

## DOULEUR

# L'ANIMAL DOULOUREUX AVEC SES SPÉCIFICITÉS

L'AAHA (American Animal Hospital Association) vient de publier de nouvelles recommandations sur la gestion de la douleur chez le chien et le chat. À cette occasion, notre confrère Thierry Poitte, responsable de CAPdouleur, apporte son éclairage sur ce rapport et sa perception de la gestion de la douleur. **PROPOS RECUEILLIS PAR MARINE NEVEUX**

## Le chapitre I du guide de l'AAHA traite de l'évaluation de la douleur, quelle en est votre lecture ?

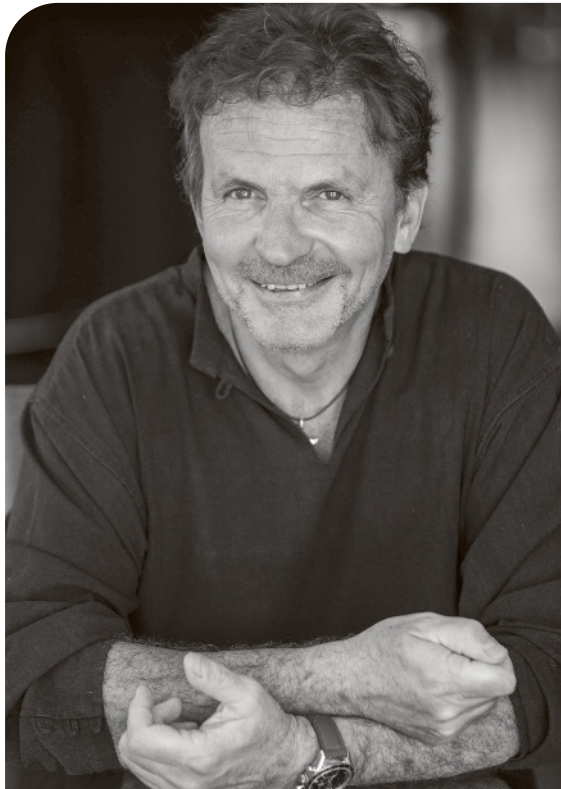
Un des points positifs est que les auteurs insistent beaucoup sur l'impérieuse nécessité d'évaluer la douleur. Acteur de terrain, j'ai la chance de rencontrer les praticiens et je constate encore que ces derniers ne l'évaluent pas méthodiquement. Autres points positifs: les auteurs insistent sur la nécessité de différencier la douleur aiguë de celle qui est chronique; ils mettent aussi l'accent sur le besoin d'impliquer le propriétaire et toute l'équipe vétérinaire, praticiens et auxiliaires.

En revanche, j'ai plus de réserves sur le vœu pieux de l'utilisation des grilles recommandées, car elles ne rencontrent pas l'adhésion des praticiens par manque de temps ou de reconnaissance de leur intérêt: format papier, rédaction chronophage, trop spécifiques de l'arthrose ou du postopératoire... Chez CAPdouleur, nous estimons qu'il faut numériser ces grilles d'évaluation pour en faciliter le remplissage, l'archivage, le suivi et la visualisation graphique du *scoring*. Les grilles évaluatives CSOM (*Client Specific Outcome Measures*) sont déjà disponibles pour tous types de douleurs chroniques et ont le grand avantage de s'appuyer sur la collaboration active du propriétaire qui choisit les items emblématiques de la douleur de son animal. Pour les douleurs aiguës, je rejoins les recommandations de l'AAHA<sup>1</sup>, c'est assez intuitif, le vétérinaire réalise l'évaluation dans le cadre de l'hospitalisation de l'animal: on l'observe à distance, on l'écoute, on s'approche progressivement et avec méthode on touche, on palpe, on manipule. Les auteurs

devraient davantage insister sur la pré-évaluation de l'humeur et du caractère de l'animal. En outre, la sédation peut masquer la douleur ou la modifier, il faut donc réévaluer l'animal régulièrement. Enfin l'évaluation de la douleur se doit d'être précautionneuse, au risque de provoquer des douleurs procédurales. Une application digitale tenant compte de ces remarques sera disponible à la rentrée.

## Que pensez-vous des plans thérapeutiques proposés ?

Il est facile de « protocoliser » la prise en charge de la douleur aiguë péri-opératoire ou en situation d'urgence et d'adapter en fonction de certaines spécificités: brachycéphales, maladie rénale chronique, diabète... En revanche, sur la partie chronique, je pense qu'il faut individualiser l'approche et parler plutôt de projets thérapeutiques que de plans. Les plans thérapeutiques pour les douleurs chroniques sont des directives et des arbres décisionnels issus des essais cliniques de la médecine factuelle: rappelons que les polythérapies et les multimorbidités sont des facteurs d'exclusion des essais cliniques et que ces impératifs nous éloignent de la réalité de notre pratique quotidienne. Un projet est en devenir, s'adapte à la spécificité de l'animal douloureux et se fait en concertation avec les propriétaires, alors qu'un plan est déjà établi. La notion de traitement de « première ligne » ne veut pas dire grand-chose si on n'identifie pas au préalable le mécanisme de la douleur, par exemple, le traitement de deuxième ligne avec la gabapentine mérite d'être envisagé en première ligne si l'on identifie une douleur neuropathique. Autre exemple: pour un chien très vulnérable souffrant d'arthrose depuis longtemps, hyperalgique et allodynique, il est possible d'envisager en première ligne la kétamine. Donc les recommandations de ce rapport « enferment » le praticien dans un carcan thérapeutique comme si les chiens douloureux étaient tous les mêmes, sans réfléchir au propre contexte émotionnel et cognitif, à la diversité des phénotypes d'arthrose rencontrés: métaboliques, post-dysplasiques ou post-traumatiques, liés au vieillissement. Le projet thérapeutique mérite davantage d'être réalisé au cas par cas et dans le cadre d'un suivi.



