

# 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)**

#### **MIEUX CONNAITRE LES LIENS ENTRE DOULEUR ET SOMMEIL**

Vayssiere P, Perogamvros L. *Douleur Analg.* 2022 Jun; 35(2): 77-84

Nous le constatons quotidiennement, les patients expriment très souvent des plaintes liées à leurs douleurs ainsi que des troubles du sommeil. Quelles sont les explications possibles ? Les auteurs de cet article se sont penchés sur les données scientifiques publiées à ce sujet.

Différents équilibres physiologiques présentent des dysfonctionnements en commun, expliquant les comorbidités douleur et sommeil. Ils impliquent le système endorphinique et opioïdérique, le système monoaminergique, l'orexine, les molécules pro-inflammatoires, la mélatonine ou encore l'adénosine. Tous ces équilibres et ces liens biologiques ont pu être mis en évidence ou sont encore au stade d'hypothèses, mais chez l'homme ou l'animal, il semblerait qu'ils apportent des éléments de réponse. On sait que les personnes qui déclarent des insomnies sont au moins trois fois plus susceptibles de souffrir d'un état physique douloureux chronique. Un lien bidirectionnel existe très probablement donc, mais il semble complexe. Les études les plus récentes montrent, d'une part, que c'est la perturbation de la continuité du sommeil, plutôt que sa simple privation, qui altère la tolérance à la douleur et qui augmente sa perception. De plus, l'association entre sommeil et douleur peut être médiée par la dépression et/ou des facteurs cognitifs et comportementaux similaires à ceux impliqués dans le maintien de l'insomnie sans comorbidité. L'aspect psychosocial ne doit pas être négligé, anxiété, dépression, douleur, troubles du sommeil, autant d'items qui interagissent les uns avec les autres pour créer un réel cercle vicieux. De plus,

ces plaintes ne semblent pas toujours être «entendues» ou comprises, alors même qu'elles sont de véritables enjeux de santé publique.

L'accent mis sur les relations entre douleur et sommeil dans cette publication nous incite à connaître ces phénomènes biologiques, psychologiques, comportementaux ou sociaux pour mieux appréhender et mieux traiter ces troubles à l'aide des moyens médicamenteux et non pharmacologiques.

#### **QUELLE PLACE POUR LES BLOCS NERVEUX DANS LES NÉVRALGIES TRIGÉMINALES RÉFRACTAIRES ?**

Jacques N et al. *J Int Med Res.* 2022 Oct 24 [Online ahead of print]

Voici les données d'une étude rétrospective, monocentrique sans groupe contrôle concernant la prise en charge de névral-



gies trigéminales (NG) réfractaires par un bloc nerveux. Rappelons que les NG concernent 4,3 à 27 personnes pour 100000 par an et qu'elles sont d'origines diverses.

Dans cette étude, par exemple, les étiologies étaient postopératoires ou post soins dentaires. 21 patients éligibles ont été inclus, bénéficiant d'un bloc avec injection de 5 ml de lévobupivacaïne 0,5%, un corticostéroïde, et de la clonidine au niveau de l'émergence du nerf trijumeau. L'objectif de cette étude était d'analyser l'impact de ce bloc sur la qualité de vie et sur l'intensité douloureuse. Pour cela, les auteurs ont utilisé l'EVA et le questionnaire de QDV SF-12 à J0 (avant le bloc) et à J15 (par évaluation téléphonique). Ces 21 patients avaient une moyenne d'âge de 62 ans et des douleurs évoluant depuis près de quatre à cinq ans, réfractaires aux traitements médicamenteux de référence. La durée d'efficacité de ce bloc a été de 15 +/- 59 jours avec une diminution de 3 points de l'EVA pendant 15 jours et, de façon compréhensible, une satisfaction des patients. En observant les scores du SF-12, 43% (9 patients) sont considérés comme «répondeurs», avec une amélioration significative de la qualité de vie, alors que les 12 autres (57%) ne le sont pas. Il est intéressant de noter également la diminution de la prise des traitements médicamenteux. Les auteurs ont cherché à comparer ces résultats à la littérature, mais les données sont très hétérogènes (type de bloc, de produits...), mise à part une étude randomisée proposant un bloc avec lidocaïne, la QDV évaluée à l'aide du SF-36 était améliorée jusqu'au suivi à 90 jours. Concernant les effets indésirables, ils sont peu nombreux et transitoires (douleurs locales durant l'injection, un cas de diplopie, d'œdème au point d'injection et un cas de dysesthésie).

