

Apport de l'Auriculothérapie dans la prise en charge de la douleur

Santourian Jean Philippe

2021-2022

Table des matières

Introduction.....	3
Historique.....	4
De l'Auriculothérapie.....	4
Physiopathologie.....	7
Somatotopie.....	7
Les différents types de Point Auriculaire.....	10
Voies de la douleur.....	12
Cablage.....	12
Voie humorale.....	16
Methodologie.....	17
Préambule.....	17
Exposé de la méthode.....	18
Cas Cliniques.....	20
Abdominales (douleurs).....	20
Béance du Cardia.....	21
Epaule.....	22
Estomac.....	25
Fibromyalgie.....	26
Fracture costale.....	27
Intestinales (douleurs).....	28
Lumbago.....	29
Poignet.....	32
Zona thoracique.....	33
Résultats.....	34
Interprétation.....	36
Revue de La Littérature.....	37
Conclusion.....	41
Bibliographie.....	43

Introduction

Aussi loin que remonte ma mémoire, c'est en 2013 que j'ai commencé à prendre en charge des douleurs par auriculothérapie.

J'ai connu la discipline au cours des trois années qui avaient précédé, auprès d'un médecin Stéphanois chez qui j'apprenai l'homéopathie.

M'inscrivant alors au GLEM¹, et débutant doucement la pratique sur mes plus proches patients, j'ai spontanément axé ma pratique sur la prise en charge de la douleur.

Les débuts étaient laborieux.

J'ai eu du mal à me familiariser avec la méthode, autant qu'à présenter la technique à des patients qui me connaissaient déjà pour mon approche conventionnelle et homéopathique.

A l'époque, je n'étais pas encore "armé" d'un détecteur électrique. J'ai débuté avec la pointe du capuchon d'un stylo bille. Au fil de ma pratique et de mon intérêt pour ce type de soin, j'ai enrichi mon matériel (détecteur électrique, palpeur à pression,...)

Depuis lors, quel parcours!

Même si la technique n'est pas une panacée contre la douleur, quelle émerveillement de constater qu'on puisse soulager efficacement tant de maux pour lesquels, jusqu'à présent, l'apport de la médecine conventionnelle butait par excès de iatrogénie ou par inefficacité avérée, voire par les deux.

Après l'Historique de l'Auriculothérapie, j'ai tenté, dans ce mémoire, une approche de la neurophysiologie ou des explications qu'on peut donner à la technique appliquée au traitement des douleurs, puis évoqué la méthode de travail que j'ai développé depuis les débuts de ma pratique et selon les enseignements qui m'ont été fournis.

J'ai aussi sélectionné toute une série de cas cliniques aussi clairs et exhaustifs que possible afin d'illustrer au mieux mon travail tout autant que l'apport de l'Auriculothérapie.

L'intérêt de ce mémoire est à la fois de témoigner de l'efficacité de la thérapie par réflexologie du pavillon auriculaire (auriculothérapie) sur la prise en charge de la douleur, mais aussi d'en approcher ses limites, tout en mettant en évidence son innocuité.

Bonne lecture !

1 GLEM: Groupement Lyonnais d'Etudes Médicales

Historique

De l'Auriculothérapie

Cette forme de soins a été découverte par le Dr Paul Nogier dans les années 1950. Jusque là, l'acupuncture traditionnelle issue de la médecine traditionnelle Chinoise ne localisait quasi aucun point sur le pavillon auriculaire. Aucune cartographie auriculaire n'existait.

Pour autant l'usage du pavillon auriculaire, à des fins de santé, lui est antérieur.

Il semble que Percy Pierre-François, médecin de l'armée Napoléonienne, utilisait une forme de cautérisation des anti-tragus pour soulager les douleurs dentaires. Il en fait mention dans son livre : **Pyrotechnie chirurgicale-pratique, ou l'art d'appliquer le feu en chirurgie**

Metz : De l'imprimerie de Collignon, 1794.

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/medica/resultats/index.php?cote=36662&p=257&do=page>

Paul Nogier cite un courrier inséré dans la revue médico chirurgicale de mai 1850 rapportant les pratiques de cautérisation de l'oreille pour soigner les sciatiques du Dr Luciana de Bastia en Corse

https://books.google.fr/books?id=XBgUAAAAQAAJ&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

https://books.google.fr/books?id=f35SDwAAQBAJ&pg=PT16&lpg=PT16&dq=dr+luciana+de+la+caut%C3%A9risation+pour+toutes+les+sciatiques&source=bl&ots=EFifAngz_Y&sig=vYJhBV1UKSNj pz-Wgki_VNB7FGU&hl=fr&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=dr%20luciana%20de%20la%20caut%C3%A9risation%20pour%20toutes%20les%20sciatiques&f=false

La revue est tenue par le Pr Malgaigne, qui exercera, par la suite, une cautérisation du point de l'hélix.

Dr Lagrelais, Dr Finco, fin des années 1860 à 1870, puis Dr Duschene de Boulogne qui hurle....au charlatanisme

Silence jusqu'en 1951 où Paul Nogier reprends et développe l'Auriculothérapie.....

Auteurs	Lieu	Mode de recherche (privé/HU : Hospitalier Universitaire)	Thème	Années (moyenne)
NOGIER Paul (créateur) et Raphaël NOGIER(Paul Nogier, n.d.)	Lyon	Privé	Tout	1950 58 publications Marseille 56 : traductions Allemandes et diffusion Allemande vers la Chine 1966 :RAC et VAS premières plages en 1969 Théorie de l'onde stationnaire
Création du GLEM				1962
Michel MARIGNAN	Marseille	HU : chirurgie orthopédique/ rhumatologie (?)	Posturologie+ travail d'enregistrement du VAS. Théorie du "flambement" de l'artère.	1992-1993 CNRS Publiera "l'introduction à l'Auriculomédecine"
Claudie TERRAL	Montpellier	HU : centre de rééducation	Fibromyalgie	1963: mise en évidence histologique des Points complexes neuro vasculaires
Yves ROUXEVILLE	Nantes et Syfax	Mixte : privé et HU Nantes (premier DIU)	Tout	?
Pierre MAGNIN	Besançon, Strasbourg et Versailles	Privé.	VAS et soigne surtout avec les couleurs.	
Pierre RABISHONG	Montpellier	INSERM	Chute de résistivité des points d'acupuncture et d'auriculopuncture (lapin)	1970-1980
René BOURDIOL	Paris	Psychiatre Neurophysiologiste, médecine chinoise, médecins manuelle, iridologie	Cartographies	1970-1980
Chantal VULLIEZ	Lyon	Privé	Stomato dentaire	Publie des Statistiques sur la perception du VAS
Jean BOSSY	Nîmes	HU :	Réflexothérapies Innervation de	1960-1975

			l'oreille(Bossy Jean, 1995)	
Jacques Niboyet	Marseille		Points d'acupuncture de moindre résistance mis en évidence par appareil détecteurs électriques	1965-Elève de Georges Soulier de Morand
Durynian	Moscou	HU	Neurophysiologie d'auriculopuncture (dent du chat)	1980
MEAS yunsan (Tchang Chi Cheng)	Nantes	ITERC	?	?
Khider	?	?	Obstétrique	?
Jarricot	?	?	Premiers détecteurs	?
Bricot	?	?	Travaux d'enregistrement sur le VAS	?
Terence Olson	Los Angeles		Somatotopie Pain Control Unit Los Angeles(Oleson, Kroening, & Bresler, 1980)	1980

Vous noterez au passage le travail d'une équipe de Los Angeles en 1980: 40 patients souffrant de douleurs musculo squelettiques avaient été examinés uniquement par les pavillons d'oreille: la sensibilité et la conductivité électrique avaient été les seules mesures effectuées, sur des patients dont tout le reste du corps était recouvert par un drap. La concordance entre le "diagnostique" par le pavillon auriculaire et la réalité fut de 75,2%. (Oleson et coll.)

Physiopathologie

Somatotopie

Topos=lieu et soma= corps. Autrement dit, dans quelle partie de l'auricule se projettent la représentation de certaines parties du corps.

Je ne saurai être plus loquace que Paul Nogier lui même dans ce domaine(P. N. R. Nogier, 2010).

Il suffit de se reporter à un de ses ouvrages "l'Homme Dans l'Oreille", reprint de l'édition Maisonneuve de 1979, Sauramps médical 2010, page 29:

"...

Il n'était donc par illogique de chercher au niveau de l'oreille une représentation du corps. Connaisant le point de la cinquième lombaire, il fallait partir de là pour essayer de vérifier cette précieuse hypothèse.

Poursuivant mes observations, je hasardai plusieurs conjectures dont une seule devrait aboutir: pourquoi le haut de l'oreille ne correspondrait-il pas à la partie inférieure du corps et pourquoi le bas de l'oreille ne correspondrait-il pas à la tête ?

Elémentaire, mon cher Watson...Personne n'y avait pensé jusqu'à présent, et pourtant, ne voyez-vous pas que la ressemblance de l'oreille avec un fœtus dans le sein de sa mère est frappante ? Cette similitude me sautait aux yeux désormais. Il ne manquait plus qu'un peu de travail pour arriver à démontrer cette somatotopie....

Un peu de travail en effet...plus de quinze ans!"



(Gori & Firenzuoli, 2007)

Figure 1. This drawing illustrates the concept of an inverted fetus map on the external ear.

Depuis lors, plusieurs cartographies ont été élaborées, discutées, et proposées comme modèle de soin.

D'après Rouxeville, je cite " Niboyet invita Paul Nogier au premier Congrès de la Société méditerranéenne d'acupuncture, en février 1956 à Marseille. "le pavillon de l'oreille, zones et points réflexes", fut la première publication médicale sur l'auriculothérapie.

