



UNIVERSITE CADI AYYAD

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

MARRAKECH

ANNEE 2010

THESE N° 44

EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE « A propos de 50 cas »

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE ... /... / 2010

PAR

Mlle **IBTISSAM SAKR**

Née le 03 Avril 1984 à Khemisset

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Douleur chronique - Evaluation - Prise en charge.

JURY

Mr. **M. BOUSKRAOUI**

Professeur de pédiatrie

PRESIDENT

Mr. **R. HSSAIDA**

Professeur de Réanimation- Anesthésié

RAPPORTEUR

Mr **S. Ait BENALI**

Professeur de Neurochirurgie

Mr. **M. SAMKAOUI**

Professeur de Réanimation- Anesthésié

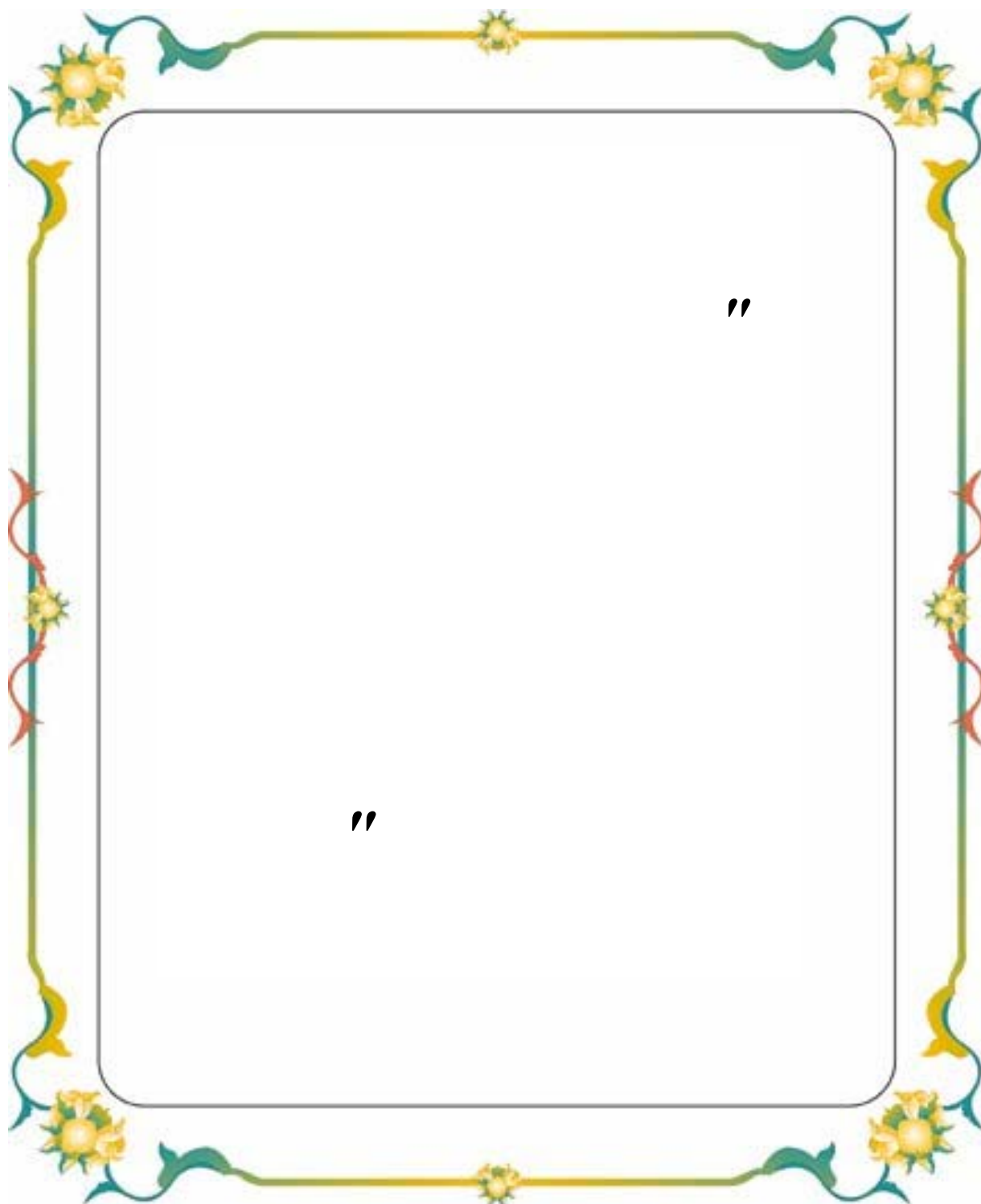
Mr. **R. NIAMANE**

Professeur de Rhumatologie

JUGES

Mr **A. ACHOURE**

Professeur de chirurgie générale



.

.


.

.

..

.

.



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948.

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire

: Pr. Badie-Azzamann MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Vice doyen

: Pr. Ahmed OUSEHAL

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique A
AIT BENALI	Said	Neurochirurgie
ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique

BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
ESSADKI	Omar	Radiologie
FIKRY	Tarik	Traumatologie- Orthopédie A
FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
KISSANI	Najib	Neurologie
KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie B
MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
SARF	Ismail	Urologie
SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique A
TAZI	Imane	Psychiatrie

PROFESSEURS AGREGES

ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique B
AMAL	Said	Dermatologie
AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
ASRI	Fatima	Psychiatrie
ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique A
AKHDARI	Nadia	Dermatologie
BENELKHAÏAT BENOMAR	Ridouan	Chirurgie – Générale
BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
CHABAA	Laila	Biochimie
DAHAMI	Zakaria	Urologie
EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
ELFIKRI	Abdelghani	Radiologie
EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie B
LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
SAMKAOUI	Mohamed Abdenasser	Anesthésie- Réanimation
SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie A
TAHRI JOUTEI HASSANI	Ali	Radiothérapie

YOUNOUS

Saïd

Anesthésie-Réanimation

PROFESSEURS ASSISTANTS

ABKARI

Imad

Traumatologie-orthopédie B

ABOU EL HASSAN

Taoufik

Anesthésie - réanimation

ABOUSSAIR

Nisrine

Génétique

ADERDOUR

Lahcen

Oto-Rhino-Laryngologie

ADMOU

Brahim

Immunologie

AGHOUTANE

El Mouhtadi

Chirurgie – pédiatrique

AIT BENKADDOUR

Yassir

Gynécologie – Obstétrique A

AIT ESSI

Fouad

Traumatologie-orthopédie B

ALAOUI

Mustapha

Chirurgie Vasculaire périphérique

AMINE

Mohamed

Epidémiologie - Clinique

AMRO

Lamyae

Pneumo - phtisiologie

ARSALANE

Lamiae

Microbiologie- Virologie

ATMANE

El Mehdi

Radiologie

BAHA ALI

Tarik

Ophtalmologie

BASRAOUI

Dounia

Radiologie

BASSIR

Ahlam

Gynécologie – Obstétrique B

BENCHAMKHA

Yassine

Chirurgie réparatrice et plastique

BEN DRISS

Laila

Cardiologie

BENHADDOU	Rajaa	Ophtalmologie
BENJILALI	Laila	Médecine interne
BENZAROUEL	Dounia	Cardiologie
BOUCHENTOUF	Rachid	Pneumo-phtisiologie
BOUKHANNI	Lahcen	Gynécologie – Obstétrique B
BOURROUS	Monir	Pédiatrie A
BSSIS	Mohammed Aziz	Biophysique
CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique
CHAFIK	Rachid	Traumatologie-orthopédie A
CHAIB	Ali	Cardiologie
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
DIFFAA	Azeddine	Gastro - entérologie
DRAISS	Ghizlane	Pédiatrie A
DRISSI	Mohamed	Anesthésie -Réanimation
EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
EL ANSARI	Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques
EL BARNI	Rachid	Chirurgie Générale
EL BOUCHTI	Imane	Rhumatologie
EL BOUIHI	Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOURY	Hanane	Traumatologie-orthopédie A
EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie B

EL JASTIMI	Said	Gastro-Entérologie
EL KARIMI	Saloua	Cardiologie
EL MANSOURI	Fadoua	Anatomie - pathologique
HAJJI	Ibtissam	Ophtalmologie
HAOUACH	Khalil	Hématologie biologique
HERRAG	Mohammed	Pneumo-Phtisiologie
HERRAK	Laila	Pneumo-Phtisiologie
HOCAR	Ouafa	Dermatologie
JALAL	Hicham	Radiologie
KAMILI	El ouafi el aouni	Chirurgie – pédiatrique générale
KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
KHOUCHANI	Mouna	Radiothérapie
KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie-orthopédie
LAGHMARI	Mehdi	Neurochirurgie
LAKMICHI	Mohamed Amine	Urologie
LAOUAD	Inas	Néphrologie
MADHAR	Si Mohamed	Traumatologie-orthopédie A
MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
MAOULAININE	Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
MOUFID	Kamal	Urologie
NARJIS	Youssef	Chirurgie générale
NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation

NOURI	Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
OUALI IDRISSE	Mariem	Radiologie
QACIF	Hassan	Médecine Interne
QAMOUSS	Youssef	Anesthésie - Réanimation
RABBANI	Khalid	Chirurgie générale
SAMLANI	Zouhour	Gastro - entérologie
SORAA	Nabila	Microbiologie virologie
TASSI	Noura	Maladies Infectieuses
ZAHLANE	Mouna	Médecine interne
ZAHLANE	Kawtar	Microbiologie virologie
ZOUGAGHI	Laila	Parasitologie -Mycologie

DEDICACES

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance.

Aussi, c'est tout simplement que :



Je dédie cette thèse à ... 

Au bon Dieu

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui ma guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A mon très cher père

Mohamed SAKR

Aucun mot ne saurait exprimer tout mon amour et toute ma gratitude.

Merci pour tes sacrifices le long de ces années. Merci pour ta présence rassurante.

Merci pour tout l'amour que tu procures à notre petite famille...

Tu as toujours été pour moi le père idéal, la lumière qui me guide dans les moments les plus obscurs. En témoignage des profonds liens qui nous unissent, veuillez cher père trouvé à travers ce travail l'expression de mon grand amour, mon attachement et ma profonde reconnaissance. Puisse ton existence pleine de sagesse, d'amour me servir d'exemple dans ma vie et dans l'exercice de ma profession. Puisse Dieu te prêter longue vie et bonne santé afin que je puisse te combler à mon tour.

Je t'aime beaucoup

A ma tendre mère

Fatima BENICHE

Je ne trouverai jamais les mots pour t'exprimer ma profonde gratitude et ma reconnaissance pour tout l'amour, la tendresse et le dévouement dont tu as fait preuve envers notre petite famille. Et si j'en suis arrivée là ce n'est que grâce à toi ma maman adorée. Tu m'as toujours conseillé et orienté dans la voie du travail et de l'honneur, ta droiture, conscience et amour pour ta famille me serviront d'exemple dans la vie. Ce modeste travail paraît bien dérisoire pour traduire une reconnaissance infinie envers une mère aussi merveilleuse dont j'ai la fierté d'être la fille. Puisse ce jour être la récompense de tous les efforts et l'exaucement de tes prières tant formulées.

Je t'aime très fort

A Mon Adorable Frère jumeaux

On a été conçu en même temps, on s'est partagé les mêmes jouets, tu as été mon camarade de jeu, et par la suite un camarade de classe mais avant et après tout tu étais un frère, mon unique frère que, quoique je dise, je ne saurais exprimer l'affection que j'ai pour lui. Merci d'avoir été toujours là pour moi, j'espère qu'aujourd'hui tu es fier de moi.

Moi je suis fière de toi.

A Mon Cher Grand Père

Que Dieu te procure santé et longue vie

A la mémoire de mes grands-parents

Puisse Dieu faire que vous âmes repose en paix

A mes oncles et leurs épouses

A mes tantes et leurs époux

A mes cousins et cousines

A toutes les familles

SAKR, BENICHE, et les deux familles ZAKI

A mes très chers amis et collègues:

*Ilham, Fadoua, Lamya, Fatim ezzahra, Meriam, Naoual B, Jihane, Naoual G, Asmae,
Fatine, Naoual K,*

A mes adorables copines du lycée:

Maria, Salwa, Zineb, Fatimazzahra, Khadija, Hasnae, Hanane

Nos rencontres se font rares mais sachez que vous êtes toujours dans mon coeur les filles.

A tous mes collègues de classe, de l'amphithéâtre et des stages hospitaliers

*A tous mes enseignants de primaire, secondaire, et de la faculté de
médecine de Marrakech*

À tous les malades...

Je leur souhaite prompt rétablissement

À tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis de citer.

À tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

REMERCIEMENTS

A

NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR MOHAMMED BOUSKRAOUI

*Professeur d'enseignement supérieur en Pédiatrie. Au CHU Mohammed VI de Marrakech.
Chef de service de la pédiatrie A*



C'est pour moi un grand honneur que vous acceptiez de présider ma thèse et de siéger parmi cet honorable jury. J'ai toujours admiré vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui restent exemplaires. Qu'il me soit permis de vous exprimer ma reconnaissance et mon grand estime pour votre personne.

A

NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

PROFESSEUR Rachid HSSAIDA

Professeur en Reanimation Anesthesie A l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech



Je vous remercie pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail.

J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction, et j'ai trouvé auprès de vous le conseiller et le guide. Vous m'avez reçu en toute circonstance avec sympathie et bienveillance.

Votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur et vos qualités humaines et professionnelles ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect.

Je voudrais être digne de la confiance que vous m'avez accordée et vous prie, cher Maître, de trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et profonde gratitude.

A

NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE

PROFESSEUR AIT BEN ALI

Professeur de l'enseignement supérieur en Neurochirurgie Au CHU Mohammed VI de Marrakech

Chef de service de Neurochirurgie



Je vous ai très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre disponibilité seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de notre profession. Veuillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et profond respect.

A

NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE

PROFESSEUR SAMKAOUI

Professeur agrégé en Réanimation Anesthésie



Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Votre compétence, votre rigueur et vos qualités humaines exemplaires ont toujours suscité notre admiration. Je vous exprime ma reconnaissance pour le meilleur accueil que m'avez réservé. Veuillez croire à l'expression de ma grande admiration et mon profond respect

A

NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE

PROFESSEUR NIAMANE

Professeur agrégée de Rhumatologie



Vous me faites un très grand honneur en acceptant de juger cette thèse. Vos qualités humaines et professionnelles font toute notre admiration. Veuillez croire, cher Maître, à l'assurance de notre respect et notre considération.

NOTRE MAITRE ET JUGE DE THÈSE

PROFESSEUR ACHOUR

Professeur en Chirurgie Générale



Je vous remercie de m'avoir honoré par votre présence. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur me touche infiniment et je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance. Veuillez accepter, cher Maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect



*Au personnel de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.
Au personnel médical et paramédical du CHU MED VI DE
MARRAKECH,
A nos maîtres et tous ceux qui ont contribué un jour à notre éducation et
formation de médecin*

PLAN

INTRODUCTION.....	1
HISTORIQUE.....	3
I-SENS DE LA DOULEUR.....	4
II-LA DOULEUR DANS L’HISTOIRE.....	4
III-LA RELIGION ET LE SENS DE LA DOULEUR.....	5
METHODES ET MATERIELS.....	8
I- RECRUTEMENT ET MALADE.....	9
II- METHODOLOGIE DE TRAVAIL.....	9
III- CRITERES D’INCLUSION.....	9
III- CRITERES D’EXCLUSION.....	9
RESULTATS	13
I-EPIDEMIOLOGIE.....	14
1 - Age.....	14
2- sexe.....	14
II-CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR.....	15
1-durée d’évolution de la douleur.....	15
2-mode de révélation de la pathologie douloureuse.....	16
3- type de la douleur.....	16
4-localisation de la douleur et pathologie initiale.....	17
III- EVALUATION DE L’INTESITE DE LA DOULEUR.....	18

<u>Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique</u>	
IV- PRISE EN CHARGE AVANT LA CONSULTATION DOULEUR.....	18
1-consultation antérieure.....	18
2-traitement prescrit.....	19
3-Efficacité du traitement antérieur.....	20
V-PRISE EN CHARGE APRES LA CONSULTATION DOULEUR.....	21
1-Diagnostic.....	21
2- traitement prescrit.....	21
3-Traitement selon l'étiologie.....	22
VI- L'EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.....	23
1- Evolution du seuil de la douleur et évaluation du soulagement.....	23
2-Retentissement da la douleur sur le plan socioprofessionnel.....	24
3-Effets secondaires.....	24
DISCUSSION.....	25
I-DEFINITION DE LA DOULEUR.....	26
II-EPIDEMIOLOGIE.....	26
1-Prévalence.....	26
2-Age.....	27
3-Sexe.....	27
III-DEMARCHE ETIOLOGIQUE.....	28
1-La douleur aigue.....	28
1.1-Définition.....	28

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique

2.2-Approche de la douleur aigue.....	28
2-La douleur chronique.....	29
2.1-Définition.....	29
2.2-Approche de la douleur chronique.....	30
a- Mécanismes générateurs de la douleur chronique.....	31
b-Composantes interactives de la douleur chronique.....	35
2.3-Douleur chronique: nomadisme médical et examens.....	36
3-Etiologies de la douleur chronique.....	37
3.1-La douleur cancéreuse	39
3.2-Les douleurs chroniques non cancéreuses.....	41
a-Les douleurs chroniques rhumatologiques.....	41
b- Les douleurs neuropathiques.....	42
c-Céphalées.....	44
-Migraine	45
-Les céphalées symptomatiques.....	46
-les céphalées de tension.....	46
IV-L'EVALUATION DU PATIENT DOULEUREUX CHRONIQUE.....	46
1-Nécessité d'évaluation	46
2-Outils de l'évaluation de la douleur chronique.....	48
2.1-Auto-évaluation.....	49
a-Echelles.....	49

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique	
b–Echelles multidimensionnelles.....	50
2.2–Hétéro–évaluation.....	55
3–Evaluation somatique.....	55
3.1–Evaluation organique et bilan complémentaire.....	55
a–Invention des traitements.....	56
b–Evaluation pluridisciplinaire.....	57
c–Evaluation psychologique.....	58
d–Evaluation du retentissement et du champ socio–économique...	61
e–Evaluation de la douleur et du soulagement.....	62
f–Evaluation des objectifs à atteindre.....	64
j–Conduite thérapeutique devant une douleur chronique.....	64
V–CONDUITE THERAPEUTIQUE DEVANT UNE DOULEUR CHRONIQUE.....	64
1–Médicaments.....	65
1.2–Les antalgiques morphiniques : opiacés.....	66
a–Opioïdes forts « agonistes purs » :morphine et dérivés.....	66
–Morphine à libération immédiate.....	66
–Morphine à libération prolongée.....	67
–Indication à la morphine.....	69
–Effets secondaires de la morphine, prévention et traitement.....	70
b–Agonistes antagonistes morphiniques.....	72
–Buprénorphine	72

-Nalbuphine.....	73
-Pentazocine.....	73
-Effets secondaires des agonistes antagonistes.....	74
c-Opioides faibles « agonistes purs ».....	74
-Dextroproxypène.....	74
-La codeine.....	74
-Tramadol.....	74
-Effets secondaires.....	75
1 .2-Les antalgiques non morphiniques.....	75
a-Acide acetylsalicylique et AINS.....	75
-Acide acetylsalicylique.....	76
-Antalgiques dérivés des AINS.....	77
-Antalgiques dérivés des AINS.....	77
b-Le paracetamol et ses effets secondaires	78
c-La noramidopyrine.....	80
1.1-Les médicaments coantalgiques.....	80
a-Les AINS envisagés comme antalgiques.....	80
b-Les antidépresseurs.....	81
c-Les antiépileptiques.....	81
d-Autres coantalgiques.....	82
e-Anxiolytiques et sédatifs.....	82

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique

f-Les corticoïdes.....	83
2-Les principales règles d'utilisations des antalgiques (morphine).....	83
3-Initiation du traitement antalgique.....	86
3.1-Rotation des opioïdes.....	87
3.2-Regles simples de passage entre les différentes voies.....	87
4-Méthodes antalgiques non médicamenteuses.....	88
4.1-La neurostimulation électrique transcutané et acupuncture.....	88
a-Neurostimulation électrique transcutanée.....	88
b-Acupuncture.....	89
4.2-Rééducation et reconditionnement physique.....	89
3 .4-Techniques anesthésiques.....	89
a-Bloc nerveux diagnostic.....	90
b-Bloc nerveux thérapeutique.....	90
c-Techniques neurochirurgicales.....	91
4.4-Indication.....	91
a-Stratégie d'évaluation et de traitement des douleurs cancéreuses	92
b-Stratégie d'évaluation et traitement des douleurs neuropathiques	95
c-Stratégie d'évaluation et de traitement des lombalgies chroniques	97
d-Stratégie thérapeutique des migraines.....	98
VI-PERSPECTIVES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.....	98
1-Introduction d'un enseignement de la douleur dans les facultés de médecine.....	99

<u>Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique</u>	
2-Création d'une documentation spécialisée sur la douleur	100
3-organisation des unités ou de centres de traitement de la douleur.....	100
CONCLUSION	102
RESUMES	104
BIBLIOGRAPHIE	108

ABREVIATION

AINS : anti inflammatoires non stéroïdiens

ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ATD : antidépresseurs

EN : échelle numérique

EVS : échelle visuelle simple

HASD :hospital anxiety and depression scale

IASP : international association for the study of pain

MI : morphine à libération immédiate

MP : morphine à libération prolongée

OMS : organisation mondiale de la santé

INTRODUCTION

Il est bien évident que la douleur occupe une place primordiale en médecine: elle constitue le symptôme le plus fréquemment retrouvé. Elle est définie par le Comité de toxicomanie de l'International Association for the Study of Pain (IASP) comme étant « une expérience désagréable à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou simplement décrit en terme d'un tel dommage ». (1,2,3)

Pour entamer le sujet de la douleur plusieurs paramètres doivent être étudiés, notamment la durée d'évolution qui est une variable très importante à prendre en compte dans la compréhension de la douleur. Par le fait même de sa persistance, une douleur aiguë qui est initialement un simple symptôme peut se modifier et devenir un syndrome à part entière dont il faudrait analyser les divers facteurs psychosociaux.

Les progrès de la médecine régulièrement commentés dans les médias rendent de plus en plus difficilement acceptables la sous-utilisation des moyens disponibles mais aussi les limites des thérapeutiques face à certaines douleurs. La peur de souffrir de façon durable, le handicap associé, la perte de la qualité de vie sont des thèmes mobilisateurs. Le public a souvent des attentes excessives de soulagement total et définitif pour toute forme de douleur, qu'elle soit d'origine cancéreuse ou non. Il faut également prendre acte du rejet fréquent des patients douloureux chroniques par le système de soins classique, car il s'agit de patients dont l'accompagnement pose de nombreux problèmes à un praticien isolé, et dont la meilleure prise en charge se fait probablement dans le cadre d'un réseau de soins, ou dans un cadre hospitalier pluridisciplinaire (4).

L'objectif de notre étude rétrospective serait de :

- L'étude des différentes causes de la douleur chronique.
- Evaluation de la prise en charge des malades douloureux chroniques.

HISTORIQUE

I- SENS DE LA DOULEUR : (5,6,7,8)

Tout événement important de l'existence humaine demande une explication : on doit en comprendre la nature et lui trouver des causes. La douleur n'est pas un fait biologique brut, mais reçoit la signification que l'homme lui donne, et cette signification détermine son rapport à la douleur. La douleur est bien supportée lorsqu'elle est porteuse de sens, pas quand elle est subie. Le sens de la douleur a évolué à travers l'histoire, il dépend de la culture, de la religion, ainsi que du contexte et des usages sociaux que l'on peut faire.

II-LA DOULEUR DANS L'HISTOIRE: (9,10)

L'idée que l'on s'est faite de la douleur a varié à travers l'histoire au gré des connaissances disponibles à différentes époques et dans les différentes civilisations. La douleur était souvent associée « au mal ». Durant la préhistoire, l'homme aurait considéré la douleur comme l'œuvre du démon. L'être humain fait la relation entre une blessure ou un traumatisme et la souffrance. En revanche, la souffrance dont il ne perçoit pas la cause, représente un événement mystérieux qui ne peut venir que d'une puissance surnaturelle. Dès l'origine, le souci d'alléger l'humanité de ses souffrances fut une préoccupation importante des médecins. Hippocrate dira : « Soulager la douleur est une chose divine ».

