

**D.I.U. de MESOTHERAPIE,
Université Paris VI- Faculté de la Pitié Salpêtrière
Professeur M. Perrigot, Dr D. Laurens.
Année 2006-2007**

MEMOIRE

**TRAITEMENT DES CERVICALGIES
COMMUNES PAR MESOTHERAPIE :
Etude descriptive à propos de 27 cas**

**Isabelle GIANNETTA, médecin généraliste
Isabelle HARISBOURE- de SAINT-JORES, médecin généraliste
Carole HERBIN, médecin généraliste
Hervé PAULIN, médecin généraliste
Patrice PINET, médecin généraliste**

TABLE DES MATIERES

I – Introduction	p 2
II – Les cervicalgies communes	p 3
A – Définition	p 3
B – Rappels anatomiques	p 3
C – Démarche diagnostique	p 5
1 – Examen clinique	p 5
2 – Elimination d’une cervicalgie secondaire	p 6
3 – Classification des cervicalgies communes	p 7
III – Matériel et méthode	p 8
A – Objectifs	p 8
B – Déroulement de l’étude	p 9
C – Critères du traitement par mésothérapie	p 10
D – Outils d’évaluation	p 11
E – Notre série	p 13
IV – Analyse des résultats	p 19
V – Discussion	p 21
VI – Conclusion	p 24
VII – Bibliographie	p 25
Annexe	p 27

I - INTRODUCTION

Les cervicalgies communes sont un motif fréquent de consultation en médecine générale.

Après des rappels de sémiologie et d'anatomie, nous proposons une enquête descriptive sur le traitement des cervicalgies communes par mésothérapie.

Les cas cliniques sont rapportés par cinq praticiens.

Il s'agit d'une étude permettant d'évaluer le traitement par mésothérapie pour des cervicalgies communes d'étiologies diverses.

II – LES CERVICALGIES COMMUNES

A - DEFINITION :

La cervicalgie commune caractérise les douleurs qui naissent dans le cou, pouvant s'étendre sur toute la surface des muscles trapèzes et qui peuvent irradier vers les membres supérieurs.

Les irradiations des douleurs cervicales peuvent aller de l'angle supéro-interne de la scapula pour l'étage C4-C5 jusqu'à la pointe de la scapula pour C7-T1.

Pour rappel, les deux fonctions principales du rachis cervical sont le soutien de la tête (fonction céphalophore) et son orientation dans l'espace (fonction céphalogyre).

Le rachis cervical est également une zone anatomique riche en capteurs proprioceptifs dont le rôle est capital dans la régulation du tonus musculaire et des réflexes posturaux.

On distingue trois types de douleurs :

- douleurs locales ou loco-régionales : avec lésions dans le territoire cutané
- douleurs rapportées avec lésions du tronc nerveux (dysesthésies, signes sensitifs, signes moteurs)
- douleurs référées avec pour origine des douleurs aux niveaux des apophyses articulaires, des ligaments ou des muscles. La douleur naît dans un métamère et est référée dans un dermatome ou un myotome.

B - RAPPELS ANATOMIQUES :

1 – LES VERTEBRES :

Le rachis cervical se compose de 7 vertèbres et présente une courbure convexe vers l'avant.

Les deux premières vertèbres cervicales, l'atlas et l'axis sont très différentes des autres. Il n'y a pas de disque entre elles. L'atlas s'articule avec l'occipital en haut par deux larges surfaces articulaires, les masses latérales de l'atlas. Dans cette articulation se consomme la moitié de la flexion-extension du rachis cervical.

L'atlas s'articule en bas avec l'axis et en avant avec l'apophyse odontoïde de l'axis, qui centre les mouvements de rotation existant entre ces 2 vertèbres. L'appareil ligamentaire est complexe et fragile.

Le premier disque cervical est entre C2 et C3.

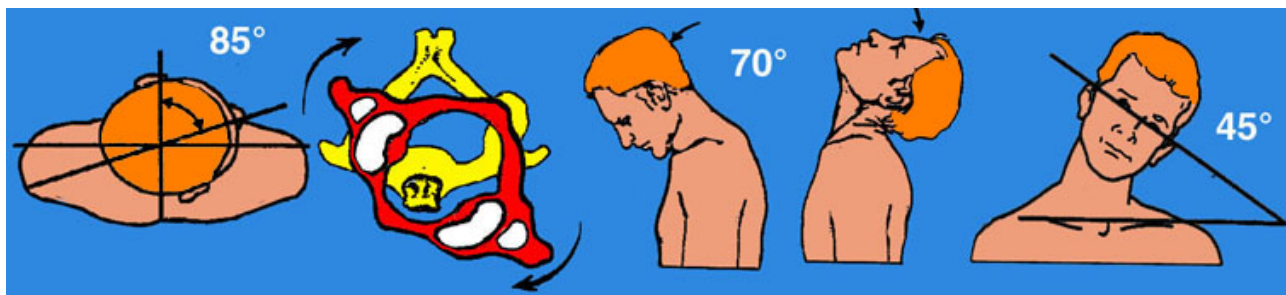
Les autres vertèbres cervicales se ressemblent toutes: elles présentent un corps vertébral s'articulant avec le voisin par les apophyses unciformes et par le disque. Latéralement, deux pédicules relient le corps à l'arc postérieur, qui comprend deux apophyses articulaires, des apophyses transverses, des lames et une apophyse épineuse.

La moelle épinière, protégée par l'arc postérieur, envoie à chaque étage 2 racines symétriques. La première est située entre l'occipital et l'atlas. Chaque racine prend donc le numéro de la vertèbre qui est sous-jacente. Chaque racine traverse le foramen ou trou de conjugaison correspondant.

La moitié de la rotation du rachis cervical se consomme dans l'articulation atlas axis. La rotation est importante aussi, entre chacune des vertèbres cervicales, grâce aux facettes articulaires presque horizontales. La rotation globale est de 170° .

La flexion-extension globale est normalement de 120°

Les inclinaisons latérales sont de 45° .



