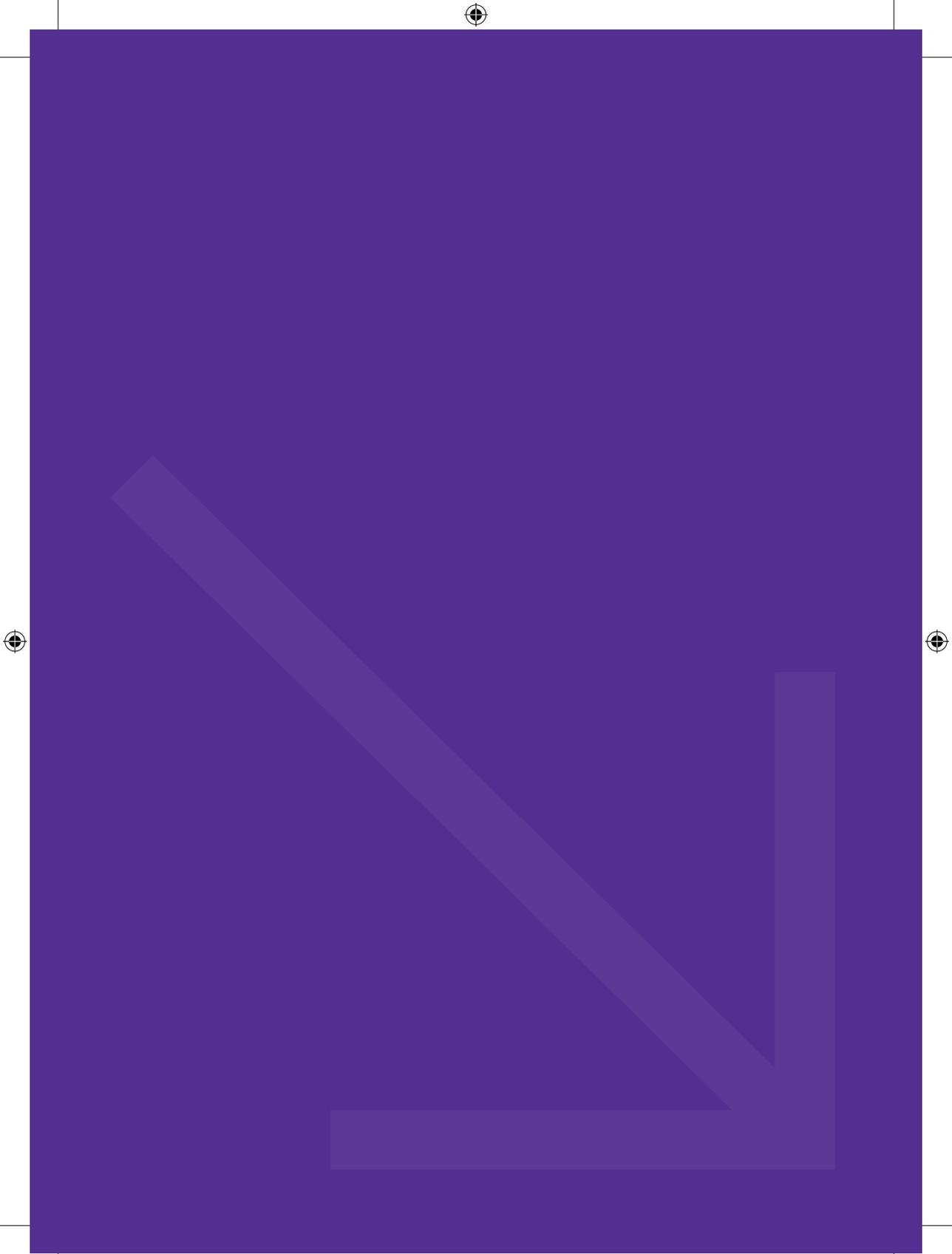


LES DOULEURS
NEUROPATHIQUES

POST-OPÉRATOIRES

>CHANGE PAIN®





SOMMAIRE



DÉFINITION ET ÉTIOLOGIES DES DOULEURS NEUROPATHIQUES (DN) POST-OPÉRATOIRES

1/DÉFINITION	4
2/ÉTIOLOGIES CHIRURGICALES	5

PHYSIOLOGIE ET SÉMIOLOGIE DES DN

1/PHYSIOPATHOLOGIE	6
2/SÉMIOLOGIE	7

COMMENT DÉPISTER, PRENDRE EN CHARGE ET PRÉVENIR LES DN ?

