

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)

TOLÉRANCE ET SÉCURITÉ DES POSES DE PATCHS DE CAPSAÏCINE 8%

Treillet E et al. *Doleurs*. 2023 Feb ; 24(1) : 16-22

Les douleurs neuropathiques (DN) sont souvent source de complexité, tant sur le plan clinique que thérapeutique. Elles sont un véritable enjeu de santé publique sachant qu'elles représentent 7% des douleurs chroniques, elles-mêmes touchant 31% de la population française. Les recommandations de prise en charge de ces DN sont régulièrement remises à jour, les plus récentes en France datent de 2020. La Société française d'étude et traitement de la douleur (SFETD) place alors les traitements topiques de capsaïcine 8% en deuxième ligne. De plus, nous savons combien les traitements *per os* sont souvent moyennement efficaces et très souvent mal tolérés. Il paraît donc intéressant de proposer des traitements locaux pour des douleurs focales. A leur arrivée sur le marché, ces patchs ont pu faire craindre les douleurs induites à leur application, parfois à outrance. Si leur utilisation est strictement hospitalière pour la surveillance clinique (douleur induite, tension artérielle) et pour des mesures de sécurité (la capsaïcine est très volatile), l'expérience nous a rassurés et, dans cette étude rétrospective, il est possible d'avoir des données qui le confirment.

1235 applications ont été analysées sur 33 patients âgés en moyenne de 63 ans, présentant des DN souvent post-traumatiques ou postopératoires. La variation de l'intensité de la douleur a été observée, ainsi que les prises de traitements antalgiques, les variations tensionnelles (TA) et la tolérance cutanée. L'EVA a peu varié (5,74 avant, 5,68 pendant et 5,67 après en moyenne), les antalgiques n'ont pas été nécessaires

pour 343 poses (27,7%) et le froid a été suffisant pour 761 poses (61,6%). Pour les autres, des associations froid, antalgiques *per os*, MEOPA, hypnose, ont été proposées et une seule utilisation d'opioïde fort a été nécessaire. Les TA sont restées stables, dans quelques cas (3,5%) une élévation temporaire a été observée et une seule a nécessité la prise d'un antihypertenseur.

En résumé, si à ses débuts ce traitement topique a pu faire peur, aux soignants comme aux patients, ces résultats peuvent nous rassurer. Il reste un moyen efficace et sûr de gérer des douleurs neuropathiques localisées. S'il faut lui trouver un bémol, il réside dans son utilisation hospitalière (HDJ), dont l'accès est parfois compliqué, mais qui progresse, car de nombreuses équipes, hors structures douleur, ont fait le choix de proposer ce traitement dans leurs lits, en collaboration avec les référents douleur de proximité. Voilà donc des données qui confirment la sécurité et pourront rassurer les structures qui envisagent de mettre en place ce traitement.

PHÉNOTYPE DES DOULEURS DANS L'ARTHROSE : VALIDATION DU QUESTIONNAIRE OASIS

Perrot S et al. *Pain*. 2023 Mar 22 [Online ahead of print]

Les douleurs dans l'arthrose sont variées relevant de plusieurs mécanismes, incluant des douleurs de type nociceptif, neuropathique et nociplastique. Les différentes évaluations de la douleur et questionnaires validés ne captent pas les différentes qualités de la douleur. L'objectif de cette étude était le développement et la validation du questionnaire OASIS (*Osteoarthritis Symptom Inventory Scale*), un auto-questionnaire permettant l'évaluation qualitative des symptômes associés à différents mécanismes de la douleur dans l'arthrose. La première phase de développement avait permis de retenir 17 items basés sur des interviews patients et des focus groupes. L'article présenté ici permet une validation psychométrique du questionnaire et la création d'une version courte

et valide. Pour cela, 123 patients souffrant d'arthrose ont été recrutés en soins primaires sur 28 centres. Le questionnaire final contient neuf items permettant d'explorer trois dimensions (nociceptive, neuropathique et nociplastique) sensibles aux traitements. Les trois dimensions sont les suivantes : douleur localisée (quatre items évaluant la partie nociceptive), douleur de type neuropathique (deux items) et douleur profonde (trois items évaluant la partie nociplastique). Il est possible de calculer le score total, mais aussi les trois sous-scores permettant d'isoler le phénotype des douleurs et d'évaluer la réponse à différentes interventions thérapeutiques en fonction du phénotype. Ce questionnaire est facile d'utilisation et adapté à la pratique quotidienne. Il pourra également être utilisé en recherche clinique pour faciliter l'analyse des effets de différents traitements pharmacologiques et non pharmacologiques sur les différents symptômes et mécanismes de la douleur dans l'arthrose.

