

Traitements de la DOULEUR

Pr N FERDI

Centre Anticancer, CHU Benbadis Constantine, Le 13 Juin 2018

Introduction

La douleur est un **Symptôme** Difficile à apprécier où **l'expérience** du médecin, son **écoute empathique** jouent un rôle essentiel pour offrir au patient l'espace de parler de sa réalité et de ses attentes.

Introduction

- La douleur est au cœur de la pratique quotidienne des médecins/ soignants
- Signe d'appel en pathologie mais aussi un langage
- C'est un signal d'alarme qui doit servir à réagir pour prendre des mesures conservatoires:
 - Retirer une main d'une source de chaleur
 - Repérer et soigner une blessure
 - Adopter une position appropriée
- Elle constitue un réel problème socio-économique mondial, impose des coûts importants

Introduction

Définition

« une expérience **sensorielle** et **émotionnelle désagréable** liée à une **lésion tissulaire** existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion »

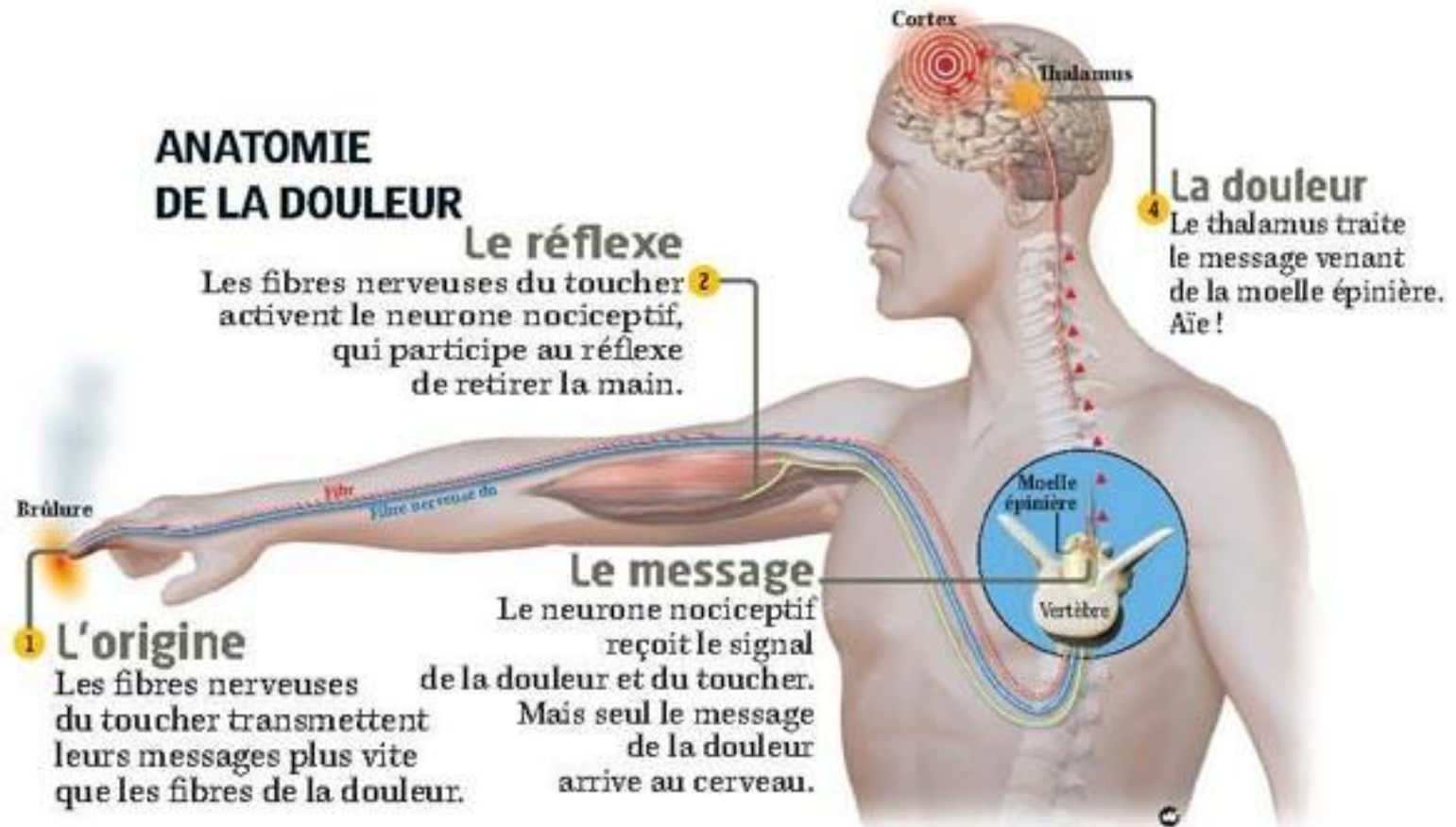
l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP)

Cette définition amène plusieurs notions importantes, Il s'agit d'une *notion personnelle* intégrant **un vécu**, une **culture** une expression relative à **l'intégration** de cette valeur **par le sujet**.