2 – LES MUSCLES :

a - dans la région antérieure du cou, on retrouve :

- le groupe profond médian : avec le long du cou, le petit droit antérieur et le grand droit antérieur.
- le groupe profond latéral : avec les scalènes et les intertransversaires du cou.

b - dans la région postérieure, on retrouve :

- le plan profond est composé par le petit droit postérieur, le grand droit postérieur, le grand oblique, le transverse épineux et les inter épineux du cou.
- le plan des complexus : avec les grand et petit complexus, le transverse du cou et la partie cervicale du sacro-lombaire.
- le plan des splenius et de l'angulaire, au dessus des complexus, comprend le splenius et l'angulaire.
- le plan superficiel est composé du trapèze.

C - DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

1 – EXAMEN CLINIQUE

a – interrogatoire du patient :

- sur l'ancienneté de la douleur, la gêne, l'existence ou non d'une douleur nocturne, les circonstances de survenue, la conséquence sur le travail.
- la prise ou non de médicaments, et les différents traitements déjà essayés.
- on donne au patient une échelle visuelle pour chiffrer sa douleur à chaque consultation.

b- examen clinique :

- attitude vicieuse antalgique, ou rectitude cervicale.
- recherche des amplitudes : flexion, extension, latéro flexions droite et gauche, rotations droite et gauche ; on peut les consigner dans le schéma en étoile du Docteur Maigne, et en côtant la douleur de 0 à +++.
- palpation de la peau à la recherche de cellulopathies ou cellulalgies.
- recherche des points douloureux au palper :
 - .tensions musculaires avec recherche des cordons myalgiques et des points détente de Travell.
 - .examen segmentaire : douleur du ligament interépineux, des articulaires postérieures, des muscles et des ligaments latéro vertébraux de chaque vertèbre douloureuse (SID (souffrance intervertébrale dégénérative)ou DIM (dérangement intervertébral mineur)).

.points plexiques du Docteur Mrejen : plexus cervical supérieur et plexus cervical inférieur .

- recherche de signes de souffrance neurologique : ROT, troubles de la sensibilité ou moteurs

TABLEAU : Diagnostic topographique d'une atteinte radiculaire du membre supérieur

racine	réflexe	Déficit moteur	Territoire sensitif
C5	Bicipital	Abduction du bras, rotateurs de l'épaule	Moignon de l'épaule, face externe du bras
C6	Stylo-radial	Flexion du coude (long supinateur), supination, flexion du pouce	Face externe du membre supérieur jusqu'au pouce
C7	Tricipital	Extension du coude, du poignet, des doigts, pronation	Face postérieure du membre supérieur jusqu'aux 2è et 3è doigts
C8/T1	Cubito-pronateur	Flexion et écartement des doigts	Face interne du membre supérieur jusqu'aux 4è et 5è doigts

c- examens complémentaires :

Peuvent être demandés en fonction du tableau clinique un bilan radio standard à savoir rachis cervical de face, de profil et de ¾ ; un scanner ou une IRM ainsi qu'un bilan biologique (surtout pour éliminer une pathologie secondaire).

2 - ELIMINATION D'UNE CERVICALGIE SECONDAIRE

Les éléments d'orientation vers une cervicalgie secondaire sont recueillis lors de l'anamnèse et à l'examen clinique ; ces sont :

- des antécédents de pathologies tumorales, infectieuses, inflammatoires.
- une fièvre, une altération de l'état général.
- une franche limitation des mobilités à l'examen clinique.
- des anomalies à l'examen neurologique.

Les principales étiologies des cervicalgies secondaires :

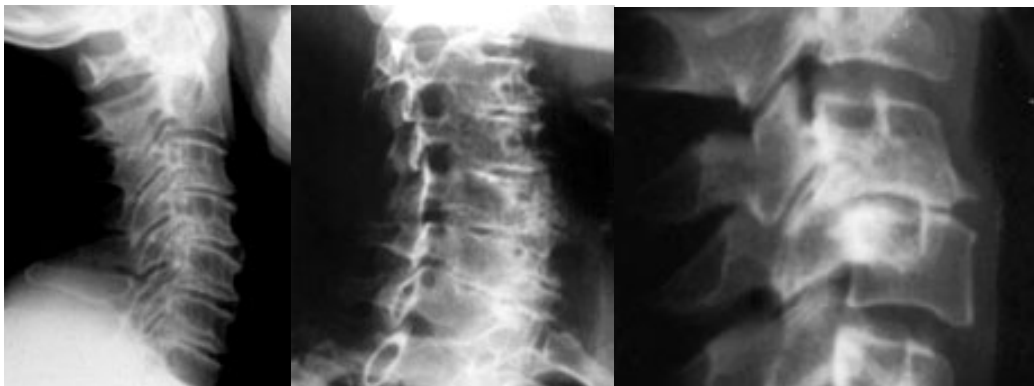
- une spondylodiscite infectieuse
- une tumeur osseuse
- une tumeur intracanaulaire ou dans la fosse postérieure
- des localisations cervicales de polyarthrite rhumatoïde
- une spondylarthropathie
- une pseudo polyarthrite rhizomélique

- une poussée microcristalline à hydroxyapatite ou pyrophosphate de calcium
- une syringomyélie
- la dissection d'une artère du cou
- post-traumatique

3 - CLASSIFICATION DES CERVICALGIES COMMUNES

a – cervicalgies du sujet porteur de lésions arthrosiques :

L'uncocervicarthrose est fréquente dans les espaces entre C4 et T1.



