

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)

COMPRENDRE ET ÉVALUER LA DOULEUR CHRONIQUE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Solus H, Bonnet F. *Prat Anesth Reanim.* 2022 Dec ; 26(6) : 303-7

L'accouchement, qu'il soit par voie naturelle ou césarienne, peut parfois se compliquer et se prolonger par un syndrome douloureux chronique (DC) dont les caractéristiques, les mécanismes ou encore les facteurs de risque sont analysés dans cet article.

Les auteurs rappellent que la DC après chirurgie implique un *continuum* entre l'intervention et les douleurs, avec une durée minimale de trois mois. Les données de la littérature dans ce contexte varient énormément : de 7 à 30% de DC après césarienne à trois mois et 2 à 20% à six mois, tandis qu'après un accouchement par voie naturelle les chiffres sont de 5 à 50% à trois mois et 2 à 6% à six mois. Il s'agit de douleurs lombaires, rachidiennes, mais aussi de douleurs abdomino-périnéales. Alors que certaines patientes ou même dans certaines études, il a été évoqué le lien entre la péridurale et les douleurs rachidiennes, aujourd'hui il est établi qu'il ne s'agit pas d'un facteur de risque. Par contre, de façon évidente, l'obésité ou les antécédents de lombalgies sont des facteurs de risque pour ces rachialgies. Les douleurs de cicatrices de césarienne représentent près de 20% des cas à trois mois et bien entendu, sans chiffre disponible, les douleurs d'épisiotomie sont également source de DC. Les douleurs périnéales forment le troisième type de DC post-accouchement, de mécanismes souvent plus complexes. Globalement, des items neuropathiques, nociceptifs sont retrouvés avec des phénomènes d'hypersensibilisation périphérique et centrale. Ils sont associés à des troubles anorectaux, sphinctériens, avec des

caractéristiques neuropathiques et un impact majeur sur la qualité de vie. D'ailleurs, cette dernière est difficile à évaluer, très variable selon le contexte social, culturel, psychologique... il est alors nécessaire d'évaluer plusieurs domaines outre l'intensité de la douleur : sommeil, moral, vie sexuelle... Des facteurs de risque sont progressivement étudiés et analysés : génétiques influençant les besoins en opioïdes (dont l'impact est difficile à mesurer) ; psychologiques (dépression, stress post-traumatique, catastrophisme, anxiété) ; antécédents de douleurs chroniques ; le type de lésion tissulaire (l'incision, le traumatisme périnéal...).

Ces données nous rappellent combien il est essentiel et compliqué à la fois d'évaluer la DC postopératoire et probablement encore plus après un accouchement, tant ce contexte est particulier, source de croyances et d'idées reçues. Il est marqué par une complexité d'évaluation clinique ou encore l'intrication de nombreux mécanismes physiopathologiques.



DOULEUR NOCIPLASTIQUE ET ARTHROSE DES DOIGTS : QUELLE PRÉVALENCE ET QUELLE RÉPONSE AUX CORTICOÏDES ?

van der Meulen C et al. *Eur J Pain*. 2022 Sep; 26(8): 1691-701

L'arthrose des mains est parfois très douloureuse et handicapante, elle est également difficile à traiter. Des anti-inflammatoires peuvent être efficaces. Mais certains patients ne répondent pas à ces traitements, peut-être en raison de la présence de douleurs non nociceptives, de type nociplastiques (ou «neuropathic-like»). Il existe peu d'études sur la caractérisation des douleurs dans l'arthrose des doigts et leurs données sont contradictoires.

Cette étude avait pour objectif de rechercher la présence de douleurs «neuropathic-like» en utilisant le questionnaire painDETECT et de rechercher des associations éventuelles avec différentes caractéristiques des patients, leur impact sur la qualité de vie et la réponse aux corticoïdes *per os*. Il s'agit d'une analyse *post-hoc* de l'étude HOPE, un essai randomisé contrôlé évaluant l'efficacité des corticoïdes (10 mg/j pendant six semaines) contre placebo dans l'arthrose des doigts avec des signes inflammatoires cliniques et échographiques. Sur 92 patients, 91 ont complété le questionnaire painDETECT, avec un score >18 et donc des douleurs «neuropathic-like» dans 16% des cas. En analyse multivariée, il existe une association entre un score painDETECT élevé et une EVA douleur des doigts plus élevée, le sexe féminin, un nombre plus élevé de comorbidités, une altération de la qualité de vie et inversement une moindre destruction articulaire radiographique. Entre les deux groupes de traitement (corticoïde et placebo), il n'y a pas eu de différence de variation du score painDETECT entre la *baseline* et six semaines, alors que l'EVA douleur des doigts était significativement améliorée dans le groupe corticoïde.

