

**Traumatismes médullaires,
optimisation des circuits indemnes : recherches et thérapies nouvelles
JOURNÉE D'INFORMATION APF / IRME / AFIGAP
2 décembre 2005, Espace Jean Monnet (Rungis)**

**Table ronde n°2 : Les douleurs neuropathiques :
avancées cliniques et thérapeutiques**



Nadine ATTAL

**Clinique de la douleur, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne
Billancourt**

Je remercie l'ensemble des organisateurs de cette journée d'échange de leur invitation. Je suis ravie de pouvoir parler directement à des blessés médullaires confrontés pour beaucoup, malheureusement, à la douleur au quotidien. Je suis neurologue et j'exerce au centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de l'Hôpital Ambroise

Paré. Depuis plusieurs années, je prends en charge des patients présentant des douleurs de type neuropathique, dont certaines sont liées à des lésions médullaires. J'effectue aussi une activité de recherche clinique rattachée à l'Unité U 792 de l'INSERM, dirigée par le Dr Didier Bouhassira.

I. Typologie des douleurs

Les douleurs neuropathiques sont associées à une lésion ou d'un dysfonctionnement du système nerveux. Cette définition est vaste. Cependant, ces douleurs sont bien particulières dans la mesure où elles s'opposent aux douleurs inflammatoires, lesquelles résultent d'un excès de nociception à la périphérie.

Nous comprenons de mieux en mieux les mécanismes des douleurs inflammatoires. Il n'en est pas de même pour les douleurs neuropathiques. Un certain nombre d'entre elles apparaissent paradoxales et difficiles à comprendre, dans la mesure où elles peuvent résulter d'une privation d'afférences sensorielles (désafférentation). Ainsi, des patients paraplégiques, à la suite d'une lésion complète de la moelle, peuvent présenter simultanément un déficit sensitif massif et des douleurs neuropathiques des membres inférieurs. Ce phénomène paradoxal, qui ne peut résulter d'une amplification des messages générés à la périphérie, est à rapprocher des douleurs de membres fantômes. D'autres mécanismes doivent être invoqués pour rendre compte de ces douleurs. Il s'agit de mécanismes centraux, impliquant notamment le cortex cérébral ou le tronc cérébral, de type sensibilisation ou déshinhibition.

Il existe encore des douleurs qui ne sont ni franchement inflammatoires, ni secondaires à une lésion nerveuse. Elles sont rencontrées dans le syndrome du côlon irritable, les fibromyalgies et les céphalées.

II. Les douleurs neuropathiques, leurs causes et leurs spécificités par rapport aux autres douleurs

Les douleurs neuropathiques peuvent répondre à bien d'autres étiologies que les lésions médullaires. Certaines d'entre elles sont liées à des lésions du système nerveux périphérique (traumatismes nerveux, zona, diabète...). Il existe aussi très souvent une intrication de douleurs neuropathiques avec des phénomènes inflammatoires plus classiques. C'est le cas par exemple dans les douleurs neuropathiques du cancer ou les lombosciatiques par hernie discale.

Les causes centrales les plus fréquentes des douleurs neuropathiques sont les traumatismes médullaires, les accidents vasculaires cérébraux, et la sclérose en plaques. On parle alors de douleurs centrales chez ces patients, puisque la douleur est liée directement à la lésion du système nerveux central. Chez les patients blessés médullaires, on distingue généralement entre deux types de douleurs neuropathiques : les douleurs au niveau de la lésion (douleurs lésionnelles) et les douleurs situées au niveau inférieur à la lésion, touchant généralement les membres inférieurs (douleurs sous-lésionnelles). Leur prévalence est élevée (30 à 40 % 5 ans après le traumatisme). En outre, à côté de ces douleurs neuropathiques, qui sont directement liées à la lésion de la moelle épinière, nombre de patients blessés médullaires présentent aussi des douleurs relevant d'autres mécanismes, comme des douleurs viscérales liées par exemple à une spasticité colique, des douleurs musculaires liées par exemple à des contractures ou à une sous-immobilisation musculaire. Ces phénomènes douloureux répondent à différents mécanismes et contribuent à la complexité du tableau clinique. En fonction de la nature des mécanismes en jeu, il convient de recourir à des traitements distincts.