La complication la plus grave est la myélopathie cervicarthrosique. A l'examen clinique, on recherche des signes lésionnels avec des paresthésies et une amyotrophie des petits muscles de la main, et des signes sous lésionnels avec une fatigabilité à la marche, des réflexes vifs et des troubles sphinctériens.

b - cervicalgies psychosomatiques

Elles surviennent sur un terrain psychopathologique mineur, avec tendance dépressive et réveils nocturnes fréquents. L'asthénie est matinale avec d'emblée des cervicalgies.

c- cervicalgies posturales bénignes

Elles concernent très souvent la femme jeune, avec un long cou et peu musclé. Elles sont favorisées par des postures prolongées la tête penchée en avant. Les douleurs augmentent en fin de journée. Des périodes d'accalmie sont possibles avec le repos et les changements d'activités.

d - cervicalgies articulaires

Elles sont liées à un désordre articulaire appelé dérangement intervertébral mineur par l'école ostéopathe de Robert Maigne. L'élément clinique dominant est l'existence d'un secteur articulaire limité et douloureux.

e - la névralgie cervicobrachiale :

Elle est la complication la plus fréquente des cervicalgies communes. Elle est due à la compression possible des 4 dernières racines cervicales (C5 à C8) et parfois de la 1^{ère} racine thoracique. La topographie de l'irradiation douloureuse doit être précise. L'examen neurologique sera complet à la recherche d'un déficit moteur et sensitif.

f - le torticolis :

De début souvent brutal, la douleur est vive au niveau d'un muscle, accompagnée d'une impotence fonctionnelle marquée et responsable d'une attitude vicieuse en flexion et rotation.

III – MATERIEL ET METHODE

A – OBJECTIFS :

Le but de cette étude est modeste. Il est d'apprécier l'utilité et la pertinence d'un traitement par mésothérapie dans des cas variés de cervicalgies aiguës ou chroniques et de nous permettre d'établir quelques hypothèses pour un traitement optimal des cervicalgies par cette méthode.

Pour cela, nous avons exclu les cervicalgies d'origine secondaire.

Pour permettre une exploitation statistique, même modeste, nous avons procédé selon une démarche en plusieurs étapes :

- un examen clinique de départ rigoureux
- une évaluation de la douleur notée de 1 à 100, subjective, mais dont la valeur est surtout dans son évolution d'une séance à l'autre ;
- le schéma en étoile de Robert Maigne en notant le degré de douleur de 0 à 3 +++ ;
- une sémiologie assez précise des points ou des zones douloureux (points de SID), notamment les points gâchettes de Travell, et l'existence de cellulalgies ou cellulopathies ;
- un diagnostic étiologique principal :
 - par la clinique : DIM, NCB, Torticolis, rhumatisme ;
 - par les examens complémentaires : radios ou biologie.
 - une évaluation de l'efficacité thérapeutique de chaque séance :
 - par des critères subjectifs : échelle de la douleur, satisfaction du patient ;

- par des critères objectifs : mobilité, évolution de la douleur à la mobilisation passive ;
- en fonction de la technique, des produits utilisés, et de la durée entre les séances successives.

B – DEROULEMENT DE L' ETUDE :

Notre groupe comprend 5 praticiens généralistes aux activités diversifiées (médecine générale, médecine d'urgence, médecine du sport, homéopathie et ostéopathie) certains pratiquant la mésothérapie depuis plusieurs années, et d'autres la découvrant.

Etant donné cette diversité de pratiques nous n'avons pas retenu de protocole commun strict pour le traitement des cervicalgies rencontrées, ce qui nuit évidemment à l'exploitation statistique.

Nous avons recruté dans nos cabinets respectifs entre Octobre 2006 et Mars 2007, toutes les cervicalgies communes qui se sont présentées. Au total, nous avons ainsi reçu 27 cas que nous avons décidé de traiter par mésothérapie.

Pour chaque patient et à chaque séance, nous avons rempli une fiche (cf en annexe) avec différents items : diagnostic, âge, sexe, traitements associés, produits utilisés, technique d'injection, tolérance, EVA, satisfaction.

C – CRITERES DU TRAITEMENT PAR MESOTHERAPIE

Ils ont été réalisés avec les produits classiquement utilisés, adaptés à notre recrutement de patients souffrant de cervicalgies. Les mélanges de produits et les techniques ont été appliqués selon un choix individuel, reflet de notre pratique usuelle.

1 – LES MESURES D'HYGIENE :

Toutes les mesures d'hygiène et d'aseptie sont respectées :

- lavage des mains soigné, réalisé devant le patient
- désinfection de la peau avec de la Biseptine®
- utilisation de matériel à usage unique (seringue, trocart, aiguille) pour chaque patient
- les séances ont été réalisées soit par techniques manuelles soit par technique assistée
- port de gants.

2 – LES PRODUITS :

Ils sont variables en fonction du type de cervicalgie ; nous avons utilisé de la lidocaïne à chaque séance, associée à :

- piroxicam : pour son action anti-inflammatoire
- thicolchicoside : en cas de contracture ; et pour son dérivé soufré utile dans le cadre de l'arthrose
- calcitonine®100U : à titre antalgique et dans le cadre des douleurs anciennes
- pidolate de magnésium : si facteur psychoémotionnel marqué
- Hydrosol PolyVitaminé BON® : supplémentation vitaminique
- Pentoxyfilline : à visée microcirculatoire, vasodilatateur dans le cadre d'une arthrose.

3 – EXEMPLES DE MELANGES :

Selon l'origine de la cervicalgie, les mélanges sont variables en fonction du praticien et en fonction des séances (adaptation au tableau clinique).
Cf en annexe.

4 – TECHNIQUE :

Elle est mixte. Nous avons utilisé l'IDP (intra dermique profonde) sur les points douloureux et points plexiques, et l'IED (intra épidermique) sur les cellulopathies.

5 – POINTS D'INJECTION :

Nous utilisons deux types d'aiguilles : 0,3x13 mm pour la technique IED et les 0,4x 3 mm pour la technique IDP.

Les points douloureux cervicaux et les points plexiques satellites piqués sont :

- point inter épineux sur la ligne médiane
- point articulaire postérieur à 1,5cm de la ligne médiane
- points para vertébraux à 5 et 8cm de la ligne médiane(tendinomyalgie)
- points plexiques satellites
- points musculaires douloureux (trigger point)
- zones de cellulopathies

6 – RYTHME DES SEANCES :

Chaque patient est examiné et traité à J0-J7-J14 et parfois J28 (avec quelques variantes possibles : J4-J30-J45-J60).

7 – TRAITEMENTS ASSOCIES :

Leur prescription dépend des antécédents, de l'histoire clinique et de l'examen initial de chaque patient. Ils sont variables en fonction des habitudes de chaque praticien : kinésithérapie, orthèse cervicale, manipulation ostéopathique, AINS per os, antalgiques de palier 1 ou 2.

