



Fondation pour la recherche sur la sclérose en plaques

# Les douleurs dans la sclérose en plaques

Pr. Patrick Hauteceur  
Centre Hospitalier Saint Philibert, Lomme  
Membre du comité inter-régional médical de la Fondation ARSEP





La douleur est bien évidemment associée à des sensations et images négatives ; rappelons toutefois qu'elle est aussi un mécanisme positif de protection de l'intégrité du corps car :

- elle avertit d'un risque de blessure lorsque nous touchons quelque chose de trop chaud ou de pointu,
- elle aide également à guérir en nous poussant à éviter de solliciter les articulations ou les muscles blessés ou en obligeant au repos en cas de maladie.

Pourtant, dans de nombreux cas, la douleur (particulièrement la douleur chronique ou persistante), n'a pas de fonction particulière et ne fait que compromettre la qualité de vie. Ce qui est le cas des douleurs dans la sclérose en plaques (SEP).

## LA DOULEUR : l'un des symptômes les plus fréquents de la SEP

En effet, elle touche près d'un patient sur 2 mais est souvent sous-estimée par les soignants. Son apparition n'est pas corrélée à l'ancienneté de la maladie ; elle peut d'ailleurs survenir très précocement, dès la première poussée.

Toutefois, sa fréquence augmente avec l'âge, la durée d'évolution et la sévérité des troubles. Elle se caractérise par son origine et par sa durée.

La douleur **associée à la sclérose en plaques peut résulter directement de la maladie** (qui agit sur le système nerveux) **ou indirectement à la suite d'un dysfonctionnement**. Elle peut avoir de graves répercussions sur la qualité de vie des personnes atteintes en :

- contribuant aux troubles du sommeil qui conduisent à la fatigue et à la dépression
- empêchant de travailler
- en nuisant à l'accomplissement des rôles sociaux.

Le **patient n'associe pas toujours sa douleur à la SEP** et, de ce fait, il ne la signale pas systématiquement au médecin traitant ou au neurologue.

Pourtant, en parler est important afin de comprendre l'origine de cette souffrance et de proposer un traitement adapté. Car l'analyse du mécanisme de la douleur est indispensable pour instaurer un traitement efficace car les douleurs associées à la SEP peuvent être prévenues, éliminées ou diminuées.

## TROIS TYPES DE DOULEURS principalement observées dans la SEP

### LES DOULEURS DITES « NEUROGÈNES »

Ces douleurs sont liées à l'atteinte du système nerveux central (SNC) et sont donc une conséquence directe de la maladie. Elles représentent environ 60% des douleurs dans la SEP. Elles peuvent :

- être **associées aux poussées** car elles sont conséquentes du processus inflammatoire. Ce sont par exemple : une réaction douloureuse au toucher, l'évocation d'une sciatique (elle débute dans le bas du dos et irradie dans la jambe), une gêne au niveau de l'œil (névrite optique, déclenchée ou majorée par les mouvements oculaires). Ce type de douleur cède généralement à la corticothérapie.
- se **manifester dans certaines circonstances**, sur un temps court mais souvent avec violence (douleurs aiguës). Ces douleurs intenses donnent une sensation de décharge électrique (névralgies faciales) lors d'un simple frottement/toucher, de contractures (notamment au niveau des jambes) lors de la marche. Elles peuvent être précédées de sensation de brûlures, de piqûres ou de fourmillements, généralement aux extrémités des membres. Une démyélinisation de la racine du nerf est à l'origine de ces douleurs. Le traitement repose sur certains anti-épileptiques et antidépresseurs.
- être **permanentes** (douleurs chroniques) et sont alors souvent moins intenses que les précédentes. Ce sont des sensations de brûlures, de serremments accompagnés parfois de fourmillements et touchent le plus souvent les membres inférieurs. L'humeur du patient, sa qualité de vie peuvent s'en ressentir. Ce type de douleur est généralement traité par des antidépresseurs ou des antiépileptiques voire des analgésiques de type morphinique.

### LES DOULEURS DITES « SECONDAIRES »

Ces douleurs, au contraire des précédentes, ne sont pas liées à une atteinte du système nerveux central.

