

## Aiguilles d'acupuncture

Fabrication très soignée  
Emballage par 1 ou 5 aiguilles  
Excellent rapport Qualité/Prix

Echantillons et tarif sur demande

ACUSHOP

MATERIEL MEDICAL POUR ACUPUNCTURE ET TECHNIQUES ALTERNATIVES  
75 rue de Wattignies 75012 Paris - France  
Tel / Fax : 33 (0)1 45 63 40 89 • Email : [acushop@wanadoo.fr](mailto:acushop@wanadoo.fr)

Acupuncture & Moxibustion

Volume 3. Numéro 3 • Juillet-Août-Septembre 2004

raphaële navarre graphiste - 04 78 28 55 44 - 07/2004



# Acupuncture & Moxibustion

## MÉRIDIENS

*Fondateur*  
Didier Fourmont

revue française de  
**médecine**  
**traditionnelle chinoise**  
le mensuel du médecin acupuncteur

*Fondateur*  
Nguyen Van Nghi

Juillet-Août-Septembre 2004  
Volume 3. Numéro 3

ISSN : 1633-3454





## SOMMAIRE

### Chroniques éditoriales

---

Bernard Auteroche. *Jean-Louis Lafont* 157

### Etudes traditionnelles

---

Note sur *zongjin*. *Jean-Louis Lafont et Corinne Gagnard* 160

### Etudes cliniques

---

Les effets immédiats de la puncture du *tiaokou* ES38 dans l'épaule douloureuse et l'importance du *deqi*. *Jorge Vas, Emilio Perea-Milla* 167

### Recherches

---

Contribution de l'analyse des Bio-DDP en Posturologie. *Marc Piquemal* 175

### Revue et synthèse

---

Revue bibliographique sur psoriasis et acupuncture. *Laurence Romano* 184

### Cas cliniques

---

Engorgement mammaire. *Annabelle Pelletier-Lambert* 191

Alopécie et acupuncture : à propos de deux cas. *Bui Van Tho* 192

### Lettres à la rédaction - communications courtes

---

Pathologie Psychiatrique et Médecine Traditionnelle Chinoise :  
une approche moderne des *hun* et des *po*. *Henri Truong Tan Trung Jr* 196

Sur l'évaluation des congrès de la FAFORMEC. *Florence Phan-Choffrut* 198

Accréditation et évaluation. *Dominique Fouet-Loussert* 200

Oui à une évaluation équitable de l'acupuncture. *Johan Nguyen* 204

Visite au service d'acupuncture du China Medical Hospital, Taïchung, Taïwan. *Florence Phan-Choffrut* 206

### Pratiques rhumatologiques

---

Traitement des algies plantaires par points locaux. *Olivier Goret* 209

### Protocole thérapeutique

---

Gonalgies aiguës. *Olivier Goret* 210

### Evaluation de l'acupuncture

---

Procréation médicalement assistée : l'acupuncture élève le taux de grossesse après transfert d'embryons. *Johan Nguyen* 213

Le problème des revues méthodiques, à propos de deux revues sur l'acupuncture dans la gonarthrose. *Johan Nguyen* 216

### Attention, c'est déjà arrivé ! Incidents et accidents attribués à l'acupuncture

---

Fasciite nécrosante chez un diabétique après acupuncture. *Jean-Marc Stephan* 219

### Acupuncture expérimentale

---

*Johan Nguyen* 222

### Actualités professionnelles et syndicales

---

225



Figure extraite du *Zhen Jiu Da Cheng* édition de 1680 (3<sup>e</sup> 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](mailto:olivier.goret@acudoc2.org)  
Jean-Marc Stephan (Haveluy)  
✉ [jm.stephan@acudoc2.org](mailto:jm.stephan@acudoc2.org)

## ✠ Rédacteurs en chef

Pierre Dinouart-Jatteau (Bordeaux)  
✉ [pierre.dinouart@acudoc2.org](mailto:pierre.dinouart@acudoc2.org)  
Florence Phan-Choffrut (Pantin)  
✉ [florence.phan.choffrut@acudoc2.org](mailto:florence.phan.choffrut@acudoc2.org)  
Johan Nguyen (Marseille)  
✉ [johan.nguyen@acudoc2.org](mailto:johan.nguyen@acudoc2.org)  
Patrick Sautreuil (Le Vésinet)  
✉ [patrick.sautreuil@acudoc2.org](mailto:patrick.sautreuil@acudoc2.org)

## ✠ Comité éditorial

Philippe Castera (Bordeaux)  
Jean-Luc Gerlier (Annecy)  
Olivier Goret (La Garde)  
Eric Kiener (Paris)  
Jean-Louis Lafont (Nîmes)  
Claude Pernice (Aix-en-Provence)  
Marc Piquemal (Asuncion- Paraguay)  
Laurence Romano (Nîmes)  
Yves Rouxville (Lorient)  
Jean Marc Stephan (Haveluy)  
Heidi Thorer (Challans)  
Patrick Triadou (Paris)

## ✠ Comité de rédaction

Gilles Andres (Paris)  
David Alimi (Alfortville)  
Pascal Beaufreton (Nantes)  
Bui Van Tho (Paris)  
Raphael Cobos (Séville, Espagne)  
Robert Du Bois (Genève- Suisse)  
Michel Eche (Draveil)  
Bruno Esposito (Ferrare- Italie)  
Jean-Marc Eysallet (Paris)  
Robert Hawawini (Chantilly)  
Setsuko Kame (Japon)  
Jean-Robert Lamorte (Toulon)  
Pilar Margarit Bellver (Valencia, Espagne)  
Christian Mougialis (Nantes)  
Christian Rempp (Strasbourg)  
Elisabeth Rochat de la Vallée (Paris)  
Henning Strom (Arcachon)  
Tran Viet Dzung (Nice)  
Henri Truong Tan Trung (Tarbes)

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

## MÉRIDIENS

revue française de  
**médecine**  
**traditionnelle chinoise**  
le mensuel du médecin acupuncteur

### Acupuncture & moxibustion

27, Bd d'Athènes,  
F-13001 Marseille  
Fax 04.96.17.00.31  
✉ [acudoc@wanadoo.fr](mailto:acudoc@wanadoo.fr)  
[www.acupuncture-moxibustion.org](http://www.acupuncture-moxibustion.org)

ISSN 1633-3454

Imprimerie : Couleurs,  
40, ch. de la Parette, 13012 Marseille.  
Cargo Conception Graphique :  
Tél. : 04 91 71 80 42

Dépôt légal :  
Septembre 2003.

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).

abonnements	France	Etranger
Tarif individuel	92 €	100 €
Institution	138 €	153 €
Prix du numéro	25 €	30 €
	Abonnement inclus dans la cotisation	
ASMAF-EFA <sup>(1)</sup> GERA <sup>(2)</sup>	75 € <sup>(1)</sup> -244 € <sup>(2)</sup>	
Association Partenaire <sup>(3)</sup>	50 €	
Membre de la FAFORMEC	70 €	

(1) Correspondant à la cotisation-abonnement, ASMAF, 2, rue du Général-de-Larminat, 75015 Paris.  
✉ [JMstephff@aol.com](mailto:JMstephff@aol.com)

(2) GERA : cotisation de 244 € incluant la participation à 4 séminaires annuels de FMC, les comptes rendus et documentations scientifiques et pédagogiques des séminaires, dossiers bibliographiques, copies gratuites de tous documents issus du centre de documentation, cotisation à la FAFORMEC, abonnement à Acupuncture et Moxibustion. GERA, 192 chemin des cèdres, 83130 La Garde.

(3) Associations partenaires au 1<sup>er</sup> mars 2003 : AASF, AFERA, AGMA, AMA74, AMO, ARMA, CDMTC, ASMAF-EFA<sup>(2)</sup>, EIPN, FMC-RDAO, GERA, GLEM, INVN, SAA, SAMP. Les étudiants au DIU d'Acupuncture bénéficient du tarif "association partenaire" (joindre un justificatif d'inscription).

## Chroniques Éditoriales

Jean-Louis Lafont

### Bernard Auteroche



C'est avec beaucoup d'émotions, liées aux souvenirs, que j'écris aujourd'hui ces quelques lignes d'introduction en hommage à un compagnon de route, Bernard Auteroche.

Durant une dizaine d'années nous fûmes, suivant son

expression, *"d'indéfectibles compagnons, ceux qui partagent le pain et le sel"*. Par la suite nos chemins divergèrent, mais notre amitié demeura. Dans les trop rares occasions où nos chemins se recroisèrent temporairement, nous nous retrouvions avec un *"Alors où en es-tu ?"*. Nous partageons

une quête commune et ambitieuse : la recherche de l'authenticité de la médecine chinoise.

Lors des voyages d'étude que l'A.F.E.R.A. organisa en Chine puis au Vietnam, Bernard a perçu, certainement un des premiers, l'évolution de l'acupuncture depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours. Au cours de nos échanges qui suivirent ces voyages, j'ai assisté progressivement à la gestation de ce qu'il nommait entre nous *"mon petit"*. Paru en 1983, dans le contexte d'une époque où les discours sur l'acupuncture évoquaient la tour de Babel, *Le diagnostic en médecine chinoise* a été un tournant décisif dans l'évolution de l'acupuncture en France. Nous avons enfin à notre disposition un ouvrage clair, rédigé dans la terminologie technique contemporaine, qui nous permettait de comprendre ce que les auteurs orientaux nous disaient ou nous écrivaient. C'est de tous ses ouvrages celui qui restera à jamais dans nos cœurs.

Merci Bernard pour tout ce que tu nous as apporté.

### Brève présentation de Bernard Auteroche par Michèle Auteroche

Le Docteur Auteroche, est venu à la médecine chinoise d'une façon très originale. Il commença en apprenant les arts martiaux et l'utilisation des points vitaux, dans les années 1945-1950, à une époque où ces techniques étaient encore confidentielles.

Ensuite, après ses études à la faculté de Montpellier, dont il est lauréat, il exerça longtemps la médecine dans les Iles de l'Océan Indien (Ile de la Réunion et Madagascar), puis en Afrique. Dans tous ces pays, il eut l'occasion d'entrer en contact avec des médecins

chinois qui peu à peu l'initièrent à l'acupuncture. C'est de retour en France, dans les années 1970, qu'il devint un passionné de cette forme de médecine, en faisant sienne progressivement l'approche globale de l'homme, malade dans sa totalité, corps et esprit. Il faisait souvent référence à un tableau qui représenterait l'ensemble de la personne. A partir de 1977 et pendant quelques années, il pratiqua l'acupuncture dans le service hospitalier du Professeur Bossy à Nîmes ; par la suite, tout en continuant à soigner à titre

amical, il se consacra essentiellement à un travail de recherche et d'enseignement. Pour cela, il alla souvent chercher en Chine la base de ses recherches ou la réponse aux nombreuses questions qu'il se posait.

Grâce aux nombreuses relations établies peu à peu avec les Chinois, en particulier avec le Professeur Wang Zhanxi de Pékin, il commença à traduire des ouvrages médicaux chinois : textes anciens et livres récents. Cet acquis médical chinois, il le transmet dans de très nombreux articles, sujets de conférences,

de séminaires ou de congrès. Il écrivit plusieurs livres de grande notoriété, en y faisant toujours participer des spécialistes du domaine abordé, dans la mesure où cela pouvait être profitable au texte.

Sa véritable passion était la traduction et l'étude des textes anciens, avec une obsession constante, ne pas trahir le texte d'origine, ne pas extrapoler, ne pas enjoliver, ne pas franciser. Il était d'une rigueur implacable pour la justesse des traductions et n'hésitait pas à prendre position publiquement face à des traducteurs approximatifs ou fantaisistes.

La force de ses publications et des ses interventions et leur impact puissant sur le lecteur ou l'auditoire trouvaient certainement leur origine dans la rigueur de ses traductions, toujours tirées des meilleures sources chinoises et sur le "sens chinois du malade" qu'il avait acquis peu à peu.

En 1993, en collaboration avec le Professeur Wang Zhanxi, Président de l'Université Lian Qiao de Pékin et le Professeur Li Huangling, il publie à Pékin, en chinois, un ouvrage de thérapeutique en médecine interne : *"Neike Zhenjiu Peixue Xinbian"*, (Nouvelles Associations de Points en Médecine Interne). Ce livre est le fruit de six années de travail intense et de collaboration fructueuse avec les Chinois.

En 1996, il eut l'honneur d'être choisi par les Chinois pour participer à un concours organisé à la demande du ministère de la santé, par la revue *"Zhongguo Weisheng*

*Jie"* (Le Monde Médical Chinois), pour les médecins chinois. Le Docteur Auteroche fut classé 74<sup>e</sup> sur 120 lauréats et fut le seul étranger retenu pour participer au colloque de clôture du concours à Pékin (décembre 1996).

Il avait un véritable don de guérisseur, et il a soigné et guéri jusqu'à la fin de ses jours, mais il a oublié de se soigner lui-même, et il s'est éteint prématurément en 1999, à l'âge de 68 ans.

#### Liste des livres publiés par le Docteur Auteroche

Tous les ouvrages du Docteur Auteroche ont été publiés en plusieurs langues.

En 1983: *"Le diagnostic en Médecine Chinoise"*.

Cet ouvrage fut le premier en occident à apporter une vision nouvelle et structurée de la médecine chinoise. Ce fut un "best seller".

En 1985 : *"Acupuncture en gynécologie et obstétrique"*.

Ce livre expose en particulier, le travail accompli pendant plusieurs années à la maternité de Castres (Tarn).

Dans sa partie obstétricale, l'ouvrage indique le traitement des troubles liés à la grossesse, la préparation et la réalisation de l'accouchement, le soin des troubles du post-partum. Le contenu en était très novateur car en Chine à cette époque là, ces traitements étaient de façon générale réalisés par pharmacopée. L'ouvrage est préfacé par le Professeur Wang Zhanxi de Pékin.

En 1989 : *"Pratique des aiguilles et de la moxibustion"*.

C'est un livre d'enseignement destiné à faciliter l'apprentissage des manipulations d'aiguilles et des autres techniques manuelles.

Toutes les méthodes présentées ont été transmises par des Professeurs chinois, en particulier le Professeur Li Tian Yuan. Le livre contient un entraînement par le *Qi Gong*.

En 1990 : *"Atlas d'acupuncture chinoise"*.

Cet ouvrage est écrit par des amis canadiens. Le Docteur Auteroche a surtout vérifié la conformité des trajets avec le contenu du Huang Di Nei Jing Ling Shu, et a apporté de nombreuses précisions en notes infrapaginales.

En 1992 : *"Matière Médicale Chinoise"*.

Après avoir étudié pendant longtemps la pharmacopée chinoise avec le Professeur Wang Zhanxi, il réalise avec le Docteur Michel Demont de Toulouse, un important ouvrage sur 500 drogues de la pharmacopée chinoise. Le livre contient également plus de 500 formules de pharmacopée. C'est une mine de renseignements sur le traitement par les plantes chinoises. La grande difficulté pour vendre en France les plantes chinoises n'a pas permis à cet ouvrage de connaître le succès des autres livres.

En 1993 : *"Neike Zhenjiu Peixue Xinbian"* (Nouvelles Associations de points d'acupuncture en Médecine Interne).

Ecrit en collaboration avec des Chinois.

A sa mort en 1999, il venait de terminer le premier tome d'un

traité sur les points d'acupuncture. Seuls les six premiers méridiens ont été écrits en entier, mais n'ont pu être publiés.

### Liste des principales revues dans lesquelles il a publié :

Les deux principales revues pour lesquelles le Docteur Auteroche a écrit de très nombreux articles sont :

- La revue "Méridiens" à laquelle il a continuellement participé pour soutenir l'œuvre de son ami le Docteur Didier Fourmont.

- La revue "Folia Sinotherapeutica", dans laquelle il a également écrit de nombreux articles exposant les traitements à la fois par acupuncture et par pharmacopée.

Il a également publié plusieurs articles en Anglais dans la revue "The Journal of Chinese Medicine".

Il a écrit dans d'autres revues, mais de façon plus éparse.

Le Docteur Auteroche est intervenu dans de nombreux congrès et séminaires aussi bien en France qu'à l'étranger.  
**Références de l'auteur :**

#### Livres de médecine chinoise

##### *Diagnostic en Médecine Chinoise*

B. Auteroche, P. Navailh, Maloine, Paris, 1983. 368 pages, 39 figures, 16 planches en noir et blanc, 12 photographies en couleur. Retirages, 1985, 1988, 1991 - épuisé. Edité en Italien, Hongrois, Portugais, (Espagnol, en cours).

##### *Acupuncture en Gynécologie et Obstétrique*

B. Auteroche, P. Navailh, P. Maronnaud, E. Mullens  
Préface du Professeur Wang Zhan-xi, Président de l'Université Lian Qiao, Pékin.

Maloine, Paris, 1986. 308 pages, 1 schéma, 1 enregistrement cardiocardiographique, 4 partogrammes. Edité en Portugais.

##### *Pratique des Aiguilles et de la Moxibustion*

B. Auteroche, G. Gervais, M. Auteroche, P. Navailh, E. Toui-Kan  
Maloine, Paris, 1989. 204 pages, 150 figures, 31 photographies. Edité en Allemand et en Hongrois. Edité en Anglais sous le titre "Acupuncture and Moxibustion, a guide to clinical practice".

##### *Atlas d'Acupuncture Chinoise, Topographie des Méridiens*

H. Solinas, B. Auteroche, L. Mainville  
Maloine, Paris, 1990. 260 pages, 88 figures, 6 tableaux.  
Edité en Hongrois.

##### *Matière Médicale Chinoise*

B. Auteroche, M. Auteroche, M. Demont

Préface du Professeur Wang Zhan-xi, Président Honoraire de l'Université Lian Qiao, Pékin.  
Maloine, Paris, 1992. 914 pages.

##### *Neike Zhenjiu Peixue Xinbian*

(Nouvelles Associations de Points en Médecine Interne)

Wang Zhan-xi, B. Auteroche (Ou Bai-fang), Li Huang-ling

Kexue Jishu Wenxian Chubanshe, Beijing, 1993.

Editions des Documents Scientifiques et Techniques, Pékin, 1993, 447 pages.

#### Autres

Lauréat du concours national (Quan Guo Shou Jie Bai Jia Zhi Chang Te Se Yi Liao), organisé pour les médecins chinois, par la Revue officielle du Ministère de la Santé de Chine "Zhong Guo Wei Sheng Jie" (Le monde médical chinois), Pékin, décembre 1996.

Jean-Louis Lafont, Corinne Gagnard

## Note sur le *zongjin*

**Résumé :** L'article comprend 1° - un essai de précision du sens de *zongjin*, habituellement traduit par "muscles des ancêtres" et traduit ici par "tendon fondamental". 2° - une description du contexte médical dans lequel cette notion apparaît (I<sup>er</sup> siècle). 3° - une reconstitution du tendon fondamental à cette époque, d'après les textes correspondants. 4° - une actualisation de cette notion compte tenu de l'évolution des idées en MTC et des connaissances contemporaines en MO. **Mots-clés :** Muscle des ancêtres - tendon fondamental - appareil locomoteur - tendons des méridiens - physiologie - histoire.

**Summary :** This paper includes the following points : 1. an attempt to make clear the meaning of *zongjin*, generally translated as "ancestors' muscle" and translated here as "fundamental sinew". 2. A discussion of the medical background of the period of appearance of this concept (1st century A.C.). 3. Based on texts of this period, a reconstitution of the fundamental sinew at this time. 4. The updating of this concept according to the evolution of ideas in TCM and the contemporary knowledge in western medicine. **Keywords :** Ancestors' muscle - fundamental sinew - locomotorium - sinews of the meridians - physiology - history.

### Introduction

Lorsqu'il s'agit d'étudier certains passages obscurs ou difficiles des textes classiques de l'acupuncture, en particuliers ceux de l'Antiquité, tout le monde s'accorde pour dire "qu'il faut replacer le passage dans le contexte". Cependant à notre connaissance peu d'auteurs se préoccupent de définir "le contexte" et en particulier l'état des connaissances médicales de l'époque durant laquelle le texte en question a été rédigé. Dans un travail précédent [1], nous avons montré que la description de *zongjin* apparaît dans des textes dont nous situons la rédaction au début du I<sup>er</sup> siècle de l'Ere Commune, dans le contexte d'un système médical comprenant pour la première fois 12 méridiens centripètes auxquels sont annexés 12 tendons (*jinjing*) également centripètes. C'est donc dans ce contexte particulier qu'il faut replacer l'étude du *zongjin* et définir en préalable le sens de *zong*.

*zong* (R5240) [2] a le sens de : 1 - temple des ancêtres, 2 - ancêtres, 3 - consanguins de même nom de famille, 4 - respecter, 5 - sorte, classe, catégorie, 6 - secte, école, 7 - maître, chef d'école, 8 - fondement, **fondamental**, essentiel.

Le *Dictionnaire médical* [3] définit le sens de *zongjin* : 1 - confluence des tendons, 2 - organes génitaux mâles

Replacé dans le contexte médical de l'époque, il ne nous semble pas que la traduction, communément admise, de *zongjin* par "muscle des ancêtres" puisse être retenue. La traduction de l'expression *zongqi* (traduit habituellement par *qi* ancestral) qui apparaît aussi à la même époque, pose d'ailleurs le même problème. La traduction de *zongqi* par *qi* ancestral laisse supposer qu'il s'agit d'un *qi* inné. Or, les rares passages où cette expression est mentionnée permettent d'envisager que *zongqi* est la réunion du *qi* de l'air (du Ciel) avec le *qi* des aliments (de la Terre) après leurs différents "changements et transformations" (*bianhua*) dans l'organisme<sup>1</sup>. De ce fait il s'agit d'un *qi* acquis. La notion d'un *qi* inné, à l'origine de la vie, apparaît au III<sup>e</sup> siècle dans le Classique des difficultés avec la notion de *yuanyi* (*qi* primordial). Il y a une différence de sens entre "ce qui est à l'origine" (*yuanyuan*) et "ce qui est fondamental" (*zong*), d'où notre choix de traduire *zong* par fondamental.

### Le tendon fondamental au I<sup>er</sup> siècle

La description du tendon fondamental apparaît dans SW44 [4].

"yangming « Mer des 5 zang et des 6 fu », préside au fonctionnement du tendon fondamental qui gouverne la cohésion des os et le jeu des articulations. Chongmai « Mer des méridiens », préside au déversement des

*liquides organiques (jinye) dans les confluent des vallées. Il est associé au yangming par le tendon fondamental. Les parties haute et basse du tendon fondamental se réunissent au point « carrefour du qi » (qijie), point majeur du vaisseau de l'Estomac, qu'il rattache à daimai en relation avec dumai. Quand yangming est vide, le tendon fondamental se relâche, daimai ne tire plus, les jambes deviennent impotentes et atrophiées.*" (SW44)

D'après ce texte le fonctionnement du tendon fondamental dépend de *yangming*. Il est en relation avec *chongmai* "Mer des méridiens" dont la fonction principale est l'irrigation des 12 méridiens. De plus le tendon fondamental est en relation avec *daimai* et *dumai*. Pour tenter de cerner cette notion, il convient de replacer ce passage dans le contexte médical de l'époque.

Le réseau des méridiens du premier système à base 12, incontestablement le plus complexe de tous les réseaux des méridiens décrits dans le Classique de l'interne, est constitué de 12 méridiens centripètes<sup>2</sup> et comprend 6 des futurs "8 vaisseaux extraordinaires" (*chongmai*, *dumai*, *renmai*, *daimai*, *yin* et *yangqiaomai*). Tous les trajets de ces méridiens et vaisseaux ont fait l'objet de changements importants depuis le premier réseau de 6 vaisseaux décrit au III<sup>e</sup> siècle AEC et il est primordial d'essayer de reconstituer leurs trajets.

### Trajet du méridien yangming

Nous admettons que le trajet du méridien *yangming* au I<sup>er</sup> siècle se superposait globalement au trajet du méridien *zuyangming* actuel<sup>3</sup>.

### Trajet de chongmai

*Chongmai* a, à cette époque, un trajet particulier à la fois postérieur et antérieur. Dans sa partie antérieure la branche supérieure remonte jusqu'à la tête, où il irrigue les méridiens *yang* (LS38), la branche inférieure descend jusqu'au pied, où il irrigue les méridiens *yin* (LS38, LS62).

Le trajet de la branche supérieure de *chongmai* à l'abdomen et au thorax est des plus hypothétiques, car il n'est pas précisé dans le texte. En projetant nos

connaissances actuelles sur le texte on serait tenté de dire qu'il suit le trajet du méridien du Rein. Or rien n'est moins sûr et certains textes permettent d'envisager qu'il se projetait à cette époque sur le trajet du méridien d'Estomac. A l'appui de ce point de vue, en désaccord avec les données communément admises, nous avançons plusieurs arguments :

- son émergence au point E30.
- *chongmai* est à cette époque la Mer des 12 méridiens dont les points *shu* sont V11, E37, E39.
- le texte du SW44 : "*chongmai est associé au yangming par le tendon fondamental*". Dans SW44, à aucun endroit *shaoyin* n'est mentionné.
- la relation de *chongmai*, dans son trajet abdominal, avec le méridien *yangming* et non avec le méridien *shaoyin*, se retrouve au III<sup>e</sup> siècle dans le *Classique des difficultés* (NJ28) [5] : "*chongmai débute au qichong (E30). Il suit en dedans le trajet du méridien de l'Estomac, passe des deux côtés de l'ombilic, monte verticalement à la région thoracique où il se ramifie.*"

Pour comprendre de telles divergences on est obligé d'admettre l'existence de plusieurs écoles à cette époque, ce qui est évident à la lecture d'ensemble des textes du *Classique de l'interne*<sup>4</sup>.

Les fonctions de *chongmai* sont (d'après les textes de cette époque) :

- il déverse les liquides organiques (*jinye*) dans les confluent des vallées (SW44), ou
- il déverse l'essence (*jing*) dans les méridiens (LS38). D'après la physiologie et la terminologie technique de l'époque nous interprétons l'essence dans ce contexte comme l'essence des aliments [1].

Par ailleurs la reconstitution du réseau des méridiens et du modèle circulatoire de l'époque permettent de dire que *chongmai* assurait le temps centrifuge de la circulation<sup>5</sup>.

### Trajet de daimai

C'est dans les textes de cette époque que le vaisseau *dai* est mentionné à deux reprises pour la première fois :

“La branche séparée (jingbie du méridien zushaoyin) sort au niveau de la 14<sup>e</sup> vertèbre et se relie au daimai.” (LS11)  
 “Quand yangming est vide, le tendon fondamental se relâche, daimai ne tire plus, les jambes deviennent impotentes et atrophiées.” (SW44)

Sur ces seules mentions il est difficile de se faire une idée précise du trajet et des fonctions de ce vaisseau. Par la suite, dans le courant des I<sup>er</sup>-II<sup>e</sup> siècles, il lui sera décrit son seul point mentionné dans le *Classique de l'interne* : le point *daimai* (l'actuel VB26).

### Trajet de dumai

C'est également dans les textes de cette époque que les vaisseaux *ren* et *du* sont mentionnés pour la première fois dans LS17 intitulé “Mesure des vaisseaux” :

“dumai et renmai mesurent chacun 4 chi 5 cun”.

C'est la seule mention relative à ces deux vaisseaux et il est difficile de s'en faire une représentation plus précise. Les descriptions ultérieures de ces deux vaisseaux dans les textes du *Classique de l'interne* (SW60), montrent que, même au II<sup>e</sup> siècle, *dumai* et *renmai* n'ont pas encore acquis leurs trajets définitifs.

### Fonction du tendon fondamental

Replacé dans le contexte du réseau des méridiens de l'époque, le tendon fondamental s'intègre dans une description de l'appareil locomoteur constitué de 12 tendons annexés aux 12 méridiens centripètes (LS13). Chacun de ces tendons regroupe l'ensemble des muscles dépendant de chaque méridien (6). Il gouverne “la cohésion des os et le jeu des articulations” (SW44). On peut interpréter cette expression comme une action globale sur l'ensemble de l'appareil locomoteur, le fonctionnement propre du tendon fondamental étant sous la dépendance de *yangming*. Cet ensemble est en relation avec *chongmai* (qui “dérive les liquides organiques dans les confluent des vallées”) et avec *dumai* et *daimai* dont les trajets et les fonctions ne sont pas explicités dans les textes.

### Synthèse

Comme on vient de le voir il convient d'être prudent dans l'interprétation des textes de l'Antiquité et se garder de projeter nos connaissances actuelles sur ce qui est écrit. Il y eut à l'évidence plusieurs écoles et courants de pensées et aussi plusieurs versions différentes de la même idée.

En résumé on peut retenir que la description du tendon fondamental intervient dans un texte consacré aux paralysies atrophiées (*wei*) à une époque de compilation de textes d'origine diverses et d'époques différentes en vue de la réalisation des *Classiques de la médecine* effectuée au I<sup>er</sup> siècle. D'après le texte du SW44 nous pensons pouvoir retenir avec quelques certitudes que la partie haute du tendon fondamental peut être assimilée au muscle grand droit de l'abdomen, la partie basse au muscle quadriceps fémoral, dont la jonction fonctionnelle s'effectue au point E30. Cet ensemble, sous la dépendance du méridien *yangming* de l'Estomac, est en relation avec *chongmai*. De plus, comme le tendon fondamental associe *daimai* en relation avec *dumai*, on pourrait ajouter à cet ensemble les muscles qui seraient sous la dépendance de ces vaisseaux soit : les muscles obliques et transverses de l'abdomen (*daimai*) et les muscles du rachis en particulier de la région lombaire (*dumai*).

### Le tendon fondamental au XXI<sup>e</sup> siècle

Le relevé des indications cliniques contemporaines des points d'acupuncture<sup>6</sup>, limité à la région qui nous intéresse ici et sur les vaisseaux et méridiens cités par SW44, permet de dresser la liste des muscles constitutifs du tendon fondamental (tableau I).

### Recueil des données

#### Méridien *zuyangming* d'Estomac

Les muscles dépendant de ce méridien sont :

- le muscle grand droit d'abdomen (E26, E27)
- le muscle quadriceps fémoral (E31, E32)<sup>7</sup>.

### *Chongmai*

Les points d'acupuncture du R11 au R21 n'ont **aucune indication musculaire**. Cette constatation est un argument supplémentaire pour dire que *chongmai* au I<sup>er</sup> siècle se superposait au méridien d'Estomac, et non au méridien *shaoyin* du Rein, du moins dans l'école qui rédigea le texte du SW44.

### *Daimai*

Les muscles sous la dépendance de ce vaisseau sont :

- le muscle grand dorsal : VB26
- le muscle grand fessier : VB28

### *Dumai*

Les muscles sous la dépendance de ce vaisseau sont :

- les muscles fessiers, pyramidal et jumeaux (sup. et inf.) : VG 4
- les muscles dorsaux et lombaires, les muscles moyens et petits fessiers : VG 5
- les muscles obliques et transverses d'abdomen : VG 15.

**Tableau I.** Les muscles constitutifs du tendon fondamental (*zongjin*)

Méridien ou vaisseau	points	muscles
<i>yangming</i>	E26	Grand droit de l'abdomen
	E27	Grand droit de l'abdomen
	E31	Vaste médial, vaste latéral, droit antérieur
	E32	Vaste latéral, droit antérieur
<i>chongmai</i>	0	0
<i>daimai</i>	VB26	Grand dorsal
	VB28	Grand fessier
<i>dumai</i>	VG4	Fessiers, piriforme et jumeaux
	VG 5	Muscles dorsaux et lombaires, moyen et petit fessiers
	VG 15	Muscles obliques et transverses d'abdomen

### *Synthèse*

Le tendon fondamental comprend donc, d'après le trajet actuel des méridiens et les indications cliniques contemporaines des points d'acupuncture, les muscles suivants :

- muscle grand droit d'abdomen : méridien *yangming*
- muscles obliques et transverses d'abdomen : *dumai*
- muscle quadriceps fémoral : méridien *yangming*
- muscles fessiers : *daimai* et *dumai*
- muscles lombaires : *dumai*
- muscle grand dorsal : *daimai*.

Comme on le voit *chongmai* aujourd'hui n'a plus aucune relation avec le tendon fondamental, ce qui se comprend compte tenu de l'évolution des idées depuis l'Antiquité<sup>9</sup>.

### *Fonction*

La question se pose maintenant d'essayer de comprendre, compte tenu des connaissances actuelles, ce qu'ont voulu décrire sous l'image d'un tendon fondamental les médecins chinois du I<sup>er</sup> siècle.

Tous les muscles, définis comme constitutifs du tendon fondamental, n'ont pas de fonction dans la station debout au sens **statique** du terme (tableau II). La station debout sans mouvement est une phase d'équilibre autour du centre de gravité, dont l'entretien, très économique, dépense peu d'énergie. Les seuls muscles présentant une activité, d'ailleurs très modérée, dans la station debout sont les **muscles posturaux principaux** qui sont situés en arrière du centre de gravité (en arrière du plan frontal passant par les deux hanches, en avant du corps de S2), excepté le muscle ilio-psoas qui est le seul muscle en activité perpétuelle durant la station debout. Les muscles posturaux principaux sont : les muscles de la nuque, les muscles spinaux, les muscles ischio-jambiers, le soléaire, le muscle ilio-psoas.

