

# PLACE DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LES LOMBALGIES COMMUNES (HORS FIBROMYALGIE ET AUTRES LOMBALGIES LIÉES AU STRESS)

Dr E. Bigorra médecin physique, IX<sup>e</sup> congrès de la SFM des 19 et 20 novembre 2011.

## INTRODUCTION

Historiquement deux concepts dominent cette prise en charge:

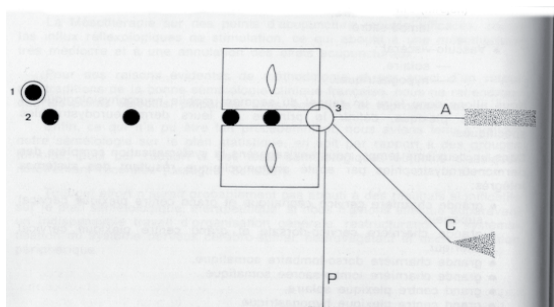
Le concept du Dr Pistor (1952) loco dolenti et en regard de la lésion avec l'adage connu de tous «peu, rarement, au bon endroit» qui reste d'actualité.

Le deuxième concept plus récent de la mésothérapie ponctuelle systématisée (MPS, Dr Mréjen 1985) qui apporte notamment une réponse clinique à la question fondamentale «où piquer»; la SID (outil séméiologique de la MPS) permet de localiser avec objectivité le lieu d'origine de la douleur, ce bon endroit cher à Mr Pistor. Mais cette MPS résout-elle à elle seule (sur le plan clinique et thérapeutique) la prise en charge des lombalgies communes?

Question que l'on peut se poser surtout si on s'en tient aux bases originales de la SID (niveau clinique) et (au niveau thérapeutique) sur le fait de piquer en profondeur et en point par point les points retrouvés positifs à l'examen de la SID, et eux seuls.

Enfin il ne faut pas oublier que la mésothérapie n'est souvent qu'un des éléments de la prise en charge thérapeutique de ces lombalgies et pour ces traitements associés il faut tenir compte de l'étiologie et donc avoir plus de précision que ce qu'apporte la SID, outil clinique de la MPS.

## LA SID RÉSUME-T-ELLE L'EXAMEN DES LOMBALGIES COMMUNES?



Rappel de l'outil de base clinique (la SID, souffrance intervertébrale dégénérative):

4 points locaux à 0, 1,5, 5 et 8 cm (dans l'espace interépineux)

1 Point plexique (S1)

Des Dnd périphériques

D'après Dr Mréjen, la SID est l'expression clinique d'une altération mécanique du joint intervertébral, et en analogie avec le syndrome fémoro-patellaire, comme lui elle peut être assimilée à un syndrome et comme lui nécessite une réflexion étiologique ce que certains appellent un démembrement.

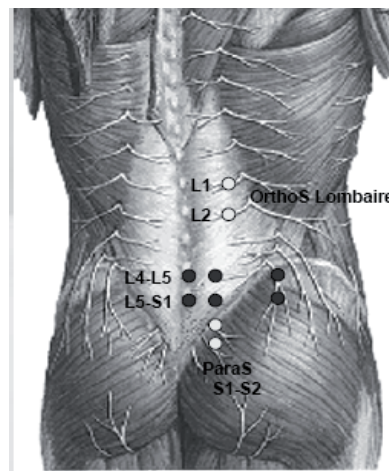
Mais analysons de manière clinique les éléments de la SID

### Les points locaux:

Que dire aujourd'hui de ces valeurs de 0, 1,5, 5 et 8 cm? et de leur positivité par la simple pression cutanée?

Ces valeurs numériques sont statistiques, ne font pas toujours l'unanimité et sont même contestées (même au niveau lombaire).

Ainsi le Dr Lavignole propose lui trois points avec des valeurs à 0, 1, 5 et 6 cm



(D'après le Dr Lavignole)

En fait cela n'apporte rien de plus car statistiquement dépendant encore de la corpulence du patient et surtout la vraie question est la façon de les rechercher et leur correspondance structurelle.

Le point 0 correspond à l'épineuse ou ligament interépineux.

Le point 1,5 à l'articulaire postérieur.

Les points 5 et 8 correspondent aux muscles paravertébraux.

Certes au niveau formation pratique de médecin il est facile de mettre en pratique et immédiatement un dogme de valeur numérique mais il faut sortir du cadre

## La revue de Mésothérapie

limitatif de la peau et du centimètre et savoir se repérer anatomiquement pour avoir une palpation adaptée et en regard anatomiquement de la structure cible.

Et peut être faut il ajouter une composante dynamique à l'examen segmentaire (comme cela se fait dans le concept ostéopathique du DIM du Dr Maigne).

EN PRATIQUE: Palpation analytique

mais au préalable commencer par la palpation de la peau (par la manœuvre du palper rouler) en regard de l'interligne entre les vertèbres (zone de recherche des points locaux). Si cette palpation est positive (pathologique, dystrophique et/ou douloureuse) il faut écarter la possibilité d'analyse des structures sous jacentes à la peau (sur le critère de douleur à la pression) et chercher notamment une origine rachidienne plus haute (SID + haute, dorso-lombaire) à cette dermalgie.

