

DOSSIERS

La prise en charge de la douleur aiguë et chronique

Dr Laurent P. Widmer

We must all die. But that I can save him from days of torture, that is what I feel as my great and ever new privilege. Pain is a more terrible lord of mankind than even death itself.

Albert Schweitzer

Qu'elle soit aiguë ou chronique, la douleur est un symptôme, qui a toujours agacé et embêté l'être humain et qui l'a poussé à en découvrir non seulement le traitement mais son origine.

Elle touche plus de 30% de la population : toutes les disciplines médicales sont concernées.

D'abord la douleur aiguë est un symptôme d'alarme, qui signale que quelque chose d'anormal et de désagréable se passe ou s'est passé : elle contribue à remplir les salles d'attente des cabinets médicaux, des urgences, des salles d'accouchement, elle représente une des plus fréquentes causes de consultation médicale.

La douleur aiguë est reconnue et acceptée par tout le monde, une évidence, aussi est-elle prise au sérieux par le thérapeute qui se met à la mesurer, à la caractériser, à la traiter et à surveiller l'efficacité du traitement.

La prise en charge de la douleur aiguë

Partagée entre la recherche de diagnostic et son traitement, la prise en charge se pratique de mieux en mieux et intéresse tout le monde médical : tous les moyens mis à disposition permettent de la calmer dans des délais raisonnables, même en attente de diagnostic. Nous sommes entrain de vaincre un mythe, selon lequel la douleur doit être présente dans tout son cortège de souffrances et de peines, pour que le médecin puisse y croire et faire un bon diagnostic. Toutes les disciplines médicales se sont penchées sur son origine et ses caractéristiques, afin d'y apporter un arrêt rapide, soit de manière spécifique soit de manière palliative : les résultats sont bons et la douleur finit par disparaître...

Ceci n'a pas toujours été le cas, comme dans la douleur de l'accouchement, les douleurs abdominales, et toutes les douleurs, dont le diagnostic n'est pas simple et évident. La mentalité a progressivement changé : les patients souffrants sont devenus plus exigeants, l'impatience que suscite la douleur impose

une prise en charge de plus en plus rapide. La douleur aiguë est prise en charge de manière plus précoce, dans la période pré hospitalière, sur le lieu de l'accident, pendant le transport en ambulance, au même titre que les mesures de réanimation.

A ce sujet, nous pouvons être satisfaits des progrès et de la qualité de la prise en charge de la douleur aiguë.

Quels sont ces moyens ?

- Les médicaments antalgiques bien sûr, qui existent sous toutes les formes galéniques, sont faciles à administrer (les trois paliers de l'OMS).
- Les traitements spécifiques de chaque affection aiguë, de la trinitrine à l'attelle plâtrée, de la colchicine à l'antibiotique sans oublier la chirurgie et les méthodes interventionnelles.

En résumé la douleur aiguë est :

- Associée avec une lésion tissulaire.
- Augmente l'activité du système neurovégétatif.
- Disparaît avec la guérison de la lésion.
- A une fonction protectrice importante.

Certaines situations ne s'améliorent pas malgré un bon diagnostic et un traitement antalgique correct, et la situation du patient se détériore ou fait du surplace : le retour au travail devient problématique, la remise en forme s'éternise, les souffrances se poursuivent, le médecin commence à douter de son diagnostic initial, et la suite des événements ne satisfait personne. Le patient ne répond plus au traitement initié.

Quels sont les symptômes de la douleur

Symptôme	Description
Douleur spontanée	Douleur, brûlure persistante
Dysesthésies	Douleur anormale, sensation désagréable (pulsante, lancinante, brûlante.)
Paresthésies	Sensations anormales pas désagréables (picotements...)
Allodynies	Réponse douloureuse à un stimulus habituellement non douloureux)
Hyperalgésie	Réponse exagérée douloureuse à un stimulus douloureux
Hyperpathie	Réponse explosive à un stimulus normalement douloureux.

Le temps joue en défaveur d'un retour à la normale.

Quand passe-t-on d'un symptôme douleur à un syndrome de la douleur chronique ?

Le facteur temps est toujours proposé comme limite, mais les délais différents de six semaines à trois mois, selon les avis de l'IASP. (International Association of Study of Pain), l'association qui chapeaute tous les chapitres nationaux des sociétés d'étude et du traitement de la douleur.

