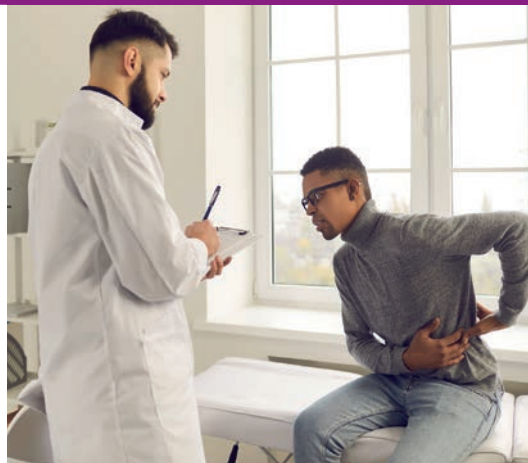


La Douleur

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)

INNERVATION, IMAGERIE ET INFILTRATIONS DANS LES CAS DE DOULEURS PELVI-PÉRINÉALES

Laigle-Quérat V, Levesque A. *Imag Femme*. 2024 Jun; 34(2): 55-63

Dans cet article, les auteurs nous rappellent les territoires nerveux de la zone pelvipérinéale, les imageries possibles, ainsi que les gestes infiltratifs réalisables par les radiologues. Les douleurs pelviennes sont médiées par le réseau nerveux végétatif, par le système orthosympathique, qu'elles soient d'origine gynécologique, urologique ou digestive, les fibres vont gagner les lames sacro-recto-génitopubiennes pour converger vers le ganglion hypogastrique inférieur et rejoindre la chaîne orthosympathique paravertébrale et le névraxe à hauteur de L1-L2. Le système étant métamérique, capté par plusieurs racines, ces douleurs sont diffuses, mal systématisées. Le périnée quant à lui présente une innervation double : somatique *via* le nerf pudendal (issu de la troisième racine sacrée) et végétative, ainsi que le plexus hypogastrique inférieur (orthosympathique). L'innervation des organes génitaux externes est complexe et dépend d'autres nerfs issus de la charnière thoraco-lombaire (ilio-hypogastrique, ilio-inguinal, génito-fémoral). Les régions glutéales sont, elles, prises en charge par le rameau clunéal inférieur, issu du cutané postérieur de la cuisse et donc d'origine sacrée. Connaissant parfaitement ces différents territoires, quels sont alors les imageries possibles et les gestes de radiologie interventionnelle que nous pouvons proposer aux patients ? L'imagerie de référence est l'IRM lombaire et pelvienne, avec une séquence T2 sagittale centrée sur le rachis lombaire, des séquences axiale et coronale T2 centrées sur la région pelvipé-

rinéale, des séances T1 avec saturation du signal de la graisse sans et après injection de gadolinium. Pour la plus courante et connue des infiltrations, celle du pudendal, avec un tableau de compression canalaire, on s'assurera de la positivité des quatre premiers critères de Nantes et l'objectif est diagnostique, non pas thérapeutique. Pour les névralgies ilio-inguinales, ilio-hypogastriques ou génito-fémorales, le diagnostic est clinique, sans imagerie, ni infiltration test. Pour la névralgie clunéale, un test est essentiel, dans sa région endo-ischiatique. Enfin, s'agissant des coccygodynies, l'IRM peut mettre en évidence une inflammation des tissus mous en regard, mais dans la moitié des cas, sans piste étiologique, la possibilité d'une douleur neuropathique est aujourd'hui évoquée avec deux hypothèses concernant les voies : sympathique *via* le ganglion impar ou somatique par des branches du nerf fessier postérieur (nerf de Trolard). Cet article synthétise de façon très pédagogique la place du radiologue dans ces tableaux cliniques, avec l'imagerie d'une part et par les gestes infiltratifs possibles. Les critères cliniques restent essentiels pour évoquer l'origine des douleurs pelvipérinéales.

UN REGARD PSYCHANALYTIQUE POUR LA RÉSISTANCE THÉRAPEUTIQUE CHEZ DES FEMMES FIBROMYALGIQUES

Hertzog S. *In Analysis*. 2024 Apr; 8(1): 100427

Dans cet article, les auteurs analysent le phénomène de résistance thérapeutique dans la douleur chronique rebelle, en particulier chez les femmes atteintes de fibromyalgie. La dimension psychique de la douleur et son lien avec la relation médecin-patient sont étudiés, en s'appuyant sur le concept psychanalytique de résistance pour comprendre l'inefficacité des traitements. Des entretiens semi-directifs avec test de Rorschach, centrés sur la subjectivité et la singularité du cas clinique, ont été réalisés. L'étude se base sur huit femmes en situation de résistance thérapeutique, analysées à travers le prisme de la psychanalyse.

