
Année 2009

n°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

PONCIN (MATTIODA) Céline

Née le 17 novembre 1979 à Le Plessis-Bouchard (Val d'Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2009

PRISE EN CHARGE
DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE
EN MEDECINE GENERALE

Président : Professeur GEORGE Bernard

Directeur : Professeur HUAS Dominique

D.E.S. de MEDECINE GENERALE

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur GEORGE Bernard,

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse, qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de mon admiration et de mon profond respect.

A monsieur le Professeur HUAS Dominique,

Pour m'avoir guidée et soutenue tout au long de ce travail. Merci également pour sa disponibilité.

A monsieur le Docteur SERRIE Alain,

Pour l'enseignement qu'il m'a transmis au cours de mon stage de deuxième cycle et pour m'avoir sensibilisée à la souffrance des patients.

A ma mère,

Pour tous les encouragements et la confiance qu'elle m'a apportés pendant mes études de médecine.

A mon mari,

Pour tout l'amour et le soutien qu'il m'apporte au quotidien.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	4
A.METHODE.....	6
1. LES INVESTIGATEURS.....	6
2. LE QUESTIONNAIRE.....	7
3. DES REPONSES OUVERTES ET SPONTANEEES.....	9
4. RECUEIL DE DONNEES.....	10
B.RESULTATS.....	11
1. NOMBRE DE QUESTIONNAIRES REMPLIS.....	11
2. INCLUSION DES INVESTIGATEURS, DIFFICULTES D'INTERPRETATION.....	12
3. LE SYNDROME DU CANAL CARPIEN (SCC).....	14
4. LA NEVRALGIE CERVICO-BRACHIALE (NCB).....	16
5. LA NEUROPATHIE PERIPHERIQUE DIABETIQUE (NPD).....	19
6. LA NEVRALGIE POST-ZOSTERIENNE (NPZ).....	22
C.DISCUSSION.....	25
1. LE TAUX DE REPONSE.....	25
2. LES LIMITES.....	25
3. LE SYNDROME DU CANAL CARPIEN.....	27
4. LA NEVRALGIE CERVICO-BRACHIALE PAR HERNIE DISCALE.....	32
5. LA NEUROPATHIE PERIPHERIQUE DIABETIQUE.....	37
6. LA NEVRALGIE POST-ZOSTERIENNE.....	39
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	45
ANNEXE.....	50

INTRODUCTION

La douleur est le motif de consultation le plus fréquent en médecine générale. Quelle que soit son intensité, la douleur est anxiogène et amène le patient à consulter rapidement. Un patient qui souffre d'une douleur chronique, consultera selon l'intensité de cette douleur, mais reviendra moins souvent pour ce motif, que le traitement prescrit soit efficace ou non. Le risque est la chronicisation de la douleur avec ses conséquences psychiques, sociales, familiales et/ou professionnelles. Une douleur chronique est souvent la cause de troubles du sommeil, d'un état dépressif, d'une anxiété ou d'une fatigue quotidienne.

Les douleurs neuropathiques, liées à la destruction ou à la lésion d'une structure nerveuse périphérique (nerf, plexus ou racine) ou centrale (tissu médullaire ou tronc cérébral), ne sont simples ni à diagnostiquer, ni à traiter. Les antalgiques habituels de niveau 1 et 2 selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont peu efficaces sur ce type de douleur. De nombreuses études randomisées ont été réalisées sur le traitement des douleurs neuropathiques. Actuellement, quelques recommandations ont pu être établies.

Au cours des stages en médecine générale, je me suis aperçue que la prescription de certains traitements était problématique. Par exemple, lorsqu'un médicament anticonvulsivant est prescrit pour soulager une douleur, il arrive que le patient ne le prenne pas du fait des nombreux effets secondaires listés sur la notice et du mot « épilepsie » mentionné dans les indications. De même, la morphine est encore souvent associée à une maladie grave. L'information est primordiale lors de la prescription de psychotropes ou d'opioïdes. De plus, au moins au début, la prise

de psychotropes, nécessite des consultations rapprochées pour adapter la posologie et évaluer la tolérance. Cependant, certains patients sont réticents à payer plusieurs consultations dans un court délai et attendent souvent un autre motif pour re-consulter. Le traitement est alors souvent interrompu, ce qui rend le suivi difficile. Les recommandations ne sont pas toujours applicables en pratique.

La difficulté du traitement de la douleur neuropathique vient également des médecins. Parfois, par inexpérience ou au contraire du fait d'expériences vécues, ceux-ci n'osent pas prescrire des antidépresseurs ou des anticonvulsivants pour traiter une douleur.

C'est pourquoi j'ai choisi d'interroger un échantillon de médecins généralistes sur leur prise en charge antalgique de quatre malades-types souffrant de douleurs neuropathiques ou mixtes, et fréquemment rencontrées en médecine de ville. L'objectif est de recenser les traitements prescrits en première et deuxième intention et de comparer ces résultats aux recommandations françaises et internationales.

A. METHODE

1. LES INVESTIGATEURS

Les médecins généralistes sollicités exerçaient près du domicile de la thésarde et près de son lieu de stage en médecine générale (dans le Val d'Oise). Leurs coordonnées ont été trouvées dans les pages jaunes. Tous les médecins de Louvres, Fosses, Marly La Ville, Survilliers, Ecouen et Ezanville ont été contactés, ainsi que certains médecins de Villiers Le Bel, Montmorency et Bouffémont.

Pour les maîtres de stage du Département de Médecine Générale (DMG), leurs adresses électroniques ont été prises sur le site Internet du DMG.

Les questionnaires remis par des collègues, ont été adressés à des médecins exerçant à Bouffémont, Domont, Puiseux en France, Marly La Ville, Survilliers, Garges Les Gousses et Saint-Denis (93).

Les investigateurs étaient des remplaçants ou des médecins installés et/ou des maîtres de stages.

Certains questionnaires ont été envoyés par Internet aux maîtres de stage du DMG de la faculté de médecine Paris 7. En cas de réponses imprécises, il était facile de les faire préciser par courriel.

D'autres questionnaires ont été remis par des investigateurs à des collègues, régulièrement rencontrés (en stages ambulatoires, lors de déjeuners, en soirées de formation...).

Les questionnaires devaient être remplis en présence de la thésarde.

Lors des entretiens avec les investigateurs, une condition devait être respectée : ne pas parler du sujet de la thèse avant le remplissage du questionnaire. A la question « sur quel sujet faites-vous votre thèse ? », la réponse était « prise en charge de la douleur ». Le mot neuropathique ne devait pas être prononcé, pour ne pas orienter les réponses.

2. LE QUESTIONNAIRE

Un questionnaire de six pages comprenait (*cf annexe*) :

- **Une page d'accueil**, où le besoin de la participation des médecins généralistes, les coordonnées de la thésarde, le nom du directeur de la thèse et le temps à consacrer pour répondre au questionnaire étaient indiqués.
- **Le titre du questionnaire** : « Prise en charge de patients douloureux ». Intentionnellement, ce titre ne précisait pas, le type des douleurs.
- **Quatre cas cliniques** : une page par cas. La rédaction était aérée, avec un titre en couleur au début de chaque énoncé, pour encourager le médecin à la poursuite de sa participation.

Chaque cas clinique décrivait une douleur, neuropathique ou mixte, fréquemment rencontrée en consultation :

- Cas n°1 : une patiente souffrant d'un syndrome du canal carpien (SCC), unilatéral, sans déficit moteur ni amyotrophie de l'éminence thénar.

- Cas n°2 : une patiente souffrant d'une névralgie cervico-brachiale (NCB), bilatérale, par hernie discale, objectivée par une IRM.
- Cas n°3 : un patient diabétique de type 2 souffrant d'une neuropathie périphérique (NPD).
- Cas n°4 : un sujet âgé souffrant d'une névralgie post-zostérienne (NPZ) typique avec un antécédent de zona thoracique.

Ces cas cliniques ne contenaient aucun piège, les informations données dans chaque énoncé étaient simples et claires, sans doute diagnostique. Le diagnostic était indiqué en titre. Les énoncés des cas cliniques étaient très courts.

Aucune prise d'antalgique n'était précisée, en dehors de la prise de *paracétamol*, à dose maximale, dans deux cas cliniques (1 et 4).

L'intensité de la douleur n'était pas précisée.

Chaque cas clinique comprenait deux questions : une, sur l'antalgie de première intention, l'autre, l'antalgie de deuxième intention. Les questions étaient ouvertes : « quel traitement antalgique prescrivez-vous à ce (cette) patient(e) ? », pour permettre à chaque médecin de répondre librement aux questions : médicament, consultation d'un tiers médecin, collier cervical, arrêt de travail...

Dans le cas clinique 2 (NCB) et 4 (NPZ), une troisième question portait sur l'utilité de l'intervention d'un autre spécialiste dans la prise en charge de la douleur.

Ce questionnaire simple se remplissait en 5 à 10 minutes maximum.

