



# La spasticité dans la sclérose en plaques : est-elle utile ou nuisible ?

**L**a spasticité correspond à une exagération du tonus musculaire décrite par les patients comme des "contractures", des "spasmes" ou une sensation de "raideur globale" des membres inférieurs.

Conséquence des lésions médullaires de la voie motrice pyramidale, elle accompagne le déficit moteur des membres inférieurs, ces deux symptômes réalisant le tableau classiquement rencontré dans la SEP de la "paraparésie spastique".

Les troubles de tonus peuvent se présenter sous des formes cliniques très diverses selon les individus et selon le stade évolutif de leur affection. Ils sont extrêmement fluctuants dans le temps, avec des variations d'intensité d'un jour à l'autre et même d'un moment à l'autre de la journée : c'est un des symptômes de la SEP les plus sensibles aux facteurs extérieurs (chaleur, changement de temps) et aux conditions propres du patient, qu'elles soient physiques ou psychologiques.

La spasticité évolue tout au long de la vie du patient, par-

fois pour son propre compte et pas toujours parallèlement au déficit moteur. Il ne faut la traiter que dans le cadre d'une approche thérapeutique globale du handicap.

Au début, l'hypertonie musculaire prédomine généralement sur les extenseurs de membres inférieurs et vient compenser un déficit moteur : elle aide alors la station debout : c'est la spasticité "utile" qu'il faut respecter et savoir ne pas traiter, même si elle est source d'un certain inconfort.

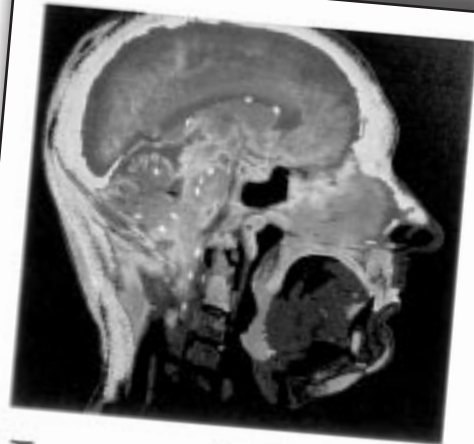
Lorsqu'elle s'intensifie, elle peut entraver le mouvement volontaire et aggraver les possibilités fonctionnelles du patient : elle doit alors être traitée. Mais ce traitement doit toujours être prudent et il faut surveiller ses effets sur les possibilités fonctionnelles globales du patient, car il risque de révéler ou d'aggraver le déficit moteur sous-jacent.

Plus tard, souvent à l'occasion d'une agression supplémentaire comme des escarres ou des infections urinaires récurrentes, des contractures en flexion apparaissent et se pérennisent progressivement,

pouvant s'accompagner de douleurs, aggraver le handicap et créer des attitudes vicieuses des membres inférieurs en triple flexion devenant vite irréductibles : c'est le stade de la spasticité "nuisible" qu'il faut combattre à tout prix pour éviter toutes les complications auxquelles elle expose.

Grâce aux importants progrès réalisés ces dernières années dans les différents traitements de la spasticité (traitements médicaux, physiques, chirurgicaux), nous disposons actuellement d'un arsenal thérapeutique très large et de moyens extrêmement puissants pour lutter contre ses effets nocifs.

Mais la plupart des traitements ont leurs inconvénients ou effets secondaires qu'il faut bien connaître dans la SEP, et bien expliquer au patient. Le choix du traitement le plus adapté, la recherche de la posologie adéquate des médicaments se font effectivement avec le patient et éventuellement sa famille qui seront les meilleurs juges de l'efficacité obtenue pour améliorer leur qualité de vie. Ce choix sup-



## La sclérose en plaques

Pr René Marteau



Nouvelle édition

SANTÉ au quotidien

## La sclérose en plaques

La sclérose en plaques est aujourd'hui encore une maladie mystérieuse. Elle frappe de jeunes adultes, essentiellement dans l'hémisphère Nord : en France, 50 000 personnes sont atteintes. Ce livre présente le dernier état de la recherche sur ce mal, dont il décrit les lésions et l'évolution, les conséquences autant physiologiques que psychologiques. Rien n'est laissé dans l'ombre : ni les moyens de diagnostic, ni les traitements, ni les aspects des médecines alternatives, ni surtout ce qui peut faciliter l'existence quotidienne du malade.

- L'unicité de l'auteur assure que la qualité de ce petit livre sera les garants de son succès. - (La Revue du praticien)  
- Un livre grand public qui ne sacrifie pas à la rigueur de la vulgarisation. - (La Revue Praticienne)  
- Un véritable guide à l'attention non des patients eux-mêmes que de leurs proches. - (Dossier Santé)

RENÉ MARTEAU est professeur de neurologie. Il a consacré l'essentiel de son activité à la sclérose en plaques dont il est l'un des spécialistes renommés.

