

# CERVICALGIES MÉCANIQUES COMMUNES CHRONIQUES MUSCULO-LIGAMENTAIRES ET MÉSOTHÉRAPIE

Docteur Cécile VIENT

## **INTRODUCTION**

La cervicalgie affecte 30 à 50% de la population et 15% connaîtra un épisode chronique au cours de sa vie. 24% des patients douloureux chroniques sous antalgiques palier II ou III sont insuffisamment soulagés par leur prise en charge<sup>16</sup>.

L'adulte actif est particulièrement exposé aux activités professionnelles et de loisirs impliquant des postures cervicales délétères, leurs répétitions favorisent les cervicalgies chroniques.

L'objectif de l'étude est d'évaluer l'efficacité de la mésothérapie chez les patients atteints de cervicalgies mécaniques communes chroniques à composante musculo-ligamentaire en les plaçant au cœur de leur prise en charge.

## **DEFINITIONS ET PHYSIOPATHOLOGIE**

«La douleur est (...) ce que la personne qui en est atteinte dit qu'elle est». La douleur chronique est une «expérience sensorielle et émotionnelle désagréable» évoluant depuis plus de 3 mois, persistante ou récurrente, s'accompagnant d'une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient<sup>18</sup>.

Les cervicalgies résultent d'un déséquilibre entre les capacités physiques du corps et les sollicitations et contraintes auxquelles il est exposé. Tout dysfonctionnement aigu d'un segment vertébral (muscle, ligament, système articulaire) peut être responsable de contractures musculaires réflexes douloureuses locales puis loco-régionales<sup>22</sup>. L'élévateur de la scapula, le splénius du cou, les trapèzes et les muscles profonds de la nuque à vocation principalement dynamique, donc fatigables, sont fréquemment en cause. Ces muscles sont moins puissants chez la femme<sup>12</sup>.

Les cervicalgies communes chroniques à composante musculo-ligamentaire sont caractérisées par une douleur mécanique persistante de la région cervicale, pouvant irradier vers les membres supérieurs, en interscapulaire, ou en occipito-pariétal<sup>22</sup>. Elles peuvent être secondaires aux microtraumatismes du rachis cervical ou aux troubles posturaux par contractions statiques prolongées ou répétées. Les facteurs favorisant sont certaines activités professionnelles ou sportives, les conditions climatiques, certains facteurs psychologiques, le stress<sup>5,7,11,13,22</sup>. Les femmes sont plus exposées aux

contraintes cervicales professionnelles que les hommes (13% contre 8%)<sup>11</sup>.

L'examen clinique peut révéler une attitude antalgique, une raideur, une fatigabilité, des douleurs des segments rachidiens, des contractures et cordons musculaires, des cellulopathies, et des douleurs à l'étirement, à la contraction et à la palpation musculaire<sup>7,13,22</sup>. Le bilan radiographique peut être normal, présenter des troubles statiques favorisant ou des lésions mineures d'arthrose non responsables de la symptomatologie clinique<sup>22</sup>.

## **SELECTION DES PATIENTS**

Critères d'inclusion:

- Cervicalgies mécaniques communes chroniques musculo-ligamentaires,
- Patients âgés de 20 à 50 ans,
- Patient capable de remplir seul et sans aide un auto-questionnaire,
- Acceptant le traitement par mésothérapie.

Critères d'exclusion:

- Femmes enceintes ou allaitantes,
- Allergie aux sulfites ou au groupe des « para »<sup>3,20</sup>,
- Cervicalgies sur séquelles de traumatisme cervical grave, cervicarthrosiques, psychogènes.

Sélection des patients:

La sélection s'est déroulée dans mon cabinet de médecine générale de ville de décembre 2015 à février 2016. L'enquête étiologique du patient cervicalgique chronique est menée rigoureusement, permettant de poser un diagnostic précis et d'éliminer une cervicalgie symptomatique ou une complication.

- A l'interrogatoire, je consigne les antécédents, les allergies, le parcours thérapeutique, l'histoire de la cervicalgie, sa topographie et douleurs associées, ses facteurs aggravant, son retentissement psychosocial.
- A l'examen, j'inspecte la statique générale et les limitations douloureuses à la mobilité active du rachis cervical<sup>2,22</sup>.
- A la palpation, sur un patient assis, je recherche les zones de cellulopathies, les points douloureux des muscles du rachis cervico-dorsal et de la ceinture scapulaire et, sur un patient en décubitus ventral, les points de la souffrance intervertébrale dégénérative et les points plexiques cervicaux.
- L'examen clinique est complété par un examen rhumatologique du rachis et des membres supérieurs, neu-

rologique, vasculaire et général.

