

Ces douleurs chroniques que l'on appelle neuropathiques ou neurogènes

Dr Marielle ABADIE

Quand le patient nous parle de douleur, de quoi s'agit-il : D'une douleur nociceptive, la plus commune ? D'une douleur neuropathique, encore insuffisamment repérée ? D'une douleur psychogène ?

Trois types de douleur

En effet, on distingue trois types de douleurs, nociceptive ou plus exactement par excès de nociception, neuropathique et psychogène. La douleur **par excès de nociception** est le résultat d'une stimulation douloureuse au niveau des terminaisons nerveuses des tissus cutanés, musculaires, articulaires, viscéraux sur un **système nerveux normal**.

La douleur neuropathique se produit **en l'absence de stimulation douloureuse**. Elle est liée à une **lésion du système nerveux** périphérique ou central, ou à une **agression des voies nerveuses** d'origine chimique, toxique, métabolique, immunoallergique, infectieuse, ischémique. Les mécanismes sont multiples et le terme communément employé auparavant de désafférentation ne correspond qu'à un de ces mécanismes. La douleur de désafférentation résulte d'une interruption des voies ascendantes.

Or il se produit une activation autonome du message de la douleur, des connexions anormales entre fibres nerveuses, véritable court-circuit, produisant la sensation de décharges électriques, un réveil des récepteurs silencieux, une diminution du seuil d'activation des récepteurs, des altérations de la modulation du message douloureux, une modification des neurones que l'on nomme plasticité neuronale. Les fibres nerveuses crachent des substances inflammatoires, véritable « soupe inflammatoire ». Ces phénomènes peuvent persister alors que la blessure initiale est guérie « comme si le système nerveux mimait la douleur »

Dans quelles pathologies les trouve-t-on ?

Au niveau du système nerveux périphérique

Diabète, zona, l'alcoolisme, les médicaments neurotoxiques, les toxiques, lésions nerveuses post-traumatiques, les hernies discales, la maladie cancéreuse elle-même et ses traitements les chimiothérapies, les radiothérapies, les ulcères artérioveineux, les escarres, les traumatismes corporels, les amputations, les lésions de la moelle, le syndrome douloureux régional complexe (algoneurodystrophie et causalgie).

Elles sont également fréquentes en rhumatologie : sciatiques, compressions nerveuses, syndrome post-opératoire liés à la section des nerfs lors de l'intervention, les pathologies auto-immunes, inflammatoires.

Certaines douleurs atypiques fonctionnelles à savoir les douleurs de la langue, les algies faciales, les migraines laissent à penser à une origine neurogène entre autre

Au niveau du système nerveux central

AVC accident vasculaire cérébral, SEP sclérose en plaques, lésions de moelle épinière, la SLA sclérose latérale amyotrophique, les lésions cérébrales.

Chirurgicales

Elles se manifestent dans les suites d'intervention chirurgicale. On ne négligera pas les douleurs localisées sur les cicatrices cutanées de mammectomie ou de thoracotomie, à l'emplacement des redons, des ponctions biopsie, de manifestation spontanée ou lors du toucher de ces zones.

Le délai d'apparition est long, pouvant survenir quelques mois ou années après une lésion nerveuse post chirurgicale ou traumatique, alors même que cette dernière est guérie.

Comment les repérer ?

- ◆ *Des mots pour le dire*
- ◆ *Un outil pour les identifier et les mesurer : le DN4*
- ◆ Les mots pour les qualifier

Les patients n'évoquent pas spontanément les qualificatifs de cette douleur et il nous faut pouvoir les guider lors de l'interrogatoire en leur proposant les termes caractérisant ces douleurs.

La douleur est spontanée continue avec des accès paroxystiques

Les mots de la douleur neuropathique spontanée : brûlures, étouffement, crampes, contractures, fourmillements, picotements, engourdissement, démangeaisons sensation de froid douloureux ; décharges électriques, élancement, coup de poignard

Les mots de la douleur neuropathique provoquée : Le patient peut ressentir des paresthésies sensations anormales mais non douloureuses ou des dysesthésies sensation anormales et toujours désagréables.

On recherchera

une hypoesthésie anesthésie au tact ou à la chaleur qui peut être paradoxalement douloureuse.

Une allodynie douleur induite par un stimulus qui normalement ne produit pas de douleur, en effleurant la peau ou par un contact avec de l'eau froide

Une hyperalgésie réaction douloureuse excessive à un stimulus douloureux

Une hyperpathie réaction douloureuse excessive à un stimulus douloureux mais persistant après l'arrêt.

Une hyperesthésie une sensibilité exagérée à une stimulation

- ◆ Outil diagnostique : DN4 (Douleur Neuropathique en 4 questions)

L'outil recommandé pour le diagnostic de ces douleurs est le DN4 conçu et validé par un groupe d'experts français dont les Docteurs Bouhassira et Attal en 2005.

