

La douleur – un phénomène complexe

Signal d'alarme précieux, les douleurs, une fois chroniques, deviennent souvent une maladie à part entière. Elles constituent un phénomène biologique et psychosocial complexe qui réduit considérablement la qualité de vie. Elles exigent un traitement multimodal qui devra par ailleurs être adapté spécifiquement à chaque patient.

Jürg Lendenmann

Sites de perception de la douleur, les nocicepteurs (du latin nocere = nuire) sont des terminaisons libres de cellules sensibles du système nerveux périphérique réagissant à divers stimuli: thermiques (chaleur, froid), mécaniques (pression, lésion) et chimiques (acides, bases, poisons). Ils sont localisés dans tout le corps: en surface (peau), en profondeur (muscles, périoste) ou dans les organes.

Le stimulus douloureux est transmis par des fibres nerveuses à conduction rapide et lente à la moelle épinière où sont générés les réflexes – qui permettent par exemple le retrait immédiat de la main plongée dans de l'eau bouillante avant même que la douleur et son origine soient perçues par le cerveau.

L'impulsion douloureuse est par ailleurs transmise via le faisceau spinothalamique latéral antérieur de la moelle épinière vers le thalamus (dans le tronc cérébral) où s'effectue une sélection des impulsions.

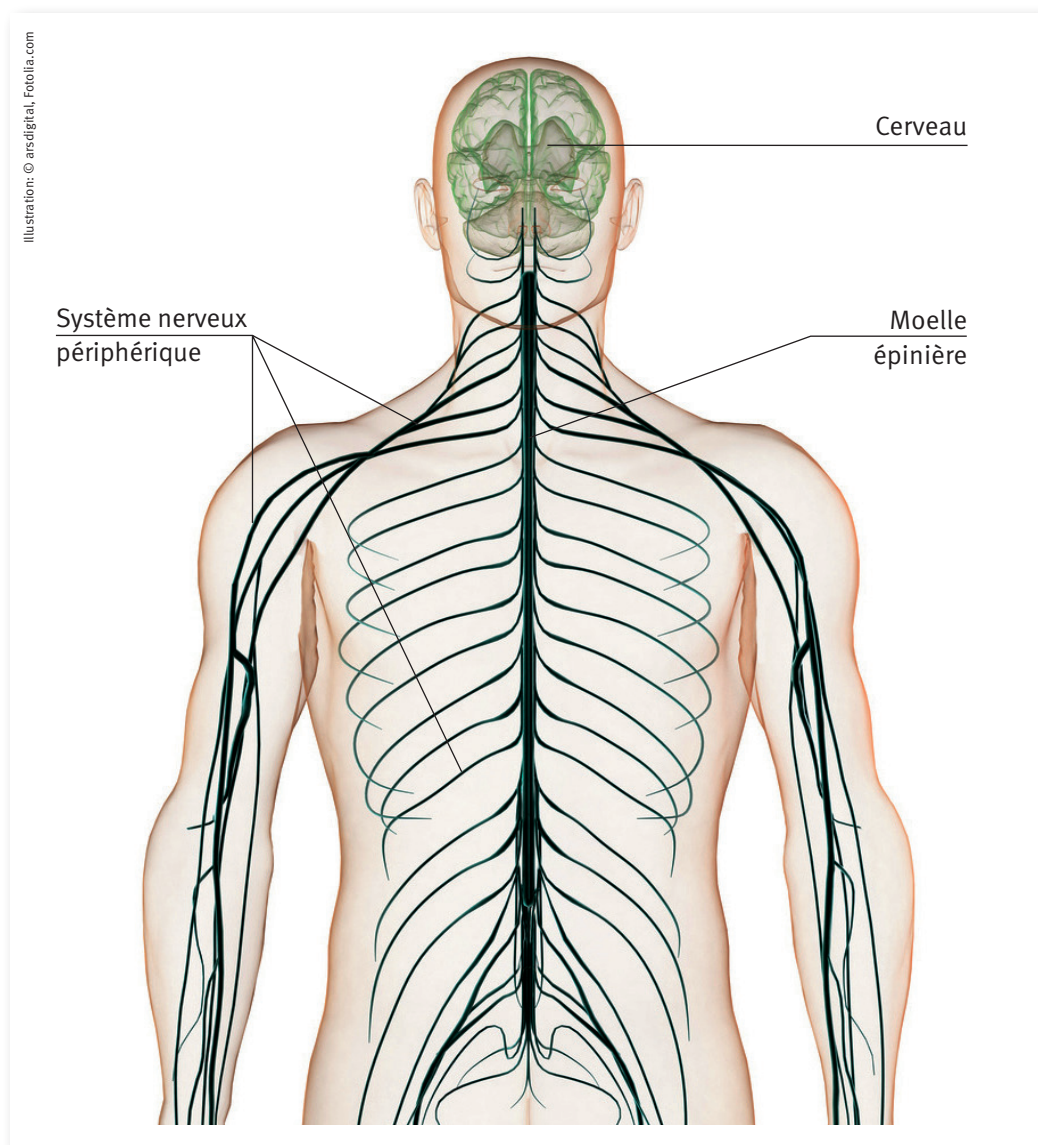
De là, le signal douloureux est acheminé d'une part vers le cortex cérébral où la douleur est perçue et localisée, d'autre part vers le système limbique où a lieu l'évaluation émotionnelle de la douleur.

On distingue ces **douleurs nociceptives** des **douleurs neuropathiques** causées par des lésions ou des troubles fonctionnels dans l'ensemble du système nerveux, ainsi que des **douleurs psychogènes** résultant de processus psychiques, angoisses ou problèmes.

