

# Sclérose en plaques et douleurs

*Dr méd. Claude Vaney, Montana*

Au contraire des troubles de la marche, de la vue ou de la miction, les douleurs ne sont pas considérées comme étant des symptômes typiques de la sclérose en plaques. Tout au long de leur maladie, plus de la moitié des patients souffrant de sclérose en plaques se plaignent de diverses formes de douleurs. Face à une maladie pour laquelle un traitement de base efficace fait encore défaut, il est important de connaître les différents syndromes douloureux, puisque beaucoup d'entre eux peuvent être traités avec succès, par des moyens appropriés.

Les syndromes douloureux survenant dans la sclérose en plaques se divisent en deux groupes distincts: les douleurs aiguës, assez rares, apparaissant le plus souvent au début de la maladie et les douleurs chroniques, plus fréquentes, se déclarant plus tardivement. Cette subdivision est d'autant plus importante que ces deux formes de douleurs se différencient dans leurs caractéristiques étiologiques et cliniques.

## Les douleurs aiguës

Les douleurs aiguës se caractérisent principalement par l'apparition de paroxysmes douloureux souvent stéréotypés.

La très désagréable **névralgie du trijumeau** est la plus fréquente de ces douleurs; elle touche 1-2% des patients atteints de sclérose en plaques. Cette douleur est souvent ressentie comme une décharge électrique ou comme un coup de couteau

dans une des moitiés du visage. Elle peut être déclenchée par le simple fait d'effleurer le visage, de manger ou de parler. Le patient ne souffre généralement pas entre ces paroxysmes douloureux apparaissant plusieurs fois dans la journée. La névralgie du trijumeau touche aussi, mais beaucoup plus rarement, des personnes en bonne santé. Chez les patients atteints de sclérose en plaques, la névralgie se caractérise par un début plus précoce (avant 50 ans) avec atteinte des deux parties du visage et par des accès douloureux dépassant les quelques secondes.

Le traitement de base est médicamenteux dont la carbamazépine (Tégrétol, Timonil) s'est avéré le médicament le plus efficace. Au cours du traitement on observe parfois des effets secondaires désagréables tels des troubles de l'équilibre, pouvant aggraver une ataxie préexistante. Souvent de petites doses sont déjà efficaces pour combattre la douleur; il est recommandé d'administrer le médicament en augmentant peu à peu le dosage. En cas d'intolérance à ce médicament, d'autres comme la phénytoïne (Epanutin) ou le baclofène (Lioréal) peuvent être administrés. Dans de rares cas, on aura recours à un traitement neurochirurgical (thermocoagulation, alcoolisation des branches du trijumeau).

D'autres phénomènes aigus comme les **contractures toniques de l'hémicorps** peuvent être douloureux. Sans que le patient perde conscience, les bras et les jambes d'une même partie du corps se contractent douloureusement quelques secondes, au plus quelques minutes; des chutes peuvent s'ensuivre. Tout comme la névralgie du trijumeau, ces contractures peuvent apparaître plusieurs fois dans la journée et sont parfois provoquées par des changements de position. Elles sont également sensibles à l'action de la carbamazépine ou de la phénytoïne.

On évoquera finalement, parmi les syndromes douloureux aigus, le **signe de Lhermitte**. C'est un signe très typique de la sclérose en pla-



ques mais qui peut également être observé dans d'autres affections touchant la moelle épinière. Les patients décrivent ce symptôme comme «une sensation de décharge électrique parcourant la moelle épinière» lorsqu'ils penchent la nuque. Un traitement ne s'impose que très rarement, la symptomatologie étant peu douloureuse et tendant à s'estomper spontanément. Le port d'une minerve (appareil orthopédique destiné à maintenir la tête en bonne position) peut être conseillé pour éviter ces mouvements douloureux.

