

Paul De Cort,
Academisch
Centrum voor Huis-
artsgeneeskunde,
KU Leuven

Références : voir
site web

Simonne, une femme de 79 ans, utilise depuis quelques semaines un patch de morphine pour une lombalgie invalidante de longue durée. Le diagnostic de maladie de Kahler a été suggéré suite à un résultat observé à l'IRM, mais, en fin de compte, il s'avère qu'il s'agit d'une lésion dégénérative lombaire « classique ». Depuis qu'elle utilise le patch, la patiente se plaint de constipation et d'une sensation « bizarre » dans la tête, tandis que la douleur est plus tolérable sans avoir totalement disparu. Entre-temps, il s'est avéré que la patiente était fort stressée en raison d'une augmentation des difficultés de caractère de son mari atteint de démence. Nous décidons de diminuer le patch progressivement en inscrivant le problème de douleur dans un contexte plus large et plus complexe. La dorsalgie s'améliore de manière durable grâce à une attention accrue à l'organisation de l'aidant proche et de contacts sociaux.

La douleur chronique est définie comme une douleur qui persiste plus de trois mois ou qui n'est pas en rapport avec le stimulus nociceptif initial et qui, en outre, limite les capacités fonctionnelles et est suffisamment grave pour entraîner le recours au médecin. On range aussi dans ce trouble douloureux les douleurs dont une affection somatique n'explique que partiellement l'intensité et la durée¹. En médecine générale, la prévalence de cette affection est estimée à 2%², et la qualité de vie en est grandement affectée. Beaucoup de dérivés de la morphine (en patch) sont actuellement prescrits pour cette indication³, ce qui s'accompagne d'une augmentation des surdosages, de la consommation abusive, de la dépendance et des obstacles à une approche non médicamenteuse⁴. Versus placebo, un soulagement de la douleur grâce aux opiacés n'a encore été montré que sur le court terme⁵.

Une récente synthèse méthodique de 39 études a évalué l'effet à long terme (minimum 3 mois) des dérivés morphiniques en cas de douleur chronique d'étiologies diverses (nociceptive, neuropathique, arthrose, fibromyalgie, lombalgies)⁶. Les investigateurs n'ont pas trouvé d'études contrôlées portant sur l'efficacité avec un suivi de plus de 16 semaines. Une étude rétrospective en cohorte chez 9 940 patients a cependant montré un risque accru de surdosage (HR de 5,2 avec IC à 95% de 2,1 à 12,5). Une récente étude de cohorte ajoute encore que ce sont surtout les opiacés à action prolongée qui sont à l'origine des accidents de surdosage⁷. Il ressort d'une étude d'observation menée en première ligne que la prévalence de consommation abusive (0,6 à 8%) et de dépendance (3 à 6%) est également plus importante. La synthèse méthodique révèle aussi les éléments suivants : un plus grand risque de fracture chez les personnes âgées d'au moins 60 ans (n = 2 341) qui avaient utilisé des opiacés pendant 33 mois en moyenne (rapport de cotes (RC) de 1,28 avec IC à 95% de 0,99 à 1,64) ; un plus grand risque d'infarctus du myocarde (RC de 2,66 avec IC à 95% de 2,30 à 3,08 dans une étude de cohorte chez 297 314 patients qui avaient utilisé des opiacés pendant au moins 180 jours, et RC de 1,28 avec IC à

95% de 1,19 à 1,37 dans une étude cas-témoins portant sur 11 693 cas) ; un plus grand risque de dysfonction érectile nécessitant un traitement médical (RC de 1,45 avec IC à 95% de 1,12 à 1,87). Cette récente synthèse méthodique nous permet donc de conclure qu'en raison du manque d'études, on ne peut pas se prononcer sur l'efficacité à long terme des dérivés morphiniques. En revanche, il existe bien un bon nombre de preuves concernant d'importants effets indésirables lors d'une utilisation de longue durée.

Une autre récente synthèse méthodique avec méta-analyse, de bonne qualité méthodologique⁸, et portant sur de nouveaux traitements en cas de douleur neuropathique (névralgie), dont 13 études avec des opiacés (oxycodone 10-120 mg et morphine 90-240 mg), a montré que les preuves concernant l'efficacité des opiacés sont également au-dessous du niveau exigé. Un risque de consommation abusive (surtout aux doses élevées) et de mortalité par surdosage en opiacés prescrits a aussi été montré. Pour des motifs de sécurité, leur utilisation n'est donc conseillée que comme troisième choix. Ceci est en contradiction avec les recommandations antérieures, dans lesquelles les opiacés étaient encore des produits de deuxième, voire de premier choix⁹.

Minerva a déjà signalé qu'en cas de douleur diffuse chronique (fibromyalgie), une approche thérapeutique cognitivo-comportementale et des exercices étaient efficaces en première ligne, même si les résultats qui ressortent des synthèses méthodiques avec méta-analyse sont contradictoires¹⁰. Cet avis est repris de manière approfondie dans la recommandation SOLK de la société néerlandaise des médecins généralistes (NHG)¹, qui traite de tous les « syndromes symptomatiques fonctionnels », entre autres du syndrome de douleur chronique. Les traitements non pharmacologiques qui demandent la participation active du patient, comme les exercices physiques et la psychothérapie, sont plus efficaces que les traitements physiques passifs, y compris les injections et les interventions chirurgicales. Les interventions exclusivement somatiques mettent en œuvre une approche qui ne prend pas en compte les différents aspects de la douleur, et qui, par conséquent, empêche de traiter la douleur correctement.

Conclusion

Lors du traitement de la douleur chronique non cancéreuse, le médecin généraliste ne doit pas s'attendre à un avantage d'un traitement de longue durée avec des opiacés. Il doit au contraire être attentif à des effets indésirables graves. Les interventions exclusivement somatiques pour douleur chronique ne tiennent pas compte de la complexité de la douleur, ce qui empêche de traiter la douleur correctement. Une approche durable et globale comprend donc des antalgiques simples, une bonne communication avec le patient à propos d'une définition large du problème et une approche thérapeutique non médicamenteuse.