

# TRAITEMENTS PAR MESOTHERAPIE DES LOMBALGIES – LOMBOSCIATIQUES

## Mise au point

Docteur Benoit LABENNE

Nous traiterons essentiellement dans cet exposé, les lombalgies communes, c'est à dire d'origine fonctionnelle (sans cause organique).

Nous excluons avec le plus grand soin, par l'interrogatoire, les investigations cliniques et paracliniques nécessaires (radiographie / biologie):

- L'absence d'un diagnostic différentiel pouvant être responsable d'une symptomatologie similaire au début, c'est à dire les lombalgies symptomatiques (révélatrices d'une autre maladie), sortant du cadre du traitement par mésothérapie:

- Etiologies: tumorale, infectieuse, rhumatismale inflammatoire, malformation congénitale, hernie discale (compressive, symptomatique).

Nous rappellerons ici l'examen en Décubitus ventral: l'examen clinique spécifique méso

L'examen est réalisé patient allongé sur le ventre, coudes sur la table d'examen, mains croisées devant la tête.

- **Il recherche ici classiquement des points de souffrance segmentaire**, décrit dans la S.I.D. (souffrance intervertébrale dégénérative), selon la sémiologie objective systématisée du rachis (S.O.S.) .

- Des douleurs abarticulaires vertébrales réveillées à la pression palpation digitale au niveau:

- du point médian (0) inter épineux:

Ligamentite du ligament interépineux,

- à 1,5 Cm de la ligne Médiane: arthropathie de l'articulaire postérieure,

- à 5 et 8 Cm de la ligne Médiane: Tendinomyalgies latéro-vertébrales,(muscles: grand dorsal / épi épineux / sacro-lombaire /Long dorsal)

- Des Cellulalgies ou Dermoneurodystrophies locorégionales réveillées au palper /rouler:

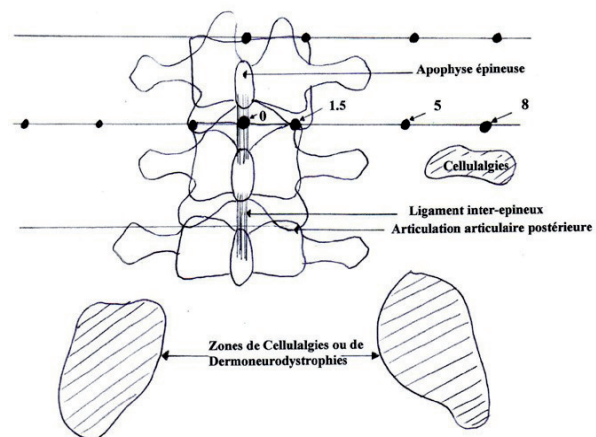
Elles constituent des dermalgies dont la consistance spongieuse, épaisse et douloureuse est parfois remplacée par un aspect nodulaire, filamenteux ou cartonné et scléreux. (Il s'agit de douleurs dites référées de type I: les lésions arthro-ligamentaires et disco-vertébrales se manifestent par des influx nociceptifs véhiculés dans la corne postérieure ou racine dorsale de la moelle épinière, au niveau de la couche V (intraspinale), zone de convergence de neurones; entraînant donc des douleurs projetés pseudo-métamériques, à distance, dans le dermatome (Cellulalgies). Elles témoignent, pour l'appareil neuro-

articulaire, de la souffrance de tout un segment mobile neurophysiologique ou d'un plexus et pas seulement d'une lésion radiculaire).

Dans la sémiologie de la lombalgie commune, il convient aussi de différencier le modèle de la Souffrance Intervertébrale Dégénérative (S.I.D.) de Mrejen, du Dérangement intervertébral mineur (D.I.M.) décrit par Maigne(dysfonction mécanique primitive au niveau des articulations articulaires postérieures), surtout sur les points suivants:

Douleur à la pression postéro-antérieure et douleur réveillée à la pression latérale de l'épineuse de la vertèbre du segment lésé (la pression est douloureuse dans un sens et indolore dans l'autre). Dans ce cas, le patient sera plutôt orienté, dans un premier temps, vers un traitement par manipulation vertébrale).

- Des Douleurs Irradiés: Classiques Sciatalgies ou Cruralgies.



- La technique d'injection méso, dépendra du type de douleur.
- La peau sera largement désinfectée avec de la chlorexidine (Biseptine).
- Le médecin portera des gants en latex.

- **Produits utilisés:(A.M.M. injectable):**

- **Mésocaïne 1%**: pour son effet non seulement antalgique, mais aussi vectoriel: mélangée aux autres

produits, elle en potentialise la diffusion et ainsi l'efficacité.

