

Rédacteur(s)	Valideur(s)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dr François JEDRYKA - PH CETD ✓ Laure SEGURA - IDE Coordinatrice du CLuD 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pr Eric VIEL - chef de service CETD et Président du CLuD

1. Définition diagnostique :

Les douleurs neuropathiques **sont toujours associées à une lésion du système nerveux périphérique ou central**. Contrairement aux douleurs par excès de nociception, elles s'expriment en l'absence de stimulations périphériques nociceptives. Elles ont donc une sémiologie propre et une stratégie thérapeutique dédiée. La topographie de la douleur sera **systematisée** à la localisation de la lésion neurologique correspondante. L'objectif de l'examen clinique dans cette situation est de prouver une modification de l'expression du système nerveux nociceptif dans le territoire lésé (*I.E allodynie/ hyperesthésie/ hypoesthésie*). Ceci permet un **dépistage** avec un outil adapté le **DN4** (*voir ci dessous*).

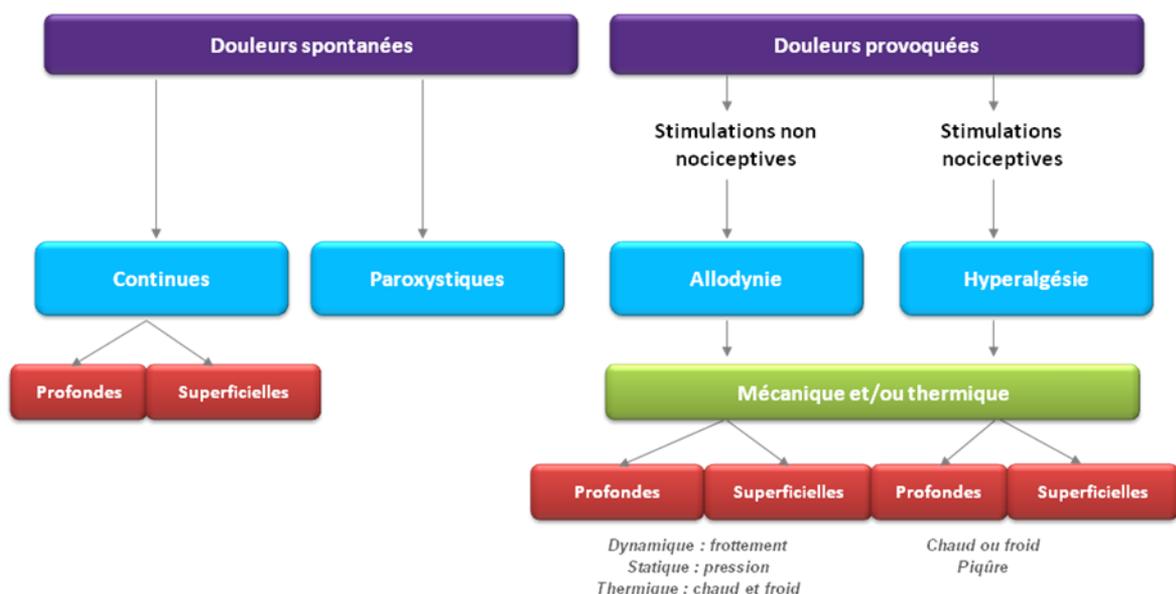
Ces douleurs ne répondent que peu aux antalgiques conventionnels et nécessitent une approche mêlant anti-épileptique et / ou anti-dépresseur.

2. Evaluation clinique :

Symptômes douloureux assez spécifiques dans un territoire localisé compatible avec le mécanisme neurologique initiateur.

L'objectif de l'examen clinique est d'illustrer l'atteinte du système nerveux de la sensation en montrant :

- soit le déclenchement spontané (**IE brulures, décharges,...**)
- soit l'absence (**hypoesthésie**)
- soit l'exagération de la réponse (**allodynie**) perçue en réponse à des stimuli standardisés.



D'après Bouhassira et Attal. Douleurs neuropathiques, Arnette ed., 2007.

Le questionnaire DN4 distingue les douleurs neuropathiques des autres types de douleur ou détecte une composante neuropathique dans des douleurs mixtes. Il a deux parties (interrogatoire + examen clinique).

Un score DN4 ≥ 4 (pour interrogatoire + examen) ou DN4 ≥ 3 (pour interrogatoire seul) confirme le diagnostic de douleur neuropathique avec une très bonne spécificité (90%) et sensibilité (83%).

