

# Douleur et lésion médullaire (actualités, nouveautés)



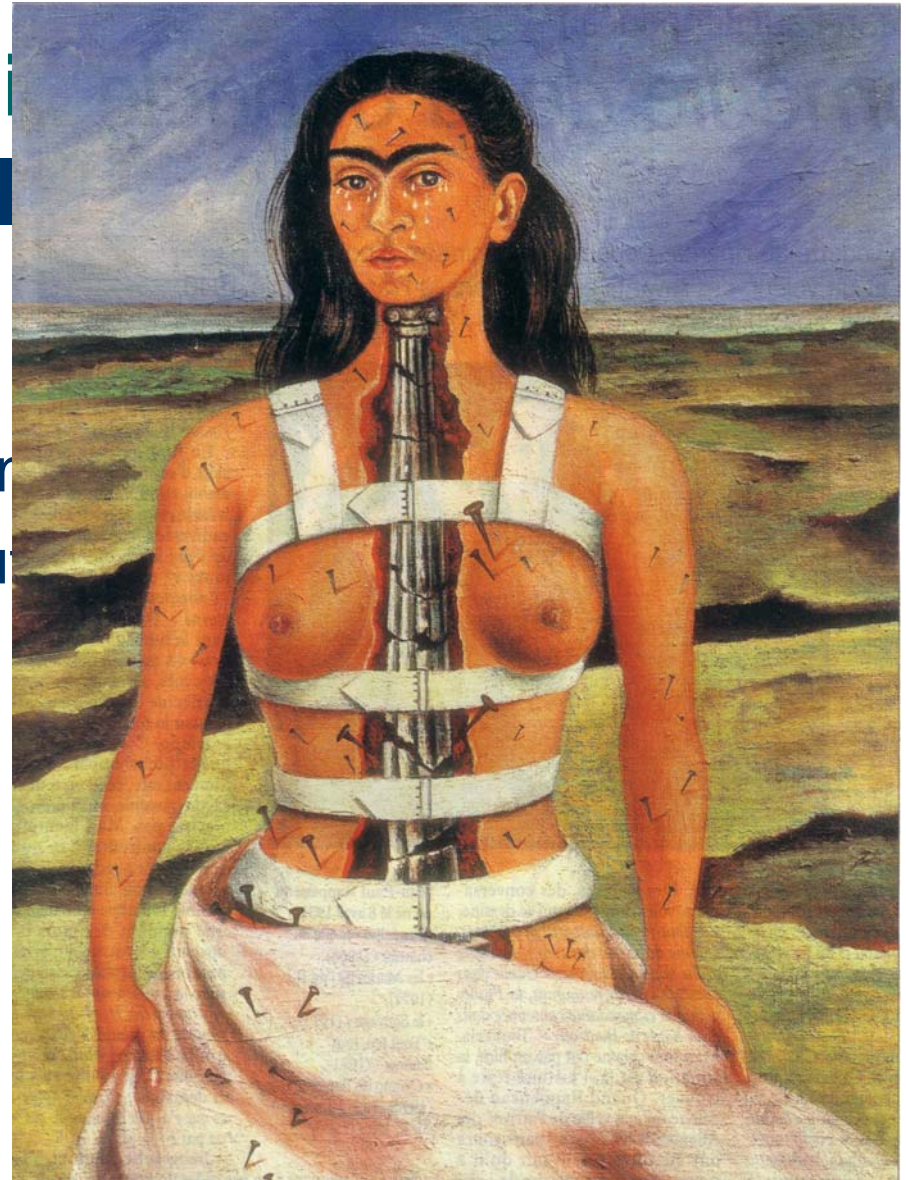
Pr. VENTURA Manfredi

---

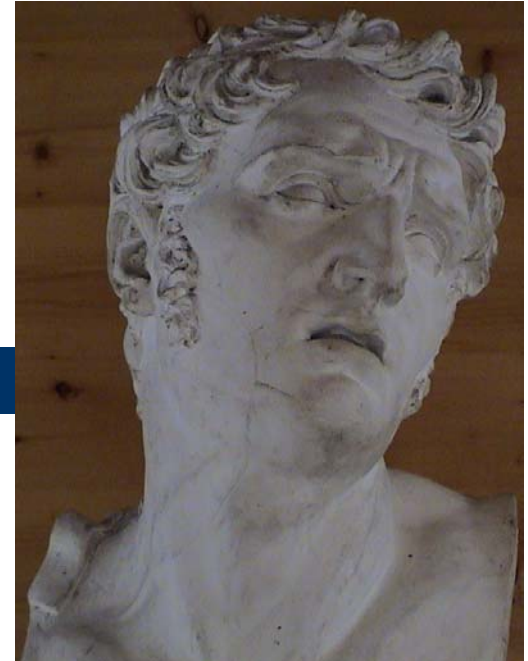
## Conséquences class

- Déficit moteur
- Déficit sensitif
- Troubles vésico-sphinctérien
- Troubles de la régulation au
- Déficiences fonctionnelles

**Douleur**



# Douleur: définition.



- « Expérience sensorielle et émotionnelle déplaisante associée à une atteinte tissulaire présente ou potentielle ou décrite dans les termes d'une telle atteinte ».

