

Douleurs chroniques et mal-être associé

Définition, mécanismes et défis de leur prise en charge

Depuis plusieurs mois, les douleurs chroniques (DC) font l'objet d'une actualité riche et soutenue, tant en médecine humaine que vétérinaire. La gestion de ces douleurs est aujourd'hui de plus en plus performante et ce dans les deux médecines.



Thierry Poitte
DMV
DIU Douleur
CES Traumatologie
et Chirurgie Ostéo-articulaire
Cliniques Vétérinaires
Île-de-Ré
La-Flotte-en-Ré (17)
St-Martin-de-Ré (17)

En mai 2019, l'OMS publie la nouvelle Classification Internationale des Maladies qui établit les tendances sanitaires et reflète les progrès de la médecine. La CIM-11 est la 1^{re} version à inclure les DC, répertoriées en deux catégories : primaires (maladies en soi) ou secondaires (symptomatiques d'une maladie sous-jacente).

En juillet 2020, l'*International Association for the Study of Pain* propose une définition révisée de la douleur (expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à, celle associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles), complétée par six notes clés. Des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux participent à la construction de douleurs individuelles qui ne sauraient être confondues avec les mécanismes neuronaux exclusivement nociceptifs. Les DC ont des effets néfastes sur la fonction et le bien-être. Enfin, le changement essentiel de cette définition, par rapport à la version de 1979, réside sur la capacité d'une personne à décrire l'expérience de douleur, excluant *de facto* les êtres vivants non verbalement communicants : nourrissons, handicapés (affections neurodégénératives, déficit cognitif), états comateux... et les animaux.

Anticipant ce consensus nosographique, des sociétés savantes (SFETD), des fondations de recherche contre la douleur (Institut Analgesia) et des réseaux scientifiques vétérinaires, communautaires et collaboratifs (CAPdouleur), unissent leurs efforts et leurs connaissances pour concrétiser le concept *One Pain One Health* : le rapprochement des médecins et vétérinaires sur des projets de recherche contribue à développer plus rapidement des traitements qui bénéficieront à l'homme comme à l'animal. La prise en charge des DC repose sur un projet thérapeutique multimodal, interdisciplinaire et individualisé, associant les moyens pharmacologiques, les méthodes complémentaires et les biothérapies. L'arsenal thérapeutique vétérinaire s'étoffe avec les nouveaux AINS aux rapports bénéfiques/risques plus favorables, les opioïdes (méthadone, tramadol), les co-analgésiques (kétamine, gabapentine) et le cannabidiol (efficacité en cours d'évaluation). Les centres de physiothérapie se multiplient en France, corrigeant les handicaps fonctionnels associés aux DC. Les biothérapies cellulaires (cellules souches mésenchymateuses) offrent des perspectives prometteuses pour les douleurs arthrosiques inflammatoires. Enfin, les anticorps monoclonaux pourraient constituer une véritable révolution thérapeutique : ciblage particulièrement pertinent du NGF,

efficacité durable, innocuité inédite face aux fréquentes comorbidités des douloureux chroniques. Cette innovation devrait prochainement être à disposition des vétérinaires puisque le laboratoire Zoetis vient de recevoir une opinion positive de l'Agence Européenne du Médicament pour la commercialisation d'un anticorps monoclonal anti-NGF ciblant les douleurs arthrosiques.

Définitions

Les DC sont des douleurs persistantes ou récurrentes (> 3 mois) induisant une détérioration fonctionnelle et des perturbations émotionnelles à l'origine de troubles comportementaux venant altérer progressivement et significativement le comportement et la qualité de vie.

Les DC persistent ou réapparaissent au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée et répondent insuffisamment aux traitements.

Selon la nature du mécanisme sous-jacent, les DC sont classées en :

1. douleurs par excès de nociception : traumatismes, brûlures, infections, arthrose... ;
2. douleurs neuropathiques résultant d'une lésion ou d'une pathologie du système somatosensoriel : hernies discales, infections (spondylodiscites, méningites), syringomyélie... ;
3. douleurs mixtes, association des deux précédentes : douleurs cancéreuses, douleurs chroniques postopératoires... ;
4. douleurs nociplastiques, sans atteinte tissulaire identifiée, sans lésion ou pathologie du système somatosensoriel et en relation avec des perturbations du traitement de la douleur par le système nerveux central. La fibromyalgie, le syndrome douloureux régional complexe, les céphalées, les troubles fonctionnels intestinaux et la vessie douloureuse chronique sont représentatifs chez l'homme de cette catégorie. Le côlon irritable, la cystite interstitielle et quelques cas de migraine sont décrits en médecine vétérinaire.

Les DC sont non adaptatives et non protectrices : elles perdent l'utilité de la douleur aiguë (« *la sentinelle rapprochée qui protège notre corps* », selon Bergson) pour évoluer vers la douleur maladie aux multiples conséquences délétères pour la qualité de vie.

Sur le plan clinique, les DC sont caractérisées par l'hyperalgésie (réponse exagérée à un stimulus nociceptif), l'al-

lodynie (douleur ressentie à un stimulus non nociceptif) et par des comorbidités émotionnelles accrues : anxiété, dépression, agressivité, troubles du sommeil, altération des relations sociales...