D – OUTILS D'ÉVALUATION

1 – INTERROGATOIRE

Le patient est interrogé à chaque consultation pour réévaluer sa douleur

2 – EXAMEN CLINIQUE

Le patient est réexaminé à chaque consultation de suivi.

3 – ECHELLES DE MESURE D'INTENSITE DE LA DOULEUR

La douleur est par définition un phénomène subjectif. Reconnaître ce fait aide à mieux comprendre pourquoi le malade est le véritable expert (ou juge) pour apprécier l'intensité de sa douleur. Les méthodes proposées visent donc à standardiser au mieux les conditions de recueil de la description de la douleur par le malade. Le but est d'objectiver, c'est-à-dire de rendre « visible » un phénomène subjectif qui, sans cette médiation, reste difficile à communiquer à un observateur extérieur.

Trois types d'échelles se proposent d'apprécier globalement l'intensité de la douleur ou son soulagement : échelle verbale simple, échelle numérique, échelle visuelle analogique. Ces outils sont considérés comme « validés » car ils répondent à 3 qualités métrologiques (validité, fidélité, sensibilité au changement).

Ces échelles ont l'avantage commun de rendre possibles des mesures rapides, répétées qui permettent d'étudier l'évolution dans le temps et la réponse au traitement.

L'échelle visuelle analogique (EVA) est souvent préférée du fait de sa plus grande sensibilité liée au plus grand nombre de réponses possibles. Elle se présente sous forme écrite ou, plus couramment, de réglette qui concrétise auprès du malade une sorte de « thermomètre » de la douleur. Une extrémité correspond à la douleur absente " je n'ai pas mal ". Plus le trait

est proche de cette extrémité, moins la douleur est importante. Une extrémité correspond à la douleur maximum imaginable. Plus le trait est proche de cette extrémité, plus la douleur est importante. L'intensité de la douleur est mesurée en millimètres par la distance entre la position de la croix et l'extrémité « pas de douleur ». Le chiffre est arrondi au millimètre le plus proche et noté de 0 à 100.

E-NOTRE.SERIE

Cas n°	diagnostic	atcdts	Ex.clin.J0	Ex.compl.	séances	produits	technique	TTT associés	Ex.clin. final	EVA sur 100	Tolérance	Satisfact°
1	Torticolis	H,17 ans Sans atcdt	Contracture trapèze D	0	J0 – J2	Lido/pirox/thio Lido/miorel	IDP IED	Collier cervical Etirements chez le kiné	Pas de douleurs	J 0 = 80 J 2 = 0	TB	Très satisfait
2	SID C5-C6 Et C6-C7	F, 22ans Atcd : cervicalgies	DI C5-C6 et C6-C7 avec dl projetées	0	J0-J5-J12	Lido / thio /calci	IDP IED	0	Pas de dl	J0 = ? J5 = 40 J12 = 0	TB	Très satisfaite
3	SID C5-C6 Et C6-C7	H, 48 ans	DI C5-C6 et C6-C7 + pt ss scapul D	Rx = N	J0 – J7	Lido/torental/ thio	IDP IED	0	J7= dl idem Perdu de vue	J0= 50 J7= 50	TB	Indifférent
4	SID C2-C3 Et C3-C4	F, 22 ans	Signe du peigne Céphalée, cellulalgies 2 trapèzes	0	J0-J7-J14 – J28	Lido/pirox/ thio Pidolate de mg -thio	IDP IED	Kiné 12 séances + manipulation	Pas de dl	J0 = ? J7 = ? J14 = ? J28 = 0	TB	Très satisfaite
5	Fibromyalgie cervicalgie	F, 52 ans Atcd= hernie disc C6-C7	DI C7-D1	0	J0 – J7	Lido/calci Lido/ thio	IDP IED	Ttt de fond par antidépresseur	Pas de dl	J0 = ? J7 = ?	TB	Satisfaite

6	SID C4-C5 Et C5-C6	F, 40 ans	Dl inter épín C4-C5 + dl épín C5-C6 Cellulalgie trapèze G,épicondylal gie G	Rx= cevicarthrose C5-C6	J0-J7-J14	Lido/calci/pirox Lido/ thio /calci	IDP IED	Ostéopathie avec étirements	J7= J14= pas de dl	J0= ? J14 = ?	B	Satisfait
7	Torticolis depuis 24h, suite port de charge	H, 54 ans Cervicalgies non traitées auparavant	Cou bloqué, contrac tures par vert.de C1 à C6 ; cellulalgie trapèze sup D	0	J0-J4-J8	Lido/piroxicam/thio	IDP et IED	Collier cervical jusqu'à J4	J8 = amélioration J30= pas de méso ; examen clinique normal	J0 = 90 J8 = 20 J30 = 0	TB	Très satisfait
8	NCB C6 Dte depuis 10 j (suite port enfants en bas âge)	F, 38 ans Atcd = 0	Dl de C1 à C7 ; trajet C6 D	Rx = discrète arthrose + ostéophytes ant étagés	J0 - J8 - J15	Lido/piroxicam/calci	DHD	0	J 15= amélioration J 30= pas de méso, pas de symptômes	J0 = 50 J15= 10 J 30 = 0	TB	Très satisfaite
9	SID C4 C5 C6 Depuis 4 mois	H , 38 ans	Douleurs articulaires post myalgies latérales irradiantes vers épaules	RX RAS	JO J7	Lidocaine Piroxicam Thio	DHD et IED	0	J7 amélioration	J0 =50 J7 =30	B	Satisfait
10	Cervicarthrose Poussée depuis 15jours	F 58 ans	Dleur inter épineuse C4C5C6 Art post C5C6	Cervicarthrose C4C7	JO J7 J14	Lidocaine Piroxicam Calcitonine	IDP et IED	0	J7 amélioration J14 stable	JO =80 J7 =50 J14 =30	B	Satisfaite
11	Dim C4-C5 Dt depuis 1 mois (suite cours de gym ?)	F, 28 ans atcd=0	Dl nocturne Dl art post C4-C5 Dte + dl pt cerv inf Dt, pas de cellulalgie	Rx= N	J0 - J7- J14	Lido/piroxicam	IDP	Ostéopathie : 2 séances sans résultat	J 14 = ex.clin. identique ; mise sous AINS per os	J0 = 22 J14=20	TB	Non satisfaite
12	Arthrose douloureuse depuis 1 mois	H, 40 ans Discopathie lombaire	Dl C5-C7 (épineuse)+ 2 trapèzes	Rx= pincement C5-C6 et C6- C7	J0-J9-J23	Procaine/piroxicam/ thio	IDP	0	J 23 = pas de douleur , soulagé après J9	J0= 53 J23= 0	TB	Très satisfait

