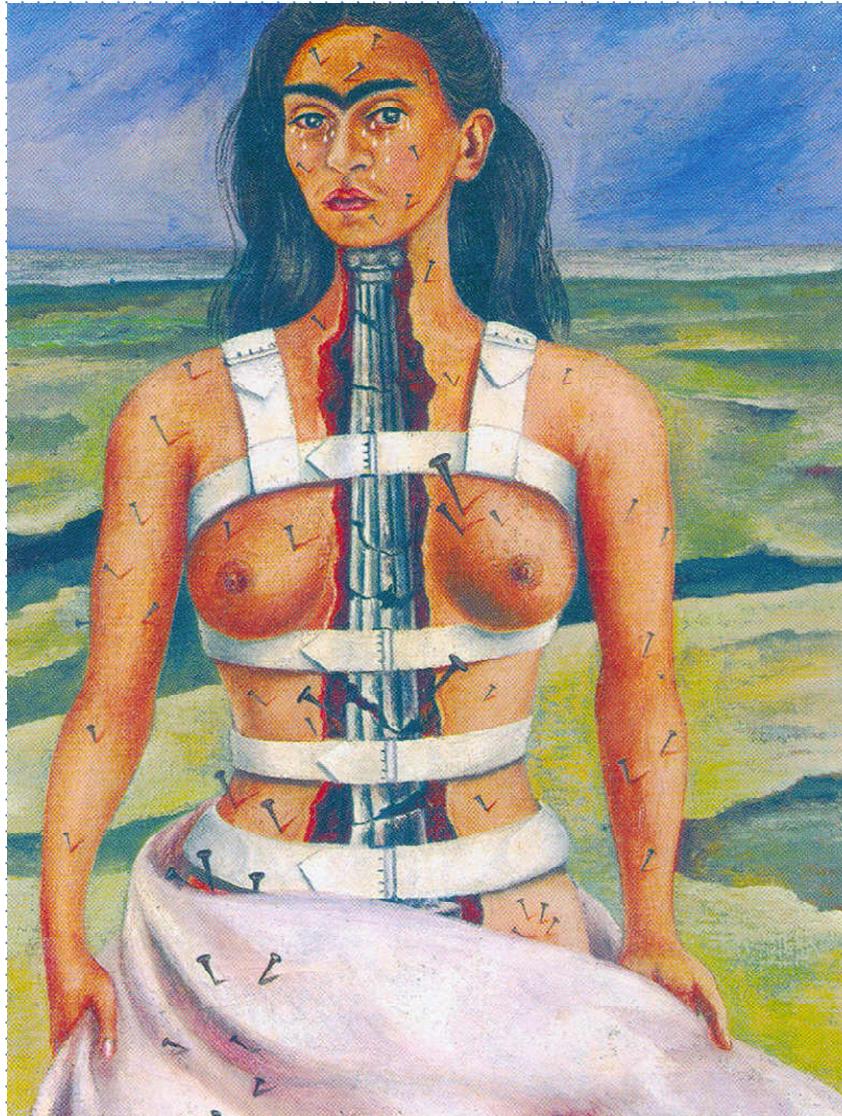


LA DOULEUR ,UN PHENOMENE COMPLEXE: PREJUGES ET REALITES

Dr Joelle CAZABAN
UPTC
20 Janvier 2020



POURQUOI CE TITRE?

- La douleur n'est pas un symptôme comme les autres, elle est pénible et très marquée émotionnellement, suscitant des réactions diverses, de la part de celui qui la vit, comme de la part de celui qui l'observe, soignant ou membre de l'entourage.
- Chacun de nous a vécu, de manière plus ou moins marquée, des expériences douloureuses: la douleur fait partie de la vie. Elle est plus ou moins comprise, « la douleur de l'autre ne fait pas mal ». 30% des français ressentent une douleur chronique.
- Les traitements antalgiques ont considérablement évolué au cours des trois dernières décennies, suscitant des avis (autorisés ou non) et des blocages.
- Nous allons tenter d'apporter des éclaircissements sur ces sujets.

