



### Mai 2015



#### **Consommation médicamenteuse chez le patient avec des douleurs chroniques : nouvel outil !**

Par Virginie Piano (CETD - Hôpital La Timone - Marseille)

#### **Article commenté :**

#### **The Quantitative Analgesic Questionnaire: A Tool to Capture Patient-Reported Chronic Pain Medication Use**

Robinson-Papp J. et al. J Pain Symptom Manage. 2015 Apr 22. pii: S0885-3924(15)00180-3. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.03.013.

Le *Quantitative Analgesic Questionnaire* (QAQ) est un nouvel instrument développé pour recueillir et comprendre les données du patient se rapportant à sa consommation médicamenteuse dans le cadre de ses douleurs chroniques. La population étudiée était de 149 patients infectés par le VIH, souffrant de douleurs chroniques, avec un bras en analyse rétrospective et un bras en prospectif (34 participants). Il s'agissait particulièrement de l'observance du traitement antalgique prescrit, mais aussi de l'automédication.

Ce questionnaire a été créé à partir du *Brief Medication Questionnaire* (validé pour l'adhésion au traitement antirétroviral, antihypertenseur et chez les insuffisants rénaux au stade terminal) et comparé aux résultats d'un pilulier électronique ou autre système de recueil électronique des données du patient. Le questionnaire final était composé de trois parties : 1) quantification

des traitements médicamenteux per os par semaine, 2) utilisation de patches de fentanyl ou de buprénorphine et 3) utilisation de topiques. Ce questionnaire a été rempli en trois étapes : 1) le patient répond spontanément aux questions, 2) le patient est interrogé sur les traitements pris en automédication et 3) le patient est interrogé sur chaque traitement prescrit sur son ordonnance en lui demandant ceux qui ont un effet antalgique. Pour le groupe prospectif, un recueil des données est réalisé de façon électronique.

La méthodologie de validation s'est faite en deux étapes : 1) la validation du questionnaire par comparaison des résultats des médecins de différentes spécialités aux résultats des médecins algologues, 2) la corrélation du score du questionnaire avec l'intensité de la douleur des patients (échelle numérique sur 10) sur le groupe prospectif.

L'analyse clinimétrique était globalement bonne (excellente fiabilité entre évaluateurs, bonne détection du changement dans le temps, bonne corrélation entre les scores du questionnaire avec ceux de l'évaluation des médecins algologues). Ce questionnaire a permis d'avoir des données sur la consommation médicamenteuse différente des systèmes d'enregistrement chez 94 % des patients dans le groupe prospectif. Il s'agissait des données d'automédication (22 patients), d'augmentation des doses prescrites (16 patients), de traitement non pris (10 patients), de traitement pris différemment que les instructions de l'ordonnance (3 patients) et de prescription prise mais qui n'apparaissait pas dans les données électroniques (1 patient). Au total, 41% des patients sous-utilisaient au moins un traitement, 3 % sur-utilisaient un traitement avec une observance évaluée entre 0 à 133 %.

Les limitations sont cependant importantes : la plupart des données sont extraites du groupe prospectif avec un risque de biais, le questionnaire était administré par l'équipe médicale au patient et la population des patients est très sélectionnée.

*Ce questionnaire est intéressant, mais nécessite des études supplémentaires : 1) validation sur une population plus importante et plus large de patients souffrant de douleurs chroniques, 2) évaluation de l'auto-administration du questionnaire et 3) validation dans la population française. En effet, les traitements évalués dans ce questionnaire ne sont pas utilisés ou disponibles en France. Affaire à suivre !*



## **Des enjeux de la compulsion de répétition dans la relation thérapeutique**

Par Audrey Ginisty (Psychologue - CETD du CHU Rangueil - Toulouse)

**Article commenté :**

## **Compulsion of Repetition into Therapeutic Relation**

Nathalie Dumet, Douleur et Analgésie (2014) 27 :82-87

Cet article tente de comprendre et d'analyser les effets de la répétition symptomatique et de la compulsion de répétition (au sens psychanalytique du terme) sur la relation soignant-soigné. L'auteur rappelle que la compulsion de répétition, qui se définit comme étant « remémoration, répétition, perlaboration », est inhérente au fonctionnement psychique humain et qu'elle est sous-jacente au maintien et/ou à la récurrence de nombreux troubles chez le patient, comme peuvent être les troubles douloureux chroniques.

N. Dumet s'interroge sur la manière dont le thérapeute va accueillir ces manifestations et comment il va s'en saisir dans la relation thérapeutique. Elle fait l'hypothèse que la compulsion de répétition est un signe de processus de changement du fonctionnement psychique du patient, propice à l'apparition de pulsions agressives, jusqu'alors retournées contre le corps propre.

