

Année mondiale contre la douleur aiguë

PAIN

OCTOBRE 2010 - OCTOBRE 2011

Médecine de la douleur aiguë : Où sont les preuves?

Introduction

Les preuves renforçant la médecine de la douleur aiguë ont grandement augmenté au cours des deux dernières décennies. Les connaissances de la physiologie et de la psychologie de la douleur aiguë ont beaucoup progressé, les méthodes destinées à mesurer la douleur aiguë se sont améliorées, de nouveaux médicaments et de nouvelles techniques pour la prise en charge de la douleur aiguë sont apparus et le soulagement de la douleur aiguë a évolué dans le cadre de nombreuses situations cliniques, notamment les douleurs post-opératoires, les traumatismes, les douleurs ayant pour origine des brûlures, les lésions de la colonne vertébrale, les douleurs dorsales et les pathologies aiguës. En outre, le besoin d'une prise en charge de la douleur aiguë est maintenant reconnu dans divers cadres cliniques, en particulier les soins post-opératoires, les unités de soins intensifs, les services d'urgence et les soins pré-hospitaliers. Grâce à ce développement, les besoins de populations de patients spécifiques (patients pédiatriques et personnes âgées, patientes enceintes, patients fragilisés sur le plan cognitif, patients atteints de maladies rénales ou hépatiques et patients tolérant les opioïdes) ont attiré l'attention.

Non seulement la quantité de preuves s'est accrue, mais la qualité de ces preuves s'est améliorée et la portée des preuves disponibles s'est élargie. La pratique de la médecine de la douleur aiguë s'étend désormais bien au-delà de la prise en charge de la douleur post-opératoire. En outre, l'accent s'est déplacé vers des résultats allant au-delà d'un soulagement adéquat de la douleur, comme les diminutions de la morbidité post-opératoire et les réductions du risque de développer une douleur chronique après une intervention chirurgicale, une lésion ou une maladie aiguë.

Assistance pour l'accès aux preuves

Un ensemble de preuves publiées ne peut pas servir de guide dans la pratique clinique sauf s'il est organisé, synthétisé et actualisé. Étant donné le volume rapidement croissant d'études désormais disponibles sur la douleur aiguë, extraire des connaissances à partir des preuves représente un formidable défi. Heureusement, il existe de nombreux outils facilitant cette entreprise, notamment les analyses systématiques, les résumés de preuves, les directives de la pratique clinique et les tableaux de la « ligue » analgésique.

- *Les analyses systématiques quantitatives* (méta-analyses) sont le « meilleur » niveau de preuves disponibles. La source la plus complète d'analyses systématiques liées aux traitements spécifiques de la douleur aiguë est la Bibliothèque Cochrane [2].
- *Les directives de la pratique clinique* fournissent des guides spécifiques fondés sur des preuves pour le traitement. De telles directives peuvent aborder des pathologies douloureuses spécifiques, telles que la douleur post-opératoire ou d'autres douleurs induites par un traumatisme, les douleurs dorsales ou les migraines, des groupes de patients ayant des besoins différents, ou des cadres spécifiques. Des exemples en sont donnés dans le Tableau 1.

Tableau 1

Groupe	Directives	Site Internet
PROSPECT	Prise en charge de la douleur post-opératoire spécifique à la procédure	www.postoppain.org/frameset.htm
Société européenne de l'anesthésie locale et du traitement de la douleur	Prise en charge de la douleur post-opératoire : bonne pratique clinique	www.esraeurope.org/PostoperativePainManagement.pdf
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Association des sociétés médicales scientifiques en Allemagne) ; Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) (Association interdisciplinaire allemande pour le traitement de la douleur), Allemagne	Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen (Directives sur la douleur péri-opératoire et post-traumatique) [en allemand]	www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/
Association of Paediatric Anaesthetists (Association des anesthésistes pédiatriques), Royaume-Uni	Bonne pratique dans le cadre de la douleur post-opératoire et procédurale (2008)	www.britishpainsociety.org/book_apa_part1.pdf www.britishpainsociety.org/book_apa_part2.pdf
Société de l'anesthésie, analgésie, réanimation et soins intensifs (SIAARTI), Italie	Recommandations de 2010 de la SIAARTI relatives au traitement de la douleur post-opératoire. Version courte (2010)	www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2010N08A0657