1/DÉPISTAGE	8
2/PRISE EN CHARGE	9
3/PRÉVENTION EN PEROPÉRATOIRE	10



DÉFINITION ET ÉTIOLOGIE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES (DN) POST-OPÉRATOIRES

1/DÉFINITION

Les DN ont été définies par l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (IASP), comme une « **conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie affectant le système nerveux somatosensoriel** ». ¹

Les douleurs neuropathiques (DN) post-opératoires peuvent correspondre à :

- des douleurs générées suite à une lésion nerveuse dite de « nécessité » (imposée par l'acte en lui-même) au cours de la chirurgie,
- une lésion « collatérale » (compression du nerf ou traumatisme lors de l'opération par l'écarteur, le drain, etc.).

Plus de la moitié des douleurs chroniques post-opératoires ont des caractéristiques neuropathiques. ²

CHIFFRES CLÉS

7%

de la population française adulte souffre de DN.

**7000€
/patient/an.**

Les DN engendrent un coût de prise en charge non-négligeable à la société française :

La qualité de vie de ces patients est largement impactée :

58%

des patients souffrent de symptômes de dépression,

56%

de troubles du sommeil/insomnie et

44%

souffrent d'anxiété.

DOULEURS NEUROPATHIQUES POST-CHIRURGICALES

25%

des DN sont d'origine chirurgicale pure.

47%

des DN sont en partie d'origine chirurgicale.

Le temps moyen entre l'apparition des DN post-opératoires et le diagnostic :

9,7 mois

2/ÉTIOLOGIES CHIRURGICALES

Les DN postopératoires sont liées à des lésions nerveuses.²

Certaines chirurgies sont considérées plus à risque que d'autres et les traumatismes nerveux au cours de la chirurgie peuvent être de différents types : section, étirement, écrasement. Une lésion nerveuse est suivie d'une DN dans un tiers des cas.²

CHIRURGIES POURVOYEUSES DE DN

DANS UN CONTEXTE ONCOLOGIQUE

- Ablation tumorale,
- Cancer du sein : douleur du sein fantôme (dans 13 à 44 % des cas), DN dans le territoire du nerf intercostobrachial, douleur liée à un névrome, DN de territoire tronculaire.

DANS D'AUTRES CONTEXTES

- Chirurgie du genou (dans 5 à 30 % des cas) : arthroplastie et prothèse du genou,
- Prothèse totale de hanche,
- Amputation : douleurs du moignon, douleurs cicatricielles (dans 23 à 49 % des cas), algohallucinose,
- Sternotomie (dans 15 % des cas),
- Chirurgie mammaire (dans 24 à 84 % des cas),
- Thoracotomie (dans 25 à 50 % des cas) : atteinte intercostale, étirement, lésion directe au cours de l'écartement osseux,
- Cervicotomie : plexopathie cervico-brachiale traumatique.





PHYSIOPATHOLOGIE ET SÉMIOLOGIE DES DN

1/PHYSIOPATHOLOGIE

La physiopathologie des DN fait intervenir des mécanismes périphériques :
activités ectopiques anormales, sensibilisation des nocicepteurs, connexions anormales entre les fibres de petit calibre et de gros calibre.¹²

LÉSION ET/OU IRRITATION DU NERF

ÉLECTROGÉNÈSE
ANORMALE
SPONTANÉE ET/OU
PROVOQUÉE

RÉACTIVITÉ
EXAGÉRÉE AU SITE
DE LÉSION

COURT-CIRCUIT
OU EPHAPSES

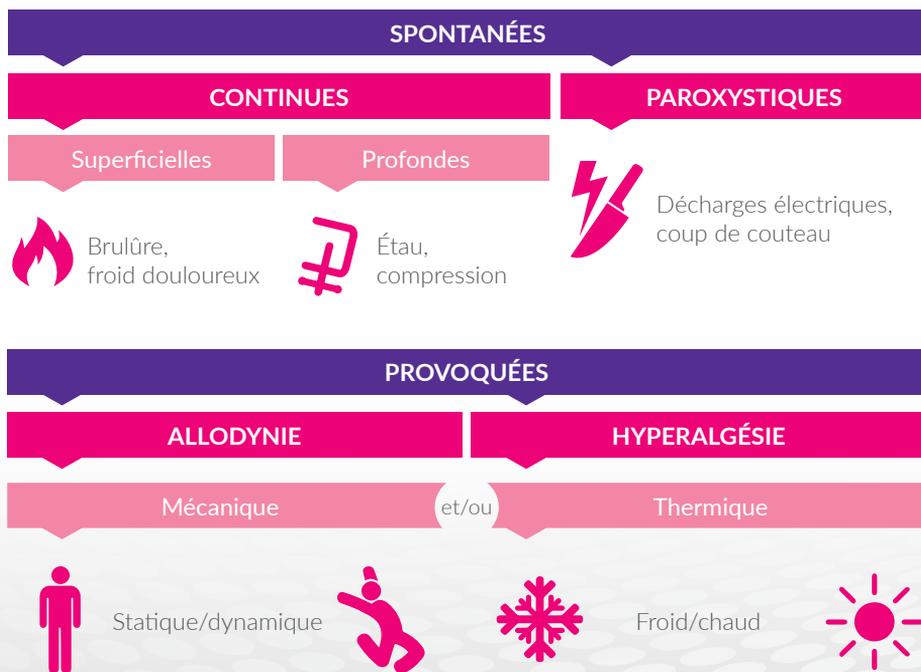
SENSATIONS ANORMALES SPONTANÉES ET/OU PROVOQUÉES