Il s'agit d'un questionnaire en 4 questions sous divisées en 10 items. Les sept premiers items précisent les caractéristiques de la douleur et les trois derniers recherche par l'examen clinique une allodynie ou hypoesthésie. Une réponse positive donne un score de 1. Le diagnostic de douleur neuropathique est établi pour un score de 4/10, qui est la valeur seuil, avec une spécificité de 90%.

Les traitements médicamenteux

Plus précoce sera le traitement, moins grand sera le risque de passage à la chronicité.

Ces douleurs sont le plus souvent rebelles aux antalgiques classiques. **Du reste, c'est bien la résistance aux opiacés faibles et forts et aux anti-inflammatoires qui oriente vers l'existence d'une composante neurogène.**

Les médicaments indiqués sont les antidépresseurs notamment les tricycliques et les IRSNa antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et les antiépileptiques

anticonvulsivants. Les premiers agissent en modulant le contrôle inhibiteur descendant et les deuxièmes en interrompant les phénomènes électriques au niveau des fibres nerveuses. L'augmentation de la posologie doit être lente et progressive, imposant une titration individuelle. L'objectif visé est d'obtenir le meilleur soulagement avec le moins d'effets secondaires. On choisira en traitement de première intention et de fond les anticonvulsivants (Gabapentine Neurontin®, Prégabaline Lyrica®,) ou/ et les antidépresseurs (tricycliques Amitriptyline Laroxyl® Clomipramine Anafranil® ou IRSNa_VenlafaxineEffexor® Duloxétine Cymbalta®). Malheureusement leur efficacité est souvent partielle, un tiers des patients sera soulagé avec une amélioration de la douleur de 40 à 60 %. La personne évoquera un mieux être, la douleur étant toujours présente mais moins gênante. On jugera plutôt de l'efficacité en terme d'amélioration de l'anxiété, du sommeil et de la « qualité de vie ».

■ ANTICONVULSIVANTS

Gabapentine (NEURONTIN®) AMM : Douleurs zona de l'adulte

Prégabaline (LYRICA®) AMM : douleurs neuropathiques périphériques
Crise anxieuse généralisée

Carbamazépine (TEGRETOL) ® AMM : Algies neuropathiques, Névralgie du trijumeau

Phénytoïne (DI-HYDAN ®) AMM : Névralgie du trijumeau

Clonazepam RIVOTRILI®, nommé l'exception française car pas d'AMM , agit toutefois favorablement sur ces douleurs

D'autres antiépileptiques n'ont pas l'AMM mais sont prescrits en relais après échec des précédents, Lamotrigine LAMICTAL ® +++, Oxcarbazépine TRILEPTAL®, Phénobarbital ALEPSAL ®, Topiramate EPITOMAX®

■ ANTIDEPRESSEURS TRICYCLIQUES

Amitriptyline (LAROXYL ®) Clomipramine (ANAFRANIL ®)

AMM : Algies rebelles , Douleurs neuropathiques

■ ANTIDEPRESSEURS IRSNA

Venlafaxine EFFEXOR ®

Duloxétine CYMBALTA®, AMM : douleurs neuropathiques du diabète

■ Certains opiacés sont actifs sur les douleurs à composante mixte nociceptive et neuropathique en association avec les antidépresseurs et anticonvulsivants

Tramadol TOPALGIC ® CONTRAMAL ® ZAMUDOL ®, Oxycodone OXYCONTIN® et OXYNORM® Méthadone. On peut faire appel au Baclofène LIORESAL ® névralgie faciale essentielle, au Riluzole RILUTEK ® dans le cas de SLA

Les cannabinoïdes* (Sativex) sont prometteurs pour l'avenir des douleurs neuropathiques, notamment associées à la sclérose en plaques.

Les moyens non médicamenteux

La TENS neurostimulation transcutanée, avec un petit appareil électrique, présente un intérêt à domicile. Il peut être loué ou acheté et fait l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale. 2 à 4 électrodes sont placées sur la peau en regard de la zone douloureuse. La stimulation dure une vingtaine de minutes et doit être renouvelée dans la journée. Elle n'est pas douloureuse.

Il existe les pansements et crèmes anesthésiques l'EMLA mélange de Lidocaïne et prilocaïne, et les applications locales de topiques préparations à la capsaïcine (extrait de paprika) pour les douleurs de zona ou neuropathie diabétique. Des compresses humides de Lidocaïne Versatis® soulagent dans le cas du zona, mais dont la prescription est hospitalière.

Les thérapies cognitivo-comportementales, la relaxation, la sophrologie, l'hypnose, l'acupuncture peuvent être des aides importantes.

On connaît l'influence du psychisme, des émotions, du stress, de la mémoire, de la distraction et de l'humeur sur la modulation de ces douleurs. Les ressources cognitives, sociales sont autant de moyens de modulation de ces douleurs, par renforcement des contrôles physiologiques de la douleur