Collection dirigée par Édouard Zarifian

Nouvelle édition  
SANTÉ au quotidien



RS 7  
ISBN 2-790-0577-3  
En couverture : ACCROCHER du cerveau d'un sclérosé en plaques  
© BSEF ESTIOT

Vous pouvez vous procurer le nouveau livre du Pr René MARTEAU, soit en librairie, soit en le commandant à la Ligue Française contre la Sclérose en Plaques (LFSEP), Tour CIT - 3, rue de l'Arrivée BP 68 - 75015 Paris. Prix : 83 F

pose au préalable une analyse médicale fine de l'ensemble des symptômes et un bilan complet des possibilités fonctionnelles du patient, de son mode de vie et l'impact de troubles toniques dans ses activités quotidiennes.

## LES TRAITEMENTS MEDICAUX

Les médicaments myorelaxants sont nombreux, efficaces et n'entraînent pas d'acoutumance.

Selon les produits, ils agissent à différents étages des "circuits neurologiques" de la spasticité : soit au niveau de l'hyperexcitabilité de la moelle épinière (Lioréal\*...), soit plus bas, au niveau périphérique à la jonction entre nerf et muscle (Dantrium\*...), soit plus haut, au niveau du tronc cérébral (Rivotril\*, Valium\*, Coltramyl\*, Myolastan\*...).

On peut les utiliser seuls ou les associer.

Les effets sont dose-dépendants, c'est-à-dire qu'il suffit d'augmenter la posologie pour réduire encore la spasticité. Mais, dans la SEP particulièrement, les effets secondaires augmentent parallèlement à la réduction des troubles toniques, ce qui limite vite l'accroissement des doses.

Ces effets néfastes sont avant tout une aggravation de la fatigabilité et du déficit moteur, une accentuation de certains symptômes "à distance" comme les vertiges, les troubles de la parole ou de la déglutition... Or, les personnes qui justifient de fortes doses de myorelaxants sont aussi celles qui sont déjà très fatigables et qui ont des déficits "à distance" très sensibles à ces médicaments. C'est pourquoi il est exceptionnel de dé-

passer les doses de 6 comprimés par jour de l'un ou de l'autre de ces médicaments.

Dans ces traitements à visée fonctionnelle et de confort, le patient est le meilleur juge pour apprécier les effets bénéfiques ou néfastes des médicaments. Il doit donc être informé et éduqué pour guider le médecin dans le choix de la thérapeutique qui lui convient le mieux et en adapter la posologie en fonction des bénéfices qu'il en retire ou au contraire des effets négatifs sur sa fatigue et sur ses performances fonctionnelles globales : périmètre de marche, faiblesse pour les transferts, réduction des activités quotidiennes.

En face des effets secondaires gênants de ces médicaments dans la SEP, les moyens thérapeutiques physiques et neurochirurgicaux sont souvent intéressants.

## LES TRAITEMENTS PHYSIQUES ET LA REEDUCATION

La **kinésithérapie** vise à réduire la spasticité et à prévenir l'enraidissement articulaire qu'elle entraîne inévitablement. Il s'agit des techniques classiques d'inhibition de la spasticité bien connues des kinésithérapeutes, de mobilisations articulaires dans les amplitudes maximales, de postures et d'exercices d'assouplissement.

Lorsque le patient est autonome, le rôle essentiel du kinésithérapeute sera d'apprendre au patient les exercices qu'il devra faire chez lui une à plusieurs fois par jour. Il pourra intervenir épisodiquement pour remotiver le patient, renouveler le programme des exercices ou refaire le point.

Pour les patients en fauteuil roulant, la "**verticalisation**" est une précieuse posture antispastique pour l'ensemble des muscles des membres inférieurs. Elle présente par ailleurs d'autres effets très bénéfiques sur le système cardiovasculaire, la constipation, l'ostéoporose, la tonicité des muscles du tronc... et le moral. Les appareils de verticalisation peuvent être prescrits à domicile. Ils sont pris en charge par la Sécurité Sociale.

La "**cryothérapie**" ou thérapie par le froid a, en général, un effet très favorable dans les troubles toniques de la SEP. La méthode la plus simple est de s'immerger la partie inférieure du corps dans un bain froid (entre 10 et 20 degrés selon la tolérance) pendant plusieurs dizaines de minutes. L'effet favorable obtenu est de durée très variable selon les individus : en général de 2 à 6 heures. Là aussi, il est apprécié par le patient lui-même.

Les méthodes de **relaxation** neuro-psychiques sont très intéressantes, en particulier le yoga. Elles doivent être enseignées par des techniciens expérimentés.

Enfin certains **appareillages** peuvent être utiles, mais ils sont rares. Ce sont surtout les attelles mollet-plante qui aident le pied à se relever lorsqu'il "traîne" lors du passage du pas.

## LES TRAITEMENTS NEURO-CHIRURGICAUX

Ils ne sont envisagés qu'en cas de spasticité majeure et après avoir essayé les traitements précédents, ceux-ci s'étant avérés insuffisants ou mal tolérés.

