

PRISE EN CHARGE GLOBALE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Docteur Florentin CLERE (Médecin responsable)

M. Franck HENRY (Psychologue clinicien)

Équipe mobile de soins palliatifs

Consultation Pluridisciplinaire de la Douleur

Centre Hospitalier de Châteauroux

Journée régionale de formation de l'A.P.R.H.O.C.

Châteauroux le 1^{er} octobre 2007

Les 3 types de douleurs

Douleur par excès de nociception

agression de l'organisme

traumatisme, fracture, brûlure, cancer

Douleur neuropathique

lésion du système nerveux

nerf, racine, plexus, moelle, cerveau

Douleur difficilement classables

fibromyalgie, céphalées, glossodynies...

Douleur neuropathique

Douleur liée à une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux

Exemples :

- Section de nerf (amputation, plaie)

- Lésion de nerf (hernie discale, zona, canal carpien)

- Lésion de fibres (polyneuropathie diabétique)

- Lésion de la moelle (paraplégie)

- Lésion du cerveau (AVC)

Douleur neuropathique

Conséquences de la lésion nerveuse

Activité anarchique des fibres lésées

= décharges ectopiques

Donc hyperactivité des fibres de la douleur

= sensibilisation du système nerveux

Absence de contrôle par les grosses fibres sensibles

= désafférentation sensitive

Douleur neuropathique

Conséquences cliniques (1)

Décharges ectopiques

- ☛ Douleur paroxystique à type de :
 - Décharge électrique
 - Coup de couteau
 - Picotement
 - Coup de courant

Douleur neuropathique

Conséquences cliniques (2)

Sensibilisation du système nerveux

Allodynie : douleur provoquée par un stimulus non douloureux (mécanique ou thermique)

Douleur neuropathique

Conséquences cliniques (3)

Désafférentation sensitive

Déficit sensitif dans le territoire
du nerf lésé

Douleur permanente à type de :
brûlure, compression
(car Gate Control déficient)

Douleur neuropathique

Tableau clinique

1 douleur permanente et des paroxysmes

Un déficit sensitif

Des dysesthésies

Une allodynie

Dans le territoire du nerf lésé +++

Douleur neuropathique

Outil diagnostic

Questionnaire DN4

10 items cliniques

Si score $\geq 4/10$

Sensibilité 83%

Spécificité 90%



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 des symptômes suivants ?

	OUI	NON
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 ?

	OUI	NON
8 - Hypoesthésie au tact	☐	☐
9 - Hypoesthésie à la piqure	☐	☐

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	OUI	NON
10 - Le frottement	☐	☐

Score du Patient : /10

Douleur neuropathique

Conséquences thérapeutiques (1)

Systeme nerveux lésé



Blocage du message niveau médullaire
ne peut être complet



Relative inefficacité de la morphine

Douleur neuropathique

Conséquences thérapeutiques (2)

Diminuer les décharges ectopiques

= Rôle des **antiépileptiques**

NEURONTIN

LYRICA

voire LAMICTAL, TRILEPTAL...

Douleur neuropathique

Conséquences thérapeutiques (3)

Renforcer les contrôles descendants du cerveau

= Rôle des **antidépresseurs tricycliques**

ANAFRANIL, LAROXYL

Diminuer la sensibilisation centrale

= Rôle de la **kétamine** (KETALAR)

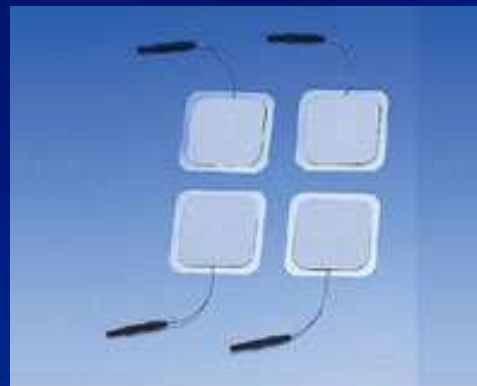
Douleur neuropathique

Conséquences thérapeutiques (4)

Rétablir le Gate Control (1)

= Rôle de la **NSTC**

Neuro-Stimulation Trans-Cutanée



Douleur neuropathique

Conséquences thérapeutiques (5)

Rétablir le Gate Control (2)

= Rôle de la **Stimulation Médullaire**



Douleur neuropathique

Conséquences thérapeutiques (6)

Diminuer la sensibilisation périphérique
= Rôle des **topiques locaux**

Lidocaïne + prilocaïne : EMLA

Lidocaïne 5% en tissugel : NEURODOL ET VERSATIS

Capsaïcine : ZOSTRIX



Douleur neuropathique

Stratégie thérapeutique (1)

Traitements de première intention utilisables en médecine de ville

Composante continue : antidépresseurs dose croissante

LAROXYL (AMM « algies rebelles ») : plus anxiolytique, forme buvable

ANAFRANIL (AMM « douleurs neuropathiques de l'adulte ») : moins sédatif

Composante paroxystique : antiépileptiques dose croissante

NEURONTIN (AMM « douleurs post-zostériennes de l'adulte »)

>1800 mg/j

LYRICA (AMM « douleur neuropathique ») : > 300mg/j

RIVOTRIL ? (hors AMM) : exception française, action sur le sommeil

Autres possibles (hors AMM) : DEPAKINE, LAMICTAL, TRILEPTAL...