Introduction

- Comprendre « comment ça marche »
- Distinguer les différents types de douleur
 - Par excès de nociception
 - Par désafférentation = neurogènes
 - Mixtes +++
- Afin de bien choisir les moyens antalgiques...Souvent les associer

Physiologie de la douleur



Douleur Aigue
signal symptôme
mal nécessaire

Douleur chronique syndrome

Douleur + Angoisse + Dépression

Sensation d'échec ressentie
par le malade

Douleur aiguë

- C'est un signal d'alarme qui protège l'organisme dont il faudra rapidement déterminer l'origine et la nature afin de mettre en œuvre le traitement adapté
- Le traitement rapide et adapté de la douleur aiguë est la meilleure prévention d'une évolution vers un syndrome douloureux chronique.
- Il s'agit d'une urgence thérapeutique tant pour des raisons éthiques que pronostiques

Douleur chronique

- Durée est supérieure à 3 ou 6 mois
- Ce n'est plus un symptôme mais un **syndrome**
- Plurifactoriel ,complexe, associant des manifestations physiques et psychiques, comportementales et sociales.
- Plus de valeur protectrice mais destructrice.

Répercussions familiales, socioprofessionnelles

dépression

anxiété

Insomnie

Fatigue

inactivité

Contraction musculaire

lésion

DOULEUR
AIGUE
BREVE
Cause unique

**Douleur persistante rebelle
douleur chronique**

Classification physiopathologique de la douleur

La distinction entre les différents types de douleur est très importante, leur caractère aiguë ou chronique doit être précisé, car les approches sont complètement différentes

Les différents type de douleurs

Les douleurs par excès de nociception

- Provoquées par la stimulation excessive des récepteurs nociceptifs périphériques lors d'une lésion tissulaire, d'une inflammation, d'une stimulation mécanique, thermique ou chimique.
- Elles ont une topographie non systématisée correspondant au territoire où se produit la stimulation

Les douleurs neuropathiques

- Toujours associées à une lésion du système nerveux périphérique ou central. La topographie de la douleur sera systématisée selon la localisation de cette lésion
- Type de brûlures, d'éclairs ou de décharge électrique

Les différents type de douleurs

Douleurs idiopathiques et psychogènes

- Douleur sans substrat anatomique survenant généralement lors de névroses.
- Parfois cause irritative organique qui constitue un point de cristallisation lors d'une décompensation psychologique.

Douleurs mixtes

Les Douleurs

Différents types de douleurs (modifié d'après la Haute Autorité de Santé, 2008)

Inflammatoire/ Musculosquelettique	Aiguë/ postopératoire	Neuropathique	Viscérale	Cancéreuse	Orofaciale	Autres
Lombalgie	Traumatisme : entorse, fracture	Post-herpétique	Côlon irritable	Aiguë	Céphalées	Anémie falciforme (drépanocytose)
Ostéoarthrose	Intervention chirurgicale	Diabétique	Pancréatite	Métastases	Migraine	Hémophilie
Polyarthrite rhumatoïde	Provoquée par les soignants et/ ou les soins	Syndrome douloureux régional complexe	Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	Chroniques	Névralgie du trijumeau	Fibrose kystique (mucoviscidose)
Temporo-mandibulaire	Brûlure	Membre fantôme	Pelvienne et périnéale			
Fibromyalgie		Médicamenteuse	Colique néphrétique			
Douleur myofasciale		Infectieuse (VIH)	Angine de poitrine			

Il faut systématiquement rechercher

- Antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux psychiatriques et familiaux
- Circonstances de déclenchement de la douleur
- Modalités de la prise en charge initiale
- Description de la douleur initiale et actuelle: topographie, type de douleur, intensité
- Contexte personnel, familial, professionnel, social dans lequel la douleur est intervenue
- Evolution selon la prise en charge

Il faut systématiquement rechercher

- Profil évolutif sur une journée (24 H), facteurs d'aggravation et de soulagement
- Retentissement sur la qualité de vie, le sommeil, activités personnelles, professionnelles...
- Existence de procédures judiciaires, sociales administratives en cours
- Rechercher également tous les événements de la vie: traumatismes de tous ordres (agressions physiques psychiques, sexuel, deuils...

Evaluation

BUT: Identifier et définir une douleur

- Déterminer une attitude thérapeutique = choix molécule
- Adapter un traitement = posologies efficaces
- Transmettre une information claire et pertinente aux autres intervenants de la prise en charge
- Améliorer la relation soignant/soigné afin d'installer un climat de confiance et de collaboration

Outils d'évaluation

Échelles unidimensionnelles

- Mesurent globalement l'intensité de la douleur
- Echelles d'autoévaluation / directement par le patient
- Simples, reproductibles, fiables et validées

Échelles comportementales

- Elles permettent une hétéroévaluation quand l'expression verbale est impossible ou altérée/ personnel soignant

Échelles multidimensionnelles

- s'intéressent aux caractéristiques de la douleur et à leur retentissement dans la vie quotidienne

