

douleur neuropathique à propos de 200 cas

Grainat N et Coll.

Centre anti douleur de Batna

7^{ème} CONGRES SAETD


ORAN 2011

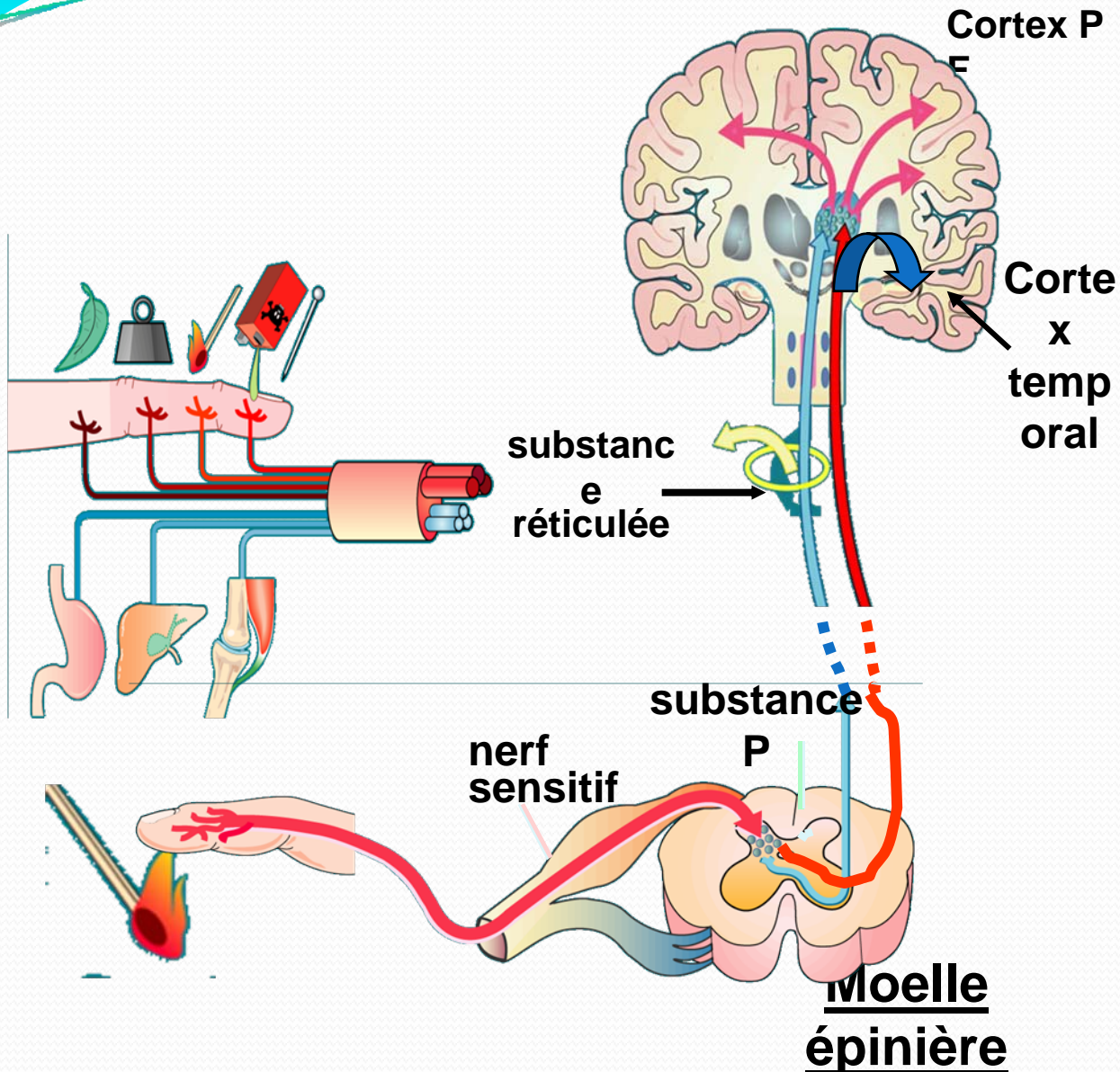
introduction

- « sensation désagréable et émotionnelle secondaire à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite comme une telle lésion »

IASP

Subjective +++

- 
- Douleur liée à une lésion ou une *dysfonction* du système nerveux (IASP 1994)
 - Douleur secondaire à une lésion ou une maladie du système somato-sensoriel (Treede 2006)



