

D.I.U de MESOTHERAPIE

Université Paris VI – Faculté de la Pitié Salpêtrière

Professeur M. Perrigot, Dr D. Laurens

Année 2015 – 2016

MEMOIRE

INTERET DE LA
MESOTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DES DOULEURS DANS LE
SYNDROME DE GOUGEROT-SJOGREN.
A PROPOS DE QUATRE CAS

Dr Anne CASTELAIN, médecine générale 51 Reims

Dr Azedine DJERROUDI, médecine d'urgence 08 Charleville-Mézières

D.I.U de MESOTHERAPIE

Université Paris VI – Faculté de la Pitié Salpêtrière

Professeur M. Perrigot, Dr D. Laurens

Année 2015 – 2016

MEMOIRE

INTERET DE LA
MESOTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DES DOULEURS DANS LE
SYNDROME DE GOUGEROT-SJOGREN.
A PROPOS DE QUATRE CAS

Dr Anne CASTELAIN, médecine générale 51 Reims

Dr Azedine DJERROUDI, médecine d'urgence 08 Charleville-Mézières

TABLE DES MATIERES

1 – Introduction

1.1 Historique

1.2 Définition

1.2.1 Clinique

1.2.2 Epidémiologie

2 – Le Syndrome de Gougerot- Sjögren

2.1 Critères diagnostiques

2.2 Clinique

2.2.1 Syndrome sec

2.2.2 Manifestations systémiques

2.2.3 Physiopathologie de la douleur

2.3 Examens complémentaires

2.4 Evolution, complications

2.5 Traitement

2.5.1 Traitement du syndrome sec

2.5.2 Traitement des douleurs

2.5.3 Traitement de fond

2.5.4 Traitements complémentaires

3 – Matériel et méthode

3.1 Objectifs

3.2 Déroulement de l'étude

3.3 Méthode

3.3.1 mesures d'hygiène

3.3.2 produits

3.3.3 technique

3.3.4 rythme des séances

3.4 outils d'évaluation

4 – résultats

5 – Discussion

6 – Conclusion

Bibliographie

Annexe

1 – INTRODUCTION :

1.1 Historique du syndrome de Gougerot-Sjögren

L'histoire du syndrome de Gougerot-Sjögren remonte à un peu plus d'un siècle. L'insuffisance des connaissances scientifiques ne permettait pas de déterminer les causes de cette pathologie et plus généralement de toute autre maladie auto-immune.

Le premier cas a été rapporté par Mikulicz, en 1888, chez un Prussien de 42 ans, avec un gonflement des glandes, peut-être déjà un lymphome. En 1925, Gougerot, dermatologue français, réunit toutes les sécheresses muqueuses en un seul syndrome qu'il attribua à une atrophie glandulaire. Sjögren, ophtalmologue suédois, établit, en 1933, la définition clinique du syndrome, la sécheresse n'étant qu'une des « manifestations locales d'une affection générale », et souligna son association à la polyarthrite. Talal décrivit les complications lymphomateuses en 1966. Alsbaugh, avec Talal et Tan, découvrit les anticorps anti-SSA/SSB en 1975.

Vitali, en 1993, conduisit une étude multicentrique européenne pour établir des critères de classification transdisciplinaires.



1.2 Définition

Le syndrome de Gougerot-Sjögren est une maladie auto-immune systémique dont le diagnostic est parfois tardif en raison de la diversité des manifestations cliniques.

Il est caractérisé par un syndrome sec, essentiellement oculaire et buccal, associé à un terrain dysimmunitaire marqué par la présence d'anticorps antinucléaires, un infiltrat lymphocytaire des glandes salivaires et des autres muqueuses, une asthénie et une atteinte articulaire.

1.2.1 Clinique :

C'est une exocrinopathie auto-immune caractérisée par l'association d'un syndrome sec et de manifestations systémiques « extra-glandulaires » de nature immuno-inflammatoire comme des arthralgies, un phénomène de Raynaud, plus rarement des signes cutanés ou neurologiques de vascularite, ou encore des manifestations pulmonaires, rénales ou hématologiques. Le syndrome sec se manifeste par une kérato-conjonctivite sèche, une xérostomie et/ou une sécheresse de la peau, des muqueuses génitales ou des voies aériennes supérieures.

Ce syndrome est donc considéré comme une maladie des glandes exocrines : sécheresse des yeux, de la bouche, de la peau, sécheresse bronchique et vaginale...

Il peut être isolé (syndrome de Gougerot-Sjögren primitif) ou associé à d'autres maladies auto-immunes comme la polyarthrite rhumatoïde, le lupus systémique, la sclérodermie, les myosites. Ces deux entités ont en commun l'atteinte des muqueuses.

1.2.2 Epidémiologie

Le syndrome de Gougerot-Sjögren primitif est une des maladies auto-immunes les plus fréquentes.

En France, elle touche 0,2% de la population. Il y aurait entre 300 000 et 900 000 patients atteints dont les signes cliniques prédominants sont sécheresse, douleurs, asthénie.

Il touche essentiellement la femme, avec un sex-ratio de 9/1 et survient principalement entre 40 et 60 ans.

2- DIAGNOSTIC DU SYNDROME DE GOUGEROT SJOGREN

2.1 Critères diagnostics

Douze classifications réunissant des critères diagnostiques du syndrome de Gougerot-Sjögren ont été proposées depuis 1965. Les plus utilisés sont les critères diagnostiques de Vitali, de l'American European Consensus Group (AECG) et plus récemment de l'ACR.

