

# APPORT DE LA MÉSOTHÉRAPIE DANS LE TRAITEMENT DE LA SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

## A PROPOS DE 11 CAS

### CONTRIBUTION OF MESOTHERAPY IN THE TREATMENT OF ANKYLOSING SPONDYLITIS- REPORT OF 11 CASES

Docteur PEREZ V (1)

#### 1. INTRODUCTION

La prévalence de la spondylarthrite ankylosante (SPA) est de 0,35 % en France. C'est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent après la polyarthrite rhumatoïde. Elle touche préférentiellement le sujet jeune de sexe masculin avec une prédisposition génétique (HLA B27) et se localise à la colonne vertébrale et aux articulations sacro-iliaques, avec un risque d'évolution vers un enraidissement progressif.

Les traitements actuellement recommandés ont pour objectif de combattre la douleur et l'inflammation, et d'éviter la survenue des complications éventuelles. La prise en charge des spondylarthrites doit être une démarche globale: médicamenteuse, physique, éducative et chirurgicale, complétée par des mesures sociales et professionnelles (2). Ces thérapeutiques ne permettent pas le contrôle optimal de la douleur et ont des effets secondaires non négligeables.

Dans cette indication, la mésothérapie représente une alternative intéressante qui n'a pas encore été évaluée. Les produits utilisés en mésothérapie permettent en effet de s'adapter au patient et à sa plainte et d'obtenir une action antalgique, trophique, anti-oedémateuse, myorelaxante et défibrosante.

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur 11 patients atteints de SPA qui ont pu bénéficier d'un traitement par mésothérapie.

#### 2. MATERIELS ET METHODES

Les séances de mésothérapie ont eu lieu entre 2009 et 2012 dans le cabinet du Dr Boualga, médecin généraliste et membre de la SFM installé à Oran en Algérie. Il s'agit d'une analyse rétrospective de 11 cas de patients atteints de SPA qui ont été traités par mésothérapie sans se substituer à leur traitement habituel.

##### Les mélanges

L'utilisation de la technique mixte a permis de combiner l'effet des techniques profondes (MPS, IDP) et superficielles (IED, IDS). Les patients ont été traités avec le protocole suivant:

•1er mélange: 1 fl. SOLUVIT + 4cc d' ETAMSYLATE

+ 1cc de VITAMINE C + 1cc VITAMINE E + 1.5cc MAGNESIUM

•2nd mélange: 1 amp. de CIBACALCINE + 2cc de LIDOCAÏNE 2% + 1 cc de VITAMINE E

•3ème mélange: 1 cc LIDOCAÏNE 2% + 1 cc PIROXICAM + 1 cc ETAMSYLATE

•4ème mélange: 2 cc PROCAÏNE + 1cc DIAZEPAM

Le rythme des séances: il variait à l'appréciation du médecin selon l'évolution de la pathologie et les résultats soit: 1 fois par semaine pendant 2 mois; 1 fois tous les 15 jours pendant 3 mois; 1 fois par mois pendant 6 mois; puis à la demande selon l'apparition des douleurs.

Siège des séances de mésothérapie: les zones étaient traitées en fonction des douleurs et du handicap des patients. Certaines zones étaient traitées systématiquement: le rachis cervical, dorsal, et lombaire; la partie postérieure des membres inférieurs; les régions inguino-crurale (triangle de Scarpa); la région sacrée.

#### 3. PRESENTATION DES PATIENTS

##### 1er CAS CLINIQUE

Mr S. 25 ans, étudiant. Le diagnostic de SPA a été posé en 2009.

##### Symptomatologie avant les séances de mésothérapie

Le patient présente des dorsalgies diffuses, une raideur du bassin et du rachis. La qualité de son sommeil est altérée compte tenu de ses difficultés à se positionner: il ne tolère que le décubitus latéral du fait des douleurs rachidiennes. Pour ce qui est de la gêne fonctionnelle, il ne peut ni se lever ni s'accroupir. Il se dit fatigué au moindre effort et marche avec appui pendant maximum 2 minutes. Le patient et sa famille sont en grande détresse psychologique à cause de l'évolution de la maladie et de sa perte d'autonomie. Il ne peut pas faire sa prière, à cause des douleurs en genu flexion. Il a arrêté ses études à cause de l'évolution de la maladie.