- Ce sont par exemple des **raideurs musculaires** ou des **contractions violentes** (spasticité) qui surviennent principalement au moment du coucher mais également au cours de la nuit. Ces douleurs ne sont pas liées à une atteinte du muscle mais à une anomalie des neurones responsables de cette commande volontaire. Ces crises sont généralement déclenchées par des troubles urinaires ou constipations. Le traitement correspondra à une prise en charge globale du patient par une équipe pluridisciplinaire.
- ces douleurs secondaires peuvent aussi résulter de **mauvaises positions** provoquées par des difficultés à la marche ou par des troubles de l'équilibre (lombalgies, tendinites du fessier par exemple). Dans ce cas, la kinésithérapie, avec dans un premier temps une rééducation spécifique puis, dans un second temps, un suivi pour maintenir une position correcte, est tout à fait adaptée. Pratiquer une activité physique régulière



est alors nécessaire et recommandé au patient pour maintenir son état musculaire et diminuer ce type de douleurs.

### LES DOULEURS DITES « IATROGÈNES »

Ces douleurs sont **liées au traitement de fond** de la sclérose en plaques. Pour autant, il ne faut pas les négliger et surtout ne pas interrompre le traitement. Il s'agit le plus souvent de gênes musculaires ou de maux de tête qui sont généralement soulagés par des antalgiques. Les douleurs au site d'injection quant à elles, sont plus ou moins importantes et peuvent être soulagées par des anesthésiques locaux, par le changement du site d'injection, ou par un massage au niveau du site d'injection.

## CONCLUSION : une prise en charge individualisée et multidisciplinaire

La douleur est un phénomène subjectif, difficile à décrire pour les malades et difficile à évaluer pour les praticiens. Son traitement doit donc reposer sur une prise en charge individualisée du patient et multidisciplinaire. Ainsi, le neurologue fera appel à tous les spécialistes impliqués (médecine physique, kinésithérapie, ergothérapie, consultations anti-douleur, ...). Et une surveillance régulière permettra d'évaluer le bénéfice des traitements et soins pratiqués. Cette prise en charge se fait au mieux dans le cadre des réseaux de santé. Le médecin traitant aura également un rôle important à jouer. Il aidera à dépister, différencier tous les types de douleur, adapter les doses de médicaments, évaluer le handicap des patients ainsi que leur détresse psychologique. En effet, la crainte et le vécu de la douleur sont souvent plus importants que l'intensité même de celle-ci.

Aujourd'hui, l'éventail des traitements est large et doit permettre de soulager tous les types de souffrance. Aussi, quel que soit le type de douleur, celle-ci ne doit pas être vécue comme une fatalité ni comme un événement inéluctable.

## ATELIER SUR LA DOULEUR DANS LA SEP

### Congrès Fondation ARSEP 2015

Réponses aux questions des participants par :

Pr P. Clavelou (CHU Clermont-Ferrand, CMS ARSEP et  
Président du CIRMA ARSEP)

Pr P. Hautecoeur (CHU Lille - Membre du CIRMA ARSEP).



La douleur est fréquemment évoquée par les personnes atteintes de sclérose en plaques. Selon les études menées sur ce sujet, la fréquence avec laquelle la douleur est rapportée par les malades varie de 30 à 90%. Cette variabilité résulte des objectifs, des biais, de la définition de la douleur, propres à chaque étude. Pour autant, il est admis qu'un patient sur deux ressent des douleurs.

La douleur aura bien évidemment des répercussions sur la qualité de vie du patient et constituera donc un élément important de sa prise en charge. Mais, avant toute décision d'ordre thérapeutique, il faudra une analyse très rigoureuse de cette douleur pour en déterminer l'origine. En effet, la douleur peut être morale - comme dans la dépression - ou bien physique.

**Dans cet atelier, nous aborderons uniquement les douleurs physiques qui apparaissent dans les gestes de la vie quotidienne, ou parfois spontanément, mais qui ont un retentissement social incontestable car :**

- ces douleurs physiques vont altérer les capacités à interagir ou la qualité d'interaction avec les proches,
- de plus, leur retentissement psychique est important, avec des états dépressifs et des états anxieux, états qui à leur tour vont majorer la douleur,
- sur le plan socio-économique, les douleurs ont des conséquences notables lorsqu'elles entraînent de nombreux arrêts de travail,
- enfin, percevoir l'avenir, dans ce contexte, est bien difficile.

## Q quels sont les patients qui expriment des douleurs et à quel moment ?

La douleur peut apparaître dès la phase initiale de la maladie. Elle peut même être un mode d'entrée dans la maladie, avec par exemple des douleurs névralgiques.

