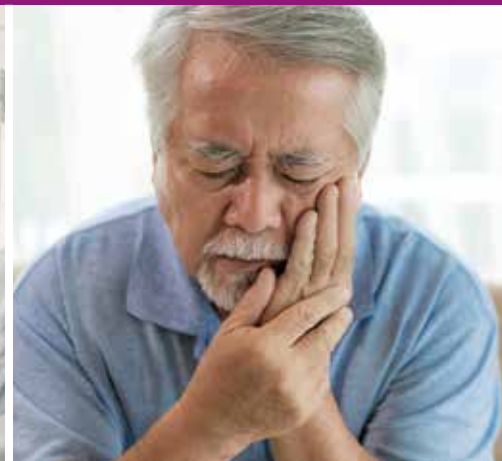


La Douleur

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)

DES GESTES «SIMPLES» POUR SOULAGER

Kastler B. *Bull Acad Natl Med.* 2023 Jul 11 [Online ahead of print]

Dans certains tableaux de douleurs chroniques rebelles, il est intéressant de savoir et de connaître les indications aux procédures peu invasives, souvent réalisées par nos collègues radiologues interventionnels. Dans cet article, l'auteur décrit les gestes proposés aujourd'hui et leurs indications respectives.

Il commence par les procédures sous guidage scanner, pour les douleurs rachidiennes (infiltrations épidurales avec nécessité d'un ciblage précis, infiltrations zygapophysaires, dénervation des nerfs zygapophysaires par neurolyse thermique ou encore vissage facettaire percutané). Certaines douleurs post-zostériennes réfractaires peuvent bénéficier d'infiltrations scannoguidées, avec une efficacité moyenne de six mois. Dans les céphalées chroniques, l'infiltration du nerf grand occipital peut apporter un soulagement (céphalées cervicogéniques, algie vasculaire de la face [AVF], névralgie du trijumeau, migraines chroniques) et, en cas de résistance, il est possible d'envisager une neurolyse. En cas d'AVF résistante, une alcoolisation du ganglion ptérygopalatin est possible. Dans certains cas, pour le syndrome douloureux régional complexe, des blocs vaso-actifs intraveineux sont réalisés et une thermo-coagulation du ganglion cervico-thoracique peut être envisagée après deux blocs tests positifs. Concernant les douleurs périnéales, les infiltrations du nerf pudendal peuvent permettre la confirmation du diagnostic et deux sites anatomiques orientent vers la zone de conflits sur le nerf (dans le canal pudendal ou en regard de l'épine ischiatique). Outre l'aspect test, il est possible d'obtenir une efficacité pendant quelques mois. D'autres nerfs peuvent être impliqués dans les

douleurs périnéales et une infiltration du clunéal est possible et, pour des douleurs inguino-fémorales, les nerfs ilio-inguinal, ilio-hypogastrique, génito-fémoral, cutané latéral ou encore obturateur. En oncologie, aux douleurs solaires (notamment dans les cancers du pancréas), souvent réfractaires, on peut proposer une alcoolisation en plaçant une aiguille au contact du plexus cœliaque et des nerfs splanchniques. Pour les tumeurs osseuses bénignes (ostéome ostéoïde), l'ablation percutanée en radiologie est devenue le traitement de première intention. Pour les tumeurs malignes, les vertébroplasties, les cimentoplasties ou encore l'ablation thermique par la chaleur radiofréquence et micro-ondes, par le froid, cryoablation, sont de plus en plus fréquentes.

Cette synthèse met en lumière les techniques peu invasives et efficaces pour certaines douleurs rebelles ou réfractaires. Il est donc maintenant difficile de les méconnaître, mais la difficulté rencontrée peut être leur accès, connaître le spécialiste qui maîtrise le geste. Le travail en réseau, le maillage des structures douleur dans une région avec une identification des spécialistes (radiologues, anesthésistes...), la réalisation de RCP locales ou régionales sont probablement des pistes à explorer.



LE CANNABIS ANTALGIQUE FAIT ENCORE PARLER DE LUI !