- Récepteurs de la douleur: terminaisons libres
- Deux sortes de fibres dans un nerf sensitif
 - **Fibres de gros calibre $A\alpha$ et β** conduisent la sensation tactile non douloureuse
 - **Fibres de petit calibre $A\delta$ et C** conduisent la sensation douloureuse
 - Constitue le premier neurone (N_1) de la transmission nociceptive
 - Vont de la périphérie à la corne postérieure de la moelle

Contrôle de la douleur (mécanismes inhibiteurs de la transmission douloureuse)

- Gate control (théorie de la porte) (Melzack & Wall Science 1965)
 - contrôles segmentaires spinaux
- Endomorphine
 - contrôles spinaux et supraspinaux
- Contrôles inhibiteurs descendants: CIDN
 - contrôle supraspinaux

- En l'absence de douleur
 - Tout se passe comme si il avait un équilibre entre
 - Le message nociceptif ascendant
 - Et les systèmes de contrôle inhibiteurs
- Les phénomènes douloureux surviennent
 - Soit en cas d'excès de stimulation des récepteurs $A\delta$ et C: douleur par excès de nociception
 - Soit par insuffisance des contrôles inhibiteurs: douleur neurogène ou neuropathique

PHYSIOPATHOLOGIE



Excitation des nocicepteurs A δ et C



Fibres A α β

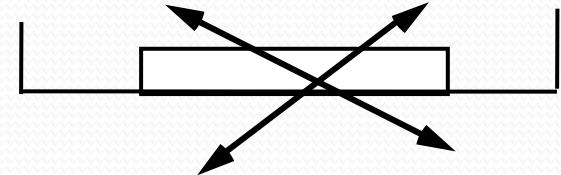
Équilibre : absence de douleur



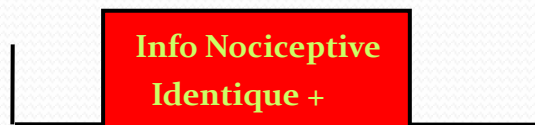
Excès de Nociception



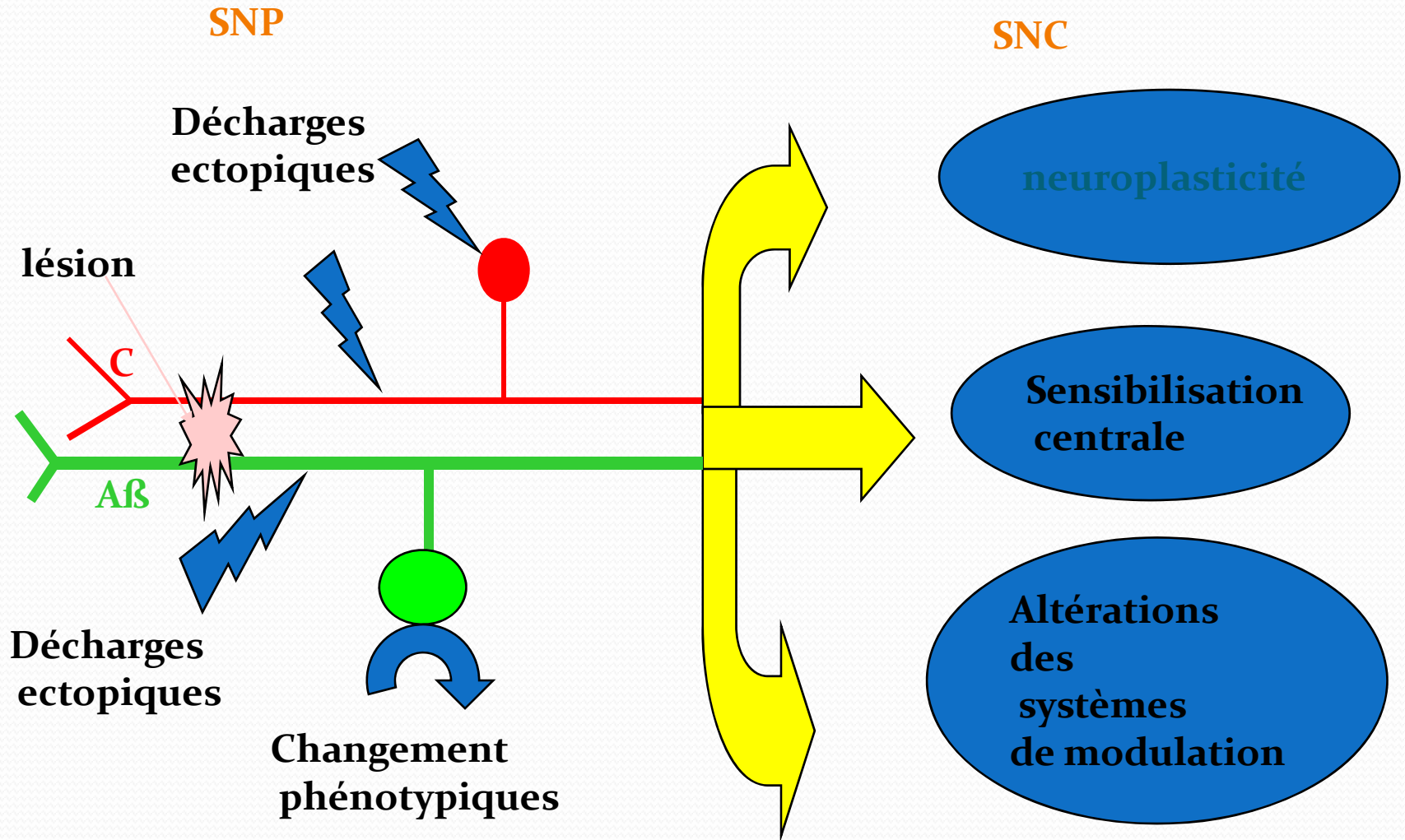
Diminution ou suppression des contrôles Inhibiteurs FA $\alpha\beta$