Douleur neuropathique

Stratégie thérapeutique (2)

Traitements de première intention prescrits par les structures douleur

Zone cutanée réduite : topiques locaux

Lidocaïne en patch tissugel 5%

VERSATIS

ATU de cohorte : douleur neuropathique post-zostérienne

ATU nominative pour les autres indications

Capsaïcine en crème : ZOSTRIX (ATU nominative)

Territoire monoradiculaire : NSTC

Pris en charge si prescription et suivi par une structure
d'évaluation et de traitement de la douleur

Douleur neuropathique

Stratégie thérapeutique (3)

Traitements de seconde intention nécessitant une hospitalisation

Médicamenteux

Kétamine IV (hors AMM) : si allodynie importante

Xylocaïne IV (hors AMM) : CI cardiologiques

Chirurgicaux

Stimulation médullaire (voire stimulation corticale...)

Neurochirurgie d'interruption des voies de la douleur

Douleur neuropathique

Stratégie thérapeutique (4)

A tous les stades

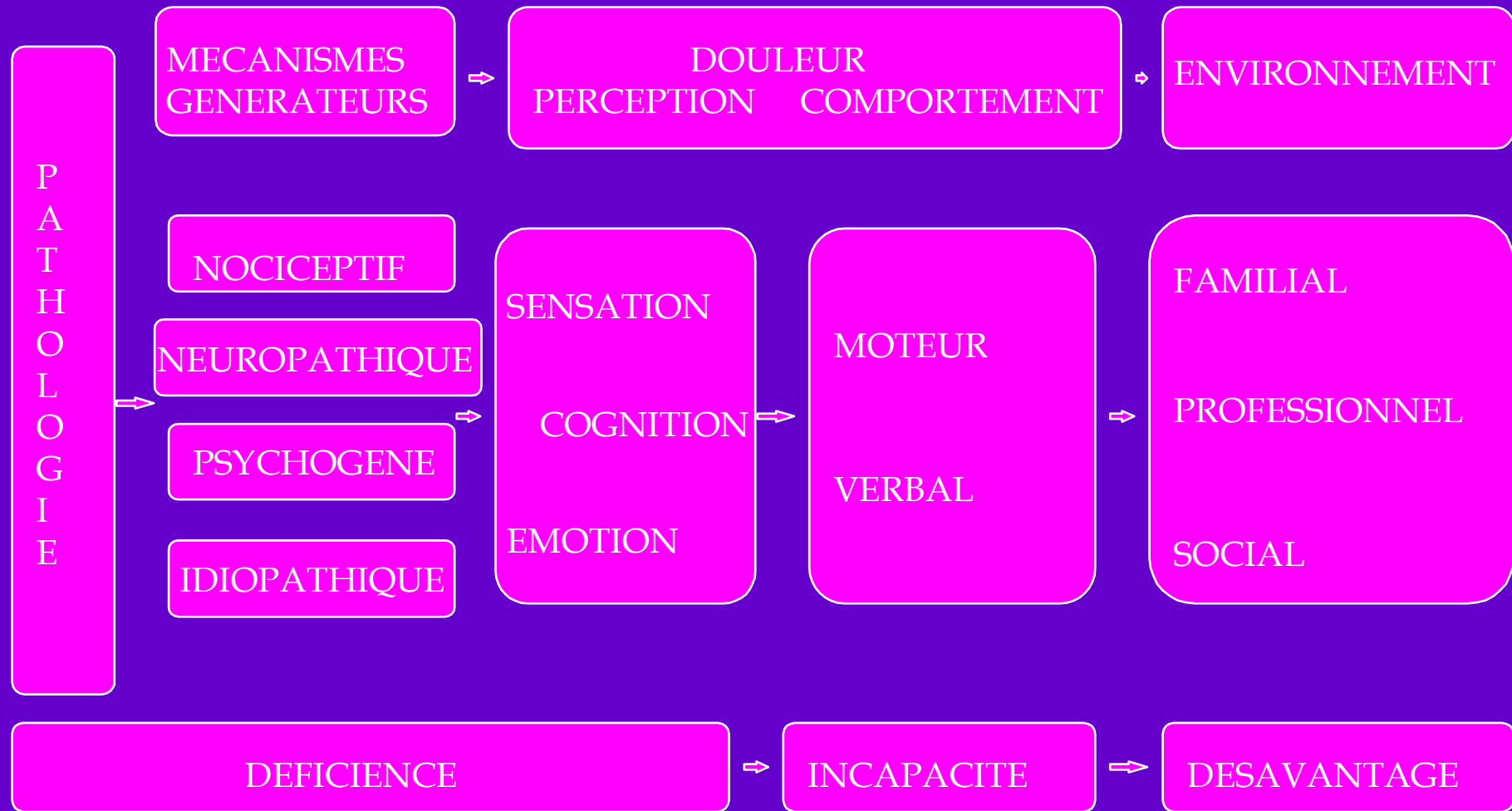
abord global, biopsychosocial

Douleur neuropathique = permanente, souvent irréversible...

Une douleur permanente même d'intensité faible a plus de conséquences qu'une douleur récurrente

> Conséquences psychologiques, familiales et professionnelles...

MODELE MULTIDIMENSIONNEL DE LA DOULEUR



La douleur neuropathique

- Mal connue, mal dépistée donc mal prise en charge
- Quasi méconnue du grand public
- Patient peu ou pas informé sur la dimension séquellaire de cette douleur = fragilisation psychologique (favorisée si ATCD psy)
- Idéation anxieuse facilitant l'émergence d'idées erronées à l'égard de la douleur et en conséquence de comportements inadaptés face à elle

La douleur neuropathique

Distorsions cognitives

- Inquiétudes excessives
- Dramatisation, catastrophisme (évolution)
- Résignation - impuissance apprise
- Amplification
- Ruminantion
- Conviction d'être malade (fluctuation intensité douleur = maladie évolutive)
- Incompréhension / interprétations erronées
- Auto-reproche, culpabilité
- Kinésiophobie