3. DES REPONSES OUVERTES ET SPONTANEEES

Les questions étaient ouvertes. Il n'y avait pas de questions à choix multiples. Chaque médecin a sa façon d'envisager un « traitement antalgique ». Il était possible de répondre aussi bien « corticoïdes » que « lettre au chirurgien » dans le traitement antalgique de première intention d'une névralgie cervico-brachiale. Les réponses ne devaient pas être influencées par des propositions de réponses.

La posologie et la durée des traitements prescrits n'étaient pas demandées. Certains médecins les ont précisées, elles n'ont pas été prises en compte.

Plusieurs réponses pouvaient être données pour une même question : « anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et myorelaxant et antalgique de palier 2 » par exemple, dans le traitement de première intention de la névralgie cervico-brachiale.

L'intérêt de présenter des cas cliniques, simples et fréquemment rencontrés en consultation (vignettes), est que l'investigateur réponde aux questions, si possible en pensant à un patient, et en notant ce qu'il lui avait prescrit.

Un pré-test a permis de modifier le libellé original. Au départ, le questionnaire était rédigé au passé : « souvenez vous de Mme X, qui vous avez consulté pour une névralgie cervico-brachiale....quel traitement antalgique lui aviez vous prescrit lorsqu'elle vous a consulté la première fois ? ». Le questionnaire était plus difficile à lire et à remplir. Le pré-test a été fait par 4 médecins. Ils ne voyaient pas l'intérêt du temps au passé, et trouvaient cela difficile à lire. Les libellés ont donc été faits au présent. L'un des « médecins-tests » a fait remarquer, que certains patients prenaient, en automédication, des antalgiques avant de consulter. La prise préalable de *paracétamol* par le patient a été ajoutée dans l'énoncé de deux cas cliniques.

4. RECUEIL DE DONNEES

Les réponses ont été notées dans un tableau « Excel ».

Lorsque la réponse était « molécule X ou molécule Y », les deux molécules ont été comptabilisées.

B. RESULTATS

1. NOMBRE DE QUESTIONNAIRES REMPLIS

Au total, **46 questionnaires** ont été remplis :

- 13 questionnaires en entretien (sur 18 tentatives d'entretiens) : 72 %
- 13 questionnaires distribués par des collègues médecins généralistes (sur 21 distribués) : 62 %
- 10 questionnaires par Internet (sur 40 envoyés) : 25 %
- 10 questionnaires par voie postale (sur 16 envoyés) : 62 %

Parmi les médecins de Louvres (95), 7 entretiens ont été réalisés : 4 médecins ont rempli le questionnaire, 1 médecin a préféré le recevoir par la poste et 2 médecins n'ont pas rempli le questionnaire donné en mains propres.

A Survilliers (95), 2 médecins ont été sollicités en entretien, un autre a rempli le questionnaire.

A Marly La Ville (95), un médecin a rempli le questionnaire (adressé par un collègue), 2 médecins ont refusé de répondre, 2 autres ont reçu le questionnaire par courrier mais ne l'ont pas renvoyé.

A Fosses (95), 3 médecins ont rempli le questionnaire en entretien, 2 l'ont reçu par voie postale mais ne l'ont pas renvoyé.

A Puiseux En France, un médecin a été sollicité par l'intermédiaire d'un collègue.

A Ecoen-Ezanville, 3 médecins ont rempli le questionnaire en entretien avec la thésarde, un médecin a refusé et l'un des 4 médecins qui ont reçu le questionnaire par courrier l'a renvoyé.

A Domont et Bouffémont, 15 questionnaires ont été distribués par l'intermédiaire d'un confrère, dont 7 ont été remplis. Un questionnaire a été rempli lors d'un entretien avec la thésarde.

A Villiers Le Bel (95), 3 questionnaires ont été remplis lors d'un entretien, 7 ont été envoyés par la Poste dont 5 ont été remplis.

A Montmorency (95), 3 questionnaires ont été envoyés par la Poste et remplis.

Un médecin exerçant à Garges Les Gonesse (95) et un autre à Saint-Denis (93) ont rempli le questionnaire remis par un collègue.

Parmi les 40 médecins sollicités par Internet, 10 ont répondu au questionnaire :

9 médecins exerçant à Paris et 1 à Soisy-sous-Montmorency.

Un questionnaire a été annulé du fait de réponses imprécises : « traitement neuropathique » à certaines questions.

2. INCLUSION DES INVESTIGATEURS, DIFFICULTES D'INTERPRETATION

Certains médecins ont préféré que le questionnaire leur soit envoyé par la Poste. Ils estimaient que c'était plus rapide de le remplir directement, que de recevoir la thésarde. Une enveloppe timbrée pré-adressée était jointe à l'envoi.

Dans ce cas, des difficultés d'interprétation étaient inévitables :

- questionnaire mal rempli, réponses manuscrites illisibles : certains questionnaires ont été annulés.
- à la deuxième question de chaque cas clinique, certains médecins ont répondu « augmentation de la posologie » du médicament précédemment prescrit. D'autres ont prescrit une nouvelle molécule.
- certains médecins ont répondu « molécule X ou Y ». Une seule réponse était attendue, ou une association de molécule. Ces réponses suggèrent que les deux molécules sont autant prescrites.
- certains ont déclaré prescrire la molécule X ou Y selon l'intensité de la douleur. L'intensité de la douleur n'était pas précisée dans l'énoncé.

Le recueil des questionnaires s'est fait de janvier à juin 2007.

3. LE SYNDROME DU CANAL CARPIEN (SCC)

Les résultats de ce cas clinique concernant les 46 médecins, sont détaillés dans le tableau suivant :

Traitements prescrits	Nombre de médecins qui ont prescrit la molécule			
	Lors de la 1ère consultation	Lors de la 2ème consultation	Total	Total en pourcentage
Infiltration locale de corticoïdes	9	21	30	65,2 %
Antalgique de palier 2 (<i>dextropropoxyphène, codéine, tramadol</i>)	18	3	21	45,6 %
Anti-inflammatoires per os	19	1	20	43,5 %
Anxiolytiques (<i>clonazépam</i>)	7	3	10	21,7 %
Antiépileptiques de nouvelle génération (<i>gabapentine, prégabaline</i>)	4	6	10	21,7 %
Antalgique de palier 1 (<i>paracétamol</i>)	3	0	3	6,5 %
Antidépresseur tricyclique (<i>amitriptyline</i>)	2	1	3	6,5 %
Corticoïdes per os	0	1	1	2,3 %
Morphiniques	0	1	1	2,3 %
Magnésium	1	0	1	2,3 %
Attelle d'immobilisation du poignet	1	0	1	2,3 %
Absence de traitement	1	0	1	2,3 %
Arrêt de travail	0	0	0	0,0 %
Demande d'un avis spécialisé	0	29	29	63,0 %

Tableau n°1 : Répartition des traitements prescrits, en première et en deuxième intention, par 46 médecins face à un patient souffrant d'un syndrome du canal carpien.

Dans ce cas, les infiltrations locales de corticoïdes ont été très majoritairement prescrites. Ces infiltrations ont été réalisées par le médecin généraliste (6,9 %), un rhumatologue (27,6 %) ou un chirurgien (3,4 %). Le réalisateur n'était pas précisé dans 62,1 % des cas. Parmi les médecins, qui adressaient leur patient à un confrère pour réaliser le geste, 13,8 % d'entre eux ont prescrit un antalgique en attendant la prise en charge. Lorsqu'il était précisé, le nombre d'infiltrations réalisées était inférieur à 3.

Parmi les antalgiques non opioïdes, les antalgiques de palier 2 (*dextropropoxyphène, codéine, tramadol*) étaient prescrits par 45,6 % des médecins dont 85,7 % en première intention. Le *tramadol* et *dextropropoxyphène* représentaient chacun 33,3 % des prescriptions, et la *codéine* 4,8 %. Dans 28,6 % des cas, l'antalgique n'était pas précisé. Une association à un anti-inflammatoire était prescrite par 38,9 % des médecins lors de la première consultation, et à de la gabapentine par 5,6 % d'entre eux.

Les co-antalgiques (antidépresseurs, antiépileptiques, anxiolytiques) ont été autant prescrits seuls qu'en association (avec un avis spécialisé ou une autre molécule thérapeutique).

Lors de ces deux consultations, 19,6 % des médecins ont prescrits une association médicamenteuse.

4. LA NEURALGIE CERVICO-BRACHIALE (NCB)

Les résultats de ce cas clinique concernant 45 des médecins interrogés, sont résumés dans le tableau suivant :

Traitements prescrits	Nombre de médecins qui ont prescrit le traitement			
	Lors de la 1ère consultation	Lors de la 2ème consultation	Total	Total en pourcentage
Antalgique de palier 2 <i>(dextropropoxyphène, codéine, tramadol)</i>	23	10	33	73,3 %
AINS per os	23	2	25	55,6 %
Corticoïdes per os	9	12	21	46,7 %
Anxiolytiques <i>(clonazépam)</i>	5	7	12	26,7 %
Antiépileptiques de nouvelle génération <i>(gabapentine, prégabaline)</i>	4	7	11	24,4 %
Morphiniques	3	7	10	22,2 %
Antalgique de palier 1 <i>(paracétamol)</i>	8	1	9	20,0 %
Myorelaxants	8	0	8	17,8 %
Collier cervical	7	0	7	15,6 %
Antidépresseur tricyclique <i>(amitriptyline)</i>	1	1	2	4,4 %
Kinésithérapie antalgique	0	2	2	4,4 %
Arrêt de travail	1	0	1	2,2 %
Soutien Psychologique	1	0	1	2,2 %
Avis spécialisé	1	1	2	4,4 %

Tableau n°2 : Répartition des traitements prescrits, en première et en deuxième intention, par 45 médecins face à un patient souffrant d'une névralgie cervico-brachiale.

