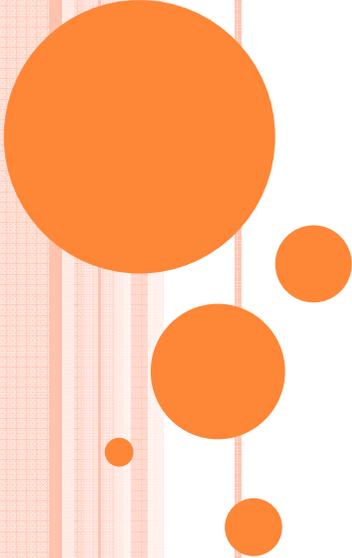


LES ANTALGIQUES

NOUVELLE CLASSIFICATION



Dominique Blet
Unité de consultations de la douleur
2015

LES 3 TYPES DE DOULEUR

- Douleur Aiguë
 - **Un signal à ne pas négliger**
- Douleur Chronique
 - **Prévalence 20% (30% si > 75 ans)**
 - **Un symptôme à traiter**
- Syndrome douloureux chronique
 - **Une maladie à traiter**



LES 3 PROCESSUS DOULOUREUX

- **Processus douloureux nociceptif**
 - Stimulation des récepteurs nociceptifs

- **Processus douloureux neuropathique**
 - 7 % de la population
 - 19 % des consultations en centre de la douleur

 - Lésion des voies de la sensibilité périphériques ou centrale
 - Dysfonctionnement des processus de modulation de la douleur

- **Processus douloureux sans lésion**
 - Associé à une psychopathologie
 - Ex. : hypochondrie
 - Associé à un processus dysfonctionnel
 - Ex. : fibromyalgie (CIDN)

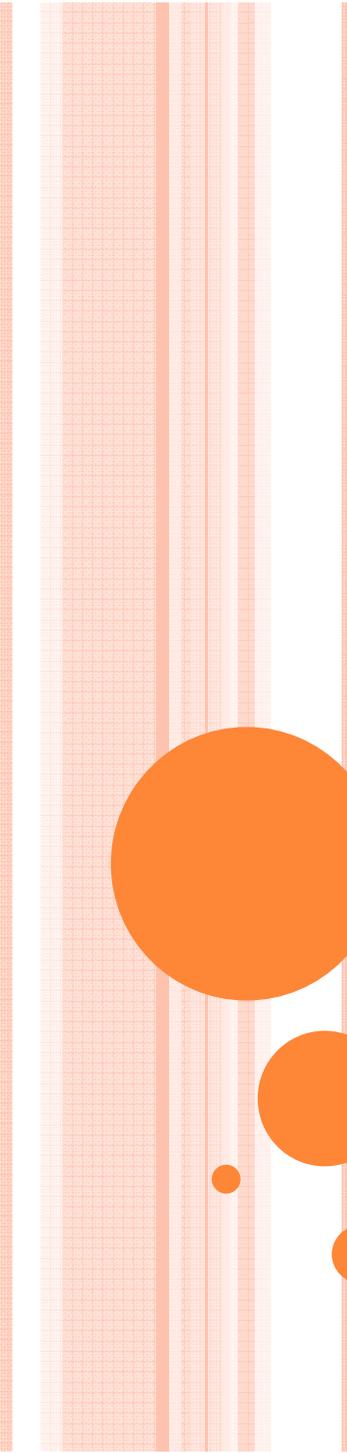
- **Douleurs mixtes**



CLINIQUE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES

- Les étiologies :
 - Lombo-radiculalgies
 - Douleurs post chirurgicales
 - Cancers
- Le diagnostique :
 - La plainte spontanée : brûlures, piqures, décharges électriques
 - L'examen : recherche une hypoesthésie, une allodynie
 - L'échelle DN4





LES TRAITEMENTS DE LA DOULEUR

Classification ?



