

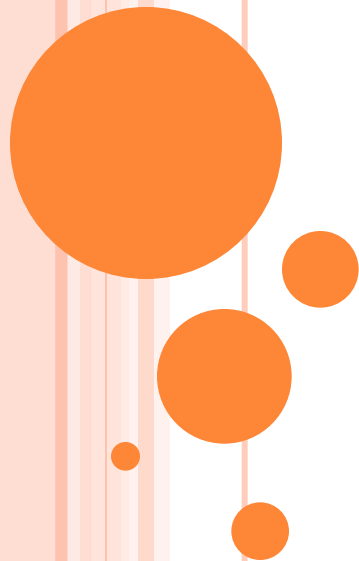
**APPROCHES NON
PHAMARCOLOGIQUES DANS LA
DOULEUR VISCERALE EN
CANCEROLOGIE DIGESTIVE
...DE LA DOULEUR A LA
SOUFFRANCE**

**Dr LF MATTEI
Polyclinique de Courlancy Reims**

Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive 2011

CONFLITS D'INTÉRÊT

Aucun conflit d'intérêt



PLAN DE LA PRESENTATION

1. Physiopathologie de la douleur viscerale
 - Spécificité
 - Systèmes de contrôle
2. Nocebo et Hyperalgesie / Placebo et Analgesie
3. Empathie au centre de la relation thérapeutique
4. Modèle Biopsychosocial appliqué à la douleur cancéreuse
5. Exemples d'interventions non pharmacologiques utilisées dans la gestion de la douleur cancéreuse
6. Hypnose Ericksonienne au centre de ces approches



Douleur viscérale

Quelle spécificité



PHYSIOPATHOLOGIE : INTRODUCTION

- L'expérience de la douleur viscérale \neq douleur cutanée
- La douleur viscérale :
 - difficile à localiser
 - prend souvent la forme d'une douleur référée
 - décrite comme variable, difficile à définir avec une importante composante affective



INNERVATION SENSITIVE DES ORGANES DE LA CAVITÉ ABDOMINALE

- L'innervation des viscères est double :
 - d'origine sympathique (les nerfs splanchniques) et para-sympathique (X droit et gauche) .
- Elle provient de plexus autonomes situés de part et d'autre de l'aorte, empruntant les branches de l'aorte abdominale pour gagner les viscères.
- Ce système se prolonge par un système nerveux intrinsèque au niveau des organes creux : plexus de Meissner et d'Auerbach



INNERVATION SENSITIVE DES ORGANES DE LA CAVITÉ ABDOMINALE

- Les fibres afférentes véhiculent des informations en provenance de récepteurs sensibles à des stimulations mécaniques, chimiques et osmotiques
- Les fibres efférentes sont impliquées, dans les conditions physiologiques, dans la régulation des fonctions viscérales et dans les phénomènes de commande volontaire



LES RÉCEPTEURS PÉRIPHÉRIQUES

- Trois types de récepteurs sont mis en jeu dans les conditions pathologiques :
 - Récepteurs spécifiques à haut seuil : identiques à ceux que l'on retrouve au niveau de la peau, des muscles, des articulations
 - Récepteurs polyvalents sensibles à des stimuli variés : douloureux et non douloureux
 - Récepteurs silencieux, activés dans certaines circonstances : inflammation .



DOULEUR VISCÉRALE VRAIE

- Survient au cours du premier épisode douloureux
- Sensation sourde, vague, mal définie
- Toujours ressentie au même niveau quel que soit l'organe affecté : ligne médiane du thorax ou de l'abdomen, région sternale basse, épigastre
- Toujours accompagnée de réactions neuro-végétatives
- Toujours transitoire : quelques minutes à quelques heures avant de se transformer
- Manifestations neuro-végétatives : sudations, nausées, vomissements, modification de la fréquence cardiaque, miction, défécation, sensation d'angoisse, de mort imminente



