



Dr Nathalie Charbonnier,
journaliste, Paris



Spasticité et SEP

Par Nathalie Charbonnier

■ La spasticité, un symptôme fréquent dans la SEP

La spasticité se définit comme une augmentation du tonus musculaire qui se traduit par une raideur musculaire persistante, des spasmes ou contractures, ou les deux.

- La spasticité présente au cours de nombreuses maladies neurologiques, n'est pas spécifique de la SEP. Néanmoins, plus de 8 patients sur 10 atteints de SEP présentent une spasticité à un moment ou un autre de leur maladie.
- Touchant plus souvent les hommes que les femmes, la fréquence de la spasticité au cours de la SEP semble augmenter avec l'âge et avec l'ancienneté de la maladie et son intensité est d'autant plus importante que le niveau de handicap est élevé.

■ Pourquoi la spasticité ?

Au cours de la SEP, la spasticité est probablement liée aux troubles de la conduction nerveuse, secondaires aux lésions qui touchent les fibres nerveuses situées dans le système nerveux central. Comme c'est le cas des différents troubles observés dans la SEP, la spasticité peut se manifester par des troubles très variables d'une personne à une autre, et chez une même personne, survenir à différents moments de la maladie et évoluer au cours du temps.

■ Les troubles liés à la spasticité

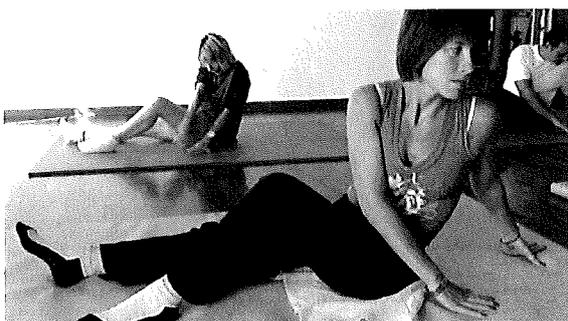
Lorsque la spasticité est peu marquée, la personne ressent une sensation de raideur musculaire ; quand elle est plus prononcée, les spasmes douloureux et l'augmentation importante du tonus musculaire

peuvent être à l'origine d'une gêne fonctionnelle importante.

- La spasticité peut être focale et toucher seulement certains segments ou au contraire être plus généralisée. Généralement, elle concerne davantage les membres inférieurs que les membres supérieurs, en particulier les muscles fléchisseurs et extenseurs des jambes. Parfois isolée, la spasticité peut être aussi associée à d'autres troubles, des douleurs, des spasmes musculaires douloureux, des tremblements et/ou une faiblesse musculaire. Ainsi, la spasticité est variable d'une personne à l'autre, presque anodine dans certains cas ou se révélant au contraire très invalidante ; son évolution au cours du temps est imprévisible.
- Chez environ 1 patient sur 3, les troubles liés à la spasticité ont des répercussions sur la vie quotidienne avec des gestes de la vie de tous les jours qui deviennent difficiles et peuvent induire une perte d'autonomie : par exemple, la marche, le passage de la position assise à la position debout, l'activité sexuelle, la toilette, l'habillage, la prise des objets, l'écriture ou encore l'utilisation d'un clavier d'ordinateur. Pour un certain nombre de personnes souffrant de spasticité, les efforts supplémentaires que nécessitent par exemple les déplacements, augmentent considérablement la fatigue.
- L'impact psychologique de la spasticité peut être important avec chez certaines personnes, la survenue de dépression, d'altération de l'image de soi et/ou une démotivation.

La spasticité, parfois utile et bénéfique

A côté des troubles qu'elle provoque, la spasticité peut être bénéfique et par exemple, compenser un déficit, une faiblesse musculaire. Certaines personnes peuvent grâce à la spasticité, marcher, se déplacer et/ou se tenir debout.



Un cours de stretching ou d'exercices similaires

C'est la raison pour laquelle, toute spasticité ne doit pas être systématiquement traitée et seule la spasticité fonctionnellement gênante participant à l'aggravation du handicap, doit être prise en charge.

Un bilan précis indispensable

La spasticité doit donc faire l'objet d'une évaluation complète et précise :

- Répertorier les troubles,
- Identifier les différentes atteintes,
- Rechercher et traiter toutes les autres causes que la SEP susceptibles d'aggraver la spasticité
- Evaluer le caractère gênant ou utile de la spasticité sur des activités de la vie quotidienne précisées (transferts, déambulation, toilette, habillage...) à différents moments de la journée et en dehors de toute autre cause ou facteur associé.
- Et définir le caractère focal ou diffus de la spasticité pour proposer le meilleur traitement, l'objectif étant de viser la meilleure amélioration possible.

