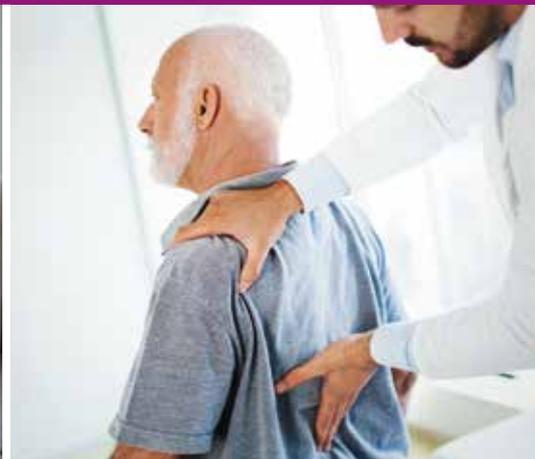


La Douleur

l'essentiel de l'actualité

Réalisée grâce au soutien
institutionnel de :

sanofi



Douleur chronique

Dr Rodrigue Deleens (Rouen et Paris),
Pr Pascale Vergne-Salle (Limoges)

SCIATALGIE ET GROSSESSE

Blin A. *Actual Pharm.* 2024 Jan; 63(632): 57-8

Elle concerne entre 20 et 50% des femmes enceintes, la sciatgie peut poser plusieurs problématiques : l'altération de la qualité de vie de la patiente bien entendu, mais aussi des difficultés thérapeutiques. Elle apparaît souvent à partir de la 18^e semaine d'aménorrhée, peut augmenter progressivement jusqu'à l'accouchement puis régresse en *post-partum*.

Plusieurs mécanismes expliquent son apparition : l'augmentation de la concentration de relaxine, multipliée par dix, impactant le métabolisme du collagène et majorant l'élasticité ligamentaire. Il en résulte une instabilité du bassin pouvant entraîner une inflammation et irritation du nerf sciatique. La progestérone, également plus sécrétée, majore de plus l'effet de la relaxine. Quant aux œstrogènes, leur taux augmentant, ils contribuent au relâchement du tissu conjonctif. De plus, des modifications biodynamiques interviennent : la prise de poids et la perte du tonus de la ceinture abdominale entraînent une hyperlordose, l'augmentation du volume de l'utérus et son antéversion engendrent des contraintes musculosquelettiques.

Ce petit article a été rédigé par une pharmacienne avec une vision peut-être biaisée, orientée sur ce qui est possible d'administrer, car dans la partie traitements médicamenteux, il est cité le paracétamol, qui peut effectivement être pris durant toute la grossesse. Par contre, les opioïdes faibles ou forts sont cités, mais si l'on se réfère aux recommandations en vigueur, nous les éviterons. L'autrice rappelle à juste titre, et il est important de le souligner, la nécessité d'une grande prudence concernant l'utilisation des opioïdes faibles ou forts possibles, mais déconseillés en fin de grossesse du fait du risque de

syndrome de sevrage du nouveau-né. Les AINS quant à eux sont contre-indiqués à partir de la 24^e semaine et évités au premier trimestre. Il reste alors les approches non médicamenteuses, largement conseillées et utilisées par les médecins et sages-femmes : acupuncture, kinésithérapie, ostéopathie, yoga ou encore le port d'une ceinture de grossesse.

Il s'agit ainsi d'un rappel, utile, pour la gestion d'une pathologie très courante. En cas de doute sur la prescription d'une molécule, il est très simple de se référer au site du CRAT.

