

Évaluation de la mésothérapie en
cabinet de ville
Évaluation des pratiques

Dr Pierre LECOMTE

DATE : / / . NOM :

PRENOM :

Entourez la réponse qui convient le mieux

Au moment présent votre douleur est-elle ? :

⁸ Absente, ⁹ Très légère, ¹⁰ Légère, ¹¹ Modérée, ¹² Forte, ¹³ Très forte, ¹⁴ Insupportable.

Votre douleur est-elle ? :

¹⁵ Absente Intermittente, ¹⁶ Due au sport ¹⁹
 Permanente ¹⁷ Due à l'effort ²⁰
 Permanente avec des crises ¹⁸ Au repos ²¹

Votre douleur perturbe t-elle votre vie quotidienne ?

²² Pas du tout, ²³ Très légèrement, ²⁴ Légèrement, ²⁵ Modérément, ²⁶ Fortement, ²⁷ Très fortement, ²⁸ Invivable.

Votre douleur perturbe t-elle votre vie professionnelle ?

²⁹ Pas du tout, ³⁰ Très légèrement, ³¹ Légèrement, ³² Modérément, ³³ Fortement, ³⁴ Très fortement, ³⁵ Arrêt ou invalidité.

Votre douleur nécessite t-elle la prise de médicaments contre la douleur ?

³⁶ Pas du tout, ³⁷ seulement en cas de crises, ³⁸ 1 fois par jour, ³⁹ 2 fois par jour, ⁴⁰ plus de 3 fois par jour.

Depuis la dernière séance de soins, la zone douloureuse est-elle toujours aussi étendue ?

⁴¹ Moins étendue, ⁴² Identique, ⁴³ Plus étendue.

Etes-vous amélioré par la dernière séance ?

⁴⁴ Pas du tout, ⁴⁵ Très légèrement, ⁴⁶ Légèrement, ⁴⁷ Modérément, ⁴⁸ Nettement amélioré, ⁴⁹ Très amélioré.

Chronic Pelvic Pain Syndrom

Douleurs pelvipéritonéales chroniques

Traitement par Mésothérapie

Dr Pierre Lecomte

d 'après l 'ouvrage du Pr. Guillé CHU Rennes

Définition

- Douleur chronique > 6 mois
- Non Cancéreuse (à éliminer)
- Retentissement :
 - cognitif
 - Comportemental
 - Social
- Problème diagnostique et thérapeutique (+++)

Épidémiologie

Les CPP sont fréquentes et atteignent aussi bien l'homme que la femme de tout âge

- 4% des cst° de douleur chronique (Bensignor 90)
- 2 à 10% des cst° de gynécologie (Reiter 1990)
 - 10-20% des hystérectomies
 - 10-40% des Coelioscopies
- 50% des consultations de proctologie (ganasila 90)
- 5% des cst° d'urologie
- 2% des consultations du généraliste

Épidémiologie

- CPP sont aussi présentes dans 10% des pathologies Myofasciales
- CPP dans 60% des Colons irritables

Anatomie pelvipéritonéale

Complexité de la structure périnéale

– Espace situé en dessous des muscles releveurs

:

- Secteur urogénital antérieur
- Noyau fibreux central
- secteur anal postérieur

– Innervation (somatique) double :

- sacrée : nerf pudendal
- lombaire : nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique, génito-fémoral

Anatomie pelvipéritonéale

- Le Périnée :
 - Sphincters striés urinaire et anal
 - Muscles érecteurs (ischio et bulbo-caverneux)
 - Toit : plancher pelvien
 - sangle musculo-aponévrotique s'insérant sur le relief osseux du bassin
 - percé de 2 ou 3 diaphragmes (uro-génito-anal)

Anatomie pelvipéritonéale

- Le Pelvis
 - Structure osseuse : les os iliaques
 - Articulations du bassin :
 - pubis
 - sacro-iliaques
 - jonction lombo-sacrée (L5S1)
 - Coccyx

Anatomie pelvipéritonéale

- Le Pelvis
 - Muscles :
 - Releveurs (plancher pelvien)
 - Piriformes (latéraux)
 - Obturateurs (antérieurs)
 - Viscères innervés par le système végétatif
 - Sympathique (alpha et bêta)
 - Parasympathique (muscarinique)

Physiologie pelvi-périnéale

- Urinaire
- Sexuelle et reproductrice
- Digestive

Approche globale de la douleur

- Douleur par excès de nociception :
douleur d'organe
recherche d'un élément lésionnel déclenchant
(infection, inflammation, tumeur, ...) TTT
spécifique
- Douleur neuropathique
- Psycho-comportementale
 - pathologie chronique / dépression
 - périnée Freudien...

