



# Généralités sur la Douleur

**Dr Alain Serrie**

*Hopital Lariboisière – Paris - France*

**Dr Jacqueline Ze Minkande**

*Hopital Gyneco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé - Cameroun*

Les opinions exprimées dans cette formation sont celles des membres du Club, elles ne reflètent pas nécessairement celles de sanofi-aventis. Avant de prescrire un produit, reportez-vous toujours à l'information de prescription disponible dans votre pays.

sanofi-aventis



pain club douleur

## Test

1. Définir la douleur
2. Définir en les différenciant les douleurs aiguë et chronique
3. Quelles sont les composantes de la douleur ?
4. Quelles sont les deux principales voies impliquées dans la transmission de la douleur ?
5. Décrire brièvement un mécanisme de contrôle de la douleur
6. Citer 3 types de douleur
7. Définir l'analgésie
8. Quelles sont les conséquences cardiovasculaires et respiratoires de la douleur ?
9. Citer trois méthodes d'évaluation de la douleur
10. Quels sont les paliers d'antalgiques définis par l'OMS (donner un exemple pour chaque palier); Intérêt de l'association d'antalgiques?

2

sanofi aventis

Autotest

Il s'agit du pré-test :

- Annoncer que ce pré-test est anonyme, qu'il sert à une autoévaluation de ses connaissances
- Le post-test permettra de comparer les connaissances acquises au cours de la formation en le comparant au pré-test.



pain club douleur

## Objectifs

1. Définir la douleur.
2. Citer les 4 composantes de la douleur
3. Reconnaître le caractère aigu ou chronique de la douleur.
4. Décrire succinctement les voies de la douleur .
5. Enumérer 3 mécanismes de la douleur
6. Définir l'analgésie
7. Connaître les principaux médicaments des 3 paliers de l'OMS et leurs indications.
8. Prescrire et surveiller un traitement à base de morphine.

3

sansoni oventis

Bien définir les objectifs qui sont au nombre de 8 et qui devront être considérés comme acquis après la formation.



pain club douleur

# Sommaire

1. Cas clinique
2. Introduction
3. Définition de la douleur
  - Aiguë et Chronique
  - Mécanisme
  - Gate Control
4. Prise en charge
  - Sémiologie
  - Evaluation
  - Traitement
5. Conclusion

4

sansoni oventis

-Expliquer le sommaire de façon à ce que les participants puissent se retrouver dans le contenu de la formation et dans son déroulé.

-Préciser que le cas clinique introductif sert à argumenter le contenu pédagogique et à avoir plus présents en mémoire les différents mécanismes de la douleur.



pain club douleur

## 1. Cas Clinique :

Madame S - 41 ans, 60 Kg, 160 cm

**Motif de consultation : le 15 février**

- **Sciatalgie droite permanente depuis 1 mois : face externe et face postérieure de la cuisse droite**
  - Apparues 48 heures après un déménagement : paresthésies, sensation de pincement et d'arrachement dans le mollet avec parfois décharges électriques
    - Intensité varie de 30 mm à 60 mm sur l'EVA
    - mal soulagées par 1 cp de paracétamol (500 mg) + codéine (30 mg)
- **Dossier médical : Il y a 18 mois : sarcome du corps utérin s'étendant jusqu'au 1/3 distal du paramètre droit traité par chirurgie, radiothérapie et curiethérapie vaginale**
- **Examen clinique : neurologique normal, Touchers pelviens normaux**

Quel type de douleur l'interrogatoire et l'examen clinique doivent-ils vous évoquer ?

Quel bilan et quel traitement immédiat allez-vous instaurer ?

5

sanofi aventis

- Le type de description est une douleur par excès de nociception, l'examen clinique étant normal.
- En particulier, il n'y a pas de trouble objectif de la sensibilité, ni de déficit moteur.
- Insister sur le trajet radiculaire S1 du côté droit.
- Insister sur les circonstances d'apparition : après un effort, et sur les descriptions de la douleur : paresthésie.
- Bien préciser que les paresthésies sont des sensations anormales non douloureuses à la différence des dysesthésies qui sont pincement et arrachement, avec parfois décharges électriques.
- Préciser que l'intensité de la douleur est réalisée sur une EVA, ce qui permet de réintroduire les échelles d'évaluation.
- Traitement pris de façon anarchique (1 comprimé en cas de douleur).
- Insister également sur les antécédents qui doivent attirer l'attention, et prescrire des explorations complémentaires.



pain club douleur

## 1. Cas Clinique :

Madame S - cancer de l'utérus, 41 ans, 60 Kg, 160 cm

Quel type de douleur l'interrogatoire et l'examen clinique doivent-ils vous évoquer ?  
Quel bilan et quel traitement immédiat allez-vous instaurer ?

- **Les douleurs décrites sont des douleurs mixtes (neuropathiques, excès de nociception)**
- **Hypothèse de douleur par compression discale : à écarter car**
  - permanence de la douleur
  - antécédents récents de cancer
  - composante neurogène d'apparition très précoce
- **Association d'un traitement antalgique-antiépileptique :**
  - optimisation du traitement antalgique de palier II car l'intensité de la douleur est encore modérée
  - antiépileptique destiné à atténuer la composante neurogène

6

sanofi aventis

- Prévoir une évaluation de la douleur dans les 48 h

Dans le cas de Madame S, vous prescrivez :

association paracétamol - codéine 2 cps, toutes les quatre heures systématiquement  
clonazépam 5 gouttes le soir (hors AMM)

quel bilan : Vous prévoyez un scanner abdomino-pelvien

-Préciser que, finalement, ces douleurs ne sont pas uniquement des douleurs par excès de nociception, en raison du caractère permanent de la douleur et de la composante neuropathique d'apparition récente, paresthésie et dysesthésie, même si l'on ne retrouve pas à l'examen clinique de trouble de la sensibilité.

