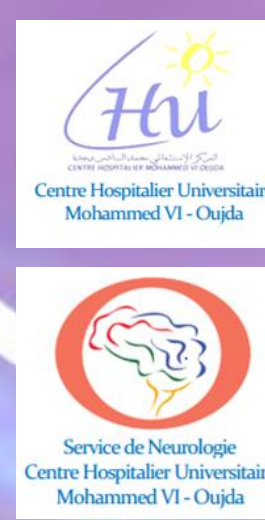




N° Réf. [IFL-006]

LA DOULEUR DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUE: À PROPOS D'UNE SÉRIE DE 60 CAS

K.Benyarou, Y. Mebrouk
Benyaroukaouthar1@gmail.com
Service de Neurologie, CHU Mohammed VI, Oujda



RESUME

- ❖ **Introduction :** Il est peu courant que la douleur soit considérée comme le symptôme prédominant de la sclérose en plaques (SEP) ou qu'elle soit une priorité dans son traitement. Toutefois, la douleur est un symptôme fréquent qui a un impact significatif sur la qualité de vie des patients.
- ❖ **Objectifs :** Décrire les caractéristiques épidémiologiques et clinique, ainsi thérapeutique de la douleur dans la SEP.
- ❖ **Matériels et méthodes :** Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur une cohorte de 60 patients atteints de SEP au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Mohamed VI d'Oujda.
- ❖ **Résultats :** Les résultats de notre étude ont révélé un âge moyen de 31 ans pour nos patients, avec un ratio hommes-femmes de 0,42. L'EDSS moyen était de 1,3. La forme rémittente de la SEP était prédominante dans 86% des cas, tandis que la forme secondairement progressive était observée chez 14% des patients. La douleur était présente chez 58% des malades, avec des valeurs convergentes, entre le sexe féminin à un taux de 38% par rapport à 33% pour l'autre sexe. Les douleurs d'origine centrale étaient les plus fréquentes, notamment les fourmillements et les brûlures (60%), suivies des céphalées (50%), des picotements et engourdissements (45%), ainsi que des décharges électriques, douleurs cordonales et névralgies du trijumeau (35%). Les symptômes tels que les spasmes toniques douloureux étaient présents chez 10% des patients. De plus, 15% des patients présentaient des douleurs liées aux traitements de fond, tels que l'interféron bêta. Cette douleur était intermittente chez 80% et continue dans 20% des cas, et survenait au moment du diagnostic chez 40%, dans moins d'un an chez 27%, et chez 33% dans plus d'un an. L'échelle visuelle analogique (EVA) moyenne était de 3,8 sur 10. Seuls 17% des patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique avec une amélioration notable. En revanche, 16% des patients présentaient des douleurs associées à d'autres pathologies telles que la neuropathie diabétique, la hernie discale, la discopathie protrusive, l'arthrose, les troubles trophiques cutanés, ainsi que des douleurs chroniques dans le cadre de dépression.
- ❖ **Discussion :** Bien que la douleur ne soit généralement pas intégrée dans l'évaluation standard des patients atteints de SEP, notre étude révèle une prévalence significative de cette symptomatologie. Les mécanismes physiopathologiques et les facteurs de risque associés à ces douleurs demeurent encore mal compris. Nos résultats confirment que tous les types de SEP peuvent être accompagnés de douleurs à divers stades de l'évolution de la maladie, indépendamment de l'âge, du sexe ou de l'EDSS.
- ❖ **Conclusion :** La douleur dans la SEP est une symptomatologie majeure, par sa fréquence, par ses multiples aspects, à cet effet un traitement adéquat doit être démarré pour soulager les patients.
- ❖ **Mots clés :** sclérose en plaque ; douleur ; céphalée ; fourmillement ; l'EVA ; traitement.