Par contre tous les muscles définis comme constitutifs du tendon fondamental ont un rôle essentiel dans le maintien de l'équilibre et de la station debout au cours de la marche, c'est-à-dire la station debout au sens **dynamique** du terme [7] :

- le **quadriceps fémoral** est le seul muscle du groupe du tendon fondamental qui sert à la propulsion. Il présente un pic d'activité lors du passage du pas ou lors de la montée – descente d'un escalier ;
- le **quadriceps fémoral et les muscles fessiers** maintiennent l'équilibre de la hanche et du bassin ;
- le quadriceps fémoral équilibre la hanche lors de l'appui antérieur au moment de la réception du pas au sol ;
- les muscles fessiers ont deux rôles :
  - dans la phase de réception au sol : contraction modérée par étirement pour rattraper la flexion de

**Tableau II.** Fonctions principales des muscles du tendon fondamental

Muscles	Fonction principale	Fonction accessoire
<b>Grand droit d'abdomen</b>	Flexion du tronc	Rotation et flexion combinée du tronc
<b>Obliques et transverses</b>	Rotation du tronc (thorax) Elévation du pelvis	Flexion du tronc
<b>Muscles lombaires</b> - masse sacro lombaire - carré des lombes	Extension du tronc Elévation du pelvis	Extension du tronc
<b>Grand dorsal</b>	Extension de l'épaule Rotation int. de l'épaule	Rotation du thorax Elévation du pelvis
<b>Quadriceps fémoral</b>	Extension du genou Verrouillage du genou	Fléchisseur de hanche (par droit antérieur)
<b>Fessiers</b> - grand fessier - moyen fessier - petit fessier	Extension et rotation externe de la cuisse Abduction de la cuisse Rotation interne de la cuisse	Abduction de la cuisse Rotation interne de la cuisse Abduction de la cuisse

hanche. Ils jouent plus ou moins un rôle d'antagonistes du quadriceps dans cette phase ;

- au cours de l'appui unipodal (dernière phase de la marche) : contraction maximale pour maintenir l'équilibre horizontal ;
- les **muscles lombaires (carré des lombes)** présentent une contraction au moment de l'appui unipodal pour soutenir le bassin au cours du balancement transversal du tronc (oscillation du centre de gravité) ;
- les **obliques et transverses de l'abdomen** présentent une activité bilatérale au cours de la marche : ils préviennent la chute du tronc en avant ainsi que la rotation et la flexion latérale du tronc ;
- le **grand droit de l'abdomen** et son rôle dans la marche est, pour le moment, l'objet d'études contradictoires. Pour certains auteurs il ne présente aucune activité [8]. Pour d'autres il présente au contraire une activité peut-être moins importante en terrain plat [9] ;
- le **grand dorsal** intervient dans le balancement des membres supérieurs au cours de la marche :
  - il est responsable du balancement postérieur du bras depuis le début du mouvement jusqu'au retour au plan du corps ;
  - il intervient par freinage dans le balancement antérieur du bras.

## Commentaires

En conclusion de cette étude sur le *zongjin* on peut dire que c'est l'équilibre du bassin et la **station érigée en mouvement**, autrement dit "l'homme debout en marche", qui a été symbolisé sous l'image d'un tendon fondamental, centre de confluence des tendons. D'après les fonctions attribuées aujourd'hui aux muscles qui le constituent on peut dire qu'il représente un "système de maintien du centre de gravité lors du déplacement". La représentation fonctionnelle de l'appareil locomoteur qu'ont décrit les médecins chinois du I<sup>er</sup> siècle comprend 12 tendons annexés aux méridiens (*jingjin*) et 1 tendon fondamental (*zongjin*) centre et carrefour de tout l'appareil locomoteur, centre de confluence des tendons, centre d'enracinement de la force physique, centre du mouvement.

La notion de Centre est capitale dans la pensée chinoise antique et transparait constamment quel que soit le niveau d'organisation auquel on se réfère. Tout système est orienté et centré. Ainsi au I<sup>er</sup> siècle :

- sur le plan des 5 *zang*, le Centre est la Rate,
- sur le plan des processus de changements et transformations (*bianhua*) perçus dans leurs globalités, le Centre est le Foyer supérieur, lieu d'élaboration du *qi* fondamental (*zongqi*),

- sur le plan de l'appareil locomoteur dans son ensemble, le Centre est le tendon fondamental (*zongjin*),
- sur le plan du réseau des méridiens, le Centre est *chongmai*, le Vaisseau carrefour "Mer des 12 vaisseaux",

- sur le plan de l'être humain perçu dans sa totalité, le Centre est le Cœur.

Certaines de ces données ont changé depuis le I<sup>er</sup> siècle, en particulier *chongmai* qui a perdu sa place de Centre au bénéfice de *renmai* et *dumai* respectivement "Mer des méridiens *yin*" et "Mer des méridiens *yang*"<sup>9</sup>.

#### Correspondance :



D<sup>r</sup> Jean-Louis Lafont  
4, rue de la Couronne, 30000 Nîmes  
☎ 04.66.76.11.13  
📠 04.66.76.06.17



D<sup>r</sup> Corinne Gagnard  
Service d'Explorations Fonctionnelles du  
Système Nerveux et d'Acupuncture,  
C.H.U. Caremeau, avenue du P<sup>r</sup> Debré  
30900 Nîmes Cedex

#### Notes :

- 1 Comparer à ce sujet SW18, LS56, 71, 75 et les commentaires sur *zongqi* dans Emergence p. 430-431 [1].
- 2 Le premier système à base 12 succède à un système qui comprenait 11 vaisseaux (LS2), qui diffère d'ailleurs du système à 11 vaisseaux des Documents de Mawangdui. Par rapport à ces deux textes le premier système à 12 méridiens comprend un 12<sup>e</sup> méridien appelé "Maître du Cœur" (*xinshu*) ou "Enveloppe du Cœur" (*xinbao*) (LS71), qui prend la place du méridien du Cœur décrit dans LS2, se dernier prenant sa place définitive sur le bord médial du membre supérieur (LS71). A ces 12 méridiens centripètes sont annexés :
  - 12 *jingbie* ou "branches séparées des méridiens qui relient les méridiens à leurs viscères et constituent les « 6 réunions » (LS11) ;
  - 12 tendons des méridiens (*jingjin*) (LS13) ; - 12 canaux de l'eau (*jingshui*) (LS12).
 Depuis la description du premier réseau comprenant 6 méridiens au III<sup>e</sup> siècle AEC, tous les méridiens et les *luo* sont centripètes (SW6, LS5, SW63, LS2), ce qui permet de comprendre que la distribution des 5 points *shu* soit centripète (LS2). La première description d'un réseau de

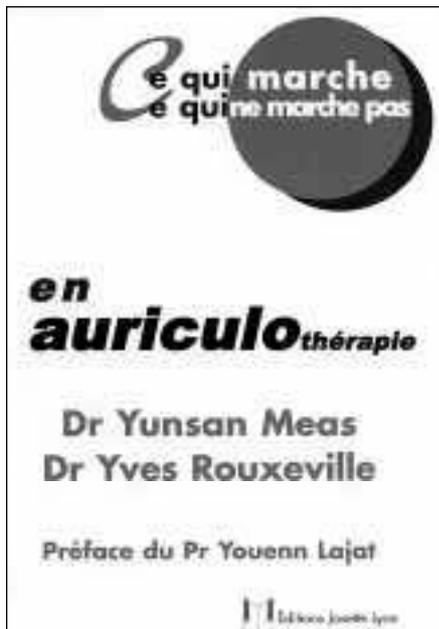
méridiens alternativement centripètes et centrifuges apparaîtra aux I<sup>er</sup>-II<sup>e</sup> siècles (LS10) et deviendra le modèle classique.

- 3 Le trajet du méridien *zuyangming* a fait l'objet de variations au niveau de l'extrémité céphalique. Au niveau abdominal le trajet du *yangming* de l'époque n'était peut-être pas exactement le trajet actuel. On lit en effet dans LS21 : "renmai, yangming et taiyin se relie et se croisent au guanyuan (VCA) à 3 cun sous l'ombilic".
- 4 L'existence de plusieurs écoles est évidente. En ce qui concerne *chongmai*, s'il est certain qu'une école a décrit *chongmai* sur le trajet du méridien d'Estomac, une autre à peu près au même moment le décrit sur le trajet du méridien du Rein (voir la nomenclature des points d'acupuncture correspondant à cette période dans SW59).
- 5 L'idée d'une circulation est mentionnée dans les textes du *Classique de l'interne* dès la description d'un premier réseau de 6 vaisseaux (SW6). Cependant la description précise du circuit n'apparaît que tardivement. Dans le système comprenant 11 méridiens le vaisseau *yingqiao* participe à la circulation (LS76) (I<sup>er</sup> siècle AEC). Dans le système comprenant 12 méridiens centripètes *chongmai* "Mer des 12 méridiens" assure le temps centrifuge de la circulation, du centre vers la périphérie, le temps de retour, des extrémités vers les Centres est assuré par les 12 méridiens centripètes et les canaux de l'eau. Avant l'élaboration du modèle circulatoire classique dans lequel le circuit ne comprend que les 12 vaisseaux méridiens alternativement centripètes et centrifuges (LS10), d'autres modèles circulatoires ont été décrits intégrant certains des futurs vaisseaux extraordinaires (par ex. *renmai* et *dumai* dans LS16). Après l'adoption du modèle circulatoire classique (LS10) les vaisseaux *chong*, *ren*, *du*, etc. vont acquérir une organisation d'ensemble, constituant un système à part, dénommé "8 vaisseaux extraordinaires des méridiens" mentionné pour la première fois dans le *Classique des difficultés* (III<sup>e</sup> siècle).
- 6 A notre connaissance Soulié de Morant [10] est le seul auteur qui propose des muscles ou des groupes de muscles dans les indications cliniques des points d'acupuncture [6].

- 7 Si les points du *chongmai* actuel (Rn11 au Rn21) ne présentent aucune indications musculaires, il n'en est pas de même du *chongmai* décrit au I<sup>er</sup> siècle. Les seuls points relevés dans les textes et que l'on peut lui attribuer avec certitude sont les points *shu* en haut (V11) et en bas (E30, E37, E39) mentionnés par LS33. On obtiendrait alors, compte tenu des indications contemporaines des points d'acupuncture :
- V11 : muscles lombaires
  - E37 : moitié du corps même côté flaccidité ou contracture. Jambier antérieur.
  - E39 : muscles du même côté : tout trouble.
- Rhumatisme musculaire ; Rhumatisme par Vent, Froid, Humidité, ne peut bouger.
- 8 En réalité le muscle quadriceps fémoral dépend dans son ensemble des tendons des méridiens *zuyangming* et *zushaoyang* : droit antérieur (E31, E32), vaste latéral (E31, E32), vaste médial (E31), crural (VB31) [d'après 10]. La participation du tendon du méridien *zushaoyang* au muscle quadriceps fémoral est mentionnée dans le texte du LS13 : "il remonte sur la région latérale de la cuisse et s'attache à la région fessière, une branche rejoint le futu". L'expression *futu*, habituellement traduite "lapin embusqué", désigne soit la région du droit antérieur, soit le point E32.
- 9 Les expressions "renmai Mer des méridiens yin", "dumai Mer des méridiens yang" apparaissent dans *Etudes sur les 8 vaisseaux extraordinaires* de Li Shizhen [11]. D'après le relevé de toutes les citations classiques compilées dans l'ouvrage on ne les retrouve pas dans les textes antérieurs au XVI<sup>e</sup> siècle. [12].

#### Références :

1. Lafont J.L. Emergence. Origine et évolution de l'acupuncture dans le Classique de l'interne. Bruxelles: SATAS;2001.
2. Institut Ricci. Dictionnaire français de la langue chinoise. Paris: Kuangchi Press;1976.
3. Dictionnaire médical chinois-français. Edition en langue française. Pékin:1992.
4. Husson A. Huangdi nei jing Su wen. Paris: A.S.M.A.F.; 1973.
5. Bach Q. M., Rudermann J. Nan jing Explications et commentaires. Nîmes: A.F.E.R.A.;1986.
6. Lafont J.L. Les tendons des méridiens. Tradition et modernité. Actes du Congrès de l'AFERA.: Nîmes;2003.
7. Bonnel F, Cheurel J.P., Outrequin G. Anatomie clinique. Les membres. Paris: Springer-Verlag;1991.
8. Sheffield F. Electromyographic study of the abdominal muscles in walking and other movements. Am. J; Phys. Med. N° 41:142-147.1962.
9. Watters, Morris. Electrical activity of muscles of the trunk during walking. J. Anat. N° 111:191-199;1972.
10. Soulié de Morant G. L'acupuncture chinoise. Paris: Maloine;1972.
11. Li S.J. Etude sur les 8 vaisseaux extraordinaires. (Trad. Teboul-Wang B.) in Les méridiens extraordinaires. Paris: Trédaniel;1997.
12. Lafont J.L. Chongmai. Tradition et modernité. Actes du Congrès de la FAFORMEC:Nantes;2001.



## **“Ce qui marche, ce qui ne marche pas en auriculothérapie”**

aux éditions Josette Lyon

(Dr Yunsan Meas & Dr Yves Rouxeville, préfacé par le Pr Youenn Lajat)

Quand un livre paraît, plusieurs questions peuvent se poser : est-il justifié ? Qu'apporte-t-il ? Ses auteurs sont-ils légitimes ? Est-il nouveau ? Est-il clair ?

Il manquait un petit livre d'esprit médical adressé à un grand public averti. Cet opuscule donne de façon très claire les explications, les indications et limites, de l'acupuncture auriculaire (l'auriculothérapie et l'auriculomédecine) dont il effectue un survol.

Les D<sup>rs</sup> Yunsan Meas et Yves Rouxeville, élèves connus (et reconnus) du Dr Paul Nogier, étaient particulièrement compétents faire comprendre la méthode. La rigueur de cette présentation a permis au Pr Youenn Lajat, responsable national de l'enseignement du diplôme inter-universitaire d'acupuncture, de préfacer ce livre qui devient ainsi "le livre des trois Y".

Editons Josette Lyon, 11 bis, rue Georges Saché - 75014 Paris - ☎ 01 40 44 81 60.

Format : 12 x 17, 120 pages, isbn : 2-84319-097-5, prix : 10,70 €

Jorge Vas, Emilio Perea-Milla

## Les effets immédiats de la puncture du *tiaokou* ES38 dans l'épaule douloureuse et l'importance du *deqi*

**Résumé :** L'épaule douloureuse est une des affections les plus courantes de l'appareil locomoteur, entraînant de fréquentes consultations autant en soins primaires que spécialisés. Peu de preuves existent pour appuyer ou réfuter l'efficacité des interventions les plus communes dans le traitement de l'épaule douloureuse. Il n'existe pas de revue bibliographique qui objective l'efficacité de l'acupuncture dans le traitement de cette pathologie, mais ces dernières années sont apparues des études contrôlées randomisées qui incitent à l'utilisation de l'acupuncture dans le traitement des périarthrites scapulo-humérales. L'étude présente a pour objectif dans la tendinite du sus-épineux, d'évaluer la réponse immédiate à la piqûre du *tiaokou* (ES38), dans la réduction de la douleur et dans l'augmentation du degré d'abduction, quand on y associe une puncture transfixiante vers le *chengshan* (VE57) avec obtention du *deqi* et manipulation active. 107 patients ont été randomisés en deux groupes, avec un groupe contrôle bénéficiant d'une puncture neutre sur le même point. Le groupe expérimental a obtenu une amélioration significativement supérieure au groupe contrôle tant dans l'amélioration de douleur (absolue et relative) que dans le bénéfice des degrés d'abduction (absolus et relatifs). **Mots clés :** *tiaokou*, épaule douloureuse, tendinite du sus-épineux, *deqi*, essai contrôlé randomisé.

**Summary :** The painful shoulder is one of the most common disorders of the locomotor system, involving frequent consultations as much in primary care than specialized. Few evidence exist to support or refute the effectiveness of the most common interventions in the treatment of the painful shoulder. There is no bibliographical review which objectifies the effectiveness of the acupuncture in the treatment of this pathology but these last years appeared randomized controlled trials which incite to the use of the acupuncture in the treatment of the adhesive bursitis. The present study aims at in the tendinitis of supraspinatus, to estimate the immediate answer to the puncture of the *tiaokou* (ST38), in the reduction of the pain and in the increase of the degree of abduction, when one associates it a puncture transfixiante towards the *chengshan* (BL57) with obtaining *deqi* and dynamic manipulation. 107 patients were randomized in two groups, with a group control benefiting from a neutral puncture on the same point. The experimental group obtained an improvement significantly higher to the group control so much in the improvement of pain (absolute and relative) than in the benefit of the degrees of abduction (absolute and relative). **Key words:** *tiaokou*, painful shoulder, tendinitis of supraspinatus, *deqi*, randomized controlled trial

### Introduction

La douleur d'épaule est un motif fréquent de consultation et souvent de diagnostic difficile. On estime que 40 % des personnes en souffrent à un moment ou un autre de leur vie. Les études de prévalence offrent des chiffres très disparates, de 3 à 20 % [1,2] ou même plus élevés si l'omalgie n'inclut pas dans sa définition l'incapacité fonctionnelle du mouvement [3], chiffres augmentant avec l'âge et avec certaines professions ou activités sportives (tennis, natation, etc..) [4,5,6].

L'épaule, comme unité fonctionnelle, est composée de 4 articulations : gléno-humérale, sterno-claviculaire, acromio-claviculaire et scapulo-thoracique. À la différence de la hanche, qui est une articulation stable avec appui acétabulaire profond, l'épaule est une articulation mobile avec une fosse glénoïde superficielle.

L'humérus est suspendu à l'omoplate par des tissus mous, des muscles et des ligaments, et une capsule articulaire, et a seulement un appui osseux minimal. L'épaule est une articulation complexe jouissant d'une grande mobilité, mais est aussi la plus instable de l'organisme et donc l'une des plus impliquées dans les problèmes douloureux. Néanmoins 90 à 95 % des causes de douleurs de l'épaule sont des problèmes péri-articulaires, c'est-à-dire en rapport avec les structures qui entourent l'articulation et non pas avec l'articulation en elle même comme :

- les bursites sous-acromiales, les tendinites du sus-épineux (60 %) ;
- les capsulites rétractiles ("épaule gelée") (12 %) ;
- les ruptures de la coiffe des rotateurs, conflit antérieur sous-acromial (syndrome de pincement) (10 %) ;

- arthrose de l'articulation acromio-claviculaire et sterno-claviculaire (7 %) ;
- tendinite bicipitale (4 %) ;
- causes diverses (7 %).

Comme nous l'avons vu, environ deux tiers des cas d'épaule douloureuse concernent la tendinite de la coiffe des rotateurs [7,8,9,10,11,12], insertion conjointe des muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond sur le trochiter, le tout étant en rapport avec un surmenage de l'épaule (personnes de 40-50 ans, ouvriers), une instabilité articulaire (< 35 ans) ou une dégénérescence de la coiffe avec l'âge (> 55 ans). C'est le tableau d'une douleur mécanique aiguë ou chronique, au niveau de la face antéro-latérale de l'épaule. La palpation de cette zone est plus douloureuse, plus avivée, particulièrement dans les mouvements d'abduction et de rotation interne. L'inflammation peut affecter aussi d'autres structures anatomiques voisines (bursite sous-acromiale) ou les surmener et les léser secondairement (téno-synovite bicipitale).

La mobilité active est profondément limitée par la douleur. Cela est mis en évidence par "l'épreuve du grattage d'Apley", qui permet d'estimer grossièrement la limitation de l'amplitude de mobilisation de l'articulation. Il s'agit de demander au sujet de se crocheter les doigts dans le dos, une main en position basse, l'autre en position haute. Ce mouvement combiné réalise une adduction avec rotation médiale et une abduction avec rotation latérale. Il sera comparé avec le côté contrôlé.

Typiquement la mobilité passive de l'articulation gléno-humérale sera normale et légèrement douloureuse, symétrique avec le côté sain : 160° en flexion ou antépulsion, 60° en extension ou rétropulsion, 55° en rotation interne, 45° en rotation externe, 45° en adduction et 180° en abduction. Ces manœuvres excluent le diagnostic d'une lésion capsulaire ou articulaire. Néanmoins, la mobilité doit être correctement recherchée car le patient peut, de façon réflexe en raison de la douleur ou involontairement, être incapable de relâcher de manière adéquate sa musculature. Souvent, il est

préférable de réaliser les manœuvres en décubitus dorsal.

Le tendon du muscle sus-épineux est le plus céphalique des trois et le plus enclin à avoir un conflit dans l'espace entre l'acromion et le ligament coraco-acromial. Sa principale fonction concerne l'abduction, entraînant une douleur maximale dans les mouvements compris entre 60° et 120° quand il est enflammé. Le tendon du muscle sous-épineux est celui qui intervient principalement dans la rotation externe. Le petit rond, voisin, rotateur externe et extenseur, ne sera pas affecté.

Le traitement consiste généralement en physiothérapie ou infiltrations locales avec corticostéroïdes, interventions qui présentent une efficacité controversée [14,15,16].

L'acupuncture a été utilisée pour le traitement de ces maladies en Chine pendant plus de 5000 ans [17]. À présent, on la considère en médecine occidentale comme une technique efficace dans un grand nombre de pathologies, spécialement dans les cas où l'on voit la médecine moderne limitée ou contre-indiquée [18,19,20,21], et en particulier dans le traitement de la douleur chronique [22,23,24]. La revue systématique effectuée par Lewith et Machin sur l'efficacité de l'acupuncture dans la douleur chronique a conclu que le traitement avec la "vraie" acupuncture était significativement plus efficace que la "fausse" acupuncture et le placebo [25]. Par ailleurs, il a été démontré que l'acupuncture entraîne moins d'effets secondaires que l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et des opioïdes [26].

Depuis l'introduction des techniques d'acupuncture dans les soins primaires du fonctionnement de l'Unité de Traitement de la Douleur (UTD) du Centre de Santé de Dos Hermanas "A", nous avons acquis suffisamment d'expérience pour évaluer initialement la tendance évolutive de ces patients quand on les traite avec l'acupuncture. Une de ces expériences est l'étude contrôlée randomisée que nous allons maintenant présenter et qui a servi de base pour la conception et l'élaboration d'une étude multicentrique d'une réalisation en projet.

## Hypothèses et objectifs

Nous posons l'hypothèse suivante : la puncture au point *tiaokou* ES38 selon la technique *tiao-shan* et une manipulation dynamique jusqu'à obtention du *deqi* réussit à améliorer immédiatement la douleur de l'épaule d'origine tendineuse (sus-épineux) de manière plus significative que la puncture neutre de ce même point.

### Objectif général

Évaluer l'efficacité de la puncture du point *tiaokou* ES38 selon la technique *tiao-shan* avec obtention du *deqi* dans la tendinite du sus-épineux comparée à la puncture neutre du même point

### Objectifs spécifiques

- Objectif principal : évaluer l'effet sur la diminution immédiate de la douleur après la puncture.
- Objectif secondaire : évaluer l'effet sur l'abduction de l'épaule.

## Matériel et méthodes

### Type d'étude

Étude contrôlée randomisée.

### Sujets d'étude

L'étude a été approuvée par le Comité d'Éthique de l'Hôpital de référence. 125 patients ont été sélectionnés et inclus, avec une symptomatologie d'épaule douloureuse d'origine tendineuse (sus-épineux), diagnostic porté par les médecins de famille et les spécialistes du secteur des trois zones de base de la Santé qui desservent l'Unité de Traitement de la Douleur (UTD) du Centre de Soins Primaires de Dos Hermanas "A" (district sanitaire Sud de Séville). On les a informés du type de l'étude et des techniques qui allaient être employées ainsi que des effets secondaires possibles (infection, lipothymie, hématome). On les a informés, de même, qu'ils pouvaient se dédire ou sortir de l'étude sans aucu-

ne sorte de pénalité ou perte de bénéfice auxquels, d'autre part, ils avaient droit.

### Critères de sélection

- Approbation par le Comité d'Éthique de l'Hôpital de référence
- Critères d'inclusion :
  - patients avec diagnostic des pathologies mentionnées ci-dessus d'évolution supérieure à 3 mois ;
  - consentement éclairé ;
  - unilatéral.
- Exclusion : chirurgie, luxations ou fractures au niveau de l'épaule, hypo-coagulation, atteinte généralisée du système musculo-squelettique ou atteintes neurologiques, atteintes trophiques vasculaires des membres inférieurs, lymphœdème

### Critères éthiques

La validité éthique de cette étude a été analysée par les comités d'enquête éthique de l'Hôpital de référence. Dans la conception ont été pris en compte les quatre principes éthiques de Bauchamp et Childress [27] (l'autonomie, le bénéfice (le principe d'être bénéfique), l'innocuité (le principe de ne pas nuire), et la justice) et ont été garantis expressément les droits du patient à l'intimité et à la décision éclairée dans les caractéristiques particulières de l'étude. Également, l'étude a été réalisée en accord avec les normes de Bonne Pratique Clinique et la Déclaration de Helsinki de 1964, modifiées par la 48ème Assemblée Générale de 1996 en Afrique du Sud. Tous les patients ont signé le consentement éclairé des procédures cliniques d'enquête.

### Randomisation

Les patients ont été randomisés en deux groupes, 1) le groupe expérimental traité par l'acupuncture au point *tiaokou* ES38 avec la technique *tiao-shan* (*jiao-zhuan*), obtention du *deqi* et manipulation active et 2) le groupe contrôle, traité par acupuncture au point *tiaokou* ES38 avec la technique *tiao-shan*, mais sans obtenir le *deqi* et sans aucune manipulation. La randomisation a été réalisée en présentant une carte avec la lettre "A"

(n=70) ou “B” (n=70) dans 140 enveloppes identiques opaques qui ont été fermées et disposées dans le bureau de l’UTD. Après l’évaluation standard les sujets ont extrait une des enveloppes d’un conteneur déposé sous la tutelle de l’investigateur responsable du service. Les sujets ayant extrait la carte imprimée avec la lettre “A” ont été inclus dans le groupe expérimental et ceux qui ont extrait la carte “B” dans le groupe contrôle. Des mesures opportunes ont été prises afin de préserver la confidentialité des informations des patients participants, y compris l’anonymat dans les bases de données construites pour l’analyse.

### *Interventions*

#### **Acupuncture au point *tiaokou* ES38 selon la technique *tiaoshan* avec recherche du *deqi* et manipulation active**

La séance d’acupuncture consiste à localiser, puncturer et manipuler le point *tiaokou* ES38 ipsilatéral. Après stérilisation de la peau, le patient en décubitus dorsal, la puncture est réalisée avec une aiguille fine d’acupuncture 30 de jauge et 5 *cun*, en deux phases : 1) insertion jusqu’à obtention de la sensation propagée le long du méridien d’Estomac *zuyangming* indiqué par le patient et 2) approfondissement en direction du *chengshan* VE57 jusqu’à obtention de la sensation propagée le long du méridien Vessie *zutaiyang*. Après avoir réalisé la puncture transfixiante, on manipule activement l’aiguille selon la technique *nianzhuang* tandis que l’on invite le patient à réaliser des mouvements de l’épaule pendant deux minutes à la recherche de l’arc douloureux de l’épaule atteinte. Cette manipulation est effectuée trois fois le long de la séance. Après une séance de 20 minutes, on procède au retrait de l’aiguille.

#### **Acupuncture au point *tiaokou* ES38 selon la technique *tiaoshan* sans recherche de *deqi* et sans manipulation**

L’intervention dans le groupe de contrôle sera identique au groupe expérimental, sauf que la puncture est pratiquée en une seule phase jusqu’au point *chengshan* VE57, sans recherche du *deqi* ni manipulation de l’aiguille. Après une séance de 20 minutes, on procède au retrait de l’aiguille.

### *Mesures basales*

Les mesures de base sont réalisées avant la randomisation et consistent à mesurer :

- l’intensité de la douleur selon échelle analogique visuelle (EVA) de 0 à 10 cm ;
- le degré d’abduction de l’épaule atteinte au moyen d’un goniomètre de 0 à 180 degrés.

### *Les mesures des résultats*

Les mesures sont effectuées 10 minutes après le retrait de l’aiguille, en gardant le patient en décubitus dorsal. Variable principale : changement de l’intensité de douleur par rapport à la mesure initiale

Variable secondaire : augmentation de l’abduction par rapport à la mesure initiale

### **Les résultats**

Des 125 patients choisis, 107 ont consenti à participer à l’étude et ont signé le consentement éclairé : 53 patients dans le groupe expérimental et 54 patients dans le groupe contrôle.

Aucun effet secondaire relatif à la technique de puncture ou de manipulation n’a été signalé.

### *Mesures initiales*

#### **Quantitatives**

Pour déterminer si les deux populations étaient équivalentes en terme d’âge, une analyse de variance a été effectuée montrant que l’âge moyen des groupes (avec la valeur moyenne et l’écart type pour le groupe expérimental et celui du groupe contrôle est de 59,64 [13,25] et 59,87 [10,54] respectivement) et ne diffèrent pas de façon significative ( $p = 0,921$ ).

Ont été également analysées les variables quantitatives déterminantes des caractéristiques décrivant la douleur d’épaule des patients (ancienneté du processus, degré d’abduction active, intensité de la douleur au cours du mouvement) où le test de Levene par égalité de variance nous confirme que ces variables sont homogènes ( $p > 0,05$ ). Voici ci-dessous les résultats de ce test :

- Age : groupe expérimental 59,64 (13,25) et groupe contrôle 59,87 (10,54) ; avec  $F(2,64) = 0,107$
- Ancienneté en mois : groupe expérimental 8,3 (7,80) et groupe contrôle 11,06 (10,7) ; avec  $F(2,87) = 0,93$
- Degrés d'abduction active : groupe expérimental 33,02 (15,33) et groupe contrôle 41,67 (17,56) ; avec  $F(1,71) = 0,1934$
- Intensité de la douleur : groupe expérimental 8,36 (1,09) et groupe contrôle 8,20 (1,22) ; avec  $F(1,37) = 0,244$

### Catégorisation

Pour déterminer si les groupes étaient homogènes et, donc comparables en ce qui concerne les variables déterminantes des caractéristiques des patients (sexe, épaule dominante, douleur nocturne), ont été réalisés les contrôles des différences de fréquence par groupe de traitement au moyen du test statistique  $\chi^2$  de Pearson, dont les résultats ont révélé qu'il n'y a pas de différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle :

- Sexe féminin : groupe expérimental 45/53 (84,9 %), groupe contrôle 41/54 (75,9 %) ;  $p = 0,242$
- Épaule dominante : groupe expérimental 50/53 (94,3 %), groupe contrôle 52/54 (96,3 %) ;  $p = 0,632$
- Absence de douleur nocturne : groupe expérimental 6/53 (11,3 %), groupe contrôle 8/54 (14,8 %) ;  $p = 0,592$

Donc, bien que quelques-unes de ces variables aient eu un effet sur les variables dépendantes, il est possible d'affirmer que cela n'a pas présenté de biais dans le contras-

te des groupes, dans la mesure où ces deux groupes sont équivalents vis à vis des variables sélectionnées.

### Comparaison des groupes de traitement

#### Analyse de la variance

Pour apprécier l'existence d'une différence d'efficacité des traitements à partir des mesures finales, une évaluation des moyennes est réalisée par une analyse de variance. Les résultats obtenus indiquent des différences statistiques significatives ( $p < 0,001$ ) entre les deux groupes (tableau I, figures 1 et 2).

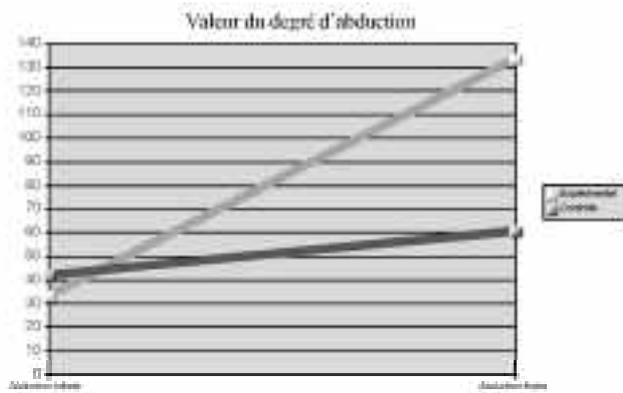
Une régression linéaire a été calculée afin de déterminer l'association possible de deux variables dépendantes (changements de l'intensité de la douleur par rapport à la mesure de base ainsi que l'amélioration du degré d'abduction par rapport au niveau initial) en fonction du groupe d'appartenance, limitant l'étude à ces deux variables par souci de clarté. Pour le premier modèle, nous observons dans le groupe expérimental versus groupe contrôle, à égalité d'abduction et d'intensité de douleur basale, une amélioration de l'abduction de 75 degrés en moyenne par rapport à la mesure initiale de base.

Pour le second modèle, en incluant comme variable dépendante l'amélioration de l'intensité de la douleur par rapport au niveau de base, nous observons que le groupe expérimental est amélioré de 2,26 points versus groupe contrôle, à égalité d'intensité de douleur et d'ancienneté basale du processus douloureux.

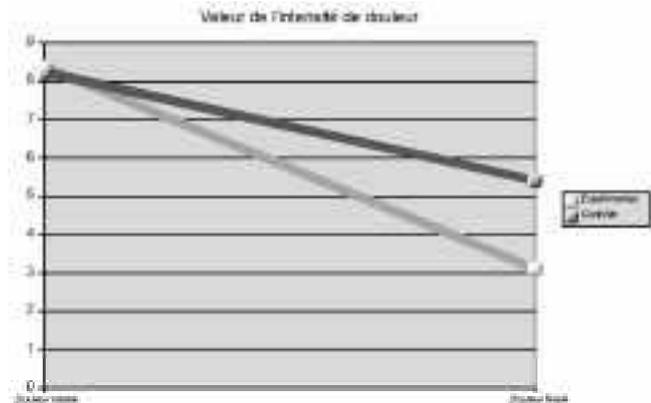
**Tableau I.** Différences absolues et relatives des variables principale et secondaire.

	Groupe	N	Moyenne	Déviation type	Écart type de la moyenne
<b>Amélioration de la douleur / basal *</b>	Contrôle	54	2,80	1,76	0,24
	Expérimental	53	5,26	1,33	0,18
<b>Amélioration de l'abduction/ basal †</b>	Contrôle	54	18,70	19,67	2,68
	Expérimental	53	100,28	40,61	5,58
<b>Différence relative Intensité de la douleur‡</b>	Contrôle	54	33,06	18,25	2,48
	Expérimental	53	62,46	12,07	1,66
<b>Différence relative Degré abduction ‡</b>	Contrôle	54	70,41	126,97	17,28
	Expérimental	53	410,20	314,14	43,15

(\*) Echelle Visuelle Analogique de 0 à 10. (†) Degré d'abduction de 0 à 180. (‡) Pourcentage.



