

100 médicaments, sans douleur!

Pierre Arsenault

Dans le numéro de mars du Médecin du Québec, M. Bontemps avait subi une entorse cervicale et voyait son état se détériorer avec le temps. Des explications pour cette évolution clinique avaient alors été proposées. Voyons maintenant quels sont les objectifs de la prise en charge thérapeutique.

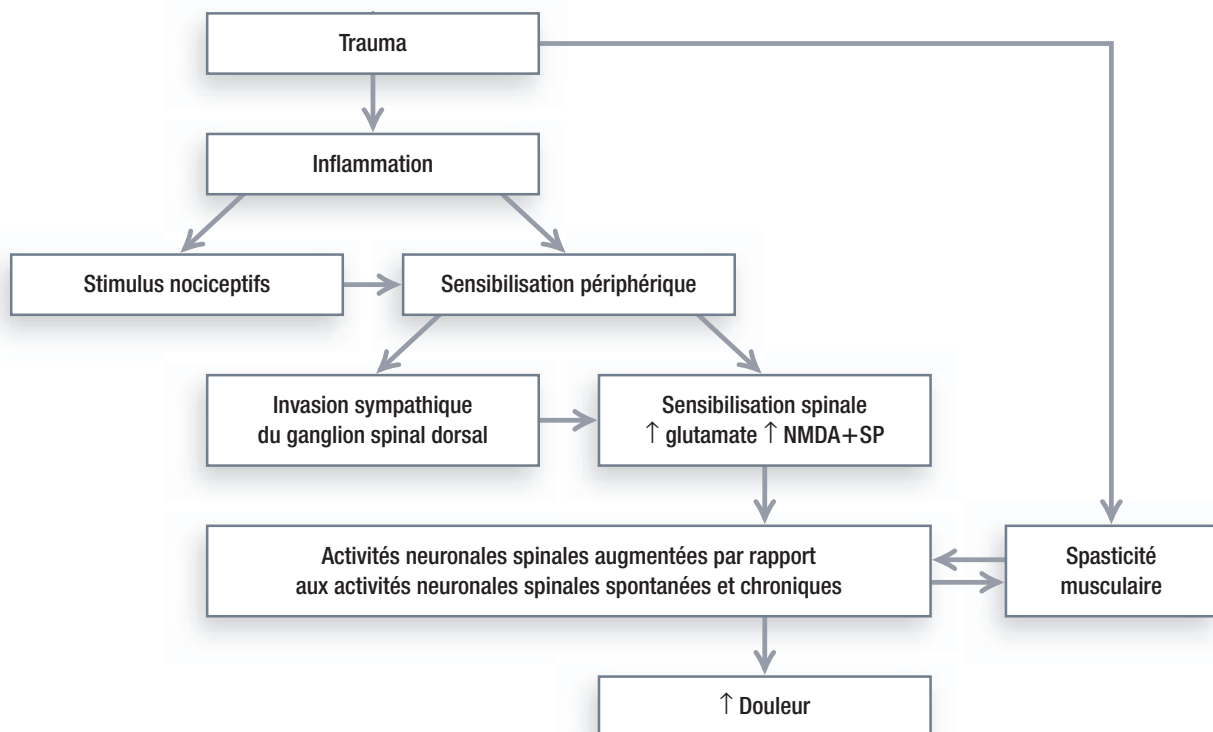
LES BLESSURES MUSCULOSQUELETTIQUES survenues au travail doivent être traitées rapidement et efficacement, sinon elles risquent de devenir permanentes et invalidantes¹. Les facteurs personnels menant à la persistance de la douleur ne sont pas encore connus,

Le Dr Pierre Arsenault, omnipraticien, est professeur associé au Département de médecine de famille de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et pratique à la Clinique médicale de Windsor.

mais font l'objet de recherches. Ils pourraient inclure des caractéristiques génétiques, des facteurs biologiques et des éléments psychologiques. Lorsque certains éléments sont réunis et que la douleur n'est pas soulagée, des changements structuraux et neurochimiques s'installent au niveau du système nerveux central de certains patients, en particulier dans la corne postérieure de la moelle épinière¹. Même s'il ne peut encore prédire ce phénomène, le médecin de famille doit néanmoins tout mettre en œuvre pour diminuer

Figure

Principales activités dans la cascade menant à la sensibilisation centrale



NMDA : récepteurs N-méthyl-D-aspartate ; SP : substance P.

au maximum la douleur de son patient en s'assurant de nuire le moins possible à la capacité fonctionnelle de ce dernier. Pour y arriver, il peut avoir recours à plusieurs médicaments, et le choix n'est pas toujours aisé.

Par où commencer ?