Les résultats de cette étude *post-hoc* nécessitent d'être confirmés. Cependant, ils soulignent l'importance d'un traitement individualisé ciblant les mécanismes de la douleur.

LA RADIOFRÉQUENCE PULSÉE PÉRIRADICULAIRE SOUS ÉCHOGRAPHIE EST-ELLE EFFICACE DANS LES NÉVRALGIES CERVICO-BRACHIALES CHRONIQUES ?

Chalermkitpanit P et al. *Spine J*. 2023 Jan 11 [Online ahead of print]

La radiofréquence pulsée (PRF) du ganglion de la racine dorsale (DRG) est une technique de neuromodulation réduisant l'activité neuronale et la douleur, mais elle nécessite une voie transforaminale avec des risques vasculaires. La PRF périradiculaire réalisée au niveau de la racine sous contrôle échographique aurait moins de risques, mais il existe peu d'essais randomisés contrôlés évaluant son efficacité et sa tolérance dans les névralgies cervico-brachiales.

Les auteurs présentent un essai randomisé, contrôlé contre injection de corticoïde, en double aveugle. Ils ont inclus 42 patients avec des douleurs radiculaires du membre supérieur (EVA >4/10) ne répondant pas au traitement pendant trois mois et avec exploration IRM du rachis cervical. Les patients ont été randomisés pour recevoir de la PRF (42°C 4 minutes), suivie d'une injection de 1,5 ml de lidocaïne 2% avec 10 mg de dexaméthasone, ou uniquement l'injection de lidocaïne et dexaméthasone. Les traitements étaient réalisés par le même médecin et les évaluations ont été

réalisées en aveugle du traitement reçu. Un patient a été perdu de vue dans le groupe PRF à un mois. Pour le critère principal de jugement à trois mois, les patients ayant reçu la PRF avaient significativement moins de douleur (2,8 +/- 2,7) comparés aux patients avec injection de corticoïde seule (5,5 +/- 2,6 ; p=0,01) et le nombre de patients avec une diminution de plus de 50% de la douleur était plus élevé dans le groupe PRF par rapport au groupe contrôle (70% *versus* 23,8% ; p=0,002). L'amélioration du score de handicap du rachis cervical était significativement supérieure dans le groupe PRF à trois et six mois. Le maintien d'une réduction de plus de 50% de la douleur était plus long dans le groupe PRF (6,0 +/- 4,1 mois) comparé au groupe corticoïde (2,3 +/- 2,1 mois). La procédure avec la PRF prend plus de temps que l'injection seule de corticoïde. Les effets indésirables ont été identiques dans les deux groupes, mais ne sont pas décrits dans la publication.

Cette technique de neuromodulation périradiculaire dans les névralgies cervico-brachiales chroniques semble intéressante, mais nécessite confirmation avec une étude plus large et multicentrique.

Douleur aiguë

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

QUEL BÉNÉFICE DES CORTICOÏDES IV DANS L'ANALGÉSIE POSTOPÉRAIRE APRÈS PROTHÈSE TOTALE DE HANCHE OU DE GENOU ?

Koppen KS et al. *Eur J Anaesthesiol*. 2023 Mar; 40(3): 155-70

La chirurgie prothétique de la hanche (PTH) et du genou (PTG) sont parmi les interventions les plus fréquemment réalisées dans le monde. Elles concernent surtout les patients âgés et sont associées à des intensités douloureuses modérées à sévères postopératoires. Il n'existe pas à l'heure actuelle de «gold standard» concernant la gestion péri-opératoire de ces douleurs en dehors de quelques recommandations de sociétés savantes ou de groupes de travail. Les corticoïdes sont des anti-inflammatoires stéroïdiens (AIS) qui possèdent des propriétés anti-inflammatoires et antiémétiques avec un effet d'épargne morphinique, de réduction des scores de douleur, des nausées et de la fatigue postopératoire. Les AIS sont souvent utilisés à faible dose, mais il existe des travaux démontrant l'efficacité de ces médicaments à plus forte dose et administrés en une seule injection. Les risques des AIS en péri-opératoire sont connus : augmentation du risque infectieux ou retard de la cicatrisation, hyperglycémie.

