

# SYNDROMES DOULOUREUX POST AVC

15 novembre 2019

Dre Muriel Haziza md FRCPC

Physiatre, professeure adjointe

Université De Montréal

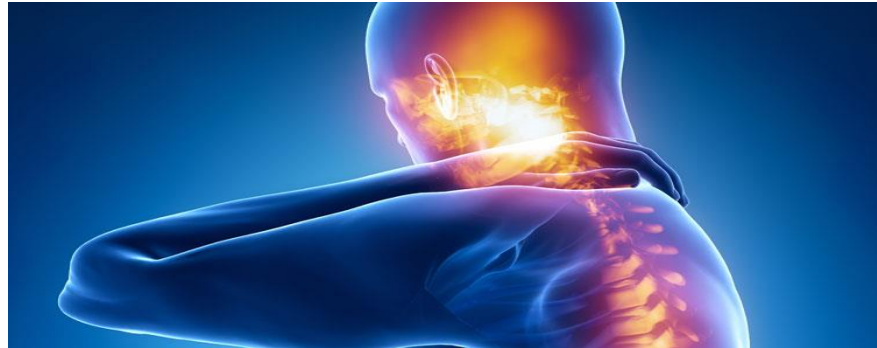
IRGLM, CHU Ste Justine

Clinique de psychiatrie cdn

