



## Douleurs chroniques – le concept de « douleur mixte »

Ulrich W. Buettner, Ursula Galli

dolor a déjà abordé dans de nombreux numéros la question du traitement des douleurs chroniques. En règle générale, on s'est efforcé de proposer une approche rationnelle du traitement des douleurs chroniques, soit à partir du mécanisme causal, soit à partir d'un syndrome clairement défini (voir tous les numéros de dolor sous www.dolor.ch). Etant donné qu'entre temps de nombreux concepts scientifiquement fondés ont été développés sur la physiopathologie de la douleur chronique, le traitement de la douleur devrait, chaque fois que possible, consister en 2007 en un traitement basé sur le mécanisme de la douleur.

Cela n'est toutefois envisageable que si le traitement est précédé d'une anamnèse ciblée de la douleur en termes de moment, de localisation, de caractère et d'intensité. Autre condition préalable : une évaluation des traitements antidouleur antérieurs et un examen somato-neurologique permettant de procéder aux classifications nécessaires. Le test quantitatif somatosensoriel ne constitue qu'une possibilité d'évaluation. Dans ce contexte, les questionnaires validés sur la douleur revêtent un rôle important (painDETECT, par exemple [1]).

### « Douleur mixte »

Le traitement chronique de la douleur présente de multiples facettes et réclame une coopération interdisciplinaire entre différents spécialistes. Dans le présent numéro, le concept de « douleur mixte » (mixed pain) est donc présenté par un spécialiste à orientation somatique et par une psychologue. La réflexion à la base de cette option est la concomitance fréquente de composantes neuropathiques et nociceptives des syndromes douloureux respectifs. Cela s'applique

### Editorial

La « douleur mixte » est multifactorielle et ne peut être clairement classée dans une catégorie précise de douleurs. Par voie de conséquence, elle répond aussi de manière insuffisante à un traitement monocausal, et seul un traitement multimodal permet d'obtenir un résultat significatif. Cela suppose que l'on associe une pharmacothérapie différenciée à une physiothérapie et à une psychothérapie adaptées à la douleur. Il importe de prendre d'emblée en compte dans une mesure égale toutes les composantes de la douleur pour amoindrir le risque d'une chronicisation précoce.

Nadine Leyser  
rédactrice en chef

### Sommaire

Douleurs chroniques – le concept de « douleur mixte »	
« Douleur mixte »	1
Traitement	2
Concepts thérapeutiques psychologiques	3
Pharmanews	4

sans aucun doute à de nombreuses douleurs en relation avec des tumeurs et des douleurs dorsales. Il s'agit manifestement non seulement d'un phénomène sémantique, mais également d'un phénomène bien réel. Le traitement doit prendre ces faits en compte, en ce sens que l'on préconise un traitement basé sur le mécanisme – et par là même un traitement des causes nociceptives et neuropathiques – de la douleur. Le traitement d'une « douleur mixte » ne signifie donc nullement l'abandon du concept thérapeutique axé sur le mécanisme, mais correspond finalement à un élargissement de notre répertoire thérapeutique rationnel.

A cela vient s'ajouter le fait que la connaissance des facteurs de chronicisation suppose, tout spécialement dans le cas de la « douleur mixte », l'élargissement des possibilités thérapeutiques à travers un diagnostic et un traitement psychologiques. Il s'agit donc de déterminer pour chaque patient pris individuellement comment il faut comprendre son syndrome douloureux, et par conséquent le traiter. En voici la démonstration à partir d'un cas concret :

*Le patient A. B. souffre depuis des années de douleurs dans le domaine de la colonne lombaire et se voit traité – après un épisode de sciatique et de symptomatologie radiculaire et irritative en S1 à droite – par récessotomie et foraminotomie microchirurgicale. A la suite de cette intervention, les parésies préopératoires régressent, mais une lombalgie et une symptomatologie irritative en S1 persistent de manière prononcée. Il s'ensuit des problèmes professionnels et sociaux, qui ne peuvent être qu'imparfaitement compensés bien que la possibilité d'un travail à temps partiel ait pu être obtenue. A l'issue d'un examen neurologique, neurochirurgical, rhumatologique et psychologique, le patient A. B. est présenté à la consultation ambulatoire interdisciplinaire de la douleur.*

