

# 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)

#### **«FASTSCHOOL», UN ATELIER UNIQUE POUR AIDER LES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES**

Trouvin AP et al. *Patient Educ Couns.* 2022 Sep 11 [Online ahead of print]

Dans cet article sélectionné ce mois-ci, les auteurs relatent le retour d'expérience de la mise en place d'un programme court, qui peut s'apparenter à de l'éducation thérapeutique des patients (ETP) et à de la thérapie cognitive et comportementale, en une seule session de trois heures. Il a été proposé à des patients douloureux chroniques (DC) pris en charge très récemment dans un centre de la douleur (deux CHU : Cochin et Saint-Antoine à Paris). Il est animé de façon multidisciplinaire : médecins, infirmières, kinésithérapeutes et psychologues, formés à l'ETP (40 heures obligatoires). 6 à 15 patients participent à ce groupe durant lequel des informations, des échanges et des explications abordent les sujets suivants : qu'est-ce que la DC, les différentes composantes de la DC, les approches multidisciplinaires, la capacité à faire face, les approches thérapeutiques non médicamenteuses, l'activité physique et la gestion des médicaments.

Cette étude a consisté à analyser l'impact de cette session sur les patients (entre MO et M3) : la modification de l'intensité de leur douleur, scores du *Brief Pain Inventory*, le catastrophisme, l'anxiété-dépression, les croyances, la capacité à faire face et auto-efficacité à l'aide de questionnaires spécifiques, ainsi que l'impression globale de changement du patient. 88 patients ont été inclus, 71 ont répondu à trois mois. L'origine des douleurs était multiple (fibromyalgie, lombalgie, arthrose, douleurs neuropathiques, rhumatismes inflammatoires...). En résumé, on observe, grâce à ce programme, une diminution de la douleur, du catastrophisme et des croyances. Cela confirme

l'intérêt des programmes d'ETP et de l'impact d'un groupe dans la prise en charge de pathologies chroniques, dont les douleurs, même si elles ne sont pas toutes de même origine. Les informations, explications et conseils transmis durant cet atelier ont été utiles pour ces patients qui ont exprimé leur satisfaction à l'issue de ces trois heures.

Un atelier unique tel que FastSchool répond donc à la demande des soignants et des patients : être à l'écoute, adapter les explications et les conseils aux besoins spécifiques, échanger en groupe avec d'autres personnes expérimentant les mêmes difficultés du quotidien. Cette étude confirme donc qu'un impact positif est possible, même en une seule séance et pour différentes pathologies !

#### **MÉCANISMES DE LA DOULEUR CHRONIQUE DANS LES RHUMATISMES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES : LE RÔLE DE LA MODULATION DESCENDANTE**

Trouvin AP et al. *Pain.* 2022 Aug 3 [Online ahead of print]

Les patients souffrant de rhumatisme inflammatoire chronique, polyarthrite rhumatoïde (PR) ou spondyloarthrite (SpA), ont des douleurs persistantes alors que l'inflammation est bien contrôlée par les multiples traitements disponibles. Une des explications possibles serait la présence d'une altération des mécanismes de modulation de la douleur dans le cadre d'une sensibilisation centrale.

L'objectif de l'étude RAPID (*Rheumatism Pain Inhibitory Descending Pathways*) était d'évaluer la modulation de la douleur chez les patients souffrant de PR ou de SpA comparés à des sujets sains appariés selon l'âge et le sexe. 50 patients PR et 50 patients SpA avec un rhumatisme actif ont été inclus versus 100 sujets contrôles sains. Les patients PR et SpA n'avaient jamais reçu de traitements biologiques ou de thérapies ciblées. Les données propres à la maladie ont été recueillies, ainsi qu'une évaluation qualitative de la douleur (*Brief Pain*

*Inventory*, questionnaire First, questionnaire de sensibilisation centrale, questionnaire d'anxiété et dépression HAD, questionnaire de catastrophisme, un index de sévérité de l'insomnie). Les participants ont eu des tests sensitifs quantitatifs (QST) pour déterminer les seuils de douleur au chaud, au froid au niveau de l'avant-bras dominant, et des tests de modulation de la douleur conditionnée (CPM) après stimulation de la main et du pied du côté non dominant. Les seuils de la douleur au chaud et au froid étaient identiques chez les patients et les contrôles. Par contre, la modulation de la douleur était significativement plus faible chez les patients comparés aux contrôles. Elle était corrélée à l'intensité de la douleur. Elle n'était pas corrélée à l'activité du rhumatisme, ni à l'inflammation. La modulation de la douleur n'était pas associée aux scores d'anxiété et de dépression, aux scores de catastrophisme, au score First, au score du questionnaire de sensibilisation centrale, sauf après stimulation au pied. Par contre, le score de sensibilisation centrale était lui fortement corrélé aux scores d'anxiété, de dépression, de catastrophisme et d'insomnie.