Une meilleure définition de la douleur chronique : *une sensation désagréable ou vécue comme telle, liée ou non à une lésion présente ou non, qui empêche le corps humain à disposer de toutes ses fonctionnalités.*

Syndrome de la douleur chronique

La douleur chronique change de caractéristiques. Elle :

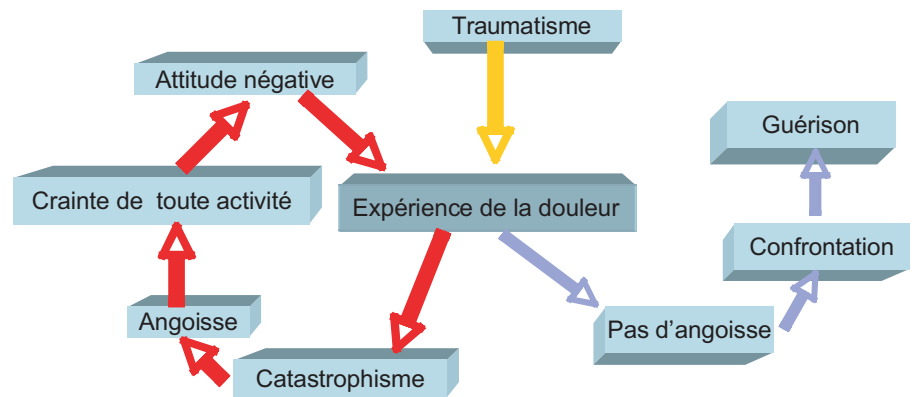
- Persiste au-delà de la période habituelle de cicatrisation et de guérison.
- Perd sa fonction de protection physiopathologique.
- Dégrade l'état de santé et diminue la fonctionnalité du corps et de l'âme.
- Pousse vers la dépression.

Cette définition fait comprendre qu'il s'agit d'un syndrome, où la fonctionnalité du corps et du psyché est diminuée, soumis aux contraintes du triangle : « Douleur - Angoisse - Dépression ».

Tableau influence

Ci-dessus les réactions schématiques face à un traumatisme, quel qu'il soit : l'attitude et le caractère psychologique peuvent influencer le résultat, mais le facteur temps va y ajouter son poids. Ce syndrome ne se laisse plus traiter comme un symptôme douloureux qui persiste, vu que rapidement les conséquences sociales, affectives et somatiques vont moduler ses réponses thérapeutiques.

L'influence émotionnelles de la peur de la douleur.



Prévalence

Il touche en Suisse avant tout les personnes entre 20 et 65 ans, presque 13 % de la population active. 30 % des Américains souffrent de douleur chronique.

La prévalence des sites douloureux est le dos, la tête et les articulations, les affections cancéreuses mises à part.

La recherche en antalgie

Ces notions ont déjà interpellé nos anciens maîtres dans le milieu du XX^e siècle, et ce des deux côtés de l'Atlantique. L'étude de la douleur chronique est une discipline récente, qui concerne toutes les disciplines médicales, elle a amoncelé une expérience médicale considérable. Sauf que le côté purement scientifique de la douleur ne nous permet pas toujours une rigueur statistique. De plus la notion de douleur est difficile à chiffrer, et les modèles de douleur chronique chez l'animal existent, mais reflètent peu aisément les aspects psychologiques. Il existe depuis peu un appareil expérimental de mesure de la douleur, qui permet de tester certains traitements, chez l'homme.

La randomisation en douleur chronique est malaisée, les grandes études manquent. Et nos patients ne se préoccupent peu, si l'amélioration qu'ils ressentent, répond ou non

aux critères d'effet réel ou placebo. Ils vont prendre toute amélioration pour un mieux, même si sur leur échelle de valeur, (et par conséquent sur leur échelle visuelle analogique), ils peinent à faire la différence entre de grandes et petites variations de douleur.

Heureusement à cet espèce de flou scientifique de la clinique, s'est développée une recherche fondamentale et rigoureuse sur l'origine et les mécanismes fins du système nerveux, qui régissent la sensation de la douleur ; cette recherche est lente, trop lente pour nous, cliniciens, elle est stimulante, compliquée, faisant appel aux techniques les plus modernes, comme la thérapie génique, la radiofréquence, les stimulations centrales et périphériques par des courants électriques, les potentiels évoqués. Toutefois, les découvertes sur les neurotransmetteurs, endorphines et les enzymes inhibiteurs ont débouché sur la mise au point de nouvelles molécules : (la stimulation électrique transcutanée ou du système nerveux central, la gabaonite, etc.).

Le passage à la chronicisation

Si on peut facilement imaginer la nature de la douleur par les différents récepteurs cutanés, sous cutanés liés aux changements de pression, de température, de pH, inflammations...

On ne comprend plus comment, une fois la source de la douleur déterminée, que les mécanismes ne fonctionnent plus avec la même logique. La chronicité est un élément qui nous intrigue : le passage à la chronicité fait appel à des phénomènes de sensibilisations des récepteurs, qui peuvent se situer tant en périphérie que dans le système nerveux central. A ceci s'ajoutent les phénomènes de modulation et de plasticité du système nerveux, qui commencent à être connus, et qui expliquent aussi l'influence de tout le cerveau sur la perception de la douleur. Il est vrai que les connaissances des voies neurales cérébrales et des mécanismes de propagation des stimuli ont ouvert des perspectives nouvelles, avec la participation de nombreuses régions, dont nous découvrons une partie des fonctions. Ceci se manifeste par des phénomènes d'inhibition ou d'amplification des messages et des réactions.

