

La douleur chronique

Lombalgie, arthrose et douleur neuropathique

Présenté par:

Dre Frédérique Préfontaine-Racine

Dre Olivia Yip

Dre Mélissa Godin

R2 en médecine familiale





Objectif de la présentation:

Réviser les meilleures conduites en douleur chronique, en s'attardant plus particulièrement à la douleur lombaire, arthrosique et neuropathique



Plan de la **présentation**



Introduction



Article PEER



PEC lombalgie



PEC arthrose



**PEC douleur
neuropathique**



**Opioides et cannabinoïdes
en douleur chronique**



Conclusion

La douleur chronique

Introduction

- Prévalence importante ;
Au Canada, 1 personne sur 5 vit avec des douleurs chroniques 
- Complexe et difficile à traiter
- La littérature sur la gestion de la douleur est parfois incohérente et fréquemment extrapolée à partir des contextes de douleur aiguë et de soins palliatifs
- Une augmentation de l'abus d'opioïdes sur ordonnance, de surdose et de décès a été notée



La douleur chronique

Introduction

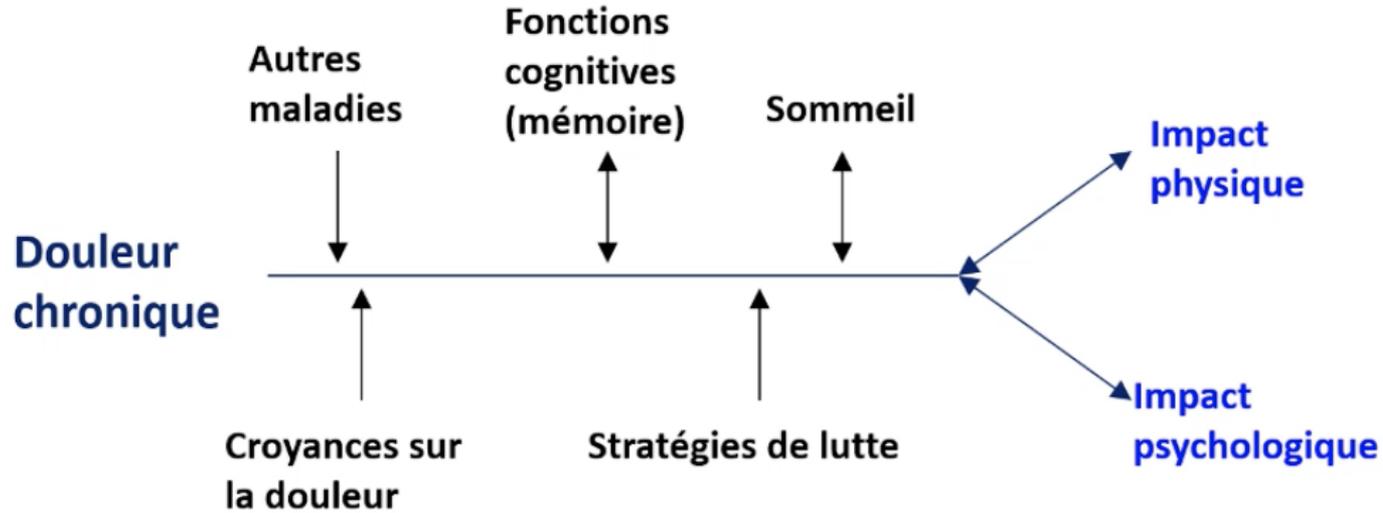
Définition : Une douleur qui persiste depuis au moins **12 semaines**

«Une expérience **sensorielle** et **émotionnelle** désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle»

- International Association for the Study of Pain



La douleur chronique



Lignes directrices simplifiées de PEER sur la douleur chronique

Gestion de la douleur chronique lombaire, arthrosique et neuropathique en première ligne

- Élaborés en mettant l'accent sur les meilleures données probantes disponibles et sur les principes de décision partagée
- Par 10 professionnels de la santé
- 3 revues systématiques ont été faites entre mars 2020 et mai 2021 pour un total 285 études avec répartitions aléatoires et contrôlées analysées