2/SÉMIOLOGIE

La sémiologie de la DN comporte le plus souvent une **douleur spontanée continue ou paroxystique** et des **douleurs provoquées par des stimulations diverses** (tactiles, thermiques). Ces deux composantes peuvent exister seules ou en association chez le même patient.¹⁴

La douleur neuropathique est souvent décrite par les patients comme : **une brûlure, une décharge électrique, une sensation de froid douloureux**.¹⁴

Les symptômes douloureux sont fréquemment accompagnés de **sensations anormales** (paresthésies, dysesthésies) **non douloureuses, mais souvent désagréables** telles que fourmillements, picotements, démangeaisons, engourdissement.¹⁴



D'après, 14 et 15.

7



COMMENT DÉPISTER, PRENDRE EN CHARGE ET PRÉVENIR LES DN ?

1/DÉPISTAGE

Le questionnaire DN4 permet de dépister les DN. Il est administré par le praticien pendant la consultation. La réponse positive à chaque item est cotée 1 et la réponse négative est cotée 0. Le score maximum est de 10 et le diagnostic de la DN est posé à partir d'un score de 4/10.¹⁵

QUESTIONNAIRE DN4



INTERROGATOIRE DU PATIENT

Question 1

La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

- 1. Brûlure
- 2. Sensation de froid douloureux
- 3. Décharges électriques

Question 2

La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

- 4. Fourmillements
- 5. Picotements
- 6. Engourdissement
- 7. Démangeaisons

EXAMEN DU PATIENT

Question 3

La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

- 8. Hypoesthésie du tact
- 9. Hypoesthésie à la piqure

Question 4

La douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

- 10. Le frottement

2/PRISE EN CHARGE

Les DN sont souvent méconnues, sous-estimées et sous traitées.¹⁴

Elles sont aujourd'hui considérées comme une entité spécifique pouvant être diagnostiquée, évaluée et traitée indépendamment de l'étiologie. ¹⁴

Les DN ne répondent pas ou peu aux antalgiques de palier 1 tels que le paracétamol et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. D'autres classes thérapeutiques doivent donc être envisagées, telles que : des antidépresseurs tricycliques, des antiépileptiques, des antidépresseurs inhibiteurs de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, des opiacés et des traitements topiques. ¹⁴

RÈGLES DE PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS DANS LA DN

MISE EN ROUTE DU TRAITEMENT

Initiation à doses faibles puis augmentation des posologies par paliers selon la tolérance et l'efficacité pour les traitements systémiques (titration).

DURÉE DU TRAITEMENT

- Traitement pendant plusieurs mois (≥ 6 mois),
- Réévaluation de la tolérance et de l'efficacité à la fin de la titration puis de façon régulière,
- Réduction possible des posologies au bout de 6 à 8 mois de traitement efficace à doses stables.

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ASSOCIÉS

- Traitement spécifique de l'anxiété, de la dépression ou des troubles du sommeil si le traitement des douleurs est insuffisant ou si ces troubles associés sont jugés suffisamment intenses,
- Traitement des autres types de douleurs souvent associées aux douleurs neuropathiques selon l'étiologie.



D'après, 14.

9

COMMENT DÉPISTER, PRENDRE EN CHARGE ET PRÉVENIR LES DN ?

3/PRÉVENTION EN PEROPÉRATOIRE

Le chirurgien joue un rôle important dans la prévention des douleurs post-opératoires : le choix de la technique chirurgicale, l'installation du patient, la voie d'abord ainsi qu'une attention particulière à l'approche du nerf doivent être considérés pour limiter le risque de douleurs post-opératoires.²

LES FACTEURS PRÉDICTIONNELS D'UNE DOULEUR CHRONIQUE POST-OPÉRATOIRE

LIÉS À CHIRURGIE

Nature de la chirurgie

- Les plus à risque : thoracotomie, chirurgie mammaire sternotomie, prélèvement de crête,
- Durée de la chirurgie : > 3h,
- Reprise de chirurgie vs chirurgie initiale.

Hyperalgésie secondaire post-opératoire

- Mesurée en post-opératoire en calculant la surface d'hypersensibilité autour de la cicatrice.