Douleurs par excès de Nociception

Critères sémiologiques

CPP rythmées par :

- l'état de réplétion de la vessie
- le cycle menstruel
- les rapports sexuels
- la défécation
- les mouvements

Douleurs Neuropathiques

Critères sémiologiques :

- lésions métamériques :
 - territoire précis de la douleur
 - atteinte clinique rare :
 - sensibilité
 - motricité
 - réflexe
 - type de la douleur DN4

Douleurs Neuropathiques

Mécanismes

- Atteinte des voies nerveuses :
 - compression
 - étirement
 - destruction
- Dérégulation : « algodystrophie périnéale »

CPP et Urologie

- Prostatite chronique
- cystite interstitielle
- Sd Urétral
- cystocèle
- pathologies des vésicules séminales
- douleurs scrotales

CPP et Gynécologie

- Endométriose
- Adhérences
- Sd de Master et Allen
- Varices pelviennes
- Rétroversion utérine
- Hystéroptose

CPP en Proctologie

- Fissure anale chronique
- abcès chronique
- corps étranger
- rectocèle, prolapsus
- proctalgie fugace

CPP et rhumatologie

- Lombosciatique
- douleur sacro-iliaque
- Pubalgie
- coccygodynie

CPP: Les données de l'interrogatoire

- Caractéristiques de la douleur
 - date de début
 - Mode brutal/ Progressif
 - Caractère permanent, intermittent, paroxystique
 - Moment douloureux (matin, AM, soir , nuit)
 - facteur déclenchant
 - facteur soulageant la douleur
 - Intensité (EVA, prise antalgique...)
 - Répercussion : échelles QDV, situation sociale

CPP: Les données de l'interrogatoire

- Intervention chirurgicale antérieure
- pathologies pelviennes infectieuses
- ATCD Obstétricaux
- ATCD traumatisme du bassin
- Pratique sportive
- troubles vésico-ano-sphinctériens
- recherche de troubles sexuels

CPP: Examen clinique

- Urologique
- gynécologique
- proctologique
- ostéo-articulaire
- neurologique périnéal
- statique (rachis et pelvis)

CPP: Examen Urologique

- Troubles mictionnels , Capacité vésicale
- *Aspect du jet*
- *Analyse d 'urine (limpides, bandelette)*
- *Résidu post mictionnel*
- OGE (debout et couché) , TR
- *Bactériologie : ECBU, spermoculture, chlamydiae,...*
- *Inflammation : CRP VS*

CPP : Examen Gynécologique

CPP: Examen Gynécologique

- Speculum
 - Col (frottis)
 - Prolapsus (épreuve des 3 valves)
 - Prélèvement vaginal
- TV
 - masse
 - douleur du cul de sac

Examen proctologique

CPP: Examen Proctologique

- Transit (anomalies récentes)
- Glaires, ténesmes, rectorragies
- constipation (terminale

- inspection de l 'anus (pli, fissure..)
- TR
- Anuscopie

CPP: Ex. musculo-ostéo-articulaire

- Statique rachidienne (debout)
- Rachis dorso-lombaire
- Sacro-iliaques
- Membres inférieurs (asymétrie)
 - pression / mobilisation de l'articulation
 - Mise en tension du muscle ou du ligament : douleur ++
 - Palper les reliefs osseux (FM)

Examen neurologique périnéal-1

- Troubles de la sensation de besoins (urines, selles)
- Incontinence anale (gaz, selles liquides, ...) ou urinaire
- Dysurie de poussée ou constipation
- Troubles sexuels

Examen neurologique périnéal-2

- Sensibilité périnéale (S1-S2)
- motricité
 - tonus anal
 - Testing musculaire : releveurs ...
- Réflexe : anal (S4), Rossolimo (S2),
percussion fléchisseurs plantaires (S2),
bulbo caverneux (seulement si positif)
- Zone gâchette → signe de Tinel (ex. Sd du
Canal d 'Alcock → épine sciatique)

Examen clinique

- Au terme de ce bilan clinique
 - Différencie :
 - Douleurs nociceptives (organe)
 - Douleurs neuropathiques
 - Apprécie le retentissement de la douleur
 - Intensité
 - Q de V
 - Élimine une origine (normalité de l'examen +++)
 - Infectieuse
 - Tumorale

Les examens complémentaires

En fonction des données cliniques :

- Cystoscopie, biopsies vésicales
- colonoscopie
- echo, RX, IRM pelvis
- BUD,
- Manométrie ano-rectale
- Electrophysiologie périnéale : étude des latences sacrées, Pot. Evoqués somesthésiques et mot. du n. pudental