*D'un commun accord, on arrive à l'évaluation suivante : Il existe*

- des douleurs spontanées (EAV 5-6). Une allodynie (mécanique-dynamique) et une douleur par étirement du nerf sciatique parlent en faveur d'une composante neuropathique du syndrome douloureux ;

### Tableau 1 Principes thérapeutiques généraux de la « douleur mixte »

Polypharmacothérapie (ce n'est pas une polypragmasie lorsqu'elle est rationnellement mise en œuvre)

Epuisement des possibilités physiothérapeutiques et physiques

Recours au diagnostic psychologique et à la psychothérapie

Le cas échéant, accompagnement et traitement psychiatriques

Pharmacothérapie

- Douleurs neuropathiques :
  - Antidépresseurs : tricycliques ; en cas d'intolérance ou de mauvaise observance : venlafaxine, duloxétine, mirtazapine
  - Inhibiteurs des canaux : gabapentine, prégabaline, carbamazépine, oxcarbazépine, lamotrigine et autres
- Douleurs nociceptives :
  - AINS : ibuprofène, diclofénac et autres
- Douleurs nociceptives et neuropathiques :
  - Opioïdes : tramadol, morphine, oxycontin et autres

Mesures interventionnelles/invasives. On peut y recourir à titre diagnostique ainsi qu'à titre thérapeutique après évaluation interdisciplinaire.

- des douleurs dépendantes de l'effort et en particulier dépendantes du mouvement, qui peuvent en outre être intensifiées par des manipulations locales. Ces observations suggèrent une composante nociceptive – une douleur plutôt sourde/térabrante figurant en l'occurrence au premier plan ;
- des facteurs de chronicisation, tels qu'une durée prolongée de la symptomatologie douloureuse et une immobilisation parfois forcée, ainsi que des perspectives professionnelles incertaines, avec focalisation sur la douleur et troubles anxieux. Cela parle pour le développement d'une pathologie douloureuse, qui nécessite instamment un traitement psychologique, voire psychiatrique.

*Conclusion : il s'agit ici d'un exemple classique de syndrome « douloureux mixte », qui réclame le recours à tout notre arsenal thérapeutique et à tous nos moyens de rééducation.*

### Traitement

Les directives thérapeutiques générales (Tableau 1) recommandées pour une « douleur mixte » sont insatisfaisantes et insuffisantes si l'on considère les nombreux mécanismes actuellement connus générant la perception de la douleur [2, 3, 4, 5, 6]. La question n'est pas de savoir si les douleurs neuropathiques sont des « douleurs dues à une lésion ou à un trouble fonctionnel du système nerveux périphérique ou central » ou, de manière plus actuelle, s'il s'agit de « douleurs résultant directement d'une lésion ou d'une pathologie du système somatosensoriel ». Il semble plus important de connaître les nombreux mécanismes moléculaires et neuronaux intervenant à la périphérie (nocicepteur) ou au niveau du neurone, étant entendu que les mécanismes corticaux de la perception et de la modulation de la douleur sont ici inclus [7, 8]. Pour que l'étiquette « douleur mixte » ne soit pas qu'un « modèle sans valeur », il faut qu'elle soit employée pour caractériser les

différents apports au syndrome douloureux individuel.

Il n'existe pas de traitement standard pour la « douleur mixte ». L'analyse du syndrome douloureux doit précéder le traitement. En règle générale, le traitement de la « douleur mixte » chronique doit être envisagé à différents niveaux.

## Concepts thérapeutiques psychologiques

Les douleurs persistantes touchent la personne tout entière. Elles peuvent modifier de nombreux domaines du vécu et du comportement, et restreindre considérablement la qualité de vie. Des facteurs psychiques, sociaux, biographiques et culturels influent sur la manière d'aborder la douleur et sont considérés comme des facteurs de risque importants de chronicisation de la douleur [9]. L'intégration d'approches psychothérapeutiques relève donc d'une longue tradition dans

le traitement de la douleur. Mais cela était plutôt considéré comme le dernier recours, lorsque tous les autres traitements avaient échoué, ou uniquement chez des patients manifestement très handicapés.