C'est-à-dire que le médecin, lorsqu'il réussit, est comme un dieu ; puissant et bienfaisant. Cependant, l'aphorisme signifie aussi bien que la sédation de la douleur est le privilège des dieux. L'homme, lui, fait ce qu'il peut ! Les médecins de l'antiquité, égyptiens, grecs et plus tard les romains connaissaient bien les substances naturelles qui provoquent le sommeil et apaisent la douleur. Au Moyen Age et avec la montée du christianisme, la douleur était considérée comme expiation et on abandonna progressivement la pharmacopée antique. L'action des plantes hypnogènes faisait aussi courir le risque de surdosage parfois mortel et était considérée comme relevant de la sorcellerie, seule la sanctification préalable de ces

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

plantés autorisait à les utiliser. Les chirurgiens répugnaient à opérer sur un corps endormi qui présentait tous les signes de la mort. Même les malades croyaient à l'efficacité du chirurgien en proportion du mal qu'il faisait. Quelques siècles d'obscurantisme se succèdent où seule la médecine arabe, notamment avec Avicenne (980-1037), s'intéressera aux analgésiques. Vers la fin du Moyen Age, sous l'influence de l'église, la douleur devient rédemptrice. Celui qui souffre gagnera son paradis, mais aussi celui qui soulage les souffrances de son prochain. Les premiers hôpitaux sont tenus par des religieux. Les interventions chirurgicales sont pratiquées sous « anesthésie ». Des éponges imbibées d'opium, de lierre, de mandragore et de musc sont appliquées au patient dès le XIIe siècle. Le XVIIe siècle voit éclore les moyens d'analgésie et d'anesthésie : le protoxyde d'azote ou gaz hilarant. En 1792, sous la révolution française, l'éther retrouve le jour. Larrey, chirurgien de Napoléon, applique du froid pour insensibiliser localement ses patients. C'est aussi sous l'Empire, qu'on met en évidence les propriétés analgésiques de la morphine et anesthésiques du chloroforme. En 1886, le paracétamol est découvert et quelques années plus tard l'aspirine est née. Malgré ceci, et jusqu'au début du XIXe siècle, un courant d'opposition au besoin de traiter la douleur et d'appliquer l'anesthésie opératoire persiste, considérant la douleur comme message d'alarme pour des maux plus graves encore cachés. L'intérêt pour la douleur chronique ne débutera qu'après la première guerre mondiale, avec l'émergence des douleurs neuropathiques des mutilés et amputés de cette guerre. Ce n'est qu'à la fin de la deuxième guerre mondiale, que lentement commence à évoluer le statut de la douleur. C'est en 1953 que J. Bonica, anesthésiste américain, introduit la notion de la douleur « maladie en soi » et le concept de « pain clinic ».

III- LES RELIGIONS ET LE SENS DE LA DOULEUR : (8,11,12)

La douleur est diversement interprétée par les religions et soulève la question infinie de la signification du mal. À l'aube des temps, du pays Maya à l'Égypte ancienne, la douleur est vécue comme une punition des dieux aux faiblesses des hommes. Les hommes l'endurent

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique

comme offrande aux divinités pour obtenir leur pardon. La position de la religion juive n'est pas très différente, la douleur étant liée au mal. Le juste est heureux et sans histoire, le méchant paie douloureusement son écart. C'est pour cela que l'histoire de Job, homme pieux éprouvé à l'extrême par Dieu, choque les esprits : la douleur est une épreuve infligée par Dieu permettant le mûrissement du fidèle. Mais la tradition juive autorise la révolte face à la douleur, elle est étrangère à l'ascèse ou à la mortification. La religion chrétienne considérait la douleur comme conséquence du péché originel d'Adam et Ève et comme opportunité de participer aux souffrances du Christ. Son sens évolue d'une douleur rédemption en douleur compassion. C'est ainsi que les grands ordres religieux, soulageront la souffrance humaine en fondant les premières structures hospitalières. De nos jours, l'église admet sans équivoque la nécessité de calmer la souffrance tout en reconnaissant une force et une grâce particulières cachées dans l'expérience de la souffrance. La possibilité de se rapprocher de Dieu par la souffrance, de faire de sa douleur une prière, serait davantage caractéristique caractéristique de l'église orientale (orthodoxe). Pour les Protestants, la douleur est un malheur universellement partagé qu'il faut guérir, à chacun de découvrir en lui les forces spirituelles nécessaires pour mener le combat et vaincre cette douleur. L'Islam, qui étymologiquement signifie «soumission aux décrets de Dieu», interprète la douleur comme une fatalité. Elle n'est pas un châtement, ni une rédemption. Le fidèle se remet avec patience entre les mains de Dieu et témoigne par son endurance et son acceptation de l'épreuve. Les grandes religions orientales constatent le caractère douloureux de la condition humaine. Pour les hindouistes, avec la notion de karma, la douleur physique permet de retrouver la pureté originelle et d'achever ainsi le cycle des réincarnations. Les bouddhistes considèrent la souffrance comme une dimension indissociable de la vie, elle purifierait des actions mauvaises accumulées dans cette vie ou lors d'autres vies. Par la douleur, l'homme forge son caractère et élargit sa conscience de soi. « Toute existence n'est que douleur. Ne vous révoltez pas contre votre condition actuelle car elle est punition du passé » (Premier Sermon du Bouddha). Chez les

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique

individus non religieux, l’empreinte morale pesant sur la douleur persiste encore. L’idée de la souffrance méritée venant punir la mauvaise conduite d’un individu est encore profondément enracinée dans les consciences contemporaines. Elle suscite la révolte de celui qui ne se reconnaît pas dans un tel châtement. La peur et la plainte accompagnent souvent la douleur, ceci parce qu’on n’arrive plus à accepter les travers du destin. L’explosion du recours à la psychothérapie le confirme.

**MATERIELS
ET
METHODES**

I-RECRUTEMENT DES MALADES:

Cinquante patients souffrants d'un syndrome douloureux chronique d'étiologies différentes recrutés en consultation à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech sur une période s'étalant de janvier 2006 au Décembre 2008.

II-METHODOLOGIE DU TRAVAIL:

Notre travail est une étude rétrospective qui a visé l'évaluation de la prise en charge de la douleur chronique évoluant depuis 3 à 6 mois à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech. Le recueil des éléments cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs a été fait de façon rétrospective par l'analyse des observations cliniques à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie (annexe 1).

III-LES CRITERES D'INCLUSION:

Ont été inclus dans notre étude:

- Les malades âgés de plus de 15 ans ;
- Souffrant d'une douleur chronique quelque soit son étiologie ;
- Ayant déjà ou non consulté pour cette douleur ;
- Quelque soit le sexe.

IV- LES CRITERES D'EXCLUSION:

Les malades souffrants d'une douleur aiguë étaient exclus de notre étude.

Fiche d'exploitation

I-identité :

Nom :

Prenom :

Sexe :

Adresse :

Age :

Tel :

III- Adressé par :

Un médecin

Un malade

Spontané

II- Motif de consultation :

IV- Durée d'évolution de la douleur :

V- Consultations antérieures :

Généraliste

Spécialiste (préciser)

Spécialiste de la douleur

VI- Diagnostic posé antérieurement :

Bon

Erroné

Redressé

VII- Traitement pris antérieurement :

Palier I :

oui

non

(si oui préciser)

Palier II :

oui

non

Palier III :

oui

non

Antidépresseurs :

oui

non

XI-Traitement prescrit selon l'étiologie :

	Cancer	douleur Rhumatologique	céphalées	douleur neuropathique
Paracétamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morphine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiépileptiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XII- Seuil de la douleur :

	0	1	2	3	4
Consultation 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XIII- Effets secondaires du traitement :

Figure 1 : fiche d'exploitation

RESULTATS

I- EPIDEMIOLOGIE:

Cinquante patients ont été observés durant la période allant du janvier 2006 au décembre 2008.

1- Âge :

Nos malades ont été âgés de 19 ans à 77 ans avec une moyenne d'âge de 47 ans (Figure 2).

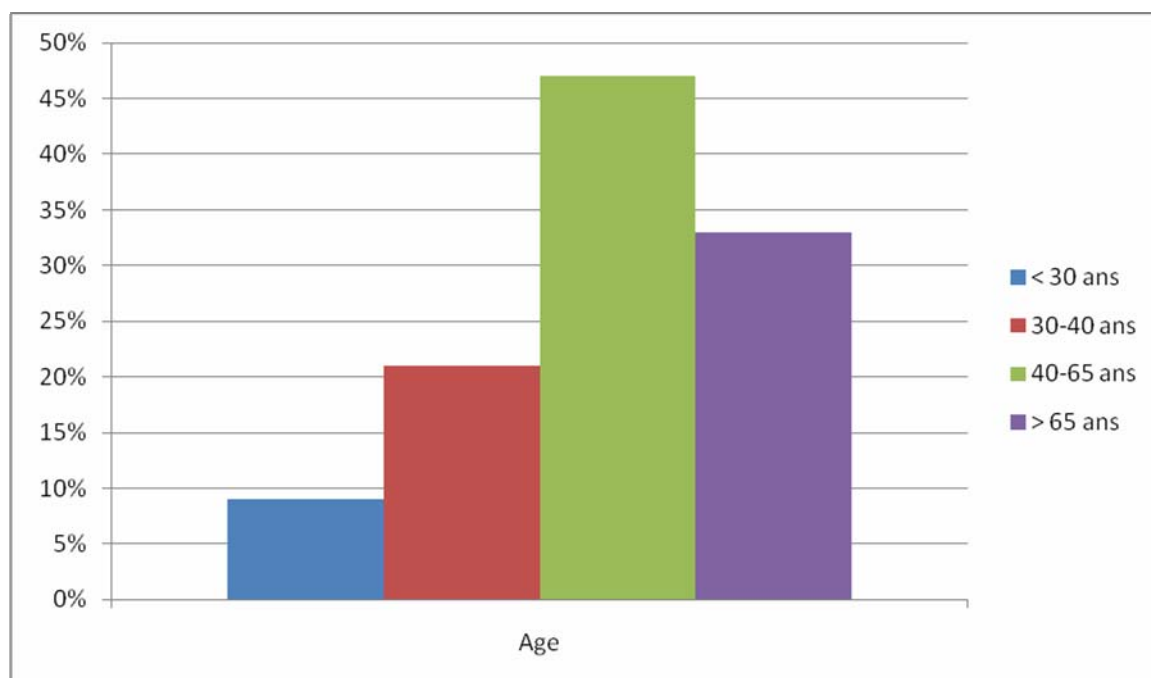


Figure 2 : Répartition des malades selon la tranche d'âge

2- Sexe :

On a recensé 33 hommes et 17 femmes avec un sexe ratio de 1,94 (Figure 3).

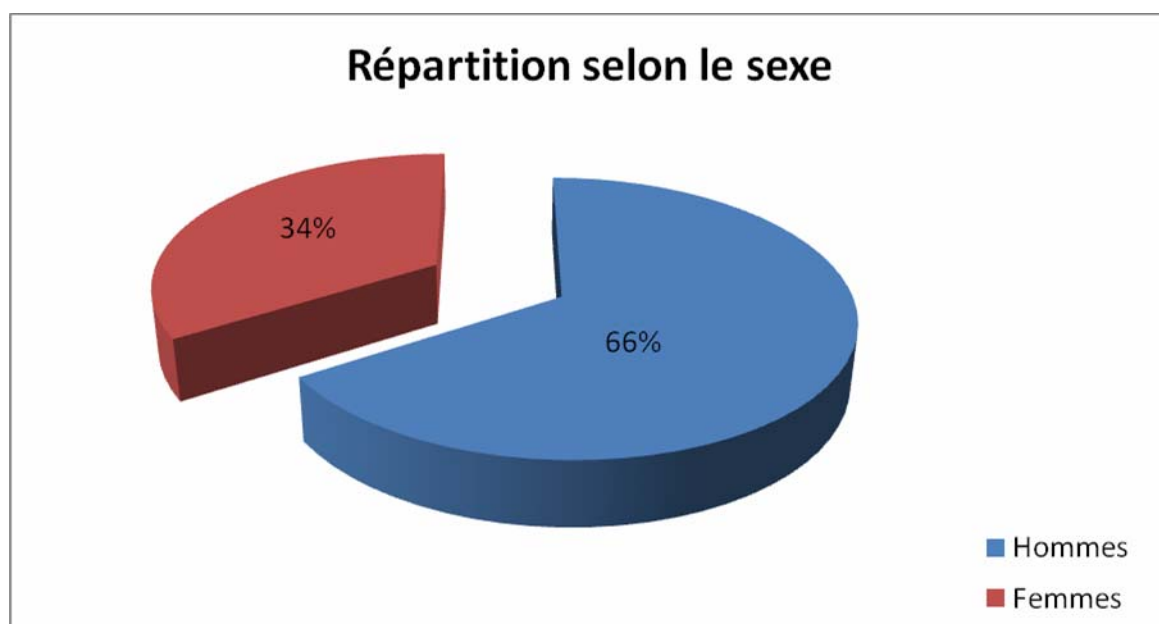


Figure 3: répartition des patients recrutés selon le sexe

II- CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR:

1- Durée d'évolution de la douleur :

La douleur a évolué chez tous nos malades sur une période de plus de 3 à 6 mois, les résultats sont rapportés dans le tableau I.

Tableau I : durée d'évolution de la douleur

Durée d'évolution de la douleur	N
3 mois	12
4 mois	10
6 mois	8
1 an	7
plus d'un an	13

2- Mode de révélation de la pathologie douloureuse:

Dans les 50 cas, la douleur a été le mode de révélation de la maladie causale du syndrome douloureux chronique chez 20 patients (40%) (Tableau II).

Tableau II : mode de révélation de la pathologie douloureuse

Mode de révélation	N	%
douleur	20	40%
Hémorragie	7	14%
Bilan systématique	3	6%
Dépistage	8	16%
Autres	12	24%

3- Type de la douleur :

Les douleurs cancéreuses viennent en tête avec 42% suivies des céphalées chroniques 24% (figure 4).

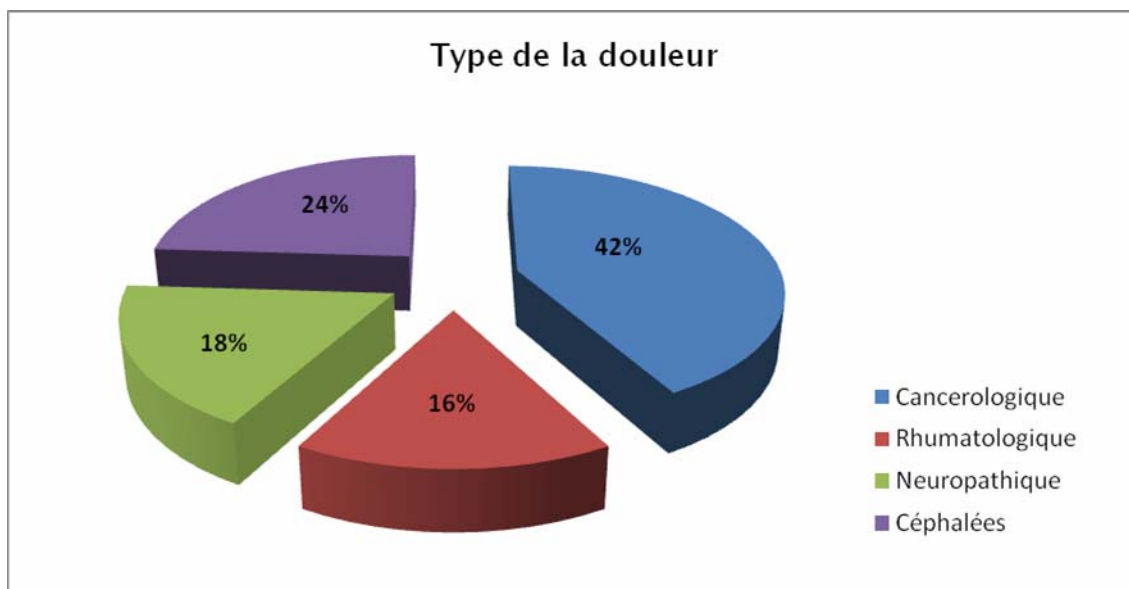


Figure 4 : Répartition selon le type de la douleur chronique

4- Localisation de la douleur et pathologie initiale

Les pathologies cancéreuses douloureuses ont été dominées par les tumeurs urinaires et les cancers du poumon avec respectivement 29% et 24%. En cas de douleurs chroniques rhumatologiques, il s'agissait de lombalgies chroniques dans 50% des cas. Les migraines chroniques prenaient la tête chez nos patients céphalalgiques avec 67%. Cinquante six pourcents des douleurs neurologiques étaient d'origine cancéreuse. Le tableau III décrit le lieu de localisation de la douleur pathologique initiale.

Tableau III : pathologie douloureuse et localisation

Pathologie initiale		N	Pourcentage
CANCER (21 patients)	Poumon	05	24%
	Gynécologie	04	19%
	Digestif	04	19%
	Urinaire	06	29%
	ORL	02	09%
RHUMATOLOGIE (08 patients)	Genou	03	38%
	Lombaire	04	50%
	Autres	01	12%
CEPHALEE (12 patients)	Migraine	08	66,6%
	CQC	02	16,7%
	Céphalée tens.	02	16,7%
NEUROPATHIQUE (09 patients)	Diabète	02	22,2%
	Cancer	05	55,6%
	NCB	02	22,2%

III- EVALUATION DE L'INTENSITE DE LA DOULEUR:

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique

Pour les 50 patients douloureux, l'intensité de la douleur a été évaluée par l'échelle verbale simple pour tous les patients, soit 100%, l'échelle numérique pour 40 cas soit 80%, l'échelle visuelle simple et l'échelle numérique à la fois pour 35 cas, ce qui représente environ 70% des cas.

IV- PRISE EN CHARGE AVANT LA CONSULTATION DOULEUR:

1-Consultation antérieure :

Nos patients, et avant de se présenter à la consultation douleur, avaient vu un ou plusieurs confrères généralistes ou spécialistes (tableau IV).

Tableau IV : consultations antérieures avant de se présenter en consultation douleur

Consultation antérieure	N	%
Automédication	50	100%
Médecin généraliste	31	62%
Médecin neurologue	12	24%
Médecin traitant	41	82%
Rhumatologue	13	26%
Cardiologue	5	10%
Autre spécialiste	17	34%
Spécialiste douleur	2	4%

2-Traitement prescrit avant la consultation douleur :

Le taux d'automédication était de 100% chez nos patients (Figure 5)

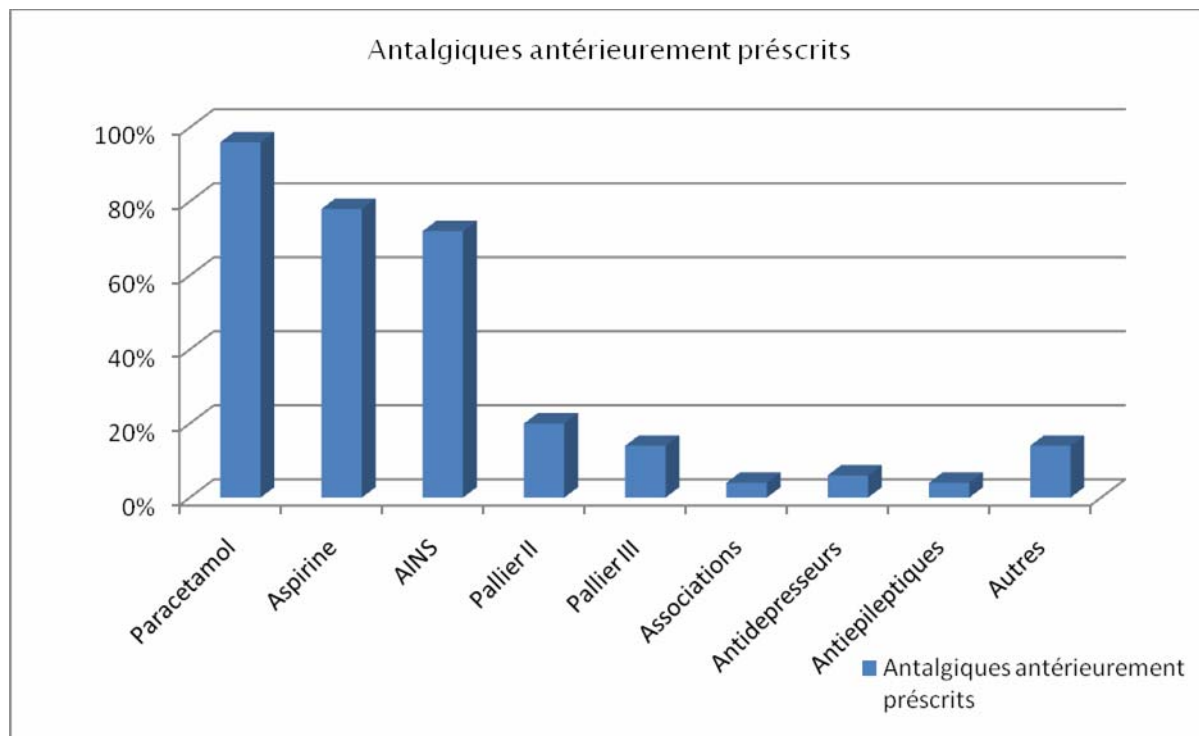


Figure 5 : Traitement antalgique pris au moins une fois

3-Efficacité du traitement antérieur :

Le traitement était efficace à 100% chez seulement 4 malades sur les 50 recrutés soit 8%, à 80% chez 6 (12%), et à 50% chez 12 malades (24%), alors qu'il a été peu efficace pour 2 patients représentant ainsi 4% de l'effectif étudié. Pour les 26 patients restant (52%), le traitement était inefficace.

Tableau V: efficacité du traitement prescrit antérieurement

Efficacité du traitement antérieur	N	%
Efficacité totale (100%)	4	8%
Efficacité à 80%	6	12%
Efficacité à 50%	12	24%
Peu efficace	2	4%
Inefficacité du traitement	26	52%

V- PRISE EN CHARGE APRES LA CONSULTATION DOULEUR:

1-Diagnostic :

Trente-quatre des patients (soit 68%) étaient bien étiquetés, ils se sont présentés en consultation avec le bon diagnostic. Le diagnostic posé antérieurement était erroné chez 12 malades (24%), tandis qu'il a été approfondi chez les 4 restants (8%) de nos malades.

2-Traitement prescrit :

Le taux de prescription des morphiniques R était le plus élevé. Il a été prescrit chez 29 patients soit 58% des malades (figure 6).

