en regard du ligament acromio-coracoïdien et mélange complémentaire 2 en regard du corps musculaire à J15, J30 et J45.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

Traitement complémentaire

Rééducation.

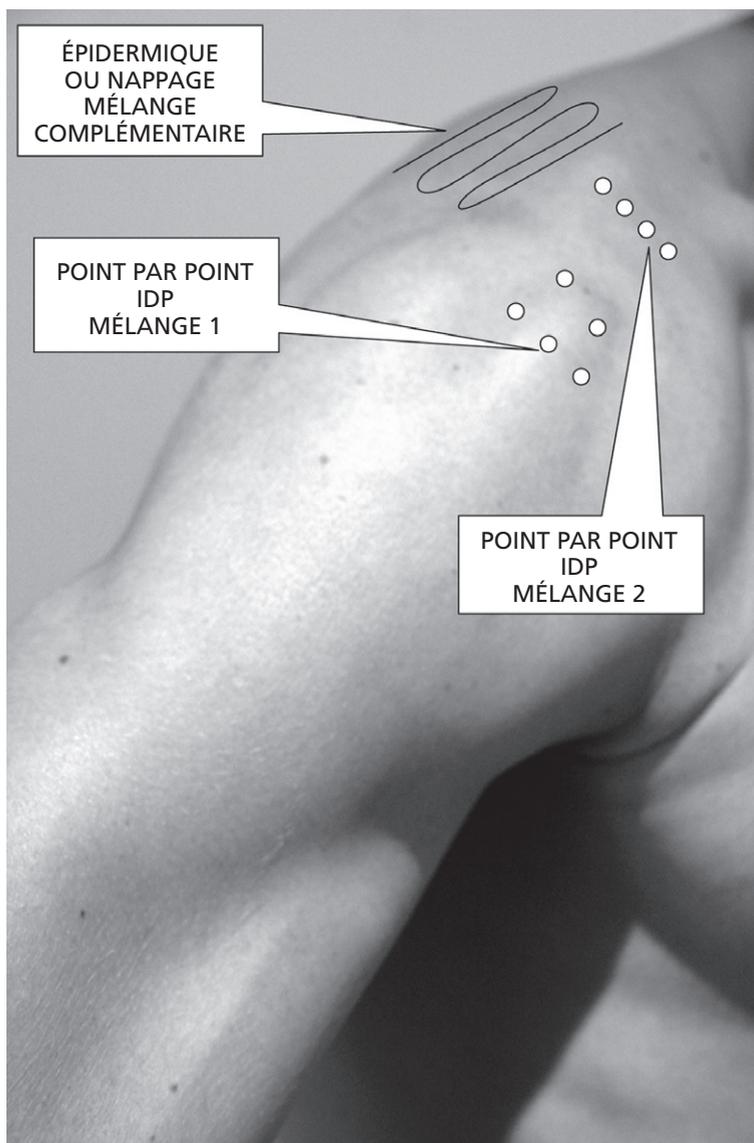


Figure 27.1
Conflit sous-acromial, stade II.

Fiche 28

Conflit sous-acromial antéro-supérieur de stade III

Mots clés

Conflit sous-acromial – Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Souffrance des tendons de la coiffe des rotateurs sous la partie antéro-supérieure de l'arche acromio-coracoïdienne chez l'adulte de plus de 60 ans.

Physiopathologie

Déséquilibre mécanique entre le deltoïde et les tendons rotateurs associé à un déficit microcirculatoire et des lésions dégénératives avancées.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle antéro-supérieur de l'épaule.

Douleur à la pression digitale des tendons concernés et en péri-tendineux diffus.

Tests spécifiques : Neer, Jobe, Hawkins, Yocum, Mac Nab.

Test passif assisté : Mrejen (brasse papillon avant/arrière).

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Échographie pour mettre en évidence les déchirures tendineuses partielles ou totales.

Arthroscanner, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 28.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Complexe polyvitaminique	1 flacon
Magnésium	2 cc
Procaïne 2 %	2 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du ligament acromio-coracoïdien et mélange complémentaire en regard des corps musculaires.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45, J60.

Traitement complémentaire

Rééducation.

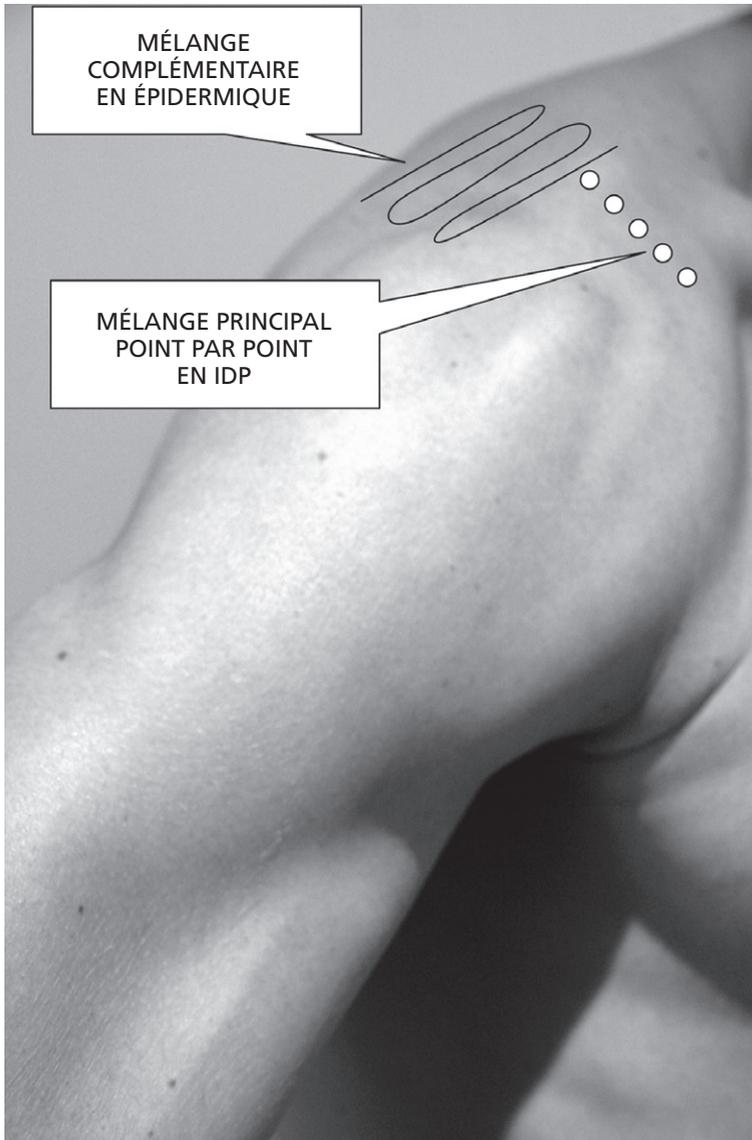


Figure 28.1
Conflit sous-acromial, stade III.

Fiche 29

Constipation chronique fonctionnelle

Mots clés

Colopathie – Mésostress – Colite

Définition

Dysfonction intestinale, avec troubles du transit à type de ralentissement chronique, sans cause organique.

Physiopathologie

Spasme, inflammation, dysfonction, neurotonie.

Examens complémentaires

Bilan entérologique éventuel.

Coloscopie.

Traitement mésothérapique (figure 29.1)

Techniques

MPS en DHD.

IDS nappage, épidermique ou IDP.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Phloroglucinol	2 cc

Mélange complémentaire

Mésostress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Amitriptyline	1 cc
Pidolate de magnésium	2 cc

Zones d'application

Points MPS dysfonction viscérale.

Cadre colique.

Point de mésostress.

Région lombaire si besoin (douleurs projetées).

Rythme

J1, J14, J30 et tous les 3 mois.

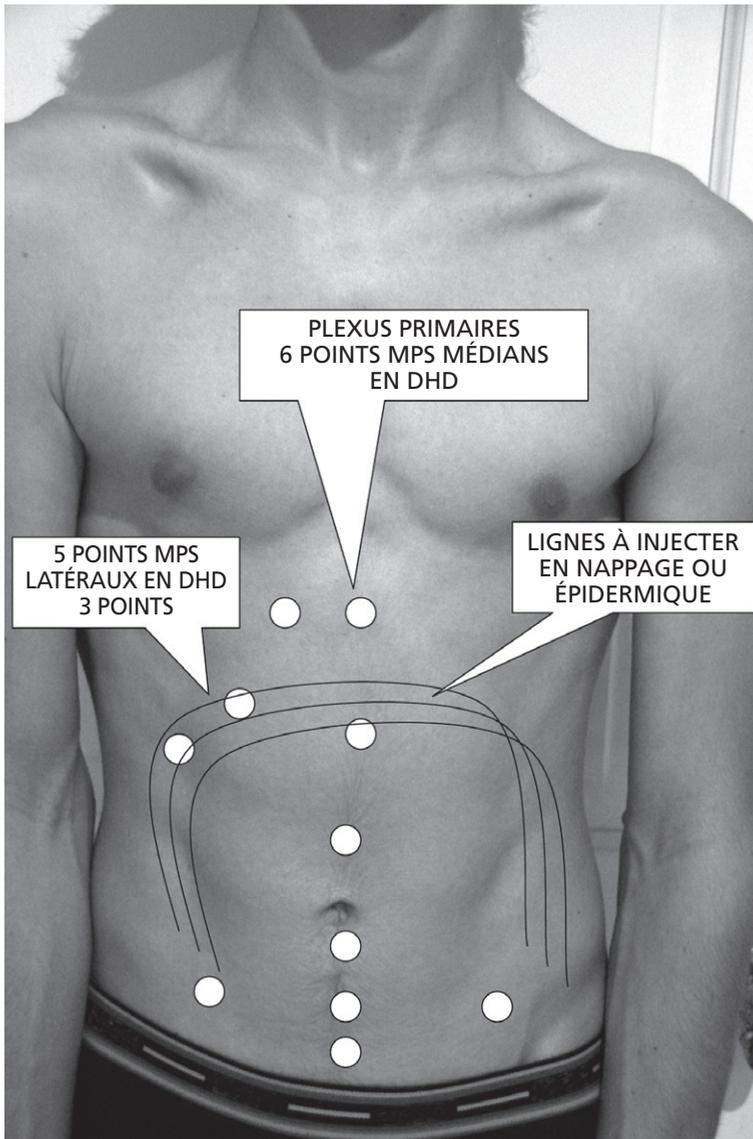


Figure 29.1

Cartographie abdominale.

Rechercher une douleur projetée dorso-lombaire et la traiter par mésothérapie. Effet sur les ballonnements significatif.

Fiche 30

Contracture musculaire

Mots clés

Contusion musculaire – Contracture – Élongation – Hématome – Mésodrain

Définition

État de souffrance musculaire avec dystonie locale ne touchant pas l'ensemble d'un muscle mais quelques faisceaux de celui-ci, secondaire à une activité physique intensive (sport, bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Contraction musculaire survenant à l'effort, non résolutive, pouvant durer plusieurs jours.

Examen clinique

Douleur à la palpation retrouvant un muscle ou un faisceau induré.

Étirement passif rarement limité.

Contraction isométrique possible mais entraînant une gêne en course interne.

Examen complémentaire

Échographie.

Traitement mésothérapeutique (figure 30.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP + IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de la zone musculaire contractée.

Rythme

J1, J8.

Traitements complémentaires

Repos, application de chaleur.

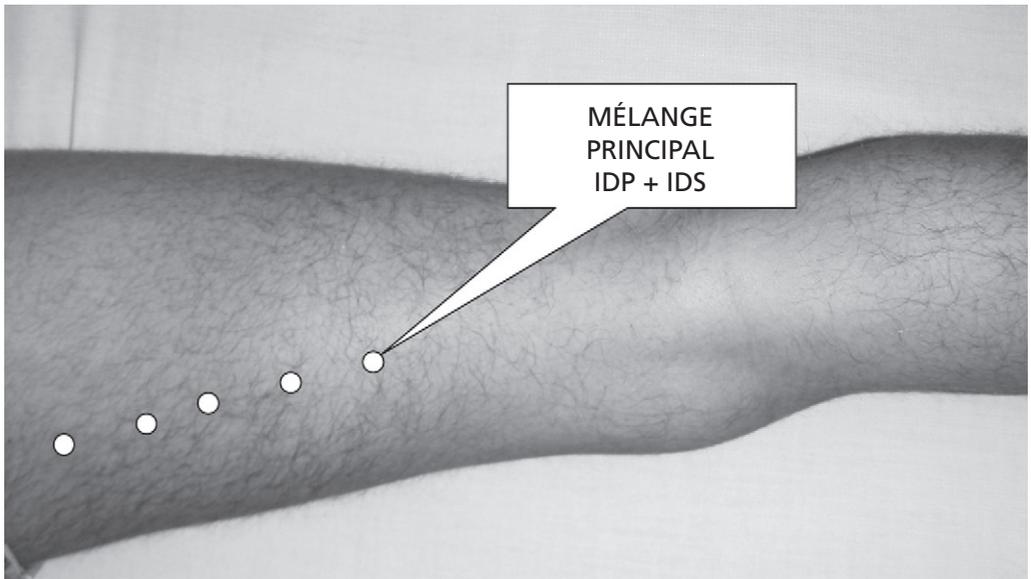


Figure 30.1
Contracture musculaire.

Fiche 31

Contusion musculaire

Mots clés

Contusion musculaire – Contracture – Élongation – Hématome – Mésodrain

Définition

Accident musculaire avec lésion anatomique d'origine extrinsèque : choc direct sur un muscle contracté (béquille au football) entraînant une rupture de fibres musculaires.

Physiopathologie

Atteinte irréversible de fibres musculaires et du tissu conjonctif de soutien, présence d'hématomes.

Examen clinique

Présence d'un hématome externe.
Douleur exquise à la palpation.
Étirement passif impossible.
Contraction isométrique impossible.

Examen complémentaire

Échographie.

Traitement mésothérapeutique (figure 31.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de la zone contuse et mélange complémentaire sur le muscle autour.

Rythme

J1, J4.

Traitements complémentaires

Repos, cryothérapie, contention, muscle en course interne, ponction de l'hématome.

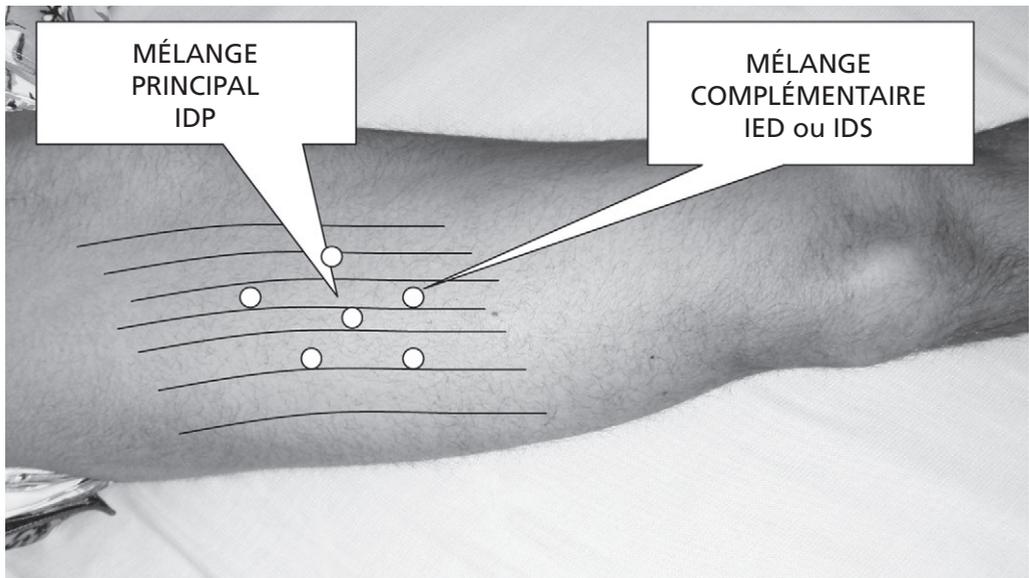


Figure 31.1
Contracture musculaire.

Fiche 32

Cruralgie commune L2-L3

Mots clés

Cruralgie – Lombago – Lombalgie – Lombosciatique – Sciatique – Lumbago

Définition

Poussée inflammatoire de la racine L3 du rachis lombaire.

Physiopathologie

Poussée douloureuse de la racine L3 lors d'une arthrose lombaire inférieure.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire inférieur.

Douleur à la pression digitale du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématique (SOS), selon une séquence de quatre points relevant d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) du segment L2-L3.

Douleur à la pression digitale sur le trajet de L3.
DND lombosacrées.

Douleur irradiante vers les hanches et en oblique extéro-interne dans l'aîne.

Douleur sur la face antérieure de la cuisse, le genou. Trajectoire oblique extéro-interne de la jambe.

Examens rhumatologiques et neurologiques classiques.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Scanner si on suspecte une hernie discale.
IRM.

Traitement mésothérapique (figures 32.1 et 32.2)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien L2-L3, sur le 1^{er} trou sacré, et IED ou nappage IDS sur tout le rachis lombaire et le trajet de L3.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien L2-L3 :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si flush ou nausées, transférer calcitonine sur mélange complémentaire en IED ou IDS.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis lombosacré et le trajet de L3, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des segments rachidiens L2-L3 et mélange complémentaire en regard de tout le rachis lombosacré et du trajet de L3.

Rythme

J1, J5, J10 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si kétoprofène dans mélange principal, transférer calcitonine dans mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation.

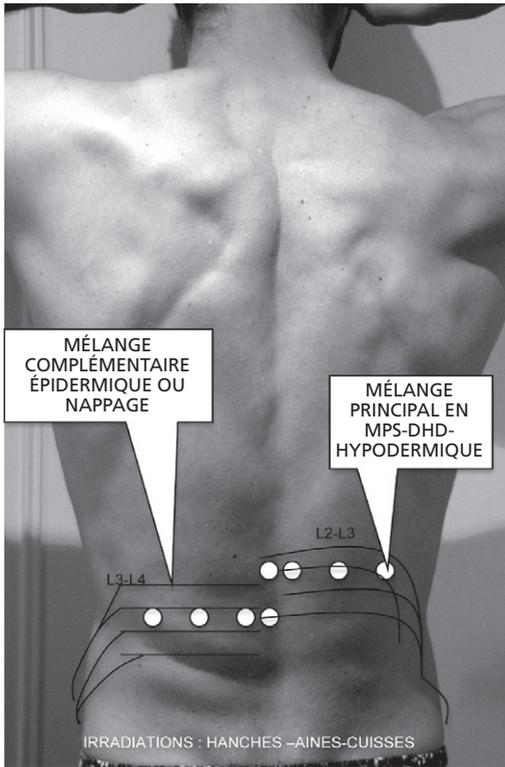


Figure 32.1
Cruralgie L2-L3 et L3-L4.

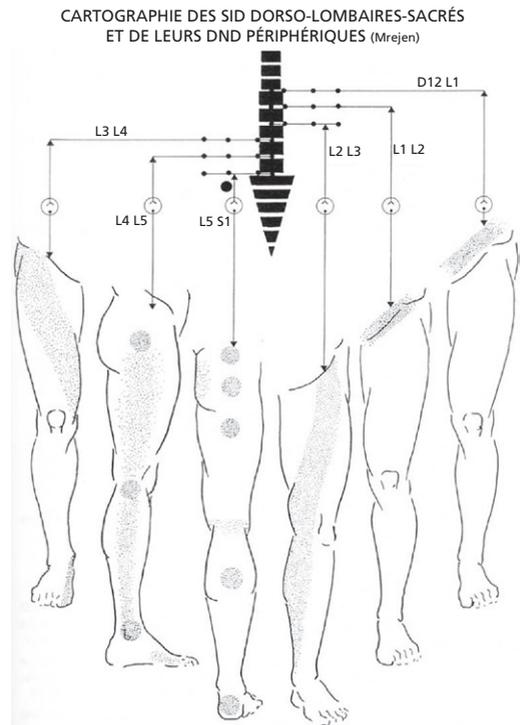


Figure 32.2
Cartographie des SID dorso-lombosacrés et de leurs DND périphériques (d'après Mrejen).

Fiche 33

Cruralgie commune L3-L4

Mots clés

Cruralgie – Lombago – Lomalgie – Lombosciatique – Sciatique

Définition

Poussée inflammatoire de la racine L4 du rachis lombaire.

Physiopathologie

Poussée douloureuse de la racine L4 lors d'une arthrose lombaire inférieure.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire inférieur.

Douleur à la pression digitale du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématique (SOS), selon une séquence de quatre points relevant d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) du segment L3-L4.

Douleur à la pression digitale sur le trajet de L4.
DND lombosacrés.

Douleur irradiante vers les hanches et en oblique extéro-interne dans l'aine.

Douleur sur la face antérieure de la cuisse, le genou. Trajectoire oblique extéro-interne de la cuisse et bord interne du pied.

Examens rhumatologiques et neurologiques classiques.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Scanner, si on suspecte une hernie discale.

IRM.

Traitement mésothérapeutique (figures 33.1 et 33.2)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien L3-L4, et IED ou nappage IDS sur tout le rachis lombaire et le trajet de L4.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien L3-L4 :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si flush ou nausées, transférer calcitonine sur mélange complémentaire en IED ou IDS.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis lombosacré et le trajet de L4, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des segments rachidiens L3-L4, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis lombosacré et du trajet de L4.

Rythme

J1, J5, J10 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation.

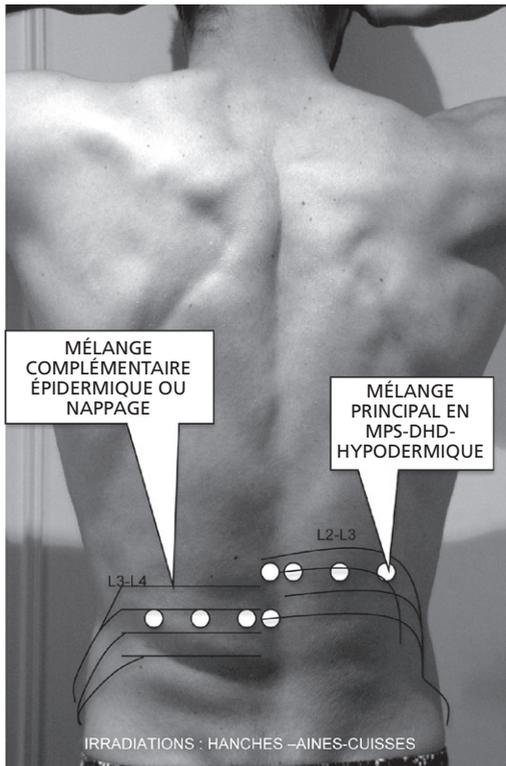


Figure 33.1
Cruralgie L2-L3 et L3-L4.

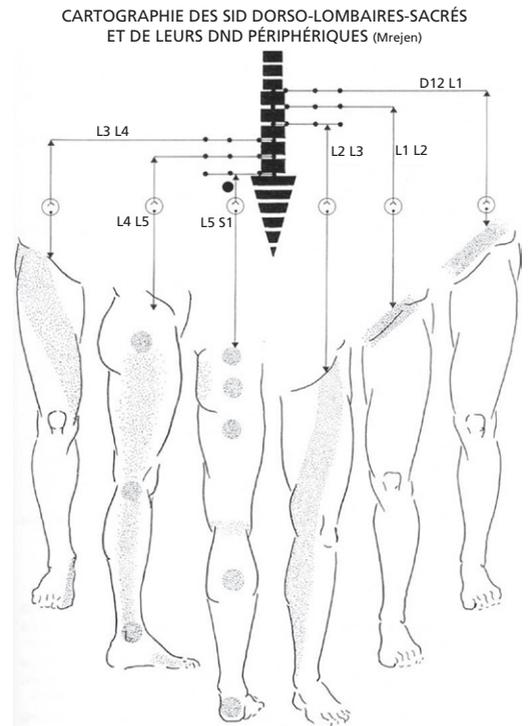


Figure 33.2
Cartographie des SID dorso-lombosacrés et de leurs DND périphériques (d'après Mrejen).

Fiche 34

Cystalgie à urine claire

Mots clés

Dysfonction cystique – Mésostress – Mésovaccination – Mésostimulation – Cystalgie à urine claire

Définition

Dysfonctions cystiques. Troubles spasmodiques dysuriques sans cause organique ou infectieuse.

Physiopathologie

Irritation vésicale.

Examen clinique

Bilan des troubles somatiques.

Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

Examens complémentaires

Recherche de causes organiques.

Biologie.

Consultations spécialisées.

Traitement mésothérapique (figure 34.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP sur points douloureux vésicaux.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc
Vaccin antigrippal	0,2 cc

Mélanges complémentaires

Systématiquement :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Phloroglucinol	2 cc

Sur terrain stressé :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Point par point DHD : zones de projection vésicale (point sus-pubien).

Épidermique IED ou nappage IDS : pelvis (aire vésicale).

Points MPS cartographie du plexus hypogastrique.

Rythme

J1, J14, J30 et rappel à 1 an.

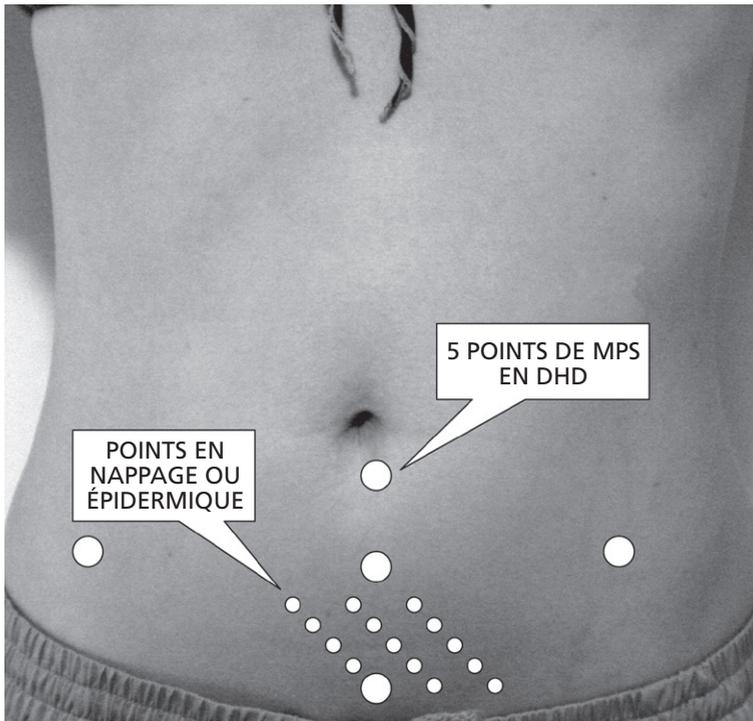


Figure 34.1

Dysfonction pelvienne – cystite – vaginite.

Le traitement est remarquablement efficace sur les troubles cystalgiques, aigus ou chroniques.

Le traitement mésothérapique mésostress peut être associé favorablement.

Fiche 35

Cystite chronique

Mots clés

Dysfonction cystique – Mésostress – Mésovaccination – Mésostimulation – Cystite chronique

Définition

Dysfonctions cystiques chroniques. Troubles spasmodiques dysuriques rebelles et récidivants sans cause organique.

Physiopathologie

Inflammation vésicale chronique.

Examen clinique

Bilan des troubles somatiques.

Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

Examens complémentaires

Recherche de causes organiques.

Biologie.

Consultations spécialisées.

Traitement mésothérapique (figure 35.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP sur points douloureux vésicaux.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc
Vaccin antigrippal	0,2 cc

Zones d'application

Point par point IDP : zones de projection vésicale (trois à quatre points sus-pubiens), point splénique, point hépatique.

Épidermique IED ou nappage IDS : pelvis (aire vésicale), aire inguinale, cadre colique.

Points MPS cartographie du plexus hypogastrique (*cf.* p. 101).

Rythme

J1, J14, J30, rappel tous les ans en prévention.

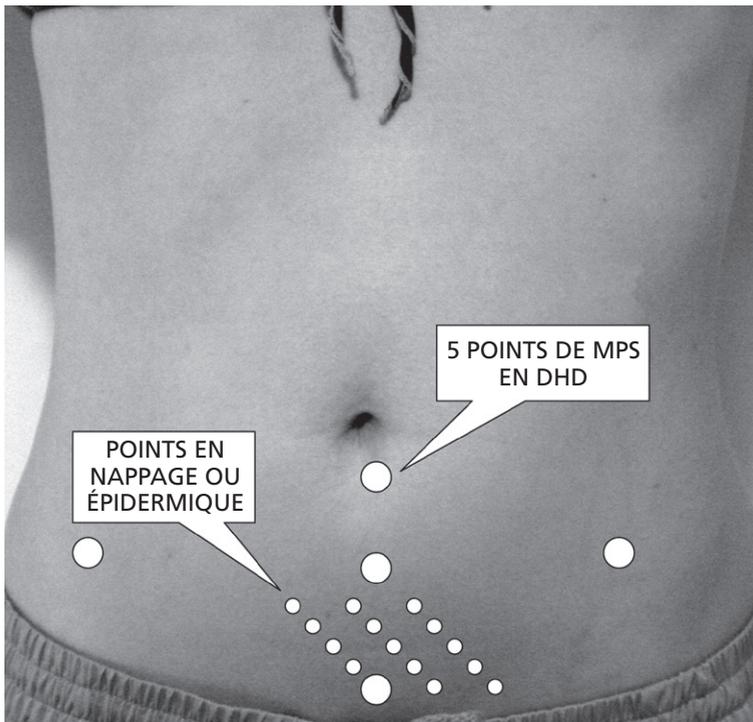


Figure 35.1

Dysfonction pelvienne – cystite – vaginite.

Le traitement est remarquablement efficace sur les troubles cystalgiques chroniques.

Fiche 36

Déchirure musculaire : phase inflammatoire J1 à J10

Mots clés

Contusion musculaire – Contracture – Élongation – Hématome – Mésodrain – Traumatisme

Définition

Accident musculaire avec lésion anatomique d'origine intrinsèque : coup de poignard inhibant immédiatement la contraction avec impotence totale entraînant parfois la chute du patient.

Physiopathologie

Atteinte irréversible des fibres musculaires mais également du tissu conjonctif de soutien, présence d'hématomes.

Examen clinique

Présence d'une ecchymose, voire d'un hématome externe.

Douleur exquise à la palpation.

Étirement passif impossible.

Contraction isométrique douloureuse et limitée, voire impossible.

Examens complémentaires

Échographie.

IRM.

Traitement mésothérapique (figure 36.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 à 3 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de la zone de déchirure et mélange complémentaire autour.

Rythme

J1, J8.

Traitements complémentaires

Repos, cryothérapie, contention, muscle en course interne, ponction de l'hématome.

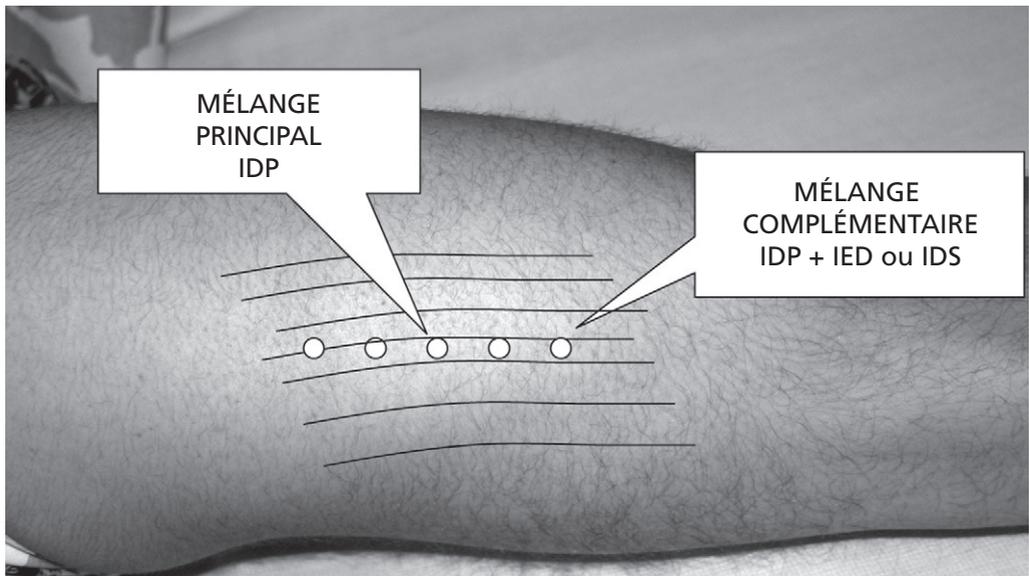


Figure 36.1
Déchirure musculaire : phase inflammatoire J1 à J10.

Fiche 37

Déchirure musculaire : phase de cicatrisation J10 à J21

Mots clés

Contusion musculaire – Contracture – Élongation – Hématome – Mésodrain

Définition

Accident musculaire avec lésion anatomique d'origine intrinsèque : coup de poignard inhibant immédiatement la contraction avec impotence totale entraînant parfois la chute du patient.

Physiopathologie

Atteinte irréversible des fibres musculaires mais également du tissu conjonctif de soutien, présence d'hématomes.

Examen clinique

Présence d'une ecchymose, voire d'un hématome externe.

Douleur exquise à la palpation.

Étirement passif impossible.

Contraction isométrique douloureuse et limitée, voire impossible.

Examen complémentaire

Échographie.

Traitement mésothérapique (figure 37.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Piroxicam	1 cc
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de la zone de déchirure et mélange complémentaire autour.

Rythme

J15.

Traitements complémentaires

Reprise de l'appui progressive, chaleur, massages, musculation statique.

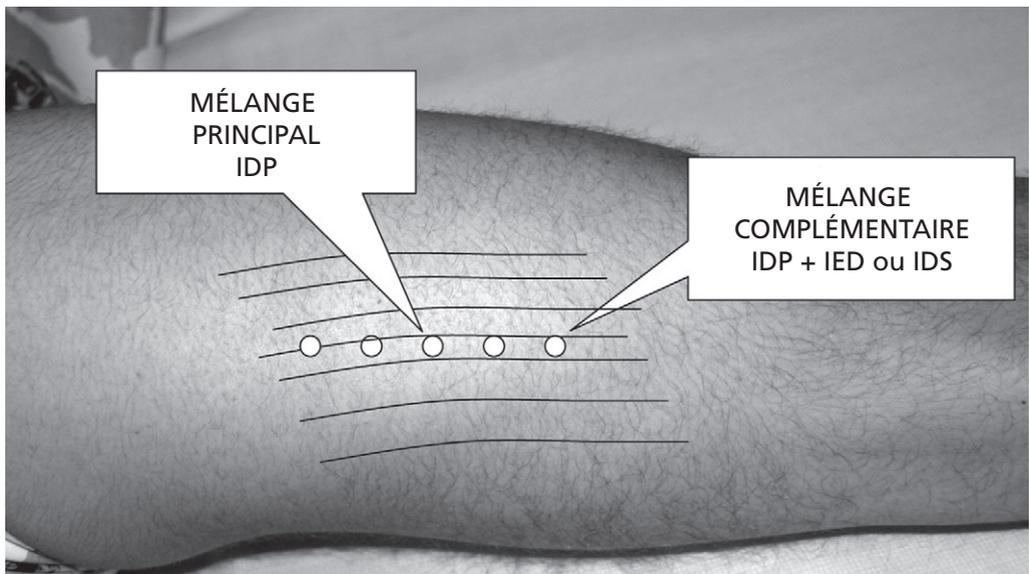


Figure 37.1
Déchirure musculaire : phase de cicatrisation J10 à J21.

Fiche 38

Déchirure musculaire : phase de récupération J21 à J45

Mots clés

Contusion musculaire – Contracture – Élongation – Hématome – Mésodrain

Définition

Accident musculaire avec lésion anatomique d'origine intrinsèque : coup de poignard inhibant immédiatement la contraction avec impotence totale entraînant parfois la chute du patient.

Physiopathologie

Atteinte irréversible des fibres musculaires mais également du tissu conjonctif de soutien, présence d'hématomes.

Examen clinique

Présence d'une ecchymose, voire d'un hématome externe.

Douleur exquise à la palpation.

Étirement passif impossible.

Contraction isométrique douloureuse et limitée, voire impossible.

Examen complémentaire

Échographie.

Traitement mésothérapique (figure 38.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de la zone cicatricielle.

Rythme

J30.

Traitements complémentaires

Étirements, massages transverses profonds de la cicatrice, musculation dynamique.

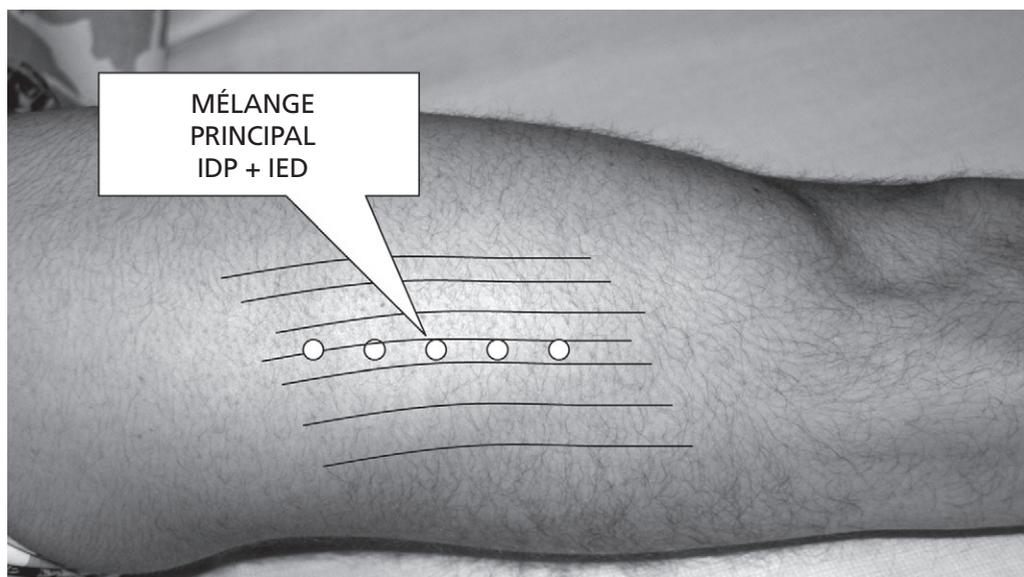


Figure 38.1
Déchirure musculaire : phase de récupération J21 à J45.

Fiche 39

Dépression – mésostress

Mots clés

Insomnie – Anxiété – Mésostress

Définition

Trouble dépressif d'origine fonctionnelle primitive (à l'exclusion de toute pathologie organique).

Physiopathologie

Complexe et multifactorielle.

Examen clinique

Recherche des points de tension.

Recherche de causes psychiatriques graves (psychose maniacodépressive, psychoses).

Examens complémentaires

Recherche de causes organiques.

Biologie.

Consultation spécialisée psychiatrique ou neurologique si besoin.

Traitement mésothérapique (figure 39.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.

Nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP sur point douloureux.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline ou thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Point par point IDP : plexus solaire, 4^e espace intercostal, partie médiane du faisceau superficiel du SCM, articulation temporomandibulaire, angle interne du sourcil, zone temporale droite et gauche, 3 points sur le triangle occipital, 3 points sur le triangle médio-crânien.

Épidermique IED ou nappage IDS : zone abdominale, ceinture scapulaire, axe vertébral.

Rythme

J1, J7, J14, J28, puis tous les mois et à la demande en fonction de l'évolution.



Figure 39.1

Cartographie du mésostress : faces postérieure (a), antérieure (b) et thoracique (c).

Le traitement mésothérapique est souvent complémentaire au traitement prescrit par le thérapeute (allopathie, psychothérapie, etc.) et améliore rapidement le bien-être du patient.

Fiche 40

Doigt à ressaut (ressort)

Mots clés

Ténosynovite – Arthrose – Doigt ressaut

Définition

Ténosynovite nodulaire des fléchisseurs des doigts à travers les poulies ostéofibreuses des doigts.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif entraînant un nodule fibreux dans les gaines des tendons fléchisseurs lors de leurs passages étroits dans les poulies ostéofibreuses de la face ventrale des métacarpes et des phalanges.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face ventrale des doigts et de la main.

Douleur à la pression digitale des nodules tuméfiés à la face ventrale des doigts à la jonction métacarpophalangienne et interphalangienne.

Test isométrique : douleur exagérée par la flexion résistée du doigt concerné.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapeutique (figure 40.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du ou des nodules existants et mélange complémentaire en regard de la face antérieure des doigts et de la main.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

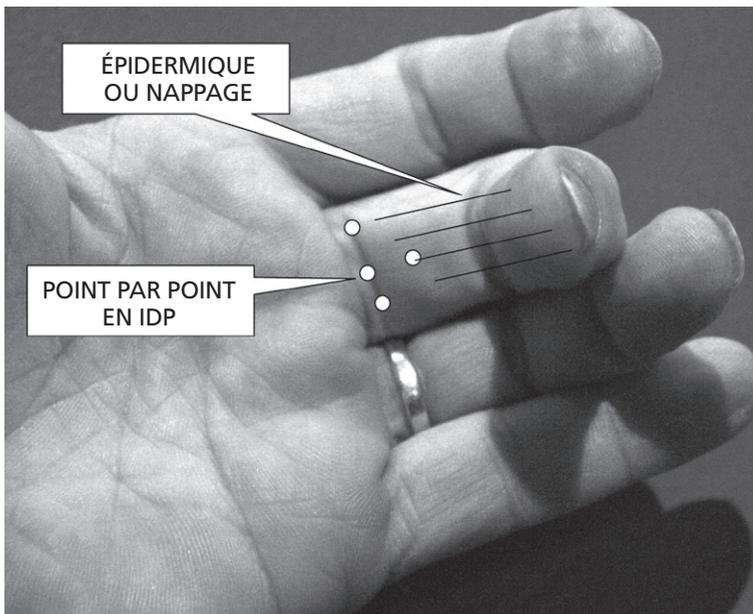


Figure 40.1
Doigt à ressaut.

Fiche 41

Dorsalgie commune abarticulaire

Mots clés

Dorsalgie – Lombalgie – Lombosciatique – Lombago – Arthrose – Lumbago

Définition

Inflammation des structures abarticulaires du rachis dorsal.

Physiopathologie

Processus inflammatoire mécanique ou dégénératif portant sur les tendons, les muscles et les ligaments du rachis dorsal.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis dorsal.

Douleur à la pression digitale des segments du rachis dorsal sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de quatre points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).

DND dorsales.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 41.1)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage IDS sur tout le rachis dorsal.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si nausées ou flush, mettre calcitonine dans mélange complémentaire en IED ou en IDS.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis dorsal, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du segment rachidien et mélange complémentaire en regard de tout le rachis dorsal.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si on utilise kétoprofène dans le mélange principal, déplacer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation.

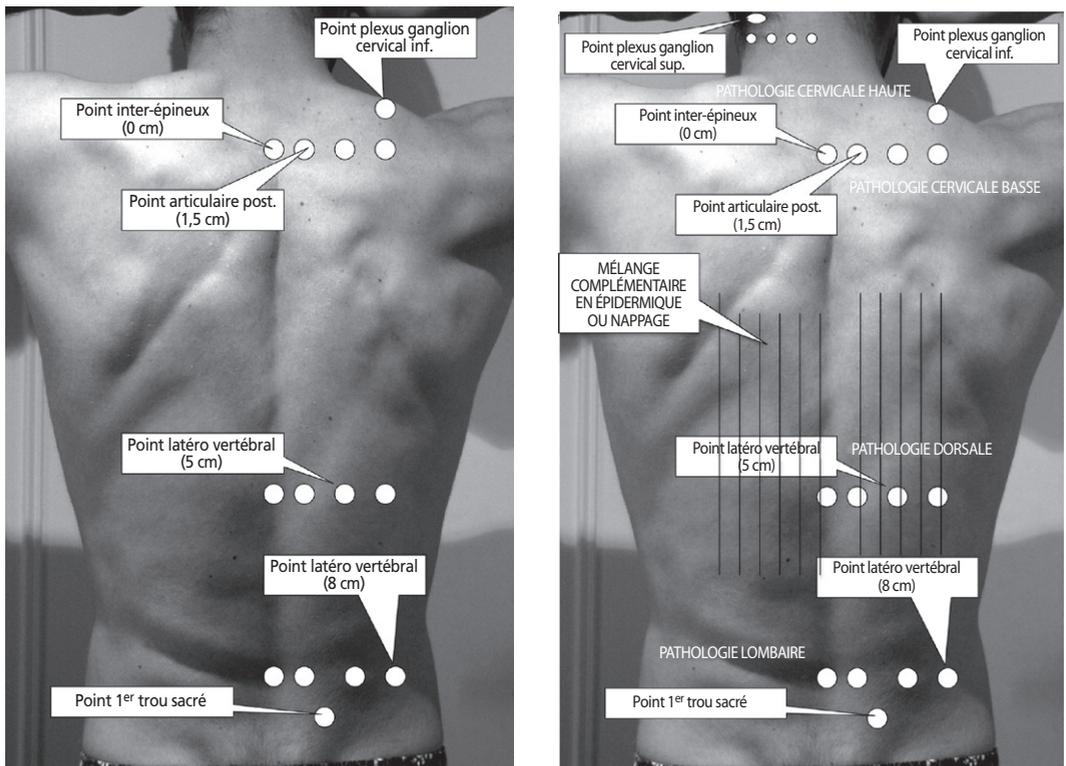


Figure 41.1
Cartographie MPS rachis.

Fiche 42

Dorsalgie commune arthrosique

Mots clés

Dorsalgie – Lombalgie – Lombosciatique – Lumbago – Arthrose – Lumbago

Définition

Inflammation dégénérative des structures articulaires du rachis dorsal.

Physiopathologie

Poussées aiguës inflammatoires portant sur une arthrose dorsale.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis dorsal.

Douleur à la pression digitale des segments du rachis dorsal sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de quatre points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).

DND dorsales.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapeutique (figure 42.1)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage IDS sur tout le rachis dorsal.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si flush ou nausées, déplacer calcitonine dans mélange complémentaire en IED ou IDS.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis dorsal, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du segment rachidien en souffrance et mélange complémentaire en regard de tout le rachis dorsal.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si anti-inflammatoire, déplacer la calcitonine dans mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation.

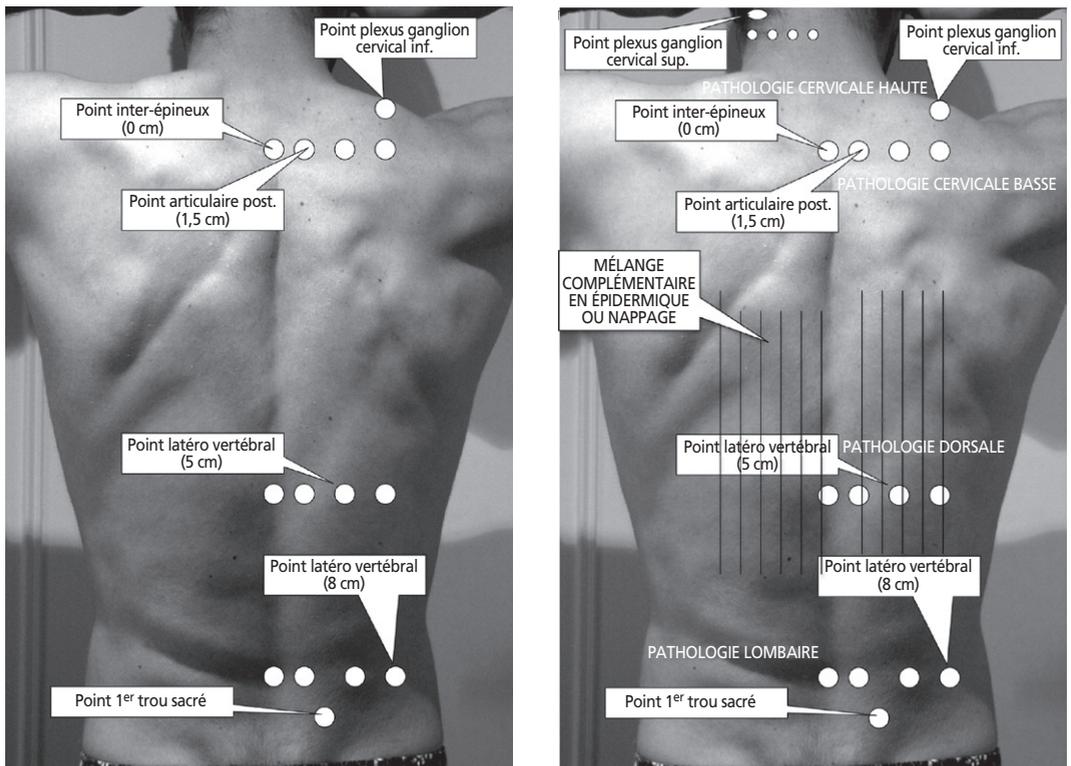


Figure 42.1
Cartographie MPS rachis.

Fiche 43

Douleur pariéto-thoracique commune – syndrome de Tietze

Mots clés

Tietze – Douleur pariétale – Névralgie – Dorsalgie – Névralgie intercostale

Définition

Douleur thoracique commune ou post-traumatique allant du rachis au sternum.

Physiopathologie

Douleur en rapport surtout avec des ligamentites ou entorses bénignes, élongations musculaires, et/ou névralgies communes intercostales.

Examen clinique

Douleur aiguë thoracique antéro-latérale et/ou postérieure ressentie par le patient, exagérée par l'inspiration, réduite lors de l'expiration.

Douleur à la pression digitale des interlignes articulaires, des zones parasternales antérieures (jonction chondrosternale) et des zones paravertébrales postérieures.

DND thoraciques.

Syndrome de Tietze : périarthrite sternocostale avec noyau douloureux du 3^e arc costal.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

IRM.

Traitement mésothérapeutique (figure 43.1)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur les interlignes en souffrance, et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage IDS sur la zone thoracique.

Mélange principal

En DHD, sur les points des interlignes douloureux à la pression digitale :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	3 cc
Piroxicam	0,5 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si flush ou nausées, transférer la calcitonine sur mélange complémentaire en IED ou IDS.

Mélange complémentaire

Sur toute la zone thoracique en souffrance, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des interlignes articulaires douloureux à la pression digitale et mélange complémentaire en regard de toute la zone thoracique en souffrance.

Rythme

J1, J5, J10, pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation fonctionnelle ± manipulation si dysfonction mécanique associée.

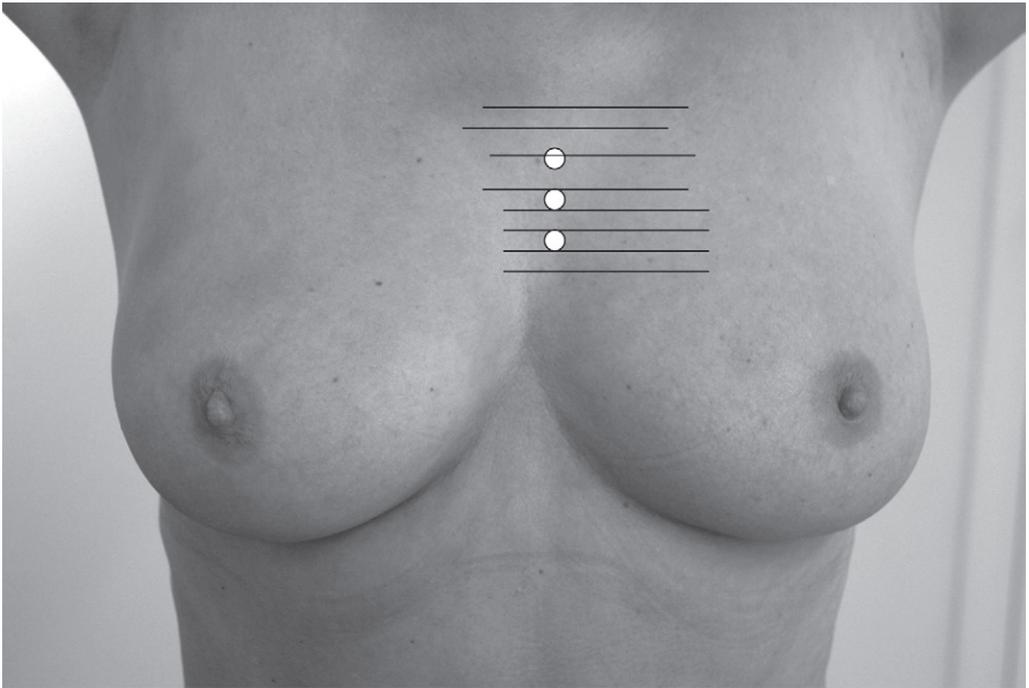


Figure 43.1
Douleur pariéto-thoracique commune – syndrome Tietze.

Fiche 44

Douleur temporo-maxillaire

Mots clés

Inflammation – Infection dentaire – Pyorrhée – Gengivite – Cervicarthrose – Cervicalgie – Névralgie trijumeau – Douleur temporo-maxillaire

Définition

Douleur de l'articulation temporo-maxillaire.

Physiopathologie

L'articulation temporo-maxillaire est une articulation très mobile pendant l'ouverture et la fermeture de la bouche. Elle est mobilisée par les puissants muscles masseters et ptérygoïdiens internes et externes et temporaux.

Les tensions rachidiennes et les troubles de la statique et de la dynamique vertébrale perturbent son fonctionnement.

Examen clinique

Recherche de cellulopathies locales ou locorégionales (figure 44.1).

Recherche de points douloureux musculaires ou articulaires.

Examen complet du rachis à la recherche de troubles fonctionnels statiques ou dynamiques.

Examens complémentaires

Scanner de l'articulation temporo-maxillaire (TPM).
Radiographies du rachis.

Traitement mésothérapeutique (figure 44.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélanges principaux

Si tension musculaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Si tension musculaire avec inflammation aiguë :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Piroxicam	1/2 cc

Mélange complémentaire

Si stress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Région temporale, mandibulaire.

Rachis si perturbations cliniques.

Rythme

J1, J7, J14 renouvelable si besoin.

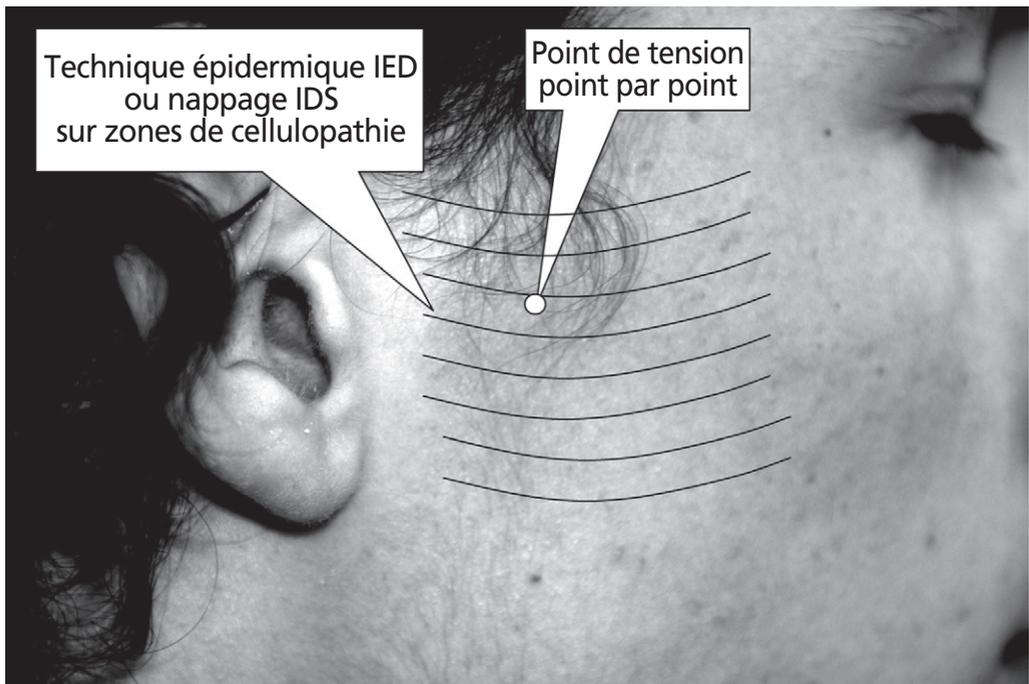


Figure 44.1

Articulation temporomaxillaire.

Les troubles douloureux de l'ATM sont fréquemment liés à des perturbations rachidiennes qu'il faut systématiquement rechercher et traiter.

Un traitement complémentaire orthodontiste peut être proposé.

Fiche 45

Dysménorrhée

Mots clés

Dysfonction pelvienne – Dysménorrhée – Mésostress

Définition

Dysfonctions utérines. Troubles spasmodiques utérins aigus ou chroniques sans cause organique.

Physiopathologie

Spasmes du muscle utérin périodiques ou non.

Examen clinique

Bilan des troubles somatiques.

Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

Examens complémentaires

Recherche de causes organiques.

Biologie.

Consultations spécialisées.

Traitement mésothérapique (figure 45.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP sur points douloureux utérins.

Mélange principal

Systématiquement :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Mélanges complémentaires

Si inflammation et œdème sur aires utérine et lombaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Si spasme :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Phloroglucinol	2 cc

Zones d'application

Point par point IDP : zones de projection utérine (trois à quatre points sus-pubiens), points ilio-lombaires si souffrance vertébrale associée.

Épidermique IED ou nappage IDS : pelvis (aire utérine), sacrum.

Points MPS cartographie du plexus hypogastrique.

Rythme

Au moment des douleurs.

Une à deux séances.

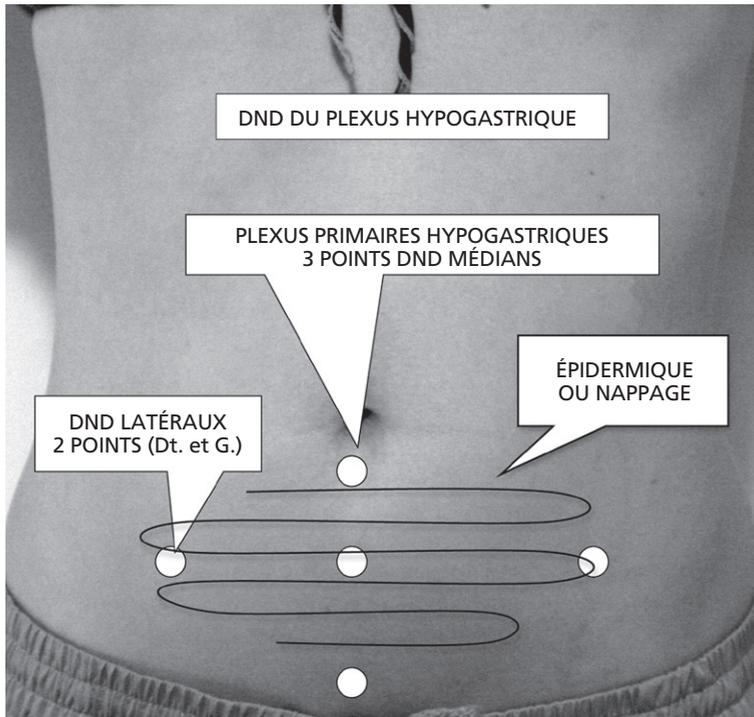


Figure 45.1

Dysménorrhées.

Le traitement est remarquablement efficace sur les dysménorrhées.

Le mélange mésothérapique essaie de se calquer sur la réceptivité des thérapeutiques allopathiques. Par exemple, AINS pour certaines, antispasmodiques ou veinotoniques pour d'autres.

Il faut toujours rechercher une souffrance vertébrale lombosacrée associée.

Fiche 46

Eczéma

Mots clés

Eczéma – Mésostress – Mésovaccination

Définition

Eczéma sec ou peu suintant à l'exclusion des eczémas très suintants et très étendus.

Physiopathologie

Vésicules dans le derme profond.

Réaction inflammatoire avec activation des facteurs.

Examen clinique

Recherche des zones atteintes.

Évaluation de la perturbation cutanée : épaissement, inflammation, surinfection.

Évaluation de l'état de tension intérieure.

Contre-indication : poussée aiguë de psoriasis inflammatoire diffus.

Examens complémentaires

Souvent inutiles.

Traitement mésothérapique (figure 46.1)

Techniques

IED épidermique, papules, IDP.

Mélange principal

Sur les lésions :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Mélange complémentaire

Mésotress systématique :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Zones eczématisées.

Protocole mésovaccination : cf. cartographie de la mésovaccination, p. 171.

Protocole mésostress : cf. stress généralisé-mésostress, p. 301.

Rythme

J1, J7, J15, puis en cas de crise.

Protocole mésovaccination 2 fois par an.

Associations

LED : la lumière LED, utilisant le bleu et le rouge, peut améliorer dans certains cas l'eczéma.

LASER : les lasers ou lampes excimer sont efficaces partiellement, des recherches sont en cours pour optimiser et surtout randomiser les résultats qui restent aléatoires.

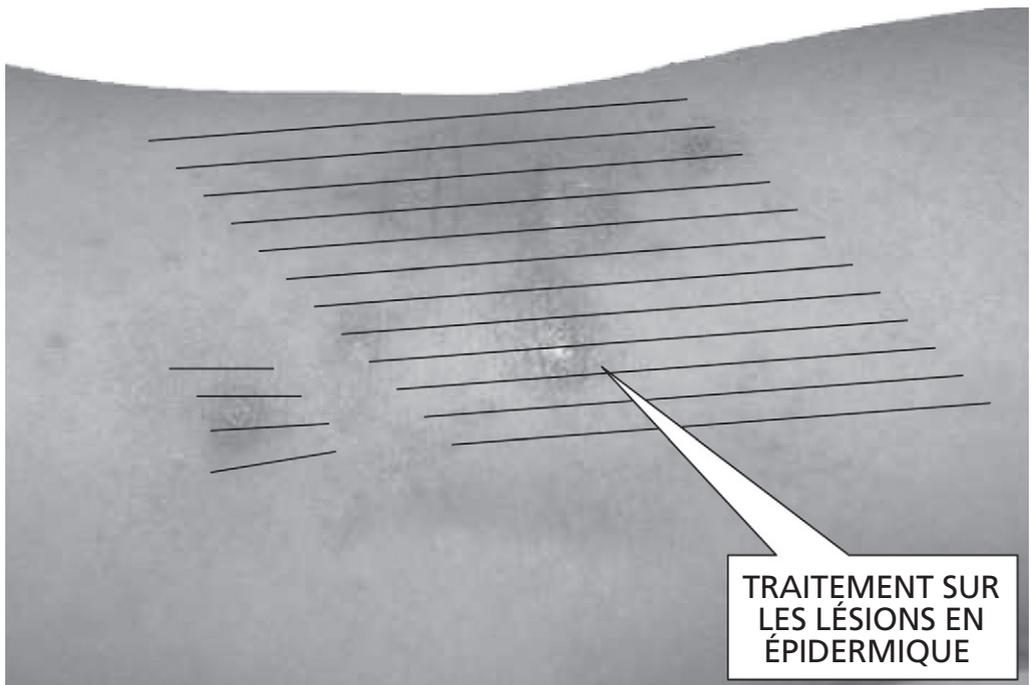


Figure 46.1

Traitement de l'eczéma.

L'eczéma sec ou peu suintant répond assez bien au traitement mésothérapique qui propose une atténuation des troubles cutanés et un traitement du stress de fond qui majore souvent les poussées évolutives.

Fiche 47

Élongation musculaire

Mots clés

Contusion musculaire – Contracture – Élongation – Hématome – Mésodrain

Définition

Accident musculaire avec lésion anatomique d'origine intrinsèque : microdéchirures avec effilochage de myofibrilles survenant à l'occasion d'une sollicitation excessive à la limite de l'étirement.

Physiopathologie

Atteinte irréversible des myofibrilles mais sans lésion du tissu conjonctif de soutien, absence d'hématome.

Examen clinique

Douleur à la palpation avec contracture associée.
Étirement passif possible mais limité.
Contraction isométrique douloureuse.

Examen complémentaire

Échographie.

Traitement mésothérapique (figure 47.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP + IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de la zone musculaire d'élongation.

Rythme

J1, J4, J8.

Traitements complémentaires

Repos, physiothérapie, rééducation.

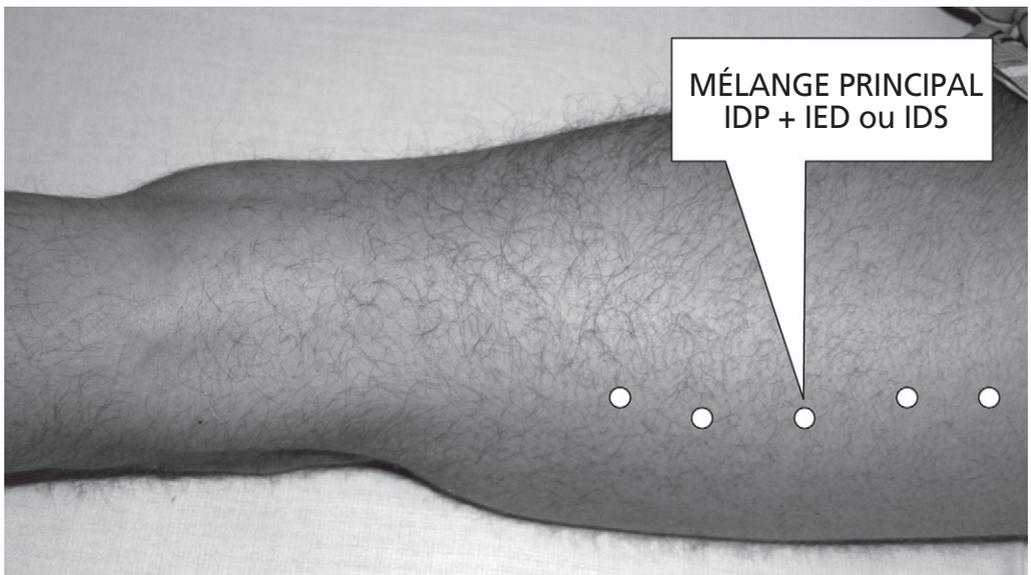


Figure 47.1
Élongation musculaire.

Fiche 48

Entorse aiguë bénigne des doigts (pouce)

Mots clés

Ligamentite – Entorse doigt

Définition

Ligamentite post-traumatique des ligaments latéraux des doigts.

Physiopathologie

Étirement pathologique d'un ou plusieurs ligaments des doigts dépassant la limite physiologique.

Examen clinique

Douleur spontanée en regard des interlignes des doigts.

Douleur à la pression digitale des ligaments sur les interlignes correspondants.

Test passif : douleur provoquée au bâillement forcé des interlignes articulaires.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 48.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne articulaire à J1 et J8, et mélange complémentaire à J15.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Strapping, rééducation.

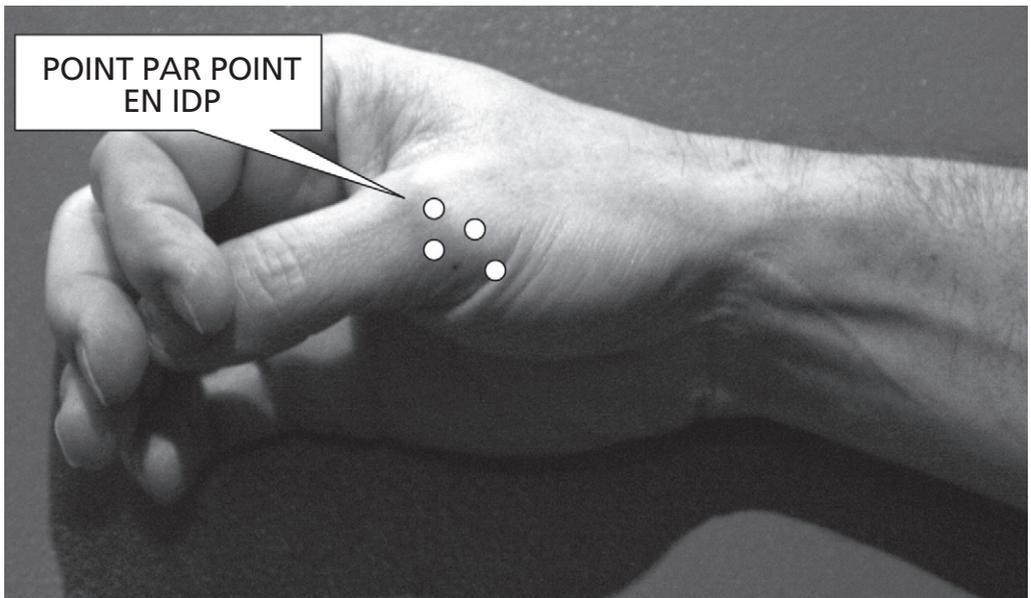


Figure 48.1
Entorse aiguë bénigne du pouce.

Fiche 49

Entorse chronique bénigne des doigts (pouce)

Mots clés

Ligamentite – Entorse doigt

Définition

Ligamentite post-traumatique des ligaments latéraux des doigts datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Étirement pathologique d'un ou plusieurs ligaments des doigts dépassant la limite physiologique.

Examen clinique

Douleur spontanée en regard des interlignes des doigts.

Douleur à la pression digitale des ligaments sur les interlignes correspondants.

Test passif : douleur provoquée au bâillement forcé des interlignes articulaires.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 49.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne articulaire.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

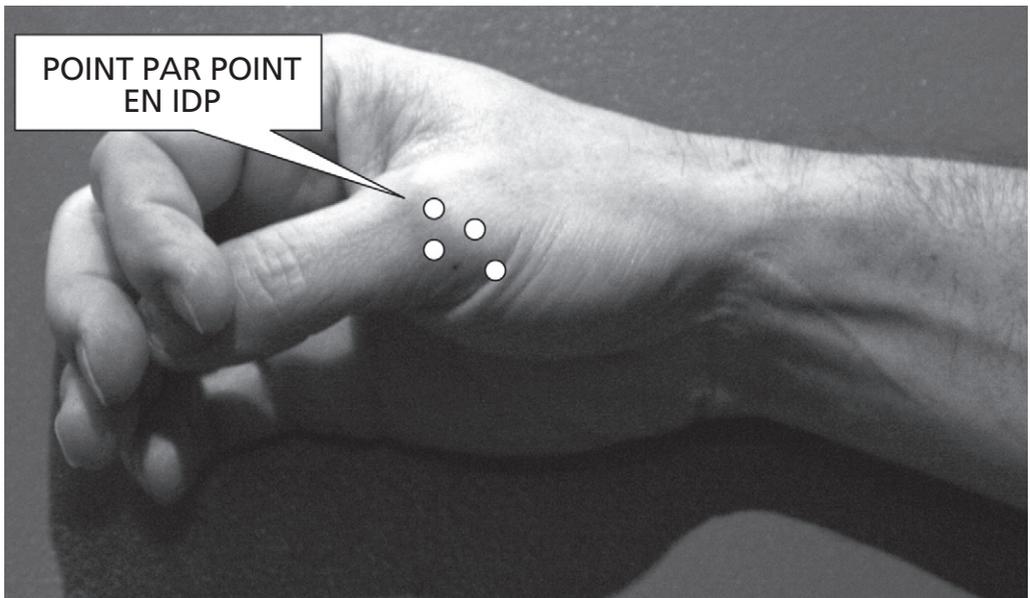


Figure 49.1
Entorse chronique bénigne du pouce.

Fiche 50

Entorse aiguë bénigne du ligament latéral externe du genou (LLE)

Mots clés

Entorse talo-crurale – Entorse sous-talienne – Entorse sous-astragaliennne – Entorse médiotarsienne – Ligamentite

Définition

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral externe du genou.

Physiopathologie

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face externe du genou.

Douleur à la pression digitale de l'insertion haute du LLE.

Douleur lors de la mise en flexion varus rotation interne.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 50.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du LLE à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Strapping, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.

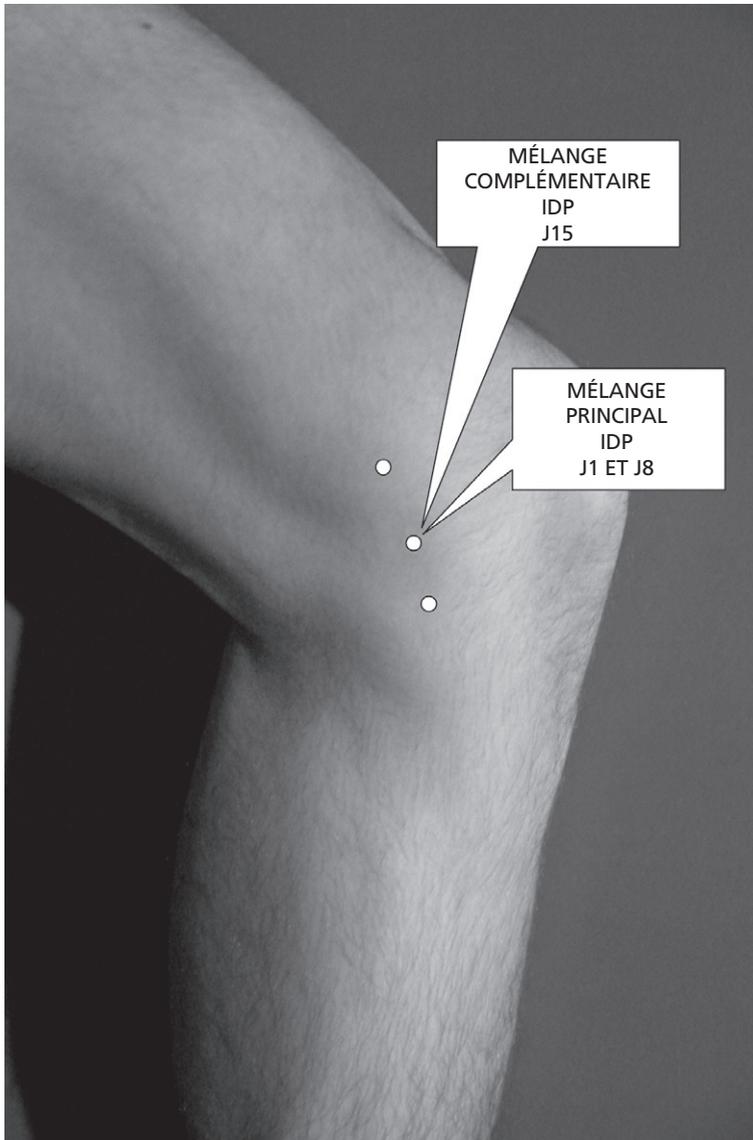


Figure 50.1
Tendinite du genou latéral externe.

Fiche 51

Entorse chronique bénigne du ligament latéral externe du genou (LLE)

Mots clés

Entorse talo-crurale – Entorse sous-talienne – Entorse sous-astragalienne – Entorse médio-tarsienne – Ligamentite

Définition

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral externe du genou datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face externe du genou.

Douleur à la pression digitale de l'insertion haute du LLE.

Douleur lors de la mise en flexion varus rotation interne.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 51.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du LLE.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Strapping, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.

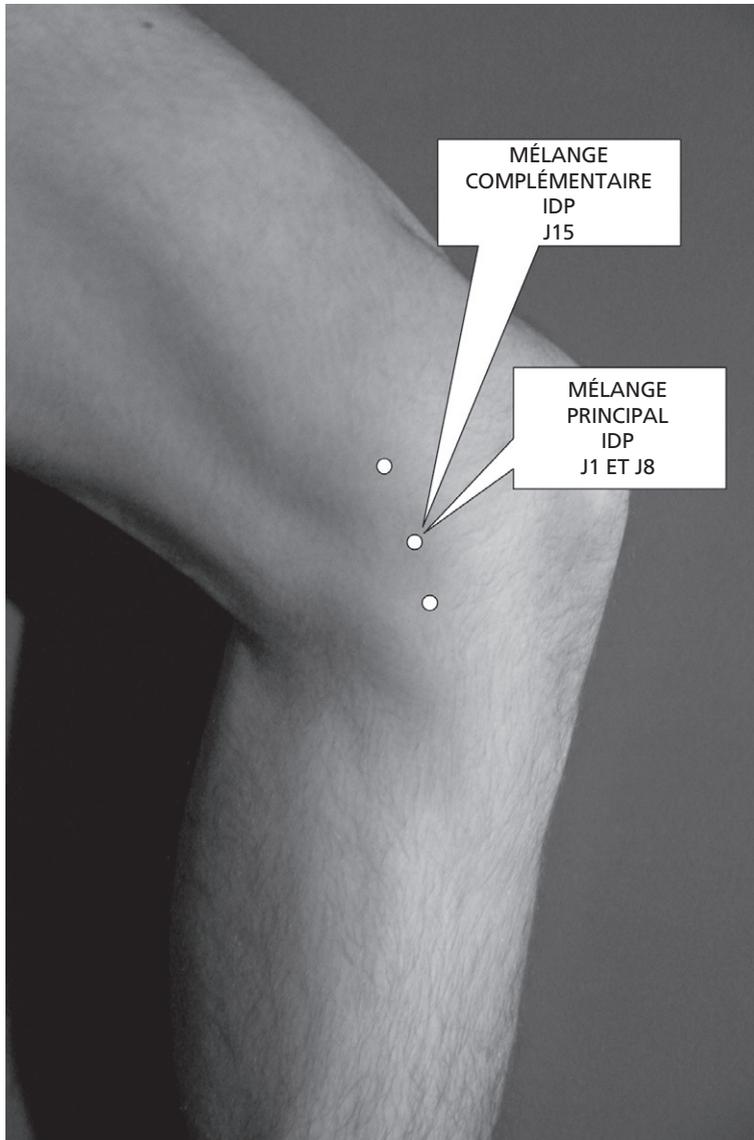


Figure 51.1
Tendinite du genou latéral externe.

Fiche 52

Entorse aiguë bénigne du ligament latéral médial du genou (LLI)

Mots clés

Entorse talo-crurale – Entorse sous-talienne – Entorse sous-astragaliennne – Entorse médio-tarsienne – Ligamentite

Définition

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral interne du genou.

Physiopathologie

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face interne du genou.

Douleur à la pression digitale de l'insertion haute du LLI.

Douleur lors de la mise en flexion valgus rotation externe.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 52.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du LLI à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Strapping, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.

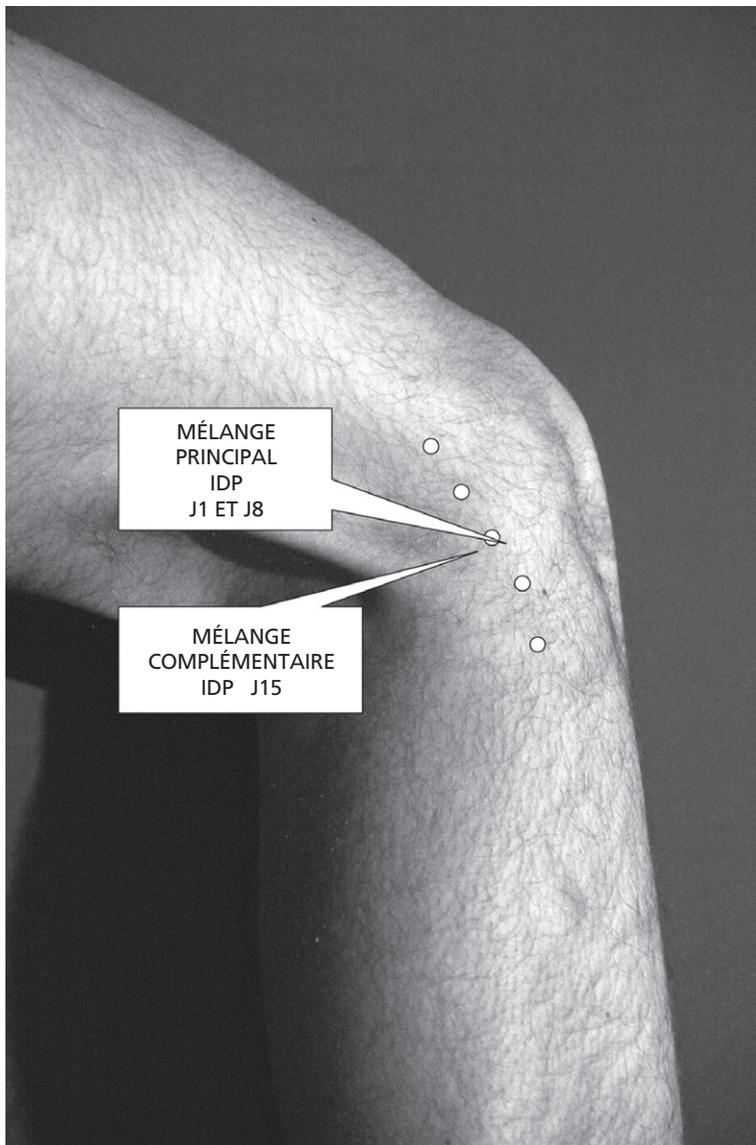


Figure 52.1
Entorse bénigne du ligament latéral médial.

Fiche 53

Entorse chronique bénigne du ligament latéral médial du genou (LLI)

Mots clés

Entorse talo-crurale – Entorse sous-taliennne – Entorse sous-astragalienne – Entorse médio-tarsienne – Ligamentite

Définition

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral interne du genou datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Étiement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face interne du genou.

Douleur à la pression digitale de l'insertion haute du LLI.

Douleur lors de la mise en flexion valgus rotation externe.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 53.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du LLI.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.

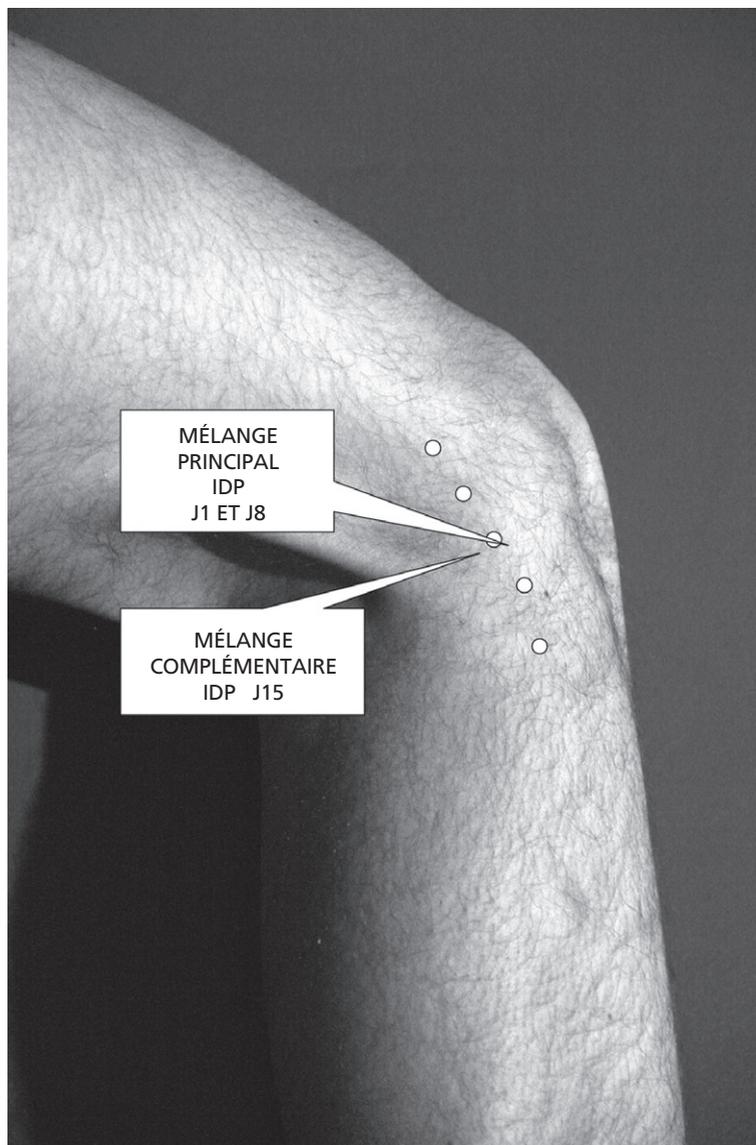


Figure 53.1
Entorse bénigne du ligament latéral médial.

Fiche 54

Entorse aiguë bénigne de la sous-talienne (sous-astragaliennne)

Mots clés

Entorse sous-talienne – Entorse sous-astragaliennne – Entorse médio-tarsienne

Définition

Ligamentite post-traumatique des ligaments calca-néo-fibulaire (péronéo-calcannéen) et interosseux talo-calcannéen (ligament en haie) le plus souvent associée à une entorse talo-crurale externe.

Physiopathologie

Étirement pathologique des ligaments de la sous-talienne en varus et inversion dépassant la limite physiologique avec déchirure partielle.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face externe de la cheville.

Douleur à la pression digitale du sinus du tarse.

Œdème sous-malléolaire externe.

Examens complémentaires

Radiographies standard selon les critères d'Ottawa, échographie.

Traitement mésothérapique

(figures 54.1 et 54.2)

Techniques

Mixtes : mésothérapie ponctuelle systématisée (DHD) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En DHD + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 cc

Mélange complémentaire

En DHD + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du sinus du tarse à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Orthèse stabilisatrice, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.

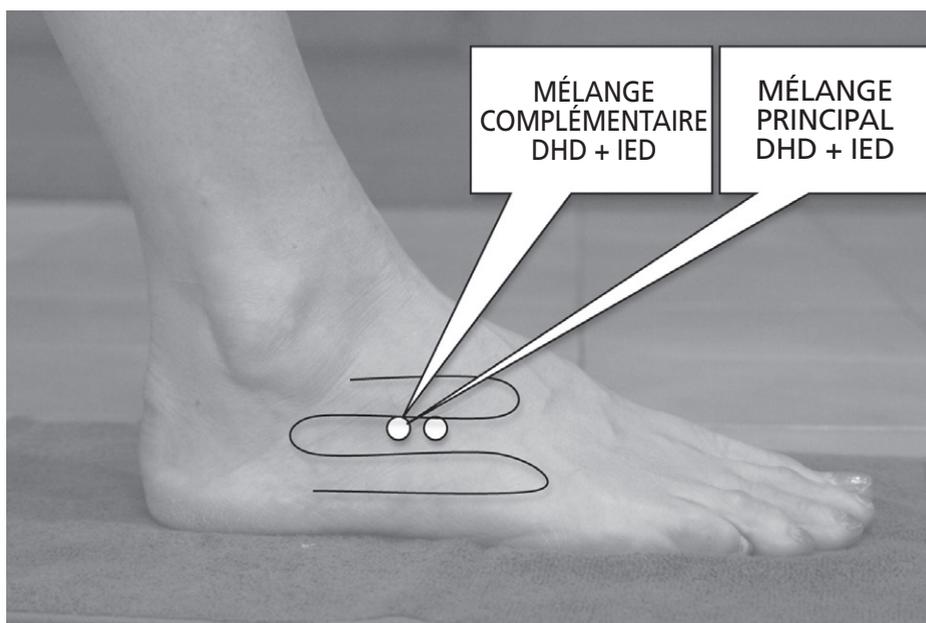


Figure 54.1
Entorse
sous-talienne.