Recommandations: traitement non-pharmacologique

1. L'activité physique

- C'est le fondement de la gestion de la **douleur arthrosique** et **lombaire chronique**
- Les bienfaits liés à l'exercice persistent au-delà de 12 semaines
- Tous les types d'activité physique sont recommandés, selon la préférence du patient, puisqu'ils sont tous d'une efficacité comparable*
- L'objectif de l'activité doit être la gestion de la douleur indépendamment de la perte pondérale
- Les moniteurs d'activité portables, jumelés à une ordonnance d'exercice sont recommandés pour les patients qui demandent de l'aide pour intensifier leur activité physique
- Pas de recommandation relative pour la **douleur neuropathique** puisque les données probantes sont non concluantes pour ce type de douleur

Recommandations: traitement non-pharmacologique

2. Interventions psychologiques



- Il est suggéré de discuter des options de **thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** ou de **réduction de stress basée sur la pleine conscience** pour la gestion de la douleur chronique lombaire, arthrosique et neuropathique





Recommandations: Traitement pharmacologique 1. Douleur arthrosique

Recommandations: traitement pharmacologique

1. Douleur arthrosique

- Comme **1ère option** (tx pour lesquels des données probantes ont démontré un bienfait) :
 - Corticostéroïdes intra-articulaires
 - IRSN
 - AINS oraux
 - AINS topiques*
- **2e option** (Tx pour lesquels les données probantes n'ont pas démontré de bienfait ou ne sont pas concluantes) :
 - Non concluant : Glucosamine, chondroïtine ou viscosupplémentation
 - Pas de bienfait : acétaminophène
- Tx pour lesquels les préjudices surpassent probablement les bienfaits chez la plupart des patients:
 - Opioides
 - Cannabinoïdes





Recommandations: Traitement pharmacologique

2. Lombalgie chronique



Recommandations: traitement pharmacologique

2. Lombalgie chronique

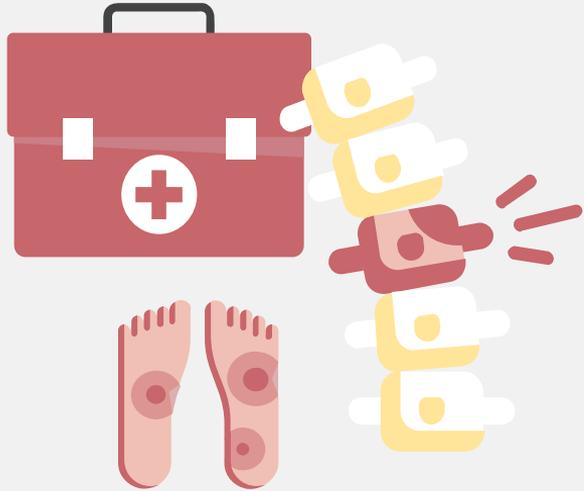


- Comme **1ère option** (tx pour lesquels des données probantes ont démontré un bienfait) :
 - AINS oraux
 - IRSN (duloxétine)
 - Manipulation de la colonne
 - Antidépresseurs tricycliques (ATC)
- **2e option** (Tx pour lesquels les données probantes n'ont pas démontré de bienfait ou ne sont pas concluantes) :
 - Non concluant : Acupuncture, rubéfiants
 - Pas de bienfait : injections de corticostéroïdes (injections épidurales)*
- Tx pour lesquels les préjudices surpassent probablement les bienfaits chez la plupart des patients:
 - Opioïdes
 - Cannabinoïdes



Recommandations: Traitement pharmacologique

3. Douleur neuropathique



Recommandations: traitement pharmacologique

3. Douleur neuropathique



- Comme **1ère option** (tx pour lesquels des données probantes ont démontré un bienfait) :
 - Gabapentinoïdes (gabapentine et prégabaline)
 - IRSN (duloxétine)
 - Rubéfiants
- **2e option** (Tx pour lesquels les données probantes n'ont pas démontré de bienfait ou ne sont pas concluantes) :
 - Non concluant : Antidépresseurs tricycliques (ATC), cannabinoïdes, nitrate topique en vaporisateur
 - Pas de bienfait : Acupuncture, kétamine topique, amitriptyline topique, doxépine topique, associations topiques
- Tx pour lesquels les préjudices surpassent probablement les bienfaits chez la plupart des patients:
 - Opioïdes
 - Topiramate
 - Oxcarbazépine



