

*Projet d'éducation  
thérapeutique pour  
l'arachnoïdite*

# Protocole Médical Pour l'Arachnoïdite

## MÉTHODE DE FOREST TENNANT M.D., Dr. P.H.

338 S. Glendora Ave.  
West Covina, CA 91790  
626-919-0064  
FAX: 626-919-0065  
E-mail: [veractinc@msn.com](mailto:veractinc@msn.com)

Websites: [www.foresttenant.com](http://www.foresttenant.com)  
[www.hormonesandpaincare.com](http://www.hormonesandpaincare.com)

Janvier, 2016

### **L'ARACHNOÏDITE: UNE MALADIE RARE QUI EXIGE DES SOINS RARES**

Ce document a été conçu en tant que service public rendu aux médecins, aux infirmières praticiennes et aux autres professionnels de la prise en charge médicale par la Fondation Tennant.

**PROTOCOLE MÉDICAL**  
**TABLE DES MATIÈRES**

N°	Document	page
1	L'ARACHNOÏDITE: COMMENT SE DÉVELOPPE-T-ELLE ET COMMENT ÉVOLUE-T-ELLE ?	3-4
2	DÉFINITION ET DIAGNOSTIC	5-6
3	PREMIÈRE RENCONTRE AVEC UN PATIENT ATTEINT D'ARACHNOÏDITE	7
4	ÉVALUATION EN LABORATOIRE	8
5	MAÎTRISE DE LA DOULEUR INITIALE	9-10
6	MAÎTRISE DE LA NEUROINFLAMMATION	11
7	MAÎTRISE DES ACCÈS DOULOUREUX OU DES CRISES DOULOUREUSES	12
8	MAÎTRISE DES ACCÈS DOULOUREUX SÉVÈRES OU AIGUS	13
9	NEUROGENÈSE (Croissance Nerveuse)	14
10	NOTES ET RATIONNEL DU DÉVELOPPEMENT DE CE PROTOCOLE DE SOINS	15
11	ÉVALUATIONS DE SUIVI	16

## L'ARACHNOÏDITE : COMMENT SE DÉVELOPPE-T-ELLE ET COMMENT ÉVOLUE-T-ELLE ?

La définition simple de l'arachnoïdite est celle d'une inflammation de la paroi arachnoïde du sac dural. On appelle arachnoïdite adhésive la forme d'arachnoïdite dans laquelle la paroi arachnoïde a adhéré ou s'est collée elle-même aux racines nerveuses de la moelle épinière.

Les définitions ci-dessus ne décrivent pas le processus pathologique habituel, antérieur au développement tragique de l'arachnoïdite adhésive. Le vrai processus pathologique débute avec une inflammation des racines nerveuses ou une inflammation de la queue de cheval. C'est seulement lorsque les racines nerveuses enflammées se collent ou adhèrent (en formant une adhérence) à la paroi de l'arachnoïde que l'arachnoïdite survient. Quelques patients, qui sont diagnostiqués comme souffrant d'arachnoïdite ou présentent les symptômes de cette pathologie, souffrent seulement d'une inflammation nerveuse et n'ont pas progressé jusqu'au moment où les racines nerveuses ont adhéré à la paroi de l'arachnoïde. Cela ne signifie pas nécessairement que les symptômes et les lésions sont moindres ou que cela nécessite la mise en place d'un traitement agressif.

### INTERPRÉTATION DES IRM

Les examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont rarement interprétés par les radiologues comme démontrant la présence de l'arachnoïdite même si le patient en présente tous les symptômes. Cela se produit habituellement parce que les racines nerveuses sont au stade de l'inflammation et de l'agglutination mais n'ont pas encore adhéré elles-mêmes à la paroi de l'arachnoïde. Une inflammation des racines nerveuses ou de la queue de cheval peut cependant souvent être observée par IRM puisque l'inflammation provoque un œdème (un gonflement), un déplacement et l'adhérence ou l'agglutination des racines nerveuses entre elles.

