

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)

HYPNOSE ET DOULEUR : MYTHE OU RÉALITÉ ?

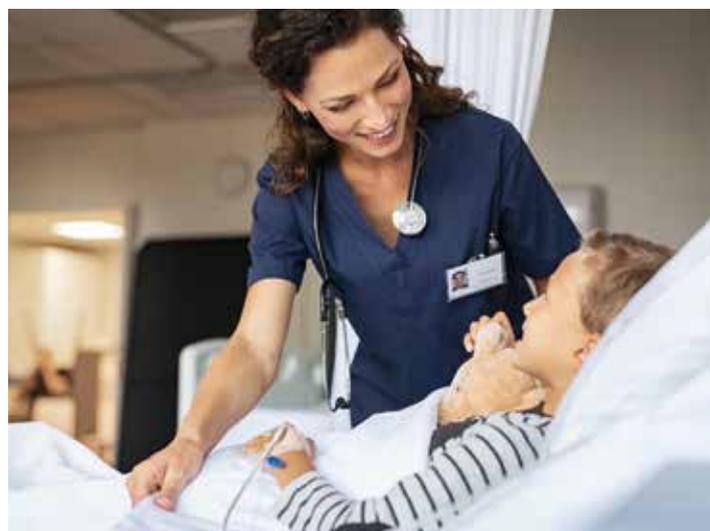
van Tilburg MAL et al. *Complement Ther Clin Pract.* 2024 May; 55: 101841

Lorsque la plupart des gens pensent à l'hypnose, ils pensent probablement à l'hypnose scénique. Cela porte souvent préjudice à la proposition de l'utilisation de cette thérapie pour la prise en charge de la douleur. Les auteurs de cet article proposent ici une revue de la littérature et des connaissances actuelles. Mettons donc de côté l'hypnose sur scène qui est plutôt une forme de divertissement comme les spectacles de magie, sachant que plusieurs astuces sont généralement utilisées pour donner l'impression de contrôle mental.

L'hypnothérapie remonte quant à elle à l'Antiquité et a été utilisée dans diverses régions du monde, notamment en Inde, en Égypte, en Chine, en Afrique et en Amérique précolombienne. Ce n'est qu'à la fin des années 1700 que la première théorie de l'hypnothérapie a été décrite dans la littérature médicale. Malgré de bonnes preuves de son utilisation, le statut pseudo-scientifique et les mythes qui l'entourent restent un problème de nos jours et, en premier lieu, le manque de professionnels bien formés et de protection de la profession. Grâce aux études de meilleure qualité, sur de larges cohortes de patients, des recommandations, des preuves scientifiques permettent de placer l'hypnose comme thérapie, intégrée à l'arsenal déjà reconnu aujourd'hui.

Dans la littérature, l'un des domaines prédominants est le syndrome du côlon irritable. Plusieurs essais contrôlés randomisés ont démontré les avantages de l'hypnothérapie pour améliorer les symptômes du handicap, de la douleur, la diarrhée et la constipation. Dans leur revue, les auteurs retrouvent d'autres domaines dans lesquels les résultats sont positifs : les douleurs

post-chirurgicales, les douleurs thoraciques non cardiaques ou les procédures médicales et dentaires douloureuses, ainsi que les syndromes douloureux chroniques. Elle se place également dans certaines affections neurologiques telles que les céphalées, les acouphènes et certains symptômes de la sclérose en plaques. En urologie, une meilleure gestion des urgences, de l'incontinence chez les femmes, ainsi que de l'hyperactivité vésicale est mise en évidence. Des études récentes d'IRM fonctionnelle soutiennent l'hypothèse d'un changement d'attention, montrant que l'hypnothérapie peut manipuler l'éveil, l'attention et la valence du cerveau. Par exemple, il est bien connu que la douleur affecte à la fois les régions somatosensorielles et émotionnelles du cerveau. Lorsque la suggestion hypnotique est utilisée pour contrôler la douleur, les régions émotionnelles du cerveau, telles que le cortex cingulaire antérieur, deviennent remarquablement silencieuses, ce qui suggère que nous pouvons accorder moins d'attention à la douleur ou l'interpréter de ma-



nière moins négative. De plus, certaines données probantes sont disponibles sur l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale avec des résultats qui semblent soutenir une synergie entre les deux.

Cette publication a l'intérêt de remettre en valeur et de redonner des informations scientifiques reconnues à l'hypnose thérapeutique. Si beaucoup de patients ont des croyances erronées, liées à l'aspect "show business", ou des peurs du fait d'une médiatisation néfaste, il faut valoriser cette pratique en la proposant à bon escient et en travaillant à la reconnaissance du thérapeute pour éviter le charlatanisme.

