

La douleur en neurologie

Pr. Hamid Ouhabi

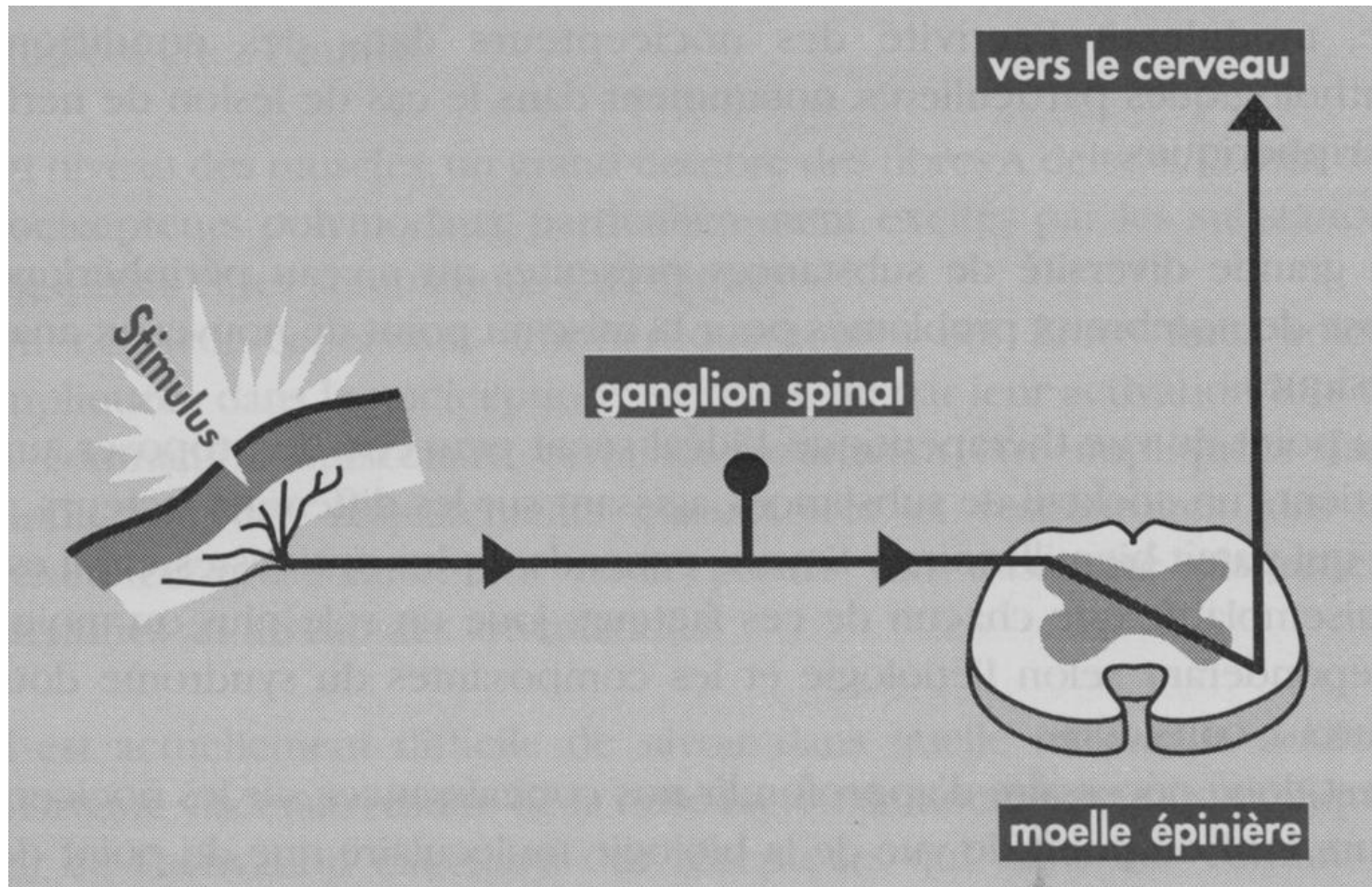
Chef de pôle Neurologie-Neurophysiologie
Hôpital Cheikh Khalifa , Casablanca

22 Mai 2016

DEFINITION :

