

INTERÊT DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES CEPHALEES D'ORIGINE CERVICALE

Dr A Asbai .Dr Z Bellouche. Dr. F Hamaizi Maoudj.Dr S Bessa.Dr.D Laurens

RÉSUMÉ:

Au cours de notre travail nous avons procédé à la sélection de patients présentant des céphalées d'origine cervicale et nous avons étudié 24 cas. Par la suite tous ces patients ont été interrogés et examinés selon les critères d'inclusions et d'exclusions que nous avons arrêtés. Suite à l'interrogatoire, nous avons procédé à un examen clinique qui nous a permis de situer le siège de la douleur, l'existence d'une contracture ou non.

Un examen radiologique a été pratiqué chez tous les patients, ce qui nous a permis de retrouver une arthrose cervicale chez cinq patients, une rectitude associée à une arthrose chez huit patients, une rectitude seule chez huit patients et une inversion du rachis cervical chez trois patients.

Nous avons également évalué l'utilisation de deux types de mélange au cours du traitement par mésothérapie, ce qui nous a permis de conclure à l'indication du traitement anti arthrosique et décontracturant chez treize patients et un mélange décontracturant seul pour onze patients.

En ce qui concerne la tolérance et l'efficacité du traitement, nous avons évalué l'importance du soulagement au moyen de l'échelle d'évaluation simple. Nous avons obtenu un résultat:

- Minimale chez quatre patients.
- Modérée chez douze patients.
- Bonne chez huit patients.

Il serait intéressant, dans l'avenir, de faire des études comparatives sur un grand nombre de patients pour pouvoir mieux évaluer cette technique de mésothérapie, soit seule soit associée à d'autres alternatives thérapeutiques telle que l'ostéopathie, la médecine physique, ou les traitements classiques: AINS et traitement antalgique.

INTRODUCTION:

La notion de céphalée cervicale a été longtemps contestée, car les céphalées communes furent longtemps considérées comme d'origine psychologique. Le premier à évoquer un lien entre céphalées et rachis fut Hilton en 1860 [1]. Le terme de céphalée cervicale fut introduit par Maigne en 1968 [2] et, en anglais, par Sjaastad en 1983 (cervicogenic headache).

Maigne présenta des critères diagnostiques en 1968 [3]. Sjaastad présenta les siens en 1990 [4]. Ils furent pour l'essentiel, repris par l'International Headache Society. Suite à des critiques [5], ces critères furent ensuite modifiés en 2004 dans un sens moins descriptif et plus

opérationnel, en insistant sur la preuve d'un lien entre rachis cervical et mal de tête.

OBJECTIFS:

Évaluer le traitement par mésothérapie.

Inculquer aux patients des principes d'hygiène de vie et de prévention de mauvaises postures pour qu'ils adoptent de bonnes postures aussi bien au travail qu'en milieu domestique.

HYPOTHÈSE:

Deux grandes hypothèses ont été formulées par certains auteurs pour expliquer la survenue de ces céphalées cervicogéniques.

- le D.I.M décrit par le Dr Maigne qui serait responsable de 80% de ces céphalées.
- Un dysfonctionnement au niveau du cou décrit par le Dr. Bogduk

PHYSIOPATHOLOGIE:

Les céphalées cervicales sont la plupart du temps attribuées au dérangement intervertébrale mineur touchant les vertèbres C2-C3, et on y retrouve les signes objectifs tant au niveau vertébrale C2- C3 qu'au niveau métamérique. [6] [7]

Plusieurs facteurs expliquent la physiopathologie des céphalées d'origine cervicale: la nuque contient des nocicepteurs au niveau des articulations, des ligaments du périoste du rachis, des muscles cervicaux des artères de la dure-mère médullaire, des jonctions entre l'atlas et l'axis et entre l'atlas et occiput et des anneaux fibreux des disques intervertébraux. [9] [10]

Par définition, une céphalée cervicale désigne une douleur ressentie à la tête mais provenant du rachis cervical. Trois mécanismes sous-tendant cette projection ont été décrits:

- Irritation directe des fibres nerveuses:
- Douleur dure-mérienne.
- Douleur référée.

DEROULEMENT DE L'ETUDE:

Notre groupe d'étude comprend 4 praticiens généralistes pratiquant la mésothérapie depuis quelques années.

