

DIPLOME INTERUNIVERSITAIRE DE MESOTHERAPIE



TRAITEMENT DU LUMBAGO PAR MESOTHERAPIE

MEMOIR FAIT PAR :

DR.YAGOUB Bachir

DR.BELOUNAS Lylia

DR. MOUFTI chafiqua.....

DR.LOUNES Saliha.....

Directeur universitaire : Professeur Pascal PRAD DIEH

Responsable technique : Docteur Denis LAURENS

Président du jury : Professeur Michel PERRIGOT

Remerciements :



*Au terme de cette formation « D.I.U de Mésothérapie », Nous remercions dans un premier temps, le Directeur Universitaire de l'enseignement Le Professeur **Pascal Pradat Diehl**, ainsi que Le responsable de la formation le Professeur **Michel PERRIGOT** et le responsable technique le Docteur **Denis LAURENT** pour avoir assuré la partie théorique de celle-ci et pour leurs aides à la rédaction de ce mémoire et de façon générale toute l'équipe pédagogique de la Faculté de Médecine de Paris VI (Pitié-Salpêtrière).*

- Enfin, Nous remercions vivement nos enseignants des séminaires de la Mésothérapie ainsi nous exprimons sincèrement nos reconnaissances aux Docteurs cités ci-dessous, pour nous avoir fait bénéficier de leurs savoirs et leurs expériences durant nos stages pratiques, nous citons tout particulièrement :

- Docteur Laurens*
- Docteur Dragan*
- Docteur Salato*
- Docteur Taffin*
- Docteur Biron*

Différents Participants au Mémoire : PARIS LE 24 novembre 2013

Dr. YAGOUB Bachir.
Dr. LOUNES Saliha.
Dr. BELOUNES Lylia.
Dr. MOUFTI chafiqua.

Traitement du Lumbago Par Mésothérapie

le Plan de mémoire

1. Introduction.
2. Definition :
3. Physiopathologie :
4. Démarche diagnostique :
 - 6/ Clinique :* - *Facteurs de risques.*
 - *signes cliniques*
 - *Interrogatoire.*
 - *Examen Clinique*
 - *Examens complémentaires.*
5. Diagnostic Différentiel :
6. Protocole thérapeutique de Reference :
 - A. Traitement Par Mésothérapie :*
 - B. Traitement Complémentaire :*
 - C. Traitement Préventifs (Prévenir les récidi ves):*
7. Etude Pratique Des Cas de Lombalgies :
8. Résultats du traitement par Mésothérapie :
9. Comment Améliorer les Résultats de la Mesothérapie :
10. Bilan du traitement par Mésothérapie :
11. Résumé.
12. Conclusion.
13. Bibliographie.

1. Introduction

a. Généralités :

La lombalgie est un problème de santé publique dans les pays développés. Véritable « épidémie » liée à la transformation du mode de vie. Le mal de dos est qualifié de « mal du siècle » par certains spécialistes. La lombalgie est un symptôme très fréquent, en constante augmentation dans les pays industrialisés.

Le **lumbago** est la cause la plus fréquente de lombalgie aiguë : il dure en général quelques jours (9 cas / 10), mais tend à récidiver dans 1 / 3 des cas (INRS, 2011).

Six millions de Français consultent chaque année pour lombalgie. Dans de nombreux cas l'évolution est bénigne.²

b. Epidémiologie¹:

Les données épidémiologiques sont très dépendantes du système de santé de chaque pays.

-**La fréquence** : des lombalgies est élevée et que 70 à 80 % de la population française a eu une lombalgie à un moment de sa vie. Cette fréquence est en augmentation constante depuis 40 à 50 ans dans tous les pays industrialisés. **La prévalence annuelle** est de 30 % en moyenne (15 à 45 %).

Très fréquente, pratiquement tout le monde souffre ou souffrira de lombalgie à un moment de sa vie.

-**L'âge** : Les lombalgies sont particulièrement fréquentes chez l'adulte jeune avec un pic de fréquence vers 40 ans.

-**Le sexe** : Cette fréquence diminue ensuite chez l'homme alors que, chez la femme, il existe un nouveau pic de fréquence à partir de la soixantaine du fait de l'ostéoporose post-ménopausique.

- **La durée** : Selon l'Inserm, plus de 40% des épisodes de lombalgie observés en milieu professionnel durent moins de 24 heures, et la majorité durent moins d'une semaine.

- **La récurrence** : En revanche, le risque d'avoir un nouvel épisode de lombalgie dans les mois qui suivent est élevé. Dans certaines études, plus d'un patient souffrant de lombalgie aiguë sur trois a eu une nouvelle crise douloureuse lombaire dans les douze mois¹.

2. Définition

a/ Lexique²: Le **lumbago** est appelé classiquement « **tour de rein** ». La lombalgie et le lumbago sont des termes génériques utilisés pour qualifier une douleur de dos qui se manifeste dans la région lombaire, c'est à dire dans le bas du dos.

La douleur se déclenche alors souvent suite à un effort physique intense qui a froissé ou forcé un muscle.

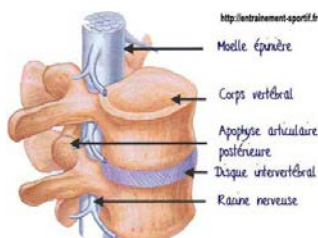
b/ 1. EMC³: Parmi les **lombalgies aiguës**, on peut isoler le **lumbago** qui se caractérise par une installation brutale, un blocage et une attitude antalgique, une douleur d'intensité souvent forte, une évolution habituellement résolutive en quelques jours.

la lombalgie se définit comme « **une douleur lombo-sacrée médiane ou latéralisée avec possibilités d'irradiations ne dépassant pas le genou mais avec prédominance de la douleur dans la région lombo-sacrée** ». L'absence de radiculalgie est un élément essentiel de cette définition. La lombalgie aiguë évolue depuis moins de trois mois.

c/Médicale :

selon l'OMS⁴: Le lumbago est parmi les troubles musculosquelettiques (TMS) qui correspondent à des atteintes de l'appareil locomoteur, c'est-à-dire, des muscles, des tendons, du squelette, des cartilages, des ligaments, et des nerfs⁴

3. Physiopathologie du Lumbago:



Articulations et ligaments du rachis dorsal et des articulations costovertébrales.