- Définition de l'IASP : International Association for Study of Pain
 - Douleur :
 - expérience sensorielle et émotionnelle désagréable
 - associée à un dommage tissulaire
 - présent ou potentiel
 - ou décrit comme tel

Schéma général



Pour traiter il faut d'abord **EVALUER**

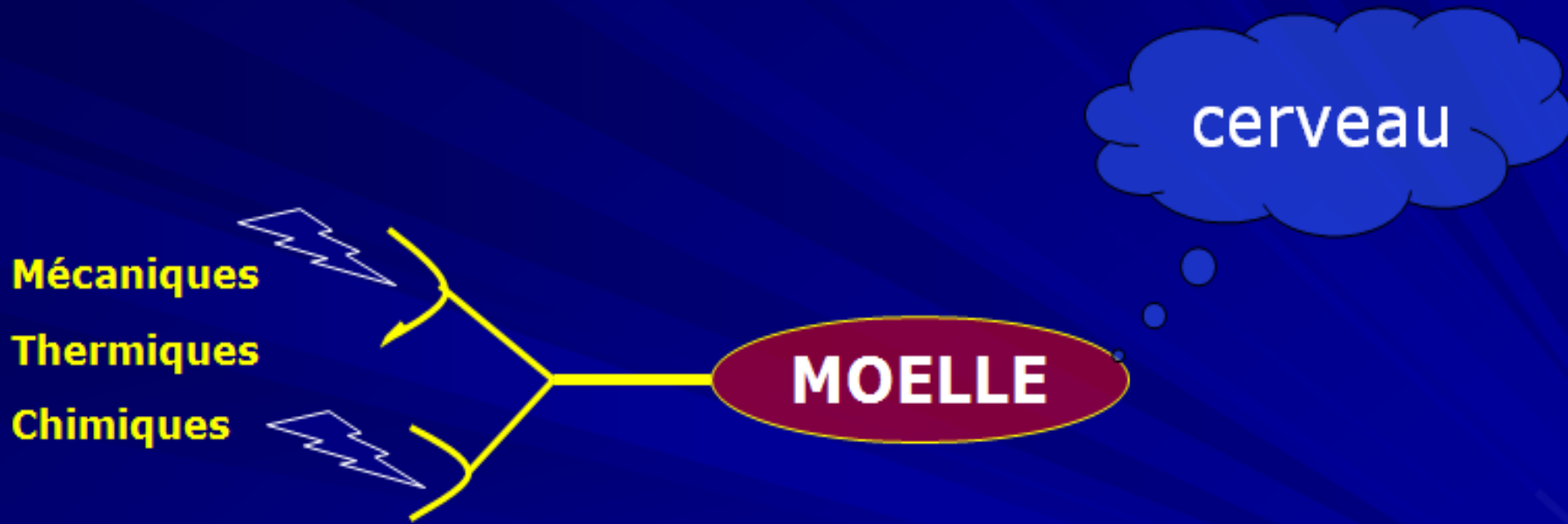
- **Le type de douleur**
 - aiguë / chronique
- **Le mécanisme**
 - Excès de nociception
 - Neuropathique
 - Psychogène
- **La sévérité**
 - quantitative
 - qualitative

et savoir réévaluer

Comparaison des douleurs aiguës et chroniques

	Douleur aiguë (symptôme)	Douleur chronique (syndrome)
Finalité biologique	utile protectrice signal d'alarme	inutile destructrice maladie à part entière
Mécanisme générateur	unifactoriel	plurifactoriel
Réactions somato- végétatives	réactionnelles	habituation ou entretien
Composante affective	anxiété	dépression
Comportement	réactionnel	renforcé
Modèle de compréhension	médical classique	pluridimensionnel « somatopsychosocial »

