

CHAPITRE 10

Conseils à un médecin débutant la mésothérapie

Objectifs : pas d'ecchymose, pas de douleur.

Il ne fait aucun doute qu'une technique médicale s'apprend auprès du malade. L'enseignement pratique que nous réalisons depuis 35 ans en recevant des confrères à nos consultations nous a fait comprendre combien il était important, pour eux et pour leurs futurs patients, de s'initier auprès d'un praticien rompu à cette thérapeutique.

Nous avons constaté un certain nombre d'erreurs ou de maladresses, exposées ici, même si cela peut parfois paraître déroutant ou excessif.

Mise en place de la séance

Il est conseillé au stagiaire de porter une blouse pour éviter que, lors des préparations, il ne se tâte par maladresse avec des produits tels que les polyvitamines.

Lors de la désinfection du sujet, il est inutile que la solution antiseptique ruisselle sur le patient, un tamponnement modéré et prolongé suffit. Le coton sert à désinfecter la peau du malade mais non pas l'aiguille. Une compresse est préférable lors de l'intervention sur le cuir chevelu.

Le discours doit être adapté et il est maladroit de demander, devant le patient inquiet d'un début d'alopecie : « je pique là où il n'y a plus de cheveux ? ».

Comme il l'a été dit, l'installation du patient est importante. Il est souhaitable de piquer un patient allongé sur un papier propre, un coussin sous la tête en cas de décubitus dorsal ou sous le ventre en cas de décubitus ventral. Si l'intervention se fait au niveau du dos, le patient doit se retourner après la séance pour que le poids de son corps permette une hémostase. Mais il ne faut pas oublier de remettre le coussin sous la nuque pour éviter de lui « briser » les reins.

Utilisation des seringues

Il est rappelé qu'une seringue à usage unique, stérile, en plastique, 3 corps, est utilisée pour chaque patient. Sa taille varie non seulement en fonction du type d'appareillage mais, lors de la technique manuelle, en fonction de la lésion :

- une seringue d'un volume de 2,5 ou 3 ml pour la quasi-totalité de nos interventions. Les graduations sont plus précises et la pression lors de l'injection moindre. Cette seringue peut être montée sur certains appareils électroniques ;
- une seringue de 5 ml très rarement utilisée dans notre domaine mais réservée aux ponctions ou infiltrations intra-articulaire (ia) ; une seringue de 10 ml que certains praticiens mésothérapeutes utilisent ;
- le Dr Pistor utilisait souvent une seringue à insuline (1 ml) ;
- ne purger la seringue que lorsque l'aiguille de **mésothérapie** est en place (figure 10.1).

La tenue de la seringue dépend des praticiens. Pour notre part, nous préférons pousser le piston avec la troisième phalange de l'index, la phalangette (figure 10.2), ou avec l'articulation méta-P1 de ce même index (figure 10.3).

Il faut prendre garde à la longueur des seringues de 10 ml, car pour l'adaptation sur certains appareils, une certaine longueur est nécessaire (il en est de même pour les seringues de 2 ml).



FIGURE 10.1. Purger la seringue seulement lorsque l'aiguille de mésothérapie est en place.

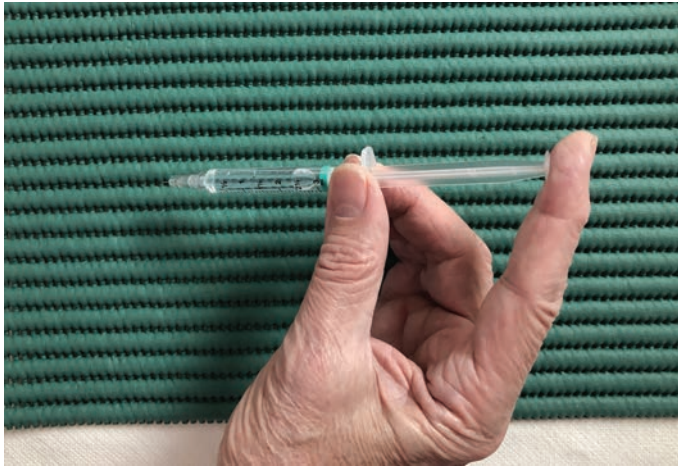


FIGURE 10.2. Lorsque la seringue est pleine, pression avec pulpe de l'index.



FIGURE 10.3. Seringue à moitié vide, pression du piston avec méta-P1.

Aiguilles

Il est inutile de montrer le trocart au patient qui peut s'en inquiéter ; pire, de l'utiliser, comme nous l'avons vu parfois faire par un stagiaire. La **mésothérapie** ne se pratique pas avec l'aiguille intramusculaire ni avec l'aiguille intraveineuse.

Les différentes aiguilles de **mésothérapie** ont été conçues spécialement. Leur taille diffère en fonction de la localisation de la lésion : 4 mm pour un cuir chevelu, 6 mm pour le genou, voire 13 mm chez certains patients à la morphologie adipeuse (pathologie lombaire). Le diamètre de ces aiguilles de **mésothérapie** peut varier : 0,40 mm, 0,35 mm, 0,29 mm, ou 0,26 mm (figure 10.4).

Le praticien se place à droite du patient pour piquer la face interne du tendon d'Achille droit (patient allongé sur le ventre), et à gauche du patient pour intervenir sur la face externe de ce même tendon.

Même position pour piquer une queue de sciatique (figure 10.7).

L'intervention pour un praticien droitier se fait toujours de gauche à droite car, en cas de technique en nappage, il n'y a pas de risque d'embrocher la peau.

L'extension de l'auriculaire maintenu au contact de la peau permet une meilleure précision du geste (figure 10.8).

En cas d'intervention sur un muscle, il est préférable de poser l'aiguille au contact de la peau et non pas à fleur de peau pour ne pas surprendre le patient qui pourrait se contracter et rendre l'introduction de l'aiguille plus douloureuse. La réalisation d'un pli cutané est utile pour ne pas piquer dans le muscle, mais dans le derme en regard.

Il ne faut pas répéter les séances de façon trop rapprochée ; cela est inutile (l'effet bénéfique de la séance précédente est amoindri) et parfois dangereux (multiplication des hématomes).

Il faut toujours surveiller les graduations de la seringue pour contrôler les quantités injectées. Il est prudent de tenir une compresse ou un coton sec dans la main gauche (un coton imbibé d'alcool fait ressaigner). Ce coton sert à comprimer les points d'injection pour éviter qu'ils ne saignent, mais ne doit pas toucher l'aiguille.



FIGURE 10.7. Position du praticien pour traiter une queue de sciatique droite.

Technique en nappage.

À droite du malade, le praticien pique au-delà de la ligne médiane pour être confortable.