INTRODUCTION

- ❖ Il est peu courant que la douleur soit considérée comme le symptôme prédominant de la sclérose en plaques (SEP) ou qu'elle soit une priorité dans son traitement. Toutefois, la douleur est un symptôme fréquent qui a un impact significatif sur la vie quotidienne, dans le vécu de la maladie, les interactions sociales et la vie professionnelle des patients.
- ❖ Indépendamment de la névralgie de trijumeau, l'hermite, et le spasme tonique douloureux, les autres types de douleur chez les malades SEP n'étaient pas mise en évidence.
- ❖ De nombreux études cliniques et épidémiologiques ont montré la fréquence des douleurs chez les patients porteurs de sclérose en plaque.

METHODOLOGIE

Objectifs :

- ❖ L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques et clinique, ainsi thérapeutique de la douleur dans la sclérose en plaque et les comparer avec les données de la littérature.

Matériels et méthodes :

- ❖ Nous avons mené une étude rétrospective descriptive sur une cohorte colligeant sur une série de 60 patients atteint de sclérose en plaque suivis au sein du service de Neurologie au CHU Mohammed VI d'Oujda.

RESULTATS

➤ Caractéristiques épidémiologiques:

- ❖ Les résultats de notre étude ont révélé un âge moyen de 31 ans pour nos patients.
- ❖ Le ratio hommes-femmes était de 0,42. L'EDSS moyen était de 1,3.

➤ Manifestations cliniques :

- ❖ La forme rémittente de la SEP était prédominante dans 86% des cas, tandis que la forme secondairement progressive était observée chez 14% des patients.
- ❖ La douleur était présente chez 58% des malades, avec des valeurs convergentes, entre le sexe féminin à un taux de 38% par rapport à 33% pour l'autre sexe.
- ❖ Les douleurs d'origine centrale étaient les plus fréquentes, notamment les fourmillements et les brûlures (60%), suivies des céphalées (50%), des picotements et engourdissements (45%), ainsi que des décharges électriques, douleurs cordonales et névralgies du trijumeau (35%). Les symptômes tels que les spasmes toniques douloureux étaient présents chez 10% des patients. De plus, 15% des patients présentaient des douleurs liées aux traitements de fond, tels que l'interféron bêta.
- ❖ Cette douleur était intermittente chez 80% et continue dans 20% des cas, et survenait au moment du diagnostic chez 40%, dans moins d'un an chez 27%, et chez 33% dans plus d'un an. L'échelle visuelle analogique (EVA) moyenne était de 3,8 sur 10.
- ❖ En revanche, 16% des patients présentaient des douleurs associées à d'autres pathologies telles que la neuropathie diabétique, la hernie discale, la discopathie protrusive, l'arthrose, les troubles trophiques cutanés, ainsi que des douleurs chroniques dans le cadre de dépression.
- **Traitement :**
- ❖ Un traitement symptomatique a été prescrit chez seulement 17% des patients, principalement la Prégabaline à une dose de 150 milligramme par jour. 80% des malades ont rapporté une réduction de la douleur estimée à 35% après 8 semaines de traitement, hormis 20% des malades ont arrêté le traitement à cause des effets indésirable notamment la somnolence.

