

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)

ENDOMÉTRIOSE : DÉPISTER LES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Margueritte F et al. *Gynecol Obstet Fertil Senol.*

2023 Jan 6 [Online ahead of print]

Les mécanismes générateurs des douleurs d'endométriose sont encore mal connus et complexes. Cliniquement, on retrouve une hyperalgésie, une perception accrue de la douleur avec une modulation anormale de l'influx au cortex : l'hypermobilisation centrale, mais aussi une atteinte des fibres périphériques source de douleurs neuropathiques.

L'équipe d'auteurs de cet article a réalisé une étude unicentrique rétrospective entre novembre 2020 et juin 2022, incluant 57 patientes bénéficiant de deux questionnaires à la recherche de douleurs neuropathiques (DN) : le DN4 et le PAINDetect. Ces patientes présentaient une endométriose et avaient été opérées ou pas. L'objectif principal était d'évaluer la prévalence de la douleur neuropathique et, parmi les objectifs secondaires, d'étudier la prévalence et la corrélation avec le syndrome myofascial (SMF). Parmi les 57 patientes (d'âge moyen de 33,4 ans), trois n'ont eu qu'un seul des deux tests et quatre avaient déjà bénéficié d'une chirurgie. La prévalence des DN était de 36,8% (parmi elles, deux n'ayant eu qu'un seul test). Le taux de positivité du DN4 était de 30,9% et celui du PAINDetect de 26,8% (concordance entre les deux tests correspondant à une force d'accord substantielle selon les critères usuels). Les patientes ayant eu une chirurgie présentaient toutes une DN. Les auteurs concluent à une complémentarité des deux tests. Concernant le SMF, évalué seulement chez 42 patientes, il était présent dans 59,5% des cas et sans différence de prévalence des DN. Pour les auteurs, il y a confusion entre DN et SFM, mais il s'agit de

phénomènes distincts, de prévalence et mécanismes physiopathologiques différents.

Cette étude présente de nombreuses limites, mais peut être perçue comme étude pilote sur la faisabilité et la validité des deux tests utilisés en pratique clinique. Cela permettrait, dans les tableaux cliniques d'endométriose, de choisir et d'adapter les traitements spécifiques à ces DN, mais aussi aux SMF.

DOULEUR ET SEXUALITÉ CHEZ LA FEMME

Clautiaux R. *Douleurs.* 2022 Oct; 23(5): 193-7

La sexualité est un sujet difficilement abordé par les patientes en consultation, alors même qu'il s'agit très souvent d'un réel handicap lié aux douleurs. C'est le sujet abordé par Richard Clautiaux, psychologue clinicien et sexologue, qui rencontre de nombreuses femmes rapportant ces plaintes et qui synthétise dans son article la complexité des symptômes, de leurs origines et de leur prise en charge.

Ces douleurs peuvent en effet être liées à des origines physiques, anatomiques, fonctionnelles, mais aussi à des blocages psycho-sexuels ou encore à de «mauvaises» pratiques lors des rapports sexuels. Les dyspareunies (douleur lors de la pénétration vaginale) sont de différents types : primaires ou secondaires, généralisées ou situationnelles, superficielles ou profondes. L'interrogatoire est essentiel. Un second type de douleur, les vulvodynies (au contact de la vulve) sont aussi un motif de consultation. De très nombreuses causes sont retrouvées, organiques (infections, cancers, malformations, lésions traumatiques, mutilations, névralgies pudendales, ilio-inguinales...) ou iatrogènes (allergiques, médicamenteuses, excès d'hygiène). Trois grandes dimensions sont à analyser concernant les causes psychogènes de dyspareunies : les problématiques psycho-sexuelles, les conflits conjugaux et relationnels et les problématiques dépressives et névrotiques. Il est nécessaire de prendre en compte les facteurs de construction/reconstruction d'une sexualité : il y a bien sûr les aspects psychologiques,

médicamenteux (risque l'altération de la muqueuse vaginale), mais aussi éducatifs, environnementaux, culturels, religieux... La liste semble très longue ! L'auteur nous rappelle donc que la sexualité n'est pas quelque chose de naturel ou d'inné, elle s'apprend et cet apprentissage est fragile ! Dans ce contexte, la prise en charge est évidemment souvent complexe, pluriprofessionnelle pour mettre en place des stratégies adaptées, avec une information intelligible sur le fonctionnement physiologique du corps, pour retrouver un confort sexuel en lien avec le/la partenaire, pour obtenir le plaisir et l'accès à la jouissance. Le stress joue un rôle important également, impactant l'excitation génitale, avec arrêt de la lubrification, contraction du périnée et par un détachement des pensées érotiques et des troubles du désir.

