

Le traitement des douleurs musculo-squelettiques non cancéreuses et neuropathiques

Guide des soins palliatifs du médecin vaudois

n°3 ❖ 2008

En bref

Traiter une douleur musculo-squelettique non cancéreuse	4
Identifier et traiter une douleur neuropathique	14

Quelques conseils pratiques

Pour traiter la douleur musculo-squelettique non cancéreuse	5
Pour traiter la douleur neuropathique	15

Boîte à outils

Les 4 «A»: évaluation et documentation de la douleur non cancéreuse chez le patient sous opioïde	6
Le questionnaire DN4: dépistage d'une douleur neuropathique	16

En savoir plus

Sur les douleurs musculo-squelettiques non cancéreuses	
1. Douleurs musculo-squelettiques non cancéreuses en soins palliatifs	8
2. Principes de base de l'approche pharmacologique	8
3. Les analgésiques non opioïdes	9
4. Les analgésiques opioïdes	9
5. Les co-analgésiques	11
6. Les traitements rhumatologiques spécifiques	12
7. Les approches non pharmacologiques	13
Sur les douleurs neuropathiques	
1. Etiologies	17
2. Tableau clinique	17
3. Diagnostic	18
4. L'approche pharmacologique	18
5. Les approches non pharmacologiques	21

Liste des spécialités	22
-----------------------------	----

Quelques références utiles	24
----------------------------------	----

Guide des soins palliatifs

du médecin vaudois

n°3 2008

Auteurs

Douleurs musculo-squelettiques
D^r Claude Cachin
CTR Orbe
1350 Orbe
claud.cachin@ehnv.ch

D^r Pierre De Vevey
Rue Sadaz 5
1373 Chavornay
m.p.devevey@bluewin.ch

Douleurs neuropathiques
D^r Michel Beauverd
Service de soins palliatifs
Département de médecine interne, CHUV
1011 Lausanne
michel.beauverd@chuv.ch

D^r Nicolas Dolivo
Rue du Maupas 24
1004 Lausanne
nicolasdolivo@usa.net

Editeurs

D^{resse} Claudia Mazzocato
Service de soins palliatifs
Département de médecine interne, CHUV
1011 Lausanne
claudia.mazzocato@chuv.ch

D^r Stéphane David
Ch. de Pierrefleur 7
1004 Lausanne
stephane.david@svmed.ch

Comité de rédaction

D^{resse} Claudia Mazzocato, PD MER
D^r Stéphane David
P^r José Pereira

Reviewers

Douleurs musculo-squelettiques
D^{resse} Valérie Piguet

Douleurs neuropathiques
D^r Jules Desmeules

Centre multidisciplinaire d'évaluation
et de traitement de la douleur
Service de pharmacologie
et toxicologie clinique, HUG
1211 Genève 14
valerie.piguet@hcuge.ch
jules.desmeules@hcuge.ch

© 2008 by C. Mazzocato et S. David

Conception graphique: Laurent Pizzotti Studiopizz, Lausanne

Crédit photos: Joël François Pons, Lausanne

Mise en pages: inEDIT, Saint-Sulpice

Coordination: Agnès Forbat, Lausanne

Faire face aux douleurs non cancéreuses

Troisième volet du *Guide des soins palliatifs* consacré aux douleurs, ce cahier traite de douleurs rencontrées quotidiennement par le médecin dans sa consultation, les douleurs non oncologiques et les douleurs neuropathiques.

Les douleurs non oncologiques recouvrent des situations cliniques très diverses telles que la fibromyalgie, les lombosciatalgies et les douleurs liées à des atteintes dégénératives musculo-squelettiques.

Chacun de ces syndromes douloureux pose de véritables défis parfois extrêmement exigeants, sans issue thérapeutique aisée.

Malgré ces difficultés que nous rencontrons tous dans notre pratique quotidienne, nous avons choisi de n'aborder que les douleurs les plus fréquentes en soins palliatifs, à savoir les atteintes dégénératives musculo-squelettiques et les atteintes neuropathiques secondaires à un diabète, un zona ou un cancer.

Pour rappel, ce guide est participatif, faisant appel à un spécialiste de notre canton, en tandem avec un médecin de famille, représentatif du travail du terrain. Pour le cahier actuel, nous nous sommes assuré la collaboration de quatre collègues: les douleurs non oncologiques sont traitées par le D^r Claude Cachin, rhumatologue et médecin-chef du CTR de l'Hôpital d'Orbe, associé au D^r Pierre De Vevey, généraliste à Chavornay. Le chapitre des douleurs neuropathiques est rédigé par le D^r Michel Beauverd, chef de clinique dans le Service de soins palliatifs du CHUV, et le D^r Nicolas Dolivo, interniste à Lausanne.

Les douleurs abordées dans ces deux chapitres sont généralement difficiles à traiter: elles réclament idéalement une prise en charge précoce, mais peuvent malgré tout se révéler réfractaires. N'hésitez pas à faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs de votre région (voir adresses à la page 26), qui se tient à votre disposition pour un conseil téléphonique ou une consultation au chevet de votre patient.



D^{resse} Claudia Mazzocato

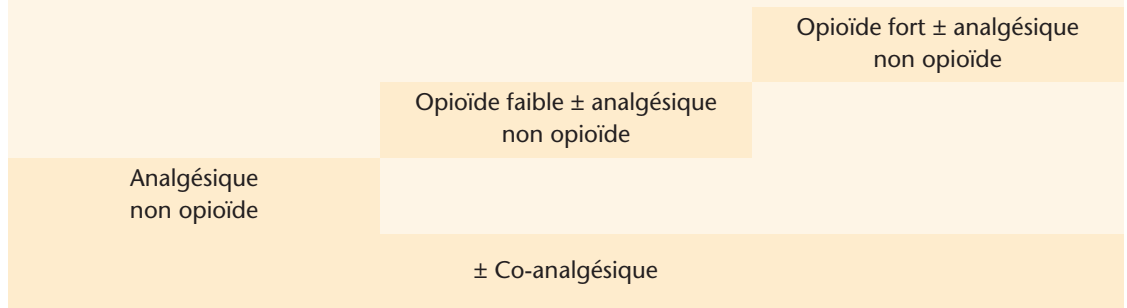


D^r Stéphane David

→ En bref

Traiter une douleur musculo-squelettique non cancéreuse

Approche pharmacologique: les trois paliers de l'OMS



Traitements rhumatologiques spécifiques

- Calcitonine
- Chondroprotecteurs
- Corticostéroïdes intra-articulaires, viscosupplémentation
- Corticostéroïdes, colchicine, méthotrexate, antagonistes du TNF, etc.

