

# Les douleurs neuropathiques

Ayoye ! Ouch !

*Jean-François Clément*

5

**Vendredi 16 heures ! Votre dernière patiente, Martine, se présente pour des symptômes neurologiques. Adieu le 5 à 7 ! Elle est atteinte de diabète, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie évoluant depuis environ 15 ans et a une surcharge pondérale. Elle vous consulte aujourd'hui pour des douleurs aux membres inférieurs. Laissons-lui la parole : « Ma peau brûle comme du feu. Je ne peux pas tolérer les couvertures. Lorsqu'on me touche légèrement, c'est douloureux et désagréable. J'ai aussi des décharges électriques au niveau des pieds. Je n'arrive plus à dormir. » À l'examen, vous trouvez une faiblesse de la musculature intrinsèque des pieds, des réflexes hypovifs aux membres inférieurs, une diminution de la sensibilité vibratoire aux gros orteils ainsi qu'une dysesthésie distale au tact.**

Prétest.	Vrai	Faux
1. Il s'agit d'une urgence alors vous dirigez la patiente vers le neurologue de garde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Une électromyographie devrait être faite d'ici quelques semaines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Un examen d'IRM spinale devrait avoir lieu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Une carence en vitamine B <sub>12</sub> fait partie du diagnostic différentiel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La douleur n'est pas clairement neuropathique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La sensibilisation centrale explique la dysesthésie de cette patiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Les analgésiques simples devraient la soulager.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Les gabapentinoïdes sont plus efficaces que les antidépresseurs tricycliques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Les narcotiques n'ont aucune place dans le traitement des douleurs neuropathiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Aucune preuve scientifique n'appuie l'association de médicaments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses : 1 : Faux ; 2 : Faux ; 3 : Faux ; 4 : Faux ; 5 : Vrai ; 6 : Faux ; 7 : Vrai ; 8 : Faux ; 9 : Faux ; 10 : Faux

*Le Dr Jean-François Clément, neurologue, exerce à la Clinique Neuro Rive-Sud où il dirige la clinique d'épilepsie et de douleurs neuropathiques ainsi qu'à l'Hôpital Charles LeMoine où il est responsable médical du laboratoire d'électrophysiologie et neurologue. Il est aussi professeur d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke.*

## Tableau I

### Classification des douleurs neuropathiques selon le foyer de la lésion<sup>1,4</sup>

Origines centrales	Polyneuropathies	Neuropathies focales régionales
<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ Vasculaire</li><li>⊗ Causée par la sclérose en plaques</li><li>⊗ Inflammatoire</li><li>⊗ Traumatique</li><li>⊗ Liée à la vasculite</li><li>⊗ Infectieuse</li><li>⊗ Discale et arthrosique (myélopathie)</li><li>⊗ Tumorale</li><li>⊗ Due à une malformation</li><li>⊗ Autres</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ Diabétique</li><li>⊗ Métabolique</li><li>⊗ Toxique</li><li>⊗ Nutritionnelle</li><li>⊗ Tumorale</li><li>⊗ Paranéoplasique</li><li>⊗ Causée par une amyloïdose</li><li>⊗ Attribuable au syndrome de Guillain-Barré et à la PDIC<sup>†</sup></li><li>⊗ Héritaire</li><li>⊗ Autres</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>⊗ Neuropathie compressive</li><li>⊗ Radiculopathie (discale arthrosique, tumorale, traumatique, inflammatoire, etc.)</li><li>⊗ Plexopathie (traumatique, tumorale, provenant d'un hématome, etc.)</li><li>⊗ Amyotrophie diabétique</li><li>⊗ Syndrome de Parsonage-Turner*</li><li>⊗ Radiothérapie</li><li>⊗ Tumeur</li><li>⊗ Origine vasculaire</li><li>⊗ Origine infectieuse, dont le zona</li><li>⊗ Origine ischémique</li><li>⊗ Autres</li></ul>

\* Syndrome de Parsonage-Turner : Amyotrophie et névralgie de l'épaule, plexite branchiale. † PDIC : Polyneuropathie démyélinisante inflammatoire chronique

**L**ES DOULEURS NEUROPATHIQUES sont associées à une atteinte neurologique et résultent de diverses agressions du système nerveux. On peut les classer comme étant focales, généralisées (polyneuropathies) ou centrales. Elles incluent également la dystrophie sympathique réflexe et les douleurs mixtes (nociceptives et neuropathiques) (*tableau I*).