##### Après les séances de mésothérapie

Les douleurs articulaires et rachidiennes sont soulagées et la sensation de raideur du dos et du bassin a nettement diminué. Il peut partiellement s'accroupir et est moins en difficulté pour faire sa prière. Il arrive à se

lever seul de sa chaise ou de son lit, il estime pouvoir marcher 60 minutes. Sa qualité de vie est améliorée: il a repris ses études, fait de nouveaux projets et peut prier. Il poursuit son traitement par os par AINS.

### 2nd CAS CLINIQUE

Mr D. 49 ans est technicien. Le diagnostic de SPA a été posé en 2006.

#### Symptomatologie avant les séances de mésothérapie

Il présente un tableau de raideur du rachis et du bassin, avec une forte limitation à la flexion des genoux, du rachis, et des hanches. Il présente des troubles du sommeil liés aux douleurs rachidiennes lors des changements de position. Le décubitus latéral est la seule position antalgique qui lui permet de dormir. Il ressent une gêne respiratoire à type d'oppression thoracique et des douleurs thoraciques diffuses du fait de l'évolution rachidienne de la SPA.

Lors de la 1ère consultation, le patient était dans l'impossibilité de se mettre en décubitus ventral ou dorsal sur la table. La consultation s'est donc déroulée debout. Sur le plan de la marche, il se déplace avec 2 béquilles. Il a des difficultés à monter ou descendre les escaliers. Il était en congé de longue durée et a développé un syndrome anxio-dépressif lié à son absence d'activité professionnelle et à l'évolution de la maladie.

#### Après les séances de mésothérapie

Sur le plan des douleurs, il peut de nouveau se mettre en décubitus dorsal et ventral. Il présente une amélioration de la mobilité rachidienne, des hanches, et des genoux. Il n'est plus réveillé par les douleurs lors des changements de position et la sensation d'oppression thoracique a disparu. Le périmètre de marche est plus important, il marche sans appui. Il a repris une activité professionnelle normale, et on constate une régression du syndrome dépressif. Un an après de traitement par mésothérapie, les améliorations sont durables.

### 3ème CAS CLINIQUE

Mr A. 45 ans, est gardien d'école. Il est atteint de SPA depuis 1996, avec localisation principalement axiale. Il est actuellement en congé longue durée. Il a bénéficié d'une double prothèse totale de hanche (PTH) en 1996.

#### Symptomatologie avant les séances de mésothérapie

Il présente principalement une raideur rachidienne, des douleurs dorso-lombaires, et des douleurs bilatérales des hanches et des épaules. Les douleurs sont résistantes aux AINS. Le sommeil est très perturbé par des douleurs lors des changements de position. Il ne peut dormir qu'en décubitus latéral. Le périmètre de marche est réduit à cause de ses douleurs de hanches (double PTH) et des douleurs rachidiennes. Il peut marcher pendant environ 5 minutes. Il utilise une paire de béquilles pour se déplacer et garder son équilibre. Sur le plan thérapeutique, du fait de la diminution de l'efficacité des AINS, il reçoit actuellement un traitement par Sulfasalazine, Célécoxib, et Tétrazépam. Seule la cortisone le soulage de ses crises douloureuses.

#### Après les séances de mésothérapie

On constate une amélioration de la mobilité du rachis cervical, ainsi qu'une diminution des douleurs rachidiennes, des hanches et des épaules. Il dort mieux et peut se mettre en décubitus dorsal. Il marche sans appui, mais conserve ses béquilles par sécurité. Le temps de marche est passé de 5 à 40 minutes. Sur le plan thérapeutique: il poursuit son traitement de fond, et ne prend plus de corticoïdes.

### 4ème CAS CLINIQUE

Mr AM. 48 ans, est fonctionnaire. Le diagnostic de SPA a été posé en 2000 au CHU d'Alger.

#### Symptomatologie avant les séances de mésothérapie

Il présente des douleurs de l'épaule gauche invalidantes ainsi qu'une importante raideur rachidienne et des douleurs à la mobilisation. Ses douleurs articulaires sont insomniantes, la seule position antalgique est le décubitus latéral. Il présente des difficultés à se lever, s'allonger et la genu flexion est douloureuse. Le périmètre de marche est d'environ 300 mètres, il est limité par la dyspnée et l'apparition de douleurs thoraciques.

