



Acupuncture & Moxibustion

MÉRIDIENS

Fondateur
Didier Fourmont

revue française de
médecine
traditionnelle chinoise
le mensuel du médecin acupuncteur

Fondateur
Nguyen Van Nghi

Avril-Mai-Juin 2005
Volume 4. Numéro 2

ISSN : 1633-3454





SOMMAIRE

Chroniques éditoriales

Jacques-André Lavier. <i>Paul-Auguste Lepron</i>	85
Connaître la langue chinoise, pour qui et pourquoi ? <i>Eric Kienner</i>	87
Fragmentons la médecine globale ! <i>Johan Nguyen</i>	90

Etudes traditionnelles - études cliniques

Genou et Rein, le véritable appui est sans appui. <i>Christian Mouglalis et Pascal Beaufreton</i>	91
Traitement du zona par acupuncture. <i>Marie-Josée Eyraud</i>	98
Traitement des lombalgies aiguës par point distal unique. <i>Marie-Josée Eyraud</i>	102

Anthropologie - histoire - reportages

L'acupuncture en France aujourd'hui (2). Perception des effets et évaluation de l'acupuncture. <i>Patrick Triadou et al.</i>	107
--	-----

Acupuncture "scientifique" - recherches - biophysique de l'acupuncture

Le langage ternaire du pouls radial et les points d'acupuncture classiques. <i>Jean-Claude Toureng</i>	114
--	-----

Communications courtes - cas clinique - questions/réponses

La "pulsologie" est de la sphygmologie. <i>Pierre Dinouart-Jatteau</i>	120
La consultation d'acupuncture. <i>Nelly Carosi</i>	120
Protocole thérapeutique "céphalées" : commentaires. <i>Robert Hawanini et Olivier Goret</i>	122
Traitement des lombosciatalgies par les points <i>baliao</i> . <i>Xavier Guézenc</i>	126
Intérêt du 35 V sur le périnée en préparation à l'accouchement. <i>Annabelle Pelletier-Lambert</i>	128
Commentaire aux commentaires sur <i>tiaokou</i> . <i>Johan Nguyen</i>	130
L'acupuncture est-elle réellement efficace dans le tabagisme de la femme enceinte ? <i>Jean-Marc Stéphan et Christian Prulière</i>	132
A propos du point auriculaire Ganglion Stellaire. <i>Yves Rouxeville</i>	135
Acupuncture auriculaire, "projection" et "représentation". <i>Yves Rouxeville</i>	136

Evaluation de l'acupuncture - protocoles - pratiques - accident

Effets de l'acupressure du point <i>sanyinjiao</i> dans les dysménorrhées primaires. <i>Christian Rempp</i>	137
Le traitement de la douleur lors de l'accouchement décroît-il le risque de dépression post-natale ? <i>Annabelle Pelletier-Lambert</i>	140
L'acupuncture auriculaire avec des aiguilles semi-permanentes soulage la douleur chez les patients cancéreux. <i>Johan Nguyen et David Alimi</i>	144

Acupuncture expérimentale

Acupuncture expérimentale et syndrome des ovaires polykystiques. <i>Jean-Marc Stéphan</i>	153
---	-----

Livres reçus

Les rouages du <i>Yi Jing</i> . <i>Pierre Dinouart-Jatteau</i>	160
Revue Française d'Acupuncture n° 120. <i>Florence Phan-Choffrut</i>	160
Biofisica et pulsologia. <i>Jean-Pierre Biauxser</i>	161



Figure extraite du *Zhen Jiu Da Cheng* édition de 1680 (3^e édition)
tong shen cun fa "le cun, unité de mesure individuelle"

Acupuncture & moxibustion

revue indexée dans la base de données Pascal (INIST-CNRS)

✠ Directeurs

Olivier Goret (La Garde)

✉ olivier-goret@acudoc2.org

Jean-Marc Stephan (Haveluy)

✉ jean-marc.stephan@acudoc2.org

✠ Rédacteurs en chef

Pierre Dinouart-Jatteau (Bordeaux)

✉ pierre.dinouart@acudoc2.org

Johan Nguyen (Marseille)

✉ johan.nguyen@acudoc2.org

Florence Phan-Choffrut (Pantin)

✉ florence.phan-choffrut@acudoc2.org

Patrick Sautreuil (Le Vésinet)

✉ patrick.sautreuil@acudoc2.org

✠ Comité éditorial

Robert Hawawini (Chantilly)

Philippe Jeannin (Paris)

Eric Kiener (Paris)

Nguyen Trong Khanh (Toulouse)

Claude Pernice (Aix-en-Provence)

Marc Piquemal (Asuncion - Paraguay)

Laurence Romano (Nîmes)

Yves Rouxville (Lorient)

✠ Comité de rédaction

Gilles Andrès (Paris)

David Alimi (Alfortville)

Pascal Beaufreton (Nantes)

Anita Bui (Paris)

Bui Van Tho (Paris)

Philippe Castéra (Bordeaux)

Denis Colin (Paris)

Jean-Marc Eysallet (Paris)

Bruno Esposito (Ferrare- Italie)

Jean-Luc Gerlier (Annecy)

Zhao Hong (Beijing, Chine)

Setsuko Kame (Osaka,)

Jean-Louis Lafont (Nîmes)

Christian Mouglalis (Nantes)

Christian Remppe (Strasbourg)

Elisabeth Rochat de la Vallée (Paris)

Henning Strom (Arcachon)

Heidi Thorer (Challans)

Tran Viet Dzung (Nice)

Patrick Triadou (Paris)

Henri Truong Tan Trung (St-Orens)

Les opinions exprimées dans la revue n'engagent que leurs auteurs.

MÉRIDIENS

revue française de
médecine
traditionnelle chinoise
le mensuel du médecin acupuncteur

La revue Méridiens est issue du Bulletin de la Société d'Acupuncture créé en 1950 par les Docteurs Khoubesserian et Malapert, et la Revue d'Acupuncture, organe de l'Association Scientifique des Médecins Acupuncteurs de France.

Le Docteur Didier Fourmont, fondateur de la Revue Méridiens en 1968, en a été le Directeur de la Publication jusqu'en 1997, date à laquelle lui a succédé le Docteur Jean-Claude Dubois. Le dernier numéro paru avant la fusion est le numéro 115 (dernier semestre 2000).

Le Mensuel du Médecin Acupuncteur a été créé en 1973 par Nguyen Van Nghi, avec comme premier rédacteur en chef Albert Gourion. En 1982 le Mensuel du médecin acupuncteur est devenu la revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise. Le dernier numéro paru avant la fusion est le numéro 188 (dernier trimestre 2000).

Acupuncture & moxibustion

27, Bd d'Athènes,

F-13001 Marseille

☎ 04.96.17.00.31

www.acupuncture-moxibustion.org

ISSN 1633-3454

SIRET 451 817 910 00024

N° commission paritaire : 0307G86266

Imprimerie : Media Atelier Méditerranée,

36, rue Falque - 13006 Marseille

Conception Graphique :

Olivier Martin - Tél. : 04 91 46 97 80

Dépôt légal : Décembre 2004.

Abonnements

	France et étranger
Prix du numéro	25 €
Tarif individuel	70 €
Institution	100 €
Tarif réduit ^{(1) (2) (3) (4)}	50 €

(1) Membres des associations partenaires (AFERA, ASMAF-EFA, FMCDAO, GERA, GLEM, INVN, SAA, SMP) : abonnement facultatif collecté par les associations.

(2) Etudiant du DIU d'acupuncture (joindre justificatif).

(3) Sage-femmes (joindre justificatif).

(4) Médecins retraités (joindre justificatif).

Chroniques Éditoriales

Paul-Auguste Lepron

Jacques-André Lavier



Quand on m'a demandé de faire l'éditorial pour évoquer Jacques-André Lavier, c'est avec à la fois un grand plaisir mais aussi une certaine appréhension que j'ai accepté, car parler d'un personnage de cette qualité c'est toujours tronquer la vérité.

On peut choisir de faire l'inventaire de son œuvre dans une liste froide et qui n'apporte aucune personnalité. On peut chercher à donner ce que l'on a conservé dans son cœur et son esprit de cette rencontre et ce qui a changé dans la perception de la culture traditionnelle chinoise apprise ailleurs.

Personnage souvent incompris, car il allait à contre courant de certaines idées reçues et bien établies. Il a su par la qualité de ses travaux et le sérieux de sa recherche, apporter un regard de clarification et de démystification de la culture traditionnelle en la rendant accessible à notre culture occidentale.

C'est à partir de l'âge de douze ans et pendant une maladie qui l'immobilise pendant quatre ans que Jacques-André Lavier étudie et décrypte le Chinois moderne et surtout ancien.

Sous l'occupation allemande, il est obligé d'abandonner ses études de médecine et c'est après la guerre qu'il fera un doctorat en Chirurgie dentaire. Il fait plusieurs séjours à Taï Peh et apprend la médecine chinoise avec des Maîtres et devient moniteur puis professeur de médecine traditionnelle chinoise.

Il enseigne en Amérique, à Los Angeles, et s'intéresse à l'électrothérapie en particulier dans l'art dentaire.

Revenu en France il entre comme conseiller à la Sécurité Sociale et assure une consultation à l'Hôtel Dieu à Paris vers les années 1955 à 57.

Sa rencontre avec plusieurs médecins, dont Louis Lécussan, va lui permettre de transmettre à travers la création du Collège International de Médecine Chinoise, ses connaissances et surtout sa vision de la science traditionnelle (*qu'il appelle la science primordiale*) qui ne s'oppose en aucune manière à la science moderne.

En 1978, avec René Alquié, fut créée la Société Médicale d'Acupuncture Chinoise qui continuera les recherches en sinologie de Jacques-André Lavier.

Un hommage à ses qualités de pédagogue et de chercheur tenace et fidèle à une probité intellectuelle lui est rendu en le nommant Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques pour services rendus à l'enseignement supérieur. Il fut un pédagogue et un chercheur tenace toujours fidèle à une probité intellectuelle.

Son dernier ouvrage le *Nei Tching Sou Wen* est un exemple de cette perfection toujours recherchée. Certains passages comportent encore des difficultés de traduction, il en était conscient, mais il a tenu à donner le sens qui lui paraissait le plus près du texte en sa possession.

Après avoir éliminé tous les commentaires et les apports de l'écriture récente par rapport au texte qui semble être antérieur à 213, Jacques-André Lavier nous a donné un ouvrage épuré. Il convient au lecteur de connaître toutes les subtilités de la langue traditionnelle pour comprendre ce que contient le message de cet empereur mythique "Huang Ti".

Je me souviens de ces réflexions après des confrontations entre diverses théories : *"On peut dire tout et son contraire, ce qui demeure réel devient la seule vérité"...* *"Les anciens Chinois étaient pragmatiques et cherchaient toujours à quoi pouvait*

servir une théorie sans application concrète. C'est parler pour ne rien dire".

"Pour connaître la réalité il faut toujours se référer au principe fondamental de l'existence qui est la Loi du Yin-Yang. Seule loi éternelle".

Pour comprendre les Lois du Ciel et de la Terre, il faut connaître l'orientation, la disposition du temps et de l'espace, c'est pourquoi, je vous conseille de bien réfléchir sur la réflexion de "Tch'I Paï". *"Pour comprendre cet ordre céleste, il n'est que faire un croquis face au sud".*

Admis par beaucoup comme un précurseur de la connaissance de la médecine traditionnelle, il fut

souvent attaqué par ceux qui se contentaient d'un savoir fragmentaire et qui ne pouvaient admettre la vision holistique de la pensée traditionnelle, transmise à travers un savant qui a consacré toute son existence à faire comprendre la richesse des textes anciens.

J'emprunterai à la préface de René Alquié, cette phrase émouvante et bien réelle : "Si sa voix s'est éteinte, son œuvre restera".

D^r Paul-Auguste Lepron
Ancien Président de l'O.E.D.A, Président de l'A.M.A.C.
31, rue Alquié - 03200 VICHY - ☎ 04 70 31 59 95

Eric Kiener

Connaître la langue chinoise : pour qui et pourquoi ?



J'ai bien aimé lire les éditoriaux de Florence Phan-Choffrut et de Johan Nguyen [1,2]. Ils contiennent des vérités simples, soulèvent quelques remarques et posent quelques questions.

Cela nous concerne tous car nous avons à méditer quotidiennement sur un discours qui est étranger, de prime abord, à notre culture.

Est-il indispensable de savoir la langue d'un pays pour le connaître ?

Pas forcément

En effet, nous pouvons appréhender par nos facultés, comme celle de l'intelligence, de la sentimentalité, de la sensorialité, de l'intuition, une ambiance, un environnement sans être obligé d'être physiquement présent. Nous pouvons nous représenter un pays, sa culture, sa musique, ses us et coutumes de l'extérieur. Cela est dans nos capacités.

Toutefois, dans ce cas, nous pourrions, être victime d'une information de deuxième main. Cela passerait ainsi par le filtre de traductions, de films, de photos, de musiques, de repas, le tout subissant le tamisage de notre ego.

Cette représentation pourrait être idéalisée, c'est à dire se situer en dehors de la réalité des faits et du présent. Il est un fait qui est que certains ont une connaissance très large des mœurs chinoises sans avoir habité dans le pays. Il n'en reste pas moins que le danger est celui de prendre ses désirs pour des réalités, et de vivre dans une bulle artificielle, de se faire uniquement plaisir en fuyant le réel.

Toujours est-il que, pour une âme éveillée, on peut connaître sans savoir, cela reste possible !

Oui peut-être

La langue (informations, poésies, dictons, contacts humains directs, partage de la table et de la vie en famille) et la musique véhiculent des émotions, des sentiments et des sensations d'un passé et d'un présent qui peuvent enrichir une compréhension plus ou moins froide d'un événement, tempérer une vision éloignée de la réalité...

Le langage peut nourrir aussi des références qui nous structurent. Lorsque la conscience n'a plus un mot, plus une image, plus un concept pour se dire, elle entre dans un espace carencé en détails pratiques, en matériaux de construction et ce pour nous construire.

La langue, a fortiori idéogramatique comme la langue chinoise, devient un engrais et un support pour structurer notre pensée et la ramener au réel.

En pratique

La réponse dépend de la finalité de notre comportement.

Si je dois vendre une idée, un objet, il est souhaitable que je me calque sur les besoins les plus élémentaires et habituels de mon acheteur. Plus je me fonderai dans sa langue véhiculant des us et coutumes plus je serai près de lui : j'apprends donc le chinois.

Si l'objectif est de chercher à utiliser son savoir-faire qui m'est étranger, je me dois dès lors, de le remettre dans son contexte culturel et environnemental afin de mieux exploiter la situation. Dans cette situation, la langue, tout en étant fort utile ne m'est plus indispensable.

En résumé

Parler la langue chinoise, véhicule de phonèmes et de concepts, est préférable dans tous les cas ! Si le don lin-

guistique nous est rare voire absent, il convient de s'assurer, au moins, d'un bon traducteur-interprète et ce pour l'efficacité de l'interactivité, source de créativité et de vie.

Est-il indispensable de savoir le chinois pour connaître la médecine chinoise ?

Connaître la médecine implique plusieurs niveaux de compréhension

Au niveau ABCD, un bon traducteur, de bons ouvrages clés suffiront, à condition de vérifier sa pratique auprès de praticiens chevronnés.

Au niveau subtil, c'est à dire lorsque l'on a l'intention de traiter les causes premières, une connaissance approfondie des textes et mécanismes physiopathologiques est indispensable. Là, les textes et traductions sont plus rares. La connaissance de la langue avec l'aide d'un guide de qualité nous conduira vers des ouvrages adéquats et vers des praticiens en rapports avec nos besoins. Parfois des amis chinois nous disent qu'ils ont appris les points d'acupuncture grâce à des poésies, des proses scandées venant d'ancêtres confirmés. C'est un plus mnémotechnique mais cela peut nous rendre prisonnier d'un abécédaire de recettes et nous faire perdre notre spontanéité. Cependant, si les recettes sont bonnes... les répétitions le sont également...

Lorsque nous appréhendons un être humain dans sa globalité, seul notre niveau de conscience peut le faire et ce plus qu'un savoir acquis sous forme de transfusion. Là, il s'agit de la langue du cœur, celle de l'esprit qui habite en nos cœurs et ce qui compte ne repose plus uniquement sur la linguistique.

Et nous pouvons agir avec bienfaisance par notre regard, nos mimiques, notre émanation, nos gestes justes avec un homme avec qui nous n'échangeons aucune parole. Il n'y a plus besoin de parler le chinois...

Pour nous, acupuncteurs, si nous sommes en présence de bons ouvrages, de bons sinologues, et de bons praticiens, et que nous vivons notre connaissance à travers un vécu corporel et non uniquement mental, alors

l'apprentissage de la langue chinoise n'est plus indispensable même si elle peut paraître souhaitable.

La médecine chinoise est-elle universelle ?

Après quelques études et quelques expériences, je me permets de dire : oui.

Ses fondements et ses pratiques peuvent bénéficier à tout être humain, quel que soit l'âge, sa provenance et sa situation.

Cependant chacun n'en tirera pas la quintessence souhaitée, cela du fait de la plus ou moins grande ouverture de la circulation d'énergie qui nous habite et nous anime. Si l'acupuncture est universelle, est-il besoin de parler ou de connaître la langue qui l'a révèlé, dès lors que l'on en a saisi les principaux mécanismes physiologiques et physiopathologiques ?

Pour ceux qui estiment qu'il n'a y a nul besoin urgent de savoir le chinois, cela se vérifie souvent par le fait que l'on peut appliquer des méthodes de diagnostics autres que celles proposées par la tradition (ex. : pouls de P. Nogier) et fournir un traitement compatible avec les abaques classiques.

Les méthodes modernes de dépistage (imagerie, biologie, colorimétrie) nous permettent parfois de court-circuiter les étapes du diagnostic traditionnel et d'en venir aux pratiques thérapeutiques par des chemins différents. Certains rétorqueront que ce n'est plus de la médecine chinoise, ce à quoi d'autres répondront qu'il y a et a eu sur plusieurs siècles des médecines chinoises (Ecole des reins, de la rate, des maladies du froid, écoles de la chaleur, écoles privilégiant le ciel antérieur par rapport au ciel postérieur...). La médecine chinoise a évolué dans ses présentations même si la notion de *qi* reste un des fondements...

Il est même probable qu'avec les connaissances modernes, les Chinois actuels vont proposer de nouvelles attitudes avec un mode d'emploi en langage occidental, tout en maintenant le squelette de leur science. En effet, il s'agit d'une médecine complète, suffisamment structurée dans ses fondements pour répondre à des approches variées et modernes des malades et des maladies.

L'universalité de la médecine chinoise exclut-elle le passage obligé par l'apprentissage du chinois ?

Non, bien entendu !

Cependant, l'approche du chinois médical ou général permettra de mieux comprendre son universalité. Certains médecins pratiquant l'acupuncture, n'ayant jamais été en Chine, ni parlé le chinois sont pourtant à la hauteur des demandes de leurs patients et ont probablement autant de résultats favorables que leurs confrères sinisant ou sinologues.

Peut-être ont-ils compris qu'il fallait habiter par et pour son esprit, son corps, pour mieux le connaître et ainsi mieux comprendre celui de son malade. Il est vrai que les exercices de gymnastique énergétique comme le *qigong* ou équivalents sont aussi là pour cela. Tout comme les exercices spirituels "de Saint Ignace de Loyola" sont propices dans notre culture.

En fait, si notre ami n'a pas eu l'opportunité de fréquenter l'esprit de la médecine chinoise à travers des textes fiables, des sinologues subtils et précis, des praticiens en osmose avec leurs pensées, de vivre une ascèse personnelle, il est alors préférable d'aller faire le voya-

ge. Un séjour en prise directe dans le pays des ancêtres afin de se "formater" au mieux à l'ambiance nourricière de notre savoir, calquée sur le réel.

Qui peut le plus est premier ; celui qui connaîtra la langue et ce qu'elle véhicule, aura toujours un cran d'avance sur celui qui reste prisonnier d'une information de "deuxième main". Certains confrères l'ont compris et appliqué. Ils sont sortis de leur territoire intellectuel et national. La plupart ne l'ont pas fait définitivement, ils sont rentrés et ont adapté leur savoir importé à leur sensibilité et aux us et coutumes de leur pays d'origine. Souhaitons que leur science soit partagée et non utilisée à des fins de domination sur ceux qui en savent moins lesquels n'auraient pas pu ou su voyager au sens propre et figuré du terme.

D^r Eric Kiener - 148, avenue Wagram - 75017 Paris
✉ ekiener@ifrance.com

Références

1. Phan-Choffrut F. Ni shuo bu shuo zhong wen ? ["Parles-tu chinois ?"]. *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(4):233.
2. Nguyen J. Entrer en Chine ou en sortir. *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(4):234.

Johan Nguyen

Fragmentons la médecine globale !



Dans un précédent numéro d'Acupuncture & Moxibustion, Eric Kiener sous le titre "Le jeu du Meccano" [1] commente les études expérimentales faites sur la stimulation du 6MC dans le mal des trans-

ports [2].

Ses commentaires traduisent les légitimes perplexité et frustration de l'expert en acupuncture devant le décalage entre d'un côté la richesse et la complexité des théories de la MTC et d'un autre l'aspect à l'évidence rudimentaire de la simple acupression au *neiguan*. Mais je voudrais souligner que cette discordance est générale en médecine : il y a un abîme entre la masse des connaissances physiopathologiques, épidémiologiques et cliniques actuellement disponibles et l'évidente limitation des possibilités thérapeutiques mises à la disposition du praticien dans son exercice quotidien. Eric Kiener développe l'idée d'un acte global d'acupuncture où tout est indissociable de l'intention du praticien au mécanisme intime d'action de l'acupuncture sur l'"énergie". Personnellement, je vois mal comment une intention différente sous-tendant un même geste (la stimulation du 6MC par exemple) pourrait produire des effets thérapeutiques différents... L'intention serait alors plutôt la conviction, et la conviction du thérapeute est bien connue pour être une composante essentielle de l'effet placebo. Cet effet

est une part importante de tout traitement (de l'acupuncture comme des autres), mais il ne nous dispense pas d'analyser toutes les autres composantes de nos gestes thérapeutiques.

La variabilité des pratiques de l'acupuncture (et encore une fois comme celle de toute pratique médicale) nous montre que l'acte d'acupuncture peut être décomposé en un ensemble de paramètres distincts : choix des points, techniques de stimulation, durée et intensité de stimulation, nombre et fréquence des séances... Un progrès thérapeutique essentiel sera fait quand pour chaque variable nous aurons déterminé la valeur optimale.

Cette valeur optimale ne peut être approchée que par des études où les protocoles ne varient que sur un seul paramètre. D'où l'intérêt des études expérimentales et des essais cliniques qui apparaissent au premier abord comme éloignés de la pratique quotidienne.

La médecine globale doit être fragmentée !

D^r Johan Nguyen, 27 bd d'Athènes, 13001 Marseille

☎ 04.96.17.00.30 📠 04.96.17.00.31 ✉ johan.nguyen@wanadoo.fr

Références

1. Kiener E. Le jeu de Meccano. *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(4):297.
2. Nguyen J. Les dispositifs de stimulation du 6MC dans les symptômes du mal des transports : l'intensité de stimulation doit être adéquate ! *Acupuncture & Moxibustion* 2004; 3(4):294-6.

Christian Mouglalis, Pascal Beaufreton

Genou et Rein : le véritable appui est sans appui

Résumé : Envisager la relation entre l'articulation du genou et l'organe-fonction Rein va nous conduire à questionner de façon concrète et subtile la notion d'appui ou de base, en éclairant notre propos par l'étymologie, par la notion d'articulation *guanjie*, par l'atmosphère de l'Eau, des reins et du *Zhi*, et enfin par les messages spécifiques des points situés autour du genou. **Mots clé :** genou, appui, reins, *guanjie*.

Summary : Considering the relationship between the articulation of the knee and the Kidney function-organ will help us consider both concretely and subtly the notion of support, or base. We will develop our thesis with etymology, the notion of *guanjie* articulation, Water atmosphere, kidneys, and *Zhi*, and finally with the specific messages of the points below the knee. **Key words :** knee, support, kidneys, *guanjie*.

“*L'humain ne travaille pas avec un principe de réalité mais avec un principe d'opération*” [1]. Il y a du réel mais nous n'entrons jamais en contact avec lui ; ainsi la pensée chinoise nous invite à envisager le fonctionnement comme processus et en même temps permet de nous rendre compte qu'il n'existe aucune séparation entre la totalité de l'être, la cellule ou des entités plus petites encore, le tissu, l'organe particulier ou partie du corps. C'est à ce prix et à ce prix seulement qu'il nous semble qu'on peut parler de symbolique, c'est-à-dire d'un mode opératoire nous conviant à faire l'expérience par nous-même d'une réalité qui échappe sans cesse et autour de laquelle se tisse un ensemble de relations.

Etymologie

Xi, le genou, comporte deux graphies : la plus courante, Grand Ricci 4057 (膝), et une originelle, plus ancienne, Grand Ricci 3960 (𦵑) [2].

La première graphie est composée à gauche du radical 膝 de la chair et à droite d'un caractère dit phonétique qui se révèle en fait être celui du laque, sève gommeuse s'écoulant du laquier, comme le montre si bien la graphie de cette partie droite qui comporte le Bois en haut, et l'Eau en bas (leçon étymologique 119E) [3].

Le laque, liquide épais, visqueux, sortant de l'écorce incisée en été est d'une couleur grise qui tend à noircir au contact prolongé avec l'air ; cet hydrocarbure va se

polymériser spontanément au contact de l'oxygène pour donner un matériau aux multiples qualités : extrême légèreté, résistance à l'eau et à la chaleur ; il est inattaquable aux acides, brillant, lisse. Utilisé d'abord comme enduit protecteur, coloré en noir ou en rouge, appliqué jusqu'à une centaine de couches, séché à l'ombre et à l'humidité dans des fosses ou sur des lacs, il devient un véritable art, poli, décoré, sculpté, incisé ou incrusté. Son usage remonte à l'époque Shang, où il préservait les parois et les piliers des chambres funéraires et plus tard la vaisselle de la sépulture du défunt. Il faisait également partie de la pharmacopée traditionnelle, indiqué dans le traitement des vers intestinaux, des douleurs menstruelles, la guérison des plaies, la soudure rapide des fractures, la régénération de la moelle osseuse et de la matière cérébrale, les soins des rhumatismes et la résistance à la vieillesse. Laque et pérennité sont indissociables. En même temps fragile et d'une extrême résistance, il n'est pas sans nous évoquer l'Eau, sans forme révélant toutes les formes, tantôt fluide, liquide, tantôt solide, dure, les pierres, les roches, les os.

La deuxième graphie est composée du laque à gauche, 𦵑 avec à droite la partie droite de la pièce de bois 𦵑 ou de jade donnée par l'empereur aux feudataires et fonctionnaires comme insigne et sceau de leur fonction, image même du mandat. De retour de leurs missions, ils pouvaient avec la partie gauche conservée

par l'empereur reformer la pièce originelle. Ce caractère est le symbole de l'unité reconstituée (leçon étymologique 55A et B) [3]. Là encore cela n'est pas sans évoquer le mandat, *ming*, dévolu aux Reins. Un mot d'étymologie occidentale, où la racine indo-européenne *gen* à l'origine du "genou", est aussi de l'idée de naissance, d'engendrement, de nœud, de connaissance.

Citons encore Groddeck : *"Homère, quand il parle de theon en guisani keita l'obscurité de l'avenir, voilà qui me frappait à l'école déjà, emploie la tournure, qu'on traduit conformément à notre manière de penser par : "cela repose dans le sein des dieux". Or le grec gony ne veut pas dire le sein mais le genou. La traduction littérale serait donc : "cela repose dans les genoux des dieux". La tournure moderne, que l'avenir repose dans le sein des dieux, ne fait pas difficulté : avenir et fruit des entrailles sont la même chose. Cette pensée que les grecs, en parlant des genoux, assimilaient peut être aussi avenir et enfant, m'est d'abord venue par mon expérience au chevet des malades. En traitant analytiquement des inflammations de l'articulation du genoux, je tombais sans cesse sur cette réalité que le malade dans ses communications de l'inconscient concevait l'enflure de l'articulation du genou comme un symbole de la grosseur"* [1]. On peut citer aussi à ce propos le rite romain où le père ou le questeur pour les enfants abandonnés prennent le nourrisson sur leurs genoux pour le reconnaître et lui donner un nom.

Les articulations, *guanjie*

A ce jour et à notre connaissance, en dehors de la notion de barrière et de points barrières que Jean-Marc Kespi [4] a élaborée, il n'y a pas eu de réflexion ni de compréhension générale des douze grandes articulations des membres supérieurs et inférieurs. A partir de l'étymologie, des textes et de la pratique clinique, on peut se rendre compte que celles-ci sont des nœuds (*jie*) assurant la rythmique du temps et de l'espace, constitutrice de tout être vivant ; plus clairement cela signifie que ces articulations sont d'une part les garants du cycle du temps nous mettant en relation avec les rythmes du monde (12 heures, 12 mois, 4 saisons) et d'autre part les garants de la vitalité (*jing*) des *zang* ou

organes-fonctions assurant la viabilité de notre corps-espace.

Relations des *guanjie* avec le temps

Citons Claude Larre qui traduit les articulations par "relais d'animation" : *"l'homme possède les Douze Secteurs des grandes vallées, ainsi que 354 dénominations de petites ravines, une fois ôtées les 12 yu. Ce sont les endroits où se tiennent les souffles défensifs, mais là aussi se logent les souffles pervers. Par le moyen des aiguilles de métal et des poinçons de pierre, on les en chasse. Les 12 secteurs peuvent être ceux des 12 méridiens investissant chacun son secteur de souffles spécifiques ; ils peuvent également être les passages vers les grandes vallées qui sillonnent les chairs, c'est-à-dire les 12 articulations majeures des 4 membres (épaules, coudes, poignets, hanches, genoux, chevilles). Si les grands relais de l'animation (les articulations osseuses) commandent les grandes vallées, et sont entretenus par ce qui y passe, le même phénomène opère, analogiquement, entre les imperceptibles réseaux de circulation et les subtils relais de l'animation que sont les points. De même que l'année a 12 mois et 365 jours pour diriger et exprimer totalement la diversité de ses souffles, l'homme a 12 grandes voies qui commandent toutes les circulations et 365 points de concentration pour une relance. Ce sont les dépôts actifs des souffles, les relais de leur mouvement"* [5] Au total, il n'y a pas de séparation entre les articulations majeures du calendrier et celles des membres. Ainsi :

- les 3 articulations du membre supérieur gauche sont en rapport avec l'été
- les 3 du membre inférieur gauche avec l'automne
- les 3 du membre inférieur droit avec l'hiver
- les 3 du membre supérieur droit avec le printemps.

Relations des *guanjie* avec l'espace

Ce sont des lieux d'épuisement et de recel du *jing* des 5 *zang*. Citons le Lingshu 71 : *"en cas d'atteinte par énergie perverse, le qi des poumons s'arrête à l'épaule, celui du cœur au coude, celui de la rate à la hanche et celui du rein au genou"*. Par extrapolation, il nous semble logique d'établir une relation entre cheville et foie, poignet et cœur-poumon.

Il est intéressant que ce texte prenne pour base l'énergie perverse pour nous parler de ces relations car cela précise que pour assurer son rôle de circulation une articulation doit être vide. Citons le commentaire de Claude Larre à propos de SW10 : "*Le vide est le seul lieu des circulations de vie. Le sang qui vient du vide du Cœur circule dans les vides du corps pour maintenir la structure corporelle et l'adhésion aux esprits. Tous les creux, tous les relais d'animation, tous les passages dans la masse des chairs sont autant de vides qui assurent la cohésion par la puissance des circulations et communications*". Cela n'est pas sans nous évoquer le chapitre 3 du Zhuangzi où Pao Ding, le boucher de cuisine, dépèce le bœuf sans altérer son couteau. Zhuangzi se sert de l'homophonie pour lier *jie* (articulation, nœud, relais d'animation, rythmique du temps ou de l'espace) et *jie* (dépecer, dénouer, délivrer) ; Ding dépèce en pénétrant les articulations par leurs interstices. Ainsi, libres elles sont les relais d'animation du *jing* des Cinq Mouvements, obstruées (douleurs, impotence) elles témoignent de la stagnation de cette animation. L'importance du "vide articulaire" se trouve encore mieux précisé dans le Huainanzi quand il énonce : "*les émotions en équilibre, l'esprit clair, les cent articulations paisibles et relâchées, voilà la base pour nourrir sa vraie nature*" [5].

Le mouvement de l'eau

UN : sensation du sans limite, illusion des formes, intuition de la globalité, à partir du mandat recelé dans le nom (*ming*) et de la multiplicité des formes (conditionnement inné et acquis), retour au sans nom et au sans forme. Sur un plan concret cela signifie que nous sommes toujours autre que ce que nous croyons être. C'est à partir de là qu'on peut parler du véritable appui, l'appui sans appui *taiyi, taiji, wuji*.

DEUX : *yin* comme toile de fond imprenable, comme l'Eau sans forme qui a pouvoir de révéler les formes, comme *jing* principe vital indéterminé, pouvoir de détermination. Est-il besoin de le rappeler, *yin yang* n'est pas un binaire mais un ternaire *yin yang* sur fond de *yin* ? C'est aussi le caractère *shui* dont le Compendium des Cinq Agents nous décrit l'étymolo-

gie : deux figures humaines, homme et femme, donnant naissance au nombre Un [6].

TROIS : la circulation de l'eau, montée des nuages et descente des pluies, eaux d'en haut et eaux d'en bas. Sans oublier comme nous le dit le Suwen 5, "*les souffles du Ciel descendent et font les pluies, mais la pluie sort du souffle de la Terre ; les souffles de la Terre montent et font les nuages, mais les nuages sortent du souffle du Ciel*". Ainsi les liquides sont potentiellement nuages et pluies. QUATRE : "*les trois mois d'hiver évoquent une réclusion (bicang) ; l'eau gèle, la terre se fend [...]* on se tient comme enfoui avec l'idée de rester chez soi sans envie de sortir...". Le terme *yangcang*, vivre reclus ou soigner et nourrir les réserves invite à laisser s'effectuer le mouvement naturel de recel.

CINQ : *shen*, les reins, le ministre qui se prosterne à genoux pour recevoir le mandat de la main de l'empereur. Ainsi comme le dit Jean-Marc Eyssallet [7] : "*les reins président à la réalisation de la forme individuelle en associant et en combinant tous les degrés existants entre la pure fluidité (liquides circulants) et la rigidité extrême (l'os) ; il règle ainsi les potentialités propres à chaque être et transmises en partie par les parents au cours de la conception, en partie par le milieu dès la phase embryonnaire et fœtale et pendant toute l'existence. Cette fonction fondamentale explique plusieurs particularités énergétiques propres aux reins et leur donne un statut qui les distingue jusqu'à un certain point des autres organes-fonctions*". C'est ainsi qu'on peut considérer les reins comme les lieux dépositaires du *jing* inné issu des parents et du *jing* acquis absorbé du milieu extérieur. Le Lingshu 30 dit : "*ce qui précède toujours la création (la vie) du corps se nomme jing, le principe vital*". De même au SW4 : "*ainsi le principe vital est la base de l'organisme*". On comprend là, et nous ne le développerons pas plus avant, la place prépondérante des reins et d'une façon plus générale de tout le bassin dans le rôle d'assise et d'entretien de la vitalité pendant toute la vie. Etre ou ne pas être "sur les genoux" en témoigne. Cet entretien de notre vitalité s'effectue grâce à *jing* et les reins en constituent la grande réserve. *Jing* est la base concrète et subtile qui produit l'énergie. Le *jing*

des reins vient de *yuangqi* (conjugaison des *jing* des parents) et *zongqi* (énergie des rythmes ancestraux tirée du milieu extérieur dès l'origine par la respiration et l'alimentation). On distinguera les Reins *yin*, mouvement de mise en réserve de *jing*, et les Reins *yang*, mise en mouvement de ce *jing* en *qi* vers l'ensemble du corps et de l'être. Cela n'est pas sans nous évoquer le genou avec son côté interne assurant la stabilité (condyle fémoral plus court, glène tibiale plus large et plus courte) et son côté externe assurant la mobilité (condyle fémoral plus long, glène tibiale en forme de haricot, plus longue).

SIX : le niveau *shaoyin*. Ce niveau fondamental associe le cœur et les reins, soit le feu et l'eau dont l'accord conditionne tout l'équilibre du sujet et son évolution à tous les niveaux. Mobilisant à la fois le potentiel héréditaire, la vitalité ancestrale par le *zushaoyin* et l'expression personnelle, la synthèse et le choc créateur que représente la conscience du sujet, par le *shoushaoyin*, ce niveau *shaoyin* représente en quelque sorte les fondations, la base fondamentale du corps énergétique.

SEPT : *kong*, la peur. Elle est en quelque sorte l'émotion fondatrice de toutes les autres émotions. On peut presque dire que les émotions en général ne sont que des colorations de la peur. À ce niveau d'où nous parlons, la peur c'est "je ne sais pas ce qui va arriver". Elle fonde donc par la capacité à accueillir ce "je ne sais pas ce qui va arriver", l'ouverture du cœur. Le problème est donc d'apprendre à ne pas refuser la peur mais de trouver des outils pour l'appivoiser car de cet apprivoisement dépend l'enracinement de la conscience individuelle.

HUIT : le vent du Nord. Transmettant les ordres du mandat dans le corps tout entier à partir du bassin, les *qijing bamai* ou huit merveilleux vaisseaux représentent une liaison fondamentale entre *jing* (eau-réserve) et *shen* (feu-organisateur), relançant à l'externe (les méridiens principaux) et réassurant à l'interne les entrailles à l'extraordinaire pérennité *qiheng zhifu* (les os, les moelles et les vaisseaux sont répartis dans la totalité du corps, le cerveau en haut, la vésicule biliaire au centre, "la matrice" dans la cavité pelvienne énergétique).

