

## Mars 2015



### **Disponibilité des résultats concernant les études portant sur les dispositifs antalgiques, le syndrome douloureux régional complexe et les douleurs post AVC : comparaison des bases de données RReADS, RReACT et RReMiT**

Par Xavier Moisset (CETD de Boulogne, CHU de Clermont-Ferrand)

#### **Article commenté :**

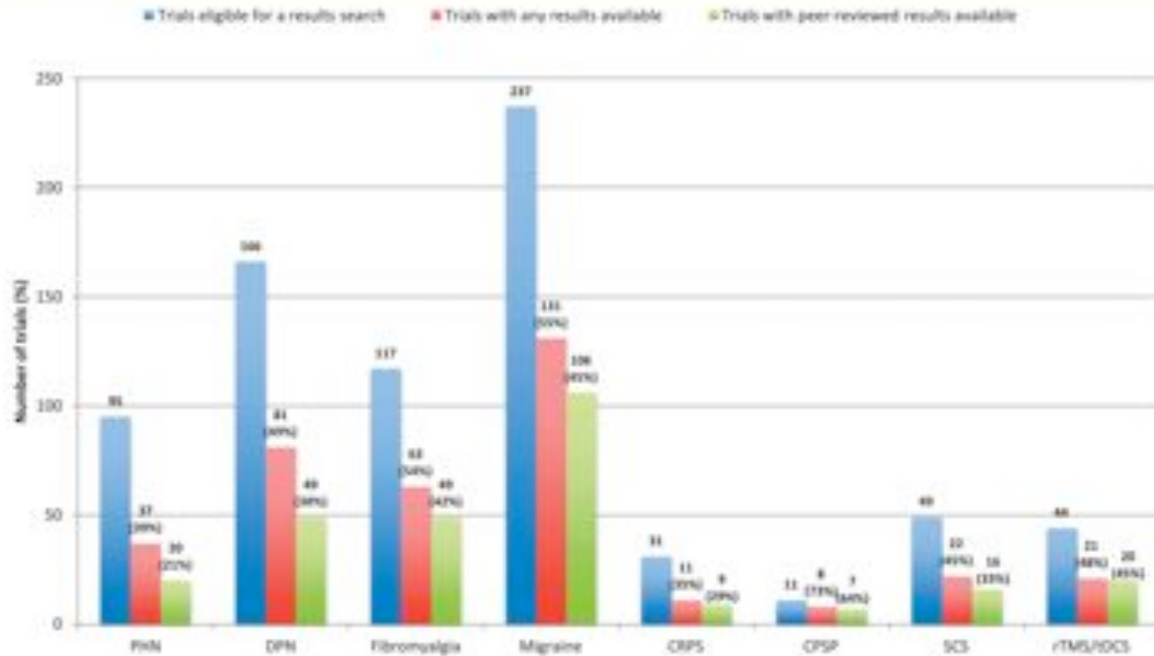
#### **Results availability for analgesic device, complex regional pain syndrome, and post-stroke pain trials: comparing the RReADS, RReACT, and RReMiT databases**

Faustine L. Dufka et al. Pain. 2015 Jan;156(1):72-80

**Introduction :** La médecine basée sur les preuves nécessite de s'appuyer sur les résultats d'études solides, non biaisées et que tous les résultats d'essais contrôlés randomisés (ECR) soient disponibles. La base de données RReACT (Repository of Registered Analgesic Clinical Trials) a été créée pour recenser tous les essais cliniques de thérapies antalgiques, ainsi que leurs résultats. Elle comprenait jusqu'à présent des données sur Fibromyalgie, Neuropathie diabétique douloureuse et Douleur post-zostérienne.

**Méthodes** : Dans RReACT, les auteurs ont créé 2 nouvelles bases de données sur « Douleur central post-AVC (Central post-stroke pain) » et « Complex regional pain syndrome (CRPS) ». Selon la même méthodologie, ils ont également créé la base RReADS (Repository of Registered Analgesic Device Studies) qui répertorie les essais sur stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS), stimulation électrique transcrânienne (tDCS) et stimulation médullaire. Enfin, ils ont analysé RReMIT (Repository of Registered Migraine Trials) pour les essais sur la migraine.

