

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE EN ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

R. FONTAINE (1), S. FUCHS (2), R. HARDY (3), J. LACROIX (1), S. LAUREYS (4), M.P. LECART (5),
D. LIBBRECHT (6), N. MALAISE (3), D. MARTIN (7), I. SALAMUN (3), M. TOMASELLA (8), M.E. FAYMONVILLE (9)

RÉSUMÉ : L'évaluation d'une douleur chronique est un des actes médicaux les plus difficiles. Une approche pluridisciplinaire cohérente et souple permet de déterminer les diverses composantes du syndrome douloureux chronique et de proposer une combinaison d'approches thérapeutiques pharmacologiques, physiques, psychologiques et/ou chirurgicales. Un bilan complet avec réévaluation du diagnostic initial permet d'adapter la thérapeutique. Il est indispensable d'obtenir la confiance, la coopération et l'adhésion du patient. Clarifier la demande et orienter la prise en charge vers des objectifs thérapeutiques concrets permet aux patients d'acquérir une meilleure gestion de leur problématique douleur.

CHRONIC PAIN MANAGEMENT : A MULTIDISCIPLINARY APPROACH
SUMMARY : Assessment of chronic pain is one of medicine's most difficult challenges. A structured and flexible multidisciplinary approach allows full characterisation of the various components of the pain syndrome. This then allows the use of a rational combination of pharmacologic, physical, psychological, and surgical techniques. It is essential to gain the patient's confidence, collaboration, and compliance. Patients can better manage their situation when their needs are clarified and when care is oriented toward concrete therapeutic objectives.
KEYWORDS : *Chronic pain - Multidisciplinary approach*

LA DOULEUR, UNE MATIÈRE CULTURELLE

Depuis l'aube des temps, la douleur accompagne l'homme car elle procure sans doute un avantage adaptatif à l'espèce. Selon les lieux et à travers les époques, elle est perçue et interprétée de multiples façons, mais elle a toujours imprégné la civilisation. Dans certains peuples, la douleur traduisait la présence de l'esprit maléfique. Exorciseurs ou autres hommes-médecins avaient pour mission de faire sortir le démon du corps qu'il avait envahi. Les Egyptiens, Assyriens, Hébreux et Grecs considéraient la douleur comme un signe envoyé par les dieux aux hommes. Par contre Hippocrate bouleversait ce concept en définissant la douleur comme un état allant à l'encontre de l'harmonie naturelle. Près de quatre siècles avant Jésus-Christ, Aristote et Platon renforçaient cette approche rationnelle. Ils considéraient la douleur non comme une sensation, mais comme une émotion et essayaient de mieux comprendre ses mécanismes. C'est au début de notre ère que Galien localise la douleur dans le cerveau et recherche des moyens pour la combattre. À la Renaissance, sous l'impulsion de Laurent de Médicis et de Léonard de Vinci, naît la vision anatomique et physiologique

moderne de la douleur en tant que sensation transmise par le système nerveux. Ainsi débute l'ère où des recherches sur les médications et les interventions chirurgicales visant à combattre la douleur se développent progressivement. Cette prodigieuse évolution ne se fait pas sans heurts ; croyances, superstitions et résignations freinent le développement de ces recherches (1). La progression vers une prise en charge de la douleur est récente en Belgique, où les premières consultations de la douleur chronique voient leur apparition en 1975 à l'initiative du Docteur J-C. Devoghel, à l'Hôpital d'Ougrée. En 1980, le Professeur M. Lamy, du Service d'Anesthésie-Réanimation de l'Université de Liège, propose au Docteur J-C. Devoghel d'ouvrir une clinique de la Douleur au CHU de Liège (Hôpital de Bavière). En 1987, lors du déménagement vers le CHU Sart Tilman, une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur chronique est poursuivie et développée dans une unité spécialisée au sein de l'hôpital : le Centre de la Douleur.

LES DIFFICULTÉS DE DÉFINITION

La prise de conscience d'une différence fondamentale entre la douleur aiguë et la douleur chronique a motivé la création de services spécialisés dans l'évaluation, l'étude et le traitement de la douleur. En effet, la douleur aiguë est une douleur-signal, utile, avertissant d'une lésion réelle (fracture, abcès, inflammation...) de l'organisme, permettant d'y porter remède. Elle est souvent unifactorielle et peut être contrôlée assez facilement par les moyens thérapeutiques actuels. Par contre, la douleur chronique est la douleur-maladie. Elle ne répond plus à une fonction de conservation pour l'organisme. L'objectif thérapeutique est réadaptatif : mieux gérer son handicap douloureux (2). La douleur chronique ne peut être réduite à une douleur aiguë qui persiste, car elle a perdu sa fonction de