Douleurs neurogènes



Mécanismes physiopathologiques



D'après N. Attal

La douleur nociceptive

- Une expérience sensorielle qui intervient lorsque des neurones sensoriels périphériques (nocicepteurs) spécifiques répondent à des stimuli nocifs¹.
- La région douloureuse est généralement localisée au siège de la lésion et souvent décrite comme lancinante, douloureuse ou associée à une raideur¹.
- La douleur est généralement limitée dans le temps et disparaît avec la cicatrisation des tissus (p. ex., les fractures osseuses, les brûlures et les contusions)¹.
- Est parfois chronique (p. ex., l'arthrose)².
- Répond aux analgésiques classiques¹

1. McMahon SB, Koltzenburg M. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. 5^e éd. London, Elsevier, 2006, p. 235, 471, 906 et 1099.

2. Felson DT. *Arthritis Res Ther* 2009; 11:203.

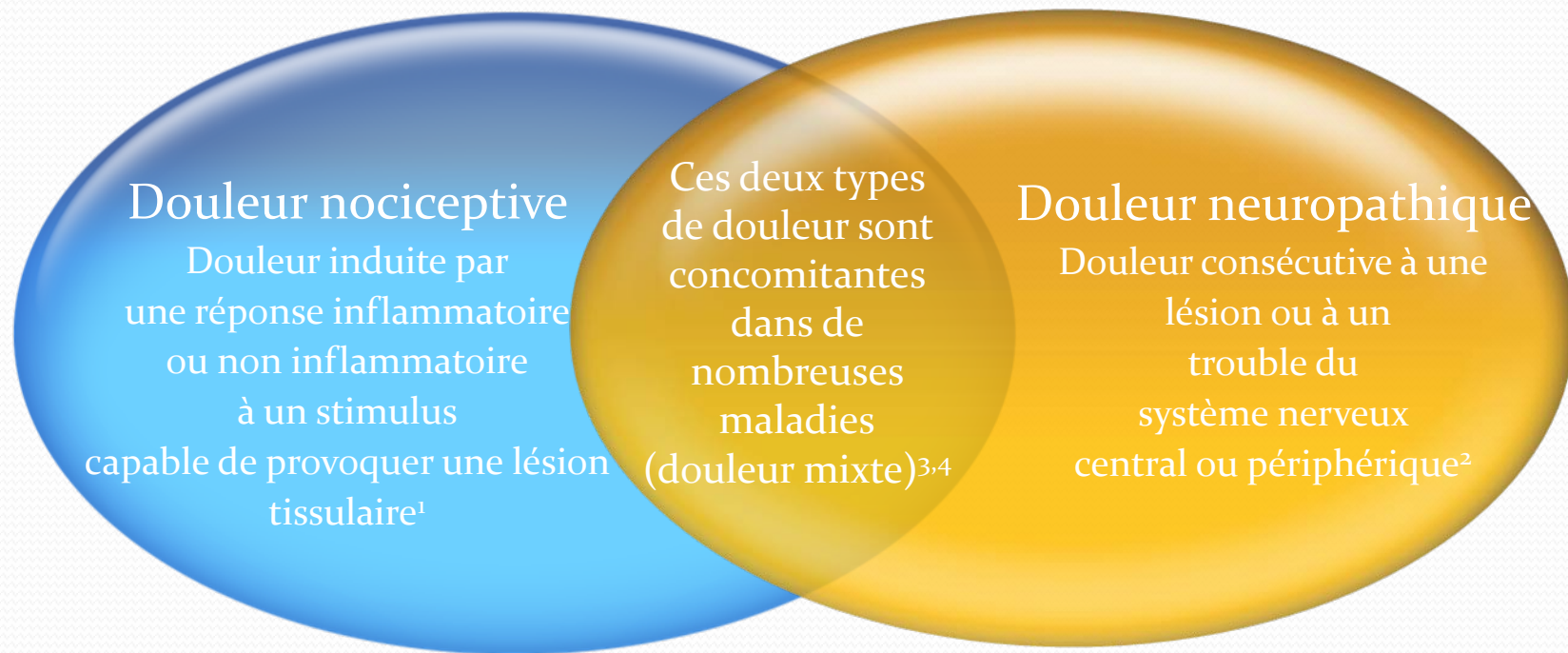
La douleur neuropathique

- Une douleur déclenchée ou causée par une lésion primaire ou un dysfonctionnement du système nerveux périphérique ou central¹
- Une douleur souvent décrite comme lancinante, comparable à des décharges électriques ou à des brûlures, et fréquemment associée à des fourmillements et à un engourdissement²