**Résultats** : Les auteurs se sont intéressés à toutes les études terminées. Seule une minorité de ces études disposent de résultats publiés dans une revue disposant d'un comité de lecture.



PHN : Post-herpetic neuralgia ; DPN : diabetic painful neuropathy; CRPS: Complex regional pain syndrome ; CPSP : Central post-stroke pain; SCS: Spinal cord stimulation; rTMS/tDCS: repetitive transcranial magnetic stimulation/ transcranial direct current stimulation.

*Cette étude met en évidence, une fois de plus, le problème lié au biais de publication. Certaines études débutées n'arrivent jamais à leur terme et ces résultats partiels sont quasiment impossibles à obtenir, alors qu'ils pourraient avoir leur place dans une méta-analyse. Pour les études terminées, il peut exister des difficultés ou une absence de volonté de publier, particulièrement en cas de résultats négatifs. En effet, il est plus difficile de publier dans de grandes revues ces résultats et, lorsqu'ils sont publiés, ils sont globalement moins cités que des résultats positifs. Pourtant, si la question est pertinente, une réponse négative est aussi importante qu'une réponse positive.*

*Ce biais de publication fausse obligatoirement les méta-analyses et a tendance à faire surestimer l'efficacité des traitements. Ce biais doit être estimé dans les revues systématiques avec méta-analyse. C'est ce qui a été effectué lors de la rédaction des recommandations sur le traitement des douleurs neuropathiques par le Special Interest Group on Neuropathic Pain (NeuPSIG) (Finnerup, Attal et al., Lancet Neurol. 2015), mais ce n'est pas toujours le cas. Chacun doit contribuer à une plus grande transparence pour faciliter le décompte de toutes les études réalisées et l'accès aux résultats. Ce n'est qu'ainsi que les recommandations pourront vraiment être basées sur des preuves !*



## **L'enseignement de la douleur en physiothérapie aux USA : où en est-on ?**

Par Yannick Barde-Cabusson, kinésithérapeute libéral, Le Cap D'Agde

### **Article commenté :**

**The current state of physical therapy pain curricula in the United States: a faculty survey.**

Hoeger Bement MK, Sluka KA. J Pain. 2015 Feb;16(2):144-52.

**Contexte** : une enquête récente menée auprès des 216 programmes américains de formation en physiothérapie vient de paraître (1). Elle a cherché à évaluer les caractéristiques de la formation dans le domaine de la douleur au sein des études de physiothérapie.

**Méthode** : un questionnaire a été développé à partir d'objectifs d'apprentissages établis par des experts (des membres du groupe d'intérêt douleur de l'American Physical Therapy Association, de l'IASP, de l'American Pain Society). Il couvrait notamment les recommandations de l'IASP en terme de cursus (2) :

- Nature multidimensionnelle de la douleur (incluant les concepts et mécanismes de base de la douleur)
- Evaluation et mesures de la douleur
- Management de la douleur
- Conditions cliniques traitées communément par les physiothérapeutes

Un questionnaire pilote soumis à 5 experts a permis de faire les modifications nécessaires pour finaliser un questionnaire à 10 items évoquant notamment : mécanismes scientifiques de base et concepts de la douleur, évaluation et management de la douleur, adéquation du cursus et incorporation au sein de l'enseignement, temps horaire de formation et ressources utilisées.

**Résultats** : 76 % (167/216) des instituts de formation ont répondu à cette enquête. Parmi eux, 71 % (153/216) ont renseigné le nombre d'heures totales passées à enseigner la douleur

(question 1). Beaucoup ont trouvé difficile d'évaluer ce temps horaire, car ils ne dispensaient pas de cours dédié (mais plutôt une intégration tout au long du cursus). Seulement 62 % (137/216) ont répondu à la suite du questionnaire (questions 2 à 10) visant à renseigner le contenu abordé et le temps horaire détaillé correspondant.