Les douleurs neuropathiques présentent un certain nombre de singularités. Ces dernières années, les avancées cliniques ont largement consisté dans une meilleure reconnaissance de ces douleurs permettant leur diagnostic plus précoce. Il importe en effet pour le patient d'être pris en charge rapidement, de sorte d'éviter les risques de chronicisation.

Schématiquement, la présentation clinique des douleurs neuropathiques associe des symptômes douloureux ou non, et des signes d'examen.

Les symptômes comportent :

- la douleur, qui peut être spontanée ou provoquée par plusieurs types de stimulations, comme le frottement ou le froid. Elle est souvent décrite comme une brûlure ou une sensation d'étau, des décharges électriques, des coups de couteau.
- les paresthésies (picotements, fourmillements) ;
- les dysesthésies qui correspondent au même type de sensations mais avec une tonalité franchement désagréable

Des signes d'examen sont souvent dits « négatifs », dans la mesure où les douleurs neuropathiques surviennent fréquemment dans un territoire déficitaire sur le plan sensitif. Ces signes sont :

- le déficit sensitif (lequel peut aller jusqu'à l'anesthésie complète) ;
- les déficits moteurs

III. Les avancées cliniques

Schématiquement, ces avancées sont de deux ordres.

Tout d'abord, elles résident dans une meilleure prise de conscience de l'existence et des caractéristiques des douleurs neuropathiques. La mise au point d'outils diagnostics, de plus en plus utilisés, contribue à modifier l'attitude des praticiens.

De plus, nous évaluons mieux ces douleurs. Elles sont de nature subjective, mais ceci ne rend nullement impossible une évaluation rigoureuse.

1. Une meilleure reconnaissance des douleurs neuropathiques

Les douleurs neuropathiques posent souvent de grandes difficultés diagnostiques. Elles sont souvent intriquées à d'autres catégories de douleurs, qui renvoient à des mécanismes différents. Or, il est capital de savoir discerner une composante neuropathique dans un tableau clinique complexe. La localisation des douleurs neuropathiques est très variable et peut poser problème, même pour un neurologue connaissant bien les territoires neuro-anatomiques. Le contexte de ces douleurs n'est pas toujours neurologique. Il peut s'agir en effet d'un contexte post-traumatique ou post chirurgical. Enfin il n'existe pas toujours de correspondance entre l'existence d'une lésion nerveuse et la présence d'une douleur puisque nombre de lésions y compris de la moelle épinière ne sont pas douloureuses. Dans ce contexte, pour mieux reconnaître une douleur neuropathique, l'approche

diagnostique la plus utile en pratique est axée sur la reconnaissance de symptômes particuliers.



Dans une étude récemment publiée impliquant un réseau français de Centres d'Evaluation et de Traitements de la douleur, et subventionnée par les laboratoires Pfizer, nous avons bien mis en évidence que la douleur

neuropathique présente des symptômes caractéristiques par rapport à d'autres douleurs notamment rhumatologiques. Ces symptômes sont les suivants : « décharges électriques », « brûlure », « sensation de froid », « engourdissement », « picotements », « démangeaisons », « fourmillements » etc. Aucun de ces symptômes n'est spécifique en soi, et c'est leur combinaison qui est caractéristique des douleurs neuropathiques. Les patients souffrant de douleurs neuropathiques ont aussi plus fréquemment que les autres un déficit de perception du chaud, du froid, du tact ou de la piquûre. D'autres types de douleurs sont aussi très caractéristiques. Elles sont déclenchées par des stimulations qui, normalement, ne sont pas douloureuses et sont appelées « allodynie ». Ce sont les phénomènes d'allodynie au frottement qui sont le plus fréquemment rapportés. Ces douleurs au simple effleurement de la peau peuvent être particulièrement invalidantes.

