

# DISCOPATHIES DEBUTANTES / PLACE DE LA MESOTHERAPIE

Dr E Bigorra MPR Marseille

## INTRODUCTION, DÉFINITIONS.

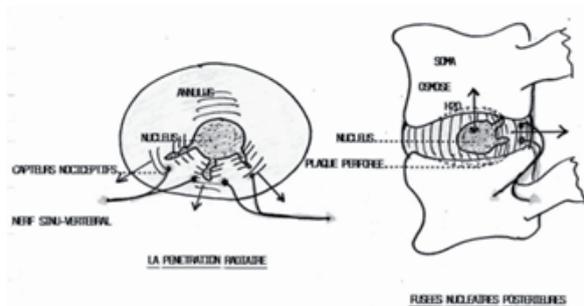
Les lombalgies mécaniques sont une cause fréquente de consultation en médecine de ville et une bonne indication de traitement pour les mésothérapeutes.

Mais il ne faut pas tomber dans des travers d'optimisme, négliger l'étape du diagnostic étiologique et appliquer un protocole isolé et unique de mésothérapie pour ces discopathies.

On entend par discopathies débutantes les altérations traumatiques et micro traumatiques du disque intervertébral (nucleus pulposus et/ou annulus) mais avant le stade de hernie ou de protrusion (nette).

Le diagnostic para-clinique est difficile d'autant plus que le scanner serait normal et la radiographie standard aussi en dehors d'un possible pincement discal, seule l'IRM est performante mais peu demandée à juste titre dans ces lombalgies mécaniques surtout au début.

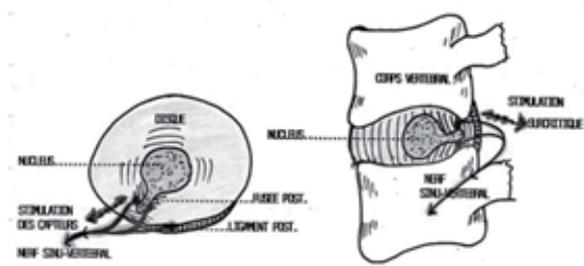
## CADRES ANATOMO CLINIQUES:



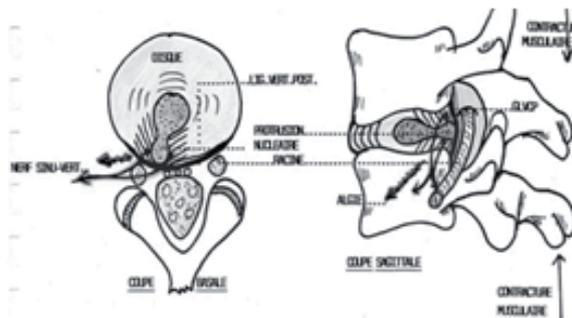
Si les fissurations de l'annulus occupent les fibres centrales de l'annulus (non innervées) Le nucléus commence à se diriger vers la périphérie discale (pénétration radiale).

La nuit le nucléus s'hydrate beaucoup, et le matin lorsque le patient se met debout, les pressions gravitaires chassent le nucléus vers les fibres postérieure elles innervées.

Patient asymptomatique ou lombalgies mécaniques matinales.



Si les fissurations touchent les fibres postérieures de l'annulus, la fusée nucléaire pénètre plus profondément dans les lamelles postérieures innervées par le nerf sinu vertébral avec lombalgies mécaniques.



En cas de lésions transfixiantes de l'annulus

La poussée nucléaire vient buter sur le ligament vertébral commun postérieur (qui n'est pas rompu) richement innervé déclenchant alors des lombalgies, lumbago ou lomboradiculalgies.

Possible débord discal discret au scanner.

Remarque sur le rôle de l'annulus, et problématique de la discopathie active:

La lésion de l'annulus est une atteinte ligamentaire (entorse) entraînant dans ces lésions postérieures un bâillement postérieur discal et une instabilité fonctionnelle.

Son origine peut être mixte, dégénérative mais aussi traumatique. Le rôle des facteurs génétiques est de plus en plus à l'étude.

Discopathies inflammatoires ou discopathies destructives rapides ou discopathies actives:

Apparition de facteurs pseudo inflammatoire (biologie normale) avec dégénérescence discale intervertébrale rapide, réaction inflammatoire au niveau des plateaux vertébraux adjacents au disque atteint (involution fibro inflammatoire de la moelle hématopoïétique).

Imagerie caractéristique à l'IRM du signal des plateaux vertébraux (classification Modic 1)

Cliniquement Lombalgies avec composantes matinales et nocturnes.

Etiologie mal connue (infection pré existante, réaction auto immune, profil génétique).

Evolution rapide défavorable.

## DIAGNOSTIC

Devant ces lombalgies mécaniques il reste important de faire un diagnostic étiologique qui va conditionner souvent la prise en charge thérapeutique (cela deviendra moins probant dans les lombalgies chronicisées avec décompensation psycho socio professionnelle).

