

**UNIVERSITE PARIS VI
FACULTE PITIE-SALPETRIERE**

Année Universitaire 2006-2007

**MEMOIRE POUR LE DIPLOME
INTER-UNIVERSITAIRE
DE MESOTHERAPIE**

**Par les Docteurs :
Philippe AZOULAY
Paul BENDENNOUNE
Raphael QUEMIN**

**TRAITEMENT DU LUMBAGO AIGU
COMMUN PAR MESOTHERAPIE,
A PROPOS DE 20 CAS**

SOUS LA PRESIDENCE DU PROFESSEUR PERRIGOT

PLAN

I – Introduction

II – Objectif

III – Méthodologie et protocole

A. Choix du protocole

B. Inclusion

C. Exclusion

D. Examen sémiologique (critères d'évaluation)

1. Tests classiques

2. Examen segmentaire du rachis (SOS)

E. Technique thérapeutique

1. Matériel

2. Mélanges

3. Technique

4. Protocole

IV – Résultats et interprétation

A. Résultats

B. Interprétation

V – Discussion

VI – Conclusion

1 – Introduction

La lombalgie est définie comme une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier (ce qui la diffère bien de la lombosciatique) (1). Cette pathologie est fréquente puisque 70 à 80 % de la population aura une douleur lombaire à un moment de sa vie.

La dernière recommandation de sa prise en charge a été faite en 2000 par l'ANAES. Elle préconisait pour sa prise en charge thérapeutique : poursuite des activités ordinaires, prise en charge des problèmes psychologiques et socioprofessionnels et traitement médicamenteux (antalgiques, AINS, myorelaxant). Il est précisé qu'il n'a pas été identifié dans la littérature d'étude concernant l'intérêt de la mésothérapie dans cette pathologie (1).

Dans notre recherche bibliographique, très peu d'études descriptives ou comparatives de cohortes de patients traités par mésothérapie pour lombalgie aiguë ont été trouvées.

Une enquête a été menée par le Docteur MREJEN où il a comparé le traitement de la lombalgie commune d'origine articulaire postérieure par infiltration ou mésothérapie (2). La supériorité de la mésothérapie par rapport aux infiltrations concernait : la douleur (du ligament inter-épineux, des points latéraux vertébraux ainsi que des dermo-neurodystrophies), la tolérance globale et locale ainsi que l'acceptabilité des piqûres.

Un mémoire, dans le cadre du DIU de mésothérapie à la Pitié Salpêtrière en 2004, confirmait l'intérêt de la mésothérapie dans la prise en charge du lumbago aigu, surtout dans l'alternative du traitement per os (3).

Il est important de noter que toute prescription médicamenteuse orale ne se fait pas sans risque surtout concernant les AINS. Des risques d'intolérance digestive, d'ulcère gastroduodénal, d'allergie ou d'insuffisance rénale aiguë devraient être pris en compte à chaque fois qu'un médecin voudrait les prescrire.

Dans ce contexte il serait intéressant de poursuivre les études pour évaluer l'intérêt de la mésothérapie dans le traitement du lumbago aigu.

II - Objectif

Nous avons voulu effectuer notre propre expérience sur l'impact de la mésothérapie dans la prise en charge thérapeutique de la lombalgie commune aiguë. L'objectif de notre travail est d'évaluer l'efficacité de la mésothérapie par des critères objectifs et subjectifs rapportés par le patient et par le médecin.

III – Méthodologie et protocole

Pour évaluer l'effet de la mésothérapie dans la prise en charge du lumbago aigu, nous avons élaboré deux fiches. La première, correspondant au cahier d'observation, comportait un volet sémiologique et un volet thérapeutique. Elle était remplie lors de la première consultation.

La deuxième fiche, correspondant au contrôle clinique, permettait de noter l'évolution clinique en fin de protocole thérapeutique.

A. Choix du protocole

Nous avons choisi de faire une étude descriptive, permettant de voir le lien direct entre la mésothérapie et l'évolution clinique du lumbago.

B. Inclusion

Les critères d'inclusion permettaient de sélectionner toute personne ayant un diagnostic de lombalgie aiguë commune :

- sujet dont l'âge est supérieur à 20 ans et inférieur à 55 ans.
- patient ayant un lumbago évoluant depuis moins de 3 mois.
- histoire bien définie de la lombalgie (faux mouvement, port de charge lourde, mauvaise posture ...), ne faisant pas suspecter une maladie sous-jacente.
- examen clinique neurologique ne montrant pas de signe déficitaire ou de signe de lombosciatique.