### RISQUE DE NEUROINFLAMMATION

Ne vous trompez pas sur le compte de l'inflammation des racines nerveuses. C'est extrêmement douloureux, invalidant et évolutif. L'une des raisons principales à l'origine de la rédaction de ce court livret d'éducation thérapeutique est d'élargir la compréhension de l'inflammation des racines nerveuses, étendre l'interprétation des IRM et surtout en appeler à la mise en place d'un traitement plus agressif de l'inflammation des racines nerveuses

### LE CADRE ANATOMIQUE D'UNE INFLAMMATION DE LA QUEUE DE CHEVAL

Le processus pathologique qui provoque l'arachnoïdite peut survenir à cause de la composition anatomique de la moelle épinière et des racines nerveuses. La moelle épinière elle-même descend du cerveau par le canal vertébral jusqu'à la première vertèbre lombaire. L'extrémité est de forme conique connue sous l'appellation "cône médullaire". Deux douzaines de nerfs en forme de cordes connues sous le nom de racines nerveuses ou collectivement sous le nom de "cauda equina" (qui signifie en latin queue de cheval en raison de sa similitude d'aspect) partent du cône et s'étendent vers le bas jusqu'au sacrum. Ces racines nerveuses sont enveloppées dans un sac protecteur, connu sous le nom de sac dural, sa paroi est appelée matière dure et sa couche la plus interne est appelée arachnoïde. A l'intérieur du sac dural, se trouve le liquide céphalo-rachidien qui est là pour nourrir les racines nerveuses et permettre au cerveau de se débarrasser des toxines telles que des particules tissulaires qui peuvent résulter de l'inflammation. Les petites racines nerveuses baignent toujours dans ce liquide et sont couvertes par une protection. Tout contaminant ou agent irritant qui pénètre dans cette zone protégée peut déclencher un processus inflammatoire en cours.

Pour dire les choses simplement, si l'inflammation des racines nerveuses n'est pas enrayée, les racines nerveuses vont s'agglutiner en masse (à caractère tumoral), et provoquer des douleurs aiguës tout en endommageant sérieusement les nerfs, reliés à l'estomac, à l'intestin, aux organes génitaux, aux jambes et aux pieds, au bassin. L'agglutination retient l'électricité, interfère avec la conduction nerveuse et l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, produisant des déchets (sous-produits) toxiques et inflammatoires qui entraînent l'apparition d'une pathologie auto-immune systémique (s'exprimant dans le corps entier). L'électricité emmagasinée et les lésions de la conduction nerveuse entraînent des symptômes tels que des suees, des bouffées de chaleur, des jambes qui tressautent (jambes sans repos) et des sensations de brûlures dans les pieds. La masse formée par l'agglutination nerveuse peut également être à l'origine d'un blocage de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien qui peut entraîner des maux de tête, une vision trouble et des douleurs derrière les yeux. Tous ces symptômes peuvent survenir sans que la couche arachnoïde soit effectivement adhérente aux racines nerveuses enflammées.

### NÉCESSITÉ D'UN DIAGNOSTIC PRÉCOCE

Les patients ont tendance à répondre d'une bien meilleure manière au traitement s'ils présentent seulement une inflammation des racines nerveuses, n'ayant pas encore évolué vers une formation adhérente aux racines nerveuses enflammées. L'inflammation de la racine nerveuse de la queue de cheval est similaire à celle rencontrée en cas d'arthrite rhumatoïde dans une articulation. Si cela n'est pas maîtrisé à l'aide d'un traitement médicamenteux agressif, l'articulation sera progressivement plus douloureuse, déformée et détruite. Le même processus survient sur les racines nerveuses du canal rachidien.

### UN ESPOIR CROISSANT POUR L'AVENIR

Le terme d'arachnoïdite va continuer à être utilisé pour englober à la fois les patients qui montrent des signes d'adhérence à la couche arachnoïde et ceux dont les racines nerveuses sont enflammées et agglutinées les unes aux autres de manière pathologique. L'arachnoïdite est toujours listée comme une maladie rare, dans le Registre des Maladies Rares et elle est suffisamment reconnue pour bénéficier de son propre code dans la Classification Internationale des Maladies (ICD 10 G 03 09). Par le passé, on a considéré qu'il s'agissait d'une pathologie incurable pour laquelle l'on pouvait seulement mettre en place un traitement symptomatique.