Dans notre étude, devant un patient souffrant d'une névralgie cervico-brachiale, 75 % des médecins ont prescrit un anti-inflammatoire et/ou un corticoïde, en première et/ou en deuxième intention.

Parmi les antalgiques de palier 2, le *tramadol* représentait 45,4 % des prescriptions. Ils étaient prescrits en association avec l'anti-inflammatoire dans la majorité des cas. Le *paracétamol* est prescrit essentiellement en association avec un anti-inflammatoire. Un médecin a prescrit du *paracétamol+codéine* en deuxième intention lorsque l'association *paracétamol+tramadol* était inefficace. Un médecin a prescrit, dans le cas où un antalgique de niveau 2 était insuffisant pour soulager le patient, une association de deux antalgiques de niveau 2 sans préciser lesquels.

D'une façon générale, 84,1 % des médecins généralistes ont prescrit une association de classes thérapeutiques : AINS /corticoïdes et antalgique palier 1,2 ou 3 (de façon progressive). Certains, par expérience et/ou selon l'intensité de la douleur, prescrivent une association corticoïdes + morphine dès la première consultation et n'ont donc pas proposé une autre prise en charge lors de la deuxième consultation.

Dans ce cas clinique, une troisième question était posée, sur l'utilité, d'adresser ce patient à un « spécialiste », et, si oui, lequel ?

Spécialiste	Nombre de médecins qui adressent vers le spécialiste	Pourcentage de médecins
Rhumatologue	23	52,27 %
Neurochirurgien	14	31,82 %
Chirurgien Orthopédiste	6	13,64 %
Neurologue	3	6,82 %
Aucun	1	2,27 %
Choix de la patiente	1	2,27 %

Tableau n°3 : Répartition du choix d'un spécialiste par 45 médecins généralistes face à un patient souffrant d'une névralgie cervico-brachiale.

5. LA NEUROPATHIE PERIPHERIQUE DIABETIQUE (NPD)

46 médecins ont répondu au questionnaire. Les résultats obtenus dans ce cas clinique sont résumés dans le tableau suivant :

Traitements prescrits	Nombre de médecins qui ont prescrit le traitement			
	Lors de la 1ère consultation	Lors de la 2ème consultation	Total	Total en pourcentage
Antiépileptiques de nouvelle génération (<i>gabapentine, prégabaline</i>)	14	19	33	71,7 %
Anxiolytiques	12	7	19	41,3 %
Antalgiques de palier 2 (<i>dextropropoxyphène, codéine, tramadol</i>)	12	4	16	34,8 %
Antalgiques de palier 1 (<i>paracétamol</i>)	10	0	10	21,7 %
Antidépresseurs tricycliques (<i>amitriptyline, anafranil</i>)	3	6	9	19,6 %
Vitamine B	6	0	6	13,0 %
Antiépileptiques d'ancienne génération (<i>carbamazépine</i>)	0	1	1	2,2 %
Morphiniques	0	0	0	0,0 %
Baclofène	0	1	1	2,2 %
TENS (neurostimulation transcutanée)	0	1	1	2,2 %
Equilibre du diabète	1	1	2	4,3 %
Absence de traitement	0	1	1	2,2 %
Demande d'un avis spécialisé	0	1	1	2,2 %

Tableau n°4 : Répartition des traitements prescrits, en première et en deuxième intention, par 46 médecins face à un patient souffrant d'une neuropathie périphérique diabétique.

Dans ce cas clinique, la prescription d'antiépileptiques en première intention représentait 76,1 % (71,7 % de gabapentine, prégabaline, 2,2 % de carbamazépine et 2,2 % d'antiépileptique non précisé). Un médecin a considéré que la *gabapentine* était efficace sur ce type de douleur, mais ne sachant pas la prescrire, il a proposé un autre traitement (*clonazépam*). D'autres ont dit que la *prégabaline* était sûrement efficace mais, habitués à prescrire la *gabapentine*, ils n'ont pas changé leur prescription.

Un médecin croyait que le *clonazépam* avait l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans le traitement de la douleur neuropathique. Un autre médecin a prescrit le *clonazépam* en première intention car ce traitement était moins cher que la *prégabaline*.

Parmi les antidépresseurs, l'*amitriptyline* a été prescrite par 8 médecins et l'*anafranil* par 1 seul. Un médecin a précisé qu'il ne prescrivait plus d'antidépresseur tricyclique (ADTC), du fait de leur mauvaise tolérance. Un autre n'a pas prescrit d'ADTC du fait du risque de troubles de la personnalité et/ou d'impuissance.

Lorsqu'il était précisé, l'anxiolytique prescrit était principalement le *clonazépam*.

Parmi les antalgiques de palier 2 prescrits, 2/3 étaient du *dextropropoxyphène* et 1/3 du *tramadol*.

Un médecin a demandé l'avis d'un neurologue à la deuxième consultation.

Certains (19,6 %) ont prescrit une association de molécules en première et/ou en deuxième intention. La *gabapentine* était associée à de la vitamine B, un antalgique de niveau 1 ou 2, ou encore à de l'*amitriptyline*. Le *clonazépam* était associé à de la vitamine B, du paracétamol ou du *tramadol*.

Quatre médecins ont augmenté les doses du premier médicament prescrit avant de le changer. Deux autres ont proposé deux antalgiques différents selon l'échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur, si le score était inférieur ou supérieur à 6. Un médecin n'a pas proposé d'alternative devant l'échec du premier traitement prescrit. Un médecin a dit qu'il ne cherchait pas à soulager complètement une neuropathie périphérique chez un patient diabétique, de peur que ce dernier ne fasse plus attention à ses pieds, ou d'une aggravation de la perte de la sensibilité.

6. LA NEURALGIE POST-ZOSTERIEUNE (NPZ)

Les résultats de ce cas clinique concernant les 46 médecins interrogés, sont résumés dans le tableau suivant :

Traitements prescrits	Nombre de médecins qui ont prescrit le traitement			
	Lors de la 1ère consultation	Lors de la 2ème consultation	Total	Total en pourcentage
Antiépileptiques de nouvelle génération (<i>gabapentine, prégabaline</i>)	16	19	35	76,1 %
Anxiolytiques	12	8	20	43,5 %
Antalgiques de palier 2 (<i>dextropropoxyphène, codéine, tramadol</i>)	18	1	19	41,3 %
Antidépresseurs tricycliques (<i>amitriptyline, anafranil</i>)	2	7	9	19,6 %
Morphiniques	0	5	5	10,9 %
Antiépileptiques d'ancienne génération (<i>Carbamazépine, oxcarbazépine</i>)	1	1	2	4,3 %
Neuroleptiques de type phénothiazines (<i>lévomépromazine</i>)	0	1	1	2,2 %
Antalgiques de palier 1 (<i>paracétamol</i>)	1	0	1	2,2 %
AINS per os	0	1	1	2,2 %
Patch de xylocaïne	1	0	1	2,2 %
TENS	0	1	1	2,2 %
Demande d'un avis spécialisé	0	0	0	0,0 %

Tableau n°5 : Répartition des traitements prescrits, en première et en deuxième intention, par 46 médecins face à un patient souffrant d'une névralgie post-zostérienne.

Deux médecins ont prescrit de la *prégabaline* aux deux premières questions, car d'après leur expérience, c'est le seul traitement efficace. Un médecin a prescrit un antiépileptique sans préciser lequel.

Parmi les ADTC prescrits, l'*amitriptyline* était prescrit 7 fois et l'*anafranil* 2 fois.

Un médecin a prescrit un neuroleptique de type phénothiazine (*Lévomépromazine*) en association à de la *gabapentine*, si cette dernière était inefficace seule.

Un médecin a précisé que la morphine n'était pas efficace sur ce type de douleur, mais lorsque les antiépileptiques ou les antidépresseurs étaient inefficaces, il la prescrivait quand même : « il faut soulager rapidement pour éviter un syndrome dépressif secondaire ».

Un médecin a prescrit lors des deux consultations, le même traitement : *clonazépam* + patch de *xylocaïne*.

Dans ce cas de névralgie post-zostérienne, 26,7 % des praticiens ont prescrit une association de médicaments, dont un tiers, lors de la première consultation.

Une troisième question était posée, sur l'utilité d'adresser ce patient à un « spécialiste », et, si oui, lequel ?

