

# ARTHROPATHIES DOULOUREUSES DES INSUFFISANTS RENaux CHRONIQUES (IRC) DIALYSES

*Claude DESVERGNES Médecin néphrologue, Assistante Laboratoire d'Anatomie Université de médecine  
Bordeaux II*

## INTRODUCTION:

Les arthropathies douloureuses de l'insuffisant rénal hémodialysé sont fréquentes et échappent aux traitements habituels de la douleur. De plus le maniement des médicaments au long cours chez ce type de patient pose le problème de l'accumulation et donc de la majoration des effets secondaires. La mésothérapie paraît être d'un secours très appréciable pour soulager de façon pérenne ces patients.

L'arthropathie la plus fréquemment rencontrée et la plus invalidante est l'arthropathie des épaules. Notre expérience est récente, et nous avons traité 6 patients avec un recul de 6 mois

## LOCALISATION ET FRÉQUENCE DE L'ATTEINTE:

Très peu d'études ont été faites sur la douleur de ces patients et sur les moyens d'y remédier. Cependant la revue de la littérature nous a permis de constater que les quelques publications faites sont en accord sur la fréquence de la survenue de ce type de complications. (1, 2, 3).

On retrouve ces arthropathies douloureuses chez 50% des IRC dialysés, la localisation au membre supérieur est prédominante puisqu'elle est retrouvée chez 73,5% des patients avec une prédominance féminine 64,5% contre 35,6%. L'âge moyen est de 46,9 ans plus ou moins 14,1 années. Cette pathologie est corrélée à des facteurs aggravants dont le principal est l'ancienneté de l'hémodialyse de 148,8 mois plus ou moins 75,3 mois.

## LES ORIGINES DE CES ARTHRALGIES

1- L'accumulation dans ces articulations de  $\beta_2$  macroglobulines est retrouvée dans les biopsies des atteintes articulaires et sont dues à des techniques de dialyse qui ont été améliorées depuis une dizaine d'années, (amélioration des membranes de dialyse et dialysat ultra pur).

2- L'hyperparathyroïdie secondaire est la complication majeure de l'insuffisance rénale, avec difficultés de maintenir la Calcémie et la Phosphorémie dans des limites de la normale.

3- L'hyper uricémie est contrôlée de façon plus ou

moins efficace par les inhibiteurs de la xanthine oxydase.

4- La chondrocalcinoïse.

5- L'inflammation chronique et le stress oxydatif est présent chez tous ces patients.

## CLINIQUE DES ÉPAULES DOULOUREUSES.

Elles se présentent en trois phases:

Dans la première phase le patient se plaint de douleur intermittente, unilatérale prédominant pendant la séance de dialyse.

Dans la deuxième phase, la douleur se manifeste outre la dialyse, pendant la nuit et en position allongée. L'atteinte motrice est ressentie par une douleur survenant en Abduction principalement. A cette phase, il n'est pas rare que se présente une atteinte.

Au cours de la troisième phase, la douleur est permanente, quelque soit la position, avec une atteinte motrice se manifestant par une diminution de l'amplitude de tous les mouvements. On note de façon évidente une atteinte de la coiffe des rotateurs.

## LA MÉSOTHÉRAPIE ET L'ATTEINTE DE CES ÉPAULES DOULOUREUSES À PROPOS DE 6 CAS.

A ce stade très invalidant, après avoir éliminé toute autre atteinte chez ces patients, nous sommes arrivés au bout des possibilités thérapeutiques de la médecine Allopathique. Les antalgiques majeurs et les opiacés sont d'un soulagement transitoire et surtout s'accompagnent de leurs effets adverses majorés chez nos patients.

Nous avons donc traité 6 patients, au stade 3 de notre classification clinique ci-dessus.

Cinq femmes et un homme,  
âge moyen: 63,16 ans (de 44 à 83),  
ancienneté en dialyse: 19,1 ans soit 228,1 mois (9 à 36 ans).

Pour lesquels tout autre diagnostic avait été éliminé.

### **L'examen clinique:**

L'inspection: porte sur la motricité active et passive de l'articulation.