Les éléments clés de la prise en charge de la spasticité

La prise en charge de la spasticité a pour objectif d'apporter une amélioration fonctionnelle, un soulagement des douleurs et parfois une facilitation des soins. Elle repose sur une information détaillée des patients, la mise en place d'un programme de rééducation, des traitements médicamenteux ou chirurgicaux et une surveillance régulière.

Alors que dans certaines situations, la spasticité ne doit pas être traitée car bénéfique pour la réalisation des activités de la vie quotidienne, certaines spasticités quand elles sont négligées peuvent évoluer défavorablement et provoquer des raccourcissement musculaires, des contractures tendineuses et musculaires fixant par exemple un membre supérieur ou un membre inférieur dans une position donnée. Ces situations sont alors difficiles à traiter.

Compte tenu des différents aspects des traitements possibles, la prise en charge de la spasticité dans la SEP est multidisciplinaire faisant intervenir autour du patient, différents spécialistes, neurologue, médecin généraliste, kinésithérapeute, chirurgien, infirmière...



Dr Isabelle Monteil,
médecin de médecine physique
et de réadaptation,
Unité de rééducation
neurologique, Clinique
de la Porte Verte, Versailles.

Interview du Dr Isabelle Monteil : Spasticité et prise en charge non médicamenteuse

Par Nathalie Charbonnier

Quelle est la place aujourd'hui des traitements non médicamenteux dans la prise en charge de la spasticité chez les personnes atteintes de SEP ?

A côté des traitements médicamenteux, un certain nombre de traitements non pharmacologiques peuvent être recommandés pour améliorer la gêne fonctionnelle liée à la spasticité.

Premier point important à souligner : la pratique d'activités physiques ou sportives ne majore pas la spasticité dans cette maladie. La pratique d'exercices physiques et/ou de sport n'est pas contre-indiquée et elle doit même être encouragée chez ces personnes, sous réserve bien sûr que l'état neurologique le permette et qu'elle soit adaptée au niveau de fatigue.

Différents traitements non médicamenteux peuvent être proposés aux patients atteints de SEP pour améliorer la spasticité et la gêne fonctionnelle qu'elle induit.

- **Les étirements des muscles spastiques.** Au sein de programmes de rééducation globale intégrant la gestion de la fatigue avec l'identification de signes avant-coureurs de fatigue et la réalisation de pauses, et la gestion des différents symptômes liés à la maladie, les patients souffrant de spasticité peuvent bénéficier de séances d'étirements des muscles spastiques. L'objectif de ces étirements musculaires est de réduire la spasticité et d'éviter les rétractions musculotendineuses qui peuvent aboutir à des déséquilibres sévères lors des activités du patient. Initiés par les kinésithérapeutes (professionnels qualifiés pour ces techniques), ces étirements doivent être ensuite réalisés régulièrement par les patients eux-mêmes, une fois formés à ces techniques.
- **Le yoga** permet aux patients qui le pratiquent, d'améliorer le niveau de fatigue et ainsi de mieux gérer la spasticité.
- **La réflexologie plantaire** peut avoir un effet bénéfique pendant quelques mois qui se traduit par une amélioration significative de la spasticité, des troubles urinaires et des paresthésies¹.
- **La cryothérapie**, dont le mécanisme est encore mal compris, est une technique intéressante chez les patients atteints de sclérose en plaques sen-

sibles à la chaleur (environ 70 % d'entre eux). Différentes techniques peuvent être utilisées avec succès, l'immersion en balnéothérapie froide (8 à 12°), l'enveloppement des membres spastiques par des manchons réfrigérés, l'ingestion de glace pilée ou encore la prise de douches fraîches. La cryothérapie semble plus efficace aux niveaux des membres inférieurs qu'aux membres supérieurs et peut également améliorer la fatigue ou un tremblement cérébelleux. En revanche, ses effets sont transitoires et durent de 30 mn à 3 heures selon la méthode utilisée. Son effet est particulièrement intéressant avant la kinésithérapie ou après la réalisation d'exercices physiques en association avec les étirements des muscles spastiques.

La stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) par séance ciblée de 20 à 30 minutes sur les muscles spastiques, permet une diminution des spasmes et une réduction de la spasticité. Il s'agit d'une technique qui consiste à utiliser au niveau de la région spastique, un courant électrique de faible tension à l'aide de deux ou quatre électrodes placées sur la peau.

