

Ce bulletin est distribué par mail; n'hésitez pas à le transmettre à vos contacts

EDITORIAL

Unité Douleur (UD) - Actualités

Les turbulences orageuses du printemps haïtien et de la terreur ont distancé les soignants de leur travail et les patients de leur soin. Le journal, alimenté par le travail des membres et des non-membres de la société, est désert. C'est à petit pas, en cherchant dans les travaux antérieurs, qu'on arrive à construire le bulletin du mois de juin.

La difficulté de trouver des antalgiques efficaces nous porte à chercher d'autres possibilités de traitement médicamenteux ou autres. Nous devrions renforcer nos capacités de recherche et revisiter les anciens traitements négligés, parce que difficiles à mettre en œuvre; restructurer la pratique.

Les cancéreux paient cher le chaos du moment d'autant que la clinique mobile ne se fait plus à cause de l'impossibilité d'atteindre les lieux habités. Nous examinons nos patients par vidéo (quand il y a le signal), comme nous le faisons d'ailleurs en 2014.

Les arthroses provoquent des douleurs paroxystiques, des bursites, des tendinites que les patients traitent par des médicaments de la rue (AINS, le plus souvent: pratique dangereuse).

Les patients arrivent à l'UD dans la détresse, aggravée par leur délocalisation brutale, souvent impotents. Nous les recevons à l'hôpital Universitaire la Paix (HUP) avec nos consœurs de cet hôpital depuis le mois de mai.

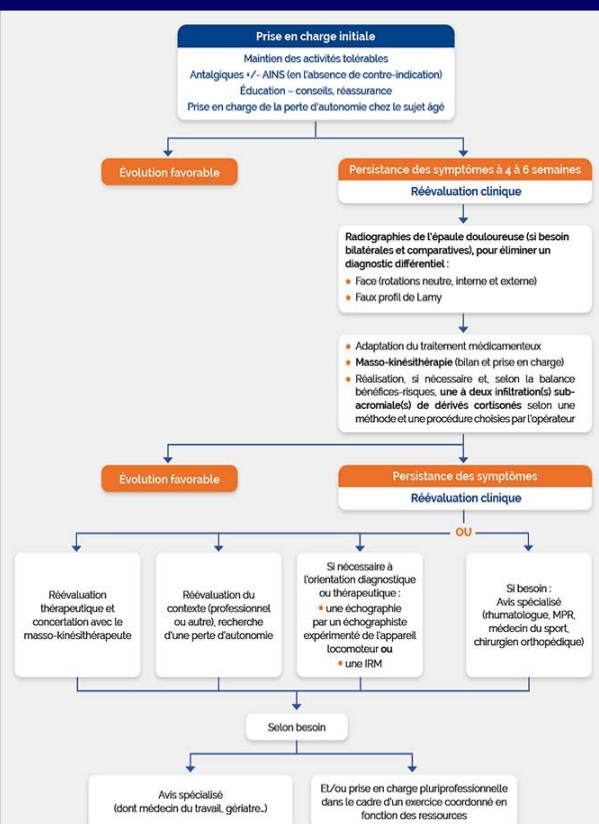
Nous faisons un appel à tous pour nous aider à informer et à trouver des mesures pour soigner et transmettre dans ces conditions difficiles.

Que nous fassions de cette épreuve, un chaudron qui nous dynamise afin d'améliorer la qualité de notre pratique et d'accomplir notre mission de soigner, d'apprendre et de transmettre!

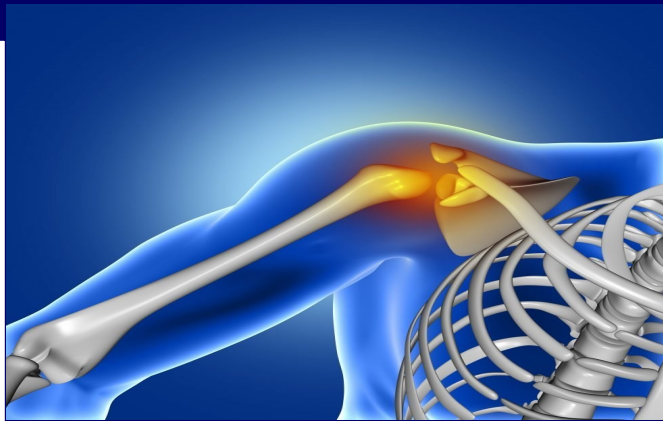
Denise FABIEN, médecin

COIN PRATIQUE

Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse non traumatique de l'adulte et prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs



Volume 1, Numéro 17, Juillet 2024



LU POUR VOUS

Épaule douloureuse : quels examens et quels traitements ?