L'intensité de la douleur n'est pas liée à l'évolution de la maladie. En effet, les plus fortes douleurs sont plutôt exprimées par les patients en phase rémittente de la maladie que par ceux en phase secondairement progressive, suggérant que les patients les plus "anciens" dans la maladie sont les patients les moins affectés par les douleurs. Ceci est certainement dû à des facteurs annexes comme la vie hormonale pour la femme, les facteurs psycho-sociaux tels que les phénomènes de dépression ou d'anxiété (les personnes dépressives étant celles qui avaient le plus de phénomènes douloureux) ou encore l'accès aux différents traitements.

Une ÉTUDE menée en Auvergne avec le réseau de santé a montré que 50% des patients présentaient des DOULEURS. Certaines étaient connues dans la SEP, comme les douleurs neuropathiques, mais d'autres (céphalées et migraines), sont apparues avec une fréquence importante.

A ce jour, il n'existe pas d'explication sur cette association assez fréquente entre SEP et "maux de tête". A noter que les patients qui avaient des migraines étaient dans la forme rémittente.

Dans la population générale, la migraine touche entre 15 et 20% des personnes (la SEP est beaucoup moins fréquente) et est plus expressive chez les - 45 ans que chez les personnes plus âgées. L'association SEP/ migraine suivrait donc le schéma général.

Cette étude a également montré des associations très fréquentes entre migraine et douleurs neuropathiques.

## Q pourquoi prendre en charge la douleur ?

La prise en charge de la douleur est indispensable car en diminuant la douleur, tous les paramètres de la vie quotidienne sont améliorés. En effet, les personnes ne ressentant pas de douleurs ont une très bonne perception de leur qualité de vie alors que celles souffrant de douleurs ont une qualité de vie très altérée dans tous les paramètres (fatigue, activité physique, sommeil, ...).

La prise en charge nécessite du temps et une consultation spécifique.

## Q quelle relation traitements / douleurs ?

Les traitements par immunomodulateurs et immunosuppresseurs n'induisent pas de douleurs physiques hormis les interférons qui donnent un peu plus de maux de tête, de contractures (syndrome pseudo-grippal). Mais les traitements de fond n'augmentent pas les douleurs neuropathiques. Il est bien sûr indispensable de déterminer le type et l'origine de la douleur afin d'identifier le traitement le plus approprié, car une migraine et une douleur neuropathique ne se traitent pas de la même manière.

Ainsi, les douleurs peuvent être :

- dues à des **contractures musculaires** principalement liées à la spasticité,
- des **douleurs névralgiques** telles que le signe de Lhermitte ou la névralgie faciale qui peuvent inaugurer la maladie,
- des **douleurs neuropathiques** directement liées à la maladie et qui induisent des douleurs particulières (brulures, décharges électriques),
- des douleurs indirectes **musculo-squelettiques** liées aux conséquences du handicap sur les articulations ou les groupes musculaires (comme un mal de dos),
- liées aux effets généraux des **médicaments**,
- des **douleurs neurogènes** proches des douleurs de l'arthrose ou des rhumatismes localisés aux lombaires,
- des **douleurs iatrogènes** beaucoup moins fréquentes.

Une quantification de la douleur à l'aide d'échelles sera utile afin d'évaluer l'efficacité du médicament proposé.

A ce jour, aucun traitement contre les douleurs n'a été évalué dans un essai clinique chez les patients atteints de SEP et de ce fait aucun médicament ne bénéficie de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans la SEP pour cette indication. Cependant, les traitements utilisés dans les douleurs neuropathiques en général, ils peuvent, par ce biais, être prescrits avec plus ou moins d'expérience et de tolérance.

Ces traitements, aux mécanismes d'action totalement différents, sont choisis en réponse au type de douleurs :

- des **antidépresseurs** ou des antiépileptiques pour les manifestations douloureuses de type "décharge électrique",
- des **stimulations transcutanées** pour les douleurs neuropathiques (généralement utilisés dans des centres de la douleur),
- des **thérapeutiques chirurgicales** ou des **antiépileptiques** dans les douleurs intermittentes ou spasmes douloureux et bien-sûr la prise en charge en kinésithérapie pour les contractures musculaires.
- Le **cannabis médical** (précisions que le cannabis "récréatif" n'a aucun effet sur la douleur) a montré une efficacité dans la spasticité et surtout dans les douleurs liées à la spasticité, c'est à dire les contractures musculaires éprouvées la journée mais aussi la nuit. En revanche, dans les douleurs neuropathiques, le cannabis n'a aucun effet.

