

Les douleurs neuropathiques



F. CAPRIZ

Président du CLUD

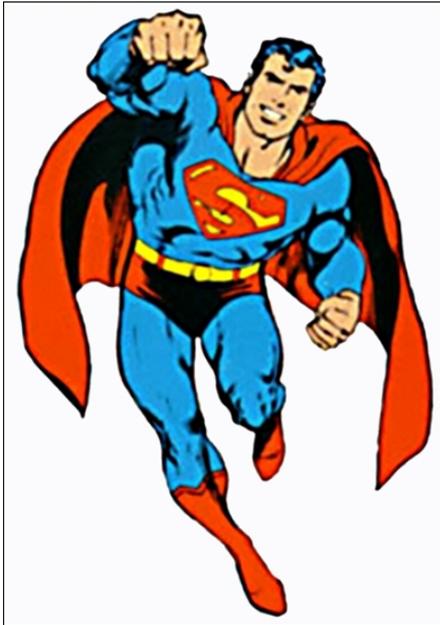
Pôle R.A.V.- CHU de Nice

capriz.f@chu-nice.fr

Liens d'intérêts

- Laboratoire Grünenthal SAS
- Laboratoire Sanofi
- Laboratoire Mylan SAS
- Laboratoire Lilly
- Laboratoire Mundipharma

Définition

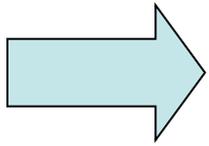


Quels défis ?

- 2008: Treede et al, Neurology
 - Douleur associée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel

Entité spécifique qu' il est possible de diagnostiquer – évaluer – traiter **indépendamment** de l' étiologie en cause

Douleurs neuropathiques



celles que l'on ne voit pas

- du domaine de l'irrationnel pour le patient et son entourage
- souvent chroniques à distance d'une pathologie
- mots clés caractéristiques
- identification et évaluation spécifiques



Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire.

Recommandations pour la pratique clinique de la SFETD

Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2010), 11: 3-21

Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2010) 11, 3-21



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur

Chronic neuropathic pain: Diagnosis, evaluation and treatment in outpatient services. Guidelines for clinical practice of the French Society for the Study and Treatment of Pain



Valéria Martínez^a, Nadine Attal^b, Didier Bouhassira^b,
Michel Lantéri-Minet^{c,*}, pour la Société française
d'étude et traitement de la douleur

^a Anesthésiologie-réanimation, Hôpital Raymond-Poincaré,

104, boulevard Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France

^b Inserm U792, Centre d'évaluation et de traitement de la douleur, Hôpital Ambroise-Paré,

9, avenue Charles-de-Gaulle, 92100 Boulogne-Billancourt, France

^c Département d'évaluation et traitement de la douleur, médecine palliative,

pôle des neurosciences cliniques, Hôpital Pasteur, CHU de Nice,

30, avenue de la Voie-Romaine, 06000 Nice, France

Disponible sur Internet le 4 février 2010

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lantieri-minet.m@chu-nice.fr (M. Lantéri-Minet).

1 - défi sémiologique

- **Paresthésie:** sensations anormales non douloureuses à type de fourmillements, picotements, engourdissements
- **Dysesthésies:** sensations anormales non douloureuses ayant une tonalité très désagréable
- **Allodynie:** douleur causée par une stimulation normalement non douloureuse
- **Hyperalgésie:** réponse exagérée à une stimulation qui est normalement douloureuse



2- défi épidémiologique



Pain 136 (2008) 380–387

PAIN

www.elsevier.com/locate/pain

Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics
in the general population

Didier Bouhassira ^{a,b,c,*}, Michel Lantéri-Minet ^d, Nadine Attal ^{a,b,c},
Bernard Laurent ^e, Chantal Touboul ^f

^a INSERM U-792, Centre de Traitement et d'Évaluation de la Douleur, CHU Ambroise Paré, 9, avenue Charles de Gaulle,
Boulogne-Billancourt cedex F-92100, France

^b CHU Ambroise Paré, APHP, Boulogne-Billancourt F-92100, France

^c Université Versailles-Saint-Quentin, Versailles F-78035, France

^d CHU Pasteur, Centre d'Évaluation et Traitement de la Douleur, Nice F-06000, France