2- Un nouvel outil d'aide au diagnostic des douleurs neuropathiques : DN4

Cette étude a également permis de valider un nouveau questionnaire diagnostique des douleurs neuropathiques. Ce questionnaire, appelé DN4 (**D**ouleur **N**europathique en **4** questions) comporte 10 items ou questions, fondés sur à la fois l'interrogatoire du patient et sur son examen clinique. Un score est déterminé sur la base de la réponse à chaque question et coté sur 10. Un score égal ou supérieur à 4/10 permet de suspecter le diagnostic de douleur neuropathique avec une spécificité de 90 % et une sensibilité de 83 %. Ce questionnaire est de plus utilisé par les centres de traitement de la douleur et les praticiens libéraux.

Ses applications sont vastes. Ainsi ce questionnaire a été utilisé dans une étude épidémiologique d'ampleur sans précédent, visant à déterminer la prévalence de la douleur neuropathique en population générale en France. Il constitue un outil de choix d'aide au diagnostic de douleur neuropathique. Plus généralement, il devrait permettre d'améliorer la prise de conscience sur l'existence de ces douleurs, avec une sensibilisation du corps médical. Aujourd'hui, le questionnaire a été traduit en de très nombreuses langues. J'espère que cette diffusion servira de base au lancement d'études internationales.

3- Une meilleure évaluation des douleurs neuropathiques

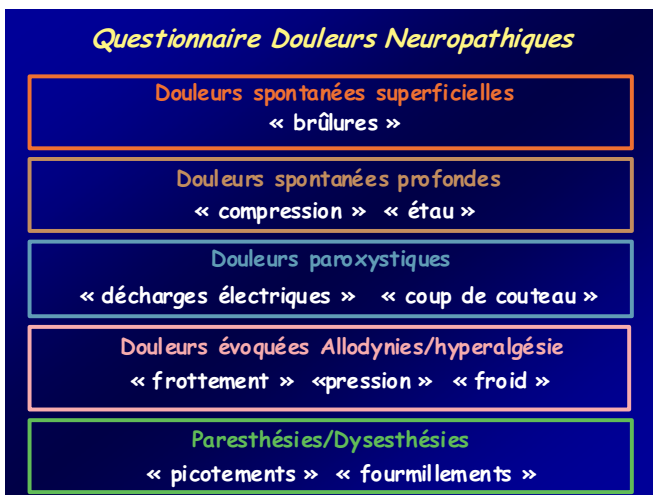
La présentation clinique des douleurs neuropathiques est complexe. En effet, ces douleurs peuvent être spontanées (c'est à dire survenir au repos, sans stimulation) et comprennent une composante continue (comme une brûlure) ou paroxystique (comme des décharges électriques). Il existe aussi fréquemment des douleurs déclenchées par des stimulations variées, appelées allodynie (à la pression, au chaud, au froid, au frottement) ou hyperalgésie (qui correspondent à l'accentuation de la douleur en réponse à des stimulations qui sont déjà, normalement, douloureuses). Or, il est important d'évaluer précisément chacun des symptômes douloureux, dans la mesure où ces symptômes ne sont pas nécessairement améliorés par les mêmes traitements, et renvoient à des mécanismes bien précis qu'il convient de cibler autant que faire se peut. Cette évaluation peut être

effectuée simplement au moyen de questionnaires mais peut aussi nécessiter une approche fondée sur un examen clinique quantifié.

- Evaluation par questionnaires

Jusqu'à une époque récente, nous ne disposions pas de questionnaire d'évaluation spécifique des douleurs neuropathiques validé. Ainsi l'échelle visuelle analogique (ou « réglette de la douleur ») ne permet pas suffisamment d'appréhender l'ensemble des symptômes douloureux que peuvent présenter les patients douloureux. Nous avons récemment développé et validé un nouveau questionnaire d'évaluation spécifique des douleurs neuropathiques, appelé NPSI (Neuropathic Pain Symptom Inventory). Il s'agit d'un auto-questionnaire de 10 items, rempli par le patient, qui permet d'évaluer cinq dimensions distinctes de la douleur neuropathiques.

- les douleurs spontanées superficielles (brûlures) ;
- les douleurs spontanées profondes (sensations de compression et d'étau) ;
- les douleurs paroxystiques (à type de décharge électrique ou de coups de couteau) ;
- les phénomènes d'allodynie ou d'hyperalgésie (douleurs provoquées par le frottement, la pression, le froid),
- les paresthésie ou dysesthésique (picotements et fourmillements)



Chaque dimension est bien distincte des autres comme l'ont indiqué des analyses statistiques (analyse factorielle). L'intérêt de ce questionnaire est de permettre une évaluation plus rigoureuse et standardisée des douleurs neuropathiques, et de pouvoir probablement mieux éclairer les décisions thérapeutiques.

