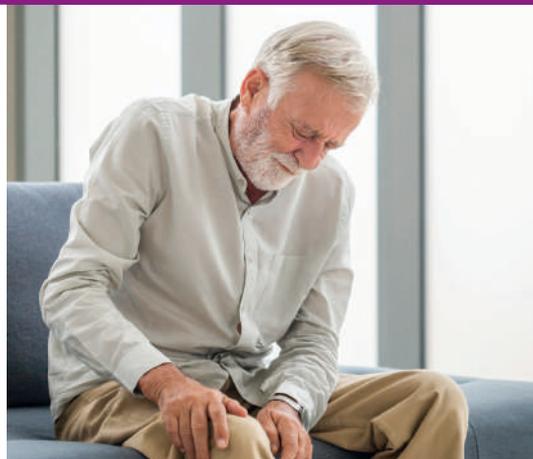


# La Douleur

## 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)

#### QUELLE PLACE POUR LA RTMS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE ?

Rostaing S, Colomb C. *Doul Analg.* 2023 Mar; 36(1): 2-7

La stimulation magnétique transcrânienne a fait l'objet de nombreuses publications ces dernières années, notamment dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique (DC). La Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD) a ainsi organisé des journées sur ce thème et proposé des recommandations pour placer cette technique dans le cadre d'une prise en charge multimodale.

Rappelons tout d'abord que cette stimulation, non invasive, cible le gyrus précentral (cortex primaire, M1) par un champ magnétique biphasique, à l'aide d'une bobine en «figure de 8». Les autres types de bobines n'ont pas apporté d'éléments probants de leur efficacité sur les DC. Si l'on se réfère aux études et aux recommandations établies par des groupes d'experts européens et nord-américains, le niveau de preuve est très bon pour la stimulation haute fréquence de M1 pour les douleurs neuropathiques. Il existe également des données favorables pour la fibromyalgie. Par contre, les résultats sont discutables pour le syndrome régional douleur complexe, la migraine et les céphalées post-traumatiques. En pratique, comme de nombreux traitements antalgiques, l'effet de la stimulation magnétique est incomplet, inconstant. Il est donc nécessaire de sélectionner les patients et d'intégrer cette pratique dans le cadre d'une prise en charge globale, associant traitements pharmacologiques, et prise en compte des composantes affectives, émotionnelles, cognitives et comportementales. Une séance seule de rTMS procure un soulagement limité dans le temps, pendant quelques jours. Leur répétition

(5 à 6) peut prolonger ces effets jusqu'à un ou deux mois. Plusieurs stratégies sont donc évoquées pour une efficacité sur le plus long terme : une série «de charge» (5 à 10 séances quotidiennes) suivies de séances de «maintien» progressivement espacées. Une deuxième possibilité est l'organisation de séances répétées à de longs intervalles de deux à quatre semaines, sans série «de charge». Une troisième solution serait de proposer des séances à domicile avec du matériel adapté, mais dont la disponibilité reste encore limitée.

Dans le panel des techniques non médicamenteuses et non invasives, la rTMS paraît séduisante en n'omettant toujours pas de l'intégrer dans une approche multimodale. Il reste à définir les protocoles les plus efficaces, les indications les plus adaptées et, enfin et surtout, les moyens de financement de ces actes en travaillant à l'élaboration d'un acte CCAM ou d'hospitalisation de jour.



