

**Newsletter n° 16 de janvier et février 2018**

**Réseau Douleur Paca Ouest**



*Bonjour,*

*L'urgentiste que je suis a évidemment remarqué l'usage revisité de la kétamine ! Les résultats des études ultérieures sont attendus avec impatience.*

*Comme un trait d'union, le lecteur pourra apprécier les nombreux articles sur mésusages, surdosages... aux opioïdes et drogues dures.*

*Et déguster comme à l'accoutumée les autres news*

*Bonne lecture*

## Agenda 2018

### Soirée des CLUDS le jeudi 5 avril 2018

Amphi HA1 RDC Hôpital Adultes de la Timone MARSEILLE Conférence du Professeur Bernard LAURENT : « Modulation cognitive et émotionnelle de la douleur : de la clinique à l'imagerie »

### Les Régionales de la douleur

Une réflexion pluridisciplinaire autour de la douleur. St Brieuc 17/05/2018 et Paris 11/10/2018 [www.trilogie-sante.com](http://www.trilogie-sante.com)

### Assemblée Générale du Réseau Douleur Paca Ouest jeudi 7 juin 2018

Amphi HA1 RDC Hôpital Adultes de la Timone MARSEILLE

IASP 17ème Congrès mondial sur la douleur 12-16 Septembre, 2018 Boston, États – Unis [IASPdesk@iasp-pain.org](mailto:IASPdesk@iasp-pain.org) Téléphone: + 1-202-856-7400 Fax: + 1-202-856-7401

## A lire, à voir sur les sites

*Pour des résumés de ces communications ou articles adresser vos demandes au Dr Roussel [rgauloise@gmail.com](mailto:rgauloise@gmail.com)*

### IASP mises à jour cliniques

#### **Douleur postopératoire persistante chez les enfants et les jeunes : prédiction, prévention et prise en charge**

*Glyn Williams MBBS FRCA MD FFPMRCA, Richard F. Howard MBBS FRCA FFPMRCA, Christina Liossi Septembre 2017, vol. 25, n ° 3*

« Cette édition de PAIN : Clinical Updates aborde les points clés suivants :

- La douleur postopératoire persistante (PPSP) est une complication reconnue à la suite d'une chirurgie chez les enfants avec une prévalence médiane estimée de 20% à 12 mois après la chirurgie.
- Les facteurs prédictifs du PPSP comprennent l'intensité de la douleur pré-chirurgicale, l'anxiété chez l'enfant, l'efficacité de l'adaptation de la douleur chez l'enfant et la « dramatisation » de la douleur chez les parents.
- Le traitement du PPSP implique la création d'un plan de prise en charge individualisé éclairé par la formulation biopsychosociale et l'utilisation d'interventions multidisciplinaires. »

#### **Prévenir et traiter les maux de tête liés à l'abus de médicaments**

*Karl B. Alstadhaug, MD, Ph.D., Hilde K. Ofte, MD, Ph.D., Espen S. Kristoffersen, MD, PhD Juin 2017, Vol. 25, n ° 2*

« Cette édition de PAIN Clinical Updates aborde les points clés suivants :

- Selon le concept actuel, la céphalée de surutilisation de médicaments est une céphalée secondaire, aggravation d'une céphalée préexistante (habituellement une céphalée primaire) par surutilisation d'un ou plusieurs médicaments avortant ou douloureux.
- Les maux de tête liés à l'abus de médicaments ont une prévalence d'environ 1% à 2% dans la population générale et devraient être suspectés chez toute personne présentant des céphalées chroniques (maux de tête pendant 14 jours par mois).

- La migraine est la céphalée sous-jacente dans la plupart des cas.
- Les critères existants (International Classification of Headache Disorders-3 beta) posent souvent un diagnostic simple, mais des controverses existent autour de ces critères, et d'autres troubles chroniques de la céphalée peuvent parfois être difficiles à écarter.
- Tout médicament de recours immédiat peut provoquer une céphalée médicamenteuse.
- Les lignes directrices du traitement des céphalées médicamenteuses sont basées sur le consensus d'experts et comprennent des stratégies de retrait, le traitement des maux de tête de retrait, et éventuellement des médicaments prophylactiques pour le mal de tête sous-jacent. »

### **SFETD : Douleur et Analgésie, revue officielle de la SFETD en 2018.**

La SFETD et les éditions LAVOISIER ont contractualisé un partenariat pour 2018. Afin de réunir les forces vives du champ de la douleur francophone, la revue DOULEUR et ANALGESIE devient officiellement l'organe de publication de la SFETD. Chaque numéro comprend des articles originaux, des articles de synthèse, des revues générales, des résumés de congrès. La revue s'adresse à tous ceux, spécialisés ou non, qui souhaitent parfaire et actualiser leur formation continue et transmettre leur savoir. Elle répond ainsi aux attentes d'un nombre croissant de professionnels de la santé (neurologues, anesthésistes, dentistes, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes...) impliqués directement dans la lutte contre la douleur ou dans le domaine plus étendu des soins de support.

### **Site UNIVADIS**

#### **Prise en charge de la douleur liée au cancer**

Par le Docteur Jean-Bernard CAILLET Anesthésiste-Réanimateur, Consultation douleur, CHU Lyon

« Dans ce module, le Docteur Caillet explique les processus de la douleur liée au cancer. Il résume également toutes les informations concernant le traitement étiologique et la prise en charge nécessaire, codifiée par, notamment, les référentiels de l'EAPC (European Association for Palliative Care). »

### **Livres « pratiques »**

#### **Douleur : de la formation à la clinique infirmière**

Pascale Wanquet-Thibault Editeur : Lamarre (Initiatives Santé); 28 octobre 2016.

« Cet ouvrage inédit a été réalisé à l'initiative d'infirmiers et de médecins de la SFETD (Société française d'étude et de traitement de la douleur). Il a pour objectif une connaissance théorique et clinique des problématiques de douleur dans le cadre des soins infirmiers. Pour cela, le livre est construit autour de cas cliniques, des plus simples aux plus complexes... »

#### **Douleur de l'enfant – L'essentiel**

E. Fournier-Charrière, B. Tourniaire et le Groupe Pédiadol Paris, 2015, 84 pages

« Ce guide de poche permet à tout soignant de trouver rapidement les réponses à la douleur des enfants. L'essentiel des connaissances y est présenté simplement, en trois parties facilement repérables grâce à leur code couleur : l'évaluation de la douleur, les situations cliniques les plus fréquentes et les antalgiques. Les recommandations de ce guide sont fondées sur la littérature et sur l'avis des experts du groupe Pédiadol. »

#### **Manuel pratique d'algologie**

Docteur Christophe Perrouchoud, Eric Albrecht, | Véronique Moret. Editeur : Elsevier Masson **2017**

« ... Ce Manuel pratique d'algologie se présente comme un tour d'horizon des différents aspects de la douleur chronique et l'aborde en 4 parties.

Les principes généraux, les méthodes d'évaluation, les principaux syndromes douloureux chroniques (incidence, étiologie, manifestations cliniques, critères diagnostiques et traitements), les traitements

(pharmacologique, conservateur, interventionnel, la neuro-modulation et la chirurgie).