PLAN

- Définition
- Les mécanismes
- Douleur aiguë et douleur chronique
- Douleur et souffrance
- Les morphiniques
- Le cannabis

DOULEUR: LES PREJUGES



- « Il dit qu'il a mal ...», mais...
- « elle en rajoute un peu, non? »,
- « c'est quelqu'un de douillet »,
- « moi j'ai eu la même chose, et je n'ai pas eu mal », ou « je n'ai pas fait tout ce cirque »
- « il se plaint pour rien »
- « elle n'est pas courageuse »

DOULEUR:DEFINITION

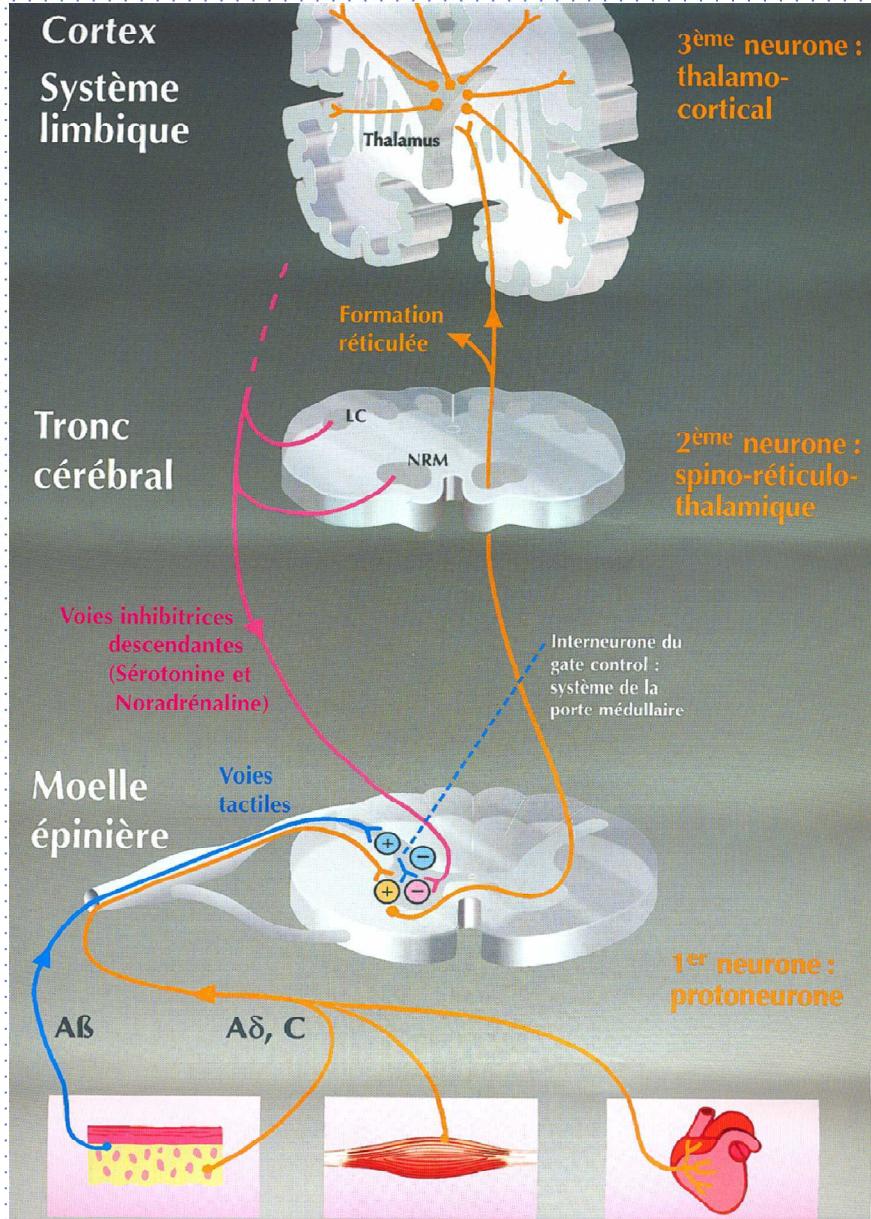


DOULEUR: DEFINITION DE L'IASP

Association internationale d'étude de la douleur

- *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage.*
- L'intérêt de cette définition est de mettre sur un même plan les dimensions sensorielles et affectives.