Thérapies physiques/réhabilitatives

- Physiothérapie
- Décharge, immobilisation transitoire
- Orthèses de stabilisation
- Agents physiques (chaleur, froid)
- Neuro-stimulation électrique transcutanée (TENS)
- Balnéothérapie, massages
- Acupuncture

Approches psychopédagogiques

- Soutien et enseignement du patient
- Relaxation, biofeedback, hypnose
- Approche cognitivo-comportementale
- Approche psychothérapeutique

Antalgie interventionnelle

- Injections épidurales de corticostéroïdes
- Blocs facettaires, etc.

Approches chirurgicales

- Arthodèse
- Arthroplastie

Quelques conseils pratiques pour traiter la douleur musculo-squelettique non cancéreuse

- Traiter rapidement et efficacement une douleur aiguë pour éviter qu'elle ne se chronicise.
- Le traitement des douleurs ostéo-articulaires requiert une prise en charge multidisciplinaire impliquant l'approche pharmacologique, les thérapies rhumatologiques spécifiques, physiques, réhabilitatives et psychopédagogiques.
- Même en situation palliative, l'intensité des douleurs peut justifier une approche d'antalgie interventionnelle ou chirurgicale.
- Chez le patient gériatrique, limiter l'utilisation d'AINS/COX-2 aux brèves périodes correspondant aux poussées douloureuses.
- Les opioïdes forts ne devraient être utilisés que lorsque l'étiologie des douleurs est connue et que les autres approches pharmacologiques et non pharmacologiques ne permettent pas un soulagement suffisant.
- Chez le patient gériatrique, initier le traitement opioïde à faibles doses et n'augmenter celles-ci que lentement: **Start low, go slow**.
- Une fois déterminé la dose d'opioïde nécessaire à une antalgie satisfaisante, passer rapidement à une forme galénique à libération retardée.
- Des antécédents d'addiction (alcool, médicaments, substances illicites) sont une contre-indication **relative** à l'utilisation d'opioïdes.
- Il est recommandé qu'un seul médecin prescrive le traitement opioïde et qu'une seule pharmacie le délivre.
- Un patient dont les douleurs sont stabilisées sous opioïde devrait être vu une fois par mois au minimum.
- Chez un patient sous opioïde, explorer à chaque visite médicale les 4 «A»: Antalgie, Activités de la vie quotidienne, Effets Adverses, Addiction.

Boîte à outils

Les 4 «A»

Evaluation et documentation de la douleur non cancéreuse chez le patient sous opioïde

Nom, prénom

Date

1^{er} A: Antalgie

Si zéro indique aucune douleur et dix la pire douleur imaginable sur une échelle de 0 à 10, quelle est l'intensité des douleurs du patient pour les questions suivantes:

Quelle est l'intensité des douleurs en moyenne cette dernière semaine?

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Quelle a été l'intensité des douleurs la plus élevée cette dernière semaine?

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Quel pourcentage de ses douleurs a été soulagé cette semaine dernière?

(Ecrire un pourcentage entre 0 et 100%)

Est-ce que le soulagement obtenu est suffisant afin de faire une réelle différence pour sa qualité de vie?

Oui Non

Selon vous, est-ce que le soulagement de la douleur du patient est cliniquement significatif?

Oui Non Incertain

2^e A: Activités quotidiennes journalières

Indiquer si le fonctionnement du patient avec le traitement antalgique actuel est meilleur, identique ou pire par rapport à la précédente évaluation:

	<i>Meilleur</i>	<i>Identique</i>	<i>Pire</i>
Fonctionnement physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fonctionnement global	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3^e A: Effets Adverses (secondaires)

Est-ce que le patient a ressenti un quelconque effet secondaire du traitement actuel? Oui Non

Lesquels?

	<i>Aucun</i>	<i>Léger</i>	<i>Modéré</i>	<i>Sévère</i>
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite en page suivante

4^e A: Comportements potentiels d'Addiction

- 1. Thésaurise les analgésiques
- 2. Obtient des opioïdes de diverses sources médicales
- 3. Réclame avec insistance des doses plus élevées d'analgésiques
- 4. Demande un analgésique spécifique
- 5. Augmente à une ou deux reprises, de son propre chef, les doses de l'analgésique
- 6. Utilise, de son propre chef, l'analgésique pour traiter d'autres symptômes
- 7. Se plaint d'effets secondaires psychiques inattendus
- 8. Perd de manière répétée les ordonnances et/ou les analgésiques
- 9. Falsifie les ordonnances
- 10. Fait de son propre chef une escalade des doses
- 11. Obtient l'opioïde d'une source non médicale
- 12. Abuse d'alcool ou de drogues illicites
- 13. Vend les analgésiques prescrits
- 14. S'injecte l'analgésique prescrit par voie orale

Traitement antalgique actuel

Médicament	Dosage (mg)	Fréquence d'administration	Dose quotidienne maximale

Evaluation globale

Est-ce que votre impression générale parle en faveur de l'effet bénéfique du traitement opioïde pour le patient?

- Oui Non Incertain

Plan analgésique

- Poursuite du traitement actuel
- Ajustement des doses du traitement actuel
- Rotation opioïde
- Addition/ajustement des co-analgésiques
- Diminution/arrêt du traitement opioïde

Commentaires

+ En savoir plus sur le traitement de la douleur musculo-squelettique non cancéreuse

1. Douleurs musculo-squelettiques non cancéreuses en soins palliatifs

- La majorité des patients souffrant de pathologies évolutives non cancéreuses sont en âge gériatrique. Il peut s'agir, par exemple, de malades souffrant d'insuffisance cardiaque, pulmonaire ou rénale ou encore de démence. On estime qu'environ 60% de ces malades souffrent de douleurs. Les douleurs le plus fréquemment rencontrées dans cette population sont:
 - liées à une atteinte dégénérative musculo-squelettique, telle que l'ostéoartrrose ou l'ostéoporose,
 - consécutives à une atteinte rhumatismale inflammatoire telle que la polyarthrite rhumatismale ou la polymyalgie rhumatica,
 - en relation avec une atteinte neuropathique telle que la polyneuropathie diabétique ou la neuropathie post-zostérienne.
- Les douleurs neuropathiques non cancéreuses sont abordées dans la seconde partie de ce cahier (voir p. 14-21).
- La prise en charge des douleurs musculo-squelettiques, comme celle de la douleur cancéreuse, combine diverses modalités thérapeutiques adaptées à la singularité de chaque situation:
 - l'approche pharmacologique,
 - les traitements rhumatologiques spécifiques,
 - les thérapies physiques et réhabilitatives,
 - les approches psychopédagogiques,
 - les approches d'antalgie interventionnelle et chirurgicales.