Les douleurs neuropathiques peuvent prendre la forme de paresthésies, d'allodynie (douleur ressentie à la suite d'un stimulus non douloureux), d'hyperalgie (douleur disproportionnée par rapport au stimulus douloureux), d'hyperpathie (réponse exagérée ou retardée à un stimulus douloureux), d'analgésie, d'analgésie douloureuse (douleur à un point insensible), d'un froid douloureux, de sommation ou de phénomènes névralgiques.

#### Comment établir le diagnostic ?

Le diagnostic de douleur neuropathique se fait non seulement à partir de l'anamnèse, mais aussi à la lumière de l'examen neurologique. Ainsi, une atteinte de la proprioception ou du sens vibratoire est compatible avec un dommage des grosses fibres myélinisées ou des cordons postérieurs tandis qu'une atteinte thermoalgique ou nociceptive à la piqûre fait plutôt penser à une atteinte des fibres non ou faiblement myélinisées ou encore des voies spinothalamiques<sup>1,2</sup>.

Au chevet du patient, on peut coter les réponses de

ce dernier aux différents stimulus comme normales, diminuées ou augmentées. Un score de 4 ou plus sur l'échelle DN4 (*figure*) oriente vers un diagnostic de douleur neuropathique<sup>3</sup>. De nombreux autres questionnaires ont été validés et sont principalement utilisés dans des protocoles de recherche. Différentes manœuvres effectuées au chevet du patient peuvent permettre de trouver le foyer de la lésion et de traduire les symptômes du patient en données objectives et reproductibles (*tableau II*)<sup>1,4</sup>. L'imagerie et l'électrophysiologie (électromyogramme, potentiels évoqués) permettent d'établir le diagnostic de l'affection neurologique sous-jacente dans la plupart des cas.

#### Quels mécanismes physiopathologiques sont en cause dans les douleurs neuropathiques ?

##### Les mécanismes périphériques

La physiopathologie des douleurs neuropathiques est complexe et mal comprise. Parmi les mécanismes périphériques évoqués, on retient les décharges ectopiques (expression accrue des canaux sodiques et possiblement des canaux potassiques), la hausse de différents récepteurs protéiques, une croissance axonale aberrante et la communication éphaptique<sup>2,4</sup>. Cette dernière est le passage d'un influx nerveux d'une fibre, d'un axone ou d'une dendrite à travers la membrane neuronale. Ces phénomènes se retrouvent plus fréquemment s'il y a une atteinte des fibres non ou faiblement myélinisées.

**Figure**

**Échelle DN4 sur la douleur neuropathique**

Pour évaluer la probabilité d'une douleur neuropathique, veuillez répondre à chaque élément des quatre questions ci-dessous :

Questions posées au patient		
<b>Question 1</b>		
<b>La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Question 2</b>		
<b>La douleur est-elle associée à un ou plusieurs des symptômes suivants dans une même région ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen du patient		
<b>Question 3</b>		
<b>La douleur est-elle localisée à un territoire mis en évidence à l'examen ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Hypoesthésie au toucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Question 4</b>		
<b>La douleur est-elle provoquée ou intensifiée par :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui : 1 point Non : 0 point	<b>Score du patient : /10</b>	

Source : Bouhassira D, Attal N, Alchaar H et coll. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005 ; 114 : 29-36. Reproduction autorisée.

**Les mécanismes centraux**

Parmi les mécanismes centraux, on peut nommer le phénomène de sensibilisation. Les décharges répétitives de fibres afférentes favorisent la libération d'acides aminés excitateurs et de neuropeptides au niveau de la corne dorsale, ce qui entraîne des changements postsynaptiques des neurones de second ordre (phénomène de

potentialisation à long terme) et encore une fois l'expression accrue des canaux sodiques<sup>2,4</sup>. Une lésion du système nerveux central n'est donc pas nécessaire à la sensibilisation centrale. L'allodynie et l'hyperalgésie sont causées par une sensibilisation centrale.