Il s'agit certes d'une étude non randomisée et sans contrôle, sur un faible nombre de patients, mais qui laisse tout de même une opportunité de traitement bien supporté, améliorant la QDV chez des patients réfractaires et souvent complexes à prendre en charge.

### **EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES DANS LA FIBROMYALGIE : REVUE SYSTÉMATIQUE ET MÉTA-ANALYSE**

Kundakci B et al. *Pain*. 2022 Aug; 163(8): 1432-45

La fibromyalgie (FM) regroupe de façon variable et individuelle de multiples symptômes. Les recommandations européennes préconisent en première intention des interventions non pharmacologiques, qui sont elles aussi multiples et dont les indications selon les symptômes sont mal connues. D'autre part, ces recommandations sont basées sur une revue des études parues jusqu'en 2015. Depuis 2015, de nombreuses études ont été publiées. L'objectif de ce travail était de mieux définir les indications des interventions non pharmacologiques.

Une revue de la littérature a été effectuée sur sept bases de données jusqu'à juin 2020. Les articles sélectionnés étaient des essais randomisés contrôlés comparant toute intervention non pharmacologique aux soins habituels ou à une liste d'attente ou à un placebo. Le critère principal de jugement était le questionnaire d'impact de la FM (FIQ). Parmi les 16251 études identifiées, 167 essais randomisés contrôlés ont été sélectionnés évaluant 22 interventions différentes. Le FIQ est amélioré par les exercices physiques, les inter-

ventions multidisciplinaires, la balnéothérapie, les massages et les interventions psychologiques. Les différents types d'exercice diminuent la douleur (taille de l'effet [ES] 20,72 à 20,96) et la dépression (ES 20,35 à 21,22), sauf pour les exercices de souplesse. Les exercices de renforcement et de type mind-body diminuent la fatigue (ES 20,77 à 21,00). Les exercices de renforcement et d'aérobic améliorent le sommeil (ES 20,74 à 21,33). Les interventions psychologiques, notamment les thérapies cognitives et comportementales et la méditation en pleine conscience, améliorent le FIQ, la douleur, le sommeil et la dépression (ES 20,35 à 20,55), mais pas la fatigue. Globalement, les exercices physiques sont les plus bénéfiques pour améliorer plusieurs symptômes. Ce travail de méta-analyse permet d'orienter les interventions non pharmacologiques en fonction du ou des symptômes prévalents pour une prise en charge plus individualisée.

### **Douleur aiguë**

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

### **COMPATIBILITÉ ET STABILITÉ DE TROIS MÉDICAMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIOÏDES ASSOCIÉS DANS LE CADRE D'UNE ANESTHÉSIE DE TYPE OFA**

Carpenter AM et al. *Anaesthesia*. 2022 Nov; 77(11): 1202-8

*L'Opioid Free Anesthesia* (OFA) ou anesthésie sans opioïdes est une nouvelle stratégie d'épargne totale en opioïdes, accusés d'entraîner des effets indésirables et de l'hyperalgésie. Elle consiste à associer pendant l'anesthésie des médicaments antalgiques ou présentant des propriétés anti-hyperalgésiques qui vont se substituer aux opioïdes. Il s'agit d'assurer en peropératoire la même efficacité analgésique en choisissant les bons médicaments aux bonnes doses et administrés au bon moment. Un des inconvénients de cette méthode est l'absence d'information sur les interactions pharmaco-chimiques de ces médicaments de substitution. C'est le cas lorsqu'on associe par exemple la kétamine avec du sulfate de magnésium ou encore de la lidocaïne.