Lévêque M. *Douleurs*. 2023 Sep; 24(4): 199-202

Le cannabis ne cesse de faire parler de lui sous ses différentes formes, molécules (CBD, THS) ou type d'utilisation. Le docteur Marc Lévêque a publié son avis, plutôt tranché, à plusieurs reprises et a écrit cet article dans la revue *Douleurs* en synthétisant les données scientifiques récentes et avis des sociétés savantes. Il est intéressant d'en prendre connaissance.

En ce qui concerne son efficacité, depuis 2018, la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD), ainsi que l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) concluent que les données sont insuffisantes pour conclure à l'efficacité du cannabis dans la gestion de la douleur chronique (cancéreuse ou non). Plus récemment, en 2021, c'est dans la revue *Pain* qu'a été publiée une méta-analyse portant sur 7217 patients, 36 études randomisées n'apportant «aucune preuve fiable pour soutenir ou réfuter» cette action antalgique. De plus, il semble que les effets indésirables soient sous-déclarés. Une autre méta-analyse de 2022, dans le *JAMA* (20 études randomisées, 1459 patients), ne retrouve pas de différence significative avec le placebo, mais ce dernier semble procurer un soulagement anormalement important. Il y aurait donc un effet «couverture médiatique positive» conséquent influant sur l'effet placebo. Mais pourquoi ? Probablement lié d'une part au contexte complexe de la douleur chronique, de l'efficacité modeste des antalgiques dans ces situations et donc d'une attente importante. Mais aussi d'une «culture» du naturel, bio, plantes, le marketing des produits dérivés de toutes sortes contenant du CBD.... L'expérimentation nationale du cannabis médical apportera-t-elle des réponses ? Rien n'est moins sûr. En effet, il ne s'agit pas d'une étude randomisée en double aveugle, mais d'une expérimentation sur les conditions de délivrance de ces produits (CBD, CBD+THC, THC à différents dosages).

Voilà donc encore un peu de «poil à gratter» dans nos réflexions autour de ces nouveaux produits (médicaments ?). On ne peut qu'attendre des études suffisamment bien menées pour cibler les typologies de douleur, les patients qui seraient «répondeurs» à ce traitement, de façon sécurisée. Il ne faut pas laisser croire aux traitements «miracles», quels qu'ils soient (médicamenteux ou non), car ils n'existent pas. Une évaluation précise et une prise en charge globale sont d'autant plus nécessaires et cela montre bien que les structures de lutte contre la douleur doivent être pérennisées.

NEUROSTIMULATION TRANSCUTANÉE ET FIBROMYALGIE : UN EFFET DOSE-DÉPENDANT ? REVUE DE LA LITTÉRATURE ET MÉTA-ANALYSE

Amer-Cuenca JJ et al. *Pain*. 2023 Aug; 164(8): 1645-57

La prise en charge de la fibromyalgie (FM) repose sur les exercices physiques et les techniques antalgiques non médicamenteuses. La neurostimulation transcutanée (TENS) ne figure pas dans les recommandations EULAR 2016. Les revues systématiques concernant son utilisation dans la FM donnent des résultats mitigés, probablement du fait du manque d'essai randomisé contrôlé de haute qualité et de l'hétérogénéité des paramètres de stimulation. Les objectifs

de cette revue étaient d'évaluer les effets de la TENS sur les douleurs dans la FM, mais aussi les effets de différents paramètres de stimulation (fréquence, intensité, sites, nombre de sessions) avec recherche d'un effet dose.

11 essais randomisés contrôlés (789 participants) sur 1575 ont été sélectionnés. Les quatre paramètres de stimulation ont été évalués comme appropriés (fréquence entre 10 et 200 Hz ; intensité la plus forte, mais tolérable, sur les sites douloureux, au moins dix sessions) ou non appropriés. Huit études sur 11 ont utilisé les critères ACR 1990 pour le diagnostic de FM et deux études les critères ACR 2010. La méta-analyse de toutes les études, sans tenir compte des paramètres, ne montre pas d'effet positif de la TENS sur la douleur, mais avec des effets taille très variables. L'analyse en tenant compte des paramètres montre une association entre l'effet taille sur la douleur et la fréquence, l'intensité et le nombre de sessions de TENS. Par contre, le positionnement des électrodes n'est pas associé. Une analyse séparée des études ayant utilisé des paramètres de fréquence, intensité et nombre de sessions appropriés montre que le paramètre le plus important est le nombre de sessions.

