

EVALUATION DE L'ACTION DE LA MESOTHERAPIE SUR LE SYNDROME DOULOUREUX REGIONAL COMPLEXE DE TYPE I DE L'HEMIPLEGIQUE APRES AVC.

Dr Benmesbah Azédine, médecin MPR, Taverny (95) Dr Lavigne Marie, médecin Généraliste, Juvisy (91)

DIU DE MESOTHERAPIE 2011-2012 PARIS

RESUME

Le syndrome algoneurodystrophique (AND) autrement appelé le Syndrome Régional Dououreux Complexe (SDRC de type I) est, dans le cours évolutif de l'hémiplégie, l'élément surajouté qui va aggraver le pronostic fonctionnel et, en particulier, gêner l'acquisition de la préhension. Son tableau clinique intéresse l'épaule, mais aussi la main (classique syndrome épaule-main), voire le coude; exceptionnellement, il intéresse aussi les articulations du membre inférieur (syndrome épaule-main étendu), Le syndrome épaule-main en est donc la forme type.

Il est particulier car il existe une subluxation inférieure de la tête humérale, cliniquement évidente dans 30 % des cas, et une amyotrophie constante du moignon de l'épaule.

Il évolue en deux phases: la phase aiguë fluxionnaire et la phase secondaire atrophique (qui n'est pas obligatoire). Ces douleurs ne doivent pas être négligées et ce d'autant plus que leur appréciation peut être plus difficile du fait des troubles phasiques et/ou des troubles cognitifs associés modifiant la communication.

Quel est l'apport possible de la mésothérapie dans le Syndrome Dououreux Régional Complexe (S.D.R.C) de type I? Avec quels mélanges? Sur quelle topographie et à quelle profondeur d'injection? Quel rythme des séances et quelle durée du traitement sont nécessaires? L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité d'un traitement par mésothérapie chez cinq patients hospitalisés dans le centre de Médecine Physique et de Réadaptation Korian l'Observatoire de Juvisy sur orge (91). La précocité du traitement des AND (SDRC I) est reconnue comme un élément majeur par tous les auteurs. La thérapeutique comporte un traitement médicamenteux, une kinésithérapie, éventuellement d'autres méthodes telle la physiothérapie..., enfin des mesures préventives.

Nous décidons de suivre les patients souffrant de syndrome épaule-main dans les suites d'un Accident Vasculaire Cérébral au sein d'un établissement de rééducation à Juvisy-sur-Orge (91) Korian l'Observatoire

durant le premier trimestre 2012.

5 patients ont été traités par mésothérapie, inclus avec leur accord.

CRITÈRES D'ÉVALUATION AVANT CHAQUE SÉANCE

- L'évaluation clinique de la douleur et la consommation d'antalgiques a été réalisée par l'Echelle Visuelle analogique (EVA).
- L'évaluation des amplitudes articulaires de l'épaule, du coude, du poignet et de la main.
- L'évolution de l'œdème/distance pulpe des doigts-paume de la main.

Ces patients seront traités par mésothérapie (étude prospective) après échec de traitements conventionnels seuls.

LE TRAITEMENT PROPOSÉ SERA:

- Règles d'asepsie: Lavage des mains, port de gants à usage unique, désinfection de la peau par BISEPTINE®, Matériel à usage unique (kit mixte comprenant 10ml LUER + aiguilles de 0.3X13mm + aiguilles de 0.35X4mm)
- Technique: IDS, nappage sur l'épaule, le poignet et la main associée à une technique profonde (technique mixte) en IDP: les 3-4 points les plus douloureux de l'épaule et de la main
- Produits utilisés:
 - o Calcitonine de saumon 100UI/1ml PharmyII® pour son effet antalgique, vasomoteur et circulatoire
 - o Mag 2® (Pidolate de Magnésium) pour son effet antalgique et décontracturant musculaire.
 - o Mésocaïne® 50mg/5ml pour son effet vasodilatateur et antalgique sur douleur aiguë.

