

Douleur en médecine générale

P. Carrère, J. Hélène-Pelage, F. Gane-Troplent. UAG 2012

Douleur en médecine générale

1. Introduction
2. Cadre déontologique et légal
3. Bases neurophysiologiques
4. Évaluation d'une douleur
5. Aspects psychologiques
6. Thérapeutiques antalgiques
7. Cas cliniques

Introduction

- Douleur = l'un des premiers motifs de consultation en médecine générale
- Médecin généraliste en première ligne
- Prise en charge globale, suivi
- Formation initiale et continue, expérience clinique et pratique

Cadre déontologique et légal

- Soulager la douleur est le devoir de tout médecin
- Serment d'Hippocrate
 - « Je ferai tout pour soulager les souffrances, je ne prolongerai pas abusivement les agonies »
- Code de déontologie et code de la santé publique
 - « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade (...) et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique ... »

Cadre déontologique et légal

- Loi du 9 juin 1999-477 : droit à l'accès aux soins palliatifs
- Loi du 4 mars 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (loi Kouchner) :
 - Droit de tout patient à être acteur principal de tout soin le concernant
 - Principe d'autonomie = consentement libre et éclairé
 - Personne de confiance = « porte-parole »
- Loi du 22 avril 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie (loi Leonetti) :
 - Collaboration malade, famille et soignants
 - Interdiction de toute obstination déraisonnable
 - Directives anticipées

Définition

- « La douleur est une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes »
([International Association for the Study of Pain](#))
- Différentes composantes de la douleur :
 - neurosensorielle
 - émotionnelle
 - cognitive

Bases neurophysiologiques

Niveau périphérique => hyperalgie primaire

- Mécanonocicepteurs A_{δ} :
 - A_{δ_1} : Stimuli thermiques intenses ou mécaniques prolongés
 - A_{δ_2} : Stimuli moins intenses, participent à la douleur rapide
- Récepteurs polymodaux C :
 - Stimuli thermiques, mécaniques ou chimiques
 - Fatigables
 - Notion de récepteurs silencieux, activés en situation inflammatoire

Bases neurophysiologiques

Fibres sensibles nociceptives : transduction

- Fibres A_{δ} :
 - Myélinisées
 - Rapides
 - Accessibles au bloc ischémique
- Fibres C :
 - Non myélinisées
 - Douleur lente
 - Récepteurs opioïdes
 - Accessibles aux anesthésiques locaux et à la thermo-coagulation
 - Reflexe d'axone (sécrétion antidromique de la substance P) => cercle vicieux

Bases neurophysiologiques

« Soupe inflammatoire périphérique »

- Substances algogènes :
 - Substance P (sécrétion antidromique fibres C, inflammation neurogène)
 - Bradykinine (kininogènes)
 - Sérotonine (plaquettes)
 - Histamine (mastocytes)
 - Prostaglandines et leucotriènes (sensibilisation des nocicepteurs)
 - Monoxyde d'azote (vasodilatation)
 - NGF (sensibilisation des nocicepteurs, rôle dans les processus inflammatoires chroniques)
- => Inflammation neurogène

Bases neurophysiologiques

Niveau spinal => hyperalgie secondaire

- Ganglion rachidien postérieur : protoneurone
- Racine postérieure (DREZ : dorsal root entry zone, accessible à la chirurgie)
- Corne postérieure : deutoneurone
 - Neurones nociceptifs spécifiques et non spécifiques (neurones à convergence => douleurs projetées et référées) : rôle de transmission
 - Récepteurs NMDA, activés en situation inflammatoire chronique, responsables de sensibilisation centrale : rôle de mémorisation
 - Récepteurs opioïdes
- Faisceaux ascendants (spinothalamique...)

Bases neurophysiologiques

Niveau supra-spinal

- 3^e neurone
 - Thalamus latéral : somatotopie
 - Thalamus médian : réactions motrices et émotionnelles
 - Aire para-brachiale latérale, amygdale : réactions émotionnelles, comportementales, mémorisation de la douleur (système limbique sous-cortical)
- Plusieurs centres de la douleur
 - Cortex somesthésique primaire et secondaire : aspect sensori-discriminatif de la douleur
 - Cortex orbitofrontal cingulaire et insulaire (système limbique) : aspect émotionnel de la douleur

Bases neurophysiologiques

Contrôles inhibiteurs

- Niveau spinal : gate control
- Niveau supra-spinal :
 - Contrôle inhibiteur descendant (opioïdes endogènes)
 - Contrôle inhibiteur diffus (douleur aiguë => disparition douleur chronique antérieure)

