

Stefan Neuner-Jehle

Dix conseils pour traiter la douleur avec succès au cabinet médical

Un nouvel article de la série «La boîte à outils du médecin de famille»¹

Des stratégies et des substances destinées au traitement de la douleur doivent impérativement faire partie de l'arsenal thérapeutique de base du médecin de famille: la détresse du patient est manifeste et il est nécessaire d'agir. Mais comment? Le modèle de traitement de la douleur par paliers conçu par l'OMS est bien connu de tous et ce sujet fait

l'objet de revues pharmacologiques actuelles de bonne qualité (1). Toutefois, le traitement de la douleur au sein du cabinet de médecine de famille va plus loin. A ce sujet, consultez les dix conseils et astuces qui suivent, et jugez par vous-même: est-ce de la pure théorie ou est-ce utile pour votre travail? Les «vieux routards» n'apprendront rien de nouveau, mais les jeunes y gagneront peut-être à essayer?

1. Elucider la cause du problème et l'éliminer, dans la mesure du possible!

En premier lieu, le médecin se doit de trouver la cause potentielle de la douleur afin de ne pas laisser le patient souffrir inutilement longtemps et surtout pour ne pas le mettre en danger. C'est ce que veulent dire les patients lorsqu'ils affirment que les analgésiques «ne font que masquer les symptômes». Il existe de multiples causes de douleur nécessitant des procédures résolues et souvent invasives plutôt que le recours à des mesures analgésiques axées sur les symptômes: appendicite aiguë, infection de la racine dentaire, hernie discale comprimant un nerf, et bien d'autres encore.



© Aydindurdu; Dreamstime.com

2. Le temps guérit les blessures ainsi que les douleurs

Il nous arrive de consoler ainsi nos patients, par ex. lorsqu'ils ont perdu un être proche. En l'absence de signe d'alarme (red flags), il peut s'avérer utile d'adopter une attitude d'observation attentiste en cas de douleurs, notamment lors de traumatismes ou d'irritations locales.

Une plaie, une elongation, une entorse, une phlébite ou une douleur liée à une sinusite? Elles ne seront plus qu'un mauvais souvenir après quelques jours à quelques semaines. Une épine calcanéenne, une épicondylite ou une coiffe des rotateurs sur-sollicitée? Ce sera de l'histoire ancienne d'ici quelques mois. Fort heureusement, notre organisme est doté d'un certain nombre de mécanismes réparateurs. Il est toutefois nécessaire de rester vigilant. Si la douleur s'aggrave de manière inattendue, nous devons nous démenager pour établir le diagnostic exact. Il en est de même pour les individus à risque, chez qui il convient de clarifier le diagnostic différentiel: dans ce cas de figure, la probabilité pré-test que le patient souffre d'une maladie grave est par définition plus élevée.

3. Suggestion et placebo

A peine l'injection est-elle réalisée ou l'aiguille d'acupuncture posée que le patient ressent déjà un soulagement. Consulter le médecin, avoir conscience d'agir contre la douleur et s'exprimer à ce sujet sont déjà souvent synonymes de soulagement. Pures escarmouches ésotériques? Sûrement pas: des preuves scientifiques en témoignent².

Les médecins de famille expérimentés ont consciemment recours à ce pouvoir de suggestion et les cracks amènent par l'hypnose

leurs patients souffrants vers un état d'absence de douleur. Il convient aussi de garder à l'esprit que la conviction du caractère inoffensif et temporaire d'une douleur est en elle-même apaisante, contrairement à l'inquiétude et au sentiment de menace provoqués par une douleur dont la cause et le pronostic restent incertains.

4. Physique et mécanique

Pour conclure cette partie non pharmacologique, abordons le sujet de l'analgésie de l'appareil locomoteur. Ne rien faire (se ménager) permet d'atténuer de nombreuses douleurs liées aux mouvements, du moins provisoirement: utilisez le sofa ou le fau-

¹ La forme masculine désigne à la fois les genres féminin et masculin.

² L'exemple historique devenu célèbre du chirurgien Henry Beecher durant la Seconde Guerre mondiale: face à la pénurie d'ampoules de morphine pour soigner des soldats gravement blessés, il leur a administré une solution salée en leur affirmant qu'il s'agissait d'un antalgique hautement efficace. L'effet analgésique miraculeux du NaCl était retentissant et a fait l'objet de recherches supplémentaires – il a désormais été prouvé que cet effet placebo fait intervenir les récepteurs aux opioïdes (et peut être bloqué à l'aide d'antagonistes des opiacés).

teuil roulant comme remède contre la douleur. Préférez la canne aux antalgiques. Les approches thermiques et mécaniques peuvent s'avérer utiles en fonction du problème sous-jacent: le froid (glaçons) atténue les douleurs nerveuses, alors que la chaleur (bouillotte) détend les muscles. Les massages par des mains professionnelles, l'étirement musculaire ou simplement une pression vigoureuse sur la zone douloureuse soulagent. La semelle orthopédique corrige la douleur au talon. Si ces mesures simples échouent, le recours à l'«artillerie lourde», comme la chirurgie orthopédique, peut s'avérer nécessaire.

5. Le poids plume en apparence: le paracétamol

La vaste utilisation et la bonne efficacité du paracétamol méritent un chapitre à part entière. Même si son potentiel analgésique n'est pas le plus élevé, son profil d'effets indésirables est alléchant. Ce n'est qu'en cas de dosage excessif avoisinant la dose journalière maximale de 4 g qu'une hépatopathie et une irritation gastro-intestinale sont à craindre; autrement, il s'agit d'un principe actif de premier choix, utile dans de nombreux cas. Il est intéressant de noter que certains patients utilisent avec succès le paracétamol en guise de somnifère. Dans les groupes de patients vulnérables, tels que les enfants en bas âge et les personnes âgées, le paracétamol se distingue par sa bonne tolérance et son action fiable contre les douleurs chroniques «sourdes», comme celles que doivent constamment endurer de nombreux patients arthrosiques.

