

**Année mondiale contre la douleur aiguë**

**PAIN**

OCTOBRE 2010 - OCTOBRE 2011

## Quel est le problème qui se pose?

### Définition et impact

La douleur aiguë est la prise de conscience d'un signal nocif provenant d'un tissu récemment endommagé, compliquée par la sensibilisation dans la périphérie et au sein du système nerveux central (SNC). Son intensité change avec les processus inflammatoires, le mouvement et la cicatrisation du tissu. La vitesse de résolution de la douleur aiguë est une de ses caractéristiques essentielles [3]. La douleur est, par définition, subjective, mais la douleur aiguë sous-jacente de processus physiologiques impliquant les systèmes sensoriel et nerveux autonome, les catécholamines circulantes et autres hormones du stress, ainsi que les réponses inflammatoires, est essentielle. La réponse inflammatoire à une blessure aiguë du tissu sensibilise les nocicepteurs près de la blessure et sensibilise les voies du SNC traitant les signaux nocifs.

Par nature, la douleur aiguë constitue le signe d'un traumatisme tissulaire et la sensibilisation inhibe le comportement normal de manière protectrice afin de minimiser le risque et favoriser la cicatrisation du tissu. Bien qu'elle soit désagréable, la douleur aiguë favorise la survie. Dans des cadres médicaux contrôlés tels que le rétablissement après une intervention chirurgicale ou au cours de procédures invasives, la douleur aiguë sert rarement à des fins utiles et peut s'avérer délétère.

L'intensité de la douleur en réponse à une procédure, à une blessure ou à une pathologie nocive identique varie très nettement d'une personne à l'autre. La génétique, l'épigénétique, le sexe et les antécédents personnels contribuent tous à des différences dans l'intensité de la douleur. D'autres facteurs qui accroissent les différences individuelles sont le type de blessure ou de pathologie douloureuse, la phase de cicatrisation de la blessure, les réponses préexistantes au stress, les comorbidités et, dans certains cas, l'âge. Une variation individuelle nette existe également dans la manipulation du corps et dans les réponses aux médicaments analgésiques. Les facteurs psychologiques comme les attentes, la dépression et l'anxiété ou la peur peuvent exacerber l'intensité et la durée de la douleur. Les systèmes de croyance personnels et le sens individuel accordé à l'événement ou à la pathologie douloureuse peuvent exacerber cette dernière. Les patients qui exagèrent les aspects négatifs ou l'impact de leur blessure ou de leur situation (« catastrophisme ») peuvent ressentir une douleur plus forte que les autres. Le passé ou le contexte culturel peuvent également affecter la sévérité et l'expression de la douleur.

Tableau 1 : Exemples de douleur aiguë

Douleur post-opératoire
Les traumatismes, les brûlures ou d'autres blessures et pathologies nécessitant des visites dans un service d'urgences
Blessures sportives
Blessures de surmenage et entorses
Mucite orale chez les patients souffrant de cancer et qui subissent un traitement par rayonnement de la tête et du cou
Neuropathie périphérique induite par chimiothérapie chez les patients souffrant de cancer
Procédures de diagnostic telles que les biopsies
Travail et accouchement
Céphalées aiguës
Crampes menstruelles
Mal de dent

### Étendue du problème

Pour les seuls États-Unis, plus de 46 millions de patients hospitalisés et 53 millions de patients en ambulatoire subissent une intervention chirurgicale tous les ans. Plus de 80 % des patients qui subissent une intervention chirurgicale aux États-Unis se plaignent de douleurs post-opératoires [1]. Parmi ces patients, 86 % déclarent que la douleur est modérée, sévère ou extrême. La plupart de ces patients font état d'une dégradation du contrôle de la douleur après leur sortie de l'hôpital. Il existe des différences entre les pays.

La douleur est la raison la plus fréquente pour laquelle les patients consultent dans un service d'urgences (SU) [8], comptant pour plus de 70 % des consultations en SU. Plus de 115 millions de consultations en SU ont lieu chaque année aux États-Unis, et les céphalées aiguës comptent à elles seules pour 2,1 millions de ces consultations [4]. La douleur aiguë est également un problème fréquent dans la pratique généraliste, la médecine du sport et en particulier en médecine interne.

En dépit d'importantes avancées dans le domaine de la recherche sur la douleur au cours des dernières décennies, le contrôle inadéquat de la douleur constitue davantage la règle que l'exception. De nombreuses études montrent que moins de la moitié des patients dans le cadre post-opératoire reçoivent un soulagement adéquat de la douleur [2]. Les patients se présentant dans un SU avec des pathologies significativement douloureuses ne sont pas mieux lotis. Une vaste étude menée aux États-Unis a révélé que le score médian de la douleur pour les patients en SU était de 8 sur 10 et que le score médian à la sortie de l'hôpital était de 6. Environ 41 % des patients signalaient que leur douleur aiguë demeurerait inchangée ou augmentait après la consultation en SU, et presque les trois quarts signalaient une douleur modérée ou sévère à la sortie de l'hôpital [7]. Les médecins urgentistes ont tendance à sous-utiliser les analgésiques.

