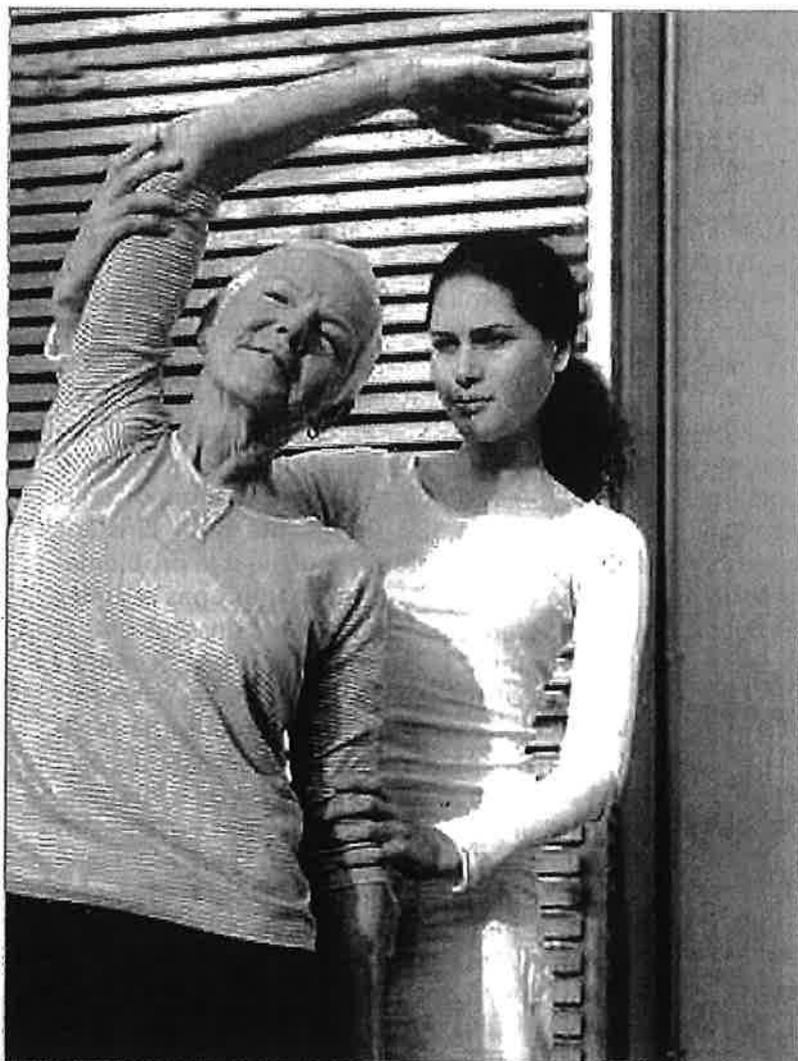


# La spasticité dans la sclérose en plaques (SEP)

## État des lieux des traitements actuels

L. Mailhan (service de chirurgie orthopédique, hôpital Raymond Poincaré, Garches),  
I. Monteil (Service de MPR, clinique de la Porte Verte, Versailles)



La **spasticité** est un symptôme que l'on retrouve fréquemment chez 90% des personnes atteintes de Sclérose En Plaques (SEP). Dans 1 cas sur 3, la spasticité occasionne une gêne importante qui altère la qualité de vie quotidienne des personnes par exemple des difficultés pour s'habiller ou pour faire sa toilette (réf Lebrun C et al). La spasticité est due à une exagération pathologique d'un réflexe physiologique. Ce dysfonctionnement est lié à une atteinte des voies pyramidales, au niveau cérébral et/ou au niveau médullaire. La spasticité est généralement perçue par les patients comme une raideur des muscles à la mobilisation, un tremblement rapide incontrôlable d'un segment de membre (le clonus) et /ou des crampes fréquemment accompagnées de contractures musculaires douloureuses et de mouvements anormaux. Elle représente donc souvent une gêne fonctionnelle conséquente dans la réalisation des actes de la vie quotidienne.

La spasticité peut être déclenchée ou majorée par des épines irritatives : les lésions cutanées (escarres, ecchymoses, troubles trophiques par insuffisance veineuse, mycose), les troubles uri-

naires (urgenterie, incontinence, rétention, lithiase urinaire) et/ou ano-rectaux (constipation, hémorroïdes, fissure anale), une infection ORL... doivent ainsi être traitées avant d'envisager un traitement symptomatique pour la spasticité. Par ailleurs, un syndrome fébrile, lors d'une infection, mais aussi les soirs et lendemains d'injections d'interférons bêta, peut également majorer la spasticité. Il s'agit donc d'un signe variable dans le temps et même au cours d'une même journée, ce qui rend son diagnostic et son interprétation parfois difficile.