Spécialité	Nombre de médecins qui adressent au spécialiste	Pourcentage de médecins
Centre antidouleur	23	51,11 %
Neurologie	14	31,11 %
Chirurgie vasculaire	1	2,22 %
Neurochirurgie	1	2,22 %
Maladies infectieuses	1	2,22 %
Acupuncture	1	2,22 %
Aucune	6	13,33 %

Tableau n°6 : Répartition du choix d'un spécialiste par 46 médecins généralistes face à un patient souffrant d'une névralgie post-zostérienne.

C. DISCUSSION

1. LE TAUX DE REPONSE

Dans notre enquête, le taux de réponse obtenu était supérieur à 20 % pour tous les cas (entretiens avec la thésarde, envoi par la Poste, envoi par Internet, ou questionnaires adressés par un confrère). Le taux de réponse était le plus important lors des entretiens en direct (72 %) et le plus faible pour les questionnaires envoyés par Internet (25 %). Le questionnaire par courriel était apparemment le moins pratique à remplir. Un médecin a refusé d'y répondre et avait demandé qu'on lui envoie par la poste.

2. LES LIMITES

La limite principale de ce type d'étude est la sincérité des réponses. Il est possible que certains aient prescrit « LYRICA[®] » du fait de leur précédente rencontre avec le délégué médical qui leur a dit que ce traitement avait l'AMM dans le traitement des douleurs neuropathiques de l'adulte, alors qu'ils ne l'ont jamais prescrit dans cette indication. C'est pour cette raison qu'il était important de faire remplir le questionnaire en direct, pour éviter certaines réponses non sincères.

D'autre part, ce type de questionnaire (cas cliniques), rappelle, peut-être, des examens passés pendant les études, d'où la volonté de trouver les « bonnes réponses » et non de dire la pratique réelle.

Peut-être encore, que certains médecins traitent uniquement l'étiologie de la douleur, c'est-à-dire faire en sorte que le diabète soit équilibré au mieux, et ne donnent aucun antalgique à proprement parler. A la question « quel traitement antalgique prescrivez-vous ? », on peut imaginer que certains se sont sentis « obligés » de dire qu'ils prescrivaient un antalgique, alors qu'habituellement ils ne le font pas.

Quelques difficultés ont surgi lors des entretiens. Certains ont demandé des précisions:

- « *traitement antalgique*, ça signifie classification de l'OMS, palier 1,2 ou 3 ? ». Il a été précisé que le terme « antalgique » signifiait « antidouleur » et que toutes les pratiques antalgiques pouvaient être prescrites, médicamenteuses ou non. Les questionnaires remplis hors de la présence de la thésarde ont parfois été incomplets.

- « les anti-inflammatoires sont-ils des antalgiques ? », La problématique est la même que ci-dessus.

Parmi les 95 questionnaires, seuls 46 ont été remplis. Des biais d'interprétation sont alors inévitables :

- questionnaire non rempli : par manque de temps ou par manque de connaissance sur le traitement de la douleur neuropathique ?
- deuxième question non remplie : patients « toujours » soulagés par le premier traitement, ou médecin en panne de second traitement antalgique ?

Mettre le diagnostic en titre de chaque cas clinique évite les confusions et permet aux médecins d'imaginer un patient. En pratique, le diagnostic est rarement aussi évident à la fin de la première consultation. Devant un diagnostic incertain, les antalgiques n'auraient pas été forcément les mêmes que pour une douleur aux origines précises.

3. LE SYNDROME DU CANAL CARPIEN

Dans la littérature, il est recommandé, avant tout, de traiter l'étiologie du syndrome du canal carpien chaque fois que possible.¹ Seul un syndrome du canal carpien récent, non déficitaire et n'occasionnant qu'une gêne modérée quelques jours par mois, peut justifier l'abstention thérapeutique.²

Le traitement conservateur qui a prouvé son efficacité, en première intention, est l'infiltration intra canalaire de corticoïdes.³⁻⁸ Les infiltrations locales de corticoïdes améliorent la clinique de façon significative à court terme (3 mois en moyenne), puis les bénéfices s'estompent avec le temps et disparaissent en général entre 12 et 18 mois. Les infiltrations de corticoïdes ont une efficacité supérieure aux infiltrations de placebo ou d'anesthésiant local à court, moyen, et long terme sur le plan clinique et électrophysiologique même si les effets s'estompent avec le temps. Elles sont également plus efficaces que des corticoïdes per os ou en intramusculaire à court terme. A travers l'ensemble des études, les infiltrations apparaissent comme un moyen thérapeutique présentant peu d'effets secondaires ou de complications majeures. Les seuls effets indésirables notés sont une douleur et une exacerbation des symptômes rapidement résolutive après l'infiltration. Il n'a pas été noté d'effets indésirables à long terme. Le nombre maximal d'infiltrations recommandé est de

3 avec un intervalle minimum de un mois entre chaque injection. Elle peut être renouvelée en cas d'efficacité partielle. En cas d'inefficacité ou de rechute trop précoce, le traitement chirurgical doit être envisagé.¹

Le port de l'attelle du poignet est controversé. Les études ont prouvé son efficacité dans le soulagement des symptômes, de façon transitoire, à court terme (8 semaines), chez des patients présentant un syndrome du canal carpien léger à modéré (symptômes intermittents).^{9, 10} Il n'y a pas eu d'études réalisées sur l'efficacité de l'attelle à long terme. L'association d'injections locales de corticoïdes avec le port d'une attelle n'est pas plus efficace que des injections locales seules. Le port de l'attelle du poignet, jour et nuit, semble plus efficace selon certaines études, que le port nocturne seul, mais l'observance est difficile.^{11, 12} Le traitement prophylactique (attelle de fonction) est indiqué en cas d'activité professionnelle impliquant des mouvements répétés du poignet et des doigts ou l'utilisation d'appareils vibrants (aménagement du poste de travail, périodes de repos...)¹

Concernant le traitement antalgique par AINS, il n'y a pas de différence significative en termes d'efficacité entre les AINS per os et les infiltrations locales de corticoïdes dans le traitement du syndrome du canal carpien à 8 semaines.¹³ Les AINS par voie générale ont peu d'efficacité à moyen terme. La vitaminothérapie B6 n'a jamais prouvé son efficacité.²

Le traitement chirurgical est indiqué d'emblée dans les formes déficitaires et/ou avec amyotrophie et/ou signes électriques de gravité (perte axonale, perte de l'amplitude distale), ainsi qu'en cas de persistance des signes subjectifs après trois infiltrations ou en cas de récurrence moins de 6 mois après une série d'infiltrations.^{1, 14} Le choix de la technique, classique ou endoscopique, dépend de l'expérience du chirurgien. Elle consiste le plus souvent en une neurolyse du nerf médian après

section du ligament annulaire antérieur du carpe et d'une synovectomie en cas de ténosynovite.¹ Cette intervention peut être menée sous anesthésie locale. Les suites sont simples, les résultats excellents.¹⁴ La principale complication postopératoire est essentiellement l'algodystrophie.¹

Dans notre étude, le patient souffrait quotidiennement d'un syndrome du canal carpien non compliqué. En première intention, les AINS per os étaient autant prescrits (19 médecins) que les antalgiques de type *dextropropoxyphène*, *codéine*, ou *tramadol* (18 médecins). Pourtant ces derniers ne sont pas recommandés. Dans 1/3 des cas, ces antalgiques de palier 2 ont été prescrits en association à un anti-inflammatoire dès la première consultation sans attendre de voir l'efficacité de ce traitement seul. Il en est de même pour la prescription des AINS. On pourrait en déduire qu'1/3 des médecins considère que l'effet antalgique des AINS est insuffisant dans ce type de douleur. D'autre part, il est plus simple de prescrire une association d'antalgiques et de préciser au patient quel traitement prendre selon l'intensité de la douleur. Cela permet d'avoir une alternative en attendant une prochaine consultation, si les anti-inflammatoires seuls sont inefficaces. Dans l'énoncé du cas clinique, le patient avait déjà pris du paracétamol avant de consulter, cette information a pu influencer la prescription des médecins.

Dans notre étude, 65,2 % des médecins ont prescrit une infiltration locale de corticoïdes en première intention. On peut considérer que les médecins qui ont demandé un avis spécialisé, envisageaient également une infiltration. Ainsi, 84,8 % des médecins interrogés ont prescrit une infiltration de corticoïdes en première et/ou deuxième intention. Dans ce cas clinique, le patient avait déjà fait l'électromyogramme, avant la consultation, qui confirmait le diagnostic. En pratique

cet examen n'est pas toujours prescrit lors de la première consultation. Les traitements prescrits en première intention sont probablement prescrits plus tardivement en réalité. D'autre part, le fait de demander à un confrère de réaliser un geste thérapeutique, retarde le soulagement du patient. Seuls 13,8 % des médecins qui adressent leur patient, changent leur prescription antalgique en attendant l'infiltration. Parmi les médecins qui ont précisé l'intervenant, seuls 18,2 % réalisent les infiltrations.

