

Intérêt des grandes dilutions en mésothérapie dans le traitement des lombalgies : revue de cas cliniques à propos de 25 cas

Dr Bernard GUEZ - Nice, France

INTRODUCTION - DÉFINITION

La technique des grandes dilutions en mésothérapie consiste en l'injection intradermique (technique main-seringue) ou sous-cutanée (hydromésoperfusion) d'une solution saline physiologique (technique tumescente ou hydrotomie).



Fig. 1 : Technique main-seringue par injection intradermique profonde (aiguille 0,4 x 4 mm)

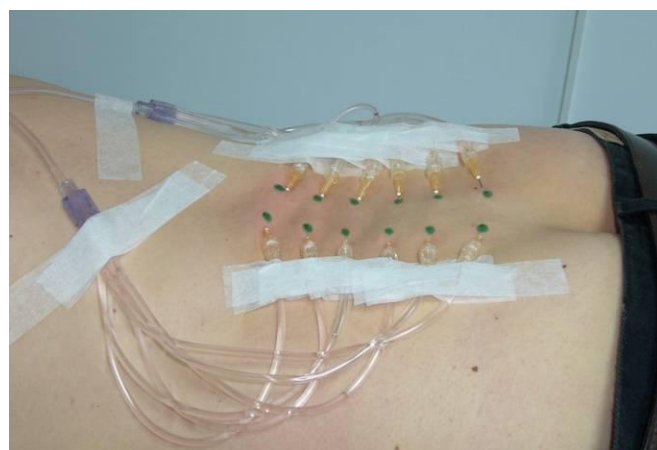


Fig. 2 : Technique de mésoperfusion (250 ml) par injection sous-cutanée (aiguilles de 0,5 x 16 mm)

HISTORIQUE

- Au début du siècle dernier le biologiste René QUINTON soulignait l'intérêt de l'eau de mer dans la déshydratation aiguë du nourrisson ^[1].
- Le Dr Michel PISTOR utilisait l'eau de mer pour diluer ses mélanges ou les oligosols antérieurement injectables ^[2].
- En médecine esthétique on utilise une dilution de Xylocaine dans du sérum physiologique pour infiltrer les tissus ^[3].
- En gériatrie l'hydratation du sujet âgé peut se faire par voie sous cutanée (NaCl 0,9 % ou Glucose 5 %) ^[4].

INTÉRÊT DE LA TECHNIQUE

L'eau permet l'hydratation de la matrice extracellulaire avec une **meilleure diffusion locorégionale ciblée sur une lésion** de la surface vers la profondeur. Elle constitue un véhicule d'apport thérapeutique pour les médicaments, en conformité avec l'AMM du NaCl 0,9 %. Elle permet également une normalisation des constantes physicochimiques inhérentes à l'injection locale (pH, osmolarité, diffusion locorégionale de certains mélanges, résorption, douleur lors de l'injection...)

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'étude présentée a pour but **d'évaluer l'amélioration clinique et fonctionnelle de patients souffrant de lombalgies chroniques.**

Il s'agit d'une étude ouverte rétrospective à propos de 25 patients présentant une lombalgie chronique depuis plusieurs mois ou plusieurs années, dans les indications suivantes : douleurs lombaires, arthrose, canal lombaire étroit, sciatalgies, hernies discales.

Les items suivants ont été retenus :

- Age
- Ancienneté des lésions
- Traitements antérieurs (infiltrations...)
- Prise d'antalgiques (paliers I, II, III, AINS, autres)
- Indice EVA de la douleur à l'entrée
- Amélioration clinique (nombre de semaines et suppression des antalgiques)
- EVA à la fin de l'étude

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les patients inclus dans l'étude ont été traités par l'une ou l'autre des techniques suivantes :