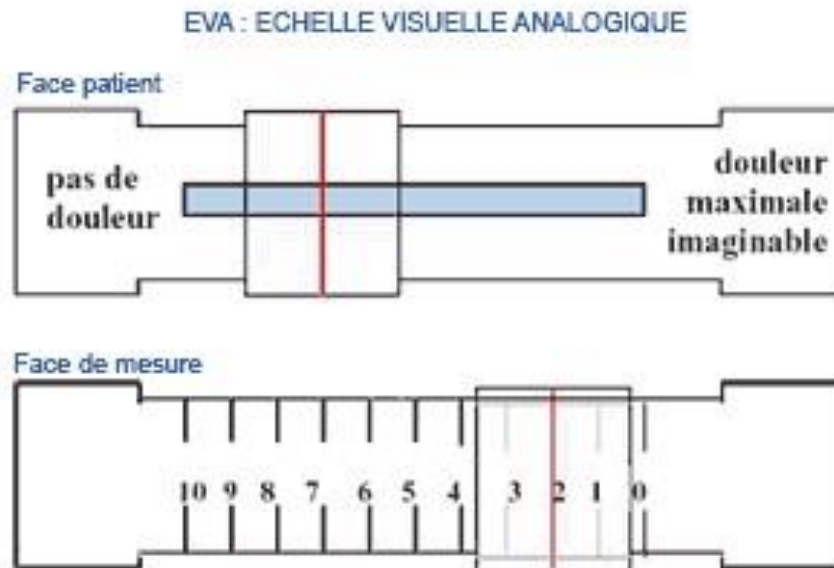
Exp: Saint-Antoine, MADRS, HAD, Hamilton, en psychiatrie, échelles de qualité de vie (SF-36...)

Auto-Evaluation unidimensionnelle

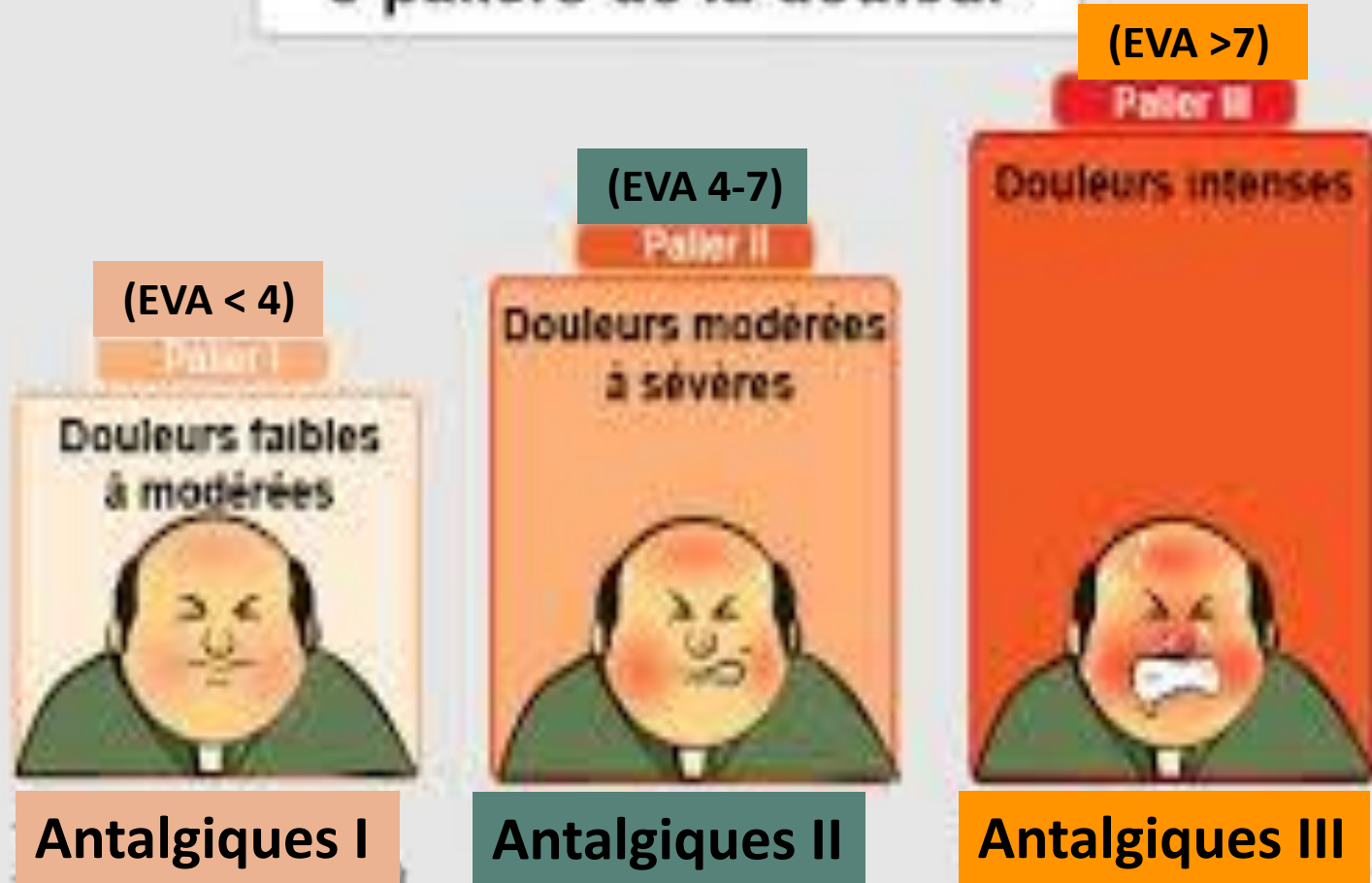
Fondées sur une évaluation par les adultes ou enfants (> 6 ans) capables de communiquer l'intensité ou les caractéristiques de leur douleur

- simples, reproductibles, fiables

➤ L'Échelle Visuelle Analogique (EVA)



3 paliers de la douleur



(AAS) ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Auto-Evaluation

➤ L'échelle verbale

- Douleur absente
- Faible
- Modérée
- Intense
- Extrêmement intense



© SH - Association SPARADRAP



Les MAUX neuropathiques



Questionnaire DN4

Répondez aux 4 questions ci-dessous en cochant une seule case pour chaque item.

