

Douleur Neuropathique

douleurchronique.fr — Dr Ph. Rault

Définition & diagnostic

Douleur initiée ou causée par une **lésion primitive ou un dysfonctionnement du système nerveux**. Elle survient dans un contexte de lésion ou maladie neurologique, avec un décours temporel plausible — un intervalle libre de plusieurs semaines ou mois est possible.

Questionnaire DN4

Score $\geq 4/10$ oriente vers une douleur neuropathique. C'est un **questionnaire d'orientation**, pas un outil diagnostique formel. Il explore les caractères spontanés et provoqués de la douleur.

Sémiologie

Douleurs spontanées continues

- Brûlure
- Froid douloureux
- Paresthésies continues

Douleurs paroxystiques / provoquées

- Décharges électriques
- Allodynie (frottement, pression, chaud/froid)
- Engourdissement, fourmillement, démangeaison

Signes neurologiques positifs

- Allodynie aux frottements
- Hyperalgésie à la pression
- Douleur dans un territoire systématisé

Signes neurologiques négatifs

- Déficit thermoalgique
- Déficit sensitif (tact, proprioception)
- Déficit moteur, anomalie des réflexes

Étiologies

Périphériques

- **Radiculopathies** : hernie discale, canal lombaire étroit, post-chirurgie
- **Mono-neuropathies / plexopathies** : post-chirurgicales, traumatiques, syndromes canaux, post-zostériennes, cancer, post-irradiation
- **Polyneuropathies** : diabète, alcool, toxiques, chimiothérapies, VIH, maladies de système, carences, médicaments, génétiques (Fabry)

Centrales

- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Lésion médullaire traumatique
- Sclérose en plaques, syringomyélie
- Tumeurs ou lésions vasculaires médullaires

Traitement — Recommandations SFETD

- **1ère ligne** : antidépresseurs tricycliques (amitriptyline 25-150 mg/j) et antiépileptiques (gabapentine 1200-3600 mg/j, prégabaline 150-600 mg/j)
- **2ème ligne** : Patch Capsaïcine (Qutenza©) et Patch Lidocaïne (Versatis©)

- **3ème ligne** : TENS, neurostimulation médullaire
- **4ème ligne** : Toxine botulinique sous-cutanée ou intradermique
- **5ème ligne** : opioïdes forts (oxycodone, morphine, méthadone) en dernier recours
- **Neuromodulation** : rTMS (Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive)
- **Approches complémentaires** : TCC, acupuncture

Cas particulier — Neuropathie diabétique

Le diabète détériore progressivement les nerfs jusqu'à altérer leur capacité à transmettre les informations. Les premières fibres touchées sont les plus fines (douleur, température) — d'où les **brûlures et fourmillements**. Puis les fibres du toucher s'altèrent, provoquant engourdissement et perte d'équilibre. **Paradoxe : on peut souffrir et ne plus rien sentir en même temps.**

Danger — pied diabétique : la perte de sensibilité rend silencieuses les blessures. Le mal perforant plantaire en est l'exemple typique. Examen régulier des pieds indispensable.

Traitement : prévention avant tout — équilibrer rigoureusement le diabète ralentit ou stoppe l'évolution. L'activité physique adaptée améliore le contrôle glycémique et réduit la douleur.

Cas particulier — Zona et DPZ

Le zona résulte de la **réactivation du virus varicelle-zona (VZV)**. Le virus migre le long du nerf vers la peau, provoquant une éruption vésiculeuse douloureuse sur un dermatome.

Phase aiguë

- Douleurs intenses 2-4 jours avant l'éruption (allodynie, brûlure)
- Éruption unilatérale métamérique (thorax surtout, face : zona ophtalmique)
- Antiviral précoce (aciclovir, valaciclovir) réduit le risque de complications

Douleurs post-zostériennes (DPZ)

Complication neuropathique la plus fréquente, persistant **plus de 3 mois après l'éruption**. Facteurs de risque : âge > 60 ans, zona ophtalmique, douleur intense en phase aiguë. Prévalence 10-30% après 60 ans. La **vaccination Shingrix©** réduit significativement le risque.

Zona ophtalmique — urgence

Atteinte de la branche V1 du trijumeau. Risque de kératite, uvéite, nécrose rétinienne. **Avis ophtalmologique systématique.**

douleurchronique.fr — Dr Ph. Rault · 2013-2026