

ETUDE PROSPECTIVE SUR L'APPORT DE LA MESOTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DES CERVICALGIES CHRONIQUES COMMUNES

Rahiba Slamani

Les cervicalgies regroupent l'ensemble des douleurs de la région cervicale, pouvant être associées à une irradiation scapulaire et/ou inter-scapulo-vertébrale et/ou occipito-pariétale sans signe neurologique. Elles sont qualifiées de « communes » ou « non spécifiques » lorsque la démarche étiologique menée par le médecin ne conduit pas à une affection précise impliquant une cause (infectieuse, inflammatoire, tumorale ou traumatique) et une évolutivité particulière justifiable d'un traitement spécifique.

Cette étude inclut les cervicalgies communes chroniques. Sont exclues les cervicalgies associées à une radiculalgie des membres supérieurs qui justifie une prise en charge particulière.

Afin d'évaluer l'intérêt de la mésothérapie dans les cervicalgies communes chroniques, j'ai comparé un groupe traité par mésothérapie et paracétamol à la demande, et un groupe contrôle traité par paracétamol à la demande seul, lors d'une étude expérimentale, prospective.

D) Les cervicalgies communes

Elles sont plutôt d'origine dégénérative (cervicarthrose) chez le sujet âgé de plus de 40 ans, et mécanique chez le sujet jeune.

1. La cervicarthrose

C'est l'affection la plus fréquente de la colonne cervicale. Les signes de dégénérescence anatomiques et radiologiques apparaissent très tôt, dès la troisième décennie, habituels au-delà de 40 ans, constants au-delà de 60 ans. Ils atteignent les apophyses articulaires postérieures et l'articulation disco-vertébrale (les disques se pincent). L'enraidissement du rachis cervical est progressif. Les lésions de discarthrose sont plus fréquentes au niveau de la partie inférieure du rachis, surtout au niveau du disque C5-C6, là où les contraintes mécaniques sont les plus importantes.

L'arthrose postérieure se développe sur les articulations inter apophysaires postérieures. Elle siège de manière prépondérante sur les articulations C2-C3-C4, mais elle peut exister à tous les niveaux. Les interlignes sont pincés et des ostéophytes se développent en diminuant le calibre des trous de conjugaison.

2. Les cervicalgies mécaniques du sujet jeune

Elles sont d'origine statique ou posturale, la radiographie est en principe normale, ou ne montre que des lésions mineures d'arthrose débutante, ou encore des troubles statiques favorisants (hyperlordose, cyphose cervicale moyenne dite colonne sigmoïde).

L'expression clinique peut être :

- Une cervicalgie aiguë avec torticolis, en général le matin au réveil, en général le matin au réveil, sans facteur déclenchant évident, la crise douloureuse et l'attitude en torticolis étant résolutive en quelques jours ;
- Les cervicalgies subaiguës ou chroniques posturales, plus fréquentes chez les femmes, souvent liées à des facteurs professionnels, supposant une position de travail, tête penchée en avant (secrétaires, laborantines, étudiants, travail sur ordinateur) ou liées à la conduite automobile prolongée ou encore à certaines activités de loisirs (lecture, télévision..)

2. Traitement de la cervicarthrose

Le traitement lors des poussées douloureuses est tout d'abord médical (comme pour les névralgies du membre inférieur), basé sur des antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, et la physiothérapie (applications de chaleur sous différentes formes). Les infiltrations de dérivés corticoïdes sont à utiliser avec beaucoup de prudence dans cette localisation.

Le repos du rachis cervical doit être obtenu avec un collier cervical en plastique, lors des épisodes algiques.

Parfois, on utilise les tractions cervicales douces et les manipulations (chez les sujets ne présentant pas de troubles neurologiques). Les manipulations cervicales doivent être pratiquées avec beaucoup de prudence et par des mains spécialisées, avec respect strict des contre indications. Elles ont surtout un grand intérêt dans les épisodes de blocages aigus, qui provoquent des contractures douloureuses.

La rééducation vertébrale est très importante et se situe en dehors des crises douloureuses. C'est un traitement de fond destiné à prévenir les récurrences. Il s'agit essentiellement d'une rééducation posturale et proprioceptive insistant sur les exercices de musculation en isométrique.

III) METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude expérimentale, prospective, randomisée, contrôlée avec bénéfice individuel direct, réalisée en ouvert.

1. Méthode de sélection

Les critères d'inclusion des patients sont:

- Cervicalgie commune chronique (de plus de 6 mois);
- Âge supérieur ou égal à 18 ans;
- Acceptant un traitement par mésothérapie, pour le groupe mésothérapie;
- Acceptant de ne prendre que du paracétamol à la demande si douleur.

Les critères de non inclusion sont:

- Présence d'une radiculalgie des membres supérieurs;
- Maladies rhumatismales inflammatoires et arthropathie microcristalline (goutte, chondrocalcinose, ...)
- Algie des articulations cervicales d'origine infectieuse, traumatique ou tumorale.
- Insuffisance rénale sévère et insuffisance hépatocellulaire sévère.
- Allergie connue à l'un des médicaments de l'étude.
- Majeur sous tutelle, patiente enceinte ou allaitante, patiente en âge de procréer et sans moyen de contraception efficace.
- Visite de contrôle impossible

La population étudiée comprend 66 patients, répartis en deux groupes de 33 patients : un groupe traité par mésothérapie avec adjonction de paracétamol, si besoin, et l'autre non traité par mésothérapie, et prenant du paracétamol, si besoin (groupe contrôle).

Les groupes sont tirés au hasard.