Score = 4/10

Spécificité:

90%

Sensibilité:
83%

INTERROGATOIRE DU PATIENT

Question 1 - La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	OUI	NON
1- Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2 - La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	OUI	NON
4- Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN DU PATIENT

Question 3 - La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?

	OUI	NON
8- Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4 - La douleur est-elle provoquée ou augmentée par... ?

	OUI	NON
10- Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score du patient

/10

TRAITEMENTS

Paliers de l'OMS

- L'OMS a établi une échelle d'emploi des analgésiques selon l'intensité de la douleur évaluée
- L'IASP préconise la prescription d'opioïdes d'emblée, pour toute douleur par excès de nociception pour une EVA > 6

Impact sur les classifications

Classification de l'OMS (1986)

Première classification des antalgiques sur la base de l'intensité de la douleur.
Apparition de la notion de paliers.

- Palier 1
- Palier 2
- Palier 3

Classification de l'OMS (1997)

Notion de classes thérapeutiques

- Non-opioïde \pm adjuvant
- Opioïdes pour douleur faible à modérée \pm non-opioïdes \pm adjuvants
- Opioïdes pour douleur modérée à forte \pm non-opioïdes \pm adjuvants

Classification intégrant les mécanismes physiopathologiques

- Douleur nociceptive non inflammatoire : antalgiques
- Douleur nociceptive inflammatoire : anti-inflammatoires
- Douleur neuropathique.

Impact sur les classifications

- **Vers une classification intégrant les classes thérapeutiques et les mécanismes physiopathologiques**
 - **Antalgiques anti-nociceptifs:**
 - Non-opioïdes : paracétamol et AINS
 - Opioïdes : faibles et forts
 - **Anti-hyperalgiques**
 - Anti-NMDA (Kétamine)
 - Antiépileptiques
 - Nefopam
 - **Modulateurs des contrôles inhibiteurs descendants**
 - Antidépresseurs tricycliques
 - Inhibiteurs de la sérotonine (duloxétine)
 - **Mixte (antalgique et modulateurs des contrôles inhibiteurs descendants)**
 - Tramadol
 - **Inhibiteurs de la sensibilisation périphérique**
 - Anesthésiques locaux
 - Capsaïcine
 - Anti-inflammatoires topiques
 - Antiépileptiques.

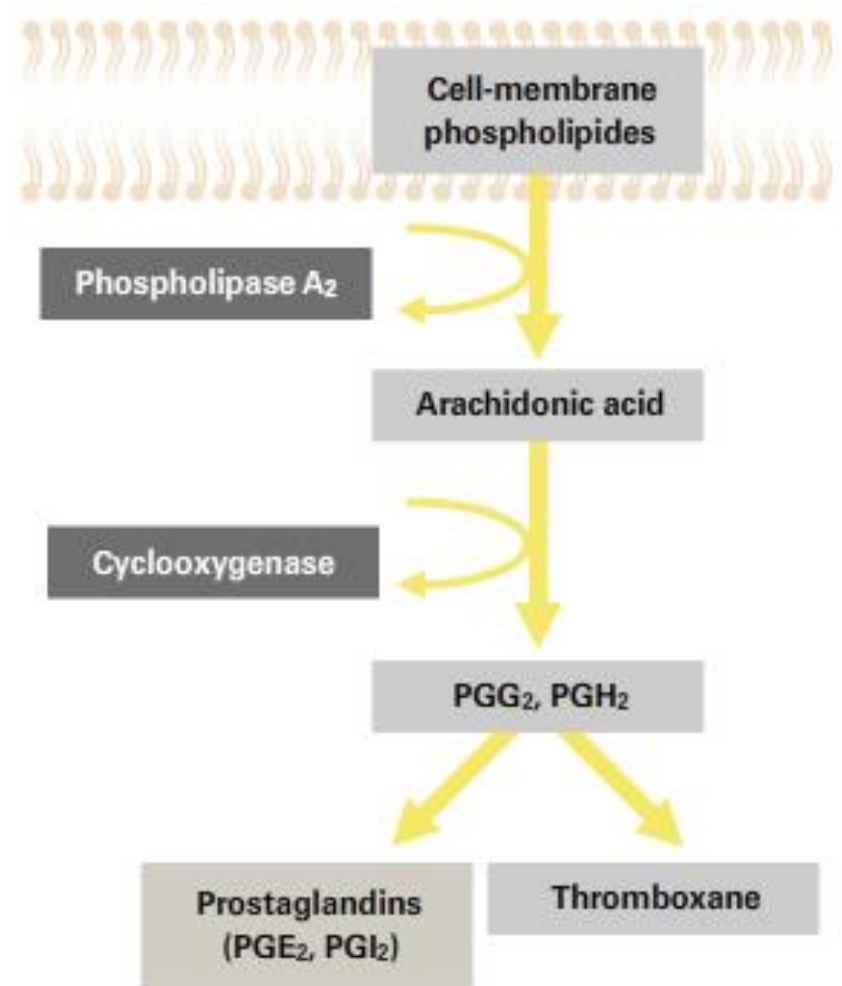
Modes d'action

Paracétamol

- Action essentielle sur la douleur nociceptive, antipyrétique et sans action anti-inflammatoire
- Le mécanisme d'action :
 - Reste partiellement connu
 - Agirait aux niveaux central et périphérique
 - Il agirait au niveau central en inhibant la production de prostaglandines, via une cycloxygénase de type 3 (Cox3)
 - Cette hypothèse expliquerait son action antalgique et antipyrétique, tout en étant dénué d'activité anti-inflammatoire et antiagrégante plaquettaire.
 - Un mécanisme d'action sérotoninergique central est également évoqué. Paracétamol potentialiserait l'effet des neurones sérotoninergiques descendants de la moelle épinière en exerçant un contrôle inhibiteur sur les voies de la douleur..
- Son efficacité est limitée aux douleurs d'intensité légère à modérée.