Le dos est une charpente en mouvement, ce qui veut dire qu'il doit à la fois être solide et souple pour permettre tous les mouvements du tronc. Tout un système de disque existe entre chaque vertèbre pour permettre les mouvements des vertèbres entre elles⁴.

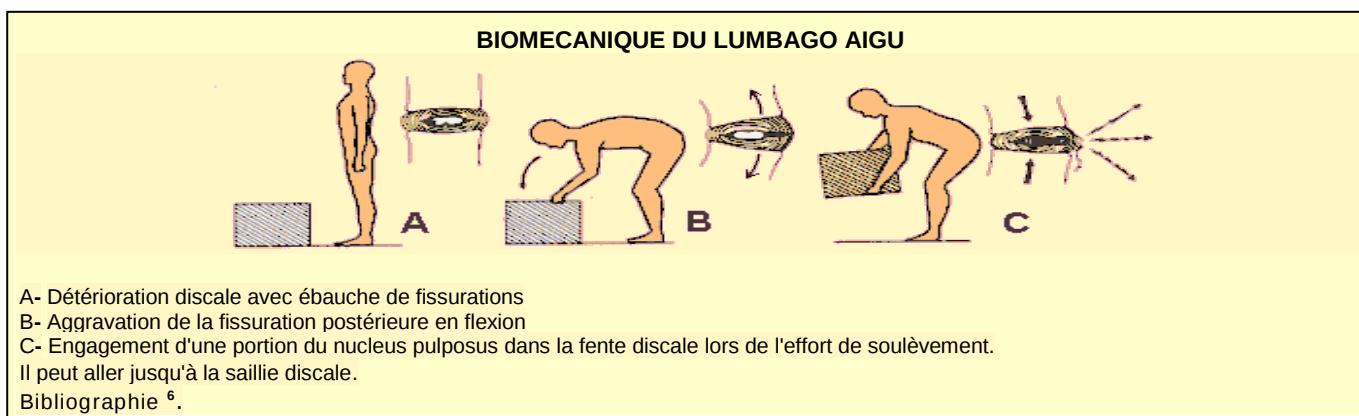
Mais c'est également sur ces vertèbres que s'insèrent les muscles du dos eux aussi très puissants.

Il y a donc un compromis permanent entre les muscles qui tirent sur les vertèbres et les ligaments qui les maintiennent⁴.

Les douleurs sur la colonne vertébrale(en cas de lumbago) sont essentiellement rhumatologiques, c'est à dire provenant⁴:

(Soit) des ligaments entre les vertèbres Soit (des) muscles paravertébraux qui l'entourent (en cas de lumbago).

La lombalgie aiguë est le plus souvent causée par une blessure soudaine des muscles et ligaments soutenant l'arrière. La douleur peut être causée par des spasmes musculaires ou une souche ou une déchirure dans les muscles et les ligaments⁵.



LE DISQUE INTERVERTEBRAL EST L'ELEMENT ESSENTIEL D'UNION DES CORPS VERTEBRAUX.
IL SE COMPOSE D'UN NOYAU CENTRAL:LE NUCLEUS [PULPOSUS.ET](#) D'UN ANNEAU FIBREUX PERIPHERIQUE:L'ANNULUS FIBROSUS.

LORS D'UN MOUVEMENT PLUS OU MOINS BRUSQUE DU TRONC;COMME UNE CHUTE,LE SOULEVEMENT D'UN OBJET LOURD,UN MOUVEMENT DE ROTATION DU TRONC OU PARFOIS SIMPLEMENT APRES UN ETERNUEMENT OU UN EFFORT DE TOUX L'ANNULUS FIBROSUS PEUT SE FISSURER ET LAISSANT AINSI S'EXTERIORISER UN FRAGMENT DU NUCLEUS PULPOSUS.

L'EFFRACTION PAR LA PARTIE POSTERIEURE DE L'ANNEAU DISCAL;D'UN FRAGMENT DE NUCLEUS ENTRAINE UN ETIREMENT DU LIGAMENT COMMUN POSTERIEUR ET ENTRAINDER UN PHENOMENE D'INFLAMMATION A CE NIVEAU ET DONC ENTRAINDER LES SYMPTOMES DE LA LOMBALGIE.

4. Démarche diagnostique

1. Facteurs de risque : tâches répétitives monotones

Exemples de charges physiques rencontrées en situation de travail et susceptibles d'être dangereuses pour la santé ⁴:



1-Travail agenouillé pendant des durées.



2- Manutention de charges lourdes importantes.



3- Travail assis continu.



5-position de travail debout inconfortable continu



4- Vibrations transmises à l'ensemble du corps.
Travail statique et contrainte posturale anormale

2. Signes Cliniques

C'est une douleur lombaire basse intense avec blocage lombaire (empêchant le redressement complet du tronc), de début brutal souvent au décours d'un traumatisme (accident de travail), d'un faux mouvement ou du port d'une charge lourde dans un contexte fréquent de métier à risque (métier de force) et d'antécédents de lombalgies. Le lumbago s'accompagne d'une impotence fonctionnelle majeure, la douleur parfois intense pouvant n'être soulagée qu'en décubitus (au repos). Les efforts de toux et de défécation sont souvent à l'origine de paroxysmes douloureux. On constate les signes suivants⁷:

- Position antalgique avec cassure et effacement de la lordose lombaire
- Contracture musculaire douloureuse ,
- Points douloureux rachidiens ou pararachidiens à la palpation,
- Antéflexion impossible ou limitée (lors de la manœuvre doigt-sol),
- Signe de Lasègue lombaire, peut provoquer une douleur, mais dans la région lombaire et non pas selon un trajet radiculaire.
- Absence de signes de compression radiculaire (Par définition).

Evolution de la douleur ⁸: Dans de nombreux cas l'évolution est bénigne.

Les facteurs de risque de passage à la chronicité, de non-reprise des activités professionnelles sont essentiellement psychosociaux⁸.

⇒ La lombalgie guérit habituellement en 5 à 10 jours ou traîne en longueur plusieurs semaines. Le pronostic à court terme est favorable dans la grande majorité des cas (90 % de guérison à 6 semaines), les autres évoluant vers la lombalgie chronique. Plus de 1 patient sur 2 présentera un nouvel épisode dans l'année⁸.