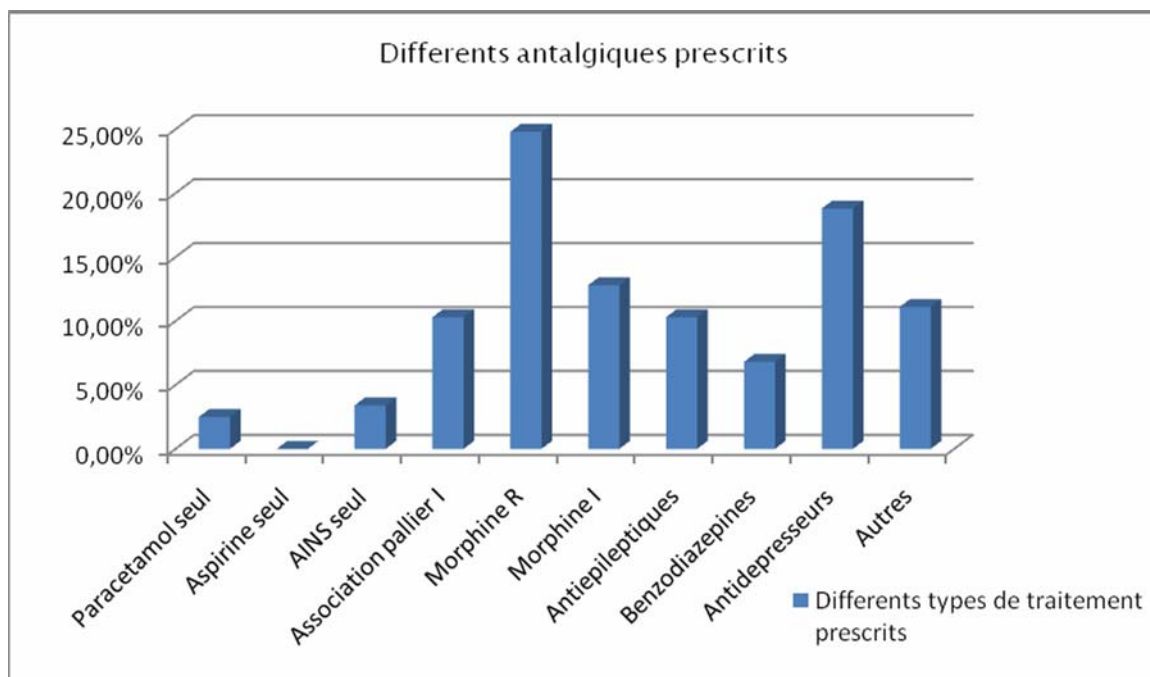


Figure 6 : Traitement prescrit à la consultation douleur

3-Traitement selon l'étiologie :

Dans le cas de douleur cancéreuse, les morphiniques ont été prescrits pour tous nos malades. Dans le traitement antalgique des douleurs rhumatologiques, les morphiniques ont représenté 50% des antalgiques prescrits. Les patients souffrants de douleur neuropathique ont bénéficié tous d'un traitement a base d'antidépresseurs.

Tableau VI : Traitement prescrit selon l'étiologie de la douleur

Pathologie initiale	Paracétamol		Morphine		antidépresseur		Antiépileptique	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Cancer (21 patients)	0	0%	21	100%	9	42,8%	6	28,6%
Rhumatologique (8 patients)	3	37,5%	4	50%	2	25%	3	37,5%
Céphalée (12 patients)	0	0%	0	0%	2	8,3%	0	0%
Neuropathique (9 patients)	0	0%	4	44,4%	9	100%	4	44,4%

VI-L'ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR:

1- Evolution du seuil de la douleur et évaluation du soulagement :

La diminution du seuil de la douleur et le soulagement était la règle chez la majorité de nos patients d'une consultation à l'autre après instauration du traitement antalgique.

Tableau VII: Seuil de la douleur

Consultation	Seuil de la douleur				
	0	1	2	3	4
1 consultation	2	3	15	13	22
2 consultations	8	6	10	7	19
3 consultations	15	16	10	2	7

2-Retentissement de la douleur sur le plan socioprofessionnel :

Le retentissement socioprofessionnel était dominé par les troubles de sommeil (80%) suivi par les troubles moraux (74%).

Tableau VIII: Retentissement socioprofessionnel da la douleur chronique

Retentissement	N	%
Professionnel	15	30%
Familial	21	42%
Moral	31	74%
Sexuel	14	28%
Sommeil	40	80%
Social	17	34%
Autres	8	16%

3-Effets secondaires du traitement :

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique

Les effets secondaires du traitement antalgique observés chez nos patients étaient à type de vomissements, sécheresse buccale prurit et sédation.

DISCUSSION

I-DEFINITION DE LA DOULEUR:

La définition de la douleur proposée par le comité de taxonomie de « l'International Association for the Study of Pain (IASP) » en 1979 est aujourd'hui la référence :

« Une expérience désagréable, à la fois sensorielle et émotionnelle, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou simplement décrit en termes d'un tel dommage ». (1,2,3).

Cette définition intègre des notions essentielles encore souvent incomprises ou négligées :

- Nociception et douleur ne sont pas parfaitement superposables, il existe des lésions tissulaires sans perception de douleur et des douleurs sans causes nociceptives identifiées.
- Il existe en permanence une intrication des différentes dimensions de la douleur: sensorio-discriminative, affective, émotionnelle, cognitive et comportementale. Par contre le qualitatif désagréable semble imparfait car il traduit mal le dénuement, le désespoir, l'angoisse ressentis lors de certaines douleurs en particuliers cancéreuses.

II- EPIDEMIOLOGIE :

1-Prévalence (1,13,14,15)

Plusieurs études (Abbot et al, 1992; Costantini et al., 2001; Vallano et al., 2006) ont mis en évidence que la prévalence de la douleur est plus élevée que prévu et ceci est dû au fait que la douleur en général reste un symptôme sous estimé et mal pris en charge au sein du corps médical

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique

Une étude réalisée aux urgences de l'hôpital Sidi HSSAIN de Ouarzazate en 2001 a montré que les douloureux chroniques représentaient 35,2% des consultants rejoignant ainsi la revue de 15 études épidémiologiques ou Verhaak a estimé que la prévalence de la douleur chronique, d'une durée pouvant aller de 1 à 6 mois, concernait entre 2 et 40 % de la population âgée de 18 à 75 ans, la prévalence habituellement retenue étant de 35%.

2-Age (17,18,19)

Dans notre série, la moyenne d'âge de nos patients est de 47ans (de 19 à 77), avec une légère prédominance chez les sujets âgés entre 40 et 65 ans (47%). La prédominance de cette tranche d'âge a été retrouvée dans la majorité des études à travers le monde (Tableau IX).

Tableau IX : moyenne d'âge retrouvée dans certaines études :

Etude	Année	Pays	Moyenne d'âge
notre étude	-	Maroc	47ans
Bonezzi	2008	Italie	62ans
QIBANE	2009	Allemagne	55ans
Lansinger	2007	Suède	46ans
Richardson	2009	USA	45ans

3-Sexe (17,20,21)

Des différences de réponse à la douleur pourraient exister avec le sexe, cependant, il s'agit d'un sujet controversé.

Dans notre étude, il y'a plus de consultant homme que femme (33 homme et 17 femme). Ceci s'oppose au résultat de l'étude Bonezzi ou le nombre de femmes excédait celui des hommes (155 femmes contre 79 hommes). Cette prédominance féminine peut s'expliquer par le fait que la femme rencontre plus souvent la douleur que l'homme au cours de leur existence et que l'homme résiste plus à la douleur que la femme.

III- DEMARCHE ETIOLOGIQUE:

La douleur est un phénomène perceptif, désagréable multidimensionnel, dont il est indispensable de distinguer deux types qui ne sont pas identiques et ne peuvent bénéficier de la même approche diagnostique et thérapeutique : la douleur aigue et la douleur chronique. Quoi que notre étude s'intéresse essentiellement à la douleur chronique, il serait bénéfique de donner un petit aperçu sur la douleur aigue elle aussi. (22,23)

1-Douleur aigue : douleur signe d'alarme

1.1- Définition :

La douleur aigue est celle connue de tous, notamment de ceux qui ne souffre pas (5,6), c'est celle qui fait le plus parler d'elle car elle surprend par son arrivée, au moment où on l'attendait pas et prend sa place dans notre vie sans nous demander notre avis, par contre, elle ne fera que passer comme une tornade. En effet, c'est un signal d'alarme utile et protecteur. Elle participe au diagnostic, témoigne de la présence d'une lésion et c'est elle qui va amener le patient à consulter et donc favorise la prise en charge rapide et adapté (24,25,26).

1.2-Approche de la douleur aigue :

En premier lieu, il faut établir un diagnostic grâce à un interrogatoire et un examen clinique rapide, on précisera les antécédents du patient, les caractères de sa douleur et

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

d'éventuels symptômes associés qui permettront une orientation diagnostic rapide mais la plus précise possible pour autoriser des explorations paracliniques d'urgence bien ciblées. Ces examens seront décidés en fonction de leur faisabilité, de leur rapidité d'exécution et surtout de leur capacité de confirmer ou d'informer une urgence chirurgicale ou médicale (24,25,27).

Un clinicien averti ne peut se tromper dans cette stratégie de premier abord ; mais dans l'attente de la confirmation diagnostic, doit-il traiter la douleur ? (24,28,29,30).

Certes, toute douleur aiguë implique un diagnostic étiologique, et donc un traitement de la cause, néanmoins cette démarche ne doit retarder le traitement symptomatique, car il est clairement démontré que la prise en charge précoce de la douleur aiguë ne nuit en rien à la qualité du diagnostic (31,32). D'autre part, le contrôle rapide de la douleur aiguë prévient son passage à la chronicité en évitant son inscription en mémoire : l'algie aiguë ainsi mémorisée pourra participer aux réactions futures lors d'une rencontre ultérieure avec la douleur, ce qui pourra être en partie à l'origine d'un syndrome douloureux chronique (24,33).

2-La douleur chronique :

2.1- Définition : (4,34,35,36)

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (1999) définit la douleur chronique comme une douleur «évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient ». À l'évolution temporelle de la douleur est associé l'impact négatif sur le patient. Des différences d'ordre neurophysiologique, neuropsychologique et comportemental justifient en effet la distinction douleur aiguë symptôme/douleur chronique syndrome (ou douleur maladie). Lorsqu'une douleur tend à persister, son évaluation doit s'élargir aux divers facteurs psychologiques et comportementaux, causes et/ou conséquences susceptibles de participer à son maintien ou son exagération.

Le tableau 10 présente les différences schématiques entre douleur aiguë et douleur chronique.

Tableau X: Comparaison des douleurs aiguës et chroniques (non cancéreuses) (4)

	Douleur aiguë (symptôme)	Douleurs chroniques (syndrome)
Finalité biologique	Utile	Inutile
	Protectrice	Destructrice
	Signale d'alarme	Maladie à part entière
Mécanisme générateur	Unifactoriel	Plurifactoriel
Réactions somatovégétatives	Réactionnelles	Habitude ou entretien
Composante affective	Anxiété	Dépression
Comportement	Réactionnel	Renforcé
Modèle de compréhension	Médical classique	Pluridimensionnel « Somato-psycho-social »

Dans notre étude, l'évolution de la douleur s'est faite sur une période de plus de trois mois conformément à la définition de la douleur chronique. Dans l'étude Bonezzi l'évolution s'est faite sur un intervalle de 1 à 276 mois avec une moyenne de 56 mois. (17)

Dans l'étude Epsidone, un quart des personnes ont déclaré souffrir depuis moins d'un an, un autre quart depuis deux à cinq ans et, enfin, près d'un tiers depuis plus de cinq ans. (37).

2.2- Approche des douloureux chroniques :

Vue que la douleur chronique est un syndrome multifactoriel elle nécessite donc une démarche étiologique multidisciplinaire qui doit préciser non seulement le processus pathologique en cause mais aussi (38,39,40).

- Les mécanismes générateurs : algogènes.
- Les différentes composantes interactives du syndrome douloureux.
- L'intérêt des examens complémentaire.

a-Mécanismes générateurs de la douleur chronique : (4)

Même si de nombreuses données physiopathologiques sont encore imparfaitement comprises, la distinction de trois grands types de mécanismes conserve une valeur opérationnelle, tant lors de l'évaluation que pour les décisions thérapeutiques.

*** Douleurs par excès de stimulations nociceptives : (3,41,42,43)**

L'excès de stimulations nociceptives sous-entend la majorité des douleurs aiguës. Au stade chronique, on le retrouve dans des pathologies lésionnelles persistantes, par exemple dans les pathologies rhumatismales chroniques ou les cancers. La douleur conserve ici pour une part sa fonction de signal d'alarme. Elle s'exprime sur un plan sémiologique selon un rythme mécanique (augmentation de la douleur par l'activité physique) ou inflammatoire (avec possibilité d'expression nocturne). L'examen clinique retrouve ce facteur mécanique de déclenchement. L'examen neurologique est normal. L'imagerie peut permettre de documenter

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique

la lésion en cause. Au niveau périphérique, un processus pathologique active le système physiologique de transmission des messages nociceptifs.

** Douleurs neuropathiques (42,43,44,45,46,47,48,49)*

Le mécanisme des douleurs neuropathiques a fait l'objet de nombreuses études, tant cliniques qu'expérimentales. Elles ont des caractéristiques sémiologiques particulières qui facilitent leur reconnaissance. Leur résistance aux antalgiques, leur expression sémiologique en font un exemple type d'une douleur liée à des mécanismes centraux, à opposer aux douleurs par excès de nociception. Les principales causes de douleurs neuropathiques sont : les amputations (membre fantôme), des pathologies infectieuses (zona, virus de l'immunodéficience humaine [VIH]...), les neuropathies métaboliques et toxiques (alcool, diabète...), la section ou lésion de nerf, le traumatisme médullaire, la sclérose en plaques, les fibroarachnoïdites, certaines cicatrices, les névromes.

L'origine neuropathique de la douleur est aisément identifiée dans un contexte connu d'atteinte neurologique, associé à certaines caractéristiques sémiologiques ; elle peut être méconnue ou sous-estimée au cours d'un cancer ou dans les séquelles post chirurgicale.

Tableau XI: Caractéristiques sémiologiques des douleurs neuropathiques (4)

Description clinique	Douleur spontanée continue (brûlure) Douleur fulgurante, intermittente (décharges électriques) spontanée ou provoquée Dysesthésies (fourmillements, picotements)
Localisation	Territoire systématisé au plan neurologique
Evolution	Intervalle libre possible après lésion neurologique initiale
Examen	Signes d'hyposensibilité (hypœsthésie, anesthésie) au tact, à la piqûre, au chaud, au froid Signes d'hypersensibilité : allodynie dynamique (effleurement) ou statique (pression), hyperpathie

** Douleur idiopathique, douleur psychogène : (47,48,50 ,51)*

C'est souvent au stade chronique que l'origine idiopathique ou psychogène d'une douleur finit par être évoquée. Différentes présentations cliniques peuvent être considérées. Certaines entités pathologiques sont reconnues sans que nous en ayons une compréhension satisfaisante ou des critères diagnostiques incontestables. Leur identification permet cependant aux médecins et aux patients une reconnaissance du trouble, essentielle au contrat thérapeutique. On peut citer : la glossodynie, la fibromyalgie (douleurs diffuses invalidantes, avec cortège de troubles fonctionnels), céphalée de tension, ect. Dans ces cas, il est préférable de parler de douleur idiopathique car nous ne connaissons pas les mécanismes physiopathologiques en cause. Dans d'autres cas, la description est imprécise, variable dans le temps ; la sémiologie est atypique, mal systématisée. La connotation affective peut attirer l'attention, de par les termes employés pour décrire la douleur et son retentissement. Le diagnostic repose avant tout sur la négativité du bilan clinique et paraclinique, mais l'absence de substratum anatomique lésionnel initial ne suffit pas pour évoquer une origine psychogène. On doit mettre en évidence une sémiologie psychopathologique, et là, divers cadres nosologiques peuvent être évoqués : conversion hystérique, somatisation d'un désordre émotionnel (douleur par contraction musculaire), dépression masquée, hypocondrie ...

Dans tous ces cas, il s'agit bien d'une « douleur exprimée en termes d'une lésion tissulaire », comme le souligne la définition de l'IASP. En fait, de nombreuses douleurs chroniques ne sont pas purement psychogènes ; elles résultent plutôt de l'intrication de facteurs organiques et psychosociaux. En pratique, l'indispensable évaluation des facteurs psychologiques ne doit pas faire négliger la démarche diagnostique de l'origine fonctionnelle ou organique de la douleur.

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, il convient d'analyser les grandes composantes interactives mise en jeu.

La composante sensoridiscriminative correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui, schématiquement, sous-tendent les douleurs aiguës par excès de nociception ; il s'agit du décodage des messages nociceptifs (intensité, durée, localisation et qualité du stimulus nociceptif).

La composante affective émotionnelle confère à la sensation douloureuse sa tonalité désagréable, pénible et insupportable et peut se prolonger vers des états émotionnels plus différenciés comme l'anxiété ou la dépression, en particulier au cours du développement des douleurs chroniques. Cette composante est mise en jeu par le stimulus nociceptif lui-même du fait de l'activation du système limbique, mais aussi par les conditions environnementales dans lesquelles survient le stimulus (nature de la maladie à l'origine de la douleur, incertitude sur son évolution, environnement social ou familial du malade). (39,41,52,55)

La composante cognitive correspond à l'ensemble des processus modulant la perception de la douleur. Il s'agit, par exemple, de l'attention (modulation de la perception de la douleur en détournant l'attention du sujet par l'exercice d'une tâche neutre), de l'anticipation (élaboration par apprentissage d'une stratégie comportementale qui autorisera une atténuation, voire un évitement de la douleur), de l'interprétation et de la valeur attribuées à la douleur en référence à une culture, une religion, un milieu social, en fonction de la référence à une expérience douloureuse antérieure, etc ; (35,39,56,57)

La composante comportementale correspond à l'ensemble des manifestations observables : physiologiques (paramètres somatovégétatifs), verbales (plaintes, gémissements...) ou motrices (postures, attitudes antalgiques, immobilité ou agitation...), qui constituent pour une

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique

large part une fonction de communication avec l'entourage et un élément du diagnostic en clinique. (34,57)

2.3-Douleur chronique : nomadisme médical et examens complémentaires

(17,29,37,38,58)

En général, plusieurs examens complémentaires s'effectuent lors de la douleur chronique vue que les malades consultent chez plusieurs médecins, la cause de la douleur est souvent déjà établie mais les traitements correspondants sont restés inefficaces. Ceci amène à une succession d'examen complémentaire et de consultation cherchant à trouver une cause organique.

En effet dans notre étude plus de 50% ont vu plusieurs médecins avant de se présenter à la consultation douleur et le traitement instauré avant n'était à 100% efficace que chez 4 malades.

L'étude américaine Perry montre que tous les malades recrutés ont consulté au moins 3 fois avant de se présenter à la consultation douleur et que 4/10 américains souffrants d'une douleur chronique ne recevaient pas le traitement adéquat rejoignant ainsi l'étude Bonezzi ou 90,5% des malades avaient été référés au spécialiste de la douleur par un autre confrère et l'étude Epsidone ou plus de 90% des participants ont déclaré avoir eu recours à un spécialiste de santé pour leurs douleurs.

Tableau XII : médecin vu avant de se présenter à la consultation spécialisée de la douleur

	Notre étude	Etude Epsidone	Etude Bonezzi
Généraliste	62%	68,5%	37,3%
autres spécialistes	42%	26,1%	53,2%
spécialiste douleur	4%	2,7%	-

Ces résultats peuvent être expliqués déjà par l'ignorance de l'existence d'un spécialiste de la douleur et même dans le cas contraire, les malades n'ont recours au spécialiste de la douleur que lorsque les médecins consultés ont du mal à prendre en charge leurs souffrances, chose expliquée par le fait que ces derniers s'intéressent plus à la maladie causale qu'à la physiopathologie de la douleur.

D'un autre côté, et même si ce point n'a pas été étayé dans notre étude, on ne peut pas rappeler que multiplier les examens paracliniques est une attitude qui doit être damnée par les médecins, car en plus de leur inutilité et parfois dangerosité, ces examens répétés se substituent à la prise en charge de la plainte des patients entraînant un obscurcissement de la relation médecin-malade.

3-Etiologies de la douleur chronique :

Les douleurs chroniques se répartissent en deux grandes catégories distinctes : les douleurs cancéreuses et les douleurs chroniques non malignes, parfois improprement dénommées «bénignes». La différence entre les deux catégories est mise en évidence dans le tableau ci-dessous. Dans ce paragraphe on décrira certaines étiologies vues dans notre étude.

Tableau XII : comparaison entre douleur cancéreuse et douleur non cancéreuse

	Douleur cancéreuse	Douleur non cancéreuse
Pathologie	Evolutive	Séquellaire
Douleur	Aiguë persistante	Chronique
	Symptôme	Syndrome
Finalité biologique	Inutile	Inutile
	Destructrice	Destructrice
	Signal d'alarme et maladie à part entière	Maladie à part entière
Mécanisme générateur	Excès de nociception	Plurifactoriel
	Plurifactoriel	
Place des morphiniques	Essentielle	Exceptionnelle
Composante affective	Anxiodépression	Anxiodépression
Comportement	Réactionnel	Renforcé
Attitude à encourager	Accepter le handicap	Apprendre à gérer le handicap
Modèle de compréhension	Pluridimensionnel « Somato-psycho-social »	Pluridimensionnel « Somato-psycho-social »

3.1-La douleur chronique cancéreuse : (4,34,37,59,60,61)

La douleur liée à un cancer peut révéler la maladie, apparaître au cours de l'évolution comme signe d'une récurrence locale ou d'une métastase, survenir pendant ou après une procédure diagnostique ou thérapeutique. Près de 80 % des patients cancéreux en évolution présentent des douleurs intenses, en majorité liées directement au cancer avec, le plus souvent, plusieurs localisations douloureuses. Un traitement antalgique bien conduit permet le maintien d'une vie relationnelle de qualité, tant à la période terminale de la maladie que lors des traitements à visée curative. La survenue d'une douleur chez un patient atteint d'un cancer doit entraîner une réponse rapide. Cette réponse débute par une démarche d'évaluation en utilisant différents outils et des procédures bien établies. Les douleurs en oncologie sont le plus souvent chroniques et instables. Elles peuvent se présenter sous de multiples formes : douleurs par excès de nociception, neuropathiques, ou mixtes le plus souvent. La connaissance du mécanisme physiopathologique de la douleur est un élément fondamental de la stratégie antalgique. Les douleurs par excès de nociception sont secondaires à la mise en jeu des nocicepteurs périphériques par des processus lésionnels inflammatoires, ischémiques et mécaniques liés à la tumeur ou aux traitements. Les médicaments employés pour les traiter diminuent ou suppriment la transmission du message nociceptif des récepteurs périphériques vers les centres spinaux et supraspinaux. La stratégie antalgique doit aussi prendre en compte l'instabilité des douleurs notamment la présence d'accès douloureux paroxystiques (ADP) qui existent selon les enquêtes chez 50 à 89 % des patients atteints de cancer. Ces ADP correspondent à des douleurs plus ou moins sévères qui se manifestent sur un fond douloureux contrôlé. Ils surviennent en quelques secondes ou minutes et durent en moyenne 15 minutes bien que, chez certains patients, ils puissent persister plusieurs heures. Le nombre d'ADP est en moyenne de quatre par jour. Ils sont souvent déclenchés par les mouvements.

Leur localisation est généralement similaire à celle des douleurs de fond. La plupart des douleurs par excès de nociception sont habituellement sensibles aux médicaments antalgiques par voie orale.

Par ailleurs, les patients atteints de cancer subissent de nombreux gestes douloureux à visée diagnostique ou thérapeutique. Une enquête, en cours de publication, menée par la Sofres entre 1997 et 1998 auprès de 584 patients atteints d'un cancer, a montré qu'au cours des trois derniers mois précédant l'enquête, les patients avaient subi 22,6 gestes invasifs en moyenne. La douleur générée par ces gestes dépendait notamment de celui qui le faisait et de la répétition du geste.

Les facteurs de risque traditionnels (biologiques, génétiques, environnementaux, habitudes de vie, vieillissement...) associés à une loi du hasard bien aveugle sans doute, suffisent à expliquer dans une très large mesure l'incidence des cancers et ainsi l'immersion des douleurs cancéreuses. En effet, dans notre série, l'étiologie de la douleur chronique était dominée par l'origine cancéreuse, 21 de nos patients soit 42% souffraient de douleur chronique d'origine cancéreuse conformément à l'étude EPIDOL où la douleur cancéreuse dominait avec 37% et contrairement à l'étude Epsidone où les causes les plus fréquemment mentionnées étaient les douleurs rhumatologiques avec 38,7%.

Pour ce qui est du site initial de la tumeur, on remarque que la proportion des tumeurs urologiques (29%) et broncho-pulmonaires (24%) sont particulièrement élevée dans notre étude rejoignant l'étude Abel où les tumeurs broncho-pulmonaire et urologiques représentaient respectivement 21% et 24%. Ces constats peuvent être expliqués par le fait que ces cancers liés au tabac, sont à forte prédominance masculine, sexe majoritaire dans notre étude ainsi que dans l'étude Abel.