1) Technique Main-Seringue



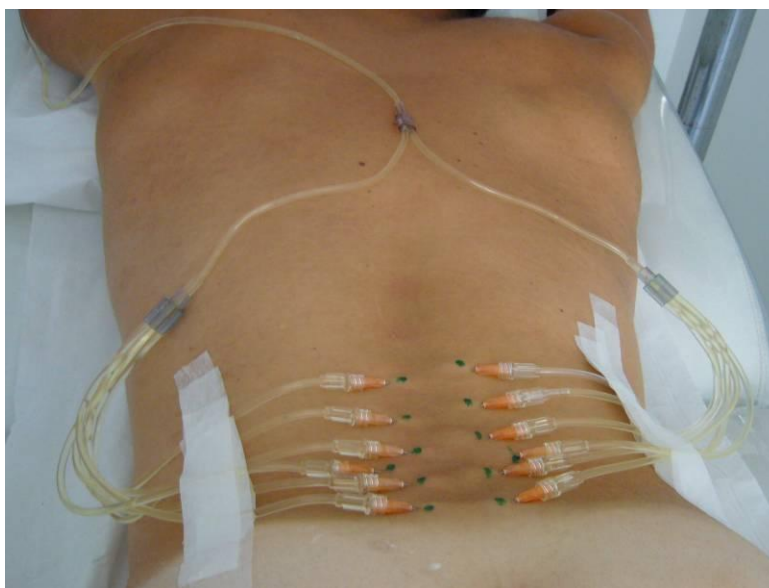
Fig. 3 : Technique main-seringue (technique tumescente)

2) Technique de mésoperfusion

Fig. 4 (à droite)



Fig. 5 (ci-dessous) :
Technique de
mésoperfusion par
injection sous-cutanée
(technique tumescente)



Les protocoles 1 et 2 sont effectués alternativement à raison de 2 séances pour chaque protocole à une semaine d'intervalle (4 à 8 séances en moyenne), puis une séance tous les 15 jours, puis une fois par mois, selon le type et l'ancienneté de la lésion.

Attention : Ces techniques de soins sont enseignées lors des stages de formations aux praticiens habilités à les pratiquer dans le cadre de leur formation reconnue par diplôme d'État.

