

Sylvie Bidon

## Apport de l'acupuncture dans la prise en charge des algodystrophies. Premiers résultats d'une étude de cas cliniques

**Résumé :** l'algodystrophie est une pathologie fréquente, invalidante, douloureuse, d'évolution spontanément régressive mais parfois longue. En Médecine Traditionnelle Chinoise l'algodystrophie correspond à l'évolution d'un *bi* Humidité/Chaleur vers un *bi* Froid/Humidité qui entraîne des perturbations énergétiques, les patients étant le plus souvent vus au stade de stagnation de *yin* en superficie. Les premiers résultats d'une étude cas cliniques sur l'apport de l'acupuncture dans la prise en charge de cette pathologie sont encourageants. Ils montrent une amélioration franche de la douleur et de la raideur articulaire et une évolution plus rapide vers la guérison. **Mots-clés :** algodystrophie - acupuncture - moxibustion - étude cas cliniques - stagnation de *yin*.

**Summary:** algodystrophy is a common, disabling painful spontaneously regressive evolution but sometimes long. Traditional Chinese Medicine in algodystrophy corresponds with the development of a *bi* Humidity/Heat to a *bi* Cold/Humidity causing energy disruptions, patients are most often seen at the stage of stagnation in the area of *yin*. The first results of a clinical case study on the contribution of acupuncture in the management of this disease are encouraging. They show a frank improvement of pain and articular stiffness and a faster evolution towards the cure. **Keywords:** algodystrophy - acupuncture - moxibustion - clinical case study - *yin* stagnation.

### Définition de l'algodystrophie selon la nosologie occidentale

L'algodystrophie ou syndrome douloureux complexe de type 1 est définie (Congrès d'Orlando en 1994) comme une douleur persistante dans un segment de membre secondaire à un traumatisme ou à une lésion tissulaire en particulier osseuse, ligamentaire ou neurologique et qui n'implique pas un gros tronc nerveux, associée à une dysrégulation sympathique [1].

Le diagnostic est avant tout clinique et associe :

- une douleur continue disproportionnée par rapport au traumatisme en durée ou en intensité
- au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes :
- troubles sensoriels : hyperesthésie, allodynie
- troubles vasomoteurs : asymétrie thermique, cyanose
- troubles sudoromoteurs, oedème
- troubles trophiques : raideur et plus tardivement faiblesse musculaire, tremblements, dystonie, troubles trophiques des ongles et de la peau.

En fait l'algodystrophie présente trois phases évolutives :

- une phase aiguë ou phase chaude avec douleur importante, allodynie, oedème, troubles thermiques, tremblements (dans 20% des cas on a l'association douleur / rougeur / chaleur / oedème)

- une phase dystrophique ou phase froide avec des douleurs surtout mécaniques, une impotence fonctionnelle avec raideur, une déminéralisation osseuse, un aspect froid cyanosé des téguments, des oedèmes encore possibles

- une phase atrophique ou phase séquellaire au-delà de 6 mois d'évolution.

La durée de chaque phase est variable, les phases peuvent se succéder rapidement dans un ordre variable avec possibilité d'aller et retour entre les deux premières phases.

A noter que chez l'enfant et l'adolescent les formes sont froides d'emblée.

Il existe plusieurs facteurs déclenchants :

- des facteurs traumatiques et post-opératoires dans 50% des cas (avec une sévérité de l'algodystrophie non proportionnelle à l'intensité du traumatisme)
- des facteurs neurologiques (comme le syndrome épaule-main au décours d'une hémiplégié), vasculaires (infarctus du myocarde), infectieux, dans les cancers
- des facteurs iatrogéniques : phénobarbital, trithérapie, ciclosporine
- idiopathique dans 30% des cas.

Les articulations les plus souvent concernées sont celles des membres inférieurs (genou et cheville), moins sou-

vent celles des membres supérieurs (main et poignet) à l'exception de la capsulite rétractile de l'épaule considérée aussi comme une algodystrophie. L'algodystrophie de la hanche est plus rare et se voit surtout chez la femme enceinte.

L'imagerie repose surtout sur la scintigraphie osseuse qui distingue trois phases :

- une phase chaude : hyperfixation aux trois temps (vasculaire précoce, tissulaire et osseux)
- une phase secondairement froide : temps vasculaire et tissulaire normaux, hyperfixation au temps osseux
- une phase d'emblée froide (enfant) : hypofixation aux trois temps.

La radiographie simple va montrer une déminéralisation mouchetée sous-chondrale (avec corrélation entre les signes inflammatoires et l'intensité de la déminéralisation).

Les thérapeutiques proposées ont pour but de lutter contre la douleur :

- mise en décharge
- antalgiques
- kinésithérapie, balnéothérapie
- infiltrations
- calcitonine, biphosphonates
- Lyrica<sup>®</sup>, Kétamine

Les blocs régionaux sont abandonnés.

Dans la capsulite rétractile peut être proposé en cas d'impotence fonctionnelle majeure une infiltration/distension articulaire et des TENS.