American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn (Académie américaine Comité du fœtus et du nouveau-né), American Academy of Pediatrics Section on Surgery, Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee (Académie américaine de la section pédiatrique de chirurgie, Comité canadien du fœtus et du nouveau-né de la société pédiatrique canadienne)	Prévention et prise en charge de la douleur en néonatalogie : mise à jour (2010)	http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/abstract/pediatrics;118/5/2231
Société américaine des anesthésistes	Directives de la pratique pour la prise en charge de la douleur aiguë dans le cadre péri-opératoire	www2.asahq.org/publications/pc-115-4-practice-guidelines-for-acute-pain-management-in-the-perioperative-setting.aspx

- *Les résumés complets des preuves* fournissent une mise à jour et une analyse générale des « meilleures preuves disponibles » pour la prise en charge de la douleur aiguë de nombreuses étiologies différentes, en particulier les causes post-chirurgicales et post-traumatiques comprenant les lésions médullaires et les brûlures, ainsi que la douleur aiguë associée à diverses pathologies, telles que la migraine, l'herpès zoster, les troubles hématologiques ou le cancer. Les résumés des preuves analysent et condensent également les preuves spécifiques sur un médicament donné, une technique analgésique ou une pathologie douloureuse. Ils facilitent également l'extrapolation de bonnes preuves d'un cadre à un autre, lorsque des preuves spécifiques de haute qualité font défaut. Parmi les exemples, on trouve l'extrapolation de preuves des animaux vers les humains, du cadre laboratoire vers le cadre clinique ou des contextes de douleur aiguë vers des contextes de douleur chronique. Parmi les exemples de résumé complet de preuves, on trouve *la prise en charge de la douleur aiguë : Des preuves scientifiques* publiées par le Collège australien et néo-zélandais d'anesthésistes et la faculté de médecine de la douleur [3]. Ce document n'est pas une directive clinique.
- *Les tableaux de la ligue analgésique* résument les preuves accumulées dans des études randomisées, en double aveugle, à dose unique, de médicaments individuels comparés à un placebo administrés à des patients présentant une douleur modérée à sévère [1]. Ces tableaux montrent le nombre nécessaire de sujets à traiter (NNT) pour chaque médicament. Le NNT est le nombre de patients devant recevoir le médicament actif afin d'obtenir au moins 50 % de soulagement de la douleur chez un patient au cours d'une période de traitement de 4 à 6 heures, par rapport à un placebo. L'interprétation de tels résultats exige de faire preuve de prudence.

Application des preuves dans la pratique clinique

« *La médecine par les preuves est l'usage consciencieux, explicite et judicieux des meilleures preuves existantes pour prendre des décisions concernant la prise en charge d'un patient.* »

« *Les bons médecins utilisent à la fois l'expertise clinique personnelle et les meilleures preuves externes disponibles et l'une sans l'autre est insuffisante.* » [4].

Alors que les meilleures preuves disponibles peuvent et doivent guider la prise en charge de la douleur aiguë, les preuves actuelles ont une qualité, une capacité d'application et de généralisation limitées. Les essais cliniques ciblent les moyennes d'échantillons de patients, mais les cliniciens dans la pratique traitent un patient à la fois. Peu de patients entrent approximativement dans la moyenne d'un échantillon et la variation individuelle est importante. Les cliniciens doivent prendre en compte les facteurs qui sont uniques à chaque cas ainsi que les preuves publiées lors de la prise en charge de la douleur aiguë.

References

- [1] Bandolier. Oxford league table of analgesics in acute pain. 2007. Available at: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/booth/painpag/Acutrev/Analgesics/Leagtab.html>.
- [2] Cochrane Collaboration. Cochrane library. Available at: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>.
- [3] Macintyre PE, Scott DA, Schug SA, Visser EJ, Walker SM. Acute pain management: scientific evidence, 3rd edition. Melbourne: Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine; 2010. Available at: <http://www.anzca.edu.au/fpm/resources/books-and-publications>.
- [4] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/>.

