

LOMBALGIES COMMUNES, MESOTHERAPIE et/ou THERAPIE MANUELLE AIDE A LA DECISION THERAPEUTIQUE



Didier Mrejen

1 - OBJECTIF

- Identifier les signes spécifiques de la souffrance segmentaire primitive et les signes de dysfonction mécanique pure, en vue d'optimiser l'orientation thérapeutique, mésothérapie ou vertébrothérapie



Philippe Marijnen

2 – LE CONCEPT DU DÉRANGEMENT INTERVERTEBRAL MINEUR (D.I.M.) de R. MAIGNE (2) (3)

Il se définit essentiellement par des signes de souffrance segmentaire et des signes de dysfonction mécanique primitive. Il appelle un traitement de vertébrothérapie.

- Douleur à la pression du ligament interépineux (signe de la clef).
- Douleur à la pression de l'articulaire postérieure.
- Douleur à la pression postéro-antérieure de l'épineuse de la vertèbre du segment lésé.
- Douleur réveillée à la pression latérale de l'épineuse du segment lésé d'un côté, mais pas du côté opposé, éventuellement sensibilisé par un contre-appui sur l'épineuse sus et sous jacente.
- Un syndrome cellulotendineux myalgique périphérique.
- Test thérapeutique : la manipulation s'effectuant dans le sens indolore opposé au côté douloureux fait céder les douleurs lombaires spontanées et provoquées à

l'examen.

3 - LE CONCEPT DE LA SOUFFRANCE INTERVERTÉBRALE DÉGÉNÉRATIVE (S.I.D.) de D. MREJEN

Elle se définit essentiellement par des signes de souffrance segmentaire.(4) (6)
Elle appelle en première intention un traitement de mésothérapie.

- Ligamentite du ligament interépineux
- Douleur à la pression digitale de l'articulaire postérieure (1.5 cm de la ligne médiane).
- Tendino myalgies latéro vertébrales à 5 et 8 cm de la ligne médiane
- Dermoneurodystrophies loco régionales (cellulalgies réveillées au palper rouler)
- La pression latérale de l'épineuse du segment lésé est indolore ou douloureuse de façon bilatérale.

Test thérapeutique : les injections de microdoses médicamenteuses en regard de ces points et zones douloureux font céder les lombalgies de façon significative (lidocaïne - calcitonine de saumon - piroxicam).

<i>Signes sémiologiques spécifiques</i>	Le D.I.M.	La S.I.D.
Ligament inter épineux	+	+
Articulaire postérieure	+	+
Syndrome Cellulo Tendino Myalgique. périphérique	+	+
Pression post./ant. de l'épineuse	+	-
Pression latérale de l'épineuseq	+	-
Tendino myalgies latéro-vertébrales à 5 et 8 cm	-	+
Attitude thérapeutique		
Vertébrothérapie	+	-
Mésothérapie	-	+

4 - PROBLÈMES POSÉS

La séméiologie du DIM du Dr. MAIGNE comprend des signes de souffrance segmentaire et des signes de dysfonction mécanique ; le test thérapeutique est une manipulation vertébrale significative.

Mais les signes de souffrance segmentaire peuvent être primitifs et se manifester en dehors de toute dysfonction mécanique, auquel cas la manipulation n'est pas nécessaire.

Les signes de souffrance intervertébrale dégénérative peuvent cacher une dysfonction mécanique sous jacente, en particulier quand la pression latérale de l'épineuse du segment atteint est douloureux dans toutes les directions.(8)

L'intrication des deux est souvent le fait de lombalgies d'évolution chronique ou survenant chez des personnes âgées.

Dans ce cas, la mésothérapie doit être complétée d'une manipulation vertébrale.

Ce qui veut dire en clair que seuls les tests thérapeutiques peuvent valider l'origine des souffrances segmentaires : dysfonction mécanique ou souffrance intervertébrale dégénérative.