Notre nouvelle compréhension de l'inflammation des racines nerveuses, de l'autoimmunité, de la douleur centralisée, de l'électromagnétisme et des neuro-hormones nous a donné les outils pour acquérir une maîtrise croissante de l'arachnoïdite et l'inflammation des racines nerveuses exactement comme nous le faisons pour l'arthrite rhumatoïde. Un protocole médical pour le traitement de l'arachnoïdite a été développé pour les patients en ambulatoire et les praticiens et il sera rendu disponible sur demande. Tout patient souffrant d'arachnoïdite peut et devrait maintenant bénéficier d'un soulagement et d'une guérison suffisants pour lui permettre de mener une vie avec du sens et une certaine qualité de vie, sans souffrir.



PROJET D'EDUCATION  
THERAPEUTIQUE POUR L'ARACHNOIDITE  
THE TENNANT FOUNDATION  
334 S. GLENDORA AVE  
WEST COVINA, 91790/ Ph: 626-919-7476 / Fax: 626-919-7497  
E-mail: [veractinc@msn.com](mailto:veractinc@msn.com)

**"Notre mission est  
d'apporter un traitement  
pour l'arachnoïdite à  
chaque communauté".**

## DÉFINITIONS ET DIAGNOSTICS

INFLAMMATION DE LA QUEUE DE CHEVAL (ICQ): Diagnostiqué quand par IRM, les racines nerveuses de la queue de cheval montrent des signes d'inflammation, y compris un gonflement (œdème), un déplacement et une agglutination. L'inflammation de la queue de cheval se déclenche souvent et est un signe précurseur d'arachnoïdite adhésive.

ARACHNOÏDITE ADHÉSIVE: Diagnostiquée lorsque quelques racines nerveuses de la queue de cheval sur l'IRM sont adhérentes ou conjointes par des adhérences à la paroi arachnoïde du sac dural. C'est une maladie neuro-inflammatoire évolutive qui peut entraîner des douleurs sévères, des lésions neurologiques multiples, une obstruction de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, une para parésie des extrémités des membres inférieurs et des manifestations auto-immunes systémiques.

### DIAGNOSTIC CLINIQUE DE L'INFLAMMATION DE LA QUEUE DE CHEVAL ET/OU DE L'ARACHNOÏDITE

- ✓ Antécédents de traumatismes, de blessures ou d'autres lésions de la colonne vertébrale
- 2. Douleur localisée dans la colonne vertébrale
- 3. Quelques symptômes neuropathiques qui peuvent inclure :
  - ✓ Des douleurs irradiantes
  - ✓ Un dysfonctionnement vésical ou intestinal
  - ✓ Des brûlures plantaires
  - ✓ Un dysfonctionnement des organes génitaux
  - ✓ Des nausées
  - ✓ Des douleurs en position assise
- 4. Une interruption de l'écoulement du liquide céphalo-rachidien qui peut se manifester par:
  - ✓ Des céphalées
  - ✓ Une vision trouble
  - ✓ Une faiblesse en position debout
- 5. L'examen physique démontre des lésions neurologiques qui peuvent inclure :
  - ✓ Une extension douloureuse des bras et / ou des jambes
  - ✓ L'incapacité à garder les jambes droites et tendues
  - ✓ Une asymétrie des muscles para-spinaux
  - ✓ Une faiblesse des extrémités des membres inférieurs
  - ✓ Une indentation de la colonne lombaire
  - ✓ Une absence de réflexes dans les extrémités des membres inférieurs
- 6. Manifestations inflammatoires auto-immunes ou systémiques
  - ✓ Accès de fièvre
  - ✓ Suées
  - ✓ Myalgie / arthralgie

7. Résultats en laboratoire de marqueurs inflammatoires élevés

- ✓ Vitesse de sédimentation des érythrocytes (VS)
- ✓ Réactive à la protéine C
- ✓ Taux anormaux de cortisol, prégnénone, DHEA, progestérone, œstradiol

8. L'IRM confirme les antécédents typiques, les symptômes et les résultats physiques

# PREMIÈRE RENCONTRE AVEC UN PATIENT SOUFFRANT D'ARACHNOÏDITE

## NOTES AU PRATICIEN

La plupart des praticiens ont seulement entendu parler de l'arachnoïdite mais ne savent pas vraiment ce que c'est. Il est naturel d'être intimidé, incertain ou confus ("Je l'étais !", dit Forest Tennant). Cette pathologie est "rare" et nécessite la prise de mesures immédiates afin d'enrayer la progression inflammatoire sévère.

