

RACHIALGIES et COMPLICATIONS NEVRALGIQUES



INDICATIONS DE LA MESOTHERAPIE

PATHOLOGIES CONCERNÉES PAR LA MÉSOThÉRAPIE

INDICATIONS :

P.DÉGÉNÉRATIVE

P. TRAUMATIQUE SIMPLE NON COMPLIQUÉE

P.MICROTRAUMATIQUE

P. OSTÉOPOROTIQUE

avec ou sans FRACTURE TASSEMENT DORSO LOMBAIRE

P.MUSCULAIRE

DOULEUR DE TYPE MECANIQUE (sauf Fract.)

MAJORÉE

- Fin journée
- Efforts

CALMÉE

- Repos
- Décubitus

TRAITEMENTS UTILISÉS EN RHUMATOLOGIE

(rappel)

REPOS

ORTHÈSES

MÉDICAMENTS

VERTÉBROTHÉRAPIE

ACUPUNCTURE

KINÉ-PHYSIO-THERMALISME

MÉSOThÉRAPIE

NUCLÉOTOMIE-NUCLÉOLYSE

CHIRURGIE

EXPRESSION CLINIQUE :

**CERVICALGIE
DORSALGIE
LOMBALGIE**

} AIGUE OU CHRONIQUE

avec ou sans NÉVRALGIE C. B.

NÉVRALGIE INTERCOSTALE

**NÉVRALGIE SCIATIQUE
CRURALGIQUE**

OU RACHIALGIES DIFFUSES

LES CONTRE-INDICATIONS :

- ABSOLUES :**
ALLERGIES AUX ANESTHÉSIIQUES LOCAUX

- RELATIVES :**
AUTRES ALLERGIES,
TRAITEMENTS ANTICOAGULANT
PHOBIE des INJECTIONS

- TEMPORAIRES :**
INFECTIONS CUTANÉES

PRINCIPES THERAPEUTIQUES

TECHNIQUE : I.D.S. I.D.P . +++

MÉLANGE :

TYPE ARTHROSE

- PROCAINE 2 % 0,5 ml
- SÉRUM PHY. 0,5 ml
- THIOCOLCHICOSIDE 1 ml
- CALCITONINE 50 ou 100 UI 1FI

TYPE ANTI-INFLAMATOIRE.

- ANESTHÉSIQUE LOCAL
(Lidocaïne -Procaïne-mésocaïne) 1 ml
- A.I.N.S.
(Piroxicam-Ketoprofene-Tenoxicam) 1 ml
ou - Aspegic 0,5 - 1 Gr
- avec ou sans THIOCOLCHICOSIDE 1 ml



RYTHME

PATHOLOGIE AIGUE = 2 à 3 séances à 8 JOURS

**PATHOLOGIE CHRONIQUE = IDEM
+RYTHME plus ou moins régulier:**

à 1mois... 2 mois... 3 mois... Etc...

CERVICALGIES

Fréquente après 40 ANS

**DOULEURS à la fatigue
Limitation des Mouvements
Gêne Fonctionnelle**

RADIOGRAPHIE

**DISCARTHROSE
ARTHROSE. Art. POST.
UNCARTHROSE**

**ÉVOLUE par POUSSÉES ISOLÉES ou sur FOND
CHRONIQUE**

MÉSO. ÉVITE OU DIMINUE LES AUTRES TRAITEMENTS

I.D.S. PROC+ S. PH.+ THIOCH.+ CALCIT.





RACHIS CERVICAL DE PROFIL :
Arthrose inter-apophysaire postérieure
C₂-C₃.



RACHIS CERVICAL DE 3/4 :
Arthrose inter-apophysaire postérieure
C₂-C₃.



CERVICALGIES

AIGUES

**DOULEUR CERVICALE BRUTALE, LATÉRALISÉE
AVEC BLOCAGE ÉLECTIF DE CERTAINS MOUVEMENTS
GÈNE FONCTIONNELLE +++**

**.CAUSE : TRAUMA UNIQUE (c. du lapin)
MOUVEMENT BRUTAL (Fx Mvt Lat.)
MICROTRAUMATISME RÉPÉTÉS
COUP de FROID ou d'AIR**

**.RADIOGRAPHIE : rectitude simple
arthrose Connue / inconnue**

+/- ÉPAULE DOULEUREUSE.

ÉLIMINE contre-indications

OSTÉOPATHIE ET MÉSOThÉRAPIE

.CLINIQUE Attitude,
Limitation,
D.I.M.,
Contractures,
S. C.T.M. de M.

.MÉSOThÉRAPIE durant PHASE AIGUE
attente de Radiographie
I.D.E. I.D.S. MÉSO- P.
Mélange MYORELAXANT

ou PHASE D. RÉSIDUELLES
après TRAITEMENT MANIP.



CERVICALGIES

DOULEURS à DISTANCE

PATHOLOGIE AIGÛE OU CHRONIQUE.

Exemples **DORSALGIES** hautes type **DOUL. D.5** par **D.I.M. C5**
DOULEUR INTERSCAPULAIRE
DOULEUR Irradiant ÉPAULE ou COUDE = N.C.B.
tronquée

TRAITEMENT IDEM : ANTI INFLAMATOIRE
A.I.N.S.
+/- MYORELAXANT

suivant **INTENSITÉ de la DOULEUR**
COMPOSANTE PSYCHOSOMATIQUE

Autres mélanges à signaler:

| | | | |
|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| XYLOCAÏNE 1 % | 2 ml | PROCAÏNE 2 % | 2ml |
| CLONAZÉPAM | 1 ml | ASPÉGIC 1Gr | 2 ml |
| THIOLCHICOSIDE | 1 ml | MÉTOCLOPRAMIDE | 2 ml |



CERVICALGIES

NÉVRALGIE OCCIPITALE d'ARNOLD

Douleur haute à irradiation occipitale

Souvent permanente

Émaillée de paroxysmes

Exacerbée par les mouvements du cou

Clinique : **Douleur massif articulaire C2- C3**
 Douleur palper rouler S. du SOURCIL
(TERRITOIRE 2e Nerf. CERVICAL ZONE ORBITAIRE)

MÉSOTHÉRAPIE I.D.P. ou MÉSO- PERF.

De l'EMERGENCE DU NERF PROF. 4mm ...

Sur le TRAJET du Nerf sur le crâne 2mm ...

Sur le front sus-sourcilien 1mm

PROCAÏNE 2% 2 ml

CALCITONINE 50 UI 1 ml

J.0 - J.8 - J.15





CERVICALGIES

NÉVRALGIE CERVICOBRACHIALE

Douleur souvent intense

Apparition brutale

Rapidement progressive

Trajet depuis le cou jusqu'aux doigts

Dans le territoire concerné : C.5 C.6 C.7 C.8

CLINIQUE DOULEUR à la MOBILISATION

S. de SPURLING direct ou croisé

EXAMEN HYPO ESTHÉSIE ?

REFLEXES OSTÉO-TENDINEUX ?

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES : RADIO. BIOL. BUT éliminer
PATHOLOGIE TUMORALE. Ou INFLAMATOIRE. (PANCOAST. T.)

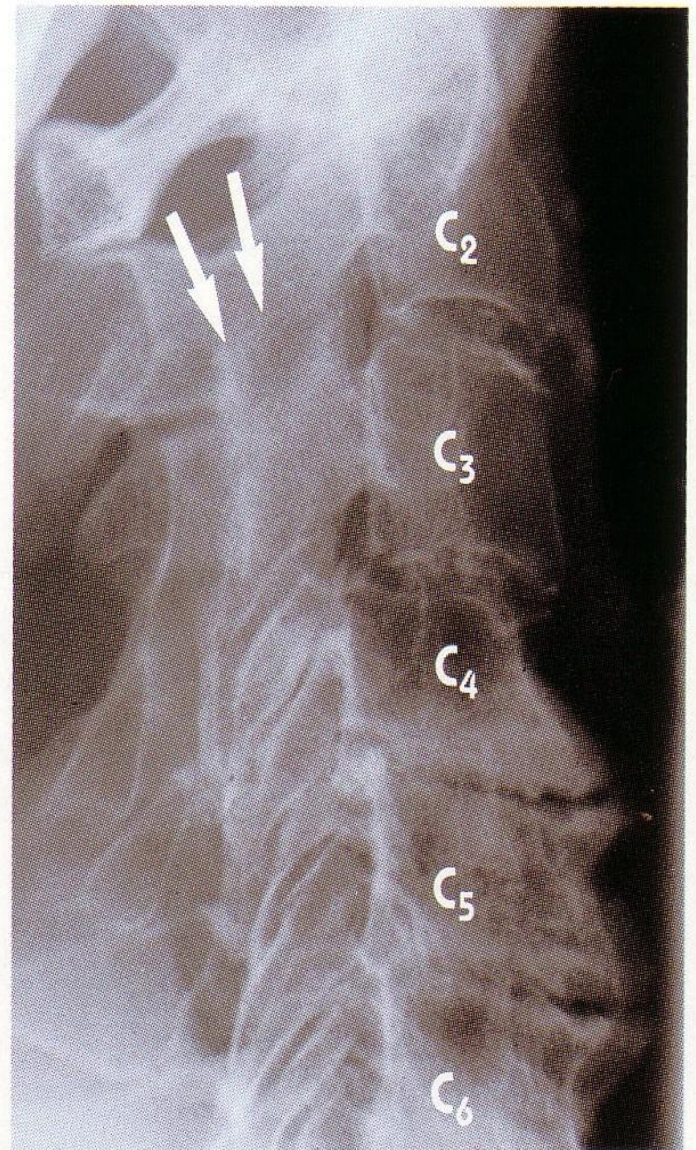
TRAITEMENTS : REPOS ,IMMOBILISATION ,A.I.N.S. ,
ANTALGIQUES, MYORELAXANTS ,CORTICOÏDES.





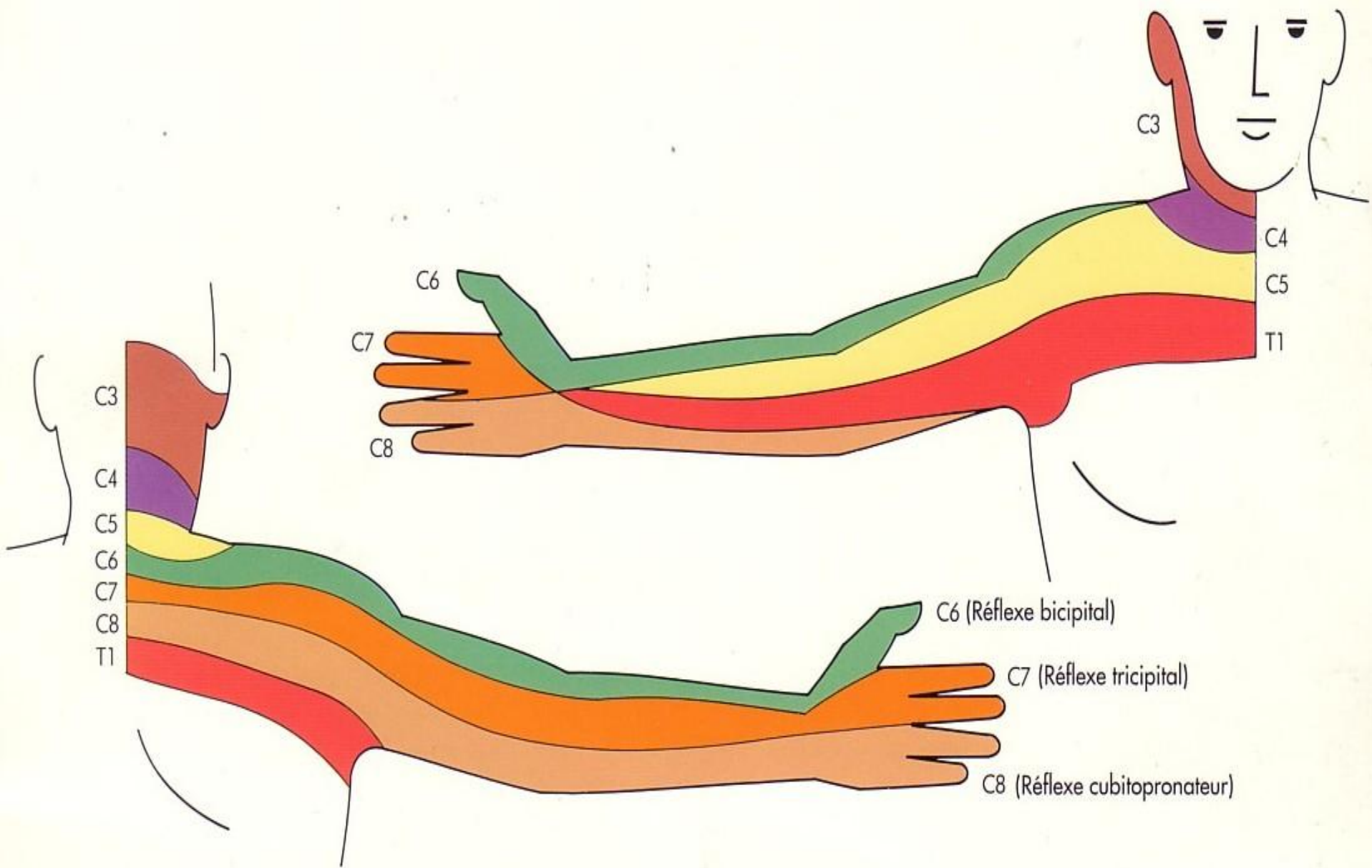
RACHIS CERVICAL DE PROFIL :

Ostéophytose antérieure C₄-C₅, C₅-C₆,
C₆-C₇ ; uncarthrose C₅-C₆.