- Douleur chez sexe féminin
- Douleur chez sexe masculin

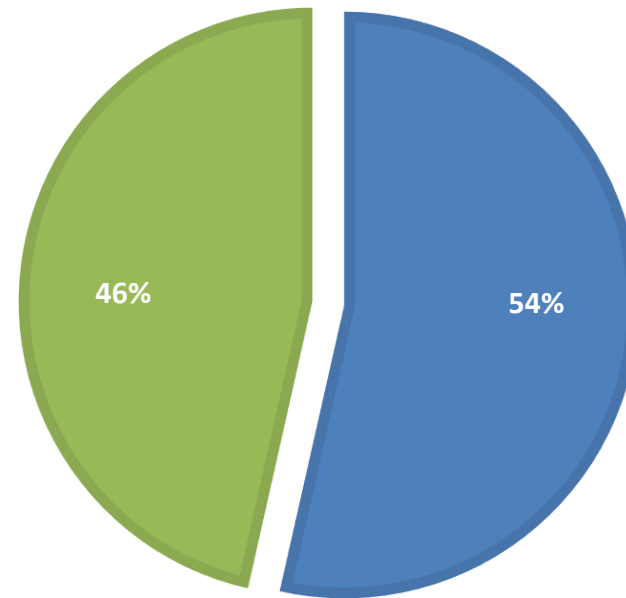


Figure n°1: répartition de la douleur entre les deux sexe

- La forme rémittente de la SEP
- la forme secondairement progressive

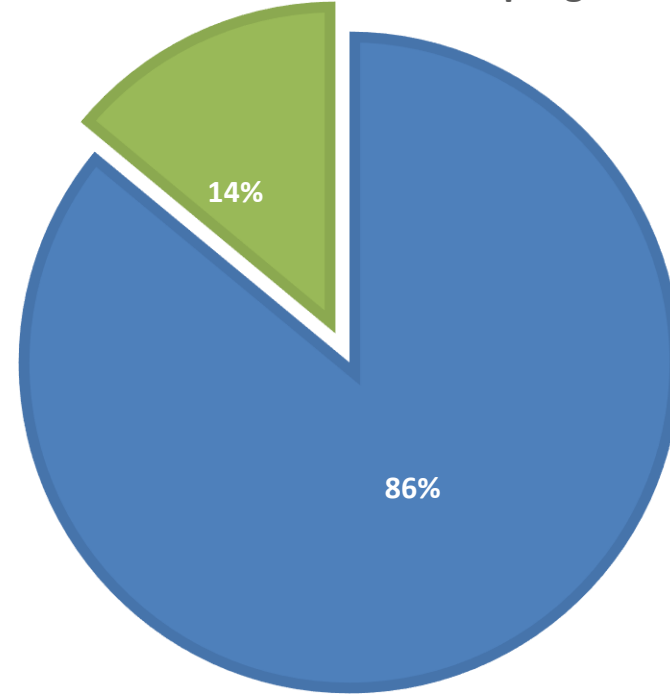


Figure n°2: prévalence de la douleur selon la forme de SEP

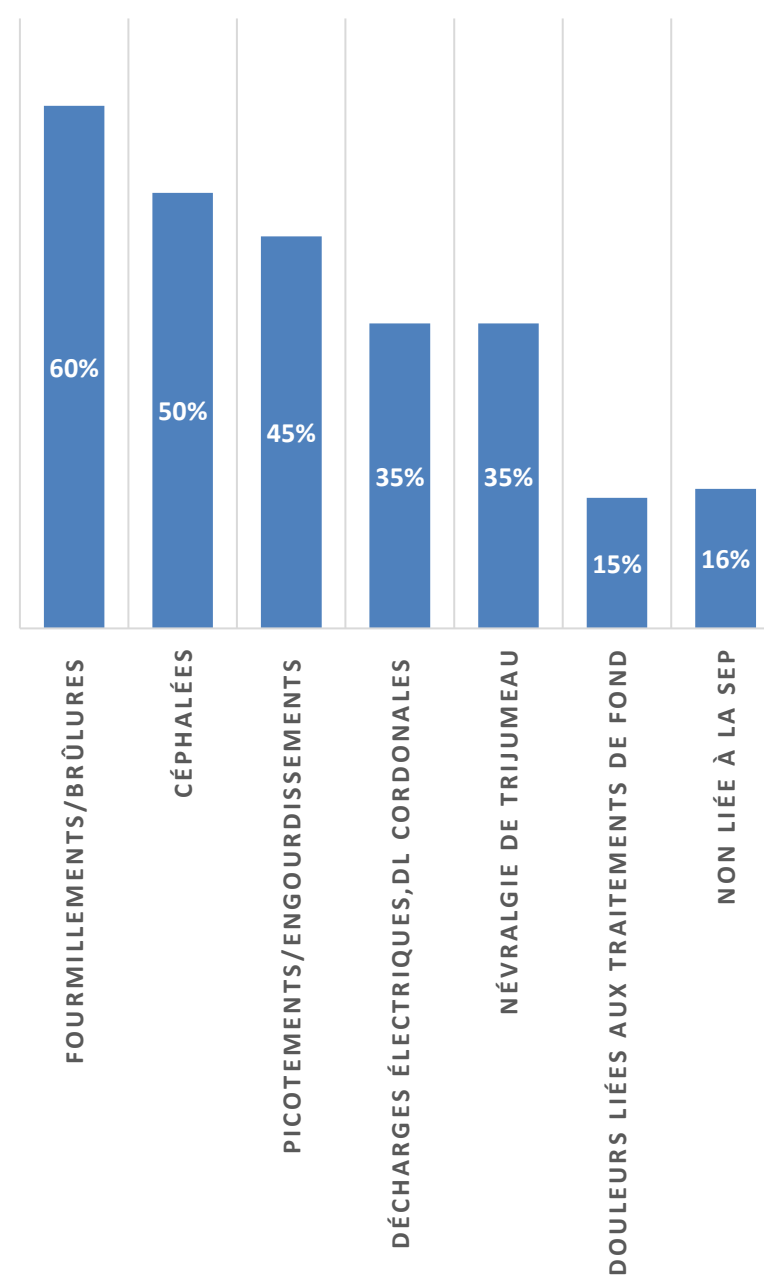


Figure n°3: prévalence des types de la douleur

DISCUSSION

- ❖ Bien que la douleur ne soit généralement pas intégrée dans l'évaluation standard des patients atteints de SEP, notre étude révèle une prévalence significative de cette symptomatologie.
- ❖ Dans la littérature et comme dans notre série, il était essentiel de classer les types de douleurs, plusieurs classification ont été proposé en fonction de la physiopathologie. la majorité des études ont convenu que le type le plus courant était les paresthésies type brûlure, suivi des céphalées, puis les douleur musculosquelettiques²⁻³.
- ❖ La physiopathologie de la douleur dans la SEP est mal comprise⁴, mais pourrait être liée au développement de lésions démyélinisantes impliquant certaines voies neuroanatomiques telles que le tractus spinothalamique. Le signe de Lhermitte serait associé à des lésions au niveau de la moelle épinière cervicale, tandis que la névralgie de trijumeau serait plutôt associée à des lésions au niveau des noyaux et des racines nerveuses du trijumeau. Le spasme tonique douloureux peut survenir à la suite de lésions dans les voies motrices, en particulier dans la capsule interne et le pédoncule cérébral³.