La considération de cet aspect clinique chez les femmes présentant des douleurs pelvi-périnéales (ou même d'autres origines) est indispensable, son analyse est complexe et nécessite une approche pluriprofessionnelle coordonnée. Le soutien du sexologue est souvent utile pour permettre, à n'importe quel âge, d'aborder ces problématiques de façon claire, sereine, rassurante.

LES FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE RÉPONSE À LA DULOXÉTINE DANS LA DOULEUR DE GONARTHROSE

Petersen KK et al. *Eur J Pain*. 2022 Sep; 26(8): 1650-64

Les recommandations de l'OARSI (*Osteoarthritis Research Society International*) de 2019 concernant la prise en charge de la gonarthrose positionnent la duloxétine lorsque les gonalgies sont associées à des douleurs étendues et/ou une dépression. Les recommandations de la Société française de rhumatologie en 2020 la situent en dernière intention en l'absence d'alternative thérapeutique. L'objectif de cette étude était de rechercher les mécanismes antalgiques de la duloxétine sur la douleur de gonarthrose et de mettre en évidence des facteurs prédictifs de réponse.

25 patients ont été inclus dans une étude en *cross-over* avec une période de traitement par duloxétine (deux semaines de titration jusqu'à 60 mg/j, 14 semaines de phase stable et deux semaines de décroissance), suivie de 18 semaines sous placebo ou inversement. Des mesures de seuil de la douleur à la pression, de sommation temporelle et de modulation de la douleur ont été réalisées. Les autres critères incluaient le *Brief Pain Inventory*, l'échelle WOMAC, l'anxiété et la dépression (échelle HAD) et le catastrophisme (échelle PCS). Les résultats ne montraient aucune différence du seuil de détection de la douleur, de la sommation temporelle ou de la modulation de la douleur entre duloxétine et placebo. La douleur mesurée par le BPI ou le WOMAC, ainsi que la réduction de la douleur de 30 et 50%, n'étaient pas différentes entre les deux groupes. Il n'y avait pas non plus de différence sur les scores HAD et de catastrophisme. En régression linéaire multiple, une forte sensibilité à la douleur (QST), un degré élevé de catastrophisme et d'anxiété/dépression (HAD) seraient des facteurs prédictifs de bonne réponse à la duloxétine, alors qu'il n'y a pas de différence sur les critères analysés de façon isolée. Les auteurs concluent que les traitements dans la douleur chronique devraient être évalués avec des critères composites.

Cependant, ces résultats sont à interpréter avec prudence en raison du manque de puissance de l'étude ayant inclus 25 patients sur 40 prévus. Les effets indésirables ont été plus fréquents sous duloxétine (symptômes gastro-intestinaux, neurologiques, fatigue, sécheresse buccale).

Douleur aiguë

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

EFFET DE LA S-KÉTAMINE (ESKÉTAMINE) SUR LES TROUBLES DU SOMMEIL POSTOPÉRATOIRE APRÈS CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE PAR LAPAROSCOPIE

Qiu D et al. *JAMA Netw Open*. 2022 Dec; 5 (12) 2244514

Les troubles du sommeil (TDS) sont très fréquents dans les suites d'une chirurgie. Leur incidence varie de 15 à 72% avec l'âge élevé, le sexe féminin, la présence d'une douleur, de nausées ou de vomissements, d'une anxiété et d'un environnement inadapté comme facteurs de risque. Ces TDS occasionnent un inconfort avec l'aggravation de troubles cognitifs, d'un syndrome confusionnel, de douleurs aiguës et retardent la récupération postopératoire. La eskétamine (S-kétamine), à la différence de la kétamine racémique, a des propriétés antidépessives et semble améliorer le sommeil des patients atteints de cette pathologie. A noter qu'en anesthésie, la eskétamine est également et principalement utilisée en prévention de l'hyperalgésie postopératoire.

Les auteurs ont comparé deux groupes d'environ 90 patientes opérées d'une chirurgie gynécologique. Le premier recevait une dose de 0,3 mg/kg/h de eskétamine en peropératoire et le second du sérum physiologique. Le critère de jugement principal était l'incidence des troubles du sommeil à J1 et J3 au moyen d'un double score classiquement utilisé. Les seconds critères de jugement étaient le niveau d'anxiété, de dépression, de douleur et de consommation postopératoire d'opioïdes. Les facteurs de risque de TDS étaient recherchés. Les résultats sont en faveur de la eskétamine qui a permis, dans cette étude, de réduire les troubles du sommeil après la chirurgie, mais sans modifier les scores d'anxiété, de dépression et de douleur au repos. En revanche, les auteurs ont observé une réduction des scores de douleur en condition dynamique et une épargne morphinique postopératoire. Enfin, les auteurs ont identifié quatre facteurs de risque de TDS : l'anxiété et la dépression préopératoires, la durée de l'anesthésie et la présence d'une douleur postopératoire.