2. Principes de base de l'approche pharmacologique

2.1 Principes généraux

- Les principes généraux d'utilisation des analgésiques sont similaires à ceux présidant au traitement de la douleur cancéreuse (voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N°1 - 2007, p. 7-9):
 - par palier de l'OMS en fonction de l'intensité de la douleur,
 - par voie orale chaque fois que possible,
 - à horaires fixes, déterminés par leur durée d'action lors de douleurs continues,
 - à des doses adaptées à la singularité de chaque patient, déterminées au cours d'une phase initiale de titration.

2.2 Spécificités du patient gériatrique

- Les personnes en âge gériatrique présentent plus fréquemment des effets secondaires aux analgésiques et co-analgésiques que les autres patients. Ces effets indésirables peuvent être la conséquence:
 - de modifications de la pharmacocinétique dues à l'âge, secondaires par exemple à une diminution de la capacité fonctionnelle rénale ou hépatique,
 - de modifications pharmacodynamiques entraînant une plus grande sensibilité aux effets des médicaments,
 - d'une poly-médication consécutive à une poly-morbidité.

- Choisir, autant que possible, un analgésique dont les caractéristiques pharmacologiques sont appropriées à la situation spécifique du patient.
- Initier le traitement à faibles doses et titrer lentement la posologie selon la réponse clinique et la survenue d'effets secondaires: *Start low, go slow*.

2.3 Spécificités des douleurs musculo-squelettiques chroniques

- Un soulagement complet des douleurs musculo-squelettiques, lorsque celles-ci se prolongent, est rare en raison des modifications neurobiologiques induites au niveau du système nerveux central par le message douloureux persistant: traiter précocement et efficacement toute douleur.
- L'objectif de la prise en charge antalgique d'une douleur chronique est de la rendre acceptable pour le patient et d'améliorer l'activité physique et la qualité de vie de ce dernier: l'évaluation des bénéfices du traitement intègre ces trois dimensions (voir Boîte à outils p. 6).
- Une fois le traitement efficace et sa posologie déterminés, favoriser les formes galéniques à libération retardée qui garantissent une bonne stabilité des taux plasmatiques sur 24 heures.

3. Les analgésiques non opioïdes

3.1 Paracétamol

- Analgésique de premier choix lors de douleurs musculo-squelettiques légères à modérées.
- Pour plus d'informations, voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 1 - 2007, p. 9.

3.1 AINS non sélectifs et inhibiteurs sélectifs de la COX-2

- Analgésiques ayant démontré un effet antalgique sur les douleurs musculo-squelettiques.
- Utiliser sur de courtes périodes, correspondant aux poussées douloureuses, vu leurs nombreux effets secondaires gastro-intestinaux, rénaux, cardio-vasculaires et leurs interactions médicamenteuses.
- A doses équivalentes, efficacité similaire des divers AINS non sélectifs, mais ibuprofène, une molécule de courte demie-vie, mieux tolérée sur le plan gastro-intestinal.
- Toxicité gastro-intestinale des inhibiteurs sélectifs de la COX-2 moindre, mais possible risque accru d'effets cardio-vasculaires par rapport aux AINS non sélectifs.
- Association de misoprostol, d'oméprazole ou d'un autre IPP, quel que soit l'AINS, si:
 - patient > 60 ans,
 - co-morbidités,
 - antécédents gastro-duodénaux,
 - anticoagulation, corticothérapie ou SSRI.
- Application topique de diclofénac efficace sur les gonarthroses douloureuses.
- Injection intra-musculaire à éviter: douloureuse et risque de nécrose au site d'injection.
- Pour plus d'informations, voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N° 1 - 2007, p. 9.

4. Les analgésiques opioïdes

- Analgésiques ayant démontré un effet antalgique sur les douleurs arthrosiques et de la polyarthrite rhumatoïde; bénéfices controversés sur la capacité fonctionnelle.
- Utilisation sur de brèves périodes, lors de poussées douloureuses, ou des périodes prolongées comme traitement de fond en cas d'échec des autres approches pharmacologiques et non pharmacologiques.

Etapes dans l'institution et le suivi d'un traitement opioïde

Etape 1 Evaluation initiale biopsychosociale

- Histoire de la maladie actuelle, de ses signes et symptômes
- Antécédents médicaux
 - Physiques (y compris antécédents de douleurs et leurs circonstances)
 - Psychologiques (dépression, anxiété, comportements addictifs passés ou actuels)
- Environnement social
 - Situation financière et professionnelle, famille, soutien, hobbies, etc.

Etape 2 Diagnostic des douleurs établi

Etape 3 Phase décisionnelle

- Les autres approches pharmacologiques et non pharmacologiques sont insuffisantes
- Les bénéfices du traitement opioïde dépassent ses désavantages
- Les objectifs du traitement (diminution de la douleur, amélioration de la qualité de vie) sont établis avec le patient
- Le patient est en accord avec le traitement et les modalités de suivi

Etape 4 Phase initiale d'ajustement (jusqu'à 8-12 semaines)

- Un seul médecin prescripteur, une seule pharmacie
- Initier le traitement opioïde à faibles doses (\pm associé à un palier 1 et/ou co-analgésique)
- Augmenter les doses de l'opioïde, par palier, jusqu'à obtention d'une antalgie suffisante
- Prévenir et traiter les effets secondaires
- Stopper l'opioïde si:
 - Absence de bénéfices antalgiques
 - Effets secondaires inacceptables malgré rotation opioïde
 - Absence d'amélioration de la qualité de vie

Etape 5 Phase de suivi

- Suivi minimal mensuel
- Evaluer à chaque consultation les 4 «A» (voir Boîte à outils p. 6):
 - Antalgie
 - Activités
 - Effets Adverses (secondaires)
 - Comportements potentiels d'Addiction

Etape 6 Résultats

- Traitement efficace, à poursuivre si:
 - Doses opioïdes stables
 - Bénéfices antalgiques et sur la qualité de vie
 - Absence d'abus, effets secondaires acceptables
- Echec du traitement, motivant son arrêt si:
 - Escalades des doses malgré rotation opioïde
 - Bénéfices analgésiques et/ou sur la qualité de vie insuffisants
 - Abus, non-observance
 - Effets secondaires inacceptables

4.1 Les opioïdes faibles

- Voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N°1 - 2007, p. 10-11 (caractéristiques) et p. 14-17 (effets secondaires).

