

LES DOULEURS
NEUROPATHIQUES

EN MÉDECINE PHYSIQUE
ET RÉADAPTATION

>CHANGE PAIN®





SOMMAIRE



DÉFINITION ET ÉTIOLOGIE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES (DN) EN MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION (MPR)

1/DÉFINITION	4
2/ÉTIOLOGIE	5

PHYSIOPATHOLOGIE ET SÉMIOLOGIE DES DN

1/PHYSIOPATHOLOGIE	6
2/SÉMIOLOGIE	7
3/PARTICULARITÉS CLINIQUES EN MPR : LA TOPOGRAPHIE PÉRIPHÉRIQUE	8

COMMENT DÉPISTER, PRENDRE EN CHARGE ET PRÉVENIR LES DN ?

1/DÉPISTAGE	10
2/PRISE EN CHARGE	11



DÉFINITION ET ÉTIOLOGIE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES (DN) EN MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION (MPR)

1/DÉFINITION

Les DN ont été définies par l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (IASP), comme une « conséquence directe d'une lésion **ou d'une maladie affectant le système nerveux somatosensoriel** ». ¹

En MPR, les DN sont sources de complications : elles peuvent ralentir, voire compromettre la récupération des patients atteints. Or, l'objectif attendu est la restauration fonctionnelle. ²

CHIFFRES CLÉS

7%

de la population française adulte souffre de DN.

Les DN engendrent un coût de prise en charge non-négligeable à la société française :

**7000€
/patient/an.**

PLUS PARTICULIÈREMENT :

30%

des patients blessés médullaires présentent des DN.

60 à 85%

des patients amputés ressentent une DN du membre fantôme.

70%

des patients amputés souffrent d'algohallucinoïse en post-opératoire immédiat (persistance au long court dans 50 % des cas).

2/ÉTIOLOGIE

En MPR, les situations potentiellement douloureuses initiées ou causées par une lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux sont reconnues :^{2,9}

LES DN D'ORIGINE PÉRIPHÉRIQUE

- Polyneuropathie d'origine alcoolique, infectieuse (syndrome de Guillain-Barré) ou métabolique (diabète),
- Compression plexique, radiculaire ou tronculaire (névralgie cervicobrachiale, lombo-radiculalgie, syndrome canalaire), un syndrome des loges, un syndrome douloureux régional complexe de type II,
- Alghallucinosse après amputation.

LES DN D'ORIGINE CENTRALE

- Syndrome thalamique/ syndrome épaule-main post-AVC,
- Lésion médullaire traumatique ou d'origine dégénérative (myélopathie cervicarthrosique),
- Syringomyélie,
- Sclérose en plaques,
- Maladie de Parkinson.

LES DN DANS UN CONTEXTE INITIALEMENT NON-NEUROLOGIQUE

- (dans lesquelles les composantes neuropathiques et nociceptives peuvent être intriquées)
- Hyperalgésie secondaire des suites d'une chirurgie de l'appareil locomoteur liée à la voie d'abord, notamment au niveau du genou.



PHYSIOPATHOLOGIE ET SÉMIOLOGIE DES DN

1/PHYSIOPATHOLOGIE

La physiopathologie des DN fait intervenir des mécanismes périphériques : **activités ectopiques anormales, sensibilisation des nocicepteurs, connexions anormales entre les fibres** de petit calibre et de gros calibre. ¹⁰