Au niveau spinal, on a aussi montré une perte d'interneurones inhibiteurs, une perturbation des mécanismes

**Le diagnostic de douleur neuropathique se fait non seulement à partir de l'anamnèse, mais également à la lumière de l'examen neurologique.**

**Repère**

## Tableau II

### Examen neurologique d'un patient souffrant de douleur neuropathique<sup>1,4</sup>

- ④ Déterminer le foyer lésionnel : anamnèse et examen neurologique standard
- ④ Évaluation des modalités sensitives\*
  - ④ Fibres A  $\beta$  : toucher léger, vibration (128 Hz)
  - ④ Fibres A  $\delta$  : froid (métal à 10 °C), piquûre
  - ④ Fibres C : métal, eau chaude à 45 °C
- ④ Évaluation étendue à l'aide de différentes modalités\*
  - ④ Hyperalgésie au froid (métal à 15 °C pendant 10 secondes)
  - ④ Hyperalgésie au chaud (métal entre 30 °C et 40 °C)
  - ④ Hyperalgésie à la piquûre (fibres de von Frey<sup>†</sup> à 0,5 Hz)
  - ④ Hyperalgésie dynamique (pression délicate sur la peau)
  - ④ Allodynie mécanique dynamique (pinceau, coton)
  - ④ Allodynie au froid (métal à 4 °C pendant 10 secondes)
  - ④ Sommatation temporelle (stimulus répété pendant 60 secondes à 3 Hz)

\* Certaines de ces modalités sont utilisées en recherche ou en cliniques spécialisées. † Monofilament standard permettant de déceler l'allodynie.

analgésiques endogènes issue des voies inhibitrices descendantes, une expression accrue des récepteurs alpha-adrénergiques ainsi qu'une réorganisation de la connectivité synaptique.

Enfin, des modifications du tronc cérébral, du thalamus, des noyaux gris centraux et du cortex s'installent progressivement chez certains patients aux prises avec des douleurs chroniques.

### L'imagerie de la douleur

Les techniques modernes d'imagerie aident à comprendre les mécanismes normaux et pathologiques de la matrice douloureuse. À titre d'exemple, la tomographie par émission de positons peut mettre en évidence une diminution de l'affinité de différentes structures du système nerveux central pour les récepteurs opioïdes. Ces résultats pourraient fournir des données objectives

sur l'effet d'un traitement. Peut-on imaginer également pouvoir prendre en image les maladies concomitantes (ex. : la dépression) ? La résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) permet pour sa part d'étudier les différences dans le flot cérébral régional<sup>5</sup>. Ces nouveaux moyens pourraient avoir une influence importante sur le plan thérapeutique.

### Quelles sont les options thérapeutiques ?

La prise en charge des patients affligés d'une neuropathie douloureuse, quoique parfois frustrante, peut néanmoins se révéler extrêmement gratifiante si on considère les effets sur la qualité de vie en général et sur les plans fonctionnel et affectif. Le traitement doit être personnalisé en fonction du profil du patient (âge, obésité, interactions médicamenteuses, risque d'abus, risques pour la conduite d'une automobile).

### La prévention

La prévention des douleurs neuropathiques (ex. : vaccination pour la varicelle, ergonomie pour les neuropathies compressives) est souvent occultée dans l'approche thérapeutique moderne, qui se concentre surtout sur le soulagement du patient (tableau III).

### Le traitement pharmacologique

Les gabapentinoïdes constituent le traitement de première ligne de la neuropathie diabétique douloureuse et des douleurs post-herpétiques<sup>1,3,6-8</sup>. Les antidépresseurs tricycliques représentent une option intéressante, mais leurs effets indésirables peuvent refroidir certains cliniciens. L'application topique de lidocaïne peut aussi être envisagée si la zone douloureuse n'est pas trop étendue. La duloxétine et la venlafaxine satisfont les exigences scientifiques en ce qui a trait aux douleurs neuropathiques périphériques associées au diabète<sup>7</sup>. Les narcotiques, le tramadol et les cannabinoïdes peuvent soulager les douleurs plus réfractaires, centrales et périphériques ainsi que les douleurs mixtes. Les anticonvulsivants donnent pour leur part des résultats mitigés contre les douleurs neuropathiques, à

**La prise en charge des patients affligés d'une neuropathie douloureuse, quoique parfois frustrante, peut se révéler extrêmement gratifiante si on considère les effets sur la qualité de vie en général ainsi et sur les plans fonctionnel et affectif.**