LES PALIERS DE L'OMS

ANTALGIQUES

P III

P II

P I

OPIOÏDES FORTS

OPIOÏDES FAIBLES

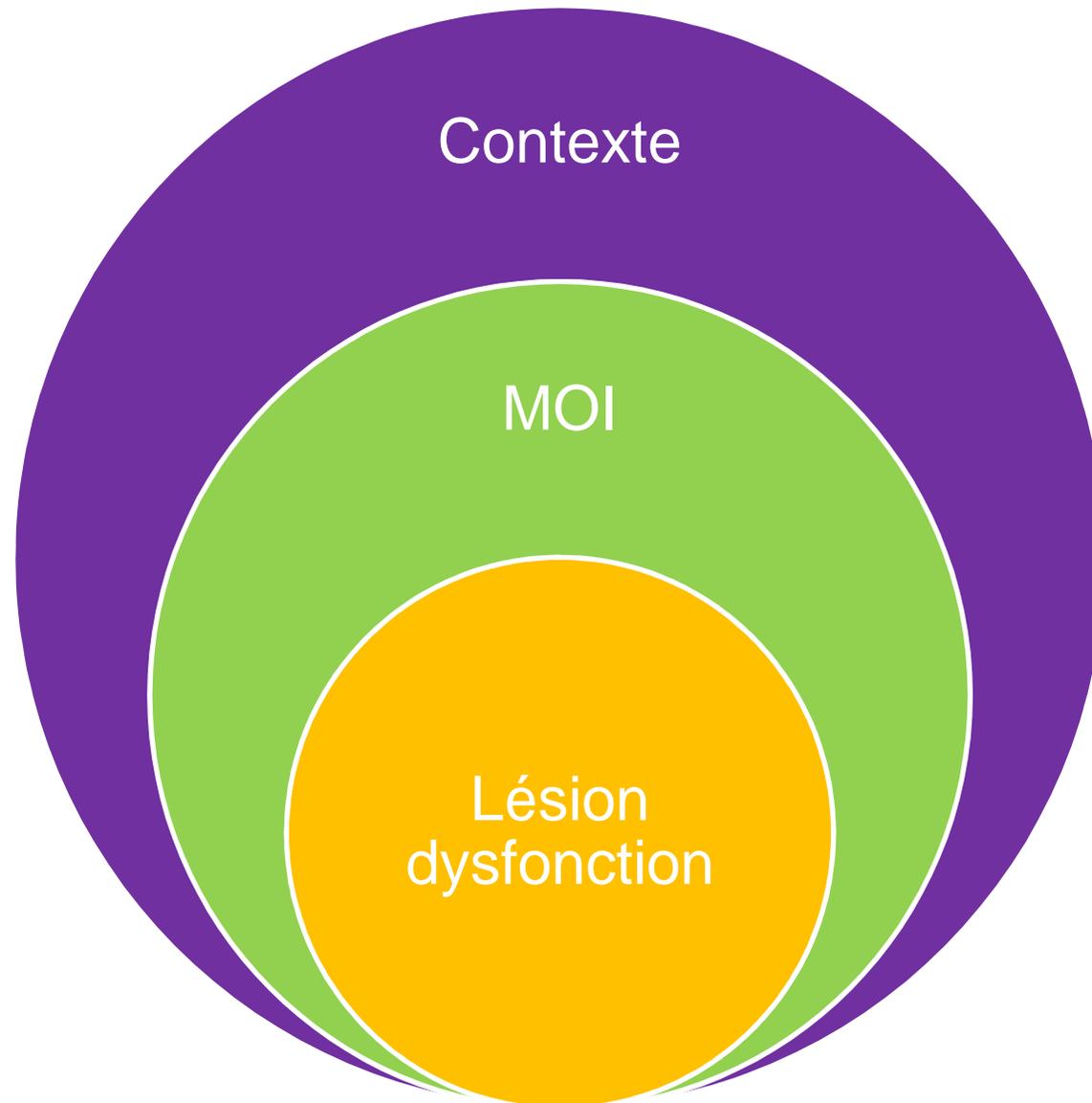
NON OPIOÏDES

UNE NOUVELLE CLASSIFICATION ?

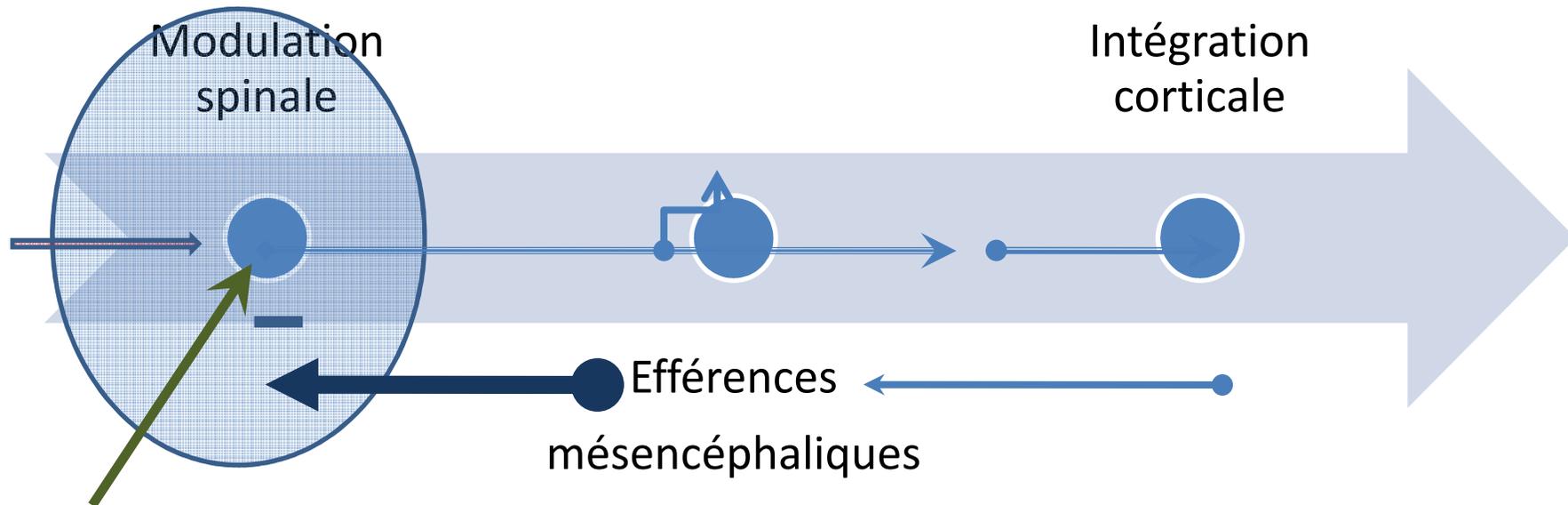
- Les 3 paliers de l'OMS ne concernent que les antinociceptifs. Classification de 1986 revue en 1996 et visant à promouvoir les opioïdes forts pour les douleurs cancéreuses.
 - Absence de classification des remèdes de la douleur neuropathique
 - Induit des réponses stéréotypées
 - Ignore le syndrome douloureux chronique*
 - Ignore les processus algogènes et de modulation mis en évidence par la recherche*