L'étude RAPID représente une très belle démonstration des mécanismes centraux et notamment de l'altération de la modulation de la douleur chez les patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique actif.

### **SENSIBILISATION CENTRALE À LA DOULEUR ET TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME DANS LA FIBROMYALGIE**

Garcia-Hernandez A et al. *Clin Exp Rheumatol*. 2022 Jun; 40(6): 1202-9

L'hypothèse physiopathologique la plus admise pour la fibromyalgie (FM) est liée à l'existence d'une sensibilisation centrale responsable d'une hyperalgésie et allodynie diffuse. La FM est ainsi classée dans les douleurs nociplastiques résultant d'une altération de la nociception. Des études ont également mis en évidence une neuropathie des petites fibres. La FM est caractérisée par des symptômes en faveur d'une altération du système nerveux autonome (SNA). Les réponses aux stimulations douloureuses répétées et lentes (SDRL) permettent d'évaluer la sensibilisation, elles sont altérées dans la FM et corrélées à l'intensité de la douleur. La mesure de la sudation permet d'évaluer l'atteinte des petites fibres du SNA sympathique. Il a été démontré des anomalies de la sudation dans la FM.

L'objectif de cette étude était de rechercher des relations entre sensibilisation mesurée par SDRL et anomalies de la sudation mesurées par la conductance de la peau. Un total de 58 patients FM (29 avec traitement et 29 sans traitement antidépresseur) et 30 sujets contrôles de sexe féminin ont été inclus dans l'étude. Les patients FM avaient une conductance cutanée plus faible que les contrôles. La sensibilisation mesurée par les réponses aux SDRL n'était présente que chez les patients FM. Les seuils et la tolérance à la douleur étaient plus faibles dans le groupe FM. Les symptômes, douleur, fatigue, insomnie étaient corrélés à la sensibilisation. La conductance cutanée était inversement corrélée à la sensibilisation, même après ajustement en fonction de la prise d'antidépresseur et du niveau de catastrophisme.

Les auteurs concluent que la sensibilisation centrale dans la FM pourrait être liée à un déficit du SNA sympathique en rapport avec une neuropathie des petites fibres. Ces résul-

tats doivent être contrôlés avec d'autres méthodes de mesure de la sensibilisation centrale et la démonstration d'une neuropathie des petites fibres, notamment anatomique.

### **Douleur aiguë**

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

### **AUCUN AVANTAGE À RAJOUTER DE LA DEXMÉDÉTOMIDINE, DE LA KÉTAMINE, DE LA DEXAMÉTHASONE ET DES BLOCS NERVEUX À UNE STRATÉGIE ANALGÉSIQUE MULTIMODALE CONVENTIONNELLE APRÈS UNE ARTHROPLASTIE TOTALE DU GENOU**

Muñoz-Leyva F et al. *Anesthesiology*. 2022 Oct; 137(4): 459-70

La chirurgie prothétique du genou engendre des douleurs postopératoires sévères qui nécessitent un traitement antalgique multimodal incluant des techniques d'infiltration et d'analgésie loco-régionale. Malgré cette stratégie, les patients consomment de fortes doses d'opioïdes, y compris à distance de leur chirurgie, ce qui favorise les phénomènes d'hyperalgésie, de mésusage et contribue sans doute à la chronicisation de la douleur postopératoire. Il s'agit donc de soulager correctement le patient, notamment au cours de sa rééducation, tout en réduisant sa consommation d'opioïdes. Les auteurs de cette étude ont évalué une stratégie ambitieuse associant plusieurs techniques d'analgésie médicamenteuses (parentérale, locale et locorégionale) afin d'évaluer leurs effets sur l'épargne morphinique et le confort du patient.

