Le traitement centré sur le patient remplaçant le traitement basé sur la pathologie

Prise en charge contemporaine de la douleur chronique

La prise en charge des patients souffrant de douleurs persistantes doit être conduite selon une stratégie spécifique et une approche personnalisée établies précocement pour prévenir et limiter l'impact de la chronicité. L'évaluation initiale des éléments bio-psycho-sociaux et leur suivi permettent de diriger la gestion de la douleur et son traitement. Les approches sémantiques et diagnostiques interventionnelles sont complémentaires et non exclusives.

Dr Philippe Mavrocordatos
Lausanne

La prise en charge de la douleur chronique est encore mal systématisée. Chaque médecin, spécialiste ou non, approche le patient avec ses propres compétences, son propre langage et ses croyances. Cette multiplicité de vues peut être bénéfique quand une collaboration est construite mais devient délétère si les visions sont dissociées. Dans ce cadre, la problématique la plus fréquente est l'opposition entre l'approche réductionniste et l'approche sémantique. Ce dilemme devrait être résolu mais malheureusement même chez les médecins qui se spécialisent dans la gestion et le traitement de la douleur, les avis et les approches sont encore trop catégoriques et exclusives. Certains, centrés sur la maladie, recherchent un diagnostic, valorisent une approche biomédicale et ignorent la globalité, l'individu et son projet. D'autres valorisent une approche sémantique et négligent la composante biologique. Il n'est pas rare que ces derniers se basent pour privilégier une approche psycho-sociale sur une évaluation clinique incomplète (1). La méthode diagnostique classique, appliquée en soins aigus (examen clinique, radiologie, laboratoire) est essentielle pour exclure les « red-flags » : cancer, fracture ou infection mais elle est beaucoup moins performante pour établir un diagnostic dans le cas de douleurs persistantes (2). Le questionnement sur la composante biologique devrait donc rester constamment présente. La notion d'interdisciplinarité entre soignants doit être valorisée. Elle est probablement plus importante même que l'approche multidisciplinaire car c'est souvent dans la superposition des limites de nos compétences que des solutions sont trouvées et non au sein d'une des spécialités représentée. Cette forme de complémentarisme appliqué à la douleur est essentielle.

Qui référer ?

Le médecin de premier recours, parfois le spécialiste est confronté régulièrement aux patients souffrants de douleurs persistantes. Il en voit probablement tous les jours et gère la majorité des situations en cabinet. Une médication adéquate, un support psychologique non spécialisé régulier permet en général de maintenir l'activité et la fonction du patient. Certaines situations requièrent toutefois une prise en charge plus complexe. Les patients qui ne s'améliorent pas, ceux qui subissent des effets secondaires intolérables de leur médication analgésique ou qui se péjorent physiquement ou psychologiquement malgré la thérapie devraient être référés. De même, la présence d'une douleur de type neuropathique selon les critères de diagnostiques actuels doit être établie par un centre spécialisé (3). A ce sujet, il est intéressant de savoir qu'une phénotypisation de la douleur neuropathique par des examens neurophysiologiques (QST) peut identifier des patients répondant de manière préférentielle à des traitements médicamenteux (4) ou la stimulation médullaire. (5). Une douleur en relation avec une pathologie oncologique ou secondaire au traitement chimio- ou radio-thérapeutique devrait aussi faire l'objet d'une consultation spécialisée. Comme d'ailleurs, les patients qui souffrent de douleurs persistants plusieurs mois après une chirurgie.

Une autre catégorie de patients qui peut bénéficier d'une approche dans un centre de la douleur est celle des patients en situation subaiguë dont le diagnostic reste incertain après une évaluation par les méthodes diagnostiques classiques. Nous sommes alors encore dans la recherche d'une cause de douleur liée à un diagnostic spécifique, le regard focalisé sur la pathologie. La vision réductionniste a à ce stade encore sa place. L'examen neurophysiologique des fibres thermo-algésiques (Quantitative Sensory Testing, Evoked Potentials Laser, Evoked Potentials/Contact Heat Evoked Potential), les anesthésies sélectives de structures rachidiennes, de plexus nerveux autonomes peuvent par leur précision diagnostique prévenir la chronicité (6). Ces examens ne sont pratiqués actuellement que dans ces centres.