Ce « Manuel pratique d'algologie » est destiné non seulement aux médecins spécialistes traitant les patients souffrant de douleurs chroniques, mais également à tous les professionnels soucieux de mettre à jour leurs connaissances dans ce domaine. »

### **Incorporer du positif : un outil simple et efficace pour lutter contre le « burnout »**

Stéphanie Lavaud **Site Medscape** 23 janvier 2018

« San Francisco, Etats-Unis – Alors que l'épuisement guette tout un chacun, l'une des résolutions de ce début d'année pourrait être de commencer par prendre soin de soi-même. C'est ce que propose depuis quelques années, le chercheur en psychologie J. Bryan Sexton (PhD, directeur du Duke Medicine System de Duke Medicine à Durham, en Caroline du Nord) aux professionnels de santé, population particulièrement touchée par le burnout – 42% des médecins dans la toute dernière enquête de Medscape ... Les médecins et professionnels qui l'ont utilisé pendant deux semaines ont réduit leur burnout dans les jours qui ont suivi le début de l'intervention et en tiraient toujours des bénéfices un an après, selon une étude présentée lors du dernier Congrès américain sur la santé des médecins et rapportée par nos collègues de Medscape Medical News... »

## **Résumés d'articles et communications**

*Pour des compléments d'information concernant ces communications ou articles adresser vos demandes au Dr Roussel [rgauloise@gmail.com](mailto:rgauloise@gmail.com)*

### **Sommaire (liens avec articles)**

<b><u>TRAITEMENTS DE LA DOULEUR</u></b>	<b>5</b>
<i>DIMINUER LA DOULEUR DE LA PHLEBOTOMIE (LORS D'UNE PRISE DE SANG) CHEZ L'ADULTE AVEC BUZZY ?</i>	5
<i>CONSENSUS EUROPEEN SUR LE TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES</i>	6
<i>LA MAUVAISE UTILISATION DES OPIACES EST INFLUENCEE PAR LA DUREE DE PRISE PLUTOT QUE PAR LA DOSE ADMINISTREE : FAUT-IL NE PAS RENOUVELER L'ORDONNANCE ?</i>	6
<i>LA REVUE PRESCRIRE EPINGLE 90 MEDICAMENTS A L'UTILITE CONTESTABLE ET POTENTIELLEMENT DANGEREUX</i>	7
<i>LA MAUVAISE UTILISATION DES OPIACES EST INFLUENCEE PAR LA DUREE DE PRISE PLUTOT QUE PAR LA DOSE ADMINISTREE : FAUT-IL NE PAS RENOUVELER L'ORDONNANCE ?</i>	9
<i>OXYCODONE « NON DETOURNABLE » : UNE OPTION POUR LIMITER L'USAGE RECREATIF DES OPIOÏDES MEDICAMENTEUX ?</i>	9
<i>PAS DE CONSENSUS SUR LE TRAITEMENT EXTRA-HOSPITALIER DES SURDOSAGES EN OPIACES</i>	10
<i>EFFICACITE ET EFFETS SECONDAIRES DU CANNABIS DANS LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ L'ADULTE</i>	10
<i>PAS D'EFFICACITE DE LA PREGABALINE DANS LE TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE</i>	10
<i>DOULEURS NEUROPATHIQUES (DN) : QUELS SONT LES TRAITEMENTS EFFICACES ?</i>	11
<i>KETAMINE INTRANASALE DANS LA DEPRESSION : UN TRAITEMENT EFFICACE ET DURABLE</i>	11
<i>DIABETE DE TYPE 2 : DES DOULEURS LIEES AUX NOUVEAUX TRAITEMENTS ?</i>	11

## ENDOMETRIOSE 12

*DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMETRIOSE : NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE LA HAS ET DU CNGOF* 12

*CATASTROPHISME LIE A LA DOULEUR ET QUALITE DE VIE AU COURS DE L'ENDOMETRIOSE* 13

## MIGRAINE 14

*MIGRAINE : UN RISQUE ACCRU DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE* 14

*EVALUATION DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DES CEPHALEES MIGRAINES* 14

## PSYCHOLOGIE ET DOULEUR 15

*IDENTIFIER LES BARRIERES A LA « GESTION » DE LA DOULEUR NEUROPATHIQUE* 15

*DEVELOPPEMENT ET VALIDATION CANADIENNE-FRANÇAISE DE L'ECHELLE D'AUTO-EFFICACITE DE LA DOULEUR CHRONIQUE* 15

*LES TROUBLES PSYCHOAFFECTIFS SONT-ILS OU NON ASSOCIES AU SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE ?* 16

*DES ARGUMENTS POUR DEVELOPPER L'ACT DANS LA FIBROMYALGIE ?* 16

## Résumés des articles et communications

### **Traitements de la douleur**

#### **Diminuer la douleur de la phlébotomie (lors d'une prise de sang) chez l'adulte avec Buzzy ?**

Yılmaz D et coll. : Effect of the Use of Buzzy during Phlebotomy on Pain and Individual Satisfaction in Blood Donors. *Pain Manag Nurs*, 2017, 18 : 260–267. **Article commenté par Cécile Michaud, inf., PhD Site JIM**

« La phlébotomie nécessaire pour réaliser un prélèvement sanguin provoque douleur et inconfort. Chez les personnes qui veulent donner leur sang, cela pourrait diminuer leur motivation à le donner ultérieurement. Il existe plusieurs approches non pharmacologiques qui ont été utilisées pour atténuer la douleur liée à la prise de sang, telles l'écoute de musique, la relaxation, etc. Toutefois, celles-ci prennent du temps ou exigent une organisation complexe et, par conséquent, ne conviennent pas au contexte du don de sang. L'objectif d'une étude, menée en Turquie, a été d'étudier l'effet de l'utilisation d'un dispositif dénommé Buzzy, sur la satisfaction des participants et sur la douleur, lors de la phlébotomie chez des donneurs de sang adultes, volontaires et en bonne santé. Buzzy est un appareil vibratoire, ayant l'apparence d'une abeille dont les ailes sont congelées : il combine ainsi le froid et la vibration pour diminuer la douleur. L'étude était prospective, randomisée et contrôlée. L'échantillon était composé de 90 hommes, d'âge moyen 35 ans, répartis au hasard en trois groupes : le groupe Buzzy, un groupe placebo et un groupe témoin sans intervention. Dans le groupe Buzzy, le dispositif a été placé à environ 5 cm au-dessus du site de prélèvement, 60 secondes avant la procédure, pendant la localisation de la veine. Dans le groupe placebo, Buzzy a été placé au même endroit et pendant la même durée, mais à la température de la pièce et sans vibration. Dans le dernier groupe, aucune manœuvre particulière n'a été mise en place. Immédiatement après l'insertion de l'aiguille, dans les trois groupes, les niveaux de satisfaction et de douleur ont été mesurés à l'aide d'échelles visuelles analogiques.

Dans le groupe expérimental, une baisse significative de la douleur a été mise en évidence, par comparaison avec le groupe placebo et le groupe témoin sans intervention : respectivement, Concernant le score de satisfaction, une différence significative a également été constatée entre les groupes Buzzy et sans intervention.

