

4. DIFFÉRENTS TYPES DE DOULEUR

Il n'y a pas une, mais des douleurs. On peut classer les douleurs selon :

- Le mécanisme physiopathologique (excès de nociception, neuropathique, psychogène).
- La durée d'évolution (aiguë, chronique).
- Le type de pathologie en cause (maligne ou non maligne).

■ MÉCANISME PHYSIOPATHOLOGIQUE

La démarche diagnostique doit permettre de préciser non seulement l'existence et la nature du processus pathologique en cause, mais aussi de comprendre le mécanisme générateur de la douleur.

Le traitement symptomatique découle pour une large part d'une compréhension satisfaisante de ce mécanisme. Même si de nombreuses données physiopathologiques sont encore imparfaitement comprises, la distinction de trois grands types de mécanismes conserve une valeur opérationnelle, tant lors de l'évaluation que pour les décisions thérapeutiques.

► L'origine somatique : l'excès de stimulations nociceptives

L'excès de stimulations nociceptives est le mécanisme le plus couramment rencontré dans la majorité des douleurs aiguës (traumatique, infectieuse, dégénérative...). Au stade chronique, on le retrouve dans des pathologies lésionnelles persistantes, par exemple dans les pathologies rhumatismales chroniques ou le cancer.

Elle s'exprime sur un plan sémiologique selon un rythme mécanique (augmentation de la douleur par l'activité physique) ou inflammatoire (réveil nocturne par douleur).

L'examen clinique pourra souvent trouver une manœuvre pour provoquer la douleur. L'imagerie permet de documenter la lésion en cause.

Le mécanisme correspond ici à la représentation la plus usuelle de la douleur.

Un processus pathologique active, au niveau périphérique, le système physiologique de transmission des messages nociceptifs. L'information, née au niveau des récepteurs, est transmise vers les structures centrales. Au plan thérapeutique, il est légitime d'agir sur le processus périphérique lui-même (traitement étiologique) ou d'en limiter les effets excitateurs en utilisant des antalgiques périphériques ou centraux ou en cherchant à interrompre les messages aux divers étages de la transmission périphérique ou centrale (blocs anesthésiques).

► L'origine neuropathique

Pour le clinicien, au moins deux types de mécanismes de lésion nerveuse peuvent être responsables de douleurs neuropathiques.

Certaines douleurs résultent de la compression d'un tronc, d'une racine ou d'un plexus (sciatique par hernie discale, syndrome canalaire, tumeur...). D'autres ne sont pas liées à une compression persistante et surviennent dans des tableaux séquellaires.

Le mécanisme des douleurs neuropathiques a fait l'objet de nombreuses études, tant cliniques qu'expérimentales.

Après lésion ou section des afférences périphériques, les neurones des relais spinaux ou supraspinaux peuvent devenir hyperexcitables par des mécanismes encore imparfaitement élucidés : défaut d'inhibition, démasquage de connexions excitatrices, hypersensibilité... Des travaux récents montrent également la participation de mécanismes périphériques dans les douleurs survenant après lésion nerveuse périphérique : hypersensibilité des terminaisons sectionnées, transmission par contiguïté d'influx de fibres à fibres.

La complexité des mécanismes à la fois centraux et périphériques fait aujourd'hui préférer le terme douleur neuropathique sans préjuger de la part périphérique ou centrale de la douleur. Il reste au clinicien de préciser si la douleur est entretenue par une lésion comprimant les voies nerveuses.

La notion de douleur neuropathique (et anciennement désafférentation) a toutefois été extrêmement utile pour venir souligner la possibilité de survenue d'une douleur centrale, persistant en l'absence d'entretien par une stimulation périphérique.

Les principales causes de douleurs neuropathiques sont le membre fantôme, le zona, la section de nerf, la paraplégie...

L'origine neuropathique de la douleur est aisément identifiée dans un contexte connu d'atteinte neurologique ; elle est souvent mal identifiée au cours du cancer ou dans les séquelles post-chirurgicales. Au cours du cancer, la lésion neurologique peut succéder soit à l'envahissement tumoral, soit aux complications des traitements (plexite post-radique...). Les douleurs neuropathiques sont une cause fréquente de douleurs chroniques. Souvent, l'analyse rétrospective des dossiers montre que trop rarement, elles ont reçu précocement le diagnostic et le traitement symptomatique adaptés.