Les résultats montrent que la relation mère-enfant, marquée par un environnement peu sécurisant et un désir de plaire aux autres, influence la relation transférentielle avec le médecin. Les femmes présentent une image narcissique idéalisée, souvent liée à des sentiments de sacrifice, de dévouement et de soumission, qui les contraignent à des impératifs auxquels elles ne peuvent pas échapper. Cette posture imaginaire omnipotente, sans limites symboliques, se traduit par un état de douleur qui leur permet de se libérer du poids de l'image maternelle idéale. Les auteurs suggèrent que la résistance thérapeutique dans la fibromyalgie est également psychique, émergeant lors de l'établissement d'un transfert et révélant des problématiques de démesure, où le sujet est aux prises avec une image idéale de soi, sans castration. Cela empêche le sujet de percevoir les limites du médecin, perpétuant ainsi la résistance.

Cette étude, menée sur un petit nombre de sujets, a l'intérêt de poser une hypothèse intégrant plusieurs dimensions qu'il faudrait explorer sur un panel de patientes plus important. Cela confirme le besoin d'une analyse multidimensionnelle et d'une approche personnalisée de chaque situation. Il ne faudrait pas non plus tomber dans l'excès du "tout psychologique", les hypothèses de sensibilisation centrale, d'hypermobilisation avec des modèles physiopathologiques sont bien entendu encore valables.

L'ANTÉCÉDENT DE SYNDROME DOULOUREUX CHRONIQUE AUGMENTE LE RISQUE DE DÉVELOPPER UN COVID LONG, AVEC OU SANS CONTACT AVEC LE CORONAVIRUS

Bergmans RS et al. *Pain*. 2024 May; 165(5): 1112-20

Il existe un chevauchement de syndromes douloureux chroniques (SDC) qui partagent des mécanismes physiopathologiques (fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, céphalées, syndrome du côlon irritable, endométriose et douleurs lombaires). Ils associent de façon variable des douleurs étendues et des comorbidités tels que la fatigue, des troubles du sommeil, de la mémoire et des troubles de l'humeur. Il existe également un chevauchement entre les symptômes de Covid long et ceux des SDC. Cependant, le lien entre les deux est peu étudié. Cette étude de cohortes rétrospective avait pour objectif de déterminer si la présence d'un SDC pouvait prédire l'apparition d'un Covid long. Les auteurs ont utilisé des dossiers de santé électroniques américains et ont réalisé un appariement par scores de propension 1:1 sans remplacement. L'étude a inclus : 1/ des personnes ayant eu un Covid aigu (n=1038402) ; 2/ des personnes ayant eu une grippe aiguë (n=262092) ; et 3/ une cohorte non infectée avec des personnes ayant eu un rendez-vous de soins de santé routinier (n=1081593). Les patients devaient avoir eu une consultation entre 2018 et 2020 au moment de l'évènement et au moins une autre consultation six mois après. Les patients des cohortes Covid et grippe devaient avoir un diagnostic confirmé. Les résultats ont montré que le fait d'avoir un SDC augmentait le risque de Covid long dans les trois cohortes de l'étude. Un SDC préexistant augmentait le risque de développer un Covid long de 1,47 (IC à 95 % : 1,46-1,47) dans la cohorte ayant fait un Covid aigu, de 1,39 (IC à 95% : 1,38-1,40) dans la cohorte

ayant eu la grippe et de 1,57 (IC à 95% : 1,56-1,59) dans la cohorte non infectée.

Ainsi, les caractéristiques du Covid long peuvent être observées en l'absence d'exposition au coronavirus. Enfin, la prévalence du Covid long parmi les patients avec SDC préalable était de 20,4% dans la cohorte Covid et de 3,3% dans la cohorte non infectée. Elle était par contre plus élevée dans la cohorte grippe comparée à la cohorte Covid. Il est probablement difficile de distinguer un Covid long des manifestations apparaissant après une infection virale. Ceci souligne l'absence de spécificité des critères diagnostiques de Covid long.

Douleur aiguë

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

QUEL IMPACT DE LA KÉTAMINE ET DE LA ESKÉTAMINE SUR LA RÉCUPÉRATION POSTOPÉRATOIRE ?

