

Douleur

Claude Ecoffey
Anesthésiste



POSTULATS

- La douleur fait partie de la vie
- Douleur : sensation ou perception d'effets irritants, pénibles, lancinants ou insupportables, venant d'une partie du corps
- Nociception : processus sensoriel à l'origine des signaux nerveux qui déclenchent la douleur
- Contrôle :
 - Fonctions cognitives (mémoire)
 - Fonctions psychologiques

Définition IASP de la douleur

“La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrit en termes d’une telle lésion”

TYPES DE DOULEUR

FACTEUR TEMPS

Aiguë : douleur symptôme (1 étiologie)
Chronique : douleur maladie (multifactorielle)

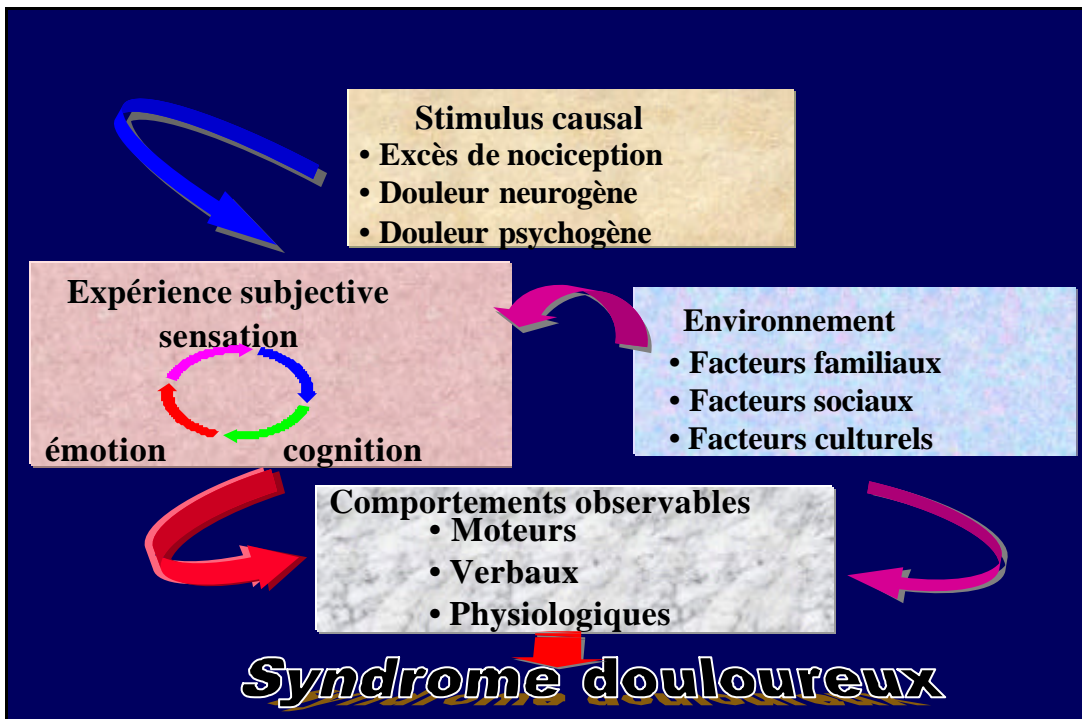
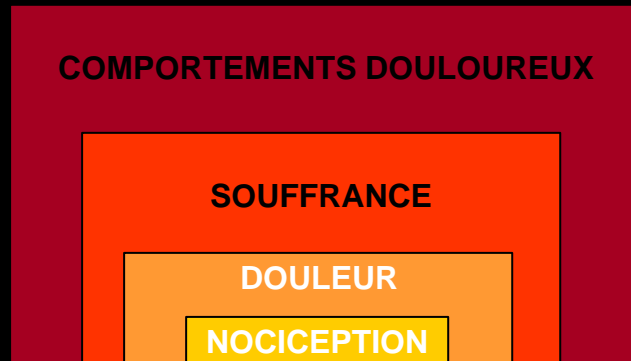
PHYSIOPATHOLOGIE

- Excès de nociception :
activation du système de transmission
- Douleur neurogène :
lésion du système nerveux
- Douleurs psychogènes :
sémiologie psychopathologique

PARTICULARITÉS

Douleur morale
L'âge : enfant, vieillard...

LE CONCEPT DE LA DOULEUR



Douleur

4 composantes :

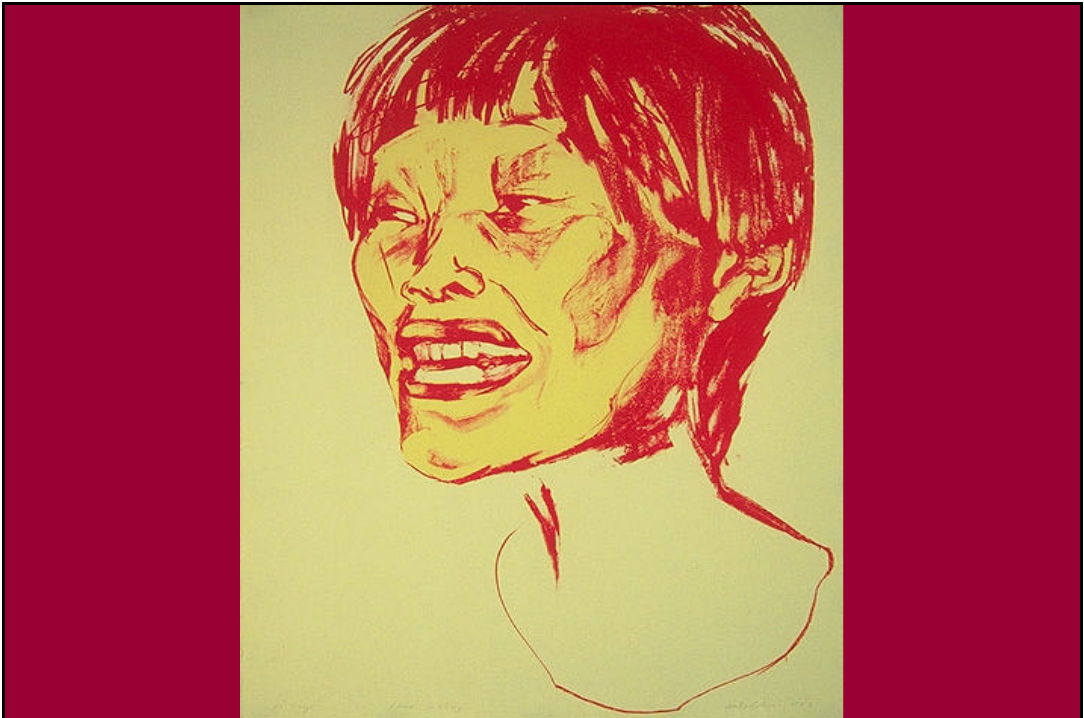
- **Sensori discriminative** définissant la nature, la localisation, la durée et l'intensité du stimulus
- **Émotionnelle et affective** donnant la connotation désagréable de la sensation et les réactions anxiodépressives qui l'accompagnent
- **Comportementale** faite du cortège de réactions motrices, verbales et neurovégétatives qui l'englobent
- **Cognitive** intervenant dans les phénomènes d'anticipation d'attention, de suggestion et de mémorisation

Origines des caractéristiques de la douleur (1)

- relation entre sensation et influx sensitifs
- *douleur suraiguë fibres myélinisées*
douleur sourde fibres non myélinisées
- mais douleur membre fantôme chez le paraplégique amputé

Origines des caractéristiques de la douleur (2)

- l'éventail des sensations perçues par les patients après amputation ou dénervation montre que les caractères de la sensation ne proviennent pas de stimuli périphériques mais de réseaux nerveux présents dans le cerveau
- Les influx sensoriels peuvent déclencher ou moduler les schémas de la sensation douloureuse, produits par les réseaux nerveux mais ne sont pas indispensables à leur production



Le langage de la douleur (1)

- diversité des sensations douloureuses
"brûlure" lésion nerveuse périphérique
"en coup de poignard", "en étau" douleur viscérale
- la douleur est difficile à exprimer bien que les mots existent
- les descripteurs *"lancinant"*, *"torturant"* ont peu de traduction objective

Le langage de la douleur (2)

- Nécessité d'évaluer : intensité douleur
efficacité thérapeutique
- Mais il faut savoir aussi
 - si le caractère *"brûlant"* de la douleur a diminué ou
 - si le sentiment de tristesse, de confinement a disparu

Le langage de la douleur (3)

Recherche sur le langage de la douleur :
questionnaire de Mc Gill

20 groupes de mots : sensoriel (1 à 10)
 affectif (11 à 15)
 évaluation (16)
 divers (17 à 20)

Exemple : *frémissement*
 frisson
 pulsation
 battement
 martèlement ↓

Classification des douleurs

- Douleur par excès de nociception
- Douleur par déafférentation ou douleur neuropathique

Douleur par excès de nociception

- Activation des voies de la douleur à partir de récepteurs périphériques par une stimulation nociceptive (lésion tissulaire), le système nerveux restant intact
- Excès de stimulation des terminaisons libres ou des récepteurs

Douleur par excès de nociception

- Bonne réponse aux antalgiques
- colique néphrétique, pulpite, sciatique aiguë par compression discale...douleurs des cancers, pathologies ostéoarticulaires (arthrose, fracture...), vasculaires (angor, artérite...), des brûlures, douleurs postopératoires, douleurs de certains actes médicaux

Douleurs neuropathiques

- Hyperactivité spontanée des voies de la douleur, sans stimulation nociceptive, consécutive à une lésion des voies de la sensibilité que ce soit au niveau du système nerveux central ou périphérique
- Conséquence : perturbations des neurones nociceptifs (hypersensibilité, perte de spécificité, décharges spontanées, perte des contrôles inhibiteurs, hyperactivité du sympathique...)

Douleurs neuropathiques

- *pas de lésion tissulaire périphérique excitant les récepteurs donc peu sensibles aux antalgiques*
- cause fréquente de douleurs chroniques car la lésion neurologique est souvent définitive : douleur post-zostérienne, polynévrites, membre fantôme douloureux des amputés, arrachements ou envahissement tumoral du plexus brachial, certaines douleurs de cicatrices ou post-opératoires, douleurs centrales après AVC...

Douleurs neuropathiques

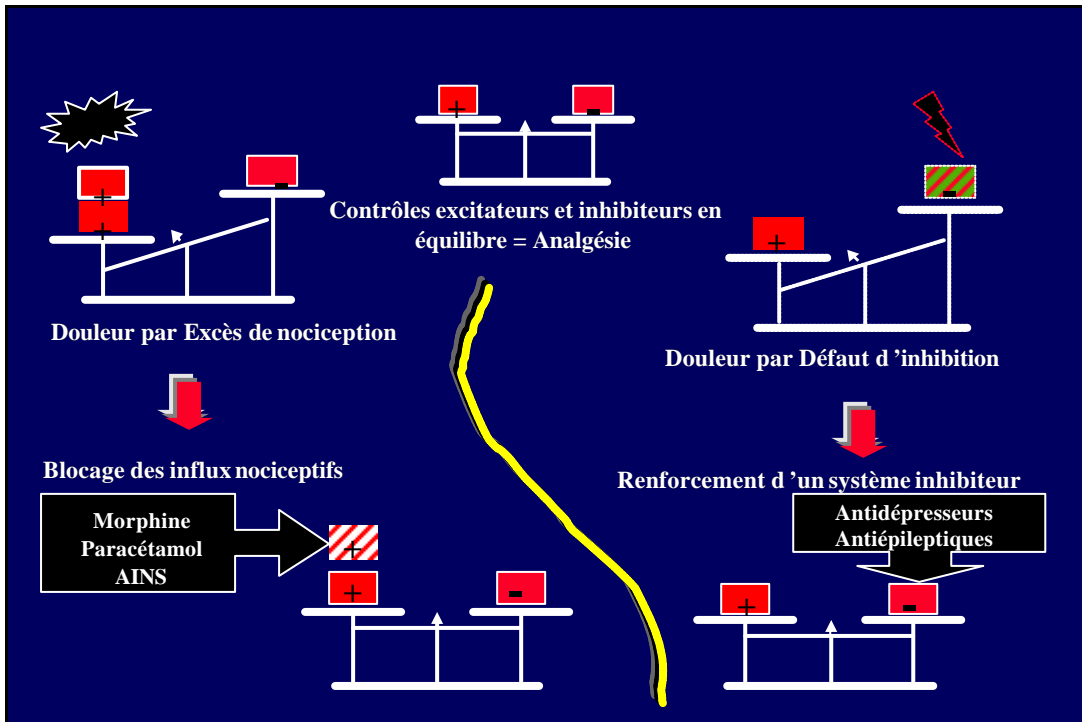
- Qualité de la douleur : brûlure, picotement, décharge électrique, broiement, chaud/froid
- Réactivité à la douleur provoquée
 - **Hyperalgésie** : réponse anormalement intense à une stimulation douloureuse

Douleurs neuropathiques

- **Allodynie** : réponse douloureuse à une stimulation normalement indolore (tact léger, mouvement...)
- **Hyperpathie** : réponse douloureuse extrêmement intense qui se prolonge après l'arrêt du stimulus et qui implique un territoire débordant largement la zone stimulée
 - Se rencontre dans les lésions centrales (syndrome thalamique)

Douleurs neuropathiques

- Présence de déficits neurologiques qui permettent le diagnostic de la lésion neurologique
- Topographie de la douleur, dans un territoire correspondant à une lésion
- Intervalle libre : les douleurs peuvent être retardées de plusieurs semaines par rapport à la lésion
- Dysfonctionnement sympathique : troubles vasomoteurs, dépilation, troubles des phanères...
- *Résistance aux antalgiques habituels+++*



Douleurs psychogènes

- En rapport avec une problématique psychologique (suite de deuil...) ou psychopathologique (angoisse...) caractérisée qui s'exprime au travers du corps et dont le diagnostic repose avant tout sur les signes suivants : éléments de discours, personnalité pathologique entrant dans le cadre d'une névrose hystérique, d'une hypocondrie...
- *Il ne s'agit pas d'un diagnostic lié à l'absence de cause organique décelable, comme cela est encore trop souvent formulé*

Douleurs psychogènes

Une autre forme se rencontre parfois dans les consultations, à savoir la "douleur refuge".

La douleur décrite comme invalidante est un mode de résolution inconscient de certains conflits, organisant la vie du patient et surtout de l'entourage auteur du symptôme

Parfois préférable de ne rien faire afin de ne pas rompre un équilibre

Douleurs idiopathiques

- Évoqués devant la négativité de toutes les explorations
- Absence d'arguments en faveur d'une origine organique ou psychogène qui fait retenir le diagnostic
- La description permet de déterminer un cadre nosologique (fibromyalgie, céphalée de tension, glossodynie...)

Douleurs selon l'évolution dans le temps

- Douleurs habituellement contrôlables
- Douleurs habituellement rebelles

Douleurs habituellement contrôlables

- Souvent révélatrice d'une lésion, justifiant la mise en route de démarches exploratoires et diagnostiques
- En cancérologie rarement d'emblée, ne se résumant pas à la douleur aiguë
- Souvent douleurs "utiles", symptôme d'une maladie, ce qui conduit au diagnostic et au traitement étiologique

Douleurs habituellement contrôlables

- Traiter la douleur rapidement pour elle-même, en complément du traitement de la cause
- Le traitement est habituellement efficace s'il est correctement adapté
- Notion plus large que la douleur "aiguë", car des situations médicales de douleurs prolongées peuvent s'appréhender de la même façon
- L'absence de perception douloureuse (les analgésies congénitales) expose à des complications sévères : brûlures profondes non ressenties, septicémies sur abcès non détecté...

Douleurs habituellement rebelles

- Elles ne se résument pas à la "douleur maladie"
- Plusieurs mécanismes sont en cause :
 - extension progressive d'une lésion (tumeur, artérite) non accessible à un traitement spécifique et relevant d'un traitement symptomatique systématique

Douleurs habituellement rebelles

- *Douleur persistant malgré un traitement adapté et évalué* : situations cliniques variées, mauvaise réponse ou traitements antalgiques correctement maniés (pathologies somatiques soit dépassées, en particulier en cancérologie, soit comportant des localisations particulières, avec une composante neurogène ou des lésions multiples (ostéose métastatique, arthrose évoluée...))

Douleurs habituellement rebelles

- la douleur devient inutile et n 'a plus sa raison de signal d'alarme ; elle devient une maladie en elle-même
- Elle entraîne des retentissements multiples : perte d'activité physique, dépression, troubles du sommeil, perte dans contacts sociaux.
- Ces douleurs rebelles nécessitent un traitement global, plus axé sur la réhabilitation de l'individu que sur la seule plainte douloureuse ; les schémas utilisés en douleur aiguë ne peuvent s 'appliquer

PLACEBO

- substance inerte dépourvue d'activités
- effet : positif ® effet PLACEBO
 négatif ® effet NOCEBO
- groupe placebo des essais cliniques
- La maladie (ou le symptôme), le malade (psychologie), le médicament (galénique, couleur...), le soignant, la technologie (PCA)
- **Information sur la douleur +++**