**Schéma 1.** Évaluation initiale et finale du degré d'abduction dans les groupes expérimental et contrôle.



**Schéma 2.** Évaluation initiale et finale de l'intensité de la douleur dans les groupes expérimental et contrôle.

## Discussion

L'objet de cette étude était de déterminer si une manipulation avec obtention de la sensation propagée le long des méridiens différait de la puncture simple sur le même point dans la tendinite du sus-épineux. Le choix de sélectionner cette pathologie était motivé par le fait qu'à l'intérieur des processus douloureux de l'épaule, capsulites rétractiles, bursites sous-acromiales, tendinites sus-épineuses qui affectent le territoire du méridien du *shouyangming* (Gros Intestin), ces dernières représentent la plus grande prévalence. L'utilisation du point *tiaokou* n'est pas fortuite non plus ; depuis le début du fonctionnement de l'Unité de Traitement de la Douleur (UTD), en 1997, où l'on voyait en moyenne 320 patients par mois [28] jusqu'à ce jour où l'on soigne une moyenne de 850 patients par mois, nous avons étudié les différences d'efficacité de divers points distaux indiqués dans les problèmes des tissus péri-articulaires de l'épaule, comme peuvent l'être, entre autres, le *yanglingquan* (VB34), *zhongping* du pied (point hors méridiens), *lingxia* (point hors méridiens) ou *tiaokou* (ES38), ce dernier étant celui qui réalisait un effet plus rapide et durable. En raison de son emplacement anatomique et de la technique transfixiante appliquée, il semble que l'on puisse léser les structures de l'espace interosseux quoique, dans notre expérience, aucun patient ne nous ait informés des effets secondaires. Il est vrai que de stricts critères de sélection ont été

employés, avec un choix scrupuleux des patients pour éviter les hématomes ou les infections. Dans notre UTD, le traitement habituel de ce type de pathologie inclut comme première phase cette technique, avec une moyenne de 4 à 5 sessions (une par semaine) considérée comme suffisante pour assurer le traitement. Dans le cas contraire, on procède à la combinaison de points locaux et distaux, qui en cas de prévalence du Froid pathogène dans l'étiopathogénie, sont associés à l'application de moxibustion sur l'aiguille. Aussi l'amélioration moyenne relative dans l'abduction de l'épaule, qui augmente dans le groupe expérimental de 410 %, comme la diminution relative de la douleur (62 %) conduisent à la réflexion sur la nécessité d'incorporer ces techniques dans la pratique médicale habituelle. Il s'agit d'une étude courte, étant donné que l'objectif était d'évaluer l'effet immédiat de la puncture, mais celle-ci nous a servi d'étude pilote pour la réalisation d'un protocole d'étude clinique multicentrique dans 20 services de rééducation, où nous essayons de démontrer l'efficacité à long terme avec un suivi de 6 à 12 mois. Ces dernières années sont apparues des études contrôlées randomisées qui incitent à l'utilisation de l'acupuncture dans le traitement des périarthrites scapulo-humérales. Par exemple, J. Kleinhenz et al [30] objectivent une augmentation dans l'échelle de Constant de 19,2 points dans le groupe expérimental versus 8,37 points dans le groupe contrôle, employant un placebo au moyen des aiguilles rétractiles, mais il semble qu'ils

se soient davantage axés à démontrer l'efficacité de la technique employée dans le groupe contrôle que la spécificité du choix des points d'acupuncture ; de plus dans l'analyse de la variable du résultat principal (amélioration absolue), l'ajustement n'a pas été effectué avec la mesure initiale.

K.O. Sun et al. qui recherchent la spécificité des points ont déterminé le choix d'un point distal de la zone affectée [31] par un essai contrôlé randomisé de deux groupes, 13 patients furent traités par acupuncture et exercices de l'épaule et 22 patients avec uniquement des exercices. La conception est similaire à ce que nous présentons dans ce projet bien qu'il nous semble que l'échantillon soit insuffisant et qu'il existe un biais important, étant donné que le groupe contrôle (exercices seuls) ne recevait pas la même assistance médicale que le groupe expérimental. Néanmoins, les résultats qu'ils obtiennent dans le groupe expérimental sont significativement meilleurs que dans le groupe contrôle. D'autre part, le point qu'ils proposent (*zhongping* de pied) est de localisation difficile puisque son emplacement n'est pas constant, à la différence de *tiaokou* (ES38) qui est situé exactement à 8 *cun* au-dessous de la ligne articulaire du genou et à 1 *cun* latéralement à la crête tibiale.

#### Correspondance :



Dr Jorge Vas  
Centro de Salud Dos Hermanas "A"  
(Unidad de Tratamiento del Dolor)  
41700 Dos Hermanas (Sevilla) - España  
☎ 95 4114368 - ✉ jvas@acmas.com  
Site : www.acmas.com

Traduction : Dr Jean-Marc Stéphan - ✉ jmstephff@aol.com

B. Gilbertson et al [32] présentent un autre essai clinique, après intervention arthroscopique de l'épaule, comparant l'acupuncture traditionnelle versus "fausse" acupuncture (*sham*). Ils concluent que la "vraie" acupuncture offre une amélioration significative tant dans le degré d'analgésie obtenue, que dans la réduction de la prise d'analgésiques, de l'augmentation de la mobilité et la satisfaction des patients ; néanmoins ils ne décrivent pas le choix des points, c'est pourquoi l'essai n'est pas reproductible.

Il n'échappe à personne que les possibilités de l'acupuncture dans la réduction de la prise des médicaments analgésiques et anti-inflammatoires [29], aussi bien dans la réduction des effets iatrogènes ou de l'incapacité de travail, ouvrent des voies à de nouvelles investigations.

#### Conclusion

Cette étude montre que la puncture du ES38 avec obtention du *deqi* et manipulation active est significativement plus efficace que la puncture simple pour soulager la douleur et améliorer la fonction de l'épaule douloureuse d'origine tendineuse (sus-épineux).

Il est démontré également que c'est une technique dénuée d'effets secondaires qui permet de réduire le temps de récupération de ces patients.

#### Références :

1. Pope DP, Croft PR, Pritchard CM.. ARC Epidemiology Research Unit. University of Manchester. Br J Rheumatol 1996; 35: 1137-1141.
2. Cunningham LS, Kelsey JL.. Epidemiology of musculoskeletal impairments and associated disability. Am J Public Health 1984; 74: 574-579.
3. Pope DP, Croft PR, Pritchard CM.. Arthritis and Rheumatism Councils Epidemiology Research Unit University of Manchester. Ann Rheumatic Dis 1997; 56: 308-312
4. Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter-episode and process-oriented standard output from transition project. Part I. Amsterdam: Department of General Practice/Family Medicine, University of Amsterdam: 1991
5. Croft P. Soft-tissue rheumatism. In: Silman AJ, Hochberg MC, eds. Epidemiology of the rheumatic diseases. Oxford: Oxford University Press; 1993:375-421.

6. Van der Windt DAWM, Koes BW, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. *Ann Rheum Dis* 1995;54:959-64.
7. Edelson JG. Patterns of degenerative change in the glenohumeral point. *J Bone Surg Br* 1995; 77 (Supl B): 288-292.
8. Winters JC, Jorritsma W, Groenier KH, Sobel JS, Meyboom-de Jong B, Arendzen HJ. Treatment of shoulder complaints in general practice: long term results of a randomised, single blind study comparing physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection. *BMJ* 1999;318(7195):1395-6.
9. Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen HJ, Meyboom-de Jong B.. Comparison of physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection for treating shoulder complaints in general practice: randomised, single blind study. *BMJ* 1997;314(7090):1320-5.
10. Strobel G. Long-term therapeutic effect of different intra-articular injection treatments of the painful shoulder: effect on pain, mobility and work capacity. *Rehabilitation (Stuttg)* 1996;35(3):176-8.
11. Adebajo AO, Nash P, Hazleman BL. A prospective double blind dummy placebo controlled study comparing triamcinolone hexacetonide injection with oral diclofenac 50 mg TDS in patients with rotator cuff tendinitis. *J Rheumatol* 1990;17(9):1207-10
12. Goupille P, Sibilia J. Local corticosteroid injections in the treatment of rotator cuff tendinitis (except for frozen shoulder and calcific tendinitis). *Clin Exp Rheumatol* 1996;14(5):561-6.
13. Van der Windt DAWM, Koes BW, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics and management. *Ann Rheum Dis* 1995;54:959\_64.
14. Van der Heijden GJMG, Van der Windt DAWM, Kleijnen J, Koes BW, Bouter LM. Steroid injections for shoulder disorders: a systematic review of randomised clinical trials. *Br J Gen Pract* 1996;46:309\_16.
15. Van der Heijden GJMG, Van der Windt DAWM, de Winter AF. Physiotherapy for soft tissue shoulder disorders: a systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 1997;315:25\_30.
16. Green S, Buchbinder R, Glazier R, Forbes A. Systematic review of randomised controlled clinical trials of interventions for painful shoulder: selection criteria, outcome assessment, and efficacy. *BMJ* 1998;316:354\_60.
17. Tukmachi ES. Acupuncture and pain: general consideration. *Inter Medica* 1991;1:11-9.
18. Camp V. Acupuncture for shoulder pain. *Acupunct Med* 1986; 3:28-32.
19. Tukmachi ES. A place for acupuncture in treatment of osteoarthritis: two case reports. *Br J Acupunct* 1991;14:2-3.
20. Tukmachi ES. Acupuncture therapy in patients unresponsive to orthodox treatment. *Inter Medica* 1991;1:19-23.
21. Tukmachi ES. Lumbago: theoretical studies and treatment by traditional Chinese acupuncture. *Br J Acupunct* 1992;15:8-12.
22. Sodipo JO. Therapeutic acupuncture for chronic pain. *Pain* 1979;7:359-65.
23. Junnila SY. Long-term treatment of chronic pain with acupuncture. Part I. *Acupunct Electrother Res* 1987;12:23-36.
24. Patel M, Gutzwiller F, Paccaud F, Marazzi A. A meta-analysis of acupuncture for chronic pain. *Int J Epidemiol* 1989;18:900-6.
25. Lewith GT, Machin D. On the evaluation of the clinical effects of acupuncture. *Pain* 1983;16:111-27.
26. Lewith GT. How effective is acupuncture in the management of pain? *J R Coll Gen Pract* 1984;34:275-8.
27. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. Oxford, New York, Toronto: Oxford University Press, 2001.
28. Vas J, Vega E, Méndez C. Tratamiento con acupuntura del dolor crónico benigno. *Medicina de Familia (And)* 2002;4:239-244
29. Vas Ruiz J, Panadero Ruz D, Pérez Blanco JL, Méndez Martínez C, Gaspar Navarro O, Aguilar Domínguez I. Acupuntura. Una alternativa al tratamiento del dolor. *Aten Farm* 2003;5(1):18-24
30. Kleinhenz J, Streitberger K, Windeler J, Gübbacher A, Mavridis G, Martin E. Randomised clinical trial comparing the effects of acupuncture and a newly designed placebo needle in rotator cuff tendinitis. *Pain* 1999;83:235-241
31. Sun KO, Chan KC, Lo SL, Fong DYT. Acupuncture for frozen shoulder. *Hong Kong Med J*. 2001;7(4):381-91
32. Gilbertson B, Wenner K, Russell LC. Acupuncture and arthroscopic acromioplasty. *J Orthop Res*. 2003 Jul;21(4):752-8.

Marc Piquemal

## Contribution de l'analyse des Bio-DDP en Posturologie

**Résumé :** La posturologie, science qui étudie la posture, ses anomalies et possibles voies de correction comporte deux temps cliniques. Ces deux étapes complémentaires (statique et dynamique), nécessaires à la détermination des facteurs étiologiques ont leur équivalent électrique. La clinique ne fait que traduire de manière plus simplifiée car mécanique, la réalité fort complexe de manifestations électriques reflétant des désordres organiques et/ ou fonctionnels internes. Une parfaite connaissance de l'acupuncture permet, par le truchement de la sélection de points cutanés précis répertoriés pour leur action, une approche électrique plus directe de cette complexité. Le phénomène du maintien de la posture contre la gravité met en jeu différents niveaux d'intégration neurologique qui se traduisent par une redistribution du flux vasculaire vers les territoires musculaires soumis à un changement de train d'influx nerveux et perçus sous la forme d'un changement de valeurs de bio-différence de potentiel électrique cutané (Bio-DDP). Une étude statistique randomisée sans biais, sur une population de 13 personnes est menée. Elle explore sous forme de Bio-DDP enregistrées dans une cage de Faraday, les différents temps de la posturologie. Les résultats statistiques confirment les données de l'examen clinique. L'application d'un champ constant magnétique, si il est appliqué correctement (face nord sur la peau avec une certaine force et sur le bon récepteur cutané) fait basculer un schéma électrique stable vers un nouvel équilibre. Celui-ci se traduit du plan électrique vers le plan mécanique par un changement postural clinique. L'étude des Bio-DDP sur certains points d'acupuncture sélectionnés par leur contenu informatif répertoriés par une tradition millénaire confirme, à l'étape dynamique, la décision prise par le système nerveux de changer sa perception de l'action de la gravité perçue en fonction de ses capteurs lorsque les paramètres informatifs changent sous l'action d'un champ magnétique constant. **Mots-clés :** Posturologie - Bio-électricité - acupuncture - Bio-DDP.

**Summary :** Posturology, medical field which study posture and its pathology proceed in a two steps clinical way. These two complementary steps (static and dynamic), foundations for determining etiopathogenic main causes have their electrical equivalents. In fact, clinic reflects just only mechanical result, far from complex electrical manifestations, reliable witness of deeper changes in the functional/organic patterns of the subject. In this way, a good knowledge about acupuncture map and meaning, leads to a better electrical decoding of the real message of postural disorders main frame. Using bio difference in cutaneous electrical potential (Bio-DDP), tracking blood flow and nervous impulses changes in the skeletal muscles, an unbiased random statistic is led on a small human population, in a free electromagnetic environment. During static phase examination, electrical statistical results confirm clinical data. At dynamic phase, static magnet field applied on selected acupuncture points, according to postural disorder main causes, acts as a trigger altering initial electrical pattern, followed by postural adjustment. Bio-DDP test, in cross relation with some known acupuncture selected points, points out change taken by nervous system when its own gravity sensory perception is misled by static magnetic field applied on known cutaneous postural captor. **Keywords:** posturology - Bio electricity - Bio DDP.

### Introduction

La posturologie, telle définie par le Docteur Georges Willem [1], correspond à l'étude de la posture de l'être humain, de ses anomalies, incluant les possibilités de correction de celles-ci. La posture, qui règle la position de notre corps dans le domaine spatio-temporel, de manière statique et dynamique tend, grâce à la complexité des mécanismes d'action du système postural, à réduire la quantité d'énergie mise en jeu à cet effet, dans le but de nous permettre de vivre dans un monde gravitationnel. C'est souligner la nécessité, de la part du corps humain, d'opérer à partir de récepteurs informatifs de différentes natures et d'intégrer ce capital informatif afin de répondre par une adaptation locomotrice efficace. Le système nerveux est donc à l'honneur ainsi que le systè-

me vasculaire qui alimente l'économie effectrice comme réponse à l'adaptation. Ces deux éléments fonctionnels, pourvoyeurs de charges électriques, seraient-ils capables de nous traduire, par l'intermédiaire de leur variation de flux cutané, la nécessité du changement ou des adaptations à réaliser par le corps ? Les Bio Différences de Potentiels électriques cutanés sont-elles à même de nous permettre d'évaluer le désordre postural initial que la clinique objective ? L'action temporaire, correctrice, proposée par les aimants placés de manière stratégique sur le revêtement cutané, peut-elle être évaluée de manière quantifiable, par la variation des ces Bio-DDP ? Enfin la prise en considération de l'apport des Bio-DDP en matière de posturologie permet-elle un complément d'information à la posturologie clinique ?

## Méthodologie et matériel

Une population de treize personnes, de distribution normale en terme de sexe, âge, et milieu socio-économique est étudiée (voir tableau I et II). Deux examens seront réalisés. Un examen statique et élémentaire, de posturologie clinique consistant en une inspection pour noter l'existence de bascules des ceintures scapulaires et pelviennes ainsi qu'une prise de tension artérielle bilatérale à la recherche d'une anisotension. Ce premier temps sera suivi d'un examen dynamique, composé d'une première mesure des Bio-DDP, le corps étant sans influence magnétique. Une deuxième série de mesures, suite à l'application cutanée d'aimants selon les indications citées par le Docteur G. Willem [1], lui succède.

### Données statistiques de la population.

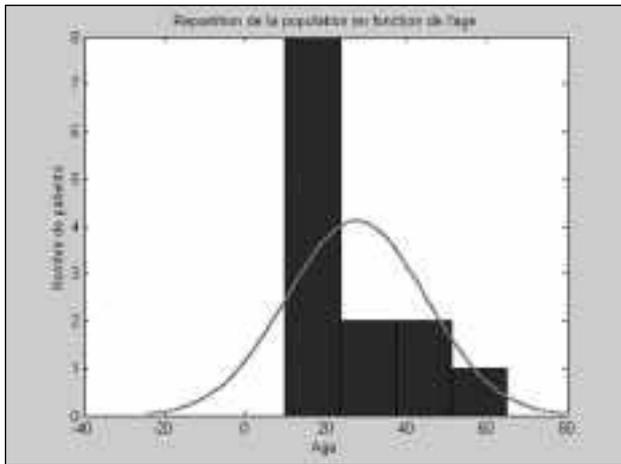


Tableau 1. Représentation statistique de l'âge de la population étudiée.

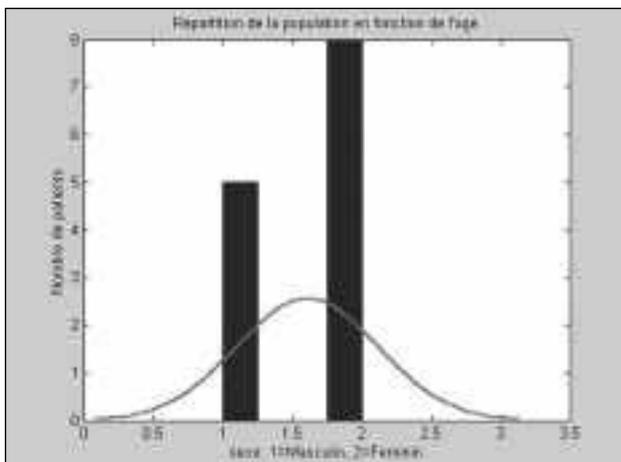


Tableau 2. Représentation statistique du sexe de la population étudiée.

### Examen statique

L'examen de base postural, se réduit à sa plus simple expression, c'est-à-dire le temps de l'inspection qui nous donne les renseignements consignés dans le tableau III.

Tableau III. Résultats de l'examen de posturologie. Temps de l'inspection

Patient/ Ta	Base Homolat		Base Controlat	
	C Dt	B.C. Ge	B.C. Dt	B.C. Ge
Ag	1	0	0	0
Vi	0	1	0	0
Ra	0	1	0	0
Lu	0	1	0	0
Ma	0	1	0	0
Er	0	1	0	0
Br	0	0	1	0
Le	0	1	0	0
He	0	0	0	1
Li	0	1	0	0
Gl	0	0	0	0
An	0	1	0	0
Mi	0	0	0	1

Abréviations :

1. Bascule homolatérale Bras Court Droit (Basc.Homolat B.C Dt).
2. Bascule homolatérale Bras Court Gauche (Basc.Homolat B.C Ge).
3. Bascule controlatérale Bras Court Droit (Basc.Controlat B.C Dt).
4. Bascule controlatérale Bras Court Gauche (Basc.Controlat B.C Ge).

Tableau IV. Mesures des pressions artérielles à la recherche d'anisotension

Patient/ Ta	Maxima Ge	Minima Ge	Maxima Dte	Minima Dte
Ag	120	80	115	70
Vi	140	60	120	75
Ra	100	70	110	70
Lu	105	70	110	70
Ma	95	70	85	70
Er	95	70	85	75
Br	90	70	100	70
Le	110	70	105	70
He	100	60	105	65
Li	145	90	150	95
Gl	105	65	105	65
An	105	60	115	70
Mi	130	80	115	80

Secondairement à cette étape d'inspection, pour chacun des sujets, une prise de tension artérielle bilatérale a été réalisée. L'ensemble des résultats apparaît dans le tableau IV.

Des études ultérieures nous laissent penser que lorsqu'il existe une anisotension, le côté montrant une pression artérielle maxima plus basse que son homologue, correspond plus à l'action physiologique vasculaire avec son tonus de base, alors que la valeur élevée de la tension artérielle maximale correspondrait plus à la composante spastique, apport supplémentaire du système nerveux végétatif.

### *Examen Dynamique*

Après un examen simple statique de posturologie, le sujet est placé en position debout, face au sud, dans une cage de Faraday pour une étude dynamique, grâce à l'enregistrement des bio-potentiels électriques cutanés (Bio-DDP). Voir la photo ci-dessous.

Disposant de 8 électrodes cutanées, l'enregistrement digital des Bio-DDP en 12 bits est réalisé. Les données



sont reçues et intégrées au moyen d'une carte d'acquisition de type metabyte, modèle 801. A partir des données stockées dans l'ordinateur, on effectuera ensuite tous les calculs statistiques. L'emplacement des électrodes, en mode différentiel par rapport au point *yintang* est donné ci-dessous.

- Entrée analogique 1 : Rate pancréas 4 à droite (RP4 : Câble blanc).
- Entrée analogique 2 : Rate pancréas 4 à gauche (RP4 : Câble rouge).
- Entrée analogique 3 : Rein 23 à droite (R23 : Câble rose).
- Entrée analogique 4 : Rein 23 à gauche (R23 : Câble orange).
- Entrée analogique 5 : Estomac 7 à droite (E7 : Câble jaune).
- Entrée analogique 6 : Estomac 7 à gauche (E7 Câble vert).
- Entrée analogique 7 : Vésicule Biliaire 1 à droite (VB1 : Câble bleu clair).
- Entrée analogique 8 : Vésicule Biliaire 1 à gauche (VB1 : Câble bleu foncé).

Dans un premier abord, de manière symétrique, ne sont retenus que les points généraux (RP4, R23) et ceux en relation avec les capteurs dento-manducateurs (E7), oculaires (VB1), complétant ainsi le jeu de 8 électrodes. Ces points Maîtres acupuncturaux en posturologie seront explorés selon une séquence programmée (programme de l'ingénieur André L'heureux) afin de réduire les erreurs de manipulation et de chronologie. La séquence exploratrice des Bio-DDP cutanées des points précédemment décrits est scandée par un programme selon une vitesse d'échantillonnage de 900 échantillons par seconde. Elle est composée des pas suivants :

- Mesure des Bio-DDP des 8 points d'acupuncture précités, le sujet étant debout, dans une cage de Faraday (30 secondes).
- Temps de repos de 20 secondes.
- Approche de l'aimant "yeux", côté membre supérieur court (30 secondes). Point VB1. Aimant face nord sur la peau.

- Temps de repos de 20 secondes.
- Approche de l'aimant "vestibulaire", côté membre supérieur long (30 secondes). Point TR22. Aimant face nord sur la peau.
- Temps de repos de 20 secondes.
- Approche de l'aimant "mandibulaire", côté membre supérieur long (30 secondes). Point E7. Aimant face nord sur la peau.
- Temps de repos de 20 secondes.
- Approche de l'aimant podal, bilatéral (30 secondes).
- Point en arrière de la base du premier métatarsien, bilatéral.
- Temps de repos de 20 secondes.
- Mesure finale des 8 points d'acupuncture sans action de l'aimant.
- L'influence de l'aimant sur le tissu cutané est de 1500 Gauss et se trouve appliquée par sa face nord sur le revêtement cutané.

### Premiers résultats

L'analyse statistique se fait selon un mode randomisé, sans biais. L'écart type de l'ensemble des mesures des Bio-DDP intégré sur une seconde est inférieure à 0.006. Deux types d'évaluation statistique sont opérées lors de l'étape statique posturologique :

- La première consiste en l'appréciation de la variation des Bio-DDP, perçues sur les capteurs généraux (RP4 et R23), mandibulaires, et oculaires, pour chacun des patients. Cette variation est exprimée sous forme de pourcentage relatif par rapport aux données électriques initiales. La série de mesures des Bio-DDP initiales (sans influence préliminaire de l'aimant), révèle une asymétrie entre l'hémicorps droit et le gauche pour l'ensemble de la population statistique. A partir de cette base de données électriques initiales s'apprécie, pour chacun des sujets, l'influence du positionnement unilatéral d'un aimant placé tour à tour, sur chacun des capteurs respectivement oculaire, vestibulaire, manducateur selon la technique du Dr G. Willem. Le capteur podal sera évalué lui, par un positionnement bilatéral de l'aimant (voir tableau V).

- Le deuxième type de calcul évalue la possibilité de corrélations, entre les Bio-DDP de certains capteurs (point d'acupuncture), les données cliniques et celles de sphygmométries, à l'étape statique de l'examen de posturologie.

Une étude statistique corrélative dynamique fait suite pour explorer l'influence du magnétisme constant exercé sur le schéma électrique postural enregistré par l'intermédiaire des Bio-DDP des points Maîtres acupuncturaux en posturologie.

#### *Variation des Bio-DDP gauches par rapport à leurs homologues droits sur certains capteurs cutanés. Etape statique de la posturologie.*

Un certain nombre de remarques peut être fait, devant ce tableau de Bio-DDP capturées, au cours de l'examen statique puis dynamique de posturologie :

- Le capteur oculaire est un de ceux qui présente, au niveau de la latéralité, le moins de pourcentage de variation d'amplitude électrique entre l'hémicorps gauche et le droit.
- Les deux capteurs généraux R23 et RP4 sont ceux qui accusent le plus de variation d'amplitude électrique entre paires. L'asymétrie posturale clinique se traduit également donc, par de très fortes dissymétries électriques gauche/droite, au sein d'une même paire de points Maîtres d'acupuncture. Ce sous-groupe de capteurs dits généraux n'est pas homogène quant à sa réponse face à une stimulation magnétique. Le contenu informatif de chacun d'eux traduit bien des réalités posturales différemment ressenties confirmant la justesse d'appréciation du Docteur Georges Willem.
- Il existe une discordance de latéralité (Gauche/Droite) entre tous les capteurs, perçue par l'analyse des Bio-DDP avant et après stimulation magnétique sélective.

#### *Appréciation de possibles corrélations au sein des Bio-DDP enregistrées sur certains capteurs, les données cliniques posturales et sphygmométriques.*

Lorsque l'on analyse de manière corrélative, l'ensemble des trois types d'informations suivantes :

**Tableau V.** Récapitulatif de la variation des Bio-DDP au cours de l'examen statique et dynamique en posturologie.

Patient	Bio-DDP/Aimant	Avant Aimant	Aimant Yeux	Aimant Vestibulaire	Aimant Mandibulaire	Aimant podal
<b>Ag</b>	Général (RP4) Ge/Dte	1434,42 %	176,92 %	132,18 %	99,23 %	133,47 %
	R23 Ge/Dte	-11,83 %	-49,57 %	-93,21 %	-267,11 %	-418,11 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	-98,80 %	-233,32 %	-420,10 %	-1145,43 %	-879,37 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	0,32 %	-3,79 %	-0,69 %	-1,02 %	-1,50 %
<b>Vi</b>	Général (RP4) Ge/Dte	26,78 %	28,40 %	43,98 %	59,51 %	45,24 %
	R23 Ge/Dte	-17,75 %	-9,18 %	-8,74 %	-10,06 %	-7,66 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	-42,54 %	14,66 %	-1,46 %	13,01 %	-1,32 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	0,10 %	-0,22 %	0,38 %	0,47 %	-0,65 %
<b>Ra</b>	Général (RP4) Ge/Dte	-9,17 %	12,26 %	15,34 %	18,87 %	20,38 %
	R23 Ge/Dte	18,55 %	-7,09 %	-12,30 %	-16,67 %	-17,38 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	-15,49 %	-11,61 %	-19,01 %	-26,11 %	-54,39 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	-0,30 %	-0,32 %	0,00 %	-0,21 %	-0,04 %
<b>Lu</b>	Général (RP4) Ge/Dte	-18,55 %	-38,77 %	-36,78 %	-30,43 %	-16,54 %
	R23 Ge/Dte	68,38 %	129,11 %	144,00 %	129,55 %	132,51 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	3,26 %	-40,48 %	-60,20 %	-55,04 %	-183,04 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	0,01 %	0,04 %	0,15 %	-0,05 %	0,13 %
<b>Ma</b>	Général (RP4) Ge/Dte	7,77 %	16,18 %	17,10 %	15,45 %	14,50 %
	R23 Ge/Dte	31,25 %	-16,87 %	-17,69 %	-18,14 %	-17,93 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	-25,12 %	-28,80 %	-27,55 %	-3,37 %	-117,08 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	0,13 %	0,08 %	0,06 %	0,23 %	-0,09 %
<b>Er</b>	Général (RP4) Ge/Dte	-112,13 %	-297,01 %	-57,16 %	-354,13 %	-197,71 %
	R23 Ge/Dte	-13,21 %	-11,25 %	-2,78 %	-7,02 %	-6,99 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	-219,72 %	1038,49 %	-570,45 %	-672,33 %	-1059,46 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	1,84 %	-0,85 %	-4,36 %	3,98 %	-2,24 %
<b>Br</b>	Général (RP4) Ge/Dte	-8,13 %	-2,00 %	-3,91 %	-1,34 %	-6,80 %
	R23 Ge/Dte	-3,13 %	0,70 %	1,27 %	-0,47 %	-0,59 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	-75,34 %	369,55 %	-520,03 %	48,43 %	340,20 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	0,52 %	1,25 %	-0,90 %	-0,34 %	-3,53 %
<b>Le</b>	Général (RP4) Ge/Dte	-175,20 %	-458,20 %	-107,22 %	-112,24 %	-1972,32 %
	R23 Ge/Dte	-65,80 %	-146,54 %	-103,71 %	-129,32 %	-155,90 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	-9,99 %	-27,77 %	-89,87 %	-184,15 %	-1608,09 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	-0,01 %	-0,37 %	-0,25 %	-0,12 %	-2,07 %
<b>He</b>	Général (RP4) Ge/Dte	37,70 %	25,80 %	25,36 %	22,18 %	6,38 %
	R23 Ge/Dte	-87,24 %	-47,63 %	-55,84 %	-70,70 %	-42,00 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	-44,62 %	21,14 %	-21,87 %	-19,34 %	-11,68 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	0,22 %	-0,07 %	0,09 %	0,13 %	-0,04 %
<b>Li</b>	Général (RP4) Ge/Dte	487,76 %	-760,19 %	-120,45 %	-86,46 %	-23,98 %
	R23 Ge/Dte	-58,94 %	-64,30 %	-48,90 %	-41,53 %	-35,43 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	5,64 %	-2,03 %	-87,15 %	-54,12 %	-17,78 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	-0,30 %	-0,18 %	-0,62 %	0,05 %	0,08 %
<b>Gl</b>	Général (RP4) Ge/Dte	35,26 %	64,92 %	62,28 %	59,08 %	50,35 %
	R23 Ge/Dte	15,74 %	20,44 %	17,90 %	12,89 %	6,61 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	-17,71 %	36,58 %	25,94 %	24,80 %	21,86 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	-0,42 %	-0,54 %	-0,81 %	0,56 %	-2,09 %
<b>An</b>	Général (RP4) Ge/Dte	-86,15 %	-52,91 %	-75,85 %	-67,15 %	-6,56 %
	R23 Ge/Dte	4,82 %	17,47 %	15,45 %	15,07 %	12,99 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	-22,29 %	-17,57 %	-24,60 %	-6,28 %	-23,56 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	-0,62 %	-0,55 %	-0,43 %	-0,56 %	-0,61 %
<b>Mi</b>	Général (RP4) Ge/Dte	-9,20 %	-126,72 %	680,38 %	3469,10 %	-193,66 %
	R23 Ge/Dte	7,16 %	35,01 %	50,88 %	57,11 %	55,39 %
	Mandu (E7) Ge/Dte	18,46 %	9,77 %	-21,46 %	25,77 %	-15,93 %
	Ceil (VB1) Ge/Dte	-12,62 %	-0,02 %	0,08 %	0,23 %	-0,06 %

- les données cliniques initiales (sans intervention préliminaire d'un aimant) sur la latéralité,
- l'existence d'une anisotension entre l'hémicorps gauche et droit,
- les Bio-DDP enregistrées au niveau de capteurs généraux, oculaires et manducateurs.

Certaines conclusions peuvent être données en tenant compte que cette population statistique réduite à 13 patients : les capteurs choisis perçoivent, du point de vue électrique, une réalité différente de l'asymétrie corporelle observée par la clinique (voir tableau VI ci-dessous).

**Tableau VI.** Coefficient de corrélation entre la latéralité électrique perçue par chacun des capteurs choisis.

Relation entre capteurs	Corrélation entre les capteurs selon Bio-DDP
RP4 avec R23	0,01826889
RP4 avec Manducateur	0,05143445
RP4 avec Œil	0,23809524
R23 avec Manducateur	0,20599631
R23 avec Œil	-0,06795442
Manducateur avec Œil	-0,05143445

- La variation de tension artérielle maximale (Ta Max) semble un peu plus être liée au capteur oculaire, sans être un fait relevant (voir tableau VII ci-dessous).

**Tableau VII.** Coefficient de corrélation entre la latéralité observée par la tension artérielle et la latéralité électrique de chacun des capteurs acupuncturaux.

Relation Ta et Capteurs	Corrélation entre Ta Max et Capteurs
Ta Max et RP4	-0,1871203
Ta Max et R23	-0,19611125
Ta Max et Manducateur	0,0404226
Ta Max et Œil	0,43037668

- La posture clinique adoptée par le corps humain, qu'elle soit homolatérale ou controlatérale, du point de vue Bio-DDP, n'est pas le fait d'un seul type de désordres électriques perçus par le jeu limité de ces capteurs choisis. Elle est plutôt le fruit d'une combinaison de charges électriques plus nombreuses, à moins que

notre choix ne traduise que l'absence de capteurs plus représentatifs (voir les deux tableaux VIII et IX ci-dessous).

**Tableau VIII.** Coefficient de corrélation entre homolatéralité clinique et Bio-DDP des capteurs choisis.

Relation Homolatéralité et Capteurs	Corrélation entre Homolatéralité et Capteurs
Homolatéralité et RP4	-0,21957752
Homolatéralité et R23	-0,10707265
Homolatéralité et Manducateur	-0,15811388
Homolatéralité et Œil	-0,09759001

**Tableau IX.** Coefficient de corrélation entre Controlatéralité clinique et Bio-DDP des capteurs choisis

Relation Controlatéralité et Capteurs	Corrélation entre Controlatéralité et Capteurs
Controlatéralité et RP4	-0,04225771
Controlatéralité et R23	-0,04020238
Controlatéralité et Manducateur	0,36514837
Controlatéralité et Œil	0,22537447

Une étude plus poussée sur le changement opéré par l'influence de l'aimant paraît intéressante ne sachant si le corps humain ne garde pas une certaine hystérésis de cette aimantation, étant composé de matière diamagnétique. C'est ce nouveau pas que nous tentons par l'étude des Bio-DDP, ayant observé que telle influence n'existe pas ou peu lors de l'examen clinique dynamique de posturologie.