Il utilise régulièrement des AINS depuis 14 ans en traitement de fond, lors des poussées douloureuses il est traité par corticothérapie à forte dose et est mis en arrêt maladie.

#### Après les séances de mésothérapie

On constate une amélioration des douleurs rachidiennes et thoraciques. La douleur de l'épaule gauche (très ancienne) a cédé après l'association de la mésothérapie et un traitement ostéopathique.

L'amélioration de la qualité de sommeil a été obtenue par le contrôle des douleurs rachidiennes. Sur le plan de l'autonomie, il peut se lever et marcher jusqu'à 50 minutes. La prière est de nouveau possible. Depuis la fin des séances de mésothérapie il y a 9 mois, le patient n'a pas eu recours à la corticothérapie ni d'arrêt maladie.

### 5ème CAS CLINIQUE

Mr B. 35 ans est médecin. Le diagnostic de SPA a été posé en 2007

#### Symptomatologie avant les séances de mésothérapie

Il se plaint des douleurs diffuses, d'une raideur du rachis et a présenté des douleurs et un épanchement liquidien au coude et au genou gauche. Le décubitus ventral n'est plus possible depuis plusieurs années.

#### Après les séances de mésothérapie

Les douleurs du genou et du coude ont cédé. Amélioration de la raideur du rachis cervical (rotation et flexion). Assouplissement de la charnière dorso-lombaire. Il arrive de nouveau à se mettre en décubitus ventral et a repris une qualité de sommeil convenable grâce au contrôle des douleurs.

### 6ème CAS CLINIQUE

Mr K. 36 ans est sans profession le diagnostic de SPA a été posé en 2001.

#### Symptomatologie avant les séances de mésothérapie

## La revue de Mésothérapie

Il présente une raideur dorso-lombaire du bassin et une forte limitation en anté-flexion. Il a des douleurs des 2 épaules et des douleurs articulaires diffuses gênantes au quotidien et perturbant son sommeil. Le décubitus dorsal est difficile. Le périmètre de marche réduit à quelques minutes. Il est traité par Sulfasalazine.

### Après les séances de mésothérapie

Amélioration de la souplesse du bassin et du rachis dorso-lombaire. Il a retrouvé une qualité du sommeil acceptable avec la diminution des douleurs. Le décubitus dorsal est effectué plus facilement. Le périmètre de marche s'est amélioré à environ 50 minutes.

### 7ème CAS CLINIQUE

Mr Z. 57 ans est fonctionnaire. Le diagnostic de SPA a été posé en 2002

### Symptomatologie avant les séances de mésothérapie

Il présente principalement une raideur cervicale douloureuse depuis 7 ans et une limitation du rachis cervical en extension, flexion, rotation interne et externe. Limitation de l'élévation des épaules. Le périmètre de marche est réduit à 10-15 minutes par l'apparition d'une dyspnée et limité par une boiterie à droite.

### Après les séances de mésothérapie

Il a présenté une amélioration globale de sa symptomatologie, avec une nette régression des douleurs. Au fur et à mesure des séances, une amélioration de la mobilité et de l'élévation des épaules a été obtenue. Aucune amélioration n'a été observée sur les mouvements du rachis cervical. Le patient a constaté une amélioration de la marche de la boiterie.

### 8ème CAS CLINIQUE

Mr MM. a 45 ans. Le diagnostic de SPA a été posé en 1993.

### Symptomatologie avant les séances de mésothérapie

Il présente des douleurs dorso-lombaires du bassin et des hanches principalement à droite. Il ne peut pas se mettre en décubitus dorsal. Le sommeil est perturbé par les douleurs. Il a des difficultés quotidiennes à la marche et présente une dyspnée invalidante.

### Après les séances de mésothérapie

Régression dès la 1ère séance des douleurs dorso-lombaires et des hanches. Après plusieurs séances de mésothérapie on constate une amélioration de la mobilité des membres inférieurs à la marche. Le périmètre de marche est étendu à 40 minutes et la gêne respiratoire a cédé. Il peut se remettre en décubitus dorsal.