LES DIFFÉRENTES TRAJECTOIRES DE LA DOULEUR ET LEUR IMPACT SUR LE TRAITEMENT DANS LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE : UNE ÉTUDE DE COHORTE LONGITUDINALE

Pisaniello HL et al. *RMD Open*. 2023 Sep; 9(3): e002962

Malgré des progrès majeurs dans les traitements ciblés de la polyarthrite rhumatoïde (PR), certains patients gardent des douleurs persistantes et un état de santé sous-optimal, même chez ceux dont l'inflammation est contrôlée ou la maladie en rémission. L'objectif de cette étude de cohorte était de déterminer les trajectoires distinctes du statut de santé lié à la douleur dans une population de PR.

Dans la base de données de l'Association australienne de rhumatologie, 988 patients atteints de PR (71% de femmes, âge moyen 54 ans, durée moyenne de la maladie 2,3 ans) ont été inclus. Sur un suivi de 15 ans, cinq mesures différentes évaluant l'état de santé lié à la douleur (HAQ ou *Health Assessment Questionnaire Disability Index*, EVA douleur, évaluation de l'arthrite, index de santé globale et évaluation de la qualité de vie) ont été identifiées en utilisant une modélisation des mélanges discrets de variables latentes. Des modèles à effets aléatoires ont été utilisés pour déterminer les associations avec l'utilisation de médicaments et avec les modifications de biothérapies pendant le suivi. Les analyses ont identifié quatre groupes de statut de santé/douleur, approximativement de taille égale, allant de "meilleur" à "mauvais", au sein desquels les changements au fil du temps étaient relativement faibles. Les déterminants associés au groupe ayant un statut de santé/douleur plus "mauvais" incluaient le sexe féminin, l'obésité, le tabagisme, les indicateurs socio-économiques et les comorbidités. Bien que l'utilisation de biothérapies était similaire entre les groupes pendant le suivi, il y avait des modifications de biothérapie plus fréquentes et une plus grande tendance à l'utilisation d'anti-TNF dans le groupe avec un statut de santé/douleur plus "mauvais". De la même façon, les prescriptions d'opioïdes, de cortisone et d'AINS étaient plus importantes dans ce groupe.

En l'absence d'informations sur l'activité de la maladie, des trajectoires distinctes de statut de santé/douleur ont été observées dès le départ et tout au long de l'évolution de la maladie dans cette cohorte de PR. Le groupe ayant un état de santé lié à la douleur plus "mauvais" consommait plus de médicaments globalement et plus de biothérapies. Il serait important de repérer précocement ce groupe pour éviter des escalades thérapeutiques inappropriées et pour proposer une prise en charge plus adaptée associée au traitement de fond de la maladie.

TOXINE BOTULIQUE ET SYNDROME MYOFASCIAL DU RACHIS CERVICAL : REVUE SYSTÉMATIQUE DES ESSAIS CONTRÔLÉS RANDOMISÉS

Leonardi G et al. *Eur J Pain*. 2024 Mar; 28(3): 369-81

Il n'existe aucun critère diagnostique validé du syndrome myofascial (SM). Les approches thérapeutiques conventionnelles incluent des exercices d'étirement, des massages et des techniques manuelles de libération myofasciale, avec des résultats transitoires et partiels. De plus, les injections d'anesthésiques locaux ou de solution saline isotonique ou les traitements médicamenteux type corticoïdes, AINS, antidépresseurs sont fréquemment utilisés comme alternatives thérapeutiques. Les injections de toxine botulique (BTX) intramusculaires ont été réalisées pour leur propriété antalgique et décontractante, sans protocole standardisé. L'objectif de cette revue était de fournir une synthèse des preuves sur l'efficacité des injections intramusculaires de BTX dans le SM du rachis cervical. La recherche bibliographique a été faite sur *PubMed*, *Scopus* et *Cochrane* de 2003 à 2023. Les critères d'inclusion étaient des essais randomisés contrôlés, ayant utilisé la BTX en intramusculaire.

Les auteurs ont retenu dix études ayant inclus 651 patients. Les patients dans les groupes témoins ont reçu des injections de solution saline (huit études) ou des injections anesthésiques (deux). Sur dix études, huit étaient de qualité méthodologique faible. Le dosage de BTX variait de 10 à 300 UI selon le nombre de points gâchettes actifs traités. Les protocoles de traitement différaient en termes de nombre d'injections et de fréquence temporelle. Dans tous les essais, la BTX était injectée directement dans les points gâchettes cliniquement identifiés lors de l'examen physique, sauf dans un essai où la BTX était injectée dans le muscle douloureux. Aucune complication majeure ou événement indésirable grave n'a été rapporté. Les résultats montrent un effet positif dans trois études sur dix, avec dans les autres une absence de supériorité de la BTX par rapport au produit contrôle. La plupart des essais avaient une taille d'échantillon faible, une puissance faible, des scores cliniques différents et des périodes de suivi non comparables.