## Q comment distinguer les différents types de douleurs ?

Il existe 2 types de douleur : la douleur par nociception et la douleur neuropathique.

La **nociception** est le terme physiologique employé pour désigner la douleur, elle fait référence à la transmission des informations douloureuses. Ainsi, la douleur par "excès de nociception" (augmentation de la transmission des influx qui véhiculent la douleur) est ressentie lors d'une lésion, d'une entorse, d'un claquage musculaire, d'une fracture, d'une chirurgie ou d'une brûlure. Ce mécanisme est celui d'un organisme dont le système nerveux est sain. Le meilleur traitement de cette douleur est la morphine. Les douleurs de nociception sont prises en charge par les anesthésistes, les rhumatologues ou les médecins généralistes.

Les **douleurs neuropathiques** sont des douleurs qui surviennent sur un système nerveux altéré. Non seulement, les messages transmis par les fibres qui véhiculent la douleur sont altérés mais les messages qui ne devraient pas être douloureux le deviennent. C'est-à-dire qu'il y a un déséquilibre entre les fibres qui véhiculent la douleur et celles qui véhiculent la sensibilité fine non douloureuse. C'est pour cette raison que les patients ressentent des douleurs, alors qu'ils ne devraient rien ressentir. Ce sont des sensations de brûlure, des décharges électriques au frottement/effleurement qui se manifestent dans une zone délimitée. Ces douleurs ne peuvent pas être "gradées" sur une échelle. Avec le temps, ces douleurs neuropathiques deviennent moins importantes et sont d'autant moins fortes qu'elles sont prises en charge tôt par un neurologue.

Un EXEMPLE bien connu de douleur neuropathique est celui du ZONA : vous ressentez une douleur quand vous avez une irruption de boutons. Mais quand l'irruption s'arrête vous avez toujours mal à certains endroits : ceux où vous avez eu l'irruption du zona.

Les **névralgies faciales** correspondent à des douleurs très particulières : Les patients ressentent une décharge électrique de quelques secondes déclenchée facilement par un effleurement dans une zone non définie. Dans ce type de douleurs, la morphine n'est pas efficace.

Les **céphalées de tension**, tension physique ou tension psychique, sont nommées « maux de tête » mais sont des douleurs spécifiques différentes des migraines ou des sinusites et dont les mécanismes ne sont pas connus. Ces douleurs ne sont pas neuropathiques. Les médicaments ne sont pas actifs sur ces céphalées de tension.

## Q qu'appelle t'on spasticité ?

La spasticité se définit par une augmentation trop importante du tonus musculaire. Le tonus est contrôlé au niveau de la moelle épinière et est régulé par les centres encéphaliques. Il varie selon la position de la personne : assise, debout ou couchée.

Lorsque le patient SEP a une atteinte des membres inférieurs, les fibres qui partent de son cerveau et qui vont commander les motoneurons sont démyélinisées. Une spasticité sur certains muscles (muscles extenseurs) peut se produire ainsi qu'une paralysie sur d'autres muscles (muscles fléchisseurs).

La spasticité peut cependant aider à tenir debout et à marcher en compensant le déficit (paralysie) des autres muscles, qui lui, conduit à la chute. Ainsi, les traitements contre la spasticité vont venir l'amoinrir mais de ce fait, ils vont sembler augmenter le déficit et entraîner des difficultés à la marche. C'est pourquoi le traitement de la spasticité n'est pas systématique ; il devient nécessaire lorsque les douleurs sont trop fortes ou que la spasticité est délétère pour le patient, qu'elle l'empêche de marcher. Parmi les traitements anti-spastiques utilisés, citons le Sativex®, issu du cannabis (précisons que le cannabis contient 60 principes actifs et seulement 2 sont extraits pour traiter la spasticité - l'effet psycho actif est donc absent). Le Sativex® n'a d'effet que sur la douleur liée à une spasticité excessive/douloureuse. Il n'a aucun effet sur les douleurs neuropathiques ou de nociception.

Ajoutons que les infections urinaires, constipations, problèmes cutanés aux membres inférieurs ou le stress risquent d'augmenter la spasticité et doivent donc être traités.