13	Arthrose douloureuse depuis 2 jours Avec NCB	F, 52 ans Chir hernie disc lomb Ostéoporose NCB il y a 1 an	Rachis « bloqué » par la douleur. NCB droite DI C7+++ (épineuse)	Rx = arthrose de C3 à C6, ostéophyte sur trou de conjug C5-C6 Dt	J0-J5-J12-J27 -J42-J60 Méso en entretien	Lidocaine/calcitonine/thio (ou pentoxy)selon les séances	IDP IED	Collier cervical de J0 à J4	J42= disparition NCB depuis 15jours J60= douleur de SID C5-C6	J0 =88 J27= 40 J42=43 J60=30	TB	Satisfaite
14	Arthrose depuis 1 mois avec névralgie d'Arnold	F, 69 ans NCB en 2005	DI en latéro flexion Dte et rotation Dte DI épineuses de C2 et C5et art post Dte de C5 ; névralgie Arnold, pas de cellulagie	Rx = discopathie C5-C6 et C6-C7	J0-J7 Perdue de vue ensuite	Lido/piroxicam (ou pentoxy) / calcitonine	IDP	0	J7 = amélioration de la douleur, disparition névralgie arnold	J0 = 52 J7 = 38	TB	Satisfaite
15	Torticolis depuis 4 jours	H, 41 ans	DI trapèze G		J0-J5	Procaine/piroxicam/thio	IDP IED	Arrêt de travail (chauffeur)	J5 = trapèze G un peu douloureux ; douleur disparue à J9	J0 = 62 J5 = 35 J9 = 0	TB	Satisfait
16	Arthrose depuis plusieurs années (crises chaque hiver)	F, 49 ans Entorse cervicale en 1999 ;arthrose cervicale	Mvts limités surtout lat et rotation D ; DI C2-C3 (épin et art postD) + trapèze D	Rx = cervico-discarthrose C5-C6 et C6-C7 ; pincements discaux ; ostéophytes	J0-J7-J21-J30	Lido/piroxicam (ou thio)/ calcitonine	IDP IED	Ostéopathie régulière	J 30 = mouvements de lat et rotation moins douloureux ; se sent gênée seulement ; passage en séances d'entretien tous les 15 jours	J0 = 51 J30=38	TB	Très satisfaite
17	Arthrose depuis 1 mois (suite soins dentaires)	F, 56 ans Entorse cervicale ;lom balgies	Limités en lat flexion et rotations D et G ; DI de C1 à C7 ; cellulalgies ; DI trapèzes et SCM		J0- J7- J14-J30- J45	Lido/piroxicam/thio (ou calcitonine)	IDP IED	0	J 45 = mouvements non limités; douleur modérée C3-C4-C5	J0 = 62 J45 = 9	TB	Très satisfaite

18	Arthrose depuis plusieurs semaines	F, 60 ans	DI latéro flexion D ; DI C2-C4 + SCM et trapèzes G ; névralgie d'Arnold	Rx= arthrose C5-C7	J0-J10-J30-J40- J 60	Lido/calcitonine/thio (ou pentoxy)	IDP IED	0	J40= dl C3 gauche, névralgie en diminution J60= guérie	J0= 35 J10= 19 J30=50 J40=30 J60=0	TB	Satisfaite
19	DIM C3C4; arthrose	F 42 ans ; chute de cheval ancienne	DI nocturne, céphalées ; épineuses C3C4 ; art. post. C2-C3G et C3-C6 ; trapèze et SCM D ; cellulalgie D et G	Rx ; IRM : arthrose C5-C6 avec protrusion discale	J1-J8-J14	Lido / thio /calcitonine /vitamines	IDP	0		J1 = 60 J8 = 40 J15 = 10	Mo yen ne	Satisfaite
20	Crise aiguë d'arthrose sévère	F 78 ans Scoliose et arthrose dorso-lombaire avec bloc congénital L1L2	DI nocturne Epineuses C4-C7 ; art. post. C3-C6 ; Arnold ; Trapèze et SCM D et G ; cellulalgie D et G	Radio : Arthrose évoluée avec ostéophytose	J1-J9	Lido/ thio / piroxicam ; vitamines	IDP IDS	Décontracturants ; AINS ; antalgiques niveau 2		J1=35 J9=30	TB	Indifférente
21	Cervicalgie C3-C4	H, 45 ans	contracture trapèze D, dl C3-C4	Rx= N	J0-J7-J14-J28	Lido/pirox/calci Lido / thio	IDP IED	Kiné	J28 = récupération des amplitudes, peu de dl	J0= ? J 28 = 20	TB	Satisfait
22	arthrose	F, 64 ans	DI C2->C6, dl trap et ss scap D	Rx = cervicarthrose	J0-J7-J14-J28	Lido / pirox/calci Lido / thio	IDP IED	Ostéopathie Kiné	Plus de dl	J0 = 40 J14= 10 J 28= 0	TB	Très satisfaite
23	Arthrose	H, 61 ans	DI C4-C5-C6	Rx = cervicarthrose	J0-J7	Lido/pirox/calci Lido/ thio	IDP IED	Paracétamol 1g x 3	J14 = pas de dl	J 0= 100 J 7= 50 J14= 0	TB	Satisfait