Diagnostic de la discopathie:

**Clinique:**

- Sujet jeune
- Impulsivité à la toux
- Positivité de la manœuvre de Valsalva
- Lumbagos à répétitions déclenchés par faux mouvements

**Paraclinique:**

- Radiographies normales voire pincement discal
- Scanner normal voire discrète protrusion
- IRM positive

Perte de l'hyper signal physiologique en T2 du disque pour les altérations discales pures

Signal pathologique des plateaux vertébraux pour la discopathie active

Classification de Modic permet de distinguer 3 cas pathologiques (Modic 1 2 et 3).

- Modic 2 anomalie de signal des plateaux vertébraux clair en T1 et blanc en T2 correspond à une involution graisseuse de la moelle hématopoïétique.

-Modic 3 (plus rare) anomalie de signal des plateaux vertébraux noir en T1 et T2 (involution fibreuse de la moelle osseuse, condensation des plateaux).

(Rappel du signal normal des plateaux vertébraux: homogène gris en T1 et T2)



*IRM normale: signal du disque gris en T1 et s'éclaire (blanc) en T2 (à droite)*



**TRAITEMENT DE CES DISCOPATHIES DÉBUTANTES: PLACE DE LA MÉSOTHÉRAPIE**



*Discopathie: perte de l'hyper signal blanc en T2 visible au niveau L5S1 sur le cliché T2 de droite*

*NB le disque L4L5 s'éclaire mais est postérieur (fibres de l'annulus rompues recul du noyau discal lui normal).*

La mésothérapie est intégrée dans une prise en charge globale de la discopathie et elle n'est pas la même pour tous les patients.

Le traitement (hors mésothérapie) est pluridisciplinaire (médecine générale, rhumatologie, ostéopathie, kinésithérapie) et est basé sur le repos relatif, les antalgiques et décontractants, la perte de poids si il est excédentaire, une rééducation bien conduite, dans certains cas des manipulations vertébrales et des semelles orthopédiques.

Traitement d'avenir des discopathies appartient à la médecine moléculaire (injection intra discale de facteurs de croissance) et à la médecine génétique.

*Cas particulier de la discopathie active:*

La chirurgie n'est pas encore indiquée dans ces stades débutants «pré herniaires» La diminution des contraintes est très importante (repos immobilisation adaptée) et place de la corticothérapie locale (infiltrations intra discale ou épidurale)

La rééducation est primordiale, elle est adaptée au problème de la discopathie (instabilité induite, rôle néfaste du déséquilibre musculaire avec faiblesse globale ou relative et perte de l'effet caisson abdominal, rôle néfaste de la raideur du segment sous pelvien, surcharge fonctionnelle pure ou relative au déficit musculaire, mauvais état général cardio respiratoire ne permettant pas une adaptation globale à l'effort. Elle est basée sur:

- Physiothérapie massage antalgique (au début)
- Assouplissement du segment sous pelvien notamment des ischio-jambiers



*Discopathie active: anomalie du signal des plateaux vertébraux adjacents à la discopathie avec signal non homogène des plateaux, signal anormal noir en T1 et blanc en T2 (classification Modic 1) ce qui correspond à un envahissement fibro-inflammatoire de la moelle osseuse.*

## La revue de Mésothérapie

- Equilibration et renforcement musculaire : Abdo, para vertébraux, mais aussi quadriceps et ischio-jambiers
- Adaptation cardio respiratoire
- Rééducation proprioceptive progressive et en position contrôlée

Le verrouillage lombaire longtemps seul princeps est limité aux efforts intenses inhabituels ou trop important pour l'état musculaire acquis du patient

Les manipulations vertébrales ont leur place surtout pour faire céder les crises subaigus (en cas de crise aigu hyperalgique intérêt de l'association mésothérapie manipulation, la mésothérapie préalable permettant une manipulation secondaire rapide) Les objectifs de la manipulation sont soit un recentrage du noyau discal, soit une action reflexe sur les contractures des muscles profonds; elle ne doit pas aggraver la discopathie et obéir à des principes incontournables:

Jamais en position assise donc toujours en décubitus

Le plus souvent en DL coté douloureux en l'air

Manœuvre manipulatrice en hélice (diminution de la rotation)

Toujours respecter la loi de la non douleur de Maigne

Les mouvements douloureux sont repérés au moment des tests du schéma en étoile de Maigne, des manœuvres de mobilisation à l'épineuse (surtout les pressions latérales contrariées) et de la mise en *tension* pré manipulatrice

Place de la mésothérapie : elle est complémentaire au traitement médical pluridisciplinaire, compétitive au traitement antalgique et décontracturant, mais attention elle ne doit pas être standardisée sur un seul modèle pour tous les patients. Aucune pratique (MPS, MSM, « Pistorienne », locodolenti) n'est valide pour tous les patients, et il faut s'adapter aux situations cliniques.

SID ( Dr Mréjen) locale

Contractures reflexes diffuses sur les para vertébraux  
SID complète, retentissement neurovégétatif avec atteinte cutanée musculaire ténopériostée sur le membre inférieur

Importance donc de l'examen palpatoire, des points SID mais aussi de l'examen de la peau (palper rouler) des muscles et des os .