Grâce à des travaux de recherche neuroscientifiques sur la perception et la modulation des stimuli douloureux, le degré d'acceptation du traitement psychologique de la douleur s'est nettement amélioré au cours de ces dernières années. L'expérience clinique montre qu'en particulier des facteurs émotionnels – tels que la peur de la douleur –, et des facteurs cognitifs – comme l'attention, l'attente ou la crainte de la douleur – influent sur le vécu de la douleur. De nombreuses études l'attestent [10]. Des processus d'apprentissage, tels que le conditionnement opérant ou classique, permettent d'agir sur l'apparition de représentations et de processus de sensibilisation au niveau cortical chez les patients douloureux [11].

C'est pourquoi l'on a développé des méthodes psychologiques spécifiques pour influencer sur la douleur. On citera à cet égard le feedback visuel avec miroir en cas de CRPS, qui consiste en un travail ciblé par des exercices de perception et de représentation [12], ou l'apprentissage de la discrimination en cas de douleur fantôme après amputation [13]. Des conseils sur la perception différenciée de soi et du corps, des exercices de relaxation et d'attention ainsi que de visualisation font partie du répertoire standard du traitement psychologique de la douleur. La rééducation par biofeedback peut s'avérer judicieuse, en particulier au début d'un traitement, lorsque les interrelations entre tension intérieure et réaction physique ne sont pas encore bien perçues. Elle convient également pour les patients qui se montrent sceptiques à l'égard des approches purement psychologiques.

L'efficacité du traitement psychologique de la douleur est bien attestée [14]. Des études

**Tableau 2**  
Eléments du traitement psychologique de la douleur

### Diagnostic et modèle de douleur

- Présentation d'un modèle de douleur biopsychosocial
- Informations sur la perception et l'apparition de la douleur ainsi que sur la manière d'agir sur elle
- Facteurs déclenchant, renforçant et atténuant la douleur
- Comorbidités psychiques
- Facteurs de stress/« stressseurs »
- Ressources

### Aspects thérapeutiques axés sur l'explication

- Aspects biographiques de l'expérience de la douleur
- Prises de position et convictions relatives à la douleur
- Acceptation des douleurs
- Analyse des conflits

### Aspects thérapeutiques axés sur la transformation

- Edification d'un sentiment d'efficacité personnelle, expérience de la capacité de changement, réduction du sentiment d'impuissance
- Modification des cognitions de la douleur/de la crainte de la douleur
- Exercices de perception du corps et de relaxation, biofeedback
- Déplacement de l'intérêt sur des thèmes de vie non centrés sur la douleur, entraînement au plaisir
- Traitement psychothérapeutique des comorbidités psychiques

récentes avec procédés d'imagerie ont établi que non seulement la sensation douloureuse subjective était réduite, mais que l'on pouvait également obtenir des modifications neuroplastiques en intervenant par la thérapie comportementale [15]. Dans toute forme de psychothérapie de la douleur, il apparaît déterminant que la douleur perde de son importance démesurée et cesse de figurer au centre de l'attention. Cela n'est

toutefois possible que si le patient est prêt à une confrontation active avec la douleur. Dans une phase diagnostique, on établit donc tout d'abord si des comorbidités pèsent sur le patient, si la douleur revêt une fonction pour le patient (protection contre le surmenage, par exemple) ou si l'on n'est pas en présence d'un contexte biographique expliquant les sentiments d'impuissance et la passivité vis-à-vis de la douleur (trau-

matisation, par exemple). Le traitement psychologique de la douleur n'est donc pas la simple application de techniques thérapeutiques, c'est toujours l'élaboration globale d'une meilleure compréhension et d'un meilleur accès à son propre comportement et à son propre vécu, y compris le vécu de la douleur.