## L'algodystrophie en médecine traditionnelle chinoise

*Proposition : un exemple de stagnation de yin*

L'algodystrophie peut être considérée comme secondaire à la pénétration d'une énergie perverse *xie* à l'origine d'un *bi* Humidité/Chaleur évoluant vers un *bi* Froid/Humidité. Le *xie* atteint d'abord la surface donnant des manifestations Humidité/Chaleur avec douleur, chaleur, rougeur et oedème (phase aiguë). Très rapidement l'énergie perverse s'enfonce en profondeur, entraînant une perturbation de la circulation des énergies *wei* et *rong*, un épuisement progressif du *yang* en su-

perficie et une stagnation du *yin* (phase dystrophique). Le *xie* atteint le grand méridien *shaoyin* donnant des manifestations Froid/Humidité et d'atteinte du *yang* de Rein avec déminéralisation de type ostéoporotique, raideur douloureuse marquée et troubles trophiques (phase atrophique) [2-5].

Le patient est le plus souvent vu à la phase de stagnation de *yin* débutante qui associe douleur, oedème, raideur, troubles vasomoteurs et déminéralisation osseuse débutante (comme en témoignent l'aspect de déminéralisation mouchetée à la radiographie, les possibilités de succession rapide et de va-et-vient des différentes phases et le caractère des douleurs décrites par les patients fréquemment pugnatives et améliorées par la chaleur).

Comme le spécifie le *Suwen*, la pénétration du *xie* est possible parce que le *jinqi* du patient est déjà affaibli. On peut penser que la pénétration en profondeur du *xie* est rapide parce que les énergies *wei* et *rong* du patient sont déjà en insuffisance (mauvais fonctionnement du Triple Réchauffeur par exemple).

## Traitements proposés

*A la phase initiale inflammatoire de pénétration du xie*

- saignée des points *ashi*
- dispersion des points locaux

A noter que le patient est rarement vu à cette phase, il existe souvent un retard au diagnostic et l'acupuncteur est rarement sollicité en première intention.

*A la phase de stagnation de yin*

### Points locaux-régionaux

Point *xi* et point Chaleur des méridiens principaux concernés avec aiguille chauffée sur le point Chaleur

- points *xi* : 6P, 7GI, 6C, 6IG, 4MC, 7TR, 8RP, 34E, 6F, 36VB, 5R, 63V.

- points Chaleur : 10P, 5GI, 8C, 5IG, 8MC, 6TR, 2RP, 41E, 2F, 38VB, 2R, 60V.

- moxibustion des points *jing* proximaux des méridiens principaux concernés qui sont les points de «débarquement» des *xie* : 8P, 5GI, 4C, 5IG, 5MC, 6TR, 5RP, 41E, 4F, 38VB, 7R, 60V.

- moxibustion sur les points *ashi* de la zone douloureuse.

### Points généraux

Ils sont fonction de l'examen du patient (les 8 règles diagnostiques, le pouls, la langue)

#### - points barrière des membres :

|  | genou | cheville  | épaule     | poignet  |
|--|-------|-----------|------------|----------|
| point de commande d'entrée de l'énergie <i>yang</i>  | 36VB  | 63V       | 15 ou 13GI | 6IG      |
| point de commande d'entrée de l'énergie <i>yin</i>   | 5R    | 8RP       | 2MC        | 6P       |
| point de commande de sortie de l'énergie <i>yang</i> | 36VB  | 37 ou 39E | 11IG       | 8 ou 9GI |
| point de commande de sortie de l'énergie <i>yin</i>  | 5R    | 6F        | 2P         | 4MC      |

- action sur le *taiyin* qui envoie de l'énergie vers la superficie : 7P, 6RP (action sur les oedèmes).

- action sur le *yinweimai* : 6MC.

- points des Moelles : 16GI (épaule), 8TR (membre supérieur), 39VB (membre inférieur).

- point *hui* des os : 11V.

- points d'équilibrage énergétique : 17V pour mobiliser le *yin* (mer du sang) et 17VC (aide à la production de l'énergie *wei*).

- tonification des reins : 23V en moxibustion.

### Premiers résultats d'une étude de cas cliniques

#### Revue des études dans la littérature

La plupart des études réalisées sont non randomisées et utilisent l'électroacupuncture. Elles montrent cependant des résultats cliniques encourageants, notamment sur la prise en charge de la douleur [6]. Ceux-ci ont justifié la poursuite de la pratique des techniques acupuncturales dans la prise en charge de l'algodystrophie au sein des équipes ayant réalisées les études.

Il existe deux études randomisées en double aveugle avec un groupe acupuncture et un groupe sham-acupuncture (étude de Korplan [9] et étude de Ernst [8] et Fialka [7]). Mais dans les deux cas le nombre trop petit de patients inclus (14 dans chaque étude) ne permet pas de conclure à un résultat. Cependant elles

montrent une amélioration très nette des douleurs et un taux de satisfaction des patients plus élevés dans le groupe acupuncture.

