

## PLACE DE LA MESOTHERAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE ANTALGIQUE DU SUJET INFIRME MOTEUR CEREBRAL A PROPOS DE 4 CAS CLINIQUES

Par le Dr Isabelle Navarre

### OBJECTIF

Parmi les différentes thérapeutiques antalgiques quand proposer la mésothérapie chez les patients IMC?

Le sujet IMC malgré sa pathologie neuro-motrice précoce (dès les premiers mois de vie) doit-il être traité comme tout patient douloureux non IMC, ou faut-il proposer une démarche antalgique différente?

### 1<sup>er</sup> CAS CLINIQUE

Jeune fille, 17 ans diplégie gauche,

- défaut de releveurs du pied gauche,
- fessum du genou gauche,
- déficit de flexion de hanche gauche,
- bascule de l'hémi-bassin gauche à chaque pas,
- en 2005 chirurgie du pied gauche (intervention type Grice) avec prise de greffon osseux sur la crête iliaque gauche.
- A la suite de la chirurgie, douleurs prolongées du pied gauche (cicatrice adhérente) et de la crête iliaque gauche empêchant le port de ceinture de pantalon à ce niveau douleur cotée à 5/10.

-dorsalgie de T1 à T10 sans lésion osseuse, à type de contractures variables selon les jours, douleurs cotées à 6/10. L'examen clinique retrouve des cellulalgies avec une percussion de C7 à L5 indolore. La pression des masses musculaires paravertébrales est ressentie douloureuses, l'inclinaison du tronc est indolore. Prise en charge habituelle: Kinésithérapie + gymnastique + haltérophilie (développé couché) mais pas de traitement peros.

Programme de mésothérapie proposé: 3 séances à 8 jours d'intervalle.

#### 1ERE SEANCE:

Crête iliaque g: Procaïne 2cc + Conjonctyl® 2cc + Soluvit® 1 flacon

Intra épidermique (IED) + Intra dermique superficielle (IDS) le long de la crête iliaque et 1cm au dessus et au-dessous.

Région para-vertébrale de C7 à T12: Procaïne 2cc + Mag2® 0.8% 2cc + Anafranil® 1cc

Intra épidermique (IED) en quadrillage d'1 cm de C7 à T12.

Traitement Per-os associé: Ixprim x 3fois par jour pendant 8jours.

#### 2EME SEANCE

Crête iliaque: Mésocaïne® 2% 2cc + Calcitonine 100ui® 1cc + Soluvit® 1 flacon Intra épidermique (IED) + Intra dermique superficielle (IDS), même site que lors de la

1ère séance.

Région para-vertébrale de C7 à T12, même site et même mélange que la 1ère séance, avec la même technique.

Traitement Per-os associé: Ixprim® x 1 fois par jour pendant 8jours.

#### 3ÈME SEANCE:

Mélange identique à la 2ème séance sur les 2 sites arrêt du traitement peros.

#### RESULTATS

Sédation complète de la douleur de la crête iliaque dès la 1ère séance et amélioration de 50% de la douleur initiale du dos.

#### 2EME CAS CLINIQUE

Jeune homme de 21 ans, IMC quadriplégie spastique sévère avec une dépendance pour tous les soins du quotidien sauf la prise des repas et la conduite du fauteuil électrique.

Chirurgie: -1999 ténotomie des adducteurs + allongements ischiojambiers -2003 ostéotomie fémorale droite + dérotation varisation capsulotomie + ostéotomie du bassin (Degas) -2006 arthroplastie coxo-fémorale droite + ténotomie adducteurs + neuroclaspie du nerf obturateur -2008 arthrodèse vertébrale.

Traitement Per-os: Liorésal® + Ceris® +Rivotril® + Laroxy® + Oméprazole

Douleur sacro-iliaque bilatérale sans irradiation lors des transferts et à la palpation. Traitement Per-os: Ixprim®, Lyrica® 3x100mg, ou Ains +Ixprim® + Lamaline® d'où beaucoup de somnolence. La douleur est cotée à 8-9/10 à l'EVN lors des transferts.