VOIES DE LA DOULEUR



Le traitement d'une information nociceptive se déroule sur plusieurs étages d'intégration:

- message initial, nocicepteurs et conduction nerveuse
- filtre médullaire, mécanismes inhibiteurs
- et transmission au cerveau, intégration plurifocale et mécanismes inhibiteurs

|

CLASSIFICATION SELON LE MECANISME

- On a l'habitude de classer un symptôme douloureux selon le mécanisme qui l'a engendré:
 - Douleur nociceptive
 - Douleur neuropathique
 - Douleur nociplastique
- Ces mécanismes sont en réalité souvent plus ou moins intriqués lorsque la douleur est chronique
- Ce classement nous sert à choisir les traitements à utiliser, très différents selon les trois mécanismes initiaux

La douleur neuropathique périphérique (DNP), un mécanisme distinct de la douleur nociceptive

Douleur nociceptive

- ➔ Stimulation nociceptive produite par des blessures ou des maladies ⁽¹⁾
- ➔ Traitements antalgiques usuels généralement efficaces ⁽¹⁾
- ➔ Douleur transitoire ⁽¹⁾ ...
- ➔ ...mais évolution chronique possible (cancer, arthrose, etc.) ⁽¹⁾

Douleur neuropathique

- ➔ Douleur initiée ou provoquée par une lésion ou un dysfonctionnement du système nerveux (Association Internationale d'Étude de la Douleur) ⁽²⁾
- ➔ Pas ou peu de réponse aux traitements antalgiques usuels (AINS, paracétamol, opiacés) ⁽³⁾
- ➔ Chronicité ⁽³⁾
- ➔ Retentissement souvent considérable sur la qualité de vie et l'humeur des patients ⁽³⁾

(1) Coda BA, Bonica JJ. General considerations of acute pain. In: Loeser JD et al. Bonica's management of pain. 3rd ed. Baltimore, MD: Lippincott William & Wilkins ; 2001 : 222-40. (2) Merskey MM, Galer BS. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle, Wash: IASP press ; 1994. (3) Attal N, Bonhassan N. Neuropathies périphériques douloureuses in Bouche P et al. Neuropathies périphériques. Doin Eds 2004 : 355-79.

DOULEUR NOCIPLASTIQUE

- Douleurs dysfonctionnelles
- Douleur qui résulte d'une altération de la nociception, malgré l'absence d'évidence claire de lésion de tissu causant l'activation des nocicepteurs périphériques , il y a dérégulation neuronale persistante
- Plus de 4,2 millions de Français souffrent de douleurs invisibles aux examens. IRM, scanner, radio, examens biologiques, rien n'apparaît et pourtant ce ne sont pas des malades imaginaires. Nous ne savons pas mesurer la douleur par des examens biologiques(recherche en cours)
- Exemples: algie vasculaire de la face, céphalées, algodystrophie, fibromyalgie, glossodynie, intestin irritable

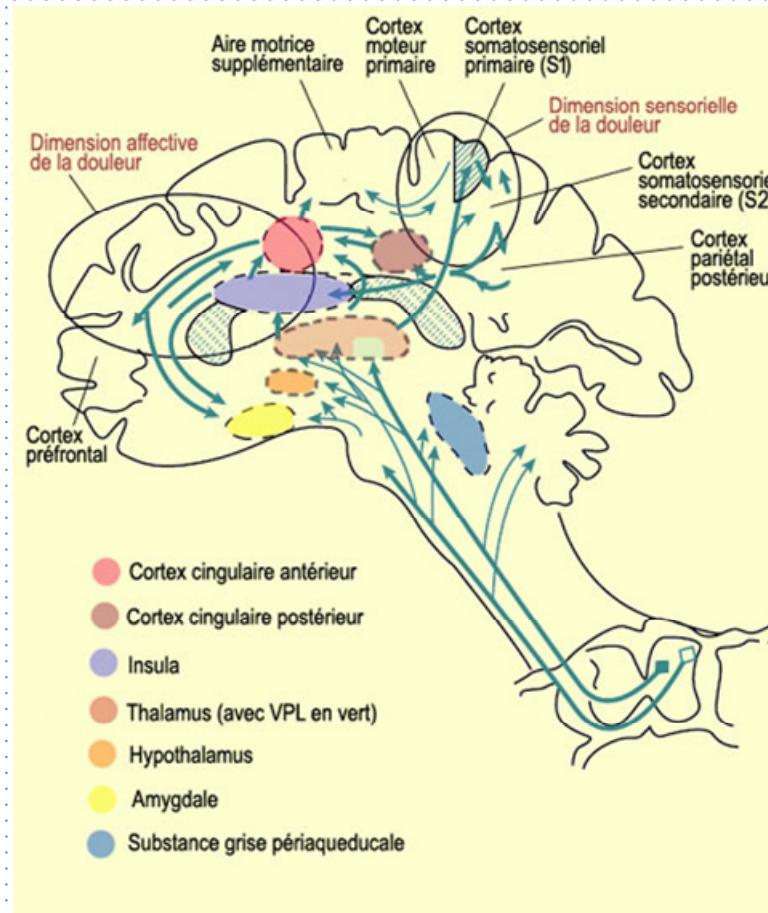
LA DOULEUR: UNE SENSATION AUX MECANISMES COMPLEXES