Anti-inflammatoires

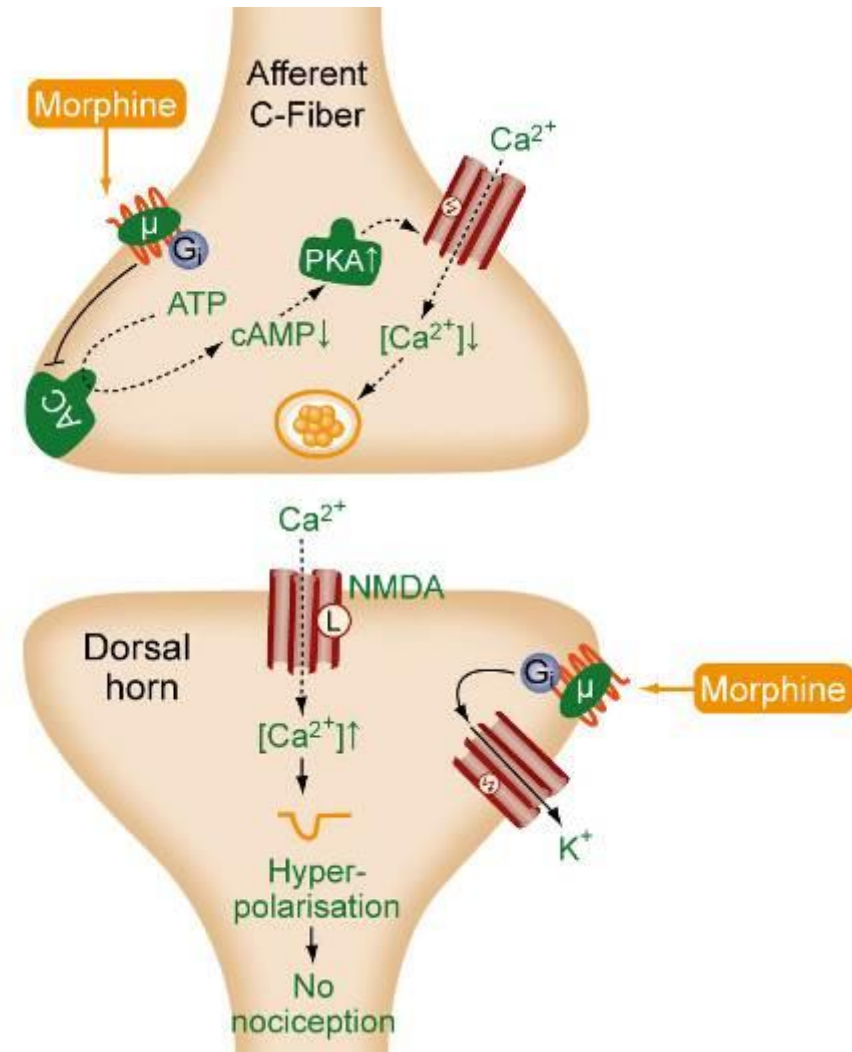
- Action essentielle sur la douleur nociceptive
- Mécanisme d'action:
 - Inhibition des cyclo-oxygénases
 - Diminution de la synthèse des prostaglandines
- Principaux effets indésirables:
 - Lésions gastro-intestinales (érosions and ulcères)
 - Toxicité rénale
 - Risque important d'interactions médicamenteuses



Opiïdes

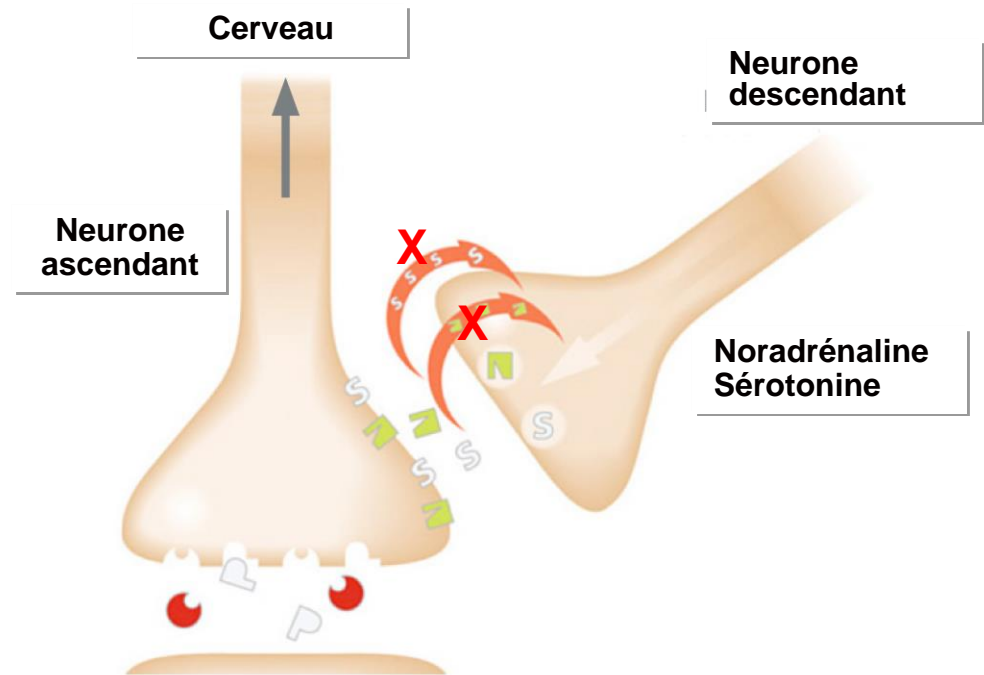
➤ Opiïdes se fixent sur **les récepteurs μ pré- et post-synaptiques** et entraînent