Prise en charge specialisée du patient

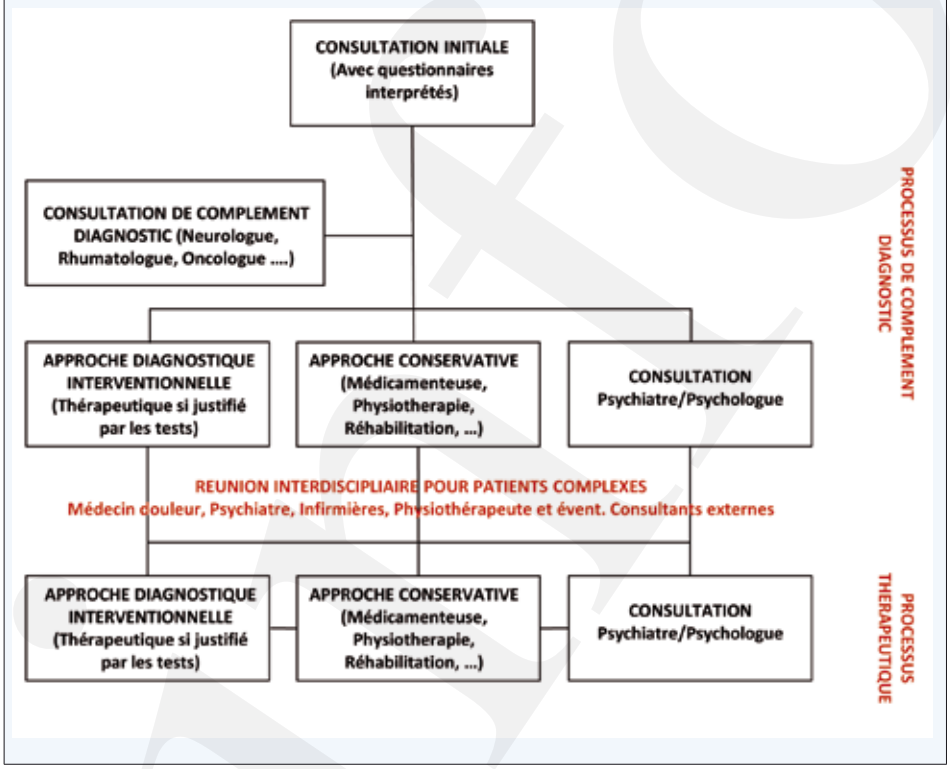
Quel que soit le motif de consultation, le patient souffrant de douleurs persistantes représente un défi particulier de l'évaluation.

Le malade doit être au centre du processus et pour le situer, un point de départ, une « baseline » est essentielle. Elle permet de chiffrer de manière semi-objective la situation actuelle et de quantifier les bénéfices ou les échecs des propositions thérapeutiques futures. Le patient douloureux est difficilement comparable à une population, à un groupe homogène, il est unique biologiquement, psychologiquement et socialement. C'est dans ce sens qu'il est son propre contrôle et ne peut être comparé vraiment qu'à lui-même.

Ceci est bien sûr très différent de ce que l'on rencontre en général en médecine où le malade est soumis à une série d'examens dont les résultats permettent le plus souvent d'établir un diagnostic et choisir un traitement adapté.

La première visite du patient devrait intégrer les éléments diagnostiques disponibles, permettre d'éliminer les « red-flags » et identifier, si possible quantifier l'importance relative des paramètres bio-psycho-sociaux. Cette évaluation globale est basée sur l'anamnèse et l'examen clinique mais aussi sur des questionnaires qui adressent ces différents éléments. C'est le patient qui répond à ces questions. Notre expérience et nos recherches nous ont orienté vers un choix de questionnaires validés internationalement qui couvrent les aspects essentiels des paramètres cités plus haut. Les questionnaires sont légions et même dans les études de qualité, aucun consensus n'a permis une sélection parfaite (7). Nous avons choisi d'évaluer la localisation (Dessin), l'intensité (Numeric Rating Scale), la qualité de la douleur (composante neuropathique, DN4), la kinésiophobie (TAMPA), l'handicap (Oswestry) l'anxiété, le stress, la dépression (Depression Anxiety Stress Scale – DASS) et la qualité de vie (EuroQUOL 5D). Ces mêmes questionnaires sont ré-adressés aux patients chaque trois mois la première année et chaque six mois la deuxième année.

FIG. 1 **Séquence stratégique de prise en charge des patients**



Lors de la première consultation, le médecin spécialiste en douleurs chroniques est en possession des résultats des questionnaires initiaux et en discute avec le patient. L'échange médecin-malade est grandement facilité par l'utilisation de cet outil qui cristallise et donne corps à des notions complexes comme la douleur, l'anxiété, le stress ou même la dépression. L'analyse des chiffres en présence du patient permet d'aborder de manière moins émotionnelle ces paramètres et de suggérer le cas échéant une prise en charge spécialisée. La consultation initiale s'achève par un plan d'investigation, de gestion et de traitement de la douleur en accord avec les éléments identifiés et le projet du patient.