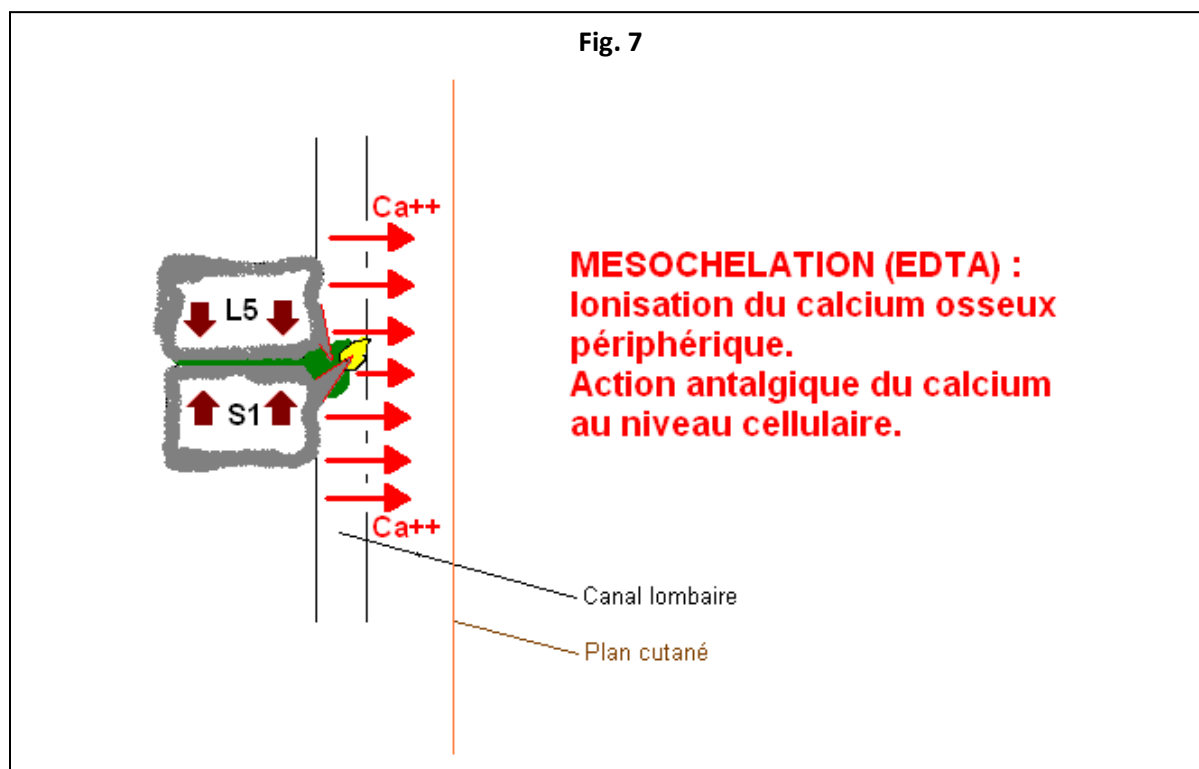
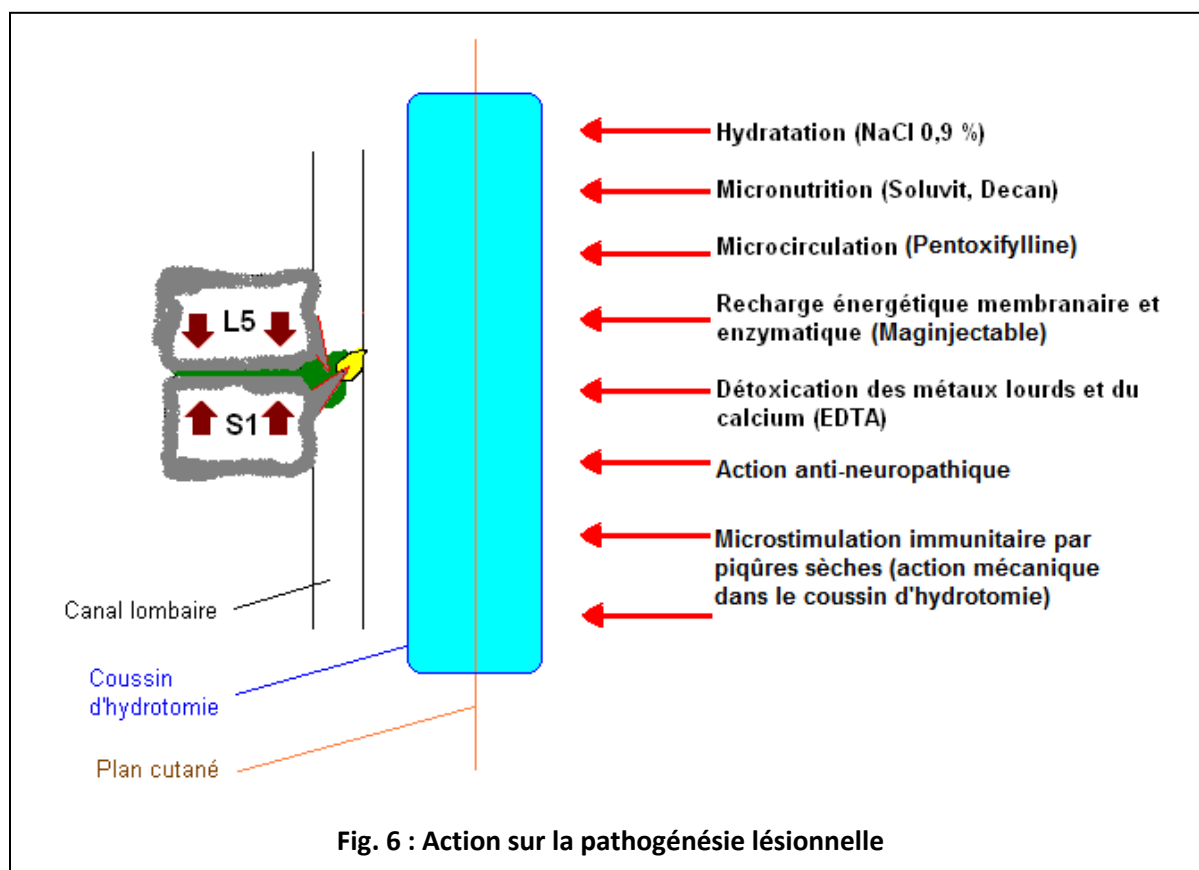
INTÉRÊT DE LA PHARMACOPEE

- NaCl 0,9 % : hydratation de la matrice extra cellulaire, véhicule d'apport thérapeutique (intérêt dans les discopathies : forte hydrophilie discale) ^[5].
- Xylocaïne 1 % : anesthésie de surface, analgésie ^[5].
- Soluvit (complexe B : vitamines B1, B2, B3, B6, B9, B12, Vitamine C, acide folique) intervient dans le cycle de KREBS. Régénération cellulaire, activateur des coenzymes, action sur la respiration cellulaire (mitochondries) et dans les réactions d'oxydoréductions essentielles ^[5].
- Maginjectable : recharge énergétique membranaire et enzymatique ^[5].
- EDTA (acide éthyl-diamino-tétra-acétique, sel de sodium), chélateur des métaux lourds et du calcium. Ionisation des ions calcium. Il déplace le calcium du squelette osseux périphérique. Intérêt dans l'osteocondensation marginale exubérante et l'ostéophytose (ex : canal lombaire étroit et discopathie). Réduction des contacts osseux directs ^{[6][7]}.
- Décan : oligothérapie injectable utilisée en médecine parentérale : Mn, Zn, Cu, Fe, Co, I, sel ^[5].
- Pentoxifylline : vasodilatateur anti-ischémique, accélère le *turn over* cellulaire, action anti-radicalaire, améliore la déformabilité des hématies, anti-TNF α ^[8].
- Kétoprofène : AINS mais en grande dilution action anti-agrégant plaquettaire, fluidifiant sanguin. Action "aspirine like". Action synergique avec la Pentoxifylline sur la microcirculation ^[5].