RACHIS CERVICAL DE PROFIL :

Antélisthésis C₃-C₄ ; discopathie érosive
C₄-C₅, C₅-C₆ ; arthrose postérieure C₂-C₃.



| Racine | Douleur +/- hypoesthésie | Réflexe diminué ou aboli | Déficit moteur |
|-----------|---|-----------------------------|---|
| C5 | face antéro-externe du bras et de l'avant-bras | bicipital | abduction et rotation externe de l'épaule |
| C6 | face antérieure du bras et de l'avant-bras, pouce et index | bicipital et stylo-radial | flexion du coude ; pronosupination de la main |
| C7 | face postérieure du bras et de l'avant-bras, médus | tricipital | extension du coude, du poignet et des doigts |
| C8 | face interne du bras et de l'avant-bras, médus | cubito-pronateur | musculature intrinsèque de la main |

CERVICALGIES

NÉVRALGIE CERVICOBRACHIALE

TRAITEMENT MÉSOThÉRAPIE

Souvent 2ème INTENTION

++ APPOINT ACCÉLÉRER la guérison

DIMINUER CONSOMMATION Médicaments

MÉLANGE

- A.I.N.S.+/- MYORELAXANTS +/- VIT. B12

- XYLOCAÏNE 1% 1 ml + CLONAZEPAM (RIVOTRYL®) 1 ml
+/- CLOMIPRAMINE (ANAFRANIL®) 0,5 ml

- PROCAÏNE 2% 2 ml

ou + NÉFOPAM 2 ml (ACUPAN®)

ou + MAG 2 . 1 ml + DIAZEPAM 2 Gttes (VALIUM®)



CERVICALGIES

AUTRES COMPLICATIONS de la CERVICARTHROSE

MYÉLOPATHIE CERVICARTHROSIQUE :

Compression lente de la moelle épinière

**SYNDROME LÉSIONEL INCONSTANT (CERVICALGIES
ASPÉCIFIQUES ou N.C.B.)**

Surtout **SYNDROME SOUS LÉSIONEL** à type

Trouble de la marche

Syndrome pyramidal

T. de sensibilité profonde : sens de
position des orteils et vibrations

ÉVOLUTION VERS AGGRAVATION lentement progressive

Traitement en général chirurgical

TROUBLES VASCULAIRES INSUFF. VERTÉBRO-BASILAIRES semble
exceptionnelle, MAIS AVEC, EN PRINCIPE, une ATTEINTE VASCULAIRE PROPRE
toujours associée (BILAN si nécessaire)

TRAITEMENT. MÉSO associe CAÏNE 1 ml + Étamsylate 2 ml



CERVICALGIES

**AUTRES COMPLICATIONS de la CERVICARTHROSE
(TROUBLES VASCULAIRES)**

ZONE de puncture

AXES VASCULAIRES

PROJECTIONS ANTÉRIEURES des AIRES CAROTIDIENNES

RACHIS C2 à D4

DORSALGIES

ARTHROSE DORSALE

ÉLIMINER les autres pathologies possibles

**DORSARTHROSE SOUVENT INDOLORE
si SYMPTOMATOLOGIQUE**

**DORSALGIE MÉCANIQUE irradiant
+/- EN ZONE PARAVERTÉBRALE**

DORSALGIES

ARTHROSE DORSALE

RADIOGRAPHIE

DISCARTHROSE

OSTÉOPHYTOSE

CONDENSATION des PLATEAUX

GÉODES sous chondrales

ARTH. Ilre avec séquelles de Scheuermann

TROUBLES statiques

ARTH. PSEUDO POTTIQUE

ARTICULAIRES POSTÉRIEURES

TRAITEMENTS : KINÉ,PHYSIO,MÉDCT,CURES TH.,

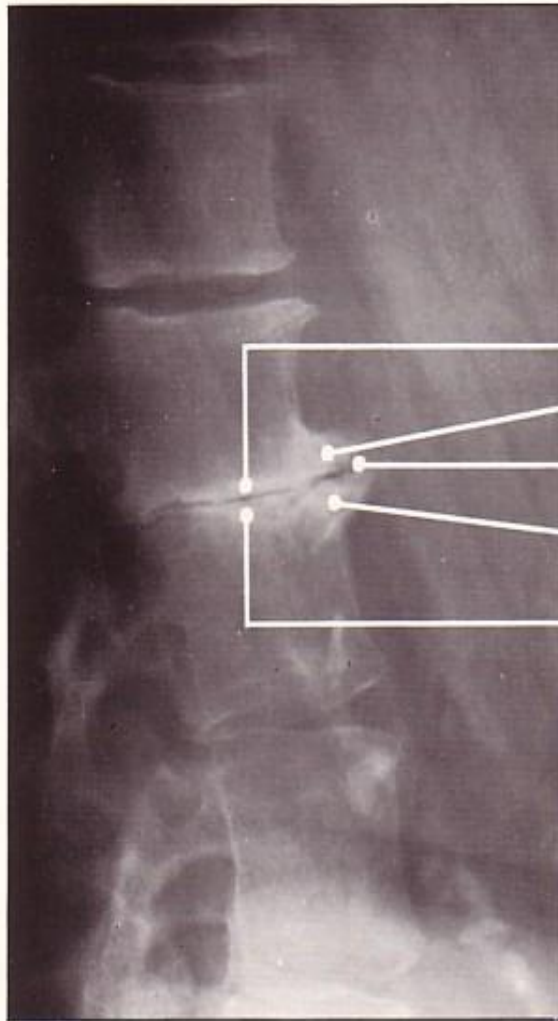
MÉSOTHÉRAPIE +++

PROCAÏNE 2 ml + CALCITONINE 50 UI 1ml

I.D.S.

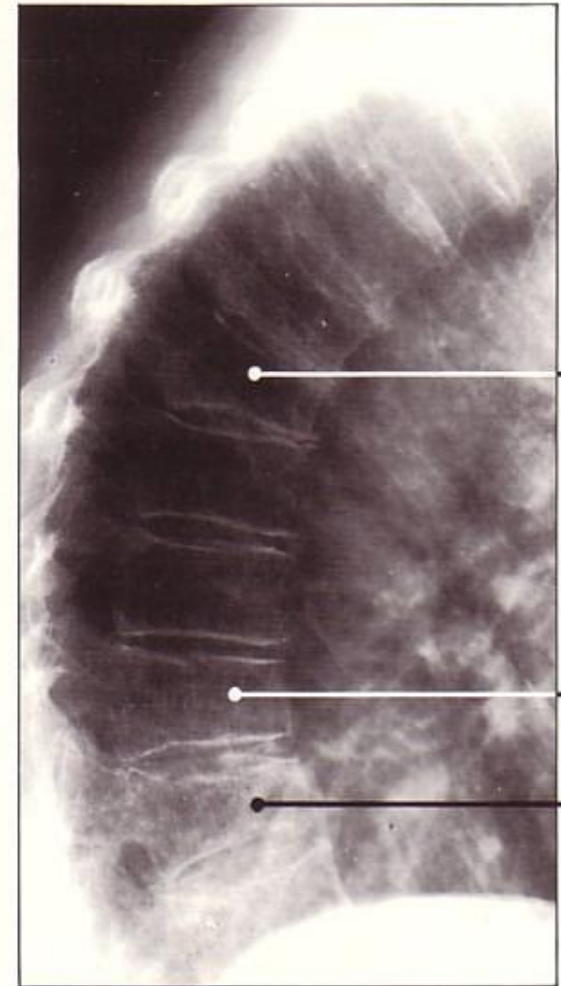
J.0 J.8 J.15 J.45...





- Ostéosclérose
- Ostéophyte
- Pincement discal
- Ostéophyte
- Signe du vide

Discarthrose dorsale

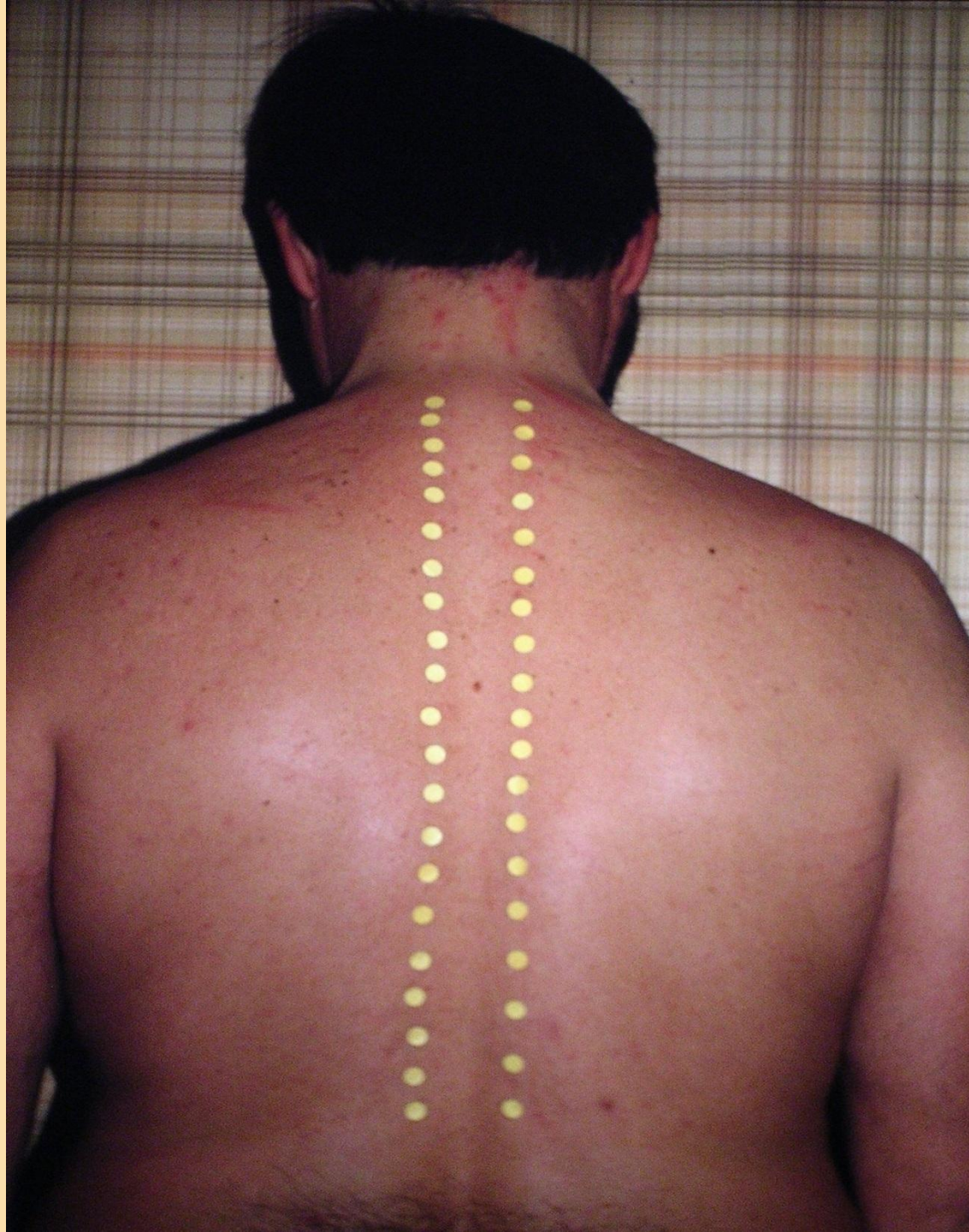


D7

D10

D11

Ostéoporose avec tassement vertébral multiple en D7, D10, D11



DORSALGIES

NÉVRALGIE INTERCOSTALE

DOULEUR SUIVANT UN TRAJET INTERCOSTAL

MÉLANGE : A.I.N.S.+/- MYORELAXANTS +/- VIT. B12

J.0 J.8 J.15

idem N.C.B.