(1) Consultants, Centre de la Douleur, Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU Liège, (2) Résidente-Spécialiste, Service de Psychiatrie, Centre de la Douleur, CHU Liège, (3) Psychologue, Centre de la Douleur, Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU Liège, (4) Chercheur Qualifié FNRS, Centre de Recherches du Cyclotron, Service de Neurologie, Centre de la Douleur, CHU Liège, (5) Consultante, Service de Médecine Physique, Centre de la Douleur, CHU Liège, (6) Chef de Clinique, Département d'Anesthésie-Réanimation, Centre de la Douleur, CHU Liège, (7) Professeur de Clinique, Service de Neurochirurgie, Centre de la Douleur, CHU Liège, (8) Chef de Clinique Adjoint, Service de Médecine Physique, Centre de la Douleur, CHU Liège, (9) Professeur de Clinique, Chef de Service Associé, Département d'Anesthésie-Réanimation, Médecin-coordonateur du Centre de la Douleur, CHU Liège

symptôme d'alarme d'un dysfonctionnement somatique, souvent par ailleurs largement dissociée de sa composante lésionnelle. La douleur chronique peut devenir une véritable « maladie en soi » où les dimensions émotionnelles ou de renforcement psychosocial prennent une large place, parfois même toute la place. La douleur reste irréductiblement somato-psychique, car elle est à la fois une expérience sensorielle et émotionnelle (3).

La définition de l'Association Internationale de l'Etude de la Douleur illustre son caractère pluridimensionnel : « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage » (4). C'est donc une expérience subjective colorée par les apprentissages antérieurs et les motivations actuelles. On distingue plusieurs composantes dans la douleur :

- la composante sensorielle, grâce à laquelle le système nerveux central décode la qualité, l'intensité et la localisation des messages douloureux,
- la composante émotionnelle-affective détermine la tonalité désagréable, pénible, insupportable de ce message douloureux,
- la composante cognitivo-comportementale amène l'individu à se poser des questions sur l'origine ou la signification de cette douleur et suivant l'attention et l'interprétation que l'individu attache à cette douleur, il la compare aux expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées, il l'anticipe et craint déjà les douleurs futures. Son comportement verbal et non verbal traduit sa douleur.

La limite entre douleur aiguë et douleur chronique est en principe fixée entre 3 à 6 mois. Lorsqu'une douleur se montre rebelle et tend à persister, sa prise en charge médicale doit préciser non seulement les mécanismes étiologiques de départ, mais aussi les aspects psycho-comportementaux et sociaux intriqués. La douleur chronique n'est en rien la juxtaposition dans le temps d'une série continue ou discontinue de douleurs aiguës. Les deux entités sont parfaitement distinctes. C'est un état morbide, caractérisé par l'existence d'un phénomène douloureux, d'intensité variable, mais retentissant toujours sur le comportement psychosocial de l'individu. Ces conséquences, elles-mêmes sources de souffrance, peuvent amener agressivité, anxiété et dépression. Les observations nous invitent à dépasser la dichotomie corps-esprit. La notion de somatisation rend bien compte de

la valeur de la communication de cette plainte ; elle peut être ainsi l'expression d'une détresse intrapsychique ou psychosociale dans un langage de plainte corporelle, suivie d'une consultation médicale. Ce mode d'expression est plus ou moins accepté selon les cultures et les systèmes de soins (5).

LES DIMENSIONS DU PHÉNOMÈNE DOULOUREUX

Trois dimensions doivent être prises en considération : le mécanisme générateur, le vécu subjectif et les comportements associés.

LE MÉCANISME GÉNÉRATEUR :

On distingue trois grands types de mécanismes :

1. Origine nociceptive :

C'est le mécanisme le plus habituel. Un processus pathologique (inflammatoire, traumatique, infectieux ou dégénératif...) active au niveau périphérique le système physiologique de transmission des messages nociceptifs (fibres Ad et fibres C). Cette information est transmise vers la moelle et ensuite, via le faisceau spino-thalamique, vers un réseau impliqué dans l'encodage et la gestion du message nociceptif au niveau du cerveau (6). Il s'agit d'un fonctionnement normal du système sensoriel activé par un excès de messages, une hyperstimulation.