## Q la dysarthrie et/ou les troubles de l'élocution peuvent-ils être due(s) à une spasticité ? Peut-elle être traitée si c'est douloureux ?

La dysarthrie est une difficulté à articuler qui peut être liée à la spasticité mais aussi à une dystonie. Il existe aussi des dysarthries paralytiques.

Donc, une analyse de l'origine de cette manifestation est à faire au préalable pour une bonne prise en charge. En fonction de l'origine de la dysarthrie, un orthophoniste ou un ORL pourront être consultés. Quand l'origine est dystonique, il est possible de diminuer la raideur et d'agir sur la spasticité. Le traitement de base est cependant l'orthophonie. La dysarthrie est aussi un des symptômes de la SEP, il faut le traiter, même si ce n'est pas toujours évident.

## Q les douleurs de type brûlures/décharges électriques peuvent-elles être considérées comme une aggravation de la maladie ou une poussée ?

Il s'agit de douleurs neuropathiques. Elles correspondent à des séquelles de poussées, celles-ci ayant entraîné une démyélinisation, notamment dans la moelle, perturbant les filtres de la douleur. Les douleurs peuvent être réveillées ou augmentées par une infection ou un stress. Il ne s'agit donc pas d'une aggravation de la maladie ou d'une poussée, mais d'une séquelle de poussées ayant altéré le contrôle des voies de la douleur. Lors d'une poussée, il peut y avoir une augmentation de la douleur, surtout s'il s'agit d'une poussée médullaire. Mais la douleur seule ne peut pas être considérée comme un signe d'aggravation ou un signe de poussée.

## Q existe t-il une corrélation prouvée entre SEP et migraine ?

L'étude réalisée en Auvergne a montré cette corrélation. Mais il n'existe pas d'autres études faites sur le même schéma d'analyse qui était de partir des symptômes. Une étude réalisée en partant des IRM et en remontant aux symptômes a également montré cette corrélation et notamment que les patients ayant une atteinte spécifique d'une certaine zone du cerveau avaient plus de migraines et de douleurs neuropathiques que d'autres patients. Cette zone est la zone de contrôle/régulation des

douleurs neurologiques. Pour autant, la proportion de personnes migraineuses est plus importante chez les personnes atteintes de SEP que dans la population générale. La migraine d'un patient SEP est à prendre en charge comme toutes les migraines et doit utiliser les mêmes traitements.

### **Q** lorsque l'on suit un traitement contre la douleur depuis plusieurs années, faut-il en changer ?

Tant que le traitement des douleurs neuropathiques est efficace et bien toléré, il faut le maintenir. Quant aux antidépresseurs et aux antiépileptiques utilisés dans la SEP, les doses prescrites sont inférieures aux utilisations d'origine : il n'y a pas donc pas d'effets secondaires à long terme chez les adultes. Moduler la dose en fonction des possibles effets indésirables perçus ou des associations de médicaments que l'on peut prendre pour tout autre symptômes/maladie est à débattre au cas par cas. Rappelons, que les patients sont les véritables experts de leur douleur qu'ils savent gérer au mieux. Le neurologue est là comme conseiller pour informer sur les effets, sur le mécanisme d'action, mais il ne traite que les douleurs d'origine neurologiques, pas les autres. C'est pour cette raison que les consultations pluridisciplinaires sont très importantes incluant le regard du neurologue et celui du médecin rééducateur.

### **Q** y a-t-il une prudence à avoir vis-à-vis du Rivotril®?

Le Rivotril® combine un effet myorelaxant, sédatif (c'est pourquoi, il est prescrit le soir) et un effet anxiolytique et peut-être une action sur la douleur chez certains patients. Il est très utilisé dans le traitement de la douleur et l'expérience montre que les patients en ont moins avec ce médicament mais aucune d'étude ne permet de confirmer son efficacité.

Cependant, des dérives addictives à l'usage de ce médicament sont parfois observées chez certains malades. Sa prescription est donc très encadrée. Il peut être prescrit à des doses progressives, sachant que les faibles doses ont un effet sédatif peu important.

Chaque patient réagit différemment au traitement et à des doses différentes. Comme tout traitement, il faut augmenter les doses progressivement avant de dire qu'il est inefficace ou mal toléré.



