

FIBROMYALGIE (FM)

ACTUALISATION DE LA PLACE DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DES DOULEURS

Dr. Philippe MARIJNEN

9 b Bd Saint Marceaux

51100 REIMS

tel : 26883883

fax : 0326500831

courriel : philippe.marijnen@wanadoo.fr

A. Quelques repères historiques peu connus

1800 : le concept de rhumatisme musculaire, comprenant asthénie et myalgies diffuses, est décrit par un médecin scandinave.

1876 : un médecin écossais Dr. Balfam, décrit une maladie se caractérisant par des points cervicaux et dorsaux, et une asthénie sérieuse.

1904 : Dr. Gowers propose le terme de fibrosite, 1946 : J. Travell décrit les syndromes douloureux myofasciaux.

1947 : on décrit la notion de rhumatisme psychogène et de syndrome de fatigue chronique, post guerre.

1970 : Dr. Hench, rhumatologue, introduit le terme de fibromyalgie.

1972 : Smythe et Moldofsky provoque des symptômes et des signes de la FM par perturbation de la phase profonde du sommeil.

1981 : le Dr. Kahn en France propose le terme de SPID.

1990 : American College of Rheumatology (ACR) publie les critères de classification et de diagnostic de la FM.

1992 : la FM est inscrite comme diagnostic dans la classification internationale des maladies.

2004 : 100.000 références Internet, 2500 articles depuis 1987.

On pourrait concevoir la FM comme la construction sociale d'un diagnostic médical.

La FM est construite socialement, en faisant passer les souffrances musculo-squelettiques au plan du diagnostic rhumatologique.

La FM est une reproduction d'une idéologie sociale, par la stigmatisation des troubles psychologiques.

La reconnaissance officielle demandée par les associations de malades, montre le douloureux besoin de

légitimité des malades; le risque est l'instauration d'un statut de maladie chronique dont il peut être difficile de sortir.¹

B. Poser le diagnostic de fibromyalgie²

1) **On ne peut pas échapper aux critères de diagnostic de l'ACR**, (voir Annexe) qui précise qu'il s'agit d'une douleur à prédominance axiale, touchant le coté droit et gauche, situé au-dessus et au-dessous du diaphragme, d'une durée supérieure à trois mois; les patients disent plutôt « j'ai mal partout depuis toujours ».

Il doit exister des sites sensibles, 11 sur 18 prédéfinis, dont la douleur est déclenchée par une pression de 4 kg par la pulpe du doigt. En clinique, les critères de classification de l'ACR, qui repose sur l'observation de groupes homogènes, sont différents des critères diagnostic, appliquée à un patient individuel; on se rend compte que la douleur est variable, mais jamais nulle, l'histoire est longue et complexe, l'examen clinique est pauvre et il existe toujours à des degrés divers un syndrome fonctionnel général avec, fatigue dès le lever, augmentée au moindre effort, survenant « par crises » comme disent les patients, existant toute la journée, des troubles du sommeil, non réparateur, des paresthésies, des céphalées, une dysménorrhée, un colon irritable.

Les examens para cliniques standards sont toujours normaux, et permettent d'éliminer tous les syndromes rhumatismaux connus; attention il existe des formes mixtes associant soit de façon concomitantes ou différé dans le temps, des spondylarthropathies³ et polyarthrites rhumatoïdes.

2) **Validité du concept** : La fibromyalgie est donc une

maladie réelle, qui touche 2 à 5 % de la population, à un coût important, c'est une maladie virtuelle, car il n'existe aucun marqueur ni « gold standard », les signes sont purement subjectifs, l'examen clinique est normal, il existe de multiples syndromes intriqués, et c'est une maladie de l'existence personnelle.

C. Les mécanismes physiopathogéniques à retenir

Le terme de fibromyalgie est un mauvais terme : il n'y a ni fibrose, ni myalgie vraie isolée, mais des douleurs sur des points d'insertion tendino-musculaires.