Puis

– Repérer et palper les muscles paravertébraux à la recherche d'une douleur ou une contracture.

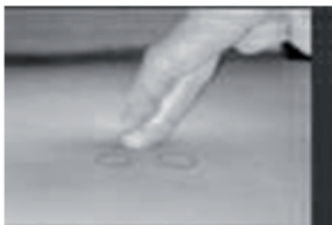
–Palper l'épineuse et l'espace inter épineux à la recherche de douleur à la pression osseuse ou ligamentaire.

–Repérer l'articulaire (ce qui est plus délicat) dans l'espace entre le bord interne des muscles paravertébraux et la ligne des épineuses, puis une fois le repérage fait il faut rechercher une douleur à la pression profonde.



muscles paravertébraux, iconographie d'après publication du Dr Maigne

(Relief des épineuses dessinées zone de palpation de l'articulaire postérieure entre les deux)



localisation de l'articulaire postérieure, iconographie d'après publication du Dr Maigne

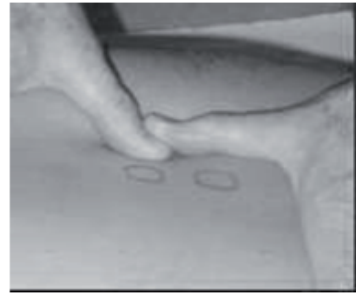
Cette palpation analytique peut être complétée par une recherche de douleurs à la mobilisation (type séméiologie du DIM du Dr Maigne) du segment articulaire intervertébral, essentiellement par une pression latérale (dans un sens puis dans l'autre), sur chaque épineuse puis une pression de sens opposée entre deux épineuses adjacentes (ce qui permet de préciser le segment articulaire).

Ce que Mréjen a lui appelé une sensibilisation par mobilisation passive assistée.

Bien que cela soit critiqué notamment par l'école de Maigne, on perçoit en cas de blocage articulaire, une diminution de la mobilisation de l'épineuse au cours des pressions latérales (qui correspondent biomécaniquement à des rotations)

On doit pour cette restriction de mobilité réfléchir sur sa nature fonctionnelle ou pas, ce qui en fait alors une lésion ostéopathique justifiable d'une manipulation ou autre technique ostéopathique myotensive.

Une restriction fonctionnelle de mobilité est normalement unilatérale (dans un seul sens, en rotation droite ou gauche, l'épineuse peut au repos être latérodéviée (du côté lésionnel) mais ce critère à lui seul n'a aucune valeur vu les différences importantes de morphologie des épineuses.

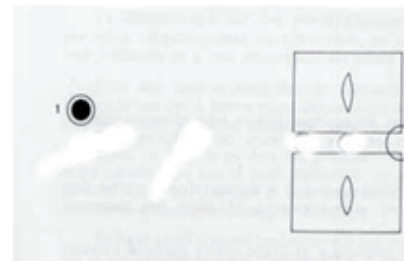


Pressions latérales (iconographie d'après Dr Maigne)



Pressions entre 2 épineuses Adjacentes (iconographie d'après Dr Maigne)

### le point plexique (lombaire) S1



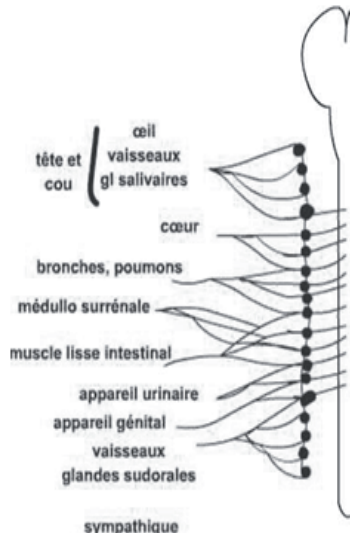
Présent pour les SID lombaires basses L4 L5 et L5S1 (MPS), et témoin d'hyper sollicitation nociceptive des ganglions latérovertébraux de la chaîne orhosympatique; plusieurs questions se posent à nous:

Pourquoi en regard du premier trou sacré? (qui est l'émergence de la racine S1)

Pourquoi n'y a-t-il pas d'autres points ganglionnaires

(neuro végétatifs) notamment pour les SID dorsolombaires et lombaires hautes, vu l'existence de ganglions orthosympathiques L1, L2, L3, L4?

Pourquoi plexique pour une projection du ou des GG orthosympathiques de la chaîne latérovertébrale qui n'a pas une organisation plexique, (celle-ci étant le fait des ganglions orthosympathiques préviscéraux)?



Chaîne orthosympathique avec les gg latérovertébraux (flèche noire) et les gg plexiques préviscéraux

Les réponses à ces questions ne sont pas évidentes et seule la notion de l'existence d'autres points neurovégétatifs (dit plexiques) a réellement été débattue notamment par le Dr Lavignole qui décrit des points plexiques lombaire L1 et surtout L2 (en relation avec les ganglions latéraux vertébraux). Le ganglion L2 est anatomiquement et fonctionnellement plus important car regroupant de nombreuses efférences et afférences neurovégétatives lombaires.