- **Piroxicam 20 Mg**: pour son effet

Anti-inflammatoire.

- **Thiocolchicoside**: pour son effet myorelaxant.

- **Calcitonine 100 U**:

Pour son action antalgique puissante: par son action périphérique sur le flux du calcium à travers la membrane neuronale, et son action centrale, en augmentant les bêta endorphines.

Pour son action Vasomotrice et anti-inflammatoire: sur les tissus mous, notamment par inhibition de la synthèse des prostaglandines.

- **Etamsylate**: Anti œdémateux, décongestionnant, draineur.

- **Mélanges utilisés: (pas plus de 3 produits)**

Seringue 1:

1- Dans les formes Aiguës:

Mésocaïne + Piroxicam + Etamsylate

2- Dans les formes suraiguës, complexes ou rebelles:

Mésocaïne + Piroxicam + Calcitonine

Seringue 2:

3- Pour les zones de contractures Musculaires pures,

une deuxième seringue est possible avec:

Mésocaïne + Thiocolchicoside

- **Techniques et profondeurs d'injections: (manuelles ou mécaniques en fonction des habitudes de l'opérateur).**

*La Mésothérapie ponctuelle systématisée (M.P.S. / MREJEN):*

Pour le Rachis elle se fait en injections hypodermique, de 10 mm, avec une aiguille de 13 mm de longueur et de 0.30mm de diamètre, la peau pouvant faire l'objet d'un pli au niveau du point d'injection, l'aiguille étant enfoncée quasi perpendiculairement à la peau.

*La Mésothérapie intra-épidermique (I.E.D./PERRIN)*

Cette technique est un procédé d'injections loco-régionales, non douloureuses et non sanglantes, à environ 1 mm de profondeur. Elle se pratique également avec une aiguille de 13mm-3/10 appliquée tangentiellement à la peau, biseau tourné vers le ciel.

*L'Intradermique superficielle (I.D.S.):*

la profondeur des injections se situe à environ 2 à 3 mm de profondeur, dans le derme. Elle se pratique avec une aiguille de 4 mm de longueur et de 0.35 mm de diamètre, le biseau de l'aiguille vers le bas, avec un angle de l'aiguille et de la seringue de 45° à 60° par rapport à la peau.

**Techniques mixtes.**

Utilisation de deux techniques successivement lors d'une même séance:

-M.P.S. à 10 mm de profondeur pour les souffrances ponctuelles «profondes» et circonscrites.

-I.E.D. ou I.D.S. pour les souffrances «superficielles» et diffuses (Cellulalgies et radiculalgies)

- **Points d'injections:**

Piquer en MPS sur: (seringue 1)

- Les points de la S.I.D.: 0 – 1.5 – 5 et 8 cm (selon les résultats de l'examen clinique Méso).

- De plus, il est important de chercher aussi pour les piquer les points de convergence neuro-tendino-musculaire ou points plexiques au niveau lombaire:

.Les points plexique S1: en regard du premier trou sacré.

.Les points de crête: en regard du rebord postérieur de la crête iliaque.

. Possibilité de piquer aussi en M.P.S. un point, déclenchant une douleur élective à la palpation, et signalé par le patient, au sein d'une zone de douleur projetée (ex: fessière, trochanter).

. Toujours vérifier également l'absence ou la présence d'un conflit de charnière thoraco-lombaire. Points douloureux en D12/ L1.)

Piquer en I.E.D. sur:

- Les zones de Cellulalgies ou Dermoneurodystrophies. (Seringue 1)

- Les zones de contractures musculaires (cordons musculaires indurés).(Seringue2)

EN I.E.D. ou I.D.S. sur:

- Les Trajets des douleurs irradiées. (Seringue 1)

- **Rythme des séances:**

Première séance à J0:

- Lors de la première consultation, en crise aiguë.

- Prescription éventuellement: paracétamol et myorelaxant per os, en complément, en début de traitement. ( pas d'A.I.N.S. pas d'I.P.P.)

- Éventuellement arrêt de travail, de courte durée, en fonction de la profession.

Deuxième séance: 48 à 72 H après la première séance.

Troisième séance: J8

- En général le patient a déjà bien diminué voir arrêté de lui-même les médicaments per os.

- Possibilité de débiter ici une rééducation posturale, étirements des chaînes musculaires postérieures, et musculation de la chaîne antérieure (sangle abdominale), par Kinésithérapie.