Les auteurs ont souhaité obtenir des réponses quant à l'effet des glucocorticoïdes péri-opératoire sur la dose cumulée de morphine postopératoire (critère principal), la douleur et les effets indésirables, notamment sévères, chez des patients opérés d'une PTH ou d'une PTG. Cette étude a été construite sur un modèle de méta-analyse en utilisant la méthode GRADE. Les auteurs ont recensé 32 études regroupant 3521 patients. L'adjonction de corticoïde a permis une épargne morphinique de 5 mg sur 24h, mais aussi une réduction des scores de douleur au repos de 7,8 mm à 6h et



de 6,3 mm à 24h ($p < 0,00001$). Quant aux scores de douleur à la mobilisation, ils étaient également réduits de 9,8 mm à 6h et de 9 mm à 24h ($P < 0,00001$). L'incidence des effets secondaires était réduite dans le groupe de patients ayant reçu des corticoïdes. Toutefois, la méthode GRADE, qui traduit l'excellence de l'analyse, a souligné le risque de biais de nombreuses études limitant ainsi la puissance du message. Cette étude a au moins le mérite d'ouvrir le champ des prescriptions de ces agents antalgiques peu utilisés et qui peuvent s'inscrire dans une démarche multimodale toujours profitable dans un objectif d'épargne morphinique.

DOULEUR LIÉE AUX SOINS : LE SOULAGEMENT DANS LA SIMPLICITÉ ?

Bosso L et al. *Ann Emerg Med.* 2023 Jan; 51(1): 84-94

Les techniques de distraction peuvent impacter les douleurs et/ou l'anxiété lors de certaines procédures douloureuses. Cette étude suisse compare l'impact sur la douleur et l'anxiété de deux techniques de distraction numérique en deux dimensions (2D : écran d'ordinateur) ou trois dimensions (3D : lunettes) utilisées cinq minutes avant un soin, pendant le soin puis cinq minutes après le soin, lors d'une suture, un plâtre, une réduction de fracture, de luxation, de gaz du sang...

117 patients ont été inclus, les différences en termes de douleur et d'anxiété n'étaient pas significativement supérieures dans le groupe 3D. L'impression de dissociation du soin était plus importante dans le groupe 3D, mais les scores de tolérance («mal des transports») étaient équivalents en 2D ou en 3D (environ 50% des patients). Néanmoins, 8,3% des patients ont retiré les lunettes de réalité virtuelle lors de la procédure 3D contre 1,6% pour le 2D. Dans la discussion, les auteurs insistent sur le gain en simplicité permis par ces résultats : disponibilité du matériel 2D, baisse du risque nosocomial avec les écrans plutôt que les lunettes et utilisation de

la même vidéo d'un jardin zen. Ils proposent de tester un environnement plus interactif de 3D lors d'une prochaine étude. Cette étude simple permet à tous de proposer plus facilement une anxiolyse et/ou une antalgie simple en utilisant les ordinateurs présents dans les salles de soins de la plupart des services d'urgence ou encore, par extrapolation, les ordinateurs portables de certains praticiens en consultation.

LA DOULEUR DE VOTRE PATIENT EST-ELLE INFLUENCÉE PAR SON ENVIRONNEMENT SOCIAL ?

Bajcar EA et al. *Eur J Pain.* 2022 Dec 5 [Online ahead of print]

La littérature a montré que le souvenir d'une douleur a un impact significatif sur les expériences douloureuses à venir pour un patient et peut limiter son adhérence aux soins. Cette étude polonaise s'intéresse à l'impact des évaluations douloureuses d'autres patients, soumis à un même *stimulus* sur l'évaluation douloureuse d'un patient.

53 participants ont été soumis à deux *stimuli* thermiques (45 degrés, 60 secondes) de même intensité, mais à distance l'un de l'autre. Entre les deux *stimuli*, un groupe n'avait aucun *stimulus* (contrôle) et l'autre avait une interaction avec des vidéos montrant des évaluations douloureuses plus faibles de la part d'autres participants lors d'un même *stimulus* douloureux. Les deux groupes de patients étaient ensuite soumis au même *stimulus* nociceptif initial. La vidéo de patients moins douloureux n'a pas influencé le souvenir de la douleur initiale. Cependant, les patients ayant vu cette vidéo ont eu une douleur significativement plus faible lors de la récurrence douloureuse que les patients du groupe contrôle.

Les auteurs concluent que la douleur peut être significativement influencée par l'environnement social et que cette propriété est utilisable dans le soulagement de douleurs, notamment lors de procédures douloureuses répétées.