## LES TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX POUR LUTTER CONTRE LA DOULEUR DES RIC

Vergne-Salle P et al. *Joint Bone Spine*. 2023 May; 90(3) : 328-33

Dans les situations de rhumatismes inflammatoires chroniques (les RIC : spondyloarthrite axiale SPA, polyarthrite rhumatoïde PR...), les douleurs peuvent persister malgré les progrès thérapeutiques et même lorsque l'inflammation est contrôlée. Six mois après un traitement adapté, 40,2% des patients atteints de PR précoce n'ont pas obtenu de soulagement satisfaisant ; dans les PR plus anciennes, 38,4% ont une EVA supérieure à 40 mm malgré la biothérapie (83%) ou la rémission (38,7%). Les mécanismes physiopathologiques des douleurs des RIC sont initialement nociceptifs, mais on observe dans plusieurs études la présence de composantes neuropathiques. Selon la définition de l'IASP, il s'agit probablement de douleurs nociplastiques, dont la fibromyalgie représente le modèle typique. S'il n'existe pas de recommandation spécifique pour ces douleurs dans les RIC, il est possible de s'inspirer de celles élaborées par l'EULAR pour la prise en charge de la fibromyalgie. Il s'agit en premier lieu de l'activité physique. On retrouve également de multiples techniques non médicamenteuses qui sont dénuées d'effets indésirables et qui, associées aux traitements spécifiques, permettent une amélioration de la qualité de vie.

Dans cet article, les auteurs ont fait une revue de la littérature à ce sujet. Même si les niveaux de preuve sont souvent faibles, il n'en reste pas moins utile de les connaître et de les proposer. Des études de bonne qualité à venir permettront peut-être à terme d'augmenter leur niveau de preuve. Sans rentrer dans les détails de chacune, voici celles qui ont fait l'objet d'études positives : les thérapies cognitivo-comportementales, l'hypnose, la méditation pleine conscience (*Mindfulness*), le Tai-chi, le yoga, l'acupuncture ou encore la neurostimulation transcutanée externe.

La difficulté réside encore dans l'offre de soins pour nos patients, souvent limitée par le coût financier de ces techniques même si, dans le cadre des structures d'évaluation et de traitement de la douleur, des associations de patients, de l'activité physique adaptée, il est possible de les proposer à moindres frais.

## EFFICACITÉ ET TOLÉRANCE DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ANTALGIQUES DANS LA LOMBALGIE AIGÜE : REVUE SYSTÉMATIQUE ET MÉTA-ANALYSE EN RÉSEAU

Wewege MA et al. *BMJ*. 2023 Mar 22; 380: e072962

Il s'agit d'une analyse systématique de la littérature avec méta-analyse en réseau concernant l'efficacité et la tolérance des traitements antalgiques médicamenteux dans la lombalgie aiguë non spécifique évoluant depuis moins de six semaines. Il existe en effet très peu d'essais comparant deux traitements entre eux, ce qui ne permet pas d'établir de stratégie concernant les traitements antalgiques.

Les auteurs ont inclus les essais randomisés contrôlés évaluant des traitements antalgiques (notamment AINS, paracétamol, opioïdes, antiépileptiques, antidépresseurs, myorelaxants, corticoïdes) *versus* autre antalgique, placebo ou aucun traitement médicamenteux (soins courants ou liste d'attente). Les objectifs principaux étaient l'intensité de la douleur à la fin du traitement et le nombre de patients

avec effets indésirables. Entre 1964 et 2021, les auteurs ont pu sélectionner 98 essais randomisés contrôlés (ERC ; 15134 participants, 49% de femmes) évaluant 69 molécules différentes ou en association. Parmi ces essais, 39% étaient réalisés *versus* placebo et 41% étaient sponsorisés par l'industrie pharmaceutique. La durée des traitements variait de 1 à 42 jours. L'intensité douloureuse a été mesurée dans 66 ERC (67%) avec 20 essais à haut risque de biais. La tolpérisone (myorelaxant), l'acéclofénac + tizanidine (AINS+ myorelaxant) et la prégabaline sont associés à la réduction d'intensité de la douleur la plus importante *versus* placebo, mais avec une confiance faible à très faible. Aucun traitement n'obtient une large réduction de la douleur (>20 mm) *versus* placebo, avec une confiance faible à très faible. Les comparaisons entre traitements ne donnent pas de meilleurs résultats, avec aucune différence significative entre les traitements jugés supérieurs au placebo. Concernant la tolérance, 68 ERC ont été pris en compte, dont 18 à haut risque de biais. Le tramadol (ratio de risque [RR]=2,6), le paracétamol avec tramadol LP (RR=2,4), le baclofène (RR=2,3) et le paracétamol avec tramadol LI (RR=2,1) sont associés à une augmentation des effets indésirables.



