

Cet article, paru dans un journal de MO, a donc pour seul intérêt de mettre en lumière l'indication de la MTC dans la vulvodynie, désespérément résistante aux multiples traitements de la MO et de tenter par le biais d'une action sur les fibres Delta A (concernées dans l'hypothèse la plus récente sur le processus douloureux local vulvaire) de réunir les deux médecines.

Christine Recours-Nguyen
(Marseille)

ELECTROACUPUNCTURE ET OVULATION DANS LE SYNDROME DES OVAIRES POLYKYSTIQUES

Stener-Victorin E et coll. **Effects of Electro-acupuncture on anovulation in women with polycystic ovary syndrome.** *Acta obstet gynecol scand*, 2000, 79 (3), 180-8. Gera:[74780].

RÉSUMÉ

Objectif

Évaluation de l'influence de l'électro-acupuncture (EA) sur l'oligo/anovulation et les paramètres hormonaux et neuro hormonaux des femmes atteintes de syndrome de l'ovaire polykystique (OPK).

Plan expérimental

étude non randomisée, longitudinale et prospective.

Cadre

Étude suédoise du service de gynéco-obstétrique et de biochimie et de transfusion de l'université de Göteborg et du service de physiologie et pharmacologie de Karolinska institute à Stockholom.

Patientes

24 femmes (entre 24 et 40 ans). Facteurs d'inclusions : OPK et oligo aménorrhée (au plus 4 cycles spontanés par an) dont 19 étaient résistantes au clomifène (pas de réponse après la prise de 150 mg/j). Aucune prise de traitement hormonal les six mois précédents.

Intervention et protocole

Période étudiée s'étalant de trois mois avant le début de l'EA à trois mois après la fin de l'EA. Au total 8-9 mois.

- Electro-acupuncture deux fois par semaine puis une fois pendant 10 à 14 traitements.
- Points choisis sur les segments somatiques communs à l'innervation de l'utérus et des ovaires (D12-L2, S2-S4).
- 4 aiguilles au niveau dorso-lombaire et sacré et 4 autres dans les muscles du mollet.

- Implantation IM et rotation jusqu'à obtention de sensations à la puncture.
- Stimulation manuelle pendant 5 mn.
- Stimulation électrique de basse fréquence (2 Hz), impulsions de 0,5 ms durant 30 mn.

Principaux critères de jugement

Observation du cycle et de l'ovulation par l'enregistrement des saignements utérins et de la courbe de la température basale.

Dosages des hormones hypophysaires, thyroïdiennes, surrénaliennes, androgéniques, neuropeptides, insuline, bêta endorphine, gastrine... effectués dans la semaine précédant le début du traitement, dans la semaine suivant la fin du traitement et trois mois après. Mesure de la température cutanée à la 1^{ère}, 5^{ème} et 10^{ème} séance.

Les résultats ont été estimés selon la présence ou non d'une ovulation ; résultats bons quand la température basale montre une ovulation (ou une grossesse) durant le traitement et dans les trois mois suivants, résultats nuls devant une courbe thermique plate.

Résultats

9 patientes (38 %) ont présenté des effets satisfaisants avec une moyenne de 31 ovulations sur 47 mois (0.66 ovulations/femme/mois) durant et après l'EA (contre 0.15 avant l'EA) d'une manière significative ($P = 0.004$).

Échec pour 13 patientes (62 %). Sur les 19 patientes clomifène-résistantes, 7 (37 %) ont favorablement répondu.

Chez les femmes avec une bonne réponse à l'EA, il a été trouvé, comparé aux cas non améliorés, un indice de masse corporelle (IMC), un rapport taille/hanches et circonférence au niveau de la taille, une testostéronémie, un rapport testostérone/SHBG (sex hormone binding globulin) et un taux d'insuline plus bas et une valeur de SHBG plus haute.

Conclusion

Le traitement répété de l'EA induit des ovulations régulières dans plus d'un tiers des femmes avec OPK. Le groupe avec bonne efficacité a un profil androgénique moins prononcé et des perturbations métaboliques moindres que le groupe avec échec. Ainsi pour les femmes de ce premier groupe, l'EA offre une alternative ou un complément à l'induction de l'ovulation par pharmacologie. Les auteurs suggèrent que l'EA puisse inhiber le système sympathique via les mécanismes bêta endorphinergiques au niveau hypothalamo-cérébral.