Hung KC et al. *Br J Anaesth*. 2024 Jun; 132(6): 1293-303

La récupération après la chirurgie (et l'anesthésie) est un processus à multiples facettes, influencé par plusieurs facteurs tels que les caractéristiques individuelles des patients, les procédures chirurgicales et les techniques d'anesthésie. Elle peut d'ailleurs être dégradée du fait de complications post-chirurgicales ou d'effets indésirables liés aux médicaments administrés pendant ou après l'intervention. Or, l'efficacité de la récupération peut influencer significativement la satisfaction des patients et donc la qualité des soins, dépassant ainsi les seuls résultats cliniques. La kétamine racémique et la eskétamine sont deux médicaments bien connus pour leurs propriétés anesthésiques et analgésiques, mais aussi antidépressives (énantiomère S) offrant ainsi des opportunités pour le soulagement de la douleur, la stabilisation de l'humeur et des fonctions cognitives. Toutefois, l'efficacité de ces médicaments pour une meilleure récupération postopératoire n'est pas actuellement démontrée. Les auteurs de ce travail ont donc réalisé une méta-analyse visant à synthétiser et évaluer la littérature existante sur l'effet de la kétamine et de la eskétamine sur la qualité de la récupération postopératoire (QoR pour *Quality of Recovery*). 18 études ont été analysées, soit 1554 patients. Les auteurs ont identifié une meilleure qualité de récupération postopératoire avec la réduction des scores de douleur pendant les deux premiers jours après la chirurgie, mais aussi une réduction des scores d'anxiété et de dépression pendant trois jours. L'état émotionnel, le confort physique et la rééducation au sens large étaient améliorés dès le premier jour postopératoire. La kétamine et la eskétamine n'étaient pas associées à un surcroît de nausées-vomissements, de somnolence ou d'une durée de séjour accrue. Les analyses de sous-groupes ont révélé que l'amélioration de la qualité de la récupération était principalement imputable à la eskétamine, à des doses allant de 0,2 à 0,6 mg/kg.

Cette méta-analyse a donc permis de démontrer que l'utilisation peropératoire de kétamine ou de eskétamine était



associée à une amélioration précoce de la récupération, de la douleur postopératoire et des symptômes psychologiques sans augmentation des effets indésirables.

TRAJECTOIRE DOULOUREUSE DES PATIENTS OPÉRÉS D'UNE CHIRURGIE CARDIAQUE : QUELS FACTEURS DE RISQUE DE DOULEUR CHRONIQUE POST-CHIRURGICALE ?

Pagé MG et al. *Anesth Analg.* 2024 Jun; 138(6): 1192-204

Etudier la relation après une chirurgie cardiaque entre les scores de douleur aiguë (DA), la consommation en équivalents morphine (CEM) après la chirurgie et l'apparition d'une douleur chronique post-chirurgicale (DCPC) peut aider à personnaliser le parcours du patient et mettre en œuvre des mesures préventives. Les auteurs de cette étude de cohorte observationnelle prospective (menée entre août 2012 et juin 2020 avec un suivi d'une année) ont souhaité : 1/ relever les scores de DA et la CEM ; 2/ identifier les facteurs de risque de DA et de consommation en morphine ; et 3/ déterminer si certaines trajectoires douloureuses pouvaient induire des DCPC. Au total, 1115 adultes subissant une chirurgie cardiaque ont été recrutés en préopératoire. Sur les 959 participants inclus dans l'analyse, seuls 573 ont pu terminer le suivi d'une année. Les principaux critères de jugement étaient les scores d'intensité de la douleur et la CEM par jour au cours des six premiers jours postopératoires. Le critère de jugement secondaire était l'incidence de douleur chronique postopératoire à 12 mois. Les patients présentaient trois trajectoires distinctes et hétérogènes concernant leur DA (par exemple, douleur initialement modérée évoluant vers une douleur faible) et trois trajectoires quant à leur CEM (par exemple, forte consommation initiale en équivalents morphine, diminuant rapidement). Les profils préopératoires de "détresse émotionnelle" et l'âge des patients étaient liés à ces trajectoires d'intensité de la douleur et de consommation en opioïdes décrites par les patients. Les patients souffrant d'une intensité de douleur modérée juste après la chirurgie étaient plus susceptibles de

développer une DCPC suggérant que ces patients devraient être identifiés dès le début de leur rééducation postopératoire pour tenter de modifier leur trajectoire et empêcher la chronicisation. La détresse émotionnelle en réponse à des sensations corporelles est le seul facteur modifiable associé à la fois à la douleur perçue par les patients et aux trajectoires de consommation en opioïdes.

DOULEURS MAJORÉES PAR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ DES ADULTES PORTEURS DE NEUROPATHIE DIABÉTIQUE

Coombes BK et al. *Aust J Gen Pract.* 2024 Mar; 53(3): 93-8

Les patients porteurs de neuropathies diabétiques (ND ; 30% des diabétiques de type 2 par exemple) rapportent des symptômes variables aux pieds : douleurs lancinantes, picotements, brûlures, engourdissements. Plusieurs articles montrent que l'activité physique est fréquemment recommandée chez les ND pour améliorer leurs symptômes.