-Préciser également qu'il fallait éliminer un conflit discoradiculaire par hernie discale en raison de l'aspect non mécanique de la douleur (permanence), des antécédents (cancer) et des composantes neuropathiques de cette douleur.



pain club douleur

## 1. Cas Clinique:

Madame S - cancer de l'utérus 41 ans, 60 Kg, 160 cm

### •Consultation du 20 février

**Scanner : rechute ganglionnaire pré sacrée avec atteinte osseuse diagnostiquée**

**Décision : chimiothérapie cytotoxique en hôpital de jour**

**Poursuite du traitement antalgique**

**Douleur diminuée de 50%, EVA à 30 mm**

### •Consultation du 1<sup>er</sup> mars

**Majoration des douleurs avec accès paroxystique**

**Quelles sont les modalités thérapeutiques ?  
Quels sont les effets indésirables à prévenir ?**

7

sanofi aventis

Vous avez demandé un scanner et voici le résultat.

En poursuivant le traitement antalgique, la douleur est diminuée de moitié.

L'EVA est à 3, mais 10 jours plus tard, elle se modifie et augmente en intensité.



pain club douleur

## Cas Clinique :

Madame S - cancer de l'utérus 41 ans, 60 Kg, 160 cm

### Quelles sont les modalités thérapeutiques ?

**Quand une douleur n'est pas suffisamment soulagée par un palier II il faut passer à un antalgique de palier III**

<b>J 0 :</b>	<b>30 mg morphine LP toutes les 12 heures</b> <b>10 mg morphine LI si besoin toutes les 4 h</b> <b>consommation de 24 h : 30 mg x 2 = 60</b> <b>10 mg x 4 = 40</b>	<b>soit 100 mg/24 h</b>
<b>J 1 :</b>	<b>50 mg morphine LP toutes les 12 heures</b> <b>10 mg morphine LI si besoin toutes les 4 h</b> <b>consommation de 24 h : 50 mg x 2 = 100</b> <b>10 mg x 2 = 20</b>	<b>soit 120 mg/24 h</b>
<b>J 2 :</b>	<b>60 mg morphine LP ttes les 12 heures</b> <b>10 mg morphine LI si besoin toutes les 4 h</b>	

8

sanofi aventis

-Les effets secondaires les plus fréquents sont la constipation, les nausées et vomissements.

-*La constipation*, très fréquente ( $\approx 100\%$  des patients) doit être systématiquement prévenue :

-mesures hygiéno-diététiques

-prescription d'un laxatif

-informer le patient pour qu'elle ne soit pas à l'origine de l'arrêt du traitement.

-*Les nausées et vomissements* (1/3 à 2/3 des patients) : transitoires, disparaissent quelques jours après l'instauration du traitement.

Il existe une grande variabilité interindividuelle.

Certains patients sont plus exposés : personnes âgées, patients présentant des troubles métaboliques.

Un traitement antiémétique sera prescrit pendant quelques jours.

-*La somnolence* : Elle survient essentiellement lors de la phase d'instauration du traitement et disparaît en quelques jours. <sup>(1)</sup>

Elle peut survenir initialement chez les patients dont la douleur avait entraîné une dette de sommeil.

La survenue d'effets indésirables ne signifie pas *surdosage*.

Les risques de surdosage sont extrêmement faibles, dès lors que le patient est suivi et la douleur correctement évaluée. Le surdosage est caractérisé par une somnolence croissante.

Cette diapositive a pour but la titration de morphine, en précisant que la forme à libération prolongée se prend pour le traitement de la douleur de fond et que les interdoses représentent 10 % de la consommation de 24 heures de morphine et se prennent pour les pics douloureux, et qu'il convient, selon les recommandations internationales, à la fois de la Société européenne de soins palliatifs, de la Société française d'étude et de traitement de la douleur et de l'IASP, de titrer en quelques jours les besoins d'opioïdes.

Insister sur la constipation et également la signification de la somnolence qui, lorsqu'elle arrive précocement en phase de titration, doit être considérée comme une dette de sommeil, alors que quand elle arrive de façon éloignée, plusieurs mois après la mise en place du traitement, elle doit absolument faire rechercher un trouble métabolique (créatininémie, calcémie), une insuffisance rénale, une potentialisation par une benzodiazépine... une localisation cérébrale... et enfin, en dernière ligne, un surdosage.





pain club douleur

## Cas Clinique :

Madame S - cancer de l'utérus, 41 ans, 60 Kg, 160 cm

J 32 : **300 mg morphine LP ttes les 12 heures**  
**60 mg morphine LI si besoin ttes les 4 h**

EVA 75 mm

## Que faites-vous ?

**Interrogatoire : sa douleur a changé :  
fond douloureux permanent avec  
des fulgurances, des décharges  
électriques.**

**Examen clinique : troubles objectifs de  
la sensibilité sur un trajet radiculaire**

**Ce n'est plus une douleur par  
excès de nociception  
prédominante : c'est une douleur  
mixte.**

**Interrogatoire : la douleur est la même,  
elle n'a pas changé**

**Examen clinique neurologique est  
normale : pas de troubles objectifs  
de la sensibilité.**

**Le patient présente des effets  
secondaires indésirables plus  
importants.**

**C'est toujours une douleur  
par excès de nociception**

9

sanofi aventis

Elle dit « que c'est bizarre car les douleurs existent sur une zone cartonnée, engourdie, dur comme du bois... »

-Cette diapositive a pour but d'orienter soit vers une douleur mixte dans laquelle la part neuropathique est prédominante, soit dans une douleur mixte dans laquelle la part de l'excès de nociception est prédominante.

-Sur la partie gauche de la diapositive, il faut insister sur les composantes neuropathiques retrouvées à l'interrogatoire et l'hypoesthésie, voire l'allodynie sur le trajet S1.