C. Exclusion

Plusieurs critères d'exclusion ont été retenus, afin de différencier les formes cliniques nécessitant une prise en charge spécifique :

- femme enceinte.
- tout signe devant faire remettre en cause le diagnostic de lombalgie commune aiguë :

- . Âge de début des symptômes inférieur à 20 ans ou supérieur à 55 ans
- . Traumatisme violent
- . Douleur lombaire constante et progressive.
- . Douleur non mécanique
- . Signes neurologiques diffus, dépassant le métamère atteint ou bilatéraux, atteinte pyramidale, déficit moteur, troubles sphinctériens.
- . Douleur thoracique associée
- . Altération de l'état général, fièvre
- . Contexte Néoplasique
- . VIH, Toxicomanie
- . Corticothérapie par voie générale
- . Raideur lombaire persistante
- . Allergie à l'un des composants utilisés.

D. Examen sémiologique

1 - les tests classiques

- Étude de l'EVA rapportée par le patient
- Examen clinique en position debout permettant d'étudier :
 - . Une attitude antalgique spontanée.
 - . La mobilité du rachis en flexion extension et rotation latérale
 - . La raideur lombaire avec la distance main-sol
 - . Le test de Schober.
 - . La recherche à la palpation des contractures musculaires et de cordons musculaires.
 - . La pression-palpation des espaces inter-épineux L4-L5 et L5-S1 ainsi que les articulations inter-apophysaires postérieures

- Examen clinique en décubitus dorsal permet d'étudier :
 - . La recherche de l'absence de signes neurologiques.
 - . L'appréciation de la qualité de la sangle abdominale.
- Examen clinique méso en décubitus ventral permet d'étudier :
 - . La recherche de points de souffrance segmentaire de la SID :
 - > Point médian inter-épineux à la recherche d'une ligamentite inter-épineuse.
 - > Point à 1,5 cm de la ligne médiane à la recherche d'une arthropathie de l'articulaire postérieure
 - > Points à 5 et 8 cm à la recherche de tendino-myalgies latero-vertébrales.
 - . La recherche de cellulopathies locorégionales au palper-rouler.
 - . La recherche de points plexiques S1 en regard du 1^{er} trou sacré et des points de crête en regard du rebord postérieur de la crête iliaque.

E. Technique thérapeutique

1 - Matériels et produits

La pratique de la mésothérapie nécessite quelques règles indispensables :

- une bonne organisation du poste de travail :
 - . Une table d'examen bien disposée permettant de tourner autour
 - . Du matériel d'urgence en cas de réaction allergique sévère
 - . Un plateau de préparation et collecteur d'aiguilles
- des mesures d'hygiènes :
 - . Du matériel à usage unique
 - . Des ampoules monodoses
 - . Une désinfection des zones d'injection à la Biseptine.

- le matériel d'injection utilisé :

- . Des seringues Luer de 5 ml
- . Des aiguilles 0,3 x 13 mm

- les produits utilisés :

- . Un anesthésique : Lidocaine 1 % sans conservateur (Mésocaïne*)
- . Un AINS : Piroxicam (Zofora*)
- . Un myorelaxant : Thiocolchicoside (Miorel*)
- . Calcitonine 100 UI

2 - Choix du protocole

En dehors de toute contre-indication à la pratique de mésothérapie et après examen clinique complet avant chaque injection, les séances se dérouleront de la manière suivante :

- patient en décubitus ventral
- désinfection du dos entier à la Biseptine.
- mélanges utilisés :

Nous avons pris comme produits ceux utilisés par le Docteur Mrejen dans son enquête pilote (protocole validé par un consensus au congrès de 2000), repris dans les cours d'enseignement de mésothérapie au DIU de la Pitié Salpêtrière.

Deux mélanges ont été utilisés :

. Seringue n°1 :

- > Lidocaine 1 % sans conservateur (Mésocaïne*) 2 ml
- > Piroxicam (Zofora*) 1 ml
- > Calcitonine 100 UI 1 ml

. Seringue n°2:

- > Lidocaine 1 % sans conservateur (Mésocaïne*) 2 ml.
- > Thiocolchicoside (Miorel*) 1 ml

3 - Technique thérapeutique

On utilisera une technique mixte manuelle, c'est-à-dire des injections dermo-hypodermiques (MPS, technique de Mrejen) à 10 mm de profondeur et des injections intradermiques superficielles (IDS) à 2 mm de profondeur :

- les injections dermo-hypodermiques sont utilisées pour :
 - . Les points de la SID s'ils sont douloureux
 - . Les points plexiques au niveau lombaire et les points de crête
 - . Les points médians supérieurs et inférieurs
 - . Les points précis de douleurs projetées montrés par le patient et retrouvés à la palpation.
- les injections intradermiques superficielles sont utilisées pour :
 - . Les zones de cellulopathies.
 - . Les zones de contractures musculaires.
 - . Les trajets des douleurs irradiées.