LÉSION ET/OU IRRITATION DU NERF

ÉLECTROGÉNÈSE
ANORMALE
SPONTANÉE ET/OU
PROVOQUÉE

RÉACTIVITÉ
EXAGÉRÉE AU SITE
DE LÉSION

COURT-CIRCUIT
OU EPHAPSES

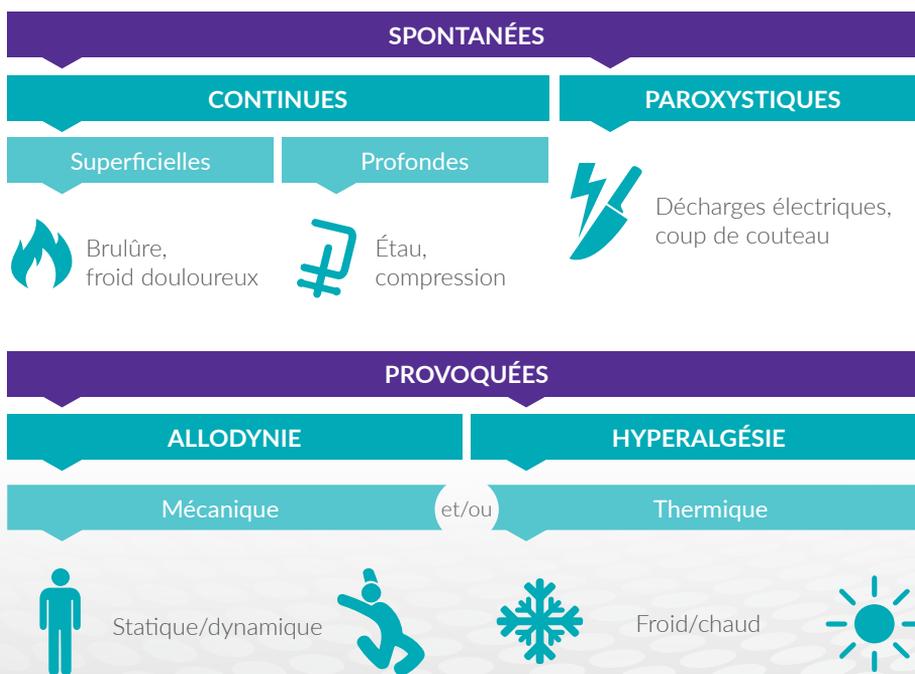
SENSATIONS ANORMALES SPONTANÉES ET/OU PROVOQUÉES

2/SÉMIOLOGIE

La sémiologie de la DN comporte le plus souvent une **douleur spontanée continue ou paroxystique** et des **douleurs provoquées par des stimulations diverses** (tactiles, thermiques). Ces deux composantes peuvent exister seules ou en association chez le même patient. ¹¹

La douleur neuropathique est souvent décrite par les patients comme : **une brûlure, une décharge électrique, une sensation de froid douloureux**. ¹¹

Les symptômes douloureux sont fréquemment accompagnés de **sensations anormales** (paresthésies, dysesthésies) **non douloureuses, mais souvent désagréables** telles que fourmillements, picotements, démangeaisons, engourdissement. ¹¹



D'après, 11 et 12.

7



PHYSIOPATHOLOGIE ET SÉMIOLOGIE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES (DN)

3/PARTICULARITÉS CLINIQUES EN MPR : LA TOPOGRAPHIE PÉRIPHÉRIQUE

Les douleurs neuropathiques en MPR sont généralement d'origine centrale mais présentent une symptomatologie périphérique.

LES PATIENTS AMPUTÉS ⁶

Douleur du membre fantôme

Cette DN, caractérisée par une sensation douloureuse et désagréable, peut être localisée à l'ensemble ou seulement à une partie du membre manquant. Habituellement, elle apparaît dans les 6 premiers mois suivant l'amputation et peut persister des années.

Douleur du membre résiduel

Cette DN est localisée au niveau de la cicatrice. Parfois étendue à tout le membre résiduel, elle peut être aiguë et s'apparenter à une brûlure, une décharge électrique. Elle peut également persister des années.

LES PATIENTS BLESSÉS MÉDULLAIRES ^{4, 13, 14}

Douleur lésionnelle

Il peut s'agir d'une DN segmentaire (désafférentation) ou d'une DN siégeant dans un dermatome. Localisée dans les territoires adjacents à la lésion, la douleur lésionnelle peut être liée à la compression d'une racine, à une syringomyélie ou à une lésion médullaire traumatique.

