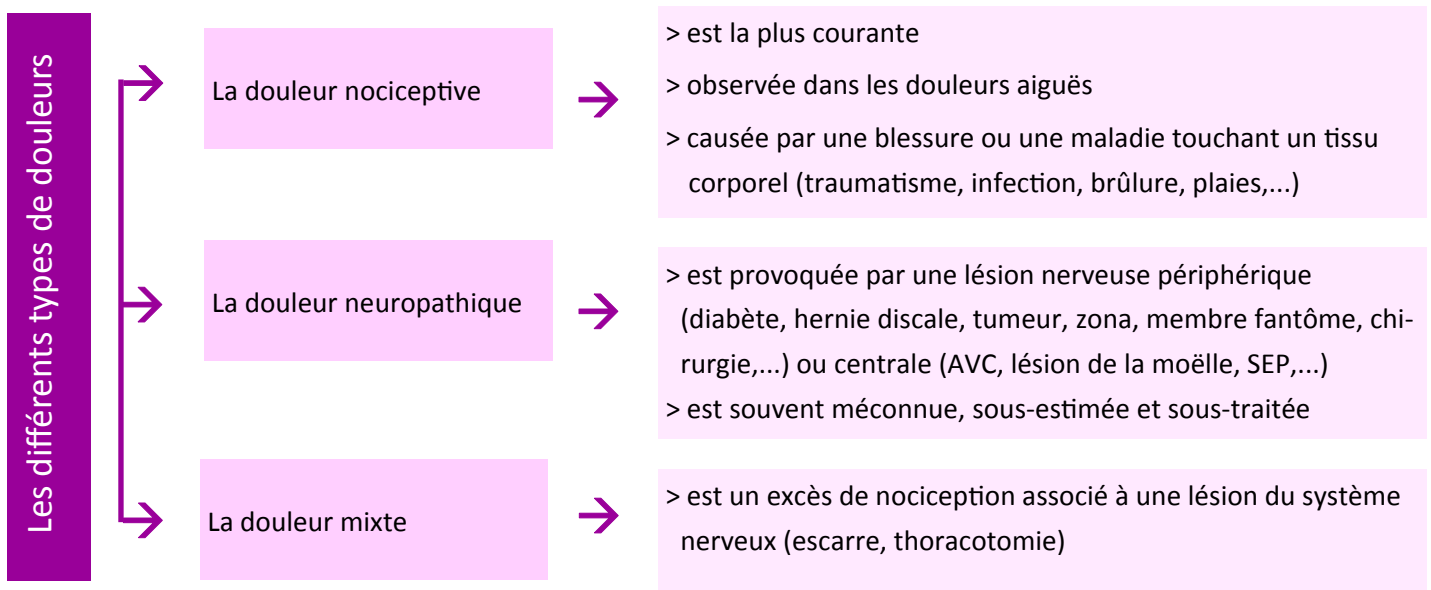


La douleur neuropathique



Rédigé par l'équipe algologique
du CHA-Vivalia

On distingue la **douleur nociceptive** de la **douleur neuropathique**



→ **Le traitement diffère selon le type de douleur et est donc à adapter.**

Les traitements classiques ne fonctionnent pas pour les douleurs neuropathiques.
Il faut par conséquent s'orienter vers un traitement par anti-dépresseurs et anti-épileptiques.

→ Si la douleur est **permanente / continue**
(type brûlure, étai, serrement, tiraillement, picotement, fourmillement),
préférer les **anti-dépresseurs**.

> **Tricycliques (amitriptyline = Redomex) - Douleurs périphériques ou centrales**

- Action anti-dépressive / anxiolytique et sédative en plus de l'action antalgique.
- Débuter avec 10 à 25 mg au coucher puis augmenter progressivement durant 3 semaines jusqu'à 25 à 150 mg. Toutefois, attention aux effets anticholinergiques (sécheresse de la bouche, sueur, palpitations, confusion, hypotension orthostatique, troubles visuels, rétention urinaire, prise de poids, constipation).

> **Inhibiteurs de la recapture de Sérotonine et de Noradrénaline (= IRSNA)**

- Cymbalta : A débuter à 30 mg/j puis augmenter progressivement jusqu'à 60 à 120 mg/j.
- Efexor = Venlafaxine : Avec des doses de 150 mg minimum pour être efficace.

> **Inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine (= IRS tels que la Fluoxétine, Sertraline, Citalopram, Paroxétine)**
cependant moins efficace.

→ S'il existe une **composante fulgurante, paroxystique** de la douleur (coup de poignard, décharge électrique, lancement), préférer les **anti-épileptiques**.

> Gabapentine (= Neurontin) - Douleurs neuropathiques périphériques

- Débuter à 300 mg/j puis augmenter progressivement à 1800 - 3600 mg/j, à prendre en 3 prises journalières.

> Prégabaline (= Lyrica) - Douleurs neuropathiques périphériques ET centrales

- Débuter par des doses faibles à 75 mg/j (25 à 50 mg pour les IR et les personnes âgées) puis augmenter progressivement à 150 - 600 mg/j, à prendre en 2 prises journalières.

> Carbamazépine (= Tégréto) - Traitement de référence des névralgies faciales (trijumeau et glossopharyngées)

- Débuter par 600 à 800 mg/j puis augmenter progressivement à 1200 - 1600 mg/j. Nécessite un contrôle sanguin.

> Clonazepam (= Rivotril) - !! Grand risque d'accoutumance et de dépendance

> Emplâtre lidocaïne – en première intention (seul ou associé) pour des douleurs post-zosteriennes

Il peut exister des effets secondaires en début de traitement tels que de la somnolence, des vertiges, perte/prise de poids, constipation/diarrhée, sécheresse de la bouche, palpitations, sueurs,...

→ **Autres traitements et prise en charge**

> Application locale (emplâtres lidocaïne, patch capsaïne, pommade,...)

> Tens / stimulation centrale -> « Gate Control »

> Chirurgie (pose d'un stimulateur médullaire)

> Autres : acupuncture, hypnose, relaxation, kiné, psychothérapie

> En prévention : par exemple en préopératoire, blocs anesthésiques

Il faut savoir que la douleur neuropathique représente 30 % des douleurs chroniques.

La douleur peut être localisée sur le lieu de la lésion du nerf mais également sur tout le trajet du nerf lésé (territoire).

Par conséquent, un patient peut se plaindre d'une douleur au pied alors que la lésion se trouve dans une région éloignée.