La spasticité peut être focale et concerner un membre ou plusieurs muscles d'un membre ou diffuse, c'est-à-dire atteindre tous les muscles des 2 membres inférieurs.

La prise en charge thérapeutique de la spasticité consiste principalement en l'association de kinésithérapie et de traitement médicamenteux.

Quel que soit le type de spasticité (focale ou diffuse), des étirements bien conduits des muscles atteints doivent être réalisés soit par le kinésithérapeute, soit par le patient lui-même après apprentissage avec un professionnel. La **cryothérapie** peut également permettre une amélioration transitoire ; elle peut être réalisée par la prise d'une douche fraîche ou par l'ingestion d'un verre de glace pilée.

Le **traitement médicamenteux** dépend du caractère focal ou diffus de la spasticité. Les Recommandations de Bonne Pratique de l'AFSSAPS\* (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) concernant la prise en charge pharmacologique de

la spasticité, éditées en juin 2009, ont classé et hiérarchisé les différents traitements disponibles selon leur niveau de preuve et grade de recommandations : grade A (données de preuves d'efficacité et de tolérance de niveau élevé, justifiant une recommandation de prise en charge) au grade C (données de preuves d'efficacité et de tolérance de niveau insuffisant ne justifiant pas une recommandation de prise en charge).

Pour la **spasticité focale**, la **toxine botulinique de type A** est actuellement le traitement de première intention (grade A).. **Voir encart 1**

Pour la spasticité **diffuse**, seuls le baclofène (liorsal®) et la tizanidine (sirdalud®) ont fait la preuve de leur efficacité (grade B); leur association n'a pas d'intérêt. Les dérivés du cannabis ont fait l'objet de certaines d'études : celles rapportant un effet significatif ont utilisé des échelles subjectives; les études utilisant une évaluation objective n'ont pas montré d'amélioration significative. Le **baclofène intrathécal** est le traitement de choix de la spasticité diffuse (grade A). **Voir encart 2**

Quelques rares études ont évalué l'effet du TENS (neurostimulation électrique transcutanée), du LOKOMAT (robot), de la réflexologie plantaire, des stimulations électromagnétiques corticales et de l'auto-hypnose. Le faible nombre de patients inclus dans les études et les biais méthodologiques ne permettent pas de proposer ces traitements aux patients à l'heure actuelle.

\*[www.afssaps.fr](http://www.afssaps.fr). médicaments-publications : recommandations de bonne pratique-neurologie



Encart 1  
Spasticité focale :  
Pied varus



Encart 2  
Spasticité diffuse :  
Pompe à baclofène  
intrathécal

## La toxine botulinique en pratique

Il s'agit d'une neurotoxine sécrétée par une bactérie, le *Clostridium botulinum*. Seules les toxines botuliniques de type A (Botox®, Dysport®) et de type B (Neurobloc®) ont l'indication dans le traitement de la spasticité. La toxine botulinique A est utilisée depuis les années 1990 en médecine, initialement en ophtalmologie (blépharopasme). Depuis 2002, Botox® est utilisée dans la spasticité consécutive à un AVC chez l'adulte, et ce médicament a obtenu depuis 2006 l'AMM pour toutes les autres étiologies responsables de spasticité dont la sclérose en plaques.

Injectée dans le muscle spastique, la toxine botulinique de type A agit au niveau de la jonction neuro-musculaire en bloquant la libération pré-synaptique des neurotransmetteurs (vésicules d'acétylcholine). Ce blocage se fait en quelques jours, expliquant ainsi le délai d'action du produit. La repousse axonale en 3 à 4 mois est à l'origine du caractère transitoire et réversible de l'effet de la toxine botulinique. L'injection est réalisée par un neurologue ou un médecin de MPR (médecine physique et réadaptation), en hospitalisation complète ou en hôpital de jour, le plus souvent. Selon les recommandations de bonnes pratiques de l'AFSSAPS, il faut distinguer la consultation d'information du patient de la session de réalisation du geste, permettant ainsi au patient d'avoir un délai de réflexion quant au bénéfice/risque de cette option thérapeutique.