LES DIFFICULTÉS D'ARRÊT DES PRATIQUES NON RECOMMANDÉES DANS LA LOMBALGIE : ÉVOLUTION ENTRE 1991 ET 2018 DANS LES HÔPITAUX NÉERLANDAIS

Coenen P et al. *Eur J Pain*. 2023 Feb; 27(2): 212-22

La lombalgie est une cause majeure de handicap dans le monde et a un poids économique important. L'approche médicale intensive avec imagerie, traitements de la douleur et prises en charge invasives représente une des causes du fardeau économique. Plusieurs revues de la littérature ont montré le faible niveau de preuve, l'absence de bénéfice et, au contraire, le risque d'effets indésirables liés au repos au lit lors d'une lombalgie, à la prescription d'imagerie en l'absence d'indications claires, à la chirurgie et aux traitements invasifs de la douleur. De nombreux *guidelines* nationaux ou internationaux ont souligné les risques inhérents à ces prises en charge.

L'objectif de cette étude était d'évaluer dans le temps l'arrêt (dé-implémentation) de cinq prises en charge de la lombalgie non recommandées dans les hôpitaux néerlandais. Les données ont été extraites des registres hospitaliers de 1991 à 2018. Les cinq prises en charge relevées étaient : 1) le repos au lit pour une lombalgie non spécifique (LNS) ou 2) pour une hernie discale, 3) la discectomie pour sténose canalair, 4) une fusion vertébrale pour LNS, lombarthrose et sténose canalair et, enfin, 5) des traitements invasifs de la douleur (par exemple thermolyse du ganglion spinal, dissection de la racine) pour LNS, lombarthrose et sténose canalair. Pour le repos au lit dans la LNS et pour la discectomie dans le canal étroit, l'arrêt de ces pratiques atteint plus de 84% au bout de 17 et 18 ans, respectivement, après la première recommandation, et 19 ans pour la fusion vertébrale. Pour les traitements invasifs de la douleur, l'arrêt n'a pas atteint les 84% à la fin de l'étude.

Ainsi, il faut plusieurs décennies pour modifier les pratiques. Ceci représente un coût et des effets indésirables évitables pour les patients. Les auteurs insistent sur le développement de stratégies efficaces pour accélérer l'arrêt des pratiques sans niveau de preuve et non recommandées.

Douleur aiguë

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

FACTEURS DE RISQUE DE DOULEUR PERSISTANTE APRÈS CHIRURGIE POUR CANCER DU SEIN

Tan HS et al. *Anaesthesia*. 2023 Apr; 78(4): 432-41

La douleur chronique post-chirurgicale (DCPC) est une douleur qui persiste plus de trois mois après une opération et dont les caractéristiques n'ont aucun lien avec une douleur préopératoire éventuelle. En d'autres termes, une douleur neuropathique préopératoire et qui persiste après une intervention chirurgicale n'est pas considérée comme une DCPC. Il existe un risque accru de DCPC après certains types de chirurgie tels que la chirurgie thoracique, la hernie inguinale ou encore la chirurgie du sein. Le risque de DCPC après un cancer du sein opéré atteint 30 à 50% des patientes. Le contexte, le geste chirurgical et le profil des patientes sont déterminants et ont déjà fait l'objet de nombreux articles dans la littérature scientifique.

Les auteurs de cette étude de cohorte prospective ont souhaité aller encore plus loin et analyser un collectif de patientes opérées d'une chirurgie du cancer du sein, issues de deux structures de soins. Le contexte culturel et socioéconomique a été étudié afin de mieux identifier les patientes à risque et d'individualiser leur prise en charge. Sur un effectif de 210 patientes opérées, 135 ont présenté une DCPC (64%), cette douleur affectant leur vie quotidienne à quatre mois. Le jeune âge, le diabète, la présence d'une douleur préopératoire en dehors du territoire de la chirurgie, mais aussi l'existence d'une mastite ou encore d'un score élevé de stress chez les patientes opérées constituaient des facteurs de risque indépendants.

Ces éléments (en dehors du diabète) confirment les résultats de travaux plus anciens sur les facteurs de risques de DCPC chez des patients opérés d'une chirurgie à risque et/ou présentant un profil psychologique particulier. Il est sans doute nécessaire d'affiner encore ces données afin de proposer aux patientes à risque un parcours mieux adapté.

LA COMMUNICATION MÉDECINS/PATIENTS SUR LA DOULEUR EST-ELLE BONNE ?