En dépit de ces résultats positifs, il faut néanmoins signaler un inconvénient de taille : le recours à Buzzy se révèle relativement coûteux sachant qu'en sus du prix de l'appareil il faut aussi prendre en compte les besoins de désinfection, le temps de réfrigération et le remplacement des piles. A cet égard, en 2009, Buzzy avait été comparé à un spray froid et à une absence d'intervention lors de l'insertion d'un cathéter veineux chez des adultes sains volontaires (1). ***Bien qu'il y ait eu une diminution significative de la douleur entre le groupe Buzzy et le groupe sans intervention, il n'y a pas eu de différence entre Buzzy et le spray froid.*** Au total, Buzzy représente donc un outil supplémentaire et « écologique », pour soulager la douleur de la phlébotomie, mais finalement assez onéreux par rapport à d'autres solutions non pharmacologiques. » *Le spray froid pourrait être retenu comme solution rapide peu coûteuse et transportable Ph R.*

- (1) Baxter AL et coll. : External Thermomechanical Stimulation Versus Vapocoolant for Adult Venipuncture Pain. Clin J Pain 2009 ; 25 : 705–710.

### **Consensus européen sur le traitement de substitution aux opiacés**

*Dematteis M et al. Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. Exp Opin Pharmacoth. Published online: 03 Dec 2017. DOI: 10.1080/14656566.2017.1409722* Résumé clinique par Caroline Guignot **Site Univadis**

Des experts européens ont publié un consensus sur les bonnes pratiques de recours à la méthadone et à la buprénorphine en conduisant une analyse de l'ensemble des recommandations publiées entre 2014 et 2017 sur le sujet et en les complétant d'une opinion d'experts fondée sur leur pratique clinique. Le traitement de substitution est recommandé dans la prise en charge des pharmacodépendances aux opiacés, dans le cadre d'une approche combinant une prise en charge médicale et psychosociale...

Le recours à la méthadone doit faire l'objet d'une évaluation et d'une surveillance étroite lorsque le patient est également utilisateur de benzodiazépines, d'amphétamines ou fort consommateur d'alcool. La prescription concomitante de sédatifs, d'antidépresseurs et d'antihistaminiques sédatifs doit être évitée autant que possible.

L'efficacité de la buprénorphine est similaire à celle de la méthadone lorsque le traitement est correctement adapté et conduit. Elle permet toutefois de limiter les risques de dépression du système respiratoire et du SNC et son surdosage est théoriquement non fatal. Par ailleurs, les symptômes de sevrage sont moins fréquents sous buprénorphine que sous méthadone. L'association buprénorphine/naloxone est intéressante en cas de risque de mésusage ou de détournement... »

Avis d'experts « La buprénorphine présente un meilleur profil de sécurité que la méthadone. Cependant, la méthadone reste intéressante pour les patients continuant à utiliser d'autres opiacés ou pour les patients douloureux...Chez les personnes douloureuses, une titration du traitement de substitution est nécessaire. Les antalgiques non opioïdes sont recommandés en cas de douleur légère et un recours à la morphine peut être envisagée pour les douleurs sévères. »

### **La mauvaise utilisation des opiacés est influencée par la durée de prise plutôt que par la dose administrée : faut-il ne pas renouveler l'ordonnance ?**

Brat GA, Agniel D, Beam A et al. Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. BMJ 2018;360:j5790 | doi: 10.1136/bmj.j5790 article commenté par Mary Corcoran **Site Univadis**



« Le fait de prescrire des doses plus élevées d'opiacés pendant de plus courtes périodes pourrait être un moyen plus efficace de traiter la douleur post-chirurgicale tout en minimisant le risque de mauvaise utilisation et d'addiction à plus long terme. C'est ce que suggèrent les auteurs d'une nouvelle recherche publiée dans la revue The BMJ... Dans le cadre de cette dernière étude, les chercheurs ont examiné les données portant sur plus d'un million de patients naïfs d'opiacés ayant fait l'objet d'une chirurgie et se sont intéressés à l'association entre les renouvellements de prescriptions d'opiacés et les cas de mauvaise utilisation. Ils ont découvert qu'un seul renouvellement de prescription augmentait le risque de mauvaise utilisation de plus de 40 % et que chaque semaine supplémentaire d'usage d'opiacés était associée à une augmentation de 20 % de la mauvaise utilisation d'opiacés chez ces patients. Écrivant dans la revue The BMJ, les auteurs ont indiqué que leurs résultats pourraient également s'appliquer aux patients non chirurgicaux... Les auteurs ont ajouté que d'autres recherches sont nécessaires pour déterminer la façon dont les schémas thérapeutiques initiaux peuvent minimiser les cas de mauvaise utilisation et d'addiction. »

## **La revue Prescrire épingle 90 médicaments à l'utilité contestable et potentiellement dangereux**

*Compte tenu de la diffusion médiatique de cette liste noire il m'est apparu nécessaire de vous la rappeler tant sur le plan médical que médico-légal. Cela pourrait faire l'objet d'une présentation ou discussion au sein du réseau. Ph Roussel*

*« La revue Prescrire, vient d'épingler 90 médicaments dont elle considère, au vu des résultats d'études, que leur utilité est contestable et leur dangerosité marquée. Une analyse au cas par cas serait nécessaire pour apprécier les arguments de Prescrire, souvent de nature variable. Pour certaines spécialités, les effets secondaires rapportés sont en effet très rares et associés à un mésusage, tandis que la faible efficacité pourrait être discutée. Mais plusieurs alertes apparaissent justifiées, notamment quand elles concernent des spécialités censées soigner le rhume et les états grippaux, qui n'apportent aucune réelle amélioration et sont associés à des risques réels. De même, les allégations trompeuses, concernant par exemple l'amaigrissement doivent être fortement combattues. Par M.P. Site JIM »*

### *Douleur en rhumatologie*

Parmi les anti-inflammatoires non stéroïdiens Certains exposent à moins de risques que d'autres : l'ibuprofène (Brufen° ou autre) et le naproxène (Naprosyne° ou autre), à la plus petite dose efficace et pour une durée aussi courte que possible, sont les options les moins à risque. Par contre le célécoxib (Celebrex° ou autre), l'étoricoxib (Arcoxia° ou autre) et le parécoxib (Dynastat°) exposent à un surcroît d'accidents cardiovasculaires (thromboses et IDM) et EI cutanés. L'acéclofénac (Cartrex° ou autre) et le diclofénac (Voltarène° ou autre) par voie orale exposent à un surcroît d'effets indésirables cardiovasculaires (dont infarctus du myocarde, insuffisances cardiaques) et de morts d'origine cardiovasculaire par rapport à d'autres AINS aussi efficaces. Le kétoprofène en gel (Ketum° gel ou autre) expose à un surcroît de photosensibilisations (eczémas, éruptions bulleuses) par rapport à d'autres AINS topiques aussi efficaces. Le piroxicam par voie générale (Feldène° ou autre) expose à un surcroît de troubles digestifs et cutanés (dont des syndromes de Lyell), sans être plus efficace que d'autres AINS.

