



Recommandations de bonnes pratiques concernant le diagnostic et la prise en charge des SDRC

Les recommandations de bonnes pratiques concernant le diagnostic et la prise en charge des SDRC sont en cours d'élaboration à la demande de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD) et en association avec la SFR (Société Française de Rhumatologie, de la SFAR (Société Française, d'Anesthésie et réanimation) et de la SOFCOT (Société Française ...)

Ce travail a commencé en Septembre 2015 et s'achèvera en novembre 2017 par une présentation officielle au congrès de la SFETD.

A partir de la synthèse des données de la littérature scientifique concernant les connaissances et pratiques cliniques et des avis d'expert, les recommandations seront formalisées selon la méthode Grade et méthode ANAES 1999.

Le Syndrome Dououreux Regional Complexe (SDRC) ou Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) est le terme retenue par l'IASP (International Association Study of pain) comprenant des douleurs, parfois disproportionnée par rapport au facteur déclenchant, et des symptômes variés sensorielles, vaso-moteurs, moteurs et entraînant une impotence fonctionnelle parfois importante. Ce diagnostic est un diagnostic d'élimination en l'absence de gold standart diagnostic.

La validité des critères diagnostic du IASP, les critères de Budapest est discutée. Certains considèrent que cette affection est sous diagnostiquée d'autres diagnostiquée avec excès. Si la physiopathologie est mal connue, la durée d'évolution, le temps d'apparition entre les facteurs déclenchant et les premiers symptômes, les facteurs de risque, le risque de récurrence, la prévention, l'intérêt des examens complémentaires est diversement apprécié dans la littérature.

Aucun traitement médicamenteux ne bénéficie d'une AMM pour ce syndrome ; les données de la littérature sont variés et souvent de qualité médiocre.

Ces éléments ont rendu nécessaire la réalisation des premières recommandations de bonne pratique pour le diagnostic et le traitement des SDRC

Le groupe pilote doit répondre aux questions :

Diagnostic des SDRC

Evaluation des SDRC

Traitements médicamenteux et non médicamenteux des SDRC

Traitement physiques des SDRC

Le 1er tour de cotation et relecture est maintenant terminé avec des retours très positif en termes de cotation et de commentaires.. Il a permis d'affiner le travail et de revoir les recommandations qui avaient été commentées.

La cible des recommandations est l'ensemble des professionnels de santé confrontés au SDRC (médecin généraliste, médecins spécialistes rhumatologues, orthopédistes, neurologues, médecin de réadaptation physique,

médecins de la douleur, psychologues cliniciens, kinésithérapeutes, infirmières), en pratique de ville ou en pratique hospitalière.

Agitation dans le bocal :



Après la décision de rendre la kétamine comme produit stupéfiant, l'ANSM nous alerte sur la survenue d'hépatite grave chez les patients recevant très régulièrement de la kétamine pour leurs soins. Il s'agit tout particulièrement de son utilisation pour les soins des grands brûlés.

Pour mémoire, la kétamine est une amine dissociative, psychotrope, utilisée comme anesthésique général en médecine humaine et vétérinaire. Elle est également utilisée comme analgésique et sédatif, ainsi que pour traiter les douleurs chroniques.

L'utilisation est bien connue des anesthésistes et son effet sur le bilan hépatique est connu mais cela s'active de plus en plus dans le bocal Pubmed, tant en fondamentale qu'en clinique^{1,2}. C'est pourquoi, un bilan hépatique est indiqué dans la plupart des équipes afin de surveiller le risque d'élévation des enzymes hépatiques.

1. Niesters M, Martini C, Dahan A. Ketamine for chronic pain: risks and benefits. Br J Clin Pharmacol. 2014 Feb;77(2):357-67. Article: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bcp.12094/full>

2. Cheung HM, Chow TCH, Yew DTW. How Ketamine Affects Livers of Pregnant Mice and Developing Mice? Int J Mol Sci. 2017 May 19;18(5). pii: E1098. doi: 10.3390/ijms18051098. Article : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5455006/>

De plus, les recommandations de la SFAR sont étayées par la littérature en post-opératoire avec un Accord fort : Chez les grands brûlés, l'utilisation de fortes doses de kétamine intraveineuse ont induit des hépatites sévères (communication ANSM du 20 juin 2017). Cependant, il ne s'agit pas de doses habituellement utilisées en anesthésie ou en douleur chronique ! De ce fait, les deux sociétés savantes (SFAR et SFETD) ont travaillé pour répondre à l'ANSM sur les règles de bonne pratique proposées par les deux sociétés savantes. L'équipe du Pr Gisèle Pickering continue d'inclure des patients pour faire le point sur l'utilisation de la kétamine en structure douleur.