Comme le montre les résultats de cette étude, les AINS per os sont prescrits de façon non négligeable malgré leur efficacité limitée. Les AINS peuvent être une alternative en cas de refus de l'infiltration.

Dans l'énoncé, le diagnostic était précisé. Pourtant 63 % des médecins ont demandé l'avis d'un confrère dès la deuxième consultation pour savoir si une intervention chirurgicale était justifiée. Cela montre qu'une grande majorité des médecins généralistes sont réticents quant à l'efficacité des infiltrations de corticoïdes à long terme et préconisent une intervention chirurgicale précoce.

Un seul médecin a prescrit le port d'une attelle du poignet. En pratique, l'attelle coûte 56,64 euros TTC, remboursés par la sécurité sociale conformément à la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR). Pourtant son efficacité n'a pas été prouvée à long terme. Certains médecins ne prescrivent pas d'attelle mais un anxiolytique, de type *clonazépam*, en cas d'insomnie. Aucun arrêt de travail n'a été prescrit dans ce cas clinique. Un médecin a déclaré que la pathologie de la patiente rentrait dans le cadre d'une maladie professionnelle, car elle était secrétaire. En effet selon le tableau des maladies professionnelles (régime agricole, tableau 39), le syndrome du canal carpien entre dans le cadre d'une maladie professionnelle pour tout « *Travaux comportant de façon habituelle soit des mouvements répétés ou*

*prolongés d'extension du poignet ou de préhension de la main, soit un appui carpien, soit une pression prolongée ou répétée sur le talon de la main ».*¹⁵

Parmi les traitements non recommandés, le *clonazépam* est largement prescrit en première intention. Cette molécule est prescrite seule ou en association avec une infiltration de corticoïdes, ou un avis spécialisé. Lors de leur prescription la plupart des médecins ont précisé qu'ils prescrivaient le *clonazépam* en cas d'insomnie liée à la douleur. Les antiépileptiques de nouvelle génération (*gabapentine, prégabaline*) sont également prescrits par 21,7 % des médecins interrogés dont 40 % en première intention. Ces antiépileptiques sont prescrits seuls ou avec l'avis d'un confrère. En effet, la *gabapentine* et *prégabaline* ont l'AMM dans les « *douleurs neuropathiques périphériques de l'adulte* ». Le syndrome du canal carpien étant une douleur mixte, l'utilisation d'antiépileptique permet de soulager la part neuropathique de la douleur. Ces traitements peuvent être une alternative devant des patients refusant une infiltration ou une intervention chirurgicale. Selon le même principe, 6,5 % des médecins interrogés ont prescrit un antidépresseur tricyclique, l'*amitriptyline* qui a l'AMM dans la « *douleur neuropathique périphérique de l'adulte* ».

Cependant, selon les études, une infiltration faite tardivement diminue son efficacité. Ainsi, malgré l'efficacité partielle ou à court terme de certains traitements, l'infiltration locale de corticoïdes doit être le traitement de première intention pour une meilleure efficacité à long terme.

4. LA NEURALGIE CERVICO-BRACHIALE PAR HERNIE DISCALE

Concernant le traitement antalgique des douleurs mixtes de type névralgie cervico-brachiale, de rares études ont été réalisées. Seules les douleurs de névralgie post-zostérienne ou de neuropathie périphérique diabétique ont été largement étudiées. Aucune recommandation n'a été publiée sur le traitement de la NCB. Cependant, on peut considérer que cette douleur est similaire à celle d'une lombosciatique par hernie discale, pour laquelle quelques recommandations ont été établies par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé).¹⁶

Concernant la poursuite d'activité d'un patient souffrant d'une lombosciatique, les différentes études sont concordantes, montrant que cette attitude ne modifie pas l'intensité de la douleur ou la récupération. Aucune preuve de la nocivité de la poursuite d'activité n'a été démontrée. Il n'a pas été identifié dans la littérature d'arguments en faveur de l'effet bénéfique de la prescription systématique d'un repos. La poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur semble souhaitable.

Dans la lombosciatique aiguë, les traitements médicaux visant à contrôler la douleur sont indiqués. Ce sont les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les décontracturants musculaires (grade B). Il n'a pas été identifié d'étude sur les effets de l'association de ces différentes thérapeutiques. La corticothérapie par voie systémique n'a pas fait la preuve de son efficacité (grade C). Les « recommandations de Limoges »,³⁰ précisent que la morphine est une des possibilités de prise en charge de la douleur pour des patients insuffisamment soulagés par les thérapeutiques usuelles de la pathologie en cause. Les preuves

scientifiques de son efficacité restent encore insuffisantes dans un usage prolongé, contrairement aux situations aiguës. Les patients dont les symptômes ne sont pas médicalement expliqués (douleurs idiopathiques) ou atteints de troubles caractériels sévères ou psychosociaux prédominants, ne peuvent pas être traités par la morphine. Un complément antalgique sera prescrit dans le cas de douleurs fluctuantes (paracétamol...).

L'efficacité des infiltrations épidurales est discutée dans la lombosciatique aiguë. Si efficacité il y a, elle est de courte durée. Il n'y a pas d'argument pour proposer une infiltration intradurale dans la lombosciatique aiguë (grade B). Les traitements par voie locale ne sont jamais proposés en première intention.

D'autres pratiques antalgiques ont été étudiées ; aucune, parmi les différentes techniques manuelles, n'a fait la preuve de sa supériorité. Dans la lombosciatique aiguë, il n'y a pas d'indication pour les manipulations (grade B). En matière de kinésithérapie, les exercices en flexion n'ont pas démontré leur intérêt. En ce qui concerne les exercices en extension des études complémentaires sont nécessaires (grade B). Aucune étude n'a été identifiée dans la littérature concernant les thérapies suivantes : mésothérapie, balnéothérapie, homéopathie. Selon l'ANAES 2000, les thérapies comportementales sont efficaces sur l'intensité de la douleur et le comportement vis-à-vis de la douleur en comparaison à un placebo ou à une liste d'attente (grade C). Aucune technique n'est supérieure aux autres. Les thérapies comportementales associées à un autre traitement (exercice physique, kinésithérapie, etc.) semblent plus efficaces sur la douleur que ce même traitement seul (grade C).

Dans notre étude, les résultats sont assez homogènes. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les antalgiques non opioïdes de type *dextropropoxyphène*, *tramadol*, ou *codéine*, sont majoritairement prescrits en première intention sans passer par le palier 1 (*paracétamol*). Cette démarche vient probablement de l'expérience des médecins qui voient fréquemment revenir leurs patients insuffisamment soulagés par du *paracétamol*. Contrairement aux autres cas cliniques de notre étude, des associations médicamenteuses sont très largement prescrites (84,1 %) en première intention et sont très semblables. Elles associent un anti-inflammatoire (AINS ou corticoïde) et un antalgique de palier 1, 2 ou 3. Dans la lombosciatique, la corticothérapie per os n'a pas prouvé son efficacité. On peut considérer qu'il en est de même dans la NCB, qui est également une douleur mixte par compression nerveuse, pourtant 46,7 % des médecins interrogés ont prescrit une corticothérapie en première ou en deuxième intention. Certains médecins ont même précisé que lorsqu'ils ont vécu ce type de pathologie, seule la corticothérapie les avait soulagés. Selon notre enquête, presque la moitié des médecins interrogés considère que la corticothérapie per os est efficace dans la NCB, tout au moins à court terme et en phase aigüe.

Les myorelaxants, recommandés en première intention dans ce type de douleur (lombosciatique, NCB), sont très peu prescrits dans notre étude. En pratique, les médecins ne sont peut-être pas convaincus de l'efficacité des myorelaxants. Ces derniers ne sont peut-être pas considérés comme des antalgiques et ainsi ne figurent pas sur le questionnaire alors qu'ils sont prescrits en réalité. On pourrait penser que les effets secondaires, et les contraintes de ce traitement (troubles digestifs, conduite déconseillée, somnolence....) seraient en cause dans le faible taux de prescription et pourtant des anxiolytiques sont largement prescrits dans notre étude.

Aucune étude n'a été réalisée concernant la place des co-analgésiques de type anxiolytiques, antiépileptiques et antidépresseurs dans la lombosciatique. Pourtant leur prescription n'est pas négligeable dans notre cas clinique, le *clonazépan* et les antiépileptiques de nouvelle génération (*gabapentine* et *prégabaline*) sont prescrits chacun par 1/4 des médecins interrogés. Toutefois, ces molécules sont prescrites en deuxième intention la plupart du temps. En pratique, le patient est peut-être réticent à ce genre de molécule (crainte de la dépendance, des effets secondaires), la prescription de ce type de traitement nécessite un suivi rapproché pas toujours évident pour le patient. Le *clonazépan* peut diminuer l'anxiété du patient, sachant que la douleur est aggravée ou entretenue par l'anxiété, et que lorsque les traitements recommandés sont inefficaces, cela peut être une alternative intéressante. Concernant les antiépileptiques, leur efficacité a été prouvée dans les douleurs neuropathiques de type neuropathie périphérique diabétique et névralgie post-zostérienne. Dans la NCB, la douleur est mixte, elle est constituée d'une composante nociceptive et d'une composante neuropathique, il semble alors logique de prescrire des antiépileptiques dans ce cas clinique. Deux médecins ont prescrits un ADTC (*amitriptyline*) selon le même raisonnement, mais ces molécules ont plus d'effets indésirables et de contre-indications que les antiépileptiques, et sont ainsi peu prescrites. La prescription de ces co-analgésiques, est hors AMM ce qui limite grandement leur utilisation.

