

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)**

PRÉVENIR LA DOULEUR CHRONIQUE APRÈS CHIRURGIE THORACIQUE

Boglietto E. Prat Anesth Reanim. 2022 Apr; 26(2): 87-92

La chirurgie thoracique est connue comme la plus pourvoyeuse de douleur, aiguë, mais aussi chronique (DC) : de 25 à 80% de prévalence selon les études. Les protocoles de prise en charge péri-opératoire sont régulièrement réactualisés, avec une approche multimodale, associant des blocs régionaux (bloc paravertébral, de l'érecteur du rachis et bloc du serratus) qui semblent supplanter les épidurales, aux antalgiques systémiques opioïdes ou non opioïdes.

Dans cet article, sont résumés les facteurs de risque de chronicisation après chirurgie thoracique et les mesures préventives potentielles qui en découlent pour les limiter. Ces dernières années, il a été mis en évidence l'absence de supériorité des locorégionales dans le développement de la DC, d'autres pistes préventives doivent être explorées. Pour cela, mieux connaître les facteurs de risque tels que l'âge jeune, inférieur à 60 ans (du fait de l'augmentation de l'inflammation et une réponse immunitaire plus importante engendrant des réponses neuroplastiques), le sexe féminin, la voie d'abord par thoracotomie versus thoracoscopie ou encore le drainage thoracique prolongé, la pleurectomie, pariéctomie associées à des lésions nerveuses et tissulaires. Au contraire, la vidéo-thoracoscopie est associée à une moindre intensité douloureuse postopératoire et une incidence moindre de DC, même si des lésions nerveuses sont possibles, et la chirurgie robot-assistée apporte encore plus de bénéfices. Les traitements associés peuvent être délétères : radiothérapie, chimiothérapie, par sensibilisation des fibres nerveuses. Les antécédents de

DC sont aussi des facteurs de vulnérabilité. La prise en compte du terrain et de la technique chirurgicale est donc primordiale, mais pas suffisante. Le dépistage précoce des douleurs neuropathiques est rappelé ici, en effet de 20 à 50% des DC postopératoires sont neuropathiques. Leur prévention à l'aide d'agents spécifiques comme la gabapentine, la prégabaline ou la kétamine n'a pas permis d'obtenir de résultats concluants. Il reste donc indispensable de poser au plus tôt le diagnostic de DN, notamment en s'aidant du questionnaire DN4, et de mettre en place les thérapeutiques médicamenteuses, systémiques, locales, non médicamenteuses et, selon l'évolution, d'avoir recours aux structures douleur chronique.

Cette synthèse résume bien les connaissances actuelles et replace de nouveau la nécessité d'un regard clinique précoce qui semble être encore aujourd'hui la meilleure prévention.

COMPRENDRE ET PRÉVENIR LES DOULEURS CHRONIQUES DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Daïen C, Sibilia J. Rev Rhum Monog. 2022 Jul 14 [Online ahead of print]

Comment prévenir pour mieux contenir les douleurs chroniques (DC) de polyarthrite rhumatoïde (PR) retrouvées dans 5 à 65% des cas selon les études ?

Il faut tout d'abord détecter les facteurs de risque : le tableau initial (intensité de la douleur à l'apparition des symptômes, le nombre d'articulations concernées, la qualité de vie), mais aussi les comorbidités (tabagisme, surcharge pondérale), les facteurs psychologiques comme la dépression, l'anxiété, mais aussi le catastrophisme, les antécédents traumatiques, le stress. Ces différents facteurs de risque ne sont pas obligatoirement spécifiques et il n'est pas toujours possible d'agir sur ceux-ci. Plus spécifiquement, dans la PR, les destructions articulaires ne sont responsables que de 2% des DC, par contre il est maintenant bien décrit des douleurs neuropathiques avec, d'une part, une sensibilisation périphérique, liée au TNF-alpha et à l'interleukine (IL)-1bêta engendrant une cascade de réactions impliquant le