Dysesthésie de C7 à L4: allodynie, peau tendue, peu élastique, cicatrice d'arthrodèse fine, douleur cotée à 4-5/10 lors de la toilette.

Hanche droite arthrodésée: cicatrice chéloïde adhérente, douleur à la flexion de hanche si > 90° estimée à 8/10, sommeil et prise en charge en ateliers non perturbés par la douleur.

Proposition de mésothérapie sur les 3 sites douloureux, 3 séances à 8 jours d'intervalle.

#### 1ERE SEANCE

Zone dorsale: Procaïne 2cc + Mag2® 0.8% 2cc + Soluvit® 1flacon IED exclusive en quadrillage d'1cm de C7 à L2.

Articulation sacro-iliaque droite et gauche: Procaïne 2cc + Conjonctyl® 1cc + Colthiozid® 2cc. IDP 4 points en étoiles + IED de L5 à S2

Face postérieure cuisse droite: Procaïne 2% 2cc + Colthiozid® 2cc en IED

Cicatrice de PTH droite: Procaine 2cc + Conjonctyl® 2cc + Soluvit® 1 flacon en IED et IDS.

Le traitement peros associé: Ixprim® un comprimé matin et soir.

Le relevé douleur montre une discrète amélioration des douleurs sacro-iliaques lors des transferts, une nette amélioration de la douleur de hanche droite et pas de modification des dysesthésies dorsales.

### 2ÈME SEANCE

Zone dorsale: mélanges et technique identiques

Articulation sacro-iliaque: Mésocaïne® 2cc + Piroxicam 1cc + Conjonctyl® 2cc, technique identique à la 1ère séance, soit IED + IDS.

Face postérieure cuisse droite: Procaine 2cc + Colthiozid® + Mg2® 0.8% en IDS.

Cicatrice PTH droite: mélange et technique identique avec Procaine 2cc + Conjonctyl® 2cc + Soluvit® 1 flacon.

Bilan de la 2ème séance (J7): les douleurs sacro-iliaques ont été bien soulagées pendant 6 jours; les dysesthésies du rachis dorsale sont identiques; la douleur de ischion et hanche droite ont quasiment disparues.

### 3ÈME SEANCE

Zone dorsale C7 à L2: mélange et technique identique.

Articulation sacro-iliaque: Mésocaïne® 2 cc+ calcitonine 1cc + Mag2® 0.8% 2cc avec une technique identique.

Face postérieure cuisse droite + cicatrice PTH: Procaine + Mag2® 0.8% + Soluvit®, en IDS et IED

ischion droit: Mésocaïne® + calcitonine+ mag2® 0.8

Arrêt de tout traitement peros (Ixprim®).

### RESULTATS

Zone dorsale: pas de modification de la perception au toucher mais peau moins tendue et + souple.

Articulation sacro-iliaque: persistance de douleurs lors des transferts, le mélange avec AINS a été le + antalgique.

Face postérieure de cuisse droite et cicatrice de PTH: amélioration nette avec disparition des douleurs quotidiennes.

### PROPOSITION D'UNE 4 ÈME SEANCE: J + 1 MOIS

Zone dorsale: Même mélange, Procaine 2cc + Mag2® 0.8% 2cc + Soluvit® 1 flacon et même technique.

Articulation sacro-iliaque: Mésocaïne® 2cc + Piroxicam 1cc + calcitonine 100u® 2cc en IDP, 1 pt central + 4 pts en étoile.

RESULTATS: Pour les transferts lit-fauteuil la douleur n'a pas changé mais on note une amélioration pendant quelques jours après la séance de mésothérapie. Pas de douleurs dorsales sauf des dysesthésies au toucher. Alimentation et sommeil sont non perturbés. On instaure un traitement peros par Chondrosulf® x3/j pour 3 mois et on y associe le port d'une ceinture de maintien lombaire.

### 5ÈME SÉANCE DE MÉSOTHÉRAPIE LE 12/4/2012(J+3 MOIS)

Zone dorsale de C7 à L2: Procaine 2cc + Anafranil® 1cc + Soluvit® 1 flc.

