Les phénomènes douloureux dans la sclérose en plaques

Longtemps, on a cru et il a été répété que les douleurs étaient rares dans la sclérose en plaques. On sait actuellement qu'il n'en est rien; deux études l'une publiée en 1988, l'autre en 1991, confirment qu'au contraire les phénomènes douloureux sont fréquents, souvent chroniques et qu'ils altèrent la qualité de vie des patients S.P.. L'étude la plus récente, réalisée chez 117 patients danois, montre que seulement 35 % d'entre-eux n'avaient jamais présenté de douleurs; par contre, 23 % se plaignaient de phénomènes douloureux constants depuis le début de la maladie et 32 % considéraient la douleur comme un de leurs symptômes les plus importants.

Une première distinction peut être faite entre les douleurs aiguës, dont la durée est inférieure à un mois et les douleurs chroniques, celles-ci étant bien souvent difficiles à décrire par les patients eux-mêmes.

Les douleurs aiguës

Elles sont relativement mieux connues. On peut en distinguer trois types:

a) La névralgie du trijumeau:

Elle affecte la face, est unilatérale et comparable à des décharges électriques survenant en salves. Il n'y a pas de douleur entre les crises. Elle survient le plus souvent sans cause connue chez la personne âgée; elle peut être un symptôme de S.P., soit en cours d'évolution de celle-ci, soit même comme symptôme initial. Elle sera toujours traitée initialement par une médication orale (le Tégrétol étant le médicament de choix) mais devra parfois faire l'objet d'une alcoolisation ou d'une thermocoagulation du ganglion sensitif de ce nerf. Cette manoeuvre neurochirurgicale doit, dans certains cas, être répétée pour obtenir un résultat satisfaisant.

b) Le signe de Lhermitte:

Il consiste en une décharge électrique fugace ressentie par le patient au niveau de la colonne, de haut en bas, décharge qui peut irradier dans un ou plusieurs membres. Elle est provoquée spécifiquement par la flexion de la nuque et est souvent plus gênante que douloureuse. Dans certains cas cependant, cette décharge peut être très fréquente et répétée au moindre mouvement de la tête. La prise de Tégrétol peut en diminuer l'intensité et la fréquence. Ce signe décrit par Lhermitte est dû à une lésion de la moelle cervicale qui se manifeste lorsqu'elle est étirée par la flexion de la nuque, il n'est donc pas spécifique à la S.P.

c) Les douleurs oculaires de la névrite optique aiguë:

Elles sont généralement unilatérales, comme la névrite elle-même et provoquées électivement par les mouvements latéraux du globe oculaire. Elles seraient dues à la mise sous traction, par le mouvement de l'oeil, du nerf optique enflammé et de sa gaine méningée. Elles sont bien soulagées par la cure de cortisone qu'exige une poussée de névrite optique.

Les douleurs chroniques:

Elles peuvent être de nature très variable et différents types de douleurs peuvent être présents chez le même patient.

a) Les troubles sensitifs douloureux:

(«dysesthésies») prédominent aux extrémités (mains et pieds) et sont décrits comme des fourmillements tenaces, des sensations de piqûres d'ortie, des sensations de brûlure ou de doigts gelés qui se réchauffent...

Le moindre effleurement, la moindre stimulation tactile, est souvent ressenti sur un mode désagréable. Un phénomène de diffusion de la douleur peut exister: par exemple, en pinçant un orteil, la douleur est ressentie dans la jambe. Ces douleurs sont plus marquées le soir et la nuit, lorsque la température extérieure est élevée ou lors de brusques changements de

température. Ce sont bien entendu des plaques situées dans la moelle épinière sur les voies sensitives qui sont responsables de ces douleurs. Des douleurs très comparables sont observées dans des polynévrites, après thrombose cérébrale touchant des relais sensitifs (le thalamus par exemple), après un zona (douleurs post-zonateuses). Le traitement médicamenteux en est difficile et le but est d'obtenir un soulagement plus ou moins partiel. Les produits relativement actifs sont le Tégrétol, le Valtran, les tricycliques anti-dépresseurs (Redomex)...La physiothérapie (massage, vibro-massage, chaleur) peut, elle aussi, apporter un meilleur confort, de même que la mobilisation passive et active des membres impliqués.

b) Les contractures musculaires:

Elles sont à l'origine de douleurs localisées aux masses musculaires et résultent de la spasticité induite par les lésions de la moelle épinière. Il peut s'agir parfois d'une simple gêne musculaire comparable à celle ressentie après une longue marche ou une longue course à pied. Des crampes répétées, surtout au petit matin dans le lit, peuvent être observées.

Enfin, en cas de spasticité importante, des spasmes des jambes, soit en extension, soit en flexion, très douloureux, peuvent survenir sans aucun contrôle volontaire, ni pour les prévenir, ni pour les corriger. Le traitement est celui de la spasticité sous-jacente mais la diminution de celle-ci peut accroître la faiblesse et l'impression de lourdeur des jambes.

c) Les douleurs lombaires et les douleurs «sciatiques» sont, elles-aussi, fréquentes dans la S.P.. Elles peuvent, bien sûr, être dues à une arthrite lombaire, favorisée dans la S.P. par une boiterie ou un déhanchement à la marche dû à une faiblesse des membres inférieurs. Ces douleurs sont augmentées par la position assise prolongée ou par une longue station debout; le décubitus peut les améliorer. Dans certains cas, la douleur sciatique est bien due à une compression d'une racine nerveuse par une hernie discale et le traitement classique, éventuellement chirurgical, doit être réalisé. Mais bien souvent aussi, les patients S.P. souffrent de douleurs sciatiques sans hernie discale détectable et ceci peut même être la première manifestation de la maladie. On pense, dans ce cas, qu'une plaque localisée dans la moelle touche l'émergence d'une racine sciatique, ce qui provoque une douleur comparable à celle due à une à une compression par une hernie discale. Dans les deux cas, une infiltration péridurale réalisée par nos confrères anesthésistes peut apporter (mais hélas, pas systématiquement), un soulagement plus ou moins prolongé; ces infiltrations peuvent être répétées tous les 3 à 6 mois. Les massages, l'infiltration locale de points douloureux, l'hydrothérapie peuvent amener un soulagement partiel.

Ces douleurs chroniques sont statistiquement plus fréquentes chez les patients S.P. plus âgés, dont la durée de la maladie est la plus longue. Elles sont aussi plus fréquentes dans les formes médullaires de S.P. Elles ne sont cependant pas directement liées au handicap global et peuvent donc s'observer aussi dans les formes relativement «bénignes». Même si leur traitement en est difficile et si les résultats ne sont souvent que partiels, il faut tout essayer pour tenter de les réduire et de les rendre plus supportables, sans se décourager, par les moyens médicamenteux, physiothérapiques, voire chirurgicaux, déjà mentionnés.

Docteur C. Sindic
Neurologue à l'U.C.L.