Pathologies urologiques

- La cystite interstitielle
- La prostatite chronique
- Le Sd Uréthral
- Les douleurs testiculaires
- Les irradiations abdomino-génitales
- Les irradiations génito crurales

La cystite interstitielle

- Femmes >> hommes
- étiologie : perméabilité muqueuse, auto-immune, neuro-végétative, ...?
- Troubles mictionnels irritatifs chroniques (cystalgie à urines claires)
- douleurs pelviennes et ou périnéale, rythmées par l'état de **réplétion vésicale**+++
- Examen clinique normal +++

La cystite interstitielle

- ECBU négatifs +++, pas de leucocyturie (sinon recherche BK), cytologie -
- Pas de pathologie gynéco associée
- Capacité vésicale fonctionnelle réduite
- test au K⁺ intravésical (douloureux)
- Cystoscopie sous AG (biopsie)

La cystite interstitielle

- Traitement :
 - pentosulfate de sodium (Elmiron)
 - cimétidine (tagamet)
 - DMSO en instillations vésicales
 - distension vésicale (efficacité limité)
 - Botox?
 - Neuromodulation

 - Cystectomie + Bricker (à la demande des patients)

La prostatite chronique

- Troubles mictionnels chroniques (prostatisme!)
 - TR, PSA normaux(+++)
 - prostatite chronique... bactérienne
 - prostatite chronique... non bactérienne
- Prostate Pain Syndrom (Prostatodynie) PPS
 - douleur périnéale de l 'homme, examen urologique normal
 - canal anal? Nerf pudendal?

La prostatite chronique

- Bactérienne : ATB 6 sem.
- Non Bactérienne (innervation végétative)
 - alphabloquants
 - anticholinergiques
 - injection intra-prostatique
 - ATB
 - Botox

Le Sd Uréthral

- Eliminer une uréthrite
 - prélèvement
 - chlamydiae
- Le plus souvent
 - douleurs vésicales projetées +++
 - sinon étiologie???

Les douleurs testiculaires

- Examen des bourses +
 - hernie
 - varicocèle
 - hydrocèle
 - orchi-épididymite chronique
 - tumeur testiculaire
- Ex. des bourses - :
 - douleurs projetées (rénales, névralgies, autres ... le stress?)

Les irradiations abdomino-génitales

- Nerf ilio-inguinal et ilio-hypogastrique
 - Douleur déclenchée par extension de la hanche,
Mise en tension des m.abdo
 - dyspareunie
 - s.Tinel sur une cicatrice le long du trajet
nerveux
 - TTT dl neuropathique
 - infiltration, neurolyse
 - mésothérapie

Les irradiations génito crurales

- Aine et irradiations à la face intérieure et interne de la cuisse, parfois jusqu'au testicule
- pt dlx exquis au toucher inguinal
- suite chir inguinale ou gynécologique
- dl neuropathique
 - infiltration, neurolyse, mésothérapie

Conclusion

- **Triple innervation** somatique, orthosympathique et parasymphathique au niveau du pelvis et du périnée
- Le sp douleur est tjs intriqué avec d'autres S.fonctionnels pelviens (pollakiurie, dysurie, dyskésie, impuissance...) : **Sd fonctionnel pelvien**
- Différencier la douleur périnéale et la douleur pelvienne

Conclusion

- Les douleurs pelvi-périnéales rebelles sont fréquentes et leur incidence est sous-estimée en raison de facteurs médicaux et socio-culturels
- Pluridisciplinaire, évaluation clinique ++, paraclinique
- Dc organe, composante physiopathologique, profil psychosocial, circonstances de survenue

