

Journée SSMG

par le Dr Olivier Vanduille • Médecin généraliste • 7500 Tournai

Grande journée SSMG: La douleur

Tournai, 16 Avril 2005

Le modèle biosocial de la douleur

Une approche biopsychosociale s'impose en toile de fond pour la prévention et le traitement de la douleur chronique. Le modèle biomédical classique, guidé par la correspondance entre plaintes et données objectives ne suffit pas. Il existe entre douleur et lésion, une relation fluctuante et floue: il existe ainsi des lésions sans douleur (insensibilité congénitale, lèpre, ...), des douleurs sans lésion (automutilation chez des enfants). Des stimulations non-nocives peuvent produire la douleur (phénomène d'allodynie) et des processus psychologiques peuvent moduler la douleur. Selon l'IASP⁽¹⁾, «la douleur se définit comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion.». Dans le modèle biopsychosocial, l'expérience sensorielle est englobée dans l'aspect affectif (aversion, anxiété, dépression), qui est lui même englobé dans la sphère cognitive (représentations, apprentissage, mémorisation). Ce n'est pas la durée qui permet de distinguer la douleur aiguë de la douleur chronique mais bien plus important, l'incapacité du corps à restaurer ses fonctions physiologiques à un niveau normal d'homéostasie (Loëser et Melzack, 1999). La dérégulation des mécanismes homéostatiques voit notamment s'installer une relation inadaptée entre composantes biologiques et comportementales, et un état de déconditionnement physique. D'où le rôle indispensable d'une intervention de type cognitivo-comportementale et le rôle essentiel de la rééducation fonctionnelle.

D'après l'exposé du Pr Léon PLAGHKE, UCL Service de Médecine Physique et réadaptation, Centre de la douleur, Clin. Univ. St Luc, Bruxelles.

Le traitement ambulatoire de la douleur chez l'enfant

Le développement de la chirurgie ambulatoire déplace le coût social de la douleur post-op et de sa responsabilité vers la famille ou des soignants du domicile. L'évaluation de la douleur et l'administration des thérapeutiques seront sous la responsabilité des parents (gardiens). L'évaluation de la douleur de l'enfant par les parents sera influencée négativement par la subjectivité, les convictions, l'éducation, le contexte émotionnel ce qui se reflétera sur la décision de traiter et son degré. On peut concevoir des échelles pour les enfants, les parents et le MG. L'auto-évaluation pose elle aussi de nombreux problèmes.

Le traitement médicamenteux doit débiter par les médicaments les plus puissantes pour passer ensuite aux moins antalgiques (échelle OMS à l'envers). On peut proposer un schéma de base avec un traitement systématique et un antalgique de secours. Un schéma peut être ibuprofène 8-10mg/kg 3 x/J, avec prise de paracétamol en cas de douleur entre deux prises, et codéine ou tilidine en cas d'échec. L'arrêt se fait à 48h du postop, avec prise d'ibuprofène à la demande.

Le médecin aura toujours à l'esprit les posologies et les effets secondaires des molécules utilisées; notamment en ce qui concerne les effets toxiques ou additifs, tels ceux des AINS (effet antiagrégant plaquettaire, exacerbation d'un asthme, suppression de l'effet vasodilatateur des PG rénales dangereux dans les hypovolémies et avant six mois, ...). La codéine est le palier 2 le mieux étudié chez l'enfant, mais aucune forme n'est disponible en Belgique (sirop Codenfant® en France). Le tramadol a démontré une efficacité sur les douleurs viscérales, la dose empirique est de 2-3 mg/kg puis 1 mg/kg/6h. Le Valtran®

s'utilise à hauteur d'1gtte/année d'âge répétée 3 à 4x/j (1goutte avant 6 mois). La morphine s'indique dans les douleurs importantes quel que soit le diagnostic.

D'après l'exposé du Pr Francis VEYCKMANS, UCL Service d'anesthésiologie, centre de lutte contre la douleur, Clin. Univ. St Luc, Bruxelles.

Interactions médicamenteuses et douleur

La non-réponse ou la réponse partielle à un traitement antalgique entraîne souvent une prescription complémentaire d'antalgiques sans suppression des traitements prescrits antérieurement. Opiacés ou non-opiacés, antiépileptiques ou antidépresseurs sont régulièrement associés. La polymédication augmente le risque d'interaction médicamenteuse entre les différents antalgiques. Il est parfois utile devant des complications ou l'inefficacité de certains produits de se rappeler certains mécanismes de pharmacologie ou pharmacodynamie.

Sans oublier que les conditionnements eux-mêmes sont à l'origine de nombreuses intoxications (par exemple avec le tramadol: confusion avec flacon de vitamines, confusion entre le nombre de gouttes et le nombre de pression). De nombreux exemples nous incitent à nous replonger dans les tableaux des inhibiteurs/inducteurs des cytochromes P450, des Glycoprotéines G et autres récepteurs connus.

Les tables d'interaction sont mises à jour sur le site www.pharmacoclin.org

D'après l'exposé du Dr Bernard LE POLAIN DE WAROUX, service d'anesthésiologie, centre de lutte contre la douleur, Clin. Univ. St Luc, Bruxelles.