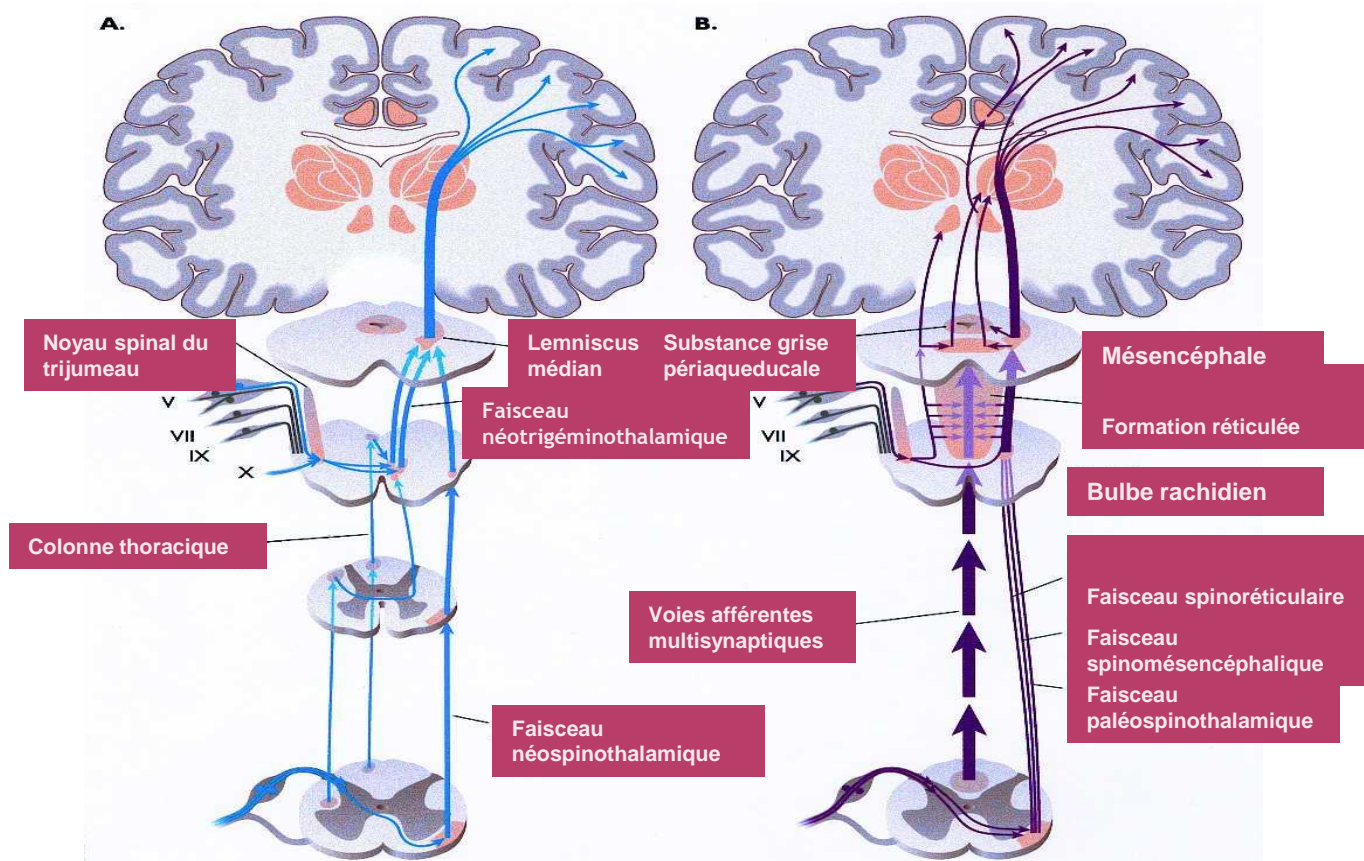


# DÉFINITION DE LA DOULEUR

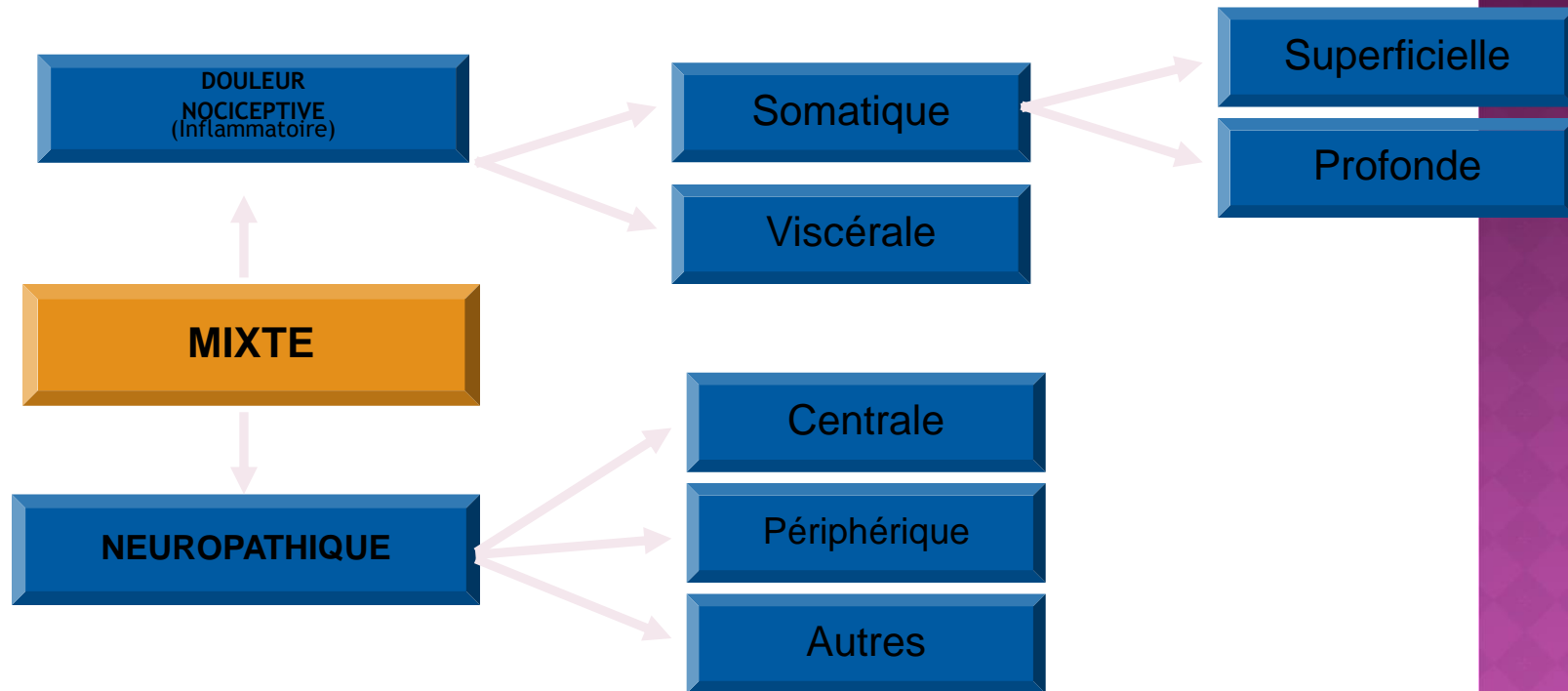
« ...une sensation déplaisante sur le plan physique et émotif associée à une lésion tissulaire réelle ou possible, ou décrite comme telle »