Nous avons retenu le même protocole pour le traitement des céphalées rencontrées et nous avons recruté dans nos cabinets respectifs entre Novembre 2013 au Avril 2014, les céphalées communes qui se sont présentées. Au total, nous avons ainsi reçu 24 patients que

nous avons décidé de traiter par mésothérapie.
Pour chaque patient et à chaque séance, nous avons rempli une fiche avec différents items:
Diagnostic, âge, sexe, traitements associés, produits utilisés, technique d'injection, tolérance, EVS, satisfaction.

CRITERES ET PROTOCOLE THERAPEUTIQUE

Critères sélection des patients:

- Les critères d'inclusion
dans cette étude n'ont été retenues que les céphalées d'origine cervicale isolée chez des sujet adulte âgé entre 20 et 80 ans
- Les critères d'exclusion:
On exclura de notre étude les céphalées d'origine symptomatique

EXPOSÉ DES CAS CLINIQUES

Les patients sont répartis en deux groupes:

- 1^{er} groupe: patients ayant bénéficié d'un traitement pour céphalées: trois cas
- 2^{em} groupe: premier épisode de céphalées cervicogéniques: vingt et un cas

le total des cas exploités: 24 cas

une fiche recueille les données cliniques (antécédents des céphalées, traitements reçus, signes fonctionnels, examen clinique et examens para cliniques afin de vérifier les critères d'inclusion.

une fiche résumant le protocole doit être rédigé afin qu'on garde les mêmes mélanges, techniques et rythme des séances.

Dans cette étude les données recueillies sont les suivantes:

- âge du patient
- sexe
- antécédents médicaux
- ancienneté des céphalées.
- complications et signes cliniques accompagnateurs

l'âge:

Pour notre étude l'âge varie entre 20 et 80 ans

le sexe:

On note la prédominance du sexe féminin 18 femmes pour 6 hommes.

Antécédents médicaux :

Les patients ont été déjà traité par:

- Antalgiques
- Anti inflammatoires
- Anti dépresseurs
- Rééducation fonctionnelle
- Acupuncture
- Collier cervical
- Psychothérapie.

ancienneté des céphalées:

Pour 2 cas: entre 06 mois a 2 ans

Pour 6 cas leurs céphalées remontaient à plus de deux ans (récidive de crises).

Pour le reste des cas: entre 8 et 15 jours

les signes accompagnateurs:

dans 3 cas les céphalées étaient accompagnées de vertiges

dans 5 cas les céphalées étaient accompagnées de bourdonnements d'oreilles.

Dans tous les cas on note une raideur cervicale

Diagnostic:

Il est avant tout clinique.

L'examen clinique est à la base du diagnostic des céphalées cervicogéniques; il permet de démembrer des tableaux cliniques et de trouver les points et territoires douloureux

L'examen clinique doit être complet:

- Interrogatoire
- inspection
- Examen palpatoire
- Examen neurologique, vasculaire et musculaire
- Examen para clinique.

Interrogatoire: nous permet de connaître les caractéristiques de la douleur

- L'EVS: l'évaluation clinique de la douleur et la consommation d'antalgiques s'est faite à l'échelle verbale simple (EVS) à trois niveaux (faible, modérée, intense)

- Le mode de survenue: brutale ou progressif

- Le contexte

- Ses facteurs d'aggravation et de soulagement

- Topographie: postérieure et latérale

- Son évolution: permanente, ou évoluant par poussées
La myalgie cervicale statique ou posturale est toujours présente

Examen actif (selon l'étoile de MAIGNE):

Rotation, flexion extension et inclinaison. , on recherchera:

Une restriction de mobilité

Une diminution d'amplitude

Une sensibilité ou douleur lors de ces différents mouvements

- Examen passif:

Limitation de la flexion extension et de la rotation. Parfois ce mouvement réveille la douleur.

Examen palpatoire:

palpation de la peau

Par la manœuvre du pincer rouler à la recherche d'une modification objective du tissu cutané en relation avec une intrication du système neurovégétatif (DND= dermo-neuro-dystrophie)

Cette palpation doit se faire doucement car on peut réveiller la douleur et la peau peut être épaissie, spongieuse et sensible (dermalgie)

palpation musculaire:

Patient assis, tête penchée en avant à la recherche

-d'une contracture et raideur,

-points gâchettes.