Les groupes sont statistiquement comparables.

Le groupe mésothérapie comprend 26 femmes et 7 hommes, d'âge moyen 54 ans (+/- 10).

Le groupe contrôle comprend 20 femmes et 13 hommes, d'âge moyen 55 ans (+/- 8).

Le niveau de preuve est 2 (B) d'après le classement de l'ANAES de SACKETT : essais comparatifs randomisés de faible puissance, avec groupe contrôle contemporain.

2. Méthode d'intervention

L'étude consistait à inclure de janvier à juin 2006, des patients souffrant de cervicalgies communes chroniques. Dix médecins généralistes ont participé à l'inclusion des patients. 66 patients ont été inclus.

2.1. Diagnostic positif de cervicalgie chronique commune

La première consultation permet de poser le diagnostic et d'éliminer les diagnostics différentiels.

L'interrogatoire est rigoureux recherchant les antécédents, les allergies et les traitements et retraçant l'histoire de la maladie.

L'examen clinique débute par l'inspection : recherche d'anomalies de posture (ante-projection de la tête au repos), et d'attitudes vicieuses. La mobilité dans toutes les directions est étudiée, à la recherche d'une limitation.

A la palpation, on recherche à chaque étage :

- Une douleur spontanée et à la pression digitale, sur la ligne médiane en regard du ligament inter épineux. Ce point douloureux est appelé point inter épineux P0, et correspond à une ligamentite du ligament inter épineux.
- Puis de façon bilatérale, une douleur située environ à 1,5 cm de la ligne médiane, en regard des articulaires postérieures : points postérieurs P2. Ces points correspondent à une arthropathie articulaire postérieure.
- Ensuite des douleurs situées à cinq et huit centimètres de la ligne médiane, correspondant à des tendino-myalgies latéro-vertébrales : point para-médian P3 à 5 cm de la ligne médiane et le point latéro-dorsal P4 à 8 cm de la ligne médiane.

Ces quatre points sont recherchés au niveau de la grande charnière transitionnelle cervico-céphalique comprenant C1-C2 et C2-C3. Et au niveau de la grande charnière transitionnelle cervico-dorsale comprenant C5-C6, C6-C7, C7-D1.

Enfin, par la technique du palper-rouler, on recherche des cellulalgies ou dermoneurodystrophies locorégionales.

On termine l'examen en recherchant les points plexiques :

- Cervical supérieur : à l'intersection supérieure du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, pour les cervicalgies de C1 à C3;
- Cervical inférieur : à l'intersection inférieure du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, pour les cervicalgies de C4-C5 à C7-D1.

Puis des examens para-cliniques et biologiques sont éventuellement prescrits, afin d'éliminer les diagnostics différentiels.

Si les critères d'inclusion et d'exclusion sont respectés, le médecin propose au patient d'être inclus dans l'étude. Il lui remet des informations sur le déroulement de l'étude, et un formulaire de recueil de consentement (annexes IV et V). Le patient repart avec le questionnaire NPDS à compléter et a ramené à la deuxième consultation.

Je réalise ainsi une étude prospective, multicentrique, avec deux groupes de patients, tirés au sort.

Pour le groupe traité par mésothérapie, lors de cette première consultation, le médecin termine en présentant la mésothérapie, et rédige l'ordonnance contenant le matériel et les médicaments injectables nécessaires au traitement. Il remet au patient un document écrit sur les consignes de sécurité à respecter pour limiter le risque d'infection locale (annexe VI).

Cinq séances de mésothérapie sont effectuées, permettant un suivi de deux mois.

- Première séance (S1) à J0 ;
- Deuxième séance (S2) à J8 ;
- Troisième séance (S3) à J15 +/-8 ;
- Quatrième séance (S4) à J45 ;
- Cinquième séance (S5) à J60.

Dix médecins réalisent les inclusions à J0, et le recueil des données représenté par le «bilan d'évaluation» à J8, J15 +/-8, J45, et J60.

Pour le groupe mésothérapie, la deuxième consultation est la première séance d'injections S1. Les patients

La revue de Mésothérapie

me sont alors adressés. À la fin des séances d'injection, la tolérance du traitement est évaluée par un questionnaire.

Pour les deux groupes, il est demandé aux patients, durant l'étude, de ne prendre aucun traitement médicamenteux au long cours, seulement du paracétamol à la demande, à raison d'un gramme par prise, avec un maximum de quatre gramme par jour. La prise de paracétamol est évaluée à chaque consultation, par un questionnaire.

2.2. Matériel utilisé

La désinfection de la peau est assurée par l'alcool éthylique à 70%.

Par mesure de sécurité, le patient doit être informé de s'abstenir de prendre de l'aspirine avant et après chaque séance pour éviter les saignements importants. L'usage de crèmes et de pommades augmentent quant à lui le risque d'infections et diminue la réceptivité de la peau. Il est par conséquent à éviter.

La paillasse servant à préparer les seringues, les aiguilles et les mélanges est propre et libre de tout élément pouvant contaminer la préparation. Elle doit être séparée des milieux plus exposés aux sepsis où sont posés les appareils servant aux autres pratiques médicales (stéthoscope, abaisse langue, spéculums auditifs...).

Selon les conditions techniques, j'ai utilisé la méthode manuelle ou assistée par pistolet ou couplée.

Sont utilisées :

- Pour le mélange: trocart de 1,2 x 40mm ou 18 G.1, 5.2 ;
- Des seringues stériles, jetables en polypropylène de 5cc ;
- Des aiguilles stériles, à usage unique de 0.29 mm de diamètre par 13mm de long en IED ;
- Des aiguilles de LEBEL à biseau court, de 0,40 mm de diamètre par 4 mm de long en IDS, IDP et 6 mm de long en IHD.

