

# ***ENQUÊTE DESCRIPTIVE CONCERNANT LES LOMBALGIES COMMUNES***

**Docteur Jean-Jacques Perrin**

## **PLAN**

***I - JUSTIFICATIF***

***II- OBJECTIFS***

***III - DÉFINITION***

***IV- MÉTHODOLOGIE***

***V – ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE***

***VI- LES ACTEURS***

***VII - FICHE D'OBSERVATION***

***VIII – ANALYSE DE L'ENQUÊTE***

***IX – ANALYSE DE LA POPULATION AYANT RECU DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX PAR VOIE MÉSOThÉRAPIQUE, SANS TRAITEMENT ANTALGIQUE ET/OU ANTINFLAMMATOIRE APR VOIE GÉNÉRALE.***

***X – ANALYSE DES POPULATIONS SELON L'ANCIENNETÉ DES DOULEURS.***

***XI – ANALYSE DES POPULATIONS SELON L'EXISTENCE OU NON DE CELLULALGIES DORSOLOMBAIRES et/ou FESSIÈRES***

***XII– DISCUSSION***

***XIII– CONCLUSION***

***XIV– RÉSUMÉ***

***XV – MOTS CLÉS***

***XVI – MÉDECINS AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE***

***XVII– BIBLIOGRAPHIE***

L'abord thérapeutique des rachialgies peut faire appel à des injections mésothérapeutiques (Lidocaïne et Thiocolchicoside) en IDP ou en IHD, aux points de croisements musculaires <sup>1</sup> pour démasquer les lésions rachidiennes isolées, du Piroxicam injecté en MPS loco dolenti (en IDP ou en IHD) quant il existe des lésions arthrosiques, de la Procaïne en IDP ou en IHD, du Thiocolchicoside en IDS <sup>2</sup> Plusieurs mélanges -types médicamenteux peuvent être utilisés : mélange Lidocaïne / Thiocolchicoside pour les muscles en souffrance, mélange Lidocaïne / Piroxicam pour les lésions rachidiennes profondes, les formes modérées et récents, mélange Lidocaïne / Piroxicam / Calcitonine pour les lésions complexes anciennes.

Il nous est paru intéressant d'observer une *pratique mésothérapeutique mixte* associant une technique superficielle - Mésothérapie épidermique IED (Intra Epi Dermique) à des techniques plus profondes MPS IDP (Intra Dermique Profonde) ou MPS IHD (Intra Hypo Dermique). (Voir schéma ci-après)

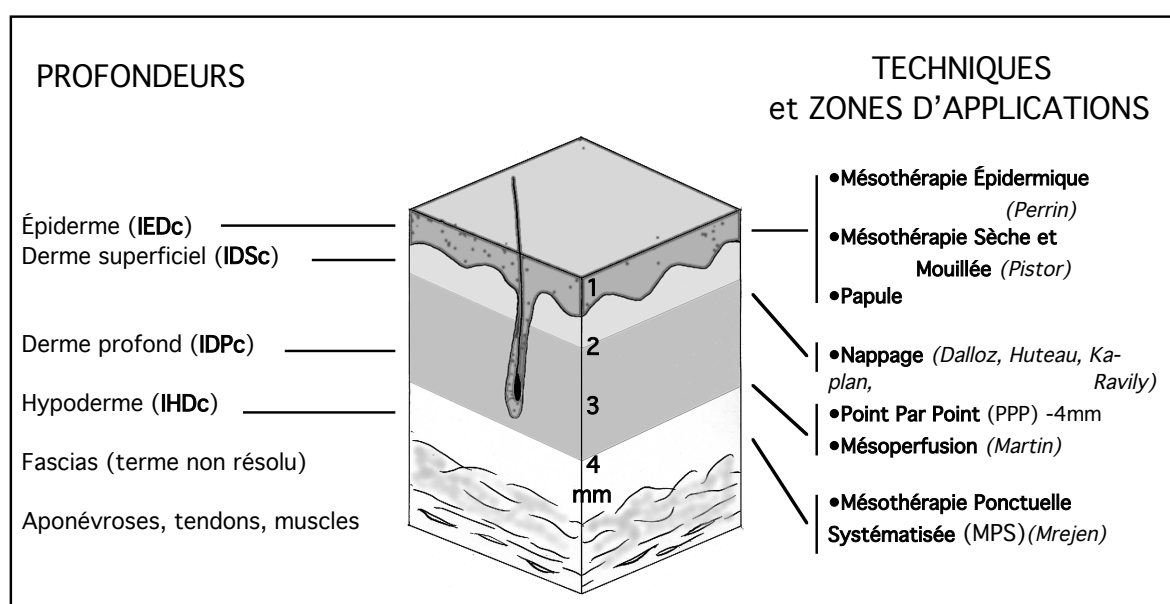


Schéma synthétique des profondeurs d'injection, des techniques et des zones d'application.  
HUTEAU Y., PERRIN J.J.

### I - JUSTIFICATIF <sup>3</sup>

Les lombalgies communes présentent de nombreuses formes anatomo-cliniques, alors que le traitement de référence repose essentiellement sur un antalgique et/ou un A.I.N.S. (Anti Inflammatoire Non Stéroïdien) par voie générale.

Or certaines formes anatomo-cliniques constituant une grande partie des lombalgies communes peuvent bénéficier d'un traitement à base d'injections locales de Lidocaïne\* et d'une microdose d'A.I.N.S. (Mésothérapie: ), ce qui améliorerait le ratio bénéfice/risque et serait particulièrement utile chez les sujets âgés, les sujets à risque et/ou les sujets qui tolèrent mal la voie générale.

Le but de cette enquête est d'identifier et de quantifier ces formes anatomo cliniques des lombalgies communes pour lesquelles le traitement local est particulièrement bien indiqué : il

s'agit de lombalgies communes résultant essentiellement de souffrances abarticulaires (ligamentites - arthropathies postérieures – tendino myalgies paravertébrales – cellulalgies, dermalgies loco régionales)

## **II- OBJECTIFS**

**Identifier et quantifier** les souffrances anatomo cliniques des lombalgies communes accessibles à un traitement local à base d'injections de microdoses de principe actif : Lidocaïne - A.I.N.S. (Mésothérapie) et décrire les pratiques thérapeutiques des médecins devant ces souffrances.

## **III - DÉFINITION**

### **• Inclusion.**

Lombalgies communes mécaniques même avec une hernie discale mais sans sciatalgie chez les sujets de 18 à 75 ans des deux sexes : Douleurs du segment lombaire (charnières D12-L1 à L5-S1 -) pouvant irradier jusqu'au genou.

### **• Exclusion.**

Âge inférieur à 18 ans et supérieur à 75 ans.  
Lombalgies d'origine tumorale.  
Lombalgies d'origine infectieuse.  
Malformations congénitales visibles à la radiographie.  
Syndrome de la queue de cheval.  
Sciatiques.  
Femme enceinte.  
Allergie aux produits médicamenteux utilisés.

## **IV- MÉTHODOLOGIE**

### **• Enquête descriptive.**

Elle identifie les lésions neurologiques articulaires et dermo sous cutanées des lombalgies communes, complétée par les pratiques thérapeutiques des médecins traitant ces lésions, à raison de 10 observations par médecin, auprès de 200 médecins. Les données sont recueillies sur une fiche d'observation (cf. Fiche jointe en annexe).

### **• Le volet sémiologique.**

Il est recueilli par le médecin en charge du patient au cabinet médical à J0, réévalué à J10± 2 sur la fiche d'observation.

Il comprend :

L'évaluation de la douleur par le patient :

Mesurée sur une échelle analogique de 10 cm de longueur, entre les items " pas de douleur " et " douleur maximale imaginable ".

La distance main-sol :

Distance mesurée en centimètres entre le sol et l'extrémité des doigts des mains lorsque le sujet est penché vers l'avant, jambes tendues.

L'indice de Schöber :

Mesure en centimètres de l'écartement, lors de la flexion antérieure du rachis, de deux traits tracés sur la peau lombo-sacrée, l'un à la hauteur des épines iliaques postéro-supérieures soulignées par deux fossettes, l'autre 10 centimètres au-dessus.

La manoeuvre de Lassègue :

Recherche de douleurs et de limitation du mouvement au cours de l'élévation de la jambe avec extension du genou.

Mesure en degrés d'angle entre le plan d'examen horizontal et le membre inférieur.

L'examen du ou des segments rachidiens en souffrance :

Douleur du ligament interépineux, recherchée par la pression digitale entre les 2 épineuses vertébrales

Douleurs des articulaires postérieures à 1,5cm de la ligne médiane.

Tendinomyalgies paravertébrales à 5 et 8cm de la ligne médiane.

Point-détente (zone détente, point gâchette) 4 :

Zone d'hyperexcitabilité dans un tissu qui, lorsqu'on lui applique une pression, est localement sensible, et, en cas d'hypersensibilité suffisante, donne naissance à une douleur et une sensibilité référées, et parfois à des phénomènes neurovégétatifs référés et des troubles proprioceptifs.

Les types en sont les points-détente myofasciaux, cutanés, fasciaux, ligamentaires et périostés.

L'examen du tissu dermo sous cutané au palper rouler :

Douleurs et dermalgies dans les zones lombo-sacrées et/ou fessières loco régionales :

DermoNeuroDystrophies (DND) Mrejen<sup>4</sup>

Cellulagies témoignant des troubles neurovégétatifs et circulatoires de la peau définie dans un segment mobile d'où émerge un nerf rachidien. Ce nerf est irrité dans sa composante sympathique ou neurovégétative.<sup>5</sup>

Douleur référée (d'un point-détente)<sup>6</sup>:

Douleur provenant d'un point-détente, mais ressentie dans une zone éloignée, souvent totalement séparée de son origine.

La zone de douleur référée est, de manière reproductible, spécifique de son point d'origine.

La distribution des douleurs référées des points-détente coïncide rarement avec le territoire d'innervation complet d'un nerf périphérique ou avec un dermatome.

Les signes éventuels de hernie discale et/ou de canal lombaire étroit (surtout détectés au scanner)

Les examens complémentaires éventuels, notamment biologiques.

L'ancienneté de la maladie pour différencier les formes aiguës (moins de 6 mois) des formes chroniques (6 mois ou plus).

• **Le volet thérapeutique** relève les pratiques thérapeutiques.

L'enquête porte sur des patients lombalgiques "tout-venant", sans tirage au sort.

Le choix des traitements est fait par le praticien, en fonction de la clinique.

Il comprend :

Le traitement local (injections locales):

Le nom, le dosage, la posologie des produits.