NEUF : les neuf orifices : *liangyin*. Les deux *yin* désignent les deux orifices inférieurs, l'anus et l'urètre. Ils reçoivent les trajets d'émergence des méridiens curieux. Citons Jean-Marc Eyssale [8] : "*les sept orifices de la face expriment quatre des cinq sens, la vue, l'écoute, l'odorat, le goût. Il nous paraît juste de relier les deux orifices inférieurs à la genèse du sens tactile ?... Les conduits auditifs, orifices du cœur, guident l'écoute mais l'audition, associée à l'équilibration, dépend des reins : ceci veut dire concrètement que même un sourd (atteinte des reins) peut écouter (attention liée au cœur) et qu'en revanche bien des gens entendent (activités liées aux reins) sans écouter (le shen du cœur est endormi). Les orifices inférieurs liés aux reins font ascensionner les trajets énergétiques d'origine du découpage de l'espace, mais le sens tactile associé à la conscience de toutes les séparations et de tous les dialogues dépend du cœur : cela signifie par exemple que la qualité de conscience de notre assise conditionne notre appréhension de l'espace*".

Reins et cœur se révèlent ici aussi totalement complémentaires que l'eau et le feu

Le *zhi* (c'est l'aspect nord de *shen*). "*Il en constitue donc la base, le pouvoir concret, la condition d'expression, car il est dépositaire et organisateur des forces de vie associées aux reins. On peut donc reconnaître dans le zhi un sens très global de détermination, de forces de rassemblement. Si zhi est souvent traduit par "volonté" il faut entendre dans ce terme qui prête à confusion, non pas une volonté essentiellement assujettie au psychisme courant, dirigée par les mouvements velléitaires de la personnalité, encore que ce sens ne soit pas exclu, mais englobée par celui de "vouloir vivre" ou de capacité réalisatrice*" [8]. Cela signifie plus pratiquement, au cours du déroulement de la vie que ce "pouvoir vivre", ce "désir de vivre" devra en permanence s'ajuster entre "trop avoir envie de vivre" et "pas avoir envie de vivre". A ce propos il est intéressant de noter que *zhi* signifie aussi émotions, sentiments, passions et que *kong*, la peur, est le sentiment en rapport avec les reins, ce qui signifie donc que du dialogue avec la peur dépend l'ajustement de ce désir de vivre. Apprendre à ne pas refuser la peur, à ne pas avoir peur de la peur,

constitue donc une attitude essentielle garante du dialogue entre *zhi* et *shen*. Passer en force sur la peur, souvent l'exclure ou ne pas la voir, peut obstruer les reins et donc les genoux mais s'enfermer dans la peur constitue aussi la même cause d'obstruction.

Cette déambulation en neuf temps dans l'ambiance du mouvement de l'eau et de l'organe-fonction Reins montre à quel point la notion de base concrète, en même temps réserve de vitalité et forces d'aliénation, est en rapport avec les genoux : "JE" (*shen*, conscience d'étreté, conscience témoin) et "NOUS" (ensemble des forces composites, des forces d'aliénation héréditaires et acquises).

Les points

Nous ne pourrions nous attacher ici qu'à la symbolique du nom des points du genou. A distance, bien d'autres points comportent dans leur symptomatologie des signes concernant cette articulation. Jacquot Pecout-Restou [9] a écrit en 1985 un mémoire de l'AFA sur le genou qui en plus d'une très large revue symbolique et pathologique, liste tous les points dont la symptomatologie cite cette articulation. L'auteur nous y fait de façon fort intéressante, remarquer que :

- d'une part, dans ces symptômes, on relève outre ceux du genou, les notions de peur, d'émotivité, de découragement, de faiblesse, de manque de résistance, de perte de vitalité et d'anxiété,
- d'autre part, ces points comportent dans leurs noms, les idées de montagne et de caverne, de sacrifice et de rite à accomplir, d'origine, de prise en charge, de trame et de cohésion, de chemin, de passage, de s'élever et de bondir.

10Rn, yingu, vallée ou gouffre du yin, point he

A la fois notion de passage, de profondeur et de mystère. Point de rang "10" du méridien *zushaoyin*, lui-même attaché à l'emblème numérique du nombre 10, localisé justement au genou : gonalgie comme si le genou était désarticulé, mais aussi impuissance et signes urinaires.

9Rte, yinlingquan, source du tertre yin, dialectique du 34VB, yanglingquan

Ling, haute colline, (GR7159), comprend la notion de dépassement, de franchissement, d'outrepasser, mais aussi le sens de trembler de crainte. *Quan*, source, fontaine, lien à l'Eau : symptômes digestifs bien sûr, mais aussi urinaires avec oedèmes, douleurs lombaires et enflure du genou.

34VB, yanglingquan, source du franchissement du yang

Douleurs de sa face externe et engourdissement du genou, qui ne peut être fléchi, douleur des os du genou. Aussi lombalgies, signes de Vésicule Biliaire, convulsions, hémiplégie, affaiblissement, enflure, angoisse et peur. Point maître des tendons.

33VB, xiyanguan, passe yang du genou, dialectique de xiguan, 7F

Là aussi il y a une notion de passage dans l'espace, de changement de lieu : *bian* plutôt que *hua*. Une articulation, *jie*, est naturellement *guan*, passe, et nœud du bambou. On est là dans une dynamique *yang*, plus liée au *qi*, alors que le 7F sera plus en rapport avec *jinye* et *xue*. Il s'agit d'un point barrière décrit par Jean-Marc Kespi [10], de la série 29V, 33VB, 37E, régissant la sortie du *yang* de la hanche vers le pied. La symptomatologie décrit bien sûr des gonalgies avec difficulté de flexion-extension. A noter sa relation avec le 3VG, *yaoyanguan*, qui donne les mêmes douleurs du genou, avec aussi surmenage lombaire et spermatorrhée.

7F, xiguan, passe du genou

Changement de lieu, plus *yin*, point du foie, cascade puissante entre le cours supérieur du fleuve et ses méandres dans la plaine alluviale : douleurs de la face interne du genou, irradiant vers la rotule, entraînant une douleur de la gorge (!), lombalgie, polyarthralgies du tigre blanc, furoncle qui communique avec le cerveau (!), *bi* de type Vent. Bref un *jueyin* qui va comme il se doit "au plus loin".

8F, ququan, source des méandres

Le fleuve *Jueyin* est dans la plaine, s'enrichit des alluvions et de ses affluents. L'Eau est capable d'apporter la prospérité aux cultures comme les pires inondations ; danger "kan" toujours présent avec cette eau non maîtrisée. Point d'excès en tous genres (hémorragies, allergies...) : spermatorrhée avec froid et douleur du genou et de la jambe, contracture des tendons du genou avec impossibilité de fléchir et de marcher ; douleurs des lombes, du cœur, et surtout beaucoup d'hémorragies et de diarrhées ; enflures. Point *he*, Eau du méridien.

35E, dubi, le museau du jeune taureau de sacrifice

L'essentiel, après avoir accueilli l'extérieur pour s'en nourrir et le faire sien, est de redonner en un sacrifice au Ciel, offrande simple et humble qu'est celui de cet unique jeune taureau *du* [11]. On retrouve donc dans la symptomatologie "difficulté à s'agenouiller", enflure des genoux, ulcération de la région rotulienne, furoncle des lèvres (impuretés si le sacrifice purificateur ne peut être effectué).

39V, weiyang, mandat du yang (du Ciel ?)

Est-il besoin de faire un commentaire ?

Grand point de lombalgies, par rassemblement de mauvais sang suite à un effort de soulèvement, avec impossibilité de se pencher ou de se redresser, impossibilité d'uriner et gaz dans les maladies du Triple Réchauffeur (dont c'est le point *shu* de rassemblement inférieur) ; œdème, convulsion, raideur de la colonne vertébrale, folie. Perte de *zhi* ! (*zishengjing*).

40V, weizhong, mandat du centre (de l'Empereur ?)

Sans commentaire.

Point *xi* du sang (un de ses noms secondaires est *xuexi*, 血部), notre marque personnelle, incarnation de notre mandat propre : lombes comme brisées avec une sensation de crainte ; lombalgie irradiant de la nuque au coccyx avec vertiges et troubles visuels ; gonalgie avec irradiation jusqu'au gros orteil ; folie, soif, dysurie,

épilepsie, chute des sourcils et des cheveux, furonculose, douleurs abdominales et de nombreux signes de chaleur. Point *he*, Terre de *zutaiyang*. On aurait pu citer dans les points locaux le 34E, *liangqiu*, point du 2^{ème} pas (1^{er} au 31E), le 36E, *zusanli*, de la répartition rituelle en donnant à chacun sa juste mesure après l'offrande au Ciel, le 10Rte, *xuehai*, Mer du sang mais qui traite aussi le Vent. Il faut enfin évoquer l'importance du 5Rn, *shuiquan*, point *xi* de *zushaoyin*, source de l'Eau, point barrière du genou, pour l'entrée et la sortie du *yin* (séquence 12Rte-5Rn-6F), dans l'intuition juste de Jean-Marc Kespi.

Hexagrammes

Nous avons vu au début de cet exposé, en étudiant l'étymologie du caractère *xi*, que la partie droite, celle du laque, se composait du Bois en haut et de l'Eau en bas. Si nous convertissons en deux trigrammes superposés ces deux idées nous pouvons obtenir :

Soit : TONNERRE	Soit : VENT
Hexagramme 40	Hexagramme 59
EAU	EAU

Hexagramme 40

D'après Michel Vinogradoff [12] : *xie*, résolution, poinçon fait dans une corne de bœuf, pour défaire les nœuds (le couteau du boucher passe entre les articulations). Dénouement ; comment dépasser les distinctions en soi. Pour Cyrille Javary [13] : délivrance, poser le fardeau ; un lâcher prise permet de se défaire de ce qui retient au passé et d'envisager la situation de manière nouvelle ; cela passe par l'établissement d'une distinction entre le réalisable et l'inaccessible.

Hexagramme 59

Pour Michel Vinogradoff : *huan*, morceler ; un objet que l'on se passe de mains en mains ou une forme qui change d'état, comme l'eau. La notion d'un tout qui se sépare en morceaux distincts (note des auteurs : symbole !). *Huan* décrit la réalisation de chaque forme, dans sa propre identité, par l'instillation d'une parcelle du *Dao* dans chacune de ces parties. *Huan*

permet la reconnaissance de l'unique en soi. Pour Cyrille Javary : dénouer, grossi (en parlant des eaux d'un fleuve). Les structures établies se dissolvent. La scène choisie pour représenter cette période de dispersion est un fleuve en crue, une inondation, un flot qui monte, bouscule et déplace tout sur son passage. Perçue au premier abord comme une débâcle, la crue représente aussi une opportunité favorable, celle de se défaire de rigidités qui paralysent ou de règles péri-

mées. Ne pas se laisser dominer par l'affolement et profiter de la dissolution des repères habituels pour procéder à un nouvel agencement. Renaissance, telle les bois du Cerf Blanc, symbole-mandat, image de l'Eau et lâcher-prise, apprivoiser la peur, les Reins sont toujours là.

Conclusion :

Le véritable appui est sans appui.



Dr Christian Mouglalis,
1 place Delorme, 44000 Nantes,
✉ c.mouglalis@free.fr



Dr Pascal Beaufreton,
10 rue Valbeaupré, 56000 Vannes,
✉ pbeaufreton002@cegetel.rss.fr

Références :

1. Groddeck G. L'être humain comme symbole: Lebovici; 1991.
2. Instituts Ricci. Dictionnaire Ricci de caractères chinois: Desclée de Brouwer; 1999.
3. Wieger SJ. Caractères chinois: 7ème éd. Taïwan; 1962.
4. Kespi JM. Acupuncture: Maisonneuve; 1982.
5. Larre C, Rochat de la Vallée E. Suwen, les 11 premiers traités: Maisonneuve; 1993.
6. Kalinovski M. Compendium des cinq agents: EFEO; 1991.
7. Eyssalet JM. Les cinq chemins du clair et de l'obscur: Trédaniel; 1988.
8. Eyssalet JM. Shen ou l'instant créateur: Trédaniel; 1990.
9. Pecout-Restou J. Le genou: Mémoire AFA: 1985.
10. Kespi JM. Acupuncture: Maisonneuve; 1982.
11. Mémoires sur les bienséances et les cérémonies: Traduction Couvreur; Cathasia, 1950.
12. Vinogradoff M. Yijing, la marche du destin: Dervy; 1996.
13. Javary C. Yijing, le livre des changements: Albin Michel; 2002.

Marie-Josée Eyraud

Traitement du zona par acupuncture

Résumé : Après un bref rappel des connaissances physiopathologiques et sémiologiques de médecine occidentale, nous nous proposons de faire une étude essentiellement thérapeutique et pratique des zonas par l'acupuncture (des techniques locales : saignées, moxas, électroacupuncture). Le traitement général découle de l'étiopathogénie (deux principaux tableaux étiologiques) et vise à éliminer le Vent-Chaleur Pervers. Ce traitement prenant en compte le *yuangqi* du sujet, permet de prévenir une Stagnation de *qi* et de *xue* responsable des douleurs pérennes (algies post-zostériennes). Nous insisterons sur le traitement local des zonas qui apparaît incontournable. **Mots-clés :** zona - dermatologie - étiopathogénie en MTC - zona ophtalmique - douleur post-zostérienne - thérapeutique acupuncturale - traitement local et général.

Summary : After a brief recalling of western medicine physiopathologic and semiologic knowledge, we propound a herpes zoster therapeutic and useful acupuncture study (local techniques: bloodletting, moxa, electroacupuncture). General treatment proceeds from etiopathogeny (two mains etiologic pictures) and aims at eliminate Evil Heat-Wind. This treatment taking into account patient *yuangqi*, allow to prevent *qi* and *xue* Stagnation liable for everlasting pain (postherpetic neuralgia). We will dwell on herpes zoster local treatment witch seemed essential. **Keywords :** herpes zoster- dermatology - TCM etiopathogeny - ophthalmic herpes zoster- postherpetic neuralgia - acupuncture treatment - local and general treatment.

Zona en médecine occidentale

La nature infectieuse du zona, dermatose connue depuis l'Antiquité (*zona* = ceinture en grec), fut affirmée par Landouzy en 1884. C'est en 1952 que Weller et Stoddart démontrent que la varicelle et le zona sont dus au même virus.

a) Physiopathologie :

Le zona est considéré comme la résurgence du virus de la varicelle : herpes virus varicellae. Il s'observe donc chez des sujets ayant déjà contracté la varicelle et qui sont porteurs d'anticorps.

Cette persistance se fait dans les ganglions sensitifs des nerfs rachidiens ou crâniens et par cheminement le long du trajet nerveux, le virus gagne le territoire cutané métamérique.

Il n'existe pas de virémie dans le zona simple qui reste donc une infection loco-régionale.

Les causes déclenchantes de l'éclosion du zona sont encore mal connues. Le plus souvent la cause de l'activation est inconnue. Citons cependant la diminution locale de l'immunité cellulaire que l'on retrouve dans les traitements immunosuppresseurs, les affections néoplasiques, surtout hématologiques et les déficits immunitaires acquis (Sida).

Le zona peut survenir à tout âge. En général une crise de zona confère l'immunité (le taux de récurrence est estimé à 2 % ou moins).

La plupart des patients se rétablissent sans séquelles, cependant la névralgie post-zostérienne peut persister pendant des mois ou des années, surtout chez le sujet âgé.

b) Symptomatologie :

Des prodromes tels que frissons et fièvre, malaise général et surtout une douleur à type de brûlure en hémiceinture, peuvent être présents pendant 3 à 4 jours précédant l'apparition de bouquets de vésicules caractéristiques.

Il s'agit d'une éruption érythémato-vésiculeuse, unilatérale, intéressant un ou plusieurs territoires métamériques contigus.

En général, l'éruption débute postérieurement et s'étend vers l'avant du dermatome pour s'arrêter au niveau de la ligne médiane. L'éruption est caractérisée par plusieurs poussées pendant deux à trois semaines, faisant coexister des lésions d'âges différents.

Vers le 5^e-7^e jour, les vésicules se dessèchent et se recouvrent d'une croûte brunâtre ou jaunâtre, qui tombe vers le 10^e jour laissant une cicatrice rosée puis blanchâtre qui disparaît presque toujours.

c) Diagnostic différentiel :

Suivant la localisation du nerf atteint, il faudra différencier la douleur du zona (avant apparition des vésicules) de celle de la névralgie du V, d'une pleurésie, de l'appendicite, de la colique néphrétique, de la lithiasie biliaire ou de la colite.

Il faudra différencier l'atteinte du zona d'avec une atteinte de l'herpes virus simplex ; les lésions sont identiques (une adénopathie un peu sensible peut être retrouvée dans les 2 cas), mais l'herpès a tendance à récidiver ce qui est rare pour le zona. L'évolution du zona se fait par poussées successives, ce qui ne se retrouve pas dans l'herpès. Dans le doute, la sérologie HV1 + HV2 fera la différence.

Zona en médecine chinoise [1-6]

a) Physiopathologie :

Cette dermatose est appelée en MTC *chanyao huodan* ou *chan yaolong* ou encore *she chuanchuang*. Elle est décrite pour la 1^{re} fois en 610, par Chao Yuanfang, dans le *Traité général d'Étiologie et de Symptomatologie des Maladies (Zhubing yuanshou)*.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que le zona :
- résulte de l'attaque d'un Vent Pervers (qui se transforme en Vent-Chaleur) sur un organisme en insuffisance d'énergie *wei* et parfois en insuffisance d'énergie *yan* (spécialement dans les douleurs post-zostériennes).

- correspond, pour ses symptômes locaux et généraux, à 2 principaux tableaux qui peuvent d'ailleurs s'associer ou encore se succéder dans le temps : l'invasion du Foie et de la VB par le Feu Pervers et l'accumulation de Chaleur-Humidité dans la Rate.

La libre circulation de *qixue* dans les méridiens se trouve ainsi grandement entravée, au point que soit observée dans les douleurs post-zostériennes une Stagnation de *qi* et de Sang responsable de la pérennisation des algies.

b) Traitement :

Le traitement va comporter toujours deux volets :

- un traitement local et
- un traitement général.

Le traitement local

Nous prendrons l'exemple le plus classique : celui du zona thoracique.

- Technique d'encerclement appelée "entourer le dragon". On entoure la zone des vésicules avec des aiguilles (de 20 à 60 selon l'étendue des lésions) plantées presque tangentiellement au pourtour, avec un angle de 15 degrés. Les aiguilles sont enfoncées de 1 cm à 1,5 cm. Elles sont laissées entre 30 et 60 minutes, pour certains auteurs chinois une à deux heures. En principe : 1 séance par jour pendant 4 à 5 jours.

- Technique de saignée des vésicules [7]. Une autre technique, souvent mentionnée par les auteurs chinois, consiste à utiliser successivement, pour faire saigner les lésions, le marteau fleur de prunier puis l'application de ventouses. 4 à 5 séances sont nécessaires, à raison d'1 séance par jour.

Si ces deux derniers traitements, pour autant classiques qu'ils apparaissent en Chine, nous semblent difficilement applicables en Occident, les deux techniques thérapeutiques qui suivent nous semblent intéressantes.

- Traitement par Moxibustion : [8]. Les moxas en cônes (5 à la suite) appliqués sur les lésions pouvant entraîner des cicatrices, il est préférable d'utiliser des moxas en bâtonnets. Le moxa aurait la fonction de drainer hors du corps la chaleur et la toxicité, tout en renforçant l'énergie défensive locale. Les séances seront quotidiennes jusqu'à assèchement des vésicules (qq. jours). Cette technique, que nous n'avons pas encore utilisée, nous semble judicieuse car beaucoup de patients décrivent effectivement une amélioration de leurs douleurs par la chaleur (exemple : le bain chaud).

- Traitement loco-régional. On poncture les points extraordinaires *huatuoji* au niveau des métamères touchés, côté homo-latéral au zona. L'utilisation de l'électro-acupuncture améliore le résultat antalgique (courants carrés ou rectangulaires dont on augmente toutes les 5 minutes l'intensité jusqu'à atteindre le seuil de tolérance du patient).

Le traitement général

Principes thérapeutiques :

- Rafraîchir le Vent-Chaleur

- Eliminer la Chaleur-Humidité
- Faire circuler *qi* et Sang dans les méridiens
- En cas de douleurs post-zostériennes : renforcer le *yin*, le *qi* et le Sang.

Nous donnerons les points les plus cités (et ceux qui nous semblent les plus utiles) quelle que soit la localisation du zona. Nous ferons un chapitre spécial pour les zonas à localisation faciale et un autre pour le traitement des douleurs post-zostériennes.

- Pour éliminer le Vent-Chaleur, une association de 4 points est très utile :

GI4 + GI11 + VE40 + RA10.

GI4 (*hegu*) : Clarifie la Chaleur ; arrête les douleurs ; fait circuler *qi* et Sang ; chasse le pervers, libère la Surface.

GI11 (*quchi*) : Chasse la Chaleur externe ; équilibre Sang et Energie ; rafraîchit le feu Pervers ; avec GI4 dissémine le Vent-Chaleur de la couche *yangming* chasse l'Humidité.

VE40 (*weizhong*) : Rafraîchit la Chaleur du Sang (disperse le poison du Sang) ; élimine le Vent pervers et la Chaleur.

RA10 (*xuehai*) : Rétablit l'équilibre Sang-Energie ; rafraîchit la Chaleur.

- Le point VB20 (*fenchì*) est un point intéressant à piquer bilatéralement, le plus précocement possible, quelle que soit la localisation du zona car c'est un point Vent qui aide à drainer la toxicité dans les méridiens. Certains auteurs préconisent, pour des zonas de localisations basses (au niveau de la ceinture ou au-dessous) abdominales ou sacrées par exemple, les points suivants : VB31 (*fengshi*), ES36 (*zusanli*), VB34 (*yanglingquan*).

- Pour rafraîchir un Feu Pervers dans Foie/VB, les points les plus souvent donnés sont : FO3 (*taichong*), FO14 (*qimen*), VB34, VB43 (*xiaxi*).

- Pour drainer la Chaleur-Humidité et renforcer le *qi* de Rate : RA6 (*sanyinjiao*), RA9 (*yinglingquan*), ES44 (*neiting*), VC12 (*zhongwan*) et toujours GI11.

Traitement du zona ophtalmique [9]

En plus de l'association de points : VB20, GI4, GI11, VE40, RA10, des points dans la zone *shaoyang* – VB/TR – seront choisis selon leur sensibilité.

TR13 (*naohui*), VB1 (*tongziliao*), VB14 (*yangbai*), PE3 (*yuyao*) (au milieu du sourcil), pour les points locaux ; ES8 (*touwei*), VB8 (*shuaigu*) comme points loco-régionaux dont l'action antalgique est reconnue (dans les céphalées par ex.).

Pour les localisations auriculaires du zona, les points locaux utilisés sont : TR17 (*yifeng*), TR22 (*heliao*), VB2 (*tinghui*), IG19 (*tinggong*) et toujours VB20 ; les points à distance sont des points de Rein : RE3 (*taixi*), RE5 (*shuiquan*), RE7 (*fuliu*), VE23 (*shenshu*).

Traitement du zona chez la personne âgée [10,11,12]

Pour éviter le déclenchement, précocement ou à distance, de douleurs chroniques, il est impératif de soutenir l'énergie du Rein par RE3, VE23 ou RE7, également VC4 (*guanyuan*) en moxas.

Traitement des douleurs post-zostériennes

Elles surviennent plus fréquemment chez les personnes âgées, les immunodéprimés, chez les personnes en dépression (quelle est la cause et la conséquence ?) et après des zonas ophtalmiques.

- Contre la stagnation de *qi* et de Sang, les points les mieux utilisés sont : TR6 (*zhigou*), VB34, RA6, RA10, VE17 (*geshu*), VE18 (*ganshu*), FO14 (*qimen*), MC6 (*neiguan*).

- Contre la déficience de *yin* : MC8 (*laogong*), RE3, RE7.

- Contre la persistance de Chaleur-Humidité : GI11, RA9, RA6.

- L'utilisation d'électro-acupuncture sur les *huatuoji* correspondant aux métamères atteints [en débordant aux métamères sus et sous-jacents (1 au-dessus et 1 au-dessous)] doit être systématique.

- Faire appel aux Merveilleux Vaisseaux est utile dans ce processus chronique où l'énergie *yan* est déficiente : TR5 (*waiguan*) pour ouvrir le *yangwei* paraît incontournable. Certains auteurs n'hésitent pas à l'utiliser dès l'apparition du zona, à la phase aiguë, souvent associé à VG14 (*dazhui*) (pour drainer davantage le Vent-Chaleur).

Pour les localisations sous la ceinture : VB41 (*zulingqi*) (ou parfois RA4 (*gongsun*) quand les spasmes prédominent) paraît préférable.

Selon plusieurs auteurs consultés, le nombre des séances dans ces douleurs post-zostériennes doit être fonction des résultats obtenus après 5 séances. Selon eux, il est inutile de poursuivre après ces 5 séances si le soulagement n'est pas intervenu. Notre expérience est différente car nous avons eu des améliorations d'algies parfois très anciennes (plusieurs années) qui n'ont été obtenues qu'après 8 ou 10 séances. Comme toujours, il est très important de préciser à l'avance à la personne souffrante que le traitement sera long.

Conclusion

Il est clair, pour nous, que tout zona devrait bénéficier d'un traitement par acupuncture dans les tout premiers jours de sa survenue. En effet, le vécu de cet épisode, connu pour être pénible, se fait dans un meilleur état général : apaisement rapide des douleurs, meilleur sommeil, moins de fatigue. Mais surtout il semble que l'utilisation de l'acupuncture va éviter le passage des douleurs à la chronicité. En effet la littérature médicale chinoise nous dit que les douleurs post-zostériennes sont quasi inexistantes en Chine. Même en Occident, nous devrions considérer que rien n'est inéluctable... Ce travail nous a permis de reconsidérer notre pratique quant à l'utilisation des techniques locales (moxas, MFP, utilisation des *huatuoji*) ; nous pensons que ces traitements, peu utilisés en Occident, peuvent rendre encore plus efficace chaque séance. Enfin, la prescription systématique, dès la phase aiguë, du Valaciclovir (Zélitrex®) dans le zona ophtalmique ou chez la personne âgée ou en Vide de *qi* nous paraît essentielle pour passer le cap des 10 à 15 premiers jours.



D^r Marie Josée Eyraud,
22 bis avenue du Chater, 69340 Francheville.
☎ 04 78 34 31 90 📠 04 78 34 31 85,
✉ josee.eyraud@wanadoo.fr

Références

1. Boaler J. Acupuncture in the management of herpes zoster. *Acupuncture in Medicine* 1996;15(2):80-3.
2. Gasteuil D. Stratégie thérapeutique dans le cas d'un zona ou d'une algie post-zostérienne. *Annales de la SAA*; (4):73-6.
3. Ha D. Zona et Acupuncture. [Mémoire DIU]. Université de Bordeaux 2;1990.
4. Hu Joinsheng. Acupuncture Treatment of Herpes Zoster. *The Journal of Traditional Chinese Medicine* 2001;21(1):78-80.
5. Lalogue. Le Zona en Acupuncture [Mémoire DIU]. Université de Montpellier;1990.
6. Rempp C. Le traitement des douleurs du zona par acupuncture. *Asclepios, Acta Medica Empirica* 1992,(3):17-9.
7. Li W.H.. The clinical effect of bloodletting therapy in the treatment of herpes zoster. *The Journal of Chinese Medicine* 1994,45: 25-7.
8. Xuan L.S.. Treatment by moxibustion of herpes zoster. *The Journal of Chinese Medicine* 2000;(64):17-8.
9. Stievenard. Apport de l'Acupuncture dans le traitement du zona et du zona ophtalmique [Mémoire DIU]. Université de Bordeaux 2;1993.
10. Dung HC. Acupuncture for the treatment of post-herpetic neuralgia. *American Journal of Acupuncture* 1987;15(1): 5-14.
11. Huang YE. Analysis of therapeutic effects of acupuncture on postherpetic neuralgia. *World Journal of Acupuncture Moxibustion* 1996; 6(1)33-6.
12. Wu J.H. "Twenty three cases of post-herpetic neuralgia treated by acupuncture". *Journal of Traditional Chinese Medicine* 2000;20(1):36-37.

Olivier Goret

Traitement des lombalgies aiguës par point distal unique

Résumé : Le traitement des lombalgies aiguës par point distal unique est classique et a fait l'objet de nombreuses études en Médecine Traditionnelle Chinoise. L'auteur fait une revue générale de celles-ci en identifiant les points distaux et la technique utilisée à deux ou trois composantes. Une comparaison avec le traitement loco-distal classique montre la plus grande efficacité et rapidité du point distal unique, d'autant que le traitement est effectué le plus tôt possible. Un protocole thérapeutique est proposé en fonction de toutes ces données. **Mots clés :** lombalgies aiguës - point distal unique - 26VG - 3IG - *yaotong* - auto-mobilisation.

Summary : The treatment of acute lumbar sprain through unique distal point is common and has already been a subject of studies in traditional chinese medicine. The author makes a general review of these studies by identifying the different distal points as well as the technique used with 2 or 3 components. A comparison with the loco-distal treatment shows that the unique distal point treatment is much faster and much more efficient in so far as it may be undertaken right away. A therapeutic agreement is proposed according to these data. **Keywords :** acute lombar sprain - unique distal point - 26VG - 3IG - *yaotong* - auto-mobilisation.

Introduction

En faisant une revue des études cliniques sur les lombagos, nous avons trouvé 40 études cliniques représentant 5 510 patients. Parmi celles-ci, 26 utilisent la technique du point distal unique. Ce qui nous a frappé, c'est que cette technique est prépondérante. En effet, 65 % des études utilisent cette technique, contre 35 % les autres techniques (points locaux seuls, points loco-distaux) (figure 1).

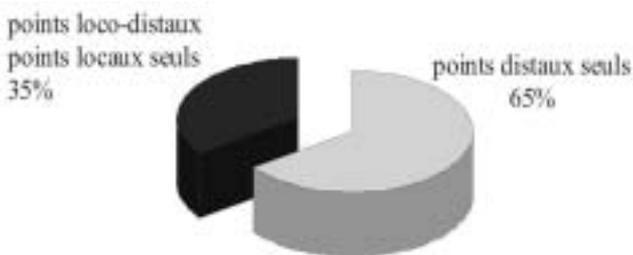


Figure 1. Répartition points distaux – points locaux/distaux.

Les points

Sur les 26 études utilisant un point distal, nous avons identifié 14 points d'acupuncture (tableau I). Les 3 points les plus significatifs en fréquence sont : *yaotong*, 3IG et 6IG au membre supérieur. Le crâne et la face sont les régions les moins utilisées, mais avec des points significatifs : le 26VG, point caractéristique par sa fré-

quence d'utilisation dans les études (60 % de celles utilisant les points de la face et du crâne) et le 28VG. Au niveau des membres inférieurs, les 2 points les plus utilisés sont les 40V et 54V.

Tableau I. Répartition des différents points d'acupuncture cités.

	Points principaux	Autres
Membre supérieur (52%)	<i>yaotong</i> [1,2,3,4,5] 3IG [7-14] 6IG [1,8,15-18] 5TR [20]	<i>niushangxue</i> [6]
Crâne (17%)	26VG [1,5,7-9, 14, 21-25] 28VG [27]	<i>yintang</i> [26]
Membre inférieur (31%)	40V [28-33] 54V [34-36]	34VB [37] 59V [38], 60V [39] 37V [40]

Localisation

Nous ne décrivons que les points qui nous semblent demander une précision.

Les 2 points *yaotongxue* (figure 2), points de la douleur lombaire, sont situés sur le dos de la main, entre le deuxième et le troisième et entre le quatrième et le cinquième métacarpien, dans une dépression sensible immédiatement distale par rapport à la base des métacarpiens.

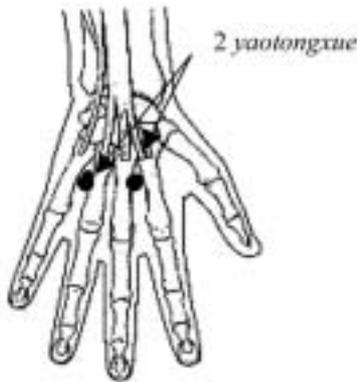


Figure 2. Localisation du point *yaotongxue*.

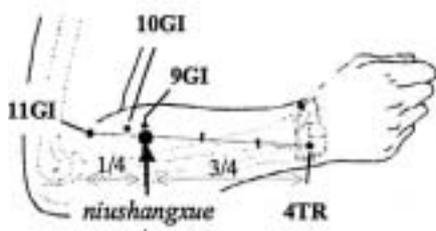


Figure 3. Localisation du point *niushangxue*.

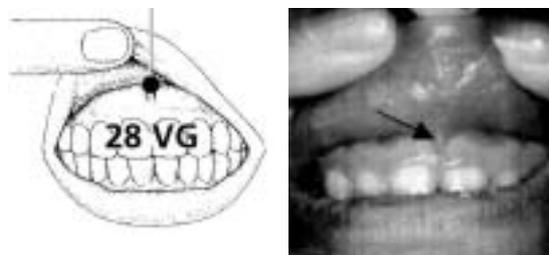


Figure 4. Localisation du 28VG et nodule blanchâtre.

Le point *niushangxue* (figure 3) de l'entorse lombaire est situé à 3 *cun* sous le 11GI, au 1/4 proximal de la ligne joignant celui-ci au 4TR, légèrement à l'extérieur du 9GI.

Le 28VG (figure 4) [27] a une caractéristique clinique particulière qui est l'apparition de petits nodules blanchâtres de la taille de grains de riz, 2 à 8 heures après le début du lumbago. L'effet thérapeutique est lié à la puncture de ces nodules.

Spécificité des points

En pratique, face à un lumbago, on se retrouve devant de nombreux points utilisés. Existe-t-il des caractères cliniques qui nous orientent vers le choix de tel ou tel point ?

Chen Zuolin [25] (figure 5) utilise dans une étude 3 points différents *yaotong*, 26VG et 3IG, chez des patients atteints de lumbago répartis en 3 groupes en fonction de la localisation de la douleur (médiane, latérale et latérale à irradiation fessière).

Il apparaît que le 26VG obtient les meilleurs résultats sur les douleurs médianes, le *yaotong* sur les douleurs latérales à irradiation fessière et le 3IG sur les douleurs latérales.

Donc, on peut dire que le point d'acupuncture a une spécificité topographique relative.

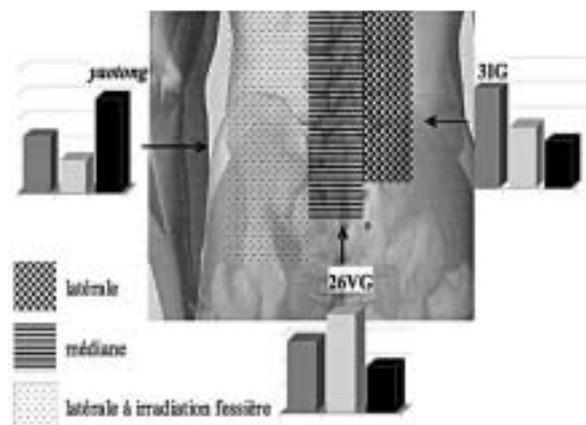


Figure 5. Résultats sur la douleur de 3 points d'acupuncture utilisés en fonction de la localisation de la lombalgie.

Technique

En pratique, la technique utilisée dans la majorité des études, apparaît comme une technique codifiée avec 2 composantes précises :

La composante acupuncture

Elle s'articule en 4 phases :

1. recherche du *deqi*.
2. stimulation forte 20 sec. à 60 sec.
3. réinduction toutes les 10 minutes.
4. durée de la séance de 30 minutes.

La mobilisation du rachis par le patient

Cette auto-mobilisation du rachis est per-puncturale, elle consiste en mouvements doux de rotation, flexion-extension, circumduction, elle est menée à vitesse et amplitude croissantes et est poursuivie au retrait de l'aiguille jusqu'à 1 heure maximum.

Cette auto-mobilisation apparaît comme une composante essentielle. Song Zhenzhi [1] en 1993, a montré la large supériorité de l'auto-mobilisation par rapport à la puncture simple du point distal unique (61 % versus 16 %).

D'expérience, cette technique présente des inconvénients :

- le risque lipothymique chez un sujet hyperalgique puncturé en position debout,
- la durée de séance à 1 h qui oblige, de part le risque lipothymique, à une surveillance accrue.

En fait, dans beaucoup d'études, il y a *une troisième composante* après la puncture et l'auto-mobilisation qui comprend les ventouses simples [9,13,33], les saignées [13,30,33] et la moxibustion sous différentes formes (boîte à moxas, moxa au bâtonnet) [5] ou l'association des trois [42].

Nombre de séances

Dai Qiusun [2] chez 132 cas a montré que le traitement classique loco-distal obtient 50 % de guérison en 3 séances alors que le point distal unique *yaotong* obtient une efficacité significativement supérieure avec 71 % de guérison.

Cette technique apparaît donc plus efficace et l'efficacité du point distal unique est plus rapide.

Long Wenjun [16] étudie l'évolution du pourcentage de guérison en fonction du nombre de séances du 6IG versus traitement loco-distal (figure 6).

En 1 séance, avec le 6IG, on a 67 % de guérison contre seulement 4 % avec le traitement loco-distal. En 2 séances, on obtient 88 % de guérison avec le 6IG contre 15 % avec le traitement loco-distal.

Après 3-4 séances, le pourcentage de guérison du traitement loco-distal se rapproche de celui du point distal unique.

Ceci est corroboré par l'étude de Dai Qiusun [2] en 1987 avec le point *yaotong* où les guérisons sont obtenues en moyenne en 1,9 séances contre 2,6 séances pour le traitement loco-distal.

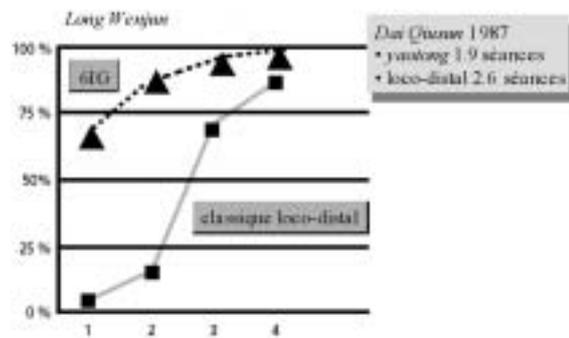


Figure 6. Nombre de séances nécessaire point distal (6IG, *yaotong*) versus traitement loco-distal.

Mais le traitement doit être le plus précoce. Ceci est illustré par 3 études différentes qui utilisent 3 points distaux uniques différents (figure 7) :

- Zhou Yigui [6], le point entorse lombaire de l'avant-bras
- Zhao Wansheng [4], le point *yaotong* de la main
- Zheng Guan-li [18], le point 6IG.

