

Grille d'évaluation ECOS - Vignette 2 - Douleur neuropathique jambe droite

📍 Service de neurologie - Station 2

👤 Homme de 64 ans, avocat, présentant des douleurs neuropathiques sévères de la jambe droite

TA
140/80 mmHg

FC
70 bpm

Anamnèse (25%)

Score : 0/32

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Caractérisation de la douleur neuropathique				0
Type de douleur [brûlures, décharges électriques, fourmillements]	<input type="checkbox"/>			
Localisation précise [territoire radiculaire, dermatomal]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [échelle numérique 0-10, retentissement fonctionnel]	<input type="checkbox"/>			
Évolution temporelle [continue, paroxystique, horaire]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs déclenchants [mouvements, positions, contact]	<input type="checkbox"/>			
Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non				
2. Analyse sémiologique neurologique				0
Troubles sensitifs [hypoesthésie, allodynie, hyperalgésie]	<input type="checkbox"/>			
Déficit moteur associé [faiblesse, amyotrophie]	<input type="checkbox"/>			
Troubles trophiques [peau, phanères, articulations]	<input type="checkbox"/>			
Réflexes ostéotendineux [abolition, asymétrie]	<input type="checkbox"/>			
Signes d'irritation radiculaire [Lasègue, position antalgique]	<input type="checkbox"/>			
Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non				
3. Recherche d'étiologies rachidiennes				0
Lombalgie associée [chronologie, caractéristiques]	<input type="checkbox"/>			
Traumatisme rachidien [chute, accident, sport]	<input type="checkbox"/>			
Efforts de soulèvement [port de charges lourdes]	<input type="checkbox"/>			
Positions professionnelles [station prolongée, flexions]	<input type="checkbox"/>			
Antécédents chirurgicaux rachidiens	<input type="checkbox"/>			
Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non				
4. Facteurs de risque et comorbidités				0
Diabète [équilibre glycémique, complications]	<input type="checkbox"/>			
Maladies auto-immunes [connectivites, vascularites]	<input type="checkbox"/>			
Néoplasies [antécédents, métastases potentielles]	<input type="checkbox"/>			
Maladies infectieuses [zona, VIH, hépatites]	<input type="checkbox"/>			
Insuffisance rénale [neuropathie urémique]	<input type="checkbox"/>			
Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non				
5. Médicaments et toxiques				0
Chimiothérapie [vincristine, cisplatine, taxanes]	<input type="checkbox"/>			
Antibiotiques [métronidazole, quinolones]	<input type="checkbox"/>			
Anticonvulsivants [phénytoïne]	<input type="checkbox"/>			
Alcoolisme chronique [consommation, sevrage]	<input type="checkbox"/>			
Produits industriels [solvants, métaux lourds]	<input type="checkbox"/>			
Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non				

6. Retentissement fonctionnel et qualité de vie

0

Sommeil [réveils nocturnes, qualité du repos]

☐

Activités professionnelles [arrêt, adaptation]

☐

Mobilité [marche, position assise, conduite]

☐

Humeur [dépression, anxiété liées à la douleur]

☐

Traitements antérieurs [efficacité, effets secondaires]

☐*Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non*

7. Anamnèse en général - approche de la douleur neuropathique

☐☐☐

0

Bien = oui, suffisant = \pm , insuffisant = non

Examen clinique (25%)

Score : 0/37

Critères	Oui	\pm	Non	Points
1. Inspection et observation de la marche				0
Démarche antalgique [éviter appui, boiterie]	<input type="checkbox"/>			
Amyotrophie [mollet, cuisse, asymétrie]	<input type="checkbox"/>			
Troubles trophiques [peau sèche, dépilation, ongles]	<input type="checkbox"/>			
Position spontanée [flexion hanche-genou antalgique]	<input type="checkbox"/>			
Déformation des pieds [griffe d'orteils, cavus]	<input type="checkbox"/>			
<i>Au moins quatre = oui, trois = \pm, aucun à deux = non</i>				
2. Examen de la sensibilité				0
Cartographie sensitive [territoire L5, S1, dermatomal]	<input type="checkbox"/>			
Sensibilité tactile [coton, pinceau, hypoesthésie]	<input type="checkbox"/>			
Sensibilité douloureuse [piqûre, hyperalgésie, allodynie]	<input type="checkbox"/>			
Sensibilité thermique [chaud/froid, thermoalgésie]	<input type="checkbox"/>			
Sensibilité vibratoire [diapason 128 Hz, niveau lésionnel]	<input type="checkbox"/>			
Sensibilité proprioceptive [position gros orteil]	<input type="checkbox"/>			
<i>Au moins cinq = oui, quatre = \pm, aucun à trois = non</i>				
3. Testing moteur analytique				0
Dorsiflexion du pied [L4-L5, tibia antérieur]	<input type="checkbox"/>			
Extension du gros orteil [L5, extenseur propre]	<input type="checkbox"/>			
Flexion plantaire [S1, triceps sural, gastrocnémiens]	<input type="checkbox"/>			
Éversion du pied [L5-S1, fibulaires]	<input type="checkbox"/>			
Flexion des orteils [S1-S2, fléchisseurs]	<input type="checkbox"/>			
<i>Au moins quatre = oui, trois = \pm, aucun à deux = non</i>				
4. Réflexes ostéotendineux des membres inférieurs				0
Réflexe rotulien [L3-L4, comparaison bilatérale]	<input type="checkbox"/>			
Réflexe achilléen [S1, abolition unilatérale?]	<input type="checkbox"/>			
Réflexe cutané plantaire [Babinski, indifférent]	<input type="checkbox"/>			
Réflexe médio-plantair [S1-S2]	<input type="checkbox"/>			
Polycinétisme, diffusion des réflexes	<input type="checkbox"/>			
<i>Au moins trois = oui, deux = \pm, aucun à un = non</i>				