4.2 Les opioïdes forts

- Voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N°1 - 2007, p. 12-14 (caractéristiques) et p. 14-17 (effets secondaires).

4.3 Tolérance, dépendance physique et addiction

- Voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N°1 - 2007, p. 17.

4.4 Addiction et pseudo-addiction

- **L'addiction** se définit comme une maladie neurobiologique chronique comportant des facteurs génétiques, psychosociaux et environnementaux, qui influencent son développement et ses manifestations. Elle se caractérise par un ou plusieurs des comportements suivants:
 - usage incontrôlé et/ou compulsif d'une substance,
 - usage continu d'une substance malgré ses effets délétères au niveau biopsychosocial,
 - désir intense, irrésistible d'une substance.
- Le pourcentage des patients non cancéreux, douloureux chroniques, présentant des comportements d'addiction varie selon les études de 3 à 34%. Un critère pronostic, souvent cité, de développer une addiction aux opioïdes est un abus de substance passé et/ou actuel (drogues illicites, alcool, médicament).
- Des antécédents d'addiction sont une contre-indication **relative** à l'utilisation d'opioïdes lors de douleurs chroniques non cancéreuses.
- **La pseudo-addiction** se définit par le comportement d'un patient, insuffisamment soulagé de ses douleurs, caractérisé par:
 - des demandes fréquentes d'analgésiques,
 - des manifestations non verbales et verbales exagérées de sa douleur visant à attirer l'attention des soignants.



→ La distinction entre addiction et pseudo-addiction est difficile. Si certains comportements sont particulièrement évocateurs d'un comportement addictif (voir Boîte à outils p. 7 «Comportements potentiels d'addiction 8-14»), d'autres peuvent également être secondaires à des douleurs insuffisamment soulagées (voir Boîte à outils p. 7 «Comportements potentiels d'addiction 1-7»).

5. Les co-analgésiques

5.1 Myorelaxants

- Ils regroupent les benzodiazépines, la tizanidine et le baclofène: efficacité non prouvée mais utilité potentielle lors de contractures ou de troubles du tonus musculaire.
- Intérêt du baclofène en intrathécal continu lors de spasticité secondaire à une atteinte dégénérative du système nerveux central ou d'une lésion médullaire traumatique.



- Hypotension.
- Somnolence, sédation.
- Obnubilation, état confusionnel aigu.
- Risque de chute chez le patient âgé.

5.2 Corticostéroïdes

- Par voie systémique, pas de bénéfice antalgique dans les douleurs musculo-squelettiques à l'exception de celles secondaires à la polymyalgia rheumatica:
 - doses initiales: prednisonne 15 mg/j sur 3 à 6 semaines jusqu'à régression des signes inflammatoires para-cliniques;
 - sevrage progressif sur 6 à 8 mois, selon le tableau clinique et l'évolution de la VS.
- Potentiellement utile en injection intra-articulaire lors de poussées arthrosiques douloureuses ne répondant pas au traitement analgésique conventionnel.
- Pour plus d'informations, voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N°1 - 2007, p. 20-21.



- Candidose orale et/ou œsophagienne.
- Décompensation diabétique, rétention hydrosodée.
- Myopathie proximale.
- Troubles neuro-psychologiques (dépression, hypomanie, delirium).
- Faciès cushingoïde, hirsutisme, obésité tronculaire.
- Déminéralisation osseuse.

6. Les traitements rhumatologiques spécifiques

6.1 Calcitonine

- Effet antalgique sur les douleurs aiguës secondaires à une fracture vertébrale sur ostéoporose, pour autant que le traitement débute dans les 10 jours qui suivent celle-ci.
- Administration par:
 - voie nasale 200 UI/j ou
 - IM/SC 100 UI/j pendant 2 à 4 semaines.



- Rhinite par voie nasale.
- Flush, obnubilation, nausées, diarrhées, douleurs abdominales, musculaires.

6.2 Chondroprotecteurs

- Médicaments ayant pour objectif de rétablir l'équilibre métabolique des cartilages articulaires par un apport oral supplémentaire de sulfate de chondroïtine.
- Effet antalgique non clairement établi.
- Sulfate de chondroïtine 400-800 mg/j pendant 2 à 3 mois.



- Nausées, constipation.

6.3 Adjuvants viscoélastiques

- Substances à base d'acide hyaluronique, ayant pour objectifs de lubrifier et de protéger le cartilage articulaire.
- Effet antalgique non clairement établi.
- Injection intra-articulaire 1×/10 j, à raison de 3 injections au total.



- Risque infectieux lié au geste.
- Non remboursés par les caisses-maladie.

6.4 Autres traitements rhumatologiques spécifiques

- Divers médicaments sont disponibles dans le traitement des rhumatismes inflammatoires, parmi lesquels:
 - les immunomodulateurs,
 - les immunosuppresseurs,
 - les anticorps monoclonaux,
 - les antagonistes du TNF.
- Chez les patients présentant des douleurs réfractaires secondaires à ce type d'atteinte, une consultation rhumatologique est nécessaire pour discuter de l'indication de l'un ou l'autre de ces traitements.

7. Les approches non pharmacologiques

- Les douleurs musculo-squelettiques chroniques, comme les douleurs neuropathiques, sont difficiles à soulager. Il est donc essentiel de rencontrer régulièrement le patient pour le soutenir dans son adaptation aux pertes physiques, psychologiques et sociales. Il s'agit aussi de lui expliquer que les objectifs de la prise en charge visent à rendre acceptable la douleur – non sa disparition complète – et à maintenir autant que possible son activité fonctionnelle.
- Les approches non pharmacologiques font partie intégrante de la prise en charge antalgique. Il en existe un grand nombre, dont l'efficacité n'est néanmoins pas clairement établie. Bien que certaines d'entre elles puissent être difficiles à appliquer chez la personne âgée du fait de leur manipulation (pose d'électrodes d'un TENS), de la nécessité de capacités cognitives intactes (thérapies cognitivo-comportementales) ou des déplacements fréquents qu'elles impliquent (physiothérapie), l'expérience montre que de nombreux patients gériatriques bénéficient de ce type d'approche.
- L'essentiel des approches non pharmacologiques est présenté dans la seconde partie du cahier consacré aux douleurs neuropathiques (voir p.21).