Puis Gerhard Bachmann, de Munich, invita Paul Nogier à une conférence à Wiesbaden en 1956. Le texte fut traduit dans la revue *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur*, diffusée mondialement. Ainsi, les japonais puis les Chinois eurent connaissance de l'auriculothérapie.

Progressivement, inlassablement, Paul Nogier a développé la méthode. (...)

En 1990, il a pu être présent à la réunion de l'Organisation mondiale de la santé (groupe de travail sur la nomenclature en acupuncture auriculaire) à Lyon. Il n'est pas banal qu'un médecin généraliste exerçant en privé et en province soit honoré de son vivant, dans sa ville, par le directeur de l'OMS, en présence de représentants du monde entier (...)"(Rouxeville, n.d.)

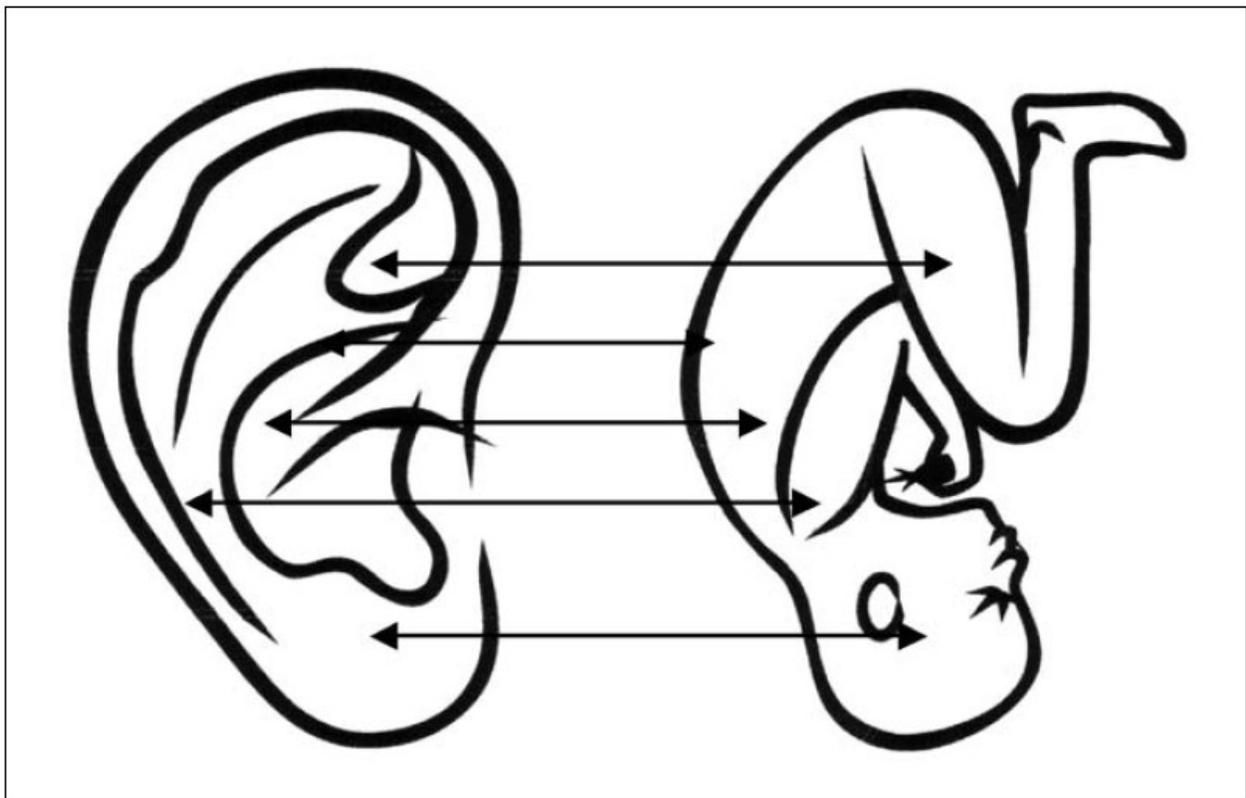


Fig. 12 - Le « gadget », l'oreille et le fœtus (d'après le dessin de R. Bourdiol, dans le « Traité d'auriculothérapie » de P. Nogier).

En 1980, une équipe de Los Angeles mena une étude sur 40 patients dont le corps était couvert d'un drap, et pour lesquels les médecins n'examinaient que les pavillons auriculaires à la recherche de régions dont la conductivité électrique était élevée ou bien des régions sensibles. Une corrélation de

plus de 75% entre le diagnostique auriculaire et la réalité des douleurs musculo skeletiques des 40 patients fût trouvée.(Oleson et al., 1980)

A partir de 1990 jusqu'à nos jours, les cartographies ont évoluées, et continuent d'évoluer.

Comme le dit Raphaël Nogier: "ne soyez pas des "Ayatollah de la cartographie", sous entendant par là que les cartographies du pavillon de l'oreille sont encore évolutives, et pourraient bien rester évolutives.

Paul Nogier a également mis en évidence ce qu'il a appelé les 3 phases du pavillon auriculaire(Raphaël Nogier, 2006): c'est à dire que l'organisation somatotopique telle qu'il l'avait pressentie à l'origine (le foetus inversé) pouvait être, selon les patients, différente de deux autres façons .

Aujourd'hui, pour la prise en charge des douleurs, la somatotopie auriculaire que j'utilise est la première: le foetus inversé.

Il s'accorde presque toujours avec la clinique des symptômes de la douleur du patient.

J'écris bien "presque" toujours. En effet, certaines fois, notamment en cas de maladie immunitaire, cette somatotopie, sans être caduque, ne permet pas une action antalgique satisfaisante sur la douleur.

Si j'ai bien compris ce que mes pairs enseignent au GLEM, et sans parler des "obstacles" connus de la méthode que je décrirai plus loin, nous serions là dans une compréhension encore partielle des rapports entre le système nerveux et les points auriculaires (zones exclues, troubles de latéralité, et bien entendu troubles immunitaires, ce qui met sans doute bien en évidence le lien étroit entre les points d'acupuncture (en tout cas au niveau du pavillon auriculaire) et le système immunitaire.....)

J'ai donc exclu de ce mémoire les cas cliniques à propos de douleurs chez des patients porteurs de maladies immunitaires connues, ou ceux chez qui, par l'approche auriculaire, la maladie immunitaire est en cours d'exploration, voire se diagnostique.

Les différents types de Point Auriculaire

Cette partie va paraître , sans doute, plutôt évidente pour la plupart des praticiens en auriculothérapie. Pour moi, elle ne l'est pas tant que ça.

Il m'a fallu en fait des mois voire des années pour prendre le temps de reconnaître au moins deux types de points sur les 4 types de points enseignés lors de mes études au GLEM².

Ces deux types de points me sont apparu petit à petit, au cours de la pratique. Et c'est d'ailleurs par la pratique, essentiellement que je souhaitai me familiariser avec les points des pavillons auriculaires, plutôt que par la théorie. Par ailleurs, c'était par l'observation, la palpation des pavillons auriculaires, que je souhaitai améliorer mon approche diagnostique du malade.

Cette démarche demande du temps...et des patients qui envisagent un soin différent , ou au moins complémentaire du soin conventionnel proposé par la pharmacopée chimique actuelle, voire même qui se sont confronté aux limites des traitements conventionnels.

Bref.

J'ai donc, dès le départ de ma pratique, adopté deux modes d'exploration du pavillon auriculaire, qui sont finalement très synergiques, mais j'en reparlerai dans la partie méthodologie.

Pour l'heure, revenons aux Points Auriculaires:

Sur les 4 types de points enseignés:

- points douloureux ou points réflexes,
- points complexes neuro-vasculaires,
- points de fibres péri-vasculaires (point 0, point utérus et point de mandibule),
- points liés à la pilosité de l'oreilles,

J'évoquerai ici les deux premiers, car ce sont eux qui, du moins dans ma pratique actuelle, me permettent de prendre en charge 99% des douleurs.

L'usage de ces deux types de points potentialise le traitement.

1-Les points douloureux

Les points douloureux (ou points réflexes) sont détectables par l'usage conjoint de la somatotopie du fœtus inversé (génie de Paul Nogier) sur le pavillon auriculaire pour leur recherche initiale, et d'un palpeur à pression pour leur détermination finale: ce dernier délivre une pression calibrée³: ainsi le point se révèle avec un minimum d'artefact à la pression.

4 signes évidents, faciles à retenir, car de pratique quotidienne, permettent de les repérer:

- ✓ le signe de l'effleurement,
- ✓ le signe du godet,
- ✓ le signe de la vasoconstriction
- ✓ et le signe de la grimace.

Ces points douloureux, le plus souvent dans ma pratique, ne sont pas détectables électriquement.

Il seront traités par aiguille, massage, ASP, graine, ou-pour certaines indications-par cautérisation.

2 GLEM: Groupement Lyonnais d'Etudes Médicales.

3 Créé par Paul Nogier

L'action est souvent immédiate, prolongée dans le temps jusqu'à la chute de la graine ou de l'ASP. Parfois pourtant, j'ai observé un phénomène inverse, qui est celui d'une recrudescence passagère de la douleur de la région concernée, qui cède systématiquement lorsque la graine ou l'ASP tombe d'elle même.

D'autres fois, le patient décrit une gêne voire une douleur au niveau du grain⁴ et l'enlève de lui même. Cette action est souvent contemporaine également d'une sédation de la douleur.

2-Les points complexes neuro-vasculaires

Mis en évidence par Claudie Terral en 1963, ce deuxième type de point est électriquement détectable et non douloureux à l'aide du palpeur à pression bleu⁵.