-Dans la partie droite, il faut insister sur l'absence de trouble objectif de la sensibilité et la normalité de l'examen. Il s'agit donc alors d'une douleur par prédominance par excès de nociception.



pain club douleur

## 2. Introduction

- **Prévenir et soulager la douleur = 2 fondements de la médecine**
- **La douleur motive près de 90% des consultations \***
- **Signe d'alarme qui protège l'organisme**
  - **Processus Physiologique**
  - **Fonction d'alarme**
  - **Mécanisme de défense (sauvegarder l'intégrité)**

\* F. Binam. Forum de la douleur, Yaoundé; 2003

10

sansari oventis



### 3. Définition de la douleur

**International Association for the Study of Pain  
IASP**

*« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire présente ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion »*

11

somali oventis

Préciser que cette définition est consensuelle et qu'elle permet d'intégrer les notions de :

- douleur aiguë,
- douleur chronique,
- douleur organique,
- douleur psychogène,
- douleur existant à distance de la cause qui peut être éradiquée ou guérie,
- douleur expérimentale.



pain club douleur

## Douleur aiguë – douleur chronique

	Aiguë (douleur symptôme)	Chronique (douleur maladie)
	Signal d'alarme, utile, protectrice, oriente le diagnostic	Inutile, détruit physiquement, psychologiquement et socialement
Aspect évolutif	Douleur transitoire	Douleur permanente, récurrente ou répétitive
Mécanisme générateur	Unifactoriel	Plurifactoriel
Réactions végétatives	Réactionnelle (tachycardie, polypnée, mydriase, sueurs)	Entretien (cercle vicieux)
Retentissement psychologique	Anxiété	Dépression
Objectif thérapeutique	Curatif	Pluridimensionnel (somato-psycho-social)

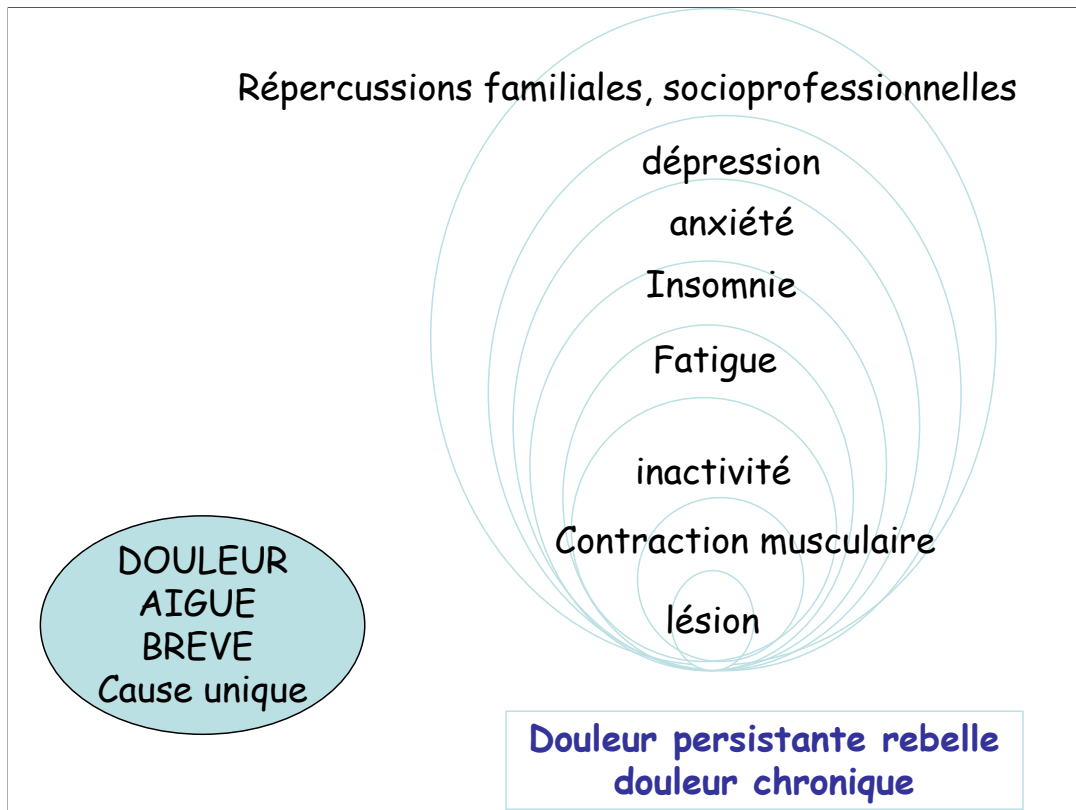
Douleur aiguë : récente, transitoire, évolution brève et souvent de forte intensité, **durée inférieure à 3 mois**, signal d'alarme, majorité des cas conduit à : excès de nociception, dysfonctionnement système nerveux

Préciser que la douleur aiguë (douleur symptôme) :

- signale une agression ou un dysfonctionnement,
- qu'une fois qu'elle a joué son rôle de signal d'alarme, elle ne sert à rien et l'on doit la traiter,
- et que les douleurs aiguës non traitées font le lit de la chronicisation de la douleur.

La douleur aiguë est facile à traiter et il existe de nombreuses recommandations et protocoles de prise en charge.

La douleur chronique, ou douleur maladie, cesse d'avoir un rôle physiologique et demande une prise en charge pluridisciplinaire, en tenant compte des répercussions sociales, psychologiques...



Douleur chronique: durée >6mois

altérations comportements ⇒maladie perturbant radicalement la façon d'être

Insister sur la cause unique de la douleur aiguë et les différentes conséquences et répercussions qui s'enchevêtrent les unes dans les autres comme une poupée russe, donnant à la douleur chronique des expressions cliniques extrêmement différentes.