DOULEUR VISCÉRALE VRAIE

- Ligne médiane : la plupart des organes ont une innervation sensitive bilatérale
- Localisation imprévue :
 - Densité limitée de l'innervation viscérale sensitive par rapport à l'innervation sensitive des structures somatiques
 - Grande convergence des influx d'origine viscérale au sein du système nerveux central
- Manque de spécificité : dû au phénomène de convergence viscéro-viscérale sur les mêmes neurones sensitifs (viscéro sensitifs)



SECONDAIREMENT DANS L'EVOLUTION, INTRICATION DE DIFFÉRENTS TYPES DE DOULEUR:

- Douleur viscérale vraie
- Douleur référée sans hyperalgésie
- Douleur référée avec hyperalgésie
- Hyperalgésie viscérale
- Hyperalgésie viscéro-viscérale

.....pour aboutir à une définition de douleur
viscérale complexe



DOULEUR VISCÉRALE

- Phénomène complexe non univoque
- Affectant le viscère et les zones référées somatiques
- Tableaux variés imposant une réflexion physiopathologique
- Essentielle pour développer une stratégie diagnostique et thérapeutique cohérente prenant en compte le rôle du Système Nerveux Autonome



CONCLUSION PARTIELLE

- Complexité de l'analyse sémiologique : « pièges à tous les étages » , y compris dans les interprétations du patient
- Effet de sommation médullaire des influx viscéraux, sorte de « wind up viscéral », prenant une expression somatique par un mécanisme référé
- Tonalité neuropathique de la douleur apparaissant au cours du développement de la tumeur



LES SYSTÈMES DE CONTRÔLE : LE CONTRÔLE SPINAL SEGMENTAIRE (1/2)

- Théorie du « gate control » (portillon) : Wall et Melzack 1965
- Action inhibitrice des influx provenant des grosses fibres A β qui bloquent directement ou par l'intermédiaire d'un interneurone les messages douloureux provenant des fibres A δ et C
- Rôle du GABA et de la glycine
- Le processus repose sur le principe de convergence des neurones non spécifiques : qui reçoivent des informations nociceptives et non nociceptives (dans un territoire cutané), chaque fibre possède un champ inhibiteur et un champ excitateur
- Une stimulation non nociceptive à type de frôlement ou de frottement sur le champ inhibiteur stimule les fibres de gros calibre qui bloquent la transmission de l'influx douloureux en provenance des fibres de petit calibre de voisinage



LES SYSTÈMES DE CONTRÔLE : LE CONTRÔLE SPINAL SEGMENTAIRE (2/2)

- Ce concept du portillon est le support
 - Des méthodes de contre stimulation
 - Des méthodes de stimulation électrique à haute fréquence et faible intensité (TENS) appliquée sur la peau
 - Ou au niveau des cordons postérieurs de la moelle (STIMULATION CORDONALE POSTERIEURE)



LES SYSTÈMES DE CONTRÔLE : LES CONTRÔLES INHIBITEURS DESCENDANTS

(1/2)

- Les voies spino-réticulaires émettent 2 types de fibres : la SGPA et le noyau dorsal du raphé, et les centres réticulaires du bulbe et du pont
- Les premières entraînent la décharge de β endorphines (SGPA) et de sérotonine (noyau raphé magnus)
- Les secondes entraînent la production de noradrénaline (substance réticulée du bulbe) : récepteurs de type α_2 entre 1er et 2ème neurone
- Origine des influx, noyau raphé magnus (NRM), locus coeruleus, substance grise périaqueducale (SGPA)
- Véritable système analgésique endogène



LES SYSTÈMES DE CONTRÔLE : LES CONTRÔLES INHIBITEURS DESCENDANTS (2/2)

- Les voies spino-réticulaires sont le support :
 - D'une véritable système analgésique endogène
 - De l'utilisation intra-thécale des agonistes α (catapressan®)
 - De l'efficacité des médicaments mono-aminergiques inhibant la recapture de la NA et de la sérotonine (anti-dépresseurs)