La lombalgie aiguë peut se compliquer d'une compression radiculaire, sciatique ou crurale, ou plus rarement d'un syndrome de la queue de cheval.

3. Interrogatoire

Est un temps fort de la démarche diagnostique. Il apporte des renseignements précieux lorsque l'examen physique est pauvre et l'expression clinique de l'atteinte rachidienne dominée par la douleur. Il peut, à lui seul, apporter une orientation étiologique précise. Trois axes sont à prendre en compte: le terrain et les antécédents, la sémilogie de la douleur et les signes d'accompagnement.

Comme souvent dans les pathologies de l'appareil locomoteur Il est très important, il met en évidence le symptôme clé : La douleur⁹.

Chapitre I :

a- Préciser le type de douleur :

1. Douleur aiguë (évolution courte.EVA >5).
2. Douleur chronique (évolution longue > 1mois).
3. A type de brûlure ou de pesanteur.

Préciser le rythme :

(S'attacher au retentissement qui usuellement modéré mais peut invalider)

soit par _ la récurrence des douleurs
soit par _ l'importance des douleurs.

b- Préciser le siège de douleur :

}

1. Lombo-sacrée, médiane, volontiers en barre Très souvent.
2. Aine.
3. Ceinture abdominale.
4. Une prédominance droite ou gauche. } Très rare
5. Peut exister des irradiations :
 - vers les régions sacro-iliaques, sacrum, le sillon interfessier,
 - en regard du grand trochanter, la face postérieure de la fesse et /ou de la cuisse, du mollet (Douleurs référées à distance).
6. Parfois des irradiations ascendantes et descendantes :
 - vers les charnières thoraco-lombaire ou lombo-sacrées.

c- Rechercher l'irradiation vers :

1. Le membre inférieur
2. La face extérieure de la cuisse (douleur meralgique) ⁹.

d- Rechercher les signes associés :

1. Raideur, Attitude antalgique, signes vaso-moteur (transpiration certains cas).
2. Retentissement émotionnel (souvent perçu dans le discours du patient).

Chapitre 2:

Rechercher les circonstances:

1. Faux mouvement, effort, travail de bureau, sport, position d'allaitement.
2. traumatisme (se méfier de microtraumatismes chez les personnes âgées), fièvre...etc.
3. Elle s'exacerbe au moindre mouvement ou effort et calmée par le décubitus, peut augmenter lors de la toux et la station assise (préfère rester debout).

4. Examen Clinique

1. Inspection :

Nous permettra de déceler à l'œil nu d'éventuel aspect anormal au niveau du dos ou une malformation du rachis en rapport avec la douleur :

- Loin d'être droit comme un I, le rachis est au contraire tout en courbes. Quand on le regarde de face, il doit effectivement être parfaitement vertical. De profil, en revanche, on remarque 4 courbures:

La lordose cervicale : les vertèbres cervicales sont légèrement incurvées vers l'intérieur.

La cyphose dorsale : ces vertèbres sont légèrement incurvées vers l'extérieur.

La lordose lombaire : c'est la fameuse **cambrure au niveau des reins**.

Le sacrum et le coccyx, soudés, sont incurvés vers l'extérieur.

Mais en cas de lumbago il existe une **attitude antalgique** caractéristique : inflexion lombaire de face vers la droite ou la gauche avec disparition de la lordose lombaire et/ou accompagnée de profil d'une cyphose.

La **raideur lombaire** est intense, limitant les mouvements qui entraînent un paroxysme douloureux.

Il existe une **limitation de la flexion** lors de la manœuvre doigts-sol.

2. Palpation :

En position debout : La palpation apprécie une contracture paravertébrale et recherche une douleur à la pression (axiale et latérale) et à la percussion des épineuses. La recherche des points douloureux se fait par **pression palpation**, appuyée au niveau des épineuses, des espaces interépineux L₄-L₅ et L₅-S₁ (niveau de la lésion ?), ainsi que des espaces sus jacents.

En cas de lumbago, il existe une **contracture musculaire** majeure, souvent asymétrique, sensible à la palpation avec perception de cordons musculaires.

- Mais aussi en dehors de la ligne médiane, en regard des articulations inter-apophysaires postérieures. la pression à ce niveau ne réveille pas une douleur dans le membre inférieur ; **dans le lumbago aigu simple il n'y a pas de signe de la sonnette.**

Définition : « **Signe de la sonnette** » témoignant d'une radiculalgie associée à la lombalgie : on parle alors de lombosciatique L₅ ou S₁ ou de lombocruralgie L₄ (Phénomènes inflammatoires réactionnels sur une racine nerveuse: radiculite).

En position couché : - **A. (Décubitus dorsal)** : L'examen va rechercher **l'absence de signes neurologiques** aux membres inférieures, témoignant alors d'une complication crurale ou sciatique (compression herniaire) : Forces musculaires, déficit moteur (steppage), paresthésies, anesthésies, abolition des reflexes ostéotendineux, syndrome de la queue de cheval. On peut aussi apprécier la qualité de la chaîne antérieure et notamment la qualité de la **sangle abdominale**. Certes il peut exister au cours des lombalgies aiguës, un « **pseudo signe de Lasègue** » dénommé « Lasègue lombaire » **mais il ne déclenche pas de douleur de type radiculaire.**

Définition : « **syndrome de queue de cheval** » est l'atteinte bilatérale des racines lombosacrées, en dessous du cône terminale : racines L₂ à S₅. Ce syndrome rassemble : 1. Douleurs lombaires aiguës 2. Douleurs radiculaires 3. Troubles sensitifs (hypo. voire anesthésie à tous les modes : atteinte périphérique uni ou bilat.) 4. Troubles moteurs (paraplégie flasque, abolition contracture anale) 5. Les reflexes (↘ ou abolition des ROT, crémastérien et bulbo-caverneux) 6. Troubles génito-sphinctériens.

- **B. (Décubitus ventral)** : L'examen clinique méso) : L'examen est réalisé patient allongé sur le ventre, coudes sur la table d'examen, mains croisées devant la tête. Il recherche ici :

1 - Des points de souffrance segmentaire (souffrance intervertébrale dégénérative) selon la sémiologie systématisée du rachis (S.O.S).