La douleur neuropathique

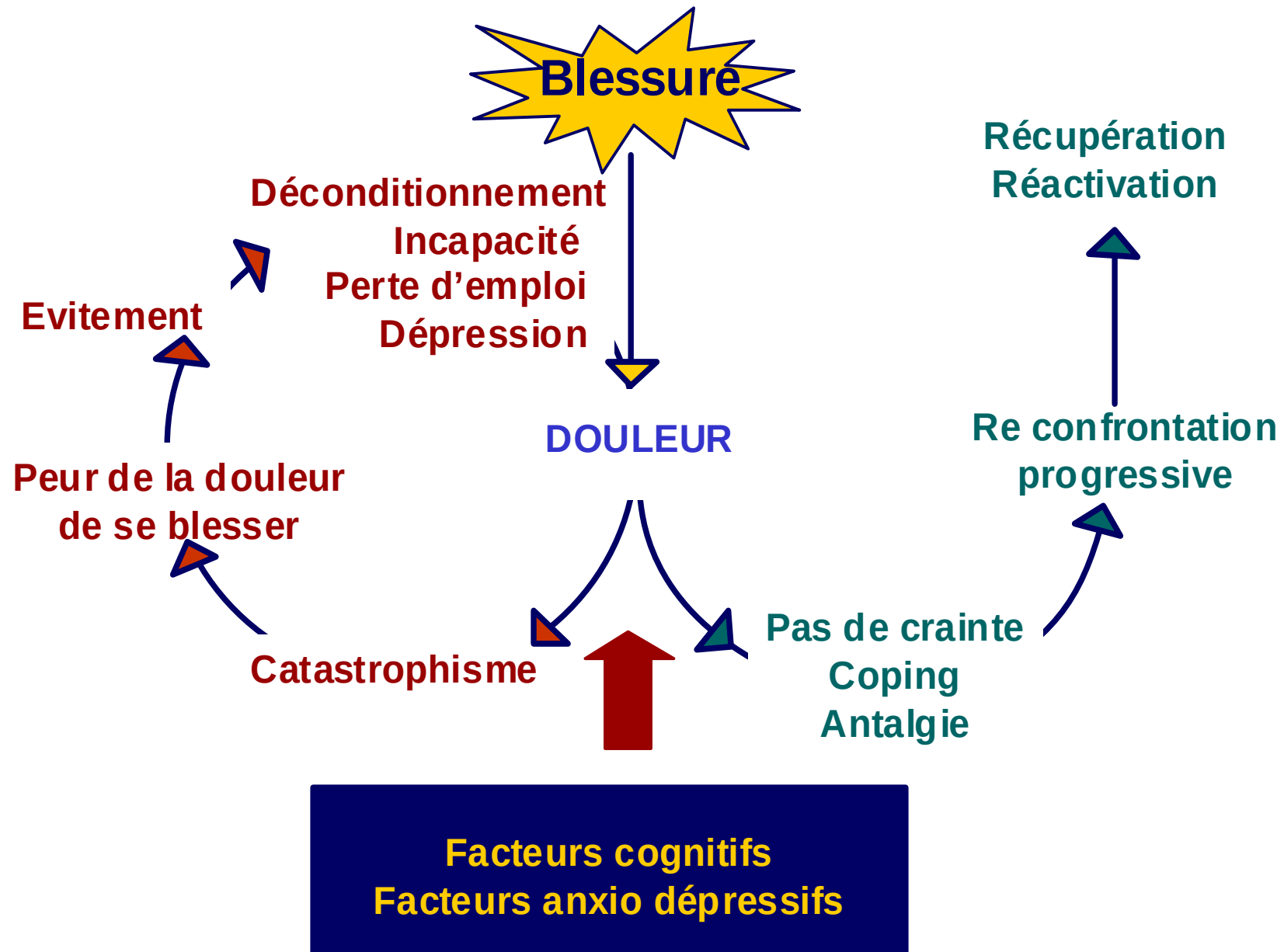
Comportements douloureux

Verbaux : gémissements, soupirs

Moteurs, non verbaux : boiterie, usage d'une canne, d'un corset, grimaces, attitudes de protection

Activité générale : temps assis, temps allongé

Surconsommation d'antalgiques et de psychotropes



Douleur neuropathique

Quels facteurs de chronicisation ?

1/ En premier lieu : **la lésion neurologique**
séquelle non réparable > douleur persistante

2/ **Mais aussi**

Des facteurs liés à l'individu : mode de pensée, anxiété, dépression... > **cercles vicieux de la douleur**

Des facteurs environnementaux : familiaux, professionnels, ... et **IATROGENES !**

FACTEURS
ANATOMIQUES



STADE AIGU

CERCLES
VICIEUX



STADE CHRONIQUE

Douleur neuropathique

Quelles place pour la iatrogénie ?

- Promesses démesurées (guérison totale et définitive, médicament miracle) génératrices de déceptions répétées ;
- Paroles d'impuissance (« je ne peux plus rien pour vous », « c'est dans votre tête ») avec vécu d'abandon par le patient ;
- Catastrophisme (« votre dos est foutu », « vous risquez le fauteuil roulant », « vos os sont rongés »...) ;
- Nomadisme médical : « je vais vous envoyer ailleurs, ce n'est pas normal que vous ayez toujours mal »

Douleur neuropathique

Quelle prise en charge psycho-corporelle ?

- Adaptée à chaque situation clinique +++
 - La douleur est individuelle
- Écoute active
- Soutien psychologique
- Relaxation
- Hypnose
- Thérapie cognitive et comportementale (TCC)

Douleur neuropathique

Objectifs de l'abord cognitif et comportemental

Acquisition de nouvelles défenses face à la douleur (comportements, pensées)