^e CHU de Bellevue, Service de Neurologie, Saint-Etienne F-42055, France

^f TNS Healthcare SOFRES, Montrouge F-92129, France

Received 11 December 2006; received in revised form 18 July 2007; accepted 13 August 2007

STOPNEP (Study of the
Prevalence of Neuropathic Pain)

- 30.155 personnes
- 31,7 % douloureux chroniques
- **6,9 %: critères + de douleur neuropathique**

→ Prévalence ++ > 50 ans
(9% > 75 ans)

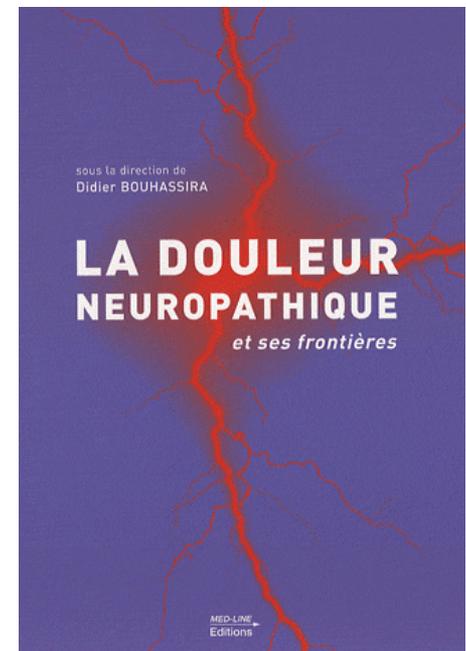
→ ++ femmes / hommes

Vieillessement de la population française

3 - défi « temporel »

Bouhassira D.
la douleur neuropathique et ses frontières - 2007

- **Douleur neuropathique = douleur chronique**
- **Évolution propre, souvent séquellaire**
 - Troubles de l'humeur, émotions (peur, colère, anxiété, dépression...)
 - État de stress émotionnel, syndrome de résignation, renoncement...
 - Risques cognitifs
 - Risques sociaux (retentissement fonctionnel)
- Impact négatif sur la qualité de vie → proposer rapidement un traitement adapté.

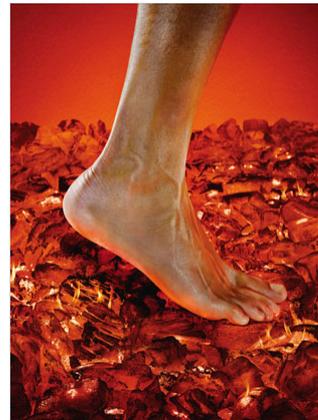


4 - défi diagnostique

Contextes cliniques variés et intriqués

D.Bouhassira, *Presse Med.* 2008

- peu de problèmes si contexte de maladie neurologique ou si lésion du SN facilement identifiable
- combinaison de:
 - symptômes **positifs** (douleurs, paresthésie/dysesthésies)
 - et **déficit sensitif** partiel ou complet
- dans d'autres situations, lésion nerveuse non suspectée (douleurs mixtes...)
 - source d'ambiguïté (coexistence avec douleurs musculo-squelettiques, inflammatoires)



Diagnostic de douleur neuropathique = clinique

Place ? des examens complémentaires dans le diagnostic des douleurs neuropathiques

- Pour le diagnostic positif de la douleur neuropathique : **NON**

 diagnostic exclusivement clinique

- ... seul intérêt : rechercher si besoin la lésion nerveuse à l'origine de la douleur.

 diagnostic étiologique

5 - défi étiologique

Lanteri-Minet.M, *Press.Med*, 2008

- **Contexte clinique neurologique:**

- risque principal : **erreur par défaut**

- ne pas évoquer la nature neuropathique de la douleur dans un contexte de survenue non neurologique.
- ex: douleur neuropathique post-traumatique associée à une lésion articulaire au premier plan

- **Contexte clinique non neurologique**

- risque principal : **erreur par excès**

- considérer toute douleur survenant dans un contexte neurologique comme une douleur neuropathique.
- **ex: subluxation douloureuse tête humérale secondaire au déficit moteur post-AVC.**

Chez la PA: Prévalence de l'atteinte du **SNP** +++ / **SNC**

- **Nutritionnelles** (anémie de Biermer, etc.)
- **Dysimmunitaires** (gammopathies monoclonales)
- **Tumorales** (S. paranéoplasique, etc.)
- **Idiopathiques** (polyneuropathies sensitive distales à petites fibres, etc.)
- Plexopathies (traumatique, tumorale, post-radique, etc.)
- **Polyradiculopathies** (S. de la queue de cheval, CLE, etc.)

