

APPORT DE LA MÉSOTHÉRAPIE AU TRAITEMENT DU SYNDROME ÉPAULE-MAIN APRÈS ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Brigitte Houssin

INTRODUCTION

Le syndrome épaule-main fait partie du Syndrome Dououreux Régional Complexe (SRDC) de type 1, c'est à dire sans aucune lésion nerveuse décelable. Le diagnostic du SDRC est basé sur la clinique qui associe des douleurs intenses avec hyperalgésies et des signes évoquant une dysautonomie : œdème, augmentation de la chaleur locale, hyper-hydrose, troubles trophiques. Après quelques semaines, ou quelques mois, s'installe une capsulite rétractile de l'épaule. L'atteinte isolée de la main ou de l'épaule est possible.

Les mesures préventives sont essentielles, nursing soigneux, absence de traction sur l'épaule hémiparalysée lors des transferts et installation au lit et au fauteuil avec soutien du bras et de la main hémiparalysée.

Le traitement habituel comporte :

- la rééducation avec entretien des amplitudes articulaires, règle de la non douleur, électrostimulation de l'épaule et physiothérapie
- les antalgiques de classe 1 et 2, d'efficacité limitée, les anti-inflammatoires stéroïdiens qui semblent plus efficaces que les AINS, les infiltrations intra articulaires de corticoïdes au niveau de l'épaule et du poignet et les blocs intraveineux locorégionaux à la guanéthidine ou au buflomédil qui sont réalisés sous garrot.

Le pronostic évolutif est lié au déficit moteur, à la spasticité, au déficit sensitif, à l'existence d'un coma initial, et classiquement à la sub-luxation de l'épaule.

Il nous a semblé utile d'évaluer l'apport de la mésothérapie à la prise en charge de ce tableau douloureux.

DEROULEMENT DE L'ÉTUDE

Huit sujets ont été traités par mésothérapie. Pour 4 patients il s'est agi d'une étude rétrospective et pour les quatre autres d'une étude prospective.

Les critères évaluation clinique ont été la douleur, les amplitudes articulaires passives de l'épaule et l'amélioration de l'œdème de la main.

Le traitement mésothérapique a été réalisé manuellement

par technique mixte afin d'assurer un effet antalgique à la fois rapide et retardé. La technique épidermique nous semble très adaptée, notamment pour les mains très œdématisées et douloureuses associée à une technique intradermique profonde à effet plus rapide au niveau des 3 à 5 points les plus douloureux de la région scapulaire.

Les produits utilisés pour ces 8 patients ont été :

- **Lidocaïne** 1% pure sans conservateur ➔ effet vasodilatateur et antalgique sur la douleur aiguë,
- **Calcitonine de synthèse de saumon 100U** ➔ effet antalgique, vasomoteur et circulatoire ,
- **Piroxicam** ➔ effet anti-inflammatoire,
- **Thiocolchicoside** ➔ effet décontracturant et anti-inflammatoire,
- **Buflomédil** ➔ effet vasodilatateur et rhéologique,
- **Etamsylate** ➔ effet veinotonique et vasculoprotecteur.

La fréquence des séances a été J0, J7, J14, J28, J45.

Les patients ont un âge moyen de 56.6 ans (39-68), 4 hommes et 4 femmes. Le délai par rapport à l'AVC est de 1,5 à 4 mois, 4 présentent un déficit gauche, 4 droit comportant toujours des troubles sensitifs et une récupération de minime à moyenne. La douleur de l'épaule est supérieure à celle de la main.

RESULTATS

- **Observation 1** (prise en charge immédiate du syndrome épaule-main)

Lidocaïne 1%, Piroxicam, Thiocolchicoside

Aucune amélioration de la douleur après la première séance, puis amélioration progressive mais d'effet limité dans le temps. Pas d'amélioration des amplitudes articulaires.