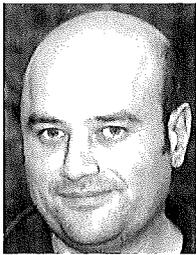
L'entraînement sur cycloergomètre assisté électriquement (type Motomed) est également efficace et permet une réduction significative de la spasticité.

Les stimulations électromagnétiques transcorticales n'ont pas démontré leur efficacité et ne peuvent en- core être utilisées de façon régulière.

Conclusion

La spasticité, présente dès le début de la maladie, peut majorer le handicap des patients. Sa prise en charge est indispensable en respectant son éventuel caractère utile. Bien qu'efficacement soulagée par les traitements pharmacologiques, le recours aux thérapeutiques non médicamenteuses en complément ou en première intention limite l'ascension des doses parfois mal tolérée. Ces thérapeutiques non médicamenteuses, qu'elles soient manuelles ou instrumentales ont le plus souvent un bénéfice sur la spasticité des membres.

¹ Paresthésie : un trouble de la sensibilité tactile regroupant plusieurs symptômes, dont la particularité est d'être désagréable mais non douloureux : fourmillements, picotements, engourdissements, ...



Pr Djamel Bensmail,
Médecine physique et de
réadaptation, Hôpital
Raymond Poincaré, Garches

Interview du Pr Djamel Bensmail : Spasticité et prise en charge médicamenteuse

Par Nathalie Charbonnier

Quels sont les traitements médicamenteux utilisés pour traiter la spasticité ?

Les médicaments ayant fait la preuve de leur efficacité dans des études pour traiter la spasticité chez les personnes ayant une SEP, sont le Liorésal® et le Sirdalud®, traitements dits anti-spastiques, c'est à dire favorisant le relâchement de l'activité musculaire. Il faut savoir cependant que la prescription du Sirdalud® est relativement complexe en France puisqu'elle nécessite l'accord des autorités de santé (AFSSAPS) car elle est sous le régime des Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU).

Les autres traitements oraux qui peuvent être utilisés n'ont pas réellement fait la preuve de leur efficacité (Dantrium®, Myolastan®, Neurontin®...).

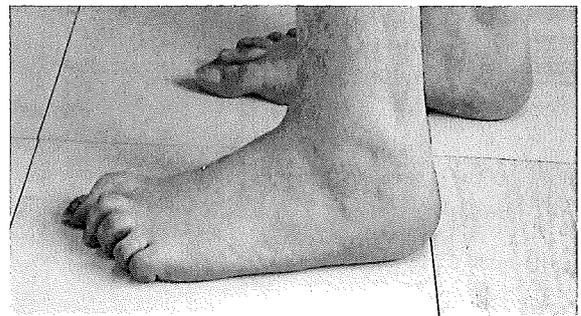
Ces traitements, faciles à suivre puisqu'il s'agit de comprimés à prendre par la bouche, ont un certain intérêt dans le traitement des spasticités légères à modérées se manifestant par une raideur peu sévère des muscles.

En revanche, lorsque la spasticité devient vraiment gênante, par exemple en cas de griffe d'orteils importante (flexion des orteils), de varus équin impor-



Varus équin

tant (déformation du pied), conférer photos ou de raideur de la cuisse, ces traitements ont des difficultés à réduire la gêne fonctionnelle et il faut envisager d'autres approches pharmacologiques.



Griffe d'orteils

Ces traitements par voie orale doivent-ils être pris au long cours ?

Ces traitements sont généralement pris sur le long terme et peut-être trop souvent d'ailleurs, car il est toujours intéressant d'envisager une fenêtre thérapeutique pour voir s'ils sont toujours efficaces et comment évolue la spasticité sans traitement.

En pratique, il n'est pas rare de voir en consultation des personnes atteintes de SEP et souffrant de spasticité qui prennent du Liorésal® par exemple depuis plus de 10 ans mais finalement sans savoir si le traitement continue à leur apporter un bénéfice ou pas.

Il est donc conseillé de faire régulièrement des fenêtres thérapeutiques ; en pratique comment cela se passe ?