### *Appréciation du positionnement de l'aimant sur l'ensemble des points Maîtres acupuncturaux utilisés en posturologie*

Par l'utilisation du coefficient de corrélation sont comparées deux matrices. Chaque matrice reflète l'ensemble des Bio-DDP d'un groupe limité de capteurs posturaux d'un sujet. Ces matrices regroupent de manière unilatérale, au cours des différents processus de positionnement de l'aimant, les variations électriques des points Maîtres d'acupuncture, utilisés en posturologie. Plus le coefficient de corrélation se rapproche de 1 et moins le schéma électrique corporel, enregistré au niveau de ces points d'acupuncture est

altéré. En d'autres termes, l'action de correction de l'aimant ne se fait point sentir sur l'économie acupuncture électrique (énergétique), même si l'ensemble des valeurs Bio-DDP se trouvent globalement altéré.

Par contre, en cas de baisse de valeur du coefficient de corrélation en dessous de la valeur seuil de 0.5, existe alors une action modificatrice de l'aimant sur le schéma électrique du corps. Ceci signifie que l'emplacement de l'aimant, placé sur une zone précise acupuncture est reconnu par le corps sous forme de porte d'entrée validée ! De ce fait, le corps dans son ensemble réagit à l'ap-

port informatif. L'information reçue est alors validée par le système nerveux, du fait d'une association correcte entre un stimulus à seuil efficace et récepteur cutané adapté au stimulus. Il réadapte sa stratégie électrique qui se traduit également par son corollaire postural (clinique) en redistribuant les influx nerveux et la vascularisation selon de nouveaux programmes vers de nouveaux territoires musculaires.

Les deux tableaux X et XI montrent les modifications électriques ressenties au niveau des capteurs cutanés généraux, oculaires et manducateurs, selon leur latéralité.

**Tableau X.** Etape dynamique.

Coefficients de corrélation entre les Bio-DDP des capteurs avant et pendant la stimulation magnétique constante. Côté droit du corps.

Patients	Aimant yeux	Aimant vestibulaire	Aimant mandibulaire	Aimant podal
Ag	0,961362494	0,273960371	0,38167393	0,320622403
Vi	0,98634632	0,971588573	0,94406553	0,906703821
Ra	0,971537418	0,943450599	0,89188095	0,903610937
Lu	0,92368563	0,956704173	0,92785151	0,921134099
Ma	0,966221405	0,90463721	0,91059741	0,723991483
Er	0,563410889	-0,601623588	-0,19095664	0,675496962
Br	0,032067857	0,343851367	0,2039461	0,474121437
Le	0,744892979	0,840905594	0,89807362	0,967878992
He	0,694561551	0,977469541	0,96238729	0,941073181
Li	-0,975164359	0,989280073	-0,73926344	-0,978931819
Gl	-0,967871096	0,991294018	0,99257389	0,986221699
An	0,95468003	0,749868049	0,67889747	0,626360031
Mi	0,844871419	0,874071366	0,80055974	0,811221368

**Tableau XI.** Etape dynamique.

Coefficients de corrélation entre les Bio-DDP des capteurs avant et pendant la stimulation magnétique constante. Côté gauche du corps.

Patients	Aimant yeux X1Ge	Aimant vestibulaire X2Ge	Aimant mandibulaire X3Ge	Aimant podal X4Ge
Ag	0,99139424	0,944863807	0,91211926	0,602376515
Vi	0,966783663	0,915449626	0,83791284	0,708200017
Ra	0,963860997	0,942013001	0,89862719	0,829532113
Lu	0,942155449	0,932842821	0,90780142	0,883351242
Ma	0,980503177	0,621933291	0,6353413	0,064135013
Er	0,894698921	0,809995883	0,73547943	0,64399507
Br	0,272177304	0,291393122	0,43957603	0,486470802
Le	0,939530373	0,871870009	0,73262099	0,343786458
He	0,999764774	0,99682543	0,99365236	0,989965217
Li	0,985734584	0,978693991	0,95558487	0,948984206
Gl	0,994381051	0,990869606	0,99817524	0,992928737
An	0,986147401	0,949148201	0,92744088	0,861013945
Mi	0,923742106	0,87480027	0,83831692	0,79011262

Comme nous pouvons l'observer :

1. Il manque un certain nombre de points Maîtres d'acupuncture, servant de capteurs cutanés pour recueillir les bio-DDP et traduire ainsi le changement électrique global opéré par l'apport de l'aimant selon la technique du Docteur G. Willem.
2. Lorsqu'il existe une adéquation entre stimulus et récepteur, résulte alors un véritable changement dans le schéma électrique corporel. Le reste des valeurs démontre que le schéma électrique demeure peu changé dans son homogénéité.
3. Un sujet peut manifester un désordre postural qui apparaît suite à la perturbation de plusieurs facteurs organiques et ou fonctionnels. Ces altérations sont perçues, de manière critique sous la forme de Bio-DDP projetées sur le territoire cutané, qu'un choix judicieux de points Maîtres acupuncturaux permet de déceler.
4. L'action magnétique est brève et il ne semble pas exister de rémanence comme peut en témoigner les variations de coefficients de corrélation, pour un même sujet, lors d'une même séance dynamique de posturologie (voir sujet "ER" dans le tableau X).

## Interprétation et conclusion

La posturologie, science qui étudie la posture, ses anomalies et possibles voies de corrections comporte deux temps cliniques. Ces deux étapes complémentaires (statique et dynamique), nécessaires à la détermination des

facteurs étiologiques ont leur équivalent électrique. La clinique ne fait que traduire de manière plus simplifiée car mécanique, la réalité fort complexe de manifestations électriques reflétant des désordres organiques et/ou fonctionnels internes. Une parfaite connaissance de l'acupuncture permet, par le truchement de la sélection de points cutanés précis répertoriés pour leur action, une approche électrique plus directe de cette complexité [1,2]. Le phénomène du maintien de la posture contre la gravité met en jeu différents niveaux d'intégration neurologique qui se traduisent par une redistribution du flux vasculaire vers les territoires musculaires soumis à un changement de train d'influx nerveux et perçus sous la forme d'un changement de valeurs des Bio-DDP cutanées [3,4,5,6]. Il est très intéressant de noter que l'application d'un champ constant magnétique, s'il est appliqué correctement (face nord sur la peau avec une certaine force et sur le bon récepteur cutané) puisse faire basculer un schéma électrique stable vers un nouvel équilibre. Celui-ci se traduit du plan électrique vers le plan mécanique par un changement postural clinique. L'étude des Bio-DDP sur certains points d'acupuncture sélectionnés par leur contenu informatif répertoriés par une tradition millénaire confirme, à l'étape dynamique, la décision prise par le système nerveux de changer sa perception de l'action de la gravité perçue par ses capteurs lorsque les paramètres informatifs se modifient sous l'action d'un champ magnétique constant.

### Correspondance :



Dr Marc Piquemal  
Casilla Correo, 2899, Asuncion Paraguay  
✉ bioconsulta@quanta.com.py  
www.quanta.net.py/biofisica

### Références

1. Willem G. Manuel de posturologie. Paris: Frison Roche; 2001.
2. Borsarello JF. Manuel clinique d'acupuncture traditionnelle. Paris: Masson; 1981.
3. Cantoni G, Pontigny J. Recherche Scientifique française et acupuncture. Sainte Ruffine: Maisonneuve; 1989.
4. Pontigny A, Pontigny J. Instrumentation et acupuncture. Sainte Ruffine: Maisonneuve; 1989.
5. Pontigny A, Pontigny J. Bio électricité et acupuncture. Sainte Ruffine: Maisonneuve; 1989.
6. Piquemal M. Clinical Correlation between cutaneous bioelectric potential and thermographic imaging of blood Flow. Coherence.2000;2:8-11.

## Communiqué du Comité de défense de l'acupuncture

Aujourd'hui, les malades peuvent librement faire appel à l'acupuncture. Aujourd'hui, comme médecins, les acupuncteurs peuvent donner leurs soins en toute indépendance, dans le total respect de la déontologie. L'acupuncture est enseignée en Faculté, et fait partie intégrante de la médecine. Et les actes d'acupuncture sont des actes médicaux, reconnus comme tels par la Sécurité sociale qui en assure le remboursement (remboursement trop faible certes, mais qui existe).

Ce remboursement de tous les soins par acupuncture était déjà fortement menacé, par le projet de n'inscrire l'acupuncture dans la future nomenclature (dite CCAM, classification commune des actes médicaux) que sous forme de "libellés restrictifs" avec, comme conséquence, que l'acupuncture ne serait plus remboursée que pour traiter une liste extrêmement fermée, arbitrairement édictée, de troubles ou symptômes... On parle des huit libellés suivants "acupuncture pour douleur" - "pour addiction" - "pour anxiété" - "pour dépression" - "pour pathologie fonctionnelle digestive" - "pour pathologie fonctionnelle urogénitale" - "pour récupération neuromotrice" - "pour allergie"... Mais de nouvelles menaces surgissent, avec la "réforme de l'assurance maladie". Réforme dont le texte précis (comme projet de loi soumis au Conseil d'Etat) est désormais connu. Réforme que le gouvernement veut faire voter par le Parlement dès avant la fin de ce mois.

Il y aura (articles 4 et 5 du projet de loi) un système obligatoire de médecins dits "traitants". Toute personne devra, sous peine de majorations financières, indiquer le nom d'un médecin (généraliste) "traitant" de son choix. Avec l'accord de celui-ci, est-il dit ; mais comment le médecin pourrait-il refuser ?... Ce médecin "traitant" sera soumis à de multiples obligations (semblables à celles du médecin "référé", pourtant si décrié), la première étant de "filtrer" l'accès au spécialiste. Il sera interdit, sauf si on accepte et si on a les moyens de payer plus cher, de s'adresser directement à un spécialiste sans l'accord préalable du médecin "traitant".

Quel médecin "traitant" adressera des malades aux acupuncteurs ? D'autant que s'il le faisait trop fréquemment, il pourrait s'exposer à être sanctionné... En effet (article 2 du projet de loi), il y aura un système de dossier médical partagé personnel, obligatoire, informatisé, qui sera accessible par Internet et permettra donc de surveiller, en temps réel, 24 heures sur 24, tant les prescriptions des médecins que les comportements et demandes de soins

de la part des malades... Il est évident que cette surveillance inclura également la pratique de tous les acupuncteurs, et visera à contrôler et sanctionner notamment les comportements qui ne seraient pas conformes aux libellés restrictifs édictés dans la CCAM.

Faudrait-il alors, pour que les patients puissent directement faire appel à eux, que les acupuncteurs se transforment en médecins dits "traitants" ? Mais alors ils devront tenir le dossier médical ci-dessus, où il doit y avoir "tout" (dixit le ministre de la Santé) ! Tout ce qui est nécessaire à ce que M. Daniel Lenoir, Directeur de la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie), nommé à ce poste par le gouvernement, appelle la "traçabilité des actes médicaux" et la "traçabilité des malades" ! Ils collaboreraient ainsi directement au viol du secret médical, au viol des libertés les plus fondamentales. Car n'importe qui pourra entrer dans le dossier de n'importe quel malade : les médecins, mais aussi les assurances, les employeurs, etc... Quel malade, dans ces conditions, pourrait encore nous consulter en toute confiance ?

Projet de "libellés restrictifs", et maintenant cette "réforme de l'assurance maladie" dont bien des aspects nous concernent au plus haut point... Les plus graves menaces pèsent donc sur l'acupuncture. Que deviendront les malades ? Que deviendront les acupuncteurs ?

C'est pourquoi notre comité de défense de l'acupuncture, qui regroupe patients et médecins, et qui a près de 17 000 signatures sur sa pétition... a estimé nécessaire d'élargir et de renforcer davantage encore son action. Dans ce but, notre comité a décidé :

- d'appeler à manifester le samedi 19 juin 2004, en direction de Matignon, avec le Comité de défense de la gynécologie médicale (CDGM). Pour soutenir les demandes de ce comité, et pour dire dans la rue que nous aussi, nous voulons le libre accès, et le remboursement de tous les soins par acupuncture sans aucune restriction.

- d'adresser sous peu une lettre de demande d'audience au ministre de la Santé, M. Douste-Blazy.

- d'organiser une conférence de défense de l'acupuncture en octobre prochain.



Dr Bui Anh Tuan  
84, Bd de Reuilly - 75012 Paris  
Tél/fax : 0 143 46 94 89

Laurence Romano

## Revue bibliographique sur psoriasis et acupuncture

**Résumé :** Cet article se veut une synthèse des divers articles parus sur psoriasis et acupuncture. Après avoir étudié les signes de Stase de Sang biologiques, nous verrons d'abord les cas cliniques décrits, puis les expérimentations faites et enfin la synthèse des théories étiopathogéniques, sémiologiques et thérapeutiques dans le psoriasis. En conclusion nous proposons une démarche à suivre devant un patient souffrant de cette pathologie. **Mots-clés :** dermatologie - psoriasis - étiopathogénie - sémiologie traditionnelle - thérapeutique acupuncture - bibliographie.

**Summary :** This article wants to be a synthesis of various acupuncture and psoriasis' articles. After biologic Blood stasis signs, we will study clinic cases, then experimentations and at least a synthesis of etiopathogenic, semiologic and therapeutic theory of psoriasis. In conclusion, we propound an acupuncture clinic approach of psoriasis. **Keywords :** dermatology - psoriasis - etiopathogeny - traditional semiology - acupuncture therapy - bibliography.

Il n'y a pas de terme équivalent à psoriasis en MTC mais un concept proche dans le terme de *baibi* développé au V<sup>e</sup> siècle dans le traité médical de Liu Juanzi intitulé : *Liu Juanzi guiyifang (Prescriptions pour les maladies de peau, 495-499)*. Pour E. Rochat [1] *baibi* = psoriasis causé par du Vent avec Froid ou Chaleur, pouvant ou non s'accompagner de démangeaisons avec *bai* : blanc, pur, brillant, évident, laissé en blanc, inutilement, âgé, argent (métal) et *bi* ayant le sens de croûte. Plusieurs termes chinois actuels désignent le psoriasis, le principal étant : "Dermite en peau de bœuf" (*niupixuan*). Celui de "teigne de l'écorce de pin" (*songpixuan*), évoquant la ressemblance de la peau avec ses tâches rouges et blanches à de l'écorce de pin, parle aussi de cette maladie ainsi que celui de "teigne sèche" (*gangxuan*).

### Bases modernes

Selon les signes cliniques retrouvés dans le psoriasis les auteurs chinois évoquent le diagnostic de Stase de Sang (cyanose de la langue, masses, arthralgies) s'accompagnant :

- d'une diminution de cAMP, cGMP et acide sialique alors que ces taux s'élèvent avec les médicaments anti-stase en phytothérapie et allopathie [2] ;
- d'une diminution de la déformabilité érythrocytaire, augmentation de l'activité ATPase Na<sup>+</sup>-K<sup>+</sup>, diminution de l'activité de l'ATPase Ca<sup>+</sup>-Mg<sup>+</sup> (essai compara-

tif non randomisé). Ceci chez tous les psoriasis et de façon dégressive selon les groupes Amas de Sang, Sécheresse du Sang, Chaleur du Sang [3] ;

- d'une activité plaquettaire augmentée (P<0,001) avec la même dégressivité (essai comparatif non randomisé) [4] ;
- d'une augmentation de la viscosité sanguine et de la VS, ainsi que des IgG et des IgA, augmentation des niveaux des éléments trace au niveau des cheveux [5]. Ceci semble bien indiquer une viscosité sanguine augmentée, reliée à une Stase de Sang en MTC, même si ces essais sont discutables du fait de la non-randomisation.

### Expérimentations

Plusieurs types de résultats sont donnés selon les expérimentations :

#### *Pas d'efficacité de l'acupuncture*

Un ECR (essai contrôlé randomisé) sur 50 patients comparant électro-acupuncture versus sham acupuncture conclut à cette inefficacité [6]. Cependant on peut remarquer que la sham acupuncture consiste à piquer en sous cutané et ne pas faire passer de courant. Il est difficile alors de faire croire à un "aveugle" par rapport à l'électro-acupuncture.

#### *Des expérimentations données sans les points piqués*

Par exemple : 41 cas 34 % de nette amélioration, 22 % d'amélioration [7] ; ou 348 cas acupuncture des GI11,

TR6, RA6, enfouissement de catgut : aux points *shu* du dos, sans dire lesquels, ni à quels points des extrémités, avec moxa [8]. La guérison annoncée dans 83,6 % cas et sans recul nous semble discutable et le catgut aux extrémités peu supportable.

### *Certaines expérimentations ne comprennent pas de groupe comparatif*

Les moins probantes sont celles ne comportant pas d'évaluation à distance des résultats [9]. Cependant parmi elles, certaines nous poussent à employer des techniques autres que la puncture simple. Les moxa sous forme de "coton brûlé" semblent améliorer les Stases de Sang (23 guérisons sur 32 cas) [10]. La saignée à l'aiguille triangulaire et les ventouses sur des points comme VG14, VE18, VE20 sur de grandes séries (600 cas [11] ou 158 cas [12]) avec plus de 50 % de guérison, même sans notion de recul, nous encouragent dans cette voie thérapeutique à expérimenter plus rigoureusement. Sont aussi évoqués l'enfouissement de catgut [13] ou de longues aiguilles tangentes aux lésions ou dirigées de la périphérie vers le centre [14]. Cependant le petit nombre de cas et le manque de recul en font des expérimentations plus discutables. Une expérimentation comporte un suivi à distance [15]. Sur 48 patients, de longues aiguilles du VE13 au VE25 pendant 45mn, puis pose de ventouses sur le méridien de Vessie jusqu'à rubéfaction, 1 fois par jour pendant 12 j, puis arrêt 5 j. En général, amélioration au bout de 3 cures et guérison en 10 cures. Avec 67 % de guérison (disparition totale des lésions et du prurit sans rechute durant le suivi à 2 ans). Cette expérimentation paraît probante, mais le manque de groupe comparatif la met hors des "preuves".

### *Une seule expérimentation bien menée, avec ECR prouve une efficacité relative* [16]

21 cas sont traités par acupuncture et puvathérapie. Dans le groupe contrôle de 31 cas l'allopathie avec puva est le traitement. Le but est de déterminer si, en ajoutant l'acupuncture, la guérison est plus rapide et de jauger l'efficacité dans le prurit et les complications

articulaires. Les points utilisés sont VE40, VE60, TR5, FO8, FO13, PO7, GI11, ES36 (sans différenciation selon les *zheng*) 2 ou 3 séances/semaine. Les auteurs concluent à une durée moyenne de rémission identique dans les deux groupes. Mais le groupe acupuncture est plus "efficace" dans le prurit et l'insomnie. Le traitement indifférencié nous semble discutable, la non-utilisation de saignée, ventouse peut aussi être critiquée ainsi que le choix des points. Mais une étude bien menée prouve l'efficacité de l'acupuncture. A mettre dans les RMO !

### **Cas cliniques** [17-22]

Quelques articles décrivent des cas cliniques, certains avec diagnostic traditionnel d'autres sans, avec un suivi à distance très variable. Les points utilisés, ici seulement en puncture (pas de saignée, ni de moxa, ni de ventouse) voient revenir régulièrement : VE13, MC7, GI4, VG14 et VE40. Un cas clinique [22] m'a semblé très intéressant et probant de l'efficacité d'un traitement acupunctural bien conduit. L'utilisation des techniques préconisées par les acupuncteurs chinois (fleur de prunier, saignée) paraît utile dans ces cas difficiles avec lésions traînantes.

### **Synthèse étude théorique** [23-27]

#### *Etiopathogénie* [28-32]

Un sentiment de frustration entraîne :

- soit une Stagnation de *qi* du Foie qui va entraîner une Chaleur interne ou un Feu ;
- soit une hyper activité du Feu du Cœur.

Dans les deux cas, la Chaleur toxique envahit les couches du *ying* et du *xue*, affecte la surface et entraîne le psoriasis. Pour Lebarbier [33] ceci correspond à un excès de Foie et Cœur.

Une alimentation incorrecte entraîne une dysharmonie Rate/Estomac ayant pour résultat une Stagnation de *qi* de l'Estomac et des Intestins. Ceci amènera à une Chaleur interne qui, si un Vent Chaleur externe s'ajoute, créera de la Chaleur toxique qui envahit la peau et entraîne le psoriasis.

Un Vent Froid ou un Vent Chaleur entraîne selon les auteurs :

- une dysharmonie *yingqi/weiqi* qui cause une Humidité Chaleur qui obstrue la peau ;
- une Sécheresse Chaleur au niveau de la peau, aggravée par les sentiments, entraînant Stagnation de *qi/xue* ;
- le *xie* Vent incube dans la couche du *yin* et du *xue* ;
- une pénétration de *xie* latent pendant au moins une saison par insuffisance du *zhengqi* due à un *qi* de Poumon faible.

Epuisement du Sang et des *jinye* entraînant une Stase de *qi* et de *xue*, donc une mauvaise nutrition de la peau et des méridiens (rugosité et sécheresse cutanées, prurit, desquamation).

#### *Dysharmonie chongmai/renmai* [34]

Seul Staal [35] parle de psoriasis d'origine : Froid sec, Froid humide, Eau-Humidité, Humidité-Chaleur.

#### *Sémiologie* [28-30, 32, 36-37]

**Chaleur du Sang (ou Vent Chaleur selon les auteurs) :**  
Poussées aiguës, localisations nombreuses.

Plaques : base rouge foncé + gonflement, plaques auréolées, squames nombreuses, tombent facilement, aspect brillant.

Prurit aggravé la nuit, douloureux au grattage.

Signes d'accompagnement :

constipation de selles sèches, urines foncées ;

anxiété, irritabilité ;

soif, gorge douloureuse (+/- fébricule), goût amer ;

crainte de la chaleur.

Langue rouge, enduit mince (blanc ou jaune).

Pouls : rapide tendu ou rapide glissant (*shuo xian* ou *shuo hua*).

**Sécheresse du Sang (par Vide de Sang) :**

Plus chronique.

Plaques : plus pâles, moins nombreuses, aspect grisâtre, squames fixées, épaisses, dures +/- lichénification des membres inférieurs.

Prurit intense.

Peau sèche, fissurée, désir de l'humidifier.

Langue pâle (ou rouge foncé selon le stade).

Pouls : fin, rapide, profond ou en corde (*xi shuo chen* ou *xian*).

**Chaleur du Sang + Amas de Sang :**

Lésions sévères.

Plaques : base pourpre, pas d'enflure ; prédominant aux membres inférieurs, squames épaisses, adhérentes.

Nodules.

Langue pourpre, enduit fin jaune.

Pouls : glissant plein ou rugueux (*huan shi* ou *se*).

**Humidité Chaleur [30, 37] en évolution de Vent Chaleur :**

Lésions des plis.

Plaques : rouge vif + suintement, érosion.

Prurit.

Aggravation temps humide.

Langue rouge, enduit gras jaune.

Pouls glissant (*hua*).

#### *Traitement* [28-30, 32, 37-43]

En MTC, les médecins chinois utilisent principalement la phytothérapie interne et externe. Il faut mettre l'accent sur l'usage de :

- la fleur de prunier sur les zones résistant au traitement ;
- la saignée à l'aiguille triangulaire des points de la zone atteinte ;

- les ventouses sur les points *beishu*, certains points de VG (13, 14), les points *Huatuojiaji*. Parfois, elles sont déplacées sur toute la longueur du dos.

**Chaleur du Sang :**

GI11 : IF (indication fonctionnelle) : purifie la Chaleur, élimine le Vent, combat l'Humidité, perméabilise les méridiens, vivifie le Sang [45] – chasse le Vent, purifie la Chaleur, libère le *biao* [46] ; IP (indication ponctuelle) : troubles de peau secs ou à squames (ton) démangeaisons comme rongé d'insectes, peau grattée avec plaies (ton) [44]. – Douleur et prurit généralisé comme si des vers rongeaient la peau, quand on la gratte elle desquame et des "furoncles" apparaissent [45]. Ses indications fonctionnelles et ponctuelles correspondent bien au tableau de Vent Chaleur du Sang dans le psoriasis.

DM14 : IF : dispersion : chasse la Chaleur, libère le *biao*, chasse le *xie* [46] – harmonise le *ying* et le *wei*, disperse les pervers et libère le *biao* [45] ; IP: eczéma par Vent [46]. Peau : tout le corps, face, extrémités vasoconstricteur si rouge ou chaude : tonification [44]. Urticaire [45]. On retrouve bien l'aspect aigu, mais l'indication ponctuelle est plus dans l'urticaire, l'eczéma que dans le psoriasis.

RA10 : IF : dispersion : fait circuler le Sang, supprime les Stases de Sang, purifie la Chaleur et rafraîchit le Sang, élimine l'Humidité [46] ; IP : eczéma Humidité-Chaleur, démangeaisons Humidité-Chaleur [46]— Peau toute inflammation avec pus, tous les abcès [44]— érysipèle, eczéma, zona, urticaire, prurit cutané, névrodermite [45]. Paraît donc indiqué dans le tableau d'Humidité-Chaleur et dans les Amas de Sang.

Puis, selon les auteurs :

saignée des points *jing* distaux ou *shixuan* (excès de Chaleur).

PO11 : IF : s : disperse la Chaleur [46] ; IP: menton opp : inflammation, enflure, démangeaisons [44]. Donc peu d'indication sur la peau.

VB20 : IF : libère la superficie et disperse la Chaleur, harmonise *ying-wei* [45] ; IP: eczéma [46]. Là aussi peu d'indication sur le psoriasis.

ainsi que (1 seul auteur) :

FO2 : IF : purifie le Foie, rafraîchit le Sang, apaise le Vent du Foie [45]. IP: démangeaisons du sexe, zona [46] – Chaleur du corps [45]. Peu d'indication sur le psoriasis.

VE17 : IF : élimine la Chaleur et rafraîchit le Sang [45] ; IP : eczéma [46]— réunion du Sang, tout trouble du Sang [44]. Indiqué par sa fonction sur le Sang.

ES45 : IP : Furonculose [45]. – Peau : maladies humides ou avec pus [44]. Ses indications seraient mieux dans un tableau Humidité-Chaleur.

GI4 : IF : disperse le Vent et libère la surface *biao*, élimine la Chaleur et induit la sudorification [45] ; IP : Furoncles chroniques. Urticaire, dermite infectieuse [45]. Sang (fluide ou trop épais). Peau : troubles secs ou avec squames [44]. Eczéma [46]. Bien indiqué dans un tableau de Vent Chaleur.

RA6: IF : dispersion : fait circuler le Sang, supprime les Stases de Sang, élimine l'Humidité, rafraîchit le Sang [46] ; IP : urticaire, eczéma [45]. Eczéma, démangeaisons [46]. Sang et circulation [44]. Indiqué dans Sécheresse du Sang et dans Amas de Sang.

VG9 : VG9 + VE17 : furoncles, anthrax, ulcères [46]

VG9 + DM10 : acné des adolescents [46] ( il nous a semblé que le VG10, ancien VG9 chez Soulié de Morant, avait plus d'indications cutanées).

VE40 : IF : s : rafraîchit le Sang, désintoxique, fait circuler le Sang, supprime les Stases de Sang [46]. IP : Sang : troubles anciens, chroniques, invétérés. Peau : troubles anciens, invétérés. Prurit [44]. Furonculose, eczéma suintant, prurit anal. Dermatoses chroniques [45]. Démangeaisons et autres maladies de la peau (surtout sur le dos et les jambes) [45]. Indiqué dans le psoriasis, mais plus dans un tableau de Sécheresse du Sang. ES44 : IF : disperse la Chaleur et le Feu de l'Estomac [46] ; IP : Douleur de la peau. Urticaire. Douleur du cuir chevelu. Eruption érythémateuse. Prurit cutané [45]. Peau du crâne : douleur. Maladies éruptives ?[44].

#### **Sécheresse du Sang :**

VE17 RA6 RA10.

On peut y rajouter le VE40.

Puis selon les auteurs : points *Huatuojiaji* (avec la technique des ventouses selon les expérimentations).

Ainsi que (1 seul auteur) :

GI11 et DM14 qui peuvent être indiqués ici.

VE18 : pas d'indication sur la peau, action sur le Sang du Foie.

VE15 : IF : nourrit le Sang, calme le *shen*, clarifie le Cœur [45]. Disperse les Amas de Sang du Cœur [46]. IP : Peau : acné, abcès [44]. Furoncles [46] Erysipèle. Perlèche. Furoncles [45]. Plus dans un tableau d'évolution de Vent Chaleur vers Humidité-Chaleur.

RM4 : IP : différentes formes de furoncles et de toxiques viciés-*èdu* [45].

RM17, DM9, FO2 : pas ou peu d'indications sur la peau.

#### **Amas de Sang :**

Seul Guillaume donne un traitement spécifique : VE17, VE40, VE15 +

MC7 : IF : calme le *shen*, fait circuler le *qi* et le Sang, rafraîchit le Sang [46]. IP : Eczéma (ou dyshidrose) de la paume de la main ou de la face dorsale du pied. Furoncles et dermatophyties [45]. Peau : inflammations avec pus. Bulles dans paume [44].

#### Humidité-Chaleur :

VE40, GI4 ;

RA9 : IF : t : renforce la Rate ; d : élimine l'Humidité [46]. IP: eczéma (par Humidité) [46].

Ainsi que :

GI11, RA10 ;

VG14, ES45 ;

VE20 : IF : tonifie la Rate harmonise l'Estomac, élimine l'Humidité [45]. Mais sans indication ponctuelle sur la peau.

VG15, VC9, ES40 (donnés aussi pour psoriasis des membres inférieurs) dont les indications tant fonctionnelles que ponctuelles ne correspondent pas à ce tableau.

#### *Autres points donnés sans différenciation des tableaux*

PO5 : IF : s : disperse la Chaleur, rafraîchit le Sang [46]. IP : Pour la figure [44]. Erysipèle [45]. A utiliser dans crise aiguë de psoriasis Chaleur du Sang, favorise la diffusion des Liquides.

PO7 : IF : libère le *biao* [46]. IP : Peau : inflammation. Brûlures - démangeaisons, douleurs de peau-Sang : maladie ou troubles du sang [44]. Urticaire [45]. Dans le psoriasis avec Amas de Sang par Vide de *qi* de Poumon entravant la circulation des Liquides.

IG2 : IF : disperse la Chaleur, libère le *biao* [46]. IP : Prurit et paresthésies des doigts [45]. Dans le psoriasis Vide de Sang avec pathologie des Liquides (IG1 semble mieux indiqué dans ce cadre).

VE13 : IF : nourrit le *yin*, purifie la Chaleur, harmonise le *yingqi* [45] ; IP : prurit cutané. Myalgie et prurit cutané [45]. Peau : douleur. Démangeaisons. Tumeurs cutanées [44]. Dans le psoriasis Sécheresse du Sang par trouble de la diffusion des Liquides.

RA2 : IF : renforce la Rate, harmonise le Foyer Moyen, purifie la Chaleur [46]. IP : Sang - tonifier augmente le nombre de leucocytes qui abondent dans les maladies

de peau, psoriasis, eczéma, pemphigus, impétigo... et qui défendent contre les staphylocoques et protègent les muqueuses. Agit aussi contre les abcès [44]. Dans le psoriasis avec Vide de Sang d'origine Rate.

*yintang* : IF : Chasse le Vent, purifie la Chaleur, calme le *shen* [46]. IP : "furoncles" du visage [45]. Dans le psoriasis Humidité-Chaleur en tant que point du visage ?

VB34 : IF : purifie la Chaleur, élimine l'Humidité, fait circuler le *qi* et le Sang [45] ; IP : figure gonflée, démangeant ? opp [44]. Zona [46]. Peut être dans la Chaleur-Humidité ayant une implication Foie Vésicule Biliaire.

FO3 : IF : vivifie le Sang, purifie et élimine l'Humidité-Chaleur [45] ; IP : démangeaisons du sexe [46]. Enflures de tout genre (sauf œdème) - Lèvres : tout trouble du coin des lèvres (dartres, perlèche...) [44]. Tableau d'Humidité-Chaleur ?

RA4 : IF : harmonise Rate et Estomac, élimine Humidité-Chaleur, apaise le *shen* [45] ;

RE5 : IF : tonifie *chongmai* et *renmai*, harmonise le Sang et le *qi* [45]. Psoriasis *chongmai/renmai* ? (pas d'IP sur la peau) + PO7.

CO3 : IF : fait circuler le *qi* et le Sang, calme la douleur [46] ; IP : Enfants : tremblements, enflures, démangeaisons. ton [44]. Dans le psoriasis Chaleur du Sang avec Amas de Sang chez l'enfant ?

TR6 : (psoriasis des membres supérieurs) IF : disperse la chaleur [46] ; IP : Peau : prurit [44]. Zona [46]. Dermites infectieuses ou mycosiques. Dishyrose [45]. Psoriasis avec Amas de Sang, surinfecté ?

TR5 : IF : Elimine les symptômes du *biao* dûs au *qi* pervers (Vent, Froid, Canicule, Humidité, Sécheresse, Feu) [45] ; IP : Prurit des oreilles [45]. Troubles par Froid : troubles de peau, prurits ; ton [44].

TR10 : IF : chasse le Vent, purifie la Chaleur, calme le *shen* [46] ; IP : Abcès. Urticaire. Névrodermites. Lèpre. Furoncles - dermites infectieuses [45]. Peau : troubles augmentés par émotions, pensées [44]. Quand l'atteinte du *shen* est prédominante ?

ES9 (psoriasis à la tête), VE39, VE44, VE58, VE66, VB25, VC8, VC14 mais n'ont pas d'indication ponctuelle, ni fonctionnelle correspondant ; VB41 plutôt dans un prurit de Vent externe (urticaire) ; RE24, VG20,

VG13 qui ont l'indication fonctionnelle : purifie la Chaleur et VC5 qui purifie la Chaleur, élimine l'Humidité, mais pas d'indication ponctuelle sur la peau.

