

Lorenz Fischer

Thérapie neurale – indications au cabinet du médecin de famille

Compte-rendu de l'atelier de la SFD Conference tenue les 29 et 30 août 2013 à Berne

Parmi les motifs les plus fréquents de consultation du médecin de famille figurent les douleurs aiguës et chroniques, en particulier au niveau de l'appareil locomoteur. La thérapie neurale constitue une option thérapeutique efficace et qui peut facilement être mise en œuvre au cabinet du médecin de famille. Des études sont notamment parvenues à démontrer que l'intégration de la thérapie neurale dans les cabinets de médecine de famille permettait d'abaisser significativement la consommation d'analgésiques.

Définition

La thérapie neurale consiste à utiliser des anesthésiques locaux à des fins diagnostiques et thérapeutiques. La méthode exploite les propriétés régulatrices et plastiques du système nerveux. Des stimuli ciblés (par l'aiguille) et la suppression sélective de certains stimuli (par l'anesthésique local) influencent l'organisation dans le système nerveux, ainsi que la perfusion tissulaire.

Le cercle vicieux de la douleur peut ainsi être interrompu. Les effets à long terme qui ont été mis en évidence dans des études récentes chez des patients atteints de douleurs chroniques s'expliquent en grande partie par la physiopathologie moderne de la douleur.

Types de traitement

Les options suivantes sont disponibles pour la thérapie neurale et le diagnostic:

- **Thérapie locale:** par ex. infiltrations de points gâchette, d'articulations, des insertions tendineuses, des nerfs périphériques
- **Thérapie segmentaire:** par ex. papules sous-cutanées dans les zones de Head, infiltration de ganglions végétatifs et de racines nerveuses
- **Thérapie «des champs perturbateurs»:** le champ perturbateur [1] est un foyer d'irritation chronique, généralement asymptomatique, situé n'importe où dans le corps (par ex. dents de sagesse déplacées ou impactées, ostéite apicale dans la région dentaire-maxillaire, amygdalite chronique, certaines cicatrices). Le champ perturbateur peut déclencher et entretenir des douleurs, des inflammations et des perturbations du système immunitaire.

Matériel

La procaine à 1% est idéale en raison de sa courte demi-vie et donc de sa bonne contrôlabilité. Elle est déjà dégradée dans les tissus sous l'effet des pseudocholinestérases, ne donnant ainsi lieu à pratiquement aucune interaction avec des médicaments. Cet aspect rend également le traitement de la douleur par procaine particulièrement intéressant chez les patients âgés sous polymédication. En dehors d'un faible risque d'allergie, pratiquement aucun effet indésirable n'est connu pour la procaine. La procaine favorise la microcirculation indirectement par la sympatholyse et directement

par le biais de ses produits de fission. La procaine a par ailleurs un effet antiseptique et stabilisant cellulaire.

Alternative à la procaine: la lidocaïne (elle est néanmoins métabolisée par le foie et ne stimule pas la circulation sanguine).

Indications

- Maladies fonctionnelles, dégénératives et inflammatoires (le plus souvent traitement adjuvant dans ce cas) de l'appareil locomoteur
- Douleurs et limitations fonctionnelles post-traumatiques/post-opératoires
- Céphalées et douleurs faciales (migraine, céphalées de tension, céphalées en grappes, névralgie trigéminal et occipitale, sinusite chronique)
- Troubles circulatoires comme la maladie de Raynaud et en cas de diabète, de maladie de Menière, de gelures et de syndrome loco-régional douloureux complexe (maladie de Sudeck, complex regional pain syndrome CRPS)
- «Chronic pelvic pain» (cystite chronique, prostatite chronique)
- Certaines maladies auto-immunes
- Troubles fonctionnels d'organes internes (par ex. côlon irritable)

Contre-indications

Allergie aux anesthésiques locaux (très rare pour la procaine), troubles de la coagulation sanguine ou anti-coagulation, tendance aux syncopes vasovagales. Les troubles somatoformes douloureux sont eux aussi défavorables.