Arthrose. Des médicaments autorisés pour leur action supposée sur le processus aboutissant à l'arthrose sont à écarter, car ils n'ont pas d'efficacité démontrée au-delà de l'effet placebo, et des effets indésirables notables. On ne connaît pas de médicament agissant sur l'altération des articulations avec une balance bénéfices-risques favorable. La diacéréine (Art 50° ou autre), expose à des troubles digestifs (dont des hémorragies digestives et des mélanoses coliques), des oedèmes de Quincke et des hépatites. La glucosamine (Voltaflex° ou autre) expose à des réactions allergiques (angioedèmes, néphropathies interstitielles aiguës) et à des hépatites (n° 300

Divers. D'autres médicaments utilisés dans des douleurs spécifiques ou en rhumatologie sont à écarter. La capsaïcine en patches (Qutenza<sup>°</sup>) utilisée dans les douleurs neuropathiques, est à peine plus efficace qu'un placebo, mais elle expose à des irritations, des douleurs importantes et des brûlures

Des myorelaxants sans efficacité démontrée au-delà de l'effet placebo : le méthocarbamol (Lumirelax<sup>°</sup>) expose à de nombreux effets indésirables, dont des troubles digestifs et des atteintes cutanées (dont des angioedèmes) ; le thiocolchicoside (Miorel<sup>°</sup> ou autre), proche de la colchicine, expose à des diarrhées, des gastralgies, des photodermatoses, peut-être des convulsions, il est génotoxique et tératogène. Il n'est pas justifié d'exposer les patients à ces effets indésirables pour si peu d'efficacité. Un médicament efficace sur la douleur, tel le paracétamol, en maîtrisant sa posologie, est une meilleure option.

La quinine (Hexaquine<sup>°</sup>, Okimus<sup>°</sup>) autorisée dans les crampes, expose à des effets indésirables graves, parfois mortels, disproportionnés au regard d'une efficacité faible : des réactions anaphylactiques, des troubles hématologiques (dont des thrombopénies, des anémies hémolytiques, des agranulocytoses, des pancytopenies), des troubles du rythme cardiaque. On ne connaît pas de médicament avec une balance bénéfices-risques favorable dans les crampes ; des étirements réguliers sont parfois utiles

L'association colchicine + poudre d'opium + tiémonium dans la spécialité Colchimax<sup>°</sup>, a une balance bénéfices-risques défavorable dans la crise de goutte en raison de la présence de la poudre d'opium et du tiémonium qui masquent les diarrhées, un des premiers signes de surdose parfois mortelle de la colchicine (n° 350 p. 901). Un anti-inflammatoire non stéroïdien, voire un corticoïde, sont de meilleures options dans la crise de goutte.

L'association prednisolone + salicylate de dipropylène glycol dans la spécialité Cortisal<sup>°</sup> en application cutanée, expose aux effets indésirables des corticoïdes et aux réactions d'hypersensibilité des salicylés. D'autres options ont une balance bénéfices-risques favorable pour soulager la douleur en cas d'entorse ou de tendinite, en complément de mesures non médicamenteuses (repos, glace, attelles, etc.), telles que le paracétamol oral en maîtrisant sa posologie, ou l'ibuprofène topique (Advil<sup>°</sup> gel ou autre).

*Des médicaments utilisés dans la migraine sont à écarter.*

La flunarizine (Sibelium<sup>°</sup>) et l'oxétorone (Nocertone<sup>°</sup>), des neuroleptiques utilisés en prévention des crises de migraine, ont une efficacité au mieux modeste (environ une crise en moins tous les deux mois pour la flunarizine), et exposent à des troubles extrapyramidaux, des troubles cardiaques et des prises de poids. Mieux vaut choisir d'autres options telles que le propranolol (Propranolol Teva<sup>°</sup> ou autre).

*Antidépresseurs.*

Plusieurs médicaments autorisés dans la dépression exposent plus que d'autres antidépresseurs à des risques graves, sans avoir une meilleure efficacité que les autres médicaments de la dépression, qui ont en général une efficacité modeste, souvent d'apparition lente. Mieux vaut choisir des antidépresseurs dont on connaît le profil d'effets indésirables par un plus long recul d'utilisation. La duloxétine (Cymbalta<sup>°</sup> ou autre), un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, expose aux effets indésirables des antidépresseurs inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS), et en plus à des troubles cardiaques liés à son activité noradrénergique, dont des hypertensions artérielles, des tachycardies, des troubles du rythme cardiaque. La duloxétine expose aussi à des hépatites et à des réactions d'hypersensibilité avec des atteintes cutanées graves (dont des syndromes de Stevens-Johnson)

Le citalopram (Seropram<sup>°</sup> ou autre) et l'escitalopram (Seroplex<sup>°</sup> ou autre), des antidépresseurs IRS, exposent à un surcroît d'allongements de l'intervalle QT de l'électrocardiogramme et de torsades de pointes par rapport à d'autres antidépresseurs IRS, ainsi qu'à des surdoses aux conséquences plus



graves.

Le *milnacipran* (*Ixel° ou autre*) et la *venlafaxine* (*Effexor LP° ou autre*), des antidépresseurs non imipraminiques, non inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine, non inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO), ont une activité sérotoninergique et une activité noradrénergique. Ils exposent aux effets indésirables des antidépresseurs IRS, et en plus à des troubles cardiaques liés à leur activité noradrénergique, dont des hypertensions artérielles, des tachycardies, des troubles du rythme cardiaque, des allongements de l'intervalle QT de l'électrocardiogramme et, pour la venlafaxine, à un risque élevé d'arrêts cardiaques en cas de surdose.

La *tianeptine* (*Stablon° ou autre*), d'efficacité non démontrée, expose à des hépatites, des atteintes cutanées graves parfois mortelles dont des éruptions bulleuses, et des toxicomanies

### **La mauvaise utilisation des opiacés est influencée par la durée de prise plutôt que par la dose administrée : faut-il ne pas renouveler l'ordonnance ?**

*Brat GA, Agniel D, Beam A et al. Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study. BMJ 2018;360:j5790 | doi: 10.1136/bmj.j5790*  
Article commenté par Mary Corcoran Site Univadis

« Le fait de prescrire des doses plus élevées d'opiacés pendant de plus courtes périodes pourrait être un moyen plus efficace de traiter la douleur post-chirurgicale tout en minimisant le risque de mauvaise utilisation et d'addiction à plus long terme. C'est ce que suggèrent les auteurs d'une nouvelle recherche publiée dans la revue *The BMJ*... Dans le cadre de cette dernière étude, les chercheurs ont examiné les données portant sur plus d'un million de patients naïfs d'opiacés ayant fait l'objet d'une chirurgie et se sont intéressés à l'association entre les renouvellements de prescriptions d'opiacés et les cas de mauvaise utilisation. Ils ont découvert qu'un seul renouvellement de prescription augmentait le risque de mauvaise utilisation de plus de 40 % et que chaque semaine supplémentaire d'usage d'opiacés était associée à une augmentation de 20 % de la mauvaise utilisation d'opiacés chez ces patients. Écrivant dans la revue *The BMJ*, les auteurs ont indiqué que leurs résultats pourraient également s'appliquer aux patients non chirurgicaux... Les auteurs ont ajouté que d'autres recherches sont nécessaires pour déterminer la façon dont les schémas thérapeutiques initiaux peuvent minimiser les cas de mauvaise utilisation et d'addiction. »

### **Oxycodone « non détournable » : une option pour limiter l'usage récréatif des opioïdes médicamenteux ?**

*Larance B et al. The effect of a potentially tamper-resistant oxycodone formulation on opioid use and harm: main findings of the National Opioid Medications Abuse Deterrence (NOMAD) study. The Lancet Psychiatry published online January 11, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30003-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30003-8).* Résumé clinique par Agnès Lara Site Univadis