# Systeme nociceptif



# CATÉGORISATION DE LA DOULEUR



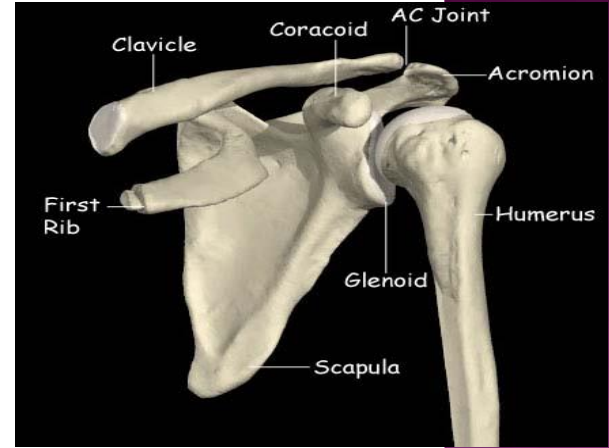
# DOULEUR POST AVC

- Incidence 80% 1 an post AVC
  - Etiologie multifactorielle
  - Association négative avec PX
- Atteint surtout l'épaule du membre supérieur parétique
- 70-85% des patients hémiplésiques ont des douleurs à l'épaule
- 22% auront encore des douleurs à un an
- Douleur neurogène
- Vs douleur mécanique



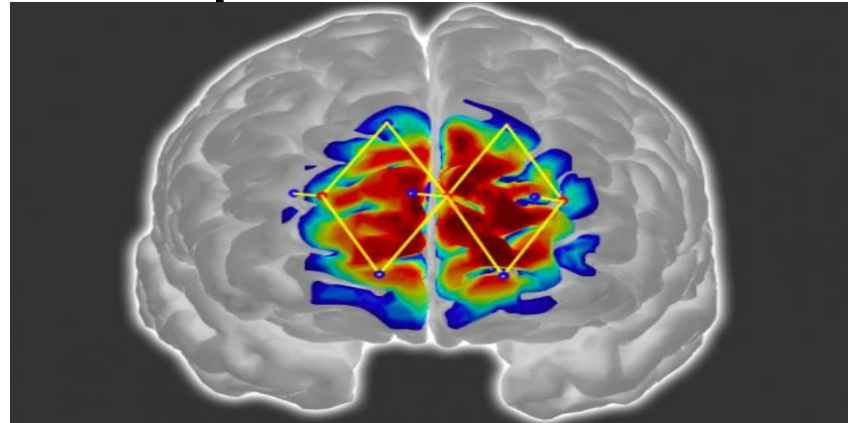
# DOULEUR MÉCANIQUE

- ⊙ Subluxation gléno-humérale
- ⊙ Tendinopathie avec syndrome d'accrochage sous acromial
- ⊙ Déchirure de la coiffe
- ⊙ Tendinopathie bicipitale
- ⊙ Capsulite
- ⊙ Arthrose acromioclaviculaire et glénohumérale