CONTRÔLE INHIBITEUR DIFFUS DÉCLENCHÉ PAR UNE STIMULATION NOCICEPTIVE

- L'application d'un stimulus nociceptif sur n'importe quel territoire du corps déclenche sur l'ensemble des neurones à convergence de puissants phénomènes inhibiteurs
- De 2 douleurs survenant en même temps en 2 endroits différents, la plus forte fait taire la plus faible (pince nasale pour la castration des chevaux)
- Support anatomique : boucle spino-bulbo-spinale

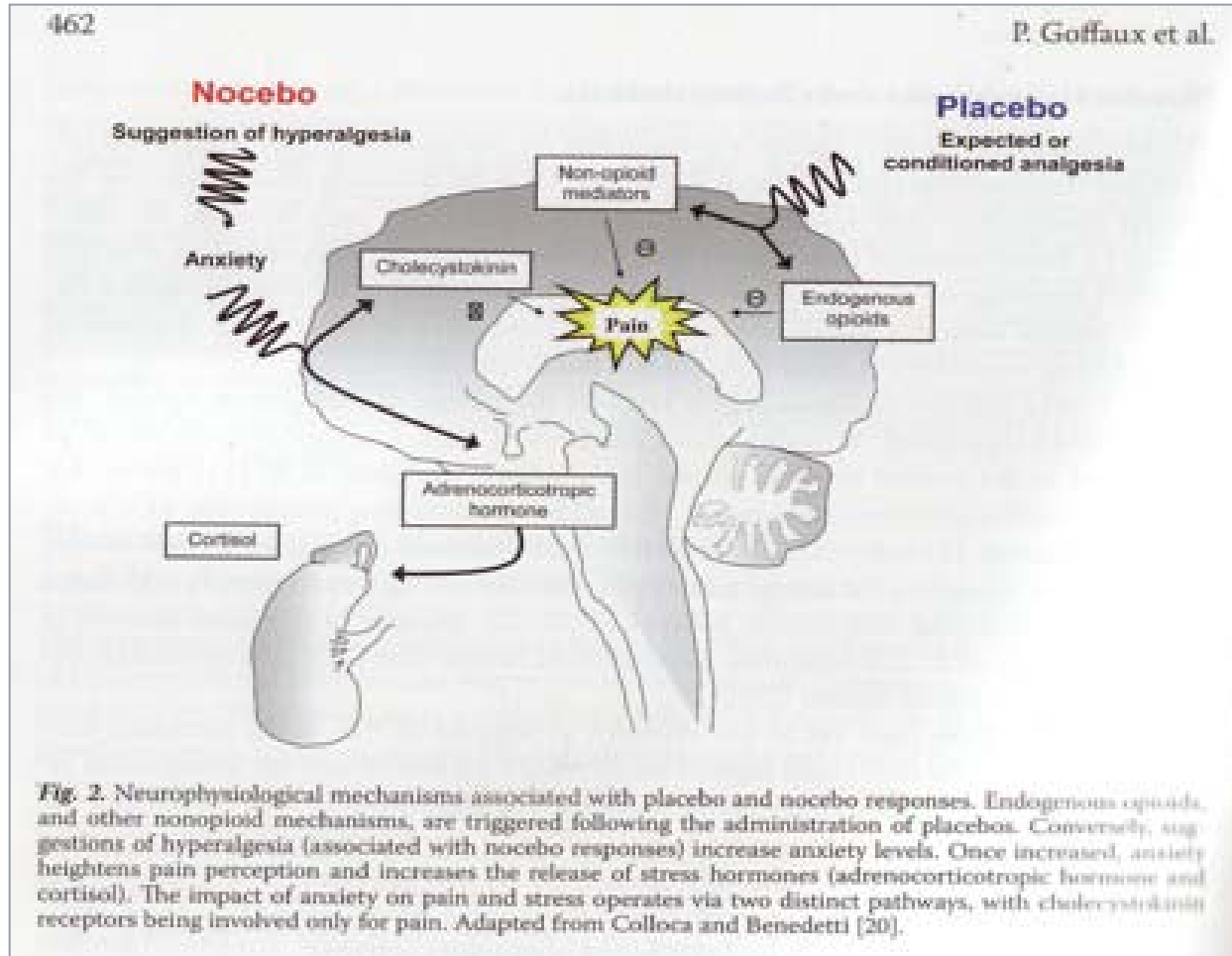


CONTRÔLE SUPRA-SPINAL D'ORIGINE CORTICALE

- Action inhibitrice
 - Excitation du cortex somato-sensible
 - Distraction, hypnose, stimulation électrique
- Action stimulatrice
 - Excitation du cortex moteur
 - Attention, anxiété
- Rôle du cortex limbique et orbito-frontal : dans les phénomènes d'anticipation et de conditionnement

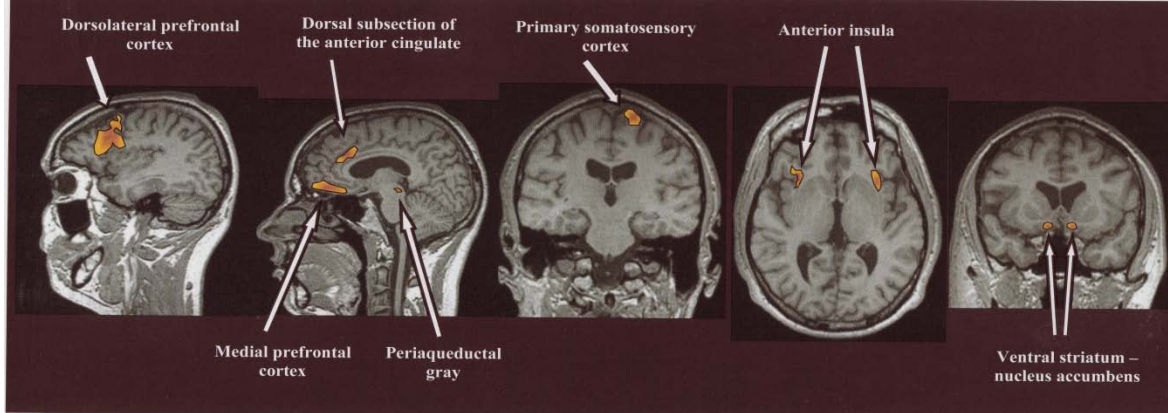


NOCEBO ET HYPERALGESIE / PLACEBO ET ANALGESIE



- Effet Placebo ou Nocebo depend, pour une large part de la liberation de neuro-transmetteurs specifiques endogenes secretés en réponse de l'analgésie ou de l'hyperalgesie attendue
- Des études en PET SCAN ont montré:
 - Une augmentation d'activité dans le Cortex Cingulaire Anterieur pendant une analgesie par Placebo mediée par les opioïdes ,ces mêmes opoïdes augmentent au même moment dans la Substance Grise Periacqueducule.
 - Et simultanément, on observe une augmentation d'opioïdes dans les circuits du Système Limbique et Paralimbique,structures impliquées dans la perception de la douleur, dans l'anticipation d'événements futurs....et meme dans l'expression de l'empathie devant la douleur de l'autre
- Les recepteurs à la cholecystokinine(CCK) proches du systeme opioide sont co-localisés dans les memes structures spinales et supra-spinales
- L'effet Nocebo ou l'attente d'hyperalgesie augmentent le niveau d'anxiété ainsi que la perception de la douleur,cependant l'impact de l'anxiété sur la douleur et le stress agit par deux voies differentes,seuls les recepteurs CCK sont impliqués dans le mecanisme douleur