2.1.1 Critères diagnostiques de l'ACR 2012 :

1. Critères sérologiques : anticorps anti-SSA ou anti-SSB ou (FR positif et FAN $\geq 1/320$)
2. Critères histologiques de la BGSA : présence d'un infiltrat lymphocytaire sur le BGSA avec focus score ≥ 1
3. Syndrome sec oculaire objectif : score de coloration ophtalmique après examen au vert de Lissamine et à la fluorescéine (Ocular Staining Score)

2.1.2 Critères de l'AECG :

BGSA: biopsie des glandes salivaires accessoires

CRITERES DIAGNOSTICS DE L'AECG POUR LE DIAGNOSTIC DU SYNDROME DE GOUGEROT-SJÖGREN - AECG : American-Européan Consensus Group	
Le diagnostic de syndrome de Gougerot-Sjögren primitif est porté devant : <ul style="list-style-type: none">- La présence de 4 items sur 6 avec présence obligatoire de l'item 5 (histologie) ou de l'item 6 (immunologie)- La présence de 3 des 4 items objectifs (items 3, 4, 5 et 6)	
Le diagnostic de syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire est porté devant la présence de l'item 1 ou 2 associé à la présence de 2 des items 3, 4 et 5	
1 – Symptômes oculaires	Au moins l'un des 3 critères suivants : a-sensation quotidienne, persistante et gênante d'yeux secs depuis plus de 3 mois ; b-sensation fréquente de « sable dans les yeux » ; c-utilisation de larmes artificielles plus de 3 fois par jour.
2 – Symptômes buccaux	Au moins l'un des 3 critères suivants : a-sensation quotidienne de bouche sèche depuis plus de 3 mois ; b- à l'âge adulte : épisodes récidivants ou permanents de gonflement parotidien ; c-consommation fréquente de liquide pour avaler les aliments secs.
3 – Signes objectifs d'atteinte oculaire	Au moins l'un des 2 tests ci-dessous positif : a-test de Shirmer ≤ 5 à l'un des 2 yeux ; b-score de VanBijsterveld ≥ 4
4 – Signes objectifs d'atteinte salivaire	Au moins l'un des 3 tests ci-dessous positif : a- flux salivaire non stimulé ; b- scintigraphie salivaire ; c- scintigraphie parotidienne
5 – Signes histologiques	Scialadénite lymphocytaire (focus score ≥ 1 sur la BGSA) ou grade 3 ou 4 selon Chisholm
6 – Présence d'auto-anticorps	Présence d'anticorps anti-SSa (Ro) ou d'anti-SSb (La)

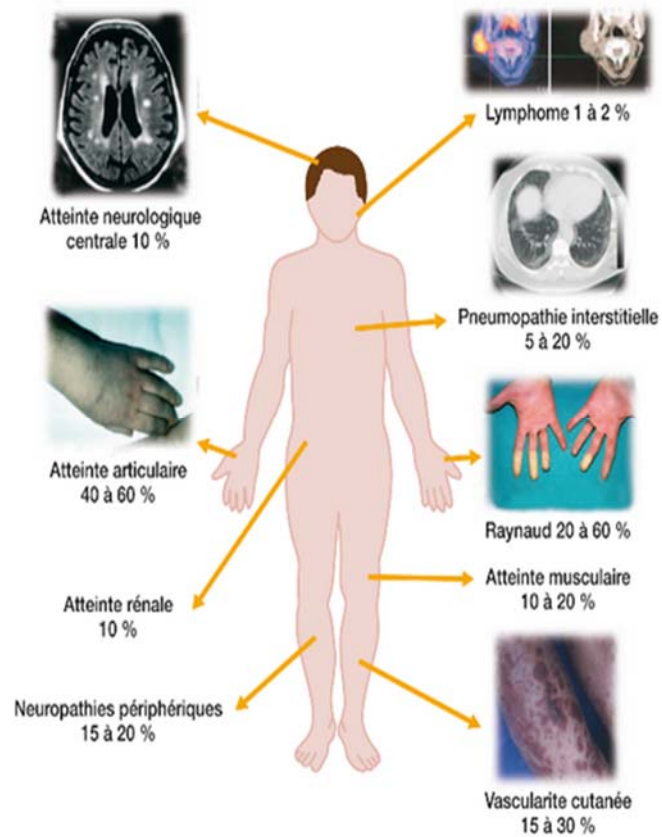
2.1.3 Critères de Vitalli :

Vitali et al. Ann Rheum Dis 2002; 61 : 554-8.

4 critères sur 6, dont le 5 ou 6

1. Symptômes secs buccaux
2. Symptômes secs oculaires
3. Schirmer < 5mm à 5 mn ou score au Rose Bengale >4
4. Flux salivaire < 0.10 ml / mn ou sialographie parotidienne ou une scintigraphie parotidienne anormale
5. Biopsie de glandes salivaires accessoires : grade 3 ou 4 de Chisholm
6. Anti-SSA ou SSB

Principales atteintes dans le syndrome de Gougerot Sjögren



2.1 Circonstances de découverte

2.1.1 Le syndrome sec :

L'attention est d'emblée attirée vers les glandes exocrines en raison des signes fonctionnels de sécheresse buccale et oculaire ou par la survenue d'épisodes de tuméfaction des glandes salivaires principales et notamment par des poussées de parotidite.

- La xérophtalmie

- Sensation de corps étrangers
- Brûlure, rougeur, démangeaison
- Paupières collées le matin
- Absence de larme...

Test de Schirmer



- La xérostomie

- Sensation de bouche sèche
- Besoin de boire
- Modification du goût, douleur buccale
- Fissuration bouche/lèvre...



Les différentes causes de syndrome sec

- Les médicaments, (hydroxyzine, Dexchlorphéniramine, morphine, Amitriptyline...) surtout les psychotropes
- Le vieillissement, en particulier la carence oestrogénique post ménopausique
- Le port prolongé de lentilles de contact
- Certains syndromes anxio-dépressifs et fibromyalgie
- Les antécédents de radiothérapie cervico faciale
- Le diabète décompensé
- L'amylose
- La sarcoïdose
- La réaction du greffon contre l'hôte
- Certaines infections virales (VHC, VIH)
- Lymphome préexistant
- Le syndrome de Gougerot Sjögren primitif ou secondaire

2.2.2 Les manifestations systémiques

Le syndrome de Gougerot Sjögren peut se révéler par des manifestations systémiques au premier plan, rendant le diagnostic plus difficile, parfois plusieurs années après les premiers symptômes.

