

## LOMBALGIES CHRONIQUES PLACE DE LA MESOTHERAPIE

Ernest BIGORRA



Ernest BIGORRA

### 1) INTRODUCTION

L'acte de mésothérapie découle d'un diagnostic médical classique et d'un examen clinique spécifique de « mésothérapie ».

C'est un traitement symptomatique de la douleur dont les indications essentielles sont les lombalgies communes qu'elles soient en relation avec des :

- Pathologies dégénératives
- Pathologies microtraumatiques
- Pathologies fonctionnelles ( posture – stress, douleurs projetées d'origine viscérales)

Il est concurrentiel des traitements antalgiques et anti inflammatoires per os et des infiltrations locales, mais complémentaire de la rééducation du repos de la prise en charge du stress.

L'acte de mésothérapie se déroule en trois temps, d'abord un examen médical classique à visée étiologique (interrogatoire, examen clinique et paraclinique) permettant d'éliminer une lombalgie secondaire, puis un examen clinique programmé du rachis complété par un examen adapté à la pratique de la mésothérapie, et enfin l'acte thérapeutique de mésothérapie.

### 2) ENQUÊTE MÉDICALE « CLASSIQUE » ÉTIOLOGIQUE ET CLINIQUE

#### A) Éliminer les lombalgies secondaires

Qu'elles soient tumorales, infectieuses, inflamma-

toires, viscérales, ou vasculaires.

Importance de l'interrogatoire :

- Caractère nocturne inflammatoire de la douleur
- Fièvre, amaigrissement
- Facteurs déclenchants « suspects »
- Caractère post prandial de la douleur
- Troubles digestifs associés
- Notion de traumatisme

Ce qui imposera un examen clinique adapté et des examens paracliniques orientés.

#### B) Examen clinique programmé du rachis

Tout il est important de rappeler que dans les lombalgies communes

La douleur n'est pas toujours « expliquée » par l'arthrose visible à la radio ou la protrusion discale au scanner.

La discopathie débutante est non identifiable à la radio et au scanner

Des étiologies viscérales « fonctionnelles » peuvent être à l'origine de la douleur lombaire

- Interrogatoire
- Examen de base : ( en dehors de l'examen neurologique)
- Examen debout : Examen morphostatique et postural
  - Attitudes antalgiques
  - Schéma en étoile de Maigne
  - Test de Schober et distance doigt-sol
- Examen en décubitus dorsal : essentiellement à visée neurologique

- Examen en décubitus ventral : examen segmentaire à la recherche d'un DIM
- Examen neurologique : permet de reconnaître les atteintes radiculaire (hernie discale, canal étroit) ou tronculaire (atteinte du sciatique, syndrome de Halcock)
- Recherche d'un syndrome myofascial
- Recherche d'une fibromyalgie ( critère clinique de l'ACR)
- Réflexion et enquête sur l'activité
  - En plus ( sportif – travailleur de force) : surcharge fonctionnelle
  - En moins ( fibromyalgiques) : syndrome de déconditionnement à l'effort

### 3) EXAMEN SPÉCIFIQUE DE MÉSOTHÉRAPIE

Il ne faut pas résumer l'examen entre deux seules étiologies, la compression anatomique radiculaire ou tronculaire (douleur rapportée) et la douleur en relation avec une origine segmentaire (DIM SID, douleur référée de type 1 relativement bien métamérisée).

Il faut rechercher les autres étiologies : syndrome myofascial (douleur référée de type 1), douleur d'origine viscérale (douleur référée de type 2 échappant à une organisation métamérique) syndrome myofascial (douleur référée d'origine centrale) et un syndrome postural.

Et il faut retenir l'importance de l'examen analytique :

- Des muscles
- De la peau
- Des points « gâchettes »

A l'issue on pourra parler de démembrement clinique.

#### *Notion clinique de SID*

Souffrance intervertébrale dégénérative.

Comme le DIM elle est l'expression clinique d'un dysfonctionnement des éléments biomécaniques du segment mobile de Junghans; avec son possible retentissement sur le système nerveux périphérique et neurovégétatif.

La séméiologie est caractérisée par une organisation relativement métamérique des signes cliniques.

#### *Séméiologie SID (Dr Mréjen)*

4 points locaux et un point plexique accessibles à la pression.

Syndrome cutané, musculaire et osseux à distance (dermatome, myotome et sclérotome) accessible à la pression ou une palpation plus précise.

#### *Examen analytique des muscles*

Il est capital, basé sur la recherche de contractures et de points détentes.

Importance de leur organisation.