La réalité de l'atteinte musculaire est incontestable, comme en témoigne l'intolérance à l'exercice musculaire, mais les études histologiques, métaboliques, radiologiques (IRM) et électromyographiques sont normales.

En 2004 les seuls mécanismes physiopathogéniques qui valent la peine d'être retenus, sont :

- Une dysfonction des contrôles inhibiteurs nociceptifs, avec une perturbation de la diffusion de la substance P, qui sur 5 études, et par plusieurs auteurs différents est dosée de façon beaucoup plus importante (x 3) dans le LCR des patients atteints de FM⁴⁵; en comparaison, le taux est normal ou bas chez des patients dépressif, ou souffrant de fatigue chronique ou douloureux chronique.

Pour mémoire la substance P est un neuromédiateur libéré par les fibres C non myélinisées, de petit calibre et à conduction lente, dans la corne postérieure de la moelle.

- Une hypothèse immuno-allergique, soit une réactivité anormale à certains antigènes de l'environnement comme les levures du groupe *Candida Albicans*⁶

D. Les traitements classiques

Ils sont assez décevants.

La prise en charge doit être multidisciplinaire, et doit considérer le patient fibromyalgique comme un douloureux chronique, avec l'intrication de l'organique et du psychogénique, avec une particularité psychique complexe du FM, à ranger dans les troubles à composantes hystérisiformes. Une correspondante locale de l'association a utilisée le mot « d'handicap invisible » qui fait écho aux oreilles des psychanalystes.

Dans les années 1970-80, la mise en évidence de la spasmophilie est parallèle à l'avènement d'une mé-

decine scientifique qui cherche à relier ses différentes manifestations somatiques à des anomalies du Mg intra cellulaire alors qu'elles ne sont que l'expression d'un certain mal être... depuis la spasmophilie si fréquente à l'époque semble avoir déserté les cabinets médicaux.⁷

- La prise en charge médicamenteuse repose sur les psychotropes, et leur efficacité est assez modeste, sans doute parce que la fibromyalgie n'est ni une dépression ni une angoisse névrotique; on utilise l'amitriptyline (LAROXYL®), 10 à 75 mg le soir, et compte tenu de l'existence fréquente de troubles du sommeil on utilise plus volontiers la miansérine (ATHYMIL®), 10 à 30 mg le soir.

- La prise en charge kinésithérapique doit être douce et basée sur les massages doux et les auto-étirements.

- La psychothérapie, doit être proposée.

E. Les traitements par Mésothérapie

1) Les médicaments déjà utilisés:

Ils sont proposés par plusieurs auteurs, et comportent l'utilisation des médicaments suivants : XYLOCAÏNE®, Procaïne, CIBACALCINE®, PROFENID®, MAG 2®, VALIUM®, DICYNONE®, Thicolchicoside.

2) Les médicaments que nous proposons

– En fonction des mécanismes physiopathogéniques déjà évoqués :

L'utilisation de CAPSICUM 5DH (Laboratoires Boiron) ou CAPSICUM 6DH (Laboratoires Weleda) : Le PIMENT DOUX ou PIMENT DES JARDINS est une Solanacée dont on utilise le fruit sec.

La composition comporte de la Gitogénine, déjà connue dans la digitale⁸, de la Capsaïcine⁹ (en moyenne 0,1%), substance piquante et rubéfiante qui possède des effets antiagrégants plaquettaires, hypocholestérolémiant et antalgiques.

L'intérêt de l'utilisation de CAPSICUM en Mésothérapie vient de la Capsaïcine et de son rôle sur la transmission de l'influx nerveux douloureux.

La Capsaïcine a fait l'objet de plusieurs travaux en neurologie, et l'on sait maintenant qu'elle induit la dégénérescence sélective des neurones sensoriels afférents amyéliniques primaires. En effet, au niveau de l'étage médullaire, la transmission du message douloureux est acheminée selon sa nature par différents types de fibres; on a démontré l'existence d'un transmetteur spécifique des fibres "C", la substance "P". La Cap-

saïcine agirait en provoquant une déplétion de cette substance "P" et en bloquant donc transitoirement le passage de l'influx nerveux. En revanche, sa durée d'action serait assez courte.