**Tableau III****Mesures de prévention des douleurs neuropathiques**

Causes de la douleur	Mesures de prévention
Neuropathie par compression	Ergonomie, détection précoce (électromyographie, clinique), repos, attelles, chirurgie de décompression
Neuropathie diabétiques	Diagnostic précoce du diabète, importance de la maîtrise de la glycémie, activité physique, alimentation
Neuropathie alcoolique	Éducation, suppléments vitaminiques, détection précoce
Zona	Antiviraux dans les 72 heures suivant l'apparition de la douleur
Varicelle	Vaccination
Chimiothérapie	Recherche de molécules les moins neurotoxiques
Infection à VIH	Traitement
Nutrition	Identification, suppléments appropriés
Accident vasculaire cérébral	Mesures inconnues
Sclérose en plaques	Mesures inconnues

l'exception de la carbamazépine qui s'avère efficace contre la névralgie du trijumeau<sup>1,3,6,8,9</sup>. Les *tableaux IV* et *V*<sup>1,3,6-11</sup> indiquent les recommandations posologiques pour ces médicaments.

Peu d'études ont été faites sur les associations médicamenteuses. Certaines données appuient le recours à une forme de morphine à action prolongée associée à la prégabaline ou à la gabapentine dans le cas de certaines douleurs neuropathiques ou mixtes<sup>1</sup>. La nortriptyline et la gabapentine, ou encore la lidocaïne topique et la prégabaline, ont également été proposées contre la neuropathie diabétique douloureuse et la douleur post-zostérienne<sup>1,6,8</sup>. Certains experts proposent d'associer la duloxétine et la prégabaline en raison d'une complémentarité de leurs mécanismes d'action. Toutefois, il faut éviter l'association duloxétine et tramadol en raison d'un risque potentiel de syndrome sérotoninergique. Il existe de nombreux algorithmes reposant sur les preuves existantes<sup>1,3,7,8</sup>.

### Les autres avenues thérapeutiques

L'approche infiltrative (blocs facettaires, épidurale, blocs nerveux, blocs stellaires, Botox, etc.) est préconisée chez certains patients souffrant de douleurs réfractaires au traitement standard (ou vulnérables d'un point de vue pharmacologique), en particulier de douleurs mixtes (nociceptives et neuropathiques). Le clinicien doit trouver les ressources accessibles dans son

milieu. Dans certains endroits, les traitements sont offerts dans les cliniques de la douleur. Dans la plupart des centres hospitaliers, il est possible de prescrire directement les blocs épiduraux et facettaires. Les physiatres du réseau public ou ceux en cabinet privé peuvent également soutenir les cliniciens dans certaines régions.

L'intervention chirurgicale constitue une option de traitement pour plusieurs affections neurologiques, dont la névralgie du trijumeau, les radiculopathies et les neuropathies focales.

La radiochirurgie, le traitement par couteau gamma (*gamma knife*, appareil de radiochirurgie) et différentes techniques de neuromodulation s'ajoutent à un arsenal thérapeutique déjà passablement exhaustif reflétant le caractère parfois réfractaire des douleurs.

La neurostimulation (stimulation cérébrale profonde, stimulation du cortex sensorimoteur) aura possiblement, à l'avenir, un rôle accru dans le traitement des douleurs plus réfractaires. Enfin, la neurostimulation électrique transcutanée (aussi appelée TENS) peut être utile chez certains patients.

### Le traitement des maladies concomitantes

Les patients aux prises avec de tels phénomènes douloureux chroniques peuvent être atteints d'autres maladies qui ne sont pas liées à l'affection neurologique sous-jacente (ex. : trouble de l'humeur, isolement social, trouble du sommeil, etc.) ni à son traitement.