Ainsi on s'apercevra :

- Qu'elles seront organisées selon un niveau segmentaire (myotome, SID) ou une chaîne posturale.
- Qu'elles sont apparemment isolé mais avec association d'une contracture musculaire et d'un point détente caractéristique d'un syndrome myofascial.
- Qu'elles échappent à une organisation segmentaire ou posturale mais s'inscrivent dans une cartographie de la fibromyalgie.

#### *Points gâchettes*

Soit ils sont musculaires et s'inscrivent dans un syndrome myofascial (contracture plus douleur référée à la pression)

Soit ils sont neurologiques : douleur à la pression (topographie tronculaire ou radiculaire) : point sonnette, point en regard du muscle pyramidal, point en regard du premier trou sacré, points crêtes, il faut rechercher et éliminer une compression anatomique.

#### *Examen cutané*

Il est lui aussi important, recherche par la manœuvre du pincé-roulé des zones cellulalgiques (épais-sies spongieuses ou cartonnées, hyperalgiques) Elles peuvent faire partie d'une SID ou d'un DIM (organisation segmentaire selon le territoire du dermatome).

Il permet parfois de réorienter vers une origine métamérique « haute » ( fausse lombalgie d'origine dorso lombaire)

Il peut aussi orienter vers une pathologie viscérale (cartographies de Dicke, de Jarricot ou du Dr Mréjen) le territoire pathologique d'organisation n'appartenant pas à un métamère (dermatome), il faudra alors compléter l'examen du rachis par un examen de l'abdomen selon le protocole décrit par le Dr Mréjen (séméiologie neuro végétative).

Au total l'examen clinique a permis de démembrer :

- Une compression radiculaire ou tronculaire
- Un syndrome segmentaire (SID)
- Un syndrome myofascial
- Une douleur projetée d'origine viscérale
- Un syndrome postural
- Un syndrome fibromyalgique

Mais aussi de déterminer de manière objective des points et zones pathologiques, qu'elles soient articulaires, ligamentaires, cutanées, osseuses, grâce aux différentes manœuvres de palpation, pression, ou pincé-roulé.

#### 4) TRAITEMENT PAR MÉSOTHÉRAPIE

On rappelle que c'est essentiellement un traitement antalgique.

Ses indications et contre indications ( lombalgies secondaires) sont dictées par l'examen médical classique.

Respect des traitements complémentaires (rééducation, ostéopathie, thérapies comportementales) et des traitements mieux adaptés (chirurgie, infiltration).

Les zones à piquer sont celles retrouvées de manière objective au bilan clinique de l'examen de mésothérapie, en débordant parfois sur les zones objectivées.

La profondeur d'injection le choix des produits et la fréquence des séances dépendent de règles précises .

Il faut aussi éliminer les allergies médicamenteuses les patients sous AVK (avec TP inférieur à 30%) et les immunodéprimés.

*Rappel des principes techniques :*

- Territoires cutanés : injections superficielles IED (intra épidermique entre 0 et 1 mm) ou IDS (intradermique superficiel ou nappage entre 1 et 2 mm).

– Points musculaires articulaires et périostés injections profondes en IDP (intra dermique profond entre 2 et 4 mm) ou en DHD (dermo hypodermique en point par point de type MPS entre 4 et 10 mm).

– Effet recherché rapide à court terme (DHD, IDP), à long terme (IED, IDS)

Souvent au cours de la même séance on utilisera une technique superficielle et une technique profonde (technique mixte).

*Le choix des produits dépend :*

- Des structures atteintes (musculaires, cutanés, articulaires, périostés).
- De l'aspect ancien ou récent des lésions.
- De l'effet pharmacologique attendu (antalgique, vasodilatateur, anti-inflammatoire, décontracturant, antioedémateux) du médicament qu'on va injecter.
- Au maximum 3 produits dans la même seringue (risque de non compatibilité des médicaments).

*Traitement : rythme des séances*

- Pathologies récentes
  - J0 - J7 - J14
- Pathologies anciennes ou récidivantes
  - J0 - J10 - J20 - J40

*Traitement : exemples pratiques*

A) Douleur au niveau de la région fessière

L'examen clinique retrouve une SID dorsolombaire avec des points positifs à la pression au niveau du segment D12 - L1 , une cellulalgie fessière de territoire L1, une zone contracturée sur le carré des lombes et un point crête sur l'aile iliaque.

Traitement:

- Lidocaine + ains + décontracturant musculaire
  - En DHD sur la SID, le muscle et le point crête
- Lidocaine + calcitonine
  - En IDS sur la peau

B) Douleur fessière

L'examen retrouve un « syndrome myofascial » du pyramidal (contracture associée à un point gâchette) ; il faut rechercher une cellulalgie (en regard



de la zone douloureuse décrite par le patient).