L'utilisation médicale, en usage externe, repose sur les propriétés révulsives qui agissent sur les extrémités nerveuses thermosensibles, en donnant une sensation de chaleur, sans propriétés anti-inflammatoires, mais en donnant une hyperémie locale avec une sensation d'hypoesthésie secondaire¹⁰. Il existe une préparation prescrite pour apaiser les névralgies consécutives à un zona ou une infection herpétique, ainsi que plusieurs spécialités rubéifiantes et antalgiques (DISALGYL®, CAPSIC®)

Les indications cliniques sont :

- Les douleurs localisées cutanées et muqueuses essentiellement de désafférentation (avec destruction partielle ou altération du tissu nerveux); elles peuvent être post-traumatiques, post-chirurgicales, post-infectieuses (zona), post-radiothérapiques.
- Les douleurs des algoneurodystrophies ou Syndrome douloureux complexe régional de type II.

– En fonction des données pharmacologiques connues :

L'utilisation de l'amitriptyline (LAROXYL®) est reconnue comme ayant des propriétés antalgiques, sédative sur certains types de douleurs en particulier neurogènes; bien que les douleurs de la FM ne soient pas vraiment de type neurogènes, son utilisation a fait preuve de son efficacité en per os, dans des essais contrôlés; notons que le mécanisme d'action des tricycliques sur la transmission douloureuse et ses anomalies n'est pas parfaitement connu. Le renforcement du contrôle inhibiteur diffus au niveau médullaire grâce à leur action monoaminergique est probablement l'effet dominant.

– En fonction de l'expérimentation clinique :

L'utilisation de médicaments homéopathiques et leur efficacité en double aveugle versus placebo, a fait l'objet de deux travaux, l'un publié dans le BMJ (British Medical Journal)¹¹, et l'autre plus récent dans Rheumatology¹². Il en ressort l'utilisation et l'efficacité prouvée de la prescription de RHUS TOXICODENDRON per os; c'est ce médicament dont nous allons proposer l'utilisation en Mésothérapie, sous forme de RHUS TOXICODENDRON 4 DH (Laboratoires Boiron), ou RHUS TOXICODENDRON 6 DH (Laboratoires Weleda).

C'est le SUMAC VENENEUX, connu aux Etats-UNis sous le nom de poison Oak, dont on utilise le latex,

très irritant pour la peau.

La composition de la TM fabriquée à partir du latex est riche en dérivés phénoliques, les urushiols, et en un flavonoïde, la fisétine, qui possède des propriétés anti-inflammatoires démontrées chez l'animal. Cette substance a une action élective sur les tissus fibro-conjonctifs péri-articulaires (respect des séreuses), les tendons, ligaments et aponévroses.

Les autres indications cliniques, en dehors des douleurs de FM sont :

- Rhumatismes ankylosants, (atteinte du tissu péri-articulaire),
- Arthrose,
- Lombalgies,
- Entorse ligamentaire et séquelles douloureuses de luxation articulaire.

– Un traitement par Mésothérapie pourrait être conduit ainsi :

Seringue 1 :

Mésocaïne 1%	1ml
LAROXYL®	1ml (1/2 ampoule)
Capsicum 5DH	1ml (1 ampoule)

Injections en I.D.S ou en I.E.D

Localisation : Le long du rachis, cervical, dorsal, lombaire

Sur une ligne antérieure allant du manubrium sternal au pubis, et en insistant éventuellement sur les zones sensibles de projection du cadre colique;

Sur les tempes et éventuellement le crâne en cas de céphalées.

On rappelle que le LAROXYL® peut induire une sédation, temporaire et minime après des injections sur la tête, le rachis cervical, le front et les tempes.

Seringue 2 :

Mésocaïne 1 %	1ml
Rhustoxicodendron 4DH	1ml
	(1 ampoule)

Injection en I.D.P. ou D.H.D

Localisation : sur les points ou sites douloureux nommés par le patient et retrouvés à l'examen clinique

Rythme des séances, de tous les 15 jours à une fois par mois, en entretien, et en continu. Le résultat durable nécessite plusieurs mois de traitement.