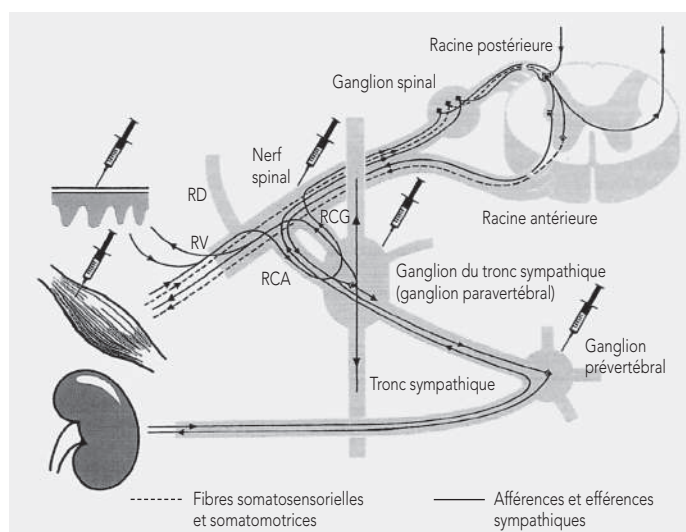


Figure 1

Connexion réflexe de la peau, des muscles et des organes internes. Représentation simplifiée. Les possibilités de combinaisons d'injections avec des anesthésiques locaux sont: papules cutanées, injection dans les muscles (points gâchette), injections dans le nerf spinal, dans le ganglion paravertébral et dans le ganglion prévertébral. L'interruption du cercle vicieux permet d'obtenir un effet durable. Extrait de: Fischer L. Neuraltherapie. In: Fischer L, Peuker E (Hrsg.): Lehrbuch integrative Schmerztherapie. MVS Stuttgart; 2011.

Neurophysiologie

Les afférences nociceptives de la peau, des muscles ou des organes internes convergent vers la corne postérieure de la moelle épinière. A partir de là, la connectivité diverge, passant à la fois par la corne latérale vers le système sympathique et par la corne antérieure vers les muscles squelettiques et le cerveau. Ainsi, les noyaux sympathiques et somatomoteurs par ex. peuvent être stimulés simultanément. Ces connexions donnent lieu à un cercle vicieux (rétroaction positive, c.-à-d. itération similaire à la théorie du chaos) de la douleur [2, 3]. Le système sympathique en est le principal médiateur (fig. 1). Le cercle vicieux est renforcé car dans des conditions pathologiques, le système sympathique efférent (!) en périphérie peut se connecter sur les afférences nociceptives à l'instar d'un court-circuit: couplage sympatho-afférent (aperçu dans la référence [4]).

Les processus nociceptifs déclenchent ainsi toujours une réponse réflexe (avec ou sans douleur), qui est médiée par les voies réflexes: cuti-viscérale, viscéro-cutanée, viscéro-somatotrice, etc. («réflexe segmentaire»). La réponse réflexe, qui est principalement médiée par le système sympathique, provoque dans certaines zones de projection (notamment zones de Head) des troubles circulatoires, des augmentations de la turgescence cutanée, une hyperalgésie de certaines zones cutanées, un dérèglement de l'organe interne relevant du métamère concerné et une augmentation du tonus musculaire, souvent avec des points gâchette. De telles altérations au niveau des zones de projection peuvent uniquement être détectées au moyen de l'anamnèse et de la palpation (fig. 2). Par ailleurs, le système sympathique peut provoquer une inflammation neurogène. Le cercle vicieux se trouve encore davantage renforcé par de tels processus de sensibilisation, de nouvelles synapses peuvent se former (neuroplasticité) et ainsi, une mémoire de la douleur peut également se développer. Des contacts physiques ou des émotions peuvent alors déclencher des douleurs.

