



Douleurs après une amputation

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

- Douleur du membre fantôme, ou algohallucinoïse : douleur perçue au niveau du membre amputé.
- Douleur du moignon (membre résiduel) : douleur perçue au niveau du moignon ou du membre résiduel.
- Sensations fantômes : toute sensation du membre manquant, à l'exception de la douleur.

Caractéristiques cliniques

- L'algohallucinoïse survient généralement au cours de la première semaine suivant l'amputation. L'apparition peut cependant être différée de plusieurs mois, voire de plusieurs années.
- L'algohallucinoïse est généralement intermittente ; seuls quelques patients amputés souffrent de douleurs constantes. L'intensité et la fréquence des crises d'algohallucinoïse diminuent généralement avec le temps. Les termes utilisés pour décrire la douleur sont : coup de poignard, piqûre et brûlure.
- L'algohallucinoïse est principalement localisée aux parties distales du membre manquant, à savoir que la douleur chez les patients amputés des membres supérieurs se trouve normalement au niveau des doigts et de la paume de la main et, chez les patients amputés des membres inférieurs, généralement au niveau des orteils, du pied ou de la cheville.
- L'algohallucinoïse peut être modulée par différents facteurs internes et externes, tels que l'attention, l'anxiété, les mictions, la manipulation du moignon et l'utilisation d'une prothèse.
- Les douleurs chroniques du moignon incluent un neurinome, les muscles et les os du moignon étant des sources de douleur.
- L'examen clinique du moignon révélera souvent des anomalies sensorielles (par ex., hypoesthésie, allodynie, hyperalgésie).
- Certains patients amputés ont des mouvements spontanés du moignon allant de petits soubresauts jusqu'à des contractions visibles.



- Les sensations fantômes, au cours desquelles les patients amputés ont des sensations kinesthésiques de longueur, de volume ou autres sensations spatiales du membre amputé, sont très fréquentes immédiatement après l'amputation mais diminuent avec le temps.
- Les sensations fantômes posent rarement d'importants problèmes cliniques.
- L'algothallucineuse, les sensations fantômes et les douleurs du moignon se chevauchent et, chez un même patient, les trois phénomènes coexistent souvent.

Épidémiologie

- L'algothallucineuse survient chez environ 70 % des patients amputés. Le nombre de patients présentant de sévères douleurs se situe entre 5 et 15 %. Le sexe féminin et les amputations des membres supérieurs peuvent être associés avec un risque plus important d'algothallucineuse. L'algothallucineuse est moins fréquente chez les jeunes enfants et dans les cas d'amputation congénitale. L'existence d'une douleur avant amputation augmente le risque d'algothallucineuse.
- Les douleurs du moignon sont fréquentes immédiatement après l'amputation. Des douleurs chroniques du moignon apparaissent chez 5 à 10 % des patients amputés.
- Les sensations fantômes sont ressenties par presque tous les patients amputés.

Pathogenèse

- Les mécanismes sous-jacents aux douleurs post-amputation sont complexes et impliquent des mécanismes périphériques, spinaux et supraspinaux (voir le document sur les « Mécanismes de la douleur neuropathique »).

Traitement

- Il n'existe aucune preuve permettant d'orienter les médecins vers un traitement. Les recommandations de traitement pour les autres pathologies avec des douleurs neuropathiques constituent probablement la meilleure estimation.
- Le traitement pharmacologique comprend les antiépileptiques, les antidépresseurs et/ou des préparations topiques, parallèlement à d'autres médicaments.
- Les approches non pharmacologiques sont la stimulation nerveuse électrique transcutanée, l'hypnose, la thérapie du miroir, les traitements de neurostimulation et d'autres méthodes.

Références

1. Alviar MJ, Hale T, Dungca M. Pharmacologic interventions for treating phantom limb pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011 (12), CD006380.

2. *Bosmans JC, Geertzen JH, Post WJ, van der Schans CP, Dijkstra PU. Factors associated with phantom limb pain: a 31/2-year prospective study. Clinical Rehabilitation 2010; 24: 444-53.*
3. *Flor H, Nikolajsen L, Jensen TS. Phantom limb pain: a case of maladaptive CNS plasticity? Nature Reviews Neuroscience 2006; 7: 873-881.*
4. *Hsu E, Cohen SP. Postamputation pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. Journal of Pain Research 2013; 6: 121-36.*