Le mélange utilisé est 1ml de calcitonine + 2ml de magnésium + 2ml de Mésocaïne.

Par la suite, évaluation de l'efficacité à J1, J8, J15, J30.

DISCUSSION

Il ressort de cette étude une impression globale très positive sur le plan algique. En effet sur les 5 cas décrits ayant bénéficié de traitement mésothérapique pour traiter leur syndrome épaule-main, on constate une amélioration des amplitudes articulaires, la diminution de l'oedème et de la douleur. A preuve, tous les patients sont demandeurs de poursuivre les injections: ils ont été séduits par l'absence d'effets secondaires (pas de nausées ni de flush observés malgré la Calcitonine) et par la rapidité des résultats obtenus.

Par ailleurs, s'agissant des critères d'évaluation utilisés (EVA, Œdème et amplitudes), l'amélioration notée s'inscrit dans le cadre de la poursuite des autres thérapeutiques (les antalgiques per os ont été poursuivis, de concert avec la rééducation.) mais on a pu constater une consommation d'antalgiques diminuée par les patients dans la plupart des cas. A noter que l'un des patients a été transféré dans un autre service pour aggravation en rapport avec une récurrence d'accident et les 4 autres ont rejoint leur domicile.

Certains paramètres sont objectifs, à savoir les amplitudes articulaires et les capacités fonctionnelles; la mesure ponctuelle de l'EVA ne tient pas compte des variations au cours du nyctémère et l'évaluation devrait certainement être réalisée plus fréquemment; l'oedème est plus difficilement quantifiable car la distance pulpe des quatre doigts-paume de la main dépend aussi des limitations articulaires des doigts. Peut être faudrait-il utiliser le diamètre du poignet comme le suggère Perrigot?

Quoiqu'il en soit, la mésothérapie doit s'inscrire dans le cadre d'une prise en charge globale pluridisciplinaire avec pour principal objectif le soulagement du patient. D'autre part, pour les besoins de l'étude, nous avons choisi de ne pas modifier les traitements administrés dans le temps et de proposer les mêmes molécules à nos 5 patients de manière à obtenir des résultats plus homogènes.

Compte tenu de l'incidence des facteurs psychologiques chez nos 5 patients, qu'il s'agisse d'une dépression réactionnelle liée à la douleur ou à la perte de fonction, d'un désordre de la personnalité associé au SDRC, nous avons préféré mettre nos patients sous traitement antidépresseur systématique.

Dans le cadre post-AVC la forme injectable est par ailleurs particulièrement adaptée en cas de troubles de déglutition (relativement fréquents même si cela n'a pas été le cas pour nos 5 patients).

Nous aurions tort de nous passer du score clinique pronostique de Perrigot car il permet de prévoir la gravité du SDRC et sa réponse au traitement. D'après Perrigot le meilleur moyen de prévoir la gravité du SDRC à trois mois est d'associer le score de Perrigot et la gravité du SDRC à l'entrée du service.

Chez l'hémiplégique, l'efficacité d'une thérapeutique n'est pas fonction de la sévérité du syndrome épaule-

main mais il n'en demeure pas moins qu'une amélioration bonne ou très bonne des syndromes de gravité modérée équivaut en règle à une guérison, alors que la raideur articulaire persiste dans les syndromes AND importants.

Il pourrait être intéressant d'utiliser:

-De l'ETAMSYLATE (DICYNONE®) par son action veinotonique et vasculoprotectrice, qui aurait pu être proposé en cas d'oedème important.

- La TERBUTALINE (BRICANYL®) aurait pu être discutée en cas de douleurs neuropathiques importantes (Mme L.) voir même du TIAPRIDE (TIAPRIDAL®) en cas de sensations à type de brûlures ou de l'AMITRYPTILLINE (LAROXYL®) devant des douleurs plus sourdes.

