

# La douleur chronique et l'arthrite : comment y remédier?



**Madame L. A. est une Caucasienne âgée de 69 ans. Elle est obèse, diabétique insulino-dépendante et hypertendue. Elle présente une coxarthrose avec un pincement complet de l'interligne articulaire et une ostéophytose à la radiographie. Sa clairance de la créatinine étant à 35 cc/min, le néphrologue lui a interdit les anti-inflammatoires non stéroïdiens traditionnels et les coxibs. Lui prescririez-vous un opioïde?**

**Par Monique Camerlain, M.D., FRCPC**

Madame accuse une douleur qu'elle évalue à 4 sur une échelle de 5. Elle se déplace péniblement en utilisant une canne et elle éprouve de la douleur nocturne. L'orthopédiste accepte de lui faire une arthroplastie de la hanche après évaluation de ses facteurs de risque, mais la durée d'attente pour cette chirurgie est de un an dans sa région.



La **Dre Camerlain** est membre conseil, service de rhumatologie, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Madame L. A. est en droit d'attendre un soulagement de sa douleur chronique reliée à l'arthrite. Lui prescririez-vous un opioïde? Voyons ce que dit la documentation actuelle à ce sujet.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il s'agit de la cause de consultation la plus fréquente en médecine : 20 % des adultes souffrent de douleur chronique et 20 % de ceux-ci souffrent depuis plus de 6 mois.<sup>1</sup>

Les maladies musculosquelettiques sont la cause la plus fréquente de douleur chronique non cancéreuse. On y retrouve les formes nociceptives, comme la douleur qui s'associe à l'arthrose ou à la polyarthrite rhumatoïde, les formes neurodysfonctionnelles, comme la douleur qui s'associe à la fibromyalgie, à certaines lombalgies et aux syndromes myofasciaux, de même que et les formes psychogéniques, qui reposent sur un diagnostic d'exclusion.

# La douleur chronique et l'arthrite

## **En bref :** La douleur chronique et l'arthrite

- Tout traitement de l'arthrite doit commencer par une évaluation complète de la douleur et de la fonction.
- L'acétaminophène est le traitement à préconiser dans la douleur légère reliée à l'arthrite.
- Le célécoxib et le rofécoxib sont tout indiqués dans le traitement de la douleur modérée à grave à cause de leur efficacité et de leur bonne tolérance digestive.
- Les opioïdes sont recommandés dans le cas d'une douleur grave qui ne répond pas aux mesures traditionnelles.
- S'il n'y a pas de contre-indication médicale, la plupart des patients devraient être référés en chirurgie lorsque la médication est insuffisante et que l'état se détériore.

L'*American Pain Society* (APS) a récemment proposé une charte des droits des patients qui souffrent de douleur chronique.<sup>2</sup> Pour certains médecins, elle représente « le dragon parmi nous », puisque cette charte et les lignes directrices sur la douleur sanctionnées par plusieurs organismes (OMS, APS, *American Medical Association*, etc.) font que le médecin qui n'aura pas évalué ou traité adéquatement la douleur pourra, dans certains cas, être accusé de négligence.<sup>3</sup>

Jerry Hirsberg, fondateur de *Nissan Design International*, disait qu'il faut « étreindre le dragon » de nos peurs pour voir dans sa bouche la perspective de l'autre.<sup>4</sup> Il nous apparaît donc important d'aborder le problème de la douleur chronique musculo-squelettique selon la médecine fondée sur la preuve, pour pouvoir ensuite tenir compte de façon responsable des droits et besoins de notre malade.

L'APS a défini des lignes directrices pour le traitement de la douleur de l'arthrite à son congrès du printemps dernier.<sup>5</sup> On peut les résumer de la façon suivante :

1. Tout traitement de l'arthrite doit commencer par une évaluation complète de la douleur et de la fonction.
2. L'acétaminophène est le traitement à préconiser dans la douleur légère reliée à l'arthrite, en raison de son faible coût et de sa disponibilité sans ordonnance.
3. Les coxibs : le célécoxib et le rofécoxib sont tout indiqués dans le traitement de la douleur modérée à grave à cause de leur efficacité et de leur bonne tolérance digestive.
4. Les opioïdes sont recommandés dans le cas d'une douleur grave qui ne répond pas aux mesures traditionnelles.
5. S'il n'y a pas de contre-indication médicale, la plupart des patients devraient être référés en chirurgie lorsque la médication est insuffisante et que l'état se détériore. La chirurgie devrait être recommandée avant que ne s'établisse une atrophie musculaire et une difformité de l'articulation atteinte.