5. Examen rachidien et signes radiculaires

0

- Inspection rachis [scoliose, cyphose, attitude antalgique] ☐
- Mobilité rachis lombaire [flexion, extension, latéralité] ☐
- Signe de Lasègue [SLR, angle de déclenchement] ☐
- Signe de Léri [extension genou en flexion hanche] ☐
- Palpation processus épineux [points douloureux] ☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

6. Recherche de signes de compression médullaire

0

- Syndrome de la queue de cheval [anesthésie en selle] ☐
- Troubles sphinctériens [rétention, incontinence] ☐
- Réflexes cutanés abdominaux [étagement médullaire] ☐
- Signe de Babinski bilatéral ☐
- Niveau sensitif abdominal ☐

Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non

7. Examen vasculaire des membres inférieurs

0

- Pouls périphériques [fémoral, poplité, pédieux, tibial post] ☐
- Signes d'ischémie [pâleur, froideur, retard recoloration] ☐
- Trophicité cutanée [ulcération, cicatrisation] ☐
- Index de pression systolique [Doppler si disponible] ☐

Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non

8. Technique d'examen en général - examen neurologique périphérique

☐

☐

☐

0

Bien = oui, suffisant = \pm , insuffisant = non

Management (25%)

Score : 0/30

Critères	Oui	\pm	Non	Points
----------	-----	-------	-----	--------

1. Diagnostic topographique et syndromique

0

- Radiculopathie L5 ou S1 [territoire clinique cohérent] ☐
- Neuropathie distale vs radiculopathie ☐
- Mononeuropathie vs polyneuropathie ☐
- Atteinte sensitive pure vs sensitivomotrice ☐

Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non

2. Diagnostic étiologique - causes de neuropathie douloureuse

☐

☐

☐

0

Au moins trois diagnostics évoqués = oui, deux = \pm , un ou aucun = non

Diagnostiques différentiels à considérer

Causes rachidiennes

• **Hernie discale L4-L5 ou L5-S1** → **IRM lombaire, EMG**

Arguments POUR:

- ☐ Douleur radiculaire
- ☐ Position antalgique
- ☐ Lasègue positif
- ☐ Déficit moteur territorial

• **Canal lombaire étroit** → **IRM lombaire, CT myélographie**

Arguments POUR:

- ☐ Âge >50 ans
- ☐ Claudication neurogène
- ☐ Amélioration en flexion

Neuropathies métaboliques

• Neuropathie diabétique → Glycémie, HbA1c, EMG

Arguments POUR:

- ☐ Diabète connu
- ☐ Douleurs distales bilatérales
- ☐ Troubles trophiques

Autres causes

• Neuropathie post-zostérienne → Anamnèse, examen clinique

Arguments POUR:

- ☐ Antécédent de zona
- ☐ Douleur territoriale
- ☐ Allodynie

• Méralgie paresthésique → Topographie clinique, EMG

Arguments POUR:

- ☐ Face antéro-externe cuisse
- ☐ Compression nerf cutané

3. Examens complémentaires spécialisés

0

Électromyogramme [vitesses conduction, dénervation]

☐

IRM lombaire [hernie discale, canal étroit, tumeur]

☐

Bilan métabolique [glycémie, fonction rénale, vitamines]

☐

Sérologies [VIH, hépatites, Lyme selon contexte]