FOCUS

Pr Frédéric Aubrun (Lyon)



LA TITRATION INTRAVEINEUSE EN MORPHINE

Cette technique d'analgésie est couramment pratiquée pour le soulagement de douleurs aiguës dès qu'un seuil de douleur est franchi. Ce seuil est empiriquement déterminé à 3/10 sur une échelle numérique ou au moyen d'une échelle visuelle analogique. Le principe consiste à administrer par voie intraveineuse des bolus de 2 à 3 mg de morphine toutes les cinq minutes jusqu'au soulagement du patient défini par un score de douleur repassé sous la barre des 3/10. La voie IV est en effet la plus rapide pour soulager avec efficacité des patients dont l'analgésie préventive au bloc opératoire, le plus souvent multimodale, n'a pas permis au patient d'être confortable dès leur arrivée en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Cette méthode est donc utilisée en SSPI, mais aussi dans les services d'urgence pré-hospitaliers, au déchocage (SAU) ou encore dans les secteurs de soins critiques.

En règle générale, les patients qui nécessitent une titration en SSPI sont soulagés avec une dose moyenne de 10 mg de morphine (0,15 mg/kg), soit après trois à cinq bolus. Les patients âgés (plus de 65 ans) peuvent bénéficier de la même stratégie analgésique. La dose titrée et le nombre moyen de bolus pour les soulager sont similaires aux valeurs relevées pour les patients les plus jeunes. Des précautions s'imposent au-delà de 80 ans faute de données de la littérature suffisantes. Dans les SAU, la dose moyenne pour soulager les patients est également d'environ 10 mg. La titration nécessite une surveillance attentive des patients que ce soit sur le plan neurologique, respiratoire ou hémodynamique. L'état de conscience et le niveau de douleur doivent être évalués afin de détecter une sédation considérée comme un effet indésirable de la morphine. Cette sédation survient en SSPI dans 60% des cas en moyenne et dans 10% des cas dans les SAU. La raison est liée au fait que les patients qui sortent d'un bloc opératoire ont bénéficié d'opioïdes et d'agents anesthésiques avec un effet rémanent certain.

La sédation implique d'arrêter la titration afin d'éviter une dépression respiratoire (estimée à 2,6% en postopératoire chez des patients titrés). Cet effet indésirable est annonciateur d'effets secondaires respiratoires plus sévères si la titration est poursuivie. La morphine pouvant entraîner une bradypnée ou même une apnée, il est indispensable de monitorer la fréquence respiratoire ou détecter des épisodes d'apnée. Les patients doivent être surveillés au moyen d'un oxymètre de pouls afin de détecter une désaturation. Des variations hémodynamiques de type hypotension (notamment chez les patients hypovolémiques) ou bradycardies peuvent également se produire incitant à mettre fin à la titration. Ces précautions nécessaires permettent de réduire les risques d'évènements indésirables dont l'incidence, en dehors de la sédation, est estimée entre 10% (SSPI) et 13% (SAU). L'essentiel des effets secondaires concerne des nausées et/ou des vomissements. Le pic d'efficacité, mais aussi de l'apparition des effets secondaires de la morphine, étant à 60 minutes, les patients doivent être surveillés pendant l'heure qui suit la fin de la titration

avant d'autoriser la sortie des patients de la SSPI. Ce temps de surveillance est augmenté à deux heures dans les SAU pour des raisons de sécurité. Les variations à titre de polymorphisme génétique lié à la morphine n'ont aucune influence sur l'efficacité, la dose titrée ou l'apparition d'effets secondaires liés à la morphine. Quant à l'oxycodone, que certains auteurs ont proposé de substituer à la morphine (rotation des opioïdes), son utilisation n'a pas permis de réduire l'incidence des effets secondaires.

Pour conclure, moyennant les précautions d'usage citées ci-dessus, cette technique d'analgésie permet de soulager la plupart des patients avec de faibles risques d'évènements indésirables. Elle a supplanté des techniques anciennes telles que l'analgésie morphinique par voie sous-cutanée. Elle est pratiquée dans les SMUR et les services d'urgences hospitalières, mais ne doit en aucun cas, faute de surveillance adaptée, être réalisée dans les unités de soins conventionnelles.

Aubrun F et al. *Br J Anaesth*. 2012 Feb; 108(2): 193-201

Aubrun F et al. *Eur J Anaesthesiol*. 2018 Jul; 35(7): 496-504

Cuvillon P et al. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2021 Jan; 65(1): 40-6

Aubrun F et al. *Anesthesiology*. 2003 Jul; 99(1): 160-5

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