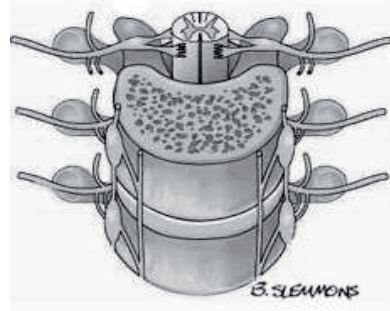


Mais autre point important est celui de leur recherche clinique: Ces points sont considérés comme positif si on réveille une douleur (parfois irradiante) en regard de leur projection sur la peau. Les points L1 et L2 sont situés en regard du bord externe des muscles paravertébraux ou légèrement en dehors.

On ne palpe pas ces ganglions et leur repérage est une projection théorique à la peau (n'oublions pas que les GG latérovertébraux sont anatomiquement en avant des transverses contre le corps vertébral (GG L1 et L2) ou en avant du sacrum (GG S1).

En pratique leur repérage à la peau est à retenir et c'est surtout leur traitement qui apporte un meilleur résultat (point S1 du Dr Mréjen et les points L1 et L2

du Dr Lavignole). Il faut les prendre tels quels et les traiter quand ils sont hyperalgiques (ou de manière systématique en chronique)



anatomie des gg latérovertébraux

### Les Dnd périphériques

La peau clé de voûte de la mésothérapie peut elle aussi être modifiée en cas de syndrome intervertébral et ceci est en relation avec le système neurovégétatif orthosympathique, cette peau devient alors dystrophique (épaissie, spongieuse ou cartonnée) et douloureuse (hyperalgique) d'où cette appellation fort justifiée de dermoneurodystrophie (dystrophie cutané en rapport avec une hyperactivité neurovégétative).

La localisation des dnd périphériques à rechercher pour chaque SID est calquée sur la métamérisation et les dermatomes classiques.

Ces dnd sont historiquement recherchées par la douleur à la pression cutanée mais il est plus pertinent de les rechercher par la manœuvre du palper rouler.

Il faut noter aussi que ces signes périphériques sont limités à la peau dans la MPS via la SID et que dans d'autre concept (le DIM du Dr Maigne) il peut exister aussi un syndrome périphérique en relation avec une dysfonction inter segmentaire avec certes des éléments cutanés mais aussi musculo tendineux et périostés (en relation la encore avec le système neurovégétatif) ce que le Dr Maigne dénomine le syndrome cellulo-téno-myalgique. Pour chaque segment intervertébral les signes cutanés sont sur le dermatome correspondant, les signes musculaires sur le myotome correspondant, et les signes périostés sur le sclérotome correspondant.

### Conclusion sur la SID en 2011?

Il faut rendre plus objectif (palpatoire) les points locaux (palpation analytique de l'épineuse et ligament interépineux, des muscles paravertébraux et de l'articulaire postérieure) et des dnd (par le palper rouler).

Garder le point plexique S1 mais le compléter par les points L1 et L2 du Dr Lavignole.

En cas de radiculalgie, rechercher au niveau périphérique (sur le métamère correspondant à l'étage concerné) les dnd périphériques mais aussi les contractures musculaires et les hyperesthésies périostées.

Associer à cette SID une composante dynamique type DIM (Dr Maigne) ou manœuvre de sensibilisation (Dr Mréjen) surtout en cas de suspicion de blocage ostéopathique.

## La revue de Mésothérapie

Enfin la SID est un syndrome et occulte la recherche étiologique de cette symptomatologie intersegmentaire. Cette recherche étiologique (ou démembrement dans le cadre d'une lombalgie commune) doit être faite, nous y reviendrons.

Au total la séméiologie de la SID reste un outil essentiel de la symptomatologie du segment mécanique intervertébral, elle doit être optimisée (par rapport à sa description originelle), mais ne résume pas l'examen clinique du patient lombalgique chronique, car elle exclusivement centré sur le côté articulaire du joint intervertébral et de plus elle n'apporte aucun élément de démembrement.

### EXAMEN DU PATIENT LOMBALGIQUE (COMMUN)

Les étiologies ou démembrement des lombalgies communes sont réelles, et doivent être recherchées (et on exclue de cette étude les composantes liées au stress ou bio-psycho-sociales, telles que fibromyalgie-déconditionnement bio-psycho-social).

La lombalgie peut être en relation avec une pathologie articulaire mono segmentaire avec dysfonction d'une unité biomécanique entraînant une SID (l'homme coupé en «tranches» horizontales); les causes pouvant être dégénératives telle une discopathie, discarthrose, arthrose des articulaires postérieures, voire une lésion ostéopathique (DIM).....

L'étiologie peut être non segmentaire (et non articulaire pure) ou non mono segmentaire. Pluri étagées (grandes charnières transitionnelles de Mréjen) liées à des atteintes dégénératives diffuses mais aussi à des pathologies musculo squelettiques et pas uniquement articulaires (intersegmentaires):

- L'homme debout «postural» avec des pathologies «verticales» en chaîne musculo squelettiques.

-les Syndromes myofasciaux avec alors une origine musculaire pure.