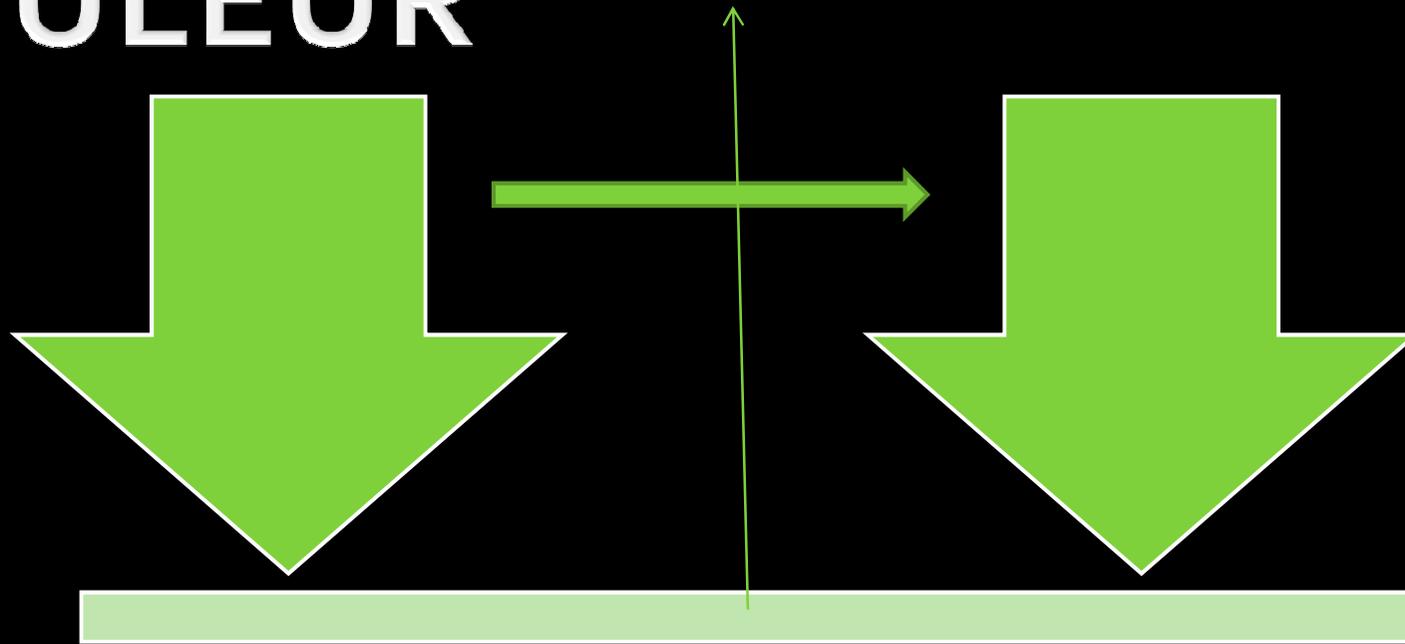
Le syndrome douloureux chronique : une intrication