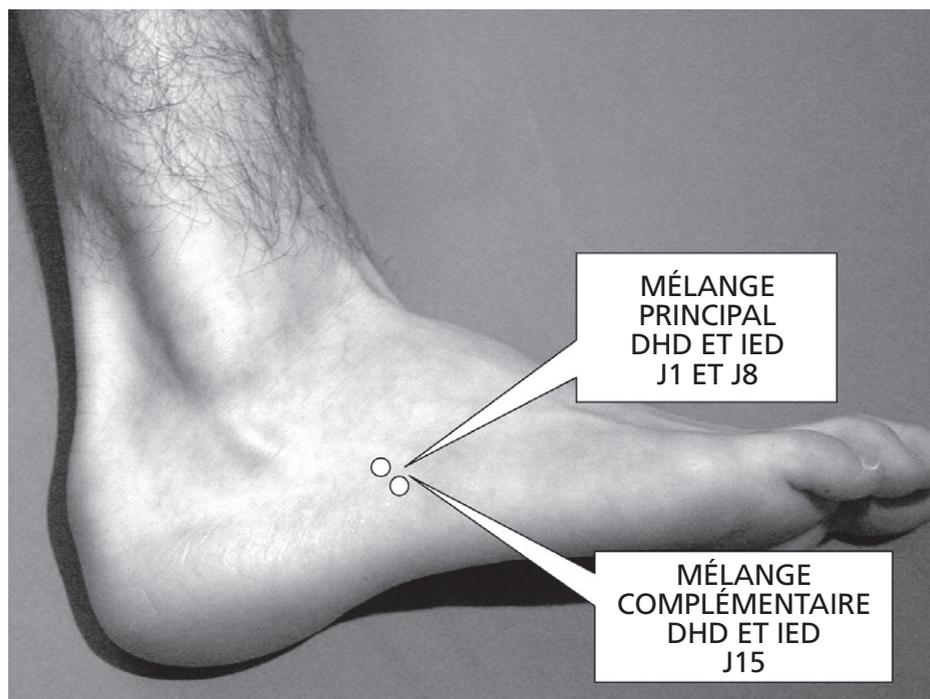


Figure 54.2
Entorse aiguë bénigne de la sous-talienne (sous-astragalienne).

Fiche 55

Entorse chronique bénigne de la sous-talienne (sous-astragaliennne)

Mots clés

Entorse sous-talienne – Entorse sous-astragaliennne – Entorse médio-tarsienne

Définition

Ligamentite post-traumatique des ligaments calcaneó-fibulaire (péronéo-calcannéen) et interosseux talo-calcannéen (ligament en haie) le plus souvent associée à une entorse talo-crurale externe datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Étirement pathologique des ligaments de la sous-talienne en varus et inversion dépassant la limite physiologique avec déchirure partielle.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face externe de la cheville.
Douleur à la pression digitale du sinus du tarse.
Œdème sous-malléolaire externe.

Examens complémentaires

Radiographies standard selon les critères d'Ottawa, échographie.

Traitement mésothérapique (figures 55.1 et 55.2)

Techniques

Mixtes : mésothérapie ponctuelle systématisée (DHD) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du sinus du tarse

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.

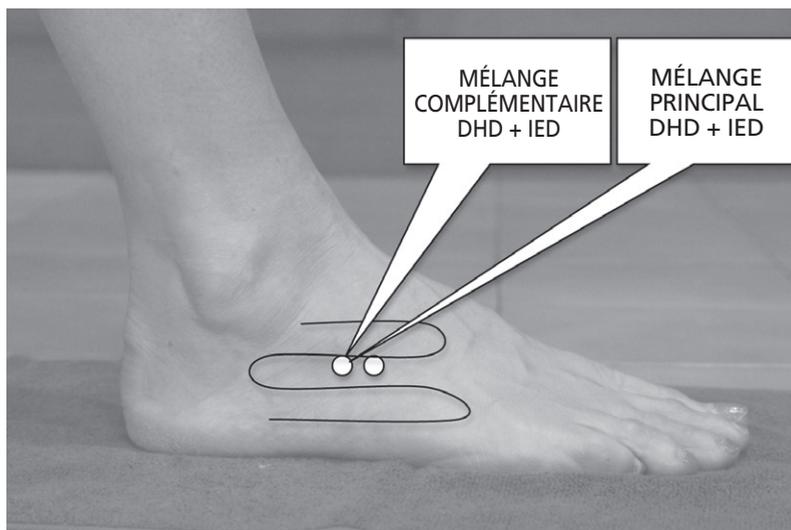


Figure 55.1
Entorse sous-talienne.

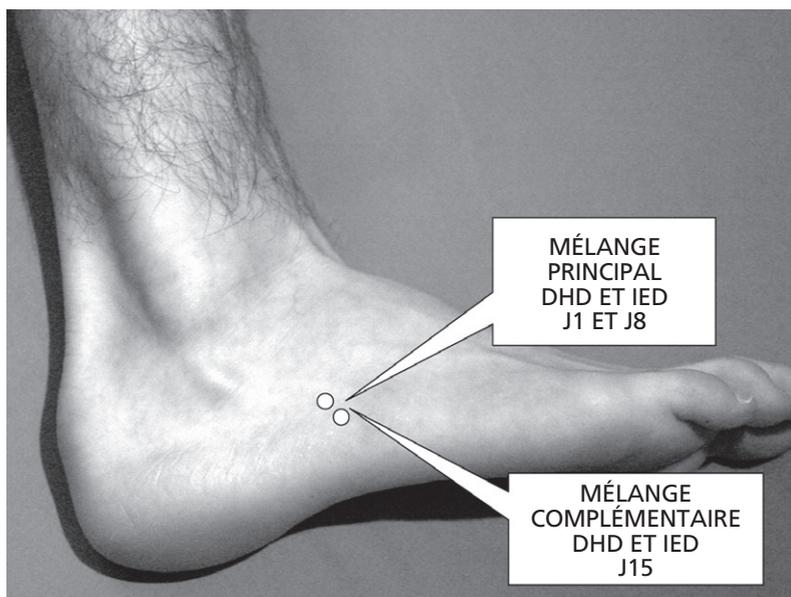


Figure 55.2
Entorse chronique bénigne de la sous-talienne (sous-astragalienne).

Fiche 56

Entorse aiguë bénigne de la transverse du tarse (médio-tarsienne)

Mots clés

Entorse médio-tarsienne – Tendinite – Tendinopathie – Péri-tendinopathie – Arthrose

Définition

Ligamentite post-traumatique des ligaments calcanéo-cuboïdien et calcanéo-naviculaire (ligament en Y de Chopart) le plus souvent associée à une entorse talo-crurale externe.

Physiopathologie

Étirement pathologique du ligament en Y en varus et inversion dépassant la limite physiologique avec déchirure partielle.

Examen clinique

Douleur spontanée sur le médio-pied avec œdème ± hématome.

Douleur à la pression digitale du ligament en Y.

Ballotement talien, recherche de tiroir antérieur, dérangement de la fibula ou talo-crural.

Examens complémentaires

Radiographies standard selon les critères d'Ottawa, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 56.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du ligament en Y à J1 et J8, et mélange complémentaire à J15.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Orthèse stabilisatrice ou strapping, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.

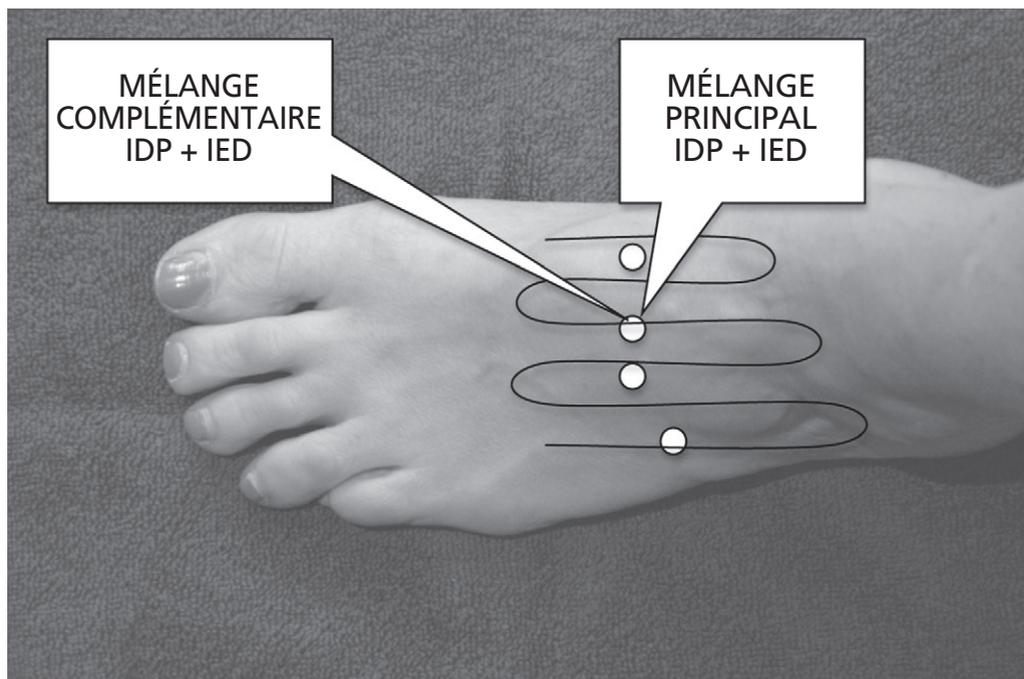


Figure 56.1
Entorse transverse du tarse.

Fiche 57

Entorse chronique bénigne de la transverse du tarse (médio-tarsienne)

Mots clés

Entorse médio-tarsienne – Tendinite – Tendinopathie – Péri-tendinopathie – Arthrose

Définition

Ligamentite post-traumatique des ligaments calcanéo-cuboïdien et calcanéo-naviculaire (ligament en Y de Chopart) le plus souvent associée à une entorse talo-crurale externe datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Étirement pathologique du ligament en Y en varus et inversion dépassant la limite physiologique avec déchirure partielle.

Examen clinique

Douleur spontanée sur le médio-pied avec œdème ± hématome.

Douleur à la pression digitale du ligament en Y. Ballotement talien, recherche de tiroir antérieur, dérangement de la fibula ou talo-crural.

Examens complémentaires

Radiographies standard selon les critères d'Ottawa, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 57.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du ligament en Y à J1 et J8, et mélange complémentaire à J15.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.

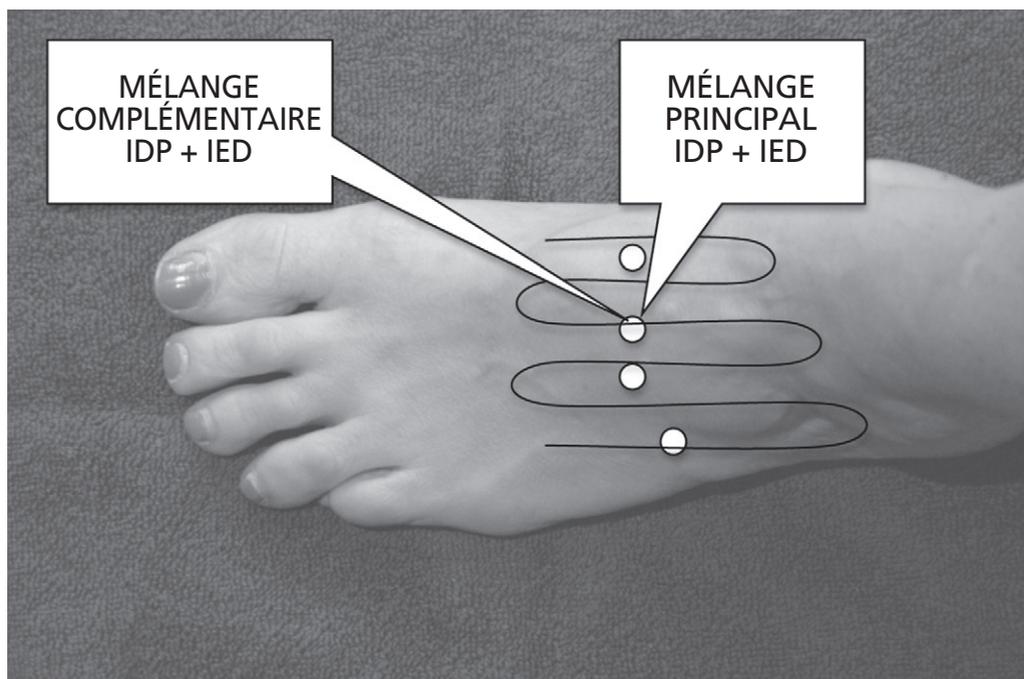


Figure 57.1
Entorse transverse du tarse.

Fiche 58

Entorse aiguë de gravité moyenne talo-crurale externe (LLE)

Mots clés

Entorse talo-crurale – Entorse sous-talienne – Entorse sous-astragaliennne – Entorse médio-tarsienne – Ligamentite

Définition

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral externe (LLE) de la cheville.

Physiopathologie

Étirement pathologique du LLE en varus et/ou inversion dépassant la limite physiologique avec déchirure partielle d'un ou plusieurs faisceaux.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face externe de la cheville, œdème sous-malléolaire + hématome.

Douleur à la pression digitale des faisceaux du LLE concernés.

Ballotement talien, recherche de tiroir antérieur, dérangement de la fibula ou talo-crural.

Examens complémentaires

Radiographies standard selon les critères d'Ottawa, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 58.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du LLE à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Orthèse stabilisatrice, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.

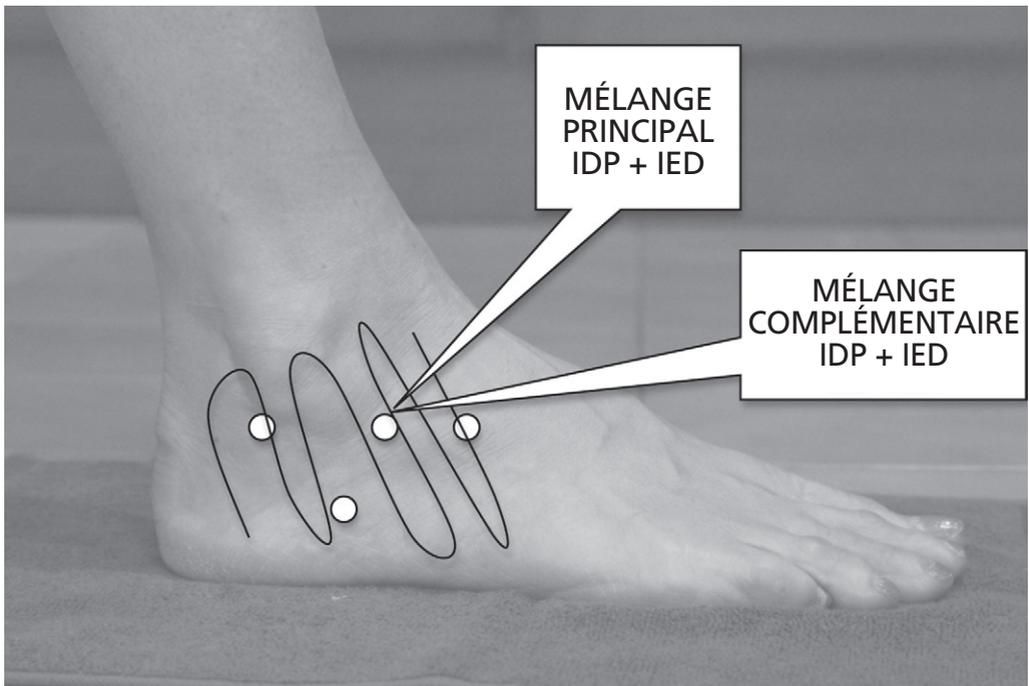


Figure 58.1
Entorse talo-crurale externe.

Fiche 59

Entorse chronique de gravité moyenne talo-crurale externe (LLE)

Mots clés

Entorse talo-crurale – Entorse sous-talienne – Entorse sous-astragaliennne – Entorse médio-tarsienne – Ligamentite

Définition

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral externe (LLE) de la cheville datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Étirement pathologique du LLE en varus et/ou inversion dépassant la limite physiologique avec déchirure partielle d'un ou plusieurs faisceaux.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face externe de la cheville, œdème sous-malléolaire + hématome.

Douleur à la pression digitale des faisceaux du LLE concernés.

Ballotement talien, recherche de tiroir antérieur, dérangement de la fibula ou talo-crural.

Examens complémentaires

Radiographies standard selon les critères d'Ottawa, échographie.

Traitement mésothérapeutique (figure 59.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du LLE.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.

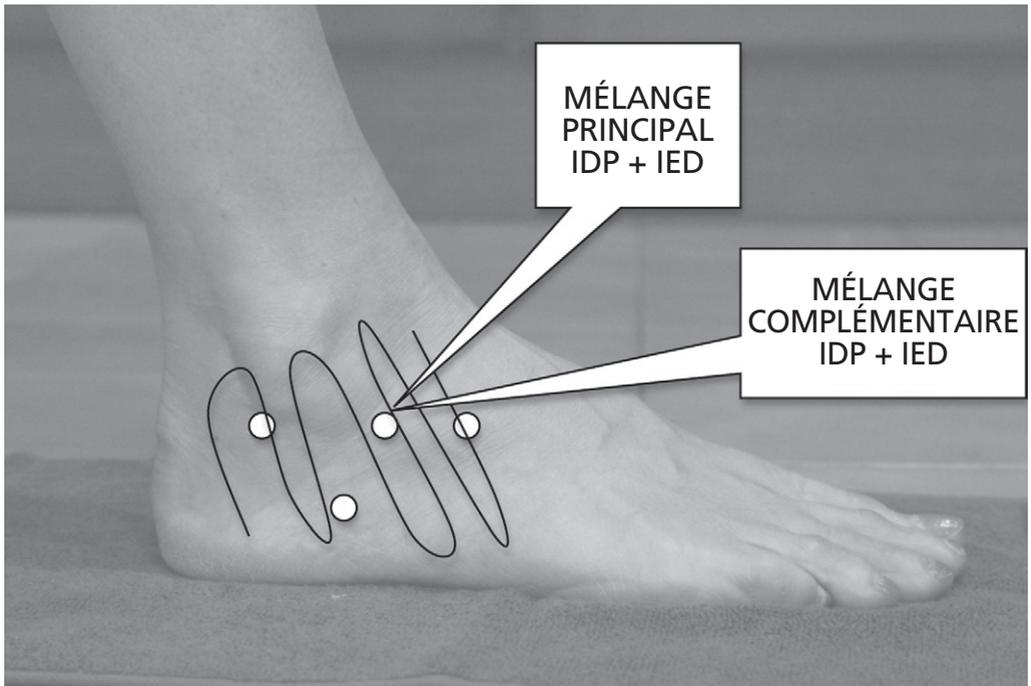


Figure 59.1
Entorse talo-crurale externe.

Fiche 60

Entorse aiguë de gravité moyenne talo-crurale interne (LLI)

Mots clés

Entorse talo-crurale – Entorse sous-talienne – Entorse sous-astragalienne – Entorse médio-tarsienne – Ligamentite

Définition

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral externe (LLI) de la cheville.

Physiopathologie

Étirement pathologique du LLI en valgus et/ou éversion dépassant la limite physiologique avec déchirure partielle d'un ou des deux faisceaux.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face interne de la cheville, œdème sous-malléolaire interne + hématome.

Douleur à la pression digitale des faisceaux du LLI concernés.

Ballotement talien, recherche de tiroir antérieur, dérangement de la fibula ou talo-crural.

Examens complémentaires

Radiographies standard selon les critères d'Ottawa, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 60.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du LLI à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Orthèse stabilisatrice, thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.

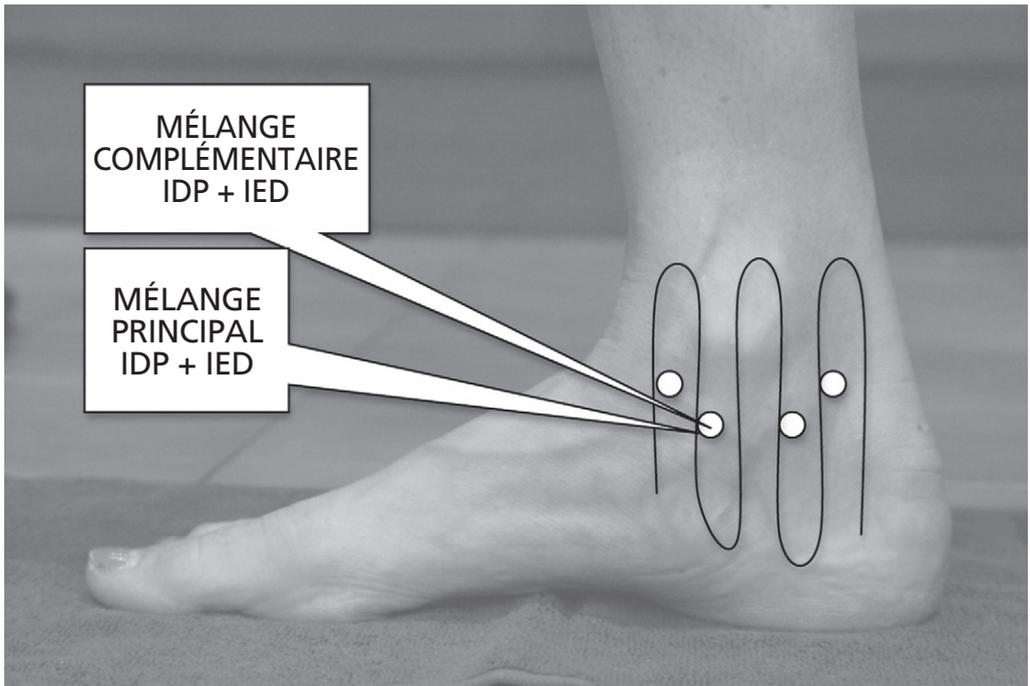


Figure 60.1
Entorse talo-crurale interne.

Fiche 61

Entorse chronique de gravité moyenne talo-crurale interne (LLI)

Mots clés

Entorse talo-crurale – Entorse sous-talienne – Entorse sous-astragalienne – Entorse médio-tarsienne – Ligamentite

Définition

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral externe (LLI) de la cheville datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Étirement pathologique du LLI en valgus et/ou éversion dépassant la limite physiologique avec déchirure partielle d'un ou des deux faisceaux.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face interne de la cheville, œdème sous-malléolaire interne + hématome.

Douleur à la pression digitale des faisceaux du LLI concernés.

Ballotement talien, recherche de tiroir antérieur, dérangement de la fibula ou talo-crural.

Examens complémentaires

Radiographies standard selon les critères d'Ottawa, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 61.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du LLI.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Thérapie manuelle, physiothérapie, rééducation.

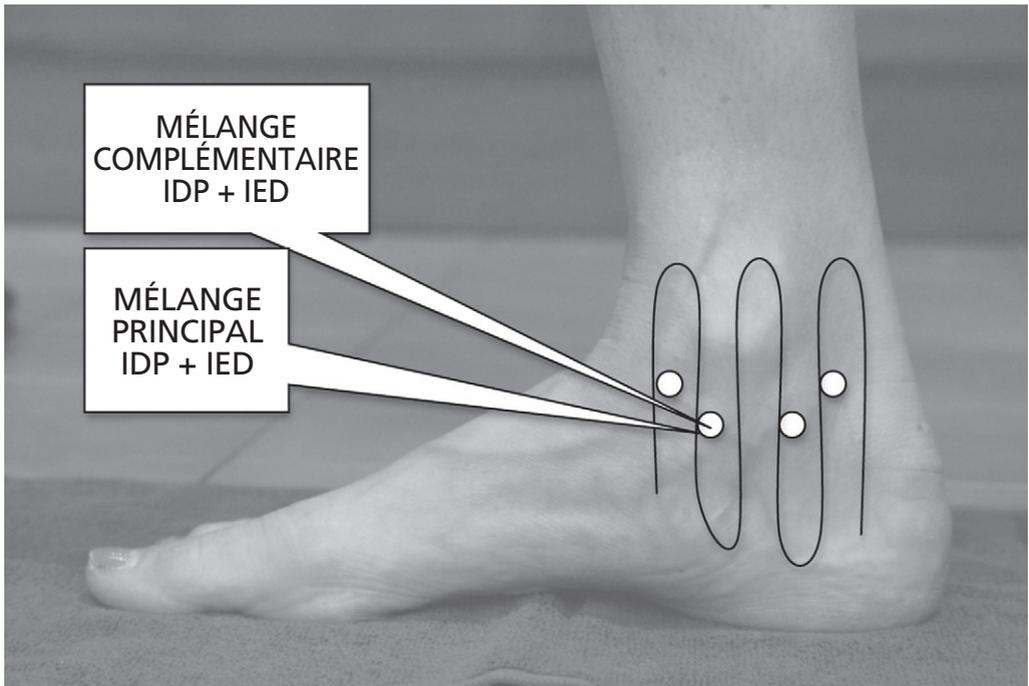


Figure 61.1
Entorse talo-crurale interne.

Fiche 62

Entorse aiguë bénigne acromio-claviculaire

Mots clés

Entorse – Ligamentite – Arthropathie – Arthrose

Définition

Souffrance avec distension des ligaments acromio-claviculaires post-traumatiques.

Physiopathologie

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

Examen clinique

Douleur spontanée en regard de l'articulation acromio-claviculaire.

Douleur à la pression digitale de l'interligne acromio-claviculaire.

Test passif : douleur provoquée à la pression digitale de l'interligne, exagérée par l'inspiration forcée du patient.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 62.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne articulaire à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Strapping.



Figure 62.1
Entorse acromio-claviculaire.

Fiche 63

Entorse chronique bénigne acromio-claviculaire

Mots clés

Entorse – Ligamentite – Arthropathie – Arthrose

Définition

Souffrance avec distension des ligaments acromio-claviculaires post-traumatiques datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

Examen clinique

Douleur spontanée en regard de l'articulation acromio-claviculaire.

Douleur à la pression digitale de l'interligne acromio-claviculaire.

Test passif : douleur provoquée à la pression digitale de l'interligne, exagérée par l'inspiration forcée du patient.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 63.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

EN IDP + IED :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne articulaire.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

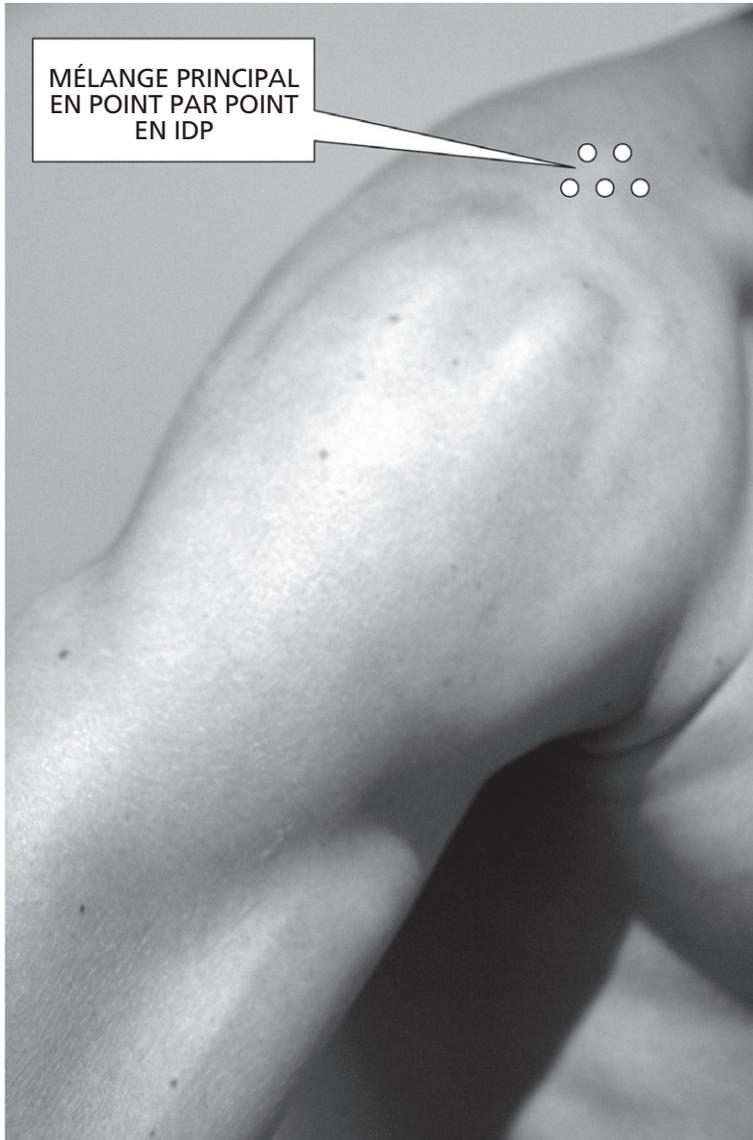


Figure 63.1
Entorse acromio-claviculaire.

Fiche 64

Entorse aiguë bénigne du ligament latéral externe du coude (LLE)

Mots clés

Entorse – Ténosynovite – Tendinopathie – Ligamentite – Épitrôchléite – Épicondylite

Définition

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral externe du coude.

Physiopathologie

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face externe du coude.

Douleur à la pression digitale de l'interligne entre l'olécrane et l'épicondyle.

Test passif : douleur provoquée à la pression digitale de l'interligne, exagérée par un bâillement externe forcé du coude-avant-bras en légère flexion.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 64.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne articulaire à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Strapping, manipulation, rééducation.

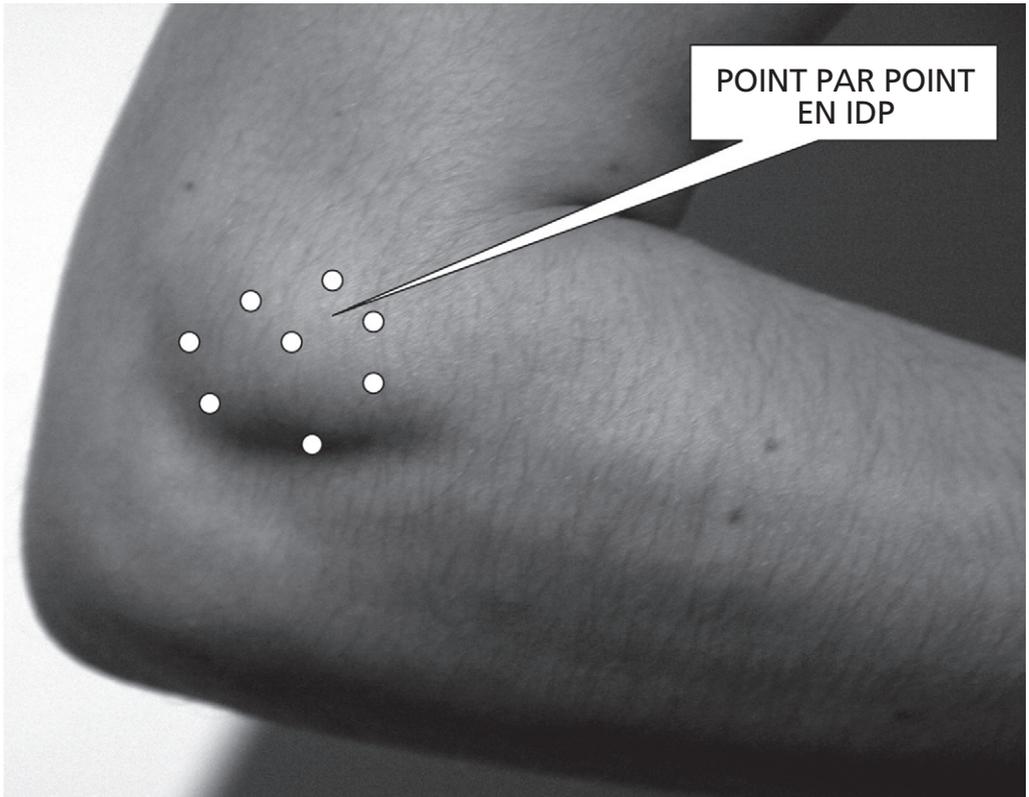


Figure 64.1
Entorse LLE du coude.

Fiche 65

Entorse chronique bénigne du ligament latéral externe du coude (LLE)

Mots clés

Entorse – Ténosynovite – Tendinopathie – Ligamentite – Épitrochléite – Épicondylite

Définition

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral externe du coude datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face externe du coude.
Douleur à la pression digitale de l'interligne entre l'olécrane et l'épicondyle.
Test passif : douleur provoquée à la pression digitale de l'interligne, exagérée par un bâillement externe forcé du coude-avant-bras en légère flexion.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 65.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne articulaire.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Ostéopathie, rééducation.

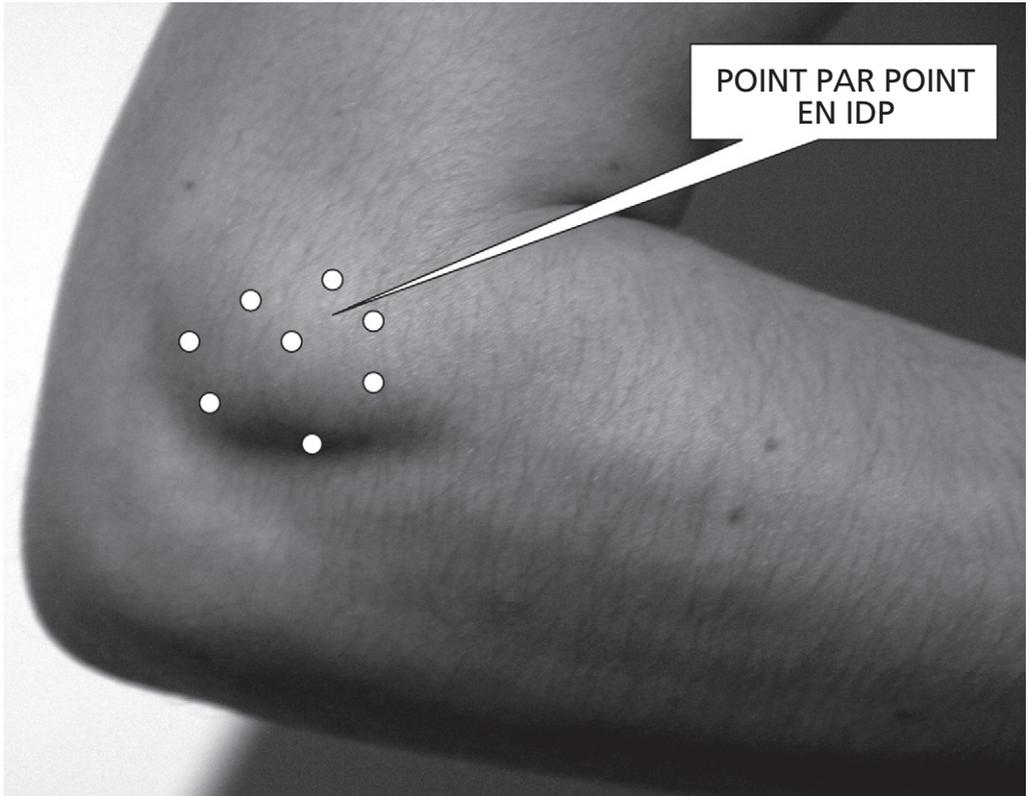


Figure 65.1
Entorse LLE du coude.

Fiche 66

Entorse aiguë bénigne du ligament latéral médial du coude (LLI)

Mots clés

Entorse – Ténosynovite – Tendinopathie – Ligamentite – Épitrôchléite – Épicondylite

Définition

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral interne du coude.

Physiopathologie

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face interne du coude.

Douleur à la pression digitale de l'interligne en avant et en bas de l'épitrôchlée.

Test passif : douleur provoquée à la pression digitale de l'interligne, exagérée par un bâillement interne forcé du coude-avant-bras en légère flexion.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 66.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne articulaire à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Strapping, manipulation, rééducation.

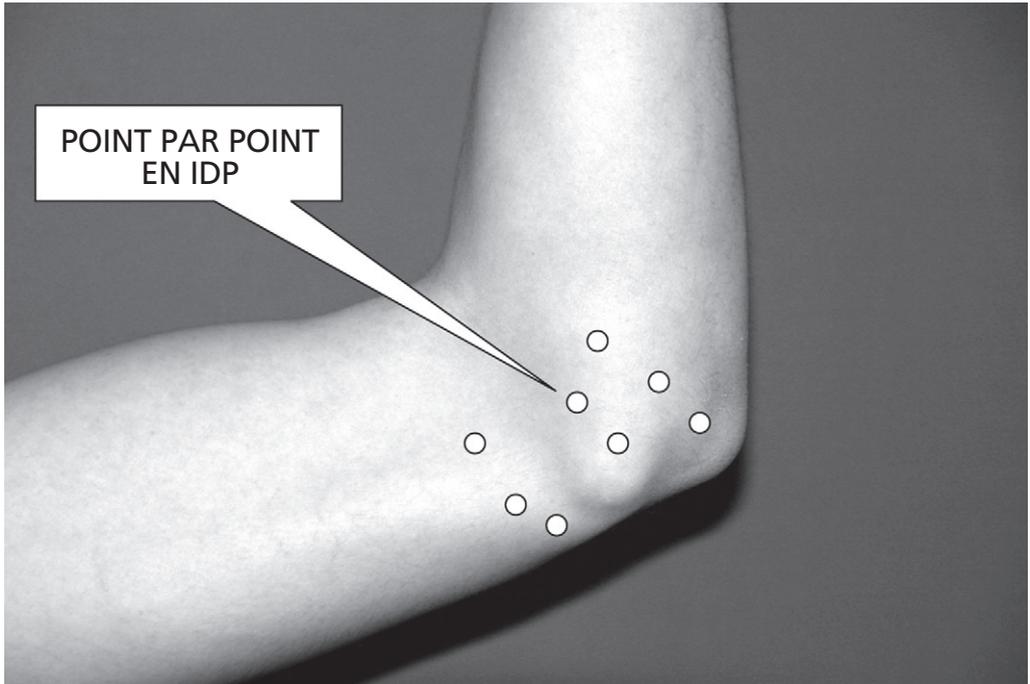


Figure 66.1
Entorse LLI du coude.

Fiche 67

Entorse chronique bénigne du ligament latéral médial du coude (LLI)

Mots clés

Entorse – Ténosynovite – Tendinopathie – Ligamentite – Épitrôchléite – Épicondylite

Définition

Ligamentite post-traumatique du ligament latéral interne du coude datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Étirement pathologique d'un ligament dépassant la limite physiologique.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face interne du coude.

Douleur à la pression digitale de l'interligne en avant et en bas de l'épitrôchlée.

Test passif : douleur provoquée à la pression digitale de l'interligne, exagérée par un bâillement interne forcé du coude-avant-bras en légère flexion.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 67.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne articulaire.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Ostéopathie, rééducation.

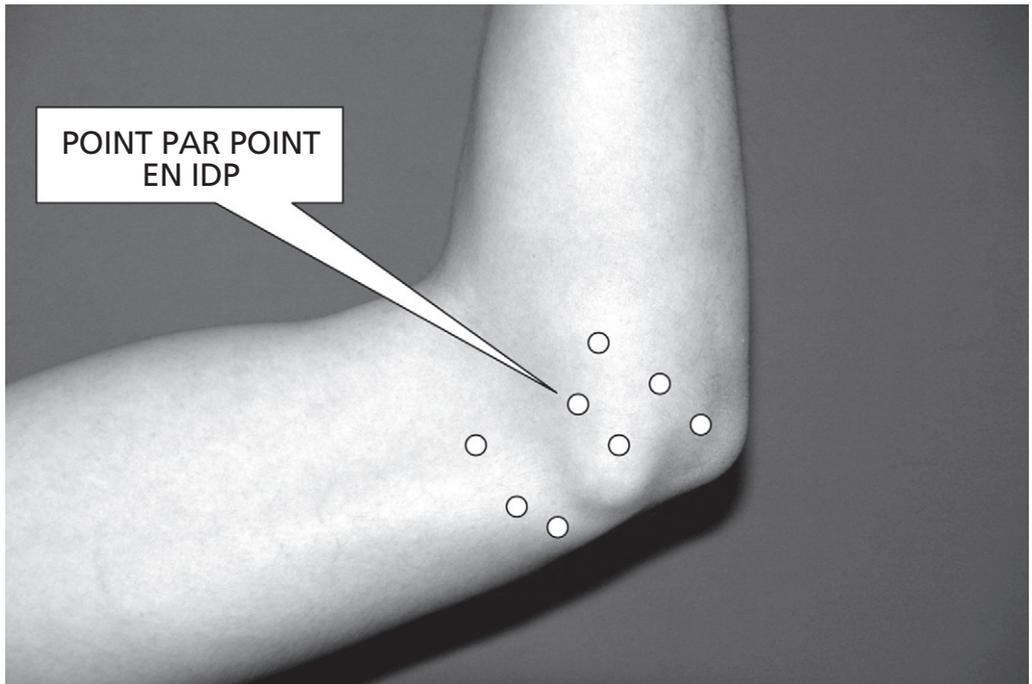


Figure 67.1
Entorse LLI du coude.

Fiche 68

Épicondylite latérale vraie en phase aiguë

Mots clés

Épicondylite – Épitrochléite – Tendinopathie – Ténosynovite – Ligamentite

Définition

Inflammation des tendons épicondyliens latéraux secondaire à un microtraumatisme (sportif, bricolage, jardinage, professionnel) sans participation cervicale.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur un ou plusieurs tendons.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face externe du coude.

Douleur à la pression digitale des tendons en regard de l'épicondyle latérale.

Test isométrique : extension résistée de la main sur l'avant-bras, puis extension contrariée des 3^e, 4^e et 5^e doigts, puis supination contre résistance.

Test passif assisté : douleur exagérée à la pronation forcée.

Examen du rachis cervico-dorsal strictement normal.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 68.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Étamsylate	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'épicondyle latéral et mélange complémentaire en regard des corps musculaires correspondants.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Rééducation.

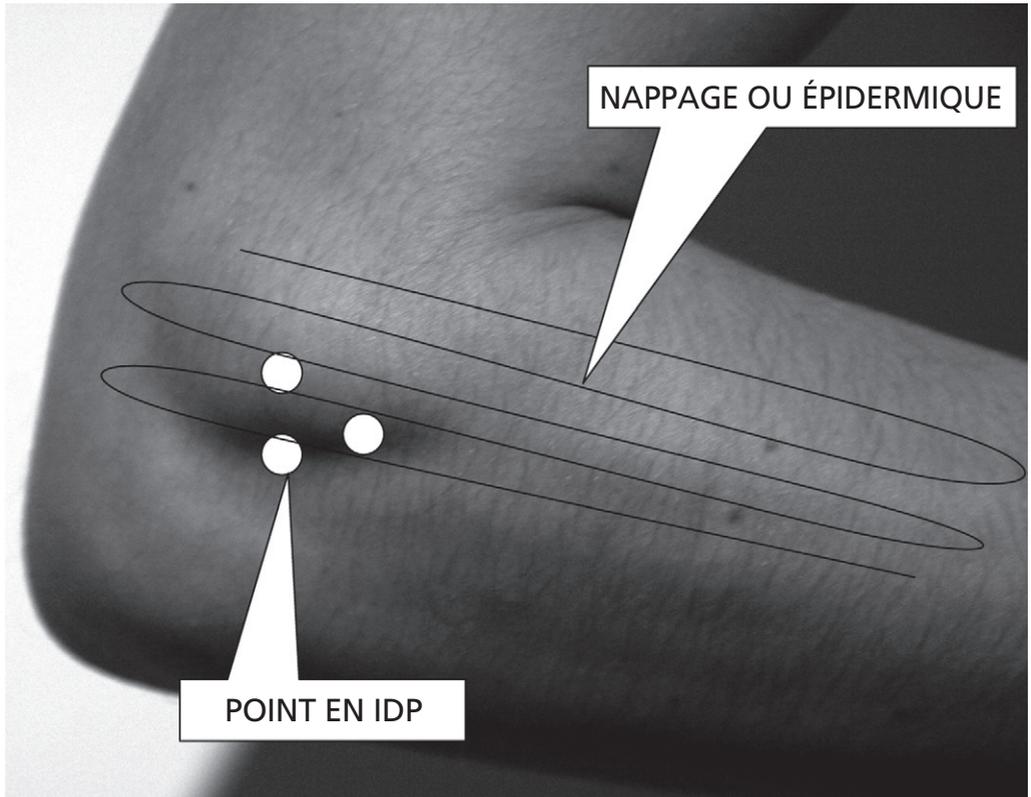


Figure 68.1
Épicondylite latérale.

Fiche 69

Épicondylite latérale vraie en phase chronique

Mots clés

Épicondylite – Épitrochléite – Tendinopathie – Ténosynovite – Ligamentite

Définition

Inflammation des tendons épicondyliens latéraux secondaire à un microtraumatisme (sportif, bricolage, jardinage, professionnel) sans participation cervicale datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur un ou plusieurs tendons.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face externe du coude.

Douleur à la pression digitale des tendons en regard de l'épicondyle latérale.

Test isométrique : extension résistée de la main sur l'avant-bras, puis extension contrariée des 3^e, 4^e et 5^e doigts, puis supination contre résistance.

Test passif assisté : douleur exagérée à la pronation forcée.

Examen du rachis cervico-dorsal strictement normal.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 69.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'épicondyle latéral et mélange complémentaire en regard des corps musculaires correspondants.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Rééducation.

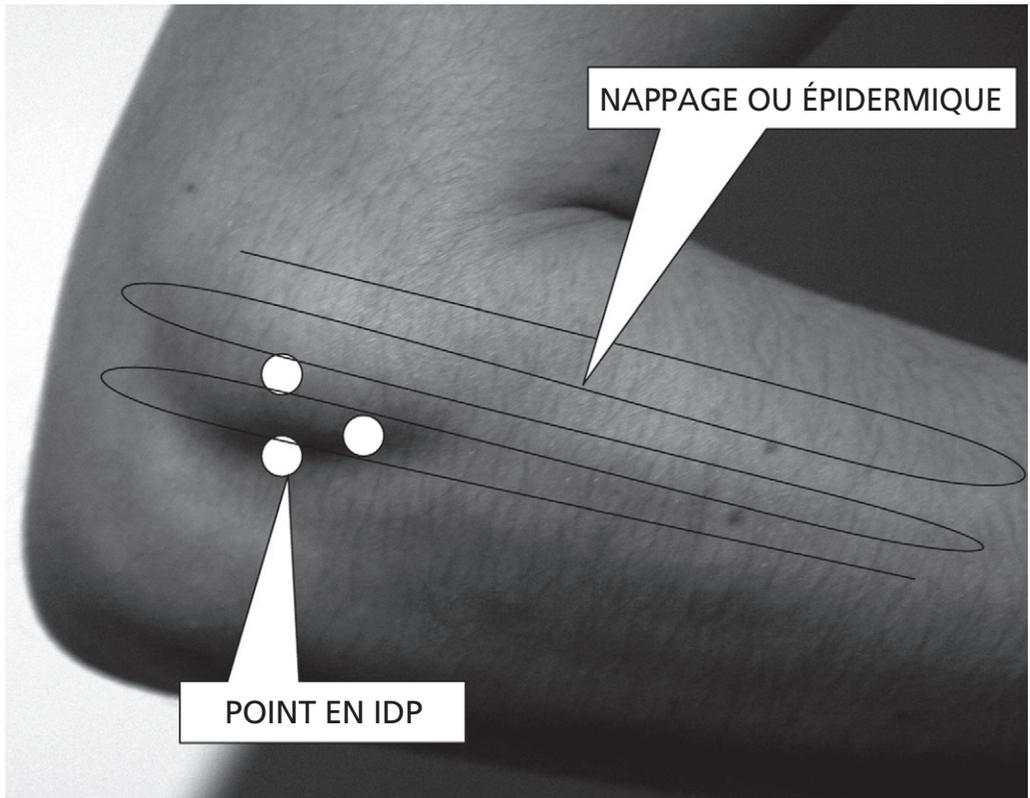


Figure 69.1
Épicondylite latérale.

Fiche 70

Épicondylalgie latérale en phase aiguë

Mots clés

Épicondylite – Épitrochléite – Tendinopathie – Ténosynovite – Ligamentite

Définition

Inflammation des tendons épicondyliens latéraux avec participation cervico-dorsale avec ou sans subluxation de la tête radiale.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur un ou plusieurs tendons.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face externe du coude.

Douleur à la pression digitale des tendons en regard de l'épicondyle latérale.

Test isométrique : extension résistée de la main sur l'avant-bras, puis extension contrariée des 3^e, 4^e et 5^e doigts, puis supination contre résistance.

Test passif assisté : douleur exagérée à la pronation forcée.

Dérangement cervico-dorsal C5 et/ou D3.

Subluxation de la tête radiale avec rotation interne des deux os de l'avant-bras.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 70.1)

Techniques

Mixtes : oint par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélanges principaux

En IDP :

	Composé	Dosage
Mélange 1	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Piroxicam	1 cc
	Calcitonine 100 UI	1 cc
Mélange 2	Lidocaïne 1 %	1 cc
	Piroxicam	1 cc
	Thiocolchicoside	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal 1 en regard de l'épicondyle latéral, mélange principal 2 au niveau cervico-dorsal sur les souffrances intervertébrales dégénératives et mélange complémentaire en regard des épicondyliens.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Rééducation + manipulations vertébrales et de la tête radiale.

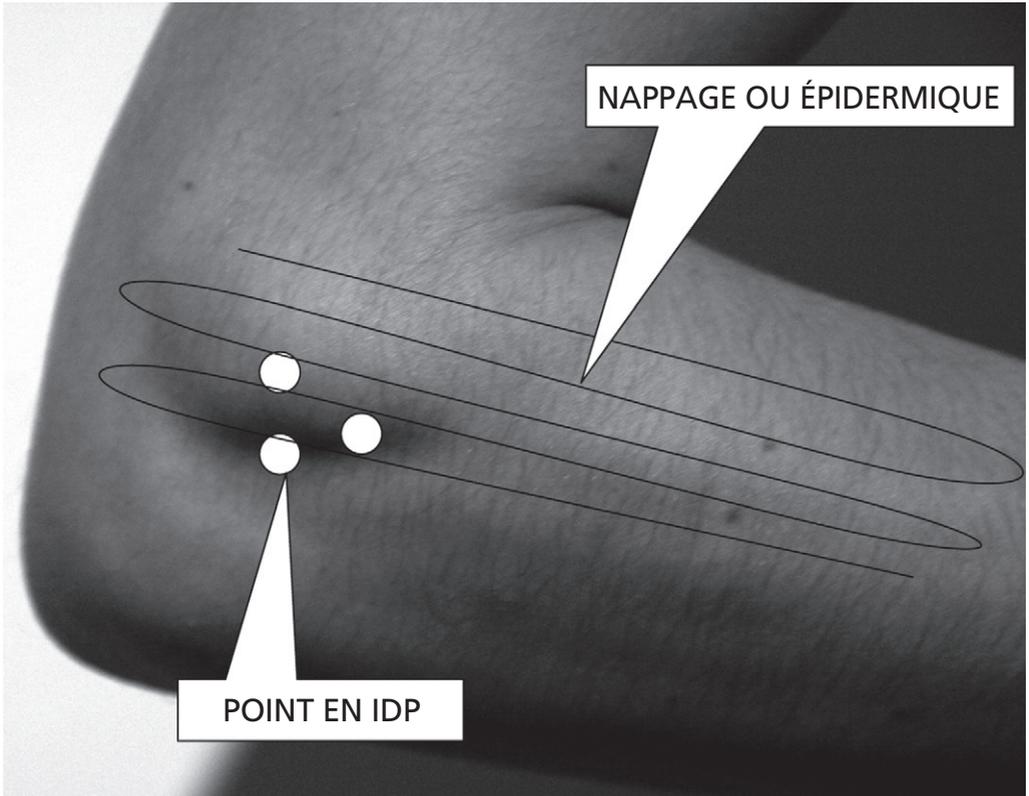


Figure 70.1
Épicondylalgie latérale.

Fiche 71

Épicondylalgie latérale en phase chronique

Mots clés

Épicondylite – Épitrochléite – Tendinopathie – Ténosynovite – Ligamentite

Définition

Inflammation des tendons épicondyliens latéraux avec participation cervico-dorsale avec ou sans subluxation de la tête radiale datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur un ou plusieurs tendons.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face externe du coude.

Douleur à la pression digitale des tendons en regard de l'épicondyle latérale.

Test isométrique : extension résistée de la main sur l'avant-bras, puis extension contrariée des 3^e, 4^e et 5^e doigts, puis supination contre résistance.

Test passif assisté : douleur exagérée à la pronation forcée.

Dérangement cervico-dorsal C5 et/ou D3.

Subluxation de la tête radiale avec rotation interne des deux os de l'avant-bras.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 71.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélanges principaux

En IDP :

	Composé	Dosage
Mélange 1	Vitamine E	2 cc
	Vitamine C	2 cc
	Calcitonine 100 UI	1 cc
Mélange 2	Lidocaïne 1 %	1 cc
	Calcitonine	1 cc
	Thiocolchicoside	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal 1 en regard de l'épicondyle latéral, mélange principal 2 au niveau cervico-dorsal sur les souffrances intervertébrales dégénératives et mélange complémentaire en regard des épicondyliens.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Rééducation + manipulations vertébrales et de la tête radiale.

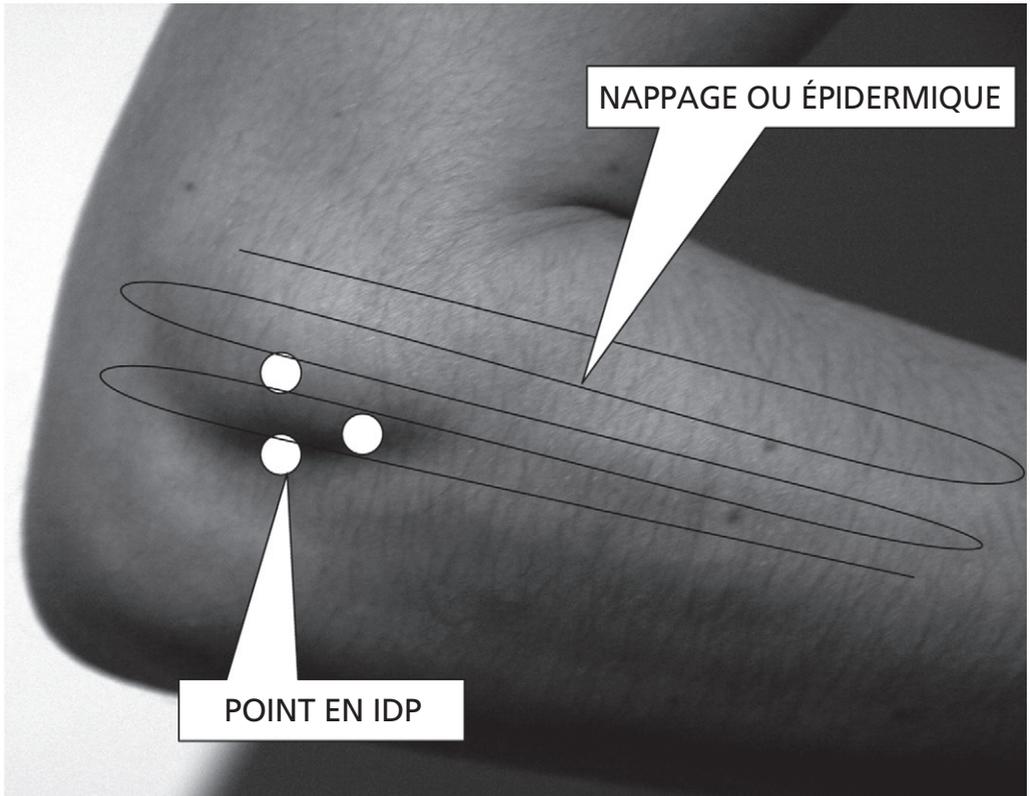


Figure 71.1
Épicondylalgie latérale.

Fiche 72

Épicondylalgie médiale en phase aiguë

Mots clés

Épicondylite – Épitrochléite – Tendinopathie – Ténosynovite – Ligamentite

Définition

Inflammation des tendons épicondyliens médiaux secondaire à un microtraumatisme (sportif, bricolage, jardinage, professionnel) avec ou sans participation cervico-dorsale.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur un ou plusieurs tendons.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face interne du coude.

Douleur à la pression digitale des tendons en regard de l'épicondyle médiale.

Test isométrique : flexion résistée de la main sur l'avant-bras, puis flexion contrariée des 3^e, 4^e et 5^e doigts, puis pronation contre résistance.

Test passif assisté : douleur exagérée à la supination forcée.

Examen systématique du rachis cervico-dorsal à la recherche de dérangements vertébraux.

Vérification de la position de la tête radiale.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 72.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélanges principaux

En IDP :

	Composé	Dosage
Mélange 1	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Piroxicam	1 cc
	Calcitonine 100 UI	1 cc
Mélange 2	Lidocaïne 1 %	1 cc
	Piroxicam	1 cc
	Thiocolchicoside	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal 1 en regard de l'épicondyle médial, mélange principale 2 au niveau cervico-dorsal et mélange complémentaire en regard des corps musculaires des épitrochléens.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Rééducation ± ostéopathie.

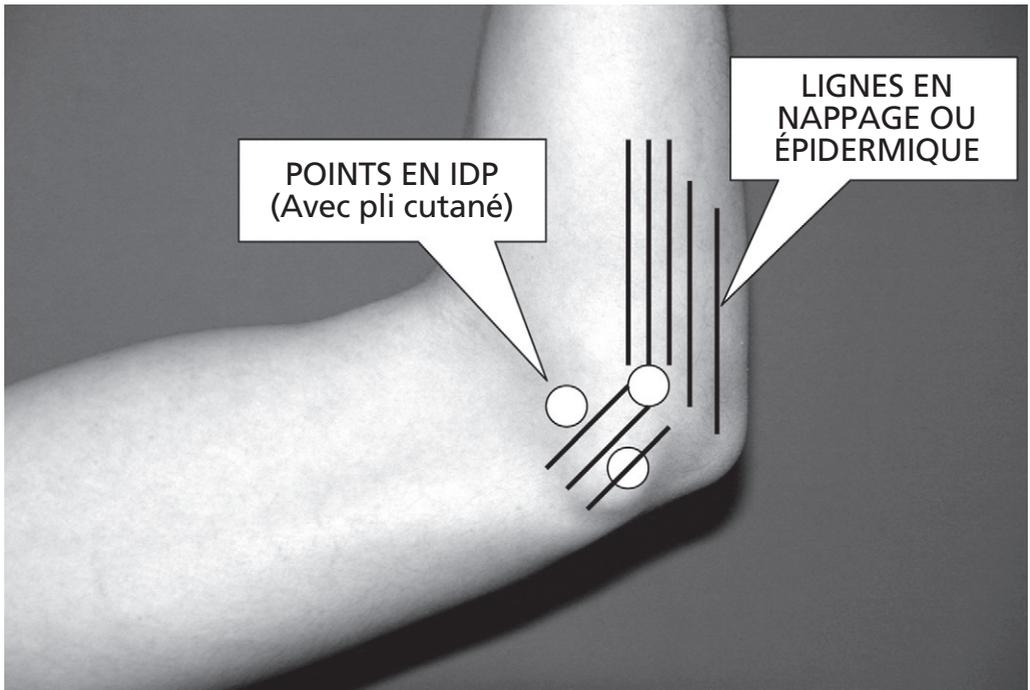


Figure 72.1
Épitrôchléite.

Fiche 73

Épicondylalgie médiale en phase chronique

Mots clés

Épicondylite – Épitrochléite – Tendinopathie – Ténosynovite – Ligamentite

Définition

Inflammation des tendons épicondyliens médiaux secondaire à un microtraumatisme (sportif, bricolage, jardinage, professionnel) avec ou sans participation cervico-dorsale, datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur un ou plusieurs tendons.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face interne du coude.

Douleur à la pression digitale des tendons en regard de l'épicondyle médiale.

Test isométrique : flexion résistée de la main sur l'avant-bras, puis flexion contrariée des 3^e, 4^e et 5^e doigts, puis pronation contre résistance.

Test passif assisté : douleur exagérée à la supination forcée.

Examen systématique du rachis cervico-dorsal à la recherche de dérangements vertébraux.

Vérification de la position de la tête radiale.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapeutique (figure 73.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélanges principaux

En IDP :

	Composé	Dosage
Mélange 1	Vitamine E	2 cc
	Vitamine C	2 cc
	Calcitonine 100 UI	1 cc
Mélange 2	Lidocaïne 1 %	1 cc
	Calcitonine 100 UI	1 cc
	Thiocolchicoside	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal 1 en regard de l'épicondyle médial, mélange principal 2 au niveau cervico-dorsal sur les souffrances intervertébrales dégénératives et mélange complémentaire en regard des épicondyliens.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Rééducation ± manipulations vertébrales et de la tête radiale.

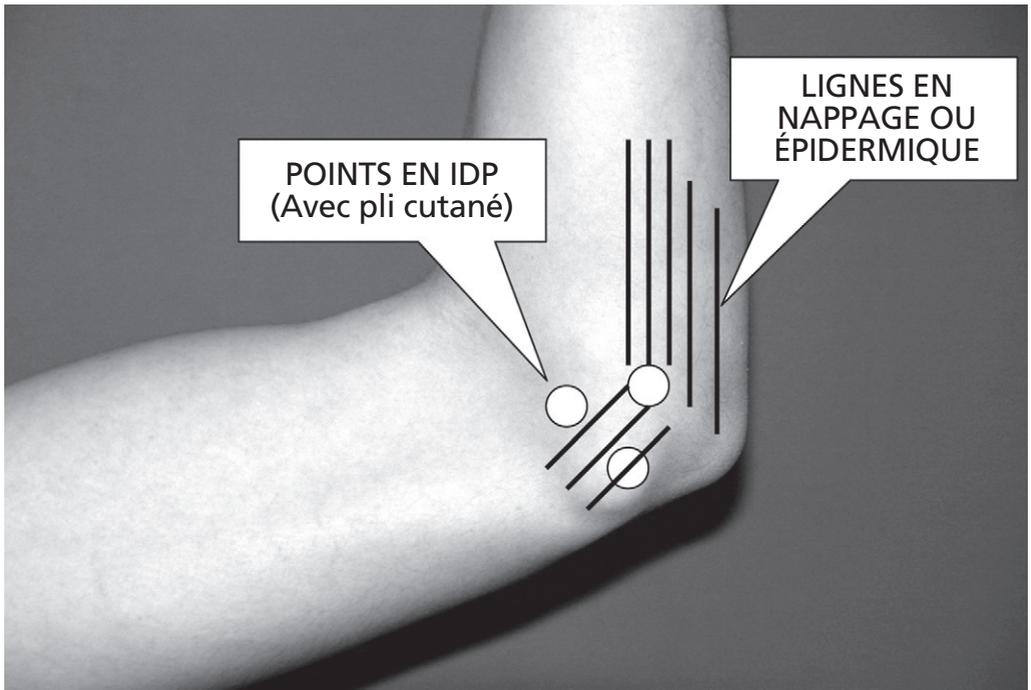


Figure 73.1
Épitrôchléite.

Fiche 74

Fibrose cutanée

Mots clés

Fibrose – Cicatrice – Chéloïde – Lombalgies – Séquelles chirurgicales – Laser

Définition

Le traitement par mésothérapie permet une action locale sur la fibrose cicatricielle du tissu cutané, souvent post-traumatique, radiothérapie, chirurgie, plaies.

Physiopathologie

Mauvaise cicatrisation, réparation tissulaire.

Examen complémentaire

IRM.

Traitement mésothérapeutique (figure 74.1)

Techniques

IDS nappage, IED épidermique, IDP.

Indication de chaque médicament utilisé

L'indication peut être esthétique, traitement des cicatrices, chéloïdes ou rhumatologiques, douleurs séquellaires des chirurgies discales.

Mélanges principaux

	Composé	Dosage
Mélange 1	Vitamine E	2 cc
	Étamsylate	2 cc
Mélange 2	Étamsylate	2 cc
	Vitamine E	2 cc
	Thiocochochicoside	2 cc
	Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Dans la fibrose, en technique mixte, point par point IDP et technique superficielle épidermique.

Rythme

J0, J7, J14 puis 1 à 2 fois par mois selon le contexte.

Association

Laser : sur la fibrose cutanée, intérêt d'utiliser avant la séance de mésothérapie le laser ablatif, en faisant une dermabrasion légère en fractionné sur laquelle la mésothérapie sera appliquée en épidermique.

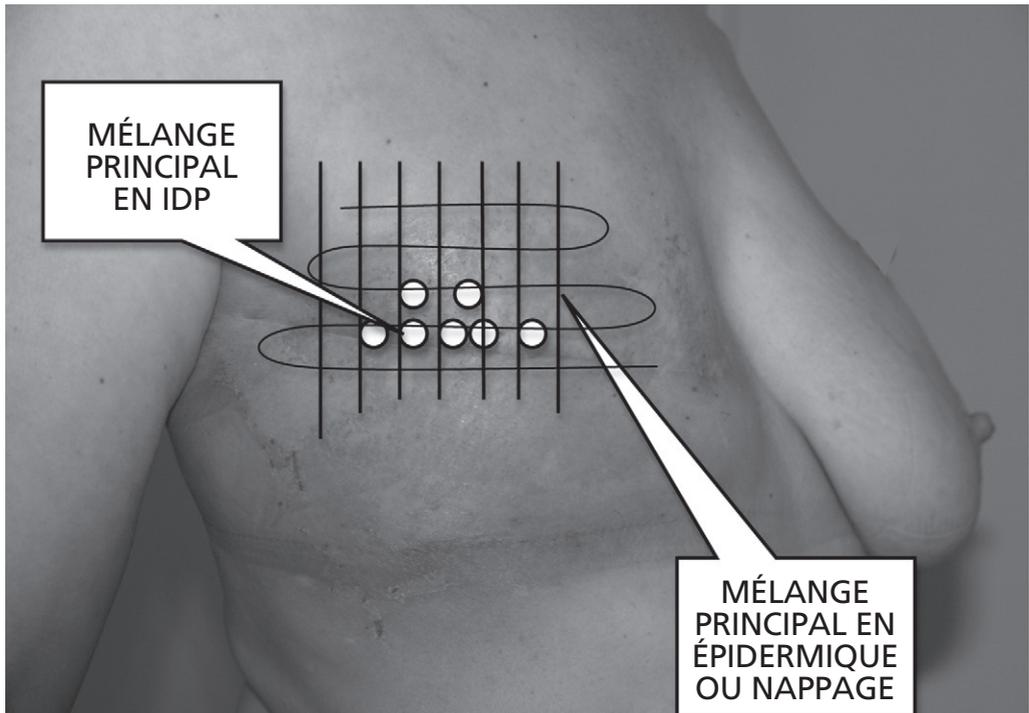


Figure 74.1

Fibrose postchirurgie du sein et radiothérapie.

L'association de produits défibrosants déposés localement et directement dans la lésion est le grand plus de la mésothérapie. L'etamsylate et la vitamine E forment un complexe défibrosant majeur que nous constatons cliniquement depuis longtemps et qui commence à intéresser de nombreux chercheurs.

Fiche 75

Fracture de fatigue

Mots clés

Fracture de fatigue – Hématome – Algoneurodystrophie

Définition

Fracture complète ou partielle d'un os, incapable de supporter des contraintes non violentes, exercées de façon rythmée, répétées et avec une intensité inférieure au seuil fracturaire.

Physiopathologie

Augmentation de la charge contraignante par la course ou les sauts, augmentation du nombre des contraintes (nombre d'heures d'entraînement), diminution des surfaces où s'appliquent les contraintes.

Examen clinique

Douleur ressentie par le patient à l'effort puis au repos.

Douleur à la palpation digitale de la zone fracturaire.
Réaction œdémateuse.

Examens complémentaires

Radiographies standard, scintigraphie osseuse, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 75.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Calcium	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc
Vitamine D3	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc
Silicium	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de la zone fracturaire à J1 et J8, et mélange complémentaire à J15, J30 et J45.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

Traitements complémentaires

Repos, rééducation.

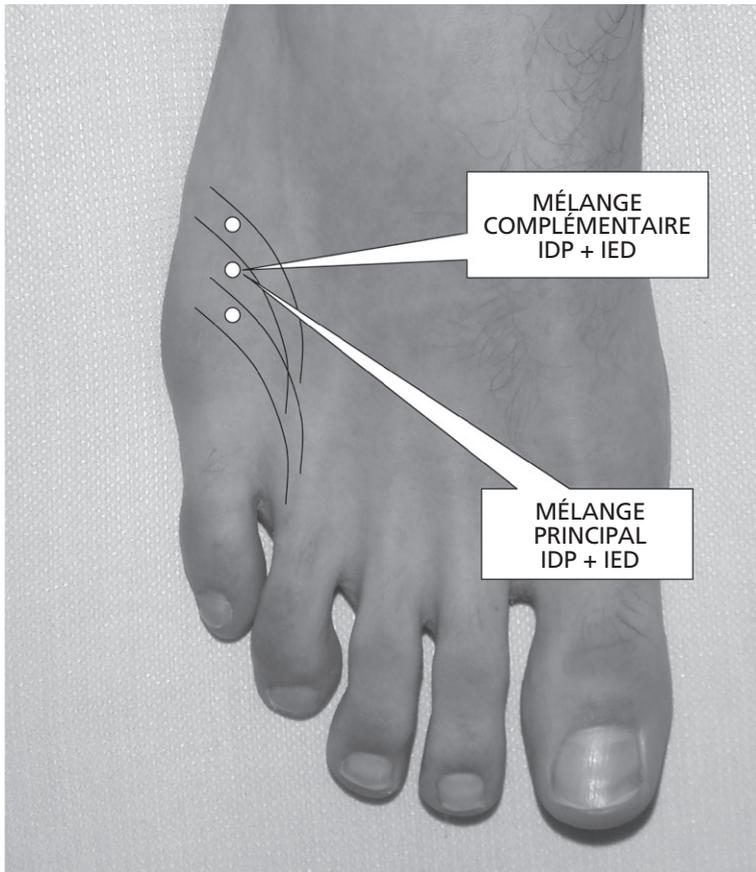


Figure 75.1
Fracture de fatigue.

Fiche 76

Gastralgie

Mots clés

Dysfonction gastrique – Neurotonie – Mésostress – Gastralgie

Définition

Dysfonction gastrique. Douleurs gastriques à type de crampes, spasmes, brûlures en l'absence de cause organique.

Physiopathologie

Spasme et trouble sympathique. Dysfonction.

Examen clinique

Bilan des troubles somatiques.

Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

Examens complémentaires

Recherche de causes organiques.

Biologie.

Consultations spécialisées, fibroscopie.

Traitement mésothérapique (figure 76.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.

DHD sur point douloureux plexique gastrique, épigastrique et hypogastrique (points MPS cartographie plexus solaire et hypogastrique).

Nappage ou IDS sur points abdominaux.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Ranitidine	1 cc

Mélange complémentaire

Sur terrain stressé :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Phloroglucinol	2 cc

Zones d'application

Point par point DHD : 3 points plexus primaire (sous-appendice xyphoïde, sus-ombilical, au milieu des deux), points secondaires sous-costaux droits et MPS.

Épidermique IED ou nappage IDS : zone épigastrique.

Rythme

J1, J7, J14, J28 et à la demande en fonction de l'évolution.

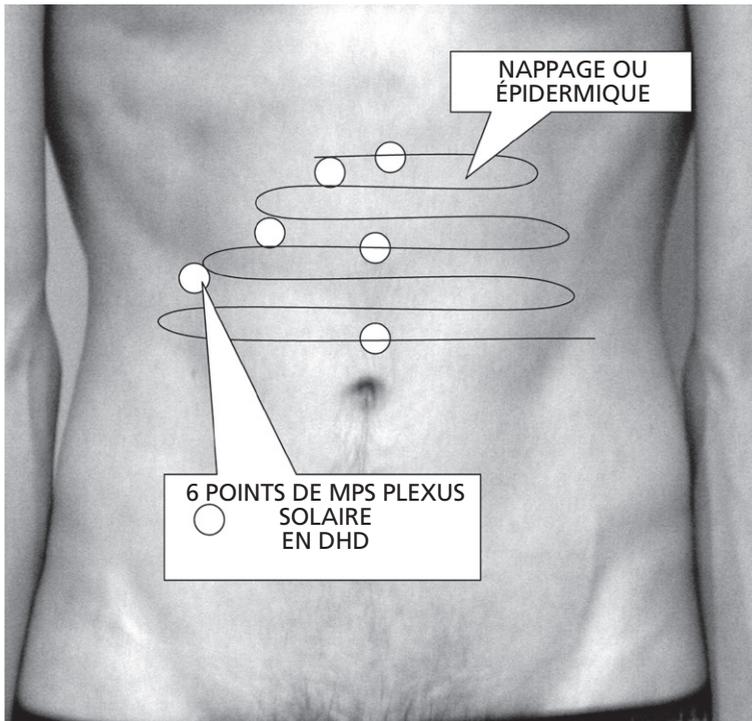


Figure 76.1

Cartographie de la dysfonction gastrique.

Le traitement mésothérapique mésostress peut être associé favorablement.

Fiche 77

Gengivite – infection dentaire ou gingivale

Mots clés

Inflammation – Infection dentaire ou gingivale – Pyorrhée – Gengivite

Définition

Inflammation, infection aiguë ou chronique du ligament dentaire (ligamentite dentaire).

Inflammation, infection aiguë ou chronique de l'apex dentaire (granulome apical).

Inflammation, infection aiguë ou chronique de la gencive (gengivite).

Physiopathologie

Au départ, souvent mauvaise hygiène dentaire avec dépôt de plaque dentaire, pullulation microbienne et infection secondaire.

Infection de la chambre pulpaire par carie puis granulome infectieux apical.

Examen clinique

Recherche de signes inflammatoires ou infectieux (adénopathies sous-maxillaires) :

- douleur à la percussion latérale de la dent : ligamentite ;
- douleur à la pression axiale vers la racine : granulome apical ;
- saignement et aspect inflammatoire, voire purulent de la gencive : gengivite.

Examens complémentaires

Radiographie panoramique dentaire.

Examen par un chirurgien-dentiste.

Traitement mésothérapeutique (figure 77.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur gencives, cellulopathie.

Protocole de mésovaccination.

Mélange principal

Si tension musculaire avec inflammation aiguë :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc
Piroxicam	1 cc

Mélange complémentaire

Protocole mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Zones d'application

Gencives (nappage).

Protocole mésovaccination.

Rythme

J1, J3, J7 pour le mélange principal.

J1, J15 et rappel tous les 3 à 6 mois pour le mélange mésovaccination.

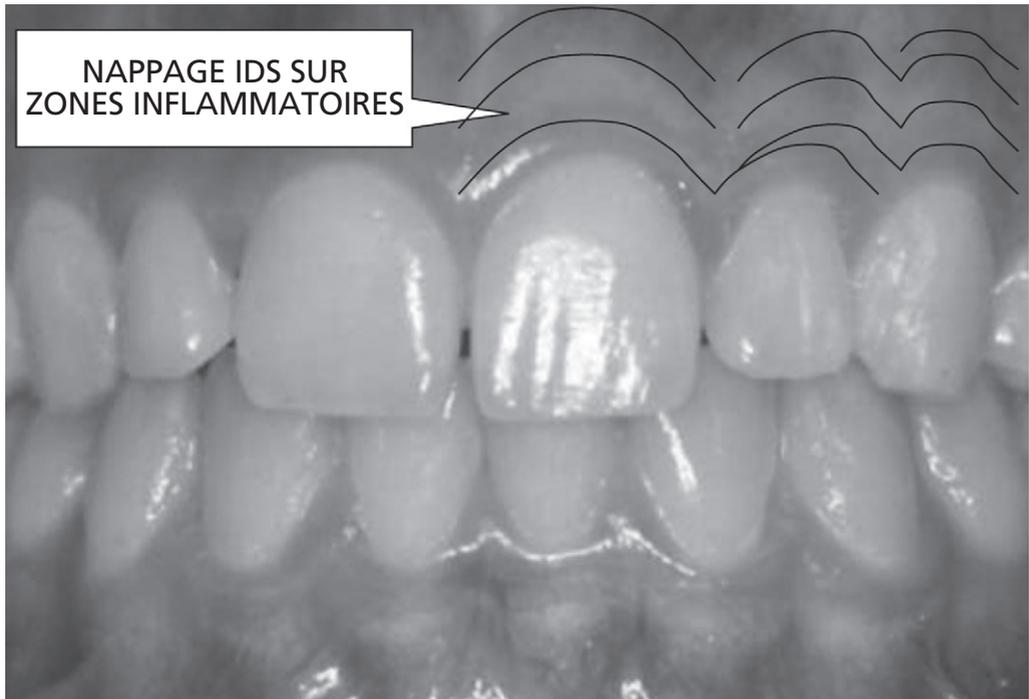


Figure 77.1
Gengivite.

Les inflammations ou infections gingivodentaires se traitent avant tout par des soins effectués par le chirurgien-dentiste associés à une bonne hygiène buccodentaire.

Le traitement mésothérapique apporte un bon complément en désenflammant les tissus et en permettant un meilleur confort buccal.

La mésovaccination a tout son intérêt en cas de déficit immunitaire latent, de terrain débilisé (mauvaise hygiène alimentaire, tabac, alcool).

Fiche 78

Gonarthrose fémorotibiale interne en phase aiguë

Mots clés

Gonarthrose fémorotibiale – Arthrose

Définition

Arthrose de l'articulation fémorotibiale interne du genou.

Physiopathologie

Poussées inflammatoires d'un processus arthrosique.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face interne du genou.
Douleur à la pression digitale de l'interligne fémorotibial et à la percussion du condyle fémoral interne et du plateau tibial interne.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 78.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Indication de chaque médicament utilisé

- Lidocaïne 1 % : anesthésique local, sympatholytique et vecteur de principe actif.
- Piroxicam : AINS microdosé.
- Étamsylate : drainant.
- Thiocolchicoside : myorelaxant et anti-inflammatoire modéré.
- Calcitonine de saumon 100 UI : anti-cédémateux, anti-inflammatoire, antalgique, reminéralisant.

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne fémorotibial interne et mélange complémentaire en périarticulaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Orthèses plantaires.

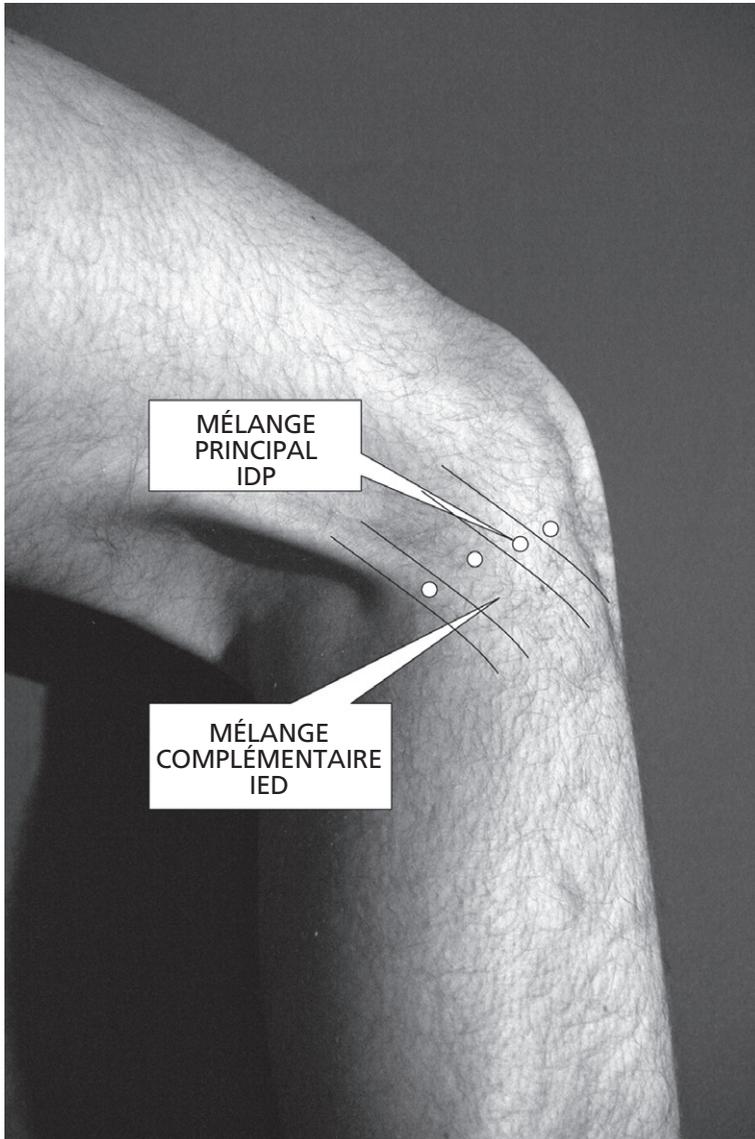


Figure 78.1
Gonarthrose fémorotibiale interne.

Fiche 79

Gonarthrose fémorotibiale interne en phase chronique

Mots clés

Gonarthrose fémorotibiale – Arthrose

Définition

Arthrose de l'articulation fémorotibiale interne du genou datant de plus de 6 mois.

Physiopathologie

Poussées inflammatoires d'un processus arthrosique.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face interne du genou.

Douleur à la pression digitale de l'interligne fémorotibial et à la percussion du condyle fémoral interne et du plateau tibial interne.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 79.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Silicium	2 cc
Complexe polyvitaminique	1 flacon
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	2 cc
Magnésium	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne fémorotibial interne et mélange complémentaire en périarticulaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Orthèses plantaires, physiothérapie.

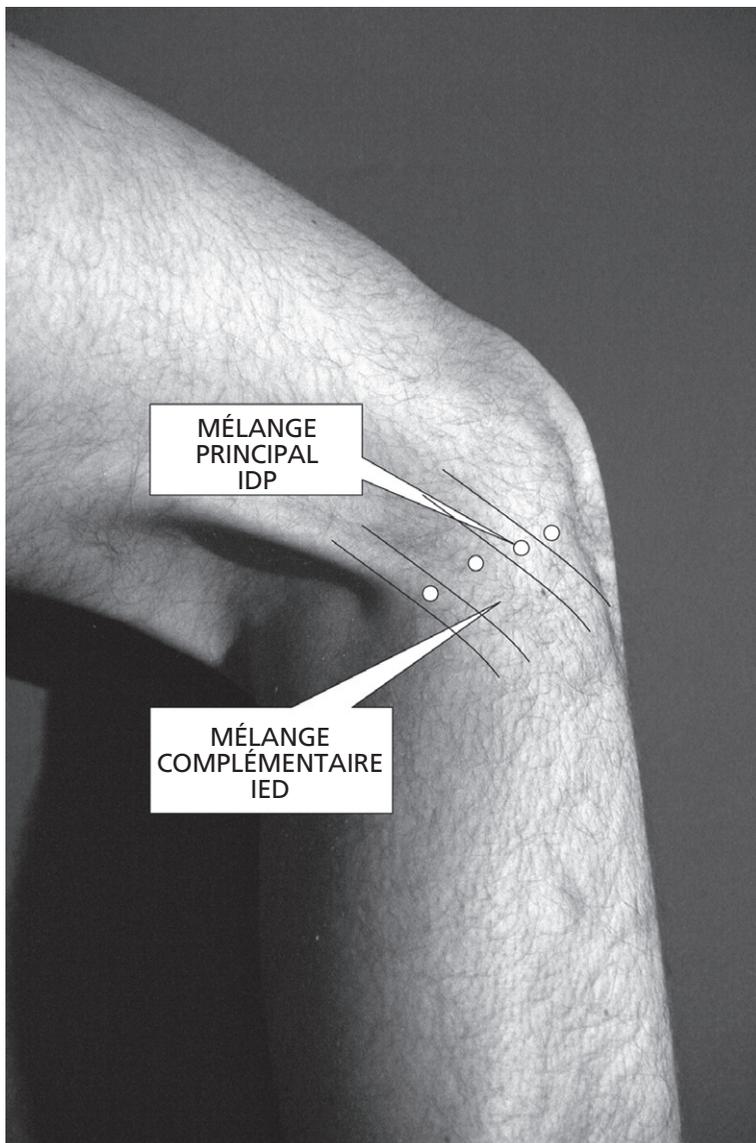


Figure 79.1
Gonarthrose fémorotibiale interne.

Fiche 80

Grippe – mésogrippe

Mots clés

Mésovaccination – Anergie – Mésogrippe – Mésostimulation

Définition

Microvaccination par mésothérapie dermique, traitement préventif.

Physiopathologie

Immunité générale et antigrippale.

Traitement mésothérapique (figure 80.1)

Techniques

IED épidermique, IDS nappage, papule ou IDP.

Mélange principal

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	2 cc
Vitamine C	2 cc
Pilodate de magnésium	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Zones d'application

Point sinus et angle de la mâchoire.

Rythme

Septembre, octobre : une à deux séances espacées de 15 jours. Rappels : mars, avril.

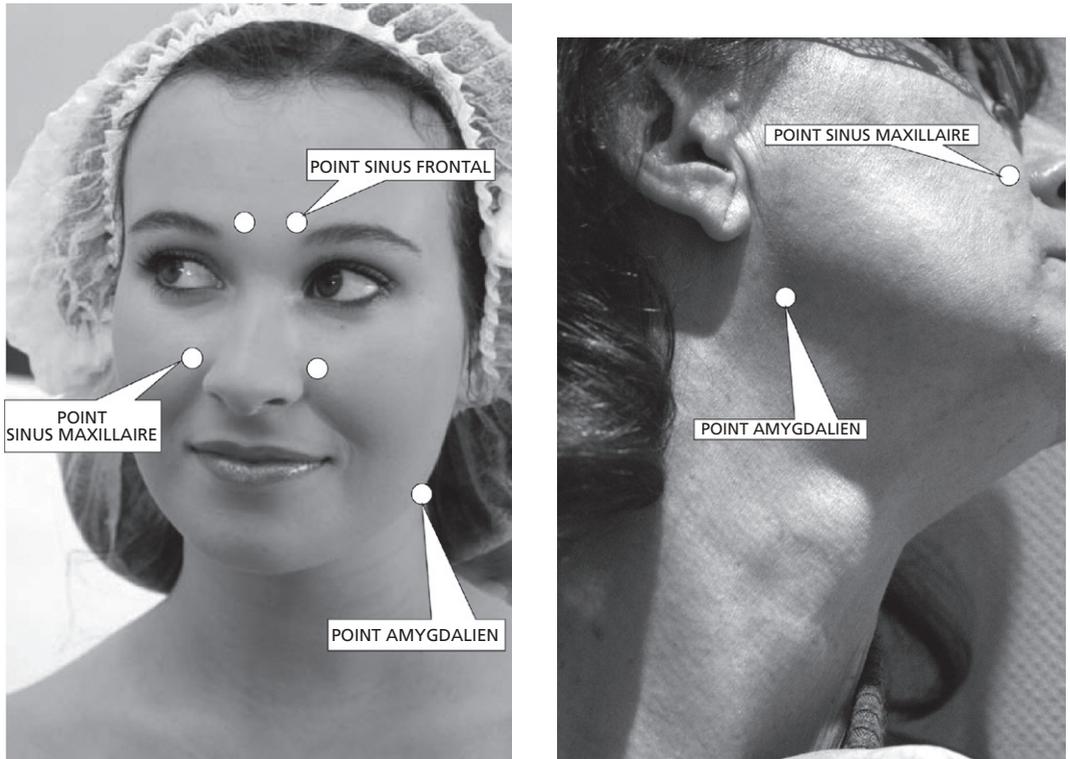


Figure 80.1

Cartographie de la mésovaccination.