Chaque répercussion est une pièce d'un puzzle qui peut avoir une taille différente, ce qui donne à l'ensemble du puzzle, une fois les pièces réunies, une expression clinique très différente en fonction de l'importance de chacune des répercussions.

Il faut insister sur la difficulté d'évaluer chacune de ces répercussions et d'en tenir compte pour fixer un programme de soins et thérapeutiques avec des objectifs crédibles, individualisés au cas par cas, patient par patient.

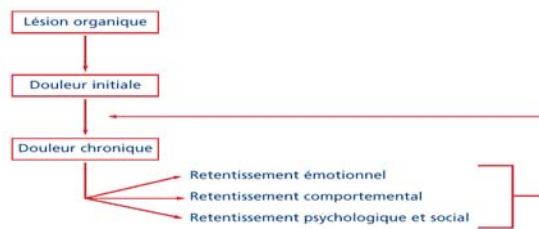


pain club douleur

## Les composantes fondamentales

- sensori-discriminative : « **Souffrir dans sa chair** »
- affectivo-émotionnelle : « **Souffrir avec son cœur** »
- cognitive : « **Souffrir avec sa tête** »
- comportementale : « **Souffrir avec ses gestes** »

### LE CERCLE VICIEUX DE LA DOULEUR CHRONIQUE



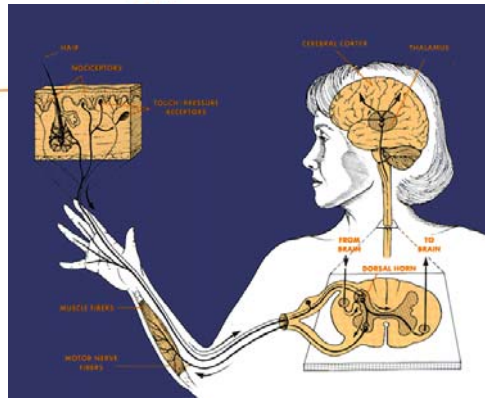
ANAES : Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Février 99

14

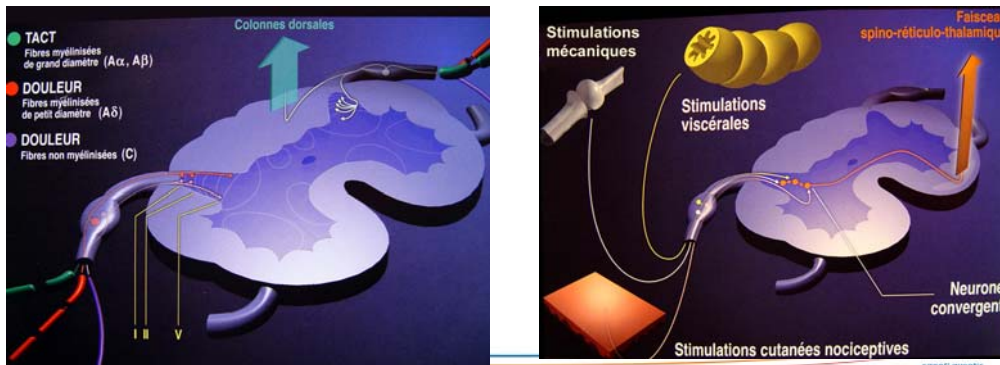
sansoni oventis

Décrire les différentes composantes et préciser que, là encore, une douleur aiguë non traitée peut se chroniciser et devient difficile à prendre en charge.

# Mécanismes



Col. Alain Serrie



## Diapositive du haut :

rappeler que le système nerveux comprend trois neurones :

- l'un du bout du doigt jusqu'à la corne dorsale de la moelle,
- le deuxième de la corne dorsale au thalamus, en passant par le cordon antérolatéral (faisceau spinothalamique)
- et le troisième du thalamus au cortex.

## Diapositive du bas à gauche :

Bien décrire que plusieurs sensations convergent vers le neurone de la corne dorsale, d'où son nom de neurone convergent, à partir des sensations véhiculées par les récepteurs.

- 2 types de nocicepteurs situés sur la peau : les mécanorécepteurs Aδ et les nocicepteurs polymodaux C

- Les fibres A δ myélinisées transportent les messages nociceptifs induits des tissus profonds à partir des stimulations mécaniques.
- Les fibres C, faiblement myélinisées ou amyéliniques, réagissent aux stimulations mécaniques, chimiques et thermiques, donc douloureuses.

## Pas de cellule réceptrice spécialisée

- Messages générés au niveau des terminaisons libres des fibres sensibles Aδ et C
- Mécanismes de transduction multiples et adaptables en fonction du type et la durée de la stimulation

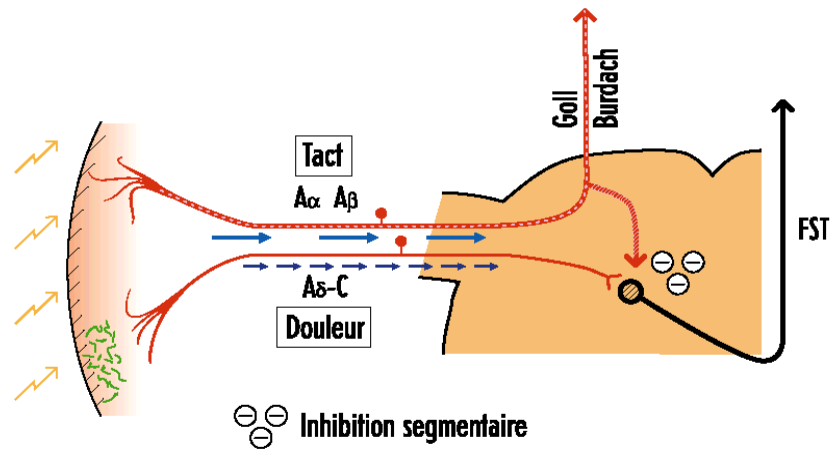
→ Majorité de fibres C de type polymodal (stimulations thermique, mécanique chimique et électrique).