DORSALGIES

OSTÉOPOROSE

**DÉFINITION : RADIOLOGIQUE si TASSEMENTS Vertébraux.
: ou Ostéodensitométrie**

**OSTÉOPOROSE du RACHIS = douleur
surtout si tassement vertébral ou micro tassement
ou incident mineur
corticothérapie prolongée
IMPOTENCE MAJEURE , difficulté Respiratoire
+/- irradiation INTERCOSTALE
S.NEURO.OBJECTIF à type de compression MÉDULLAIRE= O
EX. PARA CL. +++ BILAN BIOL. = diagnostic différentiel.
Avec TASSEMENT MÉTASTIQUE, MYÉLOME,
HYPER PARATH., OSTÉOMALACIE...**

DORSALGIES

OSTÉOPOROSE

RADIOGRAPHIE FACE + PROFIL +++

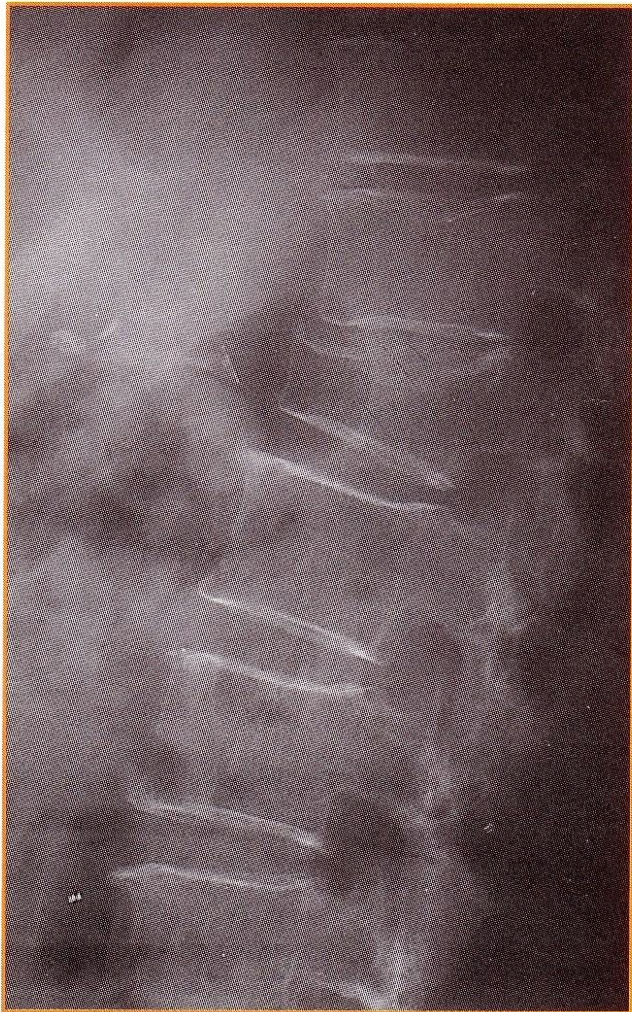
**HYPERTRANSARENCE OSSEUSE
TASSEMENT VERTÉBRAL**

VERTÈBRE EN GALETTE

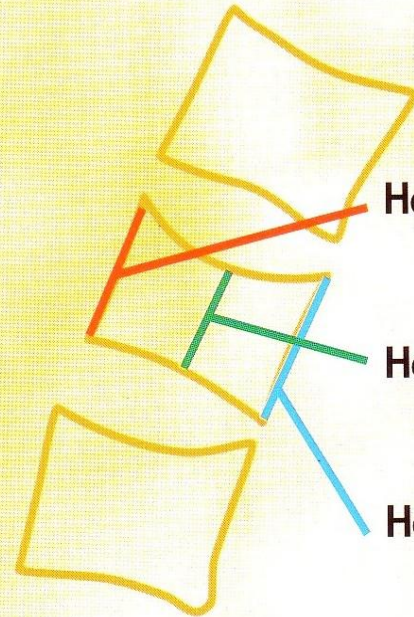
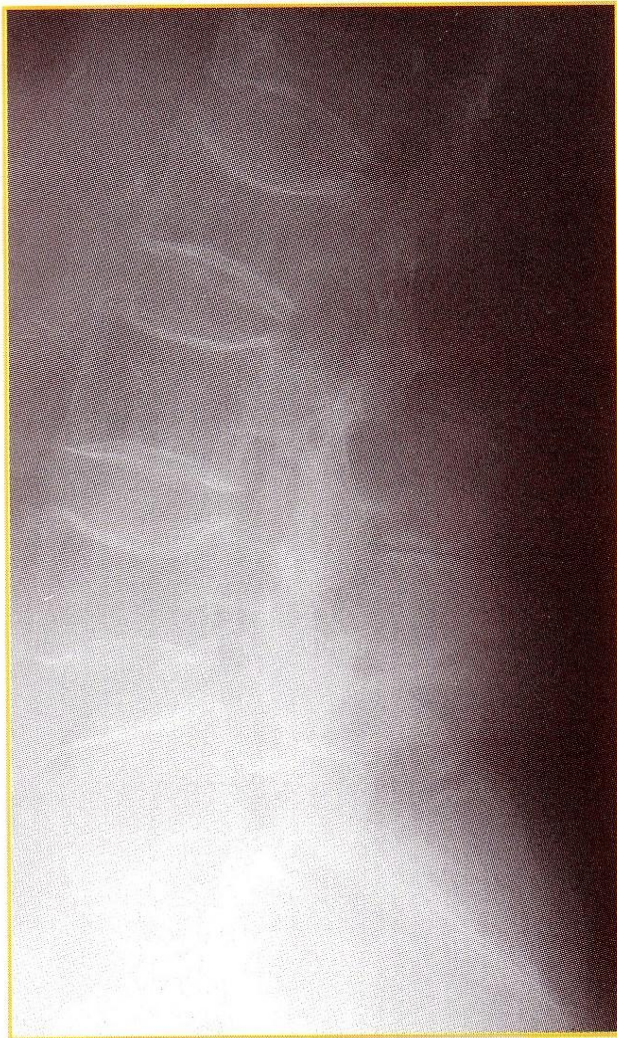
CUNÉIFORME

BICONCAVE

à mur postérieur respecté, pédicules visibles



Hauteur postérieure -
Hauteur antérieure = **11,4 (42,7%)**

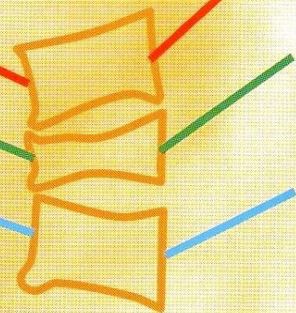
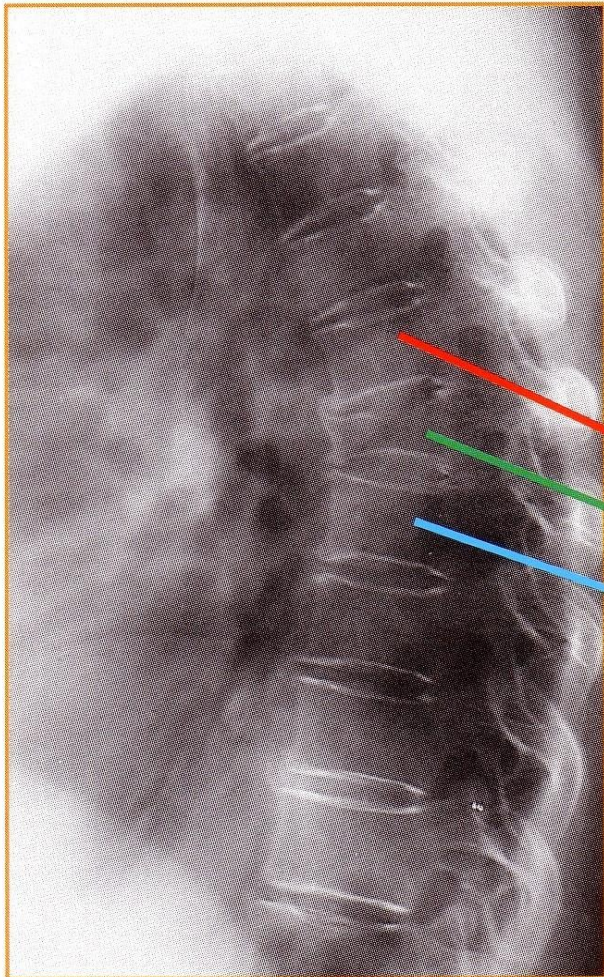


Hauteur antérieure 35,2 mm

Hauteur médiane 26,4

Hauteur postérieure 35,1

Hauteur postérieure -
Hauteur antérieure = 8,7 (24,8%)



Hauteur postérieure de D4 20,8 mm

Hauteur postérieure de D5 16,1 mm

Hauteur postérieure de D6 22,4 mm

Valeur moyenne des hauteurs postérieures
de D4 + D6 = 21,6 [(20,8 + 22,4) : 2]

Réduction de hauteur : 21,6 - 16,1 = 5,5 (25,5 %)