Questionnaire DN4



Questionnaire DN4 estimer la probabilité d'une Douleur Neuropathique

Veillez répondre à chaque item des 4 questions ci-dessous par "OUI" ou par "NON".
En sachant que : OUI = 1 point et NON = 0 point. Valeur seuil pour le diagnostic de douleur neuropathique : 4/10 (Spécificité : 81,2 %, Sensibilité : 78 %)

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

1. Brûlures	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un des symptômes suivants ?

4. Fourmillements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5. Picotements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
6. Engourdissement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
9. Hypoesthésie à la pique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

10. Le frottement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
-------------------	------------------------------	------------------------------

A noter, l'absence de paraclinique spécifique de la fibre nociceptive. Il s'agit donc souvent d'un *diagnostic présomptif*.

```

    graph TD
      A[Douleur] --> B[Antécédents de lésions ou maladies neurologiques et Distribution de la douleur neuro-anatomiquement plausible]
      B -- NON --> C[Douleur neuropathique peu probable]
      B -- OUI --> D(Douleur neuropathique possible)
      D --> E[Douleur associée à des signes sensoriels de même distribution neuro-anatomiquement plausible]
      E -- OUI --> F(Douleur neuropathique probable)
      E -- NON --> D
      F --> G[Tests diagnostiques confirmant une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel pouvant expliquer la douleur]
      G -- OUI --> H(Douleur neuropathique confirmée)
      G -- NON --> F
  
```

The diagram illustrates the diagnostic process for neuropathic pain, organized into three main stages:

- Antécédents/Contexte:** Starts with 'Douleur'. A box asks about 'Antécédents de lésions ou maladies neurologiques et Distribution de la douleur neuro-anatomiquement plausible'. A 'NON' response leads to 'Douleur neuropathique peu probable'. A 'OUI' response leads to 'Douleur neuropathique possible'.
- Examen clinique:** A box asks if the pain is 'associée à des signes sensoriels de même distribution neuro-anatomiquement plausible'. A 'NON' response loops back to 'Douleur neuropathique possible'. A 'OUI' response leads to 'Douleur neuropathique probable'.
- Tests diagnostiques:** A box asks for 'Tests diagnostiques confirmant une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel pouvant expliquer la douleur'. A 'NON' response loops back to 'Douleur neuropathique probable'. A 'OUI' response leads to 'Douleur neuropathique confirmée'.

Finnerup NB, et al. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain*. 2016; 157:1599-606.

3. Traitements médicamenteux

La prise en charge des douleurs neuropathiques ne se fait **PAS** en fonction de l'intensité de la douleur rapportée par le patient !!!

Ces douleurs ne répondent que peu aux antalgiques conventionnels (NON comprise dans l'approche symptomatique des paliers OMS) et nécessitent une approche étiologique mêlant anti-épileptique et / ou anti-dépresseur.