Saunders B et al. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023 Jan 2

[Online ahead of print]

Comment communiquer alors que le diagnostic, le pronostic et même l'impact des traitements envisagés ne sont pas toujours établis ? Cette étude qualitative anglaise a analysé la communication entre 24 patients consultant pour une pathologie douloureuse d'épaule et leurs 15 médecins généralistes (MG).

Beaucoup de MG sont incertains du diagnostic, ce qui renforce la confusion des patients qui en ont parfois plusieurs venant de praticiens différents. Certains patients avancent un manque de discussion à propos des options thérapeutiques à disposition. Les médecins tentent d'impliquer plus les patients, mais certains patients affirment préférer se laisser guider. Concernant le pronostic de la pathologie, les



patients disent que le sujet n'a pas été abordé, mais les MG ont le sentiment de l'avoir fait, même si, pour eux, ce n'est pas une préoccupation commune pour les patients. L'absence de correspondance parfois entre l'imagerie et la douleur, une littérature parfois assez discordante concernant les efficacités de traitement ou les pronostics à court ou moyen terme, rendent la communication encore plus complexe. Comment communiquer sans majorer les préoccupations ? La littérature propose, par exemple, l'utilisation de schémas, une reformulation puis un temps de questions venant du patient. Des adaptations de la communication à la personnalité des patients ont aussi été décrites lors des annonces de mauvaises nouvelles, faut-il aussi s'en inspirer ?

AUTO-ÉVALUATION PAR ÉCHELLE DE DOULEUR OU ÉCHELLE DE CONFORT ?

van Dorp TIB et al. *Am J Emerg Med.* 2023 Jun; 68: 64-7

Certains auteurs estiment que l'évaluation de la douleur par une échelle de douleur (ED) entraîne un *stimulus* douloureux ou encore une prise de conscience d'une douleur, bref un effet nocebo. Ils proposent donc l'échelle de confort (EC) : une échelle inversée de la douleur allant de 0 à 10, 0 étant le moins confortable et 10 le plus confortable. Cette équipe néerlandaise a évalué 100 patients consultant aux urgences avec les deux échelles, dans un ordre aléatoire. La douleur médiane des patients était de 6 (IQR 4-7) avec l'ED et de 5 (IQR 3-6) avec l'EC, sans différence significative ($p=0,115$). Au total, 15 (15%) des évaluations avec EC et ED étaient identiques et 67% différaient de moins de deux unités. Les participants préféraient être interrogés par l'ED plutôt que l'EC (43 *versus* 15%, $p<0,00$), car l'ED est «plus claire ou plus simple» (33%), «le mot douleur est utilisé» (21%) ou encore la douleur est leur «motif de recours aux urgences» (21%). Les patients préférant l'EC avançaient «une approche positive» (33%), «plus holistique» (20%) et que «le confort est plus important que la douleur» (20%).

Les auteurs concluent à une interchangeabilité des échelles chez les patients douloureux, mais estiment aussi que des études complémentaires sont nécessaires. Celle-ci rappelle l'importance de la communication dans la douleur, base de la prise en charge, notamment en hypnoalgésie. Certains suggèrent d'utiliser d'abord des ED puis des EC après le début du soulagement.

FOCUS

Dr Nicolas Saffon - Toulouse



OPIOÏDES ET DOULEUR DU CANCER : LES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS DE L'ASCO

Les recommandations sur l'utilisation des antalgiques sont multiples : elles évoluent avec le temps, certaines sont à visée générale (recommandations de l'OMS en 1986 puis révisées en 1997), d'autres sont spécifiques d'une composante de la douleur (recommandations des douleurs neuropathiques mises à jour en 2020), d'autres encore correspondent à une pathologie spécifique, le cancer par exemple (Standard, Option et Recommandation des Centres de lutte contre le cancer en 2002).

En effet, la douleur chez le patient atteint de cancer présente des particularités qui la distinguent d'autres pathologies : une prévalence importante, au moins 55% des patients en cours de traitement (van den Beuken-van Everdingen MH et al.), à laquelle s'ajoute l'augmentation de la prévalence du cancer et de sa durée (évolution vers une maladie chronique grâce aux nouveaux traitements). La population douloureuse est hétérogène notamment vis-à-vis du pronostic d'évolution clinique, allant du patient en rémission avec des douleurs chroniques séquellaires au patient s'acheminant vers le décès dans un contexte de soins palliatifs pour une maladie hors ressources thérapeutiques (plus de 66% de patients douloureux dans cette catégorie ; van den Beuken-

van Everdingen MH et al.). Enfin, une autre particularité thérapeutique de la douleur du cancer est un recours fréquent aux opioïdes au regard de son intensité. Or, les traitements opioïdes ne sont pas sans poser de problèmes ou de questions aux patients/entourages/soignants ou encore à la société au sens large, notamment la «crise des opioïdes» en Amérique du Nord. En ce sens la publication récente des recommandations de l'*American Society of Clinical Oncology* (Paice JA et al.) centrées sur l'utilisation des opioïdes chez l'adulte présentant des douleurs en lien avec le cancer ou ses traitements permet de préciser certaines données.