#### Premiers résultats de l'étude de cas cliniques

Cette étude est menée en collaboration avec le docteur Laurence Voisin-Becquet, médecin rhumatologue à Rouen, qui décide de l'inclusion du patient dans l'étude et valide l'effet de l'acupuncture sur l'évolution de l'algodystrophie à la fin des séances. Le diagnostic d'algodystrophie est fait sur la clinique, la scintigraphie osseuse ou la radiographie. Il est uniquement clinique dans le cas de la capsulite rétractile de l'épaule. Enfin l'acupuncture n'est associée qu'à la kinésithérapie.

L'effet des séances est jugé sur :

- la satisfaction des patients ;

- l'action sur la douleur avec l'utilisation de l'EVA (évaluation avant la première séance et à la dernière séance), les patients inclus dans l'étude ayant une EVA > 4 ;

- l'amélioration de la raideur et des troubles trophiques avec facilitation du travail du kinésithérapeute. Pour les capsulites rétractiles la raideur est évaluée avant et après les séances sur les mouvements d'abduction antérieure, de rotation externe et la distance main-fesse.

Le diagnostic énergétique est fait par l'interrogatoire en utilisant les 8 règles diagnostiques et par l'examen du pouls et de la langue.

Les premiers résultats de l'étude portent sur 42 patients dont 2 enfants (le but étant d'inclure une soixantaine de patients).

Les localisations sont les suivantes : capsulite rétractile de l'épaule (16), carpe (5), doigts (1), genou (7), cheville (6), pied (7).

Le nombre de séances effectuées est en moyenne de huit pour les capsulites rétractiles et de cinq pour les autres localisations.

Les douleurs sont le plus souvent décrites par les patients comme superficielles, pongitives et améliorées par la chaleur (stagnation de *yin* en superficie).

Dans tous les cas, on peut exclure la notion de guérison spontanée de l'algodystrophie. Ou l'amélioration est précoce, inférieure au temps de guérison spontanée

(au minimum de six mois pour la capsulite rétractile et trois mois pour les autres localisations) ou l'algodystrophie est installée dans la chronicité et améliorée par les séances d'acupuncture.

Sur les 42 cas inclus les résultats sont jugés positifs dans 37 cas avec une diminution des douleurs (évolution de la douleur moyenne à l'EVA de 6,1 à 1,7) et une amélioration de la raideur avec facilitation du travail du kinésithérapeute. Dans ces 42 cas la guérison de l'algodystrophie a été accélérée et pour certains a permis une reprise rapide du travail.

Pour cinq cas les résultats ont été jugés négatifs. Il s'agissait de deux capsulites rétractiles très serrées (avec une rotation externe < à 20%) et de deux algodystrophies anciennes compliquées d'une arthrose et d'une algodystrophie du genou compliquée d'une pathologie méniscale.

## Conclusion

Les premiers résultats de cette étude sont plutôt encourageants. L'acupuncture semble permettre une nette régression des douleurs de l'algodystrophie, une amélioration de la raideur et un raccourcissement du délai de guérison. Nous espérons que la suite de l'étude le confirmera et pourra ouvrir la voie à une étude randomisée.



D<sup>r</sup> Sylvie Bidon  
226, rue Saint Julien  
76100 Rouen  
☎ 02 35 72 80 15  
✉ sbidon001@cegetel.rss.fr

## Références

1. Voisin-Becquet L. Algodystrophie. Séminaire SAHN, Rouen, 2008.
2. Stéphan JM, Goret O. Algodystrophie du genou. Acupuncture et Moxibustion. 2002;1(1-2):54.
3. Goret O. Algodystrophie, GERA 2002. Disponible dans URL : [http://www.gera.fr/Downloads/Formation\\_Medicale/MAIN-POIGNET-ET-ACUPUNCTURE/algodystrophie%202002.pdf](http://www.gera.fr/Downloads/Formation_Medicale/MAIN-POIGNET-ET-ACUPUNCTURE/algodystrophie%202002.pdf)
4. Pawlowski B. Neuro-Algodystrophie. Acupuncture. 1982;72:29-33.
5. Schrodi L. Les algodystrophies. Bulletin de l'association de recherche et d'étude des médecines de l'Asie. 1983;2:12-15.
6. Thorer H, Le Breton L. Apport de l'acupuncture dans le traitement de l'algo-neuro-dystrophie. Acte de congrès. Deuxième congrès mondial d'acupuncture et moxibustion, Paris, 1990, 241.
7. Fialka V, Resch KL, Ritter-Dietrich D, Alacamlioglu Y, Chen O, Leitha T, Kluger R, Ernst E. Acupuncture for Reflex Sympathetic Dystrophy. Arch Intern Med. 1993;153(5):661-5.
8. Ernst E, Fialka V, Resch KL, Ritter-Dietrich D, Alacamlioglu Y, Chen O, Leitha T, Kluger R. Traditional Acupuncture for Reflex Sympathetic Dystrophy : a Randomised, Sham-controlled, Double-blind Trial. Acupuncture in medicine. 1995;13(2):78-80.
9. Korpan M. Acupuncture in the treatment of post traumatic pain syndrome. Acta orthopaedica Belgica. 1999;65(2):197-201.