Dans le *Taillandier* [47] :

- Maladies de peau : GI11, ES36.
- Toute maladie de peau invétérée : VE40.
- Peau sèche : ES39.
- Peau séchant et pelant par endroits : VC15. Peau des mains devenant dure et pelant par endroits, surtout au printemps et à l'été, ton – herpès au bas du dos – bulles à la plante des pieds, prurit herpétique.

## Conclusion

Comme toujours après une revue bibliographique nous débouchons sur le regret des études non démonstratives et la constatation de la difficulté pour réaliser de telles études. Il nous est aussi apparu que dans ces divers travaux, il a été difficile de mettre en place un cadre théorique adapté à la pathologie dermatologique où il y aurait eu concordance entre thérapeutique et étiopathogénie. Nous proposons, selon les cadres définis dans le travail de J.-L. Lafont [48], comme théorie :

- Dans les poussées de type Vent Chaleur (crises de psoriasis en goutte avec des inter-crisis où la peau est nor-

male correspondant à des *xie* latents ou une Sécheresse du Sang aggravés par atteinte de *xie* externe) un traitement par *yangweimai* : TR5, (GI15), VG16, VB30.

- Dans les atteintes Chaleur du Sang avec des lésions rouges et prurigineuses et peu de squames : RA10, FO10, +/- VE40 ; avec lors des poussées Vent Chaleur sur ce tableau : GI4, GI11, VG14, VG16.

- Dans les tableaux Sécheresse du Sang : d'origine Vide de Sang : par Vide de *qi* de Rate – Estomac : VE17, RA6, RA2, VC11 ; par Vide de Sang du Foie : VE17, FO8 ; d'origine Vide de Liquides : par Vide de *yin* de Rein : RE1, RE5, RE2, VE23 ; avec des points ayant un tropisme pour la peau comme : GI5, GI11, IG1.

- Dans les tableaux Humidité-Chaleur : GI4, GI11, GI5, GI1, RA9, ES45, ES13 ; et s'il y a complication à Foie-Vésicule Biliaire : VB39, VB34, VE19.

- Les tableaux Amas de Sang (VE17) sont à traiter selon l'étiologie de l'Amas : Vide de Sang, Chaleur du Sang, Stagnation de *qi* (PO9, ES15, ES10, TR6), Vide de Liquides.

- Dans les psoriasis très influencés par les troubles du *shen*, ne pas oublier les points TR10, ES41, ES14, qui ont tous des indications sur la peau.

## Correspondance :



Dr Laurence Romano  
49 bd Jean Jaurès - 30900 Nîmes  
☎ 04.66.67.10.81  
✉ romano.laurence@hotmail.com

## Références

1. Rochat de La vallée E. Vocabulaire médical chinois. Méridiens 1997;108:41-63.
2. Qin W. et al : [Taux d'acide sialique et de nucléotides cycliques chez des patients avec stase du sang]. Chinese Journal of Integrated and western Medicine, 1985;5(3):151 (résumé Acudoc2).
3. Liu HC et al. [Correlation between syndrome differentiation-typing and erythrocyte deformability and membrane ATPase activity in psoriatic patients]. Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine 1994;14(4):210 (résumé Acudoc2).
4. Li GY et al. [Relation between syndrome differentiation-typing and expression of platelet-activation molecule CD62P and CD63 on platelets in psoriatic patients]. Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine 1997;17(7):417 (résumé Acudoc2).
5. Xing J et al. [Clinical study of treatment of psoriasis based upon differentiation of symptoms and signs of the lung, an analysis of 486 cases]. Journal of TCM 1999;40(12):736 (résumé Acudoc2).
6. Jerner B, Skogh M, Vahlquist A. Acupuncture had no point specific effect on psoriasis. Focus on Alternative and Complementary Therapies 1998;13(1):8.
7. Liu C, Xie R. 48 cases of psoriasis treated with acupuncture. World Journal of Acupuncture Moxibustion 1995;15(2):63-64.
8. Liao JF. [Psoriasis treated mainly with acupuncture in 348 cases]. Chinese Acupuncture and Moxibustion 1993;13(6):15 (résumé Acudoc2).
9. Lu M. [Therapeutic effect of acupuncture on psoriasis]. Chinese Acupuncture and Moxibustion 1993;13(4):7 (résumé Acudoc2).
10. Miao Q. [Treatment of psoriasis by burning cotton therapy in 32 cases]. Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion 1998;17(1):25 (résumé Acudoc2).

11. Zhao F et al. [Observation on the therapeutical effect of cupping combined with electric acupuncture in treating 600 cases of psoriasis]. *Chinese Acupuncture and Moxibustion* 1991;11(2):3 (résumé Acudoc2).
12. Liang HZ. [Clinical observation of 158 cases of psoriasis treated with blood-letting combined with acupuncture]. *Chinese Acupuncture and Moxibustion* 1994;14(2):23 (résumé Acudoc2).
13. Bian WX. Enfouissement de catgut dans le traitement du psoriasis. *Shangai journal TCM* 1982;06:10-30.
14. Sung JL. Acupuncture treatment for psoriasis : a retrospective case report. *Acupuncture & Electrotherapeutics Res* 1992;17:195-208.
15. Liu C et al. 48 cases of psoriasis treated with acupuncture. *World Journal of Acupuncture Moxibustion* 1995;5(2):63-4.
16. Goldschmitt D, Heidbreder G. Acupuncture dans le psoriasis. *Medwelt* bd32 /Heft 5, 1981;158-159.
17. Kespi JM. Psoriasis. *Revue Française d'Acupuncture* 1984;39:63-64.
18. Stenkestie G. Le psoriasis. *Acupuncture* 1983;20:27-34.
19. Borza Di. Le traitement du psoriasis par l'acupuncture. *Nouvelle Revue Internationale d'Acupuncture* 1983;30:221-224.
20. Bui VT. L'acupuncture en dermatologie : analyse de trois cas. *Acupuncture et Moxibustion* 2003;2(1-2):58-61.
21. Liao SJ, Liao TA. Acupuncture for psoriasis a retrospective case report. *Acupuncture and Electro-therapeutics Research* 1992;17(3):195-208.
22. Donald R. Acupuncture and the treatment of chronic psoriasis. *Pacific Journal of Oriental Medicine* 1997;11:40-43.
23. Cluzet-Gayraud E. Le psoriasis : conception et traitement en acupuncture. Mémoire Université de Bordeaux 2, 1984.
24. Cluzet-Gayraud E. Le psoriasis : conception et traitement en acupuncture. *Annales de la SAA* 1988;1:16-42.
25. Crubezy Ibanez E. Psoriasis et acupuncture. Mémoire, Université de Montpellier, 1990.
26. Grimal. Psoriasis, peau et acupuncture. Mémoire AFERA, Nîmes, 1979.
27. Hoa A. Psoriasis et médecine traditionnelle chinoise. Mémoire, Université de Montpellier, 1994.
28. Demont M. Conduite à tenir dans le psoriasis. *Folia Sinothérapeutica* 1992;(11):29-31.
29. Fontaine C. Discussion sur le rythme des séances d'acupuncture dans le traitement des maladies dermatologiques : le psoriasis. Actes du 1<sup>er</sup> congrès national de la FAFORMEC;1997 déc. 5-6; Bordeaux-France.
30. Liu XY. Traitement du psoriasis par acupuncture. *Médecine Chinoise et Médecines Orientales* 1995;12:15-18.
31. Nguyen TK. Energies perverses latentes dans les dermatoses et les maladies saisonnières, *Revue Française de Médecine Traditionnelle Chinoise* 1990;141:179-182.
32. Zhu ZQ. Treatment by traditional chinese medicine : psoriasis. *Journal of Chinese Medicine* 1997;55:10-14.
33. Lebarbier A. A propos de dermatoses. L' acupuncture 1986;87:51-53.
34. Hammer LI. The extraordinary acupuncture meridians : homeostatic vessels. *American Journal of Acupuncture* 1980;8(2):123-146.
35. Staal D. Le psoriasis. L'acupuncture, revue trimestrielle de l'OEDA 1985;85:17-22.
36. Shu Renkang. Clinical studies of psoriasis treated with antipsoriatic prescriptions. *Journal of Traditional Chinese Medicine* 1981;5(2):50-57.
37. Sionneau P. L'acupuncture pratiquée en Chine, les traitements efficaces. Paris: Guy Trédaniel; 1994.
38. Beckett GD. The treatment of psoriasis by acupuncture. compilations of the abstracts of acupuncture and moxibustion papers, the first world conference on acupuncture moxibustion, Pékin;1987;109.
39. Guillaume G. et coll. Psoriasis Baibi. *Revue Française d'Acupuncture* 1980;23:45-58.
40. Liao SJ, Liao TA. Acupuncture for skin diseases including psoriasis acné keloïd herpès. *Acupuncture and Electro Therapeutics Research* 1985;10(4):371-373.
41. Quaglia Santa A. Acupuncture en pratique quotidienne, à propos de dermatologie. *Minerva Medica* 1977;68(56):3799-3803.
42. Rosted P. The treatment of skin disease by acupuncture. *Acupuncture in Medicine* 1992;10(2):66-68.
43. Rosted P. A protocol for successful treatment of chronic skin diseases with acupuncture. *American Journal of Acupuncture* 1992;20(4):321-326.
44. Soulié de Morant G. L'acupuncture chinoise. Paris: Maloine;1972.
45. Guillaume G, Mach C. Dictionnaire des points d'acupuncture. Paris: Trédaniel;1995.
46. Lu J, Amnon Y, Lu ZZ. Les points d'acupuncture, leurs fonctions, indications et applications cliniques. Paris: Editions You Feng;1996.
47. Taillandier J. Répertoire des indications ponctuelles du traité de G. Soulié de Morant. Nîmes: AFERA;1985.
48. Lafont JL. Plan de traitement en dermatologie. Actes du congrès de l'AFERA:2004 mars; Nîmes-France.

## Cas cliniques

### Engorgement mammaire

*Annabelle Pelletier-Lambert*

M<sup>me</sup> B, 34 ans, G 2 P 2, maman d'une petite fille de 2 ans qu'elle a allaité 6 mois sans problème particulier. Elle a accouché le 25 novembre 2003 d'un petit garçon de 3 730 g. A la maternité, la mise en route de l'allaitement s'est bien passée.

Le 4 décembre 2003, elle consulte pour des crevasses aux deux seins malgré l'utilisation d'embouts en silicone avec application d'Oligoderme après chaque tétée.

Nous réalisons un moxa sur le mamelon ; le lendemain soir, la patiente nous fait part de l'apparition de croûtes dans la nuit, tombées dans la journée avec cicatrisation des mamelons ; elle n'utilise plus d'embouts en silicone. Ici le moxa renforce l'Energie Trophique qui était insuffisante.

Le 8 mars 2004, elle consulte pour engorgement mammaire aigu à droite se traduisant par une absence d'écoulement de lait. Le sein gauche est souple, le droit est congestionné (de consistance "dure", de couleur rouge, il est chaud et douloureux à l'effleurage). Elle n'a pas d'hyperthermie, ni de frissons (signes souvent associés lors d'un engorgement), mais présente des hémorroïdes, motif secondaire de consultation. Le pouls est rapide, la langue est rouge et sèche.

Dans un premier temps, le pouls et la langue évoquent un syndrome Chaleur tandis que le sein gonflé, douloureux avec un caractère "aigu" évoque un syndrome Plénitude.

Le traitement consiste à dissoudre la chaleur, tonifier et faire circuler le *qi* mal réparti. Nous puncturons les points 17VC, 41VB, 21VB, 15E et 20VG :

- 17VC *danzhong* tonifie le *qi* dans la poitrine pour faire sortir le lait ;
- 41VB *zulinqi* lève les obstructions des *mai* de communication des seins et dissout la Chaleur ;

- 21VB *jianjing* puncturé à droite : il fait circuler le *qi* du Foie et agit sur les seins. Nous le choisissons car l'engorgement "atteint la clavicule" à droite ;

- 15E *wuyi* puncturé à droite : il harmonise la circulation du *qi*, dégage la Chaleur de la poitrine. Ici, il correspond à un point local plus sensible ;

- 20VG *baihui* puncturé en chauffant l'aiguille : il élève le *yang* (l'hémorroïde est une ptose de matière de nature *yin*), tonifie le *qi* et clarifie la Chaleur.

De retour à la maison, le bébé tète le sein gauche, la patiente appréhendant la tétée du côté droit. La tétée suivante pourra se faire du côté droit, le sein étant redevenu plus souple et non algique dans les trois heures suivant la séance. Une amélioration au niveau des hémorroïdes a également lieu dans les trois heures, celles-ci n'étant plus visibles le lendemain.

Le 19 mars 2004, elle consulte pour absence d'écoulement de lait et dit se sentir "vidée" avec une larme à l'œil. Ses enfants ont été malades et elle ne dort pas depuis deux nuits. A l'examen, des ganglions axillaires douloureux sont palpés en bilatéral sans notion de chaleur, les seins sont peu souples. Nous ne parvenons pas à extraire une goutte de lait. Le pouls est lent et fin, la langue est pâle et l'enduit fin.

Cette fois, l'examen du pouls et de la langue évoque un syndrome de Vide de *yang* confirmé par l'expression employée par la patiente. Les ganglions sont un signe de stase de *qi* et de Sang (la circulation du sang dépend de la force motrice du *qi*), la larme à l'œil évoque une atteinte du *shen* du Cœur.

Nous diagnostiquons une stagnation de *qi* avec Vide de *yang* du Cœur. Le traitement consiste alors à faire circuler et renforcer le *qi*. Nous puncturons les points 17VC, 41VB, 11G et 36E.

- 11G *shaoze* stimule la lactation, clarifie le Cœur ;
- 36 E *zusanli* renforce la Rate, harmonise l'Estomac, tonifie le *qi* et le Sang.

L'enfant tétera avec succès dans la demi-heure suivant la puncture. Nous prescrivons des oligoéléments cuivre,

or et argent ainsi que des massages autour des seins pour réguler l'allaitement.

La production de lait est corrélée au Triple Réchauffeur :

- La glande mammaire du Triple Réchauffeur Supérieur produit l'Energie et les Liquides Organiques qui forment le lait à partir du Triple Réchauffeur Moyen.

- Le Triple Réchauffeur Moyen est formé par la Rate et l'Estomac en association avec l'Intestin Grêle.

- Enfin le sein est sous la dépendance du *hun* du Foie qui appartient au Triple Réchauffeur Inférieur et entretient des rapports avec l'utérus. Le sein en reflète l'équilibre entre le *qi* et le sang.

En outre, de nombreux méridiens parcourent le sein (E, VB, Rte et Rn), le plus important étant *zuyangming* qui contient beaucoup de *qi* et de Sang. Le sein est le lieu où se font les jonctions terminales entre les méridiens *zu* et *shouyin* du même nom (P et Rte, MC et F, C et Rn) ainsi que le lieu de jonction des anastomoses Rte et C, Rn et MC, F et P.

De nombreux autres méridiens tendino-musculaires (E, VB et V), *luo* (Rte, P, MC et Grand *luo* de l'Estomac), distincts (E, GI, MC, C et IG) le traversent également.

Le lait peut être insuffisant par Vide de Sang (le Cœur dirige le Sang, le Foie l'emmagasine et la Rate le produit et le contrôle) : il y a insuffisance de la source du lait.

Ou bien, le lait peut se produire mais un vide de *qi* ou une stagnation de *qi* (troubles émotionnels avec stagnation du Foie et obstruction des *mai* de communication des seins) l'empêche de sortir.

Le *qi* permet au Sang de se transformer en lait sous l'action de *chongmai* et de *renmai* puis le *qi* permet au lait de s'éjecter sous l'effet de la succion.

Dans notre cas clinique, le premier engorgement mammaire était plutôt lié à une stagnation de *qi* tandis qu'une dizaine de jours plus tard, l'engorgement s'appuie plutôt sur un tableau de Vide. L'examen du pouls et de la langue nous permet d'affiner le diagnostic par rapport au choix des points.

Un mois plus tard l'allaitement se poursuit sans problème particulier. Dans cet exemple l'acupuncture nous apparaît comme indispensable en matière d'allaitement.

Correspondance :



M<sup>me</sup> Annabelle Pelletier-Lambert  
Les Myrtes Bât A – 15 av. Roger Salengro  
83130 La Garde

## Alopécie et acupuncture : à propos de deux cas

*Bui Van Tho*

Depuis la nuit des temps la chevelure a toujours été considérée comme une image de marque chez les hommes comme chez les femmes. Elle représente en outre vraisemblablement, un atout de séduction chez la femme et un signe de virilité chez l'homme. Par contre, le cas contraire, l'absence de cheveux est vécue de façon pitoyable par le "sexe faible". L'alopécie est la cause de vrais tourments notamment chez les jeunes gens qui acceptent mal leur image, excepté pour les adeptes de la mode actuelle de "crâne rasé". On peut considérer qu'elle pose véritablement un problème de qualité de vie.

Deux cas sur les 9 enregistrés durant ces dix dernières années dans mon cabinet, sont retenus pour illustrer de belles pages de l'acupuncture face à l'alopécie. Les autres n'ont pu être pris en considération par manque de suivi.

### Premier cas

Un sexagénaire, ancien haltérophile, consulte essentiellement pour pelade décalvante [1]. Le début de l'affection remonte à plus de quinze ans, marqué par des périodes de chute totale de cheveux, de cils, de poils, de barbe.

Dans ses antécédents, on note un RAA avec hospitalisation. Une surcharge pondérale est jugée excessive avec un poids de 147 kilos pour 1,86 m. Il souffre, probablement par son poids, d'une hernie discale L5-S1, sans signe de compression neurologique. Une hypertrophie bénigne de la prostate est en cours de traitement. Après nombreuses consultations et explorations dermatologiques, il a tenté divers traitements sans succès. Arrivé seul en France à l'âge de 17 ans, marié sans enfant, il gagne convenablement sa vie sans trop de soucis. D'un caractère discret, il parle très peu de son passé mais son regard pensif laisse transparaître un certain mal-être profond.

Après avoir procédé à un examen traditionnel, le traitement appliqué est en faveur d'un trouble complexe du système Foie-Rein compromettant au niveau des Trois Réchauffeurs.

Les principaux points sont :

- 20DM *baihui*, point de cent réunions, point de réunion des 3 *yang* du pied et de la main, ce point permet d'augmenter l'état d'énergie-sang favorisant ainsi la repousse.
- 10V *tianshu*, point fenêtre du Ciel,
- 20VB *fengchi*, point de réunion avec le *yangwei*, permet de neutraliser le *yang* céphalique.
- 12RM *zhongwan*, pour régulariser Rate/Estomac
- 5TR *waiguan*, dans le but de tonifier les 3 réchauffeurs
- 22V *sanjiaoshu*,
- 23V *shenshu*, 52V *zhishi*, pour soutenir l'énergie des Reins
- 20V *pishu*, 21V *weishu*,
- 7C *shenmen*, pour calmer le psychisme.
- 3F *taichong*,
- 34VB *yanglingquan*, pour harmoniser le système énergétique.

Ces points ne doivent pas être utilisés tous en même temps au risque d'une dispersion énergétique trop importante. Ils sont appliqués selon l'état du patient jugé à chaque séance.

Au bout de la 3<sup>e</sup> semaine de traitement, le patient ressent d'une part un réel soulagement de sa lombalgie

chronique qui l'handicapait beaucoup, suivie après par une grande détente physique puis un retour au calme intérieur qu'il avait perdu longtemps.

De jeunes pousses "sel-poivre" sont visibles çà et là, d'abord sur la zone de l'occipital au bout du 3<sup>e</sup> mois, gagnant ensuite sur tout le crâne vers le 5<sup>e</sup> mois ; de même les sourcils réapparaissent sur les arcades. Sans demander mon avis, le patient se fait raser le crâne trouvant inesthétique l'aspect de la repousse, rappelant selon lui des dominos.

Vers le 10<sup>e</sup> mois, la repousse se révèle instable car la chute de cheveux se répète.

A notre regret, le patient demande l'arrêt du traitement de l'alopecie prétextant son âge avancé.



Avant traitement

Après traitement



Figure 1. Cas n° 1 avant et après traitement.

## Deuxième cas :

Une jeune femme de 30 ans, consulte pour alopecie à topographie occipitale importante.

Le début de la maladie remonte à plus de 8 ans de façon brusque. Elle a eu deux récurrences en l'espace de 3 ans.

Dans ses antécédents, on note un terrain allergique de type urticaire chronique de l'âge de 3 ans jusqu'à l'âge de 15 ans. De nature anxieuse, elle remarque que

chaque récurrence survient au cours d'une émotion intense ou de forte contrariété. Elevée dans une famille assez difficile, dans un climat relationnel tendu presque en permanence, résignée enfin, elle se renferme sur elle-même. Elle fait part également de soucis personnels et de stress au travail. Bref, le profil psychologique est jugé compromis sinon profondément atteint.

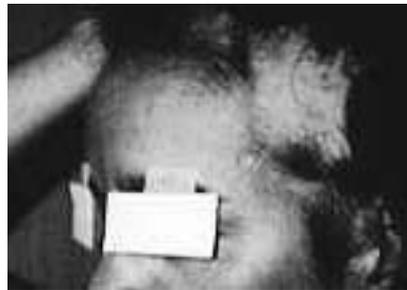
Le traitement prescrit dans un service hospitalier de dermatologie de Paris, comporte essentiellement des lotions de Minoxidil®, Cortisone, Dermoval®, Rubozinc®, anti-histaminiques et Fer, des cures thermales, etc... mais n'a abouti à aucun résultat satisfaisant. De même, l'acupuncture a été essayée mais sans effet probant.

A l'examen, on note une grande plaque alopecique de la zone occipitale ne pouvant être masquée par les autres cheveux, de type IV selon la classification des calvities d'Hamilton. Elle s'étend aussi en largeur vers les deux côtés du pariétal. Une autre plaque, formant un carré de 10 cm de côté, atteint l'une des tempes, comme le montre la photo. Ces plaques sont propres, non squameuses avec une peau lisse, pâle, non atrophique. La patiente constate avec inquiétude, à chaque lavage, la chute par poignées de ses cheveux.

Après avoir procédé à un examen complet à la façon traditionnelle, nous commençons le traitement par acupuncture par quelques points principaux suivants :  
- 20VB *fengchi*,



Avant traitement.



La repousse commence au 3<sup>e</sup> mois.



Les repousses sont denses et nombreuses au 5<sup>e</sup> mois.

La repousse est complète vers le 7<sup>e</sup> mois.



Un an plus tard, elle fait colorer ses cheveux pour un nouveau "look".

Figure 2. Evolution du cas n° 2 sous traitement.

- 10V *tianshu*,
- 20DM *baihui*,
- 5TR *waiguan*,
- 6Rte *sanyinjiao*, 36 E *zusanli*,
- Tonifier le Rein par des points classiques
- Calmer le *shen* avec les points habituels

A la 2<sup>e</sup> séance, en l'espace de 3 jours, la patiente retrouve rapidement son calme et le sommeil se rétablit progressivement

Dés la 2<sup>e</sup> semaine elle remarque que la chute de cheveux diminue beaucoup lors du lavage.

Au bout d'un mois, il n'y a pratiquement plus de chute. De jeunes pousses apparaissent vers le 3<sup>e</sup> mois, s'étendant et se densifiant peu à peu à la zone voisine. La patiente se montre confiante.

Vers le 5<sup>e</sup> mois de traitement, la repousse s'intensifie à un rythme incroyable pour elle. Les cheveux deviennent touffus, "trop même" (sic!).

Au 7<sup>e</sup> mois elle est effrayée par quelques signes de rechute. L'interrogatoire révèle qu'un changement de travail provoque une reprise du stress. Heureusement ce vent de panique cède rapidement avec quelques séances d'acupuncture antistress.

Au bout d'un an, les cheveux reprennent un caractère normal, soyeux, résistant au lavage. Heureuse, confiante, et sans crainte, elle ose colorer ses cheveux pour se "relooker".

Revue un an et demi plus tard, le résultat est stable et rassurant. Mais comme pour toute autre maladie, le suivi du patient est indispensable vu la fréquence des récurrences.

Explication : Dans son passé, on a pu constater que son *yi*, problème psycho-affectif, est profondément perturbé à savoir que le *hun*, le *shen*, le *yi*, le *po*, et le *zhi* sont des forces mentales importantes intimement liées à l'être humain. Ainsi, on a pu noter dans le *Neijing* que : "*Le yi une fois troublé entraîne une oppression thoracique accompagnée souvent d'angoisse et de chagrin, et à la longue dans les cas graves, il déclenche une chute brusque de cheveux...*" touchant selon la zone atteinte, soit l'occipital (V) ou soit le pariétal (VB), etc... C'est le cas de notre patiente qui illustre bien l'image de cette pathologie.

#### Correspondance :



D<sup>r</sup> Bui Van Tho  
191, rue d'Alésia -75014 Paris  
✉ buivantho@freesurf.fr

#### Références

1. Bui Van Tho. Pelade décalvante. Revue française de MTC. 1992;152:109-111.

## Lettres à la rédaction

---

### Pathologie psychiatrique et Médecine Traditionnelle Chinoise : une approche moderne des *hun* et des *po*

Henri Truong Tan Trung Jr.

#### Rappels

Les *hun* et les *po* peuvent être considérés en psychiatrie traditionnelle orientale sous deux aspects. En premier lieu, il est possible de les considérer selon la théorie des cinq mouvements, comme des sentiments psychiques *jingshen* liés à un organe, respectivement au Foie et au Poumon [1]. L'équilibre du mental *shen* résultera du rôle relatif, en excès ou en insuffisance, de chaque organe dans le cycle de contrôle et de régulation. C'est un des intérêts majeurs de cette approche psychiatrique traditionnelle de considérer l'état psychique d'un individu comme résultant de l'équilibre global de chaque sentiment lié au viscère *zang* correspondant : restaurer la fonction équilibrée de l'organe atteint et lui permettre de produire un sentiment psychique approprié constituera l'objectif thérapeutique du praticien. Ce point ne sera pas détaillé dans cet article car bien connu en pratique acupuncturale [2].

La seconde approche consiste à considérer les *hun* et les *po*, non plus en tant que sentiment psychique lié à un organe, mais comme une entité spécifique, un couple (*hun/po*) ayant une fonction particulière à la fois dans l'équilibre et l'intégrité psychique de l'individu, mais également dans le choix des rites religieux, funéraires, le culte des ancêtres, l'organisation de l'habitat. Ainsi les *hun* et les *po* peuvent avoir un rôle majeur dans des pathologies psychiatriques d'étiologie difficile à préciser en Médecine Orientale : stress post-traumatique, pathologie de deuil, actes violents et médico-légaux, décompensations soudaines, démences, etc. Nguyen Van Nghi avait choisi de préciser certains concepts de Médecine Traditionnelle Chinoise afin qu'ils puissent

être intégrés à la démarche diagnostique et thérapeutique occidentale. Au cours d'un de ses derniers enseignements, il avait employé la terminologie d' "ambassadeurs du Ciel et de la Terre" pour désigner le rôles de *hun* et des *po* dans la réalisation et l'équilibre du *shen* de l'homme et la genèse de certains troubles psychiatriques [3]. Nous allons essayer de préciser ces notions.

#### Pas seulement une histoire de fantômes chinois

Dans un récent article de la présente revue, le Docteur Dinouart-Jatteau a bien rappelé l'origine des concepts de *hun*, *po* et *shen* ainsi que leur évolution historique [4]. La présence de la racine *gui* dans leur caractère signant une nature qualifiée de "démoniaque". Cette nature *gui* va leur donner des pouvoirs et des caractéristiques pouvant expliquer les mécanismes pathologiques spécifiques.

Car ces *gui* relèvent de croyances anciennes pour lesquelles les maladies sont dues à des esprits malfaisants, aptes à générer, chez les vivants, les désordres les plus variés. Se prémunir en tout temps et en tout lieu de l'influence de ces énergies nocives faisait partie des manœuvres de prévention et de maintien de la santé, guidait les choix dans l'aménagement des demeures des vivants et des morts, présidait à l'accomplissement des rites, notamment funéraires. Car les *gui* sont dotés de pouvoirs particuliers : ils se déplacent quasi instantanément si on leur offre un moyen de transport particulier : la ligne droite. Ainsi le *fengshui*, l'art d'aménager les lieux selon les principes énergétiques chinois, recommande l'utilisation des lignes courbes et évite l'usage des angles, lignes droites, formes acérés, routes rectilignes, voies de chemin de fer, lignes télégraphiques [5]. Il peut être tentant de rapprocher de ces moyens de communication linéaires, les ondes radiophoniques, câbles, lasers et autres media modernes.

## Des ambassadeurs du Ciel et de la Terre

Une approche originale utilisée par Nguyen Van Nghi a été d'utiliser le terme d' "ambassadeurs du Ciel et de la Terre" pour désigner les *hun* et les *po*. Mais en quoi cette terminologie peut-elle modifier notre perception des troubles psychiques et nous être utile en médecine ? Plus qu'une référence au sinogramme et à la nature partiellement *gui* des *hun* et des *po*, cette dénomination nous renseigne sur leurs fonctions. En effet, le rôle d'ambassadeur se caractérise par une mission diplomatique, des droits et un temps de fonction déterminé. La fonction consulaire des *hun* et des *po* leur donne des devoirs et des droits spécifiques dans la formation et le maintien de l'intégrité du psychisme de l'homme.

Les *hun* sont ambassadeurs du Ciel auprès du *shen* humain : ils vont, durant le temps de leur mandat, impulser à l'homme les fonctions du Ciel, ils sont responsables des "allées et venues", leur nature légère et céleste leur permet d'accompagner le *shen* dans ses mouvements et de bénéficier de "temps libre" au cours desquels ils sont libres d'aller à leur guise, libérés des contraintes de temps et de l'espace (physiologie des rêves). Ils peuvent être rapprochés du Surmoi des psychanalystes. Les *hun* apparaissent au premier cri et repartent au dernier souffle, leur mission accomplie.

La Terre met les *po* au service du *shen*, pour jouer leur rôle d'ambassadeur auprès de l'homme vivant : les *po* de nature lourde, terrestre sont liés aux "entrées et sorties", fortement attachés à la structure matérielle du corps. Ils sont en étroite relation avec les orifices et les sphincters dont ils restent les maîtres. Ils peuvent être reliés aux éléments pulsionnels de la psychanalyse (ça) et sont impliqués dans les comportements liés à l'animalité de l'être humain, guidant sa survie et sa sexualité. Les *po* apparaissent dès la conception et sont liés à l'enveloppe charnelle de l'individu. Ils constituent le substrat matériel et anatomique de l'homme : ils sont présents chez l'embryon et le fœtus, ils restent fixés au cadavre au moment de la mort et disparaissent au fur et à mesure de la décomposition. Ils restent attachés au squelette tant que celui-ci existe physiquement [6,7].

Les rituels funéraires nous renseignent précieusement sur la nature des *hun* et des *po* [8] : une fois leur service terminé, les *hun* doivent revenir au Ciel, les *po* doivent retourner à la Terre (rituel d'ensevelissement), être enterrés bien profondément et ne doivent pas ressortir (pierre tombale). La qualité énergétique du lieu d'ensevelissement, ainsi que le choix du moment propice des funérailles, est une grande préoccupation du *fengshui*. Le non-respect de ces règles fondamentales donnera un *gui* véritable, âme errante incapable de réintégrer son lieu d'origine, nocives pour les êtres humains.

Comme un diplomate peut entrer en relation avec un de ses collègues, y compris en langage codé, ils sont capables de communiquer d'un individu à l'autre. Les *po* blessés ou trop forts interpellent leur congénères en mission chez un autre individu : ainsi sera expliqué un comportement "anormal ou amoral" ou un passage à l'acte (ralentissement automobile sur les lieux d'un accident, scènes de violence collective, attrait pour la mort ou les choses morbides p.e.). Les *po*, pour retourner rapidement à leur Terre d'origine, doivent entraîner la mort de manière prématurée, par accident, meurtre ou suicide.

## Un intérêt majeur en psychiatrie

Les *hun* et les *po* vont pouvoir être incriminés en pathologie dans plusieurs circonstances : soit en cas de perte de leur situation d'équilibre, entraînant délires ou troubles obsessionnels en cas de prédominance des *hun*, démences, conduites suicidaires, agressives, médico-légales en cas de prédominance des *po*. Soit en cas d'une fin prématurée de leur fonction d'ambassadeurs par mort violente, accidentelle ou meurtre : ils sont alors puissants car non affaiblis par la vieillesse ou la maladie de l'être humain qui les hébergeaient. Ils vont essayer de prolonger leur séjour en contaminant soit les personnes physiquement proches du lieu de l'accident ou du meurtre, soit les proches du défunt au sens familial, en particulier les jeunes enfants ou les enfants à naître, qui offrent de moindres défenses. Une autre façon de créer une situation pathologique est de ne pas respecter les rituels de deuils.

Malgré leur caractère ancien ou archaïque, ces notions gardent leur modernité et leur importance : un adolescent responsable d'un crime horrible après avoir regardé un film d'horreur, des autorités israéliennes réclamant les restes de victimes d'attentat pour accomplir des rites funéraires, une vague de dépressions suite à la vision des attentats du 11 septembre, des cadavres démembrés exhibés à des fins de propagande. Tous ces éléments présents au cours des derniers mois ainsi que l'utilisation abusive des images, de la télévision et d'Internet peuvent être analysés selon les principes de la Médecine Traditionnelle Chinoise.

Ainsi les *hun* et les *po* ne sont pas seulement une croyance taoïste ancienne, mais constituent un concept moderne de compréhension de certaines pathologies psychiatriques et comportements humains bien actuels.