3.2-les douleurs chroniques non cancéreuses : (4,42)

Les douleurs chroniques non malignes fréquemment rencontrées sont les douleurs de l'appareil locomoteur (lombalgies, lomboradiculalgies, notamment postchirurgicales, autres affections rhumatismales), les douleurs neuropathiques, les syndromes douloureux régionaux complexes (algodystrophies, causalgies), les céphalées, les douleurs myofasciales, les fibromyalgies, les douleurs psychogènes et les douleurs idiopathiques... Nous essayerons de discuter celles dont nous avons été confrontés dans notre étude.

a-Les douleurs chroniques rhumatologiques : (42,54,62,63,64)

Une étude récente baptisée AAF, pour Arthritis Action France, indique que 40% des Français sont touchés par les maladies rhumatismales (lombalgies, arthroses, rhumatismes inflammatoires...). Cependant, l'étude AAF révèle aussi que 10% de ces malades ne parlent jamais de leurs douleurs articulaires à leur médecin. Pour eux, ces douleurs rhumatismales ne sont pas vraiment le signe d'une maladie, et elles ne vont pas s'aggraver. Ils refusent " d'embêter " leur médecin avec ce qu'ils considèrent comme de " petites douleurs ". Résultat ? Plusieurs mois s'écoulent avant de débiter un vrai traitement... Or, plus on attend, plus les dégâts sur les cartilages sont importants et plus l'impact socioprofessionnel est important.

Dans notre étude, 8 de nos patients soit 16% souffraient d'une douleur rhumatismale et dans 50% des cas ils s'agissaient de lombalgie chronique. L'étude Timothy et une étude parmi d'autres montrant que la prévalence de la douleur en rapports avec les lombalgies chroniques a augmenté de 3,9% en 1993 à 10,2% en 2006. En effet la majorité des études montrent que 60 à 90% de la population souffre au moins une fois dans sa vie de douleurs lombaires et il faut noter que l'invalidité liée à la lombalgie chronique ne cesse de s'accroître, par exemple au Canada, 7,5% des lombalgiques (lombalgies chroniques dont l'arrêt de travail est supérieur à

6 mois) sont responsables de 75% des dépenses en matière de maladie rhumatismale. La reprise du travail est de 20% des cas après un an d'arrêt et est pratiquement nulle après deux ans d'arrêt.

b-Douleurs neuropathiques: (37,42,65,66)

La douleur neuropathique est définie comme une douleur résultant d'une lésion du système nerveux suite à une affection quelconque communément le diabète, le cancer...

Parmi les différentes douleurs chroniques, les douleurs neuropathiques sont souvent sous diagnostiquées. Leur évaluation repose sur la description, des douleurs spontanées mais aussi des douleurs provoquées (allodynie, hyperpathie), et sur l'évaluation du déficit sensitif associé qui doit être objectivé par un examen neurologique minutieux.

La prévalence en hausse du diabète et des cancers a fait de la douleur neuropathique un problème de santé de plus en plus pesant. En effet, une étude récente aux Etats-Unis d'Amérique a estimé que 3,8 millions américains souffrait de douleur neuropathique. En France, l'étude STOPNEP réalisé aux cours de ces trois dernières années rapporte que la prévalence est de 6,9%. En Angleterre, la prévalence de la douleur chronique à caractère neuropathique a été estimée à 8% de la population anglaise.

Dans notre série, 9 malades soit 18% se présentaient à la consultation de la douleur pour des douleurs neuropathiques et chez 5 parmi eux on accusait l'origine cancéreuse. Et comme cité précédemment, les douleurs neuropathiques sont consécutives à une lésion du système nerveux, soit périphérique soit centrale. Nous allons jeter la lumière sur certains de ces mécanismes.

** Douleurs neuropathiques périphériques : (42,65,66,67)*

- Etiologies post traumatiques: les situations cliniques les plus fréquentes sont les traumatismes d'un membre avec lésion possible des nerfs radial, médian, ou cubital au niveau du membre supérieur et sciatique ou fémoral au niveau du membre inférieur, les amputation, les arrachements de plexus...
- Etiologies post-chirurgicales: ce sont les lésions des nerfs intercostaux après thoracotomie, du nerf ilio-abdominal et genito-fémoral après chirurgie inguinale, du nerf pudendal après chirurgie pelvienne...
- Etiologies osteo-articulaires: les compressions radiculaires chroniques (hernie discale, arthrose) sont habituelles telles que les névralgies cervico-brachiales, inter-costales ou les radiculalgies lombaires L4, L5 ou S. la sciatique opérée, parfois excessivement, est une des étiologies les plus habituelles de souffrance radiculaire chronique; le rôle respectif de la fibrose post-opératoire ou d'une éventuelle blessure chirurgicale est difficile à départager.
- Etiologies neurotoxique : les neuropathies périphériques liées au diabète, à l'éthylisme, au SIDA, aux neuropathies d'origine toxique (plomb) ou médicamenteuse (antimitotiques, anti HIV...) sont volontiers douloureuses avec une distribution qui recouvre les zones distales d'hypoesthésie (en chaussettes ou en gant parfois sur la ligne médiane de l'abdomen). Les brûlures, l'allodynie au froid ou mécanique, les crampes nocturnes sont habituelles et posent des problèmes de traitement difficiles par l'étendue des zones douloureuses peu accessibles à une stimulation transcutanée.
- Etiologies virales: les atteintes virales telles que le zona sont très fréquentes et constituent la cause la plus habituelle de douleurs neuropathiques du sujet âgé.
- Etiologies compressives: les syndromes canaux de nerfs dans les défilés anatomiques physiologiques sont fréquents: entre tendons, muscles ou aponévroses tels que le nerf

médian dans le canal carpien, le nerf cubital au canal de Guyon, le nerf pudendal au canal d'Alcock, le nerf sural au canal tarsien, le nerf sciatique sous le muscle pyramidal...



** Douleurs neuropathiques centrales: (42,65,66,67)*

➤ Encéphale: l'origine vasculaire est la plus fréquente au niveau cortical, thalamique, ou bulbaire.

➤ Moelle: l'origine traumatique est habituelle au niveau de la moelle. Les douleurs cordinales sont souvent liées à la SEP. La syringomyélie est associée aux douleurs dans les zones d'hypoesthésie thermoalgique en général au niveau des mains.



c-Céphalées : (42,68,54,69)

Les céphalées représentent un symptôme extrêmement courant pouvant révéler de causes multiples. Le diagnostic des céphalées est essentiellement basé sur l'interrogatoire permettant de préciser les caractéristiques du mal de tête, son évolutivité, les signes d'accompagnement, le terrain sur lequel il se développe. Toutefois, l'examen physique reste indispensable car la moindre altération décelable peut donner une orientation particulière au diagnostic. Les examens complémentaires ne doivent pas être systématiques, et leur prescription doit être sous-tendue par une hypothèse diagnostique précise. L'évaluation dans le temps des céphalées est un élément primordial à considérer. Dans le cas des céphalées aiguës inhabituelles, les causes organiques et lésionnelles devront être suspectées de parti pris, alors que les céphalées chroniques, ce qui le cas dans notre étude, largement données par la maladie migraineuse et les céphalées de tension, sont beaucoup plus souvent sous-tendues par les perturbations fonctionnelles.

Au terme de l'examen de l'interrogatoire et de l'examen clinique, trois grandes orientations se dégagent :

* *La migraine* : (38,42,69,70,71)

La migraine est la pathologie neurologique la plus fréquente avec près de sept millions de patients en France. Chez l'adulte, 5 à 12 % de la population générale souffre régulièrement de migraine. La prévalence varie de 16 à 25 % chez la femme et de 8 % chez l'homme. Elle a été longtemps abandonnée aux médecins généralistes car considérée comme moins noble que des pathologies comme l'épilepsie, la sclérose en plaque ou la maladie de Parkinson. En fait, les conséquences de son évolution si elle n'est pas traitée correctement peuvent être graves et aboutir à des céphalées chroniques quotidiennes par abus médicamenteux comme ce qui est le cas actuellement d'un million de personnes en France. La reprise en main par des sociétés savantes comme la Société française des migraines et des céphalées et la publication de recommandations validées par la Haute Autorité de santé à la fois sur la migraine et sur les céphalées chroniques quotidiennes a redonné un essor nouveau à cette pathologie que l'on doit appeler à juste titre plutôt « maladie migraineuse » que migraine.

Le langage populaire courant confond souvent les termes migraine et céphalée. Le médecin ne doit évidemment pas faire cette confusion et bien comprendre que la migraine est une maladie ou le mal de tête n'est qu'un symptôme. Reconnaître la migraine est important car elle est probablement à l'origine de la moitié des céphalées chroniques et ce diagnostic conduira souvent à l'instauration d'une thérapeutique spécifique.

Dans notre étude, dans 66,6% des patients souffrants de céphalées il s'agissait de migraine. Une étude rétrospective du profil épidémiologique de l'ensemble des cas de céphalées colligés au service de neurologie (consultation et hospitalisation) durant une période

de 6 ans : du 01/01/2000 au 31/12/2005 à l'hôpital militaire de Meknès avait montré que dans 33% il s'agissait de migraine chronique.

** Les céphalées symptomatiques: (42,54,71)*

D'une cause locale ou générale sont moins fréquentes que ne le pense beaucoup de médecins, tout au moins en ce qui concerne les céphalées chroniques. Les reconnaître est néanmoins essentiel car les traiter sans reconnaître la cause ne peut conduire qu'à des échecs.

** Les céphalées de tension: (42,71)*

Le caractère propre de la céphalée et de son évolutivité permettent souvent d'orienter le diagnostic. La douleur est des plus variées, à type de brûlure, de fourmillements, d'écoulement liquide, de pesanteur et surtout d'étai. L'intensité de la douleur est difficile à objectiver mais elle est vécue comme très pénible, bien qu'elle n'ait pas le caractère empêchant d'une crise migraineuse. Le siège de la douleur peut être fixe ou variable mais ne correspond à aucune systématisation. Quatre sièges sont évocateurs : occipito-nuqual, occipito-frontal en casque, vertex et racine du nez.

L'allure évolutive est particulière : continue, présente dès le réveil, parfois à renforcement vespéral. Les céphalées psychogènes évoluent sur des semaines, des mois, des années, volontiers exacerbées par tout ce qui augmente l'état de tension psychologique, elles sont au contraire atténuées par tout ce qui sera facteur de détente. Ni les caractères séméiologiques, ni la normalité de l'examen clinique ne sont cependant suffisants pour parler de céphalées psychogènes.

Dans notre série, les malades souffrants de céphalées de tension ont représenté 16,7% de l'ensemble des patients céphalalgiques de notre étude.

IV- L'EVALUATION DU PATIENT DOULOUREUX :

1- Nécessité d'évaluation: (30,38,72,73,74,75,76)

Etudier et traiter un symptôme implique la possibilité de sa mesure. Avoir à sa disposition une méthode d'évaluation de la douleur génère de nombreux avantages en pratique courante :

- Identifier systématiquement les patients douloureux permettant une meilleure prise en charge de la douleur, facteur essentiel dans la qualité des soins.
- Améliorer la relation médecin-malade en montrant au patient que l'on croit à sa plainte et que l'on ne le suspecte pas de majorer ou d'inventer sa douleur.
- Apporter une aide à la prise de décision du traitement symptomatique analgésique adapté à l'intensité de la douleur.
- Avoir des critères communs au sein d'une équipe soignante facilitant l'homogénéité de prise de décision.
- Avoir des informations dans le dossier du patient notamment la réponse aux thérapeutiques antérieures.
- Réévaluer régulièrement la douleur en recourant aux mêmes critères.
- Prévenir les conséquences délétères du non soulagement de la douleur.
- Faciliter la transmission de l'information entre le malade et les soignants, entre les différents membres de l'équipe.

En Ile de- France, une enquête téléphonique auprès de 30 centres de réanimation a montré que quatre médecins sur 30 déclaraient utiliser une échelle de mesure de la douleur. Plus récemment, l'enquête Dolorea a été menée à partir des pratiques médicales observées chez 1381 patients, admis dans 44 centres français en 2004, les données de chaque patient

étant enregistrées à j2, j4 et j6 de son séjour. Dans cette enquête, l'intensité de la douleur a été mesurée chez 40 % des patients, bien en deçà du pourcentage de patients recevant des antalgiques morphiniques (80 %). De plus, l'évaluation de la douleur au cours d'un soin douloureux a été effectuée dans 35 % des cas seulement.

L'étude du CNGE a montré que 25% médecins généralistes utilisaient les échelles d'évaluation d'intensité de la douleur pour 9% des patients. Par ailleurs, en février 1999, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a publié des recommandations sur l'évaluation et le suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire (3). Ces recommandations (et de nombreux articles spécialisés) incitent fortement à l'utilisation d'outils d'évaluation comme les échelles d'intensité de la douleur, les échelles de qualité de vie, ainsi que l'échelle du pourcentage de soulagement de la douleur renseignée par le patient.

Dans notre étude, l'évaluation de l'intensité de la douleur a concerné tous nos malades. L'évaluation clinique des douleurs chroniques, et même si elle reste une pratique peu familière à beaucoup de médecins, est un préalable indispensable à la mise en route d'un traitement et au suivi des patients. La douleur est multidimensionnelle et le clinicien doit donc considérer les différents aspects (sensoriel, affectif, cognitif) de l'expérience douloureuse. Cette évaluation comporte une étape d'entretien semi-structuré, visant notamment à préciser l'histoire clinique, les antécédents, les traitements reçus, les facteurs déclenchants de la douleur, les attentes du patient, le contexte psychosocial et évalue plus spécifiquement l'intensité douloureuse, son impact, ses caractéristiques et les comorbidités au moyen d'outils standardisés. Cette étape d'entretien se poursuit par un examen clinique. Nous présenterons ici les principaux outils utilisés en clinique permettant d'évaluer la douleur chronique.

2-Outils de l'évaluation de la douleur chronique :

Les méthodes disponibles pour évaluer la douleur, reposent soit sur la description verbale (auto-évaluation), soit sur l'observation du comportement (hétéro évaluation) (38,74,77).

2.1-Auto-évaluation

a-Echelles unidimensionnelles

** Échelles verbales simple (EVS): (4,14,38,74,77,78)*

C'est une échelle catégorielle constituée d'une liste de 4 ou 5 qualificatifs classés dans un ordre croissant d'intensité (par exemple : douleur absente, modérée, moyenne, forte, intense, extrêmement intense). Ses inconvénients sont un manque de sensibilité (nombre limité de réponses) et des réponses suggestives du patient pouvant orienter les réponses de l'évaluateur (4, 17, 42). Cette échelle a été utilisée pour évaluer l'intensité de la douleur chez tous nos malades et chez 70% dans l'étude EL KHOUKHI et seulement 18% des patients de l'étude HAREL et al.

** Les échelles numériques (EN): (4,14,38,74,79,80)*

Cette méthode permet d'évaluer l'intensité de la douleur par affectation d'un pourcentage. Sa présentation peut être verbale ou écrite. Elle est facile à comprendre et bien adaptée à la personne âgée.

La douleur de 80% des patients de notre série a été évaluée par l'échelle numérique. Ce moyens a été moins utilisé dans les études EL KHOUKHI de Rabat et l'étude Vaserman et al ou ils ont eu recours à l'échelle numérique dans seulement et respectivement 15% et 12% des cas.

** Les échelles visuelles analogiques (EVA): (28,73,74,77,81,82,83)*

C'est l'outil de référence le plus utilisé pour l'évaluation de la douleur. Elle se présente sous la forme d'une réglette comportant une face patient et une face évaluateur. Sur la face patient, une ligne continue de 10 cm non graduée présente à ses extrémités deux qualificatifs: à gauche (ou en bas) «absence de douleur» et à droite (ou en haut) la pire douleur imaginable. L'EVA peut être présentée indifféremment de façon horizontale ou verticale, mais toujours de la même manière pour des évaluations répétées chez un même patient. Celui-ci doit indiquer l'intensité de sa douleur, en mobilisant le curseur de la réglette entre les deux extrémités. Sur la face évaluateur, la ligne est graduée permettant de quantifier la mesure de 0 à 100mm. Une valeur d'EVA inférieure à 30 mm correspond à une douleur faible, une valeur entre 30 et 60 mm à une douleur modérée, une valeur supérieure à 60 mm à une douleur forte à intense. Cette échelle reste la plus couramment employée, même si 10 à 15 % des patients sont incapables de définir l'intensité douloureuse par ce moyen.

Cette échelle n'a pas été utilisée dans notre étude.

b-Echelles multidimensionnelles:

** Les questionnaires de la douleur :*

Le questionnaire de référence est celui de Saint Antoine (QDSA) (4), qui permet une évaluation de 2 composantes de la douleur. La composante affective qui permet une appréhension du vécu (de j à p) il comporte 61 qualificatifs répartis en 17 sous classes: 9 sensorielles, 7 affectives et 1 évaluative. Le QDSA est donc qualificatif ce qui permet une meilleure adaptation du traitement mais il a pour inconvénient d'être long, problème de

compréhension verbale pour certains sujets. Son évaluation est difficile chez les sujets en mauvais état général. (38,74,84,85).

** Les échelles comportementales:*

Reposent sur une participation verbale et l'observation du patient. Leurs intérêts et d'une part de pouvoir être utilisés lorsque l'état général ou les fonctions supérieures du patient gênent les échelles verbales, d'autre part elles évitent une partie de la subjectivité car les plaintes sont variables en fonction des patients, l'échelle dérivée de Bourhis (figure ?) est la plus utilisée permet d'apprécier le retentissement de la douleur sur les activités du patient et la demande d'antalgique qui en résulte (74) (Figure 7,8).

Décrivez la douleur telle que vous la ressentez en général.

Sélectionnez les qualificatifs qui correspondent à ce que vous ressentez. Dans chaque groupe de mots, choisir le mot le plus exact. Précisez la réponse en donnant au qualificatif que vous avez choisi une note de 0 à 4 selon le code suivant

0 absent / pas du tout 1 faible / un peu 2 modéré/ moyennement 3 fort/beaucoup 4 extrêmement fort

A	<input type="checkbox"/>	Battements	H	<input type="checkbox"/>	Picotements
	<input type="checkbox"/>	Pulsations		<input type="checkbox"/>	Fourmillements
	<input type="checkbox"/>	Elancements		<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
	<input type="checkbox"/>	En éclairs		<input type="checkbox"/>	Engourdissement
	<input type="checkbox"/>	Décharges électriques		<input type="checkbox"/>	Lourdeur
	<input type="checkbox"/>	Coups de marteau		<input type="checkbox"/>	Sourde
B	<input type="checkbox"/>	Rayonnante	J	<input type="checkbox"/>	Fatigante
	<input type="checkbox"/>	Irradiation		<input type="checkbox"/>	Epuisante
C	<input type="checkbox"/>	Piqûre		<input type="checkbox"/>	Ereintante
	<input type="checkbox"/>	Coupure	K	<input type="checkbox"/>	Nauséuse
	<input type="checkbox"/>	Pénétrante		<input type="checkbox"/>	Suffocante
	<input type="checkbox"/>	Transperçante		<input type="checkbox"/>	Syncopale
	<input type="checkbox"/>	Coup de poignard	L	<input type="checkbox"/>	Inquiétante
D	<input type="checkbox"/>	Pincement		<input type="checkbox"/>	Oppressante
	<input type="checkbox"/>	Serrement		<input type="checkbox"/>	Angoissante
	<input type="checkbox"/>	Compression	M	<input type="checkbox"/>	Harcelante
	<input type="checkbox"/>	Ecrasement		<input type="checkbox"/>	Obsédante
	<input type="checkbox"/>	En étau		<input type="checkbox"/>	Cruelle
E	<input type="checkbox"/>	Broiement	<input type="checkbox"/>	Torturante	
	<input type="checkbox"/>	Tiraillement	<input type="checkbox"/>	Supplicante	

	<input type="checkbox"/>	Étirement		<input type="checkbox"/>	Gênante
	<input type="checkbox"/>	Distension		<input type="checkbox"/>	Désagréable
	<input type="checkbox"/>	Déchirure		<input type="checkbox"/>	Pénible
	<input type="checkbox"/>	Torsion	N	<input type="checkbox"/>	Insupportable
	<input type="checkbox"/>	Arrachement			
F	<input type="checkbox"/>	Chaleur		<input type="checkbox"/>	Enervante
	<input type="checkbox"/>	Brûlure	O	<input type="checkbox"/>	Exaspérante
				<input type="checkbox"/>	Horripilante
G	<input type="checkbox"/>	Froid			
	<input type="checkbox"/>	Glace	P	<input type="checkbox"/>	Déprimante
				<input type="checkbox"/>	Suicidaire

Figure 7 : Questionnaire douleur de Saint-Antoine (QDSA)

Envahissement du langage par la plainte

1. Pas de plainte, même à l'interrogatoire
2. Plainte uniquement à l'interrogatoire
3. Plainte spontanée, mais peu fréquente, et s'adressant seulement à certaines personnes de l'entourage
4. Envahissement partiel du langage par la plainte : le patient se plaint à tout le monde, mais est cependant capable de parler d'autre chose
5. Envahissement complet du langage par la plainte

Réduction des activités spontanées

1. Activité normale : le sujet se rend au travail
2. Activité extérieure partielle : le sujet abandonne certains travaux et distractions habituels
3. Activité d'intérieur seule
4. Activité de chambre
5. Confinement au lit : malade grabataire

Demande d'antalgiques

1. Demande nulle
2. Demande $\square\square 3$ fois/24 h d'antalgique per os
3. Demande $\square\square 3$ fois/24 h d'antalgique per os
4. Demande $\square\square 3$ fois/24 h d'antalgique injectable
5. Demande $\square\square 3$ fois/24 h d'antalgique injectable

Figure 8: Echelle comportementale de Bourhis (74,84)

2.2-Hétéro-évaluation:

C'est une hétéro évaluation qui comprend : inspection et examen et qui peut se passer de la communication verbale, l'inspection du visage recherche « le masque ». L'étude de la position du patient doit être notée: position fœtale, atonie. Par le toucher, pincer on peut mettre en évidence: paresthésie, anesthésie, réflexe d'évitement, plainte ou mimique douloureuse, accélération du rythme cardiaque et/ou respiratoire. (74)

Malgré que le phénomène douloureux est une entité multidimensionnelle, les échelles multidimensionnelles n'ont pas de place en pratique quotidienne notamment aux urgences car elles sont longues, posent des problèmes de compréhension et nécessitent une collaboration importante du malade et un niveau d'instruction (art buro), quant aux échelles unidimensionnelles elles ne sont que des évaluateurs quantitatifs globaux mais simples dans leurs réalisations pratiques et faciles à répéter, ce sont ces échelles unidimensionnelles qui ont été utilisées dans notre étude essentiellement l'EVS et l'EN, ce qui a permis d'évaluer l'intensité douloureuse et la mesure de l'effet thérapeutique (74,86,87).