La fenêtre thérapeutique consiste à arrêter le traitement pendant une période donnée. En pratique, l'arrêt du traitement ne doit pas être brutal mais

Les traitements médicamenteux de la Spasticité

progressif sur plusieurs semaines et le patient est revu deux à trois semaines plus tard :

- Soit le patient constate une reprise des troubles et/ou une aggravation de la spasticité qui indique que le traitement était efficace ; dans ce cas, celui-ci doit être repris.
- Soit le patient ne perçoit pas de grande différence à chaque palier décroissant : dans ce cas, le traitement doit être diminué jusqu'à l'arrêt complet éventuel pour voir si la gêne induite par la spasticité est modifiée ou pas. Il est important de rappeler que le traitement ne vise pas à supprimer la spasticité ou une raideur en tant que telle, mais à améliorer la ou les gênes qu'elle occasionne chez le patient. Si la raideur ne gêne pas (elle est parfois même bénéfique), il faut alors la respecter et ne pas la traiter nécessairement.

A côté des traitements oraux de la spasticité, peut-on proposer d'autres approches dans les spasticités focales ou diffuses ?

Alors que les traitements oraux sont destinés aux spasticités légères, d'autres traitements permettent le traitement de spasticités focales ou au contraire de spasticités diffuses et sévères.

Parmi les traitements focaux de la spasticité, la toxine botulique permet de réduire une spasticité qui induit une gêne très localisée comme par exemple, une griffe d'orteil, un varus équin, un membre supérieur qui est raide en flexion.

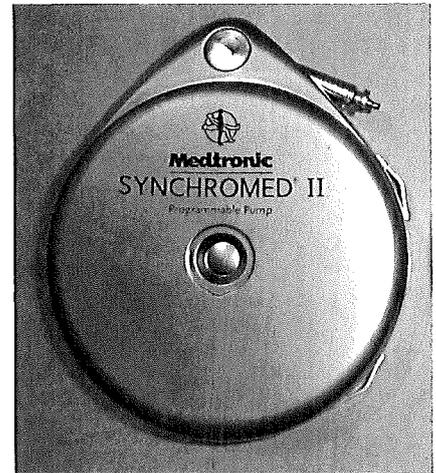
En revanche, il est difficile de traiter plus de deux ou trois groupes musculaires avec la toxine botulique compte tenu des doses maximales recommandées qui sont limitées. Le traitement par phénoles peut également avoir sa place : le phénoles est un traitement qui injecté et appliqué sur un nerf, le détruit et ainsi supprime la spasticité présente dans le territoire de ce nerf.

Ces traitements sont plutôt utilisés sur les nerfs essentiellement moteurs, par exemple sur le nerf obturateur qui commande les muscles adducteurs de cuisse, chez les personnes dont les cuisses sont accolées l'une à l'autre et qui ne peuvent plus écarter les genoux.

Ce traitement provoque alors un relâchement musculaire qui permet à la personne de mieux écarter les genoux ce qui peut faciliter la marche, la toilette, l'habillage et éventuellement le sondage urinaire.

Le baclofène par voie intrathécale¹ constitue une autre alternative : il s'agit de dispositifs implantables qui permettent d'infuser un agent pharmacologique, le baclofène, directement dans les espaces où circule le liquide céphalo-rachidien - confère photo : pompe à Liorésal®.

Ce traitement est utilisé dans les spasticités diffuses des membres inférieurs, par exemple chez les personnes qui ont des rétractions musculaires et des difficultés pour déplier leurs jambes quand ils sont allongés ou assis, ou dont les spasmes associés à la spasticité perturbent énormément les gestes de la vie quotidienne.



Pompe à Liorésal®

Ces traitements sont souvent efficaces aussi sur les douleurs liées aux spasmes. Le baclofène intrathécal est actuellement le seul traitement pharmacologique efficace pour traiter les formes très sévères de spasticité.

Ces traitements peuvent être utilisés de façon isolée ou associée, l'objectif étant de réduire les gênes occasionnées par la spasticité.

Dans tous les cas, il doit y être associée une prise en charge rééducative associée (kinésithérapie à base de postures et étirements, parfois des orthèses).

Quels sont les médecins qui utilisent ces traitements ?

Alors que les traitements oraux comme le Liorésal® sont généralement prescrits par le médecin traitant, le neurologue ou le médecin de médecine physique et de réadaptation, la toxine botulique (dans le cadre de la spasticité) et le baclofène intrathécal sont quasiment exclusivement testés et utilisés par les médecins de médecine physique et de réadaptation dans des centres spécialisés.

¹ Baclofène par voie intrathécale : injection directement dans le liquide céphalo-rachidien, à l'aide d'une pompe implantée sous la peau.