Globalement, les ERC ont un faible niveau de preuve tant en termes d'efficacité que de tolérance. Les auteurs concluent qu'il faut utiliser avec prudence les traitements antalgiques dans la lombalgie aiguë et privilégier en première ligne les traitements non médicamenteux. Des ERC de meilleure qualité méthodologique et comparant les traitements entre eux sont nécessaires.

### Douleur aiguë

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

## CONSOMMATION EN OPIOÏDES ET NON OPIOÏDES APRÈS PROTHÈSE DE HANCHE ET DE GENOU

Pedersen C et al. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2023 May; 67(5): 613-20

L'analgesie multimodale ou balancée consiste à associer des antalgiques à sites d'action différents afin d'améliorer



l'efficacité analgésique (avec une action synergique ou additive), tout en réduisant la consommation en opioïdes et si possible l'incidence en effets secondaires morphiniques. Ce concept date des années 1990 et est très appliqué en particulier dans le cadre de la récupération améliorée après la chirurgie (RAAC ou ERAS pour *Enhanced Rehabilitation After Surgery*). Cette stratégie consiste à mettre en œuvre des actions de rééducation, de renutrition, de mobilisation et donc d'analgésie de manière à améliorer les suites opératoires en faisant participer le patient, permettant d'ailleurs de réduire la durée d'hospitalisation. Elle est développée en chirurgie prothétique de hanche et de genou (PTH et PTG) et nécessite une analgésie multimodale de qualité associant analgésie systémique, anesthésie locale et loco-régionale.

Les auteurs de cette revue ont souhaité étudier l'évolution de la consommation en antalgiques non morphiniques (ANM) et morphiniques après PTH et PTG entre 2000 et 2020 avec l'hypothèse que la consommation en ANM était plus faible dans les travaux les plus anciens avec un usage plus important des opioïdes. Le critère principal de l'étude était donc la consommation d'opioïdes à J1. Les critères secondaires étaient la consommation des autres techniques et médicaments antalgiques. L'analyse s'est portée sur 570 essais. La consommation médiane était de 21 mg et 22 mg d'équivalents IV en morphine après PTH et PTG sans aucune corrélation entre la consommation en opioïdes et l'année de publication. En revanche, la prescription d'ANM a progressé au fil des années même si l'association de deux ANM ne concernait que 48% des travaux publiés entre 2010 et 2020.

Les résultats de cette étude sont donc en faveur du développement sans doute un peu trop prudent, au fil du temps, de l'analgésie multimodale après arthroplastie de hanche et de genou alors que ces associations d'ANM permettent incon-

testablement de réduire la consommation postopératoire en opioïdes, voire l'incidence en effets secondaires morphiniques tels que les nausées et vomissements.

### LE COVID LONG SUITE... ET FIN ?

Huerne K et al. *Am J Med Open*. 2023 Jun; 9: 100033

Le Covid long, aussi appelé syndrome post-covid aigu, est caractérisé par des symptômes multi-organes persistant trois mois après une infection initiale par le SARS-CoV-2. Cette revue canadienne présente l'état de la littérature en 2023 sur ce syndrome qui touche 10 à 35% des personnes ayant survécu au Covid (et 85% pour les personnes hospitalisées). Les symptômes physiques peuvent inclure une asthénie (13 à 87% des patients), une dyspnée (10 à 71%), des douleurs thoraciques (12 à 44%), une toux (12 à 34%). D'un point de vue pulmonaire, une étude américaine rapportait 15% de troubles obstructifs, 19% restrictifs et 27% de patients avec une capacité d'exercice réduite lors d'un test de marche de six minutes. Les répercussions peuvent être aussi psychologiques : sur une cohorte de 100 patients de soins intensifs, une étude anglaise retrouve 18% de stress post-traumatique (PTSD), 16% de difficultés de concentration (des chiffres équivalents à des hospitalisations hors covid). Une étude chinoise rapporte 63% de faiblesse musculaire à six mois, 26% de troubles du sommeil, 26% de dyspnée et 23% d'anxiété ou de dépression. L'apparition d'un Covid long ainsi que son pronostic sont liés à l'intensité des symptômes initiaux, au sexe féminin, mais inversement proportionnels au nombre de vaccins reçus. Si fatigue, dyspnée, troubles cognitifs et sensation d'étroitesse thoracique peuvent persister un an, la toux chronique ainsi que les douleurs thoraciques ne persistent que trois mois. Les symptômes psychologiques peuvent persister six mois, des perspectives plutôt rassurantes.