- Constitue généralement une maladie chronique (p. ex., une névralgie post-zostérienne, une douleur post-AVC)².
- Répond mal aux analgésiques classiques³.

1. Merskey H, Bogduk N, éd. *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. 2^e éd. Seattle, WA, IASP Press, 1994, p. 212.

2. McMahon SB, Koltzenburg M. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. 5^e éd. London, Elsevier, 2006, p. 905 et 1099.

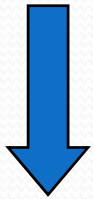
3. Dray A. *Br J Anaesth* 2008; 101:48-58.



1. D'après Julius D *et al.* Dans : McMahon SB, Koltzenburg M. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. 5^e éd. London, Elsevier, 2006, p. 35.
2. D'après Merskey H, Bogduk N, éd. *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. 2^e éd. Seattle, WA, IASP Press, 1994, p. 212.
3. Webster LR. *Am J Manag Care* 2008; 14(5 Suppl 1):S116-22.
4. Ross E. *Expert Opin Pharmacother* 2001; 2:1529-30.

Sémiologie clinique des douleurs neuropathiques

Douleurs spontanées



continues

Brûlure : dl superficielle
Étau: dl profonde



paroxystiques

Décharges électriques
élancements

Dyesthésies, paresthésies

Douleurs provoquées



allodynie

mécanique

statique
dynamique

Déficit sensitif (tact, Θ)



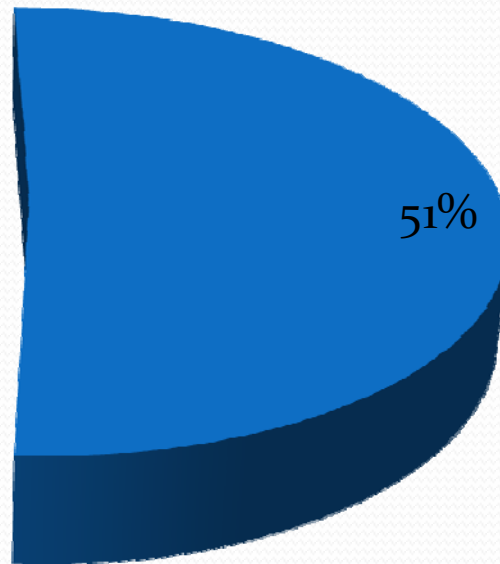
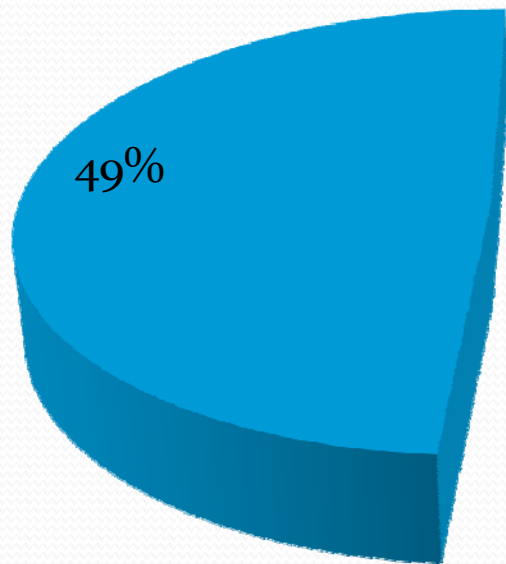
hyperalgésie