F. En conclusion

L'évaluation de cette proposition thérapeutique dans les douleurs de la fibromyalgie va nécessiter une étude, pour confirmer l'impression d'amélioration que l'on peut avoir sur environ une année de recul sur l'utilisation du protocole proposé.

De cette proposition thérapeutique, on y découvre l'intérêt pour le patient de voir une éventuelle amélioration de ses douleurs, et pour le praticien un moyen de « ne pas s'arrêter de penser » et de continuer à être mobile dans la tête devant un patient douloureux chronique, pour éviter ce que les psychanalystes nomment le contre transfert négatif³, et donc le risque parfois bien senti et inconfortable pour le praticien, d'impasse thérapeutique.

ANNEXE

Critères internationaux de diagnostic de la FM (d'après l'A.C.R)

— **Critères obligatoires (CO):** douleurs myo articulaires et raideur depuis au moins trois mois et touchant au moins trois sites; pas de pathologies associées notamment inflammatoires ou radiographiques

— **Critères majeurs (Cma) :** au moins 11 points positifs sur les 18 retrouvés lors d'une palpation à 4 kg de pression

— **Critères mineurs (Cmi):** certains symptômes ou facteurs aggravants :

- Symptôme aggravé par l'activité
- Symptôme sensible aux variations climatiques
- Troubles du sommeil
- Fatigue
- Anxiété, dépression réactionnelle
- Spasme du colon
- Sensation subjective de gonflement

Diagnostic de certitude :

CO + Cma (11 points) + au moins 3 Cmi

Ou, CO + 6 à 10 points positifs à la palpation + au moins 5 Cmi

Bibliographie générale, en dehors des articles cités en note de bas de page

Bechier J.G., Draussin G, Place de la Mésothérapie dans le traitement des douleurs névralgiques, Congrès international de Mésothérapie, Bordeaux, octobre 1995

Bigorra E. ; Fibromyalgies; la revue de Mésothérapie 2003; 118 : 7-9

Binoche T., Martineau C.; Guide pratique du traitement des douleurs; MMI Editions

Martin JP; Prise en charge de la douleur rhumatologique par Mésothérapie; la revue de Mésothérapie 2001; 112 :8-14

Martin J.P.; Mésoperfusion, extrait de la journée de perfectionnement CERM Rhône-Alpes 8/03/1997

Smail H., Baba B., Bencharif A.; Apport de la Mésothérapie et de l'acupuncture dans le traitement de la fibromyalgie; Revue de Mésothérapie 2002; 114 : 16-17

Petit Ph.; Syndrome poly algique idiopathique diffus. Intérêt de la Mésothérapie dans une prise en charge globale; 6ème congrès international de Mésothérapie; Bruxelles oct 1992 : 273-85

Notes de document

¹Fergane B. communication aux journées de l'A.R.I.D.E Soissons 19 juin 2004

²P. Bachet T. Fibromyalgie Journées de l'Institut Boiron, Lyon 26, 27 mars 2004

³ F. DETREE communication aux journées de l'A.R.I.D.E Soissons 19 juin 2004

⁴ PETZKE et al; Pain 2003;105 :403-413

⁵ RUSSELL; Rheum dis clin north am 2002; 28 :329-42

⁶ Brunet J.L. Syndrome de fatigue chronique chronique et Fibromyalgie; Journées de l'Institut Boiron, Lyon 26, 27 mars 2004

⁷ Dray Rabotnik C.; La fibromyalgie, une maladie "opportuniste"; Journées de l'Institut Boiron, Lyon 26, 27 mars 2004

⁸ TSCHESCHE R. et GUTWINSKI H.- Chem. Ber., 1975,108,265-272

⁹ JURENITSCH J., DAVID M., HERESCH F., et KUBELKA W.,-Planta Med., 1979,36,61-67

⁸ SERRANO E., DIDIER A., PESSEY J.J., et LACOMME Y., Compte rendu des séances du Congrès 1990 de la société d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale. Arnette, paris, 1991, 98-101v

