

Les défis de la douleur chronique en perspective

Pour certains médecins qui doivent la traiter, la douleur chronique non cancéreuse (DCNC) continue de poser un défi, et ce, même si un nombre sans cesse croissant d'études cliniques prospectives ont démontré que les opiacés soulagent la douleur et améliorent la qualité de vie.

ÉTUDE DE CAS – DOULEUR ARTHROSIQUE

SZ est un homme de 58 ans. À l'âge de 42 ans, il s'est blessé au dos lors d'un accident du travail; il a alors reçu un diagnostic d'entorse lombaire aiguë dont il s'est rétabli après qu'on lui ait prescrit du repos au lit, des analgésiques et des traitements de physiothérapie active. Il y a sept mois, une fourgonnette qui roulait à une vitesse de 60 km/heure a embouti l'arrière de sa voiture sous-compacte. Le patient a ressenti une douleur vive au bas du dos, mais n'a manifesté aucun signe ou symptôme neurologique. Les radiographies se sont révélées normales. L'urgentologue lui a prescrit trois jours de repos au lit et de l'acétaminophène plus codéine.

Depuis cet accident, le patient se plaint de sensations de douleur et de brûlure persistantes au bas du dos, sans irradiation aux membres inférieurs. L'intensité de sa douleur est de 5-6/10 au repos et de 9/10 à la mobilisation. Il ne présente pas de symptômes neurologiques, intestinaux ou vésicaux. La physiothérapie, passive et active, n'a pas soulagé la douleur et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les coxib et l'acétaminophène avec codéine se sont révélés inefficaces. Quatre ou cinq comprimés par jour d'acétaminophène avec oxycodone lui procurent un soulagement raisonnable. Le patient présente en outre d'autres problèmes de santé tels que reflux gastro-œsophagien (RGO), dyslipidémie, hypertension et diabète de type 2. Il prend actuellement 80 mg d'acide acétylsalicylique (AAS) une fois par jour, 30 mg d'atorvastatine une fois par jour, 300 mg d'irbesartan une fois par jour, 20 mg d'oméprazole une fois par jour, 40 mg de citalopram une fois par jour et de l'acétaminophène

Rédacteurs-conseil



Brian Goldman, M.D., FACEP, FCFP
Médecin urgentologue,
Hôpital du Mont Sinai, Toronto
Professeur-adjoint, département de
médecine familiale et communautaire,
Université de Toronto



Alan Kaplan, M.D., CCFP (EM), FCFP
Maître de conférence adjoint,
Université de Toronto
Médecin de famille, Richmond Hill, Ontario
Consultant en traitement de la douleur

avec oxycodone, à raison d'un ou deux comprimés toutes les quatre à six heures, au besoin.

Ouvrier sur une chaîne de montage, il est en congé pour invalidité prolongée depuis sa collision. L'événement a provoqué une dépression secondaire, qui a été traitée par citalopram. Le citalopram a soulagé ses symptômes de dépression, mais non sa douleur.

Le patient a obtenu un résultat de zéro sur quatre au questionnaire CAGE (test de dépistage de la dépendance à l'alcool). Son père est alcoolique; son frère a des antécédents lointains de consommation de cocaïne, mais il est abstinent depuis 18 ans. Le patient fait usage de marijuana à des fins récréatives.

Examen physique :

- Obésité modérée; tension artérielle normale
- Nette réduction de l'amplitude de mouvement du dos
- Spasme musculaire paravertébral de L3 à S1
- Engourdissement au niveau de la région dorsale sensible; absence de picotements, de fourmillements et de démangeaisons
- Hypoesthésie à la piqûre d'aiguille, mais non au toucher
- Douleur aucunement provoquée ou exacerbée par l'effleurement de la peau à la région dorsale sensible
- Élévation normale des deux jambes en extension
- Force, sensibilité et réflexes normaux aux membres inférieurs

Une tomодensitométrie de la colonne lombo-sacrée montre un rétrécissement prononcé des espaces intervertébraux et la présence d'ostéophytes, sans compression des racines nerveuses.

Tableau 1

Mécanismes et exemples de douleur chronique non cancéreuse

Nociceptif	Neuropathique
Arthrose	Syndrome douloureux régional complexe
Polyarthrite rhumatoïde	Neuropathie diabétique
Syndrome douloureux myofascial	Néuralgie post-zostérienne
	Néuralgie trigéminée

Les objectifs du traitement chez ce patient sont : soulagement de la douleur et retour au travail, à un poste sédentaire.