-Enfin une organisation neurophysiologique complexe, intrication de mécanismes divers: articulaire/musculosquelétique/réflexes nociceptifs à point de départ viscéraux (à condition, pour rester dans le cadre de lombalgie commune, que ces perturbations viscérales soient fonctionnelles ou transitoires). Tous ces phénomènes s'intriquent au niveau neurovégétatif et réflexes nociceptifs avec des réponses neurovégétatives (et leur stigmates cutanés, musculaires, périostés) complexes notamment dans leurs topographies.

En pratique il existe des cas et outils séméiologiques simples et d'autres plus complexes:

Outils cliniques (cas simples) de base:

La SID (optimisée)

La palpation analytique tissulaire (locorégionale)

La recherche d'un syndrome myofascial

L'examen de l'aplomb (et interrogatoire gestuel)

Outils cliniques et approches (cas)complexes:

Le syndrome de déficience posturale (SDP).

La mésothérapie métamérique (MM).

### 1) PALPATION ANALYTIQUE TISSULAIRE LOCO REGIONALE

En commençant par la zone douloureuse alléguée puis en débordant celle ci en suivant l'axe rachidien.

Examen palpatoire des structures au minimum cutanées et musculaires.

L'examen cutané: Il est incontournable; recherche par la manœuvre du palper-rouler d'une peau objectivement modifiée: (épaissie spongieuse ou cartonnée, hyperalgique) on parlera de dermoneurodystrophie («dnd» du Dr Mréjen).

Examen analytique des muscles à la recherche de douleurs provoquées de contractures et de points détentes.

Examen analytique des muscles paravertébraux mais aussi des (autres) muscles de la région dorso-lombaire, carré des lombes, fessiers pour une lombalgie; muscles des membres inférieurs pour une cruralgie ou sciatalgie.

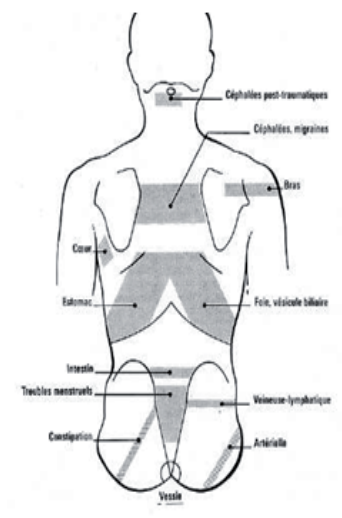
Carré des lombes territoire lombaire haut (L1 L2)

Muscles fessiers (glutéaux territoire L5)

Muscle piriforme (pyramidal) territoire S1

L'examen palpatoire analytique tissulaire apporte des orientations étiologiques vers une SID, ou un syndrome myofascial, ou un problème postural (au sens large) (l'homme debout) ou une suspicion d'origine viscérale à cette lombalgie commune.

Examen cutané: Le territoire modifié peut orienter vers une origine métamérique «haute» dorsale (fausse lombalgie dermatome D12, L1) vers une SID lombaire si la ou les dnd sont incluses dans un seul dermatome (L3 ou L4 ou L5 ou S1), ou réorienter vers une pathologie viscérale si la dnd a une topographie ne s'incluant pas dans un dermatome (métamère); ces dnd «viscérales» sont arrondies et chevauchent plusieurs dermatomes. (cartographies de Dicke, de Jarricot ou du Dr Mréjen).



cartographie de Dicke, intéressante car la seule sur la région dorsale, la première qu'on palpe, bien connue des ostéopathes.

Examen des muscles et importance du contexte (gestes et postures / stress émotionnel). On peut retrouver une tension localisée avec un point détente ce qui oriente vers un syndrome myofascial, et il faut tenir compte de leurs localisations et organisation: Multiples mais organisées selon un seul myotome dans le cas d'un syndrome monosegmentaire, monométamérique (SID). Multiples et non inscrites dans un myotome mais une chaîne posturale (verticale), dans le cas d'une étiologie posturale.

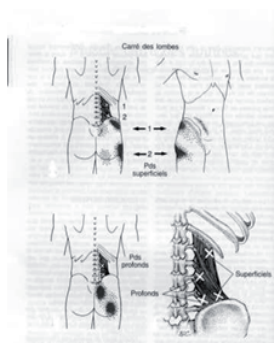
2) RECHERCHE D UN SYNDROME MYOFASCIAL

Il est clinique, basé sur l'existence d'une zone musculaire tendue, douloureuse à la pression avec un point détente (déclenchant une douleur à distance, référée, qui correspond souvent à la zone douloureuse alléguée).

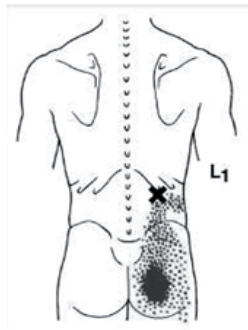
Le muscle et le point détente pouvant être à distance du territoire douloureux ressenti allégué.

Trois muscles sont importants à rechercher (en cas de lombalgie sans radiculalgie):

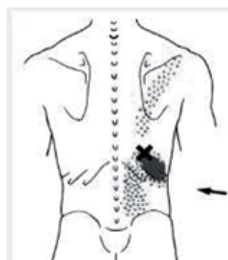
Le carré des lombes, l'ilio costal et le longissimus.