⁹ Fisher P. Greenwood A.,Huskisson EC., Tuner P., Bellon P, Effect of homeopathic treatment on fibrositis (primary fibromyalgia);BMJ 1989; 299:365-6

¹⁰ Bell R., Lewis A., Brooks J.,, improved clinical status in fibromyalgia patients treated with individualized homeopathic remedies versus placebo; Rheumatology 2004;

¹¹ Ferragut E., Thérapies de la douleur, 2002 Masson, Paris

MÉSOTHÉRAPIE ET DOPAGE

ÉTUDE DE PRÉLÈVEMENTS URINAIRES CHEZ DES ATHLÈTES DE HAUT NIVEAU

*J LE COZ, Ph FABRI, F ALLARD, INSEP Paris
DE CEARRIZ, LNDD Chatenay-Malabry*

Un cas de contrôle positif aux anesthésiques locaux (autorisés par voie locale mais interdits par voie générale) mettant en cause la Mésothérapie paru dans la presse et repris dans le bulletin de la SFM volume 1 N°3 année 2000 a amené les dirigeants de la SFM à adopter la solution suivante :

- Donner une notification préalable
- Et l'ordonnance des médicaments utilisés en Mésothérapie

Pour ma part cette attitude ne me paraissait pas souhaitable (bulletin SFM N°111 Avril 2001) car elle altérait la confiance acquise depuis 23 ans auprès des athlètes de haut niveau (première consultation de Mésothérapie créée à l'INSEP en 1981).

De plus j'attirais l'attention sur 2 points lors de ce contrôle positif attribué à la Mésothérapie :

1) La séance avait eu lieu la veille du match, ce qui dans notre expérience ne présente pas d'intérêt. Il y a en effet le risque de l'effet rebond, non souhaitable dans ce cas.

2) Le mélange formait un précipité (Voltarène® + Lidocaïne) et n'avait pas obtenu l'aval de la conférence de consensus réalisée par la SFM.

Nous n'avions pas retrouvé d'études recherchant les anesthésiques après traitement par Mésothérapie.

Nous avons donc proposé à l'INSEP de faire en 2002 une étude recherchant les anesthésiques lors de prélèvements urinaires sur les 3 jours suivant une séance de Mésothérapie

Nous venons de publier cette étude faite à l'INSEP en 2002 montrant la pharmacocinétique des anesthésiques locaux injectés par Mésothérapie.

But de l'étude

Les anesthésiques sont interdits par voie générale et autorisés par voie locale.

Il apparaissait très important de savoir si la Lidocaïne ou la Procaïne injectées lors d'une séance de Mésothérapie pouvaient entraîner un contrôle antidopage positif chez les athlètes de haut niveau.

Si les substances sont retrouvées pendant plusieurs jours, il se pose le problème de délivrer un certificat

notifiant la séance de Mésothérapie avec anesthésiques locaux chez l'athlète de haut niveau.

Nous avons analysé douze sujets volontaires : trois femmes et neuf hommes. La majorité étant athlètes de haut niveau à l'INSEP.

Matériel et méthode :

- 4 sujets Lidocaïne 1% (1 cm³) + Feldène® (1 cm³)
- 4 sujets Lidocaïne 0,5% (2 cm³) + Tilcotil® sec
- 4 sujets Lidocaïne 2% (1 cm³) + Coltramyl® (1 cm³)

1 cm³ de ce mélange a été injecté, soit :

- 0,5 cm³ de Lidocaïne 1% ou
 - 1 cm³ de Lidocaïne 0,5% ou
 - 0,5 cm³ de Procaïne 2%
- dose classiquement utilisée en traumatologie sportive,
- à l'aide d'une seringue de 2 ml
 - à l'aide d'une aiguille de 4 mm de longueur 27 G et d'une seringue de 2,5 cm³

L'ensemble étant monté sur un appareil électronique (Pistor 4) réglé sur injection continue.

