



L'EFFICACITÉ DURABLE DE LA MÉTHYLPREDNISOLONE ET DU KÉTOROLAC DANS L'ARACHNOÏDITE ADHÉSIVE (AA)

Lorsque mes collègues et moi avons fondé Arachnoiditis Hope il y a environ huit ans, notre priorité absolue était de trouver des traitements capables de soulager la douleur et d'améliorer le confort des patients atteints d'AA. À l'époque, comme aujourd'hui, aucun traitement de l'AA n'est proposé dans les manuels médicaux, et de nombreux médecins affirment encore qu'il n'existe aucun traitement et qu'« on ne peut rien faire ».

Un protocole a émergé: le Dr Antonio Aldrete nous a informés que la méthylprednisolone (MP) par voie intraveineuse atténuait la douleur et l'inflammation de l'AA aiguë (c'est-à-dire post-épidurale). Il n'avait cependant pas utilisé ce corticostéroïde en traitement ambulatoire et continu de l'AA. Par chance, un médecin souffrant d'une AA sévère nous a confié avoir tout essayé, et que le kétorolac était le seul médicament qui soulageait la douleur. Dans un premier temps, nous avons expérimenté des injections uniques de MP et de kétorolac. Dans presque tous les cas, la douleur était soulagée pendant quelques heures. À peu près à la même époque, des médecins étudiant l'épuisement surrénalien ont publié que de faibles doses de corticostéroïdes administrées de façon intermittente pouvaient être efficaces sans les effets secondaires de la cortisone. Une étude publiée dans le Journal of the American Medical Association indiquait que le kétorolac était sûr, sauf à fortes doses pendant plus de cinq jours consécutifs. Nous avons alors décidé de nous inspirer de la naltrexone à faible dose. Pourquoi ne pas associer de faibles doses de méthylprednisolone (MP) et de kétorolac, administrées de façon intermittente? C'est ainsi qu'est né le protocole que nous utilisons depuis plus de six ans. La prise de ces deux médicaments, un à trois jours par semaine à faibles doses, s'est avérée, de loin, notre meilleur traitement. L'espacement des prises permet de limiter les effets secondaires, et cette association est efficace chez la quasi-totalité des patients.

Études complémentaires: Une étude scientifique menée auprès de patients brûlés a combiné l'utilisation de MP et de kétorolac et a démontré son extrême efficacité. Il a été démontré que le kétorolac inhibe le récepteur N-méthyl-D-aspartate (NMDA) dans le système nerveux central, ce qui explique son efficacité contre les douleurs rachidiennes, contrairement à d'autres anti-inflammatoires. La méthylprednisolone (MP) et la dexaméthasone, un autre corticostéroïde, possèdent des récepteurs dans la moelle épinière et favorisent donc la cicatrisation des tissus spinaux, tandis que la prednisone et l'hydrocortisone sont généralement inefficaces. Dans un éditorial alarmant du Wall Street Journal (3 mai 2023), le kétorolac était présenté comme la seule alternative connue aux opioïdes et il était même suggéré qu'un flacon de comprimés oraux devrait se trouver dans presque toutes les armoires à pharmacie américaines!

Appel à participants: Arachnoiditis Hope recueille des données et des témoignages de patients atteints d'arachnoïdite arachnoïdienne (AA) ayant utilisé l'association MP et kétorolac. Nous avons un besoin urgent, à l'échelle mondiale, de publier un rapport de recherche sur les expériences vécues avec cette association. Nous avons besoin de votre aide. Si vous avez utilisé MP et kétorolac, veuillez nous communiquer votre nom et votre adresse électronique afin que nous puissions vous inclure dans cette étude.

Résumé: L'utilisation intermittente de faibles doses de méthylprednisolone et de kétorolac est employée depuis plusieurs années et demeure notre meilleur traitement, avec peu d'effets secondaires. De nouveaux protocoles alternatifs ont été mis au point, mais leur efficacité pourrait être moindre.

Références:

1. Strum B, et al. Parenteral ketorolac and risk of gastrointestinal and operative site bleeding. *JAMA* 1996;275:376-387.
2. Stubhaug A, et al. Methylprednisolone and ketorolac rapidly reduce hyperalgesia around a skin burn injury and increase pressure pain thresholds. *Acta Anes Scan* 2007;54:1138-1144.
3. Sotgiu ML, et al. Central effect of ketorolac involving NMDA receptor activity. *Brain Res* 1998;813:223-226.
4. Takedo, et al. Effect of methylprednisolone on neuropathic pain and spinal glial activation in rats. *Anesth* 2004;700:1249-1257.

*_This educational information is provided as a public service by "Arachnoiditis Hope."
Tennant Foundation, 336 1/2 S. Glendora Ave., West Covina, CA 91790.
Email: tennantfoundation92@gmail.com Fax: 626-919-7497 Website: www.arachnoiditishope.com*