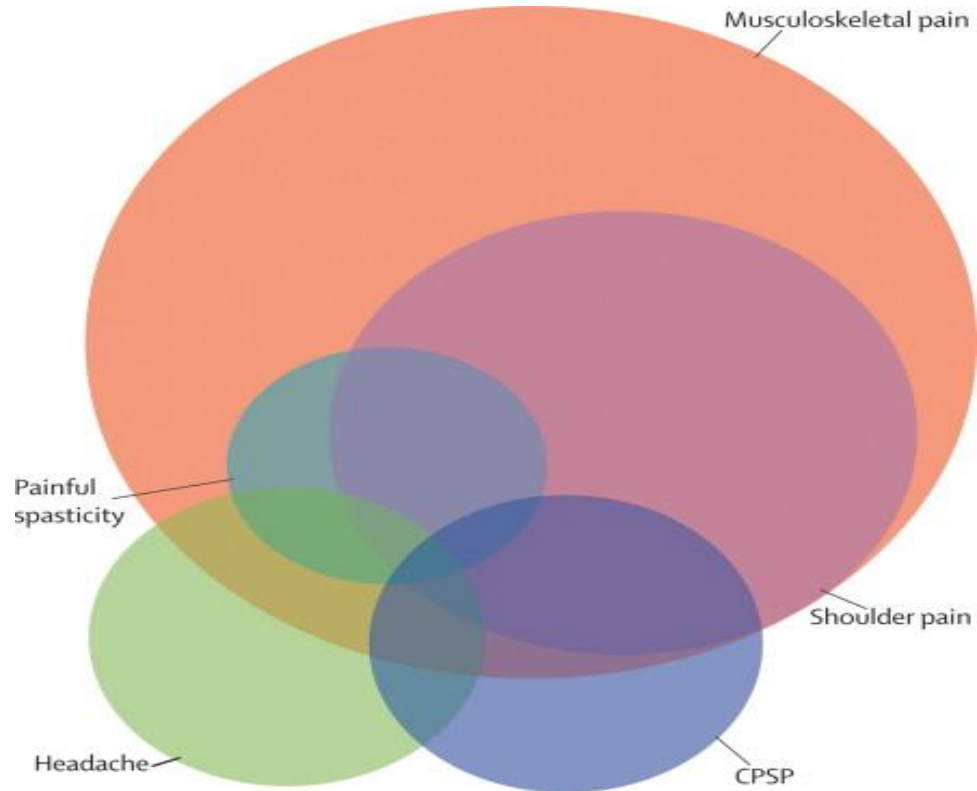


# DOULEUR NEUROGENE

- ⊙ Douleur neurogene centrale (PSPS)
- ⊙ Syndrome thalamique
- ⊙ SRDC
- ⊙ Lésion par traction du plexus brachial
- ⊙ Spasticité



# ETIOLOGIE DES DOULEURS POST AVC





# DOULEUR MÉCANIQUE



- Subluxation gléno-humérale
- Gap palpable entre acromion et tête humérale
  - Pas nécessairement une source de douleur
    - Fragilité, plus à risque de blessures
    - Port attelle controversée (à la marche comme support), pas de lien sur prévention douleur
    - Tapping préconisé pour éviter capsulite, gouttières sur FR
    - Pas d'indication d'injection si il n'y a pas de tendinopathie ou bursopathie associée



# DOULEUR MÉCANIQUE

## ◉ Syndrome d'accrochage sous acromial

- Faiblesse et atrophie de la coiffe et trapeze entraînent une ascension de la tête humérale qui va buter contre l'acromion et entraîner un syndrome d'accrochage sous acromial plus ou moins tendinopathie et bursopathie

ROM passifs préservés

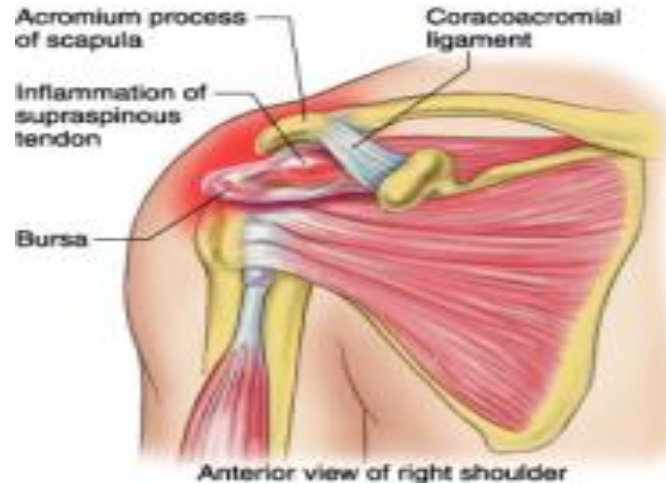
Hawkins, Neer

Arc douloureux (60-120)

Echographie dx

Physio

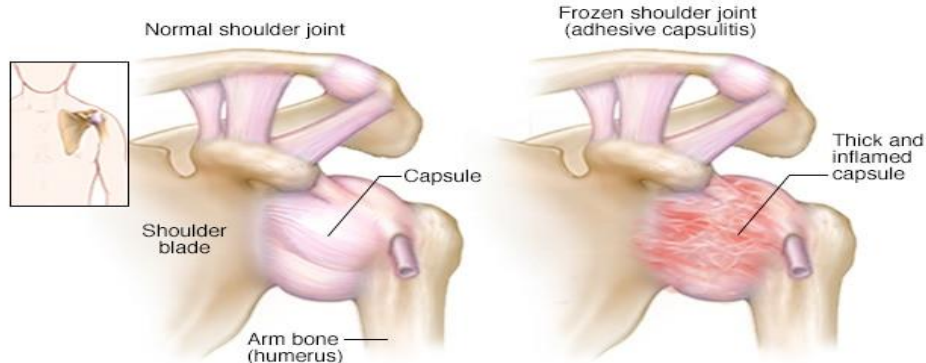
Injection ss acromiale



# DOULEUR MÉCANIQUE

## ○ Capsulite

- Peut survenir isolée ou s'inscrit dans le cadre d'un syndrome épaule-main (SRDC)
- Caractérisée par une perte des amplitudes articulaires actives et passives
- Perte rotation externe, abduction, anteflexion
- Patron capsulaire douloureux , sans perte de ROM
- Douleur nocturne
- Pas test dx
- Dx clinique
- Physio
- Arthrographie cortisonée distensive