Cette vaccination fait le bonheur des plus âgés en évitant les effets secondaires post-vaccinaux.

L'effet commence après 15 jours et se prolonge au moins 6 mois.

Fiche 81

Grossesse et insuffisance veineuse

Mots clés

Mésodrain – Vergeture – Œdème – Insuffisance lymphatique – Disjonction symphyse pubienne – Grossesse – Insuffisance veineuse

Définition

Traitement préventif de l'insuffisance veineuse chez la femme enceinte.

Physiopathologie

Effets veinotoniques et anti-œdémateux.

Traitement mésothérapique (figure 81.1)

Techniques

IDS nappage ou IED épidermique.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Axes vasculaires latéraux et postérieurs des membres inférieurs, régions œdémateuses.

Rythme

Une fois par mois pendant toute la grossesse et plus vers la fin du terme, si besoin.

Association

Intérêt d'associer une prévention des vergetures en épidermique avec des multivitamines.

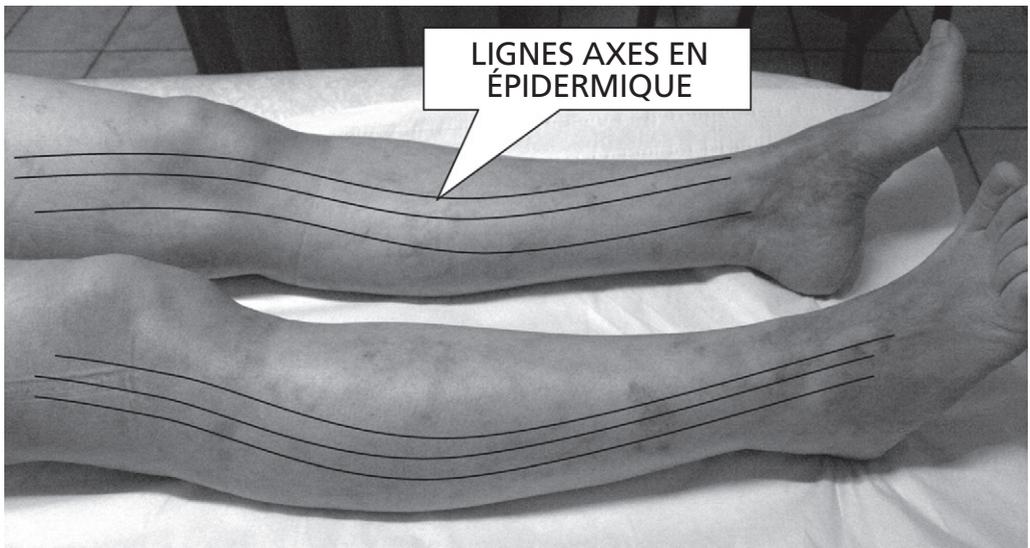


Figure 81.1
Insuffisance veineuse et grossesse.
Confort, bien-être assuré pendant toute la grossesse.

Fiche 82

Hallux valgus en phase aiguë

Mots clés

Hallus valgus – Arthrose – Arthrite

Définition

Déformation avec exostose entraînant une saillie excessive à la face distale du premier métatarsien. Une bursite réactionnelle majeure les douleurs rendant le chaussage difficile.

Physiopathologie

Déformation du premier rayon avec rétraction des tissus mous périarticulaires et arthrose métatarso-phalangienne du gros orteil.

Examen clinique

Douleur spontanée en regard de l'exostose.

Douleur à la pression digitale de la bursite.

Mobilisation douloureuse de la MP du gros orteil avec limitation d'amplitude.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 82.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Étamsylate	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'exostose et mélange complémentaire en périarticulaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Orthèses plantaires.

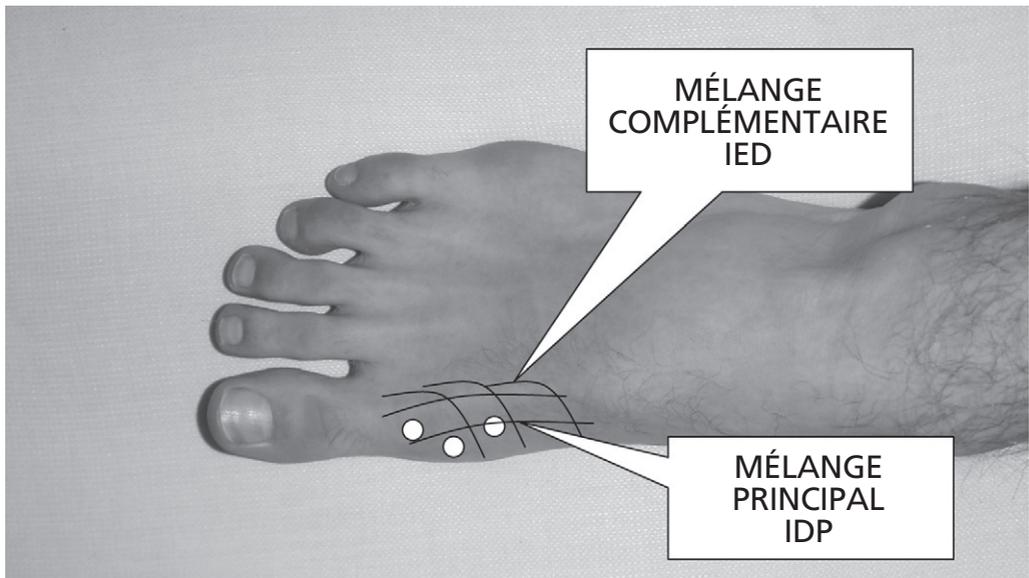


Figure 82.1
Hallux valgus en phase aiguë.

Fiche 83

Hallux valgus en phase chronique

Mots clés

Hallus valgus – Arthrose – Arthrite

Définition

Déformation avec exostose entraînant une saillie excessive à la face distale du premier métatarsien. Une bursite réactionnelle majore les douleurs rendant le chaussage difficile, depuis plus de 6 mois.

Physiopathologie

Déformation du premier rayon avec rétraction des tissus mous périarticulaires et arthrose métatarso-phalangienne du gros orteil.

Examen clinique

Douleur spontanée en regard de l'exostose.

Douleur à la pression digitale de la bursite.

Mobilisation douloureuse de la MP du gros orteil avec limitation d'amplitude.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapeutique (figure 83.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Silicium	2 cc
Calcium	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Procaine 2 %	2 cc
Complexe polyvitaminique	1 flacon
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'exostose et mélange complémentaire en périarticulaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Orthèses plantaires.

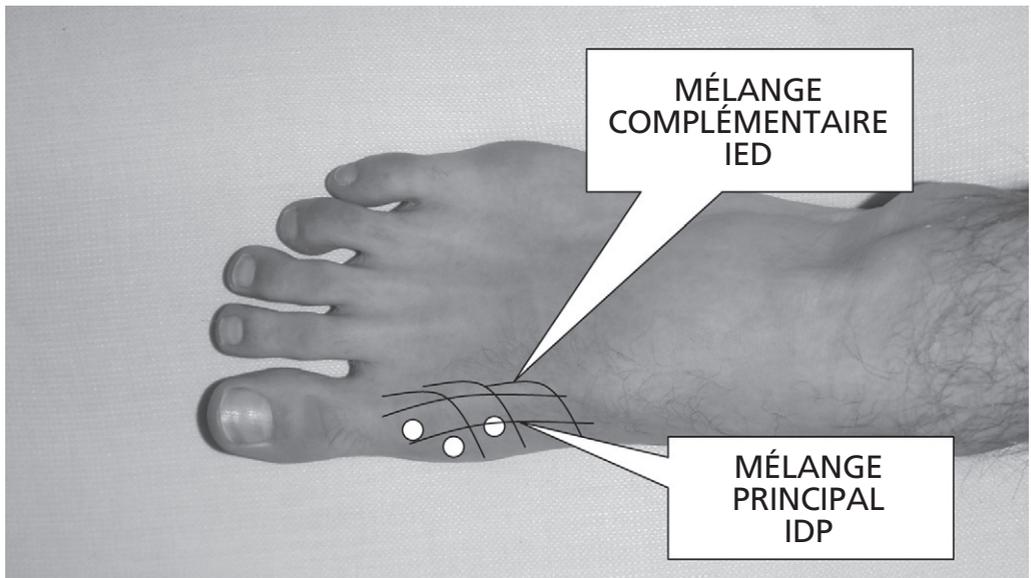


Figure 83.1
Hallux valgus en phase chronique.

Fiche 84

Hématome musculaire post-traumatique

Mots clés

Hématome – Traumatisme – Déchirure – Élongation – Contracture – Mésodrain

Définition

Collection de sang dans les tissus d'origine traumatique. La mésothérapie a son intérêt dans l'activation de la résorption de l'hématome.

Physiopathologie

Saignement tissulaire.

Examen clinique

Recherche de zones collectées.

Examens complémentaires

Selon le contexte.

IRM.

Traitement mésothérapique (figures 84.1 et 84.2)

Techniques

Nappage IDS, IED et IDP.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Arnica 4 DH	1 à 3 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Dans l'hématome, dans la zone collectée.

Rythme

J0, J7, J15.

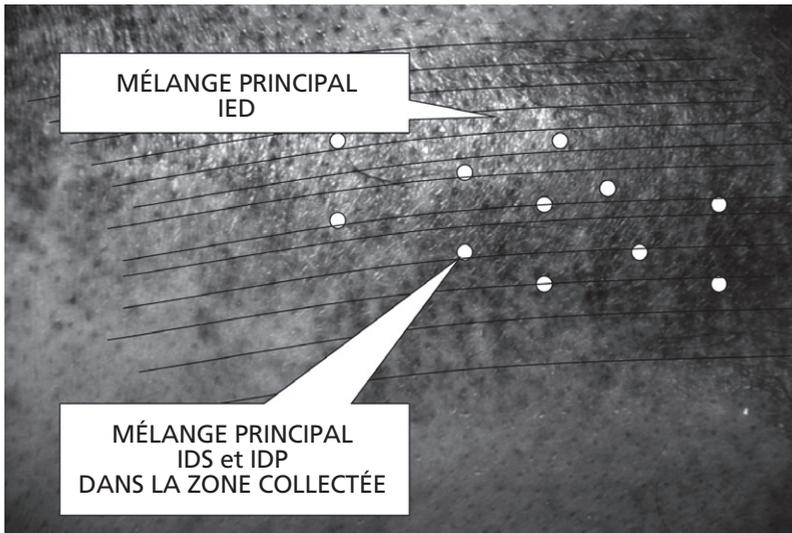


Figure 84.1
Hématome musculaire.

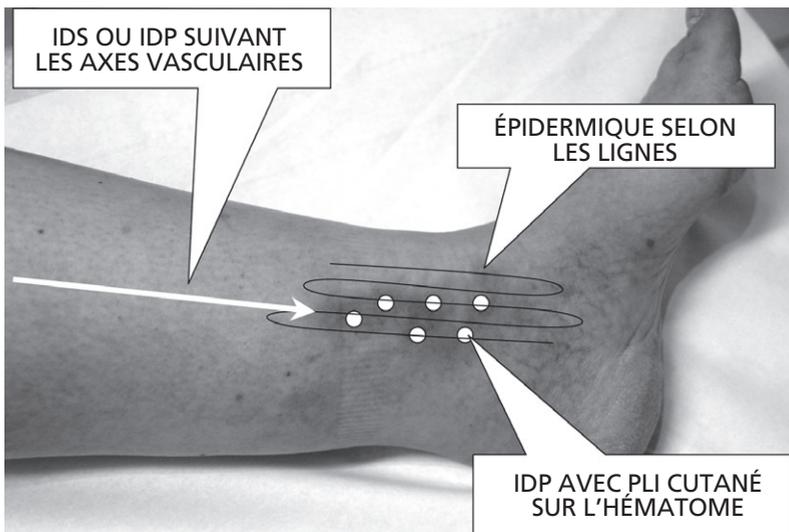


Figure 84.2
Traitement hématome collecté.
L'intérêt est manifeste dans la récupération tissulaire en post-traumatique.
La résorption du kyste de sang collecté, après un gros hématome, est tout aussi appréciable, car c'est souvent le seul traitement.

Fiche 85

Hémorroïdes

Mot clé

Hémorroïdes

Définition

Dilatation des veines de la région anale souvent par crises aiguës.

Physiopathologie

Dilatation de type varice des veines de la zone anale, inflammation des tissus.

Examen clinique

Examen de la région anale. Paquet variqueux avec trouble trophique tissulaire.

Parfois thrombotique, mais toujours invalidant et douloureux.

Évolution en crises aiguës.

Examen complémentaire

Rectoscopie.

Traitement mésothérapique (figure 85.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP), nappage en IDS et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP et IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

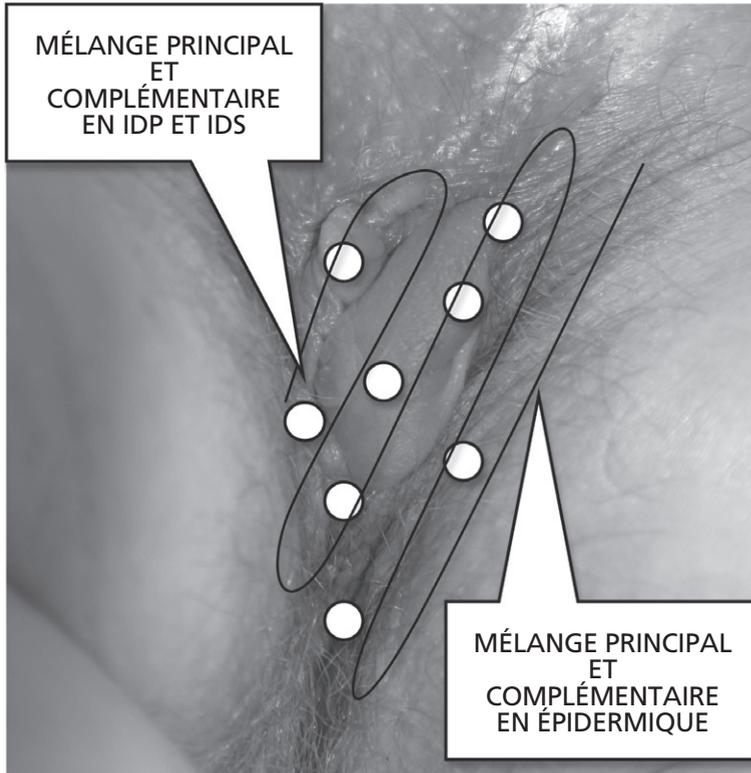
Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal et complémentaire en péri-anal et localement dans les hémorroïdes.

Rythme

J1, J8, J30.



TRAITEMENT DE LA CRISE HÉMORROÏDAIRE



Figure 85.1
Hémorroïdes.

Ce traitement est très efficace sur la crise aiguë en curatif mais aussi en préventif pour éviter les récives. La crise douloureuse passe en quelques heures seulement. Il est intéressant de poursuivre le traitement une fois par mois et de compléter par un mésodrain pour éviter les récives.

Fiche 86

Herpès

Mots clés

Herpès – Zona – Algies post-zostériennes – Mésostress – Mésovaccination

Définition

Lésions cutanées vésiculeuses en bouquet dues aux virus de l'herpès ou du zona.

Physiopathologie

Lésions initiales de primo-invasion virale par herpèsvirus de type I ou II.

Lésions secondaires (plusieurs mois ou années) à une infection initiale par le virus de la varicelle.

Examen clinique

Recherche de lésions vésiculaires.

Évaluation de l'état d'asthénie et de déficit immunitaire.

Évaluation de l'état de tension intérieure.

Si récurrence, recherche de causes organiques.

Examen complémentaire

Biologie si trouble important ou récidivant.

Traitement mésothérapeutique (figures 86.1 et 86.2)

Techniques

IED épidermique, papules, IDP.

Mélange principal

Sur les lésions et selon protocole de mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Zones d'application

Sur les zones vésiculaires.

Protocole de mésovaccination : cf. figures 86.1 et 86.2.

Rythme

J1, J7, puis rappel selon mésovaccination (2 fois/an).

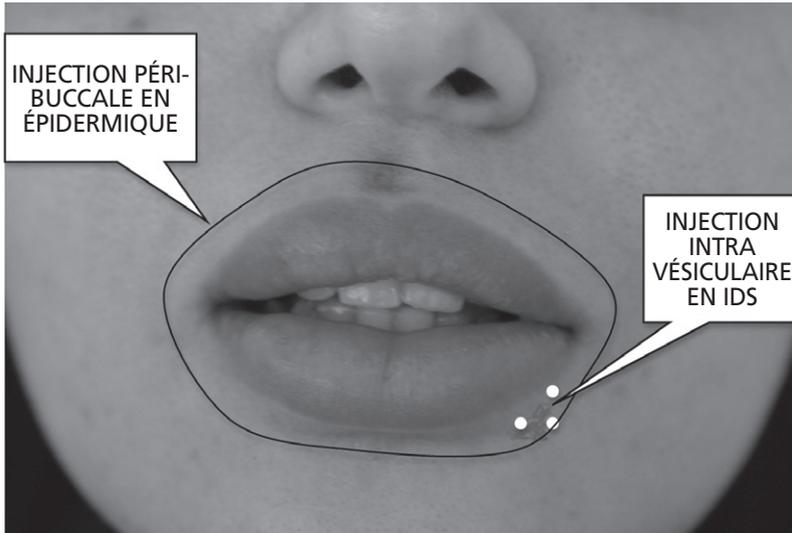


Figure 86.1
Traitement de l'herpès.



Figure 86.2
Cartographie de la mésovaccination.
L'herpès est rapidement amélioré par le traitement mésothérapeutique qui évite les récives.

Fiche 87

Hypoacousie

Mots clés

Hypoacousie – Acouphène – Surdité – Cervicalgie

Définition

Baisse de l'acuité auditive sans cause organique.

Physiopathologie

Dégénérescence, fibrose.

Examen complémentaire

Bilan ORL.

Traitement mésothérapique (figure 87.1)

Techniques

IDS nappage, IDP.

Mélange principal

Composé	Dosage
Procaine 2 %	2 cc
�tamsylate	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Péri-auriculaire, mastoïde, temporal, carotidien.

Rythme

J1, J7, J15 puis 1 fois par mois si amélioration initiale.

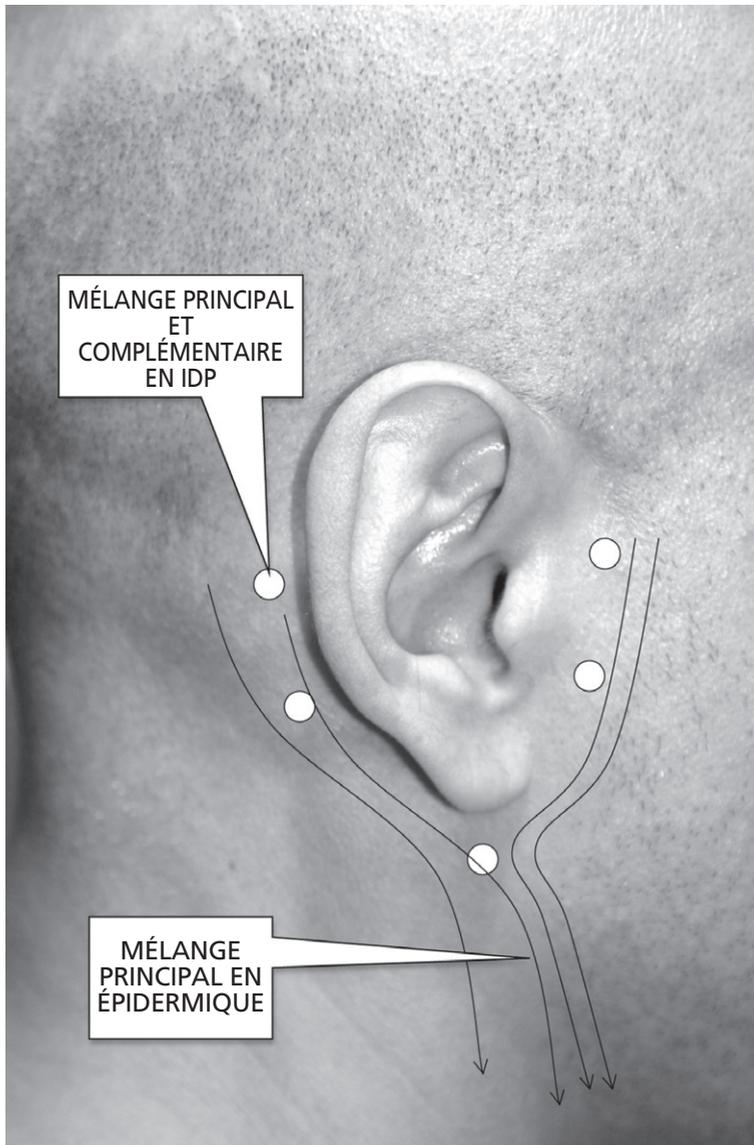


Figure 87.1

Mésothérapie et hypoacousie.

L'amélioration est le plus souvent qualitative; il faut continuer si le patient se sent mieux.

Rechercher une douleur projetée cervicale.

Fiche 88

Immunité faible – mésovaccination – mésostimulation

Mots clés

Mésostimulation – Immunité – Inflammation chronique – Anergie – Vaccin – Grippe – Mésovaccination

Définition

Renforcement des défenses immunitaires.

Physiopathologie

Baisse immunitaire.

Examen clinique

Bilan standard.

Traitement mésothérapique (figure 88.1)

Techniques

IDP, épidermique, DHD.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Zones d'application

IDS ou épidermique → aires pulmonaires ant- et post-, aire abdominale (cadre colique).

IDP, papule → point sinus, amygdalien de la face.

DHD → point foie, rate, plexus primaire abdominaux.

Rythme

Avant l'hiver, deux séances à 15 jours d'intervalle, puis rappel au printemps.

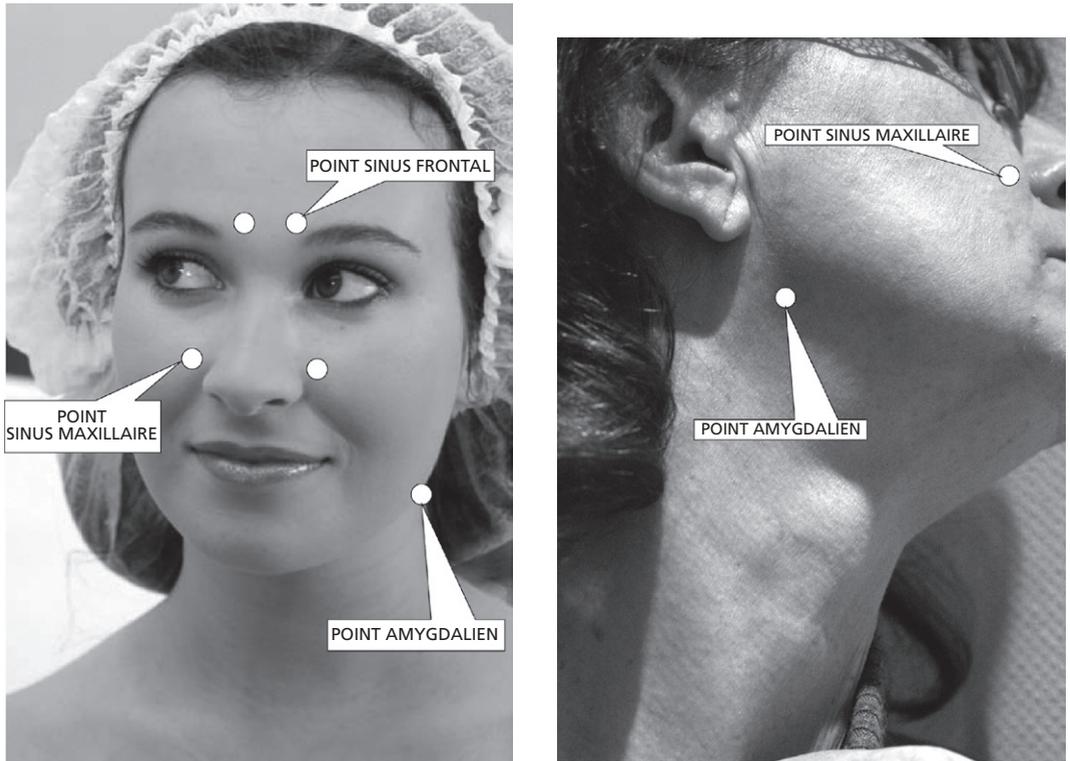


Figure 88.1

Cartographie de la mésovaccination.

La mésovaccination est le traitement mésothérapique de base de toutes les infections à répétition et du terrain anergique ou hypoergique.

Fiche 89

Insomnie

Mots clés

Dépression – Stress – Anxiété – Mésostress – Insomnie

Définition

Troubles du sommeil d'origine fonctionnelle primitive (à l'exclusion de toute pathologie organique).

Physiopathologie

Tension intérieure, anxiété, dépression, dysneurotonie.

Examen clinique

Recherche des points de tension.

Examens complémentaires

Recherche de causes organiques.

Biologie.

Consultation spécialisée psychiatrique ou neurologique si besoin.

Traitement mésothérapique (figure 89.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.

Nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP sur point douloureux.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	2 cc

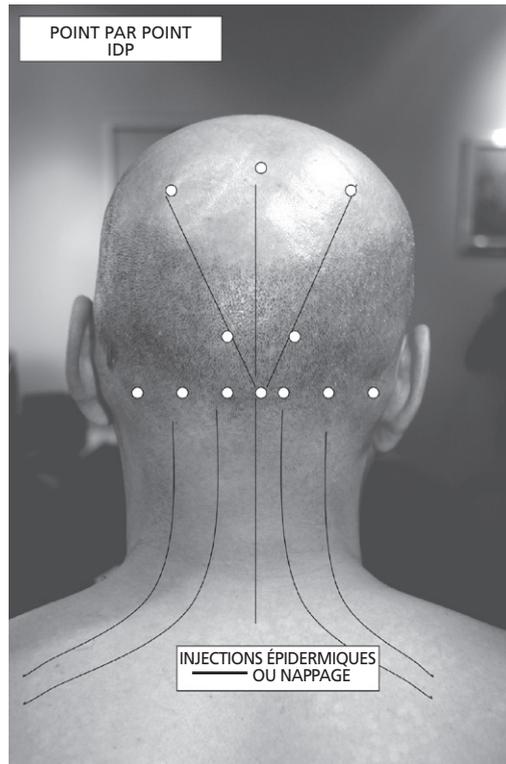
Zones d'application

Point par point IDP : plexus solaire, 4^e espace intercostal, partie médiane du faisceau superficiel du SCM, articulation temporomandibulaire, angle interne du sourcil, zone temporale droite et gauche, 3 points sur le triangle occipital, 3 points sur le triangle médio-crânien.

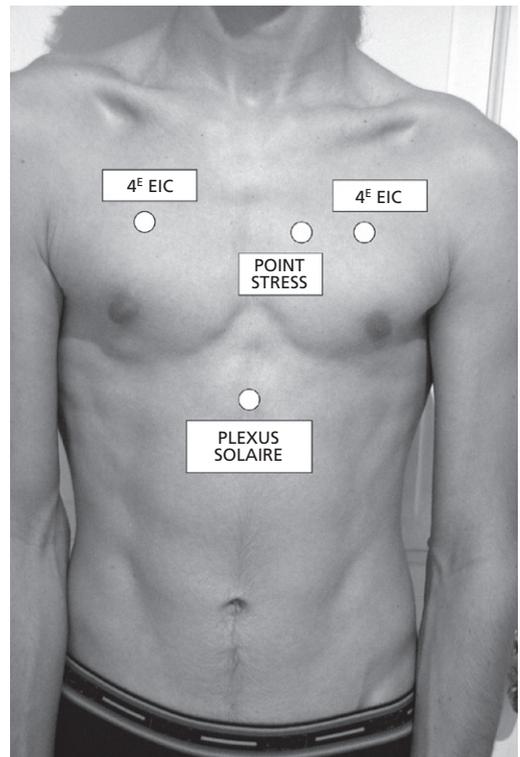
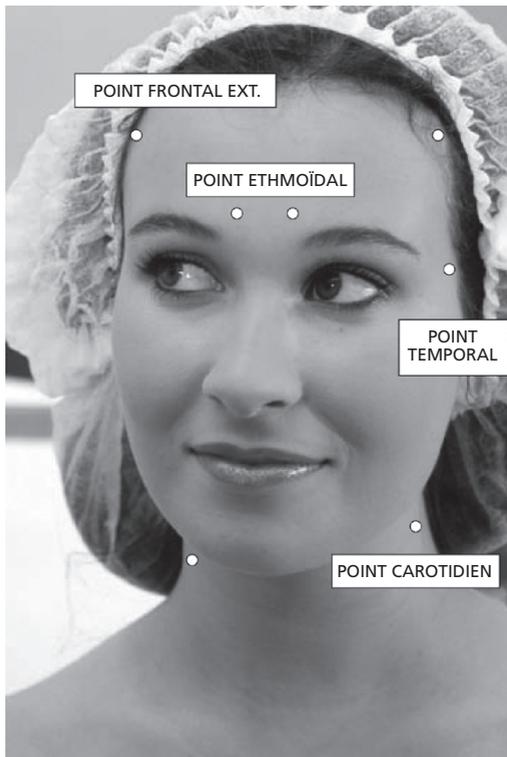
Épidermique IED : zone thoracique précordiale antérieure, abdominale ; ceinture scapulaire.

Rythme

J1, J7, J14, J28 et à la demande.

**Figure 89.1**

Cartographie du mésostress : faces postérieure, antérieure et thoracique. Le traitement mésothérapique est d'autant plus efficace que le patient accepte un sevrage des médicaments hypnotiques. Dans un premier temps, la mésothérapie apporte une amélioration qualitative du sommeil, puis quantitative à la 3^e séance.



Fiche 90

Insuffisance lymphatique des membres inférieurs

Mots clés

Mésodrain – Œdème – Insuffisance veineuse – Insuffisance lymphatique

Définition

Œdème et tension douloureuse des membres inférieurs par trouble lymphatique.

Physiopathologie

Insuffisance lymphatique, extravasation des macromolécules, mauvais drainage.

Examen clinique

Recherche des tensions douloureuses et œdèmes.

Examens complémentaires

Échodoppler éventuel.

Bilan systématisé éventuel.

Traitement mésothérapique (figure 90.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur axes veino-artériels et sur régions œdémateuses.

Mélange principal

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Épidermique ou IDS ou IDP : axes saphènes internes et externes, creux poplité, triangle de Scarpa, cheville et mollet.

Rythme

J1, J7, J30 puis 1 fois par mois.



Figure 90.1

Insuffisance lymphatique.

L'efficacité est bonne, mais reste inférieure à l'insuffisance veineuse isolée et nécessite souvent des séances plus rapprochées surtout en été.

Fiche 91

Insuffisance veineuse – mésodrain

Mots clés

Mésodrain – Mésodissolution – Insuffisance veineuse

Définition

Mésodrain : traitement symptomatique des membres inférieurs pour troubles veinolymphatiques.

Physiopathologie

Insuffisance veineuse, lymphatique, œdème.

Extravasation capillaire des macromolécules, pathologie valvulaire veineuse.

Examen clinique

Recherche des tensions douloureuses et œdèmes.

Examens complémentaires

Échodoppler éventuel.

Bilan systématisé éventuel.

Traitement mésothérapique (figure 91.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur axes veino-artériels.

Mélanges principaux

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc

Zones d'application

Épidermique ou IDS ou IDP : axes saphènes internes et externes, axes artériels, creux poplité, triangle de Scarpa.

Rythme

J1, J7, J30, puis 1 fois tous les 1 à 2 mois ou dès la reprise des douleurs.

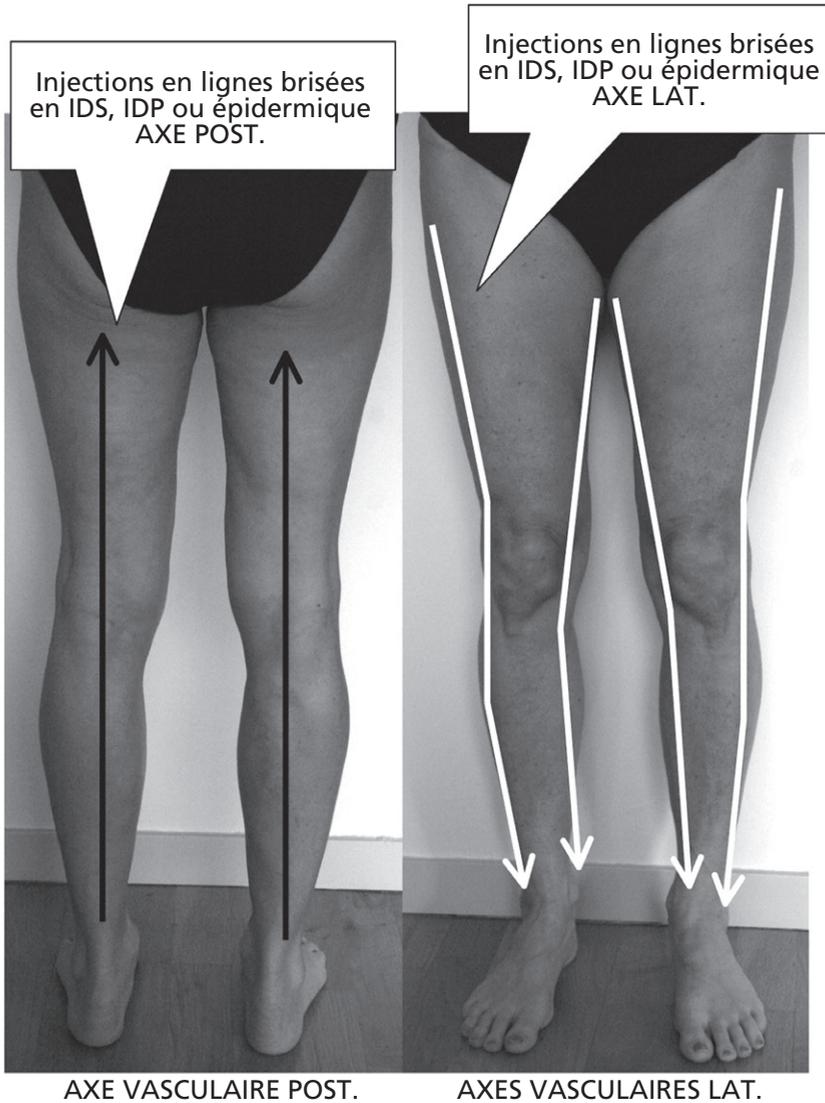


Figure 91.1

Cartographie du mésodrain.

L'efficacité est proche de 100 %. Si à J7 il reste des douleurs, la pathologie est souvent d'origine lombaire (sciatique tronquée) à traiter par mésothérapie.

Fiche 92

Lapeyronie

Mots clés

Lapeyronie – Fibrose – Calcification

Définition

Déviations de la verge au cours des érections.
Absence d'expansion d'un des corps caverneux.
L'érection peut être douloureuse.

Physiopathologie

Sclérose d'une portion des corps caverneux.

Examen clinique

Palpation des plaques indurées d'un ou des corps caverneux.

Examen complémentaire

IRM.

Traitement mésothérapeutique (figure 92.1)

Techniques

IDS nappage et IDP point par point.

Mélanges principaux

	Composé	Dosage
Mélange 1	Procaine 2 %	2 cc
	Vitamine E	2 cc
	Étamsylate	2 cc
Mélange 2	Procaine 2 %	1 cc
	Étamsylate	2 cc
	Vitamine E	2 cc
	Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc

Zones d'application

Localement sur la rétraction.

Rythme

J0, J7, J15 puis 1 fois par mois si besoin.

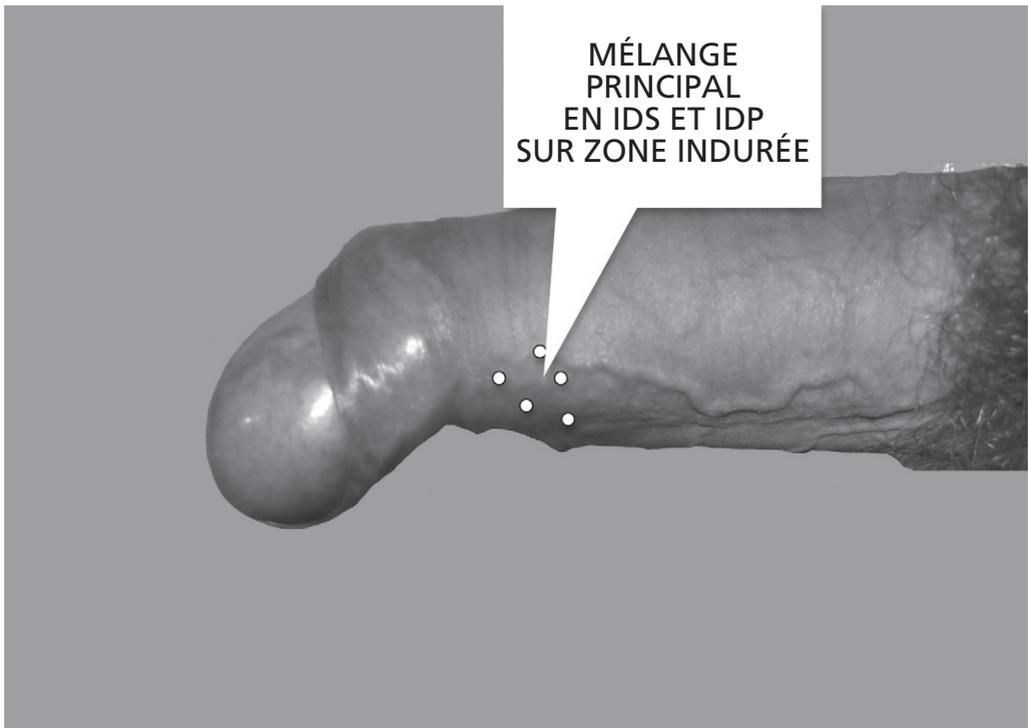


Figure 92.1

Maladie de Lapeyronie.

Souvent spectaculaire et pas du tout douloureux. Action sur la sclérose qui rejoint le traitement de Dupuytren par mésothérapie.

Fiche 93

Lipodrain

Mots clés

Lipolift – Mésolift – Mésodissolution – Œdème – Drainage – Lipodrain

Définition

Traitement drainant, décongestionnant et liftant de la face, souvent couplé à un lipolift.

Physiopathologie

Stimulation du drainage vasculaire, désinfiltration. Effet liftant.

Traitement mésothérapeutique (figure 93.1)

Techniques

Injection en épidermique superficielle, IED.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc
Pidolate de magnésium	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc

Mélange complémentaire

Souvent avec le lipolift.

Zones d'application

Sur le visage, en respectant les axes de drainage.

Rythme

1 fois par semaine, 3 fois, puis 1 fois par mois.



Figure 93.1
Axes de drainage – lipodrain.
Effet « Botox® like » très agréable et visible.

Fiche 94

Lipolift

Mots clés

Mésolift – Mésodissolution – Lipodrain – Lyses – Lipolyse – Ovale du visage – Lipolift – Laser – Carboxythérapie – Radiofréquence

Définition

Technique d'accélération de la lipolyse pour améliorer l'ovale du visage. À associer à un lipodrain.

Physiopathologie

Accélération de la lipolyse, drainage.

Traitement mésothérapeutique (figures 94.1 à 94.3)

Techniques

Injection rétrotraçante hypodermique.
Épidermique IED pour le lipodrain.

Mélange principal

Lipolift :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Eau ppi*	7 cc
Vitamine C	0,5 cc
Thiocolchicoside	0,5 cc

* ppi : pour préparation injectable.

Mélange complémentaire

Lipodrain systématique :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Etamsylate	2 cc
Pidolate de magnésium	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc

Zones d'application

Toutes zones, ovale, menton, bajoues, jabot.

Rythme

1 fois par semaine, 3 à 6 fois.

Associations

En fonction de mon expérience personnelle :

- laser : dans la fréquence infrarouge 1064 nm avec des lasers Nd-Yag, nous améliorons principalement le relâchement cutané (*tightening*), et donc la fibrose et l'aspect peau d'orange. Un avantage indéniable à l'association avec le lipolift ;
- carboxythérapie : il en est de même, à moindre efficacité, pour cette technique qui consiste à injecter du dioxyde de carbone dans les tissus ;
- radiofréquence : monopolaire, bipolaire et maintenant tripolaire, cette technique permet d'activer la microcirculation, d'accélérer la lipolyse, de stimuler les fibroblastes et le nouveau collagène, en chauffant en profondeur les tissus (2 cm). Potentialise le lipolift sans aucun doute.

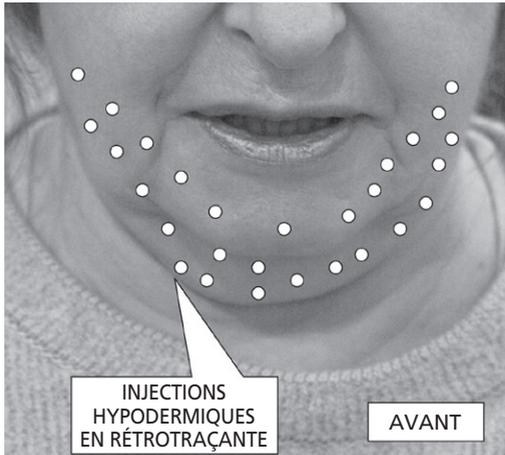


Figure 94.1
Mésolipolift : avant et après.

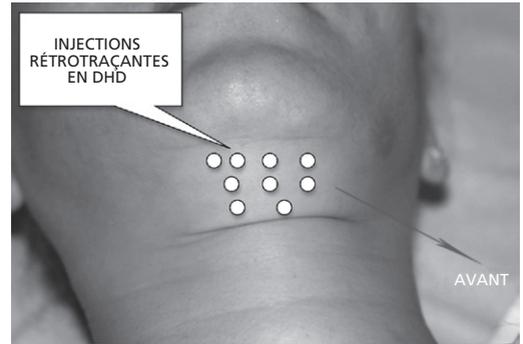


Figure 94.2
Lipolift avant et après mésothérapie.

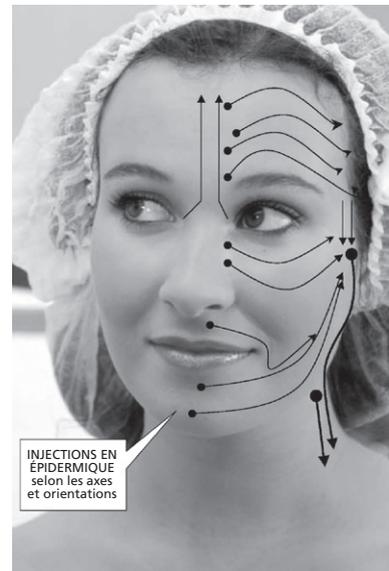


Figure 94.3
Axes de drainage – lipodrain.
Effet liftant et lysant impressionnant.

Fiche 95

Lipome

Mots clés

Lipome – Mésodissolution – Acné – Lipolift

Définition

Masse formée de lobules graisseux. Tuméfaction bénigne de tissu gras ou adipeux, souple ou molle située sous la peau.

Physiopathologie

Amas graisseux kystique.

Traitement mésothérapique (figure 95.1)

Techniques

IDP, DHD.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	0,25 cc
Thiocolchicoside	0,5 cc
Vitamine C	0,25 cc
Eau ppi*	7 cc

* ppi : pour préparation injectable.

Zones d'application

Dans le(s) lipome(s).

Rythme

J0, J15, J30.

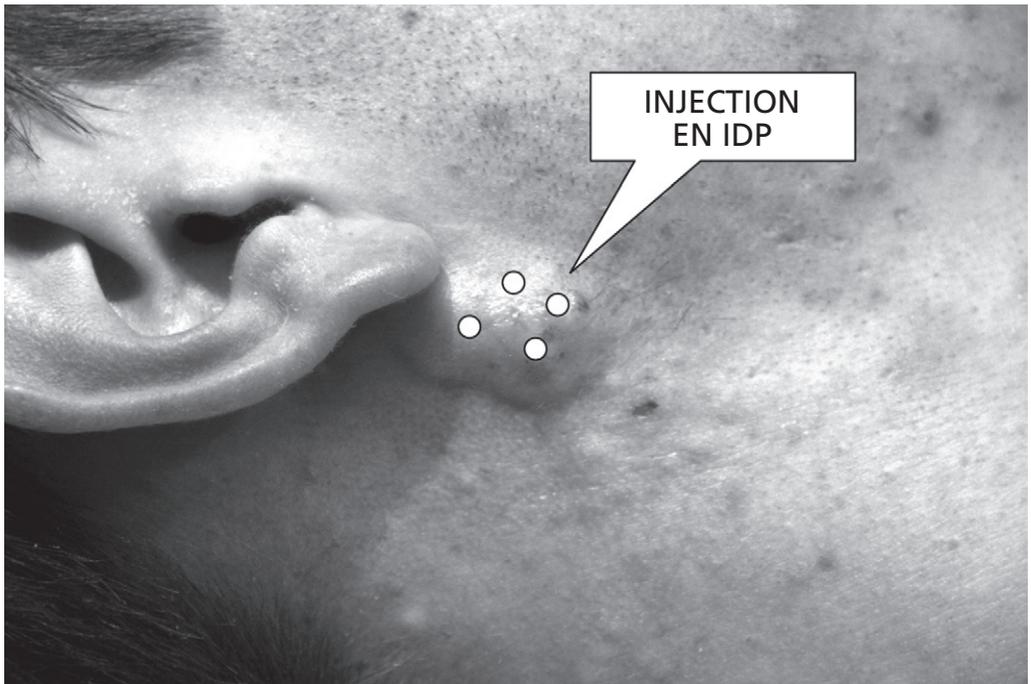


Figure 95.1

Lipome sur lipomatose.

Les lipomes profonds se résorbent, ceux superficiels s'évacuent vers l'extérieur.

Fiche 96

Lombalgie commune abarticulaire

Mots clés

Lombalgie – Lombosciatique – Lombago – Arthrose – Lumbago

Définition

Inflammation des structures abarticulaires du rachis lombaire.

Physiopathologie

Processus inflammatoire mécanique et/ou dégénératif portant sur les tendons, les muscles et les ligaments du rachis lombaire.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire.

Douleur à la pression digitale sur les segments du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de quatre points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0 cm), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).

Douleur à la pression digitale d'un point plexique au niveau du 1^{er} trou sacré.

DND lombaires.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figures 96.1 et 96.2)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis lombaire.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien et les points plexiques (1^{er} trou sacré) :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si nausées ou flush, déplacer la calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis lombaire.

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des segments rachidiens douloureux au niveau de la SID (0, 1,5, 5 et 8 cm de la ligne médiane) et du 1^{er} trou sacré.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si kétoprofène dans le mélange principal, déplacer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation.

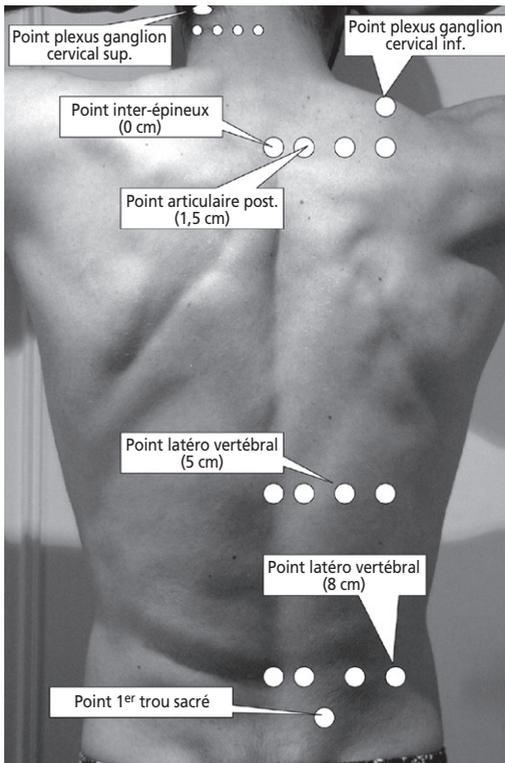


Figure 96.1
Cartographie MPS rachis.

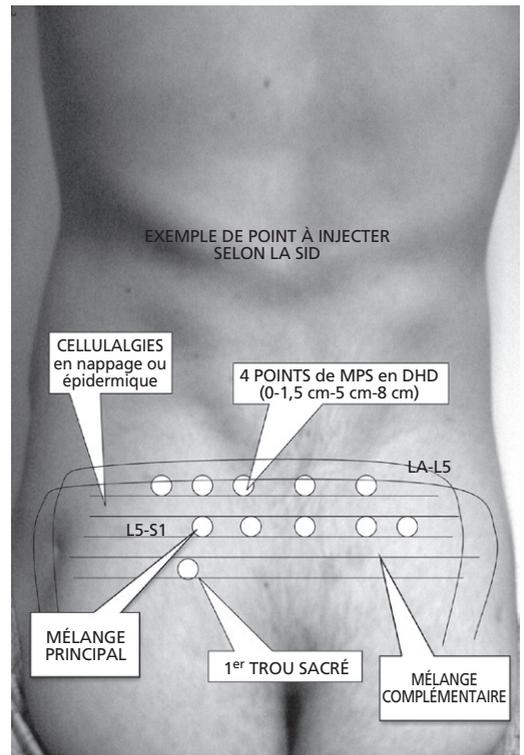


Figure 96.2
Lombalgie (rechercher les points douloureux de la SID).

Fiche 97

Lombalgie commune arthrosique

Mots clés

Lombalgie – Lombosciatique – Lombago – Arthrose – Lumbago

Définition

Inflammation dégénérative des structures articulaires du rachis lombaire.

Physiopathologie

Poussée aiguë sur lésions dégénératives du rachis lombaire.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire.

Douleur à la pression digitale sur les segments du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de quatre points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0 cm), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).

Douleur à la pression digitale du 1^{er} trou sacré parfois.

DND lombaires.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figures 97.1 et 97.2)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis lombaire.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien et les points plexiques (1^{er} trou sacré) :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si nausée ou flush, déplacer calcitonine dans mélange complémentaire en IED ou IDS.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis cervical, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du segment rachidien douloureux, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis lombaire.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si kétoprofène dans mélange principal, déplacer calcitonine dans mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation.

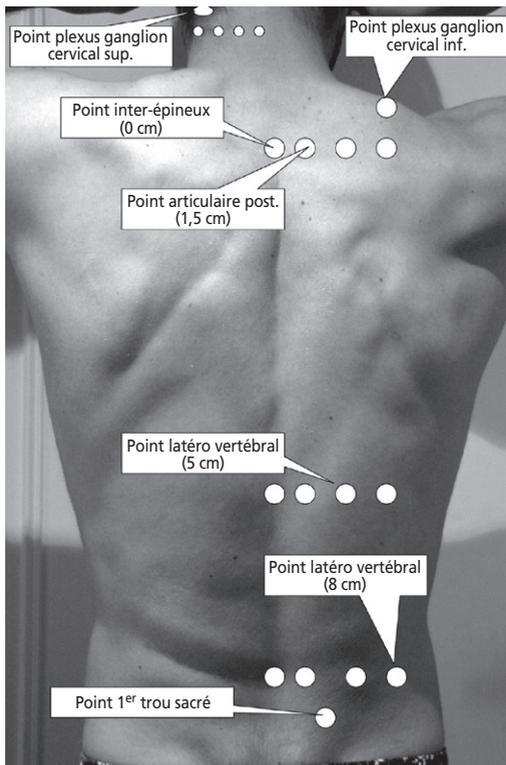


Figure 97.1
Cartographie MPS rachis.

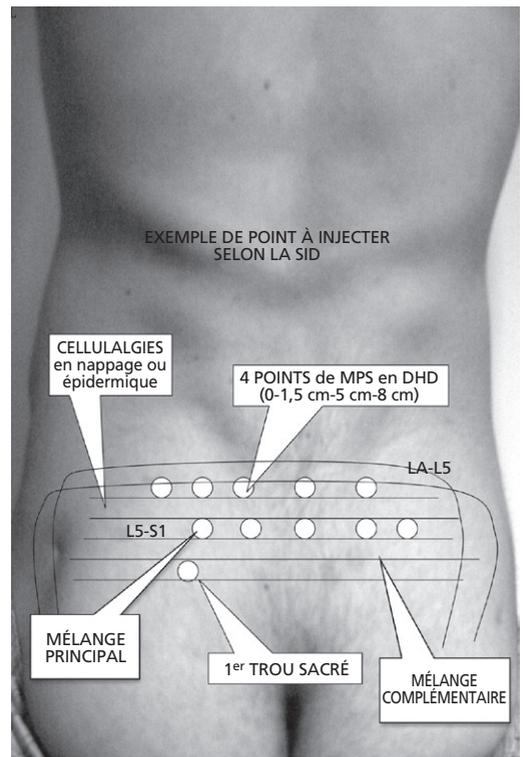


Figure 97.2
Lomalgie (rechercher les points douloureux de la SID).

Fiche 98

Lombalgie neurogène chronique

Mots clés

Lombalgie neurogène – Lombalgie – Névralgie

Définition

Douleur psycho-émotionnelle ressentie sur le rachis lombosacré.

Physiopathologie

Douleur neurogène essentiellement d'origine centrale projetée sur le rachis lombosacré.

Examen clinique

Douleur chronique diffuse ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire.

Douleur à la pression du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective plus ou moins systématisée (SOS), selon une séquence de quatre points relevant d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0 cm), articulaire postérieur (1,5 cm) et surtout latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane).

DND lombosacrées.

Examens rhumatologiques et neurologiques classiques normaux.

L'échelle du stress anxiété ADP montre une anxiété modérée (1 à 5), moyenne (6 à 10), ou importante (11 à 15) et très importante (16 à 24), cf. échelle d'évaluation de l'anxiété générale, p. 455.

Examens complémentaires

Radiographies standard : normales ou signes d'arthrose lombaire.

Traitement mésothérapique (figure 98.1)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur les segments rachidiens en souffrance, et surtout mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS)

sur tout le rachis lombaire et les points réflexes anti-stress.

Mélange principal

En DHD, sur les points des segments rachidiens en souffrance :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Amitriptyline	0,5 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si flush ou nausées, transférer calcitonine sur mélange complémentaire en IED ou IDS.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis dorso-lombosacré :

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Amitriptyline	0,5 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des segments rachidiens en souffrance, et mélange complémentaire en regard du rachis dorso-lombosacré et des points anti-stress.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Relaxation simplifiée (type relaxation fonctionnelle).

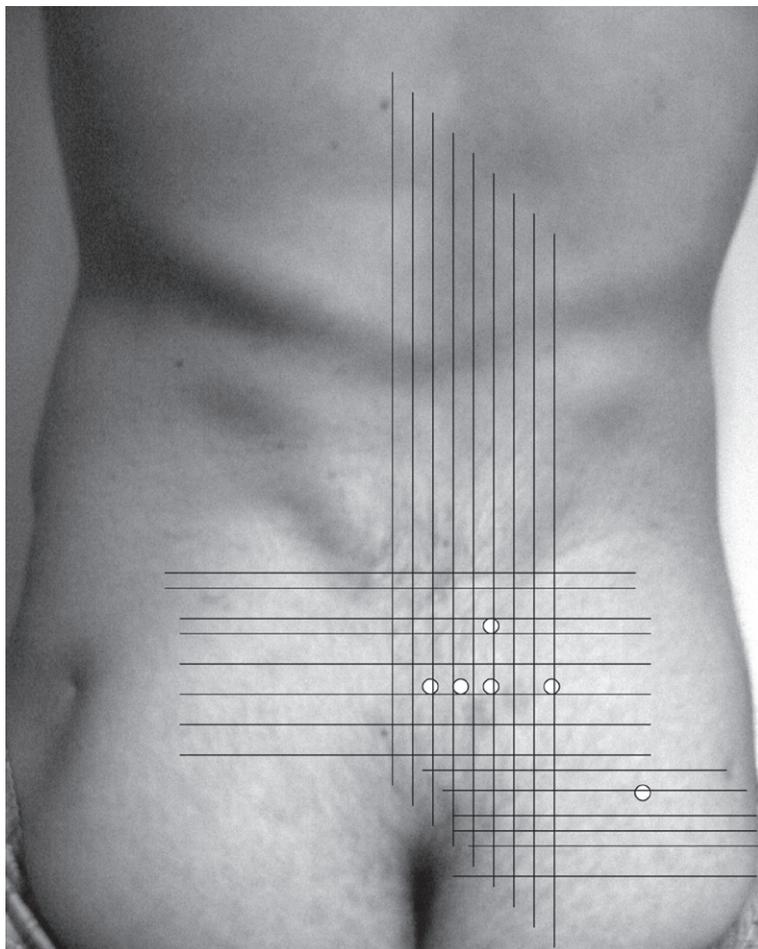


Figure 98.1
Lombalgie neurogène chronique.

Fiche 99

Lombalgie postopératoire d'origine fibrosique

Mots clés

Lombalgie – Fibrose – Postchirurgie

Définition

Le traitement par mésothérapie permet une action locale sur la fibrose cicatricielle du tissu cutané, postchirurgical.

Suite à une chirurgie discale (nucléotomie) et dans les cas de fibrose cicatricielle, baptisée souvent de « récidive de hernie » .

Physiopathologie

Mauvaise cicatrisation, réparation tissulaire.

Examen clinique

Examen habituel des lombalgiques.

Douleur lombaire, transversale, pouvant irradier sur les fesses.

Examen complémentaire

IRM montrant la fibrose à reconstrôler à 6 mois et 12 mois.

Traitement mésothérapique (figure 99.1)

Techniques

DHD, IDP, IDS nappage, IED épidermique.

Mélange principal

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

Si contracture :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 2 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Avec le mélange principal, utiliser la MPS axée sur les points interépineux et apophyse postérieure, en DHD à 0 et 1,5 cm, et le long de la cicatrice chirurgicale et terminer par un nappage ou épidermique avec le mélange complémentaire.

Rythme

J0, J7, J14 puis 1 fois par mois pendant 6 à 12 mois, selon le contexte et selon les résultats cliniques et radiologiques (IRM).

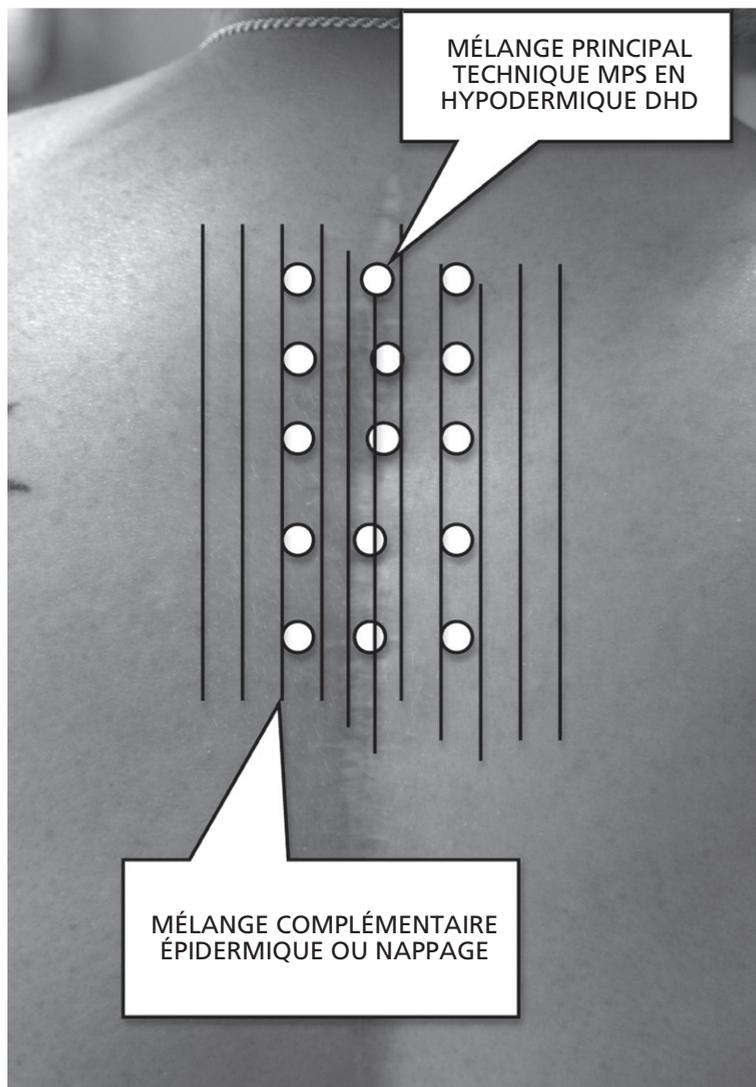


Figure 99.1

Dorsalgie – lomalgie postopératoire fibrosique.

L'association de produits défibrosants déposés localement et directement dans la lésion est le grand plus de la mésothérapie.

L'étamsylate et la vitamine E forment un complexe défibrosant majeur que nous constatons cliniquement depuis longtemps et que de nombreux chercheurs développent depuis peu. Nous avons été les précurseurs comme dans beaucoup de cas en mésothérapie, cela vient du fait que nous axons nos recherches sur les résultats cliniques avant tout.

Fiche 100

Lombosciatique commune L5

Mots clés

Lombago – Lomalgie – Lombosciatique – Sciatique

Définition

Poussée inflammatoire de la racine L5 du rachis lombaire.

Physiopathologie

Poussée douloureuse de la racine L5, lors d'une arthrose lombaire inférieure.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire inférieur.

Douleur à la pression digitale du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de quatre points d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0 cm), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) du segment L4–L5.

Douleur à la pression digitale du 1^{er} trou sacré.

Douleur à la pression digitale sur le trajet de L5; DND lombaires.

Examens rhumatologiques et neurologiques classiques.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Scanner, si on suspecte une hernie discale.

IRM.

Traitement mésothérapique (figures 100.1 à 100.3)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien L4–L5, sur le 1^{er} trou sacré, et

mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis lombaire et le trajet de L5.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien L4–L45 et le point du 1^{er} trou sacré :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si flush ou nausées, transférer la calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis lombaire et le trajet de L5, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des segments rachidiens L4–L5 et du 1^{er} trou sacré, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis lombaire et du trajet de L5.

Rythme

J1, J5, J10 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer la calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation.

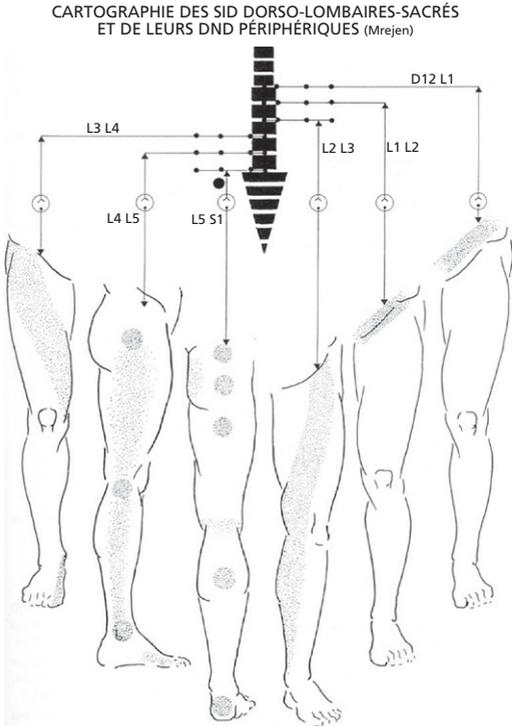


Figure 100.1
Cartographie des SID dorso-lombosacrés et de leurs DND périphériques (d'après Mrejen).

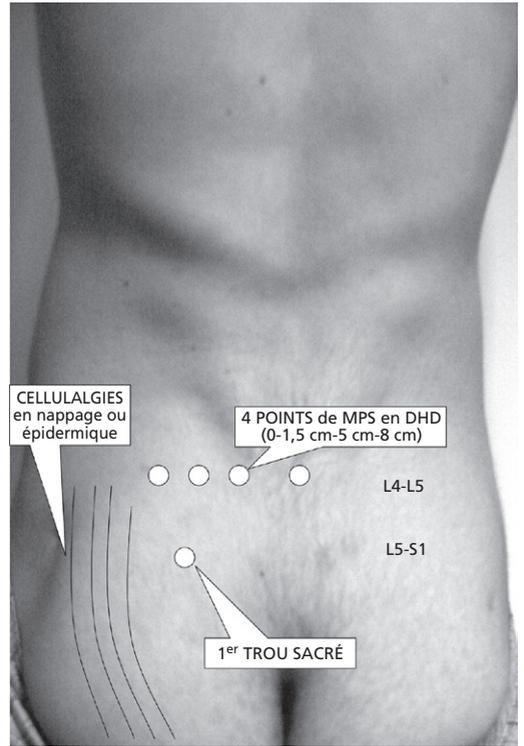


Figure 100.2
Cartographie lombosciatique L5 gauche.



Figure 100.3
DND périphériques L4-L5 et L5-S1 (DND = cellulalgie périphérique).

Fiche 101

Lombosciatique commune S1

Mots clés

Lombago – Lombalgie – Lombosciatique – Sciatique – Lumbago

Définition

Poussée inflammatoire de la racine S1 du rachis lombosacré.

Physiopathologie

Poussée douloureuse de la racine S1 lors d'une arthrose lombaire inférieure.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis lombaire inférieur.

Douleur à la pression digitale du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématique (SOS), selon une séquence de quatre points relevant d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0 cm), articulaire postérieur (2 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) du segment L5–S1.

Douleur à la pression digitale du 1^{er} trou sacré, douleur à la pression digitale sur le trajet de S1.

DND lombosacrées.

Examens rhumatologiques et neurologiques classiques.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Scanner, si on suspecte une hernie discale.

IRM.

Traitement mésothérapique (figures 101.1 à 101.3)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en (DHD) sur le segment rachidien L5–S1, sur le 1^{er} trou sacré, et

mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis lombaire et le trajet de S1.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien L5–S1 et le point du 1^{er} trou sacré :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si flush ou nausées, transférer calcitonine sur mélange complémentaire en IED ou IDS.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis lombosacré et le trajet de S1, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des segments rachidiens L5–S1 et du 1^{er} trou sacré, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis lombosacré et du trajet de S1.

Rythme

J1, J5, J10 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation.

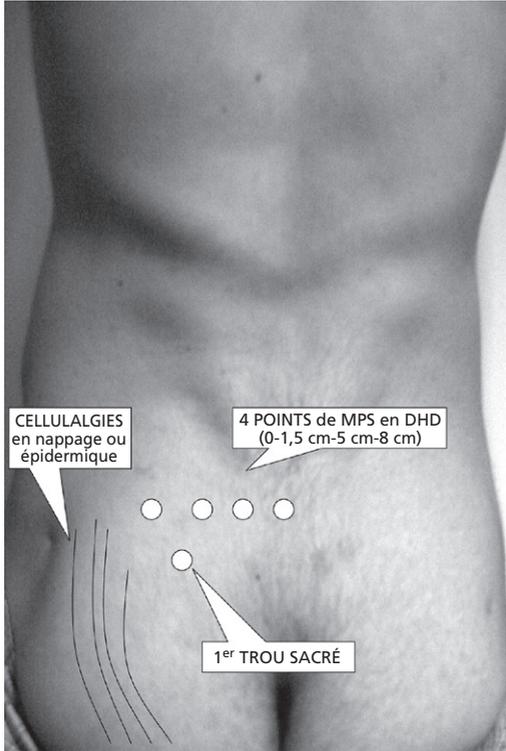


Figure 101.1
Cartographie lombosciatique S1 gauche.

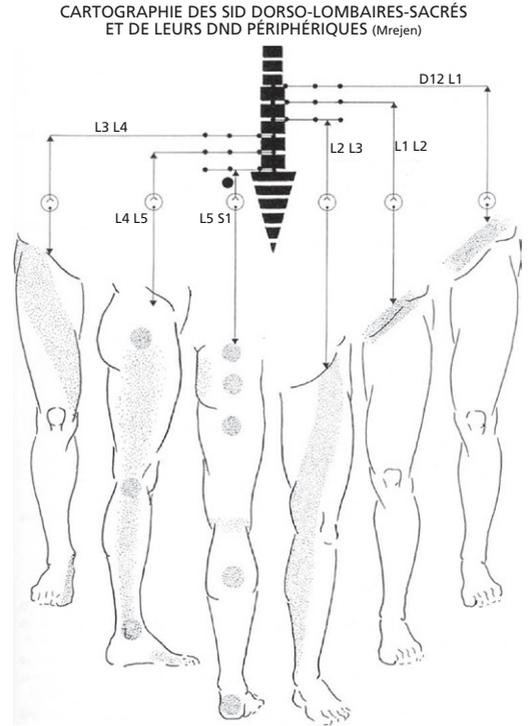


Figure 101.2
Cartographie des SID dorso-lombosacrés et de leurs DND périphériques (d'après Mrejen).

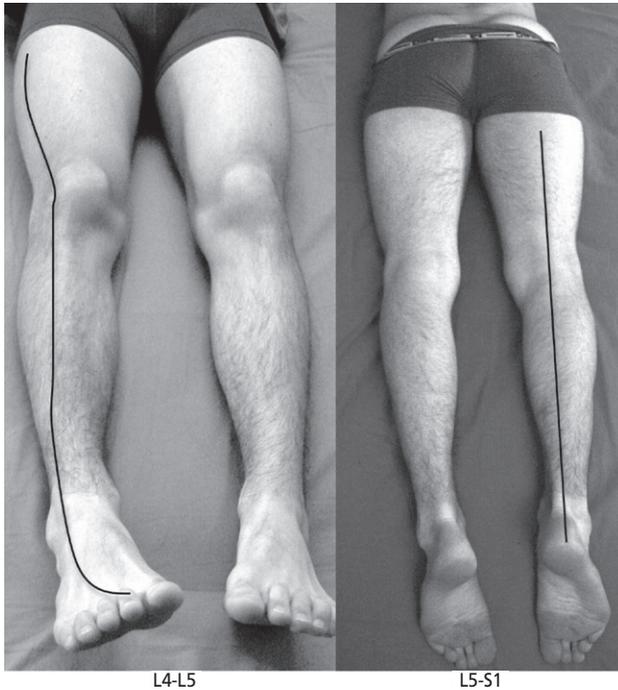


Figure 101.3
DND périphériques L4-L5 et L5-S1 (DND = cellulalgie périphérique).

Fiche 102

Lumbago (lombago)

Mots clés

Lumbago – Lomalgie – Lombosciatique – Lombago

Définition

Poussée aiguë douloureuse neuromusculaire du rachis lombosacré.

Physiopathologie

Conflit neuromusculaire mécanique douloureux lombaire.

Examen clinique

Contractures douloureuses spontanées au niveau lombaire.

Douleur à la pression du rachis lombaire sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de quatre points relevant d'une souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0 cm), articulaire postérieur (1,5 cm) et surtout latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane du rachis lombaire).

DND lombosacrées.

Examens rhumatologiques et neurologiques classiques.

Examens complémentaires

Radiographies standard : normales ou signes de l'arthrose lombaire.

Scanner, si on suspecte une hernie discale.

Traitement mésothérapique (figure 102.1)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien L4–L5 et/ou L5–S1, et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tous les muscles du rachis lombaire.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien L5–S1 et le point du 1^{er} trou sacré :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis dorso-lombosacré, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des segments rachidiens L5–S1 et L4–L5 et mélange complémentaire en regard de tout le rachis dorso-lombosacré.

Rythme

J1, J5, J10 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation.

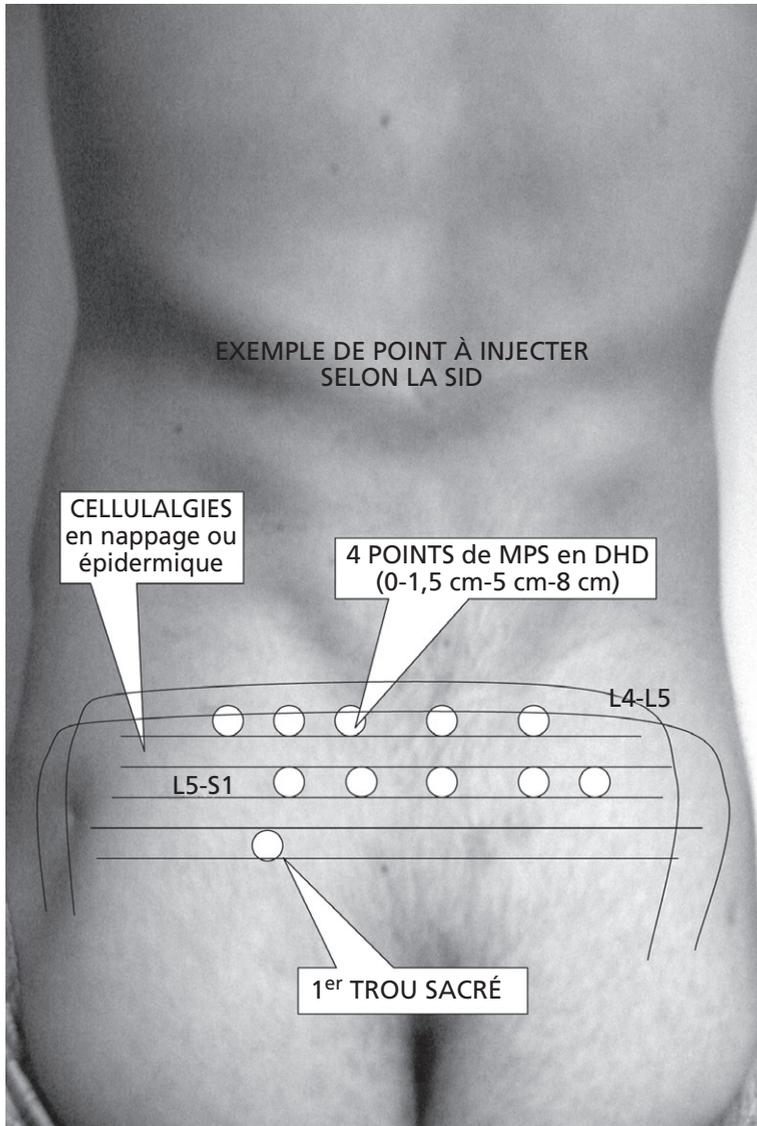


Figure 102.1
Lumbago.
Rechercher les points MPS douloureux à injecter.

Fiche 103

Lymphangite mammaire

Mots clés

Mésovaccination – Lymphangite mammaire

Définition

Douleurs inflammatoires mammaires au cours de l'allaitement ou non.

Physiopathologie

Phénomènes inflammatoires survenant au cours de l'allaitement maternel.

Examen clinique

Élimination d'une infection déclarée.

Examen complémentaire

Biologie éventuelle.

Traitement mésothérapique (figure 103.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire

En dehors de l'allaitement :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc
Piroxicam	1 cc

Zones d'application

Aire mammaire et zones de diffusion axillaire.

Rythme

J1, J3, J7.

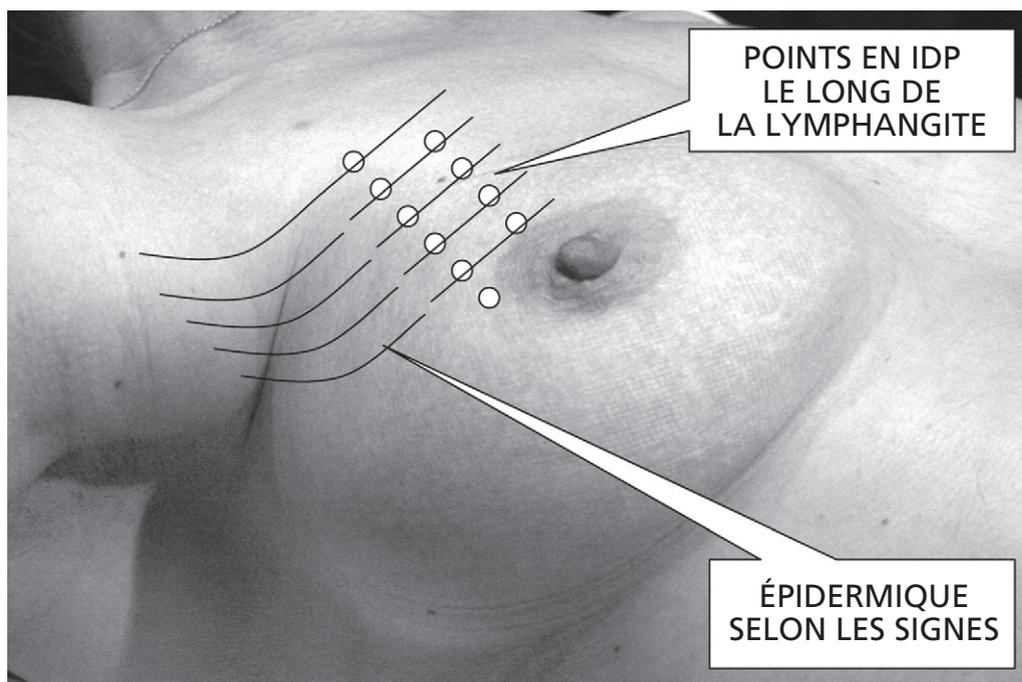


Figure 103.1

Lymphangite mammaire.

Traitement particulièrement efficace, à essayer. Le résultat doit être rapidement résolutif. Sinon, réévaluer l'indication du traitement mésothérapique.

Fiche 104

Lymphœdème

Mots clés

Mésodrain – Insuffisance lymphatique – Lymphœdème – Insuffisance veineuse

Définition

Trouble lymphatique primaire ou secondaire à type d'œdème plus ou moins inflammatoire.

Physiopathologie

Insuffisance lymphatique primaire ou suite de chirurgie ou de radiothérapie.

Examen clinique

Recherche des tensions douloureuses et œdèmes. Élimination de signes infectieux.

Examen complémentaire

Bilan spécialisé éventuel.

Traitement mésothérapique (figure 104.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur axes veino-artériels et sur régions œdémateuses.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pentoxifylline	2 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire

Si trouble trophique :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc

Zones d'application

Épidermique ou IDS : axes veino-artériels et zone œdémateuse.

Rythme

J1, J7, J30 puis 1 fois par mois.

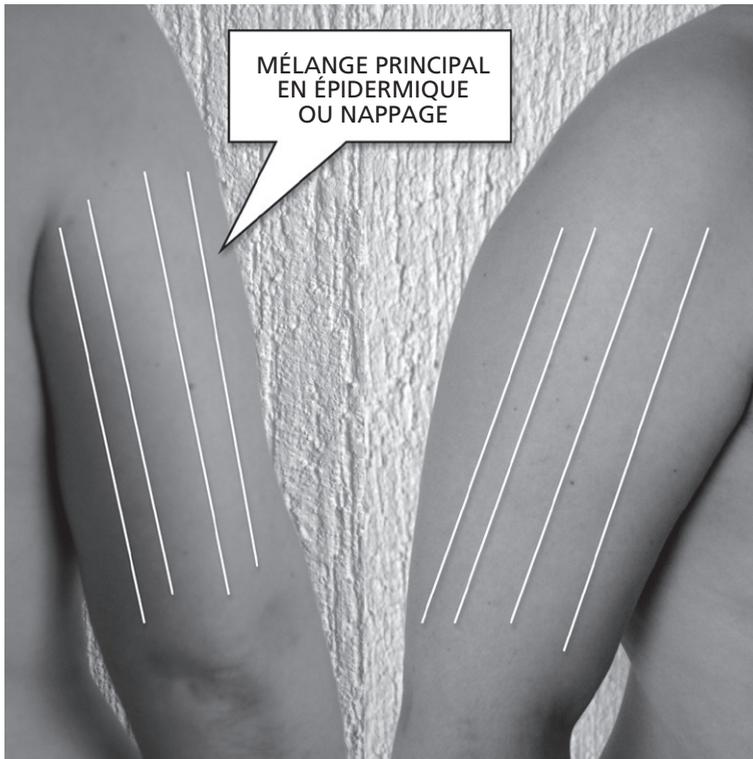


Figure 104.1

Lymphœdème des bras.

L'efficacité est bonne et nécessite souvent des séances rapprochées.

Intérêt dans les lymphœdèmes du membre supérieur après curage axillaire (chirurgie du sein), du cou postchirurgie ou radiothérapie, d'autant plus que le traitement est entrepris précocement après la chirurgie.

Fiche 105

Maladie de Dupuytren de stade I et II

Mots clés

Dupuytren – Fibrose

Définition

Rétraction scléro-atrophique des gaines synoviales palmaires.

Physiopathologie

Processus scléro-atrophique entraînant un épaississement nodulaire de la face palmaire de la main et des doigts.

Examen clinique

Noyaux fibreux à la palpation digitale de la face palmaire de la main.

Traitement mésothérapique (figure 105.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du ou des nodules existants et mélange complémentaire en regard de la face antérieure de la main.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

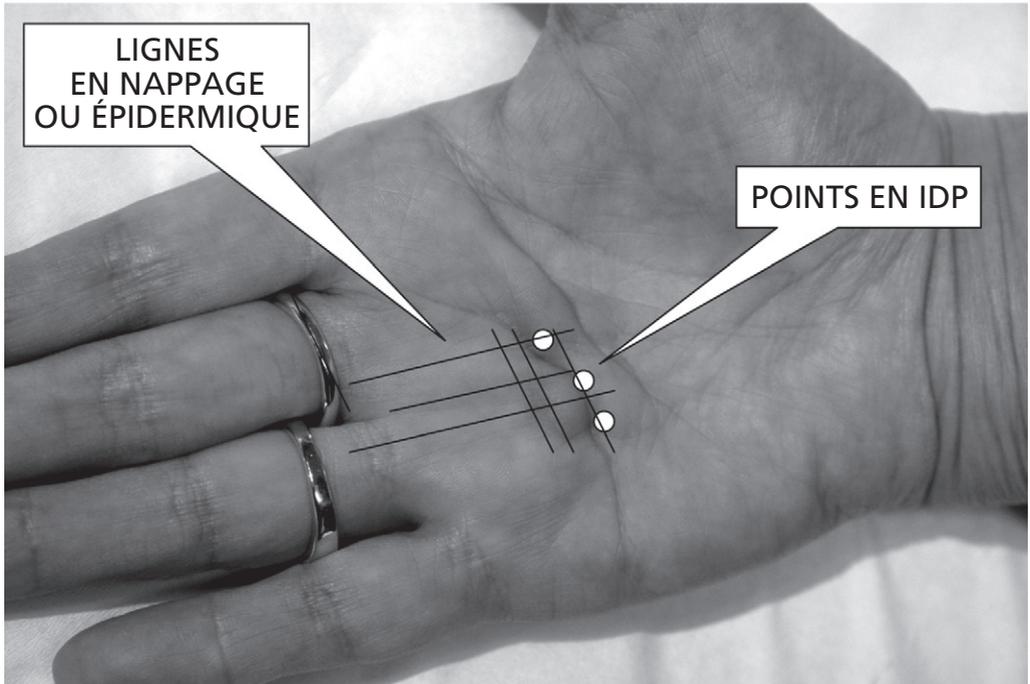


Figure 105.1
Tendinopathie de Dupuytren.

Fiche 106

Maladie de Morton en phase aiguë

Mots clés

Morton – Canal carpien – Névralgie

Définition

Irritation du nerf digital à la partie antérieure de l'espace intermétatarsien.

Physiopathologie

Hypertrophie nodulaire ou fusiforme du nerf interdigital à type de névrome.

Examen clinique

Métatarsalgies paroxystiques survenant à la marche.

Douleur à la pression digitale de l'espace intermétatarsien.

Douleur à la flexion plantaire forcée des orteils.

Douleur à l'extension latérale forcée des têtes des métatarsiens.

Examen complémentaire

IRM.

Traitement mésothérapique (figure 106.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'espace intermétatarsien et mélange complémentaire en regard de l'avant-pied.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Orthèses plantaires.

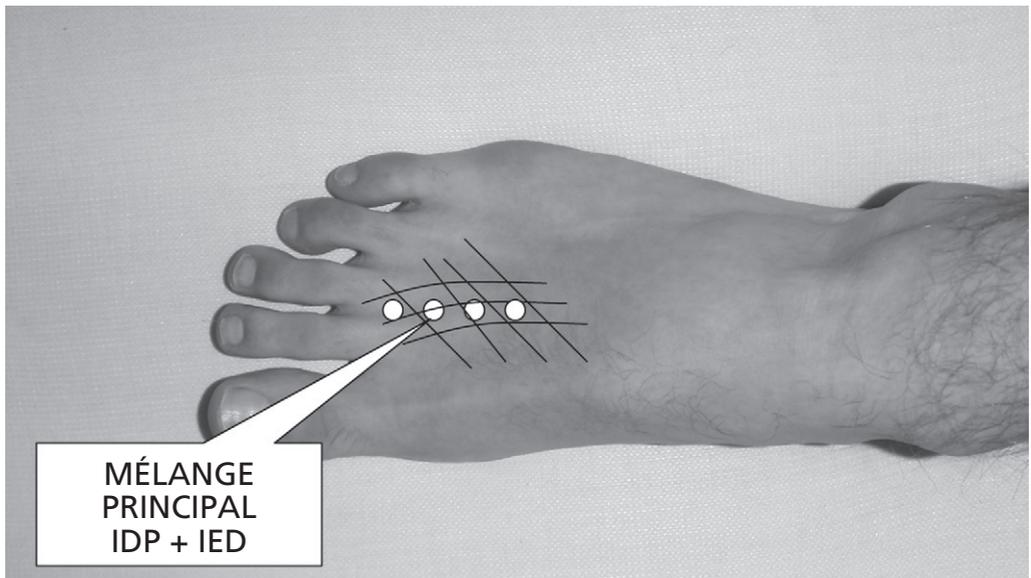


Figure 106.1
Maladie de Morton en phase aiguë.

Fiche 107

Maladie de Morton en phase chronique

Mots clés

Morton – Canal carpien – Névralgie

Définition

Irritation du nerf digital à la partie antérieure de l'espace intermétatarsien.

Physiopathologie

Fibrose englobant le nerf interdigital avec adhérence à la bourse séreuse intercapito-métatarsienne hypertrophique.

Examen clinique

Métatarsalgies paroxystiques survenant à la marche.

Douleur à la pression digitale de l'espace intermétatarsien.

Douleur à la flexion plantaire forcée des orteils.

Douleur à l'extension latérale forcée des têtes des métatarsiens.

Examens complémentaires

Électromyogramme, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 107.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

EN IDP + IED :

Composé	Dosage
Calcitonine 100 UI	1 cc
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'espace intermétatarsien en IDP et en regard de l'avant-pied en IED.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Orthèses plantaires.

