

Traitements de la DOULEUR

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.

- 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

DEFINITION

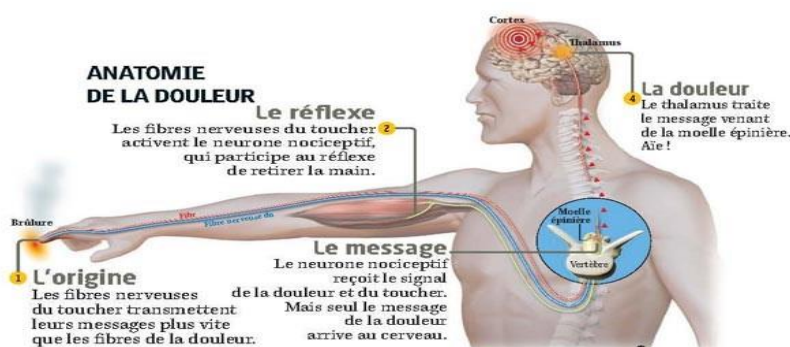
« **une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion** »

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.

- 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

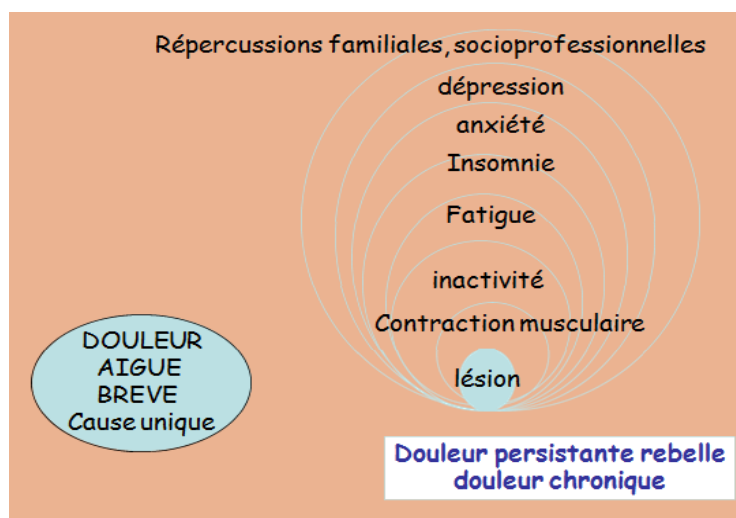
Douleur chronique syndrome Douleur + Angoisse + Dépression Sensation d'échec ressentie par le malade

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.



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 * Type de brûlures, d'éclairs ou de décharge électrique

*Toujours associées à une lésion du système nerveux périphérique ou central. La topographie de la douleur sera systématisée selon la localisation de cette lésion

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

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

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

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
- 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

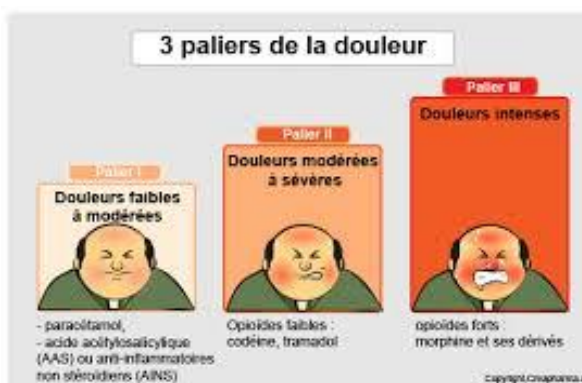
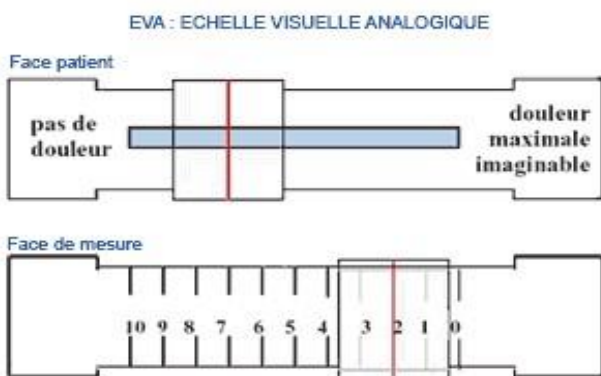
Exp: Saint-Antoine, MADRS, HAD, Hamilton, en psychiatrie, échelles de qualité de vie (SF-36...)

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)**



➤ **L'échelle verbale**

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



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 ± adjuvant
- Opioïdes pour douleur faible à modérée ± non-opioïdes ± adjuvants
- Opioïdes pour douleur modérée à forte ± non-opioïdes ± adjuvants

Classification intégrant les mécanismes physiopathologiques

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

> 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

Anti-inflammatoires

Opiïdes

Antidépresseurs

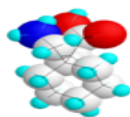
Antiépileptiques

- > 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?

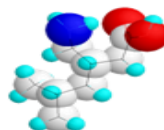
Carbamazépine



Gabapentine

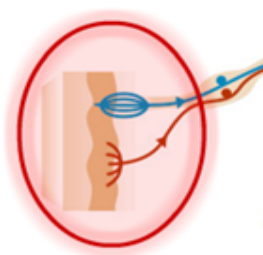


Prégabaline



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 TRP 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 à des heures fixes
- Prévoir des inter doses pour les accès douloureux
- Réévaluer régulièrement l'efficacité et la tolérance du traitement
- 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

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

*Si EIND non contrôlés (**intolérance**)

*Si douleurs mal contrôlées (**résistance**)

- Changer de molécule = **ROTATION DES OPIOÏDES**
- Changer de galénique = IV, SC, Transdermique

Autres moyens

Antalgie Interventionnelle

Techniques

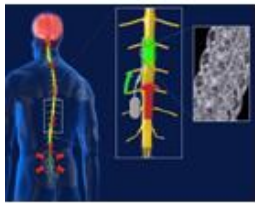


- Pérимédullaire
- Péridurale
- Intrathécale
- Blocs nerveux
- Neuromodulation
- Chirurgie



Stabilisation, décompression
Neurochirurgie...

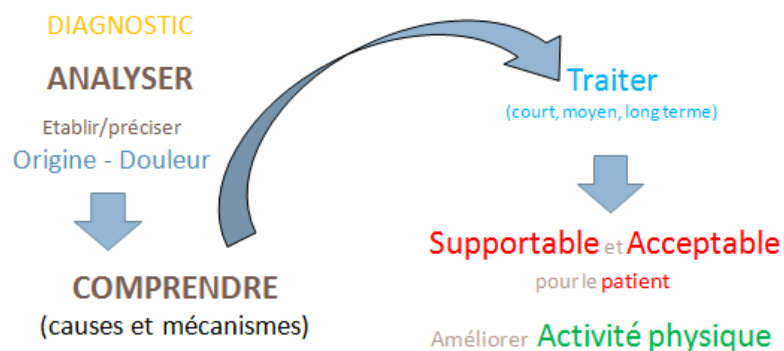
- Radiologie
- Alcoolisation
- Radiofréquence
- Cimentoplastie
- Cryothérapie
- Radiothérapie
- Métabolique
- Ciblées
- Proton..



Traitements non médicamenteux

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

La douleur est complexe !



Qualité de vie