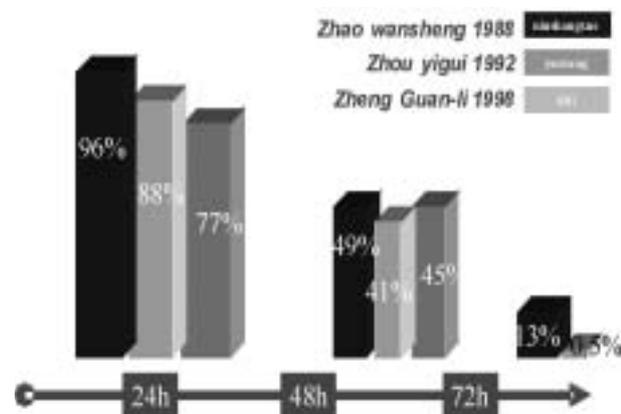


Figure 7. Taux de guérison fonction de la précocité du traitement avec 3 points distaux uniques distincts.

Ces 3 études obtiennent des résultats remarquablement similaires de 96 % à 77 % de guérison en 1 séance pour une prise en charge avant la 24^e heure, de 49 % à 41 % de guérison pour une prise en charge entre la 48^e heure et la 72^e heure, et au-delà de la 72^e heure, le pourcentage de guérison en 1 séance n'est plus que de 13 % pour la meilleure étude.

Protocole thérapeutique :

Sur la base de ces données bibliographiques, nous vous proposons un protocole thérapeutique dans le cadre des lombagos (figure 8) [41] : il faut rechercher 3 critères cliniques (blocage lombaire, prise en charge avant la 72^e heure et sujet jeune ou bon état général).

S'ils sont présents, nous utilisons le point distal unique. Sur le plan du diagnostic en Médecine Traditionnelle Chinoise, nous considérons qu'il s'agit d'une Stase de Sang. Nous utiliserons les 3 points cités selon la localisation de la douleur.



Figure 8. Protocole thérapeutique.

Puncture en dispersion et application de ventouses. On demande au patient une auto-mobilisation du rachis. Deux séances doivent suffire pour obtenir la guérison. En cas d'échec ou d'amélioration insuffisante, on utilisera le traitement loco-distal basé sur la différenciation des syndromes avec les 2 syndromes à évoquer : vide de Reins et *bi* Froid-Humidité.

En l'absence de ces 3 critères d'utilisation du point distal unique, ce traitement loco-distal est utilisé d'emblée.

Autres applications :

Cette utilisation du point distal unique avec auto-mobilisation a d'autres applications que le lombago dans le cadre de la pratique rhumatologique courante comme le torticolis (3IG [42], 6IG [43] et *luozhen* [44]) et l'épaule gelée (38E, *zhongping* [45] et 34VB [46]).



Dr Olivier Goret

30, avenue Gabriel Péri, 83130 La Garde

✉ goret.olivier@wanadoo.fr

Références

1. Song Zhenzhi. Report on 1000 cases of acute soft tissue injury in lumbar region with treatment of motional acupuncture. Chinese Acupuncture and Moxibustion 1991;11(4):1.
2. Dai Qiusun. Clinic observation of acute lumbar sprain treated puncturing regular and extra points (abstract). In selections from article abstracts on Acupuncture and Moxibustion, Beijing 1987;196.
3. Huo Qing-Ping. Acute lumbar sprain treated with self-proposed "sprain points" : observation on 75 cases. International Journal of Clinical Acupuncture 1996;7(3):375-7.
4. Zhao Wancheng et al. Treatment of 400 cases with acute sprain of lumbus by puncturing *shangdu* point. Chinese Journal of Acupuncture and Moxibustion 1988;1(3-4):55.
5. Luo Lixin. 30 cases of acute lumbar sprain treated by pinching and moxibustion (abstract). Acupuncture Research 1994;3-4:136-7.
6. Zhou Yigui. Treatment of 279 cases of acute lumbar sprain by puncturing sprain point. International Journal of Clinical Acupuncture 1992;(4):83-5.
7. Zhang Ji-chen. Exercise with acupuncture in treating acute lumbar sprain : a report of 155 cases. International Journal of Clinical Acupuncture 1995;(3):43-5.
8. Zhao Zhen-jing. Acupuncture treatment of acute lumbar sprain. International Journal of Clinical Acupuncture 1995;(2):17-8.
9. Cui Shuguai. Acupuncture for lumbar pain : report on 200 cases. International Journal of Clinical Acupuncture 1991;(3):07-9.
10. Ren Qinming et al. 1000 cases of acute lumbar sprain treated by acupuncture. Chinese Journal of Acupuncture and Moxibustion 1990;3(1):43-6.
11. Zhang Shenghu. [Acute lumbar sprain treated with acupuncture on *houxi*]. Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion 2002;18(1):36.
12. Tang Jian et al. [36 patients with acute lumbar sprain treated with acupuncture on *houxi* point]. Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion 2001;17(11):16.
13. Xiong Guangtian. 150 cases of lumbar and thoracic sprain treated by needling unilateral *houxi* (SI3). Chinese Journal of Acupuncture and Moxibustion 1990;3(3):177-8.
14. Masao Tanaka et al. Clinical study of treatment of acute lumbar sprain with distal acupoints (abstract). International Conference on TCM and Pharmacology, Shanghai 1987;860-1.

15. Zhang Lin-Chang. Puncturing *yanglao* and *xiajie* in treating acute sprain : an observation of 225 cases. *International Journal of Clinical Acupuncture* 1999;10(1):85-7.
16. Long Wen-jun. Acupuncture treatment of acute lumbar sprain : a controlled study in 238 patients. *International Journal of Clinical Acupuncture* 2000;11(1):61.
17. Dong Shuhua. Acupuncture of *yanglao* (S.I.6) point in the treatment of lumbar pain. *Journal of Traditional Chinese Medicine* 1982;2(2):124.
18. Zheng Guan-Li. Acupuncture at *yanglao* for acute lower back sprain: a report of 35 cases. *International Journal of Clinical Acupuncture* 1998;9(4):427-8.
19. Ma Bo-Hua. Acupuncture at *yanglao* for acute low back sprain: a report of 50 cases. *International Journal of Clinical Acupuncture* 1998;9(4):429-30.
20. Xie Yangxiang et al. Acute lumbar sprain (138 cases) treated by penetrating *waiguan* (SJ,TE5) from *neiguan* (PC6) by acupuncture. *Journal of Practical TCM* 2001;17(3):31.
21. Zhou Ke-Zhi. Acute lumbar sprain treated by puncturing *renzhong* : a report of 50 cases. *International Journal of Clinical Acupuncture* 1996;7(3):371-3.
22. Chen Li-Xiang et al. Puncturing *renzhong* and *shousanli* in treating 50 cases of acute lumbar sprain. *International Journal of Clinical Acupuncture* 1994;5(2):217-9.
23. Zhong Yuanming. Treatment of 21 cases of acute lumbar sprain with the main method of puncturing *renzhong*. *Jiangsu Journal of Traditional Chinese Medicine* 1993;14(5):34.
24. Zhang Taihua. Observations cliniques sur 1000 cas de lumbago traités par puncture du point *renzhong* (26 VG) et *jingming* (1V) en combinaison. *Chinese Acupuncture and Moxibustion* 1982;2(2):6.
25. Chen Zuolin. The effect of acupuncture in 300 cases of acute lumbar pain. *Journal of TCM* 1984;4(2):93-5.
26. Zhang Yuchun. Observation on 150 cases with acute lumbar sprain by needling point *yintang*. *Chinese Journal of Acupuncture and Moxibustion*. 1988;1(3-4):58.
27. Zhang Dang-Hong et al. Needling *yingjiao* in treatment of acute lumbar sprain : a clinical observation of 153 cases. *International Journal of Clinical Acupuncture* 1995;6(1):91-4.
28. Yuxi Z et al. Tratamiento del lumbago mediante sangrado acupunctual en *weizhong* (VU40). *Revista de la Medicina Tradicional China* 1994;4(2):15-6.
29. Ooba Yuzi et al. A study of acupuncture stimulation at a remote acupuncture point (*weizhong-to-shenshu*): relation to lumbago treatment. *Journal of the Japan Society of Acupuncture* 2000;50(3):429.
30. Wu Yicai. Prompt pricking into point *weizhong* (B40) and blood-letting therapy for acute lumbar sprain. *Shanghai Journal of Traditional Chinese Medicine* 1988;5:26.
31. He Jiewang et al. Clinical observation on 145 cases of lumbago treated with acupuncture and cupping at *weizhong* point. *Acupuncture Research* 1998;22(3):214.
32. Yu Weihao et al. Clinical and mechanical studies on treatment of lumbago by needling *weizhong* (BL40) point. *Chinese Acupuncture and Moxibustion* 1997;17(8):503.
33. Jiang Jiaxin. [Acute lumbar sprain treated with bleeding and cupping on *weizhong*]. *Journal of Clinical Acupuncture and Moxibustion* 2002;18(8):54.
34. Cui Shugui. 100 Cases of acute lumbar sprain treated with acupuncture at *zhibian* (UB 54). *Journal of Traditional Chinese Medicine* 1992;12(2):119.
35. Li Zhengxiang. Observation on therapeutic effectiveness of acupuncture *zhibian* acupoint used in curing 126 cases with acute waist overstrain. *Inner Mongol Journal of Traditional Chinese Medicine* 2001;20(1):25.
36. Guan Zhan-Dong. Treatment of acute lumbar sprain by puncturing *zhibian* : observation of 73 cases. *International Journal of Acupuncture* 1997;8(3):323-24.
37. He Qing. Curative effect observation on 66 cases of treatment over lumbar sprain with needling *zanzhu* and *yanglingquan* point. *Jiangxi Journal of TCM* 2002;33(5):35.
38. Hu Runshu. Treatment of acute lumbar sprain by acupuncture at *fuyang* (UB59). *International Journal of Clinical Acupuncture* 1993;4(3):337-8.
39. Yu Shuzhuang. Treatment of lower back pain with pressing and pulling at *kunlun* (UB 60) method. *Journal of TCM* 1988;8(4):267-8.
40. Zhu Changsheng. Puncture du 37V dans le traitement des lombalgies aiguës. *Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion* 1984;2:17.
41. Goret O. Lombalgie aiguë: protocole thérapeutique. *Acupuncture & Moxibustion* 2003;2(4):230-233.
42. Lu Jianping et al. Torticollis. *Chinese Acupuncture and Moxibustion*, publishing House of Shangai College of TCM 1990;534-35.
43. Wang Deng-Qi. Acupuncture of *yanglao* in treatment of 75 cases of stiff neck. *International Journal of Clinical Acupuncture* 1994;5(2):199-202.
44. Sun Xue-quan. Torticollis. *Recueil d'expériences cliniques en acupuncture-moxa* 1987;121.
45. Wang Wenyuan et al. Treatment of peri-arthritis of the shoulder with acupuncture at the *zhongping* (foot) extrapoint in 345 cases. *Journal of TCM* 1990;10(3):209-212.
46. Liu Guangting and Wang Shumin. Needling at controlatéral *yanglingquan* in treatment of shoulder peri-arthritis : report of 115 cases. *International Journal of Clinical Acupuncture* 1991;4(3):297-300.

Patrick Triadou¹, Dominique Desjeux², Jean Louis Lafont³, Olivier Martin², Valérie Derien², Aubane Fontaine², Virginie Humeau², Pauline Marec², Christian Rempp⁴, Philippe Castera⁵, Claude Apchain⁶, Philippe Sosinski⁵, Vincent Mosser⁴, Karine Aledo-Remillet³, Philippe Ercolano⁵

L'acupuncture en France aujourd'hui (II) Perceptions des effets et évaluation de l'acupuncture

Résumé : Nous avons mené une enquête sociologique sur la pratique de l'acupuncture en France. Cet article est consacré à la perception des effets de la consultation d'acupuncture. C'est le deuxième d'une série de cinq qui analysent respectivement la consultation d'acupuncture, les perceptions des séances d'acupuncture, la consommation de médicaments, les représentations de cette pratique et une typologie des patients. Plusieurs facteurs, sans qu'il y ait de relations nécessaires de causalité, jouent sur la perception des effets positifs de l'acupuncture : ancienneté de la pratique, fréquence et durée des consultations, absence de prise de médicaments, confiance dans les MA, prix élevé, acupuncteur considéré comme spécialiste, qualité du contact et de l'écoute de l'acupuncteur, croyance dans l'action globale de l'acupuncture sur le corps et l'esprit, connaissance de l'acupuncture. **Mots Clés :** acupuncture – sociologie – médecine complémentaire – médecine alternative.

Summary : This article presents the results of sociological study of acupuncture practice in France. It is the second article of a serie of five respectively concerned by consultation, perception of acupuncture effectiveness, use of drug, representation of acupuncture and a typology of patients. Several factors, without necessary causal relationships influence perception of acupuncture: duration of practice, frequency and lasting of consultation, absence of drug consumption, belief in alternative medicine efficacy, high price, acupuncturist considered as a specialist, quality of contact with acupuncturist, belief in action of acupuncture on body and mind, knowing acupuncture. **Key words :** acupuncture – sociology – complementary medicine – alternative medicine.

Introduction

On ne dispose que peu d'éléments permettant de connaître la place de l'acupuncture dans le système de soin français. Elle est classée dans l'ensemble hétérogène des médecines alternatives (MA) qui se définissent par exclusion par rapport à la médecine classique (MC). Deux types de travaux, essais cliniques et expérimentations biologiques visent à préciser les domaines d'efficacité clinique et les mécanismes d'action des aiguilles sur l'organisme [1-10]. Ces données scientifiques n'expliquent pas les caractéristiques de cette pratique et la demande de soin à laquelle elle répond. Le recours croissant aux MA, souvent utilisées sur le mode de la complémentarité, en Europe et en Amérique du Nord pour des pathologies très diverses justifie pourtant une telle interrogation [11-13]. L'analyse des raisons qui conduisent à recourir à l'acupuncture et des caractéristiques de cette pratique a été réalisée à l'aide d'une enquête auprès essentiellement des patients,

mais aussi également des acupuncteurs.

Cette enquête de sociologie interroge les choix, les pratiques, les représentations, les jugements d'efficacité, les attentes, la consommation de médicament, les caractéristiques socio-éducatives.

Les résultats de cette enquête sont présentés sous forme de cinq articles. Le présent article concerne la perception des effets de l'acupuncture.

Matériel et méthode

Méthodes

Enquêtes qualitative et quantitative

L'enquête comporte deux étapes, qualitative et quantitative. La première qualitative s'adresse à un échantillon raisonné de patients et d'acupuncteurs. Bâtie sur la notion d'itinéraire thérapeutique qui reproduit le chemin emprunté par les patients pour consulter un acupuncteur, elle est réalisée grâce à des interviews s'appuyant sur un guide d'entretien validé par un grou-

pe d'experts comprenant des acupuncteurs et des sociologues [14-16].

La deuxième étape de l'enquête est quantitative. Un questionnaire de 141 questions (questions à une seule réponse, à choix multiple, questions ouvertes) a été élaboré par le groupe d'experts à partir des résultats de l'enquête qualitative. Le questionnaire est divisé en cinq parties. La première partie est consacrée aux motifs de consultation de l'acupuncteur, aux traitements essayés antérieurement, aux médecins traitants, aux médicaments et au déroulement des consultations d'acupuncture. La seconde partie porte sur le champ pathologique estimé comme relevant de l'acupuncture, sur les représentations de l'action des aiguilles, sur la confiance dans les différentes formes de thérapies. La troisième partie interroge les connaissances scientifiques et médicales des patients, leurs lectures en matière de santé, leur connaissance de la représentation chinoise traditionnelle du corps. La quatrième partie concerne le mode de vie, de travail, d'alimentation, la place des activités d'entretien du corps et les priorités de choix de vie. La dernière partie rassemble les caractéristiques socio-démographiques des patients ayant répondu à l'enquête.

Analyse des données

De façon à clarifier l'analyse de la situation et des informations, la méthode des "échelles d'observation" qui permet de distinguer les niveaux micro individuel (histoire de l'individu, rapport à son corps), micro social (relations personnels et thérapeutique) et macro social (réseaux qui font vivre l'acupuncture au niveau des professionnels et des patients) a été utilisée. Cette méthode a facilité la distinction entre les pratiques et les représentations des enquêtés.

L'analyse des données quantitatives a permis de comparer les pourcentages des réponses données à chaque question et de bâtir une typologie des patients de l'acupuncture grâce une analyse des correspondances multiples (ACM) qui a été réalisée à partir des variables actives présentées dans les tableaux sur l'ensemble des individus de l'échantillon. Une classification automa-

tique par la méthode des centres mobiles sur les coordonnées factorielles a été réalisée. Le logiciel utilisé est Modalisa 4.1.

Echantillon et terrain de l'enquête

Quatre équipes composées d'un sociologue et d'un acupuncteur ont été constituées pour l'enquête qualitative qui a été conduite dans quatre villes, Bordeaux, Nîmes, Paris et Strasbourg auprès de médecins acupuncteurs et de leurs clientèles. Au total 50 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec les patients et 20 avec les acupuncteurs. Les entretiens ont été anonymisés avant d'être assemblés pour le travail d'analyse. L'enquête a porté sur les pratiques et les représentations.

Les questionnaires de l'enquête quantitative ont été distribués par les médecins acupuncteurs à leurs patients dans toutes les régions de France. Ils ont été remplis de manière anonyme et regroupés par les médecins coordonnateurs de chaque région avant d'être adressés au centre de traitement de l'Université Paris 5. Sur les 2000 questionnaires distribués, 850 ont été récupérés et analysés.

Résultats

Des effets immédiats, prolongés et longs à venir

La grande majorité des patients disent se sentir beaucoup mieux (41,2 %) ou un peu mieux (47,4 %) après la séance d'acupuncture. 8,5 % des patients ne voient aucune différence, et 2,9 % des patients se sentent plus mal après qu'avant leur consultation chez leur acupuncteur.

La majorité des patients (42 %) perçoivent les effets pendant une à quatre semaines. 21,5 % ont des effets de plus courte durée ne dépassant pas quelques jours. 15 % ont des effets à très long terme excédant trois mois. La plupart des patients ressent les effets pendant la séance (31,6 %) ou quelques heures après (29 %). Une moindre part constate les résultats de la séance le lendemain (16,6 %), ou plusieurs jours après (22,8 %). Les effets les plus immédiats sont aussi les plus éphé-

mères. 25,1 % des patients percevant les effets pendant la séance ne les ressentent que quelques jours, et seulement 11 % les voient durer plus de trois mois. De la même manière, les effets les plus longs à apparaître, sont aussi plus portés à durer dans le temps.

Les femmes sont plus perceptives que les hommes

Les femmes ressentent à la fois plus rapidement et plus fortement les effets positifs de l'acupuncture. 33,7 % des femmes et seulement 24,9 % des hommes ressentent les effets pendant la séance. Les hommes sont presque deux fois plus nombreux que les femmes à ne pas du tout ressentir les effets de la séance d'acupuncture (7 % des femmes contre 13,5 % des hommes). 44 % des femmes et 37,6 % des hommes se sentent beaucoup mieux au terme de leur passage chez l'acupuncteur.

La fréquence et la durée des séances augmentent les effets

Plus la fréquence des consultations est importante, plus l'effet des séances se fait ressentir chez le patient qui constate une nette amélioration de son état. 54 % des personnes consultant plusieurs fois par semaine se sentent "beaucoup mieux" au terme de la séance, alors que cela n'est le cas que pour 36,5 % des personnes n'ayant pas de consultation hebdomadaire. Ces derniers sont aussi plus nombreux à ne ressentir aucun effet (10,4 % / 5,5 % des patients ayant une consultation hebdomadaire).

Les patients qui consultent le moins souvent sont aussi ceux qui ont les effets les moins immédiats. Moins les personnes consultent, plus les effets mettent de temps à apparaître. 26,6 % des patients ne consultant jamais plus d'une fois par semaine (13,2 % des patients consultant plusieurs fois par semaine) ne constatent les effets que plusieurs jours après la séance.

Plus la séance est longue, plus les effets sont immédiats : 20,2 % des patients ayant eu une consultation de moins de 30 minutes (42,9 % des patients ayant eu une consultation de plus de 50 minutes) ressentent les effets pendant la séance.

Effets des séances et médicaments

Les patients ne prenant pas de médicament pour la pathologie ayant motivé la consultation ressentent les effets de manière plus forte et plus durable. Les personnes ne prenant pas de médicament, ou moins de médicament qu'avant la pratique de l'acupuncture, ressentent plus fortement les effets de la séance (45,8 % se sentent beaucoup mieux à l'issue de la séance / 37,3 % des personnes prenant des médicaments). Les patients ne prenant pas de médicament ressentent les effets de manière plus durable que ceux qui en prennent (12,1 % des personnes prenant des médicaments / 20,7 % des personnes n'en prenant pas ressentent à long terme les effets des séances, pendant trois mois et plus).

Les personnes prenant des médicaments ressentent les effets de la séance de manière plus immédiate (35,2 % des personnes prenant des médicaments ressentent les effets pendant la séance contre 26,2% des personnes ne prenant pas médicament).

Les personnes prenant des médicaments pour la pathologie perçoivent les effets de l'acupuncture comme étant moins bénéfiques, moins durables mais plus immédiat.

L'ancienneté de la pratique et de la connaissance de l'acupuncteur a des effets positifs

Plus la pratique de l'acupuncture est ancienne, plus les patients ressentent les bienfaits des séances d'acupuncture. 32,3 % des personnes pratiquant l'acupuncture depuis moins d'un an et demi (53,8 % des personnes consultant depuis plus de 20 ans) disent se sentir beaucoup mieux au terme de la consultation. Respectivement 13 % et 6,7 % de ces deux groupes ne perçoivent pas d'effet.

Les soins de l'acupuncture sont aussi ressentis comme étant d'autant plus efficaces que la connaissance de l'acupuncteur est ancienne. 38,4 % des personnes connaissant leur acupuncteur depuis moins de deux ans (53,2 % des patients le fréquentant depuis plus de dix ans) disent se sentir beaucoup mieux à l'issue de la séance.

La connaissance de l'acupuncture favorise ses effets

Les patients ayant une connaissance précise de l'acupuncture sont aussi ceux qui ressentent le plus intensément et le plus rapidement les effets des séances. 57 % des personnes sachant définir l'acupuncture (33,8 % des personnes ne sachant pas donner de définition) disent se sentir beaucoup mieux au terme de leur séance chez l'acupuncteur.

De même, ceux qui possèdent des ouvrages sur l'acupuncture et lisent régulièrement des magazines tels que "Médecines douces" sont aussi ceux qui ressentent le plus fortement et de la manière la plus immédiate les effets de l'acupuncture. Plus les patients sont à l'écoute de leur corps, plus ils ressentent les effets bénéfiques de l'acupuncture.

La croyance dans l'action globale de l'acupuncture favorise ses effets

Les patients qui estiment que l'acupuncture prend en charge l'individu dans sa globalité sont aussi ceux qui ressentent le plus fortement et le plus rapidement les effets positifs de la séance. 47 % des patients admettant l'action globale de l'acupuncture (25,7 % des patients la contestant) estiment se sentir beaucoup mieux à la sortie de la séance.

Les personnes ressentant une double action de l'acupuncture à la fois sur le corps et sur l'esprit sont plus nombreuses à ressentir les bienfaits de l'acupuncture que les personnes ne ressentant l'action que sur le corps (respectivement 48,6 % et 27,8 %).

L'image du spécialiste et la qualité du contact avec le thérapeute ont des effets positifs

Les patients assimilant l'image de l'acupuncteur à celle d'un spécialiste sont en proportion plus nombreux à constater une nette amélioration de leur état (46,5 %) que les personnes le considérant comme un médecin généraliste (31,4 %).

Les personnes constatant une plus grande qualité d'écoute et une meilleure qualité d'accueil chez l'acupuncteur sont aussi celles qui ressentent le plus forte-

ment, le plus durablement et le plus immédiatement les effets des séances. 45,5 % des patients constatant une bien meilleure qualité d'écoute chez l'acupuncteur (29 % ne constatant peu ou pas de différence avec le médecin classique) disent se sentir beaucoup mieux à l'issue de la séance. Les effets ressentis semblent aussi liés à l'existence d'un entretien lors de la séance (47,6 % des personnes faisant un entretien (32,1 % des personnes n'en faisant pas) disent se sentir beaucoup mieux au terme de la séance d'acupuncture.

Plus les patients sont sûrs de leur acupuncteur, plus ils ressentent fortement l'efficacité de ses soins. 21,3 % des personnes accordant peu ou pas de confiance en leur acupuncteur (53,3% des personnes lui faisant totalement confiance) se sentent beaucoup mieux à l'issue de la séance d'acupuncture.

La confiance dans les médecines alternatives

Plus la confiance accordée aux MA est forte, plus les effets de la séance sont perçus comme positifs et durables. 37,3 % des personnes ayant une faible confiance en les médecines douces (47,3 % ayant une confiance forte) se sentent beaucoup mieux au terme de leur rendez-vous chez l'acupuncteur.

Parmi les personnes accordant une confiance forte aux MA, mais une confiance faible à la MC, 51 % se sentent beaucoup mieux au terme de la séance d'acupuncture et seulement 4,6 % ne voient pas de différence. Les personnes ayant des critères de confiance inverse sont moins nombreuses à se sentir beaucoup mieux (30,9 %) et plus nombreuses à ne pas voir de différence (12,7 %).

Plus la confiance en l'acupuncture est forte plus les effets de la séance sont perçus comme durables. 27,6 % des personnes accordant peu de confiance en l'acupuncture et 19,3 % des personnes lui accordant une totale confiance ne ressentent les effets que pendant quelques jours. 10,5 % et 19,3 % respectivement du premier et du deuxième groupe ressentent durablement les effets pendant plus de trois mois.

La confiance ayant un impact positif sur les effets ressentis naît des relais prescripteurs que constitue l'en-

tourage du patient. En effet on constate que les individus connaissant plusieurs personnes ayant déjà consulté un acupuncteur sont 47,7 % à ressentir fortement les effets des séances (35,7 % des individus n'ayant pas ou peu d'entourage consultant chez un acupuncteur).

Le prix de la perception des effets

Plus les patients paient cher leur séance d'acupuncture, plus ils ressentent durablement ses effets. Les patients payant moins de 25 euros sont 47,7 % à ne ressentir les effets que pendant quelques semaines alors qu'ils ne sont que 28 % pour ceux payant plus de 47 euros. 14,8 % des personnes payant le moins cher contre 26,2 % des personnes payant le plus cher déclarent ressentir des effets à long terme dépassant les trois mois.

Discussion

La prise en compte de la satisfaction des patients en médecine est une approche qui tend à se systématiser. Elle représente une composante de l'évaluation de l'acte thérapeutique considérée du point de vue de la qualité des soins qui intègre l'évaluation objective de l'efficacité médicale et l'estimation subjective du résultat par le patient [17-21]. Cette dimension est d'autant plus importante à prendre en considération que le marqueur analysé est complexe et requiert le jugement du patient comme cela est le cas pour la douleur et le stress. Des échelles d'évaluation visuelles analogiques ou des graduations permettant de suivre le ressenti du patient ont été élaborées dans ce contexte et autorisant une objectivation d'évaluation subjective [22].

Dans notre étude l'estimation de l'efficacité de l'acupuncture par les patients est bonne, 80 % d'entre eux déclarant se sentir mieux à l'issue d'une séance d'acupuncture. Cet effet persiste plus d'une semaine dans 60 % des cas. Les motifs de consultation d'un acupuncteur sont dans cette étude pour l'essentiel des douleurs chroniques et des troubles nerveux et/ou psychiques relevant d'un "mal-être". Ils correspondent bien au champ d'investigation habituellement couvert par ce mode d'évaluation.

Plusieurs travaux ont montré l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement de diverses formes de douleurs spontanées ou induites par un acte thérapeutique : maux de tête [23-24], accouchement [25], lithotripsie [26]. D'autres enquêtes, à défaut de pouvoir prouver l'efficacité de ce mode thérapeutique ont souligné son emploi dans les neuropathies périphériques [27]. Une revue de la littérature, bien que notant la diversité des rapports, conclue à son intérêt dans le traitement de la douleur qui représente un problème important de santé publique [28]. La question de la preuve scientifique est posée à propos des dystonies au cours desquelles les patients ont également recours aux MA [29]. C'est en fait, souvent après échec de la MC que les patients font appel à l'acupuncture comme le montre notre étude.

Parmi les facteurs qui déterminent les effets de l'acupuncture, la fréquence et la durée des séances ont un rôle majeur. L'acupuncture est jugée d'autant plus efficace et ses effets sont ressentis de manière d'autant plus immédiate que la fréquence et la durée des consultations sont plus élevées. Ces résultats comme l'emploi de l'électro-stimulation des points d'acupuncture s'expliquent par l'effet des aiguilles sur le système nerveux médié par des neurotransmetteurs comme plusieurs travaux expérimentaux l'ont montré [30].

Les effets de l'acupuncture sont perçus dans l'instant et dans leur durée de façon plus intense par les patients ne prenant pas de médicaments ou ayant arrêté d'en prendre. L'ancienneté de la consultation de l'acupuncteur, tout comme un intérêt pour la connaissance de l'acupuncture et la croyance dans son action à la fois sur le corps et le psychisme s'accompagnent également d'une perception plus intense des effets de l'acupuncture. Ces données, au-delà du choix pragmatique d'efficacité qui a conduit les patients à consulter un acupuncteur devant l'absence de résultats avec la MC, attirent l'attention sur l'importance de la relation médecin/malade et sur le besoin de prise en charge globale déjà soulignée par plusieurs travaux [31-32]. Du point de vue de l'objectivité scientifique, il amène bien sûr à discuter l'effet placebo, les croyances, mais aussi la difficulté à faire

rentrer la relation thérapeutique et la prise en charge des douleurs et des troubles psychiques dans le cadre d'une recherche clinique qui ne s'appuie que sur une méthodologie réductrice par construction [33].

Mis à part la relation médecin/malade dont témoignent l'importance de l'entretien et la confiance que le patient place dans l'acupuncteur, différentes représentations sociales structurent la relation patient/acupuncteur : confiance dans les MA, prix élevé des consulta-

tions. Si ce dernier facteur n'a rien de surprenant dans une culture qui place l'argent au centre de son système de valeur, la croyance dans l'efficacité des MA dont l'acupuncture qui ouvre à une représentation du corps différente de celle de la MC fait intervenir plusieurs explications : itinéraires thérapeutiques multiples motivés par la recherche d'une solution efficace, opinions des professionnels de la MC, habitudes de groupes ethniques ou sociaux [34-46].



Dr Patrick Triadou, Unité de Santé Publique, CHU Necker, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15.

2. Département de Sociologie, Université Paris 5, Centre Universitaire des Saints Pères, 45, rue des Saints-Pères 75005 Paris.
3. DIU d'Acupuncture, Nîmes.
4. DIU d'Acupuncture, Strasbourg.
5. DIU d'Acupuncture, Bordeaux.
6. DIU d'Acupuncture, Paris.

Remerciements

Nous remercions pour leur aide les sociétés SEDATELEC, AXOR, SEDIMA et les Associations de médecins acupuncteurs français.

Références

1. Lao L, Bergman S, Langenberg P, Wong RH, Berman B.M. Efficacy of Chinese acupuncture on postoperative oral surgery pain. *Oral surgery oral medicine oral pathology* 1995;79(4):423-428.
2. Berman BM, Lao L, Greene M, Anderson RW, Wong RH, Langenberg P, Hochberg MC. Efficacy of traditional Chinese acupuncture in the treatment of symptomatic knee osteoarthritis: a pilot study. *Osteoarthritis and Cartilage* 1995;(3):139-142.
3. Xue CC, Dong I, Polus B, English RA, Zheng Z, Da Costa C, Li CG. Electroacupuncture for tension-type headache on distal acupoint only: a randomised, controlled, crossover trial. *Headache*. 2004, Apr; 44(4):331-41.
4. MacPherson H, White A, Cimmings M, Jobst K, Rose K, Niemtzw R. Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture. Standards for reporting interventions in controlled trials of acupuncture: The STRICTA recommendations. Standards for Reporting Interventions in Controlled Trials of Acupuncture. *Acupunct Med*. 2002;20(1):22-5.
5. Kararmaz A, Kaya S, Karama H, Turhanoglu S. Effect of the frequency of transcutaneous electrical nerve stimulation on analgesia during extracorporeal shock wave lithotripsy. *Urol Res* 2004 Jul 9:26-31.
6. Shiotani A, Tatewaki M, Hoshino E, Takahashi T. Effects of electroacupuncture on gastric myoelectrical activity in healthy humans. *NeurogastroenterolMotil* 2004,Jun;16(3):293-8.
7. Lao L, Bergman S, Wong RH, Berman BM, Wynn RL. Electroacupuncture reduces morphine-induced emesis in ferrets: a pilot study. *The journal of alternative and complementary medicine* 1995;1(3):257-261.
8. Stener-Victorin E, Kobayashi R, Watanabe O, Lunberg T, Kurosawa M. Effect of electro-acupuncture stimulation of different frequencies and intensities on ovarian blood flow in anaesthetized rats with steroid-induced polycystic ovaries. *Reprod Biol Endocrinol* 2004;2(1):16-28.
9. Lao L, Zhang RX, Zhang G, Wang X, Berman BM, Ren K. A parametric study of electroacupuncture on persistent hyperalgesia and Fos protein expression in rats. *Brain Res* 2004 Sep 10;1020(1-2):18-29.
10. Lin JG, Chen WC, Hsich CL, Tsai CC, Cheng YW, Cheng JT, Chan WX. Multiple sources of endogenous opioid peptide involved in the hypoglycemic response to 15 Hz electroacupuncture at the Zhongwan acupoint in rats. *Neurosci Lett* 2004 Aug 5;366(1):39-42.
11. Fischer P, Ward A. Complementary medicine in Europe. *BMJ* 1994;(309):107-10.
12. Eisenberg DM, Roger BD, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay, Kessel RC. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *JAMA* 1998;(280):1569-75.
13. Eisenberg DM, Ronald CK, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States, prevalence, costs, and pattern of use. *N. Eng J. Med* 1993;(328):246-52.
14. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. Paris: Nouvelle édition La Découverte; 2003.
15. Cefai D. L'enquête de terrain. Paris: Editions La Découverte; 2003.

16. Desjeux D, Les Sciences Sociales. Paris: PUF; 2004.
17. Burroughs TE, Waterman BM, Cira JC, Desikan, Clairborne Dunagan W. Related Patient satisfaction measurement strategies: a comparison of phone and mail methods. *Jt Comm J Qual Improv* 2001 Jul;27(7):349-61.
18. Falissard B. Mesurer la subjectivité en Santé: perspective méthodologique et statistique. Paris: Masson; 2001.
19. Rhee KJ, Bird J. Perception and satisfaction with emergency department care. *J Emerg Med* 1996 Nov-Dec;14(6): 679-83.
20. Doering GT. Customer care. Patient satisfaction in the pre-hospital setting. *Emerg Med Serv* 1998 Sep;27(9):69,71-4.
21. Andrzejewski N, Laguna RT. Use of a customer satisfaction survey by health care regulators: a tool for total quality management. *Public Health Rep* 1997 May-Jun;112(3):206-10.
22. Poisson-Salomon AS, de Chambine S, Guesnier M. Evaluation of quality of pain management. Paris: Les guides de l'AP-HP;2001.
23. Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, McCarney R, Smith CM, Ellis N, Van Haselen R. Acupuncture for chronic headache in primary care: Large pragmatic, randomised trial. *BMJ* 2004;(320):744-50.
24. Backer M, Hammes M, Funke D, Deppe M, Tolle TR. Changes of cerebrovascular response to visual stimulation in migraineurs after repetitive sessions of somatosensory stimulation (acupuncture): a pilot study. *Headache* 2004 Jan; 44(1):95-101.
25. Allais G, Ciochetto D, Airola G, Schiapparelli P, Bosio A, Benedetto G. Acupuncture in labor management. *Minerva Gynecol* 2003 Dec;55(6): 503-10.
26. Karamaz A, Kaya S, Karama H, Turhanoglu S. Effect of the frequency of transcutaneous electrical nerve stimulation on analgesia during extracorporeal shock wave lithotripsy. *Urol Res* 2004 Jul 9:26-31.
27. Brunelli B, Gorson KC. The use of complementary and alternative medicines by patients with peripheral neuropathy. *J Neurol Sci* 2004 Mar 15;218(1-2):59-66.
28. Eshkevari L. Acupuncture and pain: a review of the literature. *AANA J* 2003 Oct;71(5):361-70.
29. Junker J, Oberwittler C, Jackson D, Berger K. Utilization and perceived effectiveness of complementary and alternative medicine in patients with dystonia. *Mov Disord* 2004 Feb;19(2):158-61.
30. Shiotani A, Tatewaki M, Hoshino E, Takahashi T. Effects of electroacupuncture on gastric myoelectrical activity in healthy humans. *Neurogastroenterol Motil* 2004, Jun;16(3): 293-8.
31. Triadou P. La relation médecin-malade. *Revue du Praticien* 2002;(52)2067-73.
32. Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients. Paris: Vigot; 1998.
33. Zarifian E. Des paradis plein la tête. Paris: Odile Jacob; 1998. p. 117-51.
34. Zarifian E. Des paradis plein la tête. Paris: Odile Jacob; 1998. p. 161.
35. Triadou P. Dictionnaire de la Pensée Médicale. Paris:PUF; 2004.
36. Benoit J. Soigner au pluriel, essai sur le pluralisme médical. Paris: Karthal; 1996.
37. Pietroni PC. Beyond the boundaries: relationship between general practice and complementary medicine. *BMJ* 1992 (305):564-6.
38. Champion EW. Why unconventional medicine? *N. Eng J Med* 1993;(328):282-283.
39. Gaylord S. Alternative therapies and empowerment of older women. *J Women Aging* 1999;11(2-3):29-47.
40. Najm W, Reinsch S, Hoehler F, Tobis J. Use of complementary and alternative medicine among the ethnic elderly. *Altern Ther Health Med* 2003;9(3):50-7.
41. Barnes LL. The acupuncture wars: the professionalizing of American acupuncture—a view from Massachusetts. *J Med Anthropol* 2003;22(3):261-301.
42. Schmidt K, Jacobs PA, Barton A. Cross-cultural differences in GP's attitudes towards complementary and alternative medicine: a survey comparing regions of the UK and Germany. *Complement Ther Med* 2002;10(3):141-7.
43. Hasan MY, Das M, Behjat S. Alternative medicine and the medical profession: views of medical students and general practitioners. *East Mediterr Health J* 2000;6(1):25-33.
44. Bar-Cohen B, DeKeyser F, Wagner N. Reactions of patients to complementary medicine. *Harefuah* 2000;139(7-8): 263-6.
45. Fries CJ, Menzies KS. Gullible fools or desperate pragmatists? A profile of people who use rejected alternative health care providers. *Can J Public Health* 2000;91(3):217-9.
46. Furnham A. How the public classifies complementary medicine: a factor analytic study. *Complement Ther Med* 2000;8(2):82-7.
47. Rawsthorne P, Shanahan F, Cronin NC, Anton PA, Lofberg R, Bohn L, Nernstein CN. An international survey of the use and attitudes regarding alternative medicine by patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 1999;94(5): 1298-303.