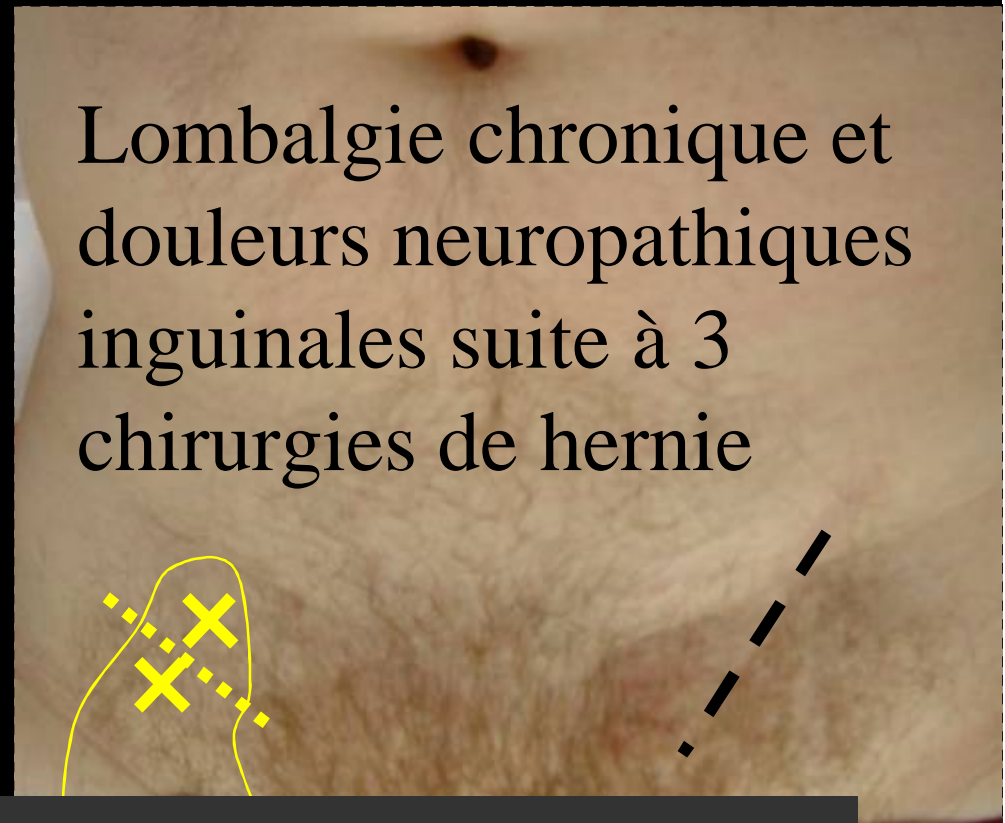
Conclusion

- étiologies spécifiques par organe (uro, procto, rhumato, neuro, gynéco) mais l'organe est souvent la cible des différentes composantes algiques
- Le profil psycho-social est important à considérer
- circonstances de déclenchement : accouchement, post-traumatique, post opératoire, post infectieux

Mr. L., 45 ans



✗ IDPC
IED



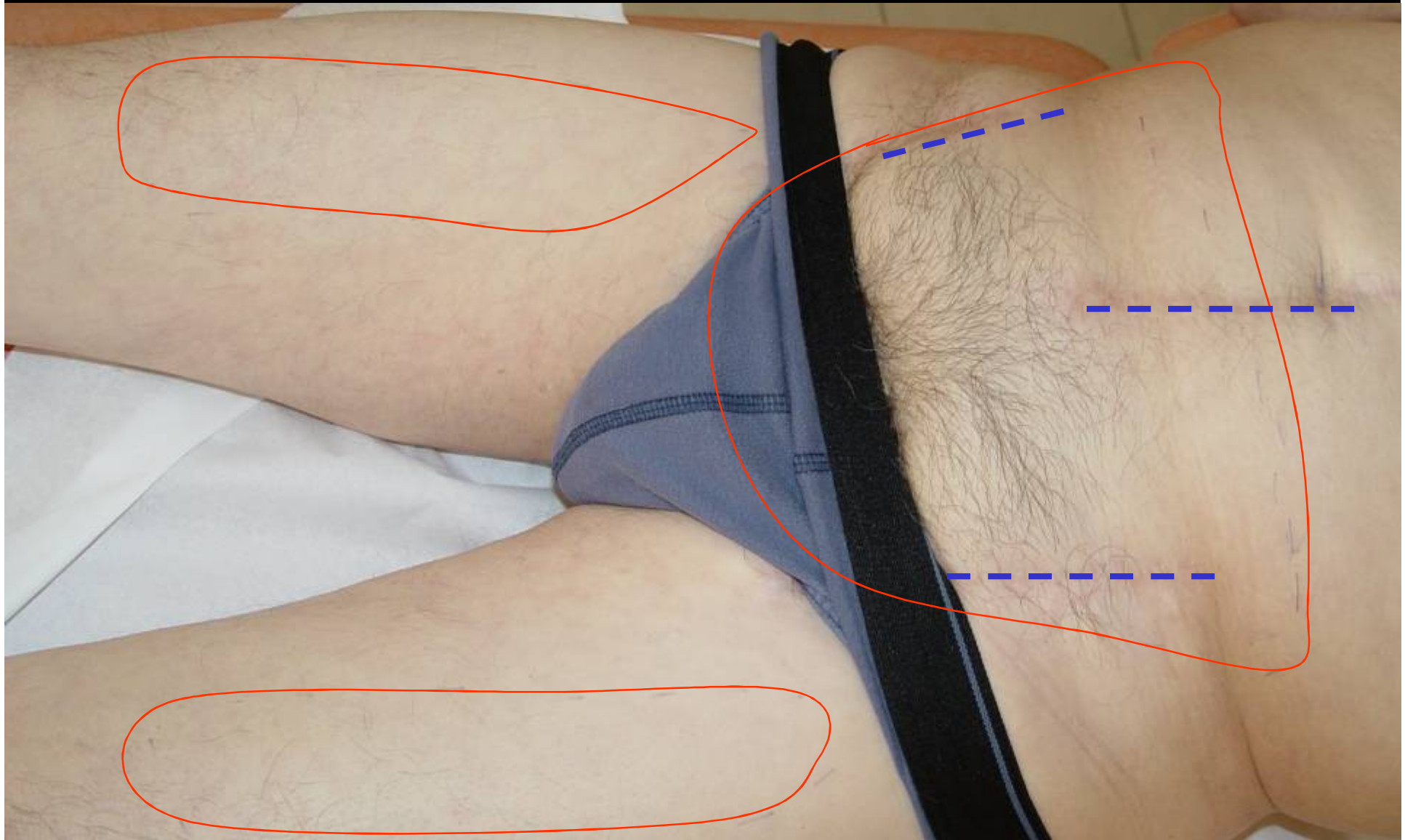
Lombalgie chronique et douleurs neuropathiques inguinales suite à 3 chirurgies de hernie