#### Correspondance :



Dr Henri Truong Tan Trung Jr.  
21, av. de la Marquille, 31650 Saint-Orens.  
☎ 05.61.00.20.00  
✉ henri.truong@wanadoo.fr

#### Références

1. Nguyen Van Nghi, Tran Viet Dzung, Recours Nguyen C.- Huangdi neijing lingshu. Marseille: NVN Ed (1994); t1, Chap 8 "origine du Mental (ben shen)", 220-237.
2. Lafont J.-L. - proposition de classement des maladies psychologiques et mentales. *Acupuncture & Moxibustion* 2002;1 (3-4):31-35.
3. Nguyen Van Nghi - Cours AMO, non publié, 1998
4. Dinouart-Jatteau P. Evolution du sens des concepts : shen, hun et po. *Acupuncture & Moxibustion* 2003;2(1-2): 22-29.
5. Skinner S.- Feng Shui Terre vivante : Traité de géomancie chinoise. Paris:Les deux océans Ed; 1990.
6. Pimpaneau J. - Chine Mythes et Dieux : les monstres et les fantômes : les gui. Paris:Philippe Picquier Ed.:1999. p.245-264.
7. Despeux C. - Histoire de la médecine chinoise - Encycl. Méd. Nat. - *Acupuncture et Médecine Traditionnelle Chinoise*. Paris:Éditions Techniques Ed.;1989; IA-1, 12-1989, 30 p.
8. Pimpaneau J. - Chine Culture et Traditions : les rites dans la vie d'un homme. Paris:Philippe Picquier Ed.;1998. p.147-152.

## Sur l'évaluation des congrès de la FAFORMEC

*Florence Phan-Choffrut*

A double titre (intervenante au congrès de Marseille et administrateur de la Faformec), je remercie la commission pédagogie pour le travail qu'elle a fourni avant, pendant et après le congrès :

- Avant le congrès dans la mise au point du système judicieux des questions écrites et du recueil d'opinion.
- Pendant le congrès pour la gestion, ô combien difficile, des questions écrites, pour lesquelles il a fallu faire une synthèse immédiate de façon à rendre les tables rondes interactives, donc satisfaisantes autant que possible pour les intervenants et pour les participants pour tenter d'éviter les sentiments de frustration inéluctable à tous les congrès. Ce jeu des questions écrites oblige à une synthèse de la part du participant au moment de la rédaction de la question. La réponse de l'intervenant, qui se fait en table ronde, donc après un délai, vient sur un esprit qui a déjà commencé à répondre à la question qu'il a posée : formuler une question c'est commencer à y répondre. Un des objectifs de la formation continue, qui est de faire participer activement les inscrits est déjà atteint, laissant dans un tiroir, et merci, les pré-tests et post-tests. Par le regroupement des questions vers chaque orateur, le nombre de questions sans réponse a diminué, autre avantage de ce jeu. Effet pervers : les actifs de la commission pédagogie et nos informaticiens n'ont certainement pas pu participer aux interventions, je les remercie pour leur dévouement.

- Après le congrès, pour le travail de dépouillement du recueil d'opinion.

Je remercie également les organisateurs du congrès qui ont adressé à tous les intervenants les résultats de ce recueil concernant les plénières et ont fait paraître dans la revue *Acupuncture et Moxibustion*<sup>1</sup> les "commentaires libres". Cela permet à chaque orateur de se situer, mais cela oblige à quelques réflexions, d'une part, concernant le rôle de ce congrès dans la formation

médicale continue et d'autre part dans la conception de ce recueil qui doit tenir compte du rôle que l'on donne à ce congrès.

Pour l'histoire, lors de sa création, la Faformec avait pour objectif de rassembler les associations existantes et de promouvoir la création d'associations nouvelles. Un congrès annuel a été décidé, qui devait permettre à chaque association de présenter le travail fait sur le terrain. Puis ont été créées les commissions dans lesquelles le travail est inter-associatif (acupuncture auriculaire, communication, évaluation, médico-sinologique, pédagogie). Une place a été donnée dans chaque congrès pour donner parole à ces commissions. Avec le temps, (déjà le 7<sup>e</sup> congrès !), les associations sont devenues plus nombreuses et il a fallu réduire le temps de parole imparti à chaque orateur, individuel, commission ou association, sans compter les invités. C'est la raison des interventions courtes, des réponses groupées en table ronde et du grand nombre d'ateliers proposés.

Le recueil tel qu'il a été proposé, est le format "reconnu", et tout organisme de FMC utilise cet outil, inchangé, depuis déjà fort longtemps. C'est celui utilisé dans les associations pour les séminaires (parfois pour leur congrès annuel). Il est certainement améliorable : est-il licite d'utiliser le même outil dans des situations différentes, une réunion associative mensuelle (éventuellement annuelle) et une réunion nationale inter-associative annuelle ? Ces deux situations ont-elles le même objectif ? Si nous utilisons le même outil, alors nous devons pondérer les chiffres en fonction de différents critères.

*"La communication répond-elle à vos besoins en formation continue en acupuncture"* : ces besoins ont-ils été identifiés par le participant<sup>2</sup> avant le congrès ? Si "oui", il serait souhaitable de recueillir ce besoin. Si "non", la question posée est inutile. Par ailleurs, l'interprétation de cet item, doit être faite en tenant compte du rôle des participants : un participant actif dans son association et un participant individuel isolé n'auront pas les mêmes besoins. Le premier, parce que généralement il connaît le travail de ses confrères et sera plus deman-

deur d'un perfectionnement, le deuxième parce qu'il sera demandeur d'une formation plus initiale. C'est la raison pour laquelle, et uniquement pour améliorer l'interprétation des chiffres, on pourrait prévoir une place pour :

- êtes-vous adhérent d'une ou plus association ?
- Avez-vous des responsabilités dans votre association ?
- Participez-vous à des actions de FMC ? Organisateur ? Participant ?
- Qu'attendiez-vous que vous n'avez pas eu ?

Autre remarque concernant cet item, les participants acupuncteurs non auriculoacupuncteurs sont beaucoup plus nombreux que les acupuncteurs auriculaires et c'est probablement ce qui explique l'écart dans les résultats.

*"La qualité pédagogique vous convient-elle ?"* : c'est une question importante mais qui devrait être pondérée par "vous convient-elle en tant que participant ? En tant qu'organisateur de FMC ?" Si elle ne vous convient pas : pourquoi ?

*"La communication vous offre-t-elle un apport pratique pour votre exercice professionnel ?"* : dans le cadre de ce congrès, cet item me gêne. Une communication de 10 minutes doit-elle avoir pour objectif d'offrir un apport pratique ? Cela me semble possible pour certains thèmes (dont manipulation d'aiguille, localisation de point), mais pour une intervention qui a pour objectif de présenter un abord différent et/ou moins pratiqué (dont *qigong*, acupuncture auriculaire) l'apport pratique sera ressenti par les participants déjà (in)formés, pour les autres, ce sera de l'information, et n'est-ce pas là un rôle des congrès dont il nous faudrait tenir compte ? En revanche, cet item, tel que la question est posée, est parfaitement adapté aux ateliers.

Je ferai la même remarque que pour le premier critère : il y a plus d'acupuncteurs que d'auriculo-acupuncteur et l'interprétation des chiffres doit en tenir compte.

Il me reste encore une réflexion pour l'interprétation des recueils d'opinion dans les congrès, car il semble

qu'il y ait une constante : "le dernier qui parle est défavorisé dans les sondages", car il "reste de la route à faire".

"Les commentaires libres" (1) : quel travail compte tenu du nombre des participants et des délais d'impression ! C'est la première fois que je vois un retour vers les auteurs avec argumentation, j'y vois un respect des participants : une innovation pédagogique de qualité, merci.

En conclusion : le recueil d'opinion est un outil nécessaire aux organisateurs (passés et futurs) dans le but d'améliorer le service rendu aux participants. Cependant le contenu du recueil doit être adapté à l'objectif poursuivi et cela oblige à répondre préalablement à deux questions :

- Quel est l'objectif de la Faformec à travers le congrès annuel ?
- Quel est l'objectif de "CE" congrès ?

Le contenu du recueil doit être adapté aux réponses à ces deux questions et l'interprétation que l'on en fera doit tenir compte du contexte.

En toute sincérité, je remercie les organisateurs et la commission pédagogie pour la communication de ce travail de clôture.

#### Correspondance :



D<sup>r</sup> Florence Phan-Choffrut  
Parc Victor Hugo, 2 passage privé,  
93500 Pantin  
✉ phan-choffrut@wanadoo.fr

#### Notes

1. Evaluation du 7<sup>e</sup> Congrès National de la Faformec, Acup & Mox 2004;(3-1):64-70
2. Je suis participante moi-même et la seule attente que j'ai d'un congrès inter-associatif est d'ouvrir mes sens pour améliorer mon approche de la pathologie évoquée. Il me restera à perfectionner ce que j'aurai aperçu en prenant contact avec les associations concernées.

## Accréditation et évaluation

*Dominique Fouet-Loussert*

L'ANAES : Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé a convoqué une quinzaine d'acupuncteurs de formation et pratique différentes comme "experts" dans quatre indications d'actes thérapeutiques :

1. Acupuncture dans les pathologies fonctionnelles urogénitales.
2. Acupuncture dans les syndromes anxiodépressifs.
3. Acupuncture dans l'aide à la récupération neuromotrice.
4. Acupuncture dans les affections à composante allergique.

Le groupe de travail donnera un avis à partir de quatre types de données

1. Analyse critique de la littérature.
2. Etat des nomenclatures étrangères.
3. Enquête courrier auprès de professionnels.
4. Avis des professionnels réunis en groupe de travail.

Ils devront donner leur avis pour chacune des indications :

1. Avis défavorable.
2. Acte en phase de recherche clinique.
  - A réévaluer dans ... ans.
3. Avis favorable sans recommandation particulière.
4. Avis favorable avec recommandations particulières.
  - Indications spécifiques ou résiduelles.
  - Conditions d'exécution de l'acte.
  - Nécessite une formation spécifique à cet acte (en plus de la formation initiale).
  - A réaliser dans un environnement spécifique à cet acte (personnel et/ou plateau technique).
  - Nécessite un recueil prospectif des données (efficacité, sécurité).
  - A réévaluer dans .... ans.

La synthèse de ce travail débouchera sur un avis qui sera soumis à l'approbation du conseil scientifique de l'ANAES et aboutira ou non à l'inscription de l'acupunc-

ture à la classification commune des actes médicaux : CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

Autrement dit l'avenir du remboursement et de la reconnaissance de l'acupuncture dans ces quatre indications est en jeu.

Les confrères qui participeront à cette étude représenteront toute la profession. L'acupuncture est une dans son essence mais elle s'exprime à travers chacun de nous sous des formes différentes. Il me paraît donc important d'essayer d'exprimer quelle est notre manière de travailler. J'ai pour ma part écrit une lettre où je tentais de dire les raisons de mon refus de participer à cette expertise :

*« Mon cher confrère,*

*Je vous remercie de m'avoir pressentie pour participer à un groupe d'expert pour l'évaluation de l'acupuncture dans quatre pathologies que vous avez choisies.*

*Après réflexion j'ai décidé de refuser et de vous proposer le docteur Jean-Robert Lamorthe de Toulon pour me remplacer, il sera mieux à même de répondre à vos questions telles que vous les formulez, mais je souhaite vous exprimer les raisons de mon refus.*

*Je pratique l'acupuncture depuis 22 ans, à temps complet, et je travaille depuis 22 ans à perfectionner ma pratique par la recherche personnelle et le partage avec mes confrères. J'essaie de comprendre et d'appliquer au mieux ce que la médecine chinoise peut nous apporter dans sa vision très originale par rapport à la vision occidentale, de la manifestation de la vie. Or cette médecine m'a appris à accueillir, observer et traiter chaque patient comme un être unique et entier. Toute la difficulté et l'intérêt est de prendre en compte son histoire dans sa totalité : personnelle, physique, émotionnelle mentale, biologique, sociale, environnementale, culturelle, ethnique, généalogique et de trouver la logique qui sous-tend cet ensemble, c'est-à-dire le sens global qui amène les différents événements. A partir de là, je peux proposer un traitement adéquat du point de vue de cette manière de voir la vie et la "pathologie" qui n'en est qu'une forme d'expression. Les multiples symptômes se reliant comme les feuilles d'un arbre aux branches que sont à la fois les maladies et les « incidents de la*

*vie » (deuil, changement de lieu, de travail, d'orientation...) dans une dynamique à rebours dont je cherche le tronc avec le patient lui-même. Cette recherche lui permet de donner du sens et c'est pourquoi nous sommes plus proches et mieux compris par les psychothérapeutes et analystes. L'indication et la stratégie thérapeutique que je propose sous forme de poncture ou de moxas sur un ou des points d'acupuncture dépend de ce « sens », de cette dynamique sous-jacente (la circulation de la sève) qui est bien éloignée du diagnostic occidental qui s'intéresse plus à la nature de chaque « feuille ». C'est pourquoi il ne me paraît pas possible d'évaluer correctement l'efficacité de l'acupuncture en mélangeant des critères appartenant à deux modes de penser différents.*

*Cette manière de voir ne me permet pas de comparer deux patients que vous pouvez, vous, classer dans la même catégorie. Ce qui pour vous est « cystite » et peut prétendre à un traitement unique pour deux patients devenus semblables, est pour moi deux personnes avec des histoires différentes, des circonstances déclenchantes, des modalités d'expression significatives et conduisant à des traitements radicalement différents. Je ne peux donc pas entrer dans la logique des essais cliniques randomisés qui sont pour moi une dégradation de l'usage de l'acupuncture. Certes un traitement « recette » peut être défini en acupuncture, il conviendra à peu près à quelques individus qui ont le bonheur d'être au centre de la courbe de Gauss, à ceux qui peuvent s'habiller en prêt-à-porter parce qu'ils sont « standards » mais il laisse sur le chemin (au risque du discrédit de l'acupuncture) ceux qui sont sur les bords de la courbe. Or c'est à ceux là que j'essaie d'offrir mes capacités de réflexion et de ressenti. Ainsi ma pratique tient plus de l'artisanat et du sur-mesure que de la normalisation industrielle et à ce titre, elle nécessite du temps, de l'expérience, et mérite d'être considérée et rémunérée comme un acte de création... d'ailleurs la maladie elle-même ne doit-elle pas être considérée comme « hors norme » tant qu'on ne lui a pas trouvé un sens. C'est le sens qui permet de la réintégrer dans l'histoire et de lui trouver une place...*

*Dans le cas de résultats négatifs à une étude de points « recettes » je mets en cause le diagnostic et le traitement choisis, pas la méthode « acupuncture » dans son essence.*

*Je me tiens à votre disposition pour préciser ma position plus précisément si cela vous intéresse : il est difficile d'exprimer en peu de lignes comment une civilisation aussi ancienne et différente de la nôtre que la civilisation chinoise a pu structurer une vision de la vie et de ses avatars qui amène à des conduites étranges à des esprits imprégnés du cartésianisme. Quand je fais référence à la civilisation chinoise, c'est bien sûr à son passé du néolithique à 1949 que je pense, depuis Mao ils ont inventé bien mieux que le prêt-à-porter : l'uniforme pour tout le monde, du bébé au vieillard, hommes et femmes confondus !*

*Je vous prie d'accepter mon cher confrère mes salutations confraternelles.*

*Dominique Fouet-Loussert*

*N'y a-t-il pas une incongruité ou une grugerie à vouloir améliorer la qualité en partant de critères quantitatifs ? L'outil statistique a un effet de pointage, il nécessite de fixer pour observer (comme les entomologistes ou botanistes occidentaux du XVII<sup>e</sup> siècle ou encore les anatomistes disséquant les cadavres) : cet outil permet-il d'apprécier la qualité du mouvement, la dynamique du papillon ?*

Je peux ajouter quelques réflexions qui se sont ajoutées depuis à ce texte :

- Accréditer : dans "le Petit Robert" : donner à quelqu'un l'autorité pour agir en qualité de ...

- Evaluation : cette pratique est née dans le domaine de l'éducation, s'est transmise à l'entreprise par le biais formation continue et y a attrapé les marques du productivisme et du consumérisme ...

L'ANAES a-t-elle autorité, compétence pour juger de notre qualité à agir en acupuncture ?

Pouvons-nous accepter que le domaine de la santé de l'humain et de la vie soit soumis à une régulation de type industrielle ?

Dans accréditer, "crédit" est formé sur credo qui signifie croire et qui réfère à la confiance qui liait autrefois dans le domaine bancaire le prêteur et l'emprunteur. La confiance semble s'être évaporée au bénéfice de la seule comptabilité. La méthode de l'ANAES se base sur un système comptable (ECR : essai randomisé), dans un but comptable.

Nous ne pouvons pas faire fi des questions financières de santé publique, or précisément l'acupuncture est une médecine peu coûteuse : les statistiques montrent que les acupuncteurs ont les plus petits revenus des médecins en France, si vous consultez votre RIAPS (Revenu Individuel d'Activité des Professionnels de Santé) vous verrez votre consommation en examen, traitement etc. Le mien est hors norme dans le sens du peu de dépenses. Il faut assurer que nous ne négligeons pas pour autant la sécurité de nos patients puisque nous restons médecins formés à la faculté sachant discerner la nécessité d'examen complémentaire, mais la spécificité de notre exercice est économe en examen et traitements complémentaires. Par exemple les données de la bactériologie, de la radiologie nous informent en tant que médecin pas en tant qu'acupuncteurs. Je pratique un ECBU pour chaque "cystite" la première fois que je vois le malade mais il arrive que le malade soit guéri avant d'avoir reçu le résultat du laboratoire. Dans ce cas je ne prescris pas de traitement antibiotique, je n'en prescris qu'en cas d'échec du traitement de première intention qu'est l'acupuncture. Dans ce cas le traitement "minute" permet un soulagement rapide. Le plus souvent les patientes consultent pour un long passé de chronicité qui les fait passer de cystite en mycose vaginale, et arrive un dossier déjà épais : dans ce cas je cherche le traitement "de fond" et les examens ne me sont d'aucune utilité. Nous répondons bien là au critère de rentabilité de la société dans laquelle nous vivons.

C'est l'occasion d'insister sur l'intérêt préventif et de première intention de l'acupuncture. Cet aspect est mal connu du grand public et mériterait d'être développé, notamment dans les troubles fonctionnels urogénitaux

et les syndromes anxiodépressifs. Elle est simple, économe, cherche à sortir du système de déplacement de la plainte de symptôme en symptôme car elle entend la globalité. Elle ne prétend pas supplanter ou se substituer à l'allopathie, elle offre une alternative. La médecine allopathique, malgré les progrès considérables qu'elle a permis, se heurte à la gestion comptable de ses coûts et aussi à ses limites (apparition de résistances aux traitements, effets secondaires).

L'acupuncture, à mon sens, trouve tout son intérêt à l'autre bout du système, chez ceux se situant sur les bords de la courbe de Gauss, qui ont des réponses atypiques au protocole rationalisé et à l'arbre décisionnel, développent les effets secondaires indésirables, etc. Le patient chronique qui arrive dans notre cabinet au terme d'une longue errance médicale, car nous sommes devenus en occident le recours des causes désespérées, a épuisé les moyens de la technique. Il cherche autre chose. Il s'épuise à dire en mauX un message que personne ne peut entendre. Or, l'acupuncture est une langue, qui permet de traduire et de redonner un sens c'est à dire une dynamique, et même si l'acupuncteur n'a pas tout compris de ce qu'il fait, le point d'acupuncture parle par son truchement et le patient lui reconnaît le mot quand il est juste. A ce moment il a lui-même les moyens de sa remise en Harmonie (même racine que art et même catégorie de penser). L'acupuncture, comme une langue possède une structure, une cohérence, une grammaire, elle ouvre aussi la possibilité de créativité et de poésie ! En ce sens elle est art autant que technique.

Pour revenir au crédit et au credo, on pourrait dire que notre pratique est du domaine de la croyance (même origine : credo) tant quelle n'est pas prouvée scientifiquement. Certains d'entre nous se sont attachés à entrer dans la logique scientifique telle qu'elle nous est proposée (ou imposée !) Ils obtiendront, je l'espère, des résultats positifs et cela sera porté à notre "crédit" avec en conséquence une reconnaissance en terme comptable il faut le souhaiter.

Cependant il me paraît important de nommer notre originalité et de tenter de la faire sentir.

Est-ce que la "science" peut rendre compte de l'ensemble de la vie et de la globalité des phénomènes ? L'outil scientifique dans sa méthode même est forcément réducteur puisqu'il isole les phénomènes pour les observer alors que notre démarche est intégrative. Le regard occidental est focalisé vers de plus en plus de précision (les médicaments s'ingénient à régler des mécanismes au niveau moléculaire : la pompe à proton par exemple). Au contraire l'acupuncture fait du grand angle : le minimum de points (parfois un seul) pour régler le maximum de problèmes. C'est ce regard intégral, (intègre ?) qui caractérise la vision orientale, et elle nécessite l'humain qui seul peut réaliser cette synthèse rapide de multiples données des sens et du mental alors qu'un questionnaire informatisé bien fait peut déduire un diagnostic et une ordonnance.

La méthode expérimentale est partie de la dissection du cadavre et des collections de papillons épinglés dans des boîtes et malgré son évolution vers la dynamique des phénomènes, elle reste reliée à cette origine alors que l'observation de la civilisation chinoise est ancrée dans l'observation du mouvement (le vol du papillon). L'évaluation s'arrête aux résultats, nous suivons une dynamique et nous sommes attentifs à des mutations. L'allopathie occidentale s'oriente vers la technique, cherche à réduire la possible "erreur humaine", nous cultivons l'art médical (au risque de passer pour désuets).

Je tiens à ce mot "art" : il sous-entend que nous utilisons notre intuition, notre imaginaire, notre créativité et notre inspiration. Il reconnaît que l'acte médical fait intervenir deux sujets, sensibles, faillibles, vulnérables, mais reliés par un mystère qui les dépasse.

Le médecin ne fait pas seulement appel à son savoir mais aussi à d'autres qualités d'être là. Ce n'est pas l'apanage des seuls acupuncteurs et bien d'autres médecins "classiques" sont capables de cela mais nous en sommes plus conscients et surtout, nous osons le revendiquer. La pose de l'aiguille d'acupuncture s'apparente à un acte

rituel, l'ethnomédecine a montré la valeur du rituel, notre société est en demande de ces rituels qu'elle a tenté de bannir.

Le plus grand enseignement que j'ai reçu c'est une phrase de Jean-Marc Kespri : *"Le médecin soigne par sa qualité d'être"*. L'art médical rejoint l'art pictural chinois : Simon Leys<sup>1</sup> écrit : *"Vous voulez savoir comment peindre une peinture parfaite ? C'est facile, devenez parfait vous-même et puis peignez naturellement..."* on peut l'appliquer à notre domaine. Mais alors qui évaluera notre qualité d'être ? Elle ne se pèse pas, ne se mesure pas, elle ne nous appartient même pas ! Nous ne pouvons que lui faire place et l'accueillir en invitée.

Dans l'état actuel de la santé publique, l'acupuncture est une thérapeutique intéressante d'un point de vue économique, peu coûteuse, préventive. Elle pourrait être développée en première intention et réduirait les coûts de médicaments. Par son regard particulier elle apporte des solutions dans les cas limites qui résistent à l'allopathie. Son approche de la vie et du malade est radicalement différente, la méthode d'évaluation ou les stratégies de la médecine occidentale peuvent partiellement en rendre compte mais ne s'appliquent pas à apprécier son génie propre. Sa valeur n'est pas dans la quantité de patients qu'elle peut traiter pour un symptôme ou syndrome donné mais dans le chemin qu'elle ouvre à un seul sujet particulier. La pratique de cet art demande une technique maîtrisée, un savoir-faire, la richesse de l'expérience et... beaucoup d'humilité.

#### Correspondance :



D<sup>r</sup> Dominique Fouet-Loussert  
19, rue des Briqueteries, 45500 Gien  
✉ dominique.fouet@wanadoo.fr

#### Référence

1. Leys S., Magazine Littéraire 429.

## Oui à une évaluation équitaine de l'acupuncture

Johan Nguyen

Le lettre de Dominique Fouet-Loussert illustre la discordance de point de vue entre d'un côté le professionnel de santé qui aspire à la plus grande liberté dans sa pratique et de l'autre le gestionnaire de santé qui tend au contraire à la limiter.

Il est possible en France de s'extraire totalement de ces contraintes en se déconventionnant. De même, le conventionnement avec les obligations qu'il entraîne est un libre choix du praticien et une libre acceptation de ces contraintes. En tant que citoyen, en tant que médecin, en tant qu'organisation professionnelle, nous pouvons parfaitement critiquer tout ou partie des modalités de fonctionnement du système de santé. Mais une fois le choix politique fait, ces modalités s'imposent à tous, y compris aux médecins acupuncteurs.

L'ANAES ne me semble s'arroger aucun droit, mais est mandatée par les pouvoirs publics pour une mission d'évaluation. Là aussi, on peut légitimement critiquer les modalités de l'évaluation médicale, mais une fois les choix faits, ils s'imposent à l'ensemble des professions de santé.

Il est évident que l'objectif premier de l'évaluation est économique : dans le contexte actuel il s'agit d'éliminer du remboursement par l'Assurance Maladie un ensemble de prestations jugées non efficaces (nul doute que dans l'esprit de quelques-uns, l'acupuncture figure en bonne place de ces prestations). Une fois cet objectif bien compris et bien défini, nous sommes devant une situation claire :

- soit nous répondons à ce qui nous est demandé en terme d'évaluation et l'acupuncture peut prétendre à toute sa place dans le système de soins français ;

- soit nous n'y répondons pas, et ce faisant nous nous excluons volontairement ou par défaut du système de soins organisé. Indirectement nous satisfaisons ainsi pleinement le rêve de nos gestionnaires : des soins efficaces et des praticiens hautement qualifiés pour une dépense nulle.

Les interlocuteurs de l'ANAES sont les sociétés savantes (et à travers elles leurs experts) et en ce qui nous concerne le Collège Français d'Acupuncture. Que Dominique Fouet ait été proposée en dehors du CFA comme expert à une réunion sur l'évaluation de l'acupuncture alors qu'elle est en désaccord avec l'ensemble du processus, traduit un sérieux dysfonctionnement dans notre profession. C'est tout à son honneur de s'être désistée. Je voudrais attirer l'attention sur la responsabilité de chacun d'entre-nous : sortir du système de santé organisé est un choix individuel possible à tout moment, engager dans cette voie l'ensemble de la profession est un problème extrêmement grave par ses conséquences collectives et les répercussions sur la pratique de chacun.

Dominique Fouet-Loussert considère l'acupuncture comme efficace, peu coûteuse et sûre. Nous sommes sans doute d'accord avec elle. Mais notre avis s'impose-t-il pour autant à l'ensemble des professions médicales, aux responsables de la Santé ? Pourquoi écouter l'acupuncteur et pas l'urologue, ou vice-versa, ou les deux, ou aucun ? Chacune des spécialités médicales (la nôtre comme les autres) ne tend-elle pas à surestimer son efficacité et à sous-évaluer ses effets secondaires et ses coûts ? Comment résoudre cela ? Une seule réponse : l'évaluation médicale.

Je crois que le problème central des acupuncteurs français est qu'ils manquent de confiance quant à la capacité de l'acupuncture à répondre aux impératifs de l'évaluation médicale. C'est en pleine contradiction avec l'affirmation d'efficacité. Mon avis est très simple : si l'acupuncture est efficace, économique et non iatrogène, elle n'a rien à craindre et tout à gagner

à être évaluée. Je suis confiant, mais pas naïf : l'évaluation a une composante scientifique à laquelle nous pouvons répondre avec un dossier solide ; mais elle a également une composante d'une autre nature qui est le rapport de force à l'intérieur de la médecine, rapport de force qui nous est défavorable [1] du fait des conditions historiques et idéologiques qui entourent l'acupuncture. Ce rapport de force tend à faire que les règles de base de l'évaluation scientifique ne sont pas respectées en ce qui nous concerne et que nous ne sommes pas évalués à égalité avec les autres disciplines médicales [2]. Il appartient au Collège Français d'Acupuncture avec le soutien de l'ensemble de la profession de présenter le dossier scientifique de l'acupuncture et de veiller à l'équité du processus d'évaluation.

Enfin sur un autre plan (mais celui-ci n'explique t-il pas tout ?) Dominique Fouet-Loussert développe une vision de l'acupuncture radicalement différente de la médecine dite occidentale, vision dans laquelle je ne me retrouve pas, pas plus dans la pratique que dans les idées. J'ai la vision contraire d'une pleine et entière convergence des deux médecines. Ce clivage dans notre profession n'est pas nouveau. Mais ce qui serait nouveau, c'est que nous puissions en discuter dans l'intérêt général et pour un enrichissement mutuel.

#### Correspondance :



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

#### Références

1. Nguyen J. Pour une évaluation confiante et déterminée de l'acupuncture. Méridiens 1999;112:73-88.
2. Gerlier JL, Nguyen J. Afssaps : l'acupuncture thérapeutique non recommandée dans le sevrage tabagique. Acupuncture & Moxibustion 2003;2(3):170-172.

## Visite au service d'acupuncture du China Medical Hospital, Taichung, Taiwan<sup>1</sup>

Florence Phan-Choffrut



Grâce à la chaleureuse hospitalité du P<sup>r</sup> Chang Yung Hsien et de son équipe (chefs de clinique et étudiants), j'ai pu assister à un exemple de pratique hospitalière de médecine chinoise. Ce sont les différents aspects de cette pratique que je souhaite vous présenter. P<sup>r</sup> Chang est vice-président du China Medical College and Hospital et président de la Chinese Medical Association of Acupuncture (CMAA), équivalent du Collège Français d'Acupuncture.

Le département de médecine chinoise est placé physiquement dans un immeuble de 11 étages, à proximité immédiate du CHU. Chaque étage correspond à une spécialité médicale (soins palliatifs, psychiatrie, hospitalisation de jour, pneumologie, centre de recherche, bibliothèque et bureaux). Le sous-sol est réservé à la pharmacie. Le service de consultation est une grande salle de 23 lits séparés par des rideaux coulissants.

Les consultations ont lieu sur rendez-vous. Le patient règle sa consultation à l'accueil du rez-de-chaussée puis se présente dans le service des consultations. Dans le couloir du service est affichée par médecin la liste des patients prévus.

Le patient, muni de sa carte "vitale" est reçu par son médecin (interrogatoire, prise des pouls, examen de la langue et s'il y a lieu, examens complémentaires). Les données sont inscrites sur le dossier médical informatique et sur la carte du patient. Elles ne peuvent pas être lues par un autre service. Si une prescription de phytothérapie est nécessaire, le patient descend la régler au rez-de-chaussée. Pendant ce temps, la préparation est fabriquée au sous-sol du bâtiment (car transmise par le réseau informatique), le patient la récupère au rez-de-chaussée puis remonte au service de consultation pour y recevoir le traitement par acupuncture.

Les consultations ont lieu du lundi au samedi, de 8h30 à 12h, puis de 13h30 à 17h30, puis de 18h30 à 21h, le dimanche, de 8h30 à 12h uniquement. Chaque demi-journée, la salle (donc le nombre de lits) est divisée entre les médecins présents, de 1 à 4. Le nombre d'étudiants attachés à chaque médecin varie également (de 0 à 10).

Le déroulement d'une consultation varie d'un médecin à l'autre, que ce soit du point de vue du nombre de patients vus ou des techniques utilisées. En théorie chaque demi-journée est consacrée par médecin et vacation à une pathologie (*zhongfeng*, apoplexie, *wushi* -



*jian*, épaule de 50 ans<sup>2</sup>, *biyan*, sinusites, *yaotong*, lombalgies, *erxue*, auriculothérapie, *shenjingtong*, paralysie faciale, *toutong*, céphalées, ...), mais en réalité le patient vient consulter le médecin de son choix lorsque celui-ci est présent.

Le point commun à toutes les consultations est l'interrogatoire du patient, la prise des pouls, l'examen de la langue, le recueil des informations sur dossier informatique, la prescription d'une formule phytothérapique. Parfois l'interrogatoire est confié à un étudiant. Le médecin insère lui-même les aiguilles, qui sont à usage unique, sous blister. L'insertion est généralement profonde, la palpation du point presque inexistante, mais la localisation est très précise. Les points sont annoncés par leur nom principal et leur indication se fait souvent sur leur action physiologique. Le nombre d'aiguilles insérées varie selon le médecin (6 à 20) ; il en est de même en ce qui concerne les techniques de manipulation (la recherche du *deqi* est systématique pour chaque point) et les techniques associées (moxibustion, ventouses, infrarouge, stimulation électrique, raclage, application d'huiles essentielles, manipulations vertébrales, *qigong*...). Parfois ce sont les étudiants qui enlèvent les aiguilles, dans d'autres cas, c'est le médecin lui-même. Certaines consultations sont très chargées en nombre de patients, c'est en particulier le cas des consultations réservées aux *zhongfeng* où le nombre de lits est insuffisant : les patients sont piqués assis sur des chaises parfaitement alignées entre les 2 rangées de lits. Un samedi matin 191 patients ont été vus par trois médecins : 101 patients pour l'un, 70 pour le deuxième et 20 pour le troisième.

Les bases de la médecine chinoise (acupuncture, phytothérapie, massage et manipulation, *qigong*) sont systématiquement enseignées dans les études médicales. Par la suite, l'étudiant devra choisir entre médecine occidentale et médecine chinoise pour une partie des modules, certains restent communs aux deux orientations. Dans le service, chaque matinée débute par une réunion (7h30 à 8h30) au cours de laquelle chacun des étudiants présente, à tour de rôle, un sujet. L'étudiant du service du Pr Chang est parfois chargé d'interroger, de prendre les pouls, de prescrire une formule... Il devra présenter ses conclusions à l'enseignant. Les étudiants ne piquent jamais les patients, mais généralement, ce sont eux qui sont chargés des moxas, des sti-

mulateurs électriques, des appareils infrarouges, des ventouses, pose et enlèvement.

Les patients consultent individuellement mais viennent en famille ou avec des amis. Depuis l'interrogatoire jusqu'à la puncture, le patient est seul avec le médecin, les étudiants restant un peu à l'écart, la famille et les amis sont dans le couloir. Pour l'insertion des aiguilles, le patient s'installe sur le lit et les rideaux sont immédiatement fermés : la puncture est faite à l'abri des regards, mais immédiatement après la sortie des médecins, le patient reçoit fréquemment famille et amis. Certaines demi-journées sont animées d'une musique d'ambiance. Les vapeurs de moxas règnent dans le service. Sur la délicate et judicieuse suggestion du Pr Chang, j'ai pris contact avec les patients et/ou leur famille. Ils ont été heureux et flattés d'être visité par un médecin acupuncteur français qui venait dans le service pour la deuxième fois. Une des premières questions posées par les utilisateurs de la médecine traditionnelle, portait sur la prise en charge par les caisses : "*Ici, on peut se faire soigner par médecine traditionnelle chinoise parce que c'est pris en charge par les caisses. Et en France ?*" Ma réponse les a déçus.

