



# Le médecin généraliste et la douleur

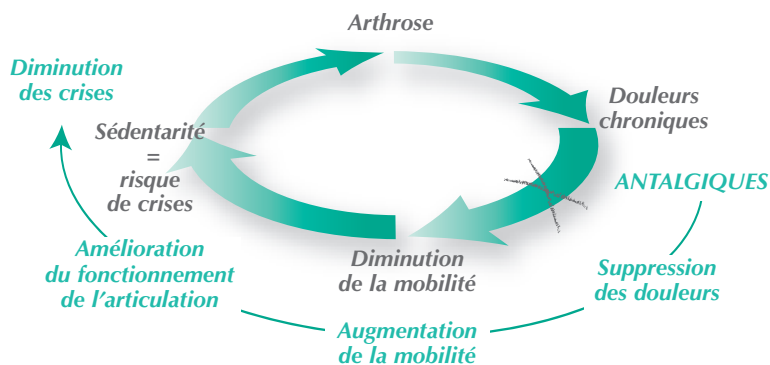
## Pourquoi souffre-t-on de l'arthrose ?

### É d i t o

**L**a douleur arthrosique est liée à un excès de nociception, c'est une douleur mécanique, chronique avec poussées récurrentes, de causes multiples. Cette douleur dépend de l'activation des fibres C situées dans l'os sous chondral et le périoste, le cartilage étant dépourvu de toute structure sensorielle.

Les douleurs apparaissent après une certaine destruction du cartilage. Cependant, il n'existe pas de parallélisme entre l'intensité douloureuse et cette dégradation cartilagineuse. L'évaluation et la prise en charge dépendent de la clinique (douleur et impotence fonctionnelle) et l'imagerie n'a pas d'intérêt diagnostique. En conséquence, une intervention chirurgicale sera décidée sur des critères cliniques et non radiologiques.

### Comment briser le cercle vicieux de la douleur ?



Dans la majorité des cas, les douleurs sont de type mécanique parfois émaillées de poussées inflammatoires, au cours desquelles les substances (histamine, bradykinine, prostaglandines, cytokines et neuropeptides) libérées dans la synoviale et l'articulation vont stimuler les fibres C.

Ces douleurs inflammatoires associées à un épanchement articulaire sont à l'origine d'une dégradation progressive (voire rapide, en cas de chondrolyse rapide) du cartilage. Dans ce cas, il faut parfois évoquer des diagnostics différentiels telles une poussée de rhumatisme inflammatoire, une arthrite septique, une chondrocalcinose

(qui peut d'ailleurs être associée à l'arthrose), une ostéonécrose secondaire associée et savoir prescrire des examens d'imagerie et des mesures thérapeutiques urgentes (repos, infiltration cortisonique) afin d'éviter la destruction du cartilage. Cependant dans la plupart des cas, la prise en charge associe traitements pharmacologiques et non pharmacologiques simples.

En conclusion, l'arthrose étant une pathologie douloureuse chronique, le traitement nécessite une prise en charge globale qui a pour objectif de "briser le cercle vicieux de la douleur" afin de lutter contre le handicap et de retarder l'évolution vers le stade de la prothèse.

Dr Francine HIRSZOWSKI





### Dossier

# Les recommandations actualisées de l'EULAR sur la prise en charge de la gonarthrose

Dr Bannwarth, service de rhumatologie, CHU Pellegrin & Laboratoire de thérapeutique, Université Victor Segalen, Bordeaux

L'arthrose est l'affection rhumatologique la plus commune, dont la caractéristique majeure consiste en une destruction progressive du cartilage (se traduisant par un pincement de l'interligne à la radiographie) associée à des remaniements de l'os sous-chondral (ostéosclérose avec parfois des géodes dans les zones d'hyperpression), une ostéophytose marginale et des remaniements inflammatoires plus ou moins prononcés de la membrane synoviale. Ses trois sites de prédilection sont les articulations digitales, le genou et la hanche. Sa prévalence augmente avec l'âge, mais son origine est en réalité pluri-factorielle: citons notamment les vices architecturaux (genu varum et genu valgum), la prédisposition génétique, le surmenage articulaire lié à la profession ou des activités sportives traumatisantes, le surpoids, les ménisectomies étendues, qui tous contribuent au développement de la gonarthrose.

