

## MÉMO PRATIQUE

## Quand envisager l'escalade des antalgiques ?

Le médecin généraliste a un rôle clé dans la prise en charge de la douleur de par sa proximité avec les patients tout au long du suivi des pathologies douloureuses. L'escalade des antalgiques est une stratégie thérapeutique qui cible actuellement les douleurs par excès de nociception.

- La classification OMS des antalgiques ne concerne que les douleurs par excès de nociception et non les douleurs neuropathiques (zona, sclérose en plaques, diabète).
- Les 3 paliers de la douleur. Le palier 1 (douleurs d'intensité 1 à 3) fait appel aux antalgiques de niveau 1 comme le paracétamol et les anti-inflammatoires. Le palier 2 (douleurs d'intensité 4 à 6) utilise les antalgiques de niveau 2 ou opioïdes dits faibles comme le tramadol, la codéine et les associations tramadol-codéine ou tramadol-paracétamol et codéine-paracétamol. Enfin, le palier 3 (douleurs d'intensité supérieure à 6) fait appel aux antalgiques de niveau 3 ou opioïdes dits forts comme la morphine et plus récemment le fentanyl transdermique et transmuqueux pour les cancers.
- Une nouvelle classification dite de Beaulieu est proposée (pas encore validée sur le plan international) : une échelle à cinq niveaux avec cinq groupes d'antalgiques classés en fonction de leur mécanisme d'action et qui inclut tous les types de douleurs (nociceptives, neuropathiques, mixtes).

## Questions à se poser

- S'agit-il d'une douleur par excès de nociception ou neuropathique ?
- En présence d'une pathologie cancéreuse (avec douleur nociceptive), le traitement intercurrent comme la chimiothérapie ou la radiothérapie introduit-elle une douleur neuropathique qui n'est pas accessible aux opiacés ?
- Même s'il existe peu de CI aux antalgiques, le patient présente-t-il des risques d'effets secondaires face à une telle prescription ? Une attention particulière devra être portée aux patients avec insuffisance respiratoire surtout si celle-ci est majeure et insuffisance rénale (CI potentielles et relatives). Dans ces situations, la posologie devra être adaptée à chaque patient.

## Ce qu'il faut faire

- Diagnostic du mécanisme physiopathologique de la douleur – Identifier le type de douleur – neuropathique ou par excès de nociception. Le médecin généraliste peut s'aider du questionnaire DN4 (Douleur Neuropathique 4). Il s'agit d'une douleur neuropathique si le score est égal ou supérieur à 4/10.
- Évaluation de l'intensité de la douleur – Les échelles analogiques ne sont pas nécessaires. L'interrogatoire du patient ciblé sur l'intensité de la douleur entre zéro (pas de douleur) et dix (douleur la plus intense) au moment de la consultation est suffisant. Il est recommandé de faire préciser au patient l'intensité maximale de la douleur au cours des dernières 24 heures et au cours de la semaine qui vient de s'écouler.
- Traitement personnalisé – Le choix de la molécule est fonction du diagnostic de la douleur (douleur nociceptive), de son intensité et de son évolution.
  - Dans les poussées aiguës articulaires de maladies chroniques ostéoarticulaires chez les personnes âgées, il est recommandé de prescrire un niveau 2 ou 3 d'emblée pendant une semaine voire dix jours.
  - Dans les douleurs d'origine cancéreuse, la prescription se fait désormais en fonction de l'intensité de la douleur. Si celle-ci est supérieure à 6, il est recommandé de prescrire d'emblée un niveau 3 sans passer par les niveaux 2 ou 1.
  - Pour les douleurs de fond du cancer, il est recommandé de prescrire une forme à libération continue. En cas d'accès douloureux paroxystique, une forme à libération immédiate (Sevredol, Actiskenan) doit être ajoutée.
- Quelques règles concernant la posologie
  - Le respect la chronopharmacologie des molécules est la règle principalement pour le paracétamol, les anti-inflammatoires et la codéine. Préciser la prescription selon la chronopharmacologie (toutes les 6, 8 ou 12 heures).
  - Ne pas être systématique dans la posologie. Celle-ci doit être adaptée à la douleur du patient au cours des 24 heures avec, par exemple des interdoses prescrites si douleurs intercurrentes dans la journée et pas de prise nocturne si absence de douleur la nuit.
  - Dans les douleurs cancéreuses, si prescription de plus de 4 interdoses par jour, nécessité de réévaluer la posologie de l'opiacé de fond ou à libération prolongée (nécessité de l'augmenter).
- Lutter contre les effets indésirables comme la constipation et le ralentissement du transit (codéine). Éviter de prescrire des opiacés dans des douleurs neuropathiques. Non indiquée dans ces symptômes, cette prescription nécessiterait ultérieurement l'hospitalisation du patient pour sevrage.
- Référer aux spécialistes de la douleur.
 