6. Les mauvais: AINS

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont, à juste titre, mauvaise réputation et occasionnent régulièrement chez nos patients (âgés) des effets indésirables gastro-intestinaux, rénaux et cardiovasculaires qui sont souvent graves. Par conséquent, ils figurent sur les listes de médicaments à éviter chez les personnes âgées. Les patients les apprécient malgré tout, car ils soulagent plus efficacement la douleur par rapport au paracétamol. Il existe des exceptions, telles que le naproxène, qui est associé à des risques cardiovasculaires moindres et doit donc être privilégié (1). L'association d'AINS à un inhibiteur de la pompe à protons permet de réduire de moitié les effets indésirables gastro-intestinaux fréquents (1).

7. Les puissants: les opioïdes

Ces grands classiques parmi les analgésiques sont dotés de l'effet le plus puissant, mais malheureusement aussi d'un potentiel d'effets indésirables considérable. Les opioïdes faibles, tels que le tramadol ou les préparations à base de codéine, sont largement utilisés, mais leurs effets indésirables ne sont pas reluisants: constipation, nausée et confusion sont fréquents. En cas de douleurs fortes et persistantes (par ex. des douleurs musculo-squelettiques d'origine dégénérative), les substances à puissante action analgésique, comme la morphine, le fentanyl, l'hydromorphone et l'oxycodone, sont néanmoins appréciables. Chez les patients âgés, la prudence est de mise comme souvent, en raison des risques de chutes dues à des troubles de l'équilibre ou de délires. Les opioïdes doivent par ailleurs être adaptés en fonction de la diminution de la fonction rénale: leur dose doit donc être réduite. En s'appuyant sur leurs mauvaises expériences, certains collègues mettent en garde contre l'utilisation trop généreuse des opioïdes chez les patients âgés atteints de douleurs rhumatoïdes chroniques – contrairement à la tendance de ces dernières années. Dans les situations de fin de vie, la crainte d'effets indésirables graves ne devrait toutefois pas nous faire hésiter à atténuer au maximum la douleur des patients mourants.

8. Les colorés: «les adjuvants»

Les psychotropes (antidépresseurs, benzodiazépines, antiépileptiques) ne sont pas des antalgiques au sens pharmacologique strict, mais ils permettent souvent de moduler la douleur et de s'en distancer. Ces substances entraînent elles aussi des effets indésirables fréquents. Si une douleur est principalement d'origine psychosomatique, alors le psychotrope (ou d'autres mesures psychothérapeutiques) délaisse sa fonction adjuvante pour devenir un instrument thérapeutique central. Des relaxants musculaires, tels que la tizanidine (Sirdalud®) ou les benzodiazépines, peuvent être bénéfiques au même titre que les anticonvulsifs ou le métamizole (Novalgine®); malgré des effets indésirables potentiellement graves pouvant aller jusqu'à l'agranulocytose, ce dernier a bénéficié d'une reconnaissance remarquable au cours de ces dernières années. La gabapentine et la prégabaline sont souvent utilisées pour les douleurs neuropathiques, mais le rapport bénéfice-risque (sédatation) n'est pas toujours optimal.

Parmi les analgésiques adjuvants, je souhaiterais également mentionner les traitements homéopathiques et phytothérapeutiques, sans entrer dans une guerre idéologique quant à leurs mécanismes d'action. Une infiltration locale de lidocaïne et de cortisone peut entraîner un soulagement durable de la douleur grâce à un effet anti-inflammatoire et décongestionnant, pour autant que l'indication soit bien posée, que les contre-indications soient respectées et que les effets indésirables systémiques soient pris en compte en cas d'utilisation répétée.

9. Un antalgique après l'autre

Il faut admettre qu'il est parfois utile d'associer les antalgiques et de telles associations (par ex. paracétamol + tramadol) sont d'ailleurs disponibles sur le marché. En principe, il faut uniquement retenir dans le plan thérapeutique la mesure analgésique apportant un bénéfice évident. Dans le cas contraire, nous nous dirigeons inéluctablement vers la polythérapie et la polypharmacie, au risque que le traitement visant à soulager la douleur ait un coût (trop) élevé, des interactions et des effets indésirables. Aussi grande soit la détresse, il convient de garder à l'esprit ce qui suit: l'utilisation simultanée d'un grand nombre de traitements empêche de déterminer précisément lequel agit vraiment et lequel ne fait que produire des effets indésirables.

10. Votre conseil secret!

Ce dixième conseil est votre botte secrète, cher lecteur; il est le fruit de votre expérience clinique dans le traitement de la douleur. Ne gardez pas ce secret plus longtemps, partagez plutôt votre précieuse expérience avec nous et envoyez-nous votre bon conseil! Il n'a pas besoin de reposer sur des preuves scientifiques, «uniquement» sur l'expérience. Nous attendons vos envois avec impatience et publierons avec plaisir les plus intéressants. Merci!

Je tiens à remercier Bruno Kissling et Edy Riesen pour leur relecture et leurs précieuses remarques.

Référence

- 1 Liechti ME. Pharmakologie von Schmerzmitteln für die Praxis. Forum Méd Suisse 2014;14(22–23):437–40 et 2014;14(24):460–4.

Correspondance:

Dr Stefan Neuner-Jehle, MPH
Institut für Hausarztmedizin Zürich
Pestalozzistrasse 24, 8091 Zürich
sneuner[at]bluewin.ch