Ainsi, les différents protocoles vont agir sur le plan structurel et fondamental en activant les unités de compétence de la peau ^[9] :

- Unité fondamentale : hydratation, détoxication, recharge énergétique de la matrice extracellulaire, du liquide interstitiel et du tissu conjonctif.
- Unité circulatoire : micro artérioles, veinules, lit capillaire et lymphatique (effet de drainage).
- Unité neurologique : action anti-neuropathique, analgésique, anticalcique.
- Unité immunologique : piqûres sèches dans le coussin d'hydrotomie, activation des mécanismes de défense naturels de la peau.

Cette pharmacopée par son action globale et répétée va pouvoir améliorer la plasticité rachidienne par l'hydratation ainsi que la compliance ostéo-articulaire dans sa fonction (intérêt dans les séquelles d'arthrodèse et de fibrose post-opératoires).



RÉSULTATS

Les résultats de cette étude rétrospective sont présentés dans le tableau ci-dessous [Fig. 8].

Fig. 8 : TABLEAU RÉCAPITULATIF DE L'ÉTUDE

PATIENTS: 1 ^{ÈRE} CONSULTATION SYMPTOMATOLOGIE clinique et radiologique	ÂGE	ANCIENNETÉ DES LÉSIONS (en mois)	TRAITEMENT ANTÉRIEUR	PRISE D'ANTALGIQUES	EVA À L'ENTRÉE	AMÉLIORATION CLINIQUE (Temps en semaine)	EVA EN FIN D'ÉTUDE
PATIENT 1 : 06/11/2012 Volumineuse HD L4-L5	47	48	2 infiltrations cortisoniques sous scanner	AINS	5/10	11/12/2012 5 semaines	29/03/2013 2/10
PATIENT 2 : 16/11/2012 HD L5-S1, récurrence, opérée oct. 2011	49	9			6/10	12/12/2012 4 semaines	30/07/2013 1 à 2 / 10
PATIENT 3 : 04/07/2013 HD L2-L3 sévère	76	9		Paracétamol + Palier II	7/10	02/08/2013 4 semaines	2/10
PATIENT 4 : 29/04/2013 HD L4-L5, conflit L5-S1 G	44	180			7/10	04/07/2013 10 semaines	02/08/2013 2/10
PATIENT 5 : 21/09/2009 Discopathie L5-S1 sténose biforaminaire	64	156	Infiltrations cortisoniques sous scanner		7/10	08/12/2009 10 semaines	2/10
PATIENT 6 : 06/03/2012 Volumineuse HD L5-S1 G, expulsion fragmentaire	47	6	2 infiltrations sous scanner		8/10	06/06/2012 12 semaines	1 à 2 / 10
PATIENT 7 : 01/08/2012 Arthrodèse	62	120	Electrostimulateur	Actiskenan Morphinique AINS Lyrica 300 mg / j	8/10	13/03/2013 36 semaines Arrêt des ATG	3 à 4/10
PATIENT 8 : 01/08/2012 discopathie	75	8		AINS	7/10	02/04/2013 36 semaines	2/10
PATIENT 9 : 10/02/2012 Canal lombaire étroit Sciatique G	79	8	3 infiltrations sous scanner	Zaldiar Lamaline Palier II	10/10	07/01/2013 44 semaines Arrêt des ATG	1/10
PATIENT 10 : 06/12/2012 Sténose canalaire	73	60	Infiltration sous scanner	Palier II	7/10	31/01/2013 8 semaines Arrêt des ATG	2/10
PATIENT 11 : 23/05/2013 HD L5-S1	19	15	infiltration		5/10	23/07/2013 8 semaines	2/10
PATIENT 12 : 12/02/2013 Discopathie sciatique G	60	12	3 infiltrations sous scanner ALTIM		7/10	03/07/2013 16 semaines	1/10
PATIENT 13 : 22/03/2013 Lombalgie post-traumatique	63	16			8/10	22/07/2013 16 semaines Arrêt des ATG	1/10
PATIENT 14 : 05/10/2012 HD L4-L5	31	60	Infiltration ALTIM	Topalgic 50 X 3 Palier II	7/10	07/03/2013 20 semaines Arrêt des ATG	1/10
PATIENT 15 : 30/04/2012 HD L4-L5	29	96	Infiltration sous scanner ALTIM	AINS ATG palier II	7/10	08/01/2013 32 semaines Arrêt des ATG	2/10
PATIENT 16 : 18/07/2012 Canal lombaire étroit	67	192		AINS Corticoïdes ATG palier II	8/10	17/12/2012 20 semaines Arrêt des ATG	1/10
PATIENT 17 : 2002 Lombalgie	70	120			6/10	01/08/2004 52 semaines	1/10
PATIENT 18 : 26/01/2012 HD L4-L5	57	3		AINS	8/10	16/04/2013 10 semaines Arrêt des ATG	2/10
PATIENT 19 : 22/03/2011 HD L5S1	53	24	3 infiltrations sous scanner Indication chirurgicale	Palier II	8/10	20/07/2011 16 semaines Arrêt des ATG	3/10
PATIENT 20 : 05/11/2010 Lombalgie	85	3		Palier II	6/10	05/01/2011 8 semaines	1/10
PATIENT 21 : 18/04/2013 Lombosciatique	49	151	2 infiltrations sous scanner	Palier II	8/10	01/08/2013 14 semaines Arrêt des ATG	3/10
PATIENT 22 : 06/09/2007 Canal lombaire étroit	75	24	infiltration	Palier I	6/10	06/11/2007 8 semaines Arrêt des ATG	1/10
PATIENT 23 : 25/04/2013 Sténose biforaminaire	74	8		Palier II	9/10	04/07/2013 9 semaines Arrêt des ATG	4/10
PATIENT 24 : 10/03/2013 Canal lombaire étroit Discopathie	70	6	Infiltration sous scanner	Palier I ou et II	7/10	10/05/2013 8 semaines Arrêt des ATG	2/10
PATIENT 25 : 08/03/2012 Discopathie protrusive	65	8	Infiltration	Palier II	8/10	15/06/2012 8 semaines Arrêt des ATG	2/10
MOYENNES	59,32	53,60	14 infiltrations	17 patients sous ATG	7,20	14 arrêts des ATG	1,80