EN SAVOIR PLUS SUR LES NEUROPATHIES DES PETITES FIBRES

Langlois V, Demas A. *Rev Rhum Ed Fr.* 2024 Jan; 91(1): 99-105

Les neuropathies des petites fibres (NPF) se définissent par une altération isolée des fibres A-delta et C, alors que les neuropathies classiques combinent une atteinte des grosses et petites fibres. Il en découle une sensibilité thermo-algique, ainsi que du système végétatif. Dans leur forme la plus fréquente, longueur dépendante, les extrémités (pieds et mains) sont les premières voire les seules touchées. Les patients décrivent alors des sensations de brûlures, fluctuantes, mal systématisées, nocturnes, insomniantes, diurnes, plus ou moins permanentes, une allodynie (drap, vêtements difficilement supportables), des paresthésies, prurit, des modifications de la coloration cutanée, des troubles de sudation. L'examen clinique en dehors de ces items est le plus souvent normal. La NPF non-longueur dépendante existe également, les douleurs sont alors localisées, avec un diagnostic plus difficile. L'érythermalgie est une autre forme particulière, touchant majoritairement les pieds, parfois les mains, associant un acrosyndrome paroxystique avec gonflement des pieds, rougeur, chaleur locale. Il existe des formes secondaires (associées aux syndromes prolifératifs ou aux médicaments) et primitives.

Quelle que soit la NPF, le diagnostic repose sur : les signes cliniques précédemment cités, l'anomalie de perception

du chaud et/ou froid et la réduction de la densité intra-épidermique en petites fibres nerveuses en distalité. Si aucun examen spécifique ne permet le diagnostic, des examens complémentaires sont toutefois nécessaires pour éliminer une atteinte des grosses fibres (EMG), pour analyser la densité des petites fibres (biopsie) et dans le cadre du bilan étiologique (biologie, sérologies, TSH, vitamines...). Comme dans toute prise en charge de douleurs chroniques, il est nécessaire d'aborder les patients dans leur globalité. Sur le plan médicamenteux, les traitements topiques sont privilégiés du fait de l'aspect local des douleurs et, par voie systémique, les molécules usuellement utilisées dans les douleurs neuropathiques selon les recommandations de la SFETD. Des approches non médicamenteuses telles que les psychothérapies, l'hypnose, le yoga, Tai chi ou Qi gong, ainsi que l'activité physique sont également recommandées. Enfin, des voies futures prometteuses ciblent les canaux sodiques-dépendants, des études sont en cours.

Cet article synthétise de façon claire une entité douloureuse souvent mal connue, de ses mécanismes physiopathologiques à ses traitements. On peut déplorer que ces derniers soient souvent utilisés hors AMM (notamment les topiques), alors qu'ils apportent un réel bénéfice. On espère beaucoup des nouvelles molécules à venir.

PENSER À L'HYPOPHOSPHATASIE DEVANT UN TABLEAU DE FIBROMYALGIE

Injean P et al. *ACR Open Rheumatol.* 2023 Oct; 5(10): 524-8

Il s'agit d'une étude monocentrique rétrospective dont l'objectif était d'évaluer la prévalence de l'hypophosphatasie dans une cohorte de patients fibromyalgiques.

L'hypophosphatasie (HPP) et la fibromyalgie (FM) partagent de nombreuses caractéristiques cliniques, dont bon nombre sont non spécifiques. L'HPP génétique présente un spectre large de gravité et se caractérise par un défaut de minéralisation osseuse entraînant des fractures, des douleurs musculaires, des douleurs chroniques et une ostéo-arthropathie. Il existe plusieurs cas publiés de patients atteints d'HPP apparue à l'âge adulte initialement diagnostiqués à tort FM. Dans l'HPP, le taux de phosphatase alcaline (PAL) est faible (<35 UI/L sur deux mesures) et les taux de vitamine B6 et de phosphoéthanolamine (PEA) sérique et urinaire sont élevés. Il peut exister une histoire de perte prématurée des dents. Les tests génétiques sont souhaitables, mais non obligatoires pour le diagnostic. Enfin, une thérapie de remplacement enzymatique, l'asfotase alfa, est disponible chez les patients atteints d'HPP pour prévenir les fractures et traiter les signes et symptômes de la maladie. Cependant, d'autres étiologies de PAL basses doivent être recherchées, telles que l'hypomagnésémie, la carence en zinc, les maladies thyroïdiennes, les biphosphonates et la maladie de Wilson.