Jean-Claude Toureng

Le langage ternaire du pouls radial et les points d'acupuncture classiques

Résumé : Le binôme alternatif représente un peu la synthèse du VAS + et du VAS - (Vascular Autonomic Signal) du D^r P. Nogier. Il est fait de 2 ondes semi-stationnaires et modulées. Le point acupunctural EM présenté n'a aucune existence anatomique ; c'est une entité purement virtuelle, d'essence électromagnétique (EM) et pulsologique. Il peut se manifester lors de l'examen d'une sciatique, malgré un champ EM ambiant mal équilibré. Le point, situé à l'intersection de 2 orthogonales, s'affiche sous ses 2 formes ancestrales : Dispersion ou point Oscillant et Tonification ou point Nul. Une antenne bimétallique passive permet de les repérer. Cette analyse révèle le langage ternaire du pouls fait d'oscillations longitudinales, de transversales et de silences. Les oscillations "transversales" sont celles que l'on recueille sous le pouce dans les quatre quadrants délimités par les deux axes (à oscillations longitudinales) du point Nul. Les points auriculaires offrent une même structure, mais en modèle réduit. Signification de ces 2 types de points ancestraux : ils reflètent la double nature EM des champs cutanés (disposés en damier) sur lesquels ils s'affichent. Ils sont, en réalité, équivalents.
Mots clés : pulsologie - pouls - VAS - point orthogonal - dispersion - tonification - oscillations - électromagnétisme - auriculothérapie.

Summary : The alternative binomial is somewhat representative of the VAS + and VAS - (Vascular Autonomic Signal)'s synthesis of Dr P. Nogier. It is composed of semi-stationary and modulated waves. The electromagnetic (EM) acupunctural point in question does not possess any anatomical existence. It is a purely virtual entity, EM and pulsological in essence. It can become obvious during the examination of a sciatica, in spite of a badly balanced surrounding EM field. The point, situated at the intersection of 2 orthogonals, shows up under its two ancestral forms : Dispersion or oscillating point and Tonification or zero point. A bimetallic antenna allows you to distinguish them. This analysis points out to the ternary language of the pulse made of longitudinal or transversal oscillations and of silences. The transversal oscillations are the ones which one picks up with the thumb in the 4 quadrants limited by the two axes (with longitudinal oscillations) of the zero point. The auricular points offer the same structure, but on a smaller scale. Meaning of these 2 types of ancestral points : they reflect the double EM nature of the cutaneous fields (shaped in lozenges) on which they present themselves. They have in fact the same value. **Keywords :** pulsology - pulse - VAS - point orthogonal - dispersion - tonification - oscillations - electromagnetism - auriculotherapy - pulsology.

Nous abordons ici les diverses manifestations du pouls dynamique telles que les auriculo-médecins peuvent les ressentir. Les observations que nous vous présentons, à ce propos, sont assez anciennes, elles remontent à 20 ans et se sont révélées persistantes jusqu'à ce jour ; ceci nous autorise donc à vous les décrire.

Le binôme alternatif du pouls radial

Ce binôme représente un peu la synthèse du VAS + et du VAS - (Vascular Autonomic Signal) du Dr P. Nogier. Les ondes A et B qui alternent sans cesse entre l'amont (côté coude) et l'aval (côté pouce) évoquent une sorte de systole artérielle. Ce battement local alterné est intense quand le sujet est en pleine action. Par contre, au repos allongé, il est plus subtil, plus fluctuant, il est alors le reflet modulé d'influences électro-

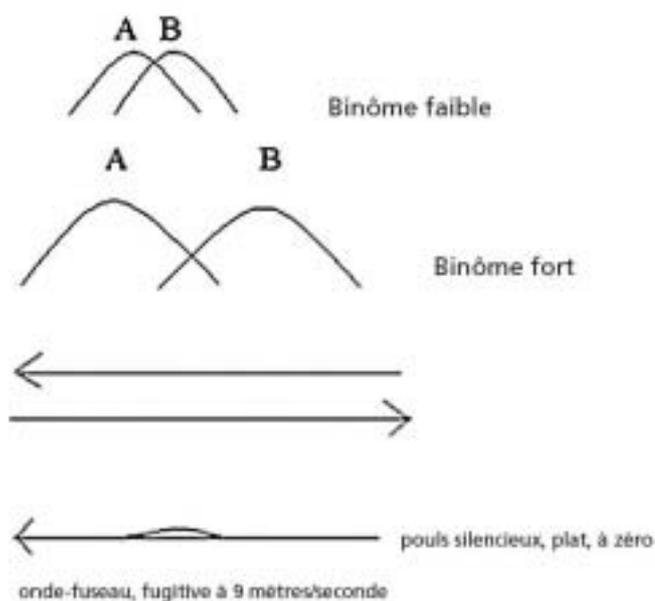


Figure 1. Le binôme alternatif du pouls radial

magnétiques (EM) discrètes et diverses dans lequel baigne l'individu ; c'est cette expression modulée du pouls, du sujet au repos, qui nous intéresse ici (voir figure 1).

Le binôme représente une entité variable. Plus les ondes A et B sont amples et espacées, plus elles correspondent à une information EM intense. Plus elles sont faibles et proches, moins elles sont perceptibles, plus elles tendent vers le zéro. Si elles disparaissent, le pouls est à plat, il est silencieux. Tout ceci ne permet cependant aucune interprétation signifiante.

Ce binôme alternatif présente une autre caractéristique : il est semi-stationnaire. Il ne peut donc être confondu avec la vague systolique en fuseau, d'origine cardiaque, qui file à 9 mètres par seconde. Mais il faut aussi se garder de penser que ce binôme est complètement stationnaire ; il glisse très doucement, vers l'amont ou vers l'aval de l'artère radiale, dans un va-et-vient très lent, continu et permanent, physiologique.

Ma technique de prise du pouls s'est toujours inspirée de celle du Dr P. Nogier. Le pouce G est aligné sur l'artère et non placé en travers. Une particularité doit toutefois être notée. On doit veiller à ce que la partie la plus sensible de la pulpe du pouce reste toujours "en selle, à cheval" entre les 2 ondes du binôme, justement pour pouvoir en apprécier ses variations d'intensité mais aussi son lent glissement ; si une des 2 ondes disparaît, on doit aussitôt glisser son pouce pour le remettre en selle.

Naturellement, il y a 20 ans, cette technique me montra la capacité permanente du pouls à réagir, mais également sa prolixité souvent débordante ; il était bien trop bavard, à temps et à contre-temps, pour être pris au sérieux. Le turn-over des "observations" des auriculo-médecins, et des miennes en particulier, renforcèrent ma méfiance à cet égard. Les premiers résultats tangibles furent donc difficiles à obtenir.

C'est curieusement grâce à ma connaissance de l'acupuncture que, dès 1983, j'ai pu approfondir, ce que j'ai coutume d'appeler, le langage pulsologique. L'étude

des points classiques d'acupuncture, périphériques, me révéla ce langage. Cette étude n'était cependant instructive que dans certaines conditions. Il fallait d'abord que le sujet soit "propice" ; le pouls de ce patient devait être calme, presque silencieux, ce qui dépendait souvent autant du sujet que des instruments proximaux. Nous ignorions l'importance du champ EM environnant.

Dans ces mauvaises conditions, comment l'étude des points d'acupuncture s'avéra-t-elle possible ? Simple-ment parce que ces points s'expriment avec puissance, ce qui leur permet d'échapper en partie aux influences EM alentours. La seconde raison tient aux points de sciatique que j'analysais, dont je connaissais parfaitement les sites sur les membres inférieurs, et qui sont essentiellement postérieurs.

Le point acupunctural EM que je vais vous présenter n'a aucune existence anatomique. C'est une entité purement virtuelle, d'essence électromagnétique et pulsologique. Fâcheuse perspective penserez-vous ! Comment dénicher avec le pouls un site d'un millimètre de diamètre sur l'ensemble de la surface corporelle ?

Le point d'acupuncture classique, mathématiquement défini, est "Orthogonal", situé à l'intersection de deux droites orthogonales. Il s'exprime donc avec ses coordonnées, ce qui permet son approche.

A partir de simples lois biophysiques, il se présente sous ses 2 formes ancestrales : le point de Dispersion et celui de Tonification.

Le point de "dispersion" ou point oscillant

Nous savons que le binôme alternatif du pouls est un état qui ne se définit que par rapport à un autre état, celui de repos, de silence : le pouls à plat, à zéro. Le point Oscillant ne peut donc apparaître qu'au milieu d'une plage de silence. Cette plage de silence peut être vaste, à l'échelle d'un hémithorax ou d'un membre par exemple fixe (figure 2).

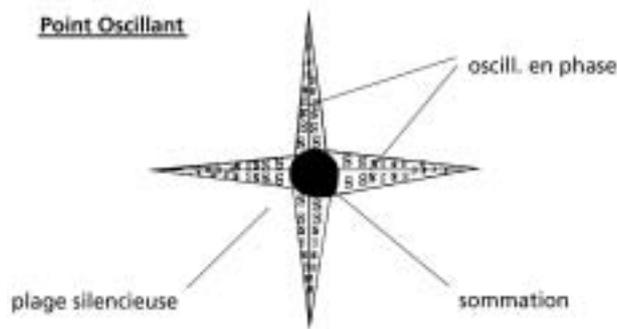


Figure 2. Le point oscillant

Comment donc se diriger, à coup sûr, vers le point ? Si la pointe d'une aiguille d'acupuncture bimétallique (avec manchon) ou d'un médiateur EM (antenne en T bimétallique Or-Ag) survole la peau (à moins de 5 cm), circulairement, autour d'un point Oscillant, vous rencontrez deux axes, les deux coordonnées du point. L'un est longitudinal (parallèle à la ligne médiane du corps) et l'autre transversal, perpendiculaire au premier. Chacun de ces deux axes, très longs, se manifeste par des binômes alternatifs quand l'antenne en T ou l'aiguille passe au dessus. Le point acupunctural est situé au croisement de ces axes.

Comment se manifeste le point lorsque la pointe de l'antenne s'arrête sur lui ?

Les 2 composantes du binôme sont plus fortes, plus intenses que sur les axes : les deux ondes A et B sont 2 fois plus amples. Bien qu'il s'agisse d'un phénomène biologique, nous obtenons une réponse biophysique de sommation. Les ondes du binôme, que nous avons captées sur les deux axes, sont en effet en phase, d'où cette sommation de leur amplitude au niveau de leur intersection et la sensation d'un ample rebond. Ce qui caractérise également cette sommation, c'est aussi le doublement de l'espace qui sépare A et B.

Reste la question : comment se diriger à coup sûr vers ce point ? Dès qu'un des deux axes est repéré, il n'est que de survoler son parcours avec un pôle du médiateur en T. Les oscillations du binôme s'affaiblissent si l'on s'écarte du point et s'affermissent, se renforcent, dans le sens contraire.

Il est utile de rappeler, qu'en dehors du point et de ses axes, la peau environnante, balayée avec le détecteur,

reste totalement silencieuse : le pouls est pratiquement "au repos", en son état initial.

Le point de "tonification" ou point nul

Sa description est simple: sur une vaste plage cutanée, envahie d'oscillations alternantes se trouve un point Nul, silencieux, non oscillant. L'approche du point Nul est aussi aisée que celle du point Oscillant. Plus le médiateur se dirige vers le point, plus les ondes du binôme sont fortes. Puis, brutalement, ces fortes oscillations se taisent : nous sommes dans "l'œil du cyclone", nous sommes sur le point.

La seconde règle biophysique de soustraction, qui dit que deux ondes qui oscillent en opposition de phase se neutralisent en s'additionnant, rend compte du point « Nul ». L'étude de nos axes montre en effet qu'ils sont en opposition de phase l'un par rapport à l'autre. Ceci se vérifie ainsi. Marquons sur un des deux axes les points y et y' disposés de part et d'autre du point Nul, et sur l'autre axe les points z et z' (marquage au crayon dermatographique). Déplaçons brièvement, en un quart de seconde, en un temps inférieur à celui qui sépare deux pulsations, la pointe du médiateur d'un de ces points à un autre. Que ressentons-nous sous le pouce? Si l'on saute de y à y' ou de z à z', le binôme reste régulier, on perçoit l'alternatif mouvement ABAB... Par contre, si l'on saute d'un axe à l'autre, de y à z ou de y' à z', l'oscillation perd sa régularité et le pouce détecte un "changement de pas" du pouls, sous forme ABBA ou BAAB. Ceci rappelle le saut sur un pied du soldat qui, s'apercevant qu'il n'est pas au pas cadencé des autres, veut se remettre au pas général.

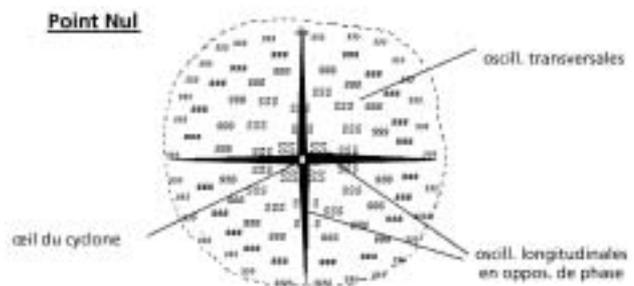


Figure 3. Le point nul

Nous avons dit que le point Nul centralise une plage d'ondes alternantes. Comment peut-on, dans ces conditions, détecter les coordonnées du point, détecter ces deux axes dont nous venons de parler ? Ce point Nul n'est en effet pas situé à l'intersection de deux axes nuls ou silencieux mais de deux axes oscillants en opposition de phase. Comment déceler deux axes oscillants sur une plage oscillante ? En réalité la plage qui entoure le point Nul est le siège de deux types de binômes alternatifs : les binômes longitudinaux sur les axes et les transversaux entre les axes (voir figure 3). Telle est la raison qui nous a conduit à la notion de "langage ternaire" du pouls radial.

Les oscillations des binômes transversaux

Les oscillations "transversales" sont celles que l'on recueille sous le pouce dans les quatre quadrants délimités par les deux axes (à oscillations longitudinales) du point Nul. Nous savons que le phénomène oscillatoire, alternatif, est d'origine musculaire et qu'il prend sa source dans l'épaisseur même de l'artère. Ceci permet de rendre compte des oscillations transversales qui, sinon, déferaient l'entendement. Celles-ci sont en effet composées de deux ondes C et D se faisant face et se manifestant alternativement. On dirait une partie de ping-pong : les deux faces opposées (externe et interne) du segment artériel se renvoient alternativement la balle, sur un axe perpendiculaire à l'écoulement du sang ! La sensation tactile donne également l'impression que l'artère "rumine". Cette oscillation transversale doit faire l'objet de toute notre attention. Nous devons être capables de la différencier de la longitudinale, même si les confusions peuvent être possibles. Celui qui les découvre, peut ne percevoir qu'une simple différence de sensation. Examinons de plus près ces deux types de binômes.

Le longitudinal est aisé à repérer. Il suffit de poser le pouce sur l'artère radiale "au hasard", au dessus ou au dessous du "mur osseux" constitué par l'extrémité inférieure du radius (et qui définit l'étage moyen des pouls statiques chinois) : on tombe sans délai sur une des

deux ondes A ou B si le binôme est net, et on se met en selle entre les deux.

Le transversal est parfois un peu moins net, plus délicat à percevoir en cas de faible intensité. On peut passer à côté et ne ressentir qu'une impression de fixité silencieuse. Il faut donc le chercher si on ne tombe pas directement sur lui. On doit être juste à son niveau pour le découvrir. Il suffit de glisser lentement le pouce le long de l'artère pour repérer avec soin le segment artériel qui "rumine", ou qui fournit une impression de "roulis" quand ce segment est court. Le binôme transversal est souvent intense, voire permanent en cas d'intoxication iatrogène.

Comment justifier cette oscillation transversale du point de vue anatomique ? L'artère n'est-elle pas un cylindre battant dans les trois dimensions ? Pourquoi bat-elle de dedans en dehors ? Pourquoi ne battrait-elle pas dans le sens de l'épaisseur ? La première réponse est la suivante: le pouce qui palpe déforme l'artère par son appui modéré et celle-ci devient elliptique, coincée qu'elle est entre le plan osseux et le pouce palpeur. La seconde réponse repose sur une hypothèse: la motricité artérielle est peut-être hémisphérique, chaque moitié ayant son innervation propre ?

Quoi qu'il en soit, entre les deux axes, les quadrants cutanés ne s'expriment que par des oscillations transversales. Comment pourrait-on, dans le cas contraire, détecter des axes au sein d'une vaste plage oscillante uniforme ? Il s'agit donc bien d'une plage oscillante structurée.

Tels sont les deux modes d'expression du point d'acupuncture orthogonal que les Chinois distinguaient sous les noms de points de dispersion et de tonification.

La découverte et la description de ces points Oscillants et Nuls en 1982-83, orienta ma recherche vers la pulsologie pure. En effet aucun des livres, consultés depuis 1963, date du début de ma formation en acupuncture, ne m'avait révélé la nature exacte de ces points acupuncturaux mythiques.

Les points auriculaires

Nous savons que le Docteur P. Nogier est l'inventeur, le redécouvreur du pouls dynamique chinois que la tradition écrite ne nous a pas transmise. Sans ce pouls dynamique, il aurait été impossible aux anciens Chinois de décrire, de définir les points acupuncturaux. Bien qu'acupuncteur de formation, le Dr Nogier, qui focalisait sa recherche sur les oreilles, n'a pourtant pas décrit les différents aspects de ces points. Le territoire exigu des pavillons ne permet pas de rencontrer les grands axes orthogonaux. Et pourtant ces 2 types de points acupuncturaux existent réellement dans les oreilles, mais en modèle réduit.

Contrairement aux points périphériques, les points orthogonaux de l'oreille présentent une orientation différente : l'un des 2 axes passe par le centre du pavillon, le centre de la conque. Les points sont intenses quand le détecteur les survole mais leur surface est réduite ; le point Nul de tonification est au centre d'une petite plage oscillante d'un centimètre de diamètre.

Signification de ces deux formes de points

Voici une constatation qui ne s'est jamais démentie. Malgré leur double dénomination chinoise, les points de "dispersion" et de "tonification" sont des points équivalents. Ils ne sont, en fait, que l'expression, que le reflet de 2 types de champ cutanés qui en sont le support.

Globalement le revêtement cutané comporte 4 champs EM dont les limites sont la ligne médiane du corps et la ligne latérale ; cette dernière, contournant les membres, le tronc, le cou, se dédouble autour des oreilles pour se diriger vers le sommet du crâne. Ces 4 champs ont une polarité électromagnétique différente : 2 sont "Droits ou +" et 2 sont "Gauches ou -". Ces champs sont disposés en damier : l'antérieur droit et le postérieur gauche sont "+ ou D", l'antérieur gauche et le postérieur droit sont "- ou G". Ce damier se manifeste en fait sous 2 formes : le Droitier EM et le Gaucher EM (mis en évidence par des techniques particulières). Chaque malade se présente sous une des 2 formes. (voir figure 4).

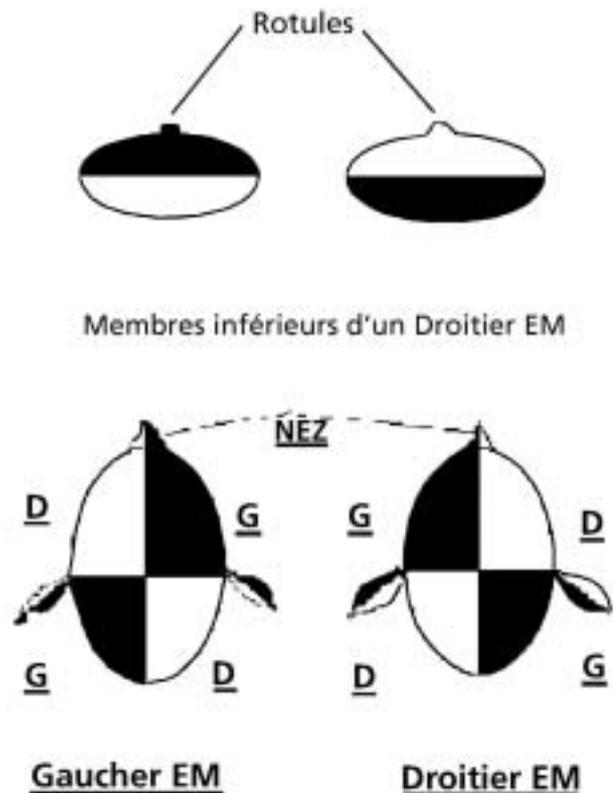


Figure 4. Les 4 champs électromagnétiques.

Prenons l'exemple d'une sciatique Droite. Quel genre de points trouverons-nous au niveau des faces postérieures des membres inférieurs ? A droite, côté douleur, des points de dispersion sur le méridien dit de la "Vessie", à gauche des points symétriques de tonification. Interprétation des Chinois : il faut "dispenser" les points le long de la douleur... et tonifier les points symétriques présents mais non douloureux. En réalité ces points symétriques sont le reflet des champs opposés du damier EM que nous avons décrit.

Ces points sont-ils donc interchangeables ? Ils le sont en effet et le médiateur en T Or-Ag le démontre. Quand un point de "dispersion" est décelé avec la pointe Argent, il suffit d'employer la pointe Or pour métamorphoser ce point et lui donner l'aspect "tonifiant" ; l'inverse est aussi vrai. Cette constatation m'a donc depuis longtemps incliné à parler de points Oscillants et de points Nuls, plutôt que de points dispersants et de points tonifiants.

Application : Comment aller plus vite pour trouver un point Oscillant dans l'oreille ? En inversant simplement le pôle du médiateur adéquat. C'est alors qu'on retrouve la notion de plage oscillante, décrite par le D^r Nogier, il s'agit en réalité du point de tonification en réduction, d'un cm de diamètre et cette plage est centrée par un point silencieux, dit Nul. L'inversion répétée du médiateur montre que ce point Nul et le point Oscillant coïncident.

La poncture confirme encore cette unité du point : lors de son action l'aiguille, aboutée à l'Ag ou à l'Or, est alternativement oscillante et silencieuse, pendant des périodes de plus en plus courtes, jusqu'au silence correctif permanent final... Ceci est le reflet de la métamorphose spontanée du point en voie de correction : il est alternativement Oscillant et Nul pendant des périodes de plus en plus courtes jusqu'au moment où, neutralisé, il disparaît complètement.

Voici donc ce que le langage ternaire du pouls radial permet d'exprimer dans le domaine spatial : la structure EM des points orthogonaux classiques d'acupuncture. Certes les pulsologues et les auriculo-médecins ressentent, par comparaison, la différence entre oscillations longitudinales et transversales mais ne la perçoivent pas toujours bien ; cette différence, qui ne porte pas à conséquence sur le plan pratique, est indispensable sur le plan théorique pour bien concevoir la structure des points, du point Nul en particulier.



D^r Jean-Claude Toureng,
8 bis, rue Michelet, 92150 Suresnes
✉ toureng@club-internet.fr

ÉCOLE EUROPÉENNE D'ACUPUNCTURE

18, rue de Varenne 75007 PARIS



Séminaires 2005 – 2006

7 et 8 octobre 05 : Le mouvement du Métal et son expression dans le corps par le Poumon. Le méridien Yangming de pied.

20 et 21 janvier 06 : Le mouvement de l'Eau et son expression dans le corps par les Reins.

24 et 25 mars 06 : Le mouvement du Bois et son expression dans le corps par le Foie. Le méridien Jueyin de pied.

Renseignements : ☎ 01 42 84 10 40 - 📠 01 42 84 11 24
✉ e.e.a.@chello.fr - www.acupuncture-europe.org

Lettres à la rédaction

La “pulsologie” est de la sphygmologie !

Pierre Dinouart-Jatteau

Dans ce numéro d'Acupuncture & Moxibustion, Jean-Claude Toureng utilise le terme de “pulsologie” pour désigner l'examen des pouls [1]. Nous avons essayé de le modifier, mais l'auteur semble y tenir.

Ce terme est couramment utilisé par certains acupuncteurs, mais il est étymologiquement incorrect, car formé du latin *pulsus* et du grec *logos*. Il ne figure pas dans le “Grand Robert” [2], pas plus que dans le Gladstone [3]. Le seul mot à utiliser est “sphygmologie”, comme le soulignait à juste titre le Professeur Bossy [4].

En tant que Rédacteur en chef de notre Revue, j'incite tous les futurs auteurs à avoir l'obligeance de choisir

dorénavant le terme de “sphygmologie” pour parler ou évoquer un travail sur l'étude des Pouls.



D^r Pierre Dinouart-Jatteau
✉ pierre.dinouart@neuf.fr

Références

1. Toureng JC. Le langage ternaire du pouls radial et les points d'acupuncture classiques. *Acupuncture et Moxibustion* 2005;4 (2):39-44.
2. Dictionnaire de la Langue Française – le Grand Robert. 9 vol. Paris:Dictionnaires Le Robert;1992.
3. Gladstone WJ. Dictionnaire Anglais-français des sciences Médicales et paramédicales, 3^e édition. Saint-Hyacinthe (Québec):edisem et Paris:Maloine;1990.
4. Bossy J, Lafont JL, Maurel JC. Séméiologie en acupuncture. Paris: Ed. Doin, 1980.p. 87 n° 3.

La consultation d'acupuncture

Nelly Carosi

J'ai cherché la définition du mot “consulter” dans le dictionnaire [1] c'est :

“prendre l'avis de quelqu'un, s'adresser à quelqu'un pour un conseil. C'est examiner pour se déterminer, ou délibérer.”

Qu'est ce que la consultation médicale ?

La personne se sentant malade s'adresse à un médecin pour un conseil. Le médecin doit examiner le problème soumis par le patient pour se déterminer. La consultation est donc un entretien, un colloque singulier dans ma pratique libérale, alors qu'elle peut perdre cette qualité dans la pratique hospitalière : les étudiants en médecine pouvant constituer une assemblée attentive écoutant le chef de service.

La personne a la sensation d'exister différemment selon le temps qu'on lui accorde. Prenons la consultation médicale libérale : le patient est différent selon le médecin auquel il s'adresse.

S'il s'adresse au médecin généraliste, le MG en pratique, “le pivot du système de santé français”, il sera souvent exi-

geant, tatillon, sans gêne, souvent pressé et autoritaire. Aussi, le MG est lui-même pressé, harassé et il n'a jamais de temps à accorder, la consultation ne dure pas plus de dix minutes.

Si au cours d'une formation médicale continue, on remet sur le tapis la durée d'une consultation, il n'est pas possible de faire mieux, on pourra encore faire moins. Si la personne s'adresse à un Médecin à Exercice Particulier (MEP), alors il est différent. Il sait qu'il pourra disposer de plus de temps, avoir une oreille attentive pour dire ce qu'il a sur le cœur. Il sait qu'il paiera plus cher, mais il trouve cela acceptable.

Dans quelle situation est le malade qui appelle son médecin ?

Il est inquiet, il a besoin d'être rassuré sur-le-champ, souvent quelques mots, quelques conseils en attendant la consultation qui ne peut avoir lieu sur l'heure suffisent à calmer sa peur.

Le médecin représente le savoir, la compétence, le malade demande un diagnostic rapide de son problème et un traitement efficace.

Je vais parler de ce que je connais : ma propre pratique pour pouvoir la comparer à celle des autres.

Comment font-ils ?

J'ai fait le MG, je fais des gardes, je suis un MEP.

J'ai eu un exercice exclusif d'homéopathe et maintenant je suis aussi acupuncteur.

La pratique de l'homéopathie m'a apporté une grande rigueur, le sens du systématique, ne rien laisser au hasard. L'acupuncture est encore plus exigeante car il faut faire une prescription instantanée et avoir un résultat presque immédiat.

La pratique de l'acupuncture favorise une certaine atmosphère : les caractères et les peintures chinoises, les odeurs d'encens et de moxa, les aiguilles... même les enfants quand ils entrent dans mon cabinet, sont prêts à recevoir des aiguilles.

Comment puis-je définir l'exercice exclusif de l'acupuncture ?

C'est un peu difficile pour moi, car ma façon de concevoir la personne s'est faite par couches successives et je ne suis pas exclusivement *yin yang*.

Je suis parasitée par mon éducation occidentale et toutes les connaissances acquises successivement.

La consultation d'acupuncture repose sur la dynamique *yin yang*, sur l'observation des pouls et de la langue.

Il y a les quatre examens et les huit principes. Les quatre examens reposent sur :

- 1 - L'écoute et l'interrogatoire
- 2 - L'inspection des mouvements et de l'enveloppe extérieure
- 3 - La palpation des pouls, du corps, des chauds, des froids, des points d'acupuncture
- 4 - L'examen audio-olfactif qui permet sans stéthoscope de contrôler la voix, la respiration, l'haleine, l'odeur corporelle et les excréta.

Ces quatre temps vont apprécier l'évolution de la maladie et l'évolution globale du patient.

Les diagnostics sont guidés par les huit principes qui désignent huit catégories.

<i>yang</i>	-	<i>yin</i>
Surface	-	Intérieur
Plénitude	-	Vide
Chaleur	-	Froid

Les symptômes recueillis lors de l'examen permettent de déduire le type de la maladie soit *yin* soit *yang*, sa localisation en profondeur ou en surface, sa nature soit froide soit chaude, et le rapport entre l'énergie correcte et l'énergie perverse.

Quand je dois soulager une douleur rapidement, je laisse parler la personne et je lui laisse préciser certains détails. Je l'examine soigneusement, puis, je prends les pouls et je regarde la langue, je définis le type de la maladie. Puis, je mets les aiguilles qui me semblent convenir à l'équilibre énergétique et j'attends les réactions immédiates et à distance. Je reste près de la personne une dizaine de minutes et alors, je la laisse reposer dans le noir et au chaud sous une couverture, au moins vingt minutes, au plus trente minutes.

Quand la douleur est moins physique, l'entretien est important et demande à faire ressortir davantage émotions et sentiments. La pose des aiguilles les débloque et il y a souvent des pleurs et des confidences, des envies de dire des choses profondément enfouies.

Laisser de l'espace à l'autre, lui permettre de verbaliser ce qui le tourmente dans le temps nécessaire à cette expression est un luxe. Je comprends alors la reconnaissance des patients.

L'importance de la première consultation doit être dite, du premier entretien découle une foule d'informations qu'il faut engranger et savoir utiliser rapidement. Mais, cela demande du temps, même en sachant conduire la consultation pour ne pas se laisser entraîner dans des considérations banales et sans intérêt.

Il faut au moins trente minutes pour conduire l'entretien, puis vient la pose des aiguilles qui est rapide, elle se fait avec des aiguilles stériles et jetables pour éviter tout risque infectieux.

Le patient doit ensuite se reposer dans un endroit chaud et calme pour pouvoir se laisser aller et se détendre et guérir. Il faut au minimum une heure.

Donc dix minutes semblent peu de temps, c'est la demande de résolution d'un problème en médecine générale : certificat médical, grippe, angine, otite. Un trouble du sommeil ou une demande psychologique ne peuvent être traités en si peu de temps.

Prenons un exemple. Une douleur en médecine géné-

rale réclame toujours la même ordonnance. Les malades le savent bien. Ils viennent chercher l'apaisement avec une demande supplémentaire : des médicaments "forts", des injections par une infirmière, des soins par un kinésithérapeute, une demande de spécialistes et d'exams complémentaires.

L'acupuncture est l'arme thérapeutique du médecin acupuncteur. Il peut faire quelque chose lui-même, immédiatement par l'utilisation de ses connaissances et de quelques aiguilles placées judicieusement. Quand une épaule se débloque à la fin de la séance, qu'un lombalgique se redresse, ou qu'une névralgie trigémينية se calme, vous vous sentez fier et heureux de pouvoir faire quelque chose pour quelqu'un tout de suite. C'est une véritable relation d'aide.

Les consultations suivantes nécessaires pour obtenir la guérison du patient requièrent de nouveau quelques informations. Le temps sera moindre, mais néanmoins dix à quinze minutes sont indispensables pour faire le point avec l'examen physique, la palpation des pouls et l'examen de la langue. L'entraînement du médecin, son expérience diminue le temps dans la pose des aiguilles. Le temps de repos du patient sous aiguilles est inchangé : entre vingt et trente minutes.

Voilà ce que je fais en pratique, quand je respecte les règles de la Médecine Traditionnelle Chinoise. J'aime ce que je fais, j'aime aussi ces résultats parfois spectaculaires à la fin de la séance, ces petits miracles qui dépendent de quelques aiguilles.

Réfléchissons à toute cette sagesse amassée pendant des siècles, cette recherche permanente d'amélioration de traitement (évaluation ?), toutes ces stratégies thérapeutiques qui rassemblent certains points clés selon différentes méthodes, il y a de quoi être émerveillé chaque jour.

Chaque point en lui-même devient un petit univers, les diverses significations du point par la lecture des caractères amènent une poésie à cette médecine. Tout en étant très technique, très précise, on a l'impression de plonger dans un vaste monde dans lequel on ne se lasse jamais d'évoluer, fait de mystère, de poésie et d'intelligence.



D^r Nelly Carosi
2, place du Foirail - 24120 Terrasson
✉ nelly.carosi@wanadoo.fr

Référence

1. Dictionnaire de Langue Française. Paris:Hachette;1990.

Protocole thérapeutique "céphalées" : commentaires

Dans un précédent numéro d'Acupuncture et Moxibustion [1], Olivier Goret a proposé un protocole thérapeutique sur les céphalées. Ce protocole a suscité une série de commentaires de Robert Hawawini rapportés ci-dessous qui reprennent la numérotation de l'article original. Ces commentaires sont suivis des observations d'Olivier Goret. ndlr.



D^r Robert Hawawini
105, rue du Connétable – F. 60500 Chantilly
☎ 03 44 57 49 79
✉ r.hawawini@wanadoo.fr

3) R.H : les algies vasculaires de la face et la névralgie faciale ne rentrent pas dans le cadre habituel des

céphalées, *toutong* = douleur (*tong*) de la tête (*to*). Celles-là sont appelées *miantong* = douleur (*tong*) de la face (*mian*).



D^r Olivier Goret (Groupe d'études et de recherche en acupuncture)
30, avenue Gabriel Péri - 83130 La Garde
✉ goret.olivier@wanadoo.fr

O.G : l'International Headache Society (I.S.H) a classifié les céphalées et précisé les principaux critères diagnostiques : les algies vasculaires de la face (Cluster headache) entrent dans ce cadre. La traduction chinoise des différentes entités nosologiques occidentales est intéressante, mais d'un intérêt anecdotique par rapport à notre sujet.

4) **R.H** : la topographie de la douleur oriente sur le ou les méridiens *yang* concernés qui sont en rapport avec les *zang* porteurs des syndromes *zheng*. Il y a donc un fil conducteur précis entre le lieu de la céphalée et le syndrome en cause. Voici quelques exemples :

- Occiput = Vessie = Vide de *yin* et/ou de *yang* des Reins.
- Tempes, hémicrâne, œil, sourcils = Vésicule Biliaire = *yang* du Foie et/ou Vide de *yin* du Foie, donc des Reins, et/ou Vide de Sang du Foie. Ces trois syndromes du Foie peuvent se mélanger.
- Front = Estomac = Mucosités-Humidité de la Rate.
- Sommet du crâne (*Dumai*) = Foie (branche qui joint 3F à 20DM).
- Centre du crâne = Reins (cerveau).
- Variable = Stase de Sang.
- Apparemment non spécifié = Vide de Sang.

O.G : le diagnostic des céphalées peut être abordé de différents points de vue, selon le méridien atteint, le type de la douleur et les syndromes *zheng*. La différenciation selon la topographie de la céphalée est tout à fait classique comme je l'ai précisé dans mon texte. Mais il s'agit d'une modalité de différenciation parmi d'autres, modalités pas toujours cohérentes entre elles. Le problème est donc celui de l'importance attachée à un caractère clinique. Dans ma prise de décision, le caractère topographique de la céphalée n'est pas placé au premier plan.

5) **R.H** : si les céphalées aiguës sont bien externes et les céphalées chroniques bien internes, leur diagnostic ne se résume pas à l'examen de la langue et l'intensité de la douleur.

Le diagnostic d'un syndrome interne, car c'est bien de cela dont il s'agit alors, se base sur :

- l'interrogatoire,
- la palpation des pouls,
- l'inspection de la langue,
- l'inspection du teint.

O.G : la démarche clinique en médecine chinoise apparaît en effet bien codifiée quant aux différents temps de l'examen. Mais le problème est donc aussi de hiérarchiser les éléments cliniques recueillis, tous

n'ayant pas la même valeur et tous ne pouvant être placés au même niveau. C'est tout le sens de la description d'une conduite diagnostique par rapport à une description académique des formes cliniques. Ici, nous avons fait ressortir les 2 éléments importants du diagnostic qui nous permettent de faire un diagnostic différentiel; les autres signes cliniques diagnostics étant bien sûr à prendre en considération, mais en critère mineur.

6) **R.H** : aucun texte ne cite la céphalée par stase de *qi* du Foie : il faut pour cela une transformation en Chaleur : *yang* (Chaleur-Vide) ou *feu* (Chaleur-Pleinitude). La Stase de *qi* ne donne pas de céphalée car celle-ci est un *qini* (contre courant ascendant).