Il peut s'agir d'un tableau de polyarthrite non érosive, d'un phénomène de Raynaud d'apparition récente, de signes de vascularite avec purpura vasculaire ou de manifestations neurologiques périphériques ou centrales.

Les manifestations articulaires et abarticulaires sont les plus fréquentes des manifestations extra glandulaires, elles touchent 50% des patients.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'une polyarthralgie touchant les articulations distales de façon bilatérale et symétrique, mais sans évolution érosive (sauf en cas de PR associée)

L'asthénie est particulièrement fréquente au cours du syndrome de Gougerot-Sjögren et touche jusqu'à 60% des patients. Elle participe à l'altération de la qualité de vie et n'est pas corrélée à la sévérité de la maladie.

2.2.3 Physiopathologie des douleurs dans le syndrome de Gougerot Sjögren

Dans le syndrome de Gougerot Sjögren, on observe une intrication de plusieurs mécanismes physiopathologiques de la douleur :

- Des atteintes articulaires (>50% des cas) : Ce sont des arthralgies distales bilatérales et symétriques d'horaire inflammatoire, comme dans la polyarthrite rhumatoïde mais sans atteinte érosive.
- Des atteintes diffuses abarticulaires (enthésopathies) et musculaires (35% des cas) sans participation inflammatoire non systématisées réalisant un tableau proche de la fibromyalgie (sensibilisation centrale).
- Une atteinte des nerfs périphériques (20% des cas) : Elle réalise un tableau de neuropathie périphérique sensitive : fourmillements, brûlures ...avec certaines atteintes spécifiques comme la névralgie du trijumeau.
- Les douleurs dues au syndrome sec : Stomatodynie, douleurs oculaires, dyspareunies

2.3 Examens complémentaires

2.3.1 Bilan initial

– Biologie : bilan inflammatoire (NFS ,VS, CRP, fibrinogène), électrophorèse des protéines sériques , test de Farr , anticorps anti-nucléaires , anti-SSA et anti-SSB , facteur rhumatoïde, C3, C4 et CH50, cryoglobulinémie, β 2-microglobuline (+ bilan standard rénal et hépatique), sérologies (VIH, hépatites)

– imagerie : Radiographie pulmonaire

– biopsie des glandes salivaires accessoires (BGSA),

– examen ophtalmologique : test de Shirmer et étude de la cornée, bilan pré-thérapeutique (vision des couleurs)

– pour les complications systémiques, les examens complémentaires doivent être réalisés en fonction de l'orientation clinique

2.3.2 Anatomo-pathologie

La caractéristique anatomo-pathologique du syndrome de Gougerot-Sjögren est l'infiltration lymphoplasmocytaire focale des tissus. La biopsie des glandes salivaires accessoires est un examen simple et peu invasif qui consiste à prélever 2 ou 3 glandes salivaires à la face interne de la lèvre inférieure. L'étude au microscope permet de mettre en évidence une sialadénite lymphocytaire focale gradée selon la classification de Chisholm et Masson. *(La présence d'un amas de plus de 50 cellules pour 4 mm² de tissu correspond à un focus-score de 1 ou stade III de Chisholm et Masson.)*

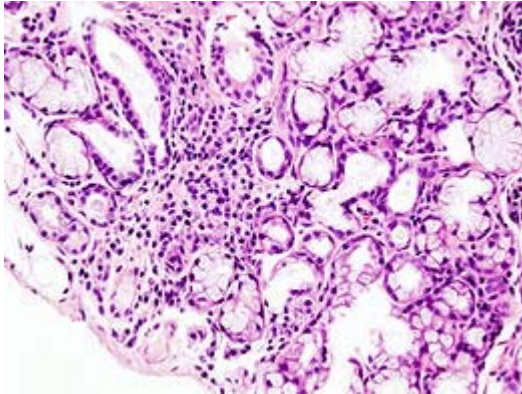


Image histopathologique d'une infiltration lymphoïde focalisée de la glande salivaire accessoire, associée au syndrome de Gougerot-Sjögren.

2.4 Evolution, complications

2.4.1 **Complications de la sécheresse**

Stomatologiques : détérioration dentaire, candidose buccale, hypertrophie des glandes salivaires.
Ophtalmologiques : atteintes des conjonctives. Elles doivent être recherchées de façon systématique lors du bilan initial, puis au minimum de façon annuelle.

2.4.2 **Complications viscérales**

Pulmonaires (fibrose pulmonaire interstitielle, atélectasie, pseudo-lymphome)

Abdominales (hépatomégalie, splénomégalie, pancréatite),

Cutanées (purpura, vascularites cutanées),

Articulaires (arthralgies, arthrites),

Vasculaires (syndrome de Raynaud),

Nerveuses (atteinte nerveuse centrale et périphérique),

Rénales (tubulopathies),

Hématologiques (adénopathies, lymphome).