## Diapo du bas à droite :

Sur ce neurone convergent, convergent des stimulations qui viennent de différents endroits du corps : viscères, articulations, stimulation cutanée, ce qui permet d'expliquer les douleurs rapportées ou les douleurs projetées.

# Mécanismes

## Inhibition segmentaire (corne postérieure de la moelle)



Col. Alain Serrie

- Décrire qu'une stimulation périphérique va entraîner plusieurs informations au niveau du neurone convergent.
  - La douleur sera véhiculée par les petites fibres A $\delta$  et C (petites flèches).
  - L'information sera conduite à vitesse lente.
  - L'information d'étape du tact sera conduite par les fibres A $\delta$  et A $\beta$  (grosses flèches) et sera conduite à vitesse rapide.
  - Il s'agit d'un phénomène de câblage : plus le câble est gros, plus l'information passe en grand nombre et à grande vitesse.
  - Les deux informations convergent vers le neurone convergent.
  - En arrivant avant l'information douloureuse, l'information du tact va avoir un rôle inhibiteur sur le neurone convergent et fermer la porte à la douleur.
  - Il s'agit de la théorie de la porte de Patrick Walk et Ronald Melzack.
- Préciser plusieurs conséquences de cette inhibition segmentaire :
  - 1) Ceci permet d'expliquer l'efficacité thérapeutique de certaines méthodes qui viennent renforcer le circuit inhibiteur (massage, kinésithérapie, acupuncture, neurostimulation externe, mésothérapie...)
    - Prendre l'exemple de la brûlure : lorsqu'il y a une brûlure, on frotte de façon réflexe la zone qui vient d'être agressée, de façon à stimuler les grosses fibres et fermer la porte à la douleur au niveau du neurone de la corne postérieure.
  - 2) Expliquer plusieurs types de douleurs neuropathiques en prenant l'exemple de maladies infectieuses(zona) qui détruisent les grosses fibres et qui viennent diminuer l'inhibition.
    - En prenant l'exemple de l'avulsion plexique (accident de la voie publique à moto) où la racine postérieure et antérieure de la moelle est arrachée, le neurone convergent n'ayant plus de contrôle segmentaire, se met à avoir une activité épileptiforme.
  - 3) Prendre l'exemple de l'amputation. Le membre n'existant plus, le neurone convergent n'est plus inhibé par les informations afférentes venant de la périphérie. Le neurone a une activité épileptiforme et transmet l'information par le thalamus au niveau du cortex où existe la représentation du membre amputé (homunculus de Penfield ; le schéma corporel) : le patient ressent une douleur dans le membre qui n'existe plus.



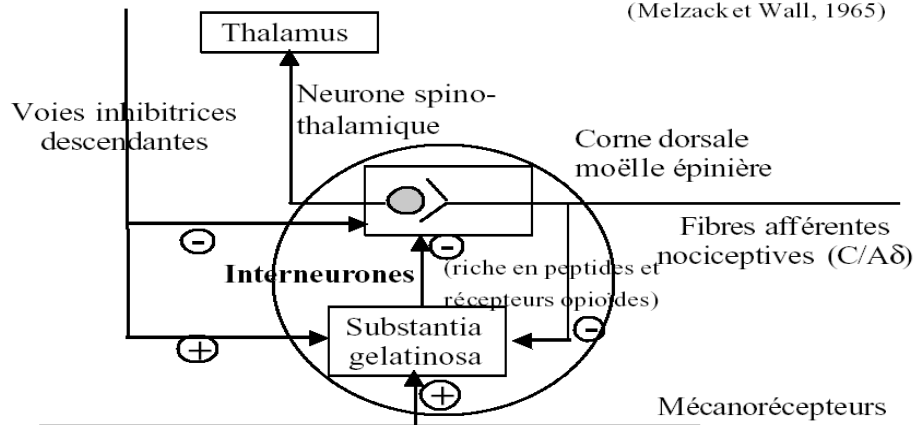


pain club douleur

## Gate control

Le «gate control» : régulation du passage influx de périph. à thalamus : modulation spinale et supra

(Melzack et Wall, 1965)



F. Gouin, Anesthésie et douleur in Précis d'anesthésie, 198122-9  
Ben Amar, Troisième congrès panafricain d'anesthésiologie; 2005

(AB)

17

sanari events

À l'étage médullaire: **Gate control** (porte) de **Walk et Melzack**: les stimuli faibles excitent les grosses fibres fortement myélinisées ⇒ porte fermée pas de message douloureux. Les stimuli forts excitent les fibres de petite calibre : porte ouverte.

Les stimulations faibles favorisent aussi la libération des endorphines qui inhibent la douleur à l'étage central de l'influx par les fibres descendant provenant du bulbe médiateur (noradrénergiques et sérotoninergiques)



pain club douleur

## 4. Prise en Charge

### 1<sup>e</sup> étape : étiologique

- **Affirmer le caractère aigu ou chronique**
- **Confirmer le mécanisme physio-pathologique :**
  - douleur par excès de nociception
  - douleur par désafférentation
  - douleur mixtes
  - douleur psychogènes

18

sanofi aventis

La prise en charge d'une douleur chronique se fait en plusieurs étapes.