Modulation variée de la douleur

La douleur peut être modulée tant au niveau périphérique que central. Ainsi l'excitabilité des récepteurs nociceptifs peut-elle être influencée par des médiateurs de la douleur, dont les prostaglandines, la bradykinine et la sérotonine, médiateurs inflammatoires qui sensibilisent ces nocicepteurs et abaissent le seuil de la douleur. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) interviennent dans cette modulation. Ils inhibent la cyclo-oxygénase, enzyme clé de la synthèse des prostaglandines.

Pour une part, l'organisme est aussi en mesure de combattre lui-même les impulsions douloureuses. Sous l'effet d'un stress extrême, des fibres nerveuses efférentes (descendantes) peuvent sti-



muler la production d'opioïdes endogènes – endorphines et enképhalines. Ce processus, associé à l'inhibition descendante de la douleur (par la sérotonine et la noradrénaline) peut permettre à un blessé de se mettre en sécurité après un accident de voiture par exemple. La perception de la douleur peut être également atténuée lorsque les fibres nerveuses efférentes sont activées, notamment par la diversion ou la détente, processus mis à profit par les médecines complémentaires (cf. l'article suivant).

Lorsque la douleur chronique devient une maladie à part entière

En l'absence de traitement rapide et efficace, les stimuli douloureux peuvent entraîner une sensibilisation et une hypersensibilité (allodynie et hyperalgésie); on parle alors de sensation accrue de douleur. «Si la douleur aiguë est considérée à juste titre comme un signal d'alarme pour différentes maladies, la douleur chronique est quant à elle un problème de santé spécifique et une maladie à part entière», précise la déclaration de l'EFIC (European Federation of the Internatio-

nal Association for the Study of Pain Chapters). Parmi les douleurs chroniques les plus fréquentes, on peut citer les dorsalgies (cf. encadré), les douleurs rhumatismales, les céphalées, les névralgies et les douleurs tumorales. La chronicisation des douleurs s'accompagne de changements psychosociaux et physiques complexes, dont la mobilité réduite, les troubles du sommeil, l'anxiété, la dépression et une capacité de travail restreinte. Selon le Prof. Haiko Sprott du Centre antidouleur de Bâle: «Plus le traitement du patient algique est rapide et adéquat, plus les chances de vaincre la douleur sont grandes.» Les absences au travail doivent, dans la mesure du possible, être évitées. En effet, au bout de six semaines d'incapacité de travail, 50% (suivant les sources: jusqu'à 80%) des patients ne retournent plus au travail.

Traitement souvent inadapté de la douleur

Selon une enquête européenne, en Suisse, 16% des adultes souffrent de douleurs chroniques non cancéreuses. 40% des personnes concernées ont déclaré ne pas être traitées correctement. Différentes raisons peuvent expliquer l'inadéquation du traitement.

- Les patients algiques attendent très longtemps avant de consulter un spécialiste.
- La communication entre le médecin et le patient est insuffisante.
- Souvent, les mécanismes à l'origine de la douleur ne sont pas identifiés avec précision. Aussi n'est-il pas rare que le médecin de famille prescrive un AINS à un patient atteint de dorsalgies neuropathiques alors que ce médicament n'agit pas sur ce type de douleurs.

D'après de récentes découvertes, les douleurs devraient être traitées non pas en fonction de leur intensité, mais de leur origine. Des facteurs biologiques, physiques, psychosociaux et sociétaux intervenant dans les douleurs chroniques, la thérapie – généralement à long terme – doit être multimodale. Une collaboration interdisciplinaire est essentielle pour une adaptation optimale des différents modules à chaque patient. Les modules du traitement antidouleur sont les suivants:

- Analgésie médicamenteuse selon le schéma par paliers de l'OMS

1^{er} palier: analgésiques non opioïdes (paracétamol, acide acétylsalicylique, AINS, etc.)

2^e palier: opioïdes faibles

3^e palier: opioïdes puissants

A tous les paliers:

Co-analgésiques: antidépresseurs, anticonvulsifs, neuroleptiques, anxiolytiques, myorelaxants centraux, toxine botulique de type A, corticostéroïdes, capsaïcine, agonistes des récepteurs adrénergiques de type α_2 , antagonistes des récepteurs NMDA, calcitonine, bisphosphonates

Co-thérapeutiques: antiémétiques, laxatifs

■ Traitement interventionnel (infiltrations, rhizotomies)

■ Méthodes chirurgicales

■ Mesures psychologiques

■ Physiothérapie/ergothérapie

Les deux dernières mesures citées relèvent également de la médecine complémentaire qui fait appel avec succès aux co-analgésiques, aux co-thérapeutiques et à des thérapies supplémentives dans le traitement antidouleur. ■

La douleur est source de coûts macroéconomiques considérables

En Suisse, le coût de la douleur est estimé à cinq milliards de francs environ par an – dont la moitié pour les dorsalgies. Ces coûts sont occasionnés par les médicaments, l'absentéisme au travail, les pertes de revenus, les baisses de performance, les incapacités de travail et les prestations sociales.

Les pertes de productivité représentent environ 61,4% du coût global des douleurs lombaires. Leur charge macroéconomique a été estimée à une valeur se situant entre 1,6 et 2,3% du PIB suisse.

Du fait de l'évolution démographique, une augmentation de 7% du nombre de personnes atteintes de dorsalgies est attendue entre 2005 et 2025.

Sources

- Breivik H., et al. Eur J Pain 2006; 10:287–333.
- Ogal HP. Stellenwert der Komplementärmedizin in der Schmerztherapie. Neurologie. 2009; 3:11–19.
- Schleizer W. Starke Schmerzen – Wann braucht es was? 13. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM), 16.–17. Juli 2011