La douleur de l'arthrite est une douleur nociceptive. Dans le système COX-2, en présence d'inflammation et de dommage tissulaire, la libération locale de prostanoides irrite les nocicepteurs. Il semble qu'un signal humoral soit transmis par voie sanguine aux récepteurs de la barrière hématoencéphalique, où se fait l'induction de COX-2 et de prostaglandine synthétase. Ceci entraîne une sécrétion de prostaglandine dans le liquide céphalorachidien qui sensibilise les neurones du système nerveux central (SNC) et active la microglie médullaire. La microglie secrète aussi des inducteurs de COX-2 dans le liquide céphalorachidien pour le cerveau et la moelle. Les cellules y entraînent alors la production d'autres prostaglandines et sensibilisent encore les neurones par des substances chimiques, mais aussi par interaction locale entre les neurones et la microglie. La nociception périphérique peut donc affecter le SNC, et c'est pourquoi il importe de traiter la douleur de façon adéquate pour éviter les

## La douleur chronique et l'arthrite

effets pervers.<sup>6</sup> On utilisera donc, selon les recommandations de l'APS, analgésiques, AINS de type coxibs et opioïdes, en séquence.

Il est important de se souvenir que même dans le cas de l'arthrite rhumatoïde, un changement d'un point sur l'échelle de douleur est associé à un changement de 15 points dans l'évaluation globale du patient.<sup>7</sup>

Dans une étude menée auprès de 229 patients souffrant d'arthrose et dont la douleur n'était pas maîtrisée, on constatait un état de santé général sous le 25<sup>ème</sup> percentile de la population américaine. Les résultats de douleur du *Short Form 36* étaient en corrélation avec d'autres indices, comme la condition physique, la vitalité et la santé mentale.<sup>8</sup>

Cependant, une autre étude menée chez des patients en attente d'une opération chirurgicale de prothèse de hanche a récemment démontré que dans ce groupe restreint dans ses activités physiques et sociales, l'état mental et la vitalité n'étaient pas atteints. Ceci diffère d'autres états douloureux.<sup>9</sup>

Il est évident que dans une douleur nociceptive secondaire à l'inflammation et à la destruction articulaire, l'analgésie seule ne suffit pas à freiner l'évolution. On sait que dans la polyarthrite rhumatoïde, le processus érosif est relié à la progression de la détérioration fonctionnelle, qui mène à l'invalidité. L'évaluation risque-bénéfice nous permet donc d'assumer les risques des effets indésirables reliés aux AINS ou aux agents de rémission. Il faut aussi tenir compte de la composante inflammatoire associée à l'évolution d'une arthrose dans une perspective identique.

Contrairement à la douleur chronique neurodysfonctionnelle, la douleur associée à l'arthrite

semble avoir une fonction utile. On a décrit des articulations de type Charcot reliées à la suppression de la douleur avec les stéroïdes intra-articulaires et avec l'indométhacine.<sup>10,11</sup> On peut donc s'interroger sur les effets à long terme de l'analgésie reliée à l'utilisation des opioïdes dans le traitement de l'arthrite. Les études de Caldwell et de Peloso, qui servent de référence en arthrose, s'échelonnent sur quatre à six semaines.<sup>12,13</sup>

L'efficacité soutenue des opioïdes dans le soulagement de la douleur entraînera-t-elle une destruction articulaire accélérée, reliée à la sollicitation excessive d'articulations déjà endommagées?

Considérons maintenant en quoi nous pouvons améliorer notre approche dans la perspective des lignes directrices de l'APS.