**Tableau IV****Traitements courants des douleurs neuropathiques<sup>1,3,6-11</sup>**

Médicaments*	Dose de départ	Ajustement	Dose maximale quotidienne	Niveau de preuve <sup>†</sup>	NNT <sup>‡</sup>	NNH <sup>‡</sup>
<b>Gabapentinoïdes</b>						
⊕ Prégabaline	50 mg – 75 mg, 2 f.p.j.	25 mg – 75 mg, 2 f.p.j., toutes les 2 – 4 sem	600 mg	A	3,3	3,7
⊕ Gabapentine	100 mg – 200 mg, 3 f.p.j.	100 mg – 200 mg, 3 f.p.j. toutes les 2 – 4 sem	3600 mg	A	4,3	3,7
<b>ISRN</b>						
⊕ Duloxétine	30 mg	30 mg, toutes les 2 – 4 sem	120 mg	A	5,1	15
⊕ Venlafaxine	37,5 mg	37,5 mg – 75 mg, toutes les 2 – 4 sem	225 mg	A	3,1	9,6
<b>Antidépresseurs tricycliques</b>						
	10 mg – 25 mg, au coucher	10 mg – 25 mg, au coucher toutes les 2 – 4 sem	150 mg	A	1,3	6
<b>Tramadol</b>						
	Forme à action rapide, 1 co, 2 f.p.j.	1 co à 2 co, 2 f.p.j., toutes les 2 – 4 sem	4 co (passer ensuite à la forme à action lente)	A, B	3,8	7,7
	Forme à action lente : 50 mg	50 mg – 100 mg, toutes les 2 – 4 sem	400 mg			
<b>Opiacés</b>						
	Morphine 10 mg – 15 mg, toutes les 4 h	Après 1 – 2 semaines, passer aux médicaments à libération prolongée	Variable	A	2,6	8
<b>Lidocaïne topique en crème</b>						
	5 % – 10 %, 2 – 3 f.p.j.	Aucun	Limiter à une surface cutanée de 300 cm <sup>2</sup>	S.O.	4,4	29

\* L'ajustement du traitement médicamenteux des douleurs neuropathiques peut se faire toutes les 2 – 4 semaines pour permettre aux patients de mieux tolérer leur médicament, de bien valider l'effet thérapeutique et d'améliorer l'observance. Le traitement de la douleur neuropathique n'est pas une urgence ! Le délai nécessaire pour établir l'efficacité est de 2 à 4 semaines. † La neuropathie diabétique douloureuse a été largement étudiée et les données existantes permettent une utilisation des différents médicaments reposant sur des niveaux de preuve. ‡NNT : nombre de patients à traiter pour obtenir un effet bénéfique ; NNH : nombre de patients à traiter pour obtenir un effet indésirable.

Les traitements proposés comportent des risques iatrogéniques qui doivent être pris en compte, comme la somnolence, les troubles cognitifs, le gain de poids (antidépresseurs), la constipation, la rétention urinaire, la dépendance (narcotiques) et l'hyponatrémie (antidépresseurs tricycliques, carbamazépine). De plus, la sécurité en lien avec la conduite automobile

doit également faire partie intégrante de la prise en charge de cette clientèle, sans compter les possibles interactions médicamenteuses.

Une approche multidisciplinaire est souhaitable, mais difficilement réalisable dans plusieurs centres du Québec, du moins à l'heure actuelle. La recherche se poursuit pour trouver des traitements qui modifie-

**Tableau V****Autres traitements des douleurs neuropathiques<sup>\*1,3,6-11</sup>**

Médicaments	Dose de départ	Ajustement	Dose maximale	Commentaires
<b>Anticonvulsivants</b>				
⊕ Carbamazépine	50 mg – 100 mg, 2 – 3 f.p.j.	50 mg – 100 mg, 3 f.p.j. toutes les 1 – 4 sem	1800 mg/j	La carbamazépine est efficace contre les neuropathies diabétiques douloureuses (niveau A, NNT : 3,3, NNH : 3,7). Sa tolérabilité et son innocuité sont moindres que celles des gabapentinoïdes.
⊕ Oxcarbazépine	150 mg, 2 f.p.j.	150 mg, tous les 3 – 7 j	2400 mg/j	La carbamazépine et l'oxcarbazépine sont également indiqués pour les névralgies du trijumeau.
⊕ Lamotrigine	25 mg, 1 f.p.j., pendant 1 sem	25 mg, 2 f.p.j. tous les 7 j	600 mg/j	Certaines données semblent indiquer que la lamotrigine est efficace contre les douleurs neuropathiques périphériques et les douleurs centrales. Les risques d'allergie et du syndrome de Stevens-Johnson invitent à une certaine prudence dans l'ajustement du produit.
<b>Cannabinoïdes</b>				
⊕ Nabilone	0,5 mg – 1 mg, 2 f.p.j.	0,5 mg, 2 f.p.j., toutes les 2 – 4 sem	6 mg/j	Ce médicament peut être considéré comme un adjuvant utile, en particulier au coucher, chez les patients qui ont des troubles du sommeil attribuables aux douleurs neuropathiques.
⊕ THC-CBD <sup>†</sup>	1 vapo, toutes les 4 h au besoin	1 – 2 vapo, toutes les 4 h	8 – 12 vapo/j	Une étude à répartition aléatoire révèle qu'ils ont une certaine efficacité contre les douleurs neuropathiques associées à la sclérose en plaques.
<b>Baclofène</b>	5 mg, 2 f.p.j.	5 mg – 10 mg, 2 – 3 f.p.j..	80 mg/j	Ce produit est utile contre les spasmes douloureux.