Les auteurs ont inclus 611 patients FM vus entre mai 2015 et mars 2022. Parmi ces patients, 143 (23,4%) avaient un taux de PAL bas (<37 UI/L) à une ou plusieurs reprises de façon non consécutive et 57 (9,3%) avaient un taux de PAL bas à trois reprises consécutives. Aucun des patients n'a eu de recherche génétique ou de dosage de la vitamine B6. En comparant les groupes, il y avait plus d'hommes dans le groupe PAL basses à trois reprises (17%) et dans le groupe PAL basses à une ou plusieurs reprises non

consécutives (20%) par rapport au groupe PAL normales (3%). Par ailleurs, les taux de fracture et d'ostéoporose densitométrique étaient significativement différents entre les groupes : 44% et 44% dans le groupe PAL basses à trois reprises, 33% et 22% dans le groupe PAL basses non consécutives, 11% et 12% dans le groupe PAL normales, respectivement.

Cette étude comporte de nombreuses limites (absence de phénotype clinique, de recherche génétique et autres causes de PAL basses), cependant elle rapporte un pourcentage élevé de patients FM avec des taux anormaux de PAL qui pourraient avoir une HPP. Elle souligne la nécessité de doser les PAL dans le bilan de syndrome fibromyalgique.

Douleur aiguë

Pr Frédéric Aubrun (Lyon),
Dr François Lecomte (Paris)

DOULEUR LORS D'UN ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE : ÉTUDE SUR L'INCIDENCE ET LES FACTEURS DE RISQUE DE LA DOULEUR PÉROPÉRATOIRE ET DE L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PAR VOIE INTRAVEINEUSE

Sanchez J et al. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2024 Feb; 43(1): 101310

L'incidence d'une douleur pendant un accouchement par césarienne est méconnue alors que les recommandations internationales privilégient l'analgésie périmédullaire dans ce type de situation. Il n'est pas exceptionnel que des échecs d'analgésie se traduisent par la mise en œuvre d'une stratégie de secours (administration d'antalgiques par voie intraveineuse) voire d'une anesthésie générale. Les auteurs de cette étude nord-américaine ont souhaité étudier l'incidence d'un échec d'analgésie pendant une césarienne, les facteurs de risque d'un échec et les actions de correction mises en œuvre.

L'ensemble des parturientes ayant accouché par césarienne a été interrogé sur une période de cinq mois au moyen d'un questionnaire comportant 16 questions. Elles étaient centrées sur leur confort, leurs attentes avec une partie à réponse "ouverte", le critère de jugement principal étant la douleur pendant l'accouchement. Les critères secondaires étaient le recours à des agents antalgiques ou sédatifs (opioïdes, kétamine, midazolam ou dexmédétomidine) ou le recours à une anesthésie générale. La douleur était présente chez 11,5% des participantes à cette enquête, 31,5% bénéficiant d'un traitement médical intraveineux (IV) en complément, 15,1% d'une analgésie IV de secours. Seules 6,5% des parturientes ont nécessité une anesthésie générale de secours. Les facteurs de risque d'une douleur pendant la césarienne étaient des troubles à l'usage de substance (dont des opioïdes) et une extension du niveau de l'analgésie péridurale en *per-partum*. Ce dernier, ainsi qu'une douleur ou la durée (longue) de la chirurgie étaient indépendamment associés à une analgésie IV de secours.

Bien que l'incidence soit relativement faible, les auteurs soulignent la nécessité de prévenir les facteurs de risque et traiter l'inconfort des parturientes en cas d'analgésie insuffisante pendant une césarienne.