Comme leur nom l'indique, la coupe histologique montra la co-existence d'une artériole, d'une veinule, d'un microlymphatique et d'un micro-nerf.

Nous utilisons un détecteur différentiel pour les mettre en évidence.

Il y a beaucoup de points sur le pavillon d'oreille qui sont électriquement décelables. La valeur ajoutée du détecteur différentiel est la suivante: ce dernier permet la mesure de la résistivité du point sur la peau du pavillon auriculaire et la mesure de la résistivité de la périphérie du point. S'il n'y a pas de différence de résistivité entre ces deux zones, le rapport de détection est égal à un, et l'appareil est réglé pour ne pas en tenir compte. Si ce rapport s'éloigne de l'unité, c'est qu'il y a une chute de résistivité et que le point est isolé de sa périphérie avec une précision de l'ordre du millimètre. L'appareil à détection est réglé pour émettre un signal sonore à ce moment là.

Ces points sont stimulables aux fréquences électriques de Nogier, mais aussi à ses fréquences dans la lumière rouge, infra-rouge, et aux 7 plages de la gamme chromatique. Bien entendu, il ne faut pas confondre fréquence et couleur.

Ces points semblent être en lien avec le système spino-réticulo-thalamo-cortical, alors que les premiers points (douloureux ou réflexes) n'emprunteraient que des voies spino-thalamiques.....

J'ai encore du mal à avoir une vision claire de cette théorie.

Cela nécessiterait un apport histologique et électrophysiologique pour ce qui est du relai (ou non) des neurones au niveau de la rétículo....

Mais ces points peuvent être également stimulés (et le patient soigné) par des aiguilles, des ASP ou des graines, en plus des fréquences (électrique, lumineuse, colorée, voire laser).

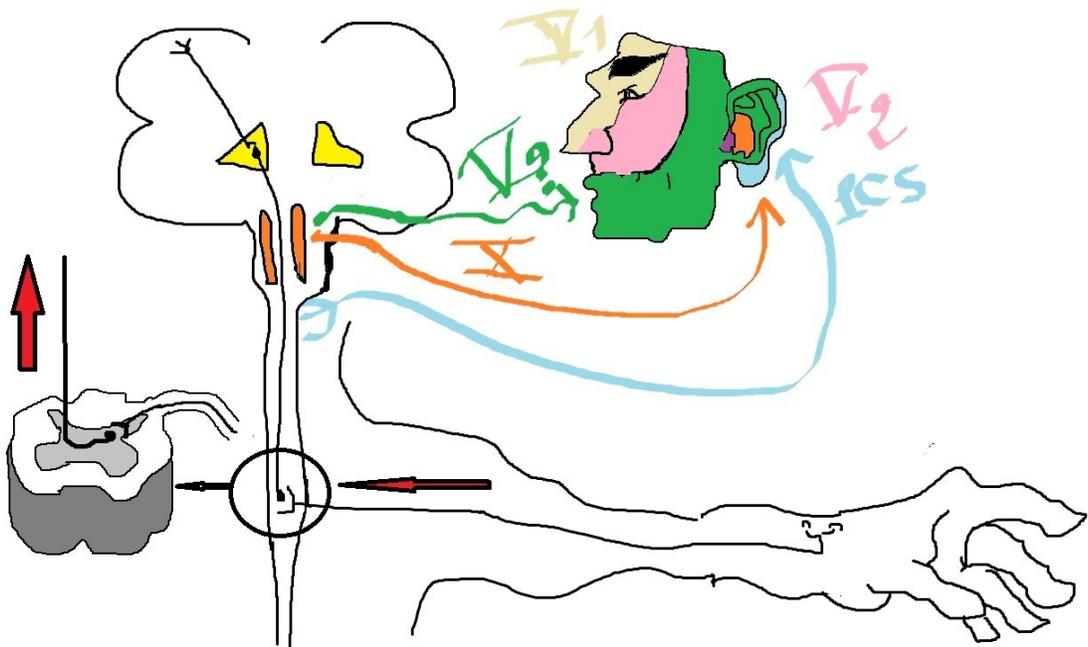
Deux d'entre eux apportent un complément intéressant dans la prise en charge des douleurs: ce sont les points 0', pour des raisons probablement en lien avec la physiologie de la latéralité, et le point 0, pour sa capacité à rendre détectable certains autres points qui pourront bénéficier d'une régulation (par fréquence et/ou ASP, graines, aiguilles) : je pense notamment aux points de bordure dans les traitements des névralgies (comme le zona par exemple) autant que dans les douleurs articulaires. Nous abordons là le domaine de la géométrie des points pathologiques que Paul Nogier avait mis en évidence. J'utilise très largement le système qu'il avait nommé "harmonique", tout simplement car j'ai de meilleurs résultats sur les douleurs avec que sans.

4 Pour les ASP, je conseille aux patients de ne pas hésiter à la retirer si elle provoque une douleur sur le pavillon.

5 Mais cela n'est pas une généralité. Parfois les deux points se confondent. Tout simplement car le degré de précision du détecteur électrique (inf à un mm) est plus discriminant que celui du palpeur à pression (sup à un mm).

Voies de la douleur

Cablage



Lorsqu'on étudie la physiologie du système nerveux, dès la première année de médecine, on va apprendre assez rapidement que les informations douloureuses collectées par les capteurs (cutanés, osseux, musculaires, tendineux,.....) sont véhiculées par les neurones jusqu'à la corne postérieure de la moëlle, qui vont relayer l'information à des deuxièmes neurones,; ces derniers franchissant la ligne médiane de la moëlle avant de remonter jusqu'au thalamus.

Ainsi, l'information douloureuse transmise par le côté gauche sera traitée par le cerveau droit, et inversement pour le côté droit.

- ✓ Ce réseau spino thalamique est segmentaire et concerne la douleur, le chaud et le froid, et un peu du toucher . Il croise à chaque étage jusqu'à la deuxième cervicale en partant du bas . Au dessus de C2, un double croisement se produit.

Cette organisation segmentaire a donné les cartographies spinales du corps. Intéressante en pratique pour l'apprentissage, elles éludent les anastomoses extra segmentaires, intra plexiques ou parfois extra plexiques, qu'on peut retrouver de manière idiosyncratique. Ces anastomoses expliquent en partie les douleurs névralgiques dont le territoire supposé en cause (par explication segmentaire) ne correspond pas toujours-par exemple-avec le dysfonctionnement intervertébral. Mais c'est une autre question.

- ✓ Le réseau lemniscal est supra segmentaire: le deuxième neurone croisera la moëlle à l'étage supérieur du premier neurone afférent, et les informations sont en lien avec la vibration, la proprioception (la position des articulations, la connaissance d'où et dans quelle position se trouve le corps), le toucher plus fin,
- ✓ Bien entendu, une réponse motrice adaptative , consciente est prévue par la nature: celle des neurones efférents: qui descendent du cortex. Un seul relai. Et le premier neurone croisera à

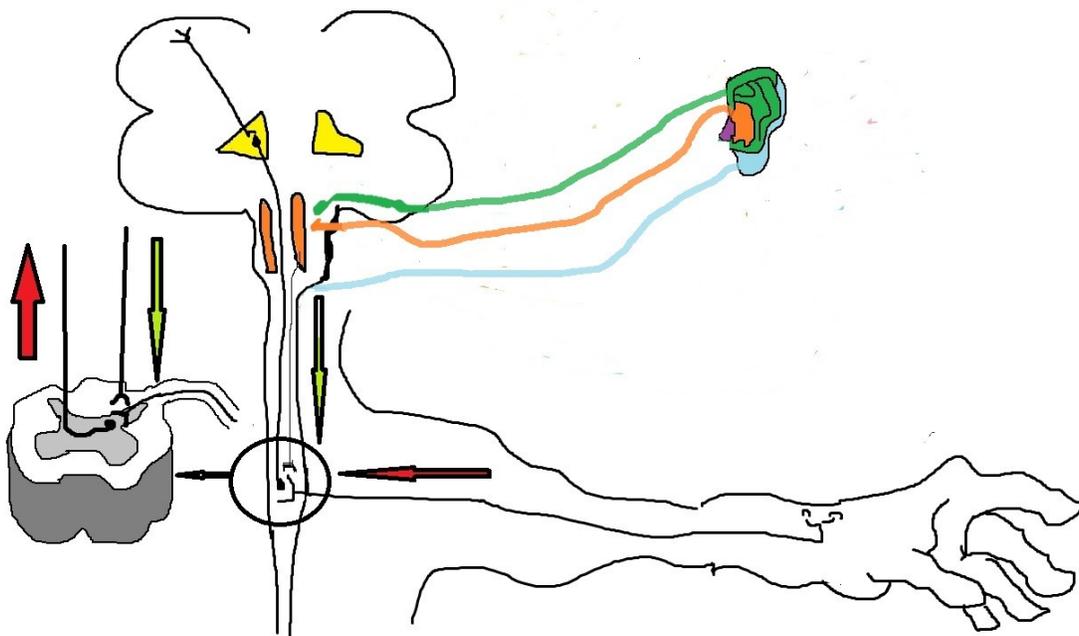
l'étage immédiatement supérieur du deuxième neurone effecteur. Une boucle réflexe à chaque étage, donc segmentaire, semble être responsable des réflexes ostéo tendineux.

Mais nous nous arrêtons aux voies afférentes de la douleur:

-question: puisqu'il y a croisement de l'information jusqu'à la deuxième cervicale, comment se fait-il que l'oreille qui permette de réduire la douleur soit du même côté que le siège de la douleur ?

A cette question, il convient de répondre, tout d'abord, en reprenant les indications du Pr Jean Bossy sur les réflexothérapies.