### 9ème CAS CLINIQUE

Mr B.M. 40 ans vit d'emplois précaires selon son état de santé. Le SPA a été diagnostiqué en 2004.

### Symptomatologie avant les séances de mésothérapie

Il présente des douleurs dorso-lombaires avec limitation de l'antéflexion, une douleur récurrente au membre inférieur gauche de type lombosciatique et une douleur lombaire invalidante. Une douleur thoracique apparaît en décubitus dorsal et aux changements de position. Le

patient est particulièrement gêné pour dormir. Devant l'absence d'efficacité des antalgiques (AINS en particulier) il a arrêté tous ses traitements depuis plusieurs mois. Avant de consulter pour ses séances de mésothérapie, il a été hospitalisé pendant 21 jours au service de rhumatologie CHU d'Oran pour une poussée douloureuse de SPA.

### Après les séances de mésothérapie

Les douleurs se sont améliorées dès la 1ère séance. Après la 3ème séance de mésothérapie la lombo-sciatalgie et la gêne thoracique ont cédé. Amélioration de la mobilisation du rachis et diminution des douleurs aux changements de position pendant le sommeil.

### 10ème CAS CLINIQUE

Mme HY. 46 ans est sans profession. Elle est atteinte de SPA depuis 1998.

### Symptomatologie avant les séances de mésothérapie

Ses douleurs sont principalement cervicales et elle présente une raideur du rachis lombaire et dorsale d'installation progressive. L'utilisation d'AINS ou cortisone ont permis de contrôler les douleurs pendant les premières années.

Au début du traitement par mésothérapie, la patiente présente des difficultés à se lever seule. Elle présente une raideur cervico-dorso-lombaire importante et une diminution de la mobilité du genou droit et des mains (à la fermeture des poings). Elle ne peut pas se mettre en décubitus dorsal. Apparition de douleurs à la marche au bout de 3 à 4 minutes. Au quotidien, elle a besoin d'une aide dans la vie courante.

### Après les séances de mésothérapie

On constate une amélioration globale de la symptomatologie, elle arrive à se lever seule d'une chaise ou de son lit. Il y a également une amélioration dans la mobilité du rachis, du genou droit et des mains. Le décubitus dorsal est possible, et elle peut désormais marcher sans être limitée par les douleurs.

### 11ème CAS CLINIQUE

Mr B.B. est âgé de 24 ans.

### Symptomatologie avant les séances de mésothérapie

Le diagnostic de SPA a été posé en 2008 devant l'apparition de douleurs à type de lombosciatique bilatérale intermittente et de douleurs à type de fessalgies soulagées transitoirement par les AINS.

Les douleurs sont déclenchées à l'effort lors des changements de position et par la position assise (il ne peut pas s'asseoir sur une chaise plus de 10 minutes). Il présente des troubles du sommeil liées à ses douleurs. Début 2012, il a présenté un enraidissement lombaire matinal et une majoration des douleurs avec apparition de douleurs thoracique, et aggravation des fessalgies et de la lombosciatique bilatérale. Lors de la 1ère consultation, l'examen clinique révèle une attitude cyphotique sans raideur du rachis ni des membres.

### Après les séances de mésothérapie

Après 4 séances de mésothérapie, on a constaté une

amélioration globale des douleurs et du sommeil. Les douleurs à type de lombosciatiques sont toujours présentes à l'effort, mais la marche et la station assise ont été améliorées. Après les séances, il a constaté une amélioration des douleurs à la position assise.

### **4. DISCUSSION**

Les résultats de ces observations cliniques sont très prometteurs. L'action de la mésothérapie a été bénéfique sur la prise en charge de la douleur et de la mobilité, ce qui a secondairement permis d'améliorer le périmètre de marche, le sommeil, l'autonomie, le moral et la qualité de vie (resocialisation, reprise du travail, possibilité de prier...).

#### Limites du protocole thérapeutique

*Les limites du recrutement:* Les observations présentées sont issues du dossier médical des patients. Elles n'avaient pas pour but d'être étudiées, ni d'être diffusées. Devant les bons résultats obtenus par la mésothérapie dans le traitement de la SPA il était intéressant les présenter. Les patients traités avaient déjà une évolution importante de la maladie, et étaient insuffisamment soulagés par les traitements conventionnels. Pour limiter le biais de recrutement il aurait été intéressant d'inclure des patients selon les critères d'Amor, ou de l'ESSG (3).