En bref

Identifier et traiter une douleur neuropathique

Etiologies les plus fréquentes

- | | |
|----------------------------------|---|
| Douleurs non oncologiques | <ul style="list-style-type: none"> • Polyneuropathie diabétique • Douleurs post-zostériennes |
| Douleurs oncologiques | <ul style="list-style-type: none"> • Compression radiculaire ou médullaire • Neuropathie toxique sur chimiothérapie |

Identifier une douleur neuropathique

- | | | |
|------------------------|---|---|
| Anamnèse | La douleur présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes: | <ul style="list-style-type: none"> → Brûlure → Sensation de froid douloureux → Décharge électrique |
| Examen clinique | Présence d'un ou de plusieurs signes, là où est localisée la douleur: | <ul style="list-style-type: none"> → Hypoesthésie au tact → Hypoesthésie à la piqûre → Allodynie |

Approche pharmacologique de première ligne

	Dose initiale	Dose maximale
<ul style="list-style-type: none"> • Antidépresseurs tricycliques → Nortriptyline 	10-25 mg/j au coucher	150 mg/j
ou		
<ul style="list-style-type: none"> • Anticonvulsivants → Gabapentine → Prégabaline 	100-300 mg le soir ou 100 mg 3×/j 50-75 mg 2×/j	3600 mg/j 600 mg/j
ou		
<ul style="list-style-type: none"> • Tramadol 	25-50 mg aux 4 à 6h	400 mg/j
ou		
<ul style="list-style-type: none"> • Opiïdes forts → Morphine 	5-10 mg aux 4h	
ou		
<ul style="list-style-type: none"> • Lidocaïne transdermique 5% 	1 patch sur 12h	3 patchs sur 12h

Approches non pharmacologiques

- Soutien du patient dans son adaptation aux pertes physiques, psychologiques, sociales
- Thérapies physiques et réhabilitatives
- Thérapies cognitivo-comportementales
- Antalgie interventionnelle

Quelques conseils pratiques pour traiter la douleur neuropathique

- Traiter activement et précocement toute douleur neuropathique aiguë afin d'éviter qu'elle ne se chronicise.
- Rechercher systématiquement une étiologie potentiellement traitable lors de douleur neuropathique aiguë.
- Comme lors de douleurs nociceptives, utiliser systématiquement une échelle d'évaluation.
- Réévaluer régulièrement l'observance du patient et l'adéquation du traitement.
- Une diminution de 30% de l'intensité de la douleur peut déjà être significative pour le patient.
- Les douleurs neuropathiques sont difficiles à traiter. Environ 30% de celles-ci sont réfractaires à l'approche pharmacologique.
- Plusieurs essais thérapeutiques sont souvent nécessaires pour trouver un traitement suffisamment efficace et bien toléré.
- Chez le patient souffrant de douleurs neuropathiques non cancéreuses, débiter par une monothérapie non opioïde, telle qu'un anticonvulsivant. En cas d'échec, choisir un autre traitement non opioïde en monothérapie également. En cas de nouvel échec, utiliser le tramadol ou un opioïde fort.
- Chez le patient cancéreux, les douleurs neuropathiques sont le plus souvent associées à des douleurs nociceptives. Dans ce cas utiliser en première intention un opioïde, tel que le tramadol ou la morphine.
- En cas d'échec d'une monothérapie à posologie optimale, deux médicaments peuvent être associés à faible dose d'abord pour autant que leur mécanisme d'action soit différent.
- Éviter d'utiliser plus de trois médicaments simultanément.
- Chez le patient souffrant de douleurs neuropathiques non cancéreuses soulagées par un traitement opioïde, privilégier une forme galénique à libération prolongée une fois la posologie efficace déterminée.

Boîte à outils

Le questionnaire DN4

Nom, prénom

Date

Répondez aux 4 questions en cochant une seule case pour chaque item.

Interrogatoire du patient

Question 1: La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 2: La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants?

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen du patient

Question 3: La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence:

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
8. Hypoesthésie au tact?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piqûre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question 4: La douleur est-elle provoquée ou augmentée par:

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
10. Le frottement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Score du patient

...../10

Un score $\geq 4/10$ signe une douleur neuropathique (sensibilité 83%; spécificité 90%).

En savoir plus sur le traitement de la douleur neuropathique

1. Etiologies

Les douleurs neuropathiques sont secondaires à une atteinte du système nerveux central ou périphérique. Leur prévalence exacte n'est pas connue. Elle est estimée entre 0,6 et 5% dans la population en général. A noter que 90% des douleurs neuropathiques sont périphériques.

Etiologies des douleurs neuropathiques

Cancer	Infiltration tumorale, compression médullaire Symptôme paranéoplasique
Infection	Douleurs post-herpétiques HIV Mononucléose Lèpre Syphilis
Métabolique	Polyneuropathie diabétique Urémie Hypothyroïdie Porphyrie Amyloïdose
Post-chirurgical	Douleur fantôme
Neurologique	Post-AVC Sclérose en plaques Névrалgie du trijumeau Syndrome du tunnel carpien
Toxique	Alcool Chimiothérapie (cisplatine, vincristine) Arsenic, or, mercure
Immunologique	Myélome multiple Syndrome de Guillain-Barré
Déficit nutritionnel	Thiamine Acide folique Niacine

2. Tableau clinique

- Les douleurs neuropathiques se présentent sous formes isolées ou en association:
 - douleurs spontanées (indépendamment de tout stimulus);
 - douleurs provoquées par un stimulus (hyperalgésie, allodynie).
- Il existe deux types de douleurs spontanées, souvent associées:
 - fond douloureux permanent à caractère de brûlures, d'étai, d'arrachement ou de dysesthésies;
 - accès paroxystiques à type de douleurs fulgurantes, en décharges électriques.
- A l'examen clinique, présence fréquente, mais non obligatoire, de signes d'hyper-sensibilité (hyperalgésie, allodynie) et/ou de signes d'hypo-sensibilité (hypoesthésie, anesthésie) localisées au niveau de la zone innervée par la structure lésée.
- Ces douleurs peuvent se manifester à distance de la lésion initiale.



- Paresthésies Sensations anormales non douloureuses: fourmillements, picotements, engourdissement, démangeaisons.
- Dysesthésies Sensations anormales douloureuses: brûlures, décharges électriques.
- Hyperalgésie Douleur anormalement intense à une stimulation douloureuse: par exemple, marcher pieds nus sur du sable est ressenti comme marcher sur du verre pilé.
- Allodynie Douleur à une stimulation normalement indolore: par exemple, le contact des draps ou le port d'habits est douloureux.

3. Diagnostic

- Il repose sur l'anamnèse et l'examen clinique.
- Le questionnaire DN4 (voir Boîte à outils p. 16) est utilisé comme outil de dépistage. Il comporte dix items que le médecin remplit lui-même, sept relevant de l'interrogatoire du patient et trois établis sur la base de l'examen clinique.
Un score $\geq 4/10$ permet de suggérer la présence d'une douleur neuropathique avec une sensibilité de 83% et une spécificité de 90%.