Les troubles du sommeil en postopératoire sont rarement étudiés et la eskétamine semble apporter un bénéfice combiné dans la réduction de la douleur au mouvement et dans l'amélioration de la qualité du sommeil.

CONSÉQUENCES D'UNE ANESTHÉSIE SANS OPIOÏDES CHEZ DES PATIENTES OPÉRÉES D'UNE CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Zorrilla-Vaca A et al. *Can J Anaesth*. 2022 Dec; 69(12): 1477-92

Il existe des résultats controversés concernant l'impact d'une anesthésie sans opioïdes ou OFA (remplacés par la dexmédétomidine et la kétamine, par exemple) sur les



complications postopératoires. On constate un manque de données à propos de l'impact de l'OFA sur le vécu postopératoire des patients. Cette étude avait pour objectif de rechercher l'impact d'une OFA et d'une anesthésie à base d'opioïdes (OBA) sur le vécu des patientes opérées d'une chirurgie gynécologique dans le cadre d'un programme de Récupération amélioré après la chirurgie (RAAC ou ERAS pour *Enhanced Recovery After Surgery*).

Une cohorte historique monocentrique composée de patientes inscrites à une autre étude ayant bénéficié d'une chirurgie gynécologique avec laparotomie a été constituée dans le cadre d'un programme d'ERAS entre novembre 2014 et décembre 2020 (n=2095). Deux groupes de patientes ont été comparés en fonction du type d'anesthésie équilibrée administrée : soit OFA comportant de la dexmédétomidine et de la kétamine pendant la chirurgie, soit OBA. La qualité de la récupération postopératoire a été évaluée au moyen d'un outil validé et appliqué avant l'opération (*MD Anderson Symptom Inventory*), quotidiennement pendant l'admission et chaque semaine après le séjour en structure de soins jusqu'à la sixième semaine. Le critère d'évaluation principal était l'interférence avec la marche. Près de 500 patientes étaient éligibles (159 dans le groupe OFA et 339 dans le groupe OBA), dont 149 paires appariées, incluses dans l'analyse finale. L'évaluation longitudinale n'a révélé aucune différence significative ou cliniquement importante dans l'interférence avec la marche ($p=0,99$) et l'activité générale ($p=0,99$). Les patientes de la cohorte d'anesthésie avec OFA avaient une consommation d'opioïdes plus faible en salle de réveil que celles de la cohorte OBA (3 mg *versus* 5 mg en équivalent morphine ; $p<0,01$), mais il n'y avait pas de différence significative entre les cohortes dans la consommation totale d'opioïdes postopératoires (23 mg *versus* 35 mg en équivalent morphine ; $p=0,053$).

Dans cette étude de cohorte historique monocentrique, l'anesthésie avec épargne opioïde n'a eu aucun effet significatif ou cliniquement important sur l'interférence avec la marche chez les patientes bénéficiant d'une chirurgie

gynécologique par rapport à l'anesthésie à base d'opioïdes. L'anesthésie avec épargne opioïde était associée à une consommation d'opioïdes moindre à court terme, mais sans différence à distance de la chirurgie.

URGENCES ONCOLOGIQUES : DES DOULEURS PAS SI CHRONIQUES ?

Gould Rothberg BE et al. *CA Cancer J Clin.* 2022 Nov; 72(6): 570-93

Aux Etats-Unis, les urgences oncologiques représentent quatre millions de visites non programmées annuelles (un patient atteint de cancer sur quatre par an). Cet article présente le profil de ces patients.

11 à 29% des cancers sont découverts lors d'une de ces visites non programmées avec un moins bon pronostic (principalement des douleurs abdominales ou des crises d'épilepsie). Les autres urgences peuvent être liées à :

- Des syndromes paranéoplasiques (hypercalcémie, hyponatrémie par SIADH).
- Des complications mécaniques sur les organes de proximité (phlébites, syndrome cave supérieur, hémorragies digestives, hypertension intracrânienne, compression médullaire...).
- Des complications des thérapeutiques (anémie, agranulocytose, aplasie). Si les nausées et vomissements sont fréquents, peu de complications entraînent des douleurs : mucite, gastrite ou encore dysesthésies palmoplantaires, dermatites, hépatites...
- Des douleurs et des soins palliatifs : ce motif est le plus fréquent pour les cancers les plus évolués. Ces douleurs aiguës peuvent révéler, par exemple, des localisations osseuses, une carcinose péritonéale, mais aussi des urgences non carcinologiques. Plus de 50% des patients auront une visite aux urgences dans leur dernier mois de vie.