- Evaluation quantifiée des troubles sensitifs et des douleurs

L'évaluation des troubles sensitifs nécessite un examen neurologique soigneux, qui peut être aidé par des techniques d'examen quantifiées, utilisables dans des centres spécialisés. Ces techniques permettent notamment de mesurer ou quantifier l'importance des déficits et des phénomènes d'allodynie et d'hyperalgésie. On peut notamment quantifier un déficit tactile léger au moyen par exemple de filaments très fins. On peut aussi mesurer les déficits au chaud et au froid, ainsi que les douleurs en rapport avec des stimulations chaudes ou froides au moyen d'un appareil appelé thermotest (qui permet de faire varier la température d'une thermode).

Nous avons récemment réalisé au moyen de ces outils d'évaluation, une série d'études chez des patients syringomyéliques. Ces patients présentent une cavité kystique (syrinx ou syringomyélie) située dans la moelle épinière, et dont les origines sont variées (malformation génétique de la charnière cervico-occipitale, traumatismes de la moelle, scoliose...). Cette cavité entraîne une atteinte des voies sensitives (appelées spino-thalamiques), qui jouent un rôle central dans la transmission des messages nociceptifs et dans celle des sensations de chaud et de froid. En comparant des patients syringomyéliques présentant des douleurs neuropathiques, et d'autres patients syringomyéliques ne présentant pas de douleur, nous avons constaté qu'en réalité, il n'existait pas de relation simple entre l'étendue et l'importance des douleurs et celle des déficits thermiques. Cet enseignement vaut également pour les traumatisés médullaires. Ainsi le déficit sensoriel ne saurait expliquer à lui seul la genèse des phénomènes douloureux. De multiples mécanismes entrent en jeu, qui expliquent l'hétérogénéité constatée entre les différentes catégories de patients. Nous avons également confirmé la multiplicité des mécanismes en cause au moyen d'outils d'évaluation plus sophistiqués, comme l'IRM fonctionnelle, chez ces patients et avons débuté une étude visant à évaluer chez ces patients l'intérêt de techniques non invasives d'évaluation des voies nociceptives par potentiels évoqués laser.

IV. Les avancées thérapeutiques

<i>Principaux traitements efficaces sur les douleurs neuropathiques</i>	
Antidépresseurs	Amitriptyline Imipramine Clomipramine Venlafaxine (polynuropathies) Duloxétine (diabète) Bupropion
Antiépileptiques	Carbamazépine (diabète) Lamotrigine Gabapentine Prégabaline*
Anesthésiques locaux	Oxcarbazépine (diabète)
Opiacés	Lidocaïne (patches, iv) Oxycodone, morphine Méthadone Tramadol
Capsaïcine	
Cannabinoides	Dronabinol (SEP) Sativex (SEP)
* AMM	

Les avancées thérapeutiques découlent des progrès réalisés dans la compréhension des phénomènes douloureux et dans les améliorations constatées récemment sur un plan clinique. Ce n'est qu'en connaissant mieux les douleurs neuropathiques qu'il sera possible de progresser sur le terrain de leur traitement. A ce jour, les progrès thérapeutiques réalisés sont encore limités même si de plus en plus d'essais de bonne qualité sont réalisés. En effet, les douleurs neuropathiques restent extrêmement difficiles

à traiter et nous ne disposons pas encore d'agents thérapeutiques « miraculeux ». Des avancées découlent tout de même du développement de thérapeutiques mieux tolérées.

Les grandes catégories d'agents médicamenteux utilisés dans les douleurs neuropathiques sont :

- les antidépresseurs ;
- les antiépileptiques ;

- les anesthésiques locaux (surtout utilisés sous forme de topiques et utiles pour les douleurs secondaires à des lésions nerveuses périphériques)
- les opiacés ;
- les cannabinoïdes.

