

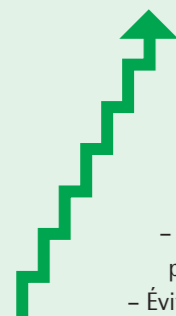
Thérapie de la spasticité en cas de paralysie médullaire

Dans le précédent numéro de *Paracontact*, nous avons explicité la genèse de la spasticité ainsi que les aspects positifs et négatifs concomitants. Le présent article, quant à lui, se penche sur la thérapie.

Le traitement de la spasticité doit poursuivre des objectifs clairs, convenus entre le patient et son médecin. La diminution recherchée de la spasticité vise à éviter des douleurs. Les capacités fonctionnelles et la mobilité de l'intéressé s'en trouvent améliorées. L'enjeu est d'éviter les contractures, d'améliorer la possibilité de soins et l'hygiène et, le cas échéant, de permettre le processus même de réadaptation.

Il n'est pas toujours utile de traiter la spasticité, car souvent les effets secondaires (tels qu'une aptitude réduite à la conduite) sont plus contraignants que la spasticité en soi. Il ne faut pas non plus s'attendre à la disparition totale de la spasticité. Il faudra donc trouver une voie médiane en mettant toujours en balance les avantages pour le patient et les désagréments dus aux effets secondaires.

■ Les étapes du traitement de la spasticité



- Traitement neurochirurgical
- Traitement orthopédique (contractures)
- Thérapie intrathécale
- Méthodes invasives (botox)
- Thérapie par voie orale (comprimés)
- Physiothérapie
- Position antispastique, mesures de médecine physique
- Évitement des stimuli déclencheurs

■ 1re étape: la prévention

Souvent, la spasticité est exacerbée par des événements sensoriels, dont la palette peut aller de l'effleurement jusqu'à des sensations optiques ou acoustiques, en passant par la sensation de douleur. Il peut suffire d'une porte qui claque. La spasticité est fréquemment aussi le signe d'une vessie pleine, d'un intestin distendu, d'un stimulus douloureux non ressenti dans la partie paralysée (une escarre, par exemple) ou d'une infection (vessie, épididyme, etc.).

Le plus simple des traitements consiste donc à éviter ces états et ces situations: c'est gratuit, sans effets secondaires et du ressort de chacun. Avant de vouloir traiter la spasticité, il faut essayer de supprimer les causes connues.

■ 2e étape: les postures et méthodes de médecine physique

Différentes positions sont antispastiques (être assis en tailleur, par exemple) et permettent donc de réduire la spasticité. Leurs effets se font sentir même plusieurs heures après. Parmi les méthodes de médecine physique capables d'amoindrir la spasticité on trouve notamment le sauna, la piscine ou l'hippothérapie. Leurs bienfaits durent plusieurs heures et améliorent le bien-être de l'intéressé. L'entraînement debout peut influencer positivement sur la spasticité. Selon des recherches encore en cours, l'électrostimulation transcutanée semble, elle aussi, avoir un impact positif. Un changement de la position assise dans le fauteuil roulant peut également s'avérer bénéfique. Genoux et hanches placés à angle droit, avec une légère inclinaison de l'assise du fauteuil vers l'arrière – telle est la position de prédilection. De nouvelles formes thérapeutiques comme la marche assistée par le Lokomat ou un exosquelette paraissent pouvoir diminuer temporairement la spasticité.

■ 3e étape: la physiothérapie

Certains exercices spécifiques de physiothérapie sont à même de faire régresser nettement la spasticité (par exemple la méthode Vojta). L'objectif est d'empêcher les mouvements stéréotypés pathologiques et de diminuer la spasticité en flexion des membres supérieurs ainsi que la spasticité en extension des jambes. Pour prévenir un rétrécissement structurel des muscles, il faut étirer la musculature et effectuer régulièrement des mouvements pour préserver la mobilité passive des articulations. Une thérapie de maintien comprenant une ou deux séances hebdomadaires de physiothérapie et des exercices quotidiens serait idéale.

■ 4e étape: la médication par voie orale

En cas de spasticité importante et fortement handicapante dans la vie quotidienne, force est d'envisager une thérapie médicamenteuse. C'est objectivement le cas lorsque l'impact de la spasticité se traduit comme suit:

- la toilette intime du patient ne peut plus être assurée;
- des escarres apparaissent;
- il y a risque de blessures;
- la participation à la vie de tous les jours devient impossible;
- les douleurs engendrées sont telles qu'il faudrait prendre des médicaments antidouleur.