☐

Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non

4. Traitement pharmacologique de la douleur neuropathique

☐☐☐

0

Au moins deux classes thérapeutiques = oui, une = ±, aucune = non

Première intention

Traitement : Gabapentine

Détails : 300-1800mg/j en 3 prises, augmentation progressive

Durée : Évaluation à 2-4 semaines

Traitement : Prégabaline

Détails : 75-300mg/j en 2 prises, alternative à la gabapentine

Durée : Efficacité plus rapide

Deuxième intention

Traitement : Antidépresseurs tricycliques

Détails : Amitriptyline 10-75mg/j, contre-indications cardiaques

Durée : Effet retardé 2-3 semaines

Traitement : Duloxétine

Détails : 60mg/j, double action antidépressive

Durée : Surtout si neuropathie diabétique

5. Traitement étiologique selon la cause

0

Chirurgie rachidienne [hernie discale, canal étroit]

☐

Équilibration diabète [objectif HbA1c <7%]

☐

Infiltrations épidurales [corticoïdes, anesthésiques]

☐

Kinésithérapie [renforcement, mobilité]

☐

Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non

6. Approches non médicamenteuses

0

Kinésithérapie [mobilisation, renforcement]

☐

Stimulation électrique transcutanée (TENS)

☐

Thérapies cognitivo-comportementales

☐

École du dos [éducation, ergonomie]

☐

Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non

7. Surveillance et adaptation thérapeutique

0

Évaluation de l'efficacité [échelle douleur, fonctionnalité]

☐

Surveillance effets secondaires [sédation, vertiges]

☐

Adaptation posologique progressive

☐

Critères d'arrêt ou changement de traitement

☐*Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non*

8. Orientation et suivi spécialisé

0

Centre de la douleur [si douleur réfractaire]

☐

Neurochirurgie [si indication chirurgicale]

☐

Rhumatologie [pathologie rachidienne]

☐

Suivi neurologique [évolution, complications]

☐*Au moins deux = oui, un = \pm , aucun = non*

9. Management en général - prise en charge douleur neuropathique

☐☐☐

0

Bien = oui, suffisant = \pm , insuffisant = non

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères

A

B

C

D

E

1. Réponse aux sentiments et besoins du patient

☐☐☐☐☐*Empathie, écoute active, validation des émotions**Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien*

2. Structure de l'entretien

☐☐☐☐☐*Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps**Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation*

3. Expression verbale

☐☐☐☐☐*Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension**Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats*

4. Expression non verbale

☐☐☐☐☐*Contact visuel, posture, gestuelle appropriée**Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire*

5. Évaluation générale de la communication

☐☐☐☐☐*Qualité globale de l'interaction médecin-patient*

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

 $\geq 90\%$

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

Scénario pour le patient standardisé

Nom : Homme de 64 ans | **Âge :** 64 ans

Contexte : Avocat présentant des douleurs neuropathiques sévères de la jambe droite

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai des douleurs terribles dans la jambe droite qui m'empêchent de dormir»

Si on demande s'il y a autre chose : «C'est comme des décharges électriques qui descendent jusqu'au pied»

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleurs neuropathiques intenses jambe droite depuis 6 mois
- Type brûlures et décharges électriques
- Trajet de la fesse jusqu'au pied
- Intensité 8/10, permanente avec paroxysmes
- Aggravation nocturne, réveils fréquents

Symptômes associés :

- Fourmillements du pied droit
- Sensation de pied 'mort', hypoesthésie
- Faiblesse pour relever le pied
- Difficultés à la marche prolongée
- Aucun trouble sphinctérien

Circonstances :

- Début progressif il y a 6 mois
- Aggravation après port de charges lourdes
- Position assise prolongée (profession d'avocat)
- Amélioration relative en position couchée

Facteurs déclenchants :

- Toux, éternuements augmentent la douleur
- Mouvements brusques de flexion du dos
- Station debout prolongée
- Conduite automobile difficile

Habitudes

- **Profession :** Avocat, nombreuses heures assis au bureau
- **Activité :** Sédentaire, arrêt du sport à cause des douleurs
- **Tabac :** Non fumeur
- **Alcool :** Consommation sociale modérée

Simulation

Durant l'entretien :

- Position antalgique, évite flexion du tronc
- Exprime la sévérité des douleurs nocturnes
- Décrit précisément le trajet des douleurs
- Mentionne l'impact professionnel important

Durant l'examen :

- Lasègue positif à 45° à droite
- Hypoesthésie territoire L5 droit
- Faiblesse dorsiflexion pied droit (4/5)
- Abolition réflexe achilléen droit

Questions à poser :

- Est-ce que je vais devoir être opéré ?
- Ces médicaments vont-ils m'endormir pour travailler ?
- Combien de temps cela va-t-il durer ?