-En cas de douleurs associées à de la spasticité, un deuxième mélange avec du THIOCOLCHICOZIDE (MIOREL®) aurait pu être essayé.

On pourrait également utiliser d'autres techniques: notamment IED sur la main, réputée efficace sur les zones oedématisées (toujours associée à une technique profonde) mais le choix a été fait de la stabilité de la technique pour des conclusions plus interprétables.

Les résultats obtenus nous semblent encourageants et nous incitent à poursuivre cette proposition thérapeutique aux patients. Là où les autres techniques seules paraissent insuffisantes, l'apport de la mésothérapie est particulièrement adapté du fait de son innocuité et de sa bonne tolérance.

Les patients après AVC sont le plus souvent polymédicamentés per os ou peuvent présenter des troubles de déglutition, la mésothérapie est alors une voie d'administration intéressante.

Elle doit s'inscrire comme élément de l'arsenal thérapeutique à mettre en œuvre pour améliorer le patient toujours dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire. En effet toutes les recommandations de prise en charge des patients post-AVC insistent sur la nécessité d'une approche multidisciplinaire afin de prendre en compte l'ensemble de la problématique de ces patients.

La mésothérapie a pour objectif de lutter contre les phénomènes douloureux et les anomalies vasomotrices. En intervenant précocément sur ces facteurs, nous permettons ainsi une prise en charge rééducative la plus rapide possible (la massokinésithérapie et l'ergothérapie sont obligatoires au même titre que la rééducation orthophonique, psychomotricienne et neuropsychologique).

Cette thérapeutique a de plus l'intérêt de garder un contact avec le patient, de le rassurer au fur et à mesure de l'évolution.

Par ailleurs de nouveaux travaux sont nécessaires pour améliorer les protocoles.

Après lecture des différents travaux publiés, l'utilisation de la Calcitonine, et de la Terbutaline en mésothérapie semble pertinente. Le traitement doit être renouvelé pour être efficace et l'efficacité à long terme reste

à évaluer.

De même, une étude versus bloc locorégional au Buflomédil ou idéalement versus placebo permettrait de mieux évaluer l'action de la mésothérapie.

En définitive, le SDRC de type I est fréquent chez l'hémiplégique pour lequel la précocité de la prescription de la rééducation et de médicaments adaptés, dont la mésothérapie, la qualité de la coordination des soins est gage de succès vis-à-vis d'une pathologie d'évolution volontiers trainante et invalidante en cas de prise en charge tardive et/ou incoordonnée.

BIBLIOGRAPHIE.