Signification des abréviations : HD = hernie discale ; G = gauche ; D = droite ; ATG = antalgiques.

Dans notre étude composée de 12 hommes et de 13 femmes, les pathologies retrouvées étaient les suivantes :

- lombalgies = 25
- sciatalgies = 8
- hernies discales = 10
- canal lombaire étroit = 7
- discopathies protrusives = 9
- séquelles d'arthrodèse, fibrose post-opératoire = 2

Résultats sur l'ensemble de la population évaluée :

- âge moyen : 59,32 ans
- ancienneté des lésions en mois : 53,60 mois (soit env. 4 ans et demi)
- traitements antérieurs :
 - patients ayant eu une ou plusieurs infiltrations cortisoniques, sans résultat, à long terme : 14
 - électrostimulation centre anti douleur = 1
 - patients sous AINS , antalgiques palier II , anti-neuropathiques type prégabaline ou morphiniques avec prise de médicaments de manière permanente ou occasionnelle = 18
- EVA moyenne à J 0 = 7,20
- amélioration clinique et absence de prise d'antalgiques = 15,12 semaines
- EVA moyenne à la sortie de l'étude 13,92 semaines = 1,80

Interprétation des résultats :

Cette revue de cas cliniques montre globalement des résultats très satisfaisants. En effet, on note une amélioration très nette de la symptomatologie (**EVA de sortie = 1,80**).

Chez des patients souffrant depuis de nombreuses années de lombalgies chroniques (environ 4 ans et demi), des **résultats intéressants** sont obtenus au bout d'un délai de seulement 3 mois et demi en moyenne.

Alors que les traitements conventionnels (infiltrations, antalgiques, AINS, électrostimulation...) ont montré des résultats souvent insuffisants, ces techniques ici utilisées ont permis de **supprimer la prise d'antalgiques** dans la majorité des cas.

