

Pourquoi s'intéresser à la douleur des pathologies neurologiques dégénératives ?

Why Focus on the Pain in Degenerative Neurological Diseases?

B. Laurent

© Lavoisier SAS 2017

D'abord, pour des évidences épidémiologiques : lors du colloque de l'Inserm consacré au sujet en mai 2016, toutes les associations de patients ont souligné l'insuffisance de prise en charge des douleurs dans les trois situations abordées (sclérose en plaques [SEP], maladie de Parkinson [MP], maladie d'Alzheimer [MA] et syndromes apparentés). Le mode d'entrée douloureux est très fréquent dans la MP ou la SEP, conduisant parfois les patients vers d'autres spécialistes que les neurologues, en particulier les rhumatologues ; dans les pathologies dégénératives de type Alzheimer, la douleur, fréquente, est sous-estimée, pénalisée par une mauvaise compréhension de la plainte ; pourtant, dans les trois cas, la douleur, dite ou tue, est au cœur de la sémiologie. Son évaluation doit être systématique avec des échelles adaptées au contexte des trois maladies.

Ensuite, comprendre la physiopathologie des pathologies dégénératives permet de mieux traiter la douleur : savoir quel type de douleur neuropathique présente un patient atteint de SEP précède un traitement efficace ; analyser l'effet de la DOPA ou de la stimulation cérébrale profonde chez un parkinsonien permet d'interpréter les douleurs dépendant de la privation dopaminergique. De nouvelles pistes thérapeutiques sont possibles dans les démences où la clinique douloureuse est différente comme dans la MA, la démence frontotemporale ou la démence à corps de Lewy... dans toutes ces situations l'analyse du mécanisme est une étape indispensable au traitement antalgique.

Comprendre la douleur dans ces pathologies permet aussi de progresser dans la physiologie de la douleur : quel système opiacé endogène ou quelles zones de contrôle descendant sont concernés par le processus dégénératif ? Quelle structure de la matrice douleur est atteinte ? En fonction de ce que l'on sait de cette matrice, on pourra analyser l'étape

altérée : la dimension sensoridiscriminative élémentaire, la dimension affective et comportementale ou la dimension cognitive évaluative et interprétative.

Enfin, s'intéresser à la douleur est une exigence éthique chez ces patients fragilisés par une maladie chronique où la prise en charge médicale des déficits locomoteurs ou cognitifs l'emporte sur celle de la douleur. Il n'y a pas de douleur physique sans souffrance psychique, et l'analyse de ces plaintes est essentielle dans l'approche empathique qu'exigent ces pathologies chroniques.

Évidemment, les trois pathologies abordées dans ce numéro sont très différentes, même si le qualificatif dégénératif peut s'appliquer à chacune en raison d'une progression lente et inexorable de la sémiologie. Dans la SEP, la douleur est habituelle du fait des lésions neurologiques ou des conséquences des déficits moteurs. La sémiologie varie beaucoup selon les sites de démyélinisation, la fréquence des poussées et leur sensibilité aux corticoïdes ; on sait l'importance d'un traitement précoce de la phase inflammatoire qui précède de 10 à 20 ans la phase dégénérative où les douleurs chroniques sont constantes, justifiant des médicaments symptomatiques de douleurs neuropathiques associés aux thérapeutiques non médicamenteuses et à la rééducation fonctionnelle.

Dans la MP, les douleurs sont habituelles, liées ou non au déficit dopaminergique ; une meilleure analyse sémiologique des réponses thérapeutiques a beaucoup changé l'approche médicale : la douleur fait partie des critères de réponse à la DOPA ou à la neurostimulation profonde au même titre que la motricité ou la cognition. Dans les pathologies de type Alzheimer, la question est différente, car le peu de plaintes masque la réalité douloureuse et peut à tort simuler une moindre sensibilité. Pourtant, cette douleur tue est présente, et beaucoup d'arguments plaident au contraire pour une plus grande vulnérabilité émotionnelle à la douleur, lors de détermination de seuils nociceptifs, dans des études d'imagerie cérébrale ou simplement dans l'observation clinique attentive. Toute une sémiologie est à décrire, variable selon les zones atteintes par le processus dégénératif et son stade évolutif ; parfois la douleur chronique est précoce quand le système

B. Laurent (✉)
Service de neurologie, CHU de Saint-Étienne, hôpital Nord,
F-42055 Saint-Étienne cedex, France
e-mail : bernard.laurent@chu-st-etienne.fr

Inserm neuropain UMR 1028, Lyon-Saint-Étienne, France

limbique ou les voies endorphiniques sont concernés ; parfois, l'apparente résistance à la douleur est contredite par des réactions végétatives accrues... comment la perte d'un champ de mémoire retentit-elle sur le récit, voire l'intégration d'une douleur aiguë chez un patient souffrant de MA ?

Les voies de recherche sont donc vastes, plus complexes dans les pathologies dégénératives qui impactent la cognition. Certains espèrent qu'une mesure objective de la dou-

leur (imagerie cérébrale, analyse végétative) pourra suppléer le déficit de communication... si l'on sait distinguer une réponse à la douleur aiguë dans la *pain matrix*, on est encore loin d'en mesurer le retentissement émotionnel et d'évaluer la souffrance par une simple modification de débit cérébral. Le ressenti de la douleur reste subjectif, et l'intersubjectivité empathique du soignant est nécessaire pour l'évaluer et la traiter.