2 - Des douleurs ab articulaires vertébrales révélées à la pression palpation digitale au niveau :

- du point médian interépineux → 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 → Tendino-myalgies latéro-vertébrales,
(Muscles : Grand dorsal/ épinépineux /Sacro-lombaire/Long dorsal).

• l'intensité de la douleur est évaluée par l'échelle visuelle analogique(EVA):

Trois échelles de mesure de l'intensité de la douleur peuvent être utilisées :

1. l'échelle visuelle, appelée réglette ou EVA (échelle visuelle analogique)
2. l'échelle numérique, basée sur une note de 0 à 10
3. l'échelle verbale simple(EVS) basée sur des mots décrivant l'intensité de la douleur.

5. Examens complémentaires

Donc, en pratique :

- le lumbago est typique et on ne fait pas de bilan complémentaire ;

A savoir Radio et lumbago, il n'y a pas de parallélisme radio-clinique et les radiographies peuvent être normales.

5. Diagnostic Différentiel

Les lombalgies symptomatiques (rachidiennes) :

- 1 - tumorale : D^c clinique : Age, antécédent de cancer, poids, non amélioration au décubitus.
- 2 - infectieuse : D^c clinique : Température, infection récente, toxicomanie, percussion douloureuse.
- 3 - hernie discale (compressive) : D^c Rx : radiographie montre image de protrusion du disque.
- 4 - malformation congénitale : D^c Rx : radiographie montre déformation du rachis.
- 5 - rhumatismale inflammatoire (arthrose / radiculite, névrite, bursite, ligamentite, capsulite, tendinite...) : D^c Rx: radiographie montre : une ébauche rachidienne dégénérative + rachis en Piquet + pincement discal → arthrose.

6. Protocol thérapeutique de Référence :

a/Asepsie et mesures de sécurité:

1. Abstention de prise d'aspirine avant et après chaque séance (risqué de saignement).
2. Abstention d'usage de crèmes et de pommades (risque d'infections/peau moins réceptive et moins perméable).
3. Utilisation du matériel stérile et à usage unique (seringues et aiguilles).
4. Utilisation d'un désinfectant dermique de façon large (BISEPTINE® : la chloredexine).
5. le Port des gants stériles.
6. Une Paillasse propre et libre, servant à préparer les seringues, les aiguilles et les mélanges (séparation entre cet endroit "aseptique" et les milieux plus exposés aux "sepsis").

b/ Produits utilisés(A.M.M) ¹³:

1. **Mesocaine 1 %** : pour son effet non seulement antalgique mais aussi vectoriel [mélange aux autres produits, elle en potentialise la diffusion et ainsi l'efficacité] (vasomoteur et relance la microcirculation).
2. **Piroxicam 20 mg** : pour son effet anti inflammatoire.
3. **Thiocolchicoside** : pour son effet myorelaxant.
4. **Calcitonine 100U** : pour son action antalgique puissante et pour son action vasomotrice et anti-inflammatoire.
5. **Etamsylate** : pour son effet anti-œdémateux, décongestionnant et draineur.

c/ Mélanges utilisés ¹³ :

- 1- Dans les formes aiguës :

Mesocaine + Piroxicam + Etamsylate.

- 2- Dans les formes suraiguës, complexes ou rebelles :

Mesocaine + Piroxicam + Calcitonine 100 µ

3-Pour les zones de contractures Musculaires pures, une 2^{ème} seringue possible:

Mesocaine + Thiocolchicoside

d/ Techniques et profondeurs d'injections (manuelle ou mécaniques) :

1. La MESOTHERAPIE PONCTUELLE SYSTEMATISEE (M.P.S. / MREJEN) ¹³:

• Il s'agit , d'une technique d'injections dermohypodermique, de 1 à 10 mm de profondeur, de substances allopathiques microdosées (utiles et bien tolérées), en des points fixes et reproductibles(chaque point d'impact cutané correspondant à une structure anatomique en souffrance bien identifiée par un examen clinique spécifique : Sémiologie Objective Systématisée), nécessaires et suffisants.

• C'est une technique locorégionale qui s'effectue point par point.

Pour le Rachis elle se fait en injections Hypodermique, de 10 mm, avec une aiguilles de 13 mm de longueur et de 0.30 mm de Ø (Kit 5 ou Kit MPS), la peau pouvant faire l'objet d'un pli au niveau du point d'injection , l'aiguille étant enfoncée quasi perpendiculairement à la peau.

2. La MESOTHERAPIE INTRA EPIDERMIQUE (I.E.D / PERRIN) ¹³:

- Cette technique est un procédé d'injections locorégionales, non douloureuses et non sanglantes, à environ 1 mm de profondeur (pas de franchise de la membrane basale). Avec un très grand nombre de points (interface méso importante).

- Elle se pratique également avec une aiguille de 13 mm – 3/10° appliquée tangentielllement à la peau, biseau tourné vers le ciel. La seringue a un embout excentré incliné à 15° à 20° par rapport à la peau. Le praticien exerce sur le piston, une pression d'environ 40g, soit en trainée continue, soit avec un léger mouvement de va et vient.

3. INTRADERMIQUE SUPERFICIELLE (I.D.S) ¹³:

- Cette technique est un procédé d'injections également locorégionales, non douloureuses, laissant parfois apparaitre , à la surface de la peau ,quelques instants après l'injection, une goutte de sang au point de ponction, car la profondeur des injections se situe à environ 2 à 3 mm de profondeur, dans le derme superficiel (donc sous la membrane basale : 1 mm) .

- Elle se pratique avec une aiguille de 4 mm de longueur et de 0.35 mm de Ø (Kit 10 des laboratoires Pharmy 2), le biseau de l' aiguille vers le bas, avec un angle de l'aiguille et de la seringue d'environ 45° par rapport à la peau.

4. TECHNIQUE MIXTE :

(Intérêt du Kit Mixte : contient les 2 sortes d'aiguille)

- Utilisation de 2 techniques successivement lors d'une même séance d'où le nom de technique mixte ¹³:

1/ M.P.S. de 6 à 10 mm de profondeur pour les souffrances ponctuelles « profondes » et circonscrites.

2/ I.E.D ou I.D.S pour les souffrances « superficielles » et diffuses (Cellulagies).

e/ Points, Zones et Trajets d'injections ¹³ :

N.B Tous les points d'injections seront marqués avec un marqueur dermatographique, ainsi que les zones de dermoneurodystrophies et les trajets des radiculalgies.