Ostéopathie sur Blocage Sacro-iliaque
Myotensif sur Psoas, recentrage Hanche
MPS en lombo-sacré

1. LAROXYL + Mag 2 (2)

2. RIVOTRIL + Mag 2

Mr. J. , multiples chirurgies abdominales, **douleur pariétale intense**, sous Fentanyl, mésothérapie en IED avec **TIAPRIDE + MAG** et ppp (paravertébral, émergence du rameau cutané, GS L2, Stellaire)



AMITRYPTILINE et douleur :

Action pharmacologique

-Blocages des canaux ioniques (Na, K, Calcium)
[Pancrazio.J.Pharmacol.exp.Ther.1998, Joshi . J Neurochem Res. 1999]

-Inhibition de la réabsorption de la sérotonine et de la norépinéphrine, [Sanchez . Cell Mol Neurobiol.1999]

-Blocage des récepteurs : alpha2adrénergiques, nicotiniques, cholinergiques muscariniques, NMDA, H1 [Gray . Eur J Pharmacol.1999, Traiffort . J Neurochem.1992]

-Interaction avec les récepteurs Opioides et à l'Adénosine [Gray Br. J. Pharmacol.1998, Sawynok Pain.1999]

RIVOTRIL

VALIUM

R-GABA A +

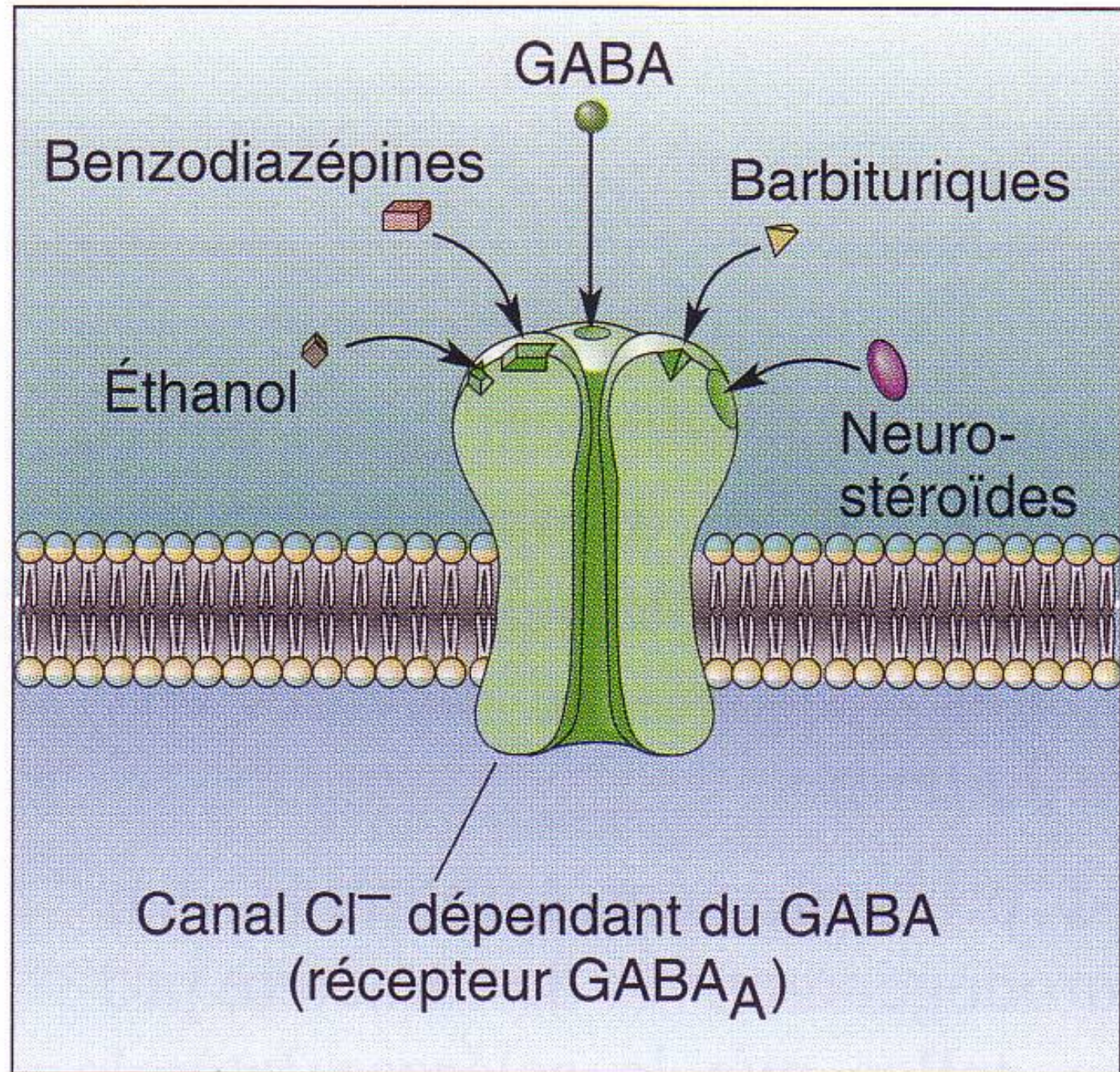
Sédation

Anxiolyse

Myorelaxation

Anticomitiale

Antalgique?



LAROXYL + MAG 2 : Douleur à fond permanent

Douleurs rapportées :

sciatalgie par compression ou irritation

puis **Hyperalgésie Secondaire**

RIVOTRIL + MAG 2 : Douleurs ectopiques

Névromes, Démyélinisation (cicatrice)

TIAPRIDAL + MAG 2 : Anesthésie douloureuse