DORSALGIES

OSTÉOPOROSE

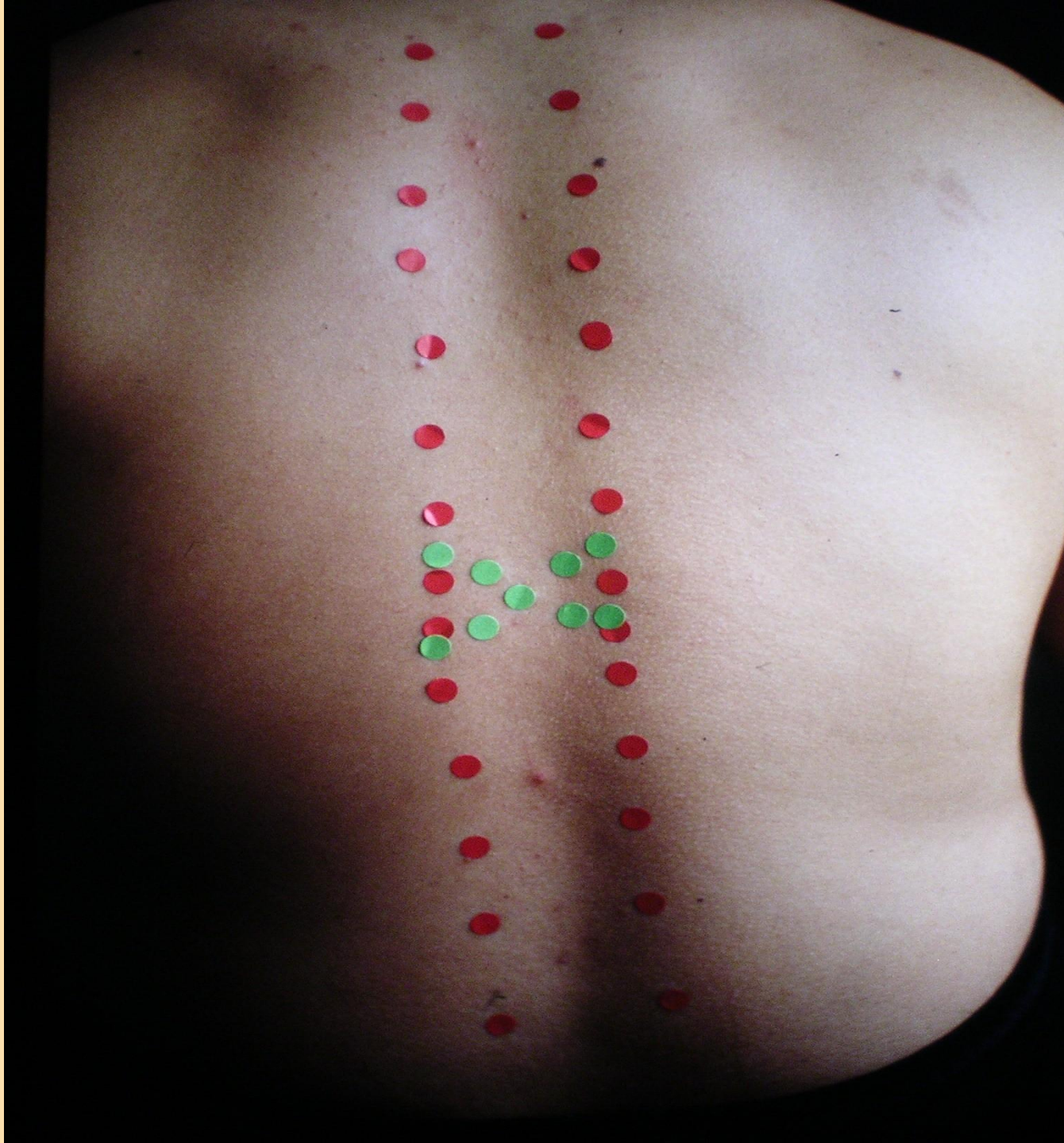
TRAITEMENT REPOS, CALCITONINE INJECTABLE !!!!!
ANTALGIQUES, CONTENTION
pour reprise de la marche
=CONSOLIDATION 4 semaines environ

MESOTHÉRAPIE : +/- en PHASE AIGUE

+++ lors des DOULEURS RÉSIDUELLES
en REPRISE d ' ACTIVITES

I.D.S. I.D.P. MÉSOPERF avec Calcitonine





DORSALGIES

MALADIE DE SCHEURMANN

(ÉPIPHYSITE DE CROISSANCE)

« CYPHOSE DORSALE DOULOUREUSE DE L'ADOLESCENT »

**RADIOGRAPHIE : Plateaux feuilletés, irréguliers, coins ant.
DÉTACHÉS (listel marginal) non fusionnés, hernies
intra spongieuses, dites « H. de SCHMORL »**

**ÉVOLUTION +/- constitution de vertèbres DYSPLASIQUE,
CUNÉIFORME, APLATIES
Fait le lit de l'ARTHROSE.**

TRAITEMENT : RÉÉDUCATION ESSENTIELLE

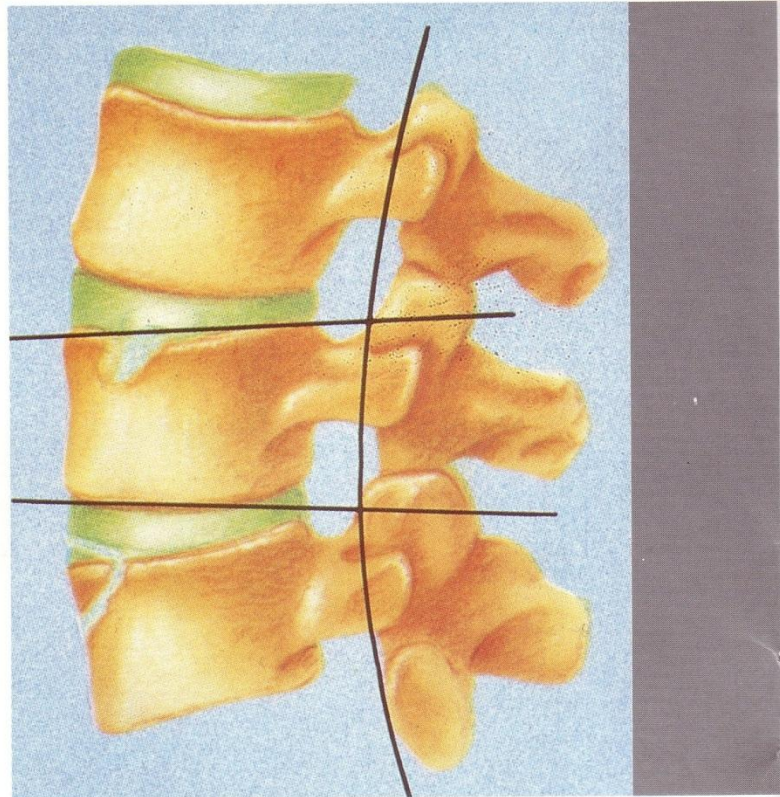
parfois IMMOBILISATION CORSET

ACTIVITES SPORTS VIOLENTS = 0

MÉSOThÉRAPIE EST RELÉGUÉE au 2ème PLAN



► Déformation typique
dans la maladie de Scheuermann
(vue de profil)



Dystrophie rachidienne de croissance
ou maladie de Scheuermann.

DORSALGIES

DÉRANGEMENT INTERVERTEBRAL MINEUR (D.I.M.)

FRÉQUENTE /ADULTE JEUNE

« ENTORSE » ARTICULAIRE POSTÉRIEUR

**Douleur dorsale après un Traumatisme ou micro-traumatisme
origine sport.**

**avec - DOULEUR PARAVERTÉBRALE ÉLECTIVE
- SYND. C. T. M. (PALPER-ROULER)
dans le dermatome correspondant**

TRAITEMENT MANIPULATION

MÉSOTHÉRAPIE SEULE SI D.I.M. LÉGER

I.D.P. / ZONE du D.

A.I.N.S.+/-MYORELAXANTS

I.D.S. / CONTRACTURES (P. +MAG.2)



DORSALGIES

DORSALGIES BÉNIGNES DE LA JEUNE FEMME

Femme jeune, sédentaire, non sportive

Souffre de Douleurs après plusieurs heures de travail
accentuées par surmenage et stress

- POSITION PROFONDE HYPERCYPHOSE SÉDENTARITÉ
INSUFFISANCE MUSCULAIRE

- Douleur latéralisée niveau D.5 D.6

bord interne de l'omoplate

type brûlure souvent D.I.M. / Cervical C.5 C.6

/ Dorsal D.5 D.6

TRAITEMENT. MANIPULATION + MÉSO. = +++

ÉVITER RECIDIVES : RÉÉDUCATION , SPORT,

AMÉNAGEMENT des POSITIONS. de TRAVAIL



DORSALGIES

SYNDROME COSTO-VERTÉBRAL

ATTEINTE articulaire C. V.

Douleur inspiration profonde /toux /Mouvements de rotation du **TRONC** associée +/- irradiations antérieures ou latérales ,thoraciques ou abdominales qui peuvent être isolées

CLINIQUE. (patient en décubitus ventral en travers de la table)

PALPATION LATÉRO-VERTÉBRALE et **MOBILISATION** de la **CÔTE**
recherche du déclenchement

DOULEUR LOCALE ET **DOULEUR IRRADIÉE**

TRACTION en **CROCHET**

APPUI en « **TOUCHE de PIANO** »

ÉTIOLOGIES : SPONDYLARTHRITE ARTHROPATHIE DÉGÉN.+++

ENTORSE C.V. simple = PAS de S. RADIO ou SCANNER

TRAITEMENT **MANIP.** ++ **INFILT.** DIFFICILE **MESO** +++

I.D.P Mélange A.I.N.S. OU ASPEGIC ou CALCITONINE



LOMBALGIES

LOMBALGIE DISCALE

DOULEUR LOMBAIRE En COUP de POIGNARD

ATTITUDE FIXÉE en FLEXION ANT.

IMPOSSIBILITÉ. De REDRESSEMENT

plusieurs minutes

en barre, irradiation fesses, face postérieure cuisse

notion de Facteurs Déclenchant.

CLINIQUE : Raideur Rachidienne

(I. de Schober, Dist. Doigt-Sol)

ATTITUDE ANTALGIQUE +++

PALPATION Lombaire contracture muscles para v.

Pts. DOULOUREUX la pression, médians et latéraux

Signe de LASÈGUE +++

LOMBALGIES

LOMBALGIE DISCALE

**ÉTIOLOGIE : FISSURATION d'un DISQUE L4 - L5 ou L5- S1
+ ARTICULAIRES POSTERIEURES
probablement CONCERNÉES= tableau
d'un D.I.M. (recherche d'un synd. C.T.M.)**

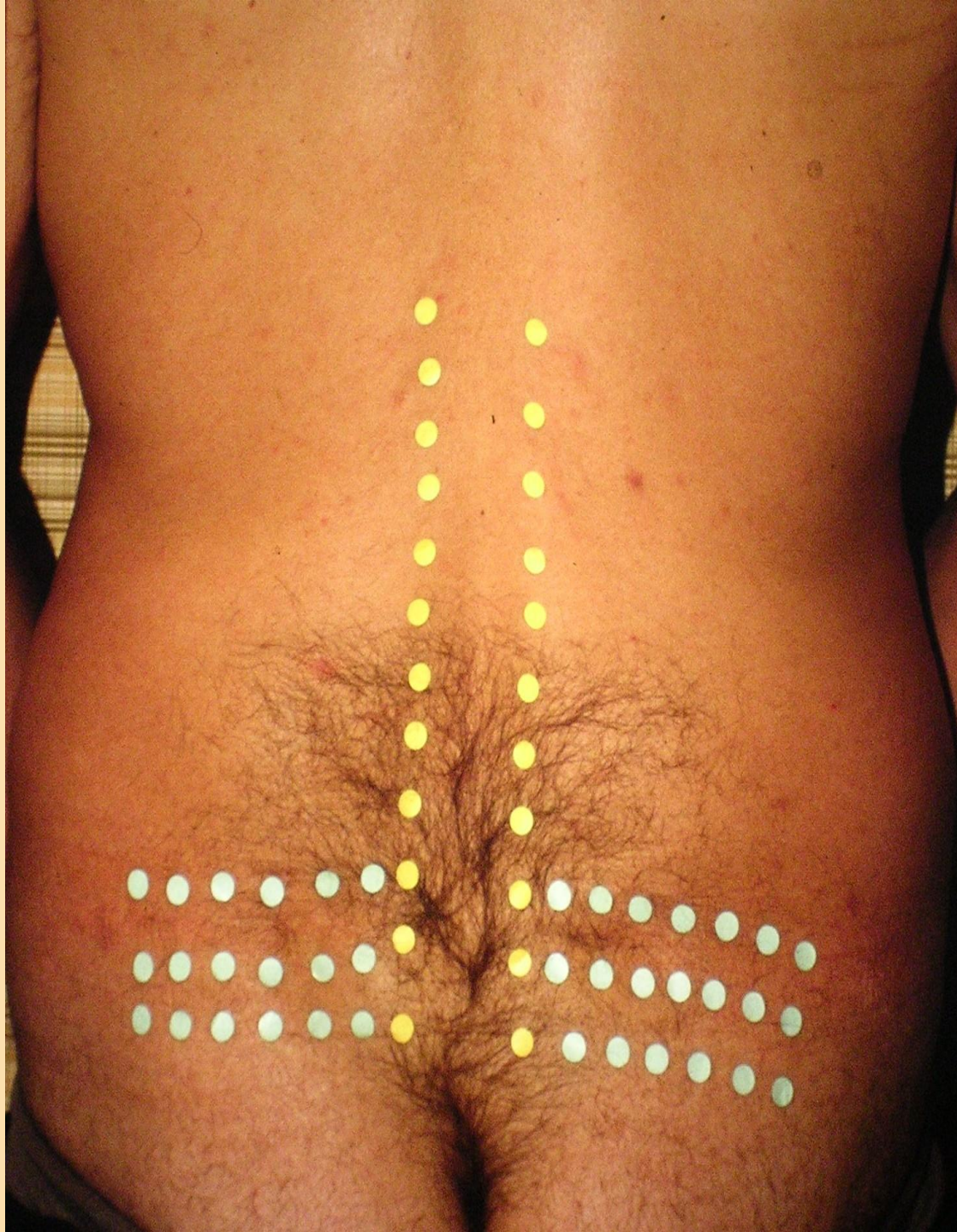
ÉVOLUTION FAVORABLE avec REPOS.