- A l'équilibre, l'absence de douleur résulte d'un rapport équilibré entre des influx pronociceptifs (douleur+) et des défenses physiologiques contre la douleur (douleur-)
- La sensation de douleur résulte d'un excès d'influx + ou d'un déficit de mécanismes inhibiteurs de la douleur (douleur -)
- Cet équilibre dépend de la présence de lésion provoquant les stimuli, de l'intégrité du système neurologique de transmission des messages, et de son **excitabilité**, ainsi que de multiples facteurs biochimiques et génétiques.

DES MECANISMES COMPLEXES

- Cet équilibre dépend aussi de nombreuses structures cérébrales impliquées dans la régulation de cette sensation, de la neuroplasticité..
- On ne parle plus d'un centre de la douleur, mais de la « matrice » douleur



LA DOULEUR:REALITES

- Il faut donc admettre que la perception de la douleur est très variable selon les individus, et les « empreintes » neuronales (mémoire de la douleur) accumulées.
- La perception de toute douleur relève d'un processus dynamique qui tient compte de l'expérience passée, l'environnement et la dynamique des systèmes sensoriels, et leur intégrité.
- Il n'y a pas deux douleurs identiques

DOULEUR AIGUE

- Signe d'alarme, menace sur l'intégrité de l'organisme
- Ex: douleur dentaire, traumatologie, colique néphrétique, infarctus myocardique...
- La plus simple à prendre en charge

DOULEUR CHRONIQUE

- Syndrome douloureux chronique: douleur-maladie, avec composantes
 - Somatique
 - Psychologique
 - Socio-professionnelle
 - familiale