La pratique de la médecine traditionnelle chinoise décrite ci-dessus est très différente de la pratique commune en France. Il y a à cela des explications :

- la pratique décrite ci-dessus est une pratique hospitalière. Que l'on considère la médecine occidentale ou chinoise l'exercice hospitalier est différent de la pratique en cabinet car le cahier des charges est différent. Un service hospitalier se doit d'être performant et rentable vis-à-vis de son administration, c'est ce qui justifie le nombre de patients vus, et l'effort fait par le service pour couvrir une grande partie de la semaine. Mais il ne faut pas se fier aux apparences, car malgré le "rendement" du service, le nom des points est pris en compte et la simplification des idéogrammes regrettée. Je prends pour exemple la discussion que j'ai eue avec Pr Chang concernant l'écriture de FO3, *taichong* : 冲 en chinois moderne (milieu, mouvement plutôt centri-

pète), et 衝 (assaut, mouvement plutôt centrifuge) en chinois classique.

- Par ailleurs, il existe dans le service décrit, une activité de recherche clinique et physiologique (non décrite) à l'origine de publication en chinois (une revue annuelle). C'est ainsi qu'un protocole mis au point dans le service est appliqué pour le traitement de la cataracte, à chaque fois qu'il est indiqué : 4 aiguilles de 5 cm autour du globe oculaire (VE1, ES1, VB1, et point sus orbitaire, puncture bilatérale) sont laissées en place pendant une heure, les patients impatients peuvent se promener dans le couloir en attendant le retrait.

- La "mentalité" chinoise est différente : qui imaginerait que les "Beatles" pourraient accompagner la thérapie par aiguille ou bien que l'on puisse sans en diminuer l'efficacité, recevoir parents, amis ou bien venir se faire traiter entre collègues ? Qui imaginerait qu'une chanteuse taïwanaise, vivant à Barcelone, s'exprimant en espagnol avec accent catalan, pourrait pousser la chansonnette (chinoise) sous aiguilles, pour faire plaisir au chef de clinique et au médecin français ?

- Beaucoup de patients connaissent le nom des points qu'on leur a piqué, et les récitent. Certaines manipulations sont très douloureuses, mais pas une plainte n'est émise.

J'ai eu grand plaisir à retourner dans ce service. Avec le temps, les liens tissés sont plus solides et les échanges plus fructueux. La difficulté majeure reste dans la communication en raison des problèmes de langue, mais malgré cela, Pr Chang et ses chefs de clinique ont été très intéressés par le développement de l'acupuncture médicale en France : enseignement initial des médecins et des sages-femmes, organisation de la formation médicale continue. Ils ont apprécié la qualité des revues, tant en ce qui concerne la diversité des articles que de l'effort fait pour se rapprocher des textes anciens et de leur langue. Ils ont été également étonnés de savoir que les médecins français nomment les points par leur nom chinois. Certains m'ont promis d'appréhender le Français pour mon prochain séjour. Ils restent quand même étonnés du faible développement de l'acupuncture dans les hôpitaux français.

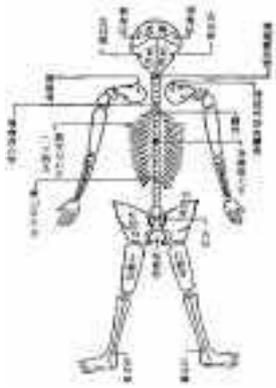
#### Correspondance :



Dr Florence Phan-Choffrut  
Parc Victor Hugo, 2 passage privé,  
93500 Pantin  
✉ phan-choffrut@wanadoo.fr

#### Notes

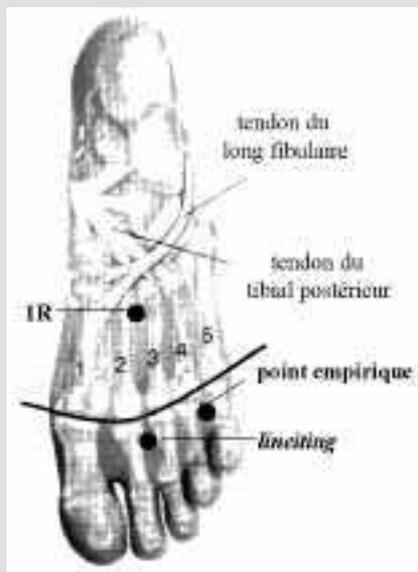
1. 2 Yuh-Der Road, Taichung, Taiwan
2. Nom donné avec humour aux pathologies de l'épaule par Pr Y. Chang : épaule de 50 (ans), car les blocages d'épaules sont fréquents à partir de la cinquantaine.



## Pratiques rhumatologiques

Olivier Goret

### Traitement des algies plantaires par points locaux



- 1- Identifier par la palpation l'arc de cercle passant par les têtes métatarsiennes.
- 2- Repérer par la palpation les espaces interphalangiens (P1).
- 3- *Lineiting* PC154 est situé dans le deuxième espace interphalangien, à 0,5 *cun* en avant de l'arc.
- 4- Le point Empirique est l'équivalent dans le quatrième espace.

#### La position

Patient en décubitus ventral, genou semi-fléchi avec un coussin sous la cheville

#### Les points

1Rn (*yongquan*), PC154 (*lineiting*) et point "Empirique".

#### La technique de puncture

- pression forte du pouce gauche sur les points d'acupuncture,
- insertion rapide des aiguilles de la main droite à 0,3 – 0,5 *cun* de profondeur,
- obtention du *deqi*
- manipulation selon la technique de mi-tonification – mi-dispersion
- moxibustion sur aiguille (2 moxas) puis retrait de l'aiguille.



#### Les modalités pratiques

3 séances par semaine pendant 4 à 6 semaines.

Xi Hai-Hong. [Warm needling therapy for plantalgia in 64 cases]. *Journal of Acupuncture and Tuina Science* 2003;3(1):49-50. Central Hospital of Huangdu District, Shanghai.

#### Commentaire

Xi Hai-Hong indique que ces algies correspondent à un syndrome *Bi Vent-Froid-Humidité* responsable d'une stase de *qi* et de Sang au niveau plantaire. Il utilise la méthode de l'aiguille chauffante *wenzhen* associant l'acupuncture à la moxibustion, décrite dans le *Shang Han Lun*, qui permet de réchauffer les *jingluo*, d'activer le *qi* et le Sang, et donc de traiter les maladies dues au Froid "bloqué" dans les *jingluo*. Il utilise 2 points locaux classiques

dans cette indication (1Rn et *lineiting*) et un point local d'expérience clinique. La forte pression pré-puncturale des points permet d'atténuer la douleur de puncture.

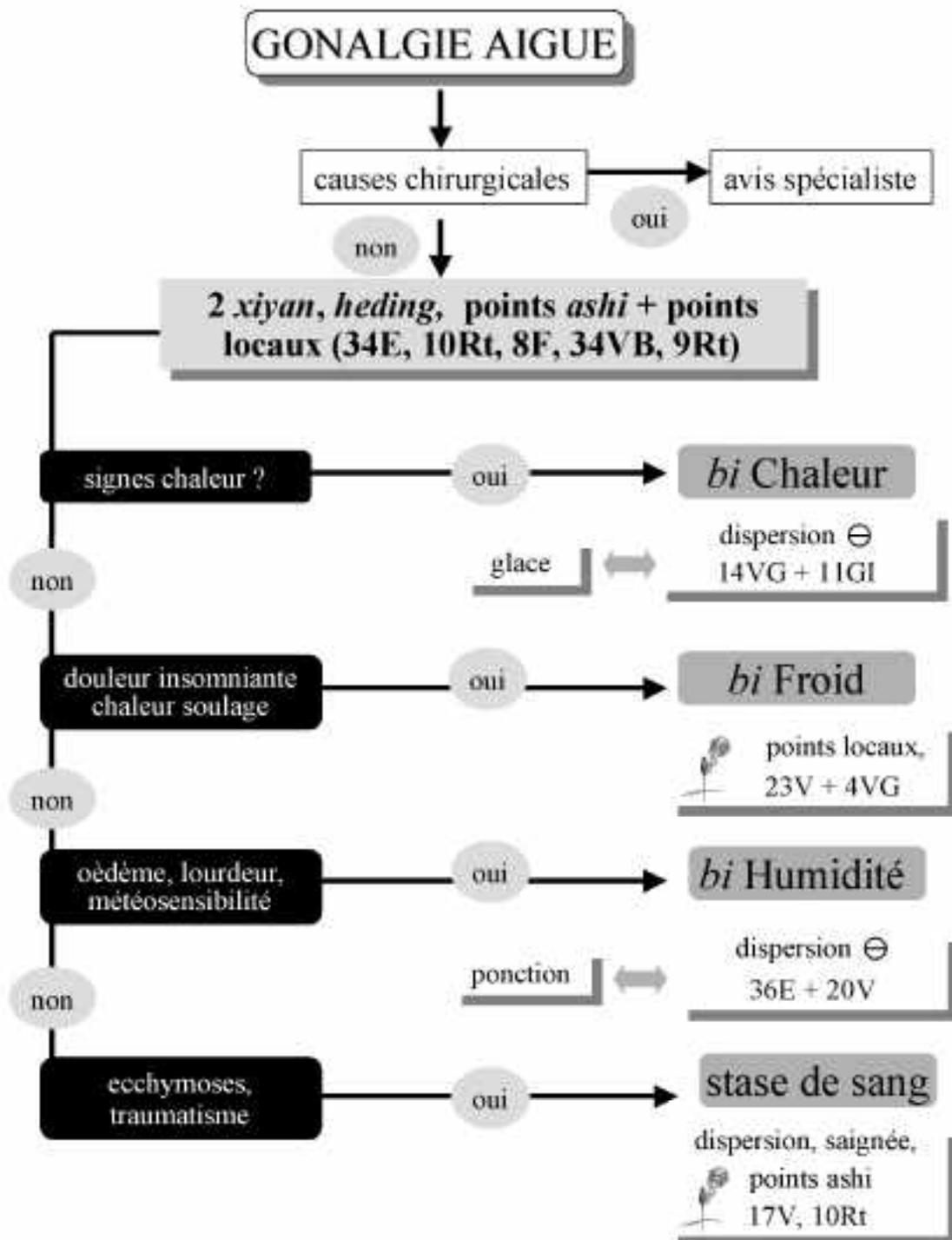


#### Correspondance :

Olivier Goret,  
30 Avenue Gabriel Péri  
83130 La Garde.

✉ goret.olivier@wanadoo.fr

## Protocole thérapeutique



## Protocole thérapeutique

### Gonalgie aiguë

#### Commentaire

**Evaluation.** La gonalgie aiguë est une cause fréquente de consultation en rhumatologie et en traumatologie. Le traitement médical (antalgiques, AINS, infiltrations) ne donne pas toujours des résultats satisfaisants sur la douleur et la fonction articulaire du genou et n'est pas dénué d'effets secondaires. L'acupuncture est une alternative intéressante. Une revue méthodique a montré l'efficacité spécifique de l'acupuncture dans la gonalgie d'origine arthrosique [1], d'autres études cliniques suggèrent une efficacité dans les atteintes tendineuses ou ligamentaires [2 - 6] et dans la chondropathie rotulienne [7, 8]. Les autres causes de gonalgie sont plus rares (bursite, lésions méniscales, chondrocalcinose, arthrites inflammatoires et septiques).

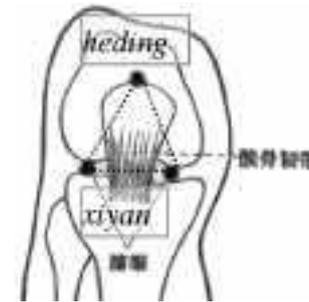
**Syndromes et diagnostic.** En MTC, la gonalgie aiguë s'intègre dans le cadre général des syndromes *bi* ("blocage ou obstruction") correspondant à une atteinte de l'articulation du genou par des facteurs pathogènes externes (Chaleur, Froid, Humidité, traumatisme) entraînant un blocage du *qi* et du sang dans les méridiens. Il en résulte une douleur et une impotence fonctionnelle articulaire. On est confronté à 3 cas de figures principaux :

- Il y a la notion de traumatisme et il s'agit d'un syndrome de Stase de Sang.
- Il y a des signes Chaleur, signes correspondant à une atteinte inflammatoire (rubor, calor, dolor, tumor) et il s'agit d'un *bi* Chaleur (poussée congestive d'arthrose, arthrite...).
- Il n'y a pas de signes de chaleur. En fonction de l'intensité et des caractéristiques de la douleur, de la présence ou non d'un oedème, il s'agira d'un *bi* Froid (douleur intense), d'un *bi* Vent (douleur migratoire), ou encore d'un *bi* Humidité (oedème, hydarthrose). Sur le plan pratique, on sera souvent amené à parler par défaut, en l'absence de signe majeur, de syndrome *bi* associé Vent-Froid-Humidité.

<i>bi</i>	douleur	oedème
<i>bi</i> Chaleur	++	++
<i>bi</i> Vent	+	-
<i>bi</i> Humidité	+ migratoire	++
<i>bi</i> Froid	+++	-

#### Conduite à tenir.

On éliminera les causes chirurgicales nécessitant un avis spécialisé.



**Les points.** Les 2 points *xiyan* (yeux du genou) sont les points de base. Le *xiyan* externe (correspondant au 35E, *dubi*) et le *xiyan* médial sont situés de part et d'autre du tendon rotulien.

Avec *heding* (au milieu du bord supérieur de la rotule), ils forment le "triangle du genou", classique dans les douleurs et gonflements du genou. Selon la localisation de la douleur, on utilisera le 34VB *yanglingquan* (douleur externe), le 9Rte *yinlingquan* (douleur interne), ou encore le 34E *liangqiu* (douleur antérieure). Le 10Rte *xuehai* est le point majeur des stases de Sang et le 8F *ququan* est dit "relâche les tendons et les muscles".

**La technique.** Le genou est puncturé en position assise ou encore semi-fléchi avec un coussin sous les genoux. Les moxas sur aiguilles sont utilisés dans les syndromes *bi* Froid-Humidité.

La puncture est homolatérale [9].

#### Les modalités.

Séance de 20 minutes, 2 à 3 séances par semaine pendant 3 semaines.

*Traitements associés* - Voir sur la gonarthrose, les recommandations de l'*Eular* actualisées en 2003 [10] (voir p.223).

### La moxibustion sur aiguille :

**Les trucs :**






1. découper un petit cylindre à partir d'un bâtonnet,
2. creuser ce cylindre avec une allumette,
3. si nécessaire, couper le petit embout du manche de l'aiguille pour pouvoir glisser le cylindre,





**Les erreurs :**

- aiguille trop courte,
- cylindre de moxa trop long,
- puncture trop superficielle.

4. ou encore, utiliser des aiguilles spéciales avec des petites cupules ou des petits dispositifs recueillant ou bloquant le moxa,
5. allumer le moxa par le bas, de façon à ce que la température se maintienne au cours de la combustion.

### Correspondance :



Olivier Goret,  
30 Avenue Gabriel Péri  
83130 La Garde.  
✉ goret.olivier@wanadoo.fr

### Références

1. Ezzo J, Hadhazy V, Birch S, Lixing Lao, Kaplan G, Hochberg M, Ber man B. Acupuncture for Osteoarthritis of the knee. A Systematic Review. *Arthritis & Rheumatism* 2001;44(4):819-25.
2. Amano K et al. Evaluation on the effects of acupuncture treatment on jumpers knee. *Third World Conference on Acupuncture* 1993;213.
3. Bai Lihe et al. A common muscular injury around the knee joint. Injury of the popliteus. *Chinese Journal of Traditional Medicine Traumatology and Orthopedics* 1991;7(2):15.
4. Mo Xiaorong et al. Effective observation of 80 cases of knee sprain treated by acupuncture and massage. *Acupuncture Research* 1991;16(3-4):254.
5. Zhao Chunyin et al. Ligamentous injury of knee joint. *Clinic of TCM* (2), publishing of Shangai college of tcm 1990:758-63.
6. Wang Guocai et al. Injury of lateral collateral ligament of the knee joint. *Chinese Massage*, publishing house of Shangai College of TCM 1990:352-56.
7. Jensen R et al. Acupuncture treatment of patellofemoral pain syndrome. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 1999;5(6):521-527.
8. Shu Hongwen. Needling three points around the knee-joint for treatment of 138 cases of intrapatellar fat pad strain. *World Journal of Acupuncture Moxibustion* 1996;6(3):51-3.
9. Tillu A et S, Robert C. Unilateral versus bilateral acupuncture on knee function in advanced osteoarthritis of the knee – a prospective randomised trial. *Acupuncture in medicine* 2002;19(1):15.
10. Jordan K et al. EULAR recommandations 2003 : an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis : report of Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003;62:1145-55.

*Suite en page 223.*



## Evaluation de l'acupuncture

### Procréation médicalement assistée : l'acupuncture élève le taux de grossesse après transfert d'embryons

Paulus WE, Zhang Mingmin, Streler E, El-Danasouri I, Sterzik. **Influence of acupuncture on the pregnancy rate in patient who undergo assisted reproduction therapy.** *Fertility and Sterility* 2002;77(4):721-4.

#### Résumé

##### Objectif :

Evaluer l'effet de l'acupuncture sur le taux de grossesse après transfert d'embryons.

##### Plan expérimental :

Essai comparatif randomisé (ECR) acupuncture versus absence d'acupuncture.

##### Cadre de l'étude :

Département de Médecine de la Reproduction, Institut Christian-Lauritzen à Ulm (Allemagne).

##### Patients :

160 patientes (âge moyen  $32,5 \pm 4,0$ ). Inclusions : femmes devant avoir un transfert d'embryons avec embryons de

bonne qualité (type 1 ou 2) obtenus après fécondation in vitro (FIV) ou injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI). Exclusions : patientes avec des embryons de faible qualité (type 3 ou 4) ; en cas d'échec du traitement chez une patiente incluse, elle n'est plus réintroduite dans l'étude.

##### Interventions :

Randomisation (programme informatique) en 2 groupes :  
1. Groupe acupuncture : deux séances d'acupuncture encadrant le transfert d'embryons, 25 minutes avant et 25 minutes après, séances de 25 minutes (voir encadré).

2. Groupe contrôle : absence d'acupuncture.

Le transfert d'embryons (au maximum 3 selon la loi allemande) est réalisé 2 à 3 jours après FIV ou ICSI.

##### Résultats :

Une grossesse est obtenue dans 42,5 % (34/80) dans le groupe acupuncture contre 26,3 % (21/80) dans le groupe contrôle ( $p=0,3$ ).

##### Conclusion :

L'acupuncture apparaît élever le taux de grossesse après transfert d'embryons.

#### Commentaires

Les techniques de procréation médicalement assistées comportent 4 étapes :

1 - *La stimulation ovarienne.* Elle permet la croissance de plusieurs follicules permettant l'obtention de plusieurs ovocytes : injections de FSH (Gonal F® ou Puregon®). Cette phase de stimulation ovarienne proprement dite est précédée d'une phase de blocage ayant pour but de bloquer les sécrétions hormonales pouvant interférer avec la phase de stimulation (analogue du GnRH comme Decapeptyl®). La surveillance de la stimulation est assurée par échographie et dosage hormo-

nal. Quand la maturation folliculaire est suffisante, on déclenche l'ovulation par injection de HCG®. Ce déclenchement permet de planifier l'ovulation et donc de réaliser le recueil des ovocytes au moment voulu.

2 - *Le recueil des ovocytes.* Le recueil s'effectue 36 heures après l'injection d'HCG®, il est réalisé par voie endovaginale sous contrôle échographique et sous anesthésie, parfois générale mais de plus en plus souvent locale). On obtient en moyenne 10 ovocytes.

3 - *La FIV fécondation in vitro (FIV).* Le contenu des follicules (environ 8 ml) est examiné à la loupe binocu-

laire afin de repérer et pipeter les ovocytes qui sont transférés sur un milieu de culture et mis au contact des spermatozoïdes (environ 50 000) durant 20 heures. Dans le cas de l'injection intracytoplasmique de spermatozoïde (ICSI), un seul spermatozoïde est injecté directement dans l'ovocyte à l'aide d'une micro-pipette. L'ICSI est utilisé à la place de la FIV dans les stérilités masculines (oligoasthénospermie), dans les échecs de FIV classique, ou encore en cas de facteurs intriqués.

- *Le transfert des embryons.* Les embryons sont transférés dès l'obtention de premières divisions (J2 après la mise en contact ovocyte-spermatozoïde). La probabilité d'implantation de l'embryon dépend de son aspect

au microscope (type 1 à 4). Les types 1 et 2 donnant les meilleures chances de grossesse sont utilisés en priorité. Les types 3 et 4 sont utilisés par défaut. Les embryons sont déposés dans la cavité utérine à l'aide d'un cathéter (photo).

L'absence de règles deux semaines après le transfert amène à confirmer la grossesse par dosage des  $\beta$ HCG. Une échographie est réalisée 6 semaines après le transfert.

L'étude de Paulus WE et coll. rapportée ici utilise donc l'acupuncture à la phase de transfert embryonnaire en encadrant ce transfert de deux séances immédiatement avant et immédiatement après. Ce traitement apparaît

## L'essentiel

Ce protocole a fait la preuve de son efficacité pour améliorer le taux de grossesse après transfert d'embryons.

### ① 25 minutes avant le transfert : 1<sup>re</sup> séance (durée : 25 minutes)

(a) 6MC (*neiguan*), 8Rte (*diji*), 3F (*taichong*),  
20VG (*baihui*), 29E (*guilai*)

Aiguille de 0,25 x 25 mm

Obtention du *deqi*

Réinduction par rotation à 10 minutes

(b) points auriculaires *shenmen*, utérus,  
endocrine, subcortex

Aiguille 0,25 x 13 mm

Puncture simple

Deux aiguilles à l'oreille droite  
et deux à l'oreille gauche

### ② Transfert d'embryons



### ③ 25 minutes après le transfert : 2<sup>e</sup> séance (durée : 25 minutes)

(a) 36E (*zusanli*), 6Rte (*sanyinjiao*), 10Rte (*xuehai*), 4GI (*hegu*)

(b) Inverser les points auriculaires du côté gauche et droit

avoir été mené par Zhang Mingmin de la Tongji Medical University (Wuhan, Chine) qui a réalisé et publié en Chine un essai similaire avec le même protocole [1]. Le choix des points est dit "selon les principes de la MTC". Selon l'auteur, il vise à la stimulation du *taiyin* et du *yangming* pour renforcer l'Energie et le Sang au niveau de l'utérus, le PA utérus ayant la même fonction. 6MC, 3F et 20VG sont supposés avoir un effet sédatif sur les patientes en association avec *shen - men* de l'oreille et subcortex. PA endocrine a un effet stabilisateur sur le système endocrinien.

L'amplitude de l'effet de l'acupuncture sur le taux de grossesse apparaît important : 42,5% de grossesse contre 26,3% sans acupuncture, soit une augmentation relative du bénéfice de 61,6%. Ces chiffres apparaissent similaires à ceux obtenus sur des patientes chinoises par Zhang Mingmin (23 grossesses sur 50 dans le groupe acupuncture et 13 sur 50 dans le groupe de contrôle, soit 46,0 % contre 26,0%).

La procréation médicalement assistée (PMA) représente en France 40 000 tentatives annuelles pour un coût moyen de 2 200 € par FIV. Avec une augmentation possible du taux de grossesse de 60 %, l'intérêt médical, social et économique de l'acupuncture semble majeur. L'acupuncture dans l'étude rapportée est utilisée à la phase de transfert embryonnaire. Mais signalons que par ailleurs l'acupuncture a été utilisée dans deux autres étapes de la PMA :

1- Comme complément de la stimulation ovarienne : l'acupuncture (deux séances par semaine débutées au même moment que les injections de FSH, 3 à 4 séances au total) augmente le nombre de follicules prélevés et le nombre de grossesses [2], mais dans un essai non randomisé.

2- Comme technique anesthésique lors de la ponction d'ovocyte en association avec un bloc paracervical à la Xylocaïne : l'acupuncture a une action sur la douleur équivalente au bloc paracervical associé au Fentanyl IV (0,25-0,50 mg) et Atropine (0,25 mg). Mais fait notable, il apparaît dans cet essai un taux de grossesse significativement supérieur dans le groupe acupuncture par rapport au groupe Fentanyl [3]. Ceci pourrait être lié soit à une action favorable de l'acupuncture, soit à un effet défavorable des opioïdes sur les follicules, les ovocytes, ou encore la réceptivité de l'endomètre.

Au total, à chacune des étapes de la PMA, l'acupuncture est donc susceptible d'élever la probabilité de grossesse. Elle apparaît dans ce domaine pleine de promesses et l'évolution des recherches doit être suivie avec attention.

#### Correspondance :



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

#### Références

1. Zhang Mingmin, Huang Guangying, Lu Fu Fu'Er. [Effect of acupuncture on pregnancy rate in embryo transfer]. Chinese Acupuncture and Moxibustion 2002;22(8):507.
2. Emmons SL et al. Acupuncture treatment for infertile women undergoing intracytoplasmic sperm injection. Medical Acupuncture 2001;12(2):18-20.
3. Stener-Victorin E et al. A prospective randomized study of electro-acupuncture versus alfentanil as anaesthesia during oocyte aspiration in in-vitro fertilization. Hum Reprod 1999;14(10):2480-4.

---

### Errata

Dans l'article : "L'évaluation est en décalage sur l'état des pratiques" de Jean-Luc Gerlier publié dans le dernier numéro d'Acupuncture & Moxibustion [2004;3(2):128-133], la référence 30 est en fait :

30. Smith CA, Crowther CA. Acupuncture for induction of labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
-



## Evaluation de l'acupuncture

### Le problème des revues méthodiques à propos de deux revues sur l'acupuncture dans la gonarthrose

Johan Nguyen

Deux revues, dont une non incluse dans le tableau récapitulatif des synthèses sur l'acupuncture de Jean-Luc Gerlier [1] ont été publiées sur la gonarthrose. La première parue en 2001 est réalisée par l'équipe américaine de Jeanette Ezzo [2], déjà auteur de synthèses sur l'acupuncture et la fibromyalgie [3], la douleur chronique [4] et la rhumatologie [5]. La deuxième revue est espagnole (Ferrandez Infante et al [6]), et parue en 2002, apparemment sans connaissance de la publication d'Ezzo J et al qui n'est pas citée.

Ces deux revues méthodiques utilisent pour leurs conclusions la même échelle de niveau de preuve : celle du Cochrane Collaboration Back Review Group [7] (tableau I). Nous avons donc deux revues sur le même sujet, publiées quasi-simultanément avec la même méthodologie d'analyse réalisées par deux équipes différentes. Les résultats rapportés dans le tableau II montrent de sensibles discordances qu'il convient d'analyser.

Ces résultats portent sur les trois comparaisons usuelles [8]. Rappelons que l'acupuncture versus absen-

ce d'acupuncture vise à répondre à la question "l'acupuncture est-elle efficace ?" ; acupuncture versus fausse acupuncture vise à répondre à la question "l'effet de l'acupuncture est-il spécifique ?" ; les comparaisons acupuncture versus autre traitement visent à situer la place de l'acupuncture dans le traitement.

#### La comparaison acupuncture versus absence de traitement

L'analyse porte sur les deux mêmes études [9, 10]. Il existe une différence d'un niveau de preuve quant à l'efficacité de l'acupuncture : petit niveau de preuve pour Ezzo et moyen niveau de preuve pour Ferrandez Infante. Ceci apparaît lié à l'utilisation d'échelles de qualité méthodologique différentes : Ezzo utilise l'échelle de qualité de Jadad à 5 items [11], alors que Ferrandez Infante celle de Van Tulder [7] (10 items incluant les 5 de Jadad). Ceci conduit à une cotation totalement opposée : l'essai de Christensen [9] est de haute qualité pour Ezzo et de basse qualité pour Ferrandez Infante et inversement l'essai de Berman [10]

**Tableau 1.** Niveaux de preuve (Cochrane Collaboration Back Review Group [7])

**Niveau 1 : Haut niveau de preuve :** plusieurs ECR *pertinents* de *haute qualité* avec des résultats globalement *concordants*.

**Niveau 2 : Moyen niveau de preuve :** un ECR *pertinent* de *haute qualité* et un ou plus ECR *pertinent* de *basse qualité* avec des résultats globalement *concordants*.

**Niveau 3 : Petit niveau de preuve :** un ECR *pertinent* de *haute qualité* ou plusieurs ECR de *basse qualité* avec des résultats globalement *concordants*.

**Niveau 4 : Niveau de preuve non concluant :** seulement un ECR *pertinent* de *basse qualité* ou absence d'ECR *pertinent*, ou résultats non *concordants*.

*Pertinent* : résultats évalués sur au moins un des critères principaux de la revue.

*Résultats globalement concordants* : au moins les deux-tiers des études avec le même résultat (positif ou négatif).

*Plusieurs* : plus de un.

*Haute qualité* : 3-5 sur échelle de Jadad, *Basse qualité* <3.

**Tableau 2.** Conclusions des deux revues méthodiques sur l'efficacité de l'acupuncture dans la gonarthrose.

Comparaisons	Ezzo J et al [2]	Ferrandez Infante et al [6]
Acupuncture versus absence de traitement	<b>Petit niveau de preuve en faveur d'une efficacité de l'acupuncture</b> (2 ECR) <i>Commentaires :</i> - Erreur dans le niveau de preuve qui devrait être moyen niveau de preuve - Erreur dans la cotation de l'essai de Berman [10], le niveau devenant alors haut niveau de preuve	<b>Moyen niveau de preuve en faveur d'une efficacité de l'acupuncture</b> (2 ECR) <i>Commentaires :</i> - Utilisation d'une échelle de qualité des ECR non validée et non adaptée aux thérapeutiques non médicamenteuses.
Acupuncture versus fausse acupuncture	<b>Haut niveau de preuve en faveur d'une efficacité spécifique de l'acupuncture</b> (3 ECR) <i>Commentaires :</i> - Omission d'un ECR positif de haute qualité selon échelle de Jadad	<b>Niveau de preuve non concluant quant à une efficacité spécifique de l'acupuncture</b> (2 ECR) <i>Commentaires :</i> - Omission de deux ECR positifs de haute qualité selon échelle de Jadad
Acupuncture versus autre traitement	<b>Niveau de preuve non concluant quant à une différence d'efficacité entre acupuncture et traitement conventionnel</b> (2 ECR)	<b>Niveau de preuve non concluant quant à une différence d'efficacité entre acupuncture et traitement conventionnel</b> (0 ECR)

est de haute qualité pour Ferrandez Infante et de basse qualité pour Ezzo. Différentes échelles donnent donc des résultats discordants influant directement sur les conclusions, ceci a été démontré par ailleurs [12]. Observons que l'échelle de Jadad est considérée comme validée et est de loin la plus utilisée dans les synthèses sur l'acupuncture, alors que l'échelle de Van Tulder semble plus élaborée pour les traitements médicamenteux que pour les interventions instrumentales avec un item "praticien aveugle" qui désavantage l'acupuncture. Si on se penche sur les conclusions elles-mêmes, on constate chez Ezzo une erreur manifeste : selon le tableau I un essai de haute qualité et un essai de basse qualité mettent l'acupuncture non pas à un petit niveau de preuve, mais comme Ferrandez Infante à un moyen niveau de preuve.

Si on se penche maintenant sur le détail de l'analyse de qualité des articles par Ezzo et al, on observe une anomalie sur la cotation de l'essai de Berman : cet essai a été noté 0 sur l'item "perdus de vue et sorties d'essai", alors que les données correspondantes nous apparaissent bien présentes dans l'étude. Cet item est d'ailleurs coté +1 dans la revue de Ferrandez Infante, mais également +1 dans la revue de Boutron I et al [13] qui analyse le même essai selon l'échelle de Jadad (essai classé de haute qualité).

Au total, la revue méthodique de Ezzo paraît sous-évaluer l'effet de l'acupuncture de deux niveaux de preuve suite à deux erreurs dans l'analyse des données. Nous disposons de deux ECR de haute qualité, c'est-à-dire que l'acupuncture a un haut niveau de preuve dans cette comparaison. Ce résultat est d'ailleurs conforté par un autre ECR positif de haute qualité publié en 2003 [14].

### La comparaison acupuncture versus fausse acupuncture

C'est dans cette comparaison que la discordance est la plus importante (haut niveau de preuve en faveur de l'acupuncture pour Ezzo et niveau de preuve non concluant pour Ferrandez Infante). L'évaluation porte sur 3 ECR pour l'une des revues et sur 2 ECR pour l'autre, avec une seule étude commune, celle de Takeda [15]. La discordance est donc d'abord liée à un problème de recherche bibliographique, et à une non-exhaustivité des données disponibles. Il s'agit là d'un problème fondamental dans l'évaluation de l'acupuncture [16]. L'étude de Yurkutan [17], présente dans Ferrandez Infante et non dans Ezzo est positive et n'est donc pas de nature à modifier les conclusions de Ezzo. Inversement Ferrandez Infante omet deux ECR, celui de Molsberger [18] et celui de Petrou [19], qui sont en faveur de l'acupuncture et sont tous les deux de haute

qualité. Ceci veut dire que sur l'ensemble des données disponibles, il existe un haut niveau de preuve en faveur d'une efficacité spécifique de l'acupuncture.

### La comparaison acupuncture versus autre traitement

Dans cette comparaison, les deux études concluent à l'absence de preuve. Ces conclusions sont basées sur une absence d'étude pour Ferrandez Infante alors que la conclusion de Ezzo est basée sur deux études qui ne mettent pas de différence entre acupuncture et thérapeutique physique. Observons que la comparaison de deux traitements supposés efficaces nécessite des essais de plus grande taille pour mettre en évidence une différence entre les deux traitements.

### Conclusion

L'analyse de deux revues méthodiques discordantes sur un même sujet doit attirer l'attention sur les problèmes posés par l'évaluation de l'acupuncture. Parmi ceux-ci, trois nous semblent être au premier plan :

- 1- La non-inclusion de l'ensemble des données disponibles.
- 2- L'utilisation d'échelles de qualité méthodologique variables et non validées.
- 3- Des interprétations ou des erreurs dans le recueil et le report des résultats des essais.