Chirurgie du rachis (arthrodèse, laminectomie)

Chirurgie viscérale (laparotomie)

BUFLOMEDIL + C100 + (CLONIDINE) :

Hypersympathicogénie, **SDRC**

Inflammation neurogène de l'**Hyperalgésie Référée**

Pentoxifylline

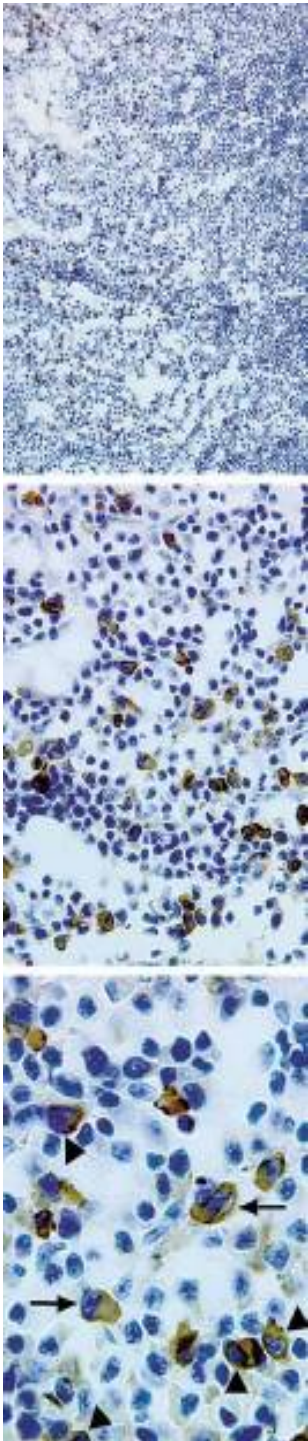
THE EFFECT OF PENTOXIFILINE ON POST-INJURY
HYPERALGESIA IN RATS

AND POSTOPERATIVE PAIN IN PATIENTS

Jerzy Wordliczek', Antoni M. Szczepanik*, Marcin Banach',
Jadwiga Turchan⁴, Marek Zembala³, Maciej Siedlar³, Ryszard
Przewlocki⁴, Wojciech Serednicki', Barbara Przewlocka⁴

Life Sciences, Vol. 66, No. 12. pp. 1155-1164, 2000

- élévation du seuil de nociception
- diminution du taux sérique: TNF alpha et IL6
- analgésie : diminution de la consommation d'antalgiques en post-opératoire





THE EFFECT OF PENTOXIFILINE ON POST-INJURY HYPERALGESIA IN RATS AND POSTOPERATIVE PAIN IN PATIENTS

Jerzy Wordliczek¹, Antoni M. Szczepanik², Marcin Banach¹, Jadwiga Turchan⁴, Marek Zembala³, Maciej Siedlar³, Ryszard Przewlocki⁴, Wojciech Serednicki¹, Barbara Przewlocka⁴

¹Department of Anaesthesiology and Intensive Care, ²I Department of General and GI Surgery, ³Department of Clinical Immunology and Microbiology Collegium Medicum Jagiellonian University, Kraków, ⁴Department of Molecular Neuropharmacology Institute of Pharmacology, Polish Academy of Sciences, Kraków, Poland.