4. Approche pharmacologique

- Différentes classes de médicaments peuvent être utilisées en première ligne. Aucune d'entre elles n'est efficace sur l'ensemble des douleurs neuropathiques, en raison de la diversité de leurs mécanismes, de leurs étiologies et des variations interindividuelles de la réponse aux médicaments.
- Il est rare qu'une molécule seule permette un soulagement complet de la douleur.
- Il est nécessaire d'initier la plupart des traitements à faibles doses et d'augmenter par palier, en fonction de la tolérance aux effets secondaires. Cette phase de titration peut durer jusqu'à huit semaines.
- Il est donc essentiel d'informer le patient que l'objectif du traitement est de rendre acceptable la douleur et que l'effet antalgique ne sera obtenu qu'après plusieurs semaines.

Médications de première ligne

	<i>Posologie initiale</i>	<i>Titration</i>	<i>Dose maximale</i>	<i>Précautions</i>
Antidépresseurs tricycliques Par exemple nortriptyline	10-25 mg au coucher	↑ de 25 mg/j chaque 3-7j	150 mg/j	Cardiotoxicité Patients âgés
Gabapentine	100-300 mg le soir ou 100 mg 3×/j	↑ de 100 mg 3×/j chaque 1-7j	3600 mg/j en 3 prises	Insuffisance rénale
Prégabaline	50-75 mg 2×/j	↑ 300 mg/j après 1 sem	600 mg/j en 2 prises	Insuffisance rénale
Tramadol	25-50 mg aux 4-6h	↑ par paliers de 20-30% chaque 1-7j	400 mg/j	Insuffisance rénale Nombreuses interactions médicamenteuses
Opioides forts Par exemple morphine	5-10 mg aux 4h	↑ par paliers de 20-30% chaque 1-7j		Insuffisance rénale
Lidocaïne transdermique	1 à 3 patchs sur 12h		3 patchs/j	Peau saine

4.1 Antidépresseurs tricycliques

- Effet antalgique démontré sur la polyneuropathie diabétique douloureuse, la douleur post-zostérienne et post-AVC.
- Pas de bénéfice démontré sur la polyneuropathie HIV, post-chimiothérapie et la douleur d'origine médullaire.
- Action antalgique par facilitation des voies descendantes inhibitrices de la douleur et par d'autres actions possibles (bloc des canaux sodiques, etc.).
- Préférer les antidépresseurs tricycliques type amines secondaires, tels que la nortriptyline, aux amines tertiaires (amitriptyline, imipramine), car mieux tolérés et tout aussi efficaces.
- Initier le traitement à faibles doses et titrer lentement sur 6 à 8 semaines selon la tolérance, par exemple:
 - nortriptyline 10 mg le soir au coucher à augmenter de 10 mg tous les 3 à 7 jours; dose maximale quotidienne: 150 mg/j.



- Sécheresse buccale, constipation, hypotension orthostatique, troubles de la conduction cardiaque, sédation, rétention urinaire, prise pondérale.
- Contre-indiqués dans le glaucome et l'adénome prostatique.
- Éviter les amines tertiaires, telles que l'amitriptyline, chez le patient gériatrique.
- Effectuer systématiquement un ECG chez le patient de plus de 40 ans.
- Contre-indiqué en association avec tramadol: risque de syndrome sérotoninergique.
- Interactions médicamenteuses pharmacocinétiques (CYT P450).

4.2 Gabapentine

- Effet antalgique démontré sur la polyneuropathie diabétique douloureuse, la douleur post-zostérienne, la douleur du membre fantôme et du syndrome de Guillain-Barré.
- Action antalgique supposée par diminution de l'excitabilité neuronale via l'inhibition de sous unité des canaux calciques.
- Médicament généralement bien toléré et sans interaction médicamenteuse pharmacocinétique relevante.
- Initier le traitement à faibles doses et titrer lentement sur 3 à 8 semaines selon la tolérance:
 - 300 mg/j, voire moins chez le patient âgé, en trois prises sur la journée ou une prise le soir à augmenter par palier de 100-300 mg/j tous les 1 à 7 jours; dose maximale quotidienne: 3600 mg/j en trois prises.



- Sédation, vertiges, œdèmes périphériques (cave insuffisant cardiaque NIH IV), sécheresse buccale.
- Adapter les posologies en fonction de la clearance à la créatinine, vu l'élimination rénale:

Clearance de la créatinine (ml/min)	Dose quotidienne (mg)
50-79	600-1200
30-49	300-900
15-29	150*-600
< 15	150*-300

*300 mg tous les 2 jours.

4.3 Prégabaline

- Effet antalgique démontré sur la polyneuropathie diabétique douloureuse et la douleur post-zostérienne.
- Mécanisme d'action, effet antalgique et tolérance similaires à la gabapentine.
- Effet antalgique plus rapide que celui de la gabapentine en raison peut-être d'une meilleure biodisponibilité (moins de variabilité).
- Médicament généralement bien toléré et sans interaction médicamenteuse pharmacocinétique notable.
- Initier le traitement à faibles doses et titrer lentement sur 1 à 4 semaines selon la tolérance:
 - 150 mg/j, voire moins chez le patient âgé, en deux prises à augmenter par palier de 150 mg/j tous les 1 à 7 jours; dose maximale quotidienne: 600 mg/j en deux prises.



- Sédation, vertiges, œdèmes périphériques (cave insuffisant cardiaque NIH IV), sécheresse buccale.
- Adapter les posologies en fonction de la clearance à la créatinine, vu son élimination rénale; contre-indiquée lors d'une clearance < 30 ml/min.

4.4 Tramadol

- Effet antalgique démontré sur diverses polyneuropathies douloureuses et la douleur post-zostérienne.
- Analgésique du palier 2, approximativement quatre fois moins puissant que la morphine.
- Opioïde agoniste et inhibiteur de la recapture neuronale de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA).
- Initialement 25 mg (10 gouttes) PO aux 4 à 6 heures; dose maximale: 400 mg/j.
- Existe également sous forme retard aux 12 heures.



- Effets secondaires des opioïdes.
- Effets secondaires des IRSNA: confusion, somnolence, vertiges, tremblements, convulsion, nausées et vomissements.
- Contre-indiqué en association avec IMAO, antidépresseurs tricycliques et sérotoninergiques: risque de syndrome sérotoninergique.
- Interactions médicamenteuses pharmacocinétiques (CYT P450).
- Chez la personne âgée, initier prudemment: 5-10 gouttes aux 6 heures; espacer ou diminuer les doses dans l'insuffisance rénale; contre-indiqué si clearance estimée de la créatinine < 10 ml/min.