CANNABIS ET CANNABINOÏDES EN PÉRI-OPÉRATOIRE

Lee BH et al. *Anesth Analg*. 2024 Jan; 138(1): 16-30

Le cannabis a été prescrit et utilisé depuis des siècles pour diverses indications telles que la douleur, l'anorexie, le cancer, la spasticité. Son usage s'est popularisé et devenu notamment récréatif (plus de 15% de la population des Etats-Unis en consomment) à tel point que les anesthésistes sont amenés à prendre en charge des patients qui consomment régulièrement ou épisodiquement des cannabinoïdes. Les auteurs de cette revue ont souhaité rappeler les effets pharmacologiques et physiologiques des cannabinoïdes et les règles de prise en charge péri-opératoire des consommateurs de cannabis. Il s'agit d'abord d'une drogue lipophile qui agit sur des récepteurs couplés à des protéines G (CB1-R et CB2-R) en déprimant l'excitabilité neuronale. Elle interagit également avec d'autres récepteurs TRPV1, opioïdes, NMDA et GABA. Il existe plus de 100 composants des cannabinoïdes notamment le THC (tétrahydrocannabinol) très puissant et le cannabidiol (CBD) peu toxique. Tout dépend donc de la concentration en ces différents composants. Les cannabinoïdes ont des effets cardiaques (tachycardie et augmentation du débit cardiaque en consommation régulière ou hypotension en cas de forte dose, voire des troubles du rythme), mais aussi des conséquences vasculaires, respiratoires (œdème laryngé par exemple), digestives (troubles du transit). En fait, bien d'autres organes (pancréas, gonades, cerveau...) sont également concernés à divers titres, que ce soit en consommation aiguë ou chronique. La conduite à tenir par l'anesthésiste est d'évaluer évidemment les patients consommateurs de cannabinoïdes en obtenant des détails sur leur consommation. La dose d'anesthésique général (propofol) est parfois plus élevée et les besoins en antalgiques postopératoires très souvent accrus. Les scores de douleur sont plus élevés ce qui nécessite une analgésie multimodale et une place plus importante à l'analgésie loco-régionale afin de réduire la consommation postopératoire de morphine. Il existe des interactions entre

les cannabinoïdes et certains agents antalgiques tels que les gabapentinoïdes (action très synergique), certains opioïdes ou benzodiazépines (risque de toxicité par une altération de leur métabolisme) ou encore la kétamine (augmentation du risque d'effet psychodysléptique).

La prise en charge des patients sous cannabinoïdes est donc complexe, surtout en l'absence d'information fiable sur le type de drogue consommée et la fréquence, avec un risque d'interactions élevé avec des antalgiques nécessaires à une analgésie per et postopératoire efficace.

ANTALGIE INTRA-NASALE AUX URGENCES : UN NOUVEAU CAP ?

Zanza C et al. *Medicina (Kaunas)*. 2023 Sep 29; 59(10): 1746

Cette revue de littérature sur l'utilisation de la voie intranasale (IN) aux urgences revient sur 2098 patients douloureux aux urgences issus de 20 articles originaux. Dans le groupe céphalées (six études), la kétamine ou le sumatriptan IN étaient comparés à de nombreux antalgiques : la voie IN était parfois plus efficace en intensité et/ou rapidité de soulagement, mais toujours avec plus d'effets secondaires mineurs (vertiges, hypertension, tachycardie, irritation intranasale...). Dans le groupe douleurs aiguës aux urgences (six études) ou en préhospitalier (deux études) ou douleurs musculosquelettiques (une étude), la voie IN avait des résultats au moins équivalents ou meilleurs, mais au prix d'effets secondaires plus importants lors de l'ajout de morphiniques ou de kétamine IN. Dans le groupe colique néphrétique (quatre études) : aucune étude n'a montré l'intérêt de la voie IN (ajout de kétamine ou de fentanyl ou de desmopressine). Pas de différence, non plus, dans les douleurs cancéreuses (une étude). Sur le papier, la voie intranasale paraît idéale pour les services d'urgences dans lesquels des délais importants sont nécessaires avant d'être pris en charge. Malheureusement cet article n'apporte pas la molécule idéale et encore moins sa posologie. Mais rappelons que, pour l'instant, les patients bénéficient au mieux de comprimés donnés lors du tri et non de voie intraveineuse.

INFORMATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES

ARTHROSE ET SPORT

Egora - 25 janvier 2024

Le 36^e Congrès français de rhumatologie, qui s'est déroulé du 10 au 12 décembre dernier à Paris, a été l'occasion de combattre les idées reçues sur les liens entre activité physique et arthrose. En population générale, il est montré que l'activité physique modérée peut vraisemblablement réduire les risques d'apparition d'une arthrose, quand la sédentarité et le sport intensif pourraient, eux, entraîner un risque accru. Concernant la gonarthrose en particulier, un antécédent de traumatisme augmenterait le risque ultérieur. «Après un traumatisme du genou, ce sont ceux qui reprennent le sport de façon non supervisée, trop intense ou trop précoce, sur un genou encore instable ou, à l'inverse, ceux qui deviennent sédentaires, kinésiophobes ou ne suivent pas leur rééducation, qui sont les plus exposés. L'encadrement de la reprise du sport est donc crucial», rapporte *Egora*. Enfin, chez le patient sportif, l'activité physique modérée n'aggrave pas la gonarthrose et est potentiellement associée à un meilleur contrôle des symptômes, notamment de la douleur.

«CÉPHALÉES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT : PERTINENCE DE L'IMAGERIE»

Haute autorité de Santé - 18 janvier 2024

«Si les céphalées sont fréquentes chez l'enfant, elles sont bénignes dans la très grande majorité des cas (céphalée de tension, migraine, épisode fébrile bénin, etc.). Les céphalées secondaires à une pathologie grave sont rares (moins de 2% des céphalées sont liées à une tumeur cérébrale) et presque toujours associées à une anomalie clinique» rappelle la Haute autorité de Santé (HAS) en introduction de la fiche pertinence «Céphalées de l'enfant et l'adolescent : pertinence de l'imagerie» produite avec le Conseil national professionnel de radiologie et imagerie médicale (G4). Cet outil a été décidé face à la fréquence des recours à ces examens et aux risques liés à l'exposition aux rayonnements ionisants chez l'enfant. Destinée principalement aux médecins généralistes et pédiatres de ville, cette fiche précise les indications de l'imagerie cérébrale, le délai de réalisation de celle-ci, le type d'imagerie le plus approprié en première intention et les indications d'un avis spécialisé. En plus d'une fiche pertinence, sont disponibles un arbre décisionnel pour les médecins, un pour les radiologues, ainsi qu'un document d'information destiné aux parents intitulé «Mon enfant a mal à la tête. Une imagerie du cerveau est-elle nécessaire ?».



Pour recevoir chaque mois, gratuitement et par email, cette analyse de presse sur la Douleur, vous pouvez vous inscrire en scannant le QR code ci-contre ou sur notre site internet



<https://inscription.pr-editions.com/douleur/>

MENTIONS LÉGALES

Tous les mois, la revue de presse PR Editions vous apporte des informations utiles et pratiques.

Cette revue de presse est réalisée sous la seule responsabilité de PR Editions, Opella Healthcare France n'intervenant ni dans la rédaction, ni dans la sélection des articles contenus dans cette revue de presse. Cette revue de presse est susceptible de contenir des informations hors AMM et/ou non validées par les autorités de santé.

Copyright : PR Editions®

Ce document est protégé par la loi des droits d'auteurs ; il peut être imprimé pour une utilisation personnelle mais ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'éditeur sous peine de poursuites.

Pour abonner vos confrères ou poser des questions à nos médecins rédacteur, vous pouvez envoyer un e-mail à : redaction.douleur@pr-editions.com