⇒ Piquer en MPS sur :

- **Les points de la S.I.D. :** 0(inta-épineux) – 1.5 , 5(articulaire postérieure) et 8 cm(tendino-myalgique).

Il est possible également d'identifier d'autres points parallèles à ceux-ci, à l'étage immédiatement supérieur ou inférieur par rapport au niveau rachidien où la douleur est maximale.

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

1. **Les points plexiques S1** : en regard du premier trou sacré.

2. **Les points de crêtes** : 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, 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 ou I.D.S sur :

- Les zones de Cellulagies ou Dermoneurodystrophies.
- Les zones de contracture musculaires (cordons musculaires indurés).
- Les trajets des douleurs irradiées.

Mélange 3 : MESOCAINE + Mag 2 + THIOCOLCHICOSIDE

f/ Rythme des séances ¹³ :

1) Première séance: J0

- Lors de la première consultation, en crise aiguë.
- Après réalisation ou mise à jour du dossier médical (ATCDs, allergies, examen clinique).
- Rédaction de l'ordonnance avec les kits Stériles à usage unique de mésothérapie, les produits injectables, éventuellement : paracétamol et myorelaxant per os, en complément, en début du traitement.
- Eventuellement arrêt de courte durée, en fonction de la profession.

2) Deuxième séance : 48 à 72 H après la première journée :si douleurs suraigües.

3) Troisième séance : J8

- En général le patient a déjà bien diminuer voir arrêter de lui les médicaments per os.
- Possibilité de débiter ici une rééducation posturale, étirements des chaîne musculaires postérieures, et musculation de la chaîne antérieure (sangle abdominale), par Kinésithérapie.

4) Quatrième séance : J15

Evaluer l'efficacité du traitement par mésothérapie ¹³:

- **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 ré-insistants sur les traitements associés.

- **Pas ou peu d'amélioration** ⇒ Remise en cause du diagnostic, reprendre l'interrogatoire et l'examen clinique complémentaire .

A. Traitement Complémentaire :

a/traitement médicamenteux ¹⁴:

Le traitement du lumbago est toujours médical. Le repos n'est pas un traitement du lumbago. Il est parfois imposé par l'intensité des douleurs, mais doit être le plus bref possible et ne doit pas être prescrit systématiquement. La poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur semble souhaitable (HAS, 2000).

Le traitement médicamenteux symptomatique peut associer :

1. Antalgiques, 2. Anti-inflammatoires non stéroïdiens, 3. myorelaxants.
- b. Dans de rares cas, la persistance d'une douleur intense peut justifier des infiltrations périurales de dérivés corticoïdes.



Il n'y a pas de place pour le traitement chirurgical dans le lumbago, y compris si un scanner ou une IRM a montré une hernie discale.

b/traitement associés (ostéopathie, kinésithérapie, podologie, école du dos...etc.)¹⁵:

- a. **Ostéopathie** : technique manuelle
- b. **Kinésithérapie** : rééducation posturale/musculation des chaînes musculaires postérieures et antérieures⁺⁺⁺ (sangle recommandé) .
- c. **Podologie** : Avis d'un podologue et éventuelle correction d'une mauvaise posture par des semelles sur mesure.
- d. **Ecole du Dos** : un centre où on apprend les bons gestes et à éviter les mouvements à risques.
- e. **Prise en charge globale du patient face à sa douleur** : savoir détecter une influence de la douleur sur le « moral » du patient par l'écoute et la traiter (antidépresseur à dose filée, de courte durée/ psychothérapie : rassurer le patient), afin de diminuer le risque d'évolution de la lombalgie vers la chronicité.

C. Traitement Préventifs (Prévenir les récurrences+++)⁵:

a/ Repos non prescrit.

b / Activités de la vie maintenues (reprise de travail).

c / Prophylaxie rachidienne (école du Dos) [bonne hygiène de vie].

d / Correction d'un trouble statique (bilan podologie/avis ostéopathe).

e /Lutte contre le surcharge pondérale.

7. Etude Pratique Des cas de lombalgie :

a

--

Titre	Cas	N° 1 : Mr ALV	N° 2 : Mr BEL	N° 3 : Mlle MOR

Age	28 ans	42 ans	25 ans
Cas Titre	N° 4 : Mr DUB	N° 5 : Mr FER	N° 6 : Mr BLA
Agé	29 ans lombalgie aigue	72 ans lombalgie aigue	26 ans lombalgie aigue
Métier	Informaticien	Retraité	Etudiant
Diagnostic	port de charge lourde lombalgie aigue	lors de son métier (torsion) lombalgie aigue	en portant un bébé lombalgie aigue
Circonstance	rachis très limité dans tous axes. Pas de dérangements vertébraux ou sacro-iliaques. Pas d'irradiation dans les jambes.	lors pratique du golf J1: rachis très limité dans tous les axes. Pas de dérangements vertébraux ou sacro-iliaques. Pas d'irradiation dans les jambes.	chute sur les fesses J1 rachis très limité dans tous les axes. Avec dérangements vertébraux L5S1 et sacro iliaque Droite. Pas d'irradiation dans les jambes.
EVA	J1 : EVA= 8.5	J1 : EVA= 9	J1 : EVA= 7
Mélange	lidocaine 0,50 (2cc) + piroxicame (1cc) + thiocolchicoside (2cc)	lidocaine 0,50 (2cc) + piroxicame (1cc) + thiocolchicoside (2cc)	lidocaine 0,50 (2cc) +piroxicame (1cc) +thiocolchicoside (2cc)
Technique	MPS+Nappage (rachis lombaire)	MPS+Nappage (rachis lombaire)	MPS+Nappage (rachis lombaire+sacro-iliaque droite)
Traitement antalgique	Lamaline (à la demande)	Lamaline (à la demande)	Lamaline (à la demande)
Evolution	J4 : amélioration 50% mobilité EVA = 4. n'as pris d'antalgiques Même traitement que J1. J8 : n'a plus mal. EVA =0. mobilité normale.	J4: améliorat50% mobilité. EVA=6. Et as pris 2 jours d'antalgiques Même traitement que J1. J8 : n'a plus mal. EVA =2,5. mobilité nette. J15: pas mal EVA=0 mobilité normale	J4: légère amélioration mobilité. EVA=5. et n'a pas pris d'antalgiques. Même traitement que J1 +manipulation vertébrale et sacro-iliaque. J8 : amélioration très nette. EVA=2 mobilité quasi normale J15: n'a pas mal EVA=0. mobilité normale
Effets Ilaires	Effets secondaires : aucun	Effets secondaires : aucun	Effets secondaires : aucun
Avis du Patient	très satisfait résultat	très satisfait du résultat	très satisfait du résultat