Pour la méthode assistée, j'ai utilisé un pistolet de type U125, avec les cathéters adaptés.

2.3. Les produits

Deux seringues sont utilisées :

La première seringue contient :

- LIDOCAINE 1% 2 ml ;
- CALCITONINE DE SAUMON à 100 unités 1 ml ;
- THIOCOLCHICOSIDE 1 ml.

La deuxième seringue contient :

- LIDOCAINE 1% 1 ml ;
- DIAZEPAM 0.5 ml ;
- PIDOLATE DE MAGNESIUM 0.8% 3.5 ml.

2.4. Sites et profondeurs d'injection

Le premier mélange est utilisé :

- Selon la *technique du point par point* sur les points rachidiens de MREJEN de C1 à C7 aux étages douloureux.
- Pour les trapèzes, un *nappage intradermique superficiel* (IDS) est utilisé, de façon bilatérale et symétrique.

Le second mélange est utilisé :

- Sur les triggers points douloureux à l'examen palpatoire. Ils sont injectés en *intrahypodermique* (IHD) à six millimètres de profondeur.

- Sur les points de dystonie neurovégétative si un contexte anxieux est retrouvé à l'interrogatoire ou s'il existe des points sensibles ou douloureux à l'examen clinique. Ces points sont injectés en intradermique superficielle selon la technique de la *papule dermique* recommandée dans ce cas.
- S'il existe des zones de contractions musculaires importantes développées du fait de la chronicité de la pathologie, un *nappage intraépidermique* (IED) localisé permettant d'insister sur cette zone est réalisé.

3. METHODE D'OBSERVATION ET D'EVALUATION

Le cahier d'observation a pour but :

- D'évaluer l'intensité et la topographie des cervicalgies ;
- De suivre l'évolution de la pathologie ;
- De mesurer les résultats thérapeutiques.

Différents domaines sont explorés.

3.1. La douleur

La douleur est un paramètre observé au début du traitement, réévalué à chaque séance et noté à la fin de la prise en charge du patient. Elle peut revêtir plusieurs aspects, c'est-à-dire apparaître spontanément (repos, jour, nuit), ou être provoquée (mouvements, effort, geste test), ou être liée aux contraintes exercées sur la ceinture scapulaire via les membres supérieurs (transmission des forces).

L'origine de la douleur est multifactorielle : articulaire, péri articulaire ou musculaire.

L'échelle visuelle analogique (EVA) (100 mm) de HUSKISSON pour évaluer l'intensité de la douleur du patient et suivre son évolution est utilisée.

La Quebec Task Force propose que le patient dessine les zones douloureuses sur un schéma représentant un personnage vu de dos et de face afin de mieux localiser la topographie des territoires douloureux.

3.2. La posture

La position de la tête semble jouer un rôle dans la survenue de certaines cervicalgies notamment lorsqu'elle est ante-projetée. HANTEN a utilisé le mètre-ruban pour mesurer l'antéprojection de la tête ; il trouve une bonne reproductibilité inter-examineurs ($r = 0,93$ à $0,97$).

GRIEGEL-MORRIS montre qu'il n'y a pas de lien établi entre la sévérité d'une posture anormale et la sévérité de la douleur. Les sujets avec une cyphose augmentée et les épaules enroulées ont une incidence de douleur inter scapulaire plus importante. Les sujets avec la tête antéprojetée ont une incidence de douleur augmentée de la région cervicale, inter scapulaire et des maux de tête.

L'ante-projection est mesurée par la distance menton-fourchette sternale en centimètre.

3.3. La mobilité articulaire

La cervicalgie est souvent associée à une diminution de mobilité globale du rachis cervical sans que cette association soit de nature causale.

La mesure de la mobilité s'effectue par un mètre ruban, mesurant la distance menton- fourchette sternale en flexion extension, la distance menton-acromion en rotation droite puis gauche, la distance tragus-acromion en inclinaison latérale droite puis gauche.

3.4. L'activité neuromusculaire

L'évaluation manuelle de la résistance musculaire est l'un des moyens qui permette d'apprécier les capacités fonctionnelles du patient.

L'endurance musculaire est mesurée lorsque le sujet est allongé sur le dos et décolle la tête de deux centimètres. On évalue ainsi la résistance des muscles extenseurs et des fléchisseurs du rachis cervical.

3.5. La palpation

L'abord manuel du patient fait partie intégrante du bilan clinique. Le bilan palpatoire vise à rechercher des zones douloureuses ou des modifications de la consistance tissulaire. Il porte sur les structures anatomiques suivantes :

- Articulations interfacettaires postérieures ;
- Insertions et corps musculaires (sterno-cléido-mastoïdien, trapèze, spinaux et muscles sub-occipitaux).

Lors de la palpation musculaire deux aspects sont pris en compte : la perception du praticien qui palpe comparativement les côtés droit et gauche, et la réaction douloureuse décrite par le patient. Les muscles, à la palpation, peuvent opposer une certaine résistance.

Lors de la palpation des articulations interfacettaires postérieures, le praticien recherche une zone de raideur à la pression et éventuellement une réaction douloureuse.

Est étudiée la douleur à la palpation superficielle et profonde ainsi que la présence des points gâchettes musculaires des régions cervicales et thoraciques hautes.

Pour la sensibilité superficielle, le test est considéré positif si le patient se plaint d'une douleur lors d'un toucher léger ou d'un léger pincement.