4.5 Opioides forts

- Effet antalgique démontré sur la polyneuropathie diabétique douloureuse, la douleur post-zostérienne, la douleur du membre fantôme et divers syndromes neuropathiques mixtes (morphine, oxycodone).
- La méthadone est une molécule prometteuse en raison de son action antagoniste sur les récepteurs NMDA (récepteurs N-méthyl-D-aspartate) mais sa pharmacocinétique, le risque cardiovasculaire spécifique (QT long) et l'image sociale véhiculée rendent son usage plus difficile dans ce contexte; sa prescription à visée antalgique ne nécessite pas une autorisation spéciale auprès du médecin cantonal.
- Privilégier les formes galéniques à libération retardée, une fois déterminé par la titration la dose nécessaire.
- Pour plus d'informations, voir *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* N°1 - 2007, p. 12-14.

4.6 Lidocaïne topique (transdermique)

- Effet antalgique démontré sur la douleur post-zostérienne.
- Particulièrement intéressante chez le patient gériatrique en raison de l'absence d'effets systémiques et d'interactions médicamenteuses.
- Appliquer un patch sur la zone douloureuse pendant 12 heures; dose maximale: 3 patches.



→ Ne pas appliquer sur une peau lésée (dermatite, ulcère).

5. Les approches non pharmacologiques

Les douleurs neuropathiques sont difficiles à soulager: 30% environ d'entre elles ne répondent pas à l'approche pharmacologique. Par ailleurs, il est rare de trouver dès le premier essai une molécule suffisamment efficace et bien tolérée. Enfin, les phases de titration durent plusieurs semaines pour la plupart des médicaments.

Il est donc essentiel de rencontrer régulièrement le patient pour le soutenir dans son adaptation aux pertes physiques, psychologiques et sociales. Il s'agit aussi de lui expliquer que les objectifs de la prise en charge visent à rendre acceptable la douleur – non sa disparition complète – et à maintenir autant que possible son activité fonctionnelle.

5.1 Thérapie physique et réhabilitative

- Changements du style de vie, modifications de l'environnement.
- Physiothérapie dans l'objectif de maintenir la mobilité et l'autonomie.
- Ultrasons, massages, acupuncture.
- Stimulation électrique transcutanée (TENS).

5.2 Approches psychologiques

- Hypnose et autohypnose.
- Relaxation (training autogène de Schultz, technique de Jacobson, méditation) et biofeedback.
- Approche cognitivo-comportementale:
 - techniques de diversion de l'attention;
 - restructuration cognitive, etc.

5.3 Thérapie interventionnelle

Elle fait appel à diverses techniques, telles que les blocs nerveux périphériques, la neurolyse chimique ou physique (névralgie du trijumeau), l'analgésie intrathécale et les approches spinales. Elle sera développée dans un cahier du *Guide des soins palliatifs du médecin vaudois* qui lui est spécifiquement consacré.

Liste des spécialités

PO: oral; NA: nasal; SC: sous-cutané; IM: intramusculaire; TO: topique; IA: intra-articulaire.

Médicament	Voie d'admin.	Intervalle admin.	Dosage	Volume	Emballage	Informations
Antidépresseurs tricycliques						
Anafranil (clomipramine)	PO	1-3x/j	10 mg		30, 200 cp	
Anafranil (clomipramine)	PO	1-3x/j	25 mg			
Anafranil (clomipramine) SR	PO	1x/j	75 mg		20, 100 cp	Sécables
Nortrilén (nortriptyline)	PO	1-3x/j	10 mg			
Nortrilén (nortriptyline)	PO	1-3x/j	25 mg		50 cp	
Sarotén Retard (amitriptyline)	PO	1-3x/j	25 mg			
Sarotén Retard (amitriptyline)	PO	1-3x/j	50 mg		30, 100 cp	
Surmontil (trimipramine)	PO	1-3x/j	25 mg		50, 100 cp	Sécables
Surmontil (trimipramine)	PO	1-3x/j	100 mg		20, 100 cp	Sécables
Surmontil (trimipramine)	PO	1-3x/j	40 mg/ml	30 ml	1 flacon gtte	1 gtte = 1 mg
Tofranil (imipramine)	PO	1-3x/j	10 mg		60 cp	
Tofranil (imipramine)	PO	1-3x/j	25 mg		50, 200 cp	
Trimine (trimipramine)	PO	1-3x/j	25 mg		50, 200 cp	
Trimine (trimipramine)	PO	1-3x/j	100 mg		20, 100 cp	
Tryptizol (amitriptyline)	PO	1-3x/j	10 mg		100 cp	
Tryptizol (amitriptyline)	PO	1-3x/j	25 mg			
Tryptizol (amitriptyline)	PO	1-3x/j	75 mg		30, 100 cp	
Gabapentine/Prégabaline						
Gabapentine	PO	3x/j	100 mg			
Gabapentine	PO	3x/j	300 mg			
Gabapentine	PO	3x/j	400 mg		50, 100 cp	
Gabapentine	PO	3x/j	600 mg			
Gabapentine	PO	3x/j	800 mg			
Gabapentine-Mepha	PO	3x/j	100 mg			
Gabapentine-Mepha	PO	3x/j	300 mg		50, 100 cp	
Gabapentine-Mepha	PO	3x/j	400 mg			
Gabapentine-Mepha	PO	3x/j	600 mg			
Gabapentine-Mepha	PO	3x/j	800 mg		50, 100 cp	Sécables
Gabapentine-Sandoz	PO	3x/j	100 mg			
Gabapentine-Sandoz	PO	3x/j	300 mg		50, 100 cp	
Gabapentine-Sandoz	PO	3x/j	400 mg			
Gabapentine-Sandoz	PO	3x/j	600 mg			
Gabapentine-Sandoz	PO	3x/j	800 mg		50, 100 cp	Sécables
Neurontin (gabapentine)	PO	3x/j	100 mg			
Neurontin	PO	3x/j	300 mg		50, 100 cp	
Neurontin	PO	3x/j	400 mg			
Neurontin	PO	3x/j	600 mg			
Neurontin	PO	3x/j	800 mg		50, 100 cp	
Lyrica (prégabaline)	PO	2x/j	25 mg		14 cp	
Lyrica	PO	2x/j	50 mg		84 cp	
Lyrica	PO	2x/j	75 mg		14, 56 cp	
Lyrica	PO	2x/j	100 mg		84 cp	
Lyrica	PO	2x/j	150 mg		56, 168 cp	
Lyrica	PO	2x/j	200 mg		84 cp	
Lyrica	PO	2x/j	300 mg		56, 168 cp	

Liste des spécialités

PO: oral; NA: nasal; SC: sous-cutané; IM: intramusculaire; TO: topique; IA: intra-articulaire.