NGF, les prostaglandines, la substance P, une surexpression des récepteurs TRPV1 et 2... Une sensibilisation centrale a été mise en évidence, notamment cliniquement par une douleur accrue en intensité et au-delà des sites articulaires. Il a été mis en évidence le rôle des anticorps dans la DC de la PR, grâce aux études chez l'animal, le transfert de certains anticorps d'une souris PR à une autre saine provoquant chez cette dernière une hypersensibilisation à la douleur. Comme souvent, pour ne pas dire toujours, la meilleure prévention est l'évaluation (des douleurs, des sujets à risque) pour permettre une optimisation, car dans la PR, si l'instauration du traitement est débutée dans les trois mois suivant les symptômes, on limite l'intensité de la douleur et le nombre d'articulations atteintes. Dans une méta-analyse, Faith Matcham et consorts (Matcham F et al. *Arthritis Rheumatol.* 2018 Sep; 70(9): 1377-91) ont comparé les différents traitements de fond sur la santé mentale, reflet de la douleur, de sa composante centrale et émotionnelle. Ceux ciblant l'IL-6 semblent les plus efficaces. Pour la gestion spécifique des douleurs, l'intervention doit être précoce, multimodale (antalgiques standards, anti-neuropathiques pour l'hypersensibilisation), associant des techniques non médicamenteuses, l'activité physique, la prise en charge psychologique.

Dans la PR, comme dans de nombreuses pathologies ou interventions engendrant des DC, le dépistage et l'adaptation au plus tôt des moyens antalgiques restent les moyens les plus efficaces pour optimiser la qualité de vie des patients.

LE SDRC : REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'ÉVOLUTION À UN AN

Johnson S et al. *Eur J Pain.* 2022 Jul; 26(6): 1203-20

Il s'agit d'une revue systématique de la littérature concernant le syndrome douloureux régional complexe (SDRC), son évolution et ses retentissements au-delà d'un an après le début des symptômes. La recherche bibliographique a été réalisée sur MEDLINE, EmBase et PsychINFO jusqu'en mai 2021 avec sélection de 22 études répondant aux critères de recherche. La douleur et le handicap moteur sont les symptômes persistants à un an les plus fréquents pour 51 à 89% des patients selon les études. Les symptômes s'améliorent avec le temps, mais 25 à 66% des patients gardent une réduction de la force de préhension et 20 à 25% ont des amplitudes de mobilité réduites. Ces symptômes persistants à un an entraînent une incapacité physique et sociale. En

effet, 30 à 40% des patients ne reprennent pas le travail et un pourcentage également élevé (27 à 35%) travaille avec une adaptation de poste.

Cette revue de la littérature a le mérite de mettre en évidence la persistance de douleur et du handicap à plus d'un an d'évolution du SDRC et son impact sur le travail pour une proportion importante de patients. Cependant, cette revue a plusieurs limites : elle a inclus des études prospectives, mais aussi rétrospectives avec des données manquantes, les critères diagnostiques utilisés sont variés en dehors des études publiées après 2012 qui utilisent les critères de Budapest, les patients ne sont pas toujours inclus au tout début de la maladie et les critères de mesure sont disparates.

Douleur aiguë

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

LES COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES DE L'ANALGÉSIE PÉRIDURALE DANS LA CHIRURGIE DU CANCER COLORECTAL

Hasselager RP et al. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2022 Aug; 66(7): 869-79

Le stress chirurgical entraîne une cascade d'évènements dont l'activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire qui induit la sécrétion neuroendocrine notamment de cortisol et de catécholamines. Il existe donc une réaction inflammatoire et des conséquences en termes d'immunité et d'activation de la coagulation. L'analgésie péridurale offre de nombreux avantages en termes de blocage des afférences nociceptives, mais interagit également avec l'axe hypothalamo-hypophysaire en réduisant ainsi les conséquences du stress chirurgical. L'analgésie péridurale améliore bien entendu le confort des patients et réduit les risques thrombotiques tout en accompagnant la réhabilitation postopératoire, en particulier des patients présentant des comorbidités ou chez lesquels la surutilisation des opioïdes pourrait entraîner des conséquences délétères. Inversement, les risques d'une analgésie périmédullaire sont peu étudiés. Une vasoplégie sympathique et un effet sur la transmission nerveuse peuvent en effet entraîner une faiblesse musculaire retardant ainsi la rééducation et la réhabilitation du patient, mais aussi une hypotension artérielle, une dysfonction urinaire.