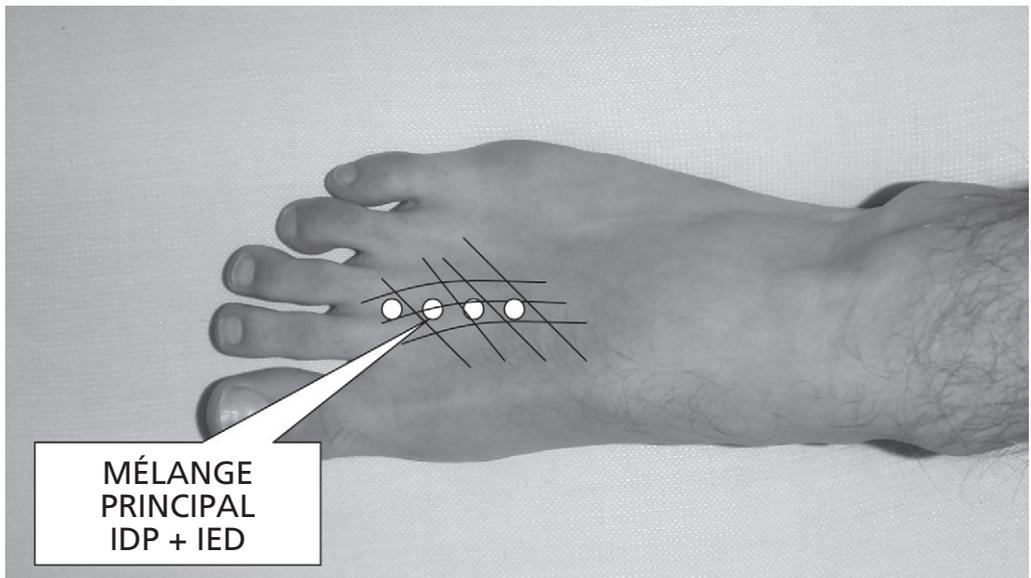


Figure 107.1
Maladie de Morton en phase chronique.

Fiche 108

Mastose

Mots clés

Dysfonction mammaire – Dysfonction hormonale – Mastose

Définition

Douleurs périodiques mammaires du quadrant externe à type d'œdème et de tension, en l'absence de lésion organique tumorale, dans le cadre d'une dysfonction.

Physiopathologie

Œdème hormono-dépendant ou circulatoire.

Examen clinique

Bilan des troubles somatiques.

Recherche des zones de tension et des zones cellulopathiques.

Recherche de causes organiques.

Examens complémentaires

Bilan spécialisé éventuel, mammographie, échographie.

Traitement mésothérapeutique (figure 108.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS.

Mélanges principaux

En phase chronique :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

En phase aiguë :

Composé	Dosage
Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	3 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zones d'application

Aire mammaire et zones de diffusion éventuelle.

Rythme

J1, J7, J15 et en cas de douleurs.

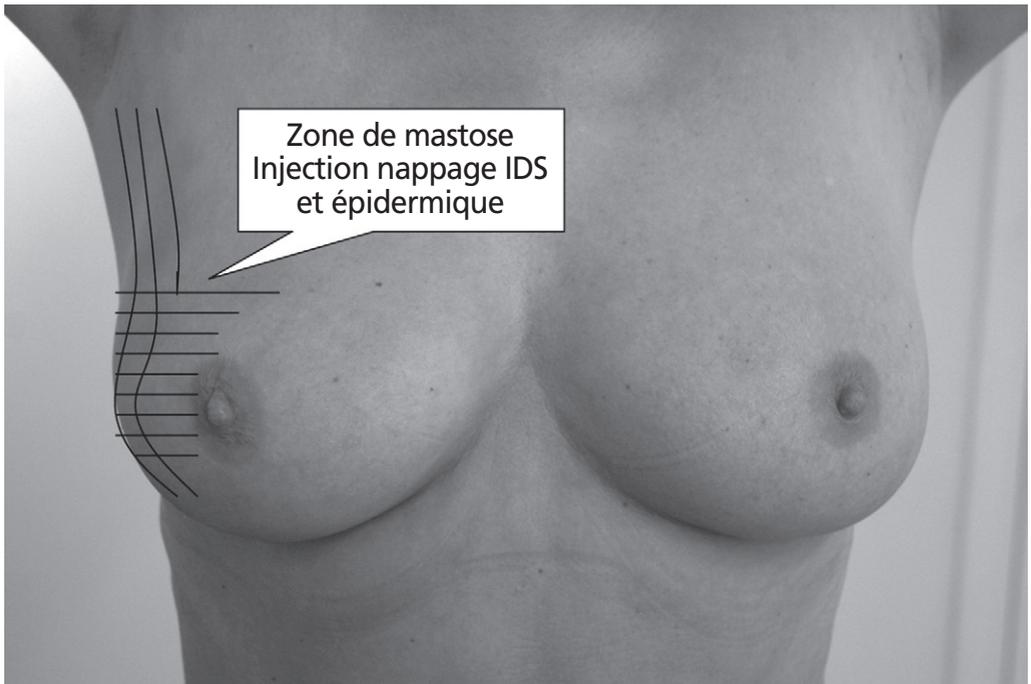


Figure 108.1

Mastose : cartographie mammaire.

Traitement particulièrement efficace, à essayer pour rechercher et traiter des troubles vertébraux souvent intriqués.

Fiche 109

Mésolift anti-âge

Mots clés

Méso-âge – Mésomask – Anti-oxydant – Réjuvénation – Mésolift anti-âge – Mésolift – Mésomasque

Définition

Traitement du visage par mésothérapie en injectant des produits anti-oxydants et vasodilatateurs, dans le but de prévenir et traiter le vieillissement cutané.

Physiopathologie

Effet antiradicalaire et microcirculatoire.

Examen clinique

Appréciation de l'état trophique de la peau.

Traitement mésothérapique (figures 109.1 et 109.2)

Techniques

IDS nappage ou IED épidermique : maintenant, il peut aussi se faire avec des fines canules.

Mélanges principaux

	Composé	Dosage
Mélange 1	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Étamsylate	2 cc
	Vitamine C	2 cc
Mélange 2	Procaïne 1 %	2 cc
	Pidolate de magnésium	2 cc
	Conjonctyl®	2 cc
	Vitamine C	2 cc
Mélange 3	Procaïne 2 %	2 cc
	Étamsylate	2 cc
	Cermevit®, Soluvit® ou Vitalipid®	2 cc

Zones d'application

Visage, cou, décolleté.

Rythme

1 fois par mois 3 fois, puis tous les 2 à 3 mois.

Associations

Il est bien évident que ce traitement entre dans les nombreux soins de prévention du vieillissement et occupe sa place dans l'entretien de la peau.

De nombreuses techniques sont utilisées et doivent être associées dans une prise en charge globale personnalisée esthétique : nutrition, micronutrition, cosmétique, génomique, LED, lasers, injections, radiofréquence, peelings...

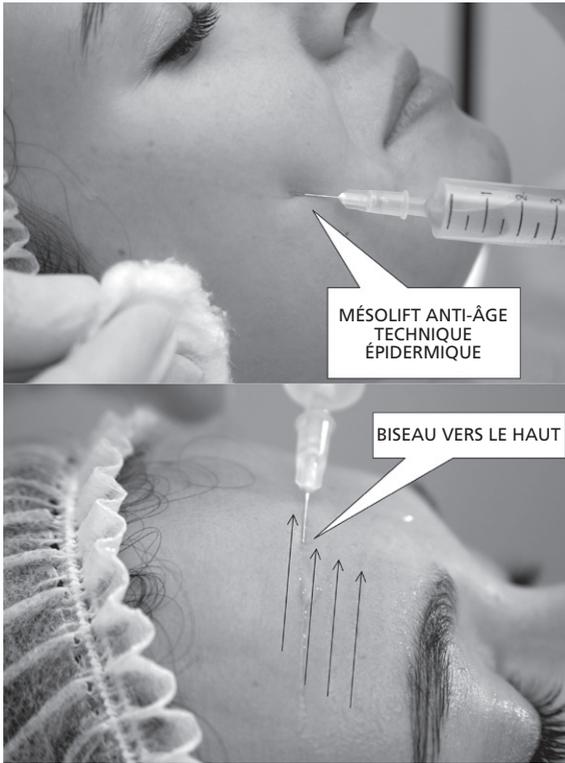


Figure 109.1
Mésolift anti-âge multivitaminé et vasodilatateur.



Figure 109.2
Mésolift du cou et du décolleté.
Traitement simple et peu coûteux. Coup d'éclat et anti-âge assurés.

Fiche 110

Mésolift comblant

Mots clés

Mésomasque – Comblement – Lipolift – Méso-âge – Anti-âge – Mésolift – Acide hyaluronique

Définition

Traitement de mésothérapie du visage par injections superficielles d'acide hyaluronique non réticulé.

Physiopathologie

Effet d'hydratation cutanée et de microcomblement. Stimulation de la croissance fibroblastique.

Traitement mésothérapique (figures 110.1 et 110.2)

Techniques

Nappage IDS ou papules ou canules.

Mélange principal

Acide hyaluronique non réticulé (marquage CE) à utiliser pur ou déjà associé à des multivitaminés et micronutriments.

Mélanges complémentaires

Poursuivre la séance avec un mésolift anti-âge :

	Composé	Dosage
Mélange 1	Procaine 2 %	2 cc
	Étamsylate	2 cc
	Vitamine C	2 cc
Mélange 2	Procaine 2 %	2 cc
	Magnésium	2 cc
	Conjonctyl®	2 cc
	Vitamine C	2 cc
Mélange 3	Procaine 2 %	2 cc
	Étamsylate	2 cc
	Cernevit®, Soluvit® ou Vitalipid®	2 cc

Zones d'application

Visage, cou, décolleté.

Rythme

1 fois par mois pendant 2 à 3 mois, puis tous les 3 mois.

Associations

Il est bien évident que ce traitement entre dans les nombreux soins de prévention du vieillissement et occupe sa place dans l'entretien de la peau.

De nombreuses techniques sont utilisées et doivent être associées dans une prise en charge globale personnalisée esthétique : nutrition, micronutrition, cosmétique, génomique, LED, lasers, injections, radiofréquence, peelings...

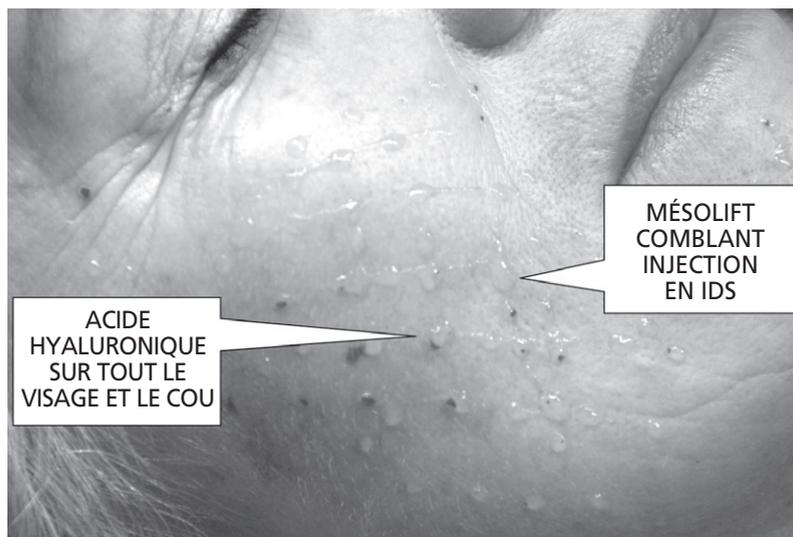


Figure 110.1
Mésolift comblant – acide hyaluronique.

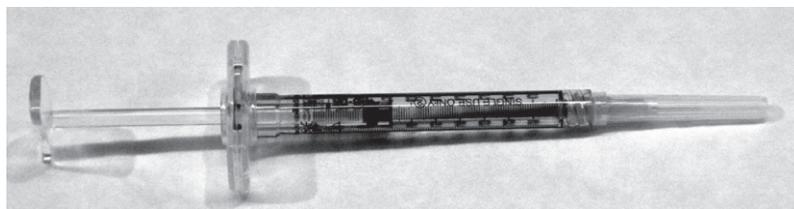


Figure 110.2
Seringue d'acide hyaluronique.
Il semble préférable de ne pas diluer l'acide hyaluronique avec d'autres produits.

Fiche 111

Mésolipolift – méso-réjuvenation

Mots clés

Mésolift – Lipolift – Lipodrain

Définition

Il s'agit d'un nouveau concept de mésolift, qui vient s'ajouter aux mésolifts comblants et anti-âge. Son principe est de favoriser la fabrication de collagène par l'inflammation, de permettre une lipolyse et d'améliorer la tension cutanée.

Physiopathologie

L'inflammation est le seul moyen de refabriquer le collagène, c'est le principe de la photoréjuvenation des lasers. Les produits utilisés ne doivent pas ralentir la fibrose et donc cet effet de photoréjuvenation ou, ici, de méso-réjuvenation. Or, toutes les vitamines, les AINS et la pentoxifylline ont un effet défibrosant, il ne faut donc pas les utiliser dans cette technique, du moins en profondeur.

Traitement mésothérapique (figure 111.1)

Techniques

Rétrotraçante et IDP et faire suivre par un massage drainant actif.

Mélange principal

En technique profonde :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1%	2 cc
Eau ppi*	8 cc

* ppi : pour préparation injectable.

Mélange complémentaire

Associer ou alterner avec un lipodrain en technique superficielle.

Zones d'application

Injecter toutes les zones de la face et du cou, en insistant sur les régions les plus relâchées.

Rythme

Une séance tous les 1 à 3 mois.

Association

Cf. mésodissolution, p. 33.

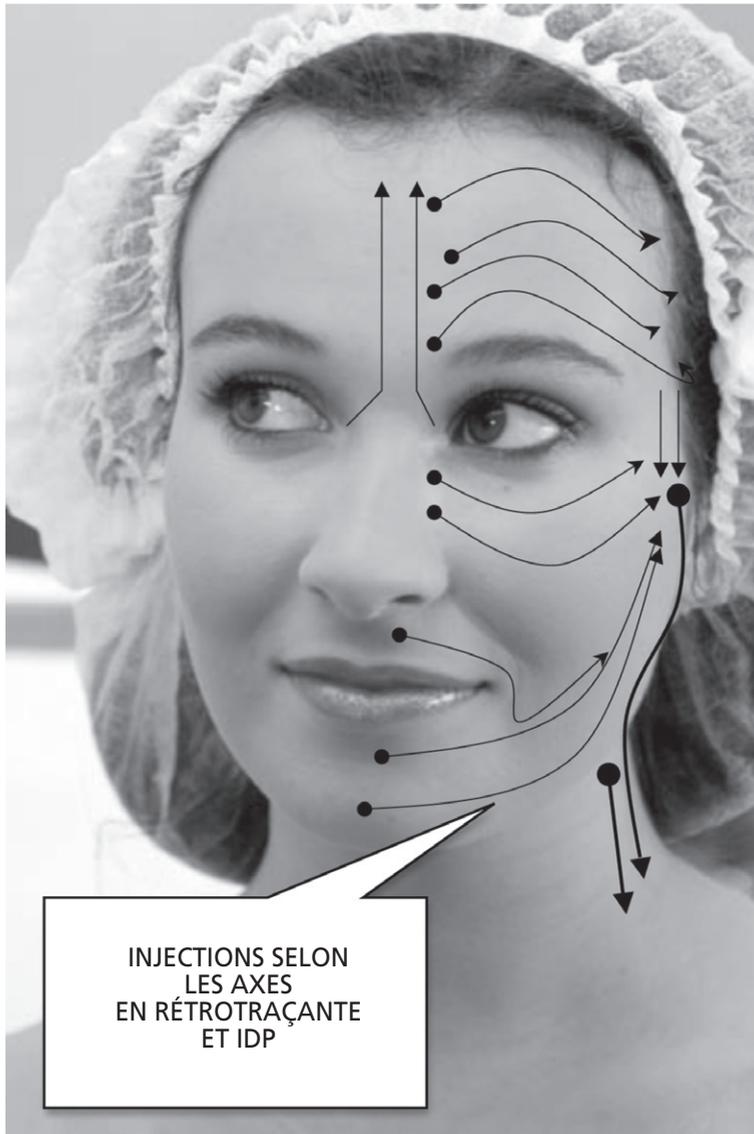


Figure 111.1

Cartographie du mésolipolift.

Ce traitement est très intéressant et a le mérite d'agir préventivement et curativement. Il montre aussi l'intérêt de cumuler plusieurs effets avec plusieurs profondeurs d'injection et plusieurs techniques : effets mésoréjuvenation, drainant, anti-oxydant, défibrosant, lipolytique et hydratant.

Fiche 112

Mésomasque anti-oxydant

Mots clés

Mésolift – Méso-âge – Comblement – Anti-âge – Acné – Peeling – Mésopeel – Mésomask

Définition

Technique permettant de potentialiser l'effet des mésolifts (comblant ou anti-âge) et de faire pénétrer des produits topiques appliqués préalablement sous le masque.

Examen clinique

Appréciation état trophique de la peau.

Traitement mésothérapique (figures 112.1 à 112.3)

Techniques

Application de produits topiques sur la peau.

Pose du masque.

Injections en nappage IDS et IED.

Mélanges principaux

Masque thermique anti-oxydant → effet antiradicalaire et vasodilatateur.

Produits mésolifts :

- 1. cosmétique ou topique : crème anti-oxydant ou acide hyaluronique ou vitamine A acide ;
- 2. masque anti-oxydant thermique – mésomask AOX® ;
- 3. mésolift comblant ;
- 4. mésolift anti-âge.

Zones d'application

Visage, cou, décolleté.

Rythme

1 fois tous les 3 mois.

Associations

Il est bien évident que ce traitement entre dans les nombreux soins de prévention du vieillissement et occupe sa place dans l'entretien de la peau. De nombreuses techniques sont utilisées et doivent être associées dans une prise en charge globale personnalisée esthétique : nutrition, micronutrition, cosmétique, génomique, LED, lasers, injections, radiofréquence, peelings...

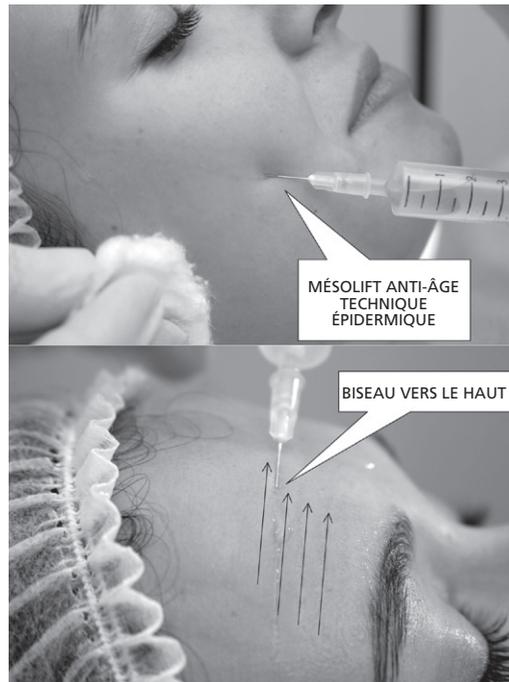


Figure 112.1
Mésolift anti-âge multivitaminé et vasodilatateur.



Figure 112.2
Mésolift du cou et du décolleté.



Figure 112.3
Pose du mésomasque anti-oxydant thermique avant mésolift.
Soin complet très actif.

Fiche 113

Mésostimulation

Mots clés

Mésovaccination – Anergie – Mésostress – Inflammation chronique – Mésoform – Mésostimulation

Définition

C'est le renforcement immunitaire du terrain anergique ou hypoergique par stimulation des défenses, appelé aussi mésoform.

Physiopathologie

Baisse des défenses immunitaires.

Examen complémentaire

Bilan biologique éventuel.

Traitement mésothérapique (figures 113.1 et 113.2)

Techniques

Épidermique IED.

Nappage IDS, papule.

IDP.

Mélanges principaux

	Composé	Dosage
Mélange 1 : immunisant	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Pilodate de magnésium	2 cc
	Vitamine C	2 cc
	Vaccin antigrippal	0,3 cc
Mélange 2 : stimulant	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Pilodate de magnésium	2 cc
	Vitamine C	2 cc
	Cernevit®, Soluvit® ou Vitalipid®	2 cc

Zones d'application

Mélange 1 → points de la mésovaccination.

Mélange 2 → sur masses musculaires, rachis, membres inférieurs et thorax.

Rythme

J1, J7, J14 et tous les 3 mois.

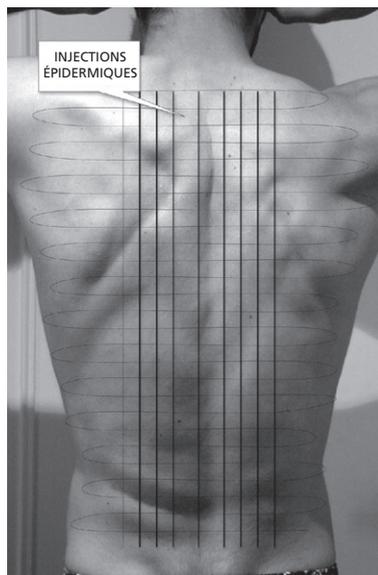


Figure 113.1

Mésostimulation dorsale.

Intérêt particulier chez le sportif d'endurance (marathonien par exemple) avant la compétition.



Figure 113.2
Cartographie des jambes – mésostimulation.

Fiche 114

Mésothérapie tissulaire préventive

Mots clés

Cicatrice – Inflammation – Œdème

Définition

Acte chirurgical de la tête, de la face et du cou.

Traitement préopératoire, postchirurgical précoce ou à distance.

Physiopathologie

En préopératoire (en cas d'acte prévisible sans notion d'urgence) : préparation des tissus à l'intervention par ré-harmonisation de la vascularisation, de l'inflammation, de la tension tissulaire.

En postopératoire précoce (à partir du 4^e jour postopératoire : début de la phase de prolifération, granulation, contraction) : réduction des phénomènes douloureux et inflammatoires, aide à l'accélération de la cicatrisation.

En postopératoire tardif : réduction des phénomènes douloureux et inflammatoires, aide à l'accélération de la cicatrisation (remodelage, maturation).

Examen clinique

En préopératoire : recherche des tensions et inflammations tissulaires.

En postopératoire : recherche des phénomènes inflammatoires, douloureux, hématiques.

Examens complémentaires

Souvent inutiles.

Traitement mésothérapique (figure 114.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie, lignes espacées de 2 à 3 mm, parfois croisées.

Désinfection **parfaite**, surtout en postopératoire précoce.

Mélanges principaux

Préparation préopératoire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc

Si saignement, œdème postopératoire précoce :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc
Arnica 4 DH	2 cc

Postopératoire tardif (même plusieurs années) :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc

Postopératoire tardif (même plusieurs années) avec tissus atones :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

Si stress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Loco dolenti en débordant largement la zone.

Rythme

J1, J8 préopératoire, puis trois à quatre séances en postopératoire, au rythme d'une séance par semaine.

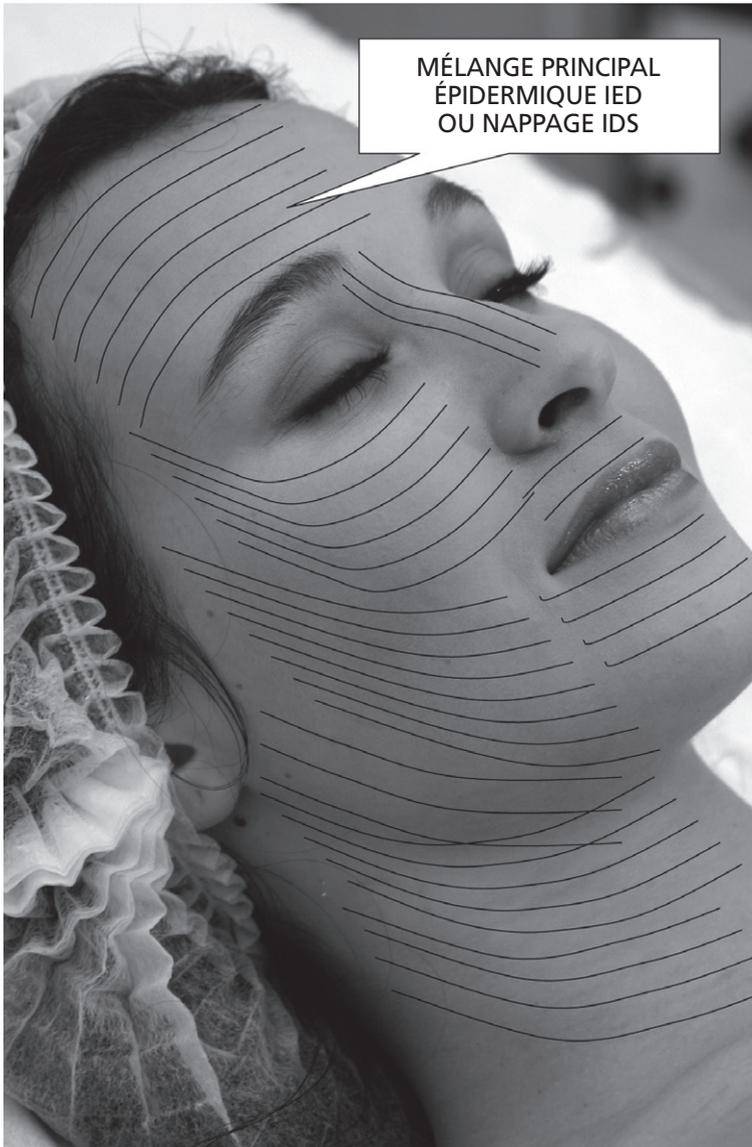


Figure 114.1

La mésothérapie apporte un confort exceptionnel à la chirurgie de la tête, face et cou.

Grâce au traitement préopératoire, les tissus retrouvent une bonne trophicité.

Grâce au traitement postopératoire précoce (à partir du 4^e jour postopératoire, début de la phase de prolifération, granulation, contraction), les douleurs s'estompent rapidement, l'œdème régresse.

Grâce au traitement postopératoire tardif (remodelage, maturation), la cicatrisation se termine et les tissus retrouvent une bonne trophicité et une antalgie.

La mésothérapie apporte des effets positifs même très tardivement (plusieurs années) après l'intervention.

Fiche 115

Migraine

Mots clés

Céphalée – Mésostress – Cervicalgie – Contracture – Tension cervicale – Céphalée occipitale, frontale, temporale – Névralgie du trijumeau – Névralgies d'Arnold – Migraine

Définition

Trouble douloureux pariéto-temporal, frontal, ophtalmique ayant pour cause un orage vasculaire veineux endocrânien.

Physiopathologie

Une brusque vasodilatation des veines, par altération du système nerveux périphérique, provoque des céphalées plus ou moins violentes des régions temporale, frontale, maxillaire, ophtalmique. La sérotonine et la noradrénaline paraissent impliquées dans le phénomène.

Examen clinique

Recherche des zones cellulopathiques faciales.
Recherche des points de tension cervicale et des points douloureux de la face.

Traitement mésothérapique (figure 115.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.
Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélanges principaux

Si douleur aiguë :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Piroxicam	1/2 cc

Si stress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Mélange complémentaire

Si tension musculaire simple :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Cellulopathies de la face.
Points douloureux de la face et du rachis cervical.
Point plexique cervical supérieur (mastoïdien).

Rythme

J1, J14, J30. Ne pas surtraiter, surtout en crise.

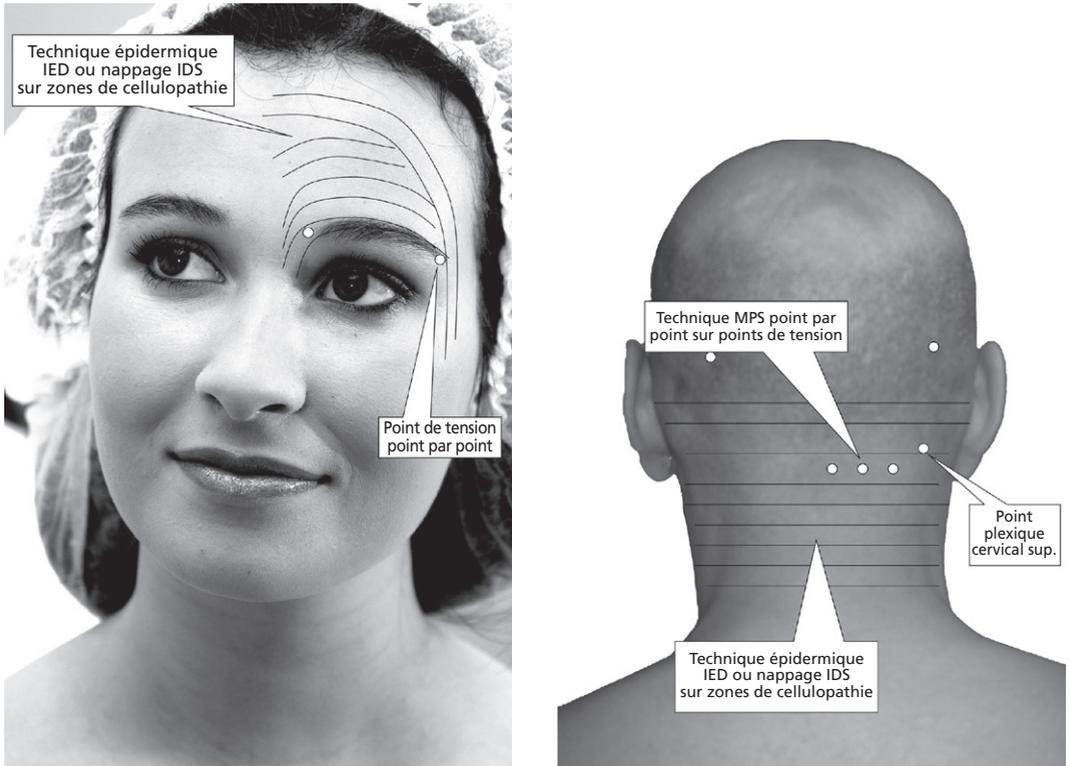


Figure 115.1

Migraine : faces antérieure et postérieure.

Les migraines sont une bonne indication au traitement mésothérapeutique.

Celui-ci peut s'appliquer en crise, en veillant à ne pas surtraiter le patient (ne pas injecter trop de médicaments en quantité, ne pas trop stimuler la peau ou les points douloureux) et en traitement de fond en proposant une détente et une régulation de l'équilibre neurovégétatif (mésostress).

Fiche 116

Névrалgie d'Arnold

Mots clés

Céphalée – Mésostress – Cervicalgie – Contracture – Tension cervicale – Céphalée occipitale, frontale, temporale – Névrалgie du trijumeau – Névrалgies d'Arnold

Définition

Douleurs névrалgiques occipito-pariétales dites d'Arnold, irradiant vers la région pariéto-temporale.

Physiopathologie

La mise en tension aiguë ou chronique des muscles occipitaux profonds avec irritation de la branche postérieure sensitive de la racine cervicale C2 provoque une dysesthésie souvent unilatérale, rarement bilatérale.

Examen clinique

Recherche fine des cellulopathies pariéto-temporales par frottement doux du cuir chevelu (signe du sham-pooing), d'un point précis douloureux et déclenchant la douleur sur l'émergence de la branche postérieure de la racine C2 et des points de détente musculaires occipitaux.

Examens complémentaires

Radiographies du rachis cervical de face, profil et trois quarts, clichés centrés sur le disque C2 et C3, si les douleurs ne cèdent pas au bout de trois séances de mésothérapie.

Scanner cervical avec reconstruction du rachis et des vertèbres en images 3D.

Traitement mésothérapique (figure 116.1)

Techniques

Nappage IDS sur cellulopathie (le nappage est indiqué dans le cuir chevelu).

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélanges principaux

Si stress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Si douleur neuropathique :

Composé	Dosage
Calcitonine 100 UI	1 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Mélanges complémentaires

Si tension musculaire avec inflammation chronique, raideur articulaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc

Si tension musculaire avec inflammation aiguë, raideur articulaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Piroxicam	1/2 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc

Si tension musculaire avec inflammation aiguë :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Piroxicam	1/2 cc

Si tension musculaire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Région occipito-pariétale.

Point de sortie du nerf d'Arnold.

Point plexique cervical supérieur (pointe mastoïde).

Prévoir un traitement mésostress si asthénie, terrain dysneurotonique déstabilisé, terrain débilité (mauvaise alimentation, tabac, soleil, convalescence de maladie importante).

Rythme

J1, J7, J14.

J1, J4, J8 si trouble très aigu.

Renouvelable tous les 7 à 15 jours en cas de trouble chronique encore améliorable par le traitement mésothérapique.

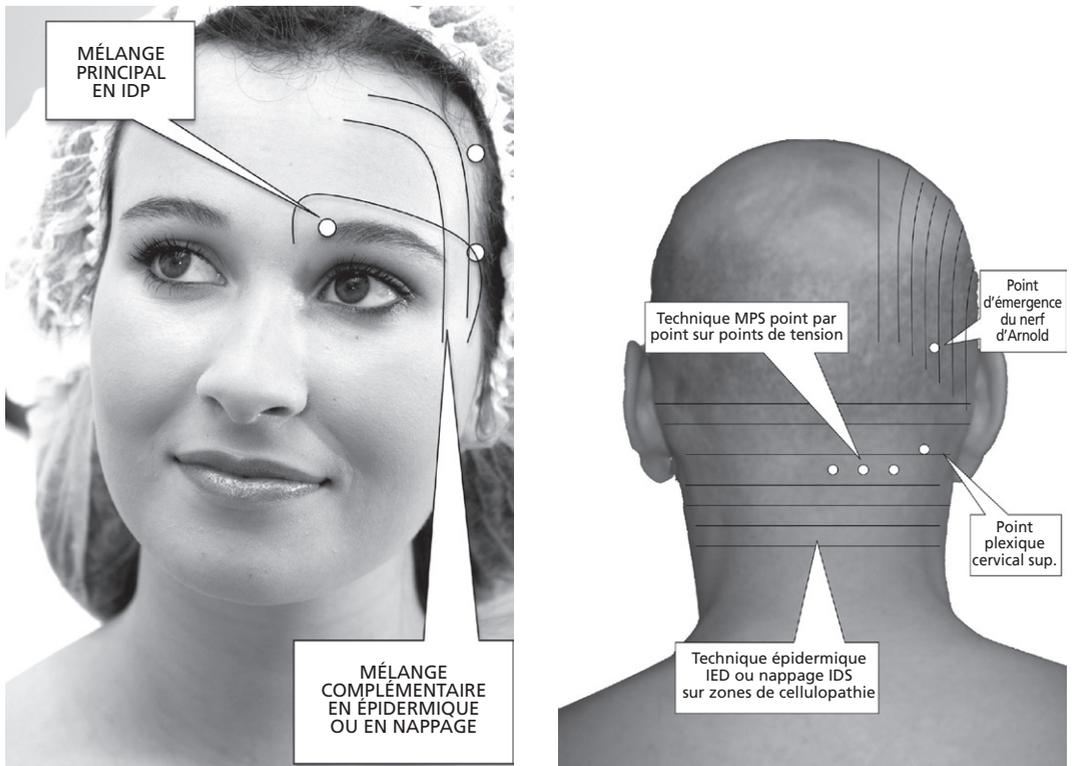


Figure 116.1

Névralgie Arnold : faces antérieure et postérieure.

La névralgie d'Arnold est souvent intriquée avec une tension de la partie haute du rachis cervical.

En cas de trouble chronique, il est intéressant d'examiner et de traiter l'ensemble du rachis afin de restaurer une bonne fonctionnalité vertébrale.

La mésothérapie est une technique de choix.

Fiche 117

Névrалgie cervico-brachiale commune C6

Mots clés

Névrалgie – NCB – Dorsalgie – Arthrose

Définition

Poussée inflammatoire de la racine C6 du rachis cervical.

Physiopathologie

Poussée douloureuse de la racine C6 lors d'une arthrose cervicale inférieure.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis cervical inférieur.

Douleur à la pression du rachis cervical donnant une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de quatre points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0 cm), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) du segment C6–C7.

Douleur à la pression digitale d'un point plexique cervical inférieur à l'intersection inférieure du trapèze et du sternocléidomastoïdien.

Douleur à la pression digitale sur le trajet de C6; DND douloureuses cervicales.

Examens rhumatologiques et neurologiques classiques.

Examens complémentaires

Radiographies standard : signes de l'arthrose cervicale basse C6–C7.

Scanner.

Traitement mésothérapique (figure 117.1)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien C6–C7, sur le plexus cervical inférieur en pli rabattu, et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis et le trajet de C6.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien C6–C7 et le point plexique cervical inférieur :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si flush ou nausées, déplacer la calcitonine en IED ou IDS dans mélange complémentaire.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis cervical et le trajet de C6, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des segments rachidiens C6–C7 et du point plexique cervical inférieur, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis et du trajet de C6.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si kétoprofène dans le mélange principal, déplacer calcitonine dans l'autre mélange en IED ou IDS.

Rééducation.

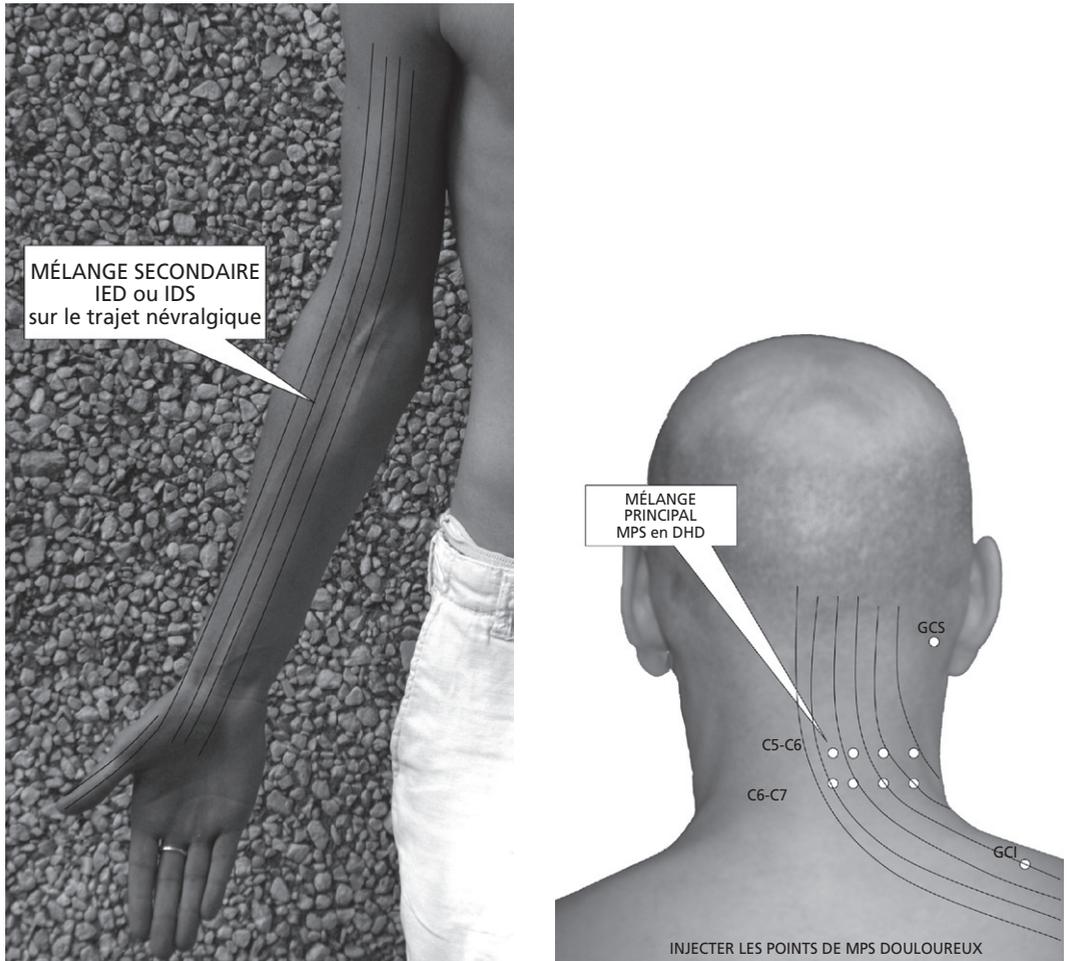


Figure 117.1
Névralgie cervico-brachiale.
a. C6.
b. C6 et C7.

Fiche 118

Névrалgie cervico-brachiale commune C7

Mots clés

Névrалgie – NCB – Dorsalgie – Arthrose

Définition

Poussée inflammatoire de la racine C7 issue du rachis cervical inférieur.

Physiopathologie

Poussée douloureuse de type nociceptif lors d'une arthrose cervicale inférieure.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le rachis cervical inférieur.

Douleur à la pression du rachis cervical sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de quatre points de souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0 cm), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) sur le segment C7–D1.

Douleur à la pression digitale d'un point plexique cervical inférieur à l'intersection inférieure du trapèze et du sternocléidomastoïdien.

Douleur à la pression digitale sur le trajet de C7 (parfois), DND sur le rachis cervical bas.

Examens rhumatologiques et neurologiques classiques.

Examens complémentaires

Radiographies standard : signes d'arthrose C7–D1. Scanner.

Traitement mésothérapique (figure 118.1)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur le segment rachidien C7–D1, ainsi que sur le plexus

cervical inférieur en pli rabattu, et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis cervical.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien de la SID C6–C7 et le point plexique cervical inférieur :

Composé	Dosage
Lidocaïne	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si flush ou nausées, déplacer la calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis cervical et le trajet de C7, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des segments rachidiens C6–C7, du point plexique cervical inférieur, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis cervical et sur le trajet de C7.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si on utilise du kétoprofène en mélange principal, déplacer la calcitonine en IED ou IDS dans le mélange complémentaire.

Rééducation.

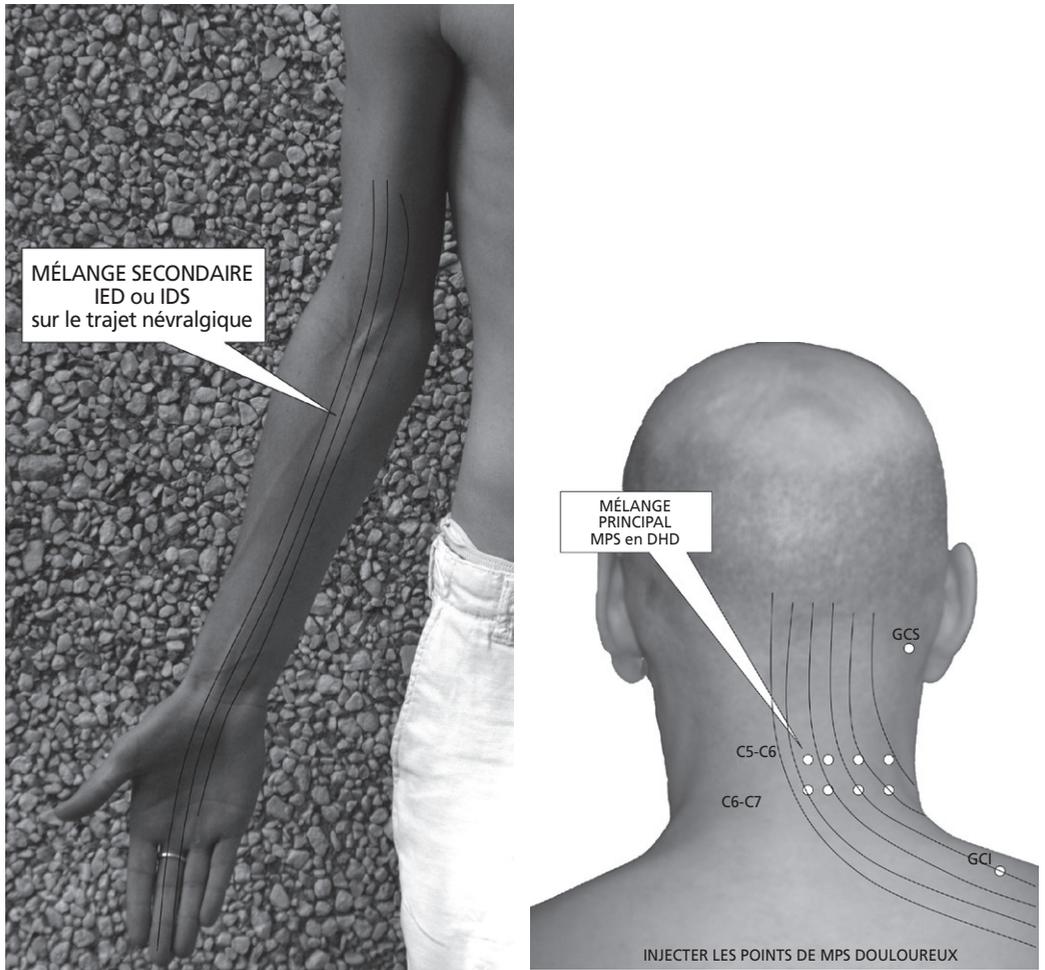


Figure 118.1
Névralgie cervico-brachiale.

a. C6.

b. C6 et C7.

Fiche 119

Névralgie cervico-céphalique commune C2

Mots clés

Névralgie – NCB – Dorsalgie – Arthrose

Définition

Poussée inflammatoire commune de la racine C2 du rachis cervical supérieur.

Physiopathologie

Poussée douloureuse de la racine C2 lors d'une arthrose cervicale supérieure.

Examen clinique

Douleur spontanée à type de céphalée partant du rachis cervical supérieur.

Douleur à la pression du rachis cervical C1–C2–C3, sous forme d'une séméiologie objective systématisée (SOS), selon une séquence de quatre points douloureux avec une souffrance intervertébrale dégénérative (SID); points : interépineux (0 cm), articulaire postérieur (1,5 cm), latéro-vertébraux (5 et 8 cm de la ligne médiane) aux étages C1–C2 et C2–C3.

Douleur à la pression digitale de points plexiques à l'intersection supérieure du trapèze et du sterno-cléidomastoïdien (plexus cervical supérieur).

Douleur à la pression digitale sur le trajet de C2 (parfois) : trajet en casque.

DND : sur le rachis haut.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapeutique (figure 119.1)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en (DHD) sur le segment rachidien C1–C2 et C2–C3, ainsi que sur

le plexus cervical supérieur, en pli rabattu, et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis cervical.

Mélange principal

En DHD, sur les points du segment rachidien et les points plexiques :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si nausées ou flush, calcitonine en IED ou IDS dans mélange complémentaire.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis cervical, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des segments rachidiens C1–C2 et C2–C3, et du point plexique cervical supérieur, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis cervical.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitements complémentaires

Si on utilise du kétoprofène en mélange principal, la calcitonine passe en IED ou IDS dans le mélange complémentaire.

Rééducation.

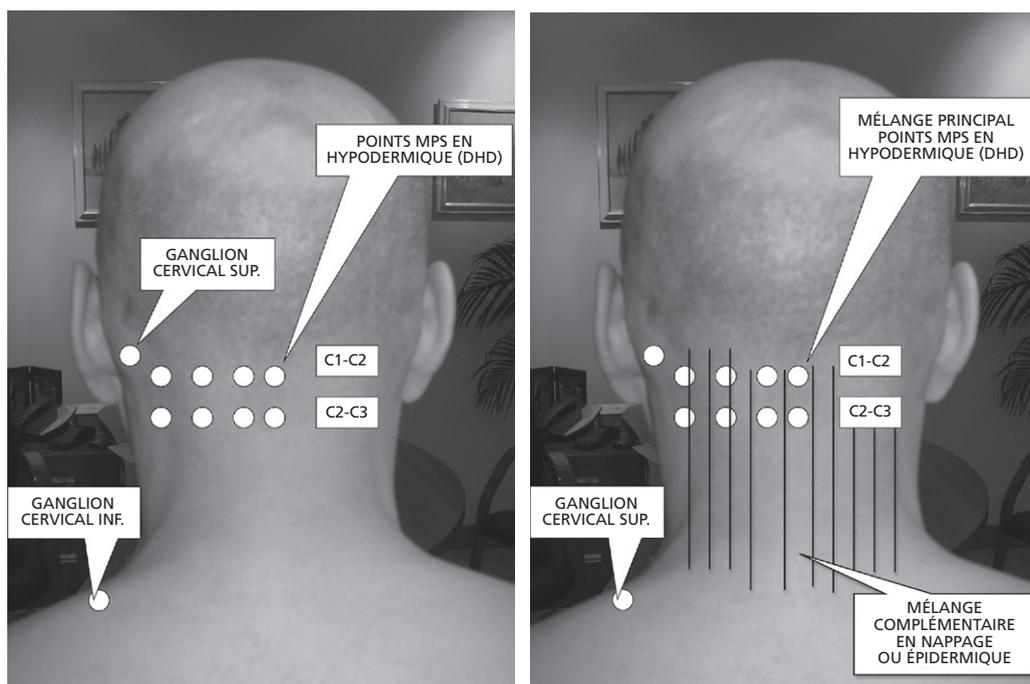


Figure 119.1
Points MPS rachis cervical.
a. Haut.
b. Haut avec cellulalgies.

Fiche 120

Névralgie du trijumeau

Mots clés

Céphalée – Mésostress – Cervicalgie – Contracture – Tension cervicale – Céphalée occipitale, frontale, temporale – Névralgie du trijumeau

Définition

Douleur névralgique d'une ou de plusieurs branches du nerf trijumeau (lacrymal, nasal, ophthalmique) sur la face n'ayant pas d'origine tumorale ou infectieuse.

Physiopathologie

L'irritation du nerf trijumeau provoque des sensations douloureuses à type de dysesthésie (hyperesthésie, sensation de brûlure, anesthésie douloureuse, etc.) accompagnées de signes vasomoteurs (larmoiement, gêne visuelle, rhinorrhée...) d'une ou de plusieurs branches du nerf sur son trajet facial.

Examen clinique

Recherche de signes locaux de cellulopathies avec troubles vasomoteurs, dysesthésies.

Examens complémentaires

Scanner, IRM.

Traitement mésothérapeutique (figure 120.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélanges principaux

Si stress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Si douleur neuropathique :

Composé	Dosage
Calcitonine 100 UI	1 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Sur les zones cellulopathiques de la face homo- ou controlatérales.

Sur les points de tension musculaires associés (cervicaux souvent).

Rythme

J1, J7, J14.

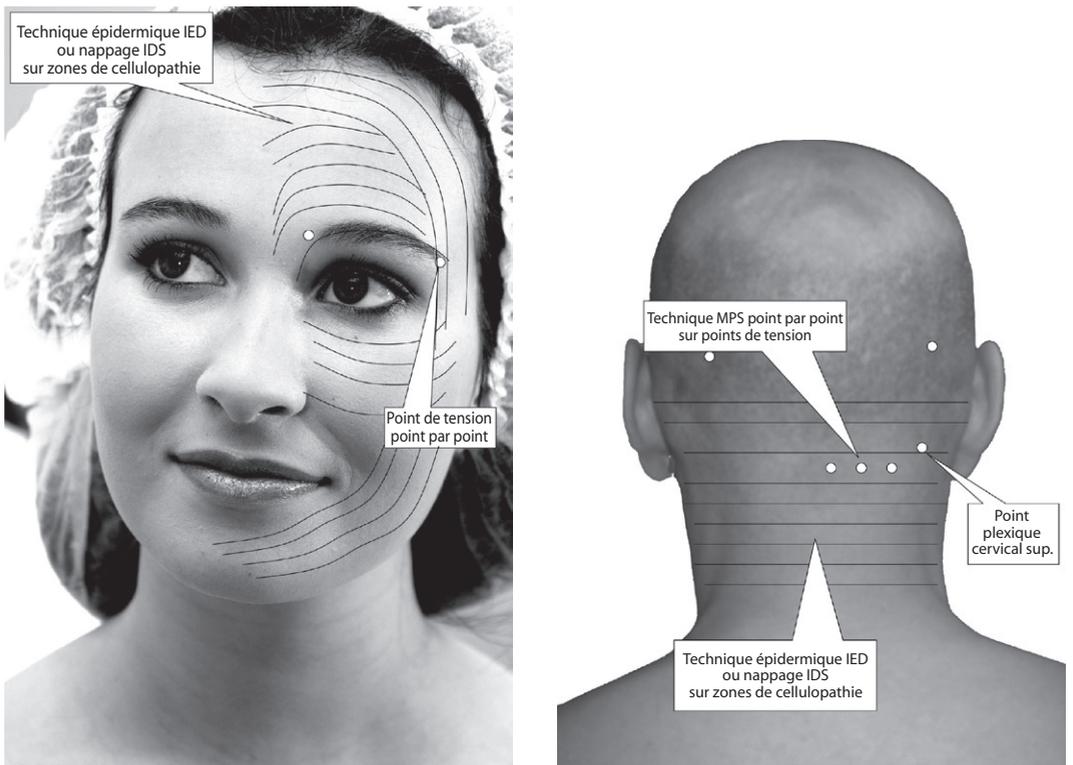


Figure 120.1

Névralgie du trijumeau : faces antérieure et postérieure.

Les névralgies du trijumeau sont très invalidantes et trouvent un certain soulagement avec le traitement mésothérapique. Il est souvent intéressant d'associer un mésostress au traitement local.

Fiche 121

Ostéochondrose forme apophysaire (maladie d'Osgood-Schlatter, maladie de Sever, maladie de Sinding-Larsen-Johanson)

Mots clés

Ostéochondrose – Scheuermann – Sever – Osgood – Lomalgie – Algoneurodystrophie – Épiphysite de croissance – Sinding-Larsen-Johanson

Définition

Ostéochondrodystrophies entraînant un trouble de l'ossification des cartilages de croissance et de recouvrement.

Physiopathologie

Processus inflammatoire d'un cartilage de croissance qui est secondaire d'une part à un excès de traction d'un tendon suite à un entraînement trop intensif et d'autre part à des poussées de croissance entraînant des rétractions tendino-musculaires.

Examen clinique

Douleur ressentie par l'enfant à l'effort, voire spontanée.

Douleur à la pression digitale du cartilage concerné.

Examens complémentaires

Radiographies standard, IRM.

Traitement mésothérapeutique (figure 121.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP ou IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire

En IDP ou IED :

Composé	Dosage
Calcium	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc
Silicium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du cartilage de croissance concerné à J1 et J8 et mélange complémentaire à J15, J30 et J45.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

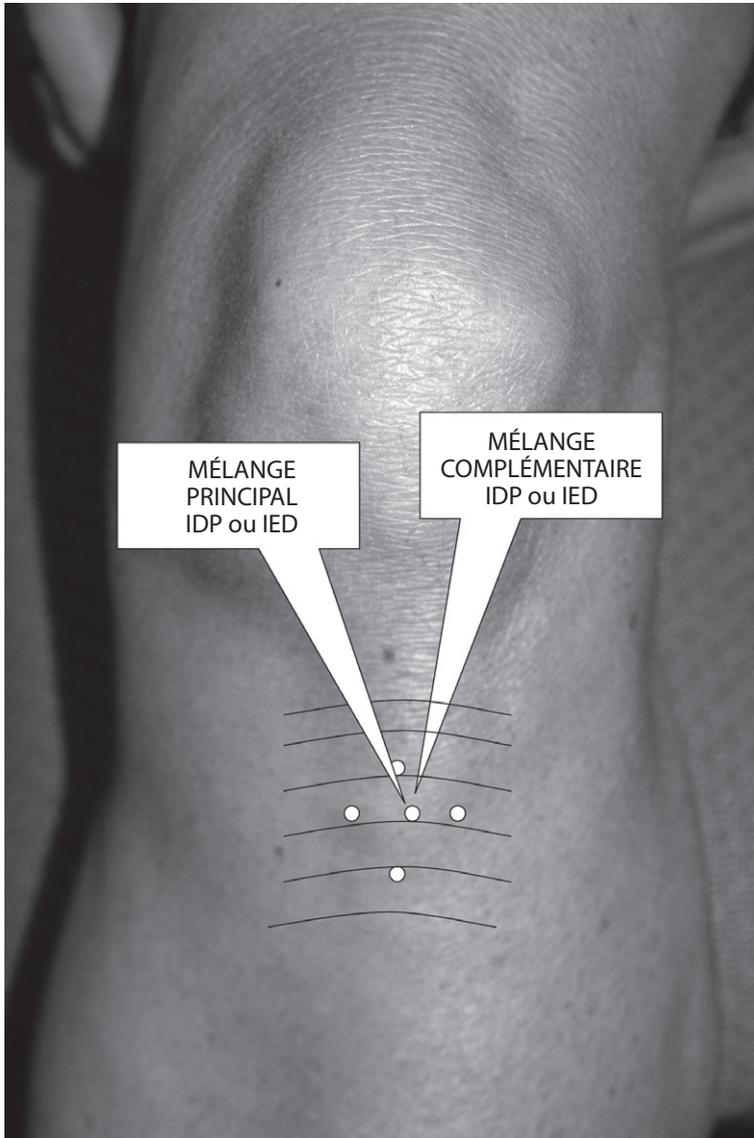


Figure 121.1
Ostéochondrose de forme apophysaire (maladie d'Osgood-Schlatter).

Fiche 122

Ostéochondrose forme conjugale (maladie de Scheuermann)

Mots clés

Ostéochondrose – Scheuermann – Sever – Osgood – Lombalgie – Algoneurodystrophie – Épiphysite de croissance

Définition

Ostéochondrodystrophies entraînant un trouble de l'ossification des cartilages de croissance et du rachis.

Physiopathologie

Processus inflammatoire concernant les cartilages de croissance vertébraux d'étiologie inconnue.

Examen clinique

Douleur ressentie par l'enfant à l'effort au niveau du rachis dorso-lombaire.

Douleur à la pression digitale des vertèbres concernées.

Douleur à la mobilisation du rachis.

Examens complémentaires

Radiographies standard, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 122.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Calcium	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc
Vitamine D3	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Silicium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des vertèbres concernées et mélange complémentaire sur les muscles paravertébraux.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

Traitements complémentaires

Rééducation, contention dorso-lombaire.

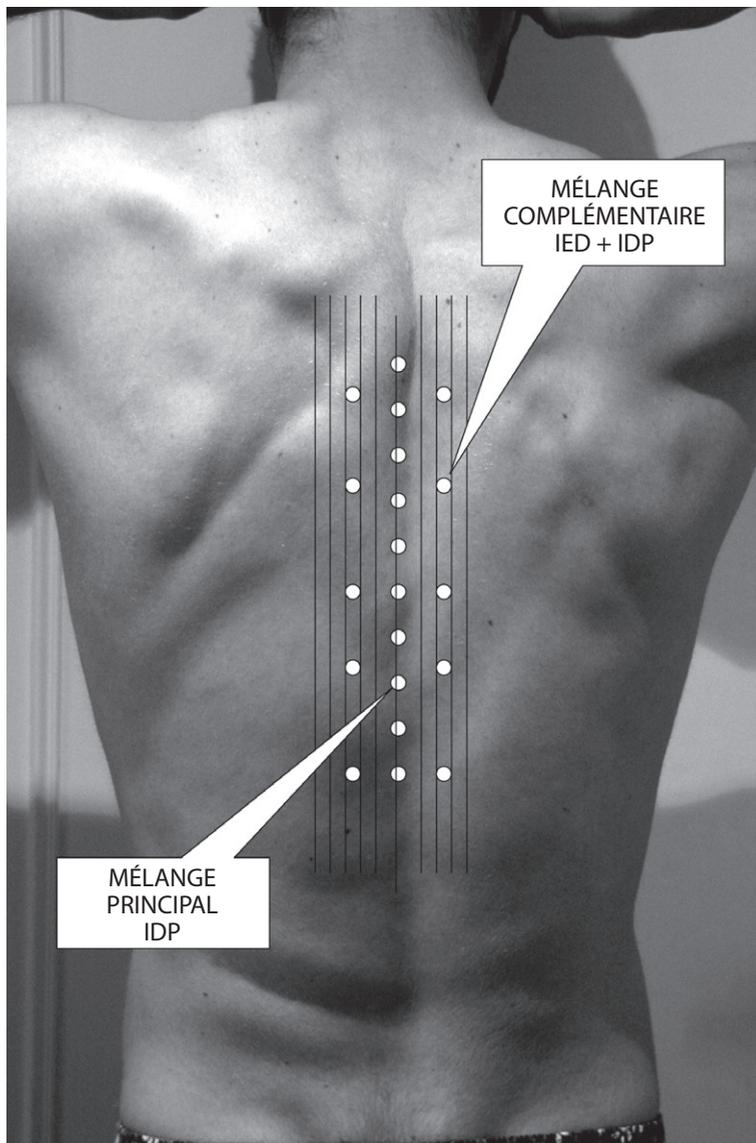


Figure 122.1
Ostéochondrose de forme conjugale (maladie de Scheuermann).

Fiche 123

Ostéochondrose forme épiphysaire (maladie de Freiberg, maladie de Köhler-Mouchet)

Mots clés

Ostéochondrose – Scheuermann – Sever – Osgood – Lomalgie – Algoneurodystrophie – Épiphysite de croissance – Freiberg – Köhler-Mouchet

Définition

Ostéochondrodystrophies entraînant un trouble de l'ossification des cartilages de croissance et de recouvrement.

Physiopathologie

Processus inflammatoire provenant soit d'une atteinte primitive du cartilage de croissance, soit secondaire à une nécrose du noyau osseux liée à un défaut de vascularisation de ce cartilage qui aboutit à la nécrose par le biais de microfractures.

Examen clinique

Douleur ressentie par l'enfant à l'effort.

Douleur à la pression digitale du cartilage concerné.

Examens complémentaires

Radiographies standard, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 123.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc
Silicium	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du cartilage de croissance concerné et mélange complémentaire en périlésionnel.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

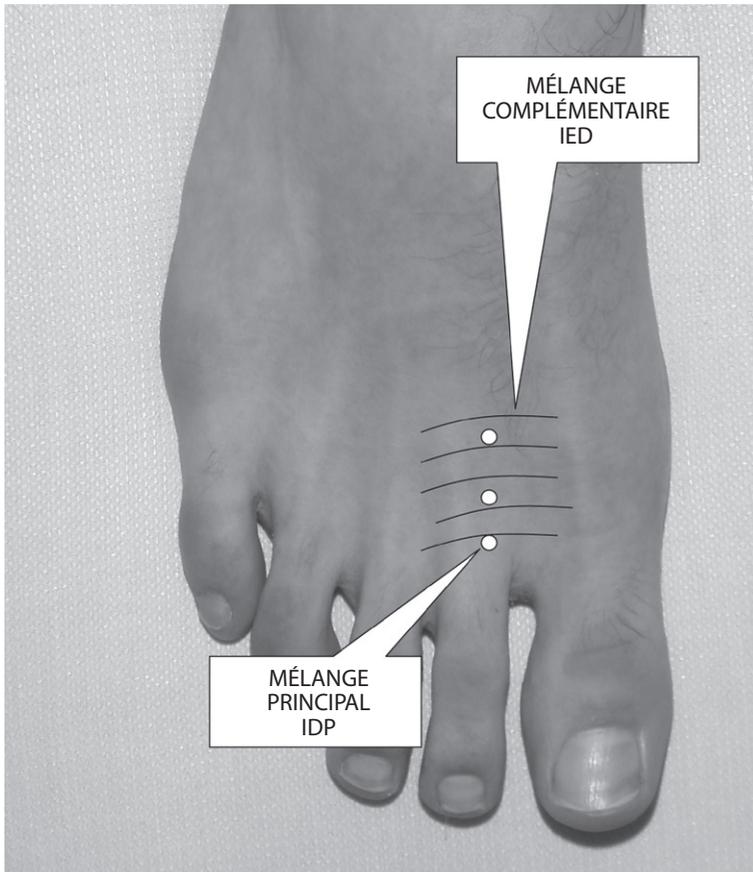


Figure 123.1
Ostéochondrose de forme épiphysaire (maladie de Köhler-Mouchet).

Fiche 124

Otite chronique séromuqueuse

Mots clés

Otite moyenne aiguë – Cervicalgie – Cervicarthrose – Mésovaccination

Définition

Inflammation chronique de l'oreille moyenne.

Physiopathologie

Inflammation chronique de la caisse du tympan avec épanchement séreux d'origine inflammatoire (souvent virale ou allergique), infectieuse, chronique ou obstructive (végétations adénoïdiennes). Trouble de perméabilité tubaire.

Examen clinique

Recherche de signes inflammatoires ou infectieux tympaniques.

Évaluation du trouble auditif (baisse de l'acuité auditive, acouphènes).

Examen complémentaire

Examen ORL avec évaluation de la mobilité tympanique, de la perméabilité de la trompe d'Eustache.

Traitement mésothérapique (figure 124.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélange principal

Protocole mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Mélange complémentaire

Si tension douloureuse avec inflammation aiguë :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc

Zones d'application

Région péri-auriculaire et sous-angulomaxillaire.

Protocole mésovaccination : cf. cartographie de la mésovaccination, p. 261.

Rythme

J1, J15 et tous les 3 à 6 mois.



Figure 124.1

Mésothérapie dans l'otite.

L'otite moyenne chronique sérumuqueuse est difficile à traiter et nécessite souvent un traitement prolongé. La perméabilité de la trompe d'Eustache est sensible à une bonne détente musculaire de la base de la langue et des muscles masticateurs, aisément abordable par la mésothérapie.

La mésovaccination est utilisable en cas de terrain débilité à immunité perturbée.

Fiche 125

Otite moyenne aiguë

Mots clés

Otite moyenne aiguë – Cervicalgie – Cervicarthrose – Mésovaccination

Définition

Inflammation aiguë de l'oreille moyenne.

Physiopathologie

Inflammation du tympan et de la caisse du tympan d'origine inflammatoire (souvent virale), infectieuse ou traumatique.

Examen clinique

Recherche de signes inflammatoires ou infectieux tympaniques.

Examens complémentaires

Selon l'examen clinique.

Traitement mésothérapique (figures 125.1 et 125.2)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélange principal

Si tension douloureuse avec inflammation aiguë :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc
Piroxicam	1/2 cc

Mélange complémentaire

Protocole mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Zones d'application

Région péri-auriculaire et sous-angulomaxillaire.

Région rachis cervical.

Protocole mésovaccination : cf. figure 125.2.

Rythme

J1, J3, J7 mélange principal.

J1, J15, et tous les 3 à 6 mois pour mésovaccination.



Figure 125.1
Mésothérapie dans l'otite.

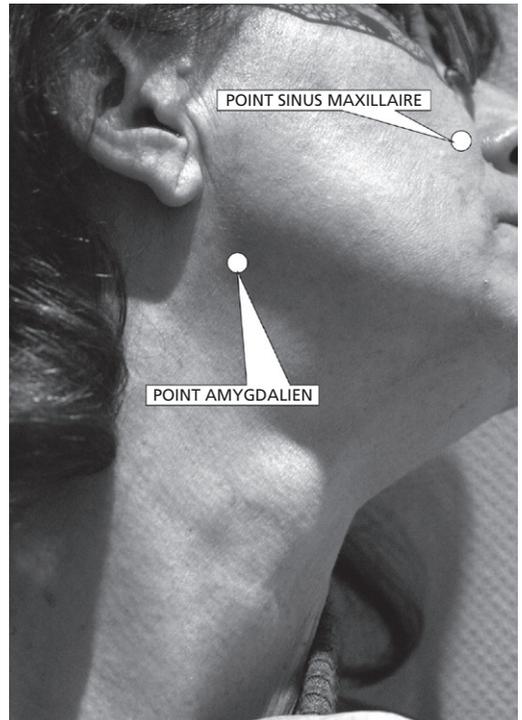
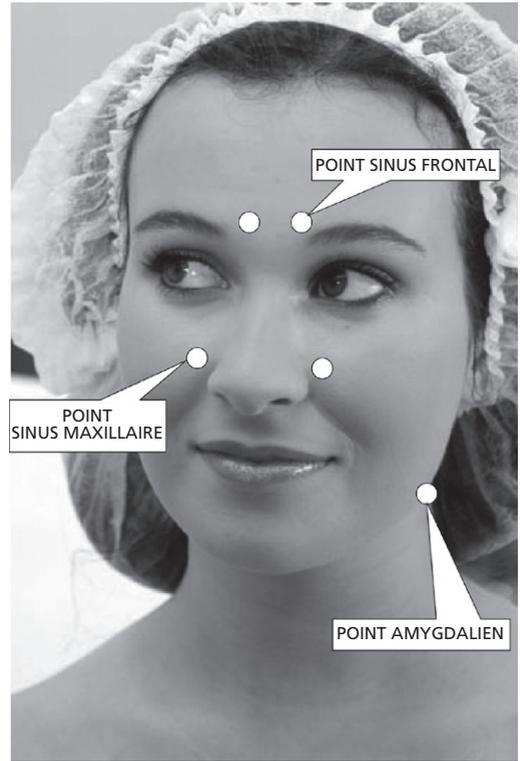


Figure 125.2

Cartographie de la mésovaccination.

L'otite moyenne aiguë d'origine virale est bien soulagée par le traitement mésothérapique.

L'otite moyenne aiguë d'origine infectieuse bactérienne nécessite un traitement adapté *per os* et le traitement mésothérapique est un bon complément.

L'otite moyenne aiguë d'origine traumatique réclame une grande prudence quant à l'ampleur des lésions. Elle est soulagée par le traitement mésothérapique mais nécessite un suivi spécialisé pour l'évolution de la récupération.

La mésovaccination est utilisable en cas de terrain débilisé à immunité perturbée.

Fiche 126

Pelade

Mots clés

Cheveux – Mésostress – Alopecie – Mésopécie – Pelade – Laser

Définition

Perte des cheveux par plaques, évoluant par crise.

Physiopathologie

Multifactorielle.

Examen clinique

Test de traction des cheveux.

Appréciation de la surface lésée (cm²).

Examens complémentaires

Bilan biostandard.

Bilan spécialisé éventuel.

Traitement mésothérapique (figure 126.1)

Techniques

Épidermique, IDS.

Mélanges principaux

	Composé	Dosage
Mélange 1	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Étamsylate	2 cc
	Vitamine B5	2 cc
	Vitamine H	1 cc
Mélange 2	Procaïne 2 %	2 cc
	Étamsylate	2 cc
	Cernevit®, Soluvit® ou Vitalipid®	2 cc

Mélanges complémentaires

Sur terrain stressé, mésostress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Sur anergie, mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Zones d'application

Localement sur la pelade et sur le cuir chevelu.

Zones de mésovaccination et de mésostress.

Rythme

Une séance par semaine pendant 8 à 10 fois.

Association

Laser ablatif en mode fractionné, type CO₂ ou Erbium-Yag. Cette séance de dermabrasion superficielle est à faire juste avant l'injection de mésothérapie, elle prépare la peau à une meilleure pénétration de la mésothérapie et donne de très bons résultats sur les pelades rebelles importantes, c'est une nette amélioration.

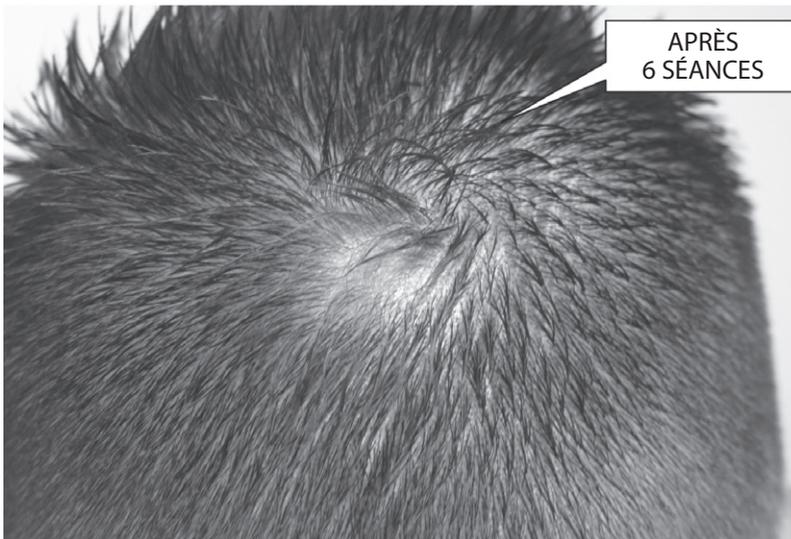
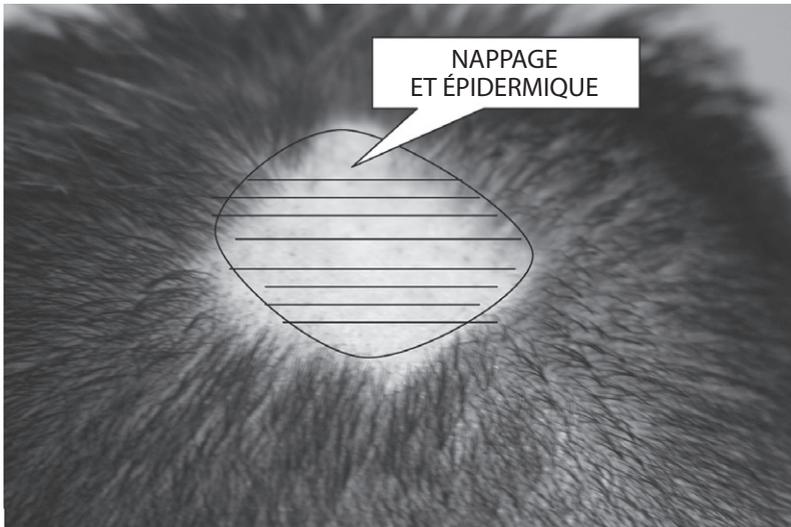


Figure 126.1
Pelade avant et après mésothérapie.
Repousse souvent visible après quatre séances.

Fiche 127

Périméniscite (paraméniscite) interne en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure

Définition

Inflammation périméniscale secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, bricolage, jardinage, professionnel).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les structures abarticulaires périméniscales internes.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face interne du genou.

Douleur à la pression digitale en regard de l'interligne articulaire interne.

Tests méniscaux négatifs.

Traitement mésothérapeutique (figure 127.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion de l'interligne interne et mélange complémentaire en regard de la face interne du genou.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

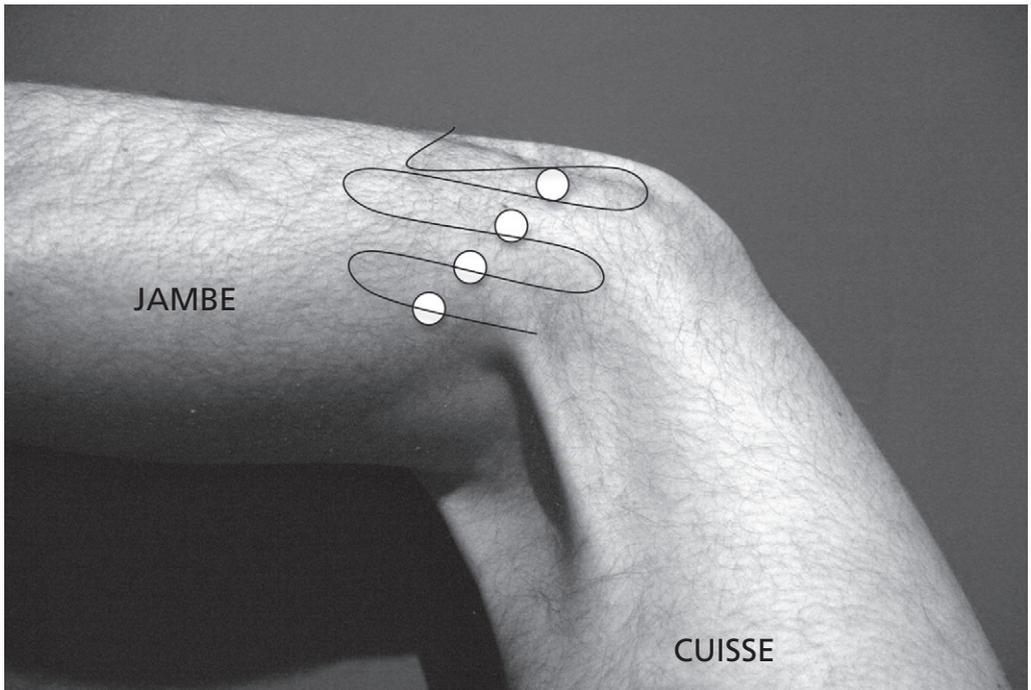


Figure 127.1
Périméniscite interne.

Fiche 128

Périméniscite (paraméniscite) interne en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure

Définition

Inflammation périméniscale secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, bricolage, jardinage, professionnel) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les structures abarticulaires périméniscales internes.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face interne du genou.

Douleur à la pression digitale en regard de l'interligne articulaire interne.

Tests méniscaux négatifs.

Traitement mésothérapique (figure 128.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Silicium	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Procaïne 1 %	1 cc
Magnésium	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion de l'interligne interne et mélange complémentaire en regard de la face interne du genou.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

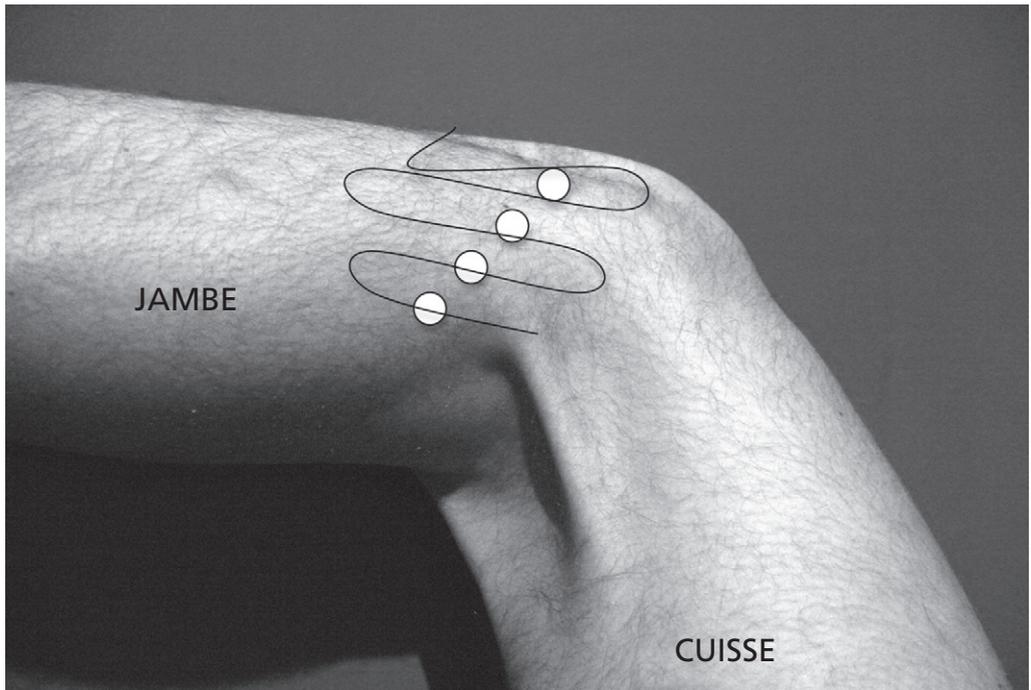


Figure 128.1
Périméniscite interne.

Fiche 129

Périostite (tibiale, fibulaire, cubitale)

Mots clés

Tendinite – Périostite

Définition

Douleur en regard d'une crête osseuse de type mécanique secondaire à des microtraumatismes répétés (course à pied).

Physiopathologie

Processus mécanique entraînant un décollement du périoste avec réaction œdémateuse.

Examen clinique

Douleur ressentie par le patient à l'effort, voire en marchant.

Douleur à la pression digitale des crêtes osseuses concernées.

Examens complémentaires

Radiographies standard, scintigraphie osseuse, IRM.

Traitement mésothérapeutique (figure 129.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des crêtes osseuses concernées.

Rythme

J1, J8, J15.

Traitement complémentaire

Strapping pour la reprise du sport.

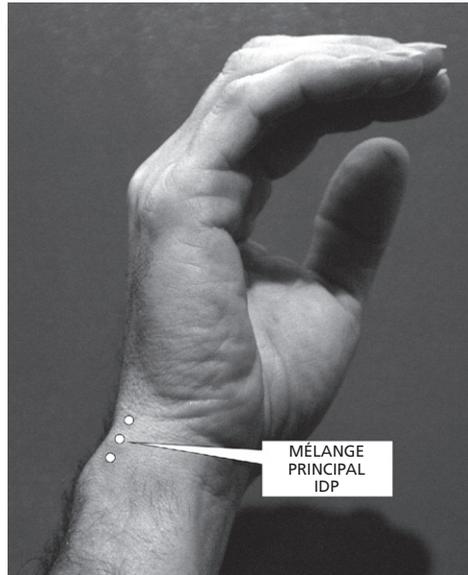
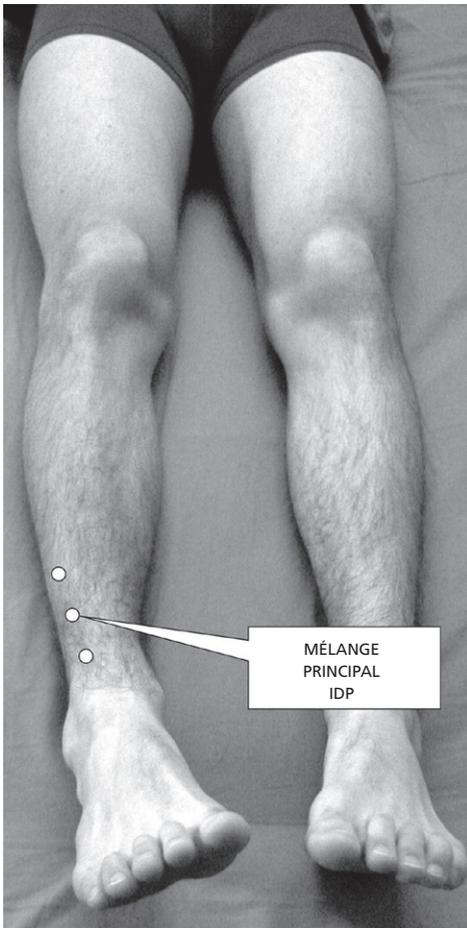


Figure 129.1
Périostites cubitale,
fibulaire et tibiale.



Fiche 130

Péritendinopathie calcanéenne en phase aiguë (tendon d'Achille)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie – Péritendinopathie – Achille

Définition

Inflammation de la gaine fibreuse entourant le tendon calcanéen en regard de son tiers moyen secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur la gaine entourant le tiers moyen du tendon calcanéen (absence d'étirements avant l'effort, surcharge d'entraînement, fautes techniques).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure de la cheville avec dérouillage matinal.

Douleur à la pression digitale en regard du tiers moyen du tendon avec épaissement global.

Douleur à la contraction du triceps en charge, manœuvre de Thompson négative.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie, IRM si doute sur une déchirure partielle.

Traitement mésothérapique (figure 130.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Étamsylate	2 cc
Piroxicam	1 cc
Lidocaïne 1 %	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tiers moyen du tendon et mélange complémentaire en regard du mollet.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

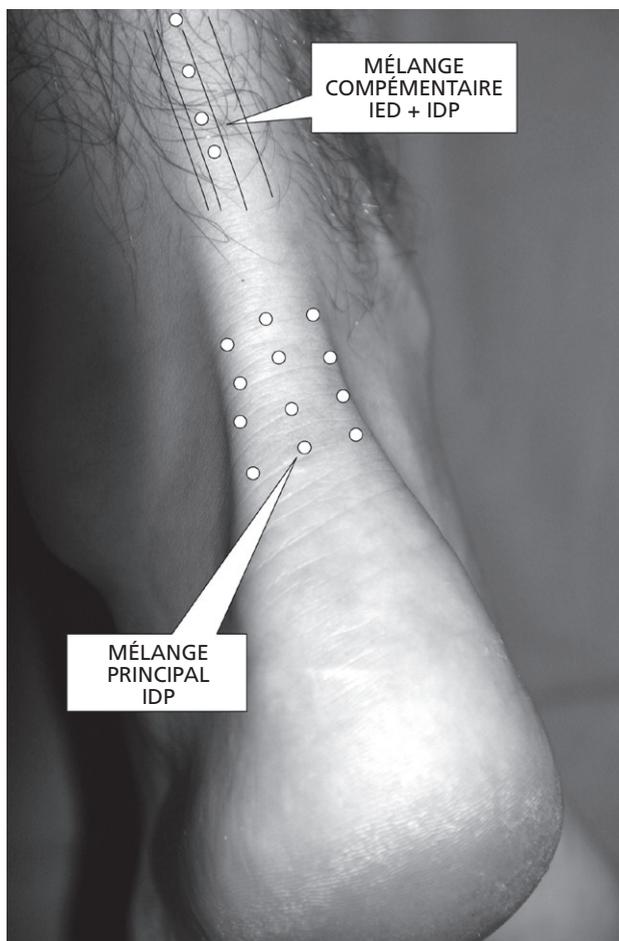


Figure 130.1
Péri-tendinopathie calcanéenne en phase aiguë (tendon d'Achille).

Fiche 131

Péritendinopathie calcanéenne en phase chronique (tendon d'Achille)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie – Péritendinopathie – Achille

Définition

Inflammation de la gaine fibreuse entourant le tendon calcanéen en regard de son tiers moyen secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent, datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur la gaine entourant le tiers moyen du tendon calcanéen (absence d'étirements avant l'effort, surcharge d'entraînement, fautes techniques).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure de la cheville avec dérouillage matinal.

Douleur à la pression digitale en regard du tiers moyen du tendon avec épaissement global.

Douleur à la contraction du triceps en charge, manœuvre de Thompson négative.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie, IRM si doute sur une déchirure partielle.

Traitement mésothérapique (figure 131.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Procaine 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tiers moyen du tendon et mélange complémentaire en regard du mollet.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

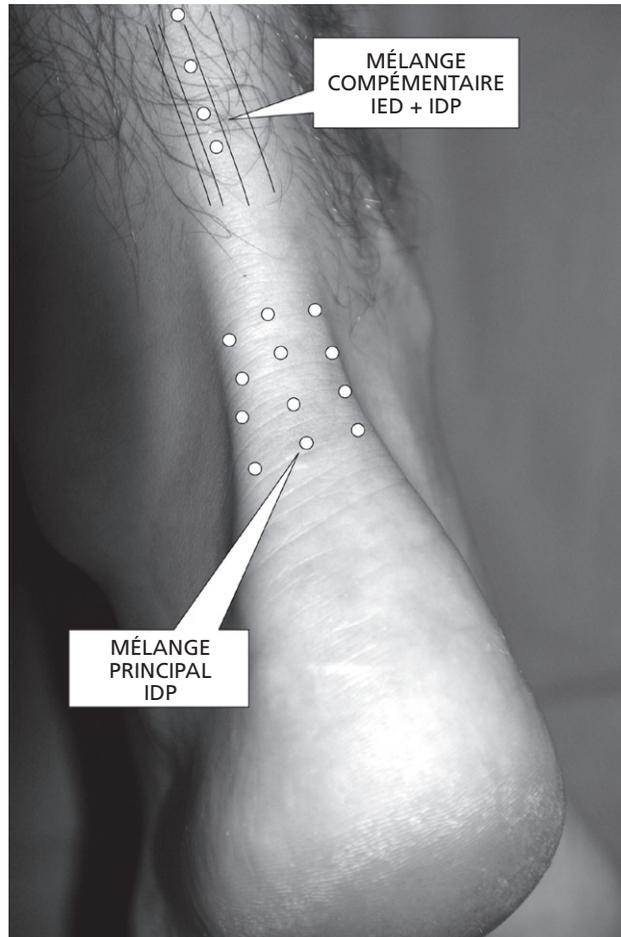


Figure 131.1
Péri-tendinopathie calcanéenne en phase chronique (tendon d'Achille).