Douleur sous-lésionnelle

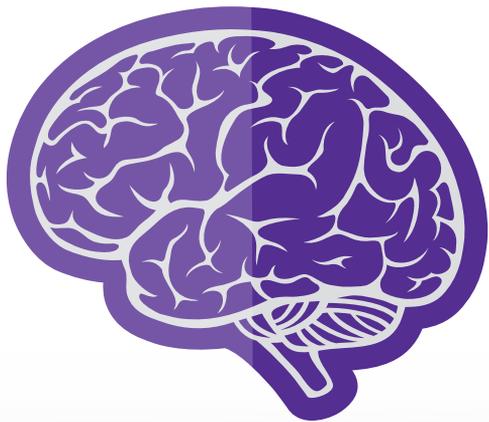
Localisée dans la région située en-dessous de la lésion de la moelle épinière, cette DN est diffuse et est liée à un syndrome double (lésion et racine).

LES PATIENTS CÉRÉBRO-LÉSÉS 15

Les douleurs centrales post-AVC sont rarement hémicorporelles. Elles peuvent revêtir une topographie « périphérique » (main, face, pied) et ont volontiers une projection pseudo-articulaire sur les grosses articulations (hanche, épaule, genou).

Les douleurs centrales post-AVC sont caractérisées par des associations variables entre :

- **Une douleur spontanée** : sensation de brûlure/destruction/décrispation/tiraillement, de décharge électrique ou de coup de couteau. Il peut également s'agir d'une dysesthésie (piqûres, picotements, fourmillements).
- **Une douleur provoquée** : après stimulations externes nociceptives ou non (hyperpathie et allodynie).





COMMENT DÉPISTER, PRENDRE EN CHARGE ET PRÉVENIR LES DN ?

1/DÉPISTAGE

Le questionnaire DN4 permet de dépister les DN. Il est administré par le praticien pendant la consultation. La réponse positive à chaque item est cotée 1 et la réponse négative est cotée 0. Le score maximum est de 10 et le diagnostic de la DN est posé à partir d'un score de 4/10.¹²

QUESTIONNAIRE DN4



INTERROGATOIRE DU PATIENT

Question 1

La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

- 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 des symptômes suivants ?

- 4. Fourmillements
- 5. Picotements
- 6. Engourdissement
- 7. Démangeaisons

EXAMEN DU PATIENT

Question 3

La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

- 8. Hypoesthésie du tact
- 9. Hypoesthésie à la piqure

Question 4

La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

- 10. Le frottement

2/PRISE EN CHARGE

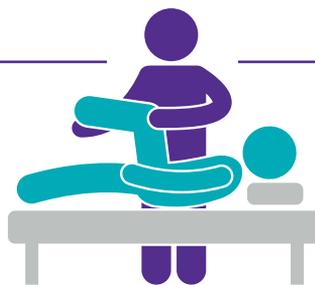
Les DN sont souvent méconnues, sous-estimées et sous traitées.¹¹

Elles sont aujourd'hui considérées comme une entité spécifique pouvant être diagnostiquée, évaluée et traitée indépendamment de l'étiologie.¹¹

En MPR, la prise en charge médicamenteuse est associée à une prise en charge physique (masso-kinésithérapique) pour prévenir ou lutter contre la douleur.

Cette particularité permet d'agir sur toutes les composantes de la douleur (nociceptives, neuropathiques, émotionnelles).²

LA PRISE EN CHARGE MASSO-KINÉSITHÉRAPIQUE



Cette prise en charge consiste à mettre à disposition du patient tous les moyens disponibles pour diminuer l'intensité et/ou la fréquence de ses douleurs en y associant un reconconditionnement à l'effort. Ainsi, cette prise en charge lui permet de concilier pathologie et vie sociale/professionnelle.