- Les examens radiologiques et biologiques sont examinés.

La nature des lésions responsables des douleurs ressenties par le patient est expliquée de façon rassurante, une information claire lui est délivrée sur la pratique de la mésothérapie en expliquant le principe de la microdose de substances allopathiques et sans cortisone, d'injections peu douloureuses et ciblées sur les sites en souffrance qui participe à la bonne tolérance du traitement<sup>16</sup>.

À l'issue de la période de recrutement 6 patients ont été inclus dans l'étude, aucun patient n'est en arrêt de travail ou en accident du travail.

### **OUTILS D'ÉVALUATION**

Le Neck Pain and Disability Scale (NPDS) est un auto-questionnaire adapté aux patients cervicalgiques. Je l'ai retenu comme critère d'évaluation principal car il permet une auto-évaluation par le patient de sa douleur et de son retentissement fonctionnel en adéquation avec les recommandations<sup>9,18</sup>. C'est aussi un bon indicateur du suivi des patients<sup>8</sup>.

Chaque patient coche seul et sans aide les réponses à 20 questions sur une Echelle Visuelle Analogique. Le score maximum est de 2000<sup>9</sup>. Trois sous-scores thématiques peuvent être exploités, la «douleur cervicale en statique» (400/2000), la «douleur cervicale lors des mouvements» (800/2000), et le «handicap et fonction» (800/2000)<sup>9</sup>.

L'évaluation est complétée par:

- La palpation de la région cervico-dorsale et scapulaire au cours de laquelle le patient évalue sa douleur de 0 à 3, les cotations sont reportées sur un croquis anatomique.

- la recherche des limitations douloureuses du rachis cervical lors de l'examen actif dans les trois axes de mobilité sont cotées et représentées sur le schéma en étoile de Maigne<sup>12,22</sup>.

### **PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE DE MÉSOTHÉRAPIE**

À chaque consultation:

- Le patient remplit le questionnaire NPDS en autonomie,
- L'examen clinique est pratiqué,
- J'évalue la tolérance de la séance de mésothérapie précédente et la satisfaction du patient,
- La décision de pratiquer une séance de mésothérapie est prise conjointement avec le patient.

Le protocole thérapeutique est identique pour tous les patients mais il n'est pas exclu a priori de l'adapter en fonction de la tolérance et de l'évolution des patients en cours du traitement.

La séance de mésothérapie peut alors être pratiquée en respectant:

- Le rappel au patient des informations relatives à l'hygiène et aux bonnes pratiques<sup>1</sup>,

- Le lavage soigné des mains du praticien puis leur désinfection,

- La désinfection de la peau du patient à la Biseptine en 2 temps,

- Le port de gants<sup>1,16,19</sup>.

Le mélange thérapeutique<sup>3,10,20</sup> unique est préparé extemporané<sup>2</sup> avec du matériel stérile à usage unique<sup>16</sup>:

- Procaine injectable 10mg/ml, 1cc, pour son effet anesthésique, vasodilatateur, potentialisateur de la myorelaxation et stimulant neuropsychique,

- Thiocolchicoside injectable 4mg/ml, 2cc, pour son effet décontractant non sédatif,

- Pidolate de magnésium injectable 0,8 %, 1cc, pour son effet myorelaxant et notamment sur le système neurovégétatif.

Les séances de mésothérapie sont planifiées à J1, J8, J15 et J30. Une à deux consultations d'évaluation et de suivi sont prévues.

J'utilise une technique manuelle mixte<sup>16</sup>:

- En IED dans un premier temps avec une aiguille de 0,3x13mm sur les cellulopathies puis de façon bilatérale et symétrique sur la région cervico-dorso-scapulaire et les douleurs projetées. L'absence de douleur rassure le patient et participe à l'amener vers un schéma comportemental adapté<sup>6,16,18</sup>.

- En DHD dans un deuxième temps avec une aiguille de 0,3x13mm en variant la profondeur et l'inclinaison de l'aiguille par rapport à la peau aux points de la SID segmentaire recherchés à chaque étage et plexiques inférieurs et supérieurs.