Fiche 132

Pharyngite

Mots clés

Aphonie – Trachéite – Laryngite – Mésovaccination – Mésostress

Définition

Inflammation ou infection pharyngée, trachéale ou laryngée, aiguë ou chronique.

Physiopathologie

Inflammation d'origine variée : allergique, virale, bactérienne, par agent physique (chaleur, produit, reflux acide œsogastrique), tumorale.

Examen clinique

Recherche de signes inflammatoires ou infectieux par examens endobuccal, sous-maxillaire et pharyngolaryngé externe.

Recherche de signes infectieux ou tumoraux.

Examen complémentaire

Examen ORL par spécialiste si besoin.

Traitement mésothérapique (figure 132.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélanges principaux

Si trouble chronique :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Si trouble aigu :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc
Piroxicam	1 cc

Mélange complémentaire

Protocole mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Zones d'application

Région pharyngolaryngée.

Points de mésovaccination : cf. cartographie de la mésovaccination, p. 261.

Rythme

Si aigu J1, J3, J7.

Si chronique J1, J7, J14, renouvelable si besoin.

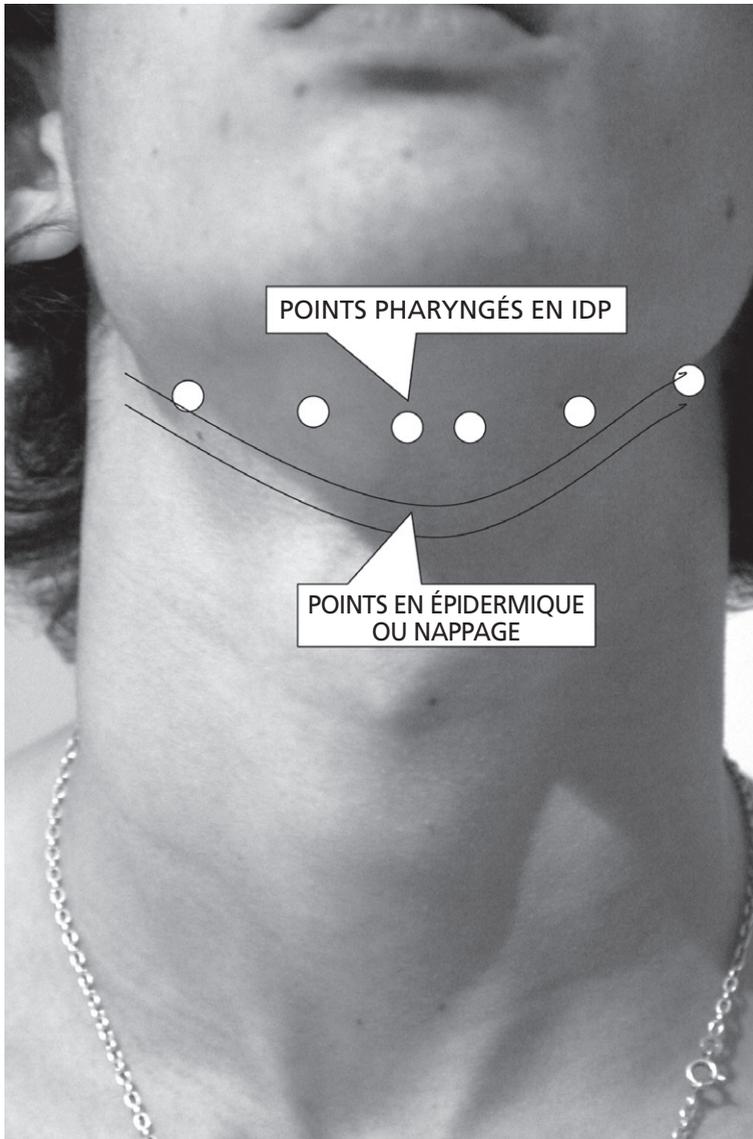


Figure 132.1

Cartographie de la pharyngite.

Il est nécessaire avant tout d'éliminer une cause organique. La mésovaccination est utilisable en cas de terrain débilité à immunité perturbée.

Fiche 133

Presbytie

Mots clés

Mésodrain – Mésostimulation – Céphalée – Presbytie

Définition

Traitement de la baisse d'acuité visuelle chez le patient de la quarantaine par durcissement du cristallin et hypomicrocirculation.

Physiopathologie

Fibrose du cristallin, hypocirculation.

Examen clinique

Test de Parinaud.

Examen complémentaire

Bilan ophtalmologique.

Traitement mésothérapeutique (figure 133.1)

Techniques

IDS nappage, IDP, IED épidermique.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc
Étamsylate	2 cc
Vitamine E	2 cc

Zones d'application

Péri-oculaire, paupière supérieure, angles externe et interne du sourcil.

Rythme

1 fois tous les 3 mois pendant 2 ans, puis à la demande.

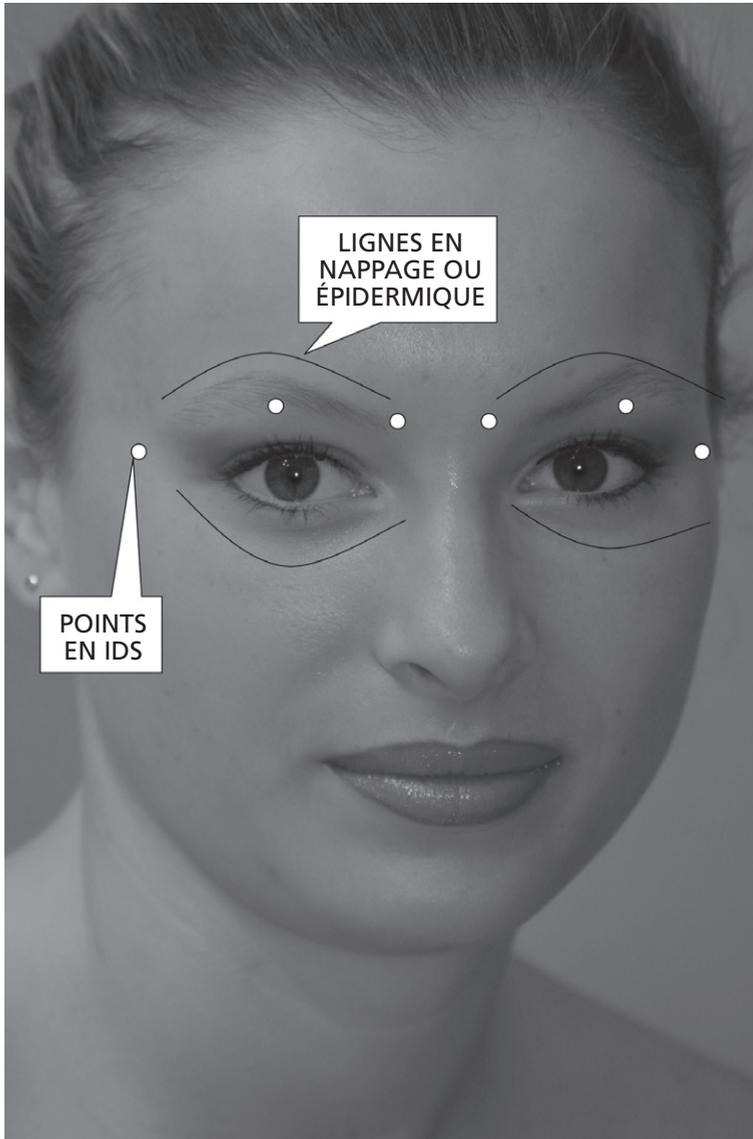


Figure 133.1

Cartographie de la presbytie.

L'efficacité est bonne sur les patients commençant à être gênés et ne mettant pas encore de lunettes de vue ou alors leur première paire.

Fiche 134

Psoriasis

Mots clés

Psoriasis – Mésostress – Mésovaccination

Définition

Lésion cutanée sèche ou suintante avec épaissement épidermique.

Physiopathologie

Épaississement des couches épidermiques plus ou moins important.

Étiologie inconnue.

Majoration par le stress.

Examen clinique

Recherche des zones psoriasiques.

Évaluation de l'état de tension intérieure.

Contre-indication : poussée aiguë de psoriasis inflammatoire diffus.

Examens complémentaires

Souvent inutiles.

Traitement mésothérapique (figure 134.1)

Techniques

IED épidermique, papules, IDP.

Mélanges principaux

Sur les lésions :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Mésostress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Mélange complémentaire

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Vitalipid®	2 cc
Vitamine C	2 cc

Zones d'application

Zones de psoriasis.

Protocole mésovaccination : cf. cartographie de la mésovaccination, p. 261.

Protocole mésostress : cf. mésostress, p. 301.

Rythme

J1, J7, J15 puis en cas de crise.

Protocole mésovaccination 2 fois par an.

Associations

LED : la lumière LED, utilisant le bleu et le rouge, peut améliorer dans certains cas l'eczéma.

Laser : les lasers ou lampes excimer sont efficaces partiellement, des recherches sont en cours pour optimiser et surtout randomiser les résultats qui restent aléatoires.

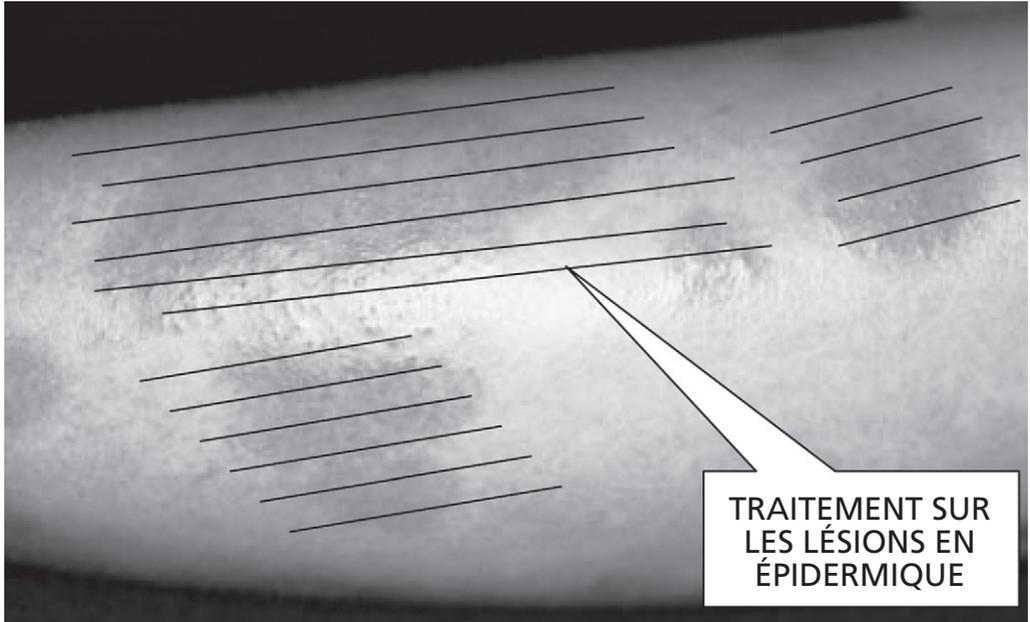


Figure 134.1

Traitement du psoriasis.

Le traitement mésothérapeutique est un complément utile au psoriasis commun en aidant la peau à se normaliser.

Le traitement associé du stress est indispensable.

Fiche 135

Raynaud

Mots clés

Mésodrain – Raynaud – Acrosyndrome

Définition

Acrosyndrome vasculaire, avec une nette prédominance féminine, idiopathique le plus souvent (75 à 80 % des cas), conséquence d'un spasme des artérioles des extrémités – mains, orteils – occasionné par le froid.

Physiopathologie

On remarque une augmentation de la vasomotricité distale, d'origine sympathique, avec des phénomènes paroxystiques hyperhémiques et vidanges artériolo-capillaires.

Examen clinique

Standard.

Bilan vasculaire.

Bilan étiologique.

Examen complémentaire

Biopsie cutanée.

Traitement mésothérapique (figures 135.1 à 135.3)

Techniques

IDS nappage ou IED épidermique.

Mélanges principaux

	Composé	Dosage
Mélange 1	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Étamsylate	2 cc
	Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc
Mélange 2	Procaïne 2 %	2 cc
	Étamsylate	2 cc
	Nicardipine	1 cc
Mélange 3	Procaïne 2 %	2 cc
	Vitalipid®	2 cc
	Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Le long des axes vasculaires des membres.

Sur les doigts et orteils.

Rythme

J0, J8, J15, puis 1 fois par mois si besoin.

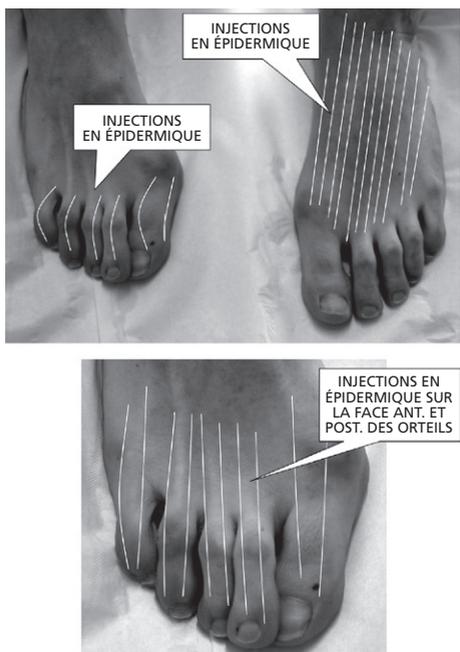


Figure 135.1
Traitement du syndrome de Raynaud.



Figure 135.2
Syndrome de Raynaud.

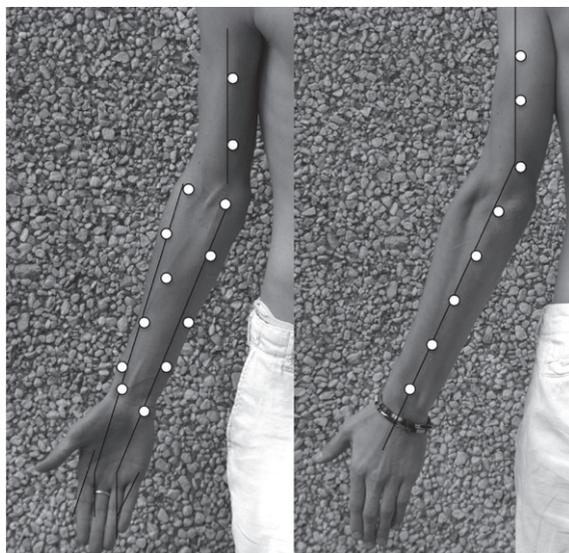


Figure 135.3
Syndrome de Raynaud – axes vasculaires.
Traitement améliorant beaucoup le confort du patient.

Fiche 136

Rhinite aiguë

Mots clés

Rhinite – Mésovaccination – Mésostimulation – Atopie – Anergie

Définition

État inflammatoire aigu des fosses nasales avec congestion de la muqueuse nasale et rhinorrhée ou obstruction nasale.

Physiopathologie

Origines variées : allergique, irritative, infectieuse, vasomotrice.

Examen clinique

Recherche de cellulopathies du nez, de la base du nez, des régions frontale et maxillaire.

Recherche de tensions douloureuses de la base du nez, des régions frontale et maxillaire.

Examen complémentaire

Aucun, si rhinite aiguë isolée.

Traitement mésothérapeutique (figure 136.1)

Techniques

Point par point IDP ou IDS papule.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire

Protocole mésovaccination systématique :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Zones d'application

Points sinus de la face.

Points de mésovaccination.

Rythme

J1, J3 et faire suivre par une mésovaccination à J15.

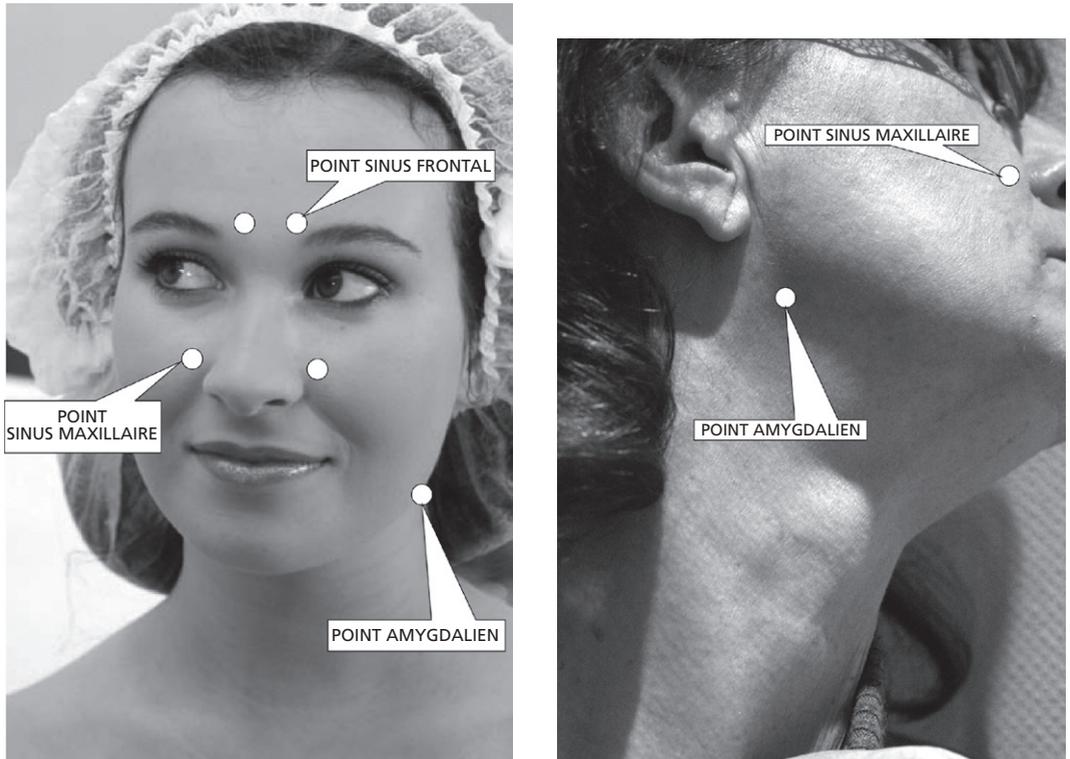


Figure 136.1

Cartographie de la mésovaccination.

La rhinite aiguë est rapidement soulagée par le traitement mésothérapique local (aire nasale, ailes du nez, aires sinusiennes) et mésovaccination en cas de faiblesse immunitaire.

La congestion des sinus de la face est souvent associée à la rhinite aiguë.

Fiche 137

Rhinite chronique

Mots clés

Rhinite – Mésovaccination – Mésostimulation – Atopie – Anergie

Définition

État inflammatoire chronique des fosses nasales avec congestion de la muqueuse nasale et rhinorrhée ou obstruction nasale.

Physiopathologie

Origines variées : allergique, irritative, infectieuse, polypoïde, obstructive (déviations de cloison nasale), vasomotrice.

Examen clinique

Recherche de cellulopathies du nez, de la base du nez, des régions frontale et maxillaire.

Recherche de tensions douloureuses de la base du nez, des régions frontale et maxillaire.

Examens complémentaires

En cas de rhinite résistante au traitement, recherche de facteurs étiologiques par tests allergiques cutanés et sanguins, tests inflammatoires sanguins, scanner des fosses nasales éventuellement.

Rechercher une cause obstructive (déviations de cloison) qui nécessitera un traitement spécifique non mésothérapeutique.

Rechercher une cause tumorale qui nécessitera un traitement spécifique non mésothérapeutique.

Traitement mésothérapeutique (figure 137.1)

Techniques

Point par point IDP ou IDS papule.

Mélange principal

Protocole mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Mélange complémentaire

Si vasomoteur, dysneurotonie :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Points sinus de la face.

Protocole mésovaccination : cf. figure 137.1.

Rythme

J1, J7, J14 et rappels tous les 3 à 6 mois.

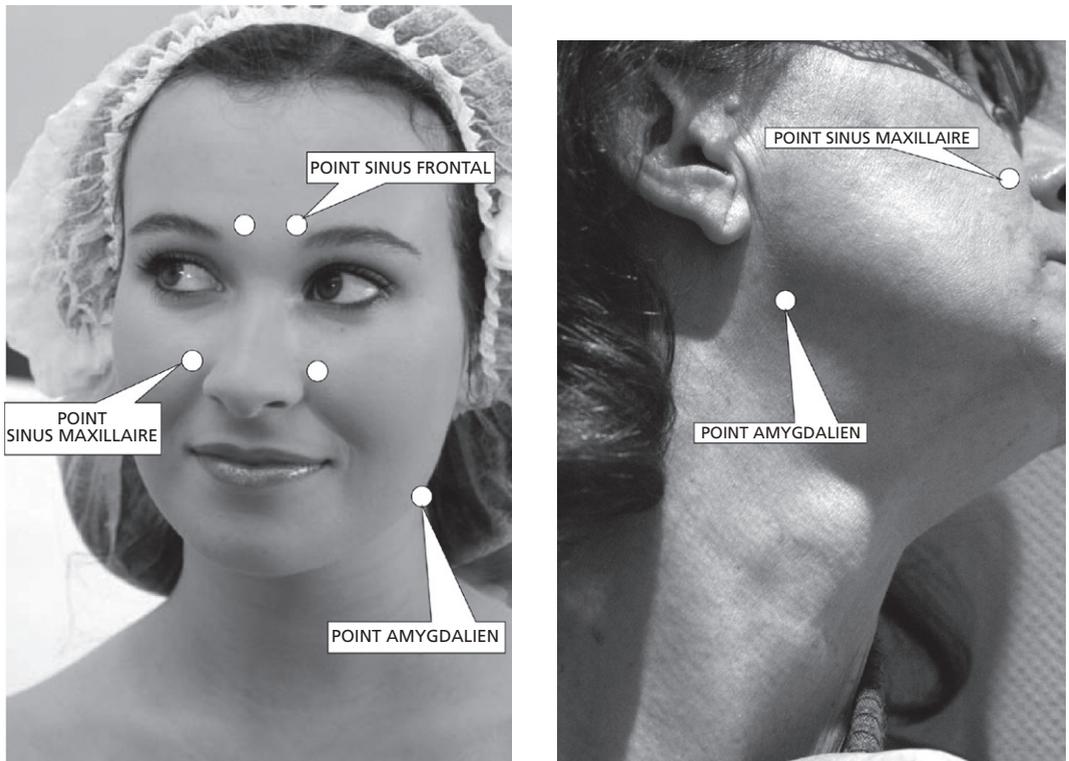


Figure 137.1

Cartographie de la mésovaccination.

La rhinite chronique répond assez bien au traitement mésothérapique qui devra être essayé sur au moins trois séances afin de juger de son efficacité.

La réponse est d'autant meilleure que la rhinite est relativement récente.

Les rhinites chroniques peuvent s'associer à des sinusites chroniques, à rechercher et à traiter.

La mésovaccination est particulièrement intéressante.

La mésothérapie s'associe volontiers aux antihistaminiques, anti-inflammatoires locaux.

Fiche 138

Rhizarthrose du pouce en phase aiguë

Mots clés

Arthrose – Rhizarthrose

Définition

Arthrose de la trapézométacarpienne de la main.

Physiopathologie

Poussées inflammatoires d'un processus arthrosique.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face postéro-externe du poignet.

Douleur à la pression digitale de la tabatière anatomique sur l'interligne trapézométacarpien.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 138.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) dans un pli cutané rabattu et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc
Étamsylate	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne trapézométacarpien et mélange complémentaire en regard de la face postéro-externe du poignet.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

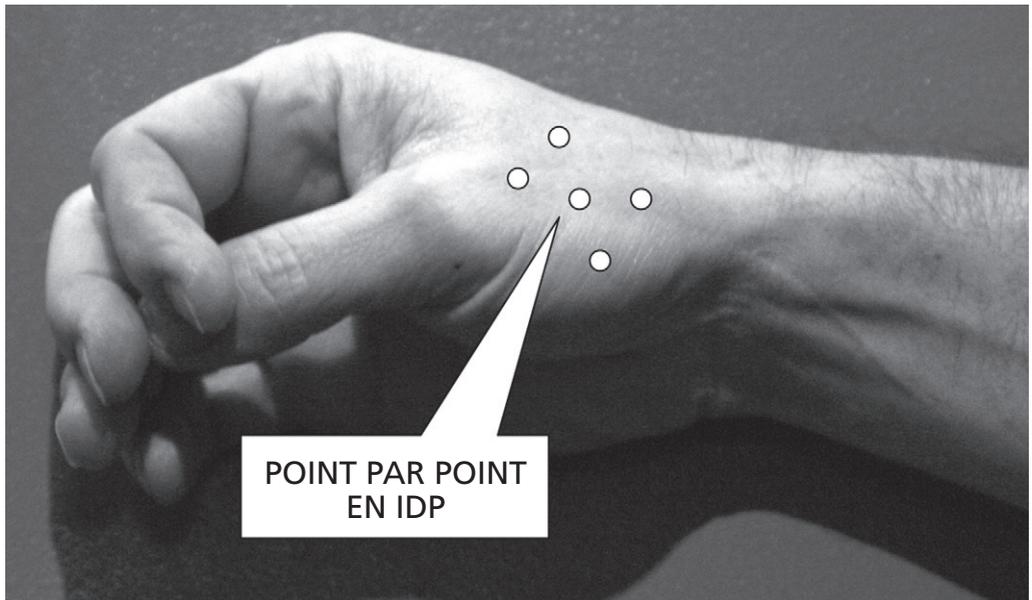


Figure 138.1
Rhizarthrose du pouce.

Fiche 139

Rhizarthrose du pouce en phase chronique

Mots clés

Arthrose – Rhizarthrose

Définition

Arthrose de la trapézométacarpienne de la main évoluant depuis plus de 6 mois.

Physiopathologie

Poussées inflammatoires d'un processus arthrosique.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face postéro-externe du poignet.

Douleur à la pression digitale de la tabatière anatomique sur l'interligne trapézométacarpien.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 139.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) dans un pli cutané rabattu et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Silicium	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	2 cc
Complexe polyvitaminique	1 flacon
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'interligne trapézométacarpien et mélange complémentaire en regard de la face postéro-externe du poignet.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

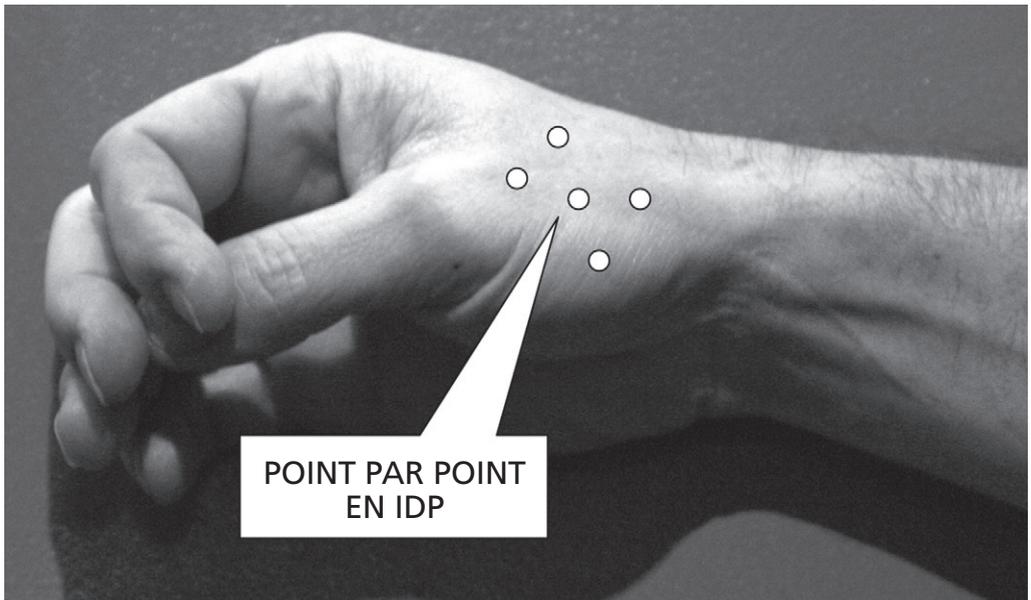


Figure 139.1
Rhizarthrose du pouce.

Fiche 140

Sacralgie – entorse sacro-coccygienne

Mots clés

Sacralgie – Entorse – Lombalgie – Coccalgie

Définition

Arthropathie de l'articulation sacro-coccygienne commune ou post-traumatique.

Physiopathologie

Douleurs en rapport surtout avec le ligament, à type d'entorse bénigne ou ligamentite.

Examen clinique

Douleur chronique diffuse ressentie par le patient et localisée en bas du sacrum.

Douleur à la pression digitale de l'interligne sacro-coccygien, sujet en décubitus latéral, jambes et cuisses fléchies.

DND sacro-coccygiennes.

Examens complémentaires

Radiographies standard, IRM.

Traitement mésothérapique (figures 140.1 et 140.2)

Techniques

Mixtes : MPS point par point en DHD sur l'interligne sacro-coccygien en souffrance, et surtout mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS) sur tout le rachis sacro-coccygien.

Mélange principal

En regard du ligament sacro-coccygien, en DHD sur les points de l'interligne en souffrance :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	3 cc
Piroxicam	0,5 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Si flush ou nausées, transférer calcitonine sur mélange complémentaire en IED ou IDS.

Mélange complémentaire

Sur tout le rachis sacro-coccygien, en IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du segment rachidien en souffrance, et mélange complémentaire en regard de tout le rachis sacro-coccygien.

Rythme

J1, J5, J10 pour la forme commune.

Traitements complémentaires ou alternatifs

Si kétoprofène dans le mélange principal, transférer calcitonine dans le mélange complémentaire en IED ou IDS.

Rééducation fonctionnelle ± manipulation si dysfonction mécanique associée.

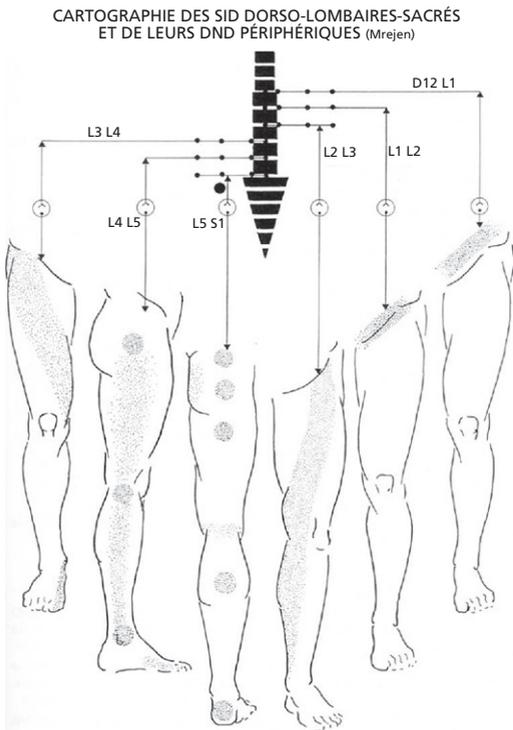


Figure 140.1
Cartographie des SID dorso-lombosacrés et de leurs DND périphériques (d'après Mrejen).

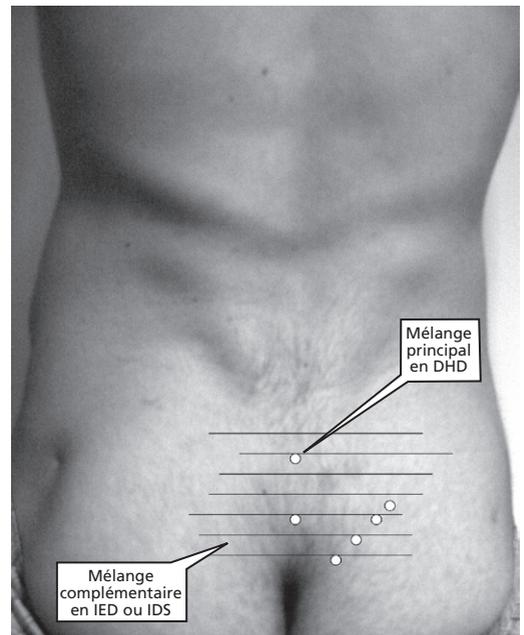


Figure 140.2
Sacralgie – entorse sacro-coccygienne.

Fiche 141

Sinusite aiguë

Mots clés

Rhinite – Mésovaccination – Mésostimulation – Atopie – Anergie – Sinusite – Céphalée – Cervicarthrose

Définition

État inflammatoire aigu des sinus de la face (maxillaires, frontaux, éthmoïdaux).

Physiopathologie

Origines variées : allergique, infectieuse, obstructive par déviation de cloison nasale ou mauvaise perméabilité du méat sinusien, polypes.

Examen clinique

Recherche de cellulopathies du nez, de la base du nez, des régions frontales et maxillaires.

Recherche de tensions douloureuses de la base du nez, des régions frontales et maxillaires.

Examens complémentaires

En cas de sinusite aiguë résistante au traitement, recherche de facteurs étiologiques par tests allergiques cutanés et sanguins, tests inflammatoires sanguins, scanner des fosses nasales et des sinus de la face.

Rechercher par endoscopie une cause mécanique (déviation de cloison nasale, polypes, mauvaise perméabilité méatique) qui nécessitera un traitement spécifique non mésothérapeutique.

Rechercher une cause tumorale qui nécessitera un traitement spécifique non mésothérapeutique.

Traitement mésothérapeutique (figure 141.1)

Techniques

Point par point IDP ou IDS papule.

Mélanges principaux

Si infection :

	Composé	Dosage
Mélange 1	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Nétromycine	1 cc
	Étamsylate	2 cc
Mélange 2	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Piroxicam	1 cc
	Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

Protocole mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Zones d'application

Points des sinus de la face.

Points de mésovaccination.

Rythme

J1, J3, en aigu.

Faire suivre par une mésovaccination à J15.

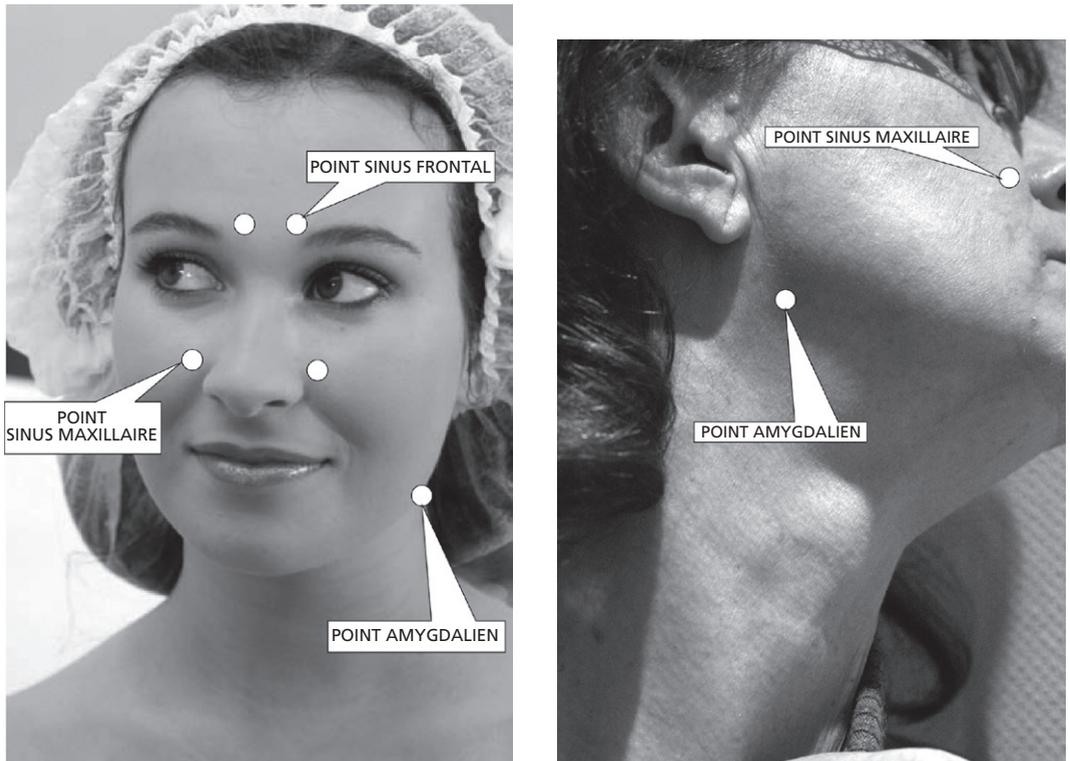


Figure 141.1

Cartographie de la mésovaccination.

La sinusite aiguë réagit bien à la mésothérapie en une ou deux séances rapprochées. Il est logique de prévoir une mésovaccination 15 jours après.

Fiche 142

Sinusite chronique

Mots clés

Rhinite – Mésovaccination – Mésostimulation – Atopie – Anergie – Sinusite – Céphalée – Cervicarthrose

Définition

État inflammatoire chronique des sinus de la face (maxillaires, frontaux, éthmoïdaux).

Physiopathologie

Origines variées : allergique, infectieuse, obstructive par déviation de cloison nasale ou mauvaise perméabilité du méat sinusien, polypes.

Examen clinique

Recherche de cellulopathies du nez, de la base du nez, des régions frontales et maxillaires.

Recherche de tension douloureuse de la base du nez, des régions frontales et maxillaires.

Examens complémentaires

En cas de sinusite résistante au traitement, recherche de facteurs étiologiques par tests allergiques cutanés et sanguins, tests inflammatoires sanguins, scanner des fosses nasales et des sinus de la face.

Rechercher par endoscopie une cause mécanique (déviation de cloison nasale, polypes, mauvaise perméabilité méatique) qui nécessitera un traitement spécifique non mésothérapique.

Rechercher une cause tumorale qui nécessitera un traitement spécifique non mésothérapique.

Traitement mésothérapique (figure 142.1)

Techniques

Point par point IDP ou IDS papule.

Mélanges principaux

Protocole mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Si œdème :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire

Si pathologie cervicale (injecter les cervicales douloureuses) :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Points sinus de la face.

Protocole mésovaccination : cf. figure 142.1.

Rythme

J1, J7, J14 et rappels tous les 15 à 30 jours en fonction de la réponse au traitement.



Figure 142.1

Cartographie de la mésovaccination.

La sinusite chronique répond assez bien au traitement mésothérapique qui devra être essayé sur au moins trois séances afin de juger de son efficacité.

La mésovaccination est particulièrement intéressante.

La mésothérapie s'associe volontiers aux antihistaminiques, anti-inflammatoires locaux.

Fiche 143

Spasmophilie

Mots clés

Dysneurotonie – Anxiété – Mésostress –
Dysfonction – Spasmophilie

Définition

Manifestation physique d'un état dysneurotonique anxieux ou dépressif.

Physiopathologie

Multifactorielle.

Examen clinique

Bilan des troubles somatiques.

Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

Recherche de causes psychiatriques graves (psychose maniacodépressive, psychoses).

Examens complémentaires

Recherche de causes organiques.

Biologie.

Consultations spécialisées si besoin.

Traitement mésothérapique (figure 143.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.

Nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP sur point douloureux.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Mélange complémentaire

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Point par point IDP : plexus solaire, 4^e espace intercostal, partie médiane du faisceau superficiel du SCM, articulation temporomandibulaire, angle interne du sourcil, zone temporale droite et gauche, 3 points sur le triangle occipital, 3 points sur le triangle médio-crânien.

Épidermique IED ou nappage IDS : zone abdominale, ceinture scapulaire, axe vertébral, masses musculaires des membres.

Rythme

J1, J7, J14, J28 puis tous les mois et à la demande en fonction de l'évolution.

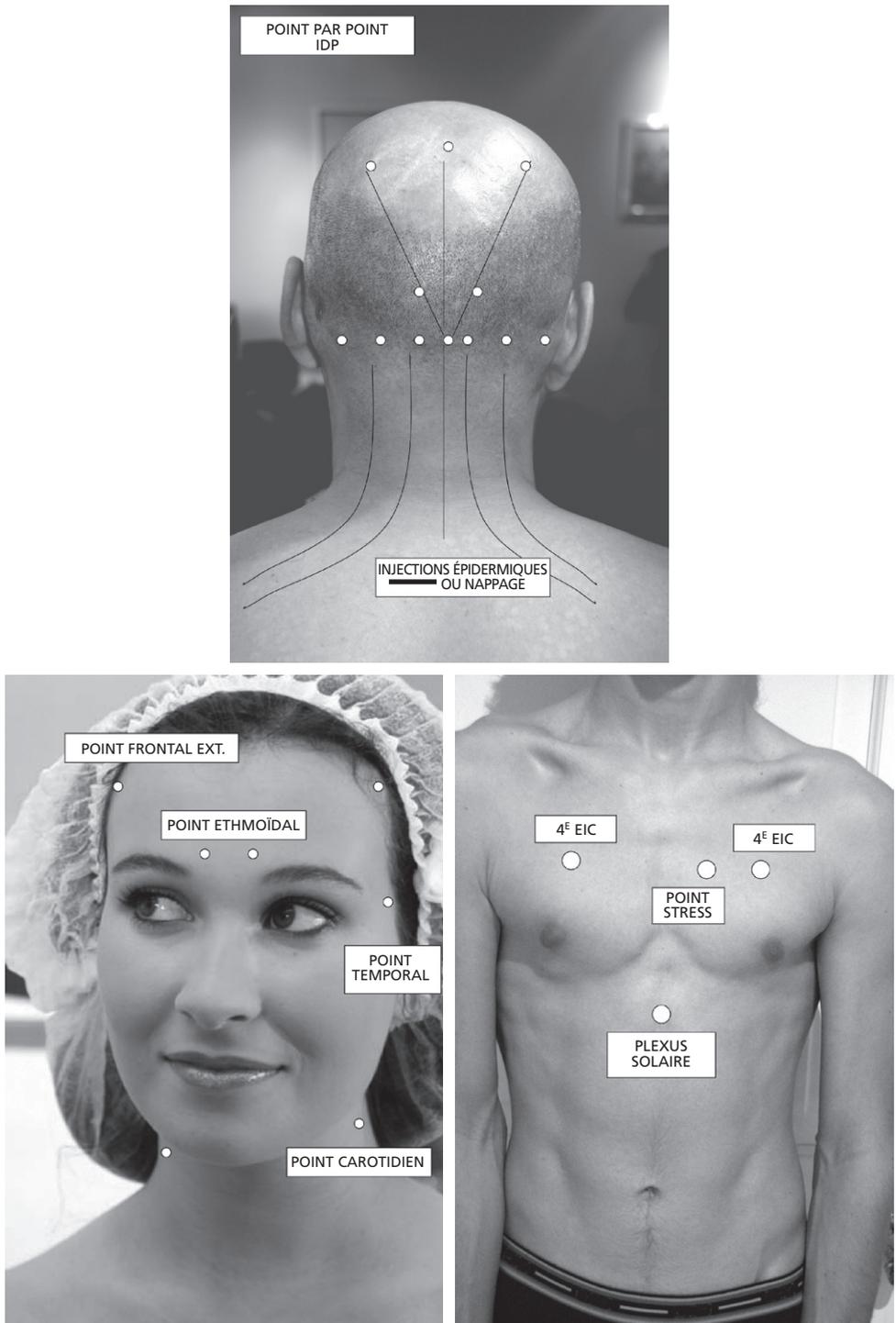


Figure 143.1

Cartographie du mésostress : faces postérieure (a), antérieure (b) et thoracique (c).
Le traitement mésothérapique améliore rapidement le bien-être du patient.

Fiche 144

Stérilité par dysovulation

Mots clés

Dysfonction gynécologique – Hormonal –
Mésostress – Stérilité

Définition

Dysfonctions de l'ovulation aboutissant à une stérilité en l'absence de pathologie organique.

Physiopathologie

Idiopathique.

Examen clinique

Bilan des troubles somatiques.

Recherche des points de tension et des zones cellulopathiques.

Examens complémentaires

Recherche de causes organiques.

Biologie.

Consultations spécialisées.

Traitement mésothérapeutique (figure 144.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.

Nappage ou IDS sur points pelviens.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire sur terrain stressé

Mésostress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Point par point DHD : zones de projection ovariennes.

Épidermique IED ou nappage IDS : pelvis.

Rythme

J1, J14, J28, J42 et arrêt.

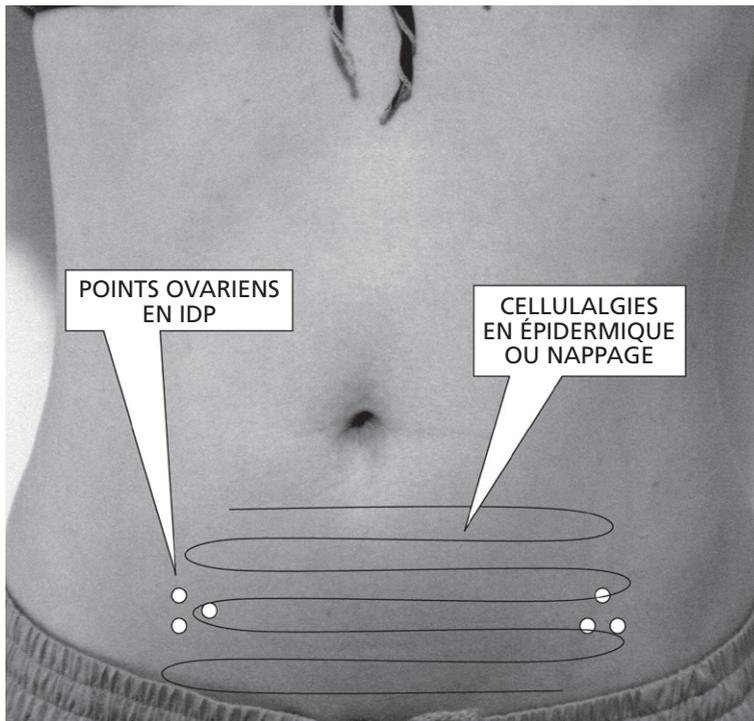


Figure 144.1

Cartographie de la dysfonction ovarienne.

Ce traitement peut toujours être tenté en restant humble. Le traitement est interrompu en l'absence d'ovulation après quatre séances. Le traitement mésothérapique mésostress peut être associé favorablement.

Fiche 145

Stress généralisé – mésostress

Mots clés

Mésostress – Neurotonie – Anxiété – Dépression – Insomnie

Définition

Mésostress : état de tension intérieure avec manifestations cliniques psychiques, physiques de tensions musculaires et/ou viscérales.

Physiopathologie

Extériorisation physique, biologique, psychique d'un mal-être aigu ou chronique.

Examen clinique

Orienté par le discours du patient (*cf.* échelle d'évaluation de l'anxiété générale, p. 455).

Examen somatique à la recherche de points de tensions musculaires ou viscérales et de cellulopathies et points de MPS.

Examens complémentaires

Souvent inutiles.

Avis spécialisé si trouble majeur.

Traitement mésothérapique (figure 145.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP sur point douloureux.

Mélange principal

Si douleur neuropathique, stress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Plexus solaire, 4^e espace intercostal, partie médiane du faisceau superficiel du SCM, articulation temporomandibulaire, angle interne du sourcil, zone temporale droite et gauche, 3 points sur le triangle occipital, 3 points sur le triangle médio-crânien.

Rythme

J1, J7, J14, J28 et à la demande.

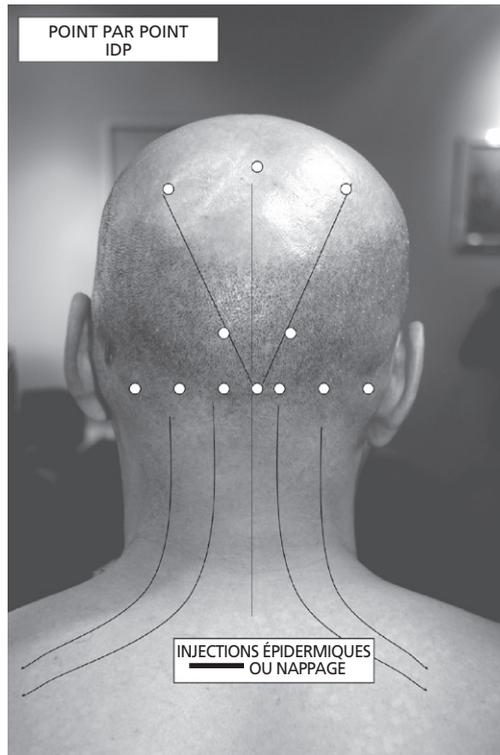
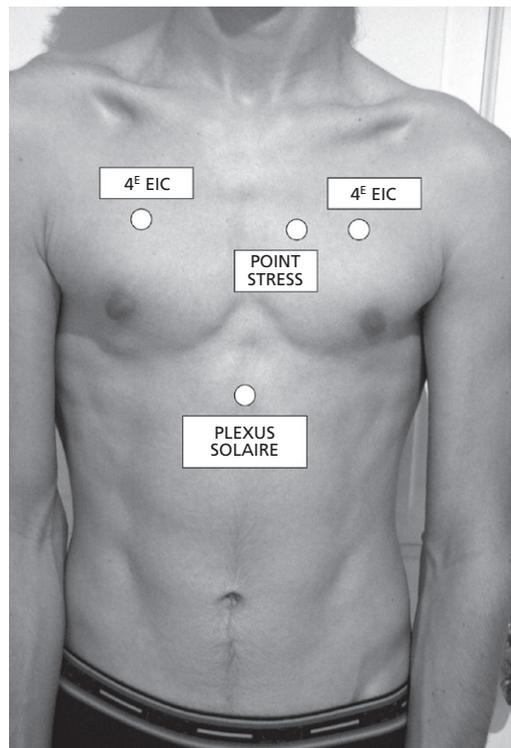
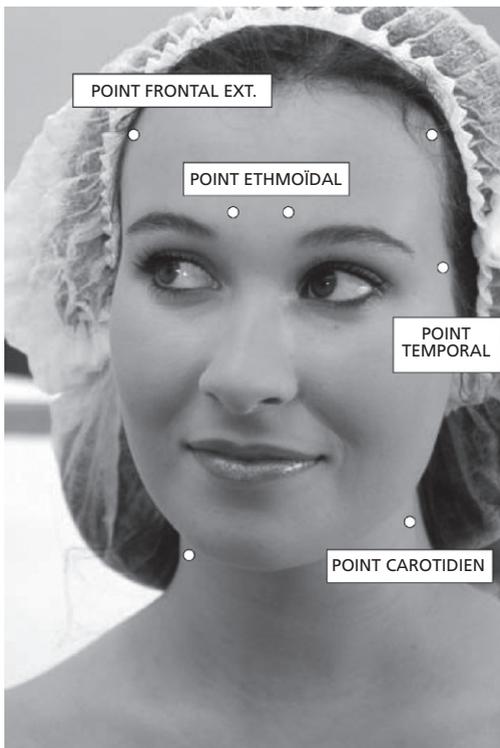


Figure 145.1
Cartographie du mésostress :
faces postérieure, antérieure
et thoracique.

Ce traitement peut être isolé ou
associé à des thérapeutiques
complémentaires (anxiolytiques,
antidépresseurs, etc.).



Fiche 146

Syndrome algoneurodystrophique en phase froide

Mots clés

Algodystrophie – Décalcification – Déminéralisation – Lombago – Lombalgie – Lombosciatique – Sciatique – Fracture – Traumatisme – Séquelles traumatiques

Définition

Syndrome douloureux des os et des articulations faisant le plus souvent suite à un traumatisme. Il prédomine à l'extrémité des membres comportant une déminéralisation osseuse et des troubles vasomoteurs.

Physiopathologie

La douleur engendrée par le traumatisme initial entraînerait une stimulation du système nerveux sympathique qui serait lui-même responsable d'un spasme des vaisseaux avec œdème et exagération de la douleur.

Examen clinique

Douleur à type de brûlure.
Peau froide et de couleur anormale.
Faiblesse musculaire.
Limitation articulaire dans tous les axes.

Examens complémentaires

Radiographies standard, scintigraphie osseuse, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 146.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Terbutaline	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc
Magnésium	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'articulation concernée et mélange complémentaire en périarticulaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45, J60.

Traitement complémentaire

Rééducation après J15.

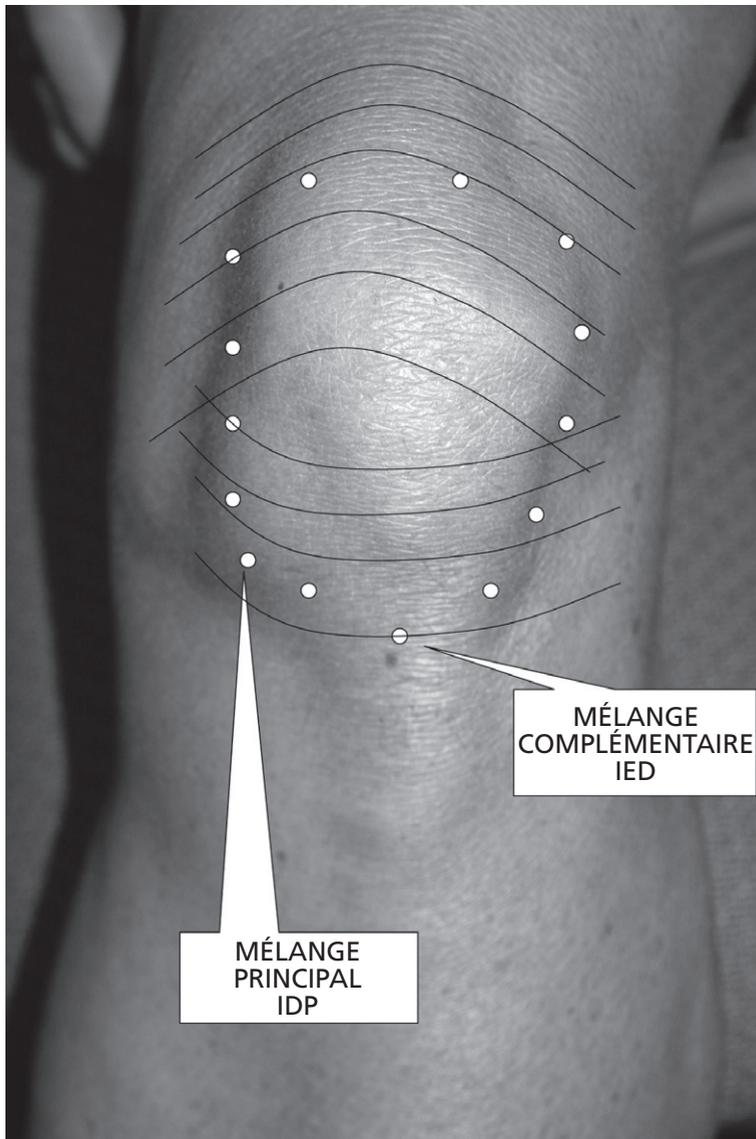


Figure 146.1
Syndrome algoneurodystrophique en phase froide.

Fiche 147

Syndrome de balayage en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite

Définition

Tendinopathie de la bandelette ilio-tibiale associée dans un tiers des cas à une bursite, secondaire à des microtraumatismes répétés (course à pied, vélo).

Physiopathologie

Processus inflammatoire portant sur la zone de croisement entre le tenseur du fascia lata et la tubérosité du condyle externe.

Examen clinique

Douleur ressentie par le patient à la face externe du genou lors de la course.

Douleur à la pression digitale en regard de la tubérosité du condyle externe.

Tests de Renne et de Noble.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 147.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Étamsylate	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Zone d'application

Mélange principal en regard de la face externe du genou.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

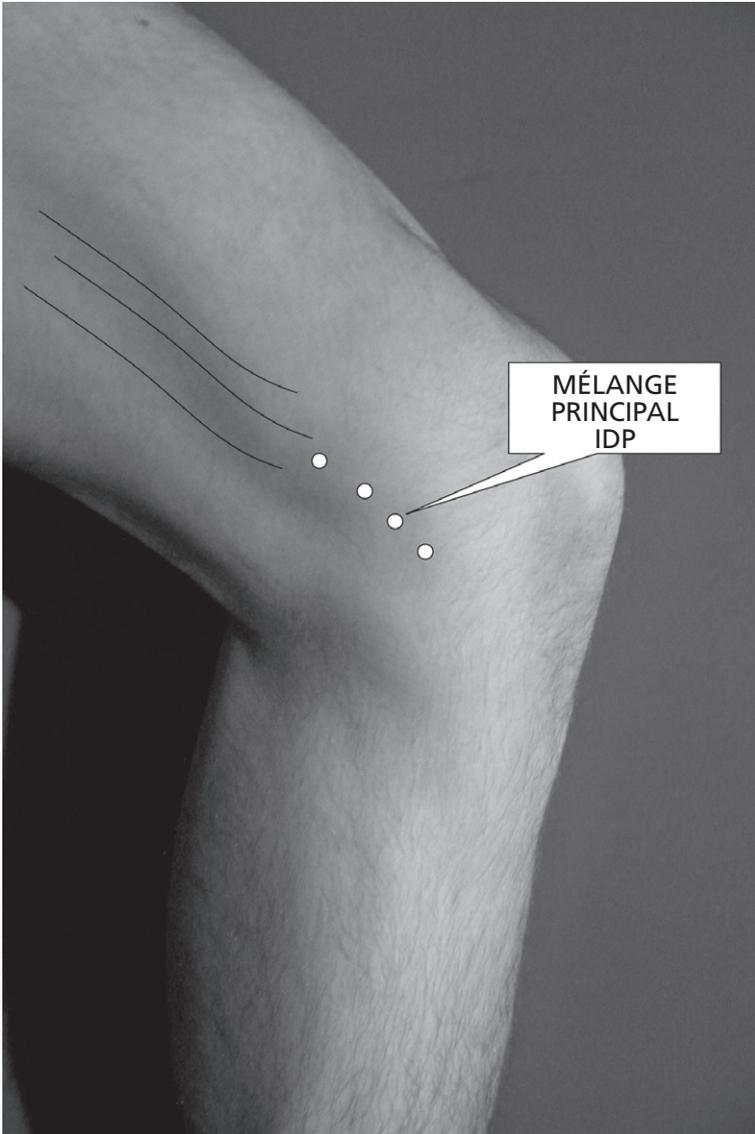


Figure 147.1
Syndrome de balayage.

Fiche 148

Syndrome de balayage en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite

Définition

Tendinopathie de la bandelette ilio-tibiale associée dans un tiers des cas à une bursite, secondaire à des microtraumatismes répétés (course à pied, vélo) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire portant sur la zone de croisement entre le tenseur du fascia lata et la tubérosité du condyle externe.

Examen clinique

Douleur ressentie par le patient à la face externe du genou lors de la course.

Douleur à la pression digitale en regard de la tubérosité du condyle externe.

Tests de Renne et de Noble.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 148.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	2 cc

Zone d'application

Mélange principal en regard de la face externe du genou.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

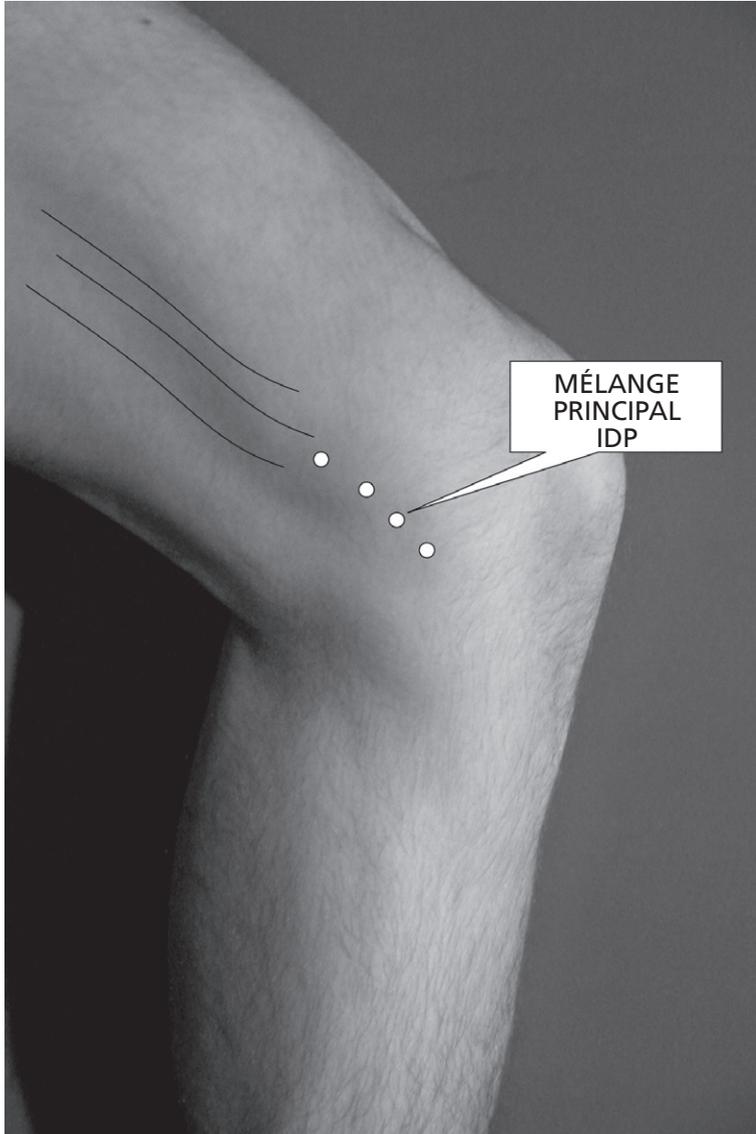


Figure 148.1
Syndrome de balayage.

Fiche 149

Syndrome du canal carpien en phase chronique

Mots clés

Canal carpien – Tendinite – Ligamentite – Fibrose

Définition

Poussées inflammatoires des tendons fléchisseurs et du nerf médian contenu dans le canal carpien limité en avant par le ligament annulaire antérieur du carpe, datant de plus de 6 mois.

Physiopathologie

Souffrance des tendons fléchisseurs et du nerf médian secondaire à un épaissement fibreux du ligament annulaire antérieur du carpe.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antérieure du poignet avec irradiation à l'avant-bras associée à des paresthésies des doigts.

Points douloureux à la pression digitale au pli supérieur du poignet entre grand et petit palmaires.

Signe de Tinel positif ainsi que le test de compression par brassard.

Examen complémentaire

Électromyogramme.

Traitement mésothérapique

(figure 149.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Procaïne 2 %	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du canal carpien et mélange complémentaire en regard de la face antérieure de l'avant-bras.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45, J60.

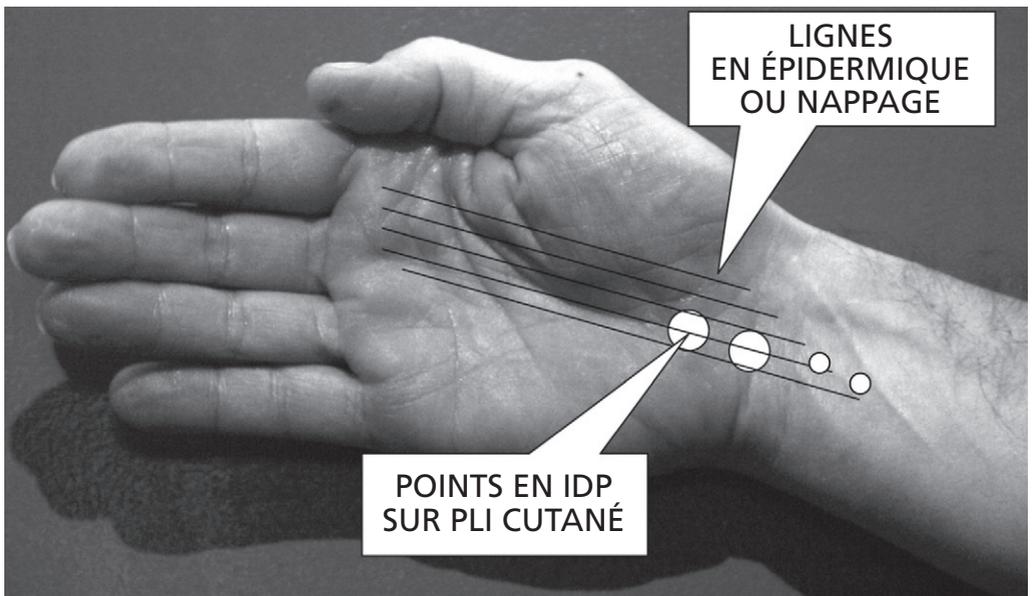


Figure 149.1
Canal carpien.

Fiche 150

Syndrome du carrefour postérieur en phase aiguë (queue de l'astragale)

Mots clés

Syndrome du carrefour – Tendinite – Aponévrosite

Définition

Inflammation de l'articulation talo-crurale postérieure secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive (football, danse).

Physiopathologie

Processus inflammatoire touchant l'articulation talo-crurale postérieure faisant suite à des flexions plantaires forcées (frappe du cou-de-pied au football, impulsion en danse, percussion du sol par le talon).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient en rétromalléolaire externe et pré-achilléen.

Douleur à la pression digitale de la gouttière rétromalléolaire externe.

Douleur au test d'impaction postérieure (flexion plantaire forcée et percussion sur le talon).

Examens complémentaires

Radiographies standard, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 150.1)

Techniques

Mixtes : MPS (DHD) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En DHD :

Composé	Dosage
Étamsylate	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En DHD + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de la gouttière rétro-malléolaire externe et mélange complémentaire en regard du mollet.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

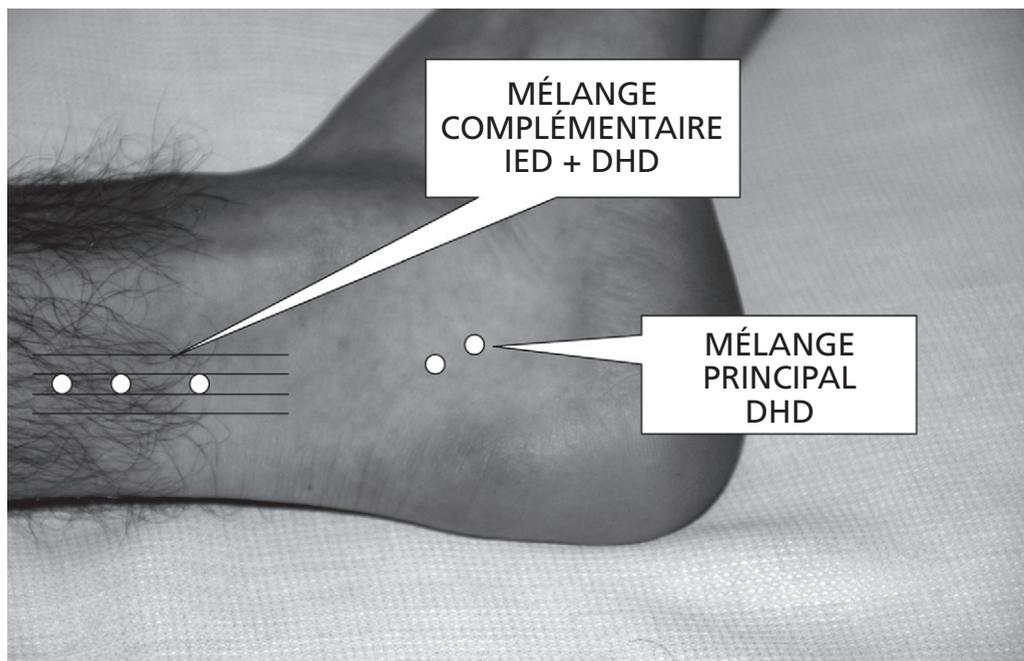


Figure 150.1
Syndrome du carrefour postérieur en phase aiguë (queue de l'astragale).

Fiche 151

Syndrome du carrefour postérieur en phase chronique (queue de l'astragale)

Mots clés

Syndrome du carrefour – Tendinite – Aponévrosite

Définition

Inflammation de l'articulation talo-crurale postérieure secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive (football, danse) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire touchant l'articulation talo-crurale postérieure faisant suite à des flexions plantaires forcées (frappe du cou-de-pied au football, impulsion en danse, percussion du sol par le talon).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient en rétromalléolaire externe et pré-achilléen.

Douleur à la pression digitale de la gouttière rétromalléolaire externe.

Douleur au test d'impaction postérieure (flexion plantaire forcée et percussion sur le talon).

Examens complémentaires

Radiographies standard, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 151.1)

Techniques

Mixtes : MPS (DHD) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En DHD :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En DHD + IED :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de la gouttière rétro-malléolaire externe et mélange complémentaire en regard du mollet.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

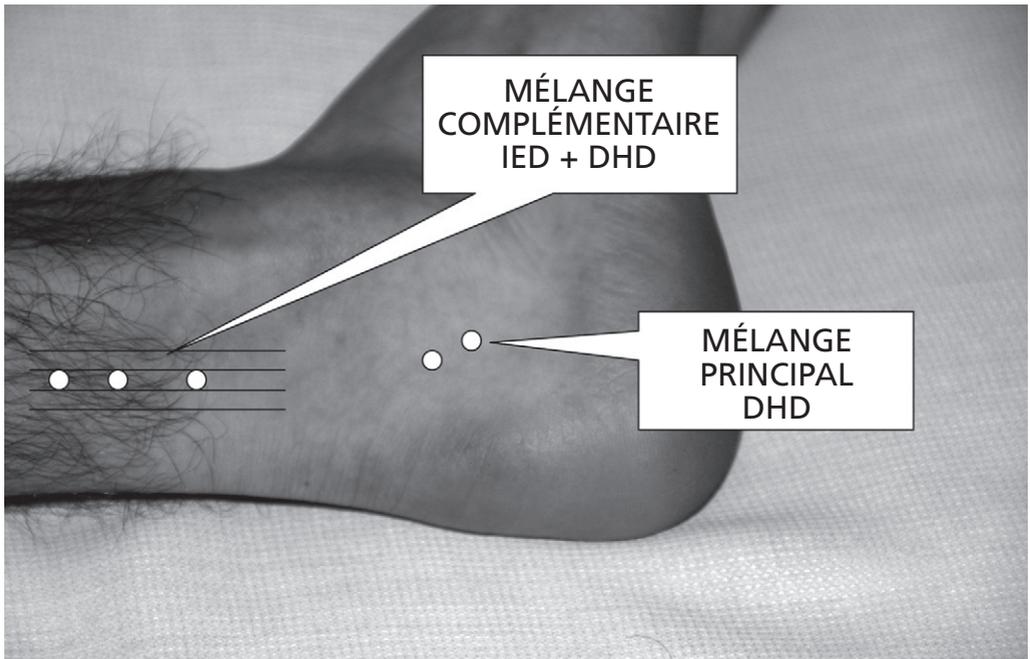


Figure 151.1
Syndrome du carrefour postérieur en phase chronique (queue de l'astragale).

Fiche 152

Syndrome de loge chronique antéro-latérale de jambe

Mots clés

Syndrome de loge – Crampe – Contracture

Définition

Ensemble des manifestations cliniques et paracliniques dues à une hypertension tissulaire à l'intérieur de la loge antéro-latérale, induisant ainsi une compression ischémique des structures tissulaires, musculaires et nerveuses.

Physiopathologie

Hyperpression tissulaire secondaire soit à une augmentation excessive du volume du muscle à l'effort, soit à une réduction de l'espace ou des propriétés physiques des structures anatomiques de la loge.

Examen clinique

Douleur diffuse survenant à l'effort à type de crampes ou de contractures.

Mollet dur à la palpation.

Étirement passif douloureux après effort.

Contraction isométrique douloureuse et limitée.

Examen complémentaire

Prise de pression musculaire dynamique.

Traitement mésothérapique (figure 152.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP + IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de la loge antéro-latérale de haut en bas.

Rythme

J1, J8, J15.

Traitement complémentaire

Chirurgie si échec.

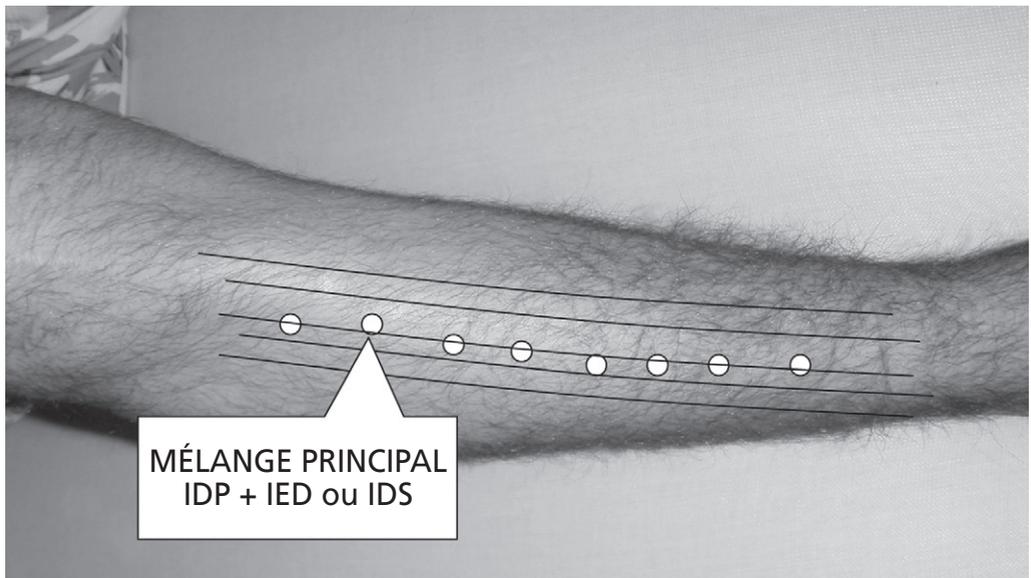


Figure 152.1
Syndrome de loge chronique antéro-latérale de jambe.

Fiche 153

Tabac – mésoacupuncture

Mots clés

Mésoacupuncture – Sevrage – Tabac – Mésostress

Définition

La mésoacupuncture est une technique de sevrage tabagique associant trois traitements : la mésothérapie, l'acupuncture et une thérapie comportementale cognitive.

Physiopathologie

Sevrage tabagique.

Examen clinique

Étude protocolisée à remplir.

Traitement mésothérapique (figures 153.1 et 153.2)

Techniques

IDS en papule.

Mélange principal

Composé	Dosage
Eau physiologique	5 cc
Calcitonine 100 UI	0,5 cc
Vitamine C	0,5 cc

Mélange complémentaire

Si terrain stressé, mésostress (*cf.* p. 301) :

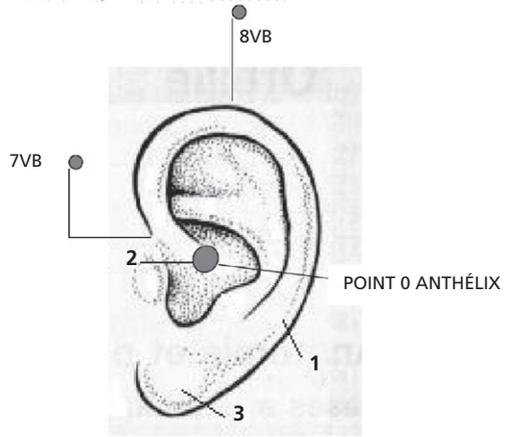
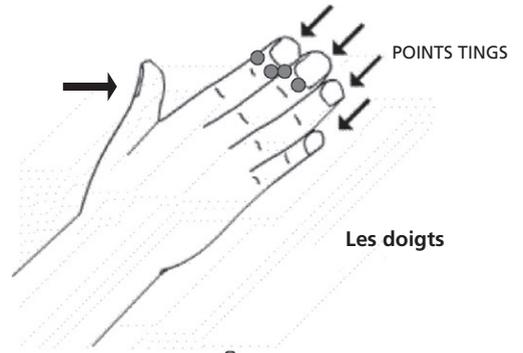
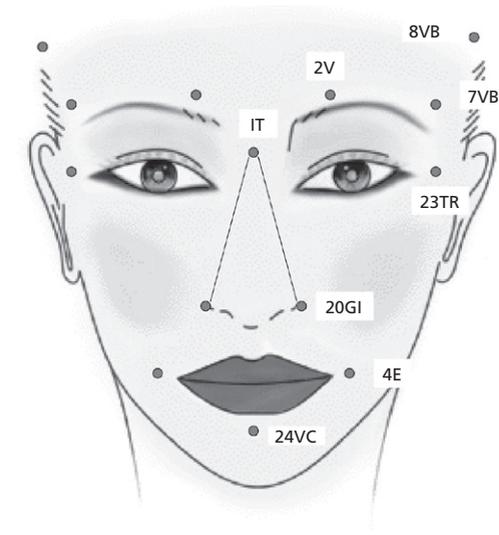
Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Visage (26 points tabac), index, majeur, oreille :
cf. figures 153.1 et 153.2

Rythme

J1, J7, J14, J21 et si reprise.



POINTS TABAC

2V	23TR	IT	20GI	7VB	8VB	24VC	4E	PT	O
2 Vessie	23 Triple réchauffeur	Inn trang	20 Gros intestin	7 Vésicule biliaire	8 Vésicule biliaire	24 Vaisseau conception	4 Estomac	Point ting	Point 0 anthélix
Tête sourcil légère dépression	1 cm angle externe œil	Sommet du nez	Départ sillon nasogénien	2 travers de doigt en AV et au-dessus pavillon oreille	2 travers de doigt au-dessus et au-dessus verticale attache pavillon oreille	1 cm dessous lèvre inf.	1 cm en dehors commissure labiale	2 et 3 ^e doigt angle unguéal	Anthélix centre oreille

Figure 153.1
Point tabac.

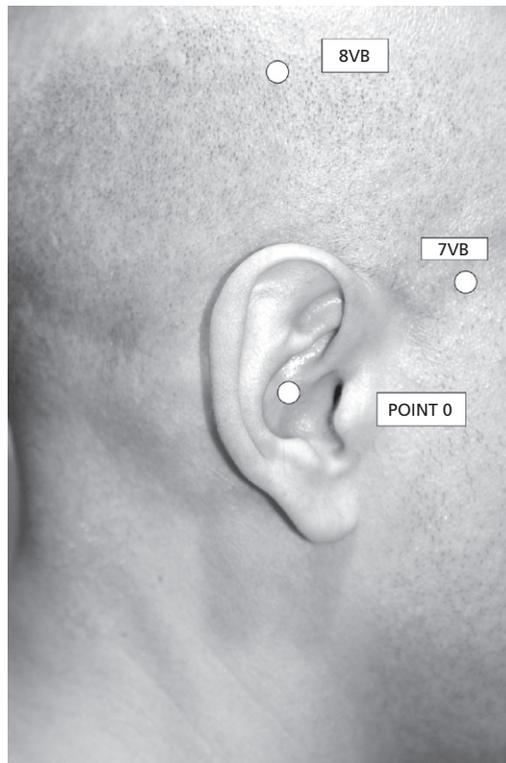


Figure 153.2
Points tabac oreille.
68 % d'efficacité selon notre étude épidémiologique clinique (d'après Bonnet et al.).

Fiche 154

Tachycardie paroxystique, extrasystolie sur dysneurotonie

Mots clés

Dysneurotonie – Dysfonction – Mésostress – Tachycardie extrasystole

Définition

Dysfonctions cardiaques. Troubles du rythme cardiaque dans le cadre d'une dysneurotonie en dehors ou en complément de toute pathologie cardiovasculaire associée.

Physiopathologie

Activation du système nerveux sympathique. Somatisation d'un état de tension intérieure. Dysfonction.

Examen clinique

Vérification de la négativité du bilan cardiologique et du caractère purement dysneurotonique.

Recherche des points de stress (figure 154.1).

Examens complémentaires

Ils doivent confirmer la cause purement neurotonique.

Bilan cardiologique par le spécialiste, bilan biologique.

Traitement mésothérapique (figure 154.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie.

Nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP sur point douloureux.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitriptyline	1 cc

Zones d'application

Point par point IDP : plexus solaire, 4^e espace intercostal, partie médiane du faisceau superficiel du SCM, articulation temporomandibulaire, angle interne du sourcil, zone temporale droite et gauche, 3 points sur le triangle occipital, 3 points sur le triangle médio-crânien.

Épidermique IED : zone thoracique précordiale antérieure.

Rythme

J1, J7, J14, J28 et à la demande.

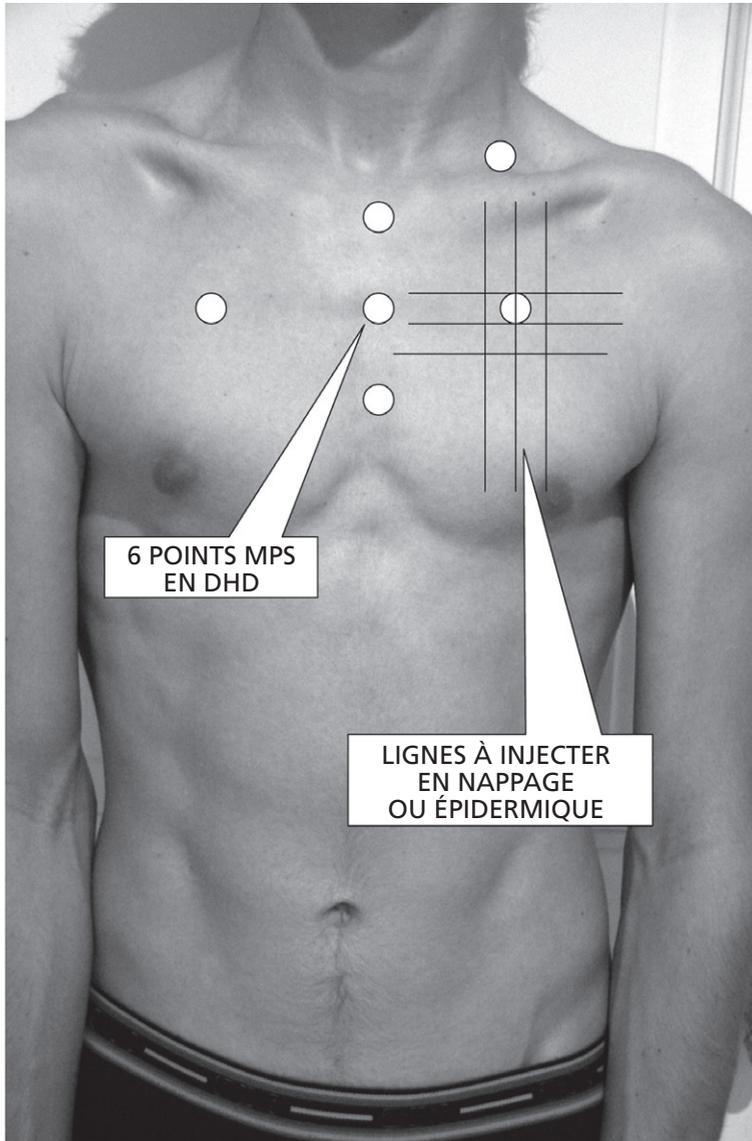


Figure 154.1
Cartographie MPS cardiothoracique.

Fiche 155

Télangiectasie

Mots clés

Mésomicrosclérose – Mésodrain – Insuffisance veineuse – Artérite – Télangiectasie – Mousse – Laser – Nd-Yag – KTP

Définition

Traitement des varicosités superficielles inesthétiques de la peau qui sont des petits vaisseaux dilatés en permanence.

Physiopathologie

Hypertension veineuse, dysplasie ou fragilité pariétale.

Examen clinique

Bilan angéologique standard.

Traitement mésothérapique (figure 155.1)

Technique

Mésomicrosclérose : injection dans le capillaire avec le biseau de l'aiguille orienté vers le haut, à l'aide d'une loupe.

Mélange principal

Microsclérose à la mousse : c'est un mélange air et Aetoxysclérol® 0,25 % (5 cc volume air pour 2 mL).

Microsclérose classique :

Composé	Dosage
Xylocaïne 1 % adrénaliné	0,2 cc
Sclérémo®	2 cc
Eau ppi*	0,8 cc

* ppi : pour préparation injectable.

Mélange complémentaire

Systématique mésodrain (cf. p. 192) :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	2 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Dans les télangiectasies pour la mésomicrosclérose.
Sur les axes vasculaires pour le mésodrain.

Rythme

J1, J15, J30 et si besoin.

Association

Laser : principalement le laser Yag long pulse 1064 nm qui complète ces traitements et devient quasiment incontournable dans cette pathologie. L'endolaser endovasculaire, qui consiste à mettre la fibre laser dans les veines à oblitérer, est aussi de plus en plus utilisé pour remplacer le stripping.

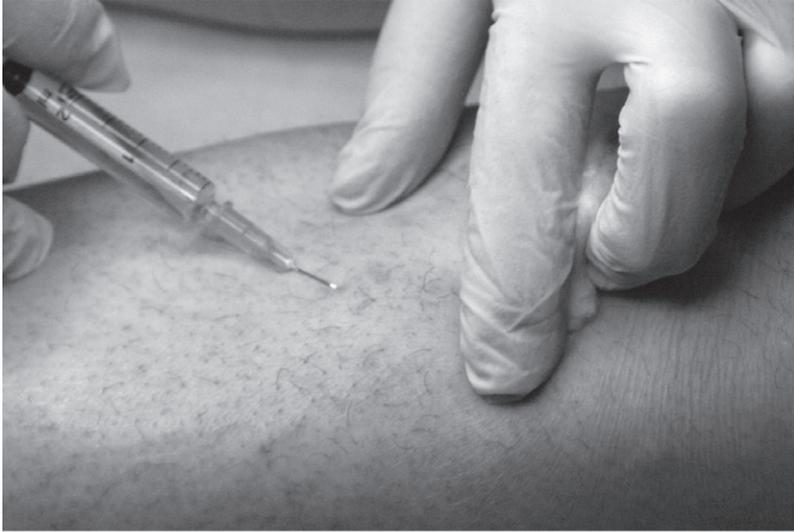


Figure 155.1

Mésomicrosclérose des télangiectasies.

Traitement symptomatique utile sur les membres inférieurs où les lasers sont souvent peu efficaces.

Fiche 156

Tendinopathie des adducteurs de la cuisse en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure

Définition

Inflammation des tendons adducteurs à la face interne de la cuisse secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, bricolage, jardinage, professionnel).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons et les corps musculaires des adducteurs de la cuisse.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face interne de la cuisse.

Douleur à la pression digitale des tendons et des corps musculaires, à la mobilisation active, passive (étirements) et aux tests résistés.

Douleur à la pression pubienne dans le cadre d'une pubalgie basse.

Examens complémentaires

Échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 156.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion pubienne des tendons et mélange complémentaire en regard des corps musculaires à la face interne de la cuisse.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation.