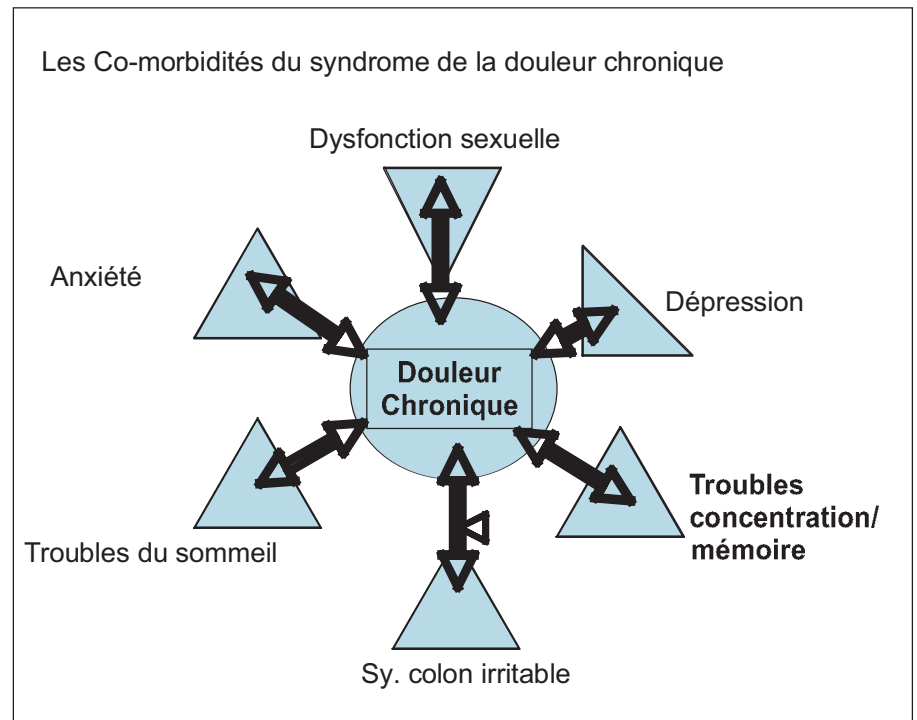
Ceci pour vous faire comprendre que le syndrome de la douleur chronique implique presque toutes les régions de notre cerveau et que la complexité qui en découle ne fait qu'augmenter notre modestie et notre humilité.

Ainsi cette complexité nécessite une approche multifactorielle, un traitement multidisciplinaire et un suivi précis.

Outre la douleur qui est l'élément directeur, le syndrome de la douleur chronique se développe avec le temps. Il peut prendre un caractère très spécifique à l'origine de la douleur, mais rares sont les patients qui ne se trouvent pas confrontés à une des co-morbidités.

Première consultation

Il s'agit presque toujours de longue anamnèse, et l'histoire racontée n'est que la perception momentanée du patient : la douleur, son intensité, ses caractéristiques ne sont qu'une partie du syndrome, le vécu, la souffrance, l'invalidité (pas au sens AI),



et les incapacités. Bien des patients arrivent avec des dossiers bien épais, des avis étayés par de nombreuses consultations, de nombreuses expériences thérapeutiques.

Il faut laisser le patient présenter sa propre image, sa propre projection, l'aspect cognitif et affectif de son affection, voilà une avalanche de renseignements à utiliser pour comprendre.

Aussi avons-nous aussi recours à des questionnaires, qui permettent

aux patients de s'exprimer (pour autant qu'il soit apte à lire le français), à des questionnaires spécifiques aux problèmes d'humeur, de capacité physique et d'adaptation.

Un examen physique est indispensable.

La recherche de diagnostic est primordiale : Types de douleur, localisation, qualité de vie, etc.). Tous les moyens doivent être mis en œuvre, pour étayer et préciser un diagnostic du syndrome douloureux.

Les types de douleur

Douleur noceptive

Réponse neurale à un stimulus qui peut provoquer une lésion (potentielle).

Arthrose, douleur postopératoire, dorsalgie mécanique, traumatismes, crises d'anémies falciformes.

Douleur neuropathique

Initiée ou causée par une lésion première ou une dysfonction du système nerveux.

Migraine, névralgie du trijumeau, syndrome complexe régional, syndrome post AVC, neuropathies périphériques métaboliques, neuropathie post herpétique, post SIDA, neuropathie de dorsalgie...

Douleur mixte

Causée conjointement par une lésion primaire et/ou des effets secondaires.