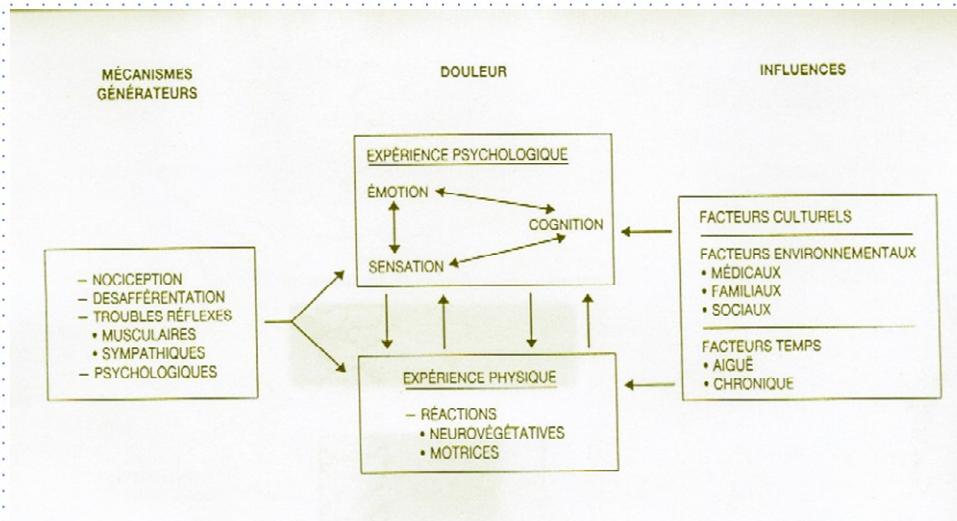


Fig. 1 Schéma des différents facteurs interactifs impliqués dans la douleur

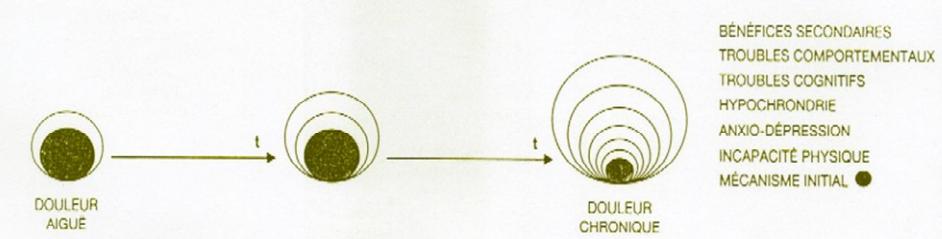


Fig. 2 Retentissement de la douleur au cours de son évolution

LA DOULEUR CHRONIQUE

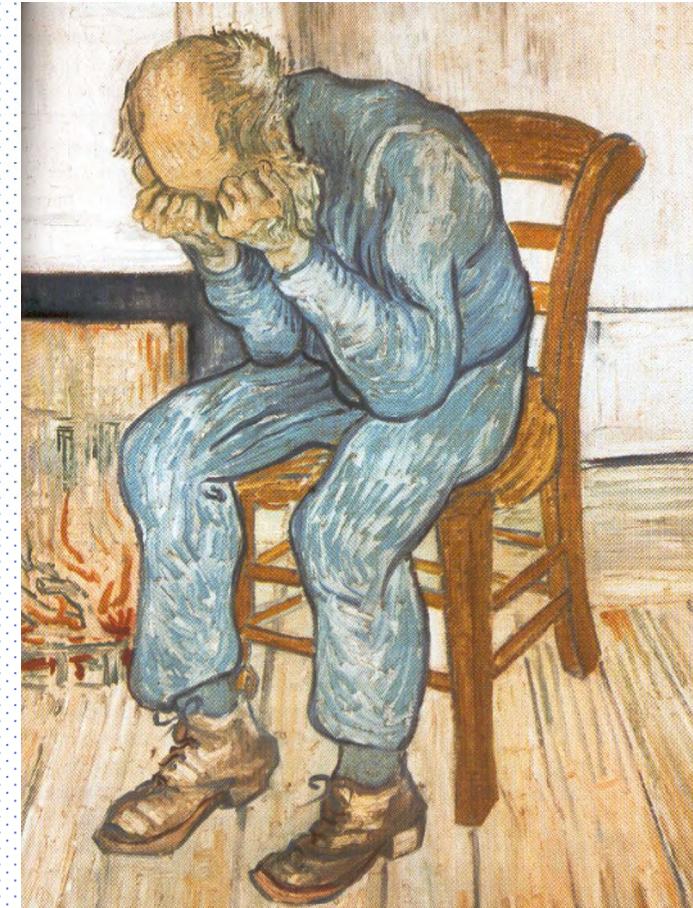
- La douleur « maladie » est due aux dysrégulations du système nerveux, un cercle vicieux s'installe, réveil des douleurs mémorisées, exacerbation des facteurs environnementaux, émotionnels, professionnels, familiaux...: modification de la perception de la sensation
- L'étude de la douleur est souvent perturbée par un ensemble de facteurs dont la complexité est liée au fait qu'ils dépendent de l'état affectif et/ou émotionnel ainsi que de la motivation du patient. La douleur demeure une **expérience subjective**, un phénomène essentiellement central modulé par les expériences antérieures, le degré de motivation et les processus d'anticipation. Ces différents facteurs appartiennent à la sphère psychologique et contribuent largement aux difficultés de quantification de la douleur.

LA DOULEUR CHRONIQUE

- D'une part, il convient d'abandonner une distinction trop classique somatique/psychologique et que, d'autre part, l'acceptation d'un mécanisme central, essentiellement neuropsychologique, aide à mieux comprendre les notions fréquentes de discordance anatomoclinique, voire de placebo-sensibilité.
- Ainsi, est-il possible de mieux comprendre l'absence éventuelle de parallélisme entre l'étendue d'un dommage tissulaire et la sévérité d'une douleur, puisque de nombreux phénomènes neurophysiologiques et neuropsychologiques interviennent dans l'intégration centrale du message nociceptif.