La compulsion de répétition semble très active dans la recrudescence et l'aggravation des symptômes et constitue une forme de résistance à la guérison. En effet, elle est un obstacle au travail d'élaboration psychique et impacte négativement la relation thérapeutique, dans le sens où elle renvoie le soignant à une impuissance et à un sentiment d'inutilité. La compulsion de répétition responsable d'une réaction thérapeutique négative peut entraîner chez le patient un sentiment de colère généré par l'impossibilité d'être soulagé de sa souffrance. Quant au soignant, son narcissisme pourra être affecté par cet échec (inefficacité des traitements ou aggravation des troubles).

N. Dumet souligne l'importance de « l'endurance thérapeutique » nécessaire dans la relation soignant-soigné pour faire face aux réactions transférentielles et contre transférentielles négatives, tant chez le clinicien que chez le patient. L'auteur parlera de « haine dans le contre-transfert », concept qu'elle emprunte à Winnicott, qui doit pouvoir s'inscrire à l'intérieur d'une attitude de bienveillance et de réceptivité passive face au négatif du patient.

Cependant, si le patient sollicite la bienveillance thérapeutique du soignant, il la fuit également car elle est source ou vécu de mort (c'est « l'extrême-onction »). Selon l'auteur, l'échec de l'ambivalence affective du soignant (dans sa partie hostile) serait la cause de la réaction thérapeutique négative du patient.

Le soignant doit être capable simultanément de survivre à la haine du patient et se laisser désinvestir par ce dernier. Cette réaction thérapeutique négative pourra faire émerger un potentiel agressif réprimé, propice à la disparition du trouble et qui jusqu'alors était dans la somatisation une véritable violence retournée sur le corps.

*L'originalité de cet article est de faire émerger le concept de réaction thérapeutique négative associée à la compulsion de répétition dans la prise en charge des patients douloureux chroniques. Elle souligne à l'égard du patient la nécessité de l'ambivalence du soignant, lequel doit osciller entre bienveillance et haine, afin de faire émerger une réaction agressive souvent réprimée dans la somatisation. Selon l'auteur, cette expression peut potentiellement agir sur la régression du trouble.*

*Il semble exister un bénéfice pour le patient à accepter, du côté du soignant, l'utilité d'un contre transfert négatif (la haine) dans la relation thérapeutique, voire à le favoriser au sein d'une attitude générale. D'une certaine façon, cette attitude bouscule les principes et les idées reçues dans la relation thérapeutique avec le patient douloureux chronique.*

---



## **Les ASIC cibles thérapeutiques anti migraineuse.**

Par Emilie Piquet (CETD CHU de Nice)

### **Article commenté :**

#### **ASICs as therapeutic targets for migraine**

Greg Dussor, *Neuropharmacology* 2015 Jan 9. pii: S0028-3908(14)00466-3. doi: 10.1016/j.neuropharm.2014.12.015.

La migraine est la plus fréquente des céphalées primaires et l'une des pathologies chroniques les plus répandues. En dépit de sa grande prévalence et d'un fort impact individuel et sociétal, sa physiopathologie reste à ce jour non entièrement élucidée.

Plusieurs acteurs sont actuellement considérés comme jouant un rôle dans le déclenchement d'une crise migraineuse. Ainsi, la modification de l'activité hypothalamique, la dépression corticale envahissante et les afférences méningées sont considérés comme des éléments expliquant cette genèse.

Cependant, leur niveau d'implication et les interactions entre ces différentes structures restent encore à préciser. Ainsi, une meilleure compréhension de ces mécanismes est nécessaire afin de pouvoir développer de nouvelles thérapeutiques nous permettant d'améliorer notre prise en charge souvent limitée par une non réponse aux traitements ou la survenue d'effets indésirables gênants.

Les canaux ioniques ASIC (Acid Sensing Ion Channel) pourraient ainsi être une nouvelle cible thérapeutique novatrice. Ces canaux forment une famille de canaux cationiques dépolarisants excitateurs comprenant six isoformes (ASIC1a, 1b, 2a, 2b, 3 et 4) générées par quatre gènes différents, certains gènes subissant un épissage alternatif. Ces sous-unités s'assemblent pour former des homomères ou des hétéromères. Les canaux ASIC sont des senseurs importants du proton extracellulaire particulièrement adaptés pour détecter les variations de pH, à la fois dans le système nerveux central et périphérique.

De récentes études semblent montrer un rôle prépondérant de ces canaux activés par acidification du milieu. Leur participation dans la physiologie de la céphalée migraineuse pourrait intervenir via les différentes structures connues actuellement.

Ainsi, les différents sous-types ASIC1, ASIC2 et ASIC3 présents dans l'hypothalamus pourraient réguler l'activité hypothalamique responsable à la fois de la genèse des prodromes et de la modulation des afférences méningées.

Un rôle dans la dépression corticale envahissante a été démontré pour ASIC1 conduisant à la fois à l'aura, à une inflammation méningée stérile par dégranulation des mastocytes de la dure mère et à une activation des afférences méningées.

ASIC3 pourrait quant à lui contribuer à l'activation des afférences méningées provoquant la vasodilatation méningée et la céphalée.