Recommandations: traitement pharmacologique

Douleur chronique

- Il est suggéré de discuter avec le patient de l'ajout d'un autre médicament si le médicament initial n'a été que **partiellement** bénéfique
- Les données actuelles sont insuffisantes pour émettre des recommandations précises sur le traitement d'association à sélectionner

Lignes directrices simplifiées de PEER sur la douleur chronique: Résumé

Interventions thérapeutiques aux fins de discussion avec les patients

Activité physique

L'activité physique est le fondement d'un plan thérapeutique de la douleur arthrosique et lombaire chronique.

La douleur est soulagée chez environ 2 personnes sur 3 qui intensifient leur activité, indépendamment de la perte pondérale.

- ✓ Les patients peuvent choisir l'activité qui leur plaît: une activité n'est pas meilleure qu'une autre!
- ✓ Les moniteurs d'activité portables jumelés à une ordonnance d'exercice aident à intensifier l'activité physique.



Thérapie psychologique

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou la réduction du stress basée sur la pleine conscience soulagent la douleur chez quelque 30-60% des patients qui souffrent de douleur chronique, comparativement à 10-30% des groupes témoins (p. ex. liste d'attente ou aucune intervention).

Options thérapeutiques

Pourcentage de patients qui auront une réduction pertinente (≥ 30%) de la douleur:

	ARTHROSE	LOMBALGIE CHRONIQUE	DOULEUR NEUROPATHIQUE
Fondement du traitement	L'activité physique est le fondement d'un plan thérapeutique de la douleur arthrosique et lombaire chronique.		
Autre option	La thérapie psychologique est une option pour les patients atteints de ces affections.		
	Placebo ou témoin: 40%	Placebo ou témoin: 40%	Placebo ou témoin: 29%
Autres traitements pour lesquels le bienfait est clair	Corticostéroïdes intra-articulaires: 70%	AINS oraux: 58%	Gabapentinoïdes: 44%
	IRSN: 61%	Manipulation de la colonne: 55%	IRSN: 42%
	AINS oraux: 58%	ATC: 53%	Rubéfiants (p. ex. capsaïcine): 40%
	AINS topiques: 51%	IRSN: 50%	
Traitements pour lesquels le bienfait est incertain	Glucosamine Chondroïtine Viscosupplémentation	Acupuncture Rubéfiants (p. ex. capsaïcine)	ATC Cannabinoïdes Nitrate topiques
Traitements pour lesquels les données indiquent l'absence de bienfait	Acétaminophène	Corticostéroïdes (épiduraux)	Acupuncture Kétamine, amitriptyline, doxépine ou associations topiques
Traitements pour lesquels les préjudices surpassent les bienfaits	Opioides Cannabinoïdes	Opioides Cannabinoïdes	Opioides Topiramate Oxcarbazépine

Plus d'information sur: <https://pain-calculator.com>.

Il n'y avait pas d'analyse des répondants pour: arthrose (rubéfiants, injections de plasma riche en plaquettes, ATC), lombalgie (acétaminophène, relaxants musculaires, IRSN, anticonvulsifs, AINS topiques), douleur neuropathique (exercice et lidocaïne).