Au total, les études actuellement disponibles montrent des résultats contradictoires. Leur qualité méthodologique globalement faible ne permet pas de conclusion quant à l'efficacité ou non de la BTX dans le SM du rachis cervical.

Douleur aiguë

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

QUELS EFFETS DE L'ÂGE AVANCÉ SUR LA CONSOMMATION POSTOPÉRAIRE D'ANTALGIQUES CHEZ DES PATIENTS OPÉRÉS SOUS ANESTHÉSIE PÉRIMÉDULLAIRE ?

Sun M et al. *Eur J Pain*. 2024 Mar; 28(3): 408-20

La douleur chronique post-chirurgicale (DCPC) est estimée entre 10 et 50% et sa prise en charge est souvent retardée. Souvent à caractère neuropathique, sa stratégie thérapeutique est très souvent multimodale associant des antalgiques à sites d'action très différents. Les opioïdes font



partie des options thérapeutiques, mais sont associés à des effets secondaires tels que la tolérance, la dépendance et plus généralement l'hyperalgésie. Si les facteurs de risque de DCPC sont bien établis, la question de l'âge se pose encore concernant, notamment, la consommation en antalgiques postopératoires dans la durée.

Les auteurs de cette étude observationnelle taiwanaise ont souhaité étudier les effets de l'âge (< et > à 65 ans) sur la consommation postopératoire en antalgiques (trois à six mois) après une chirurgie réalisée sous anesthésie périmédullaire chez près de 13 000 patients. Alors qu'on pouvait penser que les patients les plus jeunes allaient consommer le plus d'antalgiques à distance d'une intervention chirurgicale, ce sont les plus âgés qui ont été identifiés comme surconsommant des antalgiques notamment opioïdes.

Il s'agit d'un double constat : les patients de plus de 65 ans développent le plus de douleurs chroniques dans la population étudiée (notamment orthopédique) et ce sont eux qui consomment donc le plus de médicaments, ce qui nécessite certainement de revoir les stratégies thérapeutiques périopératoires.

PROTOXYDE D'AZOTE ET PROCÉDURES MINEURES EN PÉDIATRIE, REVUE DE LITTÉRATURE

Veger ML et al. *J Pediatr Surg*. 2024 Jan 14 [Online ahead of print]

Des douleurs ou de l'anxiété lors d'une procédure peuvent entraîner non seulement des effets négatifs à long terme pour les enfants, mais parfois, en plus, conduire à un geste non ou mal réalisé nécessitant de le refaire. Afin d'évaluer l'efficacité du protoxyde d'azote (N₂O) dans des procédures mineures, mais douloureuses en pédiatrie, une revue de littérature a inclus 371 patients issus de sept études.

Les procédures de ces études étaient des poses de perfusion intraveineuses, des sutures, des réductions de fractures déplaçées. Deux études ont montré une efficacité équivalente du N₂O comparé à une anesthésie locale. Cinq études ont montré une supériorité de l'association anesthésie locale et N₂O comparée à l'anesthésie locale seule. Aucune étude n'a montré d'effet secondaire majeure. Les effets secondaires

mineurs étaient vertiges (4%), euphorie (3%) et vomissements (5%). La satisfaction des parents était significativement plus élevée dans le groupe N₂O qu'avec l'anesthésie locale (91% versus 71%).

Ce travail montre donc l'intérêt de l'association de l'anesthésie locale et du N₂O en pédiatrie pour des procédures mineures, mais douloureuses. Les infirmières doivent être formées à l'administration de N₂O et ce gaz doit être utilisé avec précaution et parcimonie en raison de la pollution qu'il entraîne.

IMPACT DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR LES DOULEURS LOMBAIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE

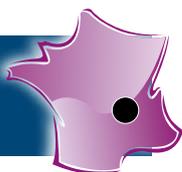
Dehainault M et al. *BMC Prim Care*. 2024 Jan 29; 25(1): 44

L'activité physique (AP) permet d'améliorer le pronostic en termes de douleur, de limitation des mouvements et de qualité de vie des patients présentant des lombalgies.