2.4.3 Les facteurs de mauvais pronostic (risque de lymphome)

Parotidomégalie

Polyadénopathie

Purpura

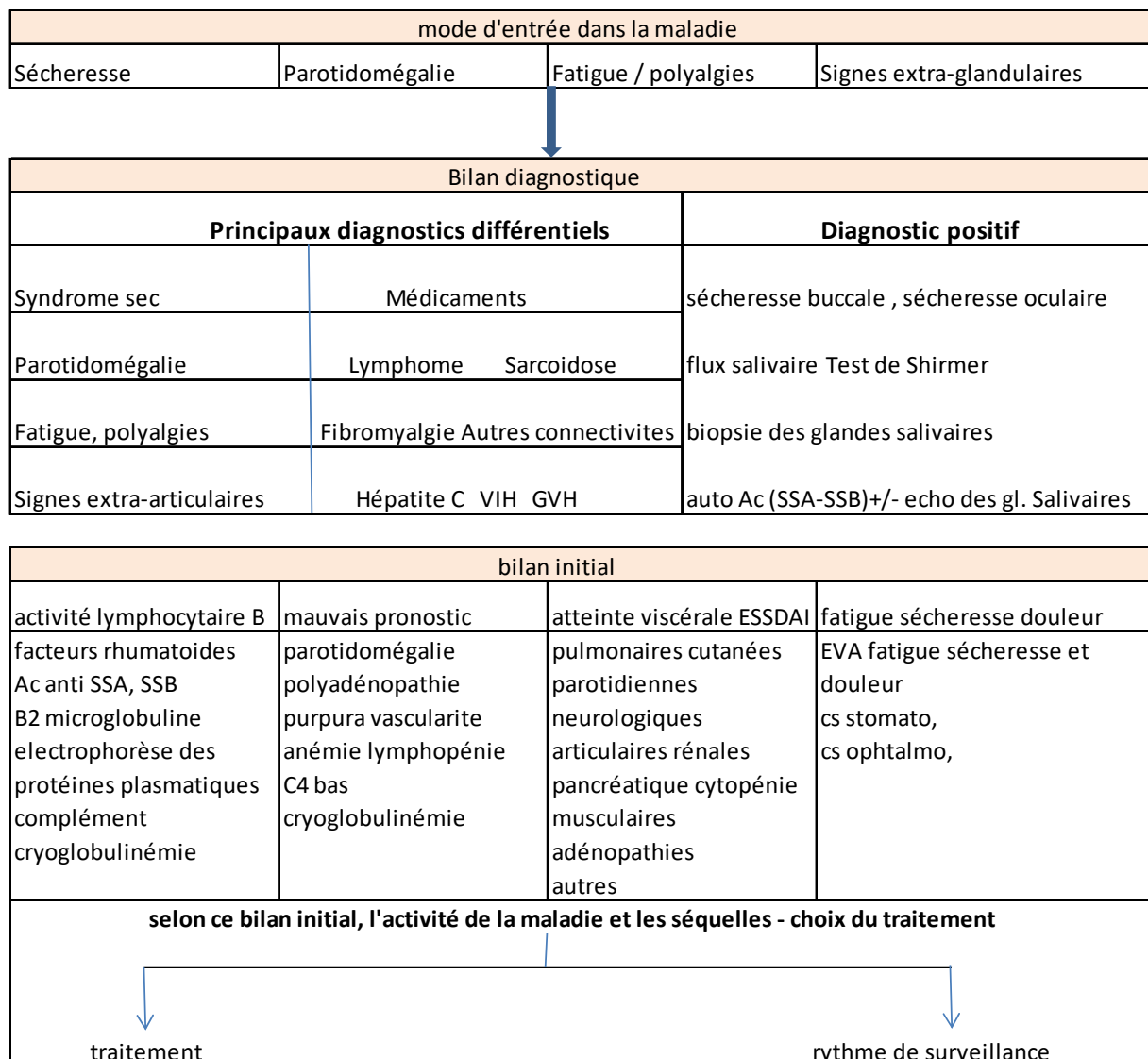
Vascularite

Anémie, lymphopénie, C4 bas, cryoglobulinémie

2.5 Traitement

La prise en charge du syndrome de Gougerot-Sjögren dépend de l'évaluation initiale des symptômes, des atteintes extra glandulaires et de leur activité.

Le traitement symptomatique est systématique.



2.5.1-Les traitements symptomatiques du syndrome sec :

Des moyens simples pour lutter contre les symptômes du syndrome sec : éviter la fumée, la sécheresse ambiante, le vent, la lecture prolongée, et les médicaments qui entraînent une sécheresse (antidépresseurs imipraminiques, les neuroleptiques, les antiparkinsoniens, les atropiniques, les morphiniques, les antihistaminiques et les antiacnéiques).

La bromhexine (BISOLVON®) et l'anetholtrithione (SULFARLEM®) sont souvent utilisées pour augmenter la sécrétion salivaire mais n'ont jamais fait la preuve d'une efficacité dans des études randomisées contre placebo.

Les seuls médicaments ayant fait la preuve d'une efficacité sur la production de salive, et dans une moindre mesure sur la production de larmes, sont les médicaments agonistes des récepteurs muscariniques (à action cholinergique). L'inhibition du fonctionnement des glandes saines restantes peut être levée par l'adjonction de doses supra-physiologiques du médiateur neurologique agissant sur les récepteurs muscariniques des glandes exocrines. Les principaux médicaments agonistes des récepteurs muscariniques sont:-**Le chlorhydrate de pilocarpine** (SALAGEN®).

La cévimeline est un autre agoniste cholinergique qui semble plus spécifique du récepteur M3 salivaire et qui a fait la preuve de son efficacité dans une étude randomisée contre placebo aux Etats-Unis. Il est commercialisé aux USA sous le nom de EVOXAC®.

Les larmes artificielles et les gels lacrymaux. Les larmes artificielles peuvent être utilisées sans restriction en fonction de la gêne. Il faut utiliser les larmes sans conservateur.

L'occlusion des canaux lacrymaux inférieurs qui a pour but de préserver ce qui reste de film lacrymal en diminuant l'évacuation des larmes, peut être efficace. Elle est effectuée soit par la mise en place de bouchons siliconés ou en collagène, soit par cautérisation.

La ciclosporine en collyre à 0,05 % a montré une efficacité sur le syndrome sec oculaire dans une étude randomisée contre placebo.