Une étude menée auprès de 161 généralistes à l'Université de Californie, à San Francisco, a révélé

que 35 % des participants refusaient de prescrire des opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse et ce, en dépit d'une évaluation et d'une thérapie conservatrice exhaustives.<sup>14</sup>

Lorsqu'on leur présentait une vignette clinique, leurs préoccupations portaient davantage sur la dépendance, la tolérance et la toxicomanie que sur la crainte de détournement de médicaments pour usage illicite ou celle des organismes normatifs.

Ces médecins étaient préoccupés du bien de leurs patients et leur crainte est en partie justifiée, parce qu'il importe de tracer une ligne entre soulagement de la douleur et facilitation de la toxicomanie.

Il faut aussi savoir qu'en juillet 2001, le *Food and Drug* américain a obligé le fabricant de chlorhydrate d'oxycodone à joindre un « *black box warning* » à la monographie du médicament, ce qui est l'avertissement le plus sérieux concernant l'utilisation d'un produit.



# La douleur chronique et l'arthrite

Tableau 1

## Résumé d'études avec des opioïdes dans le traitement de l'arthrose

Efficacité : opioïdes contre placebo	Opioïdes plus efficaces que le placebo dans toutes les études
Efficacité : opioïdes contre l'acétaminophène	Opioïdes plus efficaces dans les études où l'acétaminophène est utilisée comme comparateur ou « <i>rescue drug</i> »
Efficacité: opioïdes contre AINS	Les études suggèrent que les opioïdes sont plus efficaces que les AINS et en diminuent l'utilisation
Effets secondaires usuels : fréquence	25 % à 66 % des études
Effets secondaires entraînant l'arrêt de la médication	10 % à 25 % des études

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

Adapté de : Peloso, PM : Opioid Therapy for Osteoarthritis of the Hip and Knee: Use it or Lose it. J. Rheum on line <http://www.jrheum.com/abstracts/editorials01/6.html>

Ceci faisait suite au nombre significatif de toxicomanes se présentant dans des centres de désintoxication, principalement ceux situés dans l'État du Maine et dans les Appalaches. Une prescription laxiste, surtout à des femmes de groupes socio-économiquement défavorisés, a même entraîné plusieurs décès.<sup>15</sup>

Il nous semble donc important de discuter de ces appréhensions. Commençons par en définir les termes.

- La dépendance physique est un phénomène physiologique caractérisé par un ensemble de signes et de symptômes qui surviennent au moment du sevrage : tremblements, sueurs, frissons, larmes, crampes abdominales, diarrhées, vomissements, arthralgies, myalgies. Ceci n'est pas diagnostic de toxicomanie, ni même pronostic.
- La tolérance est une diminution d'efficacité constatée à une même dose d'analgésique. Dans la douleur chronique, non cancéreuse, elle n'est pas fréquente et elle survient dans les six premiers mois.
- La toxicomanie est une maladie psychosociale dans laquelle on retrouve une appétence morbide pour les

drogues et leur effet tonique ou euphorisant. Il existe une prédisposition génétique à cette maladie et on retrouve une volonté de continuer à utiliser les narcotiques malgré leurs effets indésirables importants et leurs conséquences graves.

On recommande, pour aider à maîtriser les craintes d'abus reliés à l'utilisation d'opioïdes, de se servir de la « règle d'utilisation des 4 A » en ce qui a trait aux résultats du traitement, soit en réévaluant constamment le patient en ce qui a trait à l'analgésie, aux activités de la vie quotidienne, aux « effets adverses » (indésirables) et à un comportement aberrant.<sup>16</sup>

Il faut que la prescription d'opioïdes fasse suite à une évaluation et à une thérapie conservatrice adéquates. On peut se référer à diverses lignes directrices sur l'utilisation des opioïdes, dont celles du Collège des médecins de l'Ontario et celles du *State Medical Board* américain.<sup>16</sup>

Le tableau 1 résume les résultats d'études sur l'efficacité des opioïdes dans l'arthrose, de 1996 à mars 2002.<sup>17</sup> On peut dire, en résumé, que les opioïdes sont

efficaces pour le soulagement de l'arthrose avec un profil d'effets indésirables acceptable. On constate qu'en général, les patients tendent à les arrêter quand la douleur est soulagée par d'autres moyens, comme l'opération chirurgicale.