« En Australie, une nouvelle formule d'oxycodone à libération contrôlée « non détournable » a permis de réduire les usages non médicaux chez les sujets utilisant les opioïdes médicamenteux de façon détournée, notamment par injection, sans pour autant favoriser le recours à d'autres formules d'oxycodone ou d'opioïdes. Une réduction des ventes des dosages à 40 et 80 mg a été observée en population générale. Cette nouvelle formule ne semble pas avoir affecté la consommation globale d'opioïdes médicamenteux, ni la fréquence de ses effets indésirables (hospitalisations, overdoses, etc.). Elle pourrait favoriser la mise en place de nouvelles stratégies visant à réduire l'usage détourné des opioïdes et à en limiter les dangers dans les populations à risque... Il s'agit d'une formulation d'oxycodone à libération contrôlée rendue plus difficile à écraser et à dissoudre de façon à dissuader les usages détournés par injection ou par voie intranasale... »

## Pas de consensus sur le traitement extrahospitalier des surdosages en opiacés

*Chou R et coll. Management of Suspected Opioid Overdose with Naloxone in Out-of-Hospital Settings: a systematic review. Annals Intern Med., 2017, 167, 867-875. doi: 10.7326/M17-2224.*

Article résumé par Pierre Margent **Site JIM**

« Depuis l'année 2000, le nombre de décès par surdosage en opiacés a été multiplié par quatre, atteignant 33 000 en 2015. Les surdosages de ce type sont fréquemment traités, en milieu extra hospitalier, avec de la naloxone administrée en règle par un personnel d'assistance médicale d'urgence ou par des non spécialistes. Malgré l'existence de recommandations et de protocoles d'utilisation, il existe encore des incertitudes quant à la dose optimale à utiliser, la voie préférentielle d'administration et la conduite à tenir après réversibilité clinique. Une revue systématique a été entreprise par R Chou et collaborateurs afin de préciser la meilleure voie d'administration (intra nasale, intra veineuse, intra musculaire, voire sous cutanée) et la posologie adéquate de l'hydrochloride de naloxone en cas de surdosage en opiacés (dont témoignent altération de l'état mental, dépression respiratoire et myosis) survenu en milieu extra hospitalier. La revue a aussi tenté de préciser si un transfert vers une structure médicale était nécessaire après un surdosage...

En conclusion, l'apport de naloxone, à la concentration de 2 mg/mL, par voie intra nasale, semble avoir la même efficacité qu'une administration par voie intra musculaire, à posologie identique (2 mg), sur la réversibilité des symptômes d'un surdosage en opiacés, sans différence notable quant aux effets secondaires potentiels. Des travaux complémentaires restent à venir pour définir la place d'auto injections et des formulations nasales à forte concentration récemment approuvées par la FDA. L'absence de transfert en milieu médical après disparition des signes de surdosages semble être associé à un taux très faible de survenue d'événements pathologiques ultérieurs mais aucune étude n'a évalué, à ce jour, le bénéfice d'un transport vs un non transport. »

## Efficacité et effets secondaires du cannabis dans la douleur chronique chez l'adulte

*The Effects of Cannabis Among Adults With Chronic Pain and an Overview of General Harms: A Systematic Review. Nugent SM, Morasco BJ, O'Neil ME et al. Ann Intern Med. 2017 ; 167(5):319-331.* Article commenté par Françoise Laroche **Site Mediscoop.net** Horizons Douleur

« Les patients sont demandeurs de traitement par cannabis pour gérer leurs douleurs. Pourtant, l'AMM en France est très restrictive et le produit difficile à obtenir. Il s'agit du SATIVEX (nabiximols, médicament à base d'extraits de cannabis) qui est prescrit et distribué dans 17 pays européens et d'autres pays du monde, comme le Canada. En France, il a obtenu son AMM en janvier 2014, avec pour indication "spasticité dans la sclérose en plaques après échec des autres thérapeutiques". La Haute Autorité de Santé a rendu un avis en octobre 2014 et préconisé un remboursement à 15% dans cette indication... Sur les 27 études en douleur chronique, le niveau de preuve d'efficacité est faible pour les douleurs neuropathiques et insuffisant pour les autres types de douleurs. Les risques ne sont cependant pas nuls avec plus d'accidents de la voie publique, de symptômes psychotiques et de troubles cognitifs à court terme. Cette analyse vient conforter le peu d'intérêt médical du cannabis pour le traitement des douleurs chroniques, malgré les limites méthodologiques des études publiées. Les patients rapportent souvent un meilleur sommeil qui indirectement et de façon empirique pourrait améliorer leurs symptômes. Il faut noter que le conditionnement ne correspond pas aux produits sur le marché et qu'on n'a pas de données chez les sujets âgés. »

## Pas d'efficacité de la prégabaline dans le traitement de la sciatique

*Trial of Pregabalin for Acute and Chronic Sciatica Figueiredo EG, Teixeira MJ N Engl J Med 2017 ; 376:2396-2397* Article commenté par Françoise Laroche **Site Mediscoop.net** Horizons Douleur

« Les gabapentinoïdes ont montré leur efficacité dans certaines douleurs neuropathiques notamment le diabète. Par extension, les cliniciens ont utilisé ces molécules dans le traitement des rachialgies avec

ou sans radiculalgie. Pourtant depuis quelques années, le doute s'est immiscé sur leur efficacité dans cette indication. Une étude randomisée contrôlée en double aveugle, prégabaline versus placebo a été conduite parmi 209 patients souffrant de sciatique (évoluant de 1 semaine à un an, moyenne : 2 mois). A 8 semaines, l'intensité de la douleur du membre inférieur n'était pas significativement différente entre les groupes. Les résultats étaient comparables à 52 semaines (3.4 versus 3.0 pour la douleur) (différence ajustée entre les moyennes. Les critères secondaires ne différaient pas non plus significativement. Deux-cent-vingt-sept effets secondaires ont été rapportés dans le groupe prégabaline (surtout les vertiges - 40% versus 13%) et 124 dans le groupe placebo.

### **Douleurs neuropathiques (DN) : quels sont les traitements efficaces ?**

*Interventions for Neuropathic Pain : An Overview of Systematic Reviews. Dosenovic S, Jelcic Kadic A, Miljanovic M et al. Anaesth Analg 2017 ; 125 :643-652* Article commenté par Françoise Laroche

« Les auteurs ont cherché dans 5 bases électroniques les études d'efficacité des traitements des douleurs neuropathiques jusqu'en mars 2015. Les interventions les plus fréquemment observées dans cette analyse de la littérature sont les médicaments avec 97 revues systématiques (59%) et la chirurgie (15%). La majorité des revues est de qualité moyenne. **Plus de 50% des résultats sur l'efficacité et 80% sur la sécurité ne sont pas concluants.** La seule information intéressante de cette analyse confirme les résultats de l'étude de Stéphanie Mathieson, publiée en 2017 (1) : pour « les rachialgies » (terme utilisé dans cette analyse), les gabapentinoïdes ne sont pas efficaces. En effet, beaucoup de patients lombalgiques (avec ou sans radiculalgie) reçoivent de la prégabaline ou de la gabapentine et souffrent d'effets indésirables sans obtenir de franche efficacité.