### ETAPES:

Ce protocole ne doit pas être suivi à moins que le patient dispose d'un diagnostic sûr et fiable à 100% d'arachnoïdite car plusieurs traitements utilisés ici ne font pas partie des traitements classiques et ne sont pas traditionnellement indiqués dans un autre cadre thérapeutique que celui-ci.

1. Prescrire un traitement anti-inflammatoire à court terme et sans danger
  - a. 6 jours de Méthylprednisone (Medrol®) un pack de doses ou équivalent
  - b. Kétérolac (Toradol®), 30 à 60 mg en intramusculaire pendant 1 à 3 jours
2. Demander à effectuer en laboratoire un panel d'examens étudiant les marqueurs inflammatoires et les taux hormonaux.
4. Débuter un traitement antalgique à faible dose ou continuer le traitement si le patient en prend déjà un à cet effet.
5. Ce protocole est accompagné par un manuel à destination des patients et des familles : "Traitement de soutien pour l'arachnoïdite : un Manuel pour les Patients et leurs Familles". Ce manuel contient assez d'informations pour permettre au patient de rester en vie, autonome, en espérant l'amener plus vers un état proche de la guérison que vers un état qui se détériore progressivement où l'inflammation évolue.
6. Suivre le patient à intervalles réguliers. Lui conseiller de sortir du lit et de marcher quotidiennement. Mettre en place autant que faire se peut ce protocole de manière pratique. C'EST UNE MALADIE RARE QUI EXIGE DES SOINS RARES !!

Un traitement efficace nécessite un effort simultané et prolongé sur 3 plans.

1

Maîtrise de la douleur

2

Maîtrise de la neuro-inflammation

3

Neuro-génèse

## EVALUATION EN LABORATOIRE

Nous recommandons les tests sanguins suivants afin de permettre au traitement de s'affiner. Si le patient n'est pas à même de prendre en charge financièrement les prises de sang, poursuivez le traitement puisque les états inflammatoires relatifs à l'inflammation de la queue de cheval et à l'arachnoïdite peuvent connaître une évolution rapide avec des conséquences désastreuses

<u>TESTS</u>	<u>RAISON/ RATIONNEL</u>
<b><u>MARQUEURS INFLAMMATOIRES</u></b>	Si les taux sont élevés, envisagez un traitement de courte durée à base de glucocorticoïdes et / ou kétorolac.
VS (vitesse de sédimentation)	
Protéine C réactive	
Interleukine 6 (IL 6)	
<b><u>HORMONES</u></b>	Un taux d'ACTH (trop élevé ou trop bas) est une manifestation d'une douleur non maîtrisée. Des taux hormonaux faibles pour ce qui concerne une hormone spécifique va nécessiter une faible dose de supplémentation hormonale
Adrénocorticotrophine (ACTH)	
Cortisol	
DHEA	
Œstradiol	
Prégnénolone	
Progestérone	
Testostérone	
<b><u>CATÉCHOLAMINES</u></b>	Les catécholamines exercent un contrôle des voies descendantes de la douleur. Des taux dans le tiers le plus faible du panel d'examen en laboratoire indiquent généralement la nécessité de prescrire un agent adrénergique.
Métanéphrines-Plasmatisques	
Norépinéphrine-Plasmatisque	

## MAÎTRISE DE LA DOULEUR À SON STADE INITIAL

CHOISISSEZ UN AGENT PARMI LES CATÉGORIES LISTÉES. LES DOSAGES NÉCESSAIRES EN DÉBUT DE TRAITEMENT SONT SUSCEPTIBLES D'ÊTRE LISTÉS.

