



GESTION DE LA DOULEUR

Fiche de renseignements

La douleur est l'un des symptômes les moins reconnus chez les personnes vivant avec la SLA. Pourtant, si on les interroge à ce sujet, plus de 60 % des personnes atteintes admettront qu'elles éprouvent une douleur notable, qui varie sur le plan de l'intensité et de l'étiologie.

- La douleur neurogène (ou neuropathique) est la conséquence directe d'une lésion ou d'un processus pathologique affectant le système somatosensitif. Elle se traduit par une sensation de fourmillement, de brûlure, d'engourdissement ou d'élanement.
- La douleur nociceptive est une douleur profonde, localisée au point de lésion. Elle prend la forme d'une sensation douloureuse continue ou pulsatile, ou encore d'une raideur.

Les types de douleurs dont souffrent les personnes atteintes de SLA varient, et le traitement doit être adapté en fonction de la cause sous-jacente.

- La perte de tissus sous-cutanés (graisse et muscle) entraîne communément de la douleur. Cette couche profonde de la peau isole le corps et protège organes et os. Cette perte de tissus peut se traduire par une douleur osseuse importante. La douleur peut aussi avoir comme origine la compression des nerfs (compression accrue sur les tissus).
- L'immobilité se traduit communément par des douleurs profondes et continues, le plus souvent dans les extrémités inférieures.
- La spasticité chez les personnes atteintes peut entraîner des spasmes dans les muscles (en position crispée ou étirée). Ces spasmes peuvent provoquer des douleurs importantes.
- Également communes dans la SLA, les fasciculations (ou fibrillations) musculaires constituent aussi une source de douleur (et de détresse) chez les patients.
- Les douleurs articulaires (liées à la douleur et à la cicatrisation) sont associées à la capsulite rétractile, communément appelée « épaule gelée ». De type pulsatile, ces douleurs peuvent troubler le sommeil et

limiter la mobilité tout comme le niveau d'activité des patients. La capsulite rétractile doit être traitée précocement et intensivement à l'aide d'exercices d'amplitude articulaire avant de passer à un régime d'injections (stéroïdes ou lidocaïne).

- D'autres types de douleurs peuvent être secondaires à la maladie ou liées à certains médicaments requis pour la combattre.

La gestion de la douleur dépend donc de l'identification de la cause – qui doit être aussi précise que possible pour que les traitements réussissent. Parmi les traitements qui ne relèvent pas de la pharmacologie, mentionnons l'ajustement correct du fauteuil roulant, un régime d'exercices raisonnable comme le tai-chi ou la bicyclette, l'acupuncture et le recours aux massages. Ces traitements aident le patient à maintenir sa qualité de vie, tout en améliorant son équilibre et sa mobilité.

Il existe différents médicaments qui peuvent être utilisés pour traiter la douleur, ce qui inclut les antidépresseurs, les anticonvulsifs et les anti-épileptiques, les inhibiteurs de recaptage de la sérotonine-noradrénaline, de même que les opioïdes (entre autres). Il importe de comprendre les effets positifs comme les effets indésirables de ces substances, ainsi que les autres facteurs pouvant dissuader un patient de prendre un médicament donné.

Antidépresseurs

- Même si ces médicaments ont d'abord été mis au point pour traiter la dépression, on connaît depuis de nombreuses années leur potentiel dans la gestion de la douleur neurogène. Des médicaments comme l'amitriptyline sont utilisés à faibles doses pour combattre l'hypersalivation, un symptôme courant chez les personnes vivant avec la SLA. On l'utilise également pour traiter les douleurs liées à une « épaule gelée ».
- Les antidépresseurs peuvent avoir des effets indésirables comme la constipation. Ils peuvent également entraîner de la confusion ou une encéphalopathie.

Suite →

Anticonvulsifs et anti-épileptiques

- Les médicaments comme la gabapentine (Neurontin) et la prégabaline (Lyrica) servent à gérer la douleur associée à l'immobilité et à améliorer le sommeil du patient.
- Ces médicaments aident à soulager l'anxiété chez certaines personnes, mais ils peuvent aussi entraîner des effets secondaires – somnolence, gain pondéral et dans de rares cas, oedème papillaire et vision trouble. Il est donc préférable de commencer le traitement par des doses faibles.