Enfin, il ne faut pas oublier les petits moyens: les boissons non sucrées, la mastication de chewing-gum sans sucre et des substituts salivaires qui peuvent stimuler la salivation et améliorer certains malades. (Artisial*, SialiSpray*)

2.5.2-Les traitements symptomatiques des douleurs

Sur la composante nociceptive : utilisation des antalgiques selon le palier de l'OMS en privilégiant ceux du palier 1 puisqu'ils n'ont pas d'effet asséchant. .

- Les antalgiques simples : paracétamol.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont quelques fois efficaces mais ont de nombreuses contre-indications et effets secondaires.
- La corticothérapie à petites doses et en cure courte peut avoir une efficacité.

Sur la composante neuropathique :

- Les antidépresseurs tricycliques comme l'amitriptyline (LAROXYL®- AMM sur les douleurs neuropathiques) à petite dose: 15 à 20 mg par jour pour ne pas aggraver le syndrome sec, peuvent être utiles sur les douleurs neurologiques et sur les troubles psychologiques associés.
- Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline comme la duloxétine (CYMBALTA* -AMM sur les douleurs neuropathiques) n'ont pas ou peu d'effet secondaire asséchant et peuvent être utilisés en cas de syndrome dépressif associé.
- Les anti-épileptiques tels que la gabapentine (Neurontin*) et la prégabaline (Lyrica*) ont également une indication et l'AMM sur les douleurs neuropathiques.

2.5.3-Les traitements de fond actuels : les immuno-modulateurs

Une étude de 2012 (étude JOQUER) a montré que l'immunomodulateur le plus prescrit dans le syndrome de Gougerot-Sjögren primaire, l'hydroxychloroquine (Plaquenil) n'est pas plus efficace que le placebo sur les trois principaux symptômes de la maladie selon cette étude clinique publiée dans le « JAMA » conduite par le Pr Jacques-Éric Gottenberg (CHU de Strasbourg) et le Pr Xavier Mariette (hôpital Bicêtre, le Kremlin Bicêtre).

En pratique quotidienne, le **PLAQUENIL®** doit être proposé en cas de purpura vasculaire associé à une hypergammaglobulinémie et il peut être donné en cas de polyarthrite ou de polyarthralgies invalidantes.

Le **METHOTREXATE**: 10 à 15 mg par semaine a été proposé.

Il pourrait être proposé devant une polyarthrite vraie (et non des polyarthralgies) invalidante et après échec du PLAQUENIL®.

L'**azathioprine (IMUREL)** est parfois utilisé en cas de complications viscérales même si aucune étude ne documente son efficacité.

Les **corticoïdes** sont facilement utilisés en cas de complications viscérales (en association aux immunosuppresseurs le plus souvent), de cytopénies auto-immunes (en association au danazol ou d'autres immunosuppresseurs éventuellement), dans les formes poly articulaires, et parfois sur une courte durée en cas de parotidomégalie inflammatoire.

Les **immunoglobulines** intraveineuses ont leur place en cas de polyneuropathie et dans certains cas de vascularites, plus rarement dans les atteintes neurologiques centrales en attendant l'efficacité des immunosuppresseurs.

Les **biothérapies et anticorps monoclonaux**. Les anti-TNF : **l'infliximab (REMICADE®)** anticorps monoclonal chimérique, anti-TNF α , les **anti-lymphocytes B** (anti CD-20 essentiellement) ont des résultats prometteurs, notamment dans les formes récentes (< 10 ans) et sévères et/ou anciennes avec des atteintes extra-glandulaires.

2.5.4 Thérapies complémentaires

Ils sont variables en fonction de la clinique et des habitudes de chaque praticien : kinésithérapie (physiothérapie antalgique), relaxation, TCC (thérapie cognitivo-comportementales), sophrologie ...

3 – MATERIEL ET METHODE

3-1- Objectif :

Le but de cette étude est d'apprécier les effets et la pertinence d'un traitement par mésothérapie des douleurs variées présentes dans la maladie de Gougerot-Sjögren.

Il s'agit d'évaluer la mésothérapie en tant que méthode complémentaire dans cette maladie auto-immune dont le traitement principal reste bien sur le traitement par immunosuppresseur.

En effet, il s'agit de patients dont la qualité de vie est considérablement altérée par la présence de douleurs invalidantes, diffuses et chroniques.

La grande diversité des mécanismes physiopathologiques des douleurs dans ce syndrome rendent la prise en charge difficile, avec une surconsommation chronique d'antalgiques exposant ainsi au risque d'effets secondaires et d'accoutumance.

L'objectif de cette étude est d'améliorer la qualité de vie de ces patients et de diminuer leur consommation d'antalgiques.

3-2- Déroulement de l'étude :

Nous avons sélectionné 4 patientes atteintes d'un syndrome de Gougerot-Sjögren au sein de la patientèle de notre cabinet de médecine générale et suivies dans le service de médecine interne du CHU de Reims.

Etant donné la diversité des symptômes présentés par les patientes, nous n'avons pas établi de protocole commun strict mais un protocole adapté à chaque patiente.

Les produits utilisés étaient choisis parmi la pharmacopée recommandée par la Société Française de Mésothérapie (lidocaïne, piroxicam, thicolchicoside, etamsylate, calcitonine, magnésium, amitriptyline).

Nous avons proposé à chaque patiente de bénéficier de 3 séances de mésothérapie espacées d'une semaine puis d'une séance 15 jours après la dernière séance (J1 J8 J15 J30)

Nous avons procédé selon une démarche en plusieurs étapes :

Un examen clinique de départ rigoureux

Une évaluation des douleurs par le QCD (questionnaire concis de la douleur) avant chaque séance

Une évaluation finale de la satisfaction globale.