Cet article très complet permet de lister et de comprendre les étiologies, la physiopathologie et le traitement des consultations non programmées chez les patients atteints de cancer.

INFORMATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES

«ARBRE CONSEIL MAL DE TÊTE»

Le Quotidien du Pharmacien - 12 janvier 2023

La Société francophone des sciences pharmaceutiques officielles (SFSPPO) a développé et validé cet outil d'aide à la décision pharmaceutique face à un patient souffrant d'un mal de tête. Appelé aussi Web PDSS, il a été testé par 38 officines formées à son usage dans les Hauts-de-France et en Nouvelle-Aquitaine en 2020. Cette utilisation a fait récemment l'objet d'une publication dans *l'Interactive Journal of Medical Research*. 435 personnes se sont rendues dans une de ces officines pour mal de tête afin de se voir dispenser un antalgique. Elles ont complété le questionnaire qui comprend un maximum de 15 questions et dure au plus quatre minutes. Avec ce recours, 79,5% des patients ont uniquement reçu des conseils et la délivrance d'antalgiques, 17% ont reçu des antalgiques et ont été dirigés vers un service d'urgences et 3,5% ont reçu des antalgiques et ont été orientés vers leur médecin généraliste. Sur l'ensemble de ces 435 consultations, l'analgésique le plus couramment délivré était le paracétamol (63,2%), puis l'ibuprofène (31,3%) et l'aspirine (5,5%). Parmi les patients ayant reçu un antalgique sans être réadressés, «le paracétamol était à nouveau le plus fréquemment délivré (51,4%) devant l'ibuprofène (40,2%) et l'aspirine (8,1%)», rapporte *Le Quotidien du Pharmacien* en soulignant, qu'en revanche, chez les patients orientés vers les urgences, c'est l'ibuprofène qui était plus fréquemment délivré (50%) devant le paracétamol (40,5%) et l'aspirine (9,5%). Ce travail a également mesuré la satisfaction des équipes officielles et des patients. 93,2% des personnels des pharmacies considère que l'Arbre conseil a amélioré la qualité des soins et 64,4% l'approche de la gestion des maux de tête au comptoir. 80,7% des patients ont été satisfaits et une large majorité s'est sentie rassurée. Le gros avantage de ce logigramme est qu'il soit en ligne et rapidement et facilement accessible grâce à la digitalisation de la recommandation SFSPPO par Sanofi.

DOULEURS CHRONIQUES : CONSOLIDER LES STRUCTURES

Le Quotidien du Médecin - 13 janvier 2023 ; Le Quotidien du Médecin - 30 décembre 2022 ; Egora - 20 décembre 2022

En France, les agences régionales de santé (ARS) ont labellisé 245 structures spécialisées dédiées à la prise en charge de la douleur chronique (SDC). La Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) a mené une enquête démographique auprès de ces structures. 30% sont des centres à proprement parler, les 70% restants étant constitués de consultations pluridisciplinaires. 75% sont dans des établissements publics, quelques-unes dans des centres de lutte contre le cancer. 7% ne s'occupent que des effets de ce dernier et plus de la moitié prend en charge des douleurs mixtes quand un tiers est dédié aux douleurs chroniques non cancéreuses, détaille *Le Quotidien du Médecin*. Enfin, seules 6% de ces structures ont une activité pédiatrique. «L'enquête montre que le délai médian d'attente d'une consultation en SDC est de trois mois (et parfois jusqu'à un an)», rapporte *Egora*. L'offre

médicale varie beaucoup d'une région à l'autre : le Centre-Val de Loire, le Grand Est et les Hauts-de-France sont plutôt sous-dotées tandis que l'Île-de-France, la Normandie et les Pays de la Loire sont mieux loties. L'offre actuelle couvre environ 1,4% des patients douloureux chroniques, une situation qui risque de se détériorer. En effet, le départ à la retraite de 177 médecins est attendu dans les cinq prochaines années : 30% des SDC pourraient disparaître par manque de moyens financiers et humains. «Pour préserver ce maillage territorial inédit et anticiper les besoins futurs, la SFETD émet des propositions, notamment une revalorisation de la filière 'Médecine de la Douleur'», explique le quotidien, avec la création d'un DES et la sanctuarisation des postes des soignants (psychologues, infirmiers...) dans les SDC.



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