Le siège des injections en regard des points douloureux du segment rachidien en souffrance :

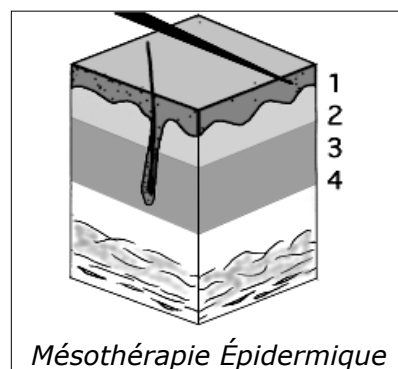
Ligament interépineux : au milieu des 2 épineuses, traités en **MPS IDP** (Intra Dermique Profonde) ou **IHD** (Intra Hypo Dermique)(Fig.1)

Articulaire postérieure : à 1,5cm de la ligne médiane, traités en **MPS IDP** (Intra Dermique Profonde) ou **IHD** (Intra Hypo Dermique)(Fig.3)

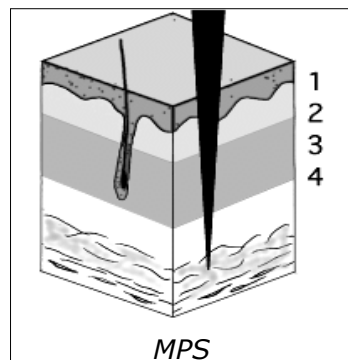
Tendinomyalgies latérovértébrales à 5 et 8 cm de la ligne médiane, traités en **MPS IDP** (Intra Dermique Profonde) ou **IHD** (Intra Hypo Dermique)

Cellulalgies dermo cutanées : zones loco régionales lombosacrées et/ou fessières, traitées en **Mésothérapie épidermique IED** (Intra Epi Dermique)

La profondeur des injections, qui peut varier de 1 mm (technique épidermique : application épidermique des mélanges médicamenteux utilisant une aiguille 0,3\*13, biseau orienté vers le ciel. Cette technique est non sanglante.) à 13 mm (longueur maximum aiguilles de Mésothérapie).



**Fig. 1**



**Fig. 2**

Traitement général:

\_\_\_\_\_ Noter les produits, leur posologie et la durée du traitement (antalgique, AINS, autre).

Autre traitement:

Noter les autres traitements éventuels : manipulations vertébrales, acupuncture, chirurgie, neuro stimulation, rééducation, etc...).

Arrêt de travail éventuel, ainsi qu'une hospitalisation éventuelle.

- **Contrôle clinique et thérapeutique:**

L'examen clinique de contrôle est réalisé à J10 ± 2 jours (à partir de J0, date du premier examen)

À J 10 seront notés :

- Le nombre de séances de mésothérapie effectuées en 10 jours.
- La distance "main / sol".
- L' indice de Schöber
- Les résultats de la manœuvre de Lassègue .
- Les douleurs du ligament interépineux .
- Les douleurs des articulaires postérieures.
- Les tendinomyalgies paravertébrales .
- Les douleurs et dermalgies dans les zones lombo sacrées et/ou fessières loco régionales.
- L'efficacité sur la douleur selon le patient par l'échelle analogique.
- La tolérance générale selon le patient
- La tolérance locale selon le patient
- La satisfaction globale du patient :

- **Conclusion**

Le médecin peut écrire en texte libre une conclusion de l'enquête s'il en ressent le besoin.

- **Durée totale de l'enquête :**

Le démarrage de l'enquête est fixé à une date à préciser, jusqu'à l'inclusion des 10 cas. L'estimation de la durée totale de l'enquête est de 6 mois, compte tenu du temps nécessaire pour mener à bien l'intégralité de l'enquête.

### **V – ANALYSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE**

- **Analyser et quantifier les lombalgies communes** résultant de lésions abarticulaires (ligamentites, articulaires postérieures, tendino myalgies paravertébrales, dermalgies, cellulalgies sous cutanées, etc...) par rapport aux autres lésions en souffrance.
- **Analyse des différentes formes anatomo cliniques.**
- **Analyse des pratiques thérapeutiques** des médecins mésothérapeutes devant ces formes anatomo cliniques.
- **Établissement d'un protocole d'essai comparatif** entre deux stratégies thérapeutiques pour certaines indications.

### **VI- LES ACTEURS**

1 - Promoteur:

S.F.M. : Société Française de Mésothérapie, 15 rue des Suisses, 75014 Paris-France-  
Tél. : 01 40 44 64 11 Fax : 01 43 95 67 95 Site internet <http://www.horus-medical.fr/sfm>

2 - Coordinateurs :

Docteur Jean Jacques PERRIN Sentier des marches, 02490 Vermand -France-Tél :  
03 23 66 51 10 Fax : 03 23 66 51 10

C.E.R.M. Champagne 24, rue de l'Isle, 51100 Reims -France-Tél : 03 26 40 14 00  
Fax : 03 26 47 98 03

3 - Conseiller en méthodologie :

Docteur Elisabeth CAPDENAT Hôpital du Bouscat, 97 avenue Georges  
Clémenceau BP 29 -33491 Le Bouscat Cédex-France-Tél : 05 56 42 49 49

Docteur Didier MREJEN 61, route de Montaisson, 78110 Le Vesinet -France- Tél :  
01 30 71 21 47 Fax : 01 30 71 15 21

4 - Étude statistique :

Docteur Blaise TRAMIER, ORS Picardie, 3 rue des Louvesl 80000 Amiens - Tél :  
03 22 82 77 24

5 - Sponsors :

Laboratoire PHARMY II 78 100 Saint Germain en Laye – France -

Tél : 01 34 51 50 97 Fax : 01 34 51 49 46

S.F.M.

**VII - FICHE D'OBSERVATION** (ci-jointe)

**VIII – ANALYSE DE L'ENQUÊTE**

• **Inclusion.**

11 médecins répartis sur le territoire français

Enquête réalisée du 2/3/1999 au 20/3/2000

103 patients de 17 à 80 ans, 45 femmes et 58 hommes

La majorité des patients se situe entre 46 et 70 ans (fig.4)

IMC (Poids/Taille<sup>2</sup>) :

Moyenne 0,25

Écart type : 0,036

48% des patients ont une surcharge pondérale et 9% sont obèses (Fig.6).

• **Examen clinique**

Hernies discales : 5%

Canal lombaire étroit : 4%

Radiographies :

Scanner : 4 %

Radiographies standards : 17%

IRM : 2%

Moyenne d'intervalle de jours entre J0 et J10 : 10 jours , écart type : 2,98 jours

Ancienneté des douleurs : 26% de plus de 6 mois

Indice moyen d'évaluation de la douleur sur échelle analogique: 6,4 , avec un écart type des indices douloureux de 1,7 (Fig.9)

La distance main/sol est de 19 cm en moyenne ( Fig. 10 et 11)

L'indice de Schöber est de 8 cm en moyenne ( Fig. 10 et 11).

La manoeuvre de Lassègue est positive dans 11% des cas ( Fig. 10 et 11).

Position d'examen :

Décubitus ventral dans la longueur de la table	87% des patients
Décubitus ventral en travers de la table	12% des patients
Position assise sur le bord de la table	1% des patients

*Les zones interépineuses, articulaires postérieures et musculaires L5-S1 souffrent en majorité, devant les mêmes zones L4 L5 (Fig.12).*

## • Traitement

Nombre de séances (Fig.7 et 34):

- 1 séance chez 14% des patients
- 2 séances chez 58% des patients
- 3 séances chez 26% des patients
- 4 séances chez 1% des patients
- 8 séances chez 1% des patients

*En moyenne : 2,2 séances par patient.*

À J10, on note:

Une diminution de 62% des moyennes des indices douloureux (Fig. 9),  $p < 0,000$  (Test de Student apparié) (Fig. 36)

Une diminution de 34% des moyennes des distances main/sol.(Fig. 11),  $p < 0,000$  (Test de Student apparié) (Fig. 36)

Une diminution de 35% des moyennes des indices de Schöber,  $p < 0,000$ .  
(Test de Student apparié) (Fig. 36)

*NB : le p (Sig bilatérale) est  $< 0,00$  soit une différence très significative entre les valeurs mesurées avant et après traitement.*

Une diminution de 55% des moyennes des manoeuvre de Lassègue positives.

*Une souffrance majoritaire des zones L5-S1 (Fig. 20).*

Médicaments utilisés par voie mésothérapique <sup>7 8</sup> :

Procaïne : anesthésique local d'infiltration et anesthésique de conduction (blocs plexiques et tronculaires).

Lidocaïne : anesthésique local d'infiltration et anesthésique de conduction (blocs plexiques et tronculaires).

Thiocolchicoside si contracture : Décontracturant non sédatif en pathologie rhumatologique, traumatologique et orthopédique

AINS (Piroxicam 95%, Ketoprofen 5% des AINS utilisés), si inflammation :

Pathologie rhumatismale localisée, pathologie inflammatoire localisée: tissus osseux, cartilagineux, fascias, tissus mous : muscles, tendons ,tissu conjonctif

Calcitonine si tassements vertébraux, signes douloureux très anciens. :

Antalgique, Antiarthrosique, algoneurodystrophies, ostéoporose, pseudarthroses, retard de consolidation de fractures, tendinites d'insertion, ostéochondroses



*Le thiocolchicoside, la lidocaïne, le Piroxicam sont utilisés 8,5 fois sur 10 dans le traitement des lombalgies (Fig.15).*

Principales associations :

*L'association "thiocolchicoside, lidocaïne, Piroxicam" est utilisée dans 80% des traitement de lombalgies (Fig.16).*

Médicaments utilisés par voie générale:

Les médicaments antalgiques sont prescrits chez environ 20% des patients et les antiinflammatoires non stéroïdiens sont peu donnés (5%)(Fig 17 et 18).

*Les manipulations vertébrales sont utilisées dans 30% des cas de lombalgies (Fig 19).*

Les dérangements Intervertébraux Mineurs (DIM) sont traitées par manipulation<sup>9</sup>.

La mésothérapie traite avec intérêt les cellulagies résiduelles après manipulation<sup>10</sup>.

Arrêts de travail : 5 jours en moyenne pour 8% des patients

#### • Observation clinique et thérapeutique.

*En moyenne 66% des patients sont soulagés à J10 (Fig.20).*

Amélioration de la souffrance intervertébrale segmentaire selon le médecin

62% Bons résultats

Amélioration de la souffrance du tissu dermocutané selon le médecin

69%Bons résultats

*Tolérance générale*

94%Bons résultats

*Tolérance locale*

96%Bons résultats

Satisfaction globale du patient

59%Bons résultats (Fig.21)

Le test de Mac Némar a été appliqué aux variables suivantes (Fig.37):

Lassègue, souffrance en regard du Ligament Interépineux (LI), des Articulaires Postérieures (AP), des Muscles (M), zones cellulagiques Lombo sacrées, fessières.

La valeur de p est < à 0,05 et souvent proche de 0,000, soit une *haute valeur de significativité*, pour toutes ces variables à l'exception de la manoeuvre de Lassègue.

*Il existe donc bien une différence avant et après traitement.*

#### **IX – ANALYSE DE LA POPULATION AYANT RECU DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX PAR VOIE MÉSOTHÉRAPIQUE, SANS TRAITEMENT ANTALGIQUE ET/OU ANTINFLAMMATOIRE PAR VOIE GÉNÉRALE.**

Ces patients n'ont pas reçu de traitement antalgique ou antiinflammatoire per os ou par voie IM.