Traitement:

- Lidocaïne + décontractant musculaire + ains  
En DHD sur le point détente
- Lidocaïne + calcitonine  
En IDS sur la peau (cellulalgie) ou en regard du muscle contracturé en débordant sur la zone pathologique ( palpation).

#### C) « Lombalgie d'origine viscérale »

En regard de la zone alléguée algique on retrouve une cellulalgie de topographie échappant à un dermatome classique et l'examen de la face antérieure de l'abdomen retrouve des points cutanés pathologiques selon l'examen clinique de mésothérapie (examen de Didier Mrejen)

Traitement:

- Procaine + mag2  
en IDS sur territoires cutanés retrouvés à l'examen clinique (du dos et de l'abdomen).

#### D) Souffrance posturale

Il existe plusieurs niveaux segmentaires (joints intervertébraux) positifs à la recherche de SID, et un ensemble de muscles contracturés selon une organisation verticale .

Traitement :

- Lidocaïne + ains + décontractants  
sur points musculaires et SID(s) en DHD
- Lidocaïne + décontractants  
en IDS en regard des contractures musculaires

#### E) Fibromyalgie

La patiente vient pour des lombalgies diffuses anciennes , l'interrogatoire retrouve d'autres localisations douloureuses, notamment rachidiennes, coudes, genoux) un trouble du sommeil, et une importance du stress émotionnel.

Diagnostic clinique selon les critères de l'ACR (voir infra) , recherche des points musculaires positifs à la pression.

Traitement :

- Lidocaïne + décontractants musculaires  
en IDP ou DHD sur les points musculaires positifs .
- Procaine + mag 2

en IDS sur « points NV » ( points cutanés sur le dos en regard des ganglions orthosympathiques et sur la face antérieure de l'abdomen et du thorax selon l'examen viscéral du Dr Mréjen)

#### F) Douleur rapportée par compression anatomique

Douleur de la fesse ; avec radiculalgie L5 par compression au niveau du trou de conjugaison L5S1. Déficit modéré retrouvé à l'examen neurologique sur le territoire L5, rétrécissement du trou de conjugaison sur la radiographie de  $\frac{3}{4}$ .

Rechercher les points douloureux sur le segment L5S1(SID), les points musculaires (moyen fessier, péroniers), une cellulalgie de territoire L5, un point crête .

Traitement :

- Lidocaïne + ains  
en IDP ou DHD sur les points SID et point crête
- Lidocaïne + calcitonine  
en IDs sur la zone cutanée du métamère L5.

### CONCLUSION : LES BASES DE LA MÉSOTHÉRAPIE

La mésothérapie est un acte thérapeutique découlant d'un examen clinique précis à la fois basé sur l'examen clinique programmé du rachis, mais complété par un examen spécifique de mésothérapie.

Si son indication nécessite d'éliminer les lombalgies secondaires il n'y a pas alors un traitement « unique ».

