



CURE DE 6 JOURS DE MEDROL®
ET CORTICOSTÉROÏDES À FAIBLE DOSE

Je reçois presque quotidiennement un nouveau cas très instable. La douleur est incontrôlable, les patients consultent aux urgences, les médecins préconisent une intervention chirurgicale ou une péridurale, leurs fonctions mentales et physiques sont altérées, leur qualité de vie est fortement dégradée. Pour les personnes instables souffrant d'arachnoïdite adhésive ou d'autres douleurs chroniques réfractaires, il est généralement recommandé de suivre une cure de 6 jours de Medrol®, puis d'administrer régulièrement une faible dose de corticostéroïde.

Justification :

L'instabilité clinique est presque toujours due à une inflammation incontrôlée. Cette inflammation peut être causée par une atteinte de la queue de cheval et de l'arachnoïde, mais aussi des cellules gliales du cerveau et de la moelle épinière. Il est impératif de contrôler immédiatement l'inflammation dans ces deux zones anatomiques, puis de la maîtriser de façon continue.

Les corticoïdes sont supérieurs :

À ce jour, aucune classe de médicaments n'a démontré une capacité à supprimer et à contrôler l'inflammation comparable à celle des corticostéroïdes.

Traitement de 6 jours avec du Medrol (méthylprednisolone) :

Ce traitement de 6 jours permet de réduire considérablement l'inflammation, mais seulement de façon temporaire. Si l'état du patient s'améliore avec ce traitement, on diagnostique une inflammation non contrôlée et un traitement continu par corticostéroïdes doit être instauré.

Traitement à faible dose :

Une étude de référence montre que la prednisone (2,5 à 5,0 mg) peut être prise 2 à 3 jours par semaine sans complications pendant une période prolongée. (Voir référence ci-dessous) Outre la prednisone, la méthylprednisolone (2 à 4 mg) ou la dexaméthasone (0,5 mg) peuvent être utilisées 2 à 3 jours par semaine.

Résumé :

Les personnes atteintes d'arachnoïdite adhésive ou d'autres douleurs chroniques et instables devraient envisager un traitement de 6 jours par Medrol® Dose Pak, suivi d'une corticothérapie intermittente à faible dose. Il est important de noter qu'à ce jour, peu de cas d'arachnoïdite adhésive ont répondu favorablement à l'absence de corticothérapie à faible dose.

Références

1. Strohl C, Biglami JW, et al. Defining conditions where long term glucocorticoid treatment has an acceptable low level of harm to facilitate implementation of existing recommendation: viewpoint from an EULAR task force. *Ann Rheum Dis* 2016;75:952-957.
2. Tanaka J, Fugita H, Mostsudos S, et al. Glucocorticoid and mineral corticoid receptors in microglial cells: the two receptors mediate differentiation effect of corticosteroids. *Glia* 1997;20:23-37.