Processus de modulation



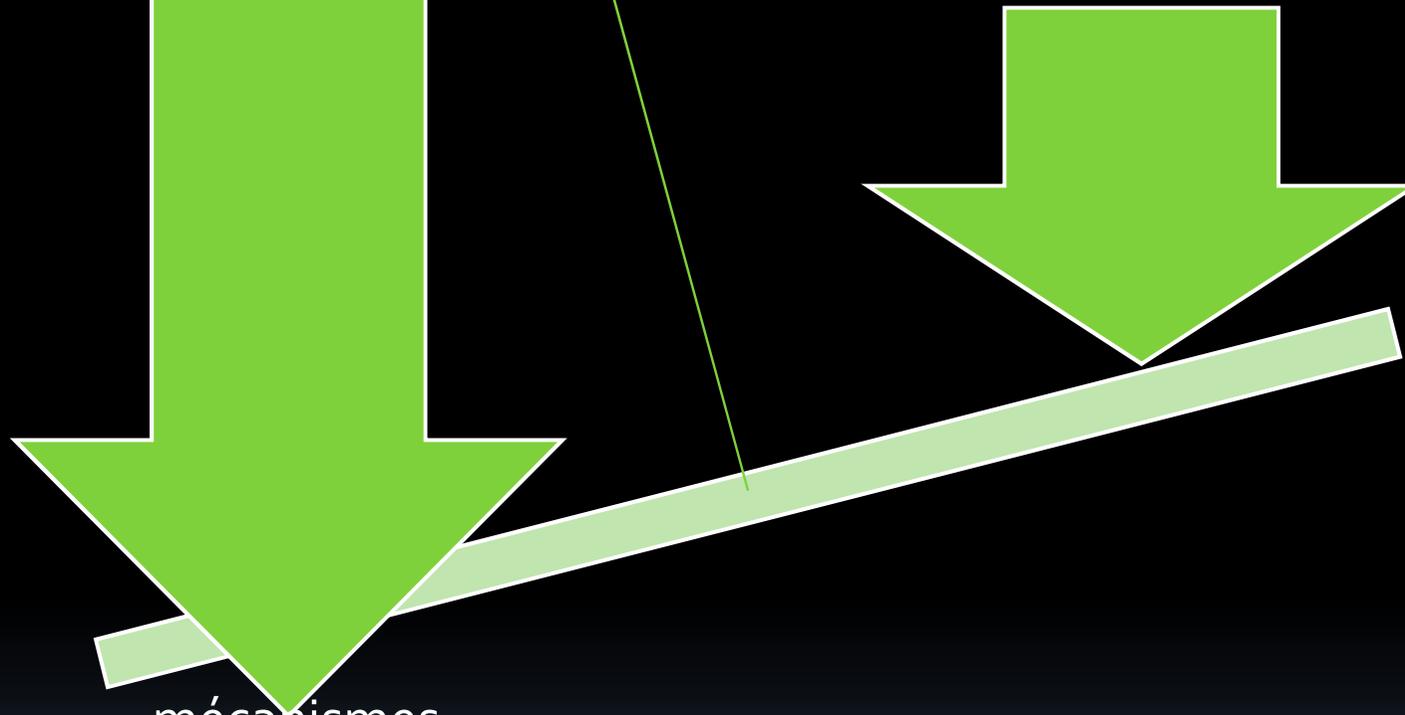
DOULEUR



mécanismes
excitateurs :
stimulus
nociceptif

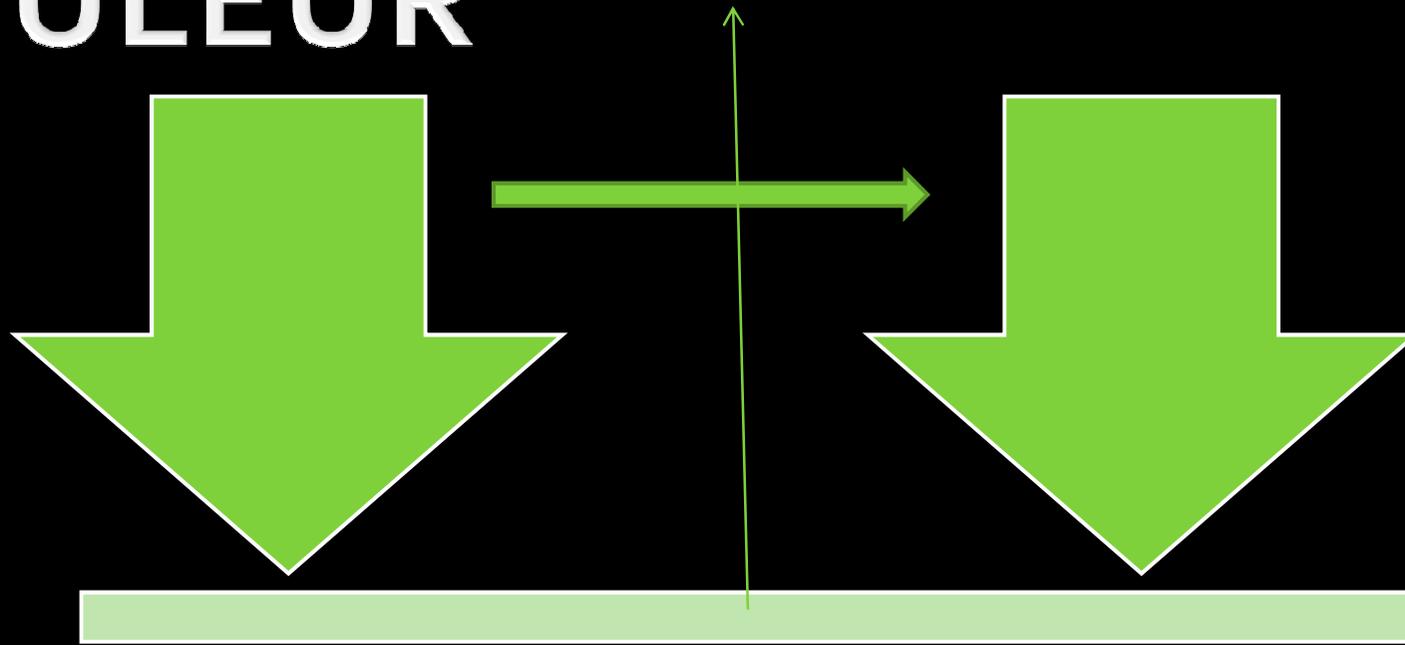
mécanismes
inhibiteurs :
Gate control
et
CID