Les auteurs danois de ce travail rétrospectif sur une dizaine d'années ont souhaité analyser ce type de conséquences à partir d'une base de données conséquente de près de 20000 patients. Un score de propension a été utilisé pour affiner l'analyse statistique. De très nombreux éléments de la trajectoire et de l'histoire personnelles des patients ont été étudiés. De cette cohorte, il ressort que 32% des patients ont bénéficié d'une analgésie péridurale. De manière curieuse, le pourcentage de patients bénéficiant d'une péridurale s'est contracté sur la seconde période analysée (2015-2018) par rapport à la période précédente (2008-2014). Concernant le critère de jugement principal (morbi-mortalité à 30 jours postopératoires), les résultats sont clairs : les auteurs n'ont mis en évidence aucune association entre le fait de bénéficier d'une analgésie péridurale et l'apparition de complications postopératoires après chirurgie colorectale carcinologique.





Cette étude rassurante est néanmoins critiquable de par, notamment, le caractère rétrospectif et incomplet du recueil de certaines données et de la période analysée.

EFFET DE LA LIDOCAÏNE INTRAVEINEUSE SUR LA DOULEUR POSTOPÉRAIRE EN CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE ORL

Wallon G et al. *Eur J Anaesthesiol.* 2022 Sep; 39(9): 735-42

La chirurgie carcinologique ORL est associée à des intensités douloureuses élevées avec paradoxalement une littérature peu abondante sur le sujet. Les opioïdes, habituellement recommandés pour le soulagement des douleurs modérées à sévères, sont associés à des effets indésirables tels que les nausées vomissements, la dépression respiratoire ou encore l'hyperalgésie. La tendance actuelle est donc à l'épargne morphinique à condition que des antalgiques non morphiniques ou des agents anti-hyperalgésiques soient suffisamment puissants pour remplacer les opioïdes.

Les auteurs se sont intéressés à la lidocaïne par voie intraveineuse, car ce médicament procure une analgésie puissante, une action anti-inflammatoire, une épargne morphinique et en effets secondaires morphiniques. Elle améliore la réhabilitation et présente des propriétés anti-hyperalgésiques. Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'efficacité à 48 heures de la lidocaïne administrée à une dose de 1,5 mg/kg en bolus à l'induction puis à 2 mg/kg/h pendant la chirurgie, dose réduite à 1 mg/kg/h pendant le séjour du patient en SSPI. La lidocaïne était stoppée au moment de la sortie du patient de la salle de réveil. Ce groupe était comparé à un groupe placebo, l'ensemble des 99 patients analysés recevant une analgésie multimodale. Malheureusement, la lidocaïne n'a pas amélioré le soulagement des patients. Il n'y avait aucune diminution dans la consommation totale de morphine, ni dans les scores de douleur, y compris à trois et six mois. La question se pose de la stratégie analgésique et/

ou de la population choisie. Autant la lidocaïne a prouvé son efficacité dans certaines indications en chirurgie digestive par exemple, notamment en réduisant la durée de l'iléus, autant il est indispensable d'évaluer le bénéfice de cet anesthésique local dans d'autres types de chirurgie à risque de douleur postopératoire modérée à sévère.

FRACTURE DU BASSIN : LA «PETITE» FRACTURE QUI MONTE...