On suppose qu'une excitabilité électrique accrue au niveau des foyers de démyélinisation est à l'origine de ces différents syndromes douloureux aigus. Ainsi, aux endroits où la gaine de myéline est altérée, se produisent spontanément ou par le biais d'une irritation mécanique (flexion de la nuque dans le signe de Lhermitte) des décharges électriques qui se propagent le long des nerfs. Des mécanismes identiques semblent être responsables de la névralgie du trijumeau. Comme son nom l'indique,

ce nerf contient trois branches qui transmettent les «informations» sensorielles du visage au cerveau. Une de ces branches est en contact étroit avec la branche du nerf moteur responsable des muscles masticateurs. Les paroxysmes douloureux engendrés, p.ex. par la mastication, surviennent au moment où une impulsion électrique «saute» du nerf moteur sur le nerf sensible voisin y déclenchant une décharge. Ce phénomène peut être comparé à ce qui se produirait lors d'un court-circuit entre deux câbles électriques non isolés. Des médicaments comme la carbamazépine et la phénytoïne, dont l'action tend à diminuer l'hyperactivité du système nerveux, influencent favorablement les manifestations paroxystiques et douloureuses de la sclérose en plaques.

Ces mêmes médicaments sont employés avec succès dans les cas d'épilepsie où l'hyperactivité se situe dans les noyaux gris (neurones).

## Les douleurs chroniques

Les douleurs chroniques, dans le cadre d'une sclérose en plaques, sont relativement fréquentes et leur traitement souvent difficile. Les **paresthésies** (sensations anormales) et les **spasmes musculaires** sont causés par le processus de démyélinisation. D'autres états douloureux, tels les **points de pression** lors d'une mauvaise posture dans une chaise roulante ou les **contractures musculaires** apparaissent comme des conséquences de la maladie chronique.

Beaucoup de patients se plaignent de **sensations désagréables** touchant le tronc et les membres. Les uns décrivent des sensations thermiques (chaud/froid), d'autres des sensations de striction, de cuirasse ou de peau cartonnée. Les jambes sont plus souvent atteintes que les membres supérieurs. Ces sortes de douleurs sont probablement dues à une mauvaise transmission des «informations» sensorielles au niveau de la moelle démyélinisée. La compréhension de ces douleurs

bizarres peut être facilitée si l'on sait qu'une partie de l'activité du cerveau a une fonction inhibitrice sur la moelle épinière; ainsi un grand pourcentage des «informations» venant de la périphérie est constamment filtré et n'arrive jamais au cerveau. C'est ce «filtrage» perpétuel qui nous permet, p.ex. d'écouter tranquillement de la musique et de se concentrer sur une lecture sans être dérangés. Lorsque la partie démyélinisée de la moelle ne permet plus ce «filtrage» sensoriel, le cerveau est assailli par des informations incessantes, souvent désagréables.

veut dire que tremper l'extrémité douloureuse d'une jambe présentant des sensations de brûlures dans de l'eau tiède est ressenti comme agréable. Le TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) est basé sur de petites secousses électriques, perçues de façon relativement agréable, sont appliquées sur la peau et refoulent par ce biais les «informations» douloureuses. Cette élégante méthode n'est pas toujours efficace. Heureusement ces paresthésies peuvent parfois disparaître spontanément. Si ces phénomènes douloureux devaient persister, il faudrait avoir

urinaire ou une position inadéquate sur une chaise roulante mal adaptée peuvent déclencher ces spasmes parfois très douloureux.

A part la correction des facteurs précités, les médicaments et la physiothérapie représentent les mesures thérapeutiques principales dans le traitement de la spasticité. Les bains de glace, diversement appréciés, que l'on prescrit dans les cliniques de réadaptation réduisent passagèrement cette spasticité. Il en va de même pour l'hippothérapie qui, en plus, permet d'améliorer les réflexes d'équilibre. Chez les patients alités, des exercices journaliers de gymnastique correctrice avec mobilisation passive des extrémités et positionnement adéquat du

corps permettront de combattre une spasticité gênante. En complément, on pourra prescrire des médicaments comme le Sirdalud ou le Lioréal. Le dosage doit être individuel et se fera à petits pas. Si les spasmes surviennent principalement la nuit, on administrera une dose unique le soir. Dans ce cas particulier, un nouveau médicament à action retard (Sirdalud MR) s'est avéré efficace. Lors de la prescription de tels médicaments, il faudra prendre en considération que lors d'une parapésie, une partie de la spasticité est utile à la marche et à la station debout. Il faudra veiller à maintenir cette spasticité.