24	Arthrose	F, 60 ans	Dl de C2à C6 + céphalée	Rx = cervicarthrose	J0 – J7 Perdue de vue jusqu'à J21, reprise de la méso à J28	Lido/pirox/calci Lido/thio	IDP IED	Paracétamol : 3 g par jour	J 7 : amélioration	J0 = 80 J 7= 50 J21=0 J28=30	TB	satisfaite
25	Arthrose migraine	F, 77 ans migraines	Dl nocturne épin C2C3 et C6 C7, art post C6-C7D, trapèze G, interépin C2-C3 et C6-C7	Rx = cervicarthrose	J0-J4-J9-J17	Lido/pidolate de mg / calci/ pirox/ pentoxy	IDP	Antimigraïne ux	Meilleure mobilité, migraines – fréquentes	J0= 90 J4= 90 J9=70 J17=60	TB	Très satisfaite
26	Arthrose cyphose cervicale	H, 87 ans	Dl épin C5 et C7, art post de C2 à C6 , interépin de C2 à C6 ; SCMD et G	0	J0 – J4	Lido/ thio / calci	IDP IED	Antalgique niveau 1	Meilleure mobilité , moins dl	J0 = 50 J4 = 45	TB	Satisfait
27	Cervicarthrose	F , 45 ans Fibromyalgie	SID C5 –C6 D SCMD	Rx = cervicarthrose C4 à C7 et uncarthrose C5-C6	J0- J4-	Lido/thio/ pirox	DHD IED	Collier cervical Ostéopathie	Amélioration mobilité	J0= 80 J4= 60	B	Satisfait

IV – ANALYSE DES RESULTATS

Les cas cliniques :

- Cervicarthrose : cas 8,10,12,13,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26 et 27 : 15 cas sur 27 (55,50%)
- Origine articulaire : cas 3, 4, 6, 9, 11, 19 et 21 : 7 cas sur 27 (25,92%)
- torticolis : cas 1, 7 et 15 : 3 cas sur 27 (11,11%)
- Posturale bénigne : cas 2 : 1 cas sur 27 (3,72%)
- Fibromyalgie : cas 5 : 1 cas sur 27 (3,72%).

Age moyen : 49,74 ans (extrêmes : 17 et 87 ans).

Sexe : femmes (66%), hommes (33%).

Nombre moyen de séances :

- toutes pathologies confondues : 3 séances.
- Torticolis : 2,33 séances.
- Arthrose : 3,33 séances.
- Articulaire : 3 séances.
- Posturale bénignes : 3 séances.
- Fibromyalgie : 2 séances.

Examens complémentaires : réalisés dans 19 cas sur 27.

Produits utilisés :

- lidocaïne : 25 fois sur 27.
- piroxicam : 20 fois sur 27.
- thiocolchicoside : 21 fois sur 27.
- calcitonine : 17 fois sur 27.
- vasodilatateur (pentoxifylline) : 5 fois sur 27.
- mag 2 : 2 fois sur 27.
- complexe vitaminé HPV : 2 fois sur 27.

Techniques : mixte : 21 fois sur 27 (77,77%)

Traitements associés : présents dans 16 cas sur 27 (62%).

- kiné ou ostéopathie : 7 cas
- collier cervical souple dans 4 cas.
- Antalgiques niveau 1 : dans 5 cas.

L'EVA : seuls les cas cliniques avec EVA chiffrés peuvent être analysés

- pour les cervicalgies sur arthrose :
 - cas n° 8,10,22,23,25, à J15 (après 1 séance), l'EVA chute de 30%
 - cas n°8,13,16,18,22,24, à J30 (après 2 séances), l'EVA chute de 45% par rapport à J0

- cas n°13,17,18, à J45 (après 5 séances), l'EVA chute de 45,65% par rapport à J0.
- Pour les cervicalgies non arthrosiques :
- Cas n°9,19, à J8 (après 1 séance), l'EVA chute de 25,45%
- Cas n° 11 et 19, à J15 (après 2 séances), l'EVA chute de 19% par rapport à J0.
- Pour les torticolis :
- Cas n°1,7,15, à J4 (après 1 séance),l'EVA chute de 76,89% .

Tolérance :

- bonne ou très bonne dans 26 cas sur 27 (96,29%)
- moyenne pour le cas n° 19 (injections douloureuses)

Satisfaction :

- patients satisfaits ou très satisfaits : 24 cas sur 27 (88,8 %).

V - DISCUSSION

1 - Evolution de notre pratique de mésothérapie :

Notre travail a été réalisé par cinq médecins généralistes aux habitudes de prise en charge différentes, mais inscrits au DIU de mésothérapie pour l'année 2006-2007.

Nous avons unanimement constaté durant notre étude une évolution de nos pratiques professionnelles liée à cet enseignement. Cette évolution concerne l'examen clinique davantage méthodique, l'utilisation plus volontiers de nouveaux produits et le recours plus systématique à des techniques d'injections mixtes.

2 – Etiologies des cervicalgies communes :

Nous avons inclus l'ensemble des cervicalgies sans sélectionner de « catégories » étiologiques à traiter.

En dépit d'un recrutement assez faible (seulement 27 cas cliniques), on observe que les cervicalgies communes sur cervicarthrose sont les situations cliniques que nous avons eu à traiter le plus fréquemment.

3 – Choix des produits :

Le choix des produits utilisés et des techniques a été laissé à l'appréciation de chacun selon les éléments recueillis à l'examen clinique : contracture musculaire (thiocolchicoside ou pidolate de magnésium), douleurs inflammatoires (piroxicam), antalgique et/ou douleurs chroniques (calcitonine®), douleur ancienne (HPV® et ou pentoxifylline). Il est donc difficile de tirer des conclusions en l'absence de protocole adapté à chaque situation clinique.

A noter que d'une séance à une autre, le mélange n'était pas forcément identique (cela dépendait des praticiens) ; les produits inscrits pour chaque cas dans le tableau ont indiqué l'ensemble des produits utilisés pour le total des séances. On peut reprocher le manque de rigueur dans le report de ces informations par écrit dans le tableau de la série.

4 – Outils d'évaluation de la mésothérapie : échelle EVA et satisfaction :

Dans notre étude, nous avons choisi d'utiliser l'échelle EVA afin d'observer le bénéfice antalgique de la mésothérapie. On peut regretter un manque de précisions dans notre travail car l'EVA n'a pas été chiffrée pour tous les patients.