(Received in final form October 22, 1999)

Summary

Recent studies demonstrate that activation of proinflammatory cytokines following injury intensifies the process of nociception. The present investigation assessed the influence of pre-injury pentoxifiline (PTFL, a non-specific cytokine inhibitor) on the development of post-injury nociception in animals and patients. It was established that intrathecal or intraperitoneal PTFL, elevated the nociceptive threshold for mechanical stimuli in the formalin test in rats. Pre-injury PTFL also inhibited pain-related behaviour. These findings correlate with a lower TNF α level in the serum of animals receiving pre-injury PTFL. In clinical investigations PTFL was administered intravenously before elective cholecystectomy. Patients who received preoperative PTFL had lower opioid requirements in the early postoperative period than control. At the same time, serum levels of TNF α and IL6 were lower in the PTFL group. Our results confirm the hypothesis as to the possibility of modulating of nociception through preemptive administration of a cytokine inhibitor.

Key Words: preemptive analgesia, nociception, cytokines, pentoxifiline, animal study, clinical study

Mme F.nicole

- Douleurs pelviennes, intermittentes, intensité variable depuis 30 ans
- loca: pubis, anus, pli fessier
- pas de dl en position assise
- « sensation de brûlure sur les Grdes lèvres et la nuit autour de l 'anus »
- « c 'est insupportable, ça déchire la peau... j 'aurai fait des bêtises... »
- œdème des jambes

Mme F. nicole

- Bilan RX : cyphoscoliose, discarthrose, ponts osseux,
- douleur lombosacrées et dorsales de rythme inflammatoire, HLA B27+
- divorcée, anxio-dépressive
- pas d'accouchement ni trauma du bassin
- notion de pertes urinaires
- TTT osteo --

Mme F : TTT Méso

- zmtor en LS et C374 en immuno-stimulation
- tiapridal tor mesocaine sur SNV et symphyse pubienne (+ ZMC)
- larox tor mesocaine (+ ZMC)
- LaroxTorM(+ ZMC+M120Atarax)