**TRAITEMENT A.I.N.S + de CONFORT, ANTALGIQUE
MANIP. Si sens libre ,non douloureux**

**RADIOGRAPHIES Normales
ou DISQUES DIMINUÉS DE HAUTEUR**

MÉSO . Utile en mésoperfusion.

**Ou I.D.P. , sur contractures
(A.I.N.S.,MYORELAXANTS)**



LOMBALGIES

LOMBALGIE DISCALE

La LOMBALGIE AIGUE peut se transformer en LOMBALGIE CHRONIQUE avec impossibilité de porter un diagnostic anatomique lésionnel précis dans + de 50 % des cas

TRAITEMENT RÉÉDUCATION, PHYSIOTHÉRAPIE

**MÉSO. Utile à résultats variables +/-
dépendants du terrain psy.
I.D.S. et I.D.P.**

**et TRAITEMENT De la Dystonie N. V.
ou Terrain Dépressif**

LOMBALGIES

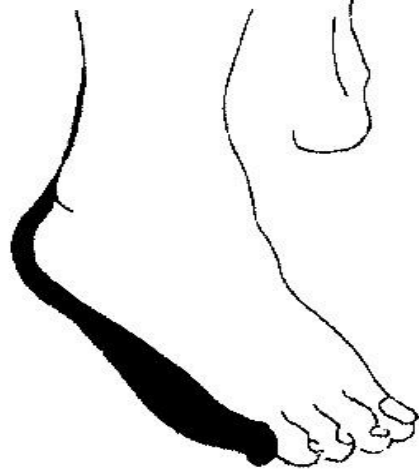
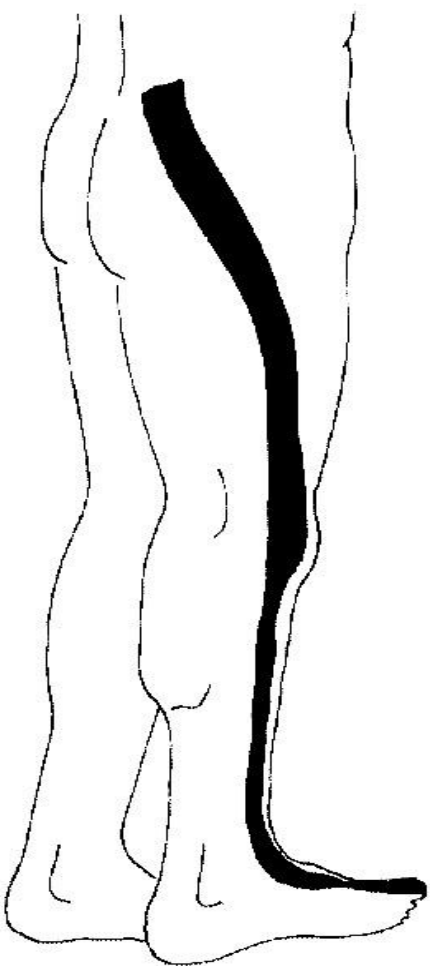
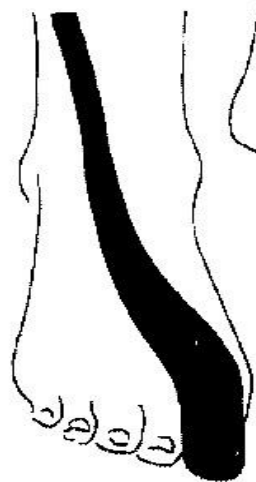
LOMBOSCIATIQUE d'ORIGINE DISCALE

**LA SCIATIQUE DISCALE PAR ATTEINTE L5. S1. =
syndrome douloureux monoradiculaire unilatéral
lié à la migration du nucleus pulposus**

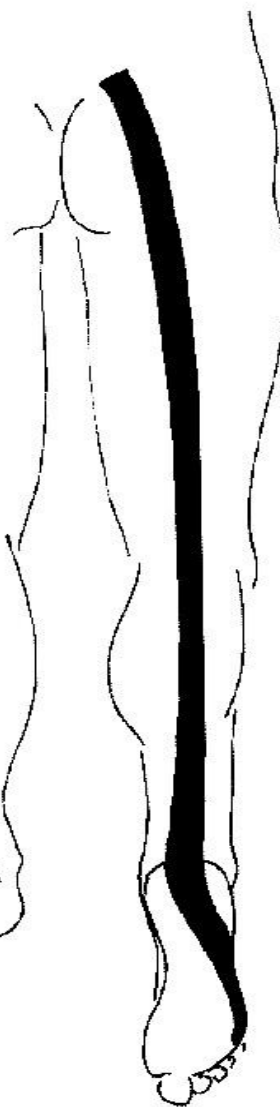
**QUI FAIT SAILLIE ET COMPRIME LA RACINE .
Début brutal
après ou concomitant d'un lumbago aigu**

TOPOGRAPHIE L.5 OU S.1

L5



S1



LOMBALGIES

LOMBOSCIATIQUE d'ORIGINE DISCALE

CLINIQUE : DOULEUR VIVE

impulsive à la TOUX, éternuement, défécation
avec paresthésies ou engourdissement dans le
territoire concerné

évaluer les critères de gravité ?

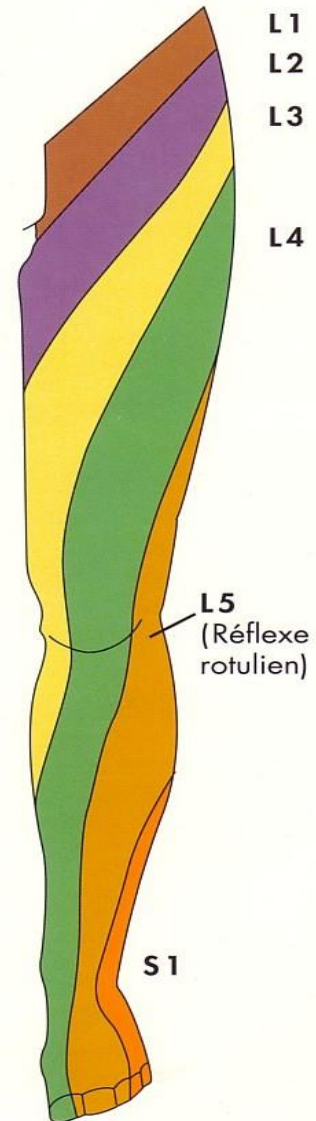
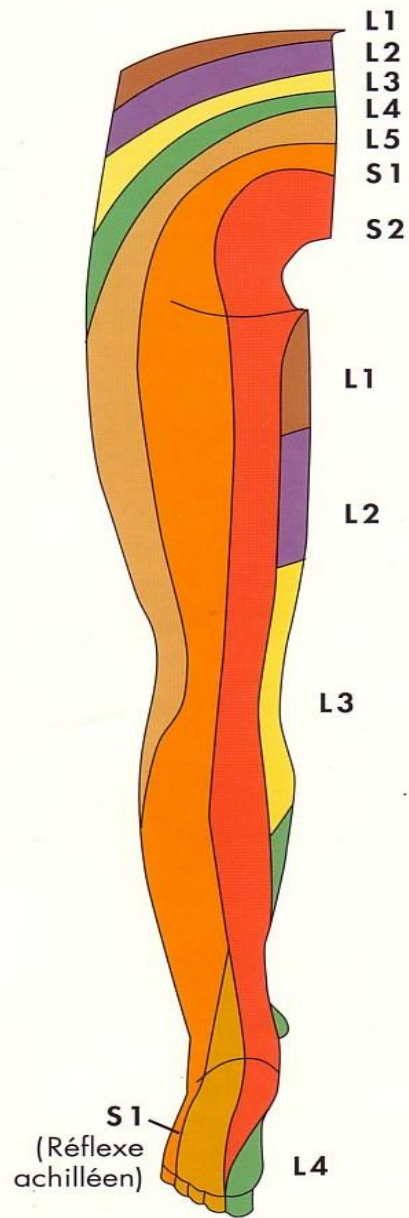
Intensité de la douleur -FORMES HYPERALGIQUES
: SIGNE de LASEGUE PRÉCOCE

:Troubles Sensitifs +++

: Déficit Moteur + Fqt. L5

: Abolition d'un réflexe - R.ACHILLEEN S1

: T. sphinctériens = synd. QUEUE de CHEVAL



Innervation radiculaire des membres inférieurs

| Racine | Trajet douloureux et territoire sensitif | Déficit moteur | Réflexe ostéo-tendineux |
|--------|--|--|-------------------------|
| L2 | Face externe de cuisse (en raquette, méralgie paresthésique). | | |
| L3 | Face antérieure de cuisse jusqu'au genou. | Quadriceps (<i>extension du genou</i>). | Rotulien |
| L4 | Face antéro-externe de cuisse, bord antérieur de jambe. | Quadriceps (<i>extension du genou</i>) Psoas (<i>flexion de hanche</i>) Jambier antérieur (<i>flexion dorsale du pied</i>) | Rotulien |
| L5 | Face postéro-externe de cuisse, face externe de jambe, cheville, gros orteil. | Péroniers latéraux (<i>éversion du pied</i>) Extenseurs des orteils (<i>extension des orteils</i>) + Jambier antérieur : impossibilité de marcher sur les talons | |
| S1 | Face postérieure de cuisse et jambe, talon, bord externe du pied, 5 ^e orteil. | Triceps sural (<i>flexion plantaire</i>) + fléchisseurs des orteils (<i>flexion des orteils</i>) : impossibilité de marcher sur la pointe des pieds. Jambier postérieur (<i>inversion du pied</i>). | Achilléen |

LOMBALGIES

LOMBOSCIATIQUE d'ORIGINE DISCALE

**EX.COMPL. +++ DIAGNOSTIC DIFFÉRENCIEL+++
avec sciatique symptomatique**

**RADIO SIMPLE = SIGNE de DISCARTHROSE
élimination autre pathologie.**

BIOLOGIE. = V.S. normale

**SCANNER d'emblé si FORME HYPERALGIQUE
ou S. de Q. de cheval ,
ou paralysante.**

**+tard F. TRAINANTE à + de 6 SEMAINES
malgré TT. BIEN CONDUIT
I.R.M. etc...**

LOMBALGIES

LOMBOSCIATIQUE d'ORIGINE DISCALE

**ÉVOLUTION FAVORABLE dans 90 % des CAS en 1 ou 2 MOIS
avec**

TRAITEMENT

- « REPOS LIT +/- PHASE HYPERALGIQUE QQ. JOURS
- « A.I.N.S., MYORELAXANTS, ANTALGIQUES
- « SC. TYPE S1 INFILTRATIONS ÉPIDURALES
(1 Tr. Sacré « 3 maxi »)
- « CEINTURE LOMBAIRE à la reprise du travail
- « RÉÉDUCATION ANTI-RÉCIDIVE