**Bibliographie :**

1. Freynhagen R et al: *painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. Curr Med Res Opin; 22(10): 1911-20, 2006*
2. Bolay H, Moskowitz MA: *Mechanisms of pain modulation in chronic syndromes. Neurology; 59 (suppl): 2-7, 2002*
3. Schaible H-G, Grubb BD: *Afferent and spinal mechanisms of joint pain. Pain; 55: 5-54, 1993*
4. Scholz J, Woolf CJ: *Can we conquer pain? nature neuroscience suppl; 5: 1062-67, 2002*
5. Scholz J, Woolf CJ: *Mechanisms of neuropathic pain. In: M Pappagallo The Neurological basis of pain. McGraw-Hill, 2005*
6. Treede R-D et al: *Peripheral and central mechanisms of cutaneous hyperalgesia. Prog Neurobiol; 38: 397-421, 1992*
7. Craig AD: *Insights from the thermal grill on the nature of pain and hyperalgesia in humans. In: Brune K, Handwerker HO: Hyperalgesia. IASP Press, Seattle, 2004*
8. Schreckenberger M et al: *The unpleasantness of tonic pain is encoded by the insular cortex. Neurology; 64: 1175-83, 2005*
9. Kendall NA: *Psychosocial approaches to the*

- prevention of chronic pain: the low back paradigm. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol; 13(3): 545-54, 1999*
10. Price DD, Bushnell MC: *Psychological Methods of Pain Control: Basic science and Clinical Perspectives. Progress in Pain research and Management. Vol 29. IASP Press, Seattle, 2004*
11. Flor H: *The functional organization of the brain in chronic pain. Prog Brain Res; 29: 313-22, 2000*
12. Moseley GL: *Graded motor imagery is effective for long-standing complex regional pain syndrome: a randomised controlled trial. Pain; 108: 192-98, 2004*
13. Flor H et al: *Sensory discrimination training alters both cortical reorganization and phantom limb pain. Lancet; 357: 1763-64, 2001*
14. McCracken LM, Turk DC: *Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. Spine 27(22): 2564-73, 2002*
15. Flor H, Hermann C: *Neuropsychotherapie bei chronischen Schmerzen: Veränderung des Schmerzgedächtnisses durch Verhaltenstherapie. Verhaltenstherapie; 16: 86-94, 2006*

**Pharmanews**

**Pfizer Suisse SA**

**LYRICA® (prégabaline) contre les douleurs neuropathiques – grande efficacité et profil favorable d'effets indésirables**

Environ 350'000 patients souffrent en Suisse de douleurs neuropathiques. Depuis souvent des années, ils ressentent des douleurs cuisantes ou fulgurantes, accompagnées d'allodynie ou d'hyperalgesie. Outre les douleurs neuropathiques, ces patients souffrent souvent de troubles de sommeil, d'états anxieux et de dépression.

Les résultats de l'étude Freynhagen et coll. ont clairement montré que, malgré une atténuation rapide et marquée des douleurs [1], lyrica® est bien toléré [2] : l'incidence des deux effets indésirables les plus fréquents diminue radicalement après la première semaine et se situe au-dessous de 5% dès la deuxième semaine. Cela s'explique entre autres par le fait que lyrica® agit de manière très sélective. Pour vos patients, cela signifie qu'outre l'atténuation précoce de la douleur (dès la première semaine de traitement) les effets indésirables sont également nettement réduits en peu de temps.

1. Freynhagen R et al. *Journal of Pain*; 115: 254-263, 2005; 2. Freynhagen R et al. *Poster presented at the 11th World Congress Pain; IASP, Sydney, Australia, 2005*

**Impressum**

Comité de rédaction : Pr A. Borgeat, Zurich ; Pr U.W. Buettner, Aarau ; Dr M. Felder, PD, Zurich ; Pr P. Keel, Bâle ; Pr S. Palla, médecine dentaire, Zurich ; rédactrice responsable : Dr N. Leyser, IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Bâle

Les noms de marque peuvent être protégés par le droit des marques, même si l'indication correspondante devait faire défaut. Aucune garantie n'est donnée en ce qui concerne les indications relatives à la posologie et à l'administration de médicaments.

Publication en collaboration avec la Société suisse pour l'étude de la douleur. Editeur : Dr Christian Jäggi, IMK, Bâle ; Edition : IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Münsterberg 1, 4001 Bâle ; tél. : 061/271 35 51 ; fax : 061/271 33 38 ; e-mail : dolor@imk.ch ; www.dolor.ch

Parution trimestrielle  
ISSN 1422-0601 © IMK

Avec l'aimable soutien de



Le sponsor n'exerce aucune influence sur le contenu de la publication. Il peut faire paraître de brefs communiqués sous la rubrique Pharmanews.