La Haute autorité de santé française (HAS) vient de publier de nouvelles recommandations sur le diagnostic et la prise en charge de la douleur de l'épaule, celle-ci étant fréquente et liée aux pathologies de la coiffe des rotateurs (tendinopathie, rupture...) dans près de 70% des cas.

Pourquoi de nouvelles recommandations ?

La HAS a déjà émis trois recommandations pour améliorer la prise en charge de cette douleur mais elles ne sont pas suffisamment suivies. Ainsi, on constate que 25% des patients sont opérés de la coiffe des rotateurs sans avoir reçu, au préalable, le traitement médical adapté. Cela se reflète dans le nombre de chirurgies pour cette pathologie qui a augmenté de 76% entre 2006 et 2014.

Dans ses nouvelles recommandations, la HAS rappelle les bonnes pratiques : elle précise la démarche diagnostique clinique et définit la place de l'imagerie et du traitement médical.

Un examen clinique approfondi

La HAS rappelle que face à une épaule douloureuse récente et non traumatique, « il est crucial de donner la priorité à l'examen clinique pour poser un diagnostic, éliminer les diagnostics alternatifs et évaluer le retentissement des symptômes sur le quotidien du patient ».

La radiographie en 1re intention

La prescription d'imagerie ne doit être envisagée que :

- En cas de suspicion de pathologie sévère à l'examen clinique : la radiographie (clichés de face et de profil) est alors l'imagerie de 1re intention, à la recherche de calcifications et d'autres pathologies pouvant expliquer la douleur

- En cas de persistance des symptômes au-delà de 4 à 6 semaines, avec ou sans traitement, alors que l'examen clinique n'avait décelé aucun élément évocateur d'une pathologie sévère: les radiographies sont alors indiquées. Par la suite, en l'absence de nouveaux événements cliniques, il n'est pas nécessaire de les renouveler.

Des traitements non chirurgicaux

La HAS rappelle que la chirurgie n'a pas d'intérêt en l'absence de rupture de la coiffe des rotateurs. Elle recommande la mise en place de traitements non chirurgicaux en associant un traitement médicamenteux (antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, injections de dérivés cortisonés dans l'épaule) et non médicamenteux (kinésithérapie, éducation et conseils de prévention), prescrits en plusieurs étapes, selon l'évolution des symptômes.

Que faire en cas d'échec du traitement ?

En l'absence d'évolution favorable des symptômes, le patient peut être adressé à un médecin spécialiste de l'épaule (rhumatologue, médecine physique et de réadaptation, médecin du sport ou chirurgien orthopédiste).

Lorsque le traitement par kinésithérapie et injections de dérivés cortisonés échoue, une échographie de l'épaule peut être prescrite pour affiner le diagnostic lésionnel et adapter la prise en charge. Si l'échographie ne fournit pas d'explication satisfaisante des symptômes ou en cas de forte suspicion de rupture tendineuse, une IRM peut être envisagée, sauf si elle est contre-indiquée.

Pour guider les professionnels de santé, la HAS accompagne ses recommandations d'un algorithme de prise en charge d'une épaule douloureuse non traumatique, non calcifiante.

HAS. Communiqué de presse. Quels diagnostics et prise en charge en cas d'épaule douloureuse ? 19/09/2023.

Les douleurs aiguës sont parfois difficiles à traiter surtout en post opératoire chez les personnes souffrant de douleurs réfractaires [1]. Les douleurs rebelles au traitement antalgique sont un problème récurrent en soins palliatifs[2]. Dans les pays pauvres comme Haïti ce problème est encore plus prégnant à cause de la non-disponibilité et des difficultés d'accès aux antalgiques morphiniques[3].

La kétamine, un produit anesthésique vieux de plus de cinquante ans, avait, au cours de la dernière décennie du vingtième siècle, fait l'objet de plusieurs études prouvant son efficacité comme antalgique [4].

Quel intérêt revêt son utilisation dans la prise en charge palliative en Haïti ?