La plupart des médicaments atténuent l'activité du cerveau et de la moelle épinière, ce qui produit un effet positif sur la spasticité. En revanche, ils provoquent fatigue,

manque de concentration, somnolence, baisse de tension ainsi que faiblesse musculaire, même de la musculature non paralysée. Ils détériorent également la capacité à se tenir debout et à marcher des patients atteints de paralysie incomplète. Il peut s'ensuivre que la position assise adoptée en fauteuil roulant s'avère défavorable et qu'elle provoque des dommages secondaires, voire une réduction de la mobilité et de l'autonomie.

Il faut être conscient du fait qu'aucune des substances prescrites par le médecin ne sera capable de supprimer entièrement la spasticité ni d'améliorer la force des muscles affectés. Certes, la spasticité sera sous contrôle médicamenteux, mais la force de la partie du corps non paralysée diminuera. Le choix et le dosage doivent donc être mûrement réfléchis et soupesés, car tout médicament efficace est également susceptible de produire de sévères effets secondaires.

■ 5e étape: les méthodes invasives

La toxine botulique, que nous connaissons aujourd'hui plus par ses applications cosmétiques que médicales, peut pourtant grandement contribuer au traitement de la spasticité locale, provoquée par différents muscles ou groupes musculaires.

Bloquant la transmission de l'influx nerveux sur le muscle, ce puissant poison affaiblit le muscle ou même, selon la dose utilisée, le paralyse. Quelques jours sont nécessaires pour qu'une injection locale produise ses effets qui dureront de trois à quatre mois. Pour bloquer temporairement la conduction nerveuse, des anesthésiques locaux peuvent également être utilisés.

■ 6e étape: l'administration par voie intrathécale

Pour magnifier l'effet d'un dosage plus faible, certaines substances (baclofène, morphine, etc.) sont aujourd'hui administrées au moyen d'une pompe doseuse implantable directement dans le liquide cérébrospinal (céphalorachidien) qui baigne la moelle épinière. Cette pratique permet de déjouer tant les pertes dues à la résorption intestinale et au filtrage hépatique que l'obstacle de la barrière hémato-encéphalique. Une part infime de la dose normalement nécessaire permet d'obtenir un effet identique, voire meilleur. De faibles doses diminuent les effets secondaires.

Avant d'opter pour une telle mesure, il convient d'en tester les effets pendant quelques jours en utilisant un cathéter intrathécal transcutané (de type Cospan) doté d'une

pompe externe. Ce dispositif permet de bien déterminer la dose nécessaire pour produire un bon effet, acceptable pour le patient.

Après implantation, la pompe doit être alimentée à un rythme variant de trois semaines à trois mois, selon la consommation médicamenteuse. Cela se fait par injection hypodermique à l'aide d'une canule qui atteint le réservoir de la pompe. La pile de la pompe dure de quatre à cinq ans. Il faut procéder ensuite à une chirurgie de remplacement du dispositif. Un surdosage produit des effets de somnolence, d'hébétéude, de relâchement musculaire, de nausée, de vertige. Un sous-dosage peut provenir d'une défaillance de la pompe ou d'un pli, d'une fuite ou d'un mauvais positionnement du cathéter.

■ 7e étape: les corrections orthopédiques

Les interventions orthopédiques visent essentiellement à corriger les contractures musculaires pour que le patient puisse de nouveau s'asseoir dans son fauteuil roulant. Pour simplifier la toilette intime, il y a possibilité d'effectuer diverses ténoyses (section des tendons) des muscles du groupe des adducteurs.

La spasticité conduit aussi, à plus long terme, à une déformation de la colonne vertébrale (scoliose). En cas d'échec des mesures physiothérapeutiques et du positionnement dans le fauteuil roulant (coque d'assise), les chirurgiens de la colonne vertébrale entrent en jeu. Ils doivent réaliser des interventions correctrices pour rétablir une position assise indolore.

■ 8e étape: les interventions neurochirurgicales

Un traitement neurochirurgical de la spasticité n'est retenu aujourd'hui que dans de rares cas. En effet, une meilleure médication permet la plupart du temps de renoncer à ces opérations destructrices, généralement irréversibles, et d'éviter de provoquer ainsi des lésions nerveuses ciblées. Toutefois, les urologues pratiquent l'interruption des nerfs spinaux sacrés lors de l'implantation d'un stimulateur vésical pour soigner une spasticité vésicale.

Au cours de toutes ces étapes, il est essentiel que le médecin et le patient ne perdent pas de vue les objectifs qu'ils se sont fixés et qu'une amélioration de la qualité de vie en résulte.

*Dr en méd. Hans Georg Koch
Transfert de connaissances appliqués*



Photo: Synchromed