3-3- Méthode

3.3.1 les mesures d'hygiène :

Les séances ont été réalisées par technique manuelle

Toutes les mesures d'hygiène et d'asepsie sont respectées :

- Lavage soigneux des mains, réalisé devant le patient,
- Désinfection de la peau du patient avec une solution antiseptique à large spectre bactéricide (Gram+, Gram-) et fongicide (dont candida albicans) (Biseptine*)
- Utilisation de matériel à usage unique pour chaque patient : seringue trocarts aiguilles compresses stériles
- Port de gants

3.3.2 Produits :

Ils sont variables en fonction du type de douleur et choisis parmi la pharmacopée recommandée par la Société Française de Mésothérapie.

Tous les mélanges (préparation extemporanée) ont été réalisés à partir d'une base de lidocaïne, associée à :

- Piroxicam : pour son action anti inflammatoire (sur les arthralgies et enthésopathies)
- Thiocolchicoside : pour son action myorelaxante (sur les myalgies et enthésopathies)
- Etamsylate : pour son action anti-œdémateuse
- Calcitonine : pour son action antalgique sur les douleurs chroniques
- Magnesium : pour son action myorelaxante et sur la dysneurotonie et le stress
- Amitriptyline : pour son action sur les douleurs neuropathiques

3.3.3 Technique :

Nous avons utilisé une technique mixte :

IDP (Intra Dermique Profond) sur les points douloureux et les points reflexes, avec des aiguilles de 0.4 x 3 mm

IED (Intra Epidermique) sur les zones de cellulopathies et en complément des injections IDP sur les zones myo-tendineuses

3.3.4 Rythme des séances :

Chaque patiente est examinée et traitée à J1, J8, J15 et J30

3. 4. Outils d'évaluation

La patiente est interrogée et examinée à chaque consultation pour réévaluer et suivre l'évolution de l'intensité de la douleur et des localisations algiques.

Avant chaque séance, nous avons demandé aux patientes de remplir un QCD (Questionnaire Concis de la Douleur) pour évaluer l'efficacité de la séance précédente, mais aussi pour orienter la thérapeutique.

A la fin de l'étude, nous avons interrogé les patientes sur leur satisfaction globale et leur désir de poursuivre le traitement.

4. RESULTATS

Nous avons résumé les résultats de notre étude sous la forme d'un tableau pour chaque patiente : âge, sexe, antécédents, traitement de fond, clinique, technique (mélanges, points d'injection)

Nous avons également fait la synthèse des résultats des QCD sous la forme d'un autre tableau.

Enfin, les résultats des questionnaires de satisfaction globale ont été rapportés sous la forme d'un dernier tableau.

Les tableaux 4, 5, 6 et 7 résument la clinique de chaque patiente à J1, J8, J15 et J30 ; les tableaux 8, 9, 10 et 11 sont les synthèses des QCD pour chaque patiente à J1 (QCD initial) et à J30 (QCD final).

Les questionnaires de satisfaction globale (tableau 12) ont été remplis par les patientes à la fin du traitement par mésothérapie.

Les patients :

- Madeleine C. 80 ans : Dystrophie thyroïdienne nodulaire, zona thoracique, cure de prolapsus, HTA modérée.
- Annick R 53 ans : Thyroïdectomie totale suite carcinome papillaire, scoliose, acromioplastie de l'épaule gauche, plastie de réduction mammaire.
- Angèle B 70 ans : Asthme, allergie médicamenteuses multiples, hyper-uricémie, lombodiscarthrose, tremblement essentiel, psoriasis, ostéonécrose bilatérale des têtes fémorales et arthroplastie totale de la hanche gauche.
- Marie Claude D. 65 ans : cancer des ovaires, hystérectomie totale et ovariectomie, chimiothérapie et radiothérapie. Appendicectomie, HTA, BPCO.

Tableau 4

	J1	J8	J15	J30
Madeleine C.				
Clinique	douleur cervicale, irradiations dans les machoires et sensation de "gonflement" cervical antérieur. Dysphonie, fluctuante selon l'humeur	nette amélioration des douleurs, persistance d'une légère douleur cervicale irradiant dans les machoires, amélioration de la dysphonie oedèmes périorbitaires	nette amélioration du syndrome sec de la dysphonie et des douleurs	amélioration du syndrome sec et de la dysphonie Sensation de "gonflement" du visage. Douleurs au niveau des points de poncture, temporaux, Disparition des douleurs pendant 2 semaines puis récidive des douleurs cervicales avec irradiation dans les machoires 3 J avt J28.
mélanges points d'injection IDP 4 mm et IED	lidocaïne, piroxicam, étamsylate temporal droit, menton, périglottique, cervical. trapèzes	lidocaïne, piroxicam, étamsylate temporal bilatéral menton, périglottique, cervical, occipital.	lidocaïne, piroxicam, étamsylate idem J8 + racine du nez	lidocaïne, piroxicam, étamsylate. idem sauf temporal

Tableau 5

	J1	J8	J15	J30
Annick R.				
clinique	douleurs type enthésopathie genoux, coudes, épaules. Arthralgies de toutes les articulations des mains. Cervicalgies, trouble du sommeil.	Nette amélioration au niveau des coudes et du rachis cervical. Nette amélioration des troubles du sommeil. (quantité, qualité) Amélioration des cervicalgies, Peu d'amélioration aux genoux.	amélioration de tous les symptômes de façon moins importante qu'à J1; mais ressentie comme "miraculeuse" Meilleure efficacité de la dicinone sur les genoux.	Pas d'amélioration ressentie lors de la dernière séance (contraire avec QCD). Etat nauséux pendant quelques heures après la séance. Nouvelle poussée douloureuse depuis quelques jours avec douleurs des 2 épaules et du poignet gauche et apparition d'un kyste synovial.
mélanges et points d'injection	genou: lidocaïne, zofora, dicynone coudes, épaule, mains: lidocaïne, zofora, calcitonine	genou: lidocaïne, zofora, calcitonine coudes, épaule, mains: lidocaïne, zofora, calcitonine	genou: lidocaïne, zofora, dicynone	mésocaïne, zofora, étamsylate sur épaules, coudes, poignet gauche et genoux. mésocaïne, magnésium, laroxyl sur rachis cervical et occiput pour sommeil