18% ont reçu un traitement par manipulation vertébrale.

La population est de 54 personnes (Fig. 39).

75% des patients souffraient depuis moins de 6 mois (Fig. 38).

Aucun arrêt de travail n'a été donné.

2,2 séances en moyenne.

Test de Student apparié pour l'évaluation de la douleur, la distance main-sol et l'indice de Schöber (Fig. 42) :

*p < 0,000 : haute significativité statistique. Le traitement mésothérapie (sans autre traitement médicamenteux antalgique ou antiinflammatoire per os ou par voie IM..18% des*

*patients ont reçu un traitement par manipulation vertébrale) est très efficace sur ces trois tests..*

Le test de Mac Némar a été appliqué aux variables suivantes (Fig.43):

Lassègue, souffrance en regard du Ligament Interépineux (LI), des Articulaires Postérieures (AP), des Muscles (M), zones cellulagiques Lombo sacrées, fessières.

La valeur de  $p$  est  $< 0,05$  et souvent proche de  $0,000$ , soit une haute valeur de significativité, pour toutes ces variables à l'exception de la manoeuvre de Lassègue.

*L'administration de médicaments par voie mésothérapique donne donc d'excellents résultats chez les patients qui souffrent de lombalgie commune.*

## **X – ANALYSE DES POPULATIONS SELON L'ANCIENNETÉ DES DOULEURS.**

On compare le groupe souffrant depuis plus de 6 mois (“> 6 mois”) avec le groupe souffrant depuis moins de 6 mois (“< 6 mois”)

### **• Inclusion**

Il n'existe pas d'écart net entre les deux populations (Fig 22).

### **• Examen clinique**

Le rachis paraît plus souple, les zones en souffrance paraissent plus fréquentes dans le groupe “> 6 mois” (Fig. 23).

### **• Traitement**

Dans le groupe < 6 mois, la procaine paraît plus utilisée.

72 % d'amélioration clinique (Fig. 25bis)

Dans le groupe > 6 mois, la calcitonine, le traitement par voie générale, les manipulations vertébrales, la kinésithérapie paraissent plus utilisées (Fig.24)

La fréquence des séances de mésothérapie paraît plus grande (2,47 contre 1,92), la profondeur d'injection paraît moindre (4,5 mm contre 5,7 mm) avec une moins grande variabilité, la zone médiane du rachis L5S1 (ligament interépineux, articulaires postérieures) paraît rester plus souvent douloureuse.(Fig.25).

63 % d'amélioration clinique (Fig. 25ter)

### **• Observation clinique et thérapeutique.**

La satisfaction globale du patient paraît meilleure dans le groupe “<6 mois”. (Fig.26)

L'amélioration, selon le médecin, des signes de souffrance intervertébrale segmentaire et du tissu dermo-cutané, la tolérance locale et générale, selon le patient, paraissent bons chez plus de la moitié des patients des deux groupes.

## XI – ANALYSE DES POPULATIONS SELON L'EXISTENCE OU NON DE CELLULALGIES DORSOLOMBAIRES et/ou FESSIÈRES.

On compare le groupe ne présentant pas de cellulalgies dorsolombaires et/ou fessières avec le groupe en présentant.

### • Inclusion (Fig 27)

*Les cellulalgies paraissent exister chez 2/3 des lombalgiques :*

Groupe “avec cellulalgies” n = 71.

Groupe “sans cellulalgies” n = 30

Les cellulalgies semblent apparaitre avec le temps d'évolution des lombalgies.

### • Observation clinique et thérapeutique.

Groupe “avec cellulalgies”

L'indice de la douleur est plus marqué (6,93 contre 5,21) à J0 et l'amélioration est plus nette (81% contre 57%)(Fig. 30, 31 et 32).

*L'amélioration de la souffrance du tissu dermocutané est bonne à 72% , résultat du traitement local épidermique IED, associé au traitement MPS - IDP et IHD.*

Groupe “sans cellulagie”.

Il bénéficie de 37% de bons résultats, résultat du traitement IDP et/ou IHD (Fig.32)

L'amélioration de la souffrance intervertébrale segmentaire est bonne dans les 2 groupes (61% en moyenne)

La tolérance générale et locale est excellente dans les 2 groupes (95% en moyenne)

## XII– DISCUSSION

Les lombalgies communes sont une pathologie fréquemment rencontrée par les mésothérapeutes. Cette enquête descriptive, comprenant 103 patients, effectuée par onze médecins, en cabinet privé, permet de dessiner des tendances. Les patients sont souvent plutôt pléthoriques et expriment leurs troubles à partir de 45 ans. La position d'examen, et certainement de traitement, en décubitus ventral dans la longueur de la table est privilégiée. Les patients se plaignent surtout de la zone L5-S1, puis de la zone L4 L5. Environ 70% des patients sont soulagés au bout de 10 jours, après avoir reçu deux séances de mésothérapie, associant préférentiellement la lidocaïne, le piroxicam et le thiocolchicoside. La calcitonine, la kinésithérapie sont surtout utilisées lorsque les troubles deviennent chroniques. L'intrication de souffrances Intervertébrales Dégénératives ( SID ) qui comprennent des souffrances du ligament interépineux (axe vertébral médian), de l'articulation articulaire postérieure (à 1,5 cm de l'axe vertébral), des tendinomyalgies paravertébrales (à 5 et 8 cm de l'axe vertébral), de DermoNeuroDystrophies (DND) Mrejen<sup>11</sup> et de douleurs référées (J. Travell)<sup>12</sup> ( Fig.33) rend nécessaire l'utilisation de *techniques mésothérapeutiques mixtes* complémentaires entre elles, et ce d'autant plus que s'associent des lésions plus “superficielles”, et des lésions dites abarticulaires (Ligament interépineux, articulaire postérieure, tendinomyalgies). Les points ou zones douloureuses précises et profondes sont traitées par injections Intra Hypo Dermiques (IHD) ou Intra Dermiques Profondes (IDP). Les zones cellulagiques sont traitées par injection Intra Epi Dermiques (IED). Elles évoluent

parfois séparément de leur origine et nécessitent un traitement spécifique. Elles débordent largement la zone lombo-sacrée. Elles troublent l'examen clinique qui est souvent assez confus du fait de l'ancienneté des troubles douloureux. Le traitement des cellulagies par les traitements locaux éclaire la séméiologie locorégionale et permet indirectement de mieux traiter l'origine articulaire, périarticulaire ou musculaire des troubles. Les thérapeutes paraissent avoir une grande confiance dans leur traitement mésothérapique car ils donnent peu de traitement médicamenteux complémentaire, surtout en aigu. Médecins et patients paraissent satisfaits des traitements appliqués, avec une tolérance locale et générale excellente.

*L'administration de médicaments par voie mésothérapique donne donc d'excellents résultats chez les patients qui souffrent de lombalgie commune. L'amélioration clinique est hautement significative pour la très grande majorité des signes cliniques.*

### **XIII- CONCLUSION**

Le volet séméiologique nous indique que la mésothérapie est très efficace sur les structures abarticulaires (Ligament interépineux, articulation articulaire postérieure, tendinomyalgies paravertébrales) et les cellulagies (lombosacrées et fessières).

Sur le plan thérapeutique, on observe deux tendances :

- les formes simples récentes, traitées avec l'association Lidocaïne-Thiocolchicoside-Piroxicam,
- les formes complexes rebelles et anciennes, traitées par l'association Lidocaïne-Calcitonine.

Ces deux formes sont traitées avec d'excellents résultats.

Sur le plan tolérance générale et locale, le résultat est exceptionnellement bon.

### **XIV- RÉSUMÉ**

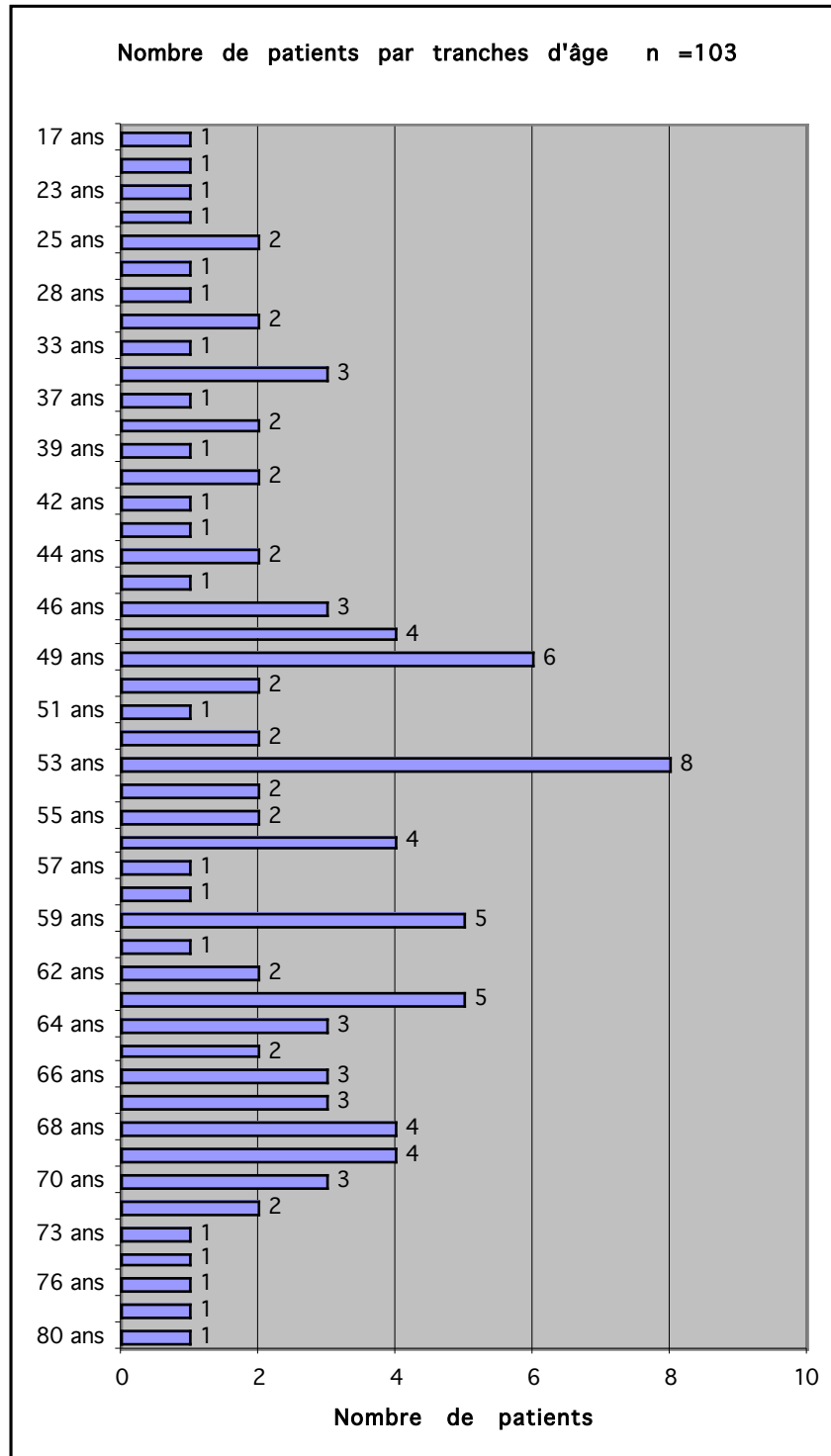
Les lombalgies communes, récentes ou anciennes, sont un bon domaine d'application courant des techniques mésothérapiques, utilisées séparément, ou de manière mixte, associées entre elles, par exemple Mésothérapie Épidermique-IED et MPS-IDP ou IHD. Le traitement mésothérapique peut être parfois associé à un traitement médicamenteux per os, et à des manipulations vertébrales. Sur le plan séméiologique, nous avons remarqué la prépondérance des lésions abarticulaires (Ligament interépineux, articulation articulaire postérieure, tendinomyalgies paravertébrales) et de zones cellulagiques (lombosacrées et/ou fessières). Sur le plan thérapeutique, nous avons remarqué que pour les formes simples et récentes on peut se contenter de l'association Lidocaïne-Thiocolchicoside-Piroxicam, et pour les formes complexes rebelles et chroniques, l'association Lidocaïne-Calcitonine est particulièrement efficace. Environ 64% des patients sont soulagés en 10 jours, avec une excellente tolérance et un bon indice de satisfaction.