Tableau des Cas Cliniques N°1 et N°2

Examen clinique	J1: rachis très limité dans tous les axes avec dérangements vertébraux L5 S1 et sacro iliaque droit Pas d'irradiation dans les jambes	J1: rachis très limité dans tous les axes et Pas de dérangements vertébraux et sacro iliaque Pas d'irradiations dans les jambes Radio: arthrose+pincement des 2 derniers disques	J1: rachis très limité dans tous les axes avec dérangements vertébraux L5 S1 et sacro iliaque Gauche et Pas d'irradiations dans les jambes.
EVA	J1 : EVA= 8	J1 : EVA= 8	J1 : EVA= 9
Melange	lidocaine 0,50 (2cc) + piroxicame (1cc) + thiocolchicoside(2cc)	lidocaine 0,50 (2cc) + piroxicame (1cc) + thiocolchicoside (2cc)	lidocaine 0,50 (2cc) + piroxicame (1cc) + thiocolchicoside (2cc)
Technique	MPS+Nappage (rachis lombaire. et la sacro.iliaque droite)	MPS+Nappage (rachis lombaire.)	MPS+Nappage (rachis lombaire et la sacro-iliaque gauche)
Traitement antalgique	Lamaline (à la demande)	Lamaline (à la demande)	Lamaline (à la demande)
Evolution	J4: très légère amélioration de la mobilité EVA=6 a pris antalgiques le 1 ^{er} jour et a eu le Même traitement J1 +manipulation vertébrale et sacro-iliaque J8: amélioration nette EVA=3 mobilité quasi normale J15: n'a pas mal EVA=0. mobilité normale	J4 : amélioration 20% de la mobilité EVA=5. Et as pris les antalgiques 2 jours et a eu le Même traitement que J1. J8: état stationnaire. EVA=5 Même traitement que J1. J15 : douleur léger EVA=3 amélioration 80% de la mobilité	J4: bonne amélioration. mobilité. EVA=5. A pris antalgique le 1er jour et Même traitement J1 + manipulation vertébrale et sacro-iliaque. J8 : n'a plus mal EVA=0 amélioration nette .mobilité normale
Effets Indésirables	Effets secondaires :aucun	Effets secondaires :aucun	Effets secondaires : aucun
Avis du Patient	très satisfait du résultat	assez satisfait du résultat	très satisfait du résultat

8. Résultats du traitement par Mésothérapie

Cas Titre	N° 1 : Mr ALV	N° 2 : Mr BEL	N° 3 : Mlle MOR
EVA	J1 : EVA= 8.5	J1 : EVA= 9	J1 : EVA= 7
Evolution	J8 : EVA= 0. - N'a plus mal. - Mobilité normale	J15: EVA=0 - N'a plus mal - Mobilité normale	J15 : EVA=0 - N'a pas mal - Mobilité normale

Cas Titre	N° 4 : Mr DUB	N° 5 : Mr FER	N° 6 : Mr BLA
EVA	J1 : EVA= 8	J1 : EVA= 8	J1 : EVA= 9
Evolution	<u>J15</u> : EVA=0 - N'a pas mal. - Mobilité normale. - Amélioration nette.	<u>J15</u> : EVA=3 - Douleur légère+ - Mobilité à 80%. - Amélioration.	<u>J8</u> : EVA=0 - N'a plus mal. - Mobilité normale. - Amélioration nette.

9: Résultats

Dans les 6 cas cliniques de lumbago présentés dans ce tableau on a appliqué le même schéma mésothérapeutique, donc le mélange à injecter dans les zones douloureuses et tout autour était le même : **lidocaine (0.50) 2cc + piroxicame 1cc + thiocolchicoside 2cc**. Alors en complémentarité à la Mésothérapie et en cas d'atteinte de la charnière vertébrale (lombo-sacré et/ou sacro-iliaque) la manipulation vertébrale était pratiquée donc sur 3 patients. Enfin, un traitement antalgique per os est prescrit automatiquement en cas d'éventuelle douleur.

De règle, si la douleur persiste complètement ou partiellement (EVA $\geq$ 3) et la mobilité du rachis n'est pas amélioré on changera le traitement.

Choix des produits utilisés en Mésothérapie selon leurs effets :

Lidocaine 0.50 : effet anesthésiant (en phase aigüe) permettant la mobilité du membre sans douleur

Piroxicame : effet anti-inflammatoire agit sur l'œdème local pour décompresser les tissus

Thiocolchicoside : effet décontractant rend muscle et tendon plus souple pour des mouvements plus aisés.

- Le traitement administré à la première consultation à J1 :

Lidocaine 0,50 (2cc) + piroxicame (1cc) + thiocolchicoside(2cc)

- Donc à la deuxième consultation à J4 : nos 6 patients ont bénéficié d'une 2^{ème} séance de mésothérapie (car leur EVA était entre 4 et 6 et leur mobilité était partielle).

- Or à la troisième consultation à J8 : la plupart ont une nette amélioration sur la douleur et la mobilité vertébrale (2 cas sont complètement guéris avec EVA=0 et mobilité normale et 3 cas de guérison partielle avec EVA entre 2 et 3 et leur mobilité quasi normale **sauf** le cas de Mr Fer avec arthrose et pincement des derniers disques présente un état stationnaire avec EVA :5 et une légère amélioration de la mobilité(20%) à la suite duquel il a bénéficié d'une 3^{ème} séance de mésothérapie avec le même mélange.

- A la quatrième consultation à J15 : les 3 cas de guérison partielle ont appelé leurs médecins pour dire qu'ils n'ont plus mal (EVA : 0) et que leur mobilité est redevenue normale (totalement guéri). A

l'exception bien entendu Mr FER à J15 présente une amélioration de la mobilisation à (80%) simplement et aussi une légère douleur qui persiste toujours (EVA : 3) dû à l'évolution avancée de sa maladie dégénérative.