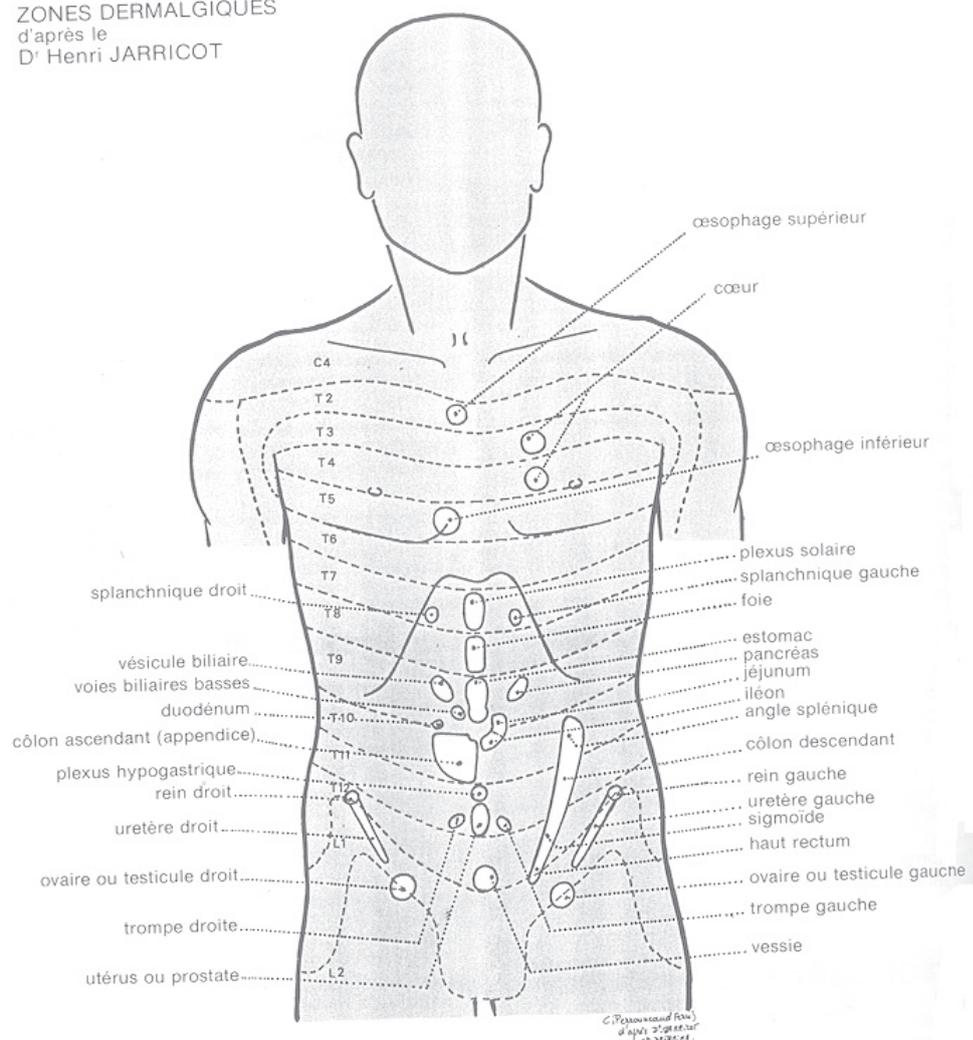
On ne « pique » pas sur « les et seulement les » points douloureux allégués par le patient ; ni selon des « points recettes », ni non plus exclusivement sur les points positifs retrouvés à la recherche de SID.

L'examen clinique de mésothérapie cherche à démembrer et à objectiver bien sur une douleur rapportée avec compression anatomique ; mais aussi une douleur référée en relation avec une SID , un syndrome myofascial, une douleur d'origine viscérale, une douleur référée d'origine centrale (syndrome fibromyalgique) ; et enfin un syndrome postural.

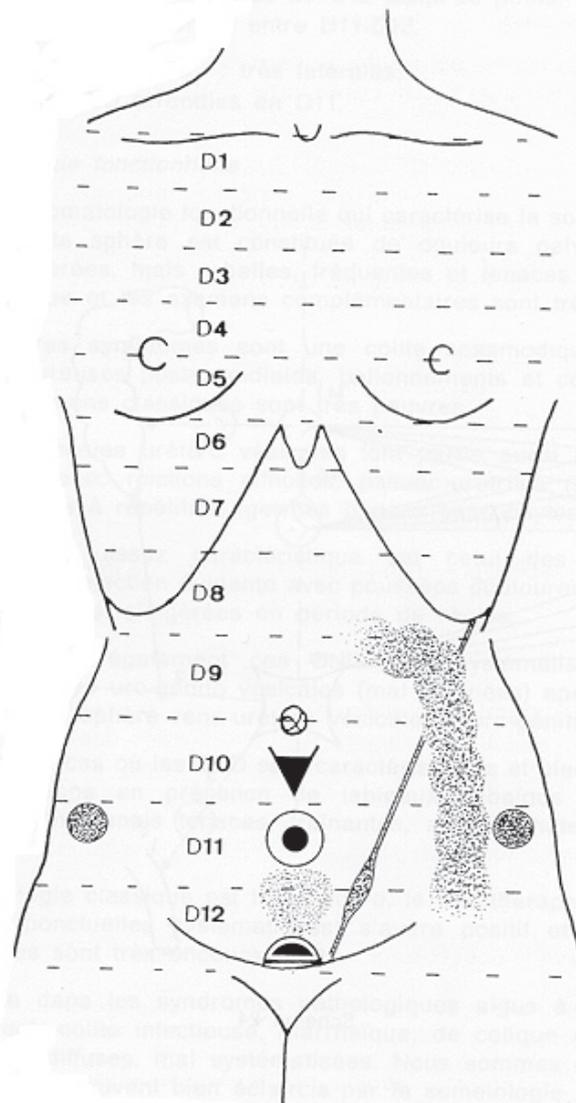
Les points à piquer, le choix des produits, la profondeur d'injection pourra différer.

Les traitements complémentaires le plus souvent indispensables au succès thérapeutique seront eux aussi dépendant de ce démembrement.