# DOULEUR NEUROGÈNE (CENTRAL POST STROKE PAIN)



- ◉ 70-85% des douleurs neurogenes sont secondaire a un AVC
- ◉ CPSP chez 1/3 des patients post AVC
- ◉ Plus fréquent chez patients avec atteinte somatosensorielle
- ◉ Chez 40-60% des patients la douleur survient plus d'un mois (3-6 mois) post AVC, sème doute dx
- ◉ Douleur constante, quasi continuelle, débilite

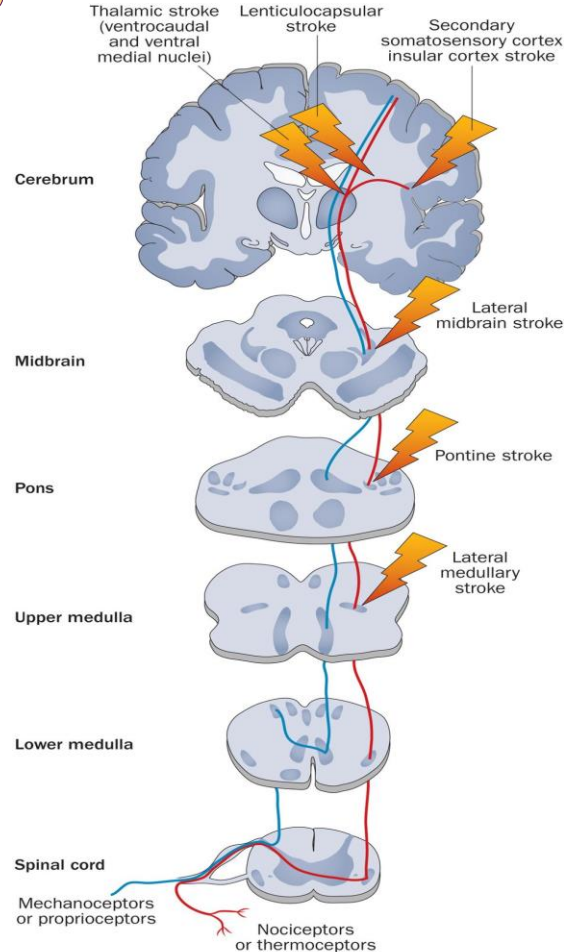


# DOULEUR NEUROGENE CENTRALE

- Sa survenue ne nécessite pas nécessairement une lésion de thalamus (60% lésion thalamique est présente)
- En général se présente si cortex sensitif est inclus dans la zone atteinte
- Dommage direct sur neurones de l'aire somatosensorielle
- Dommage de la myeline entraine conduction anormale
- Voies demeurent irritables instables, initient signaux de douleur sans qu'il y ait stimulation des récepteurs tissulaires
- Douleur affecte coté parétique, hypoesthésique

# SITES LÉSIONNELS

- Cortex pariétal
- Thalamus (ventral)
- Bulbe latéral
- Voie spinothalamique



# SYNDROME THALAMIQUE

- ◉ Syndrome de Déjerine Roussy
- ◉ 1/3 des cas de CPSP
- ◉ Secondaire a un AVC thalamique
- ◉ Ischémique ou hémorragique
- ◉ Thalamus sert de station de relai importante pour la plupart des input se dirigeant vers le cerveau
- ◉ Douleur sévère et paroxystique
- ◉ Crée une hypersensibilité (diminution du seuil) a la douleur, toucher , température cote controlatéral a la lésion
- ◉ Labilité émotionnelle souvent associée