- ❖ I. Certaines études décrivent la douleur chronique comme une douleur qui dure plus de 2 mois alors que d'autres parlent de chronicité à partir de 3 mois⁵⁻⁶.
- ❖ L'intensité de la douleur est évalué à l'aide de l'échelle visuelle analogique, ou l'échelle d'évaluation numérique. la douleur est classé légère, modérée ou sévère¹.
- ❖ Si certaines études montrent une relation entre la prévalence des douleurs et l'augmentation de l'EDSS, la plupart des autres études ne retrouvent pas cette corrélation⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹.
- ❖ Nos résultats confirment que tous les types de SEP peuvent être accompagnés de douleurs à divers stades de l'évolution de la maladie au début comme à des années plus tard, et indépendamment de l'âge, du sexe, de la forme clinique ou la sévérité de la maladie (EDSS).
- ❖ Ainsi notre expérience thérapeutique rejoint la littérature concernant le volet thérapeutique: la plupart des patients ne reçoivent pas le traitement adéquat pour soulager leurs douleurs, cette situation vient de ce que l'attention des cliniciens est essentiellement centrée sur le processus immunopathologique et son contrôle et de façon plus accessoire sur les manifestations symptomatiques de la maladie¹².
- ❖ Cependant les principales thérapeutiques sont: les antiépileptiques, les tricycliques, 3-4 diaminopyridine, opioïde. Par ailleurs, la Prégabaline a montré récemment son efficacité dans les douleurs neuropathiques centrales d'origine médullaire¹²⁻¹³⁻¹⁴.