Rappelons en outre que l'arthrose se distingue par une dissociation anatomo-clinique. Ainsi, 30 % des sujets de plus de 65 ans ont une gonarthrose radiologiquement avérée, qui n'est symptomatique que dans un tiers des cas. Elle s'exprime alors par des douleurs de rythme typiquement mécanique, un enraidissement et un handicap fonctionnel de degrés variables. Son évolution est parfois émaillée par la survenue de poussées fluxionnaires (congestives), responsables d'une aggravation de l'impotence et des

douleurs, en intensité et en durée, qui deviennent permanentes, mal soulagées par le repos; à l'examen, on découvre un épanchement.

En toute hypothèse, le traitement vise, d'une part, à lutter contre le handicap en calmant la douleur et en restaurant la mobilité et, d'autre part, à ralentir la destruction cartilagineuse pour retarder, sinon éviter, l'évolution vers le stade de la prothèse.

Fin 2003 est parue la version actualisée des recommandations de l'EULAR (European League Against Rheumatism) sur la prise en charge de la gonarthrose [Ann Rheum Dis 2003; 62: 1145-55]. À l'instar des recommandations initiales publiées en 2000, celles-ci furent fondées sur les données scientifiques et avalisées par un consensus d'experts, rhumatologues et chirurgiens orthopédistes provenant de 14 pays. L'apparition de nouvelles modalités thérapeutiques, en particulier la commercialisation des coxibs, AINS inhibiteurs sélectifs de la COX-2, justifiait cette mise à jour.

### Les points forts de ces recommandations

Ils peuvent se résumer comme suit:

1• Le traitement doit être personnalisé en tenant compte de l'état physiopathologique du malade (âge, co-morbidités, médicaments en cours), des facteurs de risque locaux (obésité, contraintes mécaniques, activité physique) ainsi

que de la présentation de la gonarthrose, tant sur le plan clinique (intensité de la douleur, degré de handicap fonctionnel, épanchement éventuel) que radiologique (topographie et sévérité de l'atteinte structurale).

2• La prise en charge optimale de la gonarthrose implique d'associer des mesures non pharmacologiques (éducation du patient, exercices réguliers, correction d'une surcharge pondérale, utilisation d'aides techniques telles que semelles et cannes) aux traitements médicamenteux. De fait, bon nombre d'insuccès sont la conséquence de l'utilisation exclusive de médicaments.

3• Le paracétamol est l'antalgique systémique de première intention et, s'il est efficace, il constitue l'antalgique oral de prédilection au long cours. Le paracétamol doit cette place de choix à son excellent rapport bénéfice/risque.

4• Le recours aux AINS doit être envisagé chez les patients ne répondant pas au paracétamol. Si le sujet est à risque digestif, il y a lieu d'employer soit un coxib, soit un AINS classique avec un gastroprotecteur.

5• Les opioïdes, seuls ou associés au paracétamol sont une alternative thérapeutique utile en cas d'inefficacité, de contre-indication ou d'intolérance aux AINS, y compris les coxibs. En d'autres termes, les opioïdes apparaissent

comme des antalgiques de troisième ligne. À noter que leur éventuelle co-prescription avec un AINS n'est pas mentionnée bien qu'elle soit souvent réalisée en pratique.

**6•** Les anti-arthrosiques symptomatiques d'action lente administrés par voie générale ou intra-articulaire (acide hyaluronique) ont fait preuve de leur activité différée et rémanente sur la douleur et le handicap dans les essais cliniques. Mais des biais de publication ne sont pas exclus, ce qui tendrait à surestimer leur efficacité. Deux d'entre eux (sulfate de chondroïtine ou de glucosamine) semblent pourvus d'un effet structuromodulateur (chondroprotecteur), qui nécessite toutefois confirmation.

**7•** L'injection intra-articulaire d'un corticoïde à longue durée d'action (suspension micro-cristalline) est indiquée lors d'une poussée douloureuse, surtout si elle s'accompagne d'un épanchement synovial. Son efficacité reste toutefois limitée dans le temps, n'excédant habituellement pas quelques semaines.

**8•** Une arthroplastie doit être envisagée chez les malades ayant une gonarthrose invalidante, radiologiquement avérée et souffrant de douleurs réfractaires. Cette intervention donne de bons ou d'excellents résultats dans plus de trois-quarts des cas à cinq ans.