ou thermique

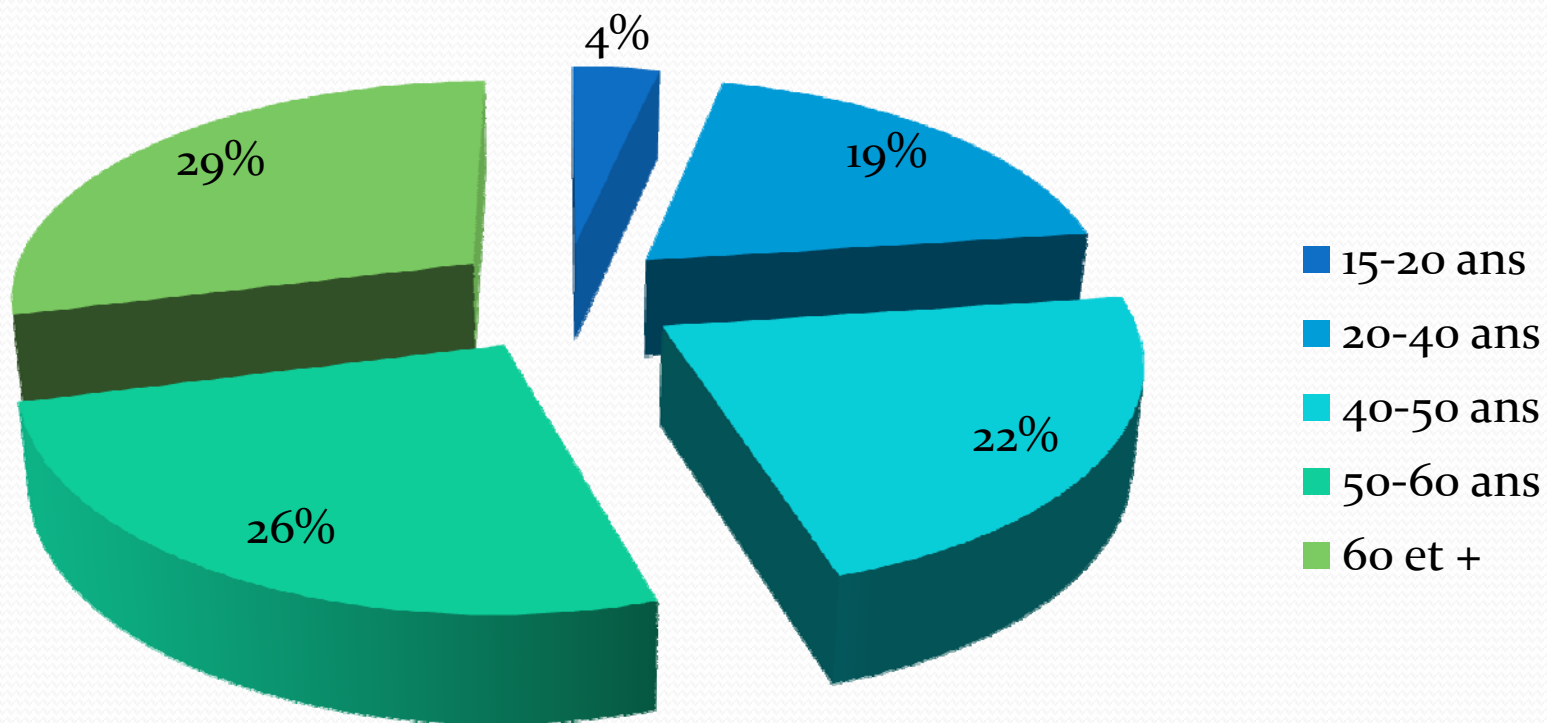
froid
chaud

Malades et méthodes

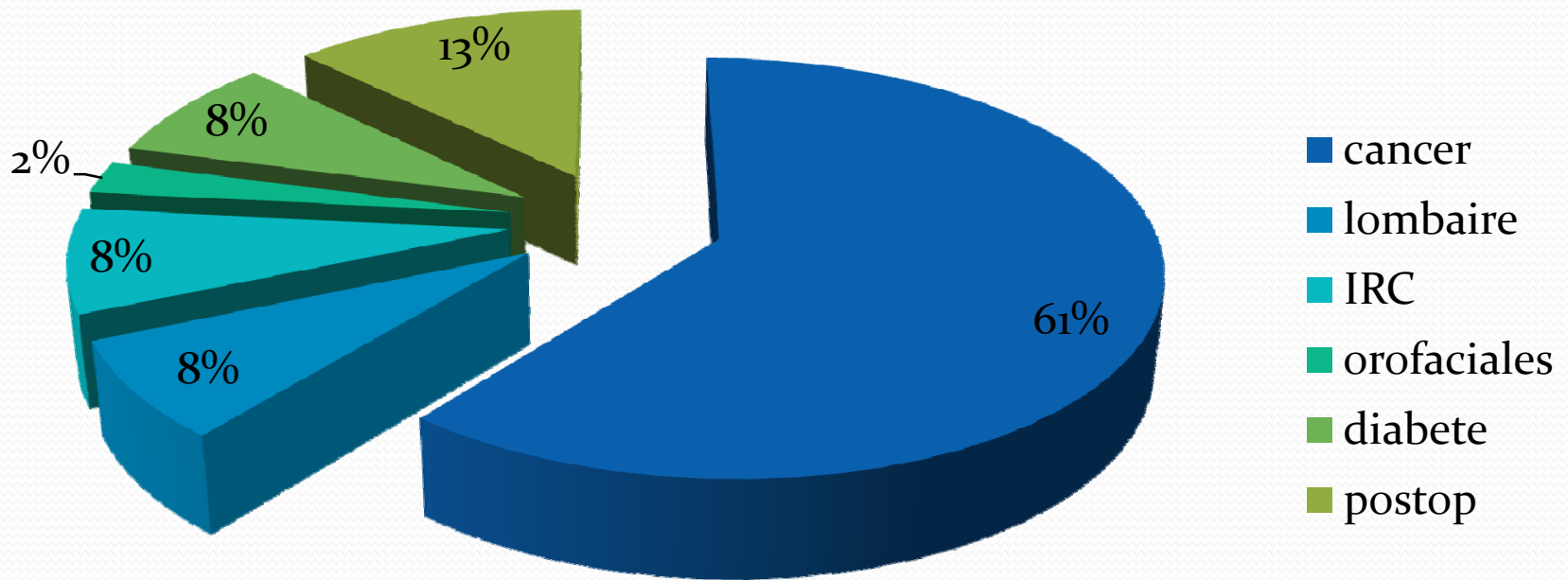
- Étude rétrospective
- 200 malades
- Sex ratio
- Age moyen
- Douleurs
- Questionnaire - EVA – DN₄
- Étiologies
- 2010/2011
- Centre anti douleur



- femmes
- hommes



Répartition selon l'étiologie



Appliquer l'approche ELR pour différencier la douleur neuropathique de la douleur nociceptive

Douleur	Écouter ¹	Localiser ¹	Rechercher ¹⁻³
Neuropathique	<ul style="list-style-type: none"> « Douleur lancinante » « Choc électrique » « Douleur cuisante » « Fourmillements » « Démangeaisons » « Engourdissement » 	<p>La région douloureuse n'est pas nécessairement le siège de la lésion.</p> <p>La douleur se ressent dans le territoire neurologique de la structure touchée (nerf, racine, moelle épinière, cerveau).</p>	Tests au chevet qui mettent en évidence des anomalies sensorielles
Nociceptive	<ul style="list-style-type: none"> « Endolorissement » « Douleur pulsatile » 	<p>La région douloureuse est généralement localisée au siège de la lésion.</p> <p>Une manipulation physique provoque de la douleur au siège de la lésion.</p>	Anomalies sensorielles non indiquées