Voici un cas typique de DCNC. La douleur a été déclenchée par un accident de la route. L'accident du travail antérieur a exacerbé le risque qu'une douleur chronique s'installe après l'accident de la route ultérieur.

Le premier défi, dans ce cas, consiste à déterminer si la douleur est d'origine nociceptive ou neuropathique, car le choix du traitement dépend du mécanisme en cause. Le second défi consiste à adapter la pharmacothérapie aux diverses comorbidités que présente déjà le patient. Quant au troisième défi, il consiste à évaluer l'impact des antécédents personnels de dépression du patient, de ses antécédents familiaux d'alcoolisme et de sa consommation de marijuana.

Une approche systématique révélera que ces facteurs en apparence complexes sont beaucoup plus faciles à résoudre qu'on pourrait le croire au premier abord.

Épidémiologie

La *Canadian Chronic Pain Study II* a révélé que 25 % des Canadiens souffrent de douleurs constantes ou intermittentes pendant des périodes de six mois ou plus, et cette proportion passe à 33 % chez les Canadiens de 55 ans et plus. Les causes les plus fréquentes de douleur chronique sont l'arthrite et les maladies inflammatoires (31 %), les maladies lombaires ou rachidiennes (21 %), les traumatismes et les séquelles post-opératoires (13 %), les migraines et céphalées (11 %), les troubles neuropathiques ou neurologiques (11 %) et les douleurs des tissus mous (8 %); chez 19 % des personnes interrogées aucune étiologie franche n'a pu être établie¹.

Soixante-douze pour cent des médecins omnipraticiens interrogés croient que la DCNC occasionne une souffrance induite et 31 % lui imputent une perte de productivité et d'autres répercussions économiques. Dans l'ensemble, selon l'étude, les omnipraticiens estiment que chez 60 % des patients atteints de DCNC, la douleur n'est pas bien prise en charge.

Diagnostic et traitement

Deux mécanismes peuvent expliquer la douleur chronique : l'un est d'ordre nociceptif et l'autre, d'ordre neuropathique (Tableau 1). La douleur nociceptive est causée par une lésion et/ou une inflammation tissulaires

qui, toutes les deux, produisent des substances neurohumorales capables d'activer les nocicepteurs en périphérie et les voies de transmission de la douleur dans le système nerveux périphérique et central. Pour sa part, la douleur neuropathique repose sur une anomalie du traitement et de la transmission des signaux douloureux par les voies nociceptives qui sont dysfonctionnelles ou endommagées.

La description de la douleur peut servir à faire la distinction entre les deux types. La douleur d'origine nociceptive est généralement sourde ou aiguë. La douleur neuropathique, parfois paroxystique, se décrit davantage comme une sensation de brûlure, d'élanement et/ou « en coup de poignard ». La douleur nociceptive répond à l'acétaminophène, aux AINS et aux opiacés. La douleur neuropathique requiert souvent une association d'anticonvulsivants ou de tricycliques plus opiacés.

Un questionnaire validé, le questionnaire DN4 (pour *Neuropathic Pain Diagnostic Questionnaire*) (Tableau 2), comporte quatre éléments axés sur des descripteurs sensoriels et des signes physiques. Il faut moins de cinq minutes au médecin pour l'administrer; son degré de sensibilité est de 82,9 % et de spécificité de 89,9 % pour ce qui est de distinguer la douleur neuropathique de la douleur nociceptive chez les patients qui souffrent de douleur de modérée à grave².

Pour chaque élément du questionnaire DN4, on dispose d'une liste de réponses possibles auxquelles on assigne un « oui » ou un « non ». Un point est accordé pour chaque oui et aucun point n'est accordé pour les non.

Un score de quatre points ou plus indique que le patient souffre probablement de douleur neuropathique.

Il existe un autre questionnaire de conception plus récente pour le dépistage des éléments neuropathiques de la douleur chez des patients souffrant de lombalgie chronique : il s'agit du questionnaire PainDETECT. Ce questionnaire tient compte des descripteurs sensoriels typiques de la douleur neuropathique, de l'intensité de la douleur et de son mode de présentation³.

Ce patient présente une DCNC nociceptive. Dans ce contexte, l'approche pharmacologique inclut l'acétaminophène, les AINS ou les coxib et les opiacés. Les antidépresseurs tricycliques à faible dose peuvent aussi être essayés. Les anticonvulsivants sont peu susceptibles d'être efficaces.

Tableau 2

Questionnaire DN4 pour la douleur neuropathique

Question 1 : La douleur présente-t-elle l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes?