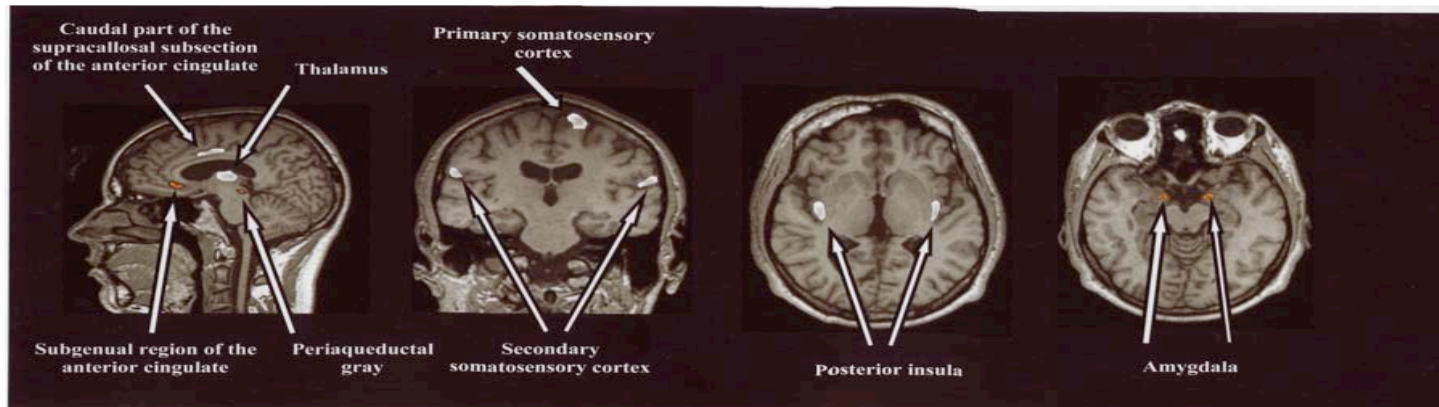
Modulation du signal douloureux sous effet Placebo ou Nocebo: Etudes en IRM fonctionnelle Wager et coll

- Augmentation d'activité dans le *cortex pre-frontal median*, insula antérieur, striatum et cortex S1 **si la douleur est attendue**
- Augmentation d'activité aussi dans le *cortex pre-frontal median*, **en cas d'analgésie attendue**, mais ici associée au CCA (cortex singulaire antérieur), au cortex pré-frontal dorso-lateral et à la SGPA rejoignant l'étude précédente en PET SCAN

Conclusion:

Le *cortex pre-frontal median* est impliqué dans le processus d'anticipation à la fois de l'hyperalgesie et de l'analgésie





- En réponse à un stimulus douloureux sous analgesie par Placebo :
- Augmentation d'activité dans le CCA antérieur (région très proche du *cortex pré-frontal médian*), dans les amygdales et la SGPA
 - Diminution d'activité dans le CCA postérieur, dans l'insula postérieure, dans le thalamus, dans le cortex S1 et S2

Conclusion de ces études:

-Importante interpénétration des structures étudiées et impliquées tant dans la phase d'anticipation que dans celle de réponse à la douleur sous effet Placebo

-La « signature corticale » de la douleur résulte et ne s'exprime qu'après mise en route de la fonction exécutive de la zone pré-frontale et des inhibitions des régions sous-corticales



CONCLUSION PARTIELLE

- **Seule** l'annonce d'un diagnostic défavorable ou l'attente d'une douleur suffit à déclencher l'effet **NOCEBO...**
- Le médecin contribue à l'effet **PLACEBO** par son attitude et par l'information qu'il délivre au patient
- ...Des dizaines d'années de recherche sur l'effet **PLACEBO** nous enseignent que la dimension humaine, la qualité de la relation thérapeutique conduisent réellement à soulager la douleur et la souffrance du malade