Pour ce faire nous avons élaboré un protocole d'étude et de traitement des lombalgies où après l'identification du mécanisme physiopathologique en cause:

- **Le traitement mésothérapie ou manipulation est tiré au sort.**
- **L'évaluation du résultat de cette première étape se fait à partir de l'examen du patient, d'une E.V.A. (échelle visuelle analogique) et de la satisfaction du patient.**
- **En cas d'échec on met en oeuvre systématiquement l'autre modalité thérapeutique.**
- **On procède dans cette seconde étape à une nouvelle évaluation du résultat avec une E.V.A..**

Actuellement et avec plus de 100 dossiers, nous sommes arrivés à certaines conclusions et propositions thérapeutiques, que nous faisons ici.

5- CONCLUSIONS PRATIQUES

Le tableau suivant (page suivante) représente l'amélioration (en %) obtenue par la mésothérapie ou par la thérapie manuelle sur les signes sémiologiques, représentés par la pression latérale de l'épineuse, les douleurs de tendinomyalgies à 5 et 8 cm de la ligne médiane des épineuses, et les dermoneurodystrophies ou cellulalgies.

De ces constatations, l'enquête pilote descriptive permet de proposer un certain nombre de déduction thérapeutique, en faveur de l'une ou l'autre technique, Ainsi nous proposons les attitudes pratiques thérapeutiques suivantes:

- 1.Devant des **signes de dysfonction mécanique pure** qui se manifestent cliniquement par :
 - Pression latérale de l'épineuse douloureuse dans un sens,
 - Sensibilisation du test : douloureuse de bas en haut et en diagonale,
 on proposera un geste **de thérapie manuelle, en première intention.**
- 2.Devant des **Signes de souffrance pure** qui se manifestent par

- Douleur ligament inter épineux,
- Douleur articulaire postérieure,
- Tendinomyalgies à 5 et 8 cm,
- D.N.D. lombo sacrées ou cellulaires,

on proposera de la **mésothérapie**, en utilisant une technique mixte associant M.P.S. et I.D.S. ou I.E.D (Selon le consensus du Conseil Scientifique de la SFM)

Le mélange le plus performant que nous proposons, validé par plus de 500 observations (Enquête J.J.Perrin, Étude Malige et Lemaire, Étude Mrejen et Marijnen, Enquête Chos, Étude Aydin-Kurzulgryl (Turquie), est le suivant:

Mésocaïne 1 % 2 à 3 ml

Piroxicam (Zofora® ou Feldène®) 1 ml

Calcitonine de Saumon 100 UI 1 ml

éventuellement en complément:

Mésocaïne 1 % 3 ml

Thiocolchicoside (Miorel® ou Coltramyl®) 1 ml

En I.D.S ou I.E.D, sur les zones de cellulalgies

- Pression latérale de l'épineuse douloureuse dans un sens

- Douleur du ligament inter épineux

- Douleur au niveau de l'articulaire postérieure

- Pression postero antérieure de l'épineuse douloureuse.

Nous proposons un traitement associant les deux techniques dans l'ordre chronologique méso/vertébro/méso, espacé de quelques jours.

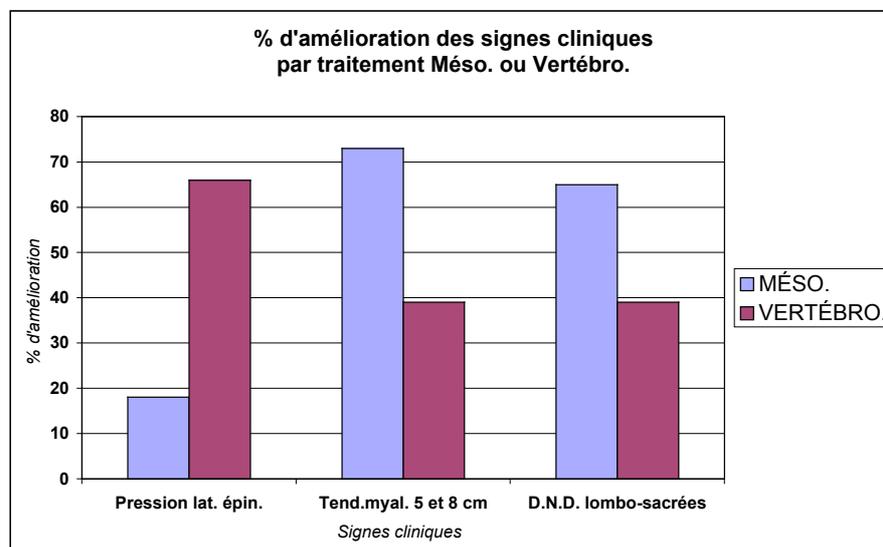
Au total il nous semble que dans le traitement des lombalgies communes, la place respective de la mésothé-