- Mononeuropathies
- **Syndromes canaux**
- Trauma. tronculaires (accidentels ou post-chirurgicaux)
- Hypothyroïdie
- **Zona**
- **Compression tumorales**
- **Polyneuropathie**
 - Diabète
 - Ethylisme
 - Sida
- **Iatrogènes** (antiviraux, vincristine, cisplatine, taxotères, isoniazide, amiodarone)

- AVC
- Trauma. medullaires

douleur neuropathique diabétique

Davies M, Brophy S, Williams R, Taylor A. The prevalence, severity, and impact of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes.

Diabetes Care 2006 V

- Les 2 composantes de la DN:
 - seules
 - ou en association chez le même patient

- 26,4% des diabétiques



Douleur neuropathique cancéreuse

Piano V, Lanteri-Minet M. Douleur neuropathique et cancer : quelles recommandations en Europe ? *Douleurs*, 2014

- prévalence élevée, mais difficile à repérer
 - Anciennement illégitimes, paradoxales (R ? à la morphine)
 - > 40 % des douleurs du cancer sont mixtes
- et la toxicité des chimiothérapie ? (sels de platines – taxanes...) → peu d'info chez les > 80 ans



Douleurs du Zona

Vallée J.P. et all, Med, juin 2014

Bauduceau B, *Médecine Métabolique*, novembre 2017

Population des seniors:
particulièrement touchée par
le zona et les NPZ.

incidence annuelle :

– < 2 cas/1 000 < 50 ans

– 12 cas/1 000 > 80 ans.



- NPZ: > 6 mois après la période infectieuse
- FdR:
 - **âge**
 - sévérité de l'éruption cutanée
 - intensité de la DI en phase aiguë
- Prévention: **vaccination** chez les adultes de 65 à 74 ans
 - schéma vaccinal comportant une seule dose → vaccin vivant atténué, contenant la même souche virale que le vaccin contre la varicelle, mais à un dosage 14 fois plus élevé.

Douleurs neuropathiques post-opératoires

Dual. C, *Douleur et Analgésie*, sept. 2014

Guichard L, Martinez V, *Douleur et Analgésie*, sept. 2017

- DN = ½ des douleurs chroniques postopératoires
- incidence élevée:
 - chirurgie du sein
 - chirurgie de hernie inguinale
 - chirurgie thoracique
 - chirurgie d'amputation
- mais aussi: orthopédie, viscéral, vasculaire...
- composante neuropathique peu présente en postop immédiat mais fréquence stable 50 % 1 et 3 mois après la chirurgie.
- Mécanismes: association lésion nerveuse directe et hyperalgésie.
- Signaux d'alerte:
 - douleur intense,
 - pente de régression lente de la douleur
 - et caractéristiques de douleur neuropathique précoce



Et les douleurs de plaies chroniques ?

Passadori.Y, *la Revue de Gériatrie*, mars 2014

- grabatisation fréquente
- souffrance physique et morale
- Hyperalgésie zone péri-lésionnelle – allodynie...
- Excès de stimulation des troncs nerveux proximaux et/ou désafférentation sur nécrose (= zone d'amputation)
- **Douleurs « mixtes » complexes**



6 - défi métrologique

- questionnaire DN4 = échelle de **dépistage diagnostique** de la douleur neuropathique en 4 questions
 - permet de faire le diagnostic de douleur neuropathique avec une sensibilité de 82,9% et une spécificité de 89,9 % (valeur seuil de 4 pour le score global)

Un outil d'aide au diagnostic...