- 1- D'après les informations de l'association internationale pour l'étude de la douleur: Merskey et Bogduk, 1994.
- 2- La douleur neuropathique et ses frontières, D Didier BOUHASSIRA, Med-Line éditions 2007.
- 3- Douleurs neuropathiques chroniques, recommandations pour la pratique clinique, société française d'étude et de traitement de la douleur. édition 2010 publié par Elsevier Masson.
- 4- D'après Stanton-Hicks et al: «Reflex Sympathetic Dystrophy Changing concepts and Taxonomy Pain» 1995; 63:127-133.
- 5- Pelissier J, Viel E, Chauvineau V, Ricard C, Romain M et Herisson C : «Algodystrophie ou SDRC type I» Encycl Méd. Chir (Elsevier SAS, Paris) Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation 26, 293 A-10, 2003, 11p.
- 6- Chevallier PE 1867: «De la paralysie des nerfs vasomoteurs dans l'Hémiplégie» Thèse, Paris.
- 7- Charcot JM «Sur quelques arthropathies qui paraissent dépendre d'une lésion du cerveau ou de la moelle épinière» Archives de Physiologie Normale et Pathologique publiées par MM Brown-Séguard, Charcot, Vulpain Tome premier - 1868 Paris Victor Masson Et Fils place de l'école de médecine MDCCCLXVIII.
- 8- M. Enjalbert, J Pelissier, S Lopez, M Perrigot et L Simon Le Syndrome Algodystrophique de l'Hémiplégique adulte: intérêt du score d'évaluation - Annales de Réadaptation et de Médecine Physique 33 (1987 35-42).
- 9- Y Ligny, Y Bor, M Perrigot «Apport de l'électrostimulation dans la prévention du syndrome Algodystrophique de l'épaule chez l'Hémiplégique» Actualités en Rééducation Fonctionnelle et Réadaptation L Simon 1 volume Masson 1986, 11 33, 39.
- 10- PC Acquaviva A Schiano «Traitement par les moyens physiques dans les Algodystrophies» EMC Kinésithérapie Rééducation Fonctionnelle 1985.
- 11- Farcot JM Mangin P Thiebaut JB Fouchet G (1981) «Le bloc sympathique périphérique par injection locale intraveineuse à la Guanéthidine dans les syndromes Algodystrophiques» J. Med. Strasbourg 12, 87-88.
- 12- B Aranda, Y. Bor, F. Potonnier, A. Vannier et M. Perrigot «Blocage sympathique par les beta-bloquants et la guanéthidine dans l'Algodystrophie de l'Hémiplégique» Annales de Réadaptation et de Médecine Physique (1984) 26, 423-426 1984 Elsevier Science Publishers B.V.
- 13- C Labrousse, P Dudognon, M Munoz, C Dromer, JY Salle et P Carne «Injections loco régionales de Buflomédil et Algodystrophie» Annales de réadaptation et de Médecine Physique 32 (1987), 173-179 Elsevier Paris.
- 14- Devogelear JP, Dall'Armelina S, Huaux JP, Nagan de Deux-chaines C «Dramatic improvement of intractable reflex sympathetic dystrophy syndrome by intravenous infusions of the second generation biphosphonate» APD J Bone M iner Res 1988; 7:3:213.
- 15- S Pertoldi P. Benedetto «Shoulder-hand syndrome after stroke A complex regional pain syndrome» Europa Medico-physica 2005 july3 / instuto di Medicina Fisica e Riabilitazione, Via G ervasutta 48, 33100 Udine, Italy.
- 16- M Perrigot, B Bussel E Pierrot-Deseilligny JP Held «L'épaule de l'Hémiplégique» Annales de Médecine Physique T,XVIII n°2 – 1975.
- 17- M Perrigot, C Bergogo, A Hocini et E. Pierrot-Deseilligny: «Le syndrome algodystrophique chez l'hémiplégique» Ann.Méd. Interne, 1982 133, n°8, pp544-548.
- 18- J.C Daviet, P.M Preux, J.Y. Salle, F. Lebreton, M. Munoz, P .Dudognon, J.Pelissier, M. Perrigot «Algoneurodystrophie du membre supérieur de l'hémiplégique: facteurs cliniques de gravité et intérêt du score pronostique de Perrigot» Ann. Réadaptation Méd Phys 2001; 44:326-32 Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS.
- 19- Pistor M «Abrégé de mésothérapie pratique» Editions Maloine; 1976:149.
- 20- B Aranda, Y Ligny, Y Bor, A Vannier, M Perrigot «Examen programmé de l'épaule» 1985.
- 21- Coulon JM, Haissat G, Masse G, Polaniok P, Schwartz E «Mésothérapie et syndrome douloureux régional complexe de type I» Mémoire de Mésothérapie 2003-2004.
- 22- B Houssin; «apport de la mésothérapie au traitement du syndrome épaule-main du patient hémiplégique après accident vasculaire cérébral», la Revue de Mésothérapie, juillet 2007.
- 23-Le- Brun A «Apport de la Terbutaline au traitement par mésothérapie du syndrome épaule-main du patient hémiplégique après accident vasculaire cérébral, à propos de 3 cas» ,mémoire de DIU de mésothérapie 2010-2011.
- 24- Christian Bonnet, Denis Laurens, Jean-Jacques Perrin Guide pratique de mésothérapie; Masson.