La première étape est étiologique.



pain club douleur

## Terminologie des désordres

<b>Allodynie</b>	<b>Douleur provoquée par une stimulation non nociceptive (habituellement non douloureuse)</b>
<b>Analgésie</b>	<b>Absence de douleur en réponse à une stimulation nociceptive</b>
Anesthésie douloureuse	Douleur ressentie dans une région privée d'autres sensations somesthésiques
Dysesthésie	Sensations anormales désagréables, sans rapport avec la qualité du stimulus
Hyperalgésie	Accroissement de la sensibilité aux stimulations nociceptives
Hyperesthésie	Accroissement excessif de la sensibilité
Hyperpathie	Réaction excessive et sensation à retardement faisant suite à un stimulus (en particulier s'il est répétitif)
Hypoalgésie	Diminution de la sensibilité à une stimulation nociceptive
Hypoesthésie	Diminution de la sensibilité à toute stimulation somatique
Névralgie	Douleur souvent fulgurante dans le trajet d'un nerf
Paresthésie	Sensation anormale, non douloureuse, spontanée ou provoquée

sansoi cventis

Bien préciser que l'examen clinique se fait avec des outils simples et de façon comparative bilatérale.

Un pinceau, un coton et un trombone suffisent, de façon à pouvoir affirmer l'hypoesthésie, l'allodynie, l'hyperesthésie.

Simplifier la définition entre dysesthésie et paresthésie qui est en général mal intégrée, en précisant que les paresthésies sont des sensations anormales non douloureuses, mais qu'elles peuvent augmenter en intensité et devenir des dysesthésies qui deviennent douloureuses :

-D comme douleur, D comme dysesthésie : moyen mnémotechnique.

Insister sur la définition de l'allodynie.



pain club douleur

## Douleur neuropathique / Douleur nociceptive

	<b>Douleur par excès de nociception</b>	<b>Douleur neuropathique</b>
<b>Physiopathologie</b>	<b>Excès de stimulation des nocicepteurs, somatique, viscéral</b>	<b>Lésion nerveuse périphérique ou central Dysfonctionnement du SN</b>
<b>Caractères sémiologiques</b>	<b>Très variées Continues, intermittentes Mécanique, inflammatoire</b>	<b>Continue Paroxystique Provoquée, spontanée</b>
<b>Topographie</b>	<b>Non neurologique Régionale</b>	<b>Neurologique</b>
<b>Examen neurologique</b>	<b>Normal</b>	<b>Anormal (hypoesthésie, anesthésie, allodynie)</b>

20

spinali oventis

Préciser d'emblée que ce sont l'interrogation et l'examen clinique qui permettent de faire le diagnostic du mécanisme et que celui-ci est important, car la traduction thérapeutique sera, pour les douleurs par excès de nociception du point de vue médicamenteux, les 3 niveaux de l'OMS, et pour les douleurs neuropathiques, les antidépresseurs, les antiépileptiques et les méthodes non médicamenteuses.

Simplifier cette diapositive en précisant que, dans les douleurs par excès de nociception, il n'y a pas de dysfonctionnement ou d'atteinte du système nerveux, raison pour laquelle le territoire est régional ou ostéoarticulaire ou vasculaire et que l'examen neurologique est normal.

Préciser que, dans les douleurs neuropathiques, il y a obligatoirement une lésion nerveuse qui est matérialisée par un fond douloureux permanent continu sur lequel peuvent se greffer des paroxysmes ou des fulgurances, qu'elles sont sur un territoire neurologique et que c'est sur ce territoire neurologique que seront trouvés les troubles objectifs de la sensibilité.

## Les douleurs par excès de nociception

= lésion tissulaire sans lésion nerveuse

- Excès de stimulation des « nocicepteurs » d'origine somatique ou viscéral
- Libération de substances algogènes
- Sensibilité normale, inflammation....

Par exemple : traumatisme, brûlure, ischémie...  
envahissement tissulaire d'un cancer

Donner des exemples de lésion par excès de nociception, comme l'infarctus du myocarde, la colique néphrétique, la fracture, la douleur postopératoire, l'envahissement du cancer, la brûlure...



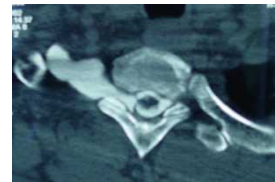
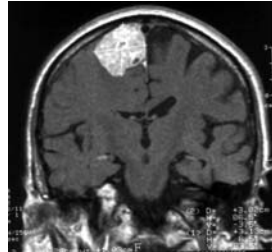
## Les douleurs neuropathiques

= dysfonctionnement du système nerveux

- Par lésion périphérique ou centrale
- Désafférentation sensitive +/- complète
- Fond douloureux permanent + paroxysmes
- Allodynie, hyperpathie

Par exemple :

Arrachement du plexus brachial  
Membre fantôme douloureux  
Arachno-épidurite lombaire  
Herpès-zona  
Lésion médullaire (trauma ou iatrogène)



Images : collection Alain Serrie

22

sonari oventis

Préciser que les douleurs neuropathiques sont une entité qui regroupe un grand nombre de pathologies et d'expressions cliniques très diverses :

-neuropathie périphérique, neuropathie douloureuse post-zostérienne, neuropathie post-diabétique, canal carpien, canal tarsien, cicatrice douloureuse, composante neuropathique d'un syndrome régional douloureux complexe de type II, causalgie,

cause centrale : avulsion plexique, arachno-épidurite post-laminectomie, membre fantôme douloureux, traumatisme médullaire, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaque, syndrome thalamique, névralgie faciale.

Toutes ces causes et pathologies sont très diverses et regroupées sous le même registre, et elles ont également des expressions cliniques très diverses, ce qui permet probablement de dire que nous sommes au début de la compréhension de ces mécanismes, car il y a une grande différence entre la névralgie faciale, le canal carpien, la hernie discale et la sclérose en plaque.

Préciser que les images représentent :

-en haut à gauche : tumeur cérébrale

-en haut à droite : zona

-en bas à droite et à gauche, une avulsion plexique :

- à gauche : opacification des gaines des racines avulsées, sur la partie droite à 2 étages de la moelle
- à droite : opacification des gaines arrachées sur la partie gauche de la diapositive.

Référence des images : collection Alain Serrie.