On exclue de cette étude les cas complexes d'anomalies en amont de type posture, et de décompensation en aval liée au stress type fibromyalgie ou liée au contexte psycho socio professionnel (on entre dans un modèle bio-psycho-social et non plus structurel).

On exclue aussi les fausses lombalgies liées à un syndrome myofascial ou le rachis peut ne pas être atteint et le syndrome de la charnière dorso lombaire qui peut entraîner des douleurs projetées sur la région lombo fessière.

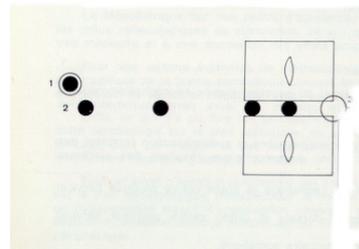
L'examen clinique palpatoire est capital pour tous ces tableaux cliniques habituels de lombalgies mécaniques.

Application pratique de la mésothérapie aux 3 cas cliniques pouvant exister pour ces discopathies débutantes lombaires :

**SID « locale »** seul certains ou tous les points locaux

au niveau intervertébral sont positifs avec contracture musculaire locale des paravertébraux et la possibilité de positivité du point plexique S1 , il n'y a rien au niveau du métamère (membre inférieur) que ce soit pour la peau ou les muscles.

Souvent en relation avec des cas semi récent ou en cas de chronicité sans interaction du système neuro végétatif.

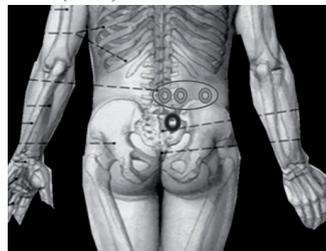


Examen de la SID (souffrance intervertébrale dégénérative) (Dr Mréjen) complété par la recherche de la douleur à la mobilisation du joint intervertébral (pressions latérales contrariées (DIM du Dr Maigne ), la recherche des contractures musculaires (localisées dans ce cas) et l'examen de la peau (par la manœuvre du palper rouler) qui doit être normale pour ce cas.

3 séances rapprochées (J0 J3 J7) puis bilan.

Points profonds (IHD IDp) sur les points positifs de la SID avec Lidocaïne (1cc) thiocolchicoside (1cc) et piroxicam (0,5cc).

Points superficiels (IDS IED) en regard de la contracture des para vertébraux avec Lidocaïne (1cc) et thiocolchicoside (1 cc).



**Contractures musculaires diffuses et prédominantes:** Verrouillage musculaire important diffusé dans le plan vertical

Crise aigu hyperalgique (lumbago) avec forte contracture musculaire reflexe, en général liée à une nociception en regard du ligament commun intervertébral.

La recherche de SID est peu performante surtout au début.



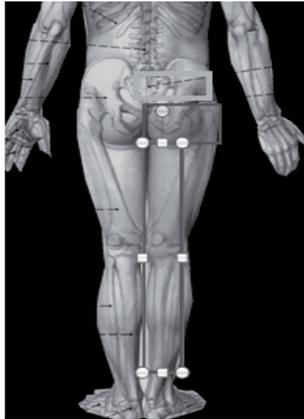
Séances rapprochées au début ( J0 J5) puis plus espacées (J15 J25)

J0 J5

Injections en surface IED ou IDS en regard des contractures avec Lidocaine (2cc) plus thiocolchicoside (2cc) J15 J25 On recherche une SID locale et si elle devient probante même traitement que dans le cas précédent.

### **SID complète (atteinte sur le métamère):**

Discopathie chronicisée avec intrication reflexe du système neurovégétatif.



Points locaux, point plexique avec atteinte cutané (dermoneurodystrophie) musculaire (contractures) et osseuse (points hyper algiques) à distance sur le membre

inférieur mais sur le métamère correspondant au segment intervertébral lésionnel. (dermatome, myotome et sclérotome) .

Pathologie chronicisée, séances espacées J0 J15 J30 J45 Injections profondes en regard des points palpables (SID, et sur le même métamère: points périostés contractures musculaires) en DHD ou IDP avec Procaine + thiocolchicoside sur SID et muscles et Lidocaine + calcitonine sur périoste.

Injections superficielles en regard de la peau pathologique (DND) avec Lidocaine + Calcitonine + étamsylate en IED ou IDS.

Technique encore mixte mais souvent avec plusieurs seringues pour respecter de ne pas dépasser 3 produits par seringue et s'adapter à la physiopathologie des tissus lésionnels.

### **CONCLUSION:**

Devant ces lombalgies mécaniques, trois notions capitales:

- Importante du diagnostic de discopathie débutante pour une prise en charge adaptée pluridisciplinaire, place de l'IRM pour ces discopathies sans hernie.

- La mésothérapie s'intègre a cette prise en charge mais n'est pas sur un modèle standard unique.

- Ne pas passer à coter d'une discopathie active.