En cas de non-réponse aux traitements antalgiques ou lorsqu'un traitement intercurrent comme la chimiothérapie ou la radiothérapie dans la pathologie cancéreuse introduit une douleur neuropathique non accessible aux opiacés.

## Ce qu'il faut retenir

- Différencier douleur nociceptive et neuropathique
- Pas de CI à la prescription d'antalgiques
- Pas de posologie systématique mais une prescription adaptée à chaque patient (respect de la chronopharmacologie et des variations de l'intensité de la douleur sur 24 h).
- Si non-réponse aux traitements, référer le patient au spécialiste de la douleur pour une prise en charge pluridisciplinaire.

Dr Isabelle Stroebel

D'après un entretien avec le Pr Alain Serrie, médecine de la douleur et médecine palliative, hôpital Lariboisière (Paris)

(1) Médecine de la Douleur pour le Praticien (2020 - Elsevier) - 90 co-auteurs, Pr Alain Serrie

Des symptômes qui altèrent le quotidien  
EndoVie, première enquête dans l'endométriose

Retard diagnostique, symptômes multiples, impact sur le quotidien : une première enquête, EndoVie, menée auprès de 1 557 patientes atteintes d'endométriose, fait le point sur le parcours de ces femmes.

● Encore méconnue du grand public, l'endométriose touche une femme sur dix en âge de procréer et affecte leur quotidien. L'enquête EndoVie (1), première du genre, réalisée en janvier 2020 par l'association de patientes EndoFrance, Ipsos et le laboratoire Gedeon Richter, fait apparaître les difficultés auxquelles les patientes sont confrontées.

La maladie se déclare tôt dans la vie d'une femme, avant 20 ans dans la moitié des cas. Dès le début de la maladie, les symptômes sont multiples : les patientes déclarent en moyenne 4,6 symptômes différents.

## Sept ans d'errance

Les règles douloureuses sont le symptôme le plus fréquent, affectant 78 % des patientes, avec une intensité moyenne de la douleur évaluée à 7,8 sur 10 avant le diagnostic. Ces patientes souffrent également de douleurs multiples du nombril au bas-ventre (66 %), de fatigue chronique (54 %), de troubles digestifs (52 %), de douleurs

pendant les rapports sexuels (50 %) ou encore de douleurs lombaires ou des membres inférieurs (48 %) et de saignements anormaux (45 %). Un tiers des patientes éprouvent également des difficultés à avoir un enfant.

Le diagnostic est posé tardivement : les patientes attendent en moyenne sept ans et même dix ans pour un tiers des femmes concernées par une endométriose symptomatique et profonde. Dans 70 %, c'est un gynécologue qui pose le diagnostic. Ces professionnels assurent également le suivi des patientes dans 67 % des cas. « Un tel retard diagnostique peut s'expliquer dans certains cas par un examen d'imagerie négatif qui va alors reporter de plusieurs années l'initiation d'une nouvelle démarche diagnostique, analyse le Pr Horace Roman, chirurgien gynécologue obstétricien au centre d'endométriose de la clinique Tivoli-Ducos (Bordeaux). Il peut aussi exister un risque de banalisation par la femme elle-même de symptômes qui s'installent d'une manière extrêmement progressive d'un mois à l'autre, d'une année à l'autre ».

Une fois le diagnostic posé, plus de la moitié des femmes (55 %) reçoivent un traitement hormonal. Ce taux passe à 80 % quand l'endométriose est profonde et/ou digestive, ou se manifeste par plus de sept symptômes.

Plus de 60 % des patientes ont subi une intervention chirurgicale le plus souvent par coelioscopie et 20 % ont subi entre deux et trois interventions. Elles sont par ailleurs 29 % à prendre des antidouleurs, 21 % à prendre des anti-inflammatoires.

## Un quart des conjoints mal informés

Il n'en reste pas moins que la maladie affecte le quotidien des patientes sur le plan sexuel (66 %), sur les plans psychologique (67 %) et physique (63 %), dans le bien-être au travail (65 %), dans la vie de couple ou les relations amoureuses (61 %) ou encore dans les activités de loisirs (53 %).

Malgré l'ampleur des conséquences de la maladie sur le quotidien des patientes, un quart des conjoints apparaissent mal informés sur l'endométriose. « Ce résultat nous a surpris, commente Yasmine Candau, présidente de l'association EndoFrance. Mais cela montre que c'est un sujet encore difficile à aborder au sein du couple. Ce constat doit nous servir à réorienter nos discours et à mieux accueillir les couples ».

Elsa Bellanger

(1) L'enquête a été menée auprès de 1 557 femmes (dont 754 adhérentes d'EndoFrance), de 100 conjoints et 1 004 adultes de la population générale.