Le choix d'une évaluation multidimensionnelle par questionnaires et la consultation initiale effectuée par un seul médecin plutôt que par un groupe de spécialistes est un choix basé sur des critères rationnels et économiques. Il est évidemment illusoire de procéder d'emblée à une évaluation multidisciplinaire de tous les patients adressés. Les malades qui ne nécessitent qu'un complément diagnostique ou une adaptation de leur médication analgésique seraient soumis à une prise en charge trop lourde, chère et inutile et ceux qui ont besoin d'une approche plus complète sont en grande majorité identifiés par le biais des questionnaires et de la première consultation. Bien sûr, le système n'est pas parfait, quelques patients passent au travers des mailles de l'évaluation initiale et ne sont pas aiguillés immédiatement dans la bonne direction. Les visites consécutives corrigent en général cette situation.

La prise en charge de chaque patient est ensuite personnalisée. Tous les patients adressés au centre de la douleur et selon les critères précités sont orientés vers d'autres consultations si nécessaire, subissent des épreuves diagnostiques supplémentaires ou sont mis au bénéfice d'un traitement conservateur adéquat. Une partie d'entre eux, après évaluation psychologique spécialisée sont intégrés dans un groupe de soutien. Une consultation infirmière qui valorise les ressources de chaque malade dans la gestion de son quotidien a été également développée et est très appréciée par les malades. La description spécifique de chaque type d'approche dépasse le cadre de cet article mais il est toutefois important de relever quelques points essentiels.

Les modes diagnostiques, de gestion et traitement de la douleur ne sont pas exclusifs. Il est parfois important de ne pas procéder à des thérapies parallèles et dans certaines situations, des choix sont faits. La séquence de prise en charge suit en général le schéma de la figure 1.

L'évolution du patient dicte la suite du traitement. Lorsqu'elle est progressivement favorable, la logique et le projet du patient détermine la durée de suivi au centre de la douleur et lorsque la situation ne s'améliore pas, des moyens plus importants sont déployés seuls ou associés. Par exemple, un patient souffrant de douleurs post-zostériennes sera peut-être amélioré par une simple adaptation médicamenteuse, et pour un autre, multi opéré du dos et souffrant de douleurs neuropathiques, l'implantation d'un stimulateur médullaire sera nécessaire. L'intégration de ce patient dans un groupe de suivi psychologique à long terme devra peut-être y être associée.

L'important est de pouvoir à chaque étape adapter la gestion et le traitement de la douleur selon les critères à disposition. Parmi

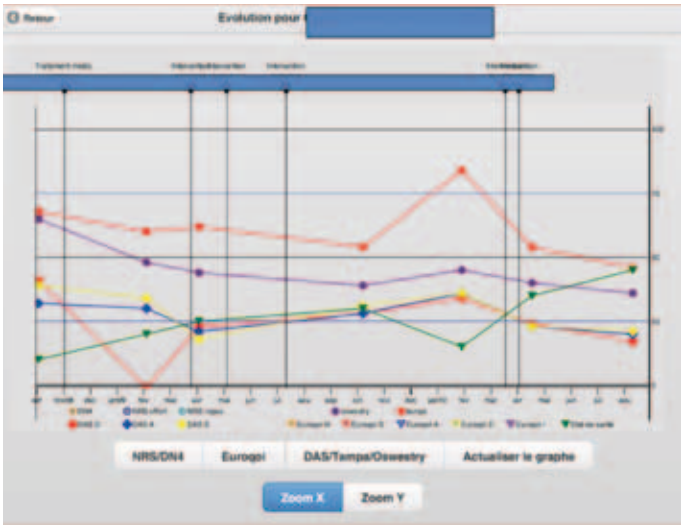
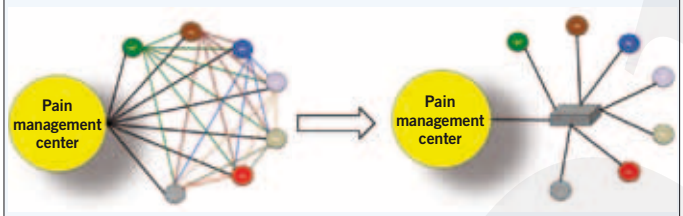


Fig. 2: Evolution d'un patient soufrant de Cluster Headache. Sont indiqués ici l'intensité de la douleur (NRS repos – activité/crise), l'anxiété, le stress et la dépression (DASS), la kinésiophobie (TAMPA), la qualité de vie (EuroQuol-5D). Les autres mesures apparaissent dans un autre écran online pour simplifier la lecture

FIG. 3 **Evolution de la communication entre le centre de la douleur et les différents intervenants**



(**GP**: Médecin de premier recours, **Phy**: Physiothérapeute, **NCH**: neurochirurgien, **Psy**: Psychiatre, etc.)

ces critères, les questionnaires systématiquement remplis aux trois mois puis six mois sont essentiels.

