

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)**

QUELLE PLACE POUR LA RADIOFRÉQUENCE PULSÉE DANS LES SYNDROMES DOULOUREUX CHRONIQUES ?

Lemasle A et al. *Douleurs*. 2022 Feb; 23(1): 1-13

La radiofréquence pulsée (PRF) paraît être une alternative antalgique non médicamenteuse intéressante pour des douleurs chroniques rebelles, peu invasive, notamment avant la mise en place de stimulation médullaire. Contrairement à la radiofréquence conventionnelle qui est continue, entraînant une destruction définitive de tous les nerfs myélinisés, non myélinisés et motoneurones alpha, la PRF est moins destructrice. Ses mécanismes d'action ne sont pas encore complètement élucidés. Il y aurait des mécanismes anti-inflammatoires localement, une inhibition de l'activation de la substance P, du TNF-alpha et de l'ERK (*Extracellular signal Regulated Kinase*) dans les cellules de la corne dorsale. En pratique clinique, le délai d'action varie de 4 à 21 jours après la procédure. La durée de l'analgésie s'étend de trois mois à neuf mois selon l'étiologie et la localisation de la douleur.

Les auteurs ont présenté dans cet article les différentes indications qui ont fait l'objet d'études cliniques. On retrouve notamment les radiculalgies, lombaires ou cervicales, avec des résultats plutôt intéressants. Dans la gonalgie, la technique peut être utile, cependant, il n'est pas clair de savoir quels nerfs cibler. Dans les douleurs de l'épaule, des études rapportent des résultats positifs après stimulation du nerf suprascapulaire. Malgré le manque de publications, les stimulations des nerfs fémoral et obturateur pourraient placer la PRF comme une option intéressante dans le traitement des douleurs chroniques de hanche. Enfin, dans les situations de

douleurs réfractaires de névralgies du trijumeau ou d'Arnold, on peut aussi espérer des résultats encourageants.

Ces données ouvrent des pistes vers de plus amples études cliniques pour permettre de placer la PRF dans l'arsenal d'antalgiques dont nous disposons aujourd'hui. Technique non médicamenteuse, peu pourvoyeuse d'effet indésirable et peu invasive, elle séduit. Reste à définir son niveau de preuve.

L'IMPACT DE L'INCERTITUDE ET DU STRESS LIÉS À LA PANDÉMIE COVID-19 CHEZ LES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES

Meulders A et al. *Pain*. 2022 Apr; 163(4): 604-9

L'infection Covid-19 a été une problématique sociétale majeure non seulement en raison du grand nombre d'infections et de leur sévérité, mais aussi de son impact sur la vie et la santé mentale de nombreuses personnes. L'incertitude et l'absence de contrôle a été source de stress majeur chez les personnes infectées et non infectées, sans oublier les périodes de confi-



nement. Les patients douloureux chroniques représentent un groupe avec une grande vulnérabilité, notamment en cas de déficit de stratégies de *coping*. Les mesures prises lors de la pandémie ont aggravé leur isolement et empêché l'accès aux soins. L'ensemble de ces éléments a altéré les facteurs de résilience comme les affects positifs, les attentes optimistes et le support social.

Les auteurs proposent une revue pour expliquer comment la Covid-19 a pu affecter les «facteurs modifiables» chez ces patients douloureux chroniques, aboutissant à une altération de la santé globale. Ils suggèrent des stratégies thérapeutiques ciblant ces facteurs modifiables. Les études ont bien montré dans cette population une augmentation de l'anxiété, de la dépression, du sentiment de solitude et de la douleur perçue pendant la pandémie. L'inquiétude catastrophiste était le facteur prédictif majeur d'aggravation des douleurs et du handicap. Ces modifications liées à la pandémie auront probablement des conséquences à plus long terme, dépassant la période de crise sanitaire.