### 1. OPIOÏDE(S) À ACTION COURTE

TRAMADOL	HYDROMORPHONE
CODEINE-ACÉTAMINOPHÈNE	TAPENTADOL
HYDROCODODE-ACÉTAMINOPHÈNE	MORPHINE
OXYCODONE-ACÉTAMINOPHÈNE	

Essayez de maîtriser la douleur avec un traitement à base d'opioïdes à action courte. Une combinaison de tramadol ou un composé codéiné avec l'hydromorphone ou le tapentadol est généralement assez efficace. Évitez les opioïdes à action longue durée si possible pour minimiser la suppression endocrinienne. Débutez le traitement par la prise du dosage commercial le plus faible et augmentez le titrage pour atteindre le soulagement de la douleur. Changez d'opioïdes si nécessaire pour atteindre un soulagement de la douleur.

### 2. AGENTS NEUROPATHIQUES (Diminue la Conduction Electrique à l'intérieur des Nerfs)

- a. GABAPENTIN, 100-300 mg, un 3 à 4 fois/jour
- b. CARISOPRODOL, 350 mg, un 2 à 4 fois/jour
- c. DIAZEPAM, 10 mg, 3 à 4 fois/jour

NOTE: Plusieurs agents thérapeutiques tels que baclofen, topiramate, pregabalin, lorazepam, ou duloxetine peuvent constituer des alternatives efficaces. Attention à leur effet sédatif.

### 3. AGENTS ADRÉNERGIQUES (médicaments à base d'adrénaline ou médicaments catécholaminergiques)

- a. Sels d'Amphétamine ( Adderall®) de 5 à 10 mg, 2 par jour, un à 8 h. du matin et l'autre à 17 h.
- b. Dextroamphétamine, 5-10 mg, 2 par jour, un à 8 h. du matin et l'autre à 17 h.
- c. Méthylphénidate, 5-10 mg, 2 par jour, un à 8 h. du matin et l'autre à 17 h.
- d. Phentermine, 37.5 - ½ comprimé, 2 fois par jour, un à 8 h. du matin et l'autre à 17 h.

NOTE : Ces agents permettent de maîtriser la douleur descendante qui peut être prédominante dans l'arachnoïdite. Vous pouvez augmenter la dose de départ et changer d'agents si nécessaire. D'autres agents adrénergiques tels que le modafinil ou la lisdexamfétamine peuvent constituer des alternatives efficaces.

### 4. LE RÉCEPTEUR ANTAGONISTE DU N-MÉTHYL-D-ASPARTATE (NMDA)

Kétamine, prenez-en selon l'une des 2 posologies suivantes :

- a. La capsule de kétamine par voie orale ou sa solution sublinguale 10-20 mg de 2 à 4 fois/jour. Augmentez la dose sur une période de 6 semaines de 25 à 50 mg. NOTER : la kétamine peut provoquer une somnolence.

b. Kétamine, de 25 à 50 mg au moment du coucher.

NOTE : La stabilisation des récepteurs des récepteurs de la NMDA peut s'avérer essentielle dans la maîtrise de la douleur des patients souffrant d'arachnoïdite.

#### **5. SOMNIFÈRES**

a. Témazépam, 15 à 30 mg

b. Zolpidem, 10-12.5 mg

NOTE: Utiliser tout autre somnifère qui aide le patient. Quatre heures consécutives de sommeil sont la quantité de sommeil presque maximale qu'un patient souffrant d'arachnoïdite peut espérer atteindre. La mélatonine peut potentialiser un somnifère.

#### **6. LES PRÉCURSEURS DE L'ACIDE GAMMA AMINO BUTYRIC (GABA)**

Taurine ou glutamine, 2000 mg par jour. A prendre à jeun.

#### **7. ANALGÉSQUES DERMIFIQUES OU TOPIQUES**

Lidocaïne Gel/Pommade - Massez pour faire pénétrer la crème aux endroits douloureux selon vos besoins jusqu'à 4 fois par jour.

Carisoprodol de 700 à 1050 mg - Dissous dans une once de crème ou de pommade. A utiliser jusqu'à 4 fois par jour.

Morphine de 60 à 90 mg - Dissoute dans une once de crème ou de pommade. A utiliser jusqu'à 4 fois par jour.