La chute de l'EVA est spectaculaire dans nos cas de torticolis et un peu moins marquée dans les autres cas. La satisfaction globale de la mésothérapie est très significative puisque 88% ont été satisfaits et très satisfaits. On remarque que la satisfaction n'est pas corrélée de façon linéaire avec le pourcentage de chute de l'EVA.

D'autres outils d'évaluation associés à ceux de notre étude auraient rendu l'analyse des résultats probablement plus pertinente. Ces outils peuvent être :

- l'analyse de la raideur du rachis
- l'influence de la douleur rachidienne sur le déplacement en voiture
- l'influence de la douleur sur l'activité professionnelle
- l'influence de la douleur sur la vie sociale (loisirs, sports, sorties)
- l'influence de la douleur sur le sommeil
- l'interaction douleur et anxiété de tension (irritabilité)
- l'interaction douleur et anxiété de dépression.

4 – Traitements associés à la mésothérapie :

Les traitements associés le plus fréquemment dans notre étude se sont révélés être la kinésithérapie et l'ostéopathie qui sont des thérapeutiques précieuses et complémentaires dans le traitement des cervicalgies communes.

5 – Tolérance de la mésothérapie :

Dans un seul cas (n° 19), la tolérance a été moyenne avec une douleur aux points d'injection.

Les autres évènements indésirables que nous aurions pu rencontrer sont les suivants : allergies médicamenteuses (éliminées le plus souvent lors de l'interrogatoire), les infections cutanées (prévention par la Bisepine® toujours pratiquée)...

Les traitements classiques des cervicalgies à base d'antalgiques per os de palier 1 ou 2, des AINS, de myorelaxants ou d'infiltrations présentent des effets secondaires connus.

Dans notre étude, la tolérance a été excellente aussi bien sur le plan local que général (96.29%).

Le rapport efficacité/tolérance de la mésothérapie est donc excellent.

6 – Réflexions sur notre série de cas :

- On remarque que la technique mixte permettant d'associer la lidocaine, le piroxicam et la calcitonine® en IDP d'une part (en adéquation avec l'étude de Maligne et de Lemaire ; cf article de biblio n°9), et d'autre part lidocaine et thiocolchicoside en IED donne de très bons résultats.

- Remarque sur les traitements associés : il y a probablement une potentialisation mésothérapie- ostéopathie ou kiné dans les torticolis mais par contre, on peut regretter une augmentation du coût de traitement, l'évolution naturelle d'un torticolis banal étant seulement de quelques jours.

- La mésothérapie est un traitement qui présente l'avantage d'une bonne observance, étant donné que le praticien lui-même administre le traitement. Seuls les patients perdus de vue échappent au traitement.

- Réflexion sur les névralgies : cas 8, 13, 14 et 18 (cas de névralgies cervicobrachiales ou de névralgies d'Arnold) ; la guérison c'est-à-dire la disparition de la névralgie semble nécessiter une prise en charge plus longue avec une moyenne de 4 séances sur une durée de 1 mois ou plus. Le patient et le médecin doivent savoir attendre.

- Le cas 25 concernant les migraines est intéressant dans le sens qu'il montre une diminution des crises de migraines en traitant seulement les cervicalgies.

- Concernant les DIM : cas 11 et 19. Le cas 11 a résisté à un traitement local mésothérapique, pratiqué en alternance de séances d'ostéopathie. Un traitement AINS per os pris ensuite n'a pas donné plus de résultat. Le cas 19 montre une amélioration mais pas une disparition totale de la symptomatologie. On peut s'interroger sur l'efficacité de la mésothérapie dans les cas de DIM, ou s'interroger sur la prise en charge de ces patients-là.

- On remarque que dans le groupe des cervicarthroses, les patients se disent parfois satisfaits du traitement par mésothérapie alors que leur EVA montre encore des signes de souffrance. On peut penser que ces patients sont habitués à souffrir et sont satisfaits de trouver un soulagement même partiel qui améliore leur qualité de vie. Chez eux, le but n'est pas forcément la guérison. Le médecin doit savoir le dire au début de la prise en charge de ce type de malade. La mésothérapie, comme tout autre traitement plus traditionnel, va soigner la douleur mais ne guérira pas de l'arthrose qui est une pathologie dégénérative chronique.

On remarque que la technique mixte associant la lidocaine, le piroxicam, la calcitonine en IDP et la lidocaine avec le thiocolchicoside en IED donnent les meilleurs résultats, ce qui ne surprend pas vraiment car ces mélanges sont déjà connus pour leurs actions antalgiques et décontracturantes.

Le collier cervical n'est pas souvent prescrit pour les crises d'arthrose, ce qui serait peut être bénéfique à titre antalgique.

La molécule de pentoxifylline a été utilisée à 5 reprises alors que nous avons recensé 15 cas de cervicarthrose. Le suivi de l'enseignement du DIU nous informe que ce produit, ainsi que le Conjonctyl[®] apportent une aide précieuse dans le cadre du traitement de fond de l'arthrose. A l'avenir, nous devrions les utiliser plus fréquemment.

VI - CONCLUSION

La mésothérapie est une bonne indication dans le traitement des cervicalgies communes.

L'étude de notre série montre un rapport bénéfice/risque satisfaisant, une bonne efficacité contre la douleur, associée à une excellente tolérance de la technique.

Cette étude dans le cadre de l'enseignement du DIU de Mésothérapie à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière nous a permis de débiter ou d'améliorer notre pratique de la mésothérapie dans nos cabinets respectifs.