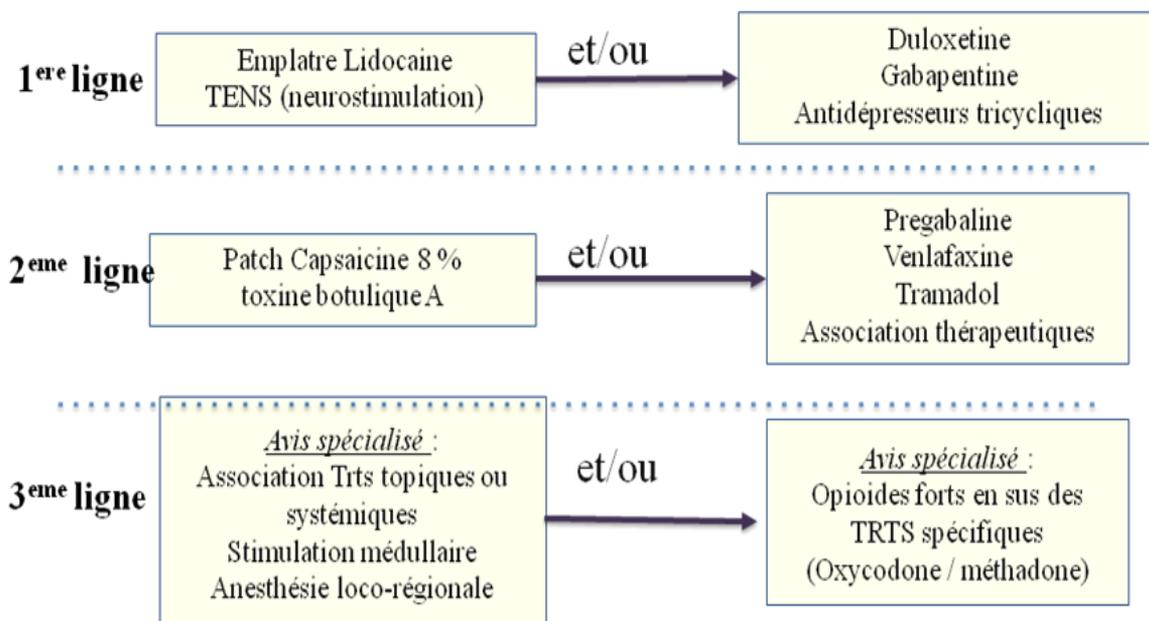
Principales règles de prescription

- Informer le patient sur les produits, leur efficacité souvent partielle et retardée et leurs effets indésirables
- Effectuer une *titration* (↑ doses jusqu'à efficacité ou effets indésirables)
- Traiter le patient sur plusieurs mois et réévaluer tous les 15 jours à 1 mois
- Commencer par une monothérapie, en cas d'efficacité partielle, utiliser des associations médicamenteuses (*effets synergiques et limitation des posologies d'où effets indésirables moindres*)
- Avis spécialisé si pas de réponse aux traitements de 1ère et 2ème intention

Douleurs neuropathiques (DN)

DN périphériques focalisées
(*privilégier Trts Locaux*)

DN Périphériques étendues ou centrales



ANTI DEPRESSEURS tricycliques

MOLECULE	SPÉCIALITÉ	POSOLOGIE INITIALE/TITRATION	POSOLOGIE HABITUELLE	LIBELLE D'AMM	PRINCIPAUX EFFETS INDESIRABLES
Clomipramine	Anafranil®	10-25 mg le soir ↑ 10 à 20 mg / semaine (1)	25 à 75 mg / jour per os ↑ jusqu'à 150 mg/j parfois utile Voie IV pas plus efficace	DN de l'adulte	<ul style="list-style-type: none"> • sueurs, tremblements, dysarthrie, bouche sèche, somnolence, vertiges • ↑ poids, dysurie, constipation • ↓ PA orthostatique
Amitriptyline	Laroxyl®	5 à 15 gouttes le soir ↑ 5 à 10 gouttes / 3 jours (1)	25 à 75 mg / jour per os ↑ jusqu'à 150 mg/jour parfois utile	DN périphériques	idem
Imipramine	Tofranil®	10-25 mg le soir ↑ 10 à 25 mg / semaine (1)	25 à 75 mg 300 mg/ jour (max)	DN de l'adulte	idem

ANTI DEPRESSEURS recapture sérotonine et noradrénaline

MOLECULE	SPÉCIALITÉ	POSOLOGIE INITIALE/TITRATION	POSOLOGIE HABITUELLE	LIBELLE D'AMM	PRINCIPAUX EFFETS INDESIRABLES
Duloxétine	Cymbalta®	30 mg durant 7 jours Puis 60 mg / jour	60 à 120 mg / jour	DN périphérique diabétique	<ul style="list-style-type: none"> • nausées, vomissements, constipation, anorexie, bouche sèche, somnolence • sueurs, fatigue • HTA non contrôlée
Venlafaxine	Effexor®	37,5 à 75 mg / jour, ↑ 1 cp / jour	75 à 150 mg / jour, 225 mg / j (max)	hors AMM	• idem Cymbalta □

ANTIÉPILEPTIQUES

MOLECULE	SPÉCIALITÉ	POSOLOGIE INITIALE/TITRATION	POSOLOGIE HABITUELLE	LIBELLE D'AMM	PRINCIPAUX EFFETS INDESIRABLES
Carbamazépine	Tegretol[®]	100 mg ↑ 1/2 cp / 3 jours Pas de ↑ rapide	400 à 600 mg / jour (1) (max. : 1200 mg / jour)	névralgie du V idiopathique	<ul style="list-style-type: none"> • confusion /agitation • troubles de l'équilibre • toxicité hématologique
Clonazepam	Rivotril[®]	<p>Utilisation hors AMM interdite depuis 15 mars 2012 AMM du clonazépam (Rivotril[®]) = traitement de l'épilepsie. - restriction de prescription aux neurologues et aux pédiatres - le rapport bénéfice/risque du clonazépam n'est établi ni dans le traitement de la douleur, ni dans les indications habituelles des autres benzodiazépines, notamment l'anxiété et les troubles du sommeil.</p>			
Prégabaline	Lyrica[®]	25 à 50 mg / jour ↑ 1 cp / 3 jours jusqu'à 150 mg / jour	300 à 600 mg / jour	DN périphériques et centrales	<ul style="list-style-type: none"> • somnolence, fatigue, vertiges, nausées • prise de poids, oedèmes périphériques • idem Lyrica ☐
Gabapentine	Neurontin[®]	300 mg / jour ↑ 1 cp / 3 jours jusqu'à 1200 mg / jour	1200 à 3600 mg / jour	DN périphériques et centrales	

L'augmentation des posologies doit toujours être progressive jusqu'à la disparition des douleurs et/ou l'apparition d'effets secondaires.