ZONES DERMALGIQUES  
d'après le  
D<sup>r</sup> Henri JARRICOT



CARTHOGRAPHIE DU PLEXUS HYPOGASTRIQUE

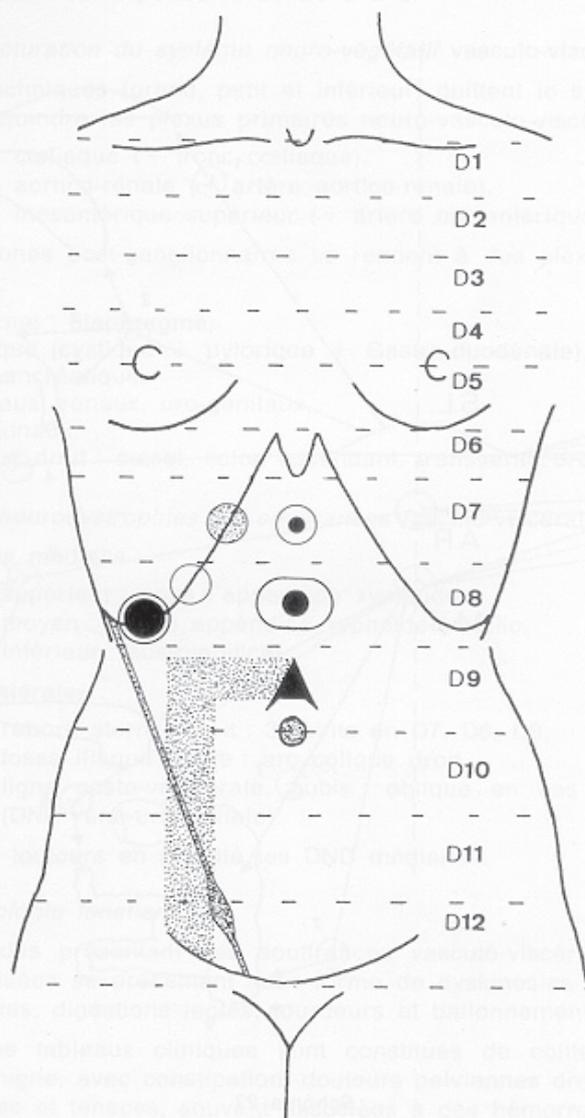


D'après Dr D REJEN

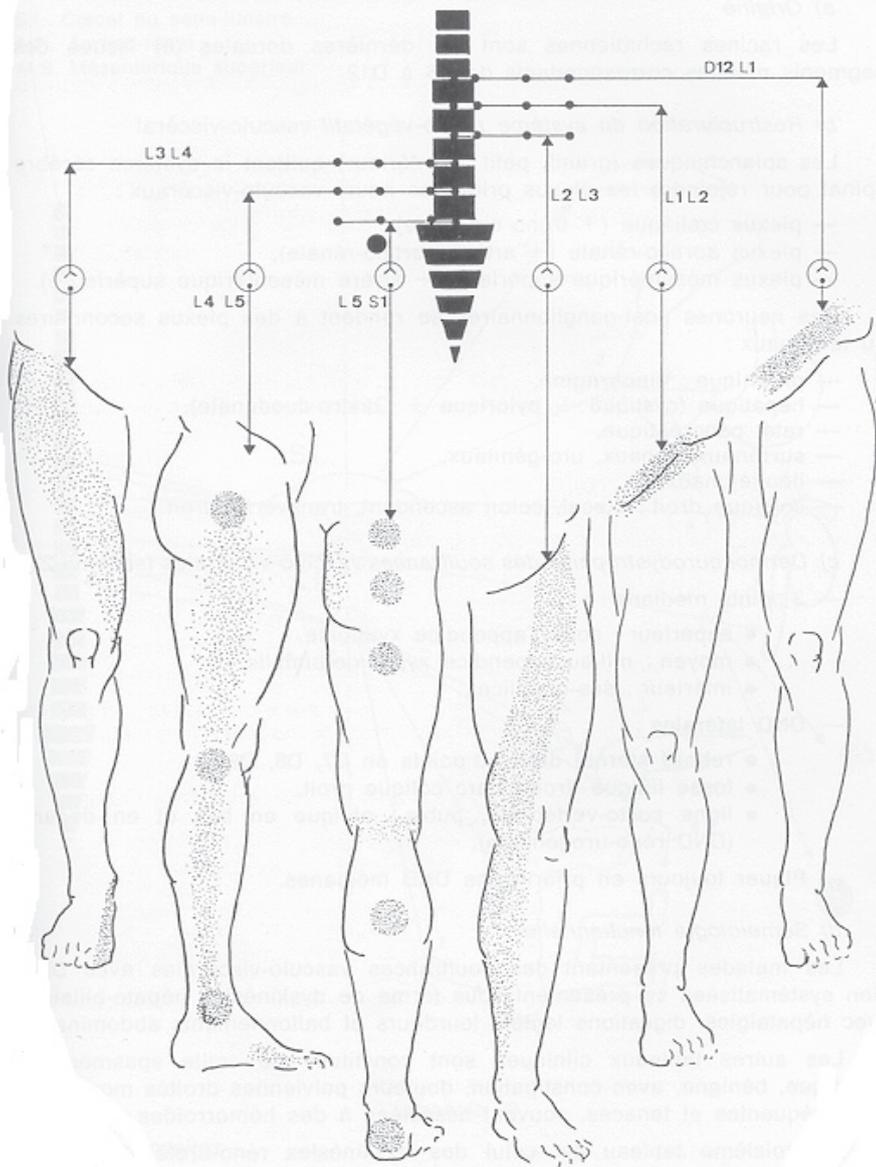


D'après Dr D MREJEN

CARTHOGRAPHIE DU PLEXUS SOLAIRE



CARTOGRAPHIE DES S.I.D. DORSO-LOMBO-SACRÉS  
ET DE LEURS D.N.D. PÉRIPHÉRIQUES (Mrejen)



## CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ACR

(diagnostic positif)

- **Critères obligatoires :**

Douleur myo-articulaire et raideur au niveau d'au moins 3 sites, depuis au moins 3 mois.

- **Critères majeurs :**

Au moins 11 points douloureux positifs sur les 18 points principaux, retrouvés lors d'une palpation manuelle à 4 kg de pression.

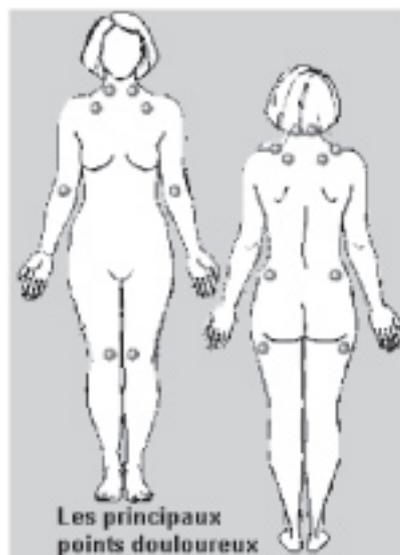
- **Critères mineurs :**

Symptômes modifiés par l'activité  
 Symptômes sensibles aux facteurs climatiques  
 Symptômes aggravés par l'anxiété  
 Troubles du sommeil  
 Fatigue  
 Anxiété  
 Céphalées chroniques  
 Syndrome du colon irritable  
 Sensation subjective de gonflement  
 Engourdissement

- **Diagnostic positif :**

1° cas : critère obligatoire + critère majeur et au moins trois mineurs.

2° cas : critère obligatoire + 6 à 10 points principaux et au moins cinq critères mineurs