La kétamine est un anesthésique général non barbiturique. C'est un mélange de deux isomères : S+ Isomère et R- isomère[5]. Ce dernier a une grande affinité pour le récepteur NMDA (N-méthyl-D-aspartate). Il agit en inhibant la liaison du Glutamate (relargage pré-synaptique) au récepteur NMDA (post-synaptique)[6]. Cette action de la kétamine sur les récepteurs NMDA aux doses sub-anesthésiques en fait un produit actif :

- Contre la sensibilisation centrale = anti-allodynie et anti-hyperalgésie
- Contre la tolérance opioïde.
- Dans la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse.
- Dans le traitement des douleurs réfractaires chez les patients cancéreux comme adjuvant des opioïdes.
- Comme Co-antalgique

Plusieurs articles ont été publiés sur l'effet antalgique de la kétamine: Des études, des séries de cas, ou encore des cas cliniques isolés [7][8][9]qui démontrent que :

- a.- Il existe une action synergique additive entre la kétamine et les morphiniques avec potentialisation de l'action des morphiniques.
- b.- La kétamine antagonise « l'effet facilitateur de la nociception » des morphiniques.
- c.- Elle permet une réduction de la consommation morphinique (épargne) avec diminution des effets indésirables des morphiniques.
- d.- La kétamine inhibe également le développement de la tolérance pharmacologique aux morphiniques.

A l'Unité Douleur de l'HUEH, 6% des patients étaient suivis pour douleur cancéreuse en 2023[10]. La prise en charge de leurs douleurs présentait cependant un réel défi en raison des limitations d'accès aux antalgiques de palier 3.

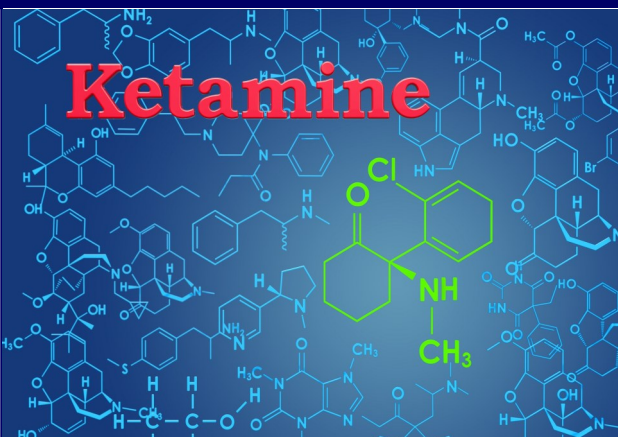
L'utilisation de la kétamine chez nos patients à l'UD de l'HUEH, avait donné lieu en 2019 à la publication d'un article montrant son efficacité et sa bonne tolérance[11]. La kétamine se présentait alors comme une alternative non négligeable pour les pays, comme Haïti, fortement touchés par la crise des opioïdes de la dernière décennie [12].

Nos observations avaient en effet montré une diminution sensible du score de douleur (Évalué avec l'Échelle Visuelle Analogique: EVA) avec l'adjonction de kétamine comme Co-antalgique pour les cas étudiés; nous offrant même la possibilité de pouvoir réduire les doses de morphine de 40% de la dose initiale sans modification du bénéfice antalgique. La kétamine avait aussi permis, selon nos observations, d'agir sur des symptômes, difficilement gérables en soins palliatifs, que sont : l'anxiété et la dépression.

De 2019 à 2024, la disponibilité en antalgiques de palier 3, au lieu de s'améliorer n'a fait que se détériorer jusqu'à devenir inexistant actuellement.

La kétamine est donc devenue incontournable pour la prise en charge des douleurs cancéreuses en Haïti. Celles-ci deviennent presque toutes rebelles à un moment ou l'autre de l'évolution de la maladie. En effet, les antalgiques morphiniques, nécessaires à leur prise en charge, sont quasi-absents de notre arsenal thérapeutique.

A ce moment, notre principal atout reste la *bonne vieille kétamine* !



Cependant, pour utiliser la kétamine à visée antalgique en toute sécurité, il faut SAVOIR l'utiliser :

- Se rappeler que l'effet antalgique n'est obtenu qu'à des doses faibles (0,1 – 0,3 mg/Kg) ;
- Vérifier les contre-indications (psychose, maladies cardiovasculaires graves ou insuffisance hépatique...) à chaque étape de l'évolution de la maladie cancéreuse pour adapter les posologies ou aménager des fenêtres thérapeutiques.

Il existe bon nombre de possibilités à explorer pour mieux aider nos malades. Et, ce que la pratique de tous les jours, auprès d'eux, nous enseigne, c'est qu'il faut savoir s'adapter. En Haïti plus que partout ailleurs, il faut savoir trouver les moyens de notre médecine.