Syndrome myofascial du carré des lombes d'après Travell et Simons pseudo atteinte de la charnière dorsolombaire.



syndrome myofascial du longissimus d'après Travell et Simons, pseudo fessalgie.



syndrome myofascial de l'ilio costal d'après Travell et Simons

3) EXAMEN POSTUAL

C'est l'apanage de l'homme debout et il faut toujours faire un examen de base de l'aplomb, et ne pas limiter la posture à une analyse uniquement spécialisée du type SDP (syndrome de déficience posturale).

La lombalgie posturale se retrouve dans la notion de troubles musculosquelettiques (TMS bien connue de la médecine du travail et des médecins physiques), les écoles de «posturologie», les concepts de chaînes musculaires (Dr Bousquet) et l'orthopractie.

Le modèle MPS des grandes charnières transitionnelles ne peut pas résumer à elle seule la pathologie liée à la posture car elle se limite à une approche articulaire du ou des joints intervertébraux.

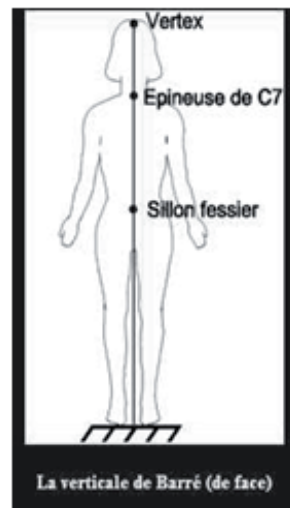
Il y a une interdépendance entre les segments anatomiques musculo squelettiques et elle est assurée par la biomécanique (chaînes musculaires/chaînes myo aponevrotiques) et la neurophysiologie (posture/MM).

Il faut bien faire l'interrogatoire sur l'attitude (position) au cours du sport, travail, musique et maîtriser au moins l'examen classique de l'aplomb.

Examen de l'aplomb:

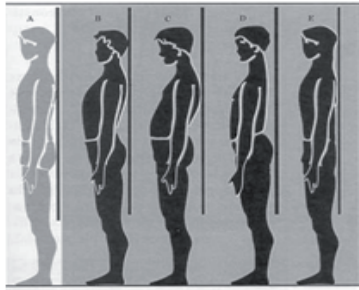
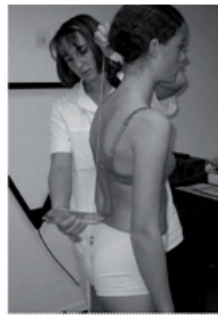
Inspection dans les trois plans de l'espace (frontal, sagittal mais aussi horizontal) d'un patient debout déséquilibré.

Plan frontal



**Plan sagittal**

Mesure des flèches sagittales

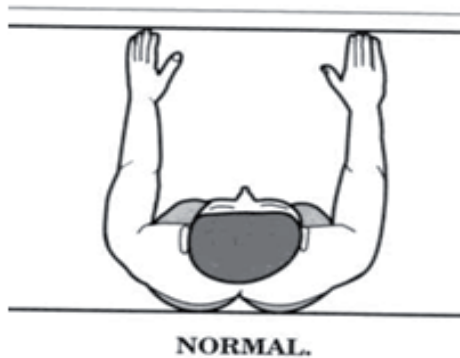


*d'après Dr Bricot*

**Plan horizontal**



rotation dans le plan horizontal des ceintures scapulaires et pelviennes (ici de sens contraire)



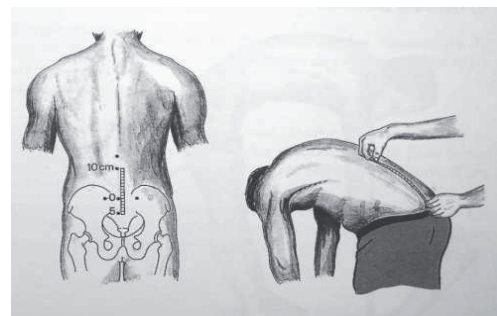
Dans le plan horizontal, si on se fie à la position des mains bras tendu, il faut faire une différence entre rotation des plans scapulaires et antéposition d'un bras ou de l'omoplate.

Devant tout défaut d'aplomb faire une différence entre les causes structurelles (exp ILMI anatomique - vraie scoliose - séquelle de tassement vertébral - torsion fémorale du fémur) et les causes fonctionnelles (posture, geste et attitude/déséquilibre du bassin/attitude en rotation d'un membre inférieur/attitude scoliotique/DIM lésion ostéopathique).

Associer une recherche de raideur lombaire (indice de Schöber) et sous pelvienne (extensibilité des muscles ischio jambiers et des muscles psoas iliaques).