Elles ont des caractéristiques sémiologiques particulières qui facilitent leur reconnaissance.

Caractéristiques sémiologiques des douleurs neuropathiques

(aucune de ces caractéristiques sémiologiques n'est obligatoire)

Description clinique :

- Composante continue (brûlure)
- Composante fulgurante, intermittente (décharges électriques)
- Dysesthésies (fourmillements, picotements)

Douleur pouvant contraster avec l'absence de lésion somatique

Intervalle libre possible après la lésion initiale

Examen neurologique :

- Signes d'hyposensibilité (hypoesthésie, anesthésie)
- Signes d'hypersensibilité (allodynie, hyperpathie)

Ces douleurs sont habituellement insensibles aux antalgiques usuels et aux anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Les traitements médicamenteux de première intention sont d'action centrale : antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, clomipramine) et anti-épileptiques (gabapentine, carbamazépine). De même, on proposera des techniques de neurostimulation et on récusera les techniques anesthésiologiques ou neurochirurgicales de section. Ces dernières sont d'ailleurs parfaitement contre-indiquées car susceptibles d'aggraver la lésion nerveuse et la désafférentation.

► L'origine sine materia et psychogène

Même si la nature “sine materia” pouvait être suspectée précocement, c'est souvent au stade chronique, après avoir tout éliminé, que l'origine fonctionnelle d'une douleur finit par être évoquée.

On doit admettre qu'il est aisé de porter le diagnostic de douleur “fonctionnelle” après qu'un bilan minutieux clinique et paraclinique soit resté négatif.

- Dans certains cas, la description entre dans un tableau stéréotypé évoquant un cadre sémiologique précis: céphalée de tension, fibromyalgie, glossodynie... Dans ces cas, il est préférable de parler de douleur idiopathique tant le mécanisme physiopathologique dans ces tableaux reste imparfaitement élucidé.

- Dans d'autres cas, la sémiologie de la douleur aide à suspecter une origine psychogène: description luxuriante, imprécise ou variable, sémiologie atypique.

L'origine psychogène ne se limite pas à un diagnostic de non-organicité; elle doit reposer sur une sémiologie psychopathologique positive. Divers cadres nosographiques peuvent être évoqués: conversion hystérique, somatisation d'un désordre émotionnel (dépression), hypocondrie. En fait de nombreuses douleurs chroniques ne sont pas à proprement parler psychogènes au sens où elles ne sont pas totalement “sine materia” et qu'un cadre nosographique somatique peut être incriminé. Ces douleurs résultent plutôt de l'intrication de facteurs somatiques et psychosociaux. Décrire ces malades d'un point de vue exclusivement physique ou psychologique ne rend pas compte des problématiques en cause qui sont le plus souvent mixtes.

■ LA DURÉE D'ÉVOLUTION

► Douleurs aiguës et chroniques: l'importance du facteur temps

La douleur aiguë, d'installation récente, peut être considérée comme un signal d'alarme utile. Elle déclenche une démarche diagnostique

indispensable qui permettra de préciser l'origine somatique ou non de la douleur.

La fonction protectrice admise pour la douleur aiguë devient moins évidente au stade chronique :

- Quelle valeur protectrice doit-on attribuer à une douleur persistante ?
- Quel est alors son rôle de signal d'alarme ?
- Quelle est sa fonction de défense ?

« La douleur ne protège pas l'homme. Elle le diminue », dit René Leriche (1957).

« La douleur chronique détruit physiquement, psychologiquement et socialement », dit Sternbach (1974).

Le patient douloureux chronique multiplie les consultations. Son "porte à porte" le conduit auprès de nombreux spécialistes, avec de fréquents détours par les médecines "alternatives". Chaque médecin "repense" le cas, redemande de nouvelles investigations complémentaires, redonne un avis... Les traitements successifs n'améliorent que peu ou pas du tout, ce qui revient à aggraver. Chaque spécialiste consulté se propose de trouver enfin la "vraie" cause susceptible de déboucher sur la solution radicale. Plus le handicap persiste, moins les thérapeutiques paraissent efficaces...

Faut-il continuer les investigations ?