## Les douleurs d'origine psychogène

- **Douleur « sine materia »**  
**Pas de lésion tissulaire**  
**Pas de lésion nerveuse décelable**
- **Il ne s'agit pas d'un simple diagnostic d'élimination**
- **Il doit être évoqué sur les données de l'examen clinique :**
  - **topographie atypique**
  - **description imagée**
  - **importance des signes d'accompagnement (insomnie, anxiété, asthénie)**
  - **contexte psycho-socio-professionnel**

Il s'agit d'un diagnostic constructif qui n'est pas un simple diagnostic d'élimination.



pain club douleur

## La dichotomie douleur nociceptive et neuropathique

### Une classification toujours utile mais une sur-simplification

- **Tenir compte :**

De la spécificité des syndromes douloureux

Des associations fréquentes des types de douleurs

De la complexité des mécanismes physiopathologiques

24

sanofi aventis

Bien préciser qu'en général les douleurs ne sont pas en rapport avec uniquement un mécanisme par excès de nociception et un mécanisme neuropathique mais qu'il s'agit, dans la plupart des cas, de douleurs mixtes.

Prendre l'exemple de la lombalgie qui est une douleur par excès de nociception, mais qui a dans la plupart des cas, une composante neuropathique.

Prendre l'exemple des neuropathies post-zostériennes.

Les douleurs du zona, pendant les 3 premières semaines, sont des douleurs par inflammation par excès de nociception et doivent être traitées comme telles.

Après 4 semaines, elles changent de mécanisme et deviennent des neuropathies douloureuses post-zostériennes, douleurs neuropathiques par définition.





pain club douleur

## Prise en charge

### 2<sup>e</sup> étape : évaluative

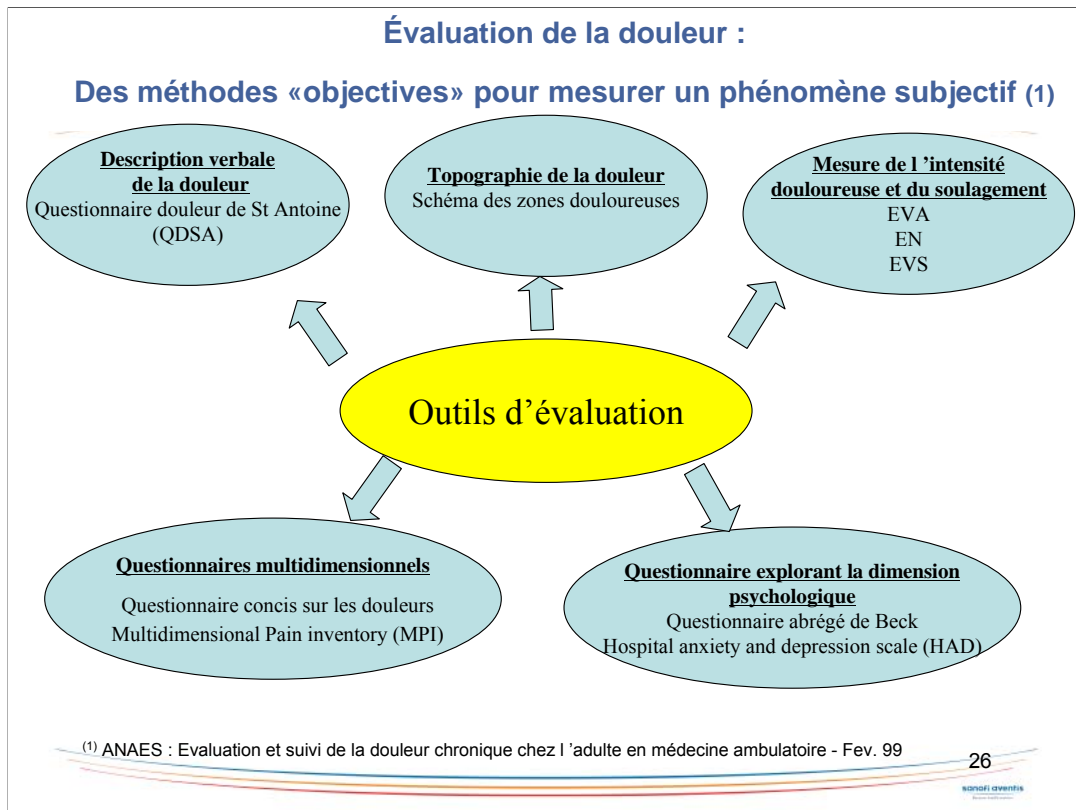
- **Evaluer l'intensité de la douleur : objectifs**
  - Diagnostique : choix du contrôle
  - Mesure du contrôle et des fluctuations
  - Evaluer le résultat thérapeutique
- **Apprécier l'impact sur la qualité de vie**
- **S'assurer :**
  - Des traitements antalgiques antérieurs
  - De l'importance du retentissement psychologique

25

sanofi aventis

La 2<sup>e</sup> étape de la prise en charge est l'évaluation :

évaluer non seulement l'intensité mais également les répercussions sociales, professionnelles et familiales de la vie quotidienne.



Cette diapositive résume l'ensemble des outils d'évaluation mis à disposition.  
 Les plus simples sont : EVA, échelle numérique (EN) et échelle verbale simple (EVS).  
 Les questionnaires multidimensionnels sont plutôt utilisés lors de recherches cliniques.

**EVA**

**EVA**

0	1	2	3	4
absente	faible	modérée	intense	extrêmement intense

**EVS**

Vous trouverez ci-dessous une liste de mots pour décrire une douleur. Pour préciser le type de douleur que vous ressentez habituellement (depuis les 8 derniers jours), répondez en mettant une croix pour la réponse correcte.