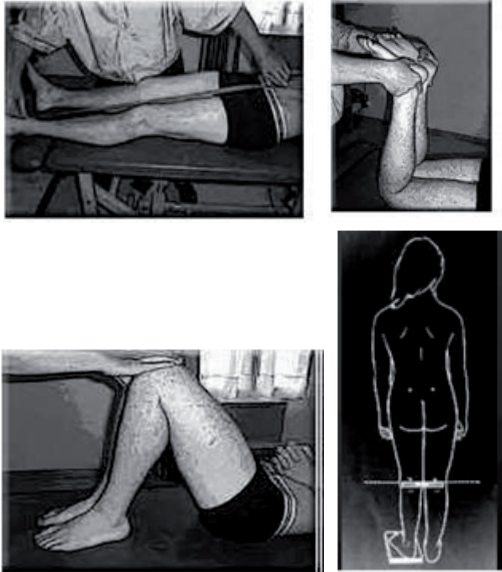
*psoas iliaque*



*Schöber*

Une raideur des ischio-jambiers favorise une surcharge du rachis en flexion (discopathie) avec une surcharge lombaire un Schöber normal voire élevé; une raideur des fléchisseurs de hanche favorise une surcharge du rachis en extension (spondylolyse et douleur des articulaires postérieures)

Rechercher cliniquement une inégalité de longueur des membres inférieurs, en se posant la question sur son origine structurelle (anatomique) ou fonctionnelle (posture/ostéopathie).



Raisonnement sur la relation potentielle entre la lombalgie et le défaut d'aplomb. Une arthrose vue à la radiographie ne fait pas forcément le diagnostic nosologique de la douleur et un défaut d'aplomb n'est peut être pas la cause de la lombalgie.

Posture, neurophysiologie.

Le système postural au niveau neuro physiologique est un système complexe avec des afférences (référentiels égo, allo et géocentés), des structures d'analyse et de contrôle (cerveau, noyaux bulbaires et cervelet), un système efférent (muscles anti gravitaires et muscles oculomoteurs).

Il peut être responsable du défaut d'aplomb et de contraintes ostéo articulaires ; on parle de syndrome de déficience posturale (SDP, terminologie critiquée) lorsqu'il n'y a pas de pathologie organique neuro-musculaire patente, mais il peut aussi être en relation avec une lésion neurologique (séquelle d'AVC par exemple, post commotion cérébrale, atteinte vestibulaire, trouble proprioceptif distal) ou musculaire (notamment muscles oculomoteurs).

L'examen «postural spécialisé»: le syndrome de déficience posturale (SDP)

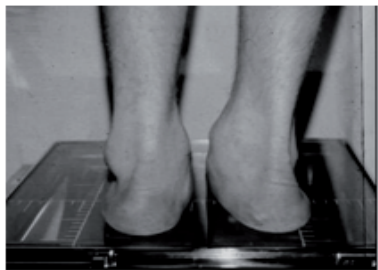
Doit d'abord être clinique, les outils paracliniques (stabilométrie, baropodométrie) ne doivent jamais être pris isolément. Mais les outils cliniques «posturaux» souffrent soit de manque d'objectivité, soit de reproductibilité inter opérateur, et les normes des tests instrumentaux posturaux statiques sont trop larges, ce qui rend ces tests pris isolément peu sensibles, spécifiques et prédictifs.

La terminologie de SDP est critiquée par beaucoup mais elle permet de situer la base de réflexion du thérapeute. L'entrée posturale perturbatrice en cause est l'enjeu principal de ce SDP, mais est difficile à mettre en évidence d'où l'intérêt de tests de base et de sensibilisation.

1) Tests de base:

-Test de Romberg postural

Enfin ne pas occulter un examen de base au podoscope à la recherche de valgus ou varus de l'arrière pied et d'empreintes anormales de pieds, plats creux ou asymétriques.



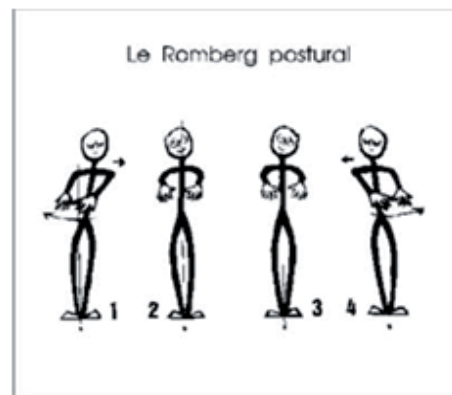
valgus arrière pied à droite



empreintes p plats



empreintes p creux



latéro déviation lente unilatéralisée au cours de la manœuvre de Romberg, ressemble à un Romberg labyrinthique.

-Test de convergence oculaire: on évalue l'asymétrie de convergence oculaire lorsqu'on approche lentement une cible que le sujet doit fixer avec les deux yeux.



*défaut de convergence œil gauche sur image 2*

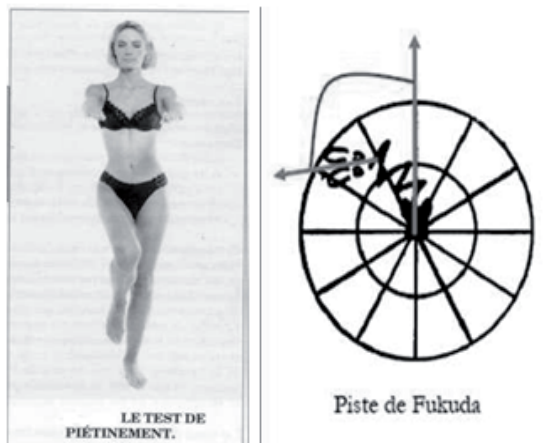
Attention il faut au préalable éliminer tout déficit moteur oculaire et penser aux causes organiques des troubles de la vergence.