La revue de Mésothérapie

muscles postérieurs les plus incriminés:

Splénius

Semi épineux

Trapèze

et deux muscles latéraux:

Scalène

Sterno-cléido-mastoïdien.

Ces muscles peuvent être: Contracturés avec un cordage ressenti sous les doigts qui palpent voir douloureux

Palpation du rachis cervical: patient en décubitus ou assis

Les repères anatomiques sont:

- 1° épineuse palpée: C2

- Angle de la mâchoire: C4

- Épépineuse cervicale la plus proéminente : C7

Selon les bases fondamentales de la sémiologie objective systématisée (SOS).

On retrouve, souvent une souffrance intervertébrale dégénérative S.I.D (selon Mrejen) qui se situe entre C0 et C4 à la palpation des points de la S.I.D à 0 cm: ligne des épépineuses (ligament inter épépineux), 1,5 cm: ligne des articulaire postérieure et 3 à 5 cm: lignes musculotendineuses

Palpation et mobilisation antérieure et latérale des épépineuses a la recherche de douleur traduisant un dérangement intervertébral Mécanique Mineur D.I.M.

Palpation des points plexiques:

Ces points traduisent la projection des souffrances du rachis cervical par voie neurovégétative, on recherchera:

- Point plexique cervical supérieur : situé à l'intersection du SCM et du trapèze souffrance C0 à C3

- Point plexique cervical inférieur: situé à l'intersection inférieure du SCM et du trapèze souffrance de C4 à D3
Pour les céphalées d'origine cervicale c'est le pp cervical supérieur qui est douloureux

Après cette palpation complète de la peau et des massifs osseux on terminera l'examen clinique par:

Examen neurologique:

À la recherche des signes d'exclusion, pour éliminer un plexus brachial et une hernie discale: La manœuvre de Erb, la recherche de points sonnettes, l'examen de la sensibilité de la motricité et des ROT à la recherche d'un déficit neurologique (signes d'exclusion)

Examen vasculaire:

Pour éliminer une sténose vasculaire: test de l'artère vertébrale (on fait une extension plus inclinaison et rotation hétéro latérale maintenue au moins 40 secondes: en cas de sténose vasculaire le patient aura un vertige.

Les Examen complémentaire:

Certain patients ont déjà subi des examens complémentaires. Pour d'autre il s'agissait du 1^{er} épisode et des examens complémentaires ont été demandé et qui sont les suivants:

Radiologique:

La rectitude cervicale est très fréquente et s'y associent trois cas d'inversion de la lordose physiologique, six

cas d'arthrose avec pincement discale C2-C3 jusqu'à C4-C5 (le cas de 80 ans) et 1 cas d'arthrose cervicale étagée avec becs ostéophytiques étagés.

Scanner: pour les 2 cas d'inversion.

EMG: pour les patients qui présentent des fourmillements persistants (demandé par leur médecins traitants avant notre consultation)

LA MÉSOTHÉRAPIE

Les mesures d'hygiène

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

- lavage des mains, réalisé devant le patient.

- Désinfection de la peau avec de l'alcool 70.

- Utilisation de matériel stérile à usage unique (seringue, trocart, aiguille) pour chaque patient.

- les séances ont été réalisées par techniques manuelles avec port de gants.

Les produits:

Nous avons utilisé les produits suivants:

- **Lidocaïne** à 1% à chaque séance, associée à

- **Piroxicam** pour son action anti-inflammatoire

- **Thiocolchicoside** en cas de contracture.

- **Calcitonine 100ui** à titre antalgique et dans le cadre des douleurs anciennes mais aussi en cas d'arthrose

- **Magnésium injectable** si le facteur psycho émotionnel est marqué et à visée myorelaxante,

- **Conjonctyl** pour son effet trophique

- **Amitriptylline** dans les cas de douleurs psycho-émotionnel

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.