Au total, la TENS pourrait être une technique efficace pour diminuer la douleur dans la FM, à condition qu'elle soit réalisée avec une fréquence élevée ou mixte (haute et basse fréquences), une intensité élevée et sur le long terme avec au moins dix sessions.

Douleur aiguë

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

QUEL EST L'EFFET D'UNE ANESTHÉSIE LOCO-RÉGIONALE DU MEMBRE SUPÉRIEUR PAR RAPPORT À UNE ANESTHÉSIE GÉNÉRALE SUR LA DOULEUR CHRONIQUE POST-CHIRURGICALE ?

Droog W et al. *Anesth Analg*. 2023 Aug; 137(2): 365-74

La douleur chronique post-chirurgicale (DCPC) est considérée comme une complication postopératoire qui entraîne, outre un inconfort, une consommation prolongée d'antalgiques, notamment opioïdes, voire une errance diagnostique et thérapeutique. Une analgésie efficace réduit les risques de DCPC et il est traditionnellement admis que l'anesthésie loco-régionale (ALR) prévenait les risques de chronicisation (au-delà de trois mois) d'une douleur chirurgicale. C'est le cas pour certaines chirurgies à risque telles que la chirurgie thoracique ou du cancer du sein.

Les auteurs de cette revue systématique ont donc comparé les patients opérés d'une chirurgie du membre supérieur sous anesthésie locorégionale (ALR) et ceux opérés sous anesthésie générale (AG). Le critère de jugement principal était la valeur du score de douleur à trois mois d'une chirurgie. Parmi les seconds critères de jugement, on retrouvait des scores de réhabilitation spécifiques à certaines chirurgies ou encore la prescription d'opioïdes. Les auteurs ont analysé 14 études et n'ont pas identifié de bénéfices d'une ALR par rapport à une AG concernant le critère principal de cette revue, à savoir une douleur persistante après une chirurgie. L'équipe de recherche souhaite toutefois précé-



ser que les facteurs favorisant l'apparition d'une DCPC sont multifactoriels incluant des mécanismes environnementaux, mais aussi génétiques, biologiques et psychosociaux. Les résultats de cette étude doivent donc être interprétés avec prudence, car ils diffèrent selon le type de chirurgie, selon le parcours et les caractéristiques des patients.

Affirmer ainsi que l'ALR prévient le développement des douleurs chroniques après toutes les chirurgies est certainement une erreur. Il faut tenir compte de la trajectoire du patient intégrant le motif et le type de prise en charge et incluant certainement la technique chirurgicale.

ANESTHÉSIE SANS ET AVEC DES OPIOÏDES : QUELLE PLACE POUR LA ESKÉTAMINE INTRAVEINEUSE ET PÉRIDURALE ?

Yan H et al. *Anesth Analg*. 2023 Aug; 137(2): 399-408

L'anesthésie sans opioïdes (OFA pour *Opioid Free Anesthesia*) consiste à supprimer les opioïdes pendant une chirurgie. Ils sont en effet accusés de favoriser une hypersensibilité centrale et une hyperalgésie (contribuant au développement d'une douleur chronique postopératoire), mais aussi des effets indésirables tels que des nausées et vomissements postopératoires ou encore une dépression respiratoire. Il s'agit donc de substituer les opioïdes par des antalgiques ou anti-hyperalgésiques tels que la kétamine ou la eskétamine. L'OFA est toutefois controversée, car elle n'a aucun effet sur la consommation postopératoire en morphiniques et son efficacité sur la prévention de la douleur chronique est non démontrée.

Les auteurs de cette étude prospective ont souhaité évaluer l'efficacité de la eskétamine (énantiomère S+ de la kétamine) par voie veineuse et péridurale, dans le cadre d'un protocole OFA, pour des patients opérés d'une chirurgie thoracique par thoracoscopie. Le groupe témoin bénéficiait d'une anesthésie générale et d'une analgésie péridurale comportant des opioïdes. Le groupe OFA bénéficiait de la même séquence (anesthésie générale + analgésie péridurale), mais la morphine était substituée par la eskétamine.