Les douleurs d'origine nociceptive peuvent être de type mécanique et/ou inflammatoire :

TABLEAU I : CARACTÉRISTIQUES SÉMIOLOGIQUES DES DOULEURS PAR EXCÈS DE NOCICEPTION

Physiopathologie : stimulation des nocicepteurs	
Sémiologie	
<i>type mécanique</i>	<i>type inflammatoire</i>
- provoquée par mobilisation	- Q à la mobilisation
- calmée par repos	- souvent articulaire
- maximum en fin de journée	- raideur matinale
- ne réveillant pas la nuit	- réveil nocturne
Examen neurologique : normal	

2. Origine neuropathique

Sous ce terme, on regroupe les douleurs qui surviennent suite à une atteinte nerveuse périphérique (section, infection...) ou centrale (section de moelle, lésion dégénérative, post-accident ischémique...).

L'origine neuropathique d'une douleur est aisément identifiée dans un contexte d'atteinte neurologique, plus difficile à identifier en cours

de processus néoplasique ou après traumatisme ou maladie systémique. Comme le montre le tableau (II), les douleurs neuropathiques ont des caractéristiques sémiologiques particulières.

TABLEAU II : CARACTÉRISTIQUES SÉMIOLOGIQUES DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

Physiopathologie : lésion nerveuse périphérique ou centrale
Sémiologie
- composante continue, brûlante
- composante fulgurante intermittente → décharges
- dysesthésies : picotements, fourmillements
Examen neurologique
- signes d'hyposensibilité : anesthésie/hypoesthésie
- signes d'hyposensibilité : allodynie/hyperalgie
Topographie compatible avec origine neurologique périphérique ou centrale

La douleur est rapportée dans un territoire correspondant à la lésion nerveuse. La lésion des afférences périphériques perturbe également l'équilibre des systèmes modulateurs spinaux ou supraspinaux, et l'excitabilité des neurones des relais spinaux peut être modifiée (7).

3. Origine psychologique ou idiopathique

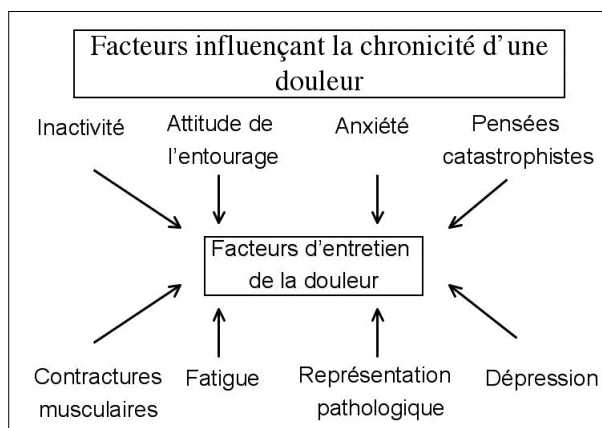
La sémiologie de la douleur peut nous aider à suspecter une origine prioritairement psychogène : l'origine dite psychogène ne se limite pas à un diagnostic de non-organicité mais elle repose plutôt sur une sémiologie psychopathologique. Divers cadres nosographiques peuvent être évoqués : somatisation d'un désordre émotionnel, conversion hystérique, hypochondrie (8). Il faut cependant rester très prudent devant un tableau stéréotypé évoquant un cadre sémiologique précis (points gâchettes musculaire et myofacial, glossodynie, fibromyalgie, céphalée de tension) où le mécanisme physiopathologique de ces tableaux reste encore à élucider. Décrire ces patients d'un point de vue exclusivement psychologique ne rend pas compte des problématiques en cause. L'origine psychogène d'une douleur ne peut être évoquée qu'à un stade tardif d'exploration. Elle nécessite d'abord et avant tout une évaluation et une prise en charge pluridisciplinaires par les algologues psychologues cliniciens et les psychiatres.

VÉCU SUBJECTIF DE LA DOULEUR ET COMPORTEMENTS ASSOCIÉS

Indépendante du mécanisme initiateur somatique, neurologique ou psychogène, la douleur reste une expérience subjective, modulée par les apprentissages antérieurs, les variations actuelles et les anticipations. La composante sensori-discriminative permet à l'individu de décoder localisation, intensité et qualité du sti-

mulus nociceptif. La composante affectivo-émotionnelle confère la tonalité désagréable même insupportable et peut se prolonger vers des états d'anxiété et de dépression. La composante cognitivo-comportementale désigne l'ensemble des processus mentaux qui peuvent influencer le vécu d'une douleur. Ainsi, les processus d'attention ou de détournement de l'attention, d'interprétation et de signification de l'expérience douloureuse et les croyances peuvent décider du comportement à adopter face à une stimulation nociceptive. La composante comportementale englobe les réactions verbales et non-verbales que l'on peut observer chez la personne souffrante qui ainsi communique, à son entourage, sa souffrance. Ces réactions sont modulées par les apprentissages antérieurs, en fonction de l'environnement familial, de standards sociaux et ethno-culturels. Il ressort de la littérature (9, 10) qu'il existe des interactions possibles entre facteurs cognitifs, comportementaux et affectifs et le degré d'incapacité physique d'une douleur chronique. Le schéma I résume les principaux facteurs qui peuvent influencer la chronicité d'une douleur. Il faut donc souligner l'opportunité d'évaluer ces facteurs de risque dans une prise en charge multidisciplinaire et de proposer à un stade précoce une intervention ciblée.