Utilisation logique de la thérapie neurale

La thérapie neurale permet d'intervenir logiquement dans cette neurophysiologie de la douleur: la thérapie neurale implique d'une part la génération d'impulsions (piqûre d'aiguille) et d'autre part l'interruption (anesthésique local) de stimuli pathologiques. Le re-

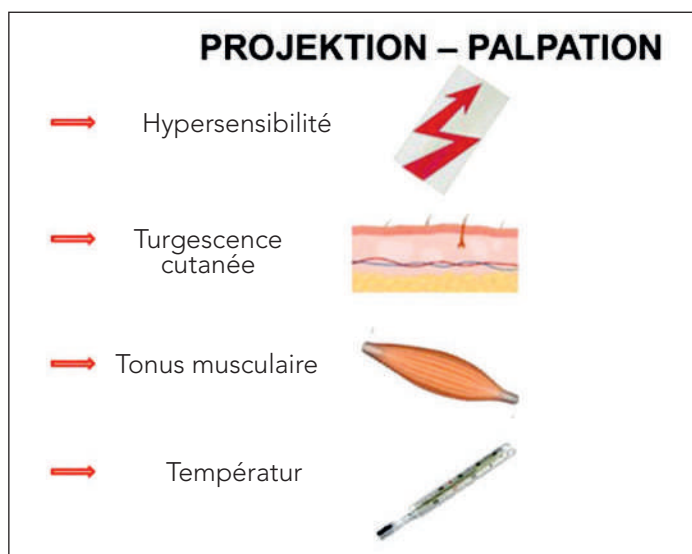


Figure 2
Le processus réflexe présenté dans la fig. 1 peut être détecté par palpation des zones de projection.

cours répété à la thérapie neurale permet d'obtenir la suppression de l'irritabilité pathologique du système sympathique et la normalisation de la perfusion tissulaire. En d'autres termes: les systèmes de traitement de la douleur sont «désensibilisés», ce qui a également une influence positive sur la mémoire de la douleur.

Le cercle vicieux «activité des nocicepteurs – stimulation du système sympathique – trouble circulatoire – inflammation neurogène – tension musculaire, etc.» peut être interrompu simultanément en différents points (fig. 1): par ex. avec des infiltrations dans les points gâchette myofasciaux (fig. 3), avec des papules cutanées,

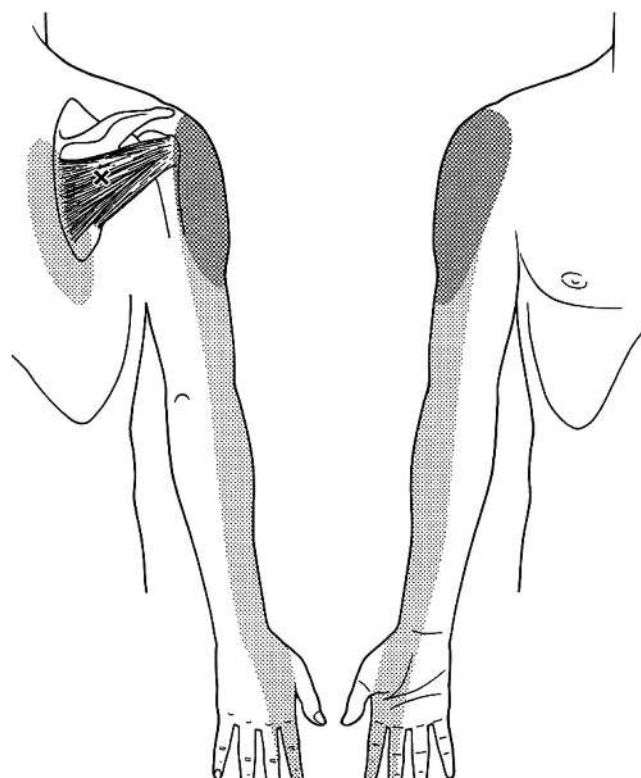


Figure 3
Points gâchette dans le muscle infra-épineux (exemple) avec irradiation potentielle de la douleur («referred pain», symptômes pseudo-radicaux). Extrait de: Fischer L. Neuraltherapie. 4. Aufl. MVS:Stuttgart; 2013.

avec des injections dans les ganglions végétatifs (fig. 4), avec des injections périvasculaires dans le sympathique.

Cassuto a par ailleurs montré en 2006 que des applications répétées d'anesthésiques locaux permettaient également d'atténuer directement les inflammations neurogènes [5]. Les piqûres d'aiguille et l'anesthésique local exercent en plus un effet bénéfique sur le «contrôle de la porte» de la corne postérieure [6] de la moelle épinière.