Selon les auteurs, la prise en charge doit cibler le stress pour éviter d'amplifier l'expression des facteurs de vulnérabilité. Les auteurs conseillent des protocoles ciblant l'intolérance à l'incertitude. Les techniques basées sur le *mindfulness* et l'acceptation peuvent améliorer la tolérance à l'incertitude et la flexibilité psychologique. D'autres suggestions sont présentées telles l'augmentation des interactions sociales en ligne et des interventions de psychologie positive dans le but d'accroître la résilience et l'exercice physique pour améliorer la santé mentale.

EFFICACITÉ DE LA SUBSTITUTION PAR LA BUPRÉNORPHINE/NALOXONE CHEZ LES PATIENTS DOULOUREUX CHRONIQUES AYANT DES TROUBLES DE L'USAGE DES OPIOÏDES

Veldman S et al. *Pain*. 2022 May; 163(5): 955-63

L'utilisation des opioïdes forts au long cours dans les douleurs chroniques non cancéreuses (DCNC) est responsable de troubles de l'usage des opioïdes (TUO) chez 8 à 12% des patients avec des conséquences sur la qualité de vie. La prise en charge de ces patients est complexe, car le sevrage en opioïdes est responsable d'une amplification des douleurs. Les traitements de substitution sont la méthadone

ou la buprénorphine. Cependant, il existe peu d'études sur l'intérêt de la buprénorphine chez les patients souffrant de DCNC et de TUO, les études sont rétrospectives, ou sur de faibles échantillons de patients ou incluent d'autres biais méthodologiques.

Il s'agit d'une étude observationnelle, ouverte, chez 43 patients souffrant de DCNC et de TUO, consommant plus de 90 mg/j d'équivalent morphine depuis plus d'un an. L'agoniste des récepteurs mu opioïdes a été switché pour de la buprénorphine associée à de la naloxone (BuNa) avec une titration initiale. Les données recueillies étaient les symptômes de sevrage initialement, mais aussi l'EVA douleur, un questionnaire de qualité de vie, des tests sensitifs quantitatifs (QST) avec un algomètre de pression et des stimulations électriques. Toutes ces mesures ont été réalisées à la *baseline* et deux mois après le switch. 37 patients ont terminé l'étude avec un âge moyen de 47 ans, une durée moyenne de traitement par opioïde de 5,6 ans, une dose moyenne de BuNa après titration de 19,6 mg/j et à deux mois de 18,3 mg/j. Quatre patients ont arrêté l'étude en raison de douleurs non contrôlées, un patient a été perdu de vue et un autre n'a pas toléré la BuNa. Les résultats ont montré, à deux mois, une diminution significative de la douleur (51,3 *versus* 37,2), une amélioration des seuils de douleur à la pression et des seuils de douleur et de tolérance après stimulation électrique. Il y avait également une amélioration significative de la qualité de vie.

La buprénorphine/naloxone pourrait être intéressante chez les patients souffrant de DCNC associées à un TUO. L'amélioration des seuils de douleur suggère une diminution de l'hyperalgésie aux opioïdes, à relier peut-être à l'agonisme partiel des récepteurs mu ou à l'effet antagoniste K de la buprénorphine. Ces résultats devront être confirmés dans une étude contrôlée avec un effectif plus important et sur une période plus longue.

Douleur aiguë

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

EFFICACITÉ DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE CONCERNANT LES OPIOÏDES EN POSTOPÉRAIRE

Zorrilla-Vaca A et al. *Anesth Analg*. 2022 May; 134(5): 940-51

Le risque de surconsommation d'opioïdes est majeur, notamment aux Etats-Unis, et une des clés pour réduire ce risque est l'éducation des patients. Or, il existe peu de données concernant l'efficacité réelle d'une telle mesure, en particulier dans la période postopératoire.