O.G : il existe au contraire une abondante littérature impliquant le syndrome de Stase de *qi* du Foie dans le cadre des céphalées [2,3,4,5,6] et en particulier des migraines [7,8,9]. En se limitant à une littérature française issue de traductions de textes chinois :

Bernard Auteroche [2] parle de *qi* stagnant, Chen Jirui [3] de Stagnation de *qi* et de Sang, Jean-Claude Dubois [4] de *qi* du Foie déprimé, Giovanni Maciocia [5] de Stagnation du *qi* du Foie, Jeremy Ross [6] de *qi* du Foie bloqué.

Yin Fan [9] sur 80 cas de migraines distingue 44 % de cas avec Stase de *qi* et 56 % de cas avec syndrome Feu.

Ce type de céphalée est très fréquente en Occident car lié au stress (colère, irritabilité) et à l'anxiété (caractère socio-culturel de la céphalée).

7) **R.H** : je suis en désaccord avec l'affirmation que le syndrome Glaires-Humidité, en fait Mucosités-Humidité, ne se rencontre pas dans les céphalées : c'est au contraire à mon avis une des causes les plus fréquentes !

Différentes causes de céphalées peuvent s'associer pour former autant de syndromes complexes qu'il faut diagnostiquer pour adapter le traitement.

O.G : la notion de fréquence d'un syndrome dans une pathologie donnée ne peut être établie que par des études cliniques. Dans une étude sur 110 cas de céphalées, Liu Guoguan [8] confirme la faible fréquence du syndrome Glaire-Humidité (10 %), ce qui correspond à mon impression clinique.

8) **R.H :** les céphalées par Vide de *qi* et de Sang, il s'agit du Sang du Foie, se mélangent avec l'élévation du *yang* du Foie et le Vide de *yin* et il est difficile parfois de faire la part des choses. L'auteur ne parle pas du Vent interne qui se mélange au *yang* du Foie, au Feu du Foie et au Vide de Sang. La céphalée par stase de Sang n'est pas évoquée non plus et pourtant nous la voyons de temps en temps.

O.G : le syndrome Vide de Sang du Foie est une modalité clinique du syndrome Vide de Sang. Vide de Sang, Vide de *yin* et Montée de *yang* du Foie sont des entités cliniques qui doivent être appréhendées séparément tout en étant des stades évolutifs d'un même processus.

Cliniquement, on peut considérer :

- symptômes Vide et absence de signes Chaleur signent le Vide de Sang,
- symptômes Vide associés à des signes Chaleur signent le Vide de *yin* (Chaleur-Vide),
- apparition de signes de Plénitude associés à des signes Chaleur signent la Montée de *yang*.

Le Vent Interne correspond à un stade évolutif de Plénitude-Chaleur extrême ou de Glaires avec apparition de signes neurologiques aigus qui correspondent en médecine occidentale à des pathologies qui ne nous concernent pas (troubles mentaux graves de la mélancolie, de la schizophrénie et des accès maniaques).

De même, la céphalée par Stase de Sang correspond à mon sens aux pathologies traumatologique, vasculaire cérébrale (AVC) et tumorale qui recourent à un avis spécialisé en pratique quotidienne.

10-14) **R.H :** on ne voit nulle part le traitement de la racine, c'est-à-dire du ou des syndromes en cause. Il

est toujours plus facile d'exposer les points locaux et à distance du traitement de la douleur elle-même.

O.G : on ne peut pas considérer qu'il existe des normes actuellement établies pour un traitement par acupuncture. Il existe un ensemble de modalités thérapeutiques avec un ensemble de variantes. Un protocole thérapeutique décrit la pratique de son auteur.

Je ne suis pas d'accord avec l'interprétation de la notion de "racine" ou de "syndrome en cause". L'idée de causalité est à mon sens inadéquate. Je suis d'accord pour y substituer la notion de "syndrome associé". Le diagnostic de ces syndromes pose les mêmes problèmes que ceux soulevés par cette discussion.

13) **R.H :** on ne peut pas quantifier le nombre de séances d'un traitement, celui-ci dépend de l'état du patient. Un traitement peut demander plusieurs mois voire plusieurs années.

O.G : je suis partisan dans ma pratique d'un cadre déterminé au traitement par acupuncture : un contrat thérapeutique avec le patient, délimité par des échéances et des évaluations.

Références

1. Goret O. Protocole thérapeutique. Céphalées. *Acupuncture & moxibustion* 2004;3(1):54-56.
2. Auteroche B. Céphalées et acupuncture. *Méridiens* 1983; 63-64:105-114.
3. Chen Jirui. Acupuncture : observations cliniques en chine. *Satas* 1992;181-183.
4. Dubois JC. Traitement des céphalées en médecine chinoise. *Méridiens* 1984;67-68:87-108.
5. Maciocia G. La pratique de la médecine chinoise. *Satas* 1997;31-33.
6. Ross J. Zang Fu : organes et entrailles en médecine traditionnelle chinoise. *France-Médecin* 1989;275-276.
7. Flaws B. Migraines et Médecine traditionnelle Chinoise 1992;40-41.
8. Liu Guoguan et al. Acupuncture treatment of angioneurotic headache on the basis of categorical identification. *International Journal of Clinical Acupuncture* 1993;4(2): 215-217.
9. Yin Fan A et al. MMPI manifestations of Chinese migraine syndromes : a control study. *American Journal of Chinese Medicine* 1999;27(1):37-42.

Annexe

Robert Hawanini : causes internes, formes évolutives et syndromes proches ou associés

1. Causes internes des céphalées

Formes internes plénitude	Formes internes vides
Elévation du <i>yang</i> du Foie.	Vide de <i>qi</i> et de Sang.
Montée du Feu du Foie.	Vide de <i>yin</i> des Reins.
Les Mucosités et l'Humidité bloquent le Foyer Médian	Vide de <i>yang</i> des Reins.
Stase de Sang.	

2. Formes évolutives des céphalées

Formes de passage	Associations de syndromes
Le Vide de <i>yin</i> des Reins ne nourrit pas celui du Foie et conduit à l'élévation de son <i>yang</i> . Le Foie et les Reins ont la même Racine, car le <i>yin</i> , le Sang et l'Essence sont analogiques et se nourrissent l'un, l'autre.	- Vide de <i>yin</i> des Reins. - Elévation du <i>yang</i> du Foie.
Le Vide de <i>yang</i> des Reins entraîne un Vide de <i>yin</i> des Reins qui ne nourrit pas celui du Foie, conduisant à l'élévation de son <i>yang</i> .	- Vide de <i>yin</i> du Foie et des Reins. - Vide de <i>yang</i> des Reins. - Elévation du <i>yang</i> du Foie.
Le <i>yang</i> du Foie est fixé par le Sang du Foie en analogie avec le <i>yin</i> , le Vide de Sang ne retient pas le <i>yang</i> qui s'élève.	- Vide de Sang et de <i>yin</i> du Foie. - Elévation du <i>yang</i> du Foie.
Le Vide de <i>yin</i> du Foie et des Reins entraîne encore une élévation du <i>yang</i> du Foie.	- Vide de <i>yin</i> du Foie et des Reins. - Elévation du <i>yang</i> du Foie.
Le <i>yang</i> du Foie, le Feu du Foie et le Vide de Sang du Foie sont causes de Vent interne.	- Le <i>yang</i> du Foie se transforme en Vent. - Le Feu du Foie produit le Vent. - Le Vide de Sang devient Vent.
Les formes par Chaleur-Vide du Foie et des Reins peuvent s'associer aux Mucosités-Humidité.	- Elévation du <i>Yang</i> du Foie. - Vide de <i>yin</i> des Reins. - Mucosités et Humidité bloquent le Foyer Médian.
Le Vide de <i>qi</i> et de Sang peut s'accompagner d'un Vide de <i>yin</i> et/ou de <i>yang</i> des Reins.	- Vide de <i>qi</i> et de Sang. - Vide de <i>yin</i> des Reins. - Vide de <i>yang</i> des Reins.

3. Syndromes proches ou associés des céphalées

Syndromes	Syndromes associés à rechercher
Vent-Humidité Externe.	- Vent-Froid externe.
Elévation du <i>yang</i> du Foie.	- Vide de Sang du Foie. - Vide de <i>yin</i> du Foie. - Vide de <i>yin</i> des Reins. - Vide de <i>yang</i> des Reins. - Vent Interne.
Feu du Foie.	- Vent Interne.
Mucosités-Humidité.	- Vide de <i>qi</i> de Rate.
Stase de Sang.	- Stase de Sang du Foie.
Vide de <i>qi</i> et de Sang.	- C'est le Vide de <i>qi</i> de Rate et de Sang du Cœur. - Vide de Sang du Foie. - Vide de <i>yin</i> du Foie. - Elévation du <i>yang</i> du Foie. - Vent Interne.

Traitement des lombosciatalgies par les points *baliao*

Xavier Guézenc

Les points *liao* sont au nombre de 8 (ba = 8), situés en regard des 8 trous sacrés. Ils s'appellent, de haut en bas : *shangliao*, *ciliao*, *zhongliao* et *xialiao*. Ces points appartiennent au méridien de la Vessie, sous la numérotation V31, V32, V33, et V34. Ils ont la particularité d'appartenir également au méridien de la Vésicule Biliaire (figure 1). En effet, il faut se rappeler que la circulation énergétique de Vésicule Biliaire passe du VB29 vers le V31, descend le long des 4 points *liao*, puis du V34 rejoint le VB30. En visualisant une coupe horizontale du bassin on réalise que toute la circulation latérale et postérieure du bassin est donc contrainte d'emprunter ce goulot d'étranglement que constituent les points *liao*. Ce tronc est donc commun aux méridiens *zushaoyang* et *zutaiyang*, qui sont les 2 méridiens concernés par les lombosciatalgies, correspondant respectivement aux niveaux intervertébraux L4-L5 et L5-

S1 en médecine occidentale. On en déduit naturellement leur importance dans la pathogénie et le traitement des sciatalgies quel que soit leur niveau.

On avait d'ailleurs constaté depuis longtemps l'intérêt de la puncture des points *liao* dans le traitement des lombalgies de la parturiente (avec disparition de la douleur souvent instantanément) dans le fameux syndrome de l'"accouchement par les reins". Certains auteurs avaient alors eu l'idée de prévenir ces douleurs d'accouchement par cette technique chez les femmes décrivant des lombalgies nettes au cours des contractions utérines de fin de grossesse, puis d'extrapoler au traitement de la sciatique de grossesse dont le mécanisme est assez mal expliqué, tout ceci avec succès. Pourquoi ne pas aller plus avant dans le raisonnement et expérimenter l'usage des *liao* dans toutes les sciatalgies ? C'est ce qui est ici présenté devant les résultats très intéressants qui ont été obtenus.

La technique de puncture est ici spécifique [encadré 1]

On utilise une aiguille unique de 8 cm, que l'on implante soit au V31 vers le V34, soit au V34 vers le

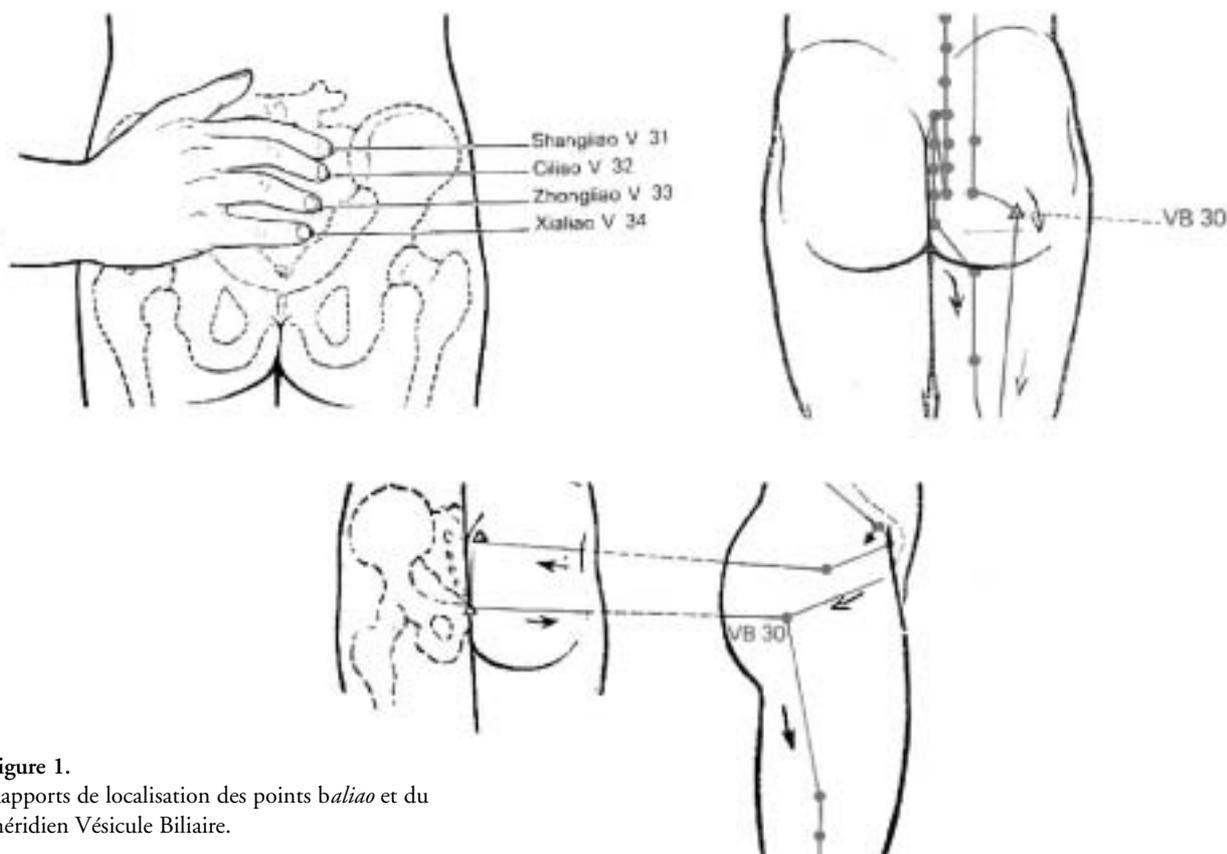


Figure 1.
Rapports de localisation des points *baliao* et du méridien Vésicule Biliaire.

V31. Il n'y a pas, dans notre expérience, de différence significative d'efficacité entre les 2 abords possibles. L'implantation reste très superficielle, 2 à 3 mm maximum, l'aiguille est rabattue sans contrainte, sous l'effet de son poids, sur la peau, dans l'axe souhaité. On fait progresser l'aiguille en restant dans le même plan de profondeur, de façon indolore, en "survolant" les trous sacrés. Si l'aiguille part obliquement en profondeur, la douleur apparaît rapidement et la progression devient impossible ; il faut alors retirer presque complètement l'aiguille et recommencer la manœuvre plus superficiellement. On peut en général, sauf si la peau est très infiltrée, suivre l'onde de progression de l'aiguille.

Il est possible de piquer en décubitus ventral (de préférence), en décubitus latéral, (attention au repérage de la ligne médiane) ou même en position assise ; dans ce dernier cas on pique du V31 vers le V34. Si besoin, le patient peut ensuite s'allonger en décubitus dorsal, sur l'aiguille, et ceci de façon totalement indolore.

Quelles sont les meilleures indications de cette technique ?

On ne revient pas sur toutes les pathologies de grossesse et d'accouchement déjà évoquées ci-dessus. Nous

ajouterons que la technique ne pose absolument aucun problème au cours de la grossesse quel que soit le terme de celle-ci.

Incontestablement les sciatiques tronquées, de localisation Vessie ou Vésicule Biliaire, difficile à diagnostiquer, sont d'excellentes indications. On s'en convint facilement devant les résultats obtenus sur les patients n'ayant bénéficié d'aucune autre thérapeutique.

D'une façon générale, compatibilité et complémentarité avec tout autre traitement de lombosciatalgie invitent le praticien à inclure l'usage de l'aiguille unique sur les points *liao* de façon plus ou moins systématique.

En conclusion, cette technique est assez simple, utilise peu d'aiguilles, ne présente aucune contre-indication et améliore très significativement l'efficacité de nos traitements sur les lombosciatalgies. Il serait dommage de s'en priver...



D^r Xavier Guézenec
3, bd de la Libération - 22000 S^t-Brieuc
✉ xavier.guezenec@wanadoo.fr

Encadré 1.

TECHNIQUE DE PUNCTURE

Matériel : aiguille unique 8 cm x 0,3 cm

Position :

- décubitus ventral
- décubitus latéral
- assise



Puncture

- insertion au V31 ou au V34
- progression sous-cutanée très superficielle
- indolore
- dans l'axe des quatre *liao*



Passage en décubitus dorsal possible



Intérêt du 35V sur le périnée en préparation à l'accouchement

Annabelle Pelletier-Lambert

35V *huiyang*

Point spécifique de la préparation du périnée, le 35V permettrait d'assouplir le muscle releveur de l'anus assurant ainsi une meilleure élasticité lors de l'accouchement. Nous avons voulu évaluer son efficacité réelle lors de la rééducation périnéale du post-partum. En effet, nous avons appris à reconnaître les patientes qui avaient bénéficié de cette préparation par l'excellente tonicité de leurs faisceaux releveurs de l'anus, et surtout grâce à l'absence de désinsertion musculaire même avec une "boutonnière", vestige d'une éventuelle épisiotomie. Situé à 0,5 distance de la ligne médiane postérieure, à côté du sommet du coccyx, nous le puncturons à l'aiguille courte 10 à 20 minutes à partir de la 37^{ème} semaine. Une à trois séances sont réalisées en fonction de la tonicité périnéale constatée. Sur le plan étymologique, *hui* signifie se réunir, réunion, rencontrer, association et *yang* implique le mouvement, sachant que la grossesse est caractérisée par une plénitude de *yin*. Lors de l'accouchement, le *yang* chasse l'excès de *yin*, le *qi* pousse le *yang* et la porte de l'utérus s'ouvre. Le terme périnée, du grec "périnéos", qui signifie "autour du temple", désigne l'ensemble des parties molles fermant le plancher du bassin.

Le nom secondaire du 35V *liji* rappelle cette notion dans la mesure où *ji* signifie force motrice, machine, mécanisme (*li* signifie aigu, pointu, tranchant).

Sur le plan énergétique, le 35V renforce les lombes, tonifie les Reins, clarifie la Chaleur et élimine l'Humidité du Triple Réchauffeur Inférieur. Il est le plus souvent indiqué pour les hémorroïdes, le prurit génital et les douleurs du sacrum.

Nous effectuons notre rééducation périnéale par la méthode de Connaissance et Maîtrise du Périnée (C.M.P.) en travaillant par visualisation d'images mentales sur l'expiration. Cette méthode permet un travail ciblé sur chaque zone du plancher pelvien.

Celui-ci comprend trois hamacs musculaires, les releveurs de l'anus :

- le faisceau ischiatique inséré à l'épine sciatique après les muscles ischio-coccygiens, qui n'appartiennent pas au périnée, mais cette disposition anatomique renforce le besoin d'élasticité. Il mobilise le coccyx en aidant à la descente de la présentation. Ils se contractent de façon involontaire lors de l'orgasme vaginal.
- le faisceau iliaque à côté des muscles obturateurs internes en s'y insérant au niveau des lignes innominées ; il aide l'anus à se mouvoir et guide la rotation du mobile fœtal.
- le faisceau pubien interne (pubo-rectal) et externe (pubo-coccygien) insérés derrière le pubis. Il aide à la fermeture de la vulve et lors de l'accouchement, encourage la flexion de la tête du bébé.

Le diaphragme musculaire pelvien contribue au renvoi dynamique des pressions dans la vie quotidienne. Son absence de tonicité peut entraîner une descente d'organes à long terme. Son rôle est également primordial dans la vie sexuelle de la femme.

Nous avons sélectionné tous les dossiers des patientes dont la tonicité était complètement récupérée, à savoir muscles releveurs toniques épais avec un testing évalué à 5/5, soit un total de 232 dossiers. Sur l'ensemble de ces dossiers, 71 dossiers (31 %) avaient eu une puncture du 35V et 161 dossiers (69 %) n'avaient eu aucune puncture.

Dans les deux groupes, la moyenne d'âge des patientes était de 31 ans.

Etude de la parité

	Primipare	Multipare
Avec acupuncture	58 %	42 %
Sans acupuncture	49 %	51 %
Global	52 %	48 %

Ce critère ne semble pas intervenir dans notre étude. Le poids moyen de l'enfant était de 3 422 g dans les deux groupes. Pour vérifier l'homogénéité de l'étude, nous avons comparé les présentations :

	Occipito- iliaque gauche antérieure ↓ Occipito- pubien	Occipito- iliaque droite antérieure ↓ Occipito- pubien	Occipito- sacré	Autre
Avec acupuncture	81 %	7 %	1 %	11 %
Sans acupuncture	83 %	7 %	1 %	9 %
Global	82 %	7 %	1 %	10 %

La plupart des naissances ont eu lieu par voie basse avec une majorité de présentation céphalique occipito-iliaque gauche antérieure dans les deux groupes. Ces résultats équivalents nous permettent d'affirmer que le mode d'accouchement n'intervient pas dans cette étude et que les deux groupes sont homogènes du point de vue de la présentation.

Etat du périnée

	Épisiotomie	Déchirure	Périnée intact
Avec acupuncture	33 %	24 %	43 %
Sans acupuncture	48 %	24 %	28 %
Global	44 %	24 %	32 %

Seul le pourcentage de périnées intacts reste significatif en faveur de l'acupuncture, la décision d'épisiotomie, à la charge de l'accoucheur, n'étant pas suffisamment objective pour cette étude.

Examen clinique du plancher pelvien dans sa globalité lors de la première séance

Trois critères ont été retenus pour classer l'aspect des releveurs :

- toniques épais sur le plan anatomique avec un testing le plus souvent à 5/5 sur le plan fonctionnel (possible même avec une épisiotomie, celle-ci ne lésant pas obligatoirement la tonicité) ;
- ramollis épais sur le plan anatomique avec un testing le plus souvent à 4/5 sur le plan fonctionnel ;
- distendus amincis, sur le plan anatomique avec un testing moyen $\leq 3/5$ sur le plan fonctionnel.

Nous y avons inclus également les désinsertions musculaires et la présence de "creux cratêiforme".

	Toniques épais	Ramollis épais	Distendus amincis
Avec acupuncture	62 %	27 %	11 %
Sans acupuncture	8 %	40 %	52 %
Global	24 %	36 %	40 %

Les résultats nous apparaissent particulièrement encourageants pour les patientes traitées en acupuncture. Nous avons ensuite approfondi l'étude zone par zone en divisant chaque faisceau en parties droite gauche.

Examen clinique du plancher pelvien au niveau des faisceaux ischiatiques

	Toniques épais			Ramollis épais			Distendus amincis		
	Droite	Gauche	Global	Droite	Gauche	Global	Droite	Gauche	Global
Avec acup.	56%	56%	57%	27%	30%	28%	17%	14%	15%
Sans acup.	9%	8%	8%	51%	40%	46%	40%	52%	46%
Global	23%	23%	23%	44%	36%	40%	33%	41%	37%

La préparation du périnée par la puncture du 35V semble prévenir la tonicité du faisceau ischiatique.

Examen clinique du plancher pelvien au niveau des faisceaux iliaques

	Toniques épais			Ramollis épais			Distendus amincis		
	Droite	Gauche	Global	Droite	Gauche	Global	Droite	Gauche	Global
Avec acup.	58%	58%	58%	32%	34%	33%	10%	8%	9%
Sans acup.	12%	11%	11%	62%	54%	58%	26%	35%	31%
Global	26%	25%	26%	53%	48%	50%	21%	27%	24%

La tonicité des faisceaux iliaques semble également significative.

Examen clinique du plancher pelvien au niveau des faisceaux pubiens

	Toniques épais			Ramollis épais			Distendus amincis		
	Droite	Gauche	Global	Droite	Gauche	Global	Droite	Gauche	Global
Avec acup.	61%	62%	62%	32%	32%	32%	7%	6%	6%
Sans acup.	15%	16%	15%	59%	54%	57%	26%	30%	28%
Global	29%	30%	30%	51%	47%	49%	20%	23%	21%

Là encore, la puncture du 35V semble agir sur la tonicité des faisceaux pubiens.

Enfin, nous avons apprécié en fin de rééducation périnéale le nombre de séances spécifiques de travail des muscles releveurs de l'anus réalisées pour obtenir une tonicité tant globale que spécifique.

	Nombre de séances
Avec acupuncture	4
Sans acupuncture	6
Global	5

Sans être forcément significatifs, ces résultats nous paraissent plutôt satisfaisants dans la mesure où le nombre d'épisiotomies est à peu près équivalent dans les deux groupes. La cicatrisation laisse alors apparaître une "boutonnière" quelle que soit la tonicité des muscles releveurs.

Or, les mêmes exercices permettent d'effacer "la boutonnière de cicatrisation" dans un but plutôt "esthétique" et seront donc prescrits même dans le cadre d'une tonicité optimale (tonique épais).

En revanche, il ne nous a pas été possible de quantifier le nombre d'exercices effectivement réalisés par la

patiente (à titre indicatif, leur nombre peut-être en moyenne jusqu'à cinq fois supérieur pour un périnée déficient).

D'autre part, les séances prescrites étant au nombre de dix nous pouvons les espacer davantage, ce qui implique un travail plus intense pour la patiente à son domicile tant au niveau du nombre d'exercices à effectuer que dans la durée de la rééducation.

Conclusions

Nous pensons que toute future maman devrait pouvoir bénéficier de la puncture du 35V en préparation à l'accouchement. L'élasticité du périnée qui en résulte prévient les troubles au niveau de la sexualité de la femme (frigidité, dyspareunies) et à plus long terme contribue à la prévention des prolapsus avec tout ce que cela implique au niveau du confort de la patiente.



M^{me} Annabelle Pelletier-Lambert
Sage-femme
Les Myrtes Bât A – 15, avenue Roger Salengro
83130 La Garde
✉ annabelle.lambert@wanadoo.fr

Commentaires aux commentaires sur *tiaokou*

Johan Nguyen

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt le commentaire très documenté de Philippe Sionneau sur l'utilisation du 38E dans l'épaule gelée [1] suite à l'article de Jorge Vas [2]. Je voudrais à mon tour faire part de mes réflexions sur trois idées qu'il exprime :

1. l'acupuncture "classique" est plus "large, plus subtile" que l'acupuncture contemporaine ;
2. il est possible d'expliquer l'action des points par une physiologie de la circulation de l'énergie ;
3. il n'y a pas dans les classiques d'indication du 38E dans l'épaule douloureuse, et le trajet du

méridien de l'Estomac ne permet pas de l'expliquer.

Acupuncture classique et acupuncture contemporaine

Philippe Sionneau souligne la cohérence des six classiques médicaux cités. Je dirais plutôt qu'il y a une simple répétition des indications du 38E figurant dans *Zhenjiu Jiayijing* (258 après JC) jusqu'au *Zhenjiu Jicheng* (1874). C'est là une caractéristique bien connue de la littérature médicale chinoise classique. Les données rapportées par Philippe Sionneau sur le 38E peuvent être rapportées dans le tableau I.

Tableau 1. *Tiaokou* dans les classiques médicaux et les traités d'acupuncture contemporains (d'après [1]).

	Classiques médicaux	Acupuncture contemporaine
Fonctions		Détend les tendons et active les liaisons Harmonise l'estomac et régularise le <i>qi</i>
Indications	Douleur des jambes. Douleur de la jambe sous le genou. Douleur du genou. Tuméfaction du dos du pied. Obstruction (<i>bi</i>) humidité du pied avec sensation de chaleur sous le pied. Douleur, tuméfaction, endolorissement, froid et engourdissement des pied et des genoux.	Périarthrite de l'épaule Gonalgie Sciatique Douleur de l'estomac et de l'abdomen.

De la comparaison des données classiques et modernes, je fais un double constat, à l'opposé de celui de Philippe Sionneau :

1. Les indications classiques sont conservées, elles sont simplement reformulées en une terminologie moderne (gonalgies, sciatiques) qui sous-tendent les mêmes réalités médicales. Philippe Sionneau a limité les indications actuelles aux "*applications contemporaines autour de la douleur*". Si on se réfère au traité élémentaire mais historiquement très important (1975), le "*Précis d'Acupuncture Chinoise*" de l'Académie de MTC les indications sont "*paralysies et douleurs des membres inférieurs*" [3], ce qui à mon sens inclut l'ensemble des indications classiques (en pratique *bi* aux membres inférieurs). L'idée d'une plus grande richesse de l'acupuncture classique ne me semble qu'une illusion née des modalités descriptives anciennes s'opposant à la relative concision et unité de la terminologie moderne. Au delà du vocabulaire, les données cliniques sont fondamentalement de même nature.

2. Les données modernes sont plus complètes et plus étendues : les indications du 38E sont précédées des fonctions attribuées au point ; elles sont plus larges que les indications classiques mentionnées : apparaissent

explicitement les douleurs de l'épaule et les douleurs de l'estomac et de l'abdomen. Au total, l'idée très courante d'une approche réductrice de l'acupuncture chinoise contemporaine par rapport à la richesse d'une acupuncture classique (ancienne) me paraît discutable.

Explication des indications des points

Il est une autre idée très développée, celle de la nécessité d'une acupuncture "raisonnée" où l'utilisation des points doit être sous-tendue par une explication d'ordre physiopathologique.

Philippe Sionneau développe un commentaire très clair visant à expliciter l'action du 38E. Cette approche est sans doute très utile, mais je voudrais en souligner les évidentes limites :

- L'explication essentielle est donnée par le trajet des méridiens (principal, "tendineux" ou "divergent" du *zuyangming*). Ceci est éventuellement une explication de l'utilisation de points du méridien de l'Estomac, mais pas une explication de l'utilisation du 38E parmi les 45 points du méridien.

- De la même façon, bien d'autres méridiens parcourent le genou, la jambe et le pied. Ce qui fait que dans l'ensemble des points d'acupuncture, le 38E n'est qu'un point parmi un vaste sous-ensemble ayant des relations méridiennes similaires.

Sur l'autre versant des possibilités explicatives des théories traditionnelles, celle des groupements fonctionnels des points (point *shu*, *mu*, *yuán*...), on arrive là aussi très rapidement à des limites. Jean-Louis Lafont [4] montre que sur les 365 points, 148 (40%) font partie des groupements fonctionnels classiques et qu'il n'y a pas de corrélation évidente entre points d'utilisation courante et points des groupements fonctionnels. Jean-Louis Lafont conclut : "*Cette étude montre que les classiques comme les modernes choisissent leurs principaux points non pas en fonction des données de la tradition, mais en fonction de leur usage*". Par "*données de la tradition*", il faut sans doute comprendre "données physiologiques attribuées au point par la tradition", et par "*usage*" il faut sans doute comprendre "indication".

Une acupuncture "raisonnée" est bien sûr possible,

mais :

- elle ne représente qu'une simple modalité de choix des points parmi d'autres,
- elle est limitée par la portée elle-même limitée des théories la sous-tendant.

38E et épaule douloureuse

Philippe Sionneau analyse l'action du 38E sur les douleurs de la jambe en fonction du trajet du méridien de l'Estomac, mais paradoxalement n'explique pas l'action du point sur l'épaule par la relation du *yangming* du pied avec le *yangming* de la main dont le trajet passe à l'épaule. C'est l'explication qui est couramment donnée pour expliquer l'utilisation du point dans l'épaule douloureuse [5]. Cette explication est classique mais avec les mêmes limites que pour l'explication de l'action du *tiaokou* sur les douleurs de la jambe et du pied.



D^r Johan Nguyen
27 bd d'Athènes, 13001 Marseille
☎ 04.96.17.00.30 📠 04.96.17.00.31
✉ johan.nguyen@wanadoo.fr

Références

1. Sionneau P. Commentaires sur le point *tiaokou* ES38. *Acupuncture & Moxibustion* 2005;4(1):45-7.
2. Vas J, Perea-Milla E. Les effets immédiats de la puncture du *tiaokou* ES38 dans l'épaule douloureuse et l'importance du *deqi*. *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(3):167-174.
3. The Academy of TCM. An outline of chinese acupuncture. Beijing: Foreign Languages Press, 1975.
4. Lafont JL. Commentaires sur "Les 100 points les plus utilisés" d'après le Zhen jiu da cheng et les auteurs contemporains. *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(4):235-41.
5. Pothmann R et al. Frozen shoulder : differential acupuncture therapy with point ST38. *American Journal of Acupuncture* 1980;8(1):65-69.

L'acupuncture est-elle réellement efficace dans le tabagisme de la femme enceinte ?

Jean-Marc Stéphan et Christian Prulière

Les recommandations de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) concernant le tabagisme en cas de grossesse ont été publiées ce 30 novembre 2004. Comme on pouvait s'y attendre, elles occultent l'intérêt de l'acupuncture et la placent au même niveau que l'hypnothérapie.

"Les résultats sur l'efficacité de l'acupuncture dans la population générale sont contradictoires selon les études : un effet spécifique, différent de l'effet placebo, n'est pas clairement démontré. Il n'y a pas d'études spécifiques à la femme enceinte pour l'hypnothérapie et l'acupuncture, ni d'accord professionnel pour les recommander."

Ce texte fait suite à la conférence de consensus "Grossesse et Tabac" qui a eu lieu le 7 et 8 octobre 2004 à Lille [1]. Le jury était composé de douze membres (aucun médecin acupuncteur) et placé sous la présidence du D^r Dequidt, gynécologue-obstétricien.

Il est vrai que les françaises sont nombreuses à fumer, même quand elles sont enceintes. Le lien de causalité

(association statistiquement significative, relation dose - effet, réversibilité à l'arrêt, mécanisme physiopathologique pour expliquer l'effet) entre tabagisme maternel pendant la grossesse et la survenue de troubles de la fertilité masculine et féminine, d'anomalies du déroulement de la grossesse (prématurité, retard de croissance intra-utérin, hématome rétro-placentaire, rupture prématuré de membranes) est maintenant bien établi, sans oublier les risques accrus de mort fœtale *in utero*, de grossesses extra-utérines, d'avortements spontanés. Et pourtant le nombre de françaises fumeuses a triplé en l'espace de trente ans et reste un sujet d'inquiétude pour les gynéco-obstétriciens.

A noter cependant que même si la nicotine a été suspectée d'être à l'origine de tous ces effets délétères durant la grossesse et chez le fœtus, toutes ces données ont été principalement observées chez les animaux. De ce fait, il n'existe aucune preuve convaincante à ce jour des dangers de la nicotine pure pour l'espèce humaine et des études objectivant l'absence d'effets nocifs chez l'Homme restent à faire [2].

En réalité, c'est l'ensemble des toxiques présents dans la fumée des cigarettes qui a un effet toxique lors de la grossesse. Aucune substance isolée, telle la nicotine, n'est

entièrement responsable des complications de la grossesse, mais c'est l'association des différentes substances qui agissent de façon additive ou synergique [3]. Les toxiques les plus préoccupants pour la femme enceinte sont le monoxyde de carbone (CO), les substances oxydantes (goudron, oxydes d'azote etc.), le cyanure d'hydrogène, le cadmium, le chrome, l'arsenic, le nickel, le plomb etc.. Ainsi, le monoxyde de carbone est le toxique le plus impliqué. Cela a été prouvé par une exposition accidentelle au CO qui peut provoquer la mort *in utero* ou des séquelles neurologiques irréversibles [4].

Bref, le tabagisme des femmes enceintes est devenu un problème de santé publique et a été inscrit parmi les mesures prioritaires du Plan Cancer.

Quelles sont donc les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte retenues au cours de cette conférence de consensus et inscrites dans les recommandations ?

Les approches psychologiques et/ou comportementales peuvent être recommandées en première intention aux différentes étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse ou qui vient d'accoucher, comme par exemple :

- le conseil minimal (grade B) (voir tableau I) : il doit être effectué systématiquement à la première consultation et renouvelé par les différents professionnels de santé à chaque rencontre avec la femme enceinte fumeuse ;
- l'intervention brève (grade B) ;
- l'entretien motivationnel (grade B) ;
- la thérapie comportementale et cognitive : TCC (grade B) ;
- la consultation psychologique.

Tableau I. les différents niveaux de preuve.

Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (niveau 1). Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire (niveau 2). Une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve (niveau 3 ou 4). En l'absence de précisions, les recommandations reposent sur un consensus exprimé par le jury.

Notons que ces interventions (conseil minimal, intervention brève, conseil motivationnel) ont montré une efficacité statistiquement significative sur le taux d'arrêt du tabac par rapport à l'absence d'intervention, dans la population générale et chez la femme enceinte. Mais le conseil minimal ne semble pas aussi efficace chez la femme enceinte que chez le fumeur en général. Sur 100 femmes enceintes fumant lors de leur visite prénatale, 10 arrêtaient de fumer grâce au conseil minimal, 6 ou 7 supplémentaires y arrivaient avec un suivi plus intense (par un tabacologue) [5]. De même chez la femme enceinte, la TCC n'a pas montré une efficacité supérieure à d'autres techniques d'aide ou d'accompagnement psychologique et/ou comportemental.

Bref, on s'oriente très rapidement vers le traitement substitutif nicotinique (TSN). Les auteurs recommandent de l'instaurer le plus rapidement possible au cours de la grossesse, même en association avec une approche psychologique et/ou comportementale. Par ailleurs, le TSN prescrit doit être personnalisé avec une dose de nicotine et une répartition sur le nyctémère suffisants pour obtenir et maintenir un arrêt du tabac.

Cependant, par mesure de précaution, le rapport bénéfice/risque du TSN au 3^e trimestre de la grossesse est à apprécier au cas par cas, car bien que le TSN ne soit probablement pas sans risque, ce risque est très négligeable par rapport à celui associé au tabagisme si la femme enceinte continue de fumer pendant sa grossesse. La nicotémie sous TSN est 2 à 3 fois moins élevée que la nicotémie liée au tabagisme. En tout état de cause, le TSN qui n'apporte que de la nicotine, évite la toxicité des autres composants de la fumée de cigarette, en particulier le CO.