1. Sensation de brûlure oui non
2. Sensation douloureuse de froid oui non
3. Sensation de choc électrique oui non

Réponse : *Le patient dit que sa douleur s'accompagne d'une sensation de brûlure – inscrire un point.*

Question 2 : La douleur est-elle associée à l'un ou l'autre des symptômes suivants à la même région?

4. Fourmillements oui non
5. Picotements oui non
6. Engourdissement oui non
7. Démangeaisons oui non

Réponse : *Le patient se plaint d'engourdissement – inscrire un point.*

Question 3 : La douleur affecte-t-elle une zone pour laquelle l'examen révèle l'un ou l'autre des éléments suivants?

8. Hypoesthésie au toucher oui non
9. Hypoesthésie à la piqûre d'aiguille oui non

Réponse : *Le patient présente une hypoesthésie à la piqûre – inscrire un point.*

Question 4 : La douleur est-elle provoquée ou intensifiée par :

10. L'effleurement oui non

Réponse : *On ne note aucune douleur à l'effleurement de la zone touchée – n'inscrire aucun point.*

Le patient obtient donc un score total de 3 sur 10. Étant donné que son score est inférieur à quatre, il ne souffre probablement pas de douleur neuropathique.

L'acétaminophène est un choix à envisager pour la douleur chronique légère. On le considère généralement plus sécuritaire que les AINS, comme l'ibuprofène, le naproxène et l'AAS, qui peuvent provoquer des saignements et des ulcères gastriques. Les AINS, autres que l'AAS, peuvent également accroître le risque cardiaque. La dose maximum recommandée pour une utilisation à court terme est de quatre grammes par jour, mais des doses moindres sont recommandées pour un emploi prolongé⁴. Et des réductions posologiques encore plus strictes s'imposent chez les patients qui souffrent d'insuffisance hépatique et/ou rénale.

Compte tenu de l'hypertension et du profil de risque cardiovasculaire du patient, les AINS et les coxib ne seraient pas recommandés.

Les opiacés pourraient être le meilleur choix chez ce patient puisqu'ils ne comportent aucun risque de toxicité pour les organes et qu'ils n'accroissent pas le risque de complications cardiovasculaires. Les opiacés sont à envisager chez les patients qui souffrent de douleur chronique modérée ou grave dont la qualité de vie est affectée lorsque d'autres classes d'analgésiques sont soit inefficaces, soit contre-indiquées.

Avant de prescrire des opiacés, il faut toutefois tenir compte des antécédents psychiatriques du patient et de sa consommation de substances, étant donné que ces facteurs peuvent rendre la prescription d'opiacés plus hasardeuse⁵.

Les omnipraticiens peuvent traiter relativement facilement les patients qui ne présentent aucun antécédent personnel ou familial, récent ou lointain, de toxicomanie et qui ne souffrent d'aucune psychopathologie majeure ou non traitée. Les patients qui ont été traités pour toxicomanie, qui ont des antécédents familiaux importants de toxicomanie ou qui souffrent ou ont souffert de troubles psychiatriques, peuvent être traités en médecine générale avec l'aide d'un psychiatre ou d'un expert en toxicomanie, selon le cas. Un spécialiste du traitement de la douleur doit prendre en charge les patients toxicomanes ou atteints de psychopathologies majeures non traitées.

Ce patient souffre d'une dépression réactionnelle ou secondaire, qui a répondu au citalopram. Étant donné qu'il ne s'agit pas ici d'une psychopathologie considérée majeure ou non traitée, le médecin de premier recours pourrait fort bien prendre ce patient en charge sans l'aide d'un spécialiste.

Le patient ne souffre pas de toxicomanie active grave. Toutefois, ses antécédents familiaux importants d'alcoolisme et de consommation de cocaïne, en plus de son utilisation de marijuana à des fins récréatives, l'exposent à un risque modéré à l'égard du mésusage des opiacés. Le patient peut donc être pris en charge par l'omnipraticien avec l'aide d'un expert en toxicomanie, à la condition qu'il s'en trouve un pour remplir ce rôle.

Puisque la codéine s'est révélée inefficace chez ce patient, les options qui lui sont offertes incluent l'oxycodone, avec ou sans acétaminophène, et le tramadol. À l'heure actuelle, trois préparations de tramadol à action prolongée sont offertes sur le marché.

Le tramadol exerce une faible inhibition du recaptage de la sérotonine. L'association du tramadol et du citalopram peut potentialiser le risque de syndrome sérotoninergique. Toutefois, on peut le prescrire en association avec les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) si l'avantage escompté surclasse le risque. Il faut surveiller étroitement l'apparition d'un syndrome sérotoninergique chez de tels patients (modification du niveau de conscience, confusion, myoclonie, ataxie, crampes abdominales, hyperpyrexie, frissons, dilatation pupillaire, diaphorèse, hypertension et tachycardie).