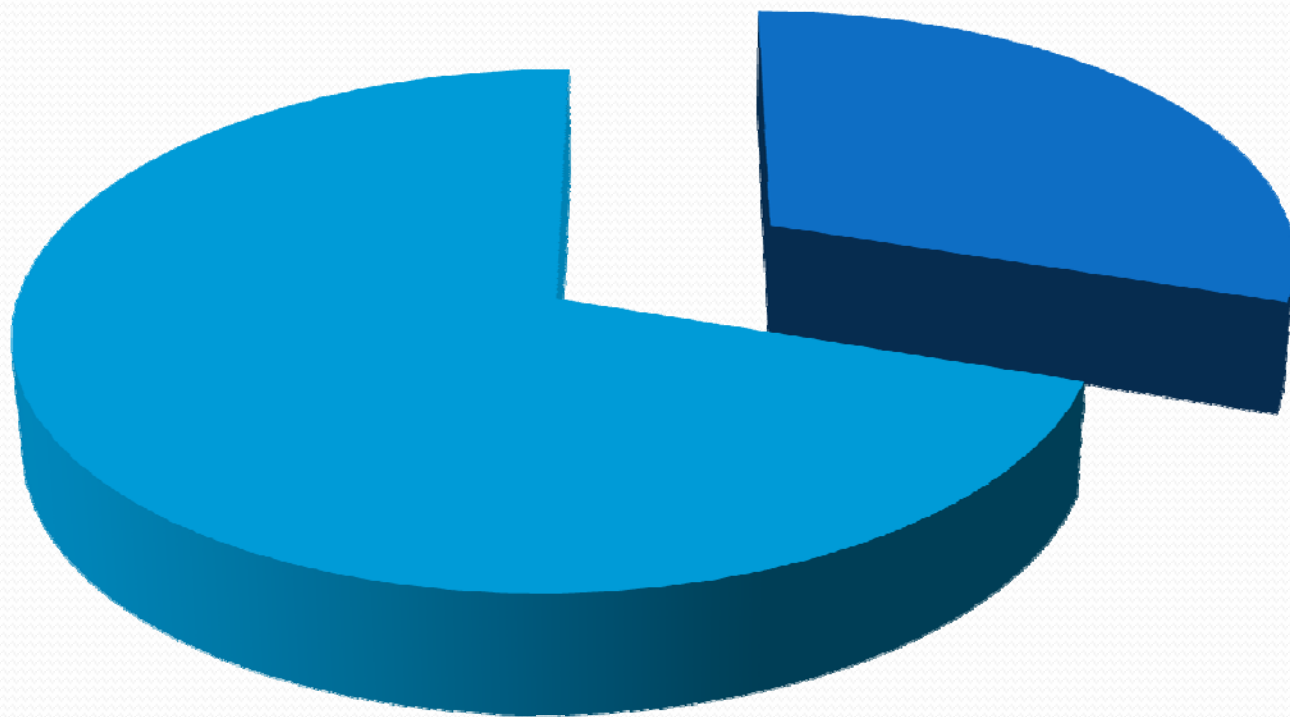
1. Gilron I *et al.* *Can Med Assoc J* 2006; 175:265-75.
2. Haanpää ML *et al.* *Am J Medicine* 2009; 122(10 Suppl):S13-21.
3. Baron R, Tölle TR. *Curr Opin Support Palliat Care* 2008; 2:1-8.

Outil de dépistage

- Questionnaire :
 - caractéristiques de la douleur – douleur cuisante, douleur au froid, chocs électriques;
 - symptômes associés – fourmillements, picotements, engourdissements, démangeaisons;
 - sensibilité cutanée – hypoesthésie au toucher, hypoesthésie à la piqure d'épingle et douleur à l'effleurement.
- Distinction entre la douleur neuropathique et la douleur nociceptive
- Rapide et facile à mettre en œuvre
- Utilisé dans le monde entier
- Validé