4 - Rythme des séances

On effectuera jusqu'à 5 séances réparties de la façon suivante:

- J0 lors de la première consultation en période aiguë
- 2° séance 48 à 72 h après
- 3° séance à J 8
- 4° séance à J 15
- évaluation de l'efficacité du traitement par mésothérapie à J 30 lors de la 5^{ème} séance :
 - . Guérison
 - . Amélioration
 - . Pas ou peu d'amélioration : remise en cause du diagnostic.

5 - Traitements associés

- il a bien été expliqué au patient certains points importants qui permettaient une meilleure guérison et surtout éviter le risque de passage à la chronicisation du mal de dos :

- . Absence de repos au lit.
 - . Activité physique régulière dans les limites de la douleur
 - . En cas d'arrêt de travail, celui-ci sera de courte durée
 - . Quelques règles d'économie lombaire
- prescription d'antalgique de palier I et de myorelaxant per os en cas de besoin.

IV - Résultats et interprétation

A. Résultats

Les résultats complets sont rapportés sur les tableaux en annexe.

Le rapport de l'examen clinique initial permet de noter quelques éléments importants.

La mobilité du rachis lombaire était étudiée par 3 éléments :

- la mobilité générale en flexion-extension et en latérale.
- la distance main-sol.
- l'indice de Schober.

Aucun des patients n'avait une mobilité lombaire normale. La distance main-sol était en moyenne de 20.5 cm, avec des extrêmes allant de 13 cm pour la plus petite à 32 cm pour la plus longue. L'indice de Schober était en moyenne de 11.95. Toutes ces données mettent en avant la notion d'un rachis lombaire très peu mobile. Elle peut être expliquée soit par un manque de souplesse soit par la douleur due au lombago.

L'EVA était en moyenne de 8.25, sans une valeur en dessous de 6.
Cet indice permet de voir un seuil de douleur élevé pour les patients examinés.

L'examen clinique méso montrait que :

- 85 % des patients présentaient une contracture musculaire
- 70 % des patients avaient une sémiologie objective systématisée correspondant à des points douloureux de la SID, réparti de la façon suivante :
 - . Point médian inter-épineux douloureux : 40 % des patients
 - . Point articulaire postérieur douloureux : 35 % des patients
 - . Points latéro-vertébraux douloureux : 25 % des patients
 - . Points plexiques S1 douloureux : 0 patients
 - . Points de crêtes douloureux : 20 % des patients
- 85 % des patients présentaient des cellulopathies.

Pour les traitements associés, 75 % des patients étaient repartis avec une prescription de Paracétamol si le besoin s'en faisait ressentir. 85 % des patients ont eu des séances de kinésithérapie prescrites.

En ce qui concerne l'arrêt de travail, 30 % des patients en ont eu un. Il n'y a aucune hospitalisation.

L'examen clinique final permettait de suivre l'évolution de la symptomatologie :

L'étude de la mobilité du rachis lombaire montrait que 75 % des patients avaient retrouvé une mobilité rachidienne normale.

La distance main-sol était passée à 13 cm en moyenne et l'indice de Schober était de 14.25 cm en moyenne.

L'EVA en fin de protocole était de 3.1.

Quant à l'examen clinique méso, 10 % des patients présentaient encore des souffrances au niveau de la SID. Ces souffrances ne se situaient qu'au niveau des points médian inter-épineux. Les autres points (articulaires postérieures, tendino-musculaires et plexiques) étaient devenus indolores pour tous les patients, ainsi que les cellulopathies. Il persistait une contracture musculaire chez 10 % des patients.

Le nombre de séances réalisées était de 3 en moyenne, allant de 2 à 4 séances pour les extrêmes.

La tolérance locale et générale a été des 100 % à chaque fois.

Pour les traitements associés, seul 15 % des patients prenaient encore du Paracétamol en fin de protocole et 10 % bénéficiaient encore de séances de kinésithérapie. Aucun patient n'a eu de prolongation d'arrêt de travail.