Pour la sensibilité profonde, le test est considéré positif si le patient se plaint d'une douleur étendue dépassant la région cervicale et thoracique haute à la palpation profonde.

- Les points gâchettes ou trigger points recherchés sont ceux des muscles sterno-cléido-mastoïdien ; splénius de la tête ; scalène ; ilio-costo-cervical ; trapèzes supérieur et inférieur ; angulaire de l'omoplate ; sus et sous-épineux.

Selon les planches anatomiques de TRAVEL J.

3.6. Le retentissement fonctionnel et psychologique

WLODYKA-DEMAILLE a traduit et validé le *Neck Pain and Disability Scale* (NPDS). Les items abordés sont : l'évaluation des incapacités, le résultat du traitement, la mesure de la douleur, le niveau d'activité (gestes fonctionnels). L'évaluation de ces indicateurs peut être subjective.

Les retentissements fonctionnels (incapacité professionnelle et sociale, handicap évalué par la durée des arrêts de travail, le retentissement sur les activités de tous les jours...) de la cervicalgie sont évalués par l'échelle algo-fonctionnelle de type « N.P.D.S ». (Version française).

3.7. La tolérance du traitement mésothérapique

La mésothérapie n'est pas une médecine douce. La piqûre, et les produits injectés peuvent être à l'origine d'effets secondaires. Aucune étude connue n'a évalué la tolérance de l'acte de mésothérapie dans le traitement des cervicalgies chroniques communes.

La tolérance du traitement par mésothérapie est évaluée à chaque séance, par un questionnaire.

La tolérance générale est évaluée par la présence ou l'absence des effets secondaires suivants : épigastralgies ; nausées ; lipothymie ; malaise vagal ; somnolence ; « crise de nerfs » ; effet rebond ; infection ; choc...

La tolérance locale est évaluée par la présence ou l'absence des effets secondaires suivants : érythèmes ; flush ; prurit ; urticaire ; hématomes ; griffures ; nécroses cutanées.

L'acceptabilité du traitement est évaluée par la présence ou l'absence de douleur lors de l'injection.

3.8. Prise de paracétamol

Le paracétamol représente l'un des traitements de référence de l'arthrose cervicale. Aucun des patients inclus dans cette étude ne prenaient du paracétamol en continue au moment de l'inclusion.

L'importance de la prise de paracétamol, à la demande, est évaluée par un questionnaire, à chaque consultation. Les patients signalent si oui ou non ils ont pris du paracétamol.

3.9. Synthèse des bilans

La synthèse du bilan permet par un recueil des informations en début, à chaque séance et la fin de l'étude :

- De poser les indications du traitement mésothérapique ;
- D'évaluer l'état du patient ;
- Et d'évaluer le résultat thérapeutique.

4. Analyse statistique

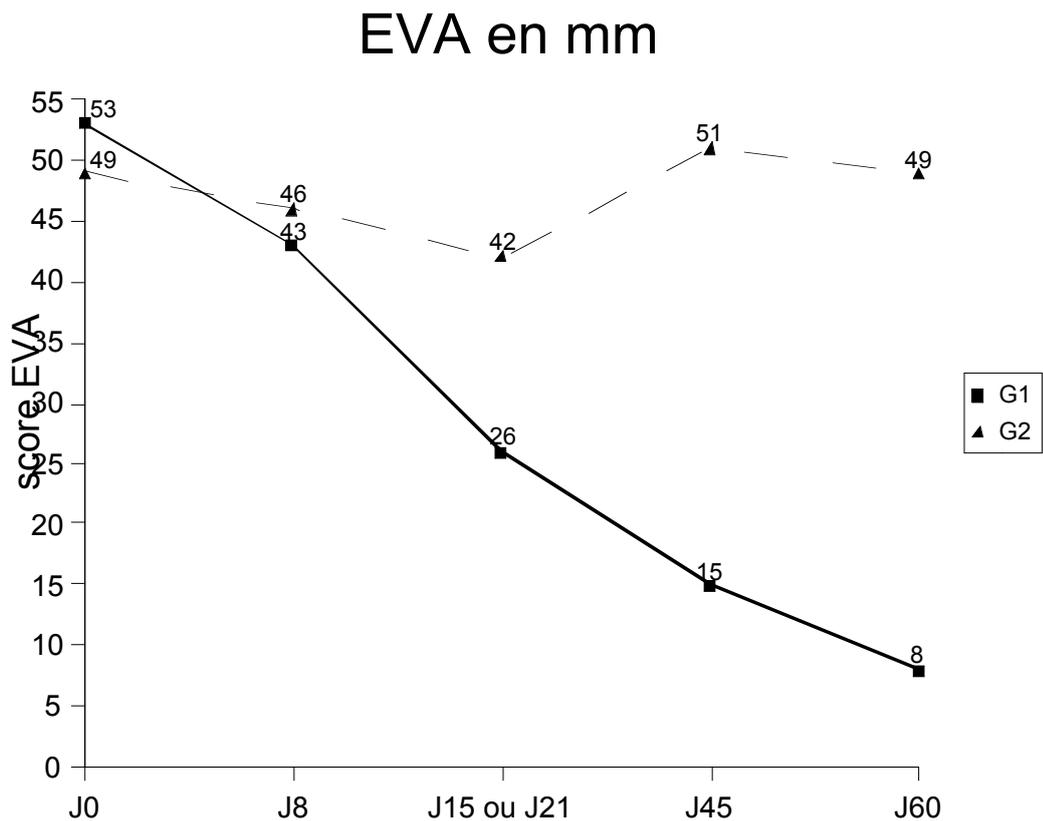
Les calculs des moyennes et des écart-types ont été réalisés sur le tableur EXCEL Microsoft®.