Les antalgiques classiques (du type de l'aspirine ou du Doliprane) sont sans effet sur les douleurs neuropathiques. Les antidépresseurs et les antiépileptiques constituent les classes de médicaments les plus efficaces. Le traitement de première intention des douleurs neuropathiques y fait donc appel.

1. Les antidépresseurs

Les antidépresseurs forment une catégorie d'agents médicamenteux extrêmement vaste. Il est bien établi aujourd'hui que ces traitements présentent une activité analgésique propre, qui est indépendante de leur effet sur la dépression. Ainsi, il faut bien comprendre qu'une prescription d'un antidépresseur peut être motivée par des douleurs d'origine neuropathique et non seulement par un état dépressif ou anxieux. Ces molécules agissent en particulier en renforçant certains contrôle inhibiteurs de la douleur, probablement défaillants en cas de douleur neuropathique. Ainsi, ces propriétés participent-elles d'un « rééquilibrage » des systèmes de contrôles inhibiteurs de la douleur.

Les chefs de file de cette classe thérapeutique sont représentés par les antidépresseurs tricycliques, d'utilisation ancienne, comme le Laroxyl®, l'Anafranil® et le Tofranil®. Ces traitements possèdent une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le traitement de la douleur neuropathique ou rebelle. Ils sont souvent efficaces, mais leurs effets indésirables sont nombreux, ce qui peut limiter leur utilisation. En particulier, ces peuvent entraîner une rétention d'urines, ce qui peut être très gênant chez les patients blessés médullaires. En outre, ils ont souvent des effets de type constipation, également gênants dans ce contexte. Enfin ils peuvent présenter des risques cardiovasculaires à fortes doses.

Contrairement à ces traitements, les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, dont le Prozac® est le célèbre chef de file, n'ont que peu d'effet sur les douleurs neuropathiques, ce qui démontre bien la dissociation entre les propriétés antalgiques et antidépressives. En revanche, il existe une classe thérapeutique plus récente d'antidépresseurs présentant une certaine efficacité sur les douleurs neuropathiques, bien qu'elle soit probablement inférieure à celle des antidépresseurs tricycliques. Il s'agit des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. L'avantage de ces molécules est l'absence d'effets anti-cholinergiques et de risques cardiaques. Ces molécules sont la venlafaxine (Effexor®) et la duloxétine (encore non disponible, et dont la dénomination commerciale sera Cymbalta®). Elles ont fait leur preuve dans les douleurs des neuropathies notamment liées au diabète, mais pas encore dans les douleurs des blessés médullaires. A ce jour, l'indication officielle du Cymbalta® est limitée aux douleurs neuropathiques du diabète, et l'Effexor n'a pas d'indication officielle dans la douleur. On peut espérer que ces molécules aient aussi une certaine efficacité dans les douleurs neuropathiques des blessés médullaires.

2. Les antiépileptiques

Il s'agit de la deuxième classe thérapeutique majeure. Leur spectre d'action n'est nullement cantonné à l'épilepsie, puisque ces traitements agissent aussi sur les troubles bipolaires, les troubles anxieux, et la douleur. Deux catégories d'antiépileptiques sont à distinguer en fonction de leurs mécanismes d'action :

Les bloqueurs des canaux sodiques

Ces médicaments agissant surtout au niveau des canaux sodiques, et permettent de diminuer l'excitabilité anormale des fibres nerveuses, notamment au niveau périphérique. Leur chef de file est le Tégrétol®, déjà anciennement utilisé, mais qui présente de très nombreux effets secondaires. D'autres antiépileptiques, comme le Lamictal® sont prometteurs et ont fait l'objet d'études dans les douleurs secondaires à des lésions médullaires, avec une certaine efficacité, mais le Lamictal, qui n'a pas d'indication officielle en analgésie, présente un risque de survenue d'effets indésirables cutanés allergiques, rares, mais potentiellement graves. De ce fait, il ne faut pas l'utiliser en première intention.

Les médicaments agissant sur les canaux calciques

Leur action intervient essentiellement au niveau du système nerveux central. Ces agents agissent vraisemblablement sur les phénomènes de sensibilisation centrale qui jouent certainement un rôle majeur dans les neuropathies chroniques. Le médicament chef de file de cette seconde catégorie d'antiépileptiques est la gabapentine (Neurontin®). Un analogue de synthèse sera prochainement commercialisé : la pregabaline (Lyrica®). Cette molécule possède un mécanisme d'action très proche de celui du Neurontin® et devrait présenter un certain nombre d'avantages par rapport à ce produit.