Les auteurs de cette méta-analyse ont souhaité justement répondre à des questions concernant l'impact de l'éducation thérapeutique péri-opératoire sur les habitudes de consommation en opioïdes après une intervention, sur le nombre de pilules ou de comprimés consommés, sur le renouvellement des ordonnances ou sur l'arrêt de traitement par ces morphiniques. Les auteurs ont ainsi analysé les bases *Medline*, *Pubmed*, *Embase*, *Cochrane*, *Scopus* et *Google Scholar* pour répondre à ces questions. Au total, 11 études ont été





analysées regroupant 1604 patients parmi lesquels 804 ont reçu une éducation thérapeutique (ET) et 800 une prise en charge «standard». A 15 jours de la chirurgie, le groupe ET a consommé moins d'antalgiques opioïdes que dans le groupe sans ET. En revanche, il n'y avait aucune incidence de l'ET sur l'arrêt de la consommation en opioïdes, notamment à six semaines et trois mois, ou encore le renouvellement des ordonnances à 15 jours, six semaines ou trois mois. Il semble qu'un support multimédia (vidéo) était plus efficace dans l'épargne morphinique postopératoire qu'un support papier. Le bénéfice d'une ET semble donc réel, mais il ne s'inscrit malheureusement pas dans la durée.

LA DOULEUR DANS LES ANÉVRYSMES DE L'AORTE ABDOMINALE ROMPUS : UNE MAUVAISE AIDE AU DIAGNOSTIC ?

Fernando SM et al. *Acad Emerg Med.* 2022 Apr; 29(4): 486-96

Avec un taux de mortalité de 50 à 90% les anévrismes de l'aorte abdominale rompue (AAA) sont des urgences diagnostiques puis thérapeutiques, rapidement sanctionnées par une chirurgie. Cette revue de littérature nord-américaine a recherché la sensibilité des signes de présentation, signes cliniques et examens d'imagerie.

Les trois motifs principaux de présentation étaient les douleurs abdominales (sensibilité de 62%), douleurs dorsales (54%) et syncope (28%). La sensibilité des signes cliniques était : hypotension (31% des cas) et/ou une masse abdominale battante (47%). Si le scanner a longtemps été l'examen clef du diagnostic d'AAA, en montrant une extravasation de produit de contraste, un hématome rétro-péritonéal ou une discontinuité de la paroi aortique, l'échographie se positionne maintenant comme un examen facilement disponible quoi que moins fiable avec la possible visualisation d'un AAA et/ou de l'épanchement abdominal. Si sept études ont permis de retrouver une sensibilité du scanner de 91% et une spécificité de 94%, dans les AAA, aucune étude n'est

disponible pour les échographies. Mais dans les AAA non rompus, cinq études ont permis de retrouver une sensibilité de l'échographie de 98% et une spécificité de 97%. En conclusion, si les douleurs ou les syncopes sont des symptômes classiques dans le diagnostic, elles sont peu spécifiques, les examens complémentaires affirment le diagnostic, le scanner restant pour le moment l'examen de référence.

HYPNOSE EN SÉDATION PROCÉDURALE EN PÉDIATRIE : C'EST LE MOMENT DE SE RÉVEILLER !

Baaleman DF et al. *J Neurogastroenterol Motil.* 2022 Apr 30; 28(2): 312-9
Concernant l'hypnose (H), de nombreux protocoles sont décrits mais, finalement, peu d'études sont disponibles sur son utilisation lors des sédations procédurales. Cette étude multicentrique a comparé l'impact de l'H sur le stress chez des enfants devant avoir une manométrie rectale. Dans la littérature, cette procédure est décrite comme stressante, mais non douloureuse.

32 enfants, 15 H et 17 procédures standards (S), ont été inclus. Le niveau de détresse était significativement plus faible dans le groupe ayant reçu une H de une à trois minutes par un hypnotérapeute certifié (formation de trois jours) que dans le groupe S (en aveugle ou non). Durant le geste, les résultats observés et reportés ne différaient pas entre les groupes. 93% des parents et des enfants rapportaient que l'H aidait l'enfant à se relaxer. Il n'y avait pas de différence significative en termes de temps de procédure ou de paramètres manométriques lors du geste. L'H paraît donc faisable lors des manométries rectales en pédiatrie, baissant le stress avant la procédure et perçue positivement par les enfants et les parents.

Malgré une littérature fournie montrant une supériorité de l'hypnothérapie face aux autres interventions psychologiques, la recherche en H en pédiatrie reste majoritairement limitée à l'oncologie et aux procédures impliquant une aiguille.