Cette étude australienne a inclus dix patients diabétiques avec une ND et recueilli la variation des symptômes en fonction de l'activité physique ou encore de la prise d'antalgiques. Le recueil était fait par auto-évaluation dans la vie de tous les jours (*Ecological Momentary Assessment, EMA*), cinq fois par jour pendant sept jours au moyen de leurs téléphones portables. Tous les symptômes, en dehors de l'engourdissement, étaient plus importants après une activité sportive, alors que la prise d'antalgiques entraînait une douleur plus lancinante. Les mécanismes de modulation de la douleur ont aussi été étudiés, montrant que les *stimuli* répétés entraînent une large augmentation de la sensibilité au toucher, les douleurs à type de brûlure, les douleurs lancinantes et les picotements. Les *stimuli* nociceptifs répétés n'entraînent pas d'inhibition des douleurs nociceptives.

Les auteurs concluent donc que les praticiens devraient être plus conscients que l'activité physique peut exacerber les symptômes chez des patients porteurs de neuropathie diabétique, limitant leur motivation, augmentant leur sensibilité aux douleurs pendant et après le sport.

INFORMATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES

EPIDÉMIOLOGIE DES TMS EN FRANCE

Egora - 29 mars 2024

Santé publique France a publié des données inédites sur la prévalence des troubles musculosquelettiques (TMS) en France, en population générale et chez les actifs en fonction de la catégorie socio-professionnelle et du secteur d'activité. Elles mettent en évidence une forte incidence de ces pathologies : 58% des femmes âgées de 18 à 64 ans et 51% des hommes de la même tranche d'âge font état de douleurs liées à un TMS du dos ou du membre supérieur, souligne Egora. « La prévalence des TMS du dos est de 47% chez les femmes et de 40% chez les hommes ; celle des TMS du membre supérieur est plus faible avec 30% chez les femmes et 27% chez les hommes. Pour les deux localisations, la prévalence augmente avec l'âge pour les deux sexes », détaille l'agence. Chez les actifs occupés, les proportions sont comparables. Les TMS les plus souvent rapportés sont les lombalgies hors sciatiques au niveau du dos et les TMS de l'épaule au niveau du membre supérieur. L'étude montre par ailleurs qu'en France, en 2022, une chirurgie du syndrome du canal carpien a concerné 124 011 personnes (majoritairement des femmes) et celle pour hernie discale lombaire 20 971 personnes (plus fréquemment des hommes). Pour ces deux pathologies, les taux d'incidence étaient plus élevés dans la population en âge de travailler (20-64 ans) que dans la population générale. Enfin, ces données ont permis d'identifier les secteurs d'activité qui devraient être ciblés en priorité par des campagnes de prévention : l'industrie manufacturière et la construction chez les hommes et le secteur de la santé humaine et de l'action sociale chez les femmes.



EVALUER LA DOULEUR DU PATIENT ÂGÉ DYSCOMMUNICANT

Le Quotidien du Médecin - 31 mai 2024

Face à un sujet âgé présentant des troubles cognitifs, l'évaluation de la douleur peut s'avérer compliquée, alors qu'elle est capitale pour éviter l'aggravation de ces troubles et une plus importante perte d'autonomie. Chez ces sujets, la douleur est souvent sous-diagnostiquée, car ses manifestations peuvent être trompeuses, inhabituelles et souvent être mises sur le compte des troubles cognitifs. Toute modification du comportement devrait donner lieu à une évaluation. Les outils à privilégier sont l'échelle numérique (EN) ou l'échelle verbale simple (EVS). « Si l'auto-évaluation se révèle impossible, le soignant peut utiliser des échelles comportementales d'hétéro-évaluation de la douleur. En France, trois échelles sont validées (Doloplus, ECPA et Algoplus) mais, en pratique, Algoplus est la plus facile d'utilisation », indique Le Quotidien du Médecin en détaillant les cinq items observés (visage, regard, plaintes, corps, comportements). Au-delà de la détection de la douleur, sa catégorisation et sa prise en charge sont tout autant primordiales. L'article rappelle que la fréquence des pathologies douloureuses augmente avec l'âge : 90% des patients en institution sont douloureux et 40 à 75% à domicile. Dans cet entretien, la Dr Capriz, gériatre, PH (Nice) et présidente du Clud (Comité de lutte contre la douleur) de 2016 à 2024, insiste également sur le rôle central du médecin traitant pour diagnostiquer la douleur et engager la prise en charge.

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