Sur la satisfaction globale, 100 % des patients étaient satisfaits.

B. Interprétation

Une grande partie des éléments cliniques ont été étudiés au début et à la fin du protocole permettant de voir leur évolution.

La mésothérapie a permis à 75 % des patients de retrouver une mobilité rachidienne lombaire normale (passage de 0 à 75 %).

Dans le détail, la distance main-sol s'est améliorée en moyenne de 7 cm (passage de 20.5 à 13 cm), Le Schober est augmenté de 3.9 cm (passage de 10.35 à 14.25).

La faible mobilité du rachis lombaire était donc en grande partie due à la douleur et non au manque de souplesse du rachis.

La réponse au traitement par mésothérapie sur les points de souffrance de la SID a été bonne, puisque 60 % des patients ont été soulagés (passage de 70 à 10 %).

Tous les patients ont vu leurs douleurs disparaître au niveau des points articulaires postérieurs, latéro-vertébraux et plexiques.

Seuls 10 % des patients souffraient encore de points médians inter-épineux.

Les contractures musculaires ont bien répondues à la mésothérapie, aucun patient des 85% qui en souffraient initialement ne s'en plaignaient en fin de traitement.

Pour les traitements associés, la mésothérapie permet de limiter fortement les risques d'un traitement per os. Il n'y a eu aucun AINS de prescrit ni d'antalgique de palier 2 ou 3.

Les effets secondaires du Paracétamol sont bien connus et faibles. Finalement en fin de protocole, seuls 15% des patients en prenaient encore. Comme le préconisait la dernière recommandation de l'ANAES, la kinésithérapie pouvait faire partie de la prise en charge du lumbago aiguë pour ses fonctions décontracturantes, antalgiques mais aussi et surtout pour l'apprentissage du verrouillage de la charnière lombosacrée.

Cet apprentissage est important car elle permet au patient de corriger ses mauvaises postures ou mauvais mouvements, qui sont des facteurs intervenant dans les récurrences de lombalgie.

Dans notre étude, 85 % des patients ont bénéficiés de séances de kinésithérapie au début et seulement 10 % à la fin. Ceux qui n'ont pas eu de séances correspondaient à ceux ayant une EVA inférieure ou égale à 6.

Les 10 % ayant encore des séances en fin de protocole sont ceux ayant une EVA supérieure ou égale à 6, mais aucun n'a eu un arrêt de travail prolongé. Ce qui est en accord avec les recommandations de l'ANAES sur le fait que les lombalgiques doivent maintenir une activité de la vie courante la plus normale possible.

Ce qui est important de relever est que la pratique de la mésothérapie consiste entre autre à faire quelques injections peu profondes.

Dans notre étude nous avons 100 % de patients qui ont eu une bonne tolérance locale ainsi que 100 % de satisfaction globale par ce traitement. Ces chiffres sont encourageants vis-à-vis des personnes qui pourraient appréhender ce type de traitement du fait de l'utilisation d' « aiguilles ».

V – Discussion

Ce travail nous a permis une grande ouverture d'esprit sur les alternatives thérapeutiques dans la prise en charge d'une pathologie aussi fréquente qu'est le lumbago aigu commun.

Jeunes médecins ayant surtout été formés à une pratique thérapeutique reposant sur la prescription de médicaments par voie per os, nous avons voulu nous faire notre expérience face à des patients qui semblent apprécier les autres moyens thérapeutiques que des « pilules à avaler ». De cette expérience, nous tirons quelques enseignements intéressant sur les avantages de la mésothérapie.

Le contact avec le patient diffère par une consultation qui dure plus longtemps par la pratique de la mésothérapie et le contact manuel plus développé (recherche des points douloureux de la SID ainsi que les dermo-neurodystrophies).

Le temps *thérapeutique* passé avec le patient pour la *réalisation des injections* est mieux perçu que le temps *thérapeutique* passé par le patient seul chez lui à *prendre des comprimés*.

Rappelons que dans notre étude tous les patients ont eu une excellente tolérance locale au traitement. Le patient se sent donc moins seul devant sa pathologie. De plus, la mésothérapie permet de revoir systématiquement les patients à 48 h pour réévaluation puis à J8 et J15.

A chaque consultation, il y a reprise de l'interrogatoire sur l'évolution, un examen clinique et une nouvelle séance de mésothérapie si besoin avec un protocole adapté à la situation.