Évaluation d'une douleur

- Diagnostic positif
- Caractéristiques
- Intensité
- Retentissement fonctionnel
- Traitements déjà prescrits et efficacité

Évaluation d'une douleur

Diagnostic positif

Facile et rapide si communication facile, sinon

- Signes physiques (aspécifiques)
- Échelles d'hétéro-évaluation :
 - Algoplus (douleur aiguë sujet âgé)
 - Doloplus2 (douleur chronique)
 - ECPA (douleur chronique sujet âgée)
 - Cinétique du score +++
- Bon sens clinique
- Test thérapeutique

Évaluation d'une douleur

Caractéristiques

- Mode de début
- Localisation (fixe ? irradiation ?), schéma
- Caractéristiques (sensation, facteurs aggravants ou apaisants, rythme)

Neurogène ou nociceptive ?

Évaluation d'une douleur

Caractéristiques	Douleur nociceptive	Douleur neurogène
Topographie	Régionale, différente des territoires neurologiques	Neurologique périphérique ou centrale
Type de la douleur	Mécanique ou inflammatoire	Brûlure, décharge électrique
Antécédents	Non spécifiques	Diabète, cancer évolué, zona...
Examen neurologique	Normal	Anormal : dysesthésies, hypo-sensibilité, allodynie
Paliers antalgiques	Bonne efficacité	Résistance ou faible efficacité

Évaluation d'une douleur

Intensité

- Échelle verbale
- Échelle numérique
- Échelle visuelle analogique (inutilisable pour 20% de la population)
- Échelles multidimensionnelles
- Nécessitent un minimum de communication, sinon hétéro-évaluation (doloplus2)

Aspects psychologiques

Une douleur aiguë est sensée disparaître avec sa cause, mais :

- Composante sensorielle
- Composante émotionnelle (réaction au stress, expérience/antécédent, personnalité, dimension culturelle de l'expression de la plainte)

À appréhender au delà du message sensoriel pour prévenir la douleur chronique

Aspects psychologiques

Syndrome douloureux chronique

- Composante organique dominante ou psychique dominante : distinction difficile après des années d'évolution
- La douleur peut entraîner un syndrome anxio-dépressif, et l'anxiété peut augmenter la sensibilité à la douleur
- Des questionnaires mesurent l'anxiété (trait ou état) et la dépressivité, ils n'affirment aucune causalité

Thérapeutiques antalgiques

Grands principes

- Écouter le patient (sans a priori)
- Le traitement le plus efficace est étiologique
- Un traitement symptomatique inefficace le reste (antériorité)
- Per os si possible (au plus simple)
- Traitement de fond si possible (avec interdoses)
- Suivi (efficacité, évolution, adaptation)

Thérapeutiques antalgiques

Douleurs nociceptives : palier 1

- Paracétamol
 - 4 g/j max chez l'adulte jeune
 - E.I. hépatique
- Aspirine
 - 3 g/j max chez l'adulte jeune
 - E.I. digestif, rénal, hématologique et allergique
- AINS
 - E.I. digestif, rénal, cardiovasculaire
- Nefopam
 - 120 mg /j max chez l'adulte jeune
 - E.I. anticholinergique

Thérapeutiques antalgiques

Douleurs nociceptives : palier 2

- Codéine
 - 180 mg/j max chez l'adulte jeune
 - Association fixe (paracétamol 500mg/codéine 20 à 30 mg) ou dihydrocodéine (Dicodin 60LP, 2/j max)
 - Inefficace chez 10% de la population
 - E.I. digestifs
- Tramadol
 - 400 mg/j max chez l'adulte jeune, débiter à 100 mg/j chez le sujet âgé
 - Formes LP en 1 (100 à 300mg) ou 2 prises (50 à 200 mg) par jour, et association fixe au paracétamol (Zaldiar, Ixprim)
 - E.I. fréquents : nausées, vertiges

Thérapeutiques antalgiques

Douleurs nociceptives : palier 3

Morphine orale à libération immédiate

- Galéniques :
 - Buvable (Oramorph 4 gouttes pour 5mg)
 - Cp sécables (Sévredol 10 et 20 mg)
 - Gelules (Actiskénan 5 à 30 mg, ouvrables)
- Titration
 - Cas général : à partir de 5 à 10 mg/4 h
 - Mi-dose si personne âgée dénutrition, ou insuffisance rénale
 - Augmentation progressive toutes les 8h

Thérapeutiques antalgiques

Douleurs nociceptives : palier 3

Morphine orale à libération prolongée

- Galéniques :
 - Cp en 2 prises par jour (Moscontin 10 à 200 mg)
 - Gélules en 2 prises /jour (Skenan 10 à 200 mg, ouvrables)
 - Gélules en 1 prise /jour (Kapanol 20 à 100 mg, ouvrables)
- Interdoses : $1/10^e$ à $1/6^e$ de la dose quotidienne

Thérapeutiques antalgiques

Morphine, E.I.