16 médecins généralistes (MG) du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne, âgés de 30 à 64 ans, ont participé à une étude qualitative sur le sport et les douleurs lombaires. Cette étude a montré que les conseils donnés par les MG étaient plutôt généraux, insistant sur l'importance des exercices faits seuls par le patient, mais avec peu d'informations sur la durée et la fréquence des exercices. Les MG dirigeaient souvent les patients vers des activités sportives encadrées (clubs, associations) ou des kinés pour renforcer l'AP et maintenir la motivation grâce à une supervision plus importante. D'après les MG, les informations à transmettre lors de la consultation, ainsi que l'encombrement du système de santé, limitaient le recours à d'autres professionnels. Un questionnaire interrogeait aussi les MG sur l'intérêt d'une application pour favoriser l'AP. Cette application paraissait utile, surtout chez les jeunes avec des limites liées à une mauvaise connexion internet, des carences techniques ou encore la peur que les patients puissent se faire mal en l'absence de supervision. Ce sentiment partagé par les MG est le reflet d'une littérature étonnamment de faible qualité scientifique sur le type, la fréquence, la durée et l'intensité des exercices nécessaires chez les patients porteurs de lombalgies.

FOCUS

Pr Frédéric Aubrun (Lyon)



L'ANESTHÉSIE SANS OPIOÏDES : UTILE OU FUTILE ?

Les opioïdes, en particulier quand ils sont administrés en péri-opératoire, sont associés à un risque non négligeable d'effets indésirables "habituels" (nausées, vomissements, sédation...) ou plus graves (dépression respiratoire). Il est également établi qu'ils sont associés à des phénomènes de tolérance et d'hyperalgésie liés à l'interaction avec les récepteurs NMDA (Weinbroum AA ; Richebé P et al.) entraînant de fait, en postopératoire, une surconsommation en antalgiques.

Des équipes ont donc développé un concept appelé OFA (pour *Opioid Free Anaesthesia* soit "anesthésie sans opioïdes") consistant à substituer les opioïdes administrés pendant une chirurgie ou un acte de médecine interventionnelle par des médicaments antalgiques ou anti-hyperalgésiques. Ainsi, en plus de l'analgésie multimodale non morphinique habituelle comportant du paracétamol, des AINS, du néfopam, il a été proposé d'adjoindre des médicaments anti-hyperalgésiques tels que la kétamine, la lidocaïne, le sulfate de magnésium ou encore la dexmédétomidine. Cette stratégie permet pour ces équipes de supprimer les opioïdes le plus souvent administrés pour traiter la douleur chirurgicale, à savoir le rémifentanyl ou le sufentanil (4 000 fois plus puissant que la morphine).

S'il semble nécessaire de réduire significativement la consommation per et postopératoire en opioïdes, il n'est pas toujours simple de supprimer complètement les morphiniques pendant une chirurgie douloureuse sous anesthésie générale :

nous manquons d'éléments fiables quant au monitoring peropératoire de l'efficacité de l'analgésie chirurgicale, même si la recherche avance, et certains médicaments semblent comporter des risques comme le prouve cette étude arrêtée pour cause d'évènements indésirables sévères associés à l'utilisation de dexmédétomidine (Beloeil H et al.). Il y a très certainement des bénéficiaires à la suppression totale des opioïdes en peropératoire tels que les patients opérés de chirurgie bariatrique (Ulbing S et al.), mais à condition que la consommation postopératoire en morphine soit réduite ce qui n'est pas toujours le cas.

Une équipe a convenu récemment qu'il était difficile de recommander une stratégie plutôt qu'une autre (Feenstra ML et al.). Comme le proposent Evan Kharasch et David Clark, il faut certainement revenir aux fondamentaux (Kharasch ED, Clark JD). En effet, la recherche clinique et les preuves évaluées par les pairs sur les avantages et les risques de l'anesthésie sans opioïdes sont encore insuffisantes sauf dans quelques indications (Ulbing S et al.). L'insistance à éliminer les opioïdes du bloc opératoire occulte la réflexion sur l'optimisation de l'analgésie et du confort à moyen et long terme. Si le principe de l'analgésie multimodale n'est plus à démontrer, le choix des agents est crucial.

Weinbroum AA. *Pharmacol Res*. 2017 Jun; 120: 188-205

Richebé P et al. *Anesthesiology*. 2018 Sep; 129(3): 590-607

Beloeil H et al. *Anesthesiology*. 2021 Apr; 134(4): 541-51

Ulbing S et al. *Obes Surg*. 2023 Jun; 33(6): 1687-93

Feenstra ML et al. *J Clin Anesth*. 2023 Nov; 90: 111215

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