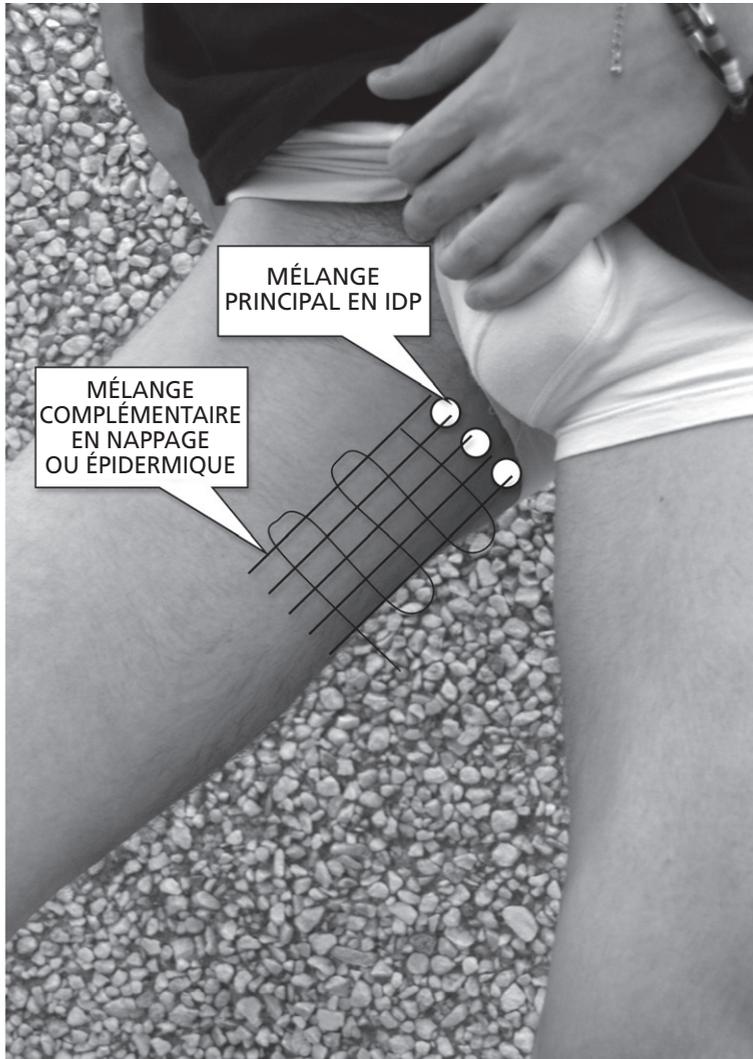


Figure 156.1
Tendinite des adducteurs.

Fiche 157

Tendinopathie des adducteurs de la cuisse en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure

Définition

Inflammation des tendons adducteurs à la face interne de la cuisse secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, bricolage, jardinage, professionnel) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons et les corps musculaires des adducteurs de la cuisse.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face interne de la cuisse.

Douleur à la pression digitale des tendons et des corps musculaires, à la mobilisation active, passive (étirements) et aux tests résistés.

Douleur à la pression pubienne dans le cadre d'une pubalgie basse.

Examens complémentaires

Échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 157.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion pubienne des tendons et mélange complémentaire en regard des corps musculaires à la face interne de la cuisse.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation.

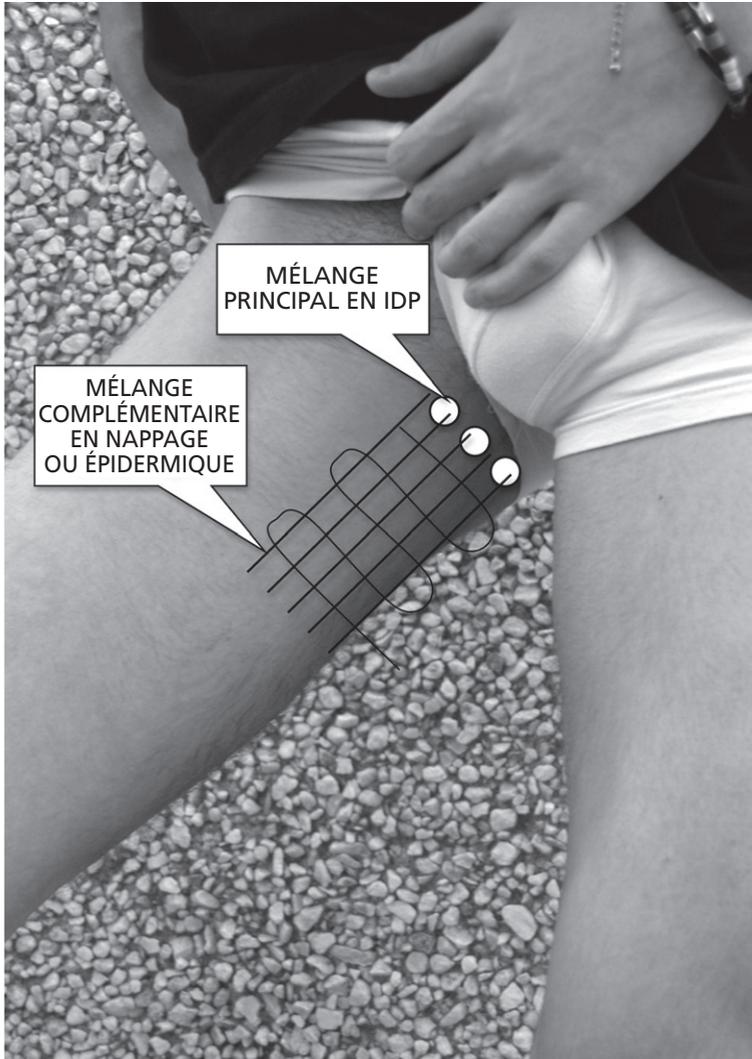


Figure 157.1
Tendinite des adducteurs.

Fiche 158

Tendinopathie du biceps brachii au coude en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Ténosynovite – Ligamentite – Épitrochléite – Épicondylite

Définition

Inflammation du tendon du biceps brachii au coude secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face antérieure du coude.

Douleur à la pression digitale du tendon au-dessous du pli du coude.

Test isométrique : flexion résistée de l'avant-bras sur le bras.

Test passif assisté : douleur exagérée par l'extension de l'avant-bras sur le bras.

Examen complémentaire

Échographie.

Traitement mésothérapique (figure 158.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Étamsylate	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire au bras.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation selon l'évolution.

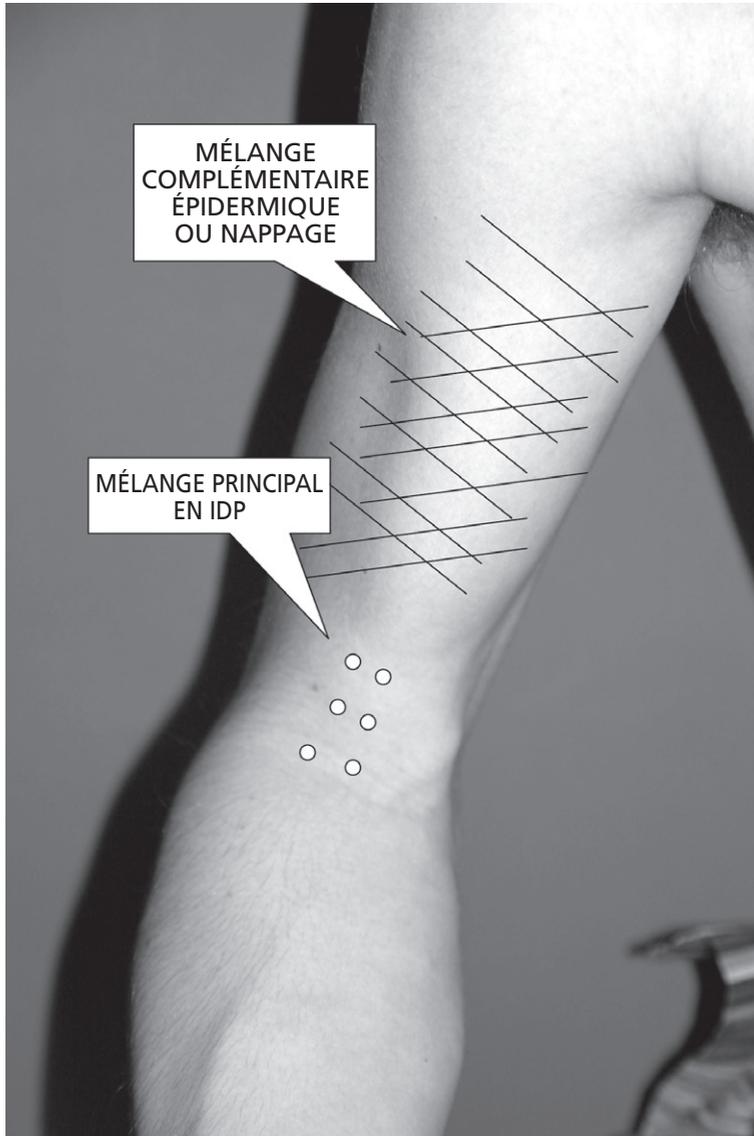


Figure 158.1
Tendinopathie du biceps brachii en phase aiguë.

Fiche 159

Tendinopathie du biceps brachii au coude en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Ténosynovite – Ligamentite – Épitrochléite – Épicondylite

Définition

Inflammation du tendon du biceps brachii au coude secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face antérieure du coude.

Douleur à la pression digitale du tendon au-dessous du pli du coude.

Test isométrique : flexion résistée de l'avant-bras sur le bras.

Test passif assisté : douleur exagérée par l'extension de l'avant-bras sur le bras.

Examen complémentaire

Échographie.

Traitement mésothérapique (figure 159.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire au bras.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation selon l'évolution.

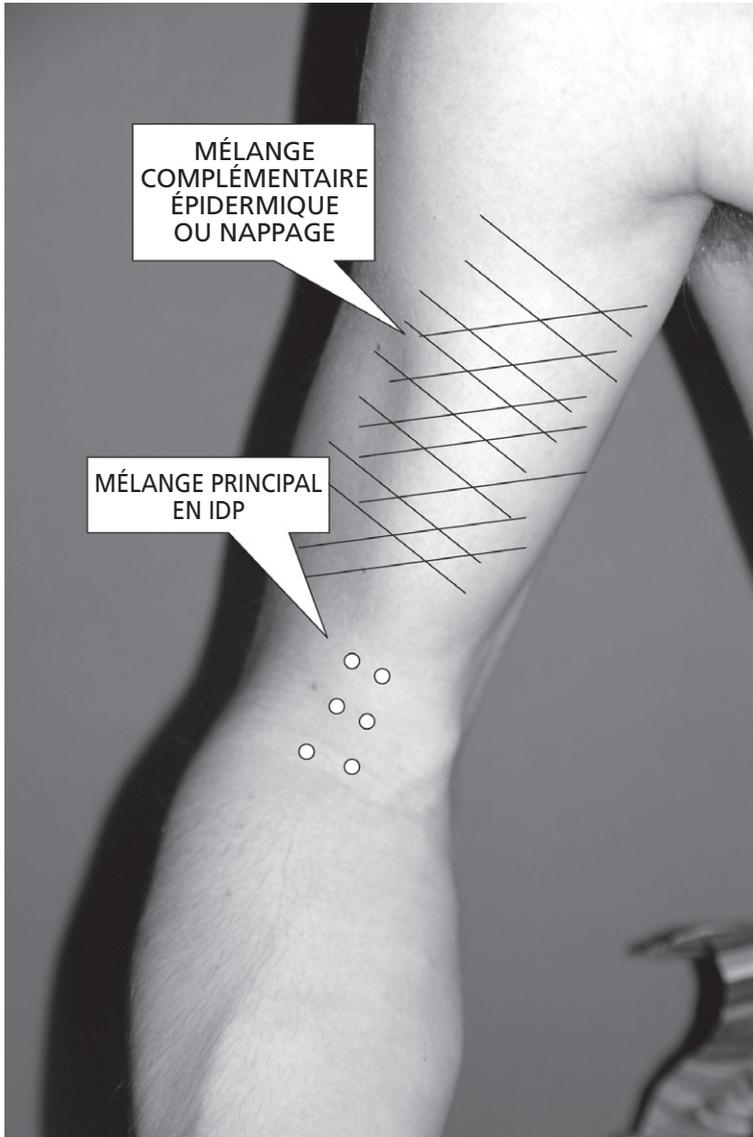


Figure 159.1
Tendinopathie du biceps brachii en phase chronique.

Fiche 160

Tendinopathie calcanéenne corporéale en phase aiguë (tendon d'Achille)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie – Péritendinopathie – Achille

Définition

Inflammation du tendon calcanéen en regard de son tiers moyen secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive ou faisant suite à des troubles de la statique plantaire.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tiers moyen du tendon calcanéen (absence d'étirements avant l'effort, surcharge d'entraînement, chaussures inadaptées, non-respect des règles hygiéno-diététiques, foyer infectieux dentaire ou ORL).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure de la cheville avec dérouillage matinal.

Douleur à la pression digitale en regard du tiers moyen du tendon, recherche de nodules (microruptures).

Douleur à la contraction du triceps en charge, manœuvre de Thompson négative.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie, IRM si doute sur une déchirure partielle.

Traitement mésothérapique (figure 160.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tiers moyen du tendon et mélange complémentaire en regard du mollet.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

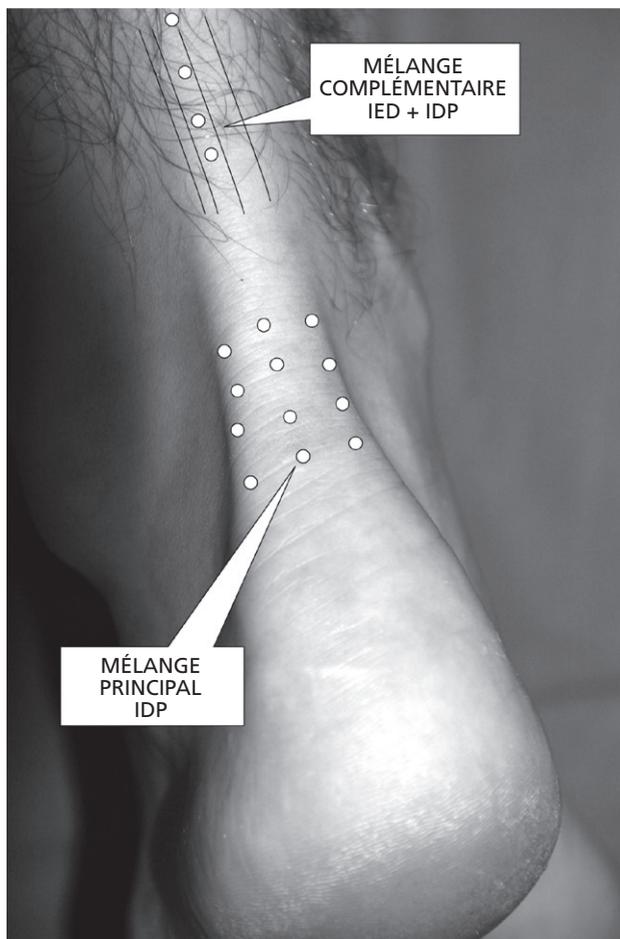


Figure 160.1
Tendinopathie calcanéenne corporeale en phase aiguë (talon d'Achille).

Fiche 161

Tendinopathie calcanéenne corporéale en phase chronique (tendon d'Achille)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie – Péritendinopathie – Achille

Définition

Inflammation du tendon calcanéen en regard de son tiers moyen secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive ou faisant suite à des troubles de la statique plantaire, datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tiers moyen du tendon calcanéen (absence d'étirements avant l'effort, surcharge d'entraînement, chaussures inadaptées, non-respect des règles hygiéno-diététiques, foyer infectieux dentaire ou ORL).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure de la cheville avec dérouillage matinal.

Douleur à la pression digitale en regard du tiers moyen du tendon, recherche de nodules (microruptures).

Douleur à la contraction du triceps en charge, manœuvre de Thompson négative.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie, IRM si doute sur une déchirure partielle.

Traitement mésothérapique (figure 161.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Procaine 2 %	1 cc
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Procaine 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tiers moyen du tendon et mélange complémentaire en regard du mollet.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

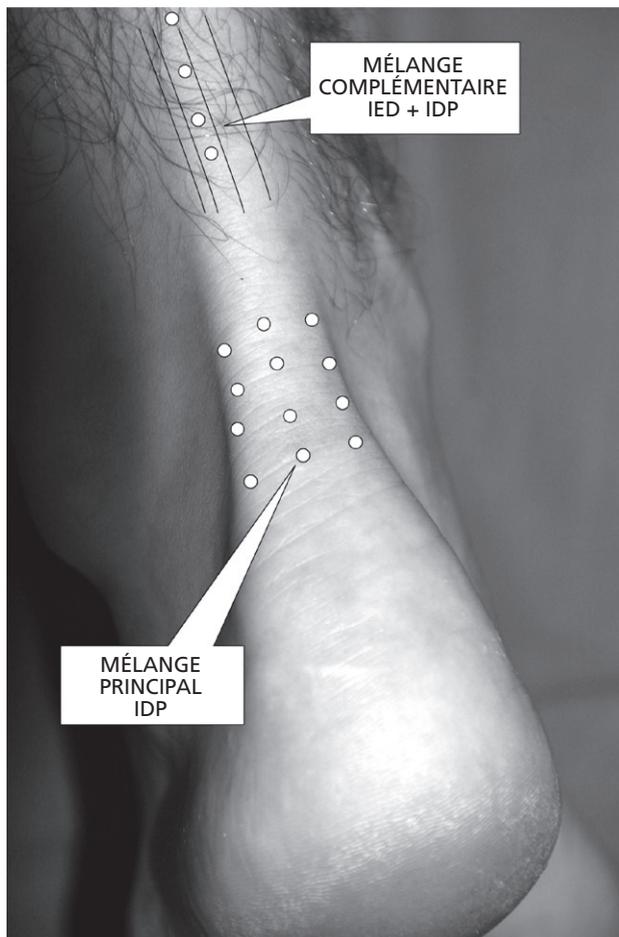


Figure 161.1
Tendinopathie calcanéenne corporéale en phase chronique (talon d'Achille).

Fiche 162

Tendinopathie calcanéenne d'insertion en phase aiguë (tendon d'Achille)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie – Péritendinopathie – Achille

Définition

Inflammation du tendon calcanéen en regard de son insertion sur le calcanéum secondaire à des microtraumatismes répétés lors de pratiques sportives ou faisant suite à un mauvais chaussage.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion du tendon calcanéen (absence d'étiements avant l'effort, surcharge d'entraînement, chaussures inadaptées, non-respect des règles hygiéno-diététiques).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure du talon avec dérouillage matinal.

Douleur à la pression digitale en regard de l'insertion du tendon.

Douleur à la contraction du triceps en charge, manœuvre de Thompson négative.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie, IRM si doute sur une déchirure partielle.

Traitement mésothérapique (figure 162.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion du tendon et mélange complémentaire en regard du mollet.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

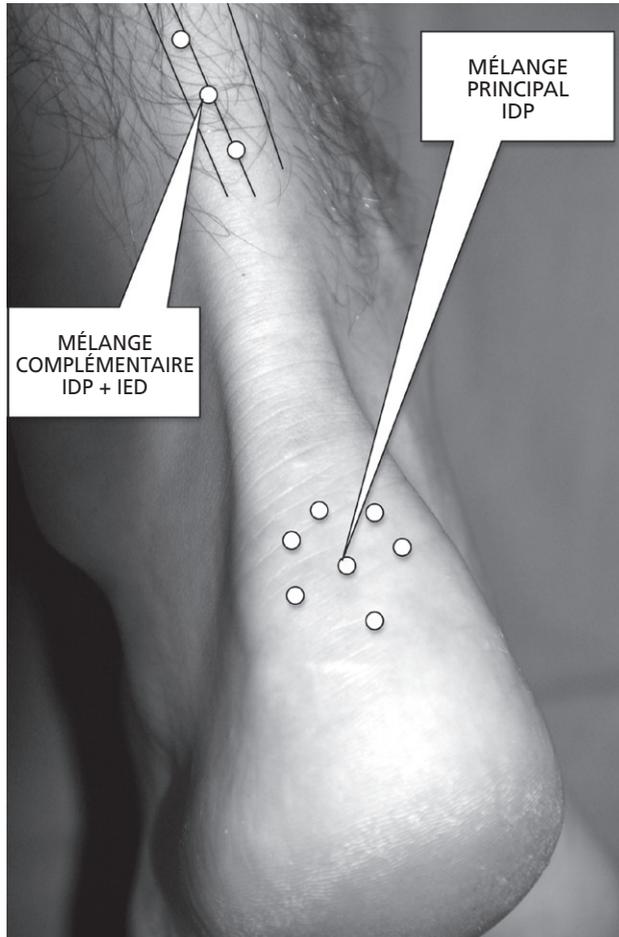


Figure 162.1
Tendinopathie calcanéenne d'insertion.

Fiche 163

Tendinopathie calcanéenne d'insertion en phase chronique (tendon d'Achille)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie – Péritendinopathie – Achille

Définition

Inflammation du tendon calcanéen en regard de son insertion sur le calcanéum secondaire à des microtraumatismes répétés lors de pratiques sportives ou faisant suite à un mauvais chaussage, datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion du tendon calcanéen (absence d'étirements avant l'effort, surcharge d'entraînement, chaussures inadaptées, non-respect des règles hygiéno-diététiques).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure du talon avec dérouillage matinal.

Douleur à la pression digitale en regard de l'insertion du tendon.

Douleur à la contraction du triceps en charge, manœuvre de Thompson négative.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie, IRM si doute sur une déchirure partielle.

Traitement mésothérapique (figure 163.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion du tendon et mélange complémentaire en regard du mollet.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

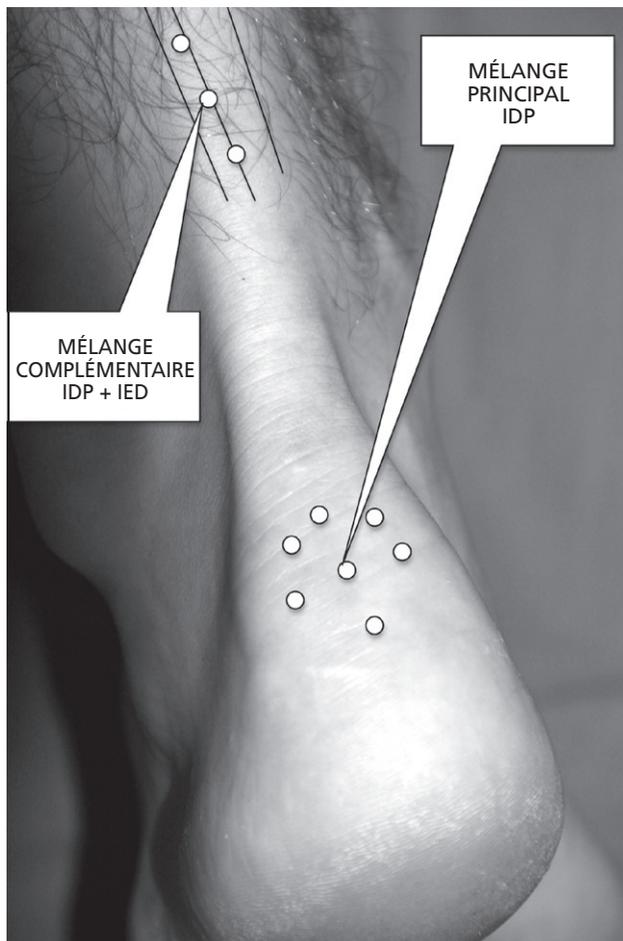


Figure 163.1
Tendinopathie calcanéenne d'insertion.

Fiche 164

Tendinopathie calcifiante du supraspinatus

Mots clés

Tendinopathie calcifiante – Conflit sous-acromial – Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Inflammation (associée à une calcification) ou secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif associé à une calcification portant sur une partie du tendon.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle antéro-supérieur de l'épaule.

Douleur à la pression digitale du tendon en regard du trochiter.

Test isométrique : abduction contrariée du membre supérieur à 30°.

Test passif assisté : douleur exagérée à l'adduction-rétropulsion (main-dos).

Examens complémentaires

Radiographies standard montrant la calcification homogène uni- ou polylobée.

Échographie.

Traitement mésothérapique (figure 164.1)

Technique

Point par point (IDP).

Mélange : phases 1 et 2

En IDP :

	Composé	Dosage
Mélange : phase 1	Lidocaïne 2 %	2 cc
Mélange : phase 2	Chélateur calcique	2 cc

Zones d'application

Mélange phase 1, puis 4 minutes après mélange phase 2, en regard de la calcification.

Rythme

J1, J8, J15, J30, J45, J60.

Traitement complémentaire

Rééducation.

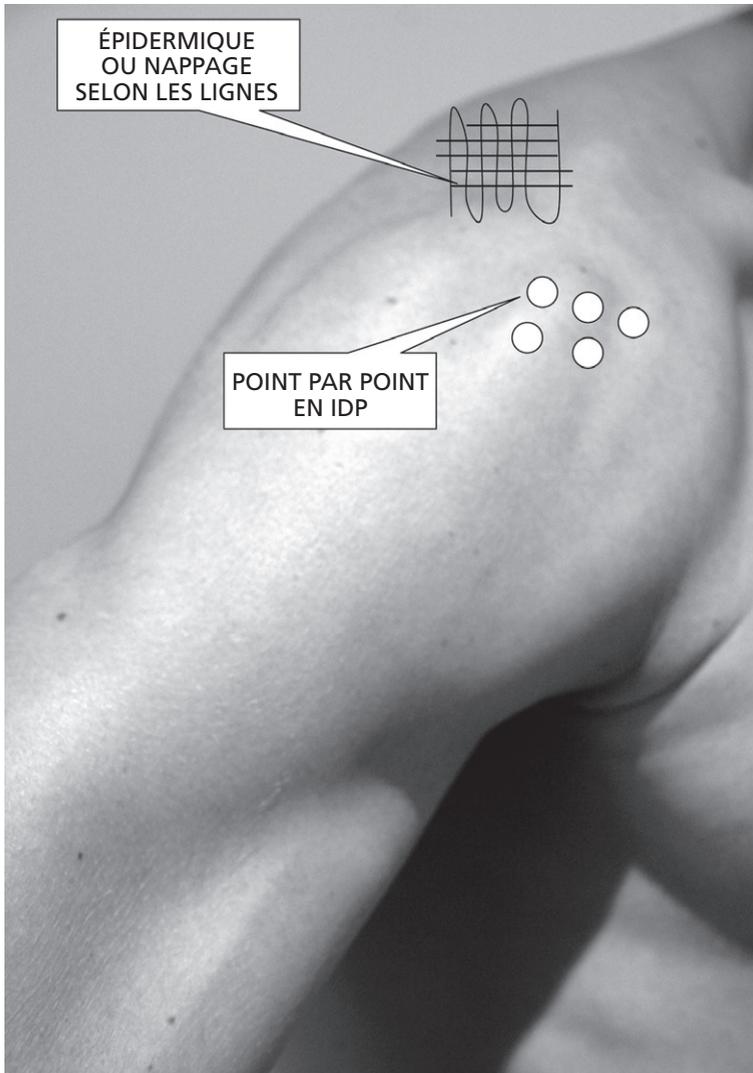


Figure 164.1
Tendinite du sus-épineux.

Fiche 165

Tendinopathie du court fibulaire en phase aiguë (court péronier latéral)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie

Définition

Inflammation de l'insertion du tendon court fibulaire en regard de l'apophyse styloïde du V^e métatarsien secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion du tendon du court fibulaire (excès d'entraînement, troubles de la statique plantaire).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face externe du pied.

Douleur à la pression digitale de l'apophyse du V^e métatarsien.

Douleur en éversion contre résistance.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 165.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon à la face externe du pied et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

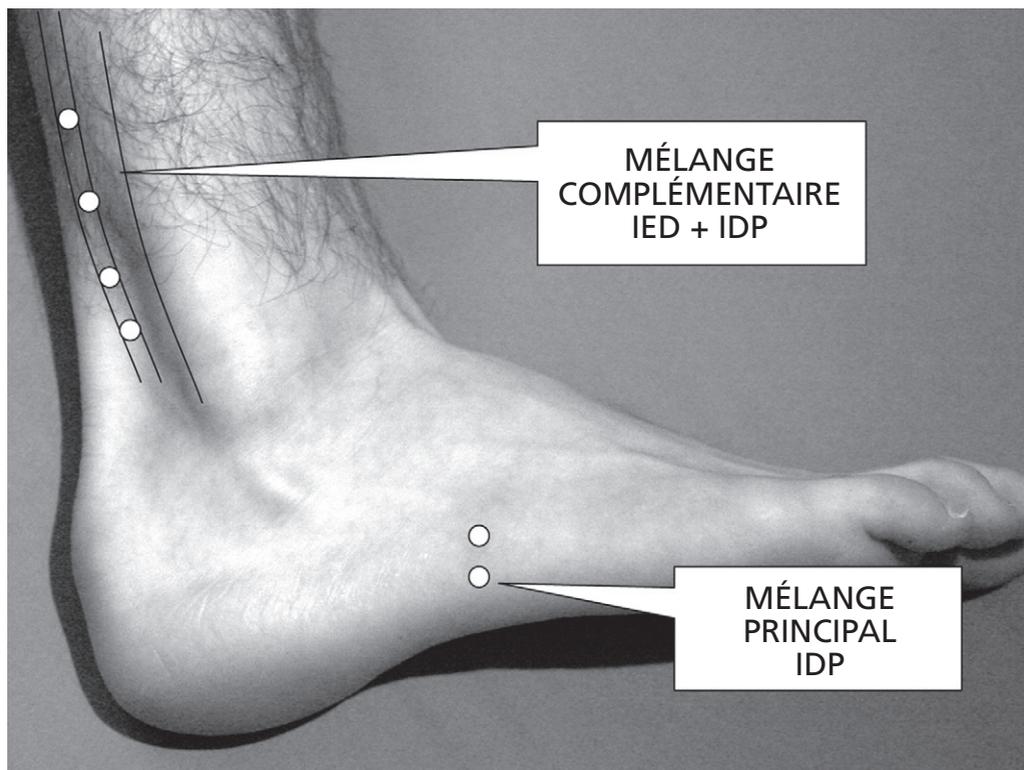


Figure 165.1
Tendinopathie du court fibulaire en phase aiguë (court péronier latéral).

Fiche 166

Tendinopathie du court fibulaire en phase chronique (court péronier latéral)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie

Définition

Inflammation de l'insertion du tendon court fibulaire en regard de l'apophyse styloïde du V^e métatarsien secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent, datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion du tendon du court fibulaire (excès d'entraînement, troubles de la statique plantaire).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face externe du pied.

Douleur à la pression digitale de l'apophyse du V^e métatarsien.

Douleur en éversion contre résistance.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 166.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaine 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon à la face externe du pied et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

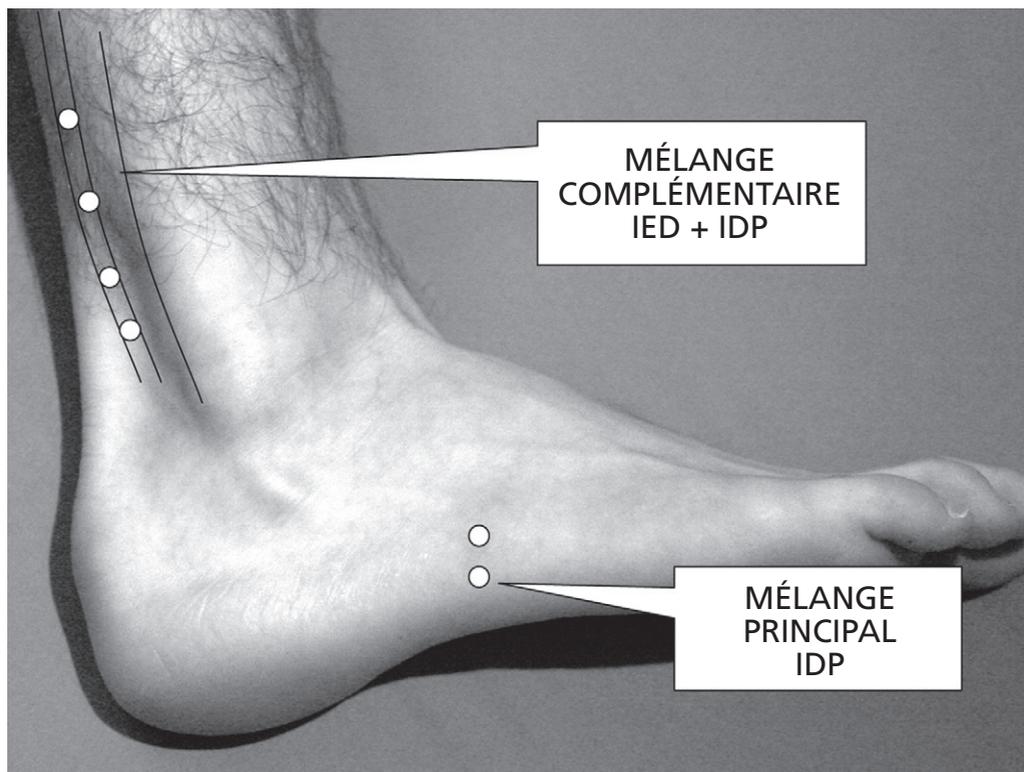


Figure 166.1
Tendinopathie du court fibulaire en phase chronique (court péronier latéral).

Fiche 167

Tendinopathie des extenseurs des doigts en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Ligamentite – Tendinite

Définition

Inflammation des gaines et des tendons extenseurs correspondant des doigts à la face externe du poignet secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons extenseurs et les gaines synoviales correspondantes.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face dorsale du poignet avec irradiation à l'avant-bras.

Douleur à la pression digitale des tendons provoquée par des mobilisations actives et passives du poignet.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 167.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des tendons et mélange complémentaire en regard des corps musculaires correspondants à l'avant-bras.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation selon l'évolution.

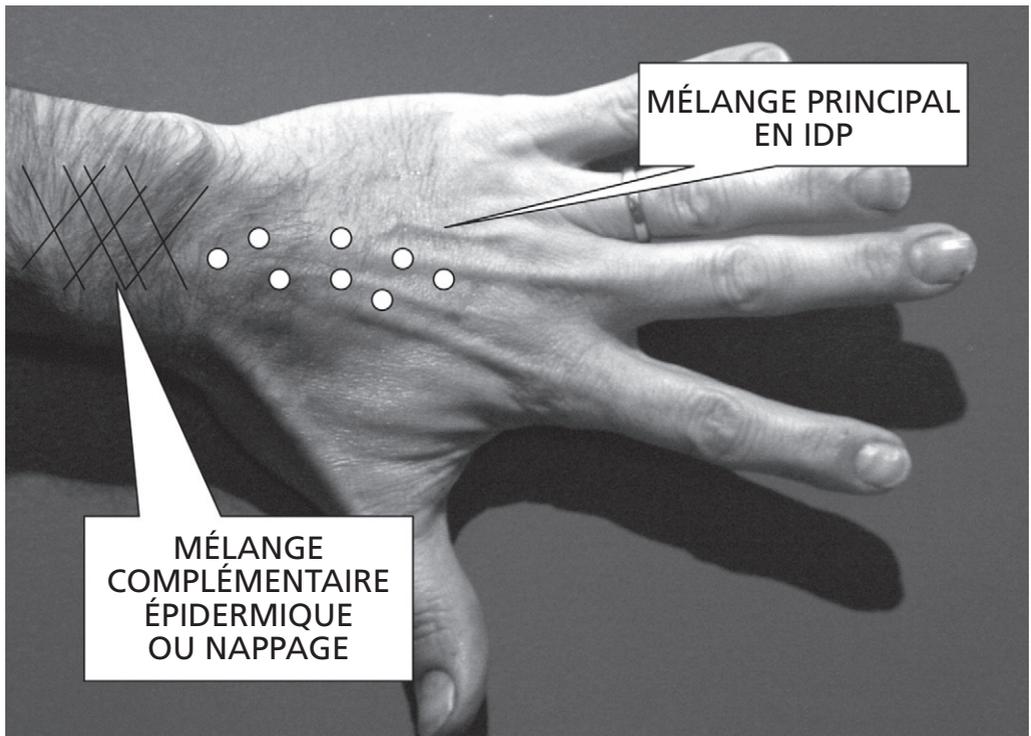


Figure 167.1
Tendinopathie des extenseurs des doigts.

Fiche 168

Tendinopathie des extenseurs des doigts en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Ligamentite – Tendinite

Définition

Inflammation des gaines et des tendons extenseurs correspondant des doigts à la face externe du poignet secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons extenseurs et les gaines synoviales correspondantes.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face dorsale du poignet avec irradiation à l'avant-bras.

Douleur à la pression digitale des tendons provoquée par des mobilisations actives et passives du poignet.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 168.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaine 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des tendons et mélange complémentaire en regard des corps musculaires correspondants à l'avant-bras.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

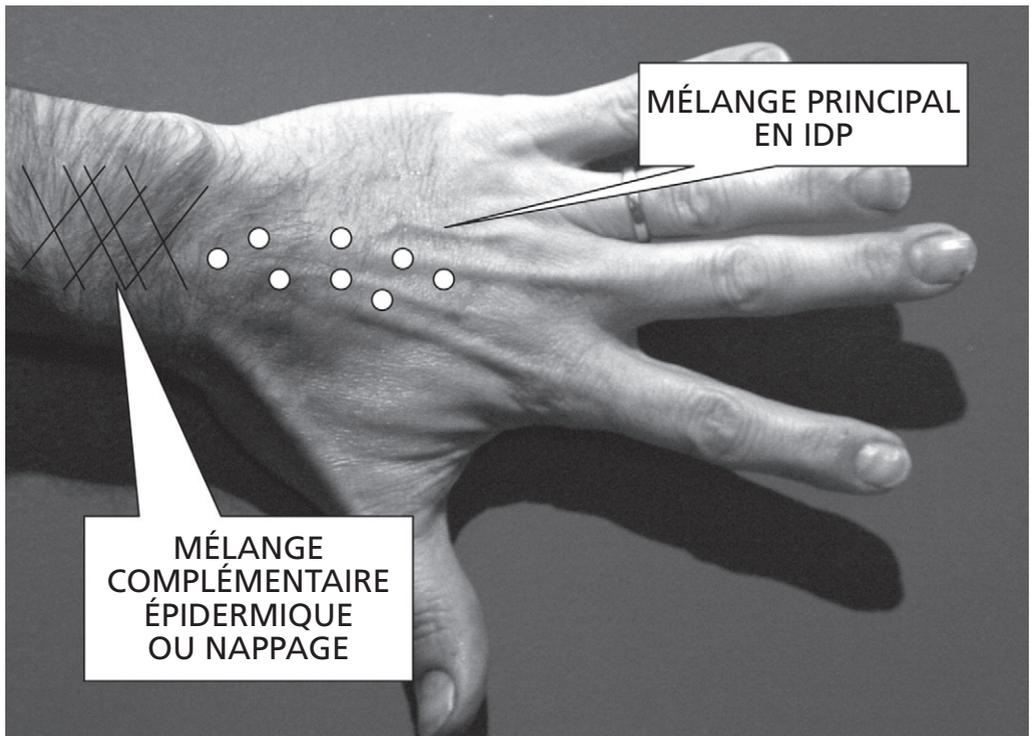


Figure 168.1
Tendinopathie des extenseurs des doigts.

Fiche 169

Tendinopathie des fléchisseurs du poignet (grand et petit palmaires) en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Ligamentite – Tendinite

Définition

Inflammation des tendons fléchisseurs à la face ventrale du poignet secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons fléchisseurs et les gaines synoviales correspondantes.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antérieure du poignet avec irradiation à la main et à la face antérieure de l'avant-bras.

Douleur à la pression digitale des tendons à la face antérieure du poignet, exagérée par une flexion résistée de la main sur l'avant-bras.

Test passif assisté : douleur exagérée par l'extension passive du poignet sur l'avant-bras.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 169.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire à l'avant-bras.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation selon l'évolution.

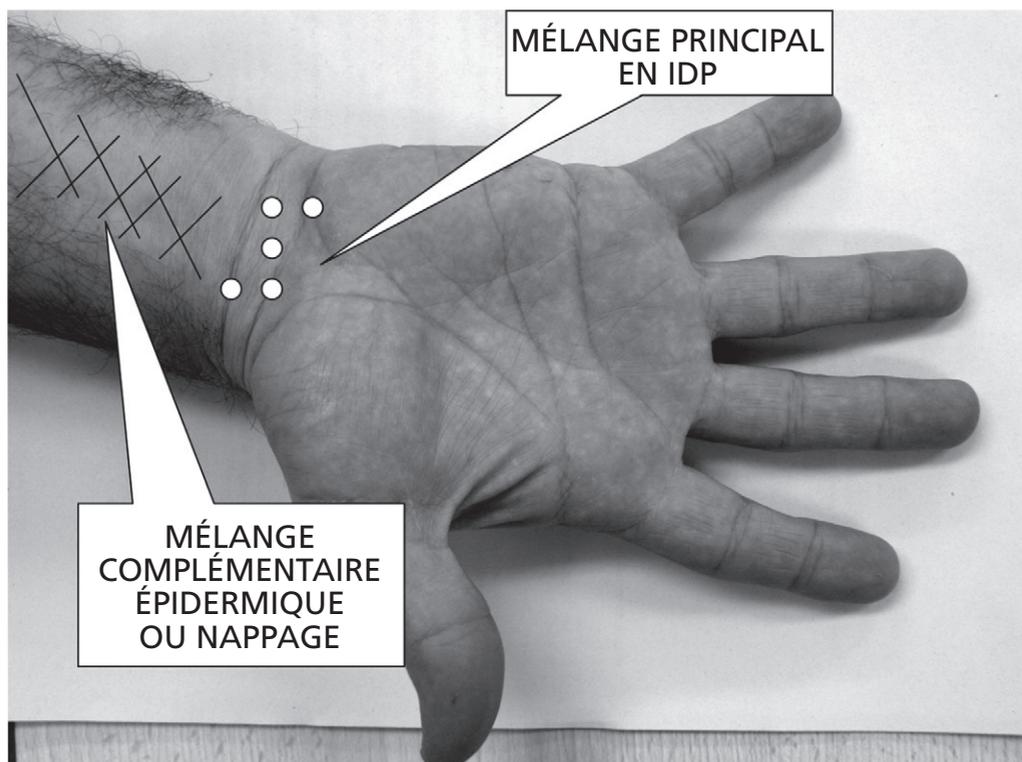


Figure 169.1
Tendinopathie des fléchisseurs du poignet.

Fiche 170

Tendinopathie des fléchisseurs du poignet (grand et petit palmaires) en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Ligamentite – Tendinite

Définition

Inflammation des tendons fléchisseurs à la face ventrale du poignet secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons fléchisseurs et les gaines synoviales correspondantes.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antérieure du poignet avec irradiation à la main et à la face antérieure de l'avant-bras.

Douleur à la pression digitale des tendons à la face antérieure du poignet, exagérée par une flexion résistée de la main sur l'avant-bras.

Test passif assisté : douleur exagérée par l'extension passive du poignet sur l'avant-bras.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 170.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire à l'avant-bras.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

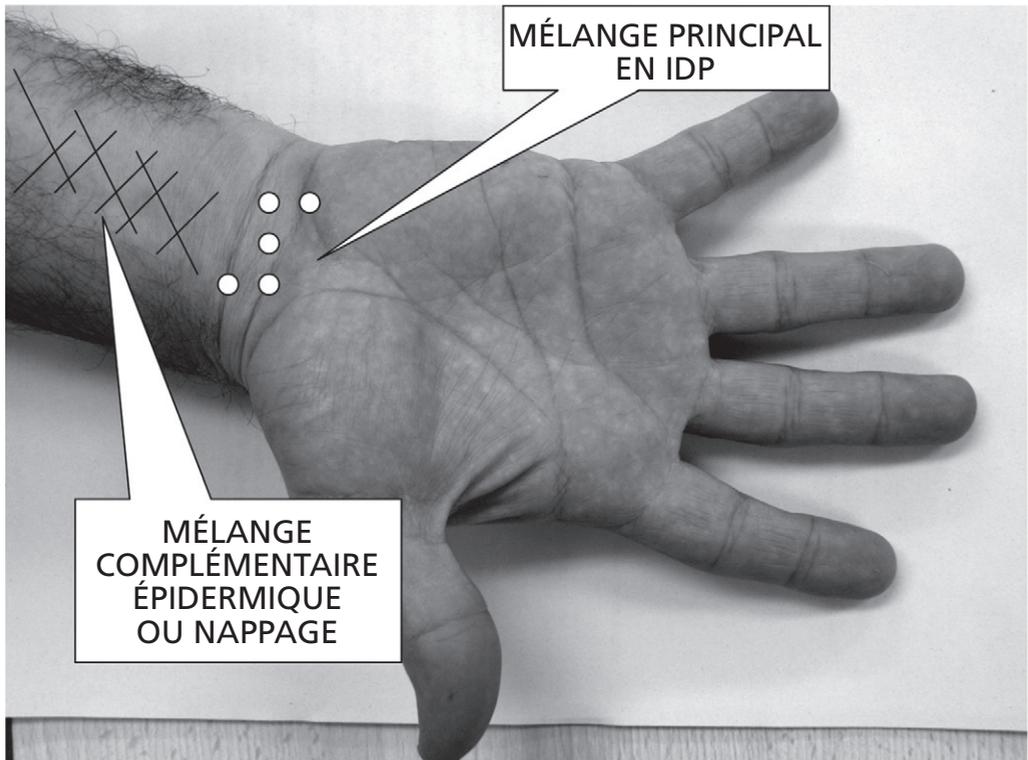


Figure 170.1
Tendinopathie des fléchisseurs du poignet.

Fiche 171

Tendinopathie du grand fessier en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure

Définition

Inflammation du tendon du grand fessier à la face postérieure de la hanche secondaire à des micro-traumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon et le corps musculaire du grand fessier.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure de la hanche.

Douleur à la pression digitale en regard du tendon du grand fessier sur l'épine iliaque postéro-supérieure entre la sacro-iliaque et le ligament ilio-lombaire, douleur exagérée par un test résisté : extension contrariée de la cuisse, sujet en décubitus ventral.

Traitement mésothérapique (figure 171.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire à la face postérieure de la hanche.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation selon l'évolution.

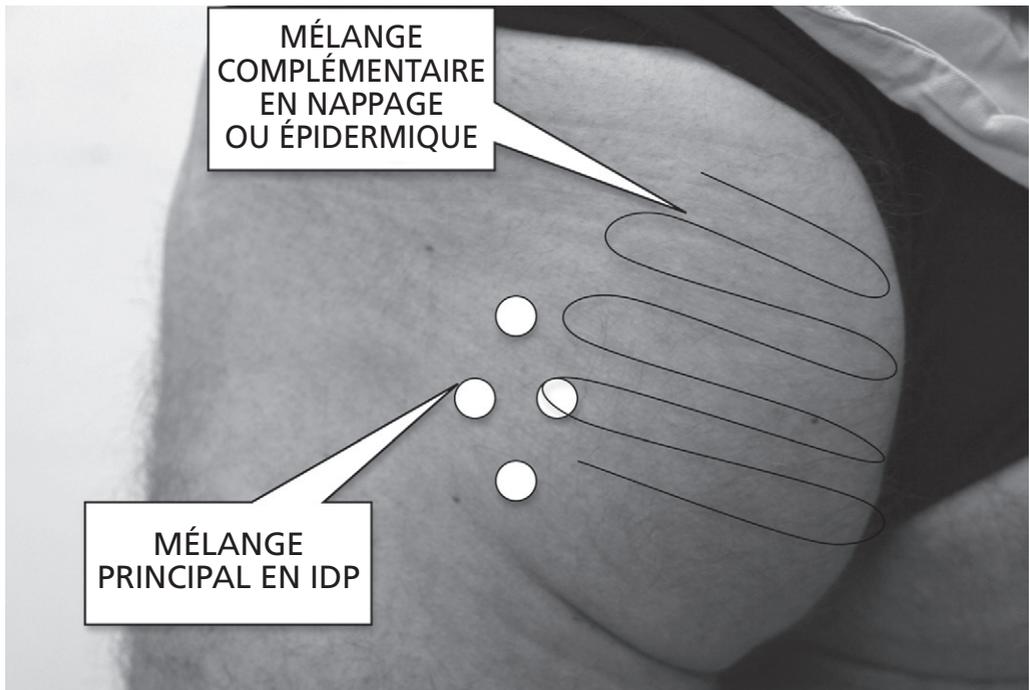


Figure 171.1
Tendinite du grand fessier.

Fiche 172

Tendinopathie du grand fessier en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure

Définition

Inflammation du tendon du grand fessier à la face postérieure de la hanche secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon et le corps musculaire du grand fessier.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure de la hanche.

Douleur à la pression digitale en regard du tendon du grand fessier sur l'épine iliaque postéro-supérieure entre la sacro-iliaque et le ligament ilio-lombaire, douleur exagérée par un test résisté : extension contrariée de la cuisse, sujet en décubitus ventral.

Traitement mésothérapique (figure 172.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire à la face postérieure de la hanche.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation.

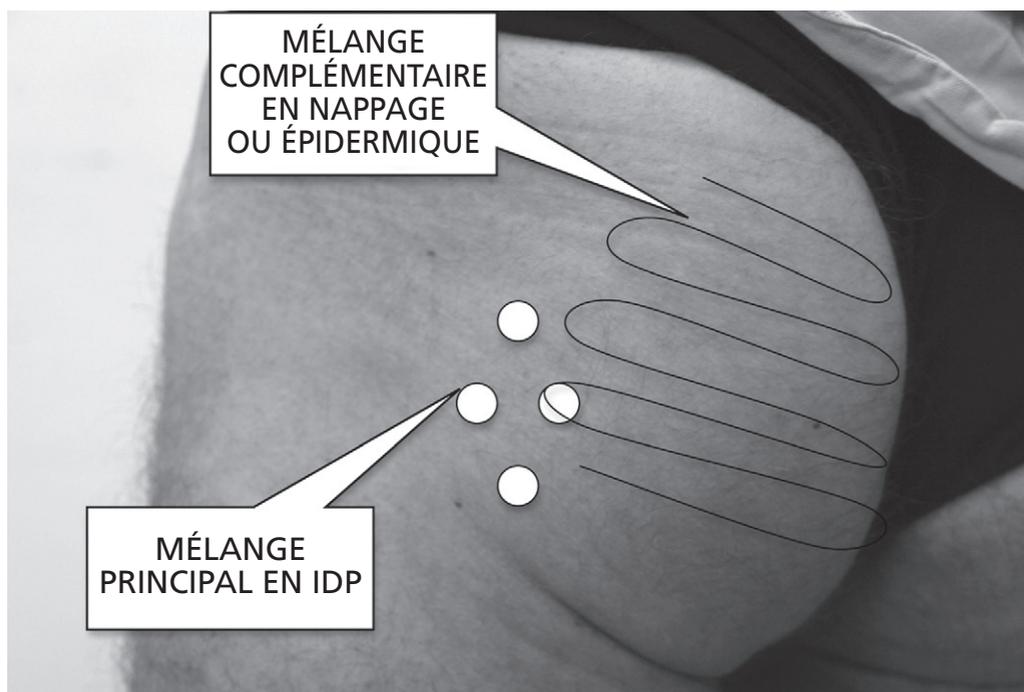


Figure 172.1
Tendinite du grand fessier.

Fiche 173

Tendinopathie de l'infraspinatus en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinopathie calcifiante – Conflit sous-acromial – Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Inflammation secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur une partie ou la totalité du tendon.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle postéro-supérieur de l'épaule.

Douleur à la pression digitale du tendon au sommet du sillon dorso-brachial.

Test isométrique : coude au corps, abduction-rotation externe résistée.

Test passif assisté : main-épaule opposée.

Examens complémentaires

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.

Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.

IRM, arthroscanner.

Traitement mésothérapique (figure 173.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 2 cc
Étamsylate	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

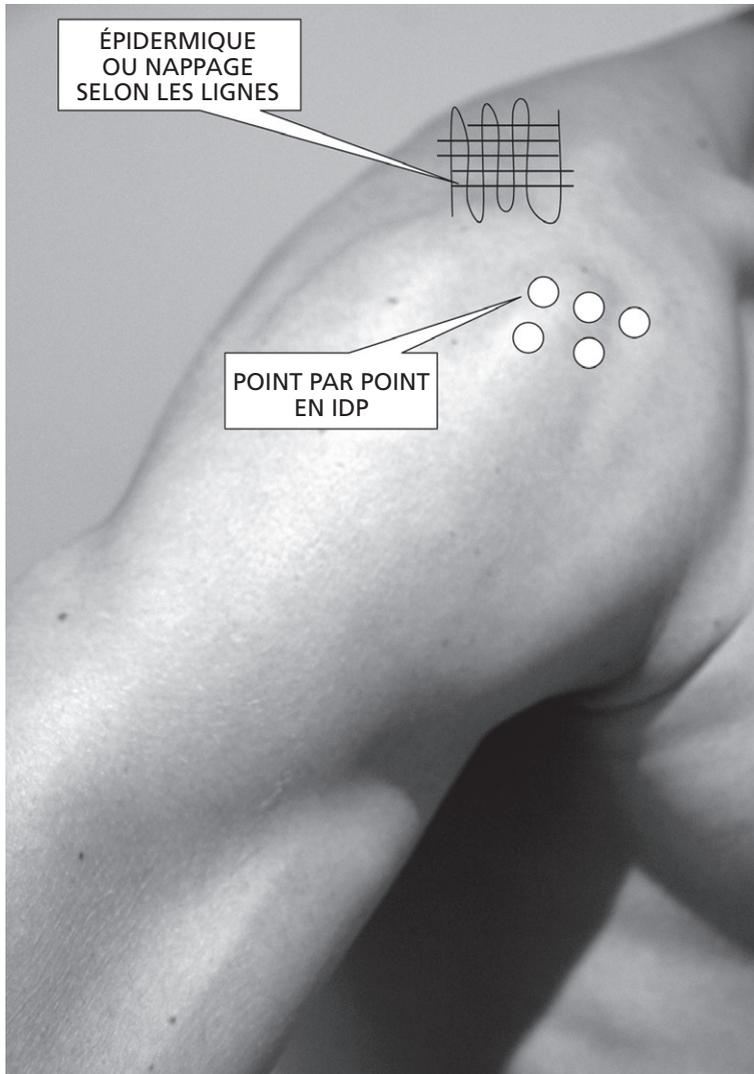


Figure 173.1
Tendinite du sous-épineux.

Fiche 174

Tendinopathie de l'infraspinatus en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinopathie calcifiante – Conflit sous-acromial – Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Inflammation secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur une partie ou la totalité du tendon.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle postéro-supérieur de l'épaule.

Douleur à la pression digitale du tendon au sommet du sillon dorso-brachial.

Test isométrique : coude au corps, abduction-rotation externe résistée.

Test passif assisté : main-épaule opposée.

Examens complémentaires

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.

Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.

IRM, arthroscanner.

Traitement mésothérapique (figure 174.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaine 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

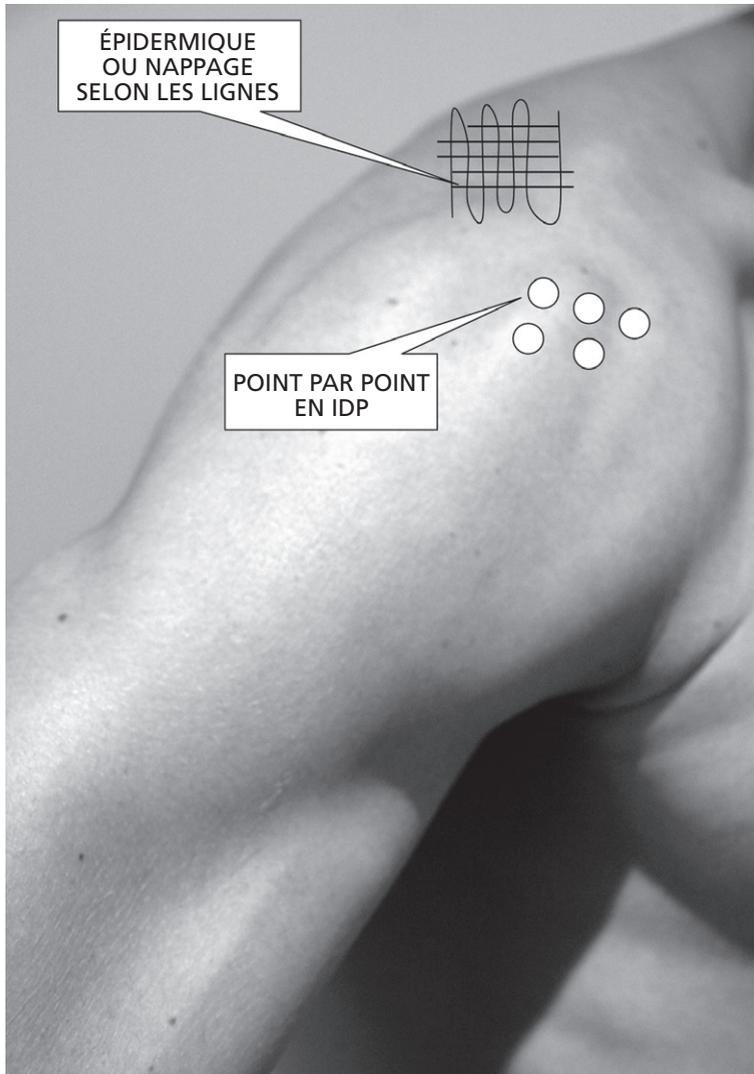


Figure 174.1
Tendinite du sous-épineux.

Fiche 175

Tendinopathie ischio-jambier (insertion haute) en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure

Définition

Inflammation des tendons des ischio-jambiers sur la tubérosité ischiatique secondaire à des micro-traumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons (insertion haute) et les corps musculaires des ischio-jambiers.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure de la hanche et postéro-supérieure de la cuisse.

Douleur provoquée par la flexion antérieure de la cuisse, patient en décubitus dorsal.

Examens complémentaires

Échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 175.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 3 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion des tendons et mélange complémentaire en regard des corps musculaires à la face postérieure de la fesse et de la cuisse.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation selon l'évolution.

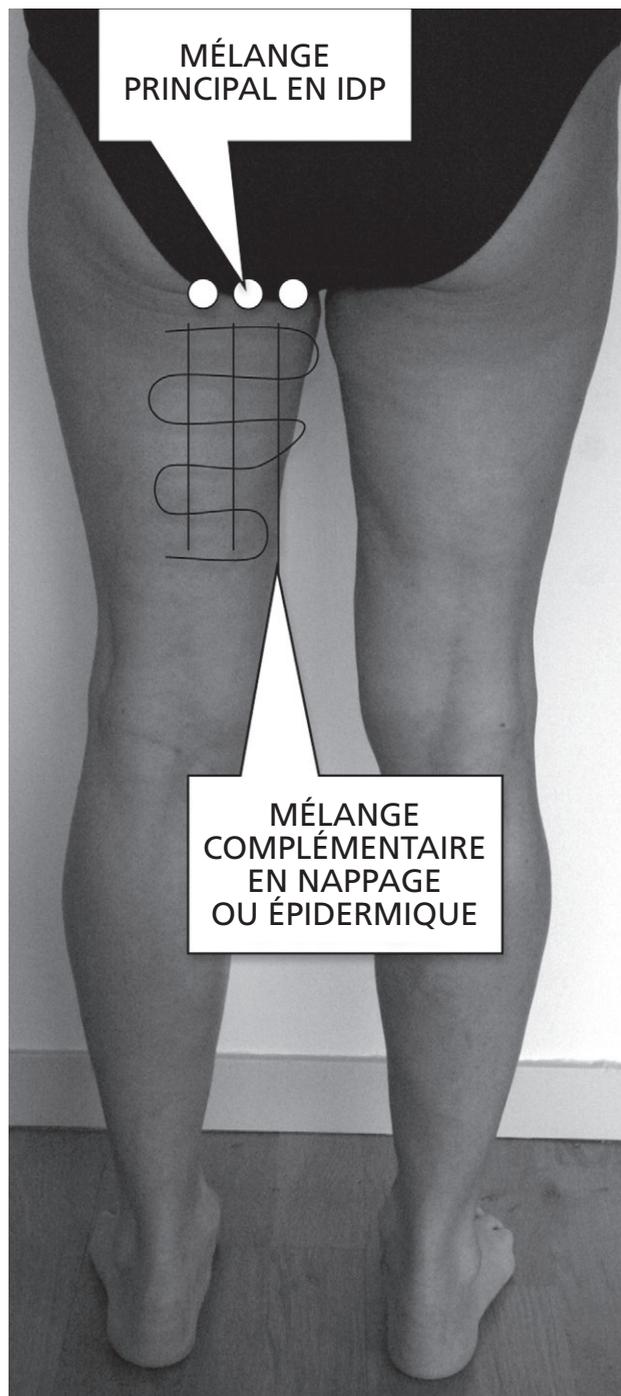


Figure 175.1
Tendinite ischio-jambier – insertion haute.

Fiche 176

Tendinopathie ischio-jambier (insertion haute) en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure

Définition

Inflammation des tendons des ischio-jambiers sur la tubérosité ischiatique secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons (insertion haute) et les corps musculaires des ischio-jambiers.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postérieure de la hanche et postéro-supérieure de la cuisse.

Douleur provoquée par la flexion antérieure de la cuisse, patient en décubitus dorsal.

Examens complémentaires

Échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 176.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaine 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion des tendons et mélange complémentaire en regard des corps musculaires à la face postérieure de la fesse et de la cuisse.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation selon l'évolution.

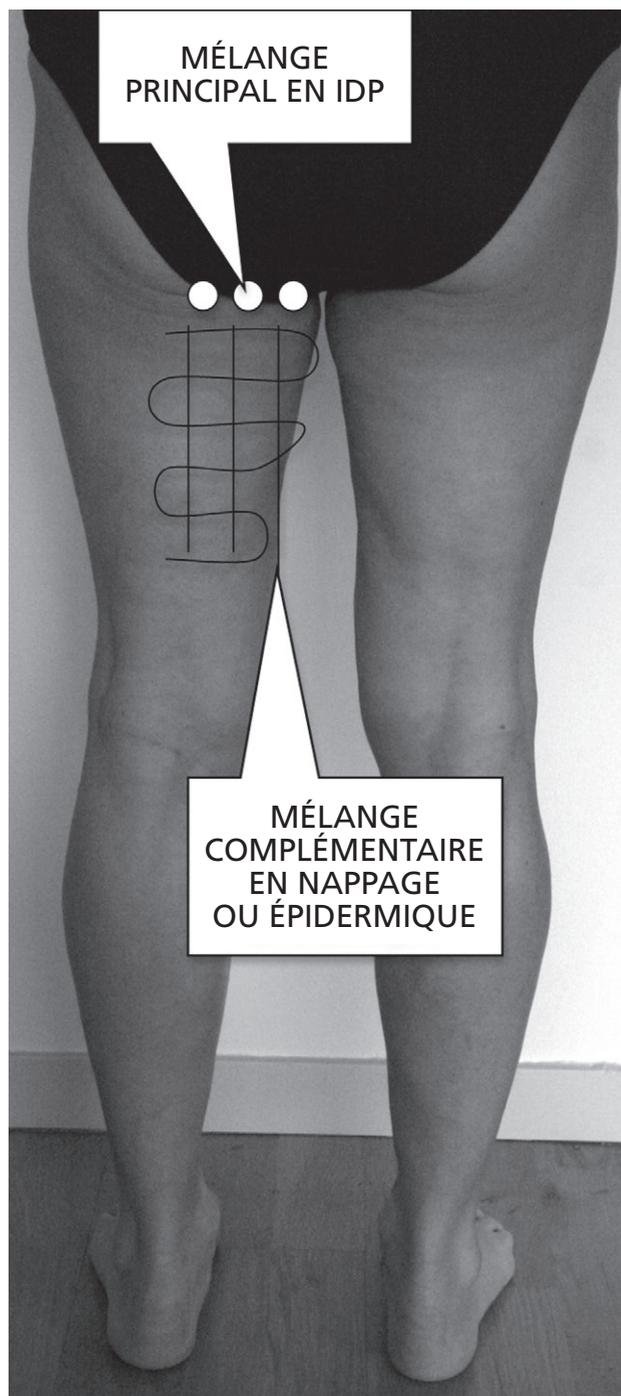


Figure 176.1
Tendinite ischio-jambier – insertion haute.

Fiche 177

Tendinopathie du long fibulaire en phase aiguë (long péronier latéral)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie

Définition

Inflammation de la gaine du tendon du long fibulaire en arrière et en dessous de la malléole externe secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur la gaine du long fibulaire avec œdème péri-tendineux (excès d'entraînement, séquelle d'entorse talo-crurale externe, chaussage inadapté).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face externe de la cheville.

Douleur à la pression digitale en arrière et sous la malléole externe avec œdème.

Douleur à l'étirement du long fibulaire en flexion plantaire et adduction.

Examen complémentaire

Échographie.

Traitement mésothérapique (figure 177.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Étamsylate	2 cc
Piroxicam	1 cc
Lidocaïne 1 %	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 2 cc

Zones d'application

Mélange principal en rétro- et sous-malléolaire externe et mélange complémentaire en regard du corps musculaire sur la face antéro-externe de la jambe.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

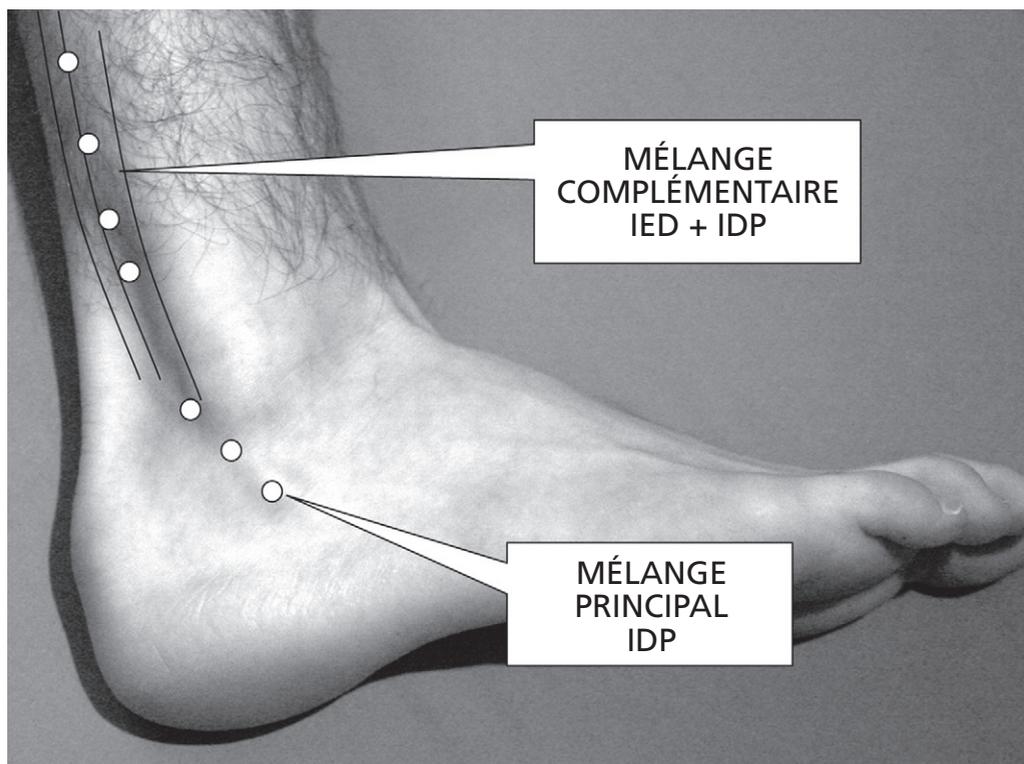


Figure 177.1
Tendinopathie du long fibulaire en phase aiguë (long péronier latéral).

Fiche 178

Tendinopathie du long fibulaire en phase chronique (long péronier latéral)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie

Définition

Inflammation de la gaine du tendon du long fibulaire en arrière et en dessous de la malléole externe secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent, datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur la gaine du long fibulaire avec œdème péri-tendineux (excès d'entraînement, séquelle d'entorse talo-crurale externe, chaussage inadapté).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face externe de la cheville.

Douleur à la pression digitale en arrière et sous la malléole externe avec œdème.

Douleur à l'étirement du long fibulaire en flexion plantaire et adduction.

Examen complémentaire

Échographie.

Traitement mésothérapique (figure 178.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en rétro- et sous-malléolaire externe et mélange complémentaire en regard du corps musculaire sur la face antéro-externe de la jambe.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

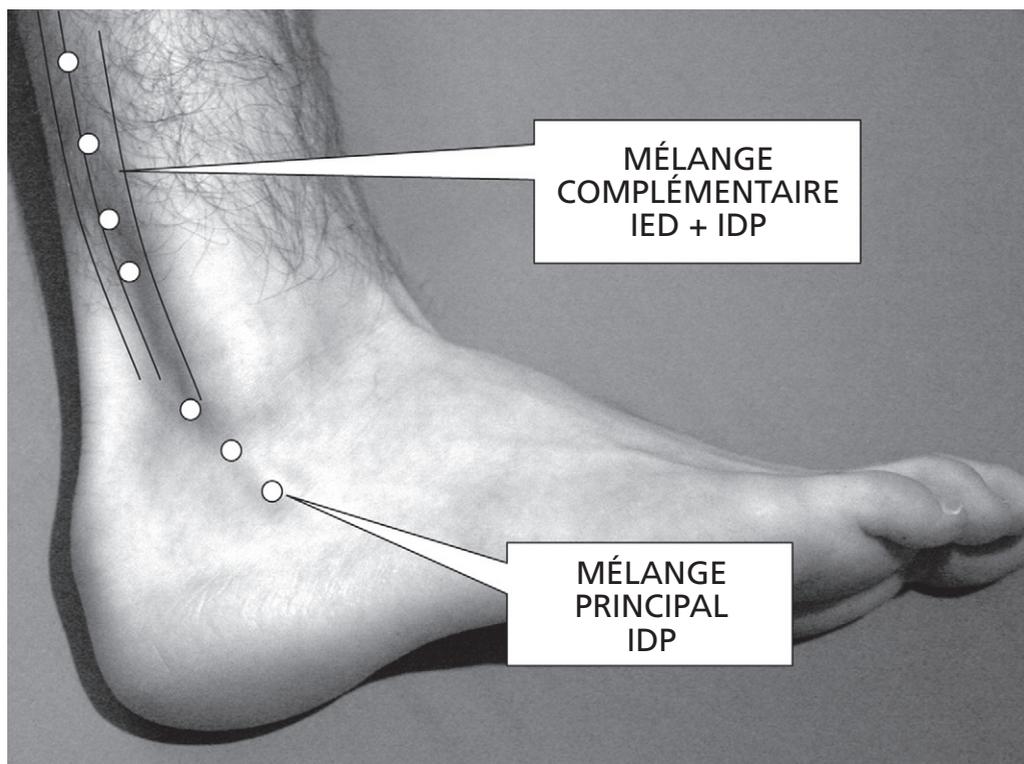


Figure 178.1

Tendinopathie du long fibulaire en phase chronique (long péronier latéral).

Fiche 179

Tendinopathie du moyen fessier en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure

Définition

Inflammation du tendon du moyen fessier à la face externe de la hanche secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon et le corps musculaire du moyen fessier.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face externe de la hanche.

Douleur à la pression digitale en regard du tendon du moyen fessier à la face externe du grand trochanter, douleur exagérée par un test résisté en abduction.

Examens complémentaires

Échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 179.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 3 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire à la face externe de la hanche.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation selon l'évolution.

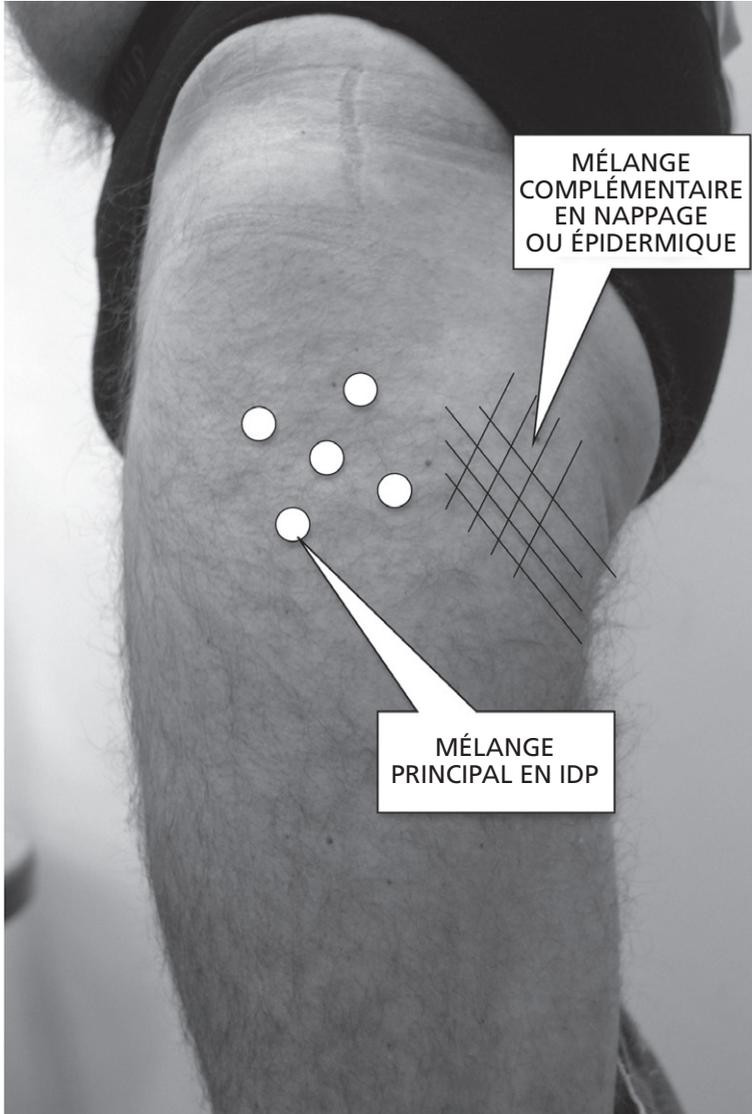


Figure 179.1
Tendinite du moyen fessier.

Fiche 180

Tendinopathie du moyen fessier en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure

Définition

Inflammation du tendon du moyen fessier à la face externe de la hanche secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon et le corps musculaire du moyen fessier.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face externe de la hanche.

Douleur à la pression digitale en regard du tendon du moyen fessier à la face externe du grand trochanter, douleur exagérée par un test résisté en abduction.

Examens complémentaires

Échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 180.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire à la face externe de la hanche.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation.

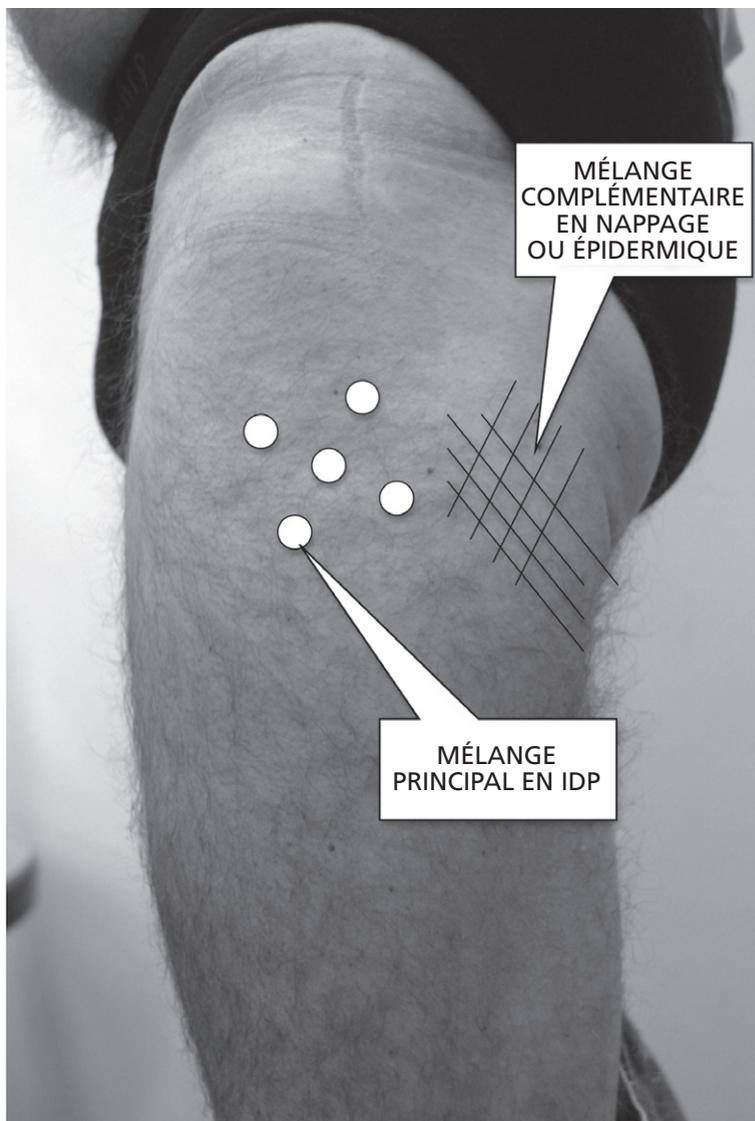


Figure 180.1
Tendinite du moyen fessier.

Fiche 181

Tendinopathie de la patte-d'oise en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Syndrome patte-d'oise

Définition

Inflammations des tendons du sartorius, du semi-membranosus et du semi-tendinosus en regard de la face interne de l'extrémité supérieure du tibia, deux travers de doigt sous l'interligne articulaire en dedans de la TTA, secondaires à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion des différents tendons de la patte-d'oise.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face inféro-interne du genou.

Douleur à la pression digitale en regard de l'insertion des différents tendons.

Douleur aux tests contre résistance : adduction ; flexion-rotation interne du genou fléchi à 90°.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 181.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des insertions des tendons et mélange complémentaire en regard des corps musculaires concernés.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

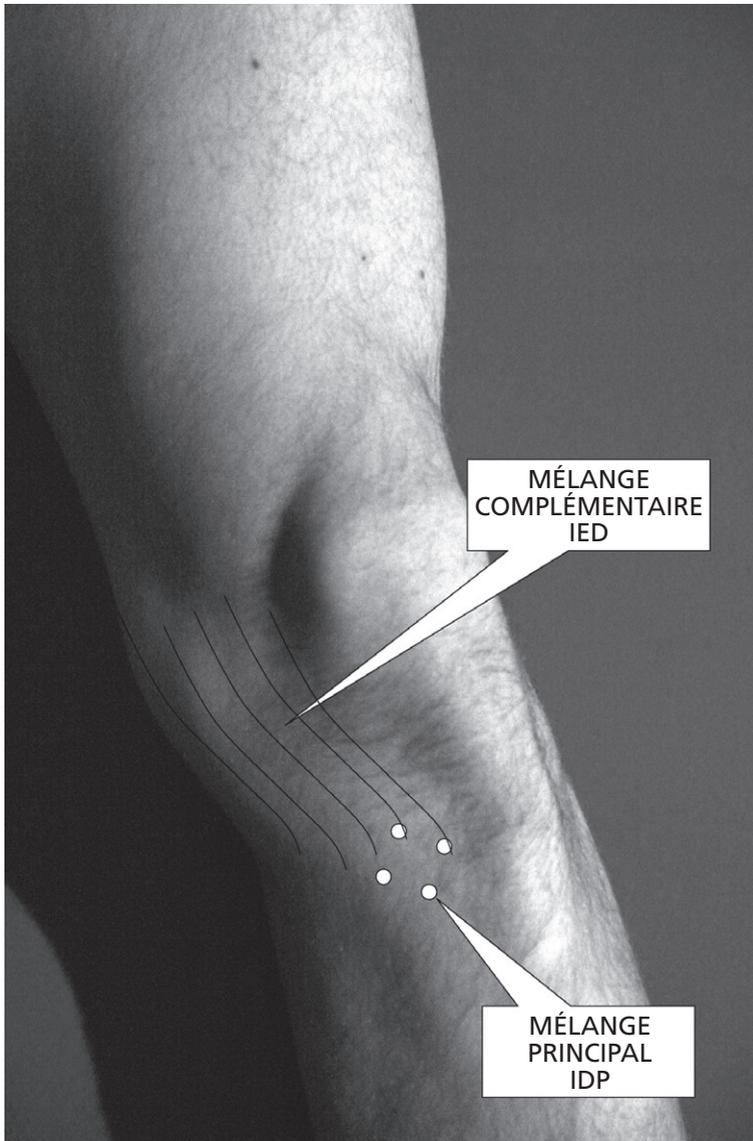


Figure 181.1
Tendinite de la patte-d'oise.

Fiche 182

Tendinopathie de la patte-d'oie en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Syndrome patte-d'oie

Définition

Inflammations des tendons du sartorius, du semi-membranosus et du semi-tendinosus en regard de la face interne de l'extrémité supérieure du tibia, deux travers de doigt sous l'interligne articulaire en dedans de la TTA, secondaires à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion des différents tendons de la patte-d'oie.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face inféro-interne du genou.

Douleur à la pression digitale en regard de l'insertion des différents tendons.

Douleur aux tests contre résistance : adduction ; flexion-rotation interne du genou fléchi à 90°.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 182.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des insertions des tendons et mélange complémentaire en regard des corps musculaires concernés.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

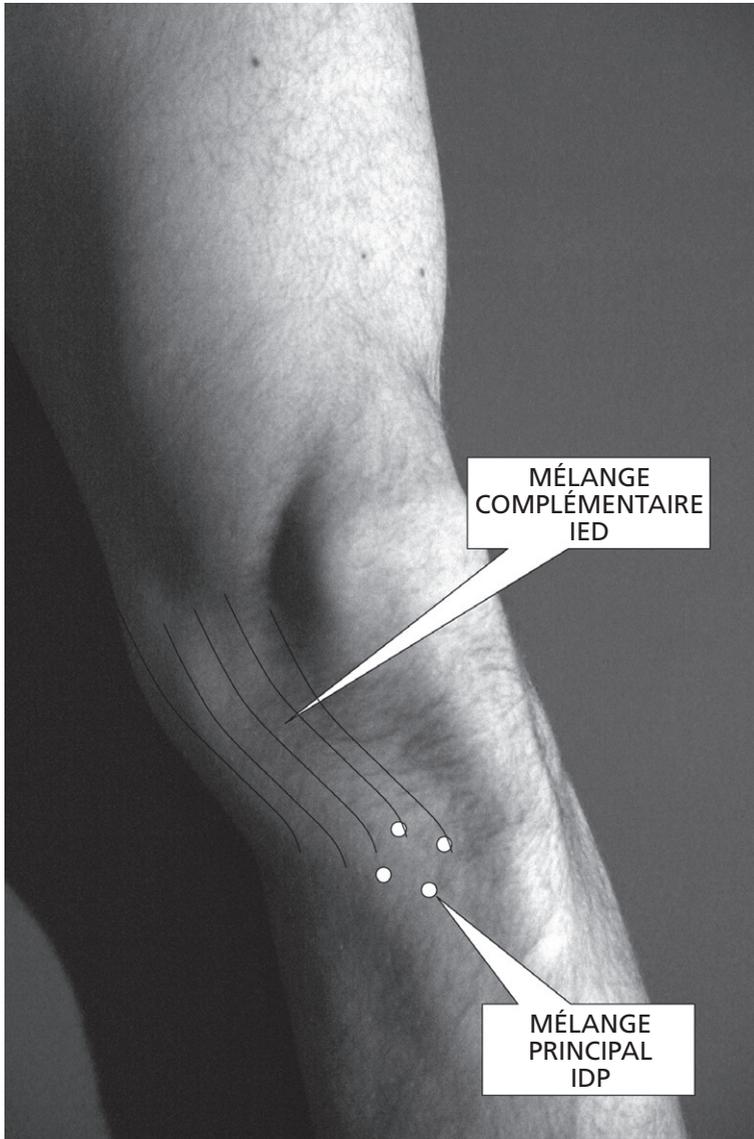


Figure 182.1
Tendinite de la patte-d'oie.

Fiche 183

Tendinopathie du popliteus en phase aiguë

Mots clés

Tendinite – Ligamentite – Gonalgie

Définition

Inflammation du tendon poplité en regard du compartiment postéro-externe du genou, secondaire à des microtraumatismes répétés (course à pied).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon poplité consécutif à l'onde de choc du pied à la course.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postéro-externe du genou à la course.

Douleur à la pression digitale en regard de la fossette ovoïde du condyle fémoral.

Test du tabouret.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 183.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion sur le condyle fémoral et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation.

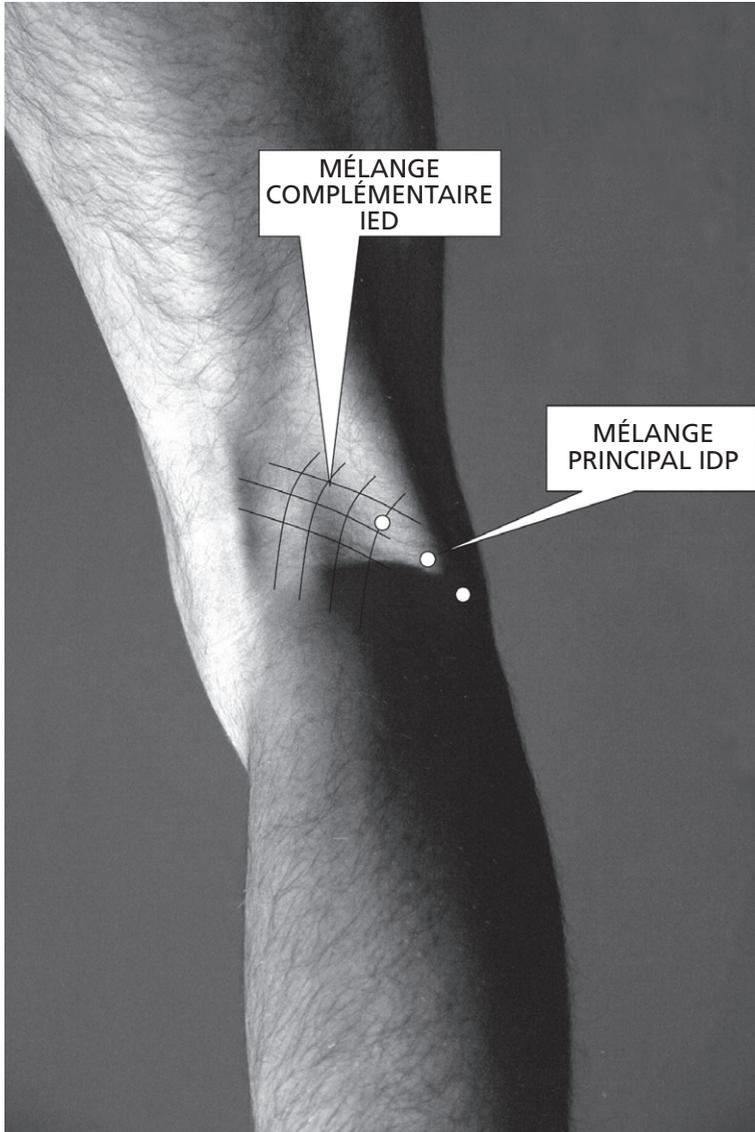


Figure 183.1
Tendinite du popliteus.