MÉSO APRÈS REPOS COMPLET

en phase de « remontée de la Douleur Radiculaire
permet l'arrêt du Traitement Médicamenteux

I.D.P. A.I.N.S. ANTALGIQUES MYORELAXANTS





LOMBALGIES

NÉVRALGIE CRURALE d'ORIGINE DISCALE

CLINIQUE : DOULEUR VIVE

Intensité de la douleur++

DIURNE et nocturne

TYPE BRULURES

FORMES HYPERALGIQUES : FACE ANT. CUISSE (L3)

: FACE ANT.INT. JAMBE (L4)

MANŒUVRE de LERI ++

Diminution Parfois du réflexe ROTULIEN / à l'opposé (L4)

TRAITEMENT MÉSO identique SCIATIQUE DISCALE

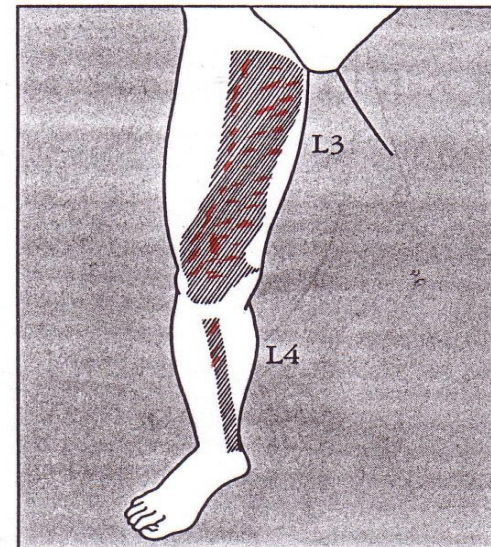
LOCO DOLENTI et MÉTAMÈRE LOMBAIRE



2.3. NÉVRALGIE CRURALE

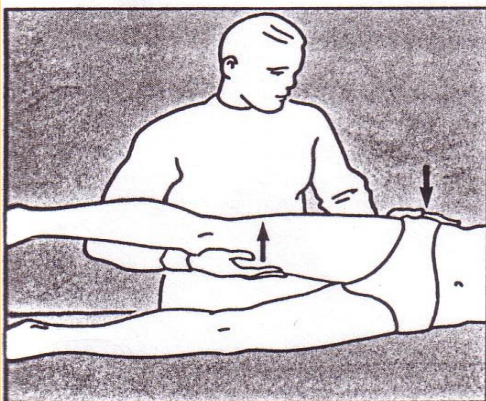


Caractérisée par des douleurs intenses, souvent diurnes et nocturnes, à type de brûlures.

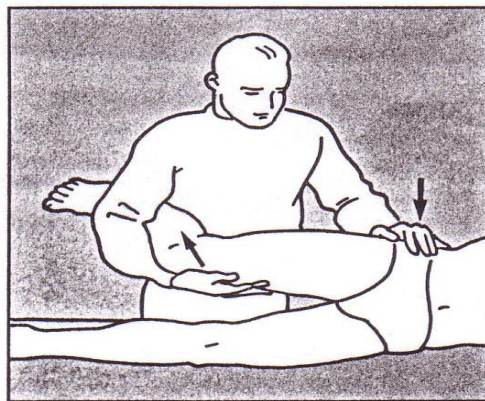


Siège : face antérieure de la cuisse (L3) ; face antéro-interne de la jambe (L4).

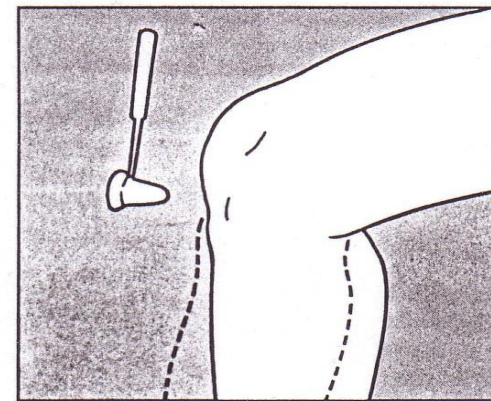
A l'examen : douleur provoquée par la manœuvre de Léri.



Manœuvre de Léri
A : extension de la hanche et du genou



B : maintien de la hanche en extension et flexion du genou.



Parfois, réflexe rotulien diminué par rapport à l'opposé (L4).

LOMBALGIES

SPONDYLOLISTHÉSIS sur LYSE ISTHMIQUE

ADOLESCENT

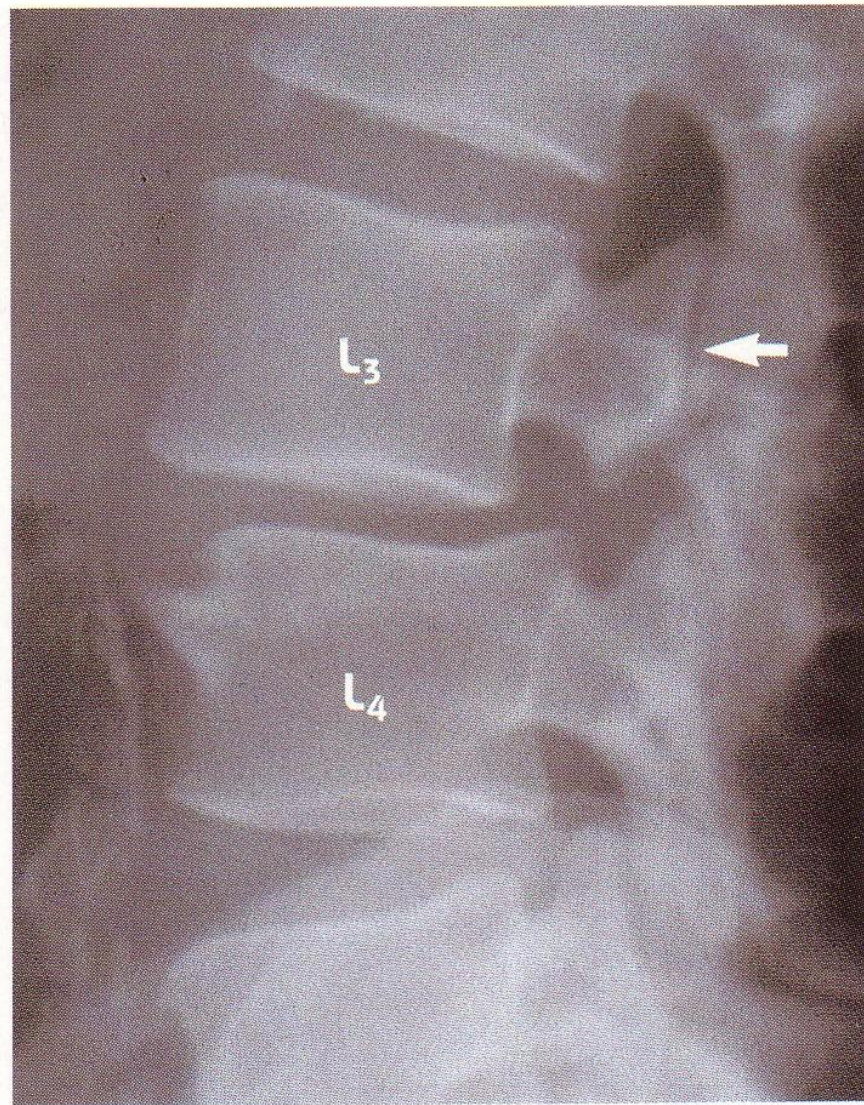
**Avec PLAINTÉ : Douleurs lombaires
TYPE MÉCANIQUE AUX ÉFFORTS SPORTIFS
en POSITION ASSISE PROLONGÉE**

RADIOGRAPHIES +++

**REPOS SPORTIF
et PROFESSIONNEL INDISPENSABLES**

MÉSO INDICATION = 0





**RADIOGRAPHIE
RACHIS LOMBAIRE PROFIL :**

Lyse isthmique L₃.
Spondylolisthesis L₃-L₄.

LOMBALGIES

ARTHROSE INTERARTICULAIRE POSTÉRIEURE

**DOULEUR CHRONIQUE
d'installation progressive**

LOMBAIRE BASSE à PREDOMINENCE FEMININE

UNI OU BILATÉRALE

**RÉVÉLÉE par LE PASSAGE DE LA POSITION
ASSISE à la position DEBOUT
par l'hyperextension du rachis**

**SOULAGÉE par la position légèrement
PENCHÉE en AVANT**





RADIOGRAPHIE PROFIL :

- Arthrose interapophysaire postérieure (\Rightarrow).
- Spondylolisthésis d'origine arthrosique L₄-L₅.
- Discopathie L₄-L₅.

LOMBALGIES

ARTHROSE INTERARTICULAIRE POSTÉRIEURE

CLINIQUE :

Pas de GROSSE RAIDEUR

LASÈGUE = 0

SYNDROME TROPHOSTATIQUE chez la femme

DOULEUR IMPORTANTE à la pression des massifs articulaires postérieurs L4-L5 ou L5-S1

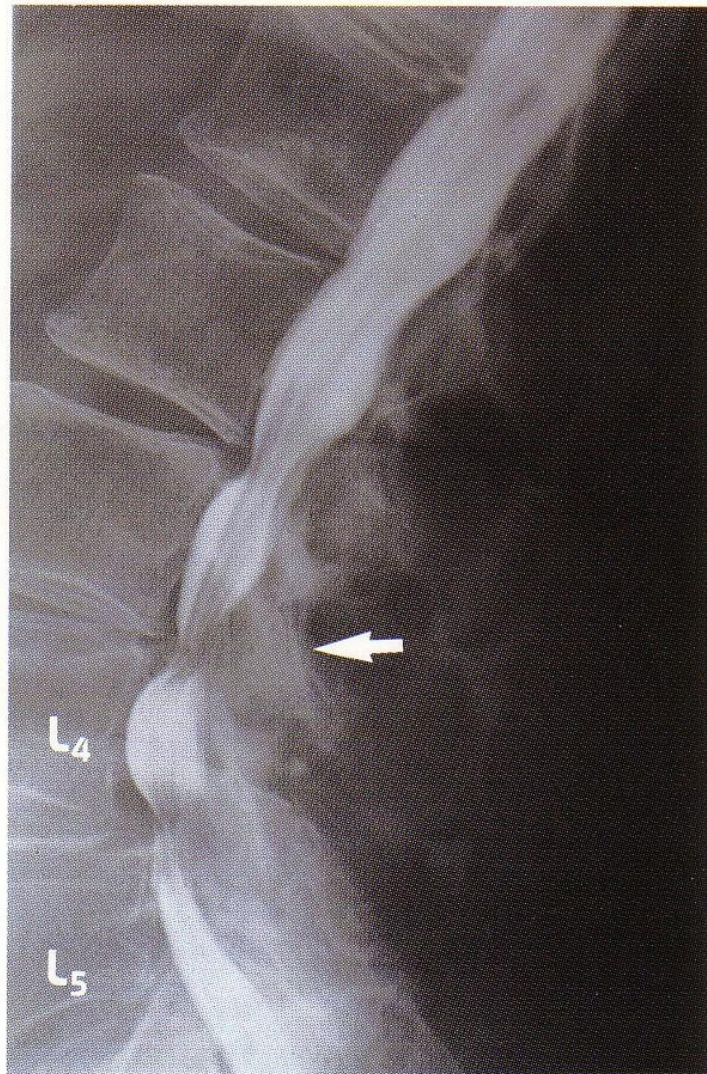
CLAUDICATION « SCIATIQUE »

RADIOGRAPHIES : Condensation des massifs art. Post.
Pincement de l'interligne articulaire

OSTÉOPHYTOSE EXUBÉRANTE (Canal L. ÉTROIT)

SCANNER. E.M.G. SI NÉCESSAIRE





RADICULOGRAPHIE :

Canal lombaire étroit avec aspect festonné.
Pseudo-spondylolisthesis L_4-L_5 ; saillie
discale ; arthrose interapophysaire posté-
rieure étagée (→).