La kinésithérapie à titre antalgique est très peu prescrite (4,4 %), de même que l'arrêt de travail. Dans l'énoncé du cas clinique, l'intensité de la douleur et l'activité professionnelle de la patiente n'étaient pas précisées. Il était alors difficile pour les médecins de savoir si le repos était nécessaire. En pratique, la kinésithérapie (massages antalgiques) est prescrite en fonction du patient. Il arrive

souvent que ce dernier consulte après avoir été chez le kinésithérapeute. Selon son efficacité, les massages sont poursuivis ou non. De même, concernant la prescription d'un arrêt de travail, il est conseillé d'en prescrire un si le patient considère que son activité professionnelle aggrave sa douleur.

Un seul médecin a prescrit un soutien psychologique dès la première consultation jugeant que les douleurs de type NCB sont très angoissantes pour le patient. Les médecins n'ont peut-être pas précisé cette alternative car le soutien psychologique se fait spontanément pendant la consultation. « L'effet médecin » peut diminuer l'anxiété du patient et donc l'intensité de sa douleur. Le fait de donner un diagnostic aux douleurs, d'expliquer la pathologie et son évolution participe au soulagement. Une psychothérapie prend du temps, ainsi le médecin généraliste doit souvent adresser son patient à un confrère ou à un psychologue. Cependant, le patient est encore aujourd'hui très réticent dans le fait de consulter un psychiatre ou psychologue pour ce genre de pathologie. Finalement la psychothérapie est difficile à mettre en place en pratique.

Contrairement aux autres cas cliniques, seulement deux médecins ont demandé un avis spécialisé. La difficulté à soulager ce genre de douleur semble connue. Les médecins n'hésitent plus à prescrire de la morphine ou une corticothérapie. Ils adressent leurs patients uniquement pour des traitements locaux (infiltrations) ou chirurgicaux, qui n'ont pas lieu d'être en première intention dans la lombosciatique selon les recommandations de l'ANAES.

Les thérapeutiques telles que la balnéothérapie, l'acupuncture, ou la neurostimulation transcutanée électrique (TENS) n'ont pas été prescrites dans ce cas clinique. Ces méthodes et leur efficacité sont encore mal connues des médecins. Ces traitements sont peut-être prescrits selon la demande du patient, et en dernière

intention, lorsque les traitements recommandés en première intention ont échoué. D'autre part, ces techniques ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, et très peu par les mutuelles. De ce fait, certains patients peuvent être réticents à ce type de traitement.

5. LA NEUROPATHIE PERIPHERIQUE DIABETIQUE

Selon la littérature, le traitement préventif et curatif de la douleur neuropathique diabétique repose tout d'abord sur un contrôle glycémique et sur la correction d'éventuels troubles métaboliques associés.^{18, 19}

Il est recommandé, en première intention, de prescrire, chez un patient souffrant d'une douleur de neuropathie périphérique, de la *gabapentine* ou de la *prégabaline* à doses progressives.²⁰ La *prégabaline* est le deuxième agent approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) aux USA dans le traitement de la NPD. La *prégabaline* est relativement mieux tolérée, et est moins sédatrice que la *gabapentine* pour une même efficacité.²¹

En cas d'intolérance ou d'inefficacité de ce traitement, il convient de proposer un antidépresseur tricyclique ou un *opioïde* de classe 3.²⁰ Il est possible d'associer ces molécules ainsi que du *tramadol* aux antiépileptiques en première intention.^{22, 19}

Parmi les ADTC, l'*imipramine*, la *clomipramine*, l'*amitriptyline*, la *désipramine*, la *nortriptyline* et la *maprotiline* ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement de la NPD douloureuse.^{23, 24} La *clomipramine* et l'*imipramine* ont l'AMM dans l'indication « douleur neuropathique de l'adulte ». L'*amitriptyline* n'a pas d'AMM spécifique : « algies rebelles ». Malgré leur efficacité prouvée, les ADTC sont souvent contre-

indiqués ou mal supportés du fait de leurs effets secondaires, surtout chez le sujet âgé.

Parmi les inhibiteurs sélectifs mixtes de la noradrénaline et de la sérotonine, la duloxétine, prochainement disponible en France, a l'AMM européenne : « Traitement des épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) et traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique chez l'adulte ». Il est le premier agent approuvé par la FDA pour cette même indication.¹⁸ La *venlafaxine* est également efficace.

Les antalgiques de classe 3 ont prouvé leur efficacité dans la diminution de la douleur de NPD. Leur efficacité est comparable.^{21, 22}

En deuxième intention, il est recommandé de prescrire de la *lamotrigine*, qui s'initie par une titration progressive du fait du risque de rares mais graves effets secondaires (rash, et syndrome de stevens-johnson). En cas d'échec des molécules précédemment citées, la *carbamazépine* peut être proposée.²⁵ La *phénytoïne*, le *topiramate* et le *valproate* n'ont pas prouvé leur efficacité.²¹ La *paroxétine* et le *citalopram* améliorent la douleur de NPD mais pas la *fluoxétine*.²³ Les molécules suivantes : *capsaïcine*, *mexiletine*, *clonidine*, *dextrométhorphane* : peuvent être prescrites au cas par cas.^{22, 19}

Certaines associations ont été testées et peuvent être efficaces, notamment *gabapentine et venlafaxine*, ou, *gabapentine* et morphine.²¹

Dans notre étude, les antiépileptiques de nouvelle génération, recommandés en première intention, sont très largement prescrits. Au total, 87 % des médecins interrogés ont prescrit un traitement recommandé dès la première ou deuxième consultation. Seuls deux médecins ont ajouté qu'un meilleur équilibre du diabète atténuait la douleur de neuropathie. Parmi les associations de molécules prescrites

(par 12 médecins), seul un médecin a prescrit une association recommandée (*gabapentine+ amitriptyline*).

Le *clonazépam* est le seul anxiolytique prescrit par 41,3 % des médecins. Pourtant ce traitement n'est pas recommandé dans le soulagement de la douleur de NPD. Le *paracétamol* et les antalgiques de palier 2 sont également prescrits de façon non négligeable malgré leur efficacité non prouvée. En pratique, il est probablement plus facile de prescrire des molécules « connues » par le médecin et par le patient pour obtenir une meilleure observance. Le test thérapeutique avec les antalgiques habituels en première intention permet d'évaluer la douleur, son intensité, sa composante psychologique. Cela permet également de faire le diagnostic de douleur neuropathique ou non et de gagner du temps si le traitement est efficace. Les médecins, réticents dans la prescription d'antiépileptiques ou d'antidépresseurs face à une douleur neuropathique, essayent d'autres antalgiques.

6. LA NEURALGIE POST-ZOSTERIENNE

Dans la littérature, chez un patient souffrant d'une névralgie post-zostérienne, il est recommandé de prescrire en première intention, un antidépresseur tricyclique, un anticonvulsivant de nouvelle génération, un patch d'analgésique ou un opioïde fort de longue durée d'action (Grade A).^{21, 22, 26-33}

Les ADTC (*nortriptyline* ou *amitriptyline*) sont les molécules les plus efficaces, mais elles sont souvent contre-indiquées (sujets ayant des maladies cardiovasculaires) ou mal tolérées (nombreux effets secondaires, surtout chez le sujet

âgé).^{26, 30} Dans ce cas, l'anticonvulsivant de nouvelle génération (la *gabapentine* ou la *prégabaline*) est le traitement de premier choix.^{26, 28}

Si le patient souffre d'une névralgie post-zostérienne bien délimitée, et/ou s'il souffre d'une allodynie, l'application locale de *lidocaïne 5 %* est recommandée en première intention seule ou en association avec un ADTC ou un anticonvulsivant.²⁸

Parmi les antidépresseurs tricycliques, seuls l'*imipramine* et le *clomipramine* ont l'AMM dans l'indication « Douleur neuropathique de l'adulte ». L'*amitriptyline*, antidépresseur le plus utilisé en France dans cette indication, n'a pas d'AMM précise « Algies rebelles ». L'efficacité de la *gabapentine* et de l'application locale de *lidocaïne 5 %* dans la névralgie postzostérienne a été approuvée par la FDA aux USA. La *gabapentine* a l'AMM dans le traitement des « douleurs post-zostériennes de l'adulte ». La *prégabaline* a obtenu l'AMM dans le traitement des « Douleurs neuropathiques périphériques et centrales de l'adulte ».