Concernant l'anesthésie, il existe des recommandations récentes qui datent de septembre 2016 : <http://sfar.org/reactualisation-de-la-recommandation-sur-la-douleur-postoperatoire/>

R3.8 - En peropératoire, l'administration de faible dose de kétamine chez un patient sous anesthésie générale est recommandée dans les deux situations suivantes :

1/ chirurgie à risque de douleur aiguë intense ou pourvoyeuse de DCPC ;

2/ patients vulnérables à la douleur en particulier patients sous opioïdes au long cours ou présentant une toxicomanie aux opiacés.

G1+, ACCORD FORT

Argumentaire :

La kétamine est l'agent anti-hyperalgésique recommandé en première intention à la dose (maximale) de 0,5 mg/kg après l'induction anesthésique (pour éviter les effets psychodysléptiques) +/- en administration continue à la dose de 0,125 à 0,25 mg/kg/h. La perfusion sera arrêtée 30 min avant la fin de la chirurgie. L'utilisation de kétamine à faible dose en peropératoire permet de réduire l'intensité de la douleur aiguë pendant 24 heures et de diminuer la consommation de morphine en moyenne de 15 mg sur 24 heures et le risque de nausées -vomissements (niveau de preuve modéré) [53-54]. La prolongation de l'administration de kétamine en postopératoire accroît le risque d'hallucinations et ne majore pas de façon importante l'effet analgésique. L'effet sur la douleur chronique post chirurgicale est estimé à une réduction de 30% de l'incidence de la douleur chronique à trois mois après la chirurgie (niveau de preuve bas) [55-56]. On ne peut pas préciser si la prolongation de l'administration pendant 24 heures permet de réduire encore le risque de douleur chronique post chirurgicale. Quant au magnésium, son utilisation n'est pas actuellement recommandée du fait d'un niveau de preuve insuffisant.

Références :

53. Elia N, Tramer MR. Ketamine and postoperative pain--a quantitative systematic review of randomised trials. Pain 2005; 113:61-70.

54. Laskowski K, Stirling A, McKay WP, Lim HJ. A systematic review of intravenous ketamine for postoperative analgesia. Can J Anaesth 2011; 58:911-23.

55. Chaparro LE, Smith SA, Moore RA, Wiffen PJ, Gilron I. Pharmacotherapy for the prevention of chronic pain after surgery in adults. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7:CD008307.

56. McNicol ED, Schumann R, Haroutonian S. A systematic review and meta-analysis of ketamine for the prevention of persistent post-surgical pain. Acta Anaesthesiol Scand 2014; 58:1199-213.

De plus, les contrôles de la CPAM concernant l'utilisation de la kétamine intra-veineuse s'intensifient de plus en plus avec désormais le **refus de rembourser les perfusions de kétamine** en douleur chronique dans le Var car il s'agit d'une indication hors AMM.

Qu'est-ce qui a catalysé cette réaction en chaîne ?

La SFETD et la SFAR se mobilisent pour **comprendre** ce qui **motive des alertes et ces décisions**.

Quelques nouvelles de l'enseignement douleur

Deux projets sont lancés dans le domaine de l'enseignement de la douleur du 3ème cycle en médecine. Il s'agit de la FST (formation spécialisée transversales) et d'un module douleur de 4h pour tous les DES (diplômes d'études spécialisées). Ci-joint les deux maquettes proposées :

- la maquette de la FST, envoyée au ministère, en attente d'accord - [Cliquez ici pour télécharger la maquette](#)
- la maquette des enseignements transversaux douleur, qui seront des enseignements "douleur" dispensés à tous les internes DES, 4 heures en tout, une avancée importante malgré tout. - [Cliquez ici pour télécharger la maquette](#)

Un programme plus détaillé sera travaillé cet été pour présenter à la rentrée 2017.

Candidature à l'EFIC

Appel à candidature pour participer activement à l'EFIC. Le maximum de participation française est souhaité.



[Téléchargez le dossier de candidature en cliquant ici](#) - **Date limite de soumission le 13 juillet 2017.**