– Test des pouces montants:

Appréciation du tonus des muscles paravertébraux (segment par segment) au cours de la flexion du tronc; du côté hypertonique perception de pouce qui monte plus haut que du côté non hypertonique, (ressemble au test ostéopathique de Piedallu mais ce dernier analyse la mobilité articulaire des sacro iliaques).

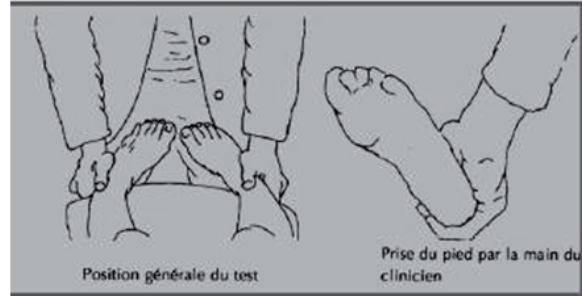


–Test du piétinement de Fukuda: Tout sujet normal qui piétine sur place les yeux fermés (bras à l'horizontale selon le protocole de Fukuda) ne tourne sur lui-même (dans un seul sens) que de 30° au maximum en cinquante pas. Cette rotation est appelée spin. Les conditions d'environnement du test sont capitales: sol homogène, pas de bruits, pas de différence importante de luminosité de la pièce.



*angle de spin (flèche) à 60°*

–Test des rotateurs (sur MI): On évalue l'asymétrie du tonus des rotateurs externes de hanche (piriformes) par la mobilisation passive des chevilles, très opérateur dépendant.



–Test d'inhibition motrice (TIM sur MS): Appelé ainsi car mis en jeu par les voies réticulo spinales (qui sont inhibitrices sur les muscles anti gravitaires) On évalue (comparativement) sur un sujet debout le bras testé à la verticale dans un plan sagittal (droit devant) le tonus des extenseurs du poignet (diminué en cas d'entrée posturale perturbée). Test facile pour ceux qui sont habitués à faire des testing musculaires (médecin physique et kinésithérapeutes).



*iconographie d'après publication du Dr G.Hatesse*

2) Tests avec sensibilisation (des entrées potentielles)  
 –Les mêmes avec au préalable action sur un référentiel pour le shunter ou le sensibiliser et voir la différence avec le test de base.  
 exemples à partir du Fukuda:  
 Fukuda de base puis:  
 Fukuda avec une minerve (supprime une entrée nucale perturbatrice) ou Fukuda avec des semelles mousses (annule l'entrée podale) ou Fukuda avec des semelles



proprioceptives (corrigeant l'entrée podale) ou Fukuda avec rotation de la tête et des yeux (solicite le reflexe nugal et oculocervical) ou Fukuda avec les dents serrées (amplifie l'entrée occlusale) ou Fukuda avec une gouttière (neutralise l'entrée occlusale).

Beaucoup de choix = Risque de se tromper si on ne maîtrise pas la neuro physiologie.

3) Cas complexes intriqués: Modèles neurophysiologiques complexes et diagnostique clinique.

-Le bilan postural spécialisé entre dans ce cadre ainsi que le concept récent de Mésothérapie métamérique (Dr JY .Jeanmaire et B. Esteve-Lopez).

Mésothérapie métamérique:

Modèle neurophysiologique récent permettant de comprendre l'organisation pathologiques des territoires cutanés musculaires et ostéotendineux au cours de mise en jeu de réflexes viscéro-somatiques (diffusant en pluri segmentaires) ou intriqués à des réflexes somato-somatiques.

C'est une approche moderne et différente du modèle neurophysiologique de la MPS au vu des progrès récent de la connaissance de la neurophysiologie.

Elle permet de comprendre les inter-relations entre les structures palpées pathologiques (peau, muscles, tendons, zones périostées) et leurs composantes étiologiques (somatiques, viscérales, intriquées).

A intégrer dans les cas chroniques et compliqués de lombalgies(communes) avec intrications (fonctionnelles) viscérales.

### **Conclusion clinique**

Ce que le mésothérapeute doit connaître et savoir faire: Une recherche de la SID (optimisée).L'examen palpatoire tissulaire cutané et musculaire locodolenti et locorégional. L'examen de base de l'aplomb. Rechercher et reconnaître un syndrome myofascial.

En cas de résultats incomplets ou de récides rapides, intégrer dans sa pratique une réflexion interdisciplinaire ou s'approprier les connaissances neurophysiologiques (MM /posture/ostéopathie) et leurs outils cliniques.