Physiopathologie des DC

La perception des DC est un phénomène cérébral complexe et multifactoriel dont le paradigme actuel repose sur des interactions entre différentes neuromatrices douloureuses, émotionnelles et cognitives, sous l'influence de l'histoire douloureuse de l'individu dans un contexte environnemental influent. Les récentes précisions de l'IASP insistent bien sur les différences entre douleur et mécanismes neuronaux exclusivement nociceptifs, constats déjà observés par les cliniciens confrontés à l'absence de linéarité entre les lésions tissulaires et l'expression de la plainte douloureuse.

L'état de fonctionnement dynamique du système nerveux ainsi que son intégrité modulent particulièrement la perception des DC grâce à une propriété remarquable intrinsèque : la neuroplasticité ou capacité du système nerveux à se modifier et à se remodeler dans une finalité adaptative ou dans des circonstances pathologiques.

La neuroplasticité fonctionnelle et structurelle conduit à des mécanismes de sensibilisation périphérique (soupe inflammatoire) et centrale (wind up et activation des récepteurs NMDA) ainsi qu'à un défaut des contrôles inhibiteurs descendants.

Le défi partagé de la prise en charge des DC

En médecine humaine, les chiffres sont alarmants : plus de 20 % de la population française est affectée par des DC d'intensité modérée à sévère ¹, 2 patients sur 3 ne sont pas soulagés par leur traitement et 1 sur 2 a une qualité de vie très altérée. 43 % des consultations chez un médecin généraliste ont un motif de douleur dont 24 % en chronicisation. Enfin l'enquête *PainSTORY 5*, réalisée en 2009, démontre que 44 % des patients déclarent se sentir seuls dans leur combat contre la douleur et 2 patients sur 3 se sentent anxieux ou déprimés en raison d'une douleur chronique ². Malgré l'excellence française des structures dédiées à la prise en charge des DC, moins de 3 % des douloureux chroniques bénéficient d'un accès à ces centres spécialisés.

En médecine vétérinaire, la douleur est le 1^{er} motif de consultation médicale. La grande majorité des douleurs inflammatoires est associée à l'arthrose dont la prévalence est de 20 % de la population canine adulte, de 70 % des chiens de plus de 8 ans et des chats de plus de 11 ans. 10 % de la population humaine adulte en France est atteinte d'arthrose : cette prévalence de 70 % est retrouvée chez les hommes et les femmes de plus de 75 ans.

La concordance des arthroses humaine et canine ne se limite pas à ces chiffres : la physiopathologie complexe de l'arthrose oblige à la même vision pluritissulaire dans laquelle le cartilage, l'os sous-chondral et la membrane synoviale subissent des stress mécaniques et biologiques inflammatoires. Les facteurs de risque (âge, obésité) et les localisations mono- ou polyarticulaires sont semblables. Les cliniciens médecins et vétérinaires constatent la même dissociation radio-clinique entre les changements structuraux et le niveau de douleur. Les chercheurs ont montré par des études d'IRM fonctionnelle la même activation des zones cérébrales impliquées dans les DC chez l'homme et le chat ⁴.

Des causes partagées

Au-delà de l'arthrose, c'est l'ensemble des DC qui pâtit dans les deux médecines d'une situation d'échecs de prise en charge à l'origine de nomadisme médical et d'errance thérapeutique.

Les causes sont multifactorielles :

- la résignation et le fatalisme amènent souvent à l'équation : âge = douleurs, d'autant plus que ces constats sont parfois partagés par les soignants eux-mêmes ;
- une approche mécanistique de la douleur trop cloisonnée à l'origine d'orientations thérapeutiques formatées alors que la douleur doit plutôt s'envisager comme un continuum mouvant entre les formes inflammatoires, neuropathiques et nociplastiques ;
- l'objectif irréaliste du zéro douleur, de la disparition totale du handicap fonctionnel et d'un retour d'équilibre (homéostasie) à un état initial vierge de souffrances ;
- la sous-estimation du ressenti émotionnel, indispensable indicateur de la qualité de vie, et le défaut de stratégie de coping (dont l'ergothérapie et les modifications de l'environnement) ;
- l'approche médicamenteuse exclusive alors que, selon les mots du Pr Alain Eschalié, notre pharmacopée est ancienne, stéréotypée, peu innovante et montrant des ratios bénéfiques / risques insuffisants ;
- par conséquent un défaut d'approche pluridisciplinaire privilégiant les solutions pharmacologiques, les biothérapies et les méthodes complémentaires ;
- un temps de consultation dédié aux DC insuffisant parce que non valorisé alors que les demandes des patients ou des propriétaires d'animaux sont claires : écoute, empathie, suivi... ;
- une approche protocolisée uniforme au détriment d'un projet thérapeutique individualisé.

Une des réponses à ce défi partagé consiste à changer nos regards sur la compréhension des mécanismes intimes des DC, sur nos pratiques évaluatives, sur notre approche pluridisciplinaire et sur la codécision d'un projet thérapeutique individualisé : soigner l'animal douloureux et l'inscrire dans un parcours de suivi, clé d'une observance réussie (cf. 2^e partie à paraître dans notre prochain numéro). ■