### Conséquences d'une mauvaise prise en charge de la douleur aiguë

La douleur aiguë non contrôlée entraîne plus de conséquences qu'une simple gêne. Le Tableau 2 illustre que la douleur aiguë comporte de nombreuses conséquences négatives pour le patient, pour les cliniciens prenant en charge le patient et pour les gestionnaires des hôpitaux ou des cliniques traitant la douleur aiguë. Une mauvaise prise en charge de la douleur met le patient en situation de risque, génère une souffrance inutile et augmente les coûts des soins.

Tableau 2 : Impact de la douleur aiguë non contrôlée
<i>Perspective clinique</i>
Cicatrisation retardée en raison d'une augmentation de la tonicité sympathique
Augmentation du taux d'insuffisance anastomotique
Risque accru de morbidité pulmonaire, y compris la pneumonie due à une respiration altérée par la douleur
Risque accru de thrombose
Risque accru de la mortalité
Réponse de stress hyperadrénergique avec hypertension
<i>Perspective du patient</i>
Souffrance inutile
Sommeil de mauvaise qualité
Rétention urinaire
Mobilité ou respiration limitée et faible autonomie du patient
Peur et anxiété
Incapacité partielle ou totale inutile avec perte de productivité au travail
Rétablissement plus lent que nécessaire de la fonction normale et du mode de vie
Qualité de vie réduite durant le rétablissement
<i>Perspective administrative</i>
Durée accrue du séjour en unité de soins intensifs ou à l'hôpital
Taux plus élevés de complications et de coûts associés
Risque accru de développement d'une douleur chronique avec les coûts de soins de santé en découlant
Implication selon laquelle un mauvais contrôle de la douleur équivaut à une mauvaise qualité des soins

### La charge financière d'une mauvaise prise en charge de la douleur aiguë

La douleur aiguë non contrôlée donne lieu à des séjours post-opératoires prolongés à l'hôpital. En 2010, le coût d'une journée d'hôpital aux États-Unis est en moyenne de 2 129 USD. Si seulement 20 millions de patients en chirurgie aux États-Unis restent un jour de plus à l'hôpital en raison d'une mauvaise prise en charge de la douleur post-opératoire en 2010, le coût s'élève à 42 580 000 000 USD. Les autres coûts comprennent les complications indiquées au Tableau 2 et la mobilisation retardée des patients après une intervention chirurgicale ou une blessure. Un rétablissement plus lent en raison de la douleur signifie plus de jours de perte de productivité. Une mauvaise prise en charge de la douleur aiguë génère une incapacité partielle ou totale inutile.

La douleur aiguë évolue souvent en douleur chronique. Une douleur persistante suit la douleur post-opératoire chez 10 à 50 % des patients subissant des procédures chirurgicales courantes [5,6]. La douleur chronique sévère se développe chez

2 à 20 % de ces patients. De nouvelles preuves suggèrent que la douleur aiguë post-opératoire mal contrôlée est une cause de douleur post-opératoire chronique.

#### References

- [1] Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003;97:534–40.
- [2] Benhamou D, Berti M, Brodner G, De Andres J, Draisci G, Moreno-Azcoita M, Neugebauer EA, Schwenk W, Torres LM, Viel E. Postoperative Analgesic Therapy Observational Survey (PATHOS): a practice pattern study in 7 Central/Southern European countries. *Pain* 2008;136:134–41.
- [3] Chapman, CR, Donaldson GW, Davis JJ, Bradshaw DH. Improving individual measurement of postoperative pain: the pain trajectory. *J Pain*; in press.
- [4] Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA, Thomas TL, Decker WW; American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. *Ann Emerg Med* 2008;52:407–36.
- [5] Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent surgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006;367:1618–25.
- [6] Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Järvinen I, Lefering R, Simanski C, Neugebauer EA. Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain (CPSP): a systematic review *Eur. J Pain* 2009;13:719–30.
- [7] Todd KH, Ducharme J, Choiniere M, Crandall CS, Fosnocht DE, Homel P, Tanabe P; PEMI Study Group. Pain in the emergency department: results of the pain and emergency medicine initiative (PEMI) multicenter study. *J Pain* 2007;8:460–6.
- [8] Todd KH, Miner JR. Pain in the emergency room. In: Fishman SM, Ballantyne JC, Rathmell JP, editors. *Bonica's management of pain*, 4th edition. Lippincott, Williams and Wilkins; 2010. p 1576–87.
- [9] Yaksh TL. Physiologic and pharmacologic substrates of nociception after tissue and nerve injury. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins & Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 693–751.