Enfin les opioïdes forts de longue durée d'action sont recommandés, en première intention, en association à un ADTC ou de la *gabapentine*, lorsque la douleur est importante, le temps de la titration de ces molécules. Ils peuvent être prescrits seuls en deuxième intention lorsque les ADTC et les anticonvulsivants sont inefficaces, mal tolérés ou contre-indiqués. Si la douleur persiste malgré un traitement recommandé en première ligne, une association : ADTC, *gabapentine*, patch de *lidocaïne* et opioïdes peut être efficace en deuxième intention (*Grade C*).²⁸

Concernant les autres traitements possibles, la neurostimulation électrique cutanée (TENS : Transcutaneous electrical nerve stimulation) peut être efficace mais les preuves pour soutenir ce traitement sont rares (*Grade C*).²⁸ L'infiltration intrathécale de *méthylprédnisolone* doit être proposée chez les patients présentant une NPZ depuis plus d'un an, et résistants aux traitements habituels, ce traitement

présente de nombreux risques, son indication doit être limitée (*Grade A*). En deuxième intention, l'application de crème de capsaïcine, à 0,025 ou 0,075 %, peut être efficace sur certains patients à condition de leur donner des conseils d'utilisation, et de les informer sur les effets secondaires éventuels, pour obtenir une meilleure observance possible (*Grade A*). D'autre part, si un antidépresseur tricyclique est inefficace, on peut prescrire en deuxième intention un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline tel que la *venlafaxine*. Les Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine comme la *fluoxétine*, la *paroxétine*, ou la *sertraline* peuvent être efficaces chez certains patients (*Grade B*).

Il est également recommandé en première ligne de conseiller des règles hygiéniques (application de vessie de glace, port de vêtements amples, en coton...), de prescrire, en plus des molécules précédemment citées, du paracétamol (en association ou non avec de la codéine), et d'éduquer, d'encourager le patient pour la bonne observance du traitement prescrit. Il n'est pas recommandé de prescrire des AINS. (*Grade C*)

L'acupuncture, l'hypnose ou encore une psychothérapie cognitivo-comportementale peuvent être efficaces sur certains patients (*Grade C*).

Dans notre étude, chez un patient souffrant d'une névralgie post-zostérienne, le traitement prescrit en grande majorité (antiépileptiques de nouvelle génération) est recommandé en première intention. Les autres traitements recommandés, tels que les antidépresseurs tricycliques, ne sont prescrits que par 19,5 % des médecins, les opioïdes forts (en association) par 6,5 % et le patch de *xylocaïne* par 1 seul médecin. Au total 84,8 % des médecins ont prescrit un traitement recommandé, dont 39,1 % lors de la première consultation et 45,7 % lors de la seconde. En pratique, avant de

changer de molécule, le médecin augmente les doses du premier traitement prescrit. De ce fait, les traitements prescrits en deuxième consultation dans le questionnaire, sont prescrits bien plus tard dans le temps en réalité.

La prescription d'un antidépresseur ou d'un antiépileptique nécessite un suivi rapproché pour adapter les posologies ou associer ou non un autre antalgique. Cela permet de réaliser de façon concomitante, un soutien psychologique.

La plupart des médecins généralistes qui prescrivent, en deuxième intention, un antidépresseur ou un anticonvulsivant, savent que ces molécules sont recommandées dans la NPZ. Leur manque d'expérience vis-à-vis de ces molécules, ou le coût élevé de nouveaux traitements, fait qu'ils préfèrent essayer un autre traitement en première intention. Ainsi, le *clonazépam* est prescrit par 43,5 % des médecins interrogés, seul ou en association, en première (60 %) ou en deuxième intention (40 %). Pourtant ce traitement n'est pas recommandé, et n'a pas l'AMM dans le traitement de la NPZ.

Les antalgiques non opioïdes (*dextropropoxyphène, codéine, tramadol*) sont également prescrits de façon non négligeable (41,3 %). Seuls ou en association, ces molécules ne sont pas recommandées. Cependant le *tramadol* pourrait être efficace sur la diminution de l'intensité de la douleur post-zostérienne mais son association aux antidépresseurs tricycliques est contre-indiquée à cause du risque de syndrome sérotoninergique.

Parmi les associations de molécules prescrites, seules 21,4 % sont recommandées (*prégabaline + morphine, gabapentine + tramadol, amitriptyline + gabapentine*).

CONCLUSION

La prise en charge de la douleur neuropathique par les médecins généralistes inclus dans notre étude est assez homogène.

Il n'existe pas de recommandation sur le traitement antalgique du syndrome du canal carpien et de la névralgie cervicobrachiale. Certains traitements ont prouvé leur efficacité. Ces traitements sont prescrits, en première intention, par la majorité des médecins participants.

Les recommandations concernant le traitement antalgique de la névralgie post-zostérienne et de la neuropathie périphérique diabétique sont appliquées par un grand nombre de médecins, en première ou en deuxième intention.

L'efficacité et les effets secondaires des molécules semblent connus. Les antiépileptiques sont préférés aux antidépresseurs tricycliques. Les médecins prescrivent ces traitements même hors AMM.

La prise en charge de la douleur par les médecins semble évoluer : les morphiniques et les antiépileptiques sont souvent prescrits.

Certains traitements non recommandés, ou n'ayant pas prouvé leur efficacité, sont prescrits par de nombreux médecins, le plus souvent en première intention : les antalgiques de niveau 2 et le *clonazépam*.

L'avis d'un confrère est rarement demandé en première intention. Et un avis spécialisé est demandé uniquement pour la réalisation d'un geste thérapeutique local ou d'un traitement chirurgical.

Les médecines parallèles (acupuncture, homéopathie...), les techniques de manipulation (kinésithérapie, balnéothérapie...), la psychothérapie et les autres thérapies comportementales sont rarement prescrites en première intention.

Les résultats de cette étude sont limités et non représentatifs de la population de médecine générale. La sincérité des réponses est un biais potentiel non négligeable, et la question imprécise « Quel traitement antalgique prescrivez-vous à ce patient » entraîne des réponses incomplètes.

Il est souhaitable que de nouvelles études, méthodologiquement correctes, réalisées en médecine générale, soient entreprises afin d'évaluer l'application des recommandations du traitement de la douleur neuropathique par les médecins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cofer. *Précis de Rhumatologie*. Issy les Moulineaux: Masson, 2002 :800p.
2. Allieu Y, Chammas M. Syndrome du canal carpien, étiologie, diagnostic.
La revue du praticien 2000;50:661-6.
3. Marshall S, Tardif G, Ashworth N. Local corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome. Cochrane review 2002. In: The cochrane library, Issue 4:2002. Oxford:update software. (Disponible sur <<http://www.thecochranelibrary.com>>).
4. Dammers JW, Roos Y, Veering MM, Vermeulen M. Injection with methylprednisolone proximal to the carpal tunnel: randomised double blind trial. *BMJ* 1999;319:884-6.
5. Ozdogan H, Yazici H. The efficacy of local steroid injections in idiopathic carpal tunnel syndrome: a double blind study. *British Journal of Rheumatology* 1984;23:272-5.
6. Wong SM, Hui ACF, Tang A et al. Local versus systemic corticosteroids in the treatment of carpal tunnel syndrome. *Neurology* 2001;56:1565-1567.
7. Girlanda P, Dattola R, Venuto C, Mangiapane R, Nicolosi C, Messina C. Local steroid treatment in idiopathic carpal tunnel syndrome : short and long-term efficacy.

Journal of neurology 1993;240:187-190.

8. O'Gradaigh D, Merry P. Corticosteroid injection for the treatment of carpal tunnel syndrome. *Annals of Rheumatic Diseases* 2000;59:918-9.
9. Burke FD, Ellis J, McKenna H, Bradley MJ. Primary care management of carpal tunnel syndrome. *Postgrad Med J* 2003;79:433-7.
10. Sailer SM. The role of splinting in rehabilitation in the treatment of carpal and cubital tunnel syndromes. *Hand Clinics* 1996;12:223-41.
11. Gonzalez MH, Bylak J. Steroid injection and splinting in the treatment of carpal tunnel syndrome. *Orthopedics* 2001;24:479-481.
12. Graham RG, Hudson DA, Solomons M, Singer M. A prospective study to assess the outcome of steroid injections and wrist splinting for the treatment of carpal tunnel syndrome. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:550-556.
13. Celiker R, Inanici AS. Corticosteroid injection versus nonsteroidal anti-inflammatory drug and splinting in carpal tunnel syndrome. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 2002;81:182-6.
14. Kaplan G, Prier A, Vinceneux P. *Rhumatologie pour le praticien*. Issy les Moulineaux: Simep, 1990 :376p.

15. Tableau des maladies professionnelles. Institut national de recherche et de sécurité <<http://www.inrs.fr>>.

16. HAS- *Haute Autorité de santé*. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Service des Recommandations et Références Professionnelles. Mis à jour le premier février 2000. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr>>.

17. Perrot S, Bannwarth B, Bertin P et al. Les recommandations de Limoges. Recommandations pour l'utilisation de la morphine dans les douleurs chroniques non cancéreuses en rhumatologie. *Lettre trimestrielle éditée par l'institut UPSA de la douleur*. Le médecin généraliste et la douleur 2002;5 :1-4.