Assouplissement des défenses actuelles dysfonctionnelles

Renforcement des défenses efficaces déjà en place en les généralisant à plusieurs situations

Favoriser la reprise d'activités

Diminuer le seuil de perception de la douleur par une gestion des crises autre que médicamenteuse

Augmenter le sentiment de contrôle de la douleur

Prévenir un effondrement anxio-dépressif

Douleur neuropathique

Principes de l'abord cognitif et comportemental

- Thérapie limitée dans le temps, structurée, où le patient et thérapeute travaillent en collaboration
- Thérapie centrée sur le problème actuel : comment faire face aux difficultés quotidiennes (adaptation)
- Approche pédagogique, éducationnelle (infos++)
- Les comportements dysfonctionnels sont attribués à l'apprentissage, la perception et les interprétations erronées (contrairement à la psychanalyse)
- Le temps de l'évaluation est donc très important : l'analyse fonctionnelle pourra mettre en évidence les cognitions automatiques, les émotions, le contexte d'apparition et les comportements
- Le travail cognitif a pour but le réapprentissage, la restructuration cognitive voir l'assouplissement des schémas cognitifs : le patient est amené à modifier ses opinions et à percevoir d'autres alternatives

En conclusion

La douleur neuropathique

concerne 1 patient sur 3 adressé en consultation douleur
mérite d'être mieux connue et dépistée (DN4)

ne se guérit pas

fait l'objet de beaucoup d'études scientifiques

bénéficie d'avancées thérapeutiques :

- * les médicaments et topiques locaux
- * les techniques de stimulation du système nerveux
- * la TCC

mérite un abord global (comme toute douleur chronique)