Compte tenu de la taille des échantillons, et des distributions non normales des moyennes obtenues, les comparaisons des moyennes ont été réalisées avec des tests de Mann-Whitney pour les données quantitatives. Le Khi 2 a été utilisé pour les données qualitatives.

RESULTATS

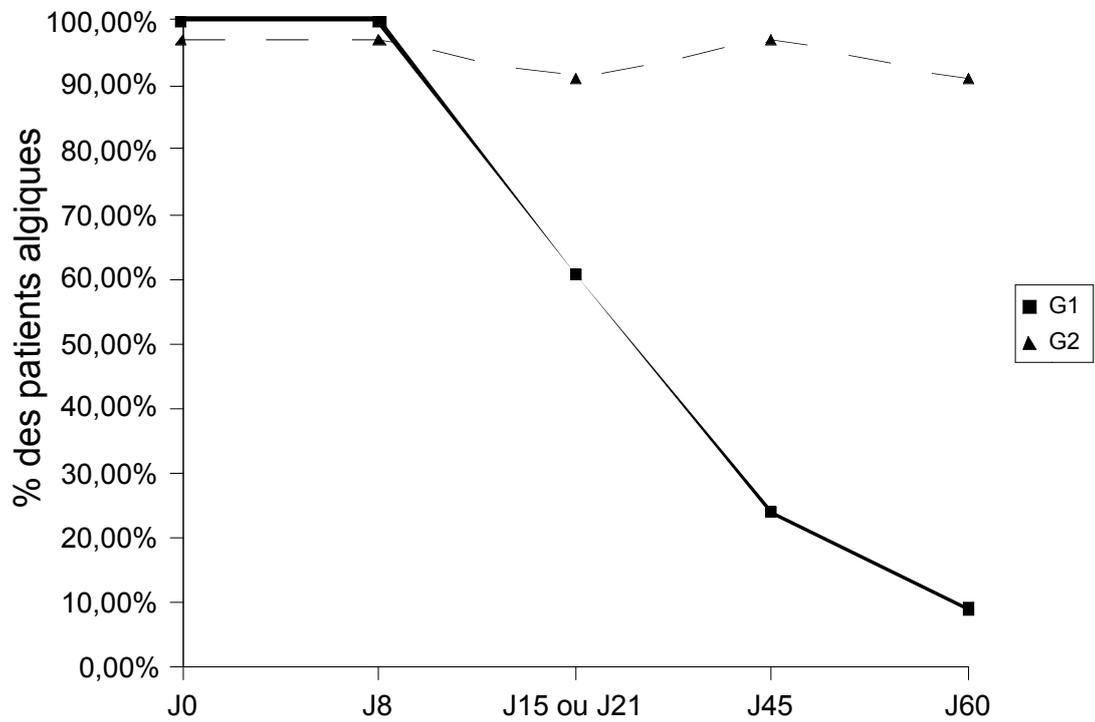
Cette étude objective une diminution de l'intensité globale des cervicalgies :

- diminution de la douleur mesurée par l'EVA :

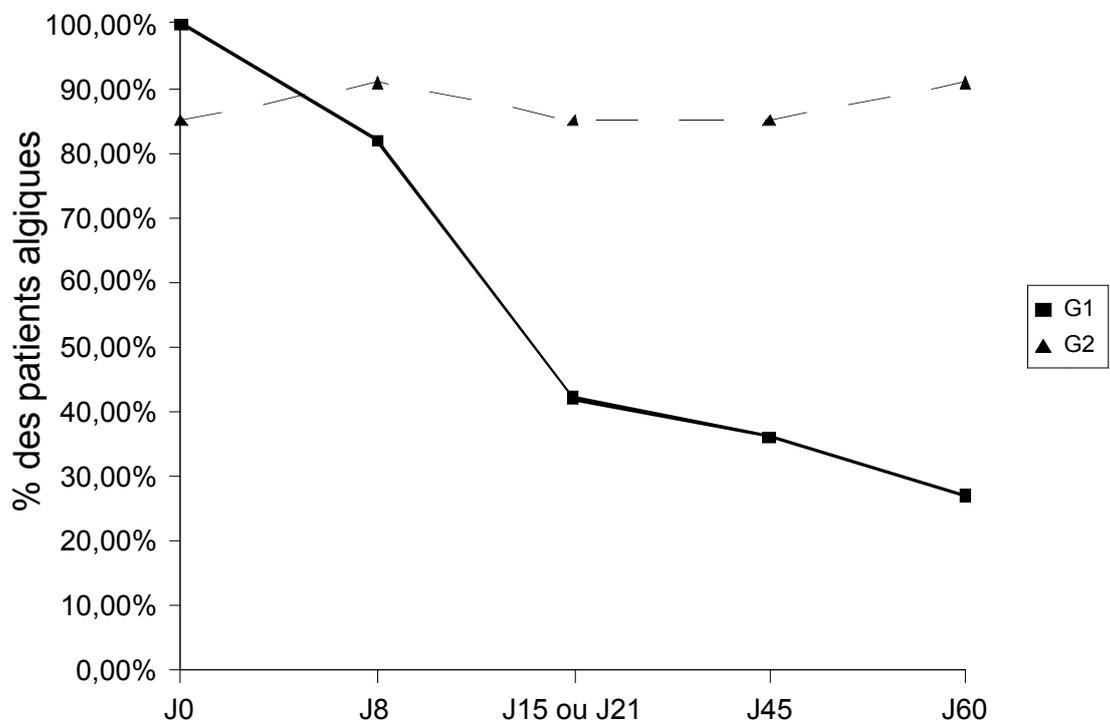


- diminution de la douleur à la palpation superficielle et profonde ;