Schéma 1



L'IMPORTANCE D'UN BILAN, D'UNE EXPLORATION GLOBALE DE LA PLAINTE DOULOUREUSE, CENTRÉE SUR LE PATIENT ET SON CONTEXTE

Le diagnostic d'un processus douloureux chronique et des causes qui l'ont provoqué et l'entretiennent repose, dans une large mesure, sur une anamnèse fouillée. L'examen clinique (avec examen neurologique) ainsi que certains examens complémentaires permettent de poser un certain nombre de diagnostics. Lorsque le problème est complexe, en particulier lorsque le patient a déjà eu recours à de nombreuses inter-

ventions médicales, la première visite constitue une entrevue d'orientation permettant aux patients d'exprimer leurs plaintes, leurs rancœurs, leurs déceptions. Cette entrevue sert surtout à recadrer et transformer la « plainte douleur » en « problème douleur » qu'il faut réapprendre à gérer. Ainsi, lors de cette première visite, le patient doit formuler ses attentes par rapport à notre intervention. C'est au médecin d'ajuster avec le patient cette attente vers un objectif concret et réaliste, et, ainsi, de créer une alliance thérapeutique qui permet d'avancer. En détaillant l'histoire de sa « maladie douleur », le patient est amené à parler de son installation chronologique, à mettre d'autres événements de vie en parallèle, à clarifier l'évolution et le vécu de cette douleur et à verbaliser ses émotions. Il détaillera l'évolution de la douleur, son rythme, sa fréquence, les périodes de rémission totale ou partielle. Il s'attardera à décrire les différents types de traitements entrepris et leur efficacité, ainsi que les différents examens complémentaires réalisés et le résultat de ces examens. La description de la douleur en sensation est probablement l'élément le plus difficile à obtenir, car elle fait appel au langage, mais également à la faculté du patient d'expliquer ce qui n'est pas une simple sensation, mais une « expérience sensorielle et émotionnelle ».

L'anamnèse d'un problème « douleur chronique » se résume selon le schéma suivant :

- A) Histoire de la douleur :
- début et événements concomitants
 - décours dans le temps
 - décours dans la localisation
 - décours dans l'intensité
 - différentes propositions thérapeutiques
 - résultats de ces interventions
- B) Description de la douleur actuelle
- localisation dans le corps
 - description des sensations
 - intensité au repos – en cours d'activités en moyenne sur une journée
 - répercussions sur le sommeil, aux niveaux professionnel, familial ou des loisirs.
- C) Facteurs modifiant l'intensité de la douleur :
- ceux qui l'augmentent
 - ceux qui la diminuent
- D) Croyance du patient par rapport à cette douleur (explications?)

- E) Anamnèse médico-chirurgicale classique avec les antécédents somatiques et psychiques
- F) Clarifier les attentes du patient
- G) Se mettre d'accord sur un objectif thérapeutique concret

L'évolution de l'intensité de la douleur peut se faire à l'aide d'outils de mesure. Les méthodes habituellement utilisées pour apprécier et tenter de quantifier la douleur clinique sont l'échelle verbale simple (11), l'échelle numérique et l'échelle visuelle analogique (12). La dimension qualité de la douleur fait appel au langage, à ses méthodes d'appréciation que sont les questionnaires de qualificatifs proposés en 1975 par Melzack R. (13), mieux connus sous le vocable de « Mc Gill Pain questionnaire (MPQ) ». Celui-ci est descriptif des qualités sensorielles et affectives de l'expérience douloureuse vécue par le patient. Pour la langue française F. Boureau, a établi un questionnaire appelé questionnaire Douleur Saint Antoine (14), dans lequel le patient peut pondérer le choix d'un qualificatif donné par une note de 0 à 4, en fonction de l'importance qu'il lui attribue. La dimension cognitivo-comportementale et la qualité de vie peuvent être évaluées par d'autres questionnaires.

Cependant, les répercussions sur le travail, les loisirs, le sommeil, la vie sociale, les habitudes alimentaires (boissons, café, alcool), l'humeur en général, sont des points importants à aborder en consultation de la douleur. Étant donné que le patient ayant une problématique de douleurs chroniques a de multiples expériences auprès de professionnels de la médecine, de paramédicaux, de médecines dites parallèles, il est opportun de faire préciser tous les traitements qui ont été instaurés et leur succès transitoire ou leur échec. Il est également utile de savoir si quelqu'un a suggéré ou affirmé que la douleur était d'origine iatrogène et si quelqu'un a déclaré ou agi comme si le patient faisait semblant d'avoir mal.