#### Correspondance :



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

#### Références

1. Gerlier JL. L'évaluation est en décalage sur l'état des pratiques. *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(2):128-133.
2. Ezzo J, Hadhazy V, Birch S, Lixing Lao, Kaplan G, Hochberg M, Berman B. Acupuncture for Osteoarthritis of the knee. A Systematic Review. *Arthritis & Rheumatism* 2001;44(4):819-25.
3. Berman BM, Ezzo J, Hadhazy V, Swyers JP. Is acupuncture effective in the treatment of fibromyalgia? *J Fam Pract*. 1999 Mar;48(3):213-8.
4. Ezzo J, Berman B, Hadhazy VA, Jadad AR, Lao L, Singh BB. Is acupuncture effective for the treatment of chronic pain? A systematic review. *Pain*. 2000 Jun;86(3):217-25.
5. Berman BM, Swyers JP, Ezzo J. The evidence for acupuncture as a treatment for rheumatologic conditions. *Rheum Dis Clin North Am*. 2000 Feb;26(1):103-15.
6. Ferrandez Infante A, Garcia Olmos L, Gonzales gamarra E, Meis Meis MJ, Sanchez Rodriguez BM. Effectiveness of acupuncture in the treatment of pain from osteoarthritis of the knee. *J Aten Primaria* 2002;30(10):602-610.
7. Van Tulder. 14. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997;22:2128-56.
8. Gerlier JL. Quelles sont les comparaisons utiles dans les essais cliniques en acupuncture ? *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(2):135-136.
9. Christensen BV, Singh BB, BV, Iuhl IU, Vibek H, Bulow HH, Dreijer NC, Rasmussen HF. Acupuncture treatment of severe knee osteoarthritis: a long-term study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 1992;36:519-25.
10. Berman BM, Singh BB, Lao L, Langenberg P, Li Y, Hadhazy V, et al. A randomized trial of acupuncture as an adjunctive therapy in osteoarthritis of the knee. *Rheumatology* 1999;38: 346-54.
11. Gerlier JL. L'échelle de Jadad pour approcher la qualité d'un essai contrôlé randomisé. *Acupuncture & Moxibustion* 2002;1(1-2):66-67.
12. Juni P et al. The hazards of scoring the quality of clinical trials for meta-analysis. *JAMA*, 1999, 282(11), 1054-60.
13. Boutron I, Tubach F, Giraudeau B, Ravaud P. Methodological differences in clinical trials evaluating nonpharmacological and pharmacological treatments of hip and knee osteoarthritis. *JAMA*. 2003 Aug 27;290(8):1062-70.
14. Ng MM, Leung MC, Poon DM. The effects of electroacupuncture and transcutaneous electrical nerve stimulation on patients with painful osteoarthritic knees: a randomized controlled trial with follow-up evaluation. *J Altern Complement Med*. 2003 Oct;9(5):641-9.
15. Takeda W, Wessel J. Acupuncture for the treatment of pain of osteoarthritic knees. *Arthritis Care Res* 1994;7:118-22.
16. Philippe Castera, Johan Nguyen, Jean-Luc Gerlier, Sophie Robert. L'acupuncture est-elle bénéfique dans le sevrage tabagique, son action est-elle spécifique ? Une méta-analyse. *Acupuncture & Moxibustion* 2002;1(3-4):75-86.
17. Yurtkuran M et al. TENS, electroacupuncture and ice massage: comparison of treatment for osteoarthritis of the knee. *American Journal of Acupuncture* 1999;27(3-4):133-140.
18. Molsberger A, Bowing G, Jensen KU, Lorek M. Schmerztherapie mit Akupunktur bei Gonarthrose: eine kontrollierte Studie zur analgetischen Wirkung der Akupunktur bei Gonarthrose. *Der Schmerz* 1994;8:37-42
19. Petrou P, Winkler V, Genti G, Balint G. Double blind trial to evaluate the effect of acupuncture treatment on knee osteoarthritis. *Scand J Acupunct* 1988;3: 112-5.



Attention, c'est déjà arrivé !

## Incidents et accidents attribués à l'acupuncture

Jean-Marc Stéphan

### Fasciite nécrosante chez un diabétique après acupuncture

Arrivée aux urgences du CHU de Kuala Lumpur en Malaisie, une femme de 55 ans, diabétique, présentait de multiples fistules purulentes au-dessus du genou droit. Depuis 3 mois, elle était traitée par acupuncture en raison d'une gonarthrose bilatérale, sa dernière séance datant d'une semaine. L'acupuncteur passait les aiguilles au-dessus de la flamme d'une bougie. La peau de la patiente était nettoyée à l'aide d'un simple tissu humide sans désinfection préalable. Deux jours après la dernière séance le genou droit montrait de multiples fistules purulentes douloureuses au niveau des points de puncture (figure 1) ; le genou gauche en était indemne, excepté les traces de puncture (figure 2). Comme le traitement antibiotique par sulbactam-ampicilline (Unacim®) en intraveineux n'était pas efficace, le diagnostic de fasciite nécrosante étant posé, une résection chirurgicale large des tissus infectés suivie d'une greffe cutanée fut réalisée du genou au pli de l'aîne, mais sans succès dans un premier temps. Un second débridement chirurgical (figure 3) et l'addition d'un autre antibiotique de la classe des aminoglycosides furent nécessaires après la découverte de pseudomonas dans les tissus mis en culture. Cinq semaines d'hospitalisation permirent néanmoins la guérison.

Suite à cette observation, et considérant que de plus en plus de diabétiques âgés utilisent l'acupuncture dans le traitement de l'arthrose, les auteurs préconisent des directives de bonne conduite, à savoir que les acupuncteurs doivent posséder les notions essentielles de l'anatomie, et surtout avoir une connaissance primordiale de l'hygiène et de la stérilité : aiguilles à usage unique et désinfection de la peau. Chaque acupuncteur doit en outre être capable d'identifier les cas à hauts risques infectieux, en particulier les

diabétiques et les porteurs d'implants prothétiques, chez qui les précautions d'usage doivent être impératives.

Saw A, Kwan MK, Sengupta S. Necrotising fasciitis: a life-threatening complication of acupuncture in a patient with diabetes mellitus. Singapore Med J 2004;45(4):180-2.



Figure 1. Les multiples fistules purulentes au niveau du genou droit.



Figure 2. Genou gauche montrant les multiples traces de puncture.



Figure 3. Aspect du membre inférieur après réalisation du deuxième débridement.

### COMMENTAIRE ET RECOMMANDATIONS :

La fasciite nécrosante provoque une nécrose de l'hypoderme avec thrombose vasculaire, nécrose de l'aponévrose superficielle sous-jacente (le fascia) et secondairement nécrose du derme. C'est une infection rare et mortelle dans environ 30 % des cas. Le taux de mortalité peut augmenter si l'infection est accompagnée du syndrome de choc toxique. *Streptococcus pyogenes* est un agent causal très fréquent, mais peuvent s'y associer dans 40 à 90 % des cas d'autres germes comme le *Pseudomonas*, les entérocoques, les anaérobies, le staphylocoque aureus etc.. Une effraction cutanée est retrouvée dans 60 à 80 % des cas. Le traitement est médico-chirurgical associant antibiothérapie et débridement le plus précocement possible suivi d'une reconstruction par greffe [1].

Cet article montre encore l'importance des aiguilles à usage unique, mais aussi l'effet néfaste d'une désinfection mal conduite. Deux conceptions de l'hygiène de la peau avant puncture s'opposent à l'heure actuelle. Dans mon précédent article [2], je préconisais la désinfection de la peau du patient simplement avec un coton imbibé au préalable par de l'alcool à 70-75° ou une solution hydro-alcoolique, puis de laisser sécher une vingtaine de secondes ou davantage (60 secondes souhaitables pour l'élimination des mycobactéries alcool-résistantes) avant de puncturer. Eviter aussi les aiguilles semi permanentes chez les personnes à risques. Je notais que la plupart des cas d'infections survenues après acupuncture concernaient des personnes diabétiques, porteurs d'endoprothèse, présentant une déficience immunologique ou simplement obèses. Johan Nguyen considérait quant à lui que la désinfection cutanée avant puncture était un rituel inutile [3]. Il s'appuyait en particulier sur deux études anglaises, justement réalisées chez les diabétiques qui montraient que sur près de 9 000 injections sous-cutanées réparties sur 5 mois, aucune infection cutanée n'avait été retrouvée. Par ailleurs, il notait que le délai de 60 secondes ne pouvait être réellement tenu avant la puncture. Yves Rouxville préconise aussi une désinfection cutanée [8]. Dans un article paru récemment, Adrian White dans ses 40 directives pour une approche de l'acupuncture sans risques soulignait que le besoin de désinfection de la peau était encore débattu [4].

Effectivement, la désinfection cutanée avant puncture est aussi débattue en France. A cet égard, le Collège Français d'Acupuncture (CFA), société savante, a créé début avril 2004 une commission d'études sur le code de bonnes pratiques en acupuncture, en particulier sur la désinfection. Cette commission a été chargée d'édicter des directives consensuelles à appliquer pour pratiquer une médecine dans les règles de l'art. Ne doutons pas que très rapidement, nous aurons dans ces colonnes le résultat de leurs réflexions, ceci afin d'éviter tout problème médico-légal.

A ce propos, notons que le décret no 99-1034 du 6 décembre 1999 nous est opposable comme le confirme la jurisprudence qui, en matière d'infections nosocomiales, met à la charge du praticien une obligation de sécurité de résultat ; dans un tel contexte, le lieu où ont été réalisés les soins présente un caractère accessoire, en l'occurrence le cabinet médical privé. Selon l'arrêt n°1269 du 29 juin 1999 de la Cour de Cassation "Un médecin est tenu vis-à-vis de son patient, en matière d'infection nosocomiale, d'une obligation de sécurité de résultat dont il ne peut se libérer qu'en rapportant la preuve d'une cause étrangère." [5]. D'autre part, de nombreuses circulaires sur la stérilisation et l'hygiène sont parues ces dernières années [6]. On considère en général qu'une circulaire récente et actualisée résume le plus souvent, l'état de la science sur un sujet et constitue une référence qui doit être connue des professionnels de santé au titre des bonnes pratiques professionnelles comme le précise l'article 11 du Code de déontologie médicale [7]. De ce fait, il ne faut pas oublier que même s'il y a débat au sein de la communauté scientifique, la législation fera toujours passer l'intérêt du malade avant toute autre considération.

**Note :** tous les textes législatifs peuvent être retrouvés intégralement sur le site internet de la revue à l'adresse : [www.acupuncture-moxibustion.org](http://www.acupuncture-moxibustion.org)

#### Remerciements :

D<sup>r</sup> Saw Aik

Associate Professor - Department of Orthopaedic Surgery  
University Malaya Medical Center  
59100 Kuala Lumpur, Malaysia

Reuel Ng

Editorial Executive - Singapore Medical Journal  
Singapore Medical Association  
Level 2, Alumni Medical Center,  
2, College Road - Singapore 196850

## Correspondance :



D<sup>r</sup> Jean-Marc Stéphan,  
ASMAF-EFA  
✉ Jmstephff@aol.com

## Références

1. Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française et Société Française de Dermatologie Conférence de Consensus. Érysipèle et fasciite nécrosante : prise en charge. *Méd Mal Infec* 2000;30:241-5.
2. Stéphan JM. Désinfection cutanée et acupuncture. *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(1):47-51.
3. Nguyen J. La désinfection cutanée avant puncture : un rituel inutile. *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(1):52-53.
4. White A. Towards greater safety in acupuncture practice--a systems approach. *Acupunct Med* 2004;22(1):34-9.
5. Décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre Ier du titre Ier du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).
6. Stéphan JM. Acupuncture, stérilisation et législation. *Acupuncture & Moxibustion* 2003,2(1-2):73-5.
7. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale modifié par les décrets n° 97-503 du 21/05/1997 et n°2003-881 du 15/09/2003.
8. Rouxville Y. La désinfection cutanée du pavillon de l'oreille. *Acupuncture et Moxibustion* 2004;3(2): 133-34.



## 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 €
----	----------	---------

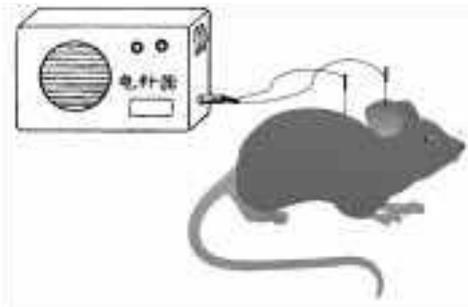
##### ☒ Pharmacologie en médecine orientale

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



## Acupuncture expérimentale

Johan Nguyen



### ① Le 6IG et non le 4GI a une action spécifique sur le modèle d'entorse de la cheville chez le rat

Un modèle d'entorse de la cheville est créé chez le rat par manipulation forcée sous anesthésie de la cheville droite. L'examen histologique sur quelques animaux confirme les lésions ligamentaires ainsi obtenues. L'électro-acupuncture au 6IG (*yanglao*) est utilisée un jour après la réalisation de l'entorse : implantation à 5mm d'une aiguille de 0,3 x 30 mm et électro-stimulation à une fréquence de 100 Hz et à une intensité 10 fois supérieure au seuil de contraction musculaire durant 30 minutes. Pour évaluer l'action de l'acupuncture, le rat est amené à marcher dans une chambre étroite de 10 cm de large et de 60 cm de long avec une balance électronique placée au milieu et dans la moitié droite du trajet : on mesure ainsi la pression d'appui sur la patte traumatisée (postérieure droite) qui est bien sûr diminuée par rapport à celle

d'un rat sain. Une heure après EA, il est montré une amélioration de 40 % de la pression d'appui sur la cheville traumatisée. L'amplitude de l'effet est équivalent à celui de l'injection de morphine 2 mg/kg. Le 6IG a une action sur ce modèle animal, mais non le 4GI (*hegu*) testé dans des conditions similaires. L'action du 6IG est spécifique sur l'entorse de la cheville, mais non sur l'arthrite du genou expérimentale induite par injection d'adjuvant de Freund. Cette action spécifique sur l'entorse n'est pas liée à une production d'endorphine : l'injection d'antagonistes naloxone ou naltrexone n'influence pas l'action du 6IG.

Sung Tae Koo, Young Il Park, Kyu Sang Lim, Kyungsoon Chung, Jin Mo Chung. **Acupuncture analgesia in a new rat model of ankle sprain pain.** Pain 2002;99:423-431. Marine Biomedical Institute, University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas, USA.

### ② L'acupuncture inhibe la sensibilisation comportementale induite par la nicotine chez le rat



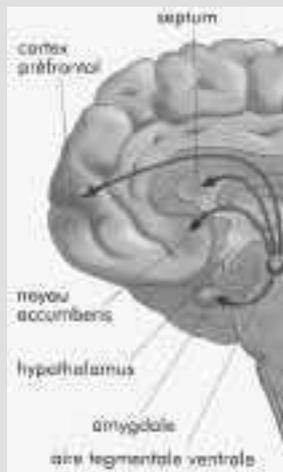
Des rats sont pré-traités par des injections répétées de nicotine (0,4 mg/kg/ s.c.) 2 fois par jour durant 7 jours. Ceci entraîne des modifications comportementales : l'animal se met à explorer de façon compulsive sa cage. Cette augmentation de l'activité motrice est mesurable par un dispositif vidéo. Le pré-traitement est suivi d'une période de sevrage de 3 jours (J8 à J10), suivie à J11 d'une nouvelle injection de nicotine. On obtient ainsi un

modèle expérimental animal de sensibilisation comportementale : l'augmentation de l'activité motrice est irréversible, même après une période d'abstinence. On parle de tolérance inverse : l'administration de drogue (ici la nicotine) n'entraîne pas une tolérance (nécessité d'accroître les doses pour maintenir un effet constant), mais au contraire une amplification graduelle des effets. Durant la période de sevrage, des rats sont traités par acupuncture : soit

36E (*zusanli*), soit 7C (*shenmen*) ou encore 9P (*taiyuan*). Il apparaît que le 36E bloque totalement l'augmentation de l'activité motrice à J11, alors que ni le 7C ni le 9P n'ont d'action par rapport au groupe de contrôle. L'augmentation de l'activité motrice est corrélée à une augmentation de dopamine au niveau du noyau accumbens et du striatum ventromédial. L'activité neuronale à ce niveau peut être analysée par des études immunohistochimiques (immunodétection de la protéine C-Fos). Il apparaît que le 36E inhibe l'activité au niveau du noyau accumbens et du striatum. Alors que le 7C n'a pas d'action sur l'activité

locomotrice, son action au niveau du noyau accumbens et du striatum est équivalente à celle du 36E. Aucune action du 9P n'est mise en évidence à ces niveaux. Il apparaît donc une spécificité d'action différente des points d'acupuncture. Les auteurs suggèrent que le 7C pourrait avoir une action en inhibant le craving pour la cigarette.

Chae Y, Yang CH, Kwon YK, Kim MR, Pyun KH, Hahm DH, Lee HJ, Shim I. **Acupuncture attenuates repeated nicotine-induced behavioral sensitization and c-Fos expression in the nucleus accumbens and striatum of the rat.** *Neurosci Lett.* 2004 Mar 25;358(2):87-90. Department of Oriental Medical Science, Graduate School of East-West Medical Science, Kyung Hee University, 1 Seochon-ri, Kiheung-eup, Youngin-shi, Kyungki-do 449-701, South Korea.



### Le circuit de la récompense

Toutes les drogues (amphétamines, cocaïne, morphine, héroïne, alcool, nicotine...) stimulent le circuit de la récompense en augmentant à son niveau la libération de dopamine. Dans ce circuit trois structures sont déterminantes : l'aire tegmentale ventrale, située dans le mésencéphale (aire A10), qui contient les neurones dopaminergiques qui innervent le système limbique et le cortex

préfrontal ; le noyau accumbens ou striatum ventral, situé dans la région septale, innervé par l'aire tegmentale ventrale et qui constitue une interface entre le système limbique et le système moteur ; le cortex préfrontal, dont le rôle dans les processus d'attention et de motivation est bien établi. L'acupuncture paraît inhiber la libération de dopamine notamment au niveau du noyau accumbens.

Suite de la page 212

### Les recommandations de l'Eular 2003 [13] dans le cadre de la gonarthrose

1. Le traitement optimal de la gonarthrose requiert un traitement pharmacologique et un traitement non pharmacologique.
3. Ce traitement doit être individualisé en tenant compte des facteurs de risque propres au genou (obésité, contraintes mécaniques, activité physique), des facteurs de risque généraux (âge, comorbidité, polymédication), de l'intensité de la douleur et du handicap qu'elle entraîne, de la présence de signes inflammatoires (particulièrement les épanchements), et de la localisation ainsi que du degré de l'atteinte structurelle.
5. Le traitement non pharmacologique doit inclure une éducation régulière du patient, l'exercice, l'utilisation de dispositifs d'aide (cannes, semelles, bracing), ainsi qu'une perte pondérale.
6. Le paracétamol est l'antalgique de premier choix. Il doit être continué longtemps en cas de succès.
7. Les applications topiques d'AINS ou de capsaïcine sont efficaces et sans danger.
8. Les AINS devraient être utilisés chez les patients qui ne répondent pas au paracétamol. En cas de risque gastro-intestinal, il faut préférer les coxibs.
9. Les opioïdes, avec ou sans paracétamol, sont une option en cas de contre-indication ou d'inefficacité des AINS, coxibs compris.
10. Les SYSADOA (glucosamine, chondroïtine, diacéréine, acide hyaluronique) ont un effet symptomatique et peuvent modifier le cours de la maladie.
11. Les injections intra articulaires de corticostéroïdes à longue durée d'action sont indiquées en cas de flambée inflammatoire, surtout s'il y a épanchement concomitant.
12. Les prothèses devraient être proposées aux patients avec douleur réfractaire, handicap certain et évidence radiologique de la gonarthrose.



### ③ Pas de différence entre moxibustion classique au 8VC et moxibustion électrique sur la taux de monoamines chez le rat pré-sénile

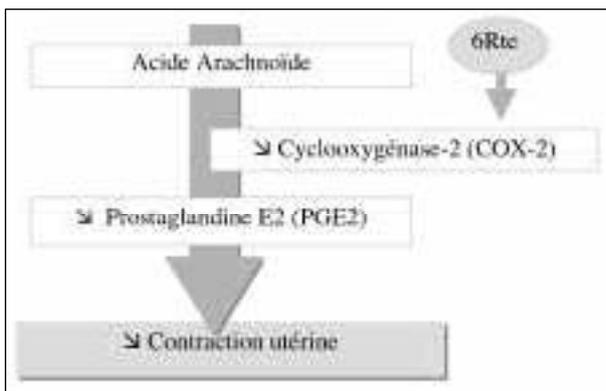
La moxibustion au 8VC (*shenque*) avec interposition de substances (sel, ail, gingembre, aconit...) est utilisée de façon courante notamment en médecine préventive et en gérontologie pour sa propriété de réchauffement du *yang*. Dans cette étude expérimentale, le critère étudié est le taux de monoamines au niveau du cortex cérébral (dopamine, noradrénaline, adrénaline, sérotonine) déterminé par méthode fluorométrique chez des rats pré-séniles. Les moxas traditionnels à l'armoise, comme le moxa électrique, tous les deux avec interposition de substances élèvent de façon significative le

taux de monoamines par rapport à des rats témoins non traités. Mais il n'y a pas de différence entre moxas à l'armoise et moxa électrique : l'action apparaît liée à la stimulation thermique du 8VC et à l'action de la substance interposée sans action spécifique de l'armoise. Ce résultat est différent de celui observé sur le seuil de sensibilité des récepteurs polymodaux [voir *Acupuncture & Moxibustion* 2004;3(1):60].

Zhong Lan, Lan Qun, Chen Xiao-li et al. [Effects of electric-heat-medicine separated moxibustion on monoamine neurotransmitters in the cerebral cortex of rats in pré-senile period]. *Chinese Acupuncture & Moxibustion* 2004;24(4):275. Chengdu University of TCM, Chengdu, Chine.

### ④ Action utérorelaxante du 6Rte durant la grossesse ?

Le 6Rte, point interdit pendant la grossesse, est considéré généralement



comme ayant une action oxytocique notamment via les prostaglandines. Mais cette action est discutée par certains auteurs qui lui attribuent au contraire une action utérorelaxante. Effectivement, une équipe coréenne a mis en évidence chez le rat une dimi-

nution de la motilité utérine de 28 % sur l'utérus gravide et de 19 % sur l'utérus non gravide après puncture du 6Rte, 30 minutes. Cette action utérorelaxante est corrélée à une inhibition de l'activité des COX-2 au niveau de l'endomètre et du myomètre déterminée par étude histochemique. Le 6Rte inhiberait donc la synthèse des prostaglandines en bloquant l'activité des COX-2 (schéma). Ceci demande à être confirmé.

Kim JS, Na CS, Hwang WJ, Lee BC, Shin KH, Pak SC. Immunohistochemical localization of cyclooxygenase-2 in pregnant rat uterus by Sp-6 acupuncture. *Am J Chin Med* 2003;31(3):481-8. School of Oriental Medicine, Dongshin University, Naju, Korea.

## Actualités Professionnelles et Syndicales

### Réunion de travail de la Commission d'Auriculothérapie de la F.A.FOR.ME.C (Lyon le 15 mai 2004)

Parmi les nouveaux membres : le Dr Claudie Terral (auteur d'une Thèse médicale sur l'histologie du point d'acupuncture, relatant les travaux faits avec les Prs René Senelar et Pierre Rabischong à l'I.N.S.E.R.M. de Montpellier), le Dr Marco Romoli (Président du Comité Scientifique de la F.I.S.A., l'équivalent de la F.A.FOR.M.E.C. en Italie).

Après la présentation de la F.A.FOR.ME.C., de la revue *Acupuncture & Moxibustion* et du C.F.A., a été fait le bilan des deux dernières années en France concernant les travaux, livres et autres réalisations connues relatives à l'acupuncture auriculaire. La thèse de Sandra Prieur-Eche, soutenue à Paris en 2002, et insistant sur la qualité de la vie pour évaluer nos pratiques, a été saluée. Le travail mené sous la direction de David Alimi, paru en novembre 2003, et montrant l'effet de l'auriculothérapie dans la douleur cancéreuse versus double placebo, a retenu notre attention.

Trois projets de recherche ont été présentés :

- Tentative de diagnostic en double aveugle de lésions cancéreuses ou précancéreuses par recherche cartographie impédancemétrique des zones et point auriculaires, en collaboration avec une équipe russe (C. Terral & M. Marignan).
- Etude internationale de validation du R.A.C.-V.A.S. (M. Marignan)
- Etude multicentrique au niveau Européen sur l'effet de l'auriculothérapie sur les céphalées et migraines (M. Romoli).

La Commission est restructurée : Yves Rouxville conserve les parties administratives et relatives à la F.M.C., Michel Marignan est chargé de coordonner la recherche et le versant scientifique.

### Conférence de Consensus Grossesse et Tabac

Cette conférence se déroulera à Lille les 7 et 8 octobre 2004. Le Collège Français d'Acupuncture (CFA) est intervenu auprès du comité d'organisation afin d'être associé à son déroulement. Rappelons que les acupunc-

teurs n'avaient pas été conviés à l'élaboration des recommandations de l'Afssaps sur le sevrage tabagique [voir *Acupuncture & Moxibustion* 2003;2(3):170-1].

### Le chevalier blanc anti-secte conseille les sectes moyennant finances

Lors de l'émission de France 3 *Pièces à Conviction* diffusée le 24 mai 2004, consacrée à Landmark Forum, on a appris que le psychiatre Jean-Marie Abgrall, a reçu de cette société la somme de 45 699,49 € pour réaliser un audit interne sur son mode de fonctionnement. Landmark Forum est une société internationale de "formation et de développement", et est considérée comme branche dissidente de l'Eglise de Scientologie. Elle a été classée en France comme secte par la mission d'enquête parlementaire sur les sectes. Jean-Marie Abgrall passait pour la "référence scientifique incontournable des associations antisectes" (*le Parisien*, 28 mai 2004), auteur médiatique de la "Mécanique des sectes" (Payot 2002) et était membre à l'époque de la Mils (Mission interministérielle de lutte contre les sectes). Dans ses livres, il est présenté comme "un des meilleurs experts mondiaux du phénomène sectaire et du conditionnement mental". C'est-à-dire que J.-M. Abgrall a été rétribué et en pleine connaissance de cause pour aider une secte clairement identifiée comme telle à masquer son fonctionnement sectaire.

Rappelons que par ailleurs Jean-Marie Abgrall est l'auteur du livre "Les charlatans de la santé" (Payot 1998)



dans lequel acupuncture et homéopathie sont abordées au milieu de "charlatans véreux". Il manquait dans le livre du psychiatre, expert national agréé par la Cour de Cassation, et expert interministériel un chapitre sur des pratiques psychiatriques charlatanesques, un autre sur les psychiatres experts auprès des tribunaux spéciali-

sés dans les rapports véreux et un autre encore sur la vénalité et l'absence d'éthique des experts ministériels.

## “Médecines alternatives, dangers potentiels, selon l’OMS”

Le Quotidien “Libération” indique brièvement que “l’OMS met en garde contre les dangers potentiels des médecines alternatives et traditionnelles, et préconise une meilleure information des consommateurs”. Le quotidien remarque en effet que “plantes médicinales, acupuncture et autres médecines alternatives sont en plein boom dans tous les pays, ce qui entraîne de plus en plus d’effets secondaires, selon l’organisation onusienne”. Libération précise que “sans remettre en cause les bénéfices de ces thérapies,

l’OMS appelle à leur rationalisation, par des guides de bonnes pratiques”. Le communiqué de l’OMS a été ainsi largement repris dans l’ensemble de la presse française. Il s’agit en fait de recommandations à l’usage des consommateurs (voir le résumé des points principaux). En ce qui concerne l’acupuncture, cela porte sur la qualification des praticiens, et le conseil de se référer quant aux indications à la publication de l’OMS : *Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials*. Geneva, World Health Organization, 2002.

### Principes directeurs de l’OMS relatifs à l’information du consommateur sur l’usage rationnel des médicaments traditionnels, complémentaires et alternatifs

#### Résumé des principaux points

*Politiques pouvant être mises en place par les pouvoirs publics :*

- Veiller à fournir aux consommateurs des informations suffisantes sur l’efficacité et l’innocuité des produits ainsi que les contre-indications
- Instituer des filières adaptées pour permettre aux consommateurs de signaler les réactions indésirables aux médicaments et les faire connaître
- Organiser des campagnes de communication pour apprendre aux consommateurs à discerner la qualité des services qu’ils reçoivent
- Faire en sorte que les praticiens soient dûment qualifiés et accrédités
- Encourager les échanges entre praticiens traditionnels et classiques
- Autoriser le remboursement par les assurances des thérapies et des produits non conventionnels pour lesquels on dispose d’une base de connaissances valable

*Structures et méthodes du système de santé susceptibles de promouvoir*

*une amélioration de la qualité et de la sécurité :*

- Elaboration de normes de qualité et de recommandations thérapeutiques pour assurer l’uniformité dans un système de santé particulier
- Normalisation des critères de formation et de compétence pour les praticiens afin d’accroître la crédibilité des pratiques traditionnelles ou alternatives et la confiance des consommateurs
- Collaboration entre dispensateurs de soins classiques et traditionnels ou complémentaires afin d’améliorer les résultats du traitement, mais aussi de promouvoir la réforme du secteur de la santé
- Organisation des tradipraticiens ou praticiens de la médecine alternative afin de mieux structurer les mécanismes d’autoréglementation

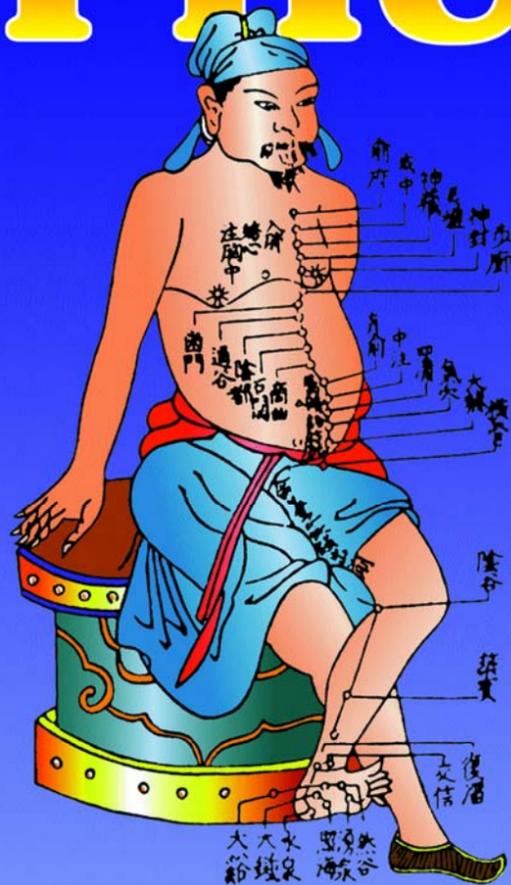
*Questions que les consommateurs doivent se poser :*

- Le traitement est-il adapté à la maladie ou à l’affection dont ils souffrent ?
- Le traitement est-il susceptible de prévenir, de soulager et/ou de guérir les symptômes ou de contribuer de toute autre façon à améliorer la santé et le bien-être du consommateur ?
- Le traitement ou les médicaments à base de plantes sont-ils dispensés par un praticien de médecine traditionnelle, complémentaire ou alternative qualifié ou autre praticien possédant une formation adéquate, les compétences et les connaissances voulues, et de préférence accrédité et diplômé ?
- La qualité des produits ou médicaments à base de plantes a-t-elle été vérifiée et quelles sont les contre-indications et précautions à respecter ?
- Le prix des traitements ou médicaments à base de plantes est-il compétitif ?

ÉTABLISSEMENTS

# PHU-XUAN

Importateur



## FOURNITURES GÉNÉRALES POUR ACUPUNCTURE, MOXIBUSTION & MAGNÉTHÉRAPIE

Tout ce dont vous avez besoin pour l'acupuncture  
(aiguilles, moxas, mannequins, planches, appareils, livres)

**Réflexothérapie,  
auriculothérapie,  
massage énergétique,  
produits diététiques chinois  
et livres sur la Médecine Chinoise.**

8, rue Monsieur Le Prince, 75006 PARIS – Tél : 01 43 25 08 27, Fax : 01 46 33 90 11  
Site internet : [www.phuxuan.com](http://www.phuxuan.com) – Email : [phuxuan@wanadoo.fr](mailto:phuxuan@wanadoo.fr)

Ouvert de 9h à 18h30, du lundi au samedi inclus

les 26 et 27 novembre 2004 - International Space University - Strasbourg

**Fédération des Acupuncteurs  
pour la FORMation MEDicale Continue**

## F.A.FOR.ME.C. 2004

Gynécologie & Obstétrique

Congrès ouvert aux médecins et aux sages-femmes



# nécologie & Obstétri

**Président d'honneur :** Pr Israël Nisand - Professeur de Gynécologie-Obstétrique - CHU Strasbourg

**Président :** Pr Jacques Kopferschmitt - Président de la Société Francophone de Médecine d'Urgence - Chef de service des Urgences - Strasbourg

**Co-présidents**

- Dr Christian Mouglalis  
Président de la F.A.FOR.ME.C - Nantes  
- Dr Christian Rempp  
Président du Collège Français d'Acupuncture  
(CFA) - Strasbourg

**Comité scientifique**

- Dr Johan Nguyen  
- Dr Christian Rempp

**Comité d'organisation**

- Dr Christian Rempp  
- Dr Jean-François Ménard  
- Dr Annick Bigler  
- Dr Nathalie Seignot-Woelffel  
- Dr Dominique Uhrweiler  
- Dr François Petitjean  
- Dr Eric Salva  
- Dr Laurence Nérison  
- Dr Isabelle Grandgirard



En partenariat avec le Département d'Éducation Permanente  
de l'Université Louis Pasteur

[www.faformec2004.com](http://www.faformec2004.com)

Conception [www.zevisia.com](http://www.zevisia.com)

Organisateur  
**OCNA Strasbourg**  
2 boulevard du Président Edwards  
67000 Strasbourg

Correspondance et inscription  
**Congrès Louis Pasteur - F.A.FOR.ME.C**  
19 rue du Maréchal Lefebvre  
67100 Strasbourg  
Tél. : 03 90 24 49 40 - Fax : 03 90 24 49 41  
[congres@adm-ulp.u-strasbg.fr](mailto:congres@adm-ulp.u-strasbg.fr)