## Florence Puklavec, psy marathonnienne

« Le sport d'endurance permet de laisser filer la pensée »

## Entretien

Florence Puklavec est à la fois psychanalyste et marathonnienne avec au moins un marathon par an et la pratique du jogging quatre fois par semaine. Elle a écrit récemment aux éditions l'Harmattan « Psychanalyse du sportif d'endurance ».

LE QUOTIDIEN : Dans la préface de votre livre, Guy Lesoeurs, psychanalyste, psychothérapeute et sexothérapeute dit que lorsque l'on court, on accomplit son désir du moi idéal et d'idéal du moi. Pourriez-vous expliquer ?

FLORENCE PUKLAVEC : Le désir du moi idéal, c'est le moi de l'enfance, du moi infantile. Le nourrisson perçoit le monde à travers son corps. Et c'est vrai que dans le sport et notamment dans le sport d'endurance, on obtient un contact particulier avec les éléments dans ce mouvement du corps. Quant à l'idéal du moi, la compétition pousse au dépassement de soi. Le sport, c'est à la fois quelque chose de très enfantin dans le rapport au corps et quelque chose qui tend à l'accomplissement de soi et à la recherche d'un idéal.

Quelle est pour vous la différence entre un sport d'endurance et un sport qui ne l'est pas ?

Dans le sport d'endurance, on laisse filer la pensée sans se préoccuper du mouvement et l'on arrive à une sensation de bien-être. Côté fitness, on est davantage axé sur un travail du corps et l'on n'a pas la symbiose du corps et de la pensée comme il existe dans un sport d'endurance. Dans mon livre, j'ai interviewé d'anciens pratiquants de sports d'opposition notamment le football, qui rapportent aussi ne pas avoir trouvé dans ces activités

finalement très frontales où l'on se blesse, un véritable plaisir comme lorsque l'on court ou que l'on nage.

Vous dites que le sport d'endurance conduit à l'auto-érotisme ?

Oui, le temps d'endurance représente un plaisir de soi sur soi. Comme le nourrisson va se faire plaisir en tétant son pouce. Un sportif n'a pas besoin d'autre chose que son corps pour arriver à se faire plaisir. Mais il faut déjà une certaine pratique et avoir dépassé la contrainte par l'entraînement. On est en accord avec l'environnement, et on devient la pluie, le vent, le soleil. On s'y intègre totalement. C'est typique du bébé qui considère que le monde qui l'entoure c'est lui...

Ce plaisir que l'on éprouve peut conduire à une dépendance...

Si la personne a plutôt un profil dépendant, elle va rapidement tomber dans le besoin et non plus dans l'envie de faire du sport. Cela peut provoquer un grand sentiment de manque voire un état dépressif. Parmi les sportifs interrogés dans mon livre, certains continuent malgré des blessures et peuvent se mettre en danger.

Vous avez interviewé 20 sportifs de 27 à 67 ans, 6 femmes, 14 hommes.

Qu'en est-il ressorti ?

Chacun a son motif lié à la pratique sportive. Cela vient souvent d'un manque et l'on cherche dans le sport à combler nos failles et nos manques. Dans mon livre, j'évoque l'exemple d'Albin, pas très sportif au départ, qui, un soir en rentrant de boîte de nuit, a eu un accident de voiture. L'ami, qui était à côté de lui est mort, et ce qui lui a peut-être permis de traverser ce drame, c'est la course à pied.

Vous parlez dans votre livre d'une expérience sport en général et psychiatrie. Quelle est-elle ?

Le sport est de plus en plus présent au sein du milieu psychiatrique et également en établissement spécialisé dans l'aide au travail (ESAT). Cela permet aux personnes atteintes de troubles psychiatriques de pouvoir ressentir les contours de leur corps, ce qui est leur moi et ce qui ne l'est pas. Cela leur permet aussi de se décharger, un mécanisme de défense qui n'est pas forcément utilisé par tous.

Est-ce que cela permet de réduire les médicaments ?

La Sécurité sociale a fait une étude à ce sujet. Et il existe des études anglo-saxonnes qui démontrent que, chez des personnes atteintes d'une dépression modérée, le sport pratiqué régulièrement améliore nettement les symptômes dépressifs et l'estime de soi. Le sport ne se substitue pas aux médicaments mais peut permettre de diminuer les prescriptions.

Courir vous aide-t-il à accomplir votre travail avec les patients ?

Cela permet d'être avec soi, d'avoir un temps pour soi et de se reconnecter à soi. On laisse filer les pensées et l'on reste en phase avec ses sensations corporelles, ses pieds sur le sol, son souffle, ses mouvements... Il arrive que l'on parte avec un problème et que l'on revienne avec une solution. Comme les pensées filent, les choses s'éclaircissent et l'on saisit l'essentiel. Il peut m'arriver de penser à un patient, à une séance et de trouver la clé du problème.

Propos recueillis par Agnès Figueras-Lenattier