DN4 = Douleur neuropathique en 4 questions
Bouhassira et al, 2005

QUESTIONNAIRE DN4		
Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.		
Interrogatoire du patient		
Question 1 : La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?		
	OUI	NON
1. Brûlure		
2. Sensation de froid douloureux		
3. Décharges électriques		
Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs symptômes suivants ?		
	OUI	NON
4. Fourmillements		
5. Picotements		
6. Engourdissement		
7. Démangeaison		
Examen du patient		
Question 3 : La douleur est-elle localisée dans ce territoire où l'examen met en évidence ?		
	OUI	NON
8. Hypoesthésie au tact		
9. Hypoesthésie à la piqûre		
Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par		
	OUI	NON
10. le frottement		
Coter 1 pour oui, 0 pour non. Le score obtenu est noté sur 10. Une douleur, dont la cotation ne dépasse pas 4, n'est pas une douleur neuropathique.		

Score : 4/10

Spécificité: 90%

Sensibilité: 83%



Score = 3/7

Spécificité : 81,2%

Sensibilité : 78%

... mais est-il adapté à nos populations gériatriques ?

Que nous reste-t-il ?

Les douleurs neuropathiques chroniques

Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2010),11: 3-21

Douleur neuropathique chez la P.A.

Pickering G, Capriz F, *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2008

Stratégies d'évaluation des douleurs neuropathiques

Attal N, Bouhassira D, *Neurologie* – Elsevier Masson SAS 2010

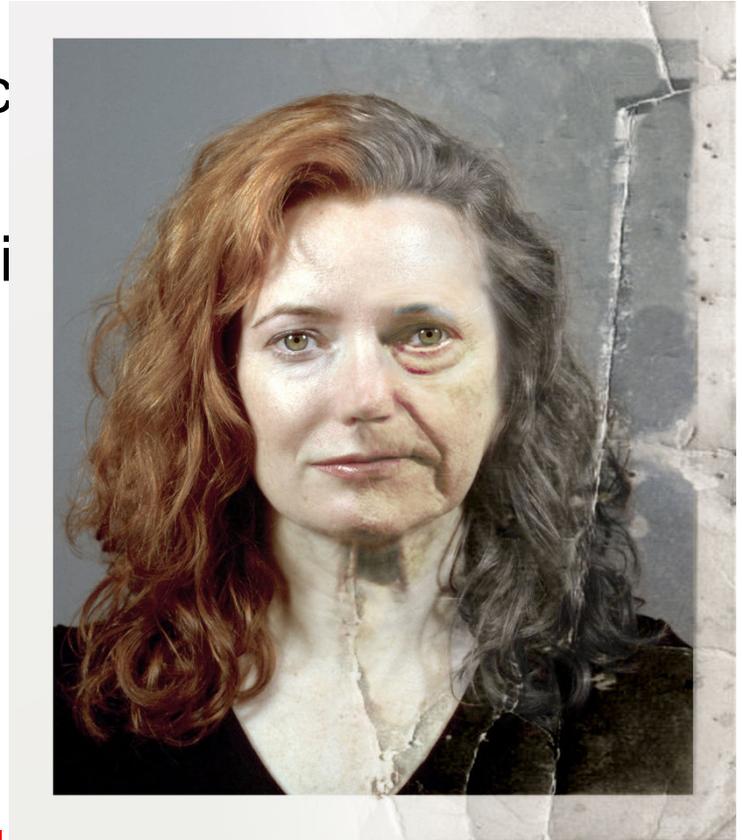


- Pas d'outil spécifique de la DN validé chez le patient non communicant
- EVS, EN ... et les échelles d'hétéro-évaluation (ALGOPLUS) à répéter (même échelle)
-Le bon sens clinique