- En point par point pour terminer au niveau des points douloureux musculaires retrouvés à l'examen et décrits par le patient<sup>13,15,16</sup>.

### **PRÉSENTATION DES RESULTATS**

En moyenne, le score NPDS diminue de 86 %, l'item «douleur cervicale en statique» diminue de 86 %, l'item «douleur cervicale en mouvement» diminue de 83 % et l'item «handicap et fonction» diminue en moyenne de 89 %.

Les points douloureux ont totalement disparu pour 5 patients sur 6 et un point peu douloureux persiste chez un patient. Les limitations douloureuses ont cédé pour 4 patients sur 6, et une limitation douloureuse modérée dans une seule direction persiste chez 2 patients. Les cellulopathies et les douleurs projetées ont toutes disparu.

Les traitements de fond n'ont pas été modifiés au cours de l'étude mais les traitements symptomatiques ont été fortement réduits; 3 patients n'en prennent plus, 2 n'en prennent plus qu'exceptionnellement et le 6ème n'en prend toujours pas.

5 patients sont très satisfaits et 1 patient est satisfait.

### **DISCUSSION**

1. Echantillon

7 patients étaient susceptibles d'intégrer l'étude; 1 homme a refusé, 6 femmes ont accepté. La courte durée de recrutement des patients et par un seul médecin

explique cet échantillon restreint. La sur-représentation des femmes se rapproche des données de la littérature, elles sont plus exposées aux contraintes cervicales professionnelles que les hommes<sup>11</sup> et leur musculature cervicale est moins puissante<sup>12</sup>.

L'âge moyen des patients est de 40 ans, leurs situations familiales sont diverses. Les patients ont des activités professionnelles variées, ils sont tous exposés aux «contraintes cervicales», seul un se dit non exposé au stress professionnel.

L'ancienneté de l'épisode est de 4,5 ans en moyenne. 2 patients sur 6 ont des cervicalgies persistantes depuis plus de 6 ans, ce qui est comparable aux données de l'HAS<sup>18</sup> rapportant que dans plus de 40% des cas la douleur persiste au-delà de 3 ans.

Cette étude ne cherche pas à être statistiquement représentative toutefois l'échantillon, hormis le sexe, est varié et assez bien corrélé aux données de la littérature<sup>4,11,18,22</sup>.

### 2. Protocole

Toutes les données recueillies sont exploitables. Aucun protocole n'a été interrompu mais l'un d'entre eux a été adapté suite à un effet indésirable.

L'absence d'effet secondaire grave et la fréquence faible des effets secondaires mineurs que j'ai constatée sont comparables aux études ENATOME 1 et 2<sup>1,4</sup>. Quelques hématomes faibles aux points d'injections ont été constatés. Une sensation d'échauffement transitoire de la peau après l'IED, lié à l'utilisation du magnésium<sup>3,20</sup>, a été perçue par un patient comme une sensation agréable. Des douleurs transitoires aux points d'injection profonds, attribuées à la synergie potentialisatrice de la vasodilatation de l'association magnésium-procaïne<sup>10</sup>, ont été rapportées par un patient. Ces douleurs ont également été retrouvées chez 18% des patients traités par mésothérapie pour syndrome douloureux myofascial cervical au cours de l'étude pluricentrique de Bordeaux<sup>5</sup>. Pour ce patient le protocole d'injection a été modifié en supprimant la technique profonde.

Les patients ont bénéficié en moyenne de 3,2 séances de mésothérapie, cette moyenne est identique aux constatations de l'étude sur les consultations de mésothérapie des Drs Bonnet et Perrin<sup>4</sup>. L'intervalle moyen est de 7,4 jours entre les 3 premières séances, et de 15,5 jours entre les 3 et 4ème séance. Le rythme des séances est proche du rythme prévu compte tenu des contraintes professionnelles des patients et du médecin.