Le Neurontin® comme le Lyrica® sont doués d'une certaine efficacité dans les douleurs liées aux lésions médullaires. Ils ont l'avantage d'une bonne sécurité d'emploi. En outre, ils peuvent aussi améliorer le sommeil et les troubles anxieux souvent associés à la douleur. A ce jour ces produits possèdent une autorisation officielle restreinte aux douleurs des lésions nerveuses périphériques.

3. Autres médicaments et pistes d'avenir

Les opiacés peuvent être efficaces sur les douleurs neuropathiques, y compris d'origine centrale, à condition d'utiliser des doses élevées. Malheureusement, ils ne sont pas dénués d'effets indésirables et sont très difficiles à manier dans un contexte de lésion médullaire.

Il existe des études récentes portant sur des dérivés cannabinoïdes. Un spray (Sativex®) est commercialisé au Canada pour les douleurs de la sclérose en plaques. Il n'est pas disponible en France.

En conclusion, les avancées cliniques en matière de douleurs neuropathiques résident dans le fait que ces douleurs sont mieux reconnues grâce notamment à la mise au point d'outils diagnostiques validés. Leur évaluation est davantage standardisée qu'elle ne l'était. Sur un plan thérapeutique, ces douleurs restent difficiles à traiter. La plupart des études ont été réalisées dans les douleurs secondaires à des lésions nerveuses périphériques, et il existe encore peu d'études chez les blessés médullaires. En outre, les traitements disponibles ont une efficacité modérée, et il sera important à l'avenir de mieux identifier les répondeurs aux différentes catégories de médicaments disponibles. Les défis thérapeutiques majeurs consistent à développer des molécules agissant sur de nouvelles cibles. A l'heure actuelle, près de 300 molécules sont en développement dans le domaine du traitement de la douleur et l'on peut espérer que certaines apporteront une efficacité substantielle pour soulager des douleurs souvent particulièrement invalidantes par leur chronicité.

Débat

De la salle

Je suis médecin de rééducation. J'ai constaté que les patients me posant le plus de problèmes sont les fumeurs de cannabis, qui consomment cette substance en grande quantité. Dans cette population, les autres médicaments me semblent être moins actifs. D'une part le cannabis serait isolément utile, mais pris avec d'autres médicaments, il en atténuerait l'efficacité. Seule une désintoxication semblerait la restaurer. Partagez-vous cette opinion ?

Nadine ATTAL

L'usage récréatif du cannabis est constaté chez des patients qui présentent une sclérose en plaques ou une blessure médullaire. La consommation de marijuana peut sembler apporter un bénéfice. Cependant, il est ardu de faire la part entre le bénéfice sur le plan de la douleur et des effets cognitifs plus généraux. Ces substances ne sont pas bien adaptées au traitement de douleurs chroniques et il vaut mieux utiliser des cannabinoïdes de synthèse. En revanche, il n'est pas établi que le fait de prendre des dérivés cannabinoïdes diminue la sensibilité à d'autres traitements. En principe, les cannabinoïdes sont utilisés seuls mais aussi en association avec d'autres médicaments antalgiques,

chez des patients qui sont réfractaires à ces seuls composés classiquement utilisés. C'est du moins ce qui ressort des études publiées.

De la salle

Je suis kinésithérapeute à l'hôpital de Garches. Avez-vous des informations sur l'usage du courant électrique ou du TENS (stimulation électrique transcutanée) ? Nous ne pouvons procéder à des essais randomisés. Nous nous contentons d'essais *ad hoc* sur nos patients.