La recherche bibliographique des auteurs a inclus des publications depuis 2010 jusqu'à février 2022 à partir desquelles le panel d'experts a formulé des recommandations. De façon chronologique, on retrouve sept points clés résumés ci-dessous :

- Les opioïdes doivent pouvoir être proposés pour une douleur d'intensité modérée à sévère avec au préalable une information éclairée sur les objectifs et les modalités du traitement.
- Le choix de l'opiacé approprié relève du prescripteur considérant les éléments pharmacologiques à sa disposition et les réglementations des produits existants. Néanmoins le tramadol et la codéine, en tant que prodrogues qui nécessitent une métabolisation pour être transformées en morphine, ne sont pas un premier choix évident. La méthadone en lien avec sa spécificité justifie de requérir à un avis spécialisé pour le prescripteur non aguerri.
- La mise en place du traitement opiacé nécessite une titration, en utilisant une forme à libération normale (non pharmacologiquement modifiée, c'est-à-dire pas de libération prolongée) et à posologie faible ; celle-ci sera renouvelée selon le besoin du patient, avec une réévaluation régulière. Des antalgiques (AINS par exemple) pourront être associés à l'opioïde s'ils procurent un soulagement supplémentaire. Par ailleurs, en l'absence de données suffisamment robustes, l'utilisation de tests génétiques pour déterminer le polymorphisme des cytochromes et donc l'influence sur l'efficacité des opiacés n'est pas recommandée. De même, les données ne permettent pas de recommander une majoration standardisée des posologies d'opiacés au cours de la titration (le pragmatisme d'une majoration de 25 à 50% de la dose est à contextualiser). Pour un patient présentant un mésusage, une collaboration avec d'autres spécialistes tels douleur, soins palliatifs, addictologie est recommandée.
- Les effets indésirables attendus ou potentiels des opiacés doivent être prévenus (constipation) ou anticipés (nausées, vomissements...).
- Chez un patient en insuffisance rénale, il convient d'être attentif au risque d'accumulation de la molécule initiale et/ou des métabolites actifs comme avec le fentanyl, l'oxycodone et l'hydromorphone et d'éviter autant que possible la morphine, la codéine et le tramadol. L'insuffisance rénale et/ou hépatique justifie un suivi clinique rapproché du patient.
- Les accès douloureux survenant malgré le traitement opioïde de fond relèvent d'une prise supplémentaire d'opioïde d'action normale correspondant à 5 à 20% du traitement journalier de fond, mais il n'y a pas de données permettant d'orienter vers une molécule en particulier.

- Le changement d'opioïde («rotation» des opioïdes) peut s'envisager dans plusieurs situations, à savoir, en cas de douleur rebelle malgré la titration ou de persistance d'effets indésirables malgré leur prise en charge adaptée, voire d'une difficulté concernant la voie d'administration ou l'absorption du produit.

A la lecture de ces recommandations, on note quelques singularités, par exemple l'évocation de molécules qui n'existent pas dans la pharmacopée française ou encore des intervalles de calcul plus larges (5 à 20%), des posologies de traitement des accès douloureux pour lesquels en France nous pratiquons plus classiquement un sixième ou un dixième de la dose de fond, soit 10 à 16%. Par ailleurs, toujours dans le cadre des accès douloureux, les études prises en compte ne permettent pas de véritablement prioriser la place des fentanyl transmuqueux ; comme en France, le choix de ces produits relève de l'appréciation du prescripteur vis-à-vis des besoins exprimés par le patient.

Au total, ces données confirment grandement les pratiques françaises actuelles ; elles ne peuvent que renforcer et légitimer les prescripteurs dans leur réflexion clinique actuelle, ainsi que les inciter à prendre en charge la douleur dans le cadre du cancer en se fondant sur des recommandations qui se recoupent.

van den Beuken-van Everdingen MH et al. *J Pain Symptom Manage.* 2016 Jun; 51(6): 1070-90

Paice JA et al. *J Clin Oncol.* 2023 Feb 1; 41(4) : 914-30

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