DOULEUR



mécanismes
excitateurs :
*stimulus
nociceptif*

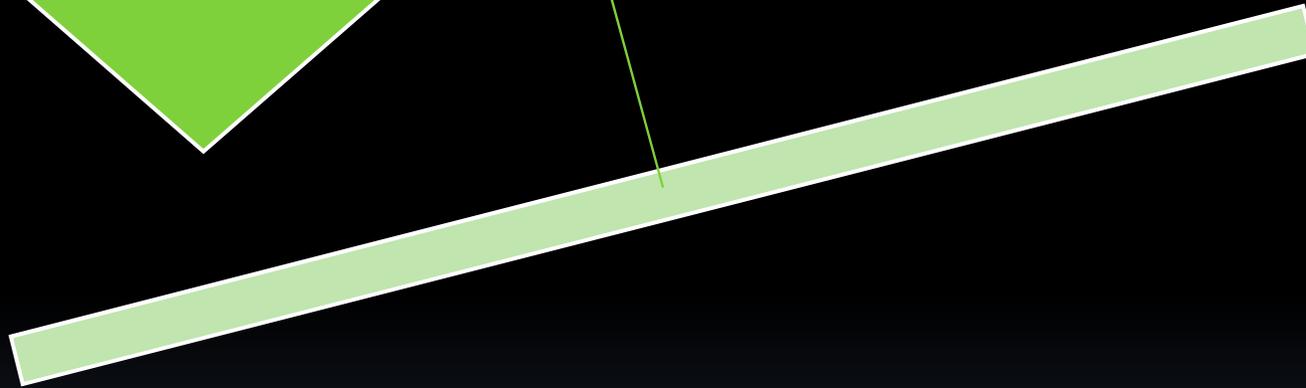
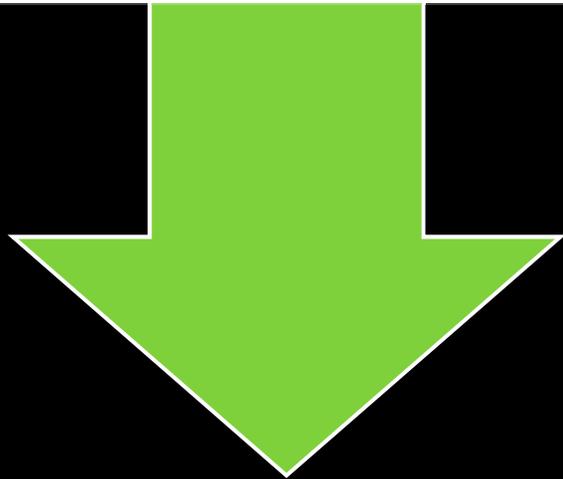
DOULEUR