### **XV- MOTS CLÉS**

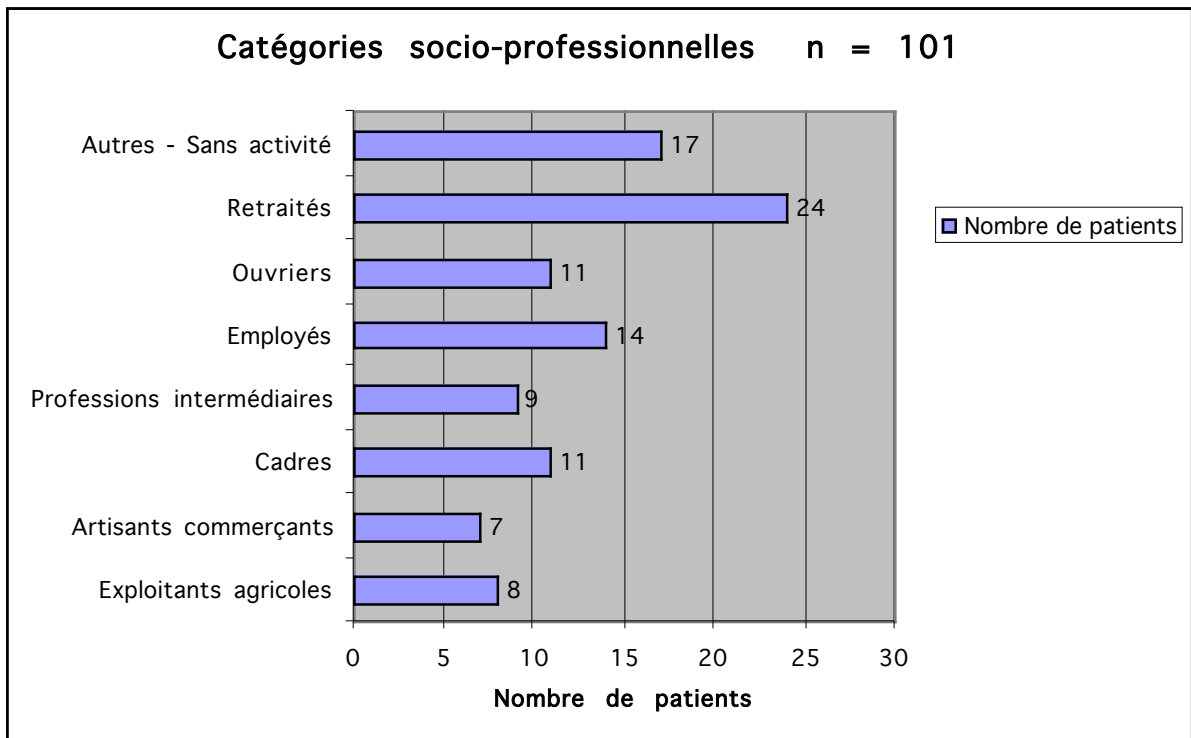
Lombalgies communes - Techniques mixtes - Enquête descriptive -

## XVI – MÉDECINS AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE

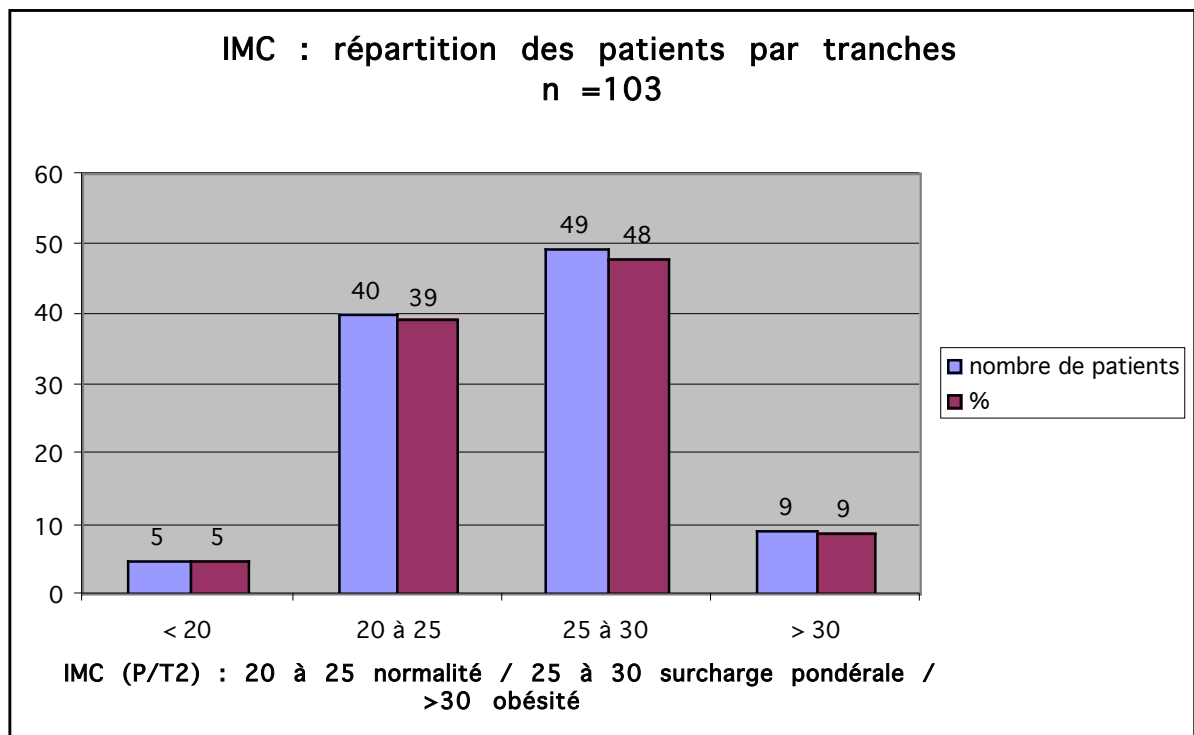
Denis Baché, Yannick Huteau, Rose Jarmache, Yves Jeanmaire, Denis Laurens, Daniel Lemaire, Philippe Marijnen, Bernadette Pasquini, Jean-Jacques Perrin, Françoise Pinchaux-Sorin.