Utilisateurs

A la fois sur le plan diagnostique et thérapeutique, la thérapie neurale locale et segmentaire fait partie intégrante de la pratique quotidienne de toute clinique de traitement de la douleur, des rhumatologues et aussi parfois des médecins généralistes. En Suisse et dans les pays anglo-saxons, elle est le plus souvent qualifiée d'anesthésie locale diagnostique et thérapeutique. Cette partie de la thérapie neurale appartient à la médecine conventionnelle et elle est prise en charge par l'assurance de base. Quant à la thérapie des champs perturbateurs, elle appartient à la médecine complémentaire.

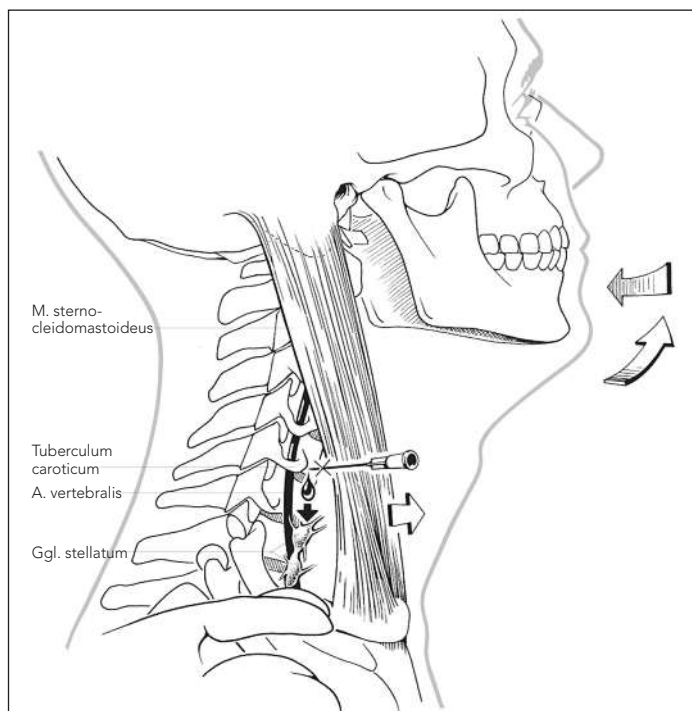


Figure 4

Injection dans le ganglion stellaire (exemple d'une thérapie segmentaire).
Extrait de: Fischer L. Neuraltherapie. 4. Aufl. MVS: Stuttgart; 2013.

Possibilité de formation

Pour acquérir le certificat d'aptitude technique en thérapie neurale SANTH/FMH, il est impératif d'être détenteur d'un titre de médecin spécialiste FMH, quelle que soit la spécialité.
Contact: www.santh.ch, [info\[at\]santh.ch](mailto:info[at]santh.ch)

Recherche

La recherche se concentre d'une part sur les mécanismes d'action et d'autre part, des études comparatives sont réalisées pour évaluer l'efficacité et l'économicité de la thérapie neurale.

Il a ainsi été possible de suivre l'évolution de maladies musculo-squelettiques chez des patients qui ont été pris en charge soit par des médecins de premier recours conventionnels soit par des médecins de premier recours pratiquant la thérapie neurale [7]. Les résultats étaient significativement meilleurs dans le groupe traité par thérapie neurale, avec notamment un nombre moindre d'arrêts maladie délivrés.

Dans d'autres études, l'effet positif à long terme de la thérapie neurale a été démontré chez des patients souffrant de douleurs résistantes aux autres traitements [8, 10, 11].

Dans une analyse d'économicité (se basant à la fois sur une étude [9] et sur les chiffres de santé-suisse [10]), nous avons pu constater que les médecins de premier recours pratiquant la thérapie neurale travaillent de manière plus économique en termes de coûts globaux (en particulier moins d'analgésiques moins d'examen complémentaires), en dépit de coûts directs de consultation légèrement plus élevés en raison des injections.