Toutefois, remarquons que l'intérêt de l'utilisation du TSN repose sur une seule étude clinique qui a évalué l'efficacité du TSN chez la femme enceinte en comparant timbre transdermique actif et timbre transdermique placebo. Le pourcentage d'arrêt pour les femmes traitées par patch actif était de 28 % et 25 % avec le patch placebo ; et respectivement 15 % et 14 % un an après la naissance de l'enfant ! Bref, le TSN n'a pas fait la preuve d'une efficacité supérieure en terme

de pourcentage d'arrêt, mais il semblerait selon les auteurs que l'observance ait été insuffisante dans les 2 groupes étudiés. En revanche, le poids moyen des enfants nés après 37 SA était significativement plus élevé dans le groupe traité par TSN que dans celui traité par placebo. La faible efficacité du TSN sur l'arrêt du tabac pourrait être due au métabolisme plus rapide de la nicotine chez la femme enceinte. Il se peut qu'un traitement standard (15 mg sur 16 heures) ne soit pas suffisant chez les femmes fortement dépendantes au tabac [6].

Terminons avec le dernier produit sur le marché : le bupropion (Zyban®). Selon les recommandations de l'Afssaps publiées en 2003, le bupropion est déconseillé pendant la grossesse. Bien que les données recueillies sur un registre portant sur 668 grossesses et 333 suites de grossesse, mis en place en 1997 aux États-Unis par le laboratoire pharmaceutique fabricant, ne suggèrent pas que le bupropion soit tératogène, il existe un accord professionnel pour déconseiller sa prescription chez la femme enceinte. Notons aussi que Benowitz et Dempsey concluaient leur revue par une mise en garde contre l'utilisation du bupropion chez la femme enceinte [7].

En résumé, il semblerait que toutes les méthodes préconisées par ces recommandations ne montrent pas une réelle garantie d'efficacité et de sécurité. Mais il est impératif d'obtenir l'abstinence tabagique de ces femmes. Mettre les patchs permet essentiellement d'éliminer surtout les autres toxiques nettement plus préjudiciables à la santé du fœtus, en particulier le monoxyde de carbone et de ce fait, le bénéfice sera global sur la grossesse.

Et l'Acupuncture dans tout cela ?

Au cours de la conférence de consensus à Lille et comme nous avons pu le constater sur place, jamais l'acupuncture n'a été notifiée comme moyen antitabagique.

De ce fait, le Docteur Stéphan, ayant été mandaté par le Conseil d'Administration du Collège Français d'Acupuncture (CFA) et invité par le Professeur

Delcroix, a pu ainsi être le porte-parole de notre profession, qui comme nous l'avons dit plus haut, n'était pas du tout représentée au sein du Jury. Il a donc fait remarquer cet état de fait à l'assemblée et notifier que la conférence de consensus française de l'Anaes en 1998 [8] et surtout celle de l'AFSSAPS en 2003 [9] n'avaient pas intégré les travaux réalisés par les médecins acupuncteurs, ceux-ci n'ayant pas été invités par ailleurs. Ces différentes conférences se basaient essentiellement sur les résultats de la méta-analyse de Cochrane [10] qui concluaient à une inefficacité de l'acupuncture.

Or, la dernière méta-analyse réalisée par Castera et coll. [11] en avait mis en évidence les biais méthodologiques et surtout principalement la non-utilisation d'un essai clinique randomisé français de Vibes [12]. En introduisant ces nouvelles données, l'acupuncture offrait une efficacité statistiquement significative.

On fit remarquer au D^r Stéphan que cet ECR n'avait pas la qualité méthodologique requise. Mais si une conférence de consensus doit se borner à entériner les données ou recommandations anglo-saxonnes, autant en faire l'économie. Notons aussi qu'il est étonnant qu'une conférence de consensus française refuse de prendre en compte des données publiées en langue française.

On se doit de considérer qu'à partir du moment où des données nouvelles sont apportées, elles doivent être analysées et discutées.

Néanmoins, cette intervention n'aura pas été vaine, car l'acupuncture apparaît dans le texte des recommandations ! Pourtant au final, une impression désagréable, subsiste.

Il semble exister deux poids, deux mesures : aucune étude de niveau de preuve 1 pour les différentes techniques d'arrêt du tabagisme avec une efficacité somme toute bien faible et une sécurité non absolument prouvée, nonobstant cela, on va les recommander. L'acupuncture quant à elle, fournit une efficacité et une sécurité reconnues, et malgré tout, elle est ignorée !



D^r Jean-Marc Stéphan,
✉ jean-marc.stephan@acudoc2.org
D^r Christian Prulière,
✉ christian.pruliere@wanadoo.fr

Références

1. Texte des recommandations. Conférence de consensus. Grossesse et tabac. 7 et 8 octobre 2004. Lille (Grand Palais) Available from: URL: <http://www.anaes.fr/>
2. Le Houezec J. Comment prendre en charge les femmes fumeuses ? Quelles sont les différentes techniques efficaces d'aides à l'arrêt du tabac ? Proceedings of the Conférence de consensus Grossesse et Tabac, 7 et 8 octobre 2004; Lille France 2004; p.191-208.
3. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Saf* 2001;24(4):277-322.
4. Koren G, Sharav T, Pastuszak A, Garrettson LK, Hill K, Samson I, Rorem M, King A, Dolgin JE. A multicenter, prospective study of fetal outcome following accidental carbon monoxide poisoning in pregnancy. *Reprod Toxicol* 1991;5(5):397-403.
5. Coleman T. ABC of smoking cessation. Special groups of smokers. *BMJ* 2004 Mar 6;328(7439):575-7.
6. Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB, Secher NJ. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. *Obstet Gynecol* 2000;96(6):967-71.
7. Benowitz N, Dempsey D. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2004;6 Suppl 2:S189-202.
8. ANAES. Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac. Paris: Editions EDK; 1998.
9. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac – argumentaire. Mai 2003.
10. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
11. Castera Ph, Nguyen J, Gerlier JL, Robert S. L'acupuncture est-elle bénéfique dans le sevrage tabagique, son action est-elle spécifique ? Une méta-analyse. *Acupuncture et Moxibustion* 2002;1(3-4):76-85.
12. Vibes J. Essai thérapeutique sur le rôle de l'acupuncture dans la lutte contre le tabagisme. *Acupuncture* 1977;51:13-20.

A propos du point auriculaire Ganglion Stellaire

Yves Rouxville

Pour la localisation du ganglion stellaire, j'ai toujours appris, lu et enseigné qu'il est situé au mur de la conque. Le mur est une bandelette plate (ni convexe ni concave), séparant l'anthélix et la conque. Très précisément, il est en regard de la représentation de la charnière cervico-thoracique (à l'extrémité de la flèche en figure 1), sur le rayon C7-T1 (l'axe reliant le point zéro et C7-T1).

En rappel, la localisation de chaque vertèbre sur l'anthélix n'est pas ponctuelle : elle se situe dans un rectangle d'environ 2 mm de large. Le dermatome T1 n'est donc pas une ligne, mais un secteur de 3 à 4 degrés (les deux traits en figure 1).

Marco Romoli [1] a choisi de travailler sur le sectorgramme (l'oreille divisée en 40 secteurs de 9°). Cette façon géniale de regrouper environ deux dermatomes est, au plan pédagogique, la meilleure façon

de présenter les localisations sans risque d'erreur ! On notera, en figure 2, le secteur 13 (C7-T1) et le secteur 17 (Darwin).

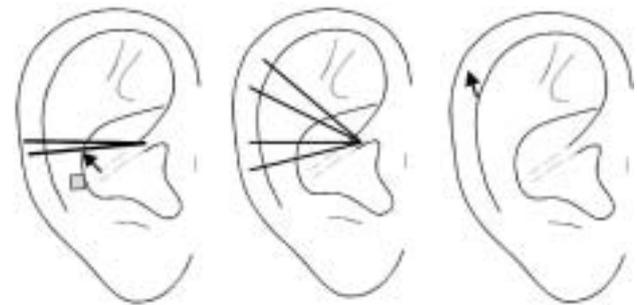


Figure 1.
Ganglion stellaire
et son dermatome.

Figure 2.
Les secteurs 13 et
17 de Romoli.

Figure 3.
Darwin
(point-maître).

Le point décrit par Michel Marignan [3] n'est pas situé à l'oreille externe : il est postérieur, au niveau du tubercule de Darwin. Or, Paul Nogier avait décrit [2] le "point maître de Darwin", avec cette indication "pour tous les troubles douloureux des membres" (figure 3).

La majorité des points agissant sur les contractures musculaires sont situés à la partie postérieure de

l'oreille. Les points maîtres sont des points très importants, et ont des fonctions multiples. Je pense que Michel Marignan a découvert le "point maître du ganglion stellaire".



D^r Yves Rouxville
59, rue de Kerjulaude, 56100 Lorient
✉ yves.rouxville@santeffi.fr

Références

1. Romoli M. Agopuntura Auricolare. Milano:Utet; 2003 (27-32).
2. Nogier P.M.F. Introduction pratique à l'auriculothérapie. Moulins-lès-Metz.Maisonneuve;1977 (74).
3. Marignan M. Cinq points auriculaires du ganglion stellaire. Acupuncture & Moxibustion 2005;4(1):64-5.

Acupuncture auriculaire, "projection" et "représentation"

En acupuncture auriculaire, le terme de "projection" a souvent été utilisé de manière inadéquate à la place de "représentation", tant par Paul Nogier que par René Bourdiol. Au temps des pionniers et de l'empirisme, a succédé celui de la médecine expérimentale et de l'évaluation. Désormais, sachons éviter les contresens, et utiliser le mot juste !

En une brève analyse sémantique, le P^r Jean Bossy précise en page 20 d'un livre de référence écrit en italien [1] "Projections et représentations.

Il faut insister sur le fait que les points ou zones auriculaires ne sont jamais des projections, mais des représentations de l'innervation d'un organe ou d'un territoire [2] [3].

On parle de projection, lorsque la stimulation d'une structure somatique ou nerveuse permet d'évoquer des potentiels nerveux tout au long de la voie nerveuse qui peut atteindre le cortex.

Deux territoires A et B plus ou moins éloignés peuvent se projeter sur la même unité neurale, pour suivre ensuite une voie nerveuse identique, et atteindre les mêmes zones thalamiques ou corticales en évoquant des potentiels nerveux dans chacune de ces structures. Mais la stimulation de A ne peut jamais évoquer de potentiels en B, ou inversement. Il est donc faux de parler de projection de A en B ; il s'agit seulement d'une représentation de A en B.

Deux organes différents, ayant la même innervation segmentaire, peuvent avoir une représentation superposée."

Jean Bossy précise à nouveau le sens des termes "projection", "image" et "représentation" dans un ouvrage [4] de définitions des termes médicaux.

Pour être crédibles, utilisons correctement le vocabulaire ! On devrait désormais dire : "Le genou et l'estomac sont représentés à l'oreille."



D^r Yves Rouxville
59, rue de Kerjulaude, 56100 Lorient
✉ yves.rouxville@santeffi.fr

Références

1. Romoli M. Agopuntura auricolare. Torino: Utet; 2003.
2. Bossy J. Bases neurobiologiques des réflexothérapies. 3ème édition Paris: Masson; 1983.
3. Bossy J, Prat-Pradal D, Taillandier J. Les microsystèmes de l'acupuncture. Paris: Masson; 1984.
4. Bossy J. La grande aventure du terme médical. Filiation et valeurs actuelles. Sauramps médical; 1999.



Evaluation de l'acupuncture

Effets de l'acupressure du point *sanyinjiao* dans les dysménorrhées primaires.

D^r Christian Rempp

Huei-Mein Chen MSc RN, Chung-Hey Chen PhD RN. *Effects of acupressure at the Sanyinjiao point on primary dysmenorrhoea.* Journal of Advanced Nursing 2004;48(4):380-387.

Résumé :

Objectif :

Cet article étudie les effets de l'acupressure du point *sanyinjiao* sur les symptômes de la dysménorrhée primaire de la jeune fille.

Plan expérimental :

Étude contrôlée randomisée avec groupe expérimental et groupe témoin.

Cadre de l'étude :

Collège de Technologie médicale Chung Hua, Tainan, Taiwan.

Patientes :

69 étudiantes d'un collège technique de Taiwan, sans antécédents gynécologiques ou dysménorrhée secondaire, dont les douleurs sont supérieures à 5 sur une échelle analogique visuelle de 0 à 10.

Méthode et interventions :

Le groupe expérimental comprend 35 étudiantes traitées par acupressure sur le point Rt6 *sanyinjiao*,

alors que 34 étudiantes du groupe témoin sont traitées par repos pendant 20 minutes à l'infirmerie de l'école sans bénéficier de l'acupressure. 50 participantes (30 pour le groupe expérimental, 20 pour le groupe témoin) ont suivi l'ensemble de l'étude pendant 4 à 6 semaines.

Principaux critères de jugement :

Les critères sont (1) l'échelle visuelle analogique pour la douleur; (2) le questionnaire Mac Gill réduit pour la douleur; (3) le questionnaire de troubles prémenstruels; (4) l'échelle visuelle analogique pour l'anxiété ; et, pour le groupe expérimental uniquement, (5) le formulaire d'autoévaluation de l'acupressure. Les données sont analysées par le test de χ^2 , le t-test pour deux échantillons, et le programme d'analyse de variances ANOVA des mesures répétitives.

Résultats :

Pendant les premières séances, l'acupressure réduit les douleurs et l'anxiété typique de la dysménorrhée. Lors des séances suivantes, l'auto traitement réduit la douleur mais pas l'anxiété. 87 % des 35 participantes du groupe expérimental ont conclu que l'acupressure était utile, et 33 d'entre elles (94 %) ont été satisfaites de ce que l'acupressure apportait comme soulagement de la douleur ou comme aide psychologique au cours des épisodes de dysménorrhée.

Conclusion :

L'étude suggère que l'acupressure du point *sanyinjiao* est un moyen efficace et peu onéreux pour réduire les douleurs et l'anxiété durant les dysménorrhées, et qu'on peut la recommander en auto traitement pour les dysménorrhées primaires.

Commentaires :

L'article souligne d'abord l'importance épidémiologique de la dysménorrhée primaire : sa prévalence est de 60-93 % chez les adolescentes ; deux études, aux USA, révèlent que 42% des patientes affectées décrivent leurs douleurs comme sévères, 33 % comme modérées, 25 % comme légères. De nombreuses études relèvent que 10 à 50 % des étudiantes en sont perturbées dans leurs activités scolaires, et que les dysménorrhées sont responsables de la perte annuelle de 600 millions d'heures de travail et coûtent annuellement 2 billions de \$US. Il faut reconnaître que cette forme de douleurs pelviennes chroniques (DPC) a été longtemps largement sous-estimée dans certaines cultures, dont la nôtre, qui par ses accents judéo-chrétiens valide la "normalité" de la souffrance féminine, surtout celle liée à l'accouchement ("tu enfanteras dans la douleur") ainsi que celle liée à l'expression de la féminité, donc aux règles.

Les mécanismes avancés dans cet article comme étant communs sont la stagnation de *qi* du Foie, avec, parfois, Feu du Foie et Chaleur du Sang, souvent accompagnée d'Humidité-Chaleur dans l'Utérus.

La méthode consistait à apprendre aux étudiantes du groupe expérimental à trouver le point *sanyinjiao*, et à le masser elles-mêmes correctement jusqu'à obtenir l'effet de *deqi*. Les durées de stimulation étaient de 20 minutes, non seulement pendant les règles douloureuses mais aussi de manière préventive, avant la période menstruelle, alors que les étudiantes du groupe témoin ne bénéficient que d'une période de 20 minutes de repos et ce uniquement lors de leurs périodes douloureuses. N'y a-t-il pas ici un biais dans l'étude ?

Il est intéressant de noter que la sensation de *deqi* est obtenue par massage. Cela devrait nous inciter à bien palper nos points lorsque nous les localisons avant puncture.

Dans cette étude, l'évaluation de la douleur montre une différence significative entre le groupe expérimental et le groupe témoin.

Mais les auteurs relèvent qu'il n'y a pas de différence significative dans les résultats du questionnaire sur les troubles prémenstruels. Ce questionnaire, dans sa forme complète, est validé sous la terminologie MDQ (Menstrual Distress Questionnaire, Moos, 1968), et porte sur 47 symptômes groupés en 8 catégories, dont 6 évaluent des perceptions négatives (douleur, perturbation de concentration, modifications de comportement, réactions autonomes, rétention hydrique, affects négatifs). La 7^e catégorie comprend l'évaluation de perturbations en plus, telles que des états d'excitation. La 8^e catégorie comprend des symptômes moins fréquents, moins spécifiques, mais devenus, pour certaines patientes, leur plainte particulière en relation avec la période menstruelle. Ici les auteurs ont simplifié et interprété ce questionnaire afin de l'adapter aux adolescentes chinoises. 16 symptômes ont été groupés en 3 catégories concernant douleur, réactions autonomes et rétention hydrique. Ce test MDQ dans sa forme réduite adaptée aux adolescentes chinoises n'a donc pas montré de modification significative. Autrement dit, l'acupressure du point Rt6 n'a modifié que le symptôme douleur, pas le reste.

Ceci est confirmé par l'évaluation de l'anxiété dont la modification n'est pas significative, sauf lors de la première session d'acupressure. Il nous semble intéressant de noter cet effet de la première séance. Car elle correspond à une acupressure pratiquée par un thérapeute, alors que les séances suivantes sont des séances d'auto-traitement. Intérêt de la nouveauté ? A la lumière de notre expérience en salle d'accouchement ou en service de prise en charge des douleurs pelviennes chroniques (DPC) [1,2] une autre hypothèse peut être émise : la pratique des tests évaluant la douleur, la qualité de vie, la dépression, l'anxiété et l'estime de soi nous permet d'envisager un lien très fort entre la régression de l'anxiété et la prise en charge. Ce qui veut dire qu'une patiente souffrant de DPC (et la dysménorrhée rentre dans ce cadre) est très sensible au fait qu'on s'occupe d'elle, qu'on entende sa plainte et qu'on la prenne en charge. Il n'est donc pas étonnant de constater une différence, sur le plan de l'anxiété,

entre la première séance, où les étudiantes sont prises en charge, et les séances suivantes où elles se prennent en charge elles-mêmes.

Cette dissociation des effets de l'acupressure, effectif sur la douleur, non effectif sur d'autres symptômes tels que l'anxiété et la rétention hydrique, incite les auteurs de l'article à proposer un mécanisme médullaire à l'action de l'acupressure. Le "gate control" tel que décrit par Melzack et Wall en 1965 semble être l'explication la plus vraisemblable aux effets antalgiques sur différents points, dont *sanyinjiao* concerné par cette étude.

Les auteurs signalent quelques limites à cette étude : d'abord celles liées à l'auto-traitement, avec l'absence de possibilité de double aveugle. Ensuite la nécessité, pour des raisons éthiques, d'avoir informé les étudiantes du but de l'étude, ce qui, par effet placebo par rapport au groupe témoin simplement traité par le repos, ne peut que favoriser les effets attendus. Les auteurs proposent donc d'ajouter parmi les critères d'étude l'enregistrement d'autres données, telles que fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle et taux d'endorphines.

Mais l'innocuité, le coût réduit et la facilité de la méthode (apprentissage de la localisation du point et de la technique de pression) font de l'acupressure au point *sanyinjiao* une technique à recommander aux adolescentes souffrant de dysménorrhées primaires. Reste à savoir si l'adolescente chinoise vit sa dysménorrhée comme l'étudiante occidentale (ou l'inverse) : nous nous souvenons de l'accueil étonné d'un exposé fait sur les douleurs pelviennes de la femme lors d'un congrès à Hanoï [3]... ; et il faut bien reconnaître que, dans le présent article, les auteurs ont utilisé une

adaptation du questionnaire MDQ aux adolescentes chinoises (Wang, 1991). Or il faut noter que l'occident tend actuellement à étudier les troubles émotionnels des règles (syndrome dysphorique) en utilisant le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fourth version 1994*-appendice : catégorie nécessitant une recherche plus approfondie) [4]. Autrement dit, d'autres critères, plutôt hyper développés que simplifiés compte tenu de la complexité du syndrome dysphorique, alors que dans cette étude les auteurs utilisent une version abrégée et adaptée. D'où un biais notable quant à l'évaluation de l'anxiété. L'universalité de la méthode resterait donc à démontrer ?



D^r Christian Rempp
2, Bd du P^r Edwards - 67000 Strasbourg
✉ christian-rempp@wanadoo.fr

Références

1. Rempp Ch, Dellenbach P. Résultats de la prise en charge de la douleur pelvienne chronique dans une structure pluridisciplinaire (Centre de la douleur pelvienne chronique). Proceedings of the 1st European Congress of Obstetrical Psychosomatic Gynaecology.- 2000 Mai 12-13; Paris.
2. Dellenbach P et al. Prise en charge de la pelvialgie. Available from URL http://www.gyneweb.fr/sources/congres/nice/99/douleurs_pelviennes.htm.
3. Rempp C. Pelvic chronic pain in women. Proceedings of the Congress WFAS.-1999 Nov 9-1; Hanoï, Viet-Nam: abstracts p. 76.
4. Demyttenaere K. Syndrome prémenstruel dysphorique. In : Sylvain Mimoun, Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique, ed. Flammarion: collection Médecine-Sciences; 1999;p. 85-88.



Evaluation de l'acupuncture

Le traitement de la douleur lors de l'accouchement décroît-il le risque de dépression post-natale ?

Annabelle Pelletier-Lambert

Hiltunen P, Raudaskoski T, Ebeling H, Moilanen I. Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83(3):257-61.

Résumé :

Objectif :

Evaluer le fait qu'un traitement adapté de la douleur lors de l'accouchement diminue le risque de Baby Blues.

Tester l'hypothèse selon laquelle les femmes ayant accouché par césarienne, surtout en urgence en cours de travail, ont un risque plus élevé de dépression post-natale que celles qui ont accouché par voie basse.

Plan expérimental :

Essai contrôlé randomisé (ECR) : voie basse sans traitement de la douleur versus voie basse ou césarienne avec traitement analgésique.

Cadre de l'étude :

Service de Pédiatrie de l'hôpital de Lahti, Service de Gynéco-obstétrique et de Psychiatrie infantile de l'hôpital Universitaire d'Oulou, Finlande, du 1er janvier 1996 au 31 mars 1997. Approbation du Comité d'Ethique de la Faculté de Médecine d'Oulou.

Patients :

185 patientes. Inclusions : accouchement par voie basse ou césarienne avant le travail (32) ou césarienne en urgence (11).

Interventions :

Randomisation en 5 groupes de parturientes volontaires dans la semaine suivant l'accouchement :

Groupe 1 (n = 23) : accouchement voie basse sans traitement de la douleur pendant le travail ;

Groupe 2 (n = 16) : accouchement voie basse, douleur traitée pendant le travail, soit par inhalation de protoxyde d'azote, soit par acupuncture avec injection sous-cutanée d'eau distillée (hydropuncture figure 1), soit par les deux ;

Groupe 3 (n = 103) : accouchement voie basse avec analgésie péridurale ou rachianalgésie (block paracervical) dont certains avec block au pudendal (n = 4), protoxyde d'azote (n = 47) ou acupuncture (n = 18) ;

Groupe 4 (n = 32) : césarienne avant le travail sous anesthésie péridurale ou rachis anesthésie ;

Groupe 5 (n = 11) : césarienne en urgence en cours de travail sous anesthésie générale.

Par ailleurs, elles ont été classées en trois catégories selon leur niveau socioprofessionnel :

- niveau d'éducation faible pour 4,3 % (sans l'équivalence BAC) ;
- niveau d'éducation moyen pour 63 % (niveau BAC ou équivalent) ;
- niveau d'éducation élevé pour 33 % (diplôme universitaire).

L'âge moyen des mères interrogées était de 29 ans, 46 % étaient des primipares, 94 % vivaient maritalement, 4,3 % vivaient seules et 1,6 % étaient divorcées.

Principaux critères de jugement :

185 patientes ont rempli le questionnaire d'évaluation de la dépression post-natale selon l'Echelle de Dépression Post-natale d'Edimbourg (EPDS) en post-partum immédiat à la maternité (entre J2 et J7), puis quatre mois plus tard

de retour à la maison. 23 mères sont sorties de l'étude pour non remplissage du second questionnaire à 4 mois.

Chaque item est coté de 0 à 3 ; le score maximum étant fixé à 30, on considère une dépression post-natale avérée si le score est supérieur ou égal à 12. Les femmes dont le score est supérieur à 9 sont probablement déprimées (donc à risques) [encadré 1].

Résultats :

Trente femmes (soit 16,2 %) ont été recensées comme dépressives en post-partum immédiat et vingt et une (13 %) après quatre mois.

Vingt femmes parmi les trente s'étaient remises grâce au suivi au quatrième mois, tandis que onze femmes non dépressives en post-partum immédiat l'étaient quatre mois plus tard.

En post-partum immédiat, il y a eu moins de mères dépressives dans le groupe acupuncture / protoxyde d'azote (1/16, soit 6,3 %)

et dans le groupe péridurale (12/103, soit 11,7 %). Si on associe les deux groupes avec traitement, la différence reste plus significative (13/119, soit 10,9 %) comparé aux femmes ayant accouché sans traitement de la douleur (8/23 soit 34,8 %). Cette différence n'existe plus à 4 mois.

En ajustant la longueur du travail, les femmes sous analgésie ont vu leurs chances d'avoir un score élevé sur l'échelle EPDS diminuer, comparé aux femmes sans analgésie ou bien sous acupuncture / protoxyde d'azote qui ont eu les mêmes résultats que sans analgésie. D'autre part, les femmes du groupe 3 (péridurale, bloc para cervical) ont passé moins de temps dans la salle d'accouchement que les femmes du groupe 2 protoxyde d'azote / acupuncture ($p = 0,033$) ou les femmes du groupe 1 sans traitement de la douleur ($p = 0,026$) et ont une durée du travail plus cour-

te que les femmes du groupe 1 ($p = 0,04$).

Les césariennes avant travail ou en urgence n'ont pas augmenté le risque de dépression post-partum à 4 mois. Leur moyenne d'âge était de 26,3 ans contre 29,6 pour les accouchements par voie basse.

Le pourcentage n'a pas changé entre primipares et multipares, ni entre celles en bonne santé ou qui ont eu une pathologie, ni en fonction du niveau d'éducation, sachant qu'il n'y avait pas de femmes non instruites dans le groupe sans analgésie.

Les mères âgées de plus de trente ans ont effectivement eu un score moins élevé que celles de trente ans ou moins (12,7 contre 33,3 %).

Conclusion :

Le traitement de la douleur pendant le travail semble être associé à l'incidence de la dépression post-natale, et ce plus particulièrement en post-partum immédiat.

Commentaires :

Dans cette étude, le score EPDS est plus élevé en post-partum immédiat chez les mères n'ayant pas reçu de traitement que chez les autres.

La longueur du travail semble influencer le besoin de traitement : le travail était plus long dans le groupe sous péridurale que dans le groupe sans traitement (durée du travail la plus courte : 406 mn et temps passé en salle le plus court : 255 mn).

Les césariennes en urgence ne sont pas dans cette étude associées à un score plus élevé, bien que les nouveaux-nés aient été traités plus souvent en soins intensifs.

Pourtant, une étude suédoise de Ryding, réalisée à un mois, montrait des symptômes de stress plus importants chez les mères césarisées en urgence par rapport aux césariennes programmées, tandis qu'aucune différence entre les deux groupes n'était constatée en post-partum immédiat.

L'accouchement par césarienne influence davantage le bien-être psychologique de la mère moins disposée à s'occuper de son bébé, et le père ne peut être présent pour l'aider durant l'accouchement.

De plus, la césarienne en urgence inattendue peut occasionner davantage de complications maternelles, et l'enfant présente plus souvent une pathologie néonatale, source de stress maternel.

Encadré 1.

Questionnaire EPDS (Version française)

NOM : PRENOM : DATE :

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les sept jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse :

- oui tout le temps
- *oui la plupart du temps*
- non pas très souvent
- non pas du tout

Cela signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ». Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

- | | |
|---|--|
| <p>1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aussi souvent que d'habitude - Pas tout à fait autant - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci - Absolument pas | <p>6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations - Oui parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude |
| <p>2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant que d'habitude - Plutôt moins que d'habitude - Vraiment moins que d'habitude - Pratiquement pas | <p>7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, la plupart du temps - Oui, parfois - Pas très souvent - Non, pas du tout |
| <p>3. Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non, pas du tout - Presque jamais - Oui, parfois - Oui, très souvent | <p>8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, la plupart du temps - Oui, très souvent - Pas très souvent - Non, pas du tout |
| <p>4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non, pas du tout - Presque jamais - Oui, parfois - Oui, très souvent | <p>9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, la plupart du temps - Oui, très souvent - Seulement de temps en temps - Non, jamais |
| <p>5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, vraiment souvent - Oui, parfois - Non, pas très souvent - Non, pas du tout | <p>10. Il m'est arrivé de penser à me faire mal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, très souvent - Parfois - Presque jamais - Jamais |

Les items 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0.
Les items 1 et 2 se cotent de 0 à 3.

Etonnamment, il n'y avait pas de femme sans éducation dans le groupe sans analgésie, ce qui indique que ces femmes a priori bien informées ont choisi de ne pas recevoir de traitement. Cependant, les femmes sans éducation restent sous-représentées dans le groupe des péridurales.

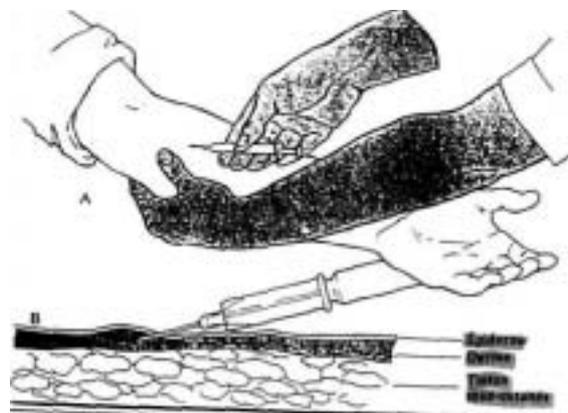


Figure 1. Hydropuncture.

Les primipares sont plus nombreuses dans le groupe péridurale / rachis anesthésie (51 %) que dans le groupe acupuncture (23,5 %) ou sans analgésie (39,1 %). En ce qui concerne l'âge des mères, il semble être un facteur plus significatif sur l'incidence de la dépression post-natale, mais en tant que facteur à risque, il n'est pas considéré comme un important facteur de prédiction de la dépression post-natale.

Dans cette étude, il y avait plus de femmes âgées de 35 ans dans le groupe des césariennes programmées, ce qui peut avoir influencé les résultats du score.

L'étude confirme également la dépression en post-partum immédiat comme un facteur à risque pour une dépression plus tardive.

Les auteurs estiment que la douleur devrait être traitée même lors d'un travail rapide pour aider la mère à surmonter l'accouchement de façon plus sereine, et prévenir les troubles émotionnels en post-partum en renforçant ainsi le lien mère-enfant.

En ce qui nous concerne, nous avons pu constater que ce n'est pas tant le traitement de la douleur, mais plutôt la façon dont celle-ci est gérée par la patiente qui détermine une prédisposition éventuelle à la dépression post-natale.

En effet, subir des interventions médicales multiples pendant le travail ou l'accouchement quel qu'en soit le mode sans être forcément concertée peut être à l'origine d'une insatisfaction souvent associée à la dépression post-natale. Le facteur critique pourrait être non pas le mode d'accouchement et la douleur, mais plutôt le vécu émotionnel que la femme a de son accouchement.

Par ailleurs, l'analgésie péridurale semblait être un traitement de choix dans cette étude par rapport à l'acupuncture. Or, les résultats du groupe acupuncture / protoxyde d'azote ne nous paraissent pas suffisamment objectifs. Le protoxyde d'azote ne peut être considéré au même plan que l'acupuncture, dans la mesure où cet analgésique peu puissant serait a priori moins efficace que l'acupuncture.

De plus, aucun protocole adéquat n'a été donné en acupuncture ; nous savons pourtant que l'acupuncture pendant le travail réduit le recours aux antalgiques en montrant un niveau de satisfaction des patientes élevé [1].

Enfin, l'acupuncture peut parfaitement s'ajouter aux thérapeutiques habituelles pour une naissance plus harmonieuse (sachant que nous pouvons également agir sur l'anxiété par exemple), ce qui n'a pas été envisagé dans cette étude.

Autrement dit, un traitement de la douleur bien conduit en acupuncture pourrait limiter l'emploi d'analgésiques ou bien compléter leur action pour permettre un meilleur vécu de l'accouchement.

Dans tous les cas, encourager la femme à préparer l'accouchement et l'aider à gérer la douleur en lui proposant un traitement individuel adapté semble essentiel dans la prévention de la dépression post-natale.



M^{me} Annabelle Pelletier-Lambert
Sage-femme
Les Myrtes Bât A – 15, avenue Roger Salengro
83130 La Garde
✉ annabelle.lambert@wanadoo.fr

Références

1. Rempp C. L'Acupuncture réduit la consommation d'analgésiques durant l'accouchement. *Acupuncture et Moxibustion* 2004;3(4):292.



Evaluation de l'acupuncture

L'acupuncture auriculaire avec des aiguilles semi-permanentes soulage la douleur chez les patients cancéreux.

Johan Nguyen

Alimi D, Rubino C, Pichard-Leandri E, Fermand-Bru. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. *J Clin Oncol* 2003;21(22):4120-6.

Résumé :

Objectif :

Évaluer l'efficacité de l'acupuncture auriculaire comme traitement adjuvant au traitement antalgique médicamenteux sur la douleur chez les patients cancéreux.

Plan expérimental :

Essai comparé randomisé (ECR) comparant l'acupuncture auriculaire à une acupuncture auriculaire factice.

Cadre de l'étude :

Consultation anti-douleur de l'Institut Gustave Roussy (Villejuif, France).

Patients :

90 patients. *Critères d'inclusion* : douleur neuropathique après un cancer traité ; patient avec un traitement antalgique adapté depuis au moins un mois ; douleur évaluée sous traitement médicamenteux à 30 mm ou plus sur une échelle visuelle analogique (EVA) graduée de 0 à 100 mm.

Interventions :

Randomisation (système informatique) en trois groupes :

1- *Groupe acupuncture auriculaire* (n = 29) : mise en place d'aiguilles semi-permanentes (ASP) au niveau des points auriculaires avec réponse électrodermique (voir détails du protocole dans "Questions à David Alimi").

2- *Groupe acupuncture auriculaire factice 1* : mise en place d'aiguilles semi-permanentes (ASP) au niveau des points sans correspondance avec la zone douloureuse et sans réponse électrodermique.

3- *Groupe acupuncture auriculaire factice 2* : mise en place de billes auriculaires au niveau de points sans correspondance avec la zone douloureuse et sans réponse électrodermique.

Dans les trois groupes : deux séances sont réalisées : à J0 et J +30.

Principaux critères de jugement :

Critère principal : douleur évaluée sur EVA à J +60.

Critères secondaires : douleur évaluée sur EVA à J +30.

Résultats :

Critère principal : réduction de 36 % de la douleur dans le groupe acupuncture auriculaire et de 2 % dans les groupes acupuncture auriculaire factice, différence significative ($p < 0.001$). Pas de différence entre les deux groupes contrôles d'acupuncture factice. *Critères secondaires* : réduction significative de la douleur dans le groupe acupuncture auriculaire. Pas de différence entre les deux groupes contrôles d'acupuncture factice.

Conclusion :

L'acupuncture auriculaire est bénéfique chez les patients cancéreux avec douleurs neuropathiques.

Commentaires :

L'essai réalisé par David Alimi présente un double intérêt : par la pathologie traitée (la douleur cancéreuse) et par la technique utilisée (les aiguilles auriculaires semi-permanentes). Il y a déjà 20 ans (!), un autre ECR avait été réalisé dans le même Institut de Villejuif sur la douleur post-opératoire [1].

Dans ce contexte de la douleur chez le patient cancéreux, six ECR évaluant l'acupuncture ont été publiés antérieurement à celui de David Alimi : l'acupuncture auriculaire a été utilisée dans deux essais [2, 3] et l'acupuncture corporelle dans quatre [4-7]. 50 % des patients traités dans l'étude de David Alimi sont porteurs d'un cancer du sein. Une étude allemande avait montré dans ce domaine l'efficacité de l'acupuncture sur la douleur et la mobilité du bras après chirurgie avec lymphadénectomie [6].

La technique utilisée à Gustave Roussy est la mise en place de 6 ASP en moyenne, en deux séances à un mois d'intervalle et sans stimulation récurrente associée. Si on compare cette technique avec les techniques rapportées dans l'ensemble des essais (tableau I), on constate une grande différence en termes d'intensité de stimulation. Même en laissant de côté les études réalisées en post-opératoire et impliquant une douleur d'une autre nature, les protocoles utilisent des séances quotidiennes voire pluriquotidiennes en fonction de l'intensité de la douleur. Dans les essais chinois, la recherche du *deqi* est systématique, et Xiao Jianhua montre que l'électro-acupuncture au niveau des points *shu* du dos est supérieure à la simple poncture [4] sur la douleur des cancers digestifs. Cette donnée est quasi -constante en acupuncture expérimentale. Il sera intéressant de comparer l'efficacité des ASP auriculaires versus traitement classique par acupuncture. Cela dit, l'essai de David Alimi est positif et de bonne qualité méthodologique. Les ASP se révèlent supérieures à l'acupuncture auriculaire placebo. Cela suggère donc qu'à côté du paramètre "intensité de stimulation" existe un paramètre "durée de stimulation" optimisé par les aiguilles semi-permanentes. D'un autre côté, il est vrai que le contexte clinique de l'essai rapporté est particulier : patients avec une douleur sta-

bilisée et avec un traitement médicamenteux adapté depuis au moins un mois. Ce contexte apparaît très différent de celui des autres essais.