**Fig. 4** Répartition des patients en fonction de l'âge  
La majorité des patients se situe entre 46 et 70 ans.

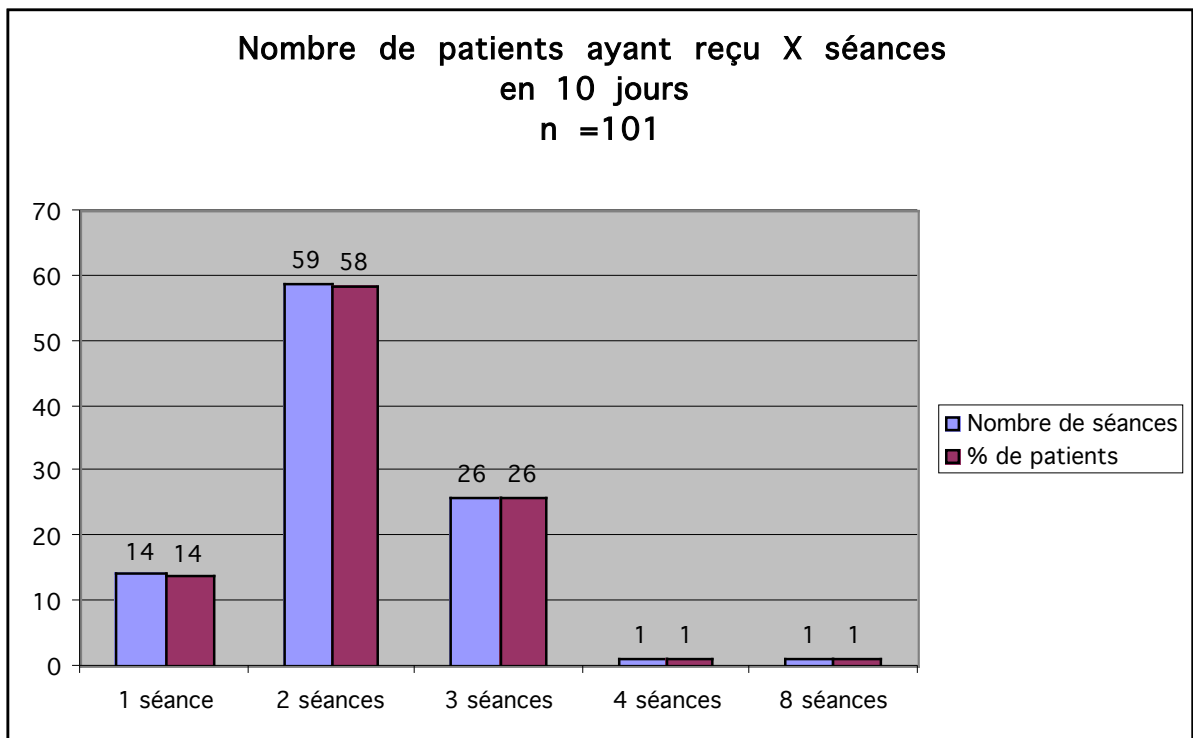


**Fig. 5** Répartition des patients en fonction des classes socio-professionnelles



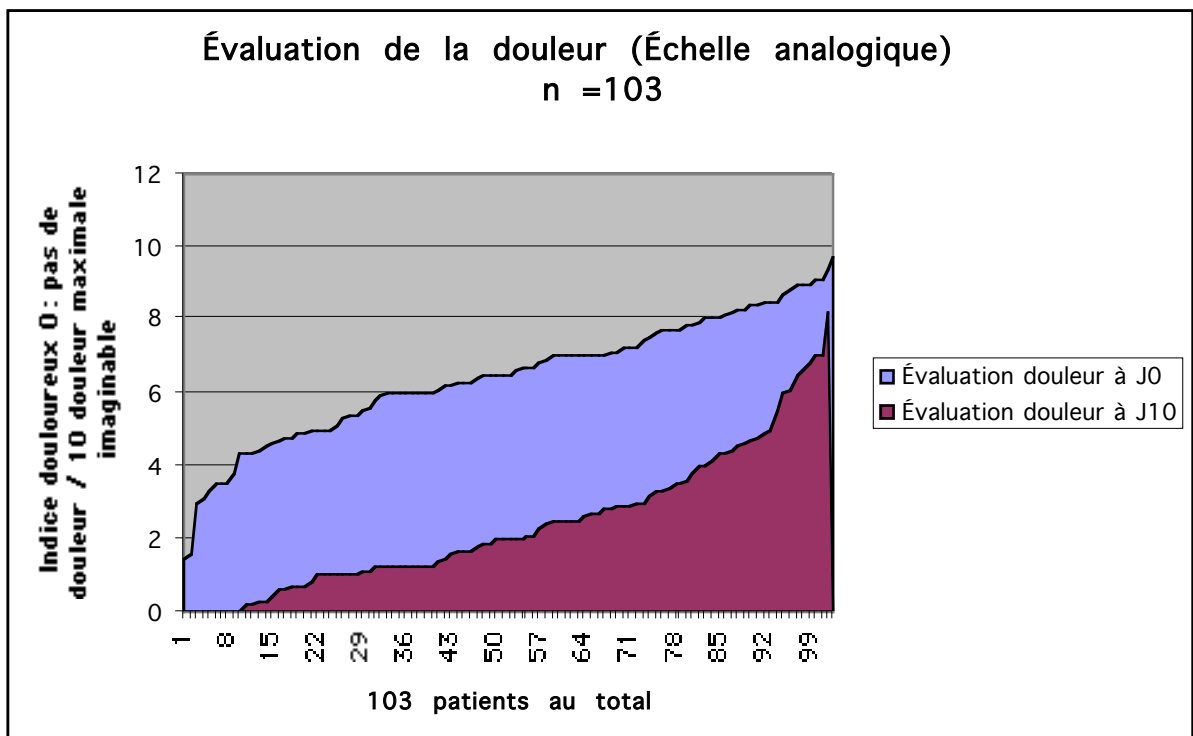
\*

**Fig. 6** Répartition des patients en fonction des tranches d'IMC (P/T2)  
48% des patients ont une surcharge pondérale et 9% sont obèses.



\*

**Fig. 7** Nombres de séances effectuées entre J0 et J10.



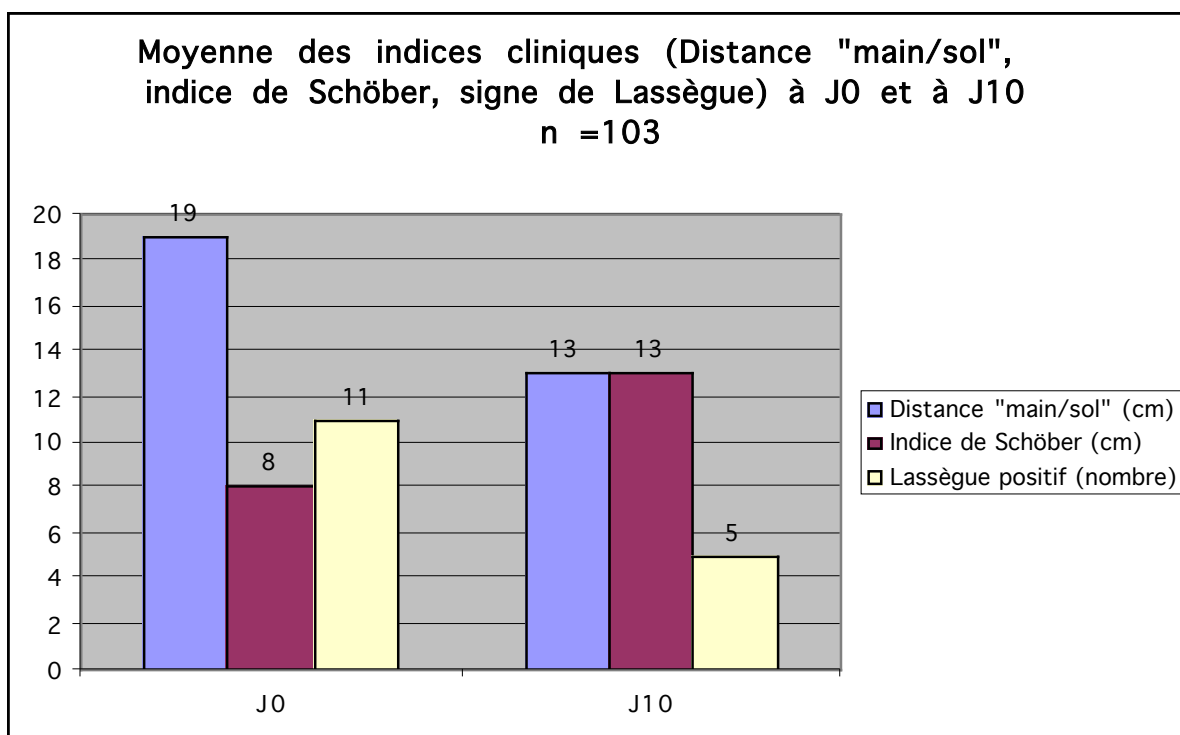
\*

**Fig. 8** Indices d'évaluation de la douleur sur échelle analogique.  
Courbes à J0 et à J10

Indices d'évaluation de la douleur	à J0	à J10	Pourcentage d'amélioration
Moyenne des indices douloureux	6,4	2,4	62%
Écart type des indices douloureux	1,7	1,9	

\*

**Fig. 9** Moyennes des indices d'évaluation de la douleur sur échelle analogique. Comparaison entre J0 et J10.



\*

**Fig. 10** Moyennes des indices cliniques (Distance main/sol, indice de Schöber, Lassègue). Comparaison entre J0 et J10

Moyennes des indices cliniques	J 0	J 1 0	% amélioration
Distance "main / sol" (cm)	19	13	34%
Indice de Schöber (cm)	8	13	35%
Lassègue positifs (nombre)	11	5	55%

\*

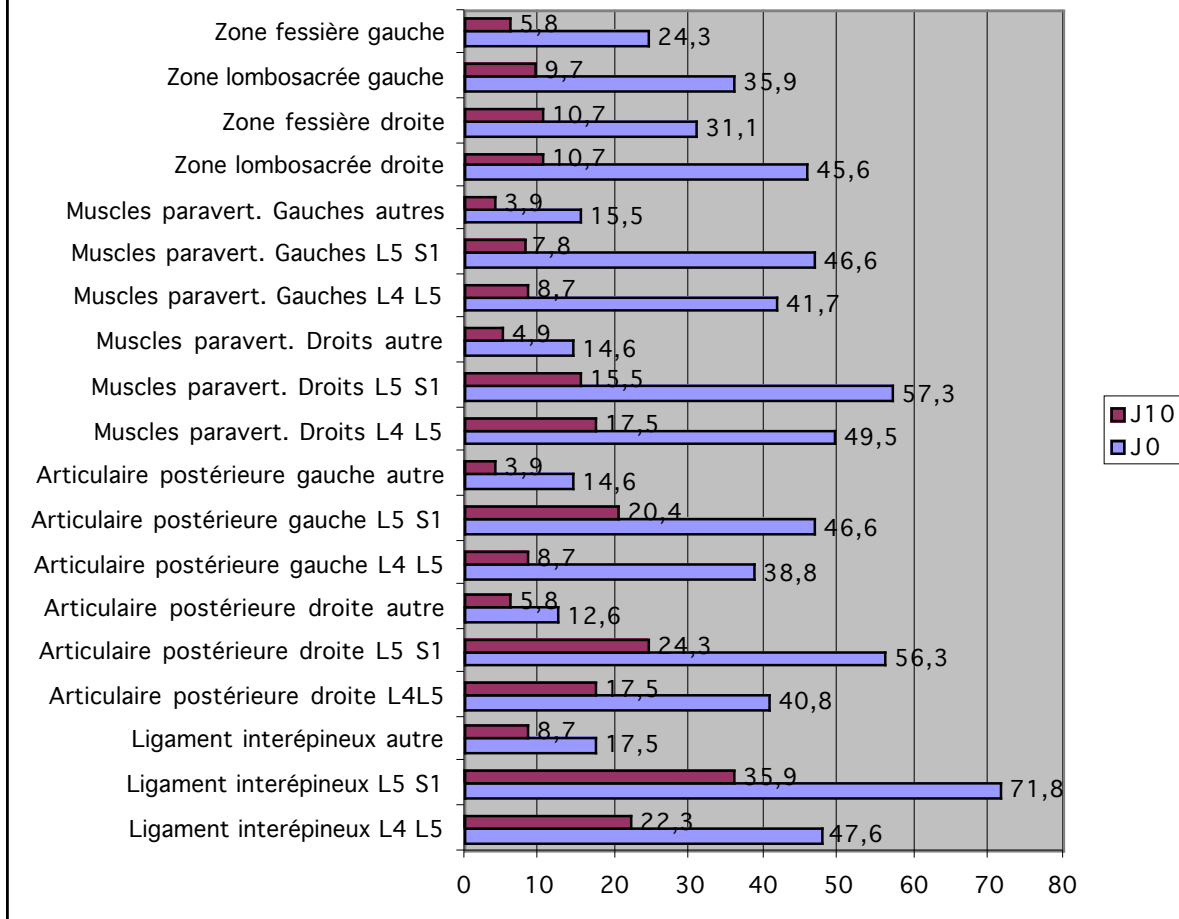
**Fig. 11** Moyennes des indices cliniques (Distance main/sol, indice de Schöber, Lassègue). Comparaison entre J0 et J10 avec pourcentages d'amélioration.