*1. Mathieson S, Maher CG, McLachlan AJ et al. Trial of Pregabalin for Acute and Chronic Sciatica. N Engl J Med 2017 ; 376:1111-1120 »*

### **Kétamine intranasale dans la dépression : un traitement efficace et durable**

*Daly EJ, Singh JB, Fedgchin M, Cooper K, Lim P, Shelton RC, et coll. : Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine Adjunctive to Oral Antidepressant Therapy in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2017;* Article commenté par Alexandre Haroche **Site JIM**

« Les traitements médicamenteux disponibles actuellement contre la dépression, et en particulier les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, souffrent d'un long délai d'action et surtout d'une efficacité très inconstante. La résistance aux traitements nécessite souvent l'essai de plusieurs thérapeutiques avant d'atteindre, éventuellement, un résultat satisfaisant. Depuis quelques années déjà, la kétamine intraveineuse a montré son efficacité dans la dépression résistante, avec une rapidité d'action dépassant largement celle des autres traitements. Cependant son administration nécessairement intraveineuse en limite encore l'utilisation. L'énantiomère S de la kétamine, ayant une grande affinité pour les récepteurs NMDA, pourrait être encore plus efficace que le racémique. De plus, son administration intra-nasale offre la possibilité d'une intégration plus concrète de la kétamine dans la pharmacopée... Cette étude de phase II permet surtout de préciser les posologies efficaces et ouvre la voie à une étude de phase III de plus grande envergure. Elle rappelle le profil très intéressant de la kétamine, avec une rapidité d'action inédite, et dans cette étude un maintien à long terme de son efficacité. Cette nouvelle forme d'administration pourrait permettre de faciliter l'emploi de ce traitement, et ouvre la voie à une possible utilisation en médecine de ville. Le revers de la médaille étant que cette nouvelle galénique rendrait également le mésusage bien plus accessible. » *Des études sur la douleur à suivre ?*

### **Diabète de type 2 : des douleurs liées aux nouveaux traitements ?**

*Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors and risk of arthralgia: A systematic review and meta-analysis. Men P, He N, Song C, Zhai S. Diabetes Metab. 2017 Aug 1. doi: 10.1016/j.diabet.2017.05.013.* Article commenté par Serge Perrot **Site mediscoop.net**

« ... Les inhibiteurs des DPP4 sont des traitements très utilisés aujourd'hui en diabétologie, notamment dans le diabète de type 2. Depuis le développement de ces produits, les patients ont rapporté des arthralgies importantes sous DPP4 avec une alerte émise par la FDA en 2004.... Dans cette étude, les auteurs ont donc fait une revue systématique de la littérature et une méta-analyse pour tenter d'apporter des réponses à cette question... Au total, 2516 épisodes d'arthralgies ont été rapportés avec 1424 dans le groupe traité, contre 1092 dans les groupes contrôles. Ces résultats confirment une augmentation faible mais significative du risque de douleurs articulaires avec un risque relatif de 1,13 (intervalle de confiance à 95% ... On peut conclure à un risque d'arthralgie augmenté sous inhibiteurs de la DPP4, ce risque d'arthralgie se limitant à des arthralgies modérées, non graves, surtout chez des patients avec des diabètes sévères justifiant des polythérapies, et des diabètes de durées prolongées de plus de 5 ans.

## Endométrie

### Diagnostic et prise en charge de l'endométriose : nouvelles recommandations de la HAS et du CNGOF

*Le Pr Xavier Fritel a présenté les points-clés de ce texte, qui portent sur le diagnostic et la prise en charge pluridisciplinaire, à l'occasion des dernières Journées du CNGOF.* Présentation commentée par Stéphane KORSIA-MEFFRE **Site Vidal News**

« Douze ans après leurs derniers travaux sur le sujet, la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) ont actualisé, en décembre 2017, leurs recommandations relatives à la prise en charge de l'endométriose... Parce que la prise en charge de l'endométriose souffre fréquemment d'un manque de coordination à l'origine d'errance médicale, ces nouvelles recommandations abordent également chaque étape de la prise en charge et promeuvent une approche multidisciplinaire et individualisée en fonction des symptômes et des attentes des patientes, si possible au sein de centres spécialisés. L'accent est également mis sur l'importance de fournir une information claire aux patientes sur les différentes options thérapeutiques, tout au long de leur prise en charge... L'endométriose est caractérisée par la migration de tissus de l'endomètre dans la cavité abdominale, probablement par un mécanisme de reflux menstruel. Son étiologie, mal connue, est multifactorielle avec des facteurs hormonaux, environnementaux et génétiques (risque multiplié par cinq chez les apparentées du premier degré)... Parfois asymptomatique, sa forme maladie se caractérise le plus souvent par des douleurs intenses pelviennes (ou abdomino-pelviennes) aiguës ou chroniques, se manifestant ou s'accroissant pendant les règles (dysménorrhée) et / ou les rapports sexuels (dyspareunie), voire survenant lors de l'émission d'urine ou de selles (en particulier pendant les règles)... En cas de doute sur une endométriose, évaluer l'impact sur la qualité de vie avant d'enclencher la prise en charge. Selon la HAS et le CNGOF, une prise en charge médicale de l'endométriose est recommandée lorsque les douleurs affectent la vie quotidienne ou si le fonctionnement d'un organe est altéré. L'évaluation des symptômes douloureux peut se faire en croisant les résultats d'une échelle analogique avec la mesure du recours à des médicaments antalgiques pendant les règles et l'impact des symptômes sur l'absentéisme.

La prise en charge de l'endométriose devrait être multidisciplinaire. La HAS et le CNGOF recommandent que la prise en charge de l'endométriose soit faite par des équipes pluridisciplinaires comprenant des radiologues spécialisés, des gynécologues médicaux, des chirurgiens gynécologiques, urologues et digestifs, **des praticiens de la douleur** et des psychologues. Cette prise en charge doit être individualisée en fonction des symptômes et des attentes des patientes. Dans le but d'améliorer la prise en charge et de réduire le retard de diagnostic, des centres spécialisés de dépistage précoce et de prise en charge pluridisciplinaire de l'endométriose sont expérimentés dans plusieurs centres hospitaliers et pourraient devenir des centres de référence... Les recommandations de la HAS et du CNGOF rappellent que l'objectif premier du traitement médical de l'endométriose est de réduire ou supprimer les douleurs. Lorsque la patiente n'exprime pas de désir de grossesse, le traitement de



l'endométriose repose sur un traitement hormonal par contraception œstro-progestative ou par la pose d'un stérilet hormonal délivrant du lévonorgestrel (MIRENA ou JAYDESS).

La prescription d'AINS au long cours est à éviter en raison d'effets indésirables importants gastriques et rénaux. L'acupuncture, l'ostéopathie ou le yoga ont montré une amélioration de la qualité de vie et peuvent être proposés en complément de la prise en charge médicale de l'endométriose...