3-Evaluation somatique :

3.1- Évaluation organique et bilans complémentaires : (4,89)

C'est le rôle du ou des somaticiens d'évaluer la composante somatique et son rôle dans la chronicisation de la douleur. L'origine organique peut ne pas avoir été suffisamment précisée et il peut parfois être nécessaire de redresser le diagnostic lésionnel. Existe-t-il une origine somatique persistante ? Des éléments somatiques nouveaux sont-ils venus se surajouter au tableau initial, le compliquer ou le modifier ? Un état douloureux persistant favorise souvent l'apparition de douleurs surajoutées, liées à des positions vicieuses ou à des attitudes d'évitement. Les malades ont généralement déjà bénéficié de nombreuses investigations

complémentaires. Le bilan initialement pratiqué peut être suffisant pour expliquer la composante somatique de la douleur. Il peut néanmoins paraître incomplet, notamment lorsque la plainte douloureuse n'est pas concordante avec les lésions identifiées, qui paraissent « trop banales », mineures ou sans rapport avec la symptomatologie décrite. Cette éventualité fréquente illustre une notion classique : l'absence de parallélisme anatomoclinique, qu'il faut savoir garder à l'esprit et qui n'exclut en rien l'authenticité du syndrome douloureux chronique et la nécessité d'une prise en charge adéquate. À l'inverse, la persistance et la résistance de la douleur amènent souvent à une succession d'examens complémentaires à la recherche d'une lésion évolutive dans une grande majorité des cas. Cependant, cette attitude n'est pas justifiée en matière de douleur chronique. En revanche, lors du suivi clinique, des règles précises doivent être respectées : ce n'est qu'en cas d'apparition de signes ou de franche modification de la symptomatologie que de nouvelles explorations sont licites. Il faut que l'attitude du somaticien sache contenir la « demande d'examens » qui, pour beaucoup de ces malades, est une manière de demander de l'aide ou de chercher à comprendre. Dans tous les cas, le bilan somatique doit permettre d'établir aussi précisément que possible le (ou les) mécanisme (s) physiopathologique (s) de la douleur.

a-Inventaire des traitements: (4,17,88)

C'est aussi lors de l'évaluation initiale que l'on fera un « inventaire » le plus exhaustif possible de tous les traitements suivis jusque-là, des doses utilisées, des effets bénéfiques (même partiels et transitoires), des effets secondaires, des motifs d'arrêt. Les principales causes d'échecs apparents des divers traitements analgésiques doivent être connues. Le rapport au médicament est un point important à préciser. Il s'agit d'évaluer le mode de prise

médicamenteuse (systématique ou « au coup par coup »), la quantité précise des médicaments utilisés « à titre antalgique» (alors qu'il s'agit parfois de tranquillisants, sans effet antalgique propre), le risque toxique encouru. On peut parfois découvrir que les doses prises sont insuffisantes; on peut aussi conclure à une automédication excessive et mettre l'accent sur des prises compulsives de médicaments, alors même que leur inefficacité est reconnue. Rarement, mais non exceptionnellement, on peut donc repérer certaines attitudes « addictives » avec recherche plus ou moins explicite d'effets secondaires dysphoriques. Le degré de contrôle psychologique lors des accès de douleur est à faire préciser. Ces comportements doivent tous être repérés, car ils seront l'un des nombreux critères d'efficacité des traitements et conseils proposés.

En effet dans notre étude l'inventaire des médicaments prescrits a été fait objectivant une automédication chez tous les malades. Avant de se présenter à notre consultation, plusieurs molécules ont été utilisées à visée antalgique, qu'elles soient prescrites ou prises dans le cadre de l'automédication (Tableau XIV).

I

Tableau XIV : Traitement antalgique pris avant de se présenter à la consultation douleur.

	Notre étude	Etude Bonezzi
AINS	72%	49%
Paracétamol	96%	20%
Morphinique faible	20%	24,80%
Morphiniques forts	14%	4,30%
Antidépresseurs	6%	8,10%
Antiépileptiques	4%	13,70%

b-Évaluation pluridisciplinaire : (4,88)

Outre l'évaluation des caractéristiques de la douleur, l'évaluation somatique comporte celle de l'affection causale elle-même et des autres pathologies éventuellement associées ; il faut également apprécier le handicap occasionné, la réponse de ces pathologies aux traitements, et les implications qu'elles peuvent avoir sur les propositions thérapeutiques qui seront faites pour la douleur.

Si d'autres avis de spécialistes somaticiens sont nécessaires à la meilleure compréhension du problème, ils doivent être pris avec le souci de maintenir une prise en charge « unifiée, cohérente » qui est un des avantages apportés par un centre pluridisciplinaire de traitement de la douleur du fait de l'unité de lieu et de temps, ou par un réseau de soins.

Dans notre étude les patients ont vu plusieurs médecins généralistes et spécialistes mais malheureusement ça s'est fait dans l'anarchie et non pas dans un cadre de collaboration entre somaticiens.

c- Evaluation psychologique : (4,88)

Elle incombe à tout médecin confronté aux patients souffrant de douleur chronique cancéreuse ou non. Dans certains cas, une collaboration avec le psychiatre ou le psychologue devient souhaitable. La difficulté est alors de faire accepter la démarche au malade. Cette demande d'avis psychiatrique ne doit surtout pas être interprétée comme la preuve que l'on croit la douleur « imaginaire ». La capacité à diriger le patient vers le psychiatre est un bon marqueur du fonctionnement en équipe. La démarche est facilitée lorsque le psychiatre est présenté comme un praticien habituel de l'équipe (structure ou réseau) et qui connaît bien certains des médicaments donnés à visée antalgique (psychotropes) ou qui maîtrise certaines techniques de contrôle de la douleur (relaxation, hypnose...), ceci pour les patients réticents, qui sont le plus souvent ceux ayant des problèmes psychologiques. Le psychiatre sera d'autant plus facilement accepté qu'il sera présenté précocement dès la consultation initiale (et non après échec des traitements proposés), et comme une procédure systématique dans l'évaluation de la douleur chronique.

** Relation avec le malade douloureux : (4,89)*

Le premier contact avec un douloureux chronique peut être délicat du fait de l'irritabilité, de l'agressivité exprimée, du sentiment de mise en échec que peut donner le patient. Dans tous les cas, la relation est facilitée lorsque le thérapeute montre clairement au patient qu'il croit à sa douleur, tout en expliquant que les causes ne sont pas univoques. L'entretien peut avantageusement être complété par une information générale sur la douleur, sous forme de brochure explicative par exemple.

** Évaluation de la composante affective-émotionnelle : (4,89,90)*

L'évaluation de la composante affective-émotionnelle comprend l'évaluation systématique de l'humeur. Le recours à des questionnaires d'autoévaluation ou hétéroévaluation de la dépression apporte une aide certaine, en particulier le questionnaire **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)** recommandé par l'ANAES. La dépression est fréquente et estimée à 30-50 % dans toutes les pathologies douloureuses persistantes (non cancéreuses) recensées dans les centres de traitement de la douleur. Elle peut expliquer la résistance aux autres thérapeutiques et influencer sur le comportement douloureux. L'existence de troubles de la personnalité associés peut contribuer à la pérennisation de la douleur. Il faut en tenir compte lorsqu'on définit le « programme thérapeutique ». Un avis psychiatrique sera alors d'autant plus indispensable, tant au plan diagnostique que thérapeutique. Le rôle du psychiatre est de replacer l'histoire de la plainte douloureuse dans la biographie du patient et d'établir des liens chronologiques avec des événements de vie. Il aidera à faire comprendre comment un symptôme, initialement somatique, a pu devenir chez ce malade un comportement qui sert de communication avec sa famille, son milieu socioprofessionnel, le corps médical, ou le système des assurances. Ces situations peuvent expliquer la persistance de la douleur et l'échec des thérapeutiques.

** Évaluation de la composante cognitive : (4,91)*

Elle précise la façon dont le patient se représente la cause de sa douleur et permet de mieux saisir son attitude vis-à-vis de la douleur. L'enquête a souvent intérêt à s'élargir aux problèmes douloureux antérieurs que le patient a pu expérimenter lui même ou observer dans son entourage : leur durée, leur sensibilité au traitement, l'appréhension qu'elles ont pu engendrer vis-à-vis de la maladie.

On découvrira souvent :

- Le désarroi qu'ont pu générer des avis successifs discordants ;
- L'incertitude résiduelle après des examens complémentaires dont le résultat a été qualifié de « négatif », laissant entendre que l'origine de la douleur restait mystérieuse puisque « non visualisée»;
- La croyance dans le fait que toute douleur persistante témoigne d'un processus pathologique évolutif susceptible d'empirer (par exemple, le lombalgique chronique craint l'évolution vers la paralysie des membres inférieurs et le fauteuil roulant) ;
- L'incompréhension que peut engendrer un « abandon » dans la prise en charge, inévitable si le thérapeute et le patient se fixent un objectif curatif radical;
- Une croyance exagérée dans l'origine somatique exclusive, renforcée par des envois maladroits vers un psychiatre, vécu comme la preuve « qu'on ne croit pas » à sa douleur.
- Les arrière-pensées, les interprétations erronées qui doivent être exprimées, clarifiées car elles alimentent souvent l'angoisse du patient.

La reformulation de la situation aide le patient à adopter un comportement plus adapté vis-à-vis de sa douleur. Les stratégies adaptatives sont une cible privilégiée de l'accompagnement cognitivo-comportemental du douloureux chronique. Évaluation de la composante comportementale L'impact de la douleur sur le comportement fournit de nombreux indices pour apprécier l'intensité de la douleur. Ces données comportementales sont à la base des grilles d'hétéro-évaluation de l'intensité de la douleur. On doit répertorier les diverses manifestations motrices ou verbales témoignant de la douleur lors de l'entretien, lors de l'examen clinique, dans les situations statiques et dynamiques: mimiques, soupirs, attitudes antalalgiques, limitations des mouvements, attitudes guindées. Ces manifestations peuvent constituer l'un des critères d'évaluation du traitement. Les plaintes verbales peuvent être quantifiées à partir de l'expression spontanée du malade ou sur interrogation, ou par

l'observation d'un envahissement total du langage du malade par ses propos sur la douleur. On distingue bien sûr le patient communicant du patient non communicant pour expliquer aussi la variabilité de cette composante de la douleur.

d- Evaluation du retentissement et du champ socio- économique:

** Retentissement fonctionnel et social de la douleur Chronique : (4,37,91)*

Pour évaluer le retentissement de la douleur sur l'ensemble des activités du patient, on doit entrer dans le détail de la vie quotidienne, avec l'aide éventuelle de l'entourage. La limitation des activités est un des éléments de mesure de la gravité d'un syndrome douloureux: temps passé allongé, activités courantes (toilette-habillage-courses-montée d'escaliers) maintenues, évitées, ou réalisées avec l'aide d'une tierce personne ; maintien ou non de loisirs, d'activité sexuelle ; maintien ou non de relations sociales. Un certain nombre d'échelles d'évaluation de l'incapacité fonctionnelle ou de qualité de vie ont été validées pour certaines pathologies rhumatologiques (EIFEL, Dallas, SF36...) ; le praticien généraliste pourra utiliser avec profit l'échelle de retentissement de la douleur chronique de l'ANAES.

L'attitude de l'entourage vis-à-vis de ces manifestations de douleur a tout intérêt à être connue : attitude de rejet, de sollicitude, d'attention exagérée ? Certaines de ces réactions peuvent être un facteur d'entretien du douloureux dans son handicap : la mise à jour de certaines séquences de cercles vicieux d'entretien doit être expliquée à l'ensemble du milieu familial et peut faire l'objet de traitements spécifiques.

Dans notre étude 15 sur 17 patients actifs soit 88.23% on vu leur vie professionnelle affectée par le syndrome douloureux chronique. La vie sociale de 34% de nos malades a été altérée tandis que 80% d'entre eux souffraient de troubles de sommeil et 28% de troubles sexuels.

Dans l'étude Epsidone, diverses activités de la vie quotidienne. Près de 80 % des répondants ont déclaré que leurs douleurs entraînaient une gêne pour soulever des objets lourds, 70 % pour pratiquer un sport ou une activité physique, 50 à 60 % pour jardiner, bricoler ou s'occuper des tâches ménagères. En outre, moitié des répondants ont déclaré être dans l'incapacité de travailler à cause de leurs douleurs.

** Contexte socioéconomique : (4,90)*

Il s'agit d'évaluer l'intrication éventuelle entre la douleur persistante d'une part, la situation professionnelle et le système des assurances d'autre part. Cette phase d'évaluation fixe le cadre dans lequel pourra être conduite la réhabilitation. Si le handicap douloureux maintient le patient en arrêt de travail, il faut évaluer, conseiller, et éventuellement imposer la stratégie la plus adéquate (reclassement, poste aménagé...). La recherche d'une collaboration précoce avec le médecin du travail permet une évaluation du retentissement professionnel des possibilités de reclassement professionnel ou de reprise progressive ultérieure (par exemple après une période mi-temps thérapeutique).

e-Évaluation de la douleur et du soulagement : (4,60,91)

L'évaluation du soulagement doit être effectuée au moment l'on attend l'effet analgésique du traitement instauré. La prise en charge du douloureux chronique est facilitée par la réalisation par le patient, sur plusieurs jours, d'un journal de la douleur ou calendrier quotidien des douleurs. Celui-ci fera ressortir les variations d'intensité de la douleur, et parfois les facteurs aggravants ou atténuants, les moyens (médicaments, positions...) de soulagement utilisés et leur durée d'action, les activités maintenues ou évitées, le temps de sommeil etc... Une évaluation quantitative de l'intensité de la douleur est inscrite par tranches horaires dans la journée. La «disparition complète de la douleur » est un critère de succès beaucoup trop

exigeant, qui risque, de ce fait, d'être peu sensible, notamment en matière de douleur persistante. Pour évaluer le soulagement, on se base soit sur des appréciations (en termes de pourcentage par exemple), soit sur les comparaisons des évaluations successives de l'intensité de douleur au moyen d'échelles (numérique ou visuelle analogique). L'évaluation du soulagement est indispensable pour adapter correctement la dose et les intervalles de prise d'un analgésique. Le résultat est rarement du type « tout ou rien » en matière de douleur chronique. Le malade en a été prévenu au départ puisque des objectifs raisonnables ont été décidés en commun. Ces objectifs vont réapparaître à ce stade de l'évaluation l'objectif a-t-il été atteint ? Totalement ? Partiellement ? Les changements s'évaluent de façon multifactorielle et ne se limitent pas à la douleur (réduction de la plainte douloureuse, pourcentage de soulagement), mais concernent aussi la capacité fonctionnelle (augmentation des activités), le degré de satisfaction globale (qui tient compte aussi des effets secondaires des thérapeutiques), la réduction ou la meilleure adaptation de la consommation médicamenteuse, la diminution du nombre de consultations médicales, l'extension de l'autonomie, le début de réhabilitation sociale et/ou professionnelle. L'ensemble de ces critères est indispensable à considérer pour parler de succès en termes de douleur chronique.

A leur présentation à notre consultation, 22 malades souffraient d'une douleur très intense mais l'intensité de la douleur a régressé chez tous nos malades entre la première et la troisième consultation rejoignant les résultats de l'étude Abel où 96 malades (39 %) avaient des douleurs modérées ou fortes à leur admission avec une nette amélioration notée après instauration du traitement.

f-Evaluation des objectifs à atteindre : (4,91,92)

L'évaluation ne saurait être complète sans avoir précisé la demande du patient. Dans les cas les plus complexes, celle-ci ne peut être explicitée et ce sera une des premières mesures thérapeutiques que de fixer conjointement avec le patient les objectifs raisonnables de la prise en charge. Devant une demande de type « tout ou rien », avec recherche de soulagement total et définitif, il faut savoir reformuler ces attentes vers un autre objectif plus réaliste : savoir faire avec la douleur et reprendre des activités. Certains patients ont déjà trouvé un *modus vivendi* et ils ont besoin d'être confortés dans cette attitude, ou mieux conseillés sur les possibilités actuelles de soulagement. Un rôle d'information n'est pas négligeable du fait de la diversité des méthodes antalgiques à propos desquelles les patients peuvent être sollicités, dans un cadre publicitaire ou non. Parfois le patient, qui faisait face jusque-là, consulte car il est épuisé, déprimé ; il peut l'exprimer alors sous la forme d'une demande de soulagement complet. Il peut aussi avoir été conseillé par son entourage, persuadé qu'on peut mieux faire, ou las de supporter certaines plaintes. Si un certain équilibre est atteint, il faudra peser minutieusement les avantages et les inconvénients à faire de nouvelles propositions thérapeutiques. La décision doit être prise avec un patient parfaitement averti de ce qui est aujourd'hui possible et de ce qui ne l'est pas.

V- CONDUITE THERAPEUTIQUE DEVANT UNE DOULEUR CHRONIQUE:

L'évaluation des différentes composantes – somatique, psychologique et sociale – de la douleur chronique conduit à porter l'indication de moyens thérapeutiques très divers: médicamenteux, physiques, psychologiques, chirurgicaux. Plutôt qu'une succession dans le temps de chaque thérapeutique, il est préférable de les envisager d'emblée en combinaison sous la forme d'un programme structuré ou programme multimodal. Cette démarche n'interdit

pas l'évaluation respective des traitements introduits qui n'ont pas les mêmes délais d'action, ni le respect d'une progression hiérarchisée qui doit prendre en compte le caractère plus ou moins invasif et le rapport bénéfice/ risque de chaque méthode. Le but est rarement le soulagement rapide et complet de la douleur mais plutôt une amélioration progressive.

Sans être exhaustif, nous allons envisager les traitements analgésiques les plus usuels, en soulignant les causes habituelles d'échecs. (4,93)

1-Médicaments antalgiques : (4,36,51,94,95,96,97)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé, dans le cadre des douleurs cancéreuses, une échelle de décision thérapeutique comportant trois paliers d'analgésiques. Ce schéma reste actuellement un guide didactique de référence dans la douleur cancéreuse. On peut l'extrapoler à d'autres douleurs d'origine nociceptive en utilisant les paliers de l'OMS comme une échelle de prescription selon l'intensité de la douleur :

- **Le niveau I** : correspond aux analgésiques non morphiniques (paracétamol et aspirine) et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ;
- **Le niveau II** : correspond à l'association des analgésiques non morphiniques aux opioïdes mineurs (codéine, dextropropoxyphène, tramadol).
- **Le niveau III** : correspond aux analgésiques opioïdes majeurs, dont le chef de file est la morphine orale (à libération immédiate [LI] et prolongée [LP]).

L'inefficacité d'un analgésique conduit au passage d'un échelon à l'autre dans l'échelle de l'OMS. Quel que soit le contexte clinique, à partir du moment où une douleur est continue dans la journée, les prises gagnent à être administrées de façon préventive, à horaire fixe, à intervalle régulier, en tenant compte de la durée d'efficacité du produit utilisé. D'un point de

vue psychologique, cette attitude réduit l'anxiété d'anticipation ; d'un point de vue pharmacologique, elle maintient des taux plasmatiques stables, dans la zone d'efficacité.

Il est traditionnel de classer les antalgiques disponibles de façon dichotomique, selon leurs point d'impact supposé, en antalgiques « centraux » (morphiniques) qui agissent sur le système nerveux central et antalgiques « périphériques » qui agissent principalement au niveau des récepteurs périphériques.

Cependant, le mode d'action des antalgiques restent imparfaitement connu, et l'on sait que certains antalgiques « périphériques » (l'aspirine comme le paracétamol) possèdent aussi des effets centraux, de même que les opiacés agissent pour une partie au niveau périphérique.

1.1-Les antalgiques morphiniques : «opiacées» (97,98,99,100)

On peut les classer en 3 groupes :

- Opioides forts « agonistes purs » : morphine et dérivés.
- Opioides forts « agonistes partiels » (Bupernorphine) ou « agonistes antagonistes » (pentazocine, Nalbuphine).
- Opioides faibles : Codéine et Dextroproxyphe.

a-Opioides forts « agonistes purs » : morphine et dérivés.

* *Morphine à libération immédiate* (4,54,83,100,101)

Chlorhydrate de morphine

Le chlorhydrate de morphine en solution buvable est disponible sous forme de préparation ou d'ampoules buvables à 10 ou 20 mg. La posologie est d'une prise toutes les 4 heures (interdose).

Sulfate de morphine

Le sulfate de morphine est commercialisé sous forme de comprimés ou de gélules à libération immédiate dosés à 5, 10, 20 et 30 mg selon les spécialités (interdose).

La morphine à libération immédiate est utilisée le plus souvent pour la titration et l'équilibration antalgique et la prise en charge des douleurs aiguës sur fond de douleur chronique (interdose) : douleur incidente prévisible (soins, mobilisation du malade...), ou douleur spontanée aiguë exemple métastase osseuse).

** Morphine à libération prolongée (54, 100,101,102)*

Sulfate de morphine

Le sulfate de morphine existe soit sous forme de comprimés à libération prolongée dosés à 10, 30, 60, 100 et 200 mg ou de gélules à libération prolongée dosées à 10, 20, 30, 50, 60, 100 et 200 mg selon les spécialités.

Pour les formes à libération prolongée la posologie est habituellement d'une administration toutes les 12 heures ou toutes les 24 heures. Les gélules contiennent des granules de petit diamètre, pouvant être administrées dans les sondes naso-gastriques de diamètre supérieur à 16 FG ou en mélange dans les aliments. L'administration de morphine est ainsi possible chez les patients ayant des difficultés de déglutition. Les formes à libération prolongée améliorent considérablement le confort du malade. La morphine à libération

prolongée est généralement utilisée en relais de la forme immédiate lorsque la douleur est contrôlée.

Péthidine (102)

Elle n'est pas recommandée dans les douleurs cancéreuses en raison :

- d'une durée d'action trop courte pour traiter les douleurs chroniques (2,5-3,5 h),
- du risque de convulsion lié à l'accumulation de son métabolite toxique – la norpéthidine –, en cas d'administrations répétées notamment chez l'insuffisant rénal. C'est son activité spasmolytique spécifique qui pourrait cependant motiver son utilisation dans certaines douleurs viscérales. La posologie est de 5 à 10 mg/kg/j. La voie veineuse est préférée car la voie sous-cutanée est très mal tolérée (histamino-libération). Il n'existe pas de formes orales.

Hydromorphone

Une dose de 4 mg d'hydromorphone a un effet antalgique approximativement équivalent à 30 mg de sulfate de morphine *per os*. L'effet est obtenu plus rapidement qu'avec la morphine mais la durée d'action est également plus courte (2 à 3 heures). La demi-vie courte peut être intéressante chez les personnes âgées ne tolérant pas la morphine. Par voie orale, l'hydromorphone est indiquée dans le traitement des douleurs intenses d'origine cancéreuse en cas de résistance ou d'intolérance à la morphine à raison d'une prise toutes les 12 heures sans limitation de posologie tant que les effets indésirables sont contrôlés.

Fentanyl (103,104,105)

Le fentanyl est un anesthésique général étroitement apparenté à la péthidine, 80 à 100 fois plus puissant que la morphine. Il n'est largement utilisé en tant qu'analgésique que depuis

l'introduction d'une nouvelle forme galénique : le fentanyl transdermique. Ce patch va probablement modifier la prise en charge de la douleur d'un certain nombre de malades. Le patch de fentanyl ne doit pas être utilisé pour des patients avec des douleurs instables. Chez les patients naïfs d'opioïdes, le dosage faible à 25µg/h s'est avéré efficace et sans complications. Le patch de fentanyl peut être une alternative à la morphine lorsque la voie orale (en cas de nausées, de vomissements et de dysphagies) est impossible ou pour des patients avec une mauvaise observance. Certaines études suggèrent que le patch de fentanyl donne moins de constipations que la morphine. Habituellement appliqués sur le torse, ces dispositifs présentent un réel confort pour les patients ambulatoires.

Pour la majorité des patients, ces patches doivent être remplacés toutes les 72 heures. Les taux plasmatiques habituellement obtenus sont stables à la pose du deuxième patch (au bout de 6 jours), cependant un petit groupe de patients nécessite le remplacement du patch au bout de 48 heures. Les posologies doivent être adaptées de façon individuelle et le choix de la posologie initiale est basé sur les antécédents d'utilisation de morphiniques. Lors de l'application du premier dispositif transdermique, du fait du long délai d'action, il convient de l'utiliser en coprescription avec un antalgique d'action immédiate. Les doses initiales recommandées actuellement peuvent s'avérer insuffisantes lors d'un traitement de première intention, une titration au jour le jour (dose de secours) et une augmentation des doses toutes les 72 heures pourra alors permettre un contrôle efficace et sûr. En effet des variations importantes interindividuelles et intra-individuelles existent au niveau de la résorption du médicament. Ces variations seraient dues à l'épaisseur de la peau, aux conditions de pose, et à l'état du patient (hyperthermie).

Un traitement antalgique à base de morphine à libération prolongé et à libération immédiate a été instauré respectivement chez 24,8% et 12,8% de nos malades après la

consultation spécialisée douleur. Dans l'étude LEPEINTRE, la consommation des morphiniques a été enregistrée chez 33% des malades. Cette prescription reste de loin dépassée par celle des antalgiques du premier et deuxième palier et ceci est dû à la difficulté de la maniabilité des morphiniques ainsi qu'à leurs nombreux effets secondaires.

** Indication à la Morphine : (41,54,83,106)*

Le recours à la morphine se justifie essentiellement :

- En cas de douleurs aiguës et intenses en traitement bref (Infarctus du myocarde, Sciatique hyperalgique, ect).
- Après échec des antalgiques des niveaux I et II de l'OMS, en traitement prolongé. En cas de maladie chronique, la substitution de la Morphine orale au traitement antérieur se fait en suivant la table de conversion équivalant-analgésique (Tableau XV).