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 les point inter épépineux sur la ligne médiane

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

Les mélanges:

- Sur les points douloureux si arthrose:

En phase aiguë:

- Lidocaïne 1% 2cc

- Calcitonine 100 1cc

- Piroxicam 1cc

En IDP: sur les point rachidiennes et les points plexiques

en respectant le rythme: J0 – J7 –J15

En phase chronique:

- Magnésium 2cc
- Conjonctyl 2cc
- Vit C + vit E 2cc

En IDP

On fait 3séances à 15 jours d'intervalle puis on va continuer à 1 séance par mois.

Sur les contractures musculaires

- Lidocaïne 1% 1cc
- Magnésium 2cc
- Thiocolchicoside 2cc

En IED: en faisant un large nappage sur tout le cou et la région occipitale occipitale.

Selon un rythme de J0 – J7 –J15 lors d'un premier épisode en phase aigue, ou à J0 – J15 – J30 en phase chronique

Dans certain cas avec contexte psychogénique, on a associé le mélange:

- Magnésium 3cc
- Amitriptylline 1cc

En technique épidermique (IED) selon un rythme de J0 – J15 – J30

TRAITEMENTS ASSOCIES:

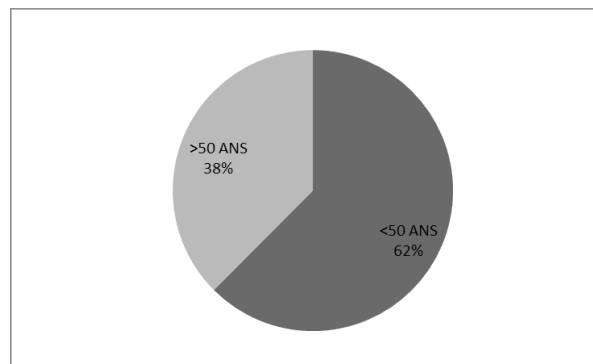
- Traitement anti arthrosique
- Hygiène de vie. (oreiller orthopédique, natation sur le dos)
- Rééducation fonctionnel: pour la diminuer et relâcher la rectitude cervicale

RESULTATS

1/l'âge

AGE	NOMBRE %
<50 ANS	15 62,5%
>50 ANS	09 37,5%

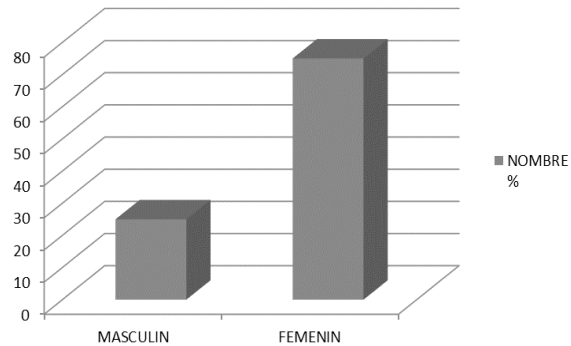
62,5% des patients sont âgés de moins de 50 ans



2/ le sexe:

SEXE	NOMBRE %
MASCULIN	6 25%
FEMININ	18 75%

75% des patients sont du sexe féminin.



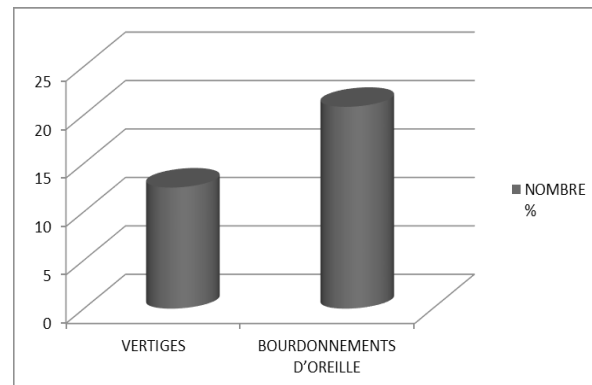
3/l'ancienneté de la douleur:

75% des patients leurs douleurs datent de moins de 2 ans.