	0 absent	1 faible	2 modéré	3 fort	4 extrêmement fort
	rien	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
Élançants					
Pénétrants					
Décharges électriques					
Coups de poignard					
En étau					
Tiraillements					
Brûlure					
Fourmillements					
Lourd					
Épouvantable					
Angoissante					
Obsédante					
Insupportable					
Énervante					
Exaspérante					
Déprimante					

**EN**

Echelle visuelle analogique: segment de droite dont les extrémités représentent l'absence de douleur et la douleur maximale ressentie. Le malade place lui-même le trait ou le curseur à l'endroit qui lui semble le plus adapté à sa douleur  $\Rightarrow$  mesure de l'efficacité thérapeutique avant et après le traitement.

EVA  $\leq 4$ : douleur faible, EVA entre 4 et 6, douleur modérée, EVA  $\geq 7$  : douleur sévère-insupportable.

Ces outils d'évaluation ne concernent pas les âges extrêmes de la vie, le jeune enfant au-dessous de 5 ans et le sujet âgé non communicant ou mauvais communicant, pour lesquels il y a des outils spécifiques.



pain club douleur

## Prise en charge

### 3<sup>e</sup> étape : pharmacologique

- **Objectifs :**

- Réduire la transmission des messages douloureux
- Renforcer / ou diminuer les contrôles inhibiteurs / ou excitateurs

**Traitements médicamenteux**

**Traitements non médicamenteux**

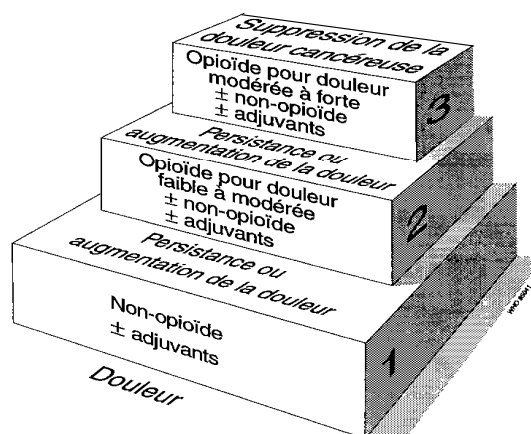
28

sanofi aventis

La 3<sup>e</sup> étape de prise en charge est pharmacologique.

Insister sur le projet thérapeutique qui doit avoir identifié des objectifs crédibles et pour lesquels un traitement mixte médicamenteux/non médicamenteux, dont la prise en charge psychologique, est proposé.

## Paliers d'analgésiques pour le traitement de la douleur cancéreuse



From Cancer Pain Relief: with Guide to opioid availability 2<sup>nd</sup> edition. Geneva : World Health Organization; 1986

29

Préciser :

-que l'OMS a préconisé, au départ, la prescription d'un palier I ; si ceci ne donnait pas de résultat, un palier II ; si ceci ne donnait pas de résultat, un palier III ;

-que désormais l'OMS propose la prescription de l'un des paliers en fonction de l'intensité de la douleur.

Il est donc légitime de prescrire un niveau III d'emblée, si la douleur est une douleur par excès de nociception supérieure à 6 à l'EVA.

Préciser que les niveaux I ont par définition un mécanisme d'action périphérique et classiquement ne franchissent pas la barrière hémato-encéphalique, et que les niveaux II et III franchissent la barrière hémato-encéphalique et ont une action en se couplant sur les récepteurs opioïdes.

Préciser que cette distinction n'a qu'un rôle pédagogique, car il est bien démontré que le paracétamol et les AINS ont une action centrale et que les opioïdes ont une action périphérique.

Insister sur les niveaux III : il n'y a pas que les morphiniques, on devrait dire les opioïdes (morphine, oxycodone, méthadone, hydromorphone, buprénorphine, fentanyl).

## Traitements des douleurs neuropathiques

### Généralités

- Traitements spécifiques des douleurs neuropathiques :
  - Antidépresseurs
  - Antiépileptiques
  - Blocs et techniques de section chirurgicale
  - Techniques de stimulation

L'incapacité des médicaments antalgiques habituels à soulager significativement la plupart des douleurs neuropathiques est à l'origine de déconvenues thérapeutiques, et a soulevé bien des interrogations sur la nature, et même l'authenticité de ces douleurs.

Cette inadéquation médicamenteuse devait conduire à recourir à des molécules de classes pharmacologiques différentes, comme les antidépresseurs, les antiépileptiques et les anti-arythmiques.

L'AFSSAPS (l'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé) a attribué en juillet 2001 une indication "douleurs neuropathiques" à plusieurs traitements utilisés depuis de longue date : la clomipramine, le désipramine et l'imipramine. Ces traitements conservent en outre leur ancienne indication d'algies rebelles.

Par contre, l'amitriptyline n'est indiquée que dans les algies rebelles.

Les indications du traitement neurochirurgical se précisent et leurs résultats sont mieux connus.



pain club douleur

## Prise en charge

### 4<sup>e</sup> étape : prise en charge globale

- Approche pluri-disciplinaire
- Projets de soins / thérapeutiques pluri-modales
- Stratégie thérapeutique hiérarchisée
- Ne pas oublier de prendre en compte les dimensions psychologiques et comportementales



pain club douleur

## En conclusion

### Le concept « pluridimensionnel »

**Toute douleur chronique rebelle a :**

**Une double dimension :**

- **Sensorielle organique**
- **Et psychologique réactionnelle (affective, cognitive, comportementale)**

**Ces 2 composantes sont intriquées à des degrés divers chez un même patient**

**Quels que soient la cause et le mécanisme générateur**

32

sansari oventis

Rappeler :

-qu'il n'y a pas une douleur mais des douleurs.

-qu'il faut toujours croire le patient.

-qu'il n'y a pas de corrélation entre l'intensité de la douleur, la clinique et la radiologie.

-que la prise en charge doit impérativement être globale, avec une prise en charge psychologique.





pain club douleur

# DOULEUR