Tableau XV : Table de conversion équi-analgésiques : Opiacés. (101,106)

Opiacés		Traitement antérieur	Facteur de conversion	Posologie équivalente à 6 mg de sulfate de morphine (Moscontin, Strenan) 30 mg matin et soir
Opiacés Forts	Agonistes	Marphine PO	X 1	60 mg
		Pethidine (Dolosal) S/C.IM	X 3	20 mg
		Dextromoramide IM	X 0,4	150 mg
	Purs	(Palfium) PO	X 6	10 mg
		IM	X 10	6 mg
	Agonistes Partiels	Buprenorphine S/C.IM	X 75	0,9 mg
		(Temgesic) Sublingual	X 37,5	1,6 mg
	Agonistes Antagonistes	Nalbufine (Nubain) IM	X 3	20 mg
		Pentazocine (Fortal) IM	X 0,5	120 mg
	Opioïdes Faibles		Dextropropoxyphène PO	X 0,1
		Codéine PO	X 0,25	240 mg

* *Effets secondaires de la Morphine et ses dérivés, prévention et traitement :*

➤ **Effets indésirables les plus fréquents :** (32,54,98,101,106)

- ⇒ La constipation : presque systématique, elle impose un traitement prophylactique par une hydratation importante (1,5 à 2l/j) et par des produits stimulants le péristaltisme intestinal (exemple: Duphalac, Lactulose*)
- ⇒ Les nausées et vomissements : observés surtout en début de traitement (faibles doses des morphines), ils répondent aux traitements antiémétiques usuels (Primperan*, Vogalen*...) en cas d'échec, on peut utiliser le domperidone (Motilium*, les antihistaminiques, voire d'autres neuroleptiques (Largactil*, Haldol*))
- ⇒ La sédation ; fréquente, apparaît surtout au début du traitement et résolutive au bout de quelques jours.

Dans notre étude, les effets secondaires observés étaient de type de vomissement et de sédation.

➤ **Effets indésirables rares :** (3,54,98,99,107,108)

C'est le plus connu, ils constituent un frein à la prescription de la morphine et pourtant ne posent pas de problème clinique majeur. La dépendance psychique (toxicomanie): est l'envie irréversible de se procurer de la morphine en cas d'arrêt de celle-ci. Cet effet ne survient pas lorsque le malade reçoit les opiacés de façon judicieuse, c'est-à-dire en tant qu'analgésique.

- ⇒ La tolérance : est la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets, à prévenir par réduction progressive des posologies après un usage intensif et prolongé.
- ⇒ Le syndrome de sevrage : c'est un état de dépendance physique due à l'arrêt brutal du traitement ou à l'association d'un antagoniste spécifique. Il associe dans un tableau clinique complexe : sueurs, larmoiement, catarrhe, crampes musculaires, troubles digestifs

(vomissements, diarrhées, douleurs abdominales), agressivité, tachycardie, hypertension artérielle, mydriase, hyperthermie. Le traitement comporte la clonidine (Catapressan*) associée aux neuroleptiques ou la prise de la morphine.

⇒ Détresse respiratoire : Ce risque reste exceptionnel si on augmente progressivement les posologies de morphine, mais une surveillance des patients et l'existence d'un antagoniste (Naloxone : Narcan*) (inexistant au Maroc), susceptible de réserver les effets de la morphine, permet d'éviter des problèmes respiratoires majeurs.

➤ **Autres effets secondaires :**

⇒ Sur l'appareil cardio-vasculaire : les morphiniques entraînent de façon peu marquée une bradycardie, une réduction du travail cardiaque, une baisse des résistances périphériques. En pratique ces effets font de la morphine une thérapeutique d'appoint lors d'OAP et d'infarctus du myocarde.

⇒ Myosis d'origine central, bon signe d'intoxication chronique.

⇒ Hyperglycémie par libération de catécholamines surrénaliennes.

⇒ Prurit par libération d'histamine.

A fortes doses, on peut avoir une hyperthermie par action sur les centres thermorégulateurs.

b-Agonistes-antagonistes morphiniques (54,100,106,108)

** Buprénorphine*

Elle est agoniste partiel et antagoniste de la morphine. Elle présente un effet plafond et peut être administrée par différentes voies :

- Voie sublinguale : La buprénorphine peut être intéressante dans les douleurs modérées à fortes du patient cancéreux. Elle trouve une place entre les antalgiques du palier II et les opioïdes forts du palier III. Le début du traitement peut être effectué sur la base d'une administration toutes les 12 h. Il est nécessaire de rappeler au patient de laisser dissoudre le comprimé lentement sous la langue. Si la durée de l'antalgie obtenue est insuffisante, il est nécessaire de raccourcir l'intervalle d'administration, en passant à une administration toutes les 8 heures.

En pratique, le respect d'un délai de 8 heures ne rend pas ce médicament toujours très maniable dans les douleurs cancéreuses. La posologie moyenne est de 200 à 400µg toutes les 8 h. L'effet plafond serait atteint pour une dose de 1 mg. Remarque : à doses fortes (jusqu'à 16 mg en sublingual), elle est une alternative à la méthadone pour le sevrage des opiacés.

- Voies parentérales : Le traitement peut éventuellement être commencé par voie intramusculaire pour éviter la latence d'action de la voie sublinguale (30 à 45 minutes). Par voie IM, la buprénorphine est 30 fois plus puissante que la morphine. Sa durée d'action est de 4 à 8 h. En cas de surdosage, elle peut provoquer des dépressions respiratoires difficilement réversibles par la naloxone. La posologie est de 4 à 6 µg/kg par voie IV, IM ou SC.

* *Nalbuphine* (54,100,106,108)

La nalbuphine n'est pas utilisée pour traiter les douleurs chroniques cancéreuses du fait :

- d'une durée d'action trop courte,
 - d'un effet plafond de la courbe dose-effet comme tous les morphiniques agoniste-antagonistes,
 - du risque de survenue d'effets indésirables à type de dysphories ou d'hallucinations,
-

- du risque de déclenchement d'un syndrome de sevrage chez les sujets présentant une dépendance aux opiacés.

* *Pentazocine* (54,100,106,108)

La pentazocine n'est pas utilisée pour traiter les douleurs chroniques cancéreuses du fait :

- d'une durée d'action trop courte,
- d'un effet plafond de la courbe dose-effet comme tous les morphiniques agoniste-antagonistes – du risque de survenue d'effets indésirables à type de dysphories ou d'hallucinations,
- du risque de déclenchement d'un syndrome de sevrage chez les sujets présentant une dépendance aux opiacés.

* *Effets secondaires des « agonistes-antagonistes »* : (54,99,108)

Pour la Buprenorphine, on peut avoir une dépression respiratoire mais plus fréquemment une somnolence, nausées et vomissements (30 % des cas environ), vertiges, lipothymies, sueurs sont souvent présent lors de l'administration prolongée, l'effet toxicomanogène et la dépendance sont pratiquement inexistantes.

c-Opioides Faibles «agonistes purs»:Dextropropoxyphène et Codéine (niveau IIA)

* *Dextropropoxyphène* : (54,98,108)

Analgésique morphinique mineur ayant un effet analgésique inférieur à celui de la codéine, utilisé de façon optimale en association avec un analgésique périphérique ; associé au

Paracétamol (Diantalvic*), à l'Acide acétylsalicylique (Propagon*), la posologie est de 3 à 10 mg / kg / 24 h en 4 à 6 prises par jour.

* *La Codéine* : (54,83,98,109,110)

La Codéine est un analgésique morphinique ayant un effet antalgique 5 à 10 fois plus faible que celui de la morphine, c'est le principal médicament du niveau II de l'OMS. Associé aux autres antalgiques : Paracétamol (Efferalgan, Codoliprane ...), à l'Aspirine (Visceralgine Forte*), mais l'association qui donne le meilleur rapport antalgique / effet secondaire est celle associant 500 mg de Paracétamol et 30 mg de codéine. La posologie est de 5 à 50 mg de codéine toutes les 4 heures.

* *Tramadol* : (54,109,110)

Le tramadol est un analgésique central. Il possède une action sélective sur les récepteurs mu et une faible action sur les autres récepteurs opioïdes. Il possède également un effet monoaminergique central dû à une inhibition du recaptage de la noradrénaline et de la sérotonine, mécanisme impliqué dans le contrôle de la transmission nociceptive centrale. C'est un agoniste partiel qui induit moins de constipation et de dépression respiratoire aux doses équivalents de la morphine.

Son potentiel de toxicomanie est faible. Il existe des formes à libération immédiate (4 à 6 prises par jour) et des formes à libération prolongée (2 prises par jour). Une dose d'attaque est préconisée (formes immédiates : 50 ou 100 mg puis 50 ou 100 mg toutes les 4 à 6 heures ; formes prolongées : 150 ou 200 mg puis 150 ou 200 mg deux fois par jour). Chez les patients

cancéreux, il s'est révélé moins efficace que la morphine orale à libération prolongée. Il est aussi efficace que la péthidine dans les autres affections douloureuses.

** Effets secondaires : (98,111,112)*

⇒ Pour la Codéine : les plus fréquents sont les nausées, les vomissements et la constipation (en cas de traitement prolongé).

⇒ Quant à la Dextroproxypène, deux effets lui sont propres: la cardiotoxicité et les hypoglycémies (d'où son usage prudent chez le diabétique traité par hypoglycémifiants), comme la codéine, le risque de dépendance et de toxicomanie est négligeable.

Dans notre étude, les Opioïdes faibles (Codéine, Dextroproxypène) n'ont été utilisés que chez 20% des patients.

1.2-LES ANTALGIQUES NON MORPHINIQUES: Dits «périphériques» niveau I de l'OMS.

a-Acide Acétylsalicylique et AINS proposés comme antalgiques: (28,31,109)

En dépit de différences entre ces deux produits (en particulier au niveau de la tolérance), aspirine et anti-inflammatoires non stéroïdiens membres d'une même famille, possèdent des caractéristiques pharmacologiques communes qui justifient leur regroupement dans ce même paragraphe, les uns et les autres ont en particulier une particularité analgésique indépendante de leur effet anti-inflammatoire (Tableau XVI).

** Acide Acétylsalicylique : (Aspirine) (28,109)*

Chef de file des AINS, l'aspirine existe sous deux formes, orale et injectable

Tableau XVI : Forme orale (Adultes) des AINS proposés comme antalgiques. (31,109)

Nom	Dénomination Commerciale	Posologie maximale antalgique/j	Posologie maximale anti- inflammatoire
Acide Acétylsalicylique	Aspirine Aspegic	3 g 1,2 g	6 g
Fénoprophène	Nalgésique Advil, Algifène	1,2 g	3,2 g
Ibuprophène Ketoprophène	Analgyl, Nurafen Topree	150 mg	3,2 g
Acide Méfénamique	Ponstyl	1,5 g	300 mg

(Les posologies proposées à visée antalgique sont inférieures à celle utilisées pour chercher un effet anti-inflammatoire).

➤ La forme orale : elle a de très nombreuses présentations commerciales comprenant des formes galéniques variées, dont les objectifs principaux sont d'améliorer la rapidité et / ou la durée d'action ainsi que la tolérance digestive (formes soluble non tamponnées, formes tamponnées, formes entériques ...). (28,54,106,109).

* A dose faible (100 mg / j), l'aspirine est antiagrégant plaquettaire.

* A dose moyenne (1 à 3 g / j), il est antalgique.

* A dose supérieure à (3 g/j), il est anti-inflammatoire (Tableau XIX).

➤ La forme injectable : (Aspegic injectable 0,5 g ou 1g) : entraîne une activité antalgique rapide et intense (Salicylémie à 110 mg / l en 15 min) après l'injection de 1 g en IM et à 220 mg / l après 1 g en IV). La posologie usuelle chez l'adulte est de 0,5 à 1 g par injection et de 1 à 2 g / j avec une posologie maximale de 4 g / j. (83,106,109).

** Antalgiques dérivés des AINS : (83,109,113)*

Quoique soient leurs posologies antalgiques réduites par rapport à celle anti-inflammatoire, les spécialités antalgiques des AINS restent des AINS et elles en partagent les effets secondaires, les interactions médicamenteuses et les contre-indications.

** Les effets secondaires des AINS :*

- Les troubles gastro-intestinaux : fréquent et dose dépendants, ils sont dominés par les nausées, les vomissements et les gastralgies. Mais les accidents digestifs graves (ulcère, hémorragie gastrique, perforation digestive) sont toujours à craindre puisqu'ils représentent 0,5 à 3 % des complications des AINS. Un ulcère en évolution, voire des antécédent d'ulcère, représentent une contre indication aux AINS (83,109,111,114).
- Les manifestations immunologiques : fréquentes et non dose dépendantes, on peut observer un urticaire, un prurit, des éruptions maculo-papuleuses, voire même un syndrome de Leyll. L'Aspirine vient au 3^{ème} rang des causes d'allergie médicamenteuse (111,114,115).
- Effets indésirables hématologiques : on peut avoir des troubles d'hémostase (en rapport avec le pouvoir antiagrégant plaquettaire) surtout avec l'aspirine d'où l'intérêt de l'éviter pendant les règles (54,98,115)
- Effets secondaires rénaux : essentiellement, une insuffisance rénale fonctionnelle, mais également une rétention hydrosodée, une néphropathie interstitielle avec ou sans syndrome néphrotique. Ses effets rénaux peuvent être en rapport avec une inhibition de la synthèse des prostaglandines rénales mais aussi des mécanismes toxiques et immunoloallergiques. (51,98).
- Effets indésirables hépatiques : tous les AINS peuvent être hépatotoxiques entraînant une hépatite cytolitique ou cholestatique, d'où l'intérêt des contrôles biologiques lors des traitements prolongés (98).
- Risque infectieux : Le traitement par les AINS peut favoriser l'extension d'un foyer infectieux qu'il faut chercher et traiter en même temps. (98,116)

Dans notre étude, les AINS étaient les plus prescrits par les médecins (44%), on peut remarquer qu'aucune précaution n'a été prise avant cette prescription abusive (recherche des antécédents d'ulcère, d'atteinte rénale...).

Afin de bénéficier d'un traitement antalgique, il est nécessaire de connaître parfaitement ses effets secondaires, le dépistage précoce de ceux-ci et le respect de ses précautions d'emploi.

b- Le Paracétamol et ses effets secondaires : (83,98,109)

C'est l'antalgique, l'antipyrétique le plus maniable du niveau I de l'OMS. Il est commercialisé : soit seul (niveau I de l'OMS) soit associé à d'autres principes actifs, notamment la codéine ou le dextropropoxyphène (niveau II de l'OMS), il est globalement indiqué dans les douleurs d'intensité modérée qu'elles soient bénignes ou non chez l'adulte, la posologie usuelle ne doit jamais dépasser, en raison de l'hépatotoxicité redoutable :

- 3g / 24 h en dehors de toute atteinte hépatique.
- 2g / 24 h chez les sujets chez lesquels existe une induction enzymatique (alcoolisme, prise médicamenteuse).

En cas de mauvais état nutritionnel associé, les prises doivent être espacées d'au moins 4 heures.

Effets indésirables du Paracétamol : (54,83,98,109)

- Le Paracétamol est globalement caractérisé par une bonne tolérance. Ces effets secondaires sont rares aux doses thérapeutiques, les plus fréquents sont des manifestations cutanées à type de rash avec érythème, urticaire et/ou prurit, la survenue de tels effets indésirables exclut l'utilisation ultérieure de ce médicament.

- Quant à la toxicité hépatique, elle ne s'observe qu'en cas de surdosage par contre chez les sujets dénutris, présentant des lésions hépatiques ou recevant un inducteur enzymatique ou encore chez l'enfant et les personnes âgées, le Paracétamol peut engendrer en 3 à 5 jours, même aux doses thérapeutiques, une hépatotoxicité potentiellement grave, mortelle lorsque la dose ingérée est supérieure à 10 g chez l'adulte ou 125 mg / kg chez l'enfant, elle nécessite un traitement d'urgence par l'antidote N-acétyl-cystéine.

c-La Noramidopyrine : (31,32,54,101)

Bien que très efficace, notamment en association à un autre antispasmodique (Baralgine, Visceralgine Forte, Avafortan* ...) dans le traitement des douleurs viscérales aiguës à composantes spasmodique (colique hépatique ou néphrétique ...), le risque d'agranulocytose mortelle doit réserver la noramidopyrine à des situations exceptionnelles d'impasse thérapeutique en cas d'échec ou de contre indication à tous les autres antalgiques (y compris les opiacés majeurs).

1.3-LES MEDICAMENTS CO-ANTALGIQUES :

Ce sont des médicaments utilisés pour accroître l'efficacité des antalgiques (107,108).

a- Les AINS envisagés comme « co-antalgiques » : (38,98)

Agissent sur la douleur essentiellement par le fait de leur action anti-inflammatoire. En effet elle nécessite des posologies supérieures à celle nécessaires à l'effet antalgique par (tableau XIX), ils sont indiqués dans les pathologies ayant une composante inflammatoire qu'elle soit chronique (ex : Cancer, Atteintes ostéoarticulaires rhumatismales chroniques ...) ou aiguë (ex : douleur post traumatiques, dysménorrhée ...).

Au lieu de retenir une classification fondée sur la composante inflammatoire, il semble plus pratique de retenir celle séparant les AINS en fonction de leur durée d'action, qui dicte leur rythme d'administration.

⇒ Une demi-vie courte conditionne des prises quotidiennes nombreuses.

⇒ Une demi-vie longue favorise l'observance thérapeutique en raison d'une mono prise, mais pourrait exposer à plus d'intolérance digestive.

La posologie varie selon les produits.

b-Les antidépresseurs. (ATD) (4,54,117,118)

Les antidépresseurs sont utilisés dans deux indications : d'une part pour leur action analgésique propre, d'autre part pour le traitement des symptômes psychiques fréquemment associés à la douleur chronique, comme les syndromes anxiodépressifs. Les indications spécifiques les plus intéressantes concernent les douleurs neuropathiques, où les antidépresseurs sont efficaces sur la composante continue comme sur la composante paroxystique (neuropathie diabétique, mononeuropathie, douleur postzostérienne), mais aussi les céphalées (migraine, céphalées de tension ou mixtes) et la fibromyalgie. Les molécules qui ont fait la preuve de leur efficacité dans des essais contrôlés sont des antidépresseurs tricycliques (clomipramine, amitriptyline, imipramine, désipramine). L'administration se fait à

doses progressivement croissantes. L'effet analgésique se manifeste de façon retardée (après 1 à plusieurs semaines). Il est raisonnable d'attendre au moins quelques semaines avant de conclure à un échec. Les causes d'échec sont l'arrêt précoce du traitement, le dosage insuffisant, la non correction des effets secondaires, la mauvaise adhésion des malades qui ne comprennent pas pourquoi un antidépresseur a été prescrit pour une douleur (manque d'information). Les effets secondaires sont nombreux et expliquent un certain nombre d'abandons lorsque les traitements doivent être prolongés : prise de poids, somnolence, sécheresse des muqueuses, constipation, troubles sexuels. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont mieux tolérés, mais le niveau de leur efficacité dans la douleur n'est pas démontré.

Dans notre étude, la principale indication s'est posée principalement en cas de douleurs neuropathiques.

c-Les Antiepileptiques : (3,4,54,98,118)

Certains anticonvulsivants sont indiqués dans les douleurs neuropathiques (neuropathies diabétiques ou infectieuses, algies postzostériennes, douleurs centrales) et dans la névralgie essentielle du trijumeau. Les produits les plus étudiés sont la carbamazépine (Tégrétol®, en particulier dans la névralgie du trijumeau) et la gabapentine (Neurontin®). On manque de travaux sur d'autres produits tels que la lamotrigine (Lamictal®) et le clonazépam (Rivotril®).

Ici encore, il est impératif d'augmenter progressivement les doses pour déterminer pour chaque patient la dose efficace. Le niveau de preuve acquis par les études publiées fait de certains anticonvulsivants des médicaments de choix en seconde ligne, dans ces indications, en cas d'inefficacité ou d'intolérance aux antidépresseurs tricycliques.

d-Autres co-antalgiques : (30,54,106,119)

Il existe divers co-antalgiques dont certains sont d'emploi plus répandu comme :

- Les antispasmodiques : qui sont des co-analgésiques sans propriétés antalgiques propres, ils soulagent le spasme d'origine viscérale, organiques ou non, ils ne masquent pas l'évolution de « l'abdomen aigu chirurgical ».
- Le Tiemonium visceralgine : actif sur le muscle lisse, elle a une action anticholinergique et contre-indiquée en cas de glaucome (peros, en suppositoires ou en IV).
- Le Phloroglucinol (Spasfon*), actif sur le muscle lisse mais sans action anticholinergique et donc en cas de glaucome (voie orale, rectale, IV), et dénué de toute toxicité.

Le Médecin doit savoir-faire bénéficier son patient du renfort appréciable que peuvent apporter les « co-antalgiques ». Ceux-ci ne possèdent la propriété antalgique qu'à titre complémentaire (à part les ATD et les antiépileptiques) et dans certaines conditions précises d'où la nécessité de les associer aux médicaments antalgiques, dans notre étude, 10% des patients ont reçu un traitement à base d'antidépresseurs ou d'anticonvulsivants.

e-Anxiolytiques et sédatifs : (4,54)

Les patients douloureux chroniques consomment plus de benzodiazépines que la population générale. Pourtant, leur intérêt dans le traitement de la douleur n'est pas démontré. Souvent prescrits pour un trouble du sommeil ou comme myorelaxant, les benzodiazépines ne sont pas des médicaments inoffensifs. Leurs effets secondaires (sédation, troubles cognitifs) vont à l'encontre du programme de reprise d'activité. Du fait du risque de

pharmacodépendance, il est recommandé de les prescrire pour de courtes périodes. Ils peuvent être souvent avantageusement relayés par l'apprentissage d'une technique de relaxation.

f-Les corticoïdes (4)

Par leur action anti-inflammatoire, les corticoïdes ont une place importante dans la prise en charge de la douleur. Ils agissent principalement sur les douleurs par infiltration et compression tumorale. Ils ont une action remarquable dans le cadre des douleurs liées à des métastases hépatiques et cérébrales. Dans tous les cas, un traitement d'épreuve d'une semaine peut être entrepris (à la posologie d'1 à 2 mg/kg).

2-Principales règles d'utilisation des antalgiques et en particulier de la morphine

(54,42)

Ces règles ont été définies dans un certain nombre de documents de synthèse et dans la plupart des ouvrages qui traitent de la douleur. La mise en route d'un traitement antalgique repose sur une démarche diagnostique et ne se substitue jamais au traitement étiologique. Les principes du traitement antalgique, adaptés des principes de traitement donnés par l'OMS pour le traitement de la douleur cancéreuse, sont les suivants:

~ Adaptation du traitement au mécanisme de la douleur.

~ Dans toutes les situations cliniques, priorité au traitement étiologique dans la prise en charge de la douleur. En ce sens, on peut parfaitement accepter de mettre en œuvre des

thérapeutiques complexes (radiothérapie, chimiothérapie, chirurgie. . .) pour diminuer une douleur ;

~ Organisation du traitement antalgique par morphinique sur le modèle d'un traitement de fond (par exemple morphine LP ou en IVSE) associé à des interdoses (doses de secours) que le patient pourra prendre en cas d'accès douloureux paroxystique ou en prévention d'une douleur induite ;

~ Posologie d'une interdose variant entre 1/6 et 1/10 de la dose totale quotidienne de morphine

~ Augmentations de posologie par palier de 50 % en n'omettant pas d'augmenter les interdoses;

~ Choix de la voie d'administration la plus adaptée au patient et à sa situation clinique, en privilégiant le plus possible la voie orale (ne douleur intense autorise le recours à la voie parentérale d'emblée).

~ Choix prudent de la molécule en fonction de l'effet analgésique attendu mais aussi des effets collatéraux utiles : par exemple, les antidépresseurs ont une action sur l'humeur et les sédatifs une action sur le sommeil.

~ Abandon de l'administration des antalgiques seulement à la demande, au moment des douleurs, au profit d'une administration systématique afin de prévenir leur retour.

~ Personnalisation du traitement antalgique : la bonne dose est celle qui soulage le malade et les intervalles de prises sont à adapter selon les résultats de la réévaluation régulière de la douleur.