Technique: en IED exclusivement, en quadrillage comme lors de la première séance du 16/01/2012.

Articulations sacro-iliaques droite et gauche: Mésocaïne® 2cc + Piroxicam 1cc + Colthiozid® 2cc

Technique : en IPD comme lors de la 4ème séance du 20/02/2012.

Face postérieure de la cuisse droite PTH: Mésocaïne® 2cc + Colthiozid® (1cc) + Mag2® 0.8% (2cc).

Technique : en IDS + 3 points en IDP en triangle en regard de l'ischion droit. Les douleurs seront évaluées tous les mois avec proposition de renouveler les séances de mésothérapie à la demande. En parallèle, une séance hebdomadaire de balnéothérapie sera instaurée.

### 3 ÈME CAS CLINIQUE

Jeune homme de 19ans, IMC avec encéphalite à HIV. Il marche entre les barres parallèles ou sinon se déplace en fauteuil roulant. Le traitement peros comprend les antirétroviraux et du lexomil®.

Suite à une chute, il présente une contusion de son épaule droite.

Un traitement peros est instauré: paracétamol + pommade AINS pendant un mois sans succès. Ses déplacements ne peuvent se faire qu'en fauteuil électrique. Cliniquement, on retrouve une douleur à la palpation de l'acromion et par test on retrouve un conflit du sus épineux et du tendon du long biceps qui sont douloureux. Le rachis cervical est indolore et la radio de l'épaule est normale.

### 1ÈRE SEANCE MESOTHERAPIE J0.

Mésocaïne® 2cc + piroxicam 1cc + Colthiozid® 2cc en IED et IDS sur le moignon de l'épaule, le sillon glénohumérale et le trapèze. Le traitement peros associe, Lamaline® deux comprimés matin et soir et Ixprim®, un comprimé à midi.

### 2 ÈME SEANCE J15 (ABSENT A J8)

car les douleurs du sillon glénohumérale et du tendon long biceps sont toujours présentes. Les tests de Neer et de Yocum sont indolores, alors que les tests de Jobe et de Hawkins le restent.

1ère seringue : Mésocaïne® 2cc + Piroxicam 1cc + calcitonine 2cc en IDP en regard des insertions des tendons du long biceps, du sillon gléno-huméral.

2ème seringue: Mésocaïne® 2cc + Colthiozid® 2cc + Mag2® 0.8% 2cc En IED sur le trapèze, le deltoïde et le biceps droits.

Traitement peros: arrêt de la Lamaline® et poursuite de l'Ixprim® à raison d'un comprimé à midi.

### RESULTATS

A j21 reprise du fauteuil manuel et haltérophilie déloppé-couché sans douleurs.

<sup>ème</sup>

### **4 CAS CLINIQUE**

Jeune garçon de 14ans porteur d'une Spina bifida niveau moteur L3 gauche et L1 droite, surdité de transmission appareillée. Il a subi de nombreuses interventions chirurgicales: myéloméningocèle en 2000, dérotation fémorale, Grice pied gauche, ostéosynthèse fémorale droite en 2010 et gauche en 2011. Enfin une cure d'un lipome intrarachidien en 2011. Déplacements en fauteuil manuel, il fait du tennis fauteuil. Traitement peros habituel: Ditropan<sup>®</sup>.

#### CLINIQUE

Il présente une douleur de son épaule gauche suite à une chute du fauteuil roulant. L'examen clinique immédiat retrouve une mobilité passive normale, une douleur à la palpation du sillon glénohumérale et les reliefs osseux sont indolores, d'où pas de radio dans 1 premier temps. Traitement glaçage 15mn de l'épaule.

#### SEANCE DE MESOTHERAPIE IMMEDIATE

Mésocaïne<sup>®</sup> 2cc + Arnica 4DH 2cc en IED sur le moignon de l'épaule gauche. Le traitement associé comporte du paracétamol à raison de 500mg x3/j pendant 3 j et pas de roulage du fauteuil jusqu'à j4.