### **III) TRAITEMENT PAR MÉSOTHÉRAPIE DES LOMBALGIES COMMUNES**

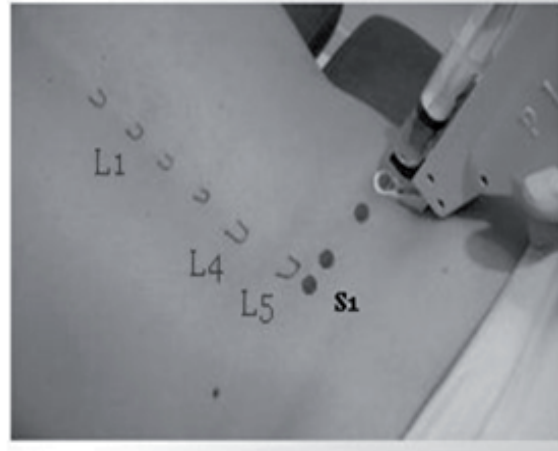
A partir de trois Exemples:

- Une SID,
- Un syndrome myofascial,
- Un problème postural.

ATTENTION la mésothérapie fait toujours partie d'un programme thérapeutique adapté, et utilisée ou décrite en tant qu'outil thérapeutique isolé doit être critiquée.

1° exemple: une discopathie basse L4L5: traitement par MPS sur la SID (L4L5) retrouvé:

Points locaux positifs / zone de contracture / point plexique S1 seront traités en IHD lidocaine + thiocolchicoside + ains, avec un nappage en regard des dnd et/ou des contractures exp lidocaine + thicolchicoside en regard des paravertébraux. 3 séances espacées de 7 jours.



iconographie d'après Dr Esteve-Lopez et Jeanmaire (atlas de mésothérapie)

La technique est mixte, points profonds ciblés (par la clinique) et «nappage» en regard des structures en cause. On ne doit pas se contenter de traiter uniquement les points locaux et le point plexique avec des points profonds.

La MPS pure originelle uniquement en points profonds des points positifs (objectivés) de la SID apporte des résultats incomplets.

Discopathie et traitements associés.

En cas de discopathie: Rechercher et traiter une raideur des muscles ischio-jambiers. Renforcement musculaire en lordose ou position neutre. Verrouillage lombaire et ceinture de maintien pour les situations à «risque».

Mais ce traitement associé sera différent si la pathologie est autre qu'une discopathie, avec toujours une SID L4L5 (exp: DIM ou atteinte articulaire post ou spondylolisthésis)

2° exemple: Syndrome myofascial (du carré des lombes)

IHD ou IDP sur le ou les points détentes retrouvés avec lidocaine + ains.

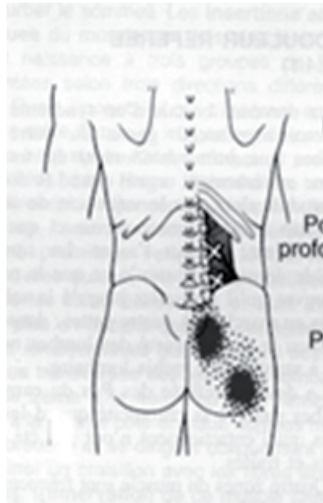
Nappage ou IED avec Lidocaine /calcitonine/pidolate de magnésium sur les territoires référés et le carré des lombes.

Syndrome myofascial et traitement associés:

Froid + étirement du carré des lombes.

Massage profonds du carré des lombes.

Puis en traitement de fond: Étirements passifs en chaîne latérale/W aérobie d'endurance.



IHD ou IDP sur les croix, nappage ou IED sur le muscle et les zones référées (en rouge)

3° exemple: Syndrome postural (chez un musicien guitariste, lié à sa position quand il joue)

Trt méso: Lidocaine + ains + thicolchicoside sur les points musculaires et points locaux des SID(s) objectifs cliniquement;

technique en IHD ou IDP, Plus nappage ou IED en regard des muscles lésés (lidocaine + thicolchicoside)  
3 séances espacées de 7 jours, en chronique adjonction de calcitonine.

NB ++ rechercher des points détentes (syndrome myofascial) fréquents dans les pathologies posturales anciennes.



iconographie d'après une publication du Dr P.Lecomte

Syndrome postural et traitement associé:

Correction du positionnement. Etirement +++ des muscles travaillant en position courte.

Travail de fond aérobique musculaire.

NB ce traitement associé sera différent si la cause posturale est structurelle/ ou liée à une perturbation d'un référentiel.

### CONCLUSION

La MPS reste l'outil de base de prise en charge des lombalgies communes, mais ne doit pas être le seul outil clinique et thérapeutique utilisé.

#### Au niveau clinique:

La SID doit être optimisée, et il faut faire une enquête étiologique articulaire du segment atteint.

Systematiquement faire un examen papatoire des tissus cutanés et musculaires.

Rechercher un syndrome myofascial.

Faire systématiquement un examen de l'aplomb.

#### Au niveau thérapeutique:

Associer à la MPS «pure» IHD un nappage (IDS) adapté ou une IED (la MPS devient une technique dermohypodermique DHD des Dr Mréjen et Perrin).

Traiter différemment en mésothérapie les syndromes myofasciaux et posturaux (sites de ponctures différents).

Toujours tenir compte du contexte étiologique (discopathie/ arthrose articulaire postérieure/mauvaise posture positionnelle/référentiel postural perturbé) pour adapter le traitement associé approprié.

La mésothérapie est une excellente technique si elle est sous tendue par un examen et des connaissances médicales appropriés.

A chacun de connaître ses limites médicales et de se référer si besoin à des confrères spécialisés (interdisciplinarité).