Fiche 184

Tendinopathie du popliteus en phase chronique

Mots clés

Tendinite – Ligamentite – Gonalgie

Définition

Inflammation du tendon poplité en regard du compartiment postéro-externe du genou, secondaire à des microtraumatismes répétés (course à pied) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon poplité consécutif à l'onde de choc du pied à la course.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face postéro-externe du genou à la course.

Douleur à la pression digitale en regard de la fossette ovoïde du condyle fémoral.

Test du tabouret.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie.

Traitement mésothérapique (figure 184.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion sur le condyle fémoral et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation.

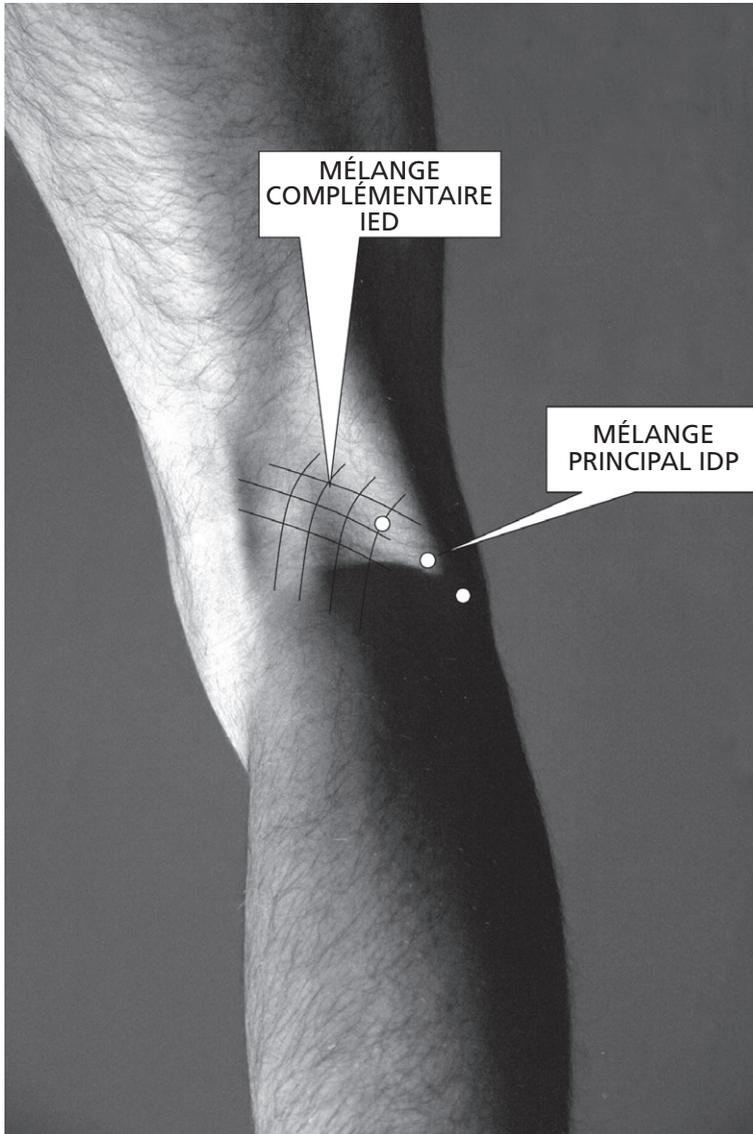


Figure 184.1
Tendinite du popliteus.

Fiche 185

Tendinopathie quadricipitale en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure

Définition

Inflammation du tendon quadricipital soit dans le corps du tendon, soit en regard du bord supérieur de la rotule secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon quadricipital et ses différentes zones d'insertion.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antéro-inférieure de la cuisse et en sus-rotulien.

Douleur à la pression digitale en regard du tendon ou de ses insertions.

Douleur à l'extension résistée de la jambe sur la cuisse, genou fléchi à 45°.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 185.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 3 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des insertions ou du corps du tendon et mélange complémentaire en regard du tiers inférieur du quadriceps.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation.

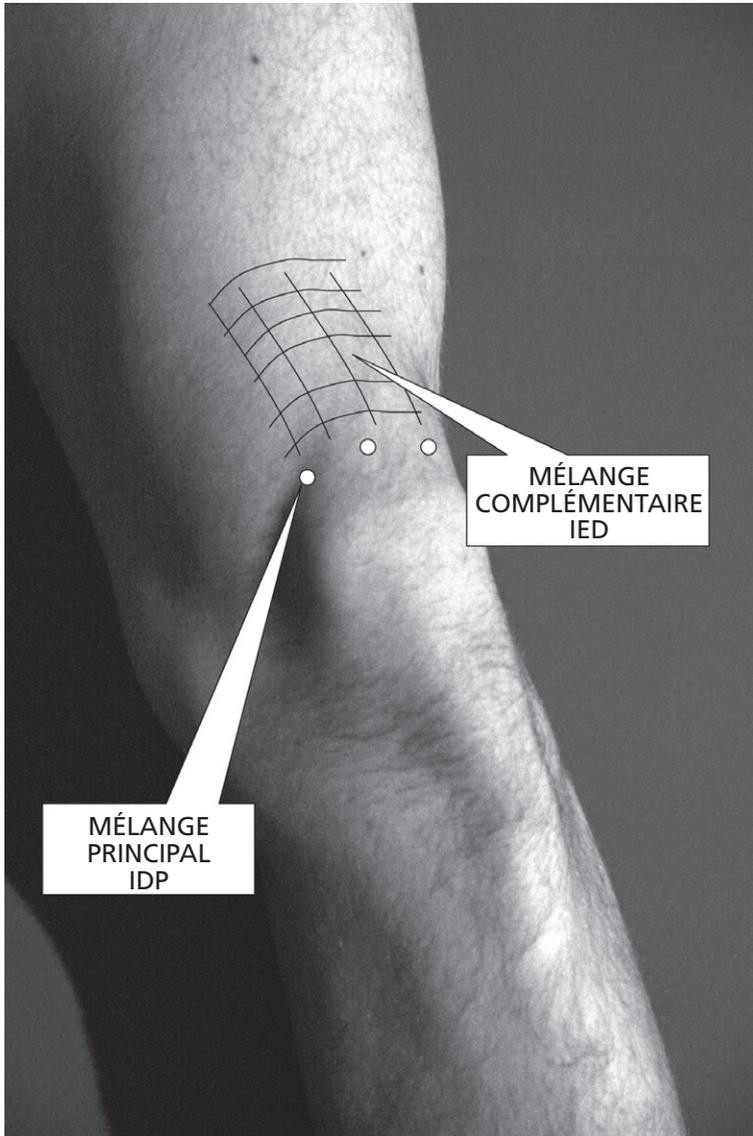


Figure 185.1
Tendinite quadricipitale.

Fiche 186

Tendinopathie quadricipitale en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure

Définition

Inflammation du tendon quadricipital soit dans le corps du tendon, soit en regard du bord supérieur de la rotule secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon quadricipital et ses différentes zones d'insertion.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antéro-inférieure de la cuisse et en sus-rotulien.

Douleur à la pression digitale en regard du tendon ou de ses insertions.

Douleur à l'extension résistée de la jambe sur la cuisse, genou fléchi à 45°.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 186.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des insertions ou du corps du tendon et mélange complémentaire en regard du tiers inférieur du quadriceps.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation.

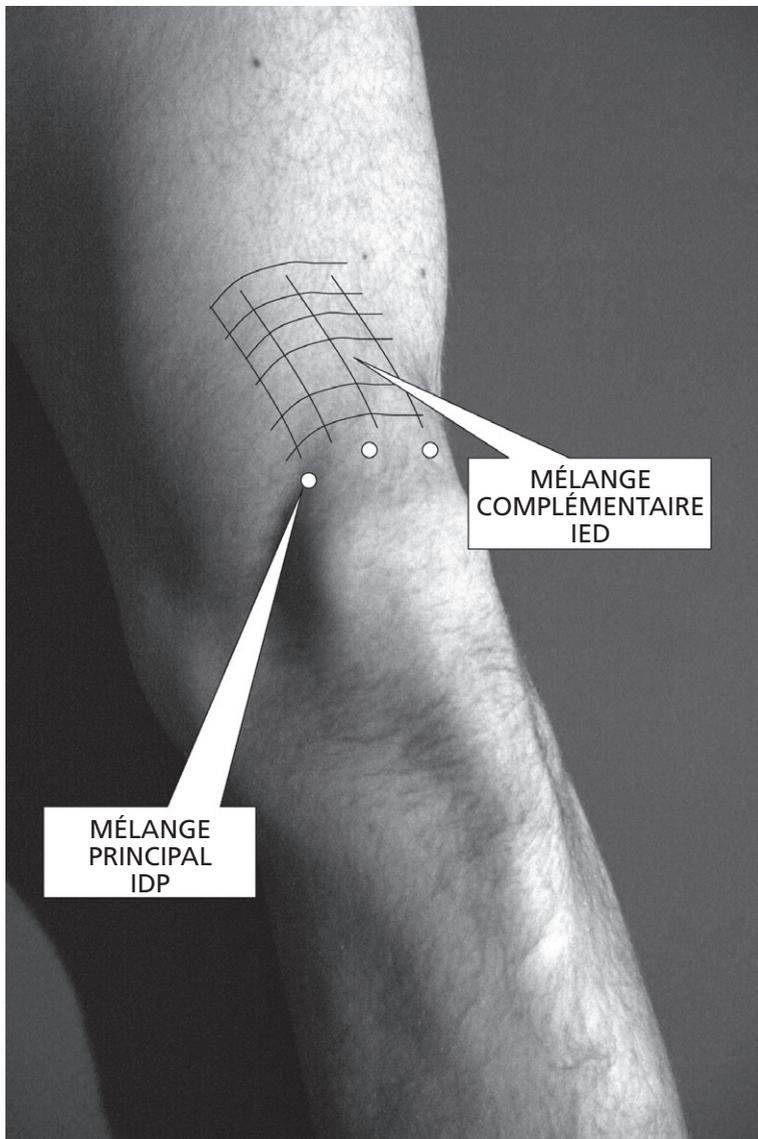


Figure 186.1
Tendinite quadricipitale.

Fiche 187

Tendinopathie du rectus femoris (droit antérieur) de la cuisse en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure – Rectus femoris

Définition

Inflammation du tendon du droit antérieur à la face antéro-externe de la cuisse secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon et le corps musculaire du droit antérieur de la cuisse.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antéro-externe de la cuisse.

Douleur résistée à la flexion antérieure de la cuisse.

Douleur à l'étirement de la cuisse en arrière.

Examens complémentaires

Échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 187.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 3 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire à la face antéro-externe de la cuisse.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation selon l'évolution.

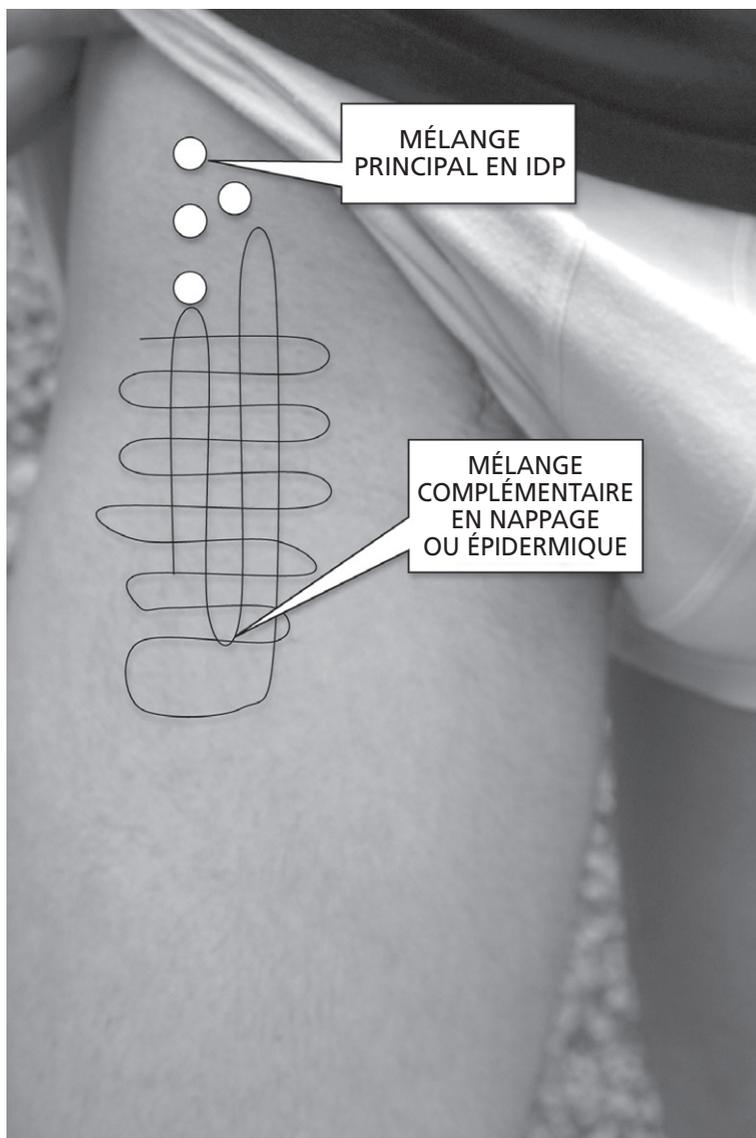


Figure 187.1
Tendinite du rectus femoris.

Fiche 188

Tendinopathie du rectus femoris (droit antérieur) de la cuisse en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure – Rectus femoris

Définition

Inflammation du tendon du droit antérieur à la face antéro-externe de la cuisse secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon et le corps musculaire du droit antérieur de la cuisse.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antéro-externe de la cuisse.

Douleur résistée à la flexion antérieure de la cuisse.

Douleur à l'étirement de la cuisse en arrière.

Examens complémentaires

Échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 188.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard de l'insertion du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire à la face antéro-externe de la cuisse.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation.

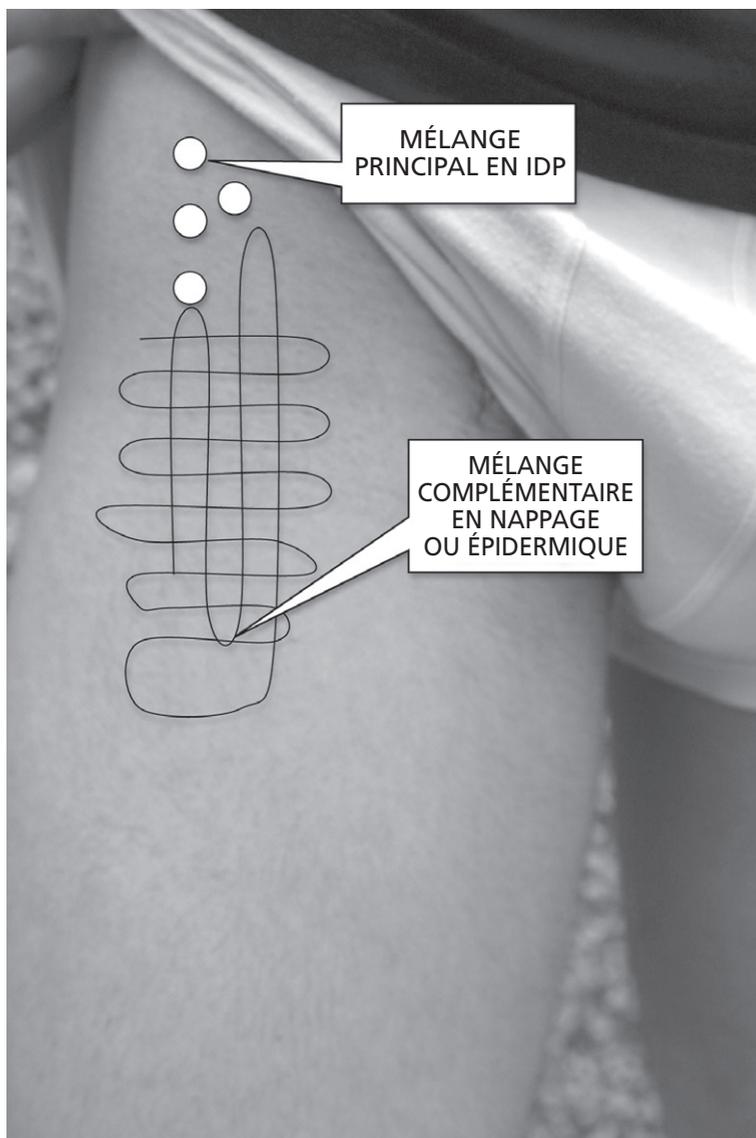


Figure 188.1
Tendinite du rectus femoris.

Fiche 189

Tendinopathie rotulienne en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure – Dysplasie

Définition

Inflammation du tendon rotulien en regard de la tubérosité tibiale antérieure et/ou du tiers moyen du tendon et/ou en regard de la pointe de rotule secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon rotulien et ses différentes zones d'insertion.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antérieure du genou.

Douleur à la pression digitale en regard du tendon ou de ses insertions.

Douleur à l'extension résistée de la jambe sur la cuisse, sujet assis ou en décubitus dorsal.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 189.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 3 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des insertions ou du corps du tendon et mélange complémentaire en regard de la face antérieure du genou.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation.

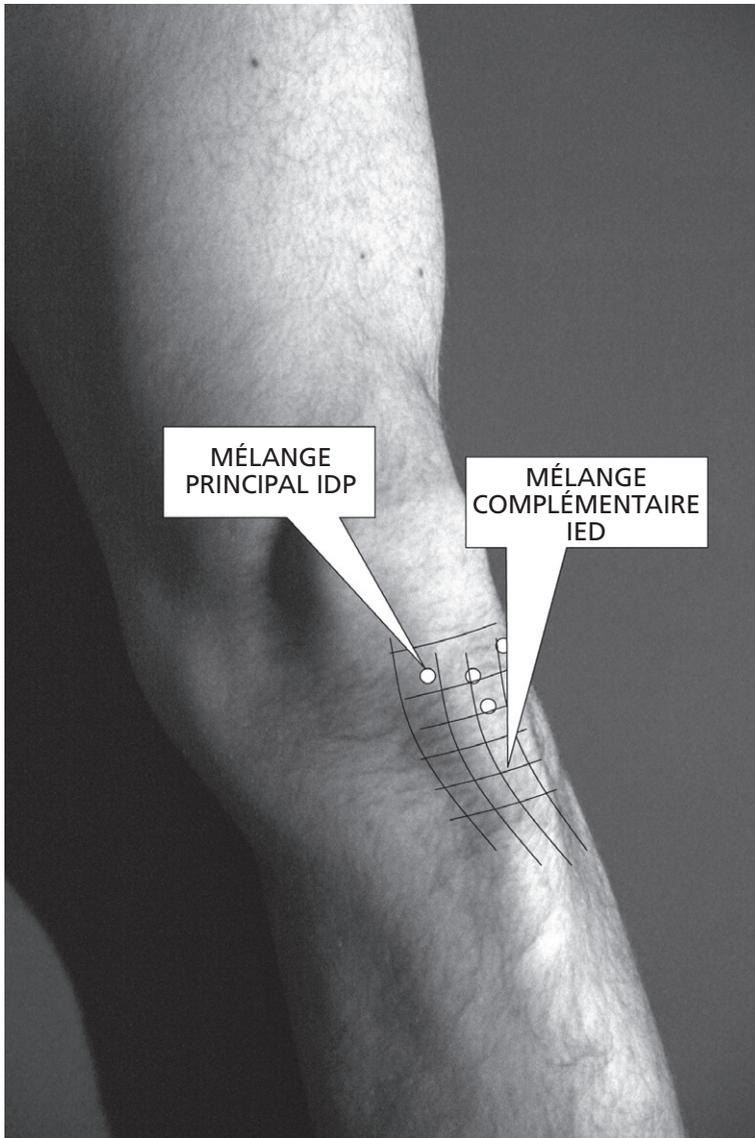


Figure 189.1
Tendinite rotulienne.

Fiche 190

Tendinopathie rotulienne en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinite – Ligamentite – Contracture – Élongation – Déchirure – Dysplasie

Définition

Inflammation du tendon rotulien en regard de la tubérosité tibiale antérieure et/ou du tiers moyen du tendon et/ou en regard de la pointe de rotule secondaire à des microtraumatismes répétés (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon rotulien et ses différentes zones d'insertion.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antérieure du genou.

Douleur à la pression digitale en regard du tendon ou de ses insertions.

Douleur à l'extension résistée de la jambe sur la cuisse, sujet assis ou en décubitus dorsal.

Examens complémentaires

Radiographies standard, échographie, IRM.

Traitement mésothérapique (figure 190.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des insertions ou du corps du tendon et mélange complémentaire en regard de la face antérieure du genou.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitement complémentaire

Rééducation.

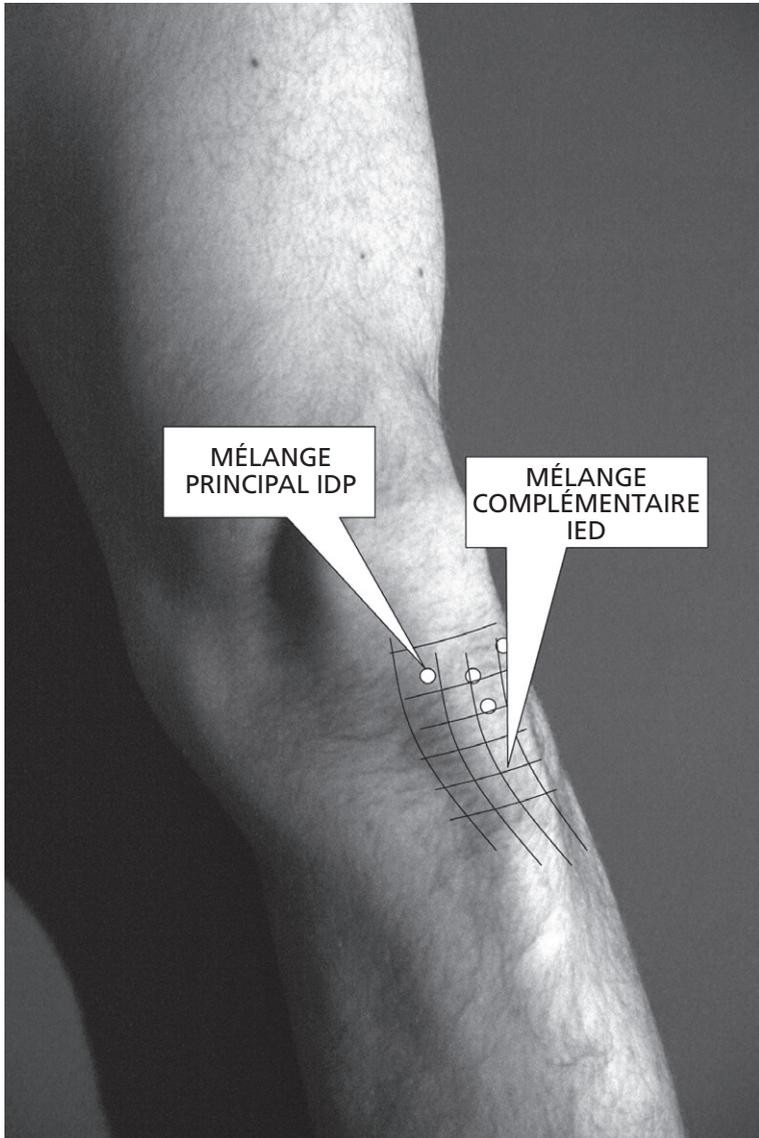


Figure 190.1
Tendinite rotulienne.

Fiche 191

Tendinopathie du subscapularis en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinopathie calcifiante – Conflit sous-acromial – Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Inflammation secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur une partie ou la totalité du tendon.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle supéro-interne de l'épaule.

Douleur à la pression digitale du tendon en regard du trochin en dedans du biceps.

Test isométrique : coude au corps, abduction-rotation interne résistée.

Test passif assisté : douleur exagérée à l'adduction-rétropulsion (main-dos).

Examens complémentaires

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.

Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.

IRM, arthroscanner.

Traitement mésothérapique (figure 191.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Étamsylate	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

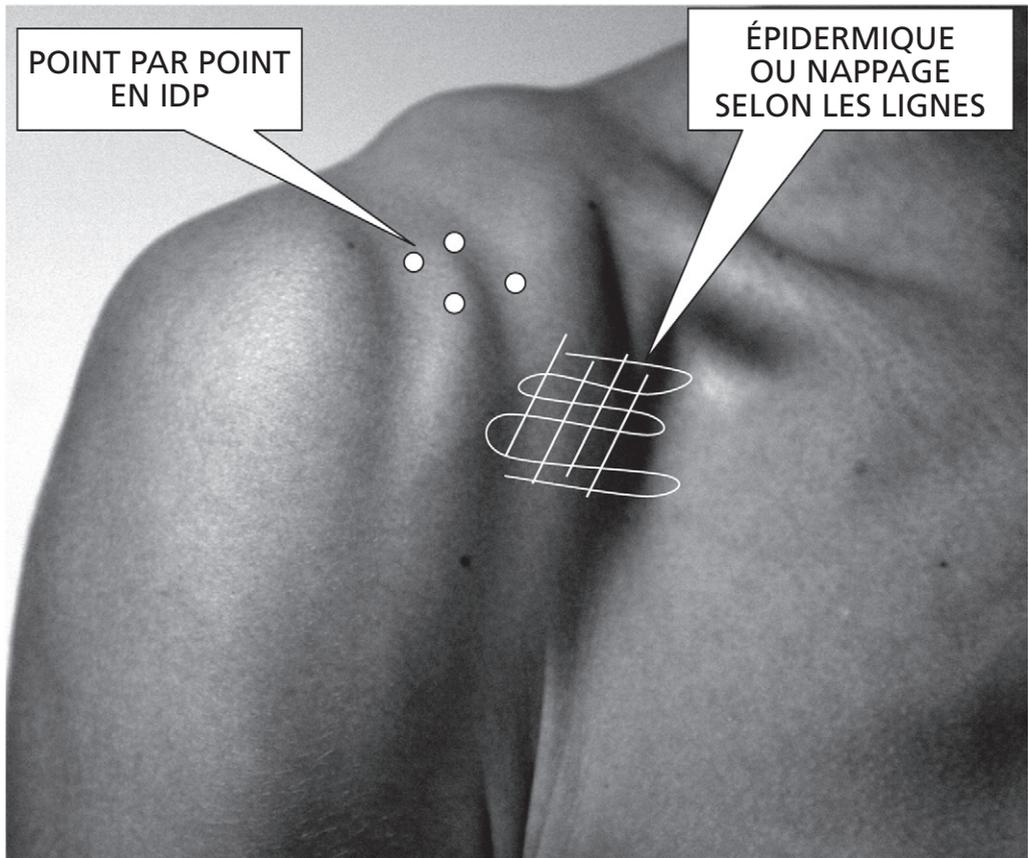


Figure 191.1
Tendinite du sous-scapulaire.

Fiche 192

Tendinopathie du subscapularis en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinopathie calcifiante – Conflit sous-acromial – Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Inflammation secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur une partie ou la totalité du tendon.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle supéro-interne de l'épaule.

Douleur à la pression digitale du tendon en regard du trochin en dedans du biceps.

Test isométrique : coude au corps, abduction-rotation interne résistée.

Test passif assisté : douleur exagérée à l'adduction-rétropulsion (main-dos).

Examens complémentaires

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.

Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.

IRM, arthroscanner.

Traitement mésothérapique (figure 192.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

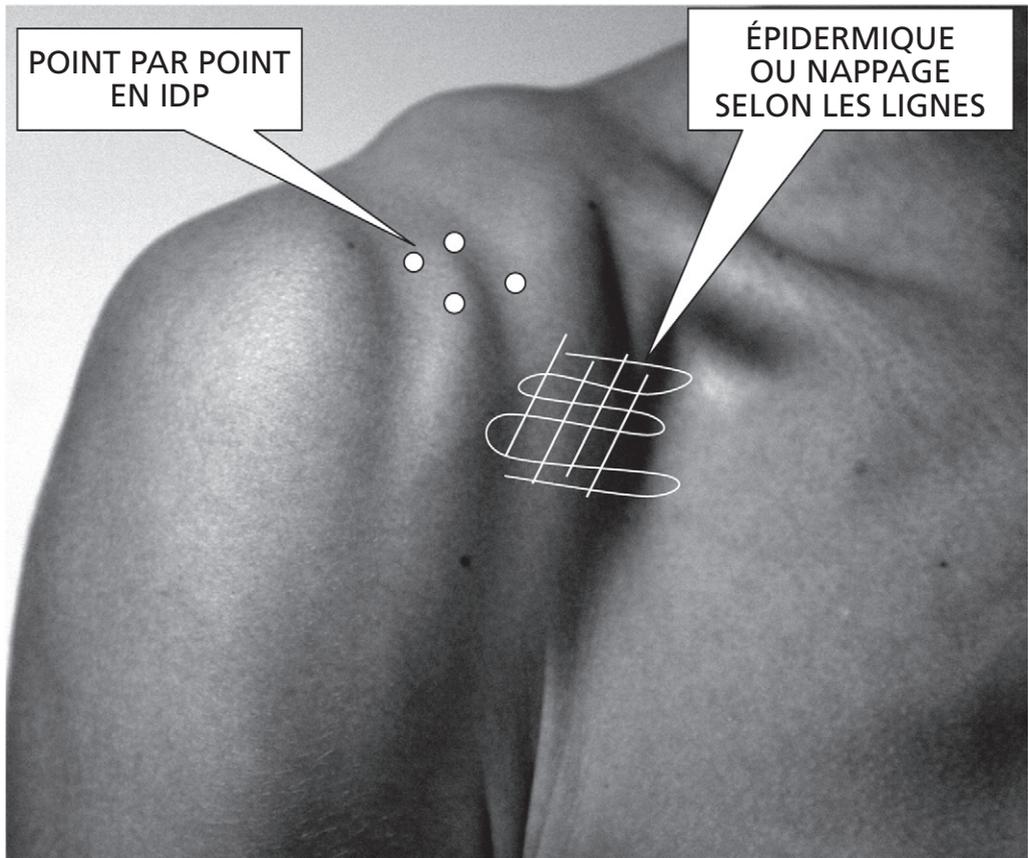


Figure 192.1
Tendinite du sous-scapulaire.

Fiche 193

Tendinopathie du supraspinatus en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Tendinopathie calcifiante – Conflit sous-acromial – Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Inflammation secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur une partie ou la totalité du tendon.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle antéro-supérieur de l'épaule.

Douleur à la pression digitale du tendon en regard du trochiter.

Test isométrique : abduction contrariée du membre supérieur à 30°.

Test passif assisté : douleur exagérée à l'adduction-rétropulsion (main-dos).

Examens complémentaires

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.

Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.

IRM, arthroscanner.

Traitement mésothérapique (figure 193.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

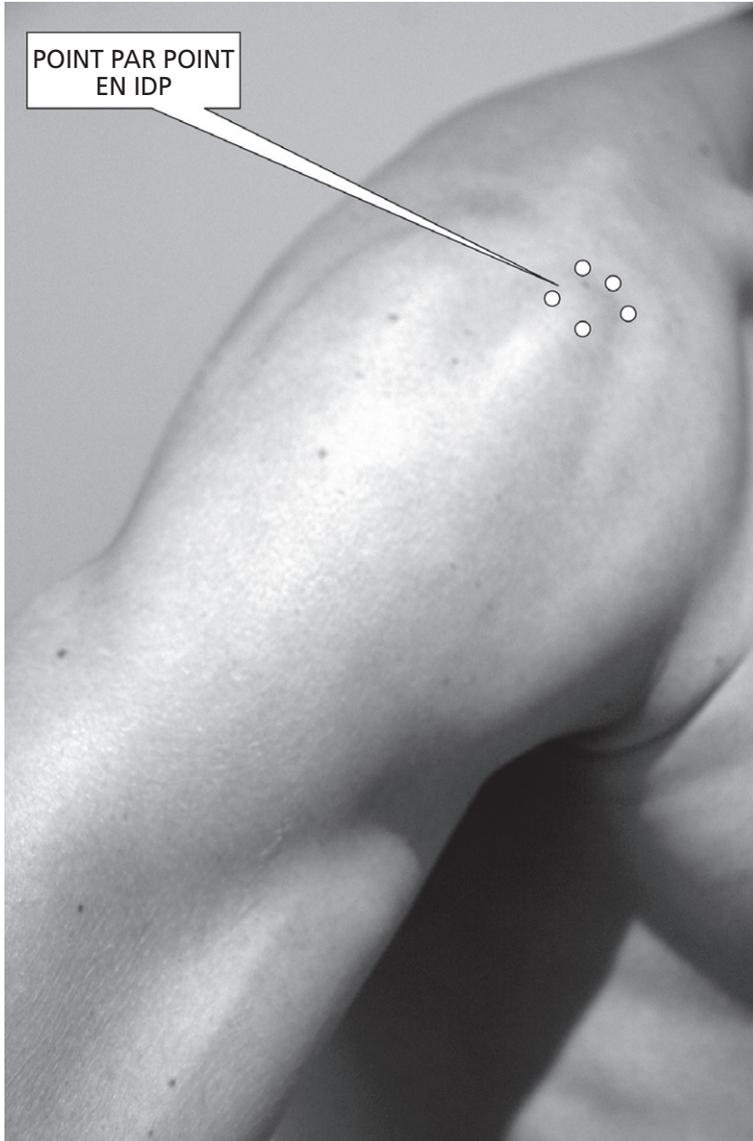


Figure 193.1
Tendinite calcifiante du sus-épineux.

Fiche 194

Tendinopathie du supraspinatus en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Tendinopathie calcifiante – Conflit sous-acromial – Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Inflammation secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur une partie ou la totalité du tendon.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur le pôle antéro-supérieur de l'épaule.

Douleur à la pression digitale du tendon en regard du trochiter.

Test isométrique : abduction contrariée du membre supérieur à 30°.

Test passif assisté : douleur exagérée à l'adduction-rétropulsion (main-dos).

Examens complémentaires

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.

Échographie en cas de suspicion d'une déchirure partielle.

IRM, arthroscanner.

Traitement mésothérapique (figure 194.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

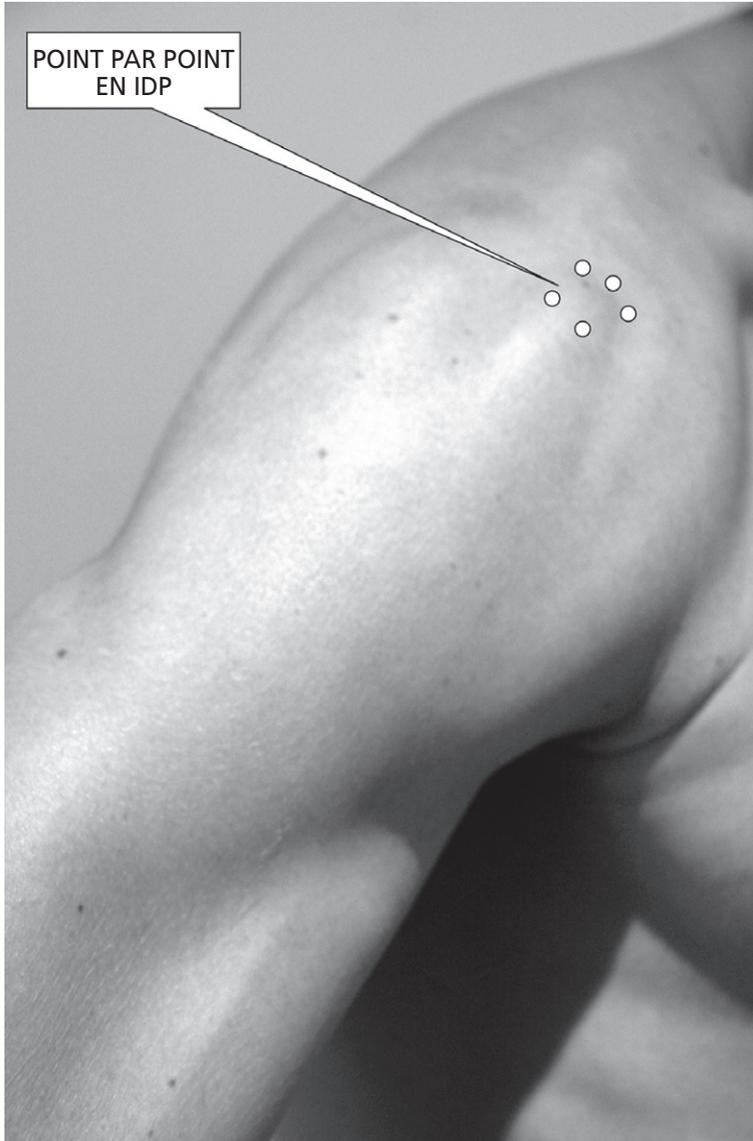


Figure 194.1
Tendinite calcifiante du sus-épineux.

Fiche 195

Tendinopathie du tibia antérieur en phase aiguë (jambier antérieur)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie

Définition

Inflammation de la gaine du tendon du tibia antérieur en regard du cou-de-pied secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur la gaine du tendon du tibia antérieur avec sensation de crépitation (excès d'entraînement, chaussage mal adapté, troubles de la statique plantaire).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antéro-interne de la cheville.

Douleur à la pression digitale avec sensation de crépitation.

Douleur à l'étirement en flexion plantaire.

Examen complémentaire

Échographie.

Traitement mésothérapique (figure 195.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon à la face antéro-interne de la cheville et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

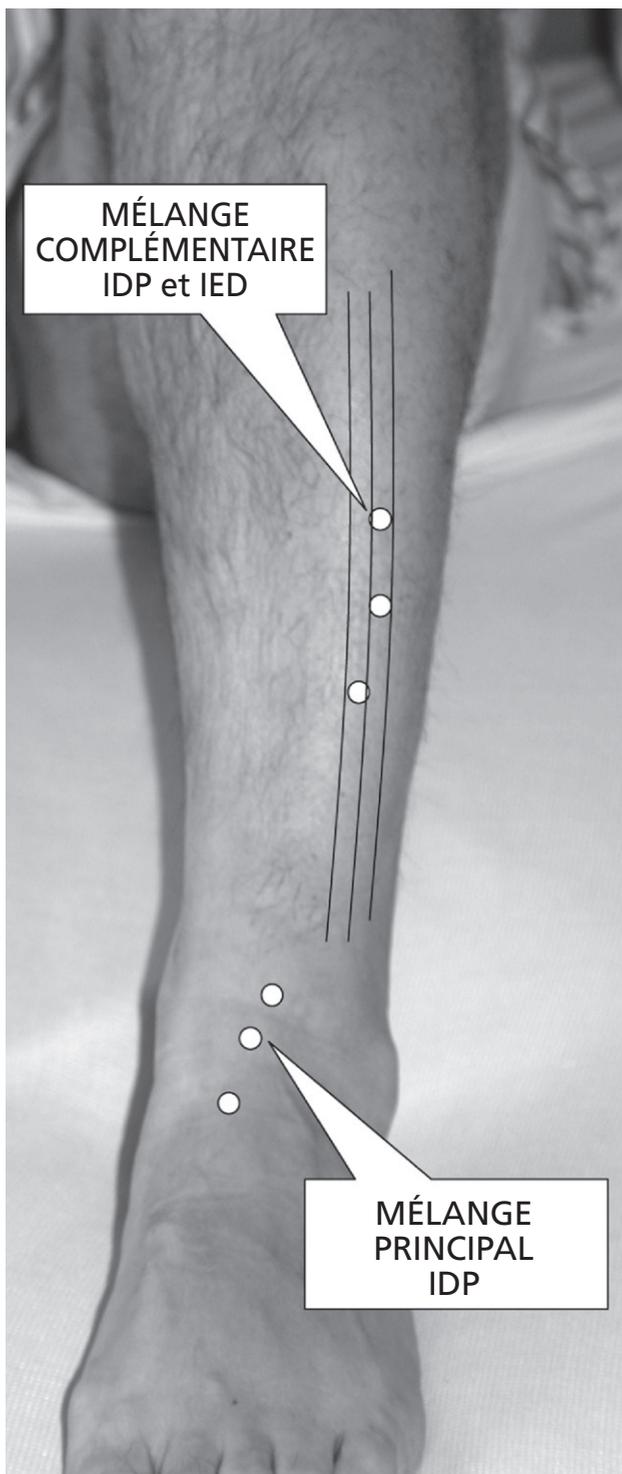


Figure 195.1
Tendinopathie du tibia antérieur en phase aiguë (jambier antérieur).

Fiche 196

Tendinopathie du tibia antérieur en phase chronique (jambier antérieur)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie

Définition

Inflammation de la gaine du tendon du tibia antérieur en regard du cou-de-pied secondaire à des microtraumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur la gaine du tendon du tibia antérieur avec sensation de crépitation (excès d'entraînement, chaussage mal adapté, troubles de la statique plantaire).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face antéro-interne de la cheville.

Douleur à la pression digitale avec sensation de crépitation.

Douleur à l'étirement en flexion plantaire.

Examen complémentaire

Échographie.

Traitement mésothérapique (figure 196.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon à la face antéro-interne de la cheville et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.



Figure 196.1
Tendinopathie du tibial antérieur en phase chronique (jambier antérieur).

Fiche 197

Tendinopathie du tibial postérieur en phase aiguë (jambier postérieur)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie

Définition

Inflammation de l'insertion du tendon du tibial postérieur en regard du tubercule de l'os naviculaire (scaphoïde tarsien) secondaire à des micro-traumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion du tendon du tibial postérieur (excès d'entraînement, troubles de la statique plantaire).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face interne du pied.

Douleur à la pression digitale du tubercule de l'os naviculaire.

Douleur au test isométrique en flexion plantaire et abduction.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 197.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon à la face interne du pied et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

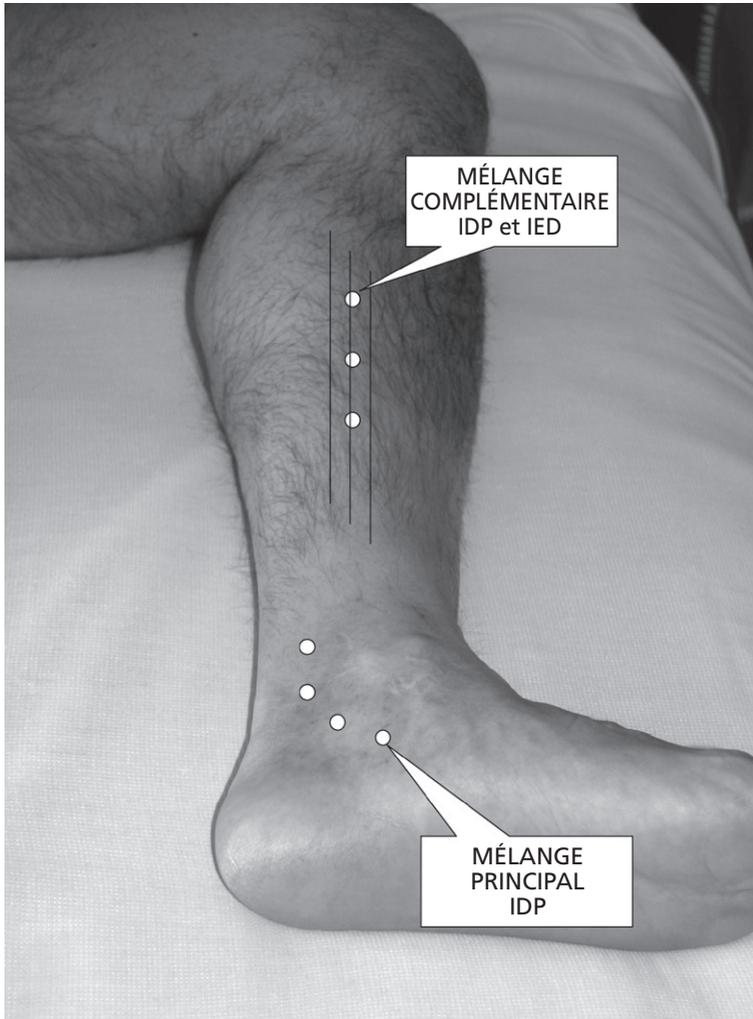


Figure 197.1
Tendinopathie du tibia postérieur en phase aiguë (jambier postérieur).

Fiche 198

Tendinopathie du tibial postérieur en phase chronique (jambier postérieur)

Mots clés

Tendinite – Tendinopathie

Définition

Inflammation de l'insertion du tendon du tibial postérieur en regard du tubercule de l'os naviculaire (scaphoïde tarsien) secondaire à des micro-traumatismes répétés d'origine sportive le plus souvent, datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur l'insertion du tendon du tibial postérieur (excès d'entraînement, troubles de la statique plantaire).

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient à la face interne du pied.

Douleur à la pression digitale du tubercule de l'os naviculaire.

Douleur au test isométrique en flexion plantaire et abduction.

Examens complémentaires

Radiographies standard.

Traitement mésothérapique (figure 198.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon à la face interne du pied et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30.

Traitements complémentaires

Rééducation, semelles orthopédiques.

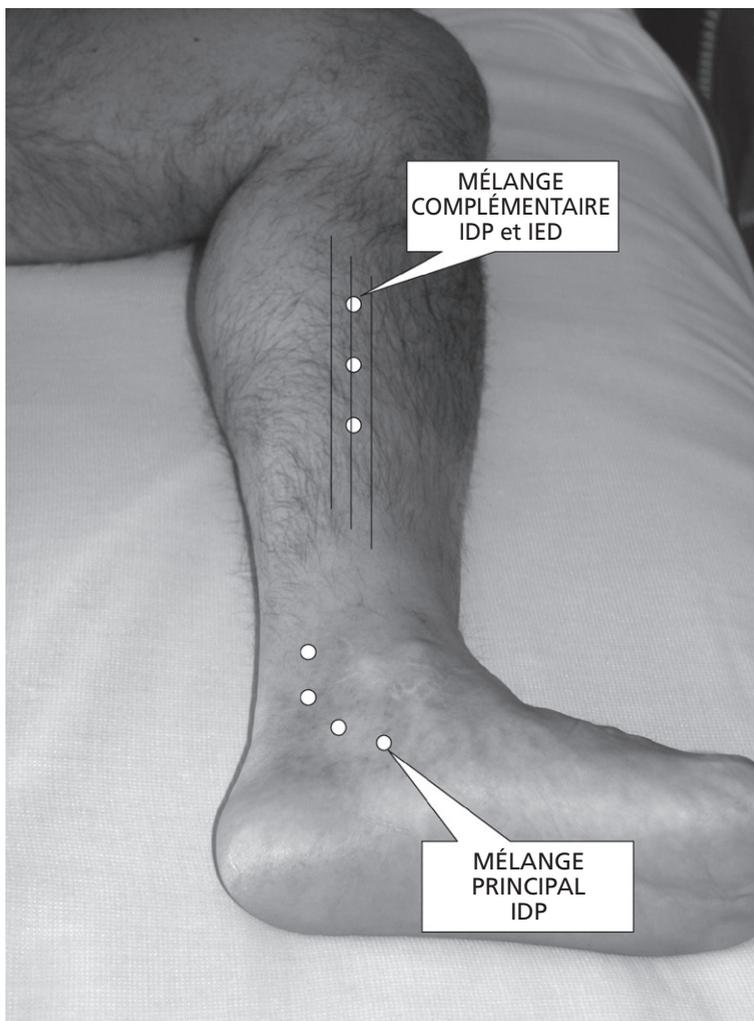


Figure 198.1
Tendinopathie du tibia postérieur en phase chronique (jambier postérieur).

Fiche 199

Tendinopathie du triceps brachii au coude en phase aiguë

Mots clés

Tendinopathie – Ténosynovite – Ligamentite

Définition

Inflammation du tendon du triceps brachii au coude secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face postérieure du coude.

Douleur à la pression digitale du tendon sur l'olécrane.

Test isométrique : extension résistée de l'avant-bras sur le bras.

Test passif assisté : douleur exagérée par la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras.

Examens complémentaires

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.

Traitement mésothérapique (figure 199.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 2 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire au bras.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation selon l'évolution.

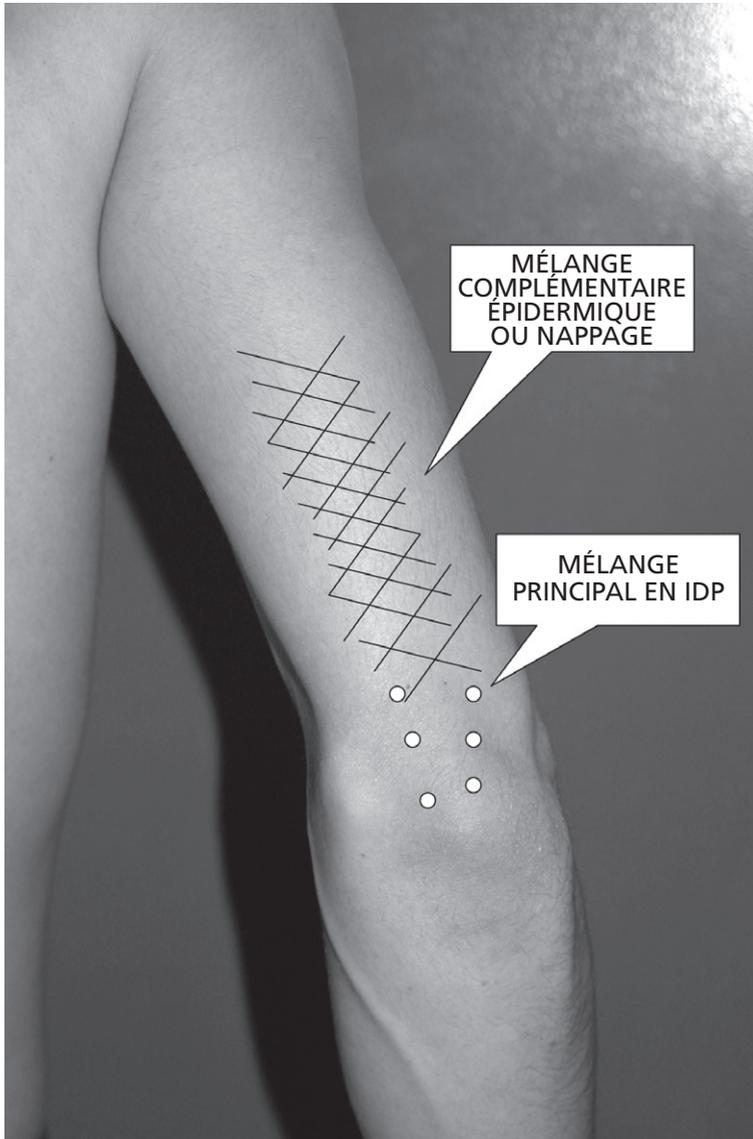


Figure 199.1
Tendinopathie du triceps brachii en phase aiguë.

Fiche 200

Tendinopathie du triceps brachii au coude en phase chronique

Mots clés

Tendinopathie – Ténosynovite – Ligamentite

Définition

Inflammation du tendon du triceps brachii au coude secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur le tendon.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée à la face postérieure du coude.

Douleur à la pression digitale du tendon sur l'olécrane.

Test isométrique : extension résistée de l'avant-bras sur le bras.

Test passif assisté : douleur exagérée par la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras.

Examens complémentaires

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.

Traitement mésothérapique (figure 200.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et mélange complémentaire en regard du corps musculaire au bras.

Rythme

J1, J8, J15 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

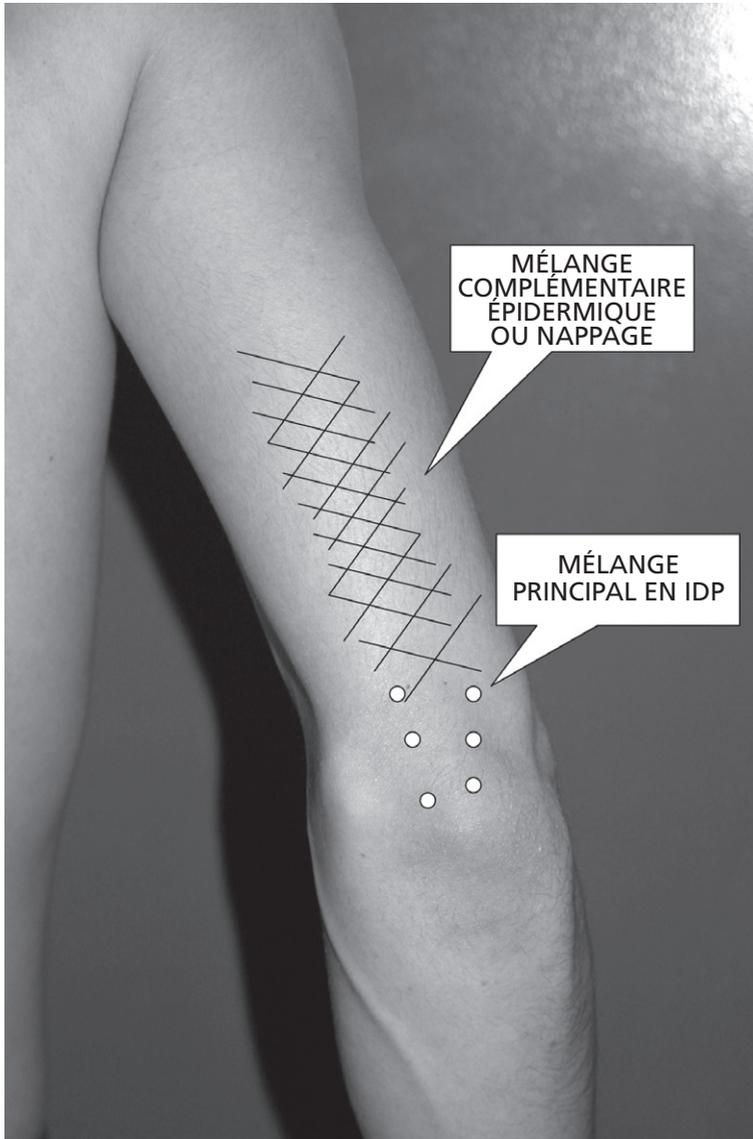


Figure 200.1
Tendinopathie du triceps brachii en phase chronique.

Fiche 201

Ténosynovite du biceps brachii en phase aiguë

Mots clés

Ténosynovite – Conflit sous-acromial – Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Inflammation secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage).

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur une partie ou la totalité du tendon et de sa gaine synoviale.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur la partie antéro-médiane de l'épaule.

Douleur à la pression digitale du couple tendon-gaine synoviale dans le sillon intertuberculaire.

Test isométrique : élévation antérieure du membre supérieur main en supination maximale.

Test passif assisté : douleur exagérée à l'adduction-rétropulsion (main-dos).

Examens complémentaires

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.

Échographie pour visualiser l'œdème synovial.

Traitement mésothérapique (figure 201.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 2 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et de la gaine synoviale et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

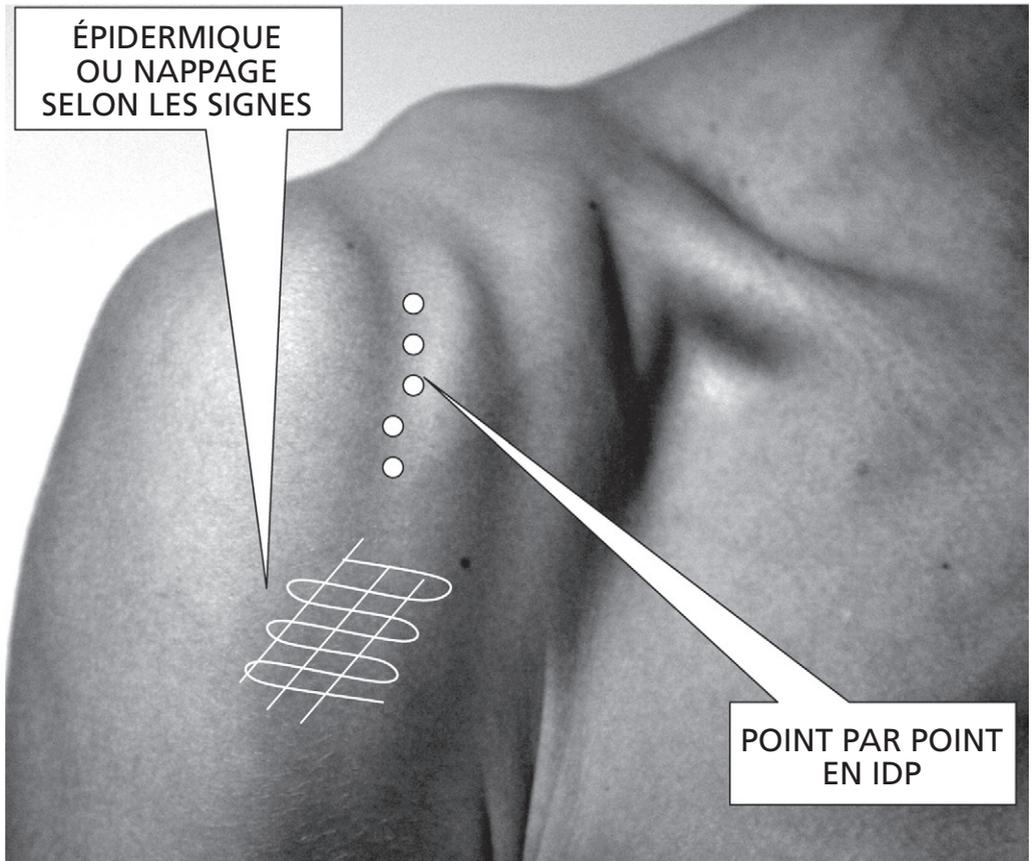


Figure 201.1
Tendinite du long biceps.

Fiche 202

Ténosynovite du biceps brachii en phase chronique

Mots clés

Ténosynovite – Conflit sous-acromial – Capsulite – Tendinite – Ligamentite – Arthropathie – Périarthrite

Définition

Inflammation secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur une partie ou la totalité du tendon et de sa gaine synoviale.

Examen clinique

Douleur spontanée ressentie par le patient et localisée sur la partie antéro-médiane de l'épaule.

Douleur à la pression digitale du couple tendon-gaine synoviale dans le sillon intertuberculaire.

Test isométrique : élévation antérieure du membre supérieur main en supination maximale.

Test passif assisté : douleur exagérée à l'adduction-rétropulsion (main-dos).

Examens complémentaires

Radiographies standard à la recherche d'une calcification.

Échographie pour visualiser l'œdème synovial.

Traitement mésothérapique (figure 202.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc

Mélange complémentaire

En IDP + IED :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard du tendon et de la gaine synoviale et mélange complémentaire en regard du corps musculaire.

Rythme

J1, J8, J15, J30 pour la forme commune.

Traitement complémentaire

Rééducation.

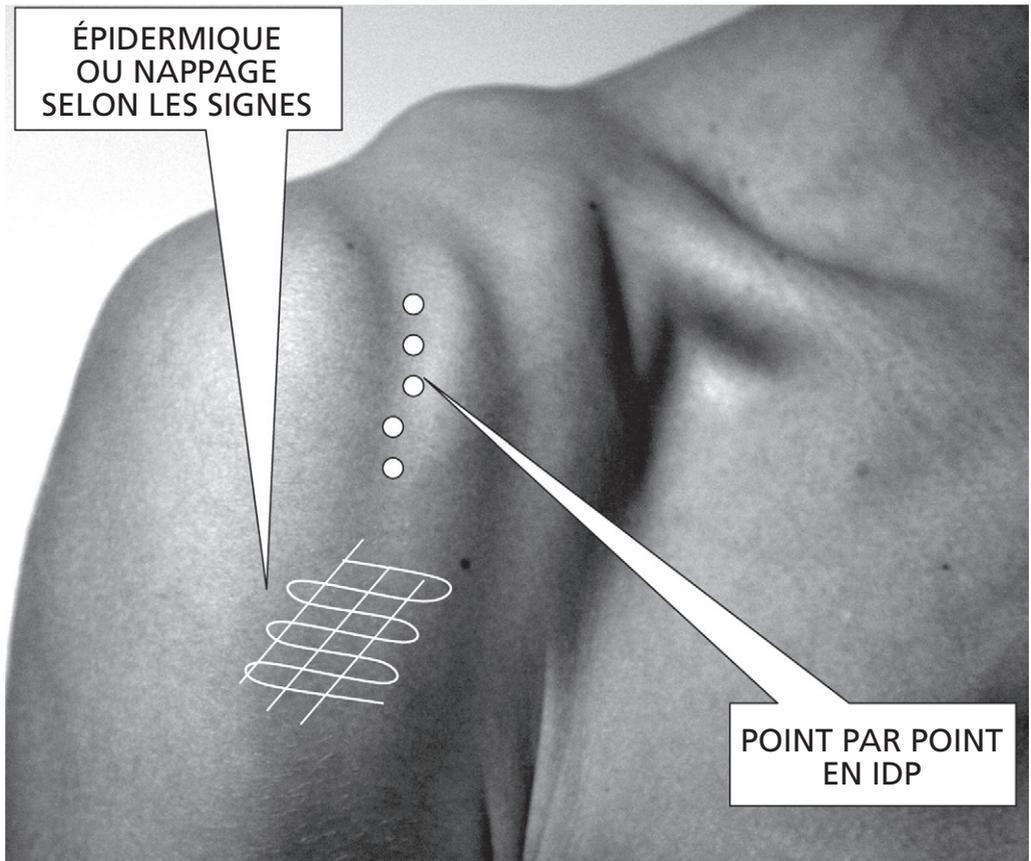


Figure 202.1
Tendinite du long biceps.

Fiche 203

Ténosynovite de De Quervain en phase aiguë

Mots clés

Ténosynovite – Tendinopathie – Ligamentite – Tendinite – De Quervain

Définition

Inflammation des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce dans leur gaine synoviale dans la tabatière anatomique secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage). En phase aiguë, il s'agit d'une ténosynovite exsudative.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons et leurs gaines synoviales.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face externe du poignet.

Douleur à la pression digitale sous la styloïde radiale d'une tuméfaction avec parfois un crépitement neigeux à la palpation.

Test d'étirement : douleur à la flexion-adduction du pouce.

Test passif assisté : douleur exagérée par une mobilisation rotative du pouce.

Examens complémentaires

Radiographies standard et échographie.

Traitement mésothérapique (figure 203.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 à 2 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des synoviales et mélange complémentaire en regard des corps musculaires correspondants à l'avant-bras.

Rythme

J1, J8, J15.

Traitements complémentaires

Rééducation selon l'évolution et infiltration en cas d'échec.

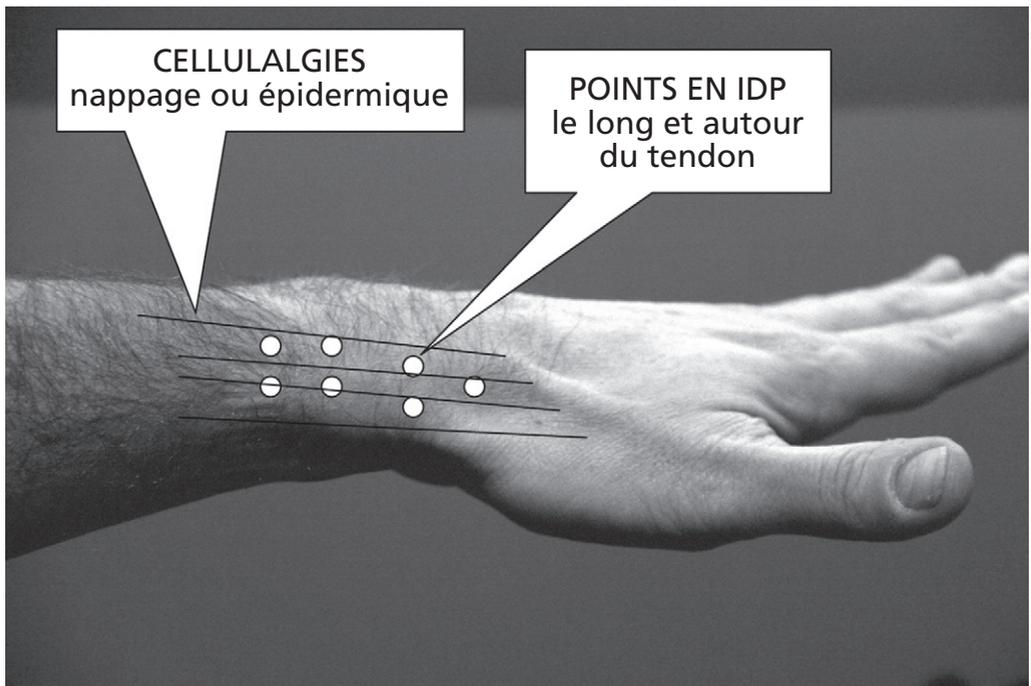


Figure 203.1
Tendinopathie de De Quervain.

Fiche 204

Ténosynovite de De Quervain en phase chronique

Mots clés

Ténosynovite – Tendinopathie – Ligamentite – Tendinite – De Quervain

Définition

Inflammation des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce dans leur gaine synoviale dans la tabatière anatomique secondaire à un microtraumatisme (sportif, professionnel ou après bricolage, jardinage) datant de plus de 3 mois. À ce stade, c'est une ténosynovite crépitante.

Physiopathologie

Processus inflammatoire de type nociceptif portant sur les tendons et leurs gaines synoviales.

Examen clinique

Douleur spontanée à la face externe du poignet.

Douleur à la pression digitale sous la styloïde radiale d'une tuméfaction avec parfois un crépitement neigeux à la palpation.

Test d'étirement : douleur à la flexion-adduction du pouce.

Test passif assisté : douleur exagérée par une mobilisation rotative du pouce.

Examens complémentaires

Radiographies standard et échographie.

Traitement mésothérapique (figure 204.1)

Techniques

Mixtes : point par point (IDP) et mésothérapie épidermique (IED) ou nappage (IDS).

Mélange principal

En IDP :

Composé	Dosage
Vitamine E	2 cc
Vitamine C	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

En IED ou IDS :

Composé	Dosage
Procaine 2 %	1 cc
Thiocolchicoside	1 cc
Magnésium	1 cc

Zones d'application

Mélange principal en regard des synoviales et mélange complémentaire en regard des corps musculaires correspondants à l'avant-bras.

Rythme

J1, J8, J15.

Traitements complémentaires

Rééducation et infiltration en cas d'échec.

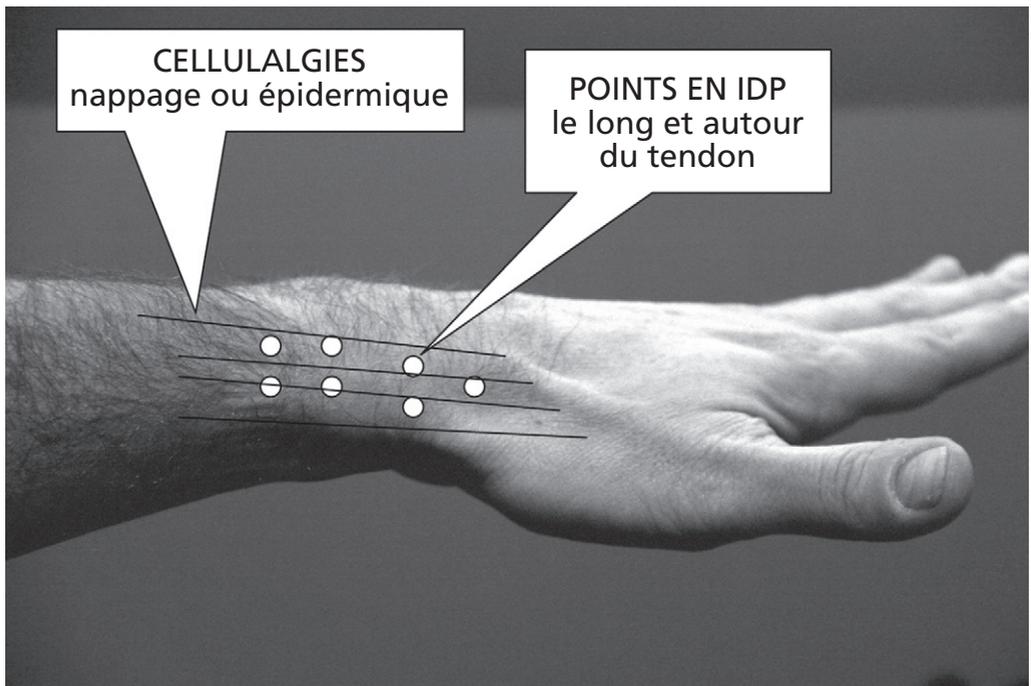


Figure 204.1
Tendinopathie de De Quervain.

Fiche 205

Trachéite

Mots clés

Aphonie–Trachéite–Laryngite–Mésovaccination–Mésostress

Définition

Inflammation ou infection pharyngée, trachéale ou laryngée, aiguë ou chronique.

Physiopathologie

Origines variées : allergique, virale, bactérienne, par agent physique (chaleur, produit, reflux acide œsogastrique), tumorale.

Examen clinique

Recherche de signes inflammatoires ou infectieux par examen endobuccal, examen sous-maxillaire et pharyngolaryngé externe.

Recherche de signes infectieux ou tumoraux.

Examen complémentaire

Examen ORL par spécialiste au moindre doute sur une cause tumorale.

Traitement mésothérapique (figure 205.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélanges principaux

Si trouble chronique :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Étamsylate	2 cc

Si trouble aigu :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc
Piroxicam	1 cc

Mélange complémentaire

Protocole mésovaccination :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C 1 g/5 cc	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Zones d'application

Région pharyngolaryngée.

Points de mésovaccination.

Rythme

Si aigu J1, J3, J7.

Si chronique J1, J7, J14, renouvelable si besoin.

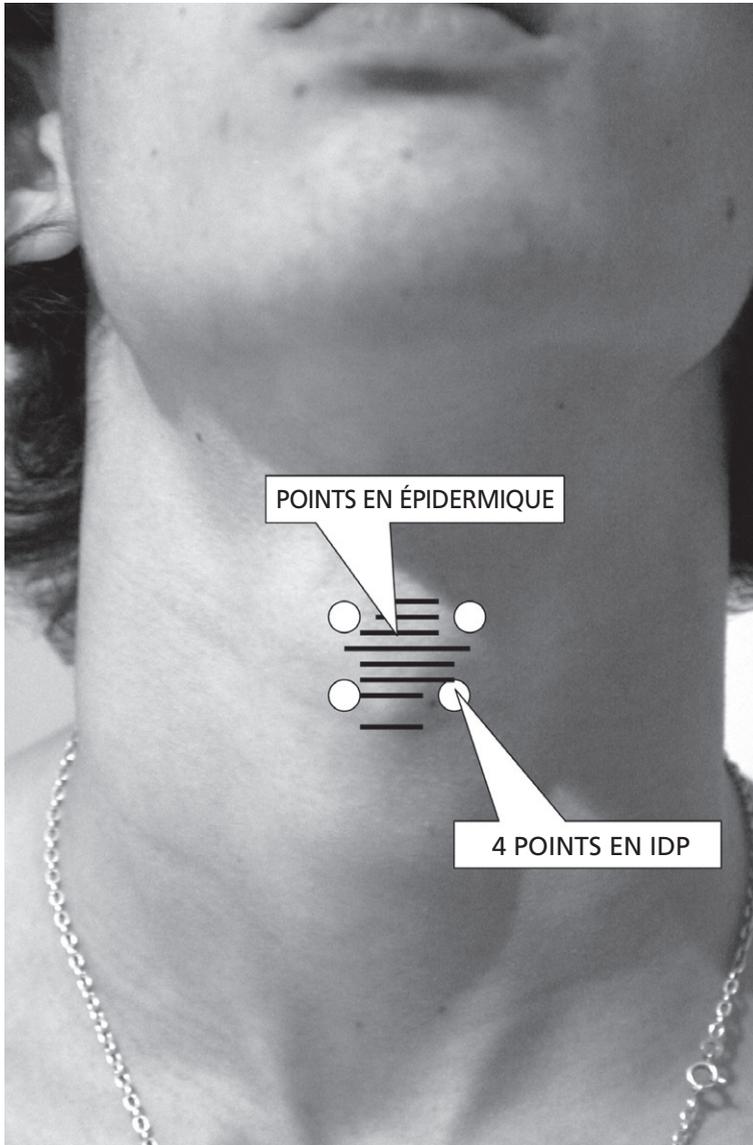


Figure 205.1

Cartographie trachéite.

Il est nécessaire **avant tout** d'éliminer une cause organique.

La mésovaccination est utilisable en cas de terrain débilité à immunité perturbée.

Fiche 206

Ulcère de jambe

Mots clés

Mésodrain – Artérite – Artériopathie – Insuffisance lymphatique – Ulcère de jambe – Insuffisance veineuse

Définition

Trouble trophique cutané secondaire à une insuffisance veineuse, lymphatique ou artérielle.

Physiopathologie

Souffrance tissulaire par hypoxie d'origine vasculaire.

Examen clinique

Appréciation du trouble trophique.

Examen complémentaire

Bilan spécialisé éventuel.

Traitement mésothérapique (figure 206.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur axes veino-artériels et sur régions œdémateuses.

Mélanges principaux

	Composé	Dosage
Mélange 1	Lidocaïne 1 %	2 cc
	Étamsylate	2 cc
	Pidolate de magnésium	2 cc
	Vitamine C	2 cc
Mélange 2	Procaïne 2 %	2 cc
	Étamsylate	2 cc
	Cernevit®, Soluvit® ou Vitalipid®	2 cc

Zones d'application

Épidermique ou IDS : axes veino-artériels et zones ulcérées, œdématisées.

Rythme

J1, J7, J14, J30, puis 1 fois par mois jusqu'à cicatrisation.

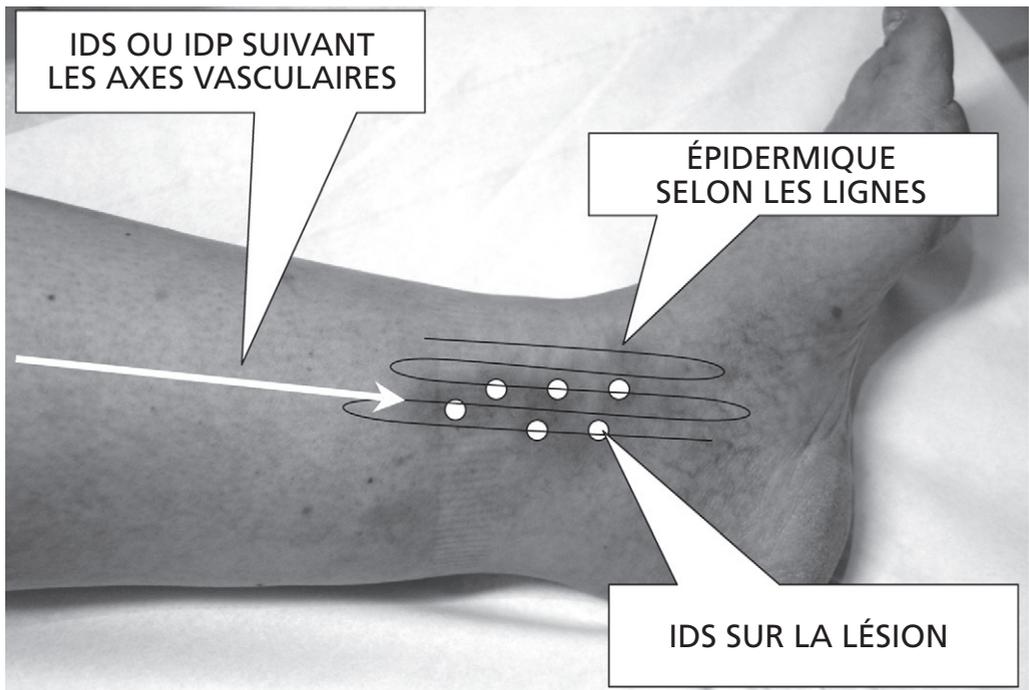


Figure 206.1

Ulcère variqueux.

Traitement complémentaire souvent intéressant.

Fiche 207

Vaginite chronique

Mots clés

Dysfonction pelvienne – Dysfonction vaginale –
Mésovaccination – Mésostimulation – Vaginite

Définition

Dysfonctions vaginales. Troubles inflammatoires
vaginaux irritatifs rebelles et récidivants sans cause
organique.

Physiopathologie

Inflammation vaginale chronique.

Examen clinique

Bilan des troubles somatiques.

Recherche des points de tension et des zones
cellulopathiques.

Examens complémentaires

Recherche de causes organiques.

Biologie.

Consultations spécialisées.

Traitement mésothérapique (figure 207.1)

Techniques

Épidermique IED sur cellulopathie ou nappage
IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP sur points douloureux
pelviens.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc
Vaccin antigrippal	0,2 cc

Zones d'application

Point par point IDP : trois à quatre points sus-
pubiens, point splénique, point hépatique.

Épidermique IED ou nappage IDS : pelvis, aire
inguinale, cadre colique.

Points MPS cartographie du plexus hypogastrique.

Rythme

J1, J14, J30, rappel tous les ans en prévention.

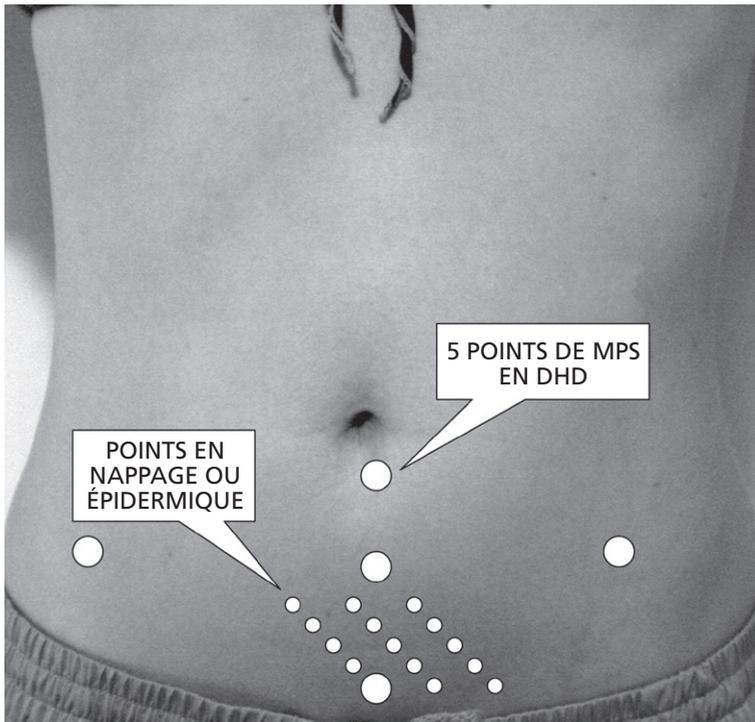


Figure 207.1
Dysfonction pelvienne – cystite – vaginite.

Fiche 208

Veinite superficielle

Mots clés

Mésodrain – Insuffisance lymphatique –
Insuffisance veineuse – Veinite superficielle –
Périveinite – Paraphlébite superficielle

Définition

Inflammation douloureuse d'une veine superficielle.

Physiopathologie

Inflammation veineuse superficielle.

Examen clinique

Recherche et élimination de signes de phlébite profonde.

Examens complémentaires

Échodoppler.
Bilan spécialisé.

Traitement mésothérapique (figure 208.1)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur zone inflammatoire veineuse.

IDP sur axes veineux et artériels.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Calcitonine de saumon 100 UI	1 cc

Mélange complémentaire

Mésodrain :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	2 cc
Étamsylate	2 cc

Zones d'application

Épidermique ou IDS : sur zone inflammatoire veineuse.

IDP : axes saphènes internes et externes, axes artériels, creux poplité, triangle de Scarpa.

Rythme

J1, J3, J7.

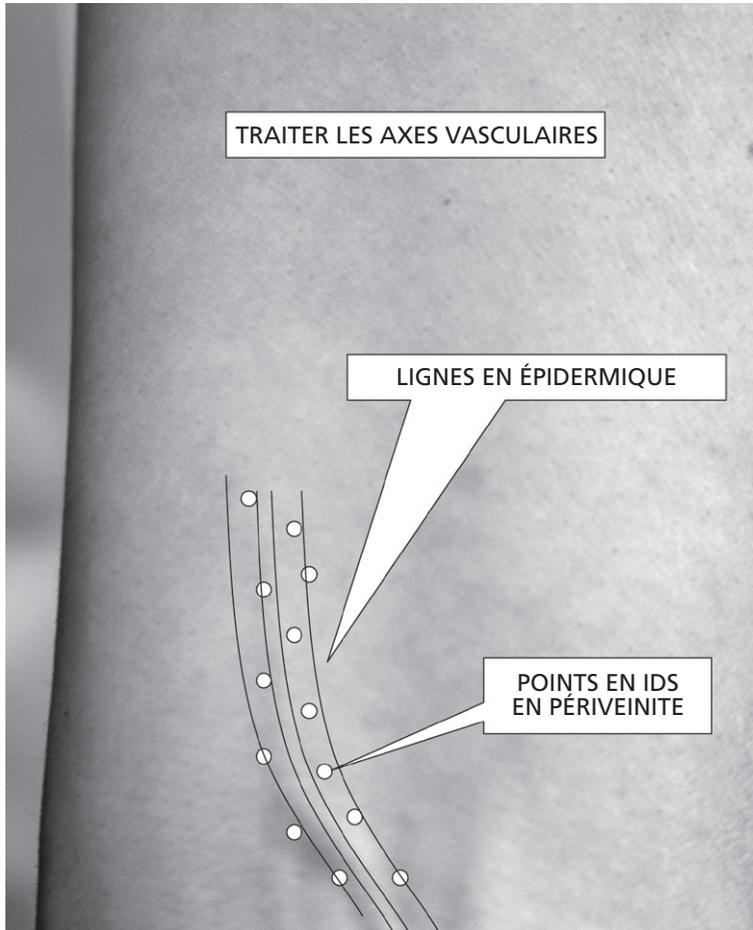


Figure 208.1

Mésothérapie sur veinite superficielle.

L'efficacité est proche de 100 % sur toutes veinites superficielles quelle que soit la région.

L'amélioration doit être nette en 3 jours.

Il faut impérativement éliminer tout risque de thrombose veineuse profonde.

Fiche 209

Vergeture

Mots clés

Mésodrain – Insuffisance veineuse – Œdème – Insuffisance lymphatique – Cicatrice – Grossesse – Vergeture – Laser – Carboxythérapie – LED

Définition

Traitement curatif et préventif de la déchirure du tissu cutané. Prévention des vergetures pendant la grossesse.

Physiopathologie

Effet trophique nutritif et microcirculatoire.

Traitement mésothérapeutique (figures 209.1 et 209.2)

Techniques

IED épidermique, nappage IDS.

Mélanges principaux

Mélange préventif (pendant la grossesse) :

Composé	Dosage
Procaïne 2 %	1 cc
Étamsylate	2 cc
Vitamine C	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc

Mélanges curatifs :

	Composé	Dosage
Mélange 1	Procaïne 2 %	1 cc
	Étamsylate	2 cc
	Cernevit®, Soluvit® ou Vitalipid®	2 cc
Mélange 2	Procaïne 2 %	1 cc
	Étamsylate	2 cc
	Vitamine C	2 cc
	Vitamine E	2 cc

Zones d'application

Sur le ventre et zones exposées (seins, cuisses, fesses).

Rythme

En préventif : 1 fois par mois pendant toute la grossesse.

En curatif : J1, J15, J30, J60.

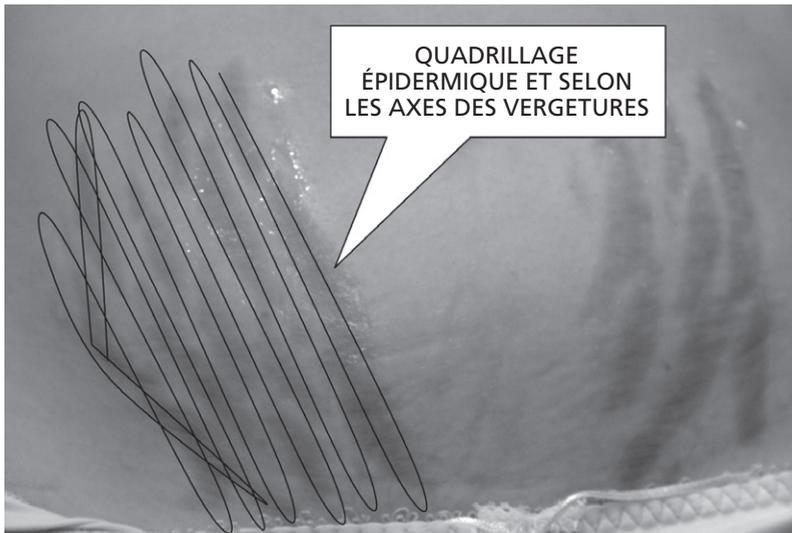


Figure 209.1
Vergetures post-grossesse.

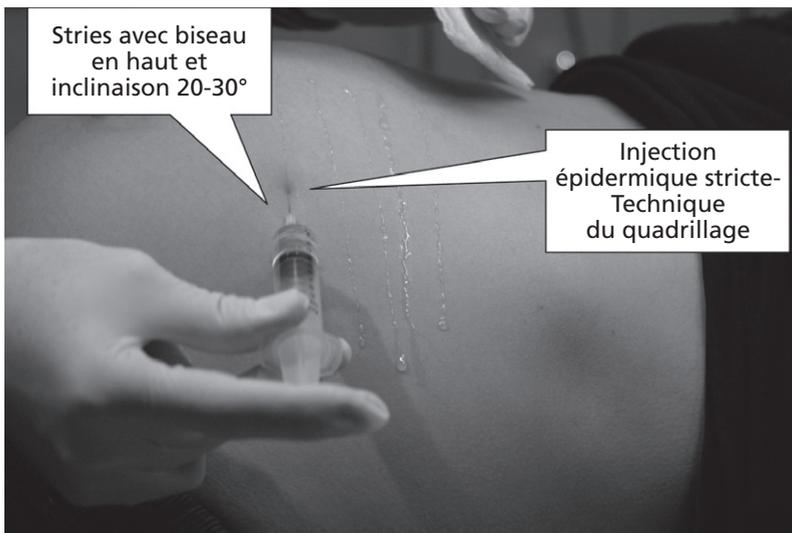


Figure 209.2
Prévention des vergetures de la femme enceinte.

L'épidermique est la seule technique à utiliser chez la femme enceinte, pour la beauté du geste « caresser et non piquer ».

La prévention des vergetures, pendant la grossesse, s'accompagne d'un mésodrain des membres inférieurs.

Sur la vergeture apparue, la mésothérapie permet blanchiment et souplesse de cette cicatrice tissulaire.

Fiche 210

Verrue

Mots clés

Verrue – Mésostimulation – Mésovaccination

Définition

Excroissance cutanée, cornée, d'aspect rugueux, isolée ou en groupe et très contagieuse.