L'EXAMEN CLINIQUE

La description de la douleur faite par le patient est très importante car elle oriente le médecin dans l'analyse des différentes composantes de la douleur et lui permet d'envisager des hypothèses étiologiques. Cette description sera complétée par un examen clinique soigneux, afin d'obtenir une appréciation globale où l'observation du patient, son discours, sa démarche, ses difficultés fonctionnelles, ne peuvent être négligés. Quant à l'examen de la région douloureuse, il est très utile de faire préciser par le patient la région qui constitue la source de ses souffrances. L'inspection de cette zone peut

fournir d'autres éléments : gonflement local, aspect de la peau, spasme musculaire.... La palpation de la région douloureuse doit être faite en douceur et par comparaison avec la zone symétrique saine. Pincer la peau entre le pouce et l'index permet parfois de préciser l'origine d'une douleur. L'examen neurologique comprend l'examen sensoriel, réalisé en parfaite connaissance des trajets anatomiques nerveux, la taxinomie utilisée doit être précise. L'examen du système locomoteur peut aussi aider dans le diagnostic différentiel d'algies chroniques.

Il est important de savoir et de garder à l'esprit que le patient atteint de douleurs chroniques nécessite une approche globale, car ces douleurs sont souvent accompagnées d'anxiété et d'isolement, parfois de dépression ou même de désespoir. Différents examens complémentaires ou avis doivent parfois être demandés. Après quoi, le patient est informé des différentes approches thérapeutiques possibles dont l'objectif sera concret, visant à augmenter les activités quotidiennes, avec gestion de cette douleur, ainsi qu'à restaurer un sommeil réparateur. La participation du patient à l'élaboration de son traitement, le rend à nouveau « acteur » de sa vie. Cette façon de faire permet aussi de le responsabiliser (sans le culpabiliser). La première approche thérapeutique combine le soulagement des symptômes et si possible le traitement étiologique.

SCHÉMA DU TRAITEMENT PROGRESSIF DE LA DOULEUR

Une échelle de stratégie thérapeutique de la douleur cancéreuse en 3 paliers (15) peut être également utilisée pour la prise en charge de la douleur chronique par excès de nociception.

La règle de base pour le traitement médicamenteux de la douleur est l'administration par voie orale. La posologie est adaptée pour chaque patient en fonction de sa douleur et de l'évolution de celle-ci au cours du temps. Les formes retard sont préférées. Il est indispensable d'expliquer aux patients l'objectif thérapeutique visé, de signaler les effets indésirables les plus fréquents, tout en rassurant et en mettant l'accent sur l'effet bénéfique de cette prise en charge. Il est important de rester à l'écoute du patient et d'obtenir son adhésion thérapeutique. L'objectif thérapeutique vise à soulager, rarement à supprimer toute douleur. Le traitement de la douleur par paliers représente la base de toute administration de médicaments antidouleurs.

PALIER 1 :

Les antalgiques du palier 1 comprennent paracétamol, pyrazolés, acide acétyl salicylique

(AAS) et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Les médicaments exercent une action analgésique et/ou anti-inflammatoire et/ou antipyrétique. Leurs mécanismes d'action reposent essentiellement sur l'inhibition de l'enzyme cyclo-oxygénase (surtout cox-2) libérée dans les tissus inflammatoires ; ces produits sont utilisés dans les douleurs d'intensité faible à modérée (16). Les principaux effets secondaires sont des troubles gastro-intestinaux, un allongement du temps de saignement, une toxicité rénale ou hépatique, des réactions d'hypersensibilité avec parfois oedèmes, de confusion mentale, des vertiges ou des céphalées. Les substances du palier I ont en commun un « ceiling-effect » ou effet plafond, c'est-à-dire qu'un dépassement de leur dose-limite n'entraîne aucune amélioration de leur effet. Leur dose-limite varie individuellement, mais si l'effet est insuffisant, il faut passer au palier 2 et/ou ajouter un co-analgésique.

Le choix des médicaments de palier 1 est surtout recommandé dans les douleurs type excès de nociception (arthrite, arthrose), en cas de douleur viscérale, ou lors de céphalées. Les médicaments sont proposés aussi en association avec des antispasmodiques ou des vasoconstricteurs (caféine).