Ben Dauchez

## THIERRY POITTE

Responsable de CAPdouleur

### Comment développer le traitement pluridisciplinaire ?

La première piste est de relier l'*Evidence Based Medicine* (EBM) avec les observations cliniques multicentriques à grande échelle menées sur de longues périodes et évaluées de façon standardisée.

La deuxième solution est l'individualisation des traitements: 1 - comprendre les mécanismes; 2 - évaluer et réévaluer; 3 - projet thérapeutique MPPAT (multimodal, pluridisciplinaire, personnalisé et fondé sur l'alliance thérapeutique).

### Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique ?

L'alliance thérapeutique est une collaboration active basée sur une appréciation partagée des problèmes (origine de la maladie, source et conséquences des douleurs associées) et un accord sur les objectifs (retour à la mobilité, qualité de vie) et solutions thérapeutiques. Nous devons nous mettre d'accord avec le propriétaire sur la nécessité absolue de réévaluer au cours du temps cette douleur qualifiée de « multimorphe ». Nous devons expliquer au propriétaire pourquoi on évalue les douleurs chroniques (ce sont des maladies!), ce que l'on évalue, la mobilité, la qualité de la douleur et les émotions. Il faut écouter les propriétaires, formaliser les CSOM, centrer le suivi sur l'examen clinique, définir le parcours de suivi.

On se met d'accord sur les objectifs, qui doivent

être réalistes: par exemple il faut admettre qu'un handicap fonctionnel peut persister, qu'il peut être diminué grâce à des stratégies de *coping*<sup>1</sup> mais être intransigeant sur un mal-être émotionnel à l'origine de souffrances: anxiété, état dépressif, irritabilité, troubles du sommeil, perte des liens sociaux et affectifs. La grande diversité des moyens thérapeutiques actuels nous aide à remplir cet objectif.

### Le rapport évoque la notion d'abus de prescription ?

D'importants progrès ont été réalisés en pharmacologie, notamment autour de l'antihyperalgésie et de l'amélioration des connaissances autour de la balance bénéfices-risques. De même l'usage du CBD (cannabidiol) peut s'avérer intéressant quand une composante émotionnelle est présente ou face à des douleurs très spécifiques à composante neuropathique comme les myoclonies douloureuses des syringomyélie, le syndrome d'hyperesthésie féline, le prurit cervico-facial, certaines douleurs cancéreuses ou de fin de vie... Plus que jamais la culture de l'échange pratiquée par CAPdouleur avec les sociétés savantes humaines versées dans la prise en charge des douleurs chroniques est profitable pour nos deux médecines; c'est l'illustration parfaite du *One Pain One Health* (*une seule douleur, une seule santé*). D'autres thérapies sont très prometteuses comme: les cellules souches (notées en troisième ligne dans le rapport en raison du manque de preuves), alors que les prochains résultats des essais cliniques confirment leur action anti-inflammatoire et laissent présumer une administration par voie intraveineuse. Les anticorps monoclonaux apparaissent curieusement en traitement de première ligne: l'utilisation des anti-NGF (*Nerve Growth Factor*, facteur de croissance nerveuse) en Europe depuis dix-huit mois montre certes leur grande efficacité, mais impose une réflexion sur leur prescription sur le très long terme. Un dossier conséquent vient de paraître dans le *Point Vétérinaire* n°431 (juillet-août 2002) sur ce sujet d'actualité.

### La médecine préventive et proactive, est-ce l'avenir ?

La médecine proactive *versus* réactive engage le propriétaire, le vétérinaire et l'ASV dans un suivi au long cours pour adapter en permanence le projet thérapeutique à l'évolution de la maladie douloureuse. C'est de la médecine préventive pour un animal convalescent d'une affection chronique.

Il existe quatre niveaux de médecine préventive:

- Primaire: animal sans maladie, là on diminue l'incidence, c'est-à-dire l'apparition de nouveaux cas;
- Secondaire: animal qui a une maladie mais n'est pas malade (arthrose radiologique non clinique), là on diminue la prévalence, c'est-à-dire le pourcentage de cas dans une population donnée;
- Tertiaire: animal qui a une maladie et est malade = arthrose clinique. Plusieurs vétérinaires réalisent des traitements « *One shot* ». La médecine préventive tertiaire consiste à diminuer à la fois la fréquence et la sévérité des rechutes, bref d'améliorer la qualité de vie, en réalisant des séances de laser ou d'hydrothérapie tous les mois, en administrant mensuellement des anticorps monoclonaux;
- Quaternaire: prévenir l'abus de prescription médicamenteuse ou chirurgicale, la marchandisation du bien-être animal en oubliant le sacro-saint *primum non nocere*.

La médecine préventive tertiaire est facile à mettre en œuvre; nous consultons nos animaux douloureux entre cinq et dix fois par an. ●

1. [bit.ly/3R6haLI](https://bit.ly/3R6haLI)

2. Stratégie développée par l'individu pour faire face au stress.