#### RESULTATS

A j4 on note la disparition des douleurs spontanées et lors de l'utilisation du fauteuil roulant. Les mobilités actives son redevenues normales et indolores. D'où arrêt du traitement peros et pas de 2<sup>eme</sup> séance de mésothérapie.

#### DISCUSSION

De ces 4 cas cliniques, 2 cas décrivent une douleur chronique et les 2 autres, une douleur aiguë sur traumatisme. Aucun jeune n'avait bénéficié auparavant d'injections de mésothérapie d'où les premières séances faisant appel aux techniques d'injections superficielles de mésothérapie, IED et IDS, avec un effet antalgique plus lent comparé à la technique mixte associant les injections superficielles et profondes (IED/IDS et IDP/MPS). La prise en charge initiale de la douleur par le service d'infirmierie de l'établissement où sont accueillis ces 4 jeunes est radicalement différente selon la nature aiguë ou chronique de la douleur. Autant la douleur aiguë (traumatisme, céphalées, mal de dents) sera traitée spontanément et rapidement par les antalgiques de palier I autant les douleurs chroniques ne sont pas recherchées systématiquement, de surcroît si la communication n'est pas oralis e. Donc la première étape de la prise en charge de la douleur chez le patient infirme moteur cérébral est de la rechercher systématiquement, autant par le service médical (infirmière, médecin) que paramédical (kiné, ergothérapeute) et éducatif des établissements accueillant ces jeunes au quotidien. Toute douleur chez le sujet IMC altère sa qualité de vie avec souvent en premier lieu une nouvelle réduction de sa mobilité et l'augmentation de sa dépendance. Donc l'objectif du traitement est de retrouver son état antérieur (autonomie et absence de douleur) le plus rapidement possible. Le choix de la mésothérapie qui traite

uniquement la zone de douleur permet d'une part d'éviter la majoration des comprimés absorbés au quotidien, les effets secondaires observables et d'autre part d'agir plus rapidement qu'un traitement administré par voie générale. Pour les 2<sup>eme</sup> et 3<sup>eme</sup> cas cliniques, le traitement initial, antalgique per os, n'avait pas permis de soulager durablement les douleurs par contre la mésothérapie a pu apporter un soulagement partiel ou total. Les traitements complémentaires tels que la kinésithérapie fait déjà partie de leur quotidien; la balnéothérapie peut être mise en œuvre au sein de l'établissement mais selon un planning déjà établi et ne correspondant pas obligatoirement au période douloureuse, (nécessité d'un personnel qualifié pour la surveillance de la balnéothérapie et dont la présence est limitée). La mise en œuvre de traitement psycho-comportemental demande un thérapeute formé à ces techniques mais faisant trop rarement partie des centres médico-sociaux sinon ils peuvent être consultés en libéral mais cela génère une logistique de personnel accompagnant et de transport contraignante. Aussi ces thérapies comportementales sollicitent la participation active du patient qui n'est pas toujours possible du fait d'une communication trop réduite ou d'un trop jeune âge. La mésothérapie, certes nécessite un médecin formé à cette technique, mais ne nécessite ni d'une communication élaborée ni de la participation active du patient, celui-ci doit «juste se laisser faire» après avoir accepté ce traitement. Donc mettre en œuvre un traitement antalgique comprenant un geste de mésothérapie ne doit pas intervenir en dernière intention car même s'il doit être renouvelé dans le temps, il n'aura ni les effets secondaires d'un traitement per os ni la contraire d'être absorbé quotidiennement et par l m me permettra de se rapprocher du quotidien lambda d'un jeune. Comme le disait le Dr Véronique BOMBART du CHU de Reims, lors du congrès SFERHE en juin 2011 «la mésothérapie semble devoir faire partie de nos différentes possibilités thérapeutiques chez l'enfant handicapé moteur».