**Les conséquences à long terme du handicap physique et de l'emploi de moyens auxiliaire** peuvent également entraîner des états douloureux. Une chaise roulante mal adaptée en est le meilleur exemple. Avec le temps, le dossier et le siège s'affaissent, le haut du corps déjà affaibli par la maladie se plie de plus en plus vers l'avant et, pour compenser, le cou et la tête se mettent en hyperextension. Cette posture inadéquate engendre une usure prématurée des articulations de la colonne vertébrale. Le monde qui nous entoure n'est pas toujours conçu pour les handicapés: les interlocuteurs se tiennent souvent debout, les interrupteurs sont placés trop haut pour ne citer que ces exemples. Ces situations forcent les



En 1965, deux chercheurs anglosaxons (Melzack et Wall) ont établi une théorie de la perception de la douleur dont certains principes peuvent être d'une utilité pratique dans le contrôle des douleurs chroniques. Selon eux, seul un certain nombre d'informations sensorielles peut atteindre, à un moment donné, le cerveau à travers la moelle. En créant en périphérie un stimulus relativement agréable qui atteint rapidement la moelle, on pourra empêcher que la sensation douloureuse suivante soit perçue et elle trouvera au niveau de la moelle épinière une porte (gate) momentanément fermée. Pratiquement cela

recours à des antidouleurs et à des antidépresseurs. Ces derniers présentent l'avantage de ne pas entraîner de dépendance et ils modifient favorablement la perception de la douleur au niveau du cerveau. Une autre source de douleurs sont les **crampes musculaires** dues à la **spasticité**. On ne connaît pas les causes exactes de cette spasticité, mais là aussi il semble qu'il existe un déséquilibre entre l'action stimulante et l'action inhibitrice des faisceaux nerveux au niveau de la moelle. Des réflexes archaïques de flexion ou d'extension réapparaissent. Des facteurs anodins comme une plaie (décubitus), une infection

malades à se mettre dans des positions inconfortables ou douloureuses.

Lors d'une immobilité prolongée, le stimulus nécessaire à la formation de l'os fait défaut ce qui favorise le développement d'une **ostéoporose** parfois douloureuse. Elle peut aussi être la conséquence néfaste d'une utilisation prolongée de corticostéroïdes. Selon les connaissances actuelles, ces médicaments ne devraient être administrés que brièvement. En se tenant le plus souvent debout à la maison ou sur des tables de verticalisation en salle de physiothérapie, il est possible grâce à ces méthodes préventives de combattre l'ostéoporose et de réduire la spasticité.

---

## Conclusion

La sclérose en plaques ne peut plus être considérée comme une maladie «indolore». Tout un éventail de syndromes douloureux l'accompagnent et leur traitement n'est pas toujours facile.

Ces douleurs sont perçues individuellement et cette perception peut changer au gré du contexte affectif, familial et social du moment.

Toutefois, un style de vie sain, associé à des exercices physiques réguliers à domicile et sans prise de poids excessive devrait permettre d'éviter les douleurs dues à l'immobilité.

Les médicaments sont souvent utiles et efficaces lors de douleurs paroxystiques. Cependant certains états douloureux chroniques résistent à tout traitement. Dans ces cas rebelles où la douleur fait partie inhérente de la vie, il faudra établir un plan de la journée alliant loisirs, contacts avec l'entourage et moments de détente, ceci dans l'espoir de rendre la douleur supportable.