Les effets de l'OFA n'ont pas été concluants sur la douleur aiguë. En revanche, la eskétamine (deux fois plus active que la forme racémique avec un meilleur profil de tolérance) a démontré clairement une réduction de la douleur chronique à trois mois et à six mois. De plus, l'incidence des effets indésirables (nausées, vomissements, prurit) était plus faible dans le groupe OFA.

Cette étude prouve l'intérêt de cette forme énantiomère de la kétamine qui peut être administrée par voie IV ou péridurale.

AFFLUX MASSIF DE DOULEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Steyaert A et al. *J Pain Res*. 2023 May; 16: 1441-51

Cette étude descriptive belge a interrogé 3882 patients majeurs se présentant en consultation de médecine générale (MG). 72% d'entre eux étaient douloureux : 22% avec des douleurs aiguës ou subaiguës (DA), 50% avec des douleurs chroniques (DC) dont environ 1% de patients atteints de cancer.

La douleur était plus souvent un motif de consultation pour les DA que les DC. Les patients douloureux étaient plus souvent des femmes avec un indice de masse corporelle élevé, fumant plus et faisant moins de sport que les non douloureux. Les localisations de douleurs étaient principalement le rachis et les membres. 70% des DA étaient à bas risque de chronicisation contre 31% des DC, qui étaient donc à risque moyen ou élevé de persistance de douleurs. Les auteurs rapportent un pourcentage important de DC. L'incidence de ces DC vient de l'utilisation d'un seuil de trois mois pour le diagnostic de DC plutôt que six mois ou de critères bio-psycho-sociaux.

Les auteurs soulignent l'importance de la douleur en MG et la nécessité d'un renforcement des collaborations entre les centres spécialisés dans la prise en charge de la douleur et la MG. Enfin, les auteurs plaident pour des stratégies de prise en charge de la douleur adaptées au risque de chronicisation en utilisant le questionnaire OMPSQ même si celui-ci a seulement été validé pour les douleurs lombaires.

FOCUS

Dr Bruno Brouard - Le Havre



ENCAPSULATION PAR MICRO-MOULAGE DE CELLULES STROMALES MÉSENCHYMATEUSES DANS DE L'ALGINATE POUR INJECTION INTRA-ARTICULAIRE DANS L'ARTHROSE

L'arthrose, maladie musculosquelettique, est une pathologie caractérisée par la destruction progressive du cartilage, une inflammation de la synoviale et un remodelage de l'os sous-chondral, liste non exhaustive des atteintes, mais résumant les principales conséquences. Les différents traitements actuels relèvent du soulagement, mais n'ont pas d'effets protecteurs sur le cartilage.

Une nouvelle approche thérapeutique est actuellement à l'étude et consiste en l'injection intra-articulaires de cellules stromales mésenchymateuses (CSM) indifférenciées. Ces cellules sont microencapsulées dans des microgels d'alginate (Nativel F et al.). Bien qu'étant actuellement au stade expérimental, il est intéressant de constater que les CSM sont capables de libérer des facteurs anti-inflammatoires, immunomodulateurs et pro-régénératifs. Leur action est donc intéressante dans les maladies auto-immunes, mais en ce qui nous concerne, ces CSM pourraient être utilisées comme des cellules progénitrices des chondrocytes et donc intervenant dans la régénération du cartilage.

Compte tenu de la mort cellulaire et du risque de fuite cellulaire lors de l'injection intra-articulaire (IA), l'encapsulation des CSM pourrait donc protéger les cellules de la mort, éviter l'épanchement cellulaire en dehors de l'espace articulaire et fournir un microenvironnement 3D approprié soutenant l'activité biologique des CSM (Smith A et al.). Il semblerait que l'injection autologue de CSM d'origine adipeuse dans une articulation arthrosique améliore la douleur et les niveaux fonctionnels chez les patients (Pers YM).

Une thérapeutique innovante pour laquelle les études doivent se poursuivre.

Nativel F et al. *Mater Today Bio.* 2023 Apr; 19: 100581

Smith A et al. *Osteoarthritis Cartilage.* 2018 Apr; 26(Supp 1): S292-3

Pers YM. *Effet thérapeutique des cellules souches mésenchymateuses dans l'arthrose : mécanismes et translation clinique.* Thèse de doctorat en Biologie Santé, 4 décembre 2018



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