En double aveugle, 78 patients opérés d'une arthroplastie totale du genou ont été randomisés, soit dans un groupe contrôle (39 patients) opérés sous rachianesthésie avec de la morphine intrathécale, une infiltration périarticulaire d'anesthésiques locaux, de la dexaméthasone intraveineuse et un bloc au canal adducteur en injection unique ou dans un groupe «multimodal» (39 patients) bénéficiant de la même stratégie analgésique avec cinq interventions supplémentaires : une infiltration d'anesthésique local entre l'artère poplitée et la capsule du genou postérieur, de la dexmédétomidine et de la kétamine intraveineuses en peropératoire et, en postopératoire, un bolus intraveineux supplémentaire de dexaméthasone et deux injections supplémentaires au canal adducteur. Le critère de jugement principal était la consommation cumulée d'opioïdes sur 24 heures après la chirurgie et les critères de jugement secondaires étaient les autres analgésiques, le rétablissement du patient, les résultats fonctionnels et les événements indésirables. La consommation d'opioïdes n'était pas différente entre les groupes à 24 heures (dose moyenne d'équivalent morphine dans le groupe multimodal 23,7 +/- 18,0 mg versus 29,3 +/- 18,7 mg dans le groupe contrôle ; NS). Il n'y avait pas de différences majeures dans l'évolution des scores de douleur, dans la qualité de la récupération ou le temps nécessaire pour atteindre les objectifs en termes de réadaptation. Les épisodes d'hypotension sont survenus plus fréquemment dans le groupe multimodal. Les auteurs concluent à l'existence d'un plafond d'efficacité concernant l'analgésie



après une chirurgie douloureuse telle que l'arthroplastie de genou. Une stratégie maximaliste incluant la kétamine, la dexmédétomidine ou une infiltration complémentaire du site opératoire n'apporte aucun bénéfice concernant l'épargne morphinique, le confort des patients ou encore le processus de réhabilitation postopératoire.

### «L'EXPÉRIENCE» DES PATIENTS DOULOUREUX AUX URGENCES

Hugues JA et al. *J Clin Nurs*. 2022 May; 31(9-10): 1273-84

Le but de cette étude a été d'examiner l'association entre l'environnement des patients, les facteurs de bonne santé et de maladie, les soins et «l'expérience» des patients aux urgences (c'est-à-dire la qualité des soins du point de vue des patients). Un indicateur classique de prise en charge de la douleur aux urgences est le temps avant la délivrance d'antalgique. Des indicateurs de douleurs pour le patient sont plutôt rares et prédominent sur la satisfaction des patients. Cette étude a inclus 190 patients consultant aux urgences pour des douleurs modérées à sévères. À la suite d'un questionnaire post prise en charge, 15 facteurs ont été identifiés comme influençant leur douleur notamment l'environnement aux urgences (la charge de travail, le temps d'attente), le temps avant le premier traitement antalgique et la délivrance d'antalgiques. La mise en place de cette étude a été guidée par la «symptom management theory» ou théorie de gestion des symptômes, permettant d'envisager la prise en charge du patient à partir de ses symptômes décrits ou exprimés (non verbalement ou par les proches) en privilégiant l'auto-évaluation et en identifiant les facteurs à améliorer dans l'environnement. Cette théorie est plus généralement appliquée à des patients doulou-

reux chroniques, mais elle permet de mieux comprendre le point de vue du patient et d'essayer une prise en charge plus globale du patient.

### PEUT-ON ENVISAGER UNE ALTERNATIVE AUX OPIACÉS ?

Rech MA et al. *Am J Emerg Med*. 2022 Aug; 58: 57-65

L'amélioration de la prise en charge de la douleur a entraîné une augmentation de la prescription des opiacés. Des mésusages dans leur utilisation ont entraîné des vagues d'overdoses, notamment aux Etats-Unis. Cet article fait le point sur la prise en charge antalgique des patients aux urgences hors opiacés.