#### CONCLUSION

Chez le patient IMC, du fait de sa pathologie et des multiples traitements médicamenteux quotidiens, la mésothérapie doit faire partie précocement de la thérapeutique antalgique, tout en gardant à l'esprit la nécessité de gestes chirurgicaux correcteurs de l'anomalie orthopédiques à l'origine de la douleur. La mésothérapie, du fait de sa relative simplicité de mise en œuvre (cabinet de ville ou établissement médico-social), des faibles effets secondaires et contre-indications chez des patients fragiles, d'une action locale et prolongée évitant de majorer un traitement quotidien déjà conséquent, des patients éloignés de centre antidouleur (1 à 2 heures de transport), peut répondre largement à la problématique du patient infirme moteur cérébral présentant des douleurs chroniques ou aiguës. De plus, le faible coût de la mésothérapie s'ajoute au gain d'autonomie de la personne handicapée devenue non douloureuse. Donc faisons entrer la mésothérapie dans l'arsenal thérapeu-

tique de la personne handicapée et que la mésothérapie ne soit pas réservée qu'aux champions sportifs.

### **BIBLIOGRAPHIE**

**ANAES:** Service des recommandations et références professionnelles /26/9/01: Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans.

**BERARD C.** La paralysie cérébrale de l'enfant, examen neuroorthopédique du tronc et des membres inférieurs. SAURAMPS MEDICAL 2008

**GARCHES / HANDICAP ET DOULEUR.** Actes des 24<sup>e</sup> Entretiens de la fondation Garches 2011.

**BOMBART V.** Expérience de la mésothérapie dans la prise en charge de la douleur de l'enfant handicapé moteur. Journées d'études SFERHE: Douleur et Handicap de l'Enfant. Angers 23-24 mai 2011.

**OSTEOPATHIE ET HANDICAP:** [issy-osteo.fr/handicape.php](http://issy-osteo.fr/handicape.php)

**PERRIGOT:** DIU MÉSOTHÉRAPIE ANNÉE 2011/2012 UNIVERSITE PARIS VI- FACULTE PITIE-SALPETRIERE.

**ROSCIGNO CI.** Addressing spasticity-related pain in children with spastic IMC/IMOC. J Neuroscience Nursing 2002;34:123-33.

**SPARCLE :** Qualité de vie des enfants atteints de paralysie cérébrale en Europe : résultats de l'enquête SPARCLE Mariane Sentenac<sup>1</sup>, Virginie Ehlinger<sup>1</sup>, Catherine Arnaud (carnaud@cictpfr) 1,2, pour le groupe Sparcle 1/ UMR Inserm U558, Université Toulouse III Paul Sabatier, Toulouse, France 2/ Unité d'épidémiologie clinique, CHU Toulouse, France

**TARDIEU G.** Les feuillets de l'infirmité motrice cérébrale. Paris : Association nationale des Infirmes Moteurs Cérébraux, 1969.

## **ARBRE DECISIONNEL DE LA PRISE EN CHARGE ANTALGIQUE DU SUJET INFIRME MOTEUR CEREBRAL**

### **RECHERCHE SYSTEMATIQUE DE LA DOULEUR**

#### **DOULEUR AIGUE**

-CONTUSION  
-TENDINITE  
-ENTORSE

PEC SIMILAIRE A I SUJET NON IMC  
REPOS, MESOTHERAPIE  
ORTHÈSES DE REPOS  
TRAITEMENT PEROS ASSOCIE  
REEDUCATION

#### **DOULEUR CHRONIQUE**

-MUSCULO-TENDINEUSE  
- ARTICULAIRE

REEVALUATION DES INSTALLATIONS  
FAUTEUIL DE REPOS, CORSET, SIEGE  
ATELLES, CHAUSSURES ORTHOPEDIQUE

### **PERSISTANCE DL <=>>> DISPARITION DOULEUR**

=>BILAN RADIOLOGIQUE COMPLEMENTAIRE  
=> MESOTHERAPIE I  
=> KINE SI NON EN PLACE  
=> TT ASSOCIE PO EN RESPECTANT CI DES TRAITEMENTS &spastique, &épileptique, &reflux, &constipation,&dysurie