Le temps total consacré à l'enseignement de la douleur était en moyenne de 31h ( $\pm 1.8h$ ). Le nombre d'heures variait considérablement entre instituts de formation (5 à 115h avec un mode à 10h). Seulement 6 % (11/167) des instituts dispensaient un cours spécifique d'une durée moyenne de 2.3h par semestre ( $\pm 1.3h$ ) et s'étalant entre 2 et 5h (mode de 2h/semestre).

En terme de contenu, c'est le management de la douleur qui disposait du plus grand nombre d'heures de formation (27.2h  $\pm 1.3h$ ), suivi des sciences de la douleur (9.5h  $\pm 0.4h$ ) et enfin de l'évaluation de la douleur (4h  $\pm 0.22h$ ).

**Discussion** : le temps total passé à enseigner la douleur semble en augmentation, si on se reporte à l'étude de Scudds et al., qui mentionne un temps moyen d'enseignement dans ce domaine de 4h (3). En revanche, les canadiens font mieux avec un temps moyen estimé à 41h (4). Une des limitations habituelles de ce type d'étude concerne le taux de participation qui est ici relativement moyen (seulement 62 % ont répondu à l'entièreté du questionnaire). Un autre risque de biais concerne la mesure du volume horaire consacré à la douleur quand on sait que la grande majorité des instituts ne possèdent pas de cours spécifique.

*L'étude mentionne des scores élevés en termes de qualité de contenu (par ex., les sujets de science de la douleur désignés par les experts sont couverts entre 84 % et 97 % par les formations ; pour la partie évaluation de la douleur on se situe entre 68 % et 99 %). Ce sont en apparence de très bons chiffres, mais il faut sans doute les tempérer : lorsqu'on s'intéresse aux ressources utilisées par ces instituts pour les atteindre, on note que moins de 50 % d'entre eux déclaraient avoir connaissance des documents de l'Institute of Medicine (5) ou encore des recommandations de l'IASP en terme d'enseignement (2). De la même façon, les ouvrages faisant référence semblaient sous-utilisés : Explain Pain (7 %), Textbook of Pain (17 %) ou encore Bonica's Management of Pain (4 %). En outre, seulement 61 % des répondants considéraient leur enseignement du management de la douleur adéquat.*

*Il est à première vue difficile de se faire une opinion sur un système aussi éloigné du nôtre. Plus proche de chez nous, une étude du groupe d'intérêt douleur de la British Pain Society a mentionné un temps d'enseignement dans le domaine de la douleur représentant moins de 1 % de la matière universitaire enseignée aux professionnels de santé (6). Dans l'étude européenne de Johnson et al., 84 % des praticiens (essentiellement des médecins libéraux) ont jugé leurs études initiales insuffisantes à la prise en charge des douleurs chroniques non malignes (72-78 % d'insatisfaits pour la France). La formation initiale dans ce champ reste inférieure à 5h pour la France (7). A l'heure actuelle, il n'existe pas de chiffre précis concernant les études en kinésithérapie en France.*

## REFERENCES :

(1) Hoeger Bement MK, Sluka KA. The current state of physical therapy pain curricula in the United States: a faculty survey. J Pain. 2015 Feb;16(2):144-52. doi: 10.1016/j.jpain.2014.11.001. Epub 2014 Nov 12.

Abstract

(2) Les recommandations de l'IASP par profession

(3) Scudds RJ, Scudds RA, Simmonds MJ. Pain in the physical therapy (pt) curriculum: a faculty survey. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2001, 17(4), 239-256.

(4) Watt-Watson J, McGillion M, Hunter J, Choiniere M, Clark AJ, Dewar A, Johnston C, Lynch M, Morley-Forster P, Moulin D, Thie N, von Baeyer CL, Webber K. A survey of prelicensure pain curricula in health science faculties in Canadian universities. *Pain Res Manag*. 2009 Nov-Dec;14(6):439-44.

En accès libre

(5) Le rapport de l'IOM

(6) Briggs E, Whittaker M, Carr M; British Pain Society Pain Education Special Interest Group. Survey of Undergraduate Pain Curricula for Healthcare Professionals in the United Kingdom: A Short Report. London: British Pain Society; 2009.

(7) Johnson M, Collett B, Castro-Lopes JM. The challenges of pain management in primary care: a pan-European survey. *J Pain Res*. 2013 May 22;6:393-401.