\*

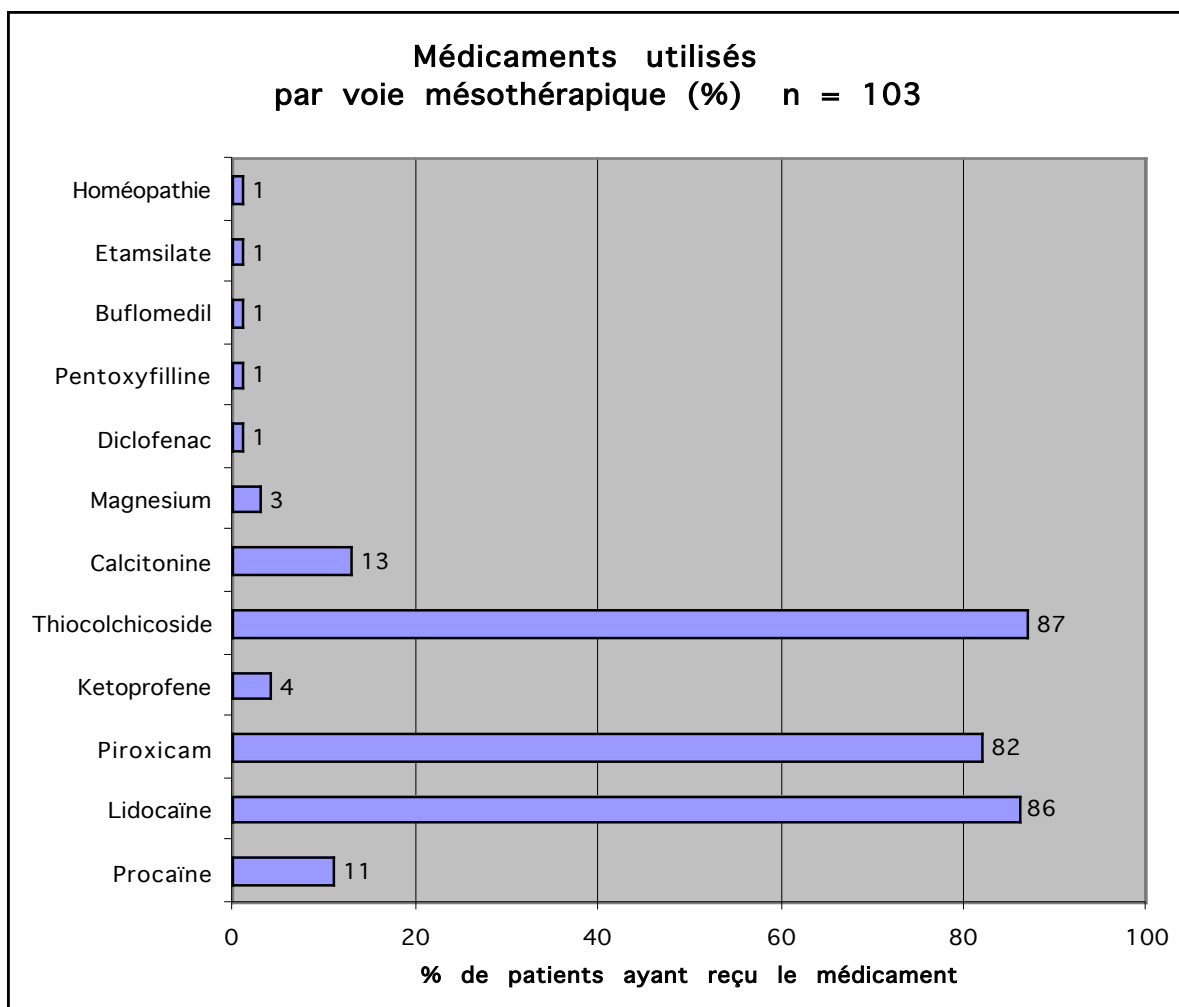


**% de patients souffrant d'une zone anatomique donnée.**

**Comparaison entre J0 et J10**



**Fig. 14** Pourcentage de patients douloureux par zones anatomiques à J0 et à J10



**Fig. 15** Médicaments utilisés par voie mésothérapique  
Le thiocolchicoside, la lidocaïne, le Piroxicam sont utilisés 8,5 fois sur 10 dans le traitement des lombalgies.

Associations de médicaments utilisés par voie mésothérapique	Nombre patients traités	%
Lidocaïne/Piroxicam/Thiocolchicoside	80	80%
Procaïne/Piroxicam/Thiocolchicoside	11	11%
Lidocaïne/Thiocolchicoside	10	10%
Lidocaïne/Piroxicam/Calcitonine	7	7%
Lidocaïne/Piroxicam	3	3%
Lidocaïne/Thiocolchicoside/Calcitonine	2	2%
Lidocaïne/Calcitonine	1	1%
Lidocaïne/Ketoprofene/Thiocolchicoside	1	1%
Lidocaïne	1	1%
Lidocaïne/Ketoprofene	1	1%

**Fig. 16** Associations de médicaments utilisés par voie mésothérapique.  
L'association "thiocolchicoside, lidocaïne, Piroxicam" est utilisée 8 fois sur 10 dans le traitement des lombalgies.

<b>Antalgiques</b>	<b>nombre patients traités</b>	<b>%</b>
Paracetamol	5	7%
Dextropropoxyphène/Paracetamol	15	15%
Dextropropoxyphène/Paracetamol/Caféine	3	3%
Ibuprofène	2	2%
Tramadol	4	4%
Paracetamol / codéine	1	1%

\*

**Fig. 17** Médicaments antalgiques donnés per os.

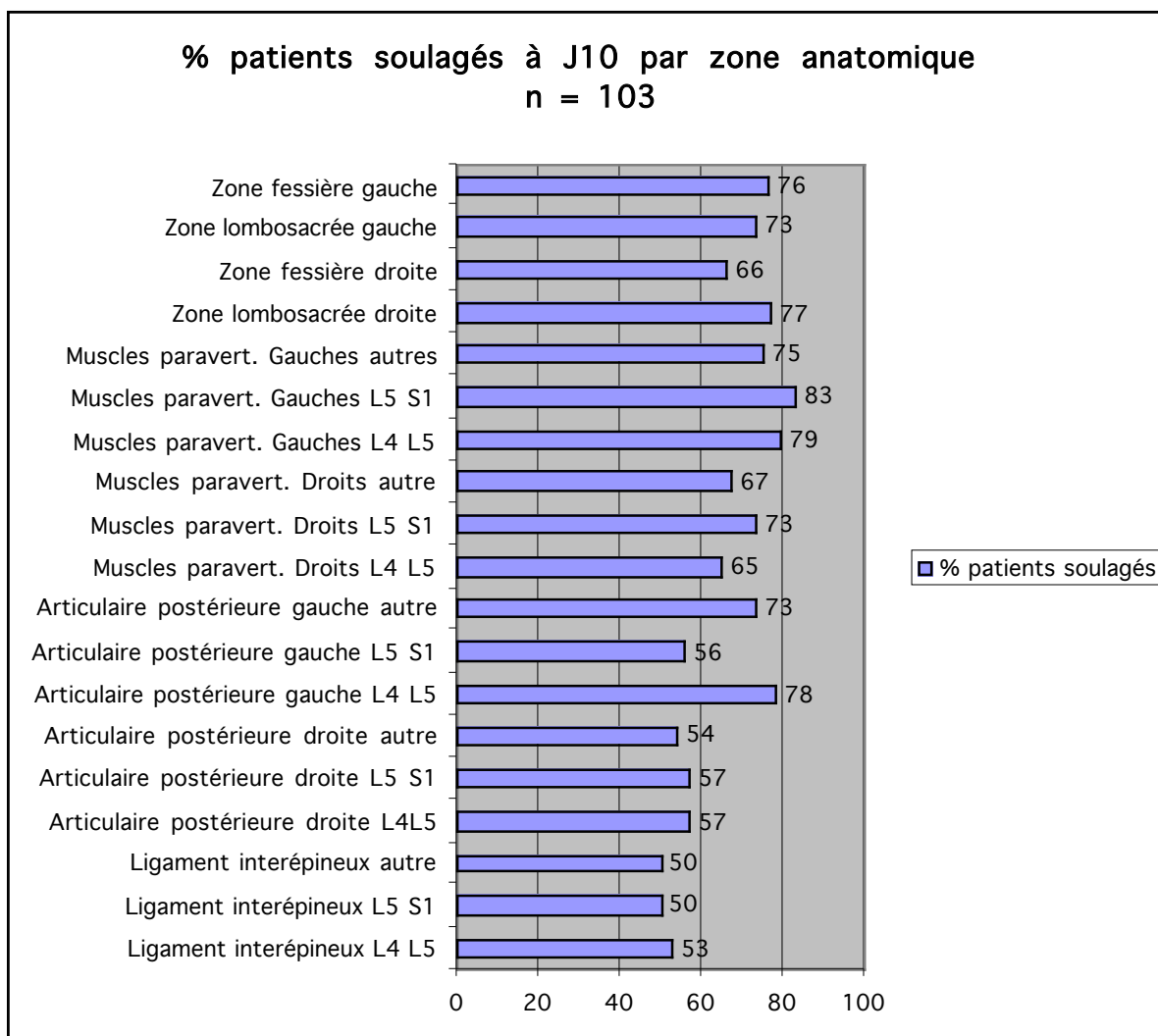
<b>AINS</b>	<b>nombre patients traités</b>	<b>%</b>
Ketoprofene	4	4%
Piroxicam Cyclodextrine	3	3%
Tenoxicam	2	2%
Nimesulide	2	2%

**Fig. 18** Antiinflammatoires non stéroïdiens donnés per os.

<b>Autre traitement</b>	<b>nombre patients traités</b>	<b>%</b>
Manipulations	31	30%
Dexamethazone-Salicylamide-Salicylate de glycol	8	8%
Tetrazepam	7	7%
Thiocolchicoside	4	4%
Kinésithérapie	4	4%
Bromazepam /Mianserine	1	1%
Mg-Li oligosols	1	1%
Hospitalisation	0	0%

**Fig. 19** Autres traitements

Les manipulations vertébrales sont utilisées dans 30% des cas de lombalgies.



\*

**Fig. 20** Pourcentage de patients douloureux (par zones traitées) à J10.  
En moyenne 66% des patients sont soulagés à J10.

Contrôle clinique ( n = 104)	Bonne	Moyenne	Médiocre
Amélioration de la souffrance intervertébrale segmentaire selon le médecin	62	28	9
Amélioration de la souffrance du tissu dermocutané selon le médecin	69	25	5
tolérance générale	94	4	2
Tolérance locale	96	3	1
Satisfaction globale du patient	59	33	8

\*

**Fig. 21** Contrôle clinique de l'amélioration des souffrances tissulaires.  
Appréciation de la tolérance du traitement et de la satisfaction des patients.

	n = 51	n = 52
<b>Inclusion</b>	<b>&lt; 6 mois</b>	<b>&gt; 6 mois</b>
Age	54,3	52,3
ecart type âge	13,7	14,3
hommes	24	34
femmes	27	18
Exploitants agricoles	4	4
Artisans commerçants	4	3
Cadres	4	7
Professions intermédiaires	4	5
Employés	5	9
Ouvriers	7	4
Retraités	13	11
Autres - Sans activité	9	8
IMC	0,25	0,25
Ecart type IMC	0,04	0,03

\*

**Fig. 22** Comparaison des critères d'inclusion.  
 Il n'existe pas d'écart net entre les deux populations "< 6 mois" et "> 6 mois".