Palpation superficielle douloureuse



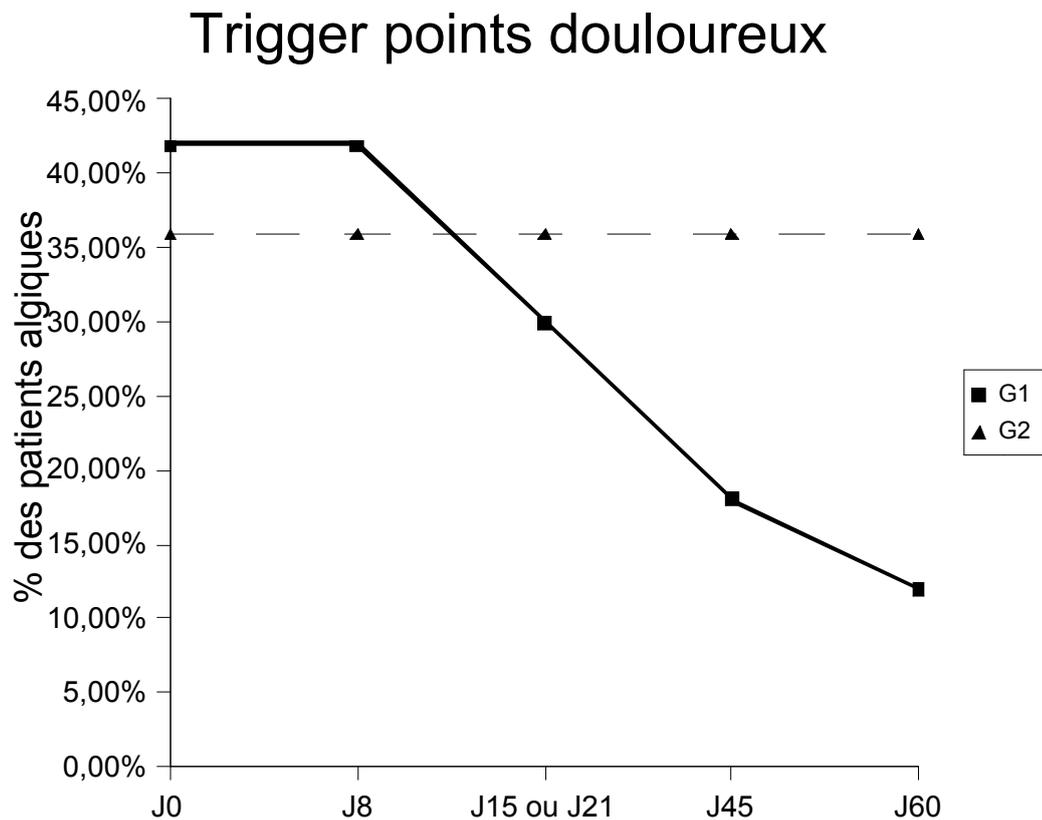
Palpation profonde douloureuse



- Disparition de plusieurs triggers points.

Dans le groupe 1, le pourcentage de patients douloureux à la palpation des trigger points diminue de 30%; passant de 42% de patients douloureux en début d'étude à 12% en fin d'étude. La diminution commence dès J15 ou J21. Après cinq séances d'injection, dix patients ne sont plus algiques à la palpation des trigger points.

Dans le groupe 2, aucune variation n'est constatée.



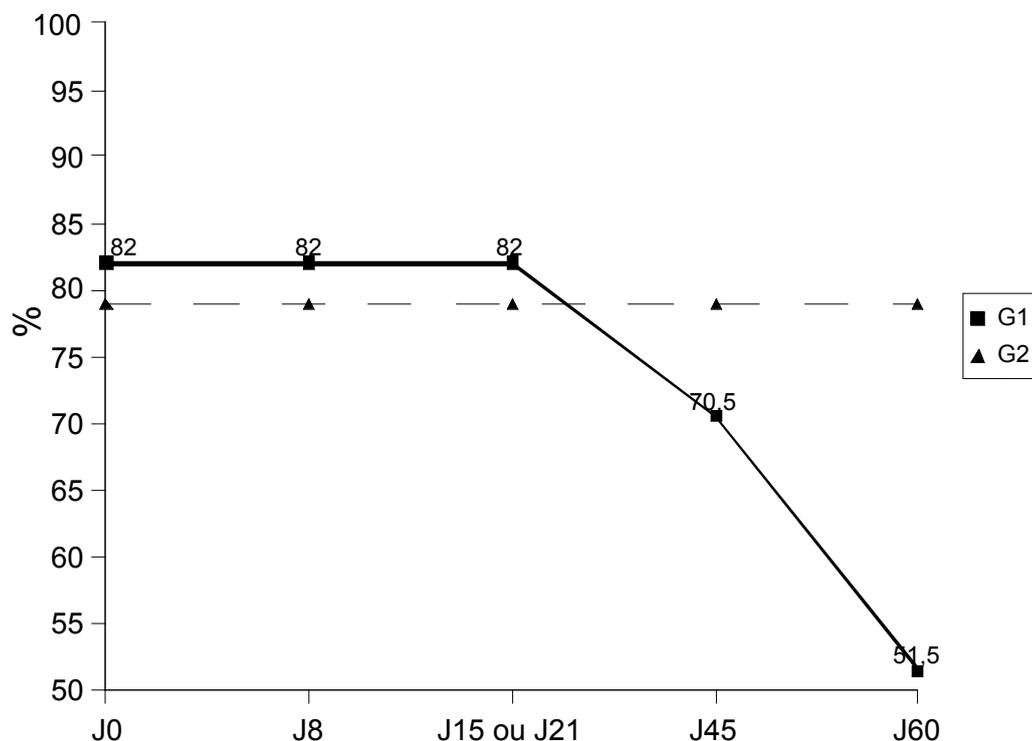
Les résultats sont significatifs à partir de J8+/-15, soit après deux séances de traitement.