VII - BIBLIOGRAPHIE

- 1- ANAES. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire (hors cancer, hors sida) .
- 2 - Boureau F. Les méthodes d'évaluation des analgésiques chez l'homme. In : Giroud JP, Mathé G, Meyniel G (eds). Pharmacologie clinique. Bases de la thérapeutique. Paris : Expansion Scientifique Française, 1988 : 801-12.
- 3 - Boureau F, Luu M, Doubrere JF. Problèmes posés par l'évaluation de la douleur et de ses aspects psychologiques. Neurophysiol Clin 1990 ; 20 : 357-68.
- 4 - Damade R. Cervicalgies. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 1-0310, 1998, 3p.
- 5 - Dessarts I., Morvan G., Menu Y. Encyclop Méd Chir, App. Loc., 31-312-A-20, 1997, 39p.
- 6 – Haddad A., Bardin T., Kuntz D. Cervicalgies et névralgies cervicobrachiales, p697-705. Thérapeutique rhumatologique .Ed Médecine – Sciences. Flammarion. 1995.
- 7 – Herson S., Godeau P. Cervicarthrose, chapitre 596, p2135-2137 ; traité de médecine. 3^{ème} édition. 1996
- 8 -Maigne R. Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Expansion Scientifique Française. 1– 516.
- 9 -Malige Y., Lemaire D. Description d'une enquête pilote sur certains mélanges couramment utilisés en mésothérapie lors des cervicalgies communes. CERM Franche-Comté. Congrès International de Mésothérapie. 2000
- 10 -Marijnen P. Lombalgies communes, SID ou DIM : aide à la décision thérapeutique. IX^e Congrès international de Mésothérapie. 2000
- 11 – Mrejen D. La mésothérapie ponctuelle systématisée. Médiffusion. Paris. 1987
- 12 – Mrejen D. Mal de dos chronique. Collection atlas thérapeutique. Ed. Médiffusion. p 59-82. 1996

13 – Ravilly G. Traité de mésothérapie.Modiasoft.Ed Mais 1996.Rachialgies et mésothérapie.Indications,p232-235. Ed Médecine-Sciences.Flammarion

14 – Revel M.Cervicalgie commune .DVD.Conception et réalisation par le service de réadaptation de l'appareil locomoteur et des pathologies du rachis. Hopital Cochin.Paris

15 -Vital J-M, Lavignolle B., Pointillart V., Gille O.,de Sèze M. Cervicalgie commune et névralgies cervicobrachiales .Encycl Méd Chir, 15-831-A-10,2004,15p.

ANNEXE

Fiche utilisée pour le suivi des patients lors de notre étude

CERVICALGIES

DATE 1ere CONSULTATION : / / **200** = **J 0**

SEXE F M **AGE :**

ANTECEDENTS RHUMATO :

ETIOLOGIE : traumatique non traumatique

ANCIENNETE DE LA DOULEUR :

TRAITEMENT EN COURS OU DEJA ESSAYE :

antalgiques Ains kiné infiltration ostéopathie

GENE DU MALADE : douleur nocturne mobilité qualité de vie

Symptômes associés :

ECHELLE DE LA DOULEUR : score sur 100 =

EXAMEN CLINIQUE :

Douleur à	flexion	extension	Lat flex D	Lat flex G	Rot D	Rot G
0 à +++						

DOULEUR	oui	non	Précision
Epineuses			
Articulaires post			
Inter épineux			
Arnold			
Trapèze D			
Trapèze G			
SCM droit			
SCM gauche			
Cellulalgie			

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : radio scanner irm biologie

DIAGNOSTIC : arthrose dim ncb torticoli

MESOTHERAPIE :

Technique : IED IDS IDP IHD

Produits utilisés : mésocaine procaine piroxicam

thiocolchicoside vasodilatateur calcitonine vitamines

CERVICALGIES

DATE ...^{ème} CONSULTATION : / / 200 = J

APPRECIATION DU TRAITEMENT PAR LE MALADE :

Très satisfait Satisfait Indifférent Déçu Mécontent

Gène du malade : douleur nocturne mobilité qualité de vie

Symptômes associés :

ECHELLE DE LA DOULEUR : score sur 100 =

EXAMEN CLINIQUE :

Douleur à	flexion	extension	Lat flex D	Lat flex G	Rot D	Rot G
0 à +++						

DOULEUR	oui	non	Précision
Epineuses			
Articulaires post			
Inter épineux			
Arnold			
Trapèze D			
Trapèze G			
SCM droit			
SCM gauche			
Cellulalgie			

EXAMENS COMPLEMENTAIRES : radio scanner irm biologie

DIAGNOSTIC : arthrose dim ncb torticoli

MESOTHERAPIE :

Technique : IED IDS IDP IHD

Produits utilisés : mésocaine procaine piroxicam

thiocolchicoside vasodilatateur calcitonine vitamines

MELANGES DE PRODUITS

- 1 - lidocaine- piroxicam-calcitonine : selon une technique mixte (IDP +IED)
- 2 - lidocaine- piroxicam-calcitonine en IDP uniquement
- 3 – lidocaine- piroxicam- calcitonine en IDP + lidocaine-thiocolchicoside en IED
- 4 – lidocaine – piroxicam- thiocolchicoside en IDP
- 5 - lidocaine – piroxicam- thiocolchicoside en technique mixte
- 6 – lidocaine- calcitonine –thiocolchicoside en technique mixte
- 7 – lidocaine- thiocolchicoside- piroxicam- HPV en IDP + nappage
- 8 – piroxicam- calcitonine- pentoxifylline + lidocaine- pidolate de Mg en technique mixte

Patients souffrant de cervicalgies d'origine arthrosique

mélanges	1	2	3	4	5	6	7	8
patients	3	1	4	1	1	3	1	1

- 9 – lidocaine- piroxicam- thiocolchicoside en IDP + lidocaine-thiocolchicoside en IED
- 10 – lidocaine-calcitonine- thiocolchicoside en technique mixte
- 11 – lidocaine-piroxicam- thiocolchicoside en IDP +pidolate de mg – thiocolchicoside en IED
- 12 – lidocaine- piroxicam- thiocolchicoside en technique mixte
- 13 – lidocaine – piroxicam en IDP
- 14 – lidocaine-piroxicam- calcitonine en IDP + lidocaine-thiocolchicoside- calcitonine en IED

Patients souffrant d'une cervicalgie d'origine non arthrosique

Mélanges	9	10	11	12	13	14
patients	1	1	1	2	1	1

- 15 – lidocaine-piroxicam- thiocolchicoside en IDP + lidocaine-thiocolchicoside en IED
- 16 – lidocaine-piroxicam-thiocolchicoside en technique mixte

Patients souffrant d'un torticolis

Mélanges	15	16
patients	1	2