Sur le plan technique, David Alimi utilise les points auriculaires avec une réponse électrodermique. Ce qui veut dire que le traitement est individualisé pour chaque patient et confirme, si besoin était qu'un traitement standardisé n'est en rien obligatoire dans un essai contrôlé randomisé [8]. David Alimi montre une relation entre l'intensité de la douleur (échelle visuelle analogique) et la différence de potentiel électrique observée au niveau des points auriculaires (figure 1). Il

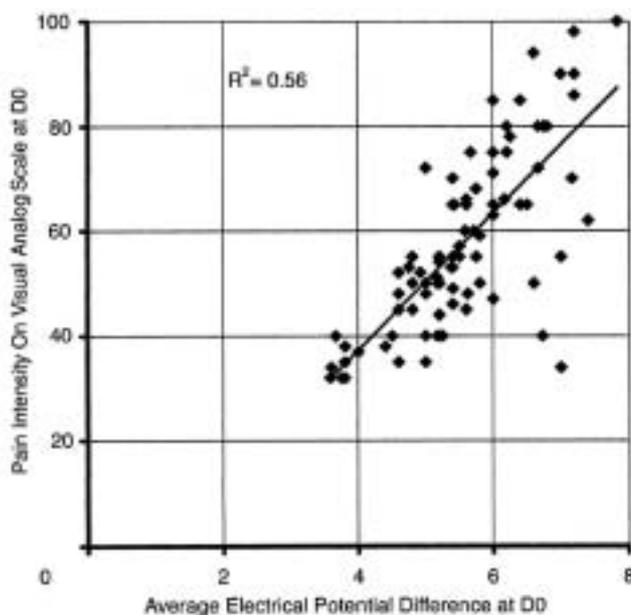


Figure 1. Relation entre l'intensité de la douleur et la différence de potentiel mesurée au niveau des points auriculaires avec réponse électrodermique.

confirme les données de l'expérimentation animale où la baisse de résistivité est fonction de l'intensité du stimulus appliqué [9]. Dans des études cliniques humaines la valeur de la résistivité dépend de l'affection causale [10], et dans les céphalées, le niveau de la conductibilité est en relation avec l'intensité de la céphalée [11].



Dr Johan Nguyen
27 bd d'Athènes, 13001 Marseille
☎ 04.96.17.00.30 📠 04.96.17.00.31
✉ johan.nguyen@wanadoo.fr

Tableau I. Contexte clinique et protocole des essais contrôlés randomisés évaluant l'acupuncture sur la douleur chez les patients cancéreux.

Auteurs	Contexte clinique	Points	Protocole
Poulain P et al. 1985 [1]	Analgésie per- et post-opératoire (n=250)	Non précisés	Per-opératoire et 5 jours post-opératoires
Xiao Jianhua et al 1994 [4]	Douleurs cancéreuse (foie, œsophage, estomac, pancréas colon, sein) non soulagées par intramusculaires de morphiniques. (n=50)	Points <i>shu</i> du dos en fonction de la localisation cancéreuse et de la réaction douloureuse à la palpation	- Aiguille de 1,5 cun - <i>deqi</i> - Electroacupuncture (G6805) - Une à deux séances / jour - 10 séances.
Li Qi-Song et al 1994 [2]	Douleurs post-opératoires après chirurgie pour cancer du foie. (n=16)	Acupuncture auriculaire : Cœur, Poumon, <i>shenmen</i>	3 séances par jour sur 5 jours post-opératoires
Dang Wen. 1997 [5]	Douleur du cancer de l'estomac (n=48).	Points principaux : 36E, 6Rt, 34E, 6MC, 11GI, 4GI, <i>ashi</i> Points secondaires : 2MC, 19E, 12Rt, 10Rt	- Associer 4 à 5 points principaux à 2-4 points secondaires en fonction des symptômes. - Puncture unilatérale alternée droite-gauche à chaque séance. - Séances de 20 minutes. - Demander au patient de se concentrer sur la zone douloureuse. - En fonction de l'intensité de la douleur : une à trois séances par jour.
Zeng Qiang et al 1998 [3]	Cas de cancer (n=60)	Acupuncture auriculaire : <i>shenmen</i> , Surrénales, endocrine, sympathique, Rate, Rein et points correspondant à la localisation tumorale	- Séances de 30 minutes. - Nombre et rythme non précisés.
He JP et al. 1999 [6]	Chirurgie du cancer du sein avec lymphadénectomie axillaire en post-opératoire	Points principaux : 34VB, 6TR, 3MC, 14E, 4GI 2P, 3P, 10GI, 15GI, 16GI, 7C, 6VC, 17VC	- Une séance tous les deux jours à partir du 3 ^e jour post-opératoire. - 4 séances - <i>Deqi</i> <i>Xie</i> methode tiger head shaking sur les points principaux
Jin Zhe-Xiu. 2003 [7]	Cancer du colon (n=27)	2GI (<i>erjian</i>), 5GI (<i>yangxi</i>)	Acupuncture suivie de moxibustion.
Alimi D et al. 2003	Cancers dont 50% de cancer du sein	Points auriculaires avec réponse électrodermique	- Aiguilles semi-permanentes (en moyenne 6) - Deux séances à J0 et J+30.

Références

- Poulain P et al. Essai randomisé d'analgésie électro-acupuncturale contre analgésie classique per et post opératoires chez le patient cancéreux. *Bull Cancer* 1985;72:342.
- Li Qi-Song et al. Combined traditional chinese medicine and western medicine. Relieving effects of chinese herbs, ear-acupuncture and epidural morphine on postoperative pain in liver cancer. *Chinese Medical Journal* 1994;107(4):289-94.
- Zeng Qiang et al. Effect of auriculoacupuncture on life quality of patients with malignant tumors. Abstract. *Acupuncture and Electrotherapeutics Research* 1998;23(3-4):292.
- Xiao Jianhua et al. Observation of 50 cases of cancer pain relieved by acupuncture (abstract). *Acupuncture Research* 1994;3-4:139-40.
- Dang Wen. Pain of gastric carcinoma treated by acupuncture. *International Journal of Acupuncture* 1997;8(3):241-48.
- He JP et al. Pain-relief and movement improvement by acupuncture after ablation and axillary lymphadenectomy in patients with mammary cancer. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1999;26(2):81-4.
- Jin Zhe-Xiu. [Clinical analysis of two-phase acupuncture-moxibustion therapy for large intestine cancer in 27 cases]. *Shanghai Journal of TCM* 2003;37(5):48.
- Nguyen J. Evaluation et essais contrôlés randomisés en acupuncture : un traitement standardisé n'est pas obligatoire. *Acupuncture & Moxibustion* 2005;4(1):54.
- Kvirchishvili VI. [Projection des différentes zones somatiques au niveau de l'oreille de l'homme et de l'animal]. *American Journal of Acupuncture* 1974;2(3):208.
- Tong Yujie. [Recherche sur la valeur clinique du diagnostic par oscilloscope au point auriculaire]. *Advances in Acupuncture and Acupuncture Anaesthesia*, Beijing 1980; 101.
- Kuang Peigen et al. [Recherches préliminaires sur les relations entre céphalées et conductibilité électrique des points d'acupuncture de l'oreille]. *Advances in Acupuncture and Acupuncture Anaesthesia*, Beijing 1980;292.

L'acupuncture auriculaire avec des aiguilles semi-permanentes soulage la douleur chez les patients cancéreux.

Question à David Alimi



Dr David Alimi,
8 rue Budapest, 94140 Alfortville,
☎ 01.43.75.01.33, ✉ alimi@club-internet.fr

A&M : Pouvez-vous nous décrire plus précisément la technique du choix des points utilisés dans votre étude ? (Alimi D, Rubino C, Pichard-Leandri E, Ferman-Bru. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial. *J Clin Oncol* 2003;21(22):4120-6).

David Alimi : Aujourd'hui, les techniques modernes de neuroimagerie (potentiels évoqués, Pet Scan, IRMf) ont permis de démontrer que les points d'acupuncture de l'oreille obéissent aux lois de la neurophysiologie connues actuellement. Ainsi les points de l'oreille se comportent comme des récepteurs où viennent se représenter les différentes somatotopies, à l'identique de celles qui sont projetées au cerveau, au niveau des aires réticulées, du noyau du faisceau solitaire, des noyaux trigéminaux, du thalamus et du cortex (aires SI, SII et motrices). Ces points ont un potentiel électrodermal identique (avec une toute petite dégradation, due à la petite dissipation électronique qui s'opère tout au long des voies de conduction centripètes et centrifuges et au traitement séquencé des informations tout au long du névraxe), à celui généré dans le (ou les) organe(s), viscère(s) ou système(s) qui lui correspond(ent). Ainsi les auricules d'un sujet qui serait idéalement en bonne santé (c'est-à-dire en équilibre homéostatique optimum, dans chaque unité de temps et de lieu) n'auraient aucun potentiel pathologique affiché, hormis quatre points, qui s'affichent très rapidement après la naissance. Lorsqu'une pathologie existe, immédiatement et proportionnellement, son affichage synchrone se fait à l'oreille, générant alors des

potentiels électrodermaux témoins de la pathologie. Ces derniers suivent exactement et très fidèlement l'histoire de la clinique et de l'anatomo-physio-pathologie correspondante. La technique du choix des points utilisés dans cette étude (première au monde de ce type), découle directement de ce qui précède. C'est-à-dire que, une fois fait le diagnostic clinique et neuro-physiopathologique des douleurs dont souffraient les patients (douleurs nociceptives, neuropathiques, mixtes, territoire(s) neuro-anatomique(s), modalités d'expression et d'évolution, etc.), nous avons mesuré les potentiels électrodermaux des points correspondants aux auricules (qui étaient alors effectivement affichés). Nous avons « traité » ces points et suivi leur évolution au cours des séances suivantes (à J28 et J 56).

A&M : Pouvez-vous nous décrire un cas typique : douleurs présentes, zones explorées et points détectés ?

David Alimi : La plupart des patients inclus dans notre étude avaient des douleurs post-thérapeutiques (après chirurgie et/ou radiothérapie et/ou chimiothérapie anticancéreuses) résistantes à une pharmacothérapie adaptée et bien conduite selon les règles en vigueur y compris aux morphiniques (niveau 3 OMS). Il faut dire que ces traitements anticancéreux, certes, sauvent et même guérissent de plus en plus de patients, mais ils délabrent, désynchronisent et modifient tellement de tissus que les douleurs conséquentes sont véritablement terribles. Elles peuvent conduire, dans certains cas, à une véritable misère physiologique (physique et mentale). Les douleurs traitées étaient la conséquence des traitements de tous types de cancers et de toutes modalités.

Je vais prendre l'exemple d'un cancer du sein droit, traité par chirurgie d'exérèse, curage axillaire, chimiothérapie seconde puis radiothérapie complémentaire. Malgré la perfection à laquelle sont arrivés ces traitements (techniques chirurgicales ultra sélectives, chimiothérapies dirigées, radiothérapies conformationnelles et asservies à la respiration, etc...) ils laissent des séquelles douloureuses très importantes. Pour ce cas d'un cancer mammaire, le territoire souffrant appartient, dans 70 % des cas, au plexus brachial et notamment à sa racine D1 (surtout en cas de curage axillaire) et au métamère du sein opéré (D4). Les 30 % restants se répartissent en douleurs thoraciques de tous niveaux, en douleurs à distance par neuropathies toxiques ou lésionnelles. La nature des douleurs est le plus souvent mixte. L'intensité évaluée sur l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) varie entre 30, 35 mm à 70 ou 100 mm, dans les cas les plus sévères. Un fait est quasi constant : les douleurs persistent, même si elles peuvent s'atténuer un peu avec le temps, tant qu'elles n'ont pas été traitées, quel que soit le traitement, ce qui n'est pas toujours le cas des douleurs (même identiques) d'autres natures.

Ces douleurs post cancer mammaires sont souvent à type de brûlure, de torsion, d'enfoncement, de déchirure. Elles peuvent être ressenties soit superficiellement, soit en profondeur ou les deux, et ont les attributs cliniques de leur nature (soit neuropathiques, soit nociceptives, soit mixtes). Elles altèrent beaucoup le psychisme des patients et s'associent souvent à un syndrome dépressif ou dépressif. Elles altèrent aussi beaucoup la qualité de vie.

Voilà pour la clinique. A l'oreille les zones détectées correspondent **toujours** aux points pressentis par le raisonnement neurophysiopathologique de la maladie douloureuse et sont, dans plus de 90 à 93 % des cas, affichés selon la somatotopie de l'aire SI. Nous l'avons constamment vérifié (figure 1).

Ces points ont un potentiel électrodermal proportionnel à l'intensité des douleurs, qui suit fidèlement l'évolution clinique : se réduisant en cas d'amélioration, augmentant en cas d'aggravation et s'effaçant en cas de disparition des douleurs.

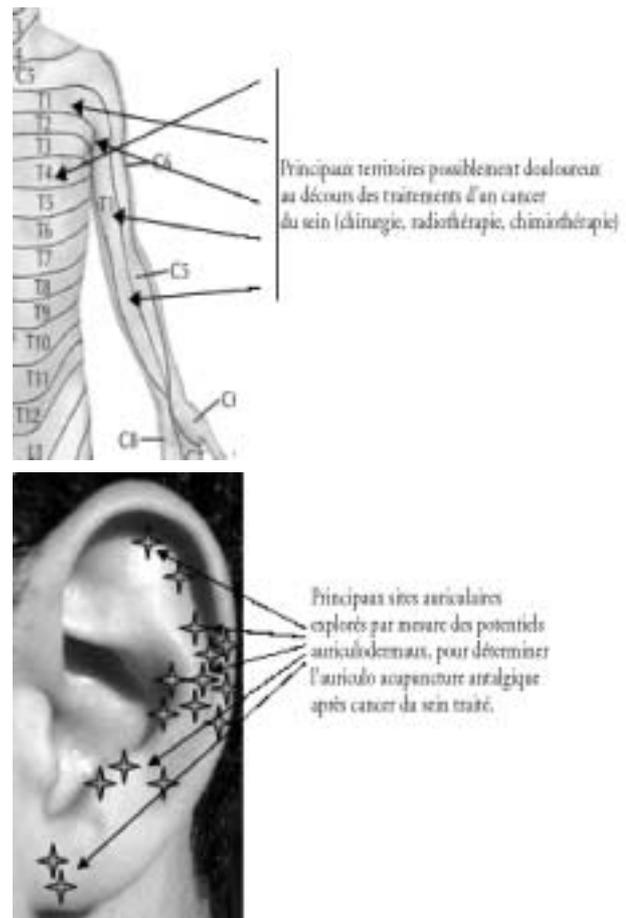


Figure 1. Territoires douloureux et sites explorés.

A&M : Vous utilisez le Pointo Select DT+ : a-t-il des avantages particuliers ? Vous quantifiez la différence de potentiel électrique : comment s'effectue cette quantification avec le Pointo ?

David Alimi : Non pas vraiment. Il s'agit d'un détecteur de points d'acupuncture, qu'ils soient corporels ou auriculaires, qui utilise la détection différentielle (pour éliminer tout artefact) avec signal visuel et sonore, comme tout bon détecteur. Un point intéressant, est qu'il possède une échelle visuelle lumineuse qui permet de quantifier les mesures effectuées. Elles peuvent être exprimées soit en résistivités, soit en potentiels correspondants (donnés par le fabricant).

A&M : Vous décrivez une moyenne de 6 points avec réponse électrique, mais sur quelle superficie explorée ? Quelle est la durée moyenne de cette recherche ?

David Alimi : Les 6 points mentionnés dans l'étude sont une moyenne (à plus ou moins 1 point) trouvés selon le protocole décrit précédemment. Ils correspondent à la neurophysiopathologie des affections douloureuses étudiées, et toujours dans la configuration de la somatotopie SI de l'Homonculus de Penfield.

En effet, ne s'affichent à l'oreille que les représentations des processus pathologiques quels qu'ils soient. Ces 6 points correspondent, pour garder l'exemple des douleurs de cancer du sein traité (figure 2) :

- au point d'organe souffrant (le sein le plus souvent) ;
- au radiculomère sensitif du territoire correspondant (racine D1 ou D4 ou les deux) ;
- au ganglion (ganglion sympathique desservant le territoire souffrant) correspondant (la plupart du temps, le ganglion stellaire) ;
- aux filtres de la douleur activés par le(s) processus pathologique(s) : ici la réticulée pontique et le thalamus ;
- et enfin au point représentant à l'oreille la souffrance limbique engendrée par cette terrible pathologie, ici la plupart du temps, le rhinencéphale car il est "la tête de pont" du système limbique.



Figure 2. Un des traitements pour des douleurs d'un cancer du sein.

La surface explorée est tout l'auricule : face externe (où existent les représentations sensibles et sensorielles) et face interne (où existent les représentations motrices et excrétoires (qui sont des processus moteurs intracellulaires).

Il faut, en moyenne, 5 à 7 minutes pour interroger le revêtement auriculaire ; mais avec un peu d'habitude, on peut réduire ce temps à 3 à 5 minutes. Avec des

yeux entraînés, on peut descendre encore plus bas, du fait qu'à l'oreille les points affichés marquent physiquement les auricules sous la forme de ce que l'on nomme des LCP (Lésions Cutanées Ponctiformes). Ces dernières se présentent sous la forme d'une petite coloration, d'une petite papule, d'une petite macule, d'une petite vasodilatation locale en "tête de méduse", d'une petite désorganisation du tissu épidermique auriculaire, etc... (figure 3).

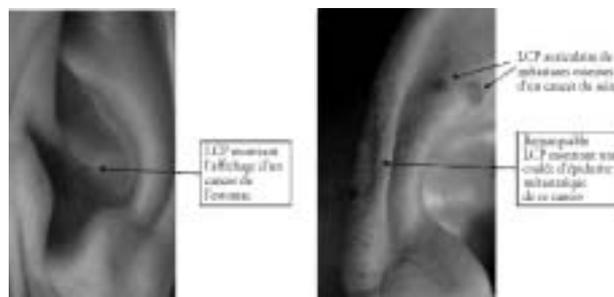


Figure 3. Exemples de LCP auriculaires.

A&M : Vous utilisez des aiguilles semi-permanentes, s'agit-il de votre technique principale, ou cela a-t-il été imposé par les impératifs de l'étude ?

David Alimi : Oui les aiguilles utilisées ont été des ASP (Aiguilles Semi-Permanentes). Il ne s'agit pas de "ma" technique principale, mais de "la" technique principale utilisée en acupuncture auriculaire. Je m'explique : les processus pathologiques sont gérés par des ajustements neurophysiologiques permanents à plusieurs niveaux, plusieurs modalités et plusieurs temps. Ces "grandes manœuvres" permanentes sont médiées dans la plupart des cas par des processus neurologiques polysynaptiques et polyhoméostasiques. Ce qui fait que leurs correspondances à l'oreille suivent fidèlement les modalités, aussi bien lors de l'"incrustage" des points, que lors des processus de réparation induits et aidés par leurs ponctures. Ce qui fait qu'en acupuncture auriculaire l'on traite dans plus de 70 % des cas à l'aide d'ASP, ce qui permet de rester compliant avec les processus neurobiologiques.

A&M : Après la mise en place, une stimulation particulière est-elle réalisée par le patient ?

David Alimi : Non aucune, cela n'est pas nécessaire. Nos Maîtres le pensaient auparavant, en fonction des

connaissances de l'époque (années 80), mais les acquis modernes de neurophysiologie sont venus infirmer cette notion. Cela a trait au mode d'action de l'acupuncture auriculaire que je ne peux développer ici.

A&M : Il apparaît que les aiguilles tombent en moyenne après 12 jours (entre deux et 30 jours), ne serait-il pas plus adapté de refaire une séance tous les 15 jours plutôt que 30 ?

David Alimi : Non, car nous savons que la médiane de chute des aiguilles se situe entre 7 et 28 jours. Pendant tout ce temps, même si un certain nombre d'aiguilles sont déjà tombées, et qu'il n'en reste, ne serait-ce qu'une, le processus thérapeutique neuroréflexe se poursuit. Si l'on intervient de façon prématurée, on risque d'interférer avec les mécanismes de réparation ou d'atténuation, et par conséquent de le faire de façon intempestive. Tant qu'une aiguille n'a pas fini son travail thérapeutique, elle ne tombe pas (sauf si bien sûr, on l'arrache) ; cette ultime aiguille "porte" encore, jusqu'à sa chute, la trace du "programme" thérapeutique associé, induit lors de la pose de toutes les aiguilles (s'il en faut plusieurs - il arrive qu'une seule et unique aiguille suffise selon la pathologie).

A&M : Comme contrôle vous utilisez deux groupes : aiguilles semi-permanentes ou graines en des points "placebo" : pouvez-vous nous préciser l'objectif recherché ? Quelle conclusion tirez-vous des résultats en ce qui concerne les contrôles ?

David Alimi : Notre but était de démontrer qu'il n'y avait pas d'"effets de pénétration de la peau" et pas d'"effets de pression de la peau" si le site considéré était un site "blanc", c'est à dire sans aucun potentiel électrodermal et n'ayant aucun rapport avec la pathologie concernée. En effet, un certain nombre de confrères nous avaient dit qu'ils pensaient que le seul fait de piquer la peau en un point quelconque, ou de la presser, pouvait induire un mécanisme thérapeutique de type placebo. Cela était très important pour nous et pour le monde de l'acupuncture en général de pouvoir leur démontrer le contraire. Nous avons donc réalisé notre étude en aveugle contre double placebo : la

piqûre placebo et en quelque sorte le placebo du placebo, en plaçant de façon pressurisée (maintenues par un petit sparadrap médical) des graines auriculaires (utilisées aussi en acupuncture), également en des points à potentiels nuls et sans aucun rapport avec la pathologie. L'analyse statistique fine réalisée par une équipe de bio-statisticiens de l'INSERM (Unité 521) a montré de façon formelle ($p < 0.0001$) qu'il n'y avait aucun effet de pénétration de la peau ni aucun effet de pression de la peau, si le point traité n'est pas un "vrai" point d'acupuncture. Ce qui est une victoire pour le monde de l'Acupuncture. Seuls les points "verum" sont actifs. Nous venons d'ailleurs de démontrer à nouveau ce point crucial dans une nouvelle étude (avec des physiciens thermiciens), en thermographie infrarouge, à l'aide de matériels de dernière génération (sans dérive, sans interférence, à capture passive, avec double bolomètre bidirectionnel). Cette étude va paraître incesamment en février prochain. Elle apportera des éléments décisifs, premiers au monde aussi, quant à la véracité, la précision et la réalité des points d'acupuncture, qu'ils soient corporels ou auriculaires.

A&M : Traitez-vous une oreille ou les deux ? Quelle importance accordez-vous la latéralité de la douleur et la latéralité du sujet ?

Le caractère aigu ou chronique de la douleur a-t-il une importance dans ce domaine ?

David Alimi : Dans environ 98 % des cas l'affichage se fait sur le pavillon homolatéral à la pathologie. Dans 1% des cas l'affichage se fait de façon bilatérale, et dans les 1% des cas restants, il se fait de façon contralatérale. C'est ce que nous avons pu constater dans notre étude en IRM fonctionnelle, qui a validé l'homologie des somatotopies cérébrales et auriculaires, étude reproduite depuis, par d'autres équipes. Ces données sont conformes à la neurobiologie et à la neuroembryogénèse (gènes HOX et gènes SHH).

Par conséquent, d'une manière générale en stratégie auriculoponcturale, il faut traiter, après vérification des potentiels auriculodermaux, le pavillon du côté de la pathologie, c'est-à-dire à droite pour une pathologie sié-

geant du côté de l'hémicorps droit, et à gauche pour l'inverse. Sinon, c'est qu'on se trouve dans la ou les configurations des affichages bilatéraux ou controlatéraux, et alors il faut bien entendu en tenir compte (les potentiels auriculodermiques recueillis sont alors tout à fait conformes à cette spatialité). Nous connaissons d'ailleurs les explications de ces "anomalies" qui sont de nature neuromorphogénétiques. Ce sont ces règles que nous avons appliquées dans notre étude hospitalière.

Ceci pour la latéralité des symptômes, quant à la latéralité du sujet, elle intervient dans un certain nombre de pathologies, surtout celles engageant le système limbique. Mais pas ici, où il s'agissait de douleurs en rapport avec des délabrements tumoraux ou chirurgicaux ou radiothérapeutiques, qui affectaient donc des territoires neuroanatomiques bien précis et bien latéralisés. Cependant il nous est arrivé d'en tenir compte chaque fois que la pathologie douloureuse injectait trop de composante limbique dans le corps de la douleur.

Le caractère aigu ou chronique a effectivement une importance. C'est lui qui conditionne la stratégie fine de la thérapeutique décidée et même le niveau de réglage des filtres de la douleur, sollicités par la technique auriculoponcturale. Donc notion très importante sur laquelle nous sommes très vigilants, et dans notre pratique et dans notre enseignement.

A&M : Votre étude est faite chez des patients douloureux en utilisant une méthode de choix des points basés sur leurs propriétés électrodermiques. Cette même méthode peut-elle être utilisée dans des pathologies non douloureuses ? Dans ces pathologies non douloureuses, d'autres méthodes de détection (comme le VAS) seraient-elles plus appropriées ?

David Alimi : Oui bien sûr, cette méthode peut être utilisée pour tous types de pathologies. Le processus d'affichage décrit est général et constant, ce sont toujours les mêmes lois de la neurophysiologie qui président à la fonction d'"écrans tactiles" que sont les pavillons auriculaires. De nombreux travaux de recherche l'ont maintes fois montré.

Concernant le "VAS" il me faut d'abord vous dire comment on peut le définir en neurophysiologie.

Le "VAS" ou Vascular Autonomic Signal est un acronyme anglais qui nomme une variation très fine et très précise du pouls (partout où se perçoit un pouls). Le terme de RAC (ou Réponse Autonome Circulatoire) ou CAR (en anglais) me paraît plus approprié. Je la définirai comme la réponse de l'organisme à toute tentative de modification de son statut d'équilibre physiologique, automatisé et géré par le système limbique (SL) (qui le transduit dans le SNA), dans une unité de temps et de lieu, pour un individu donné, via l'intégration de tout son passé conscient et inconscient. La nature de cette réponse qui est polymodale (ici c'est la composante cardiovasculaire), perçue au travers de modifications particulières des pouls, dépend de la qualité et de la rapidité de la reconnaissance et de l'identification des stimuli concernés. Cette détection passe par les filtres spécialisés que sont les organes des sens (ici ce sera essentiellement la peau, via ses récepteurs électromagnétiques). Ces derniers injectent les messages recueillis dans le SL, qui les analysent, les comparent aux arrivées antérieures. Si le message est déjà connu, le SL ne fait qu'informer le SNA ; si le message n'est pas connu, le SL intime l'ordre au SNA de mettre l'organisme en situation de réponse au stress. Cette réponse du SNA (génétiquement déterminée) ici appréciée par la réponse sphymgique) sera calibrée en forme, intensité et durée.

Pour revenir à votre question, le VAS est sans doute un outil de détection des blocages pathologiques somatotopiques, dans des configurations que j'ai appelé "labiles", par opposition aux somatotopies "résidentes", qui sont, à l'oreille comme au cerveau, neurogénéti- quement déterminées. Cela permet dans un certain nombre de cas de repérer les points non attendus, à traiter à l'oreille, témoins d'une certaine "séquestration" pathologique, dirons-nous.

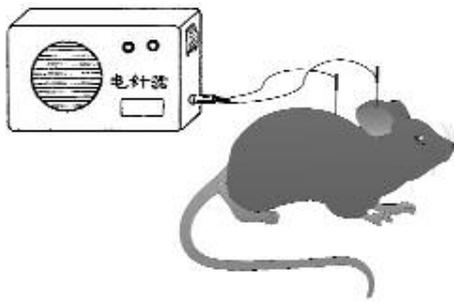
Mais la difficulté et la subjectivité de la prise du RAC, l'insuffisance d'études scientifiques de validation et d'évaluation (un certain nombre de nos amis cliniciens et chercheurs dont les Docteurs Michel Marignan, Chantal Vuillez, Yves Rouxville, John Akerman et d'autres, travaillent activement à cette tâche), limitent

quelque peu sa portée et son utilisation. Le bruit de fond important environnemental, les nombreuses interférences du malade et du médecin, l'impact des différentes thérapies chimiques, les pathologies du système cardiovasculaire, du SNA et du SL (vasculaires ou neurodégénératives) sont autant de facteurs restrictifs et de biais d'erreurs. J'ajouterai que l'acupuncture auriculaire pratiquée selon les canons de la neurophysiologie, permet de s'affranchir dans plus de 85% des cas du VAS. Dans les 15 % des cas restants certaines techniques auriculo-puncturales (que nous appelons "secondes") permettent de déséquestre les somatotopies piégées dans les fileries neuroanatomiques.

A&M : Pour conclure : comment avez-vous été amené à vous intéresser à l'acupuncture auriculaire ? Quel a été votre parcours ?

David Alimi : Nous avons tous une "histoire personnelle", la mienne n'est pas plus remarquable que celle de chacun d'entre nous. Dans les années 1977 ou 78, mes parents avaient eu un problème médical que l'on n'arrivait pas à résoudre. J'avais entendu parler du D^r Paul Nogier à Lyon qui soignait ses patients "en les piquant à l'oreille". Je les y ai donc conduits et effectivement il avait réussi à les soulager et même les guérir définitivement. Très impressionné, cela heurta mon esprit cartésien. Je m'inscrivis à ses cours (Le Docteur P. Nogier fut donc mon premier Maître), et pendant quelques mois, je pu prendre la mesure du "merveilleux" de l'"Auriculothérapie"... J'avais alors commencé à l'appliquer (de façon très "débutante, basique" et néanmoins avec succès) à mes propres patients.

Cependant il me manquait les explications cohérentes, rationnelles de cette pratique acupuncturale et cela me gênait. En 1979, aux "Entretiens de Bichat", à la Pitié-Salpêtrière ("ma" Fac), j'ai fait la rencontre qui allait changer le cours de ma pratique et même je peux dire, de ma vie. Un certain D^r René Kovacs donnait une conférence sur "La Tradition d'hier, la Médecine d'aujourd'hui, la Science de demain". Ce fut pour moi une véritable révélation : il apportait dans un langage clair, précis, les premières connaissances rationnelles, neurophysiologiques de cette discipline. Je devins immédiatement un de ses élèves, et ne le quittai plus jamais... jusqu'à sa mort survenue en octobre 1985 ! Il m'avait demandé de "faire ma neurophysiologie" car il voulait faire des études cliniques et expérimentales afin de "valider et d'évaluer la discipline". Sur son lit de mort il m'avait demandé de "poursuivre", et je n'ai jamais cessé de faire ce que "mon Maître" m'avait dit. Puis les choses se poursuivirent tout naturellement : je réussis une "Attestation de Neurophysiologie clinique", puis un DEA de Neurosciences (le tout à Paris VI) puis devint chercheur dans différents Services d'Explorations Fonctionnelles, puis Attaché de recherches et de consultations en "Médecines Complémentaires et Alternatives" au Centre de la douleur de l'IGR à Villejuif, depuis une dizaine d'années. Parallèlement, depuis octobre 1997, je fus proposé et nommé par M. le Professeur Pierre Cornillot (avec lequel je travaillais en recherche depuis longtemps) : professeur associé, Chef du Département d'Acupuncture auriculaire à la Faculté de Médecine de Paris 13, poste que j'occupe depuis.



Acupuncture expérimentale

Jean-Marc Stéphan

Acupuncture expérimentale et syndrome des ovaires polykystiques

Résumé : Le syndrome des ovaires polykystiques, encore appelé syndrome de Stein-Leventhal, associe anovulation, stérilité, obésité, hirsutisme et différents troubles hormonaux (hyperandrogénisme..) chez les femmes en âge de procréer. La médecine expérimentale va essayer de clarifier les mécanismes d'action physiopathologique de l'acupuncture. Plusieurs voies ont été explorées : Corticotropin-releasing hormone (CRH) hypothalamique et ovarienne, nerve growth factor (NGF) et système nerveux sympathique, endothéline-1, flux sanguin ovarien et enfin action des bêta-endorphines sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. L'électroacupuncture entraîne un effet sur chacune de ces voies. **Mots-clés :** électroacupuncture - revue - syndrome des ovaires polykystiques - CRH - NGF - endothéline-1 - physiopathologie - axe hypothalamo-hypophysaire - bêta-endorphines - système nerveux sympathique

Summary : Polycystic ovary syndrome (PCOS), still called Stein-Leventhal's syndrome, is a complex endocrinological disorder, associated with ovulatory dysfunction, infertility, obesity, hirsutism and various hormonal disorders (hyperandrogenism...) among women in age to procreate. Experimental medicine will try to clarify the mechanisms physiopathological of acupuncture. Several ways were explored: hypothalamic and ovarian Corticotropin-releasing hormone (CRH), nerve growth Factor (NGF) and nervous system sympathetic nerve, endothelin-1, ovarian blood flow and finally action of beta-endorphins on axis hypothalamic-pituitary. The electro-acupuncture involves an effect on each one of these ways. **Key words:** acupuncture - review - hypothalamic-pituitary-ovarian axis - beta-endorphins - Polycystic ovary syndrome - PCOS - CRH - NGF - endothelin-1 - physiopathology - sympathetic system.

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), encore appelé syndrome de Stein-Leventhal demeure une des causes les plus communes de l'anovulation chez les femmes en âge de procréer. L'association d'une spanio-ménorrhée ou d'une aménorrhée, d'un problème de stérilité, d'un hirsutisme, d'une obésité, avec des taux hormonaux sériques anormalement élevés d'androgènes (testostérone, déhydroépiandrostérone, androstènedione, et dihydrotestostérone) et/ou d'hormone lutéinisante (LH), et la démonstration histologique ou échographique de la présence de deux gros ovaires polykystiques, sont les principales caractéristiques du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). L'étiologie reste mal connue et multifactorielle. Des études objectivent que l'hyperinsulinisme ou une résistance à l'insuline en serait une des causes [1,2,3]. D'autres études montrent que ce syndrome est associé à une hyperactivité du système nerveux sympathique pouvant être secondaire à

l'hyperinsulinémie [4,5], mais aussi par le fait que l'innervation par des fibres nerveuses cathécolaminergiques est plus dense dans les ovaires liés aux SOPK que dans les ovaires normaux [6,7].

Corticotropin-releasing hormone (CRH) hypothalamique et ovarienne

Nous savons que la CRH au niveau hypothalamique active les surrénales par l'intermédiaire de la sécrétion de l'ACTH hypophysaire entraînant donc une production excessive d'androgènes en cas de syndrome des ovaires polykystiques.

La CRH est présente aussi au niveau des cellules de la thèque intra-ovarienne et joue ici un rôle autocrine / paracrine dans l'inhibition de la synthèse de stéroïdes ovariens. Les ovaires normaux présentent une concentration plus élevée en CRH que les ovaires polykys-

tiques, suggérant que ce neuropeptide joue un rôle de normalisation dans une ou plusieurs des diverses fonctions de cette gonade, telles que la maturation folliculaire, l'ovulation, la régression lutéale, les réactions inflammatoires via les cytokines (interleukine-1) en rapport avec la physiologie ovarienne, et/ou la biosynthèse ovarienne stéroïde. In vitro, le CRH d'origine ovarienne inhibe la production d'estrogènes FSH-dépendante des cellules de la granulosa de rat et d'humain. Cet effet semble être lié à l'inhibition de l'activité d'aromatase. D'autre part, en fonction de la concentration en CRH, la production d'estrogènes sera variable et pourra être diminuée de 25 à 50% [8]. In vivo, Muramatsu et coll. confirme que le CRH d'origine ovarienne a la capacité d'inhiber la biosynthèse ovarienne stéroïdienne [9]. Par ailleurs, sa concentration et localisation diminuées dans les ovaires polykystiques semblent liées à la biosynthèse accrue d'androgènes par la thèque [10].

La concentration de CRH (corticotropin-releasing hormone) dans le cerveau, les glandes surrénales et les ovaires a été étudiée chez les rates présentant des ovaires polykystiques induits par du valérate d'estradiol (OPK), paradigme le plus proche du SOPK humain. La concentration de CRH était plus élevée de manière statistiquement significative au niveau du noyau hypothalamique paraventriculaire aussi bien chez les rates OPK que dans le groupe OPK bénéficiant de 12 séances d'électroacupuncture (EA) par rapport au groupe témoin sain, indiquant une augmentation de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

Mais, la concentration de CRH dans les ovaires était significativement réduite dans le groupe OPK-EA comparé au groupe contrôle OPK sans électroacupuncture. Tout ceci indique que l'EA répétée peut changer l'état neuro-hormonal dans les ovaires [11]. Bref, en cas de SPOK l'action de l'électroacupuncture, stimulant la production de CRH d'origine hypothalamique activerait la production d'androgènes mais celle-ci par un effet de rétroaction de la CRH d'origine ovarienne, mettant en jeu une diminution de l'inhibition des aromatasés, serait modulée d'une manière

cybernétique avec production au final d'estrogènes (voir figure 1).

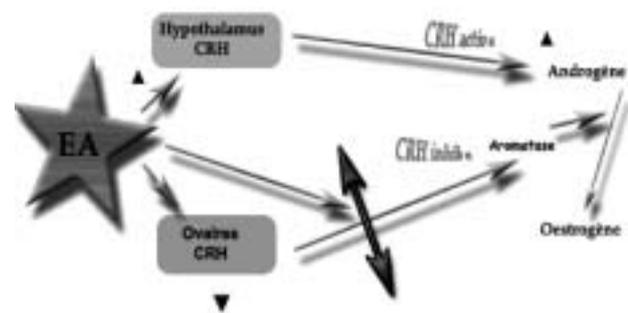


Figure 1. Action de l'électroacupuncture sur la CRH dans le syndrome des ovaires polykystiques

Nerve growth factor, Endothéline-1 et système nerveux sympathique

L'hyperactivité dans le système nerveux sympathique a été aussi étudiée par l'intermédiaire du NGF (nerve growth factor) qui appartient à la classe des facteurs de croissance neurotrophiques. C'est une cytokine, polypeptide d'environ 100 acides aminés, synthétisée dans diverses zones du cerveau, le cortex cérébral, l'hippocampe, le bulbe olfactif. Elle est captée par les neurones cholinergiques qui la transportent jusqu'aux noyaux cellulaires. Le NGF augmente l'activité de la choline acétyl-transférase responsable de la synthèse d'acétylcholine et inhiberait la dégénérescence des neurones cholinergiques notamment. Le NGF est connu comme neurotrophine du système nerveux sympathique mais aussi sensoriel et améliore l'activité des catécholamines. Des concentrations plus élevées de NGF ont été trouvées de manière statistiquement significative dans les ovaires et les glandes surrénales dans le groupe des rates présentant des ovaires polykystiques induits par du valérate d'estradiol (OPK) comparé à celui du groupe témoin injecté avec de l'huile ou du NaCl. L'électroacupuncture (EA) est connue pour réduire l'hyperactivité dans le système nerveux sympathique. Pour ces diverses raisons, les effets de l'EA (12 traitements, approximativement 25 minutes chacun pendant plus de 30 jours) ont été étudiés chez les rates OPK (figure 2).