DN4

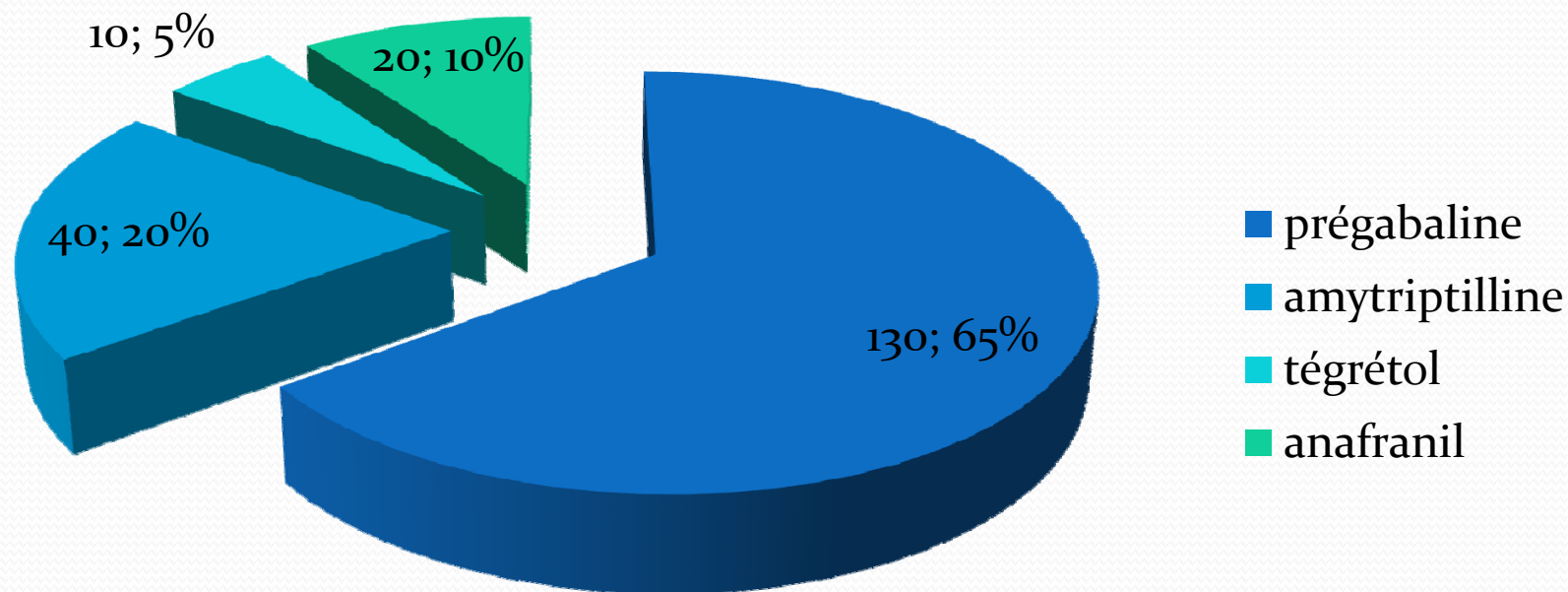
- Moyenne de DN₄ = 5,5



■ neurogène

■ mixte

Répartition selon le traitement



Paliers de l'OMS

Palier III

(Douleurs intenses)

Opiacés forts: morphine et
+ OU - adjuvants

Palier II

(Douleurs modérées)

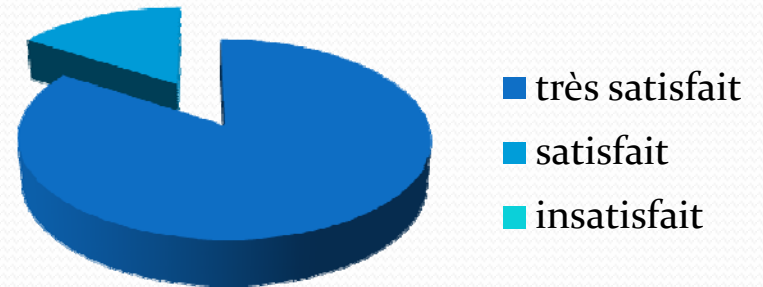
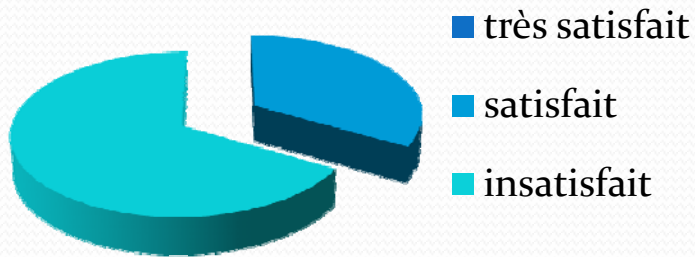
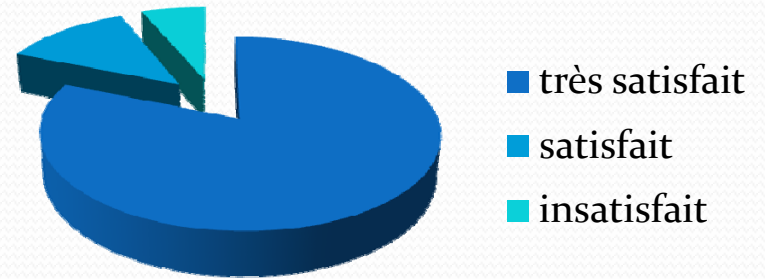
Opiacés faibles (Codéine ou dextropropoxyphène +
paracétamol) + OU - adjuvants

Palier I

(Douleurs légères)

Antalgiques non narcotiques
(Paracétamol, Aspirine, AINS)
+ OU - adjuvants

Satisfaction des patients



discussion

- Évaluation et dépistage
- les traitements proposés sont nombreux, certains sont choisis en première intention
- La satisfaction des patients et des praticiens

discussion

- Chaque molécule possède un mécanisme d'action différent :

Prégabaline : freine la libération synaptique de nombreux neuromédiateurs en se fixant au site $\alpha 2-\delta$
(en première intention)

Amitriptyline : inhibiteur du recaptage de la noradrénaline et de la sérotonine

Carbamazépine : blocage des canaux sodiques voltage-dépendants

Imipramine : Action sur les systèmes adrénergiques cholinergiques, sérotoninergiques et sur l'activité des hydroxylases hépatiques.

Tramadol : opioïde et renforce l'inhibition

Morphine : opioïde , doses fortes

- Pourra-t-on proposer un jour :

un traitement adapter à chaque pathologie

Conclusion

- la douleur neuropathique est retrouvée dans de nombreuses affections, dont la symptomatologie est différente
- le dépistage de la douleur neuropathique est un temps essentiel grâce à l'approche E1L2R3



merci