Traitements

Traitements actuels :

- Paracétamol 1g x 4/j (peu efficace)
- Ibuprofène 400mg si douleurs majeures
- Tramadol 50mg occasionnel

Informations pour l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme 64 ans, avocat. Radiculalgie L5-S1 droite évoluant depuis 6 mois. Douleurs neuropathiques sévères (8/10) avec déficit moteur dorsiflexion pied, hypoesthésie, Lasègue positif 45°. Impact fonctionnel majeur. Échec traitements symptomatiques.

Points clés

- Radiculopathie L5-S1 droite avec douleurs neuropathiques
- Sémiologie neurologique cohérente (Lasègue, déficit L5)
- Caractérisation précise de la douleur neuropathique
- Retentissement fonctionnel et professionnel majeur
- Indication IRM lombaire et EMG
- Traitement spécialisé douleur neuropathique
- Évaluation chirurgicale si hernie discale
- Approche multidisciplinaire nécessaire

Pièges

- Ne pas différencier douleur nociceptive vs neuropathique
- Manquer l'examen sensitif détaillé par territoire
- Ne pas rechercher le signe de Lasègue
- Omettre l'évaluation du retentissement fonctionnel
- Prescrire uniquement des antalgiques classiques
- Ne pas proposer d'examens complémentaires spécialisés
- Sous-estimer l'impact psychologique des douleurs chroniques
- Ne pas envisager les traitements non médicamenteux
- Retard dans l'orientation spécialisée

Physiopathologie des douleurs neuropathiques

Lésion ou dysfonction du système nerveux périphérique ou central générant des douleurs.

- Sensibilisation périphérique : hyperactivité nocicepteurs
- Sensibilisation centrale : facilitation médullaire
- Désinhibition : perte contrôles inhibiteurs descendants
- Activité ectopique : décharges spontanées neurones lésés
- Couplage éphaptique : transmission aberrante
- Plasticité synaptique : réorganisation circuits douleur
- Inflammation neurogène : médiateurs pro-inflammatoires

Classification des douleurs neuropathiques

Différenciation selon le niveau lésionnel et les mécanismes.

- Neuropathies périphériques : polyneuropathies, mononeuropathies
- Radiculopathies : compression, inflammation racines nerveuses
- Neuropathies centrales : post-AVC, sclérose en plaques
- Douleurs focales : névralgie trigéminal, post-zostériennes
- Douleurs généralisées : fibromyalgie, neuropathie des petites fibres
- Douleurs mixtes : composante nociceptive + neuropathique
- Allodynie : douleur au contact non douloureux

Sémiologie des radiculopathies lombaires

Corrélation anatomoclinique des compressions radiculaires.

- L4 : face antérieure cuisse, quadriceps, réflexe rotulien
- L5 : face externe jambe, dorsiflexion pied, pas de réflexe
- S1 : face postérieure cuisse-jambe, triceps, réflexe achilléen
- Lasègue : tension radiculaire, positif si $<60^\circ$
- Léri : extension genou en flexion hanche
- Territoire sensitif : dermatomal strict vs subjectif
- Déficit moteur : testing analytique muscle par muscle

Outils d'évaluation de la douleur neuropathique

Scores et questionnaires spécialisés pour le diagnostic.

- DN4 : questionnaire diagnostique douleur neuropathique
- NPSI : intensité symptômes neuropathiques spécifiques
- Échelle numérique : intensité 0-10
- McGill Pain Questionnaire : aspects qualitatifs
- Retentissement fonctionnel : HAD, qualité de vie
- Examen neurologique quantitatif (QST)
- Tests sensoriels : thermoalgésimètre, monofilaments

Rappels thérapeutiques

- Gabapentine : 300mg x3/j → 1800mg/j, augmentation progressive
- Prégabaline : 75mg x2/j → 300mg x2/j, efficacité rapide
- Amitriptyline : 10-75mg/j le soir, surveillance cardiaque
- Duloxétine : 60mg/j, double action neuropathie diabétique
- Patch lidocaïne 5% : douleurs focales, allodynie
- Tramadol : 50-100mg x4/j si échec première intention
- Infiltrations épidurales : corticoïdes + anesthésiques locaux

Examens complémentaires

- EMG : vitesses de conduction nerveuse, potentiels dénervation
- IRM lombaire : hernie discale, canal lombaire étroit, tumeur
- CT-scan : alternative si contre-indication IRM
- Myélographie CT : canal étroit, compression radiculaire
- Tests sensoriels quantitatifs : seuils thermiques, vibratoires
- Potentiels évoqués somesthésiques : voies lemniscales
- Biopsie nerveuse : neuropathies inflammatoires (rare)