10 . COMMENT AMELIORER LES RESULTATS DE LA MESOTHERAPIE :

Les 5 cas de lombalgies représentés dans le tableau ont obtenus une guérison à 100%, ce qu'il les a rendu très satisfaits. Alors qu'on leur a proposé de commencer la rééducation posturale à J8 et de s'inscrire à l'école du Dos afin d'apprendre l'art des mouvements et la prophylaxie.

On s'intéressera plus sur le cas de MR FER qui n'est pas totalement soulagé car il présente une poussée aiguë de lumbago sur un lit de lombalgie chronique d'origine dégénératif pour cela on lui proposera ces mélanges thérapeutiques à partir de J30, J60 et à sa demande pour améliorer son fond douloureux:

A : Premier mélange ANTALGIQUE ET REPARATEUR : mag (2cc) + conjonctyl (2cc) + calcitonine de saumon (1cc).

La technique : En large nappage en IDS ou IED sur l'ensemble du rachis et les zones musculaires paravertébrales.

le choix de ce mélange : pour l'action antalgique de la calcitonine, l'action réparatrice du cartilage du conjonctyl et le magnésium pour son action de microcirculatoire et décontracturante.

B: Second mélange ANTIRADICALAIRE: pourra lui être également proposé comme anti-radicalaire à J30, J60 et à la demande du patient : **mag 2cc + conjonctyl 2cc + Vit E, C 2cc.**

La technique la même en nappage en IDS ou IED sur l'ensemble du rachis et les zones musculaires paravertébrales

C: Troisième mélange ANTIRADICALAIRE: pour prendre en charge son ostéoporose à J30, J60 et à sa demande:

Calcium 2cc+ calcitonine 1cc+ vit D3 (1amp) ; il faut faire les mélanges dans cet ordre, VITD3 en dernier pour avoir une bonne miscibilité avec une aiguille 0,4 mm de diamètre;

D : Autre Protocole qu'on pourrait entreprendre dès le début pour Mr FER c'est à dire à J1, J8 et J15 en phase aiguë :

LIDO (2cc) + PIROXICAM (1cc)+CALCITONINE(1cc) (mélange antalgique, et anti-inflammatoire);

technique mixte : après repérage clinique des points SID associant DHD ou IDP, sur ces points objectifs; IDS ou IED, en nappage large le long des zones de projections de souffrance et des muscles paravertébraux.

En phase chronique on choisira un des mélanges cités au dessus à J30 J60 et à la demande du patient.

thraitement de Référence :

Produits utilisés(A.M.M) ¹³:

1. **Mesocaine 1%** : pour son effet non seulement antalgique mais aussi vectoriel [mélange aux autres produits, elle en potentialise la diffusion et ainsi l'efficacité] (vasomodulateur et relance la microcirculation).

2. **Piroxicam 20 mg** : pour son effet myorelaxant.
3. **Thiocolchicoside** : pour son effet myorelaxant.
4. **Calcitonine 100u**: pour son action antalgique puissante et pour son action vasomotrice et anti-inflammatoire.
5. **Etamsylate** : pour son effet anti-œdémateux, décongestionnant et draineur.

Mélanges utilisés ¹³ :

- 1- Dans les formes aiguës :

Mesocaine + Piroxicam + Ethamsylate.

- 2- Dans les formes suraigues, complexes ou rebelles :

Mesocaine + Piroxicam + Calcitonine 100 µ

- 3- Pour les zones de contractures Musculaires pures, une 2^{ème} seringue possible:

Mesocaine + Thiocolchicoside

11. Bilan :

Les résultats obtenus de la prise en charge de ces cas de patient traités par mésothérapie nous a convaincu que c'est le moyen thérapeutique peut être exclusif pour soigner les lombalgies aiguës généralement, et les lumbagos spécialement. A dire, que dans le cas du lumbago simple, on a constaté en milieu hospitalier qu'une seule séance de mésothérapie suffira pour éradiquer la douleur définitivement et rétablir la mobilité totalement, on parle alors de guérison totale.

Mais malheureusement, certains patients vus à la consultation présentent des diagnostics de lumbago différents avec des dérangements vertébraux de la charnière lombosacrée et ou sacro-iliaque nécessitant quelques séances de mésothérapie et des manipulations vertébrales et sacro-iliaques ainsi complétées par la Rééducation afin d'obtenir au bout de deux semaines maximum un résultat satisfaisant (EVA =0) et une récupération nette de la mobilité vertébrale (100%).

Or, Chez les personnes âgées, le lumbago survient souvent sur un dos fragile arthrosique qui déclenche une poussée aiguë au moindre faux mouvement ex.: **le cas de Mr Fer , celui ci aura toujours besoin de faire des séances de mésothérapie et aura besoin de prendre des antiarthrosiques lents +compléments alimentaires ,fera attention a son poids, fera de la kinésithérapie ,rééducation posturale**

On fera attention vus son âge 72 ans, demander de faire une nouvelle radio du bassin car il s'agit d'une personne âgé, ainsi qu'un bilan.

12. Résumé :

Ce Mémoire sur le lumbago était un choix de prédilection par rapport aux autres pathologies fréquentes, pour les raisons suivantes :

+Pendant nos stages, nous avons rencontrés beaucoup de patients lombalgique, nous avons piquer manuellement certains patients au niveau des points SID en MPS en DHD en présence de nos enseignants ainsi que beaucoup de zones de contractures pure en IDS ou IED, on a eu la chance de revoir certains de ces patients et nous avons constatés l'amélioration nette de leurs douleurs.

+Le lumbago est un problème majeur de santé publique et d'après des statistiques épidémiologiques récentes le lumbago est en constante augmentation dans les pays industrialisés et un véritable fléau liée au mode de vie moderne surtout en milieu professionnel.

l'examen clinique et l'interrogatoire restent encore les seuls éléments d'orientation, l'étude statique et dynamique du rachis notamment en position debout permet de constater l'attitude antalgique et la raideur lombaire, et en décubitus ventral nous permet de repérer les points de souffrance intervertébrale SID ,les cellualgies réveillées au palper rouler qui sont des douleurs référées et non des douleurs irradiées (cruralgie).

La technique mésothérapique dépendra du type et de la situation de la douleur!!