Et d'en apporter un éclairage par le schéma suivant:



Simplification à l'extrême d'une théorie du "contrôle à la porte", ce schéma m'a aidé à me représenter comment l'action d'un soin sur le pavillon auriculaire homolatérale au côté de la douleur pouvait se comprendre. Nous voyons donc que l'hypothèse envisagée ici est celle d'une stimulation, par les afférences nerveuses auriculaires (V3, X et PCS, sans compter l'innervation complexe du tragus qui nécessiterait un exposé à lui seul), des voies sérotoninergiques descendantes de la rétículo.

Je dis bien simplification, car:

- ✓ au dessus de C2, les voies neurologiques feraient l'objet d'un double croisement. Ainsi, l'illustration que je fais sur ce schéma est fautive: les noyaux des V3, X et PCS correspondant au pavillon de l'oreille gauche devraient être représentés à droite.
- ✓ La rétículo ne communique pas seulement par voie descendante avec la moelle, mais aussi par voie ascendante, en direction des structures sous corticales. Il y a donc, aussi, potentiellement, une action sur ces structures dans la prise en charge de l'information douloureuse par le cerveau.
- ✓ Enfin, le noyau du X, notamment, est en inter-relation, lui aussi, avec hypothalamus, thalamus, amygdales cérébrales, hippocampe, gyrus cingulaire postérieure, mais aussi avec l'insula. (Martinot, n.d.) Nous avons donc encore une autre action sur le cerveau lui même qui vient s'ajouter au "contrôle à la porte" de l'information douloureuse.

Ce dernier point met en évidence une contribution à la sédation plus complexe que le "simple" contrôle segmentaire ou supra segmentaire, et les actions hormonales ou humorales ou vasculaires (veineuses ou lymphatiques) mobilisées par le SNA interviennent aussi dans une mesure inconnue, ou du moins que je n'ai pas la prétention de connaître.

Comme je viens de l'exposer, les différents soins apportés sur l'auricule mobilisent, selon toute vraisemblance, aussi le SNA⁶: par action sur le nerf Vague, et sur le nerf trijumeau, *sans forcément passer* par la rétillée (dévolue au contrôle "à la porte"). Ce qui laisse supposer une action anti-inflammatoire (relation du sympathique avec les cortico-surrénales), voire relaxante (par action sur le parasympathique (vague classique, et "vague nouveau" ou, notamment, nerf trijumeau qui contient aussi des fibres para sympathiques).

Selon le Pr Jean Bossy⁷-je cite:-

"Ainsi, dans 50% des cas, l'acupuncture se présente comme une réflexothérapie segmentaire. Quels mécanismes peut on invoquer dans la moitié restante ?

Trois paraissent couvrir l'ensemble:

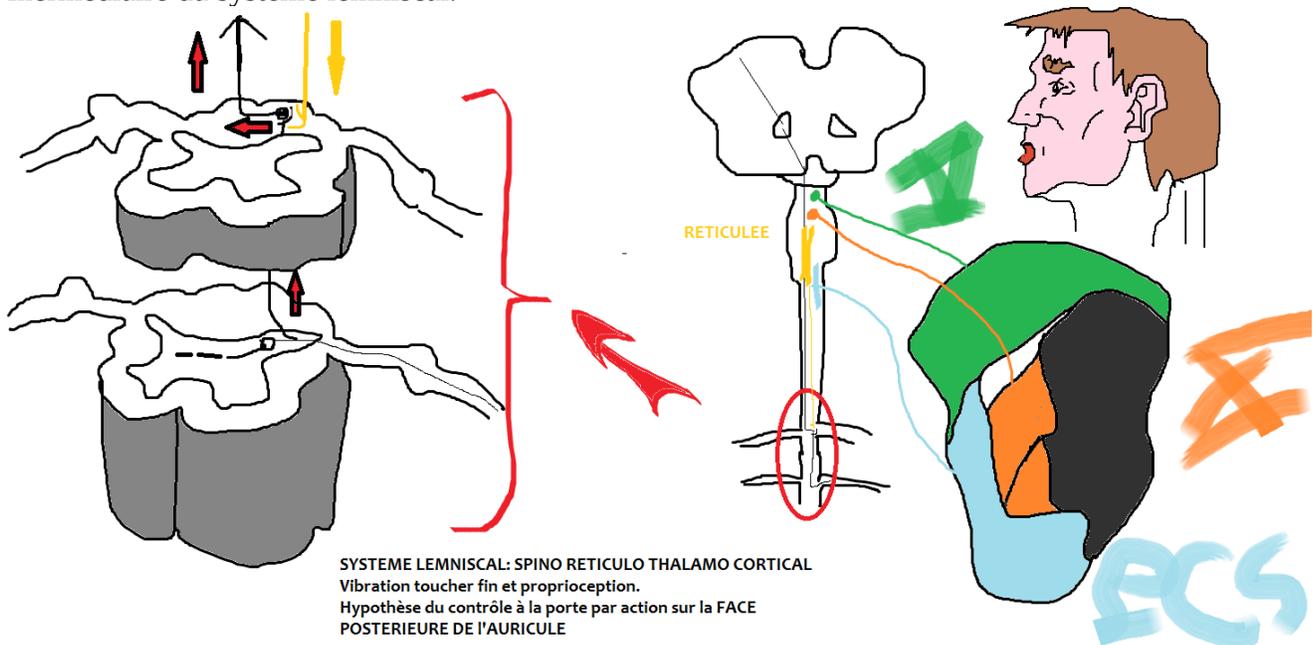
1- des liaisons hétéro segmentaires constitutionnelles comme celles que l'on retrouve dans la séquence de la marche,

2- des actions humorales et hormonales par libération de neuromodulateur et stimulation de l'innervation des glandes,

3-une augmentation de type suprasegmentaire, du type envisagé pour les réflexothérapies en relation avec le territoire du nerf trijumeau (formation réticulaire) ou passant par les niveaux sus-jacents hypothalamique, thalamo-strié et cortical.

Quant à la stimulation des points correspondants de l'auricule, entraînant chez certains sujets une activité EMG, un mécanisme suprasegmentaire est indispensable pour en expliquer l'effet."(Bossy Jean, 1995)

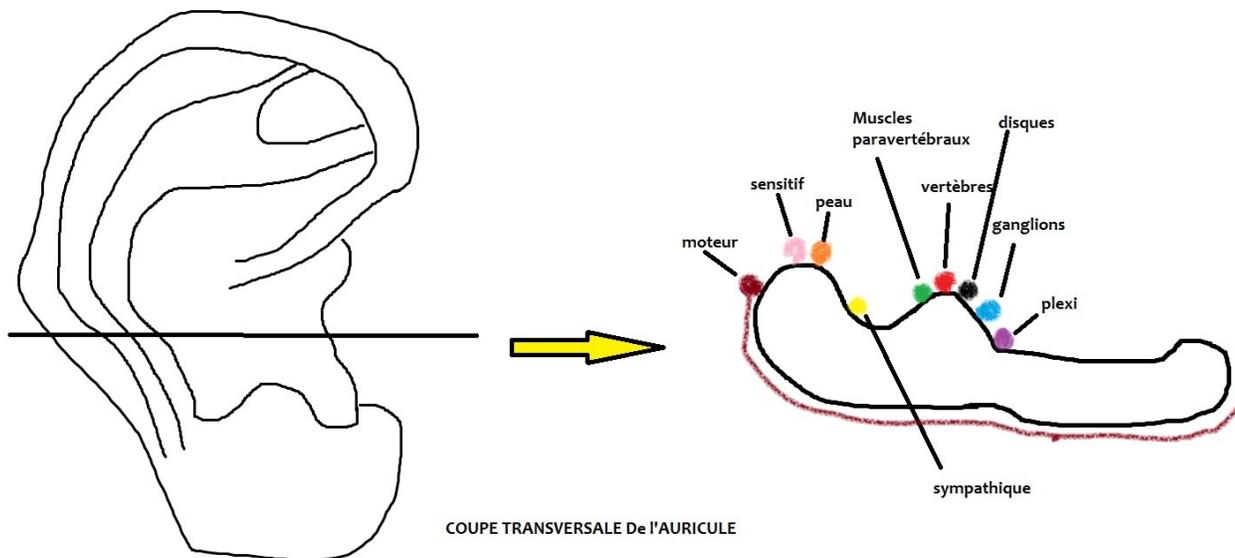
Enfin, si je peux en juger par l'action des soins apportés à la face postérieure des points auriculaires, une **hypothèse** de son action antalgique pourrait être celle d'une rétroaction sur la proprioception, par l'intermédiaire du système lemniscal.



6 SNA: Système Nerveux Autonome

7 Bossy J (1983) Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Masson, Paris (P 124-125), extrait de Rouxville Yves (2016) Les Clés de l'Auriculothérapie Clinique et Pratique, Satas, Bruxelles, Belgique (p 33)

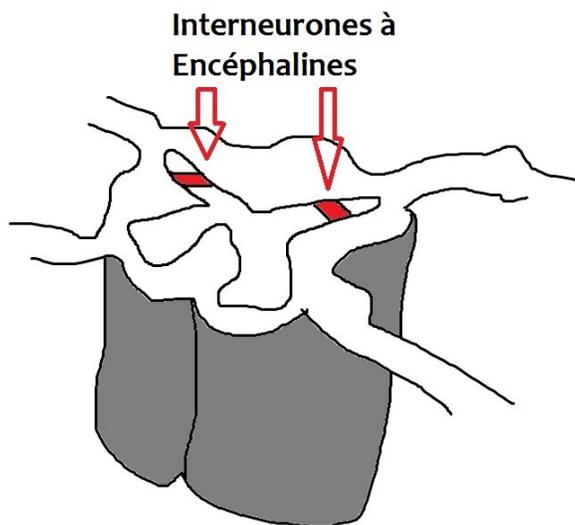
Exception pour le soin antérieur de l'oreille par cautérisation, dans les sciatiques, du point "Barrin", qui semble avoir une action myorelaxante autant que proprioceptive.....
Ce dernier point est en rapport avec les différents "métamères" du relief du cartilage antérieur.



