

La Douleur

L'essentiel de l'actualité

Réalisée en collaboration avec Sanofi :



Douleur chronique

Douleur aiguë

Focus

Archives des revues de presse

Douleur chronique

Dr Rodrigue Deleens (Rouen et Paris)

Les neuropathies chimio-induites : mieux les connaître pour mieux les traiter

(Kerckhove N et al. Bull Cancer. 2018 Nov; 105(11): 1020-32)

Dans cet article sélectionné dans le *Bulletin du Cancer*, les auteurs proposent une mise au point des connaissances concernant les neuropathies périphériques chimio-induites (NPCI) et donc, abordent les douleurs neuropathiques, sans développer l'aspect thérapeutique. On y retrouve, par famille et par molécule, de bons rappels sur les mécanismes et la prévalence de ces neuropathies, leur topographie, leur sémiologie.

Parmi les molécules à base de platine, le carboplatine a une neurotoxicité plus faible que le cisplatine, avec près de 6% des patients traités rapportant une neuropathie. Par contre, l'oxaliplatine a une forte neurotoxicité : plus de 90% des patients développent une neuropathie et 30 à 50 % une neuropathie chronique. Elle s'exprime par des paresthésies et dysesthésies des mains, des pieds et de la zone péri-orale avec une hyperesthésie au froid. En pratique clinique, la neuropathie induite par le cisplatine est similaire à celle induite par l'oxaliplatine. Concernant les taxanes, la littérature est peu claire quant à la neurotoxicité du paclitaxel ou du docétaxel : lequel est plus toxique ? Il en est de même pour le cabazitaxel. On note tout de même des neuropathies sensitives distales, longueur dépendantes, touchant essentiellement les pieds. Des paresthésies, dysesthésies, engourdissements et une altération de la proprioception sont décrits. Pour le paclitaxel, cela concerne 80 à 97% des patients dans un intervalle de temps de 1 à 101 semaines. Parmi les alcaloïdes de pervenche de Madagascar, on trouve la vinorelbine, la vindésine et la vincristine qui induisent une neuropathie périphérique en gants et en chaussettes dans 35 à 45% des cas. Il peut être également décrit des crampes ou une faiblesse musculaire distale. Pour le thalidomide, la prévalence des NPCI est de 10 à 55% selon les études, et de 31 à 64% pour le bortézomib. La neuropathie induite par ce dernier est considérée comme l'effet indésirable le plus grave, imprévisible et potentiellement permanent. Il s'agit d'une axonopathie sensorielle, avec dysesthésie, sensation de refroidissement des extrémités, engourdissement, en gants et chaussettes.

Il n'y a pas de recommandation claire, ni de "gold standard" pour évaluer ou dépister ces NPCI. Toutefois, les auteurs privilégieraient l'association d'un examen clinique neurologique rigoureux à l'utilisation d'auto-questionnaires (plusieurs existent), car la clinique seule sous-estimerait ces tableaux. Ces NPCI ont un impact majeur sur la qualité de vie des patients traités par chimiothérapie, occasionnant même parfois des suspensions de celle-ci. Le dépistage, la prévention éventuelle et les traitements doivent être améliorés et faire l'objet de travaux scientifiques.

<https://www.em-consulte.com/en/article/1255225>

Douleur et cancer : un programme d'ETP régional innovant

Assez peu de programmes d'éducation thérapeutique (ETP) concernent la douleur du cancer, or, c'est un des points du Plan Cancer III.

Un projet de protocole EFFADOL (Ensemble, Faire Face A la DOuLeur) a été initié en Normandie dès 2013, sous l'impulsion du Réseau Régional de Cancérologie et du Réseau Régional Douleur en Basse-Normandie. Dix binômes médecins-infirmières ont été formés par un organisme de formation, dans le même temps, une identification des besoins des patients a été faite avec deux items retenus : comprendre ses douleurs et mieux les gérer seul au quotidien. Le programme d'ETP a été élaboré en septembre 2014, en collaboration avec l'équipe éducative, un coordonnateur formé à l'ETP et des patients "ressources", mais aussi des membres de la Ligue contre le Cancer et l'Association Francophone pour Vaincre les Douleurs. Le programme prévoit un bilan éducatif partagé avec mise en place d'un programme personnalisé. Trois séances ont été définies, comportant chacune deux ateliers de 40 minutes : "comprendre sa douleur", "comprendre les traitements de sa douleur et mieux gérer leurs effets secondaires", "s'adapter au mieux à la douleur au quotidien". Les outils pédagogiques ont été créés, adaptés aux différents ateliers (photo-expression, exposés interactifs). Les patients pouvant bénéficier du programme doivent présenter une douleur d'intensité modérée à sévère, non équilibrée dans la semaine précédant leur inclusion, liée à leur maladie ou à son traitement, avec antalgiques prescrits depuis plus d'un mois. La particularité de ce programme est son accessibilité : toutes les structures douleur du réseau (ex-Basse-Normandie) le proposent, offrant une harmonisation de prise en charge et une accessibilité de proximité.

L'évaluation du programme sera faite auprès des patients, mais aussi des soignants-éducateurs. L'impact sur un groupe ayant bénéficié du programme d'ETP sera comparé à un groupe "contrôle", pris en charge de façon plus conventionnelle. Pour évaluer le programme et son bénéfice, une randomisation comparative interventionnelle nommée "step-wedge" sera utilisée : les patients bas-normands seront inclus (centre 1), puis 5 autres centres seront intégrés afin de permettre de comparer l'approche éducative (centre 1) à l'approche conventionnelle (centres 2 à 6).

La particularité et l'intérêt de ce programme résident dans sa démarche collaborative, grâce notamment à l'existence du réseau et surtout des structures douleur qui y participent activement. Cette démarche ouvre la possibilité d'offrir ce programme aux patients, quels que soient leurs lieux de vie et au plus proche de chez eux. Nous attendons donc maintenant avec impatience le retour d'expérience et l'évaluation de l'impact de ce programme.

[https://www.em-consulte.com/article/1255229/figures/construction-et-evaluation-d-un-progra\[...\]](https://www.em-consulte.com/article/1255229/figures/construction-et-evaluation-d-un-progra[...])

Douleur aiguë

Pr Frédéric Aubrun (Lyon), Dr François Lecomte (Paris)

Stockage de comprimés d'opioïdes à domicile après chirurgie majeure

(Bicket MC et al. Anesth Analg. 2019 Feb; 128(2): 358-64)

Les patients opérés de chirurgies douloureuses bénéficient de la prescription d'antalgiques opioïdes et non opioïdes, en particulier lorsqu'ils regagnent leur domicile. Or, une part non négligeable des médicaments prescrits ne sont pas ou peu utilisés et sont par conséquent stockés avec tous les risques de mésusage ou de détournement que cette situation provoque.

Les auteurs de cette étude ont souhaité enquêter auprès de patients opérés d'une chirurgie douloureuse (chirurgie du rachis ou chirurgie articulaire). 140 patients ont été contactés chez eux par téléphone concernant les antalgiques prescrits, deux jours, deux semaines, un mois et six mois après la chirurgie. Il leur a été notamment demandé s'ils avaient arrêté leur traitement par opioïdes et s'il leur restait des comprimés. Le nombre de ces comprimés non utilisés devait être fourni aux investigateurs. Il était enfin demandé aux patients s'ils prenaient ou non des antalgiques non morphiniques et s'ils avaient connaissance de mesures de sécurité quant au stockage des médicaments morphiniques. Parmi les patients interrogés, 35% prenaient des opioïdes avant l'intervention chirurgicale. 73% des patients déclaraient garder à domicile des opioïdes prescrits et non utilisés un mois après leur chirurgie et 34% six mois après cette dernière. A un mois, 46% disposaient de plus de 20 comprimés et 37% de plus de 200 mg d'équivalent-morphine. Seuls 6% déclaraient se reporter sur des antalgiques non morphiniques. Quant aux conditions de sécurité de stockage, elles étaient absentes dans l'écrasante majorité des cas.

Les auteurs concluent cette étude édifiante par un indispensable processus d'éducation des patients (mais peut-être aussi des prescripteurs) bénéficiant d'opioïdes forts dans les suites opératoires à domicile.

[https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2019/02000/Opioid_Oversupply_After \[...\]](https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2019/02000/Opioid_Oversupply_After_[...])

Incidence et facteurs de risque de mortalité dans les suites de surdosages en opioïdes

(Burton BN et al. *Anesth Analg*. 2019 Jan; 128(1): 152-60)

Les Etats-Unis font face à une grave crise liée au mésusage ou au détournement dans l'usage des opioïdes. On estime actuellement que 115 Américains décèdent chaque jour d'une "overdose" en opioïdes. En 2015, plus de 60% des décès par overdose étaient dus aux opioïdes. Ces médicaments tuent plus que les accidents de la route, plus que les overdoses à l'héroïne et à la cocaïne. Les ventes en opioïdes ont quadruplé entre 1999 et 2014 aux Etats-Unis avec une augmentation du nombre de décès liés à ces antalgiques de 167% entre 2002 et 2005.

Il y a paradoxalement peu d'étude permettant d'expliquer ces chiffres alarmants : existe-t-il des facteurs de risque de mortalité chez ces utilisateurs de morphiniques ? Les auteurs de cette large étude (près de 600000 patients analysés entre 2010 et 2014) ont souhaité approfondir les connaissances sur ce sujet. Près de 14% des patients étaient admis à l'hôpital pour usage illicite (en augmentation de 31% par an) et 86% pour surdosage en opioïdes (en diminution de 24% par an). La mortalité était de 4,7% et de 2,3% respectivement (en augmentation de 8% et de 6% par année). Les patients âgés de plus de 80 ans et ceux présentant une tumeur solide cancéreuse avaient plus de risques de décéder. Quant aux patients d'origine afro-américaine ou ceux en cours de sevrage alcoolique, leur risque de décéder était en revanche plus faible.

Ces éléments relevés ont tous leur importance et impliquent de mieux prendre en charge ces patients dans le cadre incontestable d'une démarche pluridisciplinaire.

[https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2019/01000/National_Trends_and_Fact\[...\]](https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2019/01000/National_Trends_and_Fact[...])

Sujets âgés sortant de l'UHCD : un critère de souffrance ?

(Nielsen LM et al. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2019; 14(1): 1563428)

Peu d'études ont été faites sur le retour des sujets âgés à domicile après un séjour en Unité d'hospitalisation de courte durée des urgences (UHCD). Cette étude qualitative danoise a suivi de près le vécu de 11 personnes, 15 jours après leur séjour aux urgences d'un ou deux jours.

Les entretiens ont rapporté quatre grands thèmes différents :

- un manque de préparation pour le retour à domicile et la difficulté à se projeter dans le futur ;
- les conséquences d'un défaut d'informations ;
- l'absence d'implication lors des prises de décisions ;
- la difficulté de pratiquer les activités quotidiennes en raison de la fatigue et de la douleur : "La douleur, à ce stade est-elle normale ?", "Comment m'adapter ?", "Comment la douleur va-t-elle évoluer ?".

Au sortir du service "porte", après un retour à domicile, près de 20% des sujets âgés reviennent aux urgences. L'urgentiste doit évaluer l'état du patient, le risque d'une hospitalisation souvent source de perte de repères voire de confusion, auxquels se rajoute la difficulté à trouver un lit d'aval...

En France, la présence d'équipes mobiles de gériatrie pouvant intervenir au sein des urgences va dans le bon sens, permettant de sensibiliser les équipes à l'adaptation des soins, des antalgiques, des aides à domicile, la possibilité d'un suivi des patients, mais aussi du partage d'informations et de la prise de décision. Mais, comme dans beaucoup de pays, il reste encore beaucoup de travail...

Article en accès libre.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17482631.2018.1563428>

Faut-il faire un remplissage des patients migraineux aux urgences ?

(Jones CW et al. *Ann Emerg Med*. 2019 Feb; 73(2): 150-6)

Les céphalées constituent, aux Etats-Unis, le quatrième motif de consultation. Plusieurs études ont montré qu'une déshydratation est un facteur favorisant des migraines.

C'est pourquoi cette étude américaine compare deux populations équivalentes de patients migraineux (selon les critères de l'*International Classification of Headache Disorders*) consultant aux urgences. Les deux groupes de 25 patients reçoivent, en simple aveugle, un antihistaminique et un antiémétique seuls (contrôle) ou associés à un remplissage d'un litre de sérum physiologique en une heure (groupe fluide). La comparaison des groupes à une heure, deux heures et 48 heures ne montre pas de différence significative. Par exemple, la différence entre les deux groupes en termes de baisse de la douleur à une heure était de 0,4 sur 10 : avec 4,9 dans le groupe contrôle et 4,5 dans le groupe fluide (une significativité clinique avait été établie au préalable à une différence minimale de 1,3). Cette étude, bien construite, conclut donc à l'inutilité d'un remplissage chez

les patients migraineux.

Cette étude a inclus des patients ayant présenté, au moins, cinq épisodes de migraine équivalents dans le passé. Cependant, la plupart des patients consultant aux urgences viennent, le plus souvent, pour des migraines atypiques conduisant souvent à des explorations complémentaires. Enfin, pour comparer les deux groupes de patients, il aurait été intéressant de savoir si les patients avaient tous eu les mêmes conditions de repos et de luminosité en attendant l'efficacité des médicaments dans des urgences peu propices au calme...
[https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(18\)31262-9/abstract](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(18)31262-9/abstract)

Focus

Dr Nathalie Cantagrel - Toulouse

Les opioïdes majorent-ils le risque infectieux ?

En 2015, 92 millions d'adultes aux Etats-Unis ont été traités par opioïdes. Au-delà de la préoccupation mondiale sur la consommation croissante d'opioïdes et son impact sur la mortalité, d'autres effets secondaires interpellent la communauté médicale.

Si les plus connus restent les nausées, la constipation et les vomissements, la controverse concerne l'augmentation du risque infectieux. Kerri Bell et consorts, dans un article publié en 2018, montrent que l'utilisation préopératoire d'opioïdes augmente de façon significative le risque d'infection de prothèses articulaires. Cette étude de cohorte compare deux groupes de patients ayant bénéficié d'une primo-implantation de prothèse totale de genou ou de hanche entre 2005 et 2017. Sur un total de 23754 patients, 21,3% avaient consommé des opioïdes avant leur chirurgie. Dans ce groupe, le taux de complications infectieuses sévères est de 1,4% contre 0,98% chez les patients naïfs en opioïdes. L'analyse multivariée fait apparaître l'usage d'opioïde comme un facteur de risque infectieux indépendant. Cela vient renforcer les résultats d'Andrew Wiese et consorts, publiés en 2016. Dans leur étude de cohorte portant sur 1790 patients atteints de rhumatismes inflammatoires ayant présenté au moins un épisode infectieux sévère, ils se sont focalisés sur l'interaction entre les différents épisodes infectieux chez un même patient et les prises itératives d'opioïdes. Il apparaît clairement que les épisodes infectieux sont plus nombreux durant les périodes de prise d'opioïdes de demi-vie longue, selon le type d'opioïdes pris et pour une dose journalière en équivalent dose morphine d'au moins 60 mg (IRR 1,39, IC95% :1,19-1,62). La morphine, le fentanyl et la méthadone sont ceux qui réduisent le plus la réponse immunitaire. L'activité immunosuppressive dépend donc du type d'opioïde, indépendamment de sa durée d'action ou de son affinité, mais aussi de la dose administrée. L'interaction se fait *via* une modification du système immunitaire inné perturbant les macrophages, les neurophiles et les mastocytes, mais aussi à travers une altération des fonctions lymphocytaires T et B impliquant le récepteur MOP. Au-delà de l'interaction entre les opioïdes et le système immunitaire une autre explication du risque infectieux accru passe par la fragilisation de la barrière épithéliale digestive. La modification du microbiote intestinal, aggravée par la stase stercorale, aurait pour conséquence une plus grande susceptibilité de l'organisme aux pathogènes à Gram positif comme cela est expliqué dans la revue récente de Lisanne Plein et Heike Rittner.

Ces résultats doivent nous rendre plus vigilants lors de l'utilisation et du choix d'opioïdes, notamment chez certains patients fragilisés ou à risque infectieux déjà élevé.

[Bell KL et al. J Arthroplasty. 2018 Oct; 33\(10\): 3246-51](#)

[Wiese AD et al. Arthritis Rheumatol. 2016 Feb; 68\(2\): 323-31](#), *article en accès libre*

[Plein LM, Rittner HL. Br J Pharmacol. 2018 Jul; 175\(14\): 2717-25](#), *article en accès libre*

[Wiese AD, Grijalva CG. Future Microbiol. 2018 Jun 1; 13: 849-52](#), *article en accès libre*

[https://www.arthroplastyjournal.org/article/S0883-5403\(18\)30511-4/abstract](https://www.arthroplastyjournal.org/article/S0883-5403(18)30511-4/abstract)

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.39462>

<https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bph.13750>

<https://www.futuremedicine.com/doi/10.2217/fmb-2018-0101>



Mentions légales

Rédaction : PR Editions

Chaque mois, la revue de presse de PR Editions vous apporte des informations utiles et pratiques.
Pour abonner vos confrères ou poser des questions à nos médecins rédacteur, vous pouvez envoyer un e-mail à : redaction.douleur@pr-editions.com.

Copyright : PR Editions®

Ce document est protégé par la loi des droits d'auteurs ; il peut être imprimé pour une utilisation personnelle mais ne peut être reproduit sans l'autorisation écrite de l'éditeur sous peine de poursuites.

Nous vous rappelons que conformément aux dispositions de la loi 78-17 « Informatique, fichiers et liberté », vous conservez la possibilité d'accéder aux informations vous concernant et de les rectifier si vous le jugez nécessaire.

Pour ne plus recevoir la revue de presse, [cliquez ici](#)