Résumé pour la pratique

- La thérapie neurale simple (papules, points gâchette, insertions tendineuses, etc.), à la fois dans une optique diagnostique et thérapeutique, peut parfaitement s'intégrer dans un cabinet de médecine de premier recours.

- L'examen manuel minutieux des zones de projection des voies réflexes (neurophysiologie!) est une condition indispensable à la réussite de la thérapie neurale.
- Des examens souvent onéreux (IRM, etc.) peuvent ainsi être évités, par ex. lorsque le caractère pseudo-radicalaire d'une lombosciatique est identifié à l'aide d'infiltrations dans l'articulation ilio-sacrée ou dans des points gâchette.
- Dans des situations de résistance thérapeutique, un diagnostic et une thérapie des champs perturbateurs peuvent être mis en œuvre.
- Les situations douloureuses complexes doivent faire l'objet d'une prise en charge holistique et le cas échéant, interdisciplinaire.

Manuels

- Barop H: Lehrbuch und Atlas der Neuraltherapie nach Huneke. Stuttgart: Hippokrates; 1996.
- Fischer L: Neuraltherapie n. Huneke. 3. Aufl. Stuttgart: Hippokrates; 2007. (Neuaufgabe: Kurs- und Praxisbuch Neuraltherapie. Neurophysiologie, Injektionstechnik, Umsetzung in die Praxis. Komplett überarbeitete 4. Aufl. Stuttgart: MVS; 2013).
- Fischer L, Peuker E (Hrsg.). Lehrbuch Integrative Schmerztherapie. Stuttgart: MVS; 2011.
- Weinschenk S (Hrsg.). Handbuch der Neuraltherapie. München: Elsevier; 2010.

Références

- 1 Huneke F. Das Sekundenphänomen in der Neuraltherapie. 6. Aufl. Heidelberg: Haug; 1989.
- 2 Fischer L. Neuraltherapie n. Huneke. 1. Aufl. Stuttgart: Hippokrates; 1998; 4. Aufl. MVS 2013.
- 3 Fischer L. Pathophysiologie des Schmerzes und Neuraltherapie. Praxis. 2003;92:2051–2059.
- 4 Jänig W. The integrative action of the autonomic nervous system. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
- 5 Cassuto D, Sinclair R, Bonderovic M. Anti-inflammatory properties of local anesthetics and their present and potential clinical implications. Acta Anaesthesiol Scand. 2006;50: 265–82.
- 6 Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms. A new theory. Science. 1965;150:971–979.
- 7 Mermod J, Fischer L, Staub L, Busato A. Patient satisfaction of primary care for musculoskeletal diseases: A comparison between Neural Therapy and conventional medicine. BMC 2008;8:33. <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/8/33>.
- 8 Egli S, Pfister M, Ludin SM, Puente de la Vega K, Busato A, Fischer L. Long-term Results of Therapeutic Local Anesthesia (Neural Therapy) in 280 Referred Refractory Chronic Pain Patients. 2013 (in Publikation).
- 9 Bissig P, Schöni-Affolter F, Fischer L, Busato A. Is Neural Therapy cheaper than conventional medicine? A comparison of cost structure in Swiss primary care providers – An observational study. Dissertation Universität Bern; 2008.
- 10 Fischer L, Ludin SM, Thommen D, Hausammann R. Antrag auf Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung betreffend der Leistung Störfeld-Therapie (Neuraltherapie nach Huneke) an das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit; 2010.
- 11 Fischer L, Barop H, Marion Bergsmann S. Health Technology Assessment Neuraltherapie nach Huneke. PEK des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit; 2005.

Correspondance:

Prof. Lorenz Fischer
Allgemeine Innere Medizin FMH, Neuraltherapie SANTH
Interventionelle Schmerztherapie SSIPM
Dozent Neuraltherapie Universität Bern
Praxis Schwanengasse 5/7, 3011 Bern
[lorenz.fischer\[at\]kom.unibe.ch](mailto:lorenz.fischer[at]kom.unibe.ch), [fischer.lor\[at\]bluewin.ch](mailto:fischer.lor[at]bluewin.ch)