La concentration de la Lidocaïne était la même pour huit sujets « Lidocaïne » (Lidocaïne 1% + Feldène® **ou** Lidocaïne 0,5% + Tilcotil®).

Le nombre de points d'injection a varié entre 10 et 17 afin d'éviter la douleur à l'injection.

Les prélèvements d'urine ont eu lieu au laboratoire de Chatenay-Malabry accrédité par le CIO.

Recherche par chromatographie gazeuse (détecteur thermo-ionique) puis vérification en masse.

- à J0 (entre 2 heures et 12 heures après la Mésothérapie)
- à J1 (24 heures)
- à J2 (48 heures)
- à J3 (72 heures)

Résultats

Un dossier a été perdu (homme) : mélange Lidocaïne + Feldène®

J0 : 10 sujets sont analysés. Quatre sujets sont positifs à la Lidocaïne.

Tous hommes. Trois patients : Lidocaïne 0,5% + Tilcotil®. Un patient : Lidocaïne 1% + Feldène®.

- membre supérieur H + 2 -> + (signal)
- membre inférieur H + 4 -> + (signal)
- membre inférieur H + 4 ½ -> +/- (petit signal)
- membre inférieur H + 5 ½ -> +/- (petit signal)

A noter qu'une femme a été prélevée à H + 3 ½ (Lidocaïne 0,5% + Tilcotil®) et était négative.

Nous avons donc quatre prélèvements positifs à la Lidocaïne, dont deux prélevés à 2 heures et 4 heures présentent un signal net. Les deux autres prélevés à 4 heures 30 et 5 heures 30 n'ont montré que des petits signaux à l'examen urinaire.

Les sujets prélevés 7 heures après et 12 heures après ont été négatifs.

Trois des quatre sujets positifs se sont entraînés entre la séance de Mésothérapie et le prélèvement urinaire.

L'épaisseur de la zone injectée était de 4 mm, 4,2 mm, 5.9 mm et 10.6 mm.

Un sujet présente un petit signal à la Procaïne. Sexe féminin. Procaïne + Coltramyl®

- membre inférieur H + 3 ¼ -> +/- (petit signal)

Le sujet s'est entraîné entre la séance et le prélèvement.

J1 : 11 prélèvements tous négatifs

J2 : 11 prélèvements tous négatifs

J3 : 8 prélèvements tous négatifs

L'entraînement entre les injections et les prélèvements ne semble pas modifier les résultats.

Conclusions :

Une séance de Mésothérapie effectuée avec 0,5 cm3 de Lidocaïne 1% ou 1 cm3 de Lidocaïne 0,5% ou 0,5 cm3 de Procaïne 2% a montré la présence d'anesthésique dans les urines jusqu'à 5 heures ½ après l'injection (seulement des petits signaux après 4 heures). Par contre, elle n'est plus présente à J1, J2, J3.

Seuls des petits signaux de Procaïne ont été retrouvés chez un patient sur quatre, 3 heures ¼ après l'injection.

Nous pouvons à la suite de cette étude recherchant des anesthésiques de manière quantitative dans les urines proposer une séance de Mésothérapie la veille d'une compétition sans qu'il soit nécessaire de délivrer à l'athlète un certificat signalant qu'il a subi une séance de Mésothérapie. Ceci nous paraît primordial dans la mesure où nous avons toujours expliqué aux athlètes et à leur entourage (médecins d'équipe, entraîneurs) que la Mésothérapie est une technique sans effets secondaires et n'exposant pas à un contrôle antidopage positif.

Par contre si l'athlète doit s'entraîner dans les 5 heures ½ suivant la séance, nous lui donnons un certificat en cas de contrôle inopiné.

Depuis le début de l'année les anesthésiques locaux ne sont plus recherchés dans les urines.

Mais la Mésothérapie avait aussi été mise en cause dans les années 85 par un athlète... ayant subi un contrôle positif aux corticoïdes + androgènes ...!!