Rotation des opioïdes

Le switch peut s'indiquer en cas de toxicité (accumulation des métabolites

(a) IASP International Association for the Study of Pain (909 NE 43rd St., Suite 306 Seattle, WA 98105-6020, USA)
Email: iaspdesk@iasp-pain.org
<http://www.iasp-pain.org> and www.painbooks.org

toxiques), d'accoutumance rapide ou de syndromes douloureux non contrôlés. Les rotations peuvent s'effectuer entre la morphine, orale ou sous-cutanée, le Durogésic®, l'hydromorphone et la méthadone.

La méthadone trouve sa place dans les douleurs réfractaires en particulier celles d'origine neuropathique (hyperalgie et allodynie), et dans les intolérances à la morphine. D'une biodisponibilité orale élevée, sans métabolite actif, elle présente un risque d'accumulation (1/2 vie de 10 à 75h).

Par voie orale, la plupart des auteurs sont d'accord pour débiter par 1/10 de la dose de morphine. Il est possible de l'administrer en 2 ou 3 prises quotidiennes.

Un protocole utilisé préconise au temps O: 1/10 de la dose de morphine sans dépasser 30mg. Au temps 12h: on administre en 2 prises.

L'entredose est égale à 1/8 de la dose de charge; les entredoses sont à espacer de 3h. Durant 5 jours, on maintient la prise en 2 fois. Au jour 6: on calcule la quantité totale administrée au cours des 48 dernières heures (doses de base + entre doses), on fait la moyenne et on administre en 2 prises journalières.

Le chlorhydrate d'hydromorphone est un agoniste sélectif des récepteurs morphiniques μ . Ses effets pharmacologiques ne diffèrent pas de ceux de la morphine, et sa durée d'action est de 12h (2 prises par jour). Elle convient dans les rares cas d'intolérance à la morphine (cauchemars et hallucinations dans 1% des cas).

La Naloxone®, antagoniste des récepteurs μ , δ , κ et σ a une efficacité identique par voie IV, IM ou SC. Il faut

l'administrer si la dose de morphine est par erreur supérieure à deux fois la dose usuelle ou si la fréquence respiratoire est inférieure à 8/min. En se basant sur la fréquence respiratoire, on commence à injecter en SC 0,25 ml soit 1 mg de Narcan® (amp de 1 ml à 0,4 mg); sans effet observé au bout de 5 min, on réinjecte 0,5 ml, et toujours en l'absence d'effet, on réinjecte 0,3 mg après 5 min pour finir à injecter 1 ml au maximum.

D'après l'exposé du Dr Michel STROOBANT, Services des soins palliatifs, Clinique des 2 Alice, Clin. Ste Elisabeth, Bruxelles.

Neuropathie et pied diabétique

Le traitement des neuropathies diabétiques est toujours difficile, c'est pourquoi on insiste beaucoup sur la prévention tant métabolique que celle du pied diabétique. L'étude DCCT^(b) pour le diabète de type 1 et l'étude UKPDS^(c) pour le diabète de type 2 ont clairement démontré qu'un équilibre correct du diabète (HbA1c < 7%) contribue à réduire

(b) D.C.C.T. («Diabetes Control and Complications Trial Research Group») est une étude menée aux USA, de 83 à 93, dans le but de répondre à une question simple: un contrôle glycémique le plus proche possible de la normale peut-il empêcher ou retarder la survenue des complications liées au diabète?

(c) U.K.P.D.S. («United Kingdom Prospective Diabetes Study») menée en Angleterre, en Écosse et en Irlande, de 77 à 97, dans le but de répondre à trois questions:

- Le bon contrôle glycémique permet-il de diminuer les complications micro et macro-vasculaires chez les diabétiques de type 2?
- Quels sont les avantages et les inconvénients des différents agents hypoglycémisants?
- Le contrôle de la pression artérielle permet-il de diminuer les complications micro et macrovasculaires?

sensiblement le risque de neuropathie. Lorsqu'elle est présente, la neuropathie douloureuse peut être parfois améliorée par la prescription d'antalgiques (paracétamol, tramadol), d'anti-inflammatoires et d'antidépresseurs comme l'amitriptyline. Parmi les antiépileptiques, il convient de citer la gabapentine (Neurontin®), dont l'efficacité est clairement démontrée dans cette indication. On attend beaucoup d'une molécule sœur qui a été récemment enregistrée en Belgique, la prégabaline (Lyrica®), dont les essais cliniques prédisent une efficacité supérieure à celle obtenue avec la gabapentine. Finalement, la capsaïcine administrée sous forme de crème peut être utilisée plusieurs fois par jour contre les dysesthésies. Elle agit en diminuant les concentrations tissulaires de substance P. Son efficacité, quand elle existe, est malheureusement souvent transitoire à cause de phénomènes d'accoutumance.

Tous les traitements décrits sont purement symptomatiques. Aucun traitement à visée physiopathologique (inhibiteurs de l'aldose réductase, aminoguanidine, L-acétyl carnitine, anti-oxydants) n'a réellement convaincu jusqu'à présent. Soulignons une fois encore l'importance de distinguer douleur et insensibilité. Ainsi, même si l'arsenal thérapeutique permet aujourd'hui de soulager nos patients des affres de la douleur, son atténuation ou sa disparition ne doit pas nous faire oublier de toujours les examiner puisque les traitements anti-douleurs, aussi puissants soient-ils, ne les immunisent pas de la survenue d'un mal perforant.

D'après l'exposé du Pr Ides COLIN, Service d'endocrinologie, CHR Clinique St Joseph, Mons