## RÉPONSE DU Dr. MREJEN À UNE QUESTION DU Dr. GIRARD A PROPOS DES INJECTIONS SEGMENTAIRES DU RACHIS EN M.P.S

*Les points segmentaires du rachis préconisés en M.P.S. ne présentent-ils aucun danger pour les axes vasculaires au niveau du cou (artère carotide et veine jugulaire) ?*

### Réponse du Docteur MREJEN

Les points segmentaires du rachis cervical, utilisés dans des cervicalgies communes, notamment celles d'origine articulaire postérieure ou (et) abarticulaire en général ne présentent aucun danger pour des raisons évidentes relevant de l'anatomo-clinique, ainsi que de preuves de pharmacovigilance remontant à 15 ans.

Les points segmentaires du rachis sont issus d'une sémiologie objective spécifique (S.O.S.) ou systématisée, en ce sens que chaque point correspond à une structure anatomique (ou au carrefour de 2 structures anatomiques) bien identifiées par une douleur réveillée par la pression digitale sur la peau en regard de la structure en souffrance ; cette sémiologie objective systématisée a été validée sur 1.000 observations depuis 1987.

La séquence des points la plus fréquente, statistiquement significative est la suivante:

. Point inter épineux ou correspondant au ligament inter épineux

. Point articulaire postérieur à 1.5 cm de la ligne médiane avec une variation statistique de 0,5 cm selon l'étage, c'est-à-dire 1 cm (rachis cervical) et 2 cm (rachis lombaire) et selon les individus: ce point correspond à l'articulaire postérieure.