Les auteurs de ce travail ont ainsi souhaité évaluer ces trois médicaments administrés ensemble dans la même seringue. Ils ont étudié la stabilité initiale et à 24 heures de ces agents en utilisant la chromatographie en phase liquide et la spectrophotométrie. La stabilité était définie par une variation de concentration <10%, une absence de précipitation et de variation de pH. Les auteurs ont pu montrer que les concentrations plasmatiques de ces trois agents, lorsqu'ils étaient associés, étaient stables avec des différences bien inférieures au seuil fixé précédemment et ceci à TO comme à 24 heures. Aucune précipitation ou variation de pH n'a été observée.

Ces résultats sont loin d'être insignifiants, car ils répondent aux questions posées sur les interactions potentielles, les dégradations physico-chimiques ou des conséquences sur le pH des solutions reconstituées par les différents médicaments injectés en substitution des opioïdes.



### **INSUFFISANCE D'ANALGÉSIE EN COURS DE CÉSARIENNE : RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS FRANÇAISES ET BRITANNIQUES EN COMMENTAIRES**

Benhamou D. *Prat Anesth Reanim.* 2022 Oct; 26(5): 290-7

La fréquence d'une douleur au cours d'une césarienne réalisée sous anesthésie périmédullaire varie de 1 à 20%. Les conséquences sont d'ordre physique, mais également psychique, voire médico-légal. Cette douleur peut générer un traumatisme à titre de syndrome post-traumatique ou encore une douleur chronique post-césarienne.

L'auteur a souhaité traiter des moyens de prévention per et postopératoires et rappeler, en les comparant, les préconisations publiées par la SFAR en 2020 et par les Britanniques deux ans plus tard. Ainsi, l'évaluation du niveau sensitif (T5) est un moyen de prévention d'un échec d'analgésie. La technique du «toucher léger» est préconisée et doit porter sur les niveaux supérieurs et inférieurs, avec le risque d'une insuffisance d'extension vers les racines sacrées du bloc central. Concernant les moyens pharmacologiques de traiter cette douleur, ils s'orientent vers un opioïde d'action rapide (<2 min) : le rémifentanil ou l'alfentanil, voire de faibles doses de kétamine ou même de propofol. L'auteur insiste sur la coopération entre l'anesthésiste et l'obstétricien, particulièrement essentielle dans une telle situation. Cet élément est fortement préconisé par les deux sociétés rédactrices des recommandations. Le professeur Dan Benhamou insiste enfin sur l'absolue nécessité d'informer, avec empathie, la parturiente en *post-partum*, notamment en cas de conversion d'une anesthésie loco-régionale en anesthésie générale. Enfin, il est préconisé de débriefer «à chaud», mais aussi de mettre en œuvre un audit des pratiques afin

de réduire le risque de récurrence de cette situation particulièrement inconfortable pour les patientes et pour les équipes.

### **DOULEURS CORONARIENNES : DES PRÉSENTATIONS FÉMININES DIFFÉRENTES, MAIS SPÉCIFIQUES**

Miró Ò et al. *Emergencias.* 2022 Aug; 34(4): 268-74

Une étude monocentrique espagnole a comparé les dossiers de 8093 femmes et 9979 hommes ayant consulté aux urgences d'un hôpital pour une douleur thoracique non traumatique et ayant été diagnostiqués initialement, aux urgences, comme douleur non coronarienne par l'interrogatoire, l'examen clinique et l'ECG. Parmi ces dossiers, après explorations complémentaires, 0,8% des femmes et 0,9% des hommes ont finalement eu un diagnostic de douleur coronarienne.

Le but de cette étude était de retrouver les différences dans ces populations à diagnostic initial erroné. Les facteurs de risques plus fréquemment retrouvés étaient l'obésité et la consommation de cocaïne chez les femmes, un âge de plus de 40 ans et l'hypertension chez les hommes. Les caractéristiques cliniques des personnes avec un diagnostic erroné de douleur non coronarienne étaient : chez les femmes, une douleur plus fréquemment liée à l'effort, plus fréquemment accompagnée d'irradiations et de symptômes végétatifs. Chez les hommes, il n'y avait aucune caractéristique clinique spécifique.

Cette étude permet de confirmer l'existence de facteurs de risque et de présentations cliniques différentes selon les sexes, mais surtout d'insister sur les présentations «à risque d'erreurs». La prise de conscience de ces critères spécifiques, une fois validés en multicentrique, permettra de diminuer significativement les erreurs diagnostiques.



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)