mécanismes
excitateurs :
stimulus
nociceptif

mécanismes
inhibiteurs :
Gate control
et
CIDN

DOULEUR



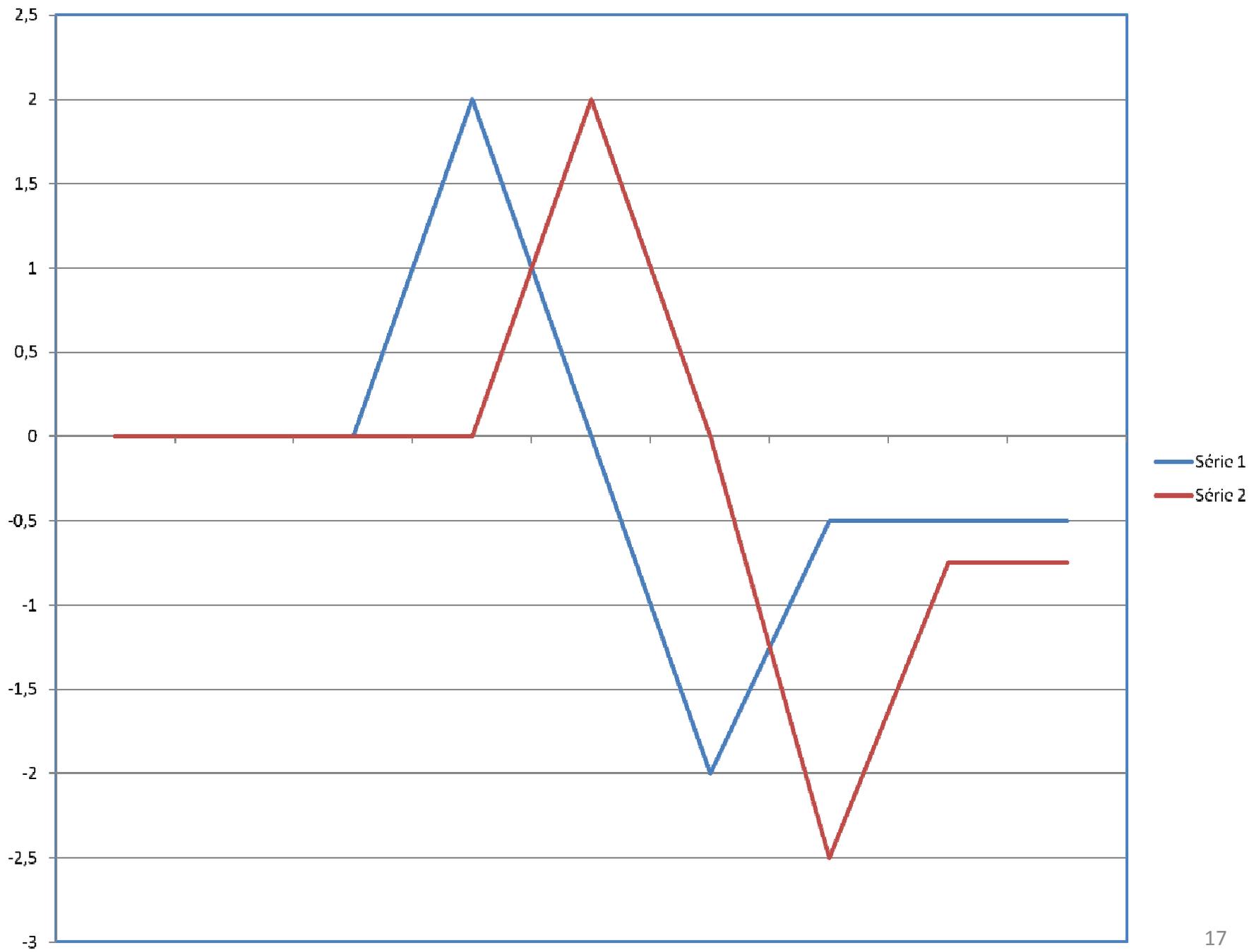
mécanismes
inhibiteurs

Processus de chronicisation

- **Sensibilisation spinale**
 - Amplifie le message douloureux
- **Deshinhibition spinale**
 - Réduit les processus inhibiteurs

Processus de chronicisation

- Sensibilisation spinale
 - **Stimulation nociceptive persistante**
 - **Processus émotionnels et cognitifs**
 - **Iatrogènes**



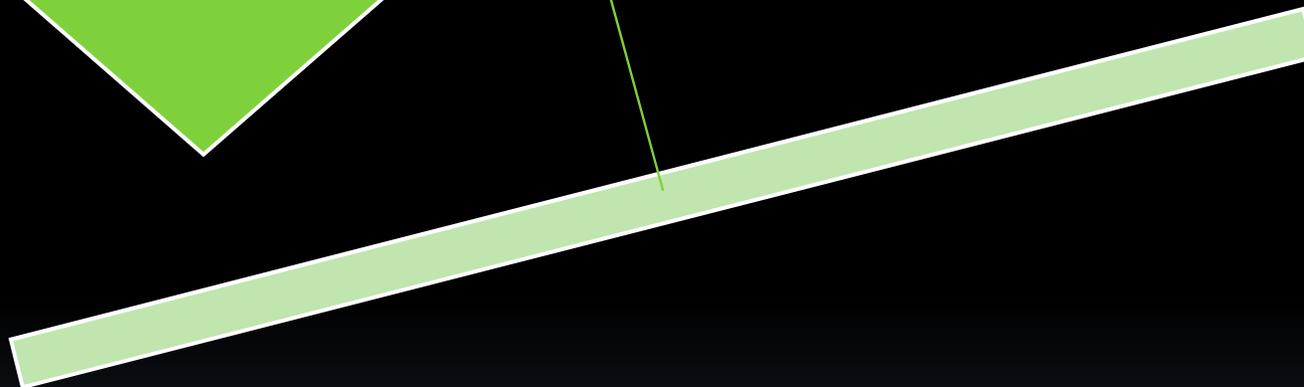
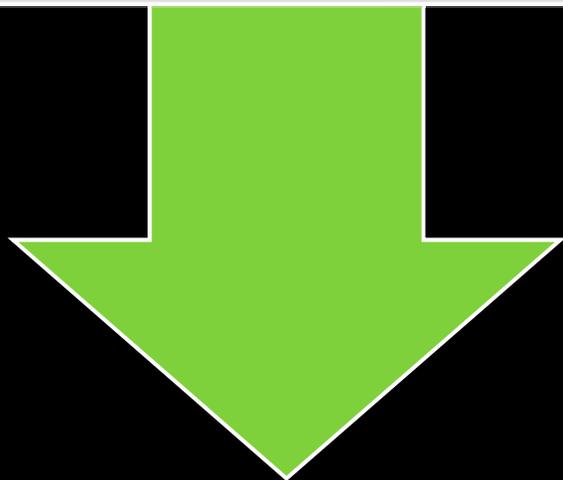
La sensibilisation centrale