Douleurs : Mécanismes générateurs



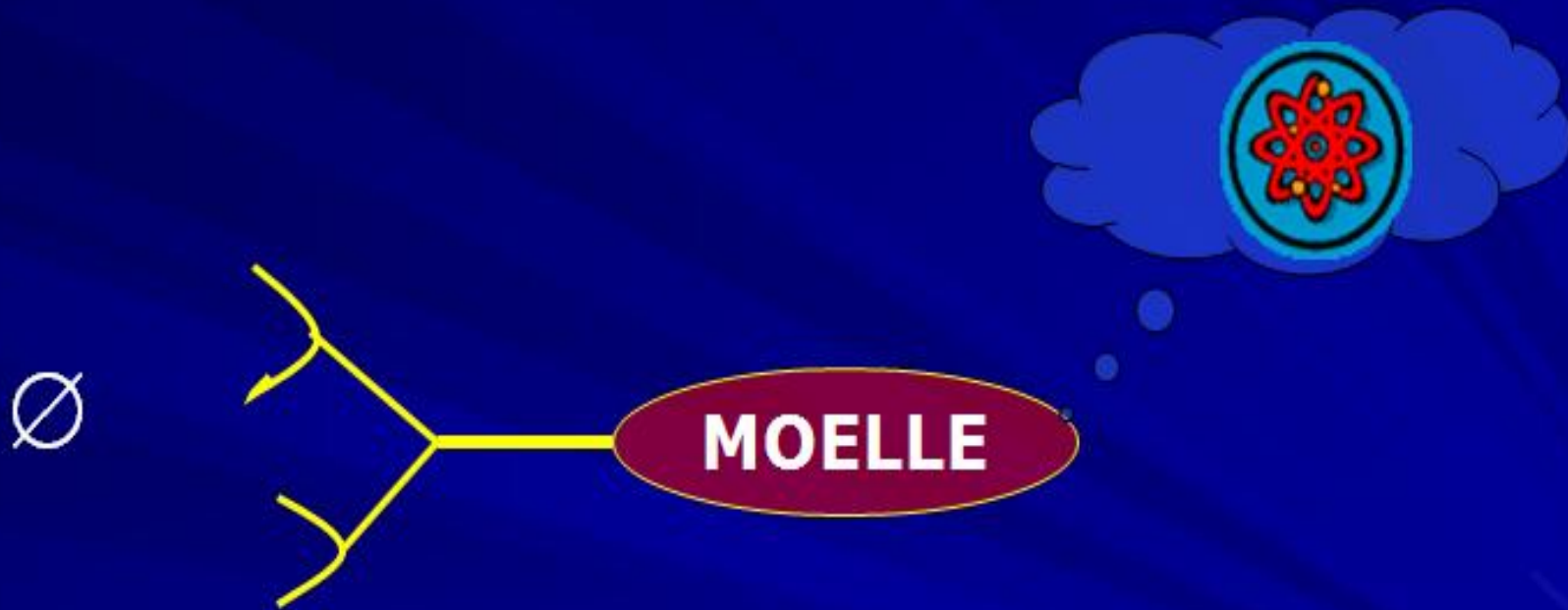
EXCES de NOCICEPTION

Douleurs : Mécanismes générateurs



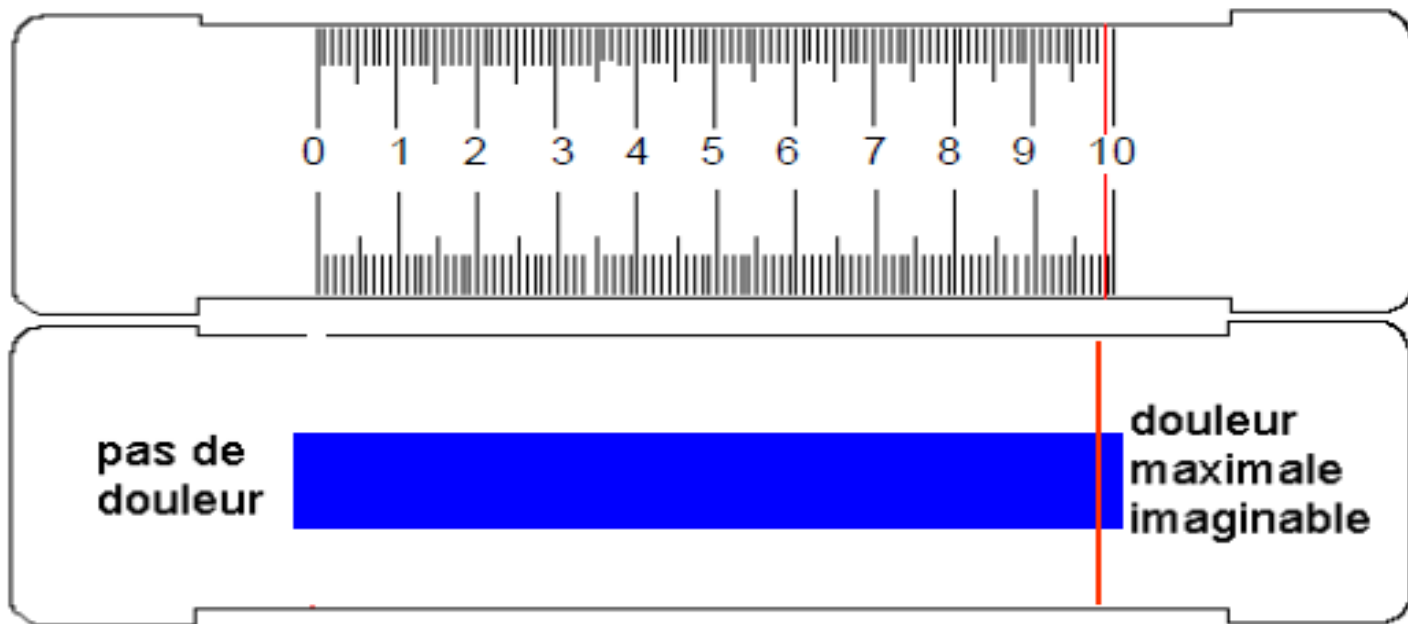
NEUROPATHIQUES

Douleurs : Mécanismes générateurs



PSYCHOGENES

Échelle Visuelle Analogique



Pas de
douleur

Douleur
maximum
imaginable

Échelle Verbale et Échelle Numérique

1	2	3
<p>J'ai extrêmement mal J'ai très mal J'ai mal J'ai un peu mal Je n'ai pas mal</p>	<p>Je souffre atrocement Je souffre beaucoup Je souffre moyennement Je souffre un peu Je ne souffre pas</p>	<p>Douleur intolérable Douleur extrêmement forte Douleur très forte Douleur un peu forte Douleur moyenne Douleur supportable Douleur faible Douleur minimale Aucune douleur</p>

Échelles Comportementales

- Envahissement du langage par la plainte
 1. Pas de plainte, même à l'interrogatoire
 2. Plainte uniquement à l'interrogatoire
 3. Plainte spontanée, mais peu fréquente, et s'adressant seulement à certaines personnes de l'entourage
 4. Envahissement partiel du langage par la plainte : le patient se plaint à tout le monde, mais est cependant capable de parler d'autre chose
 5. Envahissement complet du langage par la plainte.

Échelles Comportementales

- Réduction des activités spontanées
 1. Activité normale, le sujet se rend au travail
 2. Activité extérieure partielle : le sujet abandonne certains travaux et distractions habituels
 3. Activité d'intérieur seule
 4. Activité de chambre
 5. Confinement au lit : malade grabataire.
- Demande d'antalgiques
 - Demande nulle
 - Demande \leq 3fois/24h d'antalgique per os
 - Demande $>$ 3fois/24h d'antalgique per os
 - Demande \leq 3fois/24h d'antalgique injectable
 - Demande $>$ 3fois/24h d'antalgique injectable

Evaluation des douleurs neuropathiques en pratique quotidienne par le questionnaire DN4

⇒ Evoquer une douleur neuropathique si score $\geq 4/10$

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2 : La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4- Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN DU PATIENT

Question 3 : La douleur est-elle localisée dans un territoire ou l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8- Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	OUI	NON
10- Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score du patient : /10

Questionnaire DN4 simplifié par interrogatoire auto-administré. Ne concerne que le groupe de questions 1 et 2.

⇒ Test significatif à partir de 3 items positifs.