DISCUSSION ET INTÉRÊTS DE LA MÉTHODE

La **technique des grandes dilutions** en mésothérapie avec une pharmacopée adaptée spécifique sur la pathogénésie permet d'atteindre de la surface vers la profondeur des lésions situées plus profondément comme les discopathies (véritable tête de pont du coussin d'hydrotomie pour véhiculer les médicaments). Les solutions salines physiologiques vont permettre d'hydrater le disque intervertébral. L'EDTA en ionisant le calcium va permettre également de déplacer le calcium du squelette osseux périphérique permettant de "soulager" la pression intra discale (problème hydromécanique). Les différents médicaments cités vont agir sur le plan structurel et fondamental permettant d'introduire la notion de plasticité rachidienne et de compliance discale en améliorant les rapports neuro-anatomiques

vertébraux. Action péri-osseuse intra et péri-articulaire (sur les disques, cartilages, ligaments, tendons, nerfs).

Dans notre expérience, il est apparu une amélioration des résultats lors de l'augmentation du volume de NaCl 0,9 % injecté (40 ml, 50 ml voire 250 ml). Il semblerait, qu'en dépit d'une dilution alors plus importante de l'agent pharmacologique, de meilleurs résultats sont obtenus plus rapidement.

CONCLUSION

Cette technique, simple à mettre en œuvre au cabinet du mésothérapeute, a permis d'améliorer de nombreux patients en évitant la chirurgie à 2 d'entre eux (IRM avant/après : Fig. 9 et 10, 11 et 12).

Elle devra être confirmée par d'autres études multicentriques et à une plus grande échelle (étude randomisée en double aveugle difficile à réaliser en médecine libérale).

Le Dr Michel PISTOR dans son ouvrage " Mésothérapie Pratique" ^[10] soulignait l'intérêt de cette technique concernant l'avenir de la mésothérapie par ces termes : "Le bon endroit sera prioritaire, peu et rarement seront nos géométries variables".

BIBLIOGRAPHIE

- [1] QUINTON R. - L'eau de mer milieu organique, *Masson Éd.*, 1912.
- [2] PISTOR M. - Un défi thérapeutique, *Maloine Éd.*, 3^{ème} édition.
- [3] KLEIN JA. - The tumescent technique for liposuction surgery, *Am J Cosmet Surg*, 1987.
- [4] C-CLIN Est. - Perfusion sous-cutanée ou hypodermoclyse, *Recommandations de bonnes pratiques*, 2006.
- [5] Vidal, Dictionnaire, 2013.
- [6] Vidal, Dictionnaire, 2007.
- [7] DALLOZ-BOURGUIGNON A. - 10 gestes de mésothérapie, *Maloine Éd.*, 1980, p. 98.
- [8] Vidal, Dictionnaire, 2009.
- [9] BONNET C, LAURENS D, PERIN JJ. - Guide pratique de mésothérapie, *Elsevier-Masson*, 2012, p. 6.
- [10] PISTOR M. - Mésothérapie pratique, *Masson Éd.*, 1998, p. 191.

Coordonnées de l'auteur

Docteur Bernard GUEZ
162-B rue de France
06000 Nice, France
Tél. : + 33 (0) 4 93 44 59 89

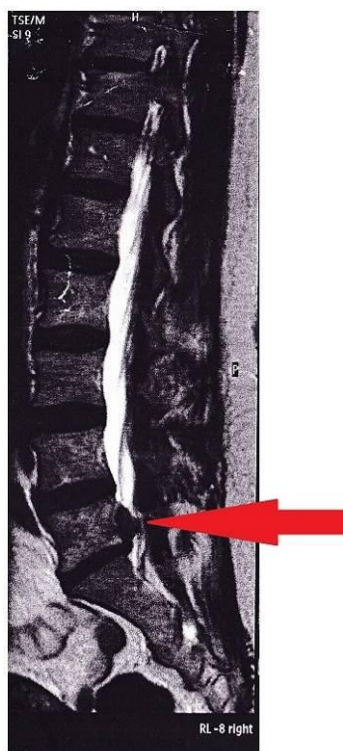


Fig. 9 : PATIENT A, le 08/05/2012
Hernie discale L5-S1 partiellement
expulsée migrée vers le haut
(indication chirurgicale)



Fig. 10 : PATIENT A, le 28/11/2012
Débord discal modéré L5-S1,
décompression du fourreau dural, traitement par
hydrotomie percutanée (mésoperfusion)



Fig. 11 : PATIENT B, le 04/01/2012
Hernie discale L4-L5
(indication chirurgicale)



Fig. 12 : PATIENT B, le 24/10/2012
Résorption de la hernie discale L4-L5,
traitement par hydrotomie percutanée (mésoperfusion)