PALIER 2 : OPIOÏDES FAIBLES (SEULS OU EN ASSOCIATION) (17)

Dans la pratique, on recommande le tramadol (max 400 mg), la tilidine (max 300 mg) ou la dihydrocodéine (max 360 mg) à dose et horaire fixes. Le « ceiling effect » recommande de ne pas dépasser ces doses maximales. Chez 10 % de la population, une absence d'enzyme hépatique empêche la formation de métabolite actif et le produit reste inefficace. Les médicaments sont proposés en cas de douleurs par excès de nociception, et sont souvent moins efficaces sur les douleurs type « neuropathique ». Les effets indésirables de tous ces médicaments (nausées, constipation, confusion, vertige...) sont ceux des opioïdes mais leur tolérance à long terme est excellente. En cas d'effet insuffisant, il convient de choisir un médicament à base d'opioïdes forts.

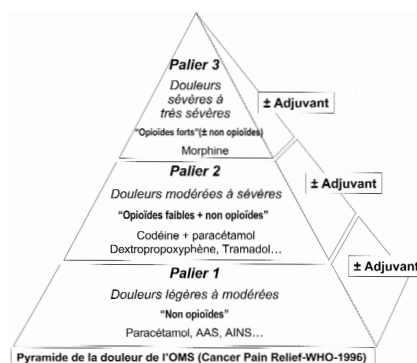


Schéma 2. Traitement de la douleur par paliers

PALIER 3 : OPIOÏDES FORTS

(SEULS OU EN ASSOCIATION AVEC PALIER 1) (17)

Dans ce groupe également, nous donnons la préférence aux formes retard par voie orale, soit sous forme de comprimés, de granulés retard (si problème de déglutition, ou sonde gastrique), soit sous forme de comprimés pouvant être administrés par voie rectale, comme un suppositoire. Les morphiniques se répartissent en quatre grandes classes : agonistes purs (morphine, hydromorphone, fentanyl, methadone...), agonistes partiels (buprénorphine), agonistes-antagonistes (pentazocine), antagoniste (naloxone). Tous les agonistes présentent des propriétés pharmacologiques dépendantes de la dose, tant pour l'effet analgésique que pour les effets sur la dépression respiratoire. Ils diffèrent entre eux principalement par la puissance de l'effet, le début et la durée d'action. L'analgésie de ces substances se manifeste surtout (mais pas uniquement) à l'égard des douleurs par excès de nociception. Certaines douleurs neuropathiques peuvent être soulagées par ces médicaments. Les effets secondaires majeurs sont la dépression respiratoire, la constipation, le prurit, la

rétenction urinaire, la confusion, les nausées, les vomissements, l'hypotension orthostatique, la sédation, les myoclonies. Les phénomènes de tolérance et de dépendance physique doivent être pris en compte lors des traitements chroniques par opioïdes (18). En ce qui concerne l'utilisation des opioïdes dans les douleurs chroniques non cancéreuses, il y a lieu de respecter les Recommandations de Limoges.

Le traitement des douleurs neuropathiques nécessite une autre approche qui se focalise d'abord sur le processus pathologique sous-jacent. Celui-ci doit débiter le plus rapidement possible et peut amener un soulagement des douleurs (ex : valaciclovir si infection herpes zoster, chirurgie si compression nerveuse...). Parallèlement à cette prise en charge, s'associe un traitement symptomatique. Les données actuelles de la littérature nous montrent qu'une même symptomatologie clinique peut résulter de mécanismes physiopathologiques différents.

Ainsi, la douleur neuropathique nécessite l'utilisation d'autres approches thérapeutiques : antiépileptiques (19), anti-dépresseurs (20), anesthésiques locaux (21), médicaments affec-

TABLEAU III : SYMPTÔMES ET MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES DANS LA DOULEUR NEUROPATHIQUE

Symptômes	Mécanismes physiopathologiques
Douleurs fulgurantes ou sensations de coups de couteau	Décharges neuronales ectopiques
Sensation spontanée de brûlure	Sensibilisation périphérique et/ou centrale Perte des voies inhibitrices descendantes Décharges neuronales ectopiques
Dysesthésies	Décharges neuronales ectopiques
Paresthésies	Décharges neuronales ectopiques
Hyperalgésie	Sensibilisation périphérique et/ou centrale
Allodynie	Perte du contrôle inhibiteur descendant Sensibilisation centrale Réorganisation centrale Sensibilisation périphérique

LE TABLEAU IV : RÉSUMÉ DES PROPOSITIONS THÉRAPEUTIQUES EN FONCTION DES SYMPTÔMES SPÉCIFIQUES CHEZ LE PATIENT.