. Points latéraux vertébraux à 5 et 8 cm de la ligne médiane, avec une variation statistique de  $\pm 1$  cm selon l'étage et la corpulence des individus (minima pour le rachis cervical et maximal pour le rachis lombaire)

Ces points correspondent à des structures musculaires et ligamentaires latéro vertébrales douloureuses à la pression digitale en cas de souffrances tendinomusculaires et ligamentaires para-vertébrales.

D'autres points ont été identifiés au carrefour de structures anatomiques connues :

- À l'intersection des insertions inférieures du trapèze et du sterno cleïdo mastoïdien, un point douloureux est retrouvé lors de la souffrance des segments C5 C6, C6 C7. C7 D1 .

- À l'intersection des insertions supérieures du trapèze et du sterno cleïdo mastoïdien, retrouvé lors de la souffrance des segments C1 C2, C2 C3.

Signalons en passant l'existence moins fréquente d'un point parfois douloureux en rapport avec une souffrance du ligament sur-épineux.

Sur le plan thérapeutique:

. Les injections de mélanges thérapeutiques au niveau de ces points (quand ils sont douloureux à la pression digitale de la peau) se font de la manière suivante pour le rachis cervical:

Le patient est assis, la tête reposant sur la table les mains entre la tête et la table, les coudes à l'intérieur de la table, ainsi tous les muscles sont au repos total.

Le médecin se place à l'arrière et pique d'arrière en avant.

- Le point interépineux et le point articulaire postérieure sont piqués, perpendiculairement à la peau, à une profondeur de 10 mm avec une aiguille de 13 mm 3/10.

- Les points latéro vertébraux à 5 et 8 cm en moyenne générale pour le rachis. (pour le cervical les points sont plus rapprochés, 4 et 7 cm environ de la ligne médiane) les injections se font à travers un pli cutané rabattu par le médecin, de façon tangentielle au pli, à une profondeur allant de 6 à 10 mm (selon l'épaisseur de la peau) sans jamais aller au-delà de la peau; elles sont destinées essentiellement aux muscles et ligaments para-vertébraux en souffrance.

- Aux points carrefours, à l'intersection des muscles trapèze et sterno cleïdo mastoïdiens (intersections supérieure et inférieure) les injections se font également à travers un pli cutané rabattu par le médecin de façon tangentielle au pli à une profondeur de 6 à 10 mm (selon épaisseur de la peau) sans jamais aller au-delà de la peau.

- Si le point sur épineux est douloureux il y a lieu de le piquer également.

- Tout ceci veut dire en clair. qu'à ce niveau du rachis cervical, par cette voie, à cette profondeur, nous sommes environ à 10 cm de l'axe vasculaire du cou (artère carotide et veine jugulaire).