COMMENTAIRES

On retiendra de cette étude que dans les cas d'échec de l'induction de l'ovulation par le clomifène à des doses

pourtant relativement élevées, l'EA est efficace dans 37 %. Ce pourcentage est prometteur et doit inciter à utiliser l'acupuncture de manière systématique dans les cas de stérilité par anovulation ou dysovulation, notamment avant l'emploi de thérapeutique lourde. Cependant cette étude ne pouvait être que très éloignée des véritables bases la médecine traditionnelle chinoise. La première raison est qu'il s'agit d'électrothérapie dont le principe, par ailleurs louable, est de tenter de "scientifiser" et de justifier l'effet de l'acupuncture selon de multiples critères plasmatiques occidentaux (ici au total 19 paramètres mesurés, d'ailleurs non significatifs !). Mais à quel prix ? Celui de négliger totalement l'essence de la MTC. La deuxième raison est que les auteurs sont extrêmement bien documentés sur toutes les plus petites anomalies métaboliques de l'OPK mais beaucoup moins sur les grands fondements de la MTC puisqu'ils sont incapables de citer ou de bien localiser les points utilisés. ("4 points dorso-lombaires et 4 au mollets" !). A leur décharge, cette étude semble être destinée à des lecteurs a priori exclusivement de MO. Mais cela confirme la nécessité absolue de réunir des équipes à bi-compétence égale en MO et en MTC pour effectuer des études scientifiques poussées et valables. De nos jours existe une tendance trop fréquente à tout expliquer unilatéralement au détriment de l'une ou l'autre médecine. A trop vouloir bien faire, on risque de s'éloigner encore plus de l'objectif fixé, l'union harmonieuse de ces deux thérapies.

Christine Recours-Nguyen
(Marseille)

L'ACUPUNCTURE DANS LA DÉFAILLANCE OVARIENNE PRÉCOCE.

Sha Gui-e et Ma Ren-hai, **Acupuncture treatment of premature ovarian failure : observation of 75 cas**, *International Journal of Clinical Acupuncture*, 2000, 1 (11), 11-14. Gera : [73006].

RÉSUMÉ

Objectif

Intérêt de l'application de la MTC dans la défaillance ovarienne précoce ou ménopause précoce.

Plan expérimental

Etude comparative randomisée groupe MTC et groupe contrôle MO de septembre 1990 à décembre 1996.

Cadre

Hôpital de la province de Shandong, Shandong, Chine.

Patientes

151 patientes âgées de 26 à 40 ans (moyenne 35,5 ans) dont 76 cas dans le groupe MTC et 75 cas dans le groupe MO. Facteurs d'inclusions : aménorrhée datant de plus d'un an (de 1 à 9 ans, le plus souvent de 5 à 6 ans), test à la progestérone négatif, PRL normale, FSH inférieure à 40 microg/l

Diagnostic selon la MTC : Vide du Foie et du Rein Yin pour 103 cas dont 55 inclus dans le groupe MTC et Vide de la Rate et du Rein Yang pour 48 cas dont 21 inclus dans le groupe MTC.

Intervention

1. Traitement dans le groupe MTC :

- 4 C, 3Rn, 12V, Zigong (Ex-Ca 1), 23V et Jiaji (Ex-B 2) de D5 à L4.
- En cas de Vide du Foie et du Rein Yin sont ajoutés : 6Rte, 9Rte, 18V, 6C, 7Rn.
- En cas de Vide de la Rate et du Rein Yang, puncture de 20V, 4VG, 32V, 8Rte suivie de moxa puis ventouse aux points Shu du dos et sur le Jiaji.
- Recherche du Deqi. Séance de 20 mn. 20 séances formant un traitement. 6 cycles de traitement.

2. Traitement dans le groupe MO :

- Clomifène (50 mg/j) 5 jours et Stilbestrol (0,5-1 mg/j) 20 jours avec pause de 5 à 7 jours.
- Durée 6 cycles.

Critères de jugement

Ils ont été appréciés en fonction de la réapparition des menstruations, de l'évolution des signes cliniques (troubles neurovégétatifs, sécheresse et atrophie vaginale, bouffées de chaleur "hectic fever", transpiration, vertiges, insomnie, troubles sexuels) et de la variation de FSH, LH, et Estradiol (E2) avant le traitement, à l'arrêt du traitement et à J 30 et J 90 après le traitement (soit 4 dosages).

Les résultats ont été classés en trois groupes suivants :

1. Efficacité marquée :

- Réapparition des menstruations avec survenue d'ovulation ou même de grossesse.
- Disparition ou nette amélioration des signes cliniques.
- FSH inférieure ou égale à 40 microg/l.

2. Amélioration :

- Règles normales.
- Amélioration de la symptomatologie clinique.
- Amélioration des taux hormonaux.

3. Efficacité nulle :

- Aucun effet clinique ou biologique après les six cycles de traitement.