En pratique, l'injecteur repère le muscle à injecter par électromyographie ou par électrostimulation, voire par échographie. Le geste est simple, le plus difficile étant de déterminer le(s) muscle(s) à injecter, et l'objectif fonctionnel de l'injection. A cette fin, le médecin peut proposer la réalisation d'une anesthésie locale - (bloc neuro-moteur) : cette anesthésie locale est réalisée avec de la xylocaïne® (produit utilisé pour les anesthésies dentaires). Ce geste permet de lever temporairement la spasticité d'un ou plusieurs muscles pour une durée de 2 à 6 heures. Le patient peut ainsi apprécier la privation de spasticité et définir avec le médecin l'objectif attendu

de l'injection de toxine botulinique (amélioration d'un "steppage" du pied, d'un recurvatum du genou, d'un adductum de hanche). Une surveillance immédiate après le geste n'est pas nécessaire sauf dans les rares cas où une anesthésie générale est indispensable.

Les bénéfices attendus de ce traitement sont une amélioration des soins de nursing (toilette et habillage) et une amélioration de la motricité active au membre inférieur, et de la marche.

Il est recommandé d'évaluer en consultation les résultats de l'injection avec le patient entre 3 et 6 semaines après la première injection. Toute injection ultérieure sera également suivie d'une évaluation.

Les contre-indications à la toxine sont l'allaitement et la myasthénie ; son utilisation est déconseillée lors d'un traitement par aminosides et durant la grossesse. La prise d'un traitement anticoagulant par antivitamines K nécessite un relais par Héparine injectable afin d'éviter le risque d'hématome.

Les effets secondaires peuvent être une douleur au point d'injection, la survenue d'hématome local, une migration du produit à distance du muscle injecté pouvant induire une faiblesse musculaire locale ou un syndrome diffus (pseudo-botulisme). Ces complications sont exceptionnelles et réversibles. Les études de pharmacovigilance ne rapportent aucun effet délétère de l'utilisation à long terme de la toxine botulinique de type A.

La répétition des injections se justifie par l'effet transitoire de la toxine. L'indication du renouvellement des injections, avec un délai minimum de 3 mois entre chaque injection, sera évaluée en fonction des bénéfices et de la tolérance des traitements précédents, avec nouvelle évaluation des posologies et du choix des muscles à injecter. La répétition des injections est possible tant que les effets bénéfiques sont observés après chaque injection.

Encart 1

## Le baclofène intrathécal en pratique

L'indication est posée par le neurologue ou le médecin de MPR. Le principe est d'injecter le baclofène (Lioréal®) directement au contact de la moelle afin d'avoir une dose active maximale sans les effets secondaires des prises orales de baclofène (sommolence). Les essais sont faits dans quelques hôpitaux en hospitalisation complète sur quelques jours. Le produit est injecté par ponction lombaire ou via un site sous-cutané, préalablement posé par un neurochirurgien, et relié aux espaces péri-médullaires par un cathéter. L'effet de l'injection dure 6 heures, ce qui permet au patient et à l'équipe d'évaluer la privation de spasticité et de définir des objectifs précis (préservation des transferts par exemple). Si le test est positif, une pompe abdominale

peut être posée. Elle nécessite une intervention neurochirurgicale et une surveillance de 10 jours environ pour la cicatrisation et le réglage des doses de produit qui seront diffusées (par voie externe grâce à un ordinateur). Le remplissage de la pompe est réalisé de façon régulière dans quelques hôpitaux de référence. Le principal effet secondaire du lioréal intra thécal est la perte des capacités de marche, la spasticité touchant souvent les muscles les plus déficitaires. Les effets secondaires observés sont souvent des problèmes de cathéter (déplacements). Quelques cas d'épilepsie ont été décrits. Aucune modification des événements respiratoires liés au sommeil ni des tests de fonction pulmonaire n'a été observée.

Encart 2



# BENOIT SYSTEMES

**Minotor**

**Kangouroo**

**Kangouroo  
Pousseur**



Une gamme de motorisations légères **amovibles** pour tous les utilisateurs de fauteuil roulant.



**Kitcool**



Accessoire **amovible** installé en quelques secondes. La position idéale de **détente** dont le corps a besoin.

**www.benoitsystemes.com**

Rue du Château - 21450 Billy Les Chanceaux - Tél : 03 80 96 51 25  
TVA : FR 38 307 002 907 - Siret : 307 002 00011 - Code APE : 354E