IASP (International Association for the Study of Pain).

# Douleur.

- Très fréquente après lésion médullaire:
  - Durant phase de réadaptation: 96%.
    - La douleur diminue un peu au cours de cette phase,
    - Mais à 1 an son intensité revient au niveau de l'admission.
  - Incidence de la douleur chronique: 18-94%
    - Probablement aux alentours de 75% - 80%.
- Douleur intense:
  - 18-63% (>50%) des douleurs chroniques.
  - Dans ~ 50%-75% interfère avec l'indépendance fonctionnelle.

## Impact de la douleur sévère sur les capacités fonctionnelles

- Mobilité /Déplacements 85%
- Transferts 75%
- Exercices de réduction de pression 65%
- Habillage 62%
- Soins corporels 50%
- Alimentation 45%
- Activités sportives 80%

# Activités perturbées par la douleur

- Sommeil 56%
  - Vie sociale / récréative 40%
  - Activité générale 28%
  - Relations 14%
  - Prise en charge thérapeutique 13%
- Réadaptation

# Douleur = complication majeure

- Si douleur:
  - 37% des tétraplégiques
  - 23% des paraplégiqueséchangeraient leur douleur contre une éventuelle perte fonctionnelle vésicale, anale ou sexuelle
- 38% des paraplégiques échangeraient une récupération motrice, sexuelle ou viscérale contre un soulagement de leur douleur

D'après Nepomuceno et al. *ArchPhysMedRehabil* 1979,60:605-9

# Conséquences de la douleur

- Détresse 75%
- Dépression 39%
- Chômage 18%
  - A l'exclusion de tout autre facteur
- Quête thérapeutique 87%
- Traitements additionnels 43%

D'après Nepomuceno et al. *ArchPhysMedRehabil*  
1979,60:605-9  
& Störmer et al. *Spinal Cord* 1997;35:446-55



# Douleur et qualité de vie

- Impact négatif sur
  - Sensations de bien-être
  - Plaintes psychosomatiques
  - Impression de dégradation de vie sociale et professionnelle
  - Satisfaction / qualité de vie

D'après Störmer et al. *Spinal Cord* 1997;35:446-55

# Types de douleur

## Douleur Nociceptive

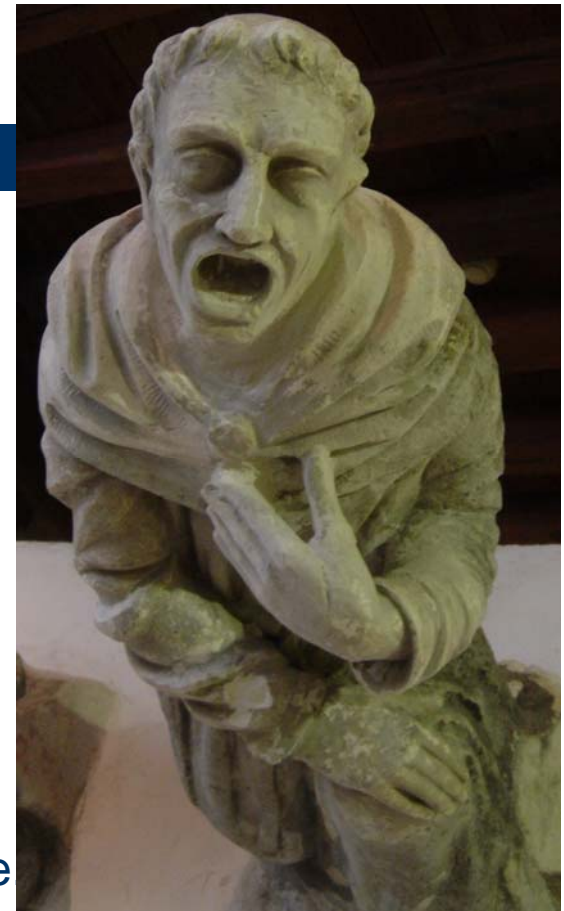
Réponse appropriée à  
des stimuli douloureux

## Douleur Neuropathique

Réponse inappropriée  
provoquée par une lésion  
primitive ou par un  
dysfonctionnement du  
système nerveux