Voie humorale

D'après les auteurs Viennois en Autriche, à propos du P-Stim® (Sator-Katzenschalger & Michalek-Sauberger, 2007a), plusieurs mécanismes peuvent expliquer l'action antalgique de la stimulation électrique du pavillon auriculaire: Selon eux:

- La stimulation des fibres nociceptives A- δ dans la peau (par électro-acupuncture) pourrait inhiber le stimulus nociceptif.(Pomeranz & Warma, 1988) Il faut noter toutefois sur cette étude, que la stimulation électrique dure 10 minutes et qu'elle est répétée une fois après une heure et demi⁸. Cela reste expérimental et on ne peut approcher ce protocole par auriculothérapie clinique. Seuls les dispositifs (comme P-stim®) peuvent y prétendre.
- L'activation des interneurons à encéphalines de la substance gelatineuse de la substance grise de la moëlle. Elle pourrait résulter d'une inhibition de la conduction du signal de la douleur jusqu'au cerveau.



- La libération d'endorphine et de metencephaline dans le cerveau (par l'acupuncture de manière générale)
- Le contrôle descendant "à la porte". Ce dernier ferait plutôt parti d'un système de "cablage neuronal" dont j'ai plus longuement parlé au dessus, de manière hypothétique.
- Enfin, il est possible qu'une action sur le système limbique et l'hypothalamus soit en cause, ce que j'ai décrit plus en détail dans un précédent ouvrage, mais à propos de la pharmacodépendance.(Santourian, 2020)

8 l'étude est réalisée sur des rats

Methodologie

La prise en charge de la douleur par l'auriculothérapie suit la méthode que je vais exposer, et qui n'est rien d'autre que celle que j'ai apprise au GLEM, et son évaluation se fera d'une manière simple que je vais décrire ensuite.

Préambule

Mais avant cette prise en charge se place l'indispensable diagnostique médical. C'est lui qui va définir la pertinence du soin par auriculothérapie, ou pas.

Ainsi, devant une douleur thoracique, toutes les urgences médicales doivent être éliminées avant tout. Même si, en aval de la prise en charge, par exemple, d'une douleur coronaire par la médecine conventionnelle, on pourrait lui adjoindre un soin complémentaire par l'auriculothérapie dans un second temps, il est de notre devoir d'éliminer toute urgence vitale et de la soigner avant tout par les moyens conventionnels qui fonctionnent très bien et qui sauvent la vie.

Ainsi, toute douleur faisant suspecter une urgence vitale, quelle qu'en soit la localisation dans le corps, doit, tout d'abord, être l'objet d'un diagnostique médical. Les urgences vitales doivent être diagnostiquées et soignées selon les moyens conventionnels qui sauvent des vies.

Les douleurs d'origine traumatique nécessitent un bilan radiologique minimum afin d'éliminer une fracture. Cette dernière ne se soignera pas par l'auriculothérapie isolée. Les moyens classiques (contention, repos) ou plus modernes (clou, broche, etc...) seront indispensables, bien entendu.

Ensuite, et seulement ensuite, pourra-t-on associer une auriculothérapie de sédation de la douleur, complémentaire, et/ou de ré-éducation cérébrale fonctionnelle.

Puis, les douleurs des maladies de système devront aussi faire l'objet d'une expertise médicale, avant d'être l'objet d'une sédation par l'auriculothérapie. A ce propos, les apports complémentaires de l'"Auriculomédecine de Nogier" pourront aider. Je l'évoque simplement ici.

Car l'auriculothérapie isolée, même si elle a clairement un apport intéressant dans certains cas, sera insuffisante, voire parfois sans résultats, dans certaines présentations de ces maladies.

Il existe aussi d'autres maladies comme la fibromyalgie, qui feront aussi là l'objet d'une expertise médicale dans un premier temps, puis d'une prise en charge par auriculothérapie tantôt classique, tantôt en auriculomédecine, par l'intermédiaire des fréquences de Nogier.

Exposé de la méthode

Tout d'abord, je fais un diagnostic médical aussi précis que possible.

Ensuite, je procède à une évaluation de la douleur par une Echelle Visuelle Analogique de 0 à 10.

Cette EVA sera complétée par une étude fonctionnelle des mobilités spontanées si la douleur concerne une (ou plusieurs) articulations, tendons, membres, etc...

La prise en charge globale de la douleur chronique nécessite une évaluation clinique posturale, une analyse générale et nutritionnelle biologique par prélèvement sanguin, et des éventuels bilans radiologiques.

Il m'arrive de demander un bilan immunitaire de complément devant certaines douleurs chroniques atypiques.

Enfin, un trouble psycho émotionnel peut être en cause, et le rechercher et le soigner sera permis par une relation de confiance établie au cours de plusieurs consultations.

Avant même l'usage de la somatotopie et des points auriculaires, je tâcherai de m'assurer de l'absence (NOGIER, 1978):

- ✓ de foyers dentaires: très fréquents dans les douleurs d'épaules chroniques. Facilement accessibles par pression digitale sur les arcades dentaires avec prise du RAC. (RAC-)
- ✓ de cicatrices toxiques: plus compliquées à mettre en évidence. Le patient lui même n'y pense pas forcément, tant le fait qu'une cicatrice qui gêne est un phénomène banal.
- ✓ des premières côtes bloquées, partiellement ou totalement. Très fréquentes, ces premières côtes sont aussi très faciles à débloquent par auriculothérapie, mais récidivent aussi souvent. Il paraît nécessaire de les revoir à un mois, et ainsi de suite, jusqu'à espacement des récidives.
- ✓ Les troubles des ATM, en lien avec le bruxisme et/ou la malposition linguale semblent aussi très fréquentes (merci à Claire Lucas du GLEM pour son apport en orthophonie) dans les douleurs chroniques. Souvent négligées par le patient lui même.

Toutes ces pathologies sont nommées des "obstacles" à l'efficacité de la réflexologie auriculaire par le Dr Paul Nogier (Raphaël Nogier, 2009). En effet, certaines génèrent une hypervagotonie, d'autres une sollicitation épuisante du sympathiques, et d'autres les deux.

La réflexologie peut être quand même salutaire, mais forcément peu durable dans le temps si ces troubles ne sont pas réglés.

Puis:

Par la connaissance de la somatotopie et des points d'acupuncture auriculaire, et après un examen clinique diagnostique, j'utilise le détecteur électrique de manière ciblée sur les points auriculaires correspondants à la zone douloureuse du corps.

Puis, j'utilise le palpeur à pression bleu, qui délivre une pression calibrée.

Les points trouvés seront traités par ASP ou Graines locales, soit avec une régulation fréquentielle en prélude à la pose, soit avec la pose de l'ASP ou de la graine d'emblée, souvent lorsque les points douloureux se distinguent très clairement des points fonctionnels.

Les points de latéralité seront systématiquement recherchés et traités.

Parfois, j'aurai recours aux fréquences de Nogier, mais je n'exposerai pas en détail cette approche dans ce mémoire.

Parfois aussi, je m'appuie sur une manipulation ostéopathique complémentaire lorsque je le juge utile.

Mais je préfère en général n'utiliser qu'un seul type de soin à la fois, de manière à être discriminant sur l'apport de chaque soin.

L'évaluation de la fonction (si elle avait été altérée par la douleur) se fera immédiatement: dans les minutes qui suivent le soin.

L'évaluation de la douleur se fera le plus souvent immédiatement après la séance et lors de la prochaine séance ou du prochain rendez vous, de manière systématique. (à J15 en moyenne)

La comparaison des EVA, le retour d'une fonction physiologique, tout autant que la plainte (son absence le plus souvent) seront des outils d'évaluation aussi simples qu'efficaces.

Cas Cliniques

Abdominales (douleurs)

Mr S. Ursule présente depuis un mois environ des douleurs abdominales récurrentes.
Transit correct.
Ballonnements un peu plus importants qu'à l'accoutumée.

ATCDS: Luxation traumatique de l'épaule opérée par butée
allergie saisonnière

A l'examen clinique:

TA correcte, pas de température.

L'abdomen est souple, sans défense ni contracture, mais sensible de manière globale, et un peu davantage autour de l'ombilic et dans les deux fosses iliaques.

EVA estimée entre 5 et 7/10 en période de crises.

Séance d'auriculothérapie le 20 août 2020.

Ré-évaluation à J15:

EVA estimée à zéro.

Disparition totale des douleurs et des ballonnements.

Résultat: Très bon

Béance du Cardia

Mr D. Bernard, consulte pour des douleurs rétro sternales basses avec régurgitations acides évoluant de manière chronique, par crises, mais aussi sur un fond douloureux.

ATCDS connu de Béance du Cardia.

Les traitements anti-acides ne sont plus efficaces.

Séance d'auriculothérapie le 05 février 2020

Evaluation à J15 un M1

Résolution totale des douleurs et des régurgitations.

Aucune récurrence à un an

Résultat: Très bon.

Epaule

Mme B. Bérénice, souffre de son épaule droite depuis quelques mois. Les douleurs s'aggravent.

ATCDS: trouble bipolaire, OH.

Traitement en cours DEPAMIDE et EFFEXOR

A l'examen, limitation des amplitudes sans signes évidents de conflit sous acromial. Cervicarthrose dans le cadre d'une arthrose rachidienne globale.

Doute sur une première côte à droite.

Elle présente par ailleurs un doigt à ressaut à gauche, dans le cadre d'une rhizarthrose.