Lignes directrices simplifiées de PEER sur la douleur chronique: Résumé

Principaux effets indésirables

TRAITEMENTS	POURCENTAGE D'ABANDONS DUS AUX EFFETS INDÉSIRABLES	PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES DONT IL FAUT PARLER AVEC LE PATIENT	PRIX ¹ (3 MOIS)
Placebo	~5% (2-9%)	--	--
Acétaminophène	Non statistiquement plus mauvais que le placebo ou les témoins	Domagés hépatiques liés à la surdose	25-50\$
Acupuncture		Non rapporté	150-300+\$
Chondroïtine ou glucosamine		Aucun rapporté comme étant supérieur au placebo	<50\$
Corticostéroïdes (injections intra-articulaires ou autres)		Infection (une sur ~50,000); céphalée post-ponction durable avec l'injection spinale	25-50\$
Activité physique		Douleur musculaire légère	0-500+\$
AINS (topique)	6%	Réaction au point d'application	50-75\$
Rubéfiants (p. ex. capsaïcine)	6%	Brûlures localisées, rougeur de la peau	50-75\$
Cannabinoïdes	10%	Étourdissements, nausée, somnolence, confusion	150-300+\$
Gabapentinoïdes	12%	Étourdissements, œdème périphérique, gain pondéral	<50-150\$
IRSN	12%	Étourdissements, sédatation, troubles d'estomac, perte pondérale	<50-300\$
ATC	16%	Sécheresse buccale, étourdissements, somnolence	25-150\$
Opioides	27%	Sédatation, étourdissements, constipation, prurit, vomissements, nausée, dépendance, surdose	75-300\$
AINS (oral)	Non rapporté	Troubles d'estomac, saignements gastro-intestinaux, hausse de la tension artérielle, aggravation des troubles rénaux, insuffisance cardiaque (nouvelle ou aggravée); augmentation du risque d'infarctus du myocarde avec certains AINS	50-100\$
Thérapie psychologique		Non rapporté	Variable
Manipulation de la colonne		Des rapports de cas ont associé la manipulation de la nuque avec des AVC ²	150-300+\$
Agents topiques (nitrate, amitriptyline, kétamine, doxépine)		Réactions locales: Nitrate: céphalée, palpitations possibles	Nitrate: <25\$ Others: 175-300+\$
Viscosupplémentation		Réactions au point d'injection	150-300+\$

Références: 1) Prix des médicaments d'ordonnance tirés de <https://pricingdoc.ca> et <https://www.mckesson.com>. 2) Jones T, Kelsberg G, Saffranek S. *Am Fam Physician*. 2014;90:115-6. 3) Nielsen SM, Tarp S, Christensen R, Bikkild H, Klokke L, Hemriksen M. *Syst Rev* 2017;6(1): 64. Illustrations par Storyset: <https://storyset.com/>

Points de pratique

- Ordonnance d'activité physique accessible sur RxFiles (<https://bit.ly/ExerciseRxFiles>)
- Il est raisonnable d'ajouter un deuxième médicament lorsque le premier agent procure un bienfait partiel
- Les objectifs du traitement doivent être déterminés par les patients, être réalistes et viser des résultats fonctionnels
- Instaurer, augmenter et réduire progressivement la dose ou arrêter 1 médicament à la fois afin de surveiller précisément la réponse ou les effets indésirables

AINS = anti-inflammatoires non stéroïdiens; IRSN = inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline; ATC = antidépresseurs tricycliques

Les points forts



**Axé sur la décision
partagée**



**Axé sur la prise de
décisions éclairées**

Gestion de la douleur chronique en première ligne

Encadré 2. Points de pratique pour gérer la douleur chronique en première ligne

- Les objectifs du traitement doivent être fixés par les patients, être réalistes et viser des résultats fonctionnels
- Instaurer, augmenter et réduire progressivement la dose, ou arrêter 1 médicament à la fois afin de surveiller plus précisément la réponse ou les effets indésirables
- La réduction de la dose des médicaments est ce qui offre en général le plus grand bienfait et le plus faible risque d'effets indésirables
- Envisager d'arrêter toute intervention pharmacologique n'ayant montré aucun bienfait net entre les semaines 8 et 12. La déprescription est aussi une forme de gestion de la douleur chronique
- Les échelles de douleur sont controversées, puisqu'elles seraient un reflet des facteurs émotionnels et psychologiques plutôt que de la douleur en soi. Il faut se concentrer sur l'adaptation à la douleur et sur l'impact de celle-ci sur les activités et le fonctionnement quotidiens
- Envisager d'utiliser un outil simple comme le POMI pour identifier les patients présentement sous opioïdes qui pourraient avoir un trouble de consommation d'opioïdes
- Envisager de faire le dépistage des traumatismes antérieurs, y compris des expériences indésirables durant l'enfance ou de l'état de stress post-traumatique. Cela pourrait contribuer au rapport thérapeutique et aider à mieux comprendre les mécanismes d'adaptation du patient

POMI—Prescription Opioid Misuse Index.