La posture est améliorée de façon significative par le traitement mésothérapique qui permet de diminuer le nombre de patients présentant une ante-projection de la tête au repos, de 27 à 17, soit dix patients de moins (intervalle de confiance 90 %, $p < 0,1$).

La différence devient significative après cinq séances.

Cette amélioration n'est constatée chez aucun des patients du groupe 2.

Ante-projection de la tête au repos



La mobilité articulaire n'est pas modifiée de façon significative par le traitement mésothérapique. Dans le groupe traité, il existe, en valeur absolue, un gain de mobilité dans tous les plans de l'espace, mais ce gain n'est pas statistiquement significatif.

L'endurance musculaire n'est pas modifiée de façon significative par le traitement mésothérapique. Dans le groupe traité, il existe, en valeur absolue, un gain d'endurance concernant aussi bien les fléchisseurs que les extenseurs, mais ce gain n'est pas statistiquement significatif.

Le retentissement fonctionnel des cervicalgies diminue de façon significative après cinq séances de traitement mésothérapique.

Score moyen sur 2000	Groupe mésothérapie G1	Groupe contrôle G2	
J0	1355 (+/- 141)	1286 (+/- 107)	
J60	426 (+/- 173)	1155 (+/- 193)	DS
Gain / J0	929 soit 68,6%*	131 soit 10%*	P=0,01

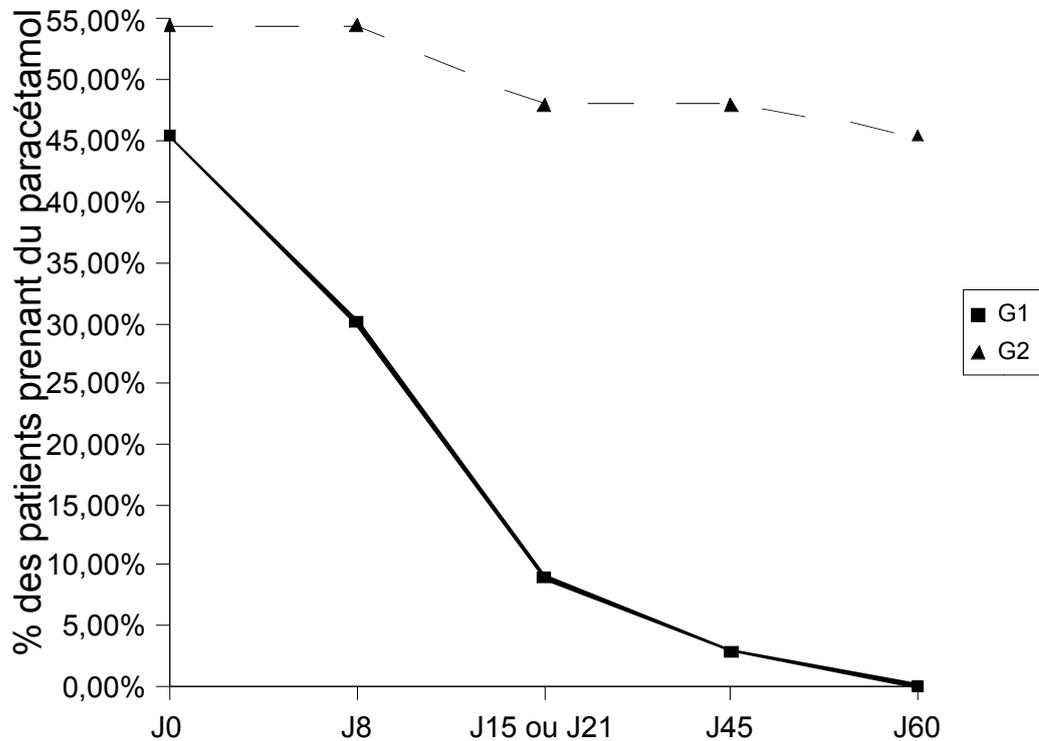
La tolérance globale du traitement par mésothérapie est bonne. Les effets secondaires les plus fréquemment retrouvés étant :

- Localement, les hématomes et douleur durant l'injection (vingt patients);
- Sur le plan général, des nausées et vomissements (deux patients).

Aucun des patients traités, n'a interrompu le traitement malgré ces effets secondaires.

La prise de paracétamol à la demande, si douleur, diminue de façon significative dès la deuxième séance d'injection. Après cinq séances aucun des patients traités ne rapportent la nécessité d'une prise de paracétamol.

Prise de paracétamol



Ces résultats rejoignent ceux publiés dans la Thèse du Docteur MALESPINE M. soutenue en décembre 2005, à l'Université de Médecine de Bordeaux 2, et portant sur l'« Etude du bénéfice apporté par la Mésothérapie dans le traitement des cervicalgies aiguës communes par rapport au traitement de référence par AINS et Antalgiques per os. » Cette étude concernant 95 cas retrouve un bénéfice de l'association de la mésothérapie aux traitements per os, par rapport au traitement per os seul.