Elle s'inclut systématiquement dans une prise en charge pluridisciplinaire et poursuit simultanément trois axes distincts :

- Un axe physique et mécanique,
- Un axe neurophysiologique,
- Un axe cognitivo-comportemental.

En fonction de la pathologie initiale, l'accent sera mis sur un des axes voire sur certaines techniques de manière préférentielle **sans qu'à ce jour il n'existe d'arbre décisionnel formel ni d'évaluation quantifiée de ces stratégies cliniques.**



COMMENT DÉPISTER, PRENDRE EN CHARGE ET PRÉVENIR LES DN ?

LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Les DN ne répondent pas ou peu aux antalgiques de palier 1 tels que le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. D'autres classes thérapeutiques doivent donc être envisagées, telles que : des antidépresseurs tricycliques, des antiépileptiques, des antidépresseurs inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, des opiacés et des traitements topiques.¹¹

RÈGLES DE PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS DANS LA DN



MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT

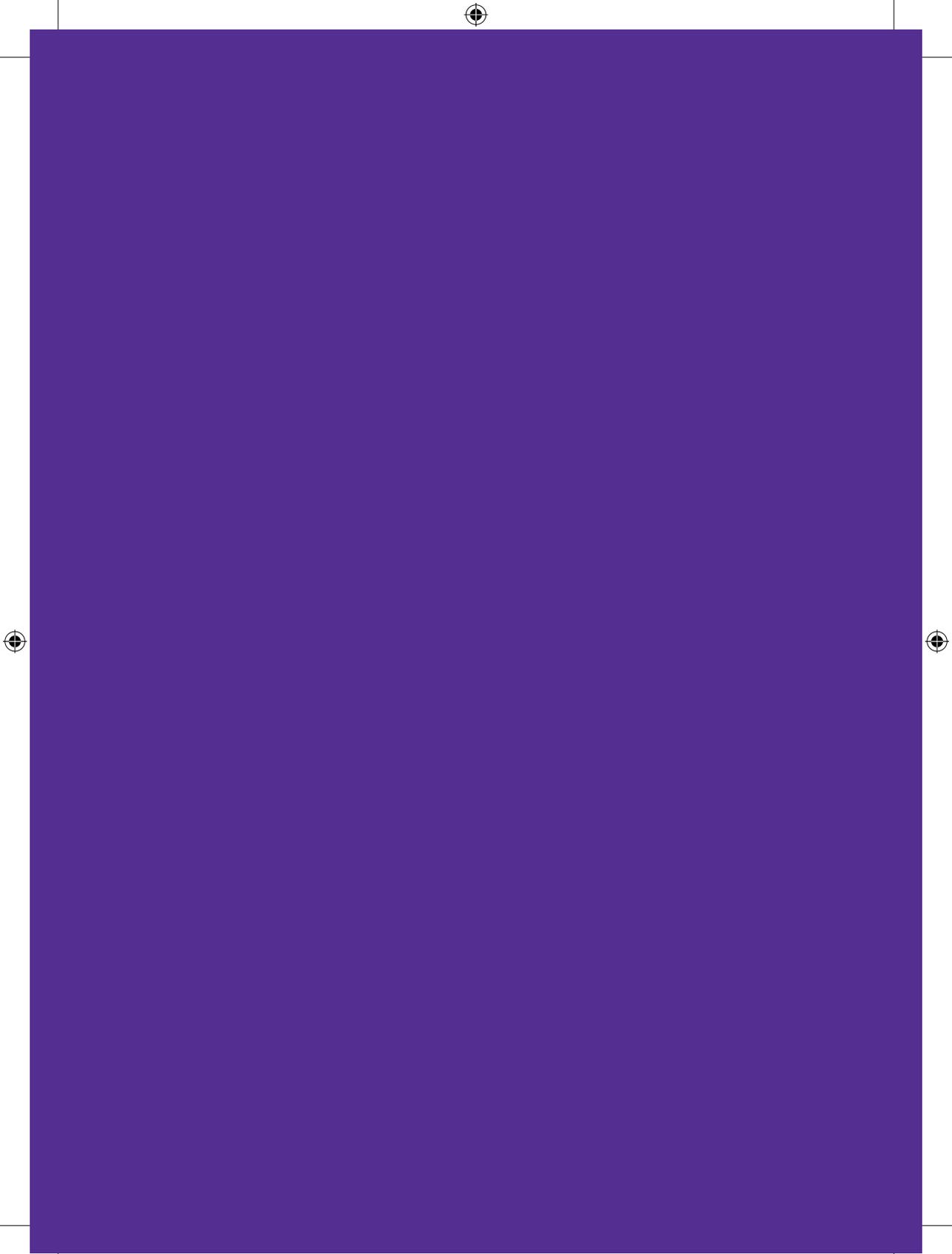
Initiation à doses faibles puis augmentation des posologies par paliers selon la tolérance et l'efficacité pour les traitements systémiques (titration).