Ces techniques sont très efficaces et radicales. Contrairement aux médicaments qui

diffusent dans tout l'organisme, la neuro-chirurgie s'adresse de façon sélective à certains groupes musculaires sélectionnés et épargne le tonus des muscles sains et la fatigue générale.

Mais les indications thérapeutiques sont délicates dans la SEP du fait de l'intrication habituelle de nombreux déficits dans le handicap dont la part des troubles toniques est toujours difficile à individualiser par rapport aux autres déficits neurologiques. Ces indications sont souvent évoquées par le médecin de réadaptation, après un bilan complet des possibilités fonctionnelles du patient et de son mode de vie. Elles sont discutées en équipe avec le neuro-chirurgien.

### Les pompes à Baclofène (Lioréal\*)

Ce médicament est introduit dans le liquide céphalo-rachidien et imprègne la moelle lombaire, à l'endroit où siègent les centres de la spasticité des membres inférieurs. Il n'atteint pas les muscles du tronc et des membres supérieurs, ni les centres nerveux supérieurs : donc pas d'aggravation de la fatigue ou des déficits à distance. Par contre, en même temps que la spasticité des membres inférieurs, la force de ces muscles peut diminuer. Pour les patients qui marchent, il est très difficile de trouver la dose idéale améliorant le confort de vie mais ne réduisant pas les possibilités de déplacement.

Les doses délivrées par la pompe sont réglables à volonté, tant dans la quantité quotidienne globale que dans les fluctuations de débit souhaitées dans la journée (certaines personnes ont besoin de plus fortes quantités de Lioréal la nuit que le jour). Les quantités quotidiennes efficaces se si-

tuent entre 30 à 100 microgrammes, soit mille à dix mille fois plus faibles que celles prises par la bouche.

Cette méthode récente représente une nette avancée thérapeutique, mais elle n'est pas sans inconvénients. Avant tout elle suppose que le patient habite à proximité d'un centre hospitalier équipé d'un système de réglage des pompes, ce qui représente seulement une dizaine d'établissements en France. Par ailleurs, il existe encore souvent des problèmes mécaniques liés à ce matériel encore récent. Enfin, des complications infectieuses peuvent survenir lors de l'implantation de la pompe ou de son remplissage régulier, surtout chez des patients immuno-déprimés.

La **DREZtomie**, anciennement dénommée **Radicellotomie Postérieure Sélective**, consiste en une section chirurgicale sous microscope de certaines fibres sensitives, support de la spasticité, au niveau de leur entrée dans la moelle épinière.

Cette intervention, moins récente que la pompe, n'a pas été supplantée par celle-ci. Elle reste une méthode de choix pour les patients dont l'hyper-spasticité en flexion rend la position au fauteuil inconfortable et alors que s'installent des attitudes vicieuses permanentes des membres inférieurs malgré les essais thérapeutiques précédents. Elle transforme l'avenir fonctionnel des patients qui risquaient la grabatisation et leur permet de retrouver une position assise confortable au fauteuil, et ceci de façon définitive.

Les **neurotomies sélectives** interrompent des fibres nerveuses motrices des nerfs périphériques avant qu'elles n'arrivent aux muscles spastiques, réduisant ainsi les in-

flux excitateurs. Elles s'adressent à certains groupes musculaires isolés qui, dans la SEP, sont le plus souvent les muscles postérieurs de la jambe en cas d'équin et/ou varus du pied, ou les adducteurs de hanche. En fait, leurs indications sont limitées dans la SEP car les troubles toniques sont rarement localisés mais plutôt diffus à tous les muscles des membres inférieurs. On a recours de plus en plus aux injections de toxines botuliques.

Mais ces techniques remplacent avantageusement les *infiltrations alcooliques des nerfs* dont les effets étaient grossiers et transitoires.

En conclusion, la spasticité est un symptôme dont se plaint la majorité des personnes avec SEP. Avant de la traiter, il faut s'assurer qu'elle n'est pas "utile" pour compenser un déficit moteur et pour faciliter quelques activités quotidiennes.

La plupart des traitements sont très efficaces, mais ils ont tous des effets secondaires que le patient doit bien connaître pour juger lui-même des résultats obtenus, tant sur les troubles toniques que sur sa fatigue et sur ses performances globales. Bien informé et éduqué, le patient doit participer au choix de la meilleure thérapeutique et discuter avec son médecin de la posologie des médicaments qui lui convient le mieux.

Quand la spasticité s'aggrave, devient "nuisible" et qu'elle menace l'autonomie du patient en fauteuil roulant, elle doit être combattue à tout prix, même au prix d'une intervention neurochirurgicale à visée fonctionnelle dont l'intérêt sera évalué au sein d'une équipe médicale pluri-disciplinaire.

Dr Marie-Françoise MILLET