DISCUSSION

1. Validité de l'étude

Des conclusions peuvent être déduites de cette étude. Il s'agit d'une étude expérimentale contrôlée randomisée, le niveau de preuve en terme d'Evidence Based Medicine (ou médecine basée sur des preuves) est satisfaisant, permettant une présomption scientifique. De plus, l'effectif des patients est satisfaisant, et aucun patient n'a été perdu de vue.

Mes résultats suggèrent un intérêt de la mésothérapie dans le traitement des cervicalgies chroniques communes notamment en termes de soulagement de la douleur et de diminution du retentissement fonctionnel des cervicalgies. Les effets apparaissent rapidement, au bout de deux séances d'injection en moyenne.

Toutefois, il existe :

- Un biais de méthode, lié à la reproductibilité des gestes lors de l'examen clinique, notamment lors de la palpation. C'est le problème de la reproductibilité dans les études comparatives.
- Et un biais de sélection, lié au fait qu'en choisissant une cohorte de patients traités initialement par paracétamol à la demande, on écarte les cervicalgies sévères nécessitant des antalgiques de palier 1 en continu, voire de palier 2. Cette cohorte n'est donc pas représentative de l'ensemble de la population des cervicalgies.

2. Efficacité de la mésothérapie

Les propriétés des substances pharmacologiques utilisées dans les mélanges expliquent en partie l'effet adjuvant de la mésothérapie. Le protocole utilisé, dans cette étude, emploie des produits paraissant intéressants dans la prise en charge de la pathologie rachidienne chronique commune.

La base de Lidocaïne 1% a des effets, non seulement antalgique, mais aussi vasomodulatrice, elle relance la microcirculation. Associée aux autres produits, elle potentialise leur diffusion et leurs effets.

La Calcitonine de saumon à 100UI a des propriétés normocalcémiantes, antiostéoclastiques, vasomotrices, antalgiques par action sur le système endorphinique, et surtout une action sur les chondrocytes, intéressante pour agir sur la composante dégénérative des cervicalgies.

Le Thiocolchicoside a des effets myorelaxants et restructurants grâce à sa composante sulfure.

Il existe un rôle certain du stress et de l'anxiété dans l'aggravation ou la pérennisation des cervicalgies chroniques. Si au départ, ils sont la conséquence des douleurs, ils deviennent eux-mêmes cause de douleurs, créant alors un cercle vicieux.

Pour agir sur ces facteurs stress et anxiété, de nombreux mésothérapeutes utilisent :

- Le Diazépam aux propriétés antalgiques sur les douleurs neuropathiques, décontracturantes et anxiolytiques;
- Et le Pidolate de Magnésium possédant des propriétés anxiolytiques.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens n'ont pas été utilisés dans cette étude, car il s'agissait de proposer un traitement de fond des cervicalgies chroniques. Ils ne se sont d'ailleurs pas révélés nécessaires.

Les bons résultats de la mésothérapie dans le traitement des cervicalgies chroniques communes, peuvent aussi s'expliquer par la technique mixte utilisée. L'association de la mésothérapie ponctuelle systématisée, et de la mésothérapie épidermique permet d'atteindre tous les sites impliqués dans la douleur. Par ailleurs, ceci permet une double cinétique d'action : rapide et intense avec la M.P.S., et une action « à libération prolongée » avec la M.E.

CONCLUSION

Les cervicalgies communes de cause dégénérative chez les sujets âgés, de cause mécanique chez les sujets jeunes, sont très fréquentes en pratique médicale quotidienne. Cette symptomatologie est souvent chronique, récidivante, gênante dans la vie courante, mais d'évolution bénigne ; les complications neurologiques ou vasculaires en dehors de la névralgie cervico-brachiales sont exceptionnelles. La cervicalgie est un symptôme piège : une douleur banale peut cacher une affection grave. Il faut éliminer en priorité une cervicalgie symptomatique.

Cette première étude expérimentale, randomisée sur le traitement par mésothérapie des cervicalgies chroniques communes montre l'efficacité antalgique et fonctionnelle de cette thérapeutique. Dans cette indication, la mésothérapie est intéressante comme traitement de seconde intention, lorsque les antalgiques usuels per os ne sont plus ou pas suffisamment efficaces. Mais je pense qu'il peut également s'agir d'un traitement de première intention, notamment chez des patients poly-médiqués. Elle présente, dans ce cas, l'intérêt d'avoir des effets secondaires moindres que la plupart des médicaments antalgiques per os.

La mésothérapie représente un traitement complet de la pathologie rachidienne chronique. Selon les mélanges utilisés, elle représente un traitement de fond (arthrose...), un traitement des accès aigus, et un traitement du terrain (anxiété, stress...). Il n'en reste pas moins que, comme dans toute pathologie douloureuse chronique, la mésothérapie doit s'intégrer dans une prise en charge globale et multidisciplinaire, afin d'être plus efficace. Cette prise en charge globale doit comprendre la rééducation par kinésithérapie, la lutte contre la surcharge pondérale, l'activité physique régulière, et la prise en charge psychologique du patient.

Cette étude préliminaire devrait conduire à la réalisation d'autres études prospectives randomisées, incluant un plus grand nombre de patients (niveau 1 ou A de l'ANAES). Pour prouver véritablement l'efficacité de la mésothérapie, il faudrait effectuer une étude contrôlée, randomisée en double aveugle, versus placebo. Et bien qu'il soit difficile avec la mésothérapie de mettre en place un groupe placebo et impossible d'effectuer une étude en double aveugle, il serait dommage de ne pas réaliser ces études et d'abandonner cette technique de soins par manque de preuves scientifiques.