Ce qui n'est pas le cas en pratique courante de médecine générale puisque le patient repart avec une ordonnance pour 5 à 6 jours et ne sera revu qu'à l'issue s'il persiste encore une gêne.

L'avantage de la mésothérapie est donc un meilleur accompagnement des patients qui ne se réduit pas qu'à de « simples injections », ce suivi étant conforme aux recommandations de l'ANAES qui préconisent de revoir précocement le patient au début de traitement.

Un avantage certain de la mésothérapie est la limitation des médicaments per os, selon les critères de tolérance et de budget.

Une prescription standard pour un lombago comprend en général un antalgique de palier 1 ou 2, souvent associé à un AINS et/ou à un myorelaxant.

Le risque d'effets secondaires de ces derniers sont bien connus : allergie, épigastalgies, ulcère gastrique, insuffisance rénale, décompensation asthmatique, intolérance digestif ou somnolence.

Sans compter le risque d'interactions médicamenteux qui peuvent être néfastes chez les patients poly-médicamentés. A part l'allergie à l'une des molécules, il n'y a très peu de contre indication ou d'effet secondaire à la mésothérapie.

L'adage du Docteur Pistor, médecin fondateur de la mésothérapie : *peu, rarement et au bon endroit*, permet un meilleur ciblage de la zone à traiter. La peau est utilisée pour ses propriétés de réservoir et de bio distribution de l'interface épiderme/derme (avec une biodisponibilité de 100 %).

Le problème de la compliance au traitement ne se pose pratiquement pas en mésothérapie, puisque l'ensemble du traitement de par son mode d'administration est sous le contrôle de médecin prescripteur.

Comme dans toute étude, il est important de relever ses limites.

Le petit échantillon de 20 patients ne permet pas de conclure formellement sur l'efficacité de la mésothérapie, et de sortir des statistiques qui pourront être qualifié de « scientifiquement prouvés ».

Néanmoins, cette étude pourrait être intégrée dans d'autres études de plus grandes ampleurs qui dans leur ensemble permettraient de sortir d'autres résultats.

Une autre étude pourrait être intéressante en comparant avec les mêmes critères des patients ayant un lumbago aigu commun traité par mésothérapie versus traitement per os (antalgique, AINS, myorelaxant).

Les critères importants seront alors efficacité, tolérance, durée du traitement, pourcentage de patients présentant encore des douleurs après 3 mois (ce qui correspond au passage à la lombalgie chronique) et pourcentage de rechute à court et moyen terme.

Il est essentiel de rappeler que la prise en charge thérapeutique du lumbago a pour objectifs de soulager rapidement les symptômes afin de permettre une reprise rapide des activités habituelles du patient, d'éviter la récurrence ainsi que le passage à la chronicité.

VI – Conclusion

La lombalgie aiguë commune est une pathologie fréquente en médecine générale, il est donc important de proposer une alternative intéressante à sa prise en charge.

Notre étude montre l'efficacité de la mésothérapie dans le traitement de la lombalgie aiguë commune.

Elle permet une meilleure prise en charge ainsi qu'une très bonne tolérance et tout cela pour un moindre coût.

VII - Bibliographie

1 – ANAES : Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques commune de moins de 3 mois . Recommandation pour la pratique clinique (Février 2000).

2 – Enquête pilote concernant des lombalgies communes d'origine articulaire postérieure traitées par infiltration ou mésothérapie dans un centre de douleur de 1999 à 2000 à Lariboisière (40 patients) : La revue de mésothérapie, publication Officielle de SFM : Mai 2003 n° 117 (33 – 39) : MREJEN

3 – Intérêt de la mésothérapie dans le lumbago, à propos de trois cas : Mémoire de mésothérapie pour le diplôme interuniversitaire de la faculté Pitié-Salpêtrière, année 2003-2004 : GUEZ

ANNEXES

CAHIER D'OBSERVATION

I – Volet sémiologique

A Tests classiques

Mobilité : ☐ bonne ☐ moyenne ☐ médiocre
Distance main-sol : cm
Schober : cm
EVA (0 à 10) :

B Examen segmentaire du rachis en souffrance

1 - Sémiologie objective systématisée sur la SID en souffrance :

☐ oui ☐ non

Si oui, cocher les points douloureux à la pression digitale :

- ligament interépineux : ☐ oui ☐ non
- articulaire postérieure : ☐ oui ☐ non
- points musculaires latéro-vertébraux : ☐ oui ☐ non
- points épineux : ☐ oui ☐ non
- 1° trou sacré si SID L4-L5 ou L5-S1 : ☐ oui ☐ non