18. Huizinga MM, Peltier A. Painful diabetic neuropathy: A management-centered review. *Clinical Diabetes* 2007;25:6-15.

19. J.F. Gautier, B. Cahagne, G. Edan, N. Balarac, S. Halimi, H. Allannic. Neuropathie périphérique diabétique. *Alfédiam*. 1997. Disponible sur <<http://www.alfediam.org>>).

20. HAS- *Haute Autorité de santé* [en ligne] 2006: Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Mis à jour le 28 novembre 2006. Disponible sur <<http://www.has-sante.fr>>.

21. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. Algorithm for neuropathic pain treatment: An evidence based proposal. *Pain* 2005;118:289-305.
22. Dworkin RH, Backonja M, Rowbotham MC et al. Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations. *Arch Neurol* 2003;60:1524-34.
23. Max MB, Lynch SA, Muir J, Shoaf SF, Smoller B, Dubner R. Effects of desipramine, amitriptyline and fluoxétine on pain in diabetic neuropathy. *NEJM* 1992;326:1250-6.
24. Sindrup SH, Gram LF, Skjold T, Grodum E, Brosen K, Beck-Nielsen H. Clomipramine versus desipramine versus placebo in the treatment of diabetic neuropathy symptoms. A double blind cross over study. *J Clin Pharmacol* 1990;30:683-691.
25. Gomez-Perez FJ, Choza R, Rios JM, Reza A, Huerta E, Aguilar CA, Rull JA. Nortryptiline-fluphenazine versus carbamazépine in the symptomatic treatment of diabetic neuropathy. *Arch Med Res* 1996;27:525-529.
26. Dubinsky RM, Kabbani H, El-Chami Z, Boutwell C, Ali H. Practice Parameter: Treatment of postherpetic neuralgia. An evidence-based report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2004;63:959-965.

- 27.** Bouhassira D, Attal N. *Les douleurs neuropathiques*. Paris : Institut UPSA de la douleur, 2000 :212p.
- 28.** *International Herpes Management Forum* (www.ihmf.org) Treatment recommendations for herpes zoster and postherpetic neuralgia. 2002.
- 29.** McQuay HJ, Tramer M, Nye BA, Carrol D, Wiffen PJ, Moore RA. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. *Pain* 1996;68:217-227.
- 30.** Watson CPN, Vernich L, Chipman M, Reed K. Nortriptyline versus amitriptyline in postherpetic neuralgia: a randomized trial. *Neurology* 1998;51:1166-1171.
- 31.** Rowbotham M, Harden N, Stacey B, Bernstein P, Magnus- Miller L, for the Gabapentin Postherpetic neuralgia Study Group. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1837- 42.
- 32.** Rice AS, Maton S, Postherpetic Neuralgia Study Group. Gabapentin in postherpetic neuralgia: a randomized, double blind, placebo-controlled study. *Pain* 2001;94:215-224.
- 33.** Freynhagen R, Strojek K, Griesing T, Whalen E, Balkenohl M. Efficacy of pregabalin in neuropathic pain evaluated in a 12-week, randomised, double-blind, multicentre, placebo-controlled trial of flexible and fixed-dose regimens. *Pain* 2005;115(3):254-263.

ANNEXE : Questionnaire remis aux médecins généralistes.

**PRISE EN CHARGE DE PATIENTS
DOULOUREUX**

CAS n°1 : Le syndrome du canal carpien.

Mme C., 45 ans, secrétaire, souffre de paresthésies nocturnes dans les 3 premiers doigts de la main droite, responsables d'insomnies.

A l'examen, il n'y a pas de troubles de la motricité au niveau des doigts et du poignet de la main droite. Une douleur est provoquée au frottement de la face antérieure du poignet droit.

Il n'y a pas d'amyotrophie de l'éminence thénar.

L'électromyogramme (EMG) est en faveur d'un syndrome du canal carpien.

La patiente prend régulièrement, depuis une quinzaine de jours, du paracétamol à dose maximale, mais elle n'y trouve aucun soulagement.

1. Quel traitement antalgique lui prescrivez-vous ?

.....
.....
.....
.....
.....

2. Dans le cas où Mme C. revient vous voir, 3 semaines plus tard, car elle se plaint toujours de douleurs au poignet droit, que faites-vous ?

.....
.....
.....
.....
.....

CAS n°2 : Névralgie cervico-brachiale

Vous suivez Mme N., 42 ans, pour une névralgie cervico-brachiale bilatérale par hernie discale cervicale objectivée sur une IRM du rachis cervical.

Elle souffre de douleurs permanentes, diurnes et nocturnes, responsables d'insomnies et de gênes pour les gestes de la vie quotidienne.

A l'examen clinique, il existe un déficit moteur léger au niveau des pinces index-pouce et pouce-auriculaire.

1. Quel traitement antalgique lui avez-vous prescrit lorsque qu'elle vous a consulté la première fois pour ces douleurs ?

.....
.....
.....
.....
.....

2. Lors de la deuxième consultation, Mme N. est revenue vous voir car le traitement prescrit précédemment ne l'avait pas soulagée. Quelle a été votre nouvelle prescription antalgique à la fin de cette deuxième consultation?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Si vous estimez que l'état actuel de Mme N. relève des compétences d'un « spécialiste », lequel ?

.....
.....
.....
.....

CAS n°3 : Neuropathie périphérique diabétique

Monsieur D., 55 ans, diabétique de type 2, traité par anti-diabétiques oraux depuis 10 ans.

Son HbA1c varie entre 6 et 7% depuis 5ans.

Il se plaint de douleurs au niveau de la plante des pieds, à type de paresthésies, et de dysesthésies, surtout la nuit.

A l'examen clinique, il existe un déficit de la sensibilité tactile et profonde de la face plantaire des pieds, les réflexes sont présents et symétriques, il n'y a pas de déficit moteur.

1. A l'apparition des douleurs plantaires, quel traitement antalgique lui avez-vous prescrit ?

.....
.....
.....
.....
.....

2. Quel autre traitement antalgique lui avez-vous proposé, en cas d'échec du premier ?

.....
.....
.....
.....
.....

CAS n° 4 : Névralgie post-zostérienne

Monsieur Z., 75ans, a souffert d'un zona thoracique gauche traité par Zélitrex pendant 7 jours.

Un mois après la cicatrisation, il se plaint toujours d'une douleur intercostale chronique, sur le même territoire, à type de brûlures et de décharges électriques.

Il prend déjà du paracétamol, à dose maximale, qui ne le soulage pas.

1. Quel traitement antalgique lui prescrivez-vous ?

.....
.....
.....
.....
.....

2. Il revient vous voir, 15 jours plus tard, car il n'est pas soulagé. Quel autre traitement antalgique lui proposez-vous ?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Si vous estimez que l'état de Mr Z. relève des compétences d'un « spécialiste », lequel ?

.....
.....
.....
.....

Merci de votre contribution à ce travail de thèse !

PAGE DU PERMIS D'IMPRIMER

Vu :
Le président de thèse
Faculté de médecine Paris 7 -
Denis Diderot
Monsieur le Professeur GEORGE Bernard

Vu :
Le Doyen de la Faculté de Médecine Paris 7 -
Denis Diderot
Monsieur le Professeur Benoît SCHLEMMER

Vu et Permis d'Imprimer
Pour le Président de l'Université Paris 7 - Denis Diderot
Et par délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

RESUME

Aujourd'hui, le soulagement de la douleur est l'un des rôles principaux des médecins généralistes. La douleur neuropathique est difficile à diagnostiquer. De nombreux outils d'évaluation de la douleur ont été créés, mais le problème de sa prise en charge reste. Les traitements habituels, dont les posologies et les effets secondaires sont bien connus des médecins généralistes, sont inefficaces sur ce type de douleur. Quelques recommandations françaises et internationales ont été publiées mais leur application en médecine générale est souvent complexe.

Quarante six médecins généralistes ont été interrogés sur la prise en charge antalgique, en première et en deuxième intention, de patients souffrant de : syndrome du canal carpien, névralgie cervicobrachiale, neuropathie périphérique diabétique, et névralgie post-zostérienne.

Malgré la petitesse de l'échantillon, les réponses sont assez homogènes. Les recommandations semblent connues par les médecins. Elles sont le plus souvent appliquées en deuxième intention. Les antiépileptiques de nouvelle génération, ou les antidépresseurs tricycliques habituellement indiqués dans d'autres indications sont prescrits par la majorité des médecins interrogés, dans la prise en charge de la douleur neuropathique. Par contre, en première intention, certains traitements non recommandés ou n'ayant pas prouvés leur efficacité sont encore largement prescrits, comme les antalgiques de niveau 2 de l'OMS ou le *clonazépam*.

Les médecins semblent préférer prescrire les traitements qu'ils maîtrisent, dans leur posologie et leurs effets secondaires, avant d'essayer de nouveaux traitements.

MOTS CLES

Médecine générale. Douleur neuropathique. Douleur chronique. Traitements.