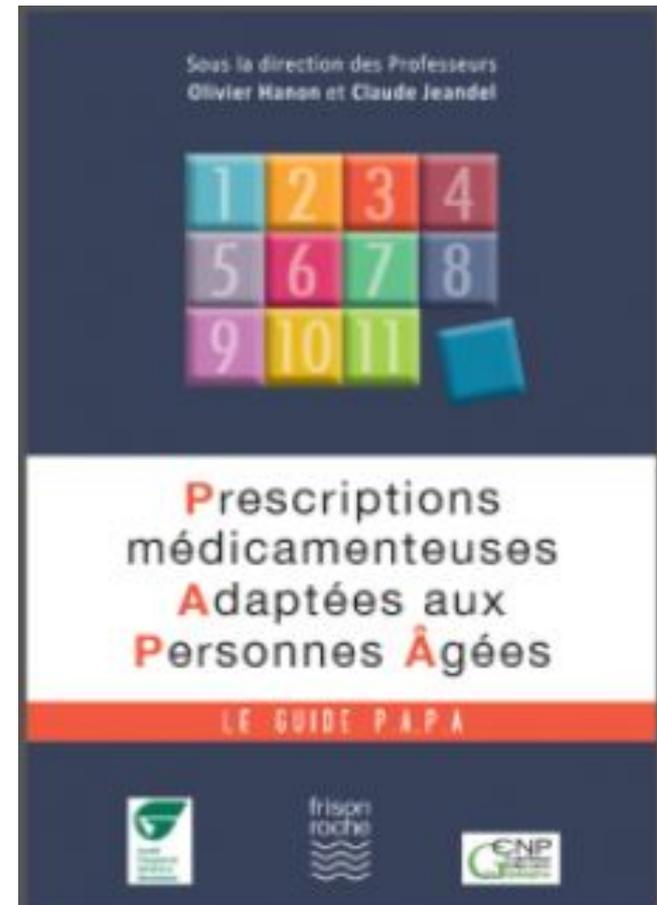
7) Défi thérapeutique

Les grands principes en Gériatrie

- titration par paliers de plusieurs jours selon l'efficacité et la tolérance
- durée de traitement d'au moins 6 mois
- prise en compte des comorbidités
- monothérapie en première intention
- évaluation régulière
- Prise en charge **multimodale**



- Efficacité partielle et retardée
- Titration initiale par de faibles doses d'anti-épileptiques ou IRSNa
- ATD tricycliques à éviter (effets II anticholinergiques)
- Pas de palier 3 systématique



Douleur Neuropathique

DN post Zona

DN post diabétique

Lidocaïne patch 5%

Duloxétine

+/-

+/-

- Gabapentine
- Pregabaline

Choix en fonction du terrain
et de la tolérance

Prudence et à éviter :
Antidépresseurs tricycliques
(amitriptyline, imipramine,
clomipramine) et carbamazépine
car effets indésirables bien
connus (cardiaques, cognitifs...)

- Antidépresseurs IRSNA
- (+/-) Tramadol (douleurs mixtes)
- Opiacés forts
- Carbamazépine
(uniquement si névralgie du trijumeau)
- Capsaïcine patch

**Techniques
non-pharmacologiques**
à adapter selon le patient

-**physiques** (TENS, activité
physique, massage, acupuncture,
chaud, froid)
-**psychocorporelles**
(relaxation, hypnose,
musico/art-thérapie)

RÉÉVALUER

et/ou

Si ÉCHEC du traitement

Adapter / changer de traitement

Si nouvel ÉCHEC du traitement

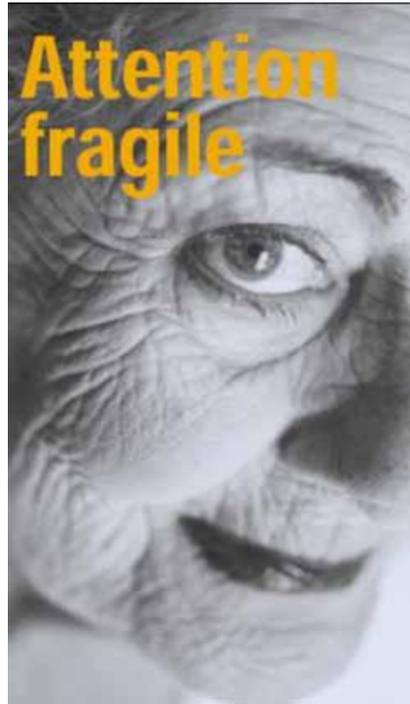


Optimiser le ratio
Bénéfice/Risque

Adresser le patient en CETD ou consultation douleur chronique
pour prise en charge multidisciplinaire

Conclusion – DOULEURS NEUROPATHIQUES

- vulnérabilité du sujet âgé
- polypathologies intriquées
- polymédications



- **Prise en charge chez la personne âgée = vrai défi.**
- Conséquences délétères de ces douleurs et de leur traitement sur les plans cognitif et de l'autonomie
- Y penser et les rechercher.....

La douleur nous concerne tous



Quand la douleur
l'emporte sur la
raison

Merci de votre attention

"la douleur"
Mariusz Lewandowski