2 - Autre séquence de points rachidiens positifs :

☐ oui ☐ non

si oui, décrivez-la :

3 - Examen du tissu dermo-sous-cutané à la recherche de DND au palper rouler :

- zones dorso-lombaires : ☐ oui ☐ non
- zones fessières : ☐ oui ☐ non

II – Volet thérapeutique

A Traitement local (mésothérapie)

1 - Segment douloureux traité :

- étage :

- points douloureux traités sur le segment rachidien :

. Technique utilisée pour ces points : DHD

. Mélange utilisé : Piroxicam, Calcitonine 100UI, Lidocaine 1 %

2 - DND traitées :

- étage :

- points douloureux traités sur le segment rachidien :

. Technique utilisée pour ces points : IDS

. Mélange utilisé : Thiocolchicoside, Lidocaine 1 %

B Traitement général

☐ Oui ☐ non

Si oui, lequel :

Posologie et durée de traitement :

C Traitement particulier associé

☐ Oui ☐ non

Si oui, lequel :

Durée de traitement :

D Aspects socioprofessionnels

- arrêt de travail : ☐ oui ☐ non, si oui nombre de jours :

- hospitalisation : ☐ oui ☐ non, si oui nombre de jours :

CONTROLE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

- Date de la dernière consultation :
- Nombre total de séances effectuées en tout :
- Amélioration de la souffrance segmentaire du rachis (selon le patient) :
☐ Bonne ☐ moyenne ☐ médiocre
- Amélioration de la souffrance segmentaire du rachis (selon le médecin) après pression digitale des points segmentaires :
☐ Bonne ☐ moyenne ☐ médiocre
- Amélioration des douleurs (DND) réveillées par le palper rouler (selon le patient) :
☐ Bonne ☐ moyenne ☐ médiocre
- Amélioration des DND décelées par le palper rouler (selon le médecin) :
☐ Bonne ☐ moyenne ☐ médiocre
- Efficacité sur la douleur du rachis selon l'EVA (de 0 à 10) :
- Tests cliniques :
 - . Distance main-sol : cm
 - . Schober : cm
- Tolérance générale (selon le patient) du traitement notamment digestive :
☐ Bonne ☐ moyenne ☐ médiocre
- Tolérance locale (selon le patient) : douleur, hématomes :
☐ Bonne ☐ moyenne ☐ médiocre
- Satisfaction globale du patient (efficacité, tolérance, confort, loisirs) :
☐ Bonne ☐ moyenne ☐ faible
- Conclusion (du médecin) :
- Décision thérapeutique en cas d'échec de la mésothérapie :

TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS DES INCLUSIONS

EXAMEN CLINIQUE INITIAL	PATIENTS																				MOYENNE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
<i>Mobilité (O/N)</i>	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0 %
<i>Dist. Main-sol (cm)</i>	20	25	13	12	16	14	22	26	14	17	22	27	22	15	21	24	30	32	13	16	20,05 cm
<i>Schober (cm)</i>	10	13	14	15	11	12	10	10	15	13	11	11	11	14	12	12	11	10	10	14	11, 95
<i>EVA</i>	7	8	10	9	8	7	9	9	8	10	9	7	8	5	7	8	10	10	6	7	8,25
<i>Contract. musc</i>	O	O	O	O	N	O	N	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	85 %
<i>S.O.S sur SID :</i>	N	O	O	O	O	O	N	O	N	O	N	O	O	O	N	O	O	O	N	O	70 %
<i>Pt médian inter-épiqueux</i>	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-	+	-	+	+	-	-	+	40 %
<i>Pt à 1,5 cm de la ligne méd.</i>	-	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	+	+	-	-	35 %
<i>Pts à 5 et 8 cm</i>	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	25 %
<i>Pt plexique S1</i>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<i>Pt de crête</i>	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	20 %
<i>Cellulopathies</i>	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	N	O	85 %
<i>Paracétamol per os associé</i>	O	O	N	N	O	N	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	N	O	75 %
<i>TT associé (kiné, PhysioTT...)</i>	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	N	O	85 %
<i>Arrêt travail</i>	N	N	O	O	N	N	O	N	N	O	N	N	N	N	O	N	N	N	O	N	30 %
<i>Hospitalisation</i>	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0 %

Légendes :

Oui = O / Non = N

Présent = + / Absent = -

TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS DU BILAN FINAL

[illegible]