EVA estimée à 7-8/10 à droite

EVA estimée à 5/10 à gauche.

Séance d'auriculothérapie le 05 septembre 2020

Évaluation à J15 et à M1

EVA estimée à 0/10 à droite

EVA estimée à 0/10 à gauche.

Poursuit ses soins de kinésithérapie.

Résultats: très bons.

Epaule Cas numéro 2

Mr S. Ursule, présente une douleur au niveau de l'épaule droite et au niveau du poignet à gauche.

ATCDS: Luxation gauche avec butée chirurgicale et allergie saisonnière.

A l'examen, il existe des douleurs avec une limitation des amplitudes de l'épaule droite sans conflit sous acromial évident, et des douleurs cervicales avec zones de contractures.

A gauche, une douleur à la mobilisation avec limitation des amplitudes.

Le patient est sportif de haut niveau et "force" en permanence.

Une radiographie du poignet gauche met en évidence une fêlure du 3ème métacarpien.

EVA droite estimée à 7/10

EVA poignet gauche estimée à 8/10

Séance d'auriculothérapie le 14 octobre 2017

Évaluation à J8:

EVA droite 1/10

EVA gauche 2/10

Résultat: Très bon

Épaule cas clinique 3

Mme F. Félicie, 65 ans, se plaint depuis plusieurs années de douleurs au niveau du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche.

Elle a eu moult examens paramédicaux, sans diagnostic précis, et sans autre prescription que des médicaments symptomatiques qui sont plus iatrogènes que thérapeutiques à son âge.

La douleur est d'ailleurs d'allure plutôt mécanique à l'épaule droite, et plutôt de type neuropathique au membre inférieur gauche.

A l'examen, hormis une arthrose banale pour l'âge, on ne note pas de troubles neurologiques objectifs.

EVA 8/10 membre inférieur gauche.

EVA 6/10 membre supérieur droit.

Première séance d'auriculothérapie le 31 juillet 2017

Amélioration sensible de la fonction du membre supérieur droit.

Nette amélioration au membre inférieur gauche.

Deuxième séance d'auriculothérapie le 23 août 2017

Pas de retour.

Résultat: bon pour la première séance. Sans suite pour la deuxième séance

Estomac

Mme D. Virginie, patiente d'une quarantaine d'année qui présente une douleur et des crampes d'estomac non résolues par les anti acides habituels, dans les suites d'un sevrage d'alcool.

A l'examen: zone épigastrique sensible, sans défense. Abdomen souple, et bilan biologique satisfaisant.

Séance d'auriculothérapie le 25 mars 2019

Evaluation à J15:

les douleurs ont cédé dans les 24 heures suivant la séance et n'ont pas récidivé depuis.

Patiente qui sera revue à plusieurs reprises au cours de l'année.

Pas de récurrence douloureuse ni crampoïde.

Résultat: Très bon.

Fibromyalgie

Mr D. Claude présente des douleurs myotendineuses et articulaires diffuses sur tout le corps qui le gêne au quotidien pour la réalisation d'activité sportive.

ATCDS: DNID, HTA, Arythmie. Dyslipidémie, obésité, OH

Son traitement se compose d'antidiabétiques oraux, d'anti arythmiques, d'anti cholestérolémiant, d'anti dépresseur et d'antalgiques.

Après **plusieurs séances d'auriculothérapie**, on réduit et stop les antidépresseurs et les antalgiques.

Les douleurs sont améliorées de 50%

Puis l'anti hypertenseur est réduit puis arrêté suite aux séances car la tension artérielle se normalise.

Séance d'auriculothérapie finale le 19 aout 2019 à but antalgique pur.

Au cours de la même période, il tente de lui même un sevrage de l'hypocholestérolémiant et le cardiologue lui change son traitement anti -arythmique.

Les douleurs sont réduites à plus de 90%, mais reviennent au fil du temps et de la reprise du traitement anti arythmique et hypocholestérolémiant.

Résultat: Bon

Fracture costale

Mr D. Ernest 71ans, présente une fracture costale, suite à une chute.

EVA 7/10

Séance d'auriculothérapie le 02 décembre 2019

Evaluation à J15: EVA 3/10

Résultat:Bon

Intestinales (douleurs)

Mr Gregoire B 34 ans

Sans antécédents notables, hormis des douleurs abdominales chroniques, pour lesquelles il a consulté des médecins et a eu des explorations variées sans diagnostic précis, et des traitements allopathiques sans succès.

Il me consulte en désespoir de cause.

Première séance d'auriculothérapie le 05 octobre 2017: EVA 7/10

Evaluation EVA à J15: 0/10

Deuxième séance le 29 mars 2018: EVA 7/10

Evaluation à J10:EVA 0/10.

Résultat: très bon.

Lumbago

Cas Clinique numéro 1:

Mr D. Claude, 46 ans, aux antécédents de Surpoids, diabète, hypertension, troubles du rythme et OH.

Consulte pour des douleurs aiguës aux lombaires en ce moment,
Sans irradiation sciatique.

A l'examen: pas de déficit neurologique. Raideur rachidienne au niveau lombaire.

Séance d'auriculothérapie: le 04 juin 2020

Pas d'EVA

Evaluation globale à J15: plus de douleurs.

Résultat: Très bon.

Lumbago

Cas Clinique numéro 2

Mr B. Rachel, 96 ans, aux antécédents de surdité appareill e, cataracte op er e, arthrose diffuse.

Se plaint de douleurs chroniques lombaires, depuis des mois, se concentrant à gauche surtout en ce moment.

Séance d'auriculothérapie le 09 octobre 2020

EVA 8/10

Evaluation le 22 octobre 2020

3/10

Résultat: Bon

Douleurs poignet droit et lumbago

Mr P. Claudie

ATCDS: opérée d'une hernie discale il y a 20 ans.

Se plaint de douleurs chroniques lombaires , et de douleurs au poignet droit

Séance d'auriculothérapie le 10 janvier 2021

douleur non évaluée par EVA

Evaluation le 21 janvier 2021

absence de douleur

Résultat: Bon

Poignet

Mr Fabrice P., 30 ans

Athlète, suite à des mouvements répétés et excessifs, développe une instabilité du poignet gauche avec douleur chronique, dont les traitements successifs n'arrangent rien depuis plusieurs mois.

EVA 7/10

Séance d'auriculothérapie le 22 mai 2007.

Evaluation à un mois: résolution totale de l'instabilité et EVA 0/10

Résultat: Très bon

Zona thoracique

Mme Garance H

antécédents: cyphoscoliose nécessitant le port d'un corset au long cours. Ostéoporose iatrogène (corticoïdes). Hépatite C. OH.

Développe un zona thoracique gauche depuis 8 jours.

EVA 8/10.

Séance d'auriculothérapie le 16 juin 2020

Evaluation à un mois: EVA **0/10**

Résultat: très bon

Résultats

patients	EVA T0	EVA T1	SF T0 ⁹	SF T1
SV	5-7/10	0	+++	0
DB	NI ¹⁰	NI	+++	0
BB	7-8/10 DTE 5/10 GCHE	0D 0G	NI	NI
SU	7/10 DTE ¹¹ 8/10 GCHE	1/10 2/10	NI	NI
FF	8/10 GCHE 6/10 DTE	NI NI	+++	++
DV	NI	NI	+++	0
DC	X ¹²	X/2	NI	NI
DE	7/10	3/10	NI	NI
GB	7/10	0/10	NI	NI
PC	X	0	NI	NI
BR	8/10	3/10	NI	NI
FP	7/10	0/10	++	0
GH	8/10	0/10	NI	NI

Tableau des Résultats “avant/après” de l’auriculothérapie pour soulager la douleur et améliorer la fonction le cas échéant.

Sur cet échantillon, les résultats s’échelonnent de “bon” à “très bons”.

Bien entendu, ils ne représentent pas la totalité des cas cliniques que j’ai pu traiter. Il a fallut que je m’arrête à un moment ou à un autre dans leur collecte pour ce travail de mémoire. Mais je compte bien enrichir ce premier recueil au fil du temps.

Aucun effet indésirable n’est à enregistrer.

Certains patients pour lesquels des Aiguilles semi permanentes avaient été posées ont rapporté une gêne, la nuit, lorsque ces dernières frottent ou sont comprimées entre l’oreiller et la tête.

Je n’ai pas fait figurer les échecs totaux. Ils sont plutôt en rapport avec les douleurs qu’on peut retrouver dans les maladies immunitaires. La stratégie de soin par le pavillon auriculaire est différente.

9 SF T0 .SF T1: Signes Fonctionnels au moment de la consultation. Signes Fonctionnels lors de l’évaluation ultérieure.

10 NI: Non informé

11 GCHE: Gauche. DTE: Droite

12 X: la douleur n’a pas fait l’objet d’une EVA, mais d’une estimation personnelle. X/2 signifie une réduction de la douleur de moitié, et 0 l’absence de douleur.

Même si dans ce mémoire, certaines fractures ont fait l'objet, entre autres, d'un soin par auriculothérapie, la lésion (osseuse, articulaire, tendineuse, ou plus généralement la lésion d'organe) n'ai pas accessible par auriculothérapie.

Mais cette dernière peut être un traitement complémentaire pour en réduire la douleur.

Interprétation

Il est toujours périlleux d'évaluer l'efficacité d'un soin sur la douleur de manière isolée.

La relation "medecin-malade" est plus compliquée qu'elle n'en a l'air, les voies de la douleur ne nous ont pas livré tous leurs secrets, l'effet placebo, même connu, peut faire partie de l'équation à un moment ou à un autre, tout autant qu'une approche multi-modale nécessitant expérience et compétence.