rapie et de la vertébrothérapie doit être guidée et appuyée par un examen clinique aussi rigoureux et logique que possible, à la recherche des signes sémiologiques tels qu'ils se dégagent du travail présenté ici, afin de soulager au mieux le patient douloureux.

PS : l'ensemble de ce travail est publié dans le document « mésothérapie et/ou vertébrothérapie dans le traitement des lombalgies communes », disponible auprès de la SFM

LÉSIONS	MÉSO.	VERTÉBRO.	DIFFÉR.	TRAIT.
<i>Ligament Inter épineux</i>	60%	50%	NS	Méso. (ou) Vertébro.
<i>Articulaire postérieure</i>	60%	62%	NS	Méso. (ou) Vertébro.
<i>Pression Post.Ant. épineuse</i>	75%	64%	NS	Méso. (ou) Vertébro.
<i>Pression Latérale épineuse</i>	20%	57%	DS	Vertébro. +
<i>Tendino Myalgie. 5/8 cm</i>	70%	43%	DS	Méso. +
<i>D.N.D. lombaire</i>	65%	43%	DS	Méso. +

% d'amélioration par traitement Méso. et Vertébro.
NS : différence Non Significative



DS : différence Significative

Bibliographie abrégée

1 -CHOS D. - Souffrance intervertébrale dégénérative (S.I.D. de Mrejen) et dérangement intervertébral mineur (D.I.M. de Maigne) - analyse sémiologique comparée, déductions thérapeutiques en mésothérapie. - Communication au VII^e Congrès international de mésothérapie, Bordeaux, 1995,220-224.

2- MAIGNE R. - Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne-Une nouvelle approche. - Expansion scientifique française, Paris, 1989

3- MAIGNE J.Y. - Mal de dos - Que sais-je, presses universitaires de France, Paris, Mars 1994

4- MREJEN D. - La mésothérapie ponctuelle systématisée. - Médifusion éditeur, Paris, 1987

5- MREJEN D. - Médecine du sport et mésothérapie ponctuelle systématisée - Vigot, Médifusion, Paris 1989

6- MREJEN D. - Mal de dos chronique - Maîtriser vos douleurs rebelles - Médifusion, Paris, 1995

7- RAVILY G. - Traité de mésothérapie; sciatalgies et mésothérapie - Ed. Modiasoft, 1996, 232-237

8- THERON J. - Lornbosciatique commune: conception mixte: disque-articulaires postérieures structures ligamentaires, déductions thérapeutiques - Communication au VII^e Congrès international de mésothérapie, Bordeaux, 1995,220-224.

Réactions

Dr. E. Bigorra (Marseille - France) : J'ai fait de la vertébrothérapie avant de faire de la Mésothérapie. Par rapport au mode d'action que tu as décrit selon Yves Maigne au Congrès de Nice, il y a une quinzaine d'années sur les manipulations vertébrales, je pense qu'ils ont défini le problème d'une façon différente par rapport à ce que tu viens de dire. On a toujours l'impression que la manipulation a une action mécanique, ce qui est faux. La manipulation peut avoir une action réflexe, c'est à dire qu'elle va couper un circuit réflexe à, une contracture réflexe produisant un dysfonctionnement au sens large du terme de l'articulation. Il y a une réaction vasomotrice accompagnée d'une action neurovégétative avec de part les phénomènes vaso-moteurs, une inflammation locale qui auto-entretient le côté douloureux et qui diminue donc une action réflexe qui explique la souffrance

et qui si on joue sur l'action réflexe, peut être efficace sans « remettre une vertèbre en place ».