### 3. Le score NPDS et les signes cliniques

3 patientes sur 6 terminent l'étude avec un NPDS à 0, aucun point douloureux ni limitation douloureuse ne persiste. 2 patients terminent l'étude avec un NPDS en baisse de 76% et 82%; pour le premier aucun point douloureux ni limitation douloureuse ne persiste, pour le second aucun point douloureux mais une limitation peu douloureuse persiste. Pour un patient le score NPDS diminue de 57% à cause de l'item «douleur cervicale en mouvement» qui ne diminue que de 40 %, en cohérence

avec la persistance d'un point peu douloureux et d'une limitation résiduelle modérée en extension. En raison des points douloureux ressentis aux points d'injection par ce patient, pour la 3ème séance seule la technique superficielle a été pratiquée. La modification du protocole peut expliquer un résultat inférieur et confirmer l'intérêt de la technique mixte<sup>16,15</sup>. La poursuite du protocole de mésothérapie a été favorisée par la relation de confiance créée par l'écoute du patient et son implication dans les décisions thérapeutiques. Après 2 séances en technique mixte, un contexte professionnel stressant et la survenue des douleurs aux points d'injection le score NPDS n'avait pas diminué mais la patiente exprimait un bénéfice à l'interrogatoire. Deux mois après la dernière séance en IED seule, la diminution du NPDS atteint 57 %. Le patient est très satisfait, et n'exclut pas la possibilité d'un nouveau traitement par mésothérapie. La baisse des scores NPDS est cohérente avec la diminution des signes cliniques. Cette cohérence est retrouvée dans les résultats de l'étude sur le syndrome douloureux myofascial cervical de Bordeaux<sup>5</sup>. La baisse du score n'est pas corrélée à la valeur du score initial.

Chez 3 patients le stress professionnel a été un facteur aggravant<sup>18</sup> marqué par un rebond transitoire du NPDS et/ou des points douloureux.

Chez un patient un rebond de l'intensité des points douloureux sans lien avec notre étude a été constaté suite aux effets indésirables d'une séance d'acupuncture.

Plusieurs études tendent à montrer qu'une prise en charge active par le patient lui-même serait gage de meilleurs résultats sur la douleur et son retentissement<sup>18</sup>. Ici le patient a été placé au centre de sa prise en charge en privilégiant la mise en confiance, l'auto-évaluation, l'implication dans les choix thérapeutiques et dans la prévention<sup>6,22</sup> et les résultats obtenus sont très positifs.

### 4. La satisfaction du patient

Le taux de satisfaction est élevé (5 patients sont très satisfaits, 1 patient est satisfait) et confirmé par la demande de mésothérapie pour d'autres douleurs par 3 patients. Ce résultat est en parfaite cohérence avec l'amélioration de la vie quotidienne verbalisée par tous les patients et avec la diminution moyenne de 89% du score «handicap et fonction». Le taux de satisfaction est comparable à l'étude des Drs Bonnet et Perrin<sup>4</sup>.

## CONCLUSION

Le choix du mélange procaïne-thiocolchicoside-magnésium, de la technique mixte et d'impliquer le patient au cœur de sa prise en charge a permis d'obtenir un excellent bénéfice du traitement par mésothérapie et avec un recul de 13 à 16 mois sa persistance et même son accentuation à distance des séances d'injection.

Les outils d'évaluations ont mis en avant une amélioration très importante de la qualité de vie des patients et leur taux de satisfaction est élevé.

La survenue d'un effet indésirable mineur ayant entraîné la poursuite du protocole en technique superficielle seule a permis de confirmer l'importance de la relation

de confiance patient/médecin et l'intérêt de la technique mixte qui majore les bénéfices du traitement. Cette étude montre l'intérêt de ce protocole de mésothérapie dans le traitement des cervicalgies mécaniques communes chroniques chez les patients actifs mais elle porte sur petit échantillon statistiquement non significatif et pourrait mériter une étude à plus grande échelle.

**BIBLIOGRAPHIE**

(1) Biron, F. Hygiène – Asepsie - Effets secondaires: dans le cadre d'un traitement par Mésothérapie. Premier Séminaire du DIU de mésothérapie: généralités. Paris, septembre 2015.  
 (2) Blondel, C., Ceysson, C., Guittard, F., et al. Stabilité physicochimique de trois produits régulièrement utilisés seuls ou en association en mésothérapie traumatologique. Journal de Traumatologie du Sport, 2011, n°28, p. 37-40.  
 (3) Bonnet, C., Laurens, D., Perrin, J.J. Guide pratique de mésothérapie. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2012, 471 p. 9782294712203.  
 (4) Bonnet, C., Perrin, J.J. Un an de consultations mésothérapiques exclusives. La revue de Mésothérapie, février 2004, n°119, p. 26-30.  
 (5) Bram, E., Aurillac-Lavignolle, V., George, F., et al. étude pluricentrique randomisée comparative du traitement de Travell intramusculaire versus la mésothérapie dans le syndrome douloureux myofascial cervical. A propos de 104 cas. La revue de Mésothérapie, juin 2007, n°128, p. 4-10.  
 (6) Couteaux, A. La douleur chronique: diagnostic et traitement. In troisième Séminaire du DIU de mésothérapie: la douleur. Paris, novembre 2015.  
 (7) De Lecluse, J. Cervicalgies et sports. In Sixième Séminaire du DIU de mésothérapie: pathologie rachidienne. Paris, février 2016.  
 (8) Demaille, S., Poireau, J.F., Catanzariti, F., et al. Sensibilité aux changements de trois questionnaires d'évaluation des cervicalgies. Revue de Rhumatisme, July 2004, vol. 71, n°7, p. 603-612.