Nadine ATTAL

Les stimulations électriques transcutanées sont utilisées couramment en rééducation. Leur place est non négligeable dans le traitement de douleurs d'étendues limitées. Leur efficacité a été évaluée dans le champ des douleurs nerveuses périphériques (sciatalgies, sciatiques, etc.) Dans l'état actuel des choses, il manque une étude rigoureuse pour dégager des indications dans la prise en charge de douleurs d'origine centrale. Ces techniques permettent d'obtenir une analgésie au moyen de dispositifs somme toute assez simples pendant une durée certes limitée, mais surtout sans générer d'effet secondaire. Même si les données manquent, ces techniques sont utilisables aisément. Diverses explications sont invoquées dans le but de préciser les mécanismes d'action impliqués. Selon le mode de stimulation

utilisé, ou bien une action sur les systèmes opioïdes endogènes est recherchée, ou bien un effet « *acupuncture like* ».

De la salle

Quel type de courant appliquez-vous ?

Nadine ATTAL

Nous avons recours à des hautes fréquences, avec des stimulations d'amplitude relativement faible ou plus élevée.

De la salle

A mon sens, nous devrions soulever le problème de la douleur morale. La douleur physique, biologique est une chose contre lequel il peut exister des agents médicamenteux. Il n'en va pas de même pour la douleur morale et il importe aussi d'évoquer sa guérison.

Nadine ATTAL

Vous avez raison. La douleur morale est intimement intriquée avec la douleur physique. Les douleurs dont il a été question, du fait de leur chronicité et de leur caractère rebelle, ont un impact considérable sur la qualité de vie, sur le handicap et sur le sommeil. Elles sont très souvent associées à la dépression et à l'anxiété. L'ensemble de ces affections est à dépister dans les centres multidisciplinaires compétents. Elles doivent être prises en charge car traiter la douleur physique, en effet, ne suffit pas toujours. Parfois un même traitement peut agir sur plusieurs composantes de la douleur, parfois plusieurs thérapeutiques doivent être suivies. Lorsqu'un traitement médicamenteux ne suffit pas, il convient de recourir à des psychothérapies ou à des techniques d'hypnose. Par exemple, nous avons recours à l'hypnose dans notre centre dans certains cas.



De la salle

Où s'adresser ? Les médecins de ville ne sont pas au fait de la localisation et des compétences des centres anti-douleur.

Nadine ATTAL

Désormais, toutes les régions comptent un ou plusieurs centres de référence de prise en charge de la douleur. Des répertoires de ces centres sont disponibles. Si vous ne parvenez pas à obtenir les renseignements dont vous avez besoin, vous pouvez vous adresser à des sociétés savantes comme la Société d'Etude et de Traitement de la Douleur, qui possèdent un site internet.

Brigitte PERROUIN-VERBE

Il existe également des centres spécialisés dans la prise en charge des lésions médullaires et de toutes leurs conséquences. Je ne puis que vous conseiller de vous adresser à des référents intervenant dans de tels centres. Avant de décider d'une stratégie de traitement, il vaut mieux connaître la physiopathologie de la lésion médullaire et ses complications. Il se peut que je paraisse défendre ma discipline, mais j'estime que dans le contexte de la lésion médullaire, il est préférable de s'appuyer sur un référent capable de traiter l'ensemble de vos problèmes. Il vous adressera au besoin à un centre anti-douleur.

Nadine ATTAL

Nous travaillons aisément en commun, je ne pense pas qu'il faille percevoir d'opposition entre les centres. Dans le cas particulier des lésions médullaires, il est souhaitable de s'adresser à des rééducateurs qui sont au fait de leurs problématiques particulières, ou à des neurologues travaillant en collaboration avec de tels référents.

Brigitte SIMONETTA

Je propose au président de l'AFIGAP, Jean-François Désert d'évoquer le programme de la suite de cette journée.

Jean-François DESERT

Je souhaite signaler que dans la documentation qui a été remise aux participants, figurent des éléments d'information sur l'enquête TETRAFIGAP. Elle a été réalisée en 1995 auprès de personnes atteintes de tétraplégie. L'AFIGAP, de concert avec l'IRME et l'Institut Fédératif de Recherche sur le Handicap, a décidé de lancer une nouvelle enquête dix années après celle de 1995. Je demande aux personnes qui auraient participé à cette dernière ou qui connaîtraient des participants d'examiner attentivement le document auquel je fais référence.

Alain ROCHON

Je tiens à remercier bien vivement les intervenants de cette matinée, avant que nous ne suspendions cette journée pour reprendre nos échanges cet après-midi.