La manipulation est un geste techniquement mécanique qui va agir sur des capteurs qui sont au nombre de trois : le muscle : on va agir par stretch-réflexe sans être pour autant la meilleure, parce qu'elle est à la limite de la tolérance de la douleur et elle peut être contraire, puis il y a l'action sur le tendon qui n'est pas à envisager, car elle est à la limite de la rupture du tendon. Et enfin l'action sur les capteurs ligamentaires qui entraîne si on agit sur un capteur du côté droit, un relâchement musculaire du côté droit et c'est l'action qui est la plus probable au niveau réflexe des manipulations, car il y a une seule solution pour agir sur les capteurs, c'est que la technique soit en rotation.

Donc mécaniquement, si l'on désire avoir une action sur le muscle, on va souvent concernant les muscles balistiques, avoir une action latéro-flexion, on agit alors sur le muscle d'en haut et non sur le muscle d'en bas. Si l'on veut avoir une action sur les muscles en rotation, la meilleure méthode et la plus difficile, car il faut aller plus vite que la réponse du muscle, s'il s'agit d'un muscle rotateur, il sera également en haut.

Par contre la technique en rotation est interdite pour un disque, car si l'on ne cherche pas à savoir si l'on répartit les pressions ou si on pousse un peu la hernie par l'intermédiaire d'un ligament co-vertébral postérieur sain, on ne peut agir que sur une technique en décuactation, c'est à dire en hélice. On va privilégier la latéro-flexion. Mécaniquement, l'action est réflexe huit fois sur dix et très rarement mécanique, et lorsqu'on a une action réflexe, on décale vers les manipulations, les indications de la manipulation, c'est à dire qu'on les rapproche de l'action de la Mésothérapie. Si on est techniquement bon, et si on a compris le réflexe de la manipulation, on va décaler les indications de la manipulations vers le côté manipulation et non vers le côté méso, c'est pour cela que le raisonnement est excellent : dysfonction mécanique-manipulation, c'est à dire blocage articulaire manipulation, douleur-Méso. Par contre, un bon ma-

nipulateur, à part son action réflexe va décaler vers la manipulation, son indication thérapeutique.

Dr. Didier Mrejen (Paris – France):

Tu as tellement raison, lorsque Philippe a parlé du schéma de Jean-Yves Maigne, il a voulu simplement nuancer une théorie qui a fait la loi depuis trente ans où l'on croyait qu'il n'y avait que le côté mécanique : luxation et articulaire postérieure, il a voulu apporter un enrichissement, mais il n'en a jamais fourni la preuve. Il s'agissait de nuancer le propos.

Par contre, tu as raison et nous en avons fait la preuve en montrant que l'on fasse de la Mésothérapie, ou de la vertébrothérapie sur trois signes, sur les quatre du DIN, la Mésothérapie marche. Donc s'il s'agissait véritablement de la subluxation articulaire postérieure ou discale, nous n'aurions jamais pu résoudre le problème par la Mésothérapie. Le fait qu'on le résolve par la Mésothérapie, un ligament inter-épineux, une articulaire postérieure, un ligament surépineux que l'on croyait auparavant être une luxation, il ne reste plus que la pression latérale, cela prouve que lorsque la manipulation marche pour ces trois éléments, elle ne marche qu'une façon réflexe, dans 75% l'action est réflexe. Par contre, je ne serai pas aussi catégorique que toi, car je pense qu'il y a un effet mixte à la fois réflexe et mécanique. En revenant sur cette étude, le fait que la Mésothérapie et la vertébrothérapie marchent pour deux structures analytiques précises et donnent un effet antalgique, prouve bien que l'action de la vertébrothérapie est réflexe pour ces trois et la preuve c'est que la pression latérale là où la Mésothérapie ne marche pas, montre qu'il s'agit d'un effet purement réflexe, puisqu'il n'y a que la vertébrothérapie qui donne un résultat. Cela confirme ce que tu viens de dire, mais en apporte la preuve statistique.

Pour rassurer nos confrères mésothérapeutes, les formes de dysfonction mécanique pure, là où la vertébrothérapie est indispensable, sont de 10 à 17% et les formes de sémiologie de souffrance pure sont de 70%, nous ne sommes pas dans le même ordre de grandeur.