FOCUS
Pr Frédéric Aubrun (Lyon)



OFA

Entre 65 et 91% des patients reçoivent un traitement postopératoire comportant des opioïdes. Or, les opioïdes sont responsables d'effets indésirables tels que des nausées et des vomissements, des troubles ventilatoires ou, de manière plus surprenante, une hyperalgésie. Il est même suggéré, sans preuve clinique formelle, que certains opioïdes pourraient favoriser la dissémination de cellules cancéreuses *via* une interaction négative avec les cellules lymphocytaires NK en chirurgie carcinologique.

Ces inconvénients ont conduit certaines équipes de recherche, mais aussi de nombreux cliniciens, à se tourner vers un nouveau concept, celui de se passer totalement des opioïdes pendant une intervention chirurgicale : l'OFA (*Opioid Free Anesthesia* ou anesthésie sans opioïdes). Très souvent indiqués dans le cadre d'une analgésie chirurgicale, mais aussi dans un objectif de stabilité hémodynamique, il est donc proposé de remplacer ces morphiniques par plusieurs médicaments antalgiques et antihyperalgésiques, assurant ainsi une analgésie sous anesthésie générale avec la stabilité hémodynamique recherchée. La kétamine, déjà recommandée par la SFAR depuis 2016, est ainsi combinée aux antalgiques non morphiniques habituels (paracétamol, AINS, néfopam), mais aussi associée, selon les habitudes, à la dexaméthasone, aux gabapentinoïdes, au sulfate de magnésium, à un alpha-2 agonistes (essentiellement la dexmédétomidine, DXM) ou encore à des anesthésiques locaux, tels que la lidocaïne par voie intraveineuse. L'inconvénient est le faible nombre d'études méthodologiquement parfaites et surtout l'absence totale de travaux portant sur l'interaction pharmacologique entre tous ces agents. Nous ne disposons pas non plus de recommandations sur le monitoring de l'analgésie chirurgicale et de sa profondeur. Les patients bénéficiant d'une anesthésie de type OFA reçoivent encore des morphiniques en postopératoire, constat observé dans de nombreuses publications. Enfin, certains agents tels que la DXM entraînent des effets indésirables parfois sévères comme observé par Hélène Beloeil et consorts.

S'il est vrai que, dans certaines populations ou chirurgies à risque de troubles ventilatoires postopératoires, il est préférable de supprimer les opioïdes en péri-opératoire, l'OFA n'est certainement pas indiquée pour tous les patients. On peut ainsi préconiser l'OFA en cas de chirurgie bariatrique ou pour un geste chirurgical chez un patient obèse morbide ou insuffisant respiratoire avec une épargne morphinique et une réduction de l'incidence des nausées-vomissements postopératoires (Ziemann-Gimmel P et al. ; Grape S et al. ; Olausson A et al.). Il faut alors combiner les bons médicaments à la bonne dose au bon moment et par la bonne voie d'administration, tout en respectant les précautions d'emploi et les contre-indications telles que l'instabilité hémodynamique, la bradycardie par exemple.

La stratégie actuelle est de revenir aux fondamentaux (en connaissant davantage les médicaments administrés) et

d'individualiser la prise en charge des patients comme le suggèrent Evan Kharasch et David Clark dans leur éditorial publié en même temps que l'article d'Hélène Beloeil et consorts en 2021. Le choix des agents est crucial et le concept de l'OLA (*Opioid Low Anesthesia*) ou de l'épargne morphinique raisonnée et raisonnable doit certainement s'imposer dans notre pratique quotidienne.

Beloeil H et al. *Anesthesiology*. 2021 Apr; 134(4): 541-51
 Ziemann-Gimmel P et al. *Br J Anaesth*. 2014 May; 112(5): 906-11
 Grape S et al. *Anaesthesia*. 2019 Jun; 74(6): 793-800
 Olausson A et al. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2022 Feb; 66(2): 170-85
 Kharasch ED, Clark JD. *Anesthesiology*. 2021 Apr; 134(4): 509-14



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