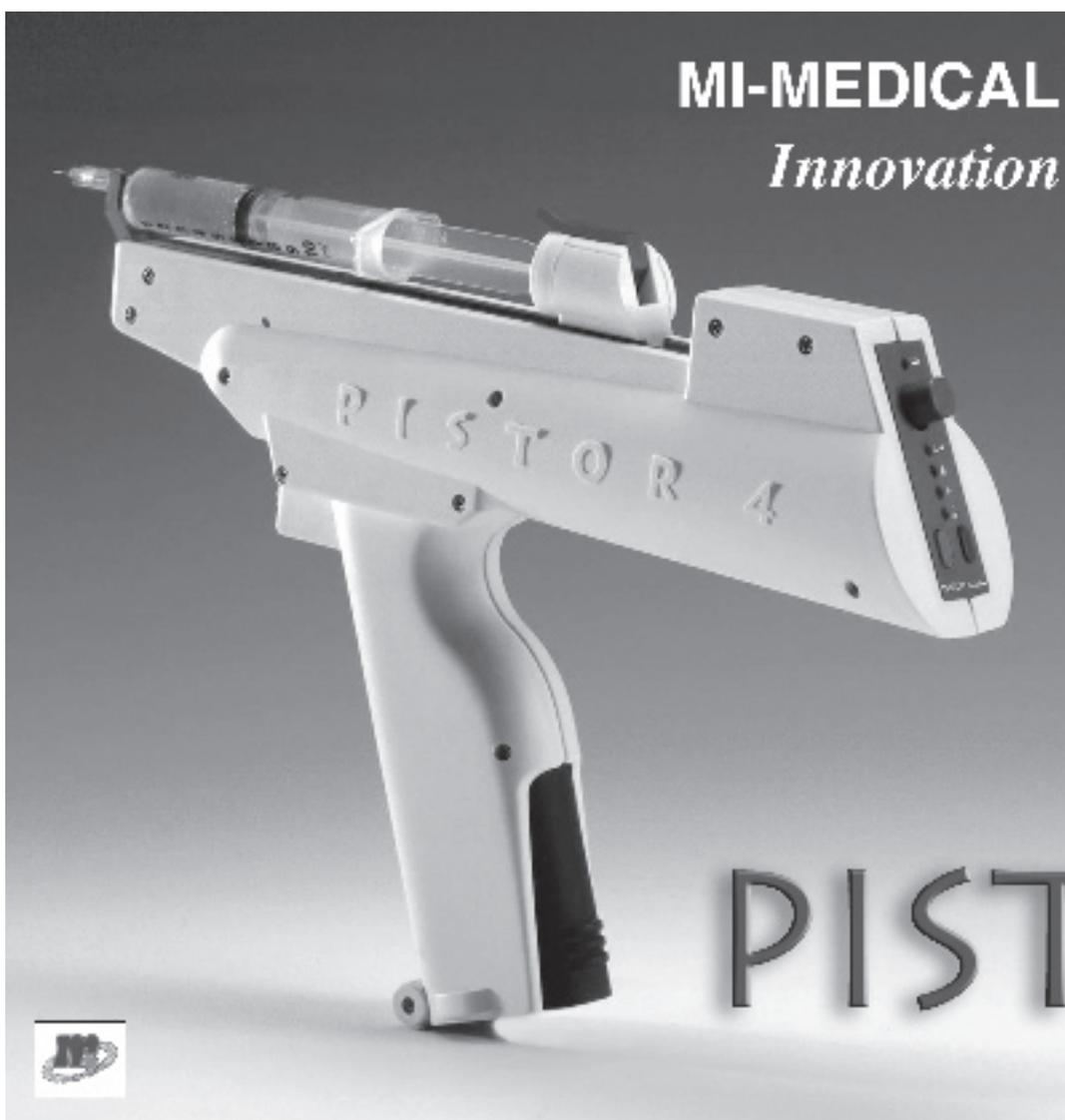
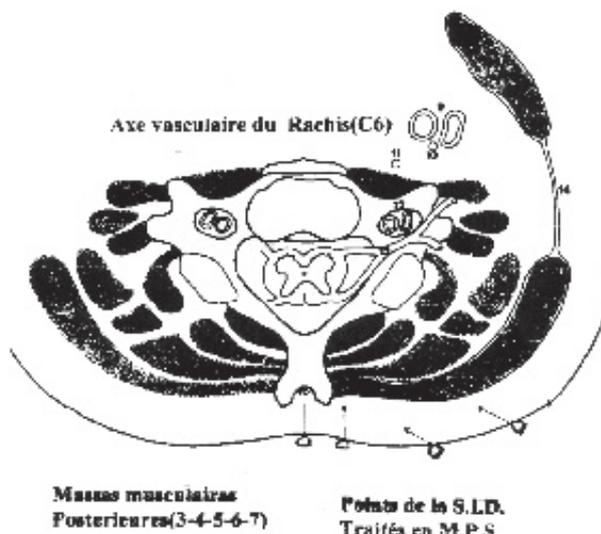
Vous n'avez donc aucune crainte, ni le moindre souci à pratiquer la M.P.S. de cette manière au niveau cervical ou dorsolombaire.

. La M.P.S. et ses points de séméiologie spécifique ont été évalués sur le plan de l'innocuité (comme les autres techniques de méso) depuis 15 ans.

En effet lors de l'Enquête Nationale de la tolérance à la Mésothérapie (ENATOME) en 1989-90 (ENATOME 1) et en 1994 -95 (ENATOME 2) sur 5.000 observations, aucun incident n'a été signalé.

De plus, le contrôle de pharmacovigilance pendant une période de 15 ans sur 5 Millions d'actes de mésothérapie M.P.S.n'a jamais identifié d'incident.

Ceux qui souhaitent se former à l'examen séméiologique et à la pratique thérapeutique de la MPS (ainsi qu'aux autres techniques) sont les bienvenus aux Ateliers Thérapeutiques que nous organisons dans le cadre des réunions de la SFM et des congrès de Mésothérapie.



**MI-MEDICAL**  
*Innovation*

concepteur et  
fabricant  
*du pistolet*  
électronique  
d'injections

Pour plus d'informations :

**04 66 48 22 79**

medicalin@cote-france.com

**MI-MEDICAL Innovation**  
Parc d'activités - 48230 CHANAC

**PISTOR 4**