# MANIFESTATIONS CLINIQUES: DOULEUR NEUROGENE

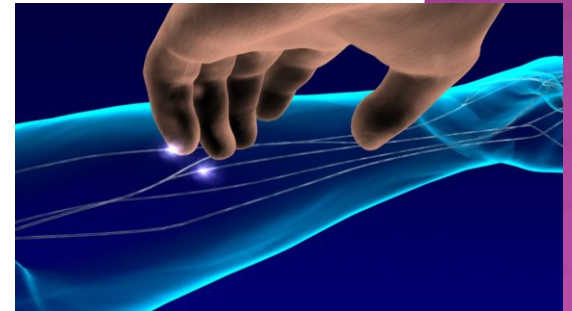
- Douleur
  - Sensation de brûlure (60%)
  - Élançement (26%),
  - Constante (85%)
  - Aiguilles, pins and needles
  - Lancinante, froideur, coup de poignard
- Augmentée par: le froid, les émotions, la fatigue
- Pire le soir et perturbe le sommeil
- Associée a hypoesthésie, allodynie, hyperalgie





# TERMES A DÉFINIR

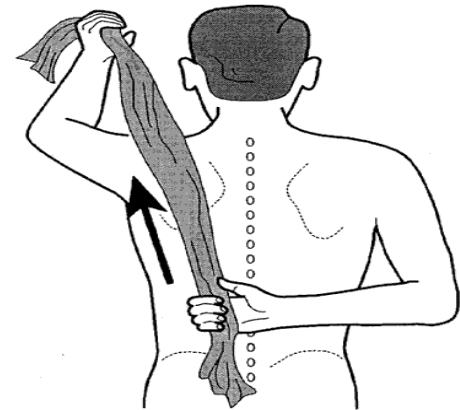
- Allodynie : douleur élicitee par stimuli non douloureux
- Hyperalgie: douleur exageree elicitee par stimuli legere ment douloureux
- Hyperpathie : douleur retardee ou persistante elicitee par stimuli douloureux
- Dysesthesie: sensation anormale



# TRAITEMENT

## ○ Non pharmacologique

- Mobilisation précoce
- Positionnement adéquat (gouttière, support MS)
- Attelle, taping
- Orthèses
- Modalités thermoalgésiques
- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Psychothérapie
- Hypnose



Matsen Fig. 2-36

SBL

# TRAITEMENT

## ○ Pharmacologique

### ■ Analgésie

- Tylenol
- Eviter opiacés, souvent inefficaces car perte des récepteurs aux opiacés (relié a la lésion neuro elle même)

### ■ AINS

#### ○ Attention

- si prise concomitante d'AAS
- HTA
- Risque GI

### ■ Antidépresseurs

- Elavil, Aventyl

### ■ Anticonvulsivants

- Gabapentin
- Pregabalin
- Tegretol

## ○ Injections cortisonées



# SRDC TYPE 1



- Algodystrophie reflexe, syndrome épaule main..
- Présent chez 12-25% des patients hémiplésiques post AVC
- Douleur régionale chronique disproportionnée
- Epaule coude poignet main
- Douleur a caractère neurogene paresthésies diffuses, brulures, choc electriques
- 4 categories de symptomes:
  - Sensorielle: Allodynie cutanée, symptômes sensitifs
  - Vasomotrice: Changement de coloration, température
  - Sudomotrice: Oedeme, sudation, moiteur
  - Motrice: Tremblement, faiblesse, dystonie, /Trophique (ongle, poil, peau, aspect cireux, ankylose)
- Doit présenter un symptome dans 3/4 categories
- A l'examen 1 signe ou plus dans 2/4 categories

# SRDC

- Pas de test diagnostique précis
- Radiographie simple: osteopénie périarticulaire
- Scintigraphie osseuse: résultat négatif n'exclue pas le diagnostic
- Diagnostic surtout clinique



# TRAITEMENT

- ◉ Physio, ergo
- ◉ Bain de contraste
- ◉ Mobilisation précoce post AVC
- ◉ Désensibilisation progressive
- ◉ Thérapie miroir
- ◉ Vitamine C (500mg/jour)
- ◉ Pregabalin, Gabapentin, amitriptyline
- ◉ Bloc nerveux
- ◉ Bloc veineux
- ◉ Bloc ganglion stellaire
- ◉ Injection cortisonée si ankylose(épaule, poignet)

# AUTRES CAUSES DE DOULEUR

## ⊙ Plexopathie brachiale

- Atteinte plexus par traction du membre parétique flasque au départ post AVC
- Appui bras dans FR, attelle, taping

## ⊙ Spasticité

- Ne cause pas nécessairement de douleur en soit
- Peut s'agir de spasmes douloureux
- Raideur sévère limitant la mobilisation passive qui la rend douloureuse ou même l'hygiène périnéale, axillaire

MERCI!