Symptômes	Antiépileptiques	Antidépresseurs tricycliques	Anti-arythmiques	Opioides	Autres analgésiques
Douleur paroxystique	+	+	O	+/-	-
Sensation de brûlure	+	+	+	O	Traitement local Tramadol
Dysesthésie	+	+	+	O	-
Douleur	+	+	+	O	-
Hyperalgie	+/-	O	+	O	Traitement local
Allodynie	+	+	O	+	Baclofène Clonidine Kétamine Amantadine

tant le métabolisme de la sérotonine, antagonistes calciques, sels de magnésium, anxiolytiques, médicaments du système sympathique, modulateurs des récepteurs NMDA (22), cannabinoïdes. Dans certains cas, l'utilisation de morphiniques peut apporter un soulagement des symptômes (23, 24).

D'autres approches thérapeutiques plus directes des structures nerveuses périphériques ou des espaces épiduraux ou intraduraux peuvent être proposées dans des Centres de la Douleur. L'infiltration de corticoïdes ou d'anesthésiques locaux ont une place dans l'arsenal thérapeutique de la douleur chronique mais ne constituent pas une panacée. Leur efficacité antalgique tient beaucoup d'une bonne indication et reste une procédure d'application limitée dans le temps (3 périodurales par an pour lombosciatalgie), en mettant en balance risques et bénéfices de ces techniques (25).

Des méthodes physiques telles que la cryothérapie, la thermothérapie, la vibrothérapie, les massages, apportent bénéfices et soulagement par des mécanismes réflexes d'origine vasomotrice et neuromusculaire. La neurostimulation électrique transcutanée (TENS) (26) induit des effets hypoalgésiants par activation des systèmes inhibiteurs de la douleur et par des mécanismes spécifiques. Ce moyen thérapeutique non-invasif a trouvé un champ d'application simple dans les syndromes douloureux chroniques.

Le réentraînement à l'effort physique (27) en douleur chronique constitue également un moyen simple et efficace pour améliorer la condition physique des patients qui ainsi trouvent la motivation de participer activement à leur traitement. L'apprentissage de l'autohypnose dans la gestion de la douleur chronique est un outil intéressant (28). D'autres techniques plus invasives de neuromodulation (radiofréquence, stimulation médullaire ou stimulation du cortex précentral) (29) ou de neurodestruction (30) sont proposées dans des centres spécialisés. Elles gardent des indications limitées, mais peuvent apporter une amélioration (parfois transitoire) des symptômes douloureux. Lorsque les thérapeutiques médicales ont épuisé leurs effets et sont devenues insuffisantes, il devient logique de discuter le bien-fondé des interventions chirurgicales à visée antalgique. L'application des techniques de neurodestruction (radicotomie, cordotomie, voire destruction de zone cérébrale spécifique) n'est cependant pas sans risque d'aggravation de la symptomatologie et ces risques doivent être expliqués clairement aux patients afin d'obtenir leur consentement éclairé.

CONCLUSION

D'importants progrès ont été réalisés ces vingt dernières années, dans la connaissance, la prise en charge et le traitement de la douleur. Pourtant, nombreux sont aujourd'hui les praticiens qui se retrouvent démunis devant des patients présentant des plaintes douloureuses qui restent rebelles aux traitements proposés. Éléments organiques, éléments psychiques, composants sensoriels, comportementaux et cognitifs, événements traumatiques, familiaux, sociaux, professionnels et culturels : autant de dimensions à évaluer chez chaque patient souffrant de douleur chronique. Et pour le patient, autant d'occasions de ruptures, de dispersions et de souffrance. L'errance médicale de ces patients témoigne probablement d'une quête avide d'être enfin compris, écoutés et soulagés. L'approche pluridisciplinaire propre aux Centres de la Douleur ne doit pas être seulement la réunion de compétences médicales et psychologiques d'horizons divers, c'est d'abord et surtout un lieu où la communication avec le patient et la communication entre soignants aboutit à des propositions thérapeutiques concertées. La cohérence des avis des différents intervenants médicaux et paramédicaux est essentielle pour induire une vision homogène chez le patient. L'approche clinique, centrée sur l'individu souffrant, peut ainsi offrir un accueil empathique et créatif. Le médecin généraliste en charge du patient constitue le lien privilégié avec l'équipe pluridisciplinaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rey R. — *Histoire de la Douleur*. La Découverte, Paris, 1993
2. Boureau F. — Le concept de la douleur, du symptôme au syndrome. *Rev Douleur Analg*, 1988, **1**, 11-17.
3. Allaz A.F. — *Le messenger boiteux : approche pratique des douleurs chroniques*. Médecine et Hygiène, 2003.
4. Merskey H. — Classification of chronic pain. Description of chronic pain syndromes and definitions. *Pain*, 1986, **suppl 3**, 345-356.
5. Kirmayer L.J., Robbins J.M. — *Current concepts of somatisation. Research and clinical perspectives. Progress in Psychiatry*. American Psychiatry Press, Washington, 1991.
6. Millan M.J. — The induction of pain : an integrative review. *Prog Neurobiol*, 1999, **57**, 1-164.
7. Hansson P.T., Fields H.L., Hill R.G. et al. — Neuropathic pain : pathophysiology and treatment. *Progress in pain research and management*. IASP Press, Seattle, 2001.
8. Fishbain D.A. — Approach to treatment decisions for psychiatric comorbidity in the management of the chronic pain patient. *Med Clin North Am*, 1999, **83**, 737-760.