En accès libre

Vidéo associée

---



### **Le questionnaire sur l'échelle de diagnostic et de sévérité de la fibromyalgie augmente la consommation d'opioïde postopératoire après hystérectomie**

Par Valeria Martinez, anesthésiste-réanimateur, CH de Garches, CH Boulogne-Billancourt

#### **Article commenté :**

### **Fibromyalgia Survey Criteria Is Associated with Increased Postoperative Opioid Consumption in Women Undergoing Hysterectomy**

Janda and col. Equipe de l'université de Michigan (USA)  
Anesthesiology, mai 2015

**Problématique :** Dépister la vulnérabilité à la douleur est une problématique quotidienne en péri-opératoire. Cette étude a pour objectif d'évaluer l'intérêt d'utiliser « l'échelle de diagnostic et de sévérité de la fibromyalgie » comme facteur prédictif de la consommation d'opioïdes en postopératoire.

**Méthodes :** Deux cent huit patientes adultes programmées pour une hystérectomie ont été phénotypées en préopératoire avec l'utilisation d'une batterie d'auto-questionnaires validés. Parmi ces questionnaires, « l'échelle de diagnostic et de sévérité de la fibromyalgie » a été utilisée. Le critère de jugement principal étant la consommation de morphine en postopératoire.

**Résultats :** Les scores plus élevés sur « l'échelle de diagnostic et de sévérité de la fibromyalgie » étaient significativement associés à une intensité de douleur préopératoire plus élevée, à des symptômes douloureux plus nombreux, à une incidence plus élevée de douleur neuropathique et de détresse psychologique préopératoire ainsi qu'à une consommation plus importante d'opioïdes en préopératoire. L'analyse multivariée montre que l'échelle de diagnostic et de sévérité de la fibromyalgie est un facteur indépendant associé à une augmentation de la consommation d'opiacés postopératoire. Cette augmentation est estimée à 7 mg d'équivalents de morphine orale pour chaque augmentation de 1 point sur les 31 points mesurés par cette échelle ( $P < 0,0001$ ).

**Conclusions :** Cette étude confirme les résultats similaires obtenus dans un autre modèle chirurgical (arthroplastie) (1). En généralisant ces résultats sur une deuxième cohorte chirurgicale, ces données suggèrent fortement que les patients présentant des caractéristiques douloureuses de la fibromyalgie sont plus vulnérables et devraient pouvoir bénéficier d'une prise en charge sur mesure.

**Pour aller plus loin :**

Le point important de cette étude est la mise en évidence d'une vulnérabilité préopératoire chez des patients qui ont des scores élevés dans le questionnaire de « l'échelle de diagnostic et de sévérité de la fibromyalgie ». Ce questionnaire explore des signes et symptômes diffus, qui reflètent des douleurs plutôt d'origine centrale et dysfonctionnelle. Il me semble important de souligner qu'il ne s'agit pas d'une cohorte de patients fibromyalgiques mais des patients « lambda ». Il n'existe pas de Cut off, mais un continuum dans la sensibilité à la douleur. Il s'agit d'une approche nouvelle qui souligne l'importance de détecter ces patients plus vulnérables en préopératoire et de la nécessité de s'orienter vers une approche individualisée de la prise en charge de la douleur post-opératoire. L'échelle de diagnostic et de sévérité de la fibromyalgie est disponible en français et a été validée par les canadiens (2).

(1) Brummett CM, Janda AM, Schueller CM, Tsodikov A, Morris M, Williams DA, Clauw DJ: Survey criteria for fibromyalgia independently predict increased postoperative opioid consumption after lower-extremity joint arthroplasty: A prospective, observational cohort study. ANESTHESIOLOGY 2013; 119:1434-43

(2) Fitzcharles, M. A., Ste-Marie, P. A., Panopalis, P., Ménard, H., Shir, Y., & Wolfe, F. (2012). The 2010 American college of rheumatology fibromyalgia survey diagnostic criteria and symptom severity scale is a valid and reliable tool in a French speaking fibromyalgia cohort. BMC musculoskeletal disorders, 13(1), 179.