



## **LA DOULEUR NEUROPATHIQUE : PEUT-ON CONSTRUIRE UN PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE ?**

**Gérard Mick**

Rue Beegue, 38500 Voiron. E.mail : [ge.mick@wanadoo.fr](mailto:ge.mick@wanadoo.fr)

La douleur neuropathique est une douleur le plus souvent chronique, rebelle aux antalgiques usuels. Sa séméiologie, relativement caractéristique, est un point d'appel à une démarche diagnostique basée sur la concordance topographique entre un déficit sensitif, secondaire à une lésion neurologique connue ou à documenter, et une symptomatologie douloureuse dans le territoire neurologique déficitaire. L'outil d'aide au diagnostic DN4 oriente ou confirme le diagnostic syndromique et incite alors à traiter de façon symptomatique la douleur et à s'assurer du diagnostic étiologique de celle-ci.

La douleur neuropathique est par essence un symptôme corollaire d'une situation lésionnelle qui, dans l'immense majorité des cas, ne peut pas bénéficier d'un traitement étiologique permettant une réversibilité. Tout au plus, une fois le diagnostic étiologique établi, un traitement de la maladie causale (maladie systémique, néoplasie, maladie inflammatoire du système nerveux, entre autres) peut être instauré pour limiter la progression des lésions neurologiques. Cependant, un tel traitement ne sera pas susceptible de limiter le syndrome douloureux, qui apparaît fondamentalement comme séquellaire de lésions déjà établies : le traitement de la douleur neuropathique est donc toujours symptomatique et s'attachera avant tout à limiter la séméiologie positive des lésions (douleur spontanée, douleur provoquée, paresthésie), alors que la séméiologie négative persistera (déficit sensitif, déficit moteur, et leurs corrélats subjectifs et fonctionnels).

Le protocole thérapeutique pour une douleur neuropathique peut être construit à partir de recommandations de la Haute Autorité de Santé, publiées en 2008. Les recommandations s'appuient sur des données scientifiques et sont assorties de consensus d'experts. Elles préconisent une prise en charge multimodale, essentiellement axée en première ligne sur le traitement médicamenteux en monothérapie, associé selon les cas à des traitements non médicamenteux. L'usage des traitements non médicamenteux est fonction essentiellement des co-morbidités en particulier psychiatriques, ou du handicap moteur lié à des lésions neurologiques (rééducation fonctionnelle, kinésithérapie). La neurostimulation transcutanée est quant à elle la plupart du temps un appoint du traitement médicamenteux pour les douleurs neuropathiques focales liées

à une lésion radiculaire ou tronculaire. Quant aux techniques de stimulation du système nerveux central, elles sont du ressort d'équipes spécialisées lorsque la douleur chronique est rebelle à toute autre prise en charge, en particulier dans les cas des douleurs centrales (après AVC surtout).

Le choix d'un traitement médicamenteux peut être construit selon un algorithme simple prônant une monothérapie de première intention avec trois classes thérapeutiques : tricycliques mixtes, antiépileptiques de nouvelle génération, ou compresse imprégnée de lidocaïne en cas de douleur focale. En cas d'inefficacité à posologie maximale tolérable ou d'intolérance, une substitution d'une classe par l'autre est possible lorsqu'il s'agit d'une douleur diffuse, ou une adjonction au traitement topique d'un traitement antidépresseur ou antiépileptique en cas de douleur focale. L'association de deux classes thérapeutiques, en cas de douleur non focale, est une troisième intention quelle que soit la séméiologie douloureuse. En effet, il est établi que les antiépileptiques de nouvelle génération ont une efficacité tant sur les douleurs continues que sur les douleurs paroxysmiques, la douleur continue étant la plainte principale chez de très nombreux patients. En cas d'échec de ces mesures, il est recommandé de recourir à une équipe spécialisée qui mettra en œuvre un traitement la plupart du temps par polythérapie, incluant ou non des opioïdes et d'autres traitements antiépileptiques ou antidépresseurs, sur des bases scientifiques moins validées.

Le choix thérapeutique doit être systématiquement assorti d'un suivi régulier, avec en particulier évaluation de l'efficacité et de la tolérance du traitement prescrit 7 à 15 jours après. Cette évaluation peut s'appuyer sur une échelle d'évaluation spécifique de la douleur neuropathique, le NPSI (Neuropathic Pain Symptom Inventory). Le but du traitement est le soulagement et non la guérison, expliquant la persistance probable des paresthésies et des signes liés à l'hypoesthésie (engourdissement). Le soulagement doit porter de façon globale sur l'ensemble des symptômes douloureux et doit être d'au moins 30 %, avec une bonne réponse considérée à 50 %. L'évaluation des effets indésirables est importante, car elle conditionne l'observance et l'appréciation globale du bénéfice obtenu.

Le traitement, une fois efficace et à posologie stable, doit être maintenu pendant plusieurs mois, avec des tentatives de sevrage lent, suivies d'une réintroduction si nécessaire. La gestion d'une douleur sévère ou rebelle, ainsi que dans le contexte d'une co-morbidité importante en particulier psychiatrique, doit faire appel à une équipe spécialisée.