Trois de nos patients ont une amplitude active modérée, mais une amplitude passive normale. Pour les plus

anciens en dialyse, l'amplitude des mouvements actifs comme passifs est très limitée.

La palpation: L'articulation qui souffre entraîne un cortège de contractures musculaires qui entretiennent la douleur et créent l'impotence fonctionnelle pouvant aboutir à une épaule gelée irréversible.

Elle débute au niveau du rachis depuis la charnière occipito-atloïdienne, jusqu'à la 6<sup>ème</sup> vertèbre thoracique.

La palpation de l'omoplate peut retrouver des points douloureux au niveau de l'insertion des Rhomboïdes et de l'élévateur de la scapula en profondeur, du trapèze plus superficiel.

En avant on recherche la douleur d'insertion du Sub scapulaire, du tendon du long biceps.

En dernier l'examen de la scapulo-huméral retrouve toujours la douleur aux insertions des muscles de la coiffe des rotateurs et la douleur élective du ligament coraco-acromial. Elle est probablement due à une bursite de la bourse synoviale sub-acromiale par pincement entre le tendon du supra-épineux et le ligament coraco-acromial.

### Le Traitement:

Sur les points douloureux: Mélange de trois produits à part égale:

- Lidocaïne (Xylocaïne): 2cc + AINS (Profénid®): 2cc + Thiocolchicoside: (Colthiosid®) 2cc

Avec une aiguille de 13 mm, Nous pratiquons selon la profondeur du point douloureux soit IDS (en papule), soit en IDP (point par point).

Puis en épidermique large sur toute la zone explorée douloureuse avec 1 mélange d'une ampoule de Calcitonine de saumon et une ampoule d'Etamsylate.

Trois injections à 8 jours d'intervalle et une à 1 mois et à 2 mois pour deux patients.

### Résultats:

Le critère de la bonne application de la mésothérapie est le soulagement intervenant dans les deux heures suivant l'application.

Ce qui fut le cas dans les 6 cas sur 6 patients traités.

Tous sont passés d'une cotation de 6/7 à l'échelle d'évaluation de la douleur E.V.A, à une cotation de 2/3. Ils ont tous réduits leurs antalgiques, ne gardant que du Paracétamol de façon intermittente.

La récupération motrice fonctionnelle est totale pour trois d'entre eux, mais seulement très légère récupération (de la part due à la limitation douloureuse) pour ceux dont la mobilisation passive était quasiment impossible).

### Remarques:

Il est important de ne traiter qu'une articulation douloureuse à la fois.

L'intensité et le ressenti douloureux ne sont pas homogènes pour un même patient.

La libération de la douleur d'une épaule chez un patient lui a fait prendre conscience que l'autre épaule était aussi douloureuse et avait besoin d'être traitée.

A contrario si on traite deux articulations avec un bénéfice thérapeutique différent, le patient ne ressent que celle qui est encore douloureuse en obérant le bénéfice de l'articulation soulagée. Le risque sera alors un rejet de la technique la qualifiant d'inefficace.

### CONCLUSION:

La mésothérapie est une technique très efficace pour le traitement de l'épaule douloureuse chez un patient insuffisant rénal chronique hémodialysé.

Ce traitement n'est bien entendu qu'antalgique.

Cependant le bénéfice est double, outre la sédation de la douleur rapide efficace et durable puisque nous avons un recul de 6 mois, elle permet de diminuer voir même d'arrêter les antalgiques majeurs dont le maniement est très difficile et délétère chez nos patients.

### BIBLIOGRAPHIE

1. T Konishiike, H Hashizume, K Nishida, H Inoue, M Nogoshi: Shoulder pain in long terme haemodialysis patients. J of bone and join surgery VOL 78-B, N°4, JULY 1996.
2. Sara N Davidson, MD. Pain in hémodialysis Patients: Prevalence, cause, Severity, and Management. American Journal of Kidney Deases, Vol 42 N°6, 2003: pp 1239-1247.
3. T. Bouattar, Z Skalli, H Rhou, F Ezzaitouni, N Ouzeddoun, R Bayahia, L Benamar. Evaluation et analyse de la douleur chez le hémodialysés chroniques. J.Nephro. 2009.06.004.