- **Observation 2** (prise en charge immédiate du syndrome épaule-main)

Lidocaïne 1%, Piroxicam, puis

Lidocaïne 1%, Piroxicam, Calcitonine

Peu d'amélioration après la première séance.

Nette amélioration de la douleur après la deuxième séance et surtout la troisième, permettant d'espacer les séances. Pas d'amélioration des amplitudes articulaires.

- *Observation 3* (prise en charge immédiate du syndrome épaule-main)
Lidocaïne 1%, Calcitonine (+ Buflomédil à J28)

Séances de J0 et J7, régression quasi totale de l'œdème de la main pendant trois jours,
Séance de J14 régression de l'œdème pendant 10 jours,
Amélioration notable de la douleur. Pas d'amélioration des amplitudes articulaires.

- *Observation 4* (prise en charge différée du syndrome épaule-main)
Lidocaïne 1%, Calcitonine, Piroxicam

Très rapidement amélioration nette et régulière du tableau douloureux. Amélioration des amplitudes articulaires.

- *Observation 5* (prise en charge différée du syndrome épaule-main)
Lidocaïne 1%, Calcitonine, Buflomédil

Amélioration notable de la douleur et des amplitudes passives de l'épaule conduisant à ajouter 3 séances espacées de 2 semaines.

- *Observation 6* (prise en charge différée du syndrome épaule-main)
Lidocaïne 1%, Calcitonine, Buflomédil

Très rapidement amélioration nette de la douleur de l'épaule sans progression après la deuxième séance, léger gain articulaire passif.

- *Observation 7* (prise en charge différée du syndrome épaule-main)
Lidocaïne 1%, Calcitonine, Buflomédil

Amélioration nette de la douleur de l'épaule après la deuxième séance stationnaire ensuite, léger gain articulaire passif.

- *Observation 8* (prise en charge différée du syndrome épaule-main)
Lidocaïne 1%, Calcitonine, Buflomédil

Aucune amélioration ni de la douleur, ni des amplitudes passives après 4 séances. EVA à la mobilisation entre 85 et 95.

DISCUSSION

On peut regretter le petit nombre de patients, l'évolution du protocole mésothérapique au fur et à mesure de la prise en charge des patients avant de choisir les produits qui avaient été la plus efficace.

La rapidité de régression de la douleur et/ou de l'œdème qui nous a étonné quelques fois et a concerné 7 patients sur 8 ce qui nous semble bien supérieur à un effet placebo.

L'amélioration des amplitudes articulaires passives est plus difficile à interpréter mais nous semble plus importante en phase froide ce qui serait une indication à un traitement mésothérapique plus prolongé.

Tous les patients sauf un ont exprimé leur souhait de poursuite de cette thérapeutique dont l'«effet magique» n'est pas à ignorer compte tenu de l'espoir encore important de récupération à cette période post AVC.

CONCLUSION

Les résultats globaux mettent en évidence une amélioration nette de l'œdème de main et une amélioration globale du tableau douloureux (environ 2/10 à l'EVA) pour la grande majorité des patients. L'amélioration de la douleur est plus importante les premiers jours après la séance pour les premières séances. S'y associe une amélioration plus ou moins nette des amplitudes articulaires passives (qui semble plus importante en phase froide).

En conclusion nous proposons le protocole de traitement mésothérapique suivant.

- Épaule en IDP et IDS/IED :
 - LIDOCAÏNE 1% 1.5 ml,
 - CALCITONINE 100U 1 ml,
 - BUFLOMEDIL 1.5 ml (ou PIROXICAM 1ml si phase initiale «chaude»)
- Main et doigts en IED :
 - LIDOCAÏNE 1% 1.5 ml,
 - CALCITONINE 100U 1 ml,
 - BUFLOMEDIL 1.5 ml (ou ETAMSYLATE 1.5 ml si œdème ++).

Séances à J1, J8, J15, J21 ou J28 selon diminution de la douleur et J45.

Suivi sur l'EVA et sur la mesure des amplitudes passives en antépulsion.