\*

	n = 51	n = 51	n = 52	n = 52
<b>Critères cliniques d'examen à JO</b>	<b>&lt; 6 mois</b>	<b>%</b>	<b>&gt;6 mois</b>	<b>%</b>
Moyenne Indice Douleur	5,99		6,87	
Ecart type Indice Douleur	1,25		1,94	
Moyenne Distance main/sol -cm	20		19	
Ecart type Main/sol	14		12	
Moyenne Schöber	6		11	
Ecart type Schöber	5		4	
Lassègue	8	16	3	6
Ligament Interépineux L4L5	17	33	32	62
Ligament Interépineux L5S1	28	55	46	88
Ligament Interépineux autre	4	8	14	27
Articulaire post Droite L4L5	15	29	27	52
Articulaire post Droite L5S1	22	43	36	69
Articulaire post Droite autre	3	6	10	19
Articulaire post Gauche L4L5	18	35	22	42
Articulaire post Gauche L5S1	19	37	29	56
Articulaire post Gauche autre	2	4	13	25
Muscles paravert. Droits L4L5	22	43	29	56
Muscles paravert. Droits L5S1	27	53	32	62
Muscles paravert. Droits autres	6	12	9	17
Muscles paravert. Gauches L4L5	21	41	22	42
Muscles paravert. Gauches	22	43	26	50
Muscles paravert. Gauches	5	10	11	21
Cellulalgie Lombosacrée droite	17	33	30	58
Cellulalgie fessière droite	10	20	22	42
Cellulalgie Lombosacrée gauche	16	31	21	40
Cellulalgie fessière gauche	10	20	15	29
Hernie discale	3	6	2	4
Canal lombaire étroit	2	4	2	4

**Fig. 23** Comparaison des critères cliniques d'examen entre les deux populations.  
Le rachis paraît plus souple, les zones en souffrance paraissent plus fréquentes dans le groupe "> 6 mois".

	n = 51	n = 51	n = 52	n = 52
Traitement mésothérapique	< 6 mois	%	>6 mois	%
Procaïne	10	20	1	2
Lidocaïne	37	73	49	94
Piroxicam	39	76	42	81
Ketoprofene	3	6	1	2
Thiocolchicoside	42	82	44	85
Calcitonine	4	8	9	17
Magnesium	1	2	2	4
Diclofenac	1	2	0	0
Pentoxifylline	1	2	0	0
Buflomedil	0	0	1	2
Etamsilate	0	0	1	2
Homéopathie	0	0	1	2
Traitement par voie générale	18	35	31	60
Manipulation	11	22	20	38
Kinésithérapie	1	2	3	6

**Fig. 24** Comparaison des traitements entre les deux populations.

La procaïne paraît plus utilisées dans le groupe < 6 mois.

La calcitonine, le traitement par voie générale, les manipulations vertébrales, la kinésithérapie paraissent plus utilisées dans le groupe > 6 mois.

	n = 51	n = 51	n = 52	n = 52
<b>Critères cliniques d'examen à J10</b>	<b>&lt; 6 mois</b>	<b>%</b>	<b>&gt; 6 mois</b>	<b>%</b>
Moyenne Douleur	2,5		2,51	
Ecart type Douleur	2,27		2,01	
Moyenne Distance main/sol -cm	8		13	
Ecart type Main/sol	6		10	
Moyenne Schöber	11		12	
Ecart type Schöber	6,5		4,6	
Lassègue	3		2	
Moyenne nombre séances méso.	1,92		2,47	
Ecart type nb séances méso.	0,67		0,56	
Moyenne Profondeur d'injection	5,7		4,5	
Ecart type Profondeur	3,36		0,92	
Ligament Interépineux L4L5	5	10	18	35
Ligament Interépineux L5S1	8	16	29	56
Ligament Interépineux autre	1	2	8	15
Articulaire post Droite L4L5	6	12	12	23
Articulaire post Droite L5S1	6	12	19	37
Articulaire post Droite autre	1	2	5	10
Articulaire post Gauche L4L5	4	8	5	10
Articulaire post Gauche L5S1	7	14	14	27
Articulaire post Gauche autre	1	2	3	6
Muscles paravert. Droits L4L5	9	18	9	17
Muscles paravert. Droits L5S1	6	12	10	19
Muscles paravert. Droits autres	1	2	4	8
Muscles paravert. Gauches L4L5	5	10	4	8
Muscles paravert. Gauches	4	8	4	8
Muscles paravert. Gauches	0	0	4	8
Cellulalgie Lombosacrée droite	4	8	7	13
Cellulalgie fessière droite	5	10	6	12
Cellulalgie Lombosacrée gauche	5	10	5	10
Cellulalgie fessière gauche	2	4	4	8

**Fig. 25** Comparaison des critères cliniques d'examen entre les deux populations.

La fréquence des séances de mésothérapie paraît plus grande (2,47 contre 1,92), la profondeur d'injection paraît moindre (4,5 mm contre 5,66 mm) avec une moins grande variabilité, la zone médiale du rachis L5S1 (ligament interépineux, articulaires postérieures) paraît rester plus souvent douloureuse dans le groupe ">6 mois".



< 6mois - Nombre de patients souffrant d'une zone anatomique n = 51	J 0	J 1 0	% amélioration
Ligament Interépineux L4L5	17	5	71
Ligament Interépineux L5S1	28	8	71
Ligament Interépineux autre	4	1	75
Articulaire post Droite L4L5	15	6	60
Articulaire post Droite L5S1	22	6	73
Articulaire post Droite autre	3	1	67
Articulaire post Gauche L4L5	18	4	78
Articulaire post Gauche L5S1	19	7	63
Articulaire post Gauche autre	2	1	50
Muscles paravert. Droits L4L5	22	9	59
Muscles paravert. Droits L5S1	27	6	78
Muscles paravert. Droits autres	6	1	83
Muscles paravert. Gauches L4L5	21	5	76
Muscles paravert. Gauches L5S1	22	4	82
Muscles paravert. Gauches autres	5	0	100
Cellulalgie Lombosacrée droite	17	4	76
Cellulalgie fessière droite	10	5	50
Cellulalgie Lombosacrée gauche	16	5	69
Cellulalgie fessière gauche	10	2	80

**Fig. 25bis** Groupe < 6 mois .  
 Pourcentages d'amélioration clinique des zones anatomiques en souffrance.  
 72% d'amélioration en moyenne

> 6mois - Nombre de patients souffrant d'une zone anatomique n = 52	J 0	J 1 0	% amélioration
Ligament Interépineux L4L5	32	18	44
Ligament Interépineux L5S1	46	29	37
Ligament Interépineux autre	14	8	43
Articulaire post Droite L4L5	27	12	56
Articulaire post Droite L5S1	36	19	47
Articulaire post Droite autre	10	5	50
Articulaire post Gauche L4L5	22	5	77
Articulaire post Gauche L5S1	29	14	52
Articulaire post Gauche autre	13	3	77
Muscles paravert. Droits L4L5	29	9	69
Muscles paravert. Droits L5S1	32	10	69
Muscles paravert. Droits autres	9	4	56
Muscles paravert. Gauches L4L5	22	4	82
Muscles paravert. Gauches L5S1	26	4	85
Muscles paravert. Gauches autres	11	4	64
Cellulalgie Lombosacrée droite	30	7	77
Cellulalgie fessière droite	22	6	73
Cellulalgie Lombosacrée gauche	21	5	76
Cellulalgie fessière gauche	15	4	73

**Fig. 25ter** Groupe > 6 mois .  
 Pourcentages d'amélioration clinique des zones anatomiques en souffrance.  
 63% d'amélioration en moyenne

	n = 51	n = 51	n = 52	n = 52
<b>Contrôle</b>	<b>&lt; 6 mois</b>	<b>%</b>	<b>&gt;6 mois</b>	<b>%</b>
<b>Amélio. Souff/Intervert.Segmentaire</b>				
Bonne	34	67	30	59
Moyenne	13	25	16	31
Médiocre	4	8	5	10
<b>Amélio. Souff/Tissu dermo-cutané</b>				
Bonne	29	66	34	72
Moyenne	13	30	10	21
Médiocre	2	5	3	6
<b>Tolérance générale</b>				
Bonne	49	96	47	92
Moyenne	1	2	3	6
Médiocre	1	2	1	2
<b>Tolérance locale</b>				
Bonne	47	92	51	100
Moyenne	3	6	0	0
Médiocre	1	2	0	0
<b>Satisfaction globale patient</b>				
Bonne	34	67	26	50
Moyenne	15	29	18	35
Médiocre	2	4	6	12

**Fig. 26** Comparaison du contrôle clinique dans les deux populations.

L'amélioration, selon le médecin, des signes de souffrance intervertébrale segmentaire et du tissu dermo-cutané, la tolérance locale et générale, selon le patient, paraissent bons chez plus de la moitié des patients des deux groupes.

La satisfaction globale du patient paraît meilleure dans le groupe "<6 mois".

	n = 30	n = 71
<b>Inclusion</b>	<b>Sans cellalgie</b>	<b>Avec cellalgie</b>
Age	56	52
ecart type âge	13,21	14,25
Hommes	17	39
Femmes	13	32
IMC	0,25	0,25
< 6mois	22	28
> 6mois	7	44

\*

**Fig. 27** Critères d'inclusion dans les groupes avec et sans cellalgies.

Les cellalgies semblent apparaître avec le temps d'évolution des lombalgies.

\*

Sans cellulalgie n = 30	J 0	J 10	% amélioration
Evaluation Douleur	5,21	2,24	57
Main/sol	18	10	44
Schöber	6	7	14

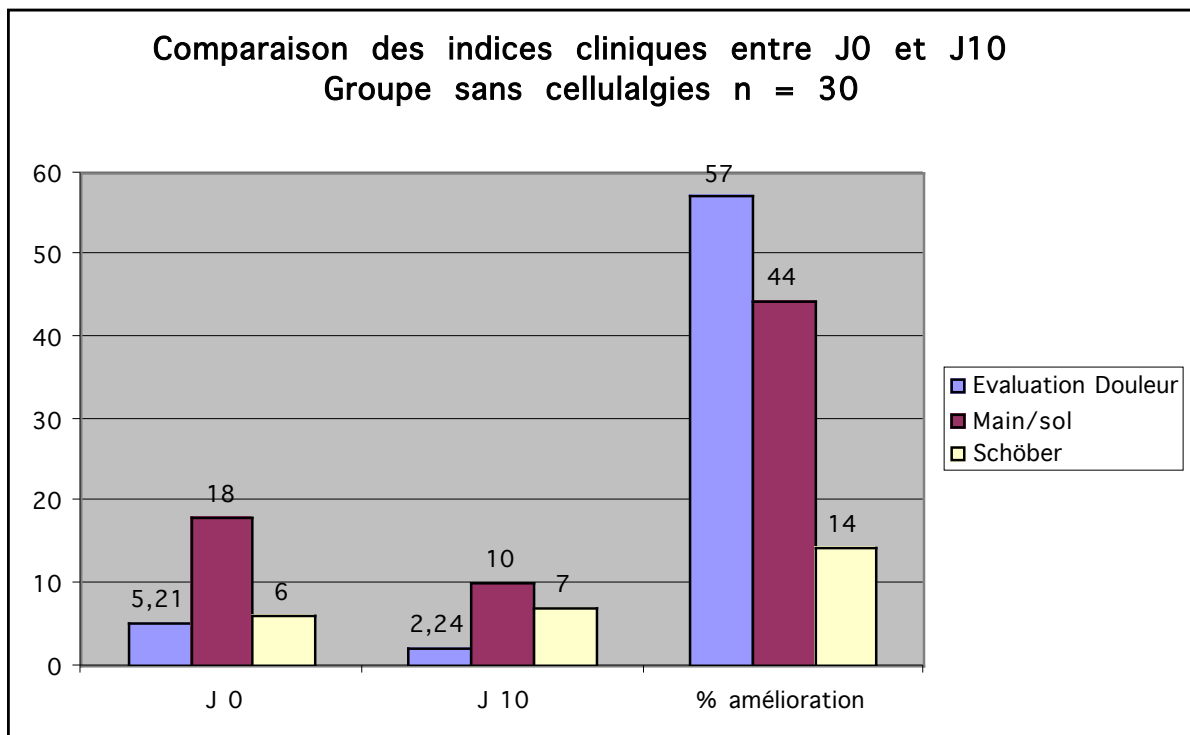
**Fig. 28** Indices cliniques dans le groupe “sans cellulalgies” n = 30