Cancer, dorsalgies, douleur post thoracotomie, post spondylodèse, etc...

Traitement

Tous veulent l'abolition de la douleur, comme leitmotiv et sont prêts à négocier, mais tous ne vont pas quitter ce syndrome, qui est ancré et difficile à décrocher.

Nous n'allons pas leur apprendre à vivre avec leur douleur, ils se sont déjà tous adaptés à vivre avec elle, mais nous allons leur apprendre à comprendre, ce qui les empêche de vivre comme auparavant et de repartir sur une nouvelle base.

Mise en route d'un programme multidisciplinaire de traitement, où prendront place :

- Les mesures médicamenteuses.
- Les mesures psychologiques, au même titre que toutes les mesures médicales.
- Les moyens physiques.
- Les moyens de réadaptation physique et professionnelle.
- Les interventions spéciales, (stimulation épidurale, implantation de pompes, blocs diagnostics et thérapeutiques, lésions par radiofréquence, etc.).

Cette prise en charge est chronophage, et elle doit être menée sur plusieurs fronts ; elle va s'adapter à la personnalité du patient et nécessite un suivi précis, pas forcément réservé au centre d'antalgie, mais conjointement avec le médecin de famille.

Le Dr Stéfan Tugui,
spécialiste FMH
en gynécologie et obstétrique,
a le plaisir de vous informer
de l'obtention du certificat
en « **Sexologie clinique** »,
délivré par
l'Université de Genève.

Cabinet :
Léopold-Robert 66,
2300 La Chaux-de-Fonds

Le Centre d'antalgie neuchâtelois Centre cantonal pour l'évaluation et le traitement de la douleur

Dr Serge Linder

Préambule

La prise en charge scientifique de patients souffrant de **douleurs chroniques et persistantes** demande, au contraire de l'antalgie pour la douleur aiguë, une approche beaucoup plus large, et le médecin doit réunir dans sa vision des perspectives apparemment très dissemblables, à l'instar de la nature humaine, par définition antinomique. Si la douleur aiguë se manifeste par des altérations endocrinométaboliques du stress catabolique avec ses conséquences, la douleur chronique, elle, entraîne des altérations neurophysiologiques parfois permanentes, ainsi qu'un affaiblissement immunitaire. L'être humain étant un système ouvert, des interférences psychosociales, familiales, professionnelles et économiques sont inévitables, dès que la durée des troubles dépasse quelques mois.

Le douloureux chronique n'a donc pas « uniquement » des douleurs, mais des soucis souvent **existentiels** – accompagnés de **souffrances** – habitées d'un état anxio-dépressif (50-85%), associées à des incapacités et à une tendance au déconditionnement physique, souvent invalidant, sans parler de la perspective de la mort, si longtemps escamotée par la médecine (cf. l'article du Dr Widmer).

Le médecin qui prend en charge ce type de pathologies, doit alors tenir compte de l'éventail de ces composantes, même s'il ne sait ni peut pratiquer lui-même toutes les approches diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ; à cette fin, il s'associera à d'autres spécialités (pluridisciplinarité). La prise en charge de cette catégorie de patients exige des connaissances spécifiques du système nerveux – son anatomie

fonctionnelle, sa physiologie et sa pharmacologie. Il se munira d'une bonne compréhension des phénomènes psychopathologiques liés à la douleur chronique, avec ses multiples interférences et réverbérations.

Les litiges avec les assurances sociales appartiennent à son pain quotidien. Un grand morceau à réaliser sera la rééducation fonctionnelle de patients déconditionnés, donc *la récupération de la fonction* à travers une *reconceptualisation cognitive* (et comportementale), dont le but primordial n'est pas un état sans douleurs, mais un niveau de douleurs suffisamment contrôlé pour qu'elles puissent être intégrées dans le quotidien.

C'est beaucoup. Et c'est urgent de **mettre en faisceau tous les vecteurs et tendances vers une structure organisationnelle, commune mais articulée**. Ceci avec autant d'empathie que de rigueur pour une prise en charge de patients douloureux – et d'un esprit très différent de la vision d'un « pain management ».

Brève évolution historique

Au départ du Centre d'antalgie neuchâtelois, se trouve la coopération en matière d'antalgie entre les consultations de la douleur à Neuchâtel (Dr L. Widmer, depuis 1995) et à Saint-Aubin (Dr S. Linder, depuis 1999). Cette activité se développe au fur et à mesure que chacun ira se former en matière d'antalgie, en partie à l'étranger.

En vue de la suppression du plateau technique à l'Hôpital de la Béroche, le DJSS met à disposition des moyens non négligeables dès 2000 pour la réalisation d'une activité ambulatoire en antalgie chronique, pour un site qui dispose déjà des locaux et infrastructures appro-