Tran UE et al. *CJEM.* 2022 Apr; 24(3): 273-77

Cette étude rétrospective bicentrique canadienne a inclus 411 dossiers de patients de plus de 65 ans présentant, aux urgences, une fracture de bassin, isolée et peu ou pas déplacée. Les patients étaient surtout des femmes (82,5%), de moyenne d'âge 83,9 ans. 31,6% n'ont reçu aucun antalgique. 32% ont eu des antalgiques par des protocoles de «paramedics» (16%) ou d'infirmiers (16%). Les antalgiques prescrits par les médecins étaient des paliers III dans 60% des cas. 23,1% des patients ont bénéficié de kiné (10%), d'assistantes sociales (7%), de l'avis d'une infirmière gériatrique (14%) ou de soins à domicile (4% des cas). La durée moyenne de séjour aux urgences était de 11,6 heures (écart-type : 7,1). 51,1% des patients ont été admis ; parmi ceux qui sont sortis, 22,4% sont retournés aux urgences dans les 30 jours et parmi ceux-ci, 37,8% ont été hospitalisés. Les auteurs concluent donc à un sous-traitement des fractures de bassin.

Même si un relevé des échelles d'évaluation de la douleur aurait permis de mieux comprendre les blocages à la prise en charge antalgique, cette étude est pertinente, car les fractures de bassin ont triplé dans les dernières décennies et restent mal prises en charge. Les sujets âgés ont la même perception douloureuse que les plus jeunes, mais sont moins traités et leur oligoanalgésie conduit à des durées d'hospitalisation plus longues, des douleurs persistantes, une aggravation des fonctions physiques et cognitives.

FOCUS

Dr Gérard Mick - Voiron

**DOULEUR AIGÜE OU CHRONIQUE ?
UNE MAUVAISE QUESTION ?**

La distinction nosologique conventionnelle entre douleurs aiguë et chronique est aujourd'hui discutée, voire remise en cause dans la communauté scientifique. Elle peut s'avérer arbitraire, car ignorant les différences caractérisant les divers mécanismes algogènes en jeu dans une situation clinique donnée.

Il existe en effet une dichotomie fondamentale entre douleur générée de manière périphérique et douleur maintenue au niveau central. Abandonner la classification de la douleur basée sur la temporalité, parce qu'elle ne reflète pas les principes sous-jacents à la genèse d'une douleur, devient une posture tangible d'autant plus qu'elle conditionne tout choix thérapeutique. Il devient en fait nécessaire de remettre en question l'opinion courante selon laquelle les douleurs aiguës, si elles ne sont pas bien soulagées, peuvent devenir chroniques, car elle est sans preuve solide et doit être aujourd'hui considérée comme une erreur conceptuelle. L'hypothèse selon laquelle il peut y avoir transition d'une douleur nociceptive aiguë vers une douleur chronique provoquée par une sensibilisation centrale est elle-même loin d'être argumentée, alors qu'il est bien plus probable qu'une douleur persistante émerge d'un ou plusieurs mécanismes avec différentes phases de développement, dont certains peuvent inclure une sensibilisation centrale.

Nous devrions plutôt considérer quand la douleur d'un patient est générée de façon périphérique ou bien centrale, ainsi que les facteurs contributifs associés, ceux-ci devant être les cibles du traitement antalgique. L'implication pratique, logique et simple de cette nouvelle posture est que toute douleur maintenue de manière centrale ne devrait pas être traitée en ciblant le versant somatique de la douleur, mais en se basant sur des stratégies modifiant la façon dont le cerveau réagit aux divers *stimuli* internes ou externes, dont certains sont physiologiques, éventuellement, mais non obligatoirement nociceptifs, et d'autres psychologiques. Il devrait être recommandé de réaliser une distinction précoce entre les divers mécanismes potentiellement algogènes d'une douleur chez tout patient, quelle qu'elle soit y compris récente, et de suivre leurs évolutions respectives au cours du temps, car susceptibles d'avoir des progressions différentes, la résolution de la douleur corollaire nécessitant alors des interventions variées et modifiables.

L'une des premières conséquences de cette position conceptuelle est de savoir mieux distinguer cliniquement les divers types de douleur en phase aiguë et les divers mécanismes en jeu, en veillant à ce que les risques d'échec d'un traitement dit de référence ne soient par obérés par les avantages immédiats obtenus chez quelques individus.

Loeser JD. *Pain*. 2022 Sep; 163(9): 1670-4

Nicholas MK. *Pain*. 2022 Sep; 163(9): 1649-50

Finnerup NB et al. *Pain*. 2022 Sep; 163(9): e985-8



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