L'endométriose est une maladie peu évolutive, sans risque d'aggravation du nombre et du volume des lésions. Lorsque le traitement médical est efficace à rétablir la qualité de vie, il n'est pas nécessaire de pousser plus avant les investigations, ni de pratiquer de surveillance par imagerie ou un dépistage d'un éventuel cancer des ovaires. L'information des patientes, indispensable tout au long de la prise en charge. Parce que les patientes atteintes d'endométriose sont fréquemment inquiètes, les recommandations de la HAS et du CNGOF insistent sur l'importance d'une information adaptée sur les options thérapeutiques, les bénéfices et les risques attendus de chacun des traitements, le risque de récurrence et les enjeux de fertilité. »

### **Catastrophisme lié à la douleur et qualité de vie au cours de l'endométriose**

*Pain Catastrophizing and Pain Health-related Quality-of-life in Endometriosis. McPeak AE, Allaire C, Williams C et al. Clin J Pain. 2017 Jul 20. doi: 10.1097/AJP.0000000000000539* Article commenté par Françoise Laroche

« Les auteurs ont cherché à savoir si le catastrophisme en rapport avec la douleur est un facteur indépendant de la qualité de vie chez les femmes souffrant d'endométriose. Recrutées entre 2013 et avril 2015, 236 femmes ont été incluses... L'analyse en régression logistique a montré qu'un catastrophisme plus élevé était corrélé à des douleurs pelviennes plus intenses, des dysménorrhées plus sévères et des douleurs abdominales plus intenses et que ces éléments étaient indépendants de la qualité de vie en rapport avec la douleur. »

*L'endométriose n'est pas souvent évoquée et mérite plus d'attention.*

*De plus cette pathologie algique montre l'intérêt de la participation d'un algologue dans chaque service confronté à des pathologies algiques rebelles. Devant la difficulté à financer des structures douleur débordées par la demande, ne faudrait-il pas développer ce mode de collaboration médecins de la douleur-services de pathologies digestives, de gynéco-obstétrique, de rhumatologie, d'urologie, d'oncologie, de pédiatrie et gériatrie recevant des pathologies douloureuses problématiques. Une équipe mobile douleur rebelle ne serait-elle pas souvent adaptée en hospitalisation voire à domicile... Ph R*

### **Génétique et douleur post-opératoire**

*Anesthesiology (In Press) Dec, 2017 via Eurekalert (AAAS) 14-Dec-2017 Genetics may play role in chronic pain after surgery* **Site Santé log**

« Et si la génétique pesait plus fortement sur l'incidence des douleurs chroniques post-opératoires que les facteurs de risque cliniques tels que l'âge, le sexe, le tabagisme ou la technique d'anesthésie ? C'est bien la conclusion de cette étude à paraître dans la revue *Anesthesiology* : les variations génétiques expliquent un taux de douleurs postopératoires chroniques plus élevé, compris entre 7 et 12%, que les facteurs de risque cliniques. La douleur postopératoire chronique est l'une des complications les plus courantes et parmi les plus sévères après la chirurgie... Il est probable, écrivent les chercheurs, que des millions de patients souffrent de douleurs au site chirurgical, durant des mois, voire des années...

« Jusqu'à cette étude, ces variations génétiques associées à la douleur chronique post-chirurgicale n'avaient pas été bien identifiées ». L'analyse d'échantillons de sang de 1.152 patients ayant subi une chirurgie, centrée sur les variations génétiques de 54 gènes déjà associés à la douleur, rapprochée des données auto-déclarées des participants sur la nature et la sévérité des douleurs un an après la chirurgie, constate qu'un an après la chirurgie, 21% des patients éprouvent toujours une douleur

chronique post-chirurgicale ; 33% de ces patients qualifient leur douleur comme sévère. Ces mêmes patients souffrant de douleur signalent des difficultés à accomplir les activités du quotidien, des troubles de l'humeur, des difficultés à marcher, des problèmes de relations avec les autres, des troubles du sommeil et un mal-être. Leur état de santé général s'avère globalement dégradé. Une variation génétique en particulier sur un gène du système nerveux, le facteur neurotrophique dérivé du cerveau (BDNF ou Brain-Derived Neurotrophic Factor) s'avère la plus fortement associée à une augmentation de la douleur chronique post-chirurgicale. Ce point est d'ailleurs confirmé par l'équipe chez une souris modèle de douleur post-op. Au final, concluent les auteurs, ces variations génétiques pourraient peser bien plus lourd que des facteurs cliniques habituels sur l'incidence des douleurs postopératoires chroniques. A terme, il serait probablement possible de détecter les patients les plus à risque pour une prévention et une prise en charge adaptées. »

## **Migraine**

### **Migraine : un risque accru de maladie cardiovasculaire**

Adelborg K, Komjáthiné Szépligeti S, Holland-Bill Let al. *Migraine and risk of cardiovascular diseases: Danish population based matched cohort study. BMJ 2018;360:k96*  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k96> **Site Univadis**

« Des auteurs d'une nouvelle étude publiée dans la revue The BMJ suggèrent que la migraine doit être considérée comme un « facteur de risque important et persistant de la plupart des maladies cardiovasculaires ». Même si des études antérieures ont suggéré un lien entre la migraine et l'accident vasculaire cérébral (AVC) et l'infarctus du myocarde, en particulier chez les femmes, les liens existants entre la migraine et d'autres problèmes cardiovasculaires sont moins connus. Les chercheurs ont examiné des données du registre national danois des patients portant sur 51 032 patients atteints de migraine et 510 320 personnes issues de la population générale, appariés en fonction de l'âge, du sexe et de l'année civile. Ils ont découvert que la migraine était associée à des risques accrus de plusieurs maladies cardiovasculaires à court terme, qui ont perduré à long terme. Les associations étaient plus marquées chez les patients atteints de migraine avec aura que chez les patients atteints de migraine sans aura, et plus marquées chez les femmes que chez les hommes. Les risques absolus de l'ensemble des résultats cardiovasculaires se sont toutefois avérés faibles. Selon les auteurs, même si les directives actuelles ne préconisent pas l'utilisation d'aspirine et de clopidogrel dans la prophylaxie de la migraine, les cliniciens doivent envisager un traitement anticoagulant chez les patients à risque particulièrement élevé de maladies cardiovasculaires. « En fin de compte, il sera important de déterminer si des stratégies de prévention chez les patients atteints de migraine peuvent réduire le fardeau des maladies cardiovasculaires », ont conclu les auteurs. »

### **Evaluation des services de prise en charge des céphalées migraines**

Katsarava Z, Mania M, Lampl C, Herberhold J, Steiner TJ. *Poor medical care for people with migraine in Europe - evidence from the Eurolight study. J Headache Pain. 2018 Feb 1;19(1):10. doi: 10.1186/s10194-018-0839-1. PMID: 29392600. Site JIM*

« L'initiative Eurolight a recueilli des données sur les troubles liés aux céphalées à l'aide d'enquêtes menées dans 10 pays de l'Union européenne (UE) : Allemagne, Autriche, Espagne, France, Irlande, Italie, Lituanie, Luxembourg, Pays-Bas et Royaume-Uni. L'échantillon a inclus 3 466 adultes atteints de migraine, parmi lesquels 1 175 ont rapporté des migraines fréquentes (plus de 5 jours/mois). Dans des échantillons basés sur la population, seuls 9,5 %–18,0 % des participants atteints de migraine ont consulté un médecin généraliste et seuls 3,1 %–15,0 % ont consulté un médecin spécialiste. Entre 3,4 % et 11 % des participants recevaient des triptans, l'Espagne se situant bien au-delà avec 22,4 %. Parmi l'échantillon, 1,6 %–6,4 % ont reçu des médicaments préventifs, l'Espagne se détachant encore une fois avec 13,7 %. Les proportions de patients recevant des triptans et des médicaments préventifs se sont avérées plus élevées dans les échantillons de participants ayant consulté un médecin généraliste (13,6 %–24,5 % et 4,4 %–9,1 %, respectivement). Les chiffres suggèrent que les participants atteints



de migraine qui avaient consulté des médecins spécialistes (3,1–33,8 %) recevaient les meilleurs soins, selon ces indicateurs ; ceux traités par les médecins généralistes (9,5–29,6 %) se portaient moins bien et ceux ayant recours à l'automédication (48,0–84,2 %) étaient traités de façon inadéquate. Écrivant dans la revue *The Journal of Headache and Pain*, les auteurs ont déclaré : « La situation n'est donc pas encourageante : ces résultats, en tant que reflets de la portée et de la pertinence des services de prise en charge des céphalées, indiquent des performances désolantes de médiocrité *dans l'UE*. »