Chaque nouvelle tentative thérapeutique crée des attentes régulièrement déçues. Pour le patient, les médecins ne comprennent pas le problème, ils ne trouvent pas la vraie cause, ils ne croient pas à la douleur... Le patient interprète de façon erronée les explications données, les comptes rendus d'examen complémentaires... Tout ce qui peut augmenter sa détresse psychologique renforce son attention à la douleur.

Au fil des consultations successives, la relation médecin-malade se détériore. La répétition exaspérante des plaintes (« rien ne me soulage... ») favorise le rejet du malade et la tentation est grande de ne pas lui

répondre ou lui faire comprendre: « *ce n'est pas vrai* », « *c'est dans la tête* ». Des phrases, apparemment anodines, telles que « *ce n'est rien* », sont comprises comme « *vos douleurs sont imaginaires* ». Le patient et son entourage finissent par interpréter: « *vous simulez, vous inventez, vous jouez la comédie* »... Le patient se conforte dans une attitude de déni catégorique de toutes implications psychologiques de sa douleur.

Les facteurs responsables de l'évolution d'une douleur vers la chronicité sont multiples et imparfaitement élucidés.

Les hypothèses disponibles concernent les niveaux neurophysiologique (plasticité neuronale) et psychologique (phénomène d'apprentissage, conditionnement).

Il est généralement admis que la persistance contribue par elle-même à transformer les mécanismes initiaux de la douleur. Une douleur due à une cause physique initiale, un traumatisme par exemple, peut être perpétuée par des facteurs secondaires: neurophysiologiques (trace mnésique), psychologiques et comportementaux (troubles du sommeil, dépression...).

On retrouve ici la classique théorie des cercles vicieux qui, en pratique courante, reste très utile pour expliquer aux patients les mécanismes d'amplification et de persistance d'une douleur.

Il est classique de fixer, de façon conventionnelle, la limite séparant les douleurs aiguë et chronique entre 3 et 6 mois.

Ce repère temporel arbitraire implique surtout que, du fait même de sa persistance, une douleur «rebelle» doit faire suspecter l'évolution vers un syndrome douloureux chronique.

Tout doit donc être mis en œuvre pour tenter de prévenir l'évolution vers la chronicité en agissant le plus précocement avec les stratégies habituellement utilisées au stade chronique: approche globale, stratégie plurimodale.

■ TYPE DE PATHOLOGIES EN CAUSE

▷ Origine cancéreuse et non-cancéreuse

La notion de douleur chronique est importante pour souligner les différences avec la douleur aiguë.

Comparaison des douleurs aiguë et chronique

	<i>Aiguë Symptôme</i>	<i>Chronique Syndrome</i>
Finalité biologique	utile, protectrice	inutile, destructrice
Mécanisme générateur	unifactoriel	plurifactoriel
Réactions somato-végétatives	réactionnelles	habituation ou entretien
Composante affective	anxiété	dépression
Comportement	réactionnel	appris
Modèle	médical classique	pluridimensionnel somato-psycho-social
Objectif thérapeutique	curatif	réadaptatif

Toutefois, les douleurs chroniques ne constituent pas un groupe homogène et il faut considérer au moins deux grandes catégories distinctes :

- les douleurs liées à une pathologie évolutive maligne (par exemple cancer),
- les douleurs chroniques non malignes, parfois improprement dénommées “bénignes”, liées à une pathologie séquellaire, peu (ou pas) évolutive (lésion post-traumatique, lombalgie, lésion nerveuse...).

La douleur liée à la progression de la tumeur cancéreuse se rapproche plus d'une douleur aiguë persistante. Cette notion est confirmée par la place de la morphine comme pièce maîtresse de la prise en charge tant de la douleur cancéreuse que post-opératoire du fait de l'origine nociceptive commune à ces douleurs.

Les douleurs chroniques cancéreuses et non-cancéreuses ont en commun d'être des symptômes inutiles et agressifs pour l'individu qui doivent être pris en charge pour elles-mêmes.

Dans les deux cas, il est recommandé de procéder à une évaluation globale, à la fois somatique et psychologique.

Si les niveaux d'analyse restent similaires (affectif, cognitif, comportement), en revanche les problématiques identifiées ne seront pas les mêmes.

Les objectifs et l'esprit de la prise en charge seront également différents : acceptation des limitations dans un cas, dépassement du handicap avec projet de réhabilitation dans l'autre cas.