## Conclusion

Les cliniciens qui traitent la douleur musculo-squelettique peuvent « étreindre le dragon » en effectuant une évaluation clinique adéquate et en utilisant un éventail thérapeutique. Ils peuvent évoluer au-delà de conceptions puritaines qui veulent que la douleur doive être acceptée comme une conséquence inévitable et punitive.

L'imagerie médicale fonctionnelle par résonance magnétique améliore la compréhension de la transmission et de la perception de la douleur. La pharmacologie nous offre en même temps les armes appropriées au soulagement auquel nos malades ont droit.

« Pour chaque thèse, il y a une antithèse et finalement une synthèse. La vérité est un processus qui ne connaît pas de fin. » *Rollo May. Clin*

## Références

1. Gureje, O, Von Korpff, M, Simon, GE, et coll. : Persistent Pain and Wellbeing: A World Health Organization Study in Primary Care. JAMA 280:147, 1998.
2. Pain Care Bill of Rights and Pain Action Guide. American Pain Foundation, Baltimore MD. [www.painfoundation.org](http://www.painfoundation.org)
3. Tucker, KL : A New Risk emerges. Provider Accountability for Inadequate Pain Management. Annals of Long Term Care 9(4):52, 2001.
4. Hirshberg, J : *The Creative Priority*. Part I. Polarity. Embracing the Dragon. Harper Business. New York, 1999, p. 63.
5. Camerlain, M : The Treatment of Pain in Arthritis. En voie de publication. Parkhurst Exchange. Septembre, 2002.
6. The Patient in Pain. EULAR 2002. Stockholm, Sweden. June 12-15, 2002. Supplement to the Medical Post 38:30, p. 5, août, 2002.
7. McKenna, F, Wright, V : Pain and Rheumatoid Arthritis. Ann Rheum Pain 44:805, 1985.
8. Reder, R, Richards, P, Dukes, E : Burden of Moderate to Severe Pain Due to Osteoarthritis: Impact on Patient Reported Health Outcomes and Health Care Utilization (Abstract). American Pain Society. Site Web : <http://www.ampainsoc.org/abstract/2001/templates>
9. Croft, P, Lewis, M, Wynn Jones, C, et coll. : Health Status in Patient Awaiting Replacement for Osteoarthritis. Rheumatology 41:1001, 2002.
10. Chandler, GN, Jones, PT, Wright, V, et coll. : Charcot's Arthropathy Following Intraarticular Hydrocortisone. Br M J 1 :952:1953.
11. Doherty, M, Jones, A : Indomethacin hastens Large Joint Osteoarthritis in Humans. How strong the Evidence. J Rheumatol Nov 22(11):2013, 1995.
12. Peloso, PM, Bellamy, N, Bensen, W, et coll. : Double Blind Randomized Placebo Control Trial of Controlled Release Codein in the Treatment of Osteoarthritis of the Hip or Knee. J Rheumatol May 27(3):764, 2000.
13. Caldwell, JR, Hale, ME, Boyd, RE, et coll. : Treatment of Osteoarthritis Pain with Control Release Oxycodone or Fixed Combination of Oxycodone and Acetaminophen added to Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug. A Double Blind Randomised Multicenter Placebo Controlled Trial. Journal of Rheumatol 126:4:86, 1999.
14. Poher, M, Shafer, S, Gonzalez-Mendez, E, et coll. : Opioids for Chronic Non Malignant Pain. Attitudes and practices of primary care physicians in the UCST/Stanford Collaborative Research Network. J Fam Practice 50(2):145, 2001.
15. Drawing the Line Between Pain Management and Addiction. Psycho-Pharmacology Update 12(9):1, 2001.
16. Passick, SD, Wemseb, HS : Malignant Pain. Use of Opioids in non malignant pain. Managing Chronic Non Malignant Pain. Advances in Therapy, 17(2):71, 2000.
17. Peloso, PM : Opioid Therapy for Osteoarthritis of the Hip and Knee: Use it or lose it. J. Rheum on line : <http://www.jrheum.com/abstracts/editorials01/6.html>