DOULEUR CHRONIQUE

- L'état de douleur prolongée a des répercussions psychologiques majeures



Bouleversement émotionnel et psychologique

trouble de la sexualité

Peur colère

Difficultés
professionnelles

dépression frustration

Fatigue
chronique,
Sensation de
détresse

diminution de
l'affectivité

Perte de la forme
physique,

Dépendances aux
substances chimiques

culpabilité

anxiété

**Personne
douloureuse
chronique**

perte d'autonomie

angoisse de mort

Diminution des
capacités
fonctionnelles

repli sur soi

perte d'intérêt

sentiment
d'impuissance

Problèmes financiers

Diminution de la force
et de la résistance

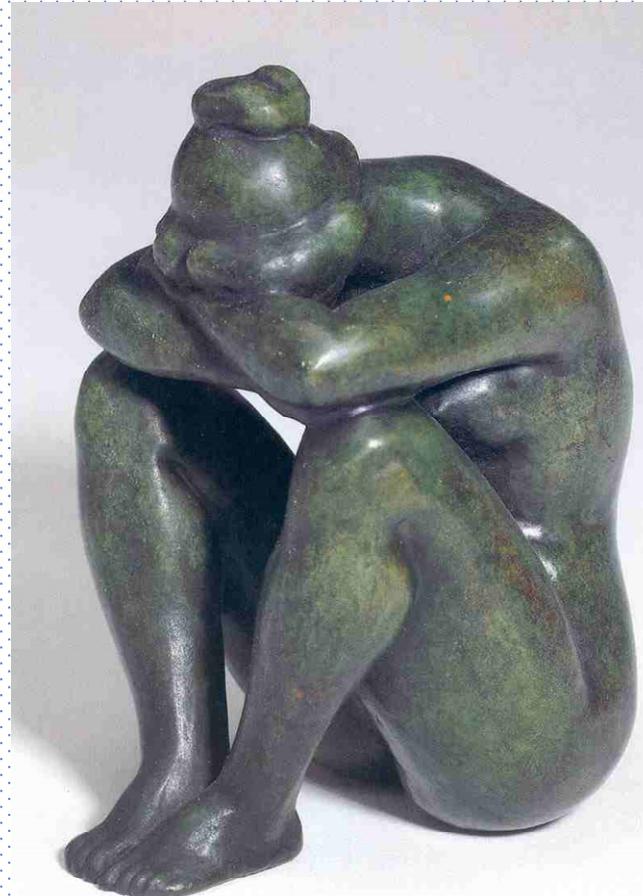
stress

Réévaluation des
croyances religieuses

altération de l'image
corporelle

DOULEUR ET SOUFFRANCE

- On sépare traditionnellement la douleur (atteinte de la chair), et souffrance (atteinte de la psyché)
- Nous buttons sur un vocabulaire qui opère une disjonction entre ce qui relève du corps et de l'esprit, comme si la condition humaine n'était pas d'emblée, de manière irréductible, aussi une condition corporelle
- La médecine de la douleur se heurte à ce dualisme, qui fait de la médecine une science du corps, et non une science de l'homme à part entière



DOULEUR ET SOUFFRANCE

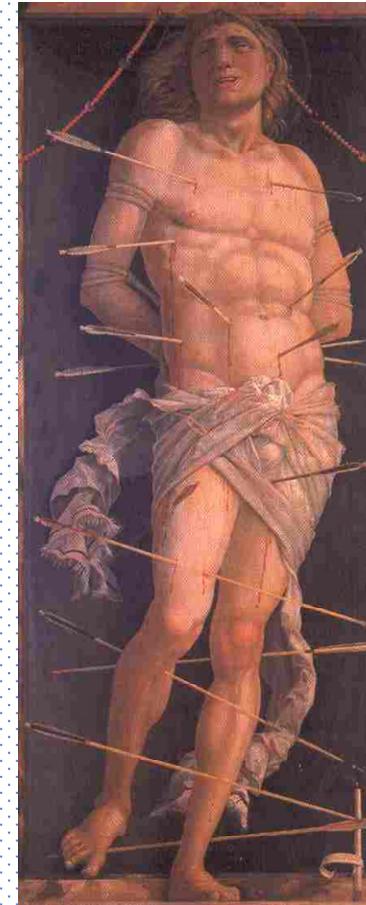
- La douleur marque un individu et modifie son rapport au monde, elle est donc souffrance
- La douleur ne peut être conçue sans contenu, comme un pur phénomène nerveux sans individu pour l'éprouver
- Chaque douleur est singulière, perçue et marquée par l'alchimie de l'histoire individuelle du sujet, ses vulnérabilités. Lui seul connaît l'étendue de sa peine.
- **La douleur ne se prouve pas, elle s'éprouve.** Elle n'écrase pas le corps, elle écrase l'individu, brise son quotidien, et altère sa relation à l'autre.