CONCLUSION

- ❖ La douleur dans la SEP est une symptomatologie majeure, par sa fréquence, par ses multiples aspects.
- ❖ La littérature souligne le rôle principal de la douleur dans la diminution de la qualité de vie, l'augmentation du niveau d'invalidité, les troubles du sommeil dans la population atteinte de SEP.
- ❖ Pour ces raisons, une approche globale tenant compte des aspects épidémiologiques et sémiologiques est nécessaire pour une prise en charge adéquate.
- ❖ Les données de la littérature demeurent limitées dans ce domaine, surtout concernant la prévalence des différents types de douleur à ce stade. Aussi ne permettent pas de suggérer des recommandations spécifiques sur les stratégies de traitement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alschuler KN, Jensen MP and Ehde DM. Defining mild, moderate, and severe pain in persons with multiple sclerosis. Pain Med 2012; 13(10): 1358–1365.
2. Truini A, Galeotti F, La Cesa S, et al. Mechanisms of pain in multiple sclerosis: A combined clinical and neurophysiological study. Pain 2012; 153(10): 2048–2054.
3. O'Connor AB, Schwid SR, Herrmann DN, et al. Pain associated with multiple sclerosis: Systematic review and proposed classification. Pain 2008; 137(1): 96–111.
4. Scherder RJ, Kant N, Wolf ET, et al. Sensory function and chronic pain in multiple sclerosis. Pain Res Manag 2018; 2018: 1924174.
5. Stenager E, Knudsen L and Jensen K. Acute and chronic pain syndromes in multiple sclerosis. A 5-year follow-up study. Ital J Neurol Sci 1995; 16(9): 629–632.
6. Murphy KL, Bethea JR and Fischer R. Neuropathic pain in multiple sclerosis-current therapeutic intervention and future treatment perspectives. In: Zagon IS and McLaughlin PJ (eds) Multiple sclerosis: Perspectives in treatment and pathogenesis. Brisbane, QLD, Australia: Codon Publications, 2017, pp. 53–69.
7. Khan F, Amatya B and Kesselring J. Longitudinal 7-year follow-up of chronic pain in persons with multiple sclerosis in the community. J Neurol 2013; 260(8): 2005–2015.
8. Ehde DM, Osborne TL, Hanley MA, et al. The scope and nature of pain in persons with multiple sclerosis. Mult Scler 2006; 12(5): 629–638.
9. Svendsen KB, Jensen TS, Overvad K, et al. Pain in patients with multiple sclerosis: A population-based study. Arch Neurol 2003; 60(8): 1089–1094.
10. Grau-Lopez L, Sierra S, Martinez-Caceres E, et al. Analysis of the pain in multiple sclerosis patients. Neurologia 2011; 26: 208–213.
11. Kalia LV and O'Connor PW. Severity of chronic pain and its relationship to quality of life in multiple sclerosis. Mult Scler 2005; 11(3): 322–327.
12. Solaro C and Messmer Uccelli M. Pharmacological management of pain in patients with multiple sclerosis. Drugs 2010; 70: 1245–1254.
13. Baron R, Binder A and Wasner G. Neuropathic pain: Diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. Lancet Neurol 2010; 9(8): 807–819.
14. Young J, Amatya B, Galea MP, et al. Chronic pain in multiple sclerosis: A 10-year longitudinal study. Scand J Pain 2017; 16: 198–203.