Tableau 6

	J1	J8	J14	J30
Angèle B.				
clinique	polyalgies périarticulaires et tendineuses. Douleurs rachis cervical et R. lombaire + point scapulaire et inter-scapulo-rachidien droit. Douleurs hanche et genou gauche + épaule droit (insertion long biceps) douleurs MP pouce bilat.	nette amélioration au niveau des poignets. Genou: pas d'amélioration, voire aggravation. Rachis: petite amélioration mais sur QCD ne signale plus aucune douleur cervicale. Épaule: pas d'amélioration. Douleur hanche droite.	disparition totale des douleurs des poignets. Nette amélioration épaule membres inf. pas d'amélioration.	disparition des arthralgies des poignets Nette diminution de la douleur de l'épaule D Douleurs persistantes sur rachis lombaire et membres inférieurs
mélanges et points d'injection	lidocaine piroxicam calcitonine sur épaule dte et les 2 poignets lidocaine magnésium laroxyl sur hanche G et genou G	lidocaine piroxicam calcitonine sur genou G et les 2 poignets lidocaine thiocochicoside calcitonine sur épaule dte et hanche G lidocaine magnésium laroxyl sur rachis lombaire	lidocaine piroxicam calcitonine sur épaule dte, hanche G, genou G lidocaine magnésium laroxyl sur rachis lombaire et jambe G	lidocaine piroxicam calcitonine sur épaule dte, genou G lidocaine magnésium laroxyl sur rachis lombaire et hanche G

Tableau 7

	J1	J8	J14	J30
Marie Cl. D				
clinique	douleurs rachis cervical avec irradiations épaules. Enthésopathie genou gauche (P. d'oie) Douleurs hanche dte (moyen fessier)	Nette amélioration genou et hanche, plutôt modérée sur le rachis. A néanmoins passé 2 jours sans douleurs!	amélioration moins nette que lors de la 1ère séance, apparition de nouvelles douleurs: rachis cervical et hanche dte	amélioration plus nette qu'J14; disparition totale des douleurs de hanche apparition d'un effet secondaire à type de somnolence le jour de la séance (laroxyl??)
mélanges et points d'injection	mésocaine, zofofra, calcitonine: genou G + hanche Dte. Mésocaine, magnésium, laroxyl/: Rachis C., occipital Dt, angul. et épaules	mésocaine, zofofra, calcitonine. genou G + hanche Dte. Mésocaine, magnésium, laroxyl/: Rachis C., occipital Dt, angul. et épaules	lidocaine piroxicam calcitonine sur genou G et hanche D lidocaine magnésium laroxyl sur rachis cervical et irradiation de l'épaule	lidocaine piroxicam calcitonine sur genou G et hanche D lidocaine magnésium laroxyl sur rachis cervical et irradiation de l'épaule

Tableau résumant les QCD

Légende :

QCD initial	QCD final
-------------	-----------

Tableau 8

Madeleine C.

H : humeur, M : capacité à marcher, T : travail habituel, R : relation avec les autres, S : sommeil, G : gout de vivre

localisation	intensité douleur			type de douleur ce que je ressens	ressenti comment je vis ma douleur						comment je me sens
	en ce moment	la plus intense les 6 derniers jours	habituelle depuis les 8 derniers jours		H	M	T	R	S	G	
temporale D, menton cervicale, jambe D occipitale cervico-dorsale	5	8	8	brulure, lourdeur douleur angoissante, épuisante	2	0	0	0	0	0	se sent plutôt bien peu de retentissement sur l'humeur stress, angoisse modérée
temporale bilatérale occipito-pariétale	6	4	2	brulure, lourdeur	2	0	0	0	2	0	plutôt stable idem

Tableau 9

Annick R.

H : humeur, M : capacité à marcher, T : travail habituel, R : relation avec les autres, S : sommeil, G : gout de vivre

localisation	intensité douleur			type de douleur ce que je ressens	ressenti comment je vis ma douleur						comment je me sens
	en ce moment	la plus intense les 6 derniers jours	habituelle depuis les 8 derniers jours		H	M	T	R	S	G	
épaules, hanches, genou G fesses	5	7	6	décharge électrique coup de poignard brulures élancements doul. Pénétrantes	0	6	5	3	4	0	anxiété légère altération des émotions, cotée à 1 pour la plupart des items
épaules, coudes, poignet G genoux, trapezes	3	4	3	coup de poignard fourmillements	1	2	1	1	4	1	amélioration global de tous les items très faible impact de la douleur sur l'état émotionnel

Tableau 10

Angèle B.

H : humeur, M : capacité à marcher, T : travail habituel, R : relation avec les autres, S : sommeil, G : gout de vivre

localisation	intensité douleur			type de douleur ce que je ressens	ressenti comment je vis ma douleur						comment je me sens
	en ce moment	la plus intense les 6 derniers jours	habituelle depuis les 8 derniers jours		H	M	T	R	S	G	
épaule dte, hanche dte, genou G rachis cervico dorsal	3	8	5	décharge électrique coup de poignard angoissante obsédante	3	0	0	0	3	3	souvent tendue, baisse du plaisir, angoisse, anxieuse++, légère baisse de l'élan vital.
épaule D, jambe D, hanche G, genou G fesses	5	7	6	décharge électrique coup de poignard brulures	0	6	5	3	4	0	angoissée, anxieuse

Tableau 11

Marie Cl. D.

