



## Douleur neuropathique centrale

### Douleur neuropathique

Une douleur neuropathique (voir la fiche d'information sur « Qu'est-ce que la douleur neuropathique ? ») peut être due à une lésion d'un nerf ou à une maladie touchant le système nerveux périphérique ou central.

### Définition

- Une douleur neuropathique centrale est provoquée par une lésion ou une maladie du système nerveux central somatosensoriel.
- Une douleur centrale post-AVC peut apparaître après un accident vasculaire cérébral (AVC). D'autres causes fréquentes de douleurs centrales neuropathiques incluent les lésions de la moelle épinière (y compris la syringomyélie), la sclérose en plaques et les lésions traumatiques du cerveau.

### Caractéristiques cliniques

- Une douleur centrale peut être spontanée ou provoquée par un stimulus et peut inclure l'allodynie mécanique dynamique et l'allodynie par le froid. La douleur peut être décrite par des termes tels que sensation de brûlure, piquûre, douleur fulgurante, douleur constrictive et sensation de froid douloureuse.
- Les paresthésies et les dysesthésies sont les plus fréquentes (p. ex., picotements, fourmillements, sensation de froid et sensation de pression).
- La douleur peut siéger au niveau d'une petite zone ou d'une zone importante, couvrant la moitié du corps lors d'un AVC ou la partie inférieure du corps dans le cas de lésion de la moelle épinière. Chez les patients victimes d'un infarctus médullaire latéral, la douleur peut concerner un côté du visage ainsi que le côté opposé du corps ou des membres ; la présence d'une douleur péri-orbitale est aussi fréquente. Dans les cas de lésion de la moelle épinière, la douleur neuropathique est classée en douleur lésionnelle, ce qui correspond à la douleur perçue dans un modèle segmentaire au niveau de la lésion, et en douleur sous-lésionnelle, ce qui correspond à la douleur en dessous du niveau de la lésion. La distribution de la douleur dans les cas de sclérose en plaques est compatible avec celle d'une lésion au cerveau ou de la moelle épinière.
- Une douleur centrale est localisée dans des zones avec des anomalies sensorielles compatibles avec la lésion du système nerveux central.
- Une douleur centrale peut apparaître immédiatement lors de la survenue de la maladie ou de façon retardée, quelques mois plus tard.
- Un examen clinique révèle de manière typique une altération de la sensation de piquûre, une diminution ou une augmentation des réactions au toucher et au froid, et une diminution des réflexes tendineux profonds.

### Épidémiologie

- Une douleur centrale survient chez environ 8 % des patients victimes d'un AVC, 25 % des patients atteints de sclérose en plaques et 40 à 50 % des patients atteints de lésions de la moelle épinière.
- Une hypersensibilité sensorielle précoce semble prédire le développement d'une douleur centrale. Peu de choses sont connues concernant d'autres facteurs de risque éventuels.

### Impact

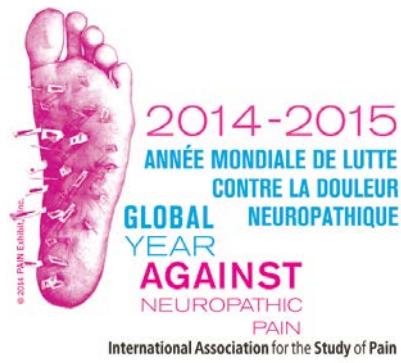
- La douleur centrale neuropathique est associée à une détresse émotionnelle et à une faible qualité de vie liée à la santé et affecte la réadaptation, l'humeur, le sommeil et le fonctionnement social.

### Pathogenèse

- Une sensibilisation centrale et des décharges en continu au niveau des voies de la douleur centrale contribuent au développement d'une douleur centrale.
- Une activité spontanée apparaissant au niveau de la corne dorsale et d'autres neurones centraux, des voies polysynaptiques désinhibées et une sensibilisation du trajet du faisceau spino-thalamique sont des supports possibles pour la douleur centrale. De plus, des modifications apparaissant au niveau des zones supraspinales telles que le thalamus, le cortex antérieur cingulaire et le cortex préfrontal peuvent être impliquées dans la génération, l'amplification ou la modification de la douleur neuropathique centrale.

### Traitement

-



- Le traitement comprend des médicaments antiépileptiques (comme la gabapentine ou la prégabaline), des antidépresseurs (comme l'amitriptyline, l'imipramine ou la duloxétine) ainsi que d'autres médicaments. Les approches non pharmacologiques sont la thérapie comportementale et cognitive, l'hypnose ainsi que les traitements par neurostimulation.

#### Références

1. Bryce TN, Biering-Sørensen F, Finnerup NB, Cardenas DD, Defrin R, Lundeberg T, Norrbrink C, Richards JS, Siddall P, Stripling T, Treede RD, Waxman SG, Widerström-Noga E, Yezierski RP, Dijkers M. International spinal cord injury pain classification: Part I. Background and description. *Spinal Cord* 2012;50:413–7.
2. Klit H, Finnerup NB, Jensen TS. Central post-stroke pain: clinical characteristics, pathophysiology, and management. *Lancet Neurol* 2009;8:857–68.
3. Osterberg A, Boivie J. Central pain in multiple sclerosis: sensory abnormalities. *Eur J Pain* 2010;14:104–10.