- Prurit
- Constipation (Forlax, Duphalac, Relistor s/c)
- Nausées (metoclopramide, domperidone, Haldol)
- Myoclonies (= surdosage ! => Narcan)
- Confusion, hallucinations (diminuer les doses, associer Haldol)
- Somnolence (dette de sommeil, iatrogénie, interactions, ou anomalie sous-jacente ?)
- Rétention urinaire (sujet âgé)
- Dépression respiratoire (posologie progressive)
- Attention au sevrage

Thérapeutiques antalgiques

Douleurs nociceptives : palier 3

- Fentanyl transdermique
 - Patch (Durogesic, Matrifen) de 12 à 100 µg/h
 - En relais d'une morphine à libération immédiate
 - Attention : sujet âgé, fièvre
- Citrate de fentanyl : voies alternatives d'administration
 - Orale transmuqueuse (Actiq 200 à 1600 µg)
 - Sublinguale (Abstral 100 à 800)
 - Gingivale (Effentora 100 à 800)
 - Nasale (Instanyl 50 à 200 , Pecfent 100 et 400)
- Hydromorphone et Oxycodone

Thérapeutiques antalgiques

Douleurs nociceptives : palier 3

DCI	Coefficient	Doses équianalgésiques (médicament/morphine orale)
Codéine	1/6	60 mg = 10 mg
Tramadol	1/5	50 mg = 10 mg
Dihydrocodéine	1/3	60 mg = 20 mg
Hydromorphone	7,5	4 mg = 30 mg
Oxycodone	2	10 mg = 20 mg
Fentanyl	150	12 µg/h = 30-45 mg

Thérapeutiques antalgiques

Douleurs neurogènes

- Antidépresseurs
 - Tricyclique (Laroxyl) : de 10-25 mg/j à 75-100 mg/j par paliers de 3 j, limité par E.I. et C.I.
 - Duloxetine (Cymbalta) : de 30 à 60-120 mg/j, neuropathie diabétique, limité par C.I.
- Anticonvulsivant
 - Carbamazépine (Tegretol) : de 400 à 1200 mg/j, nombreux E.I. et interactions, névralgie faciale
 - Gabapentine (Neurontin) : de 600 à 2400 mg/j, douleurs postzostériennes (DPZ)
 - Pregabaline (Lyrica) : de 25 à 600 mg/j, neuropathies périphériques

Thérapeutiques antalgiques

Douleurs neurogènes

- Traitement des dystonies
 - Levodopa (Sinemet, Modopar) : de 50 à 300 mg/j
 - Anticholinergique (Artane)
 - Baclofène (Lioresal) : de 15 à 75 mg/j, voire 120 mg, en 3 prises, mi dose si sujet âgé, nombreux E.I. mais mineurs
- Topiques
 - Lidocaïne en patch (Versatis) : DPZ
- Neurostimulation (transcutanée ou chirurgicale)
- Autres : non médicamenteuses, puis invasives ...

Cas cliniques

Lombalgie chez un sujet actif

Monsieur A, 43 ans et chauffeur-livreur, sans antécédent si ce n'est un surpoids, présente une douleur lombaire aiguë, survenue un matin en soulevant un carton de chargement. La douleur est ressentie au niveau lombaire bas à type d'écrasement, comme un étau, sans irradiation, sans douleur élective à la palpation. La prise en charge initiale fait cesser les douleurs en 3 semaines et il reprend son travail. Trois mois plus tard, Monsieur A se baisse pour ramasser un objet tombé par terre. Il ressent une décharge électrique dans le bas du dos, comme un coup de pistolet. La lombalgie devient permanente, avec fluctuations aggravées par la position et par les efforts, et s'accompagne d'une sciatalgie, avec sensations de brûlures et décharges électriques, entraînant une boiterie et une incapacité à la marche. Amélioré après plusieurs semaines de traitement, il souhaite reprendre ses activités.

Lombalgie chez un sujet actif

- Prise en charge initiale ?
- Prise en charge diagnostique et thérapeutique du 2^e épisode ?
- Prise en charge médico-sociale ?