9. Vlaeyen J.W.S., Kole-Snijders A.M.J., Boeren G.B. et al. — Fear of movement (re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 1995, **62**, 363-372.
10. Waddell G., Newton M., Henderson I. et al. — A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 1993, **52**, 157-168.
11. Houde R.W. — Methods for measuring clinical pain in humans. *Acta Anaesth Scand*, 1982, **suppl 74**, 25-29.
12. Carlsson A.M. — Assessment of chronic pain I. Aspects of the reliability and validity of the visual analog scale. *Pain*, 1983, **16**, 87-101.
13. Melzack R. — The Mc Gill Pain Questionnaire : major properties and scoring methods. *Pain*, 1975, **1**, 277-299.
14. Bourreau F., Luu M., Doubrere J.F. — Elaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs : comparaison avec le Mc Gill Pain Questionnaire de Melzack. *Thérapie*, 1984, **39**, 119-129.
15. World health organization — *Cancer pain relief*. Geneva, world health organization, 1986.
16. Brune K., Glatt M., Graf P. — Mechanism of action of anti-inflammatory drugs. *Gen Pharmacol*, 1976, **7**, 27-33.
17. Serrie A., Thurel C. — *La douleur en pratique quotidienne. Diagnostic et traitements*. Arnette, 2ème édition, Paris, 2002.
18. Adriaensen H., Vissers K., Noorduyn H. et al. — Opioid tolerance and dependence : an inevitable consequence of chronic treatment ? *Acta Anaesthesiol Belg*, 2003, **54**, 37-47.
19. Tremont-Lukats I.W., Megeff C., Backonja M.M. — Anticonvulsivants for neuropathic pain syndromes : mechanisms of action and place in therapy. *Drugs*, 2001, **60**, 1059-1052.
20. Magni G. — The use of antidepressants in the treatment of chronic pain. *Drugs*, 1991, **42**, 730-748.
21. Moskowitz M., Hines R., Gimbel J. et al. — Impact of lidocaine patch 5 % (lidoderm®) on various pain qualities associated with low back pain (LBP) : a prospective trial using the neuropathic pain scale (NPS). World Congress on Pain, San Diego, California, 2002
22. Felsby S., Nielsen J. Arendt-Nielsen L. et al. — NMDA receptor blockade in chronic neuropathic pain : a comparison of ketamine and magnesium chloride. *Pain*, 1996, **64**, 283-291.
23. Foley K.M. — Opioids and chronic neuropathic pain. *N Engl J Med*, 2003, **348**, 13, 1279-1281.
24. Rowbotham M.C., Twilling L., Davies P.S. et al. — Oral opioid therapy for chronic peripheral and central neuropathic pain. *N Engl J Med*, 2003, **348**, 131, 1223-1231.
25. Watts R.W., Sciagy C.A. — A meta-analysis on the efficacy of epidural corticosteroid in the treatment of sciatica. *Anesth Intern Care*, 1995, **23**, 564-569.
26. Masquelier E., Plaghki L. — *Le traitement de la douleur par neurostimulation électrique transcutanée*. Medipractice Special, aspect thérapeutique, 1998, vol 2.
27. Nielens H., Plaghki L. — Evaluation of physical adaptation to exercise of chronic pain patients by a step-test procedure. *Pain Clinic*, 1991, **4**, 1, 21-28.
28. Faymonville M.E., Roediger L., Del Fiore G. et al. — Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cognitive Brain Res*, 2003, **17**, 255-262.
29. Van Zundert J., Puylaert M., Vissers K. — Traitement des syndromes douloureux chroniques par radiofréquence. 2ème partie : douleurs lombaires et cervicales. *Neurone*, 2001, **6**, 8, 269-273.
30. Blond S., Touzet G., Reyns N. et al. — Les techniques de la neurostimulation dans le traitement de la douleur chronique. *Neurochirurgie*, 2000, **46**, 466-482.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr R. Fontaine, Centre de la Douleur, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.