Dans un premier temps, les auteurs ont fait une revue de littérature et des recommandations de la plupart des antalgiques médicamenteux et non médicamenteux (y compris, chaud, froid, kiné, ostéopathie, acupuncture, TENS...). Plus de 120 études sont avancées pour soutenir l'argumentaire de l'article. Les auteurs proposent un tableau synthétique avec les principales pathologies rencontrées aux urgences et les actions ou les médicaments antalgiques. Ensuite, les auteurs proposent de les associer en minimisant les doses afin de réduire les effets secondaires. Finalement, les auteurs concluent à la nécessité d'utiliser des antalgiques opiacés notamment chez les patients les plus douloureux (crises vaso-occlusives, dissections aortiques, ischémies mésentériques, brûlures ou traumatismes sévères).

Au total, cet article n'atteint pas son objectif d'éliminer les opiacés de la pharmacopée, mais propose, d'une part, une revue de littérature pertinente sur les actions et médicaments antalgiques aux urgences et, d'autre part, comme en anesthésie, le principe d'une analgésie multimodale.



**FOCUS**  
Pr Frédéric Aubrun - Lyon



**ANALGÉSIE EN CHIRURGIE AMBULATOIRE**

Les recommandations de la Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) sur la chirurgie ambulatoire datent de 2009. Elles précisent les modalités de prise en charge réglementaires, anesthésiques et analgésiques des patients quel que soit leur âge tout au long de leur parcours (Aubrun F et al. 2010). Il est précisé ce qui suit : **«La maîtrise de la douleur postopératoire est une clé essentielle à la réussite de l'ambulatoire. Elle allie anticipation, rigueur de la prescription et respect de l'observance.»** Il est d'ailleurs recommandé de mettre en place une stratégie multimodale de la prise en charge de la douleur postopératoire y compris au lieu de résidence (information, prévention, traitement et évaluation) et souhaitable que les ordonnances d'antalgiques (précisant les horaires de prises systématiques des antalgiques et les conditions de recours aux antalgiques de niveau plus élevé si nécessaire) soient remises au patient dès la consultation préopératoire de chirurgie ou d'anesthésie. Ce point est à ce titre relevé comme étant essentiel par la Haute autorité de Santé (HAS). Les techniques d'infiltration ou d'anesthésie loco-régionale sont également recommandées, les auteurs insistant sur la nécessité de mettre en place un relais en ville par des acteurs de recours et/ou des réseaux de soins. Enfin, les techniques non médicamenteuses ne sont pas oubliées, avec l'application de froid, les postures antalgiques...

Dix ans plus tard, la SFAR a publié dans la revue *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine* les résultats d'une enquête (OPERA) sur la prise en charge de la douleur et des nausées vomissements après chirurgie ambulatoire (Aubrun F et al. 2019). Il apparaît une très forte hétérogénéité dans

les pratiques selon les centres interrogés. Le recours aux antalgiques non morphiniques est élevé, mais le tramadol, opioïde le plus prescrit, est invariablement proposé aux patients dans 10 à 20% des cas tout au long de leur parcours de soins. Le constat est sans appel : la persistante d'une douleur (dont l'évaluation fait partie des critères de sortie du score de Chung modifié) augmente la durée de séjour en structure de soins, l'insatisfaction, la ré-hospitalisation, ralentit la réhabilitation et aggrave les troubles du sommeil. Une analgésie adaptée au type de chirurgie, mais aussi au parcours individuel du patient, est une règle d'or avec la remise d'ordonnances très en amont du geste (comme suggéré par la SFAR et la HAS) incluant des médicaments et techniques médicamenteuses adaptées en cas de douleur prédictible faible, modérée ou forte (Bailey CR et al.). Les opioïdes ne sont donc pas interdits à domicile, à condition que les patients puissent bénéficier d'une délivrance à l'unité par le pharmacien d'officine et qu'un suivi des patients soit assuré afin de réduire le risque de surdosage et de mésusage. La douleur doit donc être correctement prise en charge, car elle constitue encore, selon certains auteurs, une des premières causes de réadmission en structure de soins (Coley KC et al.), indicateur très suivi par la HAS (IQSS 2022/indicateurs de résultats en chirurgie ambulatoire).

Aubrun F et al. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2010 Jan; 29(1): 67-72  
 Aubrun F et al. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2019 Jun; 38(3): 223-9  
 Bailey CR et al. *Anaesthesia.* 2019 Jun; 74(6): 778-92  
 Coley KC et al. *J Clin Anesth.* 2002 Aug; 14(5): 349-5



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](mailto:redaction.douleur@pr-editions.com)