Avec cellulalgie n = 71	J 0	J 10	% amélioration
Evaluation Douleur	6,93	1,35	81
Main/sol	20	8	60
Schöber	10	11	9

\*

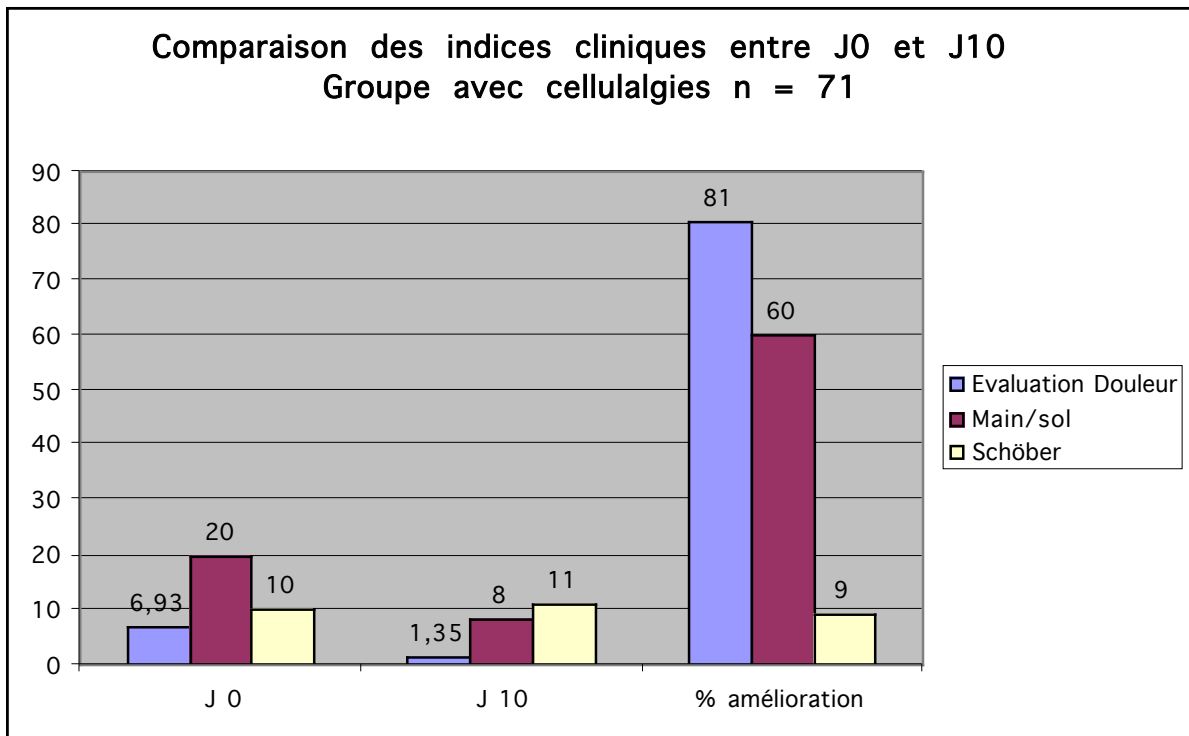
**Fig. 29** Indices cliniques dans le groupe “avec cellulalgies” n = 71

L’indice de la douleur est plus marqué (6,93 contre 5,21) à J0 et l’amélioration est plus nette (81% contre 57%)



\*

**Fig. 30** Comparaison du contrôle clinique entre J0 et J10 dans le groupe sans cellulalgies



**Fig. 31** Comparaison du contrôle clinique entre J0 et J10 dans le groupe avec cellulalgies

\*

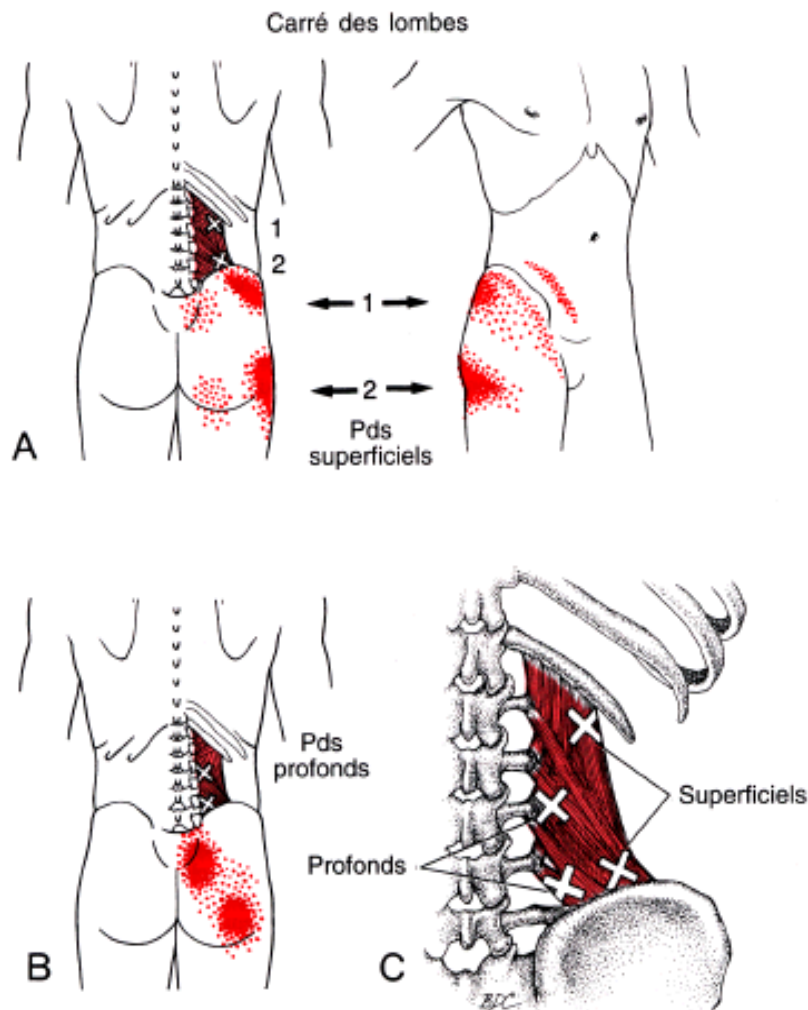
Contrôle clinique	n = 30	n = 30	n = 71	n = 71
<b>Amélioration souffrance intervertébrale segmentaire</b>	<b>Sans cellulalgie</b>	<b>%</b>	<b>Avec cellulalgie</b>	<b>%</b>
Bonne	18	60	44	62
Moyenne	7	23	22	31
Médiocre	4	13	5	7
<b>Amélioration souffrance tissu dermocutané</b>				
Bonne	11	37	51	72
Moyenne	6	20	17	24
Médiocre	3	10	2	3
<b>Tolérance générale</b>				
Bonne	29	97	66	93
Moyenne	0	0	4	6
Médiocre	1	3	1	1
<b>Tolérance locale</b>				
Bonne	28	93	69	97
Moyenne	1	3	2	3
Médiocre	1	3	0	0
<b>Satisfaction globale patient</b>				
Bonne	17	57	42	59
Moyenne	9	30	24	34
Médiocre	3	10	5	7

**Fig. 32** Comparaison du contrôle clinique dans les deux populations avec et sans cellulalgies.

L'amélioration de la souffrance intervertébrale segmentaire est bonne dans les 2 groupes (61% en moyenne)

L'amélioration de la souffrance du tissu dermocutané est bonne à 72% dans le groupe "avec cellulalgie", résultat du traitement local épidermique IED, associé au traitement MPS - IDP et IHD.

La tolérance générale et locale est excellente dans les 2 groupes (95% en moyenne)



\*

**Fig. 33** Points détente et douleurs référées du muscle carré des lombes.(Travell)

## **XVII- BIBLIOGRAPHIE**

- <sup>1</sup> JORIS M. - *Traitement des rachialgies par mésothérapie des points de croisement musculaires* , p265 à 272- 6<sup>o</sup> congrès de mésothérapie de Bruxelles - oct 1992 ,
- <sup>2</sup> RIAUD G. - *Lombalgies chroniques à la consultation anti douleur* , p 13 - 16- Bulletin de la SFM n<sup>o</sup> 102 - 1998
- <sup>3</sup> MREJEN D. *Démembrement des lombalgies. Ressources et limites de la mésothérapie*, p 25, 26- bulletin de la SFM n<sup>o</sup>104 - 1998
- <sup>4</sup> MREJEN D. - *La mésothérapie ponctuelle systématisée* , Éditions Mediffusion - 1987
- <sup>5</sup> MREJEN D. - *Mal de dos chronique -Maîtrisez vos douleurs rebelles. Collection Atlas thérapeutique* Ed. Mediffusion -1995
- <sup>6</sup> TRAVELL G. - SIMONS D. : *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux* - Ed Haug
- <sup>7</sup> HUTEAU.Y - *Pharmacopée en Mésothérapie* - SFM -1999
- <sup>8</sup> VIDAL 2000 - Ed. du Vidal

- 
- <sup>9</sup> CHOS D - *Souffrance Intervertébrale Dégénérative (SID de Mrejen) et Dérangement Intervertébral Mineur (DIM de Maigne). Analyse sémiologique comparée. Dédutions thérapeutiques en mésothérapie*, p 220 à 224 Congrès international de Bordeaux - 1995
- <sup>10</sup> MARTHAN J - *Intérêt de la mésothérapie dans le traitement des cellulalgies résiduelles après manipulation d'un DIM*, p 225 à 229 - Congrès international de Bordeaux - 1995
- <sup>11</sup> MREJEN D.- *La mésothérapie ponctuelle systématisée* , Éditions Mediffusion- 1995
- <sup>12</sup> TRAVELL G. - SIMONS D. : *Douleurs et troubles fonctionnels myofasciaux* - Ed Haug