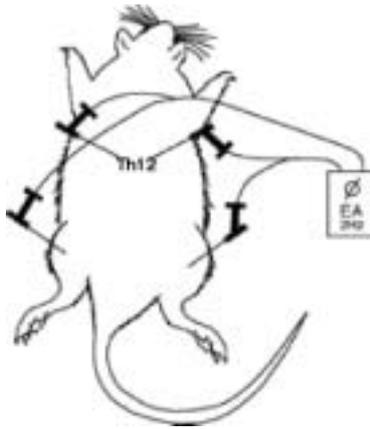


Figure 2. Face dorsale du rat : 2 aiguilles placées bilatéralement sur le muscle spinal en regard de la 12^{ème} vertèbre thoracique, et 2 bilatéralement sur le muscle quadriceps.

(D'après le schéma de Stener-Victorin et coll.)

L'étude a permis de montrer que l'EA à basse fréquence (2 Hz) n'entraîne aucune amélioration morphologique du groupe OPK-EA par rapport aux autres groupes. Par contre, l'EA inhibe l'hyperactivité du système nerveux sympathique en diminuant de manière statistiquement significative les concentrations de NGF dans les ovaires du groupe de rates OPK par rapport au groupe de celles non traitées par électroacupuncture ou du groupe témoin [12].

L'équipe suédoise de Stener-Victorin en 2003 a de nouveau observé l'effet des traitements répétés de l'électroacupuncture (EA) chez les rates présentant des ovaires polykystiques induits par du valérate d'estradiol (OPK). L'électroacupuncture module la concentration du NGF (Nerve Growth Factor) dans les ovaires ainsi que la corticolibérine (CRH corticotropin-releasing hormone) au niveau du noyau hypothalamique paraventriculaire (PVN). Dans cette étude, a été évaluée l'hypothèse que des traitements répétés d'électroacupuncture à des fréquences alternées de 2 Hz et 80Hz au niveau de la zone métamérique correspondant à l'innervation ovarienne module l'activité du système nerveux sympathique chez les rats avec OPK. Ceci a été réalisé en analysant l'endothéline-1 (ET-1), un puissant vasoconstricteur impliqué dans les fonctions ovariennes, ainsi que la NGF et l'expression par l'ARNm de la NGF également impliqués dans le processus physiopathologique des ovaires polykystiques stéroïdes-induits.

Le principal résultat de cette étude est que les concentrations d'ET-1 dans les ovaires sont de manière statis-

tiquement significative ($p < 0,05$) inférieures dans le groupe OPK recevant l'EA par rapport au groupe contrôle en bonne santé. Cependant, dans l'hypothalamus les concentrations ET-1 se sont avérées sensiblement plus élevées dans le groupe OPK recevant l'EA que dans le groupe contrôle (voir tableau I).

Tableau I. Concentrations d'Endothéline-1 (ET-1) (moyenne \pm erreur type sur la moyenne) dans les ovaires, les glandes surrénales et l'hypothalamus dans les trois groupes expérimentaux : groupe sain, groupe contrôle des ovaires polykystiques (OPK), et groupe OPK recevant l'électroacupuncture (EA).

	Concentrations d'ET-1 (pmol/g)		
	Groupe sain	Contrôle OPK	OPK + EA
Ovaires	0.44 \pm 0.11	0.38 \pm 0.14	0.15 \pm 0.05 *
Glandes surrénales	0.01 \pm 0.01	0.05 \pm 0.02	0.06 \pm 0.04
Hypothalamus	0.14 \pm 0.05	0.33 \pm 0.10	0.71 \pm 0.23 *

* $p < 0.05$ quand le groupe OPK-EA est comparé avec le groupe sain
Tableau extrait de "Reprod Biol Endocrinol. 2003; 1 (1): 33" ; <http://www.rbej.com/content/1/1/33>

Les concentrations ovariennes de NGF étaient significativement plus hautes ($p < 0,001$) dans le groupe OPK comparé au groupe contrôle en bonne santé, et ces concentrations diminuent de manière statistiquement significative ($p < 0,05$) après des traitements répétés d'EA par rapport à ceux du groupe OPK jusqu'à atteindre les concentrations du groupe contrôle en bonne santé (tableau II).

Tableau II. Concentrations des protéines Nerve Growth Factor (NGF) (moyenne \pm erreur type sur la moyenne) dans les ovaires, les glandes surrénales et la partie dorsale de la moëlle épinière dans les quatre groupes expérimentaux : groupe sain, groupe sain + EA, groupe contrôle des ovaires polykystiques (OPK), et groupe OPK recevant l'électroacupuncture (EA).

	Concentrations de NGF (pg/g)			
	groupe sain	groupe sain + EA	Contrôle OPK	OPK + EA
Ovaires	294.85 \pm 17.00	265.79 \pm 20.99	479.77 \pm 26.86 *	385.34 \pm 12.26 **
Surrénales	102.42 \pm 26.14	119.97 \pm 51.81	98.82 \pm 12.46	94.42 \pm 14.32
Moëlle épinière	867.36 \pm 65.52	1600.59 \pm 360.03	1351.26 \pm 220.82	1081.94 \pm 193.72

* $p < 0.001$ quand le groupe OPK est comparé avec le groupe sain et le groupe sain+EA. ** $p < 0.05$ quand le groupe OPK+EA est comparé au groupe OPK de contrôle.

Tableau extrait de "Reprod Biol Endocrinol. 2003;1(1):33" ; <http://www.rbej.com/content/1/1/33>

En conclusion, ces résultats indiquent que l'EA module l'état neuro-endocrinologique des ovaires, très probablement en modulant l'activité du système sympathique dans les ovaires, qui peut être un facteur dans l'entretien des ovaires polykystiques stéroïdes-induits [13].

On sait donc que le NGF (Nerve Growth Factor) est impliqué dans la pathogénie du SOPK [14,15]. En 2004, dans une autre étude, ce syndrome a été expérimentalement induit par une injection intra-musculaire de 4 mg de valérate d'estradiol chez la rate, afin de déterminer si l'électroacupuncture pouvait affecter l'ovaire polykystique. Le point d'acupuncture RA6 (*sanyinjiao*) a été stimulé pour déterminer l'efficacité de l'électroacupuncture dans l'expression de la protéine du NGF. Pendant la période expérimentale de 8 semaines, un groupe de rats a été traité par électroacupuncture deux fois par semaine ; ce groupe a été comparé à un groupe sain contrôle et à un groupe estradiol-injecté non soumis à l'électroacupuncture. Au soixantième jour, l'expression de la protéine NGF a été examinée par des méthodes immuno-histo-chimiques au niveau des ovaires, des glandes surrénales et au niveau du cerveau. Le traitement à l'estradiol induit un aspect net d'ovaires polykystiques, et a été associé à une augmentation importante de l'expression de la NGF dans les ovaires, les glandes surrénales et le cerveau. Or, le traitement électroacupunctural a en partie inversé l'augmentation de NGF, en particulier dans les ovaires, mais pas dans le cerveau. Ces données prouvent donc que l'électroacupuncture affecte l'implication du NGF dans le dysfonctionnement ovarien [16] et confirment les travaux de l'équipe suédoise de Stener-Victorin [13].

Flux sanguin ovarien

Comme nous l'avons vu précédemment le système nerveux sympathique est impliqué dans la physiopathologie du syndrome des ovaires polykystiques. De plus l'ovaire est une glande très richement vascularisée et le maintien d'un flux sanguin ovarien est important dans le processus de l'ovulation. Les nerfs du système sympathique apparaissent être impliqués distinctement dans le contrôle et la régulation de l'activité ovarienne

[17]. Et même plus, les nerfs sympathiques ovariens sont des régulateurs importants du flux sanguin ovarien.

Les travaux de Stener-Victorin et coll. [18] ont, de ce fait, mis en évidence le rôle crucial du système nerveux sympathique dans le flux sanguin ovarien chez les rates. Ainsi, le flux sanguin ovarien (FSO) a été étudié par débitmètre laser doppler et mesure de la pression artérielle en réponse à la stimulation électroacupuncturale à différentes fréquences et intensités chez des rats anesthésiés. Deux fréquences de 2 Hz (basse fréquence) et 80 Hz (haute fréquence) avec 3 intensités différentes de 1,5mA, 3 et 6 mA ont été appliquées pendant 35 secondes sur des aiguilles d'acupuncture implantées sur des muscles abdominaux et de hanche. Le flux sanguin ovarien a été mesuré sur la surface de l'ovaire gauche. L'électroacupuncture (EA) à haute fréquence à 1,5 mA et l'EA à haute fréquence à 3 mA n'ont eu aucun effet sur le flux ou la pression artérielle moyenne (PAM). L'EA de basse fréquence à 3 et 6 mA a permis d'obtenir une augmentation statistiquement significative du flux sanguin ovarien. En revanche, l'EA à haute fréquence avec une intensité de 6 mA a entraîné une diminution significative du flux sanguin ovarien, suivi d'une diminution de la pression artérielle moyenne sanguine. Après section des nerfs sympathiques ovariens, les augmentations du FSO en réponse à l'EA de basse fréquence à 3 et 6 mA ont été totalement supprimées, et la réponse à 6 mA ont montré une tendance à diminuer, probablement en raison des diminutions concomitantes de la pression artérielle moyenne. Les réponses diminuées du FSO et de la pression artérielle moyenne sanguine à l'EA à haute fréquence à 6 mA demeurent après la sympathectomie ovarienne. En conclusion, il est prouvé que la stimulation EA à basse fréquence augmente le flux sanguin ovarien, comme réponse réflexe par l'intermédiaire des nerfs sympathiques ovariens, tandis que la stimulation EA à haute fréquence diminue le FSO.

La même procédure de travail a été ensuite reprise chez des rates avec des ovaires polykystiques stéroïdes-induits expérimentalement par une injection de valé-

rate d'estradiol (OPK). Le but était d'étudier si l'électroacupuncture (EA) à différentes fréquences et intensités pouvait améliorer le flux sanguin ovarien (FSO) chez la rate à OPK. Le groupe des rats de contrôle a bénéficié d'une injection d'huile. L'implication des deux nerfs sympathiques ovariens : le nerf ovarien supérieur (NOS) et le plexus nerveux ovarien (PNO) dans les réponses au maintien du flux sanguin ovarien a été élucidé par section des deux nerfs NOS et PNO dans le groupe OPK et de contrôle. Le flux sanguin ovarien (FSO) a été mesuré par débitmétrie doppler à laser avec mesure de la pression artérielle comme dans le précédent travail réalisé par la même équipe suédoise en 2003. L'EA de basse fréquence (2 Hz) aux intensités de 3 et 6 mA a permis d'obtenir des augmentations statistiquement significatives du flux sanguin ovarien dans le groupe contrôle par rapport au flux ovarien basal. Dans le groupe OPK, les augmentations du FSO étaient significatives seulement en stimulant avec l'EA de basse fréquence à 6 mA. Après section des nerfs sympathiques ovariens, l'augmentation du FSO qui avait été induite par EA de basse fréquence dans les deux groupes a été abolie, indiquant l'implication des nerfs sympathiques ovariens dans la réponse du FSO.

L'EA à haute fréquence (80 Hz) à 6 mA diminue de manière statistiquement significative à la fois le FSO et la pression artérielle moyenne dans le groupe de contrôle comparé aux mesures basales. Dans le groupe OPK, la même stimulation produit les diminutions semblables de la pression artérielle moyenne (PMA), mais pas du FSO. En conclusion, la stimulation EA de basse fréquence avec une intensité forte (6 mA) augmente le flux sanguin ovarien chez les rats avec ovaires polykystiques stéroïdes-induits tandis qu'une intensité moins forte (3 mA) induit des changements similaires dans le groupe contrôle. La section des nerfs sympathiques ovariens supprime cette augmentation du FSO dans les deux groupes d'étude, ce qui suggère l'implication des nerfs sympathiques ovariens (voir figure 3).

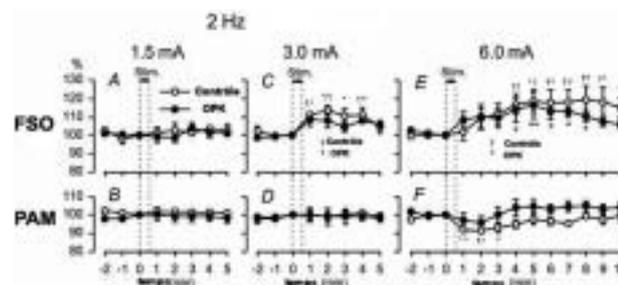


Figure 3. Effet de l'EA à basse fréquence (2 Hz) sur le flux sanguin ovarien (FSO) et la pression artérielle moyenne (PAM). Récapitulatif des réponses des FSO (A, C, E) et PAM (B, D, F) à la fois sur le groupe des rats contrôle et celui des rats OPK avec une stimulation à 2 Hz. Les variations dans les FSO et PAM sont calculées chaque minute (1 s d'enregistrement), et la magnitude de réponse est exprimée en pourcentage de la ligne basale avant stimulation, valeur au point 0mn de la ligne de temps. Les lignes verticales et la barre horizontale épaisse indiquent la période de la stimulation. Les données sont exprimées comme moyenne \pm erreur type sur la moyenne. † $p < 0.05$, †† $p < 0.01$ (rate contrôle) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ (rates OPK), comparée avec la valeur contrôle de pré-stimulation.

Figure extraite de "Reprod Biol Endocrinol. 2004;2:16" ; <http://www.rbej.com/content/2/1/16>

Bêta-endorphines et système immunitaire

La même équipe en 2004, après avoir démontré que l'hyperactivité du système nerveux sympathique était impliquée dans la pathogénie des ovaires polykystiques stéroïdes-induits (OPK) chez la rate a étudié d'une part, les concentrations de bêta-endorphines hypothalamique et plasmatique et d'autre part les altérations et l'activité des populations des cellules immunes circulantes. Les traitements d'électroacupuncture (EA) répétés à basse fréquence (2 Hz) sont connus pour moduler la libération de bêta-endorphines et les réponses immunitaires, ainsi que l'activité du système nerveux autonome. L'EA à basse fréquence a été appliquée en séances de 25 minutes pendant plus de 30 jours. Les concentrations de bêta-endorphines hypothalamiques et plasmatiques ainsi que la fréquence des cellules lymphocytaires CD4+ T et des cellules CD8+ T étaient significativement plus basses dans le groupe contrôle des rats OPK par rapport au groupe témoin de rates huile-injectée. Suite aux traitements répétés d'EA chez les rates OPK, les concentrations de bêta-endorphines dans l'hypothalamus ont augmenté alors

de manière statistiquement significative. En conclusion, ces résultats prouvent que les systèmes bêta-endorphinique et immunitaire sont sensiblement altérés chez les rates avec ovaires polykystiques stéroïdes-induits et que les traitements répétés d'EA peuvent reconstituer certaines de ces perturbations [19]. Et on le sait déjà, la libération centrale des bêta-endorphines, en inhibant la sécrétion anormale de GnRH (gonadotropin-releasing hormone) et par conséquent de LH (Hormone Lutéinique) favorisera ainsi l'ovulation [20]. En conclusion, la médecine expérimentale nous offre plusieurs voies d'approche pour expliquer les mécanismes physiopathologiques du syndrome des ovaires polykystiques et de son traitement par électroacupuncture (figure 4). Bien sûr, cela n'est pas suffisant pour affirmer avec certitude qu'un traitement acupunctural puisse être une meilleure alternative à un traitement

classique pharmacologique. Néanmoins, les chinois n'hésitent pas à promouvoir ces méthodes dans les hôpitaux d'obstétrique et de gynécologie, comme ils le font par exemple, à Shanghai depuis de nombreuses années [21].



Figure 4. Mécanismes physiopathologiques de l'effet de l'électroacupuncture dans le syndrome des ovaires polykystiques.



D^r Jean-Marc Stéphan,
✉ jean-marc.stephan@acudoc2.org

Références

- Hopkinson ZE, Sattar N, Fleming R, Greer IA. Polycystic ovary syndrome: the metabolic syndrome comes to gynaecology. *Br Med* 1998;J 317:329–332
- Ek I, Arner P, Bergqvist A, Carlström K, Wahrenberg H. Impaired adipocyte lipolysis in nonobese women with the polycystic ovary syndrome: a possible link to insulin resistance? *J Clin Endocrinol Metab* 1997;82:1147–1153
- Ek I, Arner P, Ryden M, Holm C, Thorne A, Hoffstedt J, Wahrenberg H. A unique defect in the regulation of visceral fat cell lipolysis in the polycystic ovary syndrome as an early link to insulin resistance. *Diabetes* 2002 Feb;51(2):484-92.
- Faulds G, Ryden M, Ek I, Wahrenberg H, Arner P. Mechanisms behind lipolytic catecholamine resistance of subcutaneous fat cells in the polycystic ovarian syndrome. *J Clin Endocrinol Metab* 2003;88(5):2269-73.
- Garcia-Rudaz C, Armando I, Levin G, Escobar ME, Barontini M. Peripheral catecholamine alterations in adolescents with polycystic ovary syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1998;49(2):221-8.
- Semenova, II: Adrenergic innervation of the ovaries in Stein-Leventhal syndrome *Vestn Akad Med Nauk SSSR* 1969;24:5862.
- Heider, U, Pedal, I, & Spanel-Borowski, K: Increase in nerve fibers and loss of mast cells in polycystic and postmenopausal ovaries *Fertil Steril* 2001;75:1141-1147.
- Calogero AE, Burrello N, Negri-Cesi P, et al. Effects of corticotropin-releasing hormone on ovarian estrogen production in vitro. *Endocrinology* 1996;137:4161–4166.
- Muramatsu Y, Sugino N, Suzuki T, Totsune K, Takahashi K, Tashiro A, Hongo M, Oki Y, Sasano H. Urocortin and corticotropin-releasing factor receptor expression in normal cycling human ovaries. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86(3):1362-9.
- Mastorakos G, Scopa CD, Vryonidou A, Friedman TC, Kattis D, Phenekos C, Merino MJ, Chrousos GP. Presence of immunoreactive corticotropin-releasing hormone in normal and polycystic human ovaries. *J Clin Endocrinol Metab* 1994;79(4):1191-7.
- Stener-Victorin, E, Lundeberg, T, Waldenstrom, U, Bileviciute-Ljungar, I, & Janson, PO: Effects of electroacupuncture on corticotropin-releasing factor in rats with experimentally-induced polycystic ovaries *Neuropeptides* 2001;35:227-231.
- Stener-Victorin E, Lundeberg T, Waldenstrom U, Manni L, Aloe L, Gunnarsson S, Janson PO. Effects of electroacupuncture on nerve growth factor and ovarian morphology in rats with experimentally induced polycystic ovaries. *Biol Reprod* 2000;63(5):1497-503.
- Stener-Victorin E, Lundeberg T, Cajander S, Aloe L, Manni L, Waldenstrom U, Janson PO. Steroid-induced polycystic ovaries in rats: effect of electroacupuncture on concentrations of endothelin-1 and nerve growth factor (NGF), and expression of NGF mRNA in the ovaries, the adrenal glands, and the central nervous system. *Reprod Biol Endocrinol* 2003;1(1):33.

14. Dissen GA, Lara HE, Leyton V, Paredes A, Hill DF, Costa ME, Martinez-Serrano A, Ojeda SR. Intraovarian excess of nerve growth factor increases androgen secretion and disrupts estrous cyclicity in the rat. *Endocrinology* 2000;141(3):1073-82.
15. Lara HE, Dissen GA, Leyton V, Paredes A, Fuenzalida H, Fiedler JL, Ojeda SR. An increased intraovarian synthesis of nerve growth factor and its low affinity receptor is a principal component of steroid-induced polycystic ovary in the rat. *Endocrinology* 2000;141(3):1059-72.
16. Bai YH, Lim SC, Song CH, Bae CS, Jin CS, Choi BC, Jang CH, Lee SH, Pak SC. Electro-acupuncture reverses nerve growth factor abundance in experimental polycystic ovaries in the rat. *Gynecol Obstet Invest* 2004;57(2):80-5.
17. Ahmed CE, Dees WL, Ojeda SR. The immature rat ovary is innervated by vasoactive intestinal peptide (VIP)-containing fibers and responds to VIP with steroid secretion. *Endocrinology* 1986;118(4):1682-9.
18. Stener-Victorin E, Kobayashi R, Kurosawa M. Ovarian blood flow responses to electro-acupuncture stimulation at different frequencies and intensities in anaesthetized rats. *Auton Neurosci* 2003;108(1-2):50-6.
19. Stener-Victorin, E & Lindholm, C: Immunity and beta-endorphin concentrations in hypothalamus and plasma in rats with steroid-induced polycystic ovaries; effect of low frequency electro-acupuncture *Biol Reprod* 2004;70:329333
20. Chen BY, Yu J. Relationship between blood radioimmunoreactive beta-endorphin and hand skin temperature during the electro-acupuncture induction of ovulation. *Acupunct Electrother Res* 1991;16(1-2):1-5.
21. Yu J. [Integrated traditional Chinese and western medicine should make new contribution to the reproductive health of women]. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao* 2004;2(2):83-5.



Institut Nguyen Van Nghi

Livres et traités de Nguyen Van Nghi

Informations : Christine Recours-Nguyen

Tél. 04.96.17.00.30. Fax 04.96.17.00.31

Collection des Grands Classiques de la Médecine Traditionnelle

Traduction et Commentaires

📖 *Huangdi Neijing Suwen*

SW 1	Tome 1	65.00 €
SW 2	Tome 2	65.00 €
SW 3	Tome 3	90.00 €
SW 4	Tome 4	90.00 €

📖 *Huangdi Neijing Lingshu*

LS 1	Tome 1	99.00 €
LS 2	Tome 2	99.00 €
LS 3	Tome 3	99.00 €

📖 *Mai Jing*

“*Mai Jing*, classique des pouls de Wang Shu He”

MJ	1 volume	104.00 €
----	----------	----------

📖 *Shang Han Lun*

“Maladies évolutives des 3 Yin et des 3 Yang (selon *Shanghan Lun* de Zhang Zhongjing)”

SHL	1 volume	88.00 €
-----	----------	---------

📖 *Zhen Jiu Da Cheng*

“Art et pratique de l’Acupuncture et de la moxibustion (selon *Zhen Jiu Da Cheng*)”

DC 1	Tome 1	55.00 €
DC 2	Tome 2	66.00 €
DC 3	Tome 3	90.00 €

Médecine traditionnelle

☒ Médecine traditionnelle chinoise

MTC	1 Volume	138.00 €
-----	----------	----------

☒ Sémiologie et thérapeutique

en médecine énergétique orientale

ST	1 Volume	59.00 €
----	----------	---------

☒ Pharmacologie en médecine orientale

PH	1 Volume	83.00 €
----	----------	---------

Port :

France : franco de port

Etranger : ajouter 10 € par livre

Commandes : Editions NVN,
27, bd d’Athènes, 13001 Marseille.

Règlement :

Chèque bancaire

Mandat postal International

Virement au profit du compte :

IBAN: FR76 3007 7010 01 00 0010 0147 L38

ADRESSE SWIFT: SMCTFR2AXXX

Livres reçus



LES ROUAGES DU YI JING

Cyrille Javary

Arles : Editions Philippe Picquier

2001

130 p. ; 15,5 x 15,5.

Cartonné, nombreuses figures et tables.

Prix : 10,52 €

ISBN 2 – 87730 – 563 – 5

Bien qu'ayant lu de nombreux ouvrages sur le *Yijing*, j'avoue n'avoir jamais été passionné. Je constate que dans notre milieu, beaucoup y attachent une grande importance. En son temps Maurice Mussat m'avait séduit dans son utilisation pronostique des hexagrammes et de leurs transformations pour envisager les évolutions possibles d'une situation pathologique donnée. Depuis, j'ai lu avec intérêt le "*Figures de l'immanence*" de François Jullien. Cependant, je dois dire que ce petit ouvrage de Cyrille Javary m'a permis de comprendre la façon de procéder pour utiliser les hexagrammes et pour envisager les possibilités pronostiques d'une situation donnée. L'ouvrage est d'ailleurs sous-titré : *Eléments pour une lecture raisonnable du Livre des Changements*. Et c'est bien ce qu'il permet dans un texte

clair et fort bien illustré. Un premier chapitre intitulé "Introduction" nous initie à l'origine et à la genèse du *Yijing*. Le chapitre I s'intitule "Du changement au *Yin-Yang* : les fondements du *Yijing*" et reprend toutes les notions qu'un acupuncteur doit connaître et utiliser. Le chapitre II nommé "Tirer le *Yijing*" nous enseigne comment formuler les questions, les différents modes de tirage, la compréhension des réponses. Le chapitre III "Analyser le tirage" aborde les premières données du tirage, l'analyse visuelle des hexagrammes, les fonctions des six niveaux, les lignes mutantes, l'hexagramme opposé, l'hexagramme nucléaire, les hexagrammes dérivés, les trigrammes et enfin les textes à consulter pour finir par la synthèse. L'ouvrage se termine par une conclusion. Des notes et de très bons tableaux constituent la fin du livre. Très axé sur la pratique, abondamment illustré, c'est un plaisir de le parcourir et de l'approfondir.

D^r Pierre Dinouart-Jatteau

✉ pierre.dinouart@acudoc2.org

Rappels bibliographiques :

- Wilhelm R. *Yi King*. Perrot É. Paris: Librairie de Médecis; 1973.
- Jullien F. *Figures de l'immanence - pour une lecture philosophique du Yi king*. Paris: Grasset & Fasquelle; 1993.



REVUE FRANÇAISE D'ACUPUNCTURE N° 120

Dans son éditorial "Pas pratique ?", Gilles Andrès nous rappelle l'orientation de l'AFA.

Pascal Beaufreton dans "*huang*, la couleur jaune", présente une réflexion sur la couleur impériale et solaire également couleur du pays des morts. Le jaune y est envisagé sous son aspect étymologique, ainsi qu'à travers les grands classiques : Suwen Lingshu, *Yijing* et *Jiayijing*. A suivre...

Paul Couderc, dans cette deuxième partie sur "les points *zhong*" présente un très beau travail synthétique. En particulier y sont dialectisés *jianyu*, G15 et *huanjiao*, VB30, *yangxi*, G15 et *weizhong*, VE40, *zhonglushu*, VE29 et *jizhong*, VG16, *zhongshu*, VG7 et *shenque*, VC8.

Lee Berine-Kertous dans la 3^{ème} partie de « *liber incertus* » continue une description de l'histoire de l'acupuncture au cours du 20^{ème}

siècle. Cet article très richement documenté est également superbement illustré.

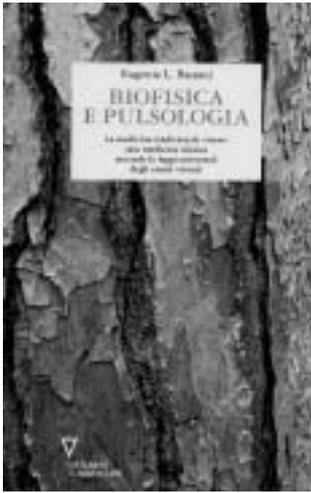
Jean Claude Dubois, dans un premier article, présente et replace le "Yixue Rumen, introduction à la médecine chinoise" puis "physiopathologie et sémiologie clinique du cœur" traduction et commentaires de l'aphorisme 4. Jean Marc Kespi dans "quel est votre diagnostic" présente une observation commentée de FO14.

Gilles Cury dans "le point du jour, *zhongchong*, MC9" après en avoir rappelé les noms, la localisation et la technique de puncture, fait un résumé des indications de ce point.

Paul Couderc, le laboureur nous rapporte, dans "deux aspects du vide de la fonction *zhongchong*" deux cas cliniques (un lumbago et une dyslexie) traités et guéris par la puncture de ce point.

D^r Florence Phan-Choffrut

✉ florence.phan-choffrut@acudoc2.org



BIOFISICA E PULSOLOGIA

Biophysique et pulsologie.

La medicina traditionnelle chinoise : une médecine olistica secondo le leggi universali degli esseri viventi

La médecine traditionnelle chinoise : une médecine holistique suivant les lois universelles des êtres vivants

Eugenia L. Bassani

Ouvrage en langue italienne (Angelo Guerini et Associés Ed. Milan).

2003

126 p.

ISBN 88-8335-403-X

L'auteur, nonagénaire, chimiste et pharmacienne, pratique depuis un demi-siècle la médecine traditionnelle chinoise (MTC) à laquelle elle s'est formée, en particulier, au contact du D^r Niboyet au GLEM de Nice.

Son livre expose, de manière itérative, en une vingtaine de courts chapitres volontiers émaillés de citations, les caractères propres à la MTC, globaliste, analogique, fonctionnelle, préventive, qui s'oppose ainsi à la médecine

occidentale linéaire, logique, organiciste et curative.

Avec les notions d'autorégulation, d'homéostasie, de dialectique différenciée, l'auteur rappelle que l'énergie circulante, harmonieuse ou chaotique, est le reflet d'une multitude de paramètres parmi lesquels, outre le temps, l'espace et l'interface organisme/environnement (3^e facteur), sont cités la bipolarité, l'inconscient et le stress mais aussi la numérogie, la climatologie, la phénoménologie, la cosmologie... Tous ces facteurs ont une résultante palpable au niveau des pouls qu'il appartient à l'examinateur expérimenté et attentif d'interpréter.

On pourra regretter, à la lecture de cette sympathique profession de foi, l'absence de tout exemple pratique, de méthodologie diagnostique et thérapeutique, ou encore d'une quelconque casuistique personnelle.

Au total, cet ouvrage, destiné au grand public, n'apporte, en dépit d'une érudition indiscutable sur la MTC, aucun élément nouveau ni tangible pour le praticien.



D^r Jean-Pierre Biaisser
Médecine Physique
et Réadaptation
Marseille

Jacques-André Lavier



(voir Chronique Editoriale Paul Lepron page 85).

FEDERATION DES ACUPUNCTEURS POUR LA FORMATION MEDICALE CONTINUE

9^e Congrès National de la FAFORMEC
Lyon - 18 et 19 novembre 2005

Stress et vie moderne, de l'anxiété à la dépression

Président d'honneur : Professeur Guy Llorca, coordinateur DIU acupuncteur, Université Claude Bernard Lyon 1
Présidents : Docteur Christian Mougallis, Président de la Fédération des Acupuncteurs pour leur Formation Médicale Continue.
Docteur Christian Rempp, Président du Collège Français d'Acupuncture.
Comité d'organisation : Docteurs Patrick Baudin, Gérard Berling, Evelyne Berthet, Elisabeth Cistet, Jean-Luc Gerlier, Sylvianne Ogier.
Lieu : Ecole Normale Supérieure, 46 allée d'Italie, 69007 Lyon.
Informations : secrétariat - tél 06 31 29 11 47 - www.acupuncture-medic.com - courriel : ocnalyon@free.fr

PRE-PROGRAMME

(Suivre actualisations sur www.acupuncture-medic.com)

Vendredi 18 novembre 2005

- 09 h 00 - Allocutions d'ouverture du congrès.
09 h 50 - Commission évaluation :
Olivier GORET, Lagarde (83), GERA :
Analyse bibliométrique des ECR sur la dépression.
Jean-Marc STEPHAN, Haveluy (59), ASMAF, EFA :
Données expérimentales sur stress et acupuncteur.
Isabelle WARREN, Langon (33), GERA :
Revue de la littérature sur anxiété et acupuncteur.
Jean-Luc GERLIER, Annecy (74), AMA74 :
Méta-analyse sur l'acupuncteur dans le traitement de la dépression.
10 h 40 - Pause.
11 h 10 - Questions-réponses. Commission évaluation.
11 h 20 - Patrick LEMOINE, Meyzieux (69) :
Sevrage des hypnotiques en pratique de ville.
Paul CASTRO, Lyon (69), CLA :
Stress et insomnie.
Josyane MONLOUIS, Rouen (76), SAHN :
A la recherche du temps suspendu.
Patrick BAUDIN, Charnay-les-Macons (71), AMARRA :
Gestion du stress par les méridiens curieux Qiao et Wei.
Bernard DESOUTTER, Castelnaud-le-Lez (34), AFERA :
Syndrôme hyperactif avec déficit de l'attention.
Yves LAHIANI, Paris (75), AFVAC :
Acupuncteur du stress, anxiété, dépression chez le chien.
12 h 40 - Questions-réponses.
13 h 10 - Déjeuner.
14 h 40 - Commission médico-sinologique :
Jean-Claude DUBOIS, Paris (75), ASMAF :
Pathologie onirique et mentale du cuir.
Gilles ANDRES, Paris (75), AFA :
Les 7 sentiments.
Philippe CASTERA, Bordeaux (33), SAA
Pierre DINOUART-JATTEAU, Bordeaux (33), SAA :
Instances psychiques et cinq mouvements selon le Lingshu 8.
Eric KIENER, Paris (75), MEDIALE :

- Anxiété angoisse : réponses de l'acupuncteur.*
Henning STROM, Arcachon (33), SAA :
Dan Zhong, VC17 et équilibre psychique.
Nicole THURIERE, Dreux (28), AFA
Gilles CURY, Dreux (28), AFA :
24 VG Shen Ting.
Christian MOUGALLIS, Nantes (44), FMC-RDAO :
Approche de la notion d'angoisse en MTC.
16 h 00 - Questions-réponses.
16 h 30 - Pause.
17 h 00 - Claude PERNICE, Aix-en-Provence (13), GERA :
La dépression du médecin acupuncteur.
Emmanuel ESCALLE, Annemasse (74), Christian OURY, Lyon (69) :
Pratiquer An Shen aujourd'hui.
Jean-Pierre DARTIGUES, Toulouse (31), SAMP
Claude FONTAINE, Tournefeuille (31), SAMP :
Comment en est-on arrivé là ?
Van Tho BUI, Paris (75), CDMTC :
Le stress dans tous ses états.
17 h 50 - Questions-réponses.

- A4 - Christian REMPP, Strasbourg (67), AFA :
Points du stress de la grossesse, de l'accouchement.
A5 - AFERA, AFA, SAHN :
Le blues du post-partum.
A6 - Denis COLIN, Paris (75), AFA :
Les insomnies de la grossesse. Points, localisation.
A7 - UNAFORMEC-RA :
Cercles de qualité en FMC.
A8 - Marie-José YBRAUD, Francheville (69), AFERA :
Atelier respiration.
A9 - Y. REQUENA :
Qi Qong
A10 - Marie-Hélène DRIOT, Conflans St-Honorine (78) :
Qi Qong dans les pathologies du stress.
A11 - Pierre MAGNIN, Chateaufieux (25), GLEM
Yves ROUXVILLE, Lorient (56), GLEM :
Phototherapie ponctuelle.
A12 - Gilles ANDRES, Paris (75), AFA :
Approche clinique d'un syndrome anxiodépressif.
12 h 40 - Déjeuner.
14 h 10 - A. MESTRALLET, Lyon (69), SMAC-GLEM :
Mo, Pafa, Gui, 3 groupes de points toujours utiles. L'angoisse, le stress et la dépression, 3 maux modernes et de toujours.
Chantal VULLIEZ, Lyon (69), GLEM :
L'acupuncteur dans la glossodynie due au stress.
Geneviève BEMELMANS, Collonges au Mont-d'Or (69), EEA :
Comment choisir un point sur MC.
C. M. TRAN DINH :
Rôle du point Pae Roe dans le traitement du stress.
Bernard LECLERC, Nevers (58), GLEM :
Traitement de la dépression réactionnelle en acupuncteur auriculaire.
15 h 20 - Questions-réponses.
16 h 30 - P. AUBE :
Aspects économiques du médecin acupuncteur.
Le point syndical.
17 h 00 - Clôture du congrès.

Samedi 19 novembre 2005

- 09 h 00 - David ALIMI, Alfortville (94), GLEM :
Neurophysiologie du stress.
Paul LEPRON, Vichy (03), AMAC
François MARION, Le Cendre (63), AMAC
Alain SCHMITT, Jozé (63), AMAC :
Conduites addictives.
Christian REMPP, Strasbourg (67), AFA :
La grossesse précieuse et son stress.
09 h 50 - Questions-réponses.
10 h 10 - Pause.
10 h 40 - Liste des ateliers pédagogiques :
A1 - Philippe PION, Avignon (84), AFERA :
Stagnation de Qi chez la femme enceinte.
A2 - Monique MINGAM, Quimper (29), ASMAF :
Prise du pouls, rééquilibration neuro-végétative.
A3 - AMA74 :
Prise en charge des troubles du sommeil.

BULLETIN D'INSCRIPTION

Réponse souhaitée avant le 1^{er} novembre, accompagnée du règlement à : OCN LYON 2005 - D^r Gerlier 14, av. de Chambéry - 74000 ANNECY

Médecin Sage-femme Autre (préciser)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Tél. : Mobile : Fax : E-mail :@.....

Droits d'inscription : Il donne accès aux conférences et ateliers, expositions, pauses, documents de travail, déjeuners de vendredi et samedi.

Inscriptions : avant le 01/10 après le 01/10
• Tarif normal 220 € 270 €
• Tarif réduit secteur I* 170 € 220 €
• Étudiant DIU*, sage-femme* ou retraité* 120 € 170 €

Ateliers souhaités :

• Noter par ordre d'intérêt décroissant 3 codes ateliers :
A..... et, A..... ou bien A.....

Repas :

o Dîner de gala vendredi soir, nbre x 70 € = €
o Dîner de clôture samedi soir, nbre x 27 € = €

Programme accompagnant :

- Visite vendredi matin, nbre x 15 € = € (Ateliers Soirée et Traboules)
- Visite samedi matin, nbre x 15 € = € (De Fourvière au Vieux Lyon)

Bon de réduction transport :

- SNCF nombre
- AIR FRANCE nombre

Règlement France :

- Par chèque à l'ordre de "OCNA LYON 2005"
- Par mandat international ou virement bancaire

au profit du compte : OCN LYON 2005 •

IBAN : FR23 2004 1010 0713 9572 0K03 871 • BIC : PSSTFRPP

Pour se rendre à l'ENS Lyon :

De l'aéroport Lyon-Saint Exupéry prendre la navette SATOBUS de l'aéroport jusqu'à la gare de Lyon Part-Dieu ou la gare de Lyon Perrache. Depuis la gare de Lyon Part-Dieu sortie Vivier Merle, prendre le Métro ligne B, direction Stade de Gerland.

Descendre à la station « Debourg ». Depuis la gare de Lyon Perrache sortie terminus des bus, prendre le bus ligne 32, direction Etats-Unis/Viviani.

Descendre à la station "Halle Tony Garnier".

* joindre justificatif