\* Ce tableau n'est pas exhaustif. † Tétrahydrocannabinol-cannabidiol.

ront le cours de la maladie, comme une cure contre les neuropathies diabétiques.

Le tableau clinique de Martine évoque une polyneuropathie axonale probablement attribuable à son diabète. Un examen d'IRM spinale n'est donc pas indiqué. L'électromyogramme confirmera possiblement le diagnostic, mais n'est pas urgent. Les découvertes à l'anamnèse et à l'examen permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une douleur neuropathique. L'allodynie et l'hyperalgésie résultent de

mécanismes centraux en cause dans la physiopathologie de la douleur neuropathique. Les gabapentinoïdes constituent un traitement de choix. Le syndrome métabolique sous-jacent de cette patiente nous amène à éviter les antidépresseurs tricycliques. Les analgésiques simples ne sont pas utiles contre les douleurs neuropathiques pures. Les narcotiques peuvent, par contre, soulager les douleurs importantes ou réfractaires. Quelques associations médicamenteuses se sont aussi révélées efficaces.

**Une approche multidisciplinaire est souhaitable, mais difficilement réalisable dans plusieurs centres du Québec, du moins à l'heure actuelle.**

**Repère**

## Summary

**Neuropathic pain. Ouch!** Allodynia, hyperpathia, hyperalgesia, cold pain, neuralgia and paresthesia are neuropathic pain symptoms. Doctor's diagnosis is based on clinical history and neurological exam. Discoveries made during the exam reflect the site of underlying neurological impairment (cerebral, medullar or peripheral nervous system damage). The assessment must be oriented towards the extent of damages. Treatment must be global, aiming at pain relief, treatment of comorbidities and neurological disorder. It may include medication, surgery, neuromodulation, neurostimulation and infiltrative approach. A multidisciplinary approach might prove beneficial to the patient.

**L**ES DOULEURS NEUROPATHIQUES représentent des défis diagnostiques et thérapeutiques. La prise en charge doit être globale et axée sur le profil du patient. Les attentes doivent être réalistes par rapport à un problème souvent réfractaire au traitement médical. 🦋

**Date de réception :** le 30 juin 2011

**Date d'acceptation :** le 11 août 2011

Le Dr Jean-François Clément a été conférencier pour Pfizer et Eli Lilly Canada de 2008 à 2010.

## Bibliographie

1. Baron R, Binder A, Wasner G. Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Lancet Neurol* 2010; 9: 807-18.
2. Baron R. Mechanism of disease: neuropathic pain—A clinical perspective. *Nat Clin Pract Neurol* 2006; 2: 95-106.
3. Boulanger A, Arsenault P, Béland A et coll. Recommandations d'un forum québécois sur la douleur neuropathique. *Les cahiers de MedActual. L'Actualité médicale* 2008; 8 (12): 25-9.
4. Freeman RL. Painful peripheral neuropathy: diagnosis and assessment. *Continuum* 2009; 15 (5): 13-29.
5. Barad M, Michael D, Mackey S. Imaging the CNS correlates of neuropathic pain. *Continuum* 2009; 15 (5): 30-46.
6. O'Connor AB, Dworkin RH. Evidence-based treatment of chronic pain using nonopioid pharmacotherapy. *Continuum* 2009; 15 (5): 70-83.
7. Bril V, England J, Franklin GM et coll. Evidence-based guideline: treatment of painful diabetic neuropathy. *Neurology* 2011; 76: 1-8.
8. Cruccu G, Sommer C, Anand P et coll. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment. *Eur J Neurol* 2010; 17 (8): 1010-8.
9. Moulin DE, Clark AJ, Gilron I et coll. Pharmacologic management of chronic neuropathic pain—Consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manag* 2007; 12 (1): 13-21.
10. Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M et coll. Pharmacologic management of neuropathic pain: Evidence-based recommendations. *Pain* 2007; 132: 237-51.
11. Lindsay TJ, Rodgers BC, Savath V et coll. Treating diabetic peripheral neuropathic pain. *Am Fam Physician* 2010; 82 (2): 151-8.