OBJECTIF: Atteindre un soulagement de la douleur suffisant pour sortir du lit ou du canapé et mener à bien les tâches normales de la vie quotidienne. Utiliser les opioïdes à action longue durée, injectables à travers l'épiderme ou les muqueuses pour atteindre ce but si nécessaire.

**AVERTISSEMENT SPECIFIQUE : Les 7 catégories d'agents visant à maîtriser la douleur listés ci-dessus ne sont pas nécessairement tous à utiliser simultanément. L'arachnoïdite peut provoquer des douleurs si importantes que l'utilisation simultanée d'un agent provenant de la plupart des catégories sera nécessaire.**

## MAÎTRISE DE LA NEUROINFLAMMATION

1. Soutien des glandes surrénales : méthylprednisolone 4 mg ou prednisone 5 à 10 mg, à 15 h, 5 fois par semaine.
2. Ketorolac (Toradol®), 30 à 60 mg en intramusculaire, une fois /semaine (par exemple le lundi)
3. Envisagez l'une des options supplémentaires :
  - ✓ Choline magnésium trisalicylate 500 mg/5ml, 1 cuillère à café 2 à 3 fois /jour
  - ✓ Minocycline de 100 à 200 mg/jour
  - ✓ Acétazolamide de 75 à 250 mg/jour

Notes : Les douleurs sévères constantes provoquées par l'arachnoïdite nécessitent un soutien surrénal. Le kétorolac est très efficace mais ne peut pas être pris pendant plus de 5 jours consécutifs. Les taux de créatinine peuvent faire l'objet d'une évaluation périodique pour déterminer toute toxicité potentielle du kétorolac. Nos efforts ne nous ont pas permis de découvrir des agents anti-inflammatoires standards ni de prouver leur efficacité potentielle, probablement à cause de l'inflammation du système nerveux central provoquée par l'activation micro-gliale.

## **MAÎTRISE DES ACCÈS DE DOULEURS ET DES DOULEURS SOUDAINES**

1. Un corset dorsal léger
2. L'application d'une crème analgésique topique et des infrarouges ou de la chaleur utilisée pour maximiser la pénétration.
  - ✓ Gel à la lidocaïne
  - ✓ Morphine
  - ✓ Carisoprodol
3. Augmentez temporairement les doses et/ou la fréquence des prises pour les opioïdes à action courte, pour les agents neuropathiques, et/ou pour la kétamine.

Option: Les patients peuvent avoir besoin d'une injection locale de corticoïdes à un "point déclencheur" qui peut être pratiquée en toute sécurité à une distance de "1/2 -1" de la colonne vertébrale.

OBJECTIF : Maintenir chez le patient une activité fonctionnelle et une mobilité pour qu'il puisse marcher quotidiennement et réaliser les exercices d'étirement.

## MAÎTRISE DES CRISES SÉVÈRES ET AIGÜES

NOTE : TOUS LES PATIENTS ATTEINTS D'ARACHNOÏDITE EN DÉPIT D'UNE MAÎTRISE DES DOULEURS COURANTES PEUVENT ÊTRE SUJETS À DES CRISES SÉVÈRES QUI CLOUENT LE PATIENT AU LIT ET PROVOQUENT UN ÉTAT INVALIDANT. POUR MAÎTRISER CES CRISES, NOUS AVONS DÉCOUVERT 3 COMPOSÉS INJECTABLES ESSENTIELS.

1. KÉTOROLAC (Toradol®)

30 - 60 mg, en intra musculaire pendant 3 jours consécutifs

2. MÉTHYLPREDNISOLONE

40 - 80 mg, en intra musculaire pendant 3 jours consécutifs

3. HYDROMORPHONE

2 mg en intra musculaire pendant 4 à 6 heures jusqu'à ce que la crise s'apaise.

### NEUROGENESE (Croissance Nerveuse)

1. Supplémentez les hormones déficientes telles qu'elles ont été déterminées par le test du sérum ou de la salive
  - a) Prégnénolone
  - b) DHEA
  - c) Hormones Thyroïdiennes
  - d) Testostérone
  - e) Cortisol
  - f) Œstradiol
  - g) Progestérone
2. Vitamine B<sub>12</sub> : 2 à 3 fois par semaine (en sublingual ou par voie orale)
3. Godanotrophine chorionique humaine (GCH) : 500 unités, administrée en sublingual ou en injection, 3 jours/semaine.
4. OPTIONNEL : Ajoutez de l'ocytocine (40 unités par millilitre) administrée en sublingual deux fois/jour si le patient fait des progrès.

