



Polyneuropathies douloureuses

Définitions

- La neuropathie périphérique est une maladie ou un état dégénératif des nerfs périphériques dans lequel les fibres nerveuses motrices, sensorielles ou autonomes peuvent être affectées.
- La polyneuropathie est un trouble héréditaire ou acquis généralisé, presque symétrique affectant les nerfs périphériques. Elle est la forme la plus courante des neuropathies périphériques.
- La neuropathie à petites fibres est un sous-type de neuropathies sensorielles qui affecte exclusivement ou principalement les fibres de petit diamètre (A δ) et les fibres amyéliniques (C).
- Une douleur neuropathique se définit comme une douleur qui est la conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie touchant le système somatosensoriel (voir la fiche d'information sur « Qu'est-ce que la douleur neuropathique ? »).

Épidémiologie

- Parmi les causes identifiables, le diabète est la cause la plus courante de polyneuropathie douloureuse.
- Selon les estimations, le diabète affecte 8,5 % des personnes en Europe et la polyneuropathie sensorimotrice diabétique survient chez 10 à 54 % des patients avec soit le diabète de type 1 soit le diabète de type 2. Un tiers des patients atteints de polyneuropathie sensorimotrice diabétique souffre de douleurs neuropathiques.
- Pour la majorité des patients âgés de plus de 50 ans, aucune cause spécifique de la polyneuropathie douloureuse ne peut être identifiée. On estime que la douleur neuropathique est présente chez 65 à 80 % des polyneuropathies idiopathiques.

Impact

- La neuropathie diabétique douloureuse a un impact négatif sur la qualité de vie physique et mentale comparativement à la neuropathie diabétique indolore.

Caractéristiques cliniques

- L'image clinique type des neuropathies douloureuses est une combinaison de symptômes négatifs (perte de sensation, hypoesthésie, hypoalgésie) et de symptômes sensoriels positifs (douleur spontanée, douleur évoquée, hyperalgésie).
- La douleur suit généralement une anesthésie distale « en gant et en chaussette » classique.
- La polyneuropathie sensorimotrice et la neuropathie à petites fibres constituent les sous-types les plus courants de neuropathie diabétique douloureuse. D'autres sous-types comprennent la neuropathie radiculo-plexique lombo-sacrée, la mononeuropathie et la mononévrite multiplex, qui sont toutes asymétriques. La neuropathie induite par le traitement est caractérisée par le début aigu de douleurs sévères et le dysfonctionnement neurovégétatif après le démarrage du traitement par l'insuline ou les médicaments hypoglycémiques oraux.
- Les patients atteints d'une neuropathie à petites fibres peuvent présenter plusieurs symptômes neurovégétatifs, dont une augmentation ou une diminution anormale de la transpiration, des changements transitoires dans la couleur de peau et la température à l'extrémité distale, la sécheresse des yeux et de la bouche, et l'impuissance.
- Les démangeaisons peuvent être une manifestation de la neuropathie à petites fibres.
- Lors de l'examen clinique, les patients atteints de neuropathies douloureuses à grandes fibres ont généralement des réflexes tendineux profonds absents ou réduits. Dans la neuropathie à petites fibres, les réflexes tendineux profonds sont généralement normaux ou légèrement réduits, et chez la majorité des patients, une sensation thermique et de piqûre réduite est découverte.
- La forme non longueur-dépendante de la ganglionopathie à petites fibres a été décrite, dans laquelle il y a une implication du visage, du tronc ou des membres proximaux et les patients se plaignent de sensations de brûlure, d'élanement ou d'allodynie. Ce trouble peut être lié à des causes métaboliques ou immunologiques.

Causes de la neuropathie douloureuse

- Maladies héréditaires : neuropathie sensorielle héréditaire (et neurovégétative), notamment le type 1, polyneuropathie amyloïde familiale (liée à la transthyrétine, TTR-FAP), maladie de Fabry, maladie de Tangier, porphyrie
- Causes métaboliques et nutritionnelles : diabète, malnutrition et carence en vitamines, urémie
- Troubles à médiation immunitaire : Syndrome de Guillain-Barré, neuropathie inflammatoire démyélinisante chronique (PIDC), neuropathie démyélinisante multifocale sensitivomotrice acquise (syndrome de Lewis-Sumner), vascularites systémiques (par exemple, périartérite noueuse et granulomatose avec polyangéite), vascularite isolée du système nerveux central, neuropathies dans les maladies systémiques des tissus conjonctifs (syndrome de Sjögren, lupus érythémateux systémique), sarcoïdose, maladie cœliaque, maladies inflammatoires intestinales
- Infections : VIH, lèpre, herpès zoster, borréliose (maladie de Lyme), hépatite C
- Dysglobulinémies : amyloïdose systémique primaire, cryoglobulinémie, macroglobulinémie, myélome



- Causes liées à la néoplasie : infiltration directe de la malignité, neuropathie sensorielle
- Causes toxiques : alcool, métaux, médicaments (par exemple dérivés du platine, bortézomib, vincristine, paclitaxel, thalidomide, linézolide, métronidazole, zalcitabine, stavudine)

Traitement

- Il faut toujours essayer d'identifier une cause spécifique de la polyneuropathie douloureuse. Dans certains cas, le traitement de la cause sous-jacente peut également alléger la douleur.
- Les médicaments de première intention contre la douleur comprennent les antidépresseurs tricycliques, la gabapentine, la prégabaline, et les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (duloxétine et venlafaxine). Un patch topique à la lidocaïne ou un patch à la capsaïcine chez des adultes non diabétiques peut être un traitement de choix pour la douleur neuropathique localisée.
- Les médicaments de seconde intention comprennent le tramadol et d'autres opioïdes.
- Les évaluations systématiques de la thérapie d'association sont limitées mais des thérapies d'association personnalisées sont envisageables dans le cas où l'effet d'un médicament est insuffisant.
- Il convient de garder à l'esprit que la plupart des ECR publiés pour la polyneuropathie douloureuse ont été conduits chez des patients atteints du diabète et il existe moins de preuves scientifiques sur l'efficacité de ces médicaments pour d'autres formes spécifiques de polyneuropathie douloureuse.
- Parce que seuls 20 à 35 % des patients atteints de polyneuropathie douloureuse parviennent à une réduction de la douleur ≥ 50 % avec les médicaments disponibles, une approche multidisciplinaire de gestion de la douleur est capitale.

Références

1. Brix Finnerup N, Hein Sindrup S, Staehelin Jensen T. Management of painful neuropathies. *Handb Clin Neurol* 2013;115:279-90.
2. Ginsberg L. Chapter 42. Specific painful neuropathies. *Handb Clin Neurol* 2006;81:635-52.
3. Peltier A, Goutman SA, Callaghan BC. Painful diabetic neuropathy. *BMJ* 2014;348:g1799.
4. Sommer C, Lauria G. Chapter 41. Painful small-fiber neuropathies. *Handb Clin Neurol* 2006;81:621-633.
5. Trivedi JR, Silvestri NJ, Wolfe GI. Treatment of painful peripheral neuropathy. *Neurol Clin* 2013; 31:377-403.