DOULEUR ET SOUFFRANCE

- La souffrance est fonction du sens que revêt la douleur, en proportion de la violence subie
- Plus la souffrance est intense, plus elle modifie le rapport au monde, et plus l'individu est resserré autour de sa peine..
- Alors que la douleur est un ressenti pénible, dans les limites de tolérance du sujet, la souffrance est une effraction, l'invasion par un sentiment de perte, variable avec le contrôle que chacun est susceptible d'exercer sur elle.

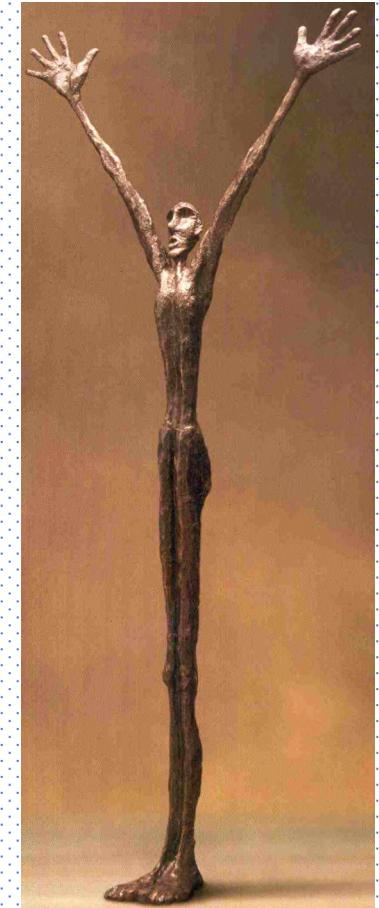
DOULEUR ET SOUFFRANCE

- Dans la torture, la souffrance déborde à l'infini la douleur, elle est sans limite, car le sujet est confronté à l'impensable



DOULEUR ET SOUFFRANCE

- Dans des circonstances maîtrisées, la souffrance est insignifiante (sport extrême), la douleur est choisie et peut être interrompue



CONCLUSION

- La douleur est un phénomène individuel, impossible à appréhender de manière uniciste et standardisé par pathologie
- La quantité et la nature des antalgiques nécessaires à la maîtriser va varier selon les situations personnelles et médicales.
- On utilise des outils d'évaluation pour essayer de comprendre la douleur, et mieux la traiter...Mais....
« Il faudrait trouver une langue nouvelle pour parler de la rage de dents... » V.WOOLF

EVOLUTION DES TRAITEMENTS: UTILISATION DES MORPHINIQUES

Médicaments ayant le même mode d'action que la morphine

- Les Préjugés concernant les morphiniques sont nombreux
 - Je vais être drogué
 - La morphine c'est pour tuer
 - Je vais perdre la tête
 - Si on me donne de la morphine, c'est la fin
 - La morphine soulage toutes les douleurs

MORPHINIQUES

- Et pourtant!!
 - Les dérivés de l'opium (opioïdes) sont utilisés depuis l'antiquité pour soulager certaines douleurs, et leur efficacité ne peut être mise en doute
 - Leur mauvaise réputation vient du fait que, avant les années 80, on ne disposait que d'ampoules injectables, difficiles à manipuler: pendant des années, leur utilisation était réservée à l'anesthésie et la fin de vie
 - Nous disposons aujourd'hui de multiples molécules et voies d'administration rendant l'utilisation plus souple et adaptable
 - Leur utilisation doit rester réservée aux **douleurs par excès de nociception**, lorsque les antalgiques faibles sont inefficaces
 - Les morphiniques ne sont pas efficaces sur les douleurs neuropathiques ou nociplastiques

LES MORPHINIQUES



- 1986: première morphine orale
- Depuis, on a vu apparaître:
 - D'autres molécules de morphiniques par voie orale, permettant de rechercher la plus adaptée à un patient donné.
 - Des formes lentes et rapides, permettant plus de finesse dans le traitement de la douleur selon sa dynamique.
 - L'utilisation de molécules « sorties du bloc opératoire », comme le fentanyl et le sufentanyl
 - Et une grande variété dans les voies d'administration

LES MOLECULES OPIOIDES

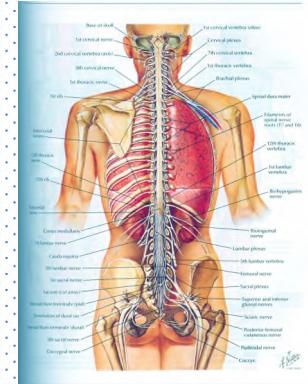
- Sulfate de morphine
- Oxycodone
- Hydromorphone
- Methadone
- Fentanyl
- Sufentanyl

Permettent la rotation des opioïdes en cas de résistance ou d'effets secondaires indésirables provoqués par une molécule.