Les grands principes

1) La pharmacologie de la douleur repose sur

3 approches complémentaires :

- limiter l'excitation périphérique des nocicepteurs
- bloquer la transmission nociceptive au niveau des fibres ou de la corne postérieure
- renforcer les feed-back physiologiques (contrôle inhibiteur descendant)

Les grands principes

2) Principes fondamentaux

- faire un diagnostic précis
 - étiologique
 - topographique
- traiter la cause
- réévaluer l'efficacité du traitement et l'adapter
- prévenir la douleur (sans attendre sa réapparition)
- conserver le patient lucide, autonome et valide

Les grands principes

- prévenir les effets secondaires
- assurer un soutien relationnel
- la hiérarchie des paliers I, II, III de l'OMS
 - n'est valable que pour les douleurs par excès de nociception
 - elle n'a pas de sens dans les douleurs neurogènes ou psychogènes

Douleur par excès de nociception

- **Règles de l'O.M.S.**
 - palier 1 = analgésiques périphériques
 - palier 2 = opiacés faibles
 - palier 3 = opiacés puissants
- **En rapport avec l'intensité après respect de la gradation des paliers**
 - douleur légère
 - douleur modérée
 - douleur intense

Douleur neuropathique

- Une douleur spontanée ou provoquée
- Liée à un dysfonctionnement du système nerveux
- Selon le siège de la lésion, on distingue
 - les douleurs neuropathiques périphériques
 - les douleurs neuropathiques centrales
- Sémiologie marquée par :
 - leur tonalité qui permet le plus souvent de distinguer :
 - composante continue
 - composante paroxystique
 - une topographie systématisée
 - caractère évoqué ou provoqué de la douleur :
hyperalgésie, allodynie,...

Etiologies

- Douleurs périphériques :
 - Post-traumatiques
 - Toxiques , Métaboliques
 - Neuropathies infectieuses , maladies inflammatoires
 - Pathologies malignes , Neuropathologies paranéoplasiques
 - Maladies auto-immunes ou hématologiques ...
- Douleurs Centrales :
 - Lésion médullaire touchant les voies sensibles (blessés médullaires, avulsion plexique...)
 - Lésion thalamique ou sous thalamique (Accidents vasculaires cérébrales, tumeurs..)
 - Sclérose en plaques ...

Traitement Pharmacologique

- Substances longtemps considérées comme coanalgésiques:
 - Antiépileptiques : douleurs paroxystiques
 - Antidépresseurs : douleur continue superficielle
(paresthésies, brûlures)
 - Anesthésiques locaux
- Règles générales :
 - Objectif réaliste - information du patient
 - Doses progressives par titration individuelle
 - Prise en charge globale du patient
(avec prise en compte des conséquences de la douleur)
- Traitements Non Médicamenteux

La migraine

- Céphalées
 - 3 % des recours aux soins
 - Dont les 9/10 auprès de médecins généralistes
 - **82% des migraineux ne font pas l'objet d'un suivi médical**
 - **48% d'automédication**
- **Migraine**
 - Prévalence chez l'enfant : 5%
 - Début avant 40 ans : 90% des cas
 - Âge moyen de la 1ère crise : 20 ans
 - Prévalence maximale : 35 - 44 ans
 - Rare après 60 ans

LA MIGRAINE

SIGNES CLINIQUES

- Les crises migraineuses peuvent être précédées de prodromes.
- Les plus fréquents étant des troubles de l'humeur et de l'appétit

- Dans 20 % des cas une aura précède la céphalée
- L'aura visuelle est la plus fréquente
 - scotome scintillant
 - phosphènes

• Pâleur de la base

• Nausées - vomissements



• Céphalées durant de 2 à 72 heures

- Céphalées sévères ou très sévères (40% des cas)
- Localisation unilatérale parfois bilatérale
- Douleur battante
- Aggravation par l'activité physique

- Intolérance à la lumière (photophobie)
- Intolérance au bruit (phonophobie)

Place des examens complémentaires?

- Pas d'indication si la migraine est typique
- Indication d'imagerie :
 - Céphalée d'apparition brutale
 - céphalée récente se différenciant de la migraine habituelle
 - anomalie de l'examen clinique
 - début après 40 ans
 - aura atypique

Diagnostics différentiels

- Céphalée de tension
- Algie vasculaire de la face

CÉPHALÉES DE TENSION

ASPECTS CLINIQUES

Dépression - anxiété fréquentes
Le stress est un facteur aggravant

Phonophobie et photophobie modérées dans les formes sévères

Forme épisodique moins de 15 jours par mois



La céphalée dure 30' à 7 jours
Dans les formes chroniques la céphalée est permanente

La douleur est sourde et permanente mais son intensité est variable. Impression d'étau, douleur bilatérale en bande autour de la tête.
Pas d'aggravation par l'activité physique

Forme chronique plus de 15 jours par mois.

ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE

SIGNES CLINIQUES

Sueurs uni ou bilatérales

Crises déclenchées par alcool, vasodilatateurs, sommeil, vent

Rougeur de la face

Congestion nasale



Douleur unilatérale toujours du même côté pendant une salve

Algie faciale durant 15 à 90'
Salve de 3 à 16 semaines
1 à 2 salves par an

Douleur nocturne réveillant le patient à heure fixe.
Localisation péri et rétro oculaire.
Irradiation à la tempe, nez, mâchoire.

Ptosis, larmoiement, myosis

Prise en charge de la migraine

- Traitement de crise
- Traitement de fond
- Traitements des facteurs associés
(céphalées de tension, abus médicamenteux...)

Les traitements de crise

- Classés en plusieurs grades
 - grade A :
 - non spécifiques : AINS, aspirine
 - spécifiques : triptans et DHE per-nasale
 - grade B : spécifiques : tartrate d'ergotamine, DHE inj
 - grade C : non spécifique : paracétamol
- Recommandations :
 - AINS, puis si échec : triptans
 - triptans d'emblée si CI, voire si forme sévère

En pratique

- Intérêt de la double prescription AINS/triptan
- Privilégier les AINS (kétoprofène, naproxène,...)
- Prévoir des traitements de secours parfois (spray, injectables, suppositoires...)
- Éviter les anxiolytiques systématiques

Traiter peu souvent mais fort!

TRAITEMENT DE CRISE

- **Evaluation :**
 - Etes-vous soulagé significativement 2 heures après la prise de ce médicament ?
 - Ce traitement est-il bien toléré ?
 - Utilisez-vous une seule prise de ce médicament ?
 - Ce traitement est-il efficace au moins 2 crises / 3
- **Réponse OUI aux 4 questions**
 - pas de modification du traitement
- **Au moins une réponse NON aux 4 questions**
 - Co-prescription d'un AINS et d'un triptan
 - Initiation par l'AINS
 - Triptan en secours (AINS inefficace à 2h)
 - Triptan d'emblée pour les crises ultérieures si AINS inefficace et/ou mal toléré

Quand proposer un traitement de fond?

- Handicap lié aux crises
= intensité + fréquence + durée + signes associés
- Effets secondaires des traitements de crise
- Risque d'abus médicamenteux?
- Auras invalidantes (par ex. : migraine hémiplégique)

Traitements de fond

- Première intention :
 - propanolol , metoprolol
 - topiramate
 - oxerotone
 - amitriptyline
- Seconde intention :
 - pizotifene
 - flunarizine
 - indoramine
 - valproate de sodium
- Troisième intention :
 - methysergide
 - gabapentine

Comment choisir un traitement de fond?

- Si tendance à la prise de poids,
 - éviter : Sanmigran*, Laroxyl*, Sibelium*, Depakine*
 - préconiser Topiramate
- Si forme avec aura exclusive, syndrome de Raynaud, sportif, asthmatique, ou troubles sexuels
 - éviter les bêta-bloquants
- Si HTA associée, ou stress :
 - privilégier les bêta-bloquants
- Si constipation éviter Laroxyl* et Isoptine*
- Si dépression, troubles du sommeil, crise du petit matin, céphalée de tension associée
 - privilégier Laroxyl*
- Si aura:
 - antiépileptiques

Les autres mesures préventives

- Loisirs, activité physique, gestion du stress
- Arrêt du tabac, perte de poids
- Éviter la surconsommation en caféine
- Éviter les facteurs déclenchant
(manque de sommeil, alimentation, alcool...)
- Éducation du patient +++
 - traiter ni trop, ni trop peu
 - tenir à jour un agenda de la migraine

Les règles de prescription du traitement de fond

- Monothérapie progressive
- Evaluation thérapeutique après 3 mois
 - Si échec augmentation des doses ou autre traitement
 - Bithérapie possible si nécessaire
- Durée du traitement de 6 à 12 mois
 - Puis diminution lente et arrêt

Pour conclure

- La migraine est une maladie
 - fréquente
 - sous-diagnostiquée
 - mais source d'une automédication importante
- C'est une maladie bénigne mais handicapante
 - qui peut altérer la qualité de vie des patients
 - perturber les relations affectives
 - retentir sur les activités professionnelles