- Une réduction de la transmission du message douloureux via les récepteurs opioïdes pré-synaptiques
- Une hyperpolarisation post-synaptique rendant la transmission de message douloureux plus difficile



Antidépresseurs

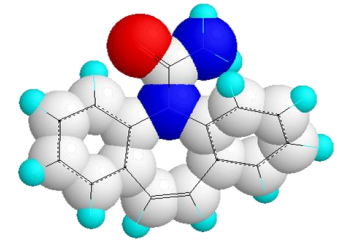
- Mécanisme d'action:
 - Inhibition de la recapture de la noradrénaline et/ou de la sérotonine (5-HT)
- Indications:
 - Douleurs neuropathiques
 - Douleurs neuropathiques diabétiques (duloxétine)
 - Algies rebelles



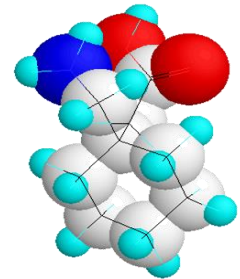
Antiépileptiques

- Différents mécanismes d'action
 - En commun : Inhibition de l'excitabilité neuronale et stabilisation membranaires.
- Exemples:
 - **Carbamazépine:** Bloque les canaux Ca^{2+} et Na^{+}
 - **Prégabaline:**
 - se lie, au niveau du cerveau et de la corne postérieure à la sous-unité du récepteur Ca^{2+}
 - Module les flux calciques et réduit la libération des neurotransmetteurs y compris la substance P et le glutamate?

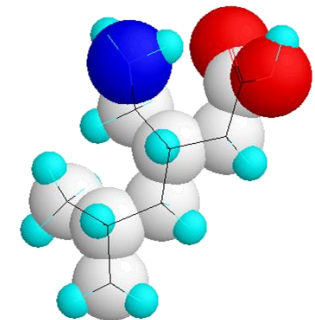
Carbamazépine



Gabapentine

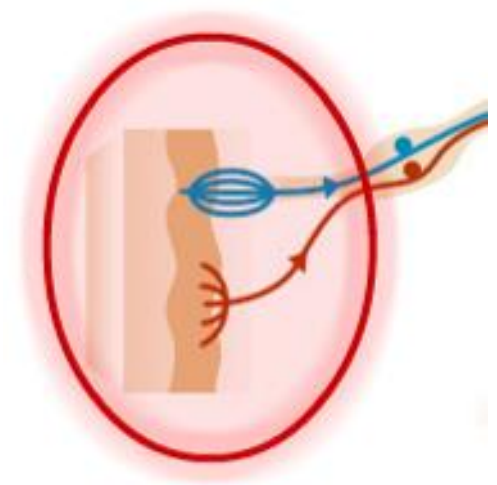


Prégabaline



Topiques

- Les principales catégories :
 - Anti-inflammatoires sous différentes formes galéniques
 - Lidocaïne 5% compresse adhésive.
 - Se fixe sur les récepteurs Na⁺
 - Entraîne une hyperpolarisation et réduit la transmission de l'influx nerveux
 - Capsaïcine 8% patch
 - Se fixe sur les récepteurs TPR de type 1
 - Entraîne une désensibilisation qualitative et quantitative des terminaisons nerveuses.



Implications cliniques

Choix de l'antalgique

- Mécanisme douloureux
- Intensité de la douleur
- Contre-indications : pathologie antérieure ou actuelle, âge

Douleur nociceptive

- Evaluation de l'intensité de la douleur (EVA ...)
- Choix du protocole analgésique en fonction de l'intensité caractère aigu ou chronique de la douleur
- Privilégier la voie orale
- Administrer le traitement a des heures fixes
- Prévoir des inter doses pour les accès douloureux
- Réévaluer régulièrement l'efficacité et la tolérance du traitement

Douleur nociceptive

- Commencer par le palier 1 pour les douleurs faibles à modérées
- Commencer d'emblé par le palier 2 ou 3 pour les douleurs intenses
- La prescription d'AINS ne doit pas dépasser 5 jours, 48 heures iv
- Si traitement morphinique: privilégier la morphine orale oxycodone po si insuffisance rénale/sujet âgé

Douleur nociceptive

Associations possibles:

- Tous les antalgiques du palier 1
- Tous les antalgiques du palier 1 + antalgique du palier 2
- Tous les antalgiques du palier 1 + antalgique du palier 3

Associations contre indiquées

- Deux antalgiques du palier 2
- Deux antalgiques de palier 3
- Un antalgique du palier 2 + antalgique du palier 3