DES VOIES D'ADMINISTRATION MULTIPLES

- Les voies d'administration sont variées:
 - orale,
 - sous cutanée ou intraveineuse,
 - par pompe autocontrôlée, ou en infusion continue ou discontinue
 - transdermique,
 - trans muqueuse buccale ou nasale,
 - voie médullaire en dernier recours
 - C'est cette variété de molécules et de voies d'administration qui permet de soulager plus efficacement les patients depuis les trois dernières décennies.



EFFETS SECONDAIRES DES MORPHINIQUES

Très redoutés des patients et de leur entourage

Ils apparaissent même à faible dose, fréquence 10%

On peut retrouver des nausées, vomissements, confusion, somnolence, constipation, plus rarement prurit, myoclonies, sueurs

Le changement de molécule permet le plus souvent de résoudre le problème

EFFETS SECONDAIRES DES MORPHINIQUES

- A ne pas confondre avec le surdosage
- Une dose trop forte de morphinique va entraîner une somnolence, pouvant aller jusqu'à la perte de conscience
- Elle s'accompagne d'un ralentissement respiratoire pouvant aller jusqu'à l'arrêt respiratoire
- Ceci ne se produit qu'en cas d'administration de doses trop fortes de médicament, et n'est jamais rencontré lorsque le traitement est bien conduit

MORPHINIQUES ET TOXICOMANIE

- Si les morphiniques sont administrés par paliers, ajustés aux besoins des patients, avec réévaluation régulière de la douleur, de la qualité de vie et des capacités fonctionnelles, il n'y a aucun risque de développement d'une toxicomanie
- Celle-ci peut surtout survenir lorsque la douleur a été mal évaluée et que le traitement n'est pas adapté au mécanisme de la douleur, par exemple dans la fibromyalgie, ou bien sûr en l'absence de douleur! Elle est le plus souvent physique et psychique. Elle nécessite un sevrage encadré.



MORPHINE:LES REALITES

- **En bref:**
 - La morphine ne drogue pas.
 - Elle n'est pas utile que pour les douleurs en fin de vie. (traumatologie, période opératoire, lumbago aigu, douleurs inflammatoires,...)
 - Avant la mort, elle ne fait pas mourir si elle est bien utilisée
 - La morphine est un médicament indispensable pour offrir des soins de qualité dans certaines situations.
 - Sa prescription, sa délivrance et son utilisation se font de façon coordonnée entre médecins, pharmaciens et patients.
 - Attention aux fake news ou aux informations en provenance des USA, où la consommation n'est pas encadrée comme en France!

LE CANNABIS: PREJUGES

- « Le cannabis soulage toutes les douleurs »
- « Le cannabis est réservé aux toxicomanes »
- « En France on n'est pas moderne, n'ose pas utiliser le cannabis pour traiter la douleur»
- « Le cannabis récréatif est le même que le cannabis thérapeutique »

LES CANNABINOÏDES

- **Douleur** : certaines études suggèrent que les cannabinoïdes peuvent s'avérer utiles en diminuant la transmission neuronale au niveau des voies de la douleur.
- Cliniquement, l'utilisation de dérivés cannabinoïdes a montré un intérêt modéré mais significatif dans la gestion de douleurs sévères, comme de certaines douleurs neuropathiques.
- Les cannabinoïdes montrent un effet positif sur l'anxiété, l'appétit, le sommeil.
- Mais actuellement trop d'études contradictoires...il est impossible de considérer le cannabis comme un antalgique, le niveau de preuve reste insuffisant, mais les recherches se poursuivent

CONCLUSION

- Nos connaissances ont considérablement évolué, grâce en particulier aux progrès de l'imagerie cérébrale
- Mais elles restent encore insuffisantes pour comprendre et soulager toutes les douleurs
- Le douloureux chronique ne devrait plus être « jugé », mais seulement correctement évalué
- Face à des douleurs chroniques intenses, on peut proposer des mesures **médicamenteuses ou non médicamenteuses**, visant à améliorer la qualité de vie
- Les morphiniques restent des médicaments précieux dans notre arsenal thérapeutique