(9) Demaille, S., Poireau, J.F., Catanzariti, F., et al. Traduction et validation d'une échelle algofonctionnelle adaptée aux cervicalgies. Annales de réadaptation et de médecine physique, mars 2001, vol. 44, n° 3, p. 132-134.  
 (10) George, F. Le magnésium en mésothérapie (2ème partie) : magnésium et système locomoteur (os, muscles, articulations). La revue de Mésothérapie, octobre 2009, n°135, p. 4-6.  
 (11) INRS. Les contraintes posturales et articulaires au travail. Documents pour le Médecin du Travail, 3ème trimestre 2006, n°107, p 329-336.  
 (12) Maigne, R. Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Paris, Expansion Scientifique Française, 1989.  
 (13) Miljkovic, D. Cervicalgies et NCB. In Sixième Séminaire du DIU de mésothérapie: pathologie rachidienne. Paris, février 2016.  
 (14) Mrejen, D. Mésothérapie ponctuelle systématisée: bases fondamentales. Deuxième séminaire du DIU de mésothérapie : pharmacologie, modes d'action de la mésothérapie. Paris, octobre 2015.  
 (15) Perrin, J-J. Les différentes techniques en Mésothérapie. Labenne, B. Matériels: Mésothérapie manuelle et électronique - Profondeurs d'injection - rythme des séances. Premier Séminaire du DIU de mésothérapie: généralités. Paris, septembre 2015.  
 (16) Service des bonnes pratiques professionnelles. Douleur chronique: reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient: Consensus formalisé. HAS Haute Autorité de Santé [en ligne]. Décembre 2008. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr>>  
 (17) Taffin, H.P. Pharmacopée en mésothérapie: aspects particuliers. In deuxième Séminaire du DIU de mésothérapie: pharmacologie, modes d'action de la mésothérapie. Paris, octobre 2015.  
 (18) Vital, J.M., Lavignolle, B., Pointillart, V., et al. Cervicalgie commune et névralgies cervicobrachiales. Encyclopédie médico-chirurgicale - Traité d'appareil locomoteur. Paris, Elsevier Masson, 2004, 15 p. 15831A10.

Patient	1	2	3	4	5	6
Age / Sexe / Famille / Profession	43 / F 1 enfant séparée employée de bureau	45 / F 1 enfant en couple cariste	31 / F 2 enfants mariée coiffeuse	49 / F pas d'enfant mariée ATSEM	25 / F pas d'enfant célibataire étudiante en droit	47 / F 5 enfants mariée assistante maternelle
Antécédents rhumatologiques	NCB sans hernie discale (2000) tendinopathies de la coiffe D (2006) et G (2014)	hernies discales L5-S1 opérée (2006), L3-L4 opérée (2013 et 2014) en MP/MDPH	aucun	contusions lombaires post-traumatiques en AT (2008), scoliose lombaire modérée	scoliose dorso-lombaire modérée	aucun
Ancienneté et histoire de l'épisode	18 ans / contracture cervico-scapulaire réflexe lors d'une chute	6 mois / reprise du travail temps-plein suite hernie discale opérée	6 mois / reprise d'entreprise	6 ans / secondaire à l'AT	7 mois / reprise des cours magistraux	20 mois / torticolis brutal en voiture
Examens complémentaires cervicaux	discopathie modérée C5-C6	rectitude du rachis cervical	radio normale	rectitude du rachis, discarthrose modérée C5 à C7	radio normale	radio et IRM normales
Douleurs projetées	bras gauche lors des crises aiguës	bras gauche lors des crises aiguës	céphalées lors des crises aiguës	non	non	bras gauche et droit lors des crises aiguës
Traitement de fond	Pregabaline	Paroxétine	Paroxétine	aucun	aucun	aucun
Traitement symptomatique	Paracetamol Ibuprofène Lumirelax	Paracétamol- Codéine quotidien	Paracetamol Lumirelax	Paracetamol Ibuprofène Lumirelax	Paracetamol Lumirelax	aucun