Un autre opiacé, comme la morphine, l'hydromorphone, le fentanyl ou la méthadone, pourrait s'y substituer. L'opiacé choisi doit être prescrit à dose fixe plutôt qu'au besoin.

Les patients ont intérêt à consigner l'intensité de leurs douleurs sur une échelle d'évaluation numérique graduée de 0 à 10. Selon l'étude IMMPACT, une réduction > 30 % de l'intensité de la douleur est considérée modérément importante, tandis qu'une réduction > 50 % est considérée substantiellement importante. L'amélioration objective du fonctionnement et/ou de la qualité de vie est un autre critère de succès⁶.

Pronostic

Compte tenu du risque modéré de toxicomanie, le médecin a choisi une forme de tramadol à action prolongée. Le patient a été avisé des symptômes à surveiller en cas de syndrome sérotoninergique et son médecin le

suit de près. Ce dernier a consulté un expert en toxicomanie qui lui a mentionné les précautions qui s'imposent pour réduire le risque de dépendance iatrogène. L'expert a également recommandé que le patient cesse de consommer de la marijuana et qu'un suivi soit effectué au besoin si des inquiétudes étaient soulevées en cours de route. On a conseillé au patient de garder son médicament en lieu sûr pour éviter le vol et le mésusage.

Il ne faut pas excéder la dose maximum recommandée de tramadol en raison du risque de convulsions (un cas sur 7 000 avec les doses non maximales). Le risque de convulsions induites par le tramadol est plus élevé chez les patients qui ont déjà subi des traumatismes à la tête, qui souffrent d'une maladie du système nerveux central, de même que chez les patients traités concomitamment par ISRS, antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de la monoamine oxydase et neuroleptiques.

On a ajusté la dose à 300 mg de tramadol par jour chez ce patient, avec acétaminophène, au besoin, pour les accès douloureux transitoires. On lui a également prescrit du lactulose pour la constipation.

Comparativement aux valeurs de départ, les niveaux de douleur du patient sont passés à 3-4/10, et à 5-6/10 à la mobilisation. Il a été capable de faire de la physiothérapie active et a accepté un emploi sédentaire.

Conclusion

Le patient s'est révélé plus facile à traiter en médecine générale qu'on le pensait initialement. Le médecin a pu écarter rapidement une douleur d'origine neuropathique. Une approche systématique à l'évaluation de ses comorbidités (dépression et toxicomanie) a rassuré le médecin sur le fait que ce patient pouvait être traité en médecine générale, avec quelques conseils de la part d'un expert en toxicomanie.

En terminant, même si l'association tramadol et citalopram augmentait le risque de syndrome sérotoninergique, la prescription de tramadol n'est pas contre-indiquée chez de tels patients. Il faut plutôt exercer un suivi étroit et surveiller de près tous ses signes et symptômes de syndrome sérotoninergique.

Références

1. Boulanger A, Clark AJ, Squire P, et coll. Chronic pain in Canada: have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain Res Manage* 2007; 12(1):39-47.
2. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et coll. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnosis questionnaire (DN4). *Pain* 2005; 114(1-2):29-36.
3. Freynhagen R, Baron R, Gockel U, et coll. PainDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res and Opin* 2006; 22(10):1911-20.
4. Watkins PB, Kaplowitz N, Slattery JT, et coll. Aminotransferase elevations in healthy adults receiving 4 grams of acetaminophen daily. *JAMA* 2006; 296(1):87-93.
5. Gourlay DL, Heit HA, Almahrezi A. Universal precautions in pain medicine: a rational approach to the treatment of chronic pain. *Pain Med* 2005; 6:107-12.
6. Turk D, Dworkin R, Burke L, Gershon R, et coll. Developing patient-reported outcome measures for pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2006; 125:208-15.

Copyright 2009 STA HealthCare Communications inc. Tous droits réservés. Ce programme est traduit et publié par STA HealthCare Communications inc. à titre de service professionnel aux médecins à l'aide d'une subvention sans restriction offerte par Purdue Pharma. Les opinions et l'information contenues ici reflètent l'expérience et les points de vue des auteurs et non pas nécessairement ceux de Purdue Pharma ou de STA HealthCare Communications inc. Les produits mentionnés dans le cadre de ce programme devraient être utilisés en tenant compte des renseignements d'ordonnance contenus dans leur monographie respective.