Limitations des recommandations



**Utilisation des opioïdes
ou des cannabinoïdes**



Cas complexes



**Absence de
consensus clair**



**Absence de
définitions claires**

Utilisation du cannabis médical et des cannabinoïdes en douleur chronique

RAPID RECOMMENDATIONS

Medical cannabis or cannabinoids for chronic pain: a clinical practice guideline

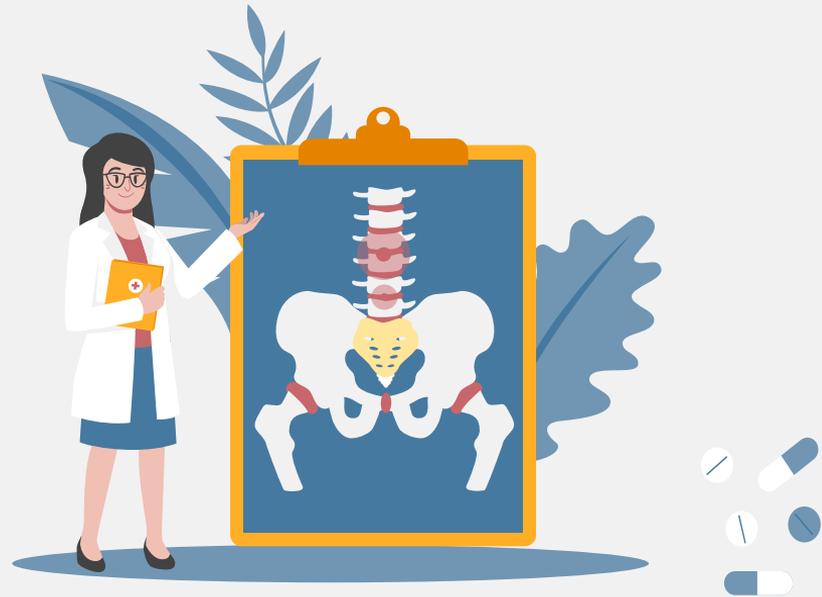
Recommandations sur l'utilisation du cannabis médical ou des cannabinoïdes en douleur chronique (BMJ 2021)

QUESTION CLINIQUE

Quel est le rôle du cannabis médical et des cannabinoïdes chez les personnes atteintes de douleur chronique secondaire au cancer ou aux causes non-cancéreuses

RECOMMANDATIONS

Faible recommandation d'offrir essai thérapeutique de cannabis médical ou cannabinoïdes si les soins usuels sont insuffisants



Population

These recommendations apply only to people with these characteristics:



All patients living with moderate to severe chronic pain

Applies to people with:

- ✔ Cancer and non-cancer pain
- ✔ Neuropathic pain, nociceptive pain, and nociplastic pain

May or may not apply to:

- ? Paediatric populations
- ? Veterans
- ? Patients with concurrent mental illness
- ? Patients receiving disability benefits or involved in litigation

Does not apply to:

- ✘ Inhaled medical cannabis
- ✘ Recreational cannabis
- ✘ Patients receiving end of life care

Recommendation



Standard care

No trial of medical cannabis or cannabinoids

OR

Cannabis

Standard care plus a trial of non-inhaled medical cannabis or cannabinoids



Strong

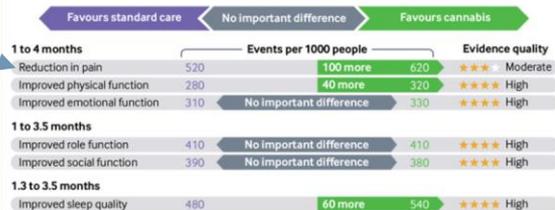
Weak

Weak

Strong

If standard care is not sufficient, we suggest offering a trial of non-inhaled medical cannabis or cannabinoids

Evidence profile potential benefits



Evidence profile potential short term harms



Key practical issues

Cannabis

Therapeutic trials should start with low dose, non-inhaled cannabinoid products, gradually increasing the dose and tetrahydrocannabinol level depending on clinical response and tolerability

Prior cannabis experience should be considered, and adverse events should be carefully monitored

For younger or adolescent patients, cannabinoid-predominant preparations should be preferred, because of uncertain effects of tetrahydrocannabinol on neurocognitive development

Patients should avoid driving or operating machinery while starting or changing dose of medical cannabis

Women contemplating pregnancy, pregnant women, or women who are breast feeding should be encouraged to discontinue use of medical cannabis in favour of alternative therapy