Quatrième séance: J15

Cinquième séance: J 30 = BILAN

**- Évaluer l'efficacité du traitement par mésothérapie:**

*Guérison:* bien expliquer aux patients de ne pas attendre (que ça se passe) pour revenir consulter, en cas de recrudescence, aiguë ou même progressive de la douleur: «plus le traitement interviendra tôt par rapport à l'apparition des premiers symptômes plus il sera rapidement efficace»

*Amélioration partielle:* Possibilité de se donner un peu de recul et de revoir le patient à 30 jours, en réinsistant sur les traitements associés.

*Pas ou peu d'amélioration:* Remise en cause du diagnostic, reprendre l'interrogatoire et l'examen clinique, prescription d'examen complémentaires.

**- Importance des traitements associés = traitements préventifs:** Prévenir les récurrences

- Le repos au lit ne doit plus être prescrit, Les activités normales de la vie doivent être maintenues dans les limites de tolérance de la douleur.

- La reprise du travail n'a pas d'effet délétère et doit être la plus précoce possible.

. Activité physique régulière

. Lutte contre la surcharge pondérale / bonne hygiène de vie.

. Kinésithérapie.

. Correction d'un trouble statique, recherche d'un défaut d'axe: déséquilibre du bassin, attitude scoliotique, inégalité de longueur des membres inférieurs, problème de voûte plantaire.

=> Bilan de podologie: port d'orthèses plantaires de corrections.

=> Avis d'un Confrère Ostéopathe.

Prise en charge globale du patient face à sa douleur: savoir détecter une influence de la douleur sur le psychisme du patient par l'écoute, et ainsi prendre les mesures adéquates (traitement antidépresseur à dose filée, de courte durée, psychothérapie: rassurer le patient), afin de diminuer le risque d'évolution de la lombalgie vers la chronicité.

La souffrance rachidienne aiguë peut donc générer des douleurs du ligament inter-épineux, du ligament com-

mun postérieur, des articulations inter-articulaires postérieures, des tendinomyalgies latérovébrales, des ligamentites, capsulites, névrites... Ce qui explique la pertinence de la Sémiologie Objective Systématisée, qui relève exclusivement d'un traitement médical: notamment la Mésothérapie. Elle apporte un soulagement rapide et durable de la douleur grâce à l'utilisation d'une technique mixte. Avec une très bonne tolérance clinique au traitement, et évite l'augmentation du nombre de médicaments sur l'ordonnance, le risque d'interaction médicamenteuse et d'effets secondaires.

**BIBLIOGRAPHIE :**

1) **Labenne. B.** Évaluation d'un Traitement par Mésothérapie des douleurs rachidiennes chroniques d'origine arthrosique, à propos de 10 cas *Mémoire de DIU de Mésothérapie* Faculté de Médecine de la Pitié Salpêtrière Paris VI.

2) **Marijnen. P, Mrejen. D.** Mésothérapie et / ou vertébrothérapie dans le traitement des lombalgies communes: aide à la décision. *Edition S.F.M. / C.E.R.M. Champagne et C.E.R.M. île de France.*

3) **De Seze. M, Lavignolle. B, De Boysson. A, Fourquet. M, Jeanmaire. Y, Roch. F-X:** La mésothérapie dans le traitement des douleurs projetées de la pathologie dégénérative du rachis. *Communication du premier Congrès National de la société française de mésothérapie.* Paris Mars 2003.

4) **Mrejen. D:** Enquête pilote concernant des lombalgies communes d'origine articulaire postérieure, traitées par infiltration ou mésothérapie dans un centre de la douleur de 1999 à 2000 (Hôpital Lariboisière / Paris) sur 40 patients.: *Communication du premier Congrès National de la société française de mésothérapie.* Paris Mars 2003.

5) **Mrejen. D:** La Mésothérapie Ponctuelle Systématisée *Collection Alternatives Thérapeutiques-Médifusion,* Paris 1987.

6) **Maigne R.:** Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne, Une nouvelle approche ; *Expansion scientifique française,* Paris 1989.

7) **Théron j.** Lombosciatique commune: conception mixte, disque, articulaires postérieures, structures ligamentaires déductions thérapeutiques. *Communication au VII° Congrès international de Mésothérapie,* Bordeaux, 1995,220-224.

8) **Lavignolle. B, de Sèze. M, Fourquet. M, Kopp-Zimban. A.L, Fongaufier. B:** Etude Randomisée de la mésothérapie dans les lombalgies aiguës. *3eme Congrès National de la Société Française De mésothérapie.*26-27 Nov. 2005, Paris Porte de Bagnolet.