Douleur post-opératoire aiguë

- Par exemple : la douleur aiguë sévère après arthroplastie de la hanche multiplie par 10 le risque de douleur chronique.

LIÉS AU PATIENT

Facteurs démographiques

- Jeune âge, sexe féminin (dans la chirurgie du genou), poids (dans la chirurgie du sein et cardiaque).

Douleur préopératoire

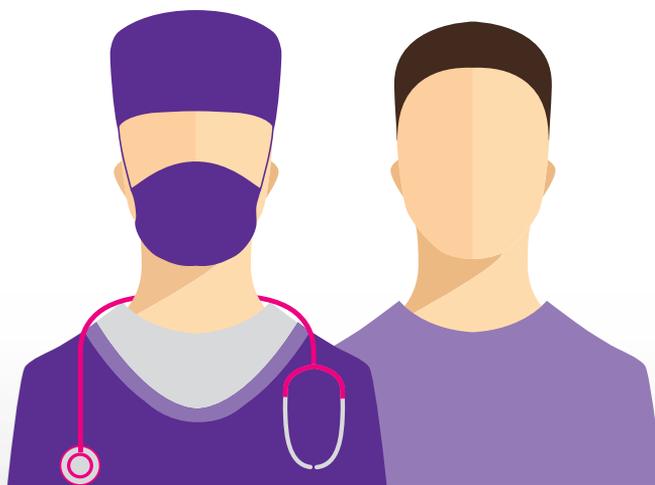
- Au niveau du site opératoire,
- Démonstré dans la chirurgie du genou, la cholécystectomie, la hernie inguinale, l'amputation et la chirurgie orthopédique,
- La prise de morphiniques en préopératoire.

Caractéristiques psychologiques

- Dépression, vulnérabilité psychologique, stress.

Il faut noter que tous les facteurs cités sont identifiables lors de la consultation d'anesthésie : également impliqué dans la prise en charge des patients en pré-, per- et postopératoires, **le médecin anesthésiste réanimateur joue un rôle primordial dans l'évaluation du risque, dans le développement de stratégie préventive, dans la détection précoce et de traitement de la douleur chronique post-chirurgicale.**¹¹

Parallèlement, les possibilités de prévention pharmacologique semblent se préciser au fur et à mesure des années même si tout n'est pas réglé et de nombreuses questions restent ouvertes. **Les effets préventifs des médicaments sur la douleur post-opératoire sont en cours d'études et certains sont encore sujet à controverse** (l'impact des anesthésies locales et loco-régionales, l'infiltration locale d'anesthésiques au niveau du site opératoire, etc.) car les études sont trop peu nombreuses, ont des effectifs faibles et ne permettent pas de conclure avec certitude à leur efficacité.^{2,11}





BIBLIOGRAPHIE

1. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Taxonomy. En ligne : <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Centralneuropathicpain>. Consulté le 24/01/2017.
2. Martinez V. La douleur neuropathique postopératoire. Le Congrès – Médecins. Conférence d'essentiel. SFAR, 2014.
3. Bouhassira D, et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain*, 2008;136:380-7.
4. Parsons B, et al. Economic and humanistic burden of post-trauma and post-surgical neuropathic pain among adults in the United States. *J Pain Res*, 2013;6:459-69.
5. Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD). La douleur chronique : une maladie – Manifeste pour améliorer l'offre de soins en France. 2015.
6. Clère F. Douleurs neuropathiques liées au cancer : mieux les connaître pour mieux les soulager ! *Med Pal*, 2004;3:204-13.
7. Vergne-Salle P. Conduite à tenir devant une douleur neuropathique après chirurgie du genou. *Revue du rhumatisme monographies*, 2016;83:90-6.
8. Belbachir A. Prise en charge de la douleur après prothèse totale de hanche. *Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 2012;13:63-73.
9. Berthelot JM. Douleurs thoraciques après sternotomie. *Revue du rhumatisme monographies*, 2015;82:150-3.
10. Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS). Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support – Neuropathie périphérique et cancer. 2012.
11. Martinez V, et al. Chronic postsurgical pain. *Ann Fr Anesth Reanim*, 2013;32(6):422-35.
12. Bouhassira D. Pathophysiology of neuropathic pain. *La lettre du Pharmacologue*, 2005;19(4):134-7.
13. Muller A. Sensations et douleur fantôme après amputation. In : Bonnet F. Évaluation et traitement de la douleur 2000. : 42^{ème} Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS et SFAR, 2000. p.93-108.
14. Martinez V, et al. Les douleurs neuropathiques chroniques : diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la société française d'étude et de traitement de la douleur. *Douleurs Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 2010;11:3-21.
15. Bouhassira D, Attal N. Chapitre 1 – Définitions, classification et diagnostic. In : *Douleurs neuropathiques*. Arnette, 2007.