## La revue de Mésothérapie

		Consultation 1	Consultation 2	Consultation 3	Consultation 4	Consultation 5	Consultation 6	Evolution NPDS	
Patient 1	NPDS	NPDS Total	1210	1370	1245	1005	525		-57%
		Handicap et Fonction	210	235	200	155	55		-74%
		Douleur cervicale en mouvement	565	670	550	470	340		-40%
		Douleur cervicale statique	435	465	495	380	130		-70%
	Points douloureux (très/moyen/peu)	0/4/4	1/2/7	0/0/3	0/0/1	0/0/1			
	Limitations douloureuses (très/moyen/peu)	1/1/3	0/2/4	0/1/2	0/1/1	0/0/1			
	Présence de cellulopathies	Oui	Oui	Oui	Non	Non			
Mésothérapie	X	X	X						
Patient 2	NPDS	NPDS Total	1000	590	755	235	180		-82%
		Handicap et Fonction	165	105	140	20	50		-70%
		Douleur cervicale en mouvement	410	250	370	145	85		-79%
		Douleur cervicale statique	425	235	245	70	45		-89%
	Points douloureux (très/moyen/peu)	0/2/4	0/5/1	0/3/2	0/2/1	0/0/0			
	Limitations douloureuses (très/moyen/peu)	0/0/2	0/0/0	0/0/2	0/0/0	0/0/1			
	Présence de cellulopathies	Oui	Oui	Oui	Oui	Non			
Mésothérapie	X	X	X						
Patient 3	NPDS	NPDS Total	450	420	125	0	0		-100%
		Handicap et Fonction	150	120	20	0	0		-100%
		Douleur cervicale en mouvement	260	220	85	0	0		-100%
		Douleur cervicale statique	40	80	20	0	0		-100%
	Points douloureux (très/moyen/peu)	2/3/3	0/0/8	0/0/2	0/0/0	0/0/0			
	Limitations douloureuses (très/moyen/peu)	0/1/2	0/0/2	0/0/1	0/0/0	0/0/0			
	Présence de cellulopathies	Oui	Oui	Non	Non	Non			
Mésothérapie	X	X	X						
Patient 4	NPDS	NPDS Total	700	105	0				-100%
		Handicap et Fonction	140	40	0				-100%
		Douleur cervicale en mouvement	375	20	0				-100%
		Douleur cervicale statique	185	45	0				-100%
	Points douloureux (très/moyen/peu)	0/1/2	0/0/0	0/0/0					
	Limitations douloureuses (très/moyen/peu)	0/0/0	0/0/0	0/0/0					
	Présence de cellulopathies	Oui	Non	Non					
Mésothérapie	X								
Patient 5	NPDS	NPDS Total	1220	1090	535	250	0		-100%
		Handicap et Fonction	300	250	150	30	0		-100%
		Douleur cervicale en mouvement	520	500	300	135	0		-100%
		Douleur cervicale statique	400	340	85	85	0		-100%
	Points douloureux (très/moyen/peu)	8/3/0	2/2/5	0/0/3	0/0/7	0/0/0			
	Limitations douloureuses (très/moyen/peu)	0/0/4	0/1/3	0/1/2	0/1/0	0/0/0			
	Présence de cellulopathies	Oui	Oui	Non	Oui	Non			
Mésothérapie	X	X	X	X					
Patient 6	NPDS	NPDS Total	1010	635	205	410	260	245	-76%
		Handicap et Fonction	215	140	40	105	55	55	-74%
		Douleur cervicale en mouvement	350	255	75	135	85	75	-79%
		Douleur cervicale statique	445	240	90	170	120	115	-74%
	Points douloureux (très/moyen/peu)	2/6/2	0/0/5	0/0/5	0/0/5	0/0/2	0/0/0		
	Limitations douloureuses (très/moyen/peu)	0/2/2	0/0/2	0/0/0	0/0/1	0/0/0	0/0/0		
	Présence de cellulopathies	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non		
Mésothérapie	X	X	X	X	X				