*A la vue de ces données, il est apparaît donc pertinent d'étudier et de développer des bloqueurs des canaux ASIC, potentielles cibles thérapeutiques anti migraineuses. Actuellement, pour bloquer l'activité de ces canaux nous disposons de toxines peptidiques d'origine animale ainsi que d'un bloqueur non sélectif, l'amiloride, molécule connue depuis longtemps. Cependant, de par sa non spécificité, l'amiloride ne peut à lui seul confirmer l'implication des canaux ASIC dans la physiopathologie de la céphalée migraineuse et l'utilisation des toxines naturelles, plus spécifiques, semble encore difficile chez l'homme.*

*Le développement de nouvelles molécules modulant l'activité des canaux ASIC semble donc nécessaire. Ces outils permettraient de préciser l'action inhibitrice de l'amiloride sur les canaux ASIC et d'identifier plus précisément les structures impliquant les canaux ASIC dans la physiopathologie de la migraine. Enfin, il serait également pertinent d'étudier la nature et l'importance des variations de pH lors des crises migraineuses.*



### **Pediatric Pain Screening Tool (PPST) : un outil de stratification du risque chez les enfants et adolescents douloureux chroniques**

Par Justine Avez-Couturier (Pédiatre - Consultation Douleur Enfant - CHRU Lille)

#### **Article commenté :**

### **Pediatric Pain Screening Tool (PPST) : Rapid identification of risk in youth with pain complaints**

Simons Laura E. et al. Pain 2015, doi: 1097/j.pain000000000000199

Cette étude a pour objectif de valider l'échelle Pediatric Pain Screening Tool (PPST) mise au point à partir de l'échelle SBST validée dans la douleur lombaire de l'adulte pour identifier les groupes à risque et proposer un traitement adapté. Les objectifs de la PPST sont d'identifier rapidement des cibles de traitement (troubles du sommeil, peur de la douleur) et de classer les patients en 3 groupes : risque faible, modéré ou élevé ; en proposant un traitement adapté à chaque groupe.

Le PPST évalue 9 items simples avec un sous-score « psychologique » et un sous-score « physique », chaque item appelle une réponse binaire (oui/non) et le score est compris entre 0 et 9.

L'équipe de la Chronic Pain Clinic du Boston Children's Hospital a inclus pendant 2 ans tous les patients de 8 à 18 consultant dans leur centre. Ils bénéficiaient tous d'une évaluation médicale, physique et psychologique puis d'une proposition de traitement pharmacologique, physique et/ou psychologique. Les patients reçoivent en routine une batterie de questionnaires et d'échelles à remplir avant la consultation permettant d'évaluer le retentissement fonctionnel (FDI), la peur de la douleur (FPQ-C), le catastrophisme (PCS-C), les symptômes dépressifs (CDI) et anxieux (RCMAS). Le PPST était rempli pendant la consultation et 2 semaines plus tard. Les patients étaient revus à 4 mois pour évaluer de nouveau le retentissement de la douleur et l'adhésion au traitement.

321 patients (75 % de sexe féminin) ont été inclus dont 195 ont participé au suivi à 4 mois. La sensibilité et la spécificité du score PPST a été jugé correct à excellent concernant le retentissement fonctionnel et émotionnel de la douleur. Un score PPST total de 5 ou plus indiquait le mieux les cas de retentissement fonctionnel modéré à sévère, le sous-score psychologique (sur 5) était indicateur d'un retentissement émotionnel à partir de 3. Il était retenu qu'un sous-score psychologique de 3 ou plus permettait de classer le patient dans le groupe à risque élevé, qu'un score total de 3 ou plus avec sous-score psychologique de 0 à 2 classait le patient en groupe à risque modéré. Les participants ont été classés en 3 groupes : risque faible, 11 % ; risque modéré, 32 % ; risque élevé, 57%. Ces groupes ne différaient pas concernant la localisation, la durée ou le diagnostic de douleur. Le suivi à 4 mois montrait que le groupe à risque élevé avait un taux plus important de persistance de symptômes psychologiques ou physiques.

*Cette étude valide le premier outil permettant de stratifier un risque pour les enfants et adolescents douloureux chroniques. Le but d'un tel outil pour un centre spécialisé est de proposer un traitement adapté à ce risque, les auteurs proposent par exemple : traitement médicamenteux, conseils et éducation pour le groupe à risque faible ; ajout de physiothérapie pour le groupe à risque modéré et ajout d'un suivi psychologique pour le groupe à risque élevé. Cet outil ne remplace pas les échelles spécifiques permettant d'évaluer des cibles de traitement telles que catastrophisme ou peur de la douleur mais permet de cibler certaines problématiques. Cet outil nécessite d'être validé en contexte de soins primaires (médecine générale, pédiatrie générale) ou secondaires (spécialités) et pourrait aider à déterminer quels enfants doivent être adressés en SDC pédiatriques. Il serait également intéressant de le tester en tant qu'aide à la détermination du délai de consultation. En effet des outils se développent dans ce contexte chez l'adulte. Bien entendu une validation française serait nécessaire pour l'utiliser dans nos consultations.*