Values and preferences

The weak recommendation reflects a high value placed on small to very small improvements in self reported pain intensity, physical functioning, and sleep quality, and willingness to accept a small to modest risk of mostly self limited and transient harms



See an interactive version of this graphic online

<https://bit.ly/BMJrCANN>

Utilisation des opioïdes en douleur chronique

DOULEUR CHRONIQUE
ET OPIOÏDES: L'ESSENTIEL

MAI 2009

Lignes directrices

du Collège des médecins du Québec



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

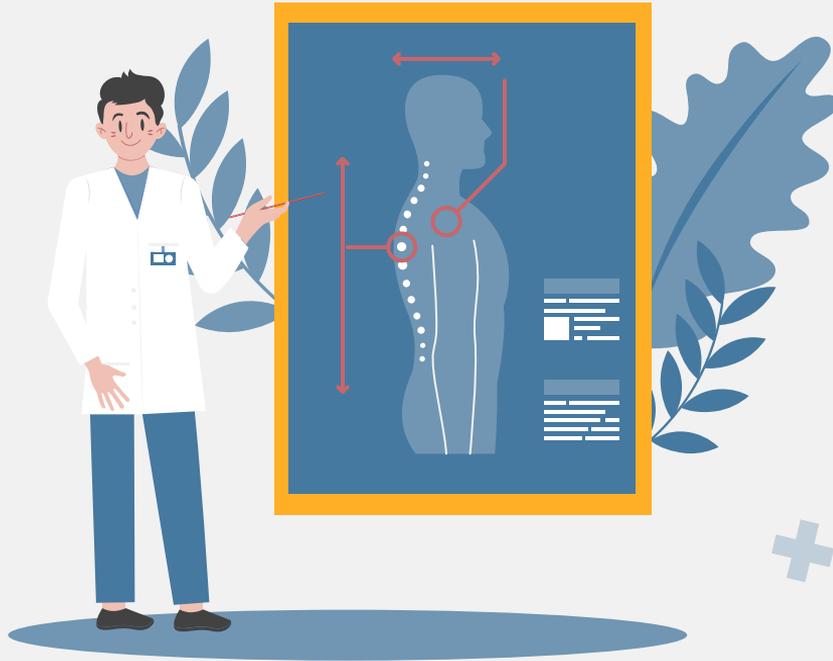
Les opioïdes sont rarements utilisés en première ligne pour la DCNC

Il est généralement admis de les introduire

- En **deuxième ligne**, après l'acétaminophène et les anti-inflammatoires, pour la douleur nociceptive
- En **deuxième ou troisième ligne** pour la douleur neuropathique
- Les opioïdes à longue durée d'action ou les timbres transdermiques sont priorisés et le recours aux entredoses est plutôt limité



CONCLUSIONS



- Importance des **mesures non-pharmacologiques** (activité physique et psychothérapie) par rapport à l'impact modeste de la médication
- Importance de la **décision partagée** pour permettre au patient de participer à la gestion et la prise en charge de sa douleur
- **Complexité** de la douleur chronique

Merci!

CREDITS: This presentation template was created by **Slidesgo**, including icons by **Flaticon** and infographics & images by **Freepik**



RÉFÉRENCES

- <https://www.cfp.ca/content/68/3/e63>
- <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2040>
- https://cep.health/media/uploaded/CEP_CoreBackTool_2018_FR_V4.pdf
- https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/12/Douleurs-chroniques-et-opioides.Col_.méd.Quebec.2009.pdf
- <https://fmoq-mdq.s3.amazonaws.com/2022/2/004-020-VieProfessionnelle-0222-4.pdf>
- <https://fmoq-mdq.s3.amazonaws.com/2020/10/053-056-InfoComp-1020.pdf>
- [An illustration of a female doctor with long black hair, wearing a white lab coat over a blue top and blue pants. She is holding a magnifying glass over a framed diagram of the human spine and pelvis. The diagram shows the lumbar and sacral vertebrae, and the pelvic bones. The doctor is also holding a clipboard with a checklist. There are decorative elements like blue leaves and pills \(one white, one blue and white\) scattered around the scene.](https://pain-</div><div data-bbox=)