Physiopathologie

Virus des papillomes humains (VPH).

Examen clinique

Confirme la lésion de type verrue.

Traitement mésothérapeutique (figure 210.1)

Technique

IDP.

Mélange principal

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Vitamine C	1 cc
Bléomycine	1 flacon à sec

Zone d'application

Directement dans la verrue (éviter le visage).

Rythme

J1, J30 (si nécessaire), J60 (si nécessaire).

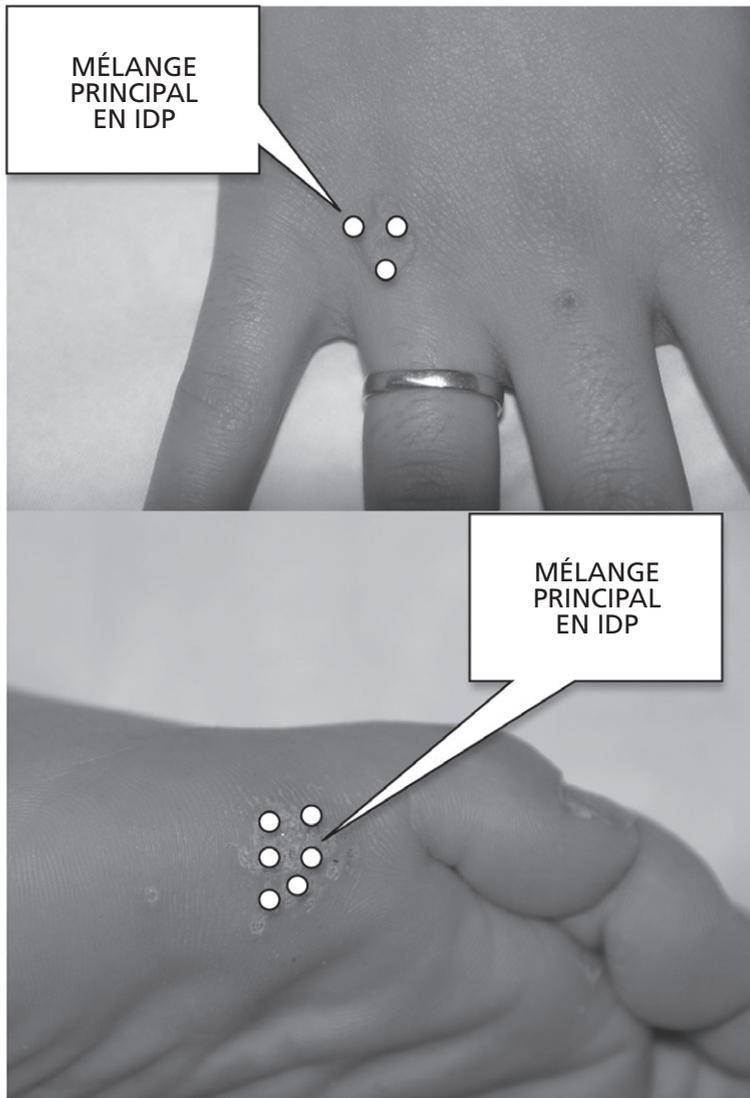


Figure 210.1

Traitement des verrues.

Il faut bien diluer la bléomycine pour éviter le risque de nécrose cutanée. Faire un pli cutané en regard des petites articulations.

Très efficace sur les talons. Attendre au moins 1 mois que la verrue disparaisse avant un deuxième traitement. Ne pas injecter sur le visage.

Fiche 211

Vertige

Mots clés

Céphalée – Mésostress – Cervicalgie – Contracture – Tension cervicale – Céphalée occipitale, frontale, temporale – Névralgies d'Arnold – Vertige – Sensation ébrieuse

Définition

Sensation erronée de déplacement des objets environnants par rapport au corps ou inversement.

Physiopathologie

Nombreuses origines : hypotension orthostatique, troubles du rythme, anémie brutale, arthrose cervicale, trouble neurologique, psychogène, baisse d'efficacité de l'oreille moyenne et interne (vieillesse).

Examen clinique

Examen ORL minutieux.

Examen rachidien à la recherche de tensions.

Appréciation de l'état de tension intérieure.

Examens complémentaires

Rechercher une cause organique ++ avec des examens biologiques, radiologiques.

Exploration ORL complémentaire en cas de doute sur une éventuelle organicité.

Traitement mésothérapique (figures 211.1 et 211.2)

Techniques

Épidermique IED ou nappage IDS sur cellulopathie.

Point par point IDP ou point par point DHD sur point douloureux.

Mélanges principaux

Si trouble inflammatoire, contracture :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Piroxicam	1 cc
Thiocolchicoside	2 cc

Si trouble circulatoire :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Étamsylate	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc

Mélange complémentaire

Si stress, mésostress :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Amitryptilline	1 cc

Zones d'application

Région péri-auriculaire et mastoïdienne.

Muscles cervicaux supérieurs et moyens, SCM.

Rythme

J1, J7, J14, renouvelable si besoin.

Figure 211.1
Vertige.

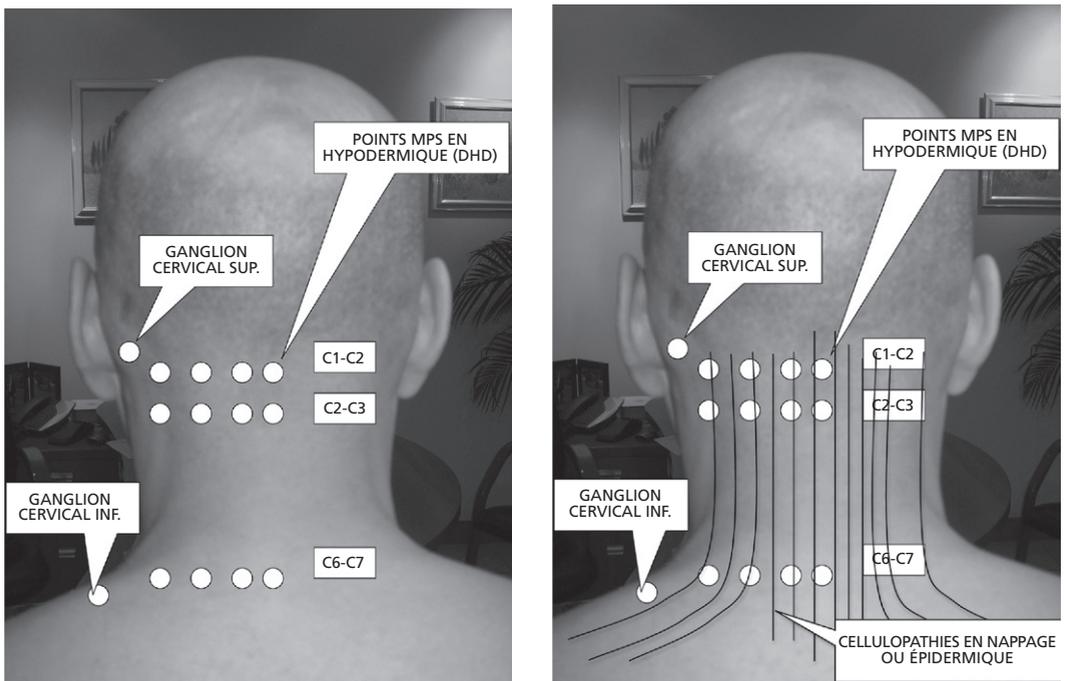
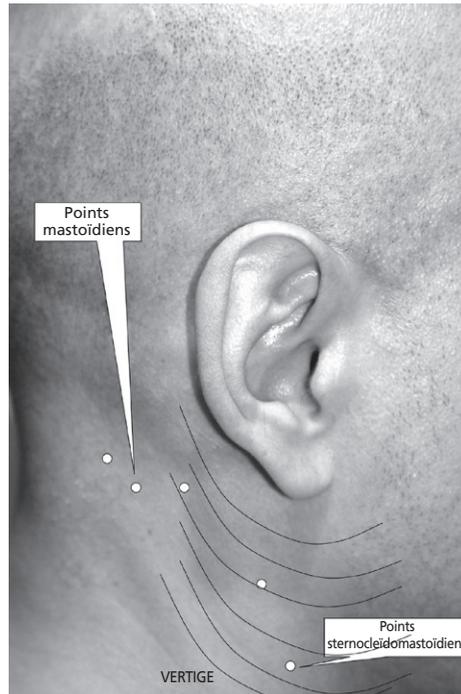


Figure 211.2
Points MPS rachis cervical.

La bonne indication de la mésothérapie est le vertige sans cause organique.

Le mésostress est un complément à utiliser sans retenue, tant la tension intérieure est un facteur majorant les troubles vertigineux.

Le traitement mésothérapique est un bon complément aux différents traitements des vertiges auxquels il ne se substitue jamais.

Fiche 212

Zona

Mots clés

Zona – Mésovaccination – Mésostimulation – Baisse immunité – Herpès – Algie zostérienne – Neurogène

Définition

Éruption virale, métamérique, unilatérale, d'aspect vésiculaire, accompagnée de douleurs à type de brûlures.

Physiopathologie

Virale, virus de la varicelle.

Examen clinique

À la recherche de lésions vésiculeuses, érythémateuses, douloureuses à type de brûlures.

Différencier le métamère affecté.

Bilan de l'état général.

Examen complémentaire

Bilan de l'état immunitaire.

Traitement mésothérapique (figure 212.1)

Techniques

IDS nappage, IED épidermique, IDP.

Mélanges principaux

Mélange immunisant :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Pidolate de magnésium	2 cc
Vitamine C	2 cc
Vaccin antigrippal	0,3 cc

Mélange antalgique :

Composé	Dosage
Lidocaïne 1 %	2 cc
Calcitonine 100 UI	1 cc
Vitamine C	2 cc

Zones d'application

Sur les zones vésiculaires et tout le métamère en partant de la racine vertébrale.

Rythme

J0, J3, J7.

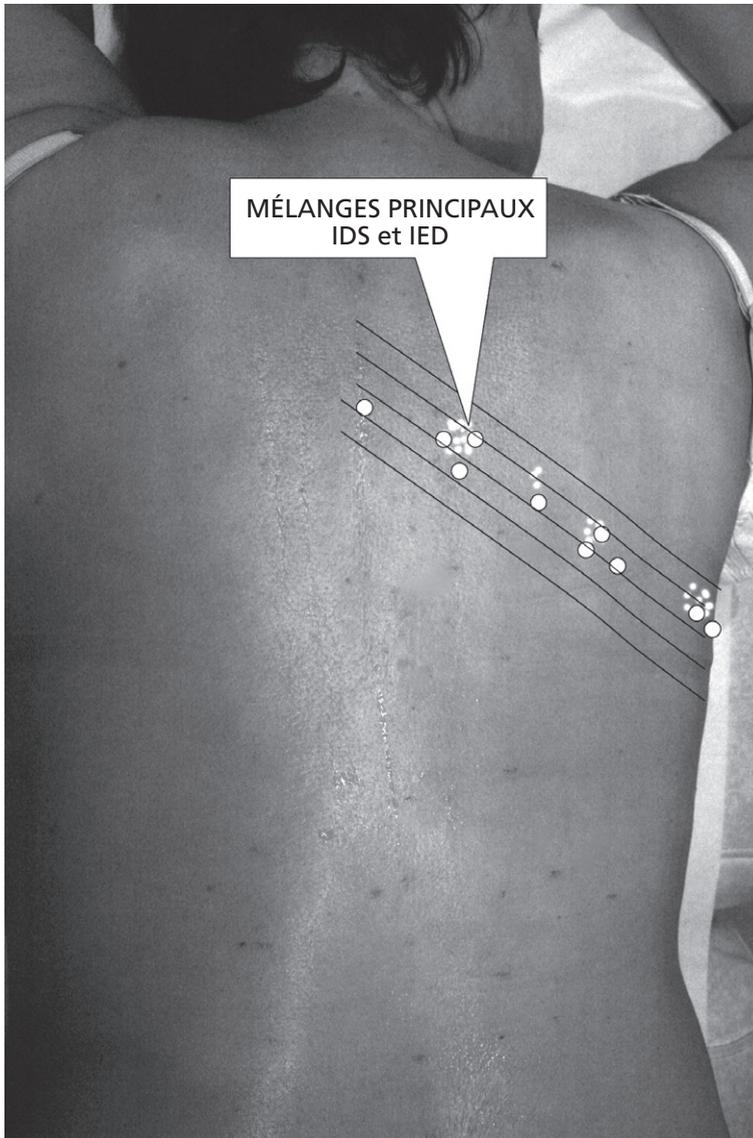
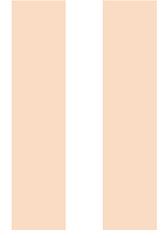


Figure 212.1

Zona intercostal dorsal.

Ce traitement est miraculeux s'il est effectué rapidement, moins d'une semaine après le début, et il évite les douleurs postzostériennes.



Pharmacopée en mésothérapie

Préambule sur les médicaments

Il est impératif de garder un sens critique médical dans le choix et l'utilisation des produits que vous allez injecter.

AMM et CE : il est impératif de respecter la **légalité** des médicaments et de vérifier que les produits injectés sont des **médicaments injectables avec une AMM** (autorisation de mise sur le marché) **ou un CE médical de produit injectable et non pas un CE de cosmétologie**.

Les produits de ce guide sont conformes à la réglementation en vigueur. La liste se veut la plus exhaustive possible. Néanmoins, lorsque vous ne trouvez pas un médicament dans nos listes, nous vous conseillons de vérifier sa conformité de produit injectable (Afsaps, DGS, SFM, AMME).

Vous êtes responsable de vos injections.

Nous vous donnons ici les produits les plus utilisés en mésothérapie.

Avant cela, il faut absolument connaître les produits interdits en mésothérapie :

- produits huileux ;
- produits alcooliques ;
- sels d'or ;
- corticoïdes ;
- bêta-2-mimétique ;
- alphachymotrypsine ;
- **et toutes substances n'ayant pas d'AMM ou CE injectable.**

Le mélange doit être parfaitement homogène et de préférence avec trois principes actifs.

Les vitamines, vecteurs (eau ppi) peuvent s'ajouter au mélange, dans des indications bien précises et reconnues.

Cette pharmacopée a été documentée par les renseignements de la BIAM (Banque de données informatisées des médicaments).

Caractéristiques des produits les plus courants en mésothérapie

Alpha-tocophérol acétate

DCI : alpha-tocophérol acétate.

DC : vitamine E Nepalm®.

Indications :

AMM : activité vitaminique et anti-agrégant plaquettaire, immunostimulant, avortement habituel (prévention), maladie de Dupuytren, azoospermie, oligozoospermie, myocardite, maladie de La Peyronie, énurésie, dystrophie musculaire, trouble de la ménopause, inflammation muqueuse, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, chorée de Huntington, cancer du poumon (prévention), infarctus cérébral (prévention).

Méso : fibrose, anti-oxydant, cicatrisation.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, IV.

Méso : IED, IDS.

Contre-indications :

AMM : allergie huile de ricin.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : en association avec la pentoxifylline.

Amitriptyline

DCI : amitriptyline.

DC : Laroxyl®.

Indications : psycho-analéptique, antidépresseur, dépression, énurésie, migraine, neuropathie diabétique (douleur), dyspepsie.

AMM : dépression, algie rebelle.

Méso : stress, décontractant, douleur, neuropathie, dépression, somatisation.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, perf. IV.

Méso : IED ou IDS exclusivement, diluer.

Contre-indications :

AMM : IMAO, glaucome à angle fermé, adénome prostatique (avec dysurie), infarctus du myocarde récent, allaitement.

Méso : glaucome région orbitaire?

Effets indésirables méso : rare, somnolence, constipation.

Commentaire pratique : anxiolytique, antidépresseur et sédation +++, antalgique +++.

Arnica

DCI : arnica.

DC : arnica 4 DH injectable.

Indications :

AMM : produit homéopathique.

Méso : traumatismes sportifs, œdèmes congestifs.

Modes et voies d'administration :

AMM : SC.

Méso : en association avec veinotonique vaso-actif.

Contre-indications :

AMM : aucune.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : très utile dans les 72 heures après un traumatisme.

Bléomycine sulfate

DCI : bléomycine sulfate.

DC : bléomycine Bellon®.

Indications :

AMM : carcinomes épidermoïdes et testiculaires, lymphomes.

Méso : verrue.

Modes et voies d'administration :

AMM : IV.

Méso : IDS, IDP, diluer rapport 1 sur 4 avec lidocaïne.

Contre-indications :

AMM : grossesse, allaitement.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : risque de nécrose cutanée superficielle, de tache, hyperpigmentation si dilution trop faible.

Commentaire pratique : diluer à 1 sur 4, éviter le visage, idéal pour les verrues du talon.

Buflomédil

DCI : buflomédil.

DC : Fonzylane®.

Indications :

AMM : artérite des membres inférieurs, acrosyndrome.

Méso : rôle microcirculatoire, alpha-bloquant rhéologique, maladies dégénératives.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, IV.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : association aux antidépresseurs tricycliques, risque accru de convulsions, épilepsie.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : (rare) bouffée vasomotrice, éruption cutanée, nausée.

Commentaire pratique : facilite les échanges capillaires et alpha-bloquants.

Calcitonines hémi-synthétiques ou synthétiques de saumon

DCI : calcitonines hémi-synthétiques ou synthétiques de saumon.

DC : Calcitonine PHARMY 2®, Cadens®, Miacalcic®, Cibacalcine®.

Indications :

AMM : hypocalcémiant, inhibiteur de l'ostéoclastose, maladie de Paget, hypercalcémie (par hyper-résorption osseuse), hypercalcémie maligne algodystrophie, hyperparathyroïdie primitive, ostéoporose postménopausique.

Méso : antalgique +++, anti-arthrosique, AND, ostéoporose, pseudarthrose, retard de consolidation os, tendinite insertion, épiphysite de croissance, anti-inflammatoire, anti-œdémateux, effet microcirculatoire.

Modes et voies d'administration :

AMM : locale, SC, IM ou IV perf.

Méso : toutes ; recommandé en association avec la lidocaïne.

Contre-indications :

AMM : allergie à la gélatine, hypersensibilité à cette substance, grossesse, allaitement, enfant.

Méso : hypersensibilité.

Effets indésirables méso : bouffée vasomotrice, polyurie, éruption cutanée, nausée (fréquent, transitoire, avec une relation effet-dose), vomissement, diarrhée, céphalée, goût désagréable, réaction au point d'injection.

Commentaire pratique : la calcitonine de saumon est 25 fois plus puissante que l'humaine, trophique osseux cartilagineux, effet AINS, antalgique et microcirculatoire.

Calcium glubionate

DCI : calcium glubionate.

DC : calcium.

Indications :

AMM : carence en calcium, tétanie hypocalcémique, spasmodophilie.

Méso : trophique, minéralisant, ostéoporose.

Modes et voies d'administration :

AMM : IV, IM, orale.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : hypercalcémie.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : intéressant dans pathologie rhumatologique.

Chlorhydrate de néfopam

DCI : chlorhydrate de néfopam.

DC : Acupan®.

Indications : analgésie.

AMM : douleur.

Méso : douleur, antalgie.

Modes et voies d'administration :

AMM : orale, IM, IV.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : épilepsie, grossesse, allaitement.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : antalgie pure, mérite d'être essayé.

Cimétidine

DCI : cimétidine.

DC : Tagamet®.

Indications :

AMM : anti-ulcéreux, antihistaminique h2, anti-anaphylactique, antisécrétoire gastrique, migraine.

Méso : anti-ulcéreux.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, IV, orale.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : hypersensibilité.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : utilisé dans les gastralgies.

Clomipramine

DCI : clomipramine.

DC : Anafranil 25®.

Indications : antidépresseur, thymo-analéptique.

AMM : psycho-analéptique, antidépresseur, dépression, énurésie, migraine neuropathie diabétique (douleur), dyspepsie.

Méso : stress, dépression, somatisation.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, perf. IV.

Méso : IED ou IDS exclusivement, diluer.

Contre-indications :

AMM : IMAO, glaucome à angle fermé, adénome prostatique (avec dysurie), infarctus du myocarde récent, allaitement.

Méso : glaucome région orbitaire? Grossesse, allaitement.

Effets indésirables méso : rare, constipation, somnolence, sédation, glaucome.

Commentaire pratique : anxiolytique, antidépresseur et sédation +++.

Dexchlorphéniramine maléate

DCI : dexchlorphéniramine maléate.

DC : Polaramine®.

Indications : antihistaminique, anti-allergique.

AMM : réaction allergique, rhinite allergique, vasomotrice, conjonctivite allergique, prurit, urticaire, eczéma, allergie médicamenteuse, toux.

Méso : allergies ORL.

Modes et voies d'administration :

AMM : locale, IM, IV.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : adénome prostate, glaucome, iléus paralytique, sténose pylorique, myasthénie, état de mal, BPCO, hypersensibilité, IMAO, alcool.

Méso : allergies, rhinite, conjonctivite, sinusite atopique.

Effets indésirables méso : rare, constipation, somnolence.

Commentaire pratique : utilisé en pathologie ORL.

Dexpanthénol

DCI : dexpanthénol.

DC : Bépantène®.

Indications :

AMM : avitaminose B, accident auditif de la streptomycine, dermatose, brûlure, gerçure, atonie intestinale, alopecie.

Méso : trophique local, anti-oxydant, antiradicaux libres, acné, psoriasis, alopecie, pelade.

Modes et voies d'administration :

AMM : locale, IM, IV.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : aucune.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : utilisé dans la chute des cheveux.

Diazépam

DCI : diazépam.

DC : Valium® 10 mg.

Indications : anxiolytique, décontractant sédatif.

AMM : anxiété, *delirium tremens* (prévention), trouble psychosomatique, épilepsie, contracture musculaire, dyskinésie tardive, insomnie, syndrome de sevrage de l'héroïne, convulsion fébrile de l'enfant (prévention).

Méso : décontractant majeur, sédatif, anxiolytique.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, IV, IR.

Méso : IED ou IDS exclusivement.

Contre-indications :

AMM : myasthénie, hypersensibilité aux benzodiazépines, allaitement, insuffisance respiratoire sévère.

Méso : IRC, ne pas piquer la région pulmonaire.

Effets indésirables méso : rare, somnolence, sédation.

Commentaire pratique : à diluer, surtout pour la sédation.

Diclofénac sodium

DCI : diclofénac sodium.

DC : Voltarène®.

Indications :

AMM : rhumatisme inflammatoire, polyarthrite, arthrose, tendinite, inflammation, dysménorrhée, colique néphrétique, colique hépatique, migraine, ostéoporose.

Méso : toutes inflammations locales.

Modes et voies d'administration :

AMM : orale, IM, rectal.

Méso : toutes, en dilution 1 pour 3.

Contre-indications :

AMM : UGD, hémorragie digestive, hypersensibilité aspirine, diclofénac, insuffisance hépatocellulaire, rénale sévère, grossesse (3^e trimestre), moins de 15 ans.

Méso : aucun.

Effets indésirables méso : allergies rares, nécrose possible si mauvaise dilution.

Commentaire pratique : dilution à respecter, pas de procaïne car précipita, à utiliser avec prudence.

Étamsylate

DCI : étamsylate.

DC : Dicynone®.

Indications :

AMM : vitaminique P, fragilité capillaire, hémorragie en nappe, insuffisance veineuse, varice, séquelle de phlébite, trouble circulatoire périphérique, trouble circulatoire lors des syndromes prémenstruels, chez la femme enceinte et lors de la ménopause, rétinopathie diabétique, rétinopathie hypertensive, fragilité capillaire, pertes sanguines.

Méso : cellulite, insuffisances veinolymphatiques, œdèmes localisés, varicosités.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, IV.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : aucune.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : allergie cutanée sulfites.

Commentaire pratique : vasculoprotecteur et veinotonique, anti-œdémateux, décongestionnant et anticellulite.

Hydroxyzine

DCI : hydroxyzine.

DC : Atarax®.

Indications : anxiolytique.

AMM : allergie, rhinite, conjonctivite allergique, prurit, urticaire, anxiété, excitation psychomoteur, vomissement, prémédication, éréthisme cardiaque.

Méso : stress, décontractant, anxiolyse occasionnelle.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, IV.

Méso : IED ou IDS exclusivement.

Contre-indications :

AMM : adénome, glaucome, iléus paralytique, sténose pylorique, myasthénie, porphyrie, état de mal, BPCO, hypersensibilité, IMAO, alcool.

Méso : glaucome région orbitaire ?

Effets indésirables méso : rare, constipation, somnolence, décontraction.

Commentaire pratique : anxiolyse faible.

Kétoprofène

DCI : kétoprofène.

DC : Profénid®, Topfena®.

Indications :

AMM : rhumatisme inflammatoire, arthrose, arthrite microcristalline, radiculalgies, colique néphrétique, syndrome de Bartter, dysménorrhée, drépanocytose (traitement de la crise), douleur cancéreuse, cholangite du Sida.

Méso : toutes inflammations locales accessibles à la méso, colique néphrétique, douleurs cancéreuses.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM.

Méso : Bien diluer au moins 1 sur 3.

Contre-indications :

AMM : ulcère gastroduodéal, hémorragie digestive, gastrite, insuffisance hépatocellulaire grave, insuffisance rénale sévère, grossesse (3^e trimestre), allaitement, hypersensibilité à l'aspirine, hypersensibilité au piroxicam, enfant de moins de 15 ans, porphyrie.

Méso : aucun.

Effets indésirables méso : possibilités de douleurs aux injections (petites articulations).

Commentaire pratique : diluer suffisamment dans lidocaïne 1 %, pour éviter les douleurs aux injections.

Lidocaïne

DCI : lidocaïne pure sans conservateur (2-(diéthylamino)-N-(2,6-diméthylphényl)acétamide).

DC : mésocaïne ou xylocaïne sans conservateur.

Indications :

AMM : anesthésie locale, douleur post-zostérienne, migraine (traitement de la crise).

Méso : modificateur de membrane, atténuation de la douleur d'injection, potentialisation (bêta-bloquant, décontractant), remplace la procaine en cas de CI.

Modes et voies d'administration :

AMM : voie locale admise.

Méso : toutes profondeurs.

Contre-indications :

AMM : myasthénie, arythmie supraventriculaire, porphyrie.

Méso : porphyrie.

Effets indésirables méso : allergie exceptionnelle.

Commentaire pratique : pas de conservateur, pas d'allergie en méso connue.

Monométhyltrisilanol orthohydroxybenzoate de sodium

DCI : monométhyltrisilanol orthohydroxybenzoate de sodium.

DC : Conjonctyl®.

Indications :

DM : comblement dépression cutanée, cicatrices.

Méso : mésolift, action trophique.

Modes et voies d'administration :

AMM : ID, méso.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : aucune.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : injecter à température ambiante.

Naftidrofuryl oxalate

DCI : naftidrofuryl oxalate.

DC : Praxilène®.

Indications :

AMM : spasmolytique, vasodilatateur, coronarodilatateur, anti-anoxique, anesthésique local, ganglioplégique, antibradykinine, antisérotinine, insuffisance circulatoire cérébrale, artérite des membres inférieurs, trouble vasomoteur périphérique, accident ischémique aigu, syndrome de Raynaud, crampes.

Méso : artérite, Raynaud, crampes, vasodilatateur.

Modes et voies d'administration :

AMM : orale, IA, IM, IV.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : bloc auriculoventriculaire de haut degré, insuffisance cardiaque sévère.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : utilisé principalement dans la pathologie vasculaire.

Nicarpidine

DCI : nicarpidine.

DC : Loxen®.

Indications :

AMM : hypertension artérielle, angor, syndrome de Raynaud, insuffisance cardiaque, hypotension contrôlée, accouchement prématuré (menace).

Méso : vasodilatateur, syndrome de Raynaud.

Modes et voies d'administration :

AMM : orale, IV (usage hospitalier).

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : grossesse, allaitement.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : intérêt dans le traitement méso du Raynaud.

Pentoxifylline

DCI : pentoxifylline.

DC : Torental®.

Indications :

AMM : artérite des membres inférieurs, insuffisance circulatoire cérébrale, trouble vasomoteur périphérique, ulcère variqueux, maladie de Behçet, accident vasculaire cérébral, angéite leucocytoclasique, diabète insulino-dépendant, septicémie, choc septique, syndrome hépatorénal, syndrome de Lyell, myocardiopathie, hypertension portale.

Méso : artériopathie, traumatisme sportive, arthrose, effet rhéologique, microcirculation, défibrosant, nutritif, anti-oxydant.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, IV.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : aucune.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : rares, nausée, vomissement, brûlure épigastrique, hypotension artérielle.

Commentaire pratique : effet rhéologique.

Phloroglucinol

DCI : phloroglucinol.

DC : Spasfon® injectable.

Indications : antispasmodique, musculotrope.

AMM : antispasmodique, douleur spasmodique, colique néphrétique, colique hépatique, colite spasmodique, dyskinésie biliaire pancréatique, dysménorrhée, accouchement dirigé, hypertonicité du col utérin.

Méso : antispasmodique, somatisation viscérale.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, IV, orale.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : aucune.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : réaction allergique cutanée (rare).

Commentaire pratique : dans la pathologie viscérale +++.

Pidolate de magnésium

DCI : pidolate de magnésium.

DC : MAG 2®.

Indications :

AMM : carences en magnésium.

Méso : anti-atopique, stabilisant membranaire, anti-spasmodique, terrain neurodystonique.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, IV.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : aucun.

Méso : aucun.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : excellent diluant, rougeur immédiate en bande.

Piribédil mésilate

DCI : piribédil mésilate.

DC : Trivastal®.

Indications :

AMM : vasodilatateur cérébral, vasodilatateur périphérique, antiparkinsonien, accident ischémique aigu, artérite des membres inférieurs.

Méso : *idem*.

Modes et voies d'administration :

AMM : IV.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : IDM, OAP, neuroleptique, hypersensibilité.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : peu utilisé en pratique.

Piroxicam

DCI : piroxicam.

DC : Zofora®, Feldène®.

Indications :

AMM : anti-inflammatoire, analgésique, antipyrétique, arthrose, PR, SPA, inhibiteur de la synthèse des prostaglandines, anti-agrégant plaquettaire, uricosurique.

Méso : anti-inflammatoire, antalgique.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM.

Méso : bien diluer avec de la lidocaïne.

Contre-indications :

AMM : ulcère gastroduodéal, hémorragie digestive, gastrite, insuffisance hépatocellulaire grave, insuffisance rénale sévère, grossesse (3^e trimestre), allaitement, hypersensibilité à l'aspirine, hypersensibilité au piroxicam, enfant de moins de 15 ans, porphyrie, anticoagulants.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : allergies (rares en méso).

Commentaire pratique : AINS et antiprostaglandine.

Procaïne

DCI : procaïne.

DC : procaïne Biostabilex® 2 % ou procaïne Lavoisier® 2 %.

Indications :

AMM : diminution de l'acuité visuelle, troubles cérébrovasculaires, anesthésie locale.

Méso : *idem* mésocaïne pour anesthésie, ganglioplégique, vasodilatateur, stimulant immunitaire, stimulant neuropsychique et thymo-analéptique.

Modes et voies d'administration :

AMM : voie locale admise.

Méso : toutes profondeurs.

Contre-indications :

AMM : enfant moins de 30 mois.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : allergie cutanée rare au radical «para», aux sulfites (0,3 %).

Commentaire pratique : effet rhéologique précieux, vérifier l'allergique.

Propranolol chlorhydrate

DCI : propranolol chlorhydrate.

DC : Avlocardyl®.

Indications :

AMM : bêta-bloquant, anti-HTA, anti-angoreux, hyperthyroïdie, IDM, anti-arythmique, antimigraineux, algodystrophie, anxiolytique, spasmodiphilie, tremblement, dyskinésie.

Méso : migraine.

Modes et voies d'administration :

AMM : locale, IV.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : insuffisance cardiaque décompensée, bloc auriculaire, BAV, Prinzmetal, Raynaud, bradycardie, asthme, dépression, IMAO, vérapamil.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : dans certaines migraines.

Ranitidine chlorhydrate

DCI : ranitidine chlorhydrate

DC : Azantac®.

Indications :

AMM : anti-ulcéreux, antihistaminique h2, immunostimulant, antisécrétoire gastrique, mélanome.

Méso : *idem*.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, IV, orale.

Méso : toutes.

Contre-indications :

Méso : *idem*.

AMM : hypersensibilité.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : utilisé dans les gastralgies.

Thiocolchicoside

DCI : thiocolchicoside.

DC : Colthiozid®, Miorel®.

Indications :

AMM : myorelaxant, spasmolytique, contracture musculaire, rééducation fonctionnelle (adjuvant).

Méso : *idem* + défibrosant tissulaire, spasmolytique de la fibre lisse.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, CP, locale.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : myasthénie.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : utilisé aussi pour son effet **défibrinant** dans la mésodissolution.

Vitamine A, D2, E, K1

DCI : vitamine A, D2, E, K1.

DC : Vitalipide®.

Indications :

AMM : nutrition parentérale.

Méso : trophique, anti-oxydant.

Modes et voies d'administration :

AMM : IV.

Méso : IED, IDS.

Contre-indications :

AMM : grossesse en parentérale.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : utilisé en effet trophique.

Vitamine A, D3, E, B1, B2, B5, B6, B8, B9, B12, PP, C

DCI : vitamine A, D3, E, B1, B2, B5, B6, B8, B9, B12, PP, C.

DC : Cernevit® injectable.

Indications :

AMM : états de carences, supplémentation vitaminique.

Méso : trophique local, anti-oxydant, antiradicaux libres, maladies dégénératives, défibrosant avec la pentoxifyline.

Modes et voies d'administration :

AMM : IV (flacon à reconstituer).

Méso : toutes, après reconstitution.

Contre-indications :

AMM : allergie B1, enfant moins de 11 ans.

Méso : allergie B1.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : effet locorégional +++, auto-oxydant +++, trophique +++, remplace l'hydrosol polyvitaminé.

Vitamine B1, B2, PP, B5, B6

DCI : vitamine B1, B2, PP, B5, B6.

DC : Bécozyme®.

Indications :

AMM : avitaminoses, asthénie fonctionnelle.

Méso : trophique, asthénie.

Modes et voies d'administration :

AMM : IM, IV, orale.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : hypersensibilité.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : peu utilisé.

Vitamine B1, B2, B5, PP, B7, B9, B12, H, C

DCI : vitamine B1, B2, B5, PP, B7, B9, B12, H, C.

DC : Soluvit®.

Indications :

AMM : avitaminose B1, B2, B5, PP, B7, B9, B12, H, C, nutrition parentérale.

Méso : trophique, antalgie, dermatose.

Modes et voies d'administration :

AMM : IV.

Méso : IED, IDS, IDP.

Contre-indications :

AMM : hypersensibilité excipient.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : utilisation dans sa composante trophique.

Vitamine C – acide ascorbique

DCI : vitamine C – acide ascorbique

DC : Laroscorbine®, vitamine C.

Indications :

AMM : méthémoglobinémie idiopathique du nourrisson, avitaminose C, syndrome hémorragique, angor (adjuvant), démence vasculaire (prévention), sevrage du tabac.

Méso : trophique local, anti-oxydant, antiradicaux libres, maladies dégénératives.

Modes et voies d'administration :

AMM : locale, IM, IV.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : aucune.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : effet locorégional +++, anti-oxydant +++, trophique +++, cutané protecteur UV, éclaircissant.

Vitamine H, vitamine B7

DCI : vitamine H, vitamine B7.

DC : Biotine®.

Indications :

AMM : avitaminose B, maladie de Leiner-Moussous, psoriasis, acné.

Méso : trophique local, anti-oxydant, antiradicaux libres, acné, psoriasis, alopecie, pelade.

Modes et voies d'administration :

AMM : locale, IM, IV.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : aucune.

Méso : *idem*.

Effets indésirables méso : aucun.

Commentaire pratique : utilisé dans la chute de cheveux.

Yaluronate de sodium

DCI : yaluronate de sodium, natif (polysaccharide), résultant d'une origine de biosynthèse bactérienne.

DC : seuls sont reconnus les produits ayant un marquage CE dans les formes «pures» d'AH (Juvelfit[®], Surgilift plus[®], R-fine[®], Idune[®]).

L'accord de l'Afssaps est nécessaire, s'il s'agit d'un produit «composé», comprenant en plus de l'AH, des produits médicamenteux qui nécessite une AMM.

Indications :

DM indications : ophtalmologie, rhumatologie (arthrose genou), dermo-esthétique (comblement de rides).

Méso : mésolift; dermo-esthétique pour comblement de ridules et rides, selon une durée de 2 semaines à 2 mois.

Modes et voies d'administration :

Tenir compte de trois paramètres :

- poids moléculaire (en daltons) : souhaitable égal ou supérieur à un million de daltons (1 MD); il y a des AH jusqu'à 2 à 3 MD;
- concentration : souhaitable égale ou supérieure à 1 %; il y a des concentrations à 1,6 % et 2 %;
- viscoélasticité : souhaitable entre 150 000 et 500 000 m. Pascal.

Conservation au réfrigérateur entre 4 et 8°, car dégradation jusqu'à 40 % de l'AH à 25° à 24 mois.

AMM : ID, méso.

Méso : toutes.

Contre-indications :

AMM : aucun.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : aucun dans l'immense majorité des cas.

Commentaire pratique : plus les trois paramètres sont bons, plus la durée du produit *in situ* est longue (2 semaines à 2 mois).

Yaluronate de sodium réticulé

DCI : yaluronate de sodium réticulé (réticulant chimique), en vue de le rendre plus durable *in situ* (pour le produit dermo-esthétique, 6 mois).

DC : seuls sont reconnus les produits «pures» avec marquage CE; si c'est un produit «composé» (comprenant en plus des principes actifs médicamenteux), l'Afssaps doit donner son accord, car il faut une AMM.

Restylane[®], Hylaform[®], Theosyal[®], Esthelis[®], Surgiderm[®], etc.

Indications :

DM : comblement de rides, selon une longue durée de 6 mois environ.

La durée doit être prouvée au test profilométrique.

Méso : même indication, pour le comblement de rides, avec produit pur; mais ni dilution ni mésolift avec l'acide hyaluronique réticulé.

Modes et voies d'administration :

AMM : ID, méso.

Méso : *idem* AMM, mais pas de mésolift.

Contre-indications : allergie au réticulant.

AMM : aucun.

Méso : aucune.

Effets indésirables méso : aucun dans la majorité des cas; mais parfois rares réactions de sensibilité, très rarement inflammation, et exceptionnellement granulomes cellulaires, avec ou sans infection.

Commentaire pratique : demander le nom du réticulant, et une étude-enquête de pharmacovigilance du produit afin de prévenir certaines allergies connues au réticulant ou à un produit de dégradation.

Techniques mésothérapeutiques

Matériel

Seringues

2, 5, 10, 20 mL à embout décentré.

L'embout décentré permet d'appliquer avec aisance la technique épidermique.

Plus la seringue est de grande capacité, plus son piston est difficile à pousser à la main.

Aiguilles

Diamètre	Gauge
0,27 × 13 mm	32 G
0,3 × 4 mm	30 G
0,3 × 13 mm	30 G
0,4 × 4 mm	27 G
0,4 × 13 mm	27 G

Plus le diamètre de l'aiguille est petit, moins il y a de risque de saignement et de douleur à la ponction. Certains mélanges peuvent s'écouler plus difficilement dans de petits diamètres (0,27 mm surtout).

Une aiguille de 0,27 mm stimule peu les récepteurs épidermiques et se tord facilement en technique épidermique.

Injecteurs

Mécaniques ou électromécaniques, avec ou sans compresseur.

Pour les techniques d'injection point par point surtout.

Utiles pour une multiponction de surface.

Techniques de base (les plus utilisées) : de la plus superficielle à la plus profonde

Technique épidermique IED (intra-épidermique)

Principe : appliquer sur la peau un mélange médicamenteux à l'aide d'une seringue à embout déporté et

d'une aiguille de 0,3×13 mm en réalisant des griffures légères. Le mélange est rapidement absorbé par la peau.

Traitement des cellulopathies détectées par l'examen clinique.

Technique : 1 mm de profondeur.

Aiguille de 0,3×13 mm, appliquée sur la peau avec un angle de 15 à 20°, biseau vers le haut (orienté à l'opposé de la surface de la peau), pression verticale de maximum 40 g sur la peau.

On réalise des lignes sur la peau plus ou moins serrées, croisées ou non, en poussant régulièrement sur le piston de la seringue pour libérer un peu de mélange.

Il est nécessaire de garder l'angle de 15 à 20° pour ne pas griffer la peau. Laisser le produit s'absorber dans la peau (3 à 5 minutes).

Effet (immédiat, à distance) : effet vasoactif important. Plus la cellulopathie est importante, plus la réactivité et l'absorption sont grandes.

Effet réflexe important.

Intérêt : importante stimulation réflexe des zones cutanées en souffrance.

Technique utilisable partout sur le corps, y compris sur les zones à risque septique du fait de l'absence d'effraction cutanée.

Aucun saignement par hématome.

Indication : indications très larges.

Intérêt pour traiter de grandes surfaces, les enfants, les sujets hypersensibles ou réfractaires aux injections, pour certains traitements esthétiques (mésolift, mésodrain, cicatrices par exemple).

Contre-indication : patient très hyperalgique.

Nappage IDS (intradermique superficielle)

Principe : réaliser dans l'épiderme et le derme superficiel des micropunctures répétées avec dépôt

du mélange médicamenteux qui est absorbé en quelques minutes.

Technique : 1 à 2 mm de profondeur.

Aiguille de 0,3 ou 0,4×4 mm ou 0,3×13 mm, biseau vers la surface de la peau.

Piquetage répété de nombreuses fois sur la zone à traiter.

Angle de 40 à 60°.

Lorsqu'une petite goutte de sang apparaît, la membrane basale est dépassée.

Effet (immédiat, à distance) : stimulation cutanée importante.

Intérêt : importante stimulation réflexe des zones cutanées en souffrance.

Indication : indications et zones d'application identiques à celles de la mésothérapie épidermique.

Contre-indication : aucune.

Injection intradermique profonde (IDP) : 4 à 6 mm

Principe : injecter le mélange mésothérapique dans le derme profond.

Traitement des points douloureux détectés par l'examen clinique.

Les injections se font sur des points objectifs (douloureux à la pression digitale)

Technique : aiguille 4 mm, 3/10 ou 4/10, ou 13 mm, 3/10 30 G.

Profondeur d'injection : de 4 à 6 mm.

Volume injecté : de 0,2 à 0,3 mL selon les régions et l'épaisseur de la peau.

Effet (immédiat, à distance) : amélioration après 3 jours pour une durée de 1 à 2 semaines.

Technique souvent associée à une technique superficielle, épidermique ou nappage (technique mixte), en vue de coupler un effet immédiat à un effet différé plus long.

Intérêt : traiter les zones en souffrance, quelle que soit leur origine, avec efficacité et rapidité.

Indication : points douloureux d'origine musculaire, périarticulaire, articulaire, viscérale.

Contre-indication : aucune.

Injections point par point (je pique, j'injecte, je retire).

Injection dermo-hypodermique (DHD) : 4 à 13 mm

Principe : injecter le mélange mésothérapique dans le derme ou l'hypoderme.

Traitement des points douloureux détectés par l'examen clinique.

Les injections se font sur des points objectifs (douloureux à la pression digitale et/ou au palper-rouler), fixes, reproductibles et systématisés, selon une cartographie issue de la SOS (validée statistiquement, de façon significative).

Technique : aiguille 13 mm, 3/10 30 G, ou 4/10 27 G.

Profondeur d'injection : de 2 mm (doigts) à 13 mm (rachis et hanches).

De façon perpendiculaire à la peau (rachis-hanches) ou à travers un pli rabattu (toutes les autres régions).

Volume injecté : de 0,2 à 0,5 mL selon les régions et l'épaisseur de la peau.

Effet (immédiat, à distance) : amélioration immédiatement très intense mais ne dure que 3 à 5 jours.

Technique souvent associée à une technique superficielle, épidermique ou nappage (technique mixte), en vue de coupler un effet immédiat à un effet différé plus long.

Intérêt : la MPS.

Traiter les zones en souffrance, quelle que soit leur origine, avec efficacité et rapidité.

Indication : points douloureux d'origine musculaire, périarticulaire, articulaire, viscérale.

Traiter de façon ponctuelle et systématisée, avec un effet puissant et immédiat, les souffrances neuro-articulaires mécaniques en rhumatologie, et en médecine du sport : lésions abarticulaires, tendinomyalgies, ligamentites, entorses bénignes, névralgies communes, arthrose ; les dysfonctions neuroviscérales, les souffrances périphériques du stress-anxiété.

Contre-indication : aucune.

Techniques très rarement utilisées

Papule

Principe : injecter le mélange mésothérapeutique sous la membrane basale, siège en particulier de l'immunité cellulaire.

Effet (immédiat, à distance) : stimulation de l'immunité cellulaire.

Technique : aiguille 0,3 ou 0,4 × 4 mm ou 13 mm. Injection sous la membrane basale qui se décolle (aspect en peau d'orange).

Intérêt : intérêt en mésovaccination par l'effet sur l'immunité cellulaire (*cf.* vaccin antigrippal).

Indication : déficit immunitaire léger à modéré ; infections virales, bactériennes ou autres.

Contre-indication : aucune.

Mésoperfusion (proposé par Dr Martin)

Principe : injecter dans l'hypoderme le mélange mésothérapeutique avec une diffusion sur une grande zone.

Technique : 10 à 13 mm de profondeur (hypoderme).

Aiguilles de 0,4×13 mm avec tubulures à plusieurs sorties (pieuvre).

Mésoperfuseur qui envoie des volumes de mélange à intervalles et volumes prédéfinis.

Nécessite une séance longue de 30 à 45 minutes.

Effet : antalgie, détente.

Intérêt : technique indolore, efficace sur des douleurs chroniques et rebelles.

Contre-indication : zones à risque septique.

Effets de la mésothérapie

La mésothérapie possède un effet thérapeutique principal et un effet complémentaire :

- effet pharmacologique dû aux médicaments utilisés, plus lents pour les techniques de surface (épidermique IED, nappage IDS) et plus rapide pour les techniques plus profondes (dermo-hypodermique DHD, intradermique profonde IDP) ;
- effet réflexe dû à la piqûre ou à la griffure.

Techniques mixtes

Il est très souvent nécessaire d'associer des techniques superficielles (épidermique IED, nappage IDS) à des techniques plus profondes IDP et DHD afin de potentialiser les effets propres à chacune des techniques. Ainsi, les effets thérapeutiques sont majorés et plus durables.

Les quatre possibilités d'association sont :

- point par point + épidermique ;
- point par point + nappage ;
- MPS épidermique ;
- MPS nappage.

Conclusion

La panoplie des techniques mésothérapeutiques permet de s'adapter à chaque cas clinique.

La première séance doit être plus « réservée » que les suivantes afin de ne pas surtraiter et déclencher une hyperalgie secondaire le lendemain de la séance.

Les séances sont d'autant plus rapprochées (3 à 4 jours) que le cas clinique est aigu.

Trois séances chacune espacée de 7 jours, avec un rappel éventuel 15 jours plus tard est le schéma de base habituel.

Si aucune amélioration n'est intervenue après trois séances, il est nécessaire de revoir son diagnostic et l'indication de mésothérapie.

La mésothérapie peut aussi servir de test thérapeutique pour des tableaux cliniques complexes, multifactoriels et anciens.

Outils interdits

- Multi-injecteurs, multi-aiguilles, même à usage unique.
- Rollers ; multi-injecteurs à roulette.
- Tout matériel d'injection sans marquage, sans CE ou accréditation officielle.
- Les injecteurs sans aiguille, par pression (type vaccination vétérinaire, Dermojet®) du fait du risque d'infections majorées par la dilacération des tissus.
- Tout matériel d'injection à usage non unique (type aiguilles, seringues stérilisables métalliques).

Mise en garde : le matériel d'électroporation ou transporation, souvent appelé à tort et illégalement

« mésothérapie sans aiguille », permet le passage de produits à travers l'épiderme et pour cela tombe aussi sous la législation des médicaments injectables (AMM). Autrement dit, les produits utilisés doivent avoir une AMM d'injection et non pas un agrément cosmétologique.

Nous réfutons totalement l'appellation de mésothérapie pour ce type de matériel et de traitement, car c'est une technique totalement différente et qui est loin d'avoir la reconnaissance officielle et académique de la mésothérapie.

Échelle d'évaluation de l'anxiété générale

Échelle ADP du Dr D. Mrejen

Manifestations générales de l'anxiété psychotonique : A = Anxiété

1) Êtes-vous pressé(e), agité(e) ?	
0	Non, je prends le temps de vivre et de travailler
1	Je suis pressé(e), un peu énervé(e) quand j'ai un rendez-vous important, quand je ne suis pas à l'heure pour mon travail
2	Je suis tout le temps pressé(e), agité(e), pour prendre le train, l'avion, pour travailler, pour m'habiller, manger, monter, descendre des escaliers
2) Êtes-vous irritable ?	
0	Pas du tout, je suis plutôt calme le plus souvent
1	Je suis parfois irrité(e), pour des motifs sérieux au travail ou chez moi
2	Je suis tout le temps irrité(e), pour n'importe quel motif, dans mon travail, chez moi, en société, même en vacances
3) Vous sentez-vous en sécurité, êtes-vous un(e) angoissé(e) ?	
0	Je me sens en sécurité, je ne suis pas un(e) angoissé(e)
1	Je ne me sens pas en sécurité quand il y a une crise économique, un risque de chômage, un risque de guerre mondiale, j'ai peur de prendre l'avion
2	Je ne me sens en sécurité nulle part, j'ai peur dans mon parking, dans la rue, chez moi, même en vacances j'appréhende les catastrophes, j'imagine toujours le pire, je ressens souvent une oppression très désagréable
4) Êtes-vous soucieux(euse) inquiet(ète) ?	
0	Un peu ou pas du tout
1	Oui je me fais du souci pour des futilités, mais heureusement j'oublie vite, cela ne m'empêche pas de dormir, mais ça me stimule l'appétit
2	Je suis inquiet(ète) en permanence, j'ai l'impression d'être débordé(e) par des dangers, j'ai souvent un sentiment de souffrance intérieure inexplicable
5) Avez-vous des difficultés pour dormir ? Avez-vous un mauvais sommeil ?	
0	Non, je dors bien
1	J'ai des difficultés à m'endormir en début, c'est tout
2	Réveils nocturnes fréquents ou/et réveil matinal précoce, agitation nocturne, qui indisposent en journée
Total A = (maximum 10)	

Troubles généraux dépressifs : D = Dépression

1) Avez-vous l'impression de devenir triste, mélancolique ? ou êtes-vous un bon vivant ?	
0	Non, je ne suis pas triste, j'aime la vie
1	Je suis triste depuis quelque temps et les choses de la vie m'ennuient parfois
2	Je suis très souvent mélancolique, triste tout le temps, plus rien ne m'amuse
2) Avez-vous le goût de l'action ? Êtes-vous un(e) enthousiaste ? vous sentez-vous dynamique ?	
0	Oui, j'aime faire des choses qui m'intéressent
1	Non, je n'ai plus envie de travailler ou d'entreprendre une autre activité, je suis las(se), fatigué(e), assez souvent
2	Je n'ai aucune envie de faire quoi que ce soit, ni mon travail, ni un sport, ni des jeux, ni un loisir quelconque, je suis fatigué(e) de tout, même de parler ; je me sens vide, sans ressort, épuisé(e) tout le temps
3) Quels types de relations avez-vous avec votre entourage professionnel et familial ?	
0	Les relations sont correctes et harmonieuses
1	Je me sens rejeté(e), mis(e) à l'écart, on ne m'aime pas. J'ai de moins en moins envie d'avoir des rapports sexuels
2	Je me sens agressé(e), menacé(e), tout le monde m'en veut ou me déteste. Je n'ai plus envie d'avoir des relations avec personne, je n'ai pas d'amis, les questions sexuelles ne m'intéressent plus
4) Appétit	
0	Normal
1	J'ai moins d'appétit et je mange moins qu'avant
2	Je n'ai plus d'appétit, la nourriture me dégoûte
5) Êtes-vous satisfait(e) de la vie que vous menez ?	
0	Oui, je me sens bien, la vie est belle
1	Ma vie est un échec – quand je pense à ce que j'aurais pu être – maintenant c'est trop tard ; je rumine tout le temps mes déceptions, mes regrets et mes remords ; tout cela est de ma faute, je ne vaudrais rien de toute façon, je suis un(e) raté(e)
2	Ma vie est un enfer, toutes mes idées sont noires, je ne vis pas, j'existe par mes souffrances, si je n'existais pas ce serait encore mieux, la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, je pense qu'il vaut mieux en finir, le suicide me paraît la meilleure solution
Total D =(maximum 10)	

Manifestations périphériques :

P = Périphérique

1) Somatiques

Douleurs neuro-articulaires et musculaires (nuque, dos, lombaires, membres, maux de tête).

0	Pas de douleur
1	Douleurs modérées, intermittentes
2	Douleurs fortes, permanentes

2) Viscérales

Souffrances thoraciques (oppressions, striction, étouffements)

ou/et

Douleurs, tension cardiovasculaire : palpitations, pincement thoracique gauche, migraines fréquentes

ou/et

Souffrances digestives : douleurs abdomino-pelviennes, ballonnements, digestions lentes, constipation ou diarrhée

ou/et

Troubles urogénitaux : brûlures à la miction, douleurs pelviennes, envies impérieuses et fréquentes d'uriner

ou/et

Troubles menstruels et congestion des seins, frigidité occasionnelle (femme); éjaculations précoces répétées (homme)

ou/et

Troubles cutanéomuqueux à type de prurit et d'éruptions diverses, à répétition

ou/et

Infections ORL à répétition

0	Aucun trouble
1	Troubles modérés et passagers
2	Perturbations importantes, rebelles, et très fréquentes
Total P = (maximum 4)	

Score total A + D + P = (maximum 24)

Pronostic – classification des différentes formes

Classification	Score total ADP
Formes mineures – groupe I	≤ 6 (score AD ≤ 4)
Formes moyennes – groupe II	7 à 10 (score AD > 4)
Formes graves – groupe III	11 à 14
Formes très graves – groupe IV	> 14

La mésothérapie est le plus souvent suffisante dans les groupes I et II, elle est complémentaire dans les groupes III et IV.

Séméiologie objective systématisée (SOS) – mésothérapie ponctuelle systématisée (MPS)

D. Mrejen, inventeur des outils SOS et MPS

La SOS–MPS résulte de la convergence de trois catégories de travaux cliniques, fondamentaux et thérapeutiques à propos du traitement des douleurs «mécaniques» neuro-articulaires et des dysfonctions viscérales douloureuses.

Vers 1980, nous étions confrontés aux problèmes soulevés par les infiltrations neuro-articulaires en neuro-rhumatologie : difficultés techniques, effets indésirables des corticoïdes, danger à propos de «longues» aiguilles pénétrant à des profondeurs importantes (de 5 à 10 cm) et sans grande visibilité.

Quand nous avons abordé la mésothérapie traditionnelle du Dr Pistor en 1981–1982, j'ai été séduit par l'innocuité de la technique, sa facilité d'exécution (injections locorégionales à 4 mm de profondeur), mais les résultats, quoique encourageants, étaient «aléatoires» pour l'appareil neuro-articulaire, et les indications viscérales n'étaient pas bien définies entre lésions organiques et dysfonctions viscérales.

C'est donc pour trouver des solutions et optimiser ces deux types de techniques que nous avons effectué des travaux fondamentaux et cliniques, dans le cadre du service de neuro-endocrinologie de l'hôpital Sainte-Anne de Paris, puis des travaux cliniques au centre de la douleur de l'hôpital Necker de Paris, et ensuite au centre de la douleur de l'hôpital Lariboisière de Paris, pour comprendre la physiopathologie de ces douleurs mécaniques neuro-articulaires et valider de nouveaux procédés thérapeutiques.

Cela a commencé par le «démembrement» du système nerveux périphérique (cérébro-spinal)

et surtout du système nerveux végétatif périphérique (SNV); notamment sa «systématisation», depuis son origine neuro-articulaire centrale, jusqu'à sa terminaison dermique, à la peau, via la microcirculation.

Nous avons constaté très vite la corrélation entre les neurodystrophies (DND) cutanées et les souffrances profondes (de segments articulaires et plexus viscéraux); mais il fallait le prouver statistiquement par des travaux cliniques.

Notre objectif était donc de valider l'existence des stigmates cutanés, les neurodystrophies (DND) objectifs (douloureux à la pression digitale) fixes, et reproductibles en corrélation avec des souffrances profondes neuro-articulaires, et des dysfonctions viscérales de façon statistiquement significative.

La mise au point d'une sémiologie objective systématisée (SOS) a résulté de ces travaux fondamentaux et cliniques.

Ainsi, on peut se servir de cette SOS comme clavier thérapeutique pour agir sur des douleurs neuro-articulaires profondes et des dysfonctions viscérales, c'est l'objet de la mésothérapie ponctuelle systématisée (MPS).

Avec le temps (1995–1998) et de nombreux travaux cliniques multicentriques, nous nous sommes rendu compte que la MPS, tout en apportant beaucoup de solutions innovantes intéressantes, était optimisée par l'association aux techniques traditionnelles intradermiques, ce qui a abouti au concept de techniques mixtes, associant la MPS aux techniques ID (IDS/nappage,

IDP) auxquelles est venue s'ajouter la technique épidermique (Dr Perrin).

Ainsi, la MPS apportait une solution très bien ciblée, forte et immédiate au traitement de la douleur neuro-articulaire/mécanique, et la technique ID apportait une solution plus étalée dans l'espace et dans le temps (libération prolongée).

La MPS se fait selon des injections de 2 mm (mains) à 10 mm (rachis-hanches) de profondeur, avec des aiguilles de 13 mm, 3/10, ou kits mixtes, ou kits MPS, selon des quantités de 0,3 à 0,5 mL par point.

Les injections sont effectuées de façon perpendiculaire à la peau (rachis-hanches) ou à travers un pli rabattu (rachis cervical-articulations périphériques du membre supérieur et du membre inférieur).

Les indications et la systématisation des points aboutissent à de véritables cartographies spécifiques de SOS/MPS.

Pour l'appareil locomoteur rachidien, citons :

- les cervicalgies communes abarticulaires et arthrosiques;
- les névralgies cervicales communes (type C2, C6, C7, C8);
- les dorsalgies communes et/ou arthrosiques;
- les lombalgies communes et/ou arthrosiques et névralgies sciatiques communes (type L4, L5, S1).

Ces affections relèvent d'une séquence thérapeutique validée, comprenant quatre points rachidiens, un point plexique et des dermoneurodystrophies périphériques.

Les quatre points rachidiens de la souffrance intervertébrale dégénérative mécanique (SID) sont :

- le point interépineux en regard du ligament interépineux ou point 0;
- le point articulaire postérieur (1,5 cm de la ligne médiane);
- les points latéro-vertébraux à 5 et 8 cm de la ligne médiane, correspondant surtout aux souffrances abarticulaires de type ligamentites, tendinites et tendinomyalgies paravertébrales.

Les points plexiques correspondent à la convergence de plusieurs segments rachidiens, qui sont :

- le point plexique cervical supérieur (PCS) derrière la mastoïde;
- le point plexique cervical inférieur (PCI) à l'intersection inférieure du trapèze et SCM, correspondant au plexus stellaire;
- le point S1 en regard du 1^{er} trou sacré pour les SID (L4-L5 et L5-S1).

Les DND périphériques sont de trois types :

- antérieures : thoraco-abdominopelvien (pseudo-viscérales);
- postérieures : sur le rachis dorso-lombaire;
- collatérales : sur le membre supérieur et le membre inférieur.

Pour l'appareil locomoteur périphérique (MS et MI), la SOS rejoint la projection ponctuelle des lésions tendineuses, musculaires, ligamentaires, et des névralgies, à travers des DND périphériques diffuses.

Pour les dysfonctions viscérales :

- les DND de la SOS sont systématisées sur les plexus neuroviscéraux primaires (plexus stellaire, plexus solaire, plexus hypogastrique);
- les DND de la SOS des plexus viscéraux secondaires et/ou terminaux : cardiocoronaires, bronchopulmonaires, gastropancréatiques, hépatobiliaires, colitiques, urovésicaux et urogénitaux.

Pour les manifestations du stress anxieux, outre le point stress (4^e espace intercostal gauche) :

- les souffrances/contractures neuromusculaires du rachis;
- les souffrances des neurodystrophies viscérales : thoraco-abdominopelviens.

La chronobiologie des processus algo-inflammatoires double les cartographies (de la SOS) pour orienter dans le choix des principes actifs les plus adaptés aux différentes phases du processus algo-inflammatoire.

La lidocaïne agit comme anesthésique local, mais surtout comme sympathicolitique pour «moduler» et régulariser la microcirculation dermique en souffrance (vasodilatation ou vasoconstriction).

Les calcitonines fortes (100 UI) agissent sur l'œdème algo-inflammatoire comme un antalgique très puissant, à la manière des corticoïdes, mais sans en avoir les inconvénients locaux et généraux.

Quand apparaissent les rares effets indésirables des calcitonines par voie DHD (nausées, flush), il suffit de faire passer les calcitonines par voie IDS ou IED, pour «écrêter» les pics pharmacologiques qui provoquent ces rares nausées et flush (12 %).

Les microdoses d'AINS sont destinées aux processus inflammatoires rebelles aux calcitonines, qu'il s'agisse du piroxicam ou du kétoprofène.

Le thiocolchicoside est un excellent myorelaxant (légèrement anti-inflammatoire et défibrosant), actif aussi bien sur la fibre striée, la fibre lisse (viscéralgies), que les fibres interstitielles.

La procaine est réservée aux formes ischémiques des rétractions tendinologementaires comme «l'épaule gelée» ou la phase finale des algodystrophies.

En conclusion, la SOS est un outil précieux pour le diagnostic positif et étiologique des souffrances neuro-articulaires «mécaniques» communes, ainsi que pour le diagnostic différentiel des «dysfonctions viscérales» par rapport aux douleurs symptomatiques de souffrances organiques.

La MPS est un outil thérapeutique très précieux surtout à travers la technique mixte (DHD + IDS) dans :

- les affections articulaires en rhumatologie ;
- les lésions neuro-articulaires bénignes en médecine sportive ;
- les dysfonctions viscérales avec SOS spécifique ;
- les manifestations périphériques (avec DND) du stress anxieux ;
- certaines affections spécifiques (mésodissolution dans les lipodystrophies et méso-acupuncture dans le traitement anti-tabac, Dr Bonnet *et al.*).

Note de D. Mrejen : nous tenons à remercier vivement les nombreux amis et confrères qui ont contribué par leurs études et/ou leurs critiques positives à la validation de ces travaux, sans lesquels la SOS/MPS n'aurait pu avoir lieu.

Hygiène au cabinet de mésothérapie

Recommandations au médecin

Lavage des mains :

- avec savon doux liquide, brossage, rinçage :
 - à l'arrivée du cabinet,
 - au départ du cabinet,
 - en cas de mains visiblement souillées;
- avec produit hydro-alcoolique :
 - entre chaque patient par friction de trente secondes au moins,
 - après la fin du soin de mésothérapie,
 - avant et après le port de gants médicaux.

Port de gants (latex ou vinyle non poudré) non obligatoire mais préférable :

- surtout sur la main qui essuie;
- sur peau lésée;
- risque de souillure par le sang.

Vêtements, blouses :

- propres, non souillés;
- pas de contacts, notamment frottement sur la peau du patient à injecter (attention aux cravates, manches larges et flottantes).

Matériel utilisé pour une injection de mésothérapie (normes CE) :

- médicaments injectables : ampoules utilisées en extemporané, avec AMM;
- kit, seringues, aiguilles à usage unique ou injecteurs aux normes CE;
- compresse non stérile, coton;
- plateau de soins;
- collecteur d'aiguilles : jeter les aiguilles souillées sans les recapuchonner;
- haricot de déchets : coton, compresses, capuchon, emballages;
- poubelle à papier : emballages papier et carton;
- désinfectant :
 - alcool modifié 70°,
 - liqueur de Dakin®,
 - chlorexidine alcoolique,
 - ammonium quaternaire,

- solution alcool benzylique + benzalkonium chlorure + chlorhexidine gluconate.

Rouleau papier de table d'examen : changé à chaque patient.

Éclairage :

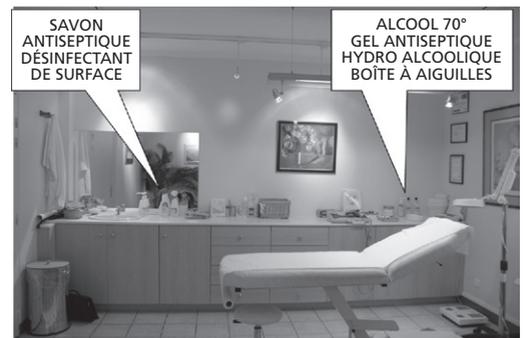
- suffisamment puissant;
- orienté sur le patient.

Table d'examen :

- nettoyage quotidien avec produit antiseptique de surface pour matériel médical (spray, lingette à usage unique);
- nettoyage au cas par cas si souillure lors d'un soin.

Recommandations au patient

- Patient installé confortablement; bonne hygiène corporelle préalable;
- zones d'injections largement dégagées;
- désinfection large et préalable par produit désinfectant (alcool 70°, solution alcool benzylique + benzalkonium chlorure + chlorhexidine gluconate) : avant l'examen physique;
- nouvelle désinfection avant injection;
- compression, tamponnage des points de piqûre jusqu'à la fin de l'écoulement éventuel.



L'hygiène au cabinet médical.

Enquête ENATOME

Étude clinique de pharmacovigilance

Les deux études ENATOME 1 et 2 (enquête nationale de tolérance de la mésothérapie) montrent une très faible quantité d'incidents du fait de la pratique de la mésothérapie, mais la vigilance doit toujours être de mise et la prévention doit dominer notre esprit.

Étude ENATOME 1

But : étude multicentrique de la tolérance de la technique mésothérapique.

Population : 2839 observations.

Médicaments : mésocaïne 0,5 %, kétoprofène, piroxicam, thiocolchicoside, Miacalcic®, Cibacalcine®.

Tolérance générale

Résultats

- Choc anaphylactique : 0 < aucun.
- Choc vagal avec baisse de la TA : 0 < aucun.
- Réactions neurovégétatives (sueurs, pâleurs, petit malaise passager) :
 - 1^{re} séance : 1,2 %;
 - 2^e séance : 0,3 %;
 - 3^e séance : 0,1 %.

Observations, remarques

Aucun choc anaphylactique, ni aucun choc vagal avec baisse de la TA n'a été observé ; ceci constitue à présent une donnée fondamentale irréfutable pour la technique mésothérapique, tous modes d'administration confondus.

Les réactions neurovégétatives (sueurs, pâleurs) sont dégressives d'une séance à l'autre (1,2 %, 0,3 % et 0,1 %), ce qui suggère un mécanisme d'adaptation et autorise une thérapie préventive de type psychothérapie (rassurer le patient) et/ou la relaxation (5 minutes de respiration abdominale).

Tolérances locales et spéciales

Réactions locales

Réaction locale	1 ^{re} séance	2 ^e séance	3 ^e séance
Aucune	82,6 %	84,5 %	87,5 %
Douleur	9,2 %	7 %	6,2 %
Hématome	5,3 %	6,1 %	4,6 %
Prurit	1,8 %	1,3 %	0,9 %
Induration	0,7 %	0,7 %	0,5 %
Érythème	0,3 %	0,4 %	0,3 %
Nécrose	0	0	0
Flush	2,7 %		

Réactions locales et nombre de produits associés

Réaction locale	2 produits	> 2 produits
Prurit	1,5 %	2,5 %
Induration	0,6 %	0,9 %

Observations, remarques

Aucune nécrose n'a été observée au point d'injection, ni aucune infection locale.

Les réactions locales sont dégressives (< douleurs, prurit, induration), ce qui tend à montrer qu'il y a un facteur adaptatif.

Des réactions plus fréquentes avec la polythérapie sont mises en évidence.

Il n'y a pas d'incidence relative aux modes d'administration (< profondeur, nombre de ponctures, quantités injectées).

Quelques réactions douloureuses avec certains AINS et certains myorelaxants ont été notées, mais là aussi il y a possibilité d'y remédier par l'utilisation d'une lidocaïne à 1 % de préférence au dosage à 0,5 %.

Conclusion

La technique mésothérapique (du fait de la petite aiguille et de la microdose médicamenteuse) s'avère un procédé thérapeutique d'une innocuité totale indiscutable. L'ENATOME en est une preuve concrète. Plus particulièrement, aucun choc anaphylactique, ni aucun choc vagal avec baisse de la TA n'a été mis en évidence sur un total de près de 3000 observations.

Les réactions neurovégétatives rencontrées sont modérées et dégressives, ce qui autorise un traitement préventif de type psychothérapie ou respiration abdominale.

Sur le plan local, les réactions minimales peuvent être neutralisées ou prévenues :

- la douleur avec certains AINS, en adoptant une lidocaïne à 1 % au lieu de 0,5 % ;
- en évitant la polythérapie, source de prurit et induration, et en se tenant à deux produits exclusivement.

Aucune infection locale, ni aucune nécrose cutanée n'a été observée.

Au total, la mésothérapie s'avère une technique thérapeutique d'une tolérance excellente au terme d'une enquête nationale aux résultats statistiquement significatifs.

Étude ENATOME 2

Justificatif de l'enquête

ENATOME 1 avait pour objectif d'étudier la tolérance de la mésothérapie sur les plans général et local, essentiellement chez des patients ne bénéficiant que de mésothérapie.

ENATOME 2 a pour objectif complémentaire d'analyser la tolérance générale (et locale) chez des patients polymédicamentés bénéficiant de la mésothérapie, associée (par nécessité) à d'autres thérapeutiques administrées par voie générale, dans les conditions usuelles de prescription et de prise, ceci pour étudier les associations indésirables éventuelles, en vue de les prévenir, en particulier chez les sujets âgés.

Objectif principal

Contribuer à la définition significative des recommandations des « bonnes pratiques cliniques » en

médecine générale et/ou en mésothérapie par des médecins qui pratiquent la mésothérapie.

Intérêt en médecine générale

En identifiant des associations médicamenteuses à risque chez les personnes polymédicamentées, lors d'enquêtes comparatives, évaluer l'intérêt de la mésothérapie qui, grâce à des microdoses médicamenteuses, permettrait d'améliorer le rapport efficacité/risque.

Résultats concernant les associations médicamenteuses en mésothérapie

Outre l'anesthésique de base :

- les AINS : 52,8 % des cas ;
- les myorelaxants : 25 % des cas ;
- autres mélanges : 21,1 % des cas.

Répartition selon le sexe

- Hommes : 42,5 % (119 individus).
- Femmes : 57,1 % (160 individus).
- Sans réponse : 0,4 % (1 individu).

Observations, remarques

L'appareil locomoteur occupe la majorité des indications : 95 %.

L'association mésocaïne + AINS représente 52,8 % et l'association mésocaïne + myorelaxants représente 25 %.

Les réactions locales sont minimales par rapport aux réactions secondaires à des infiltrations et par rapport aux résultats d'ENATOME 1 (mésothérapie seule). Il semble que l'association de la mésothérapie à d'autres médicaments, administrés par voie générale, rend le patient plus sensible à certaines réactions locales (et générales) : douleur, hématome, érythème.

	ENATOME 2	ENATOME 1
Douleur locale	14,3 %	6 à 9 %
Hématome local	15 %	4 à 5 %
Érythème	2,1 %	0,3 à 0,4 %

Dans tous les cas, il n'y a ni infection locale, ni nécrose.

Les réactions générales : il n'y a pas de choc anaphylactique. Par contre, les réactions neurovégétatives semblent plus fréquentes, quand la mésothérapie est associée à d'autres produits administrés par voie générale.

	ENATOME 2	ENATOME 1
Choc anaphylactique	0	0
Choc vagal	1 cas (0,3 %)	0
Dystonie neurovégétative	1,8 %	1,2 %

Remarque : un patient ayant déjà présenté une réaction de dystonie neurovégétative sera aidé de façon significative, grâce à une relaxation préalable à chaque séance de mésothérapie.

Conclusion

ENATOME 2 confirme l'excellente tolérance de la mésothérapie sur le plan local et général ; en particulier la lidocaïne sans radical **paraben** (mésocaïne) n'a pas provoqué de réaction anaphylactique aussi bien en mélange méso, qu'associée à d'autres produits administrés par voie générale.

Néanmoins, il convient de signaler que les effets indésirables sont plus fréquents dans ENATOME 2 que dans ENATOME 1, ce qui veut dire que l'as-

sociation de la mésothérapie à d'autres médicaments administrés par voie générale est moins bien tolérée que la mésothérapie pratiquée seule.

Sur le plan local, il y a davantage de douleurs, hématomes et érythèmes.

Sur le plan général, les réactions neurovégétatives sont plus nombreuses, mais il peut s'agir aussi d'une « fragilité » relative aux affections multiples dont souffrent les patients polymédicamentés, en particulier les sujets âgés.

Il convient d'amplifier les résultats obtenus sur un plus grand nombre d'observations dans le temps.

Nous pouvons confirmer ces résultats dans le temps pour l'essentiel ; en effet de 1989 à 2008, il n'y a pas eu d'effet indésirable grave, ni irréversible ; cette période de 19 ans constitue une excellente base de données pour la pharmacovigilance en mésothérapie.

Bibliographie

Bonnet C, Alamigeon F, Micheels P. *Guide complet des soins esthétiques : tous les soins esthétiques du visage et du corps, au domicile, à l'institut, au cabinet du médecin*. Paris : Eyrolles; 2010.

Bonnet C, Perrin J-J. *La mésodissolution hypo-osmolaire, nouveau traitement lipolytique mésothérapique, effets sur l'hydrolipodystrophie*. Paris : Mem; 2005. 25 p.

Bonnet C, Perrin J-J, Mrejen D. *Mésothérapie en médecine esthétique et médecin générale*. Limay : Éditions Mésodiffusion; 2003. 237 p.

Chos D, Le Coz J. *Mésothérapie et traumatologie sportive*. Paris : Masson; 1985. 155 p.

Dahan S, Cartier H, Toubel G. *Les lasers en dermatologie*. Paris : Doin; 2011.

Le Coz J. *Traité de mésothérapie*. Paris : Masson; 2004.

Lelong D. *Mésothérapie chez la femme*. Paris : Masson; 1985. 132 p.

Lesage Y, Mrejen D. *Manipulations des articulations périphériques*. Paris : Éditions Vigot, Meddiffusion; 1989. 240 p.

Maigne JY, Mrejen D. *Atlas pratique des testings musculaires*. Paris : Éditions Vigot, Meddiffusion; 1989. 128 p.

Mrejen D. *La mésothérapie ponctuelle systématisée*. Paris : Éditions Meddiffusion; 1987. 382 p.

Mrejen D. *Médecine du sport et mésothérapie ponctuelle systématisée*. Paris : Éditions Vigot, Meddiffusion; 1989. 435 p.

Mrejen D. *Mal de dos chronique*. Paris : Éditions Meddiffusion; 1995. 203 p.

Pistor M. *Abrégé de mésothérapie pratique*. Paris : Éditions Maloine; 1976. 149 p.

Pistor M. *Mésothérapie un défi thérapeutique*. Paris : Éditions Maloine; 1979. 293 p.

Pistor M. *Abrégé de mésothérapie électronique et manuelle*. Paris : Éditions Maloine; 1981. 147 p.

Ravilly G. *Atlas clinique de mésothérapie*. Éditions PMI; 1988. 150 p.

Ravilly G. *Traité pratique de mésothérapie*. Éditions Modiasoft; 1996. 624 p.

SFM. *Revue de la SFM de 1990 à 2007*.

SFM. *Les recommandations en mésothérapie*. Revue de la SFM oct. 1995; 65.

SFM. *Enatome 1 et 2*. Revue de la SFM, oct. 1995; 47-55.

Travel JG, Simons DG. *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux*. Bruxelles : Éditions Haug International; 1993.

Index

A

- Accélération
 - de la lipolyse, 36
 - de la microcirculation, 36
- Acné, 10
- Acouphène, 12
- Adipolyse, 32, 34
- AINS, 7
- Alopécie, 14
- Amitriptyline, 7
- Antalgie, 7
- Aphonie
 - récidivante, 16
- Aponévrosite plantaire
 - en phase aiguë, 18
 - en phase chronique, 20
- Arnica, 7
- Artérite des membres inférieurs, 22
- Arthropathie acromio-claviculaire
 - en phase chronique, 24
- Asthme, 26

B

- Bricanyl®, 7
- Bronchite chronique, 28

C

- Calcitonine, 7
- Capsulite rétractile de l'épaule, 30
- Carboxythérapie, 198, 428
- Cellulite, 32, 34
- Céphalée
 - de tension cervicale, 44
 - frontale, 38
 - occipitale, 40
 - temporale, 42
- Cervicalgie
 - commune abarticulaire, 46
 - commune arthrosique, 48
- Chéloïde, 50
- Chirurgie
 - de la face, 238
 - de la tête, 238
 - du cou, 238
- Cicatrice, 7, 52, 428
- Clonazépam, 7

- Colique néphrétique, 54
- Colite spasmodique, 56
- Colopathie fonctionnelle, 58
- Comblement de ride, 60
- Complexe multivitaminé, 7
- Conflit sous-acromial
 - antéro-supérieur
 - stade I, 62
 - stade II, 64
 - stade III, 66
- Constipation chronique
 - fonctionnelle, 68
- Contracture, 7
 - musculaire, 70
- Contusion musculaire, 72
- Cruralgie commune
 - L2–L3, 74
 - L3–L4, 76
- Cystalgie à urine claire, 78
- Cystite chronique, 80

D

- Déchirure musculaire
 - phase de cicatrisation, 84
 - phase de récupération, 86
 - phase inflammatoire, 82
- Déficit immunitaire, 7
- Dépression, 88
- DHD – dermo-hypodermique, 4
- Doigt à ressaut, 90
- Dorsalgie, 92, 94
 - commune abarticulaire, 92
 - commune arthrosique, 94
- Douleur
 - neuropathique, 7
 - pariéto-thoracique commune, 96
 - temporomaxillaire, 98
- Drainage, 32, 34
- Dupuytren (maladie de),
 - stades I et II, 220
- Dysménorrhée, 100
- Dysneurotonie, 7

E

- Eczéma, 102
- Élongation musculaire, 104

E

- Entorse
 - aiguë bénigne
 - acromio-claviculaire, 134
 - de la sous-talienne, 118
 - de la transverse du tarse, 122
 - des doigts, 106
 - du ligament latéral externe du coude (LLE), 138
 - du ligament latéral externe du genou (LLE), 110
 - du ligament latéral médial du coude (LLI), 142
 - du ligament latéral médial du genou (LLI), 114
 - aiguë de gravité moyenne
 - talo-crurale externe (LLE), 126
 - talo-crurale interne (LLI), 130
 - chronique bénigne
 - acromio-claviculaire, 136
 - de la sous-talienne, 120
 - de la transverse du tarse, 124
 - des doigts, 108
 - du ligament latéral externe du coude (LLE), 140
 - du ligament latéral externe du genou (LLE), 112
 - du ligament latéral médial du coude (LLI), 144
 - du ligament latéral médial du genou (LLI), 116
 - chronique de gravité moyenne
 - talo-crurale externe (LLE), 128
 - talo-crurale interne (LLI), 132
 - sacro-coccygienne, 290
- Épicondylalgie
 - latérale
 - en phase aiguë, 150
 - en phase chronique, 152
 - médiale
 - en phase aiguë, 154
 - en phase chronique, 156
- Épicondylite latérale vraie
 - en phase aiguë, 146
 - en phase chronique, 148
- Étamsylate, 7, 14
- Extrasystolie sur dysneurotonie, 318

F

- Fibrose, 7
 - cutanée, 158
- Fracture de fatigue, 160
- Freiberg (maladie de), 256

G

- Gastralgie, 162
- Gengivite, 164
- Gonarthrose fémorotibiale interne
 - en phase aiguë, 166
 - en phase chronique, 168
- Grippe, 170
- Grossesse, 428
 - et insuffisance veineuse, 172

H

- Hallux valgus
 - en phase aiguë, 174
 - en phase chronique, 176
- Hématome musculaire
 - post-traumatique, 178
- Hémorroïdes, 180
- Herpès, 182
- Hypoacousie, 184

I

- IDP - intradermique profond, 4
- IDS - intradermique superficiel, 4
- IED - intra-épidermique, 4
- Immunité faible, 186
- Infection
 - dentaire, 164
 - gingivale, 164
- Inflammation
 - aiguë, 7
 - chronique, 7
- Injection
 - profonde, IDP, 4
 - superficielle
 - IDS, 4
 - IED, 4
 - très profonde, DHD, 4
- Insomnie, 188
- Insuffisance
 - lymphatique, 428
 - des membres inférieurs, 190
 - veineuse, 192, 428

K

- Kétoprofène, 7
- Köhler-Mouchet (maladie de), 256

L

- Lapeyronie (maladie de), 194
- Laser, 10, 428
- LED, 10, 428
- Lipodrain, 196, 198,

Lipodystrophie, 32, 34
 Lipolift, 198
 Lipolyse, 32, 34, 198,
 Lipome, 200
 Lombago, 214
 Lombalgie
 – commune abarticulaire, 202
 – commune arthrosique, 204
 – neurogène chronique, 206
 – postopératoire d'origine
 fibrosique, 208
 Lombosciatique
 – commune L5, 210
 – commune S1, 212
 Lymphangite mammaire, 216
 Lymphœdème, 218
 Lyse, 198
 – adipocytaire, 32, 34

M

Mastose, 226
 Mésoacupuncture, 316
 Mésocellulite, 32, 34
 Mésodissolution, 32, 34, 198
 Mésodrain, 32, 34, 192, 428
 Mésogrippe, 170
 Mésolift, 198
 – anti-âge, 228
 – comblant, 230
 Mésolipolift, 232
 Mésomasque anti-oxydant, 234
 Mésostimulation, 186, 236
 Mésostress, 300
 Mésovaccination, 186
 Migraine, 240
 Morton (maladie de)
 – en phase aiguë, 222
 – en phase chronique, 224

N

Nappage superficiel, 4
 Névralgie
 – cervico-brachiale commune C6, 244
 – cervico-brachiale commune C7, 246
 – cervico-céphalique
 commune C2, 248
 – d'Arnold, 242
 – du trijumeau, 250

O

Œdème, 7, 428
 Osgood-Schlatter (maladie de), 252

Ostéocondrose
 – forme apophysaire, 252
 – forme conjugale, 254
 – forme épiphysaire, 256
 Otite
 – chronique sérumqueuse, 258
 – moyenne aiguë, 260
 Ovale du visage, 198

P

Papule, 4
 Paraméniscite interne
 – en phase aiguë, 264
 – en phase chronique, 266
 Pelade, 262
 Périméniscite interne
 – en phase aiguë, 264
 – en phase chronique, 266
 Périostite
 – cubitale, 268
 – fibulaire, 268
 – tibiale, 268
 Péritendinopathie calcanéenne
 – en phase aiguë, 270
 – en phase chronique, 272
 Pharyngite, 274
 Pidolate de magnésium, 7
 Piroxicam, 7
 Plasma riche en plaquettes
 (PRP), 14
 Point par point, 4
 Psoriasis, 278

R

Radiofréquence, 198
 Raynaud (maladie de), 280
 Rétroçante, 4
 Rhinite
 – aiguë, 282
 – chronique, 284
 Rhizarthrose du pouce
 – en phase aiguë, 286
 – en phase chronique, 288

S

Sacralgie, 290
 Saignement
 – capillaire, 7
 Scheuermann (maladie de), 254
 Sever (maladie de), 252
 Sinding-Larsen-Johanson
 (maladie de), 252

Sinusite

- aiguë, 292
- chronique, 294

Spasmophilie, 296

Stérilité par dysovulation, 298

Stress, 7

- généralisé, 300

Syndrome

- algoneurodystrophique en phase froide, 302

- de balayage

- en phase aiguë, 304

- en phase chronique, 306

- de loge chronique antéro-latérale

de jambe, 314

- du canal carpien, 308

- du carrefour postérieur

- en phase aiguë, 310

- en phase chronique, 312

T

Tabac, 316

Tachycardie paroxystique, 318

Techniques mixtes, 4

Télangiectasie, 320

Tendinopathie

- calcanéenne corporéale

- en phase aiguë, 330

- en phase chronique, 332

- calcanéenne d'insertion

- en phase aiguë, 334

- en phase chronique, 336

- calcifiante du supraspinatus

en phase aiguë, 338

- de l'infraspinatus

- en phase aiguë, 356

- en phase chronique, 358

- de la patte-d'oie

- en phase aiguë, 372

- en phase chronique, 374

- des adducteurs de la cuisse

- en phase aiguë, 322

- en phase chronique, 324

- des extenseurs des doigts

- en phase aiguë, 344

- en phase chronique, 346

- des fléchisseurs du poignet

- en phase aiguë, 348

- en phase chronique, 350

- du biceps brachii au coude

- en phase aiguë, 326

- en phase chronique, 328

- du court fibulaire

- en phase aiguë, 340

- en phase chronique, 342

- du grand fessier

- en phase aiguë, 352

- en phase chronique, 354

- du long fibulaire

- en phase aiguë, 364

- en phase chronique, 366

- du moyen fessier

- en phase aiguë, 368

- en phase chronique, 370

- du popliteux

- en phase aiguë, 376

- en phase chronique, 378

- du rectus femoris (droit antérieur)

de la cuisse

- en phase aiguë, 384

- en phase chronique, 386

- du subscapularis

- en phase aiguë, 392

- en phase chronique, 394

- du supraspinatus

- en phase aiguë, 396

- en phase chronique, 398

- du tibial antérieur (jambier

antérieur), 402

- en phase aiguë, 400

- en phase chronique, 402

- du tibial postérieur (jambier

postérieur)

- en phase aiguë, 404

- en phase chronique, 406

- du triceps brachii au coude

- en phase aiguë, 408

- en phase chronique, 410

- ischio-jambier (insertion

haute)

- en phase aiguë, 360

- en phase chronique, 362

- quadricipitale

- en phase aiguë, 380

- en phase chronique, 382

- rotulienne

- en phase aiguë, 388

- en phase chronique, 390

Ténosynovite

- de De Quervain

- en phase aiguë, 416

- en phase chronique, 418

- du biceps brachii

- en phase aiguë, 412

- en phase chronique, 414

- Thiocolchicoside, 7
Tiapride, 7
Trachéite, 420
Trietze (syndrome de), 96
- U**
Ulcère de jambe, 422
- V**
Vaccin antigrippal, 7
Vaginite chronique, 424
Veinite superficielle, 426
Vergeture, 428
Verrue, 430
Vertige, 432
Vitamine, 7, 446, 447
– A, 446
– B1, 446
– B2, 446
– B5, 446
– B6, 446
– B7, 447
– B8, 446
– B9, 446
– C, 7, 446
– C – acide
 ascorbique, 447
– D2, 446
– D3, 446
– E, 7, 446
– H, 447
– K1, 446
– PP, 446
- Z**
Zona, 434