4/symptômes associés:

SYMPTÔMES ASSOCIÉS	NOMBRE %
VERTIGES	03 12,5%
BOURDONNEMENTS D'OREILLE	05 20,83%

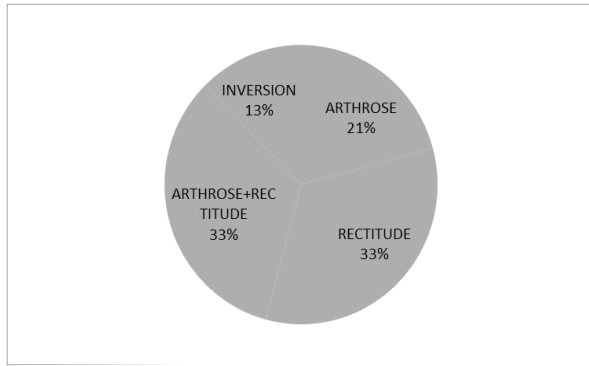
20,83% des patients ont présentés des bourdonnements d'oreille.



4/ Radiologie:

RADIOLOGIE	NOMBRE	%
ARTHROSE	05	20,83%
RECTITUDE	08	33,33%
RECTITUDE+ARTHROSE	08	33,33%
INVERSION	03	12,5%

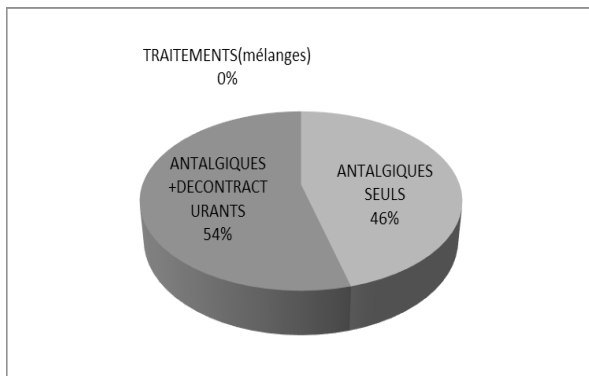
66,6 % des patients ont présentés une rectitude du rachis cervical



5/traitements:

TRAITEMENTS (mélanges)	NOMBRE
ANTALGIQUES SEULS	11
ANTALGIQUES +DE-CONTRACTURANTS	13
	45,83%
	54,16%

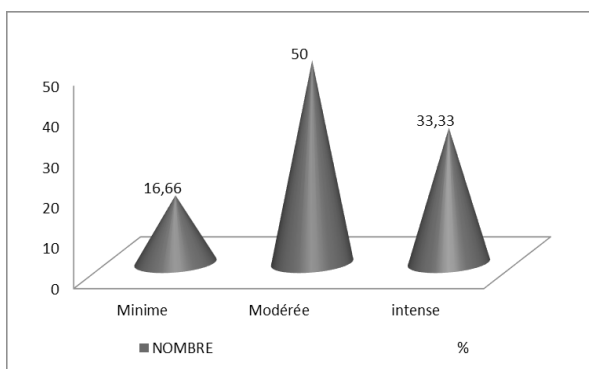
54% des patients ont bénéficié d'un mélange antalgique + mélange décontractant.



6/EVS:

EVS	NOMBRE
Minime	4
Modérée	12
intense	8
	33,33%
	50%
	16,66%

50 % des patients sont satisfait.



DISCUSSION:

Dans notre étude nous avons retrouvé 62,5% des sujets d'âge inférieur à 50 ans, une nette prédominance féminine avec un sexe ratio de 3 femmes pour un homme. le Dr Brodaty rapporte dans son observation type un profil de patient jeunes et de prédominance féminine.

Dans 25% des cas, l'ancienneté de la douleur remonte à plus de deux ans. Comparativement une étude faite par une équipe de chercheurs de l'Université de Pittsburgh et de l'Université de Western States à Portland, estime la chronicité à 20%.

Concernant les symptômes associés, nous avons retrouvé des vertiges chez trois patients et des bourdonnements d'oreille chez cinq patients; ces mêmes symptômes ont été rapportés dans la littérature (A .Deplas, D.Bontoux / Revue de rhumatologie 71(2004)683-687). Tous les patients ont bénéficié d'un examen radiologique, ce qui a objectivé une rectitude cervicale chez 66,6 % des patients et d'autre part, une arthrose cervicale dans 21% des cas et dans 12,5% des cas une inversion de la lordose physiologique.

Concernant le traitement nous avons utilisé deux mélanges: Antalgique et décontractant

-13 patients ont reçu un mélange antalgique et décontractant.