DURÉE DU TRAITEMENT

- Traitement pendant plusieurs mois (≥ 6 mois),
- Réévaluation de la tolérance et de l'efficacité à la fin de la titration puis de façon régulière,
- Réduction possible des posologies au bout de 6 à 8 mois de traitement efficace à doses stables.

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ASSOCIÉS

- Traitement spécifique de l'anxiété, de la dépression ou des troubles du sommeil si le traitement des douleurs est insuffisant ou si ces troubles associés sont jugés suffisamment intenses,
- Traitement des autres types de douleurs souvent associées aux douleurs neuropathiques selon l'étiologie.





NOTES



A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, providing a template for handwritten notes.



BIBLIOGRAPHIE

1. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Taxonomy. En ligne : <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Centralneuropathicpain>. Consulté le 24/01/2017.
2. Quesnot A, et al. Prise en charge kinésithérapique au sein d'un service de MPR des patients présentant des douleurs neuropathiques. *Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 2012;13:276-85.
3. Bouhassira D, et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 2008;136:380-7.
4. Khenioui H, et al. Assessment of chronic pain as a disability in patients with spinal cord injuries. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 2006;49:125-37.
5. Rouillet S, et al. Phantom limb pain: From physiopathology to prevention. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2009;28:460-72.
6. Hsu E, Cohen SC. Postamputation pain: epidemiology, mechanisms and treatment. *J Pain Res*, 2013;6:121-36.
7. Muller A. Sensations et douleur fantôme après amputation. In : Bonnet F. *Évaluation et traitement de la douleur 2000*. : 42ème Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS et SFAR, 2000. p.93-108.
8. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD). La douleur chronique : une maladie - Manifeste pour améliorer l'offre de soins en France. 2015.
9. Ribinik P, et al. The management of patients with neuropathic pain in physical medicine and rehabilitation departments. *Lett Méd Phys Réadapt*, 2010;26:42-50.
10. Bouhassira D. Pathophysiology of neuropathic pain. *La lettre du Pharmacologue*, 2005;19(4):134-7.
11. Martinez V, et al. 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. *Douleurs Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 2010;11:3-21.
12. Bouhassira D, Attal N. Chapitre 1 - Définitions, classification et diagnostic. In : Douleurs neuropathiques. Arnette, 2007.
13. Masri R, Keller A. Chronic pain following spinal cord injury. *Adv Exp Med Biol*, 2012;760:74-88.
14. Siddall PJ. Management of neuropathic pain following spinal cord injury: now and in the future. *Spinal Cord*, 2009;47:352-9.
15. Demasles S, et al. Central post-stroke pain. *Revue Neurologique*, 2008;164:825-31.

FR/DLR/17/04/0060 - Avril 2017

greyhealth group



CHANGE PAIN®