## Psychologie et douleur

### Identifier les barrières à la « gestion » de la douleur neuropathique

*What are the barriers and facilitators for the self-management of chronic pain with and without neuropathic characteristics? Pain Management Nursing 2017; 18: 295–308.* Article commenté par Cécile Michaud, inf., Ph. D. **Site JIM**

« La douleur chronique suppose que les personnes qui en sont affectées autogère cette situation pour obtenir une bonne qualité de vie. Or, il existe des différences dans les types de douleur chronique. Ainsi, de 3,3 % à 17,9 % des adultes vivaient avec une douleur chronique ayant des caractéristiques de douleurs neuropathiques (DCCN). Ces patients décrivent souvent une douleur plus intense avec un plus grand handicap et une moindre qualité de vie que ceux souffrant de douleur chronique sans caractéristiques neuropathiques. Ces différences peuvent-elles être liées à des obstacles à l'autogestion en cas de DCCN ?... A partir d'une étude menée auprès de 8 000 Canadiens, choisis au hasard dans la communauté, a été constitué un échantillon (n = 710) de participants ayant signalé une douleur chronique... Les participants présentant des douleurs à caractéristiques neuropathiques (n = 188) étaient plus susceptibles de rapporter une *faible auto-efficacité* que ceux sans caractéristiques neuropathiques (n = 522). Ils étaient également davantage susceptibles de présenter une *dépression*. Les deux groupes ne se distinguaient pas pour le soutien social et la relation avec les professionnels de la santé, mais 40,8 % estimaient ne pas être considérés comme des partenaires égaux dans la prise de décision et l'établissement d'objectifs liés à leurs soins. *Pour soutenir « l'autogestion » de la douleur chronique, les professionnels de la santé devraient donc mieux partager la prise de décisions avec leurs patients, combattre le sentiment de manque d'efficacité et rechercher et prendre en charge une éventuelle dépression.* »

### Développement et validation canadienne-française de l'échelle d'auto-efficacité de la douleur chronique

Anaïs Lacasse et col. version canadienne-français:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4391442/>

« L'auto-efficacité perçue est un résultat non négligeable lorsqu'on mesure l'impact des interventions d'autogestion chez les patients souffrant de douleur chronique. Cependant, aucune échelle d'auto-efficacité validée, spécifique à la douleur chronique, n'existe pour les études menées auprès des populations francophones... L'échelle d'auto-évaluation des maladies chroniques est un questionnaire auto-administré de 33 éléments qui mesure l'auto-efficacité perçue pour effectuer des comportements d'autogestion, gérer les maladies chroniques en général et atteindre les résultats (une version en six items est également disponible). Cette échelle a été adaptée au contexte des patients souffrant de douleur chronique selon des directives d'adaptation interculturelles... Une plus grande efficacité personnelle était significativement associée à une meilleure qualité de vie liée à la santé mentale et à une diminution de l'intensité de la douleur et de la catastrophisation, ce qui confirme la validité convergente de l'échelle... »

## Les troubles psychoaffectifs sont-ils ou non associés au syndrome de l'intestin irritable ?

Boudabous M et al. *Troubles psychoaffectifs au cours du syndrome de l'intestin irritable : mythe ou réalité ? 76e congrès SNFMI, Paris, 6 au 8 décembre 2017* Article résumé par Nathalie Barrès **Site Univadis**

« Les résultats de cette étude montrent que les patients souffrant de syndrome de l'intestin irritable (SII) auraient une qualité de vie plus altérée, une valeur moyenne d'anxiété, de dépression, d'alexithymie et une fréquence de dépression majeure, d'anxiété majeure et d'alexithymie, plus élevées que chez les sujets témoins. Un faible niveau scolaire, la présence d'une dépression ou d'une alexithymie sont des facteurs indépendants qui ont été associés à l'altération de la qualité de vie des sujets souffrant de SII et ayant participé à cette étude, menée au sein du service d'hépatogastro-entérologie d'un hôpital tunisien... Sur l'ensemble des participants souffrant de SII, nombreuses personnes souffraient de troubles psychoaffectifs, avec une prédominance de troubles anxieux pour 82,9%, suivis par la dépression (52,9%) et l'alexithymie (50%), de fréquence/sévérité plus élevée que la population témoin... Le sexe, le statut matrimonial et la profession n'influençaient pas les symptômes psychoaffectifs des sujets SII... »

## Des arguments pour développer l'ACT dans la fibromyalgie ?

Henry F. *Développer l'ACT face à la douleur chronique. L'efficacité : un nouvel argument en faveur du changement ? Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2017) 18, 207—208.*  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.douleur.2017.07.004>. Résumé clinique par Nathalie Barrès **Site Univadis**

« Les auteurs d'une étude de bonne qualité méthodologique recommandent de considérer ***l'ACT (thérapie de l'acceptation et de l'engagement - Acceptance and Commitment Therapy)*** comme un traitement adjuvant aux traitements médicamenteux et non comme une alternative chez les patients souffrants du syndrome fibromyalgique (SFM). Très peu d'équipes françaises la propose actuellement, mais les choses pourraient changer. La prise en charge du SFM représente des coûts directs et indirects importants. De récentes méta-analyses (1) (d'études principalement nord-américaines et présentant de nombreux biais méthodologiques) ont montré l'efficacité de l'ACT et de la pleine conscience sur de nombreuses variables médico-psychologiques dans un contexte de douleur chronique.

Cet essai randomisé permet d'évaluer l'ACT à travers une étude randomisée chez des sujets souffrant de fibromyalgie. Les trois groupes (G1 : ACT ; G2 : prise en charge standard ; G3 : groupe contrôle) présentaient des données médico-psychologiques similaires à l'inclusion. Le fonctionnement global, le catastrophisme et l'acceptation de la qualité de vie ont été significativement améliorés 6 mois après la prise en charge par l'ACT versus les autres groupes. L'anxiété, la dépression et l'intensité douloureuse ont été améliorées de manière notable mais similaire chez les sujets de G1 et G2. Les coûts directs de santé à l'inclusion étaient de 2.700 € dans G2, 1.900 € dans G1 et 1.500 € dans G3. Six mois après la fin de l'étude, ils étaient de 2.500 € dans le G3, 1.700 € dans G2 et 800 € dans G1 (différence significative entre G1 et G2, principalement liée aux coûts de consultations de premiers recours et de consommation médicamenteuse). Aucune différence significative entre G1 et G2 n'a été relevée sur les coûts indirects de santé et coûts de santé au global. Les niveaux d'efficacité et d'utilité se sont révélés significativement supérieurs dans le G1 vs G2 et G3.

*1-Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, et al. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. Cogn Behav Ther 2016;45:5—31.*