LOMBALGIES

ARTHROSE INTERARTICULAIRE POSTÉRIEURE

COMPRESSION POSSIBLE par KYSTE SYNOVIAL ARTIC. POST.

(VU EN T.D.M.)

douleur réveillée par la rétro-pulsion du rachis

INFILT.CORTICOIDES pendant l'arthrographie

soulage 2/3 des patients

1/3 sont CHIRURGICAUX

SI RÉTRÉCISSEMENT BILATÉRAL 1 OU PLUSIEURS ÉTAGES = canal lombaire étroit

avec tableau de « claudication » bilatérale

mono ou pluriradiculaire à différencier de l'artérite

SPONDYLOLISTHÉSIS DÉGÉNÉRATIF





IRM : SEQUENCE T₂ :

Kyste synovial L₃-L₄.



ARTHROGRAPHIE

ARTICULAIRE POSTERIEURE :

Opacification du kyste synovial.

LOMBALGIES

ARTHROSE INTERARTICULAIRE POSTÉRIEURE

SOUVENT REBELLES AU TRAITEMENT

**INFILTRATIONS DES ARTICULAIRES POST. SOUS
CONTRÔLE SCANNER +++**

**En cabinet repérage grâce à la douleur déclenchée
à la pression du massif articulaire postérieur
Résultats qui restent intéressants**

MÉSO. +++ LOMBALGIES PURES

**J.0 J.8 J.15 J.45...Tous les 2 à 3 M
soit I.H.D. AIGUILLE 0, 13 prof. 1 cm
soit MESO-PERF.**

Mélanges très antalgiques

(A.I.N.S.+ Calcitonine)

(Lidocaïne + Clonazepam + Calcitonine)



LOMBALGIES

TROUBLES STATIQUES

FEMME MÈNOPAUSÉE, obèse , avants pieds ronds,
hallux valgus, orteils en marteau,
syndrome TROPHOSTATIQUE

avec LOMBALGIES BASSES, souvent BILATÉRALES
irradiant dans les Fesses, Grand Trochanter,
douleurs de jambes

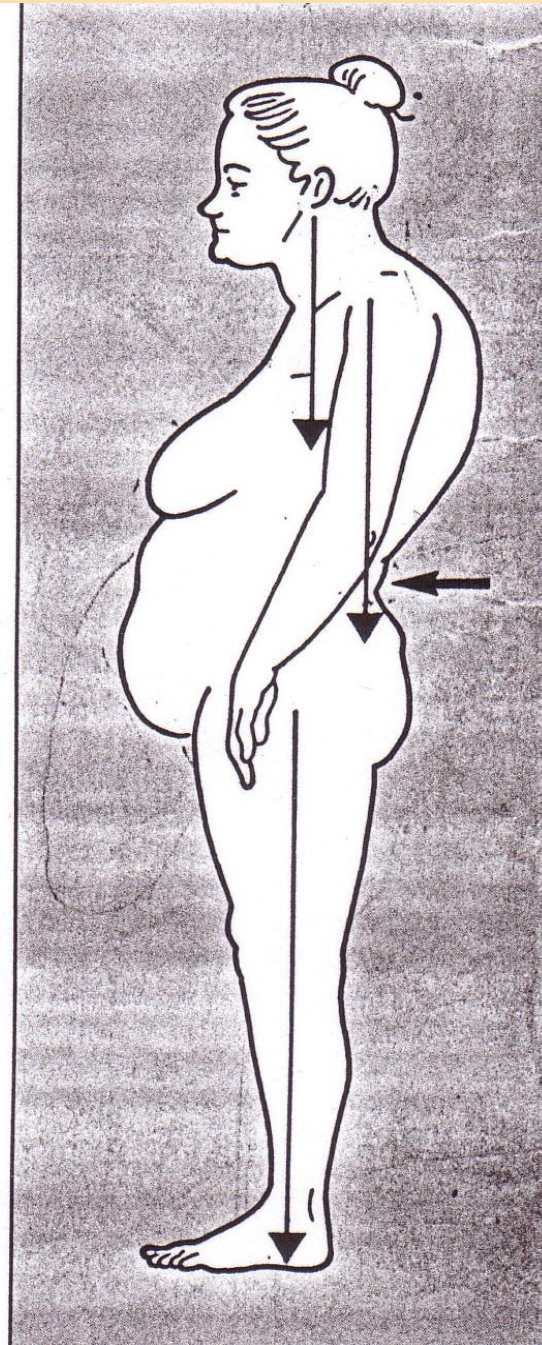
CLINIQUE : DOULEURS INTRICUÉES
ARTICULAIRES POST,LIGAMENT ILIO-LOMBAIRE,
MOYEN FESSIER ,TENDINITE de HANCHE

MÉSO +++ I.D.S. Axes vasculaires (PROCAÏNE 2 % 1 ml + ÉTAMSYLATE
- DICYNONE ® 2 ML)

I.D.P. et I.H.D. POINTS douloureux (Mélange ANTALGIQUE)
J.0 J.8 J.15 PUIS à la DEMANDE
+ SEMELLES de correction des APPUIS PLANTAIRES et
DÉSÉQUILIBRE du BASSIN.



- syndrome trophostatique de la post-ménopause (hyperlordose de la femme obèse)
- scoliose du sujet âgé
- arthrose lombaire exubérante



LOMBALGIES

LOMBALGIES BASSES d'ORIGINE HAUTE

(décrit par MAIGNE)

LOMBALGIE BASSE UNILATÉRALE

par IRRITATION du RAMEAU POSTÉRIEUR

de la branche sensitive de D.11 D.12 ou L.1

irradiation possible vers Gd. TROCHANTER / hypo chondre

EXAMEN: Rechercher une Douleur unilatérale à la jonction

THORACO-LOMBAIRE = Point de CRETE, sur la crête iliaque

à 8 cm en dehors de la ligne des épineuses

(correspondant au Point d'émergence cutanée de la

branche sensitive incriminée)

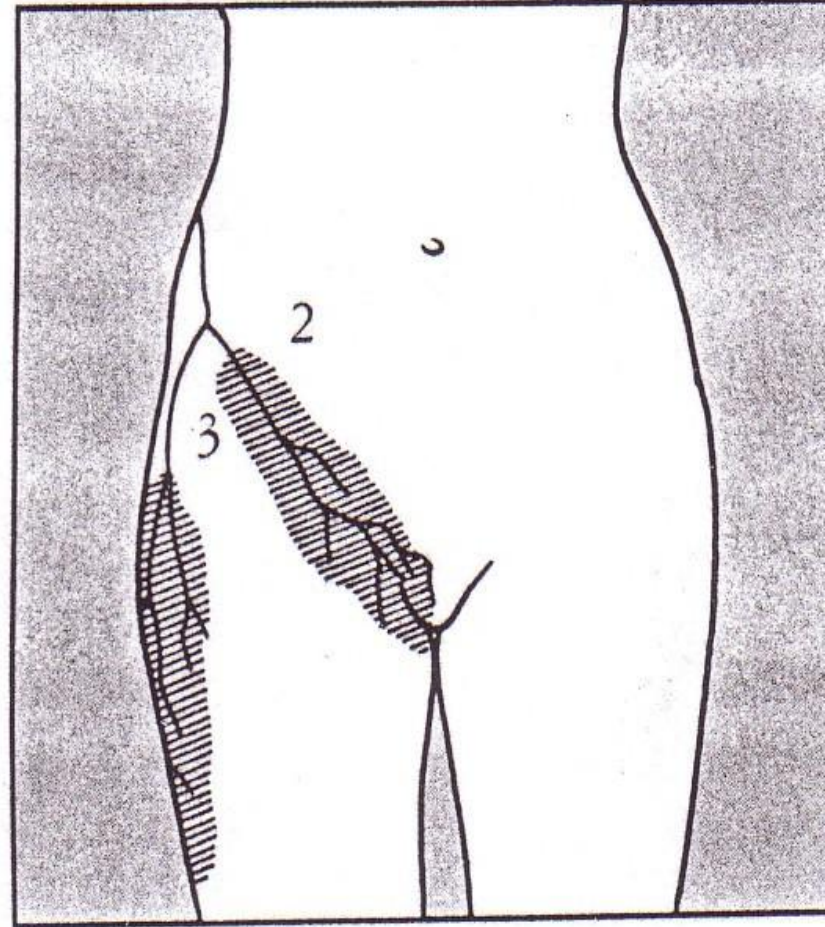
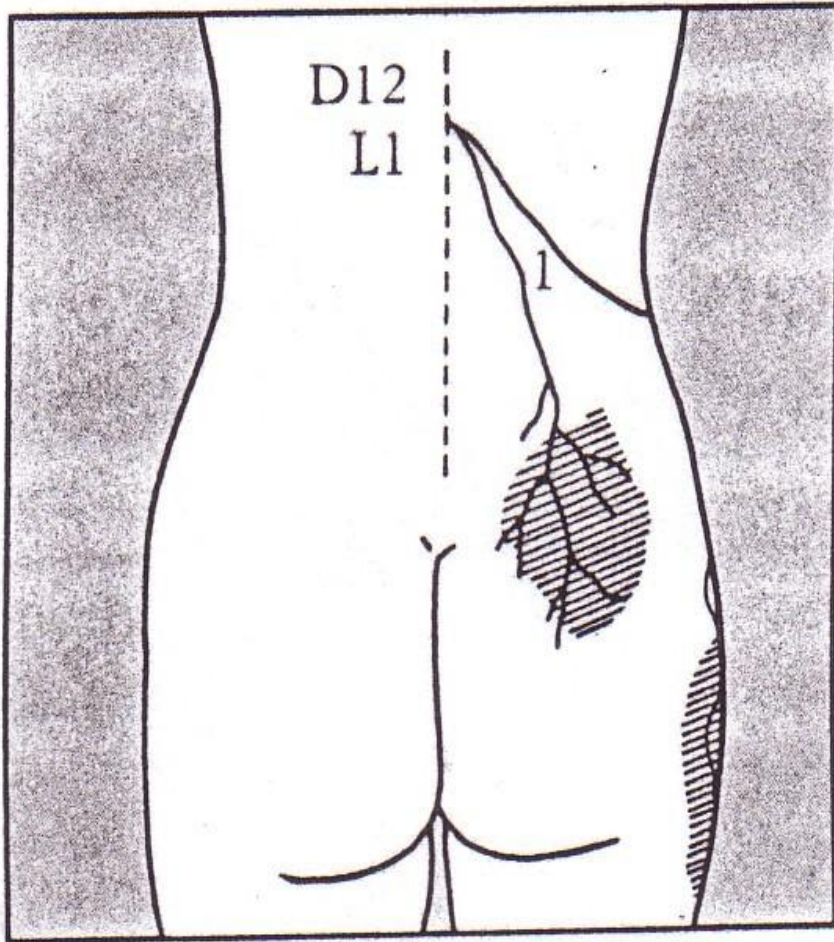
TRAITEMENT : En FONCTION de l'ÉTIOLOGIE :

D.I.M. simple = MANIPULATION

PATHO. ART. POST. = MÉSO ++

ATTENTION AU TASSEMENT IGNORÉ DE D.12 RADIO +++





S.C.T.P.M.M. dorso-lombaire

1. Branche postérieure 2. Branche antérieure 3. Branche latérale.

LOMBALGIES

SYNDROME LIGAMENTAIRE ILIO-LOMBAIRE

ATTEINTE DOULOUREUSE Du Ligament. ILIO LOMB

- Favorisée par Sollicitations **MÉCANIQUES EXCESSIVES (SKI RUGBY GOLF)**

ÉTIOLOGIE. - Trouble statique (grossesse obésité pieds plats ou creux...)

- Anomalies Transitionnelles ou Encastrement Charnière L.S.