Ces recommandations ne prétendent pas répondre à toutes les questions que se pose le clinicien, ni de lui permettre de faire face à toutes les situations auxquelles il est susceptible d'être confronté, mais elles peuvent lui servir de référence et lui fournir une aide à la décision dans son exercice quotidien. ■

## Traiter les douleurs neuropathiques du diabétique

*in revue Prescrire 2003 760/766*

Parmi les atteintes symptomatiques des nerfs périphériques chez les diabétiques, la polynévrite sensitivo-motrice est une des plus fréquentes et à l'origine de douleurs et de paresthésies. Les principaux facteurs de risque sont l'ancienneté du diabète et le mauvais contrôle glycémique. En pratique, la correction de l'équilibre glycémique par insulinothérapie est à proposer car elle paraît utile sur les douleurs et elle est efficace en prévention des autres complications du diabète : en effet, ces douleurs neuropathiques ne sont pas sensibles aux antalgiques "classiques".

Les données actuelles sont en faveur de l'utilisation préférentielle des imipraminiques : amitriptyline (Elavil<sup>®</sup>, Laroxyl<sup>®</sup>) ou clomipramine (Anafranil<sup>®</sup>) si un effet sédatif est souhaité, imipramine (Tofranil<sup>®</sup>) sinon.

En cas d'échec des imipraminiques, un recours à la carbamazépine (Tegretol<sup>®</sup>) ou à la gabapentine (Neurontin<sup>®</sup>) peut être envisagé mais dans cette situation, leur efficacité n'est pas connue (étude de Colins J Pain and symptom Manage. 2000). Pour certains échecs, un recours à la paroxétine (Deroxat<sup>®</sup>) ou au citalopram (Seropram<sup>®</sup>) ou bien à la capsaïcine locale à 0,075 % en préparation magistrale en application cutanée peut être envisagé.

Nous retiendrons, que, pour une fois, la revue Prescrire propose, en cas d'échec, des traitements hors AMM.

## Le centre d'urgences céphalées (CUC) de Lariboisière

*Dr Valade in Douleurs Masson (volume 6 décembre 2003)*

Le recrutement est le suivant : après trois ans d'existence, il y a eu 26 000 patients, avec 2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes, 77 % ayant entre 20 et 50 ans.

Les patients proviennent essentiellement à 90 % de Paris et Ile-de-France et se répartissent pour 2/3 en céphalées primaires c'est-à-dire migraines, céphalées de tension, algies vasculaires de la face et céphalées chroniques quotidiennes. Il faut noter que, sur ces trois ans, il y a une augmentation des céphalées secondaires qui atteignent 17,5 % avec une nette prévalence des céphalées vasculaires et notamment des hémorragies méningées, ce qui a légèrement augmenté la consommation d'examen tant biologiques que radiologiques ainsi que le nombre d'hospitalisations.

Le fonctionnement actuel du CUC ne permet pas encore une orientation ciblée des patients atteints de céphalées chroniques.

Dr Francine Hirszowski

## Vaccins et câlins

*Reiz et coll Effective pain reduction for multiple immunisation injections in young infants*

*Archives pédiatriques 2003 157/1115-1120*

Des nourrissons (n = 116) devant recevoir une injection vaccinale ont été assignés au hasard en deux groupes.

- **groupe test/** avant, pendant et après l'injection : biberon d'eau sucré et/ou tétines et stimulations tactiles par la maman tenant l'enfant pendant toute la durée de l'acte

- **groupe témoin/** pratiques "standards" avec présence des parents "à distance".

Les cris furent enregistrés de manière standardisée et leur durée mesurée en aveugle. L'indice de satisfaction du parent fut mesuré sur une échelle analogique.

La durée du cri fut de 19 secondes dans le groupe test et de 57,5 secondes dans le groupe témoin (p = 0,002). Le score analogique de satisfaction du parent fut de 97 dans le groupe test et de 44 dans le groupe témoin.

Cette étude a l'intérêt de montrer l'efficacité du biberon et des stimulations tactiles. Pour la pratique, on n'oubliera pas les autres moyens antalgiques existants tels que l'EMLA® ou le froid pour diminuer la douleur induite par la vaccination. Différents moyens pouvant également se combiner.