Un muscle blessé s'enflamme pour se protéger. Toutefois, lorsque cette activité inflammatoire n'est pas maîtrisée ou qu'elle est trop prolongée, elle peut sensibiliser les neurones nociceptifs périphériques et engendrer une cascade de mécanismes menant à la douleur neuropathique (*figure*). De plus, par un mécanisme direct ou réflexe, la musculature touchée par la lésion et celle qui se trouve en périphérie deviennent généralement spastiques. La prescription d'un anti-inflammatoire et d'un relaxant musculaire est donc parfaitement justifiée au moment de la première consultation. On choisira une dose élevée, mais sûre, d'un anti-inflammatoire, tout en tenant compte des précautions et des contre-indications habituelles (risque d'hémorragies digestives, insuffisance rénale, etc.).

La cyclobenzaprine (un antidépresseur tricyclique comme l'amitriptyline) est généralement le myorelaxant le plus employé. Elle a également l'avantage d'améliorer la qualité du sommeil. Elle peut être prescrite uniquement au coucher si l'on veut éviter les effets indésirables durant la journée (effets anticholinergiques, somnolence, etc.). Le recours au méthocarbamol (Robaxacet, Robaxisal), à l'orphénadrine (Norflex), au baclofène (Lioresal) et à la tizanidine (Zanaflex) est plus rare, mais peut également avoir son utilité.

L'addition d'un opioïde à libération immédiate doit être envisagée chez le patient aux prises avec une douleur intense. Il faut habituellement éviter la codéine, qui est un faible opioïde et qui doit d'abord subir une transformation hépatique par l'isoenzyme CYP 2D6, qui est absente chez environ 10 % des personnes de race blanche (c'est possiblement le cas de M. Bontemps¹). Quant au tramadol, dont le métabolisme passe aussi par la CYP 2D6, il a l'avantage d'avoir une molécule mère déjà active et d'utiliser plusieurs mécanismes antalgiques simultanés (faiblement opioïdérique, sérotoninergique et noradrénergique) reproduisant les mécanismes naturels d'inhibition de la douleur.

Au cours des journées qui suivent une blessure musculosquelettique, le repos peut être avantageux. Toutefois, il faut garder en tête que la reprise des activités fera en fin de compte partie du processus de réadaptation à la douleur. Il faut donc éviter de prescrire de longs ar-

rêts de travail et chercher plutôt à réévaluer son patient dans un délai acceptable (ex. : de 7 à 10 jours plus tard), sans pour autant multiplier les consultations inutilement, ce qui contribue à « médicaliser » encore davantage les patients.

Quelle est la priorité au moment du suivi ?

La deuxième consultation est souvent l'occasion de réévaluer le diagnostic et d'optimiser ou de modifier l'approche thérapeutique. L'examen clinique doit être refait et doit inclure à la fois des évaluations musculosquelettiques (passives et actives) et neurologiques (sensitives et motrices). Cette rencontre permettra aussi de vérifier le degré de soulagement, la qualité du sommeil et l'état psychologique du patient, les activités accomplies par ce dernier ainsi que les effets secondaires du médicament. Les échelles analogiques sont utiles pour chacune de ces variables dans le suivi de l'évolution clinique des patients.

L'objectif étant d'obtenir la meilleure analgésie avec le moins d'atteinte des capacités cognitives, affectives et motrices, il arrive que le traitement médicamenteux soit alors augmenté, diminué ou tout simplement changé. Une progression de la douleur ou de la spasticité indique que la posologie est mal ajustée. Un opioïde à libération immédiate, non métabolisé par l'isoenzyme CYP 2D6 (morphine, oxycodone, hydromorphone, etc.) en prise occasionnelle peut être nécessaire, mais doit être prescrit avec des recommandations de prudence si le lien d'emploi ou si la conduite automobile sont maintenus. Le médecin peut également envisager d'augmenter la dose du myorelaxant ou encore de remplacer ce produit par un autre.

L'apparition de nouveaux symptômes ou de signes cliniques neurologiques, comme des paresthésies ou des dysesthésies (cas de M. Bontemps¹), doit d'abord évoquer une cause secondaire (compression d'une racine nerveuse comme dans le syndrome du canal carpien). À défaut d'une explication, il faut craindre une transformation de la douleur.

Dans de tels cas, la douleur serait maintenant considérée comme « mixte » (nociceptive + neuropathique) et son traitement devrait aussi inclure des stabilisateurs membranaires (anticonvulsivants, antidépresseurs tricycliques, etc.).

À l'opposé, en présence d'une atténuation considérable de la douleur, le clinicien doit songer à une reprise du travail avec des restrictions sur les gestes posant un risque d'exacerbation.

Que faire si la douleur devient persistante ?

Devant une douleur persistante, il faut, dès la troisième consultation (généralement de trois à quatre semaines après la blessure), non seulement refaire l'examen et revoir le traitement médicamenteux, mais également envisager l'ajout d'interventions physiques (physiothérapie ou autres) et parfois même psychologiques. Tous les patients n'ont pas les mêmes besoins sensoridiscriminatifs et motivaffectifs. Néanmoins, la persistance de la douleur entraîne souvent des symptômes dépressifs ou anxieux qu'il faut aussi traiter.

Malgré tout, il arrive malheureusement que la douleur s'intensifie et se diffuse. La neuropathie est alors hautement probable et s'explique par le phénomène de sensibilisation neuronale. Dans une telle situation, les caractéristiques de la douleur changent¹, et l'examen clinique révèle l'existence d'hyperalgésie ou d'allodynie à l'une ou plusieurs des modalités testées (piqûre, chaleur, froid, friction, etc.). Pour soutenir son hypothèse, le clinicien pourrait aussi avoir recours à des questionnaires spécialisés tels que le DN4, dont la sensibilité et la spécificité sont plus que respectables². Le DN4 doit être rempli en deux temps (lors de l'anamnèse et lors de l'examen clinique). Il contient dix courtes questions sur la douleur que ressent le patient. Il permet de confirmer la présence d'une douleur neuropathique avec une sensibilité de 82,9 % et une spécificité de 89,9 %. À ce stade, l'approche thérapeutique de la douleur devient plus difficile.

La stabilisation neuronale constitue une priorité. La prescription d'inhibiteurs des canaux sodiques (tels que les antidépresseurs tricycliques comme l'amitriptyline ou la nortriptyline) et d'inhibiteurs des canaux calciques (tels que la gabapentine et la prégabaline) devient essentielle. Les autres antagonistes sodiques (carbamazépine et autres) sont plus rarement utilisés en raison de leurs importants effets indésirables. Il arrive que les opioïdes ne soient ajoutés qu'à cette étape. Si tous ces agents s'avèrent insuffisants, le clinicien pourra consulter les algorithmes de traitement mis au point au cours des dernières années^{3,4}. Il faut parfois essayer plusieurs médicaments pour trouver la bonne association. Certaines interventions locales (infiltration ou opération) pourraient aussi devenir des options intéressantes.

Il ne faut pas oublier que la prise en charge doit être globale et nécessite l'action concertée de divers intervenants (médecin, physiothérapeute, psychologue, infirmière, travailleur social, etc.). À ce point, les cliniques de la douleur seraient d'une grande utilité, mais leur accessibilité est très limitée.

Comment gérer la période de sevrage ?

Lorsque la douleur est nettement atténuée, il faut amorcer et gérer la période de sevrage médicamenteux. On commencera généralement par arrêter les opioïdes, puis les coanalgésiques. Il est utile de prescrire un protocole de sevrage, tout en laissant au patient des occasions de rencontre, au besoin.

Ce sevrage doit être amorcé lentement en présence de douleur neuropathique. Il est généralement recommandé de ne l'entreprendre qu'après six mois de soulagement⁵. De plus, le traitement médicamenteux devrait être rapidement repris en cas d'exacerbation de la douleur.

Que nous réserve l'avenir ?

Les recherches faites au cours des dernières années sur la douleur postopératoire tendent à confirmer l'utilité d'une intervention précoce à l'aide de médicaments qui stabilisent les neurones nociceptifs (gabapentine, prégabaline, etc.). En effet, plusieurs études confirment que l'utilisation de ces molécules amène un meilleur soulagement après une opération ainsi qu'une diminution considérable des quantités d'opioïdes utilisés⁶. L'idée d'employer de tels agents très tôt après une blessure musculosquelettique fait du chemin. Bien que cette initiative ne soit pas encore intégrée aux recommandations, il est à parier qu'elle fera partie des automatismes dans quelques années. L'hypothèse la plus plausible veut que la protection « neuronale » engendrée par ces molécules diminue le risque de sensibilisation, voire de chronicisation. 🦋

Bibliographie

1. Arsenault P. Traumatisme physique et douleur. Reconnaître les signaux d'alerte de détérioration. *Le Médecin du Québec* 2008 ; 43 (3) : 93-6
2. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H et coll. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005 ; 114 (1-2) : 29-36.
3. Finnerup NB, Otto M, Jensen TS et coll. An evidence-based algorithm for the treatment of neuropathic pain. *MedGenMed* 2007 ; 9 (2) : 36.
4. Moulin DE, Clark AJ, Gilron I et coll. Canadian Pain Society. Pharmacological management of chronic neuropathic pain – Consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. *Pain Res Manag* 2007 ; 12 (1) : 13-21.
5. Bélanger A. *La douleur neuropathique et son approche médicamenteuse*. Site Internet : www.ampq.org/3/texte/boulangier_0505.ppt (Date de consultation : le 11 mars 2008).
6. Kelly DJ, Ahmad M, Brull SJ. Preemptive analgesia I: physiological pathways and pharmacological modalities. *Can J Anaesth* 2001; 48 (10) : 1000-10.