La kétamine est l'un de ces moyens . Elle a prouvé l'intérêt de son utilisation particulièrement dans les pays à faible moyen et à disponibilité réduite en morphiniques.

La prise en charge de la douleur cancéreuse ne peut souvent pas attendre que les difficultés socio politiques soient gérées.

« Lorsque les jours sont comptés, CHAQUE jour qui reste compte ! »

Pour que cela ait du sens de vivre, un jour qui reste à la fois, il est important que chacun de ces jours soit vécu en étant apaisé et soulagé.

En médecine palliative chaque patient est unique et tout protocole de soin doit s'adapter à la singularité de l'individu auquel il s'adresse. Mais aussi, tout patient a le droit d'être soulagé indépendamment de son lieu de vie.

En Haïti comme ailleurs, il importe de toujours réinventer le soin avec les moyens dont nous disposons; tout en œuvrant pour élargir nos possibilités et améliorer l'offre de soin pour des lendemains moins stressants pour les soignants comme pour les patients.

Régine ROCHE, médecin

REFERENCES

1. Silverstein WK, Juurlink DN, Zipursky JS. Ketamine for the treatment of acute pain. *Cmaj*. 2021;193(43):E1663.
2. AFSSAPS. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte. Recommandations bonne Prati. 2010;1-21.
3. Juillet A, Schaezel B, Des L, Par A, Alphabetique O. RAPPORT D'ETUDE SUR L'ACCES ET L'UTILISATION DE S MORPHINIQUES DE PALIER 3 EN HAÏTI. 2013;
4. Mion G. Kétamine : hypnotique , analgésique et anti-hyperalgésique. 2015;1-18.
5. Jelen LA, Young AH, Stone JM. Ketamine: A tale of two enantiomers. *J Psychopharmacol*. 2021;35(2):109-23
6. Iadarola ND, Niciu MJ, Richards EM, Vande Voort JL, Ballard ED, Lundin NB, et al. Ketamine and other N-methyl-D-aspartate receptor antagonists in the treatment of depression: A perspective review. *Ther Adv Chronic Dis*. 2015;6(3):97-114.
7. Bell RF, Eccleston C, Kalso EA. Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(6).
8. shizuka P, Garcia JBS, Sakata RK, Issy AM, Müllich SL. Avaliação da S(+)-cetamina por via oral associada à morfina no tratamento da dor oncológica. *Rev Bras Anestesiol*. 2007;57(1):19-31.
9. Rouiller F. Kétamine et soins palliatifs. *InfoKara*. 2008;23(3):91-5.
10. HUEH. Rapport d'activités de l'UNITÉ DOULEURS / HUEH pour l'année 2023. RHCA. 2024;46:33.
11. Roche R. Kétamine revisitée : Une alternative pour l'analgésie des patients en situation palliative en Haïti. *RHCA* #29; 2019. p. 34
12. ONUDC. Rapport mondial sur les drogues: la crise des opioïdes, l'abus de médicaments sur ordonnance s'étend; la cocaïne et l'opium atteignent des records. 2018. p. 3.



www.sohadhaiti.com

COMITE EXECUTIF 2022-2024: Présidente: Dr Régine ROCHE; Vice-Président: Dr Lucien ROUSSEAU; Secrétaire: Dr Joane D. MAITRE Secrétaire Adjointe: Inf Fredelyne JOSEPH; Trésorière: Inf Judelyne MONDESTIN; Trésorière Adjointe: Inf Guerline DESIR Conseillers: Phm Fleurine Jean Jeune JOSEPH; Psy Josué LOUIS, Dr Marjorie RAPHAEL
CONSEIL SCIENTIFIQUE: Dr Denise FABIEN ; Dr Judith JEAN-BAPTISTE; Dr Claudine JOLICOEUR
COMITE DE REDACTION DU BULLETIN : Dr Claudine JOLICOEUR, rédactrice en chef; Dr Marjorie RAPHAEL, rédactrice adjointe; Dr Denise FABIEN; Dr Judith JEAN-BAPTISTE; Inf Fredelyne JOSEPH; Inf Judelyne MONDESTIN; Dr Régine ROCHE

DEPOT LEGAL: 22-01-008

Commentaires et suggestions? : Contactez nous par Email à sohadass1018@gmail.com / Téléphone : (509)3247-8637



ÉCOUTER, COMPRENDRE, SOULAGER