## Les douleurs au cours de la sclérose en plaque (SEP)

*in B Brochet Douleur et analgésie vol 16, n° 4, 2003*

La SEP s'accompagne fréquemment de douleurs (prévalence entre 40 et 50 %). La prise en charge de ces douleurs nécessite dans un premier temps de déterminer les mécanismes de la douleur : neurogène, paroxysmique et continue, crises toniques (crises dystoniques aiguës caractéristiques déclenchées par un mouvement comme la marche), douleurs des poussées, spasticité (contractures) ou douleurs secondaires (lombalgies, douleurs de colites) ou enfin douleurs iatrogènes.

Le traitement des douleurs neurogènes et des crises toniques repose sur les antiépileptiques avec en première place la carbamazépine. Le traitement des poussées est représenté par les corticoïdes.

La spasticité est prise en charge par le baclofène. Enfin, les douleurs iatrogènes peuvent être évitées dans certains cas par une prévention spécifique (douleur des PL, douleur aux points d'injection de l'interféron).

## Nouvel opioïde à libération immédiate : L'Oxynorm®

L'Oxynorm® (oxycodone) dosé à 5,10 et 20 mg, est utilisable en interdose lors des traitements par Oxycontin® (oxycodone à libération prolongée). Il existe un rapport d'équianalgésie de 2 à 1, c'est-à-dire que 10 mg d'Actiskenan® équivaut à 5 mg d'Oxynorm®.

## Crises de migraine chez l'enfant et l'adolescent

*Winneret al. A randomized, double-blind study of sumatriptan nasal spray in the treatment of acute migraine in adolescents. Pediatrics 2000 + RCP: imigrane solution pour pulvérisation nasale 2004*

Il existe sur le marché une association de 325 mg de paracétamol et de 37,5 mg de tramadol, le premier induisant une antalgie rapide de 15 à 30 minutes tandis que le second offre une action prolongée d'environ 6 heures. De plus, l'association à doses fixes de ces deux molécules permet de réduire les effets secondaires opioïdes (nausées, vertiges, somnolence, constipation) observés avec le tramadol seul. Quelles que soient les situations douloureuses, aiguës ou chroniques, modérées à intenses, la posologie préconisée est de deux comprimés 3 à 4 fois par jour (Ixprim® de Aventis et Zaldir® de Grünenthal).

Ces associations "toutes faites" peuvent rendre service, mais il existe également la possibilité d'associer d'une manière "raisonnée" le paracétamol et le tramadol, en 2<sup>e</sup> intention, si une monothérapie est insuffisante.

## Congrès

**13 mars 2005, Paris 8<sup>e</sup>, Espace Pierre Cardin**

Forum de la Douleur

Email : [primetime@wanadoo.fr](mailto:primetime@wanadoo.fr) / Tél : 01 55 17 22 22

**Du 15 au 18 mars 2005, Paris, Palais des Congrès**

Porte Maillot, Le Salon de la Médecine - MEDEC, "L'avenir médical partagé". Tél : 01 73 28 15 40 - Fax : 01 73 28 15 58

Email : [contact@lemedec.com](mailto:contact@lemedec.com) / [www.lemedec.com](http://www.lemedec.com)

**2, 3, 4 juin 2005, Bordeaux, Palais des Congrès**

11<sup>e</sup> congrès National de la SFAP

L'accès aux soins palliatifs en 2005 : réalités au quotidien

e.mail : [info@comm-sante.com](mailto:info@comm-sante.com)

[www.sfap.org](http://www.sfap.org) (inscription en ligne)

Tél : 05 57 97 19 19

INSTITUT UPSA  
DE LA DOULEUR



**Directeur de la Publication**

Dr Eric Boccard

**Responsable de la Rédaction**

Dr Francine Hirszowski

**Conception-réalisation**

A CONSEIL Paris - [www.aconseil.fr](http://www.aconseil.fr)

N° ISSN : 1622-3195

Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2004

**Institut UPSA de la Douleur**

Association loi 1901 à but non lucratif,

3, rue Joseph Monier - BP 325

92506 Rueil-Malmaison Cedex.

Tél. : 01 58 83 89 94

Fax : 01 58 83 89 01

E-mail : [institut.upsa@bms.com](mailto:institut.upsa@bms.com)

Site : [institut-upsa-douleur.org](http://institut-upsa-douleur.org)