



## **Épidémiologie de la douleur neuropathique : Est-ce que les douleurs neuropathiques sont courantes et quel est leur impact ?**

### **Douleur neuropathique**

La douleur neuropathique (voir la fiche d'information « 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.

### **Incidence et prévalence**

- Des études sur la population générale, utilisant des instruments de dépistage validés, ont montré que 7 à 8 % des adultes souffraient de douleurs chroniques à caractère neuropathique.
- On a démontré dans une étude hollandaise que l'incidence (nouveaux cas) des douleurs neuropathiques était d'environ 8 cas pour 1 000 personnes-années.
- Une étude en Allemagne a montré que 37 % des patients soignés dans des centres de soins primaires pour une douleur chronique du bas du dos souffraient principalement de douleurs neuropathiques. Ce chiffre était équivalent aux 14 % de femmes et aux 11 % d'hommes en Allemagne.
- Au Royaume-Uni, on a démontré que 26 % des patients diabétiques souffraient de douleurs neuropathiques périphériques. Au niveau mondial, ce chiffre se traduit par 47 millions de personnes, chiffre qui augmentera au même rythme que la croissance de la prévalence du diabète (de 2,8 % en 2000 à une estimation de 4,4 % en 2030).
- Parmi les 33 millions de personnes infectées par le VIH à travers le monde, environ 35 % souffrent de douleurs neuropathiques qui ne répondent pas bien aux traitements classiques.
- Une étude norvégienne a montré que 40 % des patients souffraient d'une douleur persistante après une intervention chirurgicale ; parmi ceux-ci, un quart des cas présentait des caractéristiques de douleurs neuropathiques. La douleur neuropathique post-chirurgicale est plus susceptible d'être plus intense et plus persistante qu'une douleur neuropathique non post-chirurgicale.
- Environ 20 % (18,7 à 21,4 %) des patients atteints d'un cancer souffrent de douleurs neuropathiques liées au cancer, dues soit à la maladie, soit au traitement.
- L'incidence tout au long de la vie d'un zona est d'environ 25 %. Des études réalisées aux États-Unis et aux Pays-Bas ont montré que 2,6 % et 10 %, respectivement, développeront une névralgie chronique post-zostérienne.

### **Impact**

- Une douleur avec des caractéristiques neuropathiques est généralement beaucoup plus intense et est associée à un état de santé fragile, au niveau de chacune des dimensions mesurées, comparée à une douleur non neuropathique.
- Le score de qualité de vie liée à la santé est faible chez les patients souffrant de douleurs neuropathiques comme chez ceux atteints de dépression clinique, d'une maladie des artères coronaires, d'un infarctus du myocarde récent ou chez les diabétiques dont les taux de glycémie sont mal maîtrisés. La qualité de vie dépend plus de la sévérité de la douleur neuropathique que de la cause sous-jacente.
- Dix-sept pour cent de ceux qui souffrent de douleurs à caractère neuropathique ont des scores de qualité de vie liée à la santé équivalents à « pire que la mort » dans une étude réalisée au Royaume-Uni.

### **Prévention**

- Il est possible de réduire l'incidence, la prévalence et l'impact des douleurs neuropathiques en s'attendant aux facteurs de risques généraux, aux facteurs de risque spécifiques ainsi qu'aux traitements dont l'efficacité est reconnue.
- Les facteurs de risque généraux concernant les douleurs neuropathiques sont identiques à ceux des douleurs chroniques en général et incluent un âge avancé, le sexe féminin, la frustration relative, un manque d'activité physique et une occupation manuelle, avec la preuve de plus en plus évidente de l'origine génétique. La plupart de ces facteurs ne peuvent pas être modifiés, mais ils indiquent le taux de risque global.
- Les facteurs de risque spécifiques correspondent à ceux qui augmentent le risque des maladies sous-jacentes ainsi que ceux qui augmentent le risque de douleur neuropathique lorsque ces maladies sont présentes.



- Par exemple, l'incidence du diabète pourrait être réduite en portant une attention à l'alimentation et à l'exercice physique. En cas de diabète, le respect d'un bon contrôle glycémique réduit l'apparition de douleurs neuropathiques.
- De la même façon, réduire la nécessité d'intervention chirurgicale (par exemple, en améliorant l'état de santé général et la santé physique) et éviter les interventions chirurgicales qui ne sont pas nécessaires diminuerait l'incidence des douleurs neuropathiques post-chirurgicales. Une intervention chirurgicale pratiquée chez des sujets plus jeunes est associée à une incidence plus élevée de ce type de douleurs et la recherche examine actuellement les effets de différentes techniques chirurgicales, du traitement de la douleur peropératoire ainsi que la prise en considération des facteurs psychologiques.
- L'introduction récente de vaccins contre le zona dans certains pays permettra de réduire l'incidence du zona et de ses séquelles, les névralgies post-zostériennes.
- Des améliorations des médicaments antirétroviraux pour le traitement du VIH peut provoquer une diminution de l'incidence des douleurs neuropathiques liées au traitement, mais aussi un allongement de la survie et, donc, une prévalence globale plus élevée des douleurs neuropathiques liées au VIH. Il est donc vital que des efforts continuent en faveur de la prévention du VIH.
- La connaissance de la douleur neuropathique (par les patients et les professionnels) et l'accès à une prévention efficace et aux traitements sont les facteurs les plus importants pour prévenir ou réduire l'incidence, la prévalence et l'impact des douleurs neuropathiques.

#### Références

1. Bennett MI, Rayment C, Hjermsstad M, Aass N, Caraceni A, Kaasa S. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review. *Pain* 2012;153:359–65.
2. Johansen A, Romundstad L, Nielsen CS, Schirmer H, Stubhaug A. Persistent postsurgical pain in a general population: prevalence and predictors in the Tromsø study. *Pain* 2012;153:1390–6.
3. Smith BH, Torrance N. Neuropathic pain. In: Croft P, editor. *Chronic pain epidemiology: from aetiology to public health*. Oxford: Oxford University Press; 2011. p 209–33.
4. Reda H, Greene K, Rice FL, Rowbotham MC, Petersen KL. Natural history of herpes zoster: late follow-up of 3.9 years (n=43) and 7.7 years (n = 10). *Pain* 2013;154:2227–33.
5. Torrance N, Lawson K, Afolabi E, Bennett MI, Serpell MG, Dunn KM, Smith BH. Estimating the burden of disease in chronic pain with and without neuropathic characteristics: Does the choice between the EQ-5D and SF-6D matter?. *Pain* 2014;Epub Jul 11.
6. Van Hecke O, Austin S, Smith BH, Khan R, Torrance N. Neuropathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. *Pain* 2014;155:654–62.
7. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047–53.