Médicament	Voie d'admin.	Intervalle admin.	Dosage	Volume	Emballage	Informations
Baclofène/Tizanidine						
Liorésal	PO	3-5x/j	10 mg		50, 200 cp	
Liorésal	PO	3x/j	25 mg		50 cp	
Sirdalud	PO	3x/j	2 mg		30, 100 cp	Sécables
Sirdalud	PO	3x/j	4 mg		14, 30 cp	
Sirdalud MR	PO	1x/j	6 mg		30 cp	
Sirdalud MR	PO	1x/j	12 mg			
Calcitonine						
Miacalcic Ampoules	SC/IM	1x/j	100 UI/ml		5, 50 amp	
Miacalcic Spray nasal	NA	2x/j	100 UI/ nébulisation		1 fl	1 fl = 14 doses unitaires
Miacalcic Spray nasal	NA	1x/j	200 UI/ nébulisation			
Chondroprotecteurs						
Condrosulf	PO	1-2x/j	400 mg		60, 180 sach, cp, caps	
Condrosulf	PO	1x/j	800 mg		30, 90 sach, cp	
Structum	PO	2x/j	500 mg		60, 240 cp	
Adjuvants visco-élastiques						
Hyalur	IA	1x/10j		2 ml	1, 3, 5 ser	Seringue prête à l'emploi
Ostenil	IA	1x/10j		2 ml	1, 3, 5 ser	Seringue prête à l'emploi
Sinovial	IA	1x/10j		2 ml	3, 5 ser	Seringue prête à l'emploi
Suplasyn	IA	1x/10j		2 ml	1, 3 ser	Seringue prête à l'emploi
Suplasyn	IA	1x/10j		2 ml	1, 3 flac-amp	Flacon à usage unique
Suplasyn-md	IA	1x/10j		0,7 ml	1 ser	Seringue prête à l'emploi
Synvisc	IA	1x/10j		2 ml	1, 3 ser	Seringue prête à l'emploi
Lidocaïne transdermique						
Neurodol Tissugel	TO	1x/j pdt 12h				5, 10 plasters

Quelques références utiles

PASSIK SD, KIRSH KL, WHITCOMB L, et al. A new tool to assess and document pain outcomes in chronic pain patients receiving opioid therapy.

Clin Ther 2004; 26 : 552-61.

KIRSH KL, WHITCOMB LA, DONAGHY K, PASSIK SD. Abuse and addiction issues in medically ill patients with pain: attempts at clarification of terms and empirical study.

J Clin Pain 2002; 18 (4 Suppl) : 552-60.

DESMEULES J, ALLAZ AF, ROUX E, et al. Opioides dans les douleurs non cancéreuses: un bénéfice avéré dans des situations bien identifiées.

Med Hyg 2001; 59 : 813-18.

SCHNITZER TJ. Update on guidelines for the treatment of chronic musculoskeletal pain.

Clin Rheumatol 2006; 25 (Suppl 1) : S22-29.

NICHOLSON B, PASSIK SD. Management of chronic noncancer pain in the primary care setting.

South Med J 2007; 100 : 1028-36.

BOUHASSIRA D, ATTAL N, FERMANIAN J, ALCHAAR H, et al. Development and validation of the Neuropathic Pain Symptom Inventory.

Pain 2004; 108 : 248-57.

GILRON I, WATSON CP, CAHILL CM, MOULIN DE. Neuropathic pain: a practical guide for the clinician.

CMAJ 2006; 175 : 265-75.

CHEN H, LAMER TJ, RHO RH, et al. Contemporary management of neuropathic pain for the primary care physician.

Mayo Clin Proc 2004; 79 : 1533-45.

DWORKIN RH, BACKONJA M, ROWBOTHAM MC, et al. Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations.

Arch Neurol 2003; 60 : 1524-34.

ROWBOTHAM MC, TWILLING L, DAVIES PS, et al. Oral opioid therapy for chronic peripheral and central neuropathic pain.

N Engl J Med 2003; 348 : 1223-32.

Ressources en soins palliatifs

Equipes mobiles en soins palliatifs (EMSP)

Les EMSP sont des équipes interdisciplinaires à la disposition des médecins traitants, des infirmières, des équipes, des infirmières ressources en soins palliatifs dans les soins aux patients palliatifs à domicile, en EMS, en hôpitaux ou en institutions pour personnes handicapées.

EMSP Arc (Ouest)

079 783 23 56 • aubspal@ehc.vd.ch

EMSP Arcos (Centre)

021 314 16 01 • emsp@hospvd.ch • <http://www.arcosvd.ch>

EMSP Ascor – FSC (Est)

079 366 96 86 • eqmobsoinspal@bluewin.ch • <http://www.reseau-ascor.ch>

EMSP Nord – Broye

079 749 37 39 • emsp@rezonord.net

Service de soins palliatifs/CHUV

021 314 02 88 • soins.palliatifs@chuv.ch • <http://www.chuv.ch>

Equipe pédiatrique cantonale de soins palliatifs et de soutien DMCP – CHUV

079 772 59 81 • patricia.fahrni-nater@chuv.ch

Autres adresses utiles

EHC Hôpital d'Aubonne

021 821 41 11 • dominique.anwar@ehc.vd.ch

EHNV – Site Chamblon

024 447 11 11 • maurice.baechler@ehnv.ch • <http://www.ehnv.ch>

EHNV – Site Orbe

024 442 61 11 • jose.arm@ehnv.ch • <http://www.ehnv.ch>

Fondation Rive-Neuve

021 967 16 16 • danielle.beck@riveneuve.ch • <http://www.rive-neuve.ch>

Hôpital de Lavaux, Unité de soins palliatifs

021 799 01 11 • gerard.pralong@hopitaldelavaux.ch

Hôpital Riviera, Site de Mottex soins palliatifs

021 943 94 11 • etienne.rivier@hopital-riviera.ch

Centre de diffusion – Service de soins palliatifs – CHUV

021 314 51 67 • spl.diffusion-soinspalliatifs@chuv.ch



Dr Pierre De Vevey et Dr Claude Cachin.



Dr Nicolas Dolivo.

Photos Joël François Pons