# Douleur: généralités.

- 2 types principaux:
  - Douleur **nociceptive**:
    - Somatique,
    - Viscerale.
  - Douleur **neuropathique**:
    - Épicritique,
    - Prothopathique.
- 2 modes principaux:
  - Aigue,
  - Chronique (persistante).
    - Très souvent composante neuropathique
- Plusieurs types de douleur coexistent en général
  - Neuropathique (chez > 40% des douleurs du LM)



# Classification des douleurs post LM.

- Musculo-squelettique:
    - Orthopédique,
    - Myofasciale.
  - Viscérale.
- Nociceptive  
(lésion tissulaire)
- Neuropathique (neurogène):
    - Au niveau lésionnel.
      - Radiculaire,
      - Centrale,
    - Sous le niveau.
  - (Autre).

Adapté de Siddall et al, *Spinal Cord* 1997.

# Facteurs de risque de la douleur après LM

- Multiples études contradictoires
- Surtout si:
  - Plaie par balle.
  - Quand âge plus élevé au moment de la LM.
  - Niveau de dépendance élevé, faible niveau social
  - Désinsertion professionnelle
- Augmente avec:
  - Vieillesse,
  - Inactivité,
  - Fatigue physique (Sollicitation prolongée des articulations).
  - Co-morbidité:
    - Escarres, infections, spasticité, constipation, rétention urine,
  - Humeur négative

# Traitement de la douleur après LM.

- **Recommandations préalables:**
  1. Recherche d'une cause adéquate:
    - Exclure les facteurs favorisants.
    - Ou les traiter.
  2. Évaluation holistique/ compréhensive du patient:
    - Personnalité préexistante,
    - Vécu / Ressenti actuel,
    - Problématique affective et sociale.
  3. Interprétation neurophysiologique de la douleur (essai).

# Traitement

- Etablir un diagnostic correct et définir la cause,
- Viser les signes et symptômes spécifiques
- Diminuer la douleur est plus *réaliste* que la faire disparaître,
- Contrôler les autres symptômes:
  - en particulier les autres causes potentielles de douleur,
  - dépression,
  - effets secondaires des analgésiques,
  - ...

# Traitements: problématique

- Pharmacologie souvent pas ou peu effective.
- Très peu d'études contrôlées.
- Définitions et critères variables suivant les études
- La plupart des études ne portent que sur un nombre restreint de patients.
- Pas de modèle animal.
- Mécanismes multiples et mal connus.



# Traitement: pharmacologique

- Tramadol, Opiacés,
- Antiépileptiques:
  - carbamazépine, diphantoïne, lamotrigine, ac.valproïque,...
  - Gabapentin, **Prégabaline**
- Antidépresseurs
  - tricycliques essentiellement,
- Anesthésiques, antiarythmiques:
  - lidocaïne,
- Cannabinoïdes,
- Kétamine, propofol IV
- Neuroleptiques,
- ...

# Traitement: techniques

- Prise en charge psychocomportementale
- Traitements physiques:
  - Neurostimulation transcutanée antalgique,
  - Acupuncture
  - Stimulation magnétique ou électrique transcrânienne
- Stimulation du SNC:
  - Médullaire cordonale postérieure,
  - Intracérébrale:
    - thalamique, corticale
- Procédures ablatives:
  - périphérique,
  - rhizotomie,
  - sympathectomie,
  - DREZ, corpectomie, cordotomie,
  - tractotomie,
  - thalamotomie, gyrectomie, cortecomie, leucotomie, cingulotomie,...

Tous fort débattus!

# Traitement: points essentiels

- Adapter le traitement aux symptômes pas à la maladie
- Adapter le traitement aux besoins du patient
- Traiter le plus précocement possible
- Utiliser des doses et une durée de traitement adéquates
- Evaluer (avec échelles de) qualité de vie, douleur, agenda pour estimer la sensation douloureuse et contrôler l'efficacité thérapeutique
- Traiter le patient globalement

# Conclusions.

- Très fréquente après une lésion médullaire.
- Souvent négligée (par le médecin).
- Souvent plusieurs types coexistent.
- Difficile à catégoriser.
- Le traitement nécessite (au moins essai) un diagnostic.
- Le traitement doit commencer par éliminer:
  - Les facteurs aggravants (épines irritatives),
  - Les pathologies associées ou cachées.
- Evaluer tous les aspects psycho-sociaux.
- Les traitement doivent être combinés (pluridisciplinarité).
- La douleur chronique est difficile à traiter.
- Les traitements sont souvent décevants.

} Mais il faut garder espoir.

# Le mot de la fin!

- La composante psychologique est fondamentale
- ... mais relative...