- 11 patients: ont bénéficié d'un mélange décontractant seul.

L'observance est excellente: les malades sont revenus à la deuxième et la troisième séance et tous les paramètres ont été pris en charge (la chronicité de la douleur ,la raideur,le profil psychologique ...)

D'autres techniques de médecine alternatives auraient probablement données de bons résultats:

- Les manipulations vertébrales:[14]
- les autres traitements physiques: [15]
- L'infiltrations: [16]
- La dénervation percutanée par radiofréquence: [17]
- La Toxine botulinique:
- Voir la chirurgie:

L'expérience de la mésothérapie que nous utilisons dans le traitement de ces céphalées d'origine cervicales nous apporte une amélioration de l'intensité de la douleur et des symptômes associés chez les patients traités par cette technique.

CONCLUSION:

Il est admis par la plupart des auteurs que l'association céphalée et cervicalgie est présente chez la plupart des patients jeunes avec une prédominance féminine d'après le Docteur Yves Brodaty,

Il serait intéressant, dans l'avenir, de faire des études comparatives sur un grand nombre de patients pour pouvoir mieux juger cette technique de mésothérapie seule ou associée à d'autres alternatives thérapeutiques telle que ostéopathie, médecine physique ou traitement classique AINS et traitement antalgique.

La mésothérapie est une bonne indication dans le traitement des céphalées d'origine cervicales.

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.

BIBLIOGRAPHIE:

- [1] Haldeman S, Dagenais S. Cervicogenic headaches: a critical review. *Spine* 2001;31-46.
- [2] Maigne R. La céphalée sous orbitaire. Sa fréquence origine cervicale. Son traitement par manipulation. *Ann Med Phys.* 1968; 11 241-6
- [3] Maigne R. Signes cliniques des céphalées cervicales. *Med Hyg* 1981; 39:1174-85.
- [4] Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicog diagnostic criteria. *Headache* 1990; 30:725-6
- [5] Leone M, D'Amico D, Grazzi L, et al. Cervicogenic headache: a critical review of the current diagnostic criteria. *Pain* 1998; 78:1-5.
- [6] Jansen J, Bardosi A, Hildebrandt J, et al. Cervicogenic, hemicranial attacks associated with vascular irritation or compression of the cervical nerve root C2. Clinical manifestations and morphological findings. *Pain* 1989; 39:203-12.
- [7] Guerrier Y, Colin R. Le deuxième nerf cervical. *CR Ass Anat.* 1954; 86:813-6.
- [8] Vital JM, Grenier F, Dautheribes M, et al. An anatomic and dynamic study of the greater occipital nerve (n. of Arnold). Applications to the treatment of Arnold's neuralgia. *Surg Radiol Anat* 1989; 11:205-10.
- [9] Bovim G, Bonamico L, Fredriksen TA, et al. Topographic variations in the peripheral course of the greater occipital nerve. Autopsy study with clinical correlations. *Spine* 1999;16:475-8.
- [10] Alix ME, Bates DK. A proposed etiology of cervicogenic headache; the neurophysiologic basis and anatomic relationship between the dura mater and the rectus posterior capitis minor muscle. *J Manipulative Physiol Ther* 1999; 22:534-9.
- [11] Borg-Stein J. Cervical myofascial pain and headache. *Curr Pain Headache Rep* 2002;6:324-30.
- [12] Dreyfuss P, Michaelsen M, Fletcher D. Atlanto-occipital and lateral atlanto-axial joint pain patterns. *Spine* 1994;19: 1125-31.
- [13] Kerr FWL. Central relationships of trigeminal and cervical primary afferents in the spinal cord and medulla. *Brain Res* 1972; 43:561-72
- [14] Bronfort G, Assendelft WJ, Evans R, et al. Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther* 2001; 24: 457-66.
- [15] Bronfort G, Nilsson N, Haas M, et al. Non invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 3: CD001878
- [16] Narouze SN, Casanova J, Mekhail N. The longitudinal effectiveness of lateral atlantoaxial intra-articular steroid injection in the treatment of cervicogenic headache. *Pain Med* 2007; 8: 184-8.
- [17] Govind J, King W, Bailey B et al. Radiofrequency neurotomy for the treatment of third occipital headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 88-93.