Je fais partie de ces médecins qui écoutent, qui examinent, qui palpent, qui auscultent, qui s'attachent à faire un diagnostic aussi approfondi que mes connaissances et compétences me le permettent au moment de l'exercice de l'Art.

Ma prise en charge, ensuite, peut souvent être multi-modale, sans autre but qu'un pragmatisme me permettant clairement de savoir si j'ai pu soulager, ou pas, le malade.

Aussi, s'il apparaît que pour certains patients, l'auriculothérapie a été, dans les faits, le traitement de dernier recours qui a soulagé là où les autres traitements n'avaient de résultats que partiels ou bien échouaient; pour d'autres, l'auriculothérapie agit de manière synergique avec une autre technique de soin (nutritionnelle, posturale, kinésithérapique, homéopathique, ostéopathique....).

Dans les deux cas, n'est ce pas la finalité qui importe ?

Quand les patients vous rapportent qu'ils n'ont plus mal, qu'importe si c'est telle ou telle technique, tel ou tel onguent, tel ou tel ce-que-vous-voulez de manière isolée, ou si c'est une synergie d'interventions ?

Alors comment interpréter les résultats des cas cliniques de ce mémoire ?

Avec pragmatisme.

100% de patients soulagés sur cet échantillon.

0% d'effets indésirables.

Mais bien entendu, les échecs existent. Il serait naïf de penser le contraire. Et je l'ai clairement énoncé plus haut.

Revue de La Littérature

J'ai classé ce travail par disciplines médicales, voire médico-chirurgicales:

Auriculothérapie et antalgie:

- ✓ Bases neurophysiologiques
- ✓ Battelfield Auricular Acupuncture et antalgie d'urgence
- ✓ En Gynécologie
- ✓ En Cancérologie

Comme je l'ai déjà expliqué dans un ouvrage précédent, un travail de recueil des études disponibles dans la littérature scientifique, demande du temps et des pre-requis:

-nous n'avons pas toujours accès aux papiers dans leur intégralité, mais parfois seulement aux abstracts.

-les études dans leur intégralité ne dévoilent pas toujours tout au niveau de leur méthodologie, ou parfois, présentent des contradictions, ou encore, présentent parfois des modes de raisonnement par l'absurde.

-les articles sont en langue anglaise, pour la grande majorité.

-les mesures statistiques sont parfois redondantes et parasites, lorsqu'elle ne sont tout simplement pas pertinentes.

-les conclusions sont parfois en contradiction avec les résultats de l'étude.

-certains résultats sont en contradiction avec les mesures statistiques.

-les nomenclatures des points sont une source de confusion

-les cartographies employées varient d'une étude à une autre

-les méthodologies peuvent être très différentes d'une étude à une autre (autant dans les mesures, les évaluations, que les techniques employées en auriculothérapie)

Bases neurophysiologiques:

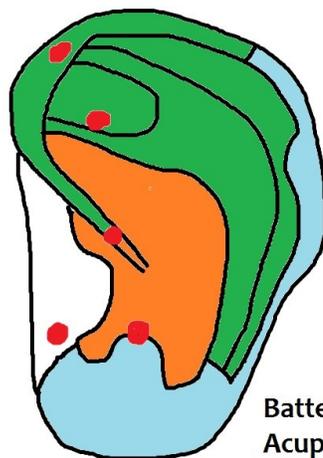
Ce n'est plus un scoop, même si cela reste encore peu connu du grand public, que des dispositifs électriques de stimulation du pavillon auriculaire, comme P-sTim® (ou Nemos® pour l'épilepsie rebelle aux traitements chimiques) ont été mis au point pour la prise en charge de la douleur (Mercante, Deriu, & Rangon, 2018)

Ces dispositifs ressemblent un peu à un appareil auditif, à ceci près que la boucle derrière le pavillon auriculaire est reliée à des électrodes qui sont posés sur certains points du pavillon auriculaire. (Sator-Katzenschalger & Michalek-Sauberger, 2007b)

Je propose au lecteur de se reporter à la partie "Physiopathologie" pour compléter les éléments de la littérature qui nous permettent d'expliquer, de manière encore hypothétique, l'action neurophysiologique de l'auriculothérapie.

Battlefield Auricular Acupuncture

Quelques mots à propos du protocole "Battlefield acupuncture" : il existe 58 références bibliographiques dans la base de données Medline. Il aurait été maladroît de ne pas évoquer, ne serait ce qu'un peu, ce protocole:



Battelfield Auriculo-Acupuncture Protocol

La technique est simple à pratiquer et à enseigner. (Haywood, Drake, & Condie, 2019) Elle semble faire l'objet de plusieurs études pour en apprécier son intérêt dans le traitement **complémentaire** de la douleur des soldats en temps de guerre. Il y a du pour, il y a du contre.

Il y a aussi, dans la méthode de puncture, des variations: aiguilles, ASP, détection électrique ou pas de détection. Quant aux évaluations elles sont variées: Echelle de douleurs, Timed get up and go test. (Fox, Murakami, Danesh, & Manini, 2018)

Pour la suivante, deux échelles de douleurs (NRS et PIQ-6) et les doses de morphine prescrites sont évaluées selon des calendriers pré-définis. Ce qui est remarquable à propos de cette étude, c'est le filtre de tests statistiques permettant de conclure: pas moins de 5 tests statistiques, pour 233 sujets (81 mBFA, 74 placebo, 78 traitement standard. Moyennes et intervalles de confiance, distributions normales et anormales, fréquences de distribution, modèle linéaire ANOVA, et "correction" par

méthodes de Buferroni et Hom pour maintenir le risque alpha à 0,05. Le tout assuré par un logiciel de statistiques¹³.....(Crawford, Moss, Crawford, & Sharon, 2019).

Mais admettons: la conclusion est cinglante: le protocole ne réduit pas la douleur ni la qualité de vie dans cette étude.

Dès que l'échantillon se réduit-et semble-t-il la quantité des tests statistiques¹⁴ - comme dans l'étude suivante¹⁵, la conclusion est la suivante: le protocole pourrait être efficace pour améliorer les **symptômes** des lombalgies, alors que les indicateurs choisis au départ pour évaluer l'efficacité sont une EVA et un test "get up and go"¹⁶, qui précisément n'interrogent PAS sur les symptômes de la lombalgie¹⁷. C'est sans doute le "filtre" des tests statistiques qui autorise ces belles incohérences..... (Fox et al., 2018)

Les lombalgies posent un problème d'évaluation conséquent, car en pratique courante, pas un lumbago ne ressemble à un autre. Les tentatives d'évaluation diverses et variées des lumbagos (EVA, get up and go, indice de shober, Lasègue,....) restent assez représentatives de cas **isolés** en routine classique. La plupart du temps, les tableaux cliniques nécessitent en fait une expertise clinique permettant de faire un diagnostic dont l'approche par auriculothérapie, du coup, ne peut être standardisée, et ce d'autant qu'elle va s'intégrer dans une prise en charge globale.

Auriculothérapie et antalgie en Gynécologie

intéressante étude, hélas rédigée en Arabe, je n'ai pu que lire son résumé en Anglais. 12 revues sont analysées, et ce sont surtout les problèmes de constipation, de dysménorrhées, sur lesquels l'antalgie par auriculothérapie a été efficace.(Hadizadeh Talasaz, Khadivzadeh, Firoozi, Azizi, & Irani, 2018)

Dans la suivante, c'est la durée de la période de travail lors de l'accouchement qui est significativement réduite dans le groupe Auriculothérapie par graines de Vaccaria (trois points: génital, shen men, thalamic et uterine un et 2 points)(Alimoradi, Kazemi, Gorji, & Valiani, 2020) Point que je trouve intéressant dans cette étude, c'est le rappel qui est fait sur les consignes de participation du patient sur son traitement: les graines sont compressées toutes les 30 minutes, pendant 30 secondes à chaque fois.

Enfin, une étude en cours d'analyse à propos de la fonction sexuelle et des douleurs génitales, quoique intéressante même sans résultats publiés pour l'instant.(Barghamadi, Alimoardi, Oleson, & Bahrami, n.d.)

13 Ça laisse songeur sur l'infiltration progressive des "outils" et "modèles" statistiques sur la réflexion....et personnellement très sceptique: en pratique, les modélisations statistiques sont souvent foireuses.....surtout en Médecine.....

14 Comme le chi carré qui m'a montré plus d'une fois son incompétente faculté à rendre représentatif un échantillon du lot dans lequel il est "tiré au sort".....

15 Qui totalise tout de même 3 tests statistiques: le t-test, le chi carré (fameux) et l'analyse de covariance (ancova)

16 EVA n'est pas un symptôme, c'est une échelle de quantification subjective de la douleur. Get up and Go non plus, n'est pas un symptôme, c'est une mesure de la fonction motrice, articulaire, tendineuse, de la coordination, de la souplesse, des centres d'intégration vestibulaires, oculaires, proprioceptifs, cérébelleux,..... Toujours pas un symptôme.

17, qui, sont, en pratique, très individuels et peu, sinon pas du tout homogène dans une population de patients en consultations de médecine

Auriculothérapie et antalgie en Cancérologie

L'étude qui suit m'a demandé un peu plus d'efforts que pour d'autres dans sa lecture. Il n'y a pas de cartographie, et sur les 5 points qui sont utilisés pour protocoliser le soin auriculaire, 4 sont connus¹⁸, et un autre est issu d'une construction de pensée à partir de la MTC¹⁹. C'est inédit pour moi. Je n'avais jamais vu ce genre de raisonnement sur le pavillon auriculaire. Ce qui n'est pas une critique en mal, bien entendu. (Ruela, Iunes, Nogueira, Stefanello, & Gradim, 2018). On fixe des ASP²⁰ sur ces 5 points à chaque session, pour le groupe traité, et 2 autres pour le groupe placebo.