*Les biais d'évaluation:* L'étude des dossiers a été réalisée de manière rétrospective et sur la base du dossier patient, ce qui explique l'absence de données objectives et systématisées. Il serait intéressant de réévaluer l'intérêt de la mésothérapie dans la SPA avec un protocole thérapeutique précis et des critères d'améliorations objectives et reproductibles: la mesure de l'EVA (échelle visuelle analogique), la distance de marche, l'indice de Schöber, les indices de BASFI (auto-évaluation de la gêne fonctionnelle) et de BASDAI (évaluation de l'activité de la maladie). Ces scores permettraient d'avoir un suivi objectif des patients et d'évaluer les bénéfices entre les séances. Leur utilisation permettrait également une reproductibilité des études et une comparaison avec des protocoles thérapeutiques n'utilisant pas la mésothérapie.

Parallèlement à ces scores, une évaluation régulière de la consommation d'antalgiques par les patients pourrait être un marqueur d'efficacité (type «agenda de la douleur»).

#### Les avantages de la mésothérapie

La mésothérapie par son mode d'action et par sa cible thérapeutique permet conjointement aux traitements classiques, de cibler les zones douloureuses. Elle permet également de limiter les effets secondaires des différentes substances allopathiques par l'utilisation de microdoses; et d'obtenir une efficacité durable par un effet réservoir.

Dans le cadre d'une prise en charge classique de la SPA, les AINS sont recommandés en 1<sup>ère</sup> intention. Leur ar-

rêt peut entraîner une rechute douloureuse. La diffusion lente des AINS grâce aux injections intra-dermiques permet théoriquement de limiter les risques de rechute. Classiquement, au moins 3 à 5 AINS per os doivent être essayés successivement avant de conclure à leur inefficacité (4). Leur utilisation par voie intra-dermique peut tout à fait trouver sa place dans cette démarche thérapeutique.

Les antalgiques et myorelaxants sont également utilisés en rhumatologie surtout en cas de manifestations enthésiopathiques ou rachidiennes et permettent de faciliter la rééducation. La mésothérapie permet de cibler les zones douloureuses et d'obtenir un effet myorelaxant et antalgique durable. Elle permet également de limiter les effets secondaires des différentes substances allopathiques par l'utilisation de microdoses. Son efficacité permet de diminuer l'utilisation des autres antalgiques. L'espérance de vie des patients atteints de SPA est identique à celle de la population générale, il est d'autant plus important de prendre en compte l'utilisation d'AINS et de corticoïdes chez une population de plus en plus âgée ou polymédicamentée.

### **5. CONCLUSION**

L'action de la mésothérapie a permis une prise en charge de la douleur et une amélioration de la qualité de vie chez ces patients. Il serait intéressant d'étudier de manière précise et protocolisée l'efficacité de la mésothérapie dans la SPA car elle devrait permettre d'apporter une option thérapeutique intéressante tout en minimisant les effets indésirables des traitements allopathiques habituelles.

La mésothérapie ouvre une nouvelle voie de traitement dans cette maladie chronique évolutive et invalidante.

### **6. REFERENCES**

1. Perez V, Sterzi Barolo A. Apport de la mésothérapie dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante: a propos de 11 cas [Mémoire du DIU de mésothérapie]. Paris 6 (UMPC); 2012.
2. Haute Autorité de Santé. Spondylarthrite grave, guide de l'affection longue durée. 2008 déc; Disponible à : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/ald\\_27\\_gm\\_spondylarthrite\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/ald_27_gm_spondylarthrite_web.pdf)
3. Amor B, Dougados M, Listrat V, Menkes CJ, Dubost JJ, Roux H, et al. Évaluation des critères des spondylarthropathies d'Amor et de l'European Spondylarthropathy Study Group (ESSG): une étude transversale de 2 228 patients. *Annales de médecine interne*. 142(2):85-9.
4. COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. COFER Item 282: Spondylarthrite ankylosante [Internet]. Disponible à : [http://umvf.univ-nantes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato35/site/html/2\\_24\\_1.html](http://umvf.univ-nantes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato35/site/html/2_24_1.html)