## INFORMATIONS SOCIOPROFESSIONNELLES

### DOULEUR CHRONIQUE : LA HAS PROPOSE UN NOUVEAU PARCOURS DE SOINS

*Egora* - 17 février 2023 ; *Le Quotidien du Médecin* - 16 février 2023 ; *Le Généraliste* - 16 février 2023

La douleur chronique concerne plus de 12 millions de Français rappelle la Haute Autorité de santé (HAS) en annonçant la publication de son guide sur le parcours de soin de ces patients. Réalisé en partenariat avec le Collège de médecine générale (CMG) et la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD), il a pour objectif d'améliorer leur qualité de vie, de renforcer la prévention, d'améliorer les délais et de favoriser la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués dans cette prise en charge. Centrée sur les besoins du patient, la nouvelle organisation donne une place prépondérante aux professionnels de ville, explique *Le Quotidien du Médecin*. Le niveau 1 mobilise les professionnels de ville, le niveau 2 les SDC et les services hospitaliers de spécialités et le niveau 3 les CETD. «Globalement, ce parcours est basé sur la création d'une nouvelle interface entre la ville et les structures spécialisées douleur chronique et sur une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital», précise *Egora*. Ainsi, «en cas de difficulté rencontrée au premier niveau de prise en charge, le médecin traitant peut solliciter le soutien des Consultations d'évaluation et de traitement de la douleur de leur territoire», rapporte *Le Généraliste* en expliquant que ce soutien ponctuel peut se faire par un conseil, une télé-expertise, une téléconsultation. Cette organisation se veut centrée sur les besoins du patient et le guide insiste sur son accompagnement.

### «LES PRESCRIPTIONS D'OPIOÏDES EN MAL DE COORDINATION INTERPROFESSIONNELLE»

*Le Quotidien du Médecin*, *Le Quotidien du Pharmacien* - 26 avril 2023 ; *Tendances* - Avril 2023

L'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) a mené une étude sur les pratiques de prescription de médicaments opioïdes antalgiques dans le cadre du traitement de la douleur chronique non liée au cancer. «Cette analyse sociologique s'attache à étudier la manière dont sont prescrits les antalgiques opioïdes en se basant sur les récits de 23 médecins généralistes exerçant sous statut libéral, salarié ou mixte et dans différents contextes organisationnels : centre de santé, cabinet libéral, maison de santé pluriprofessionnelle, Ehpad», explique *Le Quotidien du Médecin*. Elle montre des difficultés de coordination des soins entre les différents acteurs de la prise en charge de la douleur, en particulier entre généralistes et professionnels intervenant dans des structures spécialisées dans le traitement de la douleur ou des addictions. Or, l'OFDT insiste sur la dimension collective de la prescription que ce soit pour initier, modifier ou arrêter un médicament. «D'où l'importance d'un travail en équipe avec l'infirmier chargé de l'évaluation thérapeutique et avec les pharmaciens, capables de détecter des interactions, un mésusage, une dépendance. Ce qui augmente aussi les expériences des médecins», cite *Le Quotidien du Pharmacien*.



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](mailto:redaction.douleur@pr-editions.com)