	ANTALGIQUES PALIER I	ANTALGIQUES PALIER II	ANTALGIQUES PALIER III	TRAITEMENTS ADJUVANTS
VOIE ORALE	<p>Paracétamol Dafalgan® Doliprane® Efferalgan®</p> <p>Anti-Infl. Non Stéroïdiens Diclofénac (Voltarène®) Kétoprofène (Profénid®) Celecoxib (Celebrex®) Ibuprofène (Advil®) Naproxène (Apranax®) Indométacine (Indocid®) Piroxicam (Feldène®) Flurbiprofène (Cebutid®)</p> <p>Néfopam Acupan®</p>	<p>Paracétamol-Codéine Dafalgan codéine® Efferalgan codéiné® Codoliprane® Algisedal®</p> <p>Paracétamol-Dextropoxyphène Di-Antalvic®</p> <p>Dihydrocodéine Dicodin®</p> <p>Tramadol Topalgic®, Contramal®, Zamudol®</p> <p>Paracétamol-Tramadol Ixprim®, Zaldiar®</p>	<p>Sulfate de Morphine Actiskénan®, Sévrédol® Skénan® LP Moscontin® Kapanol® LP</p> <p>Hydromorpnone Sophidone® LP</p> <p>Oxycodone Oxynorm® Oxycontin® LP</p>	<p>Antispasmodiques Spasfon® (Phloroglucinol) Débridat® (Trimébutine) Météospasmyl® (Alvérine)</p> <p>Myorelaxants Coltramyl® Myolastan®</p> <p>Corticostéroïdes Prednisone (Cortancyl®) Prednisolone (Solupred®) Methylprednisolone (Solumedrol®)</p> <p>Hypnotiques, Anti-épileptiques</p> <p>Bisphosphonates, Calcitonine</p> <p>Anti-dépresseurs</p>
VOIE PARENTÉRALE	<p>Paracétamol Perfalgan®</p> <p>Anti-Infl. Non Stéroïdiens Diclofénac (Voltarène®) Kétoprofène (Profénid®)</p>	<p>Tramadol Topalgic®, Contramal®</p>	<p>Chlorydrate de Morphine Morphine injectable</p>	<p>Antispasmodiques Spasfon®, Débridat®</p> <p>Myorelaxant Coltramyl®</p> <p>Corticostéroïde Solumedrol®</p>
VOIE TRANSDERMIQUE			<p>Fentanyl transdermique Durogésic®</p>	<p>Lidocaïne/Prilocaine Emla®, Emlapatch®</p> <p>Lidocaïne Xylocaïne®</p> <p>Capsaïcine</p>

Paracétamol 500-1000 mg× 4 /j iv ou per os, dose max 4g/j

Intervalle 4 - 6h

CI: hyper sensibilité, insuffisance hépatique sévère

NEPHOPAM 20 a 120mg/j IVL ou IM

Intervalle 4-6 h

CI : Age < 15 ans, rétention urinaire, Glaucome par fermeture de l'angle, épilepsie

AINS : AINS Traditionnels et les inhibiteurs spécifiques de cox2

Cp/ gel /sup/injection IM ou IV

Intervalle LI: 1 / 6 - 8 h

LP: 1 /12-24h

CI : hyper sensibilité, Insuffisance rénale, hépatique ou cardiaque, Ulcère gastrique, asthme, grossesse.

La codéine 60 mg/12h

CI : hyper sensibilité, insuffisance respiratoire, hépatique ou rénale, asthme

Le tramadol LI: 50mg/6h

LP: 100- 200 mg /12h max 600mg

IV: 50-100mg/4-6h

CI : trt par IMAO, épilepsie, grossesse, allaitement, âge < 15 ans, Insuffisance renale, hépatique

ASSOCIATIONS:

Paracetamol+Codéine (400/20) 1a2 cp/ 4-6h dose max 8cp

Paracétamol + Tramadol (37,5/325) 1a2 cp/ 4-6h dose max 8cp

• **BUPRÉNOPHINE** PO: 0,2mg 1 a2 glossettes/6-8 h

IM / SC :0,3 mg/8 h



réduire la dose 1/2 chez le sujet âgé

- **EI** : Nausées, vomissements
Rétention urinaire
Constipation
Prurit
Dépression respiratoire

Association systématique laxatif, antiémétique au traitement morphinique

- **CI** : Insuffisances respiratoires décompensées
Insuffisance hépatique et rénale majeure
Femme enceinte ou allaitante

LI:transmuqueux, sublingual, gingival: 1 prise /2h
spray nasal /1h

• **Hydromorphone** LP une prise /12h

- Si EIND non contrôlés (**intolérance**)
- Si douleurs mal contrôlées (**résistance**)
 - Changer de molécule = **ROTATION DES OPIOÏDES**
 - Changer de galénique = IV, SC, Transdermique

Douleur neuropathique

DN4 \geq 4 (interrogatoire et examen clinique)

DN4 \geq 3 pour l'interrogatoire

ANTIÉPILEPTIQUES:

Prégabaline (lyrica)

Carbamazepine (tegretol)

Clonazepam (rivotril)

Gabapentine (neurontin)

ANTIDÉPRESSEURS:

Clomipramine (Anafranil)

Amitriptyline (Laroxyl)

Imipramine (tofranil)

ANTIDÉPRESSEURS MIXTES:

Duloxetine (cymbalta)

Venlafaxine (effexor)

- Augmentation progressive des doses, et réévaluation tous les 15 jours /mois
- L'efficacité du traitement est souvent retardée doit se faire sur plusieurs mois
- Commencer par une monothérapie orale
- Si inefficacité substitution ou association de deux classes thérapeutiques

Autres moyens

Antalgie Interventionnelle

Techniques

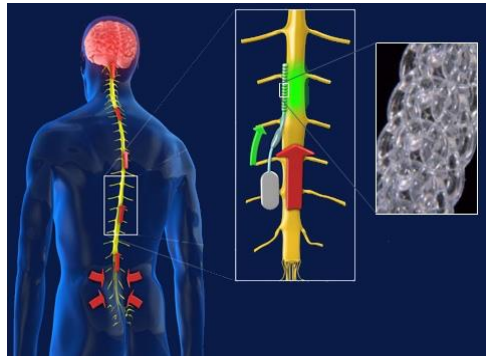


- Pérимédullaire
 - Pérідurale
 - Intrathécale
- Blocs nerveux
- Neuromodulation
- Chirurgie

Stabilisation, décompression
Neurochirurgie...

- Radiologie
 - Alcoolisation
 - Radiofréquence
 - Cimentoplastie
 - Cryothérapie

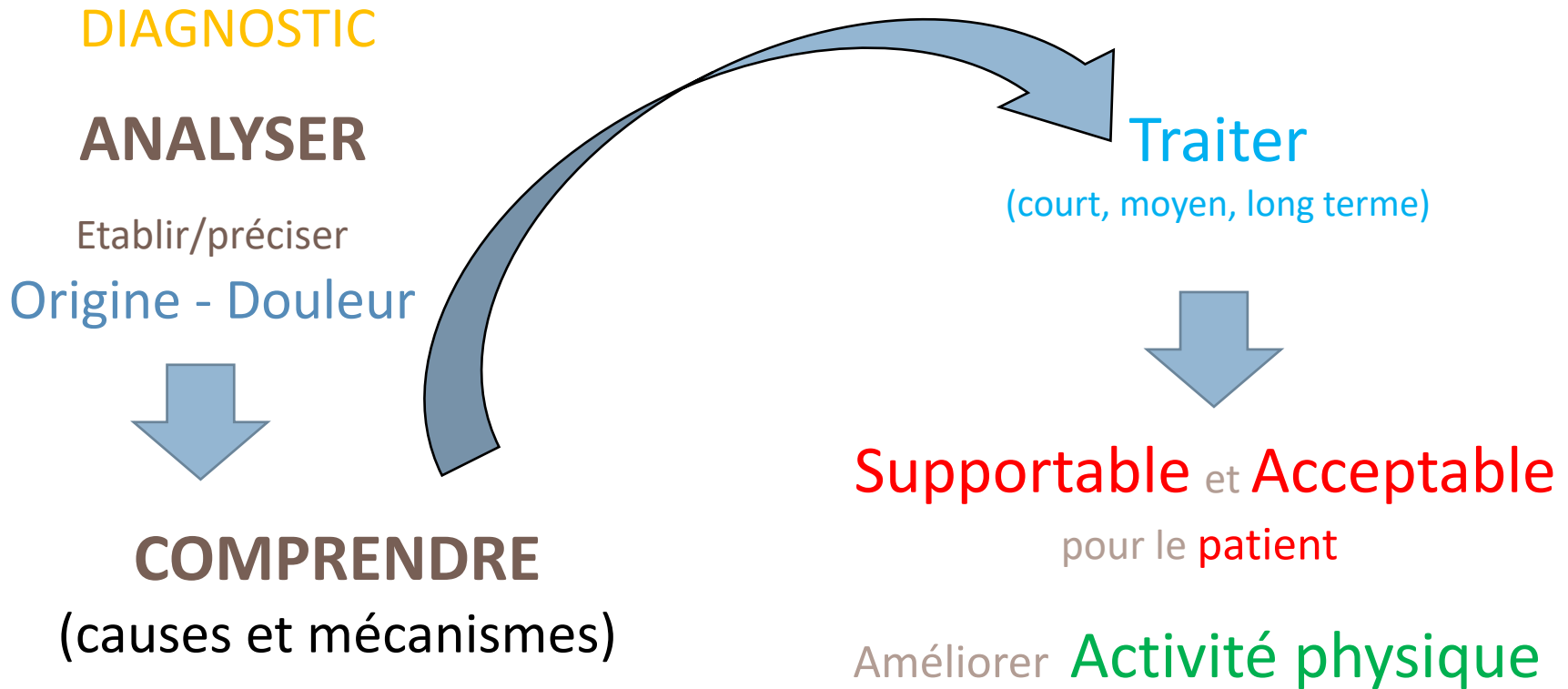
- Radiothérapie
 - Métabolique
 - Ciblées
 - Proton..



Traitements non médicamenteux

- kinésithérapie
- Ergothérapie
- Psychothérapie de soutien
- Physiothérapie
- Acupuncture...
- voire l'effet placebo
- Hypnose.....

La douleur est complexe !



Qualité de vie



AAAAHHH! AAH/AHAHA!!

ON POURRAIT PAS LI DONNER UN ANTALGIQUE?

NON... IL DOIT SOUFFRIR POUR EFFACER LE PÉCHÉ ORIGINAL!

Jé/er