- Causes
 - stimulation nociceptive persistante*
 - Stress et attente anxieuse
 - Opioides
- **Conséquence : Sensibilisation Latente**

Processus de chronicisation

- Sensibilisation spinale
- **Deshinhibition spinale**
 - **Processus aspécifiques**
 - sérotoninergiques
 - Noradrénergiques

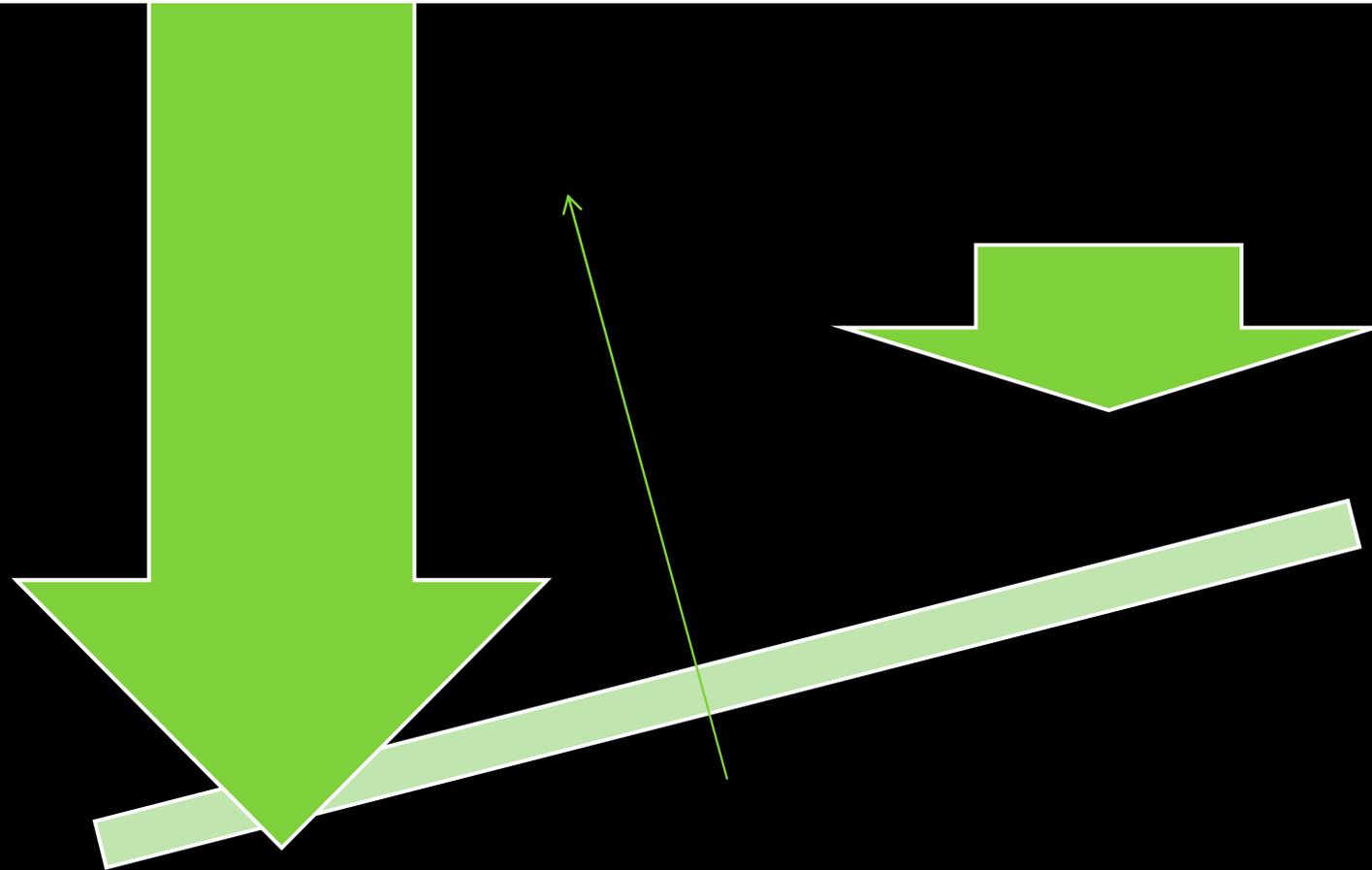
DOULEUR



mécanismes
inhibiteurs

Désinhibition spinale

- Quand ?
 - États de stress précoce
 - L'âge
 - La persuasion ?
- Chez qui ?
 - *Le fibromyalgique,*
 - *Le colon irritable,*
 - *Les céphalées de tension.*
 -



*Sensibilisation
centrale*

*Désinhibition
spinale*

UNE NOUVELLE CLASSIFICATION ?