Céphalée chez l'adulte

Madame B, 37 ans, sans antécédent particulier si ce n'est des allergies mal précisées, présente une céphalée héli-cranienne itérative depuis plusieurs mois qu'elle qualifie de migraine. Elle a déjà consulté et s'est vue prescrire un traitement par betabloquant, AINS, antalgiques de palier 2 et tryptan, incomplètement efficace. Les douleurs sont maintenant intolérables et elle vient vous voir en urgence un samedi à 14h.

Quatre semaines après cet épisode, Madame B revient consulter. Elle est assez satisfaite de votre prise en charge mais les douleurs ont récidivé dès l'arrêt du traitement. Votre nouvelle évaluation met en évidence une baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit.

Céphalée chez l'adulte

- Hypothèse diagnostique initiale et traitement mis en place ?
- Hypothèse diagnostique secondaire et conduite à tenir ?

Douleur thoracique atypique

Madame C, 51 ans, obèse avec HTA et dyslipidémie, présente une douleur précordiale irradiant dans l'épaule gauche, évoluant depuis 5 jours. Les constantes sont correctes et l'examen paucisymptomatique. L'ECG pratiqué est conforme au tracé de référence. Votre démarche diagnostique initiale, achevée rapidement, s'avère rassurante. Vous lui proposez un traitement. Quatre mois plus tard, Madame C revient vous voir pour renouveler son traitement. L'interrogatoire fait apparaître une récurrence de ses symptômes douloureux, mais qui répond toujours au traitement que vous aviez entrepris, librement distribué en pharmacie.

Douleur thoracique atypique

- Démarche diagnostique initiale?
- Hypothèse diagnostique et traitement mis en place ?
- Conduite à tenir compte tenu de la récurrence des douleurs ?

Gonalgie

Madame D, 71 ans, obèse diabétique et hypertendue, avec insuffisance rénale débutante, présente une gonalgie gauche s'aggravant progressivement depuis plusieurs mois, maintenant invalidante. Les douleurs sont mixtes, d'allure nociceptive et neurogène. On note quelques crampes nocturnes. L'examen clinique met notamment en évidence une lombalgie mais aussi des pouls distaux faiblement perçus.

Gonalgie

- Hypothèses diagnostiques ?
- Examens complémentaires ?
- Conduite à tenir selon les différentes hypothèses ?

Douleur pelvienne cancéreuse

Monsieur E, 60 ans, sans antécédent particulier, présente un cancer prostatique métastatique traité par hormonothérapie. Outre l'évolution locale, le bilan a montré des localisations osseuses au niveau de la 6^e côte droite, de L5 et du bassin. Le patient présente une douleur pelvienne chronique de type pesanteur, des brûlures intercostales unilatérales droite augmentées par la respiration, et une sciatalgie bilatérale. Le traitement antalgique initialement institué est : Topalgic® 50 mg : 4 comprimés par jour. L'efficacité est moyenne, avec une échelle visuelle analogique à 4 lorsque le patient ne fait pas d'effort particulier, mais supérieure à 6 à la moindre activité.

Douleur pelvienne cancéreuse

- Mécanismes de la douleur du patient ?
- Stratégie thérapeutique ?
- Évaluation de l'évolution douloureuse ?
- Prise en charge antalgique interventionnelle ?

Douleur chez la personne âgée

Monsieur F, 90 ans, 47 kg, est admis en médecine pour des troubles du comportement avec hétéro-agressivité : il refuse qu'on le touche pour les soins d'hygiène et tente de frapper les personnes qui essaient de le laver ou de l'habiller. Ce patient est atteint d'une maladie d'Alzheimer, à un stade modéré et avec un comportement « normal » jusqu'à il y a 15 jours. Le bilan met en évidence un cancer du côlon avec carcinose péritonéale et métastases hépatiques. L'ionogramme sanguin est normal et la créatininémie est de 80 $\mu\text{mol/l}$. Son traitement associe : Cordarone[®], Corvasal[®], Fraxiparine[®], et depuis 4 jours Moscontin[®] 30 mg toutes les 12 heures, Haldol[®] 10 gouttes 3 fois par jour. Anorexique et replié sur soi, il est maintenant très somnolent et confiné au lit, avec un début d'escarre au sacrum.

Douleur chez la personne âgée

- Hypothèses diagnostiques devant les troubles du comportement ?
- Hypothèses diagnostiques devant la somnolence ?
- Traitements antalgiques ?

Sources

- A. de Broca. Douleur, soins palliatifs, deuil. Elsevier Masson 2012
- International Association for the Study of Pain (<http://www.iasp-pain.org>)

Merci