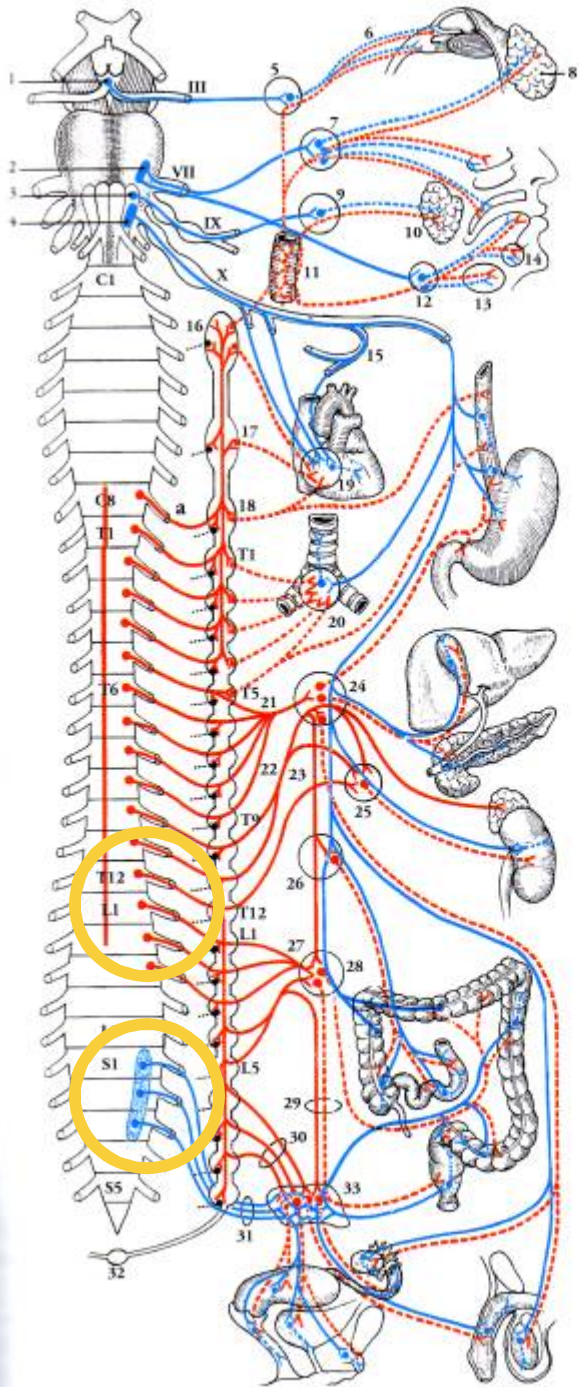
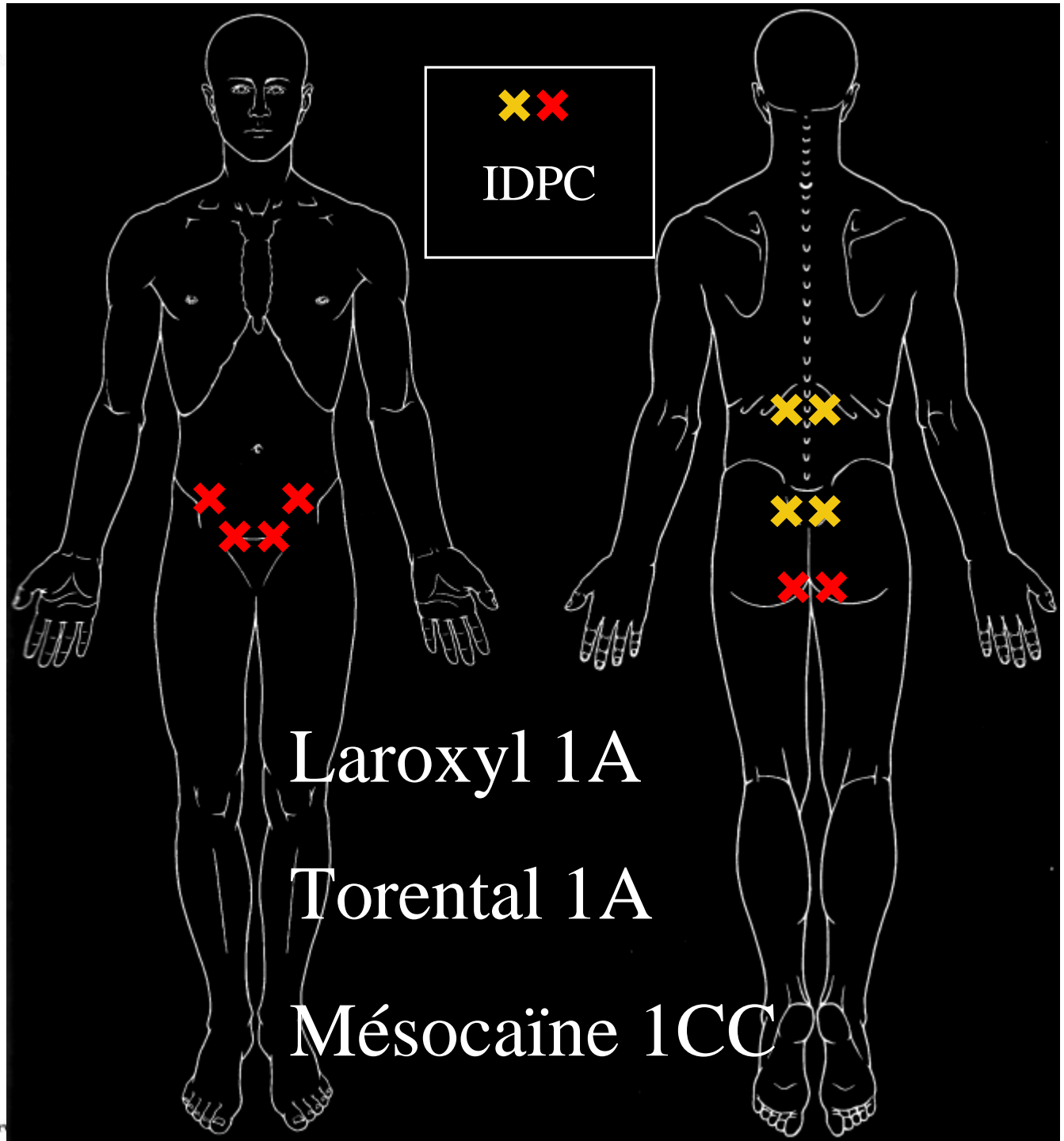


FIG. 6.15. Distribution schématique du système nerveux.



Sd des Jambes
Sans Repos

Laroxyl 1A

Torental 1A

Mésocaine 1CC