- Antalgiques antinociceptifs
- Antalgiques antihyperalgésiques (sensibilisation centrale)
- Modulateurs des contrôles inhibiteurs descendants (deshinhibition centrale)
- Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique
- Médicaments mixtes à la fois antinociceptifs et modulateurs des contrôles inhibiteurs descendants

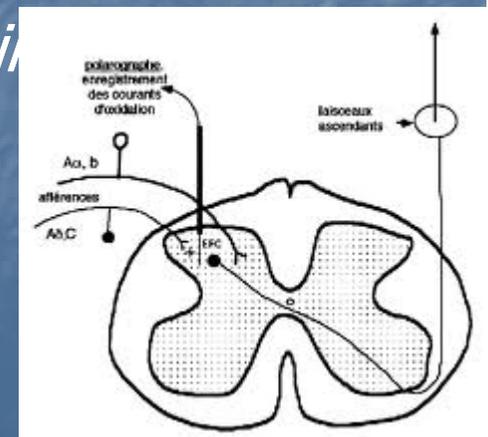


NOUVELLE CLASSIFICATION DES ANTALGIQUES

Anti nociceptifs	Palier I : paracétamol, AINS Palier II : codéine Palier III : morphine, oxycodone, fentanyl, hydromorphone.
Anti hyperalgésiques	Antagonistes NMDA : kétamine Néfopam Anti épileptiques : gabapentine, prégabaline, lamotrigine
Modulateurs des CID (circuits inhibiteurs descendants)	Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline, clomipramine. IRSNA : duloxétine, venlafaxine
Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique	Anesthésiques locaux : lidocaïne Capsaïcine Carabamazépine, oxycarbazépine, topiramate
Antalgiques mixtes (anti nociceptifs et modulateurs des CID)	Tramadol Tapentadol
Inhibiteurs de la dégradation des endorphines ??	Etudes de phase II

Les douleurs post zostériennes

- Processus physiopathologiques :
 - Processus périphériques
 - *Altération des fibres somesthésiques inhibitrices du message nociceptif*
 - *Altération des fibres nociceptives inductrices de messages douloureux spontanés*
 - Centraux (*corne postérieure de la moelle*) :
 - *Sensibilisation centrale : hyperexcitabilité des neurones nociceptifs*
 - *Deshinhibition segmentaire*
 - Lésions nerveuses périphériques et altérations des CIDN



Traitement des DPZ

PREMIERE INTENTION

- **Anti hyperalgésique** : Antiépileptiques
 - gabapentine (900 à 3600 mg)
 - prégabaline (150 à 600 mg)
- **Modulateurs des CID** : Antidépresseurs
 - Tricycliques : amitriptyline, clomipramine, imipramine
 - IRSNA : venlafaxine, duloxétine

■ DEUXIEME INTENTION

- **Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique** : Anesthésiques locaux (Versatis) et Capsaïcine
- **Antalgiques mixtes** : tramadol

■ TROISIEME INTENTION

- **Antinociceptifs opioïde forts** : oxycodone
- Toxine botulinique
- NST, Hypnose, Relaxation, Psychotropes

Tricycliques

- Amitryptilline (LAROXYL)

Clomipramine (ANFRANIL)

Imipramine (TOFRANIL)

- Posologie :

Débuter à 10 – 25 mg au coucher

Augmenter par paliers de 3 à 7 jours

Jusqu'à 150mg/j , en moyenne 75 mg/j

Antiépileptiques

- Prégabaline (LYRICA)
 - AMM pour les DNP périphériques et centrales de l'adulte
 - Posologie efficace : 150 à 600 mg/j
25 à 50 mg/j chez l'insuffisant rénal et/ou âgé
- Gabapentine (NEURONTIN)
 - AMM pour les DNP périphériques de l'adulte
 - Posologie efficace : 1800 à 3600 mg/j
300 mg/j chez l'insuffisant rénal et sujet âgé

CAPSAÏNE

- Emplâtres de haute concentration de Capsaïcine
 - QUTENZA
 - AMM européenne pour les DNP non diabétiques de l'adulte
 - Posologie :
une application unique de 30 (pied) ou 60 minutes à l'exception du visage. Sur une surface maximale de 1100 cm²
 - Usage hospitalier seul
 - A utiliser dans les douleurs réfractaires aux autres traitements

Traitements non médicamenteux

- Neurostimulation Transcutanée et Implantée
 - Utile surtout si il existe une hypoesthésie segmentaire
 - Prescription par algologue ou neurologue
 - Gate control : les fibres A alpha et A bêta libèrent des neuromédiateurs (dynorphine, enképhaline) au niveau des interneurons inhibiteurs.
- Autres traitements
 - Sophrologie, Relaxation, Psychotropes, Acupuncture