H : humeur, M : capacité à marcher, T : travail habituel, R : relation avec les autres, S : sommeil, G : gout de vivre

localisation	intensité douleur			type de douleur ce que je ressens	ressenti comment je vis ma douleur						comment je me sens
	en ce moment	la plus intense les 6 derniers jours	habituelle depuis les 8 derniers jours		H	M	T	R	S	G	
genou G, Hanche D, cervicale, trapeze	0	5	4	angoissante énervante décharge élec, fourmillement	5	0	5	0	0	0	tendue, angoissée, symptomatologie dépressive
base du cou D, hanche D, genou G, cervico-dorsale	3	6	5	obsédante, poignard exaspérante électrique, déprim. formillement	3	0	0	0	3	3	peur, angoisse, déprimée

Questionnaires de satisfaction globale

Tableau 12

	Madeleine C	Annick R	Angèle B	Marie Cl D
Avez-vous été globalement satisfaite de ce traitement ?	oui	oui	oui	oui
Souhaitez-vous poursuivre ce traitement / refaire des séances ?	oui	oui	oui	oui

5. DISCUSSION

Nous n'avons trouvé aucune étude relative à la prise en charge des douleurs par mésothérapie dans le syndrome de Gougerot-Sjögren et plus généralement dans les maladies auto immunes.

Notre étude, bien que réalisée sur un très faible échantillon, compte tenu de la rareté de ce syndrome, a permis d'observer les résultats suivants :

- 1 L'analyse des cas cliniques montre bien le polymorphisme des symptômes douloureux d'une patiente à l'autre et dans certains cas, d'une séance à l'autre. Ceci confirme la nécessité d'adapter les protocoles à chaque patiente et en fonction de l'examen clinique le jour même de la séance.
- 2 Compte tenu de la physiopathologie complexe des douleurs dans ce syndrome, il a paru judicieux d'associer plusieurs protocoles chez une même patiente :
 - 2.1 des associations plutôt à visée anti inflammatoires et antalgique comme lidocaine piroxicam calcitonine ont été particulièrement efficaces sur les arthralgies périphériques et à un moindre degré sur les enthésopathies (qui paraissent plus résistantes)
 - 2.2 des associations lidocaine amitriptyline magnésium sur les douleurs neuropathiques et sur les douleurs rachidiennes ont été particulièrement efficaces avec un double effet antalgique et relaxant, plusieurs patientes ont en effet signalé une amélioration de la qualité de leur sommeil et donc une diminution de leur asthénie
 - 2.3 la tolérance a été globalement satisfaisante : une seule patiente s'est plainte de somnolence après une séance. Nous aurions pu craindre plus d'effets secondaires compte tenu des interactions médicamenteuses (utilisation de plusieurs mélanges) et de la quantité de produit injecté (multiplicité des sites d'injection)
- 3 Un résultat non attendu initialement a été observé : une amélioration du syndrome sec chez une patiente. Ce résultat est à pondérer car il s'agit d'une amélioration subjective et non confirmée par des tests objectifs (test de Schirmer...)
- 4 Le QCD paraît un outil tout à fait adapté à l'évaluation de la douleur chez ces patients, il prend en compte l'aspect multi dimensionnel de ces douleurs, aiguës et chroniques, neuropathiques et nociceptives, l'impact sur la qualité de vie et l'asthénie, et permet d'orienter la séance par la localisation par le patient lui-même de ses douleurs sur un schéma.
- 5 L'analyse des QCD montre une évolution globale satisfaisante malgré des résultats très fluctuants d'une séance à l'autre, ce qui peut être expliqué par les caractéristiques évolutives des douleurs dans ce syndrome.
- 6 Malgré la variabilité des réponses aux QCD, nous avons eu des résultats tout à fait homogènes aux questionnaires de satisfaction globale : en effet 100% des patientes ont déclaré avoir été satisfaites du traitement et prêtes à refaire des séances de mésothérapie dans le traitement de leurs douleurs que l'on sait chroniques.

6. CONCLUSION

La mésothérapie parait une bonne indication dans les traitements des douleurs dans le syndrome de Gougerot Sjögren en complément du traitement de fond.

Dans notre étude le rapport bénéfice risque est satisfaisant mais il faudrait confirmer ces résultats encourageants par la réalisation d'une étude incluant une cohorte plus importante.

Notre étude permet également une réflexion sur la possibilité de traiter les douleurs par mésothérapie dans les autres pathologies auto immunes.

Bibliographie

- *The new Sjögren's Syndrome handbook – (oxford University Press) 2005*
- *Syndrome de Gougerot-Sjögren et syndromes secs – plaquette CHU Bicêtre – Pr Marrette Paris 2007*
- *E. Hachulla, P.Y. Hatron – maladies systémiques auto-immunes – Masson 2000*
- *Formes évolutives du syndrome de Gougerot-Sjögren – A.L. Fauchais, G. Gondran, C. Martel, E. Vidal – Service de médecine interne - CHU Limoge - Revue du praticien 02. 2012*
- *Critères diagnostiques du syndrome de Gougerot-Sjögren – C. Varoquier, J. Sibia, J.E. Gottenberg – Service de rhumatologie, CHU Strasbourg Hautepierre – La revue du Praticien*
- *S. VARACHE, V. DEVAUCHELLEPENSEC, S. JOUSSE-JOULIN, A. SARAUX Service de Rhumatologie, CHU de la Cavale Blanche, BREST.*
- *Guide pratique de mésothérapie- Christian Bonnet, Denis Laurens, Jean-Jacques Perrin- Elsevier Masson*
- *Traité de mésothérapie-Jacques Le Coz-Masson*
- *La revue Française de mésothérapie- Société Française de mésothérapie*
- *ANAES. Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.(hors cancer et sida)*
- *Mrejen D. La mésothérapie ponctuelle systématisée*
- *Abrégé de mésothérapie pratique. Michel Pistor*