La physiopathologie du lumbago est complexe. Elle est souvent la résultante de l'une ou plusieurs de ces lésions de base. Dans la plupart des cas, ces douleurs peuvent être attribuées aux muscles et/ou des ligaments qui entourent les vertèbres lombaires d'où leurs appellations « **lombalgies musculaires** ou **lombalgies mécaniques** »

L'étude des cas cliniques de lumbago :

La pratique clinique des cas présentés nous a convaincu que la Mésothérapie est un moyen thérapeutique très efficace pour soigner définitivement les lumbagos, généralement sans dépasser 2 séances consécutives.

Les patients traités par mésothérapie étaient complètement soulagés de leurs douleurs, ainsi ils ont pu récupérer leurs mobilité totalement,

On note une exception sur les 6 cas, concernant un patient âgé de 72 ans (Mr Fer) qui présente une poussée aigue sur un lit de lombalgie chronique et que la Mésothérapie a pu soulager mais pas totalement, sa douleur a diminué énormément par rapport au début, ainsi il a retrouvé une mobilité à 80 % seulement à J30 alors qu'au départ sa mobilité était très limitée. Pour cela on a proposé un autre mélange de médicaments (mag (2cc) + conjonctyl (2cc) + calcitonine de saumon (1cc).) et/ou (mag (2cc) + conjonctyl (2cc) + Vit E, C (2cc) à administrer à J30 et J60 et/ou

Calcium 2cc + calcitonine 1 cc+ vit D3 (1ampoule),pour consolider ses os et espacer les rechutes à J30 et J60 également.

Des mesures efficaces tels que adopter des postures favorables, diminuer le poids de la charge, limiter la durée d'exposition sont à ENTREPRENDRE par le patient!!!!!!

Le Médecin Mésothérapeute a pour mission de rassurer le patient, de soulager la douleur et de favoriser une reprise rapide des activités quotidiennes, afin d'éviter le passage à la chronicité.

13. Conclusion:

L'importance de l'examen clinique palpatoire qui débouche sur la technique MPS et qui prends en charge la douleur LOMBAIRE nous démontre que :

A - Cette technique MPS collecte des points significatifs qui permettent le bon suivi, et qui représente un critère d'amélioration ou de non amélioration du patient;

B - L'intérêt des techniques MIXTES :

--c'est qu'elles agissent sur des fibres nerveuses différentes et complémentaires;

--nous permettent d'évaluer EVA

--font diminuer les douleurs par exemple: un bon sommeil est un bon ressenti

--font diminuer la prise médicamenteuse

La MESOTHERAPIE est un moyen thérapeutique supplémentaire, qui marche bien, ne pas négliger la prise en charge globale, car nous sommes MÉDECIN avant tout;

On se rappellera toujours de cette phrase:

" Peu ,rarement et au bon endroit. " de MICHEL PISTOR.

On gardera toujours en mémoire :

1 PATIENT=1 AIGUILLE=1 SERINGUE=1 TROCART=1 MÉLANGE EXTEMPORANÉ

14. Bibliographie :

-
1. "Interrogatoire et examen clinique dans les lombalgies et lombosciatiques récentes" Prescrire 1997, 17 (178) : 753-760. "Traiter les lombalgies bénignes de l'adulte" Prescrire 1997, 17 (173) : 349-356. sur le lien : <http://www.e-sante.fr/lumbago-lombalgie-aigue-mal-dos-tres-douloureux/actualite/1065> .mise à jour le 23/12/2011.
 2. Site : le Champ de Fleurs – le soin du dos efficace – Lombalgie - lumbago
 3. Prise en charge kinésithérapique du lombalgie 13 novembre 1998 (conférence de consensus)-Association Française Pour La Recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie - Cité de science et de l'industrie de la villette – Paris
 4. – La Prévention Des Troubles Musculo-Squelettiques sur le lieu de Travail 0(série de protection de la santé des travailleurs N°5) Pr Dr rer. Nat. Alwin Luttman, PD Dr-Ing Matthias Jäger , Prof. med Barbara Griefhan .Institut de Physiologie de travail, Université de Dortmund et Institut Fédéral pour la Santé et la Sécurité du Travail .Dr med Sc. Gustav Caffier, Dr med. Falk Liebers, Dipl. Ing. Ulf Steinberg – OMS 2004.
 5. Medlineplus/ency-La lombalgie aiguë - Groupe de travail de prévention des services américains de soins primaires Interventions visant à prévenir la lombalgie: Brève preuve mise à jour . Rockville, MD: Agence pour la Recherche et la Qualité; Février 2004. Chou R, Qaseem A, Neige V, Casey D, Croix JT Jr, Shekelle P, et al. Diagnostic et le traitement de la lombalgie:. Une directive clinique conjointe de l'American College of Physicians et l'American Pain Society Ann Intern Med . 2007; 147:478-491.
 6. Biomecanique Vertébrale - Source : Le Muscle Spasm European Expert Groupe - SANOFI PHARMA - Lien du site : <http://www.esculape.com/fmc/lombalgiebiomeca.html>
 - 8 Laure Devick en collaboration avec le Dr Patrick Gepner rhumatologue (hôpital Foch, Suresnes). L'adresse du lien du site est : <http://www.santepratique.fr/lumbago.php> mise à jour le 4/07/2009.
 9. Examen clinique du dos en cas de lombalgie (en vidéo). Dr Philippe Guidon (Spécialiste en médecine physique et réadaptation) Marseille 11. L'examen clinique du lombalgie (livre : Précis pratique de rééducation : Edition Frisson-Roche-2000). – Dr Patrick Fransoo. Patrick Fransoo, kinésithérapeute de formation, est également ostéopathe (European school of osteopathy à Maidstone - 1988). Déjà auteur des livres "l'examen clinique du lombalgie" et "le traitement actif du lombalgie ". il exerce à Bruxelles et enseigne à la Haute Ecole Libre de Bruxelles 1, Prigogine.
 13. Dr Labenne . Pathologies rachidiennes . Cours de Traitements des lombalgies et des sciatiques par Mésothérapie - sixième séminaire. . faculté Pitié-Salpêtrière .5 février 2014.
 14. ANAES / Service des Recommandations et Références Professionnelles / février 2000. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272083/en/diagnosis-and-management-of-acute-low-back-pain-lt3-months-with-or-without-sciatica.
 15. Item 215 : Rachialgies-COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie.