

La douleur. Un mal à combattre

Docteur Thierry DELORME

Définir la douleur

La douleur est une sensation commune qui fait partie de nos expériences courantes, toutefois, sa définition et son rôle biologique ont été l'objet de nombreuses théories et ont suscité de nombreuses polémiques. En pratique médicale courante, la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, est un des principaux motifs de consultation. L'attitude face à la douleur dépendant de la représentation, du modèle qu'en a le médecin. L'objectif de cette courte présentation est de décrire l'évolution des connaissances scientifiques et conceptuelles des trente dernières années et leurs conséquences sur la prise en charge de la douleur.

La douleur : quelle fonction biologique ?

Fondamentalement, sa perception est habituellement liée à la prise de conscience d'une agression, externe ou interne, menaçant l'intégrité de l'organisme. Cette douleur «utile» est alors le point de départ d'attitudes de protections plus ou moins complexes, allant du

réflexe de retrait à la mise hors de fonction d'un membre. Ce système est par ailleurs imparfait et n'assure pas une protection optimale de l'organisme. Le cerveau, organe vital par excellence, est insensible et seules les méninges qui l'entourent sont des sources potentielles de sensation douloureuse. De la même manière certaines maladies graves, comme le cancer, peuvent évoluer longtemps de manière silencieuse et n'être douloureuses qu'à des stades très avancés.

Mais réduire la douleur à un simple signal d'alarme, à un système de protection de l'organisme, ne rend pas compte de toutes les dimensions de la douleur. Comment expliquer avec cette optique les douleurs chroniques qui persistent après la guérison de la lésion initiale ou leurs conséquences physiques et psychologiques qui finissent parfois par détruire l'individu ?

Ce sont les recherches sur le sujet, dans le domaine de la neurobiologie et des sciences humaines (psychologie, sociologie...) qui ont permis, depuis la fin des années 60, de bouleverser la compréhension des phénomènes douloureux et de faire évoluer les modèles médicaux de leur représentation.

Variation de la représentation de la douleur en fonction des époques.

Depuis l'antiquité, philosophes, médecins, physiologistes ont tenté de définir la douleur. Pour Aristote elle était une forme particulière de l'émotion. Descartes à l'inverse en avait une représentation quasi mécanique. Une agression externe, comme la chaleur d'une flamme par exemple (**figure 1**), allait exciter la peau et provoquer la mise en tension d'un filament ouvrant un pore au niveau du cerveau. Cette idée de l'existence d'une voie directe, sans modulation du message douloureux, aboutissant à un centre cérébral spécialisé a été conforté par les découvertes futures sur le système nerveux. Cette théorie, dite de la spécificité ou de la douleur-lésion, est restée valide jusqu'aux années 60. Dans cette optique, le système de la douleur fonctionnait un peu comme le téléphone : le signal transmis le long du fil (la voie de la douleur) active le récepteur téléphonique (le centre de la douleur). Plus la lésion était importante, plus fort était le signal et donc plus forte était la douleur. De nombreux médecins et la majorité du grand public conservent encore aujourd'hui cette représentation de la douleur.

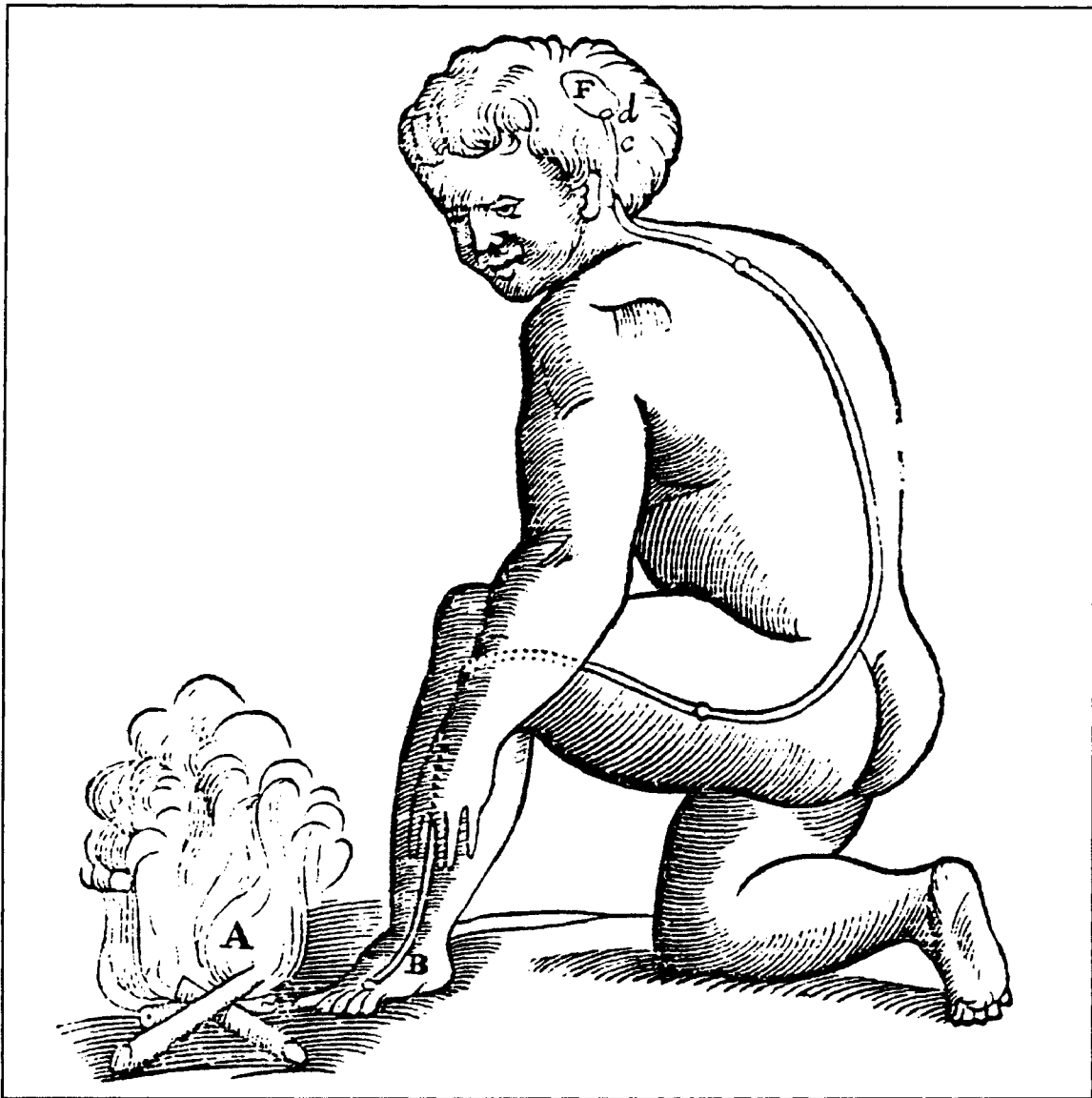


Figure 1 - Représentation de la douleur selon Descartes

Concepts et définitions modernes.

Depuis 1976, l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) a défini la douleur comme «une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en terme d'un tel dommage».

Cette définition, qui est désormais un standard international, a l'avantage de ne pas réduire la notion de douleur aux seules causes lésionnelles et de ne supprimer la dichotomie entre l'organique et le psychologique. Elle invite à prendre en charge la douleur en tant que

T. DELORME

telle et dans toute sa complexité. La composante sensorielle correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le codage du type (brûlure, écrasement, torsion, spasmes...) de la durée, de l'intensité et de la localisation des messages douloureux. La composante émotionnelle ou affective correspond au côté désagréable, agressif, pénible, difficilement supportable de la douleur.

La faiblesse de cette définition est de donner beaucoup d'importance à l'expression verbale de la douleur. Le risque serait de ne pas prendre en compte les situations où la douleur ne s'exprime que par des attitudes ou des modifications de comportement, en particulier chez le très jeune enfant ou le vieillard.

Si cette définition correspond à toutes les situations, les problématiques médicales sont différentes entre douleur aiguë et douleur chronique, ce qui incite actuellement à raisonner en fonction de ces deux catégories.

On distingue la douleur qui est une perception complexe intégrée au niveau cérébral et le système de la nociception qui correspond au substrat neurobiologique de transmission de l'information douloureuse de la périphérie de l'organisme jusqu'au cerveau.

Les mécanismes générateurs de douleur, sont multiples et correspondent à des situations cliniques bien réelles que les données scientifiques nous ont permis de comprendre. La douleur n'est pas seulement le signal d'une lésion à découvrir.

Physiologie de la nociception :

La nociception est un système neurobiologique complexe qui recueille, transmet, module, l'information nociceptive. Ce système interagit avec le système immunitaire et le système endocrinien.

La périphérie : les nocicepteurs

L'ensemble de l'organisme (cerveau excepté) est tapissé de récepteurs non spécialisés, les nocicepteurs, situés dans certaines fibres nerveuses (les fibres A delta et C). Les nocicepteurs sont activés par toutes sortes de stimulations intenses qu'elles soient mécaniques, thermiques, chimiques et par certaines substances produites lors des processus inflammatoires. Si la stimulation est suffisamment intense, un message va être

formé sous la forme d'un influx nerveux qui va être véhiculé par les fibres A delta et C concernées jusqu'à la moëlle épinière.

La moëlle épinière : le premier relais.

Les fibres A delta et C pénètrent dans la moëlle épinière par la corne postérieure. C'est à ce niveau qu'elles se terminent en formant relais avec les neurones médullaires. A ce niveau, des substances chimiques assurant la communication entre les neurones, les neuromédiateurs, vont être libérées. Ces neuromédiateurs doivent être reconnus, par des récepteurs spécialisés, par le neurone cible. L'action de ces molécules au niveau du neurone est variable : certains neuromédiateurs activent le neurone, à l'opposé d'autres l'inactivent. De nombreuses substances sont libérées par les fibres A delta et C au niveau du contact avec le neurone relais. On considère actuellement que certains acides aminés excitateurs sont les médiateurs de la transmission du message douloureux, les autres substances ayant un rôle de modulation.

Le premier relais : neurone à convergence

On connaît deux types de neurone relais médullaire. Le premier type est spécialisé et ne reçoit que des informations douloureuses ; on considère que l'ensemble de ces neurones reçoit 10% des informations douloureuses de l'organisme. Le deuxième type de neurone, est une cellule nerveuse très particulière, appelée neurone à convergence (ou neurone polymodal) qui reçoit des informations douloureuses et non douloureuses. On considère que l'ensemble de ces neurones reçoit plus de 90% des informations douloureuses provenant de l'organisme.

Les neurones à convergence reçoivent des informations venant de la périphérie de l'organisme : informations douloureuses transmises par les fibres A delta et C (champ excitateur) mais également informations sensorielles (toucher, sensibilité à la chaleur non douloureuse) transmises par les fibres A alpha et A bêta (champ inhibiteur). Toutes ces informations proviennent d'une partie du corps que l'on appelle le champ récepteur du neurone. On sait qu'une seule de ces cellules relais reçoit en général des informations provenant à la fois d'une portion de peau, d'une portion de muscle et d'une portion de viscère. La quantité d'information, de nature différente, qui arrive continuellement jusqu'à ces neurones est tout simplement ahurissante.

Ils sont activés par les informations douloureuses véhiculées par les fibres A delta et C.

L'étude de ce relais médullaire : neuromédiateurs, récepteurs, mécanismes cellulaires mis en oeuvre venant faciliter ou bloquer le passage du message restent un sujet d'actualité en raison des applications cliniques potentielles. De la même manière l'étude de la variation dans le temps de la structure (modification des connections nerveuses) et de la neurochimie de la corne postérieure et des mécanismes qui la sous-tendent sont en plein essor.

Une fois activés, ils transmettent les informations nociceptives vers les structures cérébrales. Ils peuvent également interagir avec d'autres neurones médullaires en particulier les neurones moteur de la corne antérieure de la moelle (réflexe de retrait par exemple). Pour les phénomènes douloureux persistants, les interactions avec les centres du mouvement localisés dans la moelle participent, non exclusivement, à la formation de la contracture musculaire réactionnelle.

Modulation de la transmission des messages au niveau de la moelle :

C'est au niveau des neurones à convergence, qu'on a montré pour la première fois en 1959, qu'il existait une modulation de la transmission de l'influx douloureux. Les informations transmises par les fibres sensorielles A alpha et A bêta sont capables d'inhiber le fonctionnement de ces neurones. Ces données concernant des phénomènes locaux de contrôle de la douleur ont été complétées par d'autres travaux. Les découvertes ultérieures ont montré qu'il existait des phénomènes inhibiteurs descendants, venant des structures cérébrales, s'exerçant au niveau des cellules à convergences. Dans les années 70 on a montré que le système opioïde endogène participait à certains de ces phénomènes. Ces systèmes inhibiteurs correspondent sans doute plus à un système de filtre qu'à un véritable système endogène de contrôle de la douleur.

Toutefois, c'est probablement par leur mise en jeu que s'exerce l'effet clinique des mécanismes de contre simulations. Il est en effet bien connu que dans certaines circonstances l'application d'une stimulation non douloureuse (chaud, froid, se frotter...) peut diminuer la douleur.

A ce jour deux types de mécanismes inhibiteurs descendants ont été identifiés et étudiés.

- Différentes structures du tronc cérébral ont la capacité de déclencher (quand elles sont activées par la douleur ou autre mécanisme) des actions inhibitrices. Ces différents mécanismes activent une voie descendant dans la moelle aboutissant au niveau des neurones à convergence (1950 - 1960)

- Il a également été montré (dans les années 80) qu'un stimulus douloureux intense exercé dans une région de l'organisme était capable de s'opposer à la transmission des influx douloureux au niveau de tous les neurones relais médullaires (à l'exception bien sûr du neurone relais concerné par la transmission dudit stimulus douloureux). Ce mécanisme réflexe, dénommé contrôle inhibiteur diffus nociceptif, a vraisemblablement pour rôle d'isoler une douleur intense qui sinon serait «noyée» au milieu des autres perceptions. Ce système permettrait d'expliquer le fait qu'une douleur peut en cacher une autre. Cette constatation est utilisée depuis de nombreux siècles en pratique vétérinaire pour réaliser des interventions douloureuses (section de la queue, écornage, castration) sous le couvert d'une douleur intense provoquée (brûlure, tord nez...).

Théorie de la porte

Le schéma (figure 2) qui décrit au niveau du premier relais médullaire l'ensemble des interactions positives et négatives a été élaboré par Melzack et Wall en 1965 sous le nom de la «théorie de la porte». Ce schéma a été modifié depuis pour certains détails des interactions mais l'ensemble de la théorie reste toujours d'actualité.

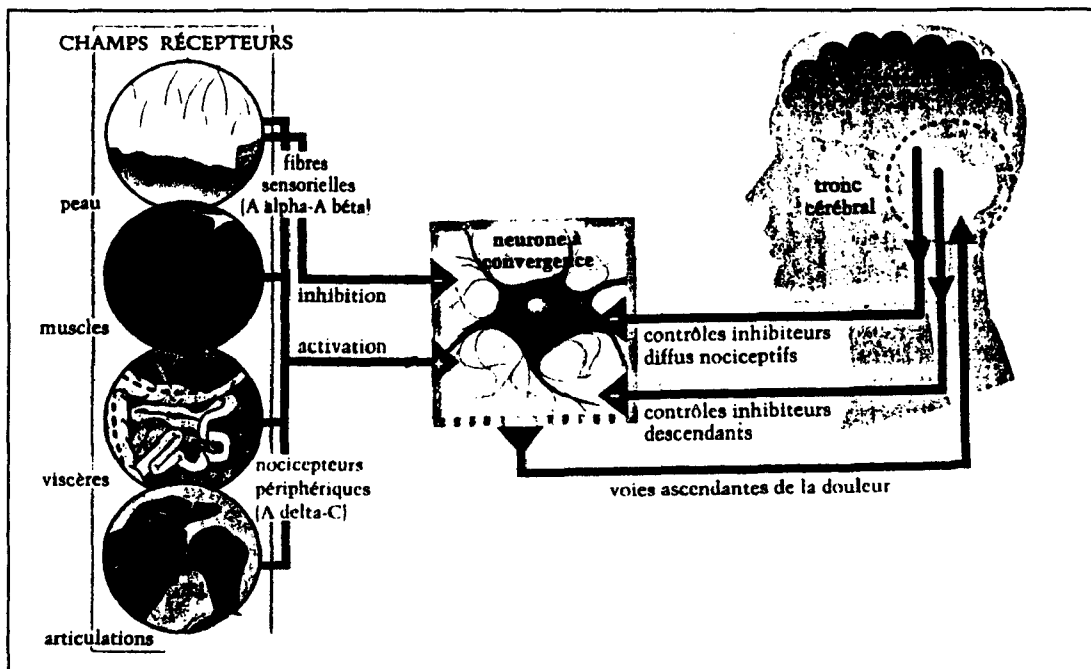


Figure 2 - Mécanisme de la Porte

Pour simplifier le neurone à convergence qui a la capacité de transmettre la douleur jusqu'aux centres cérébraux est soumis en permanence à des influences positives (les influx douloureux) et inhibitrices (les contrôles locaux et venant du cerveau). C'est la balance, la résultante de ces actions contraires qui fera que la porte sera ouverte (l'influx douloureux monte vers le cerveau) ou sera fermée (l'information douloureuse sera bloquée).

Si on considère non pas un seul, mais l'ensemble d'une population de neurones à convergence, on s'aperçoit que leurs champs activateurs et inhibiteurs se recouvrent. En tenant compte du fait que paradoxalement les fibres au centre du champ activateur peuvent être sensibles à des stimulations légères même non douloureuses, ce système d'inhibition segmentaire bloque au niveau médullaire un grand nombre de «faux messages douloureux». De la même manière en raisonnant au niveau cérébral, les structures impliquées dans la nociception reçoivent de l'organisme un bruit de fond perpétuel. Les mécanismes inhibiteurs descendants ont vraisemblablement une action de filtre et d'extraction du signal.

Transmission des messages douloureux vers les structures cérébrales.

La fibre issue du neurone à convergence va croiser l'axe du corps et monter dans la moelle vers le cerveau dans une zone bien définie. Cette zone se situe à la partie antérieure (en avant) de la moelle et est connue depuis le début du siècle comme étant «la voie ascendante de la douleur». Cette organisation particulière, a donné lieu au développement de techniques chirurgicales de destruction de cette voie. Il a longtemps été postulé qu'il n'existait qu'une seule voie allant de la moelle jusqu'au thalamus. Le thalamus jouant alors le rôle d'un filtre, d'un décodeur de la douleur émettant par la suite des messages vers le cortex cérébral. La situation réelle est bien plus complexe. Il existe au moins 5 voies de la douleur qui transitent via cette partie de la moelle jusqu'au cerveau. La plupart de ces voies se terminent dans des régions profondes et primitives du cerveau qui font partie du tronc cérébral, les autres se projettent effectivement au niveau du thalamus. Le troisième relais de la chaîne de transmission de l'information se situe au niveau de ces structures. En marge de ces voies, on suspecte l'existence de voies accessoires, qui auraient peu ou pas de rôle dans les conditions normales mais qui pourraient être activées après lésion du système nerveux central.

Activation des structures cérébrales :

Les connaissances sur le fonctionnement des structures du cerveau impliquées dans la douleur parcellaire.

Une partie des voies ascendantes va aboutir dans des structures du tronc cérébral. A ce niveau l'arrivée du message douloureux va avoir des conséquences diverses :

- Mise en jeu des conséquences neuro-végétatives de la douleur : augmentation de la pression sanguine (tension artérielle), du travail et de la fréquence cardiaque, sueurs...
- Mise en jeu des réactions endocriniennes (hormonales) et métaboliques de la douleur,
- Elaboration des réactions motrices de fuite (ou d'attaque),
- Interaction avec le système limbique (aspect émotionnel)
- Interaction avec les centres contrôlant le rythme veille/sommeil
- Mise en action de certains contrôles descendants de la douleur.

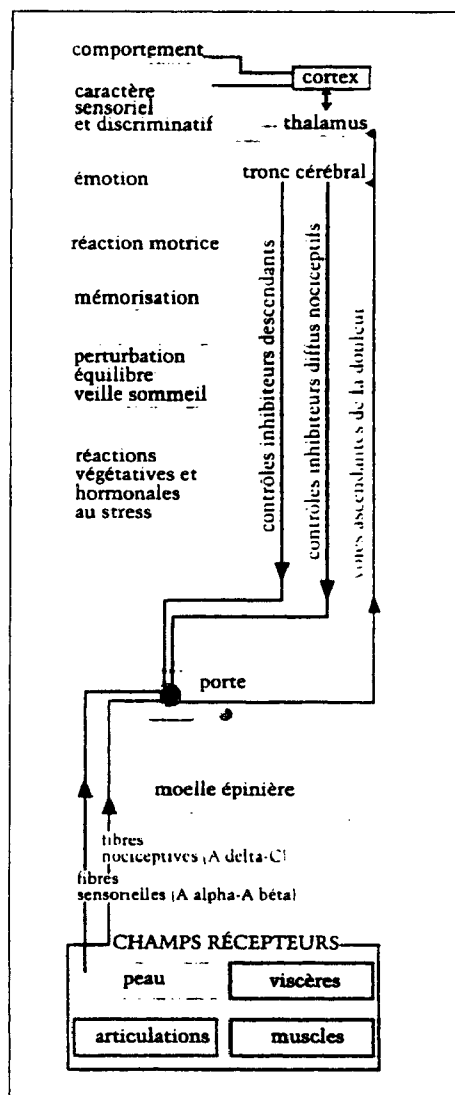


Figure 3 :
schéma général
de la nociception

Les conséquences à ce niveau sont très importantes. En particulier, les réactions neurovégétatives et hormonales qui ne sont pas spécifiques de la nociception et qui font partie des réactions au stress. Ces réactions qui sont positives dans un premier temps, préparation de l'organisme à la lutte ou à la fuite, entraînent au long cours des conséquences néfastes pour l'organisme.

Une autre partie des voies va aboutir au niveau du thalamus dans deux régions différentes de cette structure. Le thalamus médian va participer, directement et en interagissant avec d'autres structures, à l'élaboration des réactions motrices, émotionnelles, mnésiques liées à l'arrivée du message nociceptif. Le thalamus latéral, qui interagit avec certaines parties du cortex cérébral va participer à la perception du caractère sensori discriminatif : type, intensité, rythme, localisation du message douloureux.

Les connaissances sur le fonctionnement des structures du cerveau, dans la douleur restent parcellaires. Les techniques d'imagerie fonctionnelle (PET scan et IRM fonctionnelle) que l'on peut réaliser chez l'homme en situation ont permis de préciser l'implication de structures corticales (SII, cingulaire, insulaire) et de visualiser la répartition de certains récepteurs (opioïdes...) au niveau cérébral. Si ces techniques sont valables en douleur expérimentale, permettant même de visualiser l'influence de techniques comme l'hypnose ou le détournement d'attention, il manque des données normatives pour les utiliser dans l'étude et l'analyse des douleurs chroniques.

Facteurs psychologiques et douleur :

Alors que nous possédons tous le même «équipement» biologique de détection et de transmission de l'information douloureuse, tous les individus ne perçoivent pas la douleur de façon identique. Le seuil de perception de la douleur est en effet variable d'un individu à l'autre alors que les seuils de déclenchement des nocicepteurs sont quasiment identiques. De la même manière, en fonction des circonstances (analgésie liée au stress par exemple) il peut varier pour un même individu. Ces variations s'expliquent par les facteurs psychologiques qui font partie ou qui contribuent à l'expérience douloureuse.

Composante émotionnelle :

Au-delà des informations sensorielles et discriminatives, la composante émotionnelle fait toute la particularité de la sensation douloureuse. Elle confère à la douleur un caractère

désagréable, pénible, difficilement supportable qui retentit sur l'individu. Quand elle se prolonge, cette composante affective peut évoluer vers des états voisins comme l'anxiété ou la dépression.

Assez classiquement on oppose douleur et plaisir, ce qui a été renforcé par la découverte des endorphines, mais actuellement on considère que l'opposé de la douleur est simplement l'absence de douleur (un état émotionnel neutre).

La fonction de l'émotion serait de donner une valeur positive ou négative à un événement en fonction de son importance biologique et de sa signification. L'émotion en donnant un relief à l'événement permettrait de faciliter sa mémorisation et d'établir un ordre de priorité dans les souvenirs, jouant donc un rôle fondamental dans les processus d'apprentissage.

Facteurs cognitifs :

Ce terme désigne un ensemble de processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les comportements qui en découlent. Les processus cognitifs sont nombreux : référence aux expériences passées, signification et interprétation accordée à la douleur, focalisation sur la douleur, procédés de détournement de l'attention.

La référence, le souvenir, d'expériences douloureuses antérieures permet d'expliquer les comportements de protection vis-à-vis d'un danger identifié comme une source de douleur potentielle.

La signification, l'interprétation de la douleur peut venir majorer la composante émotionnelle et donc la perception globale de la douleur. La référence à des expériences passées peut provoquer un état d'anticipation anxieuse. La localisation de la douleur a également une importance. Une douleur dans la poitrine faisant craindre une maladie grave à l'origine de la douleur que les médecins n'ont pas su déceler, est également un facteur connu d'entretien et de majoration d'une douleur chronique. Les facteurs de distraction de l'attention sont bien connus des douloureux. Les sportifs qui participent à des match où les contacts physiques sont parfois violents (rugby, hockey, football) peuvent subir des traumatismes sans ressentir de douleur du fait de leur concentration.

La cognition, l'émotion, la mémorisation sont liées et fonctionnent en miroir.

Facteurs comportementaux

La présence d'une douleur va se traduire par un comportement qui sera l'expression de cette douleur. Ce comportement peut être verbal ou non verbal. Il se traduira dans le corps par des mimiques, des postures, une modification des activités habituelles... Ce comportement a une valeur de communication avec l'entourage, la société. C'est finalement le seul aspect de la douleur que verront la famille ou le médecin.

Le mode de comportement est modifié par les facteurs culturels ou les modèles sociaux familiaux. L'expression de la douleur peut être renforcée par de nombreux facteurs dont une sollicitude excessive ou les réactions de rejet de l'entourage.

Le comportement douloureux peut être véritablement appris. Par exemple dans une phase aiguë de mal de dos, se coucher, boiter, éviter certaines activités peut-être efficace pour réduire la souffrance. Mais ces attitudes pourront persister comme anticipation de la douleur à venir plutôt que comme une réponse à celle-ci.

Facteurs culturels :

Dans les années 50, des travaux réalisés sur des malades hospitalisés ont mis en évidence que la perception et l'expression de la douleur étaient modulées par des facteurs culturels et familiaux. Ces données ont été par la suite confirmées en douleur expérimentale. Le seuil de perception douloureuse est également lié à ces facteurs.

Certains rites culturels (passage à l'âge adulte, circoncision...) ou religieux comportent parfois des douleurs infligées correspondant parfois à de véritables tortures. Dans ces circonstances, les sujets n'expriment pas la douleur et font parfois montre d'une grande exaltation, se comportant selon les canons de leurs codes culturels.

Par ailleurs, il ne faut pas méconnaître qu'un observateur, médecin par exemple, n'ayant pas les mêmes références pourra être troublé par l'excès de stoïcisme ou l'exagération manifeste.

La douleur en pratique médicale

Modèle bio-psycho-social.

La demande du patient consultant pour une douleur est multiple. En général il souhaite connaître l'origine de cette douleur et un traitement qui la soulage ou la fasse disparaître. Pour le médecin, la réponse va dépendre du modèle auquel il se réfère pour fonder sa décision.

L'ensemble des connaissances récentes a permis de construire un schéma opérationnel. Celui-ci prend en compte toutes les composantes de la douleur et les éléments qui peuvent modifier sa perception. Si ce schéma n'est pas spécifiquement adapté à la douleur chronique, c'est surtout dans cette problématique qu'il trouve toute son utilité. Il est en effet important de ne négliger aucun paramètre avant d'établir un programme de traitement adapté au malade. Ce modèle est dit bio-psycho-social car il intègre les données biologiques, (identification des causes de la douleur), psychologiques (analyse de la composante émotionnelle et des facteurs psychologiques de majoration de la douleur) et sociales (analyse des relations avec l'entourage, facteurs sociaux pouvant entretenir la douleur). Pour chaque patient, la détermination de l'importance relative de ces facteurs est fondamentale avant tout traitement, chacun pouvant relever d'une prise en charge particulière.

Analyse des mécanismes générateurs : la cause des douleurs

L'IASP retient quatre grands types de mécanismes générateurs de la douleur. La mise en évidence du mécanisme générateur va orienter la prise en charge thérapeutique.

Douleurs par excès de nociception

Ce mécanisme correspond aux douleurs les plus fréquentes, les douleurs «habituelles», des contusions, des traumatismes, des fractures, liées aux infections ou aux inflammations. On distingue classiquement les douleurs mécaniques (fractures, arthrose...) et les douleurs inflammatoires (appendicite, abcès dentaire...). Ici l'atteinte, la lésion de l'organisme, provoque un afflux d'informations qui met en jeu le système de la nociception. Sur le plan thérapeutique, il est légitime d'agir sur la cause (quand c'est possible) ou de limiter la diffusion des messages douloureux par les médicaments antalgiques ou

certaines techniques d'anesthésie loco-régionales.

Douleurs neurogènes ou neuropathiques

Certaines lésions du système nerveux peuvent être le point de départ de douleurs très particulières. Ces lésions peuvent être minimales (une cicatrice) ou correspondre à des lésions cérébrales ou médullaires (accidents vasculaires, certaines maladies...). Les mécanismes qui les sous-tendent ne sont pas parfaitement élucidés mais sont de deux ordres et sont en général associés. Il peut y avoir un «emballement» du système nerveux au niveau des nocicepteurs et/ou au niveau du relais médullaire ce qui génère un influx nerveux alors qu'il n'y a pas de lésion tissulaire. Il peut également exister un défaut de contrôle inhibiteur des fibres sensorielles périphériques ou des contrôles inhibiteurs descendants. Dans ce deuxième cas de figure, ce sont les mécanismes de «fermeture de la porte» qui font défaut. Sur le plan thérapeutique les techniques de contre stimulations et certains médicaments (anti-dépresseurs, anti-épileptiques) peuvent être efficaces.

Douleurs idiopathiques :

Dans ce cas certaines maladies ou certains symptômes sont à l'origine des douleurs. On connaît leurs caractéristiques, on peut parfaitement les décrire, on leur a même donné un nom, mais aucun examen existant permet de les identifier et leur cause reste mystérieuse. Ce sont les syndromes douloureux idiopathiques ou médicalement inexplicables (migraine, névralgie essentielle du trijumeau, lombalgie commune, glossodynie, fibromyalgie...). Si pour certains de ces tableaux on a pu mettre en évidence des phénomènes nociceptifs ou neurogènes, on continue de les identifier en tant que telles pour favoriser la recherche de moyens thérapeutiques spécifiques.

Douleurs psychogènes :

Parfois, une cause psychiatrique peut être le point de départ des douleurs. Ces diagnostics sont difficiles à poser et sont évoqués sur une symptomatologie psychiatrique claire et non pas en l'absence d'autre cause.

Analyse des facteurs cognitifs, comportementaux et environnementaux

Ces facteurs sont parfois le principal facteur de gravité de la situation du sujet. Dans tous les cas ils peuvent être pris en compte de manière spécifique.

Analyse du retentissement fonctionnel et social.

Là encore, la douleur qui persiste peut avoir des conséquences qui nécessitent parfois une prise en charge spécifique de réadaptation ou une stabilisation de la situation sociale.

Douleur aiguë/Douleur chronique

La distinction entre la douleur aiguë et la douleur chronique est importante car elles s'opposent pratiquement point par point.

Douleur aiguë

Dans ce cas le mécanisme générateur est habituellement l'excès de nociception et le versant émotionnel s'exprime parfois par des phénomènes anxieux réactionnels. La recherche de la cause est alors primordiale et son traitement (quand c'est possible) entraîne un soulagement radical. Les antalgiques sont d'une grande efficacité et sur une courte période, l'escalade thérapeutique se justifie.

Douleur chronique

Les douleurs chroniques représentent un ensemble de situations très hétérogènes. La chronicité se définit à partir de 3 à 6 mois d'évolution (IASP). Classiquement, on distingue les douleurs chroniques liées au cancer et les autres.

Dans la douleur chronique (non liée au cancer) la lésion initiale a parfois disparu, la situation ne correspond donc pas simplement à une douleur aiguë qui persiste. La chronicité s'explique moins par le facteur temps que par la capacité d'adaptation du sujet à cette situation et l'existence de cercles vicieux (tensions musculaires, anxiété, facteurs de stress, peur du mouvement et déconditionnement physique, repli sur soi...).

Dans sa forme la plus typique, la douleur maladie, les conséquences sur le malade sont majeures. La prise en charge, l'évaluation de ces patients est complexe. Sur un plan thérapeutique, les traitements sont mal conditionnés et l'escalade n'est pas forcément justifiée.

Conséquences pour la pratique médicale.

Dans la relation avec le patient.

L'abandon d'une relation automatique entre douleur et lésion sous jacente donne au douloureux un rôle d'expert, ce qui modifie les relations habituelles médecin/patient. Il

n'existe aucune technique ni pratique courante qui permettent d'affirmer ou d'infirmer la présence d'une douleur. Quand des explorations exhaustives à la recherche d'une éventuelle cause curable ont été correctement réalisées il est inutile voire dangereux de poursuivre les examens. Cette attitude se solde en général par un rejet de la part du médecin exaspéré par cette personne qui a mal et qui pourtant n'a rien et par une quête sans fin du patient qui souffre, souhaiterait être cru et avoir des explications sur les raisons de sa douleur.

C'est par définition la parole du patient qui fait foi et il est le seul juge de l'expérience qu'il vit. Le rôle du médecin est alors de trouver un mode de communication pour l'évaluer au mieux et en comprendre les mécanismes avant de proposer des solutions adaptées.

Organisation de la prise en charge de la douleur chronique

Les premières cliniques de la douleur sont apparues dans les années 40 en Amérique du Nord, au Japon, en Australie, au Danemark. Ces unités appréhendaient la douleur chronique de manière unidimensionnelle et les modalités de prise en charge basées sur le blocage exclusif de la nociception par des infiltrations où des blocs nerveux aux anesthésiques locaux étaient le plus souvent mises en échec.

En 1961, devant la constatation que la douleur chronique était un problème complexe nécessitant l'addition de compétences médicales, un des pionniers de la prise en charge de la douleur, le Dr J. Bonica organisa la première consultation pluridisciplinaire de la douleur. Tous les patients présentant des douleurs chroniques rebelles étaient vus par au moins trois médecins différents dont un psychiatre. Cette organisation originale permettait d'évaluer le plus précisément possible les différents composants de la douleur pour proposer un programme thérapeutique cohérent proposant médicaments, techniques antalgiques, techniques de rééducation, interventions à visée psychologique... isolément ou en association si nécessaire. Les résultats obtenus, dans le contexte de la révolution conceptuelle des années 60 ont imposé la consultation pluridisciplinaire comme le standard international de prise en charge de la douleur chronique.

Evolution des techniques de prise en charge.

Les connaissances issues de la physiologie et de la pharmacologie ont permis de comprendre les mécanismes et les sites d'action de produits antalgiques utilisés parfois depuis des centaines d'années. La découverte de récepteurs à la morphine et des

endomorphines a donné, par exemple, une seconde chance à ce produit qui était quasiment abandonné en raison de sa mauvaise réputation. Depuis il est beaucoup mieux utilisé et des techniques d'administrations locales ont été développées (péridurale...). La morphine et les molécules apparentées restent encore aujourd'hui les produits les plus puissants à notre disposition.

La compréhension du mécanisme des douleurs neurogènes, parfois séquellaires d'une atteinte du système nerveux, a fait quasiment disparaître (il reste des indications) les techniques d'amputation ou de destruction des structures nerveuses à but antalgique. La chirurgie de la douleur s'est orientée vers des techniques de stimulation des systèmes inhibiteurs de la douleur ou la mise en place de dispositifs d'administration de médicaments au niveau cérébral ou médullaire.

La prise en charge de la douleur : les défis persistants en 1999.

Si des progrès notables ont été réalisés depuis 25 ans en France, tous les problèmes sont loin d'être résolus.

Selon le code de déontologie médicale (art.37) la prise en compte de la douleur est une préoccupation quotidienne «en toutes circonstances le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement...». Malheureusement, la bonne volonté ne suffit pas. Il est utopique de penser qu'à l'heure actuelle toutes les douleurs peuvent être prises en charge efficacement.

Faciliter l'accès aux traitements de la douleur pour les patients qui le souhaitent.

Comme l'affirme la campagne récente du Ministère de la Santé la douleur n'est pas une fatalité mais l'accès à des soins pour tous n'est pas une réalité. Idéalement un médecin avec des compétences adaptées devrait devancer l'expression d'une éventuelle plainte douloureuse, informer son patient de ce qui peut être proposé et discuter avec lui d'une prise en charge s'il le souhaite. De nombreux obstacles persistent avant d'arriver à cette situation.

(1) Les connaissances sur la douleur et ses traitements de nombreux médecins en exercice n'est plus adéquate. Les actions de formation continue ou l'introduction très récente d'enseignements obligatoires sur ces sujets en faculté de médecine ne permettent pas d'envisager une unité de pratique des médecins avant plusieurs années.

(2) L'absence de dépistage systématique d'une douleur potentielle est un facteur bien connu d'échec de la prise en charge. Certaines personnes ne se plaignent pas spontanément ou n'ont pas la capacité de le faire. De nombreuses études chez l'enfant, le vieillard, les personnes atteintes de cancer ou de SIDA, la période post-opératoire, le montrent. Pour les patients hospitalisés, les recommandations ministérielles (plan Kouchner 1998) imposent aux établissements de santé d'organiser l'évaluation systématique de la douleur.

(3) L'existence d'idées fausses sur les causes de la douleur, les médicaments utilisés (crainte d'effets secondaires, peur de devenir toxicomane...), l'efficacité à attendre des traitements sont également des freins à une prise en charge efficace et peuvent être combattus par les explications données au patient et l'éducation du grand public.

Structurer la prise en charge de la douleur chronique rebelle.

Si on peut envisager à terme que la douleur aiguë et la plupart des douleurs chroniques puissent être prises en charge efficacement par les filières médicales classiques, certaines douleurs rebelles nécessiteront une prise en charge dans des réseaux ou des structures spécialisés. Actuellement les consultations d'évaluation et de traitement de la douleur chronique sont peu nombreuses, mal réparties sur le territoire, manquent de moyens humains (médecins, psychologues, infirmières....) ce qui se traduit par une offre de soin inégale et des délais d'attente mal compris. Certaines restent encore fragiles et leur pérennité n'est pas garantie. Il est au moins nécessaire de toutes les consolider et de développer des partenariats, des réseaux de soins avec les médecins libéraux pour mieux assurer la prise en charge au quotidien et commencer à envisager des actions de prévention (intervenir sur les facteurs aboutissant à la chronicité).

Développer de nouvelles stratégies de traitement de la douleur chronique rebelle.

Les progrès notables réalisés depuis 25 ans ne doivent pas faire oublier que de trop nombreuses situations restent aujourd'hui insolubles. Si la recherche fondamentale reste très active, le développement de nouveaux moyens de traitement se fait attendre et les innovations thérapeutiques récentes sont rares en particulier pour les douleurs neurogènes. En France certains progrès récents majeurs correspondent à la mise à disposition de médicaments existants depuis de nombreuses années aux Etats-Unis. Il reste à convaincre l'industrie pharmaceutique que la douleur est un véritable marché et développer/faciliter la recherche clinique.

Conclusion

Les bouleversements conceptuels et les progrès des 25 dernières années ont suscité de nombreux espoirs et radicalement changé le quotidien de nombreux malades. Toutefois, en 1999, soulager la douleur, surtout la douleur chronique demeure une tâche difficile. Elle reste toujours un problème de santé publique par le coût économique et social qu'elle représente et un problème humain pour les personnes qui en souffrent.

Les acquis dans ce domaine bien que notables restent fragiles, mais si la dynamique actuelle se poursuit, si ce sujet persiste à être important pour les pouvoirs publics et les décideurs du système de santé, l'avenir peut se concevoir avec optimisme.

Thierry DELORME

Praticien service Unité de Soins Continus - Institut Curie (Paris)

Consultant Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur - Hopital Saint-Antoine (Paris)