### **Q** est-ce que le Lyrica® peut être prescrit dans les douleurs musculaires ?

Le Lyrica® est un traitement prescrit dans les douleurs neuropathiques et non pas physiques. Mais, il existe une réponse individuelle aux traitements. La prise en charge thérapeutique de la douleur est spécifique, c'est pour cette raison qu'il existe des consultations pluridisciplinaires avec des centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD).

### **Q** l'hypnose a-t-elle une efficacité sur la douleur ?

L'hypnose fait partie de la panoplie thérapeutique, mais elle doit être bien ciblée.

En effet, l'hypnose pourrait faire diminuer considérablement l'intensité des douleurs - mais pas les faire disparaître - car elle agit sur la composante psychoaffective (la personnalité de la personne, ses antécédents, son environnement familial et la mémoire) qui peut augmenter les céphalées, les migraines et les douleurs neuropathiques.

Un essai clinique est en cours dans le nord de la France et il est encore trop tôt pour donner une conclusion.

## Q Avez-vous des éléments concernant l'acupuncture dans la douleur ?

Dans la SEP, non, mais dans la douleur neuropathique en général, il n'a pas été démontré d'efficacité de l'acupuncture. Mais, cela peut être efficace chez certains patients.

## Q la cryothérapie peut-elle soigner les douleurs ?

Cette technique est très utilisée chez les sportifs de haut niveau car elle permet de casser les phénomènes inflammatoires après un effort intense. Une étude sur la cryothérapie chez les personnes atteintes de SEP est en train d'être mise en place. Cependant, il est à noter que le fait de rentrer dans le l'eau très froide jusqu'au nombril fait beaucoup de bien aux patients.



## Q Qu'en est-il de la stimulation transcrânienne ?

La stimulation transcrânienne pour contrôler la douleur dans la sclérose en plaques est en cours d'étude.

## Q Un patient sans problème moteur mais avec de gros troubles proprioceptifs (aucune sensibilité sur l'intégralité du corps), peut-il avoir des douleurs de spasticité ?

Les troubles de la proprioception viennent des voies ascendantes, sensibles (qui vont de la peau vers le cerveau) et donnent une hypotonie (diminution du tonus musculaire et non une augmentation). Des troubles peuvent impacter la coordination, la proprioception, donc la sensibilité profonde des os et peuvent s'accompagner d'une diminution du tonus.

La spasticité, elle, touche les voies descendantes (qui viennent du cerveau et commandent les muscles).

## Q Est-ce que l'on peut guérir des douleurs ?

Il est possible de diminuer les douleurs et d'en guérir certaines, tout dépend de leur origine. Les douleurs musculo-squelettiques (tendinites par exemple) peuvent être guéries mais c'est long. Les douleurs neuropathiques peuvent l'être partiellement et la spasticité peut être nettement améliorée. Ce sont 3 approches différentes. C'est pourquoi, il est important de déterminer quelle est la douleur la plus importante et quelle est son origine pour adapter la prise en charge.

Une discussion avec le neurologue spécifiquement sur cette douleur et permettra d'envisager une prise en charge en kinésithérapie ou une activité physique régulière adaptée selon la gêne éprouvée.

## EN CONCLUSION :

la **fréquence** de la douleur est très **élevée**,  
l'**impact** est considérable pour le patient,  
la douleur est une **expérience personnelle**,  
la douleur doit être **traitée**,  
la problématique est difficile car il faut **définir la cause** qui peut être multiple,  
la **prise en charge** nécessite du temps pour appréhender l'origine de la douleur,  
la prise en charge n'est pas uniquement médicamenteuse, elle peut aussi se faire par la kinésithérapie ou des approches dites de "**médecines complémentaires**",  
les traitements ont une efficacité limitée et des **effets indésirables** tels que des troubles de l'attention ou de la somnolence,

l'escalade thérapeutique doit être prudente en raison des effets indésirables. En effet, la SEP est connue pour être multi-symptomatique et les **symptômes s'imbriquent les uns dans les autres**. Par exemple, la morphine augmente la constipation qui augmente la spasticité. Donc, il est nécessaire de considérer le patient dans son intégralité,  
l'**impact psychologique** augmente l'intensité de la douleur,  
la douleur peut être **augmentée lors d'infections**,  
la douleur n'est **pas un signe d'aggravation** de la maladie ou de poussée,  
la douleur est un item important sur lequel il reste **beaucoup de travail à faire**.



Vaincre  
ensemble  
la SEP