16 patients cancéreux sont traités par le protocole des 5 points, une fois par semaine pendant 8 semaines, pendant que 15 patients cancéreux sont traités par le protocole placebo, à la même fréquence. Différents paramètres sont mesurés avant le début du protocole et au terme des 8 semaines du protocole: l'échelle de la douleur, le nombre de doses d'antalgiques prises par jour, le nombre d'antalgiques pris par jour.

La batterie habituelle des tests statistiques²¹ est appliquée pour affirmer ou infirmer la réalité statistique du soin sur les 3 paramètres sus cités. Mais avec tout ça, dans le chapitre qui suit, comme souvent, la discussion—fort intéressante—sur les biais possibles de l'étude rend ces beaux outils statistiques plutôt médiocres. Entre autres, la majorité des 31 patients souffraient de cancer du sein, près de la moitié était en phase 3, le niveau d'éducation moyen était de 10 années de scolarité, la douleur était classée modérée pour la majorité du groupe, la douleur cancéreuse n'est pas -ou peu considérée par le corps médical, ce qui favorise l'orientation personnelle des patients cancéreux vers des méthodes d'antalgie alternative, le point auriculaire diagnostiqué et traité par le raisonnement MTC obtiendra de meilleurs résultats qu'un protocole identique pour chaque patient, aucun des deux groupes n'a eu de soin exclusif sur une méthode ou une autre (médicaments ou acupuncture, cela a toujours été médicament ET acupuncture, même dans le groupe placebo), il ne resta plus que 11 patients dans le groupe auriculothérapie et 12 patients dans le groupe placebo suite aux décès liés à l'évolution fatale du cancer.

Au delà de cette matière à discussion, qui n'a pas été anticipé par la batterie des tests statistiques, il ressort, sans doute, que prendre soin et individualiser le soin, de manière différente pour chaque patient, reste l'option la plus sûre pour accompagner avec le moins de douleur un patient cancéreux. Quitus la morphine et l'auriculothérapie. Mais, ça, c'est moi qui conclue.

D'autres études existent dans le domaine de la concérologie, et j'y reviendrai pour une version actualisée de ce mémoire.

Un ouvrage à part entière pourrait être consacré à la revue de la littérature concernant la douleur et l'auriculothérapie.

18 Mais dont deux m'ont demandé quelques recherches: le point sympathique, et le point de relaxation musculaire. Respectivement le point de frustration et le point zéro.

19 MTC: Médecine Traditionnelle Chinoise

20 ASP: Aiguilles Semi Permanentes

21 Le Chi Carré (Pearson's Test) pour réduire au maximum les différences entre les 2 groupes, le test de Fisher pour apprécier si la différence entre les moyennes des deux groupes avant après est significative de l'action entreprise (le soin) dans un échantillon soumis à une loi a priori normale, le Mann-Whitney test pour apprécier si la différence entre les moyennes des groupes avant-après est significative de l'action entreprise (le soin) si l'échantillon n'est pas soumis à une loi normale. Et enfin une analyse du pouvoir statistique par deux programmes informatiques différents.....

Conclusion

La reflexologie auriculaire permet de soigner les troubles fonctionnels. C'est un fait qui est antérieur à ce mémoire.

J'ai apporté, par ce travail de mémoire, un témoignage supplémentaire de son action.

Elle permet manifestement de soulager les douleurs fonctionnelles, et, parfois, mais de manière complémentaire, de soulager aussi les douleurs de lésions (tissulaires ou d'organes). Dans ce dernier cas de figure, elle permet de réduire la posologie des antalgiques habituels, voire, à terme, de les arrêter. Ce qui permet de réduire leur éventuelle nocivité, voire de prévenir le risque de dépendance (notamment aux antalgiques morphiniques et à certains anti-épileptiques). L'auriculothérapie pourra aussi permettre de vaincre une pharmacodépendance, justement induite par une thérapie antalgique chimique préalable. (Santourian, 2020) Mais c'est un autre sujet.

Ce mémoire toutefois ne représente pas un inventaire exhaustif des techniques de soin par Auriculothérapie. Comme je l'évoquai, les douleurs de types fibromyalgiques, les douleurs liées aux maladies immunitaires, nécessitent souvent une autre approche que la méthode que j'ai décrite dans ce mémoire²²²³.

A une époque où le médicament chimique est devenu une sorte de réflexe conditionné (façon Hollywood Chewing-gum: "on en prend un, on se sent bien"), avec trop peu de mégarde quant aux effets indésirables parfois sévères, il est bon d'avoir une approche supplémentaire des douleurs, dans notre prise en charge souvent multi-modale,

Pour l'heure, je constate un apport positif de cette thérapie sur la prise en charge de la douleur, sans effets secondaires.

Et c'est déjà énorme !

Sic transit gloria mundi

J.Philippe Santourian,
Mai 2021

22 Je n'ai pas parlé de la cautérisation. Pour la simple raison que je ne la pratique pas. Elle a toutefois sa place et son intérêt, comme peuvent en témoigner non seulement le Dr Raphaël Nogier, mais aussi certains de mes collègues du GLEM qui la pratiquent.

23 Je n'ai pas parlé (ou simplement évoqué par moment) des traitements par fréquence de Nogier (électrique ou lumineuse) qui ont un intérêt pour la prise en charge des maladies immunitaires, ou des maladies chroniques comme la fibromyalgie.

Bibliographie

- Alimoradi, Z., Kazemi, F., Gorji, M., & Valiani, M. (2020). Effects of ear and body acupressure on labor pain and duration of labor active phase: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102413>
- Barghamadi, S., Alimoardi, Z., Oleson, T., & Bahrami, N. (n.d.). The effect of ear acupressure (auriculotherapy) on sexual function of lactating women: protocol of a randomized sham controlled trial. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04663-x>
- Bossy Jean. (1995). *Bases Neurobiologiques des Reflexothérapies*.
- Crawford, P., Moss, D. A., Crawford, A. J., & Sharon, D. J. (2019). Modified battlefield acupuncture does not reduce pain or improve quality of life in patients with lower extremity surgery. In *Military Medicine* (Vol. 184, pp. 545–549). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy277>
- Fox, L. M., Murakami, M., Danesh, H., & Manini, A. F. (2018). Battlefield acupuncture to treat low back pain in the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*, 36(6), 1045–1048. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.02.038>
- Gori, L., & Firenzuoli, F. (2007). Ear acupuncture in European traditional medicine. In *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* (Vol. 4, pp. 13–16). Evid Based Complement Alternat Med. <https://doi.org/10.1093/ecam/nem106>
- Hadizadeh Talasaz, Z., Khadivzadeh, T., Firoozi, M., Azizi, H., & Irani, M. (2018). The Usage of Ear Acupressure in Gynecology and Obstetrics: A Systematic Review of Clinical Trials. Retrieved from http://ijogi.mums.ac.ir/article_11620.html
- Haywood, S., Drake, D., & Condie, G. (2019). Battlefield Acupuncture Training in Residency: A Course That Gets to the Point. *Medical Acupuncture*, 31(4), 224–227. <https://doi.org/10.1089/acu.2019.1358>
- Martinot, J.-L. (n.d.). *Imagerie cérébrale en psychiatrie*.
- Mercante, B., Deriu, F., & Rangon, C.-M. (2018). Auricular Neuromodulation: The Emerging Concept beyond the Stimulation of Vagus and Trigeminal Nerves. *Medicines*, 5(1), 10. <https://doi.org/10.3390/medicines5010010>
- NOGIER, D. P. (1978). *Séminaire d'Auriculomédecine* (François R).
- Nogier, P. N. R. (2010). *L'homme Dans l'Oreille*. (S. Medical, Ed.).

- Nogier, Raphaël. (2009). *Auriculothérapie 1er degré* (Sauramps m).
- Nogier, Raphaël. (2006). *Auriculothérapie 2ème degré* (Sauramps M).
- Oleson, T. D., Kroening, R. J., & Bresler, D. E. (1980). An experimental evaluation of auricular diagnosis: The somatotopic mapping of musculoskeletal pain at ear acupuncture points. *Pain*, 8(2), 217–229. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(88\)90009-7](https://doi.org/10.1016/0304-3959(88)90009-7)
- Pomeranz, B., & Warma, N. (1988). Electroacupuncture suppression of a nociceptive reflex is potentiated by two repeated electroacupuncture treatments: the first opioid effect potentiates a second non-opioid effect. *Brain Research*, 452(1–2), 232–236. [https://doi.org/10.1016/0006-8993\(88\)90028-5](https://doi.org/10.1016/0006-8993(88)90028-5)
- Rouxville, Y. (n.d.). L'oreille dans l'histoire, les mythes et les traditions (relevé anecdotique sur l'importance historique de l'oreille).
- Ruela, L. de O., Iunes, D. H., Nogueira, D. A., Stefanello, J., & Gradim, C. V. C. (2018). Efetividade da acupuntura auricular no tratamento da dor oncológica: ensaio clínico randomizado. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 52, e03402. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017040503402>
- Santourian, J. P. (2020). *Apport de l'Auriculothérapie dans le traitement des Pharmacodépendances*.
- Sator-Katzenschalger, S. M., & Michalek-Sauberger, A. (2007a). P-Stim™ auricular electroacupuncture stimulation device for pain relief. *Expert Review of Medical Devices*, 4(1), 23–32. <https://doi.org/10.1586/17434440.4.1.23>
- Sator-Katzenschalger, S. M., & Michalek-Sauberger, A. (2007b). P-Stim™ auricular electroacupuncture stimulation device for pain relief. *Expert Review of Medical Devices*, 4(1), 23–32. <https://doi.org/10.1586/17434440.4.1.23>