Les dosages mentionnés ci-dessus sont à utiliser en début de traitement et peuvent être ajustés au fil du temps.

**NOTES ET RATIONNEL POUR LE DÉVELOPPEMENT**  
**DE CE PROTOCOLE MÉDICAL**

- Le "Projet pour l'Arachnoïdite" a permis de rassembler des données provenant de 125 IRM montrant une inflammation de la "queue de cheval" et/ ou une arachnoïdite adhésive (AA)
- Très peu d'agents thérapeutiques tels que les agents anti-inflammatoires et les décontractants musculaires ont prouvé leur efficacité dans l'amélioration de la douleur et des symptômes de l'arachnoïdite. Cette inefficacité est en partie attribuée et liée à l'incapacité de la plupart des agents thérapeutiques à traverser la barrière hémato-encéphalique et / ou pénétrer le liquide céphalo-rachidien en quantités suffisantes pour être efficace.
- Ce protocole médical liste de nombreux usages des agents thérapeutiques qui ne sont pas classiques ou conformes à l'étiquetage. Les patients et leurs familles doivent être conscients de ce fait. Les agents thérapeutiques de ce protocole ont été identifiés par des essais cliniques.
- Quelques risques avec le kétorolac, la kétamine, l'acétazolamide et les glucocorticoïdes sont bien connus. Ils sont cependant utilisés ici puisque l'inflammation de la queue de cheval et l'AA peuvent être évolutives et entraîner une paralysie désastreuse, une invalidité et un état grabataire où le patient est cloué au lit.
- Des évaluations trimestrielles des fonctions hépatiques et rénales sont recommandées pour identifier une toxicité potentielle du kétorolac, de l'acétaminophène et d'autres agents.
- Nos meilleurs résultats concernent des patients atteints d'inflammation de la queue de cheval et d'arachnoïdite adhésive pour lesquels nous avons réussi à atteindre une bonne maîtrise de la douleur et de l'inflammation et qui utilisent les neuro-hormones, la gonadotrophine chorionique humaine et l'ocytocine.
- Un livret à l'usage des patients et des familles intitulé "Traitements de soutien pour l'Arachnoïdite: un Livret pour les Patients et leurs Familles" accompagne ce protocole médical. Il contient des informations sur des sujets tels que l'alimentation, les exercices, les mesures du liquide céphalo-rachidien et le port d'un corset. De nombreuses mesures et orientations thérapeutiques sont fondées sur la pure expérience clinique et leur mise en pratique n'est étayé par aucun consensus scientifique ni aucune preuve clinique.

## ÉVALUATIONS DE SUIVI

Les patients atteints d'arachnoidite bénéficient d'un suivi à vie. Plutôt que de se fonder seulement sur les scores visant à évaluer la douleur, les évaluations suivantes, plus objectives, sont recommandées.

1. Vitesse de sédimentation des érythrocytes et la protéine C-réactive mesurée par dosage ultra-sensible doivent se situer dans la fourchette des taux normaux. Si ces mesures sont élevées, la prescription d'agents anti-inflammatoires neurologiques supplémentaires devra être tentée.
2. Amplitude des mouvements et étirements. Les patients devraient progressivement être à même d'atteindre une amplitude maximale lors des étirements des bras et des jambes.
3. Les patients doivent pratiquer la marche en extérieure quotidiennement.
4. Les crises et les douleurs soudaines devraient être moins sévères et moins fréquentes. La douleur courante est susceptible d'être essentiellement fixée puisqu'elle est potentiellement centralisée.
5. Reconstruire une vie. Chez les patients atteints d'arachnoidite, la pathologie est parfois si sévère qu'ils se retirent de la vie et doivent réapprendre les relations sociales et trouver des activités pour occuper leur temps tout en tenant compte de la diminution de leurs capacités.