Inhibiteurs de recaptage de la sérotonine-noradrénaline

- Ces médicaments forment une classe d'antidépresseurs, qui inclut notamment la venlafaxine (Effexor) et la duloxétine (Cymbalta).
- L'Effexor est efficace dans le contrôle des variations de l'humeur qu'éprouvent les patients SLA en raison des changements liés au fonctionnement neuronal.
- Le Cymbalta est efficace dans le contrôle de la dépression et de la douleur neurogène.
- Ces médicaments sont métabolisés par le foie, un aspect important qui doit être pris en ligne de compte lorsqu'on les prescrit. Ils peuvent également avoir un effet dans la vie intime de la personne et la fonction sexuelle, ce qui fait que bon nombre de patients refusent de les prendre.

Opioides

- Les opioïdes sont largement utilisés dans les soins palliatifs parce qu'ils arrivent à soulager les douleurs profondes et osseuses associées aux sensations anormales de compression et à la capsulite (« épaule gelée »).
- Ces médicaments sont très efficaces dans le contrôle de la douleur mais ils entraînent de nombreux effets indésirables, dont des nausées, vomissements et étourdissements, de même que la constipation.
- Malgré leur forte action, les timbres transdermiques de fentanyl peuvent être utilisés par les patients atteints de la forme bulbaire de la maladie pour leur éviter d'être trop constipés.
- Un nouveau timbre de buprénorphine (le BuTrans) est constitué d'un médicament opioïde faible. Appliqué une fois par semaine, ce timbre entraîne moins d'effets secondaires que le fentanyl et peut être très efficace pour soulager la douleur osseuse.
- La morphine est une autre forme de médicament

opioïde capable d'atténuer la douleur, ainsi que la sensation de manquer d'air. La méthadone peut être employée si la morphine se révèle inefficace.

Autres médicaments

- Le tramadol est efficace pour traiter la douleur neurogène et nociceptive, ainsi que les douleurs mixtes. Ce médicament peut être pris par les patients qui sont encore mobiles et qui n'en ont besoin qu'à l'occasion.
- Un nouveau timbre de lidocaïne sortira bientôt sur le marché. Ce timbre servira au traitement des douleurs focales, comme les douleurs à l'épaule.
- Parmi les cannabinoïdes (dérivés de la marijuana), on note le Sativex, un médicament contenant du THC et du cannabidiol et imitant ainsi les effets de la plante. Ce médicament est administré par pulvérisation orale (absorption par la muqueuse). Ce médicament est efficace mais fait l'objet d'une approbation conditionnelle au Canada pour le traitement de la sclérose en plaques, non de la SLA. Les personnes qui vivent avec la SLA peuvent se tourner vers la marijuana comme telle pour contrer le manque d'appétit et combattre les nausées, ainsi que pour soulager la douleur neurogène et nociceptive. Il existe différentes manières de prendre cette substance, en fonction des besoins du patient.
- Les modifications cognitives qu'entraînent les cannabinoïdes constituent l'effet secondaire le plus marqué. Le fonctionnement au quotidien du patient peut être affecté.

La douleur est fréquente chez les personnes atteintes de la SLA, mais elle reste l'un des symptômes les moins reconnus. En général, les patients ne mentionnent pas la douleur si on ne les interroge pas de façon précise à ce sujet. Il est pourtant nécessaire de traiter la douleur puisqu'elle nuit à la santé du patient, affecte son sommeil, réduit son appétit et altère sa qualité de vie globale.

La présente fiche de renseignements fait état de l'avancement de la recherche et n'est offerte qu'à titre informatif. La Société canadienne de la SLA n'assume aucune responsabilité quant à son contenu, pas plus qu'elle ne recommande un médicament ou un autre en particulier. Nous vous invitons à consulter un professionnel des soins de santé pour obtenir plus de renseignements.

Information fournie par Angela Genge, M.D., directrice de l'unité de recherche clinique de l'Institut neurologique de Montréal et professeure adjointe au département de neurologie de l'Université McGill.