

La neuropharmacologie de la douleur neuropathique



André Bélanger, MD

Présenté dans le cadre de la conférence : *La neurologie*, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, septembre 2007

La douleur neuropathique est une douleur moins facile que la douleur mécanique musculosquelettique. Le défi majeur pour l'omnipraticien est de la reconnaître.

La douleur neuropathique est une douleur moins facile que la douleur mécanique musculosquelettique. Le défi majeur pour l'omnipraticien est de la reconnaître. Bien sûr, si le patient se plaint d'une douleur persistante post-zona, par exemple, rapidement le médecin traitant pensera à la douleur neuropathique. Mais si le patient souffre d'une entorse cervicale ou lombaire persistante, le phénomène de la sensibilisation centrale et/ou périphérique peut s'installer. La douleur musculosquelettique se transforme en douleur neuropathique. C'est dans ce contexte que le questionnaire DN4 prend toute son importance, puisqu'il peut guider le médecin sur la piste de cette douleur.

Une fois cette douleur dépistée, il faut la traiter, car c'est elle qui nous met souvent en échec. Au printemps 2007, la Société canadienne de la douleur a élaboré un algorithme de traitement pour la douleur. En voici les grandes lignes.

L'algorithme du traitement de la douleur

En première ligne

Les antidépresseurs tricycliques (ADTC)

Pour les ADTC, la littérature abondante a démontré clairement des bénéfices de l'amitriptyline. La dose de départ à 10 mg est augmentée progressivement jusqu'à la dose maximale tolérée (souvent < 75 mg).

Le Dr Bélanger est membre de la clinique de la douleur de l'Hôtel-Dieu de Lévis et de neuromodulation de l'Hôpital de L'Enfant-Jésus.

Pour la clientèle gériatrique, il est préférable d'éviter cette classe médicamenteuse. Sinon la désipramine ou la nortriptyline peuvent être utilisées.

La prégabaline

La prégabaline a l'avantage de ne pas avoir d'interaction médicamenteuse, mais son élimination rénale oblige l'ajustement de la dose selon la fonction rénale. Cette molécule a une fenêtre thérapeutique mince, soit de 150 à 600 mg une fois par jour. On peut atteindre cet objectif dans un délai rapide, souvent inférieur à quatre semaines.

La gabapentine

La gabapentine a les mêmes avantages métaboliques que la prégabaline, sauf que son absorption est influencée par un transporteur actif saturable à environ 600 mg. Cela oblige le fonctionnement des doses jusqu'à quatre fois par jour et même six fois par jour afin d'atteindre les 1 800 à 3 600 mg par jour. Même s'ils agissent sur le même site, l'échec avec la gabapentine n'empêche pas l'essai de la prégabaline.

La prégabaline a l'avantage de ne pas avoir d'interaction médicamenteuse, mais son élimination rénale oblige l'ajustement de la dose selon la fonction rénale.

En deuxième ligne

La venlafaxine ou la duloxétine

Ces deux médicaments deviennent intéressants à utiliser en première ligne de traitement si le patient est clairement déprimé.

Le traitement topique est à envisager s'il y a une douleur localisée sur une petite surface (< 300 cm²) avec des signes sensitifs positifs, soit l'allodynie et l'hyperalgésie. La crème de lidocaïne à 10 % offre la meilleure expérience clinique lorsque utilisée deux fois par jour. L'occlusion augmente son efficacité.

En troisième ligne

Le tramadol et les opioïdes

Aucune molécule ne se démarque clairement l'une de l'autre. Il y a plutôt une réponse individuelle. Il faut donc les utiliser selon le mode essai/erreur. Cependant, la littérature est plus abondante avec la morphine et l'oxycodone. Ils sont aussi efficaces que l'amitriptyline et la gabapentine avec des NNT de 3 à 4 (nombre de patients à traiter pour que l'un d'entre eux voit sa douleur diminuer de 50 %). Le tramadol est favorisé pour les douleurs d'intensité modérée. Pour les douleurs plus intenses, les opioïdes deviennent la meilleure alternative.

De plus, ces derniers peuvent être utilisés d'emblée en première ligne dans un contexte de douleur aiguë ou d'une douleur neuropathique d'origine cancéreuse.

En quatrième ligne

Les cannabinoïdes

Pour les cannabinoïdes, seul le Sativex® est approuvé pour le traitement de la douleur neuropathique associée à la sclérose en plaques. Cependant, le nabilone apporte des bénéfices très intéressants pour améliorer le sommeil.


Les ISRS

Concernant cette classe, il y a plutôt des *case reports*, surtout avec le paxil. Ils deviennent donc un choix intéressant chez le patient déprimé pour qui la venlafaxine et la duloxétine étaient mal tolérées.

Les autres anticonvulsivants (topiramate, lamotrigine)

Le topiramate est intéressant, surtout pour le patient obèse, sans donner ses effets secondaires. Cependant, le NNT est deux fois plus grand que les gabapentinoïdes.

Bref...

Il ne faut jamais oublier que le traitement pharmacologique utilisé seul n'apporte pas autant de bénéfices que le traitement multimodal, c'est-à-dire associé au non pharmacologique (infiltration, bloc de racine, péridurale – acupuncture – tens, etc.). Le tout ayant pour but d'améliorer la fonctionnalité du patient. 

Appliquez les Lignes directrices sur la MPOC dans votre pratique

Le moyen simple de donner des soins optimaux à vos patients



Mise à jour de 2008 : Recommandations au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) – Points saillants pour les soins primaires* de la Société canadienne de thoracologie (SCT) – lignes directrices fondées sur les données, pour optimiser la prévention, le diagnostic précoce et la prise en charge de la MPOC au Canada :

- utiliser la spirométrie de dépistage ciblée, pour poser un diagnostic tôt et entreprendre la prise en charge
- améliorer la dyspnée et la limitation des activités dans les cas de MPOC stable, en optimisant les stratégies de prise en charge pharmacologique et non pharmacologique
- prévenir et prendre en charge les exacerbations aiguës de la MPOC.

* Publiés en 2008 dans la Revue canadienne de pneumologie www.pulsus.com.

Pour obtenir la Mise à jour sur la MPOC et de l'information sur la prise en charge de la MPOC, consultez : <http://lignesdirectricesrespiratoires.ca> et dirigez vos patients vers la Ligne de télé-assistance de l'Association pulmonaire : 1-866-717-MPOC (6762) [français] 1-866-717-COPD (2673) [anglais]