L'EMPATHIE AU CENTRE DE LA RELATION THERAPEUTIQUE

- **Rodgers:**

*« Etre empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les comportements émotionnels et les significations qui lui appartiennent **comme si** on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du **comme si** »*

- **Pacherie:**

« L'empathie n'est donc pas simplement un instrument de connaissance des émotions d'autrui, c'est aussi un instrument de construction de soi en tant qu'être social pris dans un réseau de normes »

L'empathie s'appuyant sur une communication verbale et non verbale congruente scelle la relation thérapeutique entre médecin et patient cancéreux douloureux



MODÈLE BIOPSYCHOSOCIAL APPLIQUÉ À LA DOULEUR CANCÉREUSE

- Identifier chez le patient les efforts cognitifs et comportementaux mis en place pour faire face à sa douleur
- Aider le patient, son entourage à développer ses compétences pour faire face à la douleur et vivre avec sa maladie cancéreuse.
- Alliance thérapeutique afin de restituer sa place de Sujet au patient alors qu'il se vit comme « Objet de sa maladie », « Objet dans les mains des soignants »



EXEMPLES D'INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES UTILISÉES DANS LA GESTION DE LA DOULEUR CANCÉREUSE

○ Approche physique

- Acupuncture
- Stimulation nerveuse transcutanée
- Stimulation cordonale postérieure
- Stimulation corticale
- Massage et technique de toucher
- Thérapie occupationnelle
- Musique et Art thérapie

○ Approche psychologique

- Hypnose
- Relaxation
- Thérapie Cognitivo-comportementale

○ Processus clinique

- Evaluation de la douleur
- Information et Conseil médical
- Communication sur la douleur
- Education du patient, des familles, et des professionnels



HYPNOSE ERICKSONIENNE AU CENTRE DES APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES

- La maladie et ses conséquences: douleur, dégradation physique, perte du statut social, perte d'autonomie sont souvent pour le patient sources d'angoisse insupportable
- La séance: moment d'humanité partagé, moment de quiétude dans la tourmente, attendu et reçu par le patient comme un véritable cadeau
- Ecoute du malade, respect de ses mots, de son langage verbal, non verbal, respect de ses orientations sensorielles, utiliser le lieu sûr plutôt qu'un ancrage dans le corps



- Buts: redonner au malade sa place de Sujet, contribuer à restaurer une communication entre êtres aimants, retrouver une vie relationnelle même au seuil de la mort,
- Ne pas être dans le Pourquoi mais simplement dans le Comment
- L'hypnose paraît être la procédure qui cherche à changer la focalisation de l'attention de la personne
- Cinq traits courants de l'expérience hypnotique:
 - focalisation de l'attention absorbée et soutenue
 - sensation de bien être
 - une absence de censure
 - une orientation réduite en direction du temps, du lieu et par rapport à soi
 - enfin, une expérience d'automatisme de toutes les actions



CONCLUSION FINALE

Dominique Megglé:

« L'hypnose est peut être un art du placebo »

- ✓ Remède administré dans le plein respect de la personne
- ✓ Remède déjà présent en elle, répondant au principe du « primum non nocere »

Pascal Chiffoleau:

« Dans le respect de l'éthique du soin et du soignant, le thérapeute, dans une attitude de non savoir, offre cet espace et ces instants à l'expression de cette créativité »

...j'ajouterai « d'un Sujet toujours vivant »



POINTS FORTS

- **Douleur viscérale**
 - forte implication du Système Nerveux Autonome
 - composante de douleur neuropathique
- **Système de contrôle**
 - Mise en jeu de système endogène
 - Effets Nocebo et Placebo
- **Empathie**
 - Clé de la relation thérapeutique
- **Modèle biopsychosocial**
 - Nouvel enjeu de la gestion de la douleur en cancérologie
- **Hypnose Ericksonienne**
 - Une approche non pharmacologique de chaque instant, privilégiant l'humanité de la relation