La figure 2 vous donne un exemple de notre évaluation graphique des paramètres suivis sur tablette électronique. Pour rendre le graphe lisible, toutes les mesures n'apparaissent pas sur le même graphique.

Bien sûr, hormis le suivi individuel, nous procédons régulièrement à l'analyse de notre population de malades. Ces résultats sont encourageants. Globalement, sur plus de 4000 patients inclus dans la base de donnée l'évolution chiffrée est favorable. Les différents scores collectés évoluent de manière coordonnée. La qualité de vie (EuroQuol-5D), la diminution de la douleur (NRS) et la fonction (Oswestry) par exemple évoluent de manière similaire et ces paramètres permettent ensemble ou séparément de suivre l'évolution du patient. Nous avons pu, par exemple, démontrer une différence significative entre les caractéristiques bio-psycho-sociales de patients qui ont été après quelques mois de suivi mis au bénéfice d'un implant de stimulation médullaire. Tous leurs scores de départ sont significativement plus élevés, plus sévères que ceux des patients qui s'améliorent avec des traitements moins lourds. L'analyse de ces données enregistrées dans contexte clinique contrôlé mais quotidien est certainement une information déterminante pour l'orientation du patient et de son traitement mais aussi pour l'évaluation de la stratégie suivie. Chaque approche diagnostique ou thérapeutique ne peut être décrite ici. Le principe de la gestion et du traitement de la douleur réside dans l'approche interdisciplinaire et dans l'écoute non seulement du patient mais également des propositions conjointes énoncées par les différentes spécialités, médicales et paramédicales.

Les nouveautés médicales, pharmacologiques ou psychothérapeutiques vont certainement modifier significativement la situation de nos patients mais actuellement, le plus grand changement dans la gestion et le traitement de la douleur viendra d'une meilleure communication entre soignants, entre les soignants et le malade. Les proches, les partenaires payeurs, l'entourage professionnel seront certainement à l'avenir plus impliqués. La communication est en constante évolution particulièrement par le biais de l'échange informatisé des données. Une base de données mise en commun permettra un accès constant et sans délai des différents intervenants. Un simple schéma permet de se rendre compte de cette évidence (fig. 3).

Dr Philippe Mavrocordatos
Président de la Swiss Interventional Pain Society (SSIPM)
Président de la Fondation Pain
Board of directors World Insitute of Pain, Honorary secretary
Professor of Anesthesiology and Pain management
Athens University, Grèce
Centre pluridisciplinaire de la douleur, Clinique Cecil
Avenue Ruchonnet 53, 1001 Lausanne
pmavroco@worldcom.ch

Conflit d'intérêts: L'auteur n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Réfèrences:

1. Pergolizzi J et al. The chronic pain conundrum: should we CHANGE from relying on past history to assessing prognostic factors? Curr Med Res Opin 2012;28(2):249-56
2. Strender LE et al. Interexaminer reliability in physical examination of patients with low back pain. Spine 1997;22:814-20
3. Treede RD et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. Neurology 2008;70:1630-5
4. Finnerup NB et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol 2015
5. Dworkin RH et al. Interventional management of neuropathic pain: NeuPSIG recommendations. Pain 2013;154:2249-61
6. Van Zundert J et al. Interventional Pain Medicine: According to Clinical Diagnoses DOI: 10.1002/9781119968375
7. Wittink HM, Carr D. (editors). Pain management: Evidence, Outcomes and Quality of Life: a sourcebook. Edinburgh, Sct: Elsevier 2007:329-43. Evidence-Based

Messages à retenir

- Depuis environ dix ans, le traitement de la douleur chronique a changé significativement
- Actuellement on adapte la médication aux mécanismes sous-jacents et non plus seulement à l'intensité de la douleur
- La notion de traitement centré sur le patient remplace progressivement le traitement basé sur la pathologie
- L'importance des facteurs psycho-sociaux est reconnue et le projet du patient est mieux pris en compte
- Les divergences entre réductionnisme et sémantique malheureusement subsistent et sont des barrières pour les thérapeutes mais surtout pour les patients
- Notre vision de la douleur chronique doit encore beaucoup évoluer, nos modes de communication en plein changement nous aiderons peut-être plus dans un proche avenir que les découvertes médicales. ultimodale) permettent de réduire les taux de chute de ~20 à 40%