- Douleur :**
- partie **HAUTE** de la **FESSE**
 - partie **LATÉRALE** de la **HANCHE**
 - **RACINE** de la **cuisse**
 - **AINE**

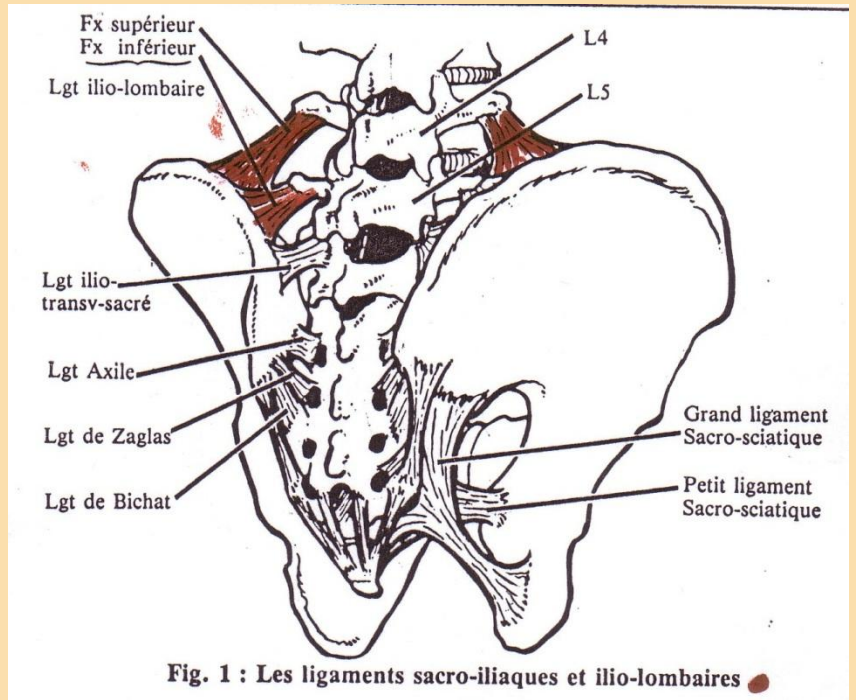


Fig. 1 : Les ligaments sacro-iliaques et ilio-lombaires

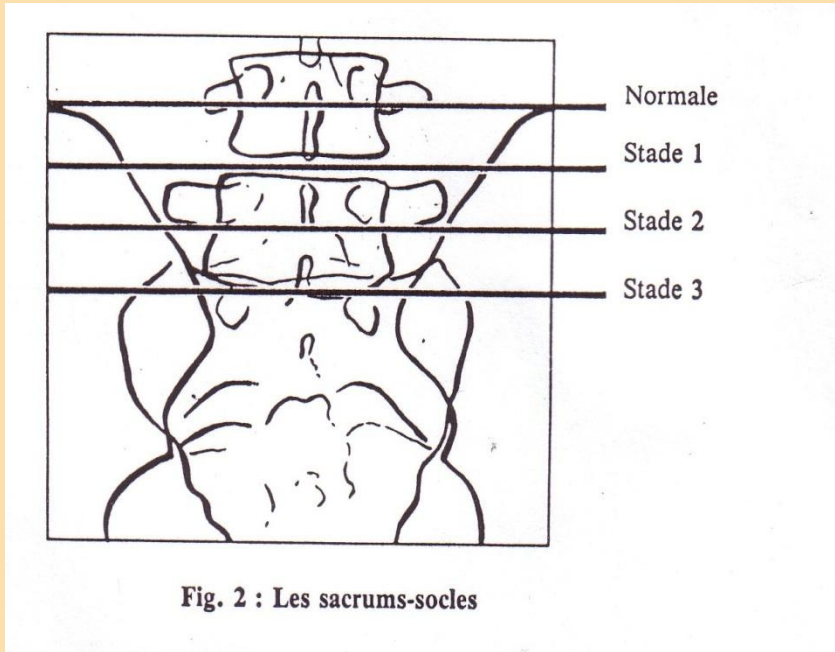


Fig. 2 : Les sacrum-socles

LOMBALGIES

SYNDROME LIGAMENTAIRE ILIO-LOMBAIRE

Douleur à TYPE INTERMÉDIAIRE NI MECANIQUE
NI INFLAMMATOIRE

MATINALE avec dérouillage (5-10 ')

Idem Station assise prolongée, réveillée...

après Station Debout prolongée

TOPOGRAPHIE mal SYSTÉMATISÉE

Douleur aigue lors de l'INCLINAISON LATÉRALE du TRONC
et TORSION

CLINIQUE : Manœuvre d'ERIKSEN

MÉSO + I.H.D. 5 à 10 mm

Mélange A.I.N.S. ANTALGIQUES

KINÉ ++ RÉCUPÉRATION à partir du GRAND FESSIER



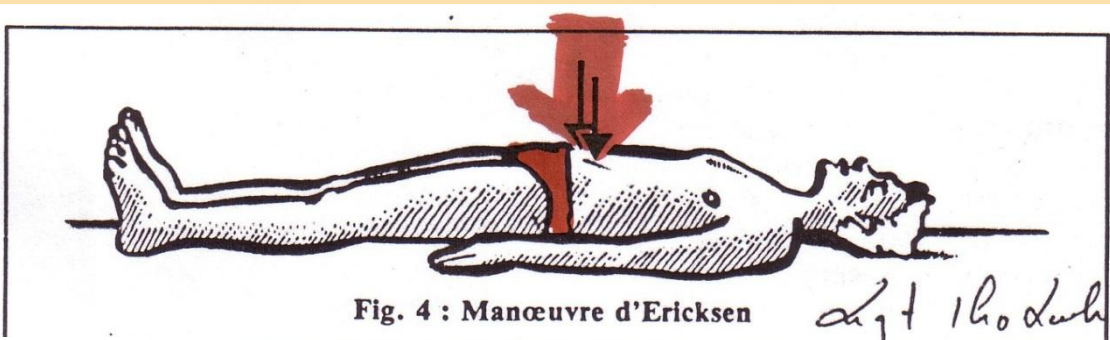
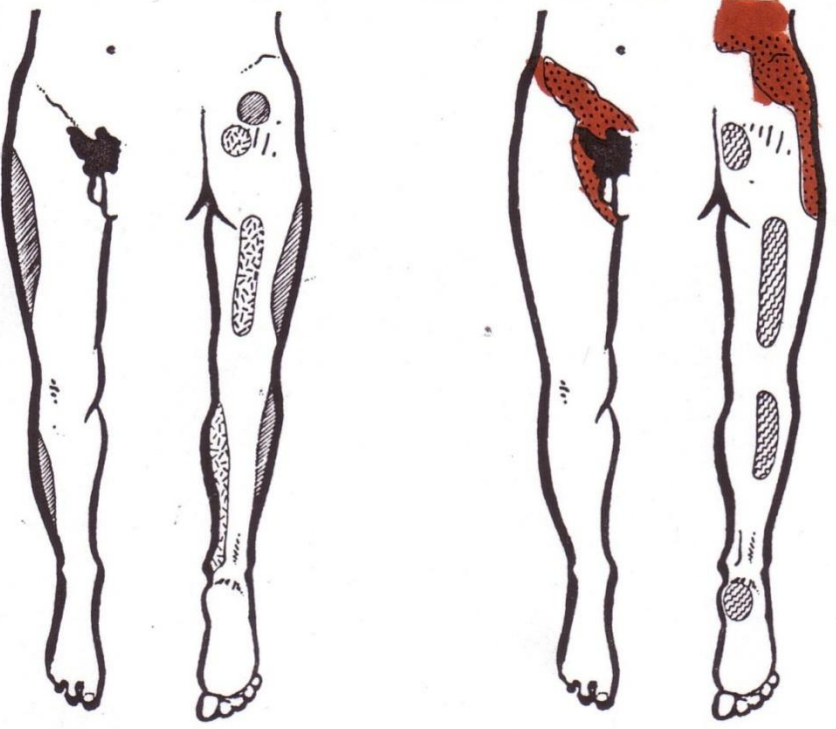


Fig. 4 : Manœuvre d'Ericksen

dyt 160 dwh

Fig. 3 : Les territoires douloureux



- Ligaments sacro-iliaques supérieurs
- Ligaments ilio-lombaires
- Ligaments de Zaglas
- Ligaments sacro-sciatiques

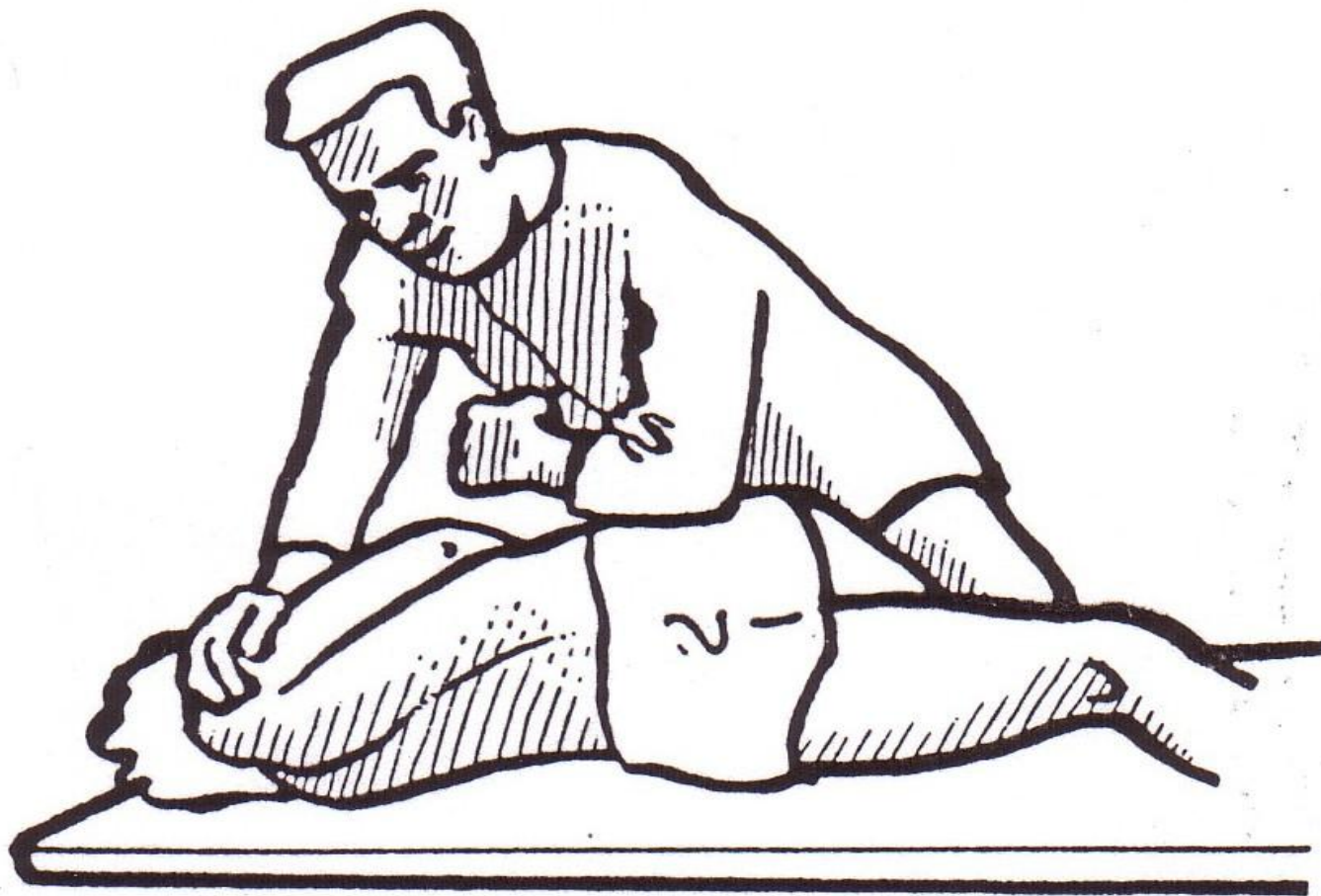


Fig. 8 : Récupération à partir du grand fessier

LOMBALGIES

**SYNDROME POLYALGIQUE DIFFUS
(S.P.I.D.) voir FIBROMYALGIES**

RACHIALGIES PSYCHOGÈNES

ne répondent pas à la MÉSOTHÉRAPIE