~ Augmentation de la dose jusqu'au soulagement espéré, à la limite tolérable des effets indésirables ou aux doses maximales possibles avant de parler d'échec thérapeutique.

~ Avant d'augmenter la posologie des analgésiques purs : introduire un coanalgésique qui pourra avoir une action antalgique tout aussi efficace ;

~ Attention aux détails : les soignants doivent insister sur la régularité des prises d'antalgiques et préciser par écrit l'horaire des prises ; le malade et l'entourage doivent être avertis des effets indésirables possibles du traitement antalgique et disposer des moyens d'y faire face.

~ L'administration d'un traitement antalgique repose sur une évaluation initiale parfaite et une réévaluation après la prise des médicaments tout aussi rigoureuse ;

~ utiliser des associations médicamenteuses. Mais il n'y a pas lieu d'associer des antalgiques de même niveau.

~ être persistant, encourageant et étayant. Dans le cas particulier des sujets fragiles, notamment chez le sujet âgé, il est particulièrement recommandé (en particulier pour la morphine).

~ De rechercher avec prudence la posologie minimale efficace pour calmer la douleur, en augmentant progressivement la posologie (en démarrant avec des posologies diminuées de moitié par rapport aux doses habituellement utilisées).

~ D'utiliser de préférence les médicaments à élimination rapide.

3-Initiation des traitements antalgiques :

Il est recommandé de débiter le traitement antalgique par une molécule du palier 1 de l'OMS. Ensuite, le changement de palier est recommandé lorsque les médicaments du palier précédent, correctement prescrits, avec l'utilisation éventuelle des coanalgésiques sont insuffisants à soulager la douleur. Des douleurs intenses doivent d'emblée justifier d'utilisation d'opioïdes forts. Dans tous les cas, il ne faut pas s'attarder plus de 24 à 48 heures sur un palier qui s'avère inefficace. En pratique, lors d'un passage d'un palier 2 (prescrit aux doses maximum) à un palier 3 la posologie initiale de morphine per os est de 60 mg/24 heures avec des interdoses de 10 mg. La mise en oeuvre peut se faire selon deux procédures :

~ Soit on effectue une véritable titration en utilisant de la morphine à LI délivrée toutes les quatre heures (10 mg en per os). Si la douleur n'est pas soulagée, on redonne, entre les prises régulières, une interdose (10 mg) jusqu'à une fois par heure, puis, au bout de 24 heures, on réadapte la posologie en fonction du nombre d'interdoses consommées (ex. : six prises de 10 mg toutes les quatre heures plus six interdoses de 10 mg, soit un total de 120 mg/j). Lorsque la juste dose est trouvée, on peut faire un relais par de la morphine à LP en gardant les interdoses.

~ soit d'emblée on utilise de la morphine à libération retardée (ex. : 30mg le matin et le soir) avec des interdoses possibles toutes les quatre heures (dans l'exemple 10 mg). Si le nombre d'interdose est supérieur à trois, on augmente d'autant la dose du matin et du soir (ex. j1 : morphine LP 30 mg matin et soir avec quatre interdoses. Proposition pour j2 : morphine LP 50 matin et soir avec des interdoses de 15 mg). Classiquement, les augmentations de doses se font par palier de 50 % (sans omettre d'augmenter la posologie des interdoses).

3.1-Rotation des opioïdes

La sensibilité aux opioïdes est très variable d'un individu à l'autre, ce qui peut rendre compte des différences interindividuelles en termes d'efficacité et d'effets indésirables. Cette constatation justifie le principe de la rotation des opioïdes (remplacement d'une molécule par une autre). Son principal objectif est de réduire les effets secondaires sévères. Cette notion de rotation des opioïdes s'appuie sur un rapport bénéfice/risque différent pour chaque produit et sur l'absence ou l'existence incomplète de tolérance croisée entre les principaux opioïdes. Avant de réaliser une rotation d'opiacés, il est nécessaire d'éliminer d'autres causes d'inefficacité du traitement ainsi que d'autres étiologies à l'origine des symptômes considérés comme des effets indésirables.

3.2-Règles simples de passage entre les différentes voies :

La littérature est assez discordante sur les règles de passage entre les différentes voies. Dans tous les cas de figure, un changement de voie oblige à une surveillance accrue pour

dépister un surdosage éventuel ou un rebond douloureux qui justifierait la prise d'une interdose en attendant l'équilibre thérapeutique.

a-Passage de la voie injectable à la voie orale

Première prise d'un comprimé de morphine LP (à heure 0). En même temps arrêt de la morphine injectable (à heure 0).

b-Passage de la voie injectable à la voie transdermique

Pose du premier patch (à heure 0).

Huit heures après : arrêt de la morphine (à heure 8).

c-Passage de la voie orale à la voie injectable

Dernière prise de la morphine LP (à heure 0).

Douze heures après : relais par la morphine injectable (à heure 12).

d-Passage de la voie orale à la voie transdermique

Dernière prise de morphine LP (à heure 0).

En même temps pose du premier patch (à heure 0).

e-Passage de la voie transdermique à la voie injectable

Retirer le patch (à heure 0).

Douze heures après relais par la voie injectable (à heure

12).

Durant ces 12 heures, les accès douloureux éventuels doivent être pris en charge par des interdoses (en cas de crainte de surdosage commencer l'administration intraveineuse à demi-dose).

f-Passage de la voie transdermique à la voie orale

Retirer le patch (à heure 0).

Six à huit heures après relais par la morphine LP (d'heure 6 à heure 8).

4-Méthodes antalgiques non médicamenteuses :

4.1- Neurostimulation électrique transcutanée et acupuncture

a- Neurostimulation électrique transcutanée (4,42)

La transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) se propose de renforcer ou de suppléer un mécanisme inhibiteur défaillant. Il était donc logique de la proposer dans les douleurs neuropathiques dont le mécanisme physiopathologique peut être interprété comme un défaut d'inhibition. La TENS met en œuvre des contrôles inhibiteurs segmentaires, mais stimule aussi probablement des contrôles supraspinaux. Les indications les plus intéressantes sont : les douleurs neuropathiques bien systématisées après lésion de nerf périphérique, ou lombosciatalgies séquellaires. À côté de ces indications classiques, la TENS s'est également révélée efficace dans certaines douleurs d'origine non neurologique, comme les douleurs chroniques post-traumatiques ou rhumatologiques.

b-Acupuncture (4,42)

Les indications restent très difficiles à cerner. L'acupuncture ne constitue pas dans notre expérience un traitement à part entière de la douleur chronique. Elle peut avoir un intérêt dans certains épisodes aigus, notamment d'origine musculaire, rencontrés dans les syndromes douloureux chroniques. Il est inutile de poursuivre le traitement après quatre ou cinq séances sans effet.

D'une façon générale, ce type de thérapeutique, dont le statut reste incertain, pose le problème de l'attitude vis-à-vis du placebo. Il nous paraît légitime de respecter la demande des malades, à condition que la démarche ne les éloigne pas des traitements qui paraissent utiles dans leur cas.

4.2- Rééducation et reconditionnement physique (4,42)

Le reconditionnement physique du malade douloureux chronique est, souvent, un des éléments-clés de la thérapeutique, tant sur le plan curatif, éventuellement dans le cadre d'un programme comportemental, que sur le plan de la prévention de l'invalidation progressive, qui reste, en absence de traitement efficace, le destin du douloureux chronique. Le programme de reconditionnement physique est présenté au patient comme un apprentissage de techniques permettant une meilleure gestion de la douleur. Il comporte en général des quotas d'exercices incrémentés, fonctions des capacités du patient, de la kinésithérapie (essentielle dans les douleurs chroniques touchant l'appareil locomoteur). Ces exercices doivent évoluer vers une rééducation autonome du patient.

4.3-Techniques anesthésiques

Diverses techniques anesthésiques possèdent un intérêt non seulement thérapeutique, mais également diagnostique.

a-Blocs nerveux diagnostiques : (4,42)

L'intérêt et les indications des blocs diagnostiques sont fonction des écoles : les effets induits sur la douleur, comparés aux données de l'examen clinique neurologique, peuvent aider à mieux cerner la part périphérique et centrale de la douleur. Ces effets peuvent être utilisés comme test prédictif d'une thérapeutique antalgique secondaire, soit une technique interruptive neurolytique, soit une neurolyse chirurgicale. Dans d'autres cas, ces gestes invasifs sont discutés avec le patient et peuvent l'aider à accepter une représentation autre de sa douleur et des thérapeutiques indiquées.

b-Blocs nerveux thérapeutiques (4,42)

Certains blocs non neurolytiques, réalisés avec des anesthésiques locaux, sont pratiqués au niveau de points gâchettes musculaires, de cicatrices ou de troncs nerveux. Dans des douleurs peu anciennes (6 à 24 mois), ils déterminent des soulagements qui se prolongent au-delà de la durée attendue des effets pharmacologiques. On s'accorde à interpréter ces effets comme liés à l'interruption d'un mécanisme autoentretenu par voie réflexe musculaire ou sympathique.

Dans les douleurs avec dysfonctionnement du système nerveux sympathique (algoneurodystrophie, causalgie), actuellement dénommées syndrome douloureux régional complexe (SDRC), des blocs sympathiques peuvent être réalisés à différents niveaux : préganglionnaire (péridural), ganglionnaire (bloc stellaire ou sympathique lombaire) ou

postganglionnaire (bloc locorégional à la guanéthidine ou à la réserpine, selon la méthode de Bier par injection intraveineuse effectuée sous garrot). L'efficacité des blocs sympathiques sur la douleur dans les SDRC est actuellement discutée dans plusieurs méta-analyses. Les blocs neurolytiques effectués à l'alcool éthylique (93 %) ou au phénol (8 %) visent à détruire les voies de conduction périphériques des messages nociceptifs. La neurolyse la plus pratiquée est l'alcoolisation du plexus coeliaque pour les douleurs des cancers digestifs (pancréas, estomac...) et de certaines pancréatites chroniques. Les effets durent en moyenne 2 à 3 mois mais la neurolyse peut être répétée si nécessaire.

c-Techniques neurochirurgicales (4,42)

Les techniques neurochirurgicales peuvent se diviser en deux grands groupes :

~ Les techniques de stimulation qui ont l'avantage de préserver l'intégrité anatomique du système nerveux central ; les indications privilégiées sont représentées par les douleurs neuropathiques rebelles au traitement médical ;

~ Les techniques de section détruisent plus ou moins sélectivement les voies de la douleur ; leur emploi se justifie dans certaines douleurs néoplasiques échappant aux traitements cancérologiques et aux traitements antalgiques médicaux. Nous n'envisagerons pas ici les techniques neurochirurgicales d'affection spécifique comme la névralgie trigéminal. Dans cette affection, la thermocoagulation percutanée du trijumeau et la décompression neurochirurgicale du trijumeau sont à utiliser selon des indications graduées, après échec du traitement médical, en fonction de l'âge et de la sémiologie

4.4-indications :

L'organisation des traitements symptomatiques d'une douleur chronique doit se concevoir comme un programme structuré ; celui-ci respecte la combinaison des procédés thérapeutiques découlant de l'analyse de la symptomatologie, mais également une progression logique des moyens. De nombreux cas de figures sont envisageables. Les Tableaux 6,7,8 suggèrent un arbre décisionnel pour certains types de douleurs chroniques : les douleurs cancéreuses, les douleurs neuropathiques et les lombalgies chroniques.

a-Stratégie d'évaluation et de traitement des douleurs cancéreuses

Tableau XVII: Stratégie d'évaluation et de traitement des douleurs cancéreuses (4)

Cause ?	Cancer	Effet antalgique de traitements anti cancéreux : Chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie...
Causes spécifiques ?	Métastases osseuses	Chirurgie d'exérèse et de consolidation AINS- Biphosphonates
	Envahissement nerveux	Corticoïdes
	Cancer du pancréas	Bloc soeliaque
Mécanisme de la douleur ?	Excès de nociception	Paracétamol, AINS, Antalgique de palier II Morphine orale et morphiniques puissants Morphine SC ou i.v. Morphine centrale Neurolytiques et neurochirurgie de section
	Neuropathique	Antidépresseurs (tricycliques) Anticonvulsivants

	Stimulation électrique transcutanée ou centrale
Musculaire	Kinésithérapie
	Relaxation
	Relation soignant/soigné
	Accompagnement
Souffrance psychologique ?	Antidépresseurs
	Anxiolytique

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

La première étape (essentielle) du traitement de la douleur est son évaluation.

Le plan de traitement doit être personnalisé.

Le médecin doit envisager diverses approches thérapeutiques.

Un traitement spécifique sera proposé après une évaluation soigneuse de :

- l'histoire de la douleur et les résultats des traitements antérieurs,
- des facteurs comportementaux, sociaux ou psychologiques,
- des maladies et les traitements concomitants ; un examen physique dirigé.

La douleur liée au cancer est, jusqu'à un stade avancé de l'évolution, indissociable du traitement anticancéreux proprement dit.

** Traitements étiologiques (120)*

A la phase initiale, le traitement curatif du cancer peut faire disparaître la douleur. À un stade plus avancé, différentes stratégies thérapeutiques sont utilisables. Elles utilisent des traitements oncologiques mais qui n'ont pas ici pour objectif d'améliorer le pronostic mais d'abolir la douleur. Souvent, ces modalités sont liées à une récurrence loco-régionale de la tumeur primitive ou à l'émergence de métastases. Ainsi, un traitement anticancéreux est de plus en plus souvent utilisé pour assurer une palliation même si la guérison n'est pas possible. Il s'agit de :

- la chirurgie d'exérèse,
- la radiothérapie, dans les métastases osseuses, les compressions tumorales, les envahissements viscéraux, les atteintes neurologiques,
- la chimiothérapie dont le bénéfice essentiel se fait par le biais d'une réduction tumorale (36),
- l'hormonothérapie, dans les cancers hormono-dépendants,

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

- l'immuno-stimulation,
- la correction d'une hypercalcémie.

** Traitement à visée fonctionnelle (120)*

Le traitement à visée fonctionnelle concerne les douleurs séquellaires. Il s'agit de :

- la chirurgie de dérivation digestive ou urinaire,
- la neurochirurgie libératrice,
- la radiothérapie antalgique et la radiothérapie métabolique,
- la contention et la rééducation dans le cas des lymphoedèmes,
- la chirurgie orthopédique,
- des massages,
- du port de minerve, de corset chirurgical, d'attelles et de bandoulières.

** Traitement médicamenteux (121,122)*

Un traitement médicamenteux est prescrit parallèlement aux traitements étiologiques.

Les médicaments antalgiques peuvent être associés à des co-antalgiques ou adjuvants, dépourvus de propriétés antalgiques mais pouvant dans certaines situations augmenter le seuil d'apparition de la douleur.

En phase terminale, le traitement médicamenteux fait partie du soin palliatif. Le traitement peut être pris en charge par le médecin généraliste du patient. Les recommandations de l'OMS préconisent une utilisation progressive des antalgiques : elle s'effectue par paliers en

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

fonction de l'intensité de la douleur. Un des principes de base de cette stratégie thérapeutique consiste à ne pas remplacer par un autre médicament de la même classe un antalgique qui cesse d'être efficace, mais à prescrire un médicament plus actif de niveau supérieur.

Cette stratégie s'applique à toutes les douleurs par excès de nociception (les douleurs neurogènes étant exclues de ce schéma thérapeutique). Elle permettrait d'obtenir un soulagement chez 70 à 80 % des malades.

Dans notre étude, un opioïde fort a été prescrits pour tous nos patients, les antidépresseurs l'ont été pour 42,8% et les antiépileptiques pour 28,6%. Le traitement non médicamenteux n'a pas été utilisé ici.

b-Stratégie d'évaluation et de traitement des douleurs neuropathiques

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

Dans l'étude Epsidone, le traitement analgésique reposait en premier lieu sur la classe des anti-inflammatoires non stéroïdiens (57 % des patients sous traitement) et, en deuxième lieu, sur la kinésithérapie (54 % des patients traités). Venaient ensuite les traitements médicamenteux «spécifiques» des douleurs neuropathiques, à savoir les antidépresseurs (32 % des cas), et les antiépileptiques (24 % des cas). Les opiacés faibles ou les infiltrations locales d'anesthésiques étaient utilisés par environ 16 % des répondants sous traitement. En ce qui concerne les traitements non médicamenteux, la neurostimulation transcutanée a été utilisée par 13 % des personnes traitées et la neurostimulation médullaire implantable par moins de 3 % d'entre elles. Parmi les autres options thérapeutiques, le recours à l'ostéopathie a été mentionné par 19 % des participants, l'acupuncture par 11% et l'hypnose par 1,5% (37).

Dans notre étude, tous nos malades souffrants d'une douleur neuropathique ont reçu des antidépresseurs, les antiépileptiques et les morphiniques ont été prescrits chez 44,4% des douloureux chroniques. Le recours aux moyens non médicamenteux n'a pas été noté.

c-Stratégie d'évaluation et de traitement des lombalgies chroniques

Tableau XIII : Stratégie d'évaluation et de traitement des lombalgies chroniques (4)

Traitement médicamenteux	Antalgiques palier I ou II Myorelaxants Infiltrations articulaires
Traitement non médicamenteux	Rôle actif du malade
Apprendre à vivre avec sa douleur	Limiter les méthodes passives (massages, balnéothérapies, stimulation électrique) Education Reformulation des croyances Thérapies cognitives et comportementales
Restauration fonctionnelle précoce	Reconditionnement physique (sport, loisirs...) Exercice individuel Kinésithérapie Ecole du dos
Prise en charge d'une dépression, anxiété	Psychothérapie Thérapies cognitives et comportementales Antidépresseurs
Réinsertion professionnelle	Anxiolytiques Contact précoce avec le médecin de travail Réinsertion, reclassement

d-Stratégie thérapeutique des migraines : (54,42)

La prise en charge thérapeutique du traitement prophylactique doit, dans un premier temps, proposer une monothérapie, sous bêta-bloquants, éventuellement les inhibiteurs calciques, en seconde intention la méthysergide, associées ou non à des antidépresseurs tricycliques. Les AINS, telle l'aspirine qui a montré des résultats intéressants à faibles doses (300 mg environ), posent le problème d'effets indésirables au long cours. Les antiépileptiques, principalement le valproate de sodium pourraient maintenant représenter une alternative intéressante aux bêta-bloquants, mais ils n'ont pas encore obtenu l'extension de l'AMM dans ses indications. La riboflavine pourrait être utilisée en association avec les bêta-bloquants. Il est conseillé de continuer le traitement au moins 3 mois puis de tenter de le réduire progressivement. En cas de réapparition des crises, il est nécessaire de revenir aux doses initiales, puis de poursuivre le traitement durant des années.

Sans avoir été évaluées de façon très scientifique, certaines pratiques non médicamenteuses, souvent associées entre elles ou avec des prises médicamenteuses sont proposées : immobilité (repos au lit), occlusion des yeux, ambiance silencieuse, température fraîche (application de froid), pression sur les tempes, acupuncture, relaxation, biofeed back. Aucune efficacité n'a été démontrée.

Dans notre étude seul les antidépresseurs ont été prescrits en cas de céphalées.

VI- PERSPECTIVE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR:

On peut rattraper le retard de la prise en charge de la douleur au Maroc grâce à plusieurs mesures.

1-Introduction d'un enseignement de la douleur dans les facultés de médecine :

(82,123,124,125)

Les défauts de prise en charge de la douleur constatés au Maroc sont essentiellement dus à l'absence de formation de médecins à une meilleure approche du « malade douloureux », au bon usage des antalgiques et à l'écoute du patient dans nos facultés de médecine. L'enseignement consacré à la douleur ne dépasse pas les quelques heures dispensées sur les antalgiques en cours de pharmacologie, en dehors de cette matière, la douleur est surtout abordée en tant que symptôme dans une analyse diagnostic et son traitement intégré dans l'abord thérapeutique à chaque pathologie.

Cette déficience d'enseignement n'est pas le cas pour tous les pays: certains comme la France, ont réalisé des efforts importants en matière de formation et de diffusion des connaissances sur la douleur auprès des étudiants (faculté de médecine, institut de formation en soins infirmiers, école de masseurs, kinésithérapeutes), et des professionnels de la santé dans le cadre de formations continues médicales ou infirmières, d'enseignement post universitaire et de divers diplômes universitaires de douleur.

Pour pallier cette insuffisance au Maroc, il est nécessaire qu'une formation générale sur la douleur soit dispensée dès les premiers cycles des études médicales afin de préparer le futur omnipraticien à répondre de manière adaptée à ce problème si fréquent et encore trop négligé. Les mêmes enseignements devraient être envisagés pour les dentistes, les pharmaciens et le personnel paramédical.

Enfin, il serait heureux que des revues spécialisées sur la douleur soient créées dans notre pays, et que des séminaires de formation continue soient organisés.

2- Création de documentations spécialisées sur la douleur: (44,72,125)

Pour permettre une formation et une information continue des étudiants en médecine et des médecins et ce en:

- publiant les résultats des séminaires et des congrès internationaux et nationaux consacrés à la douleur, ce qui permettrait aux praticiens d'être au courant des progrès réalisés dans ce domaine.
- consacrer quelques pages (de journaux par exemple) pour les questions, les réponses et les suggestions des participants, ce qui constituerait une correspondance indirecte et intéressante entre les différents médecins et spécialiste.
- dressant chaque fois les nouveaux antalgiques et formes galéniques commercialisées au Maroc, ce qui aiderait les médecins à abandonner le traitement standard et à personnaliser la prescription.
- rappelant les principes essentiels du traitement de la douleur, les interactions médicamenteuses, les effets secondaires et les contre indications des antalgiques, ce qui participerait au meilleur usage de ces derniers.

3-Organisation des unités ou centre de traitement de la Douleur : (82,123,124)

Les centres de traitement de la douleur (CTD) sont des structures de recours à disposition des médecins, pour les malades qui posent des problèmes de soulagement difficiles à résoudre:

- Douleurs invalidantes et rebelles aux antalgiques usuels.

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

- Douleurs chroniques permanentes: (douleurs cancéreuses, algies post-zostériennes, céphalées de tension...) ou paroxystiques mais répétitives (migraine, névralgies faciales...).
- Douleurs représentant pour le patient l'essentiel de sa maladie et s'accompagnant de retentissement psychologique.

Plusieurs facteurs ont contribué au développement des CDT:

- L'évolution des connaissances sur la douleur.
- Les justifications économiques.
- Pression social et aspect moral.

Ces différentes raisons plus au moins intriquées ont abouti à l'éclosion de plusieurs CDT en France et dans la plupart des pays développés. Les CDT n'ont pas encore vu le jour dans les pays du Maghreb, à l'exception de la Tunisie où s'est développé récemment un centre de la douleur situé à l'hôpital de la Rabta.

On peut déplorer au Maroc l'absence d'un programme de lutte contre la douleur mais il convient d'insister sur la volonté actuelle des pouvoirs publics d'aller dans ce sens. On attend le jour où la douleur, dans notre pays, sera prise en charge dans des structures spécialisées et par des médecins bien formés, l'alternative serait d'améliorer les conditions du travail des médecins et les infirmiers dans tous les établissements sanitaires surtout aux urgences.

Le développement de structures de traitement de la douleur constitue un progrès incontestable pour faciliter la prise en charge de la douleur chronique. De nombreux efforts restent encore à déployer pour renforcer ces structures dans leur organisation, assurer leur pérennité et permettre que les malades y accèdent à un stade adéquat, c'est-à-dire avant l'installation du syndrome douloureux dans la chronicité.

CONCLUSION

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

Même dans le cas des douleurs cancéreuses, une douleur chronique n'est pas la seule pérennisation d'une douleur aiguë. Avec le temps, les mécanismes physiopathologiques (sensibilisation, neuroplasticité, etc), l'intrication de composantes psychologiques et sociales, la douleur qui se chronicise devient une entité spécifique. Les difficultés de l'évaluation du douloureux chronique, l'efficacité limitée des thérapeutiques médicamenteuses, le retentissement psychologique, fonctionnel et socioprofessionnel, imposent une prise en charge pluridimensionnelle et pluridisciplinaire.

Quel que soit le cadre de l'évaluation d'une douleur chronique (par une équipe pluridisciplinaire, au sein d'une unité de traitement de la douleur, ou dans un autre cadre), le principe d'une évaluation conjointe systématique des facteurs somatiques et psychologiques potentiels est désormais une notion classique. Le couple somaticien/psychiatre est le noyau de base de ces structures. Cette évaluation peut faire appel à diverses compétences, et les différents avis doivent alors faire l'objet d'une synthèse qui est transmise au malade : il faut éviter l'écartèlement du malade entre plusieurs spécialistes, favoriser la communication des divers intervenants entre eux. Le suivi sera coordonné par l'un des médecins qui fera régulièrement le point sur les résultats des différentes modalités utilisées, le plus souvent associées, au sein d'un programme thérapeutique structuré.

RESUMES

Résumé

Notre étude rétrospective a pour but d'évaluer la prise en charge de la douleur chronique chez 50 cas colligés entre janvier 2006 et décembre 2008 à la consultation douleur à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech. Elle a montré que l'âge variait entre 19 et 77 ans avec une moyenne de 47 ans. La douleur a été évaluée essentiellement par l'échelle verbale simple (EVS) (100%). L'origine de la douleur chronique était dominée par la pathologie cancéreuse (42%) alors que les douleurs rhumatologiques ont représenté (16%) et dans (50%) il s'agissait de lombalgies chroniques. Avant de se présenter à la consultation douleur, l'automédication était la règle chez tous les patients (100%) sachant que le paracétamol représentait la part importante des prescriptions antérieures (96%) de nos confrères vus avant nous. Le traitement antérieur n'était efficace que chez (8%) de nos malades et restait inefficace chez (52%). Quant à la prescription des antalgiques après la consultation douleur, le taux de prescription des morphiniques était le plus élevé. La morphine a été prescrite chez 29 patients incluant la totalité des patients souffrants de douleur cancéreuse (100%), soit (58%) des malades recrutés, suivies des antidépresseurs (24,8%) dont l'indication majeure était la douleur neuropathique. La diminution du seuil de la douleur et le soulagement a été notée chez la majorité de nos patients d'une consultation à l'autre après instauration du traitement antalgique. Ce qui est du retentissement socioprofessionnel de la douleur sur la vie de nos patients, il était dominé par les troubles de sommeil (80%) suivi des troubles moraux (74%). Au terme de cette étude, on constate que les patients tardent à se présenter à la consultation douleur d'où l'important impact sur leur vécu.

Mots-clés Douleur chronique-Evaluation-Prise en charge de la douleur.

Abstract

The purpose of our study is to evaluate the management of pain of 50 cases observed between January 2006 and December 2008 in the pain consultation at the military Avicenne Hospital of Marrakesh. It shows that the age varied between 19 and 77 years with an average of 47 years. The intensity of pain was essentially estimated by the simple verbal scale for 100% of our patients. The origin of the chronic pain was dominated by the cancerous pathology (42%) while the rheumatologic pains represented only (16%) and in (50%) it was about chronic lumbago. Before of be presented to the consultation pain, the self-medication was the rule for all the patients knowing that the paracetamol represented the important part of the previous prescriptions (96%) of our colleagues seen before us. The anterior treatment was effective only to (8%) of our patients and remained ineffective to (52%). As for the prescription of the analgesic after the consultation of pain, opioid presented the highest rate of prescriptions and was prescribed for 29 patient's including the totality of the patients suffering from cancerous pain (100%), namely (58%) of the recruited patients, followed by antidepressants (24,8%) and the major indication was the neuropathic pain. The decrease of the threshold of pain and the reassurance was noted for the majority of our patients from a consultation to the other one after institution of analgesic treatment. The social and occupational echo of pain on our patient life's was dominated by disorders of sleeps (80%) followed by moral disorders (74%). In the term of this study, we notice that the patients delay appearing at the consultation pain where from the important impact on their lives.

Key-words Chronic pain-Evaluation-Pain management.

ملخص

إن الهدف من دراستنا هو تقييم علاج الألم المزمن باستشارة الألم بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش. شمل التقييم 50 حالة تم حصرهم خلال 3 سنوات بين يناير 2006 وديجنبر 2008. بينت الدراسة أن السن تراوح بين 19 و 77 سنة، بمعدل 47 سنة وأن تقييم الألم تم اعتمادا على سلم لفظي بسيط (100%) السبب الرئيسي للألم المزمن كان الأمراض السرطانية (42%) بينما آلام المفاصل مثلت فقط (16%) ومثلت فيها آلام الظهر المزمنة (50%). قبل التقدم إلى استشارة الألم لجأ جميع مرضانا إلى التداوي الخاص. شكل الباراسيتامول (96%) من نسبة الأدوية الموصوفة من طرف الأطباء الذين تمت استشارتهم قبلنا و كان الدواء الموصوف فعلا فقط عند (8%) وغير فعال عند (52%) من مرضانا. في حين أن المرفين شكلت النسبة الأعلى لمضادات الألم الموصوفة بعد استشارتنا، وقد تم وصفها ل 29 مريض شملوا جميع مرضى السرطان 21 الذين تضمنتهم الدراسة، متبوعة بمضادات الاكتئاب (24,8%) التي وصفت خصيصا في حالات الألم العصبي. ولاحظنا أن شدة الألم تناقصت من استشارة إلى أخرى بعد وصف مضادات الألم. وفيما يخص التأثير السلبي للألم المزمن على حياة المرضى الشخصية والمهنية فقط تمثل أساسا في اضطرابات النوم (80%) متبوعة بالاضطرابات النفسية (74%). نستنتج في نهاية هذه الدراسة أن المرضى يتأخرون في التقدم لاستشارة الألم مما يعكس سلبا على حياتهم.

الكلمات الأساسية الألم المزمن - تقييم - التكفل بالألم

BIBLIOGRAPHIE

1- Didier Jouradan, Christine Courteix.

L'enseignement de la douleur

Esp. Med., septembre 1995, 2, 58-63.

2- Elguenouni. S, Benchekroun. S

Douleur et cultures.

Esp. Med, 1995, tome2, N

3- Nejmi MAATI

La douleur au cours de l'infection par VIH

These de medecine, Casa, 1998, 46.

4- C. Guy-Coichard, S. Rostaing-Rigattieri, J.-F. Doubrère, F. Boureau

Conduite à tenir vis-à-vis d'une douleur chronique.

EMC Anesthesie Reanimation 2009;10:30-36.

5- Olivier B.

Le circuit de la douleur: bases neurophysiobiologiques actualles.

« actualités thérapeutiques » Supplément à l'édition française JAMA. Septembre 1995.

6- Serra E.

Douleur et souffrance : de quelques aspects médicaux.

Ethique et santé 2007;3:131-135.

7-Marchand S. Aspects cognitifs.

Le phénomène de la douleur Comprendre pour soigner.

Paris: Masson; 199 ;4:240-50.

8-Le Breton D. Anthropologie de la douleur.

Paris: Métaillé 1995;2:11-13.

9-Rey R.

Histoire de la douleur.

Paris: La découverte et Syros; 2000.

10-Peter JP.

De la douleur.

Paris: Quai voltaire histoire, la cité des sciences et de l'industrie; 1993;5:46-55.

11_ Davis A, Deprund MC.

Comment vaincre la douleur ?

Paris: Phare International, Hachette; 2000 ;1:13-20 et 104-11.

12-Ernst K.

Cultural-historical aspects of pain.

Acta Neurochirurgica 1987;38:165-81.

13- Abbot et al.

Clinicians' quick reference guide to postoperative pain management in adults.

Journal of pain 1992 ;4 :114 :128

14- El khoukhi N.

Evaluation de la prise en charge de la douleur aux urgences de l'hôpital Sidi HSSAIN de Ouarzazate.

Thèse n°190 ; Rabat

15- Legout V.

Douleur chronique Recommandations cliniques et méthodes d'évaluation.

Douleur 2006;3:63-67.

16-Verhaak PFM, Kerssens J, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM.

Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature.

Pain 1998;77:231-239.

17- Bonezzi C et al.

30 years of pain treatment in Italy :past, present and futur.

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

European journal of pain 2008 ;2 :1-4.

18- Van Trott et al.

Qigong and Exercise Therapy for Elderly Patients With Chronic Neck Pain (QIBANE):
Randomized Controlled Study.

The journal of pain 2009 ; 10 :501-504.

19- Richardson H, Amanda C, Williams C.

What does the BDI measure in chronic pain?

Pain 2009, 55 :259-266.

20- Atallah F, Guillerrou Y.

L'homme et sa douleur: dimension anthropologique et sociale.

Ann Fr Anesth Reanim 2004 ; 23 :722-726.

21- Brasseur L, Larue F.

Epidémiologie de la douleur postopératoire.

In douleur et analgésie postopératoire 1993;5 :149-155.

22- Elothmani M, Wahbi S.

Douleurs avancées actuelles.

Esp. Med 1995;52:376-381.

23- Elguenouni S, Benckroun S.

Douleurs et cultures.

Esp. Med 1995;2:133-137.

24- Ricar-Hibon A, Chollet C, Marty J.

Evaluation de la douleur aigue en médecine périhospitalières.

Ann Fr Anesth Reanim 1997;16 :945-949.

25- Stephen H, Thomas S.

Patient and physician agreement on abdominal pain (severity and for Opioides).

Amer. Jor. Of Emergency Medecine 1999;16:17.

26- S. Madi-Jebara et al.

A national survey of postoperative pain management in Lebanon.

Ann Fr Anesth Reanim 2009,28:469-500.

27- Vetel J.

Place des techniques loco-régionales pour l'urgence pré et intra hospitalières.

Ed arnette, urgence 2000, cours superieurs d'urgences :201-205.

28_Bannwarth B, Schaeverbreke T, Dehais J.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens commercialisés comme antalgiques.

Presse Med. 1992 ;5:21-27.

29- Elkharrat D.

Faut-il limiter les examens biologiques aux urgences.

Rea. Urg. 1998;7:35-37.

30- Garrec F. et al.

Evaluation de la douleur aigue à l'urgence et en préhospitalier.

Ed arnette, urgence 2003, cours superieurs d'urgence :181-190.

31- Caulin C.

Les médicaments antalgiques utilisables en services d'accueil et d'urgence, donnée pharmacologiques.

Réa. Urg. 2003;2:336-340.

32- Caulin C.

Les médicaments antalgiques utilisables en service d'accueil et d'urgences, données pharmacologiques.

Réa. Urg. 2003;3:333-339.

33- Nejmi M.

La prise en charge de la douleur: un objectif universel.

Esperance Medicale 2000,7 :156-167.

34- Doubrere J-F, Boureau F, Luu M.

Conduite à tenir vis-à-vis d'une douleur chronique.

EMC Anesthésie Réanimation 1993,36:9p.

35- Laurent B.

Données physiopathologiques concernant la douleur et antalgiques.

Paris, Masson 2005;7 :533-537.

36- Pichard E.

La douleur et les douleurs, 3 impératifs pour prise en charge.

Ouest med 1994;2:11-14.

37- Van Belleghem V, Bouhassira D.

Management of severe chronic neuropathic pain: Results of the EPSIDONE Survey.

Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement 2009 ;10:283-291

38- ANAES

Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.

Paris, Masson 2000;1:7-15.

39- Combes -Metton A, Alla A, Boureau F.

Syndromes douloureux chroniques et dépression : la douleur.

Soins 1993,568 :2-7.

40- Delzak R ; Richard-Hibon.

Physiopathologie et évaluation de la douleur chez l'adulte.

Esp. Méd 1995;2:16-30.

41- Besson J.M.

Physiologie de la douleur inflammatoire.

Lettre du rhumatologue 1996;22 :221-227.

42- CNEUD- CNMD- SFAP.

Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs.

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique

MED-LINE 2006 ;6 :17-20.

43- Calvino B.

La douleur chronique : comment l'analyser avec les concepts et les outils de la neurobiologie des comportements ?

Revue du Rhumatisme 2009;76: 500-506.

44- Benchakrouun S, Najmi M.

Douleur et Douleurs.

Espérance médicales 1995;2:2-6.

45- Boulu PB.

Role du sympathique dans la douleur.

Rev pra 1985;35:21.

46- Laurent B.

Les douleurs de désafférentation.

Rev Pra 1985:35:32.

47- Payen J.-F, Chanques G.

Prise en charge de la douleur Pain management

Ann Fr Aesth Reanim 2009 ;27 :633-640.

48- Didier Bouhassira

Définition et classification des douleurs neuropathiques

Presse médicale 2008;37:311-314.

49- Habuda F.

La douleur neuropathique « celle que l'on ne voit pas toujours ».

Douleurs 2007;7:16-17.

50- Clère F.

La douleur présentée au psychologue par des psychologues.

Douleurs 2008;9:41-43.

51– Cesaro P.

La douleur chez l'homme : faits expérimentaux et hypothèses.

Rev. Pra. 1994;44:187–189.

52– Boulu F, Benoist M.

Données nouvelles sur la physiopathologie de la compression radiculaire et les mécanismes de la douleur.

Rev Rhum 2000;63:394–399.

53– Rat P. et al.

Douleur du sujet âgé et difficulté d'évaluation.

Douleurs 2008;9 :2–8.

54– Husson MC.

Traitement de la douleur.

Echos du CNHIM 2000;5:132–143.

55– Morela V, Jouneaub S, Leveiller G, Correb R, Lenab H.

Prise en charge de la douleur, soyons simple mais efficace.

Revue de Pneumologie clinique 2008;64:50–61.

56– Filippini J, Vincey P, Renard J.C.

Quelques rappels d'anatomie fonctionnelle utiles à la compréhension du phénomène douloureux.

Rev ORL 1996;2:75–78.

57– Combes–Metton A.

Syndromes douloureux chroniques.

Soins 1993;568:2–7.

58– Tiberghien–Chatelain F. et al.

Comment un réseau douleur régional peut-il améliorer la prise en charge des patients atteints de douleur chronique ? Discussion à partir des résultats d'une étude réalisée chez 166 patients pris en charge dans les structures douleur de Franche-Comté.

Douleurs Évaluation – Diagnostic – Traitement 2008;9:118–126.

59- Baste N.

Gérer la douleur de la maladie cancéreuse chronique. Gérer la douleur au long cours : approche non médicamenteuse. Problématiques psychologiques interférant avec la prise en charge.

Douleurs Évaluation – Diagnostic – Traitement 2009 ;24:111–123.

60- Abel A.

Prise en charge médicamenteuse de la douleur cancéreuse en médecine générale.

Med Pal 2004 ;3 :126–133.

61- Emery P. et al.

Prise en charge de la douleur en médecine : l'étude EPIDOL.

Douleurs 2005;6:366–373.

62- Timothy S. et al.

Race, Care Seeking, and Utilization for Chronic Back and Neck Pain: Population Perspectives.

The Journal of Pain 2009;4 :1–8.

63- Cathébras P.

Diversité culturelle et expression de la douleur en rhumatologie.

Rev rhumatisme 2009;76:517–521

64- Vergne-Salle P. et al.

Douleurs en rhumatologie, aspects physiopathologiques, moyens d'évaluation, moyens thérapeutiques.

EMC Rhumatologie Orthopédie 2004;1:266–294.

65- Bouhassira D. et al.

Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population

Pain 2008 ;136 :380–387.

66- Lévy-Chavagnat D.

Les douleurs neuropathiques, des douleurs singulières.

Actualités pharmaceutiques 2009;48:14–18.

67- Bertin P, Vergne-Salle P.

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

Douleurs neuropathique.

Revue du rhumatisme 2009;67:550-555.

68- Lioffi C, Daniel E, Schoth D, Brendan P, Mogg K.

Time-course of attentional bias for pain-related cues in chronic daily headache sufferers.

European Journal of Pain 2009;13:963-969.

69- Lejeune C.

Céphalées et migraines.

Ann d'ORL et de chirurgie faciale 2007;124:45-47.

70- Bourana A, Moussadday R.

La migraine étude rétrospective sur 10 années dans le service de neurologie.

Espérance médicale 2000;7:19-22.

71- Rouimi A, Mounach J, Karouach A, Douhal A, Hommadi A.

Profil épidémiologique des céphalées en milieu militaire. Étude rétrospective d'une série de 1 730 cas.

Revue neurologique 2007;163:144-151.

72- Bernard D, Vincey P, Renard J.

L'évaluation de la douleur.

Rev ORL 1996;2:79-82.

73- Binabe D, Vincey P, Fippini J.F.

L'évaluation de la douleur.

Rev ORL 1997;117:79-82.

74- Payen J-F, Chanques G.

Prise en charge de la douleur.

Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2008;27:633-640.

75- Brocas E, Adam M, Alonso A, Perrin-Gachadoat D, Thierry S, Tenailon A.

Enquête téléphonique sur les pratiques cliniques d'analgésie pour les actes invasifs chez les patients sédatés en réanimation en Ile-de-France.

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique

Ann Fr Anesth Reanim 2005;24:656-568.

76- Desbiens NA, Mueller-Rizner N.

How well do surrogates assess the pain of seriously ill patients?

Crit Care Med 2000;28:1347-52.

77- Kosnik J, Fallah S, Hang R.

Anesthetic methods for reduction of acute shoulder dislocations: A prospective randomized study comparing intra-articular lidocaine with intravenous sedation.

Amer. Jor. Of Emergency medecine 1999 ;17 :23-31.

78- Castarlens H.

Numerical rating scale for self-report of pain intensity in children and adolescents: Recent progress and further questions.

European Journal of Pain 2009;23:11-13.

79- Ostermann G, Queneau P.

Comment aborder le malade souffrant ?

Douleurs 1994;12:45-49.

80- Vaserman N, Guillard-Lefrais A.

Medical practice audit to detect, evaluate and treat pain in the elderly: A survey of 26 patients in a short stay geriatric department.

Douleurs 2008;9:180-195.

81- Hericod P, Luu M, Boureau F.

Evaluation de l'intensité de la douleur au service d'accueil et des urgences, interet des echelles d'évaluation.

Réanim. Urg. 1993;2:331-335.

82- Véronique Regnier et al.

La réglette EVA : un outil de médiation dans la relation soignant-malade ? Étude sociologique réalisée dans deux centres spécialisés dans le traitement du cancer de la région Rhône-Alpes.

Douleurs 2008 ;9 :202-210.

83- Bannwarth B.

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

Que reste-t-il des antalgiques non morphiniques.

Lettre du rhumatologue 1999;231:22-24.

84- Maati N.

La prise en charge de la douleur au Maroc, état des lieux.

Esp Med 1995;10:14.

85- Maati N.

Comprendre et reconnaître la douleur.

Officinal 1999;11:1-2.

86- Queneau et al.

Observance des traitements antalgiques médicamenteux ?

Inqueneau. P, Osterman. G, le médecin le patient et sa douleur.

Paris masson 1994;6:121-128.

87- Serrie A.

Évaluation de la douleur chez l'adulte.

Esp. Med. 2000;60:179-220.

88- Attal N, Bouhassira D.

Évaluation clinique des douleurs chroniques. Les principaux outils.

Revue du rhumatisme 2009;76:507-510.

89- Florence Tiberghien-Chatelain et al.

Racontez-moi la complexité de la douleur.

Douleurs 2009;10:227-229.

90- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire.

Paris:ANAES 1999.

91- Cedarschi C et al.

Aspects psychologiques de la douleur chronique.

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

Rev du rhumatisme 2009;6:587-592.

92- Baude C.

Evaluation de la dimension sociale de la douleur chronique.

Douleurs 2004;5:22-24.

93- Dropsy R, Marty M.

Utilisation des échelles de qualité de vie dans les lombalgies chroniques.

Rev Rhum Mal Osteoartic 1994;61:44-48

94- Krakowski I.

Douleurs liées aux cancer, impact, mécanisme et causes.

Presse med. 2003;36:26-28.

95- Andre M.

Douleurs.

Rev Pra. 2000;44:1932-1935.

96- Perrot S.

Les rhumatologues contre la douleur.

Lettre du rhumatologue 1996;222:26-28.

97- Marty J et al.

Stratégie de la prise en charge de la douleur dans les premières heures.

Edition arnette, urgence 2002, cours superieurs d'urgence:191-200.

98- Maati N

Les traitements antalgiques.

Officinal 2003;11:1-2.

99- Pichard E, Poulain P.

Le bon usage des opiacés.

Rev. Pra. 1990;35:21.

100- Trinh-Duc A et al.

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

Actualisation 2007 de la III^e Conférence de consensus en médecine d'urgence (Créteil, avril 1993) : le traitement médicamenteux de la douleur de l'adulte dans le cadre de l'urgence.

Douleurs 2008 ;9 :248-278.

101- Bannwarth B.

Antalgiques: paliers de l'OMS et niveau d'efficacité.

Presse Med. 1997;30:26.

102 - Flavell Matts SG, Swan CHJ, Wharton BA.

Double blind trial of dextromoramide, méthadone and pethidine in the treatment of severe pain. Postgrad Med J 1964 ; 40 : 103-5.

103- Korte W, De stoutz N, Morant R.

Day to day titration to initiate transdermal fentanyl in patients with cancer pain/short and long term-term experiences in a prospectives study of 39 patients.

J Pain symptom Manage 1996;11:139-46

104- Vielvoye-Kerkmeer AP, Mattern C, Uitendaal MP.

Transdermal fentanyl in opioid-naïve cancer patient : an open trial using transdermal fentanyl for the treatment of chronic cancer pain in opioid-naïve patients and a group using a codeine.

J Pain Symptom Manage 2000;19 :185-92.

105- Portenoy RK, Southam M, Gupta SK.

Transdermal fentanyl for cancer pain : repeated dose Kinetics.

Anesthesiology 1993;28 :36-43.

106- Hakkou F, El Ganouni S.

La pharmacologie des antalgiques.

Esp. Med 1999;2:40-46.

107- Queneau P.

Effets indésirables des antalgiques, dits « périphériques ».

Le medecin le patient et sa douleur ; Paris masson 2003:121-128.

108- Paille F et al.

Evaluation de la prise en charge de la douleur chronique

Les principes essentiels du traitement de la douleur.

Douleurs 2001;369-371.

109- Eschalié A.

Les médicaments de la douleur

Réa Urg. 2007;44:1903-1909.

110- Bannawarth B.

L'association paracétamol-codeine en rhumatologie.

Rev. Rhum. 2000;64:421-423.

111- Larry D.

Foie et antalgique- hépatotoxicité des antalgiques.

Ann Fr Reanim Anesth 2006;44:283-286.

112- Karakowski I, Metz L.

Les opiacés en cancérologie :rappel de pharmacologie des antalgiques centraux.

Concours Medical 1999,19:108-116.

113- Fletcher D.

Organisation du traitement de la douleur aiguë chez l'adulte.

Ed maloine 2000;chapitre 8:279-286.

114- Oestreicher K, Sporel M.

AINS et Cox : sélectivité ou spécificité ?

Med et HYG 2000;55:821-824.

115- Matillon X.

L'observance médicamenteuse.

La presse med 1990;9 :1056-1059.

116- Boureau F, Marsigha X.

Douleurs liées aux cancers, les différents éléments d'évaluation.

Presse Méd 1997;36:26.

117- Thurel C, Serrie A.

Les douleurs chroniques bénignes.

Douleurs 2009;9:12-17.

118- Toufik J, Paes M.

Le psychiatre et la douleur.

Esp. Med. 2006;2:43-48.

119- Elmnouar M.

Les antalgiques commercialisés au Maroc.

Esp. Med. 1999;2:48-56.

120- Foley KM.

The treatment of cancer pain.

N Engl J Med 1985;313:84-95.

121-Grond S, Zech D, Schug SA, Lynch J, Lehman KA.

Validation of the world Health organisation guidelines for cancer pain relief during the last days of life.

Pain Symptomes manage 1991;6:411 - 422.

122-OMS.

Traitement de la douleur cancéreuse et soins palliatifs.

Rapport d'un comité d'experts de l'OMS (OMS, Série de rapports techniques, 804), Genève, Suisse : OMS, 1990.

123- Didier J et al.

L'enseignement de la douleur.

Esp. Med. 2000;2:58-53.

124- Pickard E.

Organisation d'un centre de traitement